

## Stellungnahme zum Masterplan Medizinstudium 2020 (MPMS)

Nr.	Inhalt	Kommentar
<b>A</b>	<b><u>Kompetenzorientierte Ausbildung</u></b>	
1	Die ärztliche Ausbildung wird kompetenzorientiert ausgestaltet. Dazu wird der NKLM weiterentwickelt	Sofern hiermit die inhaltlich abgestimmte Vermittlung und der Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und Haltungen gemeint sind, stimmen wir dieser Orientierung zu. Wichtig ist vor allem ein inhaltlich kohärentes Studium, keine kleinteilige, technokratisch modularisierte und verschulte Ausbildung, die den Bildungsprozess atomisiert und die inneren Zusammenhänge vernachlässigt
2	Zur Weiterentwicklung des NKLM wird eine Kommission eingerichtet. In dieser Kommission sind Bund und Länder (Wissenschafts- und Gesundheitsseite), IMPP, MFT und GMA vertreten. Insbesondere BÄK, KBV, BZÄK, KZBV und AMWF sind aktiv zu beteiligen. Die Kommission erhält eine Geschäftsstelle	Bei der Zusammensetzung dieser Kommissionen ist unabdingbar, dass die Kommissionsmitglieder aktiv in Lehre <u>und</u> Patientenversorgung eingebunden sind, um die Nähe zur Praxis und die medizinische Relevanz sicherzustellen. Die Ergebnisse der Kommission müssen transparent und in Abstimmung mit den Fachdisziplinen kommuniziert werden. Generell ist die Weiterentwicklung zu begrüßen; jedoch muss die Verbindlichkeit des NKLM vereinbar sein mit der grundgesetzlich vorgegebenen Freiheit von Forschung und Lehre
3	Wir begrüßen, dass medizinische Fakultäten die Curricula am NKLM ausrichten. Die dabei gewonnenen Erfahrungen sollen in den Weiterentwicklungsprozess des NKLM einfließen	Diese Ausrichtung kann aufgrund der Komplexität und fehlenden Fachsystematik im NKLM nur schrittweise erfolgen. Die Weiterentwicklung des NKLM steht im Spannungsverhältnis zu der rechtlich kodifizierten Verbindlichkeit als angestrebter Bestandteil der ÄApprO. Es müssen geeignete Instrumente und Verfahren bereitgestellt werden, um den NKLM in den universitären Curricula abzubilden (z.B. für „curriculum mapping“).
4	Der weiterentwickelte NKLM wird verbindlicher Bestandteil der Approbationsordnung für Ärzte	vgl. Punkt 3; allerdings sollte der verbindliche NKLM nicht alle Studieninhalte umfassen. Angemessen erscheint ein Kern-Curriculum von ca. 75 %, dann 25 % Wahlmöglichkeit der Fakultäten/Studierenden, wie vom Wissenschaftsrat 2014/15 empfohlen.
5	Die Studien- und Prüfungsinhalte werden künftig stärker auf die wesentlichen Lernziele fokussiert. Wir erwarten, dass die Hochschulen in ihren Curricula die Studieninhalte besser aufeinander abstimmen und Redundanzen vermeiden	Diese Zielsetzung ist fraglos sinnvoll (vgl. auch Punkt 4). Die Lernziele in der Pädiatrie müssen sich an der Versorgungsrealität orientieren. Die Pädiatrie muss zudem systematisch die Schnittstellen zu anderen Disziplinen darstellen und die disziplinübergreifende Lehre führend gestalten. Die Überprüfung und ggf. Reduktion von Redundanz ist sicher wichtig. Gerade wichtige Dinge müssen jedoch teils mehrfach aus verschiedenen Blickwinkeln erläutert werden (didaktisch sinnvolle Redundanz). Zudem kann auf die Vermittlung fachspezifischer pädiatrischen Besonderheiten bei Erkrankungen, die im Grundsatz auch bei Erwachsenen auftreten, nicht verzichtet werden (inhaltliche erforderliche Redundanz).

6	<p>Das IMPP wird bei der Überarbeitung der Gegenstandskataloge die bisherigen Prüfungsinhalte reduzieren und den neuen Lernzielen anpassen, einen größeren Praxisbezug herbeiführen und allgemeinmedizinische Inhalte stärker in den Fokus nehmen</p>	<p>Die Überarbeitung der Gegenstandskataloge ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Einengung auf allgemeinmedizinische Inhalte ist jedoch falsch (und politisch motiviert), da dies die Versorgungsrealität verkürzt darstellt. Korrekt wäre „hausärztliche Primärversorgung“ oder besser „primärärztliche Versorgung“, die auch Kinder- und Jugendärzte und hausärztlich tätige Internisten umfasst. Gleichrangig und -berechtigt als Primärversorger steht mit der Allgemeinmedizin die (primärversorgende) Kinder- und Jugendmedizin. Der Begriff „allgemeinmedizinisch“ sollte hier und auch an anderen Stellen durch „primärversorgend“ ersetzt werden.</p>
7	<p>Wir erwarten, dass die Hochschulen aufbauend auf den gemachten Erfahrungen gemeinsame Lehrveranstaltungen mit Auszubildenden bzw. Studierenden anderer Gesundheitsfachberufe verstärkt in ihre Curricula aufnehmen</p>	<p>Eine Stärkung der interprofessionellen Lehre ist zu begrüßen. Jedoch müssen die rechtlichen Rahmenbedingungen (z.B. Kapazitätsrecht) beachtet werden. Erfahrungsaustausche mit anderen Professionen auch unterhalb der Ebene gemeinsamer Lehrveranstaltungen sind sehr sinnvoll. Der Zweck gemeinsamer Lehrveranstaltungen mit Auszubildenden und Studierenden anderer Gesundheitsberufe sollte näher definiert werden, um das Ziel, das Medizinstudium zu „entschlacken“, nicht zu konterkarieren.</p>
8	<p>Anknüpfend an die Vorgaben der Approbationsordnung für Ärzte, die die ärztliche Gesprächsführung ausdrücklich als Gegenstand der ärztlichen Ausbildung und Inhalt der abschließenden Staatsprüfung vorgibt, und an die im NKLM hierzu entwickelten Lernziele, unterstützt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Erwerb kommunikativer Kompetenzen in der ärztlichen Ausbildung. Ziel ist, das Mustercurriculum „Nationales longitudinales Kommunikationscurriculum in der Medizin“ in den Curricula der Hochschulen umzusetzen und spezielle Prüfungsformate hierfür zu entwickeln</p>	<p>Die Forderung nach ausreichender und überprüfter Vermittlung kommunikativer Kompetenzen ist sinnvoll. Allerdings haben alle medizinischen Fakultäten schon vor einigen Jahren mit der Implementierung derartiger Lehrveranstaltungen begonnen. Essentiell ist in diesen Kontext die Vermittlung der Pädiatrie-spezifischen Aspekte (z.B. Triangulation usw.)</p>
9	<p>Die Anzahl der im Studium zu erbringenden Leistungsnachweise für Fächer und Querschnittsbereiche und die Notenpflicht werden überprüft</p>	<p>Eine Reduktion der Leistungsnachweise im klinischen Studienabschnitt wäre sinnvoll (Kern-Curriculum).</p>
10	<p>Zur strukturierten Vermittlung wissenschaftlicher Kompetenzen wird künftig ein Leistungsnachweis vorgegeben. Grundlage dafür sind die Empfehlungen des Wissenschaftsrates</p>	<p>Diese Zielsetzung ist sehr zu begrüßen. Der Umfang des Leistungsnachweises bleibt aber zurzeit unklar; der Wissenschaftsrat fordert eine Projektarbeit über 4 Wochen und eine Forschungsarbeit über 4 Monate. Allerdings ist die Bereitstellung der notwendigen umfangreichen Personalressourcen (betreuungsintensiv) völlig unklar. Diese Zielsetzung muss zwingend mit Punkt 9 abgestimmt werden. . Für die Pädiatrie ist eine ausgewogene Mischung zwischen grundlagennaher, krankheits- und patientenbezogener Forschung anzustreben. Es ist davon auszugehen, dass bei Realisierung dieser Zielsetzung weniger medizinische Dissertationsarbeiten verfasst werden, da diese dann kaum noch während des Studiums begonnen werden.</p>


11	Vor dem Hintergrund der mit dem Masterplan getroffenen Maßnahmen wird die bisherige Modellklausel überprüft und ggfs. neu ausgestaltet, um die ärztliche Ausbildung gezielt weiterentwickeln zu können	Eine Modell-/Innovationsklausel sollte unbedingt erhalten bleiben, die es erlaubt, innovative Konzepte im Studiengang umzusetzen. An den aktuellen Modellstudiengängen, die den Erneuerungsprozess des Masterplans unterstützen, hat die Kinder- und Jugendmedizin wesentlich mitgearbeitet.
12	Bei der Neustrukturierung des Studiums werden parallel die finanziellen und kapazitären Auswirkungen ermittelt	Es ist zur Sicherstellung der Lehrqualität zwingend erforderlich, die finanziellen und kapazitären Auswirkungen der geplanten inhaltlichen und strukturellen Änderungen frühzeitig zu ermitteln, transparent zu kommunizieren und diese Veränderungen aufeinander abzustimmen. Einige Forderungen des Masterplans erscheinen mit dem aktuellen Kapazitätsrecht nicht vereinbar (Mitteilung AG Kapazitätsrecht des MFT).
13	Dieser Masterplan enthält zahlreiche konkrete Maßnahmen, die zu gravierenden strukturellen Veränderungen des künftigen Studiums der Humanmedizin an deutschen Hochschulen führen werden. Der Masterplan verzichtet zum gegenwärtigen Zeitpunkt darauf, die Forderung nach einer generellen Erhöhung der Studienplatzkapazität aufzugreifen	Eine Erhöhung der Studienplätze für Medizin um 20 bis 30 Prozent ist dringend nötig, um angesichts des drohenden Ärztemangels, der sich in allen Bereichen längst abzeichnet, ausreichend Mediziner auszubilden. Für diese erhöhten Ausbildungsstätten-Kapazitäten müssen zwingend die notwendigen Personal-, Sach- und Raum-Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.
<b>B</b>	<b><u>Praxisnahe Ausbildung</u></b>	
14	In Zukunft werden klinische und theoretische Inhalte vom ersten Semester an und bis zum Ende der Ausbildung miteinander verknüpft. Teilstudienplätze gehören damit der Vergangenheit an	Derartige Aspekte sind in der Curriculums-Entwicklung grundsätzlich zu begrüßen; allerdings besteht kein direkter Zusammenhang zu Teilstudienplätzen (vgl. auch Punkt 12), da die Studienplatzkapazität im vorklinischen Studienabschnitt personalbezogen und im klinischen Studienabschnitt patientenbezogen ermittelt wird.
15	Lehrpraxen werden verstärkt in die ärztliche Ausbildung einbezogen. Um ein ausreichendes Netz an Lehrpraxen aufzubauen, werden die medizinischen Fakultäten neue Praxen rekrutieren und Lehrerinnen und Lehrer qualifizieren	Diese Zielsetzung ist inhaltlich unbedingt zu begrüßen, da die ambulante Medizin stärker im Studium berücksichtigt werden muss (vgl. auch entsprechende Empfehlungen des Wissenschaftsrates). Dies gilt grundsätzlich für alle Fächer und in besonderem Maße für die Pädiatrie. Die Umsetzung erscheint überwiegend im Rahmen von Blockpraktika sinnvoll oder auch als longitudinale Lehrveranstaltungen mit festen Praxis-Studierende/r-Bindung Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin strebt an, gemeinsam mit den medizinischen Fakultäten und den aufsichtsführenden Behörden möglichst rasch einen Kriterienkatalog für die Akkreditierung und einen Maßnahmenkatalog für die Fortbildung pädiatrischer Lehrpraxen vorzulegen. Die Mitwirkung von Ärztekammern und KV ist erforderlich. Des Weiteren sind die finanziellen Auswirkungen/Belastungen für Fakultäten/Fachbereiche und Praxen völlig unklar: 2 Wochen Blockpraktikum Allgemeinmedizin kosten aktuell 250 – 300 € pro Student, bei 150 Studierenden/Semester ergibt dies nur für das Blockpraktikum Allgemeinmedizin einen Finanzierungsbedarf von 75.000 – 90.000 € pro Jahr. Zudem ist die strukturelle Verankerung der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin in Forschung und Lehre zu klären. Sie muss Teil der universitären Einrichtungen für Pädiatrie sein; eine Unterstützung durch Institute für Hausärztliche Medizin kann ggf. sinnvoll sein

C	<b>Allgemeinmedizin in der Ausbildung stärken</b>	Aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin müsste dieses übergeordnete Ausbildungsziel korrekt lauten: „hausärztliche Medizin (primary care) in der Ausbildung stärken“
16	Es wird vorgegeben, dass alle Studierenden im Staatsexamen am Ende ihres Studiums in der Allgemeinmedizin geprüft werden	Erforderlich ist eine adäquate Berücksichtigung der pädiatrischen Themen im Kontext der Prüfung zur hausärztlichen Medizin. Dies setzt eine adäquate Verfügbarkeit (Kosten) und Schulung der Prüfer voraus. Ähnlich wie die Prüfer speziell qualifiziert sein sollten, sollten auch die Lehrenden in allgemeinmedizinischen/ primärmedizinischen Praxen pädagogische Mindestanforderungen (spez. Curricula) erfüllen, um sicherzustellen, dass die dort deutlich steigende Zeit an Lehre auch sinnvoll genutzt wird.
17.1	Die Struktur des PJ wird von Tertialen auf Quartale und damit auf vier Ausbildungsabschnitte von je 12 Wochen umgestellt. Die Ausbildungsabschnitte in der Inneren Medizin und in der Chirurgie werden als Pflichtquartale beibehalten. Sie werden durch zwei Wahlquartale in anderen klinisch-praktischen Fachgebieten (Wahlfächer) ergänzt, von denen mindestens eines im ambulanten vertragsärztlichen Bereich zu absolvieren ist. Sofern ein Wahlquartal in der Allgemeinmedizin absolviert wird, wird das zweite Wahlfach viertes Prüfungsfach. Sofern keines der beiden Wahlquartale in der Allgemeinmedizin absolviert wird, wird eines der Wahlfächer am Ende des PJ durch die nach Landesrecht zuständige Stelle (Landesprüfungsamt) per Losentscheid zum vierten Prüfungsfach (neben der Chirurgie, der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin) bestimmt	Der Terminus „Allgemeinmedizin“ sollte durch den Begriff „primärärztliche Medizin“ ersetzt werden, der entsprechend der Versorgungsrealität die primärversorgende Kinder- und Jugendmedizin gleichrangig und-gleichberechtigt zur Allgemeinmedizin setzt.  Eine Quartalisierung erschwert die notwendige Vertiefung in den anderen Fächern deutlich.  Zurzeit sollten Studierende aufgrund des vorauszusetzenden und eingeplanten Ausbildungsbedarfes im praktischen Jahr in verschiedenen Versorgungs-Szenarien eingesetzt, um förderliche Lernsituationen zu schaffen, mögliche Wissenslücken in der praktischen Arbeit frühzeitig zu erkennen und mit Hilfe der neuen Erfahrungen zielgerichtet schließen können.  Die Hochschulambulanzen sollten sinnvoll in das PJ-Ausbildungskonzept eingebunden werden, entweder fachbezogen oder im angestrebten ambulanten Quartal. Dringend geklärt werden müssen die finanziellen Auswirkungen. 1 PJ-Tertial (16 Wochen = 80 Arbeitstage) in der Praxis kostet zurzeit an den hessischen Universitäten zwischen 1.300 € (16,25 €/Tag; JLU Gießen; ohne Prüfertätigkeit) und 2.400 € (30 €/Tag, Goethe-Universität (GU) Frankfurt; beinhaltet auch Aufwandsentschädigung für die Prüfertätigkeit). Das angestrebte PJ-Quartal (12 Wochen = 60 Tage) wird demzufolge zwischen 975 und 1.800 € pro Student kosten, also pro Jahr an der JLU ca. 300 x 975 € = 295.500 € und 300 x 1800 = 540.000 € an der GU.  Die Pädiatrie sollte hinsichtlich der Aufwandsentschädigung für die PJ-Praxen aufgrund der vergleichbaren Kompetenz der Allgemeinmedizin gleichgestellt werden.
17.2	Es wird überprüft, auf welche Weise die Arbeits- und Lernbedingungen für die Studierenden im Rahmen des neu ausgestalteten Praktischen Jahres verbessert werden können, z. B. durch die Vorgabe verbindlicher Lernzeiten	Diese Zielsetzung ist sinnvoll; aber: wer stellt diese Verbindlichkeit für beide Seiten her und kontrolliert diese (z.B. Nutzung von definierten Lernzeiten auch wirklich fürs Lernen)? Wie sind Lernzeiten definiert - nur als Eigenstudium oder auch als PJ-Fortbildung/klinische Besprechung? Es sollte beachtet werden, dass Studierende aufgrund eines Mangels an theoretischem, in den ersten 5 Jahren zu im Praktischen Jahr oftmals einen erheblichen Nachholbedarf an Handlungswissen und eine unzureichende Fähigkeit, theoretisches Wissen in die reale Krankenversorgungs-Situation zu transferieren, aufweisen.  erwerbenden Wissen  siehe 17.1.

18	<p>Der longitudinale Aufbau der allgemeinmedizinischen Lehrveranstaltungen wird im Medizinstudium verankert durch z.B. regelmäßig wiederkehrende Hospitationen in allgemeinmedizinischen Praxen von Beginn des Medizinstudiums an, durch die Ableistung eines Praktikums in der hausärztlichen Versorgung</p>	<p>Lehrveranstaltungen zur Pädiatrie sollten verstärkt Aspekte der ambulanten Allgemeinpädiatrie (z.B. Vorsorge-Untersuchungen) in allen Veranstaltungsformaten inkl. Blockpraktikum aufgreifen. Diese Forderung wird schon vermehrt von den Fakultäten umgesetzt. Zudem könnte die ambulante Allgemeinpädiatrie Bestandteil eines longitudinalen Curriculums „hausärztliche Medizin“ sein (vgl. u.a. Berner Modell zur Allgemeinmedizin, das ausdrücklich im 1. und 2. Jahr des 3-jährigen Curriculums kinder- und jugendärztliche Lehrpraxen einbezieht).</p> <p>Die Pädiatrie sollte deshalb hinsichtlich eines longitudinalen Curriculums „hausärztliche Medizin“ aufgrund ihrer vergleichbaren Kompetenz der Allgemeinmedizin weitgehend gleichgestellt werden.</p>
19	<p>Als Folge der mit dem Masterplan ergriffenen Maßnahmen kann die Verpflichtung entfallen, einen Teil der viermonatigen Famulatur in einer hausärztlichen Praxis durchzuführen.</p>	<p>Der Wegfall dieser Verpflichtung ist nachvollziehbar.</p> <p>Die grundsätzliche Regelung, dass die Famulaturen nicht zum universitären Curriculum gehören, erscheint, auch im Vergleich zu den Curricula ausländischer medizinischer Fakultäten, unbedingt diskussionswürdig. (z.B. Problem der Qualitätssicherung)</p>
20	<p>Wir erwarten, dass die medizinischen Fakultäten das Fach Allgemeinmedizin für Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner attraktiver gestalten und schon in der Ausbildung stärker in den Fokus rücken. Die Länder nutzen vorhandene Gestaltungsspielräume, z.B. bei den Ziel- und Leistungsvereinbarungen mit den Universitäten</p>	<p>Die Förderung der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin könnte z.B. im Kontext der Förderung der primärärztlichen Medizin Teil von Zielvereinbarungen sein.</p>
21	<p>An allen hochschulmedizinischen Standorten soll die allgemeinmedizinische Ausbildung wissenschaftlich qualifiziert angeboten werden. Dazu wird das Ziel verfolgt, an den medizinischen Hochschulen Lehrstühle für Allgemeinmedizin zu errichten. So wird die Attraktivität des Faches Allgemeinmedizin für Studierende erhöht und werden die Hochschulen bei der Stärkung ihrer Profilierung in der Allgemeinmedizin unterstützt</p>	<p>Zudem ist die strukturelle Verankerung der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin in Forschung und Lehre zu klären. Sie muss Teil der universitären Einrichtungen für Pädiatrie sein; eine Unterstützung durch Institute für Hausärztliche Medizin kann ggf. sinnvoll sein</p> <p>Die angestrebte Förderung sollte explizit auch die ambulante Pädiatrie als Teil der primärärztlichen Versorgung adressieren.</p> <p>Ob eine Einrichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin der einzige oder beste Weg ist, sollte kritisch hinterfragt werden (vgl. Stellungnahme der AWMF). Entscheidend ist vielmehr eine sehr gute Vernetzung zwischen Lehre und ambulanter Versorgungsstruktur.</p>

22	Das BMBF wird einen Impuls zur weiteren Stärkung der Allgemeinmedizin in der Forschung durch die Förderung einer nachhaltigen Netzwerkstruktur von Forschungspraxen geben	Der Ausbau einer notwendigen Netzwerkstruktur für Lehre und Forschung ist auch für ambulante Pädiatrie zwingend erforderlich
<b>D</b>	<b>Praxisnahe Prüfungen</b>	
23	Nach dem ersten Studienabschnitt wird eine einheitliche staatliche Prüfung vorgegeben. Diese besteht aus einem schriftlichen (nach vier Semestern) und einem mündlich-praktischen Teil (nach sechs Semestern). Der mündlich-praktische Teil wird ggfs. als eine strukturierte klinisch-praktische Prüfung im Sinne des Prüfungsformats „Objective Structured Clinical Examination“ (OSCE) durchgeführt	Diese Zielsetzung ist sinnvoll, allerdings müssen die Prüfungen die Versorgungsrealität beachten und valide Aussagen erlauben. Zudem es ist zu achten, dass es ausreichend Ressourcen für die steigende Anzahl von OSCEs gibt (vgl. auch Punkt 25)
24.1	Für den zweiten, schriftlichen Abschnitt der Staatsprüfung wird das IMPP entsprechend der Umstrukturierung der Ausbildung den bisher faktenorientierten Gegenstandskatalog in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Fakultätentag überarbeiten	Valide Prüfungen sind im Interesse aller Beteiligten; hierbei bilden Fakten-, Begründungs- und Handlungswissen die Grundlage. Bei dieser Überarbeitung ist es notwendig, die Pädiatrie mit <u>allen</u> Teil-Gebieten adäquat abzubilden.
24.2	Mittelfristig soll die Durchführung des schriftlichen Teils des Staatsexamens mit elektronischer Unterstützung stattfinden, da dies das Spektrum von kompetenzorientierten schriftlichen Prüfungsformaten deutlich erweitert	Innovative und valide Prüfungsformate könnten insbesondere für die Pädiatrie von Bedeutung sein aufgrund der gegenüber anderen Fächern deutlich eingeschränkten Verfügbarkeit und Belastbarkeit von Prüfungs-Patienten.

25	<p>Die dritte staatliche Prüfung am Ende des Studiums beinhaltet wie bisher die Prüfung am Patientenbett. Dabei werden Anamnese und körperliche Untersuchung nun unter Aufsicht der Prüferinnen und Prüfer erfolgen und mittels standardisierter Checklisten bewertet. Der bisherige zweite Prüfungstag in der abschließenden staatlichen Prüfung wird zu einem OSCE umgestaltet. Die Fragestellungen erstrecken sich ausschließlich auf die Innere Medizin, die Chirurgie, die Allgemeinmedizin und das Wahlfach</p>	<p>OSCE als standardisierte Prüfungsform im Staatsexamen kann eine sinnvolle Erweiterung sein, insbesondere auch für die Pädiatrie (s. Punkt 24.2).</p> <p>Themen der ambulanten Pädiatrie sollten in den Fragestellungen dieser abschließenden Prüfung immer vorhanden sein. Das dritte Prüfungsfach sollte deshalb eher „primary care – primärärztliche Medizin“ heißen.</p> <p>Auch die Beziehung zu den Kategorien „General Medicine“ und „Family Medicine“ wäre zu diskutieren.</p> <p>Im Zentrum der Maßnahmen steht der Ersatz vieler bisheriger Prüfungen durch das OSCE-Format, nämlich im Bereich der staatlichen Prüfung nach dem ersten Studienabschnitt (&lt;23&gt;), im Bereich der dritten staatlichen Prüfung (&lt;25&gt;) und zwischen dem mündlichen Teil des ersten und zweiten Abschnitts der ärztlichen Prüfung als universitärer Leistungsnachweis (&lt;26&gt;). Diese sollen zusätzlich durch das IMPP verbindlich standardisiert werden.</p> <p>Eine massive Ausweitung des OSCE-Formates kann nur durch einen erheblichen zusätzlichen Einsatz von Personal und Ressourcen ermöglicht werden.</p> <p>Aktuell ist der erste Tag der Ärztlichen Prüfung durch den Umstand der Prüfung am Krankenbett bereits stark strukturiert. Die Prüfung am zweiten Tag ermöglicht eine Prüfung, die flexibel auf die Fähigkeiten des Studierenden eingeht und auch flexibel ein wissenschaftliches Gespräch ermöglicht. Hierbei können auch kommunikative, emotionale und für den Arztberuf sehr wichtige zwischenmenschliche Fähigkeiten überprüft werden. Durch die Einführung des OSCE-Formates am zweiten Tag wird diese Möglichkeit genommen.</p> <p>Auch wird die Validität des OSCE-Formates hinsichtlich der erforderlichen klinischen Kompetenzen in der Versorgungsrealität zunehmend in Frage gestellt und eine stärkere Orientierung auf arbeitsplatzbezogene Bewertungen („workplace-based assessments“) vorgeschlagen.</p>
26	<p>Zusätzlich wird zwischen dem mündlichen Teil des ersten und dem zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung ein universitärer Leistungsnachweis in Form einer „objective Structured Clinical Examination“ (OSCE) zum Beleg der klinisch-praktischen Fähigkeiten eingeführt</p>	<p>An den meisten medizinischen Fakultäten bestehen diese OSCEs bereits, auch für die Pädiatrie.</p>
27	<p>Das IMPP entwickelt für die Ein- und Durchführung der OSCE-Prüfungen in der Ärztlichen Prüfung verbindlichen Vorgaben; dies beinhaltet auch die Standardisierung der mündlich-praktischen Prüfung am Patientenbett und Vorgaben zur Prüferqualifizierung</p>	<p>Hierbei muss sich die Pädiatrie beteiligen, damit die IMPP-Vorgaben (dürfen nur Rahmenempfehlungen sein) mit den Besonderheiten der Pädiatrie, auch unter Prüfungsbedingungen, vereinbar sind. Die Sicherstellung einer flächendeckenden speziellen Qualifikation der Prüfer kann je nach Ausmaß der Qualifizierung die Universitäten überlasten, da diese Personen in der Regel auch in Patientenversorgung und Forschung Verantwortung tragen. Ein Ersatz der Prüfer durch nichtärztliches Personal, wie es für OSCE-Prüfungen oftmals üblich ist, ist für die Ärztliche Prüfung unbedingt abzulehnen. Insbesondere beim abschließenden dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung muss auch die persönliche Eignung des Prüflings für den Beruf als Arzt sichergestellt werden. Diese Aufgabe leistet ein OSCE-Format nicht; ob für die Bewertung der 1. Tag dieser Staatsprüfung ausreicht, bleibt zu hinterfragen.</p>
28	<p>Wir erwarten, dass die Universitäten diese Vorgaben in der Qualifizierung und Fortbildung der Lehrenden sowie der Prüferinnen und Prüfer nachvollziehen</p>	<p>Es liegt im ureigenen Interesse der Kinder- und Jugendmedizin, wenn die jeweiligen pädiatrischen Abteilungen der Universitätsklinik sich sehr engagiert an der Qualifizierung der Lehrenden und Prüferinnen und Prüfer beteiligen.</p>

29	Ergänzend sind die Hochschulen aufgefordert, neue kompetenzorientierte Lehr- und Prüfungsformate zu erproben und weiterzuentwickeln	Könnte für die Pädiatrie aufgrund der besonderen Gegebenheiten (sehr große Komplexität und Breite des Faches, zahlreiche Schnittstellen zu anderen Fächern, reduzierte Belastbarkeit und Verfügbarkeit von Patienten) Chancen bieten, insbesondere in der Zusammenarbeit mehrerer Fakultäten.
<b>E</b>	<b>Zulassung zum Studium</b> 	
30	Das Hochschulzulassungsrecht wird dahingehend verändert, dass die Hochschulen in ihren Auswahlverfahren neben der Abiturnote mindestens zwei weitere Auswahlkriterien anwenden	Es gibt kaum/keine validen Daten zu Prädiktoren für eine spätere berufliche Tätigkeit in der ambulanten Grundversorgung insgesamt. Eine abgeschlossene medizinnahe Ausbildung könnte ein Prädiktor sein, aber es fehlen bisher valide Daten dazu. Auch ist die Thematik „Zulassung zum Studium“ den Fakultäten/Universitäten zuzuschreiben; Pädiatrie muss dies nicht bewerten. Wichtig ist, die am besten geeigneten Personen für die Pädiatrie begeistern zu können.
31.1	Die Hochschulen sollen bei der Anpassung ihrer Auswahlverfahren unterstützt und die Analyse, Evaluation und Weiterentwicklung bereits bestehender Auswahlverfahren gefördert werden	Dies ist allgemein zu begrüßen und auch notwendig, da die Universitäten für diese neuen Aufgaben zusätzliche Ressourcen benötigen.
31.2	Das BMBF wird geeignete Vorhaben zur Begleitforschung für den Erfolg von kompetenzbezogenen Auswahlverfahren der Hochschulen fördern	Was sind kompetenzbezogene Auswahlverfahren? Verfahren zur Erkennung von „Kompetenzerwerbspotential“ oder von bereits vorhandenen Kompetenzen?
32	Die Wissenschafts- und Gesundheitsressorts von Bund und Länder vereinbaren, nach dem zu erwartenden Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zur Bedeutung der Wartezeit für die Auswahl der Studienplatzbewerberinnen und -bewerber zeitnah gemeinsam die Frage zu erörtern, welche Konsequenzen das Urteil haben wird	Kein Kommentar – eigentlich eine politische Selbstverständlichkeit und nach dem nunmehr vorliegenden Urteil eine politische Notwendigkeit!
<b>F</b>	<b>Mehr Nachwuchs für eine flächendeckende hausärztliche Versorgung</b>	
33	Wir erwarten, dass die Hochschulen stärker als bisher von der Möglichkeit der Approbationsordnung für Ärzte Gebrauch machen und ihre Gestaltungsspielräume nutzen, um mehr Lehrkrankenhäuser auch im ländlichen Raum dauerhaft einzubinden	Die Einbeziehung kleiner Kinderabteilungen kann mit den Anforderungen eines ausreichend breiten Ausbildungsspektrums konkurrieren. Kooperationsmodelle mit dem jeweiligen Universitätsklinikum könnten eine Lösung darstellen; sie und sollten systematisch geprüft und ggf. unter Sicherstellung einer hohen Ausbildungsqualität umgesetzt werden.



34.1	Die Hochschulen haben bei der Auswahl der Lehrpraxen einer angemessenen regionalen Verteilung Rechnung zu tragen	Das erforderliche Netz von pädiatrischen Lehrpraxen sollte unbedingt auch den ländlichen Raum umfassen. Wichtig ist auch die Akzeptanz durch die Studierenden, die durch geeignete Unterstützungsmaßnahmen gefördert werden sollte (vgl. Punkt 34.2)
34.2	Es wird unter Berücksichtigung vorhandener Projekte nach weiteren geeigneten Mitteln gesucht z.B. im Rahmen der Strukturfonds, um den zu großen finanziellen Belastungen der Studierenden durch zusätzliche Fahrt- und Unterkunftskosten, die im Einzelfall mit Ausbildungsabschnitten im ländlichen Raum einhergehen, entgegenzuwirken.	Hierzu gibt es bereits einige etablierte Modelle in Bezug auf das Blockpraktikum Allgemeinmedizin (Tübingen, Bochum, Gießen u.a.), in denen Landkreise eine Aufwandsentschädigung für eine begrenzte Zahl von Studierenden bereitstellen. Weitere Modelle sind zwingend erforderlich.
35	Wir begrüßen studienbegleitende Angebote zum aktiven Kennenlernen des Berufsalltages niedergelassener Ärztinnen	Eine Mischung aus Pflicht- und Wahl-Elemente ist vermutlich am besten geeignet. Mentoring-Programme sind besser als reine Info-Angebote. Auch Famulaturen dienen diesem Zweck, sind aber bisher nicht Teil des universitären Curriculums.
36.1	Das BMG wird eine Informationsplattform initiieren, um den Bekanntheitsgrad und die Information über bereits bestehende Ausbildungsmodelle und die vielfältigen finanziellen Fördermaßnahmen bei den Hochschulen und den Studierenden zu steigern	Ausreichende Information ist im Hochschulbereich immer gut und sollte auf verschiedenen Ebenen vorgehalten werden. Inwieweit eine fehlende Information oder eher eine fehlende Förderung das ursächliche Problem für die unzureichende Nachwuchsgewinnung für den ländlichen Raum darstellt und eine anonyme zentrale Plattform das Problem lösen kann (wenn es überhaupt ein Informationsproblem ist), kann nicht abschließend bewertet werden.
36.2	Wir erwarten von den Hochschulen, dass sie ihre Studierenden der Humanmedizin verstärkt und fortlaufend über die von ihnen angebotenen Ausbildungsmodelle und Kooperationen mit Lehrpraxen und Lehrkrankenhäuser im ländlichen Raum informieren	Diese Informationsaufgabe wird von den Fakultäten bereits wahrgenommen, kann aber sicherlich noch verbessert werden

37	<p>Zur Gewinnung von Nachwuchs für eine flächendeckende hausärztliche Versorgung werden die Verfahren der Zulassung zum Medizinstudium in der Weise weiterentwickelt und erprobt, dass die ärztliche Versorgung in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen oder Planungsbereichen spürbar verbessert wird. In diesem Zusammenhang wird unverzüglich in der Vergabeverordnung der Stiftung für Hochschulzulassung die Möglichkeit eröffnet, bis zu 10 % der Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber zu vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in den oben genannten Regionen oder Planungsbereichen tätig zu sein</p>	<p>Hier ist nun endlich von der hausärztlichen Versorgung die Rede, aber wieder fällt den Autoren als Beispiel für hausärztliche Versorgung nur die Allgemeinmedizin ein. Die gesamte fachliche Breite mit Kinder- und Jugendärzten, hausärztlich tätigen Internisten und Allgemeinmedizinerinnen muss hier erwähnt werden. Es gibt aus neuen Absolventenbefragungen deutliche Hinweise, dass zumindest die Wahl zur Facharztweiterbildung überwiegend im PJ und in den letzten klinischen Semestern getroffen wird. 2 Jahre nach der Approbation sind ca. 95 % der Absolventinnen und Absolventen in der kurativen Medizin tätig.</p> <p>Die „Landarztquote“ wird seitens der DGKJ hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Verfahrensgerechtigkeit eher skeptisch beurteilt; sie wird auch von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) abgelehnt.</p> <p>Ein Studienanfänger weiß zu Beginn des Studiums in den meisten Fällen nicht, ob er Allgemeinmediziner werden möchte. Wenn zudem man sich nach dem Studium freikaufen kann, kann der Numerus Clausus entsprechend den ökonomischen Möglichkeiten einer/eines Studierenden umgangen werden.</p>
----	---	--

Erarbeitet von der AG Lehre der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und von den Vorständen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und des Berufsverbands für Kinder- und Jugendärzte in Deutschland genehmigt