

Europäische Ausbildungsanforderungen für Geburtshilfe und Gynäkologie 2026

Europäischen Ausschuss und Kollegium für Geburtshilfe und Gynäkologie

Projekt zur Erreichung eines Konsenses für die Ausbildung

*Fionnuala McAuliffe SCTA-Vorsitzende, Mitglied des SCTA-Ausschusses, Fedde
Scheele, Jessica van der Aa, Angelique Goverde (eds.)*



Inhalt

Vorwort		3
Kapitel 1:	Inhalt des Lehrplans - Kernfächer	9
Kapitel 2:	Inhalt des Lehrplans - Wahlfächer	33
Kapitel 3:	Menschliche Faktoren und nicht-technische Fähigkeiten	53
Kapitel 4:	Klinische Führung in der Geburtshilfe und Gynäkologie	55
Kapitel 5:	Kommunikation und psychosoziale Kompetenzen	58
Kapitel 6:	Simulationstraining für gynäkologische Fertigkeiten	60
Kapitel 7:	Simulationstraining für geburtshilfliche Fertigkeiten	66
Kapitel 8:	Ultraschall-Kompetenztraining	72
Kapitel 9:	Übertragung von Aufgaben und Portfolio	74
	Anhang 1: Beispiele für Bewertungsformulare	80
	Anhang 2: Beispiele für ein Portfolio	88
Kapitel 10:	Qualitätsmanagement und Anerkennung von Fortbildungen	106
Kapitel 11:	Entwicklung des Lehrkörpers	108
	Anhang: GESEA-Programm	109
Glossar		112
Beitragende		116
Anhang		122

Vorwort zur zweiten Ausgabe

Eine umfassende und fundierte Ausbildung in Geburtshilfe und Gynäkologie ist für eine hochwertige Versorgung von Frauen in ganz Europa unerlässlich. Das Projekt zur Erreichung eines Konsenses in der Ausbildung (PACT) beinhaltet ein gemeinschaftliches und umfassendes fünfjähriges Ausbildungsprogramm. Die Überarbeitung des PACT ist das Ergebnis eines dreijährigen Arbeitsprogramms, an dem unsere Assistenzärzte, Ausbilder, Fachhochschulen und unsere angeschlossenen europäischen Fachgesellschaften maßgeblich beteiligt waren.

Wir haben den Abschnitt über menschliche Faktoren und nicht-technische Fähigkeiten aktualisiert und einen Abschnitt über professionelle Führung, Personalführung und -entwicklung, Teamarbeit, Situationsbewusstsein, Entscheidungsfindung und Aufgabenmanagement hinzugefügt.

Der Kern- und Wahlbereich wurde um den Bereich „Klinische Führung“ erweitert, der Abschnitte über das Management mit einem systemorientierten Ansatz, die Bereitstellung einer personenzentrierten Versorgung und die Berücksichtigung von Qualitätsverbesserungen und Patientensicherheit umfasst. Als Teil der Bewertung der klinischen Führung wird den Assistenzärzten eine Klinikprüfung oder ein Qualitätsverbesserungsprojekt empfohlen. Weitere Ergänzungen sind die Bedeutung einer patientenzentrierten Nachbesprechung nach geburtshilflichen und gynäkologischen Komplikationen, die Aufnahme der klinischen Genetik in den Kernlehrplan, um die zentrale Rolle der Genetik in der Geburtshilfe und Gynäkologie widerzuspiegeln, sowie die Erweiterung der Abschnitte über medizinische Störungen in der Schwangerschaft und Arzneimittelsicherheit in der Schwangerschaft und Stillzeit.

Für das Wahlfachprogramm haben wir separate Wahlfächer für Fetalmedizin und Müttermedizin entwickelt, und die Kern- und Wahlfächer der benignen Gynäkologie wurden um einen erweiterten Abschnitt zur Menopause ergänzt.

Die Simulationsabschnitte wurden überarbeitet und verbessert und enthalten die Ergebnisse des GESEA4EU-Programms für Simulationen in der gynäkologischen Endoskopie.

Die Übertragung von beruflichen Aufgaben bleibt der Kern der Bewertung der Assistenzärzte. Die entsprechenden Nachweise werden im Portfolio des Assistenzarztes gesammelt, das neben Lernerfahrungen und Bewertungen auch Kompetenzbewertungen durch den Ausbilder enthält.

Der Überarbeitungsprozess begann 2022 mit einer europaweiten Umfrage unter Assistenzärzten, Ausbildern, Fachhochschulen und Fachgesellschaften zu möglichen Verbesserungen des PACT. Die Ergebnisse und vorgeschlagenen Änderungen wurden im November 2022 vom EBCOG-Rat genehmigt. Von 2023 bis 2024 hielt der SCTA-Ausschuss alle zwei Monate Sitzungen ab, um PACT unter Berücksichtigung der eingegangenen Kommentare zu überarbeiten. Die überarbeitete Fassung für 2025 wurde im September 2024 vom EBCOG-Vorstand und im Dezember 2024 vom EBCOG-Rat genehmigt.

Der Überarbeitungsprozess war ein Beispiel für die Zusammenarbeit zwischen allen Mitgliedern der SCTA, ENTOG, Assistenzärzten, Ausbildern, dem EBCOG-Rat und unseren angeschlossenen Fachgesellschaften (EAPM, ESGO, ESHRE, EUGA), für die ich sehr dankbar bin. Ich freue mich auf die weitere Zusammenarbeit und die Umsetzung dieses umfassenden Ausbildungsprogramms.

Fionnuala M McAuliffe

2025 Vorsitzende des Ständigen Ausschusses für Ausbildung und Bewertung des EBCOG

Brief des Präsidenten

Demografische Veränderungen und Fortschritte in Wissenschaft und Gesundheitspolitik haben weltweit enorme Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung. Diese Veränderungen hatten einen großen Einfluss auf die Aus- und Weiterbildung von Fachärzten und Angehörigen der Gesundheitsberufe. Mit dem Aufkommen digitaler Verhaltensweisen wie Telearbeit, Telekonferenzen, digitale Kurse und sogar die Erbringung von Dienstleistungen sind wir nun wirklich in die neue digitale Welt eingetreten. Die Zukunft der Arbeit ist nicht nur aufgrund des technologischen Fortschritts schneller gekommen, sondern auch aufgrund von Gesundheits- und Sicherheitsaspekten und möglicherweise den Auswirkungen der globalen Erwärmung. Dies wird sich eindeutig auf die Ausbildung und Fortbildung auswirken.

Die Struktur, die Inhalte und die Durchführung der medizinischen Weiterbildung werden kontinuierlich verbessert, da sich die Medizin weiterentwickelt, neue Herausforderungen entstehen und die Wissenschaft und Kunst des Lehrens und Lernens geschätzt werden. Die Ausbilder sind bestrebt, einen flexiblen Lehrplan zu erstellen, um Fachkräfte auf ein sich ständig veränderndes Umfeld vorzubereiten.

Der Europäische Ausschuss für Geburtshilfe und Gynäkologie (EBCOG) war führend bei der Verbesserung der Versorgungsstandards für Frauen und ihre Babys in Europa und darüber hinaus. Er hat die Ausbildungsstandards in der Geburtshilfe und Gynäkologie durch Krankenhausbesuche, die Einführung des Logbuchs und die Einführung der Fellowship-Prüfung (EFOG) vereinheitlicht.

Europa mit seiner Vielfalt stellt eine große Herausforderung für die Ausbildung in der Geburtshilfe und Gynäkologie dar. EBCOG hat sich verpflichtet, Ausbildungsstandards durch die Festlegung des Kompetenzniveaus zertifizierter Fachärzte zu definieren. Die Definition der Kernkompetenzen von Fachärzten in einem großen geografischen Gebiet mit unterschiedlichen soziodemografischen Faktoren ist eine enorme und anspruchsvolle Aufgabe. Das Projekt zur Erreichung eines Konsenses in der Ausbildung (PACT) hat Kernkompetenzen definiert, die von allen erworben werden müssen, sowie Wahlkompetenzen, die innerhalb des Hauptlehrplans optional sind. Seit seiner Einführung im Jahr 2018 ist es ein integraler Bestandteil der Krankenhausakkreditierung, um die Qualität der Ausbildung sicherzustellen. Wir haben schnell erkannt, dass es an der Zeit ist, den Kernlehrplan an die Veränderungen in der Aus- und Weiterbildung anzupassen.

Wir haben das Glück, mit unseren Partnern zusammenzuarbeiten und eine EU-Förderung zu erhalten, um Simulationen in das PACT zu integrieren. Das neue PACT präsentiert sich in einem neuen Look mit validierten Simulationstechniken, die in den Lehrplan integriert sind. Der Lehrplan umfasst E-Learning, um dem digitalen Zeitalter gerecht zu werden.

Ich bin dem Vorsitzenden der SCTA, den Ausschussmitgliedern und den Vertretern der Fachgebiete dankbar, die ihre wertvolle Zeit für die Aktualisierung dieses wichtigen Dokuments zur Verfügung gestellt haben. Schon bald wird dies zu den europäischen Ausbildungsanforderungen werden, da wir gemeinsam mit der UEMS daran arbeiten, die ETR für Geburtshilfe und Gynäkologie noch in diesem Jahr zu veröffentlichen.

Ich bin fest davon überzeugt, dass das neue PACT mit der integrierten Simulation einen wichtigen Beitrag zur Harmonisierung der Ausbildung in Europa über die Grenzen hinweg leisten wird.

Professor Frank Louwen

Präsident, Europäischer Ausschuss und Kollegium für Geburtshilfe und Gynäkologie

Vorwort zur ersten Ausgabe

Der EBCOG-PACT-Ausbildungslehrplan: der neue Standard für die postgraduale Ausbildung in Geburtshilfe und Gynäkologie

Mit der Realisierung des EBCOG PACT-Ausbildungslehrplans für Geburtshilfe und Gynäkologie geht ein lang gehegter Wunsch in Erfüllung. EBCOG hat stets die Bedeutung der Ausbildung als treibende Kraft für die Verwirklichung einer optimalen Gesundheitsversorgung für Frauen und ihre Babys in Europa anerkannt. Mit dem EBCOG PACT-Ausbildungslehrplan positionieren wir uns nun als medizinisches Fachgebiet, das in Europa eine Ausbildung auf dem neuesten Stand der Technik anbietet.

In Anknüpfung an die 2014 von EBCOG veröffentlichten Standards of Care for Women's Health in Europe definiert der EBCOG PACT-Ausbildungslehrplan Standards für die postgraduale Ausbildung in Geburtshilfe und Gynäkologie in Europa. Diese Standards beziehen sich auf Endpunkte im medizinischen und beruflichen Bereich. Sie bieten aber auch Orientierungshilfen für Ausbildungsmethoden, die Übertragung von Aufgaben, Fachbereichsentwicklung und Qualitätsmanagement der Ausbildung. Durch die Konsensfindung über die Kompetenzen, die alle Assistenzärzte in der Geburtshilfe und Gynäkologie am Ende ihrer Ausbildung auf dem Niveau der selbständigen Tätigkeit erreichen sollen, hat EBCOG PACT die Grundlage für die Umsetzung der Ausbildungsstandards in ganz Europa geschaffen.

Dieses Projekt basiert auf dem Geist der Zusammenarbeit innerhalb der EBCOG. Finanziert durch das Erasmus+-Programm der Europäischen Union haben Delegierte, sowohl Fachärzte als auch Assistenzärzte, aus ganz Europa Ideen und Arbeit ausgetauscht. Ich möchte allen danken, die zum EBCOG PACT beigetragen haben, insbesondere:

Projektvorsitzender Fedde Scheele und Projektmanagerin Jessica van der Aa, beide aus den Niederlanden; Chiara Benedetto, Vorsitzende für medizinische Lehrplaninhalte, unterstützt von ihrer Mitarbeiterin Annalisa Tancredi, beide aus Italien, in enger Zusammenarbeit mit Jaroslav Feyereisl und Petr Velebil aus der Tschechischen Republik;

Peter Hornnes, Vorsitzender für den Rahmen für allgemeine Kompetenzen und Soft Skills, unterstützt von seinen Mitarbeiterinnen Betina Ristorp Andersen und Annette Settnes aus Dänemark. Sie erhielten Beiträge zu den Standpunkten der Interessengruppen von Patientenorganisationen, vertreten durch Joyce Hoek-Pula und Britt Myren, von europäischen Krankenschwestern, vertreten durch Petra Kunkeler, von europäischen Hebammen, vertreten durch Noortje Jonker, und von Krankenhausverwaltungen, vertreten durch Hans van der Schoot und Fedde Scheele.

Vorsitzender für gynäkologische Fertigkeiten und Simulation Rudi Campo aus Belgien und seine Mitarbeiter Yves van Belle (Belgien) und Helder Ferreira (Portugal);

Jette Led Sørensen aus Dänemark, Vorsitzende für Geburtshilfliche Fertigkeiten und Simulation, und ihre Mitarbeiter Ruta Nadisauskiene (Litauen) und Diogo-Ayres-de-Campos (Portugal);

Sibil Tschudin aus der Schweiz, Vorsitzende für Kommunikation und psychosoziale Fertigkeiten; Rolf Kirschner (Norwegen) für die Verknüpfung von EBCOG PACT und der EBCOG-Prüfung;

Das Portfolio und die Übertragung von Aufgaben wurden unter der Aufsicht von Fedde Scheele

beschrieben, einem international anerkannten Experten auf diesem Gebiet.

Der Vorsitzende für Qualitätsmanagement und Ausbildungsanerkennung Juriy Wladimiroff (Niederlande), der auch den Vorsitz der Gruppe für Ultraschallausbildung innehatte, in Zusammenarbeit mit Piotr Sieroszewski (Polen).

Meine Mitarbeiter Fedde Scheele und Živa Novak Antolič (Slowenien) im Projekt zur Fachbereichsentwicklung;

Anna Aabakke (Dänemark) und Laura Spinnewijn (Niederlande), die im Namen des Europäischen Netzwerks der Assistenzärzte in Geburtshilfe und Gynäkologie (ENTOG) wertvolle Beiträge zum Beauftragungs- und Bewertungsprojekt geleistet haben;

Die Mitglieder des Lenkungsausschusses Jacky Nizard und Tahir Mahmood, Mitglieder des Exekutivkomitees der EBCOG, sowie Anna Aabakke, ehemalige Präsidentin der ENTOG, für die Überwachung des Prozesses und ihr konstruktives Feedback während des gesamten Projekts;

Die Mitglieder des externen Beirats für ihre Unterstützung;

Die Mitglieder des Ständigen Ausschusses für Ausbildung und Bewertung, darunter Vertreter der Europäischen Vereinigung für Kinder- und Jugendgynäkologie (EURAPAG), der ISPOG, der Europäischen Gesellschaft für Kontrazeption und Reproduktionsgesundheit (ESC) und der Europäischen Gesellschaft für Gynäkologische Endoskopie (ESGE), für die wertvollen Diskussionen über verschiedene Teile des Lehrplans;

Die Mitglieder des Exekutivkomitees der EBCOG und die nationalen Delegierten im EBCOG-Rat für ihr Vertrauen und ihr wertvolles Feedback.

Der EBCOG-PACT-Lehrplan ist das Ergebnis einer vorbildlichen Zusammenarbeit. Für die kommenden Jahre steht uns die Herausforderung bevor, dafür zu sorgen, dass dieser Lehrplan auf dem Papier auch in ganz Europa in die Praxis umgesetzt wird.

Dr. Angelique J. Goverde

2018 Vorsitzende des Ständigen Ausschusses für Ausbildung und Bewertung des EBCOG

Die EBCOG hat mit der Formulierung der Standards für die Gesundheitsversorgung von Frauen in Europa einen wichtigen Beitrag zur europäischen Gesundheitsversorgung geleistet. Dadurch gibt es nun eine gemeinsame Vision für die Bereitstellung einer optimalen Gesundheitsversorgung. Der Weg von der Vision zur Realität kann jedoch schwierig sein, und wir sollten alle verfügbaren Mittel nutzen, um eine optimale Gesundheitsversorgung zu ermöglichen und umzusetzen. Zu diesem Zweck ist es wünschenswert, die Mobilität von Gynäkologen und Assistenzärzten in Europa zu erhöhen, da wir so voneinander lernen und bewährte Verfahren austauschen können. Aus diesem Grund ist ein gemeinsamer Ansatz für die Ausbildung von Geburtshelfern und Gynäkologen unerlässlich für diejenigen Assistenzärzte, die eine Ausbildung nach den besten europäischen Praktiken anstreben.

In EBCOG-PACT wurden die Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen definiert, die von jedem europäischen Gynäkologen erwartet werden (die „Kernfächer“). Zusätzlich wurden „Wahlfächer“ beschrieben, die zwischen den Kernfächern und den Unterspezialisierungen angesiedelt sind. Jeder Assistenzarzt sollte in mindestens einem Wahlfach ausgebildet werden. Die Kernfächer und die Wahlfächer wurden unter Verwendung formeller Konsensverfahren und Diskussionen innerhalb der EBCOG und ihrer Fachorganisationen entwickelt. Zusätzlich zu den medizinischen Kompetenzen haben wir die erforderlichen allgemeinen Kompetenzen und Soft Skills definiert. Mit Unterstützung europäischer Patienten, Pflegekräfte, Hebammen und Krankenhausverwalter wurde ein Kompetenzrahmen geschaffen, der auf die europäischen Geburtshelfer und Gynäkologen zugeschnitten ist. Die allgemeinen Kompetenzen und Soft Skills befassen sich mit Themen, die als universelle Menschenrechte für Frauen angesehen werden können und stehen in engem Zusammenhang mit den EBCOG-Versorgungsstandards. Dieser Lehrplan enthält Vereinbarungen über medizinische und allgemeine Kompetenzen für neue europäische Geburtshelfer und Gynäkologen.

Diese Endpunkte sind nicht in Stein gemeißelt. In den kommenden Jahren wird wahrscheinlich eine Verfeinerung der Kernfächer erforderlich sein, und es ist zu erwarten, dass zusätzliche Wahlfächer definiert werden. Es gab bereits Diskussionen darüber, ob die Kolposkopie Teil der Kernfächer oder ein Wahlfach sein sollte und ob die Sexualmedizin mit Erkrankungen wie Vestibulodynie einen prominenteren Platz bei den Kernfächern einnehmen sollte. Ein Lehrplan ist ein dynamisches Dokument, aber zum jetzigen Zeitpunkt entspricht PACT dem neuesten Stand in Europa.

Neben der Definition der Ausbildungsergebnisse liefert PACT auch Leitlinien für die Ausbildung auf taktischer Ebene und lässt dabei Raum für Unterschiede in der Umsetzung, die vom lokalen Kontext und der lokalen Vision abhängen können. Auf taktischer Ebene werden verschiedene Punkte angesprochen:

- Simulationstraining als wichtiger Pfeiler des Ausbildungssystems;
- Übertragung von beruflichen Aufgaben auf der Grundlage eines Portfolios von Lernerfahrungen und Bewertungen, u. a. durch einen Kompetenzausschuss; je nach örtlichen Vorschriften und Gesetzen bedeutet die Übertragung von Aufgaben, dass der Assistenzarzt für kompetent erklärt wird und

die betreffende berufliche Tätigkeit ohne Aufsicht ausüben darf.

- Qualitätsmanagement der Ausbildungseinrichtung und Anerkennung durch eine externe Akkreditierungsstelle.

Mit dem vorliegenden Dokument hat die EBCOG einen Lehrplan vorgelegt, der innerhalb der Gemeinschaft und unter den Interessengruppen gründlich diskutiert wurde. Das Wort „Curriculum“ (Lehrplan) leitet sich vom lateinischen Wort für Wagen oder Karre ab. Seine Funktion besteht darin, Bewegung in die richtige Richtung zu bringen. Der nächste Schritt besteht darin, den Lehrplan

an allen Ausbildungsstätten, die nach dem europäischen Modell ausbilden möchten, in die Praxis umzusetzen. Um dies zu erreichen, müssen wir uns der Komplexität von Veränderungsprozessen stellen. Europäische Geburtshelfer und Gynäkologen könnten im Vergleich zu anderen medizinischen Fachgebieten eine führende Rolle in der Ausbildung und Mobilität in ganz Europa übernehmen. Wenn wir PACT erfolgreich umsetzen, wird dies die Bereitstellung einer optimalen Gesundheitsversorgung für europäische Frauen erleichtern. Wir brauchen Ihre Führungsstärke, um diese Herausforderung zu meistern!

Prof. Dr. Fedde Scheele

Projektleiter EBCOG-PACT

2018

Inhalt des Lehrplans - Kernfächer

Einführung

Die postgraduale Ausbildung in Geburtshilfe und Gynäkologie umfasst ein Programm von mindestens fünf Jahren. Sie besteht aus einem Kernprogramm (Kernfächer) und einem Wahlprogramm (Wahlfächer).

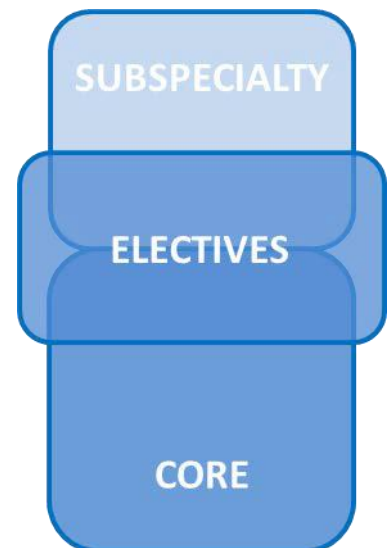
Dieses Dokument beschreibt die medizinischen Inhalte der Kernfächer des paneuropäischen Weiterbildungslehrplans für Geburtshilfe und Gynäkologie. Der Inhalt der Kernfächer wurde im Konsensverfahren zwischen europäischen Gynäkologen und Assistenzärzten festgelegt [1,2]. Es umfasst die Kenntnisse und Fertigkeiten, die während der Ausbildung erworben werden sollten, um die Kernkompetenzen des europäischen Gynäkologen zu entwickeln.

Im paneuropäischen Lehrplan wird klar zwischen Kernfächern und Wahlfächern unterschieden: Kernfächer

- Gemeinsames Kernprogramm, das für alle Assistenzärzte in Geburtshilfe und Gynäkologie obligatorisch ist.
- Mindestdauer von drei Jahren, abhängig von nationalen oder lokalen Vorschriften.
- Mindeststandards für die Ausbildung.
- Inhalt klar durch europäischen Konsens definiert.
- Für eine angemessene Ausbildung wird eine Mindestanzahl für verschiedene Verfahren empfohlen.
- Endpunkte beziehen sich auf das Niveau der selbständigen Tätigkeit, d. h. der Assistenzarzt ist in der Lage, ohne Aufsicht zu arbeiten.

Wahlfächer

- Mindestens ein Wahlfach ist für alle Assistenzärzte obligatorisch.
- Umfasst eine intensivere Ausbildung als die Ausbildung in den Kernfächern, mit zusätzlichen neuen Kenntnissen und Fertigkeiten, einer tiefergehenden Analyse der Pathologie und weiteren Behandlungsmethoden.
- Bestimmt das persönliche Berufsprofil eines Assistenzarztes mit Bereichen von besonderem Interesse.
- Der Inhalt eines Wahlfachs ist ein „bewegliches Fenster“; er liegt zwischen dem Lehrplan der Kernfächer und der Unterspezialisierung.
- Ein Wahlfach kann in bestimmten Ländern in die Pflichtausbildung aufgenommen werden (z. B. für Brustkrankheiten).



Unterspezialisierung

- Die Unterspezialisierung innerhalb der Ausbildung geht über den Rahmen des Lehrplans für die postgraduale Ausbildung in Geburtshilfe und Gynäkologie hinaus.
- Der Inhalt ist standardisiert und von den Fachgesellschaften anerkannt.

Hinweise zum Lesen

- Die Inhalte (Kern- und Wahlfächer) des paneuropäischen Lehrplans müssen für die Umsetzung in allen europäischen Ländern angemessen und realisierbar sein.
- Die „EBCOG-Standards of Care“ legen die Bedingungen fest, unter denen die Versorgung erfolgt und die Verfahren durchgeführt werden; diese wurden in Abstimmung mit den Fachgesellschaften entwickelt. Die Assistenzärzte müssen diese Bedingungen einhalten.

- Die Inhalte des Lehrplans (Kern- und Wahlfächer) entsprechen den aktuellen Standards der Versorgung und Ausbildung. Da es in den Fachgebieten der Geburtshilfe und Gynäkologie häufig zu neuen Entwicklungen kommt, entsprechen die Inhalte möglicherweise nicht in allen Fällen den aktuellsten Empfehlungen, auch wenn die Ausbildungsstandards in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden.
- Die Ausbildung bis zur selbstständigen Ausübung bedeutet, dass ein Assistenzarzt in der Lage sein muss, eine Versorgung oder einen Eingriff ohne Aufsicht durchzuführen. Die nationale Gesetzgebung legt fest, ob während der Versorgung oder Durchführung eines Eingriffs durch einen Assistenzarztes eine Aufsicht (ohne Einmischung) erforderlich ist.
- Für einige der beschriebenen Eingriffe (z. B. Operationen) wurde ein Konsens über die für die Ausbildung erforderliche Anzahl von Durchführungen erzielt. Diese Zahlen stellen die Mindestanzahl an Eingriffen dar, die ein Assistenzarzt als erster Chirurg durchführen muss. Die Zahlen sind Richtwerte, da es in Europa Unterschiede in der Häufigkeit sowie in den bewährten Verfahren gibt.
- Der Eingriff der abdominalen Hysterektomie ist gemäß europäischem Konsens in der Grundausbildung enthalten. Die Häufigkeit dieses Eingriffs kann bekanntermaßen regional variieren, weshalb es unrealistisch ist, von allen Assistenzärzten eine In-vivo-Ausbildung bis zur selbstständigen Durchführung zu verlangen. Daher kann der Eingriff in einer Simulation bis zur selbstständigen Durchführung trainiert werden, wenn eine Hysterektomie aufgrund einer schweren postpartalen Blutung unerlässlich ist.

Die Kenntnisse und Fertigkeiten im Bereich Geburtshilfe und Gynäkologie wurden in zehn Hauptthemenbereiche gegliedert. Für jedes Thema beschreibt dieses Dokument, was im Kernbereich des Lehrplans vermittelt werden sollte.

1. Allgemeine medizinische Kenntnisse und Fertigkeiten
2. Schwangerschaftsvorsorge
3. Intrapartale und postpartale Versorgung
4. Benigne Gynäkologie
5. Reproduktionsmedizin
6. Urogynäkologie
7. Prä malignität und gynäkologische Onkologie
8. Kinder- und Jugendgynäkologie
9. Sexuelle Gesundheit und Empfängnisverhütung
10. Brusterkrankungen

Für jedes Thema werden die Ausbildungsergebnisse beschrieben. Sie sind in die Phasen des klinischen Prozesses gegliedert. Jede Phase erfordert eine weitergehende Integration von Wissen und Fertigkeiten in Bezug auf ein Ergebnis als die vorherige Phase. Nach Abschluss der Ausbildung verfügt der Assistenzarzt über die Kenntnisse und Fertigkeiten für alle Phasen und für alle Ergebnisse auf dem Niveau der selbstständigen Berufsausübung.



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

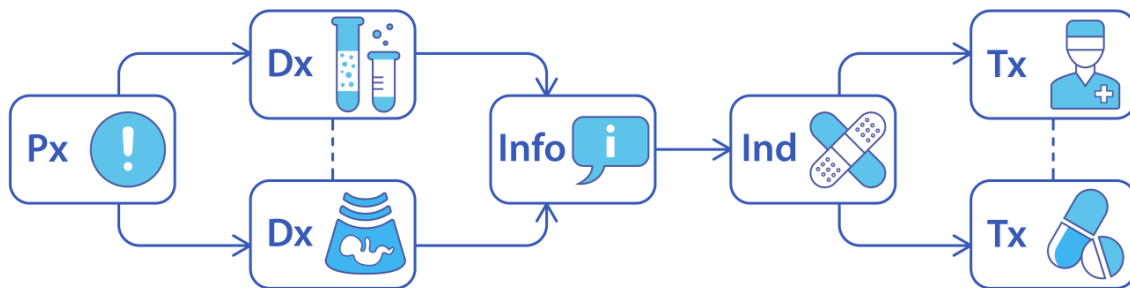


Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung ohne Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. konservative Behandlung).

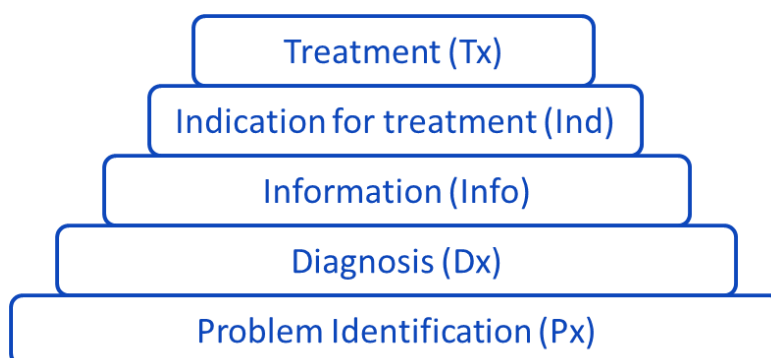


Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. chirurgische Behandlung).

Die Phasen sind wie folgt in den klinischen Prozess integriert:



Wenn ein Assistenzarzt eine Behandlung (Tx) für eine Erkrankung durchführen kann, wird davon ausgegangen, dass er auch in der Lage ist, die Indikationen für die Behandlung (Ind) zu bestimmen, Informationen zur Diagnose (Info) zu geben, die Erkrankung zu diagnostizieren (Dx) und ein Problem zu identifizieren, das einer diagnostischen Abklärung bedarf (Px).



Referenzen:

1. Van der Aa JE, Goverde AJ, Teunissen PW, Scheele F. Paving the road for a European postgraduate training curriculum. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2016;203:229-31.
2. Van der Aa JE, Tancredi A, Goverde AJ, Velebil P, Feyereisl J, Benedetto C, Teunissen PW, Scheele F. What European gynaecologists need to master: Consensus on medical expertise outcomes of pan-European postgraduate training in obstetrics & gynaecology. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2017;216:143-53.

1. Allgemeine medizinische Kenntnisse und Fertigkeiten

Der Assistenzarzt kann in der ambulanten Abteilung, im Kreißsaal und in der Notaufnahme selbstständig geburtshilfliche und gynäkologische Leistungen erbringen.

In allen Situationen - der Assistenzarzt:



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.

- verfügt über spezifische Kenntnisse der Embryologie, Anatomie und Physiologie der weiblichen Geschlechtsorgane und Brüste.
- erhebt die Anamnese der Patientin und ihrer Familie einschließlich sozialer Aspekte, führt eine genaue klinische Untersuchung der Vitalfunktionen, der inneren und äußeren Geschlechtsorgane und des Abdomens durch und interpretiert die Befunde angemessen.
- versteht, wie gynäkologische Erkrankungen die Sexualfunktion beeinflussen, erkundigt sich nach der Sexualfunktion und möglichen negativen sexuellen Erfahrungen und versteht die Folgen sexueller Gewalt für gynäkologische Erkrankungen und das Verhalten.
- versteht bio-psychoziale Aspekte gynäkologischer und geburtshilflicher Erkrankungen.



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

- ist in der Lage, unter Berücksichtigung der häufigsten geburtshilflichen und gynäkologischen Erkrankungen (zu klärende Erkrankungen je nach Thema) Diagnosen zu stellen, zu beurteilen, Untersuchungen durchzuführen, zu überwachen und Daten zu interpretieren.
- führt zeitnahe und angemessene Untersuchungen durch, wie z. B. die Untersuchung mikrobiologischer Proben, Laboruntersuchungen und radiologische Bildgebung, und interpretiert die Ergebnisse in Zusammenarbeit mit Kollegen (z. B. Radiologen) in Bezug auf die klinischen Befunde, um eine Differentialdiagnose zu erstellen.



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren Auswirkungen

- führt eine effektive Kommunikation mit Patienten und Angehörigen gemäß den Grundsätzen der gemeinsamen Entscheidungsfindung und der informierten Einwilligung, genaue Dokumentation dieser Kommunikation und effektive Teamarbeit innerhalb der multidisziplinären Gesundheitsteams.
- Teilnahme an klinischen Morbiditätsbesprechungen
Patientenorientierte Nachbesprechung nach geburtshilflichen und gynäkologischen Komplikationen.



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

- ist in der Lage, akut erkrankte Patienten zu erkennen und zu triagieren und eine angemessene Behandlung einzuleiten, einschließlich septischer Patienten, Patienten mit peripartalen Komplikationen und Patienten, die eine Reanimation benötigen.
- leitet eine Visite mit multidisziplinärer Beteiligung, verwaltet die Aufnahme und Entlassung von Patienten auf der Station und im Kreißsaal und organisiert die Übergabe an eine andere Praxis.
- verfügt über spezifische Kenntnisse in der perioperativen Versorgung, einschließlich ASA-Klassifizierung, Indikationen und Kontraindikationen für Operationen, Risiken von Operationen, Indikationen für

Bluttransfusionen, postoperative Komplikationen und Indikationen für die Aufnahme auf die Intensivstation.



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung ohne



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit

- ist in der Lage, grundlegende therapeutische Maßnahmen durchzuführen, einschließlich der sicheren und angemessenen Verschreibung und Verabreichung von Sauerstoff, Medikamenten und Therapien, Blutprodukten, Kreislaufunterstützung und Blasenkatheterisierung.
- ist verantwortlich für die Beurteilung, Prävention und Behandlung von Schmerzen.

2. Schwangerschaftsvorsorge



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.

Siehe nächster Abschnitt



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Siehe nächster Abschnitt



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Diagnose

- o Lebensfähigkeit von Embryonen und Föten
- o Schwangerschaftsort (intrauterin oder extrauterin)
- o Schwangerschaftsalter
- o Einlings- oder Mehrlingsschwangerschaft
- o Zervixlänge
- o Chorionizität
- o Fetale Biometrie
- o Lage des Fetus
- o Lage der Plazenta
- o Fruchtwassermenge
- o Doppler-Untersuchung der Nabelschnurarterie

Fertigkeit

- o Transvaginaler und transabdominaler Ultraschall
- o Transvaginaler und transabdominaler Ultraschall
- o Transvaginaler und transabdominaler Ultraschall
- o Transvaginaler und transabdominaler Ultraschall
- o Transvaginaler und transabdominaler Ultraschall
- o Transvaginaler und transabdominaler Ultraschall
- o Transvaginaler und transabdominaler Ultraschall
- o Transvaginaler und transabdominaler Ultraschall
- o Transvaginaler und transabdominaler Ultraschall
- o Transvaginaler und transabdominaler Ultraschall
- o Doppler-Flussmessung



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren Auswirkungen.

- o Schwangerschaft bei Teenagern, Schwangerschaften bei fortgeschrittenem Alter der Mutter
- o Schwangerschaft und Adipositas
- o Schwangerschaft und Diabetes
- o Schwangerschaft und vorbestehende Hypertonie
- o Zervikale Insuffizienz
- o Mehrlingsschwangerschaft
- o Cholestase in der Schwangerschaft
 - o Einnahme von Medikamenten, Indikationen und Sicherheit in der Schwangerschaft und Stillzeit (z. B. bei psychiatrischen und medizinischen Erkrankungen)
- o Folgen einer komplizierten Entbindung für eine nachfolgende Schwangerschaft und Entbindung
 - o Komplikationen bei Frühgeburten

- o Chromosomenanomalien durch Auswertung der Nackentransparenz / Doppel-Test / Triple-Test / Amniozentese / Chorionzottenbiopsie / NIPT

- o Schwangerschaft mit unbekannter Lage
- o Hyperemesis
- o (Wiederholte) Fehlgeburten
- o Vaginaler Blutverlust im ersten Trimester
- o Vaginaler Blutverlust im zweiten und dritten Trimester



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

Siehe nächster Abschnitt



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung ohne

- o Schwangerschaftsabbruch im zweiten Trimester
- o Blutgruppenunverträglichkeit
- o Trägerstatus für Streptokokken der Gruppe B
- o Bauchbeschwerden
- o (Leichte) Bauchtraumata in der Schwangerschaft
- o Fehllage
- o Schwangerschaftsdiabetes
- o Oligohydramnion
- o Polyhydramnion
- o Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (Schwangerschaftshypertonie, Präeklampsie, Eklampsie, HELLP)
- o Verminderte Aktivität des Fetus
- o Fetale Wachstumsrestriktion
- o Vorzeitiger Blasensprung
- o Intrauteriner Fruchttod
- o Überschrittener Geburtstermin
- o Perinatale Infektionen (Toxoplasmose, Syphilis, Varizella-Zoster, Parvovirus B19, Röteln, Cytomegalievirus, Herpes)



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit

Wie im obigen Abschnitt behandelt.

3. Intrapartale und postpartale Versorgung



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.

Siehe nächster Abschnitt



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Siehe nächster Abschnitt



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Diagnose

- o Durchführbarkeit der Geburt

Fertigkeit

- o Körperliche Untersuchung
- o Intrapartaler Ultraschall
- o CTG-Auswertung
- o Auswertung und Verwendung des Partogramms



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren Auswirkungen

Siehe nächster Abschnitt



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

- o Postpartale Blutung; arterielle Embolisation



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung ohne Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. konservative Behandlung).

Intrapartal

- o Einleitung der Lungenreifung
- o Vorzeitige Wehen
- o Zervikale Insuffizienz
- o Stillstand der Wehen
- o Intrapartales Fieber
- o Mekoniumhaltiges Fruchtwasser
- o Anamnese einer Kaiserschnittentbindung
- o Peripartale Schmerzen
- o Hypertensive Krise / schwere Präeklampsie / HELLP-Syndrom
- o Plazenta praevia

Postpartal

- o Postpartale Mastitis (mit Abszess)
- o Postpartaler Harnverhalt
- o Thromboembolischer Prozess
- o Postpartale Blutung
- o Arzneimittelsicherheit während der Stillzeit
- o Thromboserisikobewertung



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. chirurgische Behandlung).

<u>Diagnose</u>	<u>Fertigkeit</u>	<u>Anzahl</u>
o Unkomplizierte Entbindung	o Unterstützung bei unkomplizierter Entbindung	50
o Komplizierte Entbindung	o Unterstützung bei Frühgeburt	
	o Vakuum-assistierte vaginale Entbindung	10-20
	o Zangengeburt*	0-10
	o Steißgeburt*	5
	Unterstützung bei vaginaler Entbindung bei	
	o Mehrlingsschwangerschaft	
	o Kaiserschnitt	20
	o Wiederholter Kaiserschnitt	10-15
	o Kaiserschnitt bei Patientinnen mit hohem BMI	0-10
o Zwillingsgeburt	o Vaginale Entbindung von Zwillingen	
o Gefährdung des Fetus	o CTG-Überwachung	
	o Fetale Kopfhautblutentnahme*	
	o Episiotomie	
	o Notfallkaiserschnitt	10-15
o Plazentaablösung		
o Uterusruptur		
o Schulterdystokie	o Alle Maßnahmen zur Behandlung von Dystokie*	
o Postpartale Blutung	o Intrauterine Ballontamponade	
	o Chirurgische Kompression des atonischen Uterus (B-Lynch-Naht)*	
	o Abdominale Hysterektomie*	
o Retinierte Plazenta	o Manuelle und chirurgische Entfernung der Plazenta	
o Uterusinversion	o Manuelle Uterusreversion*	
o Trauma des Genitaltrakts	o Reparatur von Traumata des Genitaltrakts	
o Vulva-Hämatom	o Evakuierung eines Vulva-Hämatoms	
o Episiotomiewunde	o Naht der Episiotomiewunde	
o Perinealriss 1./2./3. Grades	o Naht von Perinealrissen 1./2./3. Grades	

- o Perinealriss 4. Grades
- o Neonatale Versorgung

- o Naht von Perinealrissen 4. Grades*
- Unterstützung bei der Erstversorgung gesunder
- o Neugeborener/
Frühgeborener (mit niedrigen Apgar-Werten)
- o Korrekte Reanimation des Neugeborenen in den ersten
10 Minuten nach der Entbindung (während auf den
Kinderarzt gewartet wird)*

**= Durchführung der Fertigkeit mindestens in einer Simulationssituation*

4. Benigne Gynäkologie



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.

- o Akute gynäkologische Notfälle
- o Abnormale Uterusblutungen
- o Chronische Unterleibsschmerzen
- o Menopause
- o Abnormale vaginale Blutungen in der Menopause



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

- o Vaginaler Ausfluss



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

<u>Diagnose</u>	<u>Fertigkeit</u>	<u>Anzahl*</u>
o Vulva-Anomalien	o Punch-Biopsie unter örtlicher Betäubung	10
o Intrauterine Anomalien	o Endometrium-Entnahme (Aspiration/Biopsie in der Praxis)	10
o Anomalien der Gebärmutter und der Adnexen	o Diagnostischer Ultraschall	
o Anomalien der Eierstöcke	o Diagnostische Hysteroskopie	10



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren Auswirkungen

- o Gebärmutterhalskrebsvorsorge
- o Brustkrebsvorsorge
- o Osteopenie-/Osteoporose-Vorsorge
- o Gewichtsmanagement



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

- o Endometriose
- o Tuboovarialabszess
- o Abnormale Uterusblutungen
- o Uterusmyom
- o Vaginalseptum



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung

ohne Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. konservative Behandlung).

- o Entzündliche Erkrankungen des Beckens/Salpingitis
- o Bauch-/Unterleibsschmerzen
- o Prämenstruelles Syndrom
- o Dysmenorrhoe
- o Abnormale Uterusblutungen
- o Wechseljahrsbeschwerden (siehe Abbildung 1 und 2 im Anhang)
- o Abnormaler vaginaler Ausfluss
- o Vulvovaginitis
- o Uterusmyome
- o Adnexenpathologie
- o Endometriose
- o Vulvakondylome
- o Fehlgeburt im ersten Trimester
- o Eileiterschwangerschaft



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit

<u>Diagnose</u>	<u>Fertigkeit</u>	<u>Anzahl*</u>
o Abnormale Uterusblutungen	o Einsetzen einer intrauterinen Spirale (IUP) o Endometriumablation o Totale laparoskopische Hysterektomie	15
o Eileiterschwangerschaft	o Laparoskopische Entfernung der Eileiterschwangerschaft (Salpingostomie) oder Salpingektomie	10
o Frühe Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimester	Dilatation und Kürettage durch Absaugen oder stumpfe Kürettage*	15
o Bartholin-Zyste	o Chirurgische Marsupialisation der Zyste	5
o Vulva-Abszess	o Chirurgische Exzision des Abszesses	
o Ovarialzyste	o o	
	o Einfache laparoskopische Ovarialzystektomie	5
o Adnexenpathologie	o Laparoskopische Salpingo-Oophorektomie	5
	o Salpingo-Oophorektomie mittels Laparotomie	5
o Intrakavitäre Polypen	o Hysteroskopische Polypenresektion	5
o Uterusmyom	o Hysteroskopische Myomresektion Typ 0-1 (< 4 cm)	3
	Myomektomie subseröser Myome mittels Laparotomie	3
o Beckenadhäsionen	o Einfache laparoskopische Adhäsioolyse	3
	o Laparotomie mit minimaler Adhäsioolyse	3

**=gemäß lokalen und nationalen Protokollen und Gesetzen und kann die Durchführung von Fertigkeiten zumindest in einer Simulationsumgebung umfassen*

5. Reproduktionsmedizin



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.

- o Subfertilität bei Männern und Frauen und Fertilitätsuntersuchung
- o Grundlegende reproduktive Endokrinologie und endokrine Anomalien, die zu Zyklusstörungen führen können
(primäre Amenorrhö, sekundäre Amenorrhö, Oligomenorrhö, Galaktorrhoe, Hyperprolaktinämie und Hirsutismus)
Beurteilung der primären und sekundären Amenorrhö bei Frauen (ZNS-Anomalien, Hypophysenfunktionsstörungen, Anomalien der Eierstöcke und des Eisprungs, Anomalien des Genitaltrakts)
- o Beurteilung wiederholter Fehlgeburten
- o Techniken zur assistierten Befruchtung
- o Techniken zur Erhaltung der Fruchtbarkeit



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

- o Untersuchung der Amenorrhö
- o Hormonelle Funktionsstörungen
- o Hypophysenfunktionsstörungen
- o PCOS und Differentialdiagnose
- o Hirsutismus und Virilismus



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

<u>Diagnose</u>	<u>Fertigkeit</u>	<u>Anzahl</u>
o Anomalien des Genitaltrakts	o Transvaginaler Ultraschall, transvaginaler 3D-Ultraschall wird bevorzugt	50
o Subfertilität; Durchgängigkeit der Eileiter	o Diagnostische Laparoskopie mit Eileiteruntersuchung	
	o Diagnostische Hysteroskopie mit Eileiteruntersuchung	
o Reaktion auf Fertilitätsbehandlung	o Transvaginaler Ultraschall mit Follikelzählung und Follikelmessungen	
o Ovariales Hyperstimulationssyndrom	o Transvaginaler Ultraschall mit Beurteilung der Follikel und der intraperitonealen Flüssigkeit	



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren Auswirkungen.

- o Allgemeine Prognosefaktoren für eine Schwangerschaft
- o Wahrscheinlichkeit einer fortbestehenden Schwangerschaft, einer spontanen Fehlgeburt und einer Eileiterschwangerschaft im Zusammenhang mit verschiedenen Fertilitätsbehandlungen
- o Rechtliche und ethische Fragen der medizinisch assistierten Reproduktion



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

Behandlung

- o Assistierte Reproduktionstechniken

Fertigkeit

- o Intrauterine Insemination



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung ohne Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. konservative Behandlung).

- o WHO-II-Zyklusstörungen; Ovulationsinduktion mit Clomifencitrat
- o OHSS-Erst-/Notfallbehandlung



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit

Siehe oben

6. Urogynäkologie und Beckenboden



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.

- o Erkennen der Notwendigkeit einer Überweisung an einen Beckenbodenphysiotherapeuten oder einen anderen Facharzt bei Belastungs- und/oder Dranginkontinenz.



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Siehe nächster Abschnitt



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Diagnose

- o Apikaler Kompartimentvorfall
- o Vorderer Kompartimentvorfall
- o Hinterer Kompartimentvorfall
- o Belastungsinkontinenz
- o Überaktive Blase
- o Harnverhalt

Fertigkeit

- o Beurteilung des Beckenorganvorfalls
- o Auswertung des Blasentagebuchs
 - o O Messung des Restharnvolumens



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren Auswirkungen

- o Lebensstilberatung



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

- o Vaginaler Prolaps
- o Harninkontinenz



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung ohne

- o Beckenbodenübungen
- o Blasentraining



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. chirurgische Behandlung).

<u>Diagnose</u>	<u>Fertigkeit*</u>	<u>Anzahl</u>
o Uterus-/Scheidenvorfall	o Pessar-Anpassung und laufende Versorgung	10
o Zystozele/Urethrozele	o Einfache vordere Scheidenrekonstruktion	10
o Enterozele/Rektumprolaps	o Einfache hintere Scheidenrekonstruktion	10

**= Durchführung der Fertigkeit mindestens in einer Simulationssituation*

5. Prämalignität und gynäkologische Onkologie



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.

- Prämaligne Erkrankungen der Vulva bei gebrechlichen Frauen mit mehreren Begleiterkrankungen.
- Fortgeschrittene gynäkologische Malignome
- Atypische Trauerreaktionen



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

- Vulva- und Zervixkarzinom durch Auswertung der pathologischen Befunde.



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Diagnose

- HPV-bedingte Genitalerkrankung
- Endometriumhyperplasie
- Gestations-Trophoblastenerkrankung
- Endometriummalignität

Fertigkeit

- Vulvoskopie mit Biopsie
- Kolposkopie mit Biopsie
- TVS & Endometriumbiopsie
- TVS
- Endometriumbiopsie



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren Auswirkungen.

- Vulvakarzinom
- Zervixkarzinom
- Endometriumkarzinom
- Ovarialkarzinom
- Rezidiv oder Progression gynäkologischer onkologischer Erkrankungen.



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

- In den obigen Abschnitten behandelt.



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung ohne Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. konservative Behandlung).

- In den obigen Abschnitten behandelt.



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. chirurgische Behandlung).

<u>Diagnose</u>	<u>Fertigkeit</u>	<u>Anzahl*</u>
o Prämaligne Erkrankungen des Gebärmutterhalses	o Konisation des Gebärmutterhalses	5
o Zervikale intraepitheliale Neoplasie	o LLETZ-Verfahren am Gebärmutterhals	10
o Endometriumkarzinom im Stadium I, niedriggradig	o Laparoskopische Hysterektomie*	
	o Abdominale Hysterektomie*	
o Genetische Erkrankungen, einschließlich Mutationen mit Indikation für eine risikoreduzierende Salpingektomie	o Laparoskopische Salpingo-Oophorektomie	5
	o Salpingo-Oophorektomie mittels Laparotomie	5

** Durchführung der Fertigkeit mindestens in einer Simulationssituation*

7. Kinder- und Jugendgynäkologie



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.

- o Sexuelle Dysfunktion
- o Sexueller Missbrauch
- o Genitalverstümmelung
- o Vaginaler Ausfluss bei einem Kind
- o Akute Bauchschmerzen bei einem Kind
- o Sexuell übertragbare Krankheit bei einem Kind
- o Trauma der Vulva, Vagina, des Perineums und/oder des Rektums bei einem Kind
- o Verdacht auf häusliche Gewalt oder Kindesmisshandlung



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Siehe nächster Abschnitt



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Diagnose

- o Gynäkologische Erkrankungen bei Kindern*

Fertigkeit

- o Anpassung der Kommunikation an das Niveau des Kindes
- o Genaue gynäkologische Untersuchung des Kindes*



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren Auswirkungen

Siehe nächster Abschnitt



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

- o Empfängnisverhütung bei gesunden Jugendlichen



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung ohne Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. konservative Behandlung).

- o Sexuell übertragbare Krankheiten bei Erwachsenen, Jugendlichen und präpubertären und peripubertären Kindern



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. chirurgische Behandlung).

Diagnose

- o Trauma der Vulva/Vagina/des Perineums/Rektums bei einem Kind*

Fertigkeit

- o Notfallversorgung der Vulva/Vagina/des Perineums/Rektums

**= Kinder vor und während der Pubertät*

8. Sexuelle Gesundheit und Empfängnisverhütung



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.

- Erfassung einer vollständigen Sexualanamnese einschließlich Informationen über sexuelle Gesundheit, verwendete Verhütungsmittel und sexuell übertragbare Infektionen
- Verständnis der physiologischen Mechanismen und Abläufe der weiblichen sexuellen Reaktion
- Verständnis der Auswirkungen gynäkologischer, endokriner und geburtshilflicher Erkrankungen auf die sexuelle Gesundheit/Reaktion der Frau.



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Diagnose

- Sexuelle Funktionsstörungen (Schmerzstörungen, Orgasmusstörungen, Störungen des sexuellen Verlangens, Lubrikation)
- Sexueller Missbrauch
- Häusliche Gewalt
- Genitalverstümmelung

Fertigkeit

- Kommunikationsfähigkeiten



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Siehe nächster Abschnitt



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren Auswirkungen.

- Bereitstellung von Informationen zur Prävention sexuell übertragbarer Infektionen und ungewollter Schwangerschaften, Lebensstilberatung
- Bereitstellung von Informationen zu Möglichkeiten spezifischer psychologischer/psychotherapeutischer Interventionen
- Bereitstellung von Informationen zu psychosozialen Aspekten der Genitalverstümmelung



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

- Unerwünschte Schwangerschaft, Familienplanung
- Sexuell übertragbare Infektionen
- Dyspareunie



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung ohne Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. konservative Behandlung).

- Empfängnisverhütung, Notfallverhütung
- Hormontherapie (systemisch/lokal)
- Lokale Therapie (Gleitmittel, Feuchtigkeitscremes, topische Anästhetika)



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. chirurgische Behandlung).

Diagnose

- Sexuelle Schmerzstörungen
- Empfängnisverhütung

Fertigkeit

- Chirurgische Techniken je nach Art der Schmerzen
- Einlegen eines Diaphragmas/einer Portiokappe
- Einlegen einer intrauterinen Spirale (IUP)
- Einlegen eines Verhütungsimplantats
- Laparoskopische Sterilisation
- Medizinischer und chirurgischer Schwangerschaftsabbruch

9. Brusterkrankungen



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.

- Bösartige Brusterkrankungen
- Genetische Risiken bei bösartigen Brusterkrankungen
- Screening-Methoden für Brusterkrankungen



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Siehe nächster Abschnitt



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Diagnose

- Galaktorrhoe
- Mastalgie

Fertigkeit

- Genaue Untersuchung der Brüste



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren Auswirkungen

In den obigen Abschnitten behandelt



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

In den obigen Abschnitten behandelt



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung ohne

In den obigen Abschnitten behandelt



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit

In den obigen Abschnitten behandelt

Inhalt des Lehrplans - Wahlfächer

Autoren: Fedde Scheele, Angelique Goverde, Jessica van der Aa, Chiara Benedetto, Annalisa Tancredi, Jaroslav Feyereisl, Petr Velebil, Anna Aabakke

Einführung

Die postgraduale Ausbildung in Geburtshilfe und Gynäkologie umfasst ein Programm von mindestens fünf Jahren. Sie besteht aus einem Kern- und einem Wahlprogramm.

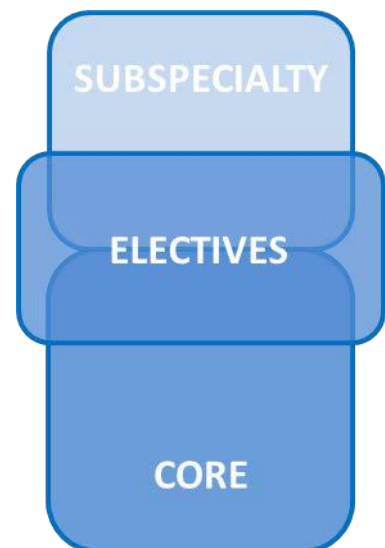
Dieses Dokument beschreibt die medizinischen Inhalte der Wahlfächer des paneuropäischen Weiterbildungslehrplans für Geburtshilfe und Gynäkologie. Der Inhalt der Wahlfächer wurde im Konsensverfahren zwischen europäischen Gynäkologen und Assistenzärzten festgelegt [1,2]. Er integriert die Kenntnisse und Fähigkeiten, die erworben werden sollten, um die Kompetenzen des europäischen Gynäkologen in der Zusatzausbildung zu entwickeln.

Im paneuropäischen Lehrplan wird klar zwischen Kernfächern und Wahlfächern unterschieden: Kernfächer

- Gemeinsames Kernprogramm, das für alle Assistenzärzte in Geburtshilfe und Gynäkologie obligatorisch ist.
- Minstdauer von drei Jahren, abhängig von nationalen oder lokalen Vorschriften.
- Mindeststandards für die Ausbildung.
- Inhalt klar durch europäischen Konsens definiert.
- Für eine angemessene Ausbildung wird eine Mindestanzahl für verschiedene Verfahren empfohlen.
- Endpunkte beziehen sich auf das Niveau der selbständigen Tätigkeit, d. h. der Assistenzarzt kann ohne Aufsicht arbeiten.

Wahlfächer

- Mindestens ein Wahlfach ist für alle Assistenzärzte obligatorisch.
- Umfasst eine intensivere Ausbildung als die Ausbildung in den Kernfächern, mit zusätzlichen neuen Kenntnissen und Fertigkeiten, einer tiefergehenden Analyse der Pathologie und weiteren Behandlungsmethoden.
- Bestimmt das persönliche Berufsprofil eines Assistenzarztes mit Bereichen von besonderem Interesse.
- Der Inhalt eines Wahlfachs ist ein „bewegliches Fenster“; er liegt zwischen dem Lehrplan der Kernfächer und der Unterspezialisierung.
- Ein Wahlfach kann in bestimmten Ländern in die Pflichtausbildung aufgenommen werden (z. B. für Brustkrankheiten).



Unterspezialisierung

- Die Unterspezialisierung innerhalb der Ausbildung geht über den Rahmen des Lehrplans für die postgraduale Ausbildung in Geburtshilfe und Gynäkologie hinaus.
- Der Inhalt ist standardisiert und von den Fachgesellschaften anerkannt.

Hinweise zum Lesen

- Die Inhalte (Kern- und Wahlfächer) des paneuropäischen Lehrplans müssen für die Umsetzung in allen europäischen Ländern angemessen und realisierbar sein.
- Die „EBCOG-Standards of Care“ legen die Bedingungen fest, unter denen die Versorgung erfolgt und die Verfahren durchgeführt werden; diese wurden in Abstimmung mit den Fachgesellschaften entwickelt. Die Assistenzärzte müssen diese Bedingungen einhalten.

- Die Inhalte des Lehrplans (Kern- und Wahlfächer) entsprechen den aktuellen Standards der Versorgung und Ausbildung. Da es in den Fachgebieten der Geburtshilfe und Gynäkologie häufig zu neuen Entwicklungen kommt, entsprechen die Inhalte möglicherweise nicht in allen Fällen den aktuellsten Empfehlungen, auch wenn die Ausbildungsstandards in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden.
- Die Ausbildung bis zur selbstständigen Ausübung bedeutet, dass ein Assistenzarzt in der Lage sein muss, eine Versorgung oder einen Eingriff ohne Aufsicht durchzuführen. Die nationale Gesetzgebung legt fest, ob während der Versorgung oder Durchführung eines Eingriffs durch einen Assistenzarzt eine Aufsicht (ohne Einmischung) erforderlich ist.

Es wurden neun Wahlfächer festgelegt, die folgende Bereiche abdecken:

1. Fetale Medizin
2. Mütterliche Medizin
3. Benigne Gynäkologie
4. Reproduktionsmedizin
5. Urogynäkologie und Beckenboden
6. Erkrankungen des unteren Genitaltrakts und sexuelle Gesundheit
7. Kinder- und Jugendgynäkologie
8. Gynäkologische Onkologie
9. Brusterkrankungen

Für jedes Wahlfach werden die Ausbildungsergebnisse beschrieben. Sie sind in die Phasen des klinischen Prozesses gegliedert. Jede Phase erfordert eine weitergehende Integration von Wissen und Fertigkeiten in Bezug auf ein Ergebnis als die vorherige Phase. Nach Abschluss der Ausbildung verfügt der Assistenzarzt über die Kenntnisse und Fertigkeiten für alle Phasen und für alle Ergebnisse auf dem Niveau der selbstständigen Berufsausübung.

Phasen:



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren Auswirkungen.



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

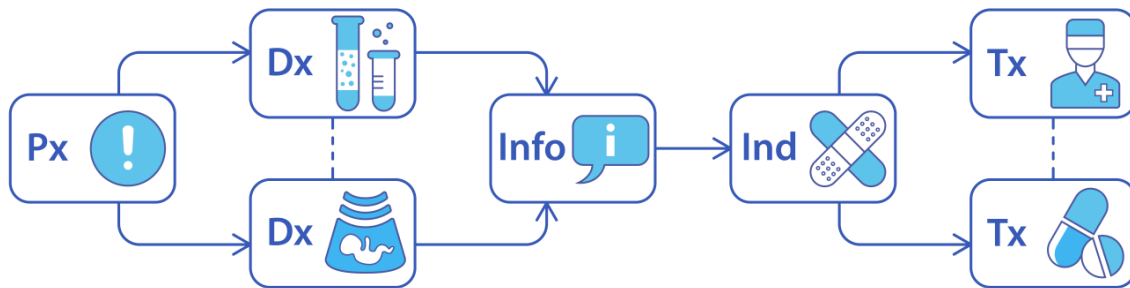


Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung ohne Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. konservative Behandlung).

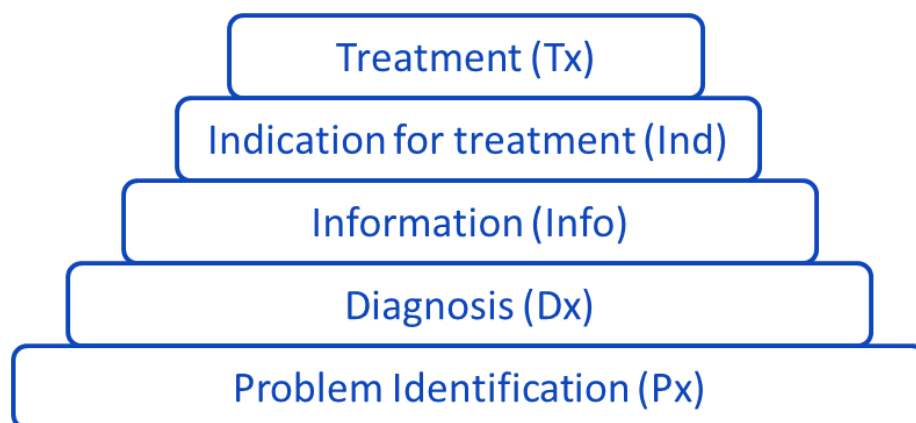


Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. chirurgische Behandlung).

Die Phasen sind wie folgt in den klinischen Prozess integriert:



Wenn ein Assistenzarzt in der Lage ist, eine Behandlung (Tx) für eine Erkrankung durchzuführen, wird davon ausgegangen, dass er auch in der Lage ist, die Indikationen für die Behandlung (Ind) zu bestimmen, Informationen zur Diagnose (Info) zu geben, die Erkrankung zu diagnostizieren (Dx) und ein Problem zu identifizieren, das einer diagnostischen Abklärung bedarf (Px).



Referenzen:

1. Van der Aa JE, Goverde AJ, Teunissen PW, Scheele F. Paving the road for a European postgraduate training curriculum. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2016;203:229-31.
2. Van der Aa JE, Tancredi A, Goverde AJ, Velebil P, Feyereisl J, Benedetto C, Teunissen PW, Scheele F. What European gynaecologists need to master: Consensus on medical expertise outcomes of pan-European postgraduate training in obstetrics & gynaecology. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2017;216:143-53.

1. Fetale Medizin



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.

- Überweisung an genetische Dienste für Familien mit einem Risiko für oder einer Diagnose von fetalen Strukturfehlern



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

- Enthalten in den nächsten Phasen des klinischen Pfades



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Diagnose

- o Anormaler Fluss der Nabelarterie
- o Anormaler Fluss der Arteria cerebri media
- o Anormaler Fluss des Ductus venosus
- o Angeborene Anomalien
- o Chromosomale Anomalien
- Diagnose des Plazenta-acreta-Spektrums
- Fetale Wachstumsrestriktion

Fertigkeit

- o Doppler-Fluss-Ultraschall der Gebärmutterarterien
- o Doppler-Fluss-Ultraschall der Arteria cerebri media
- o Doppler-Fluss-Ultraschall des Ductus venosus
- o Fortgeschrittene Ultraschalluntersuchung
- o Amniozentese
- o Transabdominaler und transvaginaler Ultraschall



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren Auswirkungen.

- o Aufklärung über Risiken aller geburtshilflichen Eingriffe.
- o Leitung einer interdisziplinären Besprechung zu komplexen psychosozialen Problemen während der Schwangerschaft.



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

- Enthalten in den nächsten Phasen des klinischen Pfades



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung ohne Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. konservative Behandlung).

Schwangerschafts- und Geburtsplanung bei Schwangerschaften mit fetalen Anomalien
Schwangerschaftsabbruch bei fetalen Anomalien
Komplexe Zwillingschwangerschaft, z. B. TTTS, MCDA



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. chirurgische Behandlung).

Operative Entbindung von Feten mit komplexen angeborenen Anomalien

2. Mütterliche Medizin



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.

- Psychiatrische Probleme, die eine Überweisung an einen Psychiater, Sozialarbeiter oder eine Suchtklinik erfordern
- Frauen mit genetischen Störungen



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

- Psychiatrische Störungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt
- Präkonzeptionelle Beratung bei komplexer mütterlicher Vorgeschichte
- Angst vor der Geburt und posttraumatische Belastungsstörung nach der Geburt
- Komplexe psychosoziale Probleme während der Schwangerschaft
- Drogenmissbrauch
- Trauerbegleitung



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Siehe nächster Abschnitt



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren Auswirkungen.

- Aufklärung über Risiken aller geburtshilflichen Eingriffe.
- Leitung einer interdisziplinären Besprechung zu komplexen psychosozialen Problemen während der Schwangerschaft.
- Leitung der Nachbesprechung nach der Entbindung



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

Siehe nächster Abschnitt



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung ohne Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. konservative Behandlung).

- Komplexe hypertensive Schwangerschaftserkrankungen

- o Vorbestehender Diabetes
- o Mehrlingsschwangerschaft
- o Vorbestehende Erkrankung der Mutter
- o Postpartale Depression
- o Arzneimittelsicherheit in der Schwangerschaft
- o Frauen mit Drogenmissbrauch



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. chirurgische Behandlung).

Diagnose

Zervikale Insuffizienz

Fertigkeit

- o Einlegen einer Zervixcerclage

3. Benigne Gynäkologie



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.

Siehe nächster Abschnitt



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Siehe nächster Abschnitt



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Siehe nächster Abschnitt



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren Auswirkungen

Siehe nächster Abschnitt



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

- o Psychosoziale Aspekte chronischer Unterleibsschmerzen.



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung ohne Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. konservative Behandlung).

- o Hormontherapie nach der Menopause bei Patientinnen mit Begleiterkrankungen
- o Behandlung von Osteoporose



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. chirurgische Behandlung).

Diagnose

- o Uterusmyom Typ 2 (<3 cm)
- o Uterusmyom (das nicht auf anspricht)
- o Hypermenorrhoe
- o Endometriose (< Stadium 2)
- o Tuboovarialabszess

Fertigkeit

- o Hysteroskopische Myomresektion Typ 2 (<3 cm)
- o konservative laparoskopische und offene Myomektomie
- o Laparoskopische und offene Myomektomie
- o Hysteroskopische Endometriumablation oder -resektion
- o Laparoskopische und offene Myomektomie
- o Laparoskopische Behandlung der Endometriose
- o Laparoskopische Behandlung des

- Beckenadhesionen
- Behandlung des urogenitalen Syndroms der Menopause

tuboovarialabszesses

- ○ Laparoskopische Adhäsiole

4. Reproduktionsmedizin



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.

- o Mikro-/perkutane Samenaspiration
- o Samenentnahme aus dem Hoden
- o Genetische Störungen
- o Präimplantationsdiagnostik



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Siehe nächster Abschnitt



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Siehe nächster Abschnitt



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren Auswirkungen

Siehe nächster Abschnitt



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

- o Psychosoziale Situation von Paaren in Fertilitätsbehandlungen (gemeinsame Entscheidungsfindung)



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung ohne Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. konservative Behandlung).

- o Fortgeschrittene Techniken zur Ovulationsinduktion
- o IUI-Stimulation
- o Galaktorrhoe
- o Hyperprolaktinämie
- o Hypophysenadenom



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. chirurgische Behandlung).

Diagnose

- o Subfertilität
- o Ovariales Hyperstimulationssyndrom

Fertigkeit

- o Intrauterine Insemination
- o Parazentese

5. Urogynäkologie und Beckenboden



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.

- o Neurologische Störungen (Spina bifida, Multiple Sklerose, Parkinson, Rückenmarksverletzungen, Neuropathie)



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Siehe nächster Abschnitt



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Diagnose

- o Anomalien der Kraft und Motilität des Beckenbodens und des Levator ani
- o Anomalien bei Erkrankungen der Harnwege

Fertigkeit

- o Messung der Kraft und Beweglichkeit des Beckenbodens und des Levator ani durch manuelle Palpation
- o Transperinealer und endoanaler Ultraschall
- o Interpretation urodynamischer Untersuchungen



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren Auswirkungen

- o Zusammenarbeit mit einem multidisziplinären Team für Urogynäkologie



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

- o Psychosoziale Aspekte von Prolaps und Inkontinenz



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung ohne Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. konservative Behandlung).

- o Verschreibung von Anticholinergika und Antimuskarinika



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. chirurgische Behandlung).

Diagnose

- o Belastungs- und Dranginkontinenz

Fertigkeit

- o Platzierung einer

- o Uterus-/Scheidenvorfall

Midurethralschlinge

- o Vaginale Hysterektomie
- o Sakrospinale Fixierung
- o Kolpokleisis

6. Erkrankungen des unteren Genitaltrakts und sexuelle Gesundheit



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.

- Physiologie und Pathologie des weiblichen unteren Genitaltrakts
- Verständnis der pathologischen Mechanismen und Abläufe der weiblichen sexuellen Reaktion
- Geschlechtsdysphorie – theoretische Kenntnisse



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Siehe nächster Abschnitt



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Diagnose

- Prämaligne und maligne Erkrankungen der Vulva
- Sexuelle Probleme
- Genital- und Beckenschmerzen und Penetrationsstörungen
- Primärer Vaginismus

Fertigkeit

- Vulvoskopie mit Biopsie
- PLISSIT-Modell der sexologischen Beratung
- Aufklärende gynäkologische Untersuchung
- Kommunikationsfähigkeiten



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren Auswirkungen

- Aufklärung über Lebensstiländerungen und Möglichkeiten des Sexuallebens aufgrund der oben genannten Diagnosen
- Aufklärung über die Fruchtbarkeitsmöglichkeiten bei sexuellen Problemen (primärer Vaginismus), Geschlechtsdysphorie, prämaligen und malignen Erkrankungen der Vulva
- Psychosoziale Aspekte vulvovaginaler Erkrankungen
- Psychosoziale Aspekte der Geschlechtsdysphorie (theoretische Kenntnisse, Konsultation eines Psychiaters/Sexualtherapeuten)
- Psychosoziale Aspekte sexueller Übergriffe



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

- Oben genannte Diagnosen im Diagnoseprozess



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung ohne Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. konservative Behandlung).

- o Vulväre Dermatosen
- o Mangelndes sexuelles Verlangen
- o Medizinische Aspekte sexueller Übergriffe
- o Primärer Vaginismus



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. chirurgische Behandlung).

Diagnose

- o Genitalwarzen
- o Genitalverstümmelung Typ III
- o Geschlechtsdysphorie

Fertigkeit

- o Laser-Verdampfung
- o Chirurgische Exzision von Läsionen
- o Rekonstruktive Chirurgie von infibulierten Narben
- o Je nach Typ:
FtM – Hysterektomie, Adnexektomie

7. Kinder- und Jugendgynäkologie



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.

Siehe nächster Abschnitt



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Siehe nächster Abschnitt



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Diagnose

- o Anhaltende vulväre und/oder urologische Probleme

Fertigkeit

- o Zystoskopie/Vaginoskopie



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren Auswirkungen.

- o Präpubertäre vaginale Blutungen
- o Adnexraumforderung



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

- o Trauma der Vulva/Vagina/des Perineums/Rektums



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung ohne Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. konservative Behandlung).

- o Empfängnisverhütung bei Jugendlichen mit Gesundheitsproblemen
- o Vulvovaginale Schmerzen
- o Vaginaler Ausfluss
- o Akute Bauchschmerzen
- o Chronische Bauchschmerzen
- o Vorzeitige Pubertät
- o Pubertätsverzögerung

- o Menstruationsstörungen (z. B. primäre Amenorrhö)
- o Entwicklungsstörungen des Genitaltrakts
- o Vulvovaginale Pathologie (z. B. Lichen sclerosus)



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. chirurgische Behandlung).

Diagnose

- o Vulva- oder Vaginalfremdkörper

Fertigkeit

- o Vaginoskopie mit Entfernung des Fremdkörpers

Alle Fälle bei präpubertären und peripubertären Kindern und Jugendlichen.

8. Gynäkologische Onkologie



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.

Siehe nächster Abschnitt



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Siehe nächster Abschnitt



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Diagnose

- o Prämaligne und maligne Erkrankungen der Vulva
- o Maligne Erkrankungen der Eierstöcke

Fertigkeit

- o Vulvoskopie mit Biopsie
- o Berechnung des Malignitätsrisikos (RMI)



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren Auswirkungen

Siehe nächster Abschnitt



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

Siehe nächster Abschnitt



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung ohne

Siehe nächster Abschnitt



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. chirurgische Behandlung).

Diagnose

- o Prämaligne Erkrankungen des Gebärmutterhalses
- o Endometriumkarzinom im Stadium I, niedriggradig
- o Genetische Erkrankungen, einschließlich Mutationen mit Indikation für eine risikoreduzierende Salpingo-Oophorektomie

Fertigkeit

- o Konisation des Gebärmutterhalses
- o Laparoskopische Hysterektomie
- o Abdominale Hysterektomie
- o Laparoskopische Salpingo-Oophorektomie
- o Salpingo-Oophorektomie mittels Laparotomie

9. Brusterkrankungen



Problemidentifizierung: Feststellung der Notwendigkeit einer diagnostischen Untersuchung oder Erkennung einer Pathologie.

Siehe nächster Abschnitt



Diagnose: Diagnose ohne Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Siehe nächster Abschnitt



Diagnose: Diagnose mit Anwendung einer bestimmten Fertigkeit.

Diagnose

- o (Prä-)maligne Brusterkrankungen

Fertigkeit

- o Feinnadelaspiration*
- o Brustbiopsie³

**Dies gilt nicht für Länder, in denen diese Untersuchung von Radiologen durchgeführt wird.*



Information: Bereitstellung von Informationen und Beratung zur Diagnose und ihren Auswirkungen.

- o Rezidiv oder Progression einer malignen Brusterkrankung
- o Borderline-Brustpathologie
- o Genetik bei malignen Brusterkrankungen



Indikation für eine Behandlung: Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung unter Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen.

- o Prämaligne Brusterkrankungen
- o Maligne Brusterkrankungen



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung ohne Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. konservative Behandlung).

- o Galaktorrhoe
- o Mastalgie

- o Postpartale Mastitis



Behandlung: Erörterung aller Behandlungsoptionen, Feststellung der Indikation für eine bestimmte Behandlung, Beratung zur Behandlung sowie Durchführung der Behandlung mit Anwendung einer spezifischen Fertigkeit (z. B. chirurgische Behandlung).

Diagnose

- o Borderline-Läsionen der Brust
- o Postpartaler Brustabszess

Fertigkeit

- o Chirurgische Exzision von Brustläsionen
- o Punktion und Drainage eines Abszesses

Menschliche Faktoren und nicht-technische Fähigkeiten

Autoren: Anabela Serranito, Anna Aabakke, Fedde Scheele, Alexandra Krisuftova, Goknur Topcu, Sofia Tsiapakidou, Helena Bartels, Mark Formosa, Angélique Goverde, Karen Rose, AnnaLisa Tancredi, Ursula Catena, Fionnuala McAuliffe

„Menschliche Faktoren“ untersucht, wie Individuen in ihrem Arbeitsumfeld interagieren. Dazu gehören organisatorische und berufliche Faktoren sowie individuelle Eigenschaften. Nicht-technische Kompetenzen gehören zu den individuellen Faktoren und sind kognitive, soziale und persönliche Ressourcen, die nicht direkt mit der klinischen Arbeit zusammenhängen, aber die technischen Kompetenzen ergänzen und für eine sichere und effektive Patientenversorgung von entscheidender Bedeutung sind.

In diesem Abschnitt werden die menschlichen Faktoren, insbesondere die nicht-technischen Kompetenzen, beschrieben, die für den europaweiten Weiterbildungslehrplan für Geburtshilfe und Gynäkologie relevant sind. Diese Kompetenzen und Fähigkeiten wurden durch wissenschaftliche Untersuchungen unter gesellschaftlichen Akteuren aus ganz Europa ermittelt. Diese Fähigkeiten sollten während der Ausbildung zusätzlich zu den medizinischen Fachkenntnissen erworben werden, um den Bedürfnissen der Gesellschaft und der Akteure im Bereich der Geburtshilfe und Gynäkologie gerecht zu werden. Die Anwendung von Schulungen zu menschlichen Faktoren hat das Potenzial, die Effizienz und Qualität der Versorgung zu verbessern und die Patientensicherheit zu erhöhen.

Vorschläge für die Bewertung dieser Fähigkeiten finden sich im Abschnitt „Übertragung von Aufgaben und Portfolio“ des Lehrplans. Die Bewertungsbögen befassen sich mit den nicht-technischen Fähigkeiten und beschreiben spezifische Kompetenzen, die entwickelt werden müssen. Kommunikation und Führung werden aufgrund ihrer Relevanz für die Ausbildung in Geburtshilfe und Gynäkologie in den folgenden Abschnitten gesondert behandelt.

Persönliche Führung und Entwicklung

- o Lebenslanges Lernen und Vorbildfunktion
- o Achtsamkeit für ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben
- o Entwicklung von Selbstbewusstsein und der Fähigkeit, persönliche Kompetenzen und Grenzen zu erkennen
- o Geben, Einholen und Annehmen von Feedback, Reflektieren und Nutzen für Verbesserungen
- o Verfolgung eines reflektierenden Ansatzes zur Selbstverbesserung
- o Empathisches Zuhören sowie effektive und klare Kommunikation kontinuierlich verbessern

Professionelle Führung

- o Arbeitsbelastung und Ressourcen managen
- o Standards der Versorgung aufrechterhalten
- o Durch Forschung, Qualitätsverbesserungsprojekte, Ausbildung und die Förderung der Umsetzung von Innovationen zum Fortschritt der Gesundheitsversorgung beitragen
- o Verstehen der Bedeutung von Planung und Priorisierung auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems
- o Kenntnis verschiedener Führungsstile und Fähigkeit, den Führungsstil an die jeweilige Situation anzupassen

Teamarbeit

- o Respektvoller Umgang mit anderen Fachkräften, wie z. B. Pflegekräften, Hebammen und Gesundheitsdienstleistern aus anderen Disziplinen, und Beitrag zu einem sicheren und konstruktiven Arbeitsumfeld
- o Förderung der berufsübergreifenden gemeinsamen Entscheidungsfindung, Anerkennung und Nutzung der Fachkenntnisse anderer

- o Fokus auf die Teamleistung unter Berücksichtigung von Versorgungsstandards und rechtlichen Aspekten
- o Demonstration von Führungsqualitäten, insbesondere in kritischen Situationen.

Situationsbewusstsein

- Verständnis für die Bedeutung des Situationsbewusstseins, insbesondere im Zusammenhang mit der Leitung einer Entbindungsstation und geburtshilflichen Notfällen.
- Verständnis für die Bedeutung von Informationsbeschaffung und -auswertung für die Schaffung eines guten Situationsbewusstseins.
- Entwicklung von Plänen und Antizipieren zukünftiger Maßnahmen zur Entwicklung des Situationsbewusstseins von Einzelpersonen und Teams.

Entscheidungsfindung und Aufgabenmanagement

- Entwicklung der Fähigkeit, klinische Situationen einzuschätzen, Probleme zu definieren und entsprechend verschiedene Managementpläne zu erstellen.
- Fähigkeit, eine Managementoption auszuwählen, Entscheidungen umzusetzen und Ergebnisse zu überprüfen
- Anerkennung der Bedeutung von Planung und Vorbereitung in einem komplexen klinischen System
- Rechtzeitige Anpassung an und Reaktion auf Veränderungen

Die folgenden Autoren haben zur Version 2018 dieses Abschnitts beigetragen:

Betina Ristorp Andersen, Annette Settnes, Peter Hornnes, Anna Aabakke, Joyce Hoek-Pula, Britt Myren, Noortje Jonker, Petra Kunkeler, Fedde Scheele, Chiara Benedetto, Jessica van der Aa

Referenzen:

1. Flin R, Kumar M. Human factors: The science behind non-technical skills. Enhancing Surgical Performance. 2015 Jul 13;17.
2. Gordon M, Darbyshire D, Baker P. Non-technical skills training to enhance patient safety: a systematic review. Medical education. 2012 Nov;46(11):1042-54.
3. Mastrangelo A, Eddy ER, Lorenzet SJ. The importance of personal and professional leadership. Leadership & Organization Development Journal. 2004 Jul 1;25(5):435-51.
4. Wacker J, Kolbe M. Leadership and teamwork in anesthesia—making use of human factors to improve clinical performance. Trends in anaesthesia and critical care. 2014 Dec 1;4(6):200-5.

Klinische Führung in der Geburtshilfe und Gynäkologie

Autoren: Anabela Serranito, Anna Aabakke, Fedde Scheele, Alexandra Krisuftova, Goknur Topcu, Sofia Tsiapakidou, Helena Bartels, Mark Formosa, Angelique Goverde, Karen Rose, Annalisa Tancredi, Ursula Catena, Fionnuala McAuliffe

Eine effektive klinische Führung ist für die Bereitstellung einer exzellenten Gesundheitsversorgung von entscheidender Bedeutung und verbessert nachweislich die Patientenergebnisse. In den letzten Jahrzehnten haben die zunehmende Komplexität der Gesundheitsversorgung und die wachsenden gesellschaftlichen Anforderungen an Verantwortlichkeit, Transparenz und Qualität der Versorgung neue Aufgaben für Ärzte mit sich gebracht. Die tägliche klinische Praxis erfordert nicht nur fundierte medizinische Kenntnisse und Fähigkeiten, sondern auch ergänzende Kompetenzen in Bereichen wie Dienstleistungsmanagement und -entwicklung, um hohe Versorgungsstandards aufrechtzuerhalten und eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung zu erreichen.

Die Gesundheitssysteme in ganz Europa stehen vor gemeinsamen Herausforderungen wie dem demografischen Wandel (z. B. alternde Bevölkerung, hohe Krankheitslast), wissenschaftlichen Fortschritten (z. B. künstliche Intelligenz, Innovationen im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsversorgung) und steigenden Gesundheitskosten. Zusätzliche Herausforderungen ergeben sich im Personalbereich, wo der Mangel an qualifizierten Fachkräften im Gesundheitswesen aufgrund von Schwierigkeiten bei der Personalbindung und schlechten Prognosen zum wachsenden Bedarf zu Herausforderungen auf organisatorischer Ebene führt, da Personalmangel längere Arbeitszeiten, Stress und Burnout verursacht, was wiederum die Personalbindung erschwert.

Traditionell wurde klinische Führung nicht formal vermittelt, da Ärzte innerhalb ihrer lokalen Systeme als geborene Führungskräfte angesehen werden. Die steigenden Anforderungen an die Gesundheitssysteme und die veränderten Anforderungen an die klinische Versorgung haben die Entwicklung und Schulung von Führungskräften zu einem integralen Bestandteil der ärztlichen Ausbildung gemacht. Führungskompetenzen spielen eine wichtige Rolle in formellen Führungspositionen (z. B. klinische Direktoren, Führungsstrukturen, klinische Leiter), sind aber ebenso wichtig in informellen Führungspositionen, z. B. in geburtshilflichen Notfällen und bei der Arbeit in multidisziplinären Teams. Die Anforderungen an Führungskräfte können sich im Laufe der Zeit ändern, und eine formale Führungsausbildung ermöglicht eine bessere Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit, wodurch in Organisationen mit hoher Zuverlässigkeit die besten Ergebnisse im Gesundheitswesen erzielt werden können.

Zur Bewertung dieser Fähigkeiten sollte der Assistenzarzt während der Entwicklung der Kernkompetenzen ein Audit- oder Qualitätsverbesserungsprojekt durchführen oder überprüfen. Es wird außerdem empfohlen, dass der Assistenzarzt während des Erwerbs der in den Wahlfächern vermittelten Kompetenzen ein Audit-/Qualitätsverbesserungsprojekt durchführt. Zur Weiterentwicklung der Führungskompetenzen können die Assistenzärzte ein Wahlfach im Bereich Klinische Führung belegen.

Der folgende Abschnitt soll einen Überblick über allgemeine Führungskompetenzen in der postgradualen Ausbildung in Geburtshilfe und Gynäkologie geben

➤ Führen mit einem systemorientierten Ansatz

- Die Zusammenwirkung der verschiedenen Komponenten des Gesundheitssystems zu einem komplexen System verstehen (einschließlich lokaler und nationaler Richtlinien und Gesetze, die für die Versorgung von Frauen relevant sind).
- Vielfalt, Entwicklung und Innovation innerhalb einzelner Systeme verstehen und sich daran anpassen.

- Triage durchführen und Aufgaben unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen priorisieren
- Ausgewogenes Verhältnis zwischen patientenbezogenen Ergebnissen und Kosten herstellen
- Respektvolle Versorgung, Privatsphäre und Komfort der Patienten bei der Versorgung, im Umfeld und im Kontext gewährleisten

➤ **Personenzentrierte Versorgung**

- Patienten aus einer ganzheitlichen Perspektive betrachten, Vielfalt und individuelle Versorgung respektieren
- Respektvoll und einfühlsam kommunizieren und zur Förderung von gegenseitigem Vertrauen aktiv zuhören
- Gleichgewicht zwischen evidenzbasierten Empfehlungen und den Präferenzen der Patienten in gemeinsamen Entscheidungsprozessen fördern, um die Selbstbestimmung der Patienten und eine informierte Einwilligung zu gewährleisten
- Gemäß ethischen Standards und den universellen Menschenrechten von Müttern und Babys arbeiten
- Für die Rechte von Patienten, der Gemeinschaft und Gesundheitsfachkräften einsetzen

➤ **Qualitätsverbesserung (QI) und Patientensicherheit**

- Bedeutung der Schaffung einer lokalen „Kultur der Gerechtigkeit“, die die Patientensicherheit fördert und ein Umfeld für Qualitätsverbesserungen schafft, erkennen
- Aktiv zur Bewertung von Dienstleistungsstandards beitragen
- Qualitätsprobleme erkennen und Systemdynamiken, die eine Verbesserung der Dienstleistungen ermöglichen oder behindern, identifizieren
- Einführung neuer Dienstleistungen, Systeme und Prozesse aus einer QI-Perspektive ermöglichen
- Auswirkungen von entwickelten QI-Projekten messen
- Mit anderen Mitgliedern des Gesundheitsteams bei Initiativen zur Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit zusammenarbeiten.

Definitionen:

Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen sind die Bemühungen zur Verbesserung der Patientenergebnisse, der Gesundheitsversorgung und der beruflichen Entwicklung innerhalb eines komplexen und dynamischen Systems, das sich ständig weiterentwickelt. Dies beinhaltet die Diagnose von Problemen innerhalb eines Gesundheitssystems mit dem Ziel, die identifizierten Probleme mithilfe von Change Management zu beheben und anschließend die Verbesserungen zu messen.

Klinisches Audit ist ein zyklisches Instrument zur Qualitätsverbesserung, das darauf abzielt, die klinische Praxis anhand expliziter evidenzbasierter Standards zu überprüfen und Änderungen einzuführen, um die Patientenversorgung und die Ergebnisse zu verbessern, wenn die Standards nicht erfüllt werden. Folgeauditzyklen können verwendet werden, um eine schrittweise Verbesserung der klinischen Praxis zu bestätigen.

Just Culture (Gerechtigkeitskultur) ist ein systemischer Ansatz für Zwischenfälle, bei dem eine gemeinsame

Verantwortung für die Aufrechterhaltung der Patientensicherheit besteht, sodass medizinisches Fachpersonal ohne Angst vor Vergeltungsmaßnahmen lernen kann.

Referenzen:

1. Daly J, Jackson D, Mannix J, Davidson PM, Hutchinson M. The importance of clinical leadership in the hospital setting. *Journal of Healthcare Leadership*. 2014 Nov 21:75-83.
2. Health Foundation (Great Britain). *Quality improvement made simple: what everyone should know about healthcare quality improvement: quick guide*. Health Foundation, 2013.
3. Keijser WA, Handgraaf HJ, Isfordink LM, Janmaat VT, Vergroesen PP, Verkade JM, Wieringa S, Wilderom CP. Development of a national medical leadership competency framework: the Dutch approach. *BMC medical education*. 2019 Dec;19:1-9.
4. Murray JS, Lee J, Larson S, Range A, Scott D, Clifford J. Requirements for implementing a 'just culture' within healthcare organisations: an integrative review. *BMJ Open Quality*. 2023 May 1;12(2):e002237.
5. Silver SA, Harel Z, McQuillan R, Weizman AV, Thomas A, Chertow GM, Nesrallah G, Bell CM, Chan CT. How to begin a quality improvement project. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2016 May 1;11(5):893-900.

Kommunikation und psychosoziale Kompetenzen

Autoren: Sibil Tschudin, Marieke Paarlberg, Heather Rowe, Angelique Goverde

Einführung

Effektive Kommunikation ist eine wesentliche Kompetenz in der Interaktion zwischen Patient und Arzt, wie in den allgemeinen Kompetenzen der Kernfächer festgelegt. Es hat sich gezeigt, dass sie sowohl die Gesundheitsergebnisse als auch die Patientenzufriedenheit verbessert. Darüber hinaus hängt die Leistung im Team von den Kommunikationsfähigkeiten ab. Schließlich sind schriftliche Kommunikationsfähigkeiten wichtig für die Führung von Krankenakten und die Berichterstattung über Gesundheitsinformationen. Obwohl Kommunikationskompetenz zum Teil eine persönliche Eigenschaft ist, können Kommunikationsfähigkeiten durch gezieltes Training, Feedback und Bewertung (weiter) entwickelt werden.

Dieses Dokument enthält einen vorläufigen Leitfaden für die Ausbildung in Kommunikations- und psychosozialen Kompetenzen, der es den Assistenzärzten ermöglicht, einen effektiven persönlichen Kommunikationsstil zu entwickeln, der die Autonomie der Patienten respektiert, bio-psycho-soziale Aspekte angemessen berücksichtigt und Sexualität im Kontext geburtshilflicher und gynäkologischer Erkrankungen beachtet.

Kommunikation und psychosoziale Kompetenzen

Kommunikation ist das Herzstück jeder Interaktion zwischen Ärzten und Patienten sowie deren Angehörigen. Es liegt in der Verantwortung des Arztes, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, in der sich sowohl der Patient als auch der Arzt wohlfühlen und offen sprechen können. Durch das Training von Kommunikationsfähigkeiten werden die Assistenzärzte und Patienten in die Lage versetzt, Informationen effektiv auszutauschen und in verschiedenen klinischen Situationen eine therapeutische Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen. Effektive Kommunikation basiert auf den Prinzipien der biomedizinischen Ethik (Fürsorge, Nichtschädigung, Respekt und Autonomie) [1], zielt auf eine informierte Entscheidungsfindung ab und verfolgt einen patientenzentrierten Ansatz. Der patientenzentrierte Ansatz zeichnet sich durch eine authentische, kongruente und transparente Haltung aus und besteht aus aktivem Zuhören [2], d. h. Warten, Nachfragen, Spiegeln und Zusammenfassen, sowie einer angepassten, individualisierten Informationsvermittlung auf der Grundlage der Elicit-Provide-Elicit-Methode [3].

Für besonders anspruchsvolle Situationen, wie z. B. das Überbringen schlechter Nachrichten, das Ansprechen sexueller (Dys-)Funktionen (einschließlich der Befragung zu sexuellem Missbrauch) und chronischer Becken- oder Vulva-Schmerzsyndrome, werden spezifischere Fähigkeiten empfohlen, wie z. B.

- Das 6-Stufen-Protokoll SPIKES (Setting / Perception / Invitation / Knowledge / Emotions / Strategy) (Umgebung / Verständnis / Einladung / Wissensvermittlung / Emotionen / Strategie) [4].
- NURSE (Naming / Understanding / Respecting / Supporting / Exploring) (Benennung / Verständnis / Respekt / Unterstützung / Erforschen) [5].
- PEARLS (Partnership / Empathy / Apology / Respect / Legitimation / Support) (Partnerschaft / Empathie / Entschuldigung / Respekt / Legitimation / Unterstützung) [6].

Ein weiterer Aspekt der Kommunikation betrifft die Rolle des Arztes innerhalb des Gesundheitsteams. Die Zusammenarbeit und die gemeinsame Verantwortung für die Gesundheitsversorgung stellen zusätzliche Anforderungen an Ärzte, insbesondere im Bereich des Austauschs von (medizinischen) Informationen. Die Dokumentation medizinischer Informationen an verschiedenen Stellen, wie z. B. in der Krankenakte, im Operationsbericht, im Entlassungs- oder Konsultationsbrief, dient nicht nur der Gesundheitsversorgung, sondern ist auch eine medizinisch-rechtliche Anforderung.

Der Assistenzarzt muss Folgendes entwickeln:

- Fähigkeiten für eine effektive Patientenübergabe, z. B. unter Verwendung der SBAR-Methode (Situation / Hintergrund / Beurteilung / Empfehlung) [7].
- Fähigkeiten zur Dokumentation und zum Verfassen von medizinischen Berichten.

Ausbildung und Bewertung von Kommunikations- und psychosozialen Fähigkeiten

Wie andere Fähigkeiten in der Geburtshilfe und Gynäkologie ist auch das Erlernen und Verbessern von Kommunikationsfähigkeiten ein kontinuierlicher Prozess, der auf der Kombination von theoretischem Wissen, Erfahrungen aus Simulationssituationen und praktischer Übung unter direkter (und später indirekter) Aufsicht basiert. Die Verwendung eines strukturierten Rahmens oder Modells für Kommunikationsfähigkeiten wird empfohlen. Dieser Rahmen beschreibt die verschiedenen Elemente der Arzt-Patient-Begegnung und die spezifischen zu trainierenden Fähigkeiten. Feedback und die Anregung zur Selbstreflexion sind die Eckpfeiler der formativen Beurteilung, um die weitere Ausbildung zu steuern.

Training der verbalen Kommunikation und der biopsychosozialen Fähigkeiten

Theoretisches Wissen wird aus Lehrbüchern (z. B. Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology; ein kompetenzorientierter Ansatz von Paarlberg KM und Van de Wiel HB) und/oder E-Learning entweder individuell oder in speziell konzipierten Kursen auf lokaler, nationaler oder internationaler Ebene (z. B. von der International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology (ISPOG)) erworben.

Rollenspiele oder Simulationspatienten bieten eine „Trockenübung“ sowohl für Arzt-Patient-Situationen als auch für das Teamtraining und können das Üben unter realen Bedingungen mit direkter und indirekter (Fallbesprechung) Aufsicht ergänzen. In diesen Schulungen sollten die verschiedenen Aspekte der Kommunikation, wie Empathie, Struktur, verbale und nonverbale Ausdrucksweise sowie der Gesamteindruck berücksichtigt werden. Es ist wichtig, dass das Feedback strukturiert erfolgt und die Persönlichkeit des Assistenzarztes berücksichtigt wird.

Bewertung der Kommunikation und der biopsychosozialen Fähigkeiten

Die direkte Beobachtung ist die beste Methode zur Vermittlung und Bewertung von Kommunikationskompetenzen. Dabei kann sowohl die verbale als auch die nonverbale Kommunikation berücksichtigt werden. Darüber hinaus können andere (para-)medizinische Mitarbeiter und sogar Patienten durch Feedback aus verschiedenen Quellen zur Bewertung beitragen. Wenn eine direkte Beobachtung nicht möglich ist, kann die Videoaufzeichnung von Begegnungen zwischen Assistenzärzten und Patienten hilfreich sein. Es sollte ein Portfolio mit Feedback aus verschiedenen Quellen und OSCE-Bewertungen geführt werden, das auch kurze schriftliche Reflexionen des Assistenzarztes enthalten kann.

Training von Kommunikationsfähigkeiten im Team

Spezifische Simulationskurse für die Patientenübergabe und komplexe Situationen werden lokal, national oder international organisiert. Für die Kommunikation im Team wird die SBAR-Methode empfohlen.

Training und Bewertung der schriftlichen Kommunikation

Je nach Art des Dokuments und den lokalen und/oder nationalen Gegebenheiten sollten die Kriterien für die medizinische Dokumentation klar festgelegt und den Assistenzärzten mitgeteilt werden. Die Besprechung der von den Assistenzärzten erstellten medizinischen Dokumente zeigt, inwieweit die Assistenzärzte diese Kriterien erfüllen.

Referenzen:

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles biomedical ethics. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2001.
2. Rogers C, Farson R. Active listening: In: Kolb D, Rubin I, MacIntyre J, editors. Organizational psychology. 3rd ed. Englewood: Prentice Hall; 1979.
3. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. New York: Guilford Press; 2000.
4. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
5. Back AL et al. Efficacy of communications skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med* 2007; 167: 453—460
6. Clark W, Hewson M, Fry M, Shorey J. Communication skills reference card. St. Louis, MO: American Academy on Communication in Healthcare; 1998.
7. Institute for Healthcare improvement: www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx

Simulationstraining für gynäkologische Fertigkeiten

Autoren: Ursula Catena, Federica Campolo, Sofia Tsiapakidou, Helder Ferreira, Attilio Di Spiezio Sardo, Giovanni Scambia, Grigoris Grimbizis, Benoit Rabischong, Vasilios Tanos, Rudi Campo

Einführung

Im Jahr 2014 unterzeichnete die EBCOG die gemeinsame europäisch-amerikanische Empfehlung, wonach jedes Lehrkrankenhaus über ein „**gynäkologisches Simulationslabor**“ verfügen sollte, um die Ausbildung der Assistenzärzte zu verbessern und die Morbiditäts- und Mortalitätsrate der Patienten zu senken.

Hintergrund dieser Empfehlung ist, dass alle gynäkologischen diagnostischen und chirurgischen Eingriffe psychomotorische Fähigkeiten erfordern. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass diese psychomotorischen Fähigkeiten in einer sicheren Umgebung trainiert und getestet werden, bevor sie an Patienten angewendet werden.

Für die Chirurgie ist eindeutig nachgewiesen, dass eine Ausbildung im Operationssaal ohne vorheriges Training im Skills Lab die Morbiditäts- und Mortalitätsraten der Patienten deutlich erhöht. Darüber hinaus wird die Chirurgie mit der Einführung moderner Technologien zunehmend digitaler und erfordert Anpassungen des Ausbildungsmodells, um den Anforderungen an neue Fähigkeiten gerecht zu werden, die nicht nur von Chirurgen, sondern von allen Angehörigen der Gesundheitsberufe benötigt werden. Die zunehmende Komplexität, die diese Entwicklungen mit sich bringen, erfordert einen reibungslosen Ablauf im Operationssaal, in dem Chirurgen, Pflegekräfte und anderes Hilfspersonal synergetisch und effizient zusammenarbeiten können.

Simulationen sind nicht nur eine hervorragende Möglichkeit zum Lernen, sondern auch zum sicheren Üben, ohne sich selbst oder andere zu verletzen, und bieten die Möglichkeit, Problemlösungsstrategien persönlich anzuwenden [1].

Gynäkologisches Simulationslabor

Das gynäkologische Simulationslabor muss so konzipiert sein, dass es die für den Erfolg zukünftiger Gynäkologen und Geburtshelfer erforderlichen Fähigkeiten entwickelt und verbessert. Gynäkologen und Geburtshelfer aller Ausbildungsstufen nehmen am Simulationsprogramm teil und sind nach ihrem Abschluss besser für die Durchführung komplexer Eingriffe und die Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung gerüstet.

1. Gynäkologische Verfahren

Modell: Gynäkologisches Phantom

Fertigkeiten: Gynäkologische Untersuchung
 Einführen des Spekulum
 Entnahme von Zervixzytologie/HPV-Abstrich
 Einsetzen/Entfernen einer intrauterinen Verhütungsspirale
 Kolposkopie (mit Gebärmutterhalsbiopsie)

2. Gynäkologische Chirurgie

Modell: Chirurgische Simulationen mit leblosen Modellen, Nähpolstern

Fertigkeiten: Nähen mit verschiedenen Techniken und unterschiedlichem Material
 Übungen zu verschiedenen chirurgischen Eingriffen (Vaginalmanschettenverschluss,
Behandlung von Eileiterschwangerschaften, Entfernung oder Marsupialisierung von Zysten)

3. Endoskopie (Laparoskopie und Hysteroskopie)

Alle Beteiligten, einschließlich Fachärzte, Assistenzärzte und medizinisches Fachpersonal, erkennen die

Bedeutung gynäkologischer endoskopischer Fertigkeiten an. Diese Fertigkeiten erfordern umfangreiche Übung, bevor sie an lebenden Patienten angewendet werden können. Simulationsbasierte Schulungen zu gynäkologischen endoskopischen Verfahren werden im Allgemeinen gut angenommen und geschätzt. Bestehende Literatur betont die Wirksamkeit von Simulationsschulungen zur Verbesserung des Lernens. Zu den Vorteilen gehören die Möglichkeit zum Feedback und wiederholtes Üben. Untersuchungen zeigen, dass eine längere Simulatorpraxis mit größeren Lernerfolgen verbunden ist. In der Chirurgie haben technische Fähigkeiten einen direkten Einfluss auf die klinischen Ergebnisse: Bei Operationen, die von weniger erfahrenen Chirurgen durchgeführt werden, kommt es zu 2,5-mal mehr Rückverlegungen, 3-mal mehr Komplikationen und bis zu 5-mal mehr Todesfällen als bei Operationen, die von erfahrenen Chirurgen durchgeführt werden.

Kliniker, die endoskopische Operationen ohne angemessene Ausbildung in spezifischen psychomotorischen Fähigkeiten durchführen, haben ein höheres Risiko für eine erhöhte Morbidität und Mortalität der Patienten. Das Auszubildender-Ausbilder-Modell hat sich viele Jahre lang bewährt, aber die Komplexität der modernen Operationstechnik erfordert, dass bestimmte Fähigkeiten auch außerhalb des Operationssaals vermittelt werden.

Im Zuge der Verbreitung minimalinvasiver Operationen und der kontinuierlichen technologischen Weiterentwicklung, vor allem aber als Reaktion auf die Forderung nach einem geeigneten und notwendigen Ausbildungsprogramm, wurden zahlreiche Ausbildungssysteme entwickelt und eingeführt. Die verschiedenen Ausbildungssysteme lassen sich in physische und virtuelle Systeme unterteilen. **Physische Simulatoren** sind beispielsweise der Box-Trainer und laparoskopische Instrumente, während virtuelle Simulatoren computergestützte Systeme sind, die den Einsatz von Virtual-Reality-Software erfordern.

Laparoskopische Box-Trainer

Diese Art von chirurgischem Simulator verwendet echte chirurgische Instrumente und Videogeräte, die üblicherweise im Operationssaal verwendet werden. Er ähnelt in der Regel einer Kiste mit Öffnungen, in die Trokare und chirurgische Instrumente eingeführt werden können. Im Inneren der Kiste befinden sich verschiedene simulierte anatomische Modelle mit Aufgaben, die reale chirurgische Eingriffe nachbilden. Die Simulationsmodelle im Inneren der Kiste werden anhand der visuellen Informationen, die von einer Videoquelle und einem Monitor erzeugt werden, manipuliert und gesteuert. In diesem Trainingsmodus üben die Ärzte in einer kontrollierten, risikoarmen Umgebung Fertigkeiten wie den Umgang mit Instrumenten, das Nähen und die Manipulation von Gewebe.

Hysteroskopische Box-Trainer

Diese Art von chirurgischem Simulator verwendet echte hysteroskopische Instrumente und Videogeräte, die üblicherweise in der Hysteroskopie verwendet werden. Er besteht in der Regel aus einem weiblichen Genitalmodell, das ein lebloses Modell enthält, das die räumliche Verteilung und Ausrichtung der verschiedenen Ebenen und Winkel einer normalen Gebärmutter darstellt.

Heimtrainer

Heimtrainer bieten den Vorteil, dass sie unabhängig von der recht teuren Standard-Endoskopiausrüstung sind.

Im Rahmen der Arbeitszeitregelung kann der Assistenzarzt das Training zu Hause durchführen, eventuell mit hybrider Unterstützung oder in Zukunft mit Unterstützung durch KI-Programme.

Für externe spezialisierte Ausbildungszentren:

Tiermodelle

Diese Art von Simulatoren verwendet lebende, betäubte Tiere und bietet die realistischste endoskopische Ausbildung ohne Patienten. Die Verwendung von Tieren wirft jedoch ethische und wirtschaftliche Bedenken auf.

Ausbildung an Leichen

Diese Art der Ausbildung ermöglicht eine dreidimensionale Beobachtung und Präparation der menschlichen Anatomie und bietet die Möglichkeit, die verschiedenen Strukturen der Beckenanatomie zu vertiefen und aus erster Hand zu sehen. Die Verwendung von Leichen wirft jedoch ethische und wirtschaftliche Bedenken auf.

Virtual-Reality- und Operationssimulatoren

Sowohl Virtual-Reality- als auch Operationssimulatoren sind recht teuer und können daher derzeit nicht als notwendiger und obligatorischer Bestandteil eines gynäkologischen Simulationsraums in einem Krankenhaus empfohlen werden.

Spezielle Ausbildungseinrichtungen können heute diese Art der Ausbildung für jeden Einzelnen anbieten.

Virtual Reality Operationssimulatoren stellen den neuesten Stand der chirurgischen Ausbildung dar. Ausgefeilte Software kann endoskopische chirurgische Eingriffe reproduzieren, und die Assistenzärzte können ihre Trainingseinheiten aufzeichnen. Dies erleichtert die Bewertung der Ergebnisse und den Vergleich mit anderen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die Software zu aktualisieren, um komplexere Aufgaben und Verfahren zu erstellen.

Operationssimulatoren sind fortschrittliche Ausbildungsinstrumente, die reale chirurgische Eingriffe nachbilden. Sie nutzen verschiedene Technologien wie virtuelle Realität, erweiterte Realität und physikalische Modelle, um realistische Übungsumgebungen für Chirurgen zu schaffen. Der Vorteil dieser Simulatoren liegt auf der Hand: Die betreffende Person kann eine umfassendere Ausbildung erwerben, die die Anatomie und die manuellen Fertigkeiten des chirurgischen Eingriffs in all seinen Nuancen in einer Umgebung umfasst, in der Fehler keine Komplikationen oder Folgen haben.

Ausbildungslehrplan

Ein strukturiertes gynäkologisches Ausbildungsprogramm sollte diesen Ansatz vollständig umsetzen und eine Reihe klar definierter Schritte umfassen, die Trockenlabor-Training mit Training im OP kombinieren [2-7]. In jeder Phase sollte eine Bewertung stattfinden, um zu überprüfen, ob der Assistenzarzt zur nächsten Stufe übergehen kann. In diesem Ansatz lassen sich die folgenden Schritte definieren:

-  **Grundlegende endoskopische Ausbildung (Trockenlabor):** Erwerb von Kenntnissen über allgemeine endoskopische Prinzipien und Techniken in Kombination mit einer grundlegenden praktischen endoskopischen Ausbildung.
-  **Beginn der Ausbildung im OP:** Nachdem der Assistenzarzt nachgewiesen hat, dass er über die erforderlichen endoskopischen Grundkenntnisse und praktischen Fähigkeiten verfügt, kann die Ausbildung im OP beginnen. In dieser Phase kann der Assistenzarzt einen erfahrenen endoskopischen Chirurgen, der als Mentor fungiert, assistieren und wird mit grundlegenden OP-Praktiken und Teamarbeit vertraut gemacht.
-  **Fortgeschrittene endoskopische Ausbildung (Trockenlabor):** Erwerb von Kenntnissen über Standardverfahren und Training fortgeschrittener praktischer Fertigkeiten.
-  **Beginn der OP-Einsätze:** Nachdem die Fertigkeiten im Labor erworben wurden, können Live-Operationen durchgeführt werden, wobei schrittweise vorgegangen wird, beginnend mit enger Überwachung und einfachen Eingriffen, bis hin zu weniger Überwachung bei einfachen Eingriffen und schließlich komplexeren Eingriffen.



Dieser Ansatz zielt darauf ab, die erforderlichen endoskopischen Fähigkeiten so weit wie möglich in einem Trockenlabor zu trainieren und zu bewerten, bevor mit echten Patienten im OP gearbeitet wird [8,9]. Dies hat drei Vorteile:

- Die Assistenzärzte sind viel selbstbewusster, wenn sie den OP betreten, da sie sicher sind, dass sie die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten erworben haben.
- Erfahrene Mentoren sparen Zeit, da sie keine Grundfertigkeiten vermitteln müssen, erhalten angemessene Unterstützung von den Assistenzärzten und können sich besser auf die jeweiligen Eingriffe konzentrieren.
- Die Patienten werden durch gut ausgebildete Assistenzärzte besser versorgt und sind weniger Risiken durch unerfahrene Assistenzärzte ausgesetzt.

Beispiel für ein Simulationsausbildungsprogramm für endoskopische Fertigkeiten

Die Fachgesellschaften ESGE und ESHRE unter der Schirmherrschaft der EBCOG haben einen ausgewogenen Diplomelehrplan ausgearbeitet, der als EU4Health-Programm anerkannt ist: das Gynaecological Endoscopic Surgical Education and Assessment (GESEA)-Programm [10-16], das auf einem strukturierten Ansatz basiert, der dem in diesem Dokument vorgeschlagenen ähnelt – Einzelheiten finden Sie im Anhang.

Zu trainierende gynäkologische Fertigkeiten (Kernfächer)

Fertigkeiten in der ambulanten Klinik:

- o Gynäkologische Untersuchung
- o Einführung des Spekulum
- o Durchführung eines Pap-Abstrichs
- o Einsetzen einer intrauterinen Spirale (IUP)
- o Kolposkopie (mit Biopsie)
- o LLETZ des Gebärmutterhalses
- o Einlegen/Entfernen von subkutanen Implantaten

Grundlegende konventionelle chirurgische Fertigkeiten:

- o Punch-Biopsie unter örtlicher Betäubung
- o Chirurgische Entfernung und Marsupialisierung von Zysten
- o Dilatation und Kürettage

Fortgeschrittene konventionelle chirurgische Fertigkeiten

- o Laparotomie mit minimaler Adhäsiolyse
- o Salpingo-Oophorektomie mittels Laparotomie
- o Anteriore Vaginalrekonstruktion
- o Posteriore Vaginalrekonstruktion
- o Myomektomie subseröser Myome mittels Laparotomie
- o Kolpokleisis (mindestens in einer Simulationssituation)

Grundlegende endoskopische Fertigkeiten:

Laparoskopie:

- o Diagnostische Laparoskopie
- o Diagnostische Laparoskopie mit Eileiteruntersuchung
- o Einfache laparoskopische Adhäsiolyse
- o Laparoskopische Sterilisation

Hysteroskopie:

- o Diagnostische Hysteroskopie
- o Diagnostische Hysteroskopie mit Endometriumbiopsie
- o Visuelle D&C [17]

Fortgeschrittene endoskopische Fertigkeiten:

Laparoskopie:

- o Laparoskopische Entfernung einer Eileiterschwangerschaft (Salpingostomie) oder Salpingektomie
- o Laparoskopische Nadelaspiration einfacher Zysten
- o Laparoskopische Elektrokoagulation des Eierstocks
- o Einfache laparoskopische Ovarialzystektomie
- o Laparoskopische Salpingo-Oophorektomie

Hysteroskopie:

- o Hysteroskopische Polypenresektion
- o Hysteroskopische Myomresektion Typ 0-1 (< 2 cm)
- o Hysteroskopische Endometriumablation

Referenzen:

1. Campo R, Wattiez A, Tanos V, Di Spiezio Sardo A, Grimbizis G, Wallwiener D, et al. Gynaecological endoscopic surgical education and assessment. A diploma programme in gynaecological endoscopic surgery. *Gynecol Surg*. 2016;13:133-7.
2. Diesen DL, Erhunmwunsee L, Bennett KM, Ben-David K, Yurcisin B, Ceppa EP, et al. Effectiveness of laparoscopic computer simulator versus usage of box trainer for endoscopic surgery training of novices. *J Surg Educ*. 2011;68(4):282-9.
3. Escamiroso FP, Flores RM, Garcia IO, Vidal CR, Martinez AM. Face, content, and construct validity of the EndoViS training system for objective assessment of psychomotor skills of laparoscopic surgeons. *Surg Endosc*. 2015;29(11):3392-403.
4. Hofstad EF, Vapenstad C, Chmarra MK, Lango T, Kuhry E, Marvik R. A study of psychomotor skills in minimally invasive surgery: what differentiates expert and nonexpert performance. *Surg Endosc*. 2013;27(3):854-63.
5. Munro MG. Surgical simulation: where have we come from? Where are we now? Where are we going? *J Minim Invasive Gynecol*. 2012;19(3):272-83.
6. Mulla M, Sharma D, Moghul M, Kailani O, Dockery J, Ayis S, et al. Learning basic laparoscopic skills: a randomized controlled study comparing box trainer, virtual reality simulator, and mental training. *J Surg Educ*. 2012;69(2):190-5.
7. Sroka G, Feldman LS, Vassiliou MC, Kaneva PA, Fayez R, Fried GM. Fundamentals of laparoscopic surgery simulator training to proficiency improves laparoscopic performance in the operating room-a randomized controlled trial. *Am J Surg*. 2010;199(1):115-20.
8. Molinas CR, Binda MM, Campo R. Dominant hand, non-dominant hand, or both? The effect of pre-training in hand-eye coordination upon the learning curve of laparoscopic intra-corporeal knot tying. *Gynecol Surg*. 2017;14(1):12.
9. Campo R, Wattiez A, Wallwiener D, et al. Training and education in endoscopic surgery: is there a future for endoscopy in OB&GYN training? *Gynecol Surg*. 2005; 2:57–65.
10. Campo R, Wattiez A, Tanos V, Di Spiezio SA, Grimbizis G, Wallwiener D, Brucker S, Puga M, Molinas R, O'Donovan P, Deprest J, Van BY, Lissens A, Herrmann A, Tahir M, Benedetto C, Siebert I, Rabischong B, De Wilde RL (2016) Gynaecological endoscopic surgical education and assessment. A diploma programme in gynaecological endoscopic surgery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 199:183– 186
11. Campo R, Reising C, Van Belle Y, Nassif J, O'Donovan P, Molinas CR (2010) A valid model for testing and training laparoscopic psychomotor skills. *Gynecol Surg* 7:133–141
12. Molinas CR, Campo R (2010) Defining a structured training program for acquiring basic and advanced laparoscopic psychomotor skills in a simulator. *Gynecol Surg* 7:427–435
13. Molinas CR, De Win G, Ritter O, Keckstein J, Miserez M, Campo R (2008) Feasibility and construct validity of a novel laparoscopic skills testing and training model. *Gynecol Surg* 5:281–290
14. Campo R, Wattiez A, Tanos V, Di Spiezio SA, Grimbizis G, Wallwiener D, Brucker S, Puga M, Molinas CR, O'Donovan P, Deprest J, Van Belle Y, Lissens A, Herrmann A, Tahir M, Benedetto C, Siebert I, Rabischong B, De Wide RL (2016) Gynaecological endoscopic surgical education and assessment. A diploma programme in gynaecological endoscopic surgery. *Gynecol Surg* 13:133–137
15. Campo R, Molinas CR, De Wilde RL, Brolmann H, Brucker S, Mencaglia L, Odonovan P, Wallwiener D, Wattiez A (2012) Are you good enough for your patients? The European certification model in laparoscopic surgery. *Facts Views Vis Obgyn* 4:95–101
16. Campo R, Wattiez A, De Wilde RL, Molinas CR (2012) Training in laparoscopic surgery: from the lab to the OR. *Zdrav Var* 51:285–298
17. Casadio P, Raffone A, Salucci P, Raimondo D, Seracchioli R, Carugno J, Di Spiezio Sardo A (2023). Visual dilation and curettage for the fertility-sparing treatment of atypical endometrial hyperplasia/endometrial intra-epithelial neoplasia: an easy to perform in-office technique. *Int J Gynecol Cancer*. 1;33(5):837-838

Simulationstraining für geburtshilfliche Fertigkeiten

Autoren: Sofia Tsiapakidou, Fedde Scheele, Fionnuala McAuliffe

Einführung

Simulationstraining wird als wichtiger Bestandteil des Lehrplans für Geburtshilfe und Gynäkologie empfohlen, um die erforderlichen Fähigkeiten, wie z. B. die Entbindung mit Vakuumentraktor oder Zange, zu erwerben, bevor diese Fertigkeiten in der klinischen Praxis angewendet werden.

Ausrüstung

Die für die Ausbildung erforderlichen Geräte können sehr unterschiedlich und durchaus kostengünstig sein. Nachfolgend finden Sie einige Beispiele für Geräte, Werkzeuge, Modelle, Trainer oder Puppen, die von kostengünstigen bis zu teuren (und damit fortgeschritteneren) Optionen reichen: einfache Geburtspuppen, einfache gynäkologische Trainingsmodelle, die für Vakuumentraktion/Saugglocken modifiziert wurden, Kiwi, Zangen, CTG-Überwachung, fetale Blutentnahme, B-Lynch (Schaumgummi), Neugeborenen-/Erwachsenenpuppen für grundlegende Wiederbelebensmaßnahmen, fortgeschrittene Geburtspuppen, Perinealreparatur-Trainer, Trainer für Kaiserschnitttechniken, Trainer für Notfallhysterektomie/intrapartale Hysterektomie, fortgeschrittene Geburtssimulatoren in Lebensgröße usw.

- Hybridsimulator: kann eine Kombination aus einem Patienten (Schauspieler) und einem Simulator oder eine Kombination aus mehreren verschiedenen Simulatoren sein.
- Spielbasierte Technologien: Für die medizinische Ausbildung stehen alle Arten von computergestützten Simulatoren und Spielen sowie Virtual- und Augmented-Reality-Plattformen zur Verfügung.
- Präsentationen, Videos und Implementierungswerkzeuge, einschließlich Managementalgorithmen, einschließlich Virtual-Reality-Training.

Alle Abteilungen der Geburtshilfe und Gynäkologie müssen grundlegende Geburtspuppen für das Training individueller technischer Fertigkeiten und Hybridsimulatoren für die interprofessionelle Teamausbildung bereitstellen.

- Grundlegende Geburtspuppen



Mit freundlicher Genehmigung von Jette Led Sørensen, Dänemark

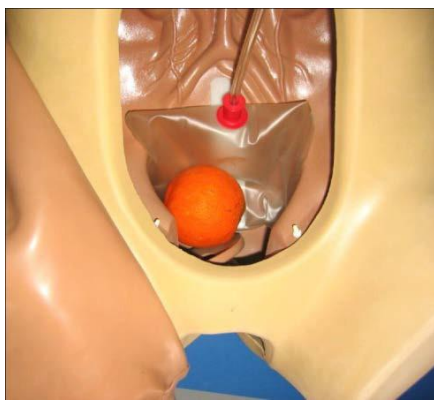
- Grundlegende gynäkologische Trainingsmodelle, modifiziert für Vakuumextraktor/Saugglocke, Kiwi, Zange, CTG-Überwachung, fetale Blutentnahme, B-Lynch (Schaumgummi) usw.



Mit freundlicher Genehmigung von Jette Led Sørensen, Dänemark

Mit freundlicher Genehmigung von Diogo Ayres-de-Campos, Portugal

- Fortgeschrittener Geburtssimulator in Lebensgröße



Mit freundlicher Genehmigung von Diogo Ayres-de-Campos, Portugal

- Hybridsimulator: kann eine Kombination aus einem Patienten (Schauspieler) und einem Simulator oder eine Kombination aus mehreren verschiedenen Simulatoren sein. Dies kann beispielsweise einen Patienten (Schauspieler) mit einer Geburtspuppe zwischen den Beinen oder eine Erwachsenenpuppe für grundlegende Wiederbelebensmaßnahmen in Kombination mit einer einfachen Geburtspuppe umfassen.



Hydralab® mit freundlicher Genehmigung von Ruta Nadisauckiene, Litauen



Virtual-Reality-Training mit freundlicher Genehmigung von Fionnuala McAuliffe, Irland

Arten von Simulationstraining und Beispiele

Individuelles Training technischer Fertigkeiten

- Grundstufe mit Training grundlegender Fertigkeiten (grundlegende Geburtspuppen)
- Komplexe Stufe des Fertigkeitstrainings (fortgeschrittenere Puppen)

Interprofessionelles Teamtraining

- Grundlegendes Teamtraining mit Hybridsimulator
- Hochrealistische Simulation mit fortschrittlichem Geburtssimulator in Originalgröße

Simulation in der Geburtshilfe (Mindestanforderungen)

- Grundlegende Geburtspuppen
- Grundlegende Trainingsmodelle, modifiziert für Vakuumextraktor/Saugglocke, Kiwi, Zange, CTG-Überwachung, fetale Blutentnahme, B-Lynch (Schaumgummi) usw.

Interprofessionelles Teamtraining

- Hybridsimulatoren
- Patienten (Schauspieler)



Mit freundlicher Genehmigung von Tim Draycott & Cathy Winter, PROMPT, Großbritannien

Mit freundlicher Genehmigung von Jette Led Sørensen, Dänemark

Simulationsumgebung

Es gibt drei Arten von Simulationsumgebungen, die alle Vor- und Nachteile haben [8]:

- Simulationszentrum (Simulation außerhalb des Standorts); entfernt von der tatsächlichen Patientenversorgungseinheit.
- Intern an einem anderen Ort in der Abteilung (Simulation außerhalb des Standorts); speziell für die Simulationsausbildung eingerichtete Schulungsräume außerhalb der Patientenversorgungseinheit, aber innerhalb des Krankenhauses. Interne Schulungseinrichtungen können Teil von Krankenhausabteilungen sein.
- In-situ-Simulation; eine Mischung aus Simulation und realer Arbeitsumgebung für die Ausbildung unter Arbeitsbedingungen. Diese Situationen können angekündigt (das Personal wird im Voraus über die Simulationsveranstaltung informiert) oder unangekündigt (das Personal wird nicht im Voraus informiert) sein.

Um die bevorzugte Simulationsumgebung für eine bestimmte Einrichtung zu bestimmen, kann es hilfreich sein, die allgemeinen Ziele der simulationsbasierten Ausbildung sowie spezifische lokale Faktoren wie die Durchführbarkeit zu berücksichtigen.

Geburtshilfliche Fertigkeiten (Kernfächer)

Allgemeine medizinische Kenntnisse und Fertigkeiten

- *Leitung einer Visite mit multidisziplinärer Beteiligung, verwaltet die Aufnahme und Entlassung von Patienten auf der Station und im Kreißsaal und organisiert die Übergabe an eine andere Praxis*
- *Akutkranke Patienten, septische Patienten, Patienten mit Komplikationen während der Geburt und Patienten, die eine Reanimation benötigen, erkennen und triagieren und eine angemessene Behandlung einleiten.*

Grundlegende geburtshilfliche Fertigkeiten

- Unterstützung bei unkomplizierter Entbindung
- Vakuum-assistierte vaginale Entbindung
- Zangengeburt
- Steißgeburt
- Unterstützung bei vaginaler Entbindung bei Mehrlingsschwangerschaft
- Fetale Blutentnahme
- Alle Maßnahmen zur Behandlung von Dystokie
- Postpartale Blutung
- Intrauterine Ballontamponade
- Chirurgische Kompression des atonischen Uterus
- B-Lynch-Naht

Fertigkeiten in der Perinealrekonstruktion

- Episiotomie
- Reparatur von Traumata des Genitaltrakts
- Naht der Episiotomiewunde
- Versorgung von Perinealrissen 1./2./3. Grades durch Nähte
- Versorgung von Perinealrissen 4. Grades durch Nähte*

Fortgeschrittene geburtshilfliche Chirurgie

- Kaiserschnitt
- Wiederholter Kaiserschnitt
- Kaiserschnitt bei Patientinnen mit hohem BMI
- Notfallkaiserschnitt
- Abdominale Hysterektomie (mindestens in Simulation oder durch alternative Lernstrategien)
- Manuelle und chirurgische Entfernung der Plazenta
- Manuelle Uterusreversion (mindestens in Simulation oder durch alternative Lernstrategien)
- Evakuierung eines Vulva-Hämatoms

Neugeborenen-Übungspuppen für die grundlegende Wiederbelebung

- Unterstützung bei der Erstversorgung gesunder/frühgeborener Neugeborener (mit niedrigen Apgar-Werten)
- Korrekte Reanimation des Neugeborenen in den ersten 10 Minuten nach der Entbindung

Die folgenden Autoren haben zur Version aus dem Jahr 2018 dieses Abschnitts beigetragen:

Jette Led Sørensen, Ruta Nadisauskiene, Tim Draycott, Diogo Ayres-de-Campos, Guid Oei, Fedde Scheele, Jessica van der Aa

Referenzen:

1. Sørensen JL, Ostergaard D, LeBlanc V, Ottesen B, Konge L, Dieckmann P, van der Vleuten C, et al. Design of simulation-based medical education and advantages and disadvantages of in situ simulation versus off-site simulation. BMC medical education. 2017;17(1):20.
2. Kneebone R, Nestel D, Wetzel C, Black S, Jacklin R, Aggarwal R, Yadollahi F, Wolfe J, Vincent C, Darzi A. The

- human face of simulation: patient-focused simulation training. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2006;81(10):919- 24.
3. Harden RM. Ten questions to ask when planning a course or curriculum. *MedEduc*. 1986;20(4):356-65.
 4. Kern DE, Thomas PA, Howard DM, Bass EB. Curriculum development for medical education. A six step approach. London: The John Hopkins University Press; 2009.
 5. McEvoy A, Kane D, Hokey E, Mangina E, Higgins S, McAuliffe FM. Virtual reality training for postpartum uterine balloon insertion - a multi-center randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2024 Jul 15:101429. doi: 10.1016/j.ajogmf.2024.101429.
 6. Ryan GV, Callaghan S, Rafferty A, Higgins MF, Mangina E, McAuliffe F Learning Outcomes of Immersive Technologies in Health Care Student Education: Systematic Review of the Literature. *J Med Internet Res*. 2022 Feb 1;24(2):e30082.
 7. Dunlop K, Dillon G, McEvoy A, Kane D, Higgins S, Mangina E, McAuliffe FM. The virtual reality classroom: a randomized control trial of medical student knowledge of postpartum haemorrhage emergency management. *Front Med (Lausanne)*. 2024 Mar 19;11:1371075. doi: 10.3389/fmed.2024.1371075
 8. Kane D, Ryan G, Mangina E, McAuliffe FM A randomized control trial of a virtual reality learning environment in obstetric medical student teaching. *Int J Med Inform*. 2022 Dec;168:104899. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2022.104899
 9. Ryan G, Rafferty A, Murphy J, Higgins MF, Mangina E, McAuliffe FM. Virtual reality learning: A randomized controlled trial assessing medical student knowledge of fetal development. *Int J Gynaecol Obstet*. 2023 Mar 8. doi: 10.1002/ijgo.14684.
 10. McEvoy A, Kane D, Hokey E, Mangina E, Higgins S, McAuliffe FM. [Virtual reality training for postpartum uterine balloon insertion - a multi-center randomized controlled trial](#). *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2024 Jul 15:101429. doi: 10.1016/j.ajogmf.2024.101429.
 - 11.

Ausbildung für Ultraschalluntersuchungen

Autoren: Juriy Wladimiroff, Piotr Sieroszewski, Angélique Goverde

Einführung

Die Ultraschalluntersuchung hat sich als wichtiges Diagnosewerkzeug in der täglichen Praxis der Geburtshilfe und Gynäkologie etabliert. Es ist von größter Bedeutung, dass Assistenzärzte eine strukturierte und beaufsichtigte Ausbildung in Ultraschall erhalten, da letztendlich die Fähigkeiten des Ultraschalltechnikers, d. h. des Gynäkologen, die Qualität der Bilder und damit den klinischen Mehrwert dieser Untersuchungsform bestimmen. Der Lehrplan für die Kern- und Wahlfächer der Weiterbildung in Geburtshilfe und Gynäkologie basiert auf der selbstständigen Anwendung der Ultraschallkenntnisse durch den Gynäkologen. Dieser Abschnitt enthält eine kurze Beschreibung des Ausbildungslehrplans für Ultraschallfertigkeiten in Bezug auf

- Kenntnisse und Fertigkeiten in der Ultraschalluntersuchung, die der Assistenzarzt am Ende der Ausbildung auf dem in den Kernfächern des EBCOG-Lehrplans beschriebenen Kompetenzniveau erreicht haben muss
- Methoden zum Erlernen dieser Fertigkeiten
- Instrumente zur Qualitätsbewertung dieser Fertigkeiten.

Die spezifischen Punkte wurden aus den Kernfächern des Lehrplans extrahiert und nach ihrem gemeinsamen Nenner oder ihrer Themenüberschrift gruppiert. Vorschläge für die Ausbildung und Bewertung wurden aus den Empfehlungen des ISUOG-Bildungsausschusses für die Grundausbildung in geburtshilflicher und gynäkologischer Ultraschalluntersuchung abgeleitet [1].

Allgemeiner Ablauf der Ultraschallausbildung

Es wird ein dreistufiges Programm empfohlen:

1. Theoretische Ausbildung: technische Aspekte der Geräte, Bildgebung und Befundung.
2. Praktische Ausbildung: unter Aufsicht in einer klinischen Umgebung, bis ein selbstständiges Arbeiten möglich ist.
3. Bewertung der Leistung des Assistenzarztes: Logbuch oder Sammlung von Bildern als Nachweis der Fähigkeit der Assistenzarztes, qualitativ hochwertige Bilder zu erstellen und Pathologien zu erkennen.

Ausbildungslehrplan für Ultraschalluntersuchungen

A. Allgemeine Grundsätze der Ultraschalluntersuchung

1. Physikalische Grundlagen des Ultraschalls, einschließlich Sicherheit
2. Schallkopf, Bildgebung, Bedienelemente, Scanebenen (TA und TV), Messungen
3. Grundlagen des Doppler-Ultraschalls und der Doppler-Untersuchung der Nabelarterie
4. Infusionssonographie (Gel- oder Kochsalzinfusion): Sicherheit und Indikation;
5. Dokumentation der Befunde.

Die allgemeinen Grundsätze werden anhand von Lehrbüchern und/oder E-Learning-Modulen erlernt und mit einem speziellen Ausbilder besprochen.

Die praktischen Fertigkeiten im Umgang mit den Schallköpfen und dem Ultraschallgerät sowie die Infusionssonographie werden unter direkter Aufsicht eines ausgebildeten Ultraschalltechnikers geübt, bis sie vollkommen beherrscht werden.

Bewertung: Wissensbasierte Bewertung (Prüfung), direkte klinische Beobachtung

B. Ultraschalluntersuchungen in der Gynäkologie

Beurteilung normaler und abnormaler Erscheinungsbilder des Endometriums, Myometriums und der Adnaxen; Anwendung von Ultraschallkriterien zur Unterscheidung zwischen normalen und abnormalen Befunden (z. B. RMI [2], IOTA [3]).

Dieser Teil wird in einem schrittweisen Prozess erlernt:

1. Orientierung anhand von Lehrbüchern und/oder E-Learning-Modulen
 2. Praktische Erfahrung unter direkter Aufsicht; die Aufsicht wird mit zunehmender Erfahrung reduziert
- Bewertung: Wissensbasierte Bewertung (Prüfung), direkte klinische Beobachtung, Portfolio mit mindestens 50 Fällen (verschiedene Erkrankungen der Gebärmutter (Myometrium und Endometrium) und der Adnexe)

C. Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft

a. Erstes Trimester

1. Beurteilung normaler und abnormaler Befunde zwischen der 4. und 10. Woche bei Einlings- und Zwillingschwangerschaften (einschließlich Eileiterschwangerschaft)
2. Beurteilung normaler und abnormaler Befunde zwischen der 10. und 14. Woche bei Einlings- und Zwillingschwangerschaften (Chorionizität)
3. Datierung der Schwangerschaft

b. Zweites und drittes Trimester

1. Lage des Fötus
2. Fetale Biometrie: Datierung, Beurteilung der Größe und Schätzung des fetalen Gewichts
3. Beurteilung der Plazenta und des Fruchtwasservolumens
4. Unterscheidung zwischen normaler und abnormaler Größe und Wachstumsmustern des Fetus, Verwendung des Doppler-Flusses der Nabelarterie
5. Beurteilung der Zervixlänge

Dieser Teil wird in einem schrittweisen Prozess erlernt:

1. Orientierung anhand von Lehrbüchern und/oder E-Learning-Modulen
 2. Praktische Erfahrung unter direkter Aufsicht; mit zunehmender Erfahrung wird weniger Aufsicht erforderlich.
- Beurteilung: wissensbasierte Bewertung (Prüfung), direkte klinische Beobachtung, Portfolio mit mindestens 50 Fällen (verschiedene Fälle aus dem ersten, zweiten und dritten Trimester).

Referenzen:

1. ISUOG Education Committee recommendations for basic training in obstetric and gynaecological ultrasound. Ultrasound Obstet Gynaecol 2013; DOI 10.1002/uog.13208
2. Jacobs I, Oram D, Fairbanks J et al A risk of malignancy index incorporating Ca125, ultrasound and menopausal status for the accurate preoperative diagnosis of ovarian cancer. Br J Obstet Gynaecol 1990;97:922-929
3. Timmerman DV, Bourne TH, Collins WP et al. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) group. Ultrasound Obstet Gynecol 2000; 16:500- 505.

Übertragung von Aufgaben und Portfolio

Autoren: Fedde Scheele, Angelique Goverde, Jessica van der Aa, Laura Spinnewijn

Einführung

In diesem Abschnitt werden die Mittel beschrieben, mit denen im Rahmen des paneuropäischen Weiterbildungslehrplans für Geburtshilfe und Gynäkologie die Kompetenzfortschritte der Assistenzärzte ermittelt werden. Der Lehrplan umfasst 10 Themen, die verschiedene berufliche Tätigkeiten umfassen. Sobald ein Assistenzarzt die volle Kompetenz in der Ausübung einer bestimmten beruflichen Tätigkeit, d. h. das Niveau der selbstständigen Ausübung erreicht hat, wird ihm diese spezifische berufliche Tätigkeit übertragen. Im Laufe der Zeit erhält er die Aufgaben des gesamten Themenbereichs übertragen. Je nach den örtlichen Vorschriften und Gesetzen bedeutet die Übertragung von Aufgaben, dass der Assistenzarzt für kompetent erklärt wird und die betreffende berufliche Tätigkeit ohne Aufsicht ausüben darf. Bei der auf Übertragungsentscheidungen basierenden Ausbildung sollten sich die Assistenzärzte stets der Möglichkeit bewusst sein, eine Beaufsichtigung zu beantragen, auch wenn ihnen die selbstständige Ausübung einer bestimmten Tätigkeit bereits übertragen wurde. Dies erfordert eine reflektierte Praxis des Assistenzarztes. In Risikosituationen wird von den Assistenzärzten erwartet, dass sie das Risiko erkennen und eine Beaufsichtigung verlangen, wenn die Sicherheit der Patienten gefährdet ist. In einigen Ländern ist die selbstständige Ausübung gesetzlich eingeschränkt, daher kann die Ausübung der übertragenen Aufgaben an die lokalen oder regionalen Rechtsvorschriften angepasst werden.

Im Laufe der Jahre werden dem Assistenzarzt weitere berufliche Aufgaben übertragen; die Übertragung ist daher nicht auf den letzten Tag der Ausbildung beschränkt. Die konkrete Ausgestaltung der Übertragung von Aufgaben wird durch die lokale oder regionale Infrastruktur bestimmt und an diese angepasst.

Die Übertragung von Aufgaben umfasst, wie im Folgenden beschrieben, mehr als nur eine Bewertung und wird im persönlichen Portfolio des Assistenzarztes dokumentiert. Dieses Dokument beschreibt die Schritte, die im Ausbildungsprozess zu unternehmen sind, um die Übertragung von Aufgaben zu erreichen. Es enthält Leitlinien für die Bewertung des Portfolios und für Entscheidungen über die Übertragung von Aufgaben, einschließlich Bewertungsinstrumenten.

Übertragung von beruflichen Tätigkeiten

Eine berufliche Tätigkeit umfasst alle Aufgaben und Aspekte, die zur Ausübung dieser Tätigkeit im Rahmen der Patientenversorgung erforderlich sind. Die berufliche Tätigkeit „Kaiserschnitt“ umfasst beispielsweise nicht nur die technischen Fähigkeiten zur Durchführung des Eingriffs, sondern auch andere Kompetenzen wie den Entscheidungsprozess vor der Operation, die Kommunikation mit den Patienten, die Teamarbeit im Operationssaal und die postoperative Versorgung. Die Übertragung einer beruflichen Tätigkeit an den Assistenzarzt bedeutet, dass dieser in allen Aspekten der beruflichen Tätigkeit als kompetent angesehen wird, sodass er die Tätigkeit selbstständig ausführen kann. Die Übertragung kann einen kleinen Bereich der Praxis wie den Kaiserschnitt oder einen größeren Bereich wie die „Intrapartale und postpartale Versorgung“ als Teil der Mütterpflege betreffen.

Der Lernprozess eines Assistenzarztes, der darauf abzielt, das Niveau der selbstständigen Ausübung zu erreichen, basiert auf der aktiven Beteiligung an der Versorgung, dem formativen Feedback durch klinische Supervisoren und der Reflexion über die Fortschritte durch den Assistenzarzt. Mit der Zeit führen diese klinischen Tätigkeiten zu einer zunehmenden Kompetenz, und die Supervision wird entsprechend angepasst. In den ersten Ausbildungsphasen ist die Supervision streng, und die klinischen Supervisoren müssen anwesend sein, während der Assistenzarzt eine bestimmte Tätigkeit ausübt, um ihn durch den Prozess zu begleiten oder bei Bedarf

eingreifen. Mit zunehmender Erfahrung und Kompetenz des Assistenzarztes entwickelt sich die Supervision zu einer eher begleitenden und unterstützenden Rolle, wobei der Bedarf an Interventionen abnimmt. Dadurch kann der Assistenzarzt ein höheres Maß an Selbstständigkeit erlangen. Wenn der Assistenzarzt die erforderliche Kompetenz erworben hat, kann die Tätigkeit an ihn delegiert werden, wobei die Aufsicht indirekt (nicht im selben Raum) und nach Ermessen des Ausbilders erfolgen kann. Sobald die klinischen Supervisoren anhand des Portfolios und ihrer eigenen Beurteilung davon überzeugt sind, dass der Assistenzarzt die Tätigkeit ohne Eingreifen eines Supervisors ausführen kann, wird ihm die diese spezifische Tätigkeit gemäß dem unten beschriebenen Verfahren übertragen. Die Strategie der Übertragung von Aufgaben basiert auf internationaler Literatur [1-4].

Die Kompetenzentwicklung durchläuft fünf Stufen: vom Beobachten des Ausbilders durch den Assistenzarzt (Stufe 1) bis zur vollständigen selbstständigen Ausführung der Tätigkeit durch den Assistenzarzt („Ausbilder muss nicht anwesend sein“). Dies ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Fünf Kompetenzstufen bis zur Übertragung einer Aufgabe.

Kompetenzstufen:	1	2	3	4	5
	Der Ausbilder führt die Tätigkeit aus, der Assistenzarzt beobachtet	Der Ausbilder erklärt dem Assistenzarzt die Tätigkeit	Der Ausbilder greift gelegentlich ein	Der Ausbilder ist nur sicherheitshalber anwesend	Der Ausbilder muss nicht anwesend sein
Assistenzarzt:	 Entwicklung der Kompetenz des Assistenzarztes				Übertragung von Aufgaben (nach formaler Entscheidung zu erreichen)

Portfolio

Im Portfolio hält der Assistenzarzt alle Tätigkeiten und Perspektiven im Zusammenhang mit seiner Entwicklung fest, um die Beantragung einer höheren Kompetenzstufe und schließlich auf die Übertragung von Aufgaben zu unterstützen. Für die Entscheidungen über das Kompetenzniveau und die Übertragung von Aufgaben werden Daten aus drei Quellen gesammelt (dreifache Quelle der Übertragung):

A) Lernerfahrungen: Darstellung der Lernerfolge des Assistenzarztes

- Logbuch als Zusammenfassung der klinischen Erfahrungen, einschließlich spezifischer Diagnosen und Behandlungen.
- Kurse, z. B. laparoskopischer Fertigkeitstraining, Managementkurs usw.
- Akademische Erfahrung, wissenschaftliche Arbeiten, Präsentationen, Peer-reviewed wissenschaftliche Artikel.
- Persönlicher Entwicklungsplan mit regelmäßigen Aktualisierungen der Ausbildungsfortschritte, Reflexionsberichten und Berichten über Gespräche mit dem Tutor.

B) Beurteilung für die Übertragung von Aufgaben: Darstellung der Beurteilungsleistungen des Assistenzarztes

- Strukturiertes Feedback von Vorgesetzten, Kollegen und Patienten, z. B. 360-Grad-Feedback (siehe Anhang 1)
- Arbeitsplatzbezogene Bewertungen, z. B. Mini-CEX, OSATS¹ Beispiele für formale Bewertungsinstrumente am klinischen Arbeitsplatz finden Sie in Anhang 1.
- Bewertung von Kenntnissen und Fähigkeiten, z. B. Prüfungsergebnisse

C) Der Kompetenzausschuss ergänzt seine fachlichen Eindrücke: Darstellung des „Meister-Lehrling“-Bildes

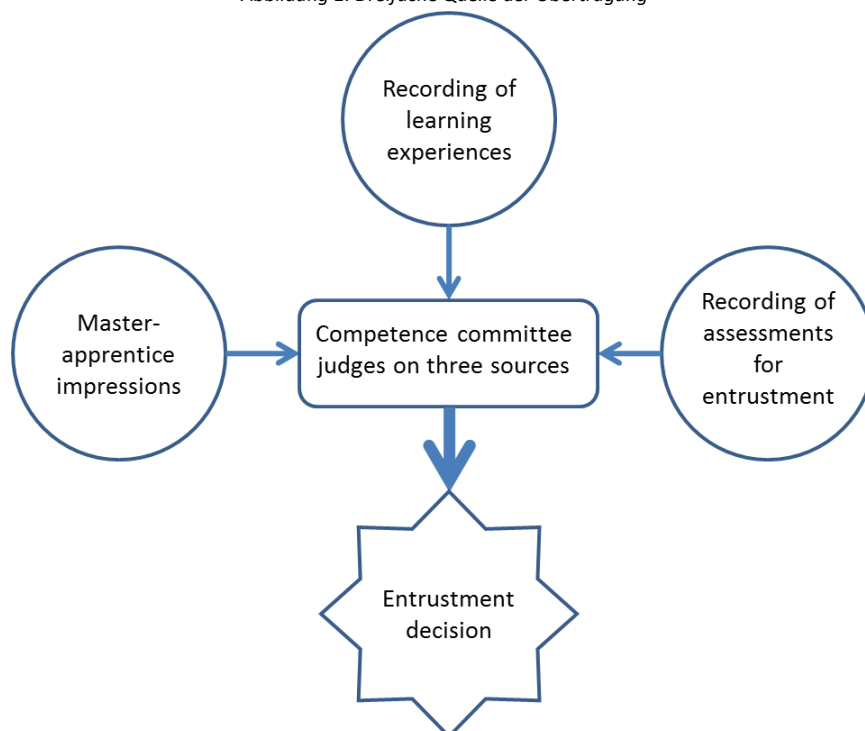
- Kurzes Protokoll der Sitzung des Kompetenzausschusses mit einer Beschreibung der fachlichen Eindrücke, das dem Portfolio beigelegt wird.

Übertragungsprozess und Entscheidung

Bei der Formalisierung der Übertragung sollte der Assistenzarzt eine aktive Rolle bei der Einleitung von Entscheidungen bezüglich der Übertragung von Aufgaben spielen. Die tatsächliche Entscheidung über die Übertragung einer Tätigkeit liegt jedoch beim Kompetenzausschuss. Es wird empfohlen, dass der Kompetenzausschuss aus mindestens zwei Mitgliedern besteht, die die Leistung des Assistenzarztes gut kennen, und vorzugsweise aus mindestens zwei weiteren Mitgliedern der klinischen Fakultät.

Alle drei bis sechs Monate wird vom Assistenzarzt erwartet, dass er einen klaren und prägnanten Antrag an den Kompetenzausschuss stellt, in dem er vorschlägt, für eine bestimmte Tätigkeit in eine höhere Kompetenzstufe aufzusteigen. Der Antrag sollte durch Informationen aus dem Portfolio untermauert werden. Auf der Grundlage der drei Informationsquellen legt der Kompetenzausschuss die Kompetenzstufe und damit den Umfang der für die im Antrag genannten beruflichen Tätigkeiten erforderlichen Supervision fest. Dieser Prozess kann besonders wichtig sein beim Übergang von Kompetenzstufe 3 zu 4 sowie beim Übergang von Stufe 4 zu 5 (Entscheidung über die Übertragung von Aufgaben). Für die Übergänge in den unteren Stufen kann der Kompetenzausschuss die Entscheidung den klinischen Supervisoren übertragen, um übermäßige Verwaltungsprozesse zu vermeiden.

Abbildung 1: Dreifache Quelle der Übertragung



Dieser Prozess kann zwei mögliche Ergebnisse haben:

1. Wenn der Kompetenzausschuss hinsichtlich des erreichten Kompetenzniveaus unentschieden ist, werden weitere Informationen über die Leistung des Assistenzarztes eingeholt und die Entscheidung wird vertagt.
2. Wenn sich der Kompetenzausschuss über das Kompetenzniveau einig ist, wird die Entscheidung kurz schriftlich begründet (zur Aufnahme in das Portfolio) und die Tätigkeit wird freigegeben.

Sobald der Assistenzarzt das höchste Kompetenzniveau erreicht hat, überträgt ihm der Kompetenzausschuss diese bestimmte berufliche Tätigkeit.

In einigen Rechtsordnungen ist es rechtlich unmöglich, dass ein Assistenzarzt eine klinische Tätigkeit vollständig ohne Aufsicht ausübt. In diesen Fällen können dem Assistenzarzt, wenn der Kompetenzausschuss ihn für die selbstständige Ausübung der Tätigkeit für kompetent hält, aber aus formalen Gründen nicht entsprechend handeln darf, Aufgaben in schriftlicher Form übertragen werden, mit der Maßgabe, dass diese Übertragung am Ende der Ausbildung wirksam wird.

Die Kompetenzentscheidungen und die Entscheidungen des Kompetenzausschusses bezüglich der Übertragung von Aufgaben werden im Portfolio festgehalten, sodass der Assistenzarzt, die klinische Fakultät und der Kompetenzausschuss jederzeit überprüfen können, welches Kompetenzniveau erreicht wurde und ob eine Übertragung erfolgt ist.

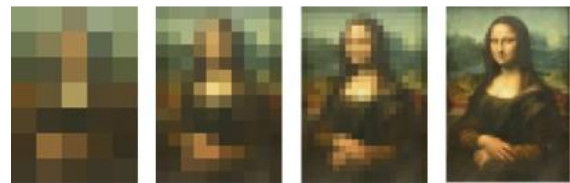
Das Bewertungsbild

Es ist wichtig zu betonen, dass die Bewertung für die Übertragung von Aufgaben nur eine der Quellen ist, auf denen die Übertragungsentscheidung basiert.

In Bezug auf die Bewertung für die Übertragung ist Folgendes zu beachten:

- Der Bewertungsprozess für die Übertragung kann als ein Bild betrachtet werden, das aus mehr oder weniger Pixeln besteht. Je höher die Anzahl der Bewertungen, desto mehr Pixel sind im Bewertungsbild vorhanden.
- Die Vielfalt der Bewertungsinstrumente (Beispiele siehe Anhang 1) sorgt für Vielfalt in der Farbgebung des Bewertungsbildes und damit für ein klareres Bild.
- Die Durchführung vieler Bewertungen für die Übertragung erfordert einen hohen Aufwand an Zeit, Mühe und Finanzen. Die Bewertung für die Übertragung von Aufgaben sollte sinnvoll sein, und die Ressourcen für die Bewertung sollten sparsam eingesetzt werden. Nur wenn es notwendig ist, z. B. bei Zweifeln an der Leistung des Assistenzarztes, kann die Anzahl der Bewertungen für die Übertragung von Aufgaben erhöht werden, um ein detaillierteres Bild der Leistung des Assistenzarztes zu erhalten (sequenzielle Bewertung).
- Im Laufe der Ausbildung kann sich die Bewertung von einer eher wissensbasierten Bewertung zu einer eher kompetenzbasierten Bewertung im klinischen Umfeld mit Beobachtungen am Arbeitsplatz verlagern, da die Selbstständigkeit in der Praxis zunimmt.

Assessment information as pixels



Courtesy of C van der Vleuten

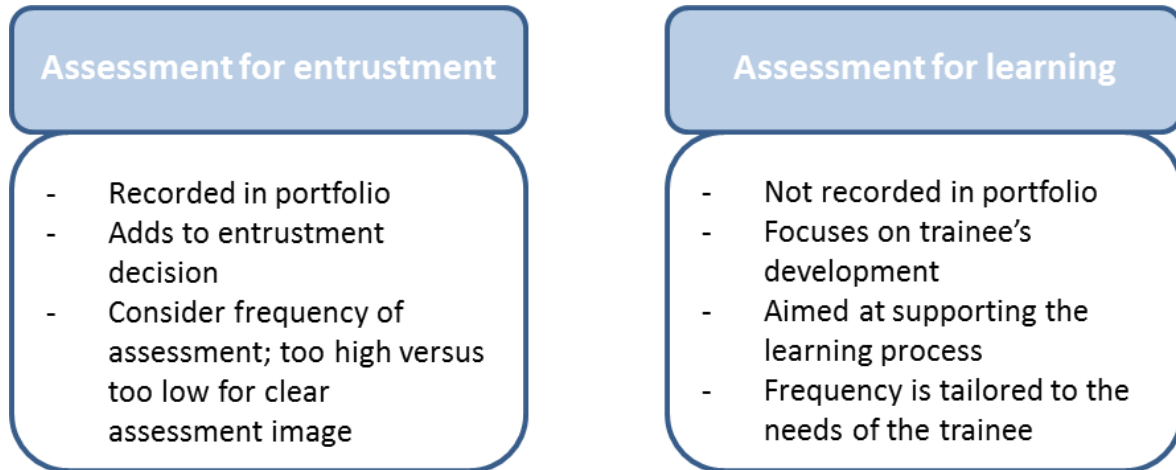
Bewertung und Feedback können sowohl für die Übertragung von Aufgaben als auch für das Lernen verwendet werden. In Bezug auf Bewertung und Feedback für das Lernen ist Folgendes zu beachten:

Im Lernprozess ist es für die klinischen Lehrkräfte notwendig, über Informationen zum Leistungsniveau der Assistenzärzte zu verfügen, um ihnen optimales Feedback geben und sie bei der Verbesserung ihrer Kompetenzen coachen zu können. Die Assistenzärzte nehmen Feedback zum Lernen anders wahr als Bewertungen für die Übertragung von Aufgaben, da es sich um eine Bewertung mit geringer Bedeutung handelt. Bewertung und Feedback für das Lernen sind für ein optimales „Meister-Lehrling“-Lernen und die Betreuung der Assistenzärzte äußerst wichtig. Es wird daher empfohlen, eine möglichst sichere Lernumgebung zu schaffen und geringwertige Bewertungen und Feedback für das Lernen nicht im Portfolio zu dokumentieren. Das Portfolio ist

auf höherwertige Informationen für die Übertragung von Aufgaben ausgerichtet.

Geringwertige Bewertungen und Feedback für das Lernen sollten getrennt von höherwertigen Bewertungen für die Übertragung von Aufgaben erfolgen, da die Assistenzärzte sonst beides als höherwertige Bewertung und Feedback für das Lernen empfinden könnten (eine Hürde, die es zu überwinden gilt, anstatt als etwas, aus dem sie lernen können).

Abbildung 2: Bewertung für die Übertragung von Aufgaben versus Bewertung für das Lernen



Festlegung des Ausbildungszeitplans und der Fortschritte des Assistenzarztes

Jede Ausbildungseinrichtung kann die Ziele für die Übertragung von Aufgaben an ihre Assistenzärzte im Laufe der Zeit in einem Ausbildungszeitplan festlegen (siehe Tabelle 2 für ein Beispiel). Der Assistenzarzt und der Kompetenzausschuss sollten den Fortschritt des Assistenzarztes immer wieder bewerten, mit dem Ziel, den Zeitplan einzuhalten. In der Tabelle steht X für das Jahr, in dem die vollständige Übertragung der beruflichen Tätigkeit erfolgen soll.

Tabelle 2: Beispiel für einen Ausbildungszeitplan für Übertragungen im Laufe der Zeit.

Eingebettete EPAs innerhalb eines Themas (übergeordnetes EPA)	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4
Behandlung vorzeitiger Wehen und Einleitung der Lungenreifung	x			
Unterstützung bei Frühgeburten	x			
Unterstützung bei unkomplizierten Entbindungen	x			
Management einer Entbindung mit Kaiserschnitt in der Anamnese oder peripartalen Schmerzen	x			
Unterstützung bei Steißgeburten, <u>mindestens in der Simulation</u>			x	
Unterstützung bei vaginalen Mehrlingsgeburten			x	
Alle Maßnahmen zur Behandlung von Dystokie, einschließlich Schulterdystokie		x		
Durchführung einer vakuumassistierten vaginalen Entbindung		x		
Durchführung einer Zangengeburt, <u>mindestens in der Simulation</u>		x		
Durchführung eines elektiven Kaiserschnitts		x		
Durchführung eines Notfallkaiserschnitts		x		
Durchführung eines wiederholten Kaiserschnitts oder eines Kaiserschnitts bei Patientinnen mit hohem BMI			x	
Manuelle Entfernung der Plazenta			x	

Diplom

Wenn alle EPAs unterzeichnet sind und die Ausbildung somit abgeschlossen ist, kann das gut dokumentierte Portfolio dem Standard Committee for Training and Assessment (SCTA) der EBCOG vorgelegt werden, um ein von der EBCOG ausgestelltes Diplom zu erhalten. Das Diplom bescheinigt, dass der Gynäkologe gemäß den europäischen Standards ausgebildet und zugelassen ist, und wird vom Vorsitzenden des SCTA und dem Präsidenten der EBCOG unterzeichnet.

Referenzen:

1. Viewpoint: Competency-Based Postgraduate Training: Can We Bridge the Gap between Theory and Clinical Practice? O ten Cate, F Scheele. Academic Medicine 2007;82 (6), 542-547
2. The assessment of professional competence: building blocks for theory development. CPM Van der Vleuten, LWT Schuwirth, F Scheele, EW Driessen, B Hodges. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2010;24 (6), 703-719
3. Billett, S. (2010). Learning through practice: models, traditions, orientations and approaches [Electronic version]. In S. Billett (Ed.), *Professional and practice-based learning* (pp. 1–20). Dordrecht: Springer. Retrieved December 20, 2013
4. Managing risks and benefits: key issues in entrustment decisions. Ten Cate O. Med Educ. 2017 Sep; 51(9):879-881.
5. From aggregation to interpretation: how assessors judge complex data in a competency-based portfolio. Oudkerk Pool A, Govaerts MJB, Jaarsma DADC, Driessen EW. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2017 Oct 14. doi: 10.1007/s10459-017-9793-y. [Epub vor Druckausgabe]
6. Do portfolios have a future? Driessen E. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2017 Mar;22(1):221-228.
7. Assessment of competence and progressive independence in postgraduate clinical training. MGK Dijksterhuis, M Voorhuis, PW Teunissen, LWT Schuwirth, OTJ Ten Cate, DDM Braat, F Scheele. Medical education 2009;43 (12), 1156-1165

Anhang 1: Beispiele für formale Bewertungsinstrumente am klinischen Arbeitsplatz

Die vorgestellten Bewertungsformulare sind Vorschläge, andere Formulare mit vergleichbaren Punkten können ebenfalls verwendet werden.

1. Formular für die direkte Beobachtung in der klinischen Praxis
2. Formular für Feedback aus mehreren Quellen / 360-Grad-Beobachtungsformular
3. OSAT-Formular
4. Mini-CEX

Direkte Beobachtung in der klinischen Praxis

Name des Assistenzarztes:

Name des Ausbilders:

Berufliche Tätigkeit:

Datum:

Unterschrift des

Ausbilders:

Unterschrift des

Assistenzarztes:

Der Assistenzarzt hat medizinisches Fachwissen wie folgt unter Beweis gestellt:

1	2	3	4	5
<i>Der Ausbilder führt die Tätigkeit aus, der Assistenzarzt beobachtet</i>	<i>Der Ausbilder erklärt dem Assistenzarzt die Tätigkeit</i>	<i>Der Ausbilder greift gelegentlich ein</i>	<i>Der Ausbilder ist nur sicherheits halber anwesend</i>	<i>Der Ausbilder muss nicht anwesend sein</i>

Stärken	
Verbesserungsmöglichkeiten	

Es reicht aus, sich auf ein oder zwei Punkte pro Beobachtung zu konzentrieren

Patientenorientierte Pflege

Die Leistung hat die Erwartungen

nicht erfüllt

erfüllt

übertroffen

.

Stärken	
Verbesserungsmöglichkeiten	

Teamarbeit

Die Leistung hat die Erwartungen

nicht erfüllt

erfüllt

übertroffen

.

Stärken	
Verbesserungsmöglichkeiten	

Systemorientiertes Handeln

Die Leistung hat die Erwartungen

nicht erfüllt	erfüllt	übertrifft
----------------------	----------------	-------------------

 .

Stärken	
Verbesserungsmöglichkeiten	

Persönliche und berufliche Entwicklung

Die Leistung hat die Erwartungen

nicht erfüllt	erfüllt	übertrifft
----------------------	----------------	-------------------

 .

Stärken	
Verbesserungsmöglichkeiten	

Verweis auf die „Allgemeinen Kompetenzen und Soft Skills“ des Lehrplans für spezifisches Feedback:

Patientenorientierte Pflege

- Patienten aus einer ganzheitlichen Perspektive betrachten, Vielfalt und individuelle Versorgung respektieren
- Respektvoll und einfühlsam kommunizieren und zur Förderung von gegenseitigem Vertrauen aktiv zuhören
- Die Selbstbestimmung der Patienten stärken und eine informierte Einwilligung sicherstellen, indem im gemeinsamen Entscheidungsprozess ein Gleichgewicht zwischen evidenzbasierten Empfehlungen und den Präferenzen der Patienten hergestellt wird
- Führungsqualitäten zeigen, um Sicherheit und Kontinuität in der Patientenversorgung zu gewährleisten
- Gemäß ethischen Standards und den universellen Menschenrechten von Frauen arbeiten

Teamarbeit

- Respektvoll mit anderen Fachkräften, wie z. B. Pflegekräften und Hebammen, umgehen und zu einem sicheren und konstruktiven Arbeitsumfeld beitragen
- Förderung der berufsübergreifenden gemeinsamen Entscheidungsfindung, Anerkennung und Nutzung der Fachkenntnisse anderer
- Fokus auf die Teamleistung unter Berücksichtigung von Versorgungsstandards und rechtlichen Aspekten
- Demonstration von Führungsqualitäten, insbesondere in kritischen Situationen.

Systemorientiertes Handeln

- Die Gesundheitsorganisation, einschließlich ihres Rechtssystems, verstehen und effektiv darin arbeiten
- Vielfalt, Entwicklung und Innovation verstehen und sich daran anpassen
- Nach Richtlinien und Standards der Pflege arbeiten und Patientensicherheitssysteme anwenden
- Ausgewogenes Verhältnis zwischen patientenbezogenen Ergebnissen und Kosten herstellen
- Triage durchführen und Aufgaben unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen priorisieren
- Privatsphäre und Komfort der Patienten bei der Versorgung, im Umfeld und im Kontext gewährleisten

Persönliche und berufliche Entwicklung

- Lebenslanges Lernen und Vorbildfunktion
- Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben
- Erkennen der persönlichen Kompetenzen und Grenzen
- Geben, Einholen und Annehmen von Feedback, Reflektieren und Nutzen für Verbesserungen
- Kontinuierliche Verbesserung der Fähigkeit, empathisch zuzuhören sowie effektive und klare Kommunikation
- Durch Forschung, Ausbildung und die Förderung der Umsetzung von Innovationen zum Fortschritt der Gesundheitsversorgung beitragen

**Wie im Abschnitt „Allgemeine Kompetenzen und Soft Skills“ des Lehrplans beschrieben*

360-Grad-Beobachtung (Feedback aus verschiedenen Quellen)

Sammeln Sie unter Aufsicht des Kompetenzausschusses mindestens 10 Formulare von medizinischem Personal, Hebammen, Krankenschwestern und Verwaltungsmitarbeitern und integrieren Sie die Informationen.

Name des Assistenzarztes:

Name des Ausbilders:

Berufliche Tätigkeit:

Datum:

Unterschrift des

Ausbilders:

Unterschrift des

Assistenzarztes:

Bitte geben Sie Ihre Meinung zu diesem Assistenzarzt ab. Beantworten Sie keine Fragen, wenn Sie die Antwort nicht wissen. Fügen Sie gerne Erläuterungen hinzu.

Der Assistenzarzt zeigt medizinisches Fachwissen:

Die Leistung hat die Erwartungen

<u>nicht erfüllt</u>	erfüllt	übertroffen
----------------------	---------	-------------

 .

Stärken	
Verbesserungsmöglichkeiten	

Die Leistung des Assistenzarztes im Bereich „patientenorientierte Pflege“ wurde beobachtet

Die Leistung hat die Erwartungen

<u>nicht erfüllt</u>	erfüllt	übertroffen
----------------------	---------	-------------

 .

Stärken	
Verbesserungsmöglichkeiten	

Die „Teamarbeit“ dieses Assistenzarztes wurde beobachtet

Die Leistung hat die Erwartungen

<u>nicht erfüllt</u>	erfüllt	übertroffen
----------------------	---------	-------------

 .

Stärken	
Verbesserungsmöglichkeiten	

Das „systemorientierte Handeln“ des Assistenzarztes wurde beobachtet

Die Leistung hat die Erwartungen

<u>nicht erfüllt</u>	<u>erfüllt</u>	<u>übertrifft</u>
----------------------	----------------	-------------------

 .

Stärken	
Verbesserungsmöglichkeiten	

Die „persönliche und berufliche Entwicklung“ dieses Assistenzarztes wurde beobachtet

Die Leistung hat die Erwartungen

<u>nicht erfüllt</u>	<u>erfüllt</u>	<u>übertrifft</u>
----------------------	----------------	-------------------

 .

Stärken	
Verbesserungsmöglichkeiten	

Verweis auf die „Allgemeinen Kompetenzen und Soft Skills“ des Lehrplans für spezifisches Feedback:

Patientenorientierte Pflege

- Patienten aus einer ganzheitlichen Perspektive betrachten, Vielfalt und individuelle Versorgung respektieren
- Respektvoll und einfühlsam kommunizieren und zur Förderung von gegenseitigem Vertrauen aktiv zuhören
- Die Selbstbestimmung der Patienten stärken und eine informierte Einwilligung sicherstellen, indem im gemeinsamen Entscheidungsprozess ein Gleichgewicht zwischen evidenzbasierten Empfehlungen und den Präferenzen der Patienten hergestellt wird
- Führungsqualitäten zeigen, um Sicherheit und Kontinuität in der Patientenversorgung zu gewährleisten
- Gemäß ethischen Standards und den universellen Menschenrechten von

Frauen arbeiten Teamarbeit

- Respektvoller Umgang mit anderen Fachkräften, wie z. B. Pflegekräften und Hebammen, und Beitragen zu einem sicheren und konstruktiven Arbeitsumfeld
- Förderung der berufsübergreifenden gemeinsamen Entscheidungsfindung, Anerkennung und Nutzung der Fachkenntnisse anderer
- Fokus auf die Teamleistung unter Berücksichtigung von Versorgungsstandards und rechtlichen Aspekten
- Demonstration von Führungsqualitäten, insbesondere in kritischen Situationen

Systemorientiertes Handeln

- Die Gesundheitsorganisation, einschließlich ihres Rechtssystems, verstehen und effektiv darin arbeiten
- Vielfalt, Entwicklung und Innovation verstehen und sich daran anpassen
- Nach Richtlinien und Standards der Pflege arbeiten und Patientensicherheitssysteme anwenden
- Ausgewogenes Verhältnis zwischen patientenbezogenen Ergebnissen und Kosten herstellen
- Triage durchführen und Aufgaben unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen priorisieren
- Privatsphäre und Komfort der Patienten bei der Versorgung, im Umfeld

und im Kontext gewährleisten Persönliche und berufliche Entwicklung

- Lebenslanges Lernen und Vorbildfunktion
- Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben
- Erkennen der persönlichen Kompetenzen und Grenzen
- Geben, Einholen und Annehmen von Feedback, Reflektieren und Nutzen für Verbesserungen
- Kontinuierliche Verbesserung der Fähigkeit, empathisch zuzuhören sowie effektive und klare Kommunikation
- Durch Forschung, Ausbildung und die Förderung der Umsetzung von Innovationen zum Fortschritt der Gesundheitsversorgung beitragen

OSAT des chirurgischen Eingriffs

Name des Assistenzarztes:

Name des Ausbilders:

Berufliche Tätigkeit:

Datum:

Unterschrift des

Ausbilders:

Unterschrift des

Assistenzarztes:

Objektive strukturierte Bewertung der technischen Fähigkeiten (Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS): globale Bewertungsskala für chirurgische Leistungen¹

Bitte kreisen Sie die Zahl ein, die der Leistung des Assistenzarztes in jeder Kategorie entspricht, unabhängig vom Ausbildungsstand.

	1	2	3	4	5
Respekt vor Gewebe	Häufige unnötige Krafteinwirkung auf Gewebe oder Beschädigungen durch unsachgemäßen Gebrauch von Instrumenten		Sorgfältiger Umgang mit Gewebe, aber gelegentlich unbeabsichtigte Beschädigungen		Durchweg sachgemäßer Umgang mit Gewebe mit minimalen Beschädigungen
Zeit und Bewegung	Viele unnötige Bewegungen		Effiziente Nutzung von Zeit/Bewegung, aber einige unnötige Bewegungen		Klare Bewegungsökonomie und maximale Effizienz
Kenntnisse und Umgang mit Instrumenten	Mangelnde Kenntnisse über Instrumente		Kompetenter Umgang mit Instrumenten, aber gelegentlich steif oder ungeschickt		Offensichtliche Vertrautheit mit den Instrumenten
Ablauf	Häufiges Unterbrechen des Eingriffs und Unsicherheit hinsichtlich des nächsten Schritts		Zeigte etwas Vorausplanung mit angemessenem Fortschreiten des Eingriffs		Offensichtlich geplanter Ablauf des Eingriffs, mit einem mühelosen Übergang von einer Bewegung zur nächsten
Einsatz von Assistenten	Assistenten durchweg schlecht positioniert oder kein Einsatz von Assistenten		Meistens angemessener Einsatz von Assistenten		Strategischer Einsatz von Assistenten zu jedem Zeitpunkt
Kenntnisse über den spezifischen Eingriff	Mangelhafte Kenntnisse. Benötigte bei den meisten Schritten spezifische Anweisungen		Kannte alle wichtigen Schritte des Eingriffs		Zeigte Vertrautheit mit allen Aspekten des Eingriffs

Die Leistung hat die Erwartungen

nicht erfüllt

erfüllt

übertrifft

Stärken	
Verbesserungsmöglichkeiten	

¹ angepasst aus Hiemstra et al. J Can Chir 201

Klinische Mini-Bewertung einer Patientenberatung (Mini-CEX)

Name des Assistenzarztes:

Name des Ausbilders:

Berufliche Tätigkeit:

Datum:

Unterschrift des

Ausbilders:

Unterschrift des
Assistenzarztes:

Der Mini-CEX berichtet über eine klinische Bewertungsübung, bei der der Supervisor den Assistenzarzt in einer Situation mit direktem Patientenkontakt beobachtet. Der Supervisor gibt Feedback zur Interaktion des Assistenzarztes mit dem Patienten, bewertet die Leistung des Assistenzarztes in mehreren Bereichen (eine Untergruppe von Bereichen kann ausgewählt werden) und beschreibt die Anpassungen, die für eine angemessene Ausführung der Aufgabe erforderlich sind.

Feedback wird nur für die beobachteten Bereiche gegeben. Der Supervisor und der Assistenzarzt besprechen im Voraus, zu welchen Bereichen in der jeweiligen Situation Feedback gegeben wird.

Anamnese/medizinische Befragung

Die Leistung hat die Erwartungen

nicht erfüllt	erfüllt	übertroffen
---------------	---------	-------------

 .

Auf allgemeine Kompetenzen und Soft Skills achten:*

- *Patienten aus einer ganzheitlichen Perspektive betrachten, Vielfalt und individuelle Versorgung respektieren.*
- *Respektvoll und einfühlsam kommunizieren und zur Förderung von gegenseitigem Vertrauen aktiv zuhören.*

Stärken	
Verbesserungsmöglichkeiten	

Körperliche Untersuchung

Die Leistung hat die Erwartungen

nicht erfüllt	erfüllt	übertroffen
---------------	---------	-------------

 .

Auf allgemeine Kompetenzen und Soft Skills achten:*

- *Respektvoll und empathisch kommunizieren*
- *Privatsphäre und Komfort der Patienten bei der Versorgung, im Umfeld und im Kontext gewährleisten.*

Stärken	
Verbesserungsmöglichkeiten	

Informierte Entscheidungsfindung/Beratung

Die Leistung hat die Erwartungen

nicht erfüllt	erfüllt	übertroffen
---------------	---------	-------------

 .

Auf allgemeine Kompetenzen und Soft Skills achten:*

- *Respektvoll und einfühlsam kommunizieren und zur Förderung von gegenseitigem Vertrauen aktiv zuhören.*
- *Die Selbstbestimmung der Patienten stärken und eine informierte Einwilligung sicherstellen, indem im gemeinsamen Entscheidungsprozess ein Gleichgewicht zwischen evidenzbasierten Empfehlungen und den Präferenzen der Patienten hergestellt wird.*

Stärken	
Verbesserungsmöglichkeiten	

Klinische Beurteilung/Argumentation

Die Leistung hat die Erwartungen

nicht erfüllt	erfüllt	übertrroffen
----------------------	----------------	---------------------

 .

Auf allgemeine Kompetenzen und Soft Skills achten:*

- *Patienten aus einer ganzheitlichen Perspektive betrachten, Vielfalt und individuelle Versorgung respektieren.*
- *Berufsübergreifende gemeinsame Entscheidungsfindung, Anerkennung und Nutzung der Fachkenntnisse anderer fördern.*
- *Nach Richtlinien und Standards der Pflege arbeiten und Patientensicherheitssysteme anwenden.*

Stärken	
Verbesserungsmöglichkeiten	

Professionalität

Die Leistung hat die Erwartungen

nicht erfüllt	erfüllt	übertrroffen
----------------------	----------------	---------------------

 .

Auf allgemeine Kompetenzen und Soft Skills achten:*

- *Führungsqualitäten zeigen, um auch in kritischen Situationen Sicherheit und Kontinuität in der Patientenversorgung zu gewährleisten.*
- *Gemäß ethischen Standards und den universellen Menschenrechten von Frauen arbeiten.*
- *Privatsphäre und Komfort der Patienten bei der Versorgung, im Umfeld und im Kontext gewährleisten.*
- *Persönliche Kompetenzen und Grenzen erkennen.*
- *Ausgewogenes Verhältnis zwischen patientenbezogenen Ergebnissen und Kosten herstellen.*

Stärken	
Verbesserungsmöglichkeiten	

Organisation / Effizienz

Die Leistung hat die Erwartungen

nicht erfüllt	erfüllt	übertrroffen
----------------------	----------------	---------------------

 .

Auf allgemeine Kompetenzen und Soft Skills achten:*

- *Respektvoll mit anderen Fachkräften, wie z. B. Pflegekräften und Hebammen, umgehen und zu einem sicheren und konstruktiven Arbeitsumfeld beitragen.*
- *Triage durchführen und Aufgaben unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen priorisieren.*

Stärken	
Verbesserungsmöglichkeiten	

**Wie im Abschnitt „Allgemeine Kompetenzen und Soft Skills“ des Lehrplans beschrieben*

Anhang 2: Beispiel für ein Portfolio

Das Portfolio dient in erster Linie dazu, den Prozess der Übertragung beruflicher Tätigkeiten für jeden Assistenzarzt zu dokumentieren. Es dient der Rechenschaftslegung über die Leistungen des Assistenzarztes, sowohl gegenüber der ausbildenden Einrichtung als auch gegenüber anderen Einrichtungen, möglicherweise in anderen Ländern, die den Assistenzarzt später einstellen möchten. Daher sollte das Portfolio ein weltweit anerkanntes Dokument sein.

Entscheidungen über die Übertragung von Aufgaben im Portfolio

Das Portfolio wird vom Assistenzarzt zusammengestellt, die Entscheidungen über die Übertragung von Aufgaben trifft jedoch der Kompetenzausschuss. Für jede Übertragung einer beruflichen Aufgabe (EPA) sollte das Portfolio drei Quellen widerspiegeln, die zu der Übertragungsentscheidung geführt haben:

- A. Lernerfahrungen
- B. Beurteilung für die Übertragung von Aufgaben
- C. Fachliche Eindrücke des Kompetenzausschusses

Diese drei Quellen werden im Abschnitt „Übertragung“ des EBCOG-PACT-Lehrplans näher erläutert.

Themen

Der Lehrplan für die Kernfächer umfasst aus zehn Themen. Jedes Thema steht für eine übergeordnete EPA und besteht aus mehreren kleineren beruflichen Tätigkeiten, den sogenannten „verschachtelten EPAs“.

1. Allgemeine medizinische Kenntnisse und Fertigkeiten
2. Schwangerschaftsvorsorge
3. Intrapartale und postpartale Versorgung
4. Benigne Gynäkologie
5. Reproduktionsmedizin
6. Urogynäkologie
7. Prä malignität und gynäkologische Onkologie
8. Kinder- und Jugendgynäkologie
9. Sexuelle Gesundheit und Empfängnisverhütung
10. Brusterkrankungen

Für jedes Thema sollten Veränderungen in allen drei Quellen sowie Veränderungen im Kompetenzniveau im Portfolio festgehalten werden. Das Portfolio ist Eigentum des Assistenzarztes, der es auf dem neuesten Stand halten sollte. Der Kompetenzausschuss kann jedoch die Fortschritte jedes Assistenzarztes in einem Ausbildungszeitplan für den jeweiligen Assistenzarzt festhalten. Der Programmdirektor und die klinischen Lehrkräfte sind für die optimale Förderung der Ausbildungsmöglichkeiten, die Beurteilungen, die Diskussion und Bewertung des persönlichen Entwicklungsplans und schließlich für die Entscheidungen über die Übertragung von Aufgaben verantwortlich.

Wie wird die Übertragung von Aufgaben auf der Grundlage des Portfolios erreicht?

1. Der Assistenzarzt beantragt die Übertragung einer bestimmten Tätigkeit und erstellt das Portfolio.
2. Der Antrag des Assistenzarztes wird vom Kompetenzausschuss diskutiert
3. a. Wenn der Kompetenzausschuss hinsichtlich des erreichten Kompetenzniveaus unentschieden ist, werden weitere Informationen über die Leistung des Assistenzarztes eingeholt und die Entscheidung wird vertagt.
b. Wenn sich der Kompetenzausschuss einig ist, wird die Entscheidung kurz schriftlich begründet (zur Aufnahme in das Portfolio) und die Tätigkeit wird freigegeben.

Auf den folgenden Seiten wird ein Beispiel für ein Portfolio vorgestellt, in dem die drei Ausbildungsquellen pro Thema (also EPA) beschrieben werden. Das Beispiel entspricht den Mindestanforderungen an ein Portfolio; tatsächliche Portfolios können nach Bedarf oder entsprechend den örtlichen Gegebenheiten erweitert werden.

Allgemeine medizinische Kenntnisse und Fähigkeiten – Beispiel für ein Portfolio

A. Lernerfahrungen

- Stationen
- Ambulanzen
- Kurse
- Simulationen, z. B. für Kommunikationsfähigkeiten
- Reflexion über den Ausbildungsfortschritt
- Persönlicher Entwicklungsplan

B. Beurteilung für die Übertragung von Aufgaben

- Wissenstests: Europäische Prüfung (oder nationale Prüfung)
- Simulationsprüfung
- Direkte Beobachtung in der Praxis
- Feedback von verschiedenen Quellen
- OSATS

C. Kompetenzausschuss

- Der Kompetenzausschuss berücksichtigt die Eindrücke der Meister-Lehrling-Beziehung am Arbeitsplatz im Entscheidungsprozess zur Übertragung von Aufgaben.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt das Kompetenzniveau, das der Assistenzarzt erreicht hat.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt, ob die Fortschritte des Assistenzarztes im Verhältnis zum Ausbildungsplan (siehe Tabelle 2) den Erwartungen entsprechen.
- Der Kompetenzausschuss fasst eine kurze Antwort auf den Antrag des Assistenzarztes auf Übertragung von Aufgaben, die zusammen mit den Überlegungen des Assistenzarztes in dessen Portfolio festgehalten wird.
- Wenn ein Assistenzarzt das höchste Kompetenzniveau für alle verschachtelten EPAs in einem Themen-EPA erreicht hat, kann der Kompetenzausschuss die Übertragung der Aufgaben für das gesamte Themen-EPA genehmigen.

Schritt zur Erreichung der EPA:	In Bearbeitung	In Bearbeitung	In Bearbeitung	Erreicht	Erreicht
Kompetenzstufe:	1	2	3	4	5
<u>Aktivität (Kernfächer des Lehrplans)</u>	Der Ausbilder führt die Tätigkeit aus, der Assistenzarzt beobachtet	Der Ausbilder erklärt dem Assistenzarzt die Tätigkeit	Der Ausbilder greift gelegentlich ein	Der Ausbilder ist nur sicherheits-halber anwesend	Der Ausbilder muss nicht anwesend sein
Anamnese und körperliche Untersuchung durchführen					
Geeignete zusätzliche Untersuchungen anordnen					
Visite leiten					
Grundlegende therapeutische Maßnahmen durchführen					
Schmerztherapie durchführen					
Akutranke Patienten erkennen und triagieren					
Angemessen kommunizieren und gemeinsame Entscheidungsfindung und informierte Einwilligung anwenden					
Patientendaten angemessen dokumentieren					
Grundlegende perioperative Versorgung durchführen					
Verständnis für Sexualkunde zeigen					
Verständnis für biopsychosoziale Aspekte der Geburtshilfe und Gynäkologie zeigen					
Verständnis für gebrechliche ältere Frauen mit mehreren Begleiterkrankungen und Polypharmazie zeigen					

Unterschrift EPA

<i>Name</i>	
<i>Krankenhaus</i>	
<i>Adresse</i>	
<i>Telefonnummer</i>	
<i>E-Mailadresse</i>	
<i>Unterschrift</i>	

Schwangerschaftsvorsorge – Beispiel für ein Portfolio

A. Lernerfahrungen

- Stationen
- Ambulanzen
- Kurse
- Simulationen, z. B. für Kommunikationsfähigkeiten
- Reflexion über den Ausbildungsfortschritt
- Persönlicher Entwicklungsplan

B. Beurteilung für die Übertragung von Aufgaben

- Wissenstests: Europäische Prüfung (oder nationale Prüfung)
- Simulationsprüfung
- Direkte Beobachtung in der Praxis
- Feedback von verschiedenen Quellen
- OSATS

C. Kompetenzausschuss

- Der Kompetenzausschuss berücksichtigt die Eindrücke der Meister-Lehrling-Beziehung am Arbeitsplatz im Entscheidungsprozess zur Übertragung von Aufgaben.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt das Kompetenzniveau, das der Assistenzarzt erreicht hat.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt, ob die Fortschritte des Assistenzarztes im Verhältnis zum Ausbildungsplan (siehe Tabelle 2) den Erwartungen entsprechen.
- Der Kompetenzausschuss verfasst eine kurze Antwort auf den Antrag des Assistenzarztes auf Übertragung von Aufgaben, die zusammen mit den Überlegungen des Assistenzarztes in dessen Portfolio festgehalten wird.
- Wenn ein Assistenzarzt das höchste Kompetenzniveau für alle verschachtelten EPAs in einem Themen-EPA erreicht hat, kann der Kompetenzausschuss die Übertragung der Aufgaben für das gesamte Themen-EPA genehmigen.

Schritt zur Erreichung der EPA:	In Bearbeitung	In Bearbeitung	In Bearbeitung	Erreicht	Erreicht
Kompetenzstufe:	1	2	3	4	5
<u>Aktivität (Kernfächer des Lehrplans)</u>	<i>Der Ausbilder führt die Tätigkeit aus, der Assistenzarzt beobachtet</i>	<i>Der Ausbilder erklärt dem Assistenzarzt die Tätigkeit</i>	<i>Der Ausbilder greift gelegentlich ein</i>	<i>Der Ausbilder ist nur sicherheits halber anwesend</i>	<i>Der Ausbilder muss nicht anwesend sein</i>
Vaginale Ultraschalluntersuchung zur Feststellung der Lebensfähigkeit des Embryos/Fötus, des Alters und der Lage der Schwangerschaft durchführen					
Vaginale Ultraschalluntersuchung zur Feststellung einer Einlings- oder Mehrlingsschwangerschaft und der Chorionizität durchführen					
Vaginale Ultraschalluntersuchung zur Bestimmung der Gebärmutterhalslänge durchführen					
Ultraschalluntersuchung zur Diagnose einer Fehllage durchführen					
Fetale Biometrie und Fruchtwassermenge messen					
Doppleruntersuchung der Nabelarterie					
Informationen und Beratung zur Diagnose und deren Auswirkungen auf die wichtigsten Probleme im Zusammenhang mit der					

Schwangerschaft anbieten					
Die meisten Komplikationen in der frühen Schwangerschaft behandeln					
Die meisten Komplikationen in der mittleren und späten Schwangerschaft behandeln					

Unterschrift EPA

<i>Name</i>	
<i>Krankenhaus</i>	
<i>Adresse</i>	
<i>Telefonnummer</i>	
<i>E-Mailadresse</i>	
<i>Unterschrift</i>	

Intrapartale und postpartale Versorgung – Beispiel für ein Portfolio

A. Lernerfahrungen

- Stationen
- Ambulanzen
- Kurse
- Simulationen, z. B. für Kommunikationsfähigkeiten
- Reflexion über den Ausbildungsfortschritt
- Persönlicher Entwicklungsplan

B. Beurteilung für die Übertragung von Aufgaben

- Wissenstests: Europäische Prüfung (oder nationale Prüfung)
- Simulationsprüfung
- Direkte Beobachtung in der Praxis
- Feedback von verschiedenen Quellen
- OSATS

C. Kompetenzausschuss

- Der Kompetenzausschuss berücksichtigt die Eindrücke der Meister-Lehrling-Beziehung am Arbeitsplatz im Entscheidungsprozess zur Übertragung von Aufgaben.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt das Kompetenzniveau, das der Assistenzarzt erreicht hat.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt, ob die Fortschritte des Assistenzarztes im Verhältnis zum Ausbildungsplan (siehe Tabelle 2) den Erwartungen entsprechen.
- Der Kompetenzausschuss verfasst eine kurze Antwort auf den Antrag des Assistenzarztes auf Übertragung von Aufgaben, die zusammen mit den Überlegungen des Assistenzarztes in dessen Portfolio festgehalten wird.
- Wenn ein Assistenzarzt das höchste Kompetenzniveau für alle verschachtelten EPAs in einem Themen-EPA erreicht hat, kann der Kompetenzausschuss die Übertragung der Aufgaben für das gesamte Themen-EPA genehmigen.

Schritt zur Erreichung der EPA:	In Bearbeitung	In Bearbeitung	In Bearbeitung	Erreicht	Erreicht
Kompetenzstufe:	1	2	3	4	5
<u>Aktivität (Kernfächer des Lehrplans)</u>	<i>Der Ausbilder führt die Tätigkeit aus, der Assistenzarzt beobachtet</i>	<i>Der Ausbilder erklärt dem Assistenzarzt die Tätigkeit</i>	<i>Der Ausbilder greift gelegentlich ein</i>	<i>Der Ausbilder ist nur sicherheits halber anwesend</i>	<i>Der Ausbilder muss nicht anwesend sein</i>
Vorzeitige Wehen behandeln und Lungenreifung einleiten					
Unterstützung bei Frühgeburten					
Unterstützung bei unkomplizierten Entbindungen					
Durchführbarkeit der Geburt feststellen					
CTG-Überwachung durchführen					
Fetale Kopfhautpunktion durchführen, <u>mindestens in der Simulation</u>					
Stillstand der Wehen behandeln					
Behandlung bei Fällen mit mekoniumhaltigem Fruchtwasser durchführen					
Behandlung bei intrapartalem Fieber durchführen					
Behandlung bei einer Geburt mit einer Vorgeschichte von Kaiserschnitt oder peripartalen Schmerzen durchführen					

Unterstützung bei Steißgeburten, <u>mindestens in der Simulation</u>					
Unterstützung bei vaginalen Mehrlingsgeburten					
Alle Maßnahmen zur Behandlung von Dystokie, einschließlich Schulterdystokie					
Vakuum-assistierte vaginale Entbindung durchführen					
Zangengeburt durchführen, <u>mindestens in der</u>					

<u>Simulation</u>					
Durchführung eines elektiven Kaiserschnitts					
Durchführung eines Notfallkaiserschnitts					
Wiederholte Kaiserschnittentbindung oder Kaiserschnitt bei Patientinnen mit hohem BMI durchführen					
Postpartale Mastitis (mit Abszess), Harnverhalt und thromboembolische Prozesse behandeln					
Postpartale Blutungen (PPH) mit Medikamenten behandeln					
Manuelle Entfernung der Plazenta					
Intrauterine Ballontamponade und, zumindest in der Simulation, chirurgische Kompression des atonischen Uterus (B-Lynch-Naht), Uterusreversion und abdominale Hysterektomie durchführen					
Indikation für eine arterielle Embolisation bei PPH festlegen					
Episiotomiewunde und Perinealruptur 1. und 2. Grades nähen					
Perinealruptur 3. Grades und <u>mindestens in der Simulation</u> , Perinealrisse 4. Grades nähen					
Evakuierung eines Vulva-Hämatoms durchführen					
Korrekte Reanimation des Neugeborenen in den ersten 10 Minuten nach der Entbindung (während auf das Eintreffen des Kinderarztes gewartet wird), <u>mindestens in der Simulation</u>					

Unterschrift EPA

<i>Name</i>	
<i>Krankenhaus</i>	
<i>Adresse</i>	
<i>Telefonnummer</i>	
<i>E-Mailadresse</i>	
<i>Unterschrift</i>	

Gutartige Gynäkologie – Beispiel für ein Portfolio

A. Lernerfahrungen

- Stationen
- Ambulanzen
- Kurse
- Simulationen, z. B. für Kommunikationsfähigkeiten
- Reflexion über den Ausbildungsfortschritt
- Persönlicher Entwicklungsplan

B. Beurteilung für die Übertragung von Aufgaben

- Wissenstests: Europäische Prüfung (oder nationale Prüfung)
- Simulationsprüfung
- Direkte Beobachtung in der Praxis
- Feedback von verschiedenen Quellen
- OSATS

C. Kompetenzausschuss

- Der Kompetenzausschuss berücksichtigt die Eindrücke der Meister-Lehrling-Beziehung am Arbeitsplatz im Entscheidungsprozess zur Übertragung von Aufgaben.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt das Kompetenzniveau, das der Assistenzarzt erreicht hat.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt, ob die Fortschritte des Assistenzarztes im Verhältnis zum Ausbildungsplan (siehe Tabelle 2) den Erwartungen entsprechen.
- Der Kompetenzausschuss verfasst eine kurze Antwort auf den Antrag des Assistenzarztes auf Übertragung von Aufgaben, die zusammen mit den Überlegungen des Assistenzarztes in dessen Portfolio festgehalten wird.
- Wenn ein Assistenzarzt das höchste Kompetenzniveau für alle verschachtelten EPAs in einem Themen-EPA erreicht hat, kann der Kompetenzausschuss die Übertragung der Aufgaben für das gesamte Themen-EPA genehmigen.

Schritt zur Erreichung der EPA:	In Bearbeitung	In Bearbeitung	In Bearbeitung	Erreicht	Erreicht
Kompetenzstufe:	1	2	3	4	5
<u>Aktivität (Kernfächer des Lehrplans)</u>	Der Ausbilder führt die Tätigkeit aus, der Assistenzarzt beobachtet	Der Ausbilder erklärt dem Assistenzarzt die Tätigkeit	Der Ausbilder greift gelegentlich ein	Der Ausbilder ist nur sicherheits halber anwesend	Der Ausbilder muss nicht anwesend sein
Punch-Biopsie unter örtlicher Betäubung durchführen					
Vaginale Ultraschalluntersuchung zur allgemeinen Beurteilung von Gebärmutter und Adnexen durchführen					
Vaginale Ultraschalluntersuchung zur Diagnose von intrauterinen Anomalien durchführen					
Vaginale Ultraschalluntersuchung zur Feststellung von Adnex-Anomalien durchführen					
Verhütungsmethode bei gesunden Erwachsenen, einschließlich IUD einsetzen					
Verhütungsmethoden bei Patientinnen mit gesundheitlichen					

Problemen oder Begleiterkrankungen anbieten					
Beratung bei Kondylomen durchführen					
Beratung und Behandlung von Endometriose durchführen					
Beratung und Behandlung von Myomen durchführen					
Beratung und Behandlung von Adnexpathologien durchführen					
Beratung bei Tuboovarialabszessen durchführen					
Beratung und Behandlung von Menorrhagie und Dysmenorrhö mit Medikamenten durchführen					
Beratung und Behandlung von abnormalen Uterusblutungen durchführen					

Beratung und Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten und Entzündungen im Beckenbereich durchführen					
Beratung und Behandlung von vaginalem Ausfluss und Vulvovaginitis durchführen					
Beratung und Behandlung von Bauch-/Beckenschmerzen durchführen					
Beratung und Behandlung von Wechseljahresbeschwerden durchführen					
Beratung und Behandlung des prämenstruellen Syndroms durchführen					
Beratung und Behandlung von Bartholin-Zysten und Vulvaabszessen durchführen					
Laparoskopische Sterilisation durchführen					
Dilatation und Kürettage durch Absaugung oder stumpfe Kürettage bei Fehlgeburten durchführen und wissen, wie eine Schwangerschaft im mittleren Stadium abgesaugt wird					
Laparoskopische Nadelaspiration einfacher Zysten durchführen					
Laparoskopische Elektrokoagulation der Eierstöcke durchführen					
Einfache laparoskopische Ovarialzystektomie durchführen					
Laparoskopische Salpingo-Oophorektomie durchführen					
Einfache laparoskopische Adhäsiolyse durchführen					
Hysteroskopische Polypenresektion durchführen					
Hysteroskopische Myomresektion Typ 0-1 (< 4 cm) durchführen					
Salpingo-Oophorektomie mittels Laparotomie durchführen					
Myomektomie bei subserösem Myom mittels Laparotomie durchführen					
Laparotomie mit minimaler Adhäsiolyse durchführen					

Unterschrift EPA

<i>Name</i>	
<i>Krankenhaus</i>	
<i>Adresse</i>	
<i>Telefonnummer</i>	
<i>E-Mailadresse</i>	
<i>Unterschrift</i>	

Reproduktionsmedizin – Beispiel für ein Portfolio

A. Lernerfahrungen

- Stationen
- Ambulanzen
- Kurse
- Simulationen, z. B. für Kommunikationsfähigkeiten
- Reflexion über den Ausbildungsfortschritt
- Persönlicher Entwicklungsplan

B. Beurteilung für die Übertragung von Aufgaben

- Wissenstests: Europäische Prüfung (oder nationale Prüfung)
- Simulationsprüfung
- Direkte Beobachtung in der Praxis
- Feedback von verschiedenen Quellen
- OSATS

C. Kompetenzausschuss

- Der Kompetenzausschuss berücksichtigt die Eindrücke der Meister-Lehrling-Beziehung am Arbeitsplatz im Entscheidungsprozess zur Übertragung von Aufgaben.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt das Kompetenzniveau, das der Assistenzarzt erreicht hat.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt, ob die Fortschritte des Assistenzarztes im Verhältnis zum Ausbildungsplan (siehe Tabelle 2) den Erwartungen entsprechen.
- Der Kompetenzausschuss verfasst eine kurze Antwort auf den Antrag des Assistenzarztes auf Übertragung von Aufgaben, die zusammen mit den Überlegungen des Assistenzarztes in dessen Portfolio festgehalten wird.
- Wenn ein Assistenzarzt das höchste Kompetenzniveau für alle verschachtelten EPAs in einem Themen-EPA erreicht hat, kann der Kompetenzausschuss die Übertragung der Aufgaben für das gesamte Themen-EPA genehmigen.

Schritt zur Erreichung der EPA:	In Bearbeitung	In Bearbeitung	In Bearbeitung	Erreicht	Erreicht
Kompetenzstufe:	1	2	3	4	5
<u>Aktivität (Kernfächer des Lehrplans)</u>	<i>Der Ausbilder führt die Tätigkeit aus, der Assistenzarzt beobachtet</i>	<i>Der Ausbilder erklärt dem Assistenzarzt die Tätigkeit</i>	<i>Der Ausbilder greift gelegentlich ein</i>	<i>Der Ausbilder ist nur sicherheits halber anwesend</i>	<i>Der Ausbilder muss nicht anwesend sein</i>
(Sub-)Fruchtbarkeit von Männern und Frauen beurteilen					
Beratung zu Prognosefaktoren für eine Schwangerschaft im Allgemeinen durchführen					
Beratung zu der Wahrscheinlichkeit einer fortbestehenden Schwangerschaft, einer spontanen Fehlgeburt und einer Eileiterschwangerschaft im Zusammenhang mit den verschiedenen Fertilitätsbehandlungen durchführen					
Beratung zu assistierten Reproduktionstechniken (IUI, IVF, ICSI) durchführen					
Behandlung von WHO-II-Zyklusstörungen / Ovulationsinduktion durchführen					
Erstbehandlung von OHSS (Notfallbehandlung) durchführen					

Diagnostische Laparoskopie mit Eileiteruntersuchung durchführen					
Diagnostische Hysteroskopie mit Eileiteruntersuchung durchführen					
Transvaginale Ultraschalluntersuchung mit Follikelzählung und Follikelmessungen durchführen					
Transvaginale Ultraschalluntersuchung mit Beurteilung der Follikel und der intraperitonealen Flüssigkeit durchführen					

Unterschrift EPA

<i>Name</i>	
<i>Krankenhaus</i>	
<i>Adresse</i>	
<i>Telefonnummer</i>	
<i>E-Mailadresse</i>	
<i>Unterschrift</i>	

Urogynäkologie – Beispiel für ein Portfolio

A. Lernerfahrungen

- Stationen
- Ambulanzen
- Kurse
- Simulationen, z. B. für Kommunikationsfähigkeiten
- Reflexion über den Ausbildungsfortschritt
- Persönlicher Entwicklungsplan

B. Beurteilung für die Übertragung von Aufgaben

- Wissenstests: Europäische Prüfung (oder nationale Prüfung)
- Simulationsprüfung
- Direkte Beobachtung in der Praxis
- Feedback von verschiedenen Quellen
- OSATS

C. Kompetenzausschuss

- Der Kompetenzausschuss berücksichtigt die Eindrücke der Meister-Lehrling-Beziehung am Arbeitsplatz im Entscheidungsprozess zur Übertragung von Aufgaben.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt das Kompetenzniveau, das der Assistenzarzt erreicht hat.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt, ob die Fortschritte des Assistenzarztes im Verhältnis zum Ausbildungsplan (siehe Tabelle 2) den Erwartungen entsprechen.
- Der Kompetenzausschuss verfasst eine kurze Antwort auf den Antrag des Assistenzarztes auf Übertragung von Aufgaben, die zusammen mit den Überlegungen des Assistenzarztes in dessen Portfolio festgehalten wird.
- Wenn ein Assistenzarzt das höchste Kompetenzniveau für alle verschachtelten EPAs in einem Themen-EPA erreicht hat, kann der Kompetenzausschuss die Übertragung der Aufgaben für das gesamte Themen-EPA genehmigen.

Schritt zur Erreichung der EPA:	In Bearbeitung	In Bearbeitung	In Bearbeitung	Erreicht	Erreicht
Kompetenzstufe:	1	2	3	4	5
<u>Aktivität (Kernfächer des Lehrplans)</u>	<i>Der Ausbilder führt die Tätigkeit aus, der Assistenzarzt beobachtet</i>	<i>Der Ausbilder erklärt dem Assistenzarzt die Tätigkeit</i>	<i>Der Ausbilder greift gelegentlich ein</i>	<i>Der Ausbilder ist nur sicherheits halber anwesend</i>	<i>Der Ausbilder muss nicht anwesend sein</i>
Patientinnen mit Belastungs- und/oder Dranginkontinenz an eine Beckenbodenphysiotherapeutin oder eine andere Fachärztin überweisen					
Diagnose einer rektovaginalen Fistel stellen					
Beratung zu apikaler, anteriorer und posteriorer Vaginalrekonstruktion durchführen					
Pessar anpassen und laufende Versorgung durchführen					
Kolpokleisis durchführen					
Einfache anteriore und posteriore Vaginalrekonstruktion durchführen					

Unterschrift EPA

Name	
------	--

<i>Krankenhaus</i>	
<i>Adresse</i>	
<i>Telefonnummer</i>	
<i>E-Mailadresse</i>	
<i>Unterschrift</i>	

Prämalinität – Beispiel für ein Portfolio

A. Lernerfahrungen

- Stationen
- Ambulanzen
- Kurse
- Simulationen, z. B. für Kommunikationsfähigkeiten
- Reflexion über den Ausbildungsfortschritt
- Persönlicher Entwicklungsplan

B. Formale Untersuchungen

- Wissenstests: Europäische Prüfung (oder nationale Prüfung)
- Simulationsprüfung
- Direkte Beobachtung in der Praxis
- Feedback von verschiedenen Quellen
- OSATS

C. Kompetenzausschuss

- Der Kompetenzausschuss berücksichtigt die Eindrücke der Meister-Lehrling-Beziehung am Arbeitsplatz im Entscheidungsprozess zur Übertragung von Aufgaben.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt das Kompetenzniveau, das der Assistenzarzt erreicht hat.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt, ob die Fortschritte des Assistenzarztes im Verhältnis zum Ausbildungsplan (siehe Tabelle 2) den Erwartungen entsprechen.
- Der Kompetenzausschuss verfasst eine kurze Antwort auf den Antrag des Assistenzarztes auf Übertragung von Aufgaben, die zusammen mit den Überlegungen des Assistenzarztes in dessen Portfolio festgehalten wird.
- Wenn ein Assistenzarzt das höchste Kompetenzniveau für alle verschachtelten EPAs in einem Themen-EPA erreicht hat, kann der Kompetenzausschuss die Übertragung der Aufgaben für das gesamte Themen-EPA genehmigen.

Schritt zur Erreichung der EPA:	In Bearbeitung	In Bearbeitung	In Bearbeitung	Erreicht	Erreicht
<i>Kompetenzstufe:</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<u>Aktivität (Kernfächer des Lehrplans)</u>	<i>Der Ausbilder führt die Tätigkeit aus, der Assistenzarzt beobachtet</i>	<i>Der Ausbilder erklärt dem Assistenzarzt die Tätigkeit</i>	<i>Der Ausbilder greift gelegentlich ein</i>	<i>Der Ausbilder ist nur sicherheits halber anwesend</i>	<i>Der Ausbilder muss nicht anwesend sein</i>
Gebärmutterhalskrebsvorsorge durchführen (PAP-Abstrich)					
Kolposkopie durchführen					
Schlingenentfernung der zervikalen Transformationszone durchführen					

Unterschrift EPA

Name	
Krankenhaus	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mailadresse	
Unterschrift	

Gynäkologische Onkologie – Beispiel für ein Portfolio

A. Lernerfahrungen

- Stationen
- Ambulanzen
- Kurse
- Simulationen, z. B. für Kommunikationsfähigkeiten
- Reflexion über den Ausbildungsfortschritt
- Persönlicher Entwicklungsplan

B. Beurteilung für die Übertragung von Aufgaben

- Wissenstests: Europäische Prüfung (oder nationale Prüfung)
- Simulationsprüfung
- Direkte Beobachtung in der Praxis
- Feedback von verschiedenen Quellen
- OSATS

C. Kompetenzausschuss

- Der Kompetenzausschuss berücksichtigt die Eindrücke der Meister-Lehrling-Beziehung am Arbeitsplatz im Entscheidungsprozess zur Übertragung von Aufgaben.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt das Kompetenzniveau, das der Assistenzarzt erreicht hat.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt, ob die Fortschritte des Assistenzarztes im Verhältnis zum Ausbildungsplan (siehe Tabelle 2) den Erwartungen entsprechen.
- Der Kompetenzausschuss verfasst eine kurze Antwort auf den Antrag des Assistenzarztes auf Übertragung von Aufgaben, die zusammen mit den Überlegungen des Assistenzarztes in dessen Portfolio festgehalten wird.
- Wenn ein Assistenzarzt das höchste Kompetenzniveau für alle verschachtelten EPAs in einem Themen-EPA erreicht hat, kann der Kompetenzausschuss die Übertragung der Aufgaben für das gesamte Themen-EPA genehmigen.

Schritt zur Erreichung der EPA:	In Bearbeitung	In Bearbeitung	In Bearbeitung	Erreicht	Erreicht
Kompetenzstufe:	1	2	3	4	5
<u>Aktivität (Kernfächer des Lehrplans)</u>	Der Ausbilder führt die Tätigkeit aus, der Assistenzarzt beobachtet	Der Ausbilder erklärt dem Assistenzarzt die Tätigkeit	Der Ausbilder greift gelegentlich ein	Der Ausbilder ist nur sicherheits halber anwesend	Der Ausbilder muss nicht anwesend sein
Transvaginale Ultraschalluntersuchung zur Diagnose einer Gestations-Trophoblastenerkrankung durchführen					
Endometriumbiopsie durchführen					
Patientinnen bei der Diagnose gynäkologischer Malignome und deren Auswirkungen beraten					

Unterschrift EPA

Name	
Krankenhaus	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mailadresse	
Unterschrift	

Kinder- und Jugendgynäkologie – Beispiel für ein Portfolio

A. Lernerfahrungen

- Stationen
- Ambulanzen
- Kurse
- Simulationen, z. B. für Kommunikationsfähigkeiten
- Reflexion über den Ausbildungsfortschritt
- Persönlicher Entwicklungsplan

B. Beurteilung für die Übertragung von Aufgaben

- Wissenstests: Europäische Prüfung (oder nationale Prüfung)
- Simulationsprüfung
- Direkte Beobachtung in der Praxis
- Feedback von verschiedenen Quellen
- OSATS

C. Kompetenzausschuss

- Der Kompetenzausschuss berücksichtigt die Eindrücke der Meister-Lehrling-Beziehung am Arbeitsplatz im Entscheidungsprozess zur Übertragung von Aufgaben.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt das Kompetenzniveau, das der Assistenzarzt erreicht hat.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt, ob die Fortschritte des Assistenzarztes im Verhältnis zum Ausbildungsplan (siehe Tabelle 2) den Erwartungen entsprechen.
- Der Kompetenzausschuss verfasst eine kurze Antwort auf den Antrag des Assistenzarztes auf Übertragung von Aufgaben, die zusammen mit den Überlegungen des Assistenzarztes in dessen Portfolio festgehalten wird.
- Wenn ein Assistenzarzt das höchste Kompetenzniveau für alle verschachtelten EPAs in einem Themen-EPA erreicht hat, kann der Kompetenzausschuss die Übertragung der Aufgaben für das gesamte Themen-EPA genehmigen.

Schritt zur Erreichung der EPA:	In Bearbeitung	In Bearbeitung	In Bearbeitung	Erreicht	Erreicht
Kompetenzstufe:	1	2	3	4	5
<u>Aktivität (Kernfächer des Lehrplans)</u>	<i>Der Ausbilder führt die Tätigkeit aus, der Assistenzarzt beobachtet</i>	<i>Der Ausbilder erklärt dem Assistenzarzt die Tätigkeit</i>	<i>Der Ausbilder greift gelegentlich ein</i>	<i>Der Ausbilder ist nur sicherheits halber anwesend</i>	<i>Der Ausbilder muss nicht anwesend sein</i>
Kommunikation an das Niveau des Kindes anpassen					
Genaue gynäkologische Untersuchung von Kindern und Jugendlichen durchführen					
Notfallmaßnahmen an Vulva/Vagina/Perineum/Rektum bei Kindern und Jugendlichen durchführen					

Unterschrift EPA

Name	
Krankenhaus	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mailadresse	
Unterschrift	

Sexuelle Gesundheit und Empfängnisverhütung – Beispiel für ein Portfolio

A. Lernerfahrungen

- Stationen
- Ambulanzen
- Kurse
- Simulationen, z. B. für Kommunikationsfähigkeiten
- Reflexion über den Ausbildungsfortschritt
- Persönlicher Entwicklungsplan

B. Beurteilung für die Übertragung von Aufgaben

- Wissenstests: Europäische Prüfung (oder nationale Prüfung)
- Simulationsprüfung
- Direkte Beobachtung in der Praxis
- Feedback von verschiedenen Quellen
- OSATS

C. Kompetenzausschuss

- Der Kompetenzausschuss berücksichtigt die Eindrücke der Meister-Lehrling-Beziehung am Arbeitsplatz im Entscheidungsprozess zur Übertragung von Aufgaben.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt das Kompetenzniveau, das der Assistenzarzt erreicht hat.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt, ob die Fortschritte des Assistenzarztes im Verhältnis zum Ausbildungsplan (siehe Tabelle 2) den Erwartungen entsprechen.
- Der Kompetenzausschuss fasst eine kurze Antwort auf den Antrag des Assistenzarztes auf Übertragung von Aufgaben, die zusammen mit den Überlegungen des Assistenzarztes in dessen Portfolio festgehalten wird.
- Wenn ein Assistenzarzt das höchste Kompetenzniveau für alle verschachtelten EPAs in einem Themen-EPA erreicht hat, kann der Kompetenzausschuss die Übertragung der Aufgaben für das gesamte Themen-EPA genehmigen.

Schritt zur Erreichung der EPA:	In Bearbeitung	In Bearbeitung	In Bearbeitung	Erreicht	Erreicht
<i>Kompetenzstufe:</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<u>Aktivität (Kernfächer des Lehrplans)</u>	<i>Der Ausbilder führt die Tätigkeit aus, der Assistenzarzt beobachtet</i>	<i>Der Ausbilder erklärt dem Assistenzarzt die Tätigkeit</i>	<i>Der Ausbilder greift gelegentlich ein</i>	<i>Der Ausbilder ist nur sicherheits halber anwesend</i>	<i>Der Ausbilder muss nicht anwesend sein</i>
Erhebung einer gezielten Sexualanamnese durchführen					
Erhebung einer Anamnese mit Schwerpunkt auf sexuellen Funktionsstörungen durchführen					
Informationen und Beratung zu Untersuchungen und Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen anbieten					
Informationen und Beratung zu Verhütung, einschließlich der Anwendung von Notfallverhütungsmitteln anbieten					
Intrauterine Verhütungsspirale einsetzen					
Subkutane Verhütungsimplantate einsetzen					
Kompetenz in laparoskopischer Sterilisation					
Kompetenz in der Beratung und Durchführung medizinischer und chirurgischer					

Schwangerschaftsabbrüche					
--------------------------	--	--	--	--	--

Unterschrift EPA

<i>Name</i>	
<i>Krankenhaus</i>	
<i>Adresse</i>	
<i>Telefonnummer</i>	
<i>E-Mailadresse</i>	
<i>Unterschrift</i>	

Brusterkrankungen – Beispiel für ein Portfolio

A. Lernerfahrungen

- Stationen
- Ambulanzen
- Kurse
- Simulationen, z. B. für Kommunikationsfähigkeiten
- Reflexion über den Ausbildungsfortschritt
- Persönlicher Entwicklungsplan

B. Beurteilung für die Übertragung von Aufgaben

- Wissenstests: Europäische Prüfung (oder nationale Prüfung)
- Simulationsprüfung
- Direkte Beobachtung in der Praxis
- Feedback von verschiedenen Quellen
- OSATS

C. Kompetenzausschuss

- Der Kompetenzausschuss berücksichtigt die Eindrücke der Meister-Lehrling-Beziehung am Arbeitsplatz im Entscheidungsprozess zur Übertragung von Aufgaben.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt das Kompetenzniveau, das der Assistenzarzt erreicht hat.
- Der Kompetenzausschuss bestimmt, ob die Fortschritte des Assistenzarztes im Verhältnis zum Ausbildungsplan (siehe Tabelle 2) den Erwartungen entsprechen.
- Der Kompetenzausschuss verfasst eine kurze Antwort auf den Antrag des Assistenzarztes auf Übertragung von Aufgaben, die zusammen mit den Überlegungen des Assistenzarztes in dessen Portfolio festgehalten wird.
- Wenn ein Assistenzarzt das höchste Kompetenzniveau für alle verschachtelten EPAs in einem Themen-EPA erreicht hat, kann der Kompetenzausschuss die Übertragung der Aufgaben für das gesamte Themen-EPA genehmigen.

Schritt zur Erreichung der EPA:	In Bearbeitung	In Bearbeitung	In Bearbeitung	Erreicht	Erreicht
Kompetenzstufe:	1	2	3	4	5
<u>Aktivität (Kernfächer des Lehrplans)</u>	Der Ausbilder führt die Tätigkeit aus, der Assistenzarzt beobachtet	Der Ausbilder erklärt dem Assistenzarzt die Tätigkeit	Der Ausbilder greift gelegentlich ein	Der Ausbilder ist nur sicherheits halber anwesend	Der Ausbilder muss nicht anwesend sein
Genauere Untersuchung der Brüste durchführen					

Unterschrift EPA

Name	
Krankenhaus	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mailadresse	
Unterschrift	

Qualitätsmanagement und Anerkennung von Fortbildungen

Autoren: Juriy Wladimiroff, Angelique Goverde, Fedde Scheele

Einführung

Um eine optimale Ausbildung in allgemeiner Geburtshilfe und Gynäkologie zu gewährleisten, sind ein robustes internes Qualitätsmanagementsystem und eine externe Anerkennung der Fortbildungen erforderlich. Beide Systeme sollten eng miteinander verzahnt sein.

Die Kombination aus internem Qualitätsmanagement und externer Anerkennung von Fortbildungen verbindet eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung in kurzen Zyklen mit einer Überprüfung der Einhaltung der Standards, die alle fünf Jahre wiederholt werden sollte.

Internes Qualitätsmanagement

Für das interne Qualitätsmanagement ist eine klare Führungsstruktur mit genau definierten Verantwortlichkeiten für das Ausbildungsprogramm unerlässlich. Das interne Qualitätsmanagement umfasst die innerhalb der Ausbildungseinrichtung getroffenen Maßnahmen und zielt auf die kontinuierliche Verbesserung der Ausbildung gemäß einem Plan-Do-Check-Act-Zyklus ab. Dieser interne Qualitätszyklus umfasst mehrere Aspekte:

- Beschreibung eines lokalen Ausbildungsplans auf der Grundlage von PACT, der auf den lokalen Kontext zugeschnitten ist: der lokale Lehrplan.
- Überwachung der Umsetzung des lokalen Ausbildungsplans in die tägliche Arbeit: der Lehrplan in der Praxis. Interviews mit Assistenzärzten, die ihre Rotation abschließen, können nützliche Informationen liefern, um Feedback zu diesem Zweck zu erhalten.
- Überwachung des Ausbildungsklimas, das mit dem D-RECT-Fragebogen [1] gemessen werden kann.
- Überwachung und Diskussion der didaktischen Leistung des Personals, die mit dem EFFECT-System [2] gemessen werden kann.
- Entwicklung von Plänen zur Verbesserung und Weiterverfolgung der aufgetretenen Ausbildungsprobleme.

Das interne Qualitätsmanagementsystem ist anpassungsfähig und kann kurzfristig eingesetzt werden. Es liefert nützliche Informationen für eine externe Akkreditierungsstelle, wodurch es zu einem transparenten System wird.

Externe Anerkennung der Ausbildung

Die externe Anerkennung der Ausbildung erfolgt entweder durch nationale Akkreditierungsstellen oder durch den Akkreditierungs- und Visitationsausschuss der EBCOG.

Die externe Anerkennung der Ausbildung hat folgende Ziele:

- Harmonisierung der Ausbildung in ganz Europa.
- Qualitätssicherung: Alle neuen Geburtshelfer und Gynäkologen in Europa sind für die Kernaufgaben und ihren Interessenbereich angemessen ausgebildet und in der Lage, sicher und selbstständig zu praktizieren.
- Eine beratende Instanz: Beratung zu Fragen, die sich im Rahmen des Ausbildungsprogramms ergeben.

Die externe Anerkennung der Ausbildung stützt sich auf:

- Dokumentation gemäß den Anforderungen des nationalen Systems oder der EBCOG. Die Dokumentation sollte Aufschluss geben über:
 - o Anzahl der Assistenzärzte im Verhältnis zur Anzahl der betreuenden Mitarbeiter
 - o Anzahl der Eingriffe im Verhältnis zur Anzahl der Assistenzärzte
 - o Ausbildungseinrichtungen
 - o Organisation der Simulationsausbildung
 - o Weiterbildung der Lehrkräfte, Ausbildung der Ausbilder
 - o Individuelle Ausbildungsprogramme für Assistenzärzte; Kernfächer sowie Wahlfächer
 - o Stellung der allgemeinen Kompetenzen und Soft Skills in der Ausbildung
 - o Organisation und Qualität der Bewertung zur Freigabe der übertragenen beruflichen Tätigkeiten

- Portfolios der Assistenzärzte
- Teilnahme der Assistenzärzte an Forschungsprogrammen und klinischen Audits
- Verantwortlichkeiten und Rollen der Assistenzärzte in der Lehre innerhalb des Gesundheitsteams
- Berichte über ein System zur kontinuierlichen Verbesserung des Ausbildungsprogramms.
- Anerkennungsbesuche in einem 5-Jahres-Zyklus (oder annähernd), bei denen die Assistenzärzte eine aktive Rolle spielen.

Referenzen:

1. Boor K, Van Der Vleuten C, Teunissen P, Scherpbier A, Scheele F. Development and analysis of D-RECT, an instrument measuring residents' learning climate. *Med Teach.* 2011;33(10):820-7.
2. Fluit C, Bolhuis S, Grol R, Ham M, Feskens R, Laan R, Wensing M. Evaluation and feedback for effective clinical teaching in postgraduate medical education: validation of an assessment instrument incorporating the CanMEDS roles. *Med Teach.* 2012;34(11):893-901
3. Vaižgėlienė E, Padaiga Ž, Rastenytė D, Tamelis A, Petrikonis K, Kregždytė R, Fluit C. Validation of the EFFECT questionnaire for competence-based clinical teaching in residency training in Lithuania. *Medicina (Kaunas).* 2017;53(3):173-178.

Fachbereichsentwicklung

Autoren: Angelique Goverde, Živa Novak Antolič, Fedde Scheele

Einführung

Die Entwicklung der Fakultät wird als wesentliches Instrument für eine qualitativ hochwertige postgraduale Ausbildung angesehen. Die Entwicklung von Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen in der Erwachsenenbildung ermöglicht es Fachärzten, klinische Ausbilder zu werden, die eine effektive und effiziente postgraduale Ausbildung anbieten können.

Rollen und Verantwortlichkeiten klinischer Ausbilder

Da die postgraduale Ausbildung in erster Linie eine „Ausbildung am Arbeitsplatz“ ist, stehen klinische Ausbilder vor mehreren Herausforderungen. Der klinische Ausbilder hat folgende Aufgaben und Rollen:

- sichere Patientenversorgung
- Schaffung eines motivierenden Lernumfelds
- Anwendung von pädagogischen Instrumenten wie Feedback, um die reflektierende Praxis des Assistenzarztes zu verbessern
- Überwachung und Bewertung des Lernprozesses des Assistenzarztes
- kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung als Ausbilder

Kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung für Ausbilder

Ausbilder sollten eine formale Ausbildung in postgradualer Lehre und Bewertung erhalten. Diese sollte mindestens die folgenden Informationen oder Schulungen umfassen:

- Wie man am Arbeitsplatz unterrichtet (z. B. in der Klinik, auf Stationen)
- Wie man Einzelpersonen, kleine Gruppen und in didaktischen Vortragsformaten unterrichtet
- Wie man effektives Feedback gibt
- Wie man formative Bewertungsmethoden zur Unterstützung der Assistenzärzte einsetzt
- Wie man Assistenzärzte in Schwierigkeiten erkennt und unterstützt
- Wie man arbeitsplatzbezogene Bewertungen einsetzt und dokumentiert

Klinische Ausbilder sind verpflichtet, ihre klinischen Kompetenzen sowie ihre Ausbildungskompetenzen auf dem neuesten Stand zu halten. Je nach der spezifischen Rolle des Facharztes im Ausbildungsteam wird eine mindestens zweitägige Fortbildung alle fünf Jahre empfohlen.

In Ländern, in denen es ein System der zusammenfassenden Bewertung während oder am Ende der Ausbildung gibt (z. B. lokale oder nationale Prüfungen), sollten klinische Ausbilder, die im Prüfungsausschuss mitwirken, in der Erstellung von Prüfungsfragen und der Konzeption einer validierten Prüfung geschult werden.

Für „Programmleiter“ sind spezifische Kurse erforderlich, die sich auf das Management der postgradualen medizinischen Ausbildung konzentrieren.

EBCOG kann Unterstützung für Fachbereichsentwicklungskurse anbieten.

Anhang:

GESEA – ein Beispiel für ein strukturiertes und validiertes Ausbildungs- und Bewertungsprogramm in der gynäkologischen endoskopischen und robotergestützten Chirurgie



Das Programm „Gynaecological Endoscopic Surgical Education and Assessment“ (GESEA)

Mit der Einführung der Endoskopie, fortschrittlicher Bildgebungstechniken und der Robotik wird die moderne Chirurgie zunehmend digitaler und erfordert Anpassungen des Ausbildungsmodells, um den Anforderungen an neue Fähigkeiten gerecht zu werden, die nicht nur von Chirurgen, sondern von allen Angehörigen der Gesundheitsberufe benötigt werden. Die zunehmende Komplexität, die diese Entwicklungen mit sich bringen, erfordert einen reibungslosen Ablauf im Operationssaal, in dem Chirurgen, Pflegekräfte und anderes Hilfspersonal synergetisch und effizient zusammenarbeiten können.

Das GESEA-Ausbildungsprogramm ist gut etabliert und bietet gynäkologischen Chirurgen eine Zertifizierung mit mehr als 16.000 E-Learning-Mitgliedern und bisher mehr als 5.000 ausgestellten Zertifikaten.

GESEA ist ein strukturiertes Ausbildungs- und Bewertungsprogramm für gynäkologische endoskopische und robotergestützte Chirurgie, in dem theoretisches Wissen, psychomotorische Fähigkeiten und chirurgische Fertigkeiten erlernt, validiert und zertifiziert werden. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass die **psychomotorischen Fähigkeiten** vor der Ausbildung im OP in einer sicheren Umgebung trainiert und getestet werden. Dies verbessert die Patientenversorgung und erhöht die **Ausbildungseffizienz** und die **chirurgische Kompetenz** des Chirurgen erheblich.

GESEA hat Laparoskopie, Hysteroskopie und Robotik in einem einzigartigen Ausbildungs- und Validierungsprogramm integriert. Es basiert auf der Zertifizierung von Kenntnissen und psychomotorischen Fähigkeiten vor dem Eintritt in den klinischen Ausbildungsweg zum Diplom für minimalinvasive gynäkologische Chirurgie oder Reproduktionschirurgie. Die dritte Stufe des Programms umfasst verschiedene Teilgebiete oder Spezialgebiete auf hohem chirurgischen Niveau mit einem entsprechenden validierten Diplom.

Heute sind die Zertifizierungs- und Diplommodule des GESEA-Ausbildungsprogramms für gynäkologische Chirurgen standardisiert und werden in Diplomzentren in ganz Europa und darüber hinaus umgesetzt.

EU4Health ist das größte Gesundheitsprogramm der EU und stellt über das Programm GESEA4EU Mittel zur Standardisierung der Ausbildung in gynäkologischen Endoskopie und robotergestützten Techniken bereit.

GESEA4EU ist ein auf GESEA aufbauendes zweijähriges Projekt, das im Februar 2023 gestartet ist. Dieses innovative grenzüberschreitende Projekt bringt 16 Partner aus 8 europäischen Ländern zusammen. Es wird das bereits bestehende GESEA-Ausbildungsangebot für Chirurgen in den 12 bestehenden GESEA-Zentren standardisieren und auf den Ausbildungsbedarf anderer Gesundheitsfachkräfte, darunter Krankenschwestern und nicht-klinisches Hilfspersonal, ausweiten.

Während der Projektlaufzeit werden 27 Lernmodule entwickelt und in 12 Zentren des bestehenden Netzwerks getestet. Darüber hinaus werden 9 neue Zentren in EU-Ländern ausgewählt, in denen die Lernmodule in Form von Pilotprojekten umgesetzt werden sollen.

Diese Module werden in das europaweite GESEA-Programm aufgenommen und über das European Board & College of Obstetrics and Gynaecology (Europäischer Ausschuss und Kollegium für Geburtshilfe und Gynäkologie) gefördert.

Abbildung 1: Die Grundsätze des GESEA-Programms.

Das Programm „Gynaecological Endoscopic Surgical Education and Assessment“ (GESEA) ist ein strukturiertes Ausbildungsprogramm für gynäkologische Endoskopie. Es vermittelt und zertifiziert **Kenntnisse und praktische Fähigkeiten** als Voraussetzung für **chirurgische Kompetenz**.

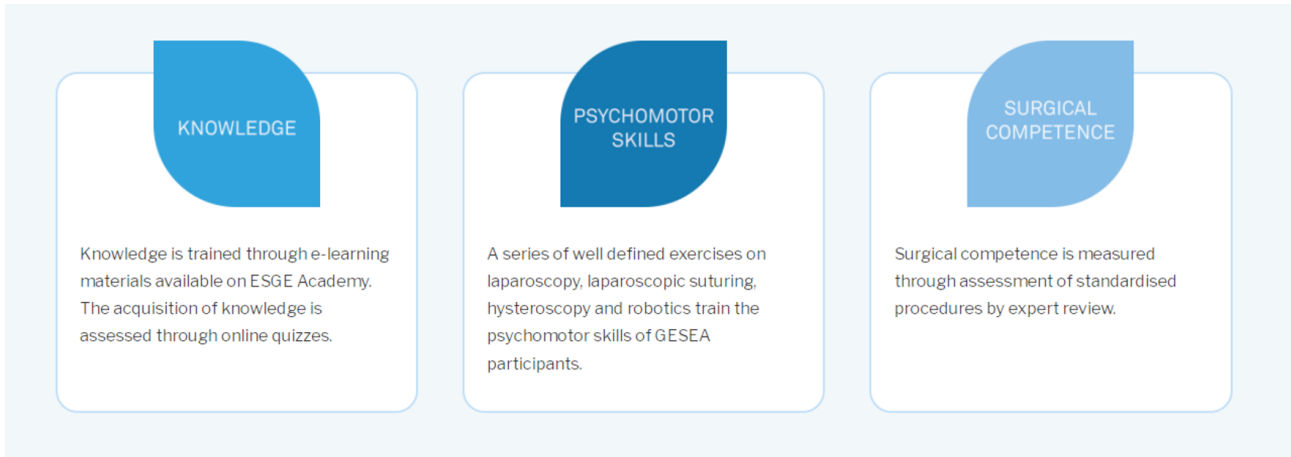


Abbildung 2: Verschiedene Stufen des GESEA-Programms

Stufe 1 ist die allgemeine Einstiegsstufe, danach teilt sich die Ausbildung in zwei Hauptwege. In Stufe 2 werden die Kenntnisse und chirurgischen Fähigkeiten vermittelt und bewertet, die für minimalinvasive gynäkologische Chirurgen (MIGS) oder für reproduktive endoskopische Chirurgen (ECRES) erforderlich sind. Für beide Wege wird eine Robotik-Ergänzung angeboten (Robotik).

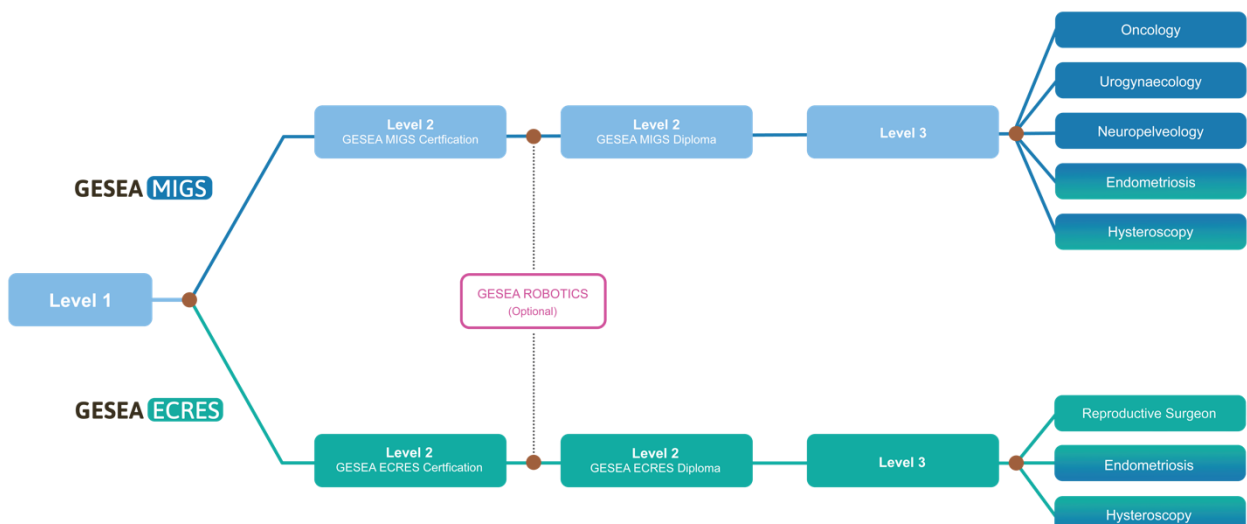


Abbildung 3: Die verschiedenen Lernwege für die drei Kompetenzstufen

	E-learning	Psychomotor skills	Certification	Experience	Diploma
LEVEL 1					
GESEA Universal Entry Gate Basic Endoscopy Training	✓	✓	Level 1 Certification		
LEVEL 2					
GESEA MIGS	✓	✓	Level 2 MIGS Certification	✓	Level 2 MIGS Diploma
GESEA ECRES	✓	✓	Level 2 ECRES Certification	✓	Level 2 ECRES Diploma
GESEA ROBOTICS	✓	✓	Level 2 Robotics Certification	✓	Level 2 Robotics Diploma
LEVEL 3					
MIGS – Oncology	✓			✓	Level 3 Oncology Diploma
MIGS – Urogynaecology	✓			✓	Level 3 Urogynaecology Diploma
MIGS – Neuropelvelogy	✓			✓	Level 3 Neuropelvelogy Diploma
MIGS & ECRES – Endometriosis	✓			✓	Level 3 Endometriosis Diploma
MIGS & ECRES – Hysteroscopy	✓			✓	Level 3 Hysteroscopy Diploma
ECRES – Reproductive surgeon	✓			✓	Level 3 Reproductive Surgeon Diploma

Das GESEA-Ausbildungsprogramm ist in drei Kompetenzstufen gegliedert, die aufeinander aufbauen. Die Kriterien für jede Stufe müssen erfüllt sein, bevor man Zugang zur nächsten Stufe erhält und diese absolvieren kann.

Die **erste** Stufe ist die universelle Einstiegsmöglichkeit von GESEA für die Grundausbildung in endoskopischen psychomotorischen Fertigkeiten. Das GESEA-Ausbildungsprogramm konzentriert sich vollständig darauf, Ärzten die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln, um ihre Ausbildung im Operationssaal zu beginnen. Das Zertifikat der Stufe 1 ist für beide Ausbildungswege gleich.

Die **zweite** Stufe des GESEA-Ausbildungsprogramms bereitet Ärzte auf endoskopische Eingriffe der Stufe 2 gemäß MIGS oder ECRES im Operationssaal vor. Die beiden Ausbildungswege umfassen sowohl gemeinsame als auch spezifische Lernmodule mit separaten Zertifikaten und Diplomen. Für beide Ausbildungswege ist das Roboterzertifikat/-diplom optional.

Die **dritte** Stufe des GESEA-Ausbildungsprogramms ist die Expertenstufe. Sie konzentriert sich auf Teilgebiete wie Onkologie, schwierige Endometrioseoperationen, fortgeschrittene Reproduktionschirurgie sowie Hysteroskopie auf Expertenniveau.

Glossar

Bewertung

Der Prozess der Bewertung der Leistung eines Assistenzarztes bei der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit. Es ist zu unterscheiden zwischen „Bewertung für das Lernen“ (auch als formative Bewertung bezeichnet, d. h. Anleitung für das weitere Lernen, Bestätigung und Förderung der Reflexion) und Bewertung für die Übertragung von Aufgaben (auch als summative Bewertung bezeichnet, d. h. Beurteilung der Kompetenz oder Fähigkeit für den Aufstieg in höhere Verantwortungsebenen).

Zu den Formen der Bewertung gehören klinische Bewertungen (z. B. OSATS, direkte Beobachtung in der klinischen Praxis), Prüfungen, Simulationen, Bewertungen durch verschiedene Quellen (360-Grad-Bewertungen) und reflektierende Selbstbewertungen.

Bewerter

Die Person, die eine Bewertung der Leistung eines Assistenzarztes bei einer beruflichen Tätigkeit vornimmt.

Klinisches Audit

Dies ist ein zyklisches Instrument zur Qualitätsverbesserung, das darauf abzielt, die klinische Praxis anhand expliziter evidenzbasierter Standards zu überprüfen und Änderungen einzuführen, um die Patientenversorgung und die Ergebnisse zu verbessern, wenn die Standards nicht erfüllt werden. Folgeauditzyklen können verwendet werden, um eine schrittweise Verbesserung der klinischen Praxis zu bestätigen.

Klinische Fakultät, klinischer Supervisor, klinischer Ausbilder

Die Gruppe von Fachärzten (oder der Facharzt), die/der die klinische Arbeit eines Assistenzarztes anleitet. Ein Mitglied der klinischen Fakultät kann die Rolle eines Tutors übernehmen.

Gemeinsames Kernprogramm

Der Teil eines Lehrplans, der für alle Assistenzärzte im Ausbildungsprogramm obligatorisch ist.

Kompetenz

Die Fähigkeit, Wissen, Fertigkeiten, Einstellungen und Verhaltensweisen für die Anwendung in bestimmten Situationen (berufliche Tätigkeiten) am Arbeitsplatz zu integrieren.

Kompetenzausschuss

Gruppe von Personen innerhalb einer Ausbildungseinrichtung oder -abteilung, die das Kompetenzniveau eines Assistenzarztes für eine bestimmte berufliche Tätigkeit festlegt und die Übertragung beruflicher Tätigkeiten veranlasst. Ein Kompetenzausschuss besteht aus mindestens zwei Mitgliedern der Fakultät, die die Leistung des Assistenzarztes gut kennen, und mindestens zwei weiteren Mitgliedern der klinischen Fakultät.

Kernfächer des Lehrplans

Die Kernfächer bilden das Kernprogramm des EBCOG-PACT-Lehrplans, das für alle Assistenzärzte obligatorisch ist. Sie beschreiben die Ausbildungsziele, die durch einen europäischen Konsens festgelegt wurden.

Siehe auch Lehrplan und Wahlfächer/Wahlfächer des Lehrplans.

Lehrplan

Ausbildungsprogramm.

Wahlfächer des Lehrplans

Die Wahlfächer des Lehrplans beschreiben Ausbildungsergebnisse für bestimmte Interessengebiete innerhalb des Fachgebiets Geburtshilfe und Gynäkologie; diese Ausbildungsergebnisse sind tiefergehend als die der

Kernfächer. Die Ausbildung in einem Wahlfach zielt daher auf ein höheres Kompetenzniveau in diesem speziellen Interessengebiet ab.

Siehe auch Lehrplan und Kernfächer/Kernfächer des Lehrplans.

Supervisor des Bildungsbereichs

Siehe: Tutor

Ausbilder

Berufliche Rolle mit dem Ziel der Ausbildung und Bildung oder eine Person mit besonderem Interesse an Ausbildung und Bildung, die durch eine spezifische Ausbildung Kenntnisse und Einblicke in den Bildungsbereich erworben hat.

Übertragene berufliche Tätigkeit, EPA

Die berufliche Tätigkeit (entweder eigenständig oder übergreifend), für die der Assistenzarzt das Kompetenzniveau für die selbständige Ausübung erreichen kann, formalisiert durch den Kompetenzausschuss.

Siehe auch Übertragung, eingebettete übertragene berufliche Tätigkeit und berufliche Tätigkeit.

Übertragung von Aufgaben

Die formelle Bestätigung, dass der Assistenzarzt das Kompetenzniveau für die selbständige Ausübung der Tätigkeit erreicht hat und eine Tätigkeit ohne Aufsicht ausüben darf.

In einigen Ländern wird die formelle Übertragung von Aufgaben aus rechtlichen Gründen erst am Ende der Ausbildung erteilt.

Fakultät

Die Gruppe der Fachärzte einer Abteilung, die an der Ausbildung beteiligt sind.

Siehe auch klinische Fakultät.

Fachbereichsentwicklung

Strukturierte Ausbildung im Bildungsbereich des klinischen Personals/der Supervisoren/Ausbilder, die an der medizinischen Ausbildung beteiligt sind. Auch bekannt als „Ausbildung der Ausbilder“.

Feedback

Reflexion über die Leistung, Ermittlung von Stärken und Schwächen.

Formative Bewertung

Siehe: Bewertung

Selbstständige Praxis

Ausübung der medizinischen Versorgung in ihrem spezifischen Kontext ohne (direkte oder indirekte) Aufsicht, wobei die Person, die die Versorgung leistet, die Hauptverantwortung trägt.

Just Culture (Gerechtigkeitskultur)

Dies ist ein systemischer Ansatz für Zwischenfälle, bei dem eine gemeinsame Verantwortung für die Aufrechterhaltung der Patientensicherheit besteht, sodass medizinisches Fachpersonal ohne Angst vor Vergeltungsmaßnahmen lernen kann.

Logbuch

Das Dokument, in dem der Assistenzarzt seine Aktivitäten während der Ausbildung festhält, z. B. die Anzahl der durchgeführten Verfahren usw.

Siehe auch Portfolio.

Meister-Lehrling-Modell

Arbeitssituation, in der ein unerfahrener Arzt (Lehrling, d. h. Assistenzarzt) unter genauer Beobachtung und Aufsicht eines erfahrenen (Fach-)Arztes (Meister, d. h. Ausbilder, Tutor, klinischer Supervisor) arbeitet und Erfahrungen sammelt, basierend auf den Konzepten des Lernens durch Nachahmung und Mentoring.

Facharzt

Ein Facharzt ist ein Arzt, der eine postgraduale Ausbildung in einem bestimmten medizinischen Fachgebiet absolviert hat.

Mentor

Person, die Unterstützung, Anleitung und eine objektive Sichtweise darauf bietet, wie sich der Assistenzarzt in seinem Arbeitsumfeld entwickeln und Fortschritte erzielen kann, wobei sie häufig Fragen stellt, um dem Assistenzarzt zu helfen, seine eigene Lösung zu finden. Mentoren müssen keine Fachkenntnisse im Tätigkeitsbereich des Arztes haben.

Bewertung durch verschiedene Quellen (360-Grad-Bewertung)/Feedback:

Instrument zur Erfassung der Meinungen von Kollegen über die klinische Leistung und das berufliche Verhalten einer Person. Assistenzärzte werden ermutigt, Meinungen von möglichst vielen verschiedenen Kollegen einzuholen (z. B. Fachärzte, Assistenzärzte, Krankenschwestern, Hebammen, Sekretärinnen usw.).

Eingebettete berufliche Tätigkeit, eingebettete EPA

Eine spezifische, klar definierte Tätigkeit, die durch Aufgaben und Aspekte beschrieben wird, die für ihre Ausführung im Rahmen der Patientenversorgung erforderlich sind, als Teil einer übergeordneten (übertragenen) beruflichen Tätigkeit.

Siehe auch Thema.

Portfolio

Das Dokument, in dem der Assistenzarzt seine Entwicklung und seine Fortschritte während der Ausbildung festhält. Das Portfolio enthält Unterlagen über Lernerfahrungen (darunter das Logbuch und den persönlichen Entwicklungsplan), Bewertungsbögen, Protokolle des Kompetenzausschusses mit den beruflichen Eindrücken und die Entscheidungen bezüglich der Übertragung von Aufgaben.

Siehe auch Logbuch.

Berufliche Tätigkeit

Eine spezifische Tätigkeit, die durch medizinische Aufgaben und allgemeine Kompetenzen beschrieben wird, die für ihre Ausführung im Rahmen der Patientenversorgung erforderlich sind. Die berufliche Tätigkeit als übergeordnetes Thema beschreibt eine Gruppe kleinerer spezifischer beruflicher Tätigkeiten, die als „eingebettete berufliche Tätigkeit“ bezeichnet werden.

Siehe auch übertragene berufliche Aufgabe, eingebettete berufliche Tätigkeit.

Programmleiter

Der Programmleiter ist für die Koordinierung, Überwachung und Bewertung des in seiner Abteilung durchgeführten Ausbildungsprogramms verantwortlich.

Auch als Programmkoordinator bekannt.

Qualitätsverbesserung

Im Gesundheitswesen ist Qualitätsverbesserung die Bemühungen zur Verbesserung der Patientenergebnisse, der Gesundheitsversorgung und der beruflichen Entwicklung innerhalb eines komplexen und dynamischen Systems, das sich ständig weiterentwickelt. Dies beinhaltet die Diagnose von Problemen innerhalb eines Gesundheitssystems mit dem Ziel, die identifizierten Probleme mithilfe von Change Management zu beheben und anschließend die

Verbesserungen zu messen.

Simulation

Jede pädagogische Aktivität, bei der Hilfsmittel eingesetzt werden, um ein klinisches Szenario nachzubilden/zu imitieren. Beispiele hierfür sind laparoskopische Simulatoren, Becken- oder Bauchmannequins und Übungen zu geburtshilflichen Fertigkeiten.

Unterspezialisierung

Ein spezifischer Bereich innerhalb eines medizinischen Fachgebiets, für den ein standardisiertes Ausbildungsprogramm in einem zu diesem Zweck offiziell akkreditierten Zentrum definiert ist. Die beruflichen Tätigkeiten einer Unterspezialisierung stellen die komplexesten und tiefgreifendsten Tätigkeiten innerhalb des Fachgebiets dar. Ärzte, die ein solches standardisiertes Ausbildungsprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, werden als Subspezialisten bezeichnet.

Zusammenfassende Bewertung

Siehe: Bewertung

Supervisor oder klinischer Supervisor

Facharzt, der die Arbeit eines Assistenzarztes beaufsichtigt.

Supervision

Beaufsichtigung der Arbeit eines Assistenzarztes.

Thema

Bezeichnung für eine übertragene berufliche Tätigkeit (EPA), die bestimmte Themen im Zusammenhang mit der Patientenversorgung in einem Fachgebiet der Medizin beschreibt.

Assistenzarzt

Ein Assistenzarzt ist ein Arzt, der an einem offiziellen Weiterbildungsprogramm teilnimmt, um eine Facharztqualifikation zu erwerben.
Auch als Assistenzarzt bezeichnet.

Ausbilder

Person, die nicht unbedingt Facharzt sein muss und einen bestimmten Ausbildungsmoment für den Assistenzarzt beaufsichtigt.

Anerkennung der Ausbildung

Das Ergebnis des externen Auditprozesses zur Qualität eines medizinischen Ausbildungsprogramms einer Abteilung.

Tutor

Facharzt, der den Lernprozess einzelner Assistenzärzte begleitet. Ein Tutor ist für die allgemeine Überwachung und Steuerung des Ausbildungsfortschritts eines Assistenzarztes verantwortlich. Ein Tutor bietet pädagogische Betreuung und Karriereberatung, führt Beurteilungen durch und gibt regelmäßig (alle 3–6 Monate) Feedback.
Auch als Supervisor des Bildungsbereichs bezeichnet.

Beitragende zur Überarbeitung 2025

Mitglieder der SCTA unter der Leitung der Vorsitzenden Fionnuala McAuliffe:

Karen Rose, Anna Aabakke, Angelique Goverde, Fedde Scheele, Alexandra Kristufkova, Sofia Tsiapakidou, Helena Bartels, Mark Formosa, Anabela Serranito, Annalisa Tancredi, Ursula Catena, Goknur Topcu

Funktionäre und Vorstandsmitglieder EBCOG & UEMS Sektion Gynäkologie und Geburtshilfe (Stand: Januar 2025)

Präsident

Professor Frank Louwen

Generalsekretär

Professor Helle Karro

Vorsitzender

Assoc. Professor (Hon.) Sambit Mukhopadhyay

Schatzmeister

Professor Piotr Sieroszewski

EBCOG-Vorstandsmitglieder

Ass. Professor Anna Aabakke

Dr. Ferry Boekhorst

Assoc. Professor Alexandra Kristufkova

Professor Luigi Nappi

Professor Fionnuala McAuliffe

Vorsitzende des Ständigen Ausschusses für Ausbildung und Bewertung (SCTA)

Professor Fionnuala McAuliffe

Vorsitzender des Ständigen Ausschusses für die Anerkennung von Ausbildungsgängen (SCTR)

Dr. Petr Velebil

Vorsitzender des Prüfungsausschusses/Prüfungsleiter

Professor Ioannis E. Messinis

Vorsitzender des Ständigen Ausschusses für Versorgungsstandards und Positionserklärungen (SCSCPS)

Dr. Tahir Mahmood

European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology (ENTOG)

Dr. Sofia Tsiapakidou

European Urogynaecology Association (EUGA)

Professor Stavros Athanasiou

European Association of Perinatal-Medicine (EAPM)

Professor Diogo Ayres-de-Campos

European Society of Gynaecological Oncology (ESGO)

Dr. Maja Pakiz

European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)

Dr. Tatjana Motrenko Simic; Professor Antonios Makrigiannakis

Dr. Borut Kovacic (Embryologie)

European Association of Paediatric and Adolescent Gynaecology (EURAPAG)

Professor Zoran Stankovic

European Society for Gynaecological Endoscopy (ESGE)

Dr. Ursula Catena

European Federation for Colposcopy (EFC)

Professor Jana Zozzika

European Society of Contraception and Reproductive Health (ESCRH)

Professor Johannes Bitzer

International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology (ISPOG)

Professor Sibil Tschudin

International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD)

Dr. Pedro Vieira Baptista

European Midwives Association

Prof. Victoria Vivilaki

Webmaster

Dr. Jure Klanjšček

Chair Frankfurt Congress Scientific Committee

Dr. Nuno Nogueira Martins

Zentrale

Kate Thorman

Prüfungssekretariat

Alexandros Peristeropoulos

EBCOG und UEMS Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe Nationale Delegierte

Österreich

Professor Wolfgang Umek

Dr. Philipp Foessleitner

Belgien

Dr. Femke Delporte

Dr. Mathieu Luyckx

Bulgarien

Professor Emil Kovachev

Professor Ivan Kostov

Kroatien

Professor Miroslav Kopjar

Zypern

Dr. Afrodite Elisseou
Professor Gabriel Kalakoutis

Tschechische Republik

Professor Marian Kacerovský
Professor Vladimir Dvorak

Dänemark

Ass. Professor Anna Aabakke
Assoc. Professor Hanne Brix Westergaard

Estland

Professor Helle Karro
Dr. Piret Veerus

Finnland

Professor Marjo Tuppurainen
Professor Paivi Polo

Frankreich

Professor Joelle Belaisch Allart
Professor Philippe Descamps

Deutschland

Professor Dr. med. Dr. h. c. Frank Louwen
Dr. Klaus Doubek

Griechenland

Dr. Nicolas Linardos
Professor Alexandros Rodolakis

Ungarn

Professor Nandor Acs

Island

Dr. Matthildur Sigurdardottir

Irland

Dr. Michael Robson
Professor Fionnuala McAuliffe

Israel (Beobachter)

Professor Ron Maymon

Italien

Professor Luigi Nappi
Dr. Giuseppe Trojano
Dr. Annalisa Tancredi

Lettland

Dr. Lasma Lidaka
Professor Dace Rezeberga

Litauen

Professor Zana Bumbuliene
Professor Diana Ramasauskaite

Malta

Frau Isabelle Saliba

Niederlande

Professor Fedde Scheele
Dr Angelique J. Goverde

Republik Nordmazedonien

Professor Gligor Tofoski

Norwegen

Dr. Ragnar Kvie Sande
Dr. Birgitte Sanda

Polen

Professor Sebastian Kwiatkowski
Professor nadzw. Piotr Sieroszewski

Portugal

Professor Teresa Almeida Santos
Professor Helder Ferreira

Rumänien

Professor Daniel Muresan
Professor Radu Vladareanu

Slowakische Republik

Assoc. Professor Alexandra Kristufkova
Dr. Mikulas Redecha

Slowenien

Professor Borut Kobul
Professor Lili Steblovnik

Schweden

Dr. Kristin Andre
Assoc. Professor Mehreen Zaigham

Schweiz

Professor Johannes Bitzer
Professor Gabriele Merki

Türkei

Professor Cansun Demir

Ukraine

Professor Vyacheslav Kaminskyy
Dr. Dmytro Ledin

Vereinigtes Königreich

Dr. Raneer Thakar
Professor Stergios K. Doumouchtsis

Beitragende zur Version 2018

Dieses Projekt wurde mit der Unterstützung vieler Parteien und Einzelpersonen realisiert:

Projektmanagement

Fedde Scheele
Jessica van der Aa

Projektvorstand

Angelique Goverde
Tahir Mahmood
Jacky Nizard
Anna Aabakke

Fähigkeiten und Kenntnisse

Chiara Benedetto
Annalisa Tancredi
Jaroslav Feyereisl
Petr Velebil

Gesellschaftlicher Beitrag

Peter Hornnes
Annette Settnes
Anna Aabakke
Betina Ristorp Andersen
Joyce Hoek-Pula
Britt Myren
Noortje Jonker
Petra Kunkeler
Hans van der Schoot

Bildungsstrategie und Bewertung

Rudi Campo
Yves van Belle
Helder Ferreira
Jette Led Sørensen
Sibil Tschudin
Juriy Wladimiroff

Prüfung

Rolf Kirschner

European Network for Trainees in Obstetrics and Gynaecology

Anna Aabakke

Agnieszka Horała (Polen)

Goknar Topçu (Türkei)

Laura Spinnewijn (Niederlande)

Jure Klanjšček (Slowenien)

Vladimír Dvořák (Slowakische Republik)

QUICK GUIDE TO **KEY MENOPAUSE TERMS**

MENOPAUSE

the permanent cessation of menstruation
resulting from loss of ovarian follicular
activity: may be natural or induced

TYPES OF MENOPAUSE

NATURAL

recognized to have occurred when a woman has had 12 consecutive months without periods (amenorrhea) due loss of ovarian follicular activity for which no other obvious pathological or physiological cause is present and occurs on average at the age of 51 years. Menopause occurs with the final menstrual period and thus is known with certainty only in retrospect one year after the event.

INDUCED

the cessation of menstruation which follows either surgical removal of both ovaries (with or without hysterectomy) or iatrogenic ablation of ovarian function (e.g. by chemotherapy or radiation). Surgical menopause can be timed precisely.

PREMATURE OR EARLY

menopause occurring much earlier than the average age of 51 years.

Thus, menopause before the age of 40 is commonly referred to as premature menopause, although primary ovarian insufficiency (POI) is currently considered to be a better term to denote the loss of ovarian function, as it does not specify definitive failure.

Menopause that occurs between 40 and 45 years is termed early menopause.

STAGES OF MENOPAUSE

PREMENOPAUSE

the entire reproductive period from menarche to the final menstrual period

PERIMENOPAUSE

includes the period of time beginning with the first clinical, biological and endocrinological features of the approaching menopause, including vasomotor symptoms and menstrual irregularity, and ends 12 months after the last menstrual period

MENOPAUSAL TRANSITION

the time before the final menstrual period, when variability in the menstrual cycle usually is increased



POSTMENOPAUSE

the time dating from the menopause

Infographic designed by Dr Margaret Rees & Dr Claire Hardy



MENOPAUSE CURRICULUM FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS

A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement



Highlights

Managing perimenopausal and postmenopausal health is a key issue for all areas of healthcare, not just gynecology.

Training programs for healthcare professionals worldwide should include menopause and postmenopausal health in their curriculum.

The curriculum should include assessment, diagnosis and evidence-based management strategies.

MENOPAUSE

the permanent cessation of menstruation resulting from loss of ovarian follicular activity: may be natural or induced



Curriculum content

There are several key areas training should include:

- Menopause terminologies
- Menopause symptoms
- Clinical assessment and screening
- Staying healthy in the menopause
- Menopause symptom treatment options
- Long-term health and treatments
- Delivering menopause healthcare

Delivery

Ideally covered by:

Lectures



E-learning



Placements



Accredited menopause experts



Healthcare professionals should provide an evidence-based approach for assessment and management and refer to specialist services as required.



Summary

Women should have access to accurate information, and be able to seek advice on how to optimize the management of their natural or induced menopause and the years beyond.



Some people require additional attention, with involvement of specialist services. These include women with chronic disease, premature ovarian insufficiency or early menopause or pre-existing disability, as well as transgender and gender-nonconforming people.

Infographic designed by Dr Claire Hardy



Page 9. and 33.

Subspecialty	Unterspezialisierung
Electives	Wahlfächer
Core	Kernfächer

Page 11. and 35.

Treatment (Tx)	Behandlung (Tx)
Indication for treatment (Ind)	Indikation für die Behandlung (Ind)
Information (Info)	Informationen (Info)
Diagnosis (Dx)	Diagnose (Dx)
Problem Identification (Px)	Problemidentifikation (Px)

Page 62.

BASIC ENDOSCOPIC TRAINING	GRUNDLEGENDE ENDOSKOPISCHE AUSBILDUNG
START OF IN-OR TRAINING	BEGINN DER AUSBILDUNG IM OP
ADVANCED ENDOSCOPIC TRAINING	FORTGESCHRITTENE ENDOSKOPISCHE AUSBILDUNG
START OF IN-OR SURGERY	BEGINN DER OP-EINSÄTZE
START	START
ASSESSMENT	BEWERTUNG
General endoscopic knowledge acquisition	Erwerb allgemeiner endoskopischer Kenntnisse
Basic endoscopic practical skill training	Ausbildung in grundlegenden praktischen endoskopischen Fertigkeiten
Exposure to expert endoscopist as mentor	Begleitung durch erfahrene Endoskopiker als Mentoren
Standard level procedures knowledge acquisition	Erwerb von Kenntnissen über Standardverfahren
Stepwise approach from simple to complex procedures under close supervision	Schrittweises Vorgehen von einfachen zu komplexen Verfahren unter strenger Aufsicht
Basic endoscopic practical skill training	Ausbildung in grundlegenden praktischen endoskopischen Fertigkeiten
Exposure to teamwork and OR practices	Kennenlernen von Teamarbeit und OP-Praktiken
Advanced endoscopic practical skill training	Ausbildung in fortgeschrittenen praktischen endoskopischen Fertigkeiten

Page 76.

Recording of learning experiences	Aufzeichnung der Lernerfahrungen
Master-apprentice impressions	Eindrücke der Meister-Lehrling-Beziehung
Competence committee judges on three sources	Kompetenzausschuss bewertet anhand von drei Quellen
Recording of assessments for entrustment	Aufzeichnung der Bewertungen für die Übertragung von Aufgaben
Entrustment decision	Entscheidung über die Übertragung von Aufgaben

Page 77.

Assessment information as pixels	Bewertungsinformationen als Pixel
----------------------------------	-----------------------------------

Page 78.

Assessment for entrustment	Bewertung für die Übertragung von Aufgaben
Recorded in portfolio	Im Portfolio erfasst
Adds to entrustment decision	Ergänzung zur Entscheidung über die Übertragung von Aufgaben
Consider frequency of assessment; too high versus	Häufigkeit der Bewertung berücksichtigen; zu hoch

too low for clear assessment image	oder zu niedrig für ein klares Bewertungsbild
Assessment for learning	Bewertung für das Lernen
Not recorded in portfolio	Nicht im Portfolio erfasst
Focuses on trainee's development	Fokus auf der Entwicklung des Assistenzarztes
Aimed at supporting the learning process	Auf die Unterstützung des Lernprozesses ausgerichtet
Frequency is tailored to the needs of the trainee	Die Häufigkeit wird an die Bedürfnisse des Assistenzarztes angepasst

Page 110.

KNOWLEDGE	WISSEN
Knowledge is trained through e-learning materials available on ESGE Academy. The acquisition of knowledge is assessed through online quizzes.	Das Wissen wird durch E-Learning-Materialien vermittelt, die auf der ESGE Academy verfügbar sind. Der Wissenserwerb wird durch Online-Quize bewertet.
PSYCHOMOTOR SKILLS	PSYCHOMOTORISCHE FERTIGKEITEN
A series of well defined exercises on laparoscopy, laparoscopic suturing, hysteroscopy and robotics train the psychomotor skills of GESEA participants.	Eine Reihe klar definierter Übungen zu Laparoskopie, laparoskopischem Nähen, Hysteroskopie und Robotik trainieren die psychomotorischen Fähigkeiten der GESEA-Teilnehmer.
SURGICAL COMPETENCE	CHIRURGISCHE KOMPETENZ
Surgical competence is measured through assessment of standardised procedures by expert review.	Die chirurgische Kompetenz wird mittels Bewertung standardisierter Verfahren durch Experten bewertet.
Level 1	Stufe 1
GESEA MIGS	GESEA MIGS
Level 2	Stufe 2
GESEA MIGS Certification	GESEA MIGS-Zertifizierung
Level 3	Stufe 3
GESEA MIGS Diploma	GESEA MIGS-Diplom
Level 3	Stufe 3
Oncology	Onkologie
Urogynaecology	Urogynäkologie
Neuropelveology	Neuropelvieologie
Endometriosis	Endometriose
Hysteroscopy	Hysteroskopie
GESEA ECRES	GESEA ECRES
Level 2	Stufe 2
GESEA ECRES Certification	GESEA ECRES-Zertifizierung
Level 2	Stufe 2
GESEA ECRES Diploma	GESEA ECRES-Diplom
Level 3	Stufe 3
Reproductive Surgeon	Reproduktionschirurg
Endometriosis	Endometriose
Hysteroscopy	Hysteroskopie

Page 111.

E-learning	E-Lernen
Psychomotor skills	Psychomotorische Fertigkeiten
Certification	Zertifizierung

Experience	Erfahrung
Diploma	Diplom
LEVEL 1	STUFE 1
GESEA Universal Entry Gate Basic Endoscopy Training	GESEA Universal Entry Gate Grundausbildung in Endoskopie
Level 1 Certification	Stufe 1 Zertifizierung
LEVEL 2	STUFE 2
GESEA MIGS	GESEA MIGS
Level 2 MIGS Certification	Stufe 2 MIGS Zertifizierung
Level 2 MIGS Diploma	Stufe 2 MIGS Diplom
GESEA ECRES	GESEA ECRES
Level 2 ECRES Certification	Stufe 2 ECRES Zertifizierung
Level 2 ECRES Diploma	Stufe 2 ECRES Diplom
GESEA ROBOTICS	GESEA ROBOTIK
Level 2 Robotics Certification	Stufe 2 Robotik Zertifizierung
Level 2 Robotics Diploma	Stufe 2 Robotik Diplom
LEVEL 3	STUFE 3
MIGS - Oncology	MIGS - Onkologie
Level 3 Oncology Diploma	Stufe 3 Onkologie Diplom
MIGS - Urogynaecology	MIGS - Urogynäkologie
Level 3 Urogynaecology Diploma	Stufe 3 Urogynäkologie Diplom
MIGS - Neuropelveology	MIGS - Neuropelveologie
Level 3 Neuropelveology Diploma	Stufe 3 Neuropelveologie Diplom
MIGS & ECRES - Endometriosis	MIGS & ECRES - Endometriose
Level 3 Endometriosis	Stufe 3 Endometriose
MIGS & ECRES - Hysteroscopy	MIGS & ECRES - Hysteroskopie
Level 3 Hysteroscopy Diploma	Stufe 3 Hysteroskopie Diplom
ECRES - Reproductive surgeon	ECRES - Reproduktionschirurg
Level 3 Reproductive Surgeon Diploma	Stufe 3 Reproduktionschirurg Diplom

Page 122

QUICK GUIDE TO KEY MENOPAUSE TERMS	KURZÜBERSICHT DER WICHTIGSTEN BEGRIFFE DER MENOPAUSE
MENOPAUSE	MENOPAUSE
the permanent cessation of menstruation resulting from loss of ovarian follicular activity: may be natural or induced	das endgültige Ausbleiben der Menstruation infolge des Verlusts der Follikelaktivität der Eierstöcke: kann natürlich oder induziert sein
TYPES OF MENOPAUSE	ARTEN DER MENOPAUSE
NATURAL	NATÜRLICH
recognized to have occurred when a woman has had 12 consecutive months without periods (amenorrhea) due loss of ovarian follicular activity for which no other obvious pathological or physiological cause is present and occurs on average at the age of 51 years. Menopause occurs with the final menstrual period and thus is known with certainty only in retrospect one year after the event.	gilt als eingetreten, wenn eine Frau aufgrund des Verlusts der Follikelaktivität der Eierstöcke 12 Monate lang keine Menstruation hatte (Amenorrhö) und keine anderen offensichtlichen pathologischen oder physiologischen Ursachen vorliegen. Das durchschnittliche Eintrittsalter liegt bei 51 Jahren. Die Menopause tritt mit der letzten Menstruation ein und kann daher erst ein Jahr nach dem Ereignis mit Sicherheit festgestellt werden.
INDUCED	INDUZIERT
the cessation of menstruation which follows either surgical removal of both ovaries (with or without	das Ausbleiben der Menstruation nach chirurgischer Entfernung beider Eierstöcke (mit

hysterectomy) or iatrogenic ablation of ovarian function (e.g. by chemotherapy or radiation). Surgical menopause can be timed precisely.	oder ohne Hysterektomie) oder iatrogener Ablation der Eierstockfunktion (z. B. durch Chemotherapie oder Bestrahlung). Die chirurgische Menopause kann zeitlich genau bestimmt werden.
PREMATURE OR EARLY	FRÜH
menopause occurring much earlier than the average age of 51 years. Thus, menopause before the age of 40 is commonly referred to as premature menopause, although primary ovarian insufficiency (POI) is currently considered to be a better term to denote the loss of ovarian function, as it does not specify definitive failure. Menopause that occurs between 40 and 45 years is termed early menopause.	Menopause, die deutlich vor dem Durchschnittsalter von 51 Jahren eintritt. Daher wird die Menopause vor dem 40. Lebensjahr gemeinhin als vorzeitige Menopause bezeichnet, obwohl derzeit der Begriff „primäre Ovarialinsuffizienz“ (POI) als bessere Bezeichnung für den Verlust der Eierstockfunktion angesehen wird, da er nicht auf ein endgültiges Versagen hinweist. Die Menopause, die zwischen 40 und 45 Jahren eintritt, wird als frühe Menopause bezeichnet.
PREMENOPAUSE	PRÄMENOPAUSE
the entire reproductive period from menarche to the final menstrual period	die gesamte Fortpflanzungsphase von der Menarche bis zur letzten Menstruation
PERIMENOPAUSE	PERIMENOPAUSE
includes the period of time beginning with the first clinical, biological and endocrinological features of the approaching menopause, including vasomotor symptoms and menstrual irregularity, and ends 12 months after the last menstrual period	umfasst den Zeitraum, der mit den ersten klinischen, biologischen und endokrinologischen Anzeichen der bevorstehenden Menopause beginnt, einschließlich vasomotorischer Symptome und Menstruationsstörungen, und endet 12 Monate nach der letzten Menstruation
MENOPAUSAL TRANSITION	MENOPAUSALE ÜBERGANGSZEIT
the time before the final menstrual period, when variability in the menstrual cycle usually is increased	Zeitraum vor der letzten Menstruation, in dem die Schwankungen des Menstruationszyklus in der Regel zunehmen
POSTMENOPAUSE	POSTMENOPAUSE
the time dating from the menopause	Zeitraum ab der Menopause
Infographic designed by Dr Margaret Rees & Dr Claire Hardy	Infografik von Dr. Margaret Rees und Dr. Claire Hardy
MENOPAUSE CURRICULUM FOR HEALTHCARE EMAS PROFESSIONALS	MENOPAUSE-LEHRPLAN FÜR MEDIZINISCHES PERSONAL DER EMAS
A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement	Stellungnahme der Europäischen Gesellschaft für Menopause und Andropause (EMAS)
Highlights	Wichtige Aspekte
Managing perimenopausal and postmenopausal health is a key issue for all areas of healthcare, not just gynecology.	Die Gesundheitsversorgung in der Perimenopause und Postmenopause ist ein zentrales Thema für alle Bereiche des Gesundheitswesens, nicht nur für die Gynäkologie.
Training programs for healthcare professionals worldwide should include menopause and postmenopausal health in their curriculum.	Ausbildungsprogramme für medizinisches Fachpersonal weltweit sollten die Menopause und die Gesundheit in der Postmenopause in ihren Lehrplan aufnehmen.
The curriculum should include assessment, diagnosis and evidence-based management strategies.	Der Lehrplan sollte die Beurteilung, Diagnose und evidenzbasierte Behandlungsstrategien umfassen.
MENOPAUSE	MENOPAUSE
the permanent cessation of menstruation resulting	das endgültige Ausbleiben der Menstruation infolge

from loss of ovarian follicular activity: may be natural or induced	des Verlusts der Follikelaktivität der Eierstöcke: kann natürlich oder induziert sein
Curriculum content	Inhalt des Lehrplans
There are several key areas training should include: - Menopause terminologies - Menopause symptoms - Clinical assessment and screening - Staying healthy in the menopause - Menopause symptom treatment options - Long-term health and treatments - Delivering menopause healthcare	Die Ausbildung sollte mehrere Schlüsselbereiche umfassen: - Begriffe der Menopause - Symptome der Menopause - Klinische Beurteilung und Screening - Gesund bleiben in der Menopause - Behandlungsmöglichkeiten für Symptome der Menopause - Langfristige Gesundheit und Behandlungen - Gesundheitsversorgung in den Wechseljahren
Delivery Ideally covered by Lectures E-learning Placements Accredited menopause experts	Lieferung Idealerweise abgedeckt durch Vorlesungen E-Lernen Praktika Akkreditierte Menopause-Experten
Healthcare professionals should provide an evidence-based approach for assessment and management and refer to specialist services as required.	Medizinisches Fachpersonal sollte einen evidenzbasierten Ansatz für die Beurteilung und Behandlung anbieten und bei Bedarf an Fachdienste überweisen.
Summary Women should have access to accurate information, and be able to seek advice on how to optimize the management of their natural or induced menopause and the years beyond. Some people require additional attention, with involvement of specialist services. These include women with chronic disease, premature ovarian insufficiency or early menopause or pre-existing disability, as well as transgender and gender-nonconforming people.	Zusammenfassung Frauen sollten Zugang zu genauen Informationen haben und sich beraten lassen können, wie sie die natürliche oder induzierte Menopause und die Jahre danach optimal gestalten können. Einige Personen benötigen zusätzliche Aufmerksamkeit und die Einbeziehung von Fachdiensten. Dazu gehören Frauen mit chronischen Erkrankungen, vorzeitiger Ovarialinsuffizienz oder früher Menopause oder bereits bestehenden Behinderungen sowie Transgender-Personen und geschlechtsuntypische Personen.
Infographic designed by Dr Claire Hardy	Infografik von Dr. Claire Hardy