

Leitfaden für Kandidaten Prüfungsteil C Fallbericht & Fachgespräch



Inhaltsverzeichnis

Leitfaden für Kandidaten Prüfungsteil C Fallbericht & Fachgespräch	1
Allgemeine Informationen	4
Berufsprüfung.....	4
Notenskala	5
Prüfungsteil C.....	5
Fallbericht	5
Arbeitsprozesse und Kompetenzen.....	5
Massnahmen und Interventionsprozesse	5
Kommunikationsprozesse	5
Ressourcen- und Prozessmanagement.....	5
Berufsentwicklung und Wissensmanagement	5
Struktur der Fallarbeit	6
Formelle Vorgaben zur Erstellung des Fallberichts.....	7
Referenzieren in der Arbeit.....	7
Zitieren	7
Zitate	7
Direktes Zitat	7
Indirektes Zitat.....	8
Angaben im Literaturverzeichnis	8
Angaben zu Literaturarten	9
Sammelband	9
Zeitschriften.....	9
Internetquellen	9
Angaben zu Bildmaterial.....	10
Allgemeine Regeln für die Verzeichnisse	10
Verzeichnisse	11
Literaturverzeichnis	11
Tabellenverzeichnis.....	11
Abbildungsverzeichnis.....	11
Sonderformen	11
Selbstgeführte Interviews	11
Verwendung Künstlicher Intelligenz (KI).....	11
Vorlage Fallarbeit mit themenbezogenen Erläuterungen	12
1. Einleitung	12
1.1 Vorwort	12

1.2	Theoretische Auseinandersetzung zum klinischen Fall	12
2.	Befunderhebung und Interpretation	13
2.2	Interpretation der Symptome, Formulierung der Hypothesen vor der klinischen Untersuchung.....	16
2.3	Klinische Untersuchung, Inspektion, Palpation und klinische Tests.....	17
2.4	Arbeitshypothese nach der klinischen Untersuchung	18
3.	Massnahmenkonzept	18
3.1	Formulierung der Kontraindikationen und der Vorsichtsmassnahmen	18
3.2	Formulierung der Behandlungsziele, kurz-, mittel- und langfristige Therapieziele (Patient und Therapeut)	18
3.3	Formulierung und Begründung des Massnahmenkonzeptes.....	18
4.	Behandlungsprotokoll.....	19
4.1	Listen Sie die einzelnen Behandlungsdaten in einem Kurzprotokoll auf	20
4.2	Detaillierte Beschreibung der ersten, der fünften und der letzten Behandlung.....	21
5.	Evaluation	23
5.1	Evaluation der erreichten und nicht erreichten Ziele des Patienten sowie in Bezug zur klinischen Symptomatik.....	23
5.2	Evaluation der Prozesssteuerung.....	23
5.3	Evaluation der Beziehungsebene zwischen Patient und Therapeut.....	23
5.4	Evaluation der interdisziplinären Zusammenarbeit und andere Therapiemöglichkeiten	24
6.	Konsequenzen / Schlusswort	25
6.1	Konsequenzen für die persönliche Weiterentwicklung im Sinne des lebenslangen Lernens / Schlusswort.....	25
7.	Literaturliste/Quellenangaben / Referenzen	27
8.	Anhang.....	27
9.	Eigenleistungserklärung	27
	Beurteilungskriterien Fallbericht	28
	Fachgespräch	31
	Zielsetzung.....	31
	Durchführung Fachgespräch	31
	Ablauf Fachgespräch	31
	Visitationen durch die Qualitätssicherungskommission	31
	Beurteilungskriterien Fachgespräch	32

Allgemeine Informationen

Gestützt auf die Prüfungsordnung vom 19. Juni 2009 und der Wegleitung vom März 2022 über die Erteilung des eidgenössischen Fachausweises als medizinischer Masseur / medizinische Masseurin soll diese Anleitung zum Prüfungsteil Fallbericht und Fachgespräch den Kandidaten*innen zur Unterstützung dienen. Um den Lesefluss zu erleichtern, wird im folgenden Text sowie in der gesamten Anleitung die männliche Form verwendet, welche für beide Geschlechter gilt.

Der Fallbericht muss vom Kandidaten eigenständig verfasst werden und ist nicht Teil der vorbereitenden Ausbildung.

Diese Vorgaben sind verbindlich für alle Personen, welche an der eidg. Berufsprüfung medizinischer Masseur beteiligt sind. Der Leitfaden, welcher auf der Homepage hinterlegt ist, wird regelmässig auf Aktualität überprüft und angepasst.

Dieses Dokument und die vorliegenden Beurteilungskriterien dienen zur Orientierung bei der Erstellung des Fallberichtes Teil C. Im vorliegenden Leitfaden zum eidgenössischen Fachausweis (EFA) medizinischer Masseur, werden der Ablauf, die inhaltlichen und fachlichen Anforderungen sowie die Rahmenbedingungen für den Prüfungsteil C geregelt.

Berufsprüfung

Die Prüfung zum eidgenössischen Fachausweis setzt sich laut Prüfungsordnung und Wegleitung wie folgt zusammen:

Teil A: Schriftliche Prüfung

Teil B: Praktische Prüfung

Teil C: Fallbericht (40%), Fachgespräch (60%)

Ziel: Die Kandidaten müssen das Kompetenzniveau der 8 Module der gesamten Ausbildung erreicht haben. Dazu gehört die Überprüfung der 8 Module, welche Voraussetzung für die Zulassung zur Abschlussprüfung sind.

Wiederholung: bei Nichtbestehen eines oder mehrerer Qualifikationsanteile gelten folgende Vorgaben:

Bestehen Kandidaten das abschliessende Qualifikationsverfahren (QV) nicht, haben sie die Möglichkeit den nichtbestandenen Prüfungsteil zu wiederholen. Die Wiederholung beinhaltet den gesamten Prüfungsteil.

Die Berufsprüfung kann frühestens im darauffolgenden Jahr wiederholt werden. Wird einer der Prüfungsteile zum dritten Mal nicht bestanden, ist das QV definitiv nicht bestanden und kann nicht mehr wiederholt werden.

Wer unentschuldigt nicht zu einer Prüfung erscheint, die Prüfung ohne zwingenden Grund nicht vollständig absolviert oder unerlaubte Hilfsmittel verwendet, hat die Prüfung nicht bestanden.

Notenskala

Die Beurteilung der Leistung beruht auf folgender Bewertungsskala:

Note	Bewertungskriterien
6	sehr gut
5	gut
4	genügend
3	mangelhaft
2	ungenügend
1	unzulässig

Prüfungsteil C

Der letzte Prüfungsteil besteht aus zwei unterschiedlichen Prüfungen. Einerseits aus der Erstellung des Fallberichts, vorgängig eingereicht, und andererseits aus dem Fachgespräch.

Fallbericht

Der Fallbericht bildet den Abschluss der Ausbildung. Die Kandidaten erbringen den Nachweis, dass sie eine komplexe Patientensituation umfassend bearbeiten und eigene Erfahrungen einbringen können. Die Arbeit orientiert sich an konkreten und überprüfbaren Kriterien, die den Kandidaten vorgängig bekannt sind. Die Bewertung obliegt den Prüfungsexperten.

Arbeitsprozesse und Kompetenzen

Für die Erarbeitung des Fallberichts durchlaufen die Kandidaten vier integrierte Arbeitsprozesse. Die zu erreichenden Handlungskompetenzen sind die grundlegenden beruflichen Tätigkeiten der medizinischen Masseurin mit eidgenössischem Fachausweis und gliedern sich wie folgt:

Massnahmen und Interventionsprozesse

- Erhebung, Interpretation und Dokumentation der Daten
- Erstellung des Massnahmenkonzepts
- Durchführung der Massnahmen

Kommunikationsprozesse

- Gestaltung von Beziehungen
- Zusammenarbeit
- Konfliktbewältigung

Ressourcen- und Prozessmanagement

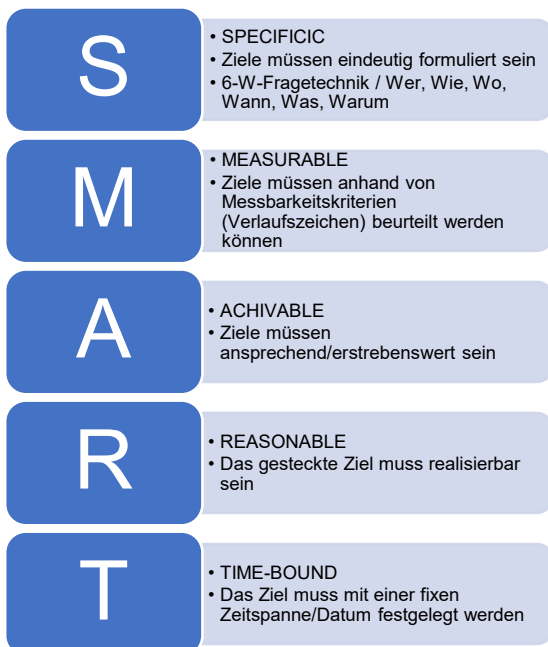
- Gestaltung des Arbeitsplatzes
- Gewährleistung der Administration und Organisation

Berufsentwicklung und Wissensmanagement

- Qualitätssicherung
- Pflege des beruflichen Umfelds
- Lebenslanges Lernen

Struktur der Fallarbeit

Es ist empfohlen die Fallarbeit übergeordnet an der IPRE-Struktur zu orientieren. Im Massnahmenkonzept zur Zielformulierung und Überprüfung empfehlen wir unter anderem die Struktur nach SMART oder RUMBA einzuhalten.





Formelle Vorgaben zur Erstellung des Fallberichts

Die Word-Vorlage für den Fallbericht der MMep ist zwingend zu verwenden. Es dürfen keine Änderungen an der Dokumentvorlage vorgenommen werden.

Datenschutz gilt es zu berücksichtigen (personenbezogene Daten anonymisieren)

Der Fallbericht muss fristgerecht, elektronisch als PDF-Datei mit der unterzeichneten Eigenleistungserklärung über das Benutzerportal der MMep hochgeladen werden.

Bei Nichteinhalten des Abgabetermins sind die Zulassungsbedingungen für die Berufsprüfung nicht erfüllt.

Schriftgröße: Arial 10

Absatz: Ausrichtung: Links
Gliederungsebene: Ebene 1
Einzug: ohne
Abstand nach: 6Pt.
Zeilenabstand: Einfach

Seitenumfang: Mindestens 20, maximal 25 Seiten, ohne Titelblatt und Inhaltsverzeichnis
Anhang unbegrenzt

Textart: Fliesstext

Body-Chart: Skizzierungen müssen elektronisch hinzugefügt werden und mit einer Legende zur Erläuterung ergänzt werden.

Das Behandlungsprotokoll wird im Rahmen von 9-12 Behandlungen geführt. Die Behandlungen dürfen nicht länger als ein Jahr zurückliegen ab Abgabefrist des Fallberichtes.

Literatur- und Quellenangaben sowie Abbildungen sind in der Arbeit direkt nach dem Abschnitt aufzuführen und zum Schluss im Literaturverzeichnis alphabetisch aufzulisten.

Referenzieren in der Arbeit

Zitieren

In jeder schriftlichen Arbeit im Rahmen von Aus- und Weiterbildungen wird auf bereits vorhandene Erkenntnisse von anderen Autoren zurückgegriffen. Es ist absolut notwendig, die Quellen klar zu deklarieren.

Beim Zitieren wird zwischen direkten und indirekten Zitaten anderer Autoren unterschieden. Unter direkten Zitaten versteht man eine wörtliche Wiedergabe einer Kernaussage und unter indirekten Zitaten das sinngemässe Wiedergeben und oder man stellt eine Zusammenfassung in eigenen Worten dar. Die Quellenangabe erscheint in Kurzform direkt hinter dem Zitat im Text (spätestens am Ende des Textabschnittes).

Zitate

Das direkte und indirekte Zitat wird im Folgenden beschrieben und mit einem jeweiligen Beispiel erläutert.

Direktes Zitat

Direkte Zitate (wörtliche Wiedergabe) werden durch Anführungszeichen gekennzeichnet. Grundsätzlich muss die Seitenzahl mit angegeben werden.

Beispiel:

„Die Gate-Controltheorie (GCT), welche die Schmerzforschung bis heute prägt, wurde im Jahre 1965 von Roland Melzack und Patrick Wall formuliert (Abb.2.2).“ (van Kerkhof, 2021, S.7).

(Nachname des Autors, Erscheinungsjahr, Seitenangabe) Wenn mehrere Autoren beteiligt sind, wird nach dem ersten Namen ein „**et al.**“ eingefügt.

Indirektes Zitat

Es gibt verschiedene Arten, wie ein indirektes Zitat deklariert werden kann (siehe Beispiele 1 und 2). Die Angaben im Literaturverzeichnis bleiben hingegen immer gleich. Ein indirektes Zitat wird sinngemäss in Textform zusammengefasst. Es kann sich hierbei auf eine oder mehrere Seiten beziehen.

Beispiel 1:

Die neusten Erkenntnisse aus der Schmerzforschung prägt bis heute die Gate-Control Theorie von Roland Melzack und Patrick Wall, die dies im Jahr 1965 formuliert haben (vgl. Pieter van Kerkhof.,2021, S.7).

(vgl. Nachname des Autors, Erscheinungsjahr, Seitenangabe) Wenn mehrere Autoren beteiligt sind, wird nach dem ersten Namen ein „**et al.**“ eingefügt.

Beispiel 2

Nach Wright et al. (2014, S. 46) ist es wichtig, die Erzählungen von Familien zu integrieren, da diese die Heilung positiv beeinflussen können.

Angaben im Literaturverzeichnis

Folgende Angaben in Bezug auf das Literaturverzeichnis sind verbindlich.

Ein Autor

Der Autor wird im Literaturverzeichnis mit dem kompletten Vor- und Nachnamen genannt.

Angabe im Literaturverzeichnis:

Name, Vorname (Erscheinungsjahr). Titel. Untertitel. Auflage. Ort. Verlag.

Literaturbeispiel:

Van Kerkhof, Pieter (2021). Evidenzbasierte Elektrotherapie. 1. Auflage. Berlin. Springer-Verlag GmbH.

Mehrere Autoren

Sollten mehrere Autoren vorhanden sein, so wird immer nur der erste Autor genannt und alle weiteren werden durch „**et al.**“ ersetzt.

Angabe im Literaturverzeichnis:

Name, Vorname et al. (Erscheinungsjahr). Titel. Untertitel. Auflage. Ort. Verlag.

Literaturbeispiel:

Bossert Frank-P et al. (2014). Elektrotherapie, Licht- und Strahlentherapie. 3. Auflage. München. Verlag Elsevier GmbH, Urban&Fischer.



Angaben zu Literaturarten

Im Folgenden werden unterschiedliche Literaturarten beschrieben und mit einem jeweiligen Beispiel erläutert.

Sammelband

Als Sammelband wird eine Literaturform bezeichnet, welche von einem oder mehreren Herausgebern veröffentlicht wurde und in welchen mehrere Autoren einzelne Beiträge verfasst haben. Zu beachten ist, dass der Sammelband nur im Zusammenhang mit dem daraus verwendeten Beitrag und dessen Autor angegeben wird.

Angabe im Literaturverzeichnis:

Name, Vorname (Erscheinungsjahr). Titel. Untertitel. Name, Vorname der Herausgeberin/des Herausgebers des ganzen Werks (Hrsg.). Titel des ganzen Werks. Auflage. S. erste - letzte Seitenzahl des Beitrages. Ort. Verlag.

Literaturbeispiel:

Eisold, Anna (2011). Hoffnung. In Sauter, Dorothea et al. (Hrsg.). Lehrbuch Psychiatrische Pflege. 3. Auflage. S. 755-765. Bern. Hans Huber.

Zeitschriften

Bei Artikeln aus Zeitschriften wird ebenfalls der Autor vor dem geschriebenen Titel genannt.

Angabe im Literaturverzeichnis:

Name, Vorname (Erscheinungsjahr). Titel. Untertitel. In Zeitschriftenname (Jahrgang). Ausgabennummer. S. erste - letzte Seitenzahl des Beitrags.

Literaturbeispiel:

Dörschug, Sebastian (2012). Die parenterale Applikation. Versorgung von Portsystemen aus pflegerischer Sicht. In Palliativemed (2012). (13). S. 152-155.

Internetquellen

Eine Internetquelle darf nur dann verwendet werden, wenn sie eindeutig identifiziert und angegeben werden kann. Es muss der direkte Link zum gewählten Dokument angegeben werden.

Angabe im Literaturverzeichnis:

Name, Vorname (Erscheinungsjahr). Titel. Untertitel. Verfügbar unter: genaue Adresse (Datum des Downloads oder der Überprüfung).

Literaturbeispiel:

GDK- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2008). Leistungssistierung der Krankenversicherung soll aufgehoben werden. Gemeinsamer Regelungsvorschlag von GDK und Santésuisse ans Parlament. Verfügbar unter: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Medienmitteilung/MM_200810-d.pdf (13.02.2011).

Angaben zu Bildmaterial

In der Arbeit sind sowohl Tabellen als auch Abbildungen zu nummerieren und mit einem Titel zu versehen. Tabellen und Abbildungen werden getrennt voneinander durchlaufend nummeriert (Tabelle 1, 2, 3, etc. und Abbildung 1, 2, 3, etc.).

Angabe direkt im Text:

Tabellen werden **unten** mit einer fortlaufenden Nummer und dem Titel inklusive Quellenangaben versehen.

Abbildungen werden **unten** mit einer fortlaufenden Nummer und dem Titel inklusive Quellenangaben versehen.

Beispiel Beschriftung einer Tabelle:

Tabelle 1: Pathogene Orientierung versus salutogene Orientierung (Sauter, 2011, S. 116).

Beispiel Beschriftung einer Abbildung:

Abbildung 1: Das menschliche Skelett (Huch, 2015, S. 93).

Angabe im Literaturverzeichnis:

Abbildung 1 (Seitenangabe): Name, Vorname et al. (Erscheinungsjahr). Titel. Untertitel. Auflage. Ort. Verlag.

Literaturbeispiel:

Huch, Renate et al (Hrsg.) (2015). Mensch, Körper, Krankheit. Anatomie, Physiologie, Krankheitsbilder. Lehrbuch und Atlas für die Berufe im Gesundheitswesen. 7. Auflage. München. Elsevier Urban & Fischer.

Allgemeine Regeln für die Verzeichnisse

(Literatur-, Abbildungs- und Tabellenverzeichnis)

- Die Verzeichnisse sind alphabetisch nach dem Nachnamen des ersten Verfassers oder der des Herausgebers geordnet.
- Das gesamte Verzeichnis mit Literatur-, Tabellen-, und Abbildungsverzeichnis befindet sich am Ende der Arbeit vor dem Anhang.
- Ist die Literaturangabe, z.B. der „Autor“ oder das „Jahr“ nicht bekannt, wird diese mit „**keine Angabe**“ bezeichnet.
- Ist der Verfasser bzw. der Herausgeber keine Person, sondern eine Institution oder Körperschaft (Kanton, SBK - Schweizer Berufsverband etc.), wird das Werk nach dieser Institution oder Körperschaft alphabetisch in die Verzeichnisse eingeordnet.
- Wenn kein Verfasser oder kein Herausgeber (bzw. keine Institution oder Körperschaft) bekannt ist, geschieht die Einordnung nach dem Titel des Werks.
- Bei mehreren Verlagsorten genügt die Angabe des erstgenannten Ortes.
- E-Books müssen in den Verzeichnissen explizit als solche ausgewiesen werden.



Verzeichnisse

Im Folgenden ein Beispiel, wie die Verzeichnisse aufzubauen sind:

Literaturverzeichnis

Dörschug, Sebastian (2012). Die parenterale Applikation. Versorgung von Portsystemen aus pflegerischer Sicht. In Palliativemed (2012). (13). S. 152-155.

Eisold, Anna (2011). Hoffnung. In Sauter, Dorothea et al. (Hrsg.). Lehrbuch Psychiatrische Pflege. 3. Auflage. S. 755-765. Bern. Verlag Hans Huber.

GDK (2008). Leistungssistierung der Krankenversicherung soll aufgehoben werden.

Gemeinsamer Regelungsvorschlag von GDK und santésuisse ans Parlament. Verfügbar unter: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Medienmitteilung/MM_200810-d.pdf (13.02.2011).

Tabellenverzeichnis

Tabelle 132 (Seite 168):

Bossert, Frank-P. (2014). Elektrotherapie, Licht- und Strahlentherapie. 3. Auflage. S. 168. München. Verlag Elsevier, Urban&Fischer.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 (Seite 7):

Huch, Renate et al (Hrsg.) (2015). Mensch, Körper, Krankheit. Anatomie, Physiologie, Krankheitsbilder. Lehrbuch und Atlas für die Berufe im Gesundheitswesen. 7. Auflage. München. Elsevier Urban & Fischer.

Sonderformen

Zu den Sonderformen gehören selbstgeführte Interviews sowie die Verwendung von Systemen künstlicher Intelligenz.

Selbstgeführte Interviews

Werden selbstgeführte Interviews als Quellen verwendet, muss nachvollziehbar sein, mit wem und wann diese stattgefunden haben. Diese Angaben erscheinen im Fliesstext. Die geführte Kommunikation wird vollständig im Anhang aufgeführt. Im Literaturverzeichnis wird diese nicht ausgewiesen.

Beispiel 17: Es wurde im Betrieb sichtbar, dass mit zunehmender Aktivität... (Meister, persönliche Kommunikation, 17.08.2023, Anhang x). (Nachname, Art der Kommunikation, Datum, Anhang).

Verwendung Künstlicher Intelligenz (KI)

Werden Systeme Künstlicher Intelligenz verwendet, sind die Verfasser der schriftlichen Arbeit für die generierten Inhalte, die Einhaltung von urheberrechtlichen Bestimmungen sowie die Wissenschaftlichkeit ihrer schriftlichen Arbeit verantwortlich. Zur Gewährleistung der Wissenschaftlichkeit sind Originalquellen zu verwenden, da KI nicht als wissenschaftliche Quelle ausgewiesen werden kann. Wird die Qualität der Arbeit inhaltlich durch die Verwendung von KI beeinflusst, gilt eine Deklarationspflicht analog einem selbstgeführten Interview.

Vorlage Fallarbeit mit themenbezogenen Erläuterungen

1. Einleitung

1.1 Vorwort

Ein Vorwort wird mittels folgender Bausteine aufgebaut:

- Persönlicher Bezug
- Wahl des Krankheitsbildes
- Patientenwahl
- Krankheitsbiografie
- Ziel der Arbeit

1.2 Theoretische Auseinandersetzung zum klinischen Fall

Folgendes Schema deckt jegliche Bausteine der theoretischen Auseinandersetzung ab:

D	• Definition, Diagnose, Differenzialdiagnose
E	• Einleitung, Epidemiologie
P	• Prävention, Prophylaxe, Prognose, Pathophysiologie
R	• Risikofaktoren, Risiko für Komplikationen
U	• Ursachen (Ätiologie)
S	• Symptome
T	• Therapie

2. Befunderhebung und Interpretation

Der Kandidat erhebt die im Hinblick auf seine Berufsausübung relevanten Patienten-Daten aufgrund einer berufsspezifischen, den Rahmenbedingungen angepassten Befunderhebung. Er interpretiert diese und erstellt eine Ausgangsbilanz unter Berücksichtigung der gesamten Patientensituation und dessen Umfeld. Er gewährleistet und überwacht innerhalb seines Kompetenzbereichs die Dokumentation aller relevanten Daten.

Erhebung, Interpretation und Dokumentation der Daten

- I: Stellt alle wichtigen Daten zur Vorgeschichte/Krankengeschichte zusammen. Holt aktiv Informationen in schriftlicher und mündlicher Form ein.
- P: Prüft die Daten auf ihre Aussagekraft und Relevanz, um dadurch die berufsspezifische Befunderhebung zu planen im Sinne der Selektion und Schwerpunktsetzung.
- R: Führt eine, den Rahmenbedingungen angepasste berufsspezifische Anamnese durch. Erhebt selektiv relevante, berufsspezifische, objektive Befunde am Patienten. Dokumentiert den Befund entsprechend den gegebenen Rahmenbedingungen.
- E: Analysiert aufgrund der erarbeiteten Informationen und Daten die Ausgangslage der Patientensituation. Leitet daraus die möglichen Indikationen, Vorsichtsmassnahmen und Kontraindikationen ab. Überprüft die Unterlagen auf Vollständigkeit, fragt nach und ergänzt.



2.1 Anamnese und Beschreibung der klinischen Symptome

Hier stehen die Daten aus dem Standarddokument: Anamnese-Formular MMep (siehe Webseite unter „Basisdokumente“)

Name/Vorname:	Anonymisierte Angaben	
Geburtsdatum:		
Beruf:		
Arzt:		
Ärztliche Diagnose:	Ist keine ärztliche Diagnose vorhanden, bleibt dieses Feld leer.	
Nebendiagnose:	Ist keine vorhanden, bleibt dieses Feld leer.	
Verordnung:	Ärztliche Verordnungen sind nicht zwingend! Sofern vorhanden ist sie der Fallarbeit beizulegen.	
Zusatzversicherung:		
Sport/Hobby:		
Medikamente:	Medikamentenbezeichnung & Definition sowie Einnahmeverschreibung des Arztes BSP: 1-1-0-1	
Nahrungsergänzungsmittel	Selbst gekaufte und verordnete.	
Primäre Beschwerden:		
Angabe des Patienten		
Seit wann bestehen die Beschwerden?	Zeitraum/Datum	
Aktueller Zustand: (status praesens betreffend primäre Beschwerden)		
<p>Was ist das Problem? Wo machen sich die Beschwerden bemerkbar? Wie fühlen sich die Beschwerden an? Wodurch werden die Beschwerden verstärkt oder gemindert?</p> <p>Gibt es Begleitsymptomaten? Zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leistungsminderung • Nachtschweiss • Auffällige Gewichtsveränderungen • Appetitverhalten • Subfebrile Temperaturen • Erhöhte Infektanfälligkeit <p>Wie ist der Zustand jetzt in diesem Moment?</p> <p>Schmerzanalyse / Detailangaben mit Numerischer Rating- Skala (NRS)</p>		

24h Stunden Verhalten der primären Beschwerden:
Wann treten die Beschwerden auf? Schmerzanalyse / Detailangaben mit Numerischer Rating- Skala (NRS)
Vorgeschichte:
Gab es einen Auslöser ? Waren (sind) solche Beschwerden bereits zu einem früheren Zeitpunkt aufgetreten?

Einschätzung nach ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
Körperfunktion:
Führen Sie die eingeschränkten Körperfunktionen auf.
Anatomische Strukturen:
Führen Sie die Körperstrukturen auf, die vom primären Beschwerdebild betroffen sind. Zum Beispiel: Ossäre, arthrogene, ligamentäre, tendinöse, muskuläre etc.
Partizipation:
Aktivität und Teilhabe: Führen Sie die Aktivitäten auf, an denen Ihre Ihr Patient aufgrund der primären Beschwerden nicht mehr oder nur beeinträchtigt teilnehmen kann.
Umweltfaktoren:
Erläutern Sie die soziale Situation: Unterstützung und Beziehung, Wohnsituation, Arbeitsplatz, Bildungsstand, finanzielle Situation, Kulturkreis etc.
Persönliche Faktoren:
Erläutern Sie die allgemeinen Merkmale von ihrem Patient wie zum Beispiel: Physische Faktoren, Körperbau, Faktoren die das körperliche Leistungsvermögen beeinflussen können. Mentale Faktoren die Ihre Behandlung oder die Genesung beeinflussen könnten.
Bisherige Therapien und Effekte:
Was wurde bisher gemacht? Informationen über vorangegangene Behandlungen a. Art b. Anzahl c. Zeitraum d. Effekt
Vorsichtsmassnahmen / Kontraindikationen:
Führen Sie die Vorsichtsmassnahmen auf, die Sie während der Behandlung ergreifen werden und begründen Sie diese. Führen Sie die Kontraindikationen auf, welche ihr Patient aufweist.

Sekundäre Beschwerden:
Sollten weitere Beschwerden vorhanden sein, werden diese hier aufgeführt. Hinweis: Sollten Sie diese Mitbehandeln, achten Sie darauf auch diese in die Klinische Untersuchung, Inspektion, Palpation und klinische Tests miteinzubeziehen.
Allgemeiner Zustand:
Erläutern Sie den aktuellen Zustand Ihres Patienten und führen Sie auch aktuelle anderweitige Erkrankungen: zum Beispiel: Systemische Erkrankungen, Viszerale Pathologien, Krebsleiden, Stoffwechselerkrankungen, schwerwiegende Infektionskrankheiten etc. auf.
Familienanamnese:
Erläutern Sie die erblichen oder anlagebedingte Erkrankungen und führen Sie diese hier auf.

2.2 Interpretation der Symptome, Formulierung der Hypothesen vor der klinischen Untersuchung

Der Prozess des hypothetisch-deduktiven Reasoning lässt sich durch Festlegung einzelner Arbeitsschritte gut nachvollziehen. Der Reasoning-prozess besteht gem. Rogers (1983,1989, zit. in Benamy 1996) aus 6 Schritten.

Durch die Aufnahme von Informationen werden Hypothesen generiert. Diese werden dann getestet und evaluiert, bevor eine endgültige Hypothese bestätigt wird.

Folgende Punkte sollten unter dieser Beschreibung beachtet werden:

Schritt 1: Pre-assessment image

Hier werden Erwartungen, welche vom Therapeuten entwickelt werden, bevor er mit dem Patienten in Kontakt tritt, beschrieben. Sie basieren auf Informationen, die dem Therapeuten im Vorhinein vorliegen wie zum Beispiel durch eine ärztliche Diagnose, Alter, Geschlecht, und wird beeinflusst durch Vorerfahrungen des Therapeuten, mwelche er in seiner Vergangenheit gesammelt hat.

Schritt 2: Cue acquisition

In diesem Schritt gewinnt der Therapeut Cues (Informationen) über den funktionellen Status, über Aktivitäten des Patienten, die Möglichkeit der Partizipation, die psychische Situation sowie personale und soziale Kontextfaktoren des Patienten.

Schritt 3: Hypothesis generation

In diesem Schritt werden die gesammelten Informationen organisiert, strukturiert und Annahmen bestimmter Störungsmuster herausgebildet. In diesem Schritt generiert der Therapeut meist mehrere Hypothesen.

Schritt 4: Cue interpretation

Nun werden Informationen gesammelt und den unterschiedlichen Hypothesen zugeordnet, um Ihre Richtigkeit zu unterstützen oder zu widerlegen.

Schritt 5: Hypothesis evaluation

Die sich nun konkurrierenden Hypothesen werden hier verglichen. Die Hypothese welche mittels der am meisten gesammelten Daten gesichert ist, wird als Basis für den nächsten Schritt verwendet.

2.3 Klinische Untersuchung, Inspektion, Palpation und klinische Tests

Hier stehen die Daten aus dem Standarddokument: Bodychart der MMep (siehe Webseite „Basisdokumente“).

Erkenntnisse aus der Inspektion:
Beispielsweise: Inspektion: direkt und indirekt Haltung/Schonhaltung Klinische Zeichen (zB.Ödeme) Hautauffälligkeiten (Narben, Rötungen, Quellungen, Einziehungen)
Erkenntnisse aus der Palpation:
Beispielsweise: Bindegewebe (OVS/UVS) Muskeltonus, Druckdolenten, Triggerpunkte Zonenpalpation (Head'sche Zonen, Bindegewebszonen, Fussreflexzonen) Temperaturunterschiede Oberflächensensibilität wie zum Beispiel: Berührungs- und Druckwahrnehmung Schmerzempfindung Sensibilitätsprüfung
Funktionelle Untersuchungen und Testergebnisse:
Beispielsweise: Funktionstest: Schober-Test, Lasègue-Test, Fingerbodenabstand etc. Schmerzgrenze: Angabe in NRS 0/10 Messungen: Range of Motion, Winkelmessungen, Umfangmessungen

Bitte fügen Sie hier den Bodychart der MMep ein und die Legende zur Erläuterung.

Beispiel zur Legendendarstellung, es darf auch eine eigene verwendet werden.						
Allgemeine Skala			Muskulatur / Neurologie		Haut	
+ / +++	- / ---	Leicht	#	Hartspann	‡	Narbe
++ / +++	-- / ---	Mittel	///	Ausstrahlung	OVS	Obere Verschiebeschicht
+++ / +++	--- / ---	stark	•	TRP	UVS	Untere Verschiebeschicht
↑ ↓ ↔	↖ ↗ ↘	Richtungsangaben	½ NRS .../10	Schmerz	E	Einzug
≈		Ödem			Q	Quellung
✓ / ∅		Kein Befund				

2.4 Arbeitshypothese nach der klinischen Untersuchung

Schritt 6 des Reasoning-prozess:

Hier wird die Haupthypothese festgelegt. Sie beinhaltet in der Regel die Formulierung eines Problems, das sich sowohl auf funktionelle als auch auf psychologische und soziale Aspekte beziehen kann. Der Therapeut schliesst hier das Prozedere noch nicht ab. Während dem Durchführen seiner Massnahmen wird er weiter Informationen sammeln und seinen Behandlungsplan anpassen. Dieser wird am Ende dieser Arbeit evaluiert.

3. Massnahmenkonzept

Im Massnahmenkonzept werden die Behandlungsziele formuliert, der Behandlungsplan wird festgelegt und es werden adäquate Mittel zur Durchführung gewählt. Es werden Verlaufszeichen anhand der aufgenommenen Daten mit messbaren Werten definiert und das Vorgehen ist mit dem Patienten zu besprechen.

Erstellen des Massnahmenkonzepts

Der Kandidat formuliert die Behandlungsziele (SMART/RUMBA), legt den Behandlungsplan fest und wählt adäquate Vorgehensweisen. Er definiert die Verlaufszeichen, bespricht das Vorgehen und erarbeitet den Behandlungsauftrag mit dem Patienten und der zugewiesenen Stelle.

- I: Steckt das Massnahmenspektrum ab und überlegt sich Konsequenzen für den Patienten einschliesslich der Kontraindikationen und allfälliger Alternativen.
- P: Erstellt einen individuellen Behandlungsplan und legt die notwendigen Methoden und Mittel fest. (Wahl der Technik, Wirkprinzipien der Technik, Dosierung, zeitlicher Ablauf)
- R: Informiert den Patienten über die Behandlungsmöglichkeiten und den möglichen Verlauf.
Legt gemeinsam mit dem Patienten das individuelle Behandlungsziel und den Behandlungsauftrag fest.
Definiert die subjektiven und objektiven Verlaufszeichen.
Modifiziert allenfalls den Behandlungsplan.
- E: Prüft die Patientenverständlichkeit und die therapeutische Kohärenz des Behandlungsplans mit den Behandlungszielen und zieht Schlussfolgerungen für die nächsten Schritte.

3.1 Formulierung der Kontraindikationen und der Vorsichtsmassnahmen

Es werden Kontraindikationen ausgeschlossen und Vorsichtsmassnahmen dem Krankheitsbild entsprechend getroffen.

3.2 Formulierung der Behandlungsziele, kurz-, mittel- und langfristige Therapieziele (Patient und Therapeut)

Kurzfristige und mittelfristige Ziele gelten als taktische Ziele und dienen der Erreichung der langfristigen Ziele. Diese Ziele dienen als Wegweiser für die Entwicklung des Massnahmenkonzepts.

3.3 Formulierung und Begründung des Massnahmenkonzeptes

Begründen Sie die von Ihnen gewählte Massnahme beziehungsweise Methode.

4. Behandlungsprotokoll

Durchführung der Massnahmen

Der Kandidat plant aufgrund der Resultate der Befunderhebung und der vorgegebenen Rahmenbedingungen die Massnahmen. Führt sie durch, evaluiert deren Wirkung kontinuierlich mittels Kontrollen abgeleitet an den Behandlungszielen und Verlaufszeichen.

Informiert den Patienten und die zugewiesene Stelle über den Behandlungserfolg. Er empfiehlt, wenn nötig weitere Massnahmen zur Verbesserung des Zustandes. Er dokumentiert die Behandlung sowie das Ergebnis der Verlaufszeichenkontrolle zur Qualitätssicherung.

- I: Stellt fest, ob die personellen und materiellen Mittel vorhanden und geeignet sind, um den Behandlungsauftrag zu erfüllen.
- P: Legt den Zeitplan, die Reihenfolge der Mittel und je nach Verlaufszeichen allfällige Anpassungsmassnahmen fest.
- R: Führt die geeigneten Behandlungsverfahren methodengerecht und im vereinbarten Umfange effizient aus.
Informiert den Patienten fortlaufend über den Behandlungsverlauf.
Erteilt fachspezifische Ratschläge zwecks Förderung der Gesundheit des Bewegungsapparates und anderer Systeme.
Dokumentiert die Behandlung, deren Verlauf und Ergebnisse.
- E: Überprüft fortlaufend den Patientenzustand, die Behandlungsergebnisse, die Wirkung der Mittel und allfällige Modifikationen.
Setzt zusammen mit dem Patienten anhand der Ergebnisse die weiteren Prioritäten und Ziele fest und koordiniert das weitere Vorgehen mit allen am Interventionsprozess beteiligten Personen.

Bespricht diese als Selbstreflexion und persönliche Auswertung mit den zuständigen Personen mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung.

Kontrolliert periodisch die Korrektheit der geforderten Dokumentation und evaluiert die Arbeitssituation.
Bespricht diese persönliche Auswertung mit den zuständigen Personen mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung.



4.1 Listen Sie die einzelnen Behandlungsdaten in einem Kurzprotokoll auf

Füllen Sie die untenstehende Tabelle aus. (min. 9 max. 12 Behandlungen)

Beispiel für ein Kurzprotokoll der 5. Behandlung:

Datum	Tageszeit/Dauer	Methode/n	Behandlungsablauf	Verlaufszeichen	Aktueller Zustand
14.12.2024	10.30/55'	5' Kurzbefund Passive Wärmeanwendung während der gesamten Behandlung 20' MLD 30' FRZM HEP Wiederholung	Pat. in RL mit Venenkissen: Platzieren der Wärmepackungen im Lendenbereich Halskette Kurz Bauchtiefendrainage Basisschema Bein links – Abweichung im Pflasterbereich Teilbehandlung FRZM Füße bds.	VZ1: Volumenmessung siehe Anhang VZ2: Ruheschmerz 2/10, Aktiver Schmerz 4/10 VZ3: Art. Genu Flex/Ex aktiv 0/0/100	C/O: Ging tiptop über das Wochenende. Leider geht es noch nicht ohne Schmerzmedikamente aber im Vergleich zu vor der OP ist das jetzt ein Spaziergang. Rückenschmerzen haben nachgelassen, wünscht sich trotzdem Wärme. P/E: Leicht höhere Temperatur medial und lateral unter der Narbe am Art. genu (li.) Sensibilitätsempfinden unverändert. BG rund um Art. genu (li) minimal verschiebbar Hypertonus M. quadrizeps femoris und dorsale Wadenmuskulatur (li) gesenkt



4.2 Detaillierte Beschreibung der ersten, der fünften und der letzten Behandlung

Füllen Sie die untenstehende Tabelle aus.

Beispiel für eine detaillierte Beschreibung der 5. Behandlung:

Datum	Tageszeit/Dauer	Methode/n	Behandlungsablauf	Verlaufszeichen	Aktueller Zustand
14.12.2024	10.30/55'	5' Kurzbefund und Messung beider Beine Hydrotherapie: Passive Wärmeanwendung 20' Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder 30' Fussreflexzonenmassage nach Dr. Fitzgerald HEP (Wiederholung): Tiefe Bauchatmung, Schulterkreisen, Bewegen der Fussgelenke	Pat. In RL mit Venenkissen: Platzieren von zwei Parafinwärmepackungen im Lendenbereich Effleurage (Clavicula-> Schulter) Halskette kurz (Stehende Kreise von Profundus bis Terminus und Okziput bis Terminus) Bauchtiefendrainage mit 9er Griff Basisschema Bein: Effleurage Aktivierung der inguinalen Lymphknoten mit stehenden Kreisen Pumpgriffe über ventrale Seite des OS – Pumpen weiterschieben von distal nach proximal am OS medial beginnend, in Bahnen bis lateral Drei Verbindungskreise zum Knie, minimaler Druck kranial gerichtet. Rund um das Pflaster am Knie: Vom Pflaster mit Daumenkreisen wegarbeiten. Pumpen und Weiterschieben medial des Kniegelenks. Schöpfbewegung mit flachen Fingern in der Kniekehle. Mit stehenden Kreisen lateral des Knies nach proximal arbeiten. Unterschenkel leicht anstellen. Hand auf dem Schienbein pumpt, die andere Hand an der Wade schöpft anschliessend Schöpfgriffe an der Wade.	VZ1: Volumenmessung siehe Anhang VZ2: Ruheschmerz 2/10, Aktiver Schmerz 4/10 VZ3: Art. Genu Flex/Ex aktiv 0/0/100	C/O: Ging tiptop über das Wochenende. Leider geht es noch nicht ohne Schmerzmedikamente aber im Vergleich zu vor der OP ist das jetzt ein Spaziergang. Rückenschmerzen haben nachgelassen, wünscht sich trotzdem Wärme. P/E: Leicht höhere Temperatur medial und lateral unter der Narbe am Art. Genu (li.) Sensibilitätsempfinden unverändert BG rund um Art. Genu (li) minimal verschiebbar Hypertonus gesenkt

			<p>Ganzes Bein ausgestreckt nacharbeiten. Abschlusseffleurage Teilbehandlung der Fussreflexzonen: Die Punkte werden bis auf eine Ausnahme mit dem Daumen behandelt. Niere: In die Tiefe kreisend Harnleiter: Kreisende Bewegungen zum Blasenpunkt Harnblase: In die Tiefe kreisend Harnröhre: Richtung Prostatapunkt austreichen Magen – Bauchspeicheldrüse/12-Fingerdarm: Daumen auflegen und in die Tiefe kreisen Leber: Die Dreiecksform mit Druck streichen Galle: Mit dem Zeigefinger bohrend Solarplexus: In die Tiefe kreisen Dünndarm: In Wellenlinien mit Druck streichend Colon ascendens, Colon transversum, Colon descendens, Colon sigmoideum, Anus: Kreisende Bewegungen im Darmverlauf Knie: In die Tiefe Kreisen Lymphspirale: Sanfte kreisende Bewegungen mit dem Daumen von distal nach proximal FRZM ergänzt mit reflektorisches Lymphbehandlung siehe Behandlungsschema im Anhang.</p>		
--	--	--	--	--	--

5. Evaluation

5.1 Evaluation der erreichten und nicht erreichten Ziele des Patienten sowie in Bezug zur klinischen Symptomatik

Zur Evaluation der Ziele benötigt es folgende Kriterien:

- I: Überprüft die kurz-, mittel- und langfristigen Ziele auf deren Wirksamkeit und Erfolg
- P: Die neugewonnenen Erkenntnisse werden festgehalten
- R: Formulierung der neuen Ziele aus den gewonnenen Erkenntnissen
- E: erneute Überprüfung von Wirksamkeit und Erfolg

5.2 Evaluation der Prozesssteuerung

Zur Evaluation einer Prozesssteuerung benötigt es folgende Kriterien:

- I: überprüft unter anderem mit Hilfe der Befund- und Behandlungsdokumentation den Erfolg der Prozesssteuerung
- P: Planung der neu gewonnenen Erkenntnisse werden festgehalten
- R: Neue Erkenntnisse werden umgesetzt
- E: Fazit wird abgeleitet, es wird über Erfolg oder Misserfolg entschieden. Mögliche nächste Schritte werden im Ansatz erläutert.

5.3 Evaluation der Beziehungsebene zwischen Patient und Therapeut

Gestaltung von Beziehungen:

Der Kandidat teilt seine Erwägungen offen, wahrheitsgetreu und einfühlsam mit, schafft dadurch eine Vertrauensbasis für den Patienten, kommuniziert verständlich, auf Augenhöhe mit dem Patienten und gleicht Informationsdefizite aus.

- I: Nimmt unterschiedliche Informationsbedürfnisse und Beziehungsmuster wahr
Überlegt sich, welche Informationsunterlagen benötigt werden.
- P: Plant Informationsschritte, passt die Behandlung der aktuellen Situation des Patienten an.
- R: Gestaltet den Interdisziplinären Austausch aktiv und verlässlich, unter Berücksichtigung der betriebsinternen Richtlinien.
- E: Reflektiert die psychologischen Wechselwirkungen, den Beziehungsverlauf und die Auswirkung auf das Behandlungsziel.



5.4 Evaluation der interdisziplinären Zusammenarbeit und andere Therapiemöglichkeiten

Zusammenarbeit

Der Kandidat arbeitet mit Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, aus der Arbeitswelt, sowie mit Personen aus dem Umfeld der Patienten zusammen. Er ist sich seiner beruflichen Rolle und der eigenen Grenzen bewusst, respektiert die Arbeitsbereiche anderer Fachpersonen des Gesundheitswesens und leistet im interdisziplinären Team den ihm gemäss seiner Berufsqualifikation zukommenden Beitrag.

- I: Identifiziert die Schlüsselpersonen des Behandlungsnetzes und die Schnittpunkte der Zusammenarbeit mit Dritten.
- P: Plant den Informationsfluss nach Verlauf der medizinischen, psychologischen sowie sozialen Fragestellungen.
- R: Realisiert die Kooperation durch periodischen Informations- und Meinungsaustausch, im Minimum informell mündlich, im Maximum durch eigentliche Teamkonferenzen sowie schriftliche Berichte.
Weist den Patienten je nach Situation anderen Medizinalpersonen oder Fachpersonen des Gesundheitswesens zu.
Akzeptiert seine Grenzen aufgrund der informellen und formellen Rahmenbedingungen sowie aufgrund seines persönlichen Kompetenzprofils.
- E: Bewertet die Kommunikation und Kooperation und prüft, ob und welche Konsequenzen zu ziehen sind.

Konfliktbewältigung

Der Kandidat erkennt konflikthafte Situationen und verfügt über das Rüstzeug Konflikte zu vermeiden, durchzustehen und konstruktiv zu lösen.

- I: Informiert sich über Ursachen, Hintergründe und Entwicklung des sich anbahnenden oder des ausgebrochenen Konflikts.
- P: Stellt sach- und personenbezogene Unterlagen bereit und fasst die Ausgangslage zusammen.
- R: Stellt seine Standpunkte professionell und sachgerecht dar.
Bemüht sich die Standpunkte der anderen Parteien wahrzunehmen und zu verstehen.
Verhält sich konstruktiv den Rahmenbedingungen entsprechend innerhalb seiner Kompetenzen.
- E: Bewertet das Resultat, zieht Konsequenzen und plant allfällige weitere Bewältigungsschritte.



6. Konsequenzen / Schlusswort

6.1 Konsequenzen für die persönliche Weiterentwicklung im Sinne des lebenslangen Lernens / Schlusswort

Qualitätssicherung

Der Kandidat erkennt die Bedeutung seiner kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung, um die Qualität seiner beruflichen Tätigkeit zu erhalten und zu fördern. Er kennt die Möglichkeiten und nutzt diese in angemessener Form.

- I: Informiert sich über die Fort- und Weiterbildungsangebote
Erkennt die persönlichen Schwächen und ist bestrebt Defizite aufzuarbeiten mit entsprechenden Fort- und Weiterbildungen.
- P: Plant die autonome, individuelle, wie die offizielle Fort- und Weiterbildung in den Arbeitsprozess und die Zeitplanung ein.
- R: Betreibt Fortbildung durch Eigenstudium, im kritischen kollegialen Austausch, durch den Besuch und die aktive Teilnahme an Referaten, Tagungen, Kursen, Konferenzen, Workshops, dokumentiert und belegt die Fort- und Weiterbildung.
- E: Bewertet die Fort- und Weiterbildungserfolge, den Ist-Sollzustand seines Kompetenzprofils und überprüft den weiteren Fort- und Weiterbildungsplan.

Pflege des beruflichen Umfelds

Der Kandidat setzt sich für berufs- und gesundheitspolitische Belangen ein und trägt zur Weiterentwicklung des Berufes bei.

- I: Nimmt berufs- und gesundheitspolitische Entwicklungen wahr.
Macht sich Gedanken zur eigenen beruflichen Position und zum Stellenwert des eigenen Berufsstandes.
- P: Prüft Möglichkeiten, sich als Berufstätiger für die Interessen des Berufsstandes oder für andere gesundheits- und gesellschaftsrelevanten Aspekte in seinem Berufsumfeld einzusetzen.
- R: Setzt sich auf Grund seiner Professionalität und Berufsethik (Qualitätsansprüche, Finanzierung, Interdisziplinarität, Berufspolitik) für den Stellenwert des medizinischen Masseurs in der Öffentlichkeit ein.
- E: Überprüft den Stellenwert eigener Bemühungen und die Auswirkungen im verantwortlichen Bereich und zieht die Konsequenzen daraus.



Lebenslanges Lernen

Der Kandidat ist sich des Anpassungsbedarfs an den Wissensstand und die sich wandelnden Patientenbedürfnisse bewusst. Er entwickelt seine Berufspersönlichkeit und Fachkompetenz weiter und setzt den Stillstand oder gar dem Rückschritt dynamisch entgegen.

- I: Informiert sich laufend über Erneuerungen in seinem Fachgebiet, im Bezug auf Anwendungen am Patienten, sowie auf die persönlichen Fort- und Weiterbildungen.
- P: Merkt sich entsprechende Publikationen, Veranstaltungen, Kontakte vor und hält passende Zeitfenster offen.
- R: Reflektiert selbstkritisch das eigene Tun und Verhalten im Patientenkontakt, im Betrieb sowie im Berufsstand.
Zieht daraus Konsequenzen und gleicht Defizite aus.
Persönlichkeitsentwicklung durch fortlaufende Berufsbildung und psycho-soziales Engagement
- E: Versucht sich kritisch mit sich selbst auseinander zu setzen in Bezug zur Weiterentwicklung in seiner therapeutischen Handlungs- und Fachkompetenz.



7. Literaturliste/Quellenangaben / Referenzen

Erstellen Sie gemäss den festgehaltenen Richtlinien in diesem Dokument unter dem Titel «Referenzieren in der Arbeit» die entsprechenden Register.

8. Anhang

Der Anhang darf unbegrenzt genutzt werden.

9. Eigenleistungserklärung

Erklärung der Eigenleistung und Verwendungseinwilligung (zwingend)

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit von mir eigenständig verfasst wurde und keine anderen als die von mir angegebenen Hilfsmittel verwendet wurden. Alle Stellen der Arbeit, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind mit Angaben der Quellen als solche gekennzeichnet.

Name, Vorname: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Einwilligung zur Verwendung von Schulungszwecken (freiwillig)

Hiermit erkläre ich mich bereit, dass meine Fallarbeit zur Einsichtnahme und Schulungszwecken der MMep verwendet werden darf.

Name, Vorname: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Beurteilungskriterien Fallbericht

Prüfungsteil C: Beurteilung Fallbericht

Note	Bewertungskriterien
6	sehr gut
5	gut
4	genügend
3	mangelhaft
2	ungenügend
1	unzulässig

Jeder Abzug muss zwingend begründet werden

Beurteilungskriterien	Erreichte Note	Bemerkungen (zwingende Begründung bei Note unter 6)
<p>Gesamteindruck, Struktur, Relevanz</p> <p>Der Fallbericht entspricht den formellen Vorgaben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorlage Fallbericht • Fristgerecht und elektronisch eingereicht • Arial 10 • Absatzformatierung gemäss Vorlage • 20-25 Seiten ohne Titelblatt, Inhaltsverzeichnis und Anhang • Seitenanzahl Anhang unbegrenzt • Fliesstext • Body-Chart elektronisch ausgefüllt inkl. Legende • Datenschutz • Literatur und Quellenangaben • Eigenleistungserklärung 		
<p>Einleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorwort 		

Beurteilungskriterien	Erreichte Note	Bemerkungen (zwingende Begründung bei Note unter 6)
<ul style="list-style-type: none"> • Persönlicher Bezug • Wahl des Krankheitsbildes • Patientenwahl • Krankheitsbiografie • Ziel der Arbeit <p>Theoretische Auseinandersetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deprust-Schema D= Definition, Diagnose, Differenzialdiagnose, E= Einleitung, Epidemiologie P= Prävention, Prophylaxe, Prognose, Pathophysiologie R= Risikofaktoren, Risiko für Komplikationen U= Ursachen / (Ätiologie) S= Symptome T= Therapie 		
<p>Befunderhebung und Interpretation Klinische Hypothese vor und nach der klinischen Untersuchung Medizinsiche Daten: Subjektive Datenerhebung Objektive Datenerhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspektion • Palpation • Funktionsprüfung • Sensibilitätstest • Messung • Verlaufsparmeter • Body-chart 		
<p>Notentotal Seite 1</p>		

Beurteilungskriterien	Erreichte Note	Bemerkungen (zwingende Begründung bei Note unter 6)
Massnahmenkonzept Formulierung der Behandlungsziele Ziele Patient Ziele Therapeut Kurz-, mittel-, langfristige Ziele Formulierung und Begründung des Massnahmekonzeptes		
Behandlungsprotokoll Datum Tageszeit & Dauer Methoden Behandlungsort Verlaufszeichen 9-12 Behandlungen		
Evaluation Über Behandlungsziele Über Prozesssteuerung Beziehungsebene Interdisziplinäre Zusammenarbeit wenn vorhanden Andere Therapiemöglichkeiten		
Konsequenzen und Schlusswort Qualitätssicherung Pflege des beruflichen Umfelds Lebenslanges Lernen		
Notentotal Seite 2		



Fachgespräch

Zielsetzung

Mit dem Fachgespräch erbringen die Kandidaten den Nachweis, dass sie Ihre Erkenntnisse aus der Fallarbeit sowie die ausbildungsrelevanten Inhalte in einer fachlichen Diskussion fundiert vertreten, das berufliche Handeln reflektieren und mit übergeordneten Zusammenhängen vernetzen können. Diese bewerten einvernehmlich und protokollieren ihren Entscheid.

Durchführung Fachgespräch

Das Fachgespräch findet unter der Leitung der Prüfungsexperten statt. Es sind immer zwei Prüfungsexperten anwesend, das Fachgespräch wird schriftlich protokolliert. Jeglicher Punktabzug erfordert eine konkrete Begründung. Der Fallbericht dient als Grundlage für das Fachgespräch.

Ablauf Fachgespräch

Zu Beginn der mündlichen Prüfung hat der Kandidat 5 Minuten Zeit um über die positiven wie auch negativen Aspekte/Erkenntnisse beim Erstellen des Fallberichtes zu berichten. Dieser Einstieg wird nicht bewertet.

Als Beispiel könnten sie Aussagen in Bezug zur Vorgehensweise bei der Erstellung der Arbeit machen. Oder Sie beurteilen ihre Arbeit kritisch hinsichtlich Lesbarkeit, Verständlichkeit, Verstehbarkeit, Logik, Auswahl der Literatur. Erkenntnisse aus der Literaturbearbeitung und dessen Umsetzung in der Praxis.

Danach folgt das Fachgespräch von 55 Minuten.

Es dürfen mitgebrachte elektronische und schriftliche Unterlagen während des gesamten Fachgesprächs verwendet werden.

Im ersten Teil des Fachgesprächs liegt der Schwerpunkt auf der **Befunderhebung und Interpretation** des betreffenden Falls. Es können Fragen zur theoretischen Auseinandersetzung, zur Anamnese, zum Befund, den Verlaufszeichen und den gebildeten Hypothesen gestellt werden.

Beim zweiten Teil des Fachgesprächs liegt der Schwerpunkt beim **Massnahmenkonzept**.

Es können Fragen zu den Behandlungszielen, Verlaufszeichen, Behandlungsmöglichkeiten, dessen Auswahl und der angewendeten Techniken sowie Wirkungsprinzipien etc. gestellt werden.

Beim dritten Teil des Fachgesprächs liegt der Schwerpunkt bei der **Selbstreflexion und der Evaluation** des gesamten Behandlungsprozesses und den daraus resultierenden Konsequenzen für die berufliche Praxis.

Es können Fragen zur interdisziplinären Zusammenarbeit, zum eigenen Kompetenzprofil und zum eigenen Weiterbildungskonzept gefragt werden.

Visitationen durch die Qualitätssicherungskommission

Es kann zu jeder Zeit eine Visitation zur Qualitätsüberprüfung durch Mitglieder der Qualitätssicherungskommission stattfinden.



Beurteilungskriterien Fachgespräch

Prüfungsteil C: Beurteilung Fachgespräch

Note	Bewertungskriterien
6	sehr gut
5	gut
4	genügend
3	mangelhaft
2	ungenügend
1	unzulässig

Beurteilungskriterien	Erreichte Note	Bemerkungen (Jeder Abzug muss begründet werden)
Befragung zu: Befunderhebung und Interpretation		
Befragung zu: Massnahmenkonzept		
Notentotal Seite 1		



Befragung zu: Evaluation/Reflexion und Konsequenzen		
Die Kandidatin / der Kandidat kommuniziert interdisziplinär und stufengerecht		
Notentotal Seite 2		