

Deutsche Hochschulmedizin e.V., Alt-Moabit 96, 10559 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 314
Herrn Ralf Suhr

Deutsche Hochschulmedizin e.V.
Alt-Moabit 96, 10559 Berlin
www.deutsche-hochschulmedizin.de

Per E-Mail
314@bmg.bund.de

Berlin, 09.08.23

Stellungnahme der Deutschen Hochschulmedizin zum Referentenentwurf zur Ärztlichen Approbationsordnung vom 15.6.2023

Die Deutsche Hochschulmedizin (DHM), der Dachverband des Medizinischen Fakultätentages (MFT) und der Verbands der Universitätskliniken (VUD), unterstützt die Reformziele der neuen ÄApprO und erkennt an, dass die Umsetzbarkeit und Effizienz der einzusetzenden Ressourcen verbessert wurden. Um die Ziele der Reform erreichbarer zu machen, werden gezielte Verbesserungsvorschläge gemacht (s.a. Anlage 1). Es bestehen allerdings weiterhin erhebliche Finanzierungs- und Umsetzungsrisiken (s.a. Anlage 2). Werden diese nicht ausgeräumt, sieht die DHM die Umsetzung der qualitätsverbessernden Maßnahmen erheblich gefährdet. Eine Unterfinanzierung droht zu Lasten der Studienplatzkapazitäten zu gehen.

Positiv ist zu bewerten, dass die Ausrichtung auf ein **kompetenzbasiertes Studium** beibehalten wurde und der **NKLM das tragende Gerüst** für die Ausgestaltung der Lehre und der Prüfungen darstellt. Über ein **modular** gestaltetes Studium, das durch das **Z-Curriculums** früh mit der Vermittlung patientennaher Studieninhalte beginnt und die Grundlagen der Medizin durchgehend mit klinischen Inhalten verknüpft, wird die Vermittlung von Kompetenzen, Fertigkeiten und Fachwissen **longitudinal** verankert und **exemplarisch vertieft**. Eine wesentliche Stärkung erfährt die **Wissenschaftlichkeit** im Medizinstudium; ebenso die **Digitalität** in der Medizin, was die Inhalte und Kompetenzen im modernen Gesundheitssystem und in wissenschaftlichen Prozessen betrifft. Die **M1-Prüfung** auf einen Zeitpunkt am Ende des sechsten Fachsemesters zusammenzulegen wird begrüßt. Um die Möglichkeit zur integrierten Prüfung von Fachwissen, Transferskills und Kompetenzen weiter zu stärken, sollte der **schriftliche Prüfungsteil in Zukunft explizit und ausschließlich elektronisch** geprüft werden können *. Die fakultären Parcoursprüfungen zum Ende des vierten Fachsemesters (sog. **Famulatureife-OSCE**) sowie im zehnten Fachsemester (sog. **PJ-Reife-OSCE**) sind im Vorfeld der externen klinisch praktischen Ausbildungsphasen klug positioniert. Da viele medizinische Fakultäten schon Erfahrungen mit der Umsetzung von Parcoursprüfungen haben und aktiv durch den MFT, in Zusammenarbeit mit dem IMPP, bei der Umsetzung unterstützt werden, ist dieser Ansatz deutlich effizienter umsetzbar als nationale Prüfungsformate im Nachgang des Studiums.

* Für weitere Vorschläge im Detail siehe Anlage 1
Seite 1/4

Kritisch sieht die DHM weiterhin die **viel zu detaillierten, z.T. auch im Widerspruch zu den Zielen der ÄApprO stehenden Vorgaben in der Verordnung**. Für ein universitäres Studium, das viel Freiraum für kritisches Denken und Persönlichkeitsentwicklung bieten muss, ist das nicht akzeptabel! Auf den erheblichen Wandel in Gesellschaft, Medizin und Gesundheitssystem der kommenden Jahre können die Fakultäten die Studierenden nur dann adäquat vorbereiten, wenn schnell auf neue Themen, Prinzipien bzw. Strukturen reagiert werden kann und wenn die von den Universitäten ausgebildeten Ärzt:innen sowie Absolvent:innen der Gesundheitsberufe bereits im Studium kritisch-reflexives Denken, den Transfer von Gelerntem auf neue Situationen und den Umgang mit Unsicherheit gelernt haben. Mit dem NKLM haben wir nun den gemeinsamen Rahmen für die Lernziele und das verbindliche Absolvent:innenprofil geschaffen, der die erforderliche Kontinuität und Aktualität gewährleistet. Dieser definiert umfassend das Kerncurriculum, zusätzliche (siehe z.B. §34) oder **kleinteilige Vorgaben in den Anlagen einer Approbationsordnung und zu starre Festlegungen auf Versorgungsformen sind daher zu streichen***. Außerdem sollte der **Vertiefungsbereich von 20% auf 30% vergrößert**, sowie die **scheingenaue und zum Teil widersprüchlichen Vorgaben zu prozentualen Verteilungen aufgehoben** werden*.

Kritisch ist ebenfalls die in dem RefE deutlich zu niedrige Abschätzung der Erfüllungsaufwände. Die DHM schätzt die Erfüllungsaufwände in **der Transitionsphase bis 2027** auf insgesamt über **144 Mio. Euro**. Aufgrund der Steigerung des Aufwands in Lehre und Organisation geht die DHM von einem **jährlichen Zusatzbedarf der Fakultäten in Höhe von rund 316 Mio. Euro p.a.** aus⁺. Im Vergleich zu früheren Schätzungen der DHM auf der Basis erster Entwürfe in Höhe von 400 bis 500 Mio. Euro konnte der geschätzte Erfüllungsaufwand für den nun vorliegenden Entwurf somit spürbar gesenkt werden, ist aber weiterhin substanziell. Die Finanzierung des zusätzlichen Erfüllungsaufwandes der Fakultäten muss in vollständiger Höhe durch die Länder, ggfls. unter Beteiligung des Bundes, dauerhaft sichergestellt sein. Weitere, **schwer abschätzbare Kostenrisiken**, ergeben sich aus den allgemeinen Kostensteigerungen, dem bereits von den Ländern beschlossenen Aufwuchs der staatlichen Studienplätze, erforderliche zusätzliche Investitionen sowie eventuelle Kosten für eine gesetzlich vorgegebene allgemeine Aufwandsentschädigung für das PJ.

Insgesamt stellen die erheblichen Anstiege bei den ausgewiesenen Unterrichtsstunden und den Eigenstudienzeiten die Studierbarkeit in Frage. Allerdings steht die **Kürzung der Vorlesungen im Umfang von 30%**, die in der jetzigen Formulierung offenbar einseitig zu Lasten nur der klinischen Vorlesungen geht, **im erkennbaren Widerspruch zur Intention der Reform**. Der Ersatz der gestrichenen Vorlesungszeiten durch sogenannte **blended-learning-Formate** ist **nicht adäquat**. Dieses Lehrformat ist ein wertvolles didaktisches Instrument, aber im Vergleich zu Vorlesungen mit einem höherem Lehraufwand gekoppelt, auch wenn Betreuungsrelationen oder eine Anrechnung auf Lehrdeputate bislang durch die Länder noch nicht definiert wurden. Sollte das Ziel für den Ersatz von Vorlesung durch digitale Formate eine Reduktion von Lehraufwänden bzw. Kosten sein, so dürfte dies allenfalls durch asynchrone Lehrformate möglich sein, sofern diese entsprechend von den Ländern definiert würden. Da dies bislang nicht der Fall ist, geht die DHM bei der Kostenschätzung bzw. Abschätzung des CNW von einer Gesamtzahl an Vorlesungsstunden bzw. von digitalen Formaten mit gleicher Anrechnung wie in früheren Versionen aus.

⁺ Für Details der Abschätzung des Erfüllungsaufwands siehe Anlage 2

Die DHM begrüßt die Ausweitung der Lehre im ambulanten Kontext. Es ist zu erwarten, dass die Reformen im stationären Bereich auch die ambulante Versorgungslandschaft in Zukunft noch erheblich umformen wird. Daher ist die **Festlegung auf die niedergelassene Praxis heutiger Prägung zu eng gedacht** und sollte deutlich weiter gefasst sein, um zukunftsfähig zu bleiben. Wie auch schon zu früheren Entwurfsfassungen kritisiert, stellt die **Rekrutierung und Qualitätssicherung** der für das ausgeweitete Blockpraktikum und das Pflichtquartal erforderlichen **Praxen**, die deutlich mehr strukturelle Qualitätsvorgaben erfüllen müssen, enger curricular eingebunden werden und den ländlichen Raum großflächig erschließen sollen, eine erhebliche Herausforderung für alle Beteiligten dar. Die Aufwände für gute Lehre und die verlässliche Bereitstellung durch die Praxisinhaber:innen müssen adäquat vergütet werden. Die angesetzten 30 Euro pro Stunde werden dem nicht annähernd gerecht. Es sind deutlich höhere Forderungen der Praxisinhaber zu erwarten. **Aktuell handelt es sich um einen Vertrag zu Lasten Dritter (der Fakultäten). Die Fakultäten dürfen nicht auf diesem unkalkulierbaren Finanzierungsrisiko sitzen bleiben!** Um der Verantwortung der Universitäten für einen verzögerungsfreien Studiumsverlauf im Falle einer unzureichenden Rekrutierung von Praxen nachkommen zu können, muss die Öffnungsklausel in §52 zum Ausweichen in geeignete ambulante Versorgungsstrukturen der Unikliniken (z.B. Hochschulambulanzen) auf bis zu 30% deutlich und ohne zeitliche Beschränkung ausgeweitet werden*.

Die redaktionelle Umstellung der **Innovationsklausel** (§130) in der jetzigen Form hat dazu geführt, dass für das Ziel der besseren Vereinbarkeit von Familie und Studium die Durchführung des M1 nunmehr als verpflichtend gelten soll. Dies ist entlang der früheren Fassungen zu korrigieren und den Vorgaben zu den weiteren Innovationszielen redaktionell in gleicher Weise anzupassen*.

Die **Übergangsregeln** in der jetzigen Verordnung sind komplex und in dieser Form für Studierende und Fakultäten nicht zielführend umsetzbar. Studierende im laufenden Studium vor dem M2 von der alten in die neue ÄApprO wechseln zu lassen, ist angesichts der erheblichen inhaltlichen Verschiebungen zwischen den Studienphasen im Sinne des Z-Curriculums sowie der neuen Strukturelemente (Famulaturen, Wissenschaftliche Arbeit, Blockpraktika) nicht sinnvoll. Die DHM schlägt daher vor, dass alle Studierenden, die zum Zeitpunkt der Geltung der neuen ÄApprO bereits nach alter ÄApprO begonnen haben, ihr Studium gemäß dieser bis einschließlich zum M2 fortführen. Zum Beginn des PJ und ins anschließende M3 kann dann sofort ab 2027 nach neuer ÄApprO gewechselt und so das Studium nach dieser abgeschlossen werden. Die Fakultäten verpflichten sich, Inhalte des NKLM, sofern er für die neue ÄApprO verbindlich ist, in der Übergangsphase auch für die Kohorten nach bisheriger ÄApprO zu lehren, soweit diese es zulässt.

Bezüglich der **Staatsexamensprüfung** bestehen erhebliche Sorgen zu Fragen der Umsetzbarkeit. Die Rekrutierung der Prüfenden wird die LPÄ, trotz der Mithilfe der Fakultäten, vor große Herausforderungen stellen und die komplexe Choreografie bei der Prüfung am Patienten im M3 dürfte sich aller Voraussicht nach durch die LPÄ so nicht rechtsicher umsetzen lassen: Prüfende, Prüflinge, Patienten und MFA/Pflegekraft für jede Prüfung, die dann auch zu mehreren ineinander geschachtelt sein sollen, zur richtigen Zeit am richtigen Ort für die jeweilige Prüfungsphase zu haben, ist enorm aufwändig - im stationären Setting gleichermaßen wie auch in einer niedergelassenen Praxis - und aufgrund des sich verschärfenden Personal Mangels bei Pflegefachangestellten nicht sicher zu gewährleisten. Hinzu kommt, dass eine Abfassung eines evidenzbasierten Berichts anspruchsvoll ist, und selbst von erfahrenen Review-Gruppen in der Regel mehrere Monate erfordern würde. Es wird daher dringend dazu geraten, die Komplexität der Prüfung am Patienten deutlich zu reduzieren.

Es wird weiterhin darauf hingewiesen, dass **auf die Länder neben der zügigen und dauerhaften Sicherstellung der erforderlichen Finanzmittel weitere erhebliche Anstrengungen zukommen werden**. So müssen beispielsweise noch bundesweit abgestimmte **Festlegungen** zu den neuen **Lehrformaten** im Bereich der digitalen Lehre, zum Simulationsunterricht, zu den Blockpraktika, zum Problemorientierten Lernen, zum angeleiteten Eigenstudium oder zu den interprofessionellen Formaten getroffen werden. Erst auf dieser Grundlage kann ein **CNW bestimmt** werden, der wiederum Grundlage für eine angepasste Kapazitätsberechnung sein kann. Im Verbund mit der neuen ÄApprO müssen auch vor dem Hintergrund der schon heute spürbaren Verschiebungen von Patientenströmen und patientenbezogener Berechnungsparameter innerhalb und außerhalb des stationären Versorgungssektors **grundlegende Anpassungen an der Kapazitätsverordnung** vorgenommen werden. Auch die zunehmend aufwändigeren Prüfungsformate müssen in diesem Zuge in das Lehrdeputat aufgenommen werden. Diese komplexen Festlegungen und Anpassungen durch die Länder müssen frühzeitig beginnen und benötigen erfahrungsgemäß mehrere Jahre. Sie sind aber zwingende Voraussetzungen dafür, die Kapazität und damit die Studienplatzzahlen beim Übergang in die neue ÄApprO stabil und rechtssicher zu halten. **Die Länder müssen die Zeit bis zum Geltungsbeginn im Jahr 2027 dafür effektiv nutzen, die DHM unterstützt dabei gern!**

Anlagen:

- 1) Kommentare zum Verordnungstext
- 2) Abschätzung des Erfüllungsaufwands