



KLEINES GRÜNES BUCH

Herausgeber
Deutsche
Gesellschaft für
Ambulante
Allgemeine
Pädiatrie e.V.
17.6.2021

Aus-und Weiterbildung in der Pädiatrie

Inhaltsverzeichnis

- A. Einleitung
- B. Was heißt ambulante allgemeine Pädiatrie
- C. Vom Masterplan zur Reform der Approbationsordnung
- D. Ausbildung und Lehre in der pädiatrischen Praxis
- E. Empfehlung zum studentischen Unterricht in allgemeinpädiatrischen Lehrpraxen
 - Allgemeine Anforderungen für die Praktika in der grundversorgenden Pädiatrie
 1. Hospitation in der pädiatrischen Grundversorgung
 2. Famulaturen in der pädiatrischen Grundversorgung
 3. Blockpraktika und Wahlfächer in der pädiatrischen Grundversorgung
 4. Praktische Jahr
 5. Unterricht am Campus
 6. die Lernplattform PaedCompenda als Grundlage kompetenzbasierten Lernen in der studentischen Ausbildung
- F. Facharztweiterbildung in der ambulanten Allgemeinpädiatrie
- G. PaedCompenda: Ein Werkzeugkasten zur strukturierten kompetenzbasierten Weiterbildung
- H. Sektorenübergreifende Weiterbildung in verbänden von Praxen und Kliniken
- I. Lehrstühle der ambulanten allgemeinen Pädiatrie
- J. Zusammenfassung

Literatur

Autoren

Danksagung

Anlagen

Copyright

A. Einleitung

Die Aus- und Weiterbildung in der primärversorgenden Kinder- und Jugendmedizin stehen vor einem doppelten Paradigmenwechsel: Einerseits soll die Grundversorgung in Aus- und Weiterbildung den Stellenwert bekommen, den sie auch in der Versorgung hat (Masterplan Medizin 2020). Andererseits steht die tradierte Trennung von Aus- und Weiterbildung in Deutschland in der Kritik, da es trotz aller Anstrengungen bislang nicht gelungen ist, den absehbaren Versorgungsnotstand in der Primärversorgung zu überwinden.

Die Pädiatrie befindet sich im Zentrum eines stürmischen gesellschaftlichen Wandels. Die Aufgaben pädiatrischer Grund- und Spezialversorgung nehmen kontinuierlich zu. Deshalb ist es erforderlich, dass bereits Studierende im ersten Studienabschnitt die Möglichkeit haben, sich mit dem Themenfeld der pädiatrischen Grundversorgung zu befassen. Die strukturellen Voraussetzungen dafür wurden durch den Masterplan 2020 geschaffen. Darüber hinaus braucht es Institutionen, die die pädiatrische Grundversorgung in Forschung und Lehre vertreten, im traditionellen Sprachgebrauch in Deutschland „Lehrstühle“ genannt. Diese Institutionen funktionieren nicht mehr als Einzelkämpfer, sondern in einem Netzwerk mit anderen universitären Instanzen, insbesondere der klinischen Pädiatrie, der Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung sowie in Zusammenarbeit mit Kompetenzzentren, Kammern, kassenärztlichen Vereinigungen. Wir brauchen Einheiten für Lehre und Forschung, um die notwendigen Netze von Lehrpraxen zu knüpfen, zu akkreditieren, zu qualifizieren und zu finanzieren, damit die Qualität in der Facharztweiterbildung in der ambulanten allgemeinen Pädiatrie gewährleistet ist.

Gute und zukunftsfeste Versorgung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien ist heute nicht mehr denkbar ohne eine ausgeprägte sozialräumliche Vernetzung und zu außermedizinischen Hilfe- und Unterstützungsstrukturen für Familie und Kind und ohne interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Begriffsbestimmung

Primärversorgung ist der Bereich medizinischer Grundversorgung, in dem die primäre (auch durch ungefilterte Erstinanspruchnahme) umfassende und individuelle Versorgung aller Gesundheitsanliegen erfolgt (Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, (2009) [1] § 73 SGB V [2]):

Primärversorgung betrifft hauptsächlich die Fächer Pädiatrie und Allgemeinmedizin, aber auch die Aspekte der Primärversorgung in anderen grundlagenwissenschaftlichen, klinisch-theoretischen und klinischen Fächern sowie der Querschnittsbereiche.

B. Was heißt Ambulante Allgemeine Pädiatrie (AAP)?

Die ambulante medizinische Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen ist in Deutschland im SGB V §73 gesetzlich geregelt. Dort wird festgelegt, dass Allgemeinärzte, Kinderärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung und andere Ärzte an der „hausärztlichen Versorgung“ teilnehmen. Der Begriff der hausärztlichen Versorgung („primary health care“) wurde in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich durch WHO und insbesondere WONCA (World Organisation of National Colleges, Academies and Academic

Associations of General Practitioners/Family Physicians¹⁾ weiterentwickelt. Angelehnt daran definieren sich die Aufgaben der pädiatrischen Grundversorgung wie folgt:

- Sie sind die ersten Ansprechpartner im Gesundheitssystem für die von ihnen betreuten Kinder, Jugendlichen und ihre Familien bei allen medizinischen und psychosozialen Problemen und Fragen zu Wachstum und Entwicklung
- Sie versorgen Kinder und Jugendliche kontinuierlich und umfassend von der Geburt bis zum 18. Geburtstag
- Sie arbeiten primär kindzentriert (nicht organspezifisch).

Dazu gehört eine effektive und altersgerechte Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen unter Einbeziehung ihrer Familien und anderer Bezugspersonen in ihrem jeweiligen kulturellen, sozialen und religiösen Kontext

- Sie behandeln akute sowie angeborene und erworbene chronische Erkrankungen
- Sie führen alle Präventionen durch (Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, Gesundheitserziehung und vorausschauende Beratung)
- Sie sind Lotsen im Gesundheits- und Sozialsystem
- Sie arbeiten auf kommunaler Ebene in Netzwerken mit Sozial- und Bildungs-Behörden/Institutionen zusammen (wie: Kinder- und Jugend-GesundheitsDienst, Jugendamt, Kindergärten und Schulen). Im medizinischen Kontext kooperieren sie mit Kinder-Krankenhäusern, pädiatrischen Subspezialisten und mit Einrichtungen, die chronisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche multiprofessionell versorgen (Sozialpädiatrische Zentren), außerdem mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen anderer Fachdisziplinen, die auf ihrem Gebiet eine besondere pädiatrische Kompetenz erworben haben.

Die ambulante allgemeinpädiatrische Versorgung der Kinder und Jugendlichen hat sich längst zu einem eigenen Fachgebiet mit spezifischen Versorgungsaufgaben und davon abgeleiteten Weiterbildungsinhalten entwickelt. Über 90% der pädiatrischen Arzt/Patientenkontakte finden in diesem Versorgungssektor statt, die pädiatrische Grundversorgung ist das von den Patienten am meisten gesehene Gesicht der Pädiatrie. Eine Versorgungsstudie der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (im Folgenden „DAKJ-Studie“²⁾) hat wesentlich dazu beigetragen, das Versorgungsgeschehen in den pädiatrischen Praxen anhand der Beratungsanlässe, den dazugehörigen Diagnosen und der ärztlich aufgewendeten Zeit darzustellen. Seitdem ist die pädiatrische Grundversorgung ein Fach mit definiertem Versorgungsauftrag, klarem Diagnosenprofil, klarer Beschreibung der notwendigen ärztlichen Kompetenzen und der grundsätzlichen Organisationsstruktur einer Praxis. Was fehlt ist ihre wissenschaftliche Repräsentanz durch eigene Lehrstühle.

Die im Jahre 2010 gegründete Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP³⁾) hat es sich in diesem Zusammenhang zur Aufgabe gemacht, über eine kontinuierliche Versorgungsforschung den Versorgungsauftrag der pädiatrischen Grundversorgung zu beobachten und in einem Grund-Curriculum

¹ <https://www.woncaeurope.org/file/c69fa10a-19ee-4c63-8d0b-418abaf97251/World%20Book%202015.pdf>
Zugriff 29.5.2021

² Fegeler U, Jäger-Roman E, Martin R, Nentwich H-J (2014): Ambulante allgemeinpädiatrische Grundversorgung, Versorgungsstudie der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, Monatsschr Kinderheilkd 2014, 162:1117–1130 Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014 DOI 10.1007/s00112-014-3258-7

³ www.weiterbildung.dgaap.de/weiterbildung/

(PaedCompenda⁴) die sich daraus ergebenden Lernziele der künftigen Pädikerinnen auszurichten, vor allem aber: sie in ihren vielschichtigen professionellen Kompetenzen weiterzubilden.

C. Vom Masterplan zur Reform der Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte

Das Medizinstudium in Deutschland bedarf eines Masterplans. Dazu wurde eine Bund - Länder Arbeitsgruppe vom Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Bildung und Forschung im Mai 2015 ins Leben gerufen. Mitglieder dieser Arbeitsgruppe sind einige Gesundheits- und Wissenschafts- bzw. Kultusminister der Länder sowie Vertreterinnen und Vertreter aus den Koalitionsfraktionen des Deutsche Bundestages. Insbesondere der Sachverständigenrat wurde dazu gehört, ein Gremium des Gesundheitsministeriums, welches alles zwei Jahre Gutachten über die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen erstellt. Gerade das Gutachten "Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche" erregte die Aufmerksamkeit. Auch die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, eine wissenschaftliche Gesellschaft, die den aktuellen Stand der Forschung mit der Entwicklung der Ausbildung für zukünftige Ärztinnen und Ärzte vereint, hat sich wie viele andere Institutionen mit einer Stellungnahme an die Bund-Länder-AG gewandt⁵.

Der "Masterplan Medizinstudium 2020" wurde am 31. März 2017 in Berlin verabschiedet und vom Bundesgesundheits- und -bildungsministerium gefeiert⁶, aber auch von den Studierenden begrüßt⁷. Kompetenzorientierte, praxisnahe Ausbildung und Prüfung, Verknüpfung von Theorie und Praxis während des Gesamtstudiums sowie Stärkung der Allgemeinmedizin und wissenschaftlicher, kommunikativer und interprofessioneller Kompetenzen sind die übergeordneten Zielsetzungen des Masterplans. Der Masterplan sieht Veränderungen bei der Studienstruktur und den Ausbildungsinhalten vor. Ziel ist es, dass die angehenden Ärztinnen und Ärzte auch ganz alltägliche Erkrankungen in der ambulanten und stationären Praxis kennenlernen. Die Empfehlungen der Expertenkommission zur Umsetzung unter Leitung von Herrn Prof. Manfred Prenzel wurden im Dezember 2018 veröffentlicht. Sie stellen Möglichkeiten der Umsetzung einiger zentraler Maßnahmen des „Masterplan Medizinstudium 2020“ sowie deren finanzielle und studienplatzbezogene Auswirkungen dar. Sie enthalten Vorschläge zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte.

Der Masterplan legt die kompetenzorientierte Ausrichtung der Staatsexamina fest und erfordert somit eine Neuausrichtung der Prüfungskonzeption und -inhalte. Deshalb mussten Gegenstandskataloge (was darf geprüft werden?) vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) und Lernzielkataloge (was soll gelehrt werden?) weiterentwickelt werden.

Die vorgenommenen Änderungen basieren maßgeblich auf dem gemeinsamen Prozess der Weiterentwicklung der bestehenden Gegenstandskataloge (GK) und des Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkataloges Medizin (NKLM) und können somit als bedeutender Schritt in Richtung „constructive alignment“⁸ gesehen werden. Die Veröffentlichung dient der Information aller an der Ausbildung von Medizinstudierenden Beteiligten, aber am Erarbeitungsprozess des neuen Vor GKs/NKLMs nicht Involvierten, zur inhaltlichen Orientierung. Veröffentlicht ist der Stand des gemeinsamen Arbeitsprozesses

⁴ www.paedcompenda.de

⁵ <https://gesellschaft-medizinische-ausbildung.org/gma/ziele.html>

⁶ <https://www.bmbf.de/de/masterplan-medizinstudium-2020-4024.html>

⁷ <https://www.bvmd.de/unsere-arbeit/masterplan-medizinstudium-2020/>

⁸ <https://www.lehren.tum.de/themen/lehre-gestalten-didaktik/erfolgskriterien-guter-lehre/constructive-alignment/>

der Überarbeitung der GK und des NKLM von Ende November 2020. Dargestellt sind die erarbeiteten Gegenstände bis auf die Ebene der Lernziele. Weitere Informationen wie beispielsweise Deskriptoren und Meilensteine, Querverweise, Anwendungsbeispiele und Ergebniszusammenfassungen werden zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht.

Der Gegenstandskatalog 2021 ist in vielerlei Hinsicht ein Novum:

Erstmals

- ist der Gegenstandskatalog komplett mit dem Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin abgestimmt, also die Inhalte der Staatsprüfungen beziehen sich auf die Lehrinhalte
- ist der Katalog konsequent kompetenzorientiert aufgebaut
- sind ein Menschenbild und ein Absolventenprofil mit den Arztrollen, EPAs (Entrustable Professional Activities = APTs anvertraubare professionelle Tätigkeiten) dem Katalog vorangestellt, d. h. typischen, abgeschlossenen ärztlichen und professionellen wissenschaftlichen Tätigkeiten. Das Absolventenprofil beschreibt welche Tätigkeiten die Berufsanfänger vom ersten Arbeitstag an durchführen können sollen bzw. was von ihnen sicher erwartet werden kann. Daran orientieren sich die beschriebenen Kompetenzen, Teilkompetenzen und Lernziele
- sind neuere „Themen“ wie Rehabilitation, Patientensicherheit, Digitalisierung, öffentliches Gesundheitswesen, Kommunikation, Interprofessionalität etc. konsequent in den gesamten Katalog integriert
- ist die Verknüpfung von Grundlageninhalten mit klinischen Inhalten sowohl für die Semester 1 bis 4 als auch für die Semester 5 bis 10 in einem Katalog abgebildet. In den ersten vier Semestern sind bestimmte, häufig vorkommende Erkrankungen, die den Charakter sog. „Volkskrankheiten“ haben, definiert worden, und Lernziele, die in Zusammenhang mit diesen Erkrankungen schon früh im Studium unterrichtet werden sollen, wurden entsprechend markiert ☺. Für die Semester 5 bis 10 sind Erkrankungen markiert worden, anhand deren grundlagenwissenschaftliche Inhalte vertieft werden sollen
- sind alle Abschnitte der Ärztlichen Prüfung in einem Katalog zusammengefasst; durch eine sogenannte „Meilensteinmarkierung“ wird dann festgelegt, welches Lernziel in welcher Kompetenztiefe wann im Studium spätestens gelehrt worden sein muss und entsprechend auch zu welchem Prüfungsabschnitt es geprüft werden darf
- Bei der Verwendung weiblicher und männlicher Personenbezeichnungen im vorliegenden GK sollen sich geschlechtsunabhängig stets alle Personen in gleicher Weise, explizit auch Personen des Geschlechts „divers“, angesprochen fühlen⁹

Damit verändern sich Ablauf und Fächergewichtung im Humanmedizinstudium. Bisher entfallen auf die 4.400 Semesterwochenstunden (SWS) 160 Stunden (ein Siebzigstel) mit pädiatrischen Inhalten. Dazu kommen die praktischen Ausbildungsinhalte im Praktischen Jahr (PJ)¹⁰. Nun werden die Medizinstudierenden künftig 25 Prozent ihrer Zeit für die so genannte Neigungsorientierung verwenden – im Sinne von vorklinischen und klinischen, häufig interdisziplinären Wahlfächern. Ein substantieller Teil der Studierenden sollen ihre Neigungsfächer aus dem Bereich Primary Care (hausärztliche Kinder- und Jugendmedizin, Innere oder Allgemeinmedizin) wählen. Dazu kommen Landarzt-Tracks, auf die sich nur Menschen bewerben sollen, die beabsichtigen, unmittelbar nach dem Studium eine Facharztweiterbildung

⁹ <https://www.impp.de/informationen/kompetenzorientierte-gegenstandskataloge.html>

¹⁰ <https://medizinische-fakultaeten.de/themen/studium/praktisches-jahr/>

der hausärztlichen Versorgung nach SGB V §73¹¹ anzuschließen: Zum Beispiel im Fach Kinder- und Jugendmedizin.

Aus diesen Eckdaten können Erwartungswerte für Studierende im Bereich der ambulanten allgemeinen Pädiatrie (AAP) abgeleitet werden: Bei rund aktuell 100.000 Medizinstudierenden werden 25.000 (25 Prozent) den Primary Care-Pfad einschlagen. Davon werden voraussichtlich 10 Prozent die Pädiatrie wählen. So rechnet man mit rund 2.500 Medizinstudierenden, die sich im Bereich der allgemeinen ambulanten Pädiatrie (primary pediatric care, PPC) ausbilden wollen – dazu wird es jede zweite bis dritte Praxis brauchen.

Dazu kommt eine Quartalisierung des PJ in die Bereiche

- Ambulante vertragsärztliche Versorgung
- Chirurgie
- Innere Medizin
- Wahlfach NN

Angesichts dieser Ausgangslage steht die ambulante Pädiatrie vor Fragen wie:

1. Wer soll die allgemeine ambulante Pädiatrie lehren?
2. Wer soll die Lehre in der AAP organisieren (einschließlich eines Netzwerks von Lehrpraxen)?
3. Wie kommen die Studierenden zu ihren Neigungsfächern?
4. Was sollen die Studierenden im Bereich AAP lernen (Lernziele, Kompetenzen)?
5. Welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es (darunter Finanzierungsmittel für Lehrpraxen)?
6. Welche Qualifizierungskriterien sollen für Lehrpraxen gelten?

Diese Fragen können nicht von einer oder wenigen Expertinnen beantwortet werden, sondern es Bedarf der vertrauensvollen und kontinuierlichen Zusammenarbeit von vielen Menschen in Institutionen, die

- a) die wissenschaftliche ambulante Allgemeinpädiatrie vertreten, z.B. die Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie DGAAP und
- b) gute Bedingungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Blick hat, z.B. den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte bvjk
- c) sowie Netzwerke zwischen Lehrpraxen und Universitäts-Kinder- und Jugendkliniken.

D. Ausbildung und Lehre in der pädiatrischen Praxis

Es gilt vorrangigen Qualitätsparameter der Struktur- und Prozessqualität zu entwickeln wie Standards und Qualitätsindikatoren zur Gestaltung zentraler Elemente der Aus- und Weiterbildung (z. B. valide Verfahren zur Evaluation der Weiterzubildenden bzw. der weiterbildenden Einrichtungen). Dazu bedarf es der interdisziplinären Zusammenarbeit innerhalb der wissenschaftlichen Gemeinschaft, Kenntnisnahme des aktuellen Forschungsstandes und proaktiver Teilnahme an der Bildungsforschung.

Die Ausbildung im primärversorgenden Bereich soll in erster Linie praxis- und patientenbezogen erfolgen. Dazu werden strukturelle und inhaltliche Empfehlungen für Praktika, aber auch für den Unterricht am Campus formuliert, die eine qualitativ hochwertige Ausbildung im primärversorgenden Bereich für alle Ärzte gewährleisten sollen.

¹¹ <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/73.html>

E. Empfehlungen zum studentischen Unterricht in allgemeinpädiatrischen Lehrpraxen

Praktika im primärversorgenden Bereich bilden ein breites Spektrum an Funktionen ab.

Dazu gehören

- die Rolle des Arztes als professionelles Vorbild durch Einsatz für Patienten, Beruf, Gesellschaft und eigene Gesundheit
- die psychosomatische Grundversorgung und die patientenzentrierte Kommunikation mit Berücksichtigung sozialer Determinanten und Probleme
- die primärärztliche Filter- und Steuerfunktion, insbesondere die angemessene und gegenüber Patient und Gesellschaft verantwortliche Stufendiagnostik und Therapie unter Einbeziehung von Fachspezialisten
- die Langzeitbetreuung chronisch kranker Kinder einschließlich der Palliativmedizin und der Sterbebegleitung
- die Gesundheitsbildungsfunktion einschließlich der Früherkennungsuntersuchungen, insbesondere Gesundheitsberatung und -förderung
- die Koordinations- und Integrationsfunktion, insbesondere die gezielte Zuweisung zu Subspezialisten, die federführende und unter Umständen transsektorale Koordinierung zwischen den Versorgungsebenen, das Zusammenführen und Bewerten aller Ergebnisse und deren kontinuierliche Dokumentation, sowie die Vermittlung von Hilfe und Pflege des Patienten in seinem Umfeld.

Allgemeine Anforderungen für die Praktika in der grundversorgenden Pädiatrie

Lehrärzte in der Primärversorgung sind vertraut mit der medizinischen, organisatorischen und ökonomischen Führung einer Praxis, reflektieren selbstkritisch ihr eigenes Handeln im Sinne eines praxisorientierten Qualitätsmanagement, halten ihre Kompetenz durch regelmäßige und intensive Fortbildung auf dem neuesten Stand und übernehmen auch in der Weiterbildung und ärztlichen Fortbildung Aufgaben im Sinne der Einheit der Lehre. Lehrärzte sollten die Bereitschaft zeigen, einen aktiven Beitrag zu wissenschaftlichen Untersuchungen in der Primärversorgung zu leisten, z.B. durch die Teilnahme an Versorgungsforschungsprojekten.

Struktur- und Prozess-Kriterien

Konkret empfohlen werden die im Folgenden genannten Kriterien, um die Qualität der Lehre im Sinne der oben genannten Anforderungen zu sichern. Sie gliedern sich in Strukturkriterien, die vor Aufnahme von Studierenden erfüllt sein müssen, und Prozesskriterien, die die Angehörigen des Lehrkörpers kontinuierlich im Laufe ihrer Tätigkeit zu erfüllen haben. Diese Kriterien sind als Empfehlung zu verstehen, von der nur im Einzelfall begründet abgewichen werden kann.

1. Hospitation in der pädiatrischen Grundversorgung

Hospitationen in frühen Studienabschnitten

Studierende sollen bereits in frühen Studienabschnitten im Sinne der Berufsfelderkundung Kontakt mit dem primärversorgenden Bereich bekommen.

Hospitationspraxen bieten Studierenden unterschiedlicher Studienabschnitte strukturierte Hospitationen (z.B. im Rahmen der Berufsfelderkundung / Einführung in die klinische Medizin oder von Modellstudiengängen) an. Kriterien für Hospitationspraxen richten sich nach den inhaltlichen Bedürfnissen der jeweiligen Fakultät und des didaktischen Kontextes.

Zu den empfohlenen Ausbildungsinhalten gehören insbesondere:

- Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patient-Bezugspersonen-Beziehung auf dem Wege einer triangulierenden, praxisgerechten Gesprächsführung, geprägt von einer bio-psycho-sozialen Grundhaltung, zwecks Erhebung der Anamnese unter den Bedingungen ambulanter Medizin;
- körperliche Untersuchungsmethoden,
- Heranführung an die Stufendiagnostik und Interpretation der vorhandenen Befunde und Unterlagen.
- Die Ausbildungsinhalte sind den Vorkenntnissen und den Interessen des Studierenden anzupassen. Schwerpunkte sollten in einem Vorgespräch zwischen Pädiaaterin und Studierendem vereinbart werden.

^AAnlage: Argumente für den studentischen Unterricht in der Praxis

^BAnlage: Praktischer Ablauf Berufsfelderkundung, 16 Unterrichtsstunden

^CAnlage: Gesprächsleitfaden für ersten Kontakt mit Leitenden Ärzten der Universitäts-Pädiatrie für eine Kooperation im Bereich der Studentenausbildung

Empfehlung zu Anforderungen für Lehrärzte und Lehrärztinnen

- verfügt über mindestens 2 Jahre Erfahrung in ambulanter Tätigkeit nach Beendigung der Facharztweiterbildung
- ist vertraut mit den medizinischen, organisatorischen und ökonomischen Fragen der ambulanten Patientenversorgung
- reflektiert selbstkritisch sein / ihr eigenes Handeln im Sinne eines praxisorientierten Qualitätsmanagements
- hält seine / ihre Kompetenz durch regelmäßige und intensive Fortbildung auf dem neuesten Stand
- In Gemeinschaftspraxen verfügt mindestens ein Arzt über die o.g. Voraussetzungen.

Empfehlungen zur Anforderungen für die Lehrpraxis

Die Praxis verfügt über die Merkmale (Leistungsspektrum, Ausstattung) die für die jeweilige Hospitation festgelegt wurden

- in der Praxis stehen angemessene Räumlichkeiten für den Unterricht zur Verfügung. Dies beinhaltet ein Sprechzimmer, in dem Studierende zeitweise eigenständig Patienten und Begleiter befragen und untersuchen können.

- in der Praxis besteht Zugang zu praxisrelevanten medizinischen Informationsquellen (z.B. Internet, Handbibliothek, wissenschaftliche Zeitschriften) für Studierende.
- Prozesskriterien für Hospitationen
- die Praxisorganisation erlaubt Zeit für regelmäßige Fallbesprechungen.
- Es wird davon ausgegangen, daß der auf den Studierenden verwandte Zeitaufwand für die Lehre pro Tag etwa eine Stunde ausmacht
- Studierende übernehmen – gemäß Ihrer Vorkenntnisse und Anforderungen – Aufgaben, die sie eigenständig unter enger Supervision des Lehrarztes absolvieren müssen. Lehrende müssen sich jedoch davon überzeugen, dass Studierende den jeweiligen Tätigkeiten gewachsen sind.
- im Anschluss an die Hospitation findet ein Rückmeldegespräch zwischen Arzt und Studierenden statt; eine Zwischenbilanz zur Hälfte der vorgesehenen Zeit, in der die Schwerpunkte der weiteren Praktikumszeit festgelegt werden, ist erwünscht.

2. Famulaturen in der pädiatrischen Grundversorgung

Der Ausschuss begrüßt grundsätzlich die Einführung der Pflichtfamulatur, weist jedoch auf wesentliche Risiken hin, die vor allem in der praktischen Durchführung der Famulatur liegen. Um diese Risiken möglichst gering zu halten, werden zentrale Forderungen formuliert, vor allem, Qualitätskriterien für Famulaturpraxen zu erstellen, zentrale und niederschwellige Famulaturbörsen einzurichten sowie entsprechende Möglichkeiten der Evaluation der Famulatur zu entwickeln und anzuwenden.

Famulaturpraxen bieten Studierenden des 2. Studienabschnittes eine Famulatur an. Gegenstand der Praxisfamulatur ist das Kennenlernen aller Aspekte der primärversorgenden Medizin (vgl. allgemeine Kriterien). Die Schwerpunkte der Famulatur sind dem Ausbildungsstand des Studierenden anzupassen. Dabei soll seinen besonderen Interessen Rechnung getragen werden.

Famulaturpraxen können vom Studierenden frei gewählt werden, folgende strukturelle Empfehlungen sollten dabei beachtet werden:

- die Ausbildungsinhalte sind den Vorkenntnissen und den Interessen des Studierenden anzupassen. Sie sollten in einem Vorgespräch zwischen Arzt und Student vereinbart werden.
- im Rahmen der Famulatur sollten Rückmeldegespräche zwischen Lehrenden und Studierenden stattfinden, in denen behandelte Inhalte nachbesprochen und Schwerpunkte für die folgende Zeit vorbesprochen werden. Empfohlen werden mindestens drei strukturierte Gespräche zu Beginn, in der Mitte und am Ende der Famulatur.

Ein Angebot wohnortnaher empfohlener Famulaturpraxen sollte den Studierenden vor Ort bekannt gemacht werden. Bei der Empfehlung von Famulaturpraxen sind Erfahrungen und Berichte von Studierenden (z.B. über die lokale Fachschaft) in besonderem Maße zu berücksichtigen.

Es wird empfohlen, die Famulatur standortübergreifend zu evaluieren und die Evaluationsergebnisse den Studierenden transparent zu machen.

Die DGAAP -Famulaturbörse stellt darüber hinaus Materialien zur Verfügung und spricht inhaltliche Empfehlungen aus. Weitere Famulaturbörsen in Arbeit (z.B. Landes KVen).

Es wird empfohlen o.g. Qualitätskriterien in Famulaturbörsen zu berücksichtigen.

3. Blockpraktika und Wahlfächer in der pädiatrischen Grundversorgung

Blockpraktika und Wahlfächer in der Kinder- und Jugendmedizin sollten durch die Möglichkeit, Teile in primärversorgenden Kinder- und Jugendarztpraxen zu verbringen, ergänzt werden.

Im pädiatrischen Blockunterricht werden mindestens acht Stunden in der allgemeinpädiatrischen Praxis empfohlen.

Sinnvolle Inhalte für Blockpraktika und Wahlfächer in der pädiatrischen Grundversorgung sind:

Sensibilität für und erste Erfahrungen mit

- Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen einschließlich Bezugspersonen
- Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen
- Beurteilung der körperlichen, sozialen, psychischen und intellektuellen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
- Erkennung und koordinierte Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen
- Indikation, Durchführung und Beurteilung entwicklungs- und psychodiagnostischer Testverfahren
- Untersuchung des Sprechens, der Sprache und Sprachentwicklung
- Betreuung und Schulung von Kindern mit chronischen Krankheiten
- Betreuung und Beratung bei ernährungsbedingten Gesundheitsstörungen
- Sozialräumliche Hilfe- und Unterstützungsstrukturen zur frühkindlichen Entwicklungsanregung von Kindern aus armen und bildungsfernen Schichten wie auch zur sozialen Unterstützung der Eltern

Empfehlungen zu Lehrpraxen für Blockpraktika und Wahlfächer

Allgemeine Anforderungen

- Ausbildungsziele und erwartete Inhalte sind den Studierenden und Lehrenden vor Durchführung des Praktikums (z.B. in Form eines Logbuchs) bekannt zu geben.
- Die Leistung wird mit einem geeigneten Prüfungsformat erhoben, das die Kerninhalte widerspiegelt.

Strukturkriterien für Lehrärzte:

Lehrärzte für das Blockpraktikum arbeiten in der vertragsärztlichen Versorgung

- Lehrärzte sind niedergelassene oder angestellte Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit einem- praxisbezogen- mindestens vollen Versorgungsauftrag, der zwischen mehreren Personen geteilt sein kann
- Lehrärzte verfügen über eine 2- jährige Erfahrung in ambulanter Tätigkeit nach Beendigung der Facharztweiterbildung
- Lehrärzte wurden in geeigneter Form (z.B. Vorbereitungsseminare oder im Rahmen regelmäßig stattfindender Schulungen, persönliche Einweisung) im Umfang von mindestens 4 Stunden auf ihre Tätigkeit vorbereitet. Gegenstand dieser Einweisung sind Inhalt und Form des theoretischen und praktischen Unterrichts am jeweiligen Standort, Ziele und organisatorische Rahmenbedingungen des Blockpraktikums und eine Einweisung in Feedback, Prüfung und Benotung von Studierenden.

- Lehrärzte erhalten einen Vertrag mit der ausrichtenden Universität, in dem die lokalen Akkreditierungskriterien festgelegt sind, zu deren Einhaltung sich der Lehrarzt verpflichtet.
- Lehrärzte werden über ein geeignetes Akkreditierungsverfahren (Einführungsveranstaltung, persönliche Gespräche oder Nachweis erforderlicher Qualitätsmerkmale) ausgewählt.
- die Akkreditierung zur Lehrpraxis sollte befristet sein, und sollte mindestens alle 5 Jahre überprüft werden. Maßgebliche Kriterien für die Re-Akkreditierung sollen studentische Rückmeldungen / Evaluationsergebnisse und die Einhaltung vorgegebener Mindeststandards für das Blockpraktikum sein.
- die Lehre ist im Gegenzug angemessen zu vergüten.

Anforderungen an Lehrpraxen

- die Lehrpraxis verfügt über eine angemessene Größe (mindestens 400 vertragsärztliche Behandlungsfälle/Quartal)
- das Patientenkontingent umfasst ein unselektiertes Patientengut mit typisch pädiatrischen Fragestellungen verschiedener Altersgruppen
- Lehrpraxen orientieren sich am Grundsatz evidenzbasierter Medizin. Praxen mit stark einseitiger Ausrichtung (z.B. dem Überwiegen besonderer Therapieeinrichtungen) und dadurch bedingter starker Selektion des Patientengutes sind für die Lehre nicht geeignet.
- in der Lehrpraxis stehen angemessene Räumlichkeiten für das Blockpraktikum zur Verfügung. Ein eigenes Sprechzimmer für den Kontakt Patient/Studierende ist erwünscht.
- zur Minimalausstattung der Lehrpraxis gehören Zugang zu Informationsmedien, Präsenzlabor, Sonografie. Darüber hinaus sind weitere apparative Ausstattung und Leistungen (Lungenfunktion, Kleine Chirurgie/Wundversorgung) erwünscht. Die Voraussetzung dieser Leistungen richtet sich nach den Ausbildungszielen des jeweiligen Standortes.

Prozesskriterien

- Die Praxisorganisation erlaubt Zeit für regelmäßige Fallbesprechungen.
- Studierende übernehmen – gemäß Ihrer Vorkenntnisse und den inhaltlichen Anforderungen des jeweiligen Standortes – Aufgaben, die sie eigenständig unter enger Supervision des Lehrarztes absolvieren müssen. Geeignete Aufgaben sind z.B. die Anamnese und Untersuchung von Patienten mit typischen Beratungsanlässen oder das Erarbeiten von Differenzialdiagnosen und Therapievorschlügen. Die reine Hospitation (Beobachtung des Lehrarztes bei der Arbeit) ist nicht zielführend. Der Lehrarzt muss sich davon überzeugen, dass der Studierende die ihm übertragenen Tätigkeiten ausreichend beherrscht.
- Die erfüllten Aufgaben werden in angemessener Weise (z.B. in Form eines Logbuches) dokumentiert und dem jeweiligen Standort zurückgemeldet
- Eine Evaluation durch die Studierenden mittels Fragebogen und / oder Feedbackgespräche sowie eine Rückmeldung der Lehrärzte sind obligat.

°Anlage: Beispiel zweiwöchentliches Blockpraktikum in der Praxis

4. Empfehlungen zum PJ in der ambulanten und stationären Kinder- und Jugendmedizin

- Das praktische Jahr in der Kinder- und Jugendmedizin sollte derart gestaltet werden, dass es Ärzten aller künftigen Fachdisziplinen zugutekommt, auf Wunsch für die Dauer von bis zu 8 Wochen in einer primärversorgenden Praxis.
- In Begleitseminaren zum praktischen Jahr sollen zentrale medizinische Inhalte sowie Rahmenbedingungen hausärztlicher Versorgung in enger inhaltlicher Absprache mit den Teilnehmern besprochen werden. Alternativ oder ergänzend sollen bestehende E-Learning Angebote für PJ-Studierende verfügbar gemacht werden.
- Das praktische Jahr in der Kinder- und Jugendmedizin sollte durch kompetenzbasierte formative Prüfungsangebote im Sinne eines work-based assessments begleitet werden.
- Dem Studierenden im praktischen Jahr soll ein Mentor zur Seite gestellt werden, der nicht der ausbildende Lehrarzt ist. Aufgaben des Mentorings sind persönliche Beratung zu Lernschwerpunkten und Zukunftsvorstellungen, Qualitätskontrolle und Feedback an die Abteilung / Lehrinheit / Institut über den Fortgang des PJ.

Empfehlungen zu Lehrpraxen für das Praktische Jahr

Das praktische Jahr wird an einer für das praktische Jahr akkreditierten Lehrpraxis durchgeführt. Der erwartete Inhalt des praktischen Jahres richtet sich nach dem Logbuch des jeweiligen Standortes. Die Präsenzzeit sollte 30 bis 36 Stunden pro Woche betragen. Zudem ist dem Studierenden ausreichend Zeit für Vor- und Nachbereitung einzuräumen.

An den Titel einer Lehrpraxis für das PJ sollen folgende Kriterien geknüpft werden, die über die oben genannten Kriterien hinausgehen und zur Aufnahme von Studierenden für das praktische Jahr qualifizieren:

- Nachweis von mindestens zwei Semestern Lehre im Rahmen von Blockpraktika oder ähnlichen Lehrformen in der Praxis gemäß den o.g. genannten Anforderungen
- persönliche Eignung
- Lehrärzte werden in geeigneter Form (z.B. Vorbereitungsseminare oder im Rahmen regelmäßig stattfindender Schulungen, persönliche Einweisung) im Umfang von mindestens 6 Stunden auf ihre Tätigkeit im PJ vorbereitet.
- Gegenstand dieser Einweisung sind Inhalt und Form der Lehre am jeweiligen Standort, Ziele und organisatorische Rahmenbedingungen des praktischen Jahres, eine Einweisung in Feedback an Studierende Studierenden und der grundlegende Ablauf und Prüfungsinhalte des Staatsexamens.
- Teilnahme an regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen und Besprechungen an der Universität im Umfang von mindestens 4 Unterrichtsstunden / Jahr

Darüber hinaus muss der **organisatorische Ablauf der PJ-Lehrpraxis** so auf die Lehre eingestellt sein, dass die Studenten eigenständig unter Supervision regelmäßig und kontinuierlich Patienten betreuen können.

Dies setzt voraus:

- es steht ein geeigneter Raum für eigenständige Kontakte der Studierenden mit Patienten zur Verfügung
- der organisatorische Ablauf der Praxis muss so auf die Lehre eingestellt sein, dass Zeit (mindestens 60 min / Tag) für tägliche fallorientierte Besprechungen zur Verfügung steht. Studierende im

praktischen Jahr sollen selbständig Aufgaben übernehmen können, Rückmeldung über ihre Tätigkeit bekommen sowie Gelegenheit und Anleitung zum Selbststudium erhalten.

- der Zugang zu praxisrelevanten medizinischen Informationsquellen (z.B. Internet, Handbibliothek, wissenschaftliche Zeitschriften) ist obligat.
- Inhaltliche Anforderungen und Strukturmerkmale der Praxen richten sich nach dem Ausbildungskatalog (Logbuch) für das Praktische Jahr.
- Die Benutzung eines kompetenzbasierten Weiterbildungscurriculum (PaedStudenda) sollte obligatorisch sein (siehe Punkt 6).

Erwünscht ist eine Weiterbildungsermächtigung (nach Möglichkeit mit der Teilnahme an einer Verbundweiterbildung). Sie ermöglicht eine Kontinuität zwischen Aus- und Weiterbildung.

Erwünscht sind ferner eine Promotion des Lehrarztes, die Teilnahme an wissenschaftlichen Studien und / oder Leitlinienarbeit und die Mitgliedschaft in einer wissenschaftlich ausgerichteten medizinischen Fachgesellschaft. Die Erfüllung der genannten Kriterien wird vertraglich geregelt und durch Besuche von Vertretern des örtlichen Lehrkollegiums in der PJ-Lehrpraxis überprüft.

Das praktische Jahr ist vom jeweiligen Standort angemessen zu vergüten. Aufwandsentschädigungen oder Sachleistungen für Studierende müssen zusätzliche Mehrkosten durch die Durchführung des PJ in der Praxis (Kleidung, Fahrtkosten und Unterkunft) berücksichtigen.

5. Unterricht am Campus

Empfehlungen zur Einbindung primärversorgender Aspekte in die Berufsfelderkundung bzw. Einführung in die klinische Medizin

Aspekte der primärversorgenden Pädiatrie sollten in die vorklinische Lehre, z.B. im Rahmen des „Praktikums der Berufsfelderkundung“ oder der „Einführung in die klinische Medizin“ Berücksichtigung finden. Dazu ist den Studierenden Gelegenheit zu bieten, im ersten Studienabschnitt in primärversorgenden Praxen zu hospitieren und dort die Patientenversorgung kennen zu lernen.

Empfehlungen zu Anamnese- und Untersuchungskurse sowie Skills-Trainings

Aspekte der Primärversorgung sollten bei der Konzeption und Durchführung von Anamnese-Untersuchungskursen beteiligt werden. Dadurch ist den besonderen Bedingungen der Anamnese (fokussiert = beratungsanlassbezogen sowie Exploration mit psychosozialem Umfeld und erlebte Anamnese) und der körperlichen Untersuchung (symptomorientierte Untersuchung vs. Ganzkörperstatus beim gesunden Patienten) Rechnung zu tragen.

Ferner ist die Beteiligung von Aspekten der Primärversorgung auch hinsichtlich der Validität und Effizienz verschiedener Techniken in Kommunikationskursen und Skills-Angeboten wünschenswert.

Empfehlungen zum Unterricht im Fach Kinder- und Jugendmedizin

Folgende zentrale Inhalte aus der Primärversorgung sollten Berücksichtigung finden:

- Vorstellung zuvor gesunder Kinder mit häufigen akuten Symptomen
- Vorstellung zuvor gesunder Kinder mit komplexen akuten Erkrankung (organsystembezogen, Fieber ohne Fokus, Wachstum)

- Kontinuierliche Versorgung chronisch kranker Kinder
- Prävention (Schutzimpfung, Früherkennung)
- Entwicklungsauffälligkeiten (motorisch, sprachlich, kognitiv)
- Verhaltensauffälligkeiten; Auffälligkeiten von Koordination, Interaktion und Konzentration
- Regulationsstörungen im Säuglingsalter und weiteren Entwicklungsabschnitten
- Kindwohlgefährdung
- Vernetzung mit anderen medizinischen Versorgungsstrukturen (Fachärzte; Kliniken; nicht-ärztliche Therapeuten etc.)
- Vernetzung mit außermedizinischen sozialräumlichen Hilfe- und Unterstützungssystemen für Familie und Kind (z.B. Frühe Hilfen; Familienzentren)
- Sozialraumvernetzung
- Jugendmedizin
- Kinder mit Verletzungen, Verbrennungen, Ingestionen
- Patientensicherheit, Qualitäts- und Fehlermanagement

Empfehlungen zu Querschnittsbereichen

Für folgende Querschnittsbereiche ist die Beteiligung bzw. Einbeziehung von Aspekten der Primärversorgung anzustreben:

- Medizin des Alterns
- Prävention und Gesundheitsförderung
- Naturheilverfahren, physikalische Therapie, Rehabilitation
- Gesundheitsökonomie
- Sozialmedizin / Arbeitsmedizin
- Palliativmedizin
- Schmerzmedizin
- Die Zusammenarbeit dient dazu, theoretische Inhalte auf den täglichen Versorgungsalltag herunterzubrechen, die Umsetzung durch praktischen Beispiele zu verdeutlichen und Schwierigkeiten in der Anwendung von Prinzipien in der tatsächlichen Patientenversorgung zu illustrieren. Vielerorts bestehen Beispiele für gelungene Kooperation in den o.g. Themengebieten mit praktisch in der Primärversorgung tätigen Ärzten

6. Die Lern-Plattform „*PaedCompenda – Studium*“ als Grundlage kompetenzbasierten Lernens in der studentischen Ausbildung

Die Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie e.V. (DGAAP) hat auf Grundlage des Projekts „Kernkompetenzen in der ambulanten allgemeinen Pädiatrie“ (2013) ein Curriculum für eine spezifische, kompetenzbasierte Weiterbildung auf dem Gebiet der allgemeinen Pädiatrie entwickelt. (Siehe Facharztweiterbildung in der ambulanten Allgemeinpädiatrie) Erklärung kompetenzbasiertes Lernen siehe Kap.G

Auf der vorhandenen Plattform aufbauend ist es möglich, Kernkompetenzen (in entrustable professional activities = anvertraubaren professionellen Tätigkeiten APT) und Lernziele für die studentische Ausbildung zu formulieren und damit den pädiatrischen Lehrpraxen ein kompetenzbasiertes Curriculum (Paedcompenda für Studierende) zur Verfügung zu stellen.

Im direkten Kontakt mit dem Patienten erwerben die Studierenden über die gesamte Ausbildungszeit laufend in strukturierter Form ärztliche Kompetenz, die in Form von Beobachtung und Rückmeldung durch den Weiterbilder „anvertraubar“ wird.

Bei Auswahl der Lernziele sollte neben dem fachlichen Wissen besonders auf die kommunikativen Fähigkeiten der Studierenden geachtet werden, da sich kommunikativen Herausforderungen im Rahmen der ambulanten Pädiatrie deutlich von denen der stationären Pädiatrie unterscheiden.

Absolventenprofil der studentischen Ausbildung nach 1. Kompetenzorientiertem Gegenstandskatalog, 1. Auflage 2020, wird durch PaedCompenda abgebildet

Gliederung entsprechend Gegenstandskatalog

D. Vorstellung von Kindern und Jugendlichen wegen akuter Symptomatik
entsprechen **APT1 und 2**

Lernziele:

strukturierte, zielorientierte Anamnese:

Allgemeinzustand, Einschätzung der Schwere der Erkrankung,

strukturierte Symptomorientierte Untersuchung

Kenntnisse akuter Krankheitsbilder, die ein sofortiges Eingreifen erfordern
gegebenenfalls Therapievorschlüsse

altersentsprechende Kommunikation, Gesprächsführung, Aufklärung

E. Kontinuierliche ambulante Betreuung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen
entsprechen **APT 3 und 12**

Handlungsplan, Differentialdiagnose, informed consent, Management, EbM, Nachsorge, Teilhabe,
(Informations)Übergabe

Schweigepflicht, Datensicherheit, Hygiene, Patientensicherheit, Fehlermanagement

Lernziele:

entsprechend **APT 5** Früherkennungsuntersuchungen

Grundlagen und Aufgaben der ambulanten Pädiatrie (im Gegensatz zum klinischen Arbeiten)

F. Kontinuierliche präventive Versorgung

Lernziele:

Kenntnisse der normale Entwicklung,

(Messen, Wiegen, Kopfumfang)

Kenntnisse eines strukturierten altersspezifischen Untersuchungsablaufs

gegebenenfalls Variationsbreite und pathologische Abweichungen erkennen

Zusätzliche APTs

APT 4 Erkennen und Betreuen von Kindern mit auffälligen Verhalten/Entwicklungsstörung
entsprechend APT6

Lernziele:

anamnestisches Elterngespräch

APT 5 Kinder in ihrem Sozialraum/Sozialraumvernetzung

entsprechend APT 8

Lernziele:

anamnestisches Elterngespräch

Kenntnisse verschiedener Hilfsangebote

APT6 Kinderschutz

entsprechend APT 7

Lernziele

theoretisches Wissen über Symptome und Vorgehen bei Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellen Missbrauch

F. Facharztweiterbildung in der ambulanten allgemeinen Pädiatrie

Die Ärztliche Weiterbildung ist diejenige Phase der ärztlichen Berufsbildung, während der Ärztinnen und Ärzte nach der Vollendung der ärztlichen Ausbildung unter Anleitung spezielle Fachkompetenzen entwickeln. In Deutschland setzt die Zulassung zur selbstständigen fachärztlichen Praxis ein „Facharzt Diplom“ voraus. Die Weiterbildung zur Fachärztin oder Facharzt mit oder ohne Schwerpunkt umfasst eine Reihe von Weiterbildungsprogrammen, die in Deutschland in der (Muster-)Weiterbildungsordnung zusammengefasst sind.

Die ärztliche Weiterbildung ähnelt einer Lehrzeit, was bedeutet, dass die jungen Ärztinnen und Ärzte in einer klinischen Umgebung mit erfahreneren Kolleginnen und Kollegen zusammenarbeiten, die die Verantwortung für ihre Unterrichtung und Überwachung übernehmen. Es sollte betont werden, dass lebenslanges Lernen in der Medizin essenziell ist; das bedeutet, dass auf den Abschluss der ärztlichen Weiterbildung der Prozess der fortlaufenden beruflichen Fortbildung folgen muss

Die Organisation und Zuständigkeit für Programme der ärztlichen Weiterbildung variiert erheblich von Land zu Land. Hier sollen zunächst generelle Standards in Anlehnung an die WFME Global Standards, Neuauflage 2015, formuliert werden.

Strukturqualität in der pädiatrischen Weiterbildung

1. Weiterbildungsprogramm

Ordnungsrahmen, Methoden, Inhalte, Dauer und Organisation liegen bei den **Landes-Ärzttekammern**. Weiterbilder werden von der Kammer auf der Grundlage ihrer ärztlichen Handlungen unter Rückgriff auf die Weiterbildungsordnung befugt. Traditionell wurden große Institutionen voll befugt. Die volle Befugnis unter der neuen Weiterbildungsordnung 2019 wird aber nur noch dann möglich sein, wenn Weiterbilder im Verbund von Grund- und Spezialversorgung (Weiterbundsverbund) tätig sind.

In der Kinder- und Jugendmedizin können Praxen für bis zu 4/5teln der gesamten Weiterbildungszeit also bis zu 48 Monaten befugt werden. Hier sind auch Praxisverbünde sinnvoll, um die Stärken einzelner Praxen zu summieren.

Auf der feinstrukturellen Ebene dagegen liegt die Hauptverantwortung beim **Weiterbildungsbefugten WBB**. Die bislang geübte Praxis, von Weiterbildern ein zeitlich gegliedertes Curriculum für ihre Weiterbildungsstätte einzufordern, widerspricht den Erkenntnissen der Bildungswissenschaft. Die kompetenzorientierte Weiterbildung fragt nach Graden von Anvertraubarkeit von Tätigkeiten und nicht nach Zeiten. Deshalb wird der Ordnungsrahmen für einen spezifischen Lernort auch wesentlich durch die Ärztin in Weiterbildung (ÄiW) mit ihren Fähigkeiten und Neigungen bestimmt werden und nicht durch fixe Weiterbildungszeit mit anschließenden Abfragen vom kognitiven Wissen.

2. Ressourcen für die Weiterbildung

Räumliche Infrastruktur, Lernumgebungen, Nutzung von Informationstechnologie und medizinische Handlungsgemeinschaften fließen in die Befugnis ein und werden im täglichen Handeln vom Weiterbilder, günstigenfalls in Kooperation mit der Ärztin in Weiterbildung, gestaltet.

Das Lernen kann durch finanzielle und strukturelle Hilfen von Institutionen wie Kassenärztliche Vereinigungen, Kammern, Kompetenzzentren und vielen mehr gefördert werden.

Prozeßqualität

(E)valuation der Weiterbildungsprogramme

Weiterbildung findet traditionell in einer black box statt. Dies trifft auf die Praxis möglicherweise in noch stärkerem Maße zu als auf die Klinik. Deshalb ist es notwendig, einen Mechanismus für die Programmevaluation festzulegen und anzuwenden. Dabei sollten Rückmeldungen von Ärztinnen in Weiterbildung, Weiterbildern und Arbeitgebern ersucht werden über:

- das Leitbild
- die angestrebten und erworbenen Weiterbildungsziele
- das Weiterbildungsprogramm
- formative (Rückmeldungen) und summative (Prüfungen) Bewertungen
- Perspektiven des Weiterbildungsträgers
- Ressourcen für die Weiterbildung
- die Beziehung zwischen den Regeln der Anwerbung und den Bedürfnissen von Weiterbildung und Gesundheitssystem
- das Curriculum-Modell = theoretischer Rahmen und Inhalt/Lehrplan
- Methoden der Bewertung
- Fortschritt der Ärztinnen in Weiterbildung
- Qualifikation der Weiterbilder
- festgestellte Bedenken

Damit könnte ein Weg aus der gelebten Praxis heraus aufgezeigt werden, die durch das „tea bag model“ beschrieben werden kann: Tauche eine ÄiW für definierte Zeit in eine befugte Lernumgebung ein und es entsteht der immer gleich gute Absud.

Ergebnisqualität

Die großen Bemühungen um ärztliche Weiterbildung in der ambulanten allgemeinen Pädiatrie können dadurch legitimiert werden, daß damit die bestmögliche medizinische Versorgung der Kinder und Jugendlichen und wesentliche Hilfen für ihre Familien erreicht werden sollen. Deshalb ist die Frage berechtigt, inwieweit die Weiterbildung die Versorgung und die Gesundheit beeinflusst. Dies ist auf verschiedenen Ebenen möglich.

a.) (E)valuation der ÄiW

- routinemäßig die Leistungen weitergebildeter Ärztinnen und Ärzte überwachen
- Rückmeldung über die Leistung weitergebildeter Ärztinnen und Ärzte vom Arbeitgeber einholen
- einen Mechanismus für die Programmevaluation mit Nutzung gesammelter Daten über die Leistung von weitergebildeten Ärztinnen und Ärzten einrichten und anwenden
- die hauptsächlichen Interessengruppen in seinen Programmen für Überwachung und Evaluation beteiligen

b.) Sicherstellung einer fortlaufenden Erneuerung

Mit Blick auf die Dynamik der ärztlichen Weiterbildung und auf die Einbeziehung der relevanten Interessengruppen und um eine nachhaltige Qualität sicherzustellen, muss der Weiterbildungsträger

- Prozeduren in die Wege leiten für eine regelmäßige Überprüfung und Aktualisierung von Prozess, Struktur, Inhalt, Ergebnisse/Kompetenzen, Bewertung und Lernumgebung des Programms
- dokumentierte Defizite beheben
- Ressourcen für eine fortlaufende Erneuerung zuteilen

Wünschenswert und sinnvoll wäre darüber hinaus, den Prozess der fortlaufenden Erneuerung auf prospektive Studien und Analysen und auf Resultate einer lokalen Evaluation und Literatur über medizinische Aus- und Weiterbildung zu stützen.

Anforderungen an die Weiterbilder (Strukturkriterien)

Kinder- und Jugendarztpraxen sollen hinsichtlich der didaktischen Qualifikation des Weiterbildungsbefugten, des Praxisspektrums und der Infrastruktur der Praxis bestimmte Kriterien erfüllen, um für die Weiterbildung in der ambulanten Pädiatrie zugelassen zu werden.

Als Voraussetzung für die Erteilung einer Befugnis sind Kriterien definiert, die in jedem Fall erfüllt sein müssen (Obligatorische Kriterien).

Darüber hinaus bestehen zwei Bewertungsgruppen (Infrastruktur der Weiterbildungsstätte und Praxisspektrum), anhand derer in Form eines Punktesystems die Weiterbildungsmöglichkeiten der Weiterbildungsstätte bewertet werden.

Obligatorische Kriterien:

- Vorlage eines strukturierten Weiterbildungsprogramms gemäß § 5 Abs. 5 WBO 2004
- Durchführung von Weiterbildungsgesprächen mindestens einmal jährlich
- Patientenzahl >600 Patienten pro Quartal pro Praxis ohne Einbeziehung von PKV-Patienten
- regelmäßige Durchführung von Impfungen entsprechend STIKO-Empfehlung
- regelmäßige Durchführung aller Früherkennungsuntersuchungen

Positiv berücksichtigt werden folgende Aspekte:

- wöchentliche Fallbesprechung
- kontinuierliches Fehlermanagement
- jährliches Notfalltraining aller Praxismitarbeiter und des Arztes in Weiterbildung
- eigenes Sprechzimmer für den Arzt in Weiterbildung
- Durchführung von Weiterbildungsgesprächen mindestens einmal im Quartal

G. PaedCompenda: ein Tool zur strukturierten kompetenzbasierten Weiterbildung

Für eine **strukturierte kompetenzbasierte Weiterbildung** fehlt noch eine flächendeckende, verbindliche curriculare Vorgabe und damit die Grundlage der Vergleichbarkeit der Kompetenzen von Ärztinnen in Weiterbildung. Die Arbeitsgruppe Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP) hat deshalb nach dem Konzept der *Entrustable Professional Activities* reale

anvertraubare professionelle Tätigkeiten (APT) der Grundversorgung identifiziert, Anzahl und Umfang entschieden, Titel und Inhalte definiert, Kompetenzdomänen ausgewählt, erforderliches Wissen und notwendige Fähigkeiten spezifiziert und Prüfungsmethoden beschrieben.

Diese Handreichung steht für pädiatrische Weiterbilder unter dem Namen **PaedCompenda** (www.paedcompenda.de) elektronisch zur Verfügung und wird in Anwendung und Wirksamkeit vom GMA-Ausschuss Weiterbildung begleitet. Angehende Pädiaterinnen in Weiterbildung sollen befähigt werden, selbstständig und kompetenzbasiert alle professionellen Tätigkeiten auszuführen, die für die ambulante allgemeinpädiatrische Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen notwendig sind.

Zwölf anvertraubaren professionelle Tätigkeiten (APT) und 50 in sich abgeschlossene Versorgungsaufgaben, hinterlegt durch Lernzielbögen, decken das gesamte Spektrum der ambulanten pädiatrischen Praxis ab. Wenn die verschiedenen Tätigkeitsbereiche von dem/der Weiterzubildenden kompetent ausgeführt werden, sind sie „anvertraubar“, was anhand von Beobachtung auf Beobachtungsbögen durch den Auszubildenden dokumentiert wird.

Weiterzubildende sind mit ePaedCompenda in der Lage, ihren persönlichen Entwicklungsplan aufzustellen und ihren Fortschritt aufzuzeichnen. Damit wird gewährleistet, dass sie die richtigen Erfahrungen sammeln, während sie sich in Richtung Facharztstandard entwickeln. Neben der Rückmeldung durch qualifizierte Weiterbildungsberechtigte unterstützt PaedCompenda die Selbsteinschätzung und das selbstgesteuerte Lernen. Statistikmodule ermöglichen den Projektpartnern die Evaluation und Optimierung der Lernprozesse der Weiterzubildenden.

Die primärversorgende Pädiatrie muss dazu ihre Lernorte zu vorbereiteten Lernumgebungen für Ärztinnen in Weiterbildung und ihre Praxisinhaber zu Lehrern weiterentwickeln.

H. Sektorenübergreifende Weiterbildung in Verbänden von Praxen und Kliniken

Ziel muss es sein, die in den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammer beschriebenen Inhalte zum Erwerb der Facharztstufe vollständig zu vermitteln. Wir stellen fest, dass dies heute nicht mehr durch eine rein klinische Weiterbildung möglich ist, schlicht weil viele Inhalte in den Kliniken nicht oder nicht ausreichend vorkommen. Gute Weiterbildung braucht sektorenübergreifende Angebote, auch vor dem Hintergrund, dass in der Versorgungsrealität eine Mehrheit der angehenden Fachärztinnen und -ärzte später in der grundversorgenden Pädiatrie tätig sein wird₁ (Abbildung 1).

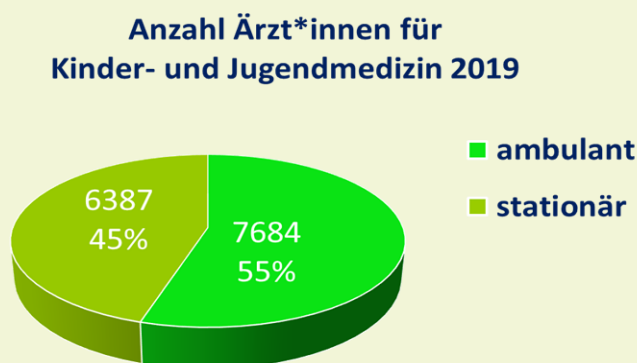


Abbildung 1

Die Inhalte der klinischen und der grundversorgenden Pädiatrie können gemeinsam dort gut vermittelt werden, wo es strukturierte Angebote gibt, die auf kompetenzbasierten Weiterbildungscurricula aufbauen.

Für die ambulante Grundversorgung steht mit PaedCompenda ein solches Curriculum zur Verfügung, für die klinische Weiterbildung wird es entwickelt und soll als gemeinsames vollständiges Weiterbildungscurriculum Pädiatrie anschlussfähig sein an die e-Logbücher der Ärztekammern und an Lehrformate im Studium (PaedCompenda für Studierende).

Verbünde von Praxen und Kliniken können strukturierte Angebote machen, die auf der einen Seite Rahmenbedingungen für sektorenübergreifende Weiterbildung setzen und gleichzeitig Raum lassen für auf individuelle Bedürfnisse abgestimmte Gestaltung. Vor dem Hintergrund der Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird auch dieser Gesichtspunkt zunehmend wichtig.

Verschiedene Weiterbildungsverbünde in Deutschland sind in den letzten Jahren entstanden, und es werden mehr. Auf der Homepage weiterbildung.dgaap.de sind detaillierte Informationen zu einzelnen Weiterbildungsverbänden (z.B. Weiterbildungsverbund Mittelfranken oder Schleswig-Holstein) abrufbar. Gemeinsame Vereinbarungen regeln die Grundzüge der Zusammenarbeit und schaffen für die

Verbünde von Kliniken und Praxen können tragfähige Kooperationsstrukturen entwickeln, die eine große Akzeptanz von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung finden und alle geforderten Weiterbildungsinhalte vermitteln können.

Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) verlässliche Strukturen und bessere Planbarkeit für Kliniken und Praxen (Abbildung 2).

Verlässliche Regelungen schaffen Sicherheit, um sich auf Verbundmodelle in der Weiterbildung einzulassen.

Wichtiger Bestandteil ist die zeitlich befristete Abordnung der ÄiW in die Praxis und die anschließende

Beispiel: Weiterbildungsverbund Pädiatrie Schleswig-Holstein ^{2,3,4}

-
- Zusammenarbeit von Akutkliniken der Kinder- und Jugendmedizin und qualifizierten Weiterbildungspraxen
- Durchführung in der Fläche in Schleswig-Holstein
- Vollständiges Angebot aller für die Facharztweiterbildung geforderten Weiterbildungsinhalte im vorgegebenen Zeitrahmen
- Vermittlung von Erfahrungen in der pädiatrischen Grundversorgung für Ärztinnen und Ärzte bereits in der Weiterbildung mit dem strukturierten kompetenzbasierten Curriculum PaedCompenda®
- Verlässliche Rahmenbedingungen:
 - im 3. oder 4. Weiterbildungsjahr
 - Dauer 12 bis 24 Monate
 - Umfang halbe Stelle

Abordnung in die Weiterbildungspraxis im Umfang einer halben Stelle, der darüber hinausgehende Stellenumfang wird in der Klinik abgeleistet.

Der Arbeitsvertrag mit und die Vergütung durch die Klinik bestehen unverändert fort. Die Praxis zahlt an die Klinik die tarifvertraglich festgelegten Entgelte. Die Förderung der ambulanten Weiterbildung steht der Praxis zu. Die Tätigkeit wird von der Ärztekammer in vollem Umfang anerkannt.

Abb. 2

Rückkehr an die Klinik. Die Dauer der Abordnung umfasst 12 bis 24 Monate im Umfang eines halben Stellenanteils (entsprechend einem halben bis vollen Weiterbildungsjahr).

Bevorzugt erfolgt die Abordnung im mittleren Weiterbildungsabschnitt. Der Weiterbildungsvertrag zwischen Klinik und ÄiW besteht fort, ein Vertrag zwischen Praxis, Klinik und ÄiW regelt Zeitraum, Umfang und Arbeitszeiten in Praxis und Klinik während der Abordnung. Die Bezahlung erfolgt wie zuvor über die Klinik, die Praxis führt je nach Stellenumfang den entsprechenden Kostenanteil an die Klinik ab, ihr steht die entsprechende Förderung der ambulanten Weiterbildung zu. Alle dafür erforderlichen Formalitäten (Antrag Weiterbildung an Zulassungsstellen der KV, Beantragung der Förderung, Mitteilung an die Ärztekammer) werden durch die Praxis erledigt. Im Einzelfall können Regelungen in Absprache zwischen Klinik, Praxis und ÄiW individuell angepasst werden.

Abordnung:

a.) Der Abordnungsvertrag regelt die Dauer und den zeitlichen Umfang der Abordnung. b.) Der Weiterbildungsvertrag mit der Klinik bleibt gewahrt. Damit ist auch die Rückkehr an die Klinik gesichert.

--Dauer und Umfang der Abordnung sind klar geregelt.

--Restzeiten in der Klinik können in Absprache mit der Ärztekammer als Weiterbildungszeiten anerkannt werden (Voraussetzung: es findet Weiterbildung in der Klinik statt, keine reine Diensttätigkeit)

--Es handelt sich bei der Abordnung zu Zwecken der Weiterbildung nicht um eine

--Arbeitnehmerüberlassung.

Der Zweck der Weiterbildung muss eindeutig aus dem Abordnungsvertrag hervorgehen (Mustervorlage und Rechtsgutachten: siehe Homepage www.weiterbildung.dgaap.de)

Bei der Vertragsgestaltung zwischen Kliniken, Praxen und ÄiW bietet der Abordnungsvertrag einige Vorteile (Abbildung 3), andere Optionen sind ebenfalls möglich. Die Anerkennung aller Weiterbildungszeiten durch die Ärztekammer sollte zuvor geprüft werden.

Das strukturierte kompetenzbasierte Weiterbildungscurriculum für den ambulanten Weiterbildungsabschnitt wird von allen eingesetzt. Damit wird eine qualitativ anspruchsvolle und strukturierte Weiterbildung in der ambulanten Grundversorgung etabliert, die in den verschiedenen Praxen auf vergleichbarer Grundlage erfolgt. Kompetenzbasiert Weiterbildung, die in den neuen WBO der Landesärztekammern gefordert wird, kann so bereits jetzt umgesetzt werden. Ein klinisches Curriculum muss zügig folgen.

**Wer Versorgung für morgen sichern will, muss heute weiterbilden.
Eine gute Weiterbildung lehrt Pädiatrie sektorenübergreifend mit guten
Weiterbildungskonzepten.**

**Die kinder- und jugendärztliche Rolle erlernen diejenigen, die strukturiert und kompetenzbasiert
Inhalte an den Orten der Versorgung vermittelt bekommen.**

**Gute Weiterbildung braucht qualifizierte Vermittlung von Inhalten durch Handeln, Beobachtung
und Rückmeldung.**

Literatur:

1 Ärztekammerstatistik 2019, www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2019/

- 2 Weiß-Becker, C (2016): Pädiater gründen Verbund. Modellvorhaben zur Verbundweiterbildung in der Pädiatrie. Ärzteblatt Schleswig-Holstein, 1:26-27
- 3 Weiß-Becker, C (2018): Neues Konzept für die Pädiatrie im Verbund. Ärzteblatt Schleswig-Holstein, 3:6-9
- 4 Weiß-Becker, C (2019): Weiterbildungsverbund Pädiatrie in Schleswig-Holstein – neue Konzepte für gute Weiterbildung und den Erhalt der Pädiatrie. Kinder- und Jugendarzt, Jg. 50, H. 10:605-609
- 5 Weiß-Becker, C (2020): Sektorenübergreifende Pädiatrie – Weiterbildungsverbünde von Praxen und Kliniken, BVKJ Schwerpunktthema 2020 – Pädiatrische Wege und Welten, 45 - 49
- 6 Royal College: CanMEDS: Better standards, better physicians, better care. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>, letzter Zugriff 13.08.2019
- 7 Fegeler U., Jäger-Roman E., Martin R., Nentwich HJ. (2014): Ambulante allgemeinpädiatrische Grundversorgung. Versorgungsstudie der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin. Monatsschr.Kinderheilkunde, 162(12):1117-1130

I. Lehrstühle der ambulanten allgemeinen Pädiatrie

Die allgemeine Pädiatrie wird derzeit in der universitären Medizin nicht ausreichend abgebildet, zu sehr dominieren die universitäre subspezielle Versorgung und mithin die entsprechenden Fallvorstellungen. Allgemeine Pädiatrie erfolgt im Wesentlichen und am umfassendsten in der pädiatrischen Grundversorgung. Infolge der verbesserten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, aber auch aufgrund einer Neufestlegung des Versorgungsauftrages hat sich die allgemeinpädiatrische Grundversorgung zu einem eigenständigen Fach entwickelt.

Die Versorgungsstudie der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (s.o.) hat wesentlich dazu beigetragen, das Versorgungsgeschehen in den pädiatrischen Praxen anhand der Beratungsanlässe, den dazugehörigen Diagnosen und der ärztlich aufgewendeten Zeit darzustellen. Die pädiatrische Grundversorgung ist ein klar abgrenzbares Fach mit definiertem Versorgungsauftrag, klarem Diagnosenprofil, klarer Beschreibung der ärztlichen Kompetenzen sowie der grundsätzlichen Organisationsstruktur einer Praxis.

Schon ab Beginn des neuen Millenniums forderten Kinder- und Jugendärzt*innen, eine Akademisierung des Faches. Um den Bogen zur universitären Medizin zu spannen und die akademische Fortentwicklung nicht nur in der stationären, sondern auch ambulanten Krankenversorgung sowie in der klinischen Forschung und ambulanten Versorgungsforschung und der entsprechenden Lehre zukünftig zu sichern, sollte die ambulante pädiatrische Grundversorgung eine neu ausgeschriebene Professur für Lehr- und Versorgungsforschung erhalten. Da die ambulante pädiatrische Grundversorgung ein groß dimensioniertes Fach ist mit unterschiedlichen Aufgaben und thematischen Aspekten, sollte auch die entsprechende Versorgungsforschung in ihrer thematischen und organisatorisch/strukturellen Ausstattung nicht zu gering dimensioniert werden.

Ziel ist es, Kollegen mit Public Health Erfahrung und Kenntnissen in der Lehrforschung zu rekrutieren, um Themen wie Prävention, Entwicklung, Sozialpädiatrie, Vorsorge und Früherkennung durch den Lehrstuhl zu beforschen.

1. Wichtig ist die Darstellung der Versorgung in der Allgemeinpädiatrie, der klinischen Versorgungsforschung sowie die Aus- und Weiterbildung auf der Grundlage des Masterplans 2020.
2. Auch die Erstellung eines Transitionsmodells, zur Sicherstellung der Versorgung von chronisch kranken Patienten jenseits des achtzehnten Lebensjahrs sollte im Fokus des Lehrstuhls sein.
3. Das sozialpädiatrische Engagement, sollte sich mit der normalen, sowie der gestörten Entwicklung befassen, vor allem in Bezug auf vulnerable Gruppen. Ein sozialpädiatrischer Schwerpunkt von Forschung und Lehre soll sein, die spezifischen Hemmnissen der gestörten frühkindlichen Entwicklung von Kindern aus sozioökonomisch benachteiligten Familien zu erforschen und wirklichkeitsnahe Präventions- und Fördermodelle zu entwickeln. Weitere Aufgaben wären, auf welche Weise sich Armut und Bildungsferne der betroffenen Familien auf die frühkindliche Entwicklungsanregung auswirken, die wiederum notwendig ist, die angeborenen kindlichen Anlagen für die funktioneller Grundfähigkeiten wie Sprachentwicklung, kognitive/intellektuelle Entwicklung und Sozialverhalten zu entfalten. Dabei werden Modelle für eine effektive transsektorale Kooperation mit außermedizinischen Hilfe- und Unterstützungsstrukturen im Sozialraum entwickelt.
4. Andere Schwerpunkte sind zum Beispiel die rationale Antibiotikatherapie in der ambulanten Pädiatrie und die Versorgung chronisch Kranker: Neurodermitis, Asthma bronchiale (DMP), stadienadaptierte Diabetesbetreuung, Adipositas.
5. Die primärmedizinische Versorgung im Sinne des Masterplans 2020 soll umgesetzt werden, unter Einbezug der in der Praxis niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte in die Grundversorgung.
6. Auf Erhalt der pädiatrischen Besonderheiten (u.a. Bedeutung der seltenen Erkrankungen für die Pädiatrie) ist besonderer Wert zu legen.

Unserer Vorstellung gemäß sollten die oben genannten Aufgaben sinnvoll in der klinischen Versorgung integriert werden. Dabei sollte eine enge Zusammenarbeit mit Fachärzten der Allgemeinmedizin angestrebt werden. Die Besetzung des Lehrstuhls kann und soll durchaus neben der Praxis erfolgen.

Weitere Aufgabe für den Lehrstuhl

1. Vorbereitung für den Übertritt in die Praxis: Wirtschaftliche Praxisführung (einschl. Abrechnung, Personalführung, Coaching, Arbeitsrecht)
2. Zukunftssicherung der pädiatrischen Grundversorgung durch erweiterte Anschlussstellen: „interprofessionelle Pädiatrie“
3. Einbezug nicht-ärztlicher Fachkräfte wie medizinische Fachangestellte und nicht-ärztliche Praxisassistenten
4. Anschlussstellen ins Bildungs- und Jugendhilfesystem.
5. Kooperation mit der Allgemeinmedizin (Definition von Schnittstellen, gemeinschaftliche Versorgung)

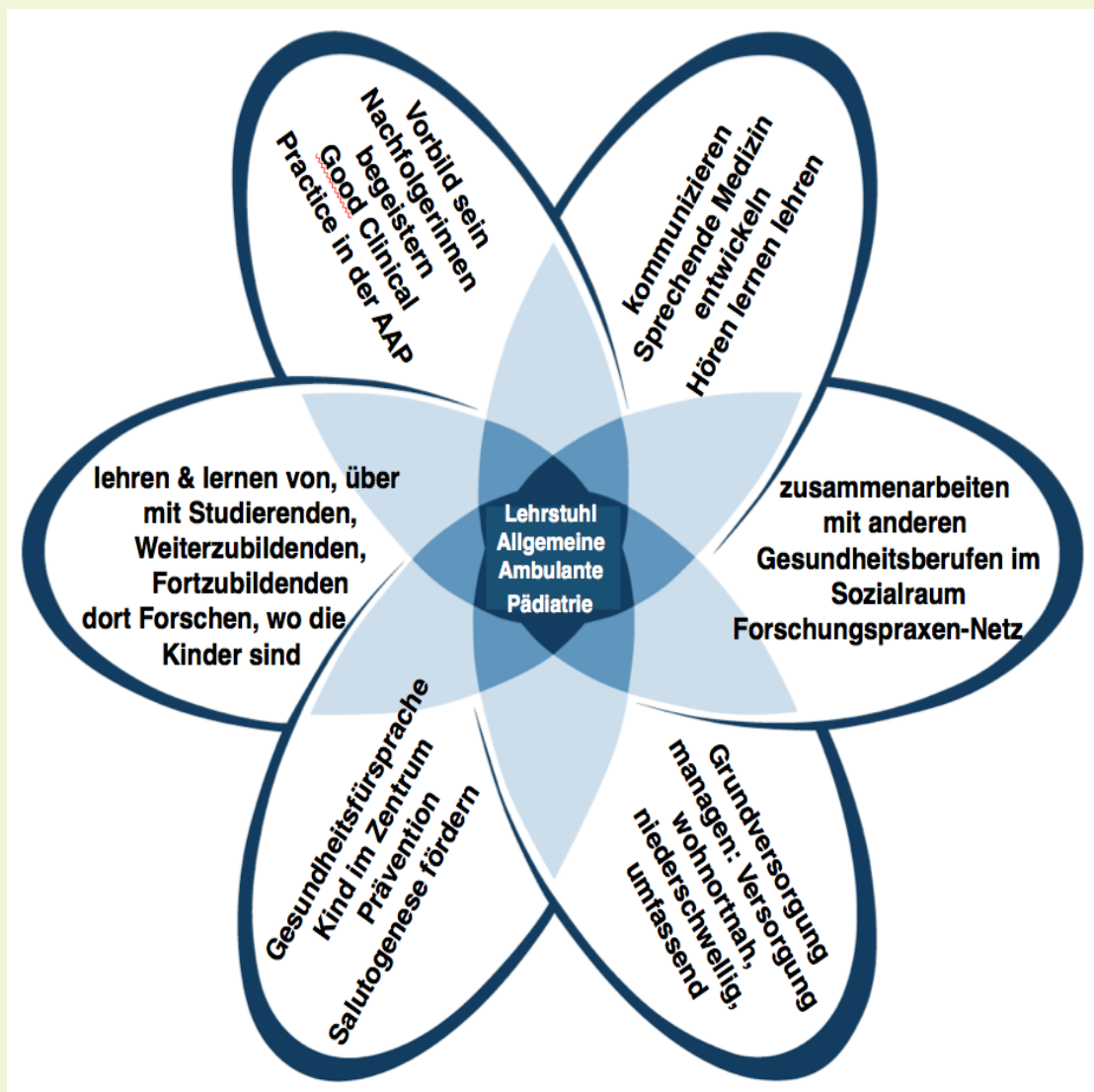
J. Zusammenfassung

Die ambulante allgemeine Pädiatrie hat sich zu einem eigenständigen Fach entwickelt. Aus- und Weiterbildung müssen darauf hin ausgerichtet werden. Die Aus- und Weiterbildung verlagert sich zunehmend in den ambulanten Bereich. Dafür müssen die entsprechenden Strukturen geschaffen und Aus- und Weiterbildungspläne erstellt werden.

Für die studentische Ausbildung sollten an jedem universitären Standort Ausbildungsverbünde zwischen ambulanten Lehrpraxen und den pädiatrischen Abteilungen gegründet werden.

Für fachärztliche Weiterbildung müssen Lehrpraxen gewonnen werden und entsprechende allgemeinpädiatrische Ausbildungspläne erstellt werden.

Um die Lehr- und Versorgungsforschung zu sichern, sollten Lehrstühle für allgemeine ambulante Pädiatrie gegründet werden.



Autoren

Uli Fegeler
Folkert Fehr
Wolfgang Gempp
Christoph Weiß-Becker

Danksagung

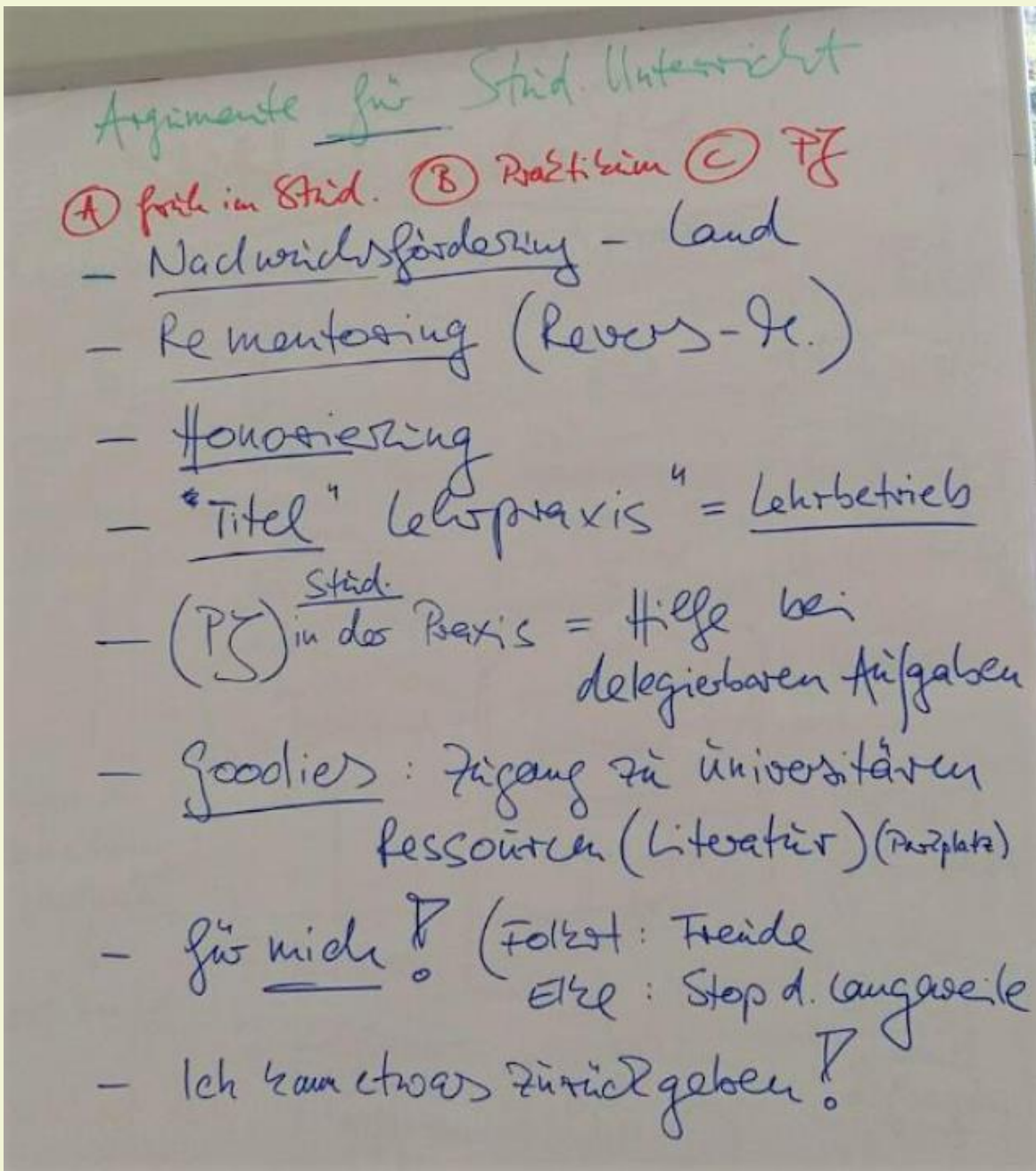
Ein Dank geht an die Organisatoren und Teilnehmer des Workshops „Ausbildung und Lehre in der Pädiatrie“ des BVKJ-Landesverbände Bayern am 30.06.2018 in Kloster Kostenz. Die Tagung hat wesentliche Anregungen zum Thema Aus- und Weiterbildung gegeben.

Copyright



Anlagen

^ Argumente für den studentischen Unterricht in der Praxis



B Praktischer Ablauf Berufsfelderkundung, 16 Unterrichtsstunden

Berufsfelderkundung 16 Unterrichtsstunden (á 45 min) bzw. 12 Zeitstunden

Name: vonbis.....

Tagesthema	Inhalt	Anlage	Bemerkungen
Schweigepflicht	§ 203	Verschwiegenheitserklärung, §203	nicht gültig bei Kindeswohlgefährdung oder Eigen- oder Fremdgefährdung
Datenschutz	Schutz von sensiblen Daten	Datenschutzmerkblatt QM Praxis	PC, sicheres Vernichten von Formularen, sichern vor Einblicken
Hygiene	Händewaschen Händedesinfektion Hautdesinfektion Flächendesinfektion Wischdesinfektion Instrumentendesinfektion Hautpflege Vorbereiten des Untersuchungsplatzes	https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Arbeitsschutz_Tab.html	vor und nach der Sprechstunde, nach jedem Patientenkontakt, vor dem Essen, Desinfektion von Flächen, die viel berührt werden, Liegen, Türklinken, Stühle, Empfangstresen
Dokumentation	Anamnese Befund Labor Diagnose Abrechnungsziffern	Karteikarte	in PC oder Karteikarte

	Therapie Körpermaße externe Dateien		
Erfassen der Körpermaße, Percentilen	korrektes Messen und Wiegen, Eintrag in Perzentilenkurve	Perzentilenkurven	Erkennen von Über- oder Untergewicht, Hoch- und Minderwuchs, Gewichtsab- oder -zunahmen, Grundlage für Medikamentendosierung
Impfungen	Impfungen nach Stiko Lagerung von Impfstoffen Vorbereitung einer Impfung Dokumentation Entsorgung der Kanüle	Impfübersicht Flyer Impfpass	Impfungen und die Krankheiten, die sie verhindern, kennenlernen
Vorsorge-untersuchungen	U1 – U9 J1 und 2	Impfbuch https://www.kindergesundheit.info.de/themen/entwicklung/fuehererkennung-u1-u9-und-j1/das-gelbe-heft/ https://seelisch-gesund-aufwachsen.de/	Zeiträume der U's Ablauf einer U mitbekommen, Körpermaße erstellen Eintrag in Perzentilenkurve, Durchführung von Testungen
Praxisordnung	Vorbereiten der Untersuchungszimmer, Ordnung Labor, Ordnung Wartezimmer	Infolyer	Wischdesinfektion Liegenunterlage Nachfüllen von Materialien, Wartezimmer

			ansprechen d gestalten
Praxis- organisation	Kalender Terminvergabe Einbestellwesen Recall PraxisApp Telefon Patientenanfragen Dokumentation Formblätter Abrechnung Datensicherung Kontrollvorgänge Bestellwesen Musterbestellung Post	PraxisApp Checklisten Musterformblätter	Einblick in die vielfältigen Tätigkeiten von MFA und Ärztin außerhalb der Patienten- untersuchung- zeit
Diagnostik	Blutentnahmen Erheben der Körpermaße Sehtest <ul style="list-style-type: none"> - Sehtafeln - Amblyopie-screening - Lea - Test - Stereosehen - Farbsinnsprüfung Hörtest <ul style="list-style-type: none"> - OAE - Audiometrie Fragebogentests Sprachtests Entwicklungstests Ultraschall Lungenfunktion	Perzentilenkurven verschiedene Fragebögen	Erlernen von Testdurchführung und Ausführung unter Anleitung
Fachkunde	Krankheiten z.B. Atemwegsinfekte Magen-Darm-Infekte Verletzungen u.a.	https://www.dgkj.de/eltern/dgkj-elterninformationen https://www.kinderaerzte-im-netz.de/krankheiten/	Sehen von verschiedenen Krankheiten
Abschluß	Dokumentationsmappe	Formblätter, Flyer, Fotos	Erstellen der Mappe

C : Gesprächsleitfaden für ersten Kontakt mit Leitenden Ärzten der Universitäts-Pädiatrie für eine Kooperation im Bereich der Studentenausbildung

Vorteile einer Zusammenarbeit zwischen akademischen Lehrpraxen und universitärer akademischer Ausbildung im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin

- Gewöhnlich gut informierte Kreise haben uns wissen lassen, dass der Masterplan Medizinstudium 2020 ohne große Abstriche in die neue Approbationsordnung für Ärzte (AO) umgesetzt werden wird. Die erste Lesung der neuen AO ist Ende 2019 erfolgt.
- Gewinn für die Universität, wenn Sie eine umfassende und kombinierte Ausbildung gemäß dem Masterplan Medizinstudium 2020 anbieten kann
- Universität und die Praxen können auf vielfältige Art und Weise kooperieren. Beispiele
 - in Wahlfächern (25% der Studienzeit der ersten fünf Jahre soll in Wahlfächern verbracht werden)
 - im PJ. Das neue PJ soll aus Quartalen bestehen: Pflichtquartal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, Pflichtquartal Innere, Pflichtquartal Chirurgie, Wahlquartal)
- Vorsorgen und Impfungen können nicht an der Klinik gelehrt werden. Sie könnten von den Praxen sowohl in Wahlfächern als auch im PJ-Quartal als Lerngelegenheiten genutzt werden.
- für Vertragsärzte/ bedeutet die Zusammenarbeit einen Impuls durch das Hinzukommen neuer Kräfte und neuer Aufgaben in die Praxis
- der Masterplan 2020 wird voraussichtlich zu einem Abbau der Pflichtstunden Pädiatrie in der studentischen Ausbildung von 25% bedeuten. Durch Wahlfächer mit pädiatrischer Beteiligung (z.B. "Prävention") kann dieser Verlust mehr als aufgewogen werden plus eine Erweiterung des Spektrums für beide Seiten.

Konkret: Wie schaffen wir es möglichst viele Studenten für die Pädiatrie zu gewinnen?

- Attraktive Wahlfächer für Studierende ab dem ersten Semester, z.B. <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/zentrum-fuer-kinder-und-jugendmedizin/zentrumseiten-klinik/weitere-informationen/forschunglehre/heicumed-paediatric/paep-paediatric-patenschafts-projekt>
- im PJ, wo der Pädiatrie geneigte Studierende das Wahlfach in der Klinikpädiatrie und das Pflichtquartal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in den Praxen absolvieren könnten. Beide Abschnitte könnten sich im Zusammenhang darstellen, gewissermaßen als Eintrittspforte in eine Verbundweiterbildung zum Facharzt, die ja auch teilweise in Kliniken, teilweise in Praxen sein wird.

Wer muss dazu zusammenkommen?

- Lehrbeauftragte/r Universitäts-Kinderklinik
- Lehrpraxenbeauftragte/r Akademische Lehrpraxen
- evtl. Vertretung Studierendenschaft/bvmd

Eber/Jung/Fehr 11.11.19

▷ Beispiel zweiwöchentliches Blockpraktikum

