

1. Bundeskonferenz Ausbildung 10.04.2019 in Frankfurt/Main

ausgerichtet von der Deutschen Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP) und dem Berufsverband der Kinder und Jugendärzte (BVKJ)

Beteiligte:

Zur 1. Bundeskonferenz Ausbildung trafen sich am 10.04.2019 auf Einladung der Deutschen Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP) und des Berufsverbandes der Kinder und Jugendärzte (bvkj) Vertreter aus unterschiedlichen Institutionen (Bundesärztekammer und KV) und Verbänden (bvkj, DGSPJ, bvmd, DEGAM, GMA, GHA) zum Thema: Grundversorgende Pädiatrie in der studentischen Ausbildung nach dem Masterplan 2020.

Thema:

Allgemeine Ambulante Pädiatrie (AAP) - Herausforderung des ambulanten pädiatrischen Kernversorgungsbereiches mit Blick auf den Masterplan Medizin Studium 2020

Impulsvorträge:

Stellungnahme Dr. Folkert Fehr (DGAAP)

Herausforderung des ambulanten pädiatrischen Kernversorgungsbereiches mit Blick auf den Masterplan Medizin Studium 2020

- Kinder, Jugendliche und ihre Familien brauchen die ambulante Allgemeinpädiatrie in Deutschland, um heute und auch in Zukunft gut, niederschwellig und wohnortnah versorgt zu werden
- Nur eine Expertengruppe, wie organisiert in der Deutschen Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie DGAAP, kann evidenzbasierte Empfehlungen für die ambulante allgemeine Pädiatrie zu Lerninhalten, Lernorten, Lernformen und Lehrorganisation beitragen
- Es bedarf es einer modernen Netzwerkstruktur, um diesen Kernversorgungsbereich in Lehre, Forschung und Praxis mit guten kollegialen Verbindungen zu pädiatrischen Subspezialisten und der Versorgungsforschung gut aufzustellen:
 - Ausbildungspraxen-Netzwerk
 - Forschungspraxen-Netzwerk: Schwerpunkt Versorgungs- und Bildungsforschung
 - Beteiligung an nationalen Netzwerken: Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung DNVF, Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit in Gründung
 - Beteiligung an internationalen Netzwerken: European Confederation of Primary Care Paediatricians ECPCP, EPRASnet
- Der Masterplan Medizin Studium 2020 sieht in 37 Eckpunkten Veränderungen bei der Studienstruktur und den Ausbildungsinhalten vor. Ziel ist, dass die angehenden Ärztinnen und Ärzte auch ganz alltägliche Erkrankungen in der ambulanten Praxis kennenlernen. Während des "Praktischen Jahrs" wird ein Quartal in der ambulanten Versorgung eingeführt, um Aus- und Weiterbildung aus einem Guss zu fördern. Auswahl:
 - No. 15 Lehrpraxen werden verstärkt in die ärztliche Ausbildung einbezogen (...)
 - No. 17 Quartalisierung des PJ: Innere Medizin und Chirurgie als Pflichtbestandteil + 2 klinisch-praktische Wahlfächer (*mindestens* eines davon im ambulanten vertragsärztlichen Bereich)

- No. 34 Berücksichtigung einer angemessenen regionalen Verteilung von Lehrpraxen, Suche nach begleitenden Mitteln zur Vermeidung finanzieller Belastungen der Studierenden (Fahrt- und Unterbringungskosten)
 - No. 35 „(...)studienbegleitende Angebote zum aktiven Kennenlernen des Berufsalltags niedergelassener Ärztinnen und Ärzte“
 - No. 36 verstärkte Information der Studierenden über Ausbildungsmodelle und Kooperationen mit Lehrpraxen und Lehrkrankenhäusern im ländlichen Raum
- Kinder, Jugendliche, Familien, Studierende, beteiligte Verbände und Gesellschaften, KV- und Kammersystem sollten eingebunden werden

Stellungnahme Dr. Max Kaplan (Vizepräsident und Vorsitzender der Fort- und Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer)

Wo sehen Sie die grundversorgenden/hausärztliche ambulante Pädiatrie im Studium der Zukunft/Masterplan 2020 und was muss geschehen, um gut darauf vorbereitet zu sein?

Der Masterplan Medizinstudium 2020 zielt grundsätzlich auf eine Stärkung der ambulanten und grundversorgenden Medizin ab. Es wird angestrebt, dass die angehenden Ärztinnen und Ärzte – neben den bisher im Mittelpunkt der Ausbildung stehenden hochspezialisierten Fällen an den Universitätskliniken – auch ganz alltägliche Erkrankungen in der ambulanten und stationären Praxis kennenlernen. Die Lehre soll an der Vermittlung arztbezogener Kompetenzen ausgerichtet werden. Dabei gilt das besondere Augenmerk dem Patienten-Arzt-Gespräch, das maßgeblich die Patienten-Arzt-Beziehung, den Behandlungserfolg und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten beeinflusst. Die Kompetenzvermittlung soll dabei vor allem fächerübergreifend erfolgen, um der Komplexität von Gesundheit und der Entstehung von Krankheit Rechnung zu tragen. Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) wird dafür als Grundlage der Curricula herangezogen.

Für die ambulante Pädiatrie bringt dies neue Chancen. Zwar entfällt zukünftig die obligate hausärztliche Famulatur, dafür wird das Praktische Jahr jedoch in Quartale aufgeteilt, von welchem mindestens ein Quartal (12 Wochen) im ambulanten vertragsärztlichen Bereich absolviert werden muss, möglich sind aber auch zwei Quartale. Hierfür wird eine Vielzahl an qualifizierten und engagierten Lehrpraxen benötigt. Darüber hinaus sind Fördermaßnahmen für Studierende geplant, um ggf. anfallende Fahrt- und Unterkunftskosten zu decken. Für die bessere Übersicht wird dafür eine Informationsplattform beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eingerichtet.

Für interessierte und engagierte ambulant niedergelassene Pädiaterinnen und Pädiater empfiehlt es sich, bereits jetzt sich als pädiatrische Lehrpraxen bei den regional zuständigen Medizinischen Fakultäten – sowohl für Famulaturen als auch für PJ-Quartale, aber auch Blockpraktika – zu bewerben und entsprechend zu qualifizieren. Darüber hinaus sollte ein regionaler Netzwerkausbau vorangetrieben werden, um auch studienbegleitende Angebote zum aktiven Kennenlernen der Arbeit als niedergelassener Pädiater für Studierende, z. B. semesterübergreifende Hospitationen im Rahmen der Modellstudiengänge, zu ermöglichen und zu etablieren. Wichtig sind auch der Ausbau und die Unterstützung von Kooperationen zur Verbesserung der finanziellen Unterstützung der Studierenden (Fahrt- und Unterkunftskosten). Diese Möglichkeiten sollten dann durch eine enge Begleitung und Zuarbeit für die Informationsplattform beim BMG veröffentlicht und beworben werden.

Stellungnahme Dr. Branko Trebar (Leiter der Abteilung Versorgungsstruktur der Kassenärztlichen Bundesvereinigung)

Wohnortnahe Versorgung bedeutet vor allem grundversorgende fach- und hausärztliche Versorgung. Der Sicherstellungsauftrag wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zunehmend auch mit Blick auf Nachwuchsrekrutierung verstanden und umgesetzt. Aufgrund des Bedarfes und der gesetzlichen Rahmenbedingungen hat die Allgemeinmedizin hierbei den Anfang gemacht, weitere Fachgruppen sind gefolgt.

AUS-UND WEITERBILDUNG AUF VERSORGUNG ORIENTIEREN

Mit der Forderung des Masterplanes Medizinstudium nach einer praxisnahen Ausbildung ist der flächendeckende Start für die Reformierung des „traditionellen“ ärztlichen Ausbildungsweges mit der Konzentration auf Krankenhäuser und insbesondere Standorte der Maximalversorgung gemacht. Eine weitere Hinwendung zur ambulanten Versorgung vollzieht auch die im Jahr 2018 verabschiedete Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO).

Damit sind wichtige Voraussetzungen geschaffen, welche im sozialgesetzlichen – und damit im vertragsärztlichen – Bereich derzeit insbesondere von zwei gesetzlichen Maßnahmen flankiert werden:

- › Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) erhöht die Förderung der Weiterbildung für weitere Facharztgruppen um 1000 Stellen auf insgesamt 2000. Weiter legt es die Qualifizierung von Weiterbildungern und Weiterbilderinnen als explizite Aufgabe der Kompetenzzentren Weiterbildung fest (§ 75a SGB V).
- › Daneben erhalten die KVen mit dem TSVG die Möglichkeit, Mittel aus dem Strukturfonds auch für Zuschläge zur Ausbildung zu verwenden (§ 105 Abs. 1a SGB V).

Bestehende regionale Initiativen und Aktivitäten (Reformstudiengänge und KVen) werden mit diesen Maßnahmen verallgemeinert und schaffen bundesweit vergleichbare Rahmenbedingungen. Dabei erscheint das nahezu flächendeckende Angebot von Weiterbildungsverbänden (bestehend aus Krankenhäusern und vertragsärztlichen Praxen) als eine Struktur, an die ebenfalls der Ausbildungsbereich anknüpfen könnte. Wichtige Voraussetzung für die Aktivitäten der KVen im Bereich der Weiterbildung bleibt die regionale Umsetzung der MWBO.

Stellungnahme Dr. Ralf Jendyk (DEGAM und Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin GHA)

Die grundversorgende/hausärztliche ambulante Pädiatrie im Studium der Zukunft (Masterplan 2020) aus der Perspektive der allgemeinmedizinischen Primärversorgung

Die Pädiatrie zählt neben der Allgemeinmedizin und der hausärztlich orientierten Inneren Medizin zu den primärversorgenden Disziplinen in der ambulanten, wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Es gibt in der Patientenversorgung Überschneidungen der Sektoren in einigen Bereichen. Die Spezifika des primärärztlichen, allgemeinmedizinischen Bereichs sind aberausschließlich im ambulanten Setting erleb- und erlernbar. Ähnlich verhält es sich in der Pädiatrie: Die spezifischen Primärversorgungsaspekte sind nicht in einer stationären Umgebung abbildbar. Dies wird allein deutlich, sieht man sich die unterschiedlichen Versorgungsaufgaben der

einzelnen Ebenen genauer an. Viele Vorsorgeleistungen sowie Früherkennungsuntersuchungen sind zum Beispiel fast ausschließlich in der ambulanten Versorgung anzutreffen. Klassische Kinderkrankheiten wären ein Albtraum für manche hochspezialisierte, stationäre Einrichtung der Pädiatrie (Beispiel: Kind mit Windpocken auf der onkologischen Kinderstation).

Es ist daher folgerichtig, Ausbildungsanteile obligat in der ambulanten Pädiatrie durchzuführen. Sieht man sich die spätere Verteilung der ambulant bzw. stationär tätigen Kolleginnen und Kollegen in der Pädiatrie an, wird deutlich, dass ein Großteil der Kinderärzte in der ambulanten Versorgung arbeitet (im Jahr 2016: 7.244 ambulant, 5.984 stationär; Quelle: Ärztestatistik, Bundesärztekammer). Es geht jedoch nicht allein darum, Interesse von Kolleginnen und Kollegen für eine spätere Tätigkeit in der ambulanten Pädiatrie zu entfachen oder bereits Entschlossene auf diese Tätigkeit vorzubereiten. Vielmehr sollen auch diejenigen, die später als klinisch tätige Kinderärztinnen und -ärzte Patienten sektorenübergreifend behandeln, Einblicke in die ambulanten Versorgungsstrukturen erhalten und dort angewendete Vorgehensweisen kennenlernen. So kann eher gewährleistet werden, dass Schnittstellenprobleme besser gelöst werden können oder vielleicht erst gar nicht entstehen. Eine ausgewogene Ausbildung an den Universitäten auf Augenhöhe in beiden Versorgungsbereichen ist daher eine zwingende Voraussetzung und ein wichtiger Bestandteil der zukunftsorientierten Lehre. Realisiert werden könnte das zum Beispiel durch eine Intensivierung der (Block-)Praktika und Kurse im ambulanten Bereich der Pädiatrie.

Bisher zeigt sich hier an den unterschiedlichen Fakultäten ein recht heterogenes Bild, zumindest die ambulante Ausbildungszeit betreffend. Sicherlich ist dazu eine entsprechende Akquise von Lehrpraxen in der Pädiatrie sowie ein begleitendes, kontinuierliches Faculty-Development-Programm notwendig. Die Allgemeinmedizin ist hier sicherlich gerne bereit, bei Bedarf entsprechende Hilfestellungen zu geben. Darüber hinaus ist auch ein gemeinsamer studienbegleitender Wahlpflichttrack Primärversorgung denkbar. Hierzu liegt bereits ein Entwurf vor, der in Heidelberg erprobt werden soll. Die Weiterentwicklung der medizinischen Aus- und Weiterbildungscurricula zielt darüber hinaus explizit darauf ab, einen passgenaueren Übergang der Abschnitte zu ermöglichen. Die Allgemeinmedizin ist daher sehr zufrieden, dass mit den Kompetenzzentren in der Weiterbildung der Allgemeinmedizin hier ein Meilenstein in der Realisierung dieser Aspekte und damit der Förderung der Qualität und Effizienz in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin erreicht werden konnte.

Für die pädiatrische Weiterbildung hat die ambulante Pädiatrie ebenfalls bereits sehr vielversprechende Ansätze entwickelt. Eine Zusammenarbeit unter Ausschöpfung synergistischer Effekte zur weiteren Verbesserung der Weiterbildungen möchten wir hier gerne anbieten und halten diese auch für sehr sinnvoll. Exemplarisch kann hier das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen genannt werden, wo bereits, finanziell unterstützt durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Angebot für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in der Pädiatrie über das Kompetenzzentrum etabliert wurden.

Stellungnahme Prof.Dr. Martina Kadmon, Gründungsdekanin, Medizinische Fakultät Augsburg

Die Grundversorgende hausärztliche ambulante Pädiatrie im Studium der Zukunft – was muss geschehen, um gut darauf vorbereitet zu sein?

Der Masterplan Medizin 2020 fordert eine patientenzentrierte, an ärztlichen Handlungskompetenzen ausgerichtete Ausbildung, in der die Arzt-Patient-(Angehörigen)-Kommunikation eine zentrale Rolle spielt. Die Integration von Wissenschaftskompetenz ins Studium soll zu einer verbesserten evidenzbasierten Patientenversorgung in allen – besonders auch im

ambulanten – Versorgungskontext führen. Dazu gehört ganz wesentlich die hausärztliche ambulante Pädiatrie.

Aktuell findet ein Großteil der praktischen Ausbildung Medizinstudierender in der Kinderheilkunde noch im klinischen Bereich statt. Um die Bedeutung der hausärztlichen Versorgung von Kindern stärker ins Bewusstsein der Medizinstudierenden zu rücken, kann eine longitudinale Verankerung der Lehrinhalte von den ersten Studienjahren bis hin zum letzten Praktischen Jahr unterstützen. Das gilt sowohl für die theoretischen Grundlagen wie auch für die praktischen Erfahrungen und Einblicke in die kinderärztliche ambulante Tätigkeit. Voraussetzung hierfür ist der Aufbau eines Netzwerkes an Lehrpraxen im städtischen Bereich wie im ländlichen Umfeld, die Medizinstudierende im Rahmen von Wahlfächern, Famulaturen, Blockpraktika und PJ-Quartalen in ihre Praxis integrieren. Um eine hohe und standardisierte Qualität der Ausbildung zu sichern und die Netzwerkbildung zu befördern, ist die Etablierung eines regelmäßigen Schulungsprogramms für Kolleginnen und Kollegen aus der kinderärztlichen Praxis erforderlich. Neben der Lehrqualifikation bietet dies eine Plattform für den regelmäßigen Austausch und die gemeinsame Entwicklung von Ausbildungskonzepten.

Das Ziel des Medizinstudiums ist es letztendlich, die Versorgung in allen Versorgungskontexten und -sektoren zu sichern und die am Fach interessierten und engagierten Kolleginnen und Kollegen zu attrahieren. Karriereentscheidungen werden nicht zuletzt auf der Basis von Enthusiasmus und Engagement für einen medizinischen Fachbereich getroffen, orientieren sich an einem Rollenmodell und an positiven Erfahrungen und Einblicken in praktischen Rotationen sowie an strukturierten verbindlichen Weiterbildungsangeboten. Das Wissen um diese Faktoren sollte Lehrende in der studentischen Ausbildung und Weiterbilder in der fachärztlichen Weiterbildung wie auch politische Entscheidungsträger in ihrem Handeln zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung lenken.

Stellungnahme Aurica Ritter und Jeremy Schmidt (bvmd)

Wo sehen die Studierenden die grundversorgende/hausärztliche ambulante Pädiatrie im Studium der Zukunft/Masterplan 2020 und was muss geschehen, um gut darauf vorbereitet zu sein?

Durch die geplante Quartalisierung im Zuge des Masterplan 2020 mit einem Pflichtquartal im ambulanten Bereich und verpflichtender M3-Prüfung in Allgemeinmedizin wird die Nachfrage nach PJ-Plätzen besonders in allgemeinmedizinischen Praxen, aber auch darüber hinaus im ambulanten Setting steigen. Strukturelle Voraussetzung, um diese Studierenden aufzunehmen und optimal auszubilden, müssen rechtzeitig realisiert werden.

Die Lehre des ambulanten Berufsbildes der Pädiatrie beginnt jedoch unbedingt schon zuvor: Um möglichst viele Studierende zu erreichen und PJler, trotz vielleicht fehlenden persönlichen Empfehlungen durch fehlende Vorgänger, zu gewinnen, muss der Kontakt schon im Curriculum hergestellt werden.

Denkbar sind auf den ersten Blick zwei Varianten

- Der Studierende kommt im Rahmen von bspw. Hospitationsprogrammen in die Praxis – hier sollte nicht nur das Angebot geschaffen, sondern auch über Anreize nachgedacht werden.
- Die Praxis kommt zu Studierenden – genauso wie die Kollegen aus der Klinik können ambulant tätige Ärzte Vorlesungen halten, Wahlfächer anbieten, Seminare begleiten ... Gerade im Bereich der Symptomvorlesungen oder Differentialdiagnostik sehen die Studierenden hier sogar klare Vorteile.

Damit das Lehrangebot von Studierenden evt. auch freiwillig wahrgenommen wird, ist der oftmals entscheidende Aspekt, neben dem individuellen Wissens- und Kompetenzzuwachs, die Qualität der Lehre.

Gut geschulte, vorbereitete und motivierte Lehrende, die einen interaktiven Unterricht anbieten sind genauso wichtig wie ein am Absolventenprofil ausgerichtetes, sinnvoll strukturiertes Curriculum mit Logbüchern, Interprofessionelle Ausbildungspraxen, festen Ansprechpartnern und Lernbegleitern für die Studierenden, die offen für Feedback und neue Ideen sind.

Gerade im ambulanten Setting ist eine eigenständige Patientenbetreuung mit eigenem PC leicht umsetzbar. Darüber hinaus bietet die longitudinale Betreuung der Patienten mit mehrmaligem Kontakt und Beobachtung des Krankheitsverlaufes viele Chancen. Die stufenweise Kompetenzvertiefung und Verantwortungsübertragung auf den Studierenden lässt sich hier durch die häufige Wiederholung bestimmter Situationen sehr gut durchführen: Erst vormachen und zuschauen lassen, dann einmal Supervision mit Feedback und anschließend allein durchführen lassen.

Themenzentrierte Arbeitsgruppen:

Der Masterplan 2020 fordert eine patientenzentrierte an ärztlichen Handlungskompetenzen ausgerichtete Ausbildung, in der die Arzt-Patienten-Angehörigen-Kommunikation eine zentrale Rolle spielt. Dies stellt die ambulante allgemeine Pädiatrie (AAP) vor großen Herausforderungen, da eine praxisnahe Ausbildung nicht im klinischen (universitären-) Bereich, sondern nur im ambulanten Setting erlebt und erlernbar ist. Die organisatorischen, strukturellen und inhaltlichen Voraussetzungen, um die Studierenden optimal auszubilden, müssen an allen medizinischen Fakultäten geschaffen werden.

Dazu trafen sich die Teilnehmer in drei moderierten regional zusammengesetzten Gruppen mit der Fragestellung:

- **Wer soll AAP lehren und welches sind Lernorte?**
- **Welche Inhalte sollen die Studenten im Rahmen der AAP lernen?**
- **Wie kann die AAP in das Lernkonzept der ausbildenden Hochschulen integriert werden?**

Ergebnisse:

Arbeitsgruppe Nord:

Teilnehmer: Ulrike Gitmans, Niedersachsen; Thorsten Eichler, Hamburg; Christoph Weiß-Becker, Schleswig-Holstein; Anja Kühn, Mecklenburg-Vorpommern, vorzeitig abger.; Ralf Jendyk, NRW; Branko Trebar, Berlin; Max Kaplan, Berlin

1. In welchen Orten können sich Allgemeinpädiater*innen bei der Ausbildung einbringen:
 - Ambulante Pädiatrie muss dort ausgebildet werden, wo Kinder auch versorgt werden – damit sind Lehrpraxen der ideale Ausbildungsort. Erforderlich ist eine qualifizierte Arbeit – dazu müssen Konzepte entwickelt werden, wie Praxen dazu gut befähigt werden können. Die Zusammenarbeit mit BVKJ, DGAAP, GMA ist sinnvoll.
 - Die Attraktivität muss (insbesondere im ländlichen Raum) für die Lehrpraxis (Weiterbildung + Ausbildung?: Option des near-peer-teaching, um Arbeitsbelastung in Grenzen zu halten und Weiterbildungsassistent*innen einzubinden, Logo „Lehrpraxis“ – Wertschätzung) und für die Studierenden (klare Standards und Kriterien) gegeben sein
 - Blockpraktika wären gut umsetzbar – Problem derzeit: Kapazitätsverordnung

- PJ-Quartale in der AAP werden, wenn Masterplan 2020 umgesetzt wird, nachgefragt werden
 - Die Zusammenarbeit mit den Universitäten ist (auch für die Außenwahrnehmung) wichtig.
 - Die Bildung eines Departments ambulante allgemeine Pädiatrie (Darstellung der Fachidentität, wissenschaftliches Arbeiten, Versorgungsforschung) wäre neben der Forderung nach Lehrstühlen eine umsetzbare Option
 - Die Kapazitätsverordnung ist für die Ausbildung in der Grundversorgung insgesamt ein Problem – Politik muss sensibilisiert werden – gemeinsam mit Allgemeinmedizin, BVKJ, DGKJ, DAKJ
 - Problem: Finanzierung, Kapazitätsverordnung
2. Welche Inhalte können vermittelt werden und in welcher Form:
- Übergeordnet: Prinzipien der Grundversorgung – anlass- statt organbezogenes Denken und Handeln, Beurteilung und Berücksichtigung der Gesamtsituation. Schnittstellen ambulant-stationär. Systematik des Gesundheitssystems.
 - Strukturierte Inhalte die im Übergang Ausbildung – Weiterbildung aufeinander abgestimmt sind
 - Inhalte: zahlreich, z.B. Untersuchung des Kindes, Beurteilung der Entwicklung, Beurteilung des Allgemeinzustand und der Gesamtsituation, Vorstellungsanlässe.
3. Wie kann die Zusammenarbeit mit den Universitäten gelingen
- Über Famulaturen können Konzepte und Inhalte in Absprache mit den Universitäten erarbeitet und umgesetzt werden, die später in Blockpraktika gewandelt und angeboten werden
 - Seminare mit Themen der Grundversorgung sollen an den Universitäten angeboten werden, auch vor Vorlesungen sollte nicht zurückgeschreckt werden – unterschiedliches Herangehen Klinik - Praxis kann dabei vorgestellt werden (anlassbezogen und nicht organbezogen können Themen präsentiert werden)
 - Die Universitäten werden um Qualifizierungsangebote für die Lehrtätigkeit angefragt und deren Erfahrungen und Ressourcen genutzt, eine Zusammenarbeit wird dadurch erleichtert. Später könnte dies Bestandteil der Kompetenzzentren werden, die jetzt den Fokus zunächst auf Weiterbildung legen

5.5.2019 Christoph Weiß-Becker

Arbeitsgruppe West

Teilnehmer: Aurica Ritter, bvmd, Thomas Fischbach, bvkj, Präsident, Ralf Moebus, bvkj-LV Hessen, F.a.M., Boris Wittekind, Uni Frankfurt a.M., Rainer Schierling, bvkj-LV Nordrhein, Christoph Bornhöft, bvkj-LV Hessen

An welchen Lernorten/in welchen Lernumgebungen können sich ambulante Allgemeinpädiater einsetzen?

Zwei Lernorte wurden identifiziert:

- An der Universität sind Beteiligungen an Vorlesungen, Seminaren, Kommunikations-Curricula zu fordern, nach Möglichkeit auch im Rahmen einer Teilhabe am Lehrstuhl "Allgemeine Ambulante Pädiatrie"
- In der Praxis sollen Hospitationen, **longitudinale Patenschaften** sowie klassische Pädiatrie-Kurse angeboten werden

Lehrpraxen sind hier zu akkreditieren, wobei dabei für einheitliche Standards zu sorgen ist

Welche Inhalte sind die Stärken der AAP?

Die Herangehensweise durch Anwendung von EPAs ist Herausstellungsmerkmal. Diese Systematik ist zu propagieren und in ein Curriculum „allgemeine Pädiatrie“ einzubringen.

Die longitudinale Arbeitsweise in der Versorgung durch wohnortnahe Pädiatrie muss für die Studierenden sichtbar werden.

Wie kann ambulante Allgemeinpädiatrie konkret Teil der bestehenden Hochschullehre werden?

- Hier steht ein Hauptproblem im Mittelpunkt: die fehlende Augenhöhe zwischen Professoren/Privat-Dozenten einerseits und Allgemeinpädiatern in Niederlassung andererseits. Uni-finanzierte Tätigkeiten der dortigen Dozenten erfordern keinen finanziellen Mehraufwand. Dagegen ist die Mehrarbeit durch Lehre im **KV-finanzierten System** zunächst einmal ungeregelt.
- Inhaltlich entspricht die traditionell akademische Herangehensweise in der Lehre nicht der kompetenz-orientierten Systematik in den Praxen.
- Mögliche Lösungsansätze bieten sich über Teilnahme als Prüfer an Facharztprüfungen, um eine gleichwertige Kontaktebene schaffen. Durch Zunahme der Studentenzahlen im pädiatrischen Sektor müssten sich mehr Prüfungen und damit mehr Bedarf an Prüfern aus der Praxis ergeben. Dieser Mehrbedarf kann dann durch AllgemeinPädiater aus der Niederlassung gedeckt werden.
- Weiterhin müssen Praxen PJ-Stellen anbieten. Hier liegt wohl das größte Potenzial für die AAP, sich der Universität als gleichwertiger Partner zu beweisen.

Ziele für die nächste Zeit:

- Ambulante Pädiatrie in den Lernzielkatalog der Approbationsordnung schreiben
- Akkreditierungsprozess für Lehrpraxen definieren
- Finanzierung über Hochschulen erreichen

Christoph Bornhöft, 8.5.19

Arbeitsgruppe Süd-West

Ergebnisse Gruppe Süd-West

Teilnehmer: Andreas Oberle (DGSPJ), Folkert Fehr (DGAAP), Christian Wantzen (BVKJ), Lothar Maurer (BVKJ), Barbara Zielinska (BVKJ)

a) Lernorte

- Kinder- und Jugendarztpraxen, Qualifizierungsinitiative nötig, Tandem aus Lehrbeauftragtem der Uni (LdU) und Verantwortlichem für die regionalen Lehrpraxen (VregL) bilden, QZ Ausbildung mit Moderatorentandem LdU & VregL gründen
- Kooperationen mit Lehrkrankenhäusern und SPZs der Region, besonders im quartalisierten PJ, gemeinsamer Ausbildungsplan Pädiatrie fürs PJ (gAPP)

b) Lerninhalte

- PaedCompenda ausbauen durch zuschaltbare Inhalte für Studierende -> PaedStudenta als Untermenge von PaedCompenda. Hochladen individueller Dokumente ermöglichen (z.B. Foto Ringelröteln bei selbst gesehendem Kind)
- Ergebnisse des NKLM/GK Prozess einbeziehen, insbesondere Arbeitsgruppen Konsultationsanlässe und Absolventenprofil. Im Absolventenprofil hilft Konzept der „nested EPA“, d.h. Anvertraubare Professionelle Tätigkeit „Erstvorstellung zuvor gesundes Kind mit Husten“ enthält eingeneistet z.B. „Anamnese Kleinkind und Begleitperson“ und „Untersuchung Kleinkind“
- Schwerpunkte: Anamnese und Untersuchung von 0 – 18 Jahren

c) Anschlussfähigkeit an bestehende universitäre Lehre der Kinder- und Jugendmedizin/Organisation

- Kooperation mit der Allgemeinmedizin, Pädiater in train-the-trainer Seminare für PJ-Praxen Allgemeinmedizin entsenden, ggf Inhalte anpassen (Einführung in gAPP), Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Weiterbildung z.B. in Form gemeinsamer PJ-Seminare „Primary Care“
- Finanzierung einfach, einheitlich, analog Allgemeinmedizin
- Länderübergreifende Verhandlungsgruppe einrichten
- DGKJ einbeziehen

Quellen

- bvkj-DGAAP-PositionsPapiere <https://www.bvkJ.de/startseite/>
- Pädiatrisches Patenschaftsprojekt <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/PaePP-Paediatrische-Patenschafts-Projekt.126046.0.html>
oder <https://www.kinderarzt-hd.de/presse-und-aktuelles/presse>
- iSalutoLong <https://www.dgaap.de/ausbildung/>

Protokoll: Folkert Fehr

Arbeitsgruppe Süd-Ost

Teilnehmer: Martin Lang (BVKJ), Dominik Ewald (BVKL), Melanie Ahaus (BVKJ), Bärbel Kreuz (BVKJ), Roland Achtzehn (BVKJ), Prof. Anne Simmenroth (DEGAM), Ronny Jung (BVKJ, Moderation)

1. An welchen Lernorten/in welchen Lernumgebungen können sich ambulante Allgemeinpädiater einsetzen?

- Als mögliche Lernorte wurden genannt: 1) Lehrpraxis, 2) Seminare, 3) Uni-Hörsaal, 4) Lehrkrankenhaus (z.B. Notaufnahme, Teilnahme an Visiten), 5) Webinare, 6) PaedStudenta, 7) Familien (Bsp: iSalutoLong)
- Im Zentrum steht die Lehrpraxis. Diese sollte über folgende **Ausstattung** verfügen:
 - Abdecken des gesamten Spektrums der AAP
 - Ausreichende Untersuchungszimmer
 - Mind. ein Untersuchungszimmer mit der Möglichkeit zur Supervision
 - Besprechungszimmer
 - Online Zugang, Internet-Literatur-Recherche
 - Ansprechender Organisationsrahmen (Ansprechpartner, Programm (Zeiten/Inhalte), rechtliche Aspekte, Datenschutz)
 - Entsprechende Arbeitsmaterialien (Stethoskop, Otoskop, etc. für Studenten)

2. Welche Inhalte (z.B. „was/welche Ressourcen brauchen unsere Kinder, um gesund aufzuwachsen?“ oder „was sind Vorstellungsanlässe in der Kinder- und Jugendarztpraxis“ oder „Kindheit ist keine Krankheit“)?

- Folgende Inhalte sollen gelehrt bzw. vermittelt werden:
 - Zugang/Umgang zum/mit dem Kind
 - Untersuchungstechniken (altersabhängig)
 - „Blick“ für Notfälle oder kritisch kranke Kinder
 - Kommunikation und Gesprächsführung
 - Häufige Vorstellungsanlässe (siehe auch APT1), vom Symptom zur Diagnose
 - Prävention
 - Normale Entwicklung
 - Longitudinale Entwicklungsbeobachtung
 - Impfungen
 - Sozialraumvernetzung
 - Sozialpädiatrie
 - Interaktionsbeobachtung

3. Wie kann ambulante Allgemeinpädiatrie konkret Teil der bestehenden Hochschullehre werden?

- Übergeordnetes Ziel muss es sein einen eigenen Lehrstuhl AAP (Allgemeine Ambulante Pädiatrie) einzuführen. Einigkeit besteht in der AG darüber, dass es sich nicht um einen „Lehrstuhl light“ handeln kann. Die Kosten für einen Lehrstuhl belaufen sich auch ca. 500 T€ / a.

- Frau Prof. Simmenroth gibt den Impuls den Lehrstuhl auch teilen zu können. So würden 2 Personen den Lehrstuhl besetzen. Eine Aufteilung könnte z.B. mit 1 Person auf einen KV-Sitz (Aufgabe Versorgungsforschung) und einer 2. Person (wie gehabt mit universitärer Laufbahn) erfolgen. Der Lehrstuhlinhaber auf dem KV Sitz ist dann mit dem Aufbau eines Praxis-Netzwerkes beauftragt. Praxis = Labor der Versorgungsforschung. Verhältnis aus der Allgemeinmedizin: Pro Lehrstuhl Allgemeinmedizin: 200 Forschungspraxen (1:200).
- Mögliche Themen der Versorgungsforschung: 1) Prävention, 2) Antibiotic Stewardship, 3) Impfungen (Impfverhalten, Impfaufklärung, UAWs), 4) Medienverhalten von Jugendlichen, 5) Interaktion: Umwelt – Gesundheit, 6) Interaktion: Umfeld – Gesundheit, 7) Digitalisierung und KI in der ambulanten Versorgung, 8) Praxismanagement
- Eine andere, evtl. schneller zu realisierende Option ist die aktive Beteiligung an der Hochschullehre im Rahmen der Tätigkeit als Lehrbeauftragte(r). Lehrbeauftragte können a) in der Praxis, b) an der Uni (Vorlesungen) oder c) im Rahmen von Blockpraktika tätig sein. Des Weiteren werden sie im Rahmen der Prüfungen tätig. Honorar muss mit Dekan verhandelt werden.
- Für die o.g. Lehrpraxen muss es festgelegt Standards und Qualifikationen geben. Verpflichtend ist die Ausbildung nach einem festgelegten Curriculum, dadurch wird ein Wechsel zwischen den Lehrpraxen möglich. In den Praxen werden Blockpraktika, PJ Quartale und Hospitationen möglich sein.

Zusammenfassung und Ausblick

Die hier gebildeten regionalen Gruppen werden über dieses Treffen hinaus weiter zusammenarbeiten, mit dem Ziel, die hier erarbeiteten Grundsätze einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Versorgungsbereich in der Ausbildung von Medizinstudenten zu verwirklichen. Die Ergebnisse sollen in einem Jahr auf dem 2. Bundeskongress Ausbildung 22.4.2020 in Ffm vorgestellt werden.

Dr. Wolfgang Gempp