



Medizin Mariahilf,
Primary Health Care

Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin OG
Dr. Franz Mayrhofer Dr. Wolfgang Mückstein Dr. Fabienne Lamel

Mariahilferstraße 95/12

Ich ersuche um Weiterzulassung der bewilligten Lehrpraxisstelle für Dr. Franz Mayrhofer für die Gruppenpraxis Medizin Mariahilf. Es kam lediglich zu einer kleinräumigen Verlegung des Standortes (von Mariahilferstraße 91 auf Mariahilferstraße 95, 1060 Wien). Das Ansuchen begründet sich auf die langjährige Tätigkeit der Gruppenpraxisteilhaber Dr. Franz Mayrhofer sowie die Erfüllung der Kriterien der Praxis für eine Zulassung als Lehrpraxis.

Als Grundlage für die Zulassung werden nachstehend die Lehrziele in unserer Gruppenpraxis dargelegt, wobei darauf hingewiesen wird dass viele der Anregungen für das Konzept für die Lehrpraxis in unserer Gruppenpraxis dem Handbuch für die Pflichtfamulatur in Allgemeinmedizin 3. Studienabschnitt der Universität Graz 2008 entstammen (Autoren Dr. Michael Wendler, Dr. Ilse Helleman und Dr. Martin Sprenger).

Lehrpraxiskonzept

Hausärzte haben als erste Anlaufstelle der Patienten und als Lotse in der Medizin eine maßgebliche Schlüsselfunktion. Eine gute Betreuung über die Schnittstellen des Gesundheitswesens hinweg und sinnvolle Verwendung der Ressourcen hängt in erster Linie von ihrer Kompetenz und Effizienz ab.

Während im Spital viele Turnusarzt in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin durch Bürokratie und Routinearbeiten vom Patienten ferngehalten wird, sieht dies in der Lehrpraxis anders aus. Hier haben die angehenden HausärztInnen die Möglichkeit unter Aufsicht selbständig Patienten zu betreuen und können auch regelmäßig an Hausbesuchen teilnehmen. In der Lehrpraxis erwerben LehrärztInnen mehr Kenntnisse über typische Krankheitsbilder der Allgemeinmedizin als in der Ausbildungspraxis im Spital. Besonders profitieren LehrärztInnen bei der Kommunikation mit Patienten, in der Begleitung und Betreuung chronisch Kranker bei den klassischen Volkskrankheiten, beim Erstellen von Diagnosen und im Bereich der Gesundheitsförderung. Dabei erhalten sie eine gute Fortbildung über den richtigen Einsatz der Therapeutika, der Laborfertigkeit und in der medizinischen Begleitung und Betreuung von Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen. Dialog, Supervision und Möglichkeit des Nachfragens bei der Fallbesprechung bietet dem angehenden Arzt die Möglichkeit sich weiter zu entwickeln.

Dabei weist die Hausarztmedizin einige Besonderheiten auf, welche im bisherigen praktischen Medizincurriculum, das vorwiegend im stationären Bereich stattfindet, kaum berücksichtigt werden:

- die personenbezogene und ganzheitliche Betreuung von Patienten;
- die Langzeitbetreuung;
- die Primärversorgung;

- den Umgang mit nicht vorselektionierten Krankheitsbildern;
- die beschränkten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten;
- die Alleinverantwortung.

Einführungsgespräch

Die Tätigkeit des Lehrarztes beginnt mit einem ausführlichen Einführungsgespräch, das folgende Punkte umfasst:

- Vorstellung der Mitarbeiterinnen
- Klärung der Ansprechpartner im Team für die entsprechenden Fragestellungen
- Zuweisung des Platzes, an dem der Lehrpraktikant arbeiten wird
- Einführung in die sichere und korrekte Verwendung der vorhandenen technischen Einrichtungen
- Kurze Einführung in die Schwerpunkte und zeitliche Struktur der Praxis
- Umgang mit den Patienten
- Pflichten der Lehrpraktikanten, wie z.B. Verschwiegenheit, Rückmeldeverpflichtung
- Klärung der Eigenkompetenzen der Lehrpraktikanten, d.h. welche Handlungen sind untersagt und welche sind erlaubt
- Hinweise auf Gefahrenquellen

Zeiteinteilung

Jede Praxis hat eine andere zeitliche Struktur. Deshalb hat sich bewährt, schon am Beginn der Tätigkeit (z.B. mit Hilfe des Computers) einen Wochenstundenplan zu entwerfen, der den üblichen Ablauf der Praxis widerspiegelt (wann finden Visiten, Labor-, Vorsorgeuntersuchungen, Teambesprechungen, etc. statt).

In diesen Zeitplan wird der zeitliche Aufwand für die Arbeit mit dem Lehrpraktikanten integriert. Damit wird ein für alle transparenter zeitlicher Rahmen geschaffen, um mit den Lehrpraktikanten Patientinnen, Erlebtes, Theorie und Fragen besprechen zu können. Am Ende eines jeden Tages sind ein paar Minuten für eine kurze Reflexion und Rückmeldungen vorgesehen.

Insgesamt sollten dieses wenigstens 2 Stunden pro Woche umfassen und neben den oben genannten Inhalten auch die Diskussion von fachlichen Besonderheiten der Allgemeinmedizin beinhalten. Ebenfalls Teil dieses Lehrgesprächs ist eine längere Einheit zur Reflexion und Supervision am Ende der Arbeitswoche. Daraus könnte dann auch die Planung von Schwerpunkten für die folgende Woche resultieren.

Ganz wichtig ist es, gerade in der ersten Woche viele Bereiche zu zeigen und zu erklären und den Lehrpraktikanten unter Aufsicht vielfältig Hand anlegen zu lassen. So kann aus einem lernenden Zuschauer rasch ein handelnder Mitarbeiter werden, dem es Spaß macht, nützlich zu sein.

Im Echtbetrieb der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis müssen sich die Lehrpraktikanten recht unvermittelt in eine unbekannte Alltagsroutine eingliedern. Im Gegensatz zum Praktikumsbetrieb an den Universitätsinstituten und -kliniken, wo das „neue“ Curriculum nahezu ausschließlich Unterricht in Klein- oder größeren Gruppen kennt, steht man hier allein dem Praxisteam, den Patienten und deren Angehörigen gegenüber. Im besten Fall finden die LehrärztInnen rasch ihren Platz

und leisten in der ihnen zugeteilten Rolle einen positiven Beitrag zum Praxisablauf. Schade wäre es, wenn die LehrärztInnen keine klare Rolle erhalten, den Mitarbeitern im Weg stehen, in die Kommunikation mit den Patienten nicht eingebunden werden und auf diese Weise mehr Fremdkörper als Teil der Praxis sind.

Der Allgemeinarzt sieht viele verschiedene Problemstellungen (Krankheiten) an einem Menschen – Betreuung über den Lebenslängsschnitt; der Spezialist sieht eine spezielle Problemstellung, eine seltene definierte Krankheit an (möglichst) vielen verschiedenen Menschen.

Die Sozialmedizin („Public Health“) zielt auf Lebensumstände zur Gesunderhaltung von Bevölkerungen (Epidemiegesetze, Vorsorgeprogramme, Umweltfaktoren, Statistiken), Ziel ist, was gut für die Mehrheit ist.

Der Allgemeinarzt fokussiert auf das Individuum, hilft auszuwählen, was für den Einzelnen das Mögliche und das Beste unter gegebenen Umständen sein mag, koordiniert und optimiert eine Versorgung und Betreuung in dem Mikrokosmos (Bezirk, Gemeinde), in dem sie / er selbst lebt und zu Hause ist.

So sollen den Lehrpraktikanten die Unterschiede zwischen allgemeinmedizinischer Grundversorgung und klinischer spezialisierter Versorgung erlebbar und bewusst gemacht werden.

Das Lernziel für die LehrärztInnen umfasst mehrere zentrale Punkte:

An den Beginn gestellt sollte das Selbstverständnis allgemeinmedizinischen Handelns vermittelt werden als partnerschaftliche, patientenzentrierte, die bio-psycho-sozialen Zusammenhänge berücksichtigende Betreuung gesunder Ratsuchender und kranker Patientinnen.

Anamnese

• Der Erstkontakt

Erlebte Anamnese vor allem beim Hausbesuch

aus der Interaktion mit Begleitpersonen

durch das Mitleben im Wohnumfeld

erlebte Anamnese auch durch die jahrelange Begleitung als Mitglied des Systems des Patienten

• Zwischenanamnese

• Problemorientierte Anamnese

Diagnostik

Gesamtdiagnostik im Sinne von Michael Balint (sowohl Einbeziehung der horizontalen Vernetzung, als auch der Wechselwirkung Patient-Arzt, als auch der vertikalen zeitlichen Entwicklung des Krankheitsgeschehens)

Literatur: M. Balint „5 Minuten pro Patient“

Programmierte Diagnostik nach Braun

Literatur „programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin“,

Sammlung von Checklisten zu den häufigsten Beratungsursachen.

Problemorientierte Diagnostik bei entsprechender Indikation
Bei mehreren Problemen Erlernen der richtigen Reihung der Beratungsprobleme. Unter Umständen nach Einleitung erster absichernder diagnostischer Schritte (Röntgen, Kopfwehkalender, RR-Protokoll etc) Vereinbarung eines umfassenden Anamnese- und Diagnostetermins, z.B. im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung.

„Minimal“ Diagnostik

Bei vielen Beratungsursachen genügen oft Blickdiagnose oder Kurzaufklärung des Patienten, z.B. reaktiver Lymphknoten, Plantarwarzen etc

Maßnahmen, Therapie

- Akut

Was erfordert wirklich akute Sofort-Intervention (eigentlich wenige Krankheitsbilder, wenige Maßnahmen), rasches Erkennen der Grenzen der Machbarkeit und der Kompetenz erforderlich

- Kurzzeit

- Langzeit in der Ordination

Nicht nur die Compliance des Patienten ist gefragt, sondern besonders auch die Compliance des Ordinationsteams, z.B. sind in der Diabetesbetreuung qualitative Mindeststandards in der Kontrolle eindeutig Angelegenheit der Praxis (Prozess- und Strukturqualität)

- Beim Hausbesuch

Was der Patientin oder den Angehörigen überantwortet werden kann, muss jeweils individuell eingeschätzt werden

Wo sind meine Grenzen in der Diagnostik und Therapie außer Haus?

- Verordnungsgrundsätze in der Allgemeinmedizin

Compliance und Adherence

Verständlichkeit für den Patienten,

Patient empowerment

Wirksamkeit (educated guess)

Wechselwirkungen von Medikamenten

Nebenwirkungen von Medikamenten

Ärztliches Gespräch

Direktes Gespräch

Ein großer Teil verläuft nonverbal, Einfluss von Haltung, Setting, Zeitdruck

- Telefongespräch
- Grundregeln, einen Notruf aufzunehmen.
- Gespräche mit Dritten
- Die Würde der betroffenen Personen nicht verletzen
- Compliancevermittlung
- Eigene Vorstellungen des Patienten

Fachspezifische Begriffe und Arbeitsmethoden

Beratungsursache

Die offensichtliche Beratungsursache ist nicht immer der Grund, warum der Patient kommt. "Das Symptom als Eintrittskarte in die Konsultation": Oft kommt im Verlauf der Konsultation heraus, dass ein körperlich banales Symptom unbewusst angeboten wird, um die Ärztin und ihre Bereitschaft zu kommunizieren zu testen. Oft kommt der eigentliche Grund erst durch eine beiläufige Frage heraus, die der Patient erst stellt, nachdem er aufgestanden ist. Die erste Geste oder der erste Satz beim Eintritt weist auch oft auf die wahre Beratungsursache!

Beratungsergebnis (Diagnose, Klassifizierung)

Im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtungsweise ist es oft nicht eine Diagnose aus dem Lehrbuch, sondern ein psycho-somato-sozialer Komplex, eben ein vorläufiges Ergebnis, auf dem ein ebensolcher Maßnahmenkomplex zur Therapie aufbaut.

„Diagnose“ nach Prof. Braun:

- Symptom
- Symptomengruppe
- „Bild einer Krankheit“
- codierbare = bewiesene Diagnose

Abwartendes Offenlassen

Viele Beratungsergebnisse sind nicht wirklich bedrohlich. Selbstentwicklung oder Beeinflussung durch einzelne oft minimale therapeutische Maßnahmen führen auch oft zu einer Besserung. Dies beobachten und kontrollieren. Oft kristallisiert sich nach wenigen Tagen eine genauere Diagnose heraus (am ersten Tag eines Infektes ist selten eine exakte Diagnose möglich.).

Oft genügen nach kurzer Zeit nur wenige Laborwerte, was anfangs nur mit einem Gesamtlabor erreichbar schien.

„Der abwendbar gefährliche Verlauf“

Immer bewusst Alarmsignale für dramatische Verläufe suchen und als solche erkennen und ernst nehmen. Nötigenfalls kurzfristig und häufig kontrollieren (zB Verdacht auf Appendicitis).

Fälleverteilung

Das Häufige ist häufig, das Seltene ist selten!

Oft hilft die Epidemiologie weiter (saisonal, berufsgruppenspezifisch, altersgruppenspezifisch, intrafamiliär, Schule)

Bagatellerkrankungen und deren Problematik

Als solche dem Patienten erklären, aber dem Patienten auch Warnzeichen erklären, bei denen er sich wieder melden soll, da es dann keine Bagatelle mehr ist.

Verschiedene Möglichkeiten der Diagnostik (allgemeine und örtliche Routine, direkte Diagnostik, programmierte Diagnostik nach Braun, 5-Sinne-Diagnostik).

In der Ordination ist vieles möglich, aber vom Kassenvertrag her oft unrationell, zB 24-h-RR, Triglyceride. Beim Hausbesuch im Wesentlichen 5-Sinne-Diagnostik und (auch gelebte) Anamnese.

Therapeutische Maßnahmen ohne Diagnose

Prognostik

Vor allem das prognosebezogene Gespräch: Unmöglichkeit, in jedem Fall verbindliche Prognosen zu stellen; zu erwartende Veränderungen erklären und weitere Gespräche in der Folgezeit anbieten. Bedeutung der „Begleitung“ im Sinne der immer wieder neu bewertenden Langzeitbetreuung („Lebenslängsschnitt“).

Neben den theoretischen Aspekten der Arbeit in der Allgemeinmedizin ist das Ziel der Lehrpraxis das Erlernen der

Praxis der Allgemeinmedizin

Routine im Erheben der Anamnese

Am besten am Anfang strukturiert mit den Fragebögen, z.B. von Vorsorgeuntersuchung oder Versicherungsbefund etc.

Somatische Untersuchungen

Unbedingt persönliche Vorgangsweise erarbeiten und als Routine einlernen. Routinen helfen, Wesentliches nicht zu vergessen, auch wenn es gerade Stress von außen gibt oder ein Spezialproblem zusätzlich ansteht. Dabei auch das Procedere insofern überlegen, dass es die Würde des Patienten nicht verletzt. (Reihenfolge, Abschirmung nach außen, nicht unbeachtet sitzen lassen). Klare und deutliche Anweisungen, was die Patientin zu tun hat (jede Patientin ist unsicher oder hat Angst und ist über Führung erleichtert). Alles, was man am Patienten macht, kommentieren - was man macht, und auch zu welchem Ergebnis man kommt.

Physikalische Krankenuntersuchung

Ärztliche Eingriffe (Injektionen, Infusionen, Punktionen....)

- Die bestehenden Standards einhalten (Hygiene, Selbstschutz, Patientenschutz bei Allergien oder zB bei Marcoumarisierung, etc.)
- kleine chirurgische Eingriffe (Wundversorgung), Incision kleiner Abszesse
- Katheterismus, rektale Untersuchungen
- Assistieren und Routinen erarbeiten

Hausbesuche

Erkennen, welche Dringlichkeit oder Wertigkeit ein Hausbesuch hat. Evtl. erarbeiten, wann nicht transportfähig, wann psychosozial, wann Service.

Der dringliche Hausbesuch

Was ist an akuter erweiterter Diagnostik möglich (Klein EKG etc), notfallsmäßige Therapie zur Stabilisierung der Situation. Alle wichtigen Telefonnummern griffbereit haben.

Gesprächsführung am Telefon bei Berufung

Besprechen der Beurteilung der Dringlichkeit („Telefontriage“)

Aufgaben der Ordinationshilfe erkunden. Erkennen lernen, dass im speziellen Setting der Anmeldung andere Kommunikationsebenen zum Tragen kommen als im Sprechzimmer des Arztes.

Vorbereitung, Arzttasche, Ausrüstung
Kofferkontrolle anhand der Liste im Ordinationshandbuch

Beurteilung, Begutachtung

- Arbeitsfähigkeit
- Berufs-, Erwerbsfähigkeit
- Kuransuchen, Pflegegeld
- Berufskrankheiten
- Pflegeurlaub
- Eignung für Sportwettkämpfe
- Eignung für Berufstätigkeit
- Reise- und Flugtauglichkeit
- Präoperative Untersuchung

Arzt-Patient-Beziehung

Zur Beurteilung dieser Interaktion und dieses Behandlungsvertrages gehört immer die Einbeziehung der Persönlichkeit des Patienten und der Persönlichkeit der Ärztin.

Auch einmal überlegen, ob zwei Subjekte miteinander partnerschaftlich kommunizieren, oder der Patient Objekt ärztlichen Handelns ist. Oder die Ärztin Objekt der Begehrlichkeit oder Hilflosigkeit des Patienten.

Warum kommt die Patientin gerade heute zum Arzt?

Meist nicht wegen der dringenden Aktualität des Leidens (damit oft nur 5-8 Patienten pro Tag), sondern wegen anderer Umstände, die ein Leiden zu Bewusstsein brachten. Der graue, fade Sonntag, das Nörgeln des Lebenspartners, der Krebs-Tod eines Bekannten, Krankheitsgewinn gegen die Missachtung in der Umgebung, und Ähnliches

In komplizierten Fällen sollte nicht nur immer der Auftrag an den Arzt geklärt, sondern auch an einen möglichen Krankheitsgewinn gedacht werden.

Auswirkungen der Krankheit auf den Lebensraum und die Familie des Patienten durchleuchten.

Die Gesprächsbalance reflektieren: Wer führt das Gespräch, welche Körpersignale fallen auf?

Vorsorgemedizin und hausärztliche Gesundheitsförderung

Vorsorgeuntersuchung

Problematik des schmalen Programms im Gegensatz zur Erwartung der Patientin.

Was ist Aufgabe eines standardisierten Minimalscreenings?

Vorgehen bei Verdachtsfällen

Wer ist weiter zu überweisen, was ist eigene Kompetenz?

Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

Interne MKP-Untersuchung als Problemscreening von Frauen nutzen, die oft lange bei keinem Arzt waren; Gelegenheit schwangerschaftsbezogen zu beraten.

Dabei bieten sich häufig Kontaktgelegenheiten mit Migrantinnen (Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsprobleme).

Impfungen

Das Impfschema entspricht dem Österreichischen Impfplan nach Maßgabe der Machbarkeit in der Praxis.

Beratendes Gespräch

Vielfach beziehen sich beratende Gespräche nicht auf kurative Medizin, sondern dehnen sich auf den psychosozialen Bereich aus.

Beispiele:

- Operation oder nicht
- Stillberatung
- Beratung bei Belastungen am Arbeitsplatz
- Reisevorbereitungen
- Betreuung von Schwangeren, somatisch und psychisch
- Familienplanung
- Konfliktlösungen anbieten, Verhütungsmethoden abwägen
- Diätetik

v.a. Beratung, an wen man sich wenden kann

Spezielle Schwerpunkte in der Praxis

In jeder allgemeinmedizinischen Praxis, insbesondere auch in Gruppenpraxen gibt es speziell auch an den Interessen der PraxisleitInnen orientierte Schwerpunkte. Ein solcher Schwerpunkt ist in der Gruppenpraxis die Betreuung von Substanzabhängigen Patienten im Rahmen des Substitutionsprogrammes, die Betreuung von Patienten im Rahmen des Diabetikerbetreuungsprogrammes „Therapie aktiv“, die Betreuung von PatientInnen im Rahmen des Programms „Alkohol 2020“ sowie der Versorgung von chronischen Wunden durch ein entsprechend geschultes diplomiertes Personal.

Hausarztwesen und Familienmedizin

Unter diesem Begriff sammelt sich alles, was mit Gesundheitsstörungen zu tun hat, die durch die Interaktion in der Familie und deren Vorgeschichte beeinflusst werden können. Das beginnt beim Auftreten mehrerer Krankheitsfälle in einer Familie und wie dieses Problem gelöst wird und endet bei chronischer Krankheit und Tod und wie die Familie damit umgeht. Soziale und psychische Faktoren beeinflussen den Umgang mit Krankheit und Progredienz des Heilungsprozesses, aber auch die weitere Entwicklung.

Systemischer Ansatz der Allgemeinmedizin: Wir sind Teil des Systems der Patientin. Dies können wir nutzen, aber dies kann uns auch gefährden. Wo sind die Grenzen, wo ist die Eigenverantwortlichkeit der Patientin?

In manchen Situationen ist der „family doctor“ auch Begleiter und Berater des ganzen Systems. Z.B. bei der Sterbebegleitung: Mitglieder der Familie müssen lernen, damit umzugehen, manche brauchen mehr Hilfe, manche weniger. Arzt und Ärztin sind vertraute Wegweiser und Begleiter.

Nachsorgemedizin

Die HausärztInnen ist zunächst Zuweiser, Überwacher der Kontrollen und Alarmierer bei Verschlechterungen.

In der zweiten Phase sind sie Interpreten der Aussagen der Klinik und BeraterInnen und Motoren für ergänzende und begleitende Maßnahmen. Sie gebengibt Entscheidungshilfen bei „Zweitmeinungen“.

Schließlich werden sie oft alleinige AnsprechpartnerInnen und führen aktiv die palliative Therapie bis hin zur Sterbebegleitung.

Notfälle

Erstversorgung von lebensbedrohlichen Zuständen

unter den eingeschränkten Möglichkeiten eine allgemeinmedizinischen Gruppenpraxis

- Schockbekämpfung allgemein
- Erstversorgung von Verletzungen
- Krisenintervention

Koordination und Integration

Fachärzte, Krankenhäuser, Universitätskliniken

Kommunikationsprobleme ergeben sich aus zeitlichen Zwängen (Vormittag ist Visite, nachmittags sind wir auf Hausbesuch), sprachlichen Barrieren (v.a. Insider-Abkürzungen wie ACBG), Unleserlichkeit, verzögerter Befundweitergabe oder auch einfach Unhöflichkeit.

Krankentransportwesen

Apotheken

Laborgemeinschaften und Großlabors

PhysiotherapeutInnen

NachbarkollegInnen

Sozialversicherung

Feststellung des korrekten sozialversicherrechtlichen Status

Einerseits die Interessen der Krankenkasse wahren (Ökonomie, Krankenstände), andererseits Anwalt der Patienten sein gegenüber möglichen Schikanen der Kassenbürokratie.

Soziale Einrichtungen, Heil- und Gesundheitsberufe

Bescheid wissen über Selbsthilfegruppen, psychosoziale Zentren, Möglichkeiten von Pfarre, Sozialamt und Gemeinde.

Hauskrankenbetreuung, Hauskrankenpflege

Die „Rendezvousvisite“ als persönliche Zusammenarbeit mit der Hauskrankenpflege und die schriftliche Pflegedokumentation und Arztdokumentation als Mitteilungsweg an den Tagen dazwischen.

Organisation und Rahmenbedingungen

Praxisorganisation

Jede Praxis hat ihre unverwechselbare Struktur (wie viele Mitarbeiterinnen, Ehepartner als Mitarbeiter, Bestellsystem versus offenes System, Öffnungszeiten, Bereitschaftsdienste, Praxisschwerpunkte etc.)

Dokumentation

Umgang mit modernen elektronischen Karteisystemen

Karteiführung (Inhalte, Aufgliederung nach Fachgebieten, Filterfunktionen)

Möglichst alle Handlungsabläufe sind zu dokumentieren (oft Anfragen nach längerer Zeit; z.B. ABS-Kontrolle)

Insbesondere Impfdokumentation, da bei den Patientinnen unvollständig.

Betrieb, Möglichkeiten und datenschutzrechtlich korrekter Einsatz der ELGA

Ökonomisches Denken und Handeln

- Einsatz von Generika
- Abwägung, welcher diagnostischer Aufwand sinnvoll ist
- Keine planlosen Laborblöcke
- Qualitätssicherung
- ÖQ-Med, Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität
- Lebenslange Fortbildung
- EDV in der Praxis
- Der Qualitätszirkel (=Intervision)

Abschließend sei darauf hingewiesen, daß bei all den Prozessen im Laufe einer Lehrpraxis im guten Regelfall immer beide, der Lehrenden und die Lernenden profitieren. Die Lehrpraxis Medizin Mariahilf /Dr.Franz Mayrhofer hat in den vergangenen 20 Jahren zahlreichen Turnusärzten ausgebildet, und es war ohne Ausnahme immer für alle Beteiligten, Lehrende, Lernende, das Praxisteam und auch die PatientInnen eine durch und durch positive, wertvolle und schöne Zeit.

Dr. Fabienne Lamel