

Medizinischen Universitäts-Kinderklinik Kinderspital, Zürich

Abteilung für Entwicklungspädiatrie

Direktor/in: Prof. Dr. med. Felix H. Sennhauser

Betreuung der Masterarbeit: KD Dr. med Sepp Holtz

Leitung der Masterarbeit: KD Dr. med Sepp Holtz/ PD Dr. med Bea Latal

Strukturierte Weiterbildung in der Pädiatrischen Praxis

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Medicine (M Med)

der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich

vorgelegt von

Nadja Naef (Matrikelnummer: 08-910-879)

2014

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	5
2. Liste der verwendeten Abkürzungen	6
3. Einleitung.....	7
4. Material und Methoden	9
4.1. Die Supervisionsstufen (Schläppi & Rindlisbacher, 2007, S. 7) (Furter, 2012/13)	9
4.2. Ablauf einer Supervision: Anwendung der Trias: Beobachten, Festhalten, Feedback und der FAIR-Prinzipien	11
4.2.1.Vorbesprechung	11
4.2.2.Setzen von Lernzielen	12
4.2.3.Durchführung.....	12
4.2.4.Feedback.....	13
4.2.5.FAIR Prinzipien für LA	15
4.2.6.Schlussfolgerung: Setting in PA ideal, sodass Be FAIR Prinzipien gegeben sind.....	15
5. Der erste Tag eines PA (Holtz & Klauser, Praxisbesuch, Der erste Tag, 2013)	16
6. Entwicklung der Supervisionsstufen über die Monate	18
6.1. .Entwicklung der Supervisionsstufen allgemein	18
6.2. Entwicklung der Supervisionsstufen in Abhängigkeit der Kategorie	21
6.3. Vergleich der Entwicklung der Vorsorgeuntersuchungen (%) nach Supervisionsstufen	23
6.4. Schlussfolgerung zur Entwicklung der Stufen	24
7. Interview	26
8. Resultate.....	28
8.1. Das Supervisionssystem	28
8.2. Entwicklung der Stufen	28
8.3. Gewinn durch die Praxisassistenz	29
9. Diskussion	30
9.1. Wichtigste Resultate	30
9.2. Vergleich mit anderen Publikationen	30
9.3. Stärken und Limitationen der Arbeit	30
9.4. Bedeutung der Studie/Implikationen	30
10. Anhang.....	32
10.1. Kategorien der Supervision	32

10.2. Unterschied Praxis-Spital	32
10.3. Entwicklung der Supervisionsstufen über die ersten 6 Monate	33
10.4. Entwicklung SV5 und SV4 über die Monate	33
10.5. Vergleich der Entwicklung der Supervisionsstufen nach Kategorien über 12 Monate	34
10.6. Protokoll – Interview mit Dr. med. Matthias Furter	35
11. Literaturverzeichnis	37
12. Lebenslauf	39
13. Erklärung	40

VORWORT

Im Rahmen meines Medizinstudiums ergab sich mir die Gelegenheit einen ersten Einblick in die Praxis von Dr. Holtz zu bekommen. Dass Assistenzärzte nicht nur im Spital, sondern auch in der pädiatrischen Praxis ausgebildet werden, war mir bis dahin nicht bekannt. Ich war sofort begeistert von der Idee des 1:1 Coachings und der Möglichkeit, die Tätigkeit in einer pädiatrischen Praxis alltagsnah und durch einen erfahrenen Pädiater zu erlernen. Ich denke, dass für uns Lernende ein enormes Potential in diesem 1:1 Coaching steckt, sei es nun bei einer Supervision oder beim angeregten Austausch über verschiedenste Themen.

Als ich meine Arbeit bei Dr. Holtz begonnen habe, beobachtete ich die Supervisionen mit dem primären Ziel, das Supervisionsmodell zu analysieren und merkte mit der Zeit, wieviel ich selbst über die pädiatrische Praxistätigkeit lernen durfte. Erläuterungen zur Gesprächsführungstechnik und Tipps sind vor allem für den noch unerfahrenen Arzt enorm hilfreich.

Im Rahmen meiner Masterarbeit bot sich mir wiederholt die Möglichkeit, den Praxisalltag von Dr. Holtz und seinem Praxisteam besser kennenzulernen. Ich möchte mich an dieser Stelle für die freundliche Unterstützung und Offenheit, mit der ich vom gesamten Praxisteam und den Patienten willkommegeheissen wurde, bedanken. Ein spezielles Dankeschön geht an die beiden Praxisassistenten Herr Dr. Matthias Furter und Herr Dr. Pascal Klauser, die mir stets alle meine Fragen beantwortet haben und mir Tipps gaben für meinen eigenen medizinischen Werdegang.

Mein grosser Dank geht an Dr. Holtz, der sich stets die Zeit nahm für Besprechungen und mir viele wertvolle Ratschläge gab. Ich hätte mir keine bessere Betreuung wünschen können.

1. Zusammenfassung

Einleitung, Fragestellung: Bei einem anhaltenden Trend zu Teilzeit-Arbeitsmodellen, werden in Zukunft mehr Praxisassistenzen gebraucht, um genügend Assistenzärzte auszubilden. (Schläppi & Rindlisbacher, 2007, S. 8) Die Art und Weise der Durchführung gewinnt deshalb zunehmend an Bedeutung. Strukturiertes Feedback ist dabei wichtig, zur „...gezielten Förderung und Unterstützung des Assistenzarztes in seiner Weiterbildung...“. (Berendonk, Beyeler, Westkämper, & Giger, 2008;89: 32, S. 1339) Das Supervisions-Modell schafft in der Praxis den nötigen Rahmen zur regelmässigen Gabe von Feedback, verbessert gemäss Berendonk et al (2008) die Qualität der ärztlichen Weiterbildung und hilft, den Assistenzarzt in seiner klinischen Ausbildung zu leiten. Wie der Assistenzarzt vom Supervisions-Modell profitiert, soll in dieser Arbeit genauer beleuchtet werden.

Methoden: Das Supervisions-Modell wurde unter 3 Aspekten beleuchtet:

1. Die Integration von Lerntheorie im Supervisions-Modell

2 Wichtige Grundsätze der Erwachsenenbildung sind einerseits die FAIR-Prinzipien gemäss Harden et al (2013): Feedback, Activity, Individualisation, Relevance und andererseits die durch Montagne et al beschriebene Trias: Beobachten – Festhalten – Feedback geben.

2. Entwicklung der Supervision über die Monate

Dr. Furter hat über 12 Monate die Anzahl Supervisionen pro Monat nach Kategorie (Beratung/Krankheit/Vorsorge/Diverses) und Supervisionsstufe eingeteilt.

3. Interview mit einem Assistenzarzt

Im Interview zeigten sich LA sowie PA zufrieden mit dem Supervisions-Modell, insbesondere SV5 und SV4 werden durch den PA geschätzt. Eine Praxisassistentin bietet im besten Fall die Gelegenheit, den PA für eine kurze Zeit alleine die Praxis führen lassen, was für den PA einerseits eine umfassende Vorbereitung auf die eigene Praxistätigkeit darstellt und für den LA die Freiheit, von seiner Praxistätigkeit für kurze Zeit frei zu nehmen. Im Interview mit dem PA bestätigt sich die enorme Bedeutung des Feedbacks.

Resultate: Es konnte gezeigt werden, dass in der Praxisassistentin viel Zeit zur Ausbildung des PA eingesetzt wurde mit durchschnittlich 2x täglicher Durchführung von SV5. Die FAIR-Prinzipien nach Harden et al (2013) finden im Supervisions-Modell in den meisten Supervisionen Anwendung, insbesondere durch die 1:1 Lernsituation zwischen LA und PA. Genauso erlauben die durch Montagne et al beschriebene Trias eine optimale Gestaltung des Lernprozesses. Die Stufenentwicklung ist abhängig von der Ähnlichkeit zur Spitaltätigkeit und der Komplexität der Kategorie (Beratung/Vorsorge/Krankheit).

Schlussfolgerungen: Das Supervisionssystem schafft die Voraussetzung für eine ideale Lernsituation, in der der PA durch intensives 1:1 Coaching und wiederholtes Feedback auf die selbstständige Tätigkeit in einer pädiatrischen Praxis vorbereitet wird.

2. Liste der verwendeten Abkürzungen

AbA: Arbeitsplatz-basierte Assessment

LA: Lehrarzt

PA: Praxisassistent

SV: Supervisionsstufe

LP: Lehrpraktiker/Lehrarzt

3. Einleitung

Obwohl das Arbeitsplatz-basierte Assessment (AbA) zur Ausbildung von AssistenzärztInnen¹ klare Vorteile bringt, findet es in der Schweiz bisher noch keine breite Anwendung. In der Stadt Zürich befinden sich zur Zeit (Stand 2013) 15 pädiatrische Praxisassistenzen, innert deren 12 Stellen durch Lehrpraktiker mit absolviertem Einführungskurs des WHM (Weiterbildung in Hausarztmedizin) betreut werden (Lehmann, 2013). Künftig werden jedoch deutlich mehr Praxisassistentenstellen benötigt, da ein Trend zu Teilzeit-Modellen festzustellen ist (Schläppi & Rindlisbacher, 2007, S. 8). Daraus folgt, dass die Praxisassistenzen und somit die Art und Weise wie diese durchgeführt werden, zunehmend an Bedeutung gewinnen werden. Es gibt diverse Bestrebungen, AbA-Modelle sowohl in Spitälern als auch in den Hausarztpraxen zu etablieren (Berendonk, Beyeler, Westkämper, & Giger, 2008;89: 32). Die damit verbundenen Hindernisse sind einerseits ein zeitlicher Mehraufwand und andererseits die Verunsicherung, welche eine solche Veränderung bei den Beteiligten hervorruft (Berendonk, Beyeler, Westkämper, & Giger, 2008;89: 32, S. 1340). In der pädiatrischen Praxis von Dr. Sepp Holtz in Zürich zeigt sich auf eindrückliche Weise, dass sich der Aufwand lohnt. Im Rahmen meines Medizinstudiums ergab sich mir die Gelegenheit bei Dr. Holtz zu sehen, wie AbA (im vorliegenden Fall von Dr. Holtz handelt es sich hier um das Supervisions-Modell) in der Praxis umgesetzt werden kann. Seine Praxis ist ein bemerkenswertes Beispiel dafür, wie ein Supervisions-Modell durch „...wiederholte strukturierte Beobachtung im klinischen Alltag gefolgt von konstruktiven Feedbacks__ zu einer gezielten Förderung und Unterstützung des Assistenzarztes in seiner Weiterbildung führt...“ (Berendonk, Beyeler, Westkämper, & Giger, 2008;89: 32, S. 1339). Von Seiten der Assistenzärzte wird dieses Lehrangebot enorm geschätzt, was sich in deren Zwischenberichte widerspiegelt. Hier sei zum Beispiel Herr Dr. med. G. Bischoffs Aussage erwähnt, der in seinem Bericht schreibt: „Die Supervisionsstufe 4 (LP schaut PA zu) war mir bisher ausser bei manuellen Tätigkeiten unbekannt. Diese Chance wollte ich packen.“ (Holtz & Bischoff, Pilotprojekt "Die pädiatrische Lehrpraxis" - 4.Zwischenbericht, nach 6 Monaten Praxisassistentenz von Herrn Dr. med. G. Bischoff, 2003) Auch Dr. med. F. Kienz beschreibt, dass „in der direkten Supervision__ ein enormes Lernpotential liegt“ (Holtz & Kienz, Pilotprojekt "Die pädiatrische Lehrpraxis" - (Zwischenbericht nach Ende des 2.Monats), 2001)

Diese Aussage wird ebenfalls durch die aktuelle Studienlage bestärkt, in der beschrieben ist, dass die „...Qualität der von den Assistenten erbrachten medizinischen Betreuung mit der Intensität der Supervision korreliert...“ (Rindlisbacher, 2002, S. 10). Gerade dieses unmittelbare Beobachten der Assistenzärzte durch ihre Weiterbilder findet jedoch laut Rogausch et al.(2012) im medizinischen Alltag nur selten statt. Da diese direkte Supervision eine entscheidende Grundlage für konkretes Feedback bildet, ist sie für die ärztliche Weiterbildung unabdingbar (Rogausch, Berendonk, Giger, Bauer, & Beyeler, 2012, S. 216). Auch hier sei erwähnt, dass das Supervisions-Modell durch strukturiertes Feedback ein essenzielles Bedürfnis der Auszubildenden adressiert. Harden und Laidlaw (2013) schreiben, dass „...Auszubildende zwar Feedback erhalten, dieses aber oft als nicht hilfreich oder nicht nachvollziehbar empfinden“. Hinzu kommt, dass „...Feedback und Kommunikationskultur durch AbA eine stärkere Gewichtung erfahren...“ (Montagne, Jucker-Kupper, Berendonk, Rogausch, Beyeler, & Giger, 2012, S. 110-111).

¹ Anmerkung: Die männliche Form soll im Weiteren beide Geschlechter repräsentieren

Berenkdonk et al. (2008) kamen zum Schluss, dass die Einführung von AbA die ärztliche Weiterbildung qualitativ verbessert und einen Beitrag zur Patientensicherheit leistet. Diese bekräftigt, was ich in der Praxis von Dr. Holtz selbst miterleben durfte: Eine Praxis mit etabliertem Supervisions-Modell, in der Kommunikation wertgeschätzt und gepflegt wird. Der rege Austausch aller Beteiligten führt zu konstruktivem und respektvollem Feedback, welches somit die Grundlage für ein motivierendes und stimulierendes Lernklima bildet, in dem ein Assistenzarzt optimal profitieren und sich entfalten kann.

Ich bin überzeugt, dass in der strukturierten Weiterbildung durch Supervision ein enormes Lernpotenzial für die zukünftige Ausbildung der Assisenzärzte liegt. Es ist somit das Ziel dieser Arbeit, die etwaigen Zweifel gegenüber dem Supervisions-Modell abzubauen und die Berührungsängste weiter zu reduzieren, indem die aktuell 18. Praxisassistenten bei Dr. Holtz, die durch Matthias Furter bestritten wird, genauer beleuchtet wird. Ausserdem enthält die Arbeit zusammengetragene Daten über die vorangehenden Praxisassistenten, deren Erfahrungen und Lernzuwachs durchgehend positiv ausgefallen sind. Es soll somit aufgezeigt werden, wie Assistenzärzte von einer Praxisassistenten profitieren können.

4. Material und Methoden

4.1. Die Supervisionsstufen (Schläppi & Rindlisbacher, 2007, S. 7) (Furter, 2012/13)

Als Strukturelle Grundlage zur Durchführung des AbA dienen in der Praxis die 5 Supervisionsstufen:

SV5 = Praxisassistent ist Zuschauer und beobachtet den Lehrarzt

SV4 = Praxisassistent unter direkter Beobachtung durch den Lehrarzt

SV3 = selbstständige Durchführung durch Praxisassistent, vor Entscheidung wird Lehrarzt gefragt, Befundkontrolle durch Lehrarzt

SV2 = regelmässiger, mindestens täglicher Rapport/Bericht an Lehrarzt

SV1 = Praxisassistent arbeitet selbstständig, Lehrarzt auf Pikett

SV0 = selbstständige Vertretung

Bei diesem Supervisionsmodell wird vor allem bei den Stufen 5 und 4 die von Montagne et al beschriebene Trias, bestehend aus: Beobachten – Festhalten – Feedback geben, angewandt. Ein wichtiger Bestandteil des Feedbackgesprächs besteht auch darin, dass der Assistenzarzt seine Leistung selber einschätzt. (Montagne, Jucker-Kupper, Berendonk, Rogausch, Beyeler, & Giger, 2012, S. 109) Die Stärke der Stufen SV3, SV2, SV1, SV0 liegt vor allem darin, dass eine schrittweise Übertragung von Verantwortung an den Assistenzarzt möglich ist. (Montagne, Jucker-Kupper, Berendonk, Rogausch, Beyeler, & Giger, 2012, S. 110) Der Stufenwechsel soll dabei bewusst stattfinden, und durch LA und PA gemeinsam beschlossen werden, falls dies die äusseren Zustände zulassen. In einer Praxisassistenz kann der PA zum Beispiel nachmittags alleine in der Praxis anwesend sein. Er würde in diesem Fall mit SV2, SV1 und SV0 arbeiten und müsste deshalb selbst entscheiden, ob er sich die Patientenbetreuung in den genannten Stufen zutraut. Hierbei ergibt sich dem PA die Möglichkeit bei Unsicherheit einen Patienten nochmals einzubestellen, um eine Gemeinsame Beurteilung mit dem LA durchzuführen. Folglich würde hierbei der Wechsel auf eine höhere Supervisionsstufe stattfinden. Die Stufen 3,2,1,0 sind von enormer Bedeutung, da der LA so die Sicherheit der Patienten gewährleistet weiss. Ausserdem kann die schrittweise Einführung des PA auch das Vertrauen der Patienten in den PA fördern.

Das Supervisions-Modell bietet ausserdem noch weitere Vorteile. Harden et al (Harden & Laidlaw, 2013; 35, S. 27) definieren in ihrem Artikel „Be FAIR to students“ die 4 Prinzipien, um Lernen effektiver zu gestalten. Das FAIR repräsentiert die 4 Pfeiler, auf die sich ein guter Lernprozess abstützen soll: Feedback, Activity, Individualisation und Relevance.

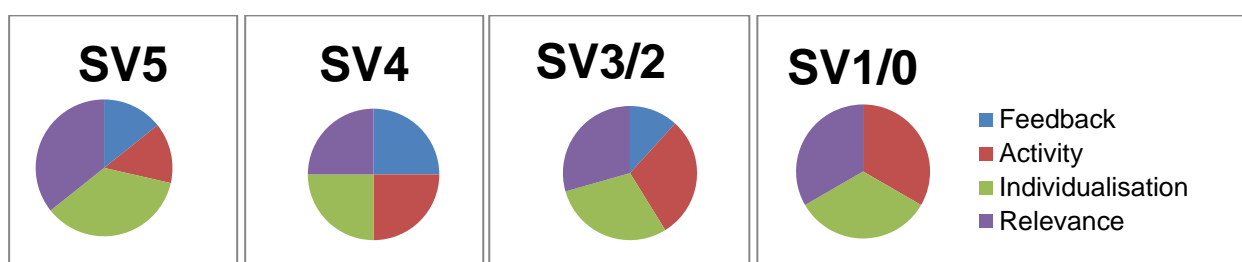
Es liegt auf der Hand, dass bezüglich der 5 Supervisionsstufen den 4 Prinzipien unterschiedlich starke Gewichtung gegeben wird. (siehe Abb. 1) SV5 bietet dem PA vor allem

die Möglichkeit, dem LA bei der Ausübung seines Handwerks zuzuschauen. Feedback wird hier vor allem im Rahmen einer Absprache zwischen LA und PA bezüglich der Befunde und des Weiteren Vorgehen durchgeführt. Es sei hier erwähnt, dass insbesondere ein Austausch zwischen dem in der Praxis arbeitenden LA und dem vom Spital kommenden PA zu angeregten fachlichen Gesprächen führen kann. SV5 ist ausserdem die ideale Stufe, um Techniken der Gesprächsführung zu studieren, die danach in Stufe 4 aktiv angewandt werden können. Der PA hat die Möglichkeit aktiv zu werden, indem er zum Beispiel vom LA hinzugerufen wird, um sich einen Befund aus der Nähe anzusehen. Der Lehrarzt kann seinen PA zum Mitdenken anregen indem er z.B. Fragen stellt wie: „Ist dir noch etwas aufgefallen“ oder „Was war für dich bei dieser Konsultation wichtig?“ In SV4 kann der PA aktiv lernen, da er die Konsultation selbstständig durchführt. Er erhält direktes Feedback zu seiner Leistung. SV3 und SV2 erfordern ebenfalls den aktiven Einsatz des PA's, hier erhält er nur noch wenig Feedback durch den LA, vor allem bezüglich des Schlussbefundes und weniger betreffend Konsultationsdurchführung. Bei SV3 ergeben sich mehr Gelegenheiten für Feedback als bei SV2, da Befunde durch den LA nach jeder Konsultation nachkontrolliert werden. Ausserdem findet nach jedem gesehenen Patienten ein Rapport zwischen LA und PA statt, welcher die Besprechung des weiteren Procederes erlaubt. Bei Stufe 1 und 0 findet gezieltes Lernen nur noch im Rahmen der Selbstreflexion durch den PA statt. Es besteht hier die Möglichkeit (analog auch bei Stufe 3 und 2) durch Videoaufnahmen der Konsultation nachträglich eine Evaluation der Leistung durchzuführen. Das Feedback kann bei allen Stufen erweitert werden, indem die Patienten aufgefordert werden, dem PA Rückmeldung bezüglich der Konsultation zu geben. Durch die Supervision fällt ein Mehraufwand für den LA an, welcher insbesondere durch Stufe 0-2 , ausgeglichen werden soll. Alle Stufen zeichnen sich dadurch aus, dass der PA individuell gefördert werden kann. Da das Supervisions-Modell in den klinischen Alltag eingebettet wird, zeigt sich ein Maximum an Relevanz bezüglich des Lerninhaltes.

Abbildung 1: Supervisionsstufen und FAIR-Prinzipien

	SV5	SV4	SV3	SV2	SV1	SV0
Feedback	wenig	viel	wenig	wenig	kein	kein
Activity	wenig	viel	viel	viel	viel	viel
Individualisation	viel	viel	viel	viel	viel	viel
Relevance	viel	viel	viel	viel	viel	viel

Die 5 Stufen werden bezüglich der FAIR-Prinzipien in 3 Abstufungen: viel, wenig, kein bewertet.



Insbesondere durch das Feedback fällt ein gewisser Zeitaufwand an. Stufe 5 erfordert meist Erklärungen und Erläuterungen von Seiten des LA, da SV5 häufig als Einstieg gedacht ist. Es ist davon auszugehen, dass der PA bei Stufe 4, da es hier meist um das Einüben der Konsultation geht, mehr Zeit benötigt als der LA bei derselben Konsultation. Ausserdem entseht ein organisatorischer Aufwand durch das Einplanen der Supervision. Für die Konsultationen selbst ist es allerdings nicht nötig, wesentlich mehr Zeit einzuplanen.

4.2. Ablauf einer Supervision: Anwendung der Trias: Beobachten, Festhalten, Feedback und der FAIR-Prinzipien

In diesem Abschnitt soll exemplarisch aufgezeigt werden, wie eine Supervision ablaufen könnte und auf welche Weise die Prinzipien: Beobachten-Festhalten-Feedback geben Anwendung finden.

4.2.1. Vorbesprechung

Die Vorbesprechung erlaubt dem LA und PA ein gemeinsames Festhalten wichtiger Punkte der bevorstehenden Konsultation. Dies kann zum Beispiel ein Konzept für den Konsultationsablauf sein. Der Ablauf kann auch direkt durch den LA bekannt gegeben werden und zum besseren Verständnis gegenüber dem PA erläutert werden. Hier ergibt sich oft die Gelegenheit, dass der LA Tricks verrät, die zur Umsetzung des gewünschten Ziels beitragen. Als Beispiel sei hier die besondere Herausforderung an einem scheuen Kind die Anamnese zu erheben erwähnt. Der Zugang zum scheuen Kind wird durch den erfahrenen Pädiater stets langsam und vorsichtig gestaltet. Ein zu rasches Vorgehen kann in solch einer Situation die gesamte Konsultation enorm erschweren. Bei der Gesprächsgestaltung kann als mögliches Lernziel das Gestalten des Gespräches in einem vorangehend festgelegten Ablauf sein. Die Herausforderung besteht darin, eine vorgegebene Struktur in ein dynamisches Gespräch zu integrieren, ohne von der Struktur abzukommen. Der Vorteil für den unerfahrenen Arzt liegt darin, dass durch eine vorgegebene Struktur in einem Gespräch keine wesentlichen Gesprächsthemen vergessen gehen. Als mögliches Beispiel sei hier erwähnt, dass ein Gespräch strukturiert durchgeführt werden kann, indem ein gezielte Durchlaufen von Joining, Abgleichen der Agenda, Beschwerdeinventar, Exploration der Beschwerden, Anwenden des FIT-Models und das Zusammenfassen der Befunde mit abschliessender Besprechung des weiteren Procederes und Verabschiedung (Teachers & Weiterbildung, 2000) durch den PA erfolgt.

Des Weiteren dient die Vorbesprechung zur Festlegung der geeigneten Supervisionsstufe. Somit lernt der Assistenzarzt seine eigenen Fähigkeiten besser einzuschätzen, insbesondere welche Aufgaben er eigenverantwortlich übernehmen kann und wo die Grenzen seiner eigenen Kompetenz liegen. Er darf mitentscheiden, in welchem Setting und welcher Stufe er die Supervision wünscht. (Rogausch, Berendonk, Giger, Bauer, & Beyeler, 2012). Setting meint hier zum Beispiel ob der LA im Konsultationsszimmer anwesend ist und ob er steht oder sich in eine Ecke auf einen Stuhl setzt. Alternativ kann der LA sich auch hinter der Einwegscheibe zurückzieht.

Die Besprechung kann auch in eine Konsultation eingeschoben werden. Falls eine Zwischenbesprechung stattfinden sollte, ist es von grosser Bedeutung, dies den Eltern und

dem Kind vorangehend anzukündigen, um allfälliges Misstrauen oder Verunsicherungen, die durch eine unerwartete Pause auslöst werden könnte, zu vermeiden. Der LA klärt den PA nach dem erfolgten Joining über seine weitere Vorgehensweise auf. Abschliessend ist in der Vorbesprechung vor allem das Prinzip des Festhaltens von Bedeutung. Festgehalten werden wichtige Aspekte entsprechend der darauf folgenden Konsultation mit Beprechung der optimalen Herangehensweise an das bestimmte Problem und mögliche Schwierigkeiten die je nach Art der Konsultation auftreten können. Gerade in der Pädiatrie findet sich der PA entsprechend dem Alter des Kindes unterschiedlichen Herausforderungen gegenüber gestellt.

4.2.2. Setzen von Lernzielen

Rogausch et al. erläutern in ihrer Arbeit, warum das Vereinbaren konkreter Lernschritte wichtig ist. Es hilft den Assistenzärzten zur Orientierung, namentlich auf was sie bei einer Konsultation besonders achten sollen und unterstützt sie bei der Behebung bereits beobachteter Defizite. (Rogausch, Berendonk, Giger, Bauer, & Beyeler, 2012, S. 216) Lernziele, die in der Vorbesprechung festgehalten werden, sollten möglichst in einer Schlussbesprechung gemeinsam evaluiert werden. Als Lernziel kann in SV5 das Augenmerk auf einen bestimmten Aspekt der Konsultation gerichtet werden, wie zum Beispiel das Zeitmanagement, komplette Durchführung des Beschwerdeinventar oder auch die Gestaltung eines optimalen Settings. In SV4 ist die direkte Umsetzung von Strategien als Lernziel anzusehen.

4.2.3. Durchführung

Das Setting ist bei der Supervision von signifikanter Bedeutung. Bei SV4 soll der LA die Konsultation beobachten, ohne als Ansprechperson zu fungieren. Als exemplarische Strategien zur Umsetzung bietet sich an, soweit als möglich das Blickfeld der Patienten zu verlassen, indem sich der LA abseits in die Ecke des Zimmers begibt, ohne dass sich der Patient beobachtet fühlt (siehe Abb 2). Abb 2.1. zeigt ein Setting, bei dem der LA weitgehend hinter dem Patienten sitzt. Dies kann zur grossen Verunsicherung des Patienten führen, da dieser nicht sehen kann, von welcher Art der Blickkontakt zwischen LA und PA ist. Dieses Setting trägt auch dazu bei, dass der Patient sich durch den LA beobachtet fühlt. Abb 2.2. zeigt ein alternatives Setting, welches sich vor allem dadurch auszeichnet, dass LA und Patient in einer Linie sitzen. Hierbei hat der Patient den LA stets im randständigen Blickfeld, was ihm Sicherheit gibt, da er sich nun nicht mehr in der beobachteten Lage befindet. Im Falle der Praxis von Dr. Holtz besteht die einmalige Gelegenheit, die Konsultation durch eine Einwegscheibe hindurch zu beobachten. Auf diese Weise grenzt sich der LA klar als Ansprechpartner ab. Somit entsteht nicht die Versuchung, dass Eltern sich anstatt an den PA direkt an den LA wenden. Auch der PA wird keine bestätigenden oder hilfeschendenden Blicke an den LA richten. Es findet folglich eine möglichst natürliche Konsultation statt, die deshalb auch sinnvoller beurteilt werden kann. Bei der Durchführung einer Supervision steht zweifellos das Prinzip des Beobachtens entweder durch den PA oder den LA im Vordergrund.

Der Einsatz einer Einwegscheibe wird von den Patienten und Kindseltern ausgesprochen gut aufgenommen. Die meisten empfinden die Scheibe rasch als normal. Diese Feststellung ergibt sich daraus, dass während einer Konsultation kaum die Scheibe betrachtet wird, sondern die Gesprächspartner sich vollständig auf das Gespräch konzentrieren, ohne angespannt zu wirken. Auch die zwei Praxisassistenten, deren Wechsel im

Sommer 2013 stattfand, bestätigen, dass sie selbst die Scheibe innert Sekunden vergessen haben und sich so ungestört auf ihre Aufgabe konzentrieren konnten. Als Vorteil erweist sich, dass beide sich dank der Scheibe weniger beobachtet gefühlt haben und somit auch weniger nervös waren. Beim Einsatz einer Einwegscheibe ist die Gestaltung eines Rituals wichtig, welches den Beginn der Beobachtung durch die Scheibe hindurch klar definiert. In der Praxis von Dr. Holtz geschieht dies, indem von beiden Seiten her ein Vorhang aufgezogen wird. Mit dieser Handlung zeigen die Eltern ihr Einverständnis zur Beobachtung via Einwegscheibe und verfügen ausserdem über die Kontrolle, da sie selbst den Vorhang aufziehen. Wer sich zum Einsatz einer Scheibe entscheidet, sollte gerade deshalb das Feedback-Gespräch des öfteren im Patientenzimmer durchführen, um den Patienten zu zeigen, dass hinter der Scheibe aufmerksam zugehört wurde. Dabei werden im Konsultationsszimmer die Befunde nochmals gemeinsam mit dem LA angeschaut und interpretiert.

Abbildung 2: Darstellung und Vergleich zwei verschiedener Setting-Möglichkeiten

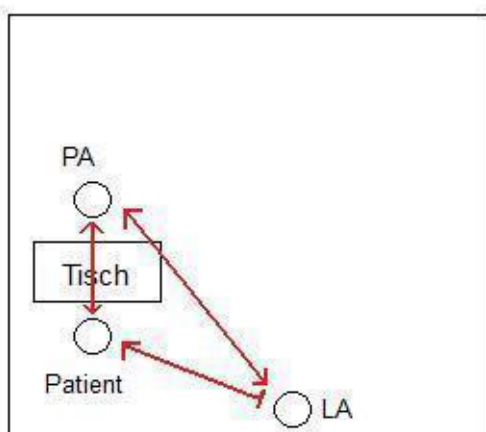


Abb 2.1. Setting 1:
 - PA und LA haben hier optimalen Blickkontakt miteinander
 - PA und Patient haben Augenkontakt
 - Patient und LA haben hier keinen gegenseitigen Blickkontakt, da der LA dem Patienten im Rücken sitzt. Lediglich der LA, hat den Patienten im Blickfeld

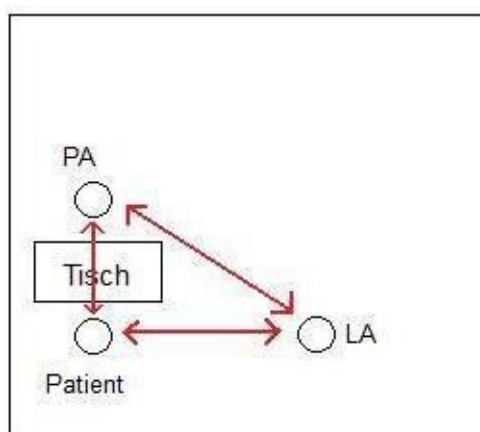


Abb 2.2. Setting 2:
 - PA und LA haben hier optimalen Blickkontakt miteinander
 - PA und Patient haben Augenkontakt
 - Patient und LA haben hier gegenseitigen Blickkontakt, da der LA mit dem Patienten in einer Linie sitzt.

4.2.4. Feedback

Feedback stellt ein zentrales Element des Lernens dar, dies bekräftigen Montagne et al, sowie Harden et al in ihren Arbeiten. (Harden & Laidlaw, 2013; 35, S. 27) (Montagne, Jucker-Kupper, Berendonk, Rogausch, Beyeler, & Giger, 2012, S. 109) Feedback soll möglichst regelmässig und häufig stattfinden. PA und LA legen gemeinsam Ort, Zeitpunkt und Inhalt der Besprechung fest. (Holtz S. , Feedbackkultur, 2008) Ausserdem erweist es sich als Vorteil, Feedback direkt nach der Supervision zu erhalten. (Harden & Laidlaw, 2013; 35, S. 28) Das Feedback findet meist im Rahmen einer Nachbesprechung zwischen LA und PA statt. Auch hier ergibt sich nochmals die Gelegenheit Befunde gemeinsam Festzuhalten. Insbesondere die Einschätzung und Beurteilung der kindlichen Entwicklung, zum Beispiel bezüglich der Motorik, erfordert Erfahrung und das gemeinsame Einüben, indem der LA die Einschätzung des PA bestätigt und gebe-

nenfalls ergänzt oder korrigiert. Fachliche Fragen können in der Nachbesprechung geklärt werden und dienen dem LA dazu, herauszufinden ob der PA gedanklich auf der gleichen Ebene ist. (Holtz S. , Praxisbesuch April, 2013) Dies kann bei der späteren Entscheidung eines möglichen Stufenwechsels hilfreich sein.

Um mit dem Feedback beim PA den gewünschten Lerneffekt zu erzielen und der Funktion als Weiterbildner gerecht zu werden, sollte der LA über pädagogische Kompetenzen verfügen. (Berendonk, Beyeler, Westkämper, & Giger, 2008;89: 32, S. 1340) Ein geschulter LA weiss deshalb um die Wichtigkeit, Feedback auf respektvolle Art und mit Bezug auf konkrete Dinge zu geben. (Holtz S. , Praxisbesuch März, 2013) Der LA soll im Feedback-Gespräch den PA auch zur Selbstreflexion anregen, indem er Fragen stellt wie: „Wie ist es dir ergangen?“, „Was ist dir gut gelungen?“, „Was war für dich bei diesem Gespräch wichtig?“ (Holtz S. , Praxisbesuch, 2013) .Diese Fragen, kann sich der PA im Verlauf auch selbstständig stellen. Dadurch kann dem PA neu gelerntes nochmals bewusst gemacht werden. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion wird zusätzlich gefördert, da sich der PA nach jeder Konsultation fragen kann, ob er sich zukünftig die nächst tiefere Supervisionsstufe zutrauen würde.

So könnte exemplarisch ein Feedback gestaltet werden: Dr. Holtz betritt am Ende des Gesprächs das Untersuchungszimmer: „Es war eine schöne Konsultation, ich hatte Freude beim Zuschauen. Ich kann nur bestätigen, was der PA gesagt hat.“ (Holtz S. , Praxisbesuch Mai, 2013) Es ergibt sich dem LA auf diese Weise die Gelegenheit, gewisse Aspekte der Konsultation nochmals aufzugreifen und mit den Eltern zu besprechen. Andererseits kann es durchaus vorkommen, dass PA und LA sich nicht einig sind. Hier empfiehlt es sich von Seiten des LA das Wort „und“ anstelle des Wortes „aber“ zu verwenden, da dieser auf den ersten Blick kleine Unterschied dem Satz einen bedeutend positiveren Klang verleiht. Um hier ein konkretes Beispiel zu machen beachte man den Unterschied zwischen folgenden Sätzen: „Du hast Therapie A vorgeschlagen, aber es gäbe auch noch die Möglichkeit zur Therapie B.“ oder „ Du hast Therapie A vorgeschlagen, und es gäbe aus meiner Sicht auch noch die Möglichkeit zur Therapie B.“ (Holtz S. , Besprechung Dezember, 2013) Somit kann der PA durch den LA gedanklich geführt werden, ohne dass die Autorität des PA untergraben wird.

Vor allem zu Beginn einer neuen Praxisassistenz ist es wichtig, dass auch die Patienten Vertrauen in den neuen PA fassen. Der Gesprächsabschluss soll deshalb zu Beginn bewusst im Patientenzimmer stattfinden. In Stufe 4 und 3 bestätigt der LA die Befunderhebung seines PA. Dies soll den Patienten aufzeigen, dass LA und PA als einheitliches Team arbeiten. Hierbei erfahren die Eltern direkt den positiven Effekt nach dem altbekannten Prinzip „4 Augen sehen mehr als 2“. Die Patienten profitieren davon, dass sie durch 2 Ärzte betreut werden und somit mehr medizinisches Wissen vorhanden ist, als dies vergleichsweise bei der Betreuung durch eine einzige Person der Fall wäre. Ausserdem zeigt die Absprache im Patientenzimmer den Kindseltern ihren Beitrag zur ärztlichen Ausbildung. Die Eltern sind dadurch eher gewillt, auch bei zukünftigen Praxisassistenzen teilzunehmen, indem sie die Praxis nicht wechseln. In der Praxis von Dr. Holtz konnte man zudem beobachten, mit welcher Freude Eltern dem Fachgespräch zwischen LA und PA folgen, da sich auf diese Weise den Eltern die Möglichkeit ergibt, das eigenen medizinische Wissen zu erweitern und gegebenenfalls das festgelegte Procedere besser zu verstehen.

4.2.5.FAIR Prinzipien für LA

Während einer Praxisassistenz hat nicht nur der PA die Möglichkeit Feedback durch den LA zu erhalten, der LA kann im Gegenzug Feedback durch den PA bekommen. Dadurch kann der LA seine Fähigkeiten als Ausbilder ständig verbessern. Auch das Activity Prinzip findet Anwendung. Der LA übt seine Rolle als Lehrer, da er sie aktiv ausübt und ständig weiterentwickeln kann. Durch die 1:1 Lernsituation zwischen LA und PA findet auch die „Individualisation“ als Bestandteil der FAIR-Prinzipien Anwendung, da die Lernsituation durch beide nach ihren Wünschen mitgestaltet werden kann. Die Relevanz ergibt sich, da die Lernsituation direkt in den beruflichen Alltag eingebettet ist. Einschränkung finden die Prinzipien in sofern, dass die Lernsituation vordergründig dem PA zusteht und somit der LA nur bedingt zu seiner Schulung kommt. Zur Ergänzung wäre eine intermittierende Supervision durch eine dafür geschulte Person zur Förderung des LA in seiner Rolle als Ausbilder möglich.

4.2.6.Schlussfolgerung: Setting in PA ideal, sodass Be FAIR Prinzipien gegeben sind

In diesem Abschnitt wurde aufgezeigt, dass das Setting einer Supervision die ideale Umsetzung der im Abschnitt 4.1. definierten Prinzipien: „Beobachten- Festhalten- Feedback“ ,welche eine optimalen Gestaltung des Lernprozesses erlaubt. Auch die FAIR Prinzipien sind bei einer Praxisassistenz mit Supervision optimal integriert. Harden et al verlangen bei der Gabe von Feedback, dass der LA sich auf eigene Erlebnisse mit dem PA beziehen. (Harden & Laidlaw, 2013; 35, S. 28) Dies ist bei einer direkten Supervision zweifellos der Fall. Activity wird umgesetzt, indem der Lernprozess sich klar am PA orientiert, der die Lernziele mitbestimmen darf. Es erweist sich gemäss Harden et al als förderlich, möglichst kleine Lerngruppen zu haben. Dies und die Prinzipien Individualisation und Activity widerspiegeln sich in der 1:1 Lernsituation während einer Praxisassistenz. (Harden & Laidlaw, 2013; 35, S. 28) Ausserdem kann in solch einer Situation auch der LA profitieren und seine Fähigkeiten als Lehrer weiterentwickeln. Allerdings findet es in eingeschränkterem Rahmen möglich, als dies beim PA der Fall ist.

5. Der erste Tag eines PA (Holtz & Klauser, Praxisbesuch, Der erste Tag, 2013)

Via Mund-zu-Mund Propaganda im Kinderspital Zürich hat der PA von der Rotationsstelle in der Praxis von Dr. Holtz erfahren. Nach einem Schnuppertag und dem Absolvieren des äusserst beliebten Kurses in Entwicklungspädiatrie am Kinderspital Zürich folgt nun der 1.Tag in der Praxis von Dr. Holtz. Der Entwicklungspädiatrie-Kurs bildet eine optimale Vorbereitung für den Einstieg in die Praxisassistentenz. Der PA berichtet, dass er nach dem Entwicklungskurs beispielsweise anders auf die kindliche Motorik achte als zuvor. Im Spitalalltag auf der Station oder im Notfall fehlt meist die Zeit, um eine Entwicklungsbeurteilung durchzuführen. (Klauser, 2013) Wer die Entwicklungsabteilung des Kinderspital Zürich besucht hat, kennt das ruhige Setting, welches als Voraussetzung für eine optimale Entwicklungsbeurteilung unabdingbar ist. Solch ein Setting lässt sich auf den stationären Abteilungen schwerer herstellen. Folglich ist es für Assistenzärzte, die nicht auf der Entwicklungspädiatrischen Abteilung eines Spitals arbeiten schwierig, Fertigkeiten in diesem Bereich zu erlangen.

Auch die Dauer der Praxisassistentenz von 1 Jahr wird von dem neuen Praxisassistenten begrüsst, mit der Begründung, nach 6 Monaten Einarbeitung, die übrigen 6 Monate zu benützen um an Feinheiten zu feilen.² Für Dr. Holtz bietet die Dauer von 1 Jahr den entscheidenden Vorteil, nicht alle 6 Monate einen neuen PA einführen zu müssen, was mit einem grossen Aufwand von Seiten des LA verbunden ist. Nicht zuletzt stellt der Wechsel des PA im 6-Monats-Intervall eine Belastung für das ganze Praxis-Team und die Patienten dar, die sich in kürzester Zeit mit einem neuen PA arrangieren müssen. Dieser Umstand lässt sich veranschaulichen, wenn man bedenkt, dass ein frisch geborener Säugling im 6-Monats-Intervall in dieser Zeit der intensiven ärztlichen Betreuung mit den zahlreichen Vorsorgekontrollen, Impfungen und Beratungen durch den Assistenzarzt nur bis zum Alter von 6 Monaten betreut werden kann. Bei einer Praxisassistentenz von 1 Jahr erfolgt der Wechsel jedoch erst, wenn der Patient 1 Jahr alt ist und die Frequenz der Vorsorgeuntersuchungen deutlich abnimmt. Somit ergibt sich für den Assistenzarzt und die Kindseltern eine Konstanz, da die Betreuung durch dieselbe Person stattfindet. Aus organisatorischer Sicht bietet sich die Einführung des Praxisassistenten in den ruhigen Sommermonaten, unter welchen der Juli in der Praxis von Dr. Holtz bei weitem der ruhigste ist an. Somit ist genügend Zeit vorhanden um den PA optimal einzuarbeiten. Vergleichsweise schwieriger würde sich die PA-Einführung im Januar gestalten, wo in der Praxis von Dr. Holtz durchschnittlich 30 Kinder/ Tag betreut werden. (Holtz S. , Besprechung Dezember, 2013) Somit profitiert der LA davon, einen PA mit bereits 6 Monaten Erfahrung an seiner Seite zu haben.

Der erste Tag beginnt mit einem Gespräch zwischen LA und PA. Dabei wird Organisatorisches geklärt bezüglich Sprechstunden, Weiterbildung, Bürotag und anderweitigem. Seit kurzem werden in der Praxis wieder neue Patienten aufgenommen. Vor allem Säuglinge sollen durch den PA möglichst von Anfang an begleitet werden. Kurz darauf geht es los mit der allerersten Supervision SV5. Es handelt sich um eine 2-Jahres-Kontrolle. Der PA verfolgt die Vorsorgeuntersuchung mit all ihren Facetten aufmerksam. Der Fokus wandert von der Mutter, zum Kind, zur Interaktion der beiden und schlussendlich zu Dr. Holtz, der dem Gespräch den nötigen Rahmen gibt. Bei der zweiten Su-

² Es sei hier erwähnt, dass die Begründung der 6-Monatigen Praxisassistentenzzeit in der limitierten Anrechnung an das Curriculum Pädiatrie liegt. Allerdings wird die Zeit, welche für die 1-jährige Praxisassistentenz aufgewendet wird dem jeweiligen Assistenzarzt gutgeschrieben, sodass er 4 Jahre für die Basisweiterbildung zu seiner Verfügung hat.

pervision SV5 handelt es sich um eine Konsultation, wie man sie auch im Spital auf dem Notfall antreffen würde. Der PA beobachtet diese Untersuchung vor allem zur Bestätigung, sein Fokus richtete sich mehr auf den Konsultationsstil des LA mit dem Ziel diesen Stil in der Praxis beizubehalten, als auf fachliche Aspekte der Untersuchung. Dieses Beibehalten des Konsultationsstils ist für die Patienten von grosser Bedeutung, da somit eine gewisse Kontinuität in der ärztlichen Betreuung geschaffen wird, da MPAs, LA, Praxis mit Behandlungszimmer und sogar der Konsultationsstil beibehalten werden. Lediglich der PA hat gewechselt. Der PA hätte den Fall ähnlich wie der LA gehandhabt und würde sich solch eine Konsultation bereits in SV4 zutrauen. Deswegen folgt nun die erste Konsultation in SV4. Kinder mit Ohrenschmerzen hat der PA bereits im Spital auf dem Notfall des öfteren betreut und fühlt sich somit sicher, die Konsultation selbst durchzuführen. Bereits hier setzt der PA ähnliche Joining-Strategien ein, wie er sie zuvor beim LA beobachtet hat. Es werden sogar Satzformulierungen übernommen. Es fällt auf, dass die Patienten und Kindseltern darauf ausgesprochen positiv reagieren, da sie mit diesem Konsultationsstil bereits vertraut sind.

Dr. Holtz erklärt, dass eine Konsultation in seiner Praxis für das Kind ein „Erlebnis“ sein soll. Das Kind soll zu jeder Zeit im Zentrum stehen, wie es schon das Praxislogo statuiert. (Holtz S. , Praxisbesuch, 2013) Der spielerische Umgang mit den Kindern wird vor allem im ersten Monat vermittelt, welcher mehrheitlich für SV5 und SV4 genutzt wird. Der PA hat hier die Möglichkeit, sich am Stil des LA zu orientieren. Ab dem 2. Monat finden jeweils halbtags SV5 und SV4 für mindestens 2 Stunden statt. Der restliche Halbtage bietet Zeit für die restlichen Stufen 0-3. Somit erfolgt der Wechsel zwischen den Stufen schrittweise, wobei stets Raum für SV4 und SV5 geschaffen wird, welche dem PA zur Bestätigung des Gelernten aber auch zum Erlangen neuer Kenntnisse dienen.

6. Entwicklung der Supervisionsstufen über die Monate

Dr. Matthias Furter hat in seiner Praxisassistentenzeit für jeden Monat die Anzahl Supervisionen, welche er pro Stufe absolviert hat, notiert und in die Kategorien Abklärung/Beratung, Krankheit, Vorsorge und Diverses eingeteilt.³ In der Kategorie Abklärung/Beratung handelt es sich am häufigsten um Verhaltensauffälligkeiten, ZH Neuro-motorik und Beratungsgespräche von Kindern mit ADHS inkl. Beratung bezüglich Ritalin-Therapie. Die Kategorie Krankheit beinhaltet grösstenteils virale, bakterielle und Haut- Infekte. Unter Vorsorge versteht man die üblichen Vorsorgekontrollen, die bei einem Kind ab Geburt durchgeführt werden und ausserordentliche Jahreskontrollen, die auf Wunsch der Eltern durchgeführt werden. Schlussendlich fallen in die Kategorie Diverses verschiedenste zusätzliche Behandlungen wie z.B. Impfungen, Rachenabstriche und die Durchführung der Tympanometrie.

Die oben erwähnte Einteilung soll einen Vergleich der Entwicklung der Supervisionsstufen zwischen den Kategorien darstellen, da sich die Kategorien in der Vergleichbarkeit bezüglich der Spitaltätigkeit deutlich unterscheiden. Bereits die früheren Praxisassistenten von Dr. Holtz erwähnen in ihren Zwischenberichten zum Pilotprojekt „Die pädiatrische Lehrpraxis“ einen deutlichen Unterschied zwischen Spital- und Praxistätigkeit. (Holtz & Kienz, Pilotprojekt "Die pädiatrische Lehrpraxis" - (Zwischenbericht nach Ende des 2.Monats), 2001)⁴

Die Kategorie Krankheit kann als der Spitaltätigkeit am ähnlichsten betrachtet werden, insbesondere die Tätigkeit auf der Notfallstation. Dort werden zum Beispiel oft typische Kinderkrankheiten behandelt, welche auch in der Pädiatrischen Praxis häufig betreut werden. Anders als die Kategorie Krankheit, bestehen bei den Kategorien Vorsorge und Beratung grosse Unterschiede zur Spitaltätigkeit, da Spitäler mehrheitlich akutmedizinische Versorgung anbieten. Beratung und Vorsorgeuntersuchungen sind typische Tätigkeiten des Pädiaters und haben mit dem Rückgang von Infektionskrankheiten, dank der Einführung von Impfungen, über die Jahre an Bedeutung gewonnen. (Berger, 2008) (Weber & Jenni, 2012)

6.1. .Entwicklung der Supervisionsstufen allgemein

Abb 3 zeigt eine Entwicklung der Supervisionsstufen, wie sie auch die vorangehende Praxisassistentin Frau Dr. Hoop in ihrem Zwischenbericht aufzeigte. (Holtz & Hoop, Pilotprojekt "Die pädiatrische Lehrpraxis" - 2.Zwischenbericht, nach 6 Monaten Praxisassistentenz von Frau Dr. R. Hoop, 2002, S. 11) Der erste Monat der Praxisassistentenz zeigt eine klare Dominanz von SV5. Die Erklärung dafür bildet die Einführungsphase des Praxisassistenten. Wie bereits erwähnt findet hier ein Abgleich zwischen LA und PA statt. Ausserdem werden dem PA im ersten Monat Vorsorgeuntersuchungen nähergebracht, die er in den darauffolgenden Monaten zunehmend in tieferen Supervisionsstufen durchführen kann, da sie meist nach einem klaren Schema ablaufen. SV5 ist über die Monate ständig zu- und abnehmend. Der Stufenwechsel von SV5 zu SV4 resultiert in einer zueinander gegenläufigen Entwicklung dieser Stufen. SV4 mit seinem Abfall und darauffolgenden Anstieg widerspiegelt das Bedürfnis des PA nach einer gewissen Zeit wiederholt durch den LA in seiner Leistung eingeschätzt zu werden. Dies

³Dazu siehe auch Tabelle 10.1 im Anhang

⁴ Hier sei auf die aus den Zwischenberichten der ehemaligen Praxisassistenten rekonstruierten Grafiken im Anhang 10.2 verwiesen

bildet wie bereits im Abschnitt 4.2.2.4. ein wichtiges Prinzip des Feedbacks, welches im Idealfall wiederholt stattfinden soll. SV3 zeigt eine Abnahme, die den gewünschten Stufenwechsel zu einer tieferen Stufe reflektiert. Es scheint hier kein wesentliches Bedürfnis des PA zu bestehen, diese Stufe nach einer gewissen Zeit erneut zu durchlaufen. Dies ergibt Sinn, wenn man bedenkt, dass der PA bei SV2 trotzdem noch die Möglichkeit hat, seine Befunde durch den LA nachprüfen zu lassen, wo hingegen bei SV3 dies ein fixer Bestandteil der Supervision ist. In den ersten 6 Monaten kann keine wesentliche Aussage über die Entwicklung von SV1 und SV0 gemacht werden. Diese Stufen gewinnen erst in den darauffolgenden 6 Monaten an Bedeutung. Die Abbildung 4 zeigt, dass in der Praxisassistenz viel Zeit zur Ausbildung des PA eingesetzt wird und die lehrreichen Supervisionsstufen 4 und 5 im Durchschnitt 2.5x täglich durchgeführt werden. Somit wird in einer Praxisassistenz täglich viel Raum für die Ausbildung des PA geschaffen. Über die Monate arbeitet der PA zunehmend selbstständig, dies wird veranschaulicht in Abbildung 5 und Abbildung 6. Wie rasch ein Wechsel auf Stufe 2 stattfindet, ist unter anderem von der Verlässlichkeit des PA abhängig. Dieser lernt in SV5, 4 und 3 sich selbst einzuschätzen. Die Gefahr bei SV2 liegt darin, dass diese Stufe einerseits für den LA, welcher den PA weniger stark supervisieren muss, und andererseits für den PA, der in SV2 mehrheitlich selbstständig arbeiten kann, eine grosse Verlockung darstellen kann. Es entfällt hier für beide ein Aufwand, den sie in SV5, 4 und 3 aufbringen müssen. Dies muss dem LA und PA bewusst sein, um den Zeitpunkt eines Stufenwechsels auf SV2 vernünftig wählen zu können.

Abbildung 3: Entwicklung der Supervisionsstufen über die ersten 6 Monate⁵

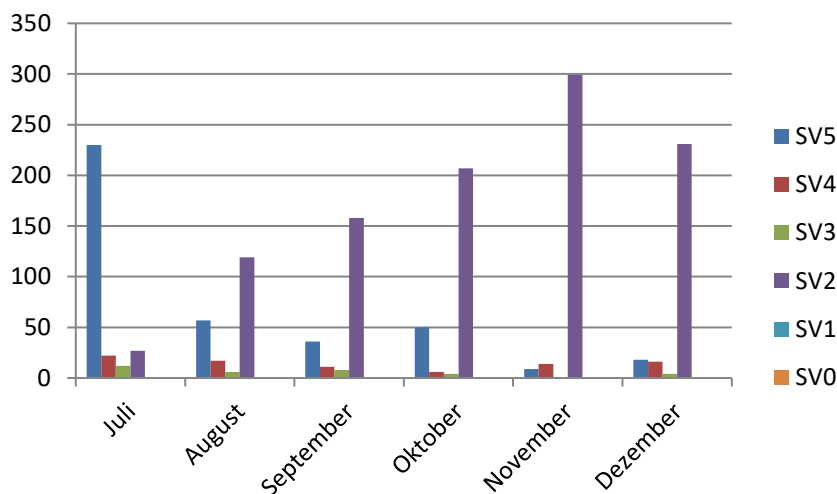
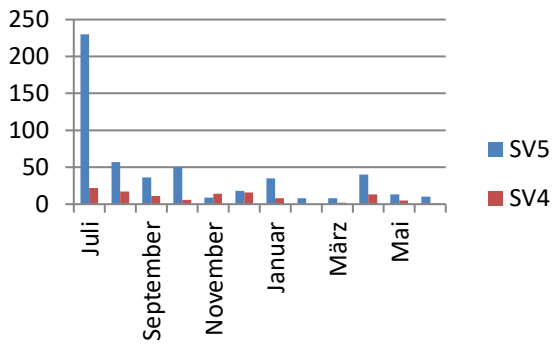


Abb 3 zeigt eine Abnahme von SV5 wobei zwischen dem 1.Monat (Juli) und dem 2.Monat (August) ein deutlicher Einbruch von SV5 auffällt. SV4 sinkt und steigt dannach wieder an. SV3 nimmt unwesentlich ab. SV2 zeigt eine klare Zunahme über die Monate mit einem Einbruch im Monat Dezember. Es lässt sich anhand dieser Abbildung keine Aussage über die Entwicklung von SV1 und SV0 machen. Im Monat November waren SV5 und SV4 aufgrund längerer Abwesenheit des LA nur begrenzt durchführbar. Es sei hier erwähnt, dass zwischen dem LA und PA tägliche telefonische Rücksprache stattfand und der LA durchgehend für den PA erreichbar war.

⁵ Um eine bessere Vergleichbarkeit der Stufenentwicklung von Frau Dr. Hoop und Herr Dr. Furter zu gewährleisten wurden in Abb 3 nur die Daten der ersten 6 Monate der Praxisassistenz dargestellt.

Abbildung 4: Entwicklung SV5 und SV4 über 12 Monate – Anteil Ausbildung durch SV5 und SV4



	SV5	SV4
Total(Juli bis Juni)	514	115
Anzahl pro Tag ⁶	2	0.5

Abb 4 zeigt die Anzahl der durchgeführten Supervisionen SV5 und SV4 über die Monate. Es zeigt sich, dass im Durchschnitt 2 Supervisionen SV5 durchgeführt werden und alle 2 Tage eine Supervision SV4 stattfindet, obwohl es sich hierbei um die beiden aufwändigsten Stufen handelt, da deren Durchführung am meisten Zeit beansprucht. Es werden somit durchschnittlich 2.5 Supervisionen pro Tag zur intensiven Weiterbildung des PA eingesetzt.

Abbildung 5: Entwicklung der Supervisionsstufen prozentual über 12 Monate – Zunahme Selbstständigkeit PA

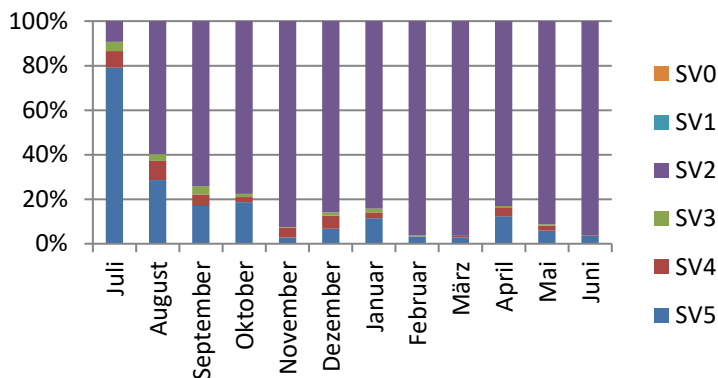


Abb 5 zeigt den Anteil der Stufe SV2 im Vergleich zur Summe aller Konsultationsstufen über die Monate. Bereits im 2.Monat findet eine ca 6-fache Zunahme von SV2 und bildet so bereits 60% aller Konsultationen. Diese Zunahme reflektiert die zunehmende Selbstständigkeit des PA.

Abbildung 6: Entwicklung SV2 über 12 Monate

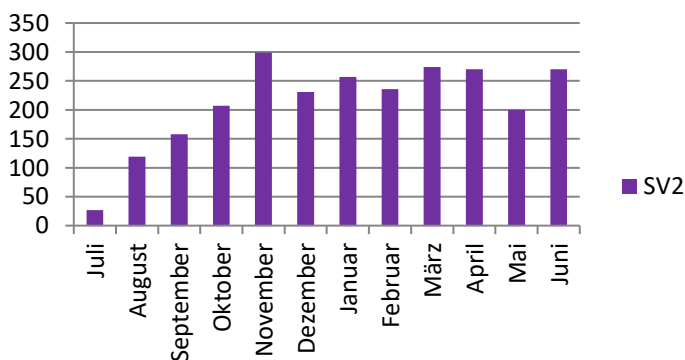


Abb 6 zeigt eine Zunahme von SV2 über die Monate

⁶ Pro Monat wurde mit 4 Wochen à je 5 Arbeitstagen gerechnet, was einer Anzahl von 20 Tagen pro Monat entspricht.

6.2. Entwicklung der Supervisionsstufen in Abhängigkeit der Kategorie

Ein Vergleich der Entwicklung der Supervisionsstufen in Abhängigkeit der Kategorie zeigt, dass nicht in allen Kategorien der Stufenwechsel gleich rasch voranschreitet. Abb 7.1 zeigt, dass in Beratungsgesprächen bis zum Schluss der Praxisassistenz ein Grossteil der Supervisionen in SV5 stattfindet. Dies lässt sich damit erklären, dass Beratungsgespräche eine enorme Variabilität aufweisen sowohl bezüglich Inhalt der Beratung, als auch bezüglich Persönlichkeit der teilnehmenden Gesprächspartner. Eine wichtige Voraussetzung für die Kategorie Beratung ist das Beherrschen einer geeigneten Gesprächsführungstechnik. So gilt es zum Beispiel je nach Problemstellung und Persönlichkeit der Eltern, ein Gespräch anders anzugehen. Der Stufenwechsel der Kategorie Krankheit findet um einiges rascher statt. Hier zeigt sich, dass viele PA mit ausreichendem Vorwissen aus dem Spital rasch Konsultationen selber durchführen können und möchten. Der Wunsch bis zum Schluss via SV5 dem LA zuschauen zu dürfen, ist hier deutlich niedriger. Gerade die typischen Kinderkrankheiten zeigen eine eher kleine interindividuelle Variabilität, was den raschen Stufenwechsel ebenfalls begünstigt. Das Spital bildet folglich eine optimale Vorbereitung, um in der pädiatrischen Praxis Krankheiten zu behandeln. Vorsorgeuntersuchungen zeigen zu Beginn eine ähnliche Stufenentwicklung wie die Kategorie Krankheit. Danach zeigt der Anteil SV5 eine wiederholte Zu- und Abnahme. Es scheint hier ein ständiges Lernen, Selbstdurchführen und wieder in SV5 rückbestätigendes Zuschauen stattzufinden, was sich in der Graphik durch die wellenförmige Entwicklung der Stufe 5 widerspiegelt. Mit zunehmender Erfahrung weiss der durchführende Arzt, welche Fragen von Seiten der Eltern bei welcher Vorsorgeuntersuchung zu erwarten sind. Ein wichtiger Unterschied zwischen den Kategorien Beratung und Vorsorge liegt darin, dass es sich bei Vorsorgeuntersuchungen primär um gesunde Kinder handelt. Aus diesem Grund zeigen auch die jeweiligen Vorsorgeuntersuchungen eine geringere Variabilität. Bei Beratungsgesprächen muss für die jeweilige Problemstellung mehr Zeit eingeplant werden, als dies bei einer Vorsorgeuntersuchung der Fall ist. Es ist durchaus möglich, dass eine Vorsorgeuntersuchung im Verlauf zu einem Beratungsgespräch führen kann.

Die Kategorie Diverses zeigt eine mit der Kategorie Krankheit vergleichbare Entwicklung. Auch hier kann eine mögliche Begründung darin liegen, dass Behandlungen wie Impfungen, Rachenabstriche und die Durchführung der Tympanometrie standardisiert durchgeführt werden. Es sind deshalb vergleichsweise weniger SV5 nötig als dies bei einem facettenreichen Beratungsgespräch der Fall ist. Dr. med Furter durfte am 19.03.2013 in einem persönlichen Gespräch seine Sicherheit in den 3 Kategorien Vorsorge, Beratung und Krankheit einschätzen. Seine Sicherheit war absteigend Krankheit>Vorsorge>Beratung, wobei er sich in der Kategorie Krankheit sehr sicher fühlte und sich in der Kategorie Beratung noch mehr Supervisionen wünschte. Dies wird in den Grafiken deutlich, bei denen im Monat März fast 100% aller Konsultationen der Kategorie Krankheit in SV2 durchgeführt wurden, wo hingegen in der Kategorie Beratung SV2 und SV5 je in etwa die Hälfte aller Konsultationen bilden.

Abbildung 7: Vergleich der Entwicklung der Supervisionsstufen nach Kategorien über 12 Monate

Abb 7.1: Beratung

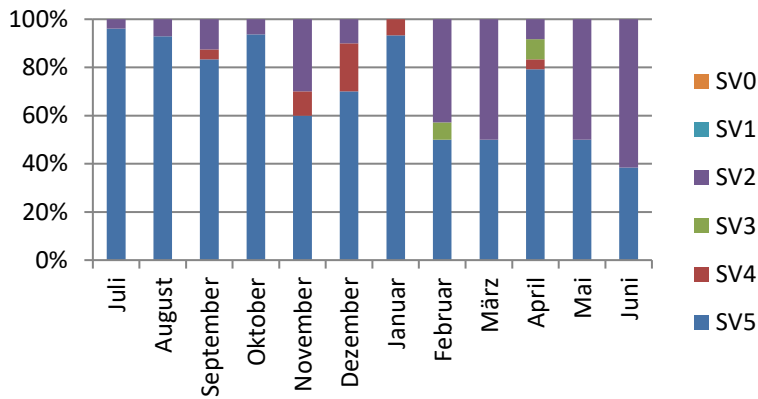


Abb 7.2: Krankheit

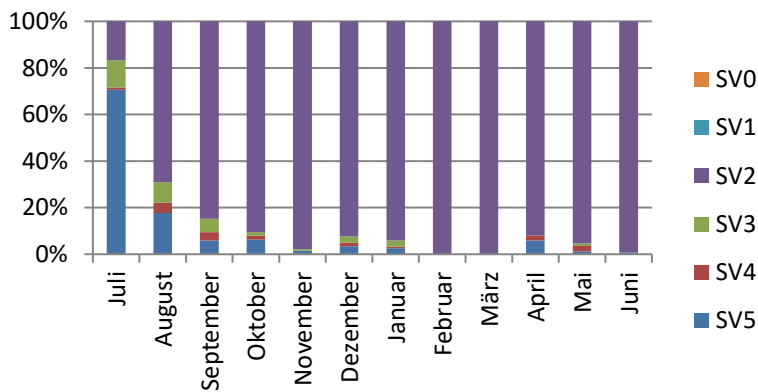


Abb 7.3: Vorsorge

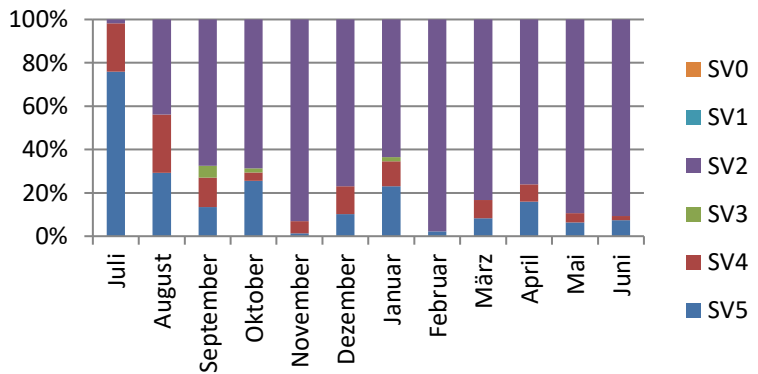
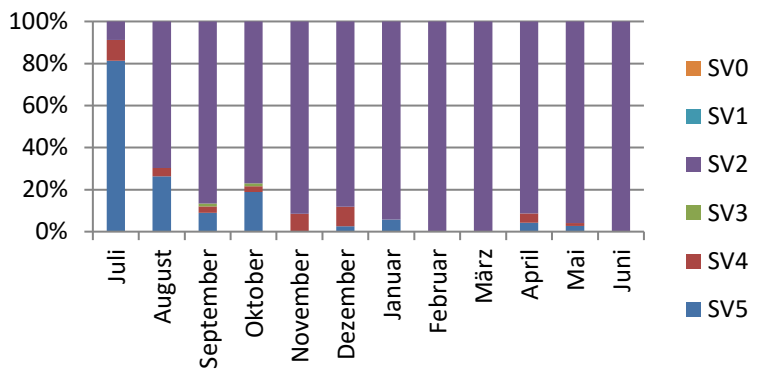


Abb 7.4 : Diverses



6.3. Vergleich der Entwicklung der Vorsorgeuntersuchungen (%) nach Supervisionsstufen

Die ständige Abnahme von SV5 bei Dr. med. Furter wird auch in den Arbeiten von Dr. med. Hoop und Dr. med. Bischoff beschrieben. Ausserdem zeigt sich bei beiden ehemaligen PA das Bedürfnis, am Ende der PA noch einmal dem LA zuschauen zu können. (Holtz & Bischoff, Pilotprojekt "Die pädiatrische Lehrpraxis" - 4.Zwischenbericht, nach 6 Monaten Praxisassistentz von Herrn Dr. med. G. Bischoff, 2003). Da deren Auswertungen nach 6 Monaten aufhören ist kein Vergleich über 12 Monate möglich. Bei Dr. Furter zeigt sich über die 12 Monate ein ständiges Auf- und Absteigen der SV5-Anteile. Diese Beobachtung kann bei den anderen PA nicht gezeigt werden aufgrund der zu kurzen Auswertungsdauer. Es scheint innerhalb der 12 Monate wiederholt das Bedürfnis aufzutreten, dem LA erneut bei seiner Arbeit zuschauen zu dürfen. Dies könnte möglicherweise aus dem wiederholten durchlaufen von „Festhalten neuer Beobachtungen und Erkenntnissen in Stufe 5 – Selbstdurchführung auf tieferer Stufe – Erneute Evaluation der eigenen Konsultation anhand erneuter Beobachtung des LA in Stufe 5“ resultieren.

Zu Beginn waren die PA bei Dr. Holtz in der Regel 6 Monate lang angestellt. Allerdings ist über die Jahre eine deutliche Tendenz in Richtung 12 Monate festzustellen. Obwohl sich viele Assistenzärzte eher eine Dauer von 6 Monaten wünschen, ist eine Dauer von 12 Monaten für die übrigen Beteiligten von klarem Vorteil: An erster Stelle ist es für die Patienten von enormer Bedeutung, eine gewisse Konstanz in der Betreuung zu erfahren. Auch der LA profitiert von der 12-monatigen PA, da er somit nur 1mal pro Jahr einen neuen Assistenzarzt einarbeiten muss, welcher in der zweiten Hälfte der PA sogar eine Entlastung für den LA sein kann. Ausserdem stellt eine 6-monatige PA eine grössere Belastung für die MPAs und das übrige Praxisteam dar, da auch sie wiederholt und in kurzer Frequenz eine neue Person einarbeiten müssen. Aus diesen Gründen ist eine PA über 12 Monate ein sinnvoller Kompromis, um alle Beteiligten so weit als möglich zu entlasten.

Abbildung 8: Vergleich der Entwicklung der Vorsorgeuntersuchungen (%) nach Supervisionsstufen 3 verschiedener Praxisassistenten

Abb 8.1 Vorsorge – Herr Dr. med. Furter

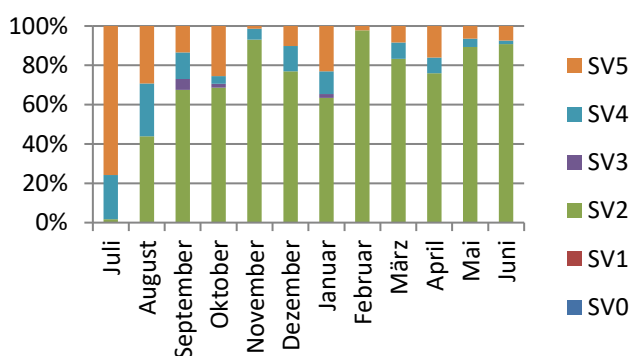


Abb 8.2. Vorsorge – Frau Dr. med. Hoop⁷

Diese Abb zeigt dieselbe Darstellung wie Abb 8.1 wobei die y-Achse vertauscht ist.

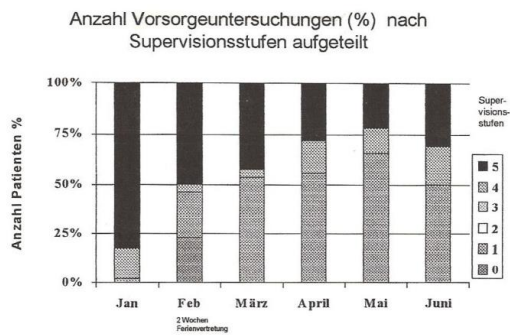
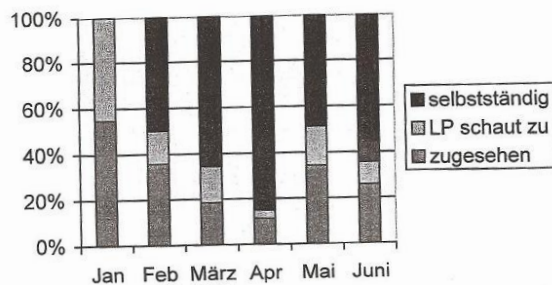


Abb 8.3. Vorsorge – Herr Dr. med. Bischoff⁸

Folgende Abbildung zeigt die Abnahme der Supervisionen der Kategorie Vorsorge über 6 Monate. Selbstständig meint SV0-SV3, LA schaut zu ist analog mit SV4 und zugesehen analog mit SV5



Tab. 2: Anzahl Vorsorgeuntersuchungen in % nach Supervisionsstufen

6.4. Schlussfolgerung zur Entwicklung der Stufen

Im Abschnitt 6.1. wird durch die Graphik ersichtlich, dass der PA während seiner Praxisassistenten zunehmend selbstständiger ist. Diese Erkenntnis deckt sich mit den Daten der vorangehenden Praxisassistenten. Bereits im 2. Monat der Anstellung arbeitet der PA zu ca 60% in Supervisionsstufe 2. Diese Stufe erfordert deutlich weniger Führung durch den LA als dies bei Stufe 3 noch der Fall ist. Der Wechsel zu tieferen Stufen reflektiert einen Wissenszuwachs auf Seiten des PA und zeigt somit, dass die Umsetzung des Supervisionsmodells zur Ausbildung des PA beiträgt, während gleichzeitig eine hochwertige medizinische Versorgung gewährleistet ist, da der LA den PA unterstützt.

Die Grafiken im Abschnitt 6.2. veranschaulichen die unterschiedliche Geschwindigkeit des Stufenwechsels in Abhängigkeit der Kategorien. Die Kategorie Beratung zeigt die langsamste Abnahme von SV5 im Vergleich zu den übrigen Kategorien. Eine mögliche Begründung liegt in der bereits erwähnten hohen Variabilität der Beratungsgespräche. Ausserdem unterscheidet sich diese Tätigkeit in der Praxis deutlich von derjenigen im Spital, wo meist nur limitierte Zeit für Beratungsgespräche zur Verfügung steht. Oft wer-

⁷ Aus der Arbeit von Frau Dr. med. Hoop (Holtz & Hoop, Pilotprojekt "Die pädiatrische Lehrpraxis" - 2.Zwischenbericht, nach 6 Monaten Praxisassistenten von Frau Dr. R. Hoop, 2002)

⁸ Aus der Arbeit von Herr Dr. med. Bischoff (Holtz & Bischoff, Pilotprojekt "Die pädiatrische Lehrpraxis" - 4.Zwischenbericht, nach 6 Monaten Praxisassistenten von Herrn Dr. med. G. Bischoff, 2003)

den Beratungsgespräche bei einem vertrauten, längerfristig betreuenden Arzt gesucht. Dies trifft in den meisten Fällen auf den Pädater zu. Ein Stufenwechsel in den übrigen Kategorien findet rascher statt, da die Kategorien Krankheit und Diverses hohe Ähnlichkeit mit der Spitaltätigkeit aufweisen. Ein Sonderfall stellen hier die Vorsorgeuntersuchungen dar. Es findet ein relativ rascher Stufenwechsel zu Beginn statt, da diese Untersuchungen wie bereits erwähnt meist nach dem selben Schema ablaufen. Allerdings wird hier bis zum Schluss wiederholt von Stufe 5 Gebrauch gemacht. Die Stufenentwicklung hängt deutlich davon ab, wie gross die Unterschiede in Spital- und Praxistätigkeit sind.

Im Vergleich zu ehemaligen Praxisassistenten konnte bei Herr Furter der einmalige wellenförmige Verlauf von SV5 in der Kategorie Vorsorge gezeigt werden. Dies zeigt, dass bei der Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen bis zum Schluss der Praxisassistentenz eine Weiterentwicklung der Fähigkeiten des Praxisassistenten stattfindet. Bis zum letzten Monat wird von SV5 Gebrauch gemacht. Dieser Umstand reflektiert das Bedürfnis des PA bis zum Ende seinem LA zuschauen zu dürfen und durch Beobachtungen die eigenen Konsultationen anzupassen. Auch Dr. Furter bestätigte im Interview diesen Umstand und erklärte, dass er am Schluss in SV5 auf andere Dinge geachtet habe als dies zu Beginn der Praxisassistentenz der Fall war.

Schlussendlich zeigt sich in allen Grafiken eine klare Dominanz der Supervisionsstufen SV5 und SV2. Es scheint in diesen 2 Supervisionsstufen das grösste Lernpotenzial bei grösster Effizienz im Praxisalltag gegeben zu sein. Eine mögliche Erklärung liegt in den FAIR Prinzipien, die in SV5, SV4, SV3 und SV2 stärkere Gewichtung erfahren als in SV1 und SV0. SV5 gewinnt gegenüber SV4 an Dominanz, da SV5 einen höheren Lerngewinn für den PA bringt, indem zum Beispiel eine neue Vorsorgeuntersuchung dem PA veranschaulicht wird. SV2 hat den Vorteil gegenüber SV3, dass der PA selbstständiger vom LA arbeiten kann, bei bestehender Möglichkeit eine Nachkontrolle durch den LA zu haben. Dies erfordert eine ausreichende Selbsteinschätzung des PA. Ein weiterer Vorteil von SV5 liegt in der Präsenz des LA. Die Patienten werden in SV5 durch den gewohnten Arzt betreut, während der PA in derselben Konsultation Neues erlernen kann. Bei SV4 muss der LA bewusst zeigen, dass er die Konsultation aktiv mitverfolgt hat, damit die Patienten wahrnehmen, dass der LA für sie da ist.

7. Interview

Die Gespräche mit LA und PA fallen von beiden Seiten her positiv aus und zeigen, dass sich der Aufwand für die Durchführung einer Praxisassistenz lohnt. Dr. Holtz weist auf die einmalige Gelegenheit hin, dass er es sich dank Unterstützung durch den Assistenzarzt leisten kann im letzten Monat der Praxisassistenz für 2 Wochen am Stück fort zu gehen, im Wissen um die gewährleistete Betreuung seiner Patienten während dieser Zeit. Diese 2 Wochen waren auch für den Assistenzarzt eine wertvolle Erfahrung, da er die Praxis für einmal ganz alleine geführt hat und dies als willkommene Vorbereitung für die eigene Praxistätigkeit und zur Bestätigung des Gelernten sieht. Schon vor der diesen 2 Wochen fungierte Dr. Furter als Ferienvertretung für Dr. Holtz, wobei er stets am Abend telefonische Rücksprache mit seinem LA hielt. Dabei konnten die wichtigsten Fragen mit Dr. Holtz geklärt und über das weitere Vorgehen entschieden werden. Die Eltern wurden über die telefonische Rücksprache informiert und erhielten somit die Sicherheit, dass die Praxis im Sinne von Dr. Holtz, trotz dessen Abwesenheit, weitergeführt wurde.

Bezüglich der Stufen äusserte Dr. Furter eine klare Präferenz für die Stufen 5 und 4, welche in einem Spitalsetting nur schwer umgesetzt werden können. Die Dominanz von Stufe 5 im 1. Monat wird durch ihn sehr begrüsst, es sei der ideale Einstieg und man lerne viel über die Gestaltung eines Gesprächs, da der LA erläutert wie er eine Konsultation gestaltet. SV5 sei bis zum Schluss der Praxisassistenz eine Stufe mit enormem Lernpotenzial, da durch die Beobachtung des LA ständig neue Aspekte durch den PA beachtet werden, wie zum Beispiel die konkrete Durchführung von Beratungsgesprächen. Zu Beginn der Praxisassistenz hat er sich auf die Gesprächsgestaltung und das Setting konzentriert, während er zum Schluss der Praxisassistenz vor allem auf konkrete Satzformulierungen achtete. Es zeigt sich folglich eine Einüben vom Allgemeinen ins Detail. Stufe 4 sei hingegen ideal, wenn sich der PA im Ablauf einer Konsultation sicher fühle, aber zur Beurteilung der Situation Unterstützung durch den LA wünscht. Es sei ausserdem die geeignete Stufe, um Gesprächsführungstechniken einzuüben. Der Stufenwechsel ergebe sich oft von selbst und könne auch durch den PA bestimmt werden.

Pro Supervision werden ca 15 Minuten für das Feedbackgespräch eingesetzt. Diese Zeit ist auch aus Sicht von Dr. Furter ausreichend, um die durchgeführte Konsultation zu besprechen und reflektieren. Das Feedback empfand Dr. Furter vor allem in Situationen hilfreich, in denen konkrete Aspekte der Konsultation besprochen wurden, die er später 1:1 umsetzen konnte. Es zeigt sich hier, dass gemäss der FAIR-Prinzipien das auf den PA individuell zugeschnittene (Individualisation) „Feedback“ konkret umgesetzt werden konnte, gemäss dem Prinzip „Activity“, und somit eine direkte „Relevanz“ für den PA hatte. Im Falle von Dr. Holtz sei das Feedbackgespräch stets auf respektvolle Art geführt worden, was für den PA zu einem angenehmen Lernklima beigetragen hat. Dr. Furter möchte auch in Zukunft die erlernte Feedbackkultur in sein Arbeitsumfeld einbringen. Dies bekräftigt, die enorme Bedeutung der im Abschnitt 4.2.4. besprochene Gestaltung des Feedbacks.

Dr. Furter sieht die Ausbildung in Spital und Praxis als optimale Ergänzung zu einander: „Ich habe die Behandlung von Krankheiten im Spital gelernt und die Schlafberatung in der Praxis.“ Die Beurteilung der kindlichen Entwicklung, kindergerechtes Impfen und Beratung der Eltern habe er ebenfalls zum Grossteil in der Praxis erlernt. Vorsorgeuntersuchungen und deren Durchführung können gemäss Dr. Furter nur in der pädiatrischen Praxis ausreichend eingeübt werden. Dr. Furter konnte von der Erfahrung von

Dr. Holtz profitieren, der seinem PA viele praktische Tricks für den spielerischen Unterricht von Kindern zeigte und ihm Tipps zur Gesprächsführung und Elternberatung gab. Eine Praxisassistenz biete die optimale Gelegenheit, einen Teil selbstständig zu arbeiten und den anderen Teil durch Supervisionen gemeinsam mit dem LA ausreichend zu profitieren.

8. Resultate

8.1. Das Supervisionssystem

Das Supervisionssystem in der Praxisassistentz schafft die Voraussetzung für eine ideale Lernsituation, indem die Trias „Beobachten – Festhalten – Feedback geben“ und die FAIR-Prinzipien in den Ablauf der Supervision integriert werden. Insbesondere das Feedback kann durch das 1:1 Setting zwischen LA und PA optimal umgesetzt werden mittels regelmässiger und häufiger Durchführung, respektvoller Formulierung und Bezug auf konkrete Aspekte. Dadurch wird ausserdem die Selbstreflexion des Assistenzarztes gefördert, welche seine zukünftige Weiterentwicklung unabhängig von einem LA ermöglicht. Stufe 4 und 5, welche die Trias „Beobachten – Festhalten – Feedback geben“ am besten integrieren, werden auch von Seiten der Assistenzärzte enorm geschätzt. Gerade diese beiden Stufen, die im Spital nur selten Anwendung finden, bilden einen zentralen Bestandteil der Praxisassistentz.

Im Praxisalltag werden die Stufen SV5 und SV2 häufig eingesetzt. Beide Stufen integrieren die FAIR-Prinzipien optimal. SV5 zeigt ein enormes Lernpotenzial für den PA, indem neue Inhalte vermittelt werden. SV2 bildet die Kompensation für den durch SV5 entstehenden Aufwand. Ausserdem ist SV2 eine Lernkontrolle für den PA, der hier das Gelernte selbstständig umsetzt und den LA nur noch bei Bedarf hinzuzieht.

8.2. Entwicklung der Stufen

Die intensive Nutzung von SV5 im ersten Monat der Praxisassistentz dient dem Abgleich zwischen LA und PA. Konsultationsstil und Fachwissen können dabei ausgetauscht werden. Dieser Abgleich und die starke Präsenz des LA zu Beginn fördern das Vertrauen der Patienten. Der LA profitiert hierbei vom aktuellen Spitalwissen, welches der PA mitbringt. Dies kann für den LA eine Bestätigung dafür sein, dass die in der Praxis praktizierte Medizin auf dem aktuellsten Stand ist. Andererseits profitiert der PA von der Erfahrung und vom Wissen des LA.

Eine Praxisassistentz bildet den Rahmen für eine intensive Schulung des PA, indem im Falle von Dr. Holtz durchschnittlich pro Tag 2 Konsultationen in Supervisionsstufe 5 durchgeführt wurden. Alle 2 Tage wurde im Durchschnitt 1 Konsultation in Supervisionsstufe 4 durchgeführt. Die Entwicklung über die Monate zeigt eine deutliche Zunahme von SV2, welche die zunehmende Selbstständigkeit und den Wissenszuwachs des PA reflektiert. Diese Selbstständigkeit stellt ein wichtiges Ziel der Praxisassistentz dar, da der Assistenzarzt auf die selbstständige Tätigkeit als Pädiater vorbereitet werden soll.

Beratungsgespräche sind eine wichtige Aufgabe des Pädiaters und werden in einer Praxisassistentz bis zum Schluss durch intensiven Einsatz von SV5 geschult. Krankheitsbetreuung wird bereits im Spital erlernt und kann auch in der pädiatrischen Praxis rasch mit einem Stufenwechsel durch den PA selbstständig umgesetzt werden. Ein Kernstück der Praxisassistentz bilden die Vorsorgeuntersuchungen, sie bilden in der pädiatrischen Praxis einen Grossteil aller Konsultationen. (Baumann, 6. Dezember 2006) Vorsorgeuntersuchungen überlappen oft mit der Entwicklungspädiatrie, diese kann nur durch wiederholte Beurteilung von Kindern im selben Entwicklungsalter eingeübt werden, weshalb die pädiatrische Praxis den geeigneten Rahmen schafft. Das enorme Interesse am Erlernen von Vorsorgeuntersuchungen widerspiegelt sich in der

Aufmerksamkeit, mit welchem diese Konsultationen in SV5 verfolgt werden und dem Bedürfnis des Praxisassistenten, Vorsorgeuntersuchungen bis zum Schluss der Praxisassistentenzeit wiederholt in SV5 beobachten zu dürfen. Dies konnte in den Praxisassistenten von Dr. Furter, Dr. Hoop und Dr. Bischoff gleichermaßen aufgezeigt werden, wobei der wellenförmige Verlauf nur bei Dr. Furter ersichtlich ist. Durch den wiederholten Einsatz von SV5 kann die eigene Konsultation des PA ständig anhand der Vorzeitkonsultation durch den LA kontrolliert und modifiziert werden. Die Geschwindigkeit des Stufenwechsels ist einerseits abhängig von der Ähnlichkeit zur Spitaltätigkeit und andererseits von der Komplexität der jeweiligen Kategorie (Krankheit/Beratung/Vorsorge).

8.3. Gewinn durch die Praxisassistenz

Der PA wird durch eine Praxisassistenz optimal in seiner Tätigkeit als angehender Pädiater gefördert, indem das breite Spektrum von Krankheitsbetreuung, Vorsorgeuntersuchungen und Beratungsgesprächen abgedeckt ist. Durch die vorgegebene Struktur der Supervision erfährt der PA intensive Schulung und erhält die Unterstützung eines LA in 1:1 Betreuung. Der LA kann seinerseits von der Praxisassistenz profitieren durch den fachlichen Austausch und die Möglichkeit, seine Praxis kurzzeitig durch den PA führen zu lassen. Dies ist allerdings nur bei einem ausreichend eingearbeiteten PA möglich. Letztlich profitieren auch die Patienten und Kindseltern von einer Betreuung durch 2 Ärzte. Sie werden oft in Feedbackgespräche miteinbezogen und können somit medizinische Entscheidungen besser verstehen. Diese Gespräche werden durch die Eltern oft als überaus spannend empfunden. Ausserdem leisten sie so einen Beitrag zur Ausbildung von Assistenzärzten und gewährleisten so die zukünftige medizinische Versorgung. Die Mehrheit der Patienten reagiert dank der rücksichtsvollen Umsetzung der Supervisionen positiv auf die Praxisassistenz.

9. Diskussion

9.1. Wichtigste Resultate

Das Supervisionssystem erlaubt die optimale Integration des Lernprozesses in den Arbeitsalltag und dank der verschiedenen Stufen eine gewisse zeitliche Kompensation für den Mehraufwand, der durch die Ausbildung des Praxisassistenten anfällt. Das Supervisionssystem schafft Feedbackkultur, die für den PA hilfreich ist mit praktischen Tipps, die er direkt umsetzen kann. Durch wiederholte Supervision und Stufenwechsel wird die Selbstreflexion des Praxisassistenten gefördert. SV5 und SV2 zeigen hierbei die beste Integration der FAIR-Prinzipien. SV5 bildet eine geeignete strukturelle Grundlage für die Einführungsphase in den ersten Monaten der Praxisassistenz. Die Zunahme von SV2 im Verlauf widerspiegelt den Wissenszuwachs und die zunehmende Selbstständigkeit des Assistenzarztes. In einer Praxisassistenz können bis zu 2 Supervisionen SV5 pro Tag stattfinden, wodurch ein enormes Potential für die Ausbildung des PA entsteht, was im Spital nur erschwert möglich wäre. Beratung und Vorsorge werden in einer Praxisassistenz intensiv geschult, was sich im langsamen Stufenwechsel in der Kategorie Beratung zeigt und im wellenförmigen Verlauf der Kategorie Vorsorge. Grundsätzlich ist die Geschwindigkeit des Stufenwechsel abhängig von der Vergleichbarkeit zur Tätigkeit im Spital und der Kategorie (Krankheit/Vorsorge/Beratung) selbst.

9.2. Vergleich mit anderen Publikationen

Der Wissenszuwachs und die Zunahme der Selbstständigkeit von Dr. Furter zeigen sich auch in den Arbeiten der vorangehenden Praxisassistenten Dr. Hoop und Dr. Bischoff. Neu konnte bei Dr. Furter der wellenförmige Stufenverlauf in der Kategorie Vorsorge gezeigt werden, welcher bereits in den Arbeiten von Dr. Hoop und Dr. Bischoff angedeutet, aber aufgrund der kürzeren Auswertungsdauer nicht eindeutig war. Dieser wellenförmige Verlauf bekräftigt die Wichtigkeit des Lernprozesses im Bereich der Vorsorgeuntersuchungen in der pädiatrischen Praxis. Es findet ein intensives Erlernen statt, welches bis zum Schluss durch wiederholte Durchführung von SV5 stattfindet.

9.3. Stärken und Limitationen der Arbeit

Es handelt sich mehrheitlich um qualitative Daten, da die Auswertung sich auf eine einzige Praxisassistenz bezieht. Auch die Auswertung der Stufenentwicklung über die Monate stützt sich auf lediglich 3 Praxisassistenzen. Durch die Beleuchtung nur einer Praxisassistenz war es allerdings möglich, die Teilnehmer dieses Projektes individuell zu befragen, um den Nutzen und die Zufriedenheit in einer Praxisassistenz auf Ebene der Individuen zu evaluieren. Diese Arbeit analysiert das Supervisions-System nicht anhand von theoretischen Aspekten, sondern dessen direkte Umsetzung im Alltag, welche schlussendlich relevant ist für die erfolgreiche Anwendung eines Supervisionsmodells. Es wurde gezeigt, wie die Integration der Supervisionen im Alltag stattfinden kann und wie es zur Weiterbildung des Assistenzarztes beiträgt.

9.4. Bedeutung der Studie/Implikationen

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, findet gemäss Schläppi und Rindlisbacher ein Trend zu Teilzeit-Modellen statt. Deshalb wird es in Zukunft mehr Praxisassistenzen brauchen, um die medizinische Betreuung in der pädiatrischen Praxis zu gewährleisten.

Das Erlernen von Vorsorgekontrollen und Beratungsgesprächen findet aus naheliegenden Gründen zum Grossteil in der pädiatrischen Praxis statt, während Krankheitsbetreuung auch im Spital ausreichend geschult wird. Vorsorgekontrollen tragen zur Prävention bei, welche einen wichtigen Grundsatz in Public Health bildet. Gemäss Rindlisbacher korreliert die „...Qualität der von den Assistenten erbrachten medizinischen Betreuung mit der Intensität der Supervision...“, weshalb die breite Anwendung eines Supervisionsmodells wünschenswert wäre um in Zukunft eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Schlussendlich leistet die Praxisassistenten einen wichtigen Beitrag zur Ausbildung der Assistenzärzte, indem sie die Assistenzärzte auf die selbstständige Tätigkeit als Pädiater vorbereitet. Die Praxisassistenten ermöglicht den Ärzten, die in der Praxis tätig sind, ihr Wissen an angehende Ärzte weiterzugeben. Es ist sinnvoll dieses Wissen und dieses Potential an Ausbildungsmöglichkeit in Zukunft besser auszuschöpfen um die medizinische Ausbildung zu verbessern.

Die Zufriedenheit aller Beteiligten und der Lerngewinn des Assistenzarztes zeigen, dass eine Praxisassistenten ein Aufwand ist, der sich lohnt.

10. Anhang

10.1. Kategorien der Supervision

Tabelle zur näheren Beschreibung der Kategorien aus Abschnitt 4.4. Entwicklung der Supervisionsstufen über die Monate

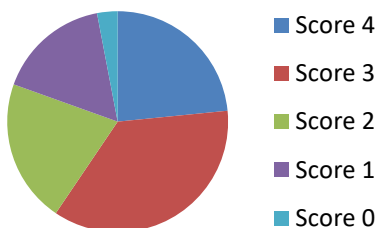
Beratung/Abklärung		Krankheit		Vorsorge		Diverses	
ADHS/Ritalin	26	Infekte viral	847	1 Mt	54	Impfungen	656
Schlaf	9	Infekte bakt	151	2 Mt	54	Venöse BE	24
Scheidung	2	Bewegungsapparat ohne Rx	70	4 Mt	44	Strept-A-Abstrich	31
Ernährung	17	Bewegungsapparat mit Rx	16	6 Mt	54	Tympanometrie	72
Sauberkeit	11	Chron. Krankheiten	9	9 Mt	5	Injektion/Kurzinfusion	8
Adoleszenz	8	Behinderung	26	12 Mt	66	Ohrspülung	7
Autonomie	7	Dermatologie/Hautinfekte	139	18 Mt	78	Desens	30
Adipositas	6	Pneumologie/Allergologie	39	2 Jahre	43	„Kleinchirurgie“(Faden-Ex)	23
ZH Neuromotorik	26	Gastroenterologie (Opstipation, Zöliakie)	24	3 Jahre	40	IV-Anträge	3
Sprache	14	Kinderchirurgie(Abszess, Panarit., Kopfkont., Verbr./Verbrühung)	48	4 Jahre	56	Prä- & post-OP	33
Schule/-eintritt	12			5 Jahre	14	Div.(Schwindel, Nasenbluten, Tics, Kardio)	118
Entwicklungsstufe	15			6 Jahre	38		
Wachstum (Hand-Rx)	5			10 Jahre	20		
Sozial/Familienbegleitung	18			14 Jahre	6		
Rundgespräche	12						
Supervision	9						
Reiseberatung	12						
Angst/Hypnose/Zwang	86						

10.2. Unterschied Praxis-Spital

Rekonstruierte Grafiken aus den Zwischenberichten der ehemaligen Praxisassistenten.

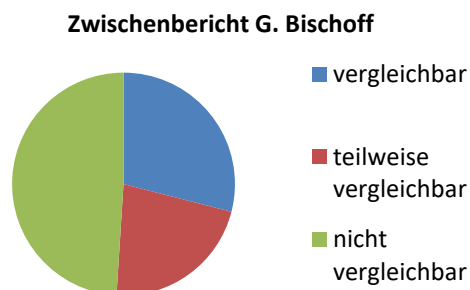
Darstellung 1 (Holtz & Kienz, Pilotprojekt "Die pädiatrische Lehrpraxis" - (Zwischenbericht nach Ende des 2.Monats), 2001, S. 9)

Zwischenbericht Flavia Kienz



Jeder Konsultation wurde ein Score zugeordnet, wobei Score 4 einen maximalen Unterschied zwischen Praxis und Spital darstellt und 0 keinen Unterschied darstellt. Score 4 und 3 bilden zusammen ca 2/3 der Konsultationen. Folglich unterscheiden sich 2/3 aller Konsultationen in der pädiatrischen Praxis deutlich von der Spitaltätigkeit.

Darstellung 2 (Holtz & Bischoff, Pilotprojekt "Die pädiatrische Lehrpraxis" - 4.Zwischenbericht, nach 6 Monaten Praxisassistenz von Herrn Dr. med. G. Bischoff, 2003)



Auch Herr Bischoff kodierte die Konsultationen mit Scores von 0-4. Herr Bischoff kam zum Schluss, dass ca 2/3 der Konsultationen einen bedeutenden Unterschied zur Spitaltätigkeit darstellen. Dieses Resultat deckt sich mit demjenigen von Frau Kienz.

10.3. Entwicklung der Supervisionsstufen über die ersten 6 Monate

Tabelle zu Abbildung 3: Entwicklung der Supervisionsstufen über die ersten 6 Monate und Abbildung 5: Entwicklung der Supervisionsstufen prozentual über 12 Monate und Abbildung 6: Entwicklung SV2 über 12 Monate

Alle Kategorien	SV5	SV4	SV3	SV2	SV1	SV0
Juli	230	22	12	27	0	0
August	57	17	6	119	0	0
September	36	11	8	158	0	0
Oktober	50	6	4	207	0	0
November	9	14	1	299	0	0
Dezember	18	16	4	231	0	0
Januar	35	8	5	257	0	0
Februar	8	0	1	236	0	0
März	8	2	0	274	0	0
April	40	13	2	270	0	0
Mai	13	5	1	200	0	0
Juni	10	1	0	270	0	0

10.4. Entwicklung SV5 und SV4 über die Monate

Tabelle zu Abbildung 4

	SV5	SV4
Juli	230	22
August	57	17
September	36	11

Oktober	50	6
November	9	14
Dezember	18	16
Januar	35	8
Februar	8	0
März	8	2
April	40	13
Mai	13	5
Juni	10	1
Total	514	115

10.5. Vergleich der Entwicklung der Supervisionsstufen nach Kategorien über 12 Monate

Tabelle zu Abbildung 7.1: Beratung

Beratung	SV5	SV4	SV3	SV2	SV1	SV0
Juli	49	0	0	2	0	0
August	13	0	0	1	0	0
September	20	1	0	3	0	0
Oktober	15	0	0	1	0	0
November	6	1	0	3	0	0
Dezember	7	2	0	1	0	0
Januar	14	1	0	0	0	0
Februar	7	0	1	6	0	0
März	6	0	0	6	0	0
April	19	1	2	2	0	0
Mai	7	0	0	7	0	0
Juni	5	0	0	8	0	0

Tabelle zu Abbildung 7.2: Krankheit

Krankheit	SV5	SV4	SV3	SV2	SV1	SV0
Juli	72	1	12	17	0	0
August	12	3	6	47	0	0
September	5	3	5	72	0	0
Oktober	8	2	2	114	0	0
November	2	0	1	133	0	0
Dezember	5	2	4	133	0	0
Januar	4	1	4	143	0	0
Februar	0	0	0	111	0	0
März	0	0	0	124	0	0
April	8	3	0	124	0	0
Mai	1	2	1	82	0	0
Juni	1	0	0	115	0	0

Tabelle zu Abbildung 7.3: Vorsorge und Abbildung 8.5: Vergleich der Entwicklung der Vorsorgeuntersuchungen (%) nach Supervisionsstufen – Herr Dr. med. Furter

Vorsorge	SV5	SV4	SV3	SV2	SV1	SV0
Juli	44	13	0	1	0	0
August	12	11	0	18	0	0
September	5	5	2	25	0	0
Oktober	13	2	1	35	0	0
November	1	4	0	67	0	0
Dezember	4	5	0	30	0	0
Januar	12	6	1	33	0	0
Februar	1	0	0	43	0	0
März	2	2	0	20	0	0
April	8	4	0	38	0	0
Mai	3	2	0	42	0	0
Juni	4	1	0	49	0	0

Tabelle zu Abbildung 7.4: Diverses

Diverses	SV5	SV4	SV3	SV2	SV1	SV0
Juli	65	8	0	7	0	0
August	20	3	0	53	0	0
September	6	2	1	58	0	0
Oktober	14	2	1	57	0	0
November	0	9	0	96	0	0
Dezember	2	7	0	67	0	0
Januar	5	0	0	81	0	0
Februar	0	0	0	76	0	0
März	0	0	0	79	0	0
April	5	5	0	106	0	0
Mai	2	1	0	69	0	0
Juni	0	0	0	98	0	0

10.6. Protokoll – Interview mit Dr. med. Matthias Furter

1. Was machst du anders wenn du wieder im Spital arbeitest?

Ich habe viel über Gesprächsführung gelernt und kann somit ein Gespräch bewusster strukturieren damit die Eltern sich am Ende verstanden fühlen. Ausserdem habe ich viele Tipps und Tricks im Umgang mit Kindern erhalten, wie zum Beispiel der Einsatz von Hypnose beim Untersuch.

2. Besitzt du nach der PA eine bessere Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten?

Durch die Praxisassistentz habe ich gelernt mich bewusster selbst einzuschätzen als zuvor. Das Feedback hat mir sehr geholfen und erlaubte mir eine 1:1 Umsetzung des Besprochenen, da es sich meist auf konkrete Aspekte der Konsultation bezog.

3. Hast du deine Lernziele erreicht?

Ich habe sogar mehr als mein Lernziel erreicht. Primär wollte ich während der PA Kenntnisse in der Beurteilung der normalen kindlichen Entwicklung und die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen erlernen. Zusätzlich habe ich während dieser Zeit enorm viel über die Beratung von Eltern gelernt.

4. Was war zu Beginn der PA in deinen Augen deine grösste Schwäche?

Zu Beginn fehlte mir die Sicherheit bei der Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen. Mittlerweile habe ich ein eigenes Konzept für die Durchführung und kann die kindliche Entwicklung besser beurteilen. Ich habe viel über konkrete Entwicklungsfragen gelernt, zum Beispiel über Schlafberatung, Fragen zur Schule und der Umgang mit ADHS.

5. Denkst du, dass du durch die Supervisionen selber auch ein besserer Lehrer geworden bist?
Im Spital werden Supervisionen in Form von SV5 und SV4 eher nicht durchgeführt, aber die erlernte Feedbackkultur nimmt man nach der PA mit.
6. Wie hat sich dein Zugang zu Kindern bei einer Konsultation verändert?
Hilfreich sind vor allem die zahlreichen Tricks für den spielerischen Untersuch von Kindern.
7. Gab es je Uneinigkeiten bei den Feedback-Gesprächen?
Durch die respektvolle Art im Feedback-Gespräch gab es keine Uneinigkeiten, höchstens zum Teil andere Ansichten.
8. Fühltest du dich je Eingeschränkt durch die vorgegebenen Struktur der Supervision?
Für die geplanten Supervisionen wurden meist 15min zusätzlich eingeplant. Diese Zeit genügte um optimal von der Supervision zu profitieren. Stufenwechsel haben sich oft von selbst ergeben. Der LA überlässt oft dem PA die Entscheidung. Bei Sicherheit im Ablauf der Konsultation aber noch ungenügender Sicherheit bei der Beurteilung erwies sich SV4 als ideal.
9. Hast du eine Präferenz für eine bestimmte Stufe?
Von SV5 kann bis zum Schluss enorm profitiert werden, vor allem wenn es um das Erlernen der Durchführung von Beratungsgesprächen geht. SV4 ist geeignet, um die eigene Gesprächstechnik zu verbessern.
10. Wie hast du von dieser PA erfahren? Welche Erwartungen hattest du an diese Stelle?
Mit dem Ziel später selbst in einer Praxis zu arbeiten, erwies sich die PA bei Dr. Holtz als ideal. Die Erwartungen waren viel über Entwicklungspädiatrie zu lernen und von intensiv eingesetzten Supervisionen zu profitieren. Ausserdem bot sich die Gelegenheit, im Rahmen einer PA einen Teil der Zeit alleine zu arbeiten und einen Teil gemeinsam mit dem LA zu bestreiten.

11. Literaturverzeichnis

- Baumann, T. (6. Dezember 2006). *Atlas der Entwicklungsdiagnostik: Vorsorgeuntersuchungen von U1 bis U10/J1: Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U10/J1*. Thieme.
- Berendonk, C., Beyeler, C., Westkämper, R., & Giger, M. (2008;89: 32). Strukturiertes Feedback in der ärztlichen Weiterbildung: Mini-CEX und DOPS. *Schweizerische Ärztezeitung*, 1337-1340.
- Berger, P. D. (03 2008). Der Schweizerische Impfplan 2008 - Welche Impfungen sind empfehlenswert. *Pädiatrie*, 16-21.
- Ende, J. M. (1983). Feedback in Clinical Medical Education. *JAMA*, 777-781.
- Furter, D. M. (2012/13). *Logbook Furter 2012/13*.
- Harden, R. M., & Laidlaw, J. M. (2013; 35). Be FAIR to students: Four principles that lead to more effective learning. *Medical Teacher*, 27-31.
- Hesketz, E. A., & Laidlaw, J. M. (2002). Developing the teaching instinct. *Medical Teacher*, 245-248.
- Holtz, S. (23. 12 2013). Besprechung Dezember. (N. Naef, Interviewer)
- Holtz, S. (22. Januar 2008). Feedbackkultur. Zürich, Zürich, Triemli.
- Holtz, S. (2013). Praxisbesuch. (N. Naef, Interviewer)
- Holtz, S. (9. April 2013). Praxisbesuch April. (N. Naef, Interviewer)
- Holtz, S. (13. Mai 2013). Praxisbesuch Mai. (N. Naef, Interviewer)
- Holtz, S. (19. März 2013). Praxisbesuch März. (N. Naef, Interviewer)
- Holtz, S., & Bischoff, G. (2003). *Pilotprojekt "Die pädiatrische Lehrpraxis" - 4.Zwischenbericht, nach 6 Monaten Praxisassistenz von Herrn Dr. med. G. Bischoff*.
- Holtz, S., & Hoop, R. (2002). *Pilotprojekt "Die pädiatrische Lehrpraxis" - 2.Zwischenbericht, nach 6 Monaten Praxisassistenz von Frau Dr. R. Hoop*.
- Holtz, S., & Kienz, F. (2001). *Pilotprojekt "Die pädiatrische Lehrpraxis" - (Zwischenbericht nach Ende des 2.Monats)*.
- Holtz, S., & Klauser, P. (7. Juli 2013). Praxisbesuch, Der erste Tag. (N. Naef, Interviewer)
- Klauser, D. m. (2. Juli 2013). Praxisbesuch, der 1.Tag. (N. Naef, Interviewer)
- Lehmann, S. (2013). *Kinder- und Jugendmedizin pédiatrie*. Abgerufen am 6. July 2013 von FMH: http://www.fmh.ch/files/pdf8/kjmprax_kt.pdf
- Medio, F. P. (2005). *The 5-Stage Process for Giving and Receiving Critical Feedback*. Medical University of South Carolina: Leadership in Graduate Medical Education: Challenges for 2005.
- Montagne, S., Jucker-Kupper, P., Berendonk, C., Rogausch, A., Beyeler, C., & Giger, M. (2012). Drei Jahre Erfahrung mit Arbeitsplatz-basiertem Assessment (Mini-CEX und DOPS) in der ärztlichen Weiterbildung. 109.
- Rindlisbacher, B. (2002). *Qualitätskriterien für die ärztliche Weiterbildung*. Abgerufen am 06. Juli 2013 von FMH: <http://www.fmh.ch/files/pdf1/qualitaetskriterien.pdf>

Rogausch, A., Berendonk, C., Giger, M., Bauer, W., & Beyeler, C. (2012). Ziel und Nutzen des Arbeitsplatz-basierten Assessments im klinischen Alltag. *Schweiz Med Forum*, 214-217.

Schläppi, D. m., & Rindlisbacher, D. m. (2007). *Grundanforderungen für die Praxisweiterbildung angehender HausärztInnen (Praxisassistenz)*. Abgerufen am 06. Juli 2013 von GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitsversorgung/Medizinische_Grundversorgung/Grundanforderungen_Praxisassistenz_2007_definitive.pdf

Teachers, A. T., & Weiterbildung, A. (06 2000). Peer Review Protokoll - Protokoll für den praktischen Teil der Facharztprüfung - Facharzt FMH Allgemeinmedizin - ein modifiziertes Lacontio-Protokoll - Version 5.0. Von http://www.sgam.ch/fileadmin/Kundendaten/Allgemein/Facharztpruefung/Peer_Review_Prot_D.pdf abgerufen

Weber, P., & Jenni, O. (2012). Kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 431-435.

12. Lebenslauf

Name, Vorname (n) Näf, Nadja
Geschlecht: w
Geburtsdatum: 08.02.1989
Heimatort und Kanton Herrliberg und Rüti, ZH

Ausbildung:

Primarschule Lenggis, Jona SG(1994-2000)
Sekundarschule Brugerau Rapperswil, SG (2001-2003)
Maturität Kantonsschule Wattwil (SG) – Schwerpunkt Physik
und Anwendung der Mathematik (2003-2007)
(2008-2009) Basisprüfung Biologie – biologische Fachrichtung, ETH Zürich
Medizinstudium - Humanmedizin Universität Zürich ab 2010

13. Erklärung

Originalarbeit

Ich erkläre ausdrücklich, dass es sich bei der von mir im Rahmen des Studiengangs

Humanmedizin

eingereichten schriftlichen Arbeit mit dem Titel

Strukturierte Weiterbildung in der Pädiatrischen Praxis

um eine von mir selbst und ohne unerlaubte Beihilfe sowie *in eigenen Worten* verfasste Originalarbeit handelt.

Ich bestätige überdies, dass die Arbeit als Ganzes oder in Teilen weder bereits einmal zur Abgeltung anderer Studienleistungen an der Universität Zürich oder an einer anderen Universität oder Ausbildungseinrichtung eingereicht worden ist.

Verwendung von Quellen

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich *sämtliche* in der oben genannten Arbeit enthaltenen Bezüge auf fremde Quellen (einschliesslich Tabellen, Grafiken u. Ä.) als solche kenntlich gemacht habe. Insbesondere bestätige ich, dass ich *ausnahmslos* und nach bestem Wissen sowohl bei wörtlich übernommenen Aussagen (Zitaten) als auch bei in eigenen Worten wiedergegebenen Aussagen anderer Autorinnen oder Autoren (Paraphrasen) die Urheberschaft angegeben habe.

Sanktionen

Ich nehme zur Kenntnis, dass Arbeiten, welche die Grundsätze der Selbstständigkeitserklärung verletzen – insbesondere solche, die Zitate oder Paraphrasen ohne Herkunftsangaben enthalten –, als Plagiat betrachtet werden und die entsprechenden rechtlichen und disziplinarischen Konsequenzen nach sich ziehen können (gemäss §§ 7ff der Disziplinarordnung der Universität Zürich sowie §§ 51ff der Rahmenverordnung für das Studium in den Bachelor- und Master-Studiengängen an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit dieser Angaben.

Datum:

Name:

Vorname:

Unterschrift:.....*nur auf Printversion erforderlich*