



Kommentar der Deutschen Hochschulmedizin e.V.

zum Referentenentwurf einer geänderten Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen

15. Januar 2021

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) und der Medizinische Fakultätentag (MFT) vertreten die Interessen der 34 Universitätsklinika sowie der 39 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

Zusammenfassung

Der Referentenentwurf bringt viele positive Neuerungen, beinhaltet aber auch eine Reihe von kritischen Aspekten, die einer erfolgreichen Umsetzung in existenziellem Maße im Wege stehen. Die DHM fordert daher:

- **Verantwortlichkeiten** in Bezug auf Lehre und staatliche Prüfungen müssen **klargestellt** werden.
- Wenn die Reform die Qualität der Lehre verbessern soll, müssen erhebliche **zusätzliche Ressourcen** dafür zur Verfügung gestellt werden.
- Die **Kapazitätsverordnung** muss **zwingend vorher angepasst** werden, um erhebliche **Verwerfungen** bei den **Zulassungszahlen** zu vermeiden.
- NKLM, GK und Curricula benötigen mehr **Freiräume** für **Weiterentwicklungen** und Innovationen.
- **NKLM-Inhalte** müssen **flexibel** in der Zeit **bis zum festgelegten Meilenstein gelehrt** werden können.
- Die abrupten Übergangsregelungen müssen durch eine abgestimmte, **schrittweise Umsetzung von NKLM und GK** aufgefangen werden.
- Die Zahl der **staatlichen Prüfungszeitpunkte** ist zu Gunsten des Z-Curriculums zu **reduzieren**.
- Die Vorgaben zu den **staatlichen Prüfungen** sind **überreguliert** und der **M3-OSCE ist zu streichen**.
- Die **Voraussetzungen** zur Stärkung der Lehre in der **hausärztlichen Versorgung fehlen**.
- Die **Quartalisierung** des PJ darf nicht die kompetenzorientierte Ausbildung **konterkarieren**.
- Die **wissenschaftliche Arbeit** muss so gestaltet sein, dass sie bei gesicherter Qualität eine **gute Synergie** mit dem übrigen Studienablauf und nachfolgenden Promotionsprojekten erlaubt.
- Die **Innovationsklausel** ersetzt nicht den zweiten Reformschritt für die zahnmedizinische Approbationsordnung.
- **Kenntnisprüfungen** sollten sich am Zweiten und Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung orientieren.
- Die **Stärkung des ÖGD** in der Lehre muss einhergehen mit neuen Professuren und Nachwuchsgruppen.

Der Medizinische Fakultätentag (MFT) hat gemeinsam mit dem Verband der Universitätsklinika (VUD) den vorgelegten Referentenentwurf für eine neue Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen (ÄApprO) – soweit es die Kürze der Zeit erlaubte – sorgfältig geprüft und mit der geltenden Approbationsordnung sowie den Kommentaren zum früheren Arbeitsentwurf abgeglichen. Zentrale Aspekte werden in der vorliegenden Stellungnahme hervorgehoben.

Positiv hervorzuheben ist das 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 Deutsche Hochschulmedizin (DHM, bestehend aus MFT und VUD) begrüßt, dass dem MFT explizit die Verantwortung für die Weiterentwicklung des NKLM zugeschrieben wird. Der MFT wird diese Aufgabe auch weiterhin verantwortungsvoll wahrnehmen. Er unterstützt zudem die **Modularisierung** und die Verschränkung der vorklinischen und klinischen Inhalte im Rahmen eines **Z-Curriculums**. Die Definition eines Kernbereichs (80%) und eines Vertiefungsbereichs (20%) zur Profilbildung der Fakultäten und zur Ausgestaltung eines Neigungsstudiums für Studierende wird ebenfalls begrüßt.

Ferner unterstützt die DHM umfassend die explizite Verankerung von **Wissenschaftlichkeit** im Medizinstudium, von Inhalten der **Digitalisierung der Medizin** und des Arbeitens in **interprofessionellen** Teams sowie die Möglichkeit der Verschränkung mit der **Zahnmedizin**. Die DHM begrüßt auch die Möglichkeit, zukünftig **digitale Lehrformate** in den Curricula einsetzen zu können. Dies muss von weiteren Maßnahmen außerhalb der Approbationsordnung flankiert werden, die wir in einem früheren Positionspapier zusammengefasst haben.¹ Zusätzlich müssen kapazitätsrechtliche und Aspekte der Landeslehrverpflichtungsverordnungen (LVVO) geprüft bzw. angepasst werden.

Der **Geltungsbeginn im Jahr 2025** ist sinnvoll gewählt. Nach Verabschiedung der Verordnung wird ein erheblicher Vorlauf zur Umsetzung der Reformen in den Fakultäten sowie in den korrespondierenden Katalogen (NKLM und GK) 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.).

¹ Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, Medizinischer Fakultätentag: Digitale Lehre für alle: Voraussetzungen, Machbarkeit und Optionen im Human- und Zahnmedizinstudium, Oktober 2020, <https://medizinische-fakultaeten.de/wp-content/uploads/2020/10/MFT-und-GMA-Positionspapier-zu-digitalen-Lehr-und-Pru%CC%88fungsformaten.pdf>.

Ebenso werden vor Inkrafttreten der Verordnung **zwingend** landesgesetzliche Änderungen und regulatorische Vorbereitungen zu treffen sein, z.B. in den **Kapazitätsverordnungen** (KapVO) oder im **Staatsvertrag** über die Errichtung und Finanzierung des Instituts für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (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.

Ein erhebliches **Defizit** des vorliegenden Entwurfs besteht in dem Fehlen einer soliden Abschätzung der zur Umsetzung erforderlichen **Mehrkosten** und einer belastbaren **Finanzierungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern**. Im Frühjahr 2020 hatte der MFT eine detaillierte Kostenschätzung auf der Basis des Arbeitsentwurfs zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung erstellt. Diese geht von einer **Erhöhung der Dauerkosten in der Größenordnung von 20% pro Studienplatz, d.h. von 400-500 Mio. Euro p.a. bezogen auf aktuelle Studienplatzzahlen** aus. Hinzu kommen erhebliche **Transitionskosten** von rund 180 Mio. Euro über fünf Jahre ab 2021, die schon unmittelbar ab Verabschiedung der Verordnung anfallen. Auf der Basis der Änderungen des vorliegenden Referentenentwurfs kann davon ausgegangen werden, dass die Transitions- wie auch Dauerkosten noch höher ausfallen.

Neben den offenen Finanzierungsfragen ergeben sich auch eine Reihe von **organisatorischen Hürden** und umzusetzenden Vorgaben, die sich den Durchgriffsmöglichkeiten der Universitäten weitgehend entziehen. Insbesondere bei den **staatlichen Prüfungen** muss daher die Umsetzungs- und **Sicherstellungsverantwortung der Landesprüfungsämter** klarer als bislang formuliert werden. Auch bezüglich des Umfangs und der **überregulierten** Ausgestaltung der **staatlichen Prüfungen** gibt es erheblichen Nachbesserungsbedarf, den wir nachfolgend darstellen.

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

Verantwortlichkeiten in Bezug auf Lehre und staatliche Prüfungen müssen klargestellt werden

Im vorliegenden Entwurf werden die organisatorischen, rechtlichen und inhaltlichen Verantwortlichkeiten für Lehre und Staatsexamensprüfungen vermengt. Auch angesichts der enormen organisatorischen Hürden bei der Einbeziehung von ambulanten Lehrpraxen in

die Lehre und die Prüfungen müssen diese Verantwortlichkeiten klarer formuliert werden. Das betrifft im unter anderem:

- Die ärztliche Prüfung ist eine staatliche Prüfung in der Gesamtverantwortung der Landesprüfungsämter. Diese kann nicht über die Organisationsverantwortung an eine Prüfungskommission an den medizinischen Fakultäten abgegeben werden. Das muss explizit formuliert werden (*siehe u.a. § 63 (1): Die ärztliche Prüfung ist **eine staatliche Prüfung, die in drei Abschnitten abzulegen ist.**; § 64: Die Länder richten zuständige Stellen ein, vor denen die ärztliche Prüfung abgelegt wird. **Die zuständige Stelle hat sicherzustellen, dass die qualifizierten prüfenden Personen, Beisitzerinnen und Beisitzer, Simulationspatientinnen und -patienten, Modelle, erforderliche Ausstattung und Räumlichkeiten in ausreichendem Umfang für die Durchführung der ärztlichen Prüfung gemäß den Vorgaben der Approbationsordnung zur Verfügung stehen.**)*
- Die Ableistung des dreimonatigen Pflegedienstes, die Ausbildung in erster Hilfe und Famulaturen sind als Voraussetzung für das Staatsexamen zwar Teil der Ausbildung, nicht aber Teil des Studiums im Verantwortungsbereich der Universitäten. Dies muss entsprechend formuliert sein.
- Die Auswahl und Qualitätssicherung von Lehrpraxen für die Lehre im ambulanten Bereich liegt weiterhin in der alleinigen Verantwortung der Fakultäten. Kassenärztliche Vereinigungen (KV) oder Gesundheitsbehörden sind daran nicht regelhaft zu beteiligen, sollten aber die Rekrutierung unterstützen (z.B. §11 (2): *Die Universitäten beziehen geeignete ärztliche Praxen oder geeignete medizinische Versorgungszentren (Lehrpraxen) ~~im Einvernehmen mit der zuständigen Gesundheitsbehörde und unter Beteiligung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung im erforderlichen Umfang~~ in die Ausbildung ein. **Die Landesärztekammern sollen im Einvernehmen mit den Gesundheitsbehörden einen ausreichend großen Pool gemäß dieser Approbationsordnung ausgestatteter und qualifizierter Lehrpraxen zur Verfügung zu stellen, der für die Universitäten eine Auswahlmöglichkeit von Ausbildungsstellen in der erforderlichen Anzahl sicherstellt.***)
- Die Universitäten können für eine Verzögerung im Studienfortschritt nicht haftbar gemacht werden, wenn keine hinreichende Zahl von Praktikumsplätzen zur Verfügung steht, denn sie haben keine Durchgriffsrechte hinsichtlich der Verfügbarkeit externer Praktikumsplätze, z.B. in allgemeinen Krankenhäusern oder niedergelassenen Praxen (Streichung von §20 (4): ~~**Die Organisation der Praktikumsplätze ist durch die Universität so zu gestalten, dass Studienzeitverzögerungen ausgeschlossen werden.**~~)

Die Reform kann die Qualität der Lehre nur dann verbessern, wenn erhebliche zusätzliche Ressourcen dafür zur Verfügung gestellt werden

Erste Überschlagsrechnungen lassen, bei aller Unschärfe, einen deutlichen Anstieg des CNW erwarten. Insbesondere die explizite Ausweisung des patientenbezogenen Unterrichtes gemäß Anlage 1 und die präzisen Methodenvorgaben tragen wesentlich dazu bei. Allein der CNW nur für diese Unterrichtsform würde auf einen Wert von deutlich über 10 steigen. Basierend auf dem Arbeitsentwurf aus dem Jahr 2019 haben die Medizinischen Fakultäten eine durchschnittliche Erhöhung der Ausbildungskosten von rund 20% pro Erstsemestrierstudienplatz geschätzt. Der jetzt vorliegende Referentenentwurf lässt diesbezüglich keine Absenkungsmöglichkeit erkennen.

Darüber hinaus wären erhebliche bauliche Maßnahmen in den Universitäten und Kliniken, Infrastrukturinvestitionen in die Ausstattung der Lehrpraxen sowie möglicherweise deutlich erhöhte Aufwandsentschädigungen für externes Lehrpersonal erforderlich. Gleichzeitig haben sich die Rahmenbedingungen der universitären Krankenversorgung seit der Festlegung der Kapazitäts- und Lehrverpflichtungsverordnungen in einer Art und Weise entwickelt, die derartige Vorgaben kaum realisierbar erscheinen lassen. Steigende Leistungsanspruchnahme in der Krankenversorgung sowie ein deutlich gewandeltes Berufsbild (Generation Y, Arbeitszeitregelungen, Digitalisierung) schränken den Raum für o.g. Ansprüche erheblich ein. Daher sind für die Aufrechterhaltung eines hoch effizienten, wissenschaftlich fundierten und kompetenzbasierten patientenbezogenen Unterrichtes *zwingend* flankierende Maßnahmen erforderlich. Erst diese ermöglichen die Realisierung der o.g. Vorstellungen gemäß der Vereinbarkeit eines ökonomisch vertretbaren Klinikbetriebs und der Sicherstellung des Versorgungsauftrags – heute und auch in Zukunft.

Hier ist an erster Stelle die Überführung der Lehrdeputatsstunden der oftmals von den Universitätsklinik finanzierten klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte gemäß Lehrverpflichtungsverordnung in den tatsächlichen Verfügungsrahmen der Medizinischen Fakultäten zu nennen. Trotz bereits bestehender entsprechender Gesetzeslage ist der Zugriff auf die qua Verordnung bestehenden Lehrdeputate de facto nicht existent. Zu berücksichtigen ist, dass der Zugriff auf die Lehrdeputate das Versorgungsangebot und die ökonomische Überlebensfähigkeit der Universitätsklinik bedrohen würde. 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.

Die Kapazitätsverordnung muss zwingend vorher angepasst werden, um erhebliche Verwerfungen bei den Zulassungszahlen zu vermeiden

Um die intendierte Qualitätsverbesserung im Sinne des Masterplans Medizinstudium 2020 zu erreichen, müssen erhebliche Verwerfungen bei den Zulassungszahlen vermieden werden. **Ohne eine vorhergehende Reform der Kapazitätsverordnungen wird eine Umsetzung der Ärztlichen Approbationsordnung in der geplanten Form nicht möglich sein.**

Die derzeit gültigen KapVO, insbesondere mit ihrer Aufteilung in eine vorklinische Lehrereinheit mit einem festgesetzten Teil-CNW (Teil-Curricularnormwert) und eine klinische Lehrereinheit mit einer patientenbezogenen, klinischen Ausbildungskapazität, ist auf den Referentenentwurf der ÄApprO nicht anwendbar. Ohne begleitende grundlegende Korrektur der KapVO wird es zu einer erheblichen Rechtsunsicherheit und damit zu einer Gefährdung der Ausbildungsqualität und/oder Steuerbarkeit der Studierendenzahlen kommen.

Diese Problematik lässt sich anhand zweier Punkte rasch erläutern: Das Z-Curriculum hat die Aufhebung der bisherigen strengen Trennung von Vorklinik und Klinik zur Konsequenz. Dieser Umstand erschwert die Anwendung einer personalbezogenen vorklinischen Aufnahmekapazität ausschließlich auf die ersten 2 Studienjahre. Und eine Bemessung der Aufnahmezahlen allein durch die patientenbezogene Ausbildungskapazität führt zu schwer steuerbaren Entwicklungen (sowohl nach oben als auch nach unten).

Um jahrelange Rechtsstreitigkeiten um Zulassungen und die damit verbundenen stark schwankenden Studienanfängerzahlen zu vermeiden, fordern die Medizinischen Fakultäten Bund und Länder auf, eine Reform des Kapazitätsrechts umgehend mit ausreichendem Vorlauf vor Inkrafttreten der neuen ÄApprO vorzunehmen. Außerdem wären insbesondere für die digitale Lehre eine allgemeine Anpassung der KapVO bzw. der LVVO notwendig.

Alle Medizinischen Fakultäten sind auf stabile Zulassungszahlen angewiesen, um Planungssicherheit zu haben. Da nicht auszuschließen ist, dass die Änderungen des Kapazitätsrechts nicht zeitgerecht abgeschlossen werden können, empfiehlt die DHM, die Zulassungszahlen eines jeden Standorts für die Übergangszeit gesetzlich festzulegen. Allein durch Verordnung erlassene Zahlen dürften erfahrungsgemäß für eine verwaltungsgerichtliche Überprüfung unzureichend sein.

Ergänzend dazu empfiehlt die DHM, auf die Festlegungen von Stundenkontingenten gemäß Anlage 1 zu verzichten. Vielmehr sollten statt absoluter Stundenzahlen ausschließlich Mindestanforderungen für die verschiedenen Unterrichtsformate vorgegeben werden.

NKLM, GK und Curricula benötigen mehr Freiräume für Weiterentwicklungen und Innovationen

Um der dynamischen Entwicklung der Medizin Rechnung zu tragen, sollten die inhaltlichen Vorgaben in der ÄApprO 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 neuen Approbationsordnung werden viele Inhalte der Anlagen 13, 14 und 15 überholt sein. Diese Anlagen sollten also aus der Approbationsordnung gelöscht werden. Deren Inhalte könnten vielmehr durch einen Verweis auf den NKLM, der die Inhalte des Kernbereichs repräsentiert, ersetzt werden. Die Gremien des IMPP verleihen diesen verpflichtenden Inhalten durch ihre Selektion der Prüfungsfragen auf Basis des GK ein eigenes Gewicht.

Insgesamt gilt, dass die Regelungstiefe an vielen Stellen eher einer Studienordnung entspricht. Es ist daher zu prüfen, ob damit nicht nur bundesrechtliche Kompetenzen überschritten werden, sondern auch die Wissenschaftsfreiheit an den Universitäten berührt wird.

NKLM-Inhalte müssen flexibel in der Zeit bis zum festgelegten Meilenstein gelehrt werden können

Um den Medizinischen Fakultäten die genannte Flexibilität bei der Gestaltung der Curricula zu ermöglichen, müssen auch die Formulierungen von §§31(3), 32(3), 33(3) angepasst werden. Diese können nur vorgeben, bis zu welchem Zeitpunkt Kompetenzen **spätestens** erworben werden müssen. Die Vermittlung bzw. Prüfung einer Kompetenz muss natürlich je nach Modul auch schon früher in ein Curriculum integriert werden können. Nach dieser Logik ist auch der NKLM sinnvollerweise strukturiert.

Die abrupten Übergangsregelungen müssen durch eine abgestimmte, schrittweise Umsetzung von NKLM und GK aufgefangen werden

Die Tatsache, dass alle Studierenden, die laut Referentenentwurf bei Geltungsbeginn der neuen Approbationsordnung bereits in den Semestern 7-10 studieren, den neu konzipierten Zweiten und Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung ablegen, steht formal in Widerspruch zum Ziel des Constructive Alignment. Dieses geht davon aus, dass nur Inhalte geprüft werden, die zuvor im Rahmen des Curriculums gelehrt und gelernt wurden. Ein für die Studierenden tragbarer Übergang von alter auf die neue Approbationsordnung setzt ein gut abgestimmtes Wechselspiel von schrittweiser Einbringung neuer Lernziele schon vor dem

Geltungsbeginn sowie der entsprechenden, zeitlich nachlaufenden Übernahme dieser Lernziele in die staatlichen Prüfungen voraus.

Vor diesem Hintergrund strebt der MFT an, bereits zum Wintersemester 2021/22 neben der schrittweisen Umsetzung des NKLM 2.0 nach alter Approbationsordnung auch bereits mit der Erprobung neuer NKLM-Inhalte gemäß neuer Approbationsordnung zu beginnen und die Fakultäten dabei gezielt zu unterstützen. Voraussetzung hierfür ist die finanzielle Unterstützung der Medizinischen Fakultäten bei der Bereitstellung der erforderlichen Transitionskosten. Durch die frühe schrittweise Implementierung geeigneter Teile des NKLM könnten die Studierenden der laufenden Kohorten bis zum Geltungsbeginn der neuen Approbationsordnung bereits einen Teil der im überarbeiteten NKLM aufgeführten Kompetenzen erwerben. Eine Implementierung des NKLM 2.0 ist allerdings aufgrund der formalen Vorgaben der aktuell gültigen Approbationsordnung für diese Studierenden nicht zu 100% möglich.² Deshalb erfordert das oben genannte schrittweise Vorgehen einen engmaschigen, semesterweisen Abgleich des GK mit den jeweils an *allen* Medizinischen Fakultäten zu einem bestimmten Zeitpunkt bereits implementierten NKLM-Inhalten. Dazu bietet der MFT seine Unterstützung an. Nur so kann das Constructive Alignment für jeden Durchlauf des Zweiten Abschnitts der ärztlichen Prüfung gewährleistet werden. Inhalte des NKLM dürfen nur dann in den Staatsprüfungen adressiert werden, wenn sie vorher für die am jeweiligen Abschnitt der ärztlichen Prüfung teilnehmenden Studierendengruppen in die Curricula implementiert wurden.

Die Zahl der staatlichen Prüfungszeitpunkte ist zu Gunsten des Z-Curriculums zu reduzieren

Die vier separaten Prüfungstermine der ärztlichen Prüfung müssen aus didaktischer wie konzeptioneller Sicht hinterfragt werden. Die wesentliche Aufgabe des Staatsexamens ist, in gemeinsamer Verantwortung mit den Universitäten die Sicherheit der Patientinnen und Patienten als eines der Ausbildungsziele zu sichern. Deshalb sollte der Schwerpunkt der staatlichen Prüfungen am Ende des Studiums liegen. Sie sollten nicht kleinteilig und ab einem sehr frühen Zeitpunkt über den gesamten Studienverlauf erfolgen.

² Einige der im Referentenentwurf ÄApprO neu definierten Themen und Zusammenhänge sind auf Basis der alten Approbationsordnung kapazitätsrechtlich nicht deutschlandweit in gleicher Weise integrierbar, so z.B. interprofessionelle Kompetenzen.

Im vorliegenden Entwurf würde ein starres staatliches Prüfungskorsett mit Abschnitten von jeweils nur ein bis zwei Jahren Dauer geschaffen, das nur wenig Freiraum für die im Masterplan verankerte fakultären Schwerpunktsetzungen und Innovationen ließe sowie die Lehrfreiheit über die Maße einschränken würde. Darüber hinaus konterkariert diese strikte Abfolge von Staatsprüfungen die durch den Referentenentwurf neuerdings strukturell im Studium verankerte Verschränkung der Inhalte der Lehrveranstaltungen.

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

Die Einführung eines kompetenzorientierten Z-Curriculums mit longitudinaler Verankerung von Themen als zentrales Ziel des Masterplans setzt hinreichend lange Lehrabschnitte voraus. Mit dem Splitting des M1 fallen diese deutlich zu kurz aus. Eine bessere Alternative wäre das Zusammenlegen der beiden Teile des Ersten Abschnitts der ärztlichen Prüfung auf *einen* Zeitpunkt. Der schriftliche und der mündlich-praktische Teil des Ersten Abschnitts der ärztlichen Prüfung sollten nacheinander am Ende des 6. Fachsemesters stattfinden, um die integrierte Lehre grundlagenwissenschaftlicher und klinischer Inhalte im Sinne eines Z-Curriculums zu unterstützen und wichtige Voraussetzungen für das Training klinischer Urteils- und Entscheidungsfindungskompetenzen zu schaffen.

Die Vorgaben zu den staatlichen Prüfungen sind überreguliert und der M3-OSCE ist zu streichen

Wie oben dargelegt, sollte der Erste Abschnitt der ärztlichen Prüfung 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 abgelegt werden. Dabei sollte eine wenig praxistaugliche sekundengenaue Regelung in der Approbationsordnung vermieden werden. Die Möglichkeit, für die Überprüfung grundlagenwissenschaftlicher Kenntnisse eigene Prüfungsformate einsetzen zu können, wird begrüßt. Die jetzige Ausgestaltung eines Parcours mit un-

terschiedlichen Zeitvorgaben für verschiedene Stationen macht jedoch die erforderliche Rotation noch aufwändiger bis unmöglich und stellt an die räumliche Ausstattung zusätzliche hohe Anforderungen.

Sinnvoll gewählt – nicht zuletzt auch im Interesse der Patientensicherheit – ist im Referentenentwurf das OSCE-Format für die fakultäre PJ-Eingangsprüfung, die zwischen dem Ersten und dem Zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung abzuleisten ist.

Der Dritte und letzte Abschnitt der ärztlichen Prüfung ist in ihrem jetzigen Umfang und Format aus konzeptionellen, didaktischen sowie Ressourcengründen anzupassen. Die beiden ersten Prüfungstage sind in ihrer Zielsetzung und vom Format her grundsätzlich zu befürworten. Eine besondere Herausforderung stellt allerdings die allgemeinmedizinische Prüfung unter Einbeziehung von Patientinnen bzw. Patienten dar, zu der jedes Jahr über 11.000 Patientinnen und Patienten plus die zugehörigen Prüferinnen und Prüfer zu organisieren sind. Diese Regelung sollte daher offener gestaltet werden und die beiden Prüfungstage unter Einbeziehung zweier Patientinnen oder Patienten aus jeweils unterschiedlichen Lehrstoffgebieten (z.B. konservativ/operativ oder chronisch/akut) wahlweise in der stationären oder ambulanten Versorgung durchgeführt werden.

Das OSCE-Format für den dritten Prüfungstag hält die DHM für ungeeignet. Sie sieht keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz für den Einsatz dieses Prüfungsformats zum besagten Zeitpunkt im Studium. Es sollte ersatzlos gestrichen werden. Die im Rahmen des PJ bereits unter Einbezug von Patientinnen und Patienten erreichte Komplexität und Tiefe der erlernten Kompetenzen geht weit über das Niveau hinaus, das in einer simulierten Prüfungssituation wie dem OSCE prüfbar ist. Ein solches Prüfungsformat würde also einen Rückschritt gegenüber dem APT-Modell (Anvertraubare Professionelle Tätigkeiten) und den Feedbackformaten des PJ darstellen. Zu dem geringen didaktischen Wert stehen die für einen nationalen OSCE erforderlichen Ressourcen und organisatorischen Aufwände im Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung in keinem Verhältnis. Die zeitgleiche Gestellung einer sehr großen Anzahl entsprechend qualifizierter Prüferinnen und Prüfer sowie Beisitzerinnen und Beisitzer würde an vielen Standorten, insbesondere in kleinen Abteilungen, angesichts der steigenden Leistungsanspruchnahme und des weiterhin absehbaren Fachkräftemangels, zunehmender Vorgaben zur Qualifizierung und Vorhaltung von ärztlichem Personal und den Personaluntergrenzen für die Pflege die Krankenversorgung in der Prüfungszeit vollständig zum Erliegen bringen. Insbesondere bei den seltener gewählten Wahlfächern ist die Vorhaltung einer Vielzahl von korrespondierenden OSCE-Stationen eine

weitere enorme Herausforderung für die Landesprüfungsämter und Universitäten. Ein Pooling von Studierenden verschiedener Universitäten an der Prüfstelle eines einzelnen Standorts ist keine Alternative, da dies zu einer Entkopplung von Lehre und Prüfung und damit dem Verlust des angestrebten Constructive Alignment führen würde. Vor diesen Hintergrund ist auch die vorgesehene Platzierung der Prüfung innerhalb der Urlaubs- bzw. der (Vor-)Weihnachtszeit in Frage zu stellen. Gleichmaßen ist die Bereitstellung geeigneter räumlicher Ressourcen bei parallel laufendem Unterricht an vielen Standorten nicht gesichert. Stattdessen schlagen wir eine Stärkung der klinisch-praktischen Ausbildung im PJ entlang des PJ-Logbuches vor. Durch die Verknüpfung des Logbuches mit dem AbsolventInnenprofil des NKLM/GK bekommt das Praktische Jahr eine noch größere Bedeutung. Die Berücksichtigung des PJ-Logbuchs und die damit verbundene Steigerung der Anzahl im arbeitsnahen Umfeld bearbeiteter und reflektierter Patientenfälle und die zusätzlichen Beurteilungsgrundlagen auf der Basis von Selbstreflexionsberichten und dokumentierten Feedback-Gesprächen stellt (im Gegensatz zum OSCE-Format) eine effektive und realitätsnahe Überprüfung der studentischen Kompetenzen sicher.

Insgesamt muss festgehalten werden, dass die Umsetzungsverantwortung vor Ort und in allen Belangen des Dritten Abschnitts der ärztlichen Prüfung dezidiert bei den für die staatliche Prüfung zuständigen Landesprüfungsämtern liegen. Die Fakultäten werden sie dabei wie bisher im Umfang des Möglichen unterstützen.

Wir weisen auch darauf hin, dass der derzeitige Staatsvertrag und die Governance des IMPP für einen Zuwachs von Verantwortlichkeiten für das Medizinstudium jenseits der schriftlichen Staatsprüfungen nicht adäquat sind. Die Länder müssen den Staatsvertrag dahingehend erheblich überarbeiten und neu verabschieden.

Die Voraussetzungen zur Stärkung der Lehre in der hausärztlichen Versorgung fehlen

Als einen weiteren erklärten Schwerpunkt sieht der vorliegende Entwurf eine umfangreiche Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten aus dem ambulanten Versorgungsbereich in die Lehre und die Prüfungen vor, insbesondere in der hausärztlichen Versorgung und der Allgemeinmedizin. Die DHM begrüßt die Weiterentwicklung des Medizinstudiums in diese Richtung. Allerdings wird der enorme organisatorische Aufwand, der mit den Vorgaben verknüpft ist, offensichtlich unterschätzt. So gilt es zukünftig, pro Jahr insgesamt mindestens 1 Mio. Betreuungs- und Prüfungsstunden in den Lehrpraxen für die staatlich finanzierten Studierenden sicherzustellen, dies zunehmend auch im Wettbewerb mit privaten Anbietern.

Die Medizinischen Fakultäten dürften kaum in der Lage sein, Lehrerinnen und Lehrer auf juristischem Wege zu einer Zusammenarbeit zu zwingen. Ab wann darf man davon ausgehen, dass die Fakultäten alles in ihren Kräften Stehende getan haben, um ihrem Auftrag genügend Plätze in der ambulanten Ausbildung vorzuhalten nachzukommen? Aus Sicht der DHM muss daher ein Kontraktionszwang für die Praxen zu marktüblichen Preisen festgeschrieben und eine ausreichende Zahl von Praxen in einem Pool sichergestellt werden, aus dem die Universitäten wählen können. Dieser Pool sollte in gleicher Weise kasernenärztliche wie private Praxen umfassen, sofern sie den erforderlichen Qualitätsstandards entsprechen. Weil die Landesärztekammern bereits mit Aufgaben der Qualitätssicherung im Rahmen der Weiterbildung betraut sind, sollten sie an der Erstellung eines solchen Pools unter Mitwirkung der Gesundheitsbehörden beteiligt werden.

Um diese Herausforderungen weiter abzumildern und bezüglich der Ressourcen überhaupt erst abbildbar zu machen, sollte

- der Unterricht in den Hochschulambulanzen ausgeweitet statt eingeeengt werden,
- der Umfang der Blockpraktika in der hausärztlichen Versorgung auf insgesamt vier Wochen (maximal zwei Blockpraktika zu je zwei Wochen) reduziert werden,
- auf die engen Vorgaben der Rahmenstruktur der Lehrpraxen verzichtet werden,
- eine Betreuung von bis zu zwei Studierenden pro qualifiziertem Lehrer/qualifizierter Lehrerin möglich sein,
- die im Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung vorgesehene Prüfung am ambulanten Patienten bzw. an der ambulanten Patientin auch in den Hochschulambulanzen bzw. vorrangig an Patientinnen und Patienten verschiedener Lehrstoffgebiete (konservativ bzw. operativ, s.o.) durchgeführt werden können.

Die Quartalisierung des PJ darf nicht die kompetenzorientierte Ausbildung konterkarieren

Aus der Quartalisierung des PJ resultieren vier auf 12 Wochen reduzierte Ausbildungsabschnitte. Diese dürfen aus Qualitätssicherungsgründen nicht weiter in noch kürzere Ausbildungsabschnitte unterteilt werden. Wesentliches Ziel des PJ ist die kompetenzorientierte Ausbildung entlang der im NKLM festgelegten Anvertraubaren Professionellen Tätigkeiten (APT, im NKLM auch Entrustable Professional Activities (EPA) genannt). Dies erfordert die Einbindung der Studierenden in den Ablauf der Stationen bzw. Lehrpraxen, längere Beobachtungszeiträume und regelmäßiges Feedback sowie Fortschrittsbeobachtung durch

die PJ-Betreuenden. Die im Referentenentwurf vorgesehenen auf sechs Wochen verkürzten Abschnitte, zusätzlich verbunden mit weiteren Studien- und Fehlzeiten, verhindern die sinnhafte Umsetzung einer APT-basierten praktischen Ausbildung. Eine Unterteilungsmöglichkeit sollte daher unterbleiben.

Die wissenschaftliche Arbeit muss so gestaltet sein, dass sie bei gesicherter Qualität eine gute Synergie mit dem übrigen Studienablauf und nachfolgenden Promotionsprojekten erlaubt

Die DHM begrüßt die obligatorische wissenschaftliche Arbeit im Umfang von 12 Wochen. Um der großen Bandbreite der methodischen Kompetenzen, inhaltlichen Fragestellungen und fakultären Schwerpunkte gerecht zu werden, empfiehlt die DHM, den Fakultäten Freiräume zu gewähren, sodass sie die wissenschaftliche Arbeit entsprechend des jeweiligen individuellen Curriculums zu einem gewählten Zeitpunkt nach dem 4. bis zum 10. Fachsemester verankern können. Die DHM empfiehlt außerdem, Möglichkeiten einzurichten, die 12-wöchige Dauer der wissenschaftlichen Arbeit auf bis zu drei Blöcke aufzuteilen. Dabei muss die Gesamtstundenzahl von 640 gewährleistet bleiben. Zudem sollte auf eine Benotung verzichtet, d.h. nur zwischen „bestanden“ oder „nicht bestanden“ differenziert werden.

Die Innovationsklausel ersetzt nicht den zweiten Reformschritt für die zahnmedizinische Approbationsordnung

Grundsätzlich bietet die Reform der ÄApprO viele neue *inhaltliche* Freiräume für die curriculare Ausgestaltung, was die DHM sehr begrüßt. Der Referentenentwurf schafft insbesondere über die Vertiefungsbereiche gute inhaltliche Anknüpfungsmöglichkeiten, auch zur Zahnmedizin. Mit der Innovationsklausel werden darüber hinaus *strukturelle* Freiräume geschaffen, die neue kooperative Studiengänge ermöglichen. Diese Innovationsklausel muss allerdings noch hinsichtlich der zu evaluierenden Qualitätskriterien konkretisiert werden.

Die DHM begrüßt ausdrücklich die Möglichkeit der Verschränkung der Inhalte des Zahnmedizinstudiums mit denen des Humanmedizinstudiums. Es muss allerdings sichergestellt sein, dass auch in zukünftigen Regelstudiengängen eine enge, auch inhaltliche Verschränkung mit der Zahnmedizin möglich ist, vor allem, wenn diese bereits besteht. Über eine Anpassung der Innovationsklausel hinaus ist daher zwingend der zweite Reformschritt der Approbationsordnung für die Zahnmedizin (AOZ) erforderlich. Dieser muss die Reform der ÄApprO flankieren und sofort angegangen werden, damit Medizin und Zahnmedizin mit den reformierten ersten Studienabschnitten möglichst zeitgleich starten können.

Kenntnisprüfungen sollten sich am Zweiten und Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung orientieren

Inhalte und Formate der Kenntnisprüfungen sollten identisch mit den Standards der Staats- examina sein. Idealerweise nehmen die Kandidatinnen und Kandidaten am Zweiten und Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung teil. Der damit verbundene zusätzliche Aufwand für diese Prüfungsdurchführung muss entsprechend berücksichtigt werden.

Die Stärkung des ÖGD in der Lehre muss einhergehen mit neuen Professuren und Nachwuchsgruppen

Die DHM begrüßt die stärkere Sichtbarmachung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in der medizinischen Ausbildung. Daher unterstützt die DHM die sofortige Umsetzung des Vorhabens in der noch geltenden Approbationsordnung gemäß Artikel 2. Eine wesentliche Herausforderung wird allerdings die Bereitstellung des dafür geeigneten Lehrpersonals sein. Bund und Länder müssen daher ihre Vereinbarung zur Stärkung des ÖGD zügig umsetzen und eine ausreichende Zahl an Professuren und Nachwuchsgruppen an den Medizinischen Fakultäten schaffen, die Inhalte und Fragestellungen mit Relevanz für den ÖGD in Forschung und Lehre vertreten können.