

## Die neue Approbationsordnung verlangt tief greifende Änderungen in der Lehrorganisation

*The New German Licencing Procedure for Doctors Involves Far-Reaching Changes in the Organisation of Medical Teaching*

Da ist sie nun, die neue ärztliche Approbationsordnung. Es war eine lange, schwere Geburt und es ist nicht sicher, ob das Baby überleben wird. Mit anderen Worten: Jetzt stellt sich die Frage nach der Umsetzung der Approbationsordnung (ÄAppO) in die Unterrichtspraxis. Denkbar sind zwei gegensätzliche Handlungsalternativen:

1. Eine Fakultät reitet die neue ÄAppO einfach aus, ebenso wie sie es möglicherweise mit den vorherigen acht Novellen schon getan hat. Das würde bedeuten, dass nur marginale Veränderungen vorgenommen werden, passiv hinhaltend taktiert und nur das verändert wird, was unbedingt verändert werden muss, um nicht aufzufallen. Damit wäre die mit der ÄAppO gegebene Erneuerungschance gestorben.
2. Die Fakultät versucht die neue Approbationsordnung aktiv mit Leben zu füllen durch professionelle und effiziente Veränderung der Lehrorganisation.

Zweifelsfrei werden die Fakultäten zwischen diesen zwei polaren Alternativen Mittelwege wählen und somit – das scheint ziemlich sicher zu sein – je nach örtlicher Gegebenheit unterschiedliche Umsetzungen der ÄAppO erreichen. Dadurch wird es zwangsläufig zur Profilbildung kommen, die sich dann leicht im Vergleich extern evaluieren lassen wird. Denn die in der neuen ÄAppO festgeschriebene systematische und regelmäßige Lehrrevaluation wird Veränderungswillen und -erfolg der Fakultäten offen legen. Auch wird die Qualität der jeweiligen Evaluationen sichtbar werden.

Das alles bedeutet, dass nun die Lehre in der Medizin summa summarum von außen der Kontrolle durch Evaluation und infolgedessen einem Zugzwang ausgesetzt ist: Wenngleich die staatliche Reaktion auf Evaluationsergebnisse nirgendwo kodifiziert sind, ist doch klar, dass die Mittelzuweisung durch die Ministerien in Zukunft leistungsbezogen erfolgen wird, d. h. entspre-

chend der Evaluationsergebnisse. Evaluation wird also Konsequenzen haben. Man kann die Verpflichtung zur Evaluation auch als ein verdecktes Akkreditierungsverfahren verstehen. Faktum ist, dass mit der verordneten Kontrolle wieder einmal etwas den Medizinern von außen aufgedrückt wurde, weil sie Veränderungsnotwendigkeit nicht gesehen haben oder wahrnehmen wollten. Selbst wenn wir nun nicht gewillt sind, die neue Approbationsordnung engagiert umzusetzen, können wir doch nicht umhin, eines zu tun, um nicht den letzten Rest an Gestaltungsmöglichkeit zu verlieren: Wir müssen die betriebliche Kostenrechnung in die Lehre einführen, ohne dass dies von außen verordnet würde. Weiterhin sollten wir nach didaktischen Gesichtspunkten nunmehr entsprechend dezidierten Vorgaben der ÄAppO Lernumgebungen bzw. Arbeitsplätze definieren, die in der Summe die Zahl der verfügbaren Studienplätze ergeben. Hierdurch bekommen die Fakultäten – und das sollten sie eingehend bedenken – kapazitätswirksame Gestaltungsmöglichkeiten. Wenn die Fakultäten dies nicht von selbst tun, ist absehbar, dass sie auch den letzten Einfluss auf Mittelzuweisung und Lehrkapazität verlieren und sich damit in vollständige staatliche Abhängigkeit begeben. Im Übrigen ist klar, dass der Tenor der Verordnung auf Kontrolle durch Evaluation liegt, anstatt Evaluation als Instrument zur empirischen Begründung von Änderungsentscheidungen und damit als Entwicklungsinstrument der Lehre zu begreifen und vorzuschreiben. Es wird Sache der aufgeschlossenen Fakultäten sein, den letztgenannten Aspekt aus dem Verordnungstext heraus zu interpretieren, was glücklicherweise möglich ist, und in die Lehrorganisation einzubringen.

Die Umsetzung der ÄAppO und die Einführung der betrieblichen Kostenrechnung verlangen von den Fakultäten hohe pädagogisch-didaktische [1], manageriale [2] und evaluatorische [3,4] Kompetenz. Glücklicherweise kommen aus den wenigen deutschsprachigen Fortbildungskursen, die mittlerweile ange-

### Institutsangaben

Chirurgische Klinik und Poliklinik Innenstadt, LMU München

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. F. Eitel · Ludwig-Maximilians-Universität · Klinikum Innenstadt · Chirurgische Klinik und Poliklinik · Nußbaumstraße 20 · 80336 München

### Bibliografie

Med Ausbild 2002; 19: 1–2 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0176-4772

Tab. 1 Wesentliche Änderungserfordernisse aufgrund der neuen ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO)

Aggregationsebene	Änderungserfordernisse
auf staatlicher Ebene	Änderung der Bundesärzteordnung zur Abschaffung des AiP
auf fakultärer Ebene	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Neuformulierung der Studienordnung mit Festlegung der Lehrziele und Regelung der Prüfungen</li> <li>1.1. Entwicklung von Hochschulprüfungen im 2. Studienabschnitt mit benoteten Leistungsnachweisen anstelle des bisherigen 1. und 2. Staatsexamens</li> <li>1.2. Gewährleistung des Fallbezugs des Abschlussexamens</li> <li>1.3. Anpassung des in der Studienordnung enthaltenen Studienplanes an die Vorgaben der ÄAppO               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.3.1. Integration von Vorklinik und Klinik durch Einführung neuer Seminare</li> <li>1.3.2. Entwicklung von Blockpraktika (20% der klinischen Praktika)</li> <li>1.3.3. Definition von Querschnittsbereichen, integrativen Veranstaltungen und Wahlfächern</li> </ol> </li> <li>2. Lehrevaluation</li> <li>3. Organisation und vertragliche Vereinbarung mit außeruniversitären Einrichtungen für die Lehre (insbesondere Allgemeinmedizin)</li> </ol>
auf institutioneller Ebene	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. didaktische Definition von Lernumgebungen, welche auf Fakultätsebene wiederum in der Studienordnung zusammengefasst den Studienplatz ergeben</li> <li>2. Berücksichtigung neuer Lehrinhalte (z. B. Behandlungskoordination, gesundheitsökonomische Auswirkungen der Indikationsstellung, Salutogenese, Reflexion ärztlichen Handelns, Qualitätssicherung usw.)</li> <li>3. Einführung gegenstandsbezogenen Unterrichts (POL) bzw. neuer Unterrichtsformen</li> <li>4. Vermehrung der Seminar- und Praktikumsanteile</li> </ol>

boten werden, einige Kolleginnen und Kollegen, die diese Kompetenzen professionell [5] auszuüben in der Lage sind. Die Fakultäten werden gut beraten sein, ihren Studiendekanen Stabspositionen zur Verfügung zu stellen, welche über solche Kompetenzen verfügen, also quasi eine Brücke zu bauen zwischen Ehrenamt und professionellem Vollzug der ÄAppO auf der Arbeitsebene. Dieser Managementansatz wurde von progressiven Fakultäten bereits eingeschlagen. Sie scheuen diesen Aufwand nicht, weil sie die Notwendigkeit der Anpassung an die sich verändernden Rahmenbedingungen (Tab. 1) sehen.

Natürlich kann man einiges gegen die neue Approbationsordnung einwenden, insbesondere was ihre didaktischen und pädagogisch-psychologischen Auffassungen bzw. Konzeptionen angeht. Andererseits bietet die neue Approbationsordnung mehr als alle Novellen zuvor die Chance zu einer qualitätsgesicherten Entwicklung der Lehre. Nur wenn wir das Qualitätsmanagement der Lehre [2] versuchen, werden wir hinreichend zuverlässig erfahren und bewerten können, inwieweit die neue Approbationsordnung effizient umsetzbar ist und welche Änderungsnotwendigkeiten bestehen.

Die Kompetenzteams der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung stehen den Fakultäten hierbei zur Unterstützung zur Verfügung. Die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung hat in den letzten Jahren immer wieder darauf hingewiesen [6], dass eine rationelle und professionelle [5] Gestaltung der Lehre im Allgemeinen und des Curriculum im Besonderen davon abhängt, inwieweit die Entscheidungen hierzu empirisch begründet bzw. mit Argumenten bzw. Erkenntnissen aus der Ausbildungsforschung unterlegt werden. Die Verfügbarkeit derartigen didaktischen Wissens könnte durch Informations- und Erfahrungsaustausch mittels Netzworkebildung (Kooperation in Form von Kom-

munikation) der Entscheidungsträger verbessert werden. Wissenschaftlich orientierte Gestaltung der Lehre und Wettbewerb der Fakultäten um eine optimale Lehrqualität entsprechen dem Modell der Koopetition, einem im angloamerikanischen Sprachraum geläufigen Kunstwort, zusammengesetzt aus Kommunikation, Kooperation und Wettbewerb (competition). Dieses Organisationsmodell ist in der Forschungslandschaft gängig. Da Koopetition sich in Forschungsorganisationen als effizient erwiesen hat, verspricht dieser Organisationsansatz auch die Qualitätsentwicklung der Lehre im Allgemeinen und die Umsetzung der Approbationsordnung im Besonderen zu unterstützen. Die momentane Situation der Lehre in Deutschland scheint aufgrund der etablierten Reforminitiativen für Koopetition nicht ungünstig zu sein, wenn Köpfe und Herzen das denn anstreben. Die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung sieht für sich hier eine Mediatorrolle.

#### Literatur

- <sup>1</sup> Guilbert JL. Ausbildung in den Gesundheitsberufen – Pädagogischer Leitfaden. Bern: Huber, 1979
- <sup>2</sup> Eitel F, Steiner S, Tesche A. Quality management: Making the transition to medical education. *Med Teacher* 1998; 20 (5): 444–449
- <sup>3</sup> Walberg HJ, Haertel GD. *The International Encyclopedia of Educational Evaluation*. Oxford, New York: Pergamon Press, 1990
- <sup>4</sup> Eitel F. Erfassung der Lehrqualität – Modell zur Sicherung der Strukturqualität in der Gesundheitsversorgung. In: Seibert N, Serve JJ (Hrsg): *Bildung und Erziehung an der Schwelle zum dritten Jahrtausend*. Marquartstein: PimS-Verlag, 1996; 2. Aufl: 1230–1270
- <sup>5</sup> Eitel F, Kanz K-G, Tesche A. Training and certification of teachers and trainers: the professionalization of medical education. *Med Teacher* 2000; 22 (5): 517–526
- <sup>6</sup> Eitel F, Gostomzyk G, Habeck D, Hoppe J-D. Editorial. *Med Ausbild* 1998; 15: 63–64