



FORTBILDUNG LEHRPRAXIS

Seminar „Train the trainer“

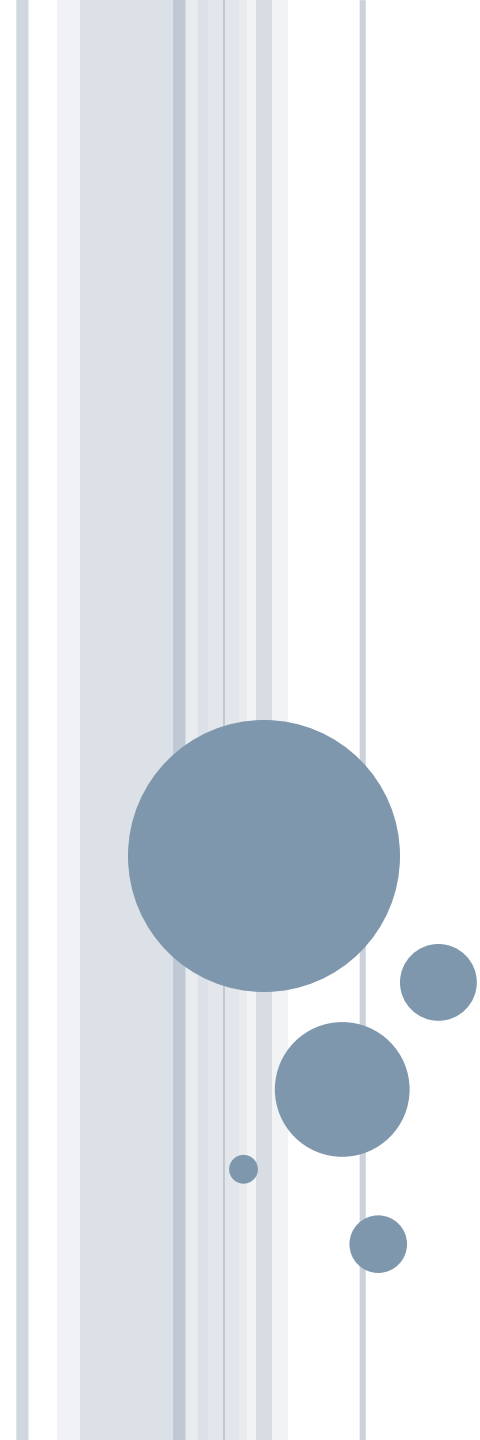
Anleitung für Lehrpraxisinhaber/innen

GENDERUNG

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wurde auf eine Genderung verzichtet, in der Folge sind immer beide Geschlechter angesprochen.

AUSBILDUNGSKONZEPT FÜR ALLGEMEINMEDIZINISCHE LEHRPRAXISLEITER

- Grundsätze der allgemeinmedizinischen postgradualen Lehrpraxis
- Didaktische Methoden
- Rasterzeugnis und Umsetzung der allgemeinmedizinischen Arbeitsaufträge im Rasterzeugnis über EPA (Entrustable Professional Activities)
- Toolbox



**GRUNDSÄTZE DER ALLGEMEIN-
MEDIZINISCHEN,
POSTGRADUALEN LEHRPRAXIS**

GRUNDSÄTZE: KOMPETENZERWERB AM ORT DER SPÄTEREN BERUFS AUSÜBUNG

- Seit 2015 ist am Ende der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin die postgraduale, allgemeinmedizinische **Lehrpraxis verpflichtend** vorgesehen. Eine Vertiefung, Erweiterung, Erneuerung von bestehendem Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die im stationären Bereich erworben wurden, soll hier erfolgen.
- Ziel ist der Erwerb von spezifischen, für die Allgemeinmedizin gültigen **Kenntnissen, Erfahrungen, Fertigkeiten** bzw. der Erwerb von Kompetenzen, die für die Ausübung des Berufes „Arzt für Allgemeinmedizin“ im niedergelassenen Bereich in Österreich notwendig sind.
- Die Inhalte, die zur Bewältigung der sachlichen Aspekte der beruflichen Tätigkeit erforderlich sind, wurden im **Rasterzeugnis** definiert.

GRUNDSÄTZE: KOMPETENZERWERB AM ORT DER SPÄTEREN BERUFSAUSÜBUNG

- Zusätzlich hat die/der
Ausbildungsverantwortliche darauf zu achten,
dass die Turnusärzte auch in folgenden
ärztlichen Rollenaspekten gefördert werden
(siehe „Didaktische Methoden / Medical Expert):
 - a) **Kommunikation** (Communicator)
 - b) **Zusammenarbeit** (Collaborator)
 - c) Fähigkeit für ein lebenslanges **Lernen** (Scholar)
 - d) Bereitschaft, als **Fürsprecher** des Patienten einzustehen (Health Advocate)
 - e) ethische ärztliche **Haltung** (Professional)
 - f) **Management** (Manager)

GRUNDSÄTZE: BESONDERHEITEN DER AUSBILDUNG AM ENDE DER AUSBILDUNGSZEIT

- Die erste Erwerbstätigkeit haben die in Ausbildung stehenden jungen Ärztinnen und Ärzte bereits hinter sich, zwei abgeschlossene Bildungsphasen sind vorhanden. Ein starker Wunsch nach selbstgesteuertem Lernen ist vorhanden, ebenso der **Wunsch, eigene Erfahrungen in den Lernprozess einzubringen**.
- Ein großer Lernwille ist anzunehmen, da es darum geht, Probleme des zukünftigen eigenverantwortlichen Alltags lösen zu können.

GRUNDSÄTZE: BESONDERHEITEN DER AUSBILDUNG AM ENDE DER AUSBILDUNGSZEIT

- Die Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin sollen die **Vielfalt der Probleme der medizinischen Grundversorgung** erleben: Prävention, Früherkennung, Gesundheitsförderung, Erstkontakte aller Art, Notfallmanagement, undifferenzierte Symptome, komplexe Situationen, psychosoziale Aspekte, psychische Erkrankungen, chronische Erkrankungen, Co-Morbiditäten, Palliativmedizin, Koordination, Weiterleitung, Einbeziehung anderer Gesundheitsdienstleister, Schnittstellenmanagement, personenorientierte Medizin, kontinuierliche Arzt-Patienten-Beziehung, Praxisteamführung, wirtschaftliche Praxisorganisation.

GRUNDSÄTZE: BESONDERHEITEN DER AUSBILDUNG AM ENDE DER AUSBILDUNGSZEIT

- Diese **Fülle an Inhalten** soll in der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis möglichst systematisch vermittelt werden. Die Entwicklung von emotionaler Kontrolle, von Einstellungen und Verhalten sollen zusammen mit Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten als Basis für Effektivität und Effizienz des späteren Handelns stattfinden.

GRUNDSÄTZE: VORURTEILE GEGENÜBER DER ALLGEMEINMEDIZIN

- Einige **Vorurteile** der Lehrpraktikanten gegenüber der Allgemeinmedizin, die häufig im stationären Bereich hinsichtlich der Arbeit in der medizinischen Grundversorgung bestehen, sind zu überwinden. Dies betrifft z.B. den **„Mangel an Komplexität“**, **„nur Ort der Erstversorgung“** oder **„Allgemeinmedizin ist nur eine eingeschränkte Summe der anderen Fächer“**

GRUNDSÄTZE: VORURTEILE GEGENÜBER DER ALLGEMEINMEDIZIN

- Bezüglich des Vorurteils „**Mangel an Komplexität**“ kann in der Realität der allgemeinmedizinischen Praxis ein rascher Wechsel der Komplexität erlebt werden, auf den angemessen reagiert werden muss. Eines der Lernziele ist, dass die am Einzelfall erlebten Vorgehensweisen im komplexen Handlungsbereich auf eine Problemvielfalt übertragen werden können.

GRUNDSÄTZE: VORURTEILE GEGENÜBER DER ALLGEMEINMEDIZIN

- Bezüglich des Vorurteils „**Hauptarbeitsfeld sind Erstkontakte, Erstversorgung**“ zeigt sich in der Praxiswirklichkeit die Bedeutung der kontinuierlichen Versorgung auf Grundlage einer kontinuierlichen Beziehung. Probleme der Nachbetreuung, der Simultanbetreuung mit anderen Berufsgruppen, der Erkennung und Behandlung von Lebensstilrisiken, der Sekundärprävention und Tertiärprävention werden als wesentlicher Teil der täglichen Arbeit erkannt.

GRUNDSÄTZE: KOMPETENZERWERB AM ORT DER SPÄTEREN BERUFSAUSÜBUNG

- Bezüglich des Vorurteils „**Allgemeinmedizin ist nur die eingeschränkte Summe anderer medizinischer Fächer**“ wird in der Lehrpraxis nun Allgemeinmedizin mit ihren eigenen Methoden kennengelernt. Dazu gehört eine allumfassende Sichtweise, die Krankheitserkennung bei früher und undifferenzierter Ausprägung, der Umgang mit Unsicherheit, das abwartende Offenlassen, die Bedachtnahme auf den abwendbar gefährlichen Verlauf, die partizipative Entscheidungsfindung mit Diskussion der Risiken und Nebenwirkungen des diagnostischen / therapeutischen Prozesses, die simultane Zuwendung zu einer Vielfalt von Beratungsanlässen, die strukturierte, geplante Langzeitbetreuung.

GRUNDSÄTZE: DEFINITION DES AUFGABENGEBIETES AAM IN DER ÄAO 2015

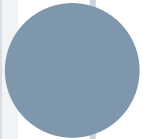
- Das Aufgabengebiet des Arztes für Allgemeinmedizin umfasst die medizinische Betreuung des gesamten menschlichen Lebensbereiches, insbesondere die diesbezügliche Gesundheitsförderung, Krankheitserkennung und Krankenbehandlung aller Personen, unabhängig von Alter, Geschlecht und Art der Gesundheitsstörung. Die wesentlichen Aufgaben der Ärztin für Allgemeinmedizin/des Arztes für Allgemeinmedizin liegen in der
 - Gesundheitsförderung, –vorsorge und Krankheitsnachsorge
 - patientenorientierten Früherkennung von Krankheiten
 - Diagnostik und Behandlung jeder Art von Erkrankungen
 - Behandlung lebensbedrohlicher Zustände
 - allgemeinmedizinischen Betreuung beeinträchtigter, chronisch kranker und alter Menschen
 - Diagnostik und Behandlung von milieubedingten Schäden
 - Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen
 - Integration der medizinischen, sozialen und psychischen Hilfen für die Patienten
 - Zusammenarbeit mit Fachärzten, Angehörigen anderer Gesundheitsberufe und mit Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere Krankenanstalten

GRUNDSÄTZE: ALLGEMEINE PRINZIPIEN DER AUSBILDUNG

- Die Lerninhalte, Lernprozesse und Lernbedingungen müssen dem zukünftigen Berufsfeld entsprechen. Die didaktischen Prinzipien des Erwachsenenlernens müssen gewährleistet sein. Die ausgelösten intellektuellen und emotionalen Veränderungen müssen reflektierend begleitet werden. Strategisches Denken statt bloßer Handlungsmuster muss erlernt werden.
- Der Kompetenzerwerb muss für eine Fallvielfalt gültig sein.
- Ein darüber hinaus gehendes Ziel der Ausbildung ist die Vermittlung von „Professionalität“, worunter zusammen mit der medizinischen Expertise ein auf vier Hauptkategorien aufbauendes Berufsethos zu verstehen ist:
 - 1. Verantwortung gegenüber sich selbst
 - 2. Verantwortung gegenüber dem Patienten
 - 3. Verantwortung gegenüber anderen an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen
 - 4. Verantwortung gegenüber der Gesellschaft.

GRUNDSÄTZE: ALLGEMEINE PRINZIPIEN DER AUSBILDUNG

- Das gemeinsame Verständnis von „Professionalität“ zwischen Lehrpraktikanten und Lehrendem im Fach „Allgemeinmedizin“ gründet auf anerkannten Theorien des Faches bzw. der Kenntnis der von der Berufsgruppe anerkannten Modelle professionellen Handelns. Dies bedingt auch die Anerkennung definierter Alltagsroutinen im medizinisch fachlichen, ethischen und gesellschaftlichen Bereich. Letzteres beinhaltet auch die Bedingungen der Arbeit im Sozialversicherungssystem bzw. im Gesundheitssystem als Ganzem.



DIDAKTISCHE METHODEN

DIDAKTISCHE METHODEN

- EPA – Konzept (Entrustable Professional Activities)
„Anvertraubare fachspezifische Tätigkeiten“
- Cognitive Apprenticeship
- Dreyfus Modell
- Phasen der Lehrpraxiszeit
- Kommunikation in der Triade

DIDAKTISCHE METHODEN:

EPA - KONZEPT

- Eine auf dem Rasterzeugnis beruhende Liste von Entrustable Professional Activities (**EPA**) soll die Vermittlung der Inhalte erleichtern und die Evaluation der Lernfortschritte bzw. Erreichung der jeweiligen Kompetenz ermöglichen. Die Liste wurde über die Definition von Arbeitspaketen für allgemeinmedizinische Leistungen erstellt (Beispiele folgen).
- Die Pakete sollen für den Alltag Bedeutung haben bzw. für die Erfüllung der Aufgaben der allgemeinmedizinischen Praxis wichtig sein.
- Mehrere Kompetenzen sind in einem Leistungspaket zusammengefasst.

DIDAKTISCHE METHODEN: COGNITIVE APPRENTICESHIP

- Die Pakete werden über das Cognitive Apprenticeship Modell vermittelt.
- Endziel ist die Feststellung des begründeten Vertrauens des Lehrpraxisleiters in den Praktikanten, dass eine Aufgabe selbständig und ohne Supervision durchgeführt werden kann.

DIDAKTISCHE METHODEN: COGNITIVE APPRENTICESHIP

- Cognitive Apprenticeship ist eine Methode des kompetenzorientierten Unterrichts speziell für die Situation eines Meister-Lehrlings-Verhältnisses.
- Dem Lernenden werden Wissen und Handlungskompetenzen über ein Stufenmodell vermittelt.
- Von anfänglicher Fremdsteuerung soll in Lehrschritten zu immer mehr Selbststeuerung hingeführt werden.

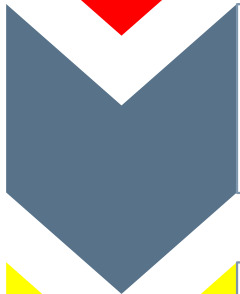
DIDAKTISCHE METHODEN: COGNITIVE APPRENTICESHIP

- Die Arbeitsschritte im Rahmen einer praktischen Lehre sind klar durch Handlungsfolgen ersichtlich. Der Auszubildende sieht jeden einzelnen Arbeitsschritt auf dem Weg zum Endprodukt und erkennt dessen Bedeutung für die Fertigstellung. Durch diese Einsicht über die Bedeutung der Teilschritte sind diese für den Lerner logisch und können ohne Probleme nachvollzogen und abgespeichert werden, so dass er allmählich in der Lage ist, sie eigenständig auszuführen. Beim didaktischen Modell des Cognitive Apprenticeship wird also in der Regel eine praxisorientierte Problemsituation vorgegeben und die Lernenden sollen nach anfänglichen Hilfestellungen immer mehr Selbstständigkeit erreichen.

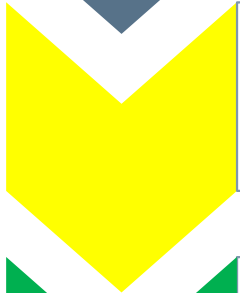
DIDAKTISCHE METHODEN: COGNITIVE APPRENTICESHIP



- Modelling / Formen



- Coaching / Fördern



- Scaffolding /
Unterstützen



- Fading / Zurückziehen

DIDAKTISCHE METHODEN: COGNITIVE APPRENTICESHIP

◎ **Stufe 1: Modelling / Formen**

Der Lehrende wählt ein geeignetes Beispiel für Transfer von Wissen zum Handeln, von Denken zum Tun, von Theorie zur Praxis, wählt dann ein Modell, das auch für andere Situationen gilt, führt vor und beschreibt, macht sein implizites Wissen explicit, zerlegt in lehrbare Teile und erklärt die einzelnen Arbeitsschritte.

Wichtig sind während der Demonstration die Grundfragen der Qualitätssicherung: 1. Wie machen wir es? 2. Warum machen wir es so? 3. Ist es gut so, wie wir es machen?

DIDAKTISCHE METHODEN: COGNITIVE APPRENTICESHIP

○ **Stufe 2: Coaching / Fördern**

Das Vorwissen von Turnusärztin/Turnusarzt wird zum Gerüstaufbau verwendet, der Lehrende bahnt die Anwendung des theoretischen Wissens.

Eindeutige Anleitungen werden bereitgestellt. Die Erwähnung alternativer Lösungsmöglichkeiten erhöht die Transferwahrscheinlichkeit. Anhand bewährter Vorgehensweisen wird dem Lernenden gezeigt, worauf es bei der Erfüllung einer gestellten Aufgabe ankommt und auf welche Kriterien besonders viel Wert gelegt wird. Der heuristische Zugang der Allgemeinmedizin (die Kunst mit begrenztem Wissen und Zeitbudget zu Aussagen mit großem Wahrscheinlichkeitsgehalt zu kommen) wird hier automatisch zum Thema.

DIDAKTISCHE METHODEN: COGNITIVE APPRENTICESHIP

○ **Stufe 3: Scaffolding / Unterstützen**

Der Lernende agiert und berichtet, beim Berichten entsteht aus Handlungserfahrung Wissen durch Reflexion, Wissen „über die Praxis“ wird zum Wissen „aus der Praxis“. Wöchentliche Überblicksgespräche sichern den Lernfortschritt hinsichtlich des Gesamtziels und weisen auf offene Lernbedürfnisse bzw. Lernnotwendigkeiten hin.

DIDAKTISCHE METHODEN: COGNITIVE APPRENTICESHIP

○ **Stufe 4: Fading / Zurückziehen**

Der Lehrende zieht sich zurück, die Rolle des Lernenden nimmt an Bedeutung zu, Instruktionen werden spärlicher, die kontrollierende Beobachtung wird wichtiger. Ziel dieser Phase ist, dass der Lernende seinen Lernprozess reflektiert und diesen zunehmend selbstständig fortsetzt.

DIDAKTISCHE METHODEN: COGNITIVE APPRENTICESHIP

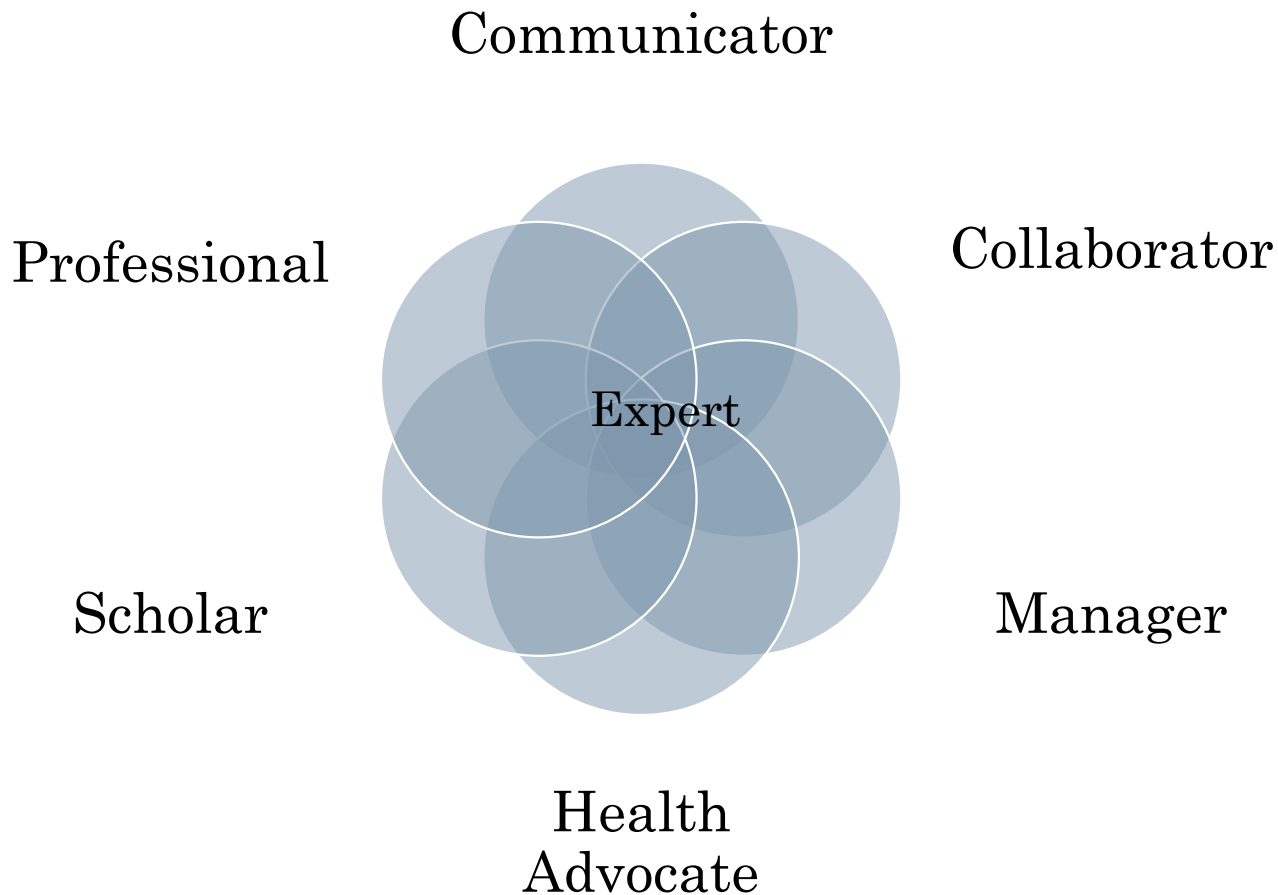
- Drei Grundprinzipien gelten für die Cognitive Apprenticeship Methode:
 1. Wiederholte Darstellung des Gesamtkonzepts im Bezug zu untergeordneten Zielen
 2. Zunehmende Differenzierung (zuerst allgemein, dann speziell)
 3. Zunehmende Steigerung der Komplexität (abhängig von Vorwissen und bereits erworbenen Fähigkeiten)

DIDAKTISCHE METHODEN:

MEDICAL EXPERT

- Medizinisches Wissen alleine macht den Patienten noch nicht gesund – es muss klug angewendet und gut mit dem Patienten kommuniziert werden.
- Es kommen also noch weitere wichtige Funktionen hinzu, die von hoher Bedeutung sind, um ein guter Arzt bzw. eine gute Ärztin zu sein: Kompetenzen im Bereich **Kommunikation** (Communicator), **Zusammenarbeit** (Collaborator), Fähigkeit für ein **lebenslanges Lernen** (Scholar), die Bereitschaft, als **Fürsprecher** des Patienten einzustehen (Health Advocate) und eine ethisch hochstehende **ärztliche Haltung** (Professional) sind ebenso wichtig für einen echten medizinischen Experten wie die Fähigkeit für ein gutes **Management** (Manager).
- Unter http://www.am.med.tum.de/sites/www.am.med.tum.de/files/Canmeds_German%20Version.pdf finden Sie mehr Information zu diesem Konzept.

DIDAKTISCHE METHODEN: MEDICAL EXPERT

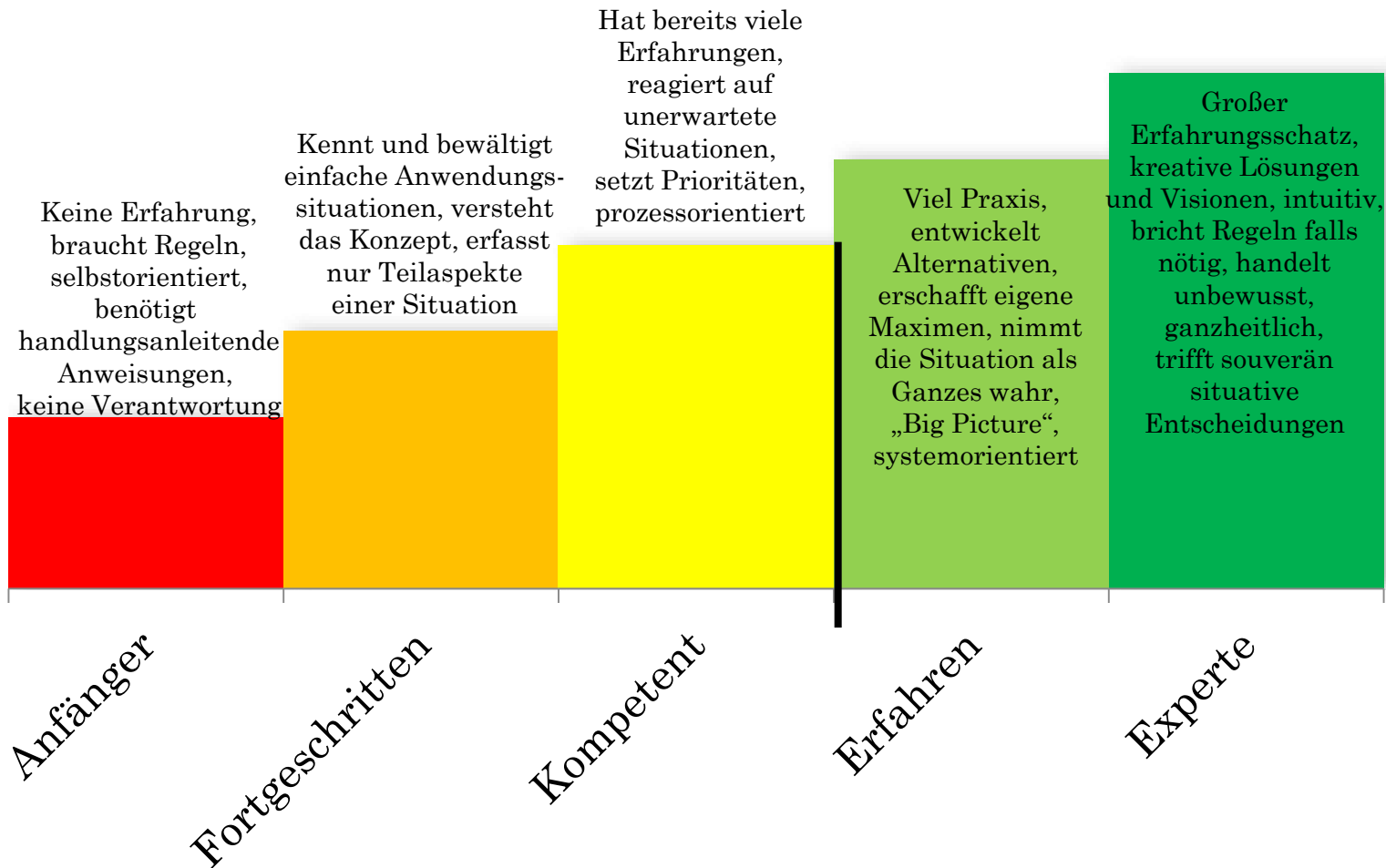


DIDAKTISCHE METHODEN:

DREYFUS MODELL

- Für die Beurteilung der Fortschritte des Lernenden durch den Lehrenden eignet sich die Anwendung des Dreyfus Modells.
- In insgesamt fünf Kompetenzstufen wird der Auszubildende vom „Anfänger“ zum „Experten“
- Aufgabe der verpflichtenden Lehrpraxis ist es, die Lernenden bis zur Stufe drei „kompetent“ zu führen und somit bis zum Ende jener Phase, in der eigenständiges Arbeiten unter Aufsicht auf Abruf (stand by) gewährleistet sein muss.

DIDAKTISCHE METHODEN: DREYFUS MODELL



DIDAKTISCHE METHODEN: PHASEN DER LEHRPRAXISZEIT

- PHASE 1: Kennenlernen, beobachten, initiales Assessment
- PHASE 2: Zunehmende Verantwortlichkeit unter ständiger Supervision
- PHASE 3: Übung unter Kontrolle

DIDAKTISCHE METHODEN:

PHASE 1

- Beobachtung, strukturierte Einführung
Praxisablauf, Fokus **Unterstützungsprozesse**
 - Terminmanagement, Dringlichkeitsbeurteilung, Telefonarbeit, Vorbereitung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, Dokumentation, Hygiene
- Beobachtung, Beschreibung Besonderheiten der jeweiligen Praxisführung, Fokus **Kernprozesse**
 - Arzt-Patienten-Interaktion, diagnostische und therapeutische Maßnahmen, Umgang mit EKO, Medikamentenpläne, Überweisungen, Einweisungen
 - Unterschiede intra- und extramural

DIDAKTISCHE METHODEN:

ACHTSAMKEIT PHASE 1

- CAVE: Bevormundung, Über- und Unterforderung, Unterscheidung des universitären und postgraduellen Ausbildungslevel, Respekt vor bereits erworbenem Wissen, Kompetenzen und Fertigkeiten
- Modelling: Vorleben und Vorführen, Konzentration auf Einzelaufgaben und einzelne Perspektiven (Arzt, Patient, Ordinationsteam)
- Coaching: Anleitung und Unterstützung, Übergang in den Rollentausch, Fallvorbereitung und – nachbereitung

DIDAKTISCHE METHODEN:

PHASE 2

- Zunehmende Verantwortlichkeit unter ständiger Supervision.
- Patientengespräche und Untersuchungen in zunehmender Verantwortlichkeit mit gemeinsamer Besprechung.
- Hinführung von wenig komplexen zu komplexeren Fällen unter Voraussetzung einer ausreichenden Reflexionszeit. Zunehmend wird Kompetenz auch bei Führungsprozessen erworben.

DIDAKTISCHE METHODEN:

ACHTSAMKEIT PHASE 2

- Wechselnder Fokus auf Krankheitsentität (z.B. Diabetes, Hypertonie, KHK...)
- Reflexion der Grundfragen, die beim jeweiligen Beratungsanlass nicht vergessen werden sollten
- Hinweise auf abwartendes Offenlassen der Diagnose und abwendbar gefährliche Verläufe
- Ausreichende Reflexionszeit
- Schutz der Patienten – Patientensicherheit
- Modelling, Coaching, Scaffolding in Abhängigkeit vom Thema

DIDAKTISCHE METHODEN:

PHASE 3

- Übung unter Supervision
- Selbständige Sprechstunde mit Bericht über Fall, Probleme, Entscheidungen
- Erfahrungen und Hinweise auf die Grundsätze der hausärztlichen Arbeitsmethodik werden ausgetauscht
- Möglichkeit der Rückfrage zur Absicherung ist immer vorhanden
- Lernen und Üben mit dem Ziel der kassenärztlichen Wirksamkeit
- Selbstständige, didaktisch und inhaltlich vorbereitete Hausbesuche folgen mit Fokus auch auf Interaktion mit anderen Gesundheitsberufen und Angehörigen

DIDAKTISCHE METHODEN:

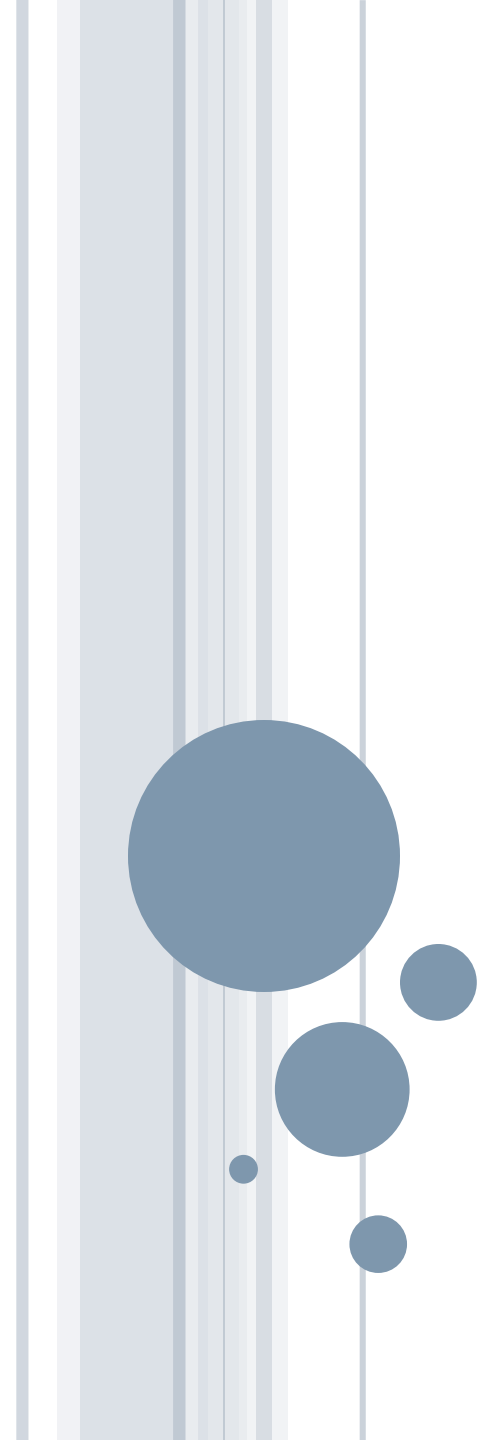
ACHTSAMKEIT PHASE 3

- Sicherheit ist ein zentraler Inhalt angesichts berufsimmanenter Unsicherheit
- Überlegte, allmähliche Hinführung zu komplexeren Situationen mit eigenen Entscheidungen und anschließender Besprechung ohne Über- und Unterforderung
- Begleitende Evaluierung der EPAs
- Begleitende Evaluierung der Sicherheit und Unsicherheit bei einzelnen Krankheitsentitäten
- Ziel: Dreyfus Modell Level 3

DIDAKTISCHE METHODEN:

LEHRPRAXISTRIADE

- Die Erweiterung der Dyade Arzt - Patient zur Triade enthält Risiko und Chancen im Bereich Intimität, Verschwiegenheit und jenen Inhalten, die öffentlich schwer anzusprechen sind (Tabuthemen)
- Achtsamkeit auf Patientenwünsche nach eine Vier-Augen-Gespräch im Vorfeld sind wichtig
- Die Reflexion der emotionellen Anteile der Konsultation sollte mit Rücksicht auf die Komplexität der psychodynamischen Interaktion zwischen allen Beteiligten stufenweise erfolgen



**RASTERZEUGNIS LEHRPRAXIS
UND EPA (ENTRUSTABLE
PROFESSIONAL ACTIVITIES)**

RASTERZEUGNIS

ALLGEMEINMEDIZINISCHE LEHRPRAXIS

Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten

1. Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Praxisorganisation einer allgemeinmedizinischen Praxis oder Gruppenpraxis:

- 1.1 Organisation der PatientInnenkontakte derart, dass sowohl kurzfristige Kontakte bei unselektierten Problemen als auch geplante Kontakte bei chronischen Erkrankungen möglich sind
- 1.2 Umgang mit zeitgemäßer, praxisrelevanter Informationstechnologie
- 1.3 Mitarbeiterorganisation
- 1.4 praxisorientiertes Qualitätsmanagement und Hygiene
- 1.5 Dokumentation von Befunden, Befundverfolgung, Recall
- 1.6 ärztliches Berichtswesen
- 1.7 Vorratshaltung von Hilfsmitteln und Medikamenten
- 1.8 Organisation der Betreuung rund um die Uhr bzw. von Nacht- und Wochenenddiensten
- 1.9 Organisation der interdisziplinären/multiprofessionellen Zusammenarbeit
- 1.10 Organisation von Unterbringung bei Fremd-/Selbstgefährdung

RASTERZEUGNIS

ALLGEMEINMEDIZINISCHE LEHRPRAXIS

2. Fertigkeiten in der hausarztspezifischen Kommunikation:

- 2.1 ärztliches Routinegespräch mit Patientinnen und Patienten zentriertem Ansatz
- 2.2 diagnostisches und therapeutisches Gespräch unter Verwendung des biopsychosozialen Modells unter Einbeziehung kultureller und existenzieller Aspekte
- 2.3 Aufklärungsgespräch
- 2.4 Angehörigengespräch
- 2.5 telefonische Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Dritten
- 2.6 Gesundheitsberatung

RASTERZEUGNIS

ALLGEMEINMEDIZINISCHE LEHRPRAXIS

3. Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der allgemeinmedizinischen Diagnostik:

- 3.1 Früherkennung von Gesundheitsstörungen
- 3.2 Diagnostik bei Akut- und Notfällen
- 3.3 Assessment bei chronischen Erkrankungen und im geriatrischen Bereich
- 3.4 diagnostische Einbeziehung des sozialen Umfeldes
- 3.5 Erkennung arbeits- und umweltbedingter Faktoren
- 3.6 Indikationsstellung und Bewertung von Laboruntersuchungen, Methodik und Durchführung des Basislabors
- 3.7 sachgerechte Probenbehandlung von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen sowie Einordnung der Befunde in das Krankheitsbild
- 3.8 Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung apparativer Diagnostik in der Allgemeinmedizin wie Ruhe-EKG, kleine Spirometrie, Mini-Doppler-Ultraschall
- 3.9 Vermeidung von Gesundheitsrisiken für PatientInnen durch Abwägung von Nutzen und Risiken diagnostischer Maßnahmen

RASTERZEUGNIS

ALLGEMEINMEDIZINISCHE LEHRPRAXIS

4. Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der allgemeinmedizinischen Therapie symptomorientierte Soforttherapie:

- 4.1 definitive Therapie nach eingelangter Diagnostik
- 4.2 Erstbehandlung unter besonderer Berücksichtigung abwendbar gefährlicher Verläufe
- 4.3 Behandlung mehrfacher Beschwerden und Erkrankungen
- 4.4 Langzeitbehandlung chronischer Erkrankungen
- 4.5 Notfallversorgung, insbesondere Schockbekämpfung
- 4.6 Versorgung Unfallverletzter und Erstversorgung chirurgischer Notfälle einschließlich der Organisation begleitender und weiterführender Maßnahmen
- 4.7 Beherrschung der chirurgischen Techniken unter Anwendung der Lokal- und peripheren Leitungsanästhesie
- 4.8 Behandlung mit ruhigstellenden Schienen, mit starren und funktionellen Verbänden
- 4.9 Beherrschung der instrumentellen Techniken einschließlich Infiltration, Punktionen, Infusionstechnik, Katheterisierung, Pflege von PEG-Sonden, Gastrotube, Trachealkanülen
- 4.10 strukturiertes Medikamentenmanagement, Umgang mit dem EKO und ökonomische Verschreibweise
- 4.11 Risiken des Arzneimittelmisbrauchs und Polypharmazie
- 4.12 Vermeidung von Gesundheitsrisiken für PatientInnen durch Abwägung von Nutzen und Risiken therapeutischer Maßnahmen
- 4.13 einfache physikalische Therapie einschließlich Gerätekunde

RASTERZEUGNIS

ALLGEMEINMEDIZINISCHE LEHRPRAXIS

5. Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Betreuung chronisch kranker und multimorbider PatientInnen:

- 5.1 Aufbau und Aufrechterhaltung einer Arzt-Patient-Beziehung
- 5.2 integrative Betreuungsprogramme
- 5.3 Erstellung individueller Betreuungskonzepte im Hinblick auf Lebensqualität, PatientInnenwunsch und soziale Gegebenheiten
- 5.4 Beachtung der speziellen Aspekte in der Betreuung multimorbider Patientinnen und Patienten
- 5.5 Betreuung von Menschen mit besonderen Bedürfnissen
- 5.6 Rehabilitationsplanung

6. Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Bereich Koordination und Integration:

- 6.1 Koordination der ärztlichen Behandlungen
- 6.2 gezielte Überweisung unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstrukturen und -möglichkeiten
- 6.3 Einbeziehung weiterer ärztlicher, pflegerischer und sozialer Hilfen in die Behandlung
- 6.4 Orientierung der Patientinnen und Patienten im medizinischen Versorgungssystem
- 6.5 Abwägen der medizinischen Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung
- 6.6 Einleitung bzw. Durchführung rehabilitativer sowie Nachsorgemaßnahmen
- 6.7 Zusammenführen, Bewerten und Dokumentation der Befunde

RASTERZEUGNIS

ALLGEMEINMEDIZINISCHE LEHRPRAXIS

7. Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung:

- 7.1 Untersuchungen in strukturierten Programmen (z. B. Vorsorge und Mutter-Kind-Programme)
- 7.2 Gesundheitsberatung
- 7.3 Impfwesen
- 7.4 Vernetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen
- 7.5 Raucherentwöhnungsstrategien

8. Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Bereich psychosoziale Betreuung:

- 8.1 psychosomatische Medizin
- 8.2 Krisenintervention
- 8.3 Beurteilung von Suizidalität
- 8.4 Grundzüge der Beratung und Führung Abhängiger bzw. Suchtkranker

9. Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Bereich Familienmedizin:

- 9.1 Betreuung der Familien in mehreren Generationen
- 9.2 Besonderheiten ärztlicher Behandlung von Patientinnen und Patienten im häuslichen Milieu
- 9.3 Hausbesuchstätigkeit

RASTERZEUGNIS

ALLGEMEINMEDIZINISCHE LEHRPRAXIS

10. Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Bereich Geriatrie:

- 10.1 Diagnostik und Therapie geriatrischer Patientinnen und Patienten
- 10.2 Betreuung in Pflegeeinrichtungen

11. Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Bereich Palliativbetreuung:

- 11.1 palliative Maßnahmen, insbesondere Schmerztherapie
- 11.2 Betreuung im Team
- 11.3 Betreuung pflegender Angehöriger

12. Kenntnisse im Bereich der Erstellung von Zeugnissen, Attesten:

- 12.1 Bewertung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, der Arbeitsfähigkeit, der Berufs- und Erwerbsfähigkeit, der Pflegebedürftigkeit

RASTERZEUGNIS

ALLGEMEINMEDIZINISCHE LEHRPRAXIS

13. Einschlägige Rechtsvorschriften für die Ausübung des ärztlichen Berufes, insbesondere betreffend das Sozial-, Fürsorge- und Gesundheitswesen, einschließlich entsprechender Institutionenkunde des österreichischen Gesundheitswesens und des Sozialversicherungssystems

- 13.1 Einschlägige Rechtsvorschriften für die Ausübung des ärztlichen Berufes, insbesondere betreffend das Sozial-, Fürsorge- und Gesundheitswesen, einschließlich entsprechender Institutionenkunde des österreichischen Gesundheitswesens und des Sozialversicherungssystems

14. Gesundheitsökonomische Auswirkungen ärztlichen Handelns

- 14.1 Gesundheitsökonomische Auswirkungen ärztlichen Handelns

15. Ethik ärztlichen Handelns

- 15.1 Ethik ärztlichen Handelns

ENTRUSTABLE PROFESSIONAL ACTIVITIES

- Da sich in der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis mit ihrer Fülle und Breite der sich darstellenden Problemfälle ein bloßes „Abhaken“ der erforderlichen Lehrinhalte nach dem Rasterzeugnis schwer umsetzen lässt, wurden insgesamt 14 „EPA“s formuliert, also Situationen, „Professional Activities“, mit denen man in einer allgemein-medizinischen Praxis häufig konfrontiert ist.
- Nach den zuvor beschriebenen didaktischen Methoden sollen diese 14 EPA´s den Lehrpraktikanten nach und nach vertraut gemacht, stufenweise übertragen und letztlich bewertet werden.

EPA 1: PRÄVENTION / FRÜHERKENNUNG

- **Kurzbeschreibung:**
Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Früherkennung von Risikofaktoren, Erkennung von Erkrankungen in frühen Stadien
- **Erwartete Häufigkeit:**
mehrmals täglich
- **Wichtigste Kompetenzdomänen:**
Health Advocate, Communicator, Expert, Manager
- **Rasterzeugnisinhalte:**
 - 1.2, 1.5, 1.6, 1.9
 - 2.1, 2.2, 2.3, 2.4
 - 3.1, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9
 - 4.11
 - 5.1, 5.3
 - 6.2, 6.7
 - 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5
 - 8.1, 8.4
 - 9.1, 9.2, 9.3
 - 15.1
- **Wie wird bewertet?**
Prozessbeobachtung, Teilnahme am Abschlussgespräch mit Patienten, Kontrolle der Dokumentation, Gemeinsame Diskussion von Anamnese- und Befundbewertungen
- **Wann wird Praxiskompetenz ohne Supervision erwartet?**
Nach ca. 3 Monaten

EPA 2: GESUNDHEITSFÖRDERUNG

- **Kurzbeschreibung:**
Fertigkeiten in der Anleitung zu Gesundung förderndem Verhalten, Organisation effektiver Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit, Koordination und Integration rehabilitativer Maßnahmen, Fertigkeiten im Bereich Sekundärprävention, psychosoziale Betreuung
- **Erwartete Häufigkeit:**
mehrmals täglich
- **Wichtigste Kompetenzdomänen:**
Health Advocate, Communicator, Expert, Manager
- **Rasterzeugnisinhalte:**
 - 1.9
 - 2.2, 2.6
 - 3.4, 3.5
 - 4.1, 4.2
 - 5.1, 5.3, 5.6
 - 6.2, 6.6
 - 7.4, 7.5
 - 8.1
 - 9.1, 9.2, 9.3
 - 12.1
 - 14.1
- **Wie wird bewertet?**
Prozessbeobachtung, Teilnahme am Abschlussgespräch mit Patienten, Kontrolle der Dokumentation, Gemeinsame Diskussion von Anamnese- und Befundbewertungen
- **Wann wird Praxiskompetenz ohne Supervision erwartet?**
Nach ca. 3 Monaten

EPA 3: ERSTKONTAKT MIT AKUTPATIENT OHNE LEBENSGEFAHR

- **Kurzbeschreibung:**
gezielte Anamnese, Entscheidung über weitere symptomorientierte Diagnostik unter Prioritätensetzung, Stellen der Diagnose oder einer Verdachtsdiagnose, Therapie incl. Verhaltensempfehlungen und Aufklärung oder Überweisung, Festlegung weiteres Procedere (Abklärung/ Diagnostik, Therapie, Wiederbestellung, Verlaufskontrolle), Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit
- **Erwartete Häufigkeit:**
mehrmals täglich
- **Wichtigste Kompetenzdomänen:**
Health Advocate, Communicator, Expert, Manager
- **Rasterzeugnisinhalte:**
 - 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.6
 - 3.1, 3.2, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9
 - 4.1, 4.2, 4.6, 4.7, 4.8, 4.9, 4.10, 4.11, 4.12, 4.13
 - 6.2, 6.3, 6.5
 - 8.2, 8.3
- **Wie wird bewertet?** Beobachtung, Kontrolle der Dokumentation, Gespräche mit Patienten, Selbstevaluation Turnusarzt bezüglich nicht ausreichend abgedeckter Bereiche, reflektierendes Gespräch mit Turnusarzt
- **Wann wird Praxiskompetenz ohne Supervision erwartet?**
Nach ca. 5 Monaten

EPA 4: NOTFALLMANAGEMENT

- **Kurzbeschreibung:**
Management von medizinischen Notfällen innerhalb und außerhalb der Praxis
- **Erwartete Häufigkeit:**
zweimonatlich
- **Wichtigste Kompetenzdomänen:**
Communicator, Expert, Manager
- **Rasterzeugnisinhalte:**
 - 3.2
 - 4.2, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8
 - 6.5
 - 8.2
 - 11.2
- **Wie wird bewertet?**
Diskussion Notfallplan, Prozessbeobachtung, Reflexion von Vorfällen im Team
- **Wann wird Praxiskompetenz ohne Supervision erwartet?**
Nach ca. 3 Monaten

EPA 5: MANAGEMENT UNDIFFERENZIERTER SYMPTOME UND KOMPLEXER SITUATIONEN

- **Kurzbeschreibung:**
Sichten und Bewertung von allgemeinen Beschwerden, Erkennen von möglichen komplexen Zusammenhängen im Krankheitsbild, Bewertung der Symptome auf Dringlichkeit, Erkennen abwendbar gefährlicher Verläufe, Zeigen von Empathie und Beruhigen des Patienten, abwartendes Offenhalten ohne voreilige Festlegung auf eine Diagnose, Setzen von präventiven Maßnahmen zur Verhinderung von Chronifizierung, weitere differenzierte Abklärung im Verdachtsfall.
- **Erwartete Häufigkeit:**
mehrmals täglich
- **Wichtigste Kompetenzdomänen:**
Expert, Collaborator
- **Rasterzeugnisinhalte:**
 - 1.1, 1.9
 - 2.3
 - 3.1, 3.4, 3.5, 3.6, 3.8
 - 4.2, 4.3
 - 5.1
 - 6.7
 - 7.2
 - 9.1, 9.2, 9.3
 - 12.1
 - 15.1
- **Wie wird bewertet?**
Prozessbeobachtung, Teilnahme am Abschlussgespräch mit dem Patienten, Kontrolle der Dokumentation und Besprechung der Anamnese und der Untersuchungsergebnisse
- **Wann wird Praxiskompetenz ohne Supervision erwartet?**
Nach ca. 5 Monaten

EPA 6: DIAGNOSE UND MANAGEMENT VON SEELISCHEN BESCHWERDEN

- **Kurzbeschreibung:**
Ganzheitliches Herangehen an Beschwerdebilder im AM-Alltag, Erkennen psychischer Krankheitsbilder im allgemeinmedizinischen Praxisalltag, Betreuung in der AM-Praxis, Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten und Psychiatern, Medikamentenmanagement, Erkennen von Neben- und Wechselwirkung von Medikamenten auf seelisches Erleben, Diskussion von Differenzialdiagnosen und Notwendigkeit von somatischen Abklärungen
- **Erwartete Häufigkeit:**
mehrmals täglich
- **Wichtigste Kompetenzdomänen:**
Expert, Kommunikator, Manager, Collaborator, Health Advocat
- **Rasterzeugnisinhalte:**
 - 1.9, 1.10
 - 2.1, 2.2, 2.4, 2.5
 - 3.2, 3.3, 3.4
 - 4.2, 4.4, 4.11
 - 5.1
 - 6.1, 6.2, 6.3
 - 8.1, 8.2, 8.3
 - 9.1, 9.2, 9.3
 - 10.2
 - 11.2, 11.3
- **Wie wird bewertet?**
Teilnahme an Betreuung, Übernahme von Aufgaben unter Aufsicht, selbstständige Durchführung unter Supervision
- **Wann wird Praxiskompetenz ohne Supervision erwartet?**
Nach ca. 2 Monaten

EPA 7: DIAGNOSTIK UND MANAGEMENT

CHRON. ERKRANKUNGEN UND CO-MORBIDITÄT

- **Kurzbeschreibung:**
Frühes Erkennen chronischer Erkrankungen, Erfassen von komplexen Krankheitszuständen im Rahmen des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells, langfristige Betreuung und Begleitung mit Priorisierung bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen hinsichtlich des Gesamt-kontextes des Patienten. Koordination medizinischer Maßnahmen und Kooperation mit dem sozialmedizinischen Netzwerk, Sekundär- und Tertiärprophylaxe
- **Erwartete Häufigkeit:**
mehrmals täglich
- **Wichtigste Kompetenzdomänen:**
Health Professional, Communicator, Manager, Collaborator, Health Advocate, Scholar
- **Rasterzeugnisinhalte:**
 - 1.1, 1.5, 1.6, 1.9
 - 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5
 - 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.8, 3.9
 - 4.1, 4.3, 4.4, 4.10, 4.11, 4.12
 - 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6
 - 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7
 - 7.3, 7.4
 - 8.1, 8.2, 8.3, 8.4
 - 9.1, 9.2, 9.3
 - 10.1, 10.2
 - 11.1, 11.2, 11.3
 - 12.1
 - 15.1
- **Wie wird bewertet?**
Prozessbeobachtung, Teilnahme am Patienten und Angehörigengespräch, Teilnahme an der Koordination mit anderen Gesundheitsberufen (Pflege, Palliativteams, Krankenhaus, etc.), Dokumentation, Evaluierungsgespräche in Form gemeinsamer Reflexion Lehrer / Lernender
- **Wann wird Praxiskompetenz ohne Supervision erwartet?**
Nach ca. 12 Monaten

EPA 8: BETREUUNGSOPTIMIERUNG MITTELS GEEIGNETER ELEKTRONISCHER SYSTEME

- **Kurzbeschreibung:**
EDV-gestützte Betreuung von gesunden und kranken Personen, optimierte Nutzung elektronischer Hilfsmittel
- **Erwartete Häufigkeit:**
mehrmals täglich
- **Wichtigste Kompetenzdomänen:**
Communicator, Expert, Manager
- **Rasterzeugnisinhalte:**
 - 1.1, 1.2, 1.5, 1.6, 1.9
 - 4.10
 - 5.2
 - 6.1, 6.7
 - 7.1, 7.3
 - 13.1
- **Wie wird bewertet?**
Prozessbeobachtung, Kontrolle Wiederbestellungsroutine, Diskussion der Vor- und Nachteile verschiedener elektronischer Systeme
- **Wann wird Praxiskompetenz ohne Supervision erwartet?**
Nach ca. 2 Monaten

EPA 9: BETREUUNG AM LEBENSENDE, PALLIATIVE VERSORGUNG

- **Kurzbeschreibung:**
Ganzheitliche Betreuung der Patienten, die am Lebensende angekommen sind, unter Einbeziehung der Angehörigen, Kenntnisse in Schmerztherapie unter einem palliativen Ansatz
- **Erwartete Häufigkeit:**
je nach Altersstruktur der Praxis von 1x wöchentlich bis 1 x monatlich
- **Wichtigste Kompetenzdomänen:**
Expert, Manager, Health Advocate, Collaborator, Professional
- **Rasterzeugnisinhalte:**
 - 1.1,
 - 2.2, 2.4, 2.5
 - 3.4
 - 4.9
 - 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5
 - 6.1, 6.3, 6.5
 - 9.1, 9.2, 9.3
 - 10.1, 10.2
 - 11.1, 11.2, 11.3
 - 12.1
 - 15.1
- **Wie wird bewertet?**
Prozessbeobachtung, Teilnahme am Patienten und Angehörigengespräch, Teilnahme an der Koordination mit anderen Gesundheitsberufen (Pflege, Palliativteams, etc.), Dokumentation, Evaluierungsgespräche
- **Wann wird Praxiskompetenz ohne Supervision erwartet?**
Nach ca. 6 Monaten

EPA 10: VERSORGUNGSKOORDINATION, BEDÜRF-NISGERECHTE WEITERLEITUNG, EINBEZIEHUNG

- **Kurzbeschreibung:**
ganzheitliche Betreuung des Patienten unter Einbeziehung anderer Fächer, tertiärer Einrichtungen und anderer GDA's (Gesundheitsdiensteanbieter).
- **Erwartete Häufigkeit:**
mehrmals pro Tag
- **Wichtigste Kompetenzdomänen:**
Medical Expert, Manager, Health Advocate, Collaborator, Professional
- **Rasterzeugnisinhalte:**
 - 1.5, 1.9,
 - 2.2, 2.4, 2.5
 - 3.3, 3.4, 3.5
 - 4.1, 4.3, 4.4
 - 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.6
 - 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7
 - 9.1, 9.2, 9.3
 - 10.2
 - 11.2, 11.3
 - 15.1
- **Wie wird bewertet?**
Teilnahme am Patienten und Angehörigengespräch, Teilnahme an der Koordination mit anderen Gesundheitsberufen, Beobachtung des Ablaufs und Dokumentation, eventuell Durchspielen eines realen oder fiktiven Falles
- **Wann wird Praxiskompetenz ohne Supervision erwartet?**
Nach ca. 3 – 4 Monaten

EPA 11: SCHNITTSTELLENMANAGEMENT

- **Kurzbeschreibung:**
Steuerung durch das System, Verhindern von Selbst-Einweisungen, Überweisungen/
Zuweisungen/ Kur- und Rehanträge, Koordination mit anderen medizinischen
Einrichtungen (Krankenhaus, Fachärzte, Pflegeorganisationen, Rehab), Kommunikation
mit / Information der Angehörigen, Kommunikation mit den Verantwortlichen im
Krankenhaus, Arztbriefe, Organisation Pflege, Krankentransporte, Rezeptausstellung,
Medikamentenmanagement
- **Erwartete Häufigkeit:**
täglich
- **Wichtigste Kompetenzdomänen:**
Kommunikator, Manager, Experte, Health Advocat
- **Rasterzeugnisinhalte:**
 - 1.2, 1.3, 1.6, 1.9
 - 2.5
 - 5.3
 - 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7
 - 7.4
 - 12.1
- **Wie wird geprüft?** Patientenzufriedenheit abfragen, Kontrolle der Dokumentation,
Reflektierendes Gespräch mit Lehrpraktikant
- **Wann wird Praxiskompetenz ohne Supervision erwartet?**
Nach ca. 2 Monaten

EPA 12: PERSONENORIENTIERTE MEDIZIN, AUSRICHTUNG AUF INDIVIDUUM, FAMILIE UND LEBENSUMFELD

- **Kurzbeschreibung:**
Beachtung des Umfelds der Person, der Familie, der Gemeinschaft und deren Kultur, Entscheidungen nach Möglichkeit auf Grundlage einer informierten Übereinstimmung,
- **Erwartete Häufigkeit:**
mehrmals täglich
- **Wichtigste Kompetenzdomänen:**
Expert, Health Professional, Communicator, Manager, Health Advocate
- **Rasterzeugnisinhalte:**
 - 2.1, 2.2, 2.3
 - 3.4
 - 5.1, 5.3, 5.4, 5.5
 - 6.4
 - 9.1, 9.2, 9.3
 - 12.1
- **Wie wird bewertet?**
Prozessbeobachtung, Beobachtung Patienten- und Angehörigengespräch, Beobachtung Koordination mit anderen Gesundheitsberufen, gemeinsame Reflexion Lehrer/Lernender
- **Wann wird Praxiskompetenz ohne Supervision erwartet?**
Nach ca. 3 Monaten

EPA 13: FÜHRUNG DES PRAXISTEAMS, ORGANISATION DES PRAXISABLAUFS

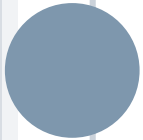
- **Kurzbeschreibung:**
Erkennung klarer Verantwortlichkeiten und klarer Aufgabenbereiche, Fehlermanagement: Fehlerbericht ohne Angst vor Strafe, Konfliktmanagement: auf allen Ebenen des Teams und im Umgang mit Patienten, Feedback: regelmäßige Teambesprechungen, Unterweisungen, Regelmäßige Fortbildung des gesamten Teams- intern/extern, Organisation des Praxisablaufs insbesondere Dringlichkeitsbeurteilung, Terminmanagement, des Bestellwesens, der Abrechnung, der Physiotherapie, des Labors, der Blutabnahmen, der Praxis-Hygiene und Instandhaltung,
- **Erwartete Häufigkeit:**
ständig
- **Wichtigste Kompetenzdomänen:**
Manager
- **Rasterzeugnisinhalte:**
 - 1.1, 1.3, 1.4, 1.7
 - 2.5
 - 3.7
 - 4.13
 - 13.1
- **Wie wird bewertet?**
Verhalten im Mitarbeitergespräch, Verhalten in Teambesprechungen, Fähigkeit der Arbeitsplatzbeschreibungen, Wissen über Grundzüge des Qualitätsmanagements
- **Wann wird Praxiskompetenz ohne Supervision erwartet?**
Nach ca. 3 Monaten

EPA 14: BETREUUNG AUßERHALB DER ORDINATION AN VERSCHIEDENEN ORTEN

- **Kurzbeschreibung:**
Betreuung beim Hausbesuch, im Pflegeheim, in Einrichtungen des betreuten Wohnens, Dringlichkeitsbeurteilung, hausarztspezifische Kommunikation, geplante Kontakte bei chronisch Kranken, Organisation der Betreuung rund um die Uhr, bei Nacht und an den Wochenenden; Koordination und Integration der Betreuung an Orten außerhalb der Ordination
- **Erwartete Häufigkeit:**
mehrmals täglich
- **Wichtigste Kompetenzdomänen:**
Health Professional, Communicator, Manager, Collaborator, Health Advocate
- **Rasterzeugnisinhalte:**
 - 1.7, 1.8, 1.10
 - 2.4
 - 3.3, 3.4
 - 4.4, 4.5
 - 5.5
 - 6.1, 6.3, 6.5, 6.6
 - 9.1, 9.2, 9.3
 - 10.1, 10.2
 - 11.1, 11.2, 11.3
 - 14.1
 - 15.1
- **Wie wird bewertet?**
Prozessbeobachtung, Teilnahme am Patienten und Angehörigengespräch, Teilnahme an der Koordination mit anderen Gesundheitsberufen (Pflege, Palliativteam, Krankenhaus, etc.), Dokumentation, Evaluierungsgespräche in Form gemeinsamer Reflexion Lehrer/Lernender
- **Wann wird Praxiskompetenz ohne Supervision erwartet?**
Nach ca. 6 Monaten



TOOLBOX



TOOLBOX

- Die Toolbox soll helfen, Unterstützung bieten und Ideen liefern beim täglichen Lehr- und Lernprozess zwischen Lehrpraxisleitern und auszubildenden Kollegen
- Entsprechend dem Dreyfus Modell werden für die drei Phasen der Ausbildung (Anfänger, Fortgeschritten, Kompetent) Handlungsempfehlungen und Beispiele dargestellt

TOOLBOX „ANFÄNGER“

- **Plan für die erste Woche erstellen**
Praxisabläufe (Öffnungszeiten, Fixtermine (Labortage, VU...), Kaffeepause, Visitenablauf, Nachbesprechung...
- **Vorgespräch und Klarstellung bzw. Artikulation von Praxisabläufen, Handlungen, Erwartungen**
Lehrpraktikant ist fast fertig ausgebildet und hat bereits Berufserfahrung, daher ist entsprechend respektvoller Umgang miteinander notwendig. Einander kennen lernen auch durch Benennung der jeweiligen Wünsche und Erwartungen an die gemeinsame Zeit
- **Lehrpraktikant beobachtet in erster Linie**
Lehrpraktikant sitzt daneben und beobachtet Lehrpraxisleiter und Patienten, Information der Patienten im Vorfeld beachten (ev. Hinweis durch Anmeldung oder Schild), Patienten aber auch die Möglichkeit auf „exklusive“ Behandlung durch Hausarzt einräumen
- **(Patientenverträgliches) lautes Denken**
Lehrpraxisleiter verbalisiert seine Gedankengänge unter Rücksicht auf die Patienten

TOOLBOX „ANFÄNGER“

- **Früh gezielte Aufgaben stellen**
Abwechselndes Fokussieren auf Patienten und Lehrpraxisleiter hinsichtlich Verhalten, Fragen und Antworten, Gestik
- **Achten auf Frageweise**
W-Fragen stellen: WO tut´s weh, seit WANN, WIE oft...
Keine Suggestivfragen stellen: „abends ist es schlechter, stimmt´s?“
- **Strukturierte Anamnese erheben, zuhören trotz Zeitmangel, Gespräch lenken**
Die allgemeinmedizinische Anamneseerhebung unterscheidet sich von jener im Krankenhaus
- **Gefühle wiedergeben**
Zwischen den einzelnen Patienten kurze Reflexion über Gefühle, zum Beispiel über Ärger wegen Begehrlichkeit der Patienten

TOOLBOX „ANFÄNGER“

- Von Beginn an kleine Aufgaben übertragen und so Teamgefühl herstellen
- Untersuchungen der Patienten wiederholen lassen
Festgestellte Befunde nachprüfen lassen, im Verlauf Untersuchungen vorher durchführen lassen und Befund oder Verdachtsdiagnose erfragen
- Beobachtetes durch Verfassung kurzer Notizen vertiefen
Tageszusammenfassungen schreiben lassen und nachbesprechen

TOOLBOX „FORTGESCHRITTEN“

- Platz tauschen

Lehrpraktikanten in die Rolle des Behandlers schlüpfen lassen und selbst die Rolle des Beobachters einnehmen

- Fragen

W- Fragen an Lehrpraktikanten: WARUM glaubst du, WAS könnte es noch sein, WORAN sollte man noch denken

Lehrpraktikanten wissen viel – Ressourcen nutzen: WAS gibt es dazu Neues in der Medizin?

- Verdachtsdiagnose einengen durch sinnvolle Diagnostik

- Unsicherheit benennen

- Aufgaben stellen

Recherche zu bestimmten Themen bis Patient wiederbestellt ist

TOOLBOX „KOMPETENT“

- Schrittweise ins eigenständige Handeln führen
 - Einfach: den nächsten Patienten behandelst Du
 - Selektiert: heute behandelst du alle Diabetiker
 - Unselektiert: heute behandelst du alle, die zwischen 10 und 12 Uhr kommen
- Nachbesprechung des selbständigen Handelns
- Nachbesprechung der Dokumentation
- Diskussion ähnlicher Fälle
- Selbstevaluation wiederholen