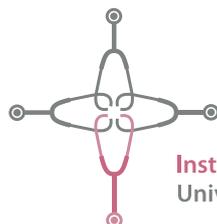


Anleitung zum Logbuch

BLOCKPRAKTIKUM



Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Rostock



Universitätsmedizin
Rostock

1. Auflage Okt. 2014

Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Rostock
Doberaner Str. 142
18057 Rostock

Tel: 0381 494 2481
team.lehre@med.uni-rostock.de
allgemeinmedizin.med.uni-rostock.de

Liebe Lehrer*innen und Lehrkräfte,

vielen Dank für Ihr Engagement im Blockpraktikum Allgemeinmedizin.

Unsere Studierenden haben als Begleitung für diese Zeit ein persönliches Logbuch bekommen. Ähnlich einem Logbuch der Seefahrt soll es Kurs und Hafen für das Praktikum geben.

Uns ist wichtig, dass die Studierenden **bis zu einem bestimmten Zeitpunkt** ein bestimmtes Ziel erreichen. Zum Beispiel finden Sie im Text: »Tag 4 – Einen chronisch kranken Patienten mitbehandelt«. Das soll heißen, die Studierenden haben **spätestens am Ende von Tag vier** schon einen chronisch-kranken Menschen selbst untersucht und Vorschläge für die weitere Betreuung gemacht. Das **kann auch früher geschehen** (z. B. am zweiten Tag). Die Studierenden machen sich in Ihrem Logbuch Notizen an der Stelle, an dem der Richtungspunkt notiert ist (in unserem Beispiel auf der Seite von Tag 4). Dann ist dieser Punkt abgehakt.

Die Allgemeinmedizin ist akademisches Lehrfach. Das bringt natürlich auch ein enormes theoretisches Wissen mit sich. Darauf basierend legen die Studierenden letztendlich ihre Prüfungen ab.

Einige prüfungsrelevante Grundbegriffe der allgemeinmedizinischen Lehre haben wir in einem Mini-Lexikon erläutert. Wir nennen es **Logbuch-Wiki**. Es befindet sich am Ende dieser Anleitung (ab Seite 9).

Bitte lassen Sie sich von der Anzahl der folgenden Themen nicht abschrecken. Höchstwahrscheinlich erleben Sie alle Schwerpunkte an einem Vormittag. Unsere Hinweise sollen Ihnen zunächst einmal **Ideen für eine strukturierte Ausbildung** geben. Zwei Wochen sind schnell vorbei.

TAG 1

Schweigepflicht:

Die Schweigepflicht ist elementar für die Arbeit am Patienten. Der Lehrarzt sollte am ersten Tag darauf hinweisen. Man kann sich auch die Belehrung vom Studierenden unterschreiben lassen. Für die jeweilige Praxis gibt es manchmal Besonderheiten.

>>>TIPP<<<

Die Studierenden möchten sich natürlich gegenseitig ihre Erlebnisse berichten. Hierbei sollten sie auf die Beschreibung des genauen Alters und des Konsultationsdatums verzichten. In einer nicht-öffentlichen Gesprächssituation (!) lassen sich somit Erfahrungen der Praktikanten austauschen, ohne dass ein Rückschluss auf die Person möglich ist. Beispiel: »Wir hatten letzte Woche eine Rentnerin, die hatte eine Zosterinfektion am Kreuzbein und zuerst dachten wir, das wäre bloß Rückenschmerz.«

Praxis kennenlernen:

Die Studierenden sollen sich in kürzester Zeit in einer fremden Umgebung zurechtfinden. Deshalb sollte am Beginn des Praktikums eine Führung durch die Räumlichkeiten erfolgen.

>>>TIPP<<<

Oft rufen die Studierenden vor Praktikumsbeginn an, um z. B. die Startzeit am Montag zu erfragen. In diesem ersten Telefonat kann man zum Beispiel auf die eigene Praxis-Homepage hinweisen. Bewährt hat sich auch, die Studierenden eine gewisse Zeit im Wartezimmer und an der Anmeldung zu lassen, damit sie Eindrücke vom Praxisgeschehen sammeln können. Dies sollte dem Studierenden fairerweise vom Lehrarzt oder der Schwester erklärt werden.

Verhaltenskodex Teil 1:

Es ist günstig, gleich am Anfang Kleidungsstil, Vorstellungsregeln und Anwesenheitszeiten zu besprechen. Die Studierenden stellen sich den Patienten mit Namen und dem Status »Studentin / Student im soundsovielten Semester« vor.

>>>TIPP<<<

Je nach Vorstellung des Praxisarztes können zum Beispiel Aufsteller, Poster oder Pinnwandnotizen auf Studentenkontakte hinweisen. Gern werden auch die »Urkunden als Lehrpraxis« des Instituts für Allgemeinmedizin veröffentlicht. Einige Patienten nehmen das als Gesprächsaufhänger.

Verhaltenskodex Teil 2:

Jeder Lehrarzt und jeder Studierende hat bestimmte Vorstellungen, wie »man« sich benimmt. In einer ruhigen Situation sollten die Regeln in der jeweiligen Praxis und in der konkreten Lehrsituation erklärt werden. Hierbei äußern beide ihre Vorstellungen, aber dem Lehrarzt bleibt die Festlegung der Umgangsformen. Kritisch ist hier erfahrungsgemäß der Wunsch der Studierenden, sofort in Diagnostik und Therapie mitreden zu dürfen.

>>>TIPP<<<

Den Drang, gute Ideen zu äußern, braucht man nicht zu unterdrücken. Bieten Sie den Studierenden dafür zunächst eine Zeit zwischen zwei Patientenkontakten an. Später kann auch direkt eine Aufforderung zu Diagnostik- oder Therapievorschlägen ausgesprochen werden. Dabei sollte dem Patienten klar werden, dass es sich hierbei um die Meinung eines Studierenden handelt, die der Arzt aufgreifen oder verwerfen kann.

Selbstständiges Arbeiten:

Die Studierenden können bestimmte Dinge schon und werden im Blockpraktikum neue hinzulernen. Sie dürfen umfassend selbstständig arbeiten, aber unter Aufsicht. Für unbeaufsichtigtes Arbeiten muss der Lehrarzt sich vom Leistungsstand und den praktischen Fähigkeiten des Studierenden überzeugt haben.

Alle Tätigkeiten am und mit Patienten sind letztendlich Arztaufgabe. Die Studierenden dürfen und können ihn nicht ersetzen. Über die Art der Dokumentation in den Akten entscheidet ebenfalls der Arzt.

>>>TIPP<<<

Zum Beispiel können die Studierenden Einträge in das elektronische oder Papier-Krankenblatt vornehmen. Es muss aber letztendlich eine eindeutige Zuordnung möglich sein, insbesondere bei der nachträglichen Fehlersuche. Man kann beispielsweise in der elektronischen Akte spezielle Farbgebungen verwenden. In einer Papierakte schreibt der Studierende seine Notizen und nach der gemeinsamen Auswertung unterzeichnet der Lehrarzt.

>>>TIPP FÜR FEEDBACK TAG 1<<<

Lassen Sie die Studierenden mal den ersten Eindruck reflektieren. Möglicherweise ist eine erste kritische Wertung der Leistung der Studierenden zu früh. Sie können aber die Zeitpunkte der Rückmeldungen festlegen; etwa nach dem Lehrinhalt »Lungen-Auskultation«.

TAG 2

Erste Patientenkontakte:

Bei mindestens zwei Patienten sollen bereits unterschiedliche Untersuchungen selbstständig stattfinden und dokumentiert werden – als persönliche Notiz der Studierenden oder vielleicht schon in die Patientenakte. Das soll sicherstellen, dass die Studierenden schon zu einem frühen Zeitpunkt praktisch handeln. Der Lehrarzt hat erste Informationen über den Ausbildungsstand und über »handwerkliche« Fähigkeiten.

>>>TIPP<<<

Lassen Sie beispielsweise die Studierenden den Blutdruck messen. Stellen diese sich ungeschickt an, gibt man dem Patienten eine Erklärung und misst nach. In der Lücke zwischen zwei Konsultationen erklärt man den korrekten Untersuchungsablauf.

Eine andere Möglichkeit ist die parallele Auskultation der Lunge. Lehrarzt und Studierender untersuchen die Lungenabschnitte im Seitenvergleich, starten rechts bzw. links und tauschen dann ihre Stethoskop-Positionen. Das spielt sich oft nach den ersten Patienten sehr gut ein. Im Anschluss gibt der Student als erster die Einschätzung. Da der Arzt aber ebenfalls mitgehört hat, ist die Kontrolle ohne Zeitverlust erfolgt.

Zeitmanagement:

Nach dem ersten Kennenlernetag spielt sich ein Timing zwischen Lehrarzt und Studierendem ein. Beide entwickeln ein Gefühl für zeiteffektives Lehren und Lernen. Die festgelegten Spielregeln werden geübt. (Reihenfolge der Begrüßung, Dokumentation, Zeitpunkt der Fragen und ähnliches).

Lassen Sie ruhig in den ersten zwei Tagen auch eine Hospitation im Schwesternbereich zu. Dadurch lernen die Studierenden das Team kennen und Hemmschwellen für spätere Kontakte werden abgebaut.

>>>TIPP<<<

Man kann die Studierenden bei den Schwestern lernen lassen, aber nur für einen bestimmten Aufgabenbereich oder eine festgelegte Zeit. Beispielsweise begleiten die Studierenden den Patienten zum EKG. So geben Sie sich als Arzt kurze »Lehrpausen« und haben die Möglichkeit, »schnell was wegzuarbeiten«, was beispielsweise für den Studierenden im Augenblick nicht interessant und somit nicht effektiv ist.

Falldokumentationen:

Die Studierenden sollen für die Freitags-Seminare eigene Patienten vorstellen. Denken Sie rechtzeitig daran, dass zwei Fälle bis zum Seminar dokumentiert sind.

Praxisabläufe:

Nachdem die Studierenden am ersten Tag den Ablauf beobachten konnten und auch aktiv am Praxisleben teilnehmen durften, empfiehlt es sich jetzt, offene Fragen zu klären.

>>>TIPP<<<

In Gesprächsrunden mit Lehrärzten wird häufig die Kritik geäußert: »Kaum haben sie sich richtig eingelebt, müssen sie schon weg.« Bieten Sie den Studierenden schon in den ersten zwei Tagen die Chance, sich zunächst nur zurechtzufinden. Viele Ärzte rekrutieren die Besten des Blockpraktikums für eine spätere Ausbildung im Praktischen Jahr.

>>>TIPP FÜR FEEDBACK TAG 2 UND FOLGENDE<<<

Viele Studierende wünschen sich Mini-Feedbacks zu aktuell ausgeführten Tätigkeiten, etwa: »Das mit dem Auskultieren geht ja schon ganz gut. Sagen Sie bitte beim nächsten Mal dem Patienten vorher Bescheid, was sie vorhaben, dann kann dieser sich darauf einstellen.«

Zum Ende des Tages oder mittags gibt es Gelegenheit, umfangreichere Rückmeldungen zu geben. Versuchen Sie das nicht als Zusatzbelastung zu sehen, sondern als gemeinsames »Runterfahren«. Beispielsweise kann man gut trainierte Arbeitstechniken erwähnen, sich an Erfolgen freuen und Schwerpunkte für den nächsten Tag festlegen.

TAG 3

Dokumentation:

Die Studierenden führen eine dem Praxisstandard entsprechende Dokumentation der kompletten Konsultation durch. Sie halten in exakter Reihenfolge subjektive Beschwerden der Patienten, objektive Befunde, Auswertung und Arbeitsdiagnose sowie das weitere Vorgehen in Diagnostik und Therapie fest.

>>>TIPP<<<

Diese Reihenfolge ist als »SOAP-Schema« weit verbreitet und gibt den Studierenden Sicherheit in der Führung eines Konsultationsgesprächs.

Standards für Diagnostik und Therapie:

Jede Praxis hat standardisierte Diagnoseinstrumente, um Zeit zu sparen und Qualität zu gewährleisten. In der Regel sind einige auch im Qualitätsmanagement der Praxis schriftlich verankert. Studierende sollten mindestens einen praxisübergreifenden, also wissenschaftlich begründeten, Standard kennenlernen.

>>>TIPP<<<

Welches standardisierte Diagnoseinstrument ausgewählt wird, bleibt dem Lehrarzt überlassen. Die Studierenden sollen lernen, mit diesen Dingen umzugehen. Voraussetzung ist aber, es handelt sich um einen regulären Test oder eine leitliniengerechte Empfehlung.

Beispiele: PHQ-9 Test, Wells-Score TVT, MMST, Rostocker Kopfschmerzfragen-Komplex RoKoKo, McIsaac-Kriterien, Marburger Herz-Score.

Möglicherweise heben bei Ihnen die Schwestern den Urin nach der Untersuchung mittels Streifenschnelltest routinemäßig auf. Nach Diskussion entscheidet der Student über die Veranlassung eines Antibiotogramms gemäß den Kriterien einer Leitlinie (z. B. DEGAM-Leitlinie »Brennen beim Wasserlassen«).

>>>TIPP FÜR FEEDBACK TAG 3<<<

Ziehen Sie gemeinsam Bilanz und lassen Sie die Studierenden über ihre Lernfortschritte berichten. Spätestens jetzt sollten unüberbrückbare Differenzen deutlich angesprochen werden. Beachten Sie bitte, dass eine Eins-zu-Eins-Ausbildung mit einer hohen emotionalen Belastung verbunden ist.

In seltenen Fällen kommt es vor, dass ein Lehrarzt mit einem Studierenden keine gemeinsame Basis für ein weiteres Miteinander in der Lehre finden kann, so dass zur Not ein Praxiswechsel erfolgen muss. Für beide Seiten gibt es dann Hilfestellung durch das Institut für Allgemeinmedizin. Sie können dort einfach anrufen.

Tag 4 und die erste Woche

Allgemeinmedizinische Grundlagen:

Durch unsere jahrelange Arbeit als Hausärzte haben wir umfangreiches Wissen in der Primärversorgung gesammelt. Demgegenüber stehen die Studierenden, die hauptsächlich durch die Lehre an einer Universitätsklinik vorbereitet werden. Schon in der ersten Woche findet sich häufig Gelegenheit, dieses Theoriewissen mit der Praxis eines erfahrenen Lehrarztes abzugleichen. Beides ermöglicht dann den Studierenden, sich auf wichtige Prüfungsinhalte vorzubereiten.

>>>TIPP<<<

Nutzen Sie z. B. den Flyer zum Kleingruppenseminar als Grundlage für Gespräche über:

- die Bedeutung des »Niedrigprävalenzbereichs«,
- die Strategien »abwendbar gefährlicher Verlauf« und »abwartendes Offenhalten«,
- das gleichberechtigte und simultane Vorgehen in Bezug auf Physis und Psyche,
- die Bedeutung der allgemeinmedizinischen Kontinuität der Betreuung und
- die daraus sich ergebende erlebte Anamnese sowie
- differentialdiagnostisches Vorgehen und Stufendiagnostik.

Der Flyer Kleingruppenseminar:

Diesen finden Sie im Internet auf der Seite <http://allgemeinmedizin.med.uni-rostock.de/>. Klicken Sie den Reiter »Studium« und dann links am Rand »Kleingruppenseminar«. Sie finden in der Mitte unter dem Haupttext rot hervorgehoben »Faltblatt_KGS.pdf« zum Herunterladen. Sie können den Flyer auch gern im Institut für Allgemeinmedizin anfordern, er wird Ihnen dann zugeschickt.

Anfertigung von zwei Falldarstellungen:

Die Studierenden haben am Freitag ein Seminar Allgemeinmedizin und sollen dazu zwei anonymisierte Falldarstellungen mitbringen. Besprechen Sie diese Patienten mit den Studierenden und lassen Sie zusätzliche Notizen machen.

>>>TIPP<<<

Sie brauchen keine exquisiten Diagnosen finden. Nehmen Sie typische Patienten. Die Probleme und Lösungen im hausärztlichen Alltag stehen im Mittelpunkt. Geben Sie ruhig den Studierenden auch Hinweise, welche Aspekte der Falldarstellung noch wichtig sind. Beispielsweise sollte die Sozialanamnese bei Krankenhauseinweisung erfragt werden, oder konkret: »Wie kommt die alleinstehende Rentnerin abends nach der Entlassung zurecht?« Nebenbei ist es eine gewinnbringende Erfahrung für den Lehrarzt, eine Patientengeschichte in eine Diskussionsrunde zu geben.

Die zweite Woche

Multimorbide und/oder alte Patienten:

Schwerpunkt im hausärztlichen Bereich ist der Patient mit einer Kumulation diverser Probleme. Während andere Fachgebiete der klinischen Medizin oft sauber Krankheitsbild für Krankheitsbild lehren können, müssen wir unseren Studierenden die Komplexität von Multimorbidität, sozialem Hintergrund und körperlichem Verfall nahebringen.

>>>TIPP<<<

In den knappen zwei Wochen bietet sich an, diese Problematik an einem Patienten konkret zu besprechen. Vielleicht zunächst auf dem Hin- und Rückweg eines Hausbesuches. Die Studierenden könnten sich im Folgenden selbst Gedanken zu Medikamenten-Interaktionen und Gefahrenpotentialen machen. Geben Sie für ein konkretes Medikament ruhig mal »Gefahr bei Niereninsuffizienz« als Hausaufgabe auf. Es entstehen dann spannende Gespräche über Polypharmazie.

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen:

Während des Studiums werden die Studierenden mit einer solchen Masse von Informationen zu Medikamenten konfrontiert, dass sie im praktischen Tagesgeschäft einer Praxis überfordert sind. Ziel ist es, für einige wenige Medikamente die wichtigsten Gefahrenpotenziale zu besprechen. Die Studierenden sollen an konkreten Beispielen für sich sortieren lernen, welche »Nebenwirkungen« entscheidend innerhalb der Therapie sind.

>>>TIPP<<<

Als Einstieg in diese Problematik bietet sich »Auswahl von Blutdruckmedikamenten« an. Dieses Thema taucht täglich auf und lässt viel Spielraum für die Umsetzung von der Theorie in die Praxis.

Der Klinikentlassungsbrief und der Hausarzt an der Schnittstelle der ambulanten Versorgung:

Der Fall einer unerwarteten Krankenhausentlassung bringt jedes Bestellsystem einer Praxis durcheinander. Die Studierenden sollen Strategien erlernen, in dieser Situation angemessen zu handeln. Die allgemeinen Empfehlungen der Klinik (Klinikärzte kennen den Patienten in der Regel nur oberflächlich) gilt es, gegen die spezielle Situation des Patienten abzuwägen. Der Hausarzt nutzt dabei seine langjährigen Erfahrungen mit diesem Patienten.

>>>TIPP<<<

Lassen Sie die Studierenden doch ruhig Kontakt mit dem Pflegepersonal aufnehmen. Auch das Anfordern fehlender Befunde ist ein wertschätzender Auftrag an die Studierenden. Sie lernen, sich korrekt vorzustellen und sich mit Hintergrundwissen auf das Telefonat vorzubereiten. Schließlich sind sie in dieser Ausbildungsphase auch dem Stationsbetrieb noch am nächsten. Möglicherweise nutzen die Studierenden sogar persönliche Kontakte in der Klinik.

Verlaufsbeurteilung von Gesundheitsstörungen:

Neben dem abwartenden Offenhalten ist die Langzeitbetreuung von Patienten eine typische Arbeitsmethode der Allgemeinmedizin. Daraus ergibt sich auch für den Studierenden selbst innerhalb der zwei Wochen Gelegenheit, Verläufe von Krankheit bzw. Genesung zu erleben. Im Lehrgespräch können verschiedene Aspekte erläutert werden. Hier fließen auch Stadieneinteilungen und Leitlinien mit ein.

>>>TIPP<<<

Suchen Sie sich aus der Menge der Möglichkeiten etwas aus, worüber Sie selber gern als Lehrarzt mit den Studierenden sprechen möchten. Das reicht von der Erzählung der erlebten Anamnese, über die gemeinsame Auswertung von Epikrisen bis hin zu statistischen Betrachtungen der DMP-Daten.

Simultanes Betrachten somatischer und psychischer Krankheitsursachen:

In der Lehre wird vermittelt, dass man von Anfang an den Aspekt einer psychischen Abweichung im weitesten Sinne in die differentialdiagnostischen Überlegungen bestimmter Symptome mit einbeziehen sollte. Was für Hausärzte eine Selbstverständlichkeit ist, müssen sich Studierende erst erarbeiten. Im Blockpraktikum lernen Sie dies direkt am Patienten. Letztendlich gibt es auch Beschwerden, die sich nicht klar einem psychischen oder physischen Symptomenkomplex zuordnen lassen (Medically Unexplained Symptoms = MUS). Auch solche Probleme kann ein Hausarzt kompetent besprechen.

>>>TIPP<<<

Besprechen Sie gerade diese Fälle in Ruhe und unter vier Augen. An der Stelle der »MUS« erfordert die Lehre große Ehrlichkeit, wenn nicht gar Mut. Man ist vielleicht als Lehrarzt gezwungen, zuzugeben, dass man nicht mit Sicherheit weiß, was der Patient hat. Dies ist aber ein wichtiger Aspekt unserer Tätigkeit als Hausarzt, der »Umgang mit der Unsicherheit«. Zeigen Sie den Studierenden, wie man mit Ungewissheiten im Alltag umgeht.

SOAP und Stufendiagnostik:

Die Studierenden verlieren ohne praktischen Bezug häufig das Gefühl für ein strukturiertes Herausarbeiten von Diagnosen. Die Lehre ist heutzutage am höchsten medizinischen Standard orientiert. Hochspezialisierte und teilweise kostenintensive Analyse von Patientendaten bestimmen den Alltag in Krankenhäusern. Im Gegensatz zu Krankenhauspatienten besteht ein großer Teil der Besucher einer Arztpraxis aus prinzipiell gesunden Menschen, die vielleicht nur eine vorübergehende Störung ihres Wohlbefindens wahrnehmen. Die Studierenden sollen lernen, vom »Symptom zur Diagnose« zu denken. Sie sollen erfahren, dass ein Symptom nicht zwangsläufig eine Krankheit bedeutet.

>>>TIPP<<<

Bringen Sie den Studierenden bei, dass beispielsweise Kopfschmerz nicht reflexartig zur Veranlassung einer Kernspintomographie führt. Bringen Sie ihnen bei, warum wir nicht jeden Patienten mit Schwindelgefühl zum HNO-Arzt, Orthopäden, Kardiologen, Neurologen, Radiologen und Psychiater schicken. Nutzen Sie beispielsweise eine Leitlinie der DEGAM für ein bestimmtes Symptom und lassen die Studierenden Vorschläge für das Prozedere machen.

Hausbesuche und Pflegeheimvisiten:

Diese Tätigkeiten sind so mit das Typischste, was einen Allgemeinmediziner ausmacht. Die Studierenden sollten auf alle Fälle während des Blockpraktikums Einblick in diesen Bereich bekommen.

>>>TIPP<<<

Da das Ausführen von Untersuchungen sehr stark vom Kenntnisstand der Studierenden abhängt, muss genau abgewogen werden. Bewährt hat sich die Arbeitsteilung »einer redet – einer schreibt«. Beispielsweise filtern die Studierenden die dokumentationspflichtigen Informationen aus der Anamnese heraus oder umgekehrt, die Studierenden führen das Gespräch und der Arzt dokumentiert. Bei bettlägerigen Patienten kann man die Untersuchungen unter gegenseitiger Hilfestellung gemeinsam durchführen.

Impfen nach STIKO-Empfehlungen:

Den Aspekt des Impfens in der Zeit des Blockpraktikums zu beleuchten wäre wünschenswert. Hier gilt es auch wieder, theoretisches Wissen in der Praxis umzusetzen.

Logbuch: (abgeleitet von Log, auch Logge; engl. log = [ursprünglich] Holzklötz) 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: 20.01.14)

Lernziele verabreden: Es ist wichtig, das Studierende und Lehrärzte 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 Lehrärzte können dieses am Anfang nicht vollständig einschätzen. Die Studierenden sollten deshalb offen eine Selbsteinschätzung abgeben. So bekommen sie die Chance, sich zu verbessern.

Standardisiertes Diagnosemittel anwenden: Zur Ausbildung der Studierenden gehört das Vermitteln von wissenschaftlich evaluierten Untersuchungsmethoden. Mehrere zueinanderpassende Informationen werden dann 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. Die Studierenden sollen im Blockpraktikum ein solches standardisiertes Diagnosemittel selbstständig benutzen und dokumentieren. Praktischerweise nutzen sie dabei einen in der Lehrarztpraxis geäußerten 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 vor mehr als einem Jahrzehnt 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 <http://www.degam.de/leitlinien.html>)

Diese Leitlinien sind auf den Seiten frei zugänglich und befassen sich mit praxisrelevanten Problemen der Hausarztpraxis, wie zum Beispiel das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei einem Patienten mit Husten. Aktuell sind bereits mehr als ein Dutzend S3-Leitlinien veröffentlicht, welche also dem höchsten Leitlinien-Standard entsprechen.

Patienten mitbehandelt: Grundsätzlich ist das Blockpraktikum ein Praktikum. Die Studierenden sollen handeln. Uns ist es wichtig, dass sie in die aktive Arbeit des Hausarztes miteinbezogen werden. Auf keinen Fall sollen sie die meiste Zeit nur 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 kontrolliert der Lehrarzt die Befunde und verantwortet alle medizinischen Entscheidungen. Dennoch: Werden die Befunde des Studierenden bestätigt oder der Therapievorschlag umgesetzt, ist das eine hohe Anerkennung für das bis dahin Erlernete.

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

Leitlinien besprechen: (siehe **Leitlinien der DEGAM**)

Grundprinzipien der Allgemeinmedizin: »Der Arbeitsbereich der Allgemeinmedizin beinhaltet die Grundversorgung aller 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. Studierende haben in Vorlesungen Begriffe 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 Studierende 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 Vortestwahrscheinlichkeit fast immer deutlich geringer als in der Klinik. Im Blockpraktikum sollen die Studierenden mit ihrem Lehrarzt diese Unterschiede und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Labordiagnostik besprechen.

Zusammenarbeit mit anderen Bereichen: Hausärzte »weben« Netzwerke mit anderen Facharzt-disziplinen. Aber auch durch die Zusammenarbeit mit Kollegen in Krankenhäusern entstehen viele Kontakte. Letztendlich koordiniert der Hausarzt die Zusammenarbeit von Pflegediensten und anderen ambulant tätigen Mitarbeitern im Gesundheitswesen. Wie man diese Verbindungen nutzt und was es dabei zu beachten gilt, sollen die Studierenden im Praktikum unbedingt kennenlernen.

Niedrigprävalenzbereich: Definierte, beweisbare und gefährliche Erkrankungen sind in der Allgemein- arztpraxis rarer als in anderen Versorgungsbereichen.

Ein Beispiel: In einer Allgemein- arztpraxis 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 den Hausarzt selten. Ein stationär tätiger Kardiologe ist umgekehrt fast täglich mit potenziell tödlichen Myokardinfarkten konfrontiert. Die Patienten, die aufgrund von »Brustschmerzen« ins Krankenhaus kommen, sind bereits stark selektiert. Der Kardiologe arbeitet hier in einem Hochprävalenzbereich.

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

Abwartendes Offenhalten: Der Hausarzt kann häufig keine endgültige Diagnose stellen, sondern wird 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 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 der Hausarzt in einer Situation mit (akuten) Beschwerden eines Patienten auch nicht weiß, beziehungsweise nicht wissen kann, was der Patient definitiv hat, so muss er 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 dem Patienten 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 erlangt der Allgemeinarzt auch Erkenntnisse aus der erlebten Anamnese. Hierunter wird das gesamte, kontinuierlich zur herkömmlichen Anamnese hinzutretende Vorwissen aus der Geschichte des Patienten (zusammen mit dem Patienten erlebt) verstanden. Dies sind Kenntnisse zu 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 des Patienten, der Reaktionen des Patienten auf Krankheit (Krankheitsumgang) und der soziokulturellen Einbettung des Patienten. 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 kranker Patient: Darunter versteht man einen Menschen, der aufgrund einer Erkrankung gezwungen ist, regelmäßig Ärzte bzw. Therapeuten aufzusuchen. Er bekommt eine ständige oder immer wiederkehrende Therapie. Viele 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 Programms« (DMP) betreut. Oft nutzen Arzt und Patient diese Treffen, um auch aktuelle Ereignisse zu besprechen (siehe »**Hidden Agenda**«).

Akut erkrankter Patient: Für die Studierenden ist es sicher spannend, auch einen Menschen kennenzulernen, über den der Lehrarzt genauso wenig weiß wie sie. Wahlweise kann man eine völlig neue Situation bei einem Gelegenheitspatienten finden. Akut erkrankter Patient ist also auf den **Behandlungsanlass** bezogen. Beispielsweise stellt sich jemand nur zweimal im Jahr mit seinen Allergieproblemen 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 Patienten durch die nachfolgende, zum Teil invasive Diagnostik zur Folge.

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

Partizipative Entscheidungsfindung: Zu den Kernelementen der partizipativen Entscheidungsfindung gehört eine »partnerschaftliche Beziehung«, bei der Arzt und Patient 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 führen. Im Mittelpunkt steht dabei das (patientenseitige) Kohärenzgefühl. Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky prägte den Ausdruck als komplementären Begriff zu 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.

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.

Komplementärmedizin: Manche Hausärzte nutzen Naturheilverfahren als ergänzende Behandlungsmethoden. Der Begriff Alternativmedizin sollte nicht gebraucht werden.

Krankheitskonzept des Patienten: Als patientenseitige Krankheitskonzepte werden alle Vorstellungen zu den Krankheitserscheinungen, 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 des Patienten über Ursache und Bewältigung von Gesundheitsstörungen außerordentlich wichtig.

Behandlungsanlass: Hierunter versteht man den Anstoß eines Patienten, einen Arzt 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.

Medically unexplained symptoms (MUS) bzw. Medically unexplained physical symptoms MUPS): 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 die 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 Patienten notieren, kann man die interne Nummer oder Kennung der jeweiligen Praxis verwenden. In einer 1:1-Ausbildung werden die Studierenden stark am Schicksal der Menschen beteiligt. Manchmal möchten die Studierenden wissen, was beispielsweise aus »F. K. 46 Jahre, weiblich, aus Köln« eigentlich geworden ist. Da kann dann in der Praxis »Patient 4711« die Suche erheblich erleichtern.