



Allgemeinmedizin



LOGBUCH Blockpraktikum

UNSER LOGBUCH

Ähnlich einem **Logbuch** der Seefahrt soll Ihnen dieses Logbuch Kurs und Ziel für das Blockpraktikum geben - es soll Ihnen als Leitfaden durch das Blockpraktikum dienen. Im Unterschied zur Pflichtfamulatur Allgemeinmedizin hat das Blockpraktikum besondere Lernziele und die bisher überwiegend theoretisch vermittelten Inhalte sollen praktisch in der Lehrpraxis umgesetzt werden.

Im **Logbuch** stoßen Sie immer wieder auf spezielle, für das Blockpraktikum besonders wichtige Begrifflichkeiten. Diese haben wir farbig markiert und in unserem **Logbuch-Wiki** erklärt.

Bitte informieren Sie sich auch auf unserer Homepage unter der Rubrik »Blockpraktikum«
<https://allgemeinmedizin.med.uni-rostock.de/>



EINE GUTE ZEIT

Der Erfolg Ihres Praktikums ist ganz eng mit Ihrem eigenen Engagement verbunden. Neben dem Begleiten der Lehrärztin/des Lehrarztes werden Sie auch die Gelegenheit erhalten, **selbstständig** mit Patientinnen und Patienten zu sprechen und diese zu untersuchen. Informieren Sie sich bitte über die Abläufe in der Praxis und fragen Sie Ihre Lehrärztin/Ihren Lehrarzt, in welchen Bereichen Sie sich engagieren und integrieren können. Fragen Sie nach, wenn Ihnen etwas auffällt: **Diskutieren und reflektieren** Sie mit Ihrer Lehrärztin/Ihrem Lehrarzt Ihre bisherigen Erfahrungen aus Studium und Klinik, mit Ihren jetzigen Erfahrungen in der Praxis.

Für den unwahrscheinlichen Fall, dass das Praktikum anders verlaufen sollte, als Sie es erwartet haben, sprechen Sie bitte rechtzeitig Ihre Lehrärztin/Ihren Lehrarzt an. Auch wir vom Institut für Allgemeinmedizin werden Ihnen bei Problemen zu Seite stehen. Im direkten Gespräch konnten in der Vergangenheit fast alle Probleme ausgeräumt werden.

PRAKTIKUMSINHALTE

Praktisch-technische Aspekte

- Typische und relevante allgemeinmedizinische Untersuchungstechniken (z. B. Untersuchung des Rachens und der Ohren, Auskultation der Lunge)
- Korrektes Blutdruckmessen
- Laborbefunde interpretieren und Konsequenzen daraus ziehen
- Schnelltests (z. B. CRP oder Troponin-Test) durchführen und interpretieren
- EKG schreiben (Sind die Pads richtig positioniert? Ist das EKG technisch korrekt abgeleitet?) und interpretieren
- Interpretation und Einnahmeschemata bei Antikoagulation (INR-Quick-Ausweis)
- ggf. kleine Wundversorgung
- ggf. Lungenfunktionstestung
- Impfberatung und Impfung (unter Supervision)

Kommunikation und Umgang mit Patientinnen und Patienten

- Teilnahme an der Sprechstunde
- Anamnese und Untersuchung bei neuen Patientinnen und Patienten
- Anamnese und Untersuchung bei bekannten Patientinnen und Patienten
- Gesundheits-Check-up (unter Supervision)
- Teilnahme an Hausbesuchen (möglichst auch im Pflegeheim) inkl. Vorbereitung

Feedback

In der Lehrpraxis:

- Erstellen einer Epikrise aus eigener Anamnese und Untersuchung
- Rückmeldung von Ihrer Lehrärztin/ Ihrem Lehrarzt und Reflektion eigener Eindrücke
- Rückinformationen an die Auszubildenden durch Evaluationsbögen und Gespräche

Im Seminar:

- Fallbesprechung
- Austausch mit Mitstudierender im Seminar



ZIELE DER ERSTEN WOCH

Am Ende der ersten Woche haben Sie idealerweise

- Praxis und Personal kennengelernt.
- Praxisorganisation kennengelernt und Praxisabläufe verstanden.
- Verhaltensregeln besprochen.
- über Ihren persönlichen **Leistungsstand** gesprochen.
- über Ihre praktischen Fähigkeiten gesprochen.
- **Lernziele** verabredet und ggf. schriftlich festgehalten.
- schon etwas Praktisches getan.
- selbstständig körperliche **Untersuchungen durchgeführt**.
- selbstständig eine Anamnese erhoben.
- ein **standardisiertes diagnostisches Instrument** angewendet und besprochen.
- eine Behandlungsdokumentation bei **akut erkrankten Patientinnen und Patienten** durchgeführt.
- einen **abwendbar gefährlichen Verlauf** besprochen.
- **abwartendes Offenhalten** besprochen.
- eine **DEGAM-Leitlinie** besprochen.
- **chronisch kranke Patientinnen und Patienten mitbehandelt**.
- einen Gesundheits-Check-up mit Beratung durchgeführt.
- ein Feedback zur ersten Woche erhalten.



ZIELE DER ZWEITEN WOCHE

Am Ende der zweiten Woche haben Sie idealerweise

- **simultanes Vorgehen »Physis und Psyche«** besprochen.
- multimorbide Patientinnen und Patienten besprochen.
- **Labor** in der Allgemeinmedizin besprochen.
- Patientinnen und Patienten in der Langzeitbetreuung besprochen.
- anhand dieser zu behandelnden Person das Problem der Polypharmazie besprochen.
- einen Krankenhausentlassungsbrief besprochen.
- ein Beispiel für **Stufendiagnostik** besprochen.
- das Thema »Impfungen« besprochen.
- Prinzip der Familienkonferenz besprochen.
- **Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Bereichen** verwirklicht.
- ggf. ein Pflegeheim besucht.
- ggf. an einem Hausbesuch teilgenommen.
- von Ihren Ausbildenden ein abschließendes Feedback erhalten.

1. PATIENTENDOKUMENTATION - fakultativ

- *Alter*
- *Geschlecht*
- *Identifikationsnr. in der Praxis*

- *Dauerdiagnosen*

- *Dauermedikamente*

- *Bedarfsmedikamente*

Notizen

2. PATIENTENDOKUMENTATION - fakultativ

- *Alter*
- *Geschlecht*
- *Identifikationsnr. in der Praxis*

- *Dauerdiagnosen*

- *Dauermedikamente*

- *Bedarfsmedikamente*

Notizen

Logbuch: (abgeleitet von Log, auch Logge; engl. log = [ursprünglich] Holzklotz) ist eine in der Seefahrt übliche Form der Aufzeichnung täglicher Ereignisse und Vorgänge, ähnlich einem Tagebuch oder Protokoll. Wie diese ist es chronologisch aufgebaut und nicht zur Veröffentlichung bestimmt. Im Gegensatz zu einem Tagebuch dient ein Logbuch grundsätzlich als Beweismittel und ist verbindlich, also nicht freiwillig, zu führen. (Quelle: <http://de.wikipedia.org>, Stand: 31. Juli 2022)

Lernziele verabreden: Es ist wichtig, dass Studierende und Auszubildende sich genau überlegen, was sie in den zwei Wochen Blockpraktikum erreichen wollen. In den ersten Gesprächen sollen Wünsche und Erwartungen in Worte gefasst werden. (»Dem weht kein Wind, der keinen Hafen hat, nach dem er segelt.« Michel de Montaigne)

Über Leistungsstand sprechen: Alle Studierenden gehen in das Blockpraktikum Allgemeinmedizin, doch haben alle zu diesem Zeitpunkt unterschiedliche Stärken und Schwächen. Die Lehrärztinnen und Lehrärzte können dieses am Anfang nicht vollständig einschätzen. Deshalb sollten Sie offen eine Selbsteinschätzung abgeben. So bekommen Sie die Chance, sich zu verbessern und geben den Lehrärztinnen und Lehrärzten einen individuellen Ansatz Ihre Bedürfnisse zu erfüllen.

Standardisiertes Diagnoseinstrument anwenden: Zur Ausbildung der Studierenden gehört das Vermitteln von wissenschaftlich evaluierten Untersuchungsmethoden. Mehrere zueinanderpassende Informationen führen zu einer Diagnose - in der Allgemeinmedizin in der Regel zumindest zu einer Arbeitsdiagnose. Als Beispiele seien genannt: PHQ-9 Test, Wells-Score TVT, MMST, RoKoKo, Mclsaac, Marburger Herz-Score. Sie sollen im Blockpraktikum ein solches standardisiertes Diagnosemittel selbstständig benutzen und dokumentieren. Praktischerweise nutzen Sie dabei einen in der Lehrarztpraxis geläufigen Score.

DEGAM: Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin ist unsere wissenschaftliche Fachgesellschaft. Sie engagiert sich in der Forschung, der Verbesserung der Patientenversorgung, der Fort- und Weiterbildung sowie der Qualitätssicherung. Ein besonderer Schwerpunkt ist die Arbeit im Bereich Studium und Hochschule. Studierende können kostenlos Mitglied werden.

Leitlinien der DEGAM: Die DEGAM hat nach internationalen Vorbildern bereits in den 1990er Jahren damit begonnen, »wissenschaftlich fundierte und zugleich praxiserprobte Leitlinien zu entwickeln. Ziel ist die Verbesserung der Versorgungsqualität und die Erhöhung der Nutzen-Aufwand-Relationen hausärztlicher Versorgung«

(Zitat der Homepage: <https://www.degam.de/leitlinien.html>) Diese Leitlinien sind auf der Internetseite der DEGAM frei zugänglich und befassen sich mit praxisrelevanten Problemen der Hausarztpraxis, wie z. B. dem diagnostischen und therapeutischen Vorgehen bei Patientinnen und Patienten mit Husten. Aktuell sind bereits mehr als ein Dutzend S3-Leitlinien veröffentlicht, welche also dem höchsten Leitlinien-Standard entsprechen.



Patientinnen und Patienten mitbehandeln: Grundsätzlich ist das Blockpraktikum ein Praktikum. Sie sollen handeln. Uns ist es wichtig, dass die Studierenden in die aktive Arbeit der Hausärztinnen und Hausärzte miteinbezogen werden. Auf keinen Fall sollen Sie die überwiegende Zeit nur passiv danebensitzen. Mitbehandeln heißt beispielsweise, einen Auskultationsbefund zu erheben und zu kommunizieren, den Vorschlag einer Arbeitsdiagnose zu machen oder sich hinsichtlich einer Therapie zu positionieren. Selbstverständlich kontrollieren die Auszubildenden Ihre Befunde und verantwortet alle medizinischen Entscheidungen. Dennoch: Werden Ihre Befunde bestätigt oder Ihr Therapievorschlag umgesetzt, ist das eine hohe Anerkennung für das bis dahin Erlernte.

Untersuchung durchführen: In unseren Lehrpraxen bekommen Sie die Gelegenheit, handwerkliche Tätigkeiten zu erlernen oder zu vertiefen. Dabei müssen Sie selbst an Patientinnen und Patienten sein, um zu inspizieren, zu perkutieren, zu palpieren und auszukultieren. Auch die selbstständige Erstellung einer Anamnese durch die Studierenden ist wichtig.

Grundprinzipien der Allgemeinmedizin: »Der Arbeitsbereich der Allgemeinmedizin beinhaltet die Grundversorgung aller Patientinnen und Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention und Rehabilitation. Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte sind darauf spezialisiert, als erste ärztliche Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen« (Fachdefinition der DEGAM) (<http://www.degam.de/fachdefinition.html>).

Die Allgemeinmedizin hat eigene Arbeitsweisen, eigene Anamneseformen und eigene diagnostische Kriterien. Sie haben in Vorlesung Begriffe der wie »Niedrigprävalenzbereich«, »abwartendes Offenhalten« und »abwendbar gefährlicher Verlauf« kennengelernt. Sie werden in der Praxis erleben, was sie bedeuten.

Labordimensionen in der Allgemeinmedizin: In der Regel haben Sie Ihr Wissen über Laboruntersuchungen in hochspezialisierten Bereichen wie der Klinischen Chemie, Mikrobiologie oder Hämatologie erworben. Die Interpretation von Laborwerten ist untrennbar mit der jeweiligen Vortestwahrscheinlichkeit verbunden. Im **Niedrigprävalenzbereich** einer Hausarztpraxis ist die Vor-testwahrscheinlichkeit in der Regel deutlich geringer als in der Klinik. Im Blockpraktikum sollen Sie Ihren Auszubildenden diese Unterschiede und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Labordiagnostik besprechen.

Zusammenarbeit mit anderen Bereichen: Hausärztinnen und Hausärzte »weben« Netzwerke mit anderen Facharztdisziplinen. Aber auch durch die Zusammenarbeit mit Fachpersonal in Krankenhäusern entstehen viele Kontakte. Letztendlich koordinieren Hausärztinnen und Hausärzte die Zusammenarbeit von Pflegediensten und anderen ambulant tätigen Mitarbeitenden im Gesundheitswesen. Wie man diese Verbindungen nutzt und was es dabei zu beachten gilt, sollen Sie im Praktikum unbedingt kennenlernen.

Niedrigprävalenzbereich: Definierte, beweisbare und gefährliche Erkrankungen sind in der Allgemeinarztpraxis seltener als in anderen Versorgungsbereichen. Ein Beispiel: In einer Allgemeinarztpraxis ergibt sich fast täglich der Kontakt mit Menschen, die mit dem **Behandlungsanlass** »Brustschmerzen« um Rat suchen. Darunter sind auch viele völlig gesunde Menschen. Ein Herzinfarkt oder eine instabile Angina pectoris ist für Hausärztinnen und Hausärzte selten. Stationär tätige Kardiologinnen und Kardiologen sind umgekehrt fast täglich mit potenziell tödlichen Myokardinfarkten konfrontiert. Die Patientinnen und Patienten, die aufgrund von »Brustschmerzen« ins Krankenhaus kommen, sind bereits stark selektiert. Kardiologinnen und Kardiologen arbeiten hier in einem Hochprävalenzbereich.

Abwartendes Offenhalten: Hausärztinnen und Hausärzte können häufig keine endgültige Diagnose stellen, sondern werden stattdessen Symptome, Symptomgruppen oder Krankheitsbilder in einem medizinischen Problembereich beschreiben. Dies liegt unter anderem darin begründet, dass viele Beschwerden ohne weiteres Zutun rasch wieder abklingen. Aber selbst in den Fällen, in denen eindeutige Symptome über einen längeren Zeitraum hin vorliegen, können trotz intensiver Abklärung oftmals keine eindeutigen Diagnosen gesichert werden. Typische Beispiele für solche Symptome sind z. B. Schwindel, abdominelle Beschwerden oder auch chronisch rezidivierende Rückenschmerzen. Grundsätzlich ist in der allgemeinmedizinischen Versorgung dem Prinzip zu folgen, dass Diagnostik nur dann berechtigt ist, wenn aus ihr mit hoher Wahrscheinlichkeit therapeutische Konsequenzen erfolgen. Hieraus leitet sich ab, dass auch ohne endgültige Diagnose abgewartet und bewusst auf weiterführende Diagnostik verzichtet werden kann.

Abwendbar gefährlicher Verlauf: Das abwartende Offenhalten setzt voraus, dass ein als »abwendbar gefährlicher Verlauf« bezeichnetes Krankheitsgeschehen mit einer der jeweiligen Situation angepassten Sicherheit ausgeschlossen werden kann. D. h. wenn Hausärztinnen und Hausärzte in einer Situation mit (akuten) Beschwerden von Patientinnen und Patienten auch nicht wissen bzw. nicht wissen können, was die akut kranke Person definitiv hat, so müssen sie sich hinreichend sicher sein, dass keine potenziell gefährliche Erkrankung vorliegt, die nur bei umgehendem Handeln abgewendet oder gut versorgt werden könnte. Dies beinhaltet, dass mit der akut kranken Person eine verbindliche zeitliche Absprache für eine Wiedervorstellung getroffen werden muss, falls keine Besserung eintreten sollte.

Kontinuität der Betreuung und Erlebte Anamnese: Im Rahmen der kontinuierlichen hausärztlichen Betreuung erlangen Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte auch Erkenntnisse aus der erlebten Anamnese. Hierunter wird das gesamte, kontinuierlich zur herkömmlichen Anamnese hinzutretende Vorwissen aus der Geschichte von Patientinnen und Patienten (zusammen mit den Patientinnen und Patienten erlebt) verstanden. Dies sind Kenntnisse über Vorerkrankungen in ihren detaillierten Ausformungen und Besonderheiten (wie sie bei der Übermittlung einer Anamnese nie so detailliert wiedergegeben werden können), der Gesamtheit der Krankheiten und psychischen Besonderheiten, der Reaktion auf Krankheit (Krankheitsumgang) und die soziokulturelle Einbettung. Diese Kenntnisse erlauben, mögliche Diagnosen wahrscheinlicher oder weniger wahrscheinlicher werden zu lassen. Damit wird allgemeinärztliche Diagnostik zielgerichteter anwendbar und das Problem der Diagnostik im **Niedrigprävalenzbereich** wird vermindert.

Chronisch kranke Patientinnen und Patienten: Darunter versteht man einen Menschen, der aufgrund einer Erkrankung gezwungen ist, regelmäßig Ärztinnen und Ärzte bzw. therapeutisches Personal aufzusuchen. Sie bekommen eine ständige oder immer wiederkehrende Therapie. Viele Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen werden in regelmäßigen Abständen einbestellt, um einer unbemerkten Verschlimmerung der Erkrankung möglichst zuvorzukommen. Sie tauchen dann zu sogenannten Routineuntersuchungen in den Praxen auf. Viele werden in »Disease Management Programs« (DMP) betreut. Oft werden diese Treffen auch genutzt, um auch aktuelle Ereignisse zu besprechen (siehe »**Hidden Agenda**«).

Akut erkrankte Patientinnen und Patienten: Für Sie ist es sicher spannend, auch einen Menschen kennenzulernen, über den Ihre Auszubildenden genauso wenig wissen wie Sie. Wahlweise kann man eine völlig neue Situation bei Patientinnen und Patienten finden die sich nur gelegentlich vorstellen, nur in Vertretung betreut werden oder die

selbst nicht aus dem Einzugsgebiet kommen. »Akut erkrankte Personen« sind also auf den **Behandlungsanlass** bezogen. Bspw. stellt sich jemand nur zweimal im Jahr mit seinen Allergiefproblemen vor und sucht aber diesmal die Praxis mit akuten Schmerzen im Bewegungsapparat auf.

Stufendiagnostik: Bei komplexeren Fragestellungen und insbesondere bei persistierenden, unspezifischen Beschwerden besteht in der Primärversorgung die Notwendigkeit einer zeitlich abgestuften Diagnostik. Gerade bei unspezifischen Symptomen darf nicht sofort eine umfassende Diagnostik veranlasst werden, denn das Risiko falsch positiver Diagnosen würde hierdurch erhöht. Dies hätte auch ein erhöhtes Gefährdungspotenzial für die erkrankte Person durch die nachfolgende, zum Teil invasive Diagnostik zur Folge.

Über-, Unter oder Fehldiagnostik: In der hausärztlichen Versorgung gilt es in der diagnostischen Unsicherheit stets mit Augenmaß zu handeln. Dies bedeutet, dass nicht die maximal mögliche Diagnostik anzustreben ist, sondern das möglichst effiziente Maß. Somit kann z. B. bei der Diagnose unkomplizierter Rückenschmerz auf bildgebende Untersuchungen verzichtet werden, wenn in einem ausreichenden anamnestischen und körperlichen Untersuchungsumfang der abwendbar gefährliche Verlauf eines z.B. Bandscheibenvorfalles ausgeschlossen werden konnte.

Hidden Agenda: Die direkte Übersetzung »Hintergedanke« ist irreführend. Es handelt sich eher um eine »versteckte Tagesordnung« - etwas, was die Patientinnen und Patienten sehr bewegt, aber nicht primär als **Behandlungsanlass** gewählt wird und ihnen sowohl bewusst als auch nicht bewusst sein kann. Manchmal offenbart sich die Hidden Agenda erst im letzten Teil der Konsultation („Türklinkenfrage“).

Evidenzbasierte Medizin: Evidenzbasierte Medizin erhebt den Anspruch, dass Behandlungsentscheidungen basierend auf in qualitativ hochwertigen Studien nachgewiesener Wirksamkeit, den Präferenzen der Patientinnen und Patienten und der klinischen Expertise der behandelnden Ärztinnen und Ärzte getroffen werden sollen.

Partizipative Entscheidungsfindung: Zu den Kernelementen der partizipativen Entscheidungsfindung gehört eine »partnerschaftliche Beziehung«, bei der ärztliches Personal und erkrankte Person ihre Entscheidungskriterien aktiv und gleichberechtigt in den Abwägungs- und Entscheidungsprozess einbringen und partnerschaftlich für die Entscheidung Verantwortung übernehmen. Synonym wird auch der Begriff »Shared Decision Making« verwendet.

Salutogenese: Salutogenese bezeichnet ein Konzept, das sich auf Faktoren und dynamische Wechselwirkungen bezieht, die zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit abzielt. Im Mittelpunkt steht dabei das (patientenseitige) Kohärenzgefühl. Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky prägte den Ausdruck als komplementären Begriff zur Pathogenese. Nach dem Salutogenese-Modell ist Gesundheit nicht als Zustand, sondern als Prozess zu verstehen.

Simultanes Vorgehen »Physis und Psyche«: Im Gegensatz zum veralteten Prinzip »Psycho-Diagnose« durch Ausschluss somatischer Diagnosen, welches mit hoher Chronifizierungsgefahr einhergeht, werden von Anfang an psychische und psychosomatische Erkrankungen in die differentialdiagnostischen Überlegungen miteinbezogen.

Behandlungsanlass: Hierunter versteht man den Anstoß einer erkrankten Person, medizinisches Fachpersonal aufzusuchen (siehe auch **Hidden Agenda**). In den Statistiken wurden früher lediglich Diagnosen, z. B. art. Hypertonie, Dyslipidämie etc., aufgezählt, was die allgemeinmedizinische Arbeit völlig verzerrt wiedergibt.

Familienkonferenzen: Das Verfahren der Familienkonferenz stammt aus dem Bereich der Intensivmedizin und Palliativmedizin. In der Hausarztpraxis kann es bei geriatrischen Patientinnen und Patienten helfen, deren Präferenzen hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Versorgung zu identifizieren. Dabei geht der behandelnde Arzt mit der Patientin/dem Patienten, den Angehörigen und ggf. den professionellen Pflegekräften in eine gemeinsame Diskussion. Um danach auf dieser Basis eine Priorisierung der möglichen therapeutischen Interventionen in Abstimmung aller Beteiligten vorzunehmen und schriftlich zu dokumentieren.

Komplementärmedizin: Dieser Begriff fasst ein breites Spektrum an Behandlungs- und Therapiemethoden der Naturheilverfahren, aber auch der Alternativmedizin zusammen (wie u. a. Methoden der integrativen und traditionellen Medizin). Die Begrifflichkeiten vereint,

dass die Behandlungsmethoden und diagnostische Konzepte nicht den Ansprüchen der wissenschaftlich basierten Medizin entsprechen.

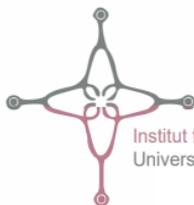
SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan): Die Reihenfolge »Schilderung subjektiver Beschwerden«, »körperliche und technische Untersuchung«, »Auswertung« sowie die anschließende »Überlegung zum weiteren Vorgehen« hat sich auch in der Hausarztpraxis bewährt. Die Dokumentation in den Patientenakten kann ebenfalls nach diesem Prinzip erfolgen.

Krankheitskonzepte: Als patientenseitige Krankheitskonzepte werden alle Vorstellungen zu den Krankheitserscheinungen, zur Krankheitsentstehung und Behandlung gezählt. Patientenseitige Krankheitskonzepte sind meist kulturell geprägt und können sich sowohl an körperlichen/somatischen, seelischen/psychischen oder auch uns irrational erscheinenden Vorstellungen (z. B. Krankheit als Bestrafung für früheres Fehlverhalten) orientieren. Für die sorgfältige Aufarbeitung der Anamnese und für die partizipative Entscheidungsfindung sind die Vorstellungen der Patientinnen und Patienten über Ursache und Bewältigung von Gesundheitsstörungen außerordentlich wichtig.

Medically unexplained symptoms (MUS) bzw. Medically unexplained physical symptoms (MUPSJ): Hierunter verstehen wir Symptome, für die sich weder eine wissenschaftliche noch eine klinisch schlüssige Begründung finden lassen. Häufig bestehen bei MUS zwar psychische und psychosomatische Komorbiditäten, der Begriff erkennt aber an, dass dies nicht immer der Fall sein muss. Damit werden Patientinnen und Patienten, die unter solchen Beschwerden leiden, entstigmatisiert.

Identifikationsnummer in der Praxis: Wie in fast allen Bereichen unseres Lebens werden wir zusätzlich zu Namen, Geburtstag oder ähnlichem über Identifikationsnummern verwaltet - beispielsweise über die Matrikelnummer oder die sogenannte »lebenslange Arztnummer«. Da die Studierenden aus Gründen der Schweigepflicht nicht die eigentlichen Namen der Patientinnen und Patienten notieren, kann man die interne Nummer oder Kennung der jeweiligen Praxis verwenden.

Notizen



Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Rostock

6. Auflage Dezember 2023

Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Rostock
Doberaner Str. 142
18057 Rostock

Tel: 0381 494 2488
ifa.team.lehre@med.uni-rostock.de
allgemeinmedizin.med.uni-rostock.de