

Lehrpraxisleiter-Seminar

1

MR DR REINHOLD GLEHR
GLEHR@AON.AT

LehrpraxisLeiterseminar

Ausbildungskonzept

2

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

KOMPETENZERWERB AM ORT DER SPÄTEREN BERUFS AUSÜBUNG

3

- Vertiefung, Erweiterung, Erneuerung von bestehendem Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten
 - ✦ Erste Erwerbstätigkeit hinter sich
 - ✦ zwei abgeschlossene Bildungsphasen vorhanden
 - ✦ starker Wunsch nach selbstgesteuertem Lernen und Einbringung eigener Erfahrungen
- Erwerb von Kompetenzen, die für die Ausübung des Berufes „Facharzt für Allgemeinmedizin und Familienmedizin“ im niedergelassenen Bereich in Österreich notwendig sind
- Inhalte im Rasterzeugnis definiert

ALLGEMEINE PRINZIPIEN

4

- Prinzipien des Erwachsenenlernens
- Reflexion intellektueller und emotionaler Veränderungen
- Kompetenzerwerb für eine Fallvielfalt
- „Professionalität“ vermitteln: medizinische Expertise und Berufsethos:
 1. *Verantwortung gegenüber sich selbst*
 2. *Verantwortung gegenüber dem Patienten*
 3. *Verantwortung gegenüber anderen an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen*
 4. *Verantwortung gegenüber der Gesellschaft*

Verständnis von „Professionalität“

5

Medizinische Expertise
anerkannte Theorien des Faches



Anerkennung definierter fachspezifischer
Alltagsroutinen



Bedingungen der Arbeit im
Sozialversicherungssystem
Ärztliche Ethik

AUSBILDUNG AM ENDE DER AUSBILDUNGSZEIT

6

Inhalte
möglichst
systematisch
vermitteln

Kenntnissen,
Erfahrungen
und
Fertigkeiten
vertiefen

emotionale
Kontrolle
unter
Belastung

ärztliche
Einstellungen
und
Haltungen
vertiefen

Ethos am Prüfstand

7

- Gesellschaftliche Auswirkungen neuer medizinischer Methoden
- Definition von Lebensqualität
- Priorisierung medizinischer Maßnahmen
- Umgang mit „Informed Consent“
- Umgang mit der Meinungsvielfalt in der digitalisierten Informationsgesellschaft
- ...

Rollenaspekte der ausbildenden Experten

8

lebenslanges **Lernen** Scholar

Fürsprecher der Patienten
Health Advocate

Zusammenarbeit
Collaborator

Kommunikation
Communicator

ärztliche **Haltung**
Professional

Vorurteile gegenüber der ALLGEMEINMEDIZIN

9

- **Mangel an Komplexität:**
in der Realität rascher Wechsel der Komplexität, auf den angemessen reagiert werden muss
- **nur Ort der Erstversorgung:**
kontinuierlichen Versorgung, Probleme der Nachbetreuung, Simultanbetreuung mit anderen Berufsgruppen, Erkennung und Behandlung von Lebensstilrisiken, Sekundärprävention und Tertiärprävention
- **Allgemeinmedizin ist generalistische Medizin ist eingeschränkte Summe der anderen Fächer:**
Arbeitsaufträge und eigene Methodik der Allgemeinmedizin inzwischen gut entwickelt

Kenntnisse und Erfahrungen hinsichtlich der Rahmenbedingungen einer Praxis

10

Mitarbeiter-Prozesse

- Terminmanagement, Dringlichkeitsbeurteilung, Telefonarbeit, Vorbereitung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, Dokumentation, Hygiene, Blutabnahmen, Verbandwechsel

Ärztliche Prozesse

- diagnostische und therapeutische Maßnahmen, Medikamentenpläne, Überweisungen, Einweisungen

Nahtstellen mit anderen Ordinationen, stationärem Bereich, Pflegeheimen, Sozialversicherung, Sanitätsbehörde

Didaktische Methoden

11

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

Cognitive Apprenticeship

12

Arbeitspakete werden über das Cognitive Apprenticeship Modell (Meister-Lehrlings-Verhältnis) vermittelt

Endziel: Feststellung des begründeten Vertrauens des Lehrpraxisleiters in die/den Auszubildende/n dass eine Aufgabe selbständig und ohne Supervision durchgeführt werden kann.

COGNITIVE APPRENTICESHIP

13

- kompetenzorientierter praktischer Unterricht in dem die theoretisch bereits bekannten Prozesse nun als Erfahrung und Fertigkeit erlernt werden
- Vermittlung über ein Stufenmodell
- Von anfänglicher Fremdsteuerung soll zu immer mehr Selbststeuerung hingeführt werden.

Prinzip des COGNITIVE APPRENTICESHIP

14

- Arbeitsschritte werden als klare Handlungsabfolge dargestellt
- jeder einzelne Arbeitsschritt wird demonstriert und in seiner Bedeutung für die Zielerreichung erklärt
- Einsicht der Teilschritte ermöglicht logischen Nachvollzug und kann besser abgespeichert werden
- Das Vorgehen bei einer Problemsituation wird gemeinsam erörtert und nach anfänglicher Hilfestellungen zur selbstständigen Durchführung weiter entwickelt

Heuristik der Allgemeinmedizin

15

Heuristische Herangehensweise im Alltag wird demonstriert und zur Diskussion gestellt:

- Analytisches Vorgehen, bei dem mit vorerst unvollständiger Information Aussagen über ein komplexes System getroffen werden.
- Fähigkeit mit begrenztem Wissen und Zeitbudget zu Aussagen mit großem Wahrscheinlichkeitsgehalt zu kommen
- Umgang mit Wahrscheinlichkeiten im Unsicherheitsbereich.
- simultane Aktivierung von schnellen, intuitiven und langsameren, systematisch-analytischen Entscheidungsprozessen

Grundfragen der Qualitätssicherung

16

1. Wie machen wir es?
2. Warum machen wir es so?
3. Ist es gut so, wie wir es machen?
4. Wenn nicht, wie können wir es besser machen?

COGNITIVE APPRENTICESHIP

17

Lehrender
AKTIV

- Modelling / Formen

- Coaching / Fördern

- Scaffolding / Unterstützen

- Fading / Zurückziehen

Lehrender
PASSIV

Stufe 1: Modelling / Formen

18

Auswahl eines Beispiels für Transfer von Wissen zum Handeln,
von Denken zum Tun, von Theorie zur Praxis

Modell, das auch für andere Situationen gilt

- Lehrende führt vor und beschreibt, dient selbst als Modell
- implizites Wissen wird explicit
- Zerlegung des zu lernenden Prozesses in lehrbare Teile
- Erklärung einzelner Arbeitsschritte

Stufe 2: Coaching / Fördern

19

Der Lernende (Turnusärztin/Turnusarzt) führt die gezeigte Verhaltensweise selbst aus

Der Experte gibt Rückmeldungen und Tipps

Alternative Lösungsmöglichkeiten diskutiert

Qualitäts-Kriterien werden diskutiert

Stufe 3: Scaffolding / Unterstützen

20

Der Lernende agiert selbstständig und berichtet,

beim Berichten wird Implicites explicit, entsteht aus
Handlungserfahrung Wissen und fertigkeit

Wissen „über die Praxis“ wird zum Wissen „aus der Praxis“.

Wöchentliche Überblicksgespräche sichern den Lernfortschritt und
weisen auf offene Lernbedürfnisse hin

Stufe 4: Fading / Zurückziehen

21

Der Lehrende zieht sich immer mehr zurück

Instruktionen werden spärlicher, kontrollierende Beobachtung wird aber wichtiger

Ziel dieser Phase ist, dass der Lernende seinen Lernprozess reflektiert und zunehmend selbstständig fortsetzt.

Der Lehrende stellt gezielte Fragen zur neuen Verhaltensweise und fordert den Lerner auf, das neu erworbene Vorgehen zu beschreiben.

Drei Grundprinzipien

22

1. Wiederholte Darstellung des Gesamtkonzepts im Bezug zu untergeordneten Zielen
Beispiel schmerzendes Kniegelenk
2. Zunehmende Differenzierung (zuerst allgemein, dann speziell)
Fragen, die auf alle Fälle gestellt werden sollten?
Untersuchungen, die im speziellen Fall sinnvoll!
3. Zunehmende Steigerung der Komplexität (abhängig von Vorwissen und bereits erworbenen Fähigkeiten)
Fallbeispiele aus der Vergangenheit des Lehrenden

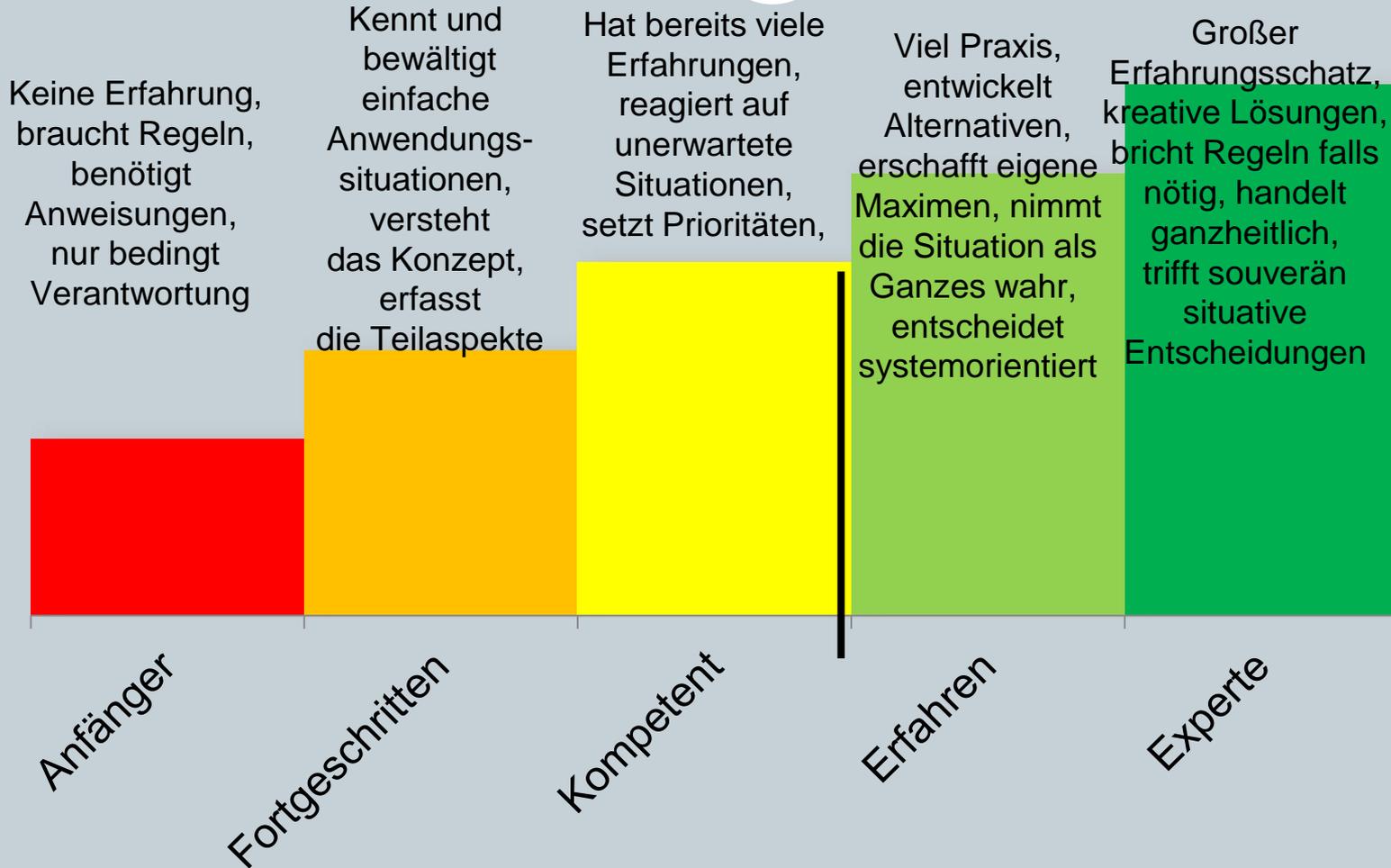
DREYFUS MODELL

23

- Fünf Kompetenzstufen vom „Anfänger“ zum „Experten“
- Aufgabe der verpflichtenden Lehrpraxis ist es, die Lernenden bis zur Stufe drei „kompetent“ zu führen
- bis zum Ende jener Phase, in der eigenständiges Arbeiten gewährleistet sein muss

DREYFUS MODELL

24



LEHRPRAXISTRIADE

25

Die Erweiterung der Dyade Arzt - Patient zur Triade enthält Risiko und Chancen im Bereich Intimität, Verschwiegenheit und Tabuthemen

Patientenwünsche bzgl. eines Vier-Augen-Gesprächs sind im Vorfeld zu beachten

Reflexion der emotionellen Anteile der Konsultation mit Rücksicht auf Komplexität der psychodynamischen Interaktion zwischen allen drei Beteiligten ist die Chance

A) Fertigkeiten	Richtzahl
1. Organisation einer allgemeinmedizinischen Praxis:	50
<ul style="list-style-type: none"> • Organisation der Patientinnen- und Patientenkontakte derart, dass sowohl kurzfristige Kontakte bei unselektierten Problemen als auch geplante Kontakte bei chronischen Erkrankungen möglich sind 	
<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit zeitgemäßer, praxisrelevanter Informationstechnologie 	
1. Hausarztspezifische Kommunikation:	50
<ul style="list-style-type: none"> • ärztliches Routinegespräch 	
<ul style="list-style-type: none"> • diagnostisches und therapeutisches Gespräch unter Verwendung des biopsychosozialen Modells und Einbeziehung kultureller und existenzieller Aspekte 	
<ul style="list-style-type: none"> • Angehörigengespräch 	
<ul style="list-style-type: none"> • telefonische Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Dritten 	
<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsberatung 	
<ul style="list-style-type: none"> • ärztliches Berichtswesen, Atteste und Gutachten 	
1. Allgemeinmedizinische Diagnostik:	100
<ul style="list-style-type: none"> • Früherkennung von Gesundheitsstörungen 	
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik bei Akut- und Notfällen 	
<ul style="list-style-type: none"> • TIA Insult 	
<ul style="list-style-type: none"> • Assessment bei chronischen Erkrankungen und in der Geriatrie 	
<ul style="list-style-type: none"> • diagnostische Einbeziehung des sozialen Umfeldes 	
<ul style="list-style-type: none"> • Erkennung arbeits- und umweltbedingter Faktoren 	
<ul style="list-style-type: none"> • Indikationsstellung und Bewertung von Laboruntersuchungen, Methodik und Durchführung des Basislabors 	

EPA - Konzept

27

- Entrustable Professional Activities (**EPA**) sollen die Vermittlung der Inhalte des Rasterzeugnisses erleichtern und die Lernfortschritte besser evaluierbar machen
- Mehrere Kompetenzen des Rasterzeugnisses wurden in einem Leistungspaket zusammengefasst
- Die 14 Pakete sollen die Erfüllung der Aufgaben der täglichen Praxis beinhalten

EPA 1: Prävention / Früherkennung

28

- **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

29

- **Kurzbeschreibung:**
Fertigkeiten in der Anleitung zu Gesundheits-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

30

- **Kurzbeschreibung:**
gezielte Anamnese, Entscheidung über weitere symptomorientierte Diagnostik unter Prioritätensetzung, Stellen einer Diagnose oder Verdachtsdiagnose, Therapie incl. Verhaltensempfehlungen und Aufklärung, Überweisung zur eventuellen weiteren 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

31

- **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

32

- **Kurzbeschreibung:**
Sichten und Bewertung von allgemeinen Beschwerden und erhobenen Befunden, Erkennen möglicher komplexer Zusammenhänge, Bewertung auf Dringlichkeit, Erkennen möglicher abwendbar gefährlicher Verläufe, abwartendes Offenhalten ohne voreilige Festlegung auf eine Diagnose, präventive Maßnahmen zur Verhinderung einer Chronifizierung, 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

33

- **Kurzbeschreibung:**
Erkennen psychischer Krankheitsbilder bzw. psychischer Krankheitsanteile, 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

34

- **Kurzbeschreibung:**
Frühes Erkennen chronischer Erkrankungen, Erfassen von komplexen Krankheitszuständen im Rahmen des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells, langfristige Betreuung und Begleitung. 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

35

- **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

36

- **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: Versorgungscoordination, bedürfnisgerechte Weiterleitung, Einbeziehung

○ **Kurzbeschreibung:**

ganzheitliche Betreuung des Patienten unter Einbeziehung anderer Fächer, tertiärer Einrichtungen und anderer GDA's (Gesundheitsdienstleister).

○ **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

38

Kurzbeschreibung:

Steuerung durch das System, Verhindern von Selbst-Einweisungen, Überweisungen/ Zuweisungen/ Kur- und Reha-Anträge, Koordination mit anderen medizinischen Einrichtungen (Krankenhaus, Fachärzte, Pflegeorganisationen), Kommunikation mit 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

39

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 Praxisteam, Organisation des Praxisablaufs

40

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

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

41

Kurzbeschreibung:

Betreuung beim Hausbesuch, im Pflegeheim, in Einrichtungen des betreuten Wohnens, 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

Phasen der Ausbildungszeit

42

PHASE 1: Kennenlernen, beobachten, initiales Assessment

PHASE 2: Zunehmende Verantwortlichkeit unter ständiger Supervision

PHASE 3: Übung unter Kontrolle

PHASE 1

43

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

ACHTSAMKEIT PHASE 1

44

CAVE: keine 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)

PHASE 2

45

Zunehmende Verantwortlichkeit unter ständiger Supervision.

Selbstständige Patientengespräche und Untersuchungen mit zunehmender Verantwortlichkeit mit gemeinsamer Besprechung.

... von wenig komplexen zu komplexeren Fällen unter Voraussetzung einer ausreichenden Reflexionszeit. Zunehmend wird Kompetenz auch bei Führungsprozessen erworben.

ACHTSAMKEIT PHASE 2

46

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

Coaching, Scaffolding in Abhängigkeit vom Thema

PHASE 3

47

Übung unter Supervision.

Selbständige Sprechstunde mit Bericht. Möglichkeit der Rückfrage immer vorhanden

Grundsätze hausärztlicher Arbeitsmethodik

Lernen und Üben mit dem Ziel der kassenärztlichen Wirksamkeit

Selbstständige, didaktisch und inhaltlich vorbereitete Hausbesuche mit Fokus auf Interaktion mit anderen Gesundheitsberufen und Angehörigen

ACHTSAMKEIT PHASE 3

48

Sicherheit ist ein zentraler Inhalt angesichts berufsimmanenter Unsicherheit

Begleitende Evaluierung der EPAs

Begleitende Diskussion von Sicherheit und Unsicherheit bei einzelnen Krankheitsentitäten

Ziel: Dreyfus Modell Level 3

Toolbox Woche 1

49

Vorgespräch: Klarstellung bzw. Artikulation der Erwartungen, kennen lernen, Benennung der jeweiligen Wünsche an die gemeinsame Zeit

Plan für die erste Woche besprechen

Praxisabläufe (Öffnungszeiten, Fixtermine (Labortage, VU...),
Visitenablauf, Nachbesprechung...

Information der Patienten im Vorfeld (Hinweis durch
Anmeldung oder Schild),

Patienten aber auch die Möglichkeit auf „exklusive“ Behandlung durch
Hausarzt einräumen

Toolbox 2

50

Gezielte Aufgaben stellen

Abwechselndes Fokussieren auf Patienten und Lehrpraxisleiter hinsichtlich Verhalten, Fragen und Antworten, Gestik

Gesprächsführung

Strukturierte Anamnese

zuhören trotz Zeitmangel

Gefühle erfragen

Zwischen den einzelnen Patienten kurze Reflexion über Gefühle, zum Beispiele über Ärger wegen Patientenverhalten

Selbstevaluation an Hand der EPAs