



umcg

M2-Praktikum Allgemeinmedizin

Informationen für Dozenten der Fachrichtung Allgemeinmedizin

Version März 2014

Abteilung für Allgemeinmedizin UMCG



ACHTUNG! KREUZENDE PRAKTIKANTEN

INHALTSANGABE

EINLEITUNG	3
LEHRPLAN G2010	4
G2010 Bachelor- und Master-Programm Praktikum Allgemeinmedizin	
PRAKTIKUM ALLGEMEINMEDIZIN G2010	6
Das Ziel des Praktikums Inhaltliche Vorbereitung (Eingangsprüfung) Das Programm des Praktikums und Auffrischung Prüfung und Beurteilung Der Hausarzt als Dozent Elektronische Beurteilung	
HAUSARZTDOZENTEN	9
Profil des Hausarztdozenten Dozentenkompetenzkurs Vergütung	
AUSBILDUNGSPARTNER, HAUSÄRZTE ALS EXTERNE DOZENTEN UND DAS UMCG	10
Ausbildungspartner Hausärzte als externe Dozenten UMCG	

EINLEITUNG

In das 5. Studienjahr Medizin am UMCG - entsprechend dem 2. Jahr Master (M2) - ist das vierwöchige Praktikum Allgemeinmedizin aufgenommen.

Diese Broschüre enthält in kurzen Kapiteln den Kern dieses Praktikums.
Hintergrundinformationen finden Sie in den Anlagen oder auf den Webseiten.

Das Praktikum Allgemeinmedizin wird unverändert von den Studenten sehr geschätzt. Dies ist vor allem dem Engagement und der Begeisterung der Dozenten in der Allgemeinmedizin zu verdanken.

Im Namen der Mitarbeiter der Abteilung Allgemeinmedizin des UMCG danke ich Ihnen für Ihren Beitrag zur Ausbildung unserer zukünftigen Kollegen und wünsche Ihnen viel Spaß damit.

März 2014

Michiel Andriessen, Hausarzt
Dozent der Abteilung für Allgemeinmedizin UMCG
Ausbildungscoordinator des M-2-Praktikums Allgemeinmedizin UMCG

Zeitersparnis (Gesamtleszeit - einige Minuten):

Die wesentlichen Teile dieser Hado (Hausarztdozent)-Informationsbroschüre sind:

Praktikum Allgemeinmedizin	S. 5
Prüfung und Bewertung	S. 8
Hausärzte als externe Dozenten	S. 10
Allgemeine Ziele Konsultation	S. 16
Programm Praktikum und Auffrischung	S. 7
Antworten der Eingangsprüfung	S. 19

LEHRPLAN G2010

G2010

Der Lehrplan G2010 basiert auf dem in Kanada (McMaster University) entwickelten CanMEDS-Modell. Der Ausgangspunkt dieses Modells ist die Frage, was ein Arzt wissen und können sollte, um ein guter Arzt zu sein.

Dies ergab ein Arztprofil, das insgesamt sieben Kompetenzen enthält. Eine Kompetenz ist die Integration von Wissen, Fertigkeiten und professionellem Verhalten.

Die sieben Kompetenzen sind:

- I Kommunizieren
- II Problemlösen
- III Umgang mit der Wissenschaft
- IV Untersuchen und Handeln
- V Behandeln
- VI Gesellschaftlicher Kontext
- VII Reflektieren

Durch die Projektgruppe G2010 des UMCG wurden diese sieben Kompetenzen mittels der 210 Ziele des Rahmenplans ausformuliert. Dieser Rahmenplan ist das von allen medizinischen Fakultäten vorbereitete und akzeptierte Dokument, in dem die Ausbildungsanforderungen festgelegt wurden.

Informationen über den Lehrplan G2010 sind in Anlage I zu finden und unter <http://www.rug.nl/umcg/onderwijs/g2010/index>

Im Lehrplan G2010 steht der Patient im Mittelpunkt, ist der Student aktiv und übernimmt der Dozent die Rolle des Trainers.

BACHELOR- UND MASTER-PROGRAMM

Die ersten drei Jahre des G2010-Lehrplans bilden das Bachelor-Programm. In dieser Phase steht vor allem der Wissenserwerb im Vordergrund, aber von Anfang an wird auch Kompetenzen und professionellem Verhalten Aufmerksamkeit gewidmet.

Die zweite Phase des Studiums, das Master-Studium, dauert ebenfalls drei Jahre. Das erste Master-Jahr (M1) besteht aus einer Junior-Famulatur. In M1 wird vier Mal während des Jahres ein Block absolviert, der jeweils aus fünf Wochen Ausbildung im „Skills Lab“ des UMCG besteht, gefolgt von fünf Wochen Praktikum auf einer Krankenstation. Nach diesem einjährigen Intensivtraining muss der Student in der Lage sein, im folgenden Jahr alle Praktika der Senior-Famulatur zu absolvieren.

Das zweite Masterjahr (M2) ist das Jahr der Senior-Famulaturen. In diesem Jahr werden mindestens zehn (maximal 12) Praktika von jeweils vier Wochen absolviert. Das Praktikum Allgemeinmedizin ist eines der obligatorischen Praktika in M2. Obwohl Studenten mit dem Praktikum Allgemeinmedizin als erstem Praktikum beginnen können, wird angestrebt, dass ein Student am Ende seines M2-Jahres ein Praktikum bei einem Allgemeinmediziner absolviert. Das letzte Masterjahr (M3) besteht aus zwei Teilen, die jeweils ein halbes Jahr

dauern: aus einem akademischen Praktikum und aus einer Famulatur nach Wahl.

Studenten bauen während des Studiums den Grad an Kompetenz langsam auf. Zu diesem Zweck sind drei Stufen festgelegt. Nach Abschluss des Bachelorgrades sollten Studenten Stufe 1 erreicht haben, nach M1 Stufe 2 und am Ende des Studiums die höchste Stufe, Stufe 3. Einzelheiten zu diesen Stufen sind auf der folgenden Webseite zu finden:
<http://www.rug.nl/umcg/onderwijs/g2010/bekwaamheden> .

Alle Studenten absolvieren das Praktikum Allgemeinmedizin. Der Grund dafür ist, dass eine Anzahl der Ziele für die Ausbildung zum Arzt im Allgemeinen, wie sie im oben erwähnten Rahmenplan formuliert sind, insbesondere in der Umgebung des Allgemeinmediziners gut zu lernen sind. Betrachten wir hierbei z. B. die offene Diskussion der psychosozialen Genese einer Beschwerde, das Leisten von Erster Hilfe oder das Schreiben eines Überweisungsbriebs. Die spezifischen der Allgemeinmedizin zugeordneten Ziele werden in Anlage II-1 wiedergegeben.

PRAKTIKUM ALLGEMEINMEDIZIN

Das Praktikum Allgemeinmedizin dauert vier Wochen.

Zusätzlich finden wir, dass ein oder zwei Dienste dazu gehören; sollten Sie gerade keinen nützlichen Dienst in der Praktikumsperiode anbieten können, bitten wir Sie, einen Kollegen zu fragen, ob der Praktikant diesen begleiten kann. Ausgeschlossen sind Nachtdienste. Der Praktikant muss für den Dienst nicht mit freier Zeit kompensiert werden. Übrigens können wir zu der Begleitung von Diensten nicht verpflichten.

Die Ausbildung kann gut durch zwei Ärzte erfolgen (z. B. bei Teilzeitarbeit). Allerdings ist es günstig, die Beurteilungen durch einen der beiden „Hauptausbilder“ erfolgen zu lassen.

PRAKTIKUM ALLGEMEINMEDIZIN G2010

ZIEL DES PRAKTIKUMS

Das erste und übergeordnete Ziel des Praktikums ist, dass der Student unter Aufsicht die Möglichkeit erhält, durch unabhängigen Kontakt mit Patienten, Wissen und Erfahrung mittels problemlösendem medizinischen Denken und Handeln in der allgemeinen Praxis zu erwerben. Er erhält hierbei Einblick in Beschwerde- und Krankheitsmuster in der allgemeinen Praxis, in Verhaltensmuster von Menschen, in die Art und Weise einer Problemformulierung und Ausführung von Behandlungen im Verlauf der Symptome und Krankheiten und in die Auswirkungen von Interventionen. Der Student erhält Einblick in die spezifischen allgemeinmedizinischen Aspekte und lernt, wie der Hausarzt mit diesen umgeht. Der Student lernt die Funktionen und Aufgaben des Allgemeinmediziners. Das Praktikum ist auch als Orientierung für den Beruf des Hausarztes gedacht.

Das zweite Ziel des Praktikums ist es, den Leistungsstand des Studenten weiterhin zu verbessern. Im vorigen Kapitel (unter Bachelor- und Master-Programm) wurde bereits erklärt, dass Studenten vor M2 die Fähigkeiten auf Stufe 2 und am Ende des Studiums auf Stufe 3 beherrschen sollten. Zusammen mit den anderen Fachrichtungen unterstützt die Allgemeinmedizin diesen Prozess.

Für dieses letztgenannte Ziel sind Sie als Dozent Allgemeinmedizin nicht verantwortlich. Der Student ist für die Erreichung der Ziele des Praktikums selbst verantwortlich. Es ist daher logisch, dass sich der Student hierbei auf die für die Allgemeinmedizin spezifischen Ziele konzentriert. Diese sind in Anlage II-1 angegeben. Der Student wird diese Ziele mit Ihnen besprechen. Zu diesem Zweck gibt es die Eingangsprüfung. Siehe den nächsten Abschnitt und Anlage III.

INHALTLICHE VORBEREITUNG (EINGANGSPRÜFUNG)

Ein obligatorischer Bestandteil jedes Praktikums besteht darin, dass sich der Student durch die Beantwortung von Fragen inhaltlich vorbereitet. Der Hintergedanke hierbei ist, dass der Student letztendlich mehr von seinem Praktikum hat. Für Allgemeinmedizin wurden 13 Fragen formuliert. Sie finden die Fragen in Anlage III. Die Antworten auf die Fragen sind ebenfalls in Anlage III aufgenommen.

In der *ersten Woche* des Praktikums sollten Sie die Antworten des Studenten überprüfen und besprechen. Ihre Kenntnisse und Erfahrungen ermöglichen es Ihnen ausreichend, diesen Auftrag auszuführen.

Die letzte Frage ist eine persönliche Frage an den Studenten: formulieren Sie die Lernziele für die 2., 3. und 4. Woche des Praktikums. Die Studenten sollen selbst Lernziele für das Praktikum formulieren, so dass sie am Ende des Studiums alle sieben Kompetenzen auf der höchsten Stufe beherrschen (siehe voriger Abschnitt: Ziel des Praktikums). Studenten können hierbei von den spezifischen, der Allgemeinmedizin zugeordneten Zielen für die Ausbildung zum Arzt Gebrauch machen (siehe Anlage II-1).

Bei der Ausarbeitung dieser Lernziele können Sie als Hausarztdozent auch Ihre eigenen

Präferenzen angeben. Zielformulierungen sind nur sinnvoll, wenn sie während des Praktikums eine Fortsetzung erfahren. Es ist ratsam, nach der Hälfte des Praktikums die Lernziele noch einmal durchzugehen und diese am Ende des Praktikums zu beurteilen.

DAS PROGRAMM DES PRAKTIKUMS UND AUFFRISCHUNG

Während des Praktikums geben Sie dem Studenten die Möglichkeit, die Allgemeinmedizin kennenzulernen. Dies zum Beispiel, indem der Student:

- Patienten und deren Beschwerden sieht
- den Hausarzt bei Konsultationen und Besuchen beobachtet
- Konsultationen unter Aufsicht und unabhängig durchführt
- den Arzt und dessen Bücherregal (digitales „Bücherregal“?) konsultiert
- selbst Fragen mittels Lehrbüchern oder dem Internet beantworten muss
- Dienste mitabsolviert
- die Aufgaben von Assistenten, Praxispflegepersonal und anderen Mitarbeitern kennenlernt
- zum Nachdenken angeregt wird
- die Ergebnisse einer Konsultation mündlich und über das Gesundheitsinformationssystem (HIS - healthcare information system) berichtet
- regelmäßig während seiner eigenen medizinischen Praxis beobachtet wird
- Rückmeldung erhält
- beurteilt wird

PRÜFUNG UND BEURTEILUNG

Während des Praktikums sind die folgenden Prüfungs- und Beurteilungsmomente obligatorisch:

Wann	Was	Folge
Vor und in Woche 1	Eingangsprüfung	Überlegungen
Woche 2	Klinische Beurteilung I	Note I
Woche 2	Logbuchbeurteilung I	Überlegungen
Woche 4	Klinische Beurteilung II	Note II
Woche 4	Logbuchbeurteilung II	Note III

Die drei Noten zählen mit für die Abschlussnote Allgemeinmedizin.

In den Anlagen III und IV ist angegeben, was von Ihnen erwartet wird.

DER HAUSARZT ALS DOZENT

Von Ihnen als Hausarztdozent wird durchaus etwas erwartet. Sie sind Ausbilder, geben Rückmeldung, prüfen und bewerten. Mit den in Ihrer Nähe organisierten Dozentenkompetenzkursen versuchen wir, Ihnen wo immer möglich zu helfen. Eine Reihe pädagogischer Überlegungen finden sich in Anlage VI. In dieser Anlage werden die folgenden Themen behandelt:

- Erfahrungslernen nach Kolb
- allgemeine didaktische Grundsätze
- den Experten effektiv beobachten
- das Erlernen praktischer Fähigkeiten
- die klinische Beurteilung

HAUSARZTDOZENTEN

PROFIL DES HAUSARZTDOZENTEN

Für Hausarztdozenten, die ein Praktikum für Studenten anbieten, wurde das folgende Profil aufgestellt:

Der Hausarzt:

- ist niedergelassen und hat seinen eigenen Patientenstamm
- koordiniert die Ausbildung und Aufgaben gut mit allen Kolleginnen und Kollegen in der Praxis
- unterstützt das Ziel des Lehrplans
- verfügt über eine gute Kommunikationsfähigkeit
- kann Studenten begeistern
- ist ansprechbar, offen für Rückmeldung
- ist in der Lage, Rückmeldung an den Studenten zu geben
- strukturiert den Lernprozess
- besucht einmal im Jahr einen Dozentenkompetenzkurs

DOZENTENKOMPETENZKURSE

Jedes Jahr wird ein Dozentenkompetenzkurs organisiert. Dieser wird acht Mal abgehalten, nämlich in allen Partnerkrankenhäusern. An einem solchen Abend ist es möglich, Erfahrungen innerhalb des Praktikums auszutauschen und Entwicklungen zu diskutieren. Darüber hinaus liegt der Fokus vor allem auf pädagogischen Fähigkeiten (Teach the Teachers).

Bei Teilnahme an einer Sitzung erhalten Sie zwei Akkreditierungspunkte.

VERGÜTUNG

Für das vierwöchige Praktikum (16 Tage) erhält der Hausarzt eine Entschädigung von 650,00 €. Ein Deklarationsformular erhalten Sie im Sekretariat der Abteilung für Allgemeinmedizin, Frau Kettmann Tel. 0441 798 3205 (renate.kettmann@uni-oldenburg.de).

ANLAGEN

ÜBERSICHT

- I Informationen über G2010
- II Zielsetzung und Ziele des Praktikums
 - 1 Spezifische, der Allgemeinmedizin zugeordnete Ziele (Rahmenplan 2001)
 - 2 Allgemeine Lernziele für die Senior-Famulaturen
- III Inhaltliche Vorbereitung der Studenten im Praktikum
- IV Klinische Beurteilung und Logbuchbeurteilung
- V Formulierung und Sechs-Stufen-Modell
- VI Didaktische Punkte
- VII Elektronische Beurteilung
- VIII Liste der Namen und (E-Mail)-Adressen der Partner
- IX Liste der externen Allgemeinmediziner der Partner

ANLAGE I

INFORMATIONEN ÜBER G2010

Das Motto des Lehrplans G2010

G2010 steht für einen kompetenzorientierten, multidisziplinären und integrierten Lehrplan, bei dem der Patient im Mittelpunkt steht, der Student aktiv beteiligt und der Dozent vor allem als Ausbilder tätig ist.

Kompetenzorientierte Ausbildung

Kennzeichnend für G2010 ist die kompetenzbasierte Ausbildung. Konkret folgt der Student dem für sein Jahr geplanten Ausbildungsprogramm. Jedes Ausbildungsprogramm hat bestimmte Ausbildungsziele, Ausbildungsressourcen, die die aktive Beherrschung dieser Ziele fördern, und schließlich eine Prüfung, um festzustellen, inwiefern der Student die Lernziele erreicht hat.

Sieben Kompetenzen

Studenten arbeiten gemäß der Studienphase auf die Beherrschung von sieben Kompetenzen zu. Diese bilden zusammen das Profil des Arztes.

Jede Kompetenz (Kommunizieren, Problemlösen, Umgang mit der Wissenschaft, Untersuchen und Handeln, Behandeln, Gesellschaftlicher Kontext, Reflektieren) umfasst die Ziele, die angeben, welches Verhalten, Wissen und welche Fähigkeiten der Student innerhalb einer Konsultation beherrschen und zu einem bestimmten Zeitpunkt des Studiums verantworten muss. Siehe auch das Titelbild dieses Handbuchs.

Reflexion

Eine der sieben Kompetenzen ist Reflexion. Reflexion ist das Vehikel, mit dem der Student immer wieder seine Richtung auf die Ziele ansteuert, bewertet und bei Bedarf anpasst.

Student aktiv, Patient im Mittelpunkt

In der Master-Phase steht Learning-by-doing zentral; in den drei Bachelorjahren stand die Ansammlung von Wissen, oft auf der Grundlage von Fallstudien, mehr im Mittelpunkt. Die Durchführung von Patientenkonsultationen ist in der Master-Phase das Lehrmittel par excellence.

Der Dozent als Ausbilder

Der Dozent bietet dem Studenten aktiv die Möglichkeit, Erfahrungen zu sammeln, indem dieser handelt. Die Dozentenrolle wird durch das Ausbilden des Studenten deutlicher sichtbar. In Anlage VI wird das Ausbilden des Studenten ausführlicher behandelt.

Weitere Informationen über G2010

Weitere Informationen über G2010 finden Sie unter
<http://www.rug.nl/umcg/onderwijs/g2010>

ANLAGE II

ZIELSETZUNG UND ZIELE DES PRAKTIKUMS

Zielsetzung und Lernziele spielen eine wichtige Rolle in der „kompetenzorientierten Ausbildung“.

Im Praktikum Allgemeinmedizin befassen sich Student und Hausarztdozent mit den folgenden Ziel„typen“:

- 1 Spezifische, der Allgemeinmedizin zugeordnete Ziele
- 2 Allgemeine Lernziele für die Senior-Famulaturen
- 3 Eigene Lernziele des Studenten: hierauf will sich der Student speziell konzentrieren

Nachfolgend finden Sie in den Absätzen 1 und 2 die Lernziele für das Praktikum Allgemeinmedizin.

II-1 SPEZIFISCHE, DER ALLGEMEINMEDIZIN ZUGEORDNETE ZIELE DES RAHMENPLANS 2001

Die folgenden Lernziele sind am besten innerhalb des Praktikums Allgemeinmedizin zu lernen. Das Praktikum Allgemeinmedizin wurde auf dieser Grundlage zu einem Pflichtpraktikum im zweiten Masterjahr des Lehrplans G2010 und bleibt ein Pflichtpraktikum für Studenten des Lehrplans C2000.

Kompetenz I Kommunizieren

Bei der Versorgung des Patienten ist der Praktikant in der Lage:

- I.2.33 eine psychologische und/oder soziale Genese zu besprechen
- I.2.34 Auswirkungen auf physischem, psychischem und sozialem Gebiet zu besprechen
- I.2.35 aufgefordert und unaufgefordert Ratschläge und Informationen zu Gesundheit und Krankheit in Bezug auf Folgendes zu geben:
 - Lebensstil
 - Beruf
 - Verhalten
 - Ernährung
 - und andere relevante Umstände
- I.2.44 eine funktionale Beziehung mit dem Patienten aufrechtzuerhalten, selbst wenn der Patient die angegebene Diagnose oder Behandlung ablehnt
- I.2.47 eine möglichst gleichwertige Arzt-Patient-Beziehung anzustreben
- I.3.12 einen Überweisungsbrief (mit klaren Informationen und einer gezielten Fragestellung) zu schreiben
- I.2.50 das Hilfeersuchen nach Dringlichkeit zu interpretieren (und wenn nötig, sofort zu handeln)
- I.2.51 traumatische Lebensbedingungen (wie Kindesmisshandlung, sexuelles Trauma, Flüchtlingsproblem) zu erkennen

Kompetenz IV Untersuchen und Handeln

Der Praktikant ist in der Lage:

- IV.1.3 zur Aufnahme einer Anamnese (aktuelle körperliche und psychische Beschwerden, Vorgesichte, psychische und soziale Umstände), wobei die Aufmerksamkeit sowohl auf den medizinischen Inhalten als auch den kommunikativen Aspekten liegt
- IV.2.4 in Bezug auf die Allgemein- und Differenzialuntersuchung ist der Praktikant in der Lage, eine allgemeine körperliche Untersuchung durchzuführen, die:

- technisch angemessen ist
 - und sowohl eine systematisch als auch eine Differentialuntersuchung beinhaltet.
 - Auffälligkeiten und Symptome zu identifizieren,
 - Befunde richtig zu erkennen und zu beschreiben,
 - das Verhältnis zwischen der Belastung durch die Untersuchung und der Belastbarkeit des Patienten zu berücksichtigen.
- IV.3.3 Erste Hilfe wie in Erweiterte lebensrettende Maßnahmen (ALS - Advanced Life Support) beschrieben zu bieten
- IV.3.5 die folgenden therapeutischen Kompetenzen auszuführen:
- Verabreichung von oberflächlicher und tiefer Anästhesie
 - Behandlung von Wunden/Bissen/Abszessen
 - Entfernung von Fremdkörpern/Splittern
- IV.3.7 die Interaktionen mehrerer (chronischer) Erkrankungen, die gleichzeitig auftreten, zu erkennen,

Kompetenz V Behandeln

Der Praktikant verfügt über Kenntnisse zu:

- V. 1.7 Interventionsmöglichkeiten von paramedizinischen Berufen und Mitarbeitern von Hilfsorganisationen auf psychischem, sozialem und pastoralem Niveau
- V. 1.8 Wesen und Bedeutung von alternativen Therapien
- V. 1.10 den wichtigsten rechtlichen Aspekten der Organ- und Gewebespende
- V. 2.19 den wesentlichen Elementen der Begleitung chronisch und unheilbar Kranker sowie der Palliativversorgung

Der Praktikant ist ferner in der Lage:

- V. 2.8 in Absprache mit dem Patienten basierend auf der Anforderung für die angefragte Hilfe und den Ergebnissen des Diagnoseprozesses aus den verschiedenen Optionen zu wählen. Bei dieser Entscheidung wird die erwartete Wirkung berücksichtigt im Vergleich zum natürlichen Verlauf, patientenbezogenen Faktoren (wie Geschlecht, Alter, Vorlieben und Wünsche des Patienten, der persönlichen und familiären Situation, Therapietreue), möglichen Nebenwirkungen, Komplikationen, der Pflegebedürftigkeit und der Kontinuität der Pflege, eventuellen Begleiterkrankungen und Kosten.
- V. 2.10 in einigen Fällen das Arzneimittel gebrauchsfertig zu machen und es (parenteral) zu verabreichen.
- V. 2.11 zu bestimmen, welche Anweisungen in Bezug auf die Behandlung an den Patienten zu geben sind, und außerdem zu bestimmen, welche Informationen über die Wirkungen und Nebenwirkungen dem Patienten gegeben werden sollten.
- V. 2.12 die Einflüsse zu berücksichtigen, die die Behandlung positiv und negativ beeinflussen können (unter anderem die Beurteilung des Maßes der Therapietreue, persönlicher Umstände).
- V. 2.17 an die entsprechende Person oder Stelle sowohl in der ersten als der zweiten Behandlungslinie zu überweisen und den Grad der Dringlichkeit zu bestimmen.

Kompetenz VI Umgang mit dem gesellschaftlichen Kontext

Der Praktikant ist in der Lage:

- VI. 1.10 die Auswirkungen von Lebensstil und sozialer Situation zu erklären.
- VI. 2.10 die Auswirkungen auf die Gesundheit durch eine Störung des Gleichgewichts von (Arbeits-)belastung und Belastbarkeit zu beurteilen.
- VI. 1.13 traumatische Lebensbedingungen (wie Kindesmisshandlung, sexuelles Trauma, Flüchtlingsproblem) zu erkennen.
- VI. 2.13 bei der Überwachung der Gesundheit auf individueller und kollektiver Ebene zusammenzuarbeiten.
- VI. 2.14 Verständnis für die Situation des Patienten (auch in Ausnahmefällen) und seinen sozialen Hintergrund zu haben. Er zeigt persönliches Interesse für den Patienten und seine Umgebung und ist sich der möglichen Folgen der Krankheit für die Familie und weitere Umgebung (einschließlich dem Arbeitsumfeld) des Patienten bewusst. Er berücksichtigt bei seiner Untersuchung, Beratung, Behandlung und Unterstützung die persönlichen Umstände des Patienten.
- VI. 3.37 einen angemessenen Beitrag zur Kontinuität der Patientenversorgung zu liefern.

Der Praktikant hat Wissen und Einsicht in Bezug auf die Struktur und Organisation der Gesundheitsversorgung, einschließlich:

VI.3. 26 der Organisation multiprofessioneller Gesundheitsversorgung und den Eigenschaften und Möglichkeiten des Informationsaustauschs zwischen präventivem und kurativem Sektor.

Der Praktikant ist in der Lage, folgende Aspekte in die Entscheidungsfindung einzubeziehen:

VI. 3.29 die Möglichkeiten, die hinsichtlich Selbstpflege, Familienpflege und häuslicher Pflege zur Verfügung stehen.

Der Praktikant verfügt über Kenntnisse zu:

VI. 2.12 Indikationsmöglichkeiten der Intervention von paramedizinischen Berufen und Mitarbeitern von

Hilfsorganisationen auf psychischem, sozialem und pastoralem Niveau.

VI. 3.35 den wesentlichen Elementen der Begleitung chronisch und unheilbar Kranker sowie der Palliativversorgung

II-2 ALLGEMEINE LERNZIELE FÜR DIE SENIOR-FAMULATUREN

Im fünften Studienjahr (M2) entwickelt der Student die sieben Kompetenzen auf der höchsten Stufe, nämlich Stufe 3.

Die Lernziele der dritten Stufe werden dargestellt

- in Bezug auf die sieben Kompetenzen
- in Bezug auf die Durchführung des Beratungsgesprächs

Allgemeine Lernziele in Bezug auf die sieben Kompetenzen:

I Kommunizieren:

Der Praktikant beherrscht die grundlegenden kommunikativen Fähigkeiten und kombiniert diese in komplexeren Umständen der medizinischen Beratung eines Patienten, in (multidisziplinärer) Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsversorgern und in der Ausbildung.

II Problemlösen:

Der Praktikant ist in der Lage bei tatsächlichen Patientenkontakten für alle in Rahmenplan 2001 beschriebenen Probleme (einschließlich Kombinationen von Problemen) eine Differentialdiagnose aufzustellen und einen Behandlungsplan zu formulieren.

III Umgang mit der Wissenschaft:

Der Praktikant kann medizinisch-wissenschaftliche Informationen in geeignete Strategien übersetzen. Er kann *evidenzbasierte Medizin*, empirische und pathophysiologische Konzepte integrieren.

Er zeigt eine kritische Haltung gegenüber wissenschaftlichen Informationen, worauf die medizinische Praxis basiert.

Er ist in der Lage, in der Literatur oder anderen Datenquellen relevante medizinische Informationen zu erkennen, ihren Wert abzuschätzen und diese Informationen anderen zu geben.

IV Untersuchen und Handeln

Der Praktikant ist in der Lage, bei Patienten in komplexen Situationen viel vorkommender Krankheitsbilder eine Anamnese aufzunehmen und Untersuchungen durchzuführen, und Behandlungen in der Praxis durchzuführen, die von einem Hausarzt erwartet werden.

V Behandeln:

Der Praktikant ist in der Lage, selbstständig einen Behandlungsplan für die Probleme des einzelnen Patienten aufzustellen und durchzuführen, dessen Wirkungen zu überwachen und, wenn nötig, die Behandlung anzupassen.

VI Umgang mit dem gesellschaftlichen Kontext:

Der Praktikant ist in der Lage, die nicht-biologischen Ursachen von Krankheiten zu benennen, die bei einem einzelnen Patienten eine Rolle spielen, und in dem Maße, wie dies von einem Praktikant verlangt werden kann, diese Faktoren zu beeinflussen.

Der Praktikant ist in der Lage, kollektive Gesundheitsprobleme zu analysieren, einen Plan für Präventivmaßnahmen aufzustellen und diese zu evaluieren.

Der Praktikant kann individuelle und gemeinschaftliche Gesundheitsprobleme in einen breiten Kontext politischer, soziologischer, kultureller und wirtschaftlicher Faktoren stellen, indem er seine Kenntnisse der Gesundheitsversorgung anwendet.

Der Praktikant ist basierend auf dieser Analyse in der Lage, an Lösungen für erkannte Probleme und an der Beeinflussung von (Gesundheits-) Politik unter Berücksichtigung der (gesellschaftlichen) Kosten und des rechtlichen Rahmens der medizinischen Praxis beizutragen.

VII Reflektieren:

Der Praktikant kann angeben, wie er während der späteren Berufsausübung die Qualität seines beruflichen Handelns bewachen wird.

Der Praktikant ist in der Lage, in Bezug auf Gesundheit und Krankheit im Hinblick auf verschiedene Annahmen sein berufliches Verhalten und das von anderen in komplexen Situationen, wie Fehlern, Komplikationen, unerwartetem Verlauf zu reflektieren.

Der Praktikant ist in der Lage, bei spezifischen und komplexen Problemstellungen eine multidisziplinäre Diskussion zu organisieren, um zu einer verantwortungsvollen Entscheidung zu gelangen.

Allgemeine Lernziele in Bezug auf die Durchführung des Beratungsgesprächs

Der Praktikant kann selbstständig eine vollständige Konsultation auf der Grundlage der Probleme, die aus dem Rahmenplan 2001 abgeleitet sind, durchführen. Diese Konsultation folgt den Schritten der „Modellkonsultation“:

- Klärung des Hilfegesuchs
- Aufstellung einer Anamnese
- Durchführung einer körperlichen Untersuchung
- Aufstellung einer Differentialdiagnose
- Ableitung einer Verdachtsdiagnose daraus
- Als Ergebnis daraus die Planung und, wenn möglich, Durchführung einer angemessenen Diagnostik und Therapie
- Besprechen und Abrunden der Befunde mit dem Patienten
- Die Befunde und das eigenen Handeln mündlich und schriftlich berichten können

ANLAGE III

EINGANGSPRÜFUNG

(Vorbereitung für das Praktikum: Studenten müssen vor der ersten Praktikumswoche diese Fragen beantworten; Fragen 9 und 13 teilweise in der ersten Woche)

- 1 Nennen Sie mindestens fünf Aufgaben oder Funktionen des Hausarztes (auch nicht patientenbezogene)

- 2 Durchschnittlich geht der Niederländer ... Mal pro Jahr zum Hausarzt

- 3 Von allen Patienten, die den Hausarzt aufsuchen, werden letztendlich ... % an die Sekundärversorgung überwiesen.

- 4 Der Hausarzt dokumentiert im sogenannten SOEP-Systeem. Dies steht für (bitte den ersten Buchstaben ausfüllen und die Bedeutung angeben):

S _____

O _____

E _____

P _____

- 5 Was bedeutet ICPC? In welcher Zeile des SOEP-Systems kodieren Hausärzte gemäß dem ICPC? Welchen Nutzen hat diese Kodierung?

- 6 Nennen Sie drei Kategorien von Hilfegesuchen

- 7 Der Hausarzt nutzt verschiedene Arten von Maßnahmen (z. B.: kann verschiedene Dinge bei einem Patienten anwenden) - nennen Sie mindestens sieben.

- 8 Mit welchen Amtsträgern arbeitet der Hausarzt in der Grundversorgung zusammen? Nennen Sie mindestens acht.

9

Eine der wichtigsten Aufgaben des Arztassistenten ist die Triage: Sie müssen oft täglich bewerten, ob ein Hilfegesuch als eiliger oder mäßiger Notfall oder kurzfristig oder ohne Eile behandelt werden sollte und von wem. Selbstverständlich sind sie hierfür qualifiziert und geschult. Häufig verwenden sie mehr oder weniger auffällig das NHG-Wahltelefon. Lesen Sie etwas über die Rolle der Triage in der Allgemeinpraxis. Finden Sie heraus, ob Ihr Hausarzt darüber mit dem Arztassistenten Vereinbarungen getroffen hat, ob diese mündlich vereinbart wurden oder schriftlich festgelegt wurden und in welchem Maße Ihr Hausarzt der Triage vertraut. Schreiben Sie unten Ihre Feststellungen auf.

- 10 Der Arzt hat mit einer relativ gesunden Population zu tun. Das Krankheitsrisiko ist aufgrund des Fehlens einer Vorauswahl niedrig. In dieser Situation müssen Sie sich bei einem Test (jede anamnestische Frage, jede Untersuchung und jeder Labortest ist ein Test) des Risikos von Testergebnissen bewusst sein.
- 11 Der Arzt macht daher sehr viel Gebrauch von Tests mit einer _____, um Krankheiten auszuschließen.
- 12 Um keine unnötige Angst zu säen oder eine Somatisierung zu verhindern, versucht der Hausarzt, die Anzahl der falsch positiven Ergebnisse zu reduzieren. Er tut dies, indem
- a. _____
b. _____
c. _____
- 13 Formulieren Sie Ihre Lernziele für die 2., 3. und 4. Woche des Praktikums Allgemeinmedizin und teilen Sie Ihrem Hausarztdozenten mit, auf welche Weise Sie an diesen arbeiten wollen.
-
-
-
-
-
-

Initialen des Studenten

Initialen des Hausarztes

Eingangsprüfung - Antworten auf die Fragen: sind für den Hausarzt bestimmt und dienen zur Unterstützung des Lehrgesprächs in Woche 1 über die allgemeinmedizinischen Sachverhalte.

- 1 Arzt, Vertrauensperson, Hausarzt hat eine Siebfunktion (Pförtner), Führer, Regisseur, Leiter der Praxis
- 2 6 bis 8 (abhängig von der Untersuchung)
- 3 4 %:
- 4 Subjektiv (Beschwerden und/oder Hilfegesuch), objektiv (Beobachtungs- und Untersuchungsergebnisse), Beurteilung (Verdachtsdiagnose + ICPC-Code), Plan (Therapie und Termine, Notizen)
- 5 International Classification of Primary Care. Kodierung in der E-Zeile
Nutzen: bietet die Möglichkeit der Klassifizierung von Patienten (z. B. mit Diabetes) und bietet die Möglichkeit der Untersuchung, auf sowohl Praxisniveau („wie oft stelle ich die Diagnose Harnwegsinfektion?“) als auf Hagro-Ebene [Hausarztgruppe], z. B. bei Absprachen mit dem Apotheker („welches Antibiotikum verordne ich bei Harnwegsinfektionen?“) sowie großschalig (Doktorarbeit, NIVEL-Registrierung [Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg]).
- 6 Medizinische Fragen (habe ich eine Krankheit, was ist das Risiko), kontextbezogene Fragen (kann ich laufen, kann ich arbeiten), Wünsche und Erwartungen (ich möchte überwiesen werden).
- 7 Beruhigung, Erklärung, Information, Beratung, Abwarten, Arzneimitteltherapie, Begleitung/Gespräch, Injektion, Operation Überweisung.
- 8 Apotheker, Sozialarbeiter, Hauskrankenpfleger/Pflege zu Hause, Psychologe, Fußpfleger, Ernährungsberater, Physiotherapeut/Manualtherapeut, Ceasar/Mensendieck-Therapeut, Ergotherapeut, Hebamme
- 9 Die Antwort hängt von der Situation in Ihrer Praxis ab.
- 10 Falsch-positive Testergebnisse
- 11 Hohe Spezifität
- 12 Die Zeit als Diagnostikum (erst weitere Untersuchungen durchführen, wenn die Symptome länger bestehen bleiben), nur auf Indikation testen (minimale Routinetests), Tests mit einem potentiell falsch-positiven Ergebnis wiederholen.
- 13 Zu besprechen und, wenn nötig, vom Studenten zu ergänzen.

ANLAGE IV

STUDENTS LEARN WHAT YOU INSPECT, NOT WHAT YOU EXPECT

KLINISCHE BEURTEILUNG UND LOGBUCHBEURTEILUNG

Die klinischen Beurteilungen (KB I & II) und die Logbuchbeurteilungen (LB I & II) sind die Instrumente, um festzustellen, ob ein Student Ihrer Meinung nach eine Kompetenzstufe erreicht hat, die Ihnen das Vertrauen gibt, dass dieser Student ein professioneller Arzt wird. Wenn nicht, sollte dies in Ihrer Beurteilung zum Ausdruck kommen.

Im Allgemeinen ist es gut zu wissen, dass Sie bei der Beurteilung des Studenten von Ihrer Ausbilderrolle in eine objektive Prüferrolle wechseln.

Klinische Beurteilung

Mittels der klinischen Beurteilungen überprüfen Sie, ob Ihr Student eine Konsultation durchführen kann, woran Sie feststellen können, dass er verstanden hat, worum es in der Allgemeinmedizin geht und wie der Hausarzt daher schlussfolgert und arbeitet. Die klinischen Beurteilungen geben Sie ab, basierend auf einer durch Sie beobachteten Konsultation sowie der Rechtfertigung von Handlungen und Unterlassungen des Studenten danach. Dies gehört zu den Möglichkeiten. Es wird empfohlen, vor allem wenn Sie Zweifel in Bezug auf einen Studenten haben, die zweite KB von einem Hausarztkollegen durchführen zu lassen.

KB I und II ergeben beide eine Note, die bei der Ermittlung, ob jemand das Praktikum Allgemeinmedizin erfolgreich absolviert hat, mitzählt.

Logbuchbeurteilung

Mittels der LBs ermitteln Sie, ob Ihr Praktikant sich in der Zeit, die er bei Ihnen verbringt, sichtbar im Fachgebiet entwickelt, Ratschläge aufnimmt und in die Arbeit integriert usw. Darüber hinaus geben Sie im Logbuchformular an, ob der Student die Logbuchverpflichtungen erfüllt hat:

- Präsenz in der Allgemeinpraxis und an den Auffrischungsnachmittagen
- die mündliche Beantwortung der Lernfragen aus der Eingangsprüfung in Woche 1
- die Erstellung von zwei Sechs-Schritte-Status während des Praktikums
- eine nach dem NHG-Standard geschriebene Überweisung
- Ankreuzen der Krankheiten in der Problemliste, die der Student gesehen und/oder behandelt hat

Logbuchbeurteilung I hat lediglich eine Rückmeldefunktion und erfordert keine Vergabe einer Note. Basierend auf Ihrer Rückmeldung kann der Student Verbesserungen entwickeln, auf die er in den kommenden Wochen ausdrücklich achten will.

Bei Logbuchbeurteilung II können Sie beurteilen, inwiefern sich der Student bei diesen Themen weiterentwickelt hat. Nun geben Sie eine *Note* für das Logbuch.

Logbuchbeurteilung I und II finden am Ende von Woche 2 bzw. am Ende von Woche 4 statt.

Sowohl die KBs als auch die LBs notieren Sie im Praktikumsheft Ihres Studenten. Dieser gibt sein Heft am Ende beim Ausbildungsssekretariat der Partnerinstitution ab.

Gesamtnote für das Praktikum Allgemeinmedizin

Sie geben ganze Noten für KB I, KB II und Logbuchbeurteilung II.

Insgesamt zählen diese drei Noten bei der Abschlussnote des Praktikums Allgemeinmedizin mit. Das arithmetische Mittel der drei Noten muss mindestens 5,5 betragen, um das Praktikum Allgemeinmedizin erfolgreich zu absolvieren.

M2 Klinische Beurteilung 1 2

Student:	Studenten-Nr.:
Beurteiler:	Datum:
Praktikum Allgemeinmedizin	M2 Praktikum: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Einrichtung: Konsultation Besuch Sonstiges
 Komplexität des Krankheitsbildes: gering mäßig groß

Medizinische Inhalte und Kommunikation		Was geht gut, könnte besser sein?
Anamnese <ul style="list-style-type: none"> Besuchsgrund interpretieren (Hilfeersuchen/Überweisung) und erste Beobachtungen Inhaltlich relevante Fragen stellen Eine logische und effiziente Reihenfolge einhalten Gesprächsvoraussetzungen schaffen Respekt und Einfühlungsvermögen zeigen Offene und geschlossene Fragen stellen Klären und Zusammenfassen 	U G RV V O	
Körperliche Untersuchung <ul style="list-style-type: none"> Durchführung der Untersuchung auf korrekte Art und Weise Wahl der richtigen Balance zwischen allgemein/hypothesengerichtet Eine logische und effiziente Reihenfolge einhalten Untersuchungsvoraussetzungen schaffen Respekt und Rücksichtnahme zeigen Erklärungen und Anweisungen geben Reagieren auf (non-) verbale Signale 	U G RV V O	
Klinische Entscheidungsfindung <ul style="list-style-type: none"> Auf der Grundlage von Wissen und Verständnis schlussfolgern Angaben von Anamnese und Untersuchung interpretieren Differentialdiagnose aufstellen 	U G RV V O	
Grundsätze und Abrundung <ul style="list-style-type: none"> Weitere Untersuchungen wählen (Medikamentösen) Therapieplan aufstellen/anpassen Behandlung durchführen/Rezept ausschreiben Erklärungen und Informationen geben Zusammenfassen und Abschließen 	U G RV V O	

Note Klinische Beurteilung:

4 5 6 7 8 9

Initialen des Studenten:

Initialen des Hausarztdozenten:

M2 Logbuchbeurteilung 1 2

Student:	Studenten-Nr.:
Beurteiler:	Datum:
Praktikum Allgemeinmedizin	M2 Praktikum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

- Praktikumsbezogene Verpflichtungen:
- ausreichende Präsenz
 - Eingangsprüfung/inhaltliche Vorbereitung
 - zwei Sechs-Schritte-Status
 - Überweisungsbrief
 - Ankreuzen Krankheitsbilder in der Problemliste

Logbuch		Was geht gut, könnte besser sein?
Logbuchbesprechung	U G RV V O	
<ul style="list-style-type: none"> • macht sichtbar hinreichende Fortschritte durch Abzeichnen von Krankheitsbildern, Konsultationen, Aufnahmen etc. • verfügt zu oben genanntem über ausreichende Kenntnisse/Einsicht 		
Professionalles Verhalten		Was geht gut, könnte besser sein?
Umgang mit der Arbeit <ul style="list-style-type: none"> • zeigt ausreichende Kenntnisse und Fähigkeiten • ist effizient, produktiv ↔ ineffizient, unproduktiv • handelt sorgfältig ↔ schlampig, übergenau • ist selbstständig ↔ benötigt andauernd Hilfe, eigensinnig • hält Termine ein, pünktlich ↔ oft zu spät/nicht anwesend 	U G RV V O	
Umgang mit anderen <ul style="list-style-type: none"> • Patienten: korrekt ↔ informell empathisch ↔ zu beteiligt, zurückhaltend • Kollegen: passend ↔ zu bescheiden, zu frei, Solist • andere: korrekt ↔ von oben herab, freundschaftlich • Sprachkompetenz ausreichend ↔ begrenzt 	U G RV V O	
Eigenes Funktionieren <ul style="list-style-type: none"> • genügend Selbsterkenntnis ↔ begrenzt • kennt seine eigenen Grenzen ↔ unter-, überschätzt sich • genügend Selbstvertrauen ↔ unsicher, zu sicher • kann gut mit Kritik umgehen ↔ unzureichend • gepflegtes Aussehen ↔ ungepflegt, ungeeignet 	U G RV V O	

Note Logbuch:

4 5 6 7 8 9

Initialen des Studenten:

Initialen des Hausarztdozenten:

ANLAGE V

REZEPT UND SIX-STEP MODELL

Six Step Modell für Allgemeinmedizin

Der Student muss während des Praktikums zwei Rezepte schreiben, während er einen sechsstufigen Behandlungsplan ausfüllt. Dieses Modell ist den meisten Studenten bekannt. Die Rezepte müssen bei ausreichendem Ergebnis im Logbuch von Ihnen erfasst werden, sie werden jedoch inhaltlich am Auffrischungsnachmittag Allgemeinmedizin durch den allgemeinmedizinischen Supervisor besprochen.

Sollte dies aufgrund von Umständen nicht geschehen, ist es lehrreich für den Studenten, wenn Sie hieran Aufmerksamkeit widmen.

Das Format im Ausbildungsheft des Studenten für die Ausstellung eines Rezepts ist unten dargestellt. Den sechsstufigen Behandlungsplan finden Sie auf der nächsten Seite.

Ausstellung eines Rezepts

Name des Arztes

Adresse

Tel.

Datum:

R/

f.

S.

Herr/Frau/Kind:

Adresse:

Sechsstufiger Behandlungsplan

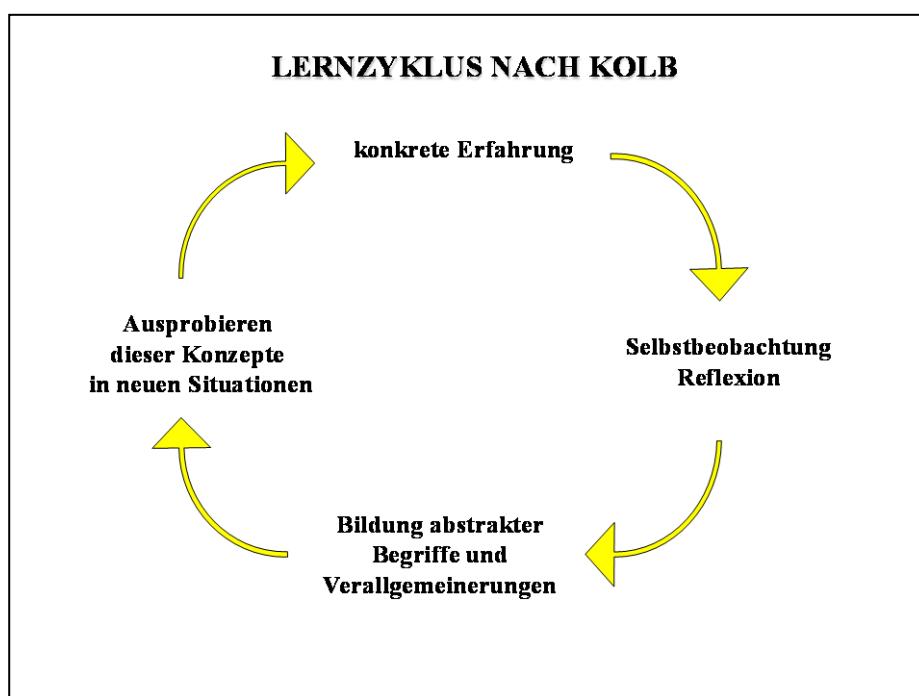
1 Problem des Patienten	<p>Verdachtsdiagnose (<i>Schwere, Ursache, mögliche Folgen</i>):</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Bewertung der bestehenden Behandlung (<i>Wirksamkeit, Sicherheit und Therapietreue</i>):</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
2 Ziel- behandlung	(<i>symptomatisch, kurativ und/oder präventiv</i>):
3 relevante Behandlungs- möglichkeiten	<p>nicht medikamentös:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>medikamentös, neue und bestehende Behandlung (<i>Priorisierung hinsichtlich Wirksamkeit, Sicherheit, Eignung und Kosten</i>):</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
4 patientenspezifische Wahl	<p>aus oben genannten wählen (<i>nach Schweregrad der Beschwerden, Patientenmerkmalen, Wünschen usw.</i>):</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Begründung der Wahl:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
5 Durchführung Beginnen/Anpassen der Behandlung	<p>nicht medikamentös:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>medikamentös (<i>Stärke, Darreichungsform und Dosierung</i>):</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p style="text-align: right;">Rezept siehe Rückseite</p> <p>Richtlinien zu bestehenden Behandlungen, anderen Diagnose(n):</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Patienteninformation (<i>Wirkung, Nebenwirkungen, Schulung, Warnungen</i>):</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
6 Nachsorge	<p>zu kontrollieren (<i>Wirkung, Nebenwirkungen und Therapietreue</i>):</p> <hr/> <hr/> <p>Termin Nachsorgebesuch:</p>

ANLAGE VI

LEHRPUNKTE

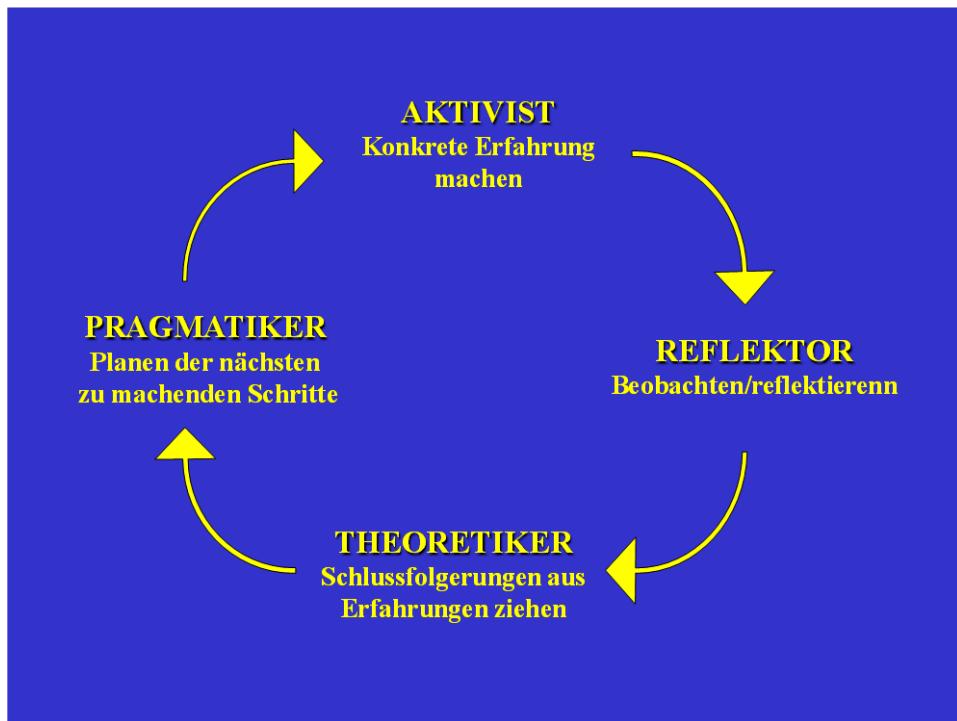
1 Das Erfahrungslernen nach Kolb

Kolb (1984) beschreibt in seinem Buch „Experiential Learning“ (Lernen durch Erfahrung), dass bei dieser Form des Lernens, dem Lernen in/an/von der Praxis, ein zyklischer Prozess stattfindet. Er baut hierbei auf früher von Dewey entwickelten Konzepten auf. Der zyklische Prozess ist gekennzeichnet durch sukzessives Sammeln von Erfahrungen, Reflexion über diese Erfahrung, die Bildung eines theoretischen Konzepts über diese Erfahrung und danach das Planen (aus dem neu gebildeten theoretischen Konzept) einer neuen Erfahrung, womit das theoretische Konzept auf seinen Wert geprüft wird. Damit ist der Lernzyklus abgeschlossen und beginnt der Prozess erneut.



Kolb beschreibt des weiteren, dass jeder Student eine bevorzugte Stelle hat, um den Lernzyklus zu betreten, den so genannten Lernstil. Der Lernstil bestimmt, wie jemand vorzugsweise seinen Lernprozess beginnt. Nicht jeder beginnt mit aktivem Experimentieren. Einige wollen zunächst eine vollständig begründete Vorstellung von einer bestimmten Handlung oder Fähigkeit haben, bevor sie zum Handeln übergehen. Honey und Mumford (1992) haben die Lernstiltheorie von Kolb in die Praxis übersetzt. Sie haben die Personen, die bevorzugt auf der Reflexionsseite den Lernzyklus betreten, *Reflektoren* genannt, Personen, die am unteren Rand eintreten, *Theoretiker*. Diejenigen, die bevorzugt mit dem Schritt zwischen Theorie und Praxis beginnen, sind die *Pragmatiker* und die, die mit einer Erfahrung beginnen, die *Aktivisten*. Lernen im eigenen bevorzugten Stil ist angenehmer und gibt Selbstvertrauen.

LERNZYKLUS NACH HONEY UND MUMFORD



Wenn jemand die Anwendung eines neuen Handy kennenlernen will, geht der Reflektor zu seinem Sohn und fragt: „Du weißt doch, wie das Telefon funktioniert? Kannst Du mir das zeigen, so dass ich sehen kann, ob ich es selbst kann und wie ich machen will.“ Der Theoretiker liest erst gründlich die beiliegende Gebrauchsanweisung, bevor der das Telefon aus der Verpackung holt. Der Pragmatiker liest in der Gebrauchsanweisung nur die Funktionen des Telefons, die er wirklich braucht. Der Aktivist schließlich holt das Telefon aus der Verpackung und beginnt einfach, auf die Tasten zu drücken und sieht, was passiert.

Kolb war ein guter Beobachter, und die Gültigkeit der Theorie beweist sich auch durch das Erkennen dieser Stile in der täglichen Unterrichtspraxis. Das Erkennen, aber vor allem das Erkennen eines anderen Stils als des eigenen, macht eine Diskussion über den Lernansatz zu einer Diskussion auf Metaebene - über das Lernen und die Reflexion über die Unterschiede und die Auswirkungen dieser Unterschiede für den täglichen Ablauf.

Der große und fast unvermeidliche Fallstrick jedes Ausbilders ist, dass er denkt, dass jeder den gleichen bevorzugten Lernstil hat wie er selbst. Er muss sich dann auch wohl bewusst über seinen eigenen Lernstil sein, um diesen Fallstrick zu vermeiden.

Ein Hausarztdozent mit einem reflexiven Lernstil geht davon aus, dass er einem Studenten immer etwas zeigen muss, um vorzuführen, wie er selbst es macht und wie es in der Allgemeinpraxis üblich ist. Es ist möglich, dass dieser Dozent mit einem Studenten, der einen aktiven Lernstil hat, schnell auf Kollisionskurs gerät. Der Student will nämlich gerne selbst auf Entdeckungsreise gehen und lernt genau von den Momenten, in denen er sich die Nase stößt. Wenn dieser Unterschied in Lernstilen nicht ansprechbar ist, führt dies oft zu vermehrter Reibung zwischen Hausarztdozent und Student.

Von Hausarztdozenten darf daher erwartet werden, dass sie bei Studenten mit verschiedenen Lernstilen verschiedene Ausbildungsaktivitäten akzeptieren oder anbieten. Der

Hausarztdozent ist zusammen mit dem Studenten dafür verantwortlich, dass der Praktikant den Lernzyklus vollständig durchläuft.

Schließlich hat niemand nur einen Lernstil, jedoch durchaus einen bevorzugten Lernstil. In einigen Fällen ist es sogar unmöglich, den bevorzugten Lernstil zu verwenden. (Ein Aktivist, der Flugstunden nimmt, kann nicht einfach etwas ausprobieren und schauen, was passiert....) Für einen Studenten, der sich seines bevorzugten Lernstils bewusst ist, ist es außerdem sehr lehrreich, auch einmal mit einem anderen Lernstil zu üben und zu experimentieren.

2 Allgemeine didaktische Grundsätze

Von: Venekamp, Boendermaker, Lauret und Brand

In einer Nusschale werden unten einige wichtige Grundsätze für die Erwachsenenbildung angesprochen. Diese Grundsätze sind universell, nicht abhängig von einer bestimmten Unterrichtssituation, obwohl der eine Grundsatz in einer bestimmten Unterrichtsumgebung mehr Gewicht hat als ein anderer. Ein Tipp: Führen Sie sich eine aktuelle Lernerfahrung (Führerschein erwerben, einen Tauchkurs absolvieren, einen Kurs Bridge besuchen usw.) vor Augen und nehmen Sie die Punkte durch, um zu sehen, wie viele dieser Grundsätze in der Lernsituation vorhanden waren. Sie kommen sicher sehr weit....

Klare Zielsetzungen geben

Es ist wichtig, dass der Erwachsene im Voraus weiß, was in der angebotenen Ausbildung zu lernen ist. Der Erwachsene kann auf der Grundlage dieser Informationen entscheiden, ob er der angebotenen Ausbildung folgen will. Die Ziele geben eine Vorstellung von dem Kontext, in dem Ausbildung steht. Dies bietet die Möglichkeit abzuwägen, ob diese Ausbildung noch wünschenswert ist, Priorität hat.

Motivation

Motivation kann in extrinsische Motivation und intrinsische Motivation unterteilt werden. Beide Formen können sehr stark sein. Die intrinsische Motivation ist die subjektive Leidenschaft, die für einen länger anhaltenden Lernimpuls sorgt, für ein besseres Einsinken des Gelernten und für den Wunsch, weiter zu lernen.

Beispiele für extrinsische Motivation sind der Erhalt eines Diploms oder eine Gehaltserhöhung als Folge von Ausbildung und Verbesserung der Position.

Kapazität

Jeder Studierende hat eine gewisse intellektuelle Kapazität. Es ist die Aufgabe des Dozenten, um auf das Niveau des Studierenden/der Zielgruppe zu reagieren. Es ist für die Menschen in der Zielgruppe extrem ärgerlich, wenn der Dozent unter oder über dem Niveau der Zielgruppe lehrt. Jeder Mensch hat die Fähigkeit, zu lernen; es ist die Aufgabe des Dozenten, um diesen Prozess zu ermöglichen, zu erleichtern.

Wichtig ist auch, die Kapazität des Studenten in einer bestimmten Situation zu berücksichtigen. Ist dieser zum Beispiel nach einem langen anstrengenden Tag, müde und hungrig, um 18:30 Uhr noch in der Lage, etwas zu lernen?

Relevanz

Das Ausbildungsangebot muss derart auf den Studenten abgestimmt sein, dass das Gelernte relevant für den Lernenden ist und vorzugsweise der täglichen Praxis unmittelbar angewandt werden kann. Gegen diesen Grundsatz wird oft „gesündigt“!

Aktives Lernen

Die Studenten müssen aktiv an der Ausbildung beteiligt sein. Dies kann durch Aufgaben, Übungen, Diskussionen, Lehrgespräche, Brainstormingsitzungen, Reflexionsmomente oder zum Beispiel durch die Einbeziehung des Studenten in die Aktivitäten der Patientenversorgung (echte Berufsausübung) erreicht werden.

Anwenden von Erfahrung

Jeder Erwachsene hat ein gewisses Maß an Erfahrung. Dies sind Erfahrungen in dem Bereich, in dem er (weiter) lernen will, aber auch Erfahrungen mit früheren Lernerfahrungen

(!), die gut oder nicht gut waren. Der Student hat durch Arbeit, Studium und das tägliche Leben eine Fülle von Erfahrungen gemacht. Diese Erfahrungen bestimmen unter anderem das Interesse und die Orientierung der Einzelperson. Es ist die Aufgabe des Dozenten, dem Studenten beizubringen, von seinen persönlichen Erfahrungen Gebrauch zu machen.

Rückmeldung geben/empfangen

Jeder Student muss regelmäßig hören, was gut läuft und was verbessert werden kann/sollte. Erwachsene haben in der Regel eine Reihe von spezifischen Anforderungen zu beherrschen. Sie wollen „neue Instrumente“, mit denen sie direkt arbeiten können. Deshalb ist es wichtig, die Situation regelmäßig durchzunehmen und dem Studenten zu helfen, den Lernfokus zu halten. Dabei kann die eigene Rolle des Dozenten auch Thema der Rückmeldung!

Rückmeldung basiert auf dem Prinzip: „Blick zurück und Entwicklung nach vorne“ - durch den Rückblick darauf, wie die Aufgabe ausgeführt wird, werden Lernpunkte für die Zukunft bestimmt. Fast jeder weiß, dass dies in der Praxis leicht gesagt, aber schwierig zu tun ist. Es ist nicht leicht, Kritik zu geben (auch wenn sie konstruktiv beabsichtigt ist), und wir alle kennen Beispiele von Menschen, die Mühe damit haben, um Kritik zu erhalten. Auf der einen Seite besteht die Gefahr einer harschen Kritik („niedermachen“), auf der anderen Seite die Gefahr, zu nett zu sein (und damit überhaupt keine Kritik zu geben). Keines von beiden ist sehr effektiv.

Die Regeln nach Pendleton

Eine der Möglichkeiten, Feedback zu geben, erfolgt nach den sogenannten Regeln von *Pendleton*. Die zugrunde liegenden Prinzipien besagen, dass bei *jeder* Leistung sowohl *gute Punkte* benannt als auch *Punkte für Verbesserungen* angegeben werden. Ein zweites Prinzip ist, dass der Student/Praktikant dabei selbst aktiv beteiligt wird.

Die praktische Umsetzung ist wie folgt. Nach der Erledigung einer Aufgabe (was auch immer diese sein mag) folgen Sie diesen Schritten:

Fragen Sie den Studenten: Was lief gut?

Fragen Sie Dritte (oder sich selbst): Was lief gut?

Fragen Sie den Studenten: Was würden Sie gerne verbessern?

Fragen Sie Dritte (oder sich selbst): Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?

Diese Sitzung wird mit einer Zusammenfassung von der betreffenden Person abgeschlossen, wobei die wichtigsten Punkte, die gut liefen und die verbessert werden können, nochmals genannt werden.

Reflektieren

Wird als „darüber nachdenken“ oder „betrachten“ definiert. Der Erwachsene ist in der Lage, über das, was passiert ist, über den Sinn oder die Auswirkung bestimmter Verhaltensweisen nachzudenken. Er ist in der Lage zu analysieren, was sein Verhalten bei anderen auslöst oder was ein bestimmtes Verhalten oder bestimmte Ereignisse mit ihm selbst tun. Auf der Grundlage dieses Prozesses können neue Schritte im Verhalten benannt oder konzipiert werden und deren Zweckmäßigkeit erwogen werden. Und dieser Reflexion kann selbst Metareflexion (double loop) folgen: Reflexion über den Reflexionsprozess.

3 Effektives Beobachten des Experten

Von R. Venekamp und P. Boendermaker

Menschen, auch Erwachsene, lernen viel durch Nachahmung, durch das Lernen von Vorbildern. Das kann ein Rollenmodell, aber auch eine Gruppe und die damit verbundene Kultur sein (Krawatten oder nicht, Haare offen oder ein Pferdeschwanz, duzen, drei Küsse bei einem Geburtstag). In der täglichen Praxis werden auf diese Weise viel Wissen, Fertigkeiten und vor allem professionelles Verhalten fast unbemerkt an die nächste Generation weitergegeben.

Viele Berufsgruppen haben umfangreiche Verhaltenskodizes, die häufig nicht definiert sind, aber auf diese Weise über Generationen weitergegeben werden. Diese Weitergabe ist notwendig, um in einer bestimmten Umgebung zu gedeihen und zu überleben.

Nachahmungslernen spielt in diesen Situationen eine wichtige Rolle. Der Stil des Facharztbriefs variiert beispielsweise stark von Fachrichtung zu Fachrichtung, teilweise aus praktischen Gründen, aber oft aus Gewohnheit. Das Verständnis aller Arten von häufig verwendeten Abkürzungen (RT, WPW, LBTB, SOEP) hat sogar Ähnlichkeit mit einem Initiationsritus. Manchmal ist es auch sehr verwirrend für einen Neuling: die Abkürzung AP hat in einem gynäkologischen, chirurgischen und kardiologischen Kontext eine völlig andere Bedeutung!

Ein Praktikant schaut sich daher viel ab, passt sich an, lernt von anderen. Manchmal wird diese Lernform absichtlich eingesetzt, aber oft ist sie unbewusst und wird erst dann bewusst, wenn ein anderer es erwähnt (trägst Du jetzt eine Krawatte?)

Das Beobachten eines Experten ist eine Form von „die Kunst abschauen“, eine wichtige Form der Ausbildung, die der Experte bewusst fördert. Und selbst dann findet noch eine weitgehend unbewusste Weitergabe statt. Beispielsweise der Kinderarzt: „Schauen Sie einmal zu, wie ich die Lumbalpunktion mache“ und der Student beobachtet, wie es gemacht wird, sieht aber auch, wie der Facharzt mit dem Kind kommuniziert, wie er mit dem Pflegepersonal interagiert und wie die Hygiene eingehalten wird.

Der Experte muss sich bewusst sein, dass er nicht nur ein Rollenmodell ist, wenn er selbst denkt, es zu sein. Alles, was er tut, kann nachgeahmt werden.

Wie können Sie noch besser davon lernen?

- Es hilft beim Lernen, wenn die Aufmerksamkeit des *Beobachters* gelenkt wird. Eine kurze Anmerkung oder eher noch ein Gespräch davor ist dafür ausreichend. Dies betont bestimmte Teile der Beobachtung: „Achten Sie jetzt speziell auf die Bewegung, die ich mit der linken Hand mache“.
- Der Experte verfügt über große Fertigkeit, manchmal auch Routine, die er nicht mehr bewusst wahrnimmt. Er muss sich bei seinem Unterricht sehr bewusst darüber sein, was er als Experte beherrscht, und vieles davon wird er dem Neuling, für den alles neu ist, erklären müssen.
- Eine bestimmte Fertigkeit kann nie vollständig aus einem Buch, durch Ansehen eines Videos oder in einem Skills Lab erlernt werden. Die reale Welt ist anders, komplexer. Hierbei kann der Experte der Führer in einem komplexen Dschungel sein. Der gute Führer erklärt unterwegs viel, geht auf Dinge ein und nimmt sich Zeit. Schließlich stellt er die Fragen: Was fiel Ihnen auf? Haben Sie Fragen dazu?

Es kann vorkommen, dass ein Rollenmodell von einigen gerade nicht nachgeahmt wird: „So will ich nie werden“, „so will ich es später sicher *nicht* machen“. Diese Form des Lernens ist weniger effektiv als das Lernen von einem „guten“ Rollenmodell, weil der Lernende selbst auf die Suche nach dem richtigen Verhalten gehen muss. Dies führt dazu, dass das Verhalten in Ermangelung einer Alternative manchmal doch nachgeahmt wird!

Zusammenfassend:

- Lernen am Rollenmodell ist eine kraftvolle Ausbildungsmethode.
- Der Experte ist viel öfter Vorbild, als er denkt.
- Ein kurzes Gespräch vor und nach der Beobachtung maximiert die Lernergebnisse.

4 Das Erlernen praktischer Fertigkeiten

Von P. Boendermaker und R. Venekamp

Das Erlernen von Fertigkeiten ist ein komplizierter Prozess. Hier spielen verschiedene Interessen eine Rolle: die Ausbildungsbedeutung, eine gute Patientenversorgung und die effiziente Nutzung der Zeit. Diese Interessen sind oft gegenstreitig.

Der Student benötigt mehr Zeit als der Routinier, macht manchmal (Beinahe)-Fehler, beherrscht noch nicht den Gesamtprozess und ist manchmal nicht ausreichend vorbereitet.

Tipps

1. Besprechen Sie ein „Vorher und Nachher“ -Verfahren und bestimmen Sie zuvor, ob dies zum Niveau des Studenten passt.
2. Verwenden Sie die Vier-Stufen-Methode von Peyton.
3. Seien Sie als Experte freigiebig mit Erklärungen zu Ihrem Handeln - dies kann nicht zu viel werden.

Die Erörterung des Verfahrens

Zunächst ist es wichtig, das Niveau des Studenten gut zu kennen. Der Dozent übernimmt die Initiative, um zuvor durchzusprechen und abzusprechen, wer was während des Verfahrens tut. Wenn dies deutlich vereinbart ist, ist die Übernahme durch den Dozenten kein Problem und wird sie durch den Studenten nicht als Scheitern wahrgenommen. Es ist daher logisch, ein Verfahren in Teile zu schneiden, die jeweils einen eigenen Schwierigkeitsgrad haben und Schritt für Schritt durch den Studenten gemeistert werden müssen. Dies gibt auch innere Ruhe, weil dieser erkennt, dass er nicht alles von Anfang an selbst können muss.

Die Vier-Stufen-Methode von Peyton

Die Vier-Stufen-Methode von Peyton ist ein nützliches Instrument beim Unterrichten einer Fertigkeit.

Die Schritte sind wie folgt:

1. Führen Sie die Fertigkeiten im normalen Tempo vor (das eines Experten)
2. Führen Sie den Eingriff in einem langsamen Tempo durch und benennen Sie jeden Schritt.
3. Führen Sie den Eingriff erneut durch, lassen Sie jedoch den Studenten jeden Schritt benennen.
4. Lassen Sie den Studenten den Eingriff durchführen, während dieser laut jeden Schritt ankündigt.

Diese Methode hat mehrere Vorteile. Durch Schritt 1 wird klar, was das eigentliche Ziel ist (eine Grundlage für das Lernen!). Durch Schritt 2 werden einige Dinge erklärt, die sonst nicht aufgefallen wären. Schritt 3 zeigt, was der Student wirklich gesehen und behalten hat. Schließlich ist Schritt 4 das erste Mal, dass der Student es selbst macht und der Ausbilder kann noch eingreifen (verbal oder auch manuell), wenn z. B. die Versorgung des Patienten gefährdet ist.

Dieses Verfahren kann in einer Vielzahl Situationen verwendet werden, vom Anlegen einer schwierigen Naht bis zur Durchführung einer großen Operation oder einer komplexen Diagnosehandlung.

Das Problem des Routiniers

Der Experte/Dozent erkennt nicht mehr, wie komplex die Handlung ist. Das ist das Problem des Routiniers, der so leicht sagt: „Das machst Du doch einfach so“. Es erweist sich als sehr schwierig, diese Fertigkeiten wieder durch die Augen eines *Neulings* zu betrachten. So muss der Dozent viel mehr verdeutlichen, als er sich vorgenommen hatte, und muss dies bis ins kleinste Detail durchgeführt werden, beispielsweise die Position der Nadel im Nadelhalter, die Art, wie die Pinzette gehalten wird usw.

Die Vorbereitung

Das Erlernen einer Fertigkeit erfordert auch eine Menge Wissen über die Fertigkeit. Der Student muss sich daher vorbereiten. Vor der Fertigkeit kann der Dozent das Verfahren mit dem Studenten durchnehmen, um sein Wissen zu überprüfen und zu vereinbaren, wer was macht.

Der Patient als „Versuchskaninchen“?

Der Patient hört auch das, was zwischen Dozent und Schüler besprochen wird. Darüber hinaus ist sich der Patient sehr wohl bewusst, dass er ein „Versuchskaninchen“ ist. Dies kann nur durch die Aufklärung des Patienten im Voraus und die Bitte um dessen Zustimmung gelöst werden, und dadurch, dass während der Durchführung weiter mit den Patienten kommuniziert und danach dem Patienten gedankt wird.

5 Die klinische Beurteilung

Von Boendermaker und Kapelle

Obwohl die Hektik der täglichen klinischen Praxis oft der ruhigen Beobachtung eines Studenten im Wege zu stehen scheint, ist die gezielte Beobachtung in verschiedenen Situationen und die entsprechende Rückmeldung eine sehr leistungsfähige und deshalb unverzichtbar Lehrmethode, die in einer Ausbildung nicht fehlen darf. Die gezielte Beobachtung ist die Gelegenheit, um einen Eindruck von den Fähigkeiten des Studenten zu erhalten, und es ist eine gute Möglichkeit für den Studenten, von der Rückmeldung des Experten zu lernen. Mehrfache Beobachtung ist auch eine Art, Informationen über die Entwicklung eines Studenten zu erhalten, die auf andere Weise nicht zu bekommen sind. Beobachtungen müssen nicht auf patientenbezogene Situationen beschränkt werden, auch Zusammenarbeit, die Präsentation eines Patienten in der Gruppe, die Erstellung eines guten Status usw. kann beobachtet werden und danach kann eine Rückmeldung erfolgen. Die Beobachtung erfordert einen *Schwerpunkt*, es scheint unmöglich zu sein, alles zu sehen, was geschieht. Außerdem ist es unmöglich, zu allem, was während der Beobachtung geschieht, eine Rückmeldung zu geben.

Diese Beobachtung mit Rückmeldungen heißt Klinische Beurteilung, abgekürzt KB. Für die Patientenkontakte gibt es zu diesem Zweck ein Formular, das auf der Grundlage des aus den USA importierten miniCex entwickelt wurde. (Norcini 2003). Die Kategorien des KB-Formulars geben der Beobachtung eine Richtung.

Neben den offiziellen KB-Beurteilungsmomenten empfiehlt es sich für den Hausarztdozenten, mehrere Male eine kurze Beobachtung durchzuführen und mit dem Studenten zu besprechen.

Wenn der beobachtete Student selbst angeben darf, worauf der Schwerpunkt der Beobachtung dieses Mal liegen sollte (dies erweist sich als sehr effektive und zur Reflexion anregende Methode), sieht der Beobachter-Experte auch andere Dinge, auf die Rückmeldung gegeben werden kann und manchmal auch sollte. Das bringt die „Agenda des Lernenden“ und die „Agenda des Lehrenden“ zusammen. Dies ist notwendig, weil der Student nicht weiß, was er nicht weiß! Mit anderen Worten - den Studenten bestimmen zu lassen, was der Schwerpunkt der Beobachtung sein soll, fördert die Selbstreflexion, stellt jedoch kein Verbot für den Beobachter dar, selbst seine Punkte einzubringen. Aber dennoch: Vorsicht bei der Benennung von Verbesserungspunkten - man kann sich oft nicht mehr als zwei oder drei zu verändernde Dinge merken.

Folgende Fragen/Kompetenzen können bei einer KB zur Sprache kommen:

Anamnese

Ermutigt den Patienten, um seine Krankengeschichte mitzuteilen, stellt geeignete Fragen und gibt angemessene Anweisungen, um die notwendigen Informationen zu erhalten, reagiert angemessen auf Emotionen und nonverbale Signale.

Körperliche Untersuchung

Hält eine logische und effiziente Reihenfolge ein, wählt ein ausgewogenes Verhältnis zwischen allgemeiner und hypothesegerichteter Untersuchung, informiert den Patienten, ist sich der Belastung für den Patienten bewusst.

Klinische Urteilsfähigkeit

Fragt eine geeignete zusätzliche Untersuchung auf selektive Weise an oder führt diese durch, berücksichtigt die Risiken und Vorteile.

Strategiegespräch mit dem Patienten

Erklärt Indikationen für Untersuchung und Behandlung, fragt wenn nötig um Zustimmung, bespricht die Strategie.

Organisation und Effizienz

Organisiert angemessen, überwacht die Zeit, ist knapp.

Gesamtbeurteilung der klinischen Kompetenz

Hat ein angemessenes klinisches Urteil, behält die Übersicht, ist sorgfältig, effektiv und effizient.

Professionelles Verhalten

Zeigt Respekt, Engagement und Einfühlungsvermögen, erweckt Vertrauen, reagiert angemessen auf die Bedürfnisse des Patienten in Bezug auf Komfort, Schamgefühl, Vertrauen und Information.

Maß an Entwicklung

Hat sichtbare Fortschritte gemacht, ist in der Lage, die eigenen Verbesserungspunkte detailliert zu benennen, kann die Verbesserungspunkte umsetzen, ist offen für Rückmeldung. Alle Punkte können von Sehr gut (U) bis Unzureichend (O) bewertet werden, wobei angenommen wird, dass eine 7 die Standardpunktzahl sein müsste, um als Angemessen auf einer Stufe beurteilt zu werden.

Praktikumsbeurteilung der klinischen Phase M2 und C2000

+ = Stimme vollständig zu
+ = Stimme zu
- = Stimme nicht zu
-- = Stimme überhaupt nicht zu
n/z = nicht zutreffend

1. Dieses Praktikum ist die Verantwortung von:

- UMCG (Groningen)
- Martini Ziekenhuis (Groningen)
- Deventer Ziekenhuizen
- Medisch Spectrum Twente (Enschede)
- Medisch Centrum Leeuwarden
- Isala Klinieken (Zwolle)
- St. Elisabeth Hospitaal (Curacao)
- Scheper Ziekenhuis (Emmen)
- Ziekenhuis Twenteborg (Almelo)

2. Die Beurteilung betrifft das Praktikum:

- Akutmedizin
- Anästhesiologie
- Kardiologie
- (Thorax)-Chirurgie
- Dermatologie
- Geriatrie
- Gynäkologie/Geburtshilfe
- Allgemeinchirurgie
- Kopf-Hals (Hals, Nasen, Ohren)
- Allgemeinmedizin
- Intensivmedizin
- Innere Medizin
- Kinderheilkunde
- Klinische Neurophysiologie
- Labordiagnostik
- Pulmologie
- Magen-Darm- und Lebererkrankungen
- Mikrobiologie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Onkologie
- Augenheilkunde
- Orthopädie
- Pathologie/pathologische Anatomie
- Plastische Chirurgie
- Psychiatrie
- Radiologie/Radiotherapie
- Rheumatologie
- Rehabilitation
- Sozialmedizin
- Urologie
- Sozialgeriatrie
- Sonstiges, nämlich:

Einführung

3. Ich wusste (zu Beginn des Praktikums) deutlich, was von mir erwartet ++ + - -- wurde

4. Ich fand die Informationen (zu Beginn des Praktikums) über die Beurteilungen ++ + - -- deutlich.

O O O O

Tätigkeiten

5. Ich fand die Arbeitsbelastung:

zu hoch
 gut
 zu niedrig
 zu schwer
 gut
 zu leicht

6. Die Aufgaben, die ich während dieses Praktikums erhielt, waren:

Praktikumsbezogene Ausbildung

(Anmerkung = nicht der Unterricht am Mittwoch Nachmittag)

7. Ich fand den praktikumsbezogenen theoretischen Unterricht (ausgewählte Themen, Präsentation etc.) lehrreich.

++ + - -- n/z
 O O O O O

8. Ich fand den praktikumsbezogenen Unterricht in Anwesenheit des Patienten (Unterricht am Krankenbett, Ambulanz usw.) lehrreich.

++

+ - -- n/z

O O O O O

9. Ich fand den praktikumsbezogenen Unterricht gut organisiert.

++ + - -- n/z
 O O O O O

Anleitung (inhaltlich)

10. Ich bin Mal von einem Supervisor bei der Erfassung einer Anamnese beobachtet worden.

O nie
 O 1 Mal
 O 2 - 4 Mal
 O 5 - 10 Mal
 O > 10 Mal

11. Ich bin Mal von einem Supervisor bei der Durchführung einer körperlichen Untersuchung beobachtet worden.

O nie
 O 1 Mal
 O 2 - 4 Mal
 O 5 - 10 Mal
 O > 10 Mal

12. Ich wurde Mal bei der Erklärung einer Diagnose und/oder Therapie an den Patienten beobachtet.

O nie
 O 1 Mal
 O 2 - 4 Mal
 O 5 - 10 Mal
 O > 10 Mal

13. Ich habe lehrreiche Rückmeldungen während des Praktikums erhalten.

++ + - --
 O O O O

Anleitung (Behandlung)

14. Supervisoren waren involviert und haben mich angeregt.

++ + - --
 O O O O

15. Ich bin mit Respekt behandelt werden. ++ + - --
 O O O O
- Prüfung und Beurteilung**
16. Meine Logbuchbeurteilungen wurden sorgfältig durchgeführt. ++ + - --
 O O O O
17. Meine klinischen Beurteilungen wurden sorgfältig durchgeführt. ++ + - --
 O O O O
18. Ich denke, dass meine Beurteilungen eine gute Wiedergabe dessen sind, was ich kann. ++ + - --
 O O O O

Allgemein

19. Die Einrichtung dieses Praktikums war so, dass ich ein gutes Bild von diesem Fachbereich erhalten habe. ++ + - --
 O O O O
20. Geben Sie eine Bewertung (in Schulnoten) für die Organisation während dieses Praktikums ab.
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 OOOOOOOOOO
21. Geben Sie eine Bewertung (in Schulnoten) für die Arbeitsatmosphäre während dieses Praktikums ab.
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 OOOOOOOOOO
22. Geben Sie eine Bewertung (in Schulnoten) für den Lernwert während dieses Praktikums ab.
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 OOOOOOOOOO

Sonstiges

23. Was waren die Stärken dieses Praktikums?

24. Was waren die Schwächen dieses Praktikums?

25. Haben Sie weitere Kommentare?

26. Lehrplan
27. Ansprechpartner

Zusätzliche Beurteilungsliste für Allgemeinmedizin

+++ = Stimme vollständig zu
 ++ = Stimme zu
 + = Stimme nicht zu
 - = Stimme überhaupt nicht zu
 niz = nicht zutreffend

Teil 1: Praktikum beim Hausarzt

1. Geben Sie Namen und Ort des Hausarztdozenten an.

2. Geben Sie eine Schulnote (1-10) für die Qualität der Anleitung, die der Hausarztdozent Ihnen während des Praktikums gegeben hat. →

1 → 2 → 3 → 4 → 5 → 6 → 7 → 8 → 9 → 10
 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

3. Es gab im Praktikum ausreichende Möglichkeiten, um selbstständig zu arbeiten. →

++ +
 0 0 0 0

Teil 2: Praktikumsbezogene Ausbildung

4. Geben Sie das Datum des letzten Tages des Praktikums Allgemeinmedizin an. Enddatum + Jahr.

1 → 2 → 3 → 4 → 5 → 6 → 7 → 8 → 9 → 10
 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

5. Geben Sie eine Schulnote (1-10) für die Qualität der Begleitung, die der Hausarztdozent Ihnen während der praktikumsbezogenen Ausbildung gegeben hat. →

1 → 2 → 3 → 4 → 5 → 6 → 7 → 8 → 9 → 10
 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

6. Es gab während der praktikumsbezogenen Ausbildung genügend Gelegenheit, um über die Praktikumswoche zu reflektieren.

Die praktikumsbezogene Ausbildung muss als Ergänzung neben dem Praktikum beim Hausarzt eine lehrreiche Vertiefung allgemeinmedizinischer Themen sein.

Geben Sie eine Schulnote (1-10) für die Qualität des Gelernten bezüglich der einzelnen Programmkomponenten der praktikumsbezogenen Ausbildung.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Epidemiologie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8. Hauterkrankungen bei Kindern:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Kleine Beschwerden:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10. Regelungen zur Sterbehilfe:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11. Richtlinien zur palliativen Sedierung:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12. Ein Notfall, was jetzt!:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Chronische Erkrankungen, ein Fall	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14. Rezept besprechen oder Arzneimitteltherapie:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Teil X:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16. Teil Y:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Teil Z:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0