



Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für eine Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung (ÄApprO)

Inhalt:	I. Zusammenfassung mit Forderungen für Änderungen	S. 1
	II. Detaillierte Kommentare und Begründung der Änderungswünsche	S. 3
	1. Lehrpraxen der hausärztlichen Versorgung (§ 35, § 45)	S. 3
	2. Wegfall des Blockpraktikums Pädiatrie (§ 35)	S. 3
	Vorschläge zu den Änderungen für die Blockpraktika	S. 4
	3. Dritter Abschnitt der ärztlichen Prüfung (§ 111 – 135)	S. 4
	Änderungsvorschläge zur Prüfung am Patienten (§ 114 - 123)	S. 5
	Änderungsvorschläge zur Parcoursprüfung (§ 124 – 132)	S. 6
	4. Name des Faches	S. 7

Als DGKM und BVKJ vertreten wir fast alle Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in Deutschland, inklusive ihrer Subspezialitäten, die sowohl ambulant in der Praxis als auch im stationären Umfeld tätig sind. Die nachfolgende Stellungnahme wurde federführend von der AG Lehre der DGKM (Sprecher: Prof. Dr. Joachim Kreuder) erarbeitet und mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ, Präsident Dr. Thomas Fischbach) abgestimmt.

I. Zusammenfassung

Der aktuelle Referentenentwurf der Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte (ÄApprO) hat als ein wichtiges Ziel, die hausärztliche Versorgung zu stärken. Dies ist eine notwendige Aufgabe, an der sich die DGKM und der BVKJ gerne beteiligt haben und beteiligen, denn Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sind im ambulanten Bereich vor allem als Hausärztinnen und Hausärzte von Kindern und Jugendlichen essentieller Teil der medizinischen Primärversorgung.

Die ambulante und stationäre Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland ist im internationalen Vergleich qualitativ hochwertig. Sie trägt traditionell wesentlich zur kontinuierlichen Verbesserung der ganzheitlichen, familienorientierten Behandlung von Kindern und Jugendlichen, der Behandlung chronisch und multimorbid kranker Kinder und Jugendlicher sowie der Vorsorge schwerer und chronischer Erkrankungen bei. Rund 7.700 niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte bilden eine wichtige Säule der hausärztlichen Versorgung.

Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte erbringen mit deutlich zunehmender Tendenz den allergrößten Teil der Leistungen in der hausärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (< 18 Jahre) (Stand 2017; Quelle: Schulz/Kroll/Czihal, Versorgungsmonitor Ambulante Kinder- und Jugendmedizin, Berlin 2020):

- mehr als 90 % der Früherkennungsuntersuchungen U2 – U9 und 80 % der J1-Untersuchung nach G-BA-Richtlinien (69 % in 2010)
- 91 % aller Impfungen (86 % in 2010)
- 68 % aller hausärztlichen Behandlungsfälle (61% in 2010)
- 3.800 Behandlungsfälle je hausärztliches Vollzeitäquivalent (3.700 in 2010) gegenüber 200 Fällen bei nicht-pädiatrischen Hausärzten

Die Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland sieht sich daher in einer vergleichbaren Rolle wie die Allgemeinmedizin, weil sie die Primärversorgung einer bedeutsamen, durch ihr Alter definierten Bevölkerungsgruppe leistet.

Die ca. 6.400 stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin sind unverzichtbar in das System der ambulanten Notfallversorgung eingebunden und betreiben zugleich stationäre Spitzenmedizin als essentielles Rückgrat einer hochwertigen medizinischen Versorgung aller erkrankten Kinder und Jugendlichen.

Die DGKJ und der BVKJ begrüßen ausdrücklich, dass gemäß Referentenentwurf die ambulanten Blockpraktika und das ambulante Pflicht-Quartal im Praktischen Jahr (PJ) nunmehr im gesamten Bereich der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a SGB V (Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, hausärztliche Innere Medizin) absolviert werden können, wie dies in unserer Stellungnahme zum Arbeitsentwurf vorgeschlagen wurde.

Die im aktuellen Referentenentwurf vorgesehene Neustrukturierung der Blockpraktika und der Prüfungen im Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung (M3-Examen) sind jedoch aus unserer Sicht dringend korrekturbedürftig, da wichtige Lehrinhalte für die Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen nicht mehr systematisch vermittelt werden können. Gleichzeitig würde die Pädiatrie als essentielles Fach der Primärversorgung und damit die Primärversorgung in Deutschland insgesamt geschwächt.

Wir fordern daher folgende Änderungen:

- **Die Beibehaltung eines Pflicht-Blockpraktikums Kinderheilkunde**
Gemäß dem aktuellen Entwurf würde Studierenden im Gegensatz zur Lehre in der Erwachsenenmedizin keine systematische stationäre Lehre mit Kindern und Jugendlichen mehr angeboten. Im Gegensatz zur Inneren Medizin für Erwachsene wäre die Pädiatrie als „Innere Medizin für Kinder und Jugendliche“ von systematischer stationärer Lehre ausgeschlossen. Ein zweiwöchiges stationäres Blockpraktikum Kinder- und Jugendmedizin ist notwendig.
- **Eine Berücksichtigung aller absolvierten PJ-Fächer im Rahmen des M3-Examens**
Die vorgesehene weitgehende Schwerpunktsetzung im Bereich der Allgemeinmedizin, Chirurgie und Innerer Medizin benachteiligt andere gewählte Fächer und würde auf Dauer insbesondere zu einer schlechteren Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Frauen führen.
- **Den Ersatz der Allgemeinmedizin durch die Fachgebiete der hausärztlichen Versorgung im M3-Examen**
Durch die Festlegung auf die Allgemeinmedizin als obligates Prüfungsfach wird entgegen der Ausbildung im Praktischen Jahr nicht die gesamte Primärversorgung abgebildet.
- **Den Wegfall der Parcoursprüfung im M3-Examen**
Dieses Prüfungsformat ist aus lerntheoretischen und prüfungsdidaktischen Gründen nicht zielführend und setzt zusätzlich einseitige Lernanreize in den Bereichen Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Chirurgie. Prüfungen an Simulationspatienten ohne pathologischen Organbefund im M3-Examen sollten entfallen. Die M3-Parcoursprüfung sollte durch strukturierte Prüfungen an echten Patientinnen und Patienten im PJ ersetzt werden.
- **Die korrekte Benennung der Kinder- und Jugendmedizin im Text der Approbationsordnung gemäß der aktuellen Musterweiterbildungsordnung**
Der Begriff „Kinderheilkunde“ wird dem umfassenden Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendmedizin nicht gerecht.

II. Detaillierte Kommentare und Begründung-unsere Forderungen

1. Lehrpraxen der hausärztlichen Versorgung (§ 35, § 45 des Referentenentwurfes)

Im Hinblick auf unsere Stellungnahme zum Arbeitspapier begrüßen DGKJ und BVKJ ausdrücklich, dass die zuvor nur für allgemeinmedizinische Lehrpraxen vorgesehenen ambulanten Blockpraktika und das neue ambulante Pflicht-Quartal im PJ nunmehr für den gesamten Bereich der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a SGB V erweitert werden sollen.

Hierdurch können die Studierenden besser auf die reale hausärztliche Versorgungssituation vorbereitet werden.

2. Beibehaltung eines Pflicht-Blockpraktikums Kinderheilkunde (§ 35)

Wir sehen allerdings mit größter Sorge, dass das bisher verpflichtende Blockpraktikum in der Kinder- und Jugendmedizin (ebenso wie in der Frauenheilkunde) ersatzlos entfallen soll. Es wäre lediglich noch als Wahllangebot vorgesehen.

Aus Sicht der DGKJ und des BVKJ führt diese entfallende Verpflichtung zur systematischen stationären pädiatrischen Lehre zu einer gravierenden Verschlechterung der Ausbildung zu akuten und chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sowie zu deren Prävention. Angehende Ärztinnen und Ärzte würden im Gegensatz zur Medizin für Erwachsene nicht mehr systematisch stationäre Bereiche kennenlernen, in denen Kinder und Jugendliche aller Altersstufen behandelt werden. Bewusst würde eine Verschlechterung der Medizin für Kinder und Jugendliche in Kauf genommen. Gleiches betrifft die Ausbildung in der Frauenheilkunde und Geburtsmedizin.

Dieser aus dem Referentenentwurf resultierende schwerwiegende fachliche Rückschritt würde mittel- und langfristig die Kinder- und Jugendmedizin im stationären und ambulanten, hausärztlichen wie spezialfachärztlichen Versorgungskontext erheblich schwächen. Gleichzeitig würden die Anforderungen an die Allgemeinmedizin deutlich steigen. Diese kann aber bereits jetzt den absehbaren Nachwuchsbedarf an Ärztinnen und Ärzten nicht decken. Dies stünde in diametralem Gegensatz zu der angestrebten Stärkung der haus- und primärärztlichen Versorgung.

Weitere fachinhärente Argumente:

- a) Eine gute ambulante Versorgung und Lehre setzen zwingend ausreichende Kenntnisse des gesamten pädiatrischen Erkrankungsspektrums, einschließlich stationär behandelungspflichtiger Erkrankungen, voraus. Dieser Bedarf kann durch Lehrpraxen nicht gedeckt werden.
- b) Essentiell für eine gute patientenzentrierte Ausbildung sind konkrete Erfahrungen in der sektorenübergreifenden Versorgung. Studierende müssen die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung unmittelbar in der Lehre kennenlernen.
- c) Die Transition von Jugendlichen mit schwerwiegenden und seltenen Erkrankungen in die Erwachsenenmedizin wird erschwert, da die Bedeutung guter Transition nicht mehr vermittelt werden könnte.

Weitere lehrdidaktische und studienbezogene Argumente

- d) Die Neuregelung der ÄApprO verweist bezüglich der Lehrinhalte auf den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog (NKLM) und den Gegenstandskatalog (GK) des IMPP für die ärztliche Prüfung. Diese enthalten explizit auf Lebensabschnitte bezogene Lehrinhalte, einschließlich Lehrinhalte, die eine Handlungskompetenz fordern. Eine systematische Vermittlung dieser Kompetenzen in der erforderlichen Qualität bedarf für die Pädiatrie zwingend der Einbeziehung stationärer Versorgungsstrukturen.
- e) Umfangreiche Lehrerfahrungen an allen medizinischen Fakultäten zeigen, dass eine längerfristige kontinuierliche Ausbildung im direkten Versorgungskontext die am besten geeignete Form zur nachhaltigen Vermittlung und zum fundierten Erlernen von

Handlungskompetenzen ist. Hierbei ist aus inhaltlichen Gründen eine Mindestdauer von 2 Wochen angemessen.

- f) Alle Absolventinnen und Absolventen müssen zur Sicherstellung der Behandlungsqualität mit dem Abschluss des Studiums ausreichende, auf verschiedene Lebensalter bezogene Kompetenzen besitzen. Dies schließt unabhängig von der Wahl eines pädiatrischen PJ-Quartals systematische Grundkenntnisse in der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen ein, die im NKLM bzw. GK beschrieben werden. Die Kenntnis von Besonderheiten im Umgang mit kranken Kindern soll auch dazu beitragen, gravierende Fehler bei der Behandlung von Minderjährigen bzw. Neugeborenen zu verhindern.
- g) International sind in der Regel unabhängig von einer Ausbildung in der primärärztlichen Versorgung (primary care) wesentlich längere stationäre Ausbildungszeiten (mindestens 4 Wochen) in der Kinder- und Jugendmedizin Standard, beispielsweise in Frankreich, Italien, Kanada oder USA. Die pädiatrische Ausbildung von Studierenden in Deutschland würde daher deutlich hinter den internationalen Standard zurückfallen.

Unsere Vorschläge für Änderungen zu den Blockpraktika:

Zu § 35:

- Die Blockpraktika sollten, beispielsweise durch eine Erhöhung des zeitlichen Umfangs von 12 auf 14 Wochen, so umstrukturiert werden, dass ein verpflichtendes Blockpraktikum im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin (2 Wochen im stationären Versorgungskontext), unabhängig von Blockpraktika in der hausärztlichen Versorgung, realisiert werden kann. Für Blockpraktika anderer Fachgebiete stünden somit ausreichende Lehrzeiten zur Verfügung.
- Kompensatorisch könnte ggf. der patientenbezogene Unterricht in Form der Patientenuntersuchung und der Patientendemonstration reduziert werden.

3. Dritter Abschnitt der ärztlichen Prüfung (§ 111 – 135)

Der Dritte Abschnitt der ärztlichen Prüfung dient der studiumsabschließenden Überprüfung der in den 4 PJ-Quartalen vertieften und erweiterten „*Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Tätigkeit als Arzt oder Ärztin erforderlich sind*“ (§ 114).

Diese Prüfung muss deshalb im Sinne einer arbeitsplatzbasierten Überprüfung von anvertraubaren professionellen Tätigkeiten möglichst direkt am Patienten oder an der Patientin aus dem stationären und ambulanten Bereich erfolgen.

Im Sinne der Kohärenz von Lehrstoff und Prüfungsinhalt (constructive alignment) erscheint es dringend erforderlich, dass die Lehrinhalte aller 4 PJ-Quartale adäquat im Dritten 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 Praxisnähe im Studium und einer vertieften Kenntnis der hausärztlichen Tätigkeit als zentrale Elemente für die patientenorientierte interdisziplinäre und multiprofessionelle Versorgung umgesetzt werden.

Zu § 115-123: Prüfung am Patienten:

Die stärkere Strukturierung der Prüfung am Patienten oder an der Patientin ist zu begrüßen, insbesondere auch die Anwesenheit der Prüfungskommission bei der Anamneseerhebung und der Untersuchung.

Nach unserer Einschätzung berücksichtigen die vorgesehenen Regelungen zur Auswahl der stationären und ambulanten Patientinnen und Patienten aber nur unvollständig das Spektrum der im PJ erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten und die prüfungsdidaktischen Anforderungen einer arbeitsplatzbasierten Überprüfung von anvertraubaren professionellen

Tätigkeiten. Denn die Prüfung an der Patientin / am Patienten soll inhaltlich streng begrenzt auf den Patienten / die Patientin aus dem Gebiet der Inneren Medizin oder Chirurgie (Prüfung zum stationären Bereich) und Allgemeinmedizin (Prüfung zum ambulanten Bereich) stattfinden. Dies reduziert erheblich die Prüfungs-Repräsentanz anderer gewählter PJ-Fachgebiete und somit auch deren Bedeutung und führt zu einem deutlichen Verlust an Ausbildungsbreite und –tiefe.

Diese Regelung widerspricht dem constructive alignment und wird dazu führen, dass das ambulante Pflicht-Quartal zwangsläufig im Bereich der Allgemeinmedizin absolviert werden wird. Auch die Wahl eines PJ-Quartals aus den weiteren Fachgebieten der hausärztlichen Versorgung (Kinder- und Jugendärzte, hausärztlich tätige Internisten nach SGB V § 73, Abs.1a) wird dadurch unwahrscheinlich.

Durch unsere vorgeschlagenen Änderungen könnte zudem die Prüfungsbelastung auf mehr Fachgebiete verteilt werden.

Die Möglichkeit zur Prüfung an geschulten Simulationspatienten oder Simulationspatientinnen (§ 115, Abs. 2) als Ersatz für die Prüfung an realen Patienten und Patientinnen ist aus prüfungsdidaktischen Gründen grundsätzlich abzulehnen, da damit die erforderliche Erhebung pathologischer Untersuchungsbefunde ad absurdum geführt wird.

Unsere Änderungsvorschläge zur Prüfung am Patienten:

Wir schlagen folgende Änderungen zur Prüfung am Patienten oder an der Patientin im Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung vor:

zu § 115, Abs. 2, Satz 2:

- der Satz „Sofern für die Prüfung am Patienten oder an der Patientin nicht genügend reale Patienten oder Patientinnen zur Verfügung stehen, kann die Prüfung an geschulten Simulationspatienten oder Simulationspatientinnen durchgeführt werden“ sollte entfallen.

Zu § 116, Abs. 2, Nummer 1:

- Bei der Prüfung am stationären Patienten oder der stationären Patientin kommt dieser / diese aus dem Gebiet der Inneren Medizin, der Chirurgie oder dem Fachgebiet des 4. PJ-Quartals, sofern dieses im stationären Bereich absolviert wurde.

Zu § 116, Abs. 2, Nummer 2:

- Bei der Prüfung am ambulanten Patienten oder der ambulanten Patientin kommt dieser / diese aus dem Gebiet der hausärztlichen Versorgung oder dem Fachgebiet des 4. PJ-Quartals, sofern dieses im ambulanten Bereich absolviert wurde. Die alleinige Prüfung eines allgemeinmedizinischen Patienten ist nicht ausreichend, um alle Altersklassen und hausärztlichen Tätigkeiten abzudecken.

Zu § 117, Abs. 2 und 3 :

- Einrichtung einer gemeinsamen Prüfungskommission mit 4 Mitgliedern für die Prüfungen am Patienten oder an der Patientin im stationären und ambulanten Bereich. Hierbei müssen die Mitglieder der Prüfungskommission den jeweiligen 4 Fachgebieten der PJ-Quartale angehören, die von der zu prüfenden Studentin/dem zu prüfenden Studenten absolviert wurden. Durch den Wegfall der Parcoursprüfung (s.u.) stehen diese zeitlichen Ressourcen zur Verfügung.

Zu § 117, Abs. 3:

- Die Prüferin / der Prüfer aus dem Bereich der hausärztlichen Versorgung muss dem Fachgebiet der hausärztlichen Versorgung angehören, in dem dieses PJ-Quartal absolviert wurde.



- Der gemeinsamen Prüfungskommission muss immer eine Prüferin / ein Prüfer aus dem Bereich der hausärztlichen Versorgung angehören. Wurde kein ambulantes PJ-Quartal im Bereich der hausärztlichen Versorgung absolviert, dann ersetzt eine Prüferin / ein Prüfer aus dem Bereich der hausärztlichen Versorgung das Fachgebiet des ambulanten oder 4. PJ-Quartals.

Zu § 124-132: Parcoursprüfung

Die im Referentenentwurf vorgesehenen Vorgaben zur Durchführung eines Prüfungsparcours nach dem PJ halten wir aus didaktischen, lerntheoretischen und organisatorischen Gründen sowie hinsichtlich des sehr hohen Ressourcenaufwandes für **nicht** zielführend:

- a) Ein Prüfungsparcours mit simulierten und standardisierten Szenarios bildet sowohl die realen Handlungsanforderungen als auch die Handlungspersone im Gegensatz zur realen Versorgungssituation nur eingeschränkt ab und genügt prüfungsdidaktisch nicht den Anforderungen einer arbeitsplatzbasierten Prüfung zum Abschluss des PJ, die erfassen soll, ob die Absolventin bzw. der Absolvent in der Lage ist, Patientinnen und Patienten altersbezogen sachgerecht medizinisch zu versorgen (vgl. AMEE Guides in Medical Education, 129, Teaching and Learning, Experience based learning (ExBL): clinical teaching for the twenty-first century, 2020). Die angestrebte höhere Reliabilität der Prüfung durch Standardisierung führt zu einer verminderten Validität der Prüfung aufgrund des fehlenden realen Handlungskontextes.
- b) Mindestens 80 % der Prüfungsinhalte entstammen den 3 Fachgebieten Innere Medizin, Chirurgie und Allgemeinmedizin, die bereits in der umfangreichen mündlich-praktischen Prüfung am Patienten Prüfungsgegenstand sind. Ein substantieller zusätzlicher Erkenntnisgewinn über die notwendige Qualifikation zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Tätigkeit als Arzt oder Ärztin ist nicht zu erwarten.
- c) Eine adäquate Abbildung des 4. PJ-Fachgebietes im Sinne eines *constructive alignment* wird nicht erreicht.

Unsere Änderungsvorschläge zur Parcoursprüfung:

Mit dem Ziel einer möglichst arbeitsplatznahen Prüfung der Qualifikation der Absolventinnen und Absolventen schlagen wir folgende Änderungen vor:

Zu § 111, Nr. 2 (zusammen mit § 115, Abs. 2):

- Ersatzlose Streichung der Parcoursprüfung im Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung

zu § 124 – 132, 135;

- diese Abschnitte entfallen.
- in Anlage 21 ist der Absatz zur Parcoursprüfung zu streichen.

zu § 133 (in Verbindung mit § 122)

- dieser Abschnitt entfällt, da § 122 das Bestehen der Prüfung am Patienten oder an der Patientin und somit des Dritten Abschnitts der ärztlichen Prüfung ausreichend genau beschreibt.

zu § 134

- Abs. (2) Satz 3 und 4 werden ersatzlos gestrichen.
- Der geänderte Abs. (2) lautet: „(2) Die Zahlenwerte der Note für die Prüfung an dem Patienten oder an der Patientin aus dem stationären Bereich und der Note für die Prüfung an dem Patienten oder an der Patientin aus dem ambulanten Bereich werden addiert und die Summe wird durch zwei geteilt. Die nach Satz 1 gebildete Note wird nicht gerundet.“

Zu § 67, Absatz 4; Anlage 12 :

- Die Leistungs-Dokumentation des PJ-Logbuchs (vgl. § 46: arbeitsplatzorientierte Prüfungen, strukturierte Patientenvorstellungen im stationären und ambulanten Bereich zusätzliche Beurteilungsgrundlagen auf der Basis von Selbstreflexionsberichten und dokumentierten Feedback-Gesprächen, Anzahl bearbeiteter und reflektierter Patientenfälle) sollte als Zulassungsvoraussetzung für den Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung berücksichtigt werden, da dies eine effektive und insbesondere realitätsnahe Überprüfung der studentischen Kompetenzen ermöglicht und gleichzeitig die Ausbildung im PJ stärkt.
- die Bescheinigung über das Praktische Jahr nach Muster der Anlage 12 wird ergänzt um Angaben zu erfolgten Leistungsdokumentationen gemäß § 46 Abs. 3, z.B.
 - Mindestanzahl an arbeitsplatzorientierten Prüfungen
 - Mindestanzahl an strukturierten Patientenvorstellungen im Rahmen der Visiten im stationären Bereich
 - Mindestanzahl an strukturierten Patientenvorstellungen im ambulanten Bereich
 - mindestens einmalige Durchführung der Inhalte der Prüfung am Patienten oder an der Patientin nach § 116 Absatz 1 in einem Ausbildungsabschnitt nach § 45 Absatz 1 Satz 1

Zu § 34

- Die *fakultätsinterne* klinisch-praktische Prüfung zwischen dem Ersten und Zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung (§ 34) ist hingegen als PJ-Eingangsprüfung und kompetenzorientierte Simulations-Prüfung als Vorbereitung auf die geforderten Handlungskompetenzen im PJ zielführend. Durch einzelne verbindliche Prüfungsstationen, die gemeinsam von den Fakultäten und dem IMPP auf der Basis des NKLM erarbeitet werden, könnte die angestrebte höhere Prüfungs-Reliabilität in einer lerntheoretisch und prüfungsdidaktisch angemessenen Form vor dem PJ erzielt werden.

4. Name des Faches (Anlage 3 des Referentenentwurfes)

Wir bitten, die Bezeichnung „Kinderheilkunde“ durch „Kinder- und Jugendmedizin“, analog der Musterweiterbildungsordnung, zu ersetzen.

Kontakt:

DGKJ-Geschäftsstelle: Chausseestr. 128/128, 10117 Berlin
Tel. +49 30 308 7779-0 | info@dgkj.de | www.dgkj.de
Verantwortlich: Prof. Dr. Joachim Kreuder (Sprecher der DGKJ-AG Lehre)

BVKJ-Geschäftsstelle: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Tel. +49 212 68 909-0 | bvkj.buero@uminfo.de | www.bvkj.de
Verantwortlich: Dr. Thomas Fischbach (Präsident)