



Kommentar der Deutschen Hochschulmedizin e.V.

zum Arbeitsentwurf einer geänderten
Approbationsordnung für Ärzte und
Ärztinnen

24. Januar 2020

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) und der Medizinische Fakultätentag (MFT) vertreten die Interessen der 34 Universitätsklinika sowie der 38 Medizinischen Fakultäten in Deutschland. Ihr gemeinsamer Dachverband ist die Deutsche Hochschulmedizin e.V. Gemeinsam stehen die Verbände für Spitzenmedizin, erstklassige Forschung sowie die international beachtete Mediziner Ausbildung und Weiterbildung von Ärzten.

© Deutsche Hochschulmedizin e.V.

Kontakt

MFT – Medizinischer Fakultätentag e.V.

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

berlin@mft-online.de

www.medizinische.fakultaeten.de

Ansprechpartner

Dr. Frank Wissing

Tel.: +49 (0)30 6449 8559-0

berlin@mft-online.de

Der Medizinische Fakultätentag (MFT) hat gemeinsam mit dem Verband der Universitätsklinik (VUD) den vorgelegten Arbeitsentwurf für eine neue Approbationsordnung für die Humanmedizin – soweit es die Kürze der Zeit erlaubte – sorgfältig geprüft und auf der Basis der Rückmeldung aller in der Deutschen Hochschulmedizin (DHM) vertretenen universitären Standorte kommentiert.

Positiv hervorzuheben ist das erkennbare Bestreben, das Medizinstudium gemäß Masterplan Medizinstudium 2020 noch stärker als bislang **kompetenzorientiert** auszugestalten. Dem **Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM)** wird dabei zurecht eine zentrale Funktion zugesprochen, im Detail gilt es diese aber noch weiter zu schärfen (s.u.). Die DHM begrüßt die explizite Nennung der Verantwortlichkeit des MFT für die Weiterentwicklung des NKLM. Er wird diese Aufgabe auch in der Zukunft verantwortungsvoll wahrnehmen und unterstützt zudem die **Modularisierung** und die Verschränkung der vorklinischen und klinischen Inhalte im Rahmen eines **Z-Curriculums**. In der Umsetzung bedarf es hier allerdings ebenfalls noch Nachbesserungen.

Die explizite Verankerung der **Wissenschaftlichkeit** im Medizinstudium und auch der Wunsch, die **Digitalisierung der Medizin** stärker zum Studieninhalt zu machen, sind langjährige Forderungen der DHM und vieler weiterer Verbände. Deshalb unterstützen wir ausdrücklich, dass die Wissenschaftlichkeit nun explizit longitudinal und mit einem spezifischen Leistungsnachweis in der Approbationsordnung verankert wird. Der diesem Leistungsnachweis zugrundeliegende Arbeitsumfang sollte jedoch nicht in Wochen, sondern als 360 Unterrichtseinheiten definiert werden und mit der Abgabe einer schriftlichen Arbeit abzuschließen sein. Die weitergehenden Kriterien sollten in den jeweiligen Studienordnungen der Universitäten definiert werden. Der MFT wird hierzu in Kürze eine Empfehlung erarbeiten. Ebenso ist es sinnvoll, die Zielsetzung Inhalte der digitalen Medizin ins Medizinstudium zu bringen in der Approbationsordnung klar zu formulieren. Für deren inhaltliche Ausgestaltung sollte explizit auf den NKLM verwiesen werden (s.u.).

Da alle Professionen in der medizinischen Versorgung (ambulant wie stationär) sowie auch in der Forschung in **interprofessionellen** Teams arbeiten, ist es begrüßenswert, dies auch schon im Medizinstudium explizit abzubilden. Die Approbationsordnung sollte aber dahingehend ergänzt werden, dass interprofessionelle Zusammenarbeit nicht nur zwischen Medizinern und Pflegekräften stattfindet. Auch andere Berufsgruppen, wie z.B. Medizininformatiker, Psychologen, Pharmazeuten, Physiotherapeuten und Hebammen sollten explizit als Teil von interprofessionellen Teams genannt und berücksichtigt werden. Auch bezüglich der Umsetzbarkeit gibt es noch erheblichen Klärungsbedarf.

Der **Geltungsbeginn im Jahr 2025** ist sinnvoll gewählt. Nach Verabschiedung der Verordnung wird ein erheblicher Vorlauf zur Umsetzung in den dann weiter zu überarbeitenden NKLM und den Gegenstandskatalog (GK) und im Folgenden in die Curricula und Prüfungsfragen erforderlich sein. Schon jetzt ergeben sich aus den Übergangsregelungen einige wesentliche Herausforderungen, auf die auch die Studierenden in den Übergangskohorten frühzeitig vorbereitet werden müssen (s.u.). Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass auch die im letzten Jahr verabschiedete Zahnärztliche Approbationsordnung im Sinne der

Harmonisierung dementsprechend weiter angepasst werden muss. Ebenso werden vor Inkrafttreten der Verordnung landesgesetzliche Änderungen und regulatorische Vorbereitungen zu treffen sein, z.B. in der Kapazitätsverordnung oder dem Staatsvertrag zum IMPP. Sollte sich die Verabschiedung der vorliegenden Verordnung verzögern, müssen die Übergangsfristen unbedingt angepasst werden, um den erforderlichen Vorlauf und einen geregelten Übergang zu sichern.

Einige wesentliche Aspekte des Arbeitsentwurfs, bei denen wir erheblichen Änderungsbedarf sehen, sind die folgenden:

Fehlende Freiräume der Universitäten für Profilbildung und Innovation

Der vorgelegte Entwurf bietet zu wenig Raum, um die vom Wissenschaftsrat vorgeschlagene Differenzierung in ein Kern-Curriculum (75%) und in ein Wahl-Curriculum (25%) umzusetzen. Gemäß Masterplan Medizinstudium 2020 sollte den Universitäten dadurch ermöglicht werden, ein Profil auszubilden, und den Studierenden ihr Studium bis zu einem gewissen Grad entsprechend ihrer Neigungen zu gestalten. Der Wahlanteil ist essentiell, um den Charakter des universitären Studiums zu erhalten sowie die Eigenständigkeit des Denkens und eine vertiefte Entwicklung von Wissen und Kompetenzen zu fördern, als Basis für die erwartete Kultur des eigenständigen lebenslangen Lernens und die kritisch-konstruktive Rezeption des jeweils aktuellen Fachwissens. Die aktuell geplanten beiden Wahlfächer sind dafür bei weitem nicht ausreichend. In vielen medizinischen und gesellschaftlichen Bereichen (z.B. Digitalisierung, Klimawandel, Migration, Reformen des Gesundheitssystems, personalisierte Therapien) sind in den nächsten Jahren erhebliche Entwicklungen zu erwarten. Um solchen, heute nur bedingt absehbaren Dynamiken Rechnung zu tragen, ist es unabdingbar, *allen* Fakultäten deutliche Gestaltungs- und Erprobungsspielräume für Profilbildung und Innovationen in Lehrformaten und Lehrinhalten zu ermöglichen. In Ergänzung müssen wesentliche Entwicklungen in einem gesicherten, aber dynamischen Prozess in den NKLM und die daraus abgeleiteten GK aufgenommen werden können. Daher sollte an geeigneten Stellen in der Approbationsordnung explizit auf den kerncurricularen Anteil des NKLM verwiesen werden. Über das Kern-Curriculum hinausgehende Inhalte sind im überarbeiteten NKLM als optionales Angebot aufgeführt und können von den Universitäten durch weitere Lehrinhalte ergänzt werden, die von den zuständigen Ministerien durch Ziel- und Leistungsvereinbarungen konstruktiv begleitet werden können. Damit verbleibt ein wesentlicher Anteil des Studiums unter Landeshoheit und ermöglicht die das deutsche Wissenschaftssystem prägende föderale Vielfalt. Der MFT gewährleistet, dass Anregungen und Ergänzungen von Fakultäten, Studierenden, Fachgesellschaften, Verbänden und Politik in den zukünftigen Weiterentwicklungsprozess des NKLM mit aufgenommen werden und dass das IMPP die Möglichkeit erhält, die GK auf die staatsexamensrelevanten Inhalte des NKLM hin abzustimmen.

Eingeschränkte Möglichkeiten der Weiterentwicklung von NKLM und GK

Um der dynamischen Entwicklung der Medizin Rechnung zu tragen, sollten die inhaltlichen Vorgaben in der Approbationsordnung in ihrem Detailgrad deutlich reduziert werden. Die

Anlagen 13, 14 und 15 erscheinen in ihrer Detailtiefe ungeeignet für einen normativen Text und engen zudem die inhaltlichen Entwicklungsmöglichkeiten von NKLM und GK während der nächsten Jahre deutlich ein. Schon bis zum Geltungsbeginn der Approbationsordnung werden sich viele Inhalte der Anhänge 13, 14 und 15 überholt haben. Um die Kongruenz der Inhalte im dynamischen Prozess sicherzustellen, könnten die einzelnen Absätze der Anlagen jeweils als Einleitung in die entsprechenden NKLM-Kapitel übernommen werden. Dort können diese Inhalte in einem gesicherten, regelmäßigen Prozess kontinuierlich weiterentwickelt werden und die für die Staatsexamensprüfungen geeigneten Inhalte in die GK übernommen werden. Aus der Approbationsordnung sollten diese Anlagen gelöscht werden. Wie oben erwähnt, können sie durch einen Verweis auf den entsprechenden kerncurricularen Teil des NKLM ersetzt werden, der von allen Fakultäten gelehrt werden muss. Die Gremien des IMPP verleihen diesen verpflichtenden Inhalten durch ihre Selektion der Prüfungsfragen im GK ein eigenes Gewicht.

Die Abschnitte der Ärztlichen Prüfung

Die nunmehr vier separaten Abschnitte der Ärztlichen Prüfung (ÄP1 bis ÄP4) müssen aus didaktischer wie konzeptioneller Sicht hinterfragt werden. Da es die wesentliche Aufgabe des Staatsexamens ist, in gemeinsamer Verantwortung mit den Universitäten die Sicherheit der Patienten als eines der Ausbildungsziele zu sichern, sollte deren Schwerpunkt am Ende des Studiums liegen. Sie sollten nicht kleinteilig und sehr früh über den gesamten Studienverlauf erfolgen.

Nicht zuletzt würde damit ein starres staatliches Prüfungskorsett mit Abschnitten von jeweils nur ein bis zwei Jahren Dauer geschaffen, was nur wenige Freiräume für die im Masterplan verankerten fakultären Schwerpunktsetzungen und Innovationen ließe sowie die Lehrfreiheit über die Maße einschränkt. Darüber hinaus konterkariert diese strikte Abfolge die jetzt geforderte, vorher nicht notwendige inhaltliche Verschränkung der Inhalte der Lehrveranstaltungen.

Die Studierenden können einen neuen Studienabschnitt erst dann anfangen, wenn sie die vorhergehende staatliche Prüfung bestanden haben. Dieser Umstand und die enge zeitliche Abfolge der Staatsexamenssteile aufgrund der vorgegebenen Mindeststudienzeiten für jeden Studienabschnitt wird die Gesamtstudiendauer der Studierenden im Durchschnitt deutlich verlängern, was den Eintritt der Absolventen in die Gesundheitsversorgung verzögern wird.

Eine bessere Alternative wäre das Zusammenlegen von ÄP1 und ÄP2. Der schriftliche Erste Abschnitt sowie der mündliche Zweite Abschnitt der Ärztlichen Prüfung sollten gemeinsam, am ehesten nach dem 6. Semester stattfinden, um eine integrierte Lehre grundlagenwissenschaftlicher und klinischer Inhalte zu unterstützen und wichtige Voraussetzungen für das Training klinischer Urteils- und Entscheidungsfindungskompetenzen zu schaffen.

Die Formate der Abschnitte der Ärztlichen Prüfung

Wie oben dargelegt, sollte ÄP1 am ehesten am Ende des 6. Semesters stattfinden und zunächst eine schriftliche Prüfung beinhalten. Im Anschluss daran sollte ebenfalls am Ende des 6. Semesters eine kompetenzorientierte, strukturierte mündlich-praktische Prüfung, ggfls. in einem an den OSCE (Objective Structured Clinical Examination) angelehnten Parcours-Format *in Verantwortung der Fakultäten* abgelegt werden. Eine wenig praxistaugliche sekundengenaue Regelung sollte in der Approbationsordnung vermieden werden. Grundsätzlich bietet sich ein stationenbasiertes Format zu diesem Zeitpunkt an. Eine enge Festlegung auf das OSCE-Format sollte aber nicht dazu führen, dass grundlagenwissenschaftliche Kompetenzen nicht adäquat geprüft werden können. Es sollten z.B. auch Stationen im OSPE-Format zur Anwendung kommen können. Zudem lässt eine enge begriffliche Festlegung in der Approbationsordnung wenig Raum für die erforderliche Weiterentwicklung dieses Prüfungsformats.

ÄP2 sollte wie bisher nach 10 Semestern als schriftliche Prüfung erfolgen. Der Dritte und letzte Abschnitt der Ärztlichen Prüfung sollte im Anschluss an das Praktische Jahr erfolgen. Diese, im vorliegenden Arbeitsentwurf als Viertes Abschnitt benannte Prüfung ist in ihrem jetzigen Umfang und Format aus konzeptionellen, didaktischen sowie Ressourcengründen anzupassen.

Wie im Arbeitsentwurf vorgeschlagen, sollen für die Durchführung, Betreuung und Qualitätssicherung während des PJ konkretere Vorgaben gelten. Dies ist zu begrüßen, erfordert im Detail aber Anpassungen in der Umsetzung. Sinnvoll gewählt ist im Arbeitsentwurf das OSCE-Format für den fakultären PJ-Eingangs-OSCE – abzuleisten zwischen dem Ersten (in der Vorlage Zweiten) und Zweiten (in der Vorlage Dritten) Abschnitt der Ärztlichen Prüfung – nicht zuletzt auch im Interesse der Patientensicherheit.

Für den letzten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung hält die DHM das OSCE-Format jedoch nicht für geeignet. Die im Rahmen des PJ bereits am Patienten erreichte Komplexität und Tiefe der erlernten Kompetenzen geht weit über das in einer simulierten Prüfungssituation wie dem OSCE prüfbare Niveau hinaus, würde also einen Rückschritt gegenüber dem APT-Modell (Anvertraubare Professionelle Tätigkeiten) und den Feedbackformaten im PJ darstellen. Zu dem geringen didaktischen Wert stehen die dafür erforderlichen Ressourcen und organisatorischen Aufwände eines nationalen OSCE im Dritten (in der Vorlage Vierten) Abschnitt der Ärztlichen Prüfung in keinem Verhältnis. So würde die zeitgleiche Gestellung einer sehr großen Anzahl entsprechend qualifizierter Prüfer an vielen Standorten insbesondere in kleinen Abteilungen angesichts der dünnen Personaldecke und weiterhin zunehmender Vorgaben zur Personaluntergrenze die Krankenversorgung in der Prüfungszeit vollständig zum Erliegen bringen. Die vorgesehene Platzierung der Prüfung innerhalb von zwei Wochen während der Urlaubs- bzw. Weihnachtszeit ist vor diesem Hintergrund erst recht in Frage zu stellen. Gleichmaßen ist die Bereitstellung räumlicher Ressourcen bei parallel laufendem Unterricht an vielen Standorten nicht gesichert.

Aus didaktischer und konzeptioneller Sicht sollte das PJ im Sinne einer laufenden Prüfung und verbindlichen Dokumentation der APT klar strukturiert werden, um auf die ärztliche Weiterbildung vorzubereiten.

Als Drittem (bisher Vierten) Abschnitt der Ärztlichen Prüfung kann an dem vorgeschlagenen Format der Prüfung am Patienten festgehalten werden. Der im Entwurf vorgestellte Prüfungsablauf erscheint grundsätzlich sinnvoll. Allerdings wirft die Prüfung am ambulanten Patienten erhebliche Fragen zur Durchführbarkeit, insbesondere in Bezug auf die gesicherte Gewinnung von geeigneten Praxen, Prüfern und vor allem von Patienten auf. Ohne eine Weitung der Vorgaben ist eine Umsetzung dieses Prüfungsformats nicht möglich.

Außerdem möchten wir darauf hinweisen, dass in NRW, Bayern und vielen anderen Bundesländern das „Vier-Augen Prinzip“ bei Bewertung der Prüfungsleistungen gesetzlich festgelegt ist. Die Abnahme eines Staatsexamens von nur einem Prüfer (§ 87, § 118, § 120, § 124) erscheint somit nach derzeitiger Gesetzeslage nicht umsetzbar.

Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass der derzeitige Staatsvertrag und die Governance des IMPP für einen Zuwachs von Verantwortlichkeiten für das Medizinstudium jenseits der schriftlichen Staatsprüfungen nicht adäquat sind. Der Staatsvertrag der Länder müsste von den Ländern erheblich überarbeitet und neu verabschiedet werden.

Übergangsregelungen und Implementierung/ Evaluation/ Weiterentwicklung des NKLM

Die Tatsache, dass alle Studierenden, die bei Geltungsbeginn bereits in höheren Semestern studieren, mit Geltungsbeginn sofort die neue ÄP2 und ÄP3 (im Arbeitsentwurf ÄP3 und ÄP4) ablegen, steht formal in Widerspruch zum Ziel des Constructive Alignment, das davon ausgeht, dass nur Inhalte geprüft werden, die auch im Rahmen des Curriculums erlernt wurden. Die derzeitigen Übergangsregeln stellen dies nicht hinreichend sicher.

Der MFT strebt daher an, bereits zum Wintersemester 2021/22 mit der schrittweisen Implementierung des NKLM in die laufenden klinischen Studienabschnitte nach alter Approbationsordnung zu beginnen und die Fakultäten dabei gezielt zu unterstützen. Dadurch könnten die Studierenden der laufenden Studiengänge bis zum Geltungsbeginn der neuen Approbationsordnung bereits einen erheblichen Teil der im überarbeiteten NKLM festgeschriebenen Kompetenzen erwerben. Da eine Implementierung des neuen NKLM aufgrund der formalen Vorgaben der aktuell gültigen Approbationsordnung für diese Studierenden nicht zu 100% möglich sein wird, erfordert dieses Vorgehen einen engmaschigen, semesterweisen Abgleich der GK mit den jeweils an *allen* medizinischen Fakultäten bereits implementierten NKLM-Inhalten, um das Constructive Alignment für jeden Durchlauf der ÄP2 (bis 2025 nach alter Approbationsordnung) zu gewährleisten. In keinem Fall dürfen Inhalte aus dem NKLM ungeprüft in den GK übernommen werden, die nicht vorher für die an der jeweiligen ÄP2 teilnehmenden Studierendenkohorten in die Curricula implementiert worden sind.

Das skizzierte Vorgehen hat zudem den Vorteil, dass bis 2025 eine „Machbarkeitsanalyse“ der Implementierung der NKLM-Inhalte durch eine begleitende semesterweise Evaluation

möglich ist. Auf Grundlage der Ergebnisse dieser Evaluation kann der bis dahin nicht verbindliche NKLM bis 2025 kontinuierlich so weiterentwickelt werden, dass er 2025, wenn er rechtsverbindlich wird, sicher im Rahmen des Kerncurriculums jeder Fakultät umgesetzt werden kann.

Umsetzung der Ambulanten Lehre und Stärkung der Allgemeinmedizin

Als einen weiteren erklärten Schwerpunkt sieht der vorliegende Entwurf eine umfangreiche Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten aus dem ambulanten Versorgungsbereich in die Lehre und bei den Prüfungen vor, insbesondere im Fachgebiet der Allgemeinmedizin. Die DHM begrüßt die Weiterentwicklung des Medizinstudiums in diese Richtung. Allerdings sind auch hier noch erhebliche Anpassungen erforderlich, insbesondere in Bezug auf die vorgeschlagene deutliche Einengung des ambulanten Bereichs auf die Allgemeinmedizin. Hier seien exemplarisch die Erweiterung des Blockpraktikums in der Allgemeinmedizin auf 8 Wochen, die Einführung von 60 Stunden Unterricht „an ambulanten Patientinnen und Patienten“ sowie die Erhebung der Allgemeinmedizin zum Pflichtfach im Dritten (im Arbeitsentwurf Vierten) Abschnitt der Ärztlichen Prüfung zu nennen. Neben den qualifizierenden, logistischen und finanziellen Herausforderungen, die diese Vorgaben mit sich bringen werden, bereitet den Medizinischen Fakultäten derzeit ein weiterer Aspekt Sorge: Auf welcher juristischen Basis ist die Gewinnung von ausreichend Lehrärztinnen und Lehrärzten denkbar? Wie können die notwendigen Lehr- und Prüfungsleistungen durch Dritte, die Lehrärztinnen und Lehrärzte, *sichergestellt* werden? Was geschieht, wenn sich – vielleicht nicht in der engagierten Startphase, aber dann später – nicht ausreichend Kolleginnen und Kollegen der Allgemeinmedizin für die zahlreichen Aufgaben rekrutieren lassen? Welche Konsequenzen drohen den Studierenden oder den Fakultäten, wenn es hier zu Defiziten oder Ausfällen kommt? Auch die Gewährleistung, dass zum vorgesehenen Prüfungszeitpunkt ambulante Patientinnen und Patienten zu ihrem Termin erscheinen und für die Dauer der Prüfung zugegen sind, können die Fakultäten juristisch belastbar kaum sicherstellen.

Juristisch dürften die Fakultäten kaum in der Lage sein, Lehrärztinnen und Lehrärzte zu einer Zusammenarbeit zu zwingen. Andererseits dürfte es ebenso wenig reichen, Lehrärztinnen und Lehrärzte auskömmlich zu finanzieren. Ab wann darf man davon ausgehen, dass die Fakultäten alles in ihren Kräften Stehende getan haben, um ihrem Auftrag nachzukommen? Aus Sicht der DHM muss hier die Kassenärztliche Vereinigung die Gestellung von Lehrpraxen und Prüfern im Auftrag der Fakultät gewährleisten.

Rechnet man die vorgesehenen Betreuungsaufwände in der Allgemeinmedizin zusammen, wären gemäß Arbeitsentwurf jährlich mindestens rund eine Millionen Stunden aus der allgemeinmedizinischen Versorgung in die Betreuung und Prüfung von Studierenden umzuschichten.

Um diese Herausforderungen abzumildern und überhaupt ressourcenmäßig abbildbar zu machen, sollte

- der enge Fokus auf das Fach Allgemeinmedizin erweitert und wie im Masterplan Medizinstudium 2020 möglichst durchgängig von primärärztlicher Versorgung bzw. dem ambulanten vertragsärztlichen Bereich gesprochen werden,

- der Unterricht in den Hochschulambulanzen ausgeweitet statt eingeeengt werden,
- der Umfang der Blockpraktika auf maximal zwei Blockpraktika in der ambulanten primärärztlichen Versorgung zu je zwei Wochen reduziert werden,
- die unklar definierten, zusätzlichen 60 Stunden „Unterricht am ambulanten Patienten“ gestrichen werden,
- auf die engen Vorgaben der Rahmenstruktur der Lehrpraxen verzichtet werden,
- die im Dritten (im Arbeitsentwurf Vierten) Abschnitt der Ärztlichen Prüfung vorgesehene Prüfung am ambulanten Patienten sollte auch in den Hochschulambulanzen durchgeführt werden können.

Innovationsklausel

Diese Regelung soll eine um ein Jahr verkürzte Ausbildungsdauer ermöglichen, um Ärztinnen und Ärzte schneller ins Versorgungsgeschehen zu bringen. Bedauerlicherweise steht die Umsetzung in deutlichem Widerspruch zu den Zielen des Masterplans und zur Gestaltung des Medizinstudiums als universitäres Studium. Daher bedarf die Innovationsklausel einer erheblichen Überarbeitung:

- Widersprüchlich ist die Option nach Abs. 2, das PJ von 48 auf 36 Wochen zu verkürzen. Damit würden 480 Stunden (12 Wochen PJ) weniger Ausbildung angeboten werden, die jedoch durch anderen Unterricht kompensiert werden müssten, damit die in §2 des Arbeitsentwurfs und in der Europäischen Richtlinie 2005/36/EG festgelegten obligatorischen 5500 Stunden eingehalten werden. Zudem steht dies im Widerspruch zu den Zielen des Masterplans, die praktische Ausbildung während des Studiums zu stärken.
- Die Suspendierung des Wissenschaftsmoduls in einem „Innovationsstudiengang“ widerspricht ebenfalls eklatant dem Tenor und den Zielvorgaben des Masterplans. Eine derartige Option ist mit einem akademischen Studium nicht vereinbar und muss gestrichen werden.
- Der zur Förderung der Eigenständigkeit des Denkens und der Vorbereitung auf das eigenständige lebenslange Lernen notwendige Wahlbereich des Studiums würde komplett entfallen.
- Andere, positive Aspekte wie beispielsweise die Einführung digitaler Lehrformate sollten hingegen in den Haupttext der Approbationsordnung übernommen werden, um dies allen Fakultäten zu ermöglichen.

Mögliche Erprobungsziele, die einer Innovationsklausel einzeln oder in Kombination sinnvoll zugrunde liegen könnten, können sein:

- Ein integriertes interprofessionelles Curriculum mit vertiefter Integration anderer lokaler Studiengänge und schulischer Ausbildungen in den Gesundheitsberufen. Eine erweiterte Flexibilität in der Ausgestaltung der verschiedenen Approbationsordnungen und Ausbildungsverordnungen ist essentiell, wenn man auch in Deutschland bei der interprofessionellen Ausbildung in den Gesundheitsberufen neue Wege gehen möchte.
- Ein integriertes internationales Medizinstudium mit Flexibilität zur Integration von staatlichen deutschen und internationalen Studiengängen.

Kenntnisprüfungen

Inhalte und Formate der Kenntnisprüfungen sollten identisch mit den Standards der Staats-examina sein. Idealerweise nehmen die Kandidat/innen an den beiden letzten Staatsexamina ÄP2 und ÄP3 (im Arbeitsentwurf ÄP3 und ÄP4) teil, damit sowohl in einer schriftlichen als auch einer klinisch-praktischen Prüfung die Äquivalenz geprüft werden kann.

Machbarkeit, Finanzierung

Erste Überschlagsrechnungen lassen, bei aller Unschärfe, einen deutlichen Anstieg des CNW erwarten. Insbesondere die explizite Ausweisung des patientenbezogenen Unterrichtes und die präzisen Methodenvorgaben gemäß §17 und §18 stellen hierzu – in beiderlei Hinsicht – einen wesentlichen Beitrag dar. Allein der CNW nur für diese Unterrichtsform würde auf einen Wert von über 10 steigen. Dabei wird die direkte Unterweisung am Patienten in der 1:1-Betreuung bzw. in einer Kleingruppe à 3 oder 6 Studierenden zu Recht als die hochwertigste Form des medizinischen Unterrichtes angesehen. Darüber hinaus würden erhebliche bauliche Maßnahmen in den Kliniken und Infrastrukturinvestitionen in die Ausstattung der Lehrpraxen sowie Aufwandsentschädigungen für externes Lehrpersonal erforderlich sein.

Demgegenüber haben sich die Rahmenbedingungen der Krankenversorgung seit der Festlegung der Kapazitäts- und Lehrverpflichtungsverordnungen in einer Art und Weise entwickelt, die derartige Vorgaben kaum realisierbar erscheinen lassen. Spezialisierungen der Fachabteilungen, enorme Leistungsverdichtung auf den Stationen der Krankenversorgung sowie ein sich deutlich gewandeltes Berufsbild (Generation-Y, Digitalisierung) schränken den Raum für o.g. Ansprüche erheblich ein. Daher sind für die Aufrechterhaltung eines tatsächlich hoch effizienten, wissenschaftlich fundierten und kompetenzbasierten Unterrichtes am Patienten *zwingend* flankierende Maßnahmen erforderlich. Erst diese ermöglichen den o.g. Vorstellungen gemäß die Vereinbarkeit eines ökonomisch vertretbaren Klinikbetriebs und der Sicherstellung des Versorgungsauftrags – heute und auch in Zukunft.

Hier wäre an erster Stelle die Überführung der Lehrdeputatsstunden klinisch tätiger Ärzte gemäß Lehrverpflichtungsverordnung in den tatsächlichen Verfügungsrahmen der Fakultäten zu benennen. Trotz bereits bestehender entsprechender Gesetzeslage ist der Zugriff auf die qua Verordnung bestehenden Lehrdeputate de facto nicht existent oder würde zumindest die ökonomische Überlebensfähigkeit der Universitätsklinik bedrohen. Daher muss die oben geforderte Überführung der Lehrdeputatsstunden einhergehen mit einer den spezifischen Aufgaben der Krankenversorgung in Einheit mit Forschung und Lehre adäquaten Finanzierung der Versorgungsleistungen in der Universitätsmedizin. Solange dies nicht gewährleistet ist, werden sich die angestrebten Reformziele in der Praxis nicht umsetzen lassen.

Reform der Approbationsordnung hat Einfluss auf die Anzahl der Studienplätze (Kapazität)

Eine detaillierte Betrachtung und Berechnung des CNW ist aufgrund mehrerer Unschärfen im Arbeitsentwurf bislang nicht möglich. So gilt es an einigen Stellen, z.B. für die vorklinischen Fächer, die Stundenzahlen für die gesamte Studiendauer festzulegen. Ebenso sollten die Vorgaben für die Lehrveranstaltungen durchgehend auf der Basis von Unterrichtseinheiten und nicht Zeitstunden gemacht werden.

Das Kapazitätsrecht regelt die Berechnung der Aufnahmezahlen für alle Studienplätze an deutschen Universitäten. Für die Medizinstudiengänge gelten dabei einige Sonderregelungen. Weil in Humanmedizin die Studienplatznachfrage deutlich größer ist als das -angebot, sind die errechneten Studienplatzkapazitäten von entscheidender Bedeutung, um eine qualitätsgesicherte Ausbildung zu gewährleisten.

Die Berechnungsverfahren und deren ständige verwaltungsgerichtliche Überprüfung haben den medizinischen Ausbildungsstätten eine gewisse Planungs- und Rechtssicherheit verschafft. Mit der Aufgabe der bisherigen Studienabschnitte und Umsetzung des Z-Modells im Entwurf der ÄApprO muss deshalb aus hiesiger Sicht das Kapazitätsrecht neu gestaltet werden, um weiterhin eine adäquate Ermittlung der Studienplatzkapazitäten zu gewährleisten. Sofern dies nicht erfolgen sollte, wird der Zugang zum Medizinstudium auf eine rechtsunsichere Basis gestellt. Außerdem wäre die Realisierung der mit der geplanten Novelle verbundenen Qualitätsverbesserungen im Studium der Humanmedizin nachhaltig gefährdet. Die DHM fordert daher den Bund und die Länder auf, bis zum Inkrafttreten der neuen ÄApprO, eine strukturelle Reform des Kapazitätsrechts vorzunehmen. Hierfür schlagen wir vor, eine Arbeitsgruppe einzurichten, an der sich die Medizinischen Fakultäten gerne beteiligen werden.