

Berlin, 24.01.2020

**Stellungnahme
der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
(AWMF)
zum Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
„Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen
(ÄApprO)“ vom 29.11.2019**

Die AWMF wurde am 29.11.2019 um eine Stellungnahme zu dem oben genannten Entwurf gebeten. Die AWMF hat ihrerseits ihre Mitgliedsfachgesellschaften gebeten, bei Bedarf eine eigene Stellungnahme zu verfassen. Zusätzlich hat die AWMF am 09.01.2020 einen Workshop veranstaltet, bei dem der Entwurf der Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte aus Sicht der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften diskutiert wurde¹. Detaillierte Kommentare hat die AWMF in die vom BMG zur Verfügung gestellte Synopse eingetragen (s. Anlage 1). In diesem Anschreiben fassen wir die wichtigsten Punkte zusammen.

Die bis einschließlich 24.01.2020 bei der AWMF eingegangenen 45 Stellungnahmen von 65 Fachgesellschaften sind der Stellungnahme der AWMF als Anlage beigefügt (s. Anlage 2). Diese äußern sich auch zu vielen weiteren Aspekten, die wir ebenfalls zu berücksichtigen bitten.

I. Präambel - Allgemeine Anmerkungen

Die AWMF und ihre Fachgesellschaften begrüßen ausdrücklich die Möglichkeit zur Kommentierung eines Arbeitsentwurfs vor der Ausarbeitung des Referentenentwurfs und bedanken sich für die Gelegenheit einer Stellungnahme zu diesem frühen Zeitpunkt. Gleichzeitig bitten wir das BMG um ein Arbeitstreffen mit der AWMF und weiteren interessierten Fachgesellschaften und Fachverbänden zur Diskussion des Arbeitsentwurfs, diese könnte sich im Format an der Vorstellung der Empfehlungen der Wissenschaftsrats-Expertenkommission zur Umsetzung des Masterplans Medizinstudium am 29.01.2019 orientieren. Darüber hinaus bietet die AWMF an, konkrete Fragen des BMG in einem Fachgespräch analog zu dem vom 05.06.2019 zu beantworten.

Folgende Aspekte des Entwurfs werden sehr positiv gesehen:

- Aufnahme der wissenschaftlichen Methoden der Medizin als neues Studienziel und Abbilden eines longitudinalen Stranges zum Erwerb medizinisch-wissenschaftlicher Fertigkeiten. Dies entspricht einer langjährigen Forderung der AWMF².

¹ Programm und Vortragsfolien einzusehen unter: <https://www.awmf.org/forschung-lehre/veranstaltungen/awmf-workshop-approbationsordnung-fuer-aerzte-und-aerztinnen.html>

² siehe auch Stellungnahme der AWMF zum „Masterplan Medizinstudium 2020“: Wissenschaftskompetenz ist eine Schlüsselqualifikation für jede ärztliche Tätigkeit vom 05.11.2016 [<https://www.awmf.org/die-awmf/awmf-stellungnahmen.html>]

- Stärkung des Erwerbs kommunikativer Kompetenzen durch die stärkere Gewichtung und longitudinale Verankerung der ärztlichen Gesprächsführung im gesamten Medizinstudium sowie Erwerb interprofessioneller Kompetenzen.
- Vertiefung des Kompetenzerwerbs im Bereich der ambulanten Medizin.
- Definition der Weiterentwicklung des NKLM in Verantwortung des MFT, und nachgeordnete Weiterentwicklung des GK durch das IMPP auf Grundlage des NKLM.
- Unterscheidung zwischen Simulationspatienten und realen Patienten.
- Definition von Fächern **und** übergreifenden Kompetenzen in den Anlagen 1-3.
- Grundsätzliche Kompatibilität der Fächerlisten in den Anlagen 1-3 mit der Approbationsordnung für Zahnärzte (ZÄPrO).
- Flexible Zuordnung von Fächern (43) und Kompetenzen (7) zu den Leistungsnachweisen (10-30) in den Anlagen 4-7.
- Definition von Prüfungsinhalten als verbindliche Vorgabe für das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) der Bundesländer (Anlagen 13-15). Diese Anlagen liefern ein Gegengewicht zur Vernachlässigung von Wissen gegenüber einer Überbetonung von Fertigkeiten. Langfristig können sie durch zukünftig neu zu formulierende Anteile des NKLM ersetzt werden.
- Der Termin 01. Oktober 2025 für das Inkrafttreten.

Insbesondere folgende Aspekte werden kritisch gesehen:

- Unübersichtlichkeit des aktuellen Entwurfs mit vielen Paragrafen (185 statt 44) und Querverweisen.
- Das Fehlen der vom Wissenschaftsrat empfohlenen Aufteilung in Kerncurriculum (75%) vs. Wahlpflichtbereich (25%).
- Starres Zeitkorsett der Prüfungen ohne Spielraum für Fakultäten oder Studierende, dadurch auch kaum Möglichkeit für internationale Ausrichtung oder Teilnahme am Erasmus Programm.
- Keine Differenzierung der Ziele von M1 vs. M2, fehlende Zielvorgabe für das PJ (alle Kompetenzen bereits vor M3 abzuschließen).
- OSCE Format wenig geeignet für M2, da es nicht die inhaltliche und kommunikative Tiefe zur Prüfung des Verständnisses der medizinischen Grundlagen erreichen kann, die durch die Einführung der aktuellen mdl. M1 erfolgreich eingeführt wurde.
- Entbehrliche OSCE Prüfung in M4 (Rückschritt gegenüber der mündlich praktischen Prüfung an realen Patienten, die dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Verständnis und der Tiefe der Kompetenzen der Studierenden besser gerecht wird).
- unrealistisch hohe Stundenzahl mit direktem Patientenkontakt vor Erreichen einer „Famulatureife“ vor dem Hintergrund der sinkenden Verfügbarkeit von Patienten, Überregulation des patientenbezogenen Unterrichts.
- Die fehlende Definition von bestimmten Unterrichtsformaten, wie z.B. Praktika und Untersuchungskurse, im Vergleich zu einer Überregulation der Blockpraktika.
- Die Gefahr der zumindest vorübergehenden Limitierung an Studienabsolventen durch nicht ausreichende Verfügbarkeit allgemeinmedizinischer Lehrpraxen, was zu weniger statt mehr Landärzten führen könnte.
- Fehlende Ausgewogenheit bei der expliziten Nennung von Fächern für die Blockpraktika; es fehlen z.B. die klinischen neurowissenschaftlichen Fächer (Neurologie, Neurochirurgie, Psychiatrie und Psychosomatik) mit auch zukünftig hoch relevanten Versorgungsbereichen.
- Die in §6 beschriebene Abstimmung des GK des IMPP mit den NKLM Inhalten wird noch nicht gelebt – dies zeigt die Veröffentlichung des unfertigen und nicht konsentierten GK im laufenden Abstimmungsprozess.

- Die Einführung einer „Innovationsklausel“ mit der Option einer Verkürzung des Studiums auf fünf Jahre bei Aufgabe wesentlicher wissenschaftlicher Kompetenzen - u.a. fehlende Anfertigung einer wissenschaftlichen Arbeit - sowie einem verkürzten Praktischen Jahr mit weniger Möglichkeiten zum Erwerb klinisch-praktischer Kompetenzen.

Die Verwendung des Begriffes „Allgemeinmedizin“ für die primärärztliche Versorgung (im Unterschied zu Festlegungen im §73 SGBV) hat einen Dissens zwischen betroffenen Fachgesellschaften erzeugt, der geklärt werden sollte. Die AWMF bietet an, sich an der Klärung zu beteiligen.

II. Empfehlungen der AWMF für den nachfolgenden Referentenentwurf

Die AWMF setzt sich für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste medizinische Versorgung ein³. Fähigkeiten und Kenntnisse hierfür müssen im Studium vermittelt werden. Besonderer Wert sollte deshalb auf die Formulierung der Ziele der ärztlichen Ausbildung gelegt werden. Um Missverständnisse zu vermeiden, empfehlen wir Ergänzungen zu den Begriffen „evidenzbasiert“ und „Beachtung der gesundheitsökonomischen Auswirkungen“ ärztlichen Handelns sowie die explizite Benennung eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses. Detaillierte Vorschläge finden sich in den beiliegenden Synopsen in der Anlage zu diesem Schreiben. Die wichtigsten Empfehlungen der AWMF sind:

IIa. Zur Gestaltung von Lehre und Prüfungen

- Auflösung der Innovationsklausel: Verzicht auf nicht akzeptable Positionen (Verkürzung auf 5 Jahre, 36 Wochen PJ, keine wissenschaftliche Arbeit) verbunden mit allgemeiner Gestattung innovativer Konzepte (Interprofessionalität, Digitalisierung, Internationalität)
- Mehr Gestaltungsfreiheit für die Fakultäten: weniger starre Vorschriften z.B. Zeiten zwischen Examina, Stundenverteilungen, Ausweitung der Wahlfächer auf einen longitudinalen Strang neigungsorientierte Wahlpflichtfächer im Umfang der Empfehlungen des Wissenschaftsrats (ca. 25%).
- Patientenbezogener Unterricht: Straffung und Liberalisierung der §§13-18, Definitionen der Unterrichtsformate von §17 beibehalten und nur Gesamtstundenzahlen je Format festlegen. Für patientenbezogenen Unterricht im ersten Studienabschnitt nur die Gesamtstundenzahl aber nicht die Formate vorschreiben.
- Allgemeine Rahmenvorgaben für alle vorgeschriebenen Lehrformate (auch Seminare und Praktika der Grundlagenfächer) auf einheitlichem Niveau (Gruppengrößen, Stundenrahmen).
- Flexiblere Prüfungsabfolge: a) Mindestzeiten ab Studienbeginn zählen (M1: 4 Semester, M2: 4 Semester, M3: 10 Semester), b) stärkere Betonung von Mindestinhalten und Mindeststundenzahlen (keine Mindestabstände zwischen M1-M2-M3).

³ Nothacker M, Busse R, Elsner P, et al. Medizin und Ökonomie: Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung. Ein Strategiepapier der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). [Medicine and Economy: Measures for a Science Based, Patient-Centred and Resource Conscious Care. The Association of Scientific Medical Societies' (AWMF) Strategy Paper]. Dtsch Med Wochenschr. 2019 Jul;144(14):990-996. doi: 10.1055/a-0891-3940.

- Nur **eine** Prüfung im OSCE-Format vorschreiben (idealerweise als PJ-Eingangsprüfung, M2 und M4 als mündlich-praktische Prüfungen)
- Grundsätzliche Öffnung der Hochschulambulanzen für alle ambulanten Lehrformate, dabei nur allgemeine Festsetzung der Mindestzahl von Unterrichtseinheiten in Lehrpraxen.
- Form des Leistungsnachweises der wissenschaftlichen Arbeit präzisieren: Abgabe als Schriftsatz, der in Form und Inhalt wissenschaftliche Ansprüche erfüllt; studienbegleitend über alle Semester (nicht nur 7.-10. Semester)
- Weniger Vorschriften bezüglich der Kompetenz von Lehrenden (ambulant und stationär, ärztliche und andere akademische Lehrende); das sollte im Verantwortungsbereich der Fakultäten liegen.
- Kenntnisprüfungen und Eignungsprüfung nach Bundesärzteordnung möglichst identisch mit M3 und M4 gestalten
- Überarbeitung der quantitativen Vorschriften mit Blick auf Durchführbarkeit und Ressourcen für die neuen ambulanten Anteile: Verfügbarkeit von Praxen, Kosten, Einbeziehung von Hochschulambulanzen, Wegezeiten für Studierende, ...

Iib. Zu Lehrinhalten

- Größeren Umfang für die Wahlfächer definieren (vgl. Wissenschaftsrat: 25%), z.B. neigungsorientierte longitudinale Stränge zusätzlich zu den vier verpflichtenden Strängen (siehe auch Stellungnahmen der Fachgesellschaften)
- Lehrveranstaltungen in Modulen und fächerübergreifend als „soll“-Regel, nicht als „muss“-Regel
- Reduktion der Komplexität der Leistungsnachweise zur besseren Vergleichbarkeit über Studienorte hinweg. Die dafür nötige Vorstrukturierung könnte im Rahmen der Erstellung des NKLM V2.0 unter Verantwortung des MFT geschehen und müsste nicht explizit in der Approbationsordnung geregelt werden.
- Die Weiterentwicklung von NKLM und GK sollte mit den Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften abgestimmt werden (§6).
- Streichung der obsoleten Vorschrift „Vermittlung der naturwissenschaftlichen und theoretischen Grundlagen ist auf die medizinisch relevanten Ausbildungsinhalte zu konzentrieren“; dies ist bereits seit vielen Jahren im GK1 umgesetzt.
- Semantik „Primärversorgung nach SGB V“ vs. „Fach Allgemeinmedizin“ klären
- Den 3. Sektor (Früh-)Rehabilitation entsprechend seiner Relevanz im Gesundheitswesen angemessen berücksichtigen.
- Auswahl der in den Paragraphen explizit genannten Fächer sollte überdacht werden, z.B. Erfordernis der spezifischen Positionierung der klinischen neurowissenschaftlichen Fächer (Neurologie, Neurochirurgie, Psychiatrie, Psychosomatik) aufgrund der alternder Gesellschaft: ggf. longitudinaler Strang oder spezifische Nennung andernorts (Blockpraktika, ...).
- Die Wahlfachliste (Anlage 8) aktualisieren: Pathophysiologie und Virologie, aber auch klinische Fächer wie z.B. Pädaudiologie und Phoniatrie fehlen in der Aufzählung; das Wahlfach „Homöopathie“ sollte auf jeden Fall gestrichen werden, da es dem wissenschaftlichen Charakter des Studiums nicht gerecht wird. Alternativ könnte die Anlage 8 ganz entfallen, da es nur eine beispielhafte Aufzählung ist.

- Eine der Fakultäten und eines der PJ-Quartale sollten aus allen ärztlichen Berufsfeldern frei wählbar sein.
- Es sollte der Common trunk mit der zahnärztlichen Approbationsordnung noch stärker mitgedacht werden: NKLM und NKLZ sollen 4 Semester Common trunk definieren (6 Semester ginge auch, wäre aber aufwändiger), SWS Zahl des Common trunk in AOZ und AOÄ gleich definieren (Wahlpflichtbereiche gleiche SWS aber dann verschiedene Inhalte).

Abschließend raten wir dringend zu einer Straffung und Kürzung des gesamten Verordnungstextes mit Reduktion von Doppelungen und Querverweisen, zur Korrektur der inneren Widersprüche sowie zu einer Überprüfung und ggf. Revision der zu optimistisch erscheinenden quantitativen Vorgaben zu einigen Lehrformaten, vor allem im ambulanten Bereich.

Im Arbeitsentwurf wird an keiner Stelle deutlich, wie der erforderliche Mehraufwand für die Umsetzung der neuen ärztlichen Approbationsordnung finanziert werden soll. Dem erhöhten Aufwand ist jedoch hinsichtlich Personal- und Finanzausstattung der Universitäten unbedingt Rechnung zu tragen.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. med. Rolf-Detlef Treede treede@awmf.org

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Wilfried Wagner wagner@awmf.org

Dr. med. Monika Nothacker, MPH nothacker@awmf.org

Prof. Dr. med. Rolf Kreienberg, kreienberg@awmf.org

Anlage 1: 1a.Stellungnahme der AWMF zu einzelnen Paragraphen und 1b.Anlage des Arbeitsentwurfs (eingetragen in die Vorlage „Synopsis“ des BMG)

Anlage 2: Stellungnahmen der Fachgesellschaften jeweils in der Reihenfolge ihres Eingangs (in beigefügter Zip-Datei – Stellungnahmen in Briefform und Synopsen)

A. Gemeinsame Stellungnahmen

1. Deutsche Anatomische Gesellschaft (DAG) &
Deutsche Gesellschaft für Biochemie und Molekularbiologie (GBM) &
Deutsche Physiologische Gesellschaft (DPG) &
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) &
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)
2. Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) &
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)
3. Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation (DGPR) &
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung (DGK)
4. Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) [unterstützt von
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) per Mail vom 20.01.2020 und von
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) per Mail vom
23.01.2020]
5. Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) &

Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

6. Deutsche Röntgengesellschaft (DRG) &
Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR) &
Gesellschaft für pädiatrische Radiologie (GPR)
7. Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) &
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh) &
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
8. Deutsche Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft (IBS-DR) &
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS)

B. Einzelstellungennahmen

9. Gesellschaft für Biochemie und Molekularbiologie (GBM)
10. Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
11. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
12. Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR)
13. Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation (DGPR)
14. Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN)
15. Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM)
16. Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM)
17. Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPRM)
10. Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP)
11. Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und
Tiefenpsychologie (DGPT)
12. Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG)
13. Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin (DGKL)
14. Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM)
15. Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)
16. AG Chemie in der Medizinerbildung der GDCh e.V. (assoziiert)
17. Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM)
18. Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz-, Gefäßchirurgie (DGTHG)
19. Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie (DGMKG)
20. Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)
21. Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM)
22. Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)
23. Deutsche Gesellschaft für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie
(DGPT)
24. Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
25. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
26. Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP)
27. Deutsche Gesellschaft für Hals-, Nasen-, Ohren Heilkunde, Kiefer- Halschirurgie
(DGHNO-KHC)
28. Deutsche Gesellschaft für Verkehrsmedizin (DGVM)
29. Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Globale Gesundheit (DTG)
30. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und
Nervenheilkunde (DGPPN)
31. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM)
32. Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
33. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFH)
34. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
35. Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)

36. Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)
37. Deutsche Physiologische Gesellschaft (DGP)
38. Fachverband Medizingeschichte (FV Medizingeschichte)
39. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)
40. Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung (GQMG)
41. Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)
42. Deutsche Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM)
43. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
44. Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPRM)
45. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)