

Ausbildungsvoraussetzungen für den Schwerpunkt Geriatrische Medizin

Europäische Standards für medizinische postuniversitäre Facharztausbildung

(früher Kapitel 6)

Vorwort

Die UEMS (European Union of Medical Specialists) ist eine Nichtregierungsorganisation, die nationale Facharztverbände auf europäischer Ebene repräsentiert. Mit derzeitigen 37 nationalen Mitgliedsverbänden und mittels 43 Fachsektionen und europäischen Ausschüssen ist die UEMS bestrebt die Niederlassungsfreiheit von Fachärzten in ganz Europa zu fördern und gleichzeitig das höchste Ausbildungsniveau zu gewährleisten, womit der Weg für eine Verbesserung der Betreuungsqualität für alle europäische Bürger geebnet werden soll. Die Kompetenzbereiche der UEMS umfassen vor allem die fortlaufende medizinische Weiterbildung, die postuniversitäre Ausbildung und die Qualitätssicherung.

Es ist die Überzeugung der UEMS, dass die Qualität der medizinischen Versorgung und Kompetenz in engem Zusammenhang steht mit der Qualität der Ausbildung des medizinischen Fachpersonals. Daher hat sich die UEMS dazu verpflichtet, durch die Erstellung europäischer Standards in den verschiedenen medizinischen Fachbereichen zur Verbesserung der medizinischen Ausbildung auf europäischer Ebene beizutragen. Unabhängig davon, wo Ärzte ausgebildet werden, sollten sie zumindest dieselben Kernkompetenzen vorweisen.

1994 hat die UEMS die Statuten für eine postuniversitäre Ausbildung verabschiedet mit dem Ziel, Empfehlungen für gute medizinische Ausbildung auf europäischer Ebene bereitzustellen. Bestehend aus sechs Kapiteln hat dieses Statut die Grundlagen für einen europäischen Zugang auf dem Gebiet der postuniversitären Ausbildung geschaffen. Mit fünf Kapiteln, die für alle Fachgebiete einheitlich sind, bietet dieses Statut auch ein sechstes Kapitel, genannt „Chapter 6“, das von jeder Fachgruppe je nach den spezifischen Bedürfnissen dieses Fachgebietes vervollständigt werden sollte.

Mehr als ein Jahrzehnt nach der Einführung dieser Statuten, arbeiten die UEMS Fachsektionen und ihre europäischen Ausschüsse weiter an der Entwicklung dieser europäischen Standards der medizinischen Ausbildung, welche die moderne medizinische Praxis und die derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisse abbilden. Damit beabsichtigen die UEMS Fachsektionen und europäischen Gremien nicht, die Kompetenzen der nationalen Behörden beim Erstellen der Inhalte postuniversitärer Ausbildung in den eigenen Staaten zu ersetzen, sondern vielmehr sie zu ergänzen und damit sicherstellen, dass eine hochqualitative Ausbildung in ganz Europa gewährleistet ist.

Auf europäischer Ebene, wurde die Gesetzesgrundlage für die Sicherung der Niederlassungsfreiheit von Ärzten durch die Anerkennung ihrer Qualifikationen schon im Jahr 1970 durch die europäische Union geschaffen. Sachbereichsverordnungen wurden verabschiedet und eine Verordnung befasste sich speziell mit dem Thema der medizinischen Ausbildung auf europäischer Ebene. Indessen stellte die Europäische Kommission 2005 im europäischen Parlament den Antrag auf ein einziges Rechtssystem zur Anerkennung professioneller Qualifikationen, um die Mobilität aller Arbeitskräfte in ganz Europa zu erleichtern und zu verbessern. Diese Verordnung 2005/36/EC begründete den Mechanismus der automatischen gegenseitigen Anerkennung der Qualifikationen von Ärzten je nach

UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS

Association internationale sans but lucratif – International non-profit organisation

Ausbildungskriterien innerhalb der Mitgliedsstaaten; dies basiert auf der Ausbildungslänge im jeweiligen Fachgebiet und der Art der Qualifikation.

Angesichts der langjährigen Erfahrung der UEMS Fachsektionen und ihrer europäischen Ausschüsse einerseits und der europäischen Rahmenbedingungen zur Ermöglichung von Mobilität von Fachärzten und Auszubildenden von einem Land in das andere andererseits, ist die UEMS in der einzigartigen Lage fachbereichsbasierte Empfehlungen abzugeben. Die UEMS wertet professionelle Kompetenz als „den gewohnheitsmäßigen und vernünftigen Einsatz von Kommunikation, Wissen, technischen Fertigkeiten, klinischen Argumenten, Emotionen, Werten und Überlegungen in der täglichen Praxis zum Wohle des Einzelnen und der betroffenen Gemeinschaft“. Während die berufliche Tätigkeit durch nationale Gesetze in den Mitgliedsstaaten reguliert wird, ist es das Verständnis der UEMS, das sie auch den internationalen Verträgen und der UN Menschenrechtskonvention, sowie dem internationalen Ethikkodex des Weltärztebundes entsprechen muss.

Dieses Dokument leitet sich vom früheren Kapitel 6 der Ausbildungsstatuten ab und stellt Definitionen für Fachkompetenzen und Fachmethoden bereit, sowie Vorgangsweisen der Dokumentation und Evaluierung. Um der Transparenz und Kohärenz willen, ist es in „Ausbildungskriterien für den Fachbereich X“ umbenannt worden. Dieses Dokument zielt darauf ab, die grundlegenden Ausbildungsanforderungen für jeden Fachbereich zur Verfügung zu stellen und soll regelmäßig durch die UEMS Fachsektionen und ihre europäischen Ausschüsse aktualisiert werden um den wissenschaftlichen und medizinischen Fortschritt widerzuspiegeln. Die dreiteilige Struktur dieses Dokumentes reflektiert den UEMS Ansatz der Erstellung eines kohärenten pragmatischen Dokumentes nicht nur für Fachärzte, sondern auch für Entscheidungsträger auf nationaler und internationaler Ebene, die interessiert sind, mehr über die medizinische Fachausbildung zu erfahren.

Einleitung

Der Altersdurchschnitt der Bevölkerung erhöht sich rasant und als Folge davon gibt es eine immer größere Zahl von Menschen mit altersabhängiger (Multi-) Morbidität. Der WHO-Bericht über Altern und Gesundheit aus dem Jahr 2015 forderte Änderungen in der Gesundheitspolitik für die alternde Bevölkerung, insbesondere sollte das Gesundheitssystem sich auf die von ihnen derzeit betreute alternde Bevölkerung ausrichten und langfristige Betreuungssysteme entwickeln. In diesem Zusammenhang hat die WHO auch klare Empfehlungen für die Weiterbildung des Gesundheitspersonals herausgegeben.

Es gibt überzeugende Beweise aus großen systematischen Übersichten, dass Umfassende Geriatrie Evaluation (CGA) der effektivste Weg ist, die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung für diese Bevölkerung zu gewährleisten. CGA hat erwiesenermaßen die Wahrscheinlichkeit für die Patienten erhöht, nach einem Notfallaufenthalt im Krankenhaus zu überleben und im häuslichen Umfeld bleiben zu können.

CGA kann als ein „multidimensionaler, interdisziplinärer Prozess mit besonderer Fokussierung auf die Ermittlung medizinischer, psychologischer und funktionaler Fähigkeiten älterer Menschen zur Entwicklung eines koordinierten und integrierten Therapieplans und langfristiger Nachversorgung“

UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS

Association internationale sans but lucratif – International non-profit organisation

definiert werden. Fachärzte für Geriatrie sind medizinische Spezialisten mit Fachkompetenz in der Betreuung älterer Menschen und haben eine Schlüsselrolle in der Umsetzung des CGA, wobei die Fähigkeit des Geriaters mit Multi-Morbidität umzugehen einen wesentlichen Faktor darstellt. Das Wesentliche beim Umgang mit Multi-Morbidität ist das Bewusstsein, dass ältere Menschen eine andere Art der Betreuung brauchen als jüngere, physiologisch robustere Patienten. Klinische und biologische Krankheitssymptome sind bei älteren Menschen anders. Krankheiten zeigen sich oft durch unspezifische oder durch atypische Darstellung auf Grund von abnormalen physiologischen Reaktionen auf eine akute Krankheit- ein gründliches klinisches Assessment ist daher notwendig. CGA ist nicht nur ein detailliertes klinisches Assessment, das durch den Geriatrie Facharzt durchgeführt wird- es geht über die Ermittlung der Bedürfnisse des Patienten hinaus zur Anwendung weitläufiger Maßnahmen um das Wohlergehen des Patienten, seine Fähigkeit zur Teilnahme an Aktivitäten und seine Unabhängigkeit wiederherzustellen und Invalidität und Leid zu lindern.

Die Geschichte der geriatrischen Medizin hat sich in verschiedenen europäischen Ländern unterschiedlich entwickelt. In den meisten europäischen Ländern wird sie als eigenständige Fachdisziplin anerkannt, in einigen Länder ist geriatrische Medizin noch nicht etabliert und in den restlichen ist es eine Unterabteilung anderer Fachgebiete, hauptsächlich der Inneren Medizin. In den letzten Jahren hat sich die geriatrische Medizin breiter gefächert und hat immer mehr Subspezialisierungen generiert. In Krankenhäusern werden Fachärzte für Geriatrie in der Akutbehandlung älterer Patienten eingesetzt, in den Notaufnahmen und auf akutmedizinischen Abteilungen als hauptverantwortliche Ärzte und in Kooperation mit anderen Fachärzten in orthogeriatrischen (orthopädischen, chirurgischen), onkogeriatrischen (Onkologie), geriatrische kardiologischen und anderen Abteilungen und als Konsulent für andere Fachgebiete, besonders für Delirium Behandlung und Rehabilitation ähnlicher Krankheitsbilder. Serviceangebote für externe Patienten können krankenhausbasiert sein, mit einem Schwerpunkt auf geriatrische Syndrome wie Gedächtnisverlust, Stürze, Multimorbidität, Mehrfacharzneimittelbehandlung, Kontinenz Versorgung, Knochengesundheit, neurologische Störungen, sowie präoperative chirurgische Assessments und Prähabilitation vor fakultativen größeren chirurgischen Eingriffen. In einigen Ländern arbeiten Fachärzte für Geriatrie hauptsächlich oder ausschließlich in Gemeinschaftseinrichtungen oder als Pflegeheimspezialisten.

Die beschriebenen Unterschiede in der medizinischen geriatrischen Ausbildung und Praxis innerhalb Europas haben zur Definition der europäischen Ausbildungsanforderungen in der geriatrischen Medizin (ERT-GM) geführt. Unter der Schirmherrschaft der UEMS Sektion Geriatrische Medizin (UEMS-GMS), der europäischen Gesellschaft für geriatrische Medizin (EuGMS) und der europäischen Akademie der Medizin des Alterns (EAMA) wurde eine Studie in ganz Europa durchgeführt, für die drei Delphi Runden erforderlich waren um die Empfehlungen für die Ausbildungsanforderungen für die Spezialisierung als Geriatrie Facharzt zu erstellen. Die endgültigen Empfehlungen beinhalten vier Bereiche: Struktur und Qualitätsindikatoren, Fachwissen, zusätzliche Kompetenzen und Bewertungen. Die neuen Lehrplananforderungen wurden vom UEMS-GMS, EuGMS, EAMA und IAGGER (Internationale Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie der europäischen Regionen) als Minimalanforderungen für die Ausbildung zum Facharzt für Geriatrie in europäischen Mitgliedsstaaten bestätigt. Das lässt den einzelnen Staaten Raum für die Entwicklung nationaler Curricula gemäß den lokalen Anforderungen und Gesundheitssystemen.

UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES
EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS

Association internationale sans but lucratif – International non-profit organisation

Inhalt

I. AUSBILDUNGSANFORDERUNGEN FÜR AUSZUBILDENDE.....	6
Lehrinhalte	6
Primäre Bildungsziele:	6
Übersicht	7
Kernkompetenzziele.....	8
1. Grundlegende Wissenschaft und Biologie des Alterns:	8
2. Umfassendes geriatrisches Assessment:.....	8
3. Multimorbidität und häufige geriatrische Probleme (Syndrome)	9
4. Erscheinungsbilder anderer Krankheiten älterer Menschen	9
5. Medikamentöse Therapie	10
6. Rehabilitation älterer Menschen.....	10
7. Planung des Transfers zur Betreuung und Weiterbetreuung außerhalb des Spitals	11
8. Ethische und juristische Aspekte.....	11
9. Management	11
10. Gesundheitsförderung	12
Lehrplan.....	12
1. Theoretisches Wissen.....	12
Kenntnisse in der Patientenbetreuung	12
Zusätzliche erforderliche Fähigkeiten und Einstellungen für Geriater	13
2. Praktische und klinische Fähigkeiten	13
3. Kompetenzen	14
2. Organisation der Ausbildung	15
a) Ausbildungsplan	15
b) Ausbildungslehrplan.....	16
c) Assessment und Evaluation.....	17
Logbuch/Ausbildungsportfolio.....	17
Periodische Assessments des erzielten Fortschrittes.....	18
Das Ende der Ausbildungsbeurteilung	19
d) Unterstützung des Auszubildenden	19
e) Führung	20
II. AUSBILDUNGSANFORDERUNGEN FÜR AUSBILDNER	20
1. Der Prozess der Anerkennung als Ausbilder	20

UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES
EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS

Association internationale sans but lucratif – International non-profit organisation

a) Erforderliche Qualifikationen und Erfahrungen	20
b) Kernkompetenzen der Ausbilder	20
2. Qualitätsmanagement für Ausbilder	21
III. AUSBILDUNGSANFORDERUNGEN FÜR AUSBILDUNGSINSTITUTIONEN	21
1. Verfahren zur Anerkennung als Ausbildungszentrum	21
a) Anforderungen für Personal und klinische Aktivitäten	22
b) Anforderungen bezüglich Ausrüstend und Unterkunft.....	23
2. Qualitätsmanagement innerhalb der Ausbildungsinstitution.....	23
a) Akkreditierung.....	23
b) Klinische Kontrolle	24
c) Personalplanung.....	24
d) Regelmäßige Berichte.....	24
e) Externe Revision	24
f) Transparenz des Ausbildungsprogrammes	24

I. AUSBILDUNGSANFORDERUNGEN FÜR AUSZUBILDENDE

Die Aufnahmevoraussetzungen für geriatrische Medizin hängen von den nationalen Regelungen ab und sollten transparent sein.

Die Anzahl der Auszubildenden in jedem nationalen Programm sollte den prognostizierten Personalbedarf in der geriatrischen Medizin widerspiegeln. Dieser hängt von der Organisation des nationalen Gesundheitssystems ab und sollte ausreichend sein, um den Bedarf an geriatrischer Spezialversorgung für Patienten zeitgerecht erfüllen zu können. Auszubildende müssen genügend linguistische Fähigkeiten mitbringen, um mit Patienten und Kollegen kommunizieren zu können und sie sollten fähig sein, im sozialen und kulturellen Kontext des Landes, in dem sie stationiert sind, zu arbeiten.

Adäquate Sprach-(je nach nationalen Anforderungen), Informatik- und Kommunikationskompetenzen sind Grundvoraussetzungen für die Beurteilung und Erfassung der internationalen medizinischen Literatur und der Kommunikation mit ausländischen Kollegen. Darüber hinaus müssen sie fähig sein, in einem interdisziplinären multi-professionellen Umfeld zu kommunizieren und zu arbeiten.

Grundlegende Kommunikationskompetenz mit Patienten und Betreuern sollten schon vor dem Eintritt in die Spezialausbildung erworben worden sein und sollen einer kontinuierlichen professionellen Entwicklung unterworfen werden.

Basiskenntnisse wissenschaftlicher Methodologie, Fähigkeiten der kritischen Interpretation von Studienergebnissen und Erfahrung mit derzeitigen Methoden wie evidenzbasierte Medizin oder dem Mangel an Evidenz bei älteren Menschen sind erforderlich.

Der Erwerb organisatorischer Fähigkeiten und Kenntnisse von lokalen medizinischen Sachverhalten, sowie ethischer und palliativer Themen sollen gefördert werden.

Lehrinhalte

Dieser Abschnitt listet die primären Bildungsziele, Kernwissensgebiete, Kompetenzen, Ansichten und Verhaltensmuster, die durch die Ausbildung in geriatrischer Medizin erworben werden sollen.

Primäre Bildungsziele:

Die primären Bildungsziele beinhalten eine Zusammenfassung aller Kompetenzen, die ein Auszubildender bis zum Abschluss der Spezialausbildung erreichen können sollte. Jedes Ziel benötigt spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten. Die Beurteilung wird auf der Darlegung erworbener Kompetenzen dieser Zielsetzungen durch den Auszubildenden basieren. Der weitere Studienablauf in diesem Lehrplan ist darauf ausgelegt, das für jede Kompetenz notwendige Leistungsniveau zusammenzufassen.

Dies sind die primären Bildungsziele, die den Auszubildenden mit den Kompetenzen ausstatten soll, die er für die praktische Arbeit in der geriatrischen Medizin benötigt:

UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS

Association internationale sans but lucratif – International non-profit organisation

- Durchführung eines umfassenden geriatrischen Assessments (CGA) eines älteren Menschen, das Gemütszustand und Wahrnehmung, Gangart, Ernährung, Funktionalität und Operationstauglichkeit beinhaltet, aber nicht darauf beschränkt ist.
- Diagnose und Bewältigung akuter Krankheiten älterer Patienten mit chronischen Krankheiten und Behinderungen
- Bereitstellung multidisziplinärer Rehabilitation für ältere Patienten
- Planung der Entlassung vom Spittal und der Kontinuität der Betreuung gebrechlicher älterer Patienten. Dies beinhaltet auch die Koordination verschiedener Betreuungsangebote für multimorbide ältere Patienten in Gemeinschaftseinrichtungen
- Bewertung der Anspruchsberechtigung eines Patienten für die Zulassung zu Langzeitbetreuung und Bewertung der benötigten Betreuung für Patienten in Langzeitbetreuung (durchgehende Betreuung)
- Assessment und Management älterer Patienten mit üblichen geriatrischen Problemen (Syndromen)
- Nachweis von Kompetenzen in den folgenden Spezialgebieten:
 - o Palliative Betreuung
 - o Orthogeriatrische Medizin und Rehabilitation
 - o Psychiatrie des Alters
 - o Pharmakologie
 - o Schlaganfallbetreuung, wenn es eine nationale Anforderung ist
- Kompetenz in grundlegender Forschungsmethodologie, ethischen Forschungsprinzipien, umfassender Prüfung medizinischer Literatur und vorzugsweise persönlicher Erfahrung und Beteiligung an grundlegender Wissenschaft und klinischer Forschung im Gesundheitswesen
- Kompetenz in grundlegender Qualitätsverbesserungsarbeit

Übersicht

Fachkompetenz in einigen Bereichen wird sich während der Ausbildung herausbilden, während andere Kompetenzen möglicherweise spezielle vollzeitige oder in einzelnen Sitzungen vermittelte Zusatzausbildungen erfordern, um das entsprechende Wissens- und Kompetenzniveau zu erreichen. Beim Abschluss der Ausbildung sollte der Auszubildende durch den Prozess der Konsolidierung über die Jahre des Ausbildungsprogrammes, in denen er verschiedenste Erfahrungen gesammelt hat, die nötigen Kenntnisse, Fertigkeiten und Einstellungen erworben haben, um als europäischer Facharzt der geriatrischen Medizin arbeiten zu können. Es/sie sollte:

- fähig sein eine Diagnose und unterschiedliche diagnoseabhängige Formulierungen für ältere Patienten mit typischen und atypischen klinischen Symptomen zu erstellen durch die

entsprechende Zuhilfenahme der Krankengeschichte sowie klinischer Untersuchungen und Nachforschungen.

- Fachwissen, Fertigkeiten und Kompetenzen besitzen, um einen Managementplan für jeden Patienten zu erstellen, der Behandlung, Rehabilitation, Gesundheit Förderung, Krankheitsvermeidung, die Einschulung von Patienten und Betreuern und das Management chronischer Krankheiten beinhaltet.
- über eine entsprechende Einstellung, Kommunikationskompetenz und einen patientenfokussierten Zugang verfügen, um fähig zu sein ein multidisziplinäres Team, sowie den Patienten mit seinen Angehörigen und Betreuern effektiv und effizient zu managen
- die Fähigkeit haben, mit Gesundheitsspezialisten aus unterschiedlichsten Umfeldern zusammenzuarbeiten, um ein optimales Management älterer Patienten zu gewährleisten, sowie Patientensicherheit und die Pflegekontinuität in allen relevanten Umfeldern sicherzustellen

Kernkompetenzziele

Die obigen primären Bildungsziele sollen durch die folgende Liste untermauert werden. Sie sollten als Richtlinie für Geriatrie spezifische Medizinbereiche dienen, in welchen Auszubildende Erfahrungen während ihrer Ausbildung sammeln sollten.

1. Grundlegende Wissenschaft und Biologie des Alterns

Auszubildende sollten folgende Aspekte erklären können:

- den normalen Alterungsprozess des Menschen
- die Auswirkungen des Alterns auf die verschiedenen Organsysteme und die Homöostase
- die Auswirkungen des Alterns auf funktionale Fähigkeiten
- Änderungen der Pharmakokinetik und der Pharmakodynamik bei älteren Menschen
- das Konzept der Gebrechlichkeit
- die Grundlagen der Psychologie des Alterns
- die Sozialtheorien des Alterns
- demographische Trends im Ausbildungsland und in der globalen Perspektive
- die Alterung und Strategien ihr entgegenzuwirken

2. Umfassendes geriatrisches Assessment

Auszubildende sollten die Prinzipien des CGA verstehen und sie anwenden können, wenn sie in verschiedenen Bereichen angebracht erscheinen, wie z. B. in der Akutbetreuung, während der Rehabilitation, beim präoperativen Assessment und auf der Notfallstation. Sie sollten verschiedene Maßnahmen anwenden können, wie z.B. Assessmentskalen, die für die Evaluierung des funktionalen Status und der Ergebnisse von Rehabilitationsmaßnahmen und ihrer Grenzen verwendet werden: objektive Bewertung des ADL und IADL-Status, das Ausmaß der Aktivitäts- und Partizipationseinschränkung, der kognitive Status und die Gemütsverfassung. Auszubildende sollten fähig sein, in multidisziplinären Teams zu arbeiten, um das zu erreichen und sollten die Bedürfnisse, Rollen und Kompetenzen der verschiedenen Team-Mitglieder verstehen.

3. Multimorbidität und häufige geriatrische Probleme (Syndrome)

Auszubildende sollten die verschiedenen Arten der Symptomatik beschreiben können, besonders die Multimorbidität, die besonders bei alten Menschen auftritt, und die Auswirkungen, die diese auf das Erscheinungsbild (z.B. spezifisch oder nicht spezifisch) und die Behandlung der Krankheit im Alter haben. Sie sollten diese Probleme einschätzen und bewältigen können und über die Kompetenz verfügen, die Ergebnisse des CGA zu verwenden und einzuschätzen.

Dies ist besonders in den folgenden Bereichen wichtig, in denen nicht spezifische Darstellungen vorkommen können:

- Stürze und Synkopen
- Eingeschränkte Mobilität und physische Inaktivität
- Inkontinenz – Harn und Stuhl
- kognitive Einschränkungen, Demenz, Delirium und Verhaltensänderungen
- Gewichtsverlust, Mangelernährung und Dysphagie
- Dehydration
- Müdigkeit
- Polypharmazie

4. Erscheinungsbilder anderer Krankheiten älterer Menschen

Ältere Menschen können ein weites Spektrum von Symptomen aufweisen. Auszubildende sollten fähig sein, die Risikofaktoren, Ursachen, die Pathophysiologie, klinischen Aspekte, Laborergebnisse, Forschungsergebnisse, Behandlungen, Prognosen und präventiven Maßnahmen für häufige Probleme und Erscheinungsbilder des Alters definieren können.

Die unten vorgeschlagene Liste ist keinesfalls vollständig, was die Bandbreite der Probleme und Symptome in verschiedenen Bereichen betrifft, mit welchen Auszubildende während ihrer Ausbildung in Berührung kommen sollten und für deren Bewältigung sie sich als kompetent erweisen sollten:

- kardiovaskuläre, wie z. B. Brustschmerzen, Arrhythmie, Hypertonie, orthostatische Hypertonie, Herzklappenfehler, Herzversagen
- zerebrovaskuläre, wie z. B. Schlaganfall und transitorische ischämische Attacke (TIA)
- respiratorische, wie z. B. Dyspnoe, Hämoptysis, Infektion
- gastrointestinale, wie z. B. Dysphagia, Erbrechen, geänderter Stuhlgang, Gelbsucht
- endokrine, wie z. B. Hypo- und Hyperglykämie, Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsendysfunktion, Hypothermie
- renal, wie z. B. Flüssigkeit und Elektrolytungleichgewicht, Nierenversagen, Infektion, Harnwegsbeschwerden
- neurologische, wie z.B. Anfälle, Tremor, Bewusstseinsveränderungen, Bewegungsstörungen, Sprachstörungen
- Verlust der Sensibilität, wie z. B. Sehstörungen, Hörschädigung, Neuropathie
- kognitive Störungen
- psychiatrische, wie z.B. Depression, Delirium, Angstzustände, Schlafstörungen
- dermatologische wie z.B. Juckreiz, Hausausschläge, Beingeschwüre und Druckgeschwüre, Hautinfektionen
- muskuloskeletale wie z. B. Gelenkschmerzen und Gelenkversteifungen. Degenerative Gelenkskrankheiten, Osteoporose

- nicht-spezifische wie z.B. Schwindel, Müdigkeit, Anämie, Fieber oder Entzündungssymptome, Verdacht auf Missbrauch
- Gewichtsverlust und Mangelernährung

5. Medikamentöse Therapie

Auszubildende sollen die Indikationen und Kontraindikationen, Wirkungsmechanismen, Wirkungen, potentielle Nebenwirkungen, potentielle Wechselwirkungen und Alternativen für Medikationen kennen, die üblicherweise für ältere Menschen verwendet werden. Sie sollten auch Symptome erkennen können, die durch Nebenwirkungen von Medikamenten erklärt werden können, und Risikofaktoren für erhöhtes Risiko für Nebenwirkungen. Ein Basiswissen von grundlegenden Prinzipien von Arzneimittelwechselwirkungen, Arzneimittel-Nahrungs-Wechselwirkungen und Auswirkungen des Krankheitszustandes auf die Arzneimittel Pharmakokinetik ist wesentlich. Auszubildende sollten sich Wissen über Polypharmazie, potentiell inadäquate Medikation (PIMs) und Unter- oder Überdosis der meistverschriebenen Medikamente für ältere Menschen aneignen.

Die folgende Liste (mit keinem Anspruch auf Vollständigkeit) enthält Medikamente, die älteren Menschen oft verschrieben werden und die überarbeitet werden sollten:

- Gastrointestinale: krebshelende Medikamente und Abführmittel
- Kardiovaskuläre: Inotropika, Diuretika, Antiarrhythmika, Antihypertensiva, Medikamente für Herzversagen und Angina, antithrombozytäre Mittel, fettabsenkende Mittel, Antikoagulanzen
- Respiratorisch: Bronchodilatoren
- CNS: Hypnotika und Anxiolytika, Antipsychotika, Antidepressiva, Antidementiva, Antiepileptika, Antiparkinson Medikamente
- Infektionen: Antibiotika
- Endokrine: Insulin und orale Hypoglykämika, Medikamente für Schilddrüsenerkrankungen, Steroide, Medikamente für Osteoporose
- Harntrakt: Inkontinenzmedikamente
- NSAIDs
- Narkotika
- Ernährung: Vitamin- und Mineralergänzungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel, enterale und parenterale Ernährung
- Impfstoffe
- Infusionsmanagement

6. Rehabilitation älterer Menschen

Auszubildende sollten Folgendes erklären können:

- Prinzipien der Rehabilitation älterer Menschen und die Bedeutung des umfassenden geriatrischen Assessments (CGA)
- Kenntnisse über die Angebote von Interventionen wie z.B. Physiotherapie, Beschäftigungstherapie, Hilfsmittel, Geräte und Adaptionen, und Kenntnisse über spezielle verfügbare Rehabilitationsangebote
- Spezielle Anforderungen der Schlaganfall-, kardiovaskulären und orthopädischen Rehabilitation

- Eine Einschätzung der biopsychosozialen Modelle des Umgangs mit alters- oder krankheitsbedingten funktionalen Einschränkungen
- Kenntnisse der Methoden für Prävention und Umgang mit Komplikationen akuter Krankheiten wie z.B. Druckgeschwüren, venöse Thromboembolie, Kontrakturen, Konstipation, funktionaler Beeinträchtigung, Sarkopenie und Aspirationspneumonie

7. Planung des Transfers zur Betreuung und Weiterbetreuung außerhalb des Spitals

Auszubildende sollten Folgendes erklären können:

- Bestimmungsfaktoren für den erfolgreichen Transfer zur Betreuung außerhalb des Spitals, welche den Perspektiven und Bedürfnissen von Patienten und Betreuern gerecht werden
- Praxistauglichkeit der verschiedenen Betreuungsstufen innerhalb der Gesellschaft
- Die Rolle des multidisziplinären Teams im Hinblick auf die Planung
- Die Verbindung mit der Primärbetreuung und den Sozialdiensten um einen erfolgreichen Betreuungstransfer vom Spital zu gewährleisten
- Systeme der Bereitstellung von Sozialbetreuung, Tagesbetreuung, Nachbetreuung und Unterstützung der Betreuer
- Die Gesetzeslage im Umfeld von langfristiger und mittelfristiger Betreuung

8. Ethische und juristische Aspekte

Auszubildende sollten Folgendes erklären können:

Relevante und länderspezifische medizinisch-rechtliche Aspekte wie z.B.:

- Einschätzung von Kompetenz und Kapazität und des „Grundsatzes des Patientenwohls“, wo es mangelhaft erscheint
- Klassische ethische Prinzipien wie Autonomie, Wohltätigkeit, Nicht-Böswilligkeit und Gerechtigkeit
- Die Ernennung von Bevollmächtigten
- Vormundschaft
- Vorausentscheidungen und Vorausbetreuungsplanung
- Das Verfahren der Einweisung, des Assessments und der Behandlung unter dem Gesundheitsgesetz des Ausbildungslandes
- Falls zutreffend Gesetzeslage bezüglich Patientenrechten, palliativer Betreuung, Sterbehilfe
- Das derzeitige Rechtssystem bezüglich des Umgangs mit Erwachsenen mit Zurechnungsunfähigkeit im Ausbildungsland
- Entscheidungsprozesse am Lebensende wie z. B. lebensverlängernde Maßnahmen, Wiederbelebung nach einem cardio-respiratorischen Infarkt, Verzicht-auf-Wiederbelebung Anordnung
- Einverständniserklärung für Behandlung, Verfahren und Teilnahme an wissenschaftlicher Forschung

9. Management

Auszubildende sollte Folgendes erklären können:

- Die Struktur und Finanzierung des Gesundheitswesens im Ausbildungsland
- Die Rahmenbedingungen, die ressortübergreifende Dynamik und die Partnerschaft von Gesundheits- und Betreuungswesen in ihrem Land

- Die Rolle von nationalen und internationalen Institutionen, die für Qualitätssicherung zuständig sind
- Klinikführung und ihre Relevanz für die geriatrische Medizin
- Prinzipien des Akkreditierungsprozesses im Ausbildungsland
- Administrative Aufgaben die für einen beratenden Geriater relevant sind; einschließlich der Arbeit in Gremien, Serviceentwicklung und relevanten Arbeitnehmergesetzen
- Methoden des Umgangs mit Beschwerden

10. Gesundheitsförderung

Auszubildende sollten Folgendes erklären können

- Die Vorteile eines gesunden Lebensstils im Alter inklusive adäquater Ernährung und Hydratation, Bewegung, Raucherentwöhnung und moderatem Alkoholkonsum
- Spezielle Techniken der Krankheitsvorbeugung und der Reduzierung geriatrischer Syndrome bei älteren Menschen

Lehrplan

1. Theoretisches Wissen

Theoretisches Wissen, das für den „Europäischen Geriater“ benötigt wird, beruht auf einem Konsensartikel von Roller-Wirnsberger R. et al. zum europäischen postuniversitären Lehrplan für geriatrische Medizin, der unter Zuhilfenahme der internationalen modifizierten Delphi Technik entwickelt wurde.

Kenntnisse in der Patientenbetreuung

1. Biologie des Alterns
2. Akute und chronische Krankheiten des Alters, ihre klinische Darstellung inklusive atypischer Darstellung und ihre Auswirkungen auf die Organfunktion und Funktionalität
3. Stürze
4. Schwindelgefühl und Vertigo
5. Ohnmacht
6. Gangstörung
7. Parkinson Krankheit und Syndrome
8. Andere Bewegungsstörungen
9. Schlaganfall
10. Essensstörungen
11. Mangelernährung und Flüssigkeitsungleichgewicht
12. Osteoporose und Knochengesundheit
13. Sarkopenie
14. Gebrechlichkeit
15. Harn- und Stuhlkontinenz
16. Schmerzen (akute und chronische)
17. Kognitive Einschränkungen und Demenz
18. Delirium
19. Schlafstörungen
20. Depression
21. Andere psychiatrische Störungen des Alters

22. Gewebeviabilität inklusive Druckgeschwüre
23. Ethische Aspekte und ärztliche Schweigepflicht inklusive Altersdiskriminierung und Altersmissbrauch
24. Rechtliche Rahmenbedingungen für die Arbeit mit älteren Menschen (landesspezifisch)
25. Soziale und gesundheitliche Ungleichheiten
26. Gesundheitsförderung und gesundes Altern
27. Pharmakologische Aspekte im Zusammenhang mit Altern und geriatrischer Betreuung
28. Iatrogene und pflegebedingte Störungen
29. Sexualität im Alter
30. Umfassendes geriatrisches Assessment
31. Inhalt und Prinzipien der geriatrischen Rehabilitation und ihrer multiprofessionellen Aspekte
32. Multidisziplinärer und interdisziplinärer Ansatz im Management geriatrischer Patienten (z.B. Orthogeriatie, Onkogeriatie, perioperative Betreuung, Kardiologie, Nephrologie, Notfallmedizin und andere)
33. Die Rolle der Familie und anderer Betreuer
34. Management der Patienten in Langzeitbetreuung inklusive Wohn- und Pflegeheimen
35. Palliative und Hospizbetreuung älterer Patienten
36. Gerotechnologie und eGesundheit- entsprechende Unterbringung, altersgerechtes umgebungsunterstütztes Leben, Eingriffe zur Unterstützung autonomen Lebens

Zusätzliche erforderliche Fähigkeiten und Haltungen für Geriater

1. Didaktische und pädagogische Fähigkeiten
2. Interpersonelle und kommunikative Fähigkeiten
3. Entwicklung geriatrischer Dienstleistungen (länderspezifisch)
4. Verbesserung der Qualität und der Patientensicherheit
5. Interprofessionelles Team Management
6. Einsatz für Patientenbedürfnisse und –wünsche
7. Führungskompetenzen
8. Lebenslanges Lernen und kontinuierliche berufliche Weiterbildung
9. Integration holistischer Fähigkeiten und Einstellungen für eine individuelle personenzentrierte Betreuung

2. Praktische und klinische Fähigkeiten

Auszubildende sollten in folgenden Fähigkeiten Kompetenzen zeigen, bevor sie zum Facharzt für Geriatrie ernannt werden:

- Ärztliche Untersuchung
- Assessment des funktionalen Status
- Assessment des kognitiven Status
- Kommunikation
- Patientenzentrierte Betreuung
- Teamwork
- Systembasierte Praxis

3. Kompetenzen

Bis zum Zeitpunkt der Ernennung zum Facharzt sollten von einem Kandidaten/ einer Kandidatin folgende Kompetenzen erwartet werden:

- Kenntnisse und Verständnis auf allen relevanten medizinischen Gebieten, dem öffentlichen Gesundheitswesen, der Pathophysiologie und den Prinzipien von Management und Patientenbetreuung mit allen erwähnten Kernkompetenzen (siehe Seite 6).
- Die Fähigkeit diagnostische Testungen aufzuzeigen und zu interpretieren: Labortestungen, diagnostische Bildgebungstechnik, Testleistungsmerkmale
- Ein Verständnis der Wirkmechanismen und möglichen Nebenwirkungen von Therapien und Erfahrung in der Beratung von Patienten bezüglich Risiken und Nutzen solcher Therapien.
- Die Fähigkeit Forschungsergebnisse der geriatrischen Medizin zu analysieren und anzuwenden sodass seine/ihre klinische Praxis, soweit möglich, auf Evidenz basiert
- Den Nachweis erbringen zu können seine/ihre medizinischen und Geriatrie medizinischen Kenntnisse auf einem ausreichenden Niveau zu halten, um einen hohen Standard klinischer Praxis zu gewährleisten.
- Verständnis für den Bedarf vermehrter spezieller Betreuung von Patienten mit gewissen Krankheiten, wofür andere Fachärzte (Internisten, Neurologen, Kardiologen, Psychiater etc.) konsultiert werden sollten um optimale diagnostische und therapeutische Resultate zu erzielen.
- Verständnis für das Gesundheitssystem im Ausbildungsland
- Die Fähigkeit ein wirkungsvolles Mitglied oder ein Leiter eines multidisziplinären Teams zu sein

Der Fortschritt des Auszubildenden wird unter Anwendung der EPA Prinzipien: „entrusted professional activities“ (anvertraute professionelle Tätigkeiten), verfolgt werden. Der Auszubildende wird ein Logbuch führen über das Niveau jeder EPA, um seinen Fortschritt zu dokumentieren und um festzustellen, ob der Auszubildende die Kriterien für die Arbeit als Geriater erfüllt. Die Niveaus sind folgendermaßen von Anfänger bis Experte eingeteilt:

Kompetenzniveaus:

1. hat beobachtet
2. kann mit Unterstützung durchführen
3. kann ganze Prozesse durchführen, aber könnte fallweise Unterstützung benötigen
4. ist kompetent ohne Unterstützung auszuführen
5. anvertraute professionelle Tätigkeiten
6. kann anderen beibringen wie der Prozess auszuführen ist

Diese ETR (European Training Requirement) anerkennt, dass die Details einiger Kompetenzen durch das Ausbildungsland bestimmt werden und im Detail differieren können. In dieser ETR folgen wir den

Richtlinien der Amerikanischen Geriatriischen Gesellschaft und der Vereinigung der Direktoren geriatrischer Programme.

Geriatrer, die in die nicht beaufsichtigte Praxis in verschiedensten Betreuungsfeldern gehen, sollten Folgendes können:

1. patientenzentrierte Betreuung bereitzustellen, die Funktion und/oder Wohlergehen optimiert
2. die Pflege älterer Patienten durch die Integration von Patientenzielen und –werten, Komorbiditäten und Prognosen in der Praxis einer evidenzbasierten Medizin zu priorisieren und zu managen
3. die Patienten und ihre Familien bei der Abklärung von Betreuungszielen und bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen
4. geriatrische Syndrome und andere medizinische Probleme, die häufig bei älteren Patienten auftreten, zu verhindern, zu diagnostizieren und zu managen
5. eine umfassende Medikationsübersicht anzubieten, um bei maximalem Nutzen die Anzahl der Medikamente und ihrer Nebenwirkungen zu minimieren
6. Palliativmedizin und Sterbebegleitung für ältere Erwachsene anzubieten
7. Gesundheitsversorgung und Umstellungen der Gesundheitsversorgung für ältere Erwachsene mit Multimorbiditäten bei verschiedenen Anbietern zu koordinieren
8. geriatrische Beratung und Mitbestimmung anzubieten
9. Familientreffen geschickt zu ermöglichen
10. als Leiter oder Mitglied eines interprofessionellen Gesundheitsversorgungsteams effektiv zu arbeiten und zusammenzuarbeiten
11. dem Fachpersonal, den Patienten, Familien, Gesundheitsversorgern und anderen in der Gemeinschaft die Prinzipien geriatrischer Betreuung und Themen altersbezogener Gesundheitsversorgung zu lehren
12. im Qualitätsmanagement und anderen systembasierten Initiativen effektiv zu arbeiten und zusammenzuarbeiten, um die Patientensicherheit und positive Ergebnisse für ältere Erwachsene sicherzustellen

Um die Ausbildung abzuschließen, sollte der Auszubildende für alle diese 12 EPAs zumindest das Kompetenzniveau 4 und für 8 EPAs das Niveau 5 erreicht haben.

3. Organisation der Ausbildung

a) Ausbildungsplan

Eine Dauer von mindestens 5 Jahren mit ausreichender Ausbildung in Kerngebieten der geriatrischen Medizin wird zur Erfüllung der Kompetenzen empfohlen. In den ersten 2 Jahren der Ausbildung sollten Basisfähigkeiten und –kompetenzen der internen Medizin erworben werden. In manchen Ländern, wo die Ausbildung für andere Fachbereiche 4 Jahre dauert, kann eine Mindestdauer von 4 Jahren in Betracht gezogen werden, während eine Anhebung auf 5 Jahre in der Zukunft angestrebt werden soll. Aber die Mindestniveaus der EPAs, wie früher erwähnt, müssen ungeachtet der Ausbildungsdauer erreicht werden. Die Ausbildungsdauer in geriatrischer Medizin wird mit den EU Anforderungen im Einklang stehen und soll in jedem Fall ausreichend sein um sicherzustellen, dass ein Auszubildender alle Ausbildungs- und Trainingsanforderungen erfüllt hat. Spezielle

Vereinbarungen für die Gesamtausbildung für jeden einzelnen Auszubildenden sollen lokal entschieden und von relevanten nationalen Anforderungen bestimmt werden.

Bei der Bewerbung für eine Stelle in einem anderen EU Staat, soll der Auszubildende fähig sein den Lehrplan, den er tatsächlich durchgemacht hat, vorzuweisen mit Details zur geforderten Art und zum geforderten Ausmaß der klinischen Praxis, zu den Methoden, mit denen der Auszubildende bei seiner/ihrer Entwicklung unterstützt wird und wie der Fortschritt in Bezug auf die Entwicklung von Wissen und Verständnis, sowie dem Fortschritt seiner/ihrer klinischen Arbeit und seines/ihrer Werdegangs als Fachexperte beurteilt wird.

Es wird empfohlen, die geriatrische Medizinausbildung in Abteilungen durchzuführen, die durch zuständige Nationalbehörden als Ausbildungsinstitutionen zugelassen wurden.

b) Ausbildungslehrplan

Der Lehrplan ist ergebnisorientiert, aber flexibel genug persönliche Entwicklung, je nach den individuellen Bedürfnissen, verschiedenen Zentren, in denen er/sie ausgebildet wird und Ländern, wo dies stattfindet, zuzulassen.

Die Ausbildung sollte auch Lehrfähigkeiten für allgemeine Kompetenzen und spezifisch geriatrische Kompetenzen umfassen.

Folglich basiert der Lehrplan auf folgenden Prinzipien.

Ein europäischer Facharzt für Geriatrie soll

- ein pluripotenter Spezialist und ein Experte für Multisystemerkrankungen sein
- Kompetenz in der Anamnese, der medizinischen Untersuchung, im Management und in der fortlaufenden Betreuung von Patienten mit sowohl akuten als auch chronischen Beschwerden aufweisen, wobei die physischen und kognitiven Fähigkeiten des Patienten berücksichtigt werden sollen
- effektiv mit Patienten, ihren Familien und professionellen Mitarbeitern kommunizieren können
- erkennen, wann eine Kollaboration mit anderen Spezialisten angebracht ist, um die beste patientenzentrierte Betreuung für ältere Menschen sicherzustellen
- fähig sein, eine evidenzbasierte Betreuung zu praktizieren
- fähig sein, eine kosteneffektive Betreuung zu praktizieren
- die Art und das Ausmaß der Risiken verstehen, die in der klinischen Praxis übernommen werden
- durch das Erkennen persönlicher Entwicklungen die Qualität seiner/ihrer Praxis aufrechterhalten
- multidisziplinäres Teamwork (MDT) praktizieren
- klinische Führungsqualitäten zeigen
- ein lebenslanges Bekenntnis zu reflektierendem Lernen zeigen
- die Gesundheit und das Wohlergehen individueller Patienten, Gemeinschaften und Einwohner fördern

UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS

Association internationale sans but lucratif – International non-profit organisation

- Verständnis für ein auf Fachgebieten basierendem Gesundheitssystem zeigen
- fähig sein, Auszubildende zu unterrichten und zu unterstützen
- durch berufsbedingte Regeln und hohen Standards professionellen Verhaltens und klinischer Praxis der Gesundheit und dem Wohlergehen von Individuen und der Gesellschaft verpflichtet sein

Geriatler, die eine Anstellung in einem anderen Land als dem Ausbildungsland anstreben, sollten über ein Evidenz-Portfolio verfügen, das zeigt, welche der obigen Ziele er/sie erreicht hat.

c) Bewertung und Evaluation

Verschiedene Länder haben verschiedene Zugänge, diese Ergebnisse zu beurteilen und zu evaluieren, aber der Nachweis, dass sie erreicht wurden, sollte zunehmend homogener Natur sein, die die Ausbildung und Erfahrung der Auszubildenden und das Engagement klinischer Abteilungsleiter fördert und Anerkennung des Fortschritts und der Leistungen in verschiedenen EU Mitgliedsstaaten erleichtert. Darüber hinaus, wird dieser Ansatz dazu beitragen, das in der Öffentlichkeit und in einzelnen Staaten das Vertrauen in den entsprechenden Standard der Ausbildung, sowie in den gleichermaßen entsprechenden Standard der ärztlichen Leistungen gestärkt wird. Diese ETR anerkennt, dass die Details einiger Beurteilungsmethoden in den einzelnen Staaten bestimmt wird, aber das Ziel ist, sie zu homogenisieren.

Logbuch/Ausbildungsportfolio

Jeder Auszubildende muss ein autorisiertes Logbuch führen, das den Standards eines UEMS Logbuchs für die Dokumentation professioneller Erfahrungen entspricht. Es soll Berichte des Auszubildenden enthalten, die die Leistungen des Auszubildenden beim Bewerten von Forschungsergebnissen und bei der aktiven Teilnahme an der Arbeit in der Abteilung wiedergeben, seine/ihre Veröffentlichungen, Wissenschafts- und Forschungsarbeiten, inklusive relevanter Diplomarbeiten.

Der/die Auszubildende muss zeigen, dass er/sie ein weites Spektrum an Fällen gemanagt hat. Lobbucheinträge müssen durch regelmäßige Inspektionen überwacht und durch den entsprechenden Auszubildenden unterschrieben werden; ausgefüllte und vom Auszubildenden für die jeweilige Dauer unterschriebene Beurteilungsmformulare für jede Ausbildungsperiode sollten ebenfalls inkludiert werden.

Das Logbuch sollte für die Präsentation an ein Aufnahmeland/ einen Arbeitgeber auf Nachfrage als Nachweis der während der postuniversitären Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten bereitgestellt werden.

Darüber hinaus sollte der Auszubildende ermutigt werden, ein Ausbildungsportfolio zu führen, welches einen aktuellen Lebenslauf (nach EUROPASS) enthalten sollte, der Folgendes beinhalten soll:

- Details zu früheren Ausbildungsstellen mit Datum, Dauer und Auszubildenden
- Details zu bestanden Prüfungen
- Details der erreichten EPAs
- Eine Liste von Publikationen mit Kopien des veröffentlichten Deckblatts und der Zusammenfassung
- Eine Liste von Forschungspräsentationen bei lokalen, nationalen und internationalen Meetings
- Eine Liste von besuchten Kursen

Periodische Beurteilungen des erzielten Fortschrittes

Ausbildungseinrichtungen sollten ein Beurteilungssystem bereitstellen – beim Eintritt in jeden Teil des Ausbildungsprogrammes, zu einem Zwischenzeitpunkt und am Ende. Eine strukturierte Zielsetzung für jeden Ausbildungsabschnitt gemäß dem Lehrplan wird bei der Evaluation empfohlen.

Der Zweck der Beurteilung sollte es sein, einen fortlaufenden Fortschritt des Auszubildenden sowohl bezüglich seiner Kenntnisse und Fertigkeiten, als auch seines professionellem und ethischen Verhaltens sicherzustellen.

Auszubildende müssen die vereinbarten Standards und Anforderungen des geplanten Ausbildungsprogramms erreichen.

Zu diesem Zweck, wird dem Auszubildenden empfohlen folgende strukturierte Beurteilungen zu dokumentieren:

- Kleine klinische Bewertungsübungen (beobachtete klinische Fähigkeiten)
- Direkt beobachtete arbeitstechnische Fähigkeiten (z.B. Lumbalpunktion)
- Fallbasierte Diskussionen
- Multisource Feedback (von Kollegen, Krankenschwestern und anderem Fachpersonal) (360° Assessment)
- Patientenfeedback von stationären und nicht stationären Patienten
- Unterrichtsbeobachtungen
- Anvertraute professionelle Tätigkeiten

Die Minimalanzahl jedes dieser Punkte sollte in den einzelnen Ländern bestimmt werden.

Eine Beurteilung muss jährlich oder am Ende jeder Rotationsperiode durch den entsprechenden Ausbilder unter Zuhilfenahme eines Evaluationsblattes durchgeführt werden. Klinische Erfahrung wird mittels einer Beurteilung durch die vom Auszubildenden behandelten Patienten, für die der Auszubildende eine persönliche Verantwortung bei der Behandlung getragen hat, durchgeführt. Das Logbuch wird als unterstützende Dokumentation verwendet. Die Ergebnisse der Beurteilung müssen mit jedem Auszubildenden besprochen werden. Das Nichterreichen von vereinbarten Zielen muss dem Ausbildungsleiter zur Kenntnis gebracht werden.

Es liegt in der Verantwortung des Ausbildungsleiters jeglichen Misserfolg im Fortschritt des Auszubildenden herauszufinden, entsprechende Beratungsgespräche anzubieten und durchzuführen und Fördermaßnahmen einzuleiten. Zu diesem Zwecke wird den Auszubildenden empfohlen, sich regelmäßig, zumindest alle sechs Monate, mit dem Ausbildungsleiter oder seinem/ihrer Stellvertreterin zu treffen, um ihre Leistung zu besprechen. Solche Gespräche sollen eine Art Bestandsaufnahme mit dem Auszubildenden sein, bei denen er/sie über seinen/ihren Fortschritt begleitet von dokumentierten Nachweisen seines/ihres klinischen Engagements und der Lern- und Ausbildungsleistungen informiert wird. Darüber hinaus sollte der Begutachter besondere Sorgfalt darauf legen, das professionelle Verhalten des Auszubildenden durch die Sammlung von Multisource Feedback von Ausbildnern, anderem Fachpersonal, Patienten und Betreuern zu ermitteln.

Sollte ein Auszubildender nicht die entsprechenden Fortschritte machen, sollten in folgenden drei Aktionsphasen vorgegangen werden:

- Gezieltes Training: genaueres Monitoring und Beaufsichtigen um auf die entsprechenden Bedürfnisse einzugehen
- Intensivierte Beaufsichtigung und, falls nötig, Wiederholung entsprechender Ausbildungsteile
- Abziehen des Auszubildenden vom Ausbildungsprogramm. Diese letzte Maßnahme sollte Personen vorbehalten sein, die nicht gewillt und nicht fähig die ersten beiden Phasen zu erfüllen.

Das Ende der Ausbildungsbeurteilung

Am Ende der geriatrischen Ausbildung bescheinigt der Ausbildungsleiter die Erlangung des adäquaten Kompetenzniveaus für jeden Ausbildungsabschluss.

Die Erreichung von Lern/Ausbildungsabschlüssen muss zumindest auf jährlicher Basis vom Ausbildungsleiter zusammen mit den Fakultätsmitgliedern beurteilt werden. Adäquate permanente Evaluationsaufzeichnungen müssen beibehalten werden. Solche Aufzeichnungen müssen in der Akte des Auszubildenden verfügbar sein und für den Auszubildenden und andere autorisierte Personen zugänglich sein. Die Beurteilung muss objektiv sein und fortschreitende Leistungsverbesserungen des Auszubildenden entsprechend dem Ausbildungsniveau dokumentieren. Besonders die Beurteilung des letzten Jahres muss nachweisen, dass der Auszubildende genügende Kompetenzen gezeigt hat, um ohne direkte Aufsicht ins Berufsleben im Fachgebiet eintreten zu können.

d) Unterstützung des Auszubildenden

Ein örtlicher Ausbilder soll die klinische Arbeit des Auszubildenden beaufsichtigen. Der Ausbilder ist dafür verantwortlich, dem Auszubildenden regelmäßiges Feedback bezüglich seiner/ihrer Leistungen, sowie Anleitungen in allen Angelegenheiten der von ihm/ihr durchgeführten klinischen Betreuung zu geben.

Zusätzlich wird empfohlen, jedem Auszubildenden einen Mentor/ Supervisor zur Seite zu stellen, der den Auszubildenden während der ganzen Ausbildungsphase begleitet, um die Fortschritte mit Hilfe eines kontinuierlichen Portfolios zu überwachen und gegebenenfalls anzupassen.

Alle Ausbildungsprogramme der geriatrischen Medizin werden in einer Institution (oder in einer Gruppe oder einem Netzwerk an Institutionen) von einem Programmdirektor geführt.

Neben aktiv durchgeführten traditionellen Lehrmethoden wie regelmäßigen Fallkonferenzen und wöchentliche strukturierten Lehreinheiten, sollten Ausbildungsinstitutionen auch proaktiv neue Ausbildungsmethoden nach dem modernen Standards der Erwachsenenbildung durchführen.

Ein Programm formaler piepsfreier regulärer Ausbildungssitzungen (wo die Auszubildenden nicht unterbrochen werden) könnte für eine Gruppe Auszubildender Folgendes beinhalten:

- Fallpräsentationen
- Vorlesungen und Unterricht in kleinen Gruppen
- Fallkonferenzen

- Vorführung und Lehre klinischer Fertigkeiten
- Kritische Befundung, evidenzbasierte Medizin und Sitzungen für Fachzeitschriften
- Forschungs- und Prüfungsprojekte
- Gemeinsame Fachtreffen

e) Führung

Die Führung eines individuellen Ausbildungsprogramm liegt im Verantwortungsbereich des Ausbildungsleiters und der Institution(en), in der/denen das Ausbildungsprogramm durchgeführt wird. Ein Ausbildner soll dem Ausbildungsleiter bezüglich der Durchführung der erforderlichen Ausbildung auf seinem/ihren Fachgebiet verantwortlich sein.

II: AUSBILDUNGSANFORDERUNGEN FÜR AUSBILDNER

1. Der Prozess der Anerkennung als Ausbildner

a) Erforderliche Qualifikationen und Erfahrungen

Ein Ausbildner sollte ein eingetragener Arzt der Allgemeinmedizin und ein eingetragener Facharzt für geriatrische Medizin in seinem/ihrem Land sein. Er/Sie sollte alle relevanten Anforderungen bezüglich Akkreditierung/Begutachtung/Ausbildung für die Arbeit als Ausbildner erfüllen. Ein Programmdirektor sollte jemand sein, der ein Ausbildner gewesen ist oder immer noch ist und der über beträchtliche Kenntnisse und Erfahrungen im Bereich der Ärzteausbildung verfügt, in manchen Ländern wäre diese Person auch Professor für geriatrische Medizin. Ausbildner und Programmdirektoren müssen in der klinischen Praxis aktiv und in der Ausbildung im Ausbildungszentrum oder Netzwerk tätig sein.

Der Ausbildungsleiter sollte nach der Fachakkreditierung zumindest 5 Jahre als geriatrischer Arzt praktiziert haben, über ein profundes praktisches Wissen auf dem gesamten Gebiet der geriatrischen Medizin verfügen und muss durch die nationale Aufsichtsbehörde anerkannt sein. Die medizinischen Mitarbeiter, die als Mentoren/ Supervisoren arbeiten, sollten aktive praktizierende Geriater sein, die sich der Facharztausbildung widmen.

Die Anerkennung der Kompetenz von Ausbildnern in ganz Europa trotz unterschiedlicher Herkunftsländer der Fachärzte und unterschiedlicher Ausbildungsarten und Ausbildungsausmaße wird durch die Richtlinie 2005/36/EC (Paragraph C2/20) abgedeckt.

b) Kernkompetenzen der Ausbildner

Ein Ausbildner sollte:

- Mit allen Aspekten des allgemeinen geriatrischen Medizinlehrplanes vertraut sein, wie er sich in der Praxis in seinem/ihrem Land darstellt.
- Erfahrung im Unterrichten und in der Unterstützung Lernender vorweisen.

- Fähig sein die Lernbedürfnisse der Auszubildenden zu erkennen und sie anzuleiten ihre Ausbildungsziele und ihre klinischen Ziele zu erreichen.
- Fähig sein, Auszubildende zu erkennen, deren professionelles Verhalten unzureichend ist und nötige unterstützende Maßnahmen einzuleiten.
- In den Prinzipien und der Praxis medizinischer Ausbildung geschult sein und seine Ausbildungs- und Teamführungs Kompetenzen regelmäßig aktualisieren.

2. Qualitätsmanagement für Ausbilder

Ausbildner und Programmdirektoren sollten ihre Tätigkeitsbeschreibung mit ihren Arbeitgebern abstimmen, was ihnen genügend Zeit für die Unterstützung der Auszubildenden einräumen sollte und im Falle des Programmdirektors, genügend Zeit für ihre Arbeit mit den Auszubildenden. Die Anzahl der Auszubildenden sollte die zur Verfügung gestellte Zeit, die für ihre Unterstützung benötigt wird, bestimmen.

Ausbildner sollen mit den Auszubildenden, dem Programmdirektor und ihren Institutionen zusammenarbeiten, um sicherzustellen, dass die Umsetzung der Ausbildung optimal verläuft. Sie sollten sich zumindest zweimal im Jahr mit jedem Auszubildenden treffen, um offen über alle Aspekte der Ausbildung inklusive Evaluation und Genehmigung seines/ihres Logbuchs und Portfolios zu diskutieren.

Die Ausbildungsarbeit von Ausbildnern und Programmdirektoren sollte jährlich innerhalb ihrer Abteilung/Institution beurteilt werden.

Erzieherische Unterstützung von Ausbildnern und Programmdirektoren soll durch ihre Abteilungen und Institutionen, sowie durch die Sektion und den Ausschuss für geriatrische Medizin der UEMS in Zusammenarbeit mit nationalen Gesellschaften zur Verfügung gestellt werden.

III: AUSBILDUNGSANFORDERUNGEN FÜR AUSBILDUNGSINSTITUTIONEN

(sofern sie nicht durch die EU-Richtlinie für Berufsqualifikationen gedeckt werden)

1. Verfahren zur Anerkennung als Ausbildungszentrum

Die Ausbildung von Anwärtern für frei praktizierte Geriatrie Medizin ist empirisch und geschieht notwendigerweise innerhalb des Kontexts jedes Gesundheitsversorgungssystems. Die Ausbildung muss in zweckbestimmten Zentren erfolgen, wo qualifiziertes Personal und adäquate Ressourcen zur Verfügung stehen. Die geriatrische Ausbildung kann in einer einzigen Institution stattfinden oder in einem Netzwerk von Institutionen, die zusammenarbeiten, um eine Ausbildung im ganzen Spektrum klinischer Erkrankungen und Fertigkeiten zu bieten, die im Lehrplan ausgeführt sind. Das Netzwerk sollte vorzugsweise ein Krankenhaus oder eine Institution beinhalten, welche wissenschaftliche Tätigkeit auf dem Gebiet der Geriatrie vorzuweisen hat. Jede teilnehmende Institution im Netzwerk muss individuell auf nationaler Ebene als Provider eines definierten Teilgebiet des Lehrplans zertifiziert sein.

a) Anforderungen an das Personal und klinische Aktivitäten

Um als geriatrisches Trainingszentrum auf europäischer Ebene anerkannt zu werden, muss eine Institution/Abteilung:

- als Ausbildungsstandort in geriatrischer Medizin durch eine verantwortliche nationale Behörde in ihrem Land anerkannt sein.
- einen Programmdirektor haben, der über die benötigten Qualifikationen und Erfahrungen verfügt, (siehe II.1.a).
- über Einrichtungen zur Durchführung eines für die Fachrichtung relevanten diagnostischen Assessments, funktioneller Untersuchungen und Behandlungen verfügen.
- ein Netzwerk von Kontakten unter klinischen Kollegen und Fachleuten aufrecht erhalten, die mit Medizin im Krankenhausumfeld und in Bezug auf Krankenhausdienstleistungen für die Entlassung von Patienten in die Gemeinschaft zu tun haben.
- Ausbildungsaktivitäten vorweisen:
 - in klinischen Bereichen durch die Organisation von Präsentationen, Mitarbeitermeetings, Workshops, Symposien oder Kongressen
 - in der Forschungsarbeit durch Teilnahme der Auszubildenden bei Forschungsaktivitäten der Abteilung

Es wäre nicht akzeptabel, wenn ein Auszubildender während der gesamten Ausbildungsdauer nur einen Ausbilder hat. Es sollte eher der Regelfall sein, dass ein Auszubildender mehrere namhafte Ausbilder hat, mit denen er täglich zusammenarbeitet. Jeder Ausbilder würde einen anderen Aspekt des klinischen Ausbildungsprogrammes des Auszubildenden abdecken, aber diese Person sollte nicht die einzige Person sein, die dem Auszubildenden erzieherische Unterstützung anbietet.

Es ist wesentlich, dass die Auszubildenden als Teil der Ausbildung für die Betreuung von Patienten sowohl im Notfall als auch im Routinebetrieb verantwortlich sind. Dies kann die Einbeziehung von multiplen Ausbildungsstandorten und Ausbildungssettings bedeuten, je nachdem was für die klinischen und organisatorischen Fähigkeiten notwendig erscheint. Der Auszubildende sollte in das Management von neuen Patienten, sowie in die Nachversorgung externer und interner Patienten involviert sein.

Während des gesamten Ausbildungsverlaufes muss der Auszubildende in fortlaufend zunehmenden Maße Verantwortung für die Versorgung des Patienten übernehmen.

Das Personal eines Ausbildungszentrums soll gemeinsam regelmäßige Überprüfungen der klinischen Aktivitäten und Leistungen des Zentrum durchführen. Es soll regelmäßige multidisziplinäre Meetings geben, um über die optimale Versorgung der Patienten zu entscheiden, und solche Meetings sollen sowohl medizinisches Personal als auch Personal aus anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung einbeziehen. Es soll auch klinische Zusammenarbeit außerhalb des Zentrums mit anderen klinischen Gruppen wie Orthopäden, Neurologen, Psychiatern, Rheumatologen, Internisten, Anästhesisten und anderen geben.

Innerhalb eines geriatrischen Ausbildungszentrums sollte ein weites Spektrum klinischer Angebote verfügbar sein, sodass ein Auszubildender in die Betreuung aller gängigen Invaliditätsursachen Einblick nehmen und seinen Beitrag leisten kann. Darüber hinaus sollte die Anzahl der Patienten und Spezialisten genügend groß sein, um eine Ausbildung und dann auch eine Beaufsichtigung bei für einen Spezialisten erforderlichen klinischen Vorgängen gewährleisten zu können.

Der Anteil von internen und externen Patienten ändert sich ständig und variiert in verschiedenen europäischen Ländern, je nach den unterschiedlichen Ausrichtungen der Betreuung. Deshalb wird keine spezifische Anzahl interner oder externer Patienten, die vom Auszubildenden während seiner Ausbildung zu betreuen sind, genannt.

Es gibt keine spezielle notwendige Auszubildende/Ausbildner-Quote, aber es wäre ungewöhnlich, wenn es weniger als drei Spezialisten in einem Ausbildungszentrum oder klinischen Netzwerk wären und wenn ein Ausbilder mehr als vier Auszubildende gleichzeitig betreuen würde. Wenn ein Auszubildender während seiner Ausbildung zwischen mehreren Zentren wechselt, wird empfohlen, dass, wenn möglich, auch wenn die Ausbilder wechseln, der Programmdirektor derselbe bleiben sollte.

Es ist nicht unbedingt erforderlich, dass ein Ausbildungszentrum auch ein akademisches Zentrum geriatrischer Medizin ist, aber es wäre wünschenswert, dass ein Ausbildungszentrum starke akademische Verbindungen hat und zur Forschung auf dem Gebiet beiträgt.

b) Anforderungen bezüglich Ausrüstung und Unterkunft

Ein Ausbildungszentrum sollte über genügend Ausrüstung und Hilfsmittel verfügen, um die klinische Praxis zu gewährleisten, die von einem Ausbildungszentrum erwartet wird, um die notwendigen Ausbildungsmöglichkeiten für die Auszubildenden zu gewährleisten.

Auszubildende sollten über eine entsprechende Unterkunft für ihre Arbeit haben.

Computer, Informationstechnologie und Bibliotheksressourcen müssen verfügbar sein. Alle Auszubildenden müssen sich mit klinischer Revision befassen und die Möglichkeit haben, sich mit Forschung zu beschäftigen.

2. Qualitätsmanagement innerhalb der Ausbildungsinstitution

a) Akkreditierung

Ausbildungszentren müssen als Ausbildungseinrichtungen für geriatrische Medizin durch die verantwortliche nationale Behörde anerkannt sein. Es wird erwartet, dass Ausbildungszentren sich in Bezug auf ihre klinischen, wissenschaftlichen und erzieherischen Aktivitäten innerhalb ihres Landes einer regelmäßigen Revision unterziehen; demzufolge sollte diese Revision Daten bezüglich des Fortschrittes der Auszubildenden und deren Erwerb einer Facharztakkreditierung beinhalten.

b) Klinische Führung

Ausbildungszentren sollten interne Revisionen ihrer Leistungen als Teil der Erfordernisse für fortlaufende nationale Anerkennung/Akkreditierung durchführen. Jede nationale Evaluation der Leistungen eines Ausbildungszentrums sollen folgende Nachweise enthalten:

- dass es Betreuung für Patienten mit einem weiten Spektrum geriatrischer Leiden bereitstellt
- dass es Unterstützung bei Erziehung und Training Auszubildender und anderer Personen bereitstellt
- dass es Teil eines Gesundheitssystems ist, das direkten Zugang zu relevanten Laboren und anderen Untersuchungsmöglichkeiten, sowie, wenn nötig auch unmittelbaren Zugang zu anderen klinischen Fachabteilungen bereitstellt, die von den Patienten benötigt werden könnten.

Ausbildungszentren sollten den Fortschritt ihrer Auszubildenden dokumentieren, inklusive aller Angelegenheiten wie Praxistauglichkeit oder anderer Aspekte, die einen Einfluss auf die Registrierung des Auszubildenden durch die entsprechende nationale Behörde haben könnte. Dem Programmdirektor kommt diesbezüglich eine besondere Verantwortung zu.

c) Personalplanung

Zu den Aufgaben der UEMS gehört die Unterstützung nationaler Behörden bei der Erstellung von Richtlinien zur medizinischen Personalplanung in jedem Fachbereich. Jedes Land sollte nur so viele Fachärzte für Geriatrie ausbilden, um den eigenen Bedarf an Fachpersonal abzudecken. Das Anwerben von Auszubildenden in den Ausbildungszentren sollte den Ergebnissen dieser Planung untergeordnet werden; auf jeden Fall sollte die Anzahl der jeweils anwesenden Auszubildenden in den Ausbildungsinstitutionen dessen klinische Kapazität nicht überschreiten, um die Auszubildenden nur einer minimalen Anzahl von in diesem Dokument ausgeführten Prozessen zu unterziehen.

d) Regelmäßige Berichte

Die Ausbildungsinstitution muss ein internes Qualitätssicherungssystem haben inklusive Aspekten wie Mortalität, Morbidität und strukturierter Vorgangsweisen bezüglich der Meldung von Zwischenfällen. Außerdem sollte das Krankenhaus verschiedene Aktivitäten bezüglich Qualitätskontrolle wie z.B. Infektions- und Medikationskontrolle, sowie therapeutische Gremien vorweisen. Visitationen von Ausbildungszentren durch nationale Aufsichtsbehörden sollte in strukturierter Art durchgeführt werden.

e) Externe Revision

Externe Revision ist nicht verpflichtend, außer die nationalen Behörden fordern es. In Zukunft sollte die europäische Akkreditierung durch die Körperschaften der UEMS empfohlen werden.

f) Transparenz des Ausbildungsprogrammes

Ein Trainingscenter sollte Details der Ausbildungsregelungen mit Details der klinischen Angebote, die es bereitstellt, sowie der Fachärzte und anderem Personal öffentlich verfügbar machen. Solche Informationen sollten das Ausbildungsprogramm, die Art der klinischen Erfahrungen, die ein Auszubildender machen würde, sowie die Unterstützung und Interaktion mit dem Ausbildner und dem Ausbildungsleiter beinhalten. Es sollte eine namentlich genannte Person geben, mit der der Auszubildende Kontakt aufnehmen und das Ausbildungsprogramm besprechen kann.