



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) zum Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für eine Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen (ÄApprO)

Wir bedanken uns für die Gelegenheit, bereits zum Arbeitsentwurf der Novelle der ÄApprO Stellung beziehen zu dürfen. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) möchte mit dieser Stellungnahme und im weiteren Prozess die Novelle konstruktiv im Sinne der Eckpunkte, die sich aus dem *Masterplan Medizinstudium 2020* und den *Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020* ergeben, unterstützen und aktiv mitgestalten. Dabei haben wir unsere Position, wie sie in dieser Stellungnahme zum Tragen kommt, mit dem Berufsverband für Kinder- und Jugendärzte, Herrn Dr. Fischbach abgestimmt.

Wir begrüßen, dass mit der Novelle der ÄApprO eine frühzeitige Vermittlung arztbezogener Kompetenzen festgelegt wird, orientiert am Patienten und seinen Bedürfnissen – so wie es im Beschlusstext „*Masterplan Medizinstudium 2020*“ intendiert war. Die *Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020* sind in der Novelle der ÄApprO maßgeblich adressiert, z.B. durch Stärkung der patientenbezogenen Lehre, interprofessionelle Lehrveranstaltungen (Maßnahme 7 des Masterplans), Änderung der Notenpflicht (Maßnahme 9 des Masterplans), strukturierte Vermittlung wissenschaftlicher Kompetenzen mit Leistungsnachweis (Maßnahme 10 des Masterplans), Verknüpfung klinischer und theoretischer Inhalte vom ersten Semester an bis zum Ende der Ausbildung (Maßnahme 14 des Masterplans) sowie durch die verstärkte Einbeziehung von Lehrpraxen (Maßnahme 15 des Masterplans).

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin nimmt wie folgt Stellung zum Arbeitsentwurf der Novelle der ÄApprO:

1. Fächer der hausärztlichen Versorgung nach SGB V

Bezug: §§ 7, 19, 21, 24, 27, 40, 41, 116 des Arbeitsentwurfs ÄApprO

Die im *Masterplan Medizinstudium 2020* ausdrücklich intendierte und in der Novelle der ÄApprO umgesetzte Stärkung der hausärztlichen Versorgung ist besonders zu begrüßen. Diese sollte sich aber an der Versorgungsrealität in Deutschland und deren rechtlichen Setzungen orientieren. In den *Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020* wird bereits folgerichtig die Fächergruppe der „*hausärztlichen Versorgung*“ nach § 73 des Sozialgesetzbuches (SGB) V als lehregeeigneter Ort der primärärztlichen Versorgung genannt (Abschnitt C.II.2, S. 72):

- Allgemeinärzte,
- Kinder- und Jugendärzte,
- Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben.

Das wird auch in den *Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020* zur Einbindung von Lehrpraxen in die klinisch-praktische Ausbildung unterstützt: „Bei den Lehrpraxen sollte anstelle einer exklusiven Fokussierung auf die Allgemeinmedizin eine angemessene fachliche Breite unter Berücksichtigung weiterer Fächer im niedergelassenen Bereich angestrebt werden“ (S. 12).

Dringende Empfehlung:

a. Erweiterung des Begriffs „Allgemeinmedizin“:

Es sollte der Begriff „Allgemeinmedizin“ in der Novelle der ÄApprO ersetzt werden durch

- „Fächer der hausärztlichen Versorgung“
oder
- „Hausärztliche Versorgung“
oder
- „Allgemeinärzte, Kinder- und Jugendärzte bzw. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben“.

und zwar in den folgenden Paragraphen des Arbeitsentwurfs ÄApprO:

- § 7 Studienordnungen
- § 19 Leistungsnachweise vor dem Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung,
- § 21 Leistungsnachweise vor dem Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung,
- § 22 Leistungsnachweise vor dem Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung,
- § 27 Unterrichtsveranstaltungen in der Allgemeinmedizin,
- § 40 Inhalt und Dauer (*des PJ*),
- § 41 Ort der Durchführung (*des PJ*),
- § 116 Inhalt und Dauer der Prüfung an dem Patienten oder an der Patientin.

b. Berücksichtigung der Fächer der hausärztlichen Versorgung:

Die Kinder- und Jugendmedizin als Fach der hausärztlichen Versorgung sollte deshalb adäquat in den Lehrzeiten und Leistungsnachweisen berücksichtigt werden, die im vorliegenden Entwurf nur der Allgemeinmedizin zugeordnet wurden. Dies betrifft insbesondere die Blockpraktika und die zugehörigen vorbereitenden und begleitenden Lehrveranstaltungen.

Deshalb plädiert die DGKJ dafür, dass aus den acht Wochen Blockpraktika gemäß § 27 (*Unterrichtsveranstaltungen in der Allgemeinmedizin*) ein Mindestkontingent von zwei Wochen in kinder- und jugendärztlichen Lehrpraxen absolviert werden muss. Insgesamt mindestens vier der acht Wochen sollten für allgemeinmedizinische und hausärztlich-internistische Lehrpraxen, die in ihrem Patientenspektrum sehr ähnlich sind, vorbehalten sein. Die zwei übrigen Wochen Blockpraktikum könnten optional in allgemeinmedizinischen und hausärztlich-internistischen Lehrpraxen oder in Lehrpraxen der Kinder- und Jugendmedizin absolviert werden.

Die Schulung der pädiatrischen Lehrpraxen sollte vor Ort durch pädiatrische Fachvertreter erfolgen. Die pädiatrischen Lehrpraxen müssen nach einheitlichen Standards zertifiziert sein, die in enger Abstimmung mit den beiden anderen Fächern der hausärztlichen Versorgung festgelegt werden. Die Qualitätssicherung obliegt den Universitäten.

c. Vorschlag für Änderungen des § 27 (Beispiel):

Statt Titel: „*Unterrichtsveranstaltungen in der Allgemeinmedizin*“

Änderungsvorschlag: Unterrichtsveranstaltungen in der Allgemeinmedizin **bzw. hausärztlichen Versorgung.**

(1) **Statt:** „*In den Semestern zwei bis zehn sind vier einwöchige und zwei zweiwöchige Blockpraktika in einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis durchzuführen. Das erste Praktikum findet im zweiten Semester statt. In einem Semester findet nur ein Praktikum statt.*“

Änderungsvorschlag: In den Semestern zwei bis zehn sind vier einwöchige und zwei zweiwöchige Blockpraktika in einer Lehrpraxis der hausärztlichen Versorgung (Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, hausärztlich-internistische Medizin) durchzuführen. Das erste Praktikum findet im zweiten Semester statt. In einem Semester findet nur ein Praktikum statt.

Ergänzung: Insgesamt vier Wochen müssen in allgemeinmedizinischen oder hausärztlich-internistischen Lehrpraxen durchgeführt werden. Zwei Wochen müssen in einer kinder- und jugendmedizinischen Lehrpraxis durchgeführt werden. Zwei Wochen können in einer Lehrpraxis für Allgemeinmedizin, hausärztlich-internistische Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin absolviert werden.

(2) **unverändert.**

(3) **Statt:** „*Während eines Blockpraktikums in der Allgemeinmedizin betreut ein ausbildender Arzt oder eine ausbildende Ärztin nur einen Studierenden oder eine Studierende.*“

Änderungsvorschlag: Während eines Blockpraktikums in **den Fächern der hausärztlichen Versorgung** betreut ein ausbildender Arzt oder eine ausbildende Ärztin nur einen Studierenden oder eine Studierende.

(4) **Statt:** „*Die Blockpraktika sollen je Studierendem oder je Studierender vom zweiten bis zum zehnten Semester in nicht mehr als zwei verschiedenen allgemeinmedizinischen Lehrpraxen stattfinden. Die Fakultäten sollen verstärkt Lehrpraxen im ländlichen Raum in die Ausbildung einbeziehen.*“

Änderungsvorschlag: „Die Blockpraktika sollen je Studierendem oder je Studierender vom zweiten bis zum zehnten Semester **nach Möglichkeit** in nicht mehr als **drei** verschiedenen Lehrpraxen **der hausärztlichen Versorgung** stattfinden. Die Fakultäten sollen verstärkt Lehrpraxen im ländlichen Raum in die Ausbildung einbeziehen.“

(5) **Statt:** „*Die Inhalte der Blockpraktika sind in die allgemeinmedizinischen Anteile der Leistungsnachweise nach § 19 Absatz 4 Nummer 1, § 21 Absatz 4 Nummer 1 und § 22 Absatz 4 Nummer 1 zu integrieren.*“

Änderungsvorschlag: Die Inhalte der Blockpraktika in **der hausärztlichen Versorgung** sind in die Anteile der Leistungsnachweise für Allgemeinmedizin **und die anderen Fächer der hausärztlichen Versorgung** nach § 19 Absatz 4 Nummer 1, § 21 Absatz 4 Nummer 1 und § 22 Absatz 4 Nummer 1 zu integrieren.

2. Akademische Lehrpraxen

Bezug: §§ 13, 32 – 37, 40 des Arbeitsentwurfs ÄApprO

Der Arbeitsentwurf zur ÄApprO sieht die Einbeziehung von Lehrpraxen sowohl im curricularen Unterricht an Patienten oder Patientinnen (§1 Absatz 2 Nummer 3) als auch im Praktischen Jahr (PJ) als dritten von vier PJ-Abschnitten (§40 Absatz 1 Nummer 3) vor. Das fachliche Spektrum umfasst neben den Fachgebieten der hausärztlichen Versorgung zusätzlich auch Lehrpraxen und andere geeignete Einrichtungen der ambulanten ärztlichen Krankenversorgung ohne fachliche Einschränkung.

Wir begrüßen ausdrücklich die Stärkung der ambulanten Medizin durch die Einbeziehung qualifizierten Lehrpraxen unterschiedlicher Fachgebiete, mit der der *„in Kooperation mit hausärztlich ausgerichteten Praxen eingeschlagene Weg konsequent und nachhaltig fortgesetzt wird“* (Beschlusstext *Masterplan Medizinstudium 2020*) und mit der auch eine frühzeitigere persönliche Schwerpunktsetzung der Studierenden unterstützt wird.

Die DGKJ bietet an, die Entwicklung von Lehrkonzepten in Akademischen Lehrpraxen, die Gewinnung von Lehrpraxen, deren Qualifizierung durch die Universitäten und die notwendigen Maßnahmen zur Qualitätssicherung der ambulanten Lehre nach Kräften zu unterstützen.

Empfehlung:

Keine Änderung.

3. Ambulante Kinder- und Jugendmedizin

Bezug: § 13, 40 des Arbeitsentwurfs ÄApprO

Die relative Zunahme der ambulanten Medizin im Verhältnis zur stationären Patientenversorgung ist in der Kinder- und Jugendmedizin besonders ausgeprägt. Gleichzeitig ist die Kinder- und Jugendmedizin das klinische Fach mit dem breitesten ambulanten und stationären Versorgungsspektrum, reichend von Prävention bis zu seltenen Erkrankungen. Die Kinder- und Jugendmedizin sieht sich ausdrücklich als integraler Partner in dem Bestreben um eine longitudinal orientierte Einbeziehung der primär-/hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung in die klinisch-praktische Ausbildung. Vor diesem Hintergrund und um die notwendige Breite der Ausbildung sicherzustellen, sollten gemäß den *Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020* für das Lernen im ambulanten Bereich *„neben Lehrpraxen [...] dabei auch Notfallambulanzen und insbesondere die Hochschulambulanzen systematisch in die Lehre einbezogen werden“*, vor allem in der Kinder- und Jugendmedizin.

Pädiatrische Hochschulambulanzen und pädiatrische Notfallambulanzen der Universitätskrankenhäuser und, sofern fachlich angemessen, Notfallambulanzen der Lehrkrankenhäuser sollten in die Ausbildung in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin ebenso wie pädiatrische Lehrpraxen einbezogen werden. Vergleichbares gilt auch für alle anderen klinischen Fächer.

Dringende Empfehlung:

Es ist aus unserer Sicht wichtig, Hochschulambulanzen und Notfallambulanzen in der Kinder- und Jugendmedizin und anderen klinischen Fächern an den Universitätskrankenhäuser und, sofern fachlich angemessen, Notfallambulanzen der Lehrkrankenhäuser in den Unterricht an Patienten oder Patientinnen im ambulanten Bereich (§13 Absatz (2) Nummer 3) systematisch einzubeziehen.

Wir plädieren dafür, Hochschulambulanzen und Notfallambulanzen in der Kinder- und Jugendmedizin und anderen klinischen Fächern an den Universitätskrankenhäusern als Wahlmöglichkeit zumindest anteilig in die Ausbildung im Praktischen Jahr gemäß § 40 Absatz 1 Nummer 4 einzubeziehen.

4. Gestaltung des Vierten Abschnittes der Ärztlichen Prüfung

Bezug: §§ 115 - 117, 123 – 125, 127 des Arbeitsentwurfs ÄApprO

Der Vierten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung dient der studiumsabschließenden Überprüfung der in den 4 PJ-Quartalen vertieften und erweiterten „*Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, deren ein Arzt und eine Ärztin zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Tätigkeit bedürfen.*“ (§115) Diese Prüfung erfolgt im Sinne einer arbeitsplatzbasierten Überprüfung von anvertraubaren professionellen Tätigkeiten direkt am Patienten oder an der Patientin aus dem stationären und ambulanten Bereich (§116 Absatz 2) und im Rahmen einer strukturierten klinisch-praktischen Prüfung (OSCE) (§123) .

Im Sinne der Kohärenz von Lehrstoff und Prüfungsinhalt (constructive alignment) erscheint es sinnvoll, dass die Lehrinhalte aller 4 PJ-Quartale adäquat im Vierten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung abgebildet werden. Hierdurch kann die erforderliche fachliche Breite sichergestellt werden; gleichzeitig können die Ziele des Masterplan Medizinstudium 2020 mit Stärkung der Praxishnähe im Studium und einer vertieften Kenntnis der hausärztlichen Tätigkeit als zentralem Element für die patientenorientierte interdisziplinäre und interprofessionelle Koordination umgesetzt werden.

Nach Einschätzung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin berücksichtigen die vorgesehenen Regelungen zur Auswahl der stationären und ambulanten Patienten und zur fachlichen Zuordnung der OSCE-Stationen nur unvollständig das Spektrum der im PJ erworbenen Kompetenzen. Die Prüfung an der Patientin/am Patienten soll im aktuellen Arbeitsentwurf inhaltlich streng begrenzt auf den Patienten / die Patientin aus dem Gebiet der Inneren Medizin, Chirurgie und Allgemeinmedizin stattfinden; dies reduziert sehr erheblich die Prüfungs-Repräsentanz anderer PJ-Fachgebiete und somit auch deren Bedeutung und führt zu einem deutlichen Verlust an Ausbildungsbreite und –tiefe.

Bei der fachlichen Zuordnung der OSCE-Stationen führt die im Entwurf vorgesehene Regelung ebenfalls zu einer stark geminderten Relevanz der PJ-Wahlquartale.

Im Hinblick auf den hohen Ressourcenverbrauch für diese Prüfung, insbesondere den OSCE, halten wir Änderungen für dringend geboten, um erstens die fachliche Qualität der Prüfung sicherzustellen und zweitens einen sinnvollen Abschluss jedes Quartals mit einer klinisch-praktischen Prüfung zu gewährleisten im Sinne eines *constructive alignment*.

Dringende Empfehlung:

a. Prüfung an dem Patienten oder an der Patientin:

- Alle PJ-Fächer müssen durch Prüfer aus den vier Fachgebieten des absolvierten PJ in der Prüfung am Patienten (ambulante/r oder stationäre/r Patient/in) vertreten sein. Ggf. ist die Prüfungskommission durch einen zusätzlichen Prüfer zu ergänzen, um die Vertretung aller vier Fachgebiete sicherzustellen.
- Das Prüfungs-Fachgebiet „Allgemeinmedizin“ wird im Sinne der angestrebten Stärkung der hausärztlichen Versorgung erweitert zu „Fächergruppe der hausärztlichen Versorgung“, bestehend aus Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin und hausärztlich tätige Innere Medizin.
- Die Patientin/der Patient aus dem stationären Bereich stammt aus dem Gebiet der Inneren Medizin, der Chirurgie oder dem Fachgebiet des 4. PJ-Quartals, sofern dies stationär absolviert wurde. Sollte die stationäre Prüfungspatientin/der Prüfungspatient aus dem Fachgebiet des 4. PJ-Quartals stammen, dann muss mindestens 1 Mitglied der Prüfungskommission diesem Fach angehören (analog zu § 117 Absatz 3 Satz 5).
- Die/der ambulante Prüfungspatientin/-patient entstammt dem Fachgebiet der hausärztlichen Versorgung, in dem das 3. oder 4. PJ-Quartal absolviert wurde. Falls der Bereich der hausärztlichen Versorgung weder im 3. noch im 4. PJ-Quartal gewählt wurde, so wird die/der ambulante Prüfungspatientin/-patient vom Fachgebiet der Allgemeinmedizin gestellt.
- Der Bereich der hausärztlichen Versorgung muss in der Prüfungskommission für die Prüfung aus dem ambulanten Bereich vertreten sein. Falls der Bereich der hausärztlichen Versorgung weder im 3. noch im 4. PJ-Quartal gewählt wurde, so gehört ein Prüfer aus dem Bereich der Allgemeinmedizin als 3. gleichwertiger Prüfer der Prüfungskommission für die Prüfung am ambulanten Patienten oder der ambulanten Patientin an.
- Fächerübergreifende Fragen, die über das Themengebiet des patientenstellenden Fachgebietes hinausgehen, sind gewünscht.

b. Strukturierte klinisch-praktische Prüfung:

Alle PJ-Fächer und die Allgemeinmedizin müssen im OSCE mit mind. 2 Stationen vertreten sein. Die fachliche Zuordnung von je 2 Prüfungsstationen zu den beiden Wahl-Quartalen (und von 6 Prüfungsstationen zu den Fächern Innere Medizin, Chirurgie und Allgemeinmedizin) würde in diesem Kontext die Bedeutung der beiden Wahl-Quartale deutlich erhöhen; gleichzeitig wäre hiermit, sofern Allgemeinmedizin im ambulanten Pflicht-Quartal gewählt wird, gemäß den Zielen des Masterplans eine verstärkte Repräsentanz allgemeinmedizinischer Prüfungsinhalte verbunden.

Mögliche Modelle zur Umsetzung dieser Empfehlungen sind in Anlage 1 zu dieser Stellungnahme dargestellt.

Konkret empfehlen wir den § 123 Absatz 3 Satz 3 z.B. wie folgt zu ändern:

„**Jeweils** zwei der Stationen erstrecken sich außerdem auf **die** von dem oder der Studierenden nach § 40 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 **und** 4 gewählten Fachgebiete“.

5. Übergeordneter, kompetenzbezogener Prüfungsstoff für den Ersten, den Zweiten und den Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Bezug: Anlage 15 des Arbeitsentwurfs ÄApprO

Die DGKJ sieht in Anlage 15 bei den übergeordneten Kompetenzen die in der Patientenversorgung relevanten Besonderheiten der ambulanten grundversorgenden und stationären Kinder- und Jugendmedizin unvollständig abgebildet.

Dringende Empfehlung: Wir plädieren für folgende Ergänzungen der Anlage 15:

I. medizinisch-wissenschaftliche Fertigkeiten:

- Voraussetzungen der Forschung bei nicht einwilligungsfähigen Patienten und Minderjährigen,
- evidenzbasierte (differential-)diagnostische Pläne und Behandlungspläne für Kinder erstellen können,
- Besonderheiten bei der Teilnahme von Minderjährigen an klinischen Studien und der Durchführung von klinischen Studien bei Kindern.

II. Ärztliche Gesprächsführung:

- besondere Aspekte der Gesprächsführung mit und Beratung von Minderjährigen, unterschiedlichen Alters und deren Familien sowie Sorgeberechtigten,
- partizipative Entscheidungsfindung bei Kindern unter sozialen, kulturellen, ethischen und historischen Blickwinkeln erklären,
- Einholen von Einverständniserklärungen bei Minderjährigen durch Eltern oder Vormund.

III. Interprofessionelle Kompetenzen:

- interprofessionelle Diagnostik und Behandlung bei Auffälligkeiten der kindlichen Entwicklung.

IV. Gesundheitsberatung/Prävention:

- besondere Aspekte der Pädiatrischen Gesundheitsberatung, -förderung und Prävention im familiären und sozialen Kontext (Stichwort: Prävention als Haupttätigkeitsbereich niedergelassener Pädiater).

V. Führung und Management:

- Anerkennung und Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen in zunehmend ressourcenorientierten Medizinsystem.

VI. Professionelles Handeln:

- besondere ethische und rechtliche Aspekte bei der Behandlung Minderjähriger,
- besondere ethische Herausforderungen bei der Behandlung Un- und Neugeborener,
- Kenntnisse zum off-Label Gebrauch von Arzneimitteln bei Kindern.

VII. Klinisch-praktische Fertigkeiten:

- besondere Aspekte von Anamnese und klinischer Untersuchung in verschiedenen pädiatrischen Altersstufen,
- geriatrische Untersuchungen,
- bitte ergänzen hinter „*therapeutische Kompetenzen*“ „... im Kindes- und Erwachsenenalter“,
- bitte ergänzen hinter „*Notfallmaßnahmen*“ „... im Kindes- und Erwachsenenalter“.

6. Seltene Erkrankungen/Menschen mit Behinderung

Bezug: §§ 1, 13, 19, 21, 22 des Arbeitsentwurfs ÄApprO

Wir begrüßen ausdrücklich, dass der Arbeitsentwurf zur ÄApprO als Ziel der ärztlichen Ausbildung festlegt „den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderung und Menschen mit seltene Erkrankungen gerecht zu werden“ (§1 Absatz (2) Nummer 5). Im Vergleich zu anderen Fächern bilden Patientinnen und Patienten mit diesen Erkrankungen in der Kinder- und Jugendmedizin den relativ höchsten Anteil am Patientengut. Beide Krankheitsgruppen sind in besonderem Maße auf eine enge interdisziplinäre und interprofessionelle medizinische Versorgung z.B. in sozialpädiatrischen Zentren (SGB V, § 119) und Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderungen (SGB V, § 119 c) angewiesen. Diese ambulanten Versorgungsstrukturen sind deshalb für die Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen hervorragend geeignet. Seltene, in der Regel hereditäre monogenetisch bedingte Erkrankungen liegen bei bis zu 5 % der neugeborenen Kinder vor; diese Erkrankungen besitzen zudem als Modellkrankheiten ein hervorragendes Potential für die Verknüpfung von grundlagenwissenschaftlichen und klinischen Lehrinhalten.

Unser Vorschlag:

Wir empfehlen, Sozialpädiatrische Zentren und Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung in den Unterricht an Patienten und Patientinnen (§ 13, Absatz (2) Nummer 3) und in longitudinale Curricula zu interprofessionellen Kompetenzen (vgl. §§ 19, 21, 22) einzubeziehen.

7. Sozialer Bezugsraum Familie

Bezug: § 1, 115 des Arbeitsentwurfs ÄApprO

Die Familie steht unter besonderem grundgesetzlichem Schutz. Sie ist der unmittelbare und wichtigste soziale Bezugsraum des Kindes während seiner gesamten Entwicklung. Die familiären Strukturen sind deshalb integraler Bestandteil eines biopsychosoziales Modells zur Gesundheit und Krankheit im Kindes- und Jugendalter, sowohl in Form der Gesundheitsförderung als auch einer mit-bestimmenden Ursache für die Entstehung und Entwicklung von Krankheiten. Im Vergleich zur aktuell gültigen ÄApprO (§ 1 Absatz (1) : „... Grundkenntnisse der Einflüsse von Familie, Gesellschaft und ...“) ist der Begriff „Familie“ im vorgelegten Arbeitsentwurf nicht enthalten. Die verwendete Formulierung „... ethnischer Herkunft, sozialem, kulturellem und religiösem Hintergrund, ...“ (§ 1 , Absatz (2), Nummer 10) berücksichtigt leider nicht die besondere soziale Funktion der Familie. Vergleichbares gilt für § 115.

Unsere Empfehlung:

Das Wort „Familie“ einfügen wie folgt:

- in § 1 , Absatz (2), Nummer 10: „... *Grundkenntnisse der Einflüsse von Alter, Geschlecht, ethnischer Herkunft, **Familie**, sozialem, kulturellem und religiösem Hintergrund, sexueller Orientierung, Umwelt und Beruf auf die Gesundheit ...*“,
- in § 115, Absatz (1), Nummer 8: „... *die Einflüsse von Alter, Geschlecht, ethnischer Herkunft, **Familie**, sozialem, kulturellem und religiösem Hintergrund, sexueller Orientierung, Umwelt und Beruf auf die Gesundheit zu bewerten weiß*“.

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Joachim Kreuder (Sprecher der AG Lehre)
Geschäftsstelle: Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin
Tel. 030 / 308 7779-0 | info@dgkj.de