



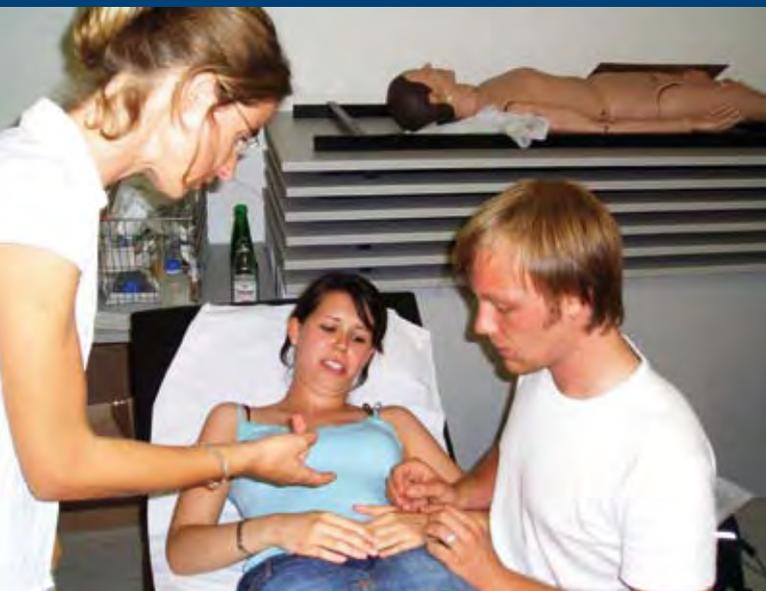
UniversitätsKlinikum Heidelberg

## Abteilung Allgemeinmedizin & Versorgungsforschung

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Joachim Szecsenyi

## Fünf Jahre Lehre 2001-2006

Entwicklung und Koordination: Prof. Dr. med. Armin Wieseemann







---

## Abteilung Allgemeinmedizin & Versorgungsforschung

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Joachim Szecsenyi

## **Fünf Jahre allgemeinmedizinische Lehre am neuen Lehrstuhl in Heidelberg (2001- 2006)**

und die Zeit davor

## **Ein Bericht über Entwicklung und Koordination**

(nicht nur für Studierende und Ärzte)

Prof. Dr. med. Armin Wiesemann





Die „Abteilungsleitung“ Prof. Szecsenyi (re.) und Prof. Wiesemann

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

nachdem der Heidelberger Lehrstuhl für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung nun fünf Jahre besteht, wollen wir erstmalig unsere in Kooperation mit ausgewählten Hausarztpraxen entwickelten Leistungen in Lehre und Forschung vorstellen.

Dieser erste Teil unserer Berichterstattung beschäftigt sich mit der Lehre, die - vor allem historisch gesehen - eine besondere Rolle in der Allgemeinmedizin gespielt hat. Denn mit Beginn der Lehrtätigkeit von Hausärzten an deutschen Universitäten, erstmals durch Prof. S. Häussler 1966 in Freiburg, kam es nach und nach zur Etablierung von allgemeinmedizinischen Lehrstühlen, die schließlich auch zeigen konnten (und mussten), dass auch dieses Fach wichtige Forschungsfragen zu lösen hat.

1970 gab es in Heidelberg den ersten Lehrauftrag für Allgemeinmedizin für Prof. Hj. Mattern, 2001 wurde mit der Einrichtung eines Lehrstuhls neben der Lehre auch die Forschung institutionalisiert. Die Entwicklung der allgemeinmedizinischen Lehre ist in Heidelberg bisher vor allem mit den Namen Mattern, Klimm, Amon und Wiesemann verbunden.

Mit meiner Berufung auf den ersten Heidelberger Lehrstuhl für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung 2001 konnten neben dem Aufbau einer soliden Forschungskompetenz auch die Leistungen in der Lehre vorangetrieben werden, weil ich für die eigens eingerichtete neue Halbtagsstelle für Entwicklung und Koordination der Lehre Armin Wiesemann, damals Privatdozent, gewinnen konnte. Diese Konstruktion hatte eine zunehmende Verankerung im neuen Heidelberger Curriculum Medicinale (HEICUMED) und eine Verbesserung und Erweiterung des Lehrangebotes in Zusammenarbeit mit erstmalig in Heidelberg akkreditierten akademischen Lehrpraxen zur Folge. Dafür möchte ich mich bei allen Lehrbeauftragten, LehrärztInnen und MitarbeiterInnen meiner Abteilung ganz herzlich bedanken.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Wiesemann, der diese gedeihliche Entwicklung mit seiner Kompetenz und seinem Engagement erst ermöglicht und letztlich auch maßgeblich bewirkt hat, und der mit diesem ersten Bericht ein wichtiges Fundament für die zukünftige allgemeinmedizinische Lehre in Heidelberg legt.

J. Szecsenyi

Mit der Einrichtung des ersten Heidelberger Lehrstuhls für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung 2001 kamen nach 14jähriger Tätigkeit als Lehrbeauftragter im Rahmen meiner Einstellung als Verantwortlicher für die Weiterentwicklung und Koordination der Lehre vielfältige, auch unerwartete Aufgaben auf mich zu. Es galt vor allem, das Lehrangebot angemessen und qualifiziert zu erweitern und die Akkreditierung von akademischen Lehrpraxen durchzusetzen und damit auch unser Lehrpraxisnetz vor allem qualitativ weiter auszubauen und zu koordinieren. Außerdem war den durch das neue Curriculum (HEICUMED) verursachten Änderungen im Unterricht zu begegnen; auf die Entscheidungen der Studienkommission, insbesondere zur fächerübergreifenden Prüfung im frühen internistischen Block, hatten wir bei Einrichtung des Lehrstuhls keinen Einfluss mehr. Während unser vorklinisches Lehrangebot im Rahmen des kooperativ entwickelten Lernzielkatalogs nur kleineren Veränderungen unterworfen war, gab es neue Herausforderungen in der Propädeutik und im klinischen Unterricht: zum Einen die maßgebliche Beteiligung an Querschnittsveranstaltungen, zum Anderen die veränderte Situation von Prüfungen im Verbund mit der klinischen Chemie und Inneren Medizin, die ähnlich unserem langjährigen Vorgehen die Lehre nun auch auf der 3. Versorgungsebene leitsymptomorientiert durchführt. Lernzielkataloge waren zu entwickeln, mittlerweile als Online-Version im Netz ([hyg-serv-01.hyg.uni-heidelberg.de/heicumed/](http://hyg-serv-01.hyg.uni-heidelberg.de/heicumed/)).

Zusätzlich waren Bedingungen für das Blockpraktikum und das Praktische Jahr (PJ-Tertial) zu beschreiben. Da es jetzt auch in der Lehre zum Wettbewerb an den Medizinischen Fakultäten und unter den einzelnen Fächern gekommen ist, werden in Zukunft vor allem die Pflege des Lehrpraxisnetzes, die didaktische Fortbildung der Dozenten und multidisziplinäre inhaltliche Abstimmungen des Unterrichtsangebots im Vordergrund stehen, um der Leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM) und einer für Heidelberg typischen Profilbildung Rechnung zu tragen. Eine gute Ausgangsbasis dafür dürfte bei uns in Heidelberg gegeben sein, zumal sich neben den Mitarbeitern der Abteilung hier im Besonderen die Kollegen Dr. Christiane Eicher und Dr. Peter Engeser engagieren.

Traurig, dass mein Kollege und Freund Dr. Thomas Amon diese spannende und überwiegend sehr erfreuliche Entwicklung nicht mehr miterleben durfte; er erlag leider im Dezember 2001 im Alter von 57 Jahren einem Krebsleiden.

Mein Bericht, der auch einen Einblick in das aktuelle Curriculum, die eingesetzten didaktischen Methoden und Prüfungen liefern soll, ist im Besonderen ihm, Thomas Amon, gewidmet.

Armin Wiesemann



Dr. Thomas Amon

## **Five years of teaching General Practice at the new Heidelberg chair: development at the Department of General Practice and Health Services Research**

In 1970, 4 years after the first lecture in General Practice at the University of Freiburg, Germany, Prof. Mattern, member of the medical faculty in Heidelberg, started with his first lectures in General Practice. In 2001, the appointment of Prof. Szecsenyi as the first professor for General Practice (and Health Services Research) opened up the opportunity to further develop teaching, along with new research activities, in scope as well as quality.

Armin Wieseemann could be won for this task; together with his colleague Thomas Amon, some years before, he had been able to build a well-functioning teaching network of about 200 family practices.

On this basis, Amon and Wieseemann had developed a new preclinical teaching concept for the introduction into clinical medicine which was presented to the colleagues of Harvard Medical School in 2000. The essence of this concept is to provide students early on with the opportunity for patient contacts in family practice offices which are presently being accredited in a standardised procedure.

In 2001, the Heidelberg curriculum (HEICUMED) for the clinical studies was launched. In this context, new teaching units had to be developed and implemented: not only cooperative seminars in preventive medicine, rehabilitation or naturopathic medicine, but also in cooperation with internal medicine, pharmacology and other disciplines, such as public health.

There was the additional challenge of improving the didactic skill of the teachers. This required the participation in didactic and examination workshops, with the goal of standardising the examinations with Objective Structured Clinical Examinations (OSCEs) and multiple choice questions. At the present time teaching practices are being accredited with the State Examination Authority because of the coming internship whereby general practice subjects, such as gradual diagnostics or communication, are central.

Quality circles and special events, such as the “Day of General Practice“, enhance the flow of information and the quality of the teaching practices.

The evaluation of our teaching units by the students showed a high acceptance and a good rating in the last few years. In our goal to teach what we test, we are supported by the Heidelberg Competence Center for Examinations. Thus, we hope to win more students for a career in family practice by our patient-oriented teaching of General Practice.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Verzeichnis der Dozenten .....</b>	<b>11</b>
(Mitarbeiter und Lehrbeauftragte) und weiteren Mitarbeitern der Abteilung Verzeichnis der Lehrpraxen .....	14
<b>Historisches zur fachspezifischen Lehre .....</b>	<b>22</b>
Grundlagen und Ziele allgemeinmedizinischer Lehre Entwicklung in Heidelberg, HEICUMED	
<b>Lehrqualifikation .....</b>	<b>29</b>
Dozentenschulung, Didaktik .....	29
Die Akademische Lehrpraxis, Akkreditierung.....	32
Qualitätszirkel Lehre & Fortbildung, Moderatoren.....	37
Checkliste „guter Unterricht“ .....	39
<b>Unterrichtsveranstaltungen .....</b>	<b>42</b>
Skripte, Organisationsmittel, Athena-med	
<i>Das vorklinische Heidelberger Praxis(hospitations)- programm (HeiPraxA)</i>	
A1 Überblick, Lernziele.....	44
A2 Praktikum zur Berufsfelderkundung (BFE) .....	46
A3 Praktikum zur Einführung in die klinische Medizin (EKM) .....	47
A4 Anatomie am Lebenden (AaL), Problemorientiertes Lernen (POL).....	49
A5 Evaluation.....	50
<i>Das klinische Heidelberger Praxisprogramm (HeiPraxB)</i>	
B1 Überblick, Lernziele.....	55
B2 Leitsymptomvorlesung.....	58
B3 Modul Allgemeinmedizin (Kursus/Seminar) .....	58
B4 Modul-Evaluation .....	61
B5 Querschnittsveranstaltung Prävention, Gesundheitsförderung .....	62
B6 Querschnittsveranstaltung Rehabilitation, Naturheilverfahren.....	65
B7 Evaluation der Querschnittsveranstaltungen .....	66
B8 Blockpraktikum.....	67
B9 Praktisches Jahr .....	81
<b>Statistik der Lehrleistungen .....</b>	<b>85</b>
<b>Prüfungen .....</b>	<b>86</b>
fakultätsintern: MC-Prüfungen und OSCE Staatsexamen	
<b>Perspektiven für die Heidelberger Allgemeinmedizin.....</b>	<b>91</b>
<b>Literatur .....</b>	<b>95</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>98</b>
Alltägliche Koordinations- und Sekretariatsaufgaben Publikationen der Abteilung zum Thema Lehre .....	99
Miniposter: Akademische Lehrpraxis.....	103

Ein guter Lehrer ist erst ein guter Lehrer, wenn er die Kunst besitzt,  
dem Schüler Freude am Stoff beizubringen.

*Albert Einstein*



Abb. 1: Eva mit dem Apfel vom Baum der Erkenntnis (Elvira Bach)

... Anregung für einen Zuruf an die Heidelberger Studierenden in Abwandlung des lateinischen Wortes  
“non scholae sed vitae discimus“: nicht nur für die Prüfungen, sondern auch für das Arztsein lernen wir.

*Armin Wiesemann*

Lernen ist eine Tätigkeit,  
bei der man das Ziel nie erreicht  
und zugleich immer fürchten muss,  
das schon Erreichte wieder zu verlieren.

*Konfuzius, 551-479 v. Chr.*

Es ist keine Schande, nichts zu wissen, wohl aber, nichts lernen zu wollen.

*Sokrates*



Abb. 2: Briefmarke Wilhelm Busch

Also lautet ein Beschluss, ...

Der Vorteil der Klugheit besteht darin, dass man sich dumm stellen kann.  
Das Gegenteil ist schon schwieriger.

*Kurt Tucholsky*

Leben ist das, was passiert, während du eifrig dabei bist, (andere) Pläne zu schmieden.

*John Lennon*



## Verzeichnis der Dozenten

### Mitarbeiter der Abteilung und Lehrbeauftragte

(Stand: Sommer 2006, mit der männlichen Bezeichnung ist immer auch die weibliche im weiteren Verlauf des Berichts gemeint)



**Ärztlicher Direktor**  
Szecsenyi, Joachim  
Prof. Dr. med. Dipl. Soz.



**Arbeitsschwerpunkt Lehre**  
Wiesemann, Armin  
Prof. Dr. med.



**Sekretariat**  
Grün, Angelika



**Sekretariat**  
Kurczyk, Sonia, M.A.

### Wissenschaftliche Mitarbeiter



Heiderhoff, Marc, Dr. med.



Peters-Klimm, Frank, Dr. med.



Joos, Stefanie, Dr. med.



Rosemann, Thomas, Dr. med.



Kühlein, Thomas, Dr. med.



Saad, Anke, Dipl. Pflegewirtin



Laux, Gunter, Dr. sc. hum.,  
Dipl.-Wi.-Inf.



Schneider, Antonius, Dr. med.



Ludt, Sabine, Dr. med.



Stutzke, Olaf, Dr. phil.  
Dipl.-Soz.arb. (FH)



Mahler, Cornelia, M.A.



Trieschmann, Johanna, Dipl.  
Pflegewirtin



Miksch, Antje, Dr. med.



Wensing, Michel, PhD

#### **Nichtwissenschaftliche Mitarbeiterinnen**



Barth, Annika, Study Nurse



Grimm, Silke, Study Nurse

## Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin

Dres. med.        Arends, Albertus, Heidelberg  
 Barlet, Jörg, Waibstadt  
 Bilger, Stefan, Heidelberg  
 Bömkes, Bernd, Rheinstetten  
 Eicher, Christiane, Eppelheim  
 Engeser, Peter, Pforzheim  
 Epp-Graack, Gundula, Mühlhausen  
 Ledig, Thomas, Ditzingen  
 Leutgeb, Rüdiger, Fürth  
 Marx, Irmgard, Heidelberg  
 Musselmann, Berthold, Wiesloch  
 Zeise-Süß, Dorothea, Remchingen

## Professoren und Privatdozenten

Klimm, Hans-Dieter, Prof. Dr. med., Kuppenheim  
 Müller-Bühl, Uwe, Priv.-Doz. Dr. med., Karlsruhe



Abb. 3: Dozenten (niedergel. HausärztInnen) und die Leitung der Abteilung von links nach rechts: Dres. Engeser, Bömkes, Ledig, Profs. Wiesemann, Szecsenyi, Dres. Eicher, Leutgeb, Marx, Epp-Graack, Musselmann, PD Müller-Bühl, Prof. Klimm, Dr. Barlet (nicht auf dem Bild: Dres. Arends (s. Abb. 26), Bilger (s. Abb.9), Zeise-Süß (s. Abb. 22)

**Verzeichnis der akademischen, akkreditierten Lehrpraxen** (Tab. 1a)

Drs. med.	Allmendinger, Susanne/Allmendinger, Thomas/ Hiller-Schmid, Christiane	Calw
Dr. med.	Arends, Albertus	Heidelberg
Drs. med.	Asen, Wolfgang/Mohr, Eberhard	Heidelberg
Drs. med.	Barabasch, Richard/Riedel, Gernot	Muggensturm
Dr. med.	Baral, Volker	Karlsbad
Dr. med.	Barlet, Jörg	Waibstadt
Dr. med.	Bäuerle, Ramon	Pforzheim
Dr. med.	Baumann, Horst	Graben-Neudorf
Drs. med.	Becker, Ulrike/Kümmritz, Ulf	Leimen
Drs. med.	Besier, Gisela/Besier, Werner	Mannheim
Drs. med.	Beuckelmann, Inge/Swiridoff, Michael	Heidelberg
Dr. med.	Bilger, Stefan	Dossenheim
Dr. med.	Bleiler, Bärbel	Eschelbronn
Drs. med.	Bliesener, Helma/Bliesener, Eckhard	Niefern
Dr. med.	Böhme, Manuela	Meckesheim
Drs. med.	Boll, Bernhard/Lüken, Birgit	Heidelberg
Dr. med.	Bömkes, Bernd	Rheinstetten
Dr. med.	Bösch, Werner	Horb-Dettingen
Dr. med.	Diemel-Helk, Brigitte	Heidelberg
Drs. med.	Dietz, Lothar/Ding, Roland	Remchingen
Drs. med.	Dollinger, Cornelius/Dollinger, Kai	Karlsbad
Dr. med.	Doubravsky, Jan	Heidelberg
Dr. med.	Eicher, Christiane	Eppelheim
Dr. med.	Eisele, Martin	Bruchsal
Dr. med.	Eitner, Frank	Brühl
Dr. med.	Engelken, Geert	Neckargemünd
Dr. med.	Engelmann, Detlef	Illingen
Dr. med.	Engeser, Peter	Pforzheim

Drs. med.	Epp-Graack, Gundula/Reichenbacher, Rolf	Mühlhausen
Drs. med.	Fien, Heinrich/Morlock-Fien, Ulrike	Oberhausen
Dr. med.	Frank, Matthias	Karlsruhe
Dr. med.	Frei, Ulrike	Waibstadt
Dr. med.	Fröhlich, Karina	Leimen
Dr. med.	Fuchs, Stefan	Karlsruhe
Dr. med.	Geib, Ulrich	Spechbach
Dr. med.	Glaser, Johannes	Leimen
Dr. med.	Göser, Angelika	Karlsruhe
Dr. med.	Grombein, Christine	Hockenheim
Dr. med.	Grube, Gerd	Heidelberg
Drs. med.	Haag, Renate/Haag, Christoph	Oberderdingen
Drs. med.	Hack, Franz/Saueressig, Udo	Lobbach
Dr. med.	Hahn, Reinhard	Kraichtal
Dr. med.	Hartmann, Ulrich	Nagold
Drs. med.	Heidelberger, Ulrich/Schmitt, Roland/Maunz-Altendorfer, Elisabeth	Östringen
Drs. med.	Heinel, Gerhard/Schütz, Michael	Bensheim
Drs. med.	Herkert, Norbert/Margolf, Wladimir/Sütterlin, Rolf	Waghäusel
Dr. med.	Hinkelmann, Hans-Dieter	Kuppenheim
Dr. med.	Hoffmann, Theo	Neuburg
Dr. med.	Hoppner, Achim	Pforzheim
Dr. med.	Horn, Martin	Leimen
Drs. med.	Hoß, Felicitas/Hoß, Valentin	Buchen
Dr. med.	Jenter, Christian	Tiefenbronn
Drs. med.	Jung, Gabriele/Jung, Dieter	Heidelberg
Dr. med.	Jütte, Michael	Karlsruhe
Dr. med.	Kasperek, Eduard	Ötisheim
Dr. med.	Keller, Klaus	Ispringen
Dr. med.	Kiss, Ilona	Leimen

Prof. Dr. med.	Klimm, Hans-Dieter	Kuppenheim
Drs. med.	Klumpp, Ernst Rudolf/Krampitz, Dieter	Baiersbronn
Dr. med.	Knauf, Konstantin	Neckargemünd
Dr. med.	Koller-Müller, Judith	Rheinstetten
Drs. med.	Kölmel, Thomas/Schmidt, Susanne	Bietigheim
Dr. med.	Koppe, Dagmar	Waldbrunn
Dr. med.	Körber, Raimund	Reichartshausen
Dr. med.	Körner, Achim	Mühlhausen
Dr. med.	Körting, Andreas	Waldbrunn
Dr. med.	Krause, Günther	Engelsbrand
Dr. med.	Krischke, Reinhard	Stutensee
Drs. med.	Krombholz-Nolinski, Ingrid/Nolinski, Dieter	Wiesloch
Dr. med.	Lange, Alexander	Hirschberg
Dr. med.	Lauscher-Schüller, Beate	Schwetzingen
Dr. med.	Ledig, Thomas	Ditzingen
Dr. med.	Leutgeb, Rüdiger	Fürth
Drs. med.	Löffler, Birgit/Schwarz, Andreas	Heidelberg
Dr. med.	Lorenzen, Detlef	Heidelberg
Drs. med.	Kunzendorf, Gernot/Mayer, Manfred	Mannheim
Dr. med.	Mayer-Stierle, Rudolf	Bretten
Drs. med.	Meer, Wolfgang/Schlittenhardt, Uwe	Mannheim
Dr. med.	Michel, Richard	Ladenburg
Dr. med.	Mülder, Steven	Adelsheim
Dr. med.	Müller, Susanne	Oberhausen
Dr. med.	Müller, Christoph	Pforzheim
PD Dr. med.	Müller-Bühl, Uwe	Karlsruhe
Dr. med.	Münz-Berti, Roland	Wiesloch
Dr. med.	Musselmann, Berthold	Wiesloch
Dr. med.	Mutschler, Jürgen	Calw

Dr. med.	Neugebauer, Till	Maulbronn
Dr. med.	Niethammer, Kurt-Martin	Mühlacker
Dr. med.	Orth, Adalbert	Speyer
Dr. med.	Ottinger, Georg	Dettenheim
Dr. med.	Pfisterer, Ulrike	Leimen
Dr. med.	Pfisterer, Volker	Hemsbach
Dr. med.	Pingel, Andreas	Heidelberg
Dr. med.	Polzer, Traudel	Heidelberg
Drs. med.	Praefcke, Lorenz/Praefcke, Hennig	Remchingen
Drs. med.	Rastetter, Birgit/Rastetter, Norbert	Karlsruhe
Dr. med.	Reinhard, Lutz	Hemsbach
Dr. med.	Reinhardt, Monika	Weinheim
Dr. med.	Reininghaus, Werner	Knittlingen
Dr. med.	Reischmann, Thomas C.	Pforzheim
Dipl.-Pol.	Ruebsam-Simon, Ekkehard	Bammental
Dr. med.	Schäfer, Mark	Heidelberg
Dr. med.	Schäfer-Wegert, Barbara	Durmersheim
Dr. med.	Scheer, Georg	Mannheim
Dr. med.	Scheuer, Manfred	Laudenbach
Drs. med.	Schlumpp, Klaus/Unrath, Veronika	Heidelberg
Dr. Dr. med.	Schlüter, Peter	Hemsbach
Dr. med.	Schmidt, Arvid	Ubstadt
Dr. med.	Schmitt, Karl Friedrich	Weinheim
Dr. med.	Schnitzer, Heinrich	Bühlertal
Drs. med.	Schober, Regina/Schober, Christian	Pfintzal
Dr. med.	Schork, Matthias	Dielheim
Dr. med.	Schostack, Martin	Pforzheim
Dr. med.	Schrempp, Klaus	Rheinstetten
Dr. med.	Schulz, Joachim	Dossenheim

Drs. med.	Schwenke, Reto	Walzbachtal
Dr. med.	Sonneborn, Uta	Heidelberg
Dr. med.	Starck, Christian	Waldbrunn
Dr. med.	Stehr, Ulrike	Horb
Drs. med.	Steinhausen, Tilmann/Wesch, Gerhard	Hirschberg
Dr. med.	Steinle, Carlo	Altlußheim
Dr. med.	Storck, Joachim	Pforzheim
Dr. med.	Struck, Michael	Waghäusel
Drs. med.	Taubitz, Lucia/Taubitz, Michael	Karlsdorf
Drs. med.	Thumulka-Carle, Ulrike/Thumulka, Jürgen	Karlsruhe
Dr. med.	Trott, Johannes	Heidelberg
Dr. med.	Uebel, Til	Ittlingen
Dr. med.	Ullmann, Joachim	Walldorf
Drs. med.	Utters, Ursula/Utters, Bernhard	Altensteig
Dr. med.	Vierling, Sigrid	Eppelheim
Dr. med.	von Laue, Hans-Eckard	Pforzheim
Dr. med.	von Moers-Meißner, Dirk	Heidelberg
Dr. med.	Wachter, Cornelia	Schriesheim
Dr. med.	Weil, Roland S.	Pforzheim
Dr. med.	Welsch-Hetzel, Michael	Leimen
Dr. med.	Wenzel, Geert	Ubstadt
Dr. med.	Wichmann, Andreas	Bruchsal
Prof. Dr.	Wiesemann, Armin/Dr. med. Wiesemann, Ute	Östringen
Dr. med.	Willinger, Günter	Walldorf
Dr. med.	Winzer, Judith	Waldbronn
Dr. med.	Zeise-Süß, Dorothea	Remchingen

**Weitere Lehrpraxen**

(für das vorklinische Hospitationsprogramm)

Tab. 1b

Dr. med.	Andersch-Borchert, Irene	Heidelberg
Drs. med.	Bauer, Ulrich/Branscheid, Christiane	Mannheim
Drs. med.	Baumann, Judith/Baumann, Richard	Neckarbischofsheim
Dr. med.	Böhme, Wolfgang	Mühlacker
Dr. med.	Burk, Peter	Karlsruhe
Dr. med.	Cairns, Regina/Cairns, John D	Mühlhausen
Dr. med.	Carewicz, Otmar	Dossenheim
Dr. med.	Cremer, Ulrich	Karlsruhe
Dr. med.	Dallinger, Klaus	Weinheim
Drs. med.	David, Rainer/Gartner, Dieter	Pfintztal
Drs. med.	Dietz, Elisabeth/Dietz, Leonardo	Kämpfelbach
Dr. med.	Dietz, Michael	Heidelberg
Dr. med.	Emrich, Heinz-Georg	Heidelberg
Dr. med.	Feigenbutz, Willi	Östringen
Drs. med.	Fröhlich, Gregor/Lange, Uwe	Königsbach
Dr. med.	Genssle, Joachim	Wiernsheim
Dr. med.	Gorriahn, Hennig	Karlsbad
Dr. med.	Haack, Michael	Mühlacker
PD Dr.med.	Hassler, Dieter	Kraichtal
Dr. med.	Hausmann, Charlotte	Schriesheim
Dr. med.	Heitz, Roselinde	Edingen-Neckarhausen
Dr. med.	Herter, Hans-Uwe	Karlsbad
Drs. med.	Erhard, Thomas/Hilmer, Gerd/ Hilmer-Lossen, Andrea/Soballa, Thomas	Hockenheim
Dr. med.	Hodel, Klaus	Waldbronn
Dr. med.	Höfling, Frank	Leimen
Dr. med.	Hollerbach, Lothar	Heidelberg

Dr. med.	Hoops, Boye	Gaggenau
Dr. med.	Hornung, Wolfgang	Plankstadt
Dr. med.	Kahlich, Michael	Wiesloch
Dr. med.	Kaltenbach, Gerd	Neuenbürg
Dr. med.	Kapinsky, Jochen	Kuppenheim
Dr. med.	Karle, Christoph	Künzelsau
Dr. med.	Karrer, Jürgen	Sinsheim
Dr. med.	Kiem, Oskar	Rimbach
Drs. med.	Knab, Wolfgang/Werner, G.	Ludwigshafen
Drs. med.	Koch, Thomas/Roth, Martin	Keltern
Dr. med.	Kraner, Friedrich	Gernsbach
Dr. med.	Krumrey, Peter	Altensteig
Dr. med.	Küppers, Sabine	Heidelberg
Dr. med.	Lauber, Stephan	Linkenheim
Dr. med.	Lehmann-Trill, Erika	Mannheim
Dr. med.	Link, Kurt	Forst
Dr. med.	Link, Heike	Dielheim
Dr. med.	Lipps, Jürgen	Heidelberg
Drs. med.	Löwer, Nicholas/Schmidt, Christian	Malsch
Dr. med.	Martz, Georg	Wimsheim
Dr. med.	Morlok, Heiner	Birkenfeld
Dr. med.	Müller, Eckhard	Bad Liebenzell
Dr. med.	Napiwotzky, Peter	Mühlacker
Dr. med.	Nees, Joachim	Walzbachtal
Dr. med.	Ofner-Rösch, Erika	Östringen
Drs. med.	Otten, Eve/Otten, Rolf-Dieter	Eggenstein
Drs. med.	Panahi-Bota, Shirin/Polacek, Karl	Sinsheim
Dr. med.	Parmakerli-Czemmel, Batuhan	Mannheim
Dr. med.	Pennekamp, Thomas	Elchesheim

Dr. med.	Peuker, Arthur	Neuenbürg
Dr. med.	Plath, Christina	Maulbronn
Dr. med.	Pohl, Michael	Rastatt
Dr. med.	Pradella, Bernhard	Eschelbronn
Dr. med.	Raetz, Dieter	Karlsruhe
Dr. med.	Rether, Udo	Neuenbürg
Dr. med.	Rohrer, Cornelia	Karlsbad
Dr. med.	Schild, Matthias	Pforzheim
Dr. med.	Schips, Thomas	Heidelberg
Dr. med.	Schmitt, Klaus-Peter	Oftersheim
Dr. med.	Schmitt-Enders, Christian	Neidenstein
Dr. med.	Schwarz, Walter	Mannheim
Dr. med.	Schwöbel, Beatrice	Hemsbach
Drs. med.	Soika, Birgit/Soika, Christian	Schopfloch
Dr. med.	Steinfeld, Andreas	Mosbach
Dr. med.	Stierle, Cornelia	Bretten
Dr. med.	Streibl, Wolfgang	Knittlingen
Dr. med.	Thamm, Wilhelm	Schömberg
Dr. med.	Thierjung, Rita	St. Leon-Rot
Dr. med.	von Rumohr, Axel	Bammental
Dr. med.	Walz, Gabriele	Gaggenau
Dr. med.	Willenberg, Axel	Heidelberg
Dr. med.	Wolff, Claas	Loßburg

## Historisches zur fachspezifischen Lehre

Im Zuge naturwissenschaftlicher Entdeckungen in der arabischen Medizin und der Zeit der Renaissance und Aufklärung kam es schließlich aufgrund biomedizinischer Erkenntnisse zu Beginn des 19. Jahrhunderts zu einer Spezialisierung in der Medizin, ausgehend von Paris und Wien. Die Bezeichnung praktischer Arzt taucht zum ersten Mal nach 1780 auf. Seit 1869 gibt es eine verbindliche Approbation, seit 1883 ein Krankenversicherungsgesetz, eine wesentliche Grundlage für die Patientenversorgung in Deutschland durch die Arbeit praktizierender Ärzte.

In den westlichen Industrieländern gab es bereits 1914 ungefähr 20 Spezialfächer, 1924 erfolgte in Deutschland die Abgrenzung des Hausarztes gegenüber den „Fachärzten“. Zur gleichen Zeit unterscheidet der britische DAWSON-Report drei Ebenen der Gesundheitsversorgung: „primary health centers, secondary health centers and teaching hospitals“. Seitdem wird auch von primary medical care bzw. ärztlicher Primärversorgung gesprochen, wenn im Besonderen an die HausärztInnen als Repräsentanten der ersten Versorgungsebene gedacht wird.

Nach dem Siegeszug zunehmender Spezialisierung kam es in den 70er und 80er Jahren in einigen Ländern zu einer erneuten Wertschätzung des Haus- und Familienarztes, um dessen Erhaltung nun in den USA, der Schweiz, Frankreich oder Italien genauso gerungen wird wie in Deutschland. Ähnlich wie in den Niederlanden, Großbritannien, Kanada oder Dänemark mit ihren besser strukturierten Versorgungssystemen wurden schließlich auch in den USA neue Lernziele und Lehrmethoden eingesetzt, um Medizinstudierende wieder mehr praxis- und problemorientiert auszubilden (Kaufmann 1982, Tudor Hart, 1985 und 1998, Moore 1994, The Lancet 2004, Poplin 2005). Das neue Selbstverständnis der Allgemeinmedizin hat zur Eigenständigkeit unseres Fachgebietes geführt. Es ist durch den Grundversorgungsauftrag situativer, medizinisch kurativer wie ökonomischer Aufgaben in der Primärmedizin charakterisiert. Ähnlich den Definitionen im englischsprachigen Ausland und derjenigen der WHO wird dabei die Allgemeinmedizin definiert als die „lebensbegleitende hausärztliche Betreuung von Menschen jeden Alters bei jeder Art der Gesundheitsstörung, unter Berücksichtigung der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen ihrer gesundheitlichen Leiden, Probleme oder Gefährdungen und die medizinische Kompetenz zur Entscheidung über das Hinzuziehen anderer Ärzte und Angehöriger von Fachberufen im Gesundheitswesen. Sie umfasst die patientenzentrierte Integration der medizinischen, psychischen und sozialen Hilfen im Krankheitsfall, auch unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit“. Hier wird die wichtige Lotsen- oder Steuerungsfunktion angesprochen (s. Abb. 4).



Abb. 4: Der Hausarzt als Lotse im Gesundheitswesen (Olaf Hajek, stern.de)

## Grundlagen und Ziele allgemeinmedizinischer Lehre in Deutschland

Der zunehmenden Bedeutung qualifizierter Hausärzte im Gesundheitswesen Rechnung tragend, wird nach Einführung des (Fach-) Arztes für Allgemeinmedizin 1968 die Allgemeinmedizin 1978 akademisches Pflichtfach an den deutschen Hochschulen, 10 Jahre später auch Prüfungsfach. Dazu war die Entwicklung eines Katalogs von Prüfungs- und Weiterbildungsgegenständen notwendig, begleitet von fachspezifischen Fragestellungen in Forschung und Lehre. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) mit ihrem Lehrstoffkatalog und ihr internationales Pendant (WONCA) lieferten in den letzten 30 Jahren die wesentlichen Elemente für die Aus- bzw. Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin.

Maßgeblich für die Ausbildungsinhalte zum Arzt sind die Vorgaben der Approbationsordnung für Ärzte (AO von 2002, [www.aekhb.de/pdf/BAEO\\_ApprobOo2.pdf](http://www.aekhb.de/pdf/BAEO_ApprobOo2.pdf)), die Vorschläge und Entwürfe aus den Reihen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften, in unserem Falle der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, [www.degam.de](http://www.degam.de)), die Lernzielkataloge der Fachabteilungen an den Fakultäten ([www.allgemeinmedizin.uni-hd.de](http://www.allgemeinmedizin.uni-hd.de)) und die Entschlüsse der Studienkommission der jeweiligen Universität ([www.klinikum.uni-heidelberg.de/Studiendekanat](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Studiendekanat)).

Die Approbationsordnung in der Fassung von 2002, umgesetzt ab 1.10.2003, fordert die Ausbildung zum „wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildeten Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist“. Die im Weiteren beschriebenen Ausbildungsinhalte erfüllen vor allem zunächst den Weg zum Allgemeinarzt, wenngleich dies von vielen medizinischen Fakultäten noch nicht im vollen Umfang zur Kenntnis genommen wird:

Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Die Ausbildung zum Arzt wird auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis- und patientenbezogen durchgeführt.

Sie soll

- das Grundlagenwissen über die Körperfunktionen und die geistig-seelischen Eigenschaften des Menschen
- das Grundlagenwissen über die Krankheiten und den kranken Menschen
- die für das ärztliche Handeln erforderlichen allgemeinen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in Diagnostik, Therapie, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation

- praktische Erfahrungen im Umgang mit Patienten, einschließlich der fächerübergreifenden Betrachtungsweise von Krankheiten und der Fähigkeit, die Behandlung zu koordinieren
- die Fähigkeit zur Beachtung der gesundheitsökonomischen Auswirkungen ärztlichen Handelns
- Grundkenntnisse der Einflüsse von Familie, Gesellschaft und Umwelt auf die Gesundheit, die Organisation des Gesundheitswesens und die Bewältigung von Krankheitsfolgen
- die geistigen, historischen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens
- auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes vermitteln.

Dementsprechend kam es schließlich auch zu Veränderungen im Unterricht an den medizinischen Fakultäten, die zunehmend die Fachspezifika der Allgemeinmedizin in der Lehre (wie in der Forschung) wahrnehmen und schließlich auch die dezentrale Lehrpraxis akzeptieren. ([de.wikipedia.org/wiki/Studium\\_der\\_Medizin](http://de.wikipedia.org/wiki/Studium_der_Medizin)). Von der DEGAM wurde dazu ein umfangreicher Lehrstoffkatalog vorgelegt (Härter 1996).

## Entwicklung in Heidelberg

Den ersten allgemeinmedizinischen Vorlesungen von Hansjakob Mattern in Heidelberg 1970 folgten 1980 die Lehraufträge an die Kollegen Klimm und Barlet, die sich um den Aufbau des „Kursus Allgemeinmedizin“ sehr verdient gemacht haben. Amon und Wiesemann erhielten 1987 ihre Lehraufträge und konnten 1990 ihr innovatives „Konzept für ein Hausarztpraktikum zur Einführung in die klinische/praktische Medizin“ vorlegen (s. Abb.5), das mit dem Förderpreis der Carl-Gustav-Carus-Stiftung ausgezeichnet wurde (Amon T, Wiesemann A, 1990 und 2000). Dieses Konzept wurde zunächst von 1989 bis 1993 in wenigen Lehrpraxen pilotartig erprobt, mit dem Ergebnis, dass sich das - zunächst fakultative Lehrangebot - als außerordentlich erfolgreich erwies.

Als entscheidend wichtig beurteilte auch das Wissenschaftsministerium Baden-Württemberg die praxisnahe Orientierung durch den strukturierten Unterricht in der hausärztlichen Praxis selbst.



Abb. 5: Ausschnitt aus der preisgekrönten Arbeit zum Praktikum „Einführung in die klinische Medizin“

Weitere Aktivitäten und Publikationen zum neuen Heidelberger Lehrmodell schlossen sich an (Amon und Wiesemann 1997, Wiesemann 1994-2005), wobei die Funktion der dezentralen Lehrpraxis in den Mittelpunkt rückte.

Es folgte auf Wunsch der Fakultät 1995 die Integration dieses Hospitationsprogramms in das Heidelberger Curriculum als (vorklinisches) Heidelberger Praxishospitationsprogramm HeiPraxA, später bereichert durch die studentischen Tutorien „Anatomie am Lebenden“ und „Problemorientiertes Lernen“. Auf diese Art und Weise wurden die Praktika zur Berufsfelderkundung und zur Einführung in die klinische Medizin auf den Weg gebracht, womit Studierende schon frühzeitig an die hausärztliche Tätigkeit in der Praxis herangeführt werden können. Eine förderliche Rolle spielten dabei seinerzeit Dekan Prof. Sonntag, Studiendekanat und STIMULUS (Studentische Initiative zur Mitgestaltung von Unterricht und Lehre im Universitären Studium). Bis zur Etablierung des Lehrstuhls 2001 (Prof. Dr. J. Szecsenyi) wurde die Lehrtätigkeit im Rahmen einer Sektion von Dr. Dr. H. Zappe organisiert, der sich neben Beiträgen zum Kursus Allgemeinmedizin außerdem auch bei der Ausrichtung der sehr fruchtbaren und schönen „Heidelberger Brückenkongresse“ verdient machte. In dieser Zeit konnten Amon und Wiesemann auch den Vertretern der Harvard Medical School das Heidelberger Praxishospitationsprogramm (1998) präsentieren; sie beteiligten sich darüber hinaus aktiv an den beiden Kongressen zur Weiterentwicklung der Medizinischen Ausbildung in Heidelberg (1996 und 1998).

Im Jahr 2003 folgte die Beteiligung an der Querschnittsveranstaltung „Prävention-Gesundheitsförderung-Gesundheitsökonomie - öffentliches Gesundheitswesen“, 2004 bzw. 2005 die Beteiligung an der Querschnittsveranstaltung „Rehabilitation-physikalische Therapie-Naturheilverfahren“. Zur gleichen Zeit wurden auch die dem Kurs/Seminar Allgemeinmedizin folgenden ersten Blockpraktika in den akkreditierten Lehrpraxen durchgeführt, 2007 folgen die ersten allgemeinmedizinischen Tertiale im Praktischen Jahr. Dieser klinische Abschnitt (HeiPraxB/Heidelberger Praxisprogramm) baut auf den vorklinischen Praktika und der Propädeutik auf, wie dies auch für die allgemeinmedizinisch initiierten Seminare zur Evidenzbasierten Medizin gilt.

Wertvoll war auch der Erfahrungsaustausch mit der sehr erfahrenen und in der Lehre gut ausgestatteten, professionell arbeitenden Abteilung Allgemeinmedizin der niederländischen Universität Maastricht, die wir 2002 besuchten (s. Abb. 7-9).

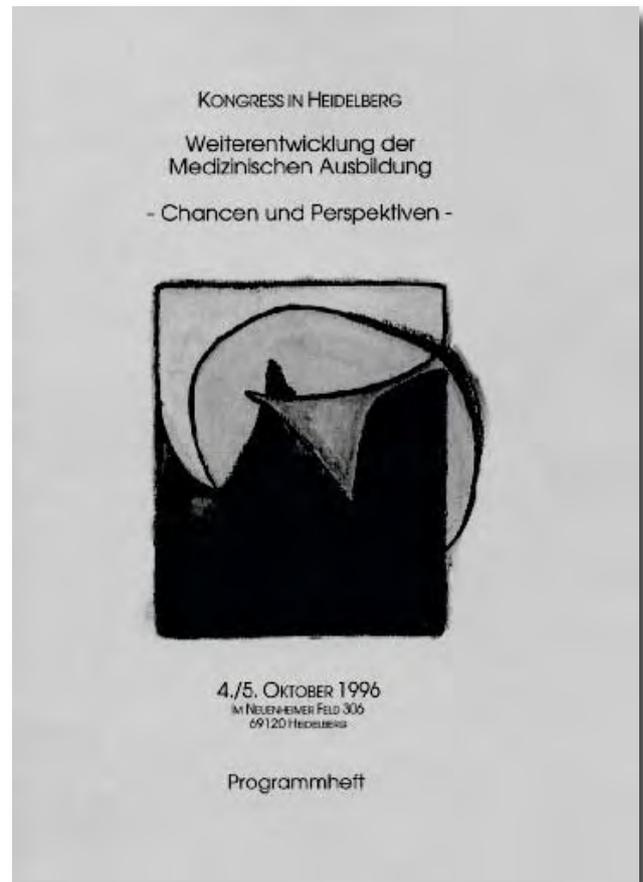


Abb. 6: Programm des 1. Heidelberger Kongresses zur Lehre: mit STIMULUS, Allgemeinmedizin und POL-Diskussion

Parallel zu diesen Aktivitäten wurden in vertrauensvoller Zusammenarbeit mit den anderen Fächern fachspezifische Lernzielkataloge für Vorklinik und den klinischen Abschnitt entwickelt und didaktische Verbesserungen eingeführt, vieles auf Anregung und in enger Kooperation mit der progressiven HEICUMED-Leitung (Innere Medizin: Dr. Jana Jünger) bzw. dem Kompetenzzentrum Prüfungen. Z. B. ist es für das Erstellen von Prüfungen besonders wichtig, dass sich in den Prüfungsanforderungen das widerspiegelt, was auch wirklich gelehrt wurde; daher wurde vereinbart, für jede Unterrichtsveranstaltung die entsprechenden Lernziele anzugeben (siehe entsprechende Lernzielkataloge weiter unten) und zu erläutern.



Abb. 7: Mit dem Uni-Bus in Maastricht 2002



Abb. 8: Im Skills Lab der Universität Maastricht 2002



Abb. 9: Ein Studierender bei einer Fallvorstellung nach SOAP in einer hausärztlichen Ausbildungspraxis, Maastricht 2002, rechts im Bild Dr. Bilger

**HEICUMED**

([www.klinikum.uni-heidelberg.de/HeiCuMed.2319.o.html](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/HeiCuMed.2319.o.html))

HEICUMED, das neue Heidelberger Curriculum Medicinale für den klinischen Abschnitt, startete nach Dozentenfortbildungen in Boston am 15. Oktober 2001 und ist seit 2003 weitgehend umgesetzt. Kern dieses am Studienjahr und am amerikanischen Harvard-Curriculum orientierten Unterrichtsstils (Sonntag, 2003 [www.ma.uni-heidelberg.de/inst/kpha/pics/fazit.pdf](http://www.ma.uni-heidelberg.de/inst/kpha/pics/fazit.pdf)) ist die „Fächer verbindende Form eines modularen, themenzentrierten Kursprogramms. Jedes rotierende Kursmodul umfasst theoretische Veranstaltungen in Form von Vorlesungen und Seminaren, gegenstandsbezogene Studiengruppen sowie praktische Unterweisungen in Form von Laborpraktika (Training im Skills Lab), Übungen, Tutorien und Unterricht am Krankenbett, welche in den jeweiligen Modulstundenplänen als Bestandteile des Studienplans dargestellt sind“. Studierende und Dozenten geben und beziehen aktuelle Informationen zum Lehrbetrieb im Rahmen der elektronischen Online-Lernumgebung Athena-med ([athena-med.uni-heidelberg.de](http://athena-med.uni-heidelberg.de)).

Einen Überblick über den Heidelberger Studiengang geben die folgenden Pläne (Abb. 10 und 11):

Die Vorklinik (1.-4. Semester) mit den Fächern Anatomie, Physiologie, Biochemie, Psychologie/Soziologie, Biologie, Physik, Chemie, Terminologie sowie den nicht benoteten integrierten Praktika Berufsfelderkundung und Einführung in die Klinische Medizin (durchgeführt von der Allgemeinmedizin) werden mit dem 1. Staatsexamen (dem früheren Physikum) abgeschlossen (s. Abb. 10). Das vorklinische Studium soll klinische Bezüge liefern, ein entsprechender kooperativer Lernzielkatalog wurde 2004-2005 in hervorragender Kooperation mit den Kernfächern unter der Leitung von Prof. A. Draguhn erarbeitet (Überblick s. Tab. 5).

Der klinische Abschnitt (5.-12. Semester) wird mit dem schriftlichen 2. Staatsexamen abgeschlossen: dafür stehen 21 Hauptfächer (von der Allgemeinmedizin bis zur Urologie) und ein Wahlfach sowie 12 Querschnittsfächer (von der Epidemiologie bis zur Rehabilitation) an, ergänzt durch eine mündliche Prüfung. Im mündlichen 2. Staatsexamen werden dann nur die Fächer aus dem Praktischen Jahr geprüft: Innere Medizin, Chirurgie und ein Wahlfach, z.B. Allgemeinmedizin. Nicht selten kritisieren einige Studierende den Umfang des HEICUMED-Programms und der Prüfungen.

Semester/ Stoffgebiete		WinterSem (1.FS)	SommerSem (2.FS)	WinterSem (3.FS)	SommerSem (4.FS)
Naturwissenschaftliche Grundlagen, Makroskopische Anatomie Med. Terminologie	Chemie	Physik			
	Makroskopische Anatomie Med. Terminologie				
Zellen, Zellfunktionen, Interzellulärsubstanz Humangenetik		integrierte Vorlesung, Seminar, Praktikum Zellbiologie, Biochemie/ Molekularbiologie, Humangenetik Zellphysiologie, Mikrobiologie			
Funktionen und Funktionssysteme I vegetative Systeme II ZNS und Sinnesorgane			integr. Vorlesung Anatomie, Physiologie, Biochemie integriertes interdisziplinäres Praktikum 1 - vegetativer Teil und praktikumsbegleitende Seminare	integr. Vorlesung Anatomie, Physiologie, Biochemie integriertes interdisziplinäres Praktikum 2 - ZNS und Sinnesorgane und praktikums- begleitende Seminare	integriertes Seminar nach § 2 Abs.2 Satz 5 ÄAppO
Psychosoziale Grundlagen	Vorlesung Med. Psychologie Med. Soziologie	Kurse Med. Psychologie Med. Soziologie	Seminar Med. Psychologie logie + Med. Soziologie	Kurse Med. Psychologie Med. Soziologie	
Berufsfelderkundung Einführung in d. klin. Medizin	Hospitationsprogramm Allgemeinmedizin in Praxen niedergelassener Ärzte mit Seminaren und fall- basierten Tutorien	(Teil des integr. Seminars nach § 2 Abs.2 Satz 5 ÄAppO			
Wahlfach	Wahlfach				

Abb. 10: Überblick Vorklinik

Ein HEICUMED-Handout von 2002 gibt folgende globale Ziele an:

- Wissen** - relevantes Wissen für einen Allgemeinmediziner
  - exemplarische Vertiefung spezifischer Inhalte
- Fähigkeiten** - klinische Basisfertigkeiten
  - Kommunikations- und Teamfähigkeit
  - Informationsmanagement
- Haltungen** - Verantwortungsübernahme für das eigene Lernen
  - Sensitivität für die Sicht des Patienten
  - multidisziplinäre Perspektive
  - Bereitschaft zum lebenslangen Lernen

Auf die Durchführungsmodalitäten dieser, auch aus allgemeinmedizinischer Sicht an sich guten HEICUMED-Konzeption, konnte unsere Abteilungsleitung 2001 leider keinen Einfluss mehr nehmen, so dass sich bedauerlicherweise die Problematik der im Curriculum ungünstigen zeitlichen Platzierung unseres klinischen Unterrichts eingestellt hat: Arbeitsweise und Arbeitsauftrag unseres Fachs können nicht angemessen vermittelt werden, wenn den Studierenden Kenntnisse aus den meisten anderen Fächern fehlen. So ist es auch anhand unserer Leitlinien oft nicht einfach, zu vermitteln, dass sich im Rahmen unserer Filterfunktion viele Gesundheitsstörungen im Verlauf als ungefährlich (und nicht „facharztrelevant“) herausstellen, wenn z.B. die Otitis media oder das Reizdarmsyndrom noch gar nicht von Spezialistenseite erwähnt werden konnten. Insofern ist es besser, Allgemeinmedizin mindestens 1 Jahr später als bisher, also in Verbindung mit oder nach Block III und IV zu lesen.

Derartige Probleme bestehen mit den Querschnittsveranstaltungen weniger: allgemeinmedizinische Prävention passt in die Propädeutik, Reha/Naturheilkunde konnte sich unter der äußerst kompetenten und einfühlsamen Leitung von Frau Dr. Martina Kadmon erfolgreich in den Chirurgischen Block integrieren.

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über das HEICUMED Curriculum.

Medizinische Fakultät Heidelberg			
HEICUMED (Heidelberger curriculum medicinale)			
(mit neuer Approbationsordnung)			
Jahr	Themenblöcke	Beschreibung	
Okt bis März	<b>Propädeutischer Block</b>		
	5 Module: 1. Pathologie (4 Wochen) 2. Pharmakologie, Toxikologie (4 Wochen) 3. Propäd.Immuno / Mikrobiologie einschl.Virol/Bakteriol (4 Wochen) 4. Hygiene / Prop.Med.Biometrie / Prävention,Gesundheitsförderung / Gesundheitsökonomie (4 Wochen) 5.1 Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung <b>Strahlenschutz</b> (2 Wochen) 5.2 <b>Blockpraktikum Innere Medizin und Chirurgie</b> (2 Wochen)		
Apr bis Juli	<b>Block I</b> Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Klinische Chemie, Lab.Diagnostik Wochen 1-2: Klin. Chemie (für alle) Wochen 2+3: Einführung (für alle) Wochen 4-13: 5 Module zu je 2 Wochen im Rotationsverfahren >Kardiologie, Angiologie, Pulmol. >Gastroenterologie >Nephrologie / Allg.Innere Medizin >Hämatol./Onkol./Rheumatol. >Endokrinologie Allgemeinmedizin durchlaufend Woche 14: Prüfungen integriert: <b>Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie, Medizin des Alterns</b>	<b>Block II</b> Chirurgie, Orthopädie, Urologie Anästhesie// <b>Notfallmedizin</b> Woche 1: Einführung (für alle) Wochen 2-13: 5 Module zu je 2 Wochen im Rotationsverfahren >Herz-Thoraxchirurgie/Plast. Chirurgie >Viszeralchirurgie >Gefäßschir./Urologie >Orthopädie/Unfallchirurgie >Anästhesiologie/Notfallmedizin <b>Rehabilitation, Physikal.Medizin, Naturheilverfahren</b> Woche 14: Prüfungen durchlaufend: <b>klin-pathol.Konferenz</b>	Block I und II fächerübergreifende Leistungsnachweise  Blockdauer: 14 Wochen Durchführung 2xjährlich im Wechsel Moduldurchführung 10xjährl. Studenten im Block:130 Studenten im Modul: 26
	Blockpraktikum Allgemeinmedizin (1wöchig, nach Vereinbarung)		
Okt bis Jan	Block II	Block I	
Feb bis Juni	<b>Block III</b> 4 Module zu je 4 Wochen 1. <b>Neuro-Gruppe</b> 2. <b>Psycho-Gruppe</b> 1+2 fächerübergreifender LN 3. HNO/Ophthalmologie 4.1 Dermatologie, Allergologie 2 Wo 4.2 <b>Klinische Infektiologie /Immunologie 2 Wo</b>	<b>Block IV</b> 4 Module zu je 4 Wochen: 1.Gynäkologie (incl.Blockpraktikum) 2.Pädiatrie (incl.Blockpraktikum) 3. <b>Epidemiologie, Med.Biometrie + Med.Informatik (2 Wochen)</b> Klinische Genetik (2 Wochen) 4. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin <b>Klinische Umweltmedizin</b> Rechtsmedizin Vorl. Humangenetik durchlaufend	Blockdauer: je 16 Wochen Durchführung 2xjährlich im Wechsel Moduldurchführung 8xjährl. Studenten im Block: 130 Studenten im Modul: 33  Block III fächerübergreifender Leistungsnachweis
	Block IV <b>Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin (in Block III und IV)</b> Wissenschaftliche Arbeit, <b>Wahlfach</b> (10 Monate, frei wählbar)		
Okt bis Sept	<b>Praktisches Jahr</b>  2. Staatsexamen		

	neue Querschnittbereiche
	fächerübergreifende Leistungsnachweise
	Blockpraktika und Wahlfach

Abb. 11: Überblick HEICUMED-Curriculum

## Lehrqualifikation

### Dozentenschulung, Didaktik

Zwar ist das Fach Allgemeinmedizin stark klinisch (im Sinne von patientenunmittelbar) orientiert, doch finden sich die Patienten mit ihren behandelnden Ärzten nicht an der Hochschule in der Abteilung Allgemeinmedizin & Versorgungsforschung, sondern in den hausärztlichen Praxen des ambulanten Versorgungssystems. Unsere Abteilung forscht und lehrt im Rahmen der Ausbildung und in enger Kooperation mit den allgemeinärztlichen Praxen: die Mitarbeiter der Abteilung, die als Dozenten tätig werden, unterziehen sich ebenso bestimmten Auswahlkriterien und didaktischen Fortbildungen wie die Praxisärzte, die mit ihrer praktischen Langzeiterfahrung unverzichtbar sind.

Die Mitarbeiter der Abteilung nehmen an internen Fortbildungen und an den hochschuldidaktischen Fortbildungen der Fakultät (DOS I und II, [www.klinikum.uni-heidelberg.de/Ausbildung-Lehre](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Ausbildung-Lehre)) und weiterer Einrichtungen teil und erwerben hier auch Prüfungsqualifikationen ([www.klinikum.uni-heidelberg.de/Kompetenzzentrum-fuer-Pruefungen-Komp-Med](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Kompetenzzentrum-fuer-Pruefungen-Komp-Med)), die zum „Zertifikat Hochschullehre Baden-Württemberg“ gehören und Bonuspunkte bei der Leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM) des Ministeriums für die Lehre liefern. Diese Qualifizierungen können auf die Weiterbildung zum Master of Medical Education (MME) angerechnet werden.

Die „internatsartige“ 5- bzw. 7-tägige Dozentenschu-

lung „Fürth“ (Grasellenbach) ist eine ausgezeichnete Form der didaktischen Fortbildung, die mit ca. 50-60 Teilnehmern in Kleingruppen in kollegialer Atmosphäre durchgeführt wird und in jeder Hinsicht eine enorme Bereicherung darstellt (s. Abb. 13 und 14). Umfangreiches Unterrichtsmaterial (Methodenreader s. Abb. 15) und ein hervorragendes Team lieferten effektive Unterstützung für die ganz besondere Lehr-Praxis. Hier ein Ausschnitt aus dem Programm Frühjahr 2003 (s. Abb. 12).

Besonders eindrucksvoll und nützlich für die Lehrtätigkeit waren für den Lehrkoordinator neben den verschiedenen Settings von Gruppenarbeit vor allem

- Micro-Teaching: wechselseitige 5-10-Minuten-Präsentation eines frei gewählten Themas in einer Kleingruppe von 4 Teilnehmern mit Tafel oder Flipchart. Eine Videoaufnahme ermöglicht sofort Selbstbeurteilung und Beurteilung durch die Kleingruppe.
- Medi-Kit (Medizinisches Kommunikations- und Interaktions-Training): die Teilnehmer erhalten Gelegenheit, sowohl selbst als „Student“ ein Anamnesegespräch mit einem standardisierten Patienten (SP) zu führen, als auch in der Rolle des „Dozenten“ das Feedback der Gruppe an den „Studenten“ zu moderieren.
- Projektarbeit: Curriculumsentwicklung als Mini-Projekt: eine Gruppe von ca. 8 Teilnehmern arbeitet über mehrere Tage an einem Vorhaben wie z.B. der Entwick-

14:15	<b>Gruppenarbeit 3</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gruppe C: Mikro-Teaching <i>Kadmon, Volkmann, Autschbach, Strittmatter, Dozenten München &amp; Dresden</i> <i>Kamera: Huwendiek, Soböler, Holler, Lorenzen</i></li> <li>■ Gruppe A: Simulation <i>Böcker, Bardenheuer, Grube</i></li> <li>■ Gruppe B: Medi-Kit <i>Nikendei, Waliner, Stelein</i> <i>Weißel: Kaden, Dambe</i></li> </ul>
16:00	Zeit für ein wenig Entspannung
16:30	<b>IVS</b> <i>Steiner, Miebach</i>
16:45	<b>Einführung Projektarbeit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Zielsetzung der Projektarbeit <i>Strittmatter</i></li> </ul>
17:15	<b>Projektsitzung I</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Projektarbeit in den einzelnen Projektgruppen <i>Moderatoren siehe Projektgruppen</i></li> </ul>
18:45	<b>Trainertreffen</b>
20:00	Abendessen

Abb. 12: Ausschnitt aus dem Dozenten-Schulungsprogramm Frühjahr 2003

lung eines Reha-Curriculums, wobei mehrere Ebenen des Projektmanagements Beachtung finden (Produktentstehung, Organisation, Kommunikation, Teamentwicklung).

- Prüfungen in der Medizin (OSCE, Multiple Choice/MC-Klausuren): es wurde eine Strukturierte Klinische Prüfung (OSCE=Objective Structured Clinical Examination nach Harden, 1979) an 5 Stationen durchgeführt. Auf diese Art und Weise erhielten die Teilnehmer/Dozenten die Gelegenheit, sich selbst als Rater (Beurteilender) und Student (Prüfling) mit einem derartigen Parcours auseinanderzusetzen (z. B. eine Ohrenspiegelung lege artis durchzuführen).



Abb. 13 und 14: Dozentenschulung im „legendären“ Erbacher Hof

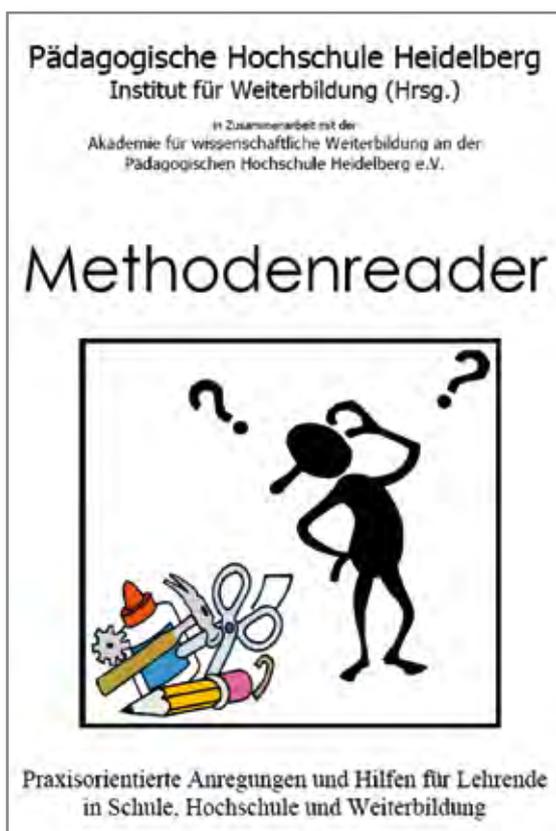


Abb. 15: Methodenreader

## Unterrichtsbezogene Fortbildungsaktivitäten von 1990 bis 2006

Ab 1990

Jährliche Symposien der Gesellschaft der Hochschullehrer in der Allgemeinmedizin e.V. in Köln, Berlin und München. Hier kam es immer zu einem fruchtbaren Austausch der allgemeinmedizinischen Abteilungen untereinander und mit nicht-allgemeinärztlichen Repräsentanten der Universitäten.

1993:

POL-Einführung (Problem-orientiertes Lernen, Bundesärztekammer, Köln)

1994:

1. Lehrbeauftragten-Treffen bei Dr. Amon, Niebelsbach

1996:

2. Lehrbeauftragten-Treffen bei Dr. Wiesemann, Odenheim

1996:

1. Kongress zur Weiterentwicklung der medizinischen Ausbildung mit STIMULUS in Heidelberg

1997:

3. Lehrbeauftragten-Treffen bei Dr. Amon

1998:

2. Kongress/Mini-Symposium Zukunftsperspektiven der medizinischen Ausbildung in Heidelberg

2002-2004:

Maastricht-Treffen, 2 MC-Workshops und 2 Workshops Prüfungen in Heidelberg, 1 Workshop E-Learning in Frankfurt, 3 „Schwabe“-Workshops in Heidelberg, Kiel und Freiburg, Dozentenschulung Fürth 2003. Kurskoordinatorentreffen 4x/Jahr mit MC-Klausurfragen-Reviews und OSCE-Standard-Setting (gemeinschaftliche Beurteilung der Güte und des Schwierigkeitsgrades einer Station oder einer MC-Frage anhand von Checklisten).

2005:

1. Abteilungsinterner Workshop „Didaktik“ unter der Leitung von Cristiane Eicher: Erweiterung der Lehr- und Lernmethoden in der medizinischen Aus- und Fortbildung (5.10. 2005, halbtägig).

Dabei wurden die Mitarbeiter auch mit umfassenderen didaktischen Grundlagen bekannt gemacht (Lernstile, Lernpyramide nach Miller, Micro-Teaching-Übung u.a.).

2006:

MC-Fragen-Training abteilungsintern,

4. Lehrbeauftragten-Treffen/Workshop für Lehrbeauftragte bei Dr. Engeser in Pforzheim unter der Leitung von Peter Engeser, Christiane Eicher und Armin Wiesemann (s. Abb. 16). OSCE-Training abteilungsintern.

Teilnahme weiterer Mitarbeiter an den Dozentenschulungen in Bad Herrenalb und Fürth/Grasellenbach.



Abb. 16: Entspannter Erfahrungsaustausch in der Workshop-Pause bei Dr. Engeser in Pforzheim

Entspannte Atmosphäre auch in den Räumen unserer Abteilung mit verschiedenen Künstlern:

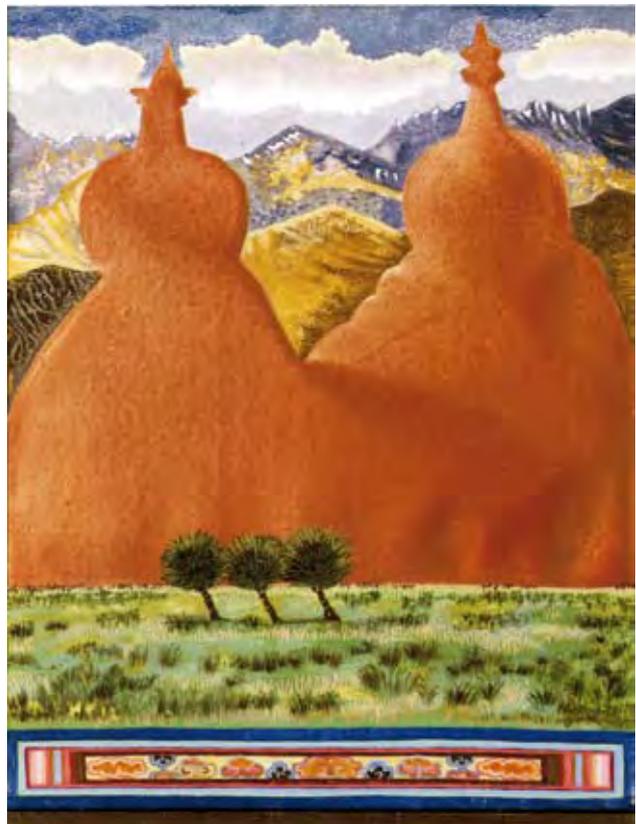


Abb. 17: Tibetischer Mittag (von Charlotte Herzog)

Die Lehrbeauftragten, die ihren Lehrauftrag auf Vorschlag unserer Abteilung von der Fakultät jedes Semester wieder neu erhalten, nehmen teilweise an den didaktischen Fortbildungsveranstaltungen der Abteilung, teilweise auch an der Dozentenschulung der Fakultät teil, zusätzlich regelmäßig an den Qualitätszirkeln „Lehre und Fortbildung in der Allgemeinmedizin“. Die seit vielen Jahren von der Gesellschaft der Hochschullehrer in der Allgemeinmedizin zum Thema Lehre jährlich ausgerichteten hochkarätigen Fortbildungstagen, bis 2005 unter der Leitung von Frau Prof. W. Kruse, jetzt unter der Leitung von Prof. Niebling, haben mit ihren Workshops zur Steigerung der Lehrqualifikation gezeigt, wie wichtig den Hausärzten und ihrer wissenschaftlichen Gesellschaft, der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, derzeitiger Präsident: Prof. M.M. Kochen) ein guter Hochschulunterricht ist.

Ende der Achtziger und Anfang der Neunziger Jahre ging es in diesen allgemeinmedizinischen Hochschulsymposien noch vornehmlich um die Positionierung der Allgemeinmedizin in Lehre und Forschung (S. Abbildung 18: „Haus der Allgemeinmedizin“). Nach wie vor steht dieses Haus auf einem unzureichend gefestigten Fundament und ist an vielen deutschen Universitäten nicht ausreichend eingerichtet!



Abb. 18: Haus der Allgemeinmedizin nach Wiesemann (Hochschullehrer-Symposium Berlin 1990)

In den letzten Jahren hat sich auf diesen Veranstaltungen und in den von der Fa. Schwabe, Karlsruhe, geförderten Workshops in Heidelberg, Kiel und Freiburg vor allem stärkeres Interesse an der Didaktik der Lehre und an guten Prüfungen und Evaluationsinstrumenten entwickelt.



Abb. 19: Workshop zur Lehre Kiel, 2003



Abb. 20: Workshop zur Lehre, Freiburg 2004

Nur ausreichend erfahrene und didaktisch engagierte Lehrkräfte sollen nach einer Probezeit in das Team aufgenommen werden.

### Die Akademische Lehrpraxis, Akkreditierung

Bei der Suche nach qualifizierten Lehrpraxen, die zunächst einen formlosen Antrag zur Mitarbeit in der Lehre (und Forschung) stellen können, haben wir neben die persönliche Begegnung ein formales Verfahren mit Auswahlkriterien gestellt, das 2002 maßgeblich in die Richtlinien der Landesärztekammer Baden-Württemberg Eingang gefunden hat. Dabei geht es vor allem um die Durchführung des Blockpraktikums im klinischen Abschnitt, schließlich aber auch um das Tertial im Praktischen Jahr, wobei wir auch die Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) berücksichtigt haben. Zum Profil der Heidelberger Allgemeinmedizin gehört der möglichst zuverlässige Transfer gemeinsam erarbeiteter Lernziele in die Lehrpraxen, im Wesentlichen durch die Qualitätszirkelarbeit zu bewerkstelligen.

Die interessierten oder von uns angesprochenen Ärzte stellen nach einer Probezeit mit hospitierenden vorklinischen Studierenden einen formlosen Antrag auf Akkreditierung, dem ein Fragebogen (Selbstauskunft) und eine Praxisvisitation durch einen erfahrenen Mitarbeiter unserer Abteilung folgen. In einem Vertrag mit der Universität erklärt sich der Lehrarzt/die Lehrärztin unter anderem bereit, Studierende qualifiziert und programmgemäß in der Praxis zu unterrichten und die Praxis dafür mindestens 18 Tage/Jahr zu öffnen; nach Zustimmung der Bezirksärztekammer wird das Verfahren mit einer 3 Jahre geltenden Urkunde abgeschlossen (s. Abb.21 a-c). Die Bezeichnung darf auf dem Briefkopf und Praxisschild geführt werden.

2003 wurden die ersten Praxen akkreditiert. Die folgenden Dokumente geben einen Einblick in das Verfahren, das im Vertrag unter anderem auch das bescheidene Honorar von € 25 für den Hospitationstag bzw. € 40 für den Blockpraktikumstag regelt.



Die Facharztpraxis für Allgemeinmedizin

von

**Herrn Dr. Anton Mustermann**

ist für den Zeitraum 01.10.2003 – 30.09.2006 eine

*Akademische Lehrpraxis der*  
**Medizinischen Fakultät der**  
**Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**

24. September 2003

Prof. Dr. Dr. h.c. H. G. Sonntag  
Dekan

Prof. Dr. H. Sellar  
Studiendekan

Prof. Dr. J. Szecsenyi  
Leiter der Abteilung Allgemeinmedizin  
und Versorgungsforschung

## Selbstauskunft zur Akkreditierung

Praxisstempel mit KV-Nr.:

Name, Vorname:

1. Qualifikation des Lehrarztes/der Lehrärztin*	Ja	Nein
Sind sie FAin für Allgemeinmedizin, ggf. hausärztl. Internist/in?		
Sind Sie mindestens 5 Jahre hausärztlich in eigener Verantwortung (Praxis) tätig (unter bestimmten Bedingungen 3 Jahre)?		
Haben Sie Erfahrungen in der Ausbildung von Studierenden oder Ärzten?		
Sind sie bereit, sich an der Qualitätssicherung/Qualitätszirkeln der Lehre zu beteiligen (mindestens 3 von 4 QZ/Jahr)?		
Haben Sie die Weiterbildungsbefugnis für Allgemeinmedizin?		
Haben sie promoviert?		
Nehmen Sie zur Zeit an qualitätsfördernden Maßnahmen teil? Welche?		
Nennen Sie uns bitte die bisherige Anzahl der Hospitationstage und der Qualitätszirkel Lehre & Fortbildung, an denen sie teilgenommen haben!	Anzahl:	
	Anzahl:	
<b>2. Praxisstruktur:</b>		
Betreuen Sie mindestens 500 GKV-Versicherte/Quartal?		
Wie viele Arzthelferinnen sind bei Ihnen beschäftigt?	Anzahl:	
Können Sie eine Arbeitszeit bzw. Praktikumszeit von mind. 35 h/Woche gewährleisten? (für 1-2 x 1 Blockpraktikum/Jahr), oder		
Können Sie mind. 18 Werktage pro Jahr Studierende aufnehmen?		
Haben Sie einen separaten Raum für den Kontakt Patient/Studierende?		
Führen Sie (Ruhe-) EKGs durch?		
Finden Laboruntersuchungen statt? (eigene oder Laborgemeinschaft)		
Führen Sie (gelegentlich) kleinere chirurgische Behandlungen (z.B. Verbände, Wundversorgung) durch?		
Halten Sie allgemeinmed. Literatur/Fachzeitschrift bzw. ein aktuelles Lehrbuch/Kompendium in Ihrer Praxis bereit?		
Haben Sie		
a) ein EDV-gestütztes Praxisverwaltungssystem und		
b) eine elektronisch geführte Patientenakte?		
(Name des EDV-Programms:.....)		
<b>3. Arbeitsspektrum der Praxis</b>		
Finden regelmäßig Hausbesuche statt?		
Ist die Grundausrichtung typisch schul- bzw. allgemeinmedizinisch? *		
Kommen Patienten aller Altersgruppen in Ihre Praxis?		
Bieten Sie in Ihrer Praxis (oder in Kooperation) Patientenschulungen an?		

\*Zusätzliche Qualifikationen wie Psychotherapie, Naturheilkunde, Suchtmedizin, Arbeitsmedizin, Chirotherapie, Sportmedizin, etc. sind durchaus erwünscht, sofern sie nicht überwiegend die Praxistätigkeit bestimmen.

Praxen, die ihre Arbeit maßgeblich besonderen Therapierichtungen widmen (z.B. Homöopathie, Anthroposophie, sog. alternative Heilmethoden etc.) können nicht als akademische Lehrpraxen für die allgemeinmedizinischen Pflichtpraktika geführt werden. Das schließt nicht aus, dass sie in fakultative Angebote einbezogen werden könnten.

Ein Praktikumstag umfasst mindestens 7 Stunden!

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift

## Praxisbesuch im Rahmen des Akkreditierungsverfahrens/Checkliste

bei Dr ..... Datum: .....

- Terminabsprache: Zeitrahmen ½ Stunde mit Team, weitere 15 – 30 Min. nur mit Lehrarzt/ärztin
- Vorher (zur Erörterung): Homepage ansehen, Unterlagen zur Praxis mitnehmen (Mappe mit Lebenslauf, Selbstauskunftsbogen etc.)

Merkmal	okay	Kommentar
Praxisschild, Eingangsbereich		
Rezeption		
Praxisgröße und -lage, Anzahl der Mitarbeiterinnen und Räume		
Umgang der Mitarb. mit Studierenden		
Terminsprechstunde		
Sprechzeiten		
Hygiene, Ausstattung der Räume		
Apparative Ausstattung: -EKG		
-ABDM		
-Spiro		
-Sono		
Kleine Chirurgie, Verbandsraum		
Praxis-EDV, Kartei, Dokumentation		
Ärztliche Schwerpunkte (NHV, Psychotherapie...)		
QZ-Teilnahme		
Anz. Hospitationen seit ...		
Einbindung der Studierenden gemäß Aufgabe (BFE, EKM, Blockpraktikum)?		
Wissenschaftlichkeit, DEGAM-Mitglied? Literatur? Fachzeitschr.		
Homepage der Abteilung genutzt?		<a href="http://www.allgemeinmedizin.uni-hd.de">www.allgemeinmedizin.uni-hd.de</a>
Eigene Praxis-Homepage?		e-mail-Adresse:

Besucht von :

Unterschrift:



Abb. 22: Frau Dr. Zeise-Süß, Lehrbeauftragte, erhält 2003 vom Dekan Prof. Sonntag ihre Akkreditierungsurkunde, im Hintergrund Prof. Wiesemann (li) und Studiendekan Prof. Seller



Abb. 23: Akkreditierung von Prof. Klimm



Abb. 24: Prof. Szecsenyi bei der Akkreditierungsvisite in der Praxis Dr. H. Baumann, Neudorf

Dementsprechend gehören die folgenden Bücher zur Standardausstattung unserer Lehrpraxen:



Abb. 25: Unterrichtsmaterial der Lehrpraxen

## Qualitätszirkel Lehre und Fortbildung, Moderatoren

Seit 1989 haben wir ein Lehrpraxisnetz aufgebaut, das zurzeit ca. 220 Praxen mit 260 Ärzten umfasst, von denen 150 als akademische Lehrpraxis akkreditiert sind. Die Qualitätszirkel befassen sich mit der Lehrtätigkeit der Ärzte und widmen sich zusätzlich ausgewählten Fortbildungsgegenständen, insbesondere auch den Leitlinien der DEGAM. Der Erfahrungsaustausch über den Umgang mit Studierenden und Einzelheiten zum Unterricht in der Praxis und an der Universität sind wichtige Bestandteile der Erörterung. Die Moderatoren dieser quartalsmäßig tagenden 12 Qualitätszirkel sind entsprechend ausgebildet, stellen die Zertifikate der Landesärztekammer aus und treffen sich ihrerseits zweimal/Jahr mit der Abteilungsleitung zum Erfahrungs- und Informationsaustausch. Die Teilnahmeempfehlung gilt für alle Lehrärzte, eine Pflicht besteht für die Akkreditierten. Diese innovative unterrichtsorientierte Qualitätszirkelarbeit ist ein wesentlicher Baustein unseres Abteilungsprofils.

Mit Protokollen und Teilnahmenachweisen ist neben dem Erwerb von Fortbildungspunkten gemäß Anmeldung bei der Ärztekammer auch eine kleine Honorierung verbunden.

Halbjährliche Newsletter verbessern ergänzend den Informationsfluss von der Fakultät in die „Praxis-Peripherie“. Eine größere Anzahl von Lehrpraxen hat im Rahmen des Qualitätsmanagements außerdem bereits ein QM-System, meistens EPA (European Practice Assessment) eingeführt (Szecsenyi 2004).

Die Qualitätszirkel sind ein wichtiger Beitrag zur kontinuierlichen Verbesserung von Lehre und Praxis, aber auch ein Ort der Reflexion und Kommunikation in entspannter,



Abb. 26: Qualitätszirkel „Lehre und Fortbildung in der Allgemeinmedizin“ Heidelberg in unserem Besprechungsraum, Voßstr. 2, vorne links Dr. Arends

kollegialer Atmosphäre. Dazu gehört auch (in unmittelbarer Nähe von Prinzhorn-Sammlung und Neckar) eine förderliche Gestaltung der Abteilung mit Heidelberg-Fotos, Bildern und angenehmen Arbeitsräumen, die wir unter anderem auch für die Qualitätszirkel und Ausbildung der Moderatoren nutzen können (s. Abb. 26-28 sowie Tab. 2).

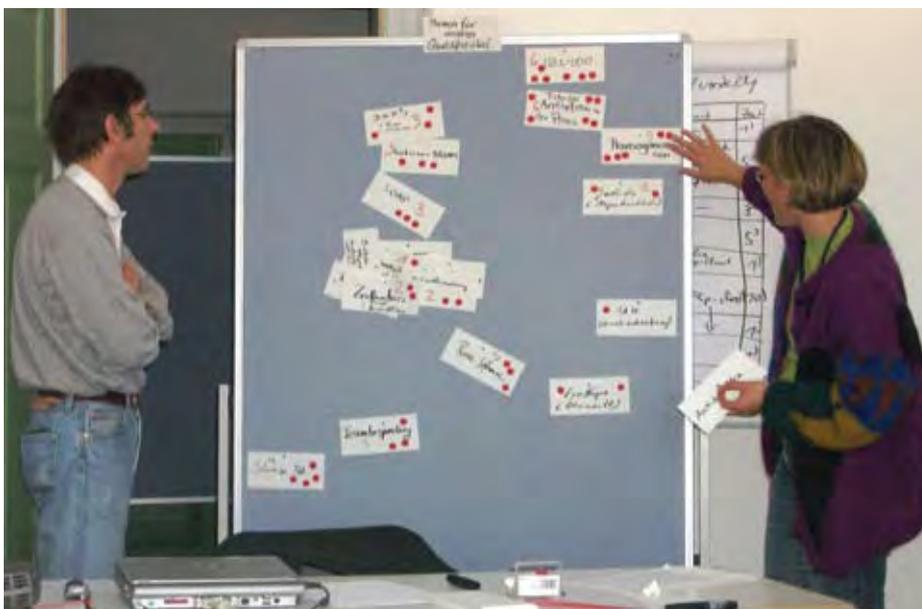


Abb. 27: Moderatorent raining für die Lehrqualitätszirkel in unserer Abteilung (Leitung: Prof. Szecsenyi)

Tab. 2: Termine der Qualitätszirkel Lehre und Fortbildung in der Allgemeinmedizin 2006

Ort	Adresse	Moderatoren	1. Termin	2. Termin	3. Termin	4. Termin
1 Heidelberg 1	Voßstraße 2, Geb. 37 69115 Heidelberg (06221) 761060	Dr. Eicher Dr. Musselmann	14.02.06 20.00 Uhr	25.04.06 20.00 Uhr	26.09.06 20.00 Uhr	14.11.06 20.00 Uhr
2 Heidelberg 2	Voßstr. 2, Geb. 37 69115 HD (06221) 472887	Dr. Arends Dr. Beuckelmann	14.02.06 20.00 Uhr (Dachgeschoss)	16.05.06 20.00 Uhr	18.07.06 20.00 Uhr	24.10.06 20.00 Uhr
3 Heidelberg 3	Voßstraße 2, Geb. 37 69115 Heidelberg (06221) 383535	Dr. Mohr Dr. Asen	08.02.06 20.00 Uhr	26.04.06 20.00 Uhr	19.07.06 20.00 Uhr	08.11.06 20.00 Uhr
4 Forst	Gasthaus Löwen, Kirchstr. 8, Forst (07257) 92317	Dr. Taubitz Dr. Wichmann	22.03.06 19.30 Uhr	21.06.06 19.30 Uhr	27.09.06 19.30 Uhr	29.11.06 19.30 Uhr
5 Hemsbach	Schulungsraum Praxis Dr. Schlüter, Bahnhofstr. 2 (06201) 290 88 90	Dr. Schlüter Dr. Leutgeb	21.03.06 19.00 Uhr	20.06.06 19.00 Uhr	19.09.06 19.00 Uhr	12.12.06 19.00 Uhr
6 Karlsruhe	Gaststätte Ritter, Hardstr. 25, KA (Nähe PVS) (07231) 33318	Dr. Engeser Dr. Bömkes	17.01.06 20.00 Uhr	25.04.06 20.00 Uhr	18.07.06 20.00 Uhr	17.10.06 20.00 Uhr
7 Wiesloch	Langens Turmstuben, Wiesloch (06222) 1000	Dr. Fröhlich Dr. Münz-Berti Dr. Krombholz- Nolinski	17.01.06 20.00 Uhr	25.04.06 20.00 Uhr	11.07.06 20.00 Uhr	10.10.06 20.00 Uhr
8 Mühlacker	Restaurant Kraut Wiernsheimer Str.; Mühlacker (07043) 93540	Dr. Niethammer Dr. Reininghaus Dr. Haack	22.02.06 18.00 Uhr	11.04.06 20.00 Uhr in den Räumen der KV in Pforzheim	21.06.06 18.15 Uhr	N.N.
9 Nagold	Hotel Adler; Badgasse 1 (07231) 33318	Dr. Engeser	30.03.06 20.00 Uhr	N.N.	N.N.	N.N.
10 Pforzheim	KV, Parkstr. 17-19 (07231) 33318	Dr. Engeser	01.02.06 20.00 Uhr	05.04.06 20.00 Uhr	19.07.06 20.00 Uhr	11.10.06 20.00 Uhr
11 Remchingen	Falkenstr. 7 75196 Remchingen (07232) 70392	Dr. Zeise-Süß Dr. Keller	21.02.06 20.00 Uhr	23.05.06 20.00 Uhr	18.07.06 20.00 Uhr	21.11.06 20.00 Uhr
12 Waibstadt (ehem. Sinsheim)	Waibstädter Hof 74915 Waibstadt (07263) 5830	Dr. Barlet Dr. Hoß	22.02.06 18.30 Uhr	26.04.06 18.30 Uhr	26.07.06 18.30 Uhr	18.10.06 18.30 Uhr

Moderatorentreffen (nur für Moderatoren der Qualitätszirkel)			
Ort	Adresse	Moderatoren	Termin
Heidelberg	Voßstraße 2, Geb. 37, 2. Stock (06221) 564743	Prof. Szecsenyi Prof. Wiesemann	27.09.06 18.00 Uhr

Erwartungsgemäß ist eine große Anzahl hausärztlicher Praxen, die bereit sind in der Lehre (und Forschung) mitzuarbeiten, über einen großen Raum verstreut. Wir erwarten, dass die Studierenden ihnen zugeteilte Praxen untereinander tauschen (Tauschbörse in Athena-med eingerichtet!) und auch einmal etwas weitere Wege in Kauf nehmen!



Abb. 28: Karte der Lehrpraxen und Qualitätszirkel in Nordbaden und angrenzenden Gebieten 2006.

## Checkliste „guter Unterricht“

Eine wesentliche Form des Lernens besteht nach wie vor darin, Fragen zum Thema zu stellen. Das heißt auch: welche Fragen stellt sich der Dozent bei der Vorbereitung zu seinem Thema selbst (und schließlich auch im Rahmen einer Vorlesung)?

Welche Lernziele sind führend? Welches Vorwissen haben die Studenten (müssen sie haben), um sich den Stoff interaktiv anzueignen?

Will ich die grundsätzlich (an der Allgemeinmedizin) interessierten Studierenden mit authentischen typischen Inhalten erreichen (und damit ggf. polarisieren) oder will ich irgendwie alle erreichen mit weniger authentischen, weniger typischen aber attraktiven Inhalten?!

Ist klar geworden, dass auch nicht prüfungsrelevante Informationen und Wissen eine Bedeutung (fürs Leben) haben (können)?

Welche Basisinformationen brauchen die Studierenden und wann (im Unterrichtsverlauf) soll ich als Dozent Antworten oder Übungsergebnisse „einfordern“?

Gibt es Verständnisfragen?

Bei welcher Gelegenheit ist es wichtig, dazu zu ermuntern, Fragen zu stellen?

Wie können „falsche“ Antworten für alle Nutzen bringen?

Welche Lösungen kommen bei Konflikten infrage? Blieb der rote Faden erkennbar? Habe ich das Wesentliche zusammengefasst?

Die folgende Checkliste (Tab. 3) resultiert aus eigener Erfahrung sowie Mitteilungen und Hinweisen von Florian Eitel (Eitel, F, 1997) und allgemeinen Erkenntnissen aus der Erwachsenenbildung, wobei für die praktische Umsetzung der Coaching-Beobachterbogen (Tab. 4) nützlich ist.

Tab. 3: Checkliste Lehr-Standards (mod. nach F. Eitel)

Standard	Parameter/Kriterien	Fragestellung	Konkretisierung
1. Lehrqualifikation	Kompetenz 1. Empathiewerte, 2. Didaktik, 3. Erfahrung, 4. Fachwissen	Wer lehrt?	
2. Zugangseignung v. Studierenden	Leistungsnachweise (Noten) Vorwissen	Wen?	
3. Lernzieldefinition	1. Operationalisierung 2. Abstraktionsgrad 3. Relevanz	Wozu?	
4. Lerninhaltsauswahl, Gewichtung von Themen	1. Prävalenzen 2. Exemplarität 3. Implementierbarkeit	Was?	
5. Lehrform	1. POL 2. Exkursion 6. Seminar 3. Kleingruppe 7. Übung 4. E-Learning 8. Vorlesung 5. Fallorientierung	Wie?	
6. Medienwahl	1. personal (Dozent) 2. apersonal 2.1. konventionell 2.2. neue Medien, E-Learning	Womit?	
7. Lernumgebung	Curricular design, Räume, Ausstattung	Wo?	
8. Studienablaufplan	Lerner- und lernziel-adaptierte Sequenzierung der Lernschritte bzw. Veranstaltungen	Wann?	
9. Evaluation	1. Strukturevaluation 2. Prozessevaluation 3. Ergebnisevaluation 3.1. formativ 3.2. summativ	Inwieweit?	
10. Prüfungsrelevanz	MC- und/oder OSCE-Orientierung	Wie prüfungsrelevant?	
11. „Testgüte“	MC-Fragen, OSCEs, Praktika	Wie valide?	
12. Umfang	Effektivität, Effizienz	Wieviel?	
13. Normorientierung	Gegenstandskatalog, Qualitätsmanagement	Wofür?	
14. Peer-Feedback	Coaching /Abstimmung (Beobachter-Checkliste)	Wie sicher?	
15. Philosophie, Reformansatz	Fachkompetenz, Stellenwert, Selbstbeschränkung, Autonomieunterstützung	Warum? Wie innovativ?	
16. Ressourcen	Allokation, Kostenrechnung	Woher?	
17. Projektmanagement	Visionen, Widerstände	Wogegen?	

## Beobachter-Fragebogen für Kollegiales Coaching im Vorlesungsbetrieb

(Kompetenzzentrum für Hochschuldidaktik in der Medizin, Tübingen (Lammerding-Köppel, 2002))

von ..... Informationen für .....

Aufbau	++	+	+/-	-	--	Passt nicht/ weiß nicht
Geschickter Einstieg?						
Transparente Gliederung?						
Klare Lernziele vermittelt?						
Nachvollziehbare Gedankenschritte?						
Einprägsame Darstellung?						
Angebotenes Wissen der Zielgruppe angemessen?						
Gelungene Verknüpfung mit Vorwissen?						
Gelungener Abschluss?						

Kommentar:

Einbezug der Teilnehmer/Innen (TN)	++	+	+/-	-	--	Passt nicht/ weiß nicht
Zu Beiträgen, Fragen, Einwänden aufgefordert?						
Beiträge, Fragen, Einwände berücksichtigt?						
Gleichmäßiger Blickkontakt mit den Zuhörern?						
Kontrolle, ob die Zuhörer aufmerksam sind?						

Kommentar:

Einbezug der Teilnehmer/Innen (TN)	++	+	+/-	-	--	Passt nicht/ weiß nicht
Relevanz des Themas vermittelt?						
Emotional genügend angesprochen?						
Motivierende/stimulierende Atmosphäre?						
Kreativer Denkvorgang gefördert?						

Kommentar:

Präsentation	++	+	+/-	-	--	Passt nicht/ weiß nicht
Angemessene Sprache?						
Angenehme Sprechweise und Sprachduktus?						
Angemessener Einsatz von Gestik und Mimik?						
Angemessene Raumnutzung?						
Gelungene Verwendung von (technischen) Hilfsmitteln?						
Genügende Moderation des Ablaufs?						

Kommentar:

Sonstiges:

Tab. 4: Beobachter-Fragebogen

## Unterrichtsveranstaltungen

[www.klinikum.uni-heidelberg.de/Unterrichtsmaterial](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Unterrichtsmaterial)

Der Unterricht findet in den Lehrpraxen und den Räumen des Klinikums statt (Theoretikum/INF und Hörsaal 410 bzw. Seminarräume der Medizinischen Klinik). Die leider nicht immer optimale Lernumgebung ist mittlerweile nahezu vollständig mit Deckenbeamern ausgerüstet (INF 346 und 327 sowie die Räume der Krehlklinik), nur wenige Räume verfügen über stationäre Computer.

### **Zum Thema Skripte:**

Das Skript hat für Studierende verständlicherweise eine große, sicher etwas überschätzte Bedeutung. Wir haben umfangreiches Unterrichtsmaterial auf der Athena-med-Plattform und/oder unserer Homepage elektronisch zur Verfügung gestellt. Nach Portfolio-Art kann sich jeder Studierende auf diese Art und Weise seine persönlichen Skripte als Loseblattsammlung zusammenstellen (Abstracts, komplette Powerpoint-Präsentationen, Literatur, Lernzielkataloge aber auch Organisationsmittel wie Merkblätter, Arbeitsblätter, Formulare zum Leistungsnachweis und anderes). So können alle Unterlagen rasch aktualisiert werden, was für Studierende wie Dozenten gleichermaßen Gewinn bringt. Zusätzlich liefert die Allgemeinmedizin aber auch ihren Beitrag zum aktuell erstmalig im internistischen Block auf Papier zusammengestellten Skript.

Im Anhang haben wir alle verfügbaren Unterlagen mit ihrem Ort der elektronischen Ablage aufgeführt, zum Nutzen für Dozenten und Studierende.

Einen Überblick über das Unterrichtsprogramm liefert z.B. das folgende, download-fähige Merkblatt:

## Merkblatt

### Heidelberger PraxisHospitationsprogramm (HeiPrax):

Hausarztpraxis-gestützter Unterricht ab Studienbeginn

Arbeitsunterlagen für Studierende und Lehrpraxen  
(siehe auch entsprechende Lernzielkataloge)

#### Abteilung Allgemeinmedizin & Versorgungsforschung

Voßstr. 2, Gebäude 37, 69115 Heidelberg

Tel.: (06221) 564814, Fax: (06221) 561972

eMail: [lehre.allmed@med.uni-heidelberg.de](mailto:lehre.allmed@med.uni-heidelberg.de)

Homepage: [www.allgemeinmedizin.uni-hd.de](http://www.allgemeinmedizin.uni-hd.de)

Seminare im Theoretikum, INF.

#### Ziele und Lernziele des hausarztpraxis-gestützten Unterrichts sind:

- Frühzeitige, kontinuierliche Auseinandersetzung mit Patienten- und Behandlungsproblemen in der Praxis (ärztliche Primärversorgung)
- Förderung ärztlich-menschlicher Kompetenz durch Beobachtung und Reflexion ärztlichen Handelns in der Praxis
- Sichtbarmachung der Praxisrelevanz vorklinischer und klinischer Lehrinhalte durch in der Praxis erlebten Anwendungsnutzen (z.B. Anatomie oder Physiologie des Gehörs)
- Wahrnehmung von Schlüsselproblemen medizinischer Behandlung in der Praxis, auch in ihrer zeitlichen Dimension (über mehrere Jahre hinweg)
- Unterricht in der kleinsten denkbaren Unterrichtseinheit: Arzt-Patient-Student zur Vermittlung von Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten für den Arztberuf
- Förderung des qualitätsorientierten Bewusstseins für evidenzbasierte und individuelle Medizin in der Hausarztpraxis  
(Versorgungsauftrag und Wissenschaftlichkeit in der Allgemeinmedizin: [www.degam.de](http://www.degam.de))
- Anleitung zum Verständnis allgemeinmedizinischer Arbeitsweise (Leitsymptome u.a.)
- Förderung und Forderung studentischer Eigeninitiative fürs Studium

#### Vorklinischer Abschnitt (HeiPrax A): 1. Studienjahr

Unterrichtsveranstaltungen

([www.allgemeinmedizin.uni-hd.de](http://www.allgemeinmedizin.uni-hd.de))

- 1. Semester: Einführung, 2 Praxistage (Hospitationen in hausärztlichen Lehrpraxen mit definierten Aufgaben), 3 Begleitseminare, mindestens 4x Teilnahme am Tutorium Anatomie am Lebenden (AaL) als inhaltliche Voraussetzung für den Schein der Veranstaltung „Praktikum zur Berufsfelderkundung“ (BFE)

- 2. Semester: 2 Praxistage, 3 Begleitseminare, 7x Teilnahme an POL und 3x AaL als inhaltliche Voraussetzung für den Schein der Unterrichtsveranstaltung „Einführung in die klinische Medizin“ (EKM)
- Weit gefasste Lernziele für den vorklinischen Abschnitt:  
Die Studierenden sollen sich die o. g. Ziele bewusst machen und
  - a) wissen, welche Rolle unterschiedliche ärztliche Berufsfelder spielen und wie kooperiert wird, insbesondere in der ärztlichen Primärversorgung
  - b) eine Vorstellung bekommen vom Umgang mit Patienten und der Erhebung von Anamnese und Befunden unter frühzeitiger Verwendung des SOAP-Schemas

#### Klinischer Abschnitt (HeiPrax B): 3.-4. Studienjahr

Unterrichtsveranstaltungen: Modul Allgemeinmedizin im internistischen Block und Beteiligung an den Querschnittsveranstaltungen Prävention/Gesundheitsförderung im Rahmen der Propädeutik und Reha-NHV im chirurgischen Block

- Modul Allgemeinmedizin im 3. Studienjahr: Themen- und Fallbezogenes Seminar in 10 Doppelstunden, in Verbindung mit/zur Vorbereitung auf:
- Blockpraktikum im 4. Studienjahr: 1 Woche in hausärztlichen Lehrpraxen (Benotung)
- Weit gefasste Lernziele für den klinischen Abschnitt: Erlernen von Fertigkeiten und Fähigkeiten im Rahmen der hausärztlichen Arbeitsweise dem Lernzielkatalog für den klinischen Abschnitt entsprechend (s. Loseblatt-Skript Lernzielkatalog Tab. 6a-c)
- Querschnittsveranstaltungen Prävention/Gesundheitsförderung/Gesundheitssysteme im propädeutischen Block (s. Lernziele Tab. 8)
- Querschnitt Reha-Naturheilverfahren (NHV) im chirurgischen Block (s. entsprechende Lernzielangaben S. 65).
- PJ in Einzelfällen nach Absprache (S. 81)

## Das vorklinische Heidelberger Praxis (hospitations) programm (HeiPraxA)

### A1 Überblick, Lernziele

Dieses in 2 Teile gegliederte Programm liefert die Basis für die beiden vorklinischen Pflichtpraktika im 1. Semester zur Berufsfelderkundung (BFE), im 2. Semester zur Einführung in die klinische Medizin (EKM) und soll den Studierenden die Möglichkeit geben, sich über verschiedene ärztliche Berufsfelder zu informieren. Dabei sollen insbesondere die niedergelassenen Hausärzte mit ihren vielfältigen Kooperationen bis hin zu solchen Einrichtungen wie Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft eine bevorzugte Rolle spielen, da die Ausbildung an den Universitäten ohnehin sehr stark klinisch geprägt ist. Einer Einführungsvorlesung für alle folgen 3 Seminare in Gruppen mit je ca. 15-20 Teilnehmern im Winterhalbjahr, 3 weitere Seminare mit mehr klinischen Bezügen im Sommerhalbjahr. Diese Seminare erörtern die Patientenkontakte und stellen mit ihrer Themenauswahl auch Verbindungen zu den vorklinischen Grundlagenfächern her. Die zwei Teile dieses kurzen Hausarztpraktikums umfassen je zwei Tage mit insgesamt 35-40 Stunden. An Stelle einer Leistungskontrolle wird hier eine Anwesenheitskontrolle durchgeführt.



Ergänzend kommt die Teilnahme an den studentischen Tutorien Anatomie am Lebenden (AaL, [www.aal.uni-hd.de](http://www.aal.uni-hd.de)) hinzu, später auch am Problem-Orientierten Lernen (POL, [www.pol.uni-hd.de](http://www.pol.uni-hd.de)); diese Tutorien haben in Heidelberg mittlerweile eine gute Tradition. AaL-erfahrene Studierende leiten zur gegenseitigen Untersuchung an (Thorax, Abdomen, Bewegungsapparat) und ermöglichen auch schon erste Venenpunktionen. Die Gruppen werden von den Tutoren zusammengestellt (Aushang Studiendekanat). Auch das EKM-Praktikum, das bereits stärker in den Umgang mit Patienten einführt, beinhaltet klare Aufgabenstellungen, die aus dem Seminarplan ersichtlich sind; in Ergänzung dazu arbeiten POL-erfahrene Studierende mit ihren jüngeren Kommilitonen am Praxisfall.

Die beiden vorklinischen Praktika können auch besonders gut im Rahmen der Gemeindemedizin inhaltlich bereichert werden: von der Hausarztpraxis in die Übungsgruppen (Prävention und Rehabilitation), zu Hausbesuchen, zur Herzgruppe, zu den Pflegeeinrichtungen und Hospizen (Wiesemann 2006 in Kochen MM: Allgemeinmedizin, S. 268-74).

Für die Definition von Lernzielen gibt es gute Anleitungen, die vor allem den aktuellen Unterricht betreffen: mögliche Ordnungsschemata für Lernziele sind das Ordnen nach Verhaltens- und Inhaltsklassen und das Ordnen

in einen kognitiven, affektiven und psychomotorischen Bereich.

- Es werden Fähigkeiten und Kenntnisse der Studierenden beschrieben.
- Lernziele beschreiben Verhalten (möglichst beobachtbares Verhalten, bestenfalls messbares Verhalten).
- Lernziele enthalten daher Verben (wie „können, verstehen, beschreiben, erklären“).
- Lernziele sollten weder zu beliebig, noch zu detailliert formuliert werden, daher soll zwischen weit und eng gefassten Lernzielen unterschieden werden.

Allerdings haben wir für umfassendere, elektronische Lernzielkataloge die stichwortartige Beschreibung zur Vereinfachung vorgezogen (s. folgende Lernzielkataloge Tab. 5 und 6). Die Lernziele für das PJ (s. dort) haben wir dagegen beispielhaft ausformuliert.

Tab. 5: Lernziele der Allgemeinmedizin (im Rahmen des vorklinischen Praxishospitationsprogramms: HeiPraxA)

<b>Wissensinhalte</b> • = exemplarische Inhalte, PS = Psychologie/Soziologie, A = Anatomie, B = Biochemie, P = Physiologie, H = Humangenetik, T = Terminologie	<b>Exemplarische Anwendung</b>	<b>Vernetzung Vorklinik</b>	<b>„Refresh“ im klinischen Abschnitt</b>
<b>Praktikum der Berufsfelderkundung (BFE, 1. Semester)</b>			
• Stellung und Aufgaben des (Haus-) Arztes im deutschen Gesundheitswesen		PS	
• Ärztliche (+nichtärztliche) Berufsfelder, Kooperation über verschiedene Versorgungsebenen hinweg	Verordnung, Überweisung, Reha, Einweisung	PS	
• Hausarzt als Lotse, Praxis mit Schlüsselfunktionen	Verordnung		
• Berufliche Entwicklung, Möglichkeiten zukünftiger Weiterbildung		PS	
• Versorgungsauftrag der Allgemeinmedizin, spezif. Funktionen (z. B. Siebfunktion, Koordination)		PS	Block I
• Grundzüge der Anamnese und Basis-Diagnostik		PS, A	Block I
<b>Praktikum zur Einführung in die klinische Medizin (EKM, 2. Semester, baut auf BFE auf)</b>			
• Verbale und non-verbale Kommunikation	Arzt-Pat.-Gespräch	PS	Blockpraktikum
• Befund und Befinden: Bio-Psychosoziale Kompetenz		PS, H	Propäd. Block
• Evidenzbasierte Medizin und subjektives Krankheitserleben	Patienten-Interview	H, B, P	Blockpraktikum
• Besonderheiten der hausärztlichen Arzt-Patient-Beziehung, mögliche Konflikte	Arbeitsunfähigkeit	PS	
• Grundkenntnisse in der Erhebung von Befunden: Lunge, Bewegungsapparat, Gehör (SOAP-Schema)	Befunderhebung	A, B, P, T	Block I, Blockpraktikum
• Häufige Patientenprobleme, Niedrig-Prävalenzbereich		PS	Block I
<b>Fertigkeiten/Fähigkeiten</b> (AaL=Anatomie am Lebenden, POL=Problemorientiertes Lernen) Level (1=Nur Theorie, 2=gesehen/demonstriert bekommen, 3=mehrfach durchgeführt, 4=Erfahrung/Routine in der Methode)			
• Beschreibung eines ersten Eindrucks eines (unbekannten) Patienten (2x)		2	
• Erstellen eines Praxisberichts		2	
• Reflexion naturwissenschaftlicher Grundlagen in Verbindung mit Volkskrankheiten (z.B. Diabetes)		2	
• Protokoll eines Arzt-Patient-Gesprächs		2	
• Durchführung eines Patienten-Interviews (Anamneseübung)		2	
• Unterscheidung von Normabweichungen und behandlungsbedürftigen Störungen (z.B. Angst)		2	
• Korrekte Blutdruckmessung, Blutabnahme, Blutzuckermessung bei einem Diabetiker			3
• Erhebung Lungenbefund mit PEF-Durchführung, ggf. Befund am Bewegungsapparat mit Schober			3
• Orientierende Prüfung der Hörfähigkeit (schwerhöriger Patient)		2	
• Erörterung von Praxisfällen und spezifischer allgemeinärztlicher Arbeitsweise			3
• Gespräch mit „Schnittstellenpatient“ (z. B. Weiterbehandlung nach Krankenhausentlassung)		2	
• AaL, POL: Fallarbeit (Volkskrankheit); gegenseitige Untersuchung (Bewegungsapparat)			3

Haltung
Respektvoller, empathischer, nicht wertender Umgang mit dem Patienten
Einbeziehung ethischer Grundsätze bei diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen
Autonomie des Patienten achten
Bereitschaft zur Selbsterfahrung und Reflexion eigener Einstellungen (z.B. zu Sterben und Tod) sowie eigener Fähigkeiten und Grenzen
Beachtung subjektiver Patientenvorstellungen
Bewusstsein über Rollenkonflikte von Arzt, Patient und Angehörigem
Beachtung familienmedizinischer Aspekte
Adäquater Umgang mit Patienten unterschiedlichen Alters und unterschiedlicher Herkunft

Version Juli/06

## A2 Praktikum Berufsfelderkundung (BFE)

Zu HeiPraxA haben wir elektronisch verfügbare Skript-Bestandteile, Präsentationen und Unterlagen erarbeitet. Verfügbares Unterrichtsmaterial neben Hinweisen zur Hospitation und Wegebeschreibungen zu den nachfolgenden Themen im PDF-Format auf unserer Homepage und/oder Athena-med-Server:

- Ärztliche Berufsfelder im deutschen Gesundheitswesen/Stellung der Allgemeinmedizin (Einführung für alle Erstsemester)
- Ärztliche Berufsfelder mit und ohne Patientenversorgung, Weiterbildung
- Anamnese: erste Übungen
- 5-Sinne-Diagnostik, Methoden der Basisdiagnostik

### Aufgaben

Bericht über die Praxis mit Beratungsanlässen sowie Beschreibung eines ersten Eindrucks von Patienten auf Formblatt.

### Dokumentation

Organisationsmittel auf der Homepage

- Praxisbericht
- BFE-Leistungsnachweis
- Praxishospitationsbeleg für Lehrpraxen
- Aufgabenblatt „erster Eindruck“  
(s. Abb. 30)

### Aufgabenblatt Erster Eindruck

Untersuchung	Ihre Notizen zum Patienten (Initialen:.....)
Allgemeinzustand (AZ)	
Ernährungszustand (EZ) BodyMassIndex (BMI)	Geschätzt: Gemessen:
Geschlecht, Alterseindruck	
Körperhaltung	
Gangbild	
Stand	
Gesichtsausdruck	
Kommunikation	
Verhalten	
Besonderheiten	

#### Beratungsursache:


#### Beratungsergebnis:


Abb. 30: Aufgabenblatt

### A3 Praktikum zur Einführung in die klinische Medizin (EKM)

Verfügbares Unterrichtsmaterial zu den nachfolgenden Themen unter anderem im PDF-Format (Homepage und/ oder Athena-med):

- Verbale und Nonverbale Kommunikation
- Evidenzbasierte Medizin in der Hausarztpraxis
- Befund und Befinden: die bio-psychoziale Kompetenz

Schon in dieser Situation kann und soll erstmals das SOAP-Schema (nach Weed, 1968) für den Patientenkontakt genutzt werden, wenngleich dies im Wesentlichen vorklinisch zunächst nur für S und O gelten kann:



Abb. 31: Demonstration einer Untersuchung in der kleinsten Unterrichtseinheit (Ärztin-Patient-Student)

- Subjektives: Anamnese (Patienten-Interview)
- Objektives: Befund, z.B. Lungenbefund bei Obstruktion und als Normalbefund
- Assessment: Analyse/Beurteilung, Arbeitsdiagnose (Lehrarzt)
- Plan: weiteres Vorgehen (abwartendes Offenlassen, abwendbar gefährlicher Verlauf: Lehrarzt)

### Aufgaben

Anamneseübung (Patienteninterview mit Schwerpunkt Subjektivität des Patienten), Anfertigung eines Protokolls von einem Arzt-Patient-Gespräch, Erhebung eines Befundes (zweimal vorzugsweise Lunge oder Bewegungsapparat, nach SOAP).

### Organisationsmittel

SOAP-Vorlage ebenfalls auf Homepage und/oder Athenamed.

### Dokumentation

- Leistungsnachweis EKM
- Leistungsnachweis Aal und POL
- Protokoll Arzt-Patient-Gespräch (und Analyse)
- Befunderhebung (Lunge, Bewegungsapparat)
- Patienteninterview zu subjektiven Vorstellungen mit folgender Anleitung auf einem Arbeitsblatt (Abb. 32)

### Aufgabenblatt Patienten-Interview

Beim Patienteninterview handelt es sich um eine erste Übung in der Kunst der Anamneseerhebung, bei welcher der Patient selbst über seine Beschwerden, Erkrankung(en), chronischen Krankheit(en) oder auch seine Gesundheit berichtet und über seine eigene Rolle und die Rolle des Arztes Auskunft gibt. Das führt auch zur Frage der Mitarbeit, zur Compliance, zur Motivation.

**Interview-Fragen:** Die vorgeschlagenen Fragen an den Patienten stellen nur ein Grundgerüst dar, das Sie natürlich den Gegebenheiten Ihres „Falls“ anpassen müssen ....

(in Klammern stehen Anregungen für die Besprechung des Interviews mit Ihrem Lehrarzt)

1. Beeinträchtigen die Beschwerden/Erkrankungen/chronischen Krankheiten des Patienten dessen Lebensqualität? Vorübergehend/dauerhaft? Gibt es spezielle Anliegen? Was beeinträchtigt den Patienten besonders? (Was steht für den Lehrarzt im Vordergrund?)
2. Worauf führt der Patient seine Beschwerden/Erkrankungen/chronische Krankheit zurück, was könnte nach seiner subjektiven Vorstellung nach an ihnen „schuld“ sein? Was hat er als erstes bemerkt? Welche „Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge“ sieht bzw. „konstruiert“ (?) der Patient? (Worauf führt der Lehrarzt die Beschwerden bzw. Probleme zurück?)
3. Was hat der Patient in seiner „Angelegenheit“ bisher selbst unternommen? Warum? Eigene Aktivitäten des Patienten in seiner Sache? Mit welchem Ergebnis? (Welche dieser Patientenbemühungen hat Ihr Lehrarzt wahrgenommen?)
4. Wann und warum ist er erstmals wegen seiner Beschwerden/Probleme, zum Arzt gegangen? Weshalb

Abb. 32: Aufgabenblatt PI

am Tag der Hospitation? Welche Erwartungen, Befürchtungen waren/sind mit dem Arztbesuch verbunden? Welche Vorstellungen, was „die Medizin“/der Arzt für den Patienten bewirken kann/soll?

5. (Was meint Ihr Lehrarzt für diesen Patienten/diese Beschwerden tun zu können/müssen?) Was war für den Patienten das Ergebnis der heutigen Beratung? Welche Aufklärung, welchen Rat, welche Verordnung vom Arzt nimmt er mit/nimmt er an? (Stimmt das überein mit dem was der Arzt - nach Ihrer Ansicht - erklärt, geraten, verordnet hat? Inwieweit stimmen die Patientenangaben und das was Sie wahrgenommen haben überein mit dem was der Arzt vermitteln wollte?)

6. Wie wird es nach Ansicht des Patienten mit seinem Problem weitergehen? (Wie nach Ansicht Ihres Lehrarztes ? Prognose ?)

7. Welche seiner früheren oder jetzigen Verhaltensweisen waren/sind nach Ansicht des Patienten für seine Gesundheit eher abträglich gewesen oder sind es noch? (Gesundheitsschädliches Verhalten nach Ansicht Ihres Lehrarztes ?)

**Es sollten also die folgenden 4 Themenkomplexe reflektiert werden:**

1. Subjektive Krankheits-/Gesundheitstheorien, Schuldfrage/Sündigen? (z.B. bei Diabetes)?
2. „Vorher/Nachher“ Was führt den Patienten zum Arzt? Was unternimmt er, bevor er zum Arzt geht? Was wird er tun, wenn er beim Arzt war?
3. Frage der geglückten Kommunikation? Was versteht der Patient überhaupt von dem, was der Arzt ihm sagt/erläutert? Was wollte der Arzt vermitteln? Ist ihm das gelungen?
4. Therapietreue: Wie könnten die im Interview gewonnenen Erkenntnisse dazu genutzt werden, die Therapietreue zu erhöhen, Patienten zur Mitarbeit zu motivieren?

## A4 Anatomie am Lebenden (AaL), Problemorientiertes Lernen (POL)

Während das AaL-Programm der Anatomie-Vorlesung folgt und diese durch die (gegenseitigen) Untersuchungen am Lebenden sinnvoll (und entspannt) ergänzt, müssen die Studierenden von den POL-Tutoren zunächst mit der Methode (intensiver dann im klinischen Abschnitt eingesetzt) vertraut gemacht werden, die in den fünfziger Jahren in den USA und Kanada eingeführt wurde. In Kleingruppen von ca. 8 Studierenden wird ein Patientenfall/-Problem nach einer 7 (bzw. 8)-Schritte -Struktur unter Leitung eines Hilfestellung gebenden und moderierenden Tutors bearbeitet:

1. Informationsaufnahme, Begriffsklärung (des Themas/Patientenproblems)
2. Problemdefinition (z.B. 75jährige Diabetikerin mit Fieber)
3. Brainstorming (Hypothesengenerierung)
4. Systematisches Ordnen und Gewichten
5. Erstellen von Lernzielen
6. Selbststudium, Recherchen (einige Tage)
7. Präsentation und Synthese der zusammengetragenen Informationen
8. Evaluation (Feedback, Blitzlicht)

Ohne das hohe Engagement der studentischen Tutoren (Abb. 33 und 34) wären diese wichtigen, ergänzenden



Abb. 33 und 34: Heidelberger POL-Tutoren bei einer internen Fortbildung, etwas „verwickelt“

Unterrichtsangebote nicht denkbar. In Kooperation mit Dr. Hans-Martin Bosse, der auch für die Online-Version der Lernzielkataloge verantwortlich ist, soll eine weitere Qualifikation der Tutoren ermöglicht werden.

Hier die Homepages von POL (Abb. 35): ([www.pol.uni-hd.de/](http://www.pol.uni-hd.de/)) und AaL (Abb. 36)



Als POL-Fall können und sollen einfache Fälle aus der Praxis dienen, das heißt aus der Hospitationserfahrung, z.B. die übergewichtige Diabetikerin oder Patient mit Rückenschmerzen oder Brennen beim Wasserlassen.

Der Leistungsnachweis dieser nicht benoteten Unterrichtsveranstaltungen erfolgt in Form von Anwesenheitskontrollen auf Dokumentationsbögen.



Abb. 36 ([aal.uni-hd.de/](http://aal.uni-hd.de/))

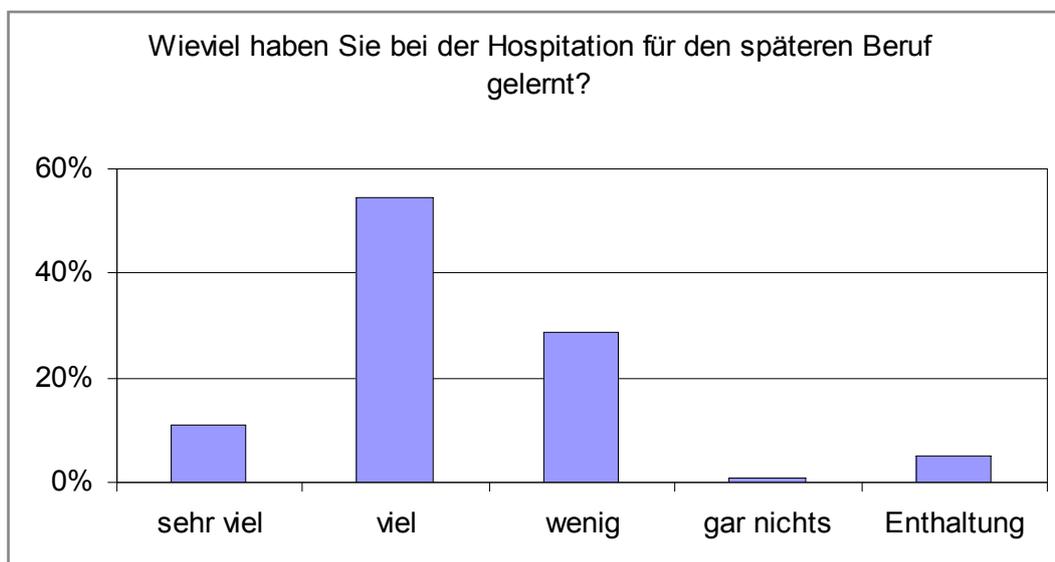
## A5 Evaluation des vorklinischen Praxis (hospitations) Programms HeiPraxA

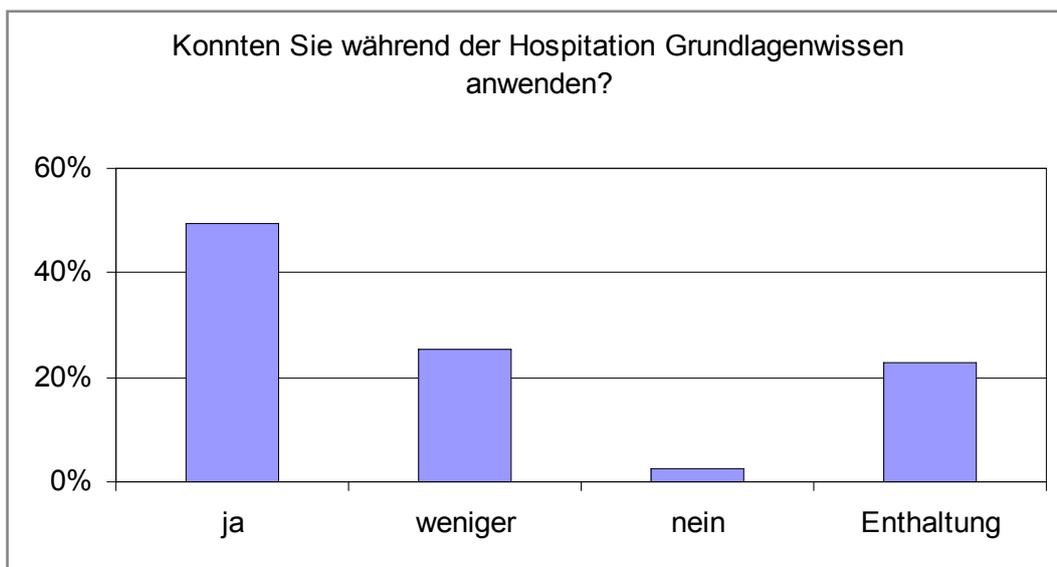
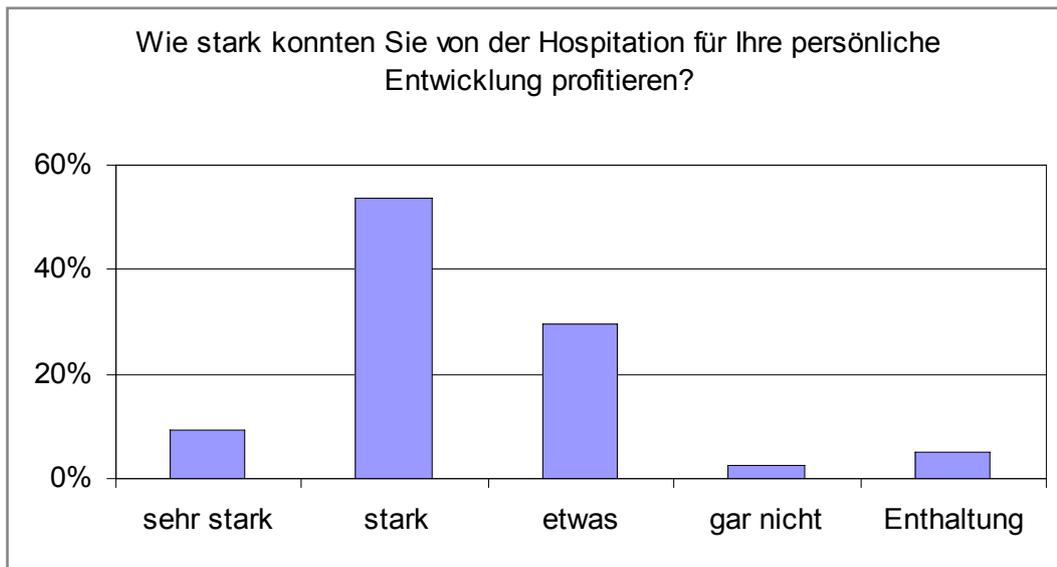
Aus mehrfachen Evaluationen haben wir beispielhaft die folgenden von 2003 ausgewählt, wobei zu berücksichtigen ist, dass HeiPraxA prinzipiell nicht benotet und nicht gesondert geprüft wird. Es nahmen meist 70-80 % der Studierenden an der Befragung teil.

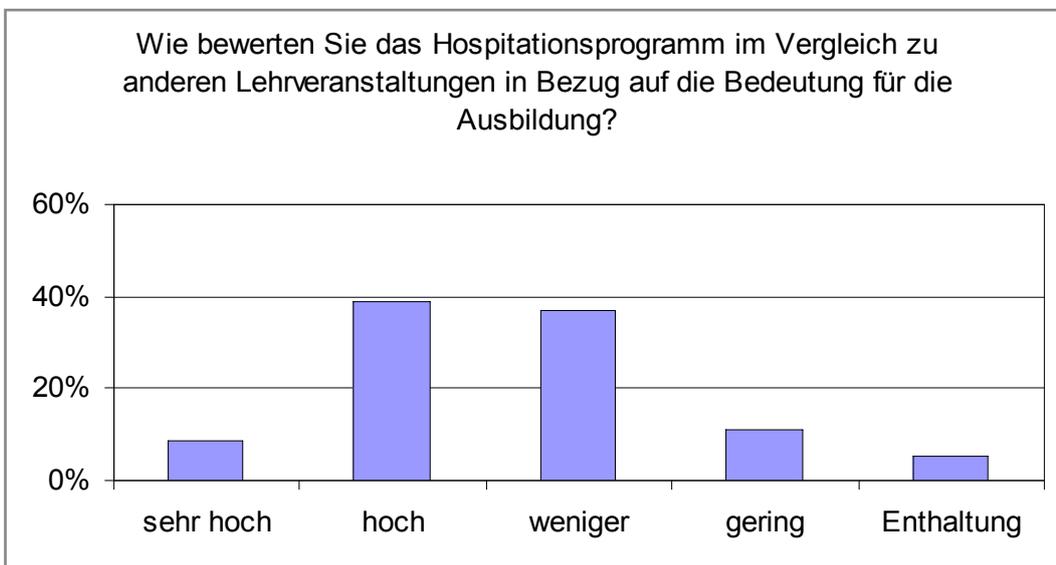
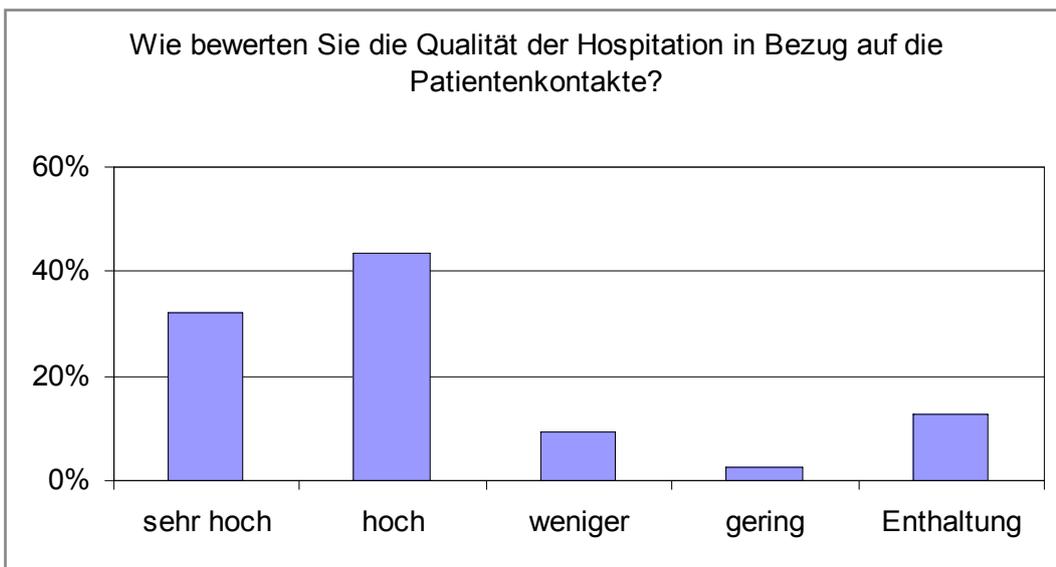
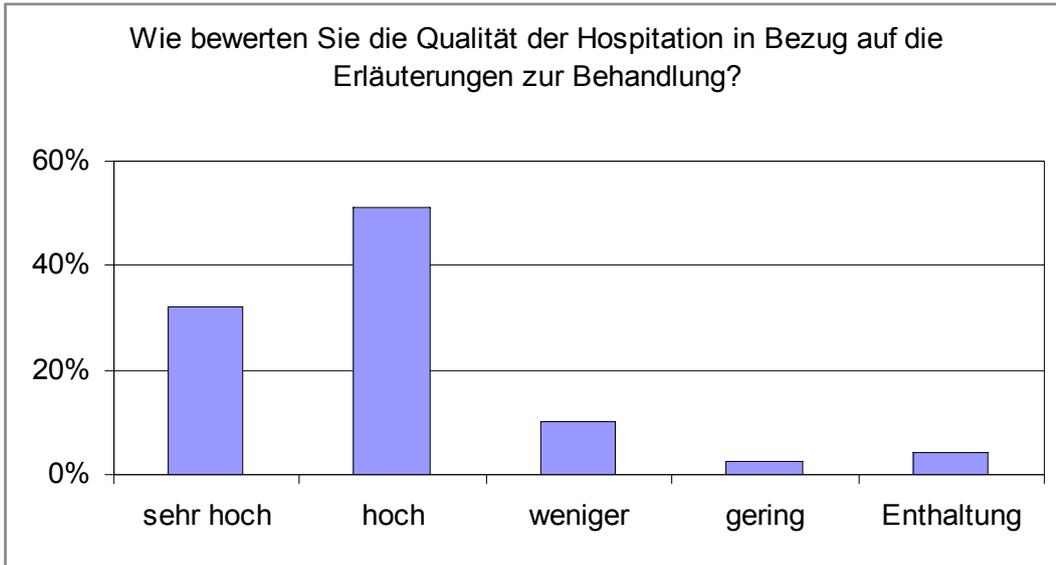
Die Verteilung der Studenten auf die ca. 200 Lehrpraxen stellt zwar eine gewisse organisatorische und qualitätsorientierte Herausforderung dar, es zeigt sich aber, dass das gesamte Programm gut akzeptiert ist und seine Aufgabe erfüllt.

Bei einer externen Online-Evaluation der gesamten Vorklinik (Science Consult 2001, N=232,) schnitt die Allgemeinmedizin ähnlich ab wie bei der folgenden, detaillierteren Evaluation aus einem Jahr. Allerdings verlangten die Studierenden eine bessere Organisation (im Sinne von „Service“). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Praxishospitationen nicht mit einer Prüfungsnote abschließen sondern nur mit einer (erfolgreichen) Teilnahmebescheinigung und eben nicht alle Praxen im Nahbereich von Heidelberg liegen können.

Abb. 37 a-g: Evaluation des vorklinischen Hospitationsprogramms  
(Angaben in Prozent, N=119 von 174 aus einem Semester)







Der folgende Stundenplan (Abb. 38) verdeutlicht Thematik und Organisation des vorklinischen Unterrichts.

Abb. 38: HeiPraxA-Stundenplan (Winterbeispiel, BFE):

<b>WS 2006/07</b>	<b>Heidelberger Praxishospitationsprogramm der Allgemeinmedizin (HeiPrax A)</b>					Abteilung Allgemeinmedizin Voßstr. 2/Geb: 37 69115 Heidelberg Tel.: (06221) 56-4814 Sprech- und Abholzeiten: Di-Do 09.30-12.00 Uhr	
<b>Am 11.10. um 11:30 Uhr: Einführung in das Heidelberger Praxishospitationsprogramm</b>							
1. Fachsemester: Berufsfelderkundung (Ergänzende Seminare/BFE) 8.11.2006 bis 24.01.2007 von 18.00-19.15 Uhr							
Thema	Gruppe	Termin	SR 6, 327 EG	SR 3, 327 EG	SR 2, 327 EG	SR 1, 327 EG	
Berufsfelder	1 – 5	8.11.06	(1) Arends	(2) Ledig	(3) Zeise-Süß	(4) Bömkes	
	6 – 10	15.11.06	(5) Arends	(6) Epp-Graack/Wiesemann	(7) Zeise-Süß	(8) Bömkes	
	11 – 15	22.11.06	(10) Arends	(11) Kühlein	(12) Zeise-Süß	(13) Bömkes	
Anamnese	1 – 5	29.11.06	(1) Arends	(2) Kühlein	(3) Zeise-Süß	(4) Bömkes	
	6 – 10	06.12.06	(5) Arends	(6) Szecsenyi/Rosemann	(7) Zeise-Süß	(8) Bömkes	
	11 – 15	13.12.06	(10) Arends	(11) Rosemann	(12) Zeise-Süß	(13) Bömkes	
Fünf-Sinne- Diagnostik	1 – 5	10.01.07	(1) Arends	(2) Szecsenyi/Kühlein	(3) Szecsenyi	(4) Bömkes	
	6 – 10	17.01.07	(5) Arends	(6) Rosemann	(7) Zeise-Süß	(8) Bömkes	
	11 – 15	24.01.07	(10) Rosemann	(11) Szecsenyi	(12) Zeise-Süß	(13) Kühlein	

SR=Seminarraum; den Gruppen sind die jeweiligen Dozenten zugeordnet.

#### Hospitationsaufgaben in den Hausarztpraxen:

1. Semester: Praktikum zur Berufsfelderkundung (BFE):
- 2 Tage Hospitation, inkl. Praxisbericht und erster Eindruck (von 2 Patienten).

Für die Tutorien „Anatomie am Lebenden“ und „Problem-/Praxisfall-orientiertes Lernen“ engagieren sich dankenswerterweise ca. 60 Tutoren. Die Anzahl der Aal- und POL-Teilnehmer betrug bei der folgenden Evaluation seinerzeit 167.

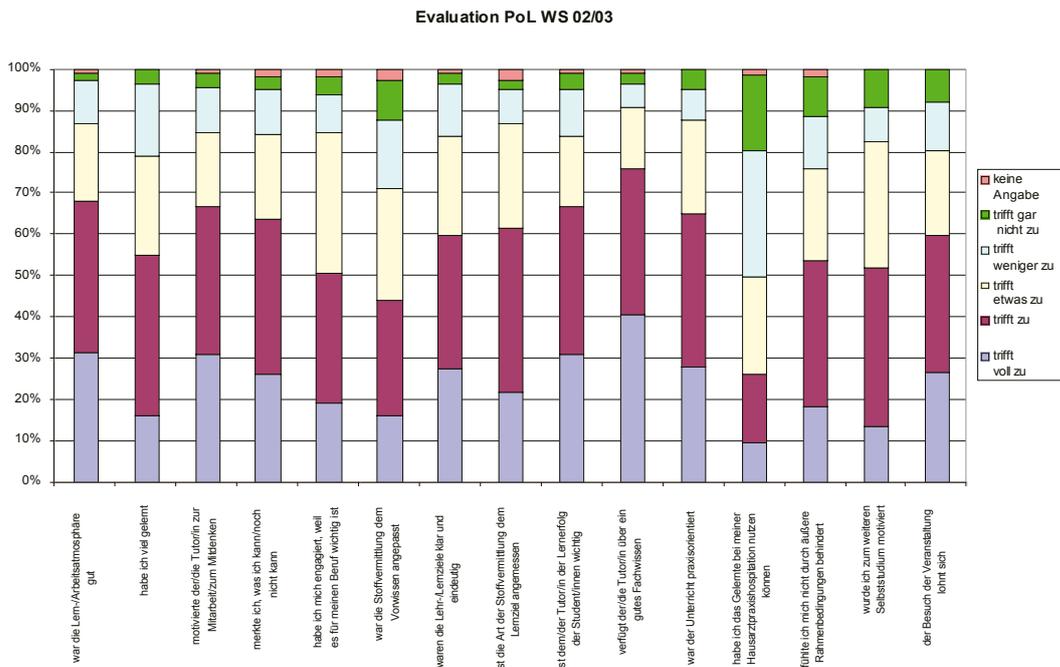
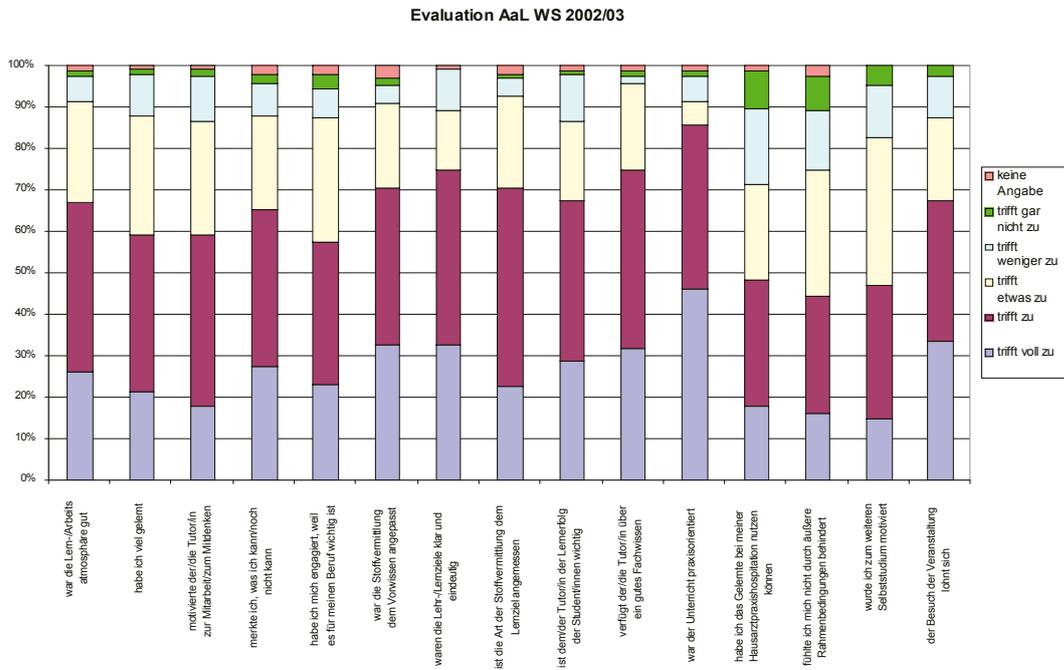


Abb. 39-40: Evaluation von Aal und POL 2002/2003 (die unteren drei Säulenabschnitte kennzeichnen jeweils die Prädikate sehr gut bis befriedigend)

## Das klinische Heidelberger Praxisprogramm (HeiPraxB)

### B1 Lernziele, Überblick

Dem ersten Staatsexamen (früher Physikum) folgen zunächst die Propädeutik, darauf die verschiedenen Blöcke mit einzelnen Modulen und ihren Kohorten von ca. 50 Studierenden (s. Gesamtüberblick).



Das Propädeutik-Modul Prävention/Gesundheitsförderung im 5. Semester wird in Form einer Querschnittsveranstaltung in Kooperation mit Public Health, Sportmedizin und Gesundheitsökonomie im Anschluss an die Biometrie durchgeführt; eine weitere Querschnittsveranstaltung unter Beteiligung der Allgemeinmedizin wird im chirurgischen Block im 6./7. Semester mit der Thematik Rehabilitation/Physikalische Therapie/Naturheilverfahren durchgeführt (Angabe von Lernzielen s. dort).

Ein weiteres dieser Module besteht aus den 10 allgemeinmedizinischen Parallel-Seminaren (dem wichtigen „Kursus“), die in 10 Doppelstunden mit 10 allgemeinmedizinisch relevanten Themen in Gruppen von 15-20 Studierenden rotieren.

Diese Themen wie „Schwindel“, „Multimorbidität und Arzneitherapie“, „Thoraxschmerz/Hausbesuch“ oder

„Rückenschmerz“ werden praxis- und fallbezogen fachspezifisch dargestellt und interaktiv mit Übungen verbunden, um die hausärztliche Arbeitsweise klarer zu machen und damit auch auf das Blockpraktikum vorzubereiten. Im Verlauf des Seminars werden die akkreditierten Lehrpraxen für das folgende Blockpraktikum zugeteilt (Praxistauschbörse im Athena-Intranet). Spätestens im Blockpraktikum werden die Studierenden erkennen, dass Allgemeinmedizin keine „kleine Innere“ ist, sondern dass „abwartendes Offenlassen“, Stufendiagnostik oder Therapie ohne Diagnose, z.B. bei Beschwerden am Bewegungsapparat, besondere, notwendige (internationale) Merkmale einer ärztlichen Primärversorgung sind.

Das Programm des gesamten internistischen Blocks liegt den Studierenden in einer Studentenmappe vor, aktualisiert im Studentensekretariat der Inneren (Abb. 41).

Der folgende Lernzielkatalog bezieht sich auf die Leit-symptomvorlesung und dieses Modul, das fächerübergreifend zusammen mit der Inneren Medizin und der Klinischen Chemie geprüft wird, was unter dem Aspekt des Zeitpunkts nicht befriedigend ist.

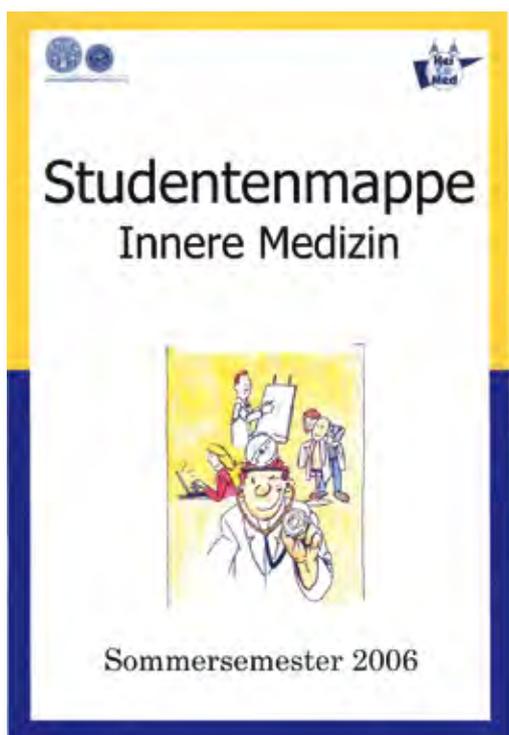


Abb. 41: Studentenmappe Innere  
(mit Allgemeinmedizin und klinischer Chemie)

Wissensinhalt/Lernziele	Level (1/2/3)	Diagnose (D)	Therapie (T)	Management (M)	Notfall (N)	Recht (R)	Prävention (P)	Leitsymptom (L)
Abwendbar gefährlicher Verlauf: z.B. bei Herzinfarkt, Schlaganfall	2			M	N			
Arbeitsabläufe in der Praxis, Ausstattung, Qualitätsmanagement	1							
Arzneimitteltherapie	1			M		R		
Beratungsanlässe/Fachspezifika: Beinschmerz/-schwellung; Schwindel und Kopfschmerz; Brustschmerz/Hausbesuch; Multimorbidität und Arzneitherapie; kranke Haut; Leibschmerz; Rücken-/Gelenkschmerz; diagnostische Unsicherheit; Therapie mit Naturheilverfahren	2	D	T				P	L
Betreuungskonzepte für chronisch Kranke, z.B. Diabetes, Hypertonie, COPD, KHK, Arthrose, Demenz, DMP	2			M			P	
Bevölkerungsaspekt: Gemeindemedizin	1			M		R	P	
Besonderheiten: Palliativmedizin, Suchtmedizin								
Compliance, Motivation, Patientenführung	1	D	T					
Fälleverteilung/Krankengut	2							
Familienmedizin	2						P	
Kooperation (Überweisung)	1			M		R		
Langzeitbetreuung	1			M				
Lebenszyklus des Patienten	1							
Leitlinien der Allgemeinmedizin	2							
Multimorbidität	2		T					
Naturheilverfahren	1							
Notfälle		D		M				
Patienten jeden Alters	1							
Präventionsmaßnahmen/Impfungen	2			M				
Primärärztliche Versorgung international	1							
Psychosomatische Grundversorgung (Umgang mit Angst, Depression)	2							
Rehabilitationsmaßnahmen	1				R			
Screening-Anwendungen	1			M				
Sinnvoller Ressourceneinsatz	1			M				
Sozialrecht, juristische Probleme	1					R		
Spezifische Arbeitsweise („Abwartendes Offenhalten“, „Siebfunktion“ u.a.)	2					R		
Stufendiagnostik, diagnost. Unsicherheit	1					R		
Versorgungsauftrag/Funktionen	2							

Tab. 6a: Lernzielkatalog Allgemeinmedizin (für den klinischen Abschnitt: Seminar + Blockpraktikum): Wissen (Version Juni/06)  
 Erläuterung/Legende (Abkürzungen): Ebenen der Kompetenz (Level 1-3 oder evtl. bis 4 s.u.) angegeben und Kürzel für besondere Kompetenzen wie M = Management für z.B. Schlaganfall oder Rückenschmerz oder R = Recht für z.B. Regeln des SGB V.

<b>Fähigkeiten/Fertigkeiten, Lernziel. Die Studierenden haben im Blockpraktikum durchgeführt</b>	<b>Level 1</b>	<b>Level 2</b>	<b>Level 3</b>
Anamnesen unterschiedlicher Form		2	
Einfache Labortests (Blutzucker, Blutsenkung, Urin), Physikalische Therapie		2	
EKG (durchgeführt)		2	
Fähigkeit zur Bearbeitung irrationaler Anteile in Diagnostik und Therapie		2	
Allgemeinärztliche Fachsprache anwenden		2	
Ganzkörperuntersuchung		2	
Gespräch Arzt-Patient/Aufklärungsgespräch		2	
Hausbesuche		2	
Impfungen (i.m.-Injektionen)		2	
Laborbefunde interpretieren und bewerten		2	
Notfallmanagement	1		
Patiententagebuch beurteilt		2	
Qualitätssicherung/Dokumentation in der Patientenakte	1		
Spirometrie, PEF (durchgeführt)		2	
Therapie ohne Diagnose	1/2		
Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden	1/2		
Verbände bei frischen und chronischen Wunden (durchgeführt)		2	
Wundversorgung	2		

Level (1=Nur Theorie, 2=gesehen/demonstriert bekommen oder einmal unter Anleitung durchgeführt, 3=mehrfach unter Aufsicht durchgeführt, 4=Erfahrung/Routine in der Methode)

Tab. 6b: Lernzielkatalog Allgemeinmedizin Klin. Abschnitt: Fähigkeiten/Fertigkeiten

<b>Haltung</b>
Autonomie des Patienten beachten
Bereitschaft zur Selbstkritik
Eigene Grenzen kennen und beachten, Umgang mit Fehlern
Empathie wahrnehmen und zeigen
Jeweilige psychosoziale Situation des Patienten beachten
Respektvoller, nicht wertender Umgang mit Patient
Sensibilität für die individuellen Bedürfnisse des Patienten
Sensibilität für konstruktive Praxisteam-Arbeit
Umgang mit Risiken und Unsicherheit, Überdiagnostik
Verantwortung für den Einzelnen und die Bevölkerung

Tab. 6c: Lernziele Allgemeinmedizin Klinischer Abschnitt: Haltungen

## B2 Leitsymptomvorlesung

Die Leitsymptomvorlesung entspricht in etwa der alten, klassischen Vorlesung, wobei auch hier auf die Interaktion mit den Studierenden Wert gelegt wird. In aktuellen Studentenmappen (Abb. 41) erhalten die Studierenden Termine und Wegweiser zu Praktika, Terminen, POL-Gruppen, fakultätsinternen Prüfungen und den ca. 80 Vorlesungen der Leitsymptomreihe. Allgemeinmedizinische Themen sind hier zurzeit neben einem „Überblick“ „Die Hausärztliche Arbeitsweise“, die DEGAM-Leitlinie „Müdigkeit“, die „Onkologische Nachsorge“ und die „palliativmedizinische hausärztliche Betreuung“. Die Präsentationen finden sich ebenfalls zum Download auf dem Athena-med-Server im Sinne eines Loseblatt-Skripts. In der „Hausärztlichen Arbeitsweise“ stehen Vortestwahrscheinlichkeit, niedrige Prävalenz definierter, bedrohlicher Erkrankungen, Stufendiagnostik, abwartendes Offenlassen und abwendbar gefährlicher Verlauf am Beispiel des Thoraxschmerzes im Vordergrund, beim Thema „Müdigkeit“ ist es die DEGAM-Leitlinie, bei der „onkologischen Nachsorge“ und „Palliativmedizin“ sind es Kommunikation und notwendige Fähigkeiten und Fertigkeiten. Auch diese Unterrichtsveranstaltungen werden im Einzelnen von den Studierenden bewertet.

Um in Abgrenzung zur Inneren Medizin die allgemeinärztlichen Spezifika transparenter zu machen, haben wir den leitsymptomorientierten Seminaren entsprechende Themen wie Multimorbidität und Arzneimitteltherapie, Hausbesuch oder Diagnostische Unsicherheit an die Seite gestellt.

Trotzdem bleibt die Situation unbefriedigend, da die Allgemeinmedizin mit ihrer spezifischen Arbeitsweise essentiell die Probleme vieler Spezialfächer filtert und dies im 3. Studienjahr keineswegs demonstriert werden kann: während im Winterhalbjahr (6. Semester) die Studierenden parallel zur Allgemeinmedizin nur die Innere kennen lernen, nicht einmal das Chirurgie-Modul durchlaufen haben, lernen die Studierenden im Sommerhalbjahr nach ihren internistischen Übungen wenigstens noch Chirurgie parallel; die anderen Fächer wurden aber bis dahin noch nicht angeboten. Schließlich sind nur ca. 35-40% der hausärztlichen Patientenkontakte primär internistischer Natur, und das mit einer anderen Ausprägung als im Universitätsklinikum!

Auch diese Seminare werden fortlaufend verbessert und angepasst, wobei die jüngeren Mitarbeiter nach Tandem-Art an den jeweiligen Themen der Lehrbeauftragten mitwirken.

Der folgende Unterrichtsplan (Abb. 42) informiert über die Seminare und Dozenten:

## B3 Modul Allgemeinmedizin (Kursus/Seminar)

Der seit vielen Jahren etablierte „Pflicht-Kurs“ dient jetzt auch als Vorbereitungsseminar für das Blockpraktikum. In 10 parallelen Seminaren werden wichtige Themen mit ausreichender Interaktionsmöglichkeit der jeweils ca. 15-19 Studierenden präsentiert und diskutiert.

Die Seminare befinden sich in einem ständigen Verbesserungsprozess, der vor allem didaktische Gesichtspunkte wie Lernzieldefinition und individuellen Lernanteil (Sandwich-Methode) berücksichtigt, um die Studierenden zur aktiven Mitarbeit zu motivieren. Demnach könnte ein 90-Minuten-Seminar analog zu einem Brötchen mit mehreren Belagsschichten (Sandwich) folgendermaßen aussehen:

1. Einstieg mit „Eycatcher“ (z.B. 5 -10 Min. Thematisierung durch auffällige, originelle Abbildung/Fall),
2. Schätzaufgabe zur Aktivierung der Studierenden: 10 Min.,
3. Kompakte Information: 20 -25 Min.,
4. Verarbeitungsphase: individuelles Lernen oder Kleingruppen zu dritt mit Aufgabe: 15-20 Min. (Sandwich),
5. Diskussion: 20 Min.,
6. Ausstieg: z.B. Lernerfolg resümieren und notieren: 10 Min.

<b>WS</b> <b>2006/07</b>	<b>Modul Allgemeinmedizin</b> <b>HeiPrax B-Seminar</b> (auch zur Vorbereitung auf das Blockpraktikum) <b>08.11.06-24.01.07</b> (mittwochs)	Abteilung Allgemeinmedizin Voßstr. 2/Geb: 37 69115 Heidelberg Tel.: (06221) 56-4814 Sprech- und Abholzeiten: Di-Do 09.30-12.00 Uhr
-----------------------------	---	---

**Einführungsvorlesung: Donnerstag, 19. Oktober, 12.15-13.15 Uhr**

Hörsaal der Neuen Medizinischen Klinik, Prof. Szecsenyi

**Ort und Zeit Seminar/Kurs: Mittwochs 16.15 Uhr pünktlich!** bis 17: 45 Uhr Heicumod-Modul/Pflichtveranstaltung

**Gruppeneinteilung:** siehe Aushang im Studiendekanat!

**Nachzügler:** Bitte im Sekretariat Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung,

Tel. 56-4814 (Voßstr. 2/Geb. 37, 69115 HD) melden.

**Leistungsnachweis/Anwesenheit:** wird durch die Unterschrift des jeweiligen Dozenten (nicht in Einführungsvorlesung) auf der vom Studierenden persönlich zu führenden Anwesenheitsliste dokumentiert. Als Voraussetzung für die Teilnahme an der fächerübergreifenden Prüfung (Heicumod-Klausur II Innere/Allgemeinmedizin) sind 9 Unterschriften nötig.

Fächerübergreifende Beurteilung/Schein im Heicumod-Sekretariat.

Bei **Seminarausfall** (bitte in SR 21 melden!) verteilen Sie sich bitte auf die restlichen Seminare. Doppelbesuche des gleichen Themas werden nicht akzeptiert. Besuchen Sie das ausgefallene Seminar, wenn das gewählte Thema an der Reihe ist. So verlieren Sie kein Seminarthema.

**Unterrichtsmaterial, Informationen** und Evaluation: [www.allgemeinmedizin.uni-hd.de](http://www.allgemeinmedizin.uni-hd.de) und Athena-med!

**Termine und Gruppen** (Gruppen 1-10 mit Zuordnung zum Thema):

Datum	Thema I	Thema II	Thema III	Thema IV	Thema V	Thema VI	Thema VII	Thema VIII	Thema IX	Thema X
<b>19.10.06</b>	<b>Vorlesung: Überblick Allgemeinmedizin &amp; Versorgungsforschung</b> (Prof. Szecsenyi)									
<b>08.11</b>	Gr. 1	Gr. 2	Gr. 3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 6	Gr. 7	Gr. 8	Gr. 9	Gr. 10
<b>15.11.</b>	Gr. 2	Gr. 3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 6	Gr. 7	Gr. 8	Gr. 9	Gr. 10	Gr. 1
<b>22.11.</b>	Gr. 3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 6	Gr. 7	Gr. 8	Gr. 9	Gr. 10	Gr. 1	Gr. 2
<b>29.11.</b>	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 6	Gr. 7	Gr. 8	Gr. 9	Gr. 10	Gr. 1	Gr. 2	Gr. 3
<b>06.12.</b>	Gr. 5	Gr. 6	Gr. 7	Gr. 8	Gr. 9	Gr. 10	Gr. 1	Gr. 2	Gr. 3	Gr. 4
<b>13.12.</b>	Gr. 6	Gr. 7	Gr. 8	Gr. 9	Gr. 10	Gr. 1	Gr. 2	Gr. 3	Gr. 4	Gr. 5
<b>20.12.</b>	Gr. 7	Gr. 8	Gr. 9	Gr. 10	Gr. 1	Gr. 2	Gr. 3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 6
<b>Weihnachtsferien</b>										
<b>10.01.07</b>	Gr. 8	Gr. 9	Gr. 10	Gr. 1	Gr. 2	Gr. 3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 6	Gr. 7
<b>17.01.</b>	Gr. 9	Gr. 10	Gr. 1	Gr. 2	Gr. 3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 6	Gr. 7	Gr. 8
<b>24.01.</b>	Gr. 10	Gr. 1	Gr. 2	Gr. 3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 6	Gr. 7	Gr. 8	Gr. 9

Die z.T. gleichartigen internistischen **Leitsymptome** können, falls gewünscht, noch einmal allgemeinmedizinisch unter Berücksichtigung der fachspezifischen Arbeitsweise aufgegriffen werden.

**Seminarthemen in Verbindung mit Seminarräumen und Dozenten:**

Kurs	Thema	Seminarraum	Ort	Dozent
<b>I</b>	Schwindel/Kopfschmerz	SR 10	346 EG	Eicher/Szecsenyi
<b>II</b>	Diagnostische Unsicherheit	SR 2	327 EG	Schneider/Bilger
<b>III</b>	Leibschmerz	SR 14	306 EG	Leutgeb
<b>IV</b>	Beinschmerz	SR 4	327 EG	Müller-Bühl
<b>V</b>	Multimorbidität/Arzneitherapie	SR 5	327 EG	Klimm/Haefeli
<b>VI</b>	Rückenschmerz	SR 6	327 EG	Engeser/Szecsenyi
<b>VII</b>	Kranke Haut	SR 17b	3281.OG	Barlet
<b>VIII</b>	Fieber	SR 17a	3281.OG	Ledig
<b>IX</b>	Naturheilverfahren	SR 1	327 EG	Musselmann
<b>X</b>	Brustschmerz/Hausbesuch	SR 3	327 EG	Wiesemann

Abb. 42: Modul-Plan Allgemeinmedizin

Auch diese Seminar-Themen, die unter anderem der Vorbereitung auf das Blockpraktikum dienen, sind in Form des Loseblatts-kripts als Download verfügbar, z.B. Abstracts und Präsentationen. Im Folgenden ein Abstract-Beispiel.

## X Leitsymptom Brustschmerz/ Hausbesuch

Armin Wiesemann

**Lernziele:** Notfallproblematik und Unsicherheit/Aufklärung bei Brustschmerz verstehen, Bedeutung der Siebfunktion und Differenzialdiagnosen erkennen; weiteres hausärztliches Vorgehen zum Notfall-Ausschluss, Stufen-Diagnostik/Überweisung, Einweisung, Weiterbetreuung (Diagnose/Prognose!) kennen, EKG-Beurteilung durchgeführt, Übung zu Hausbesuchsbedingungen durchgeführt.

Die Beachtung von Handlungsleitlinien ist wichtiger als das Erzwingen einer Diagnose. Was ist wichtig (und meist auch typisch für die Allgemeinmedizin)?

In der täglichen Praxis ist die Angabe von Schmerzen im Brustkorb relativ häufig (ca. 25-30% der Pat. klagen zumindest gelegentlich über entsprechende Beschwerden). Die Zuordnung zum Herzen erfolgt häufig von Seiten des Patienten. Meist handelt es sich um leichtere Störungen bzw. Erkrankungen, um so wichtiger ist hier die Siebfunktion des Hausarztes zur Abwehr abwendbar gefährlicher Verläufe! "Herzbeschwerden" sind oft mit Angst verbunden, niedrige Prävalenz von Notfällen!

Der Hausarzt kennt oft eine Vorgeschichte, die bei jüngeren Patienten auf eine funktionelle Störung, bei älteren auf eine KHK oder Refluxkrankheit hinweisen kann.

**Fragen nach:** Beschwerdequalität; erstmaligem Auftreten; Risikofaktoren; psychosomat. Zusammenhängen; Abhängigkeit von Essen, Atmen, Bewegung, Anstrengung; Infekt? Beinvenen/Op.?; Langzeit-Kortikoid? Kokainmissbrauch?

Welchem Krankheitsbild lässt sich unter Berücksichtigung aller Kenntnisse die Symptomatik mit einer größeren Wahrscheinlichkeit zuordnen? (Anamnese, Klinik, EKG ...) Was ist zu tun, weiterer Verlauf?

- Häufige Ursachen:

Beschwerden von Seiten des muskulo-skelettalen Systems ("ICR-Neuralgie", Myalgien, „Rippenblockierungen“, Tietze-Syndrom, Periarthritis hsc. li, WS-Syndrom); Funktionelle Herzbeschwerden ([www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=15035](http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=15035)); Hyperventilation; KHK ([www.dmp-aok.de/bund/rd/pdf/dmp\\_ebm\\_khk\\_2003\\_neu.pdf](http://www.dmp-aok.de/bund/rd/pdf/dmp_ebm_khk_2003_neu.pdf)); Refluxoesophagitis; Bronchitis; H. Zoster (abwartendes Offenlassen)

- Eher selten (aber besonders wichtig wegen abwendbar gefährlichem Verlauf/AGV):

Oft Hausbesuch erforderlich! Herzinfarkt (ca. 3-7/Praxis und Jahr); Lungenembolie (ca. 2-4/Praxis und Jahr). Symptomatische Herzrhythmusstörung (insbesondere akute supraventr. Tachykardie, Vorhofflimmern), Panikattacken (auch im Rahmen von Kokainmissbrauch gerade bei Jüngeren), Pneumothorax, Pleuritis, intrathorakale Tumore; osteoporot. Fraktur.

- Selten: dissezierendes Aortenaneurysma, hypertensive und endokrine Krisen (mit dieser Symptomatik); Pankreatitis/Cholezystitis/Ulcus perf. als hausärztl. Differenzialdiagnose, da Vorgeschichte/Patienten eben meist gut bekannt!

**Entscheidend:** handelt es sich um einen Notfall oder kann ich den Notfallcharakter ausschließen? Hausbesuchsmanagement!? (Weiteres Vorgehen: Überweisung, Form der stationären Einweisung!?)

Soforthilfe möglich? (Schmerztherapie, Gespräch, kausale Therapie?)

Stufendiagnostik sinnvoll? (z.B. bei Verdacht auf KHK oder Refluxkrankheit)

Welchen Eindruck macht der (meist bekannte) Patient heute auf mich?

Was kann die Schmerzen im/am Brustkorb ausgelöst haben, Lokalbefund?

Problem und Problemlösung: Algorithmen zur Entscheidungsfindung, Evidenzbasierte Medizin, individuell.

**Aufgabe:** Diskussion authentischer Fallbeispiele aus der Praxis mit EKG-Diagnostik in der Praxis, Hausbesuch und Kooperation mit 2. und 3. Versorgungsebene (Facharztpraxis, Klinik).

*Literatur:* 1. Pope JH (2000) Missed Diagnosis of acute cardiac... *N Engl J Med* 342:1163-70; 2. Buntix, F (2001) Chest pain in general practice or in hospital... *Fam Pract* 18:586-89 3. Wiesemann, A (2004) Koronare Herzkrankheit. In: Fischer, G et al. (Hrsg.): *Komplikationen in der Hausarztpraxis*, Springer, Wien, New York: 125-141, 4. Donner-Banzhoff N et al. (2005) *Differenzialdiagnostik des akuten Brustschmerzes in der Hausarztpraxis. Hausarztpraxishandbuch KHK, Med.Komm, München.*

Abb. 43: Abstract

## B4 Evaluation des Moduls

Abb. 44: Evaluationsergebnis einer externen Evaluation

Bewertung zum Seminar Allgemeinmedizin im Block Innere Medizin in Prozent			
Aspekte	Bewertung der Studierenden (n=144)		
	negativ	neutral	positiv
Inhaltlicher Bezug zu den parallel laufenden Veranstaltungen der Inneren Medizin	32,6	39,6	27,8
Kompetenz der Dozenten	10,4	28,5	61,1
Motivation und Engagement der Dozenten	7,6	20,8	71,5
Qualität der didaktischen Materialien	22,9	41,7	35,4

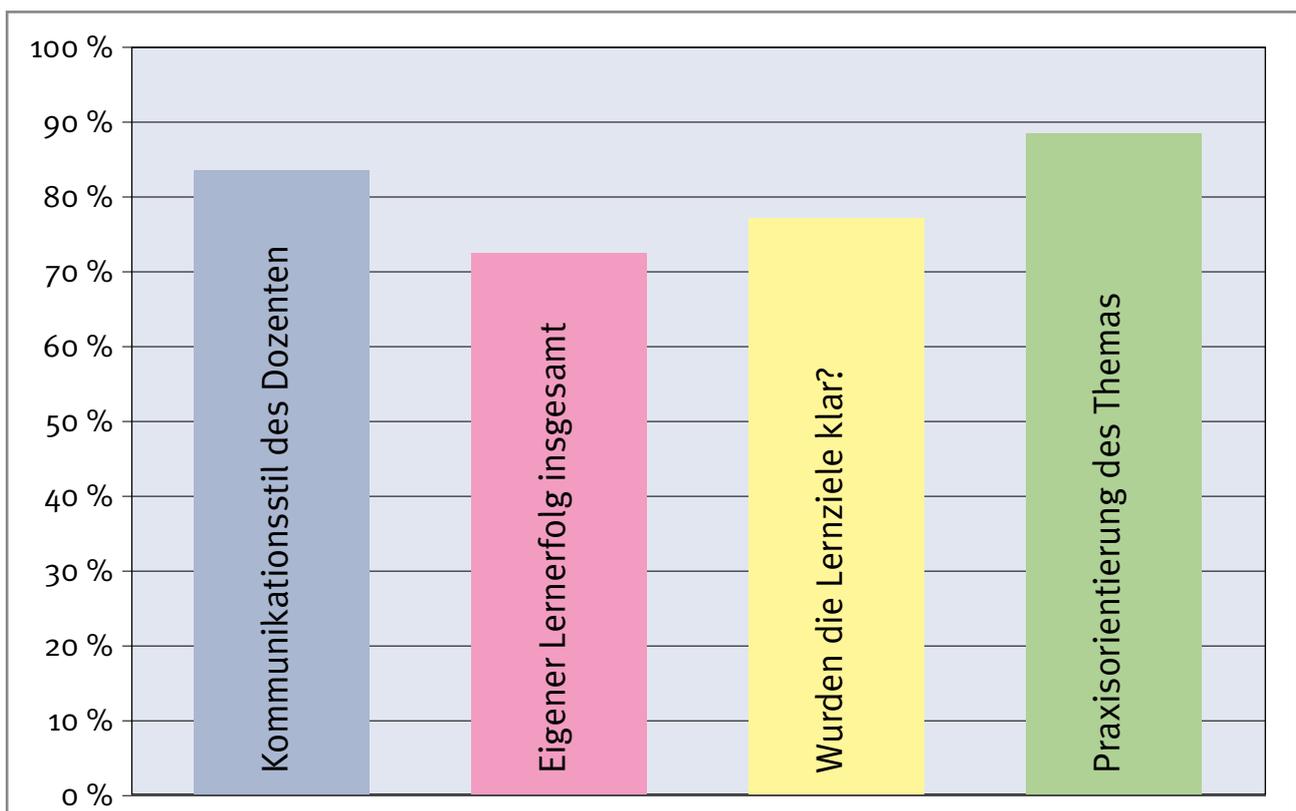
Die Evaluation (2005/2006, s. Abb. 44) deckt sich nicht ganz mit der internen Evaluation, die noch günstiger ausfiel (s. Abb. 45). Zudem hat sich der Bezug zur Inneren Medizin verändert bzw. teilweise bewusst etwas „polarisiert“, um die Besonderheiten der hausärztlichen Arbeitsweise im Niedrigprävalenzbereich definierter Erkrankungen klar zu machen.

Zurzeit erfolgt die Umstellung auf eine Online-Evaluation durch unser Kompetenzzentrum Prüfungen.

Insgesamt zeigt sich, dass trotz einiger kritischer Stimmen, insbesondere von den 2/3 der Studierenden!!, die Allgemeinmedizin zu diesem Zeitpunkt für eher unwichtig halten (auch das wurde abgefragt), die Bewertung zu-

frieden stellend ist. Wir sollten nicht auf die Vermittlung der fachspezifischen Realität hausärztlicher Tätigkeit verzichten, um eine höhere „studentenfreundliche Attraktivität“ von Unterrichtsveranstaltungen zu erreichen. In diesem Zusammenhang sollten einige Studierende auch den Stil ihrer Kritik überdenken. Gleichwohl können didaktische Fortschritte das Ergebnis noch etwas verbessern, entscheidend wird aber die Verlegung des Seminarzeitpunkts im Curriculum sein!

Abb. 45: Einige wesentliche (interne) Evaluationsergebnisse (N=145 von 180, 2004), Angaben für gut und sehr gut in % (Bei den zurückliegenden, hier aufgeführten Beurteilungen wurde das Thema Diagnostische Unsicherheit noch nicht präsentiert).



## B5 Querschnittsveranstaltung Prävention-Gesundheitsförderung-Public Health-Gesundheitsökonomie-Qualitätsmanagement

Diese Querschnittsveranstaltung wurde im Frühjahr 2003 in Fürth konzipiert (P. Reitmaier/Public Health und A. Wiesemann/Allgemeinmedizin) und mit Ergänzungen und Änderungen der weiteren Dozenten 2005 auf den Weg gebracht. Der kontinuierliche Veränderungs- und Verbesserungsprozess führt auch hier zu weiteren Änderungen; so haben Mitarbeiterinnen unserer Abteilung der evidenzbasierten Medizin hier einen wichtigeren Platz zugewiesen. Prävention und Gesundheitsförderung bleiben ein genuines Anliegen der Allgemeinmedizin.

Der folgende Poster, präsentiert auf einer Veranstaltung der Nixdorf-Stiftung zu diesem Thema, gibt dementsprechend einen Einblick in diese Querschnittsveranstaltung. Im Rahmen der Gesundheitsökonomie liefert unsere Abteilung außerdem noch einen wesentlichen Beitrag zum Qualitätsmanagement (J. Szecsenyi, I. Marx). Auch diese Unterrichtsveranstaltung wird nach anfänglichen Problemen mittlerweile gut akzeptiert.

Abb. 46: Poster zur neuen Querschnittsveranstaltung Prävention, Gesundheitsförderung ...



### Gesundheitsförderung und Prävention: eine neue Querschnittsveranstaltung in der Ausbildung zum Arzt

A. Wiesemann, Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, D-69115 Heidelberg, Germany



Ulbricht, Wiesemann A et al. Cardiovascular risk factors and motivation for a healthy lifestyle in a German community - results of the GP-based Oettingen study. Pat Educ Counselling 2004; 55: 40-47

Wiesemann A et al. Was denken Heidelberger Studierende und Lehrkräfte über frühzeitige Patientenkonzulte und Aufgaben in der Hausarztpraxis? Gesundheitswesen 2003; 65: 572-578

**Stundenplan-Ausschnitt mit Lernzielen und Thematik sowie Unterrichtsformat (ca. 55 Stud. im Modul)**

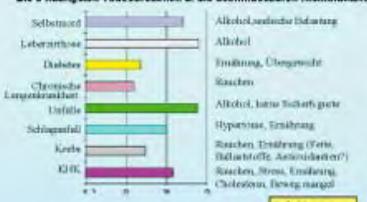
Tag	Zeitraum	Thematik	Themeninhalte	Format	SR	Dozent
Dienstag I. Woche	13.00-14.00	<b>Einführung Prävention</b> : Begriffe, Hintergrund, Krankheiten mit Präventionspotenzial	<b>Begriffe</b> Risiko, Prävent-, Sekundärprävention, Gesundheitsförderung, können, die wichtigsten Krankheiten mit <b>Präventionspotenzial</b> erläutern können	Vorlesung + Übungen PMBL, AERBA	SR 108	Wiesemann
	14.00-15.30	<b>Gesundheitsberatung</b> : Herabstufungsmodell, Gesundheitsindikatoren, Gruppenprogramme für Praxis und Gemeinde	Struktur und Besonderheiten der <b>Gesundheitsberatung</b> inkl. <b>Gruppenberatung</b> <b>kennen</b> und <b>praktisch üben</b> , Lernziele hinterfragen, Problematik der <b>Ernährungsberatung</b> und <b>Gesundheitsindikatoren</b> wahren/erzählen und erläutern können	Vorlesung + 6 Kleingruppen (1st Wissen, Ernährungsbereitung)	SR 108, SR 7 und SR 18	Luik, Wiesemann
Mittwoch I. Woche	13.30 - 14.45	<b>Gesundheitsförderung: Impfungen</b> Familie	Fallbeispiel Familie: <b>Beratungen durchgeführt mit Rollenspielen</b> bei: Mutter/Nikotin + Schwangerschaft, Kinder: Impfungen, Großeltern: Indikationsimpfungen	Vorlesung, Rollenspiel	SR 108	Engerer
	15.00-16.15	<b>Diskussionsforum</b> mit Hausärzten gesetzliche Vorgaben, Probleme i. d. Praxis, Inanspruchnahme, Lebensstilberatung.	die <b>Früherkennungsuntersuchungen</b> kennen und benennen können, von methodischen Schwierigkeiten und Konflikten in der Praxis wissen, Erfahrungen anderer reflektieren	5 Kleingruppen	SR 7 + 18	Engerer, Eicher, Birke, Leutgeb, Ledig und weitere Kollegen aus der Praxis

**Einleitung**  
Die neue Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) vom 27.08.2002 enthält erstmals umfangreiche Zieldefinitionen (§1), detaillierte Angaben zur Unterrichtsorganisation (§2) und strengere Anforderungen zur Evaluation (§3). Prävention und Gesundheitsförderung müssen danach gelehrt und gelehrt werden. In Heidelberg geschieht dies seit 2003 im Rahmen einer Querschnittsveranstaltung von einer Woche unter Beteiligung der Abteilungen Allgemeinmedizin, Public Health und Sportmedizin.  
Der für die Lehre verantwortliche Allgemeinmediziner und ein Mitarbeiter von Public Health legen einen Entwurf mit Lernzielen vor, der durch sportmedizinische und qualitätsfördernde Elemente ergänzt wurde. Eine weitere Woche steht für das Fach Gesundheitsökonomie zur Verfügung.

**Lernziele:**  
Hintergrund, Begriffe, Determinanten von Gesundheit, **Risikofaktoren, Schutzfaktoren**, Gesundheitsziele und das **Präventionspotenzial** einzelner Krankheiten artikulieren können. **Schlüsselfunktion der Hausärzte** und Populationsmedizin verstehen (A. Wiesemann) Gründe, Möglichkeiten und Techniken der individuellen und kollektiven **Gesundheitsberatung** in HA-Praxis und Gemeinde erläutern können (B. Aik) (S. Luik, A. Wiesemann) Grundzüge der **Ernährungsberatung** kennen (S. Luik) Site und Insulin von **Impfleistungen** kennen (P. Engerer) Individualschutz, Bevölkerungsschutz, Erregerselimination, **ÖkV-Messung**, Früherkennungsuntersuchungen (P. Engerer, J. Birke, C. Eicher, u. a.) und die damit verbundene **Risikokommunikation** beschreiben bzw. ausführen können, **Aktoren** der Prävention und gesamtgesellschaftliche Aufgaben kennen (R. Sauerborn) Verständnis für **evidenz-basiertes Screening** und Qualitätsicherung bzw. Evaluation erwerben (S. Luik, A. Schneider, J. Szecsenyi) Bedeutung von **Bewegung** und Parameter für körperliches Training kennen, Übungen zum Ausdauer-, Koordination- und Krafttraining kennen (P. Birke)

**Unterrichtsformate:** Ca. 1/3 Vorlesung, 1/3 Kleingruppenarbeit und 2/3 Übungen, Diskussionsforen

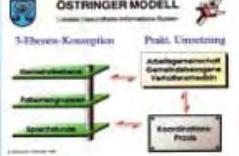
**Die 8 häufigsten Todesursachen u. die beeinflussbaren Risikofaktoren**



**Der Einstiegspfad (Eyecatcher)**  
Schöne Aussichten?  
(49% der >15-Jährigen mit 80%+25) GRU 42,06€ 29  
**Viele Krankheiten sind vermeidbar.**  
Tun wir genug zur Vorbeugung?  
Wo liegen die Chancen für Gesundheitsförderung und Prävention??



**OSTRINGER MODELL**  
Lernziele, Kompetenzen, Erfahrungen, Wissen



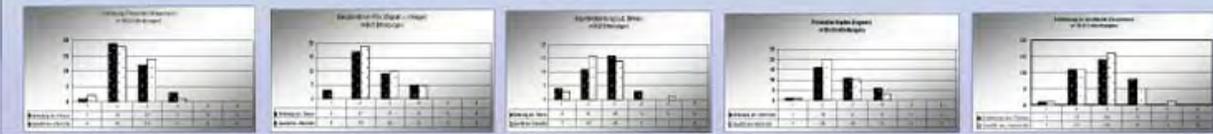
**Beratung individuell**  
Ziel: Anpassung der Beratungsinhalte an die individuelle Veränderungsbereitschaft



**Beratung in Gruppen (gemeindenah)**



**Evaluation der Unterrichtsveranstaltung**



**Programm und Dozenten (Prävention 2005/2006):**

Das Modul läuft im Winterhalbjahr 5 mal (für 5 Kohorten a ca. 55 Studierende) über 2 (bzw. mit allen Fächern insgesamt 4) Wochen nach der Propädeutik und wird mit einer Abschlussklausur (zurzeit MC-Klausur) beendet.

Kontakt, verantwortlich:

Dr. Sabine Ludt und Dr. Peter Engeser sowie

Dr. Antje Miksch

Datum	Zeit	Thema	Lernziel	Lehrform/Dozenten
1. Wo, Fr.	10.30-12.00	Evidenzbasierte Medizin (in der Prävention)	Bedeutung von EbM und Studien für die hausärztl. Versorgung erkennen	Vorlesung und Übungen in Kleingruppen (Ludt, Miksch, Schneider)
2. Wo, Di., 18.10.05	13.00-13.55	Einführung Prävention: Begriffe, Hintergrund, Krankheiten mit Präventionspotenzial	Begriffe Primär-Sekundär-prävention, Gesundheitsförderung kennen, die wichtigsten Krankheiten mit Präventionspotenzial sowie Umgang mit Risiken und Gesundheitsindikatoren erläutern können	Vorlesung in Verbindung mit Übungen (Epp-Graack, Wiesemann)
	14.05-15.30	Gesundheitsberatung, Ernährungsberatung, Individuelle Beratung und Gruppenprogramme in der Primärversorgung	Struktur und Besonderheiten der Gesundheits-/Ernährungsberatung kennen, praktisch geübt; Ernährungswissen und Motivationsproblematik beschreiben können	Vorlesung in Verbindung mit Übung in Kleingruppen (Ludt, Miksch)
Mi., 19.10.05	13.30-14.45	Gesundheitsförderung in der Familie am Beispiel des Impfens	Impfkalender und Impfberatung kennen und Umgang mit Problemen erläutern können, Indikationsimpfungen nennen können	Vorlesung (Seminarcharakter) (Engeser)
	15.00-16.15	Diskussionsforum mit Hausärzten: gesetzliche Vorsorge, Probleme i. d. Praxis, Inanspruchnahme, Lebensstilberatung	Die Früherkennungsuntersuchungen und weitere Vorsorgeuntersuchungen kennen und benennen können, methodische Schwierigkeiten und Probleme der Praxis kennen	5 Kleingruppen (Engeser und Kollegen)
Mi., 26.10.05	13.30-16.30	Qualitätsmanagement (QM) im Gesundheitswesen, Qualitätsindikatoren, Qualitätszirkel	Die wichtigsten Verfahren und Instrumente des QM kennen lernen, konkrete Umsetzung von QM in Klinik und Praxis beschreiben können	Vorlesung & Kleingruppenarbeit (Szecsenyi, Marx)

Tab. 7: Ausschnitt aus Unterrichtsprogramm Prävention/Gesundheitsförderung/Public Health, 2005

Unser vorläufiger Lernzielkatalog nennt wesentliche Stichwörter (Tab. 8):

<b>Lernziele Prävention/Gesundheitsförderung des allgemeinmedizinischen Beitrags</b>									
Gesundheitsförderung Prävention (Allgemeinmedizin, Public Health, Sportmedizin)	Level (1-4)	Diagnose (D)	Therapie (T)	Management (M)	Notfall (N)	Rechtliches (R)	Prävention (P)	Kognition, Fertigkeit, Haltung (K, F, H)	Klinischer Bezug (X)
<b>Allgemeinmedizin</b>									
Einführung zur Klärung von Zielen, Kooperation und Begriffen; Determinanten von Gesundheit und Krankheiten mit Präventionspotenzial benennen können	3						P	K	
Gesundheitsberatung: Strukturen und Besonderheiten der Gesundheitsberatung kennen und erläutern können (Motivation, 5 A's u.a.)	2						P	K, F, H	X
Risikofaktoren und Schutzfaktoren kennen	3	D					P	F	X
Präventive Individuelle und Gruppenschulung: Beispiel Ernährungsberatung	3	D	T	M			P	F, H	X
Gesundheitsindikatoren, Gesundheitsziele: Problematik wahrnehmen	3			M		R		K, H	
Familie als Ort der Gesundheitsförderung: Vorsorge, Lebensstil, Standardimpfungen	3	D		M			P	H	X
Vorsorge/Früherkennungsprogramme in der gesetzlichen Krankenversicherung kennen und bewerten	3								
Private Vorsorge, Tauglichkeitsuntersuchungen, Reiseimpfungen	3					R	P	H	X
Möglichkeiten d. Gesundheitsförderung durch gemeindenaher Einrichtungen benennen (Gemeindemedizin, kommunale Prävention)	2		T	M		R		K, H	
Evidenzbasierte Präventivmedizin, Berechnung von Risiken; Tests	4							K	
Sinn und Grenzen von Screeningmaßnahmen kennen	3			M			P		
Qualitätsmanagement (QM) im Gesundheitswesen: einige Verfahren kennen	3			M				K	
Qualitätsindikatoren und Qualitätszirkel in Klinik und Praxis beschreiben	3			M				K	

Tab. 8: Lernziele Prävention, Gesundheitsförderung

## B6 Querschnittsveranstaltung Rehabilitation-Physikalische Therapie-Naturheilverfahren

Auch diese Querschnittsveranstaltung wurde maßgeblich von uns mitgestaltet (Grundkonzeption in Fürth 2003 unter Mitarbeit von A. Wiesemann; Integration der Naturheilverfahren in die Querschnittsveranstaltung des chirurgischen Blocks durch C. Eicher, B. Musselmann, S. Joos, A. Schneider und A. Wiesemann).

Zwar können hausärztliche Aspekte der Rehabilitation ohne allzu große Probleme dargestellt werden, die kritische hausärztliche Betrachtung, die dieses Thema herausfordert, wird jedoch von den Studierenden nicht immer gut verstanden bzw. akzeptiert; außerdem war es nicht einfach, aus einigen Probeläufen der Naturheilkunde heraus das Wesentliche zu kondensieren, zumal das Verständnis von Naturheilverfahren so unterschiedlich ist, wie es die Verfahren selbst sind. Schließlich erhielten aber im Besonderen die neuen praktischen Elemente große Zustimmung. Da vor allem die so genannten klassischen Naturheilverfahren und die Akupunktur in der Allgemeinmedizin und bei der Bevölkerung eine große Rolle spielen, dem entsprechend auch ihren Platz in der neuen Approbationsordnung erhalten haben, kann auch hier die Kompetenz unserer Abteilung sinnvoll zur Geltung gebracht werden.

### Einige wesentliche Lernziele für die Naturheilverfahren (NHV)

- Die Grundlagen und Wirkprinzipien der am meisten verbreiteten Naturheilverfahren (NHV) kennen und erklären können (Balneo-, Bewegungs-, Ernährungs-, Phytotherapie)
- Die klassischen NHV von den besonderen Therapieverfahren abtrennen können
- Indikationen zum Einsatz von NHV kennen
- Anwendungen wie z.B. Wickel beschreiben und durchführen können
- Fähigkeit erwerben, die vegetative Reaktionslage und individuellen Besonderheiten von Patienten einzuschätzen (im weiteren Verlauf)
- Prinzipien der Traditionellen Chinesischen Medizin nennen können
- Indikationen der Akupunktur und Neuraltherapie nennen können
- Durchführung der Akupunktur und Neuraltherapie beschreiben können

Der folgende Planausschnitt gibt einen aktuellen Einblick in diese Querschnittsveranstaltung:

	P h y s i k a l i s c h e	
	Montag 17.07.	Dienstag 18.07.
08:00 – 09:00		
09:00 – 09:15	09:00 – 10:00	09:00 – 09:45
09:15 – 09:30	Einführung in das Modul <i>Dr. Kadmon</i> Chirurgie, Großer Hörsaal	Rehabilitation aus Sicht des Hausarztes <i>Prof. Wiesemann</i> Chirurgie, Großer Hörsaal
09:30 – 09:45		
09:45 – 10:00		
10:00 – 10:15		10:00 – 10:45
10:15 – 10:30	10:15 – 11:15	Einführung in die medi- zinsische Rehabilitation – AHB <i>Herr Walther</i> Chirurgie, Großer Hörsaal
10:30 – 10:45	Kardiale Rehabilitation <i>Prof. Fries</i>	
10:45 – 11:00		

Abb. 47-48: Ausschnitt aus dem Unterrichtsprogramm Reha, Naturheilverfahren

	<b>Klassische Naturheilverfahren</b> <i>Dr. Musselmann, Dr. Eicher</i>
	<b>Stomaversorgung</b> <i>Dr. Kadmon, Dr. Genschow, Fr. Lutz</i>
	<b>Traditionelle chinesische Medizin (TCM) / Akupunktur / Neuraltherapie</b> <i>Dr. Washington, Dr. Schneider, Dr. Joos, Dr. Weinschenk, Dr. Streitberger</i>
	<b>Sehnenverletzung der Hand</b> <i>PD Hahn</i>

Die Praktika unter der Leitung von Christiane Eicher, Berthold Musselmann, Stefanie Joos und Antonius Schneider erfahren gute Resonanz bei den Studierenden (s. Abb. 49-51).



Abb. 49: NHV-Praktikum: Schröpfen/Wickel/Bäder mit Dr. Eicher



Abb. 50: NHV-Praktikum Akupunktur mit Dr. Schneider



Abb. 51: NHV-Praktikum Phytopharmaka mit Dr. Musselmann

## B7 Evaluation der Querschnittsveranstaltungen

Wie im Poster demonstriert, wurden die allgemeinmedizinischen Beiträge zur Prävention von den Studierenden überwiegend gut bewertet, das Gleiche gilt auch aktuell für die Naturheilverfahren und den Reha-Beitrag, wenngleich es für eine umfassendere Bewertung noch zu früh ist.

## B8 Blockpraktikum

Neben der Famulatur und dem PJ ist vor allem das Blockpraktikum dazu geeignet, die hausärztliche Arbeitsweise näher kennen zu lernen: in Heidelberg baut das fünftägige Blockpraktikum auf den Praxishospitationen der Vorklinik auf. Folgende Unterlagen im Sinne des Loseblatt-Skripts stehen dazu aktuell zur Verfügung:

### Merkblatt

#### Heidelberger Praxisprogramm für den klinischen Abschnitt

(HeiPraxB, Stand: September 2006)

#### Der Klinische Abschnitt (HeiPrax B) besteht aus folgenden Teilen:

##### a) Seminar (Kursus) Allgemeinmedizin

ein Heicumed-Modul, welches auch der Vorbereitung auf das folgende Blockpraktikum dient. Es umfasst 10 Doppelstunden nach Beendigung der Propädeutik. Das Seminar (als Modul des fachübergreifenden Heicumed-Blocks INNERE, mit entsprechender Abschlussklausur) findet statt mittwochs 16.15 – 17.45 Uhr. Erster Termin am 08. November 2006. Teilnahmenachweis in der Studentenmappe.

##### b) Blockpraktikum

Die Lehrpraxis für das Blockpraktikum wird neu zugeteilt und zwar Ende Januar 2007. Das Blockpraktikum ist abzuleisten bis Ende März 2008. Tausch der Lehrpraxis untereinander ist möglich, s. Tauschbörse im Athena-Forum! Lehrpraxen im Raum Karlsruhe/Pforzheim/Nördlicher Schwarzwald können bei Fr. Kurczyk erfragt werden. Das Blockpraktikum umfasst eine zusammenhängende Woche von 5 Werktagen nach Vereinbarung in einer unserer akkreditierten hausärztlichen Lehrpraxen. Aufgaben und Evaluationsformular siehe Homepage ›Lehre‹ ›Unterrichtsmaterial‹. Die Unterlagen sind im Sekretariat (Frau S. Kurczyk) einzureichen.

##### c) PJ-Tertial

(nur nach persönlicher Absprache)

##### Sprechstunde

zu Fragen, Ablauf von HeiPrax B oder auch von Querschnittsveranstaltungen (Prävention/Gesundheitsförderung, Naturheilverfahren oder Rehabilitationsmedizin) in der Regel:

mittwochs 14.00-15.00 Uhr

Prof. Wiesemann

Voßstr. 2, Geb. 37

Tel. 06221/56-4184

E-Mail: [armin.wiesemann@med.uni-heidelberg.de](mailto:armin.wiesemann@med.uni-heidelberg.de)

im Sekretariat Frau S. Kurczyk

Di-Do 09.30-12.00 Uhr

Tel. 06221/56-4814,

[lehre.allmed@med.uni-heidelberg.de](mailto:lehre.allmed@med.uni-heidelberg.de) sowie bei

Prof. Szecsenyi nach Voranmeldung

(Tel. 06221/56-4743).

## Blockpraktikum

### Merkblatt Blockpraktikum

#### Liebe Studierende,

nachdem Sie die Allgemeinmedizin in Heidelberg im Rahmen des Heidelberger Praxishospitationsprogramms (HeiPrax) kennen gelernt haben und damit bereits die Praktika zur Berufsfelderkundung und zur Einführung in die klinische Medizin absolvieren konnten, schließt sich jetzt der klinische Abschnitt mit einem einwöchigen Blockpraktikum in Lehrpraxen an. Dazu gehört das vorausgegangene Seminar (Kursus der Allgemeinmedizin).

Dieses Merkblatt gibt einen kurzen Überblick über die Bestandteile und über die weiteren Anlagen zum Praktikum:

- a) Lehrpraxis
- b) Aufgaben, Lernziele
- c) Unterlagen, Aufgabenblätter
- d) Evaluation.

#### Lehrpraxis, Ablauf

Die Lehrpraxis nimmt den Studierenden für eine Woche auf und sorgt für seine möglichst weitgehende Integration in den Praxisablauf. Wenn möglich, wird die Mittagspause von Lehrarzt/-ärztin und Studierendem gemeinsam verbracht, damit etwas Zeit für anstehende Fragen bleibt.

Lehrärzten und Lehrärztinnen ist, wie den Studierenden, die Aufgabenstellung bekannt; dementsprechend können nur autorisierte (akkreditierte) hausärztliche Praxen das Blockpraktikum durchführen.

Wegebeschreibung und ggf. Praxis-Besonderheiten s. individuelles Praxis-Info-Blatt, das Ihnen für Ihre Praxis als individuelles Blatt ausgehändigt wird (Wegebeschreibung).

Vereinbaren Sie bitte einen Termin mit der Ihnen zugewiesenen Lehrpraxis. Die Anfahrt regeln Sie bitte selbst.

Nachdem Ihnen aus der Heidelberger Vorklinik Patientenkontakte in der Hausarztpraxis vertraut sind, nehmen Sie nun so aktiv wie möglich an der Sprechstunde und den Hausbesuchen teil. Führen Sie bitte so häufig wie möglich eigene (Vor-) Untersuchungen durch und suchen sich frühzeitig Patienten zur Falldokumentation aus. Besprechen Sie Eindrücke und Befunde mit dem Lehrarzt/der Lehrärztin, wann immer dies möglich ist.

#### Inhalte, Aufgaben

Welche Inhalte charakterisieren das Blockpraktikum? Was sollen sie aus dieser, z.T. auf der vorklinischen Praxishospitation aufbauenden, Woche praktischer Tätigkeit in einer allgemeinmedizinischen Praxis mitnehmen?

Folgende weit gefasste Lernziele halten wir für wichtig: Sie sollen

- Sich vertraut machen mit Versorgungsauftrag und Arbeitsweise (Methoden) der Allgemeinmedizin (Lehrbücher, Fachbegriffe wie „abwendbar gefährlicher Verlauf“, „abwartendes Offenhalten“)
- Fähigkeiten im Umgang mit Patienten erwerben bzw. verbessern (Kommunikation, Einschätzung der Gesundheitsstörung, subjektive Vorstellungen/evidenzbasierte Medizin)
- Fertigkeiten der täglichen Praxis erwerben (Anamnese, vollständige körperliche Untersuchung, Befunderhebung, Blutentnahme, Verbände, EKG, Laboranalysen, Falldokumentationen...)
- Hausbesuche miterleben
- Die (10) häufigsten Krankheiten in der Hausarztpraxis kennen und die kooperative Versorgung inkl. rationaler Arzneimitteltherapie erläutern können

#### Weitere Unterlagen zum Blockpraktikum

s. Skript- Loseblatt-Bestandteile!

#### Evaluation

Bevor das Blockpraktikum abschließend bescheinigt bzw. benotet werden kann, füllen Sie bitte den Evaluationsbogen aus.

## Blockpraktikum (1 Woche/35 Stunden) Aufgaben, Lernziele im Einzelnen

**Kenntnisse** (z. B. Einzelheiten des allgemeinmedizinischer Versorgungsauftrags) werden vorrangig in den die Praktika begleitenden Seminaren vermittelt; Fähigkeiten, z. B. befriedigende klinisch-pragmatische, (selbst-) kritische wissenschaftliche und ethisch-moralische Kompetenz im Sinne der Professionalität werden über Jahre entwickelt, auch die „Unternehmensführung“. Fertigkeiten (z. B. allgemeinärztliche Anamnese, Befunderhebung, Gesprächsführung, Kooperation) sollen vorrangig im Blockpraktikum trainiert werden.

Dementsprechend kommen zu den weit gefassten Lernzielen folgende, enger gefasste Lernziele hinzu:

1. Die Fallvorstellung nach dem SOAP-Schema soll vertraut sein :
  - Subjektives Befinden/Symptome
  - Objektive Befunde (nach vollständiger körperl. Untersuchung)
  - Assessment (Analyse/Differenzialdiagnose und Einschätzung des Verlaufs, der Gefährdung)
  - Plan der Behandlung
  - Die folgenden 5 Fälle sind dabei zu dokumentieren (s. Abb. 54 a-d): 1 chron. Kranker, der zu Beginn und Ende der Woche gesehen wird, 1 Neuerkrankter, 1 Schnittstellenpatient (Überweisung, Krankenhaus-Entlassung), 1 Hausbesuchspatient.
2. Die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit soll exemplarisch eingeschätzt worden sein
3. Ein Check-up soll durchgeführt worden sein (mit entsprechendem kritischen Hintergrund)
4. Blutdruckmessung: korrekte Durchführung mehrmals
5. EKG-Durchführung: zweimal anlegen (Beurteilung durch Lehrarzt)
6. Blutentnahme: mindestens 3 mal, ebenfalls Blutzuckermessung und Labor-Streifentests
7. Injektionen, Impfen: mindestens je 2 mal (Impfung in M. deltoideus; i.v., s.c.-Injektionen)
8. Verbandswechsel: mindestens zweimal, kleine Wundversorgung wenn möglich
9. Otoskopie: mindestens 3 mal
10. Fußinspektion: mindestens 2 mal
11. Formularwesen: vertraut sein mit der Vielfalt
12. Spirometrie/Peak-Flow, Tape-Verband, Kompressionsverband: wenn möglich

Die Auseinandersetzung mit den Lernzielen ist auf der folgenden Checkliste (für's Portfolio) zu dokumentieren:

Aufgabe gemäß Lernziel (Blockpraktikum)	Durchgeführt am:	Kommentar
Die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit soll exemplarisch eingeschätzt worden sein		
Ein Check-Up soll durchgeführt worden sein (mit entsprechendem kritischen Hintergrund)		
Blutdruckmessung: korrekte Durchführung mehrmals		
EKG-Durchführung: zweimal anlegen (Beurteilung durch Lehrarzt)		
Blutentnahme: mindestens 3 mal, ebenfalls Blutzuckermessung und Labor-Streifentests		
Injektionen, Impfen: mindestens je 2 mal (Impfung in M. deltoideus, i.v., s.c.)		
Verbandswechsel: mindestens zweimal, kleine Wundversorgung wenn möglich		
Otoskopie: mindestens 3 mal		
Fußinspektion: mindestens 2 mal		
Formularwesen: vertraut sein mit der Vielfalt		
Tape, Kompressionsverband 2 mal durchgeführt (wenn möglich)		
Spirometrie 2 mal durchgeführt (wenn möglich)		

Tab. 9: Dokumentation Blockpraktikum

Wie in der Praxis mit dem SOAP-Schema umgegangen werden kann, beschreibt der folgende Bericht aus einem Blockpraktikum bei Dr. Bilger:

## SOAP

ein Bericht von Despina Chatziaslanidou und Dr. Stefan Bilger

Die - je nach Fall - etwas unterschiedlichen SOAP-Vorlagen helfen beim Umgang mit den Aufgaben (weitere Vorlagen auf unserer Homepage und dem Athena-med-Server).

Dieses einfache SOAP-Schema zur Dokumentation der Behandlung wurde ursprünglich von Weed (Weed et al.) in den 60er Jahren in USA vorgeschlagen, um Krankenakten eine Mindeststruktur zu geben und damit die elektronische Verwertung zu erleichtern.

Die folgenden Erläuterungen (Ausschnitt) resultieren aus der gemeinsamen Sicht der Studierenden (D.S.) und eines Lehrarztes/Lehrbeauftragten (Dr. S. B.) bei der Fallarbeit nach dem SOAP-Schema:

### Ein zentrales Element des „Blockpraktikums Allgemeinmedizin“

Beim einwöchigen „Blockpraktikum Allgemeinmedizin“ der „Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung“ an der Universität Heidelberg, einer Pflichtveranstaltung für alle Studierenden der Medizin, sollen als zentrale Aufgaben vier (fakultativ fünf) Fälle aus dem typischen Versorgungsspektrum der Allgemeinmedizin von den Studenten bearbeitet werden. Vorgegeben sind: ein Akutpatient, der mit neuen Beschwerden in die Sprechstunde kommt, ein chronisch-kranker Patient, der am Anfang und am Ende der Woche gesehen wird, ein Hausbesuchspatient und ein „Schnittstellen“-Patient (also ein Patient nach Entlassung aus dem Krankenhaus oder vor Antritt einer Reha-Maßnahme u. a.). Die didaktischen Grundlagen und Implikationen einer solchen fallbezogenen Arbeitsweise sollen in diesem Beitrag erörtert werden. Insbesondere geht es darum, wie die Falldarstellung nach dem SOAP-Schema konkret umgesetzt werden kann, welchen Nutzen die Studenten davon haben und wie viel der Lehrarzt vorgeben und einbringen muss.

Die Falldarstellung nach dem SOAP-Schema wird nicht nur im allgemeinmedizinischen Unterricht an vielen Universitäten praktiziert. Den Studenten ist das Schema auch aus anderen Fächern bekannt. Dies erleichtert zunächst den Einstieg. In der praktischen Umsetzung wurde aber von den Studenten auch über große Unterschiede berichtet. Zumindest teilweise dürfte das Schema nur oberflächlich umgesetzt werden. Dies belegt anschaulich der folgende Beitrag eines Studenten aus einem Internet-Forum zur Examensvorbereitung:

*Hallo an alle! Brauche dringend Hilfe! Ich habe am 10.9. mündliche - Pharma und Orthopädie - und in Ortho bekommen wir am 8.9. einen Patienten, zu dem*

*wir eine Epikrise schreiben sollen. Nun die doofe Frage: was genau gehört denn da alles rein? Wie lang muß die sein? Wie die Gliederung?? So ungefähr kann man sich das ja denken, aber ich will es für die Prüfung natürlich möglichst genau.. gibt's da irgendwo ein richtiges „Schema“?? :-nix*

*Vielen Dank schon mal! :-winky*

[www.medi-learn.de/medizinstudium/foren/archive/t-15533.html](http://www.medi-learn.de/medizinstudium/foren/archive/t-15533.html) (Zugriff: 06.09.2005)

Nach unseren eigenen Erfahrungen bemühen sich die Studenten häufig um eine narrative Falldarstellung in der Abfolge Anamnese - Befund - Therapie. Dabei kommt die eigentlich gewünschte kritische Reflexion des jeweiligen Falles zu kurz. Bei den ersten beiden Punkten „Subjektiv“ und „Objektiv“ ist meist ein großes Interesse zu bemerken. Die Studenten notieren sich viele Fakten und Details und studieren die vorhandenen Befundberichte sehr eingehend. Daraus die wesentlichen Punkte und Probleme zu formulieren, die Befunde auch in ihrer diagnostischen Wertigkeit zu würdigen, gelingt allerdings nur in Ausnahmefällen, mit Unterstützung des Lehrarztes. Bei den weiteren Punkten „Assessment“ und „Plan“ gelingt es Studenten kaum, Fragestellungen und Probleme zu formulieren. Die Beiträge dazu beschränken sich häufig auf einfache Überlegungen, die nur die vorgegebenen Fragen variieren.

Im Folgenden wollen wir darstellen, wie das SOAP-Schema umgesetzt werden sollte, damit die beabsichtigten Lernziele erreicht werden. Zum Veranschaulichung kann folgendes Beispiel dienen, das eine Studentin nach einem Besuch in einem Pflegeheim niedergeschrieben hat (Ergänzungen vom Lehrarzt kursiv in Klammern):

### SOAP- Schnittstellen-Patient/Kooperation Angaben zum Patienten: Fr. R. M. 85 Jahre alt

**Subjektiv** (anamnestische Hinweise): Weshalb kommt der Patient? Welches Problem liegt vor, wie erlebt der Patient seine Behandlung? Um welche Schnittstelle handelt es sich? (nachstationär, ambulante Überweisung, Reha?)

Die Patientin lebt in einem Pflegeheim und befand sich im Krankenhaus vom 19.08.05 bis 29.08.05 in stationärer Behandlung. Grund der Einweisung war eine Exsikkose und rezidivierendes Erbrechen.

Die Eigenanamnese gestaltete sie sich schwierig, weil die Patientin nicht kommunikationsfähig war. Das Pflegepersonal berichtete, dass die Patientin vor dem Krankenhausaufenthalt halluzinatorische Wahnvorstellungen hatte. Daraufhin ist vom Hausarzt Haldol 2mg angeordnet worden. Dem Pflegepersonal ist aufgefallen, dass die Patientin, sowohl vor als auch nach dem Krankenhausaufenthalt, sich gar nicht mehr bewegt und dass sie fast

nicht mehr spricht. Aktuell klagt sie über Schmerzen im rechten Knie- und Hüftgelenk.

**Objektiv** (vorhandene und/oder selbst erhobene Befunde): Welche Berichte liegen vor, Kommunikationsprobleme? Wichtige Befunde vorhanden? (Klinik, Labor, bildgebende Verfahren)

Frau R.M. ist im KH Flüssigkeit und Kalium parenteral substituiert worden. Die diuretische Therapie ist abgesetzt worden und zusätzlich ist ein Harnwegsinfekt mit Ciprobay behandelt worden. Der Allgemeinzustand der Patientin besserte sich langsam.

Vormedikation bei Aufnahme ins Krankenhaus:

Haldol 2mg	1-0-0-1
Tilidin	1-0-0-1
Pantozol 40mg	1-0-0-1
Ciprobay 500	(bis 19.08)
Torasemid 10mg	1,5

Diagnosen:

Dementielles Syndrom, Parkinson-Syndrom, kompensierte Herzinsuffizienz, Coxarthrose rechts, Corpus- und Antrumgastritis.

Empfohlene Medikation bei Entlassung:

Xalatan AT  
Pantozol 20  
Acimol  
Madopar 62,5

Die Bewegungsfähigkeit blieb nach wie vor eingeschränkt.

**Assessment** (Beurteilung, vorl. Diagnosen): Welche Probleme sind zu lösen und wie? Ist die Medikation bzw. eine Umstellung auf Generika angemessen?

Die Patientin war vor dem Krankenhausaufenthalt exsikiert, hatte rezidivierendes Erbrechen, war hypokinetisch und wenig kommunikationsfähig. Vor der Krankenhausaufnahme erhielt sie Haldol 2mg 2 mal/Tag, weil sie Halluzinationen hatte.

Haldol gehört zu den stark potenten Neuroleptika und hat ernste Nebenwirkungen wie z.B. Früh- und Spätdyskinesien, Parkinsonoid, Akathisie, depressive Stimmung und Lethargie. Demzufolge kann der Zustand der Patientin u.a. auch durch die Medikation begründet werden. Da beim Absetzen des Haldols sich der Zustand der Patientin nicht wesentlich besserte, kann man davon ausgehen, dass es sich nicht nur um einen Medikamenteneffekt handelt (*beginnende Parkinson-Erkrankung, die nur durch das Haldol verstärkt wurde*). (*Spätdyskinesien i. d. R. erst nach Behandlungsdauer von mehreren Jahren!*)

Problematisch an der Medikation war noch das hochdosierte Diuretikum, das die Patientin länger als notwendig eingenommen hat. Das führte zur Exsikkose, was bei älteren Patienten auch ohne Einnahme eines Diuretikums sehr häufig ist. (*Ergänzend hätte der Einsatz von Ciprofloxazin bei einer geriatrischen Patientin wegen der bekannten zentralnervösen Nebenwirkungen dieser Substanz problematisiert werden müssen. Pantozol könnte durch ein Omeprazol-Generikum ersetzt werden, war allerdings schon als Vormedikation vom Hausarzt verordnet worden.*)

**Plan** (weiteres Procedere/Vorgehen): Was schlagen Sie dem Patienten vor? Welches sind die nächsten Schritte, wie sieht der Behandlungsplan aus?

Die Medikation die nach Entlassung vorgeschlagen worden ist, kann weiter angeordnet werden. Wenn die Patientin jedoch weiterhin über Schmerzen klagt, kann ihr bei Bedarf ein Schmerzmittel, z.B. Paracetamol verabreicht werden. Wenn die Schmerzen damit immer noch nicht bekämpft sind, dann kann evtl. noch ein niedrigpotentes Opioid nach der WHO-Stufe II gegeben werden.

Außer der richtigen Medikation ist es von Bedeutung bei Fr. R.M., so weit es möglich ist, die Teilnahmefähigkeit im täglichen Leben zu fördern z.B. durch geriatrische Rehabilitation, Krankengymnastik u.s.w.

**Kommentar (Lehrarzt):**

1. Dass unter dem Punkt „Subjektiv“ bei einem Patienten im Pflegeheim auch die anamnestischen Angaben des Pflegepersonals einbezogen werden müssen, war eine explizite Anweisung des Lehrarztes. Insoweit entspricht der Bericht auch den Erwartungen. Die Angaben beschränken sich auf das Wesentliche und sind insgesamt zutreffend. Allerdings dürfte einem Leser, der den Fall nicht kennt, nicht genügend deutlich werden, was in diesem Fall zur Einweisung ins Krankenhaus geführt hat. Die Aussage, die Patientin sei „nicht kommunikationsfähig“ gewesen, hätte in dieser apodiktischen Form nicht stehen bleiben dürfen. Gemeint war selbstverständlich, dass die Patientin keine klaren Angaben zu ihren Beschwerden und zu Grund des Krankenhausaufenthaltes machen konnte. Der Eindruck wurde sicher auch stark durch den Zeitdruck der Visite und die Anwesenheit und die Arbeiten des Pflegepersonals bestimmt (während des Gesprächs der Studentin mit der Patientin). Bei einem weiteren Besuch zwei Tage später konnte die Studentin feststellen, dass die Patientin sehr viel gesprächiger war und durchaus etwas über ihre Beschwerden und die subjektive Einschätzung ihrer Situation zu erfahren war.

2. Die durchaus gelungene Zusammenfassung des Arztbriefes des Krankenhauses hätte durch eine Beschreibung des Eindrucks von der Patientin ergänzt werden können und sollen. Dies hätte auch deutlich gemacht, dass Befunde in der Allgemeinmedizin häufig auch durch

Beobachtung erhoben werden; im konkreten Fall etwa Beschreibung des Allgemeinzustandes, der Mobilitätseinschränkung, der Kommunikation mit der Patientin.

3. Auch beim Punkt „Assessment“ benennt der Bericht die wesentlichen Punkte. Es bleibt allerdings etwas unklar, ob die Zusammenhänge auch vollständig verstanden wurden. Nach Einschätzung des Lehrarztes hing die Verschlechterung des Allgemeinzustandes der betreffenden Patientin mit der Polypragmasie der Arzneitherapie zusammen, die aufgrund der bekannten Abfolge „unzureichende Schmerztherapie-Dosiserhöhung-Auftreten von Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, Somnolenz“ mit einer Gabe von weiteren potentiell wirkungslosen (Dosiserhöhung des Protonenpumpenhemmers) oder nebenwirkungsreichen Pharmazeutika (Haldol) reagierte. Ob tatsächlich eine Exsikkose an der Symptomatik mit beteiligt war, wird man im Nachhinein kaum feststellen können. Die Entscheidung der Krankenhausärzte, Haldol wegen der bekannten EPS und das Opioid wegen der Somnolenz abzusetzen, konnte jedenfalls nachvollzogen werden. Ein Therapieversuch mit L-Dopa erschien bei klinischem Parkinson-Verdacht gerechtfertigt. Das Absetzen des Diuretikums wird man im weiteren Verlauf kritisch prüfen müssen (durch Gewichtskontrolle und Beobachten der kardialen Situation). Der Verzicht auf eine Schmerzmedikation wurde vom Pflegepersonal des Heimes kritisch kommentiert. Hier entschied der Lehrarzt, wegen der geringsten Nebenwirkungen zunächst Paracetamol bei Bedarf zu geben. Um diese Überlegungen zu notwendigen Kontrollen sollte auch der Punkt „Plan“ ergänzt werden, den die Studentin ansonsten eigenständig mit einigen zutreffenden Überlegungen ausführlicher formuliert hat, als es sonst häufig der Fall ist.

Nach unserer Einschätzung zeigt dieses (trotz Kritik an einzelnen Details) doch sehr gelungene Beispiel einer Falldarstellung nach dem SOAP-Schema, dass es auch in einer knappen Form möglich ist, die somatische, die psychische und die soziale Dimension von Krankheit darzustellen. Dies gelingt im vorliegenden Fall auch bei komplexen Einflüssen, die die klassische Arzt-Patient-Beziehung zu einer Triade erweitern durch Beteiligung von Angehörigen bzw. im konkreten Fall des Pflegepersonals im Heim.

Von wesentlicher Bedeutung ist es dabei, die Komplexität des jeweiligen klinischen Falls, die bei multimorbiden Patienten eher die Regel als die Ausnahme darstellt, auf einfache Kausalketten zu reduzieren. Im vorliegenden Beispiel ging es um eine polypragmatische Arzneitherapie, die zu den beschriebenen Nebenwirkungen geführt hatte. Diese Zusammenhänge zu erkennen, ist für eine Medizinstudentin im 7. Semester, die kaum über eigene Erfahrungen mit den betreffenden Substanzen verfügen kann, natürlich sehr anspruchsvoll. Ohne eine solche inhaltliche Vertiefung würde der Fall allerdings banal

(Patientin kommt aus dem Krankenhaus, Hausarzt prüft Medikationsempfehlung und übernimmt diese).

Aus unserer Sicht ist nach der Anamnese und der Untersuchung (und eigenständiger Bewertung der Befunde), was die Studenten im Großen und Ganzen beherrschen, vor allem der Punkt „Assessment“ zu reflektieren. Hier geht es um die Einschätzung der individuellen und konkreten Situation des Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt, die eine zentrale Rolle bei der hausärztlichen Betreuung spielt. Häufig geschieht dies mehr intuitiv, als bewusst reflektiert. Dabei ist dieses Assessment, gegebenfalls verbunden mit neuen Diagnosen, jedoch unverzichtbare Voraussetzung für eine zielgerichtete Planung des weiteren ärztlichen Handelns. Daher ist es aus didaktischen Gründen auch ganz wesentlich, diese Einschätzung bewusst zum Thema zu machen. Für den Lehrarzt bietet die Auseinandersetzung mit dem Studenten besonders in diesem Punkt die Chance, sich seiner impliziten Annahmen und seiner Routinen bewusst zu werden und das Verständnis seines eigenen Handelns zu vertiefen. Dies ist neben dem Austausch mit Kollegen sicher eine der größten Chancen zur Professionalisierung des Fachs „Allgemeinmedizin“ und zu deren unverwechselbarer Individualität.

Einige Probleme, die wir bei dieser Arbeitsweise nach dem SOAP-Schema sehen, sollen nicht verschwiegen werden. Da ist zunächst die begrenzte Zeit, die während des fünftägigen Blockpraktikums im laufenden Praxisbetrieb zur Verfügung steht. Selbst bei der Annahme, dass sich der Lehrarzt eine volle Stunde am Tag mit dem Studenten beschäftigt, ist dies recht wenig, da auch noch andere Aufgaben (praktische Anleitung beim Untersuchen etc.) zu erfüllen sind. Nicht immer sind in dieser begrenzten Zeit die passenden Patienten in der Praxis, die auch bereit sind, dem anwesenden Studenten für eine gewisse Zeit zur Verfügung zu stehen. Also muss auch auf didaktisch weniger geeignete Fälle ausgewichen werden (dies ist ganz vergleichbar dem Stationsunterricht in der Klinik). Die Qualität des Vermittelten hängt selbstverständlich auch ab vom jeweiligen Verständnis der Lehrärzte. Auch wenn es sich dabei in der Regel um erfahrene Praxisärzte handelt, die ein ausgeprägtes Interesse am Studentenunterricht haben, reflektiert nicht jeder sein Handeln in der beschriebenen Weise. Ein häufig unterschätzter Faktor ist auch das begrenzte Wissen der Studenten. Die praktisch-klinische Erfahrung ist verständlicherweise begrenzt, auch die Kenntnisse von Pharmakotherapie. Insofern wäre ein späterer Zeitpunkt für das Blockpraktikum, also ein Semester vor dem PJ, vermutlich sinnvoller. Daneben muss zumindest in einzelnen Fällen auch immer wieder mal Grundlagenwissen wiederholt werden, ohne das die jeweiligen Zusammenhänge nicht zu verstehen wären. Trotz dieser Einschränkungen bietet die patientenorientierte Sichtweise der Fallarbeit nach dem SOAP-Schema die beste Chance, die

patientenorientierte Arbeitsweise des Fachs „Allgemeinmedizin“ zu verstehen. Die Studenten sollten dabei nach Möglichkeit mit solchen Fällen arbeiten, die verschiedene Aspekte beinhalten, also mehrdimensional, aber auch nicht zu komplex sind. Wichtig zum Verständnis der patientenzentrierten und problemorientierten Arbeitsweise in der Allgemeinmedizin ist allerdings auch eine Anleitung durch den Lehrarzt, die diese Grundhaltung vermittelt.

Das folgende Unterrichtsmaterial mit abschließendem Evaluationsbogen stellen wir in diesem SOAP-Zusammenhang aufgabenorientiert für die Blockpraktikanten zur Verfügung (Abb. 54 a-d, Arbeitsblätter SOAP):

### SOAP allgemein Subjektiv-Objektiv-Assessment-Plan

Subjektives Befinden/Symptome, Objektive Befunde (nach vollständiger körperl. Untersuchung), Analyse/Differenzialdiagnose und Einschätzung des Verlaufs, Plan der Behandlung

Der tägliche Umgang mit Patienten in der allgemeinmedizinischen Praxis kann folgendermaßen beschrieben werden. Zunächst wird die Anamnese (subjektiv) erfragt und dann die körperliche Untersuchung (objektiv) durchgeführt. Die gewonnenen Informationen müssen analysiert werden im Sinne einer vorläufigen Beurteilung (Analyse/Assessment von Problem, Diagnose, Differenzialdiagnose), um anschließend den weiteren Verlauf einzuschätzen. Schließlich wird ein Plan für das weitere Vorgehen, bzw. die Behandlung erstellt.

Angaben zum Patienten:     männlich     weiblich    Alter in Jahren .....

**Subjektiv:** Weshalb kommt der Patient? Welches Problem liegt vor, wie erlebt der Patient seine Krankheit?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Objektiv:** Welche Befunde können erhoben werden?  
(Klinische Untersuchung, Labor, bildgebende Verfahren)

.....  
.....  
.....  
.....

**Assessment:** Wie schätzen sie das Problem, den Gefährdungsgrad des Patienten ein?  
Welche differentialdiagnostischen Überlegungen stellen Sie an?

.....  
.....  
.....  
.....

**Plan:** Was schlagen Sie dem Patienten vor? Welches sind die nächsten Schritte, wie sieht der Behandlungsplan aus?

.....  
.....  
.....

### SOAP Chronisch kranker Patient

Angaben zum Patienten:  männlich  weiblich Alter in Jahren .....

**Subjektiv:** Weshalb kommt der Patient? Welches Problem liegt vor, wie erlebt der Patient seine Krankheit, wann, wo und mit welchem Ergebnis erfolgte die letzte Vorstellung?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Objektiv:** Welche Befunde können erhoben werden?  
(Klinische Untersuchung, Labor, bildgebende Verfahren)

.....  
.....  
.....  
.....

**Assessment:** Wie schätzen sie den Gefährdungsgrad des Patienten ein?  
Welche neuen Überlegungen stellen Sie an? Was kann der Patient selbst tun?

.....  
.....  
.....  
.....

**Plan:** Was schlagen Sie dem Patienten zum weiteren Prozedere vor, wann sollte er sich aus welchem Grund wieder vorstellen?

.....  
.....  
.....  
.....

Zusätzliche Angaben zur Anamnese und zum psychosozialen Hintergrund:

## SOAP Schnittstellen-Patient/Kooperation

Angaben zum Patienten:  männlich  weiblich Alter in Jahren .....

**Subjektiv:** Weshalb kommt der Patient? Welches Problem liegt vor, wie erlebt der Patient seine Behandlung?  
Um welche Schnittstelle handelt es sich? (nachstationär, ambulante Überweisung, Reha?)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Objektiv:** Welche Berichte liegen vor, Kommunikationsprobleme? Wichtige Befunde vorhanden?  
(Klinische Untersuchung, Labor, bildgebende Verfahren)

.....  
.....  
.....  
.....

**Assessment:** Welche Probleme sind zu lösen und wie? Ist die Medikation bzw. eine Umstellung auf  
Generika angemessen?

.....  
.....  
.....  
.....

**Plan:** Was schlagen Sie dem Patienten vor? Welches sind die nächsten Schritte, wie sieht der Behandlungsplan aus?

.....  
.....  
.....  
.....

Zusätzliche Angaben zur Anamnese und zum psychosozialen Hintergrund:

## SOAP Hausbesuchspatient

Angaben zum Patienten:  männlich  weiblich Alter in Jahren .....

**Subjektiv:** Weshalb wird der Hausbesuch durchgeführt? Wurde dieser Hausbesuch aktuell angefordert? Notfall? Wie äußert sich der Patient?

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Objektiv:** Welche Befunde können erhoben werden? (Klinik, Labor, bildgebende Verfahren)

.....  
 .....  
 .....

**Assessment:** Wie schätzen sie den Gefährdungsgrad des Patienten ein? Welche Probleme liegen vor?

.....  
 .....  
 .....

**Plan:** Was schlagen Sie dem Patienten vor? Weiterer Hausbesuch erforderlich, wenn ja, warum?

.....  
 .....  
 .....

Zusätzliche Angaben zur Anamnese und zum psychosozialen Hintergrund:

## Evaluationsbogen

**Bitte beachten Sie, diese Erhebung ist wichtig zur Beurteilung des Praktikums und gehört dazu (ist außerdem vertraulich)!**

Geburtsjahr, Matrikel-Nr.:

Geschlecht:  männlich  weiblich

Lehrpraxis (Nr., Name, Ort):

Wie gut oder schlecht wurden Ihnen im Blockpraktikum Allgemeinmedizin neue Fähigkeiten, Fertigkeiten oder Einstellungen zu den folgenden Themen vermittelt?

**Bitte kreuzen Sie jeweils das Zutreffende an:**

1.	Erkennung häufiger Erkrankungen in der Allgemeinpraxis und deren Therapie	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
2.	Verordnungen (Rezepte, Arzneimittel, Krankengymnastik, Arbeitsunfähigkeit etc.)	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
3.	Präventionsmaßnahmen (Verhinderung einer späteren schwerwiegenden Erkrankung, z. B. Adipositas bei Diabetesrisiko)	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
4.	Screeningmaßnahmen (Vorsorgeuntersuchung, z.B. check-up, Krebsvorsorge)	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
5.	Familienmedizinische Zusammenhänge	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
6.	Hausbesuche (Indikation, Ablauf, Häufigkeit)	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
7.	Kommunikation/Gesprächsführung (auch bei schwierigen Patienten, Compliance-Problemen)	sehr gut	1	2	3	4 4	5 schlecht
8.	Umgang mit Patientenerwartungen rationale Arzneimitteltherapie	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
9.	Betreuung chronisch Kranker	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
10.	Betreuung Sterbender	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
11.	Alle Fertigkeiten gemäß Checkliste, Impfungen	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
12.	Körperliche Untersuchungstechniken	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
13.	Gerätediagnostik in der Allgemeinpraxis (z. B. EKG, Ultraschall, Labor)	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
14.	Zusammenarbeit mit Spezialisten in Praxis und Krankenhaus	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht

**Wurden Ihre Erwartungen weitgehend erfüllt?**  Ja  überwiegend  weniger  nein

Die Studierenden haben das Blockpraktikum bisher gut bewertet, das demonstriert die Abbildung 56, die Integration in den Praxisablauf war im Allgemeinen problemlos (Abb. 57-58).

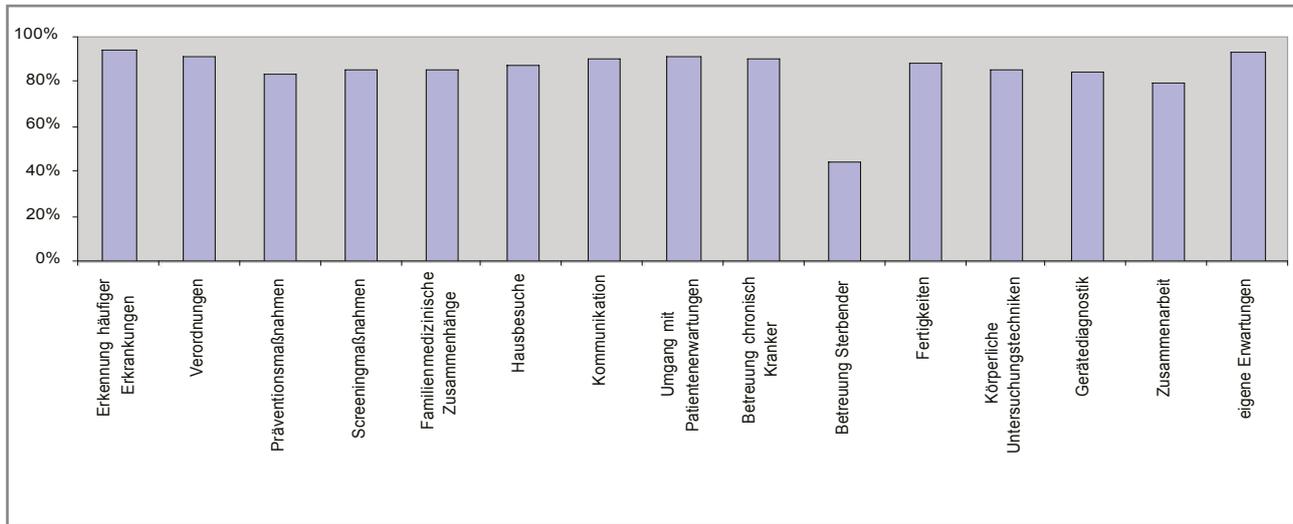


Abb. 56: Evaluation des Blockpraktikums durch die Studierenden (Noten gut und sehr gut in % N=315)



Abb. 57 und 58: Blockpraktikantin bei Dr. Jung

Das Blockpraktikum wird nach einem vereinbarten Raster von den Lehrärzten beurteilt, das heißt auch: benotet, wie folgt (Abb. 59):

## Beurteilung Blockpraktikum Allgemeinmedizin (2005)

Frau/Herr.....

(Name, Vorname, Matrikel-Nr.)

geb. am..... in .....

hat in der Zeit vom..... bis .....in meiner Praxis das Blockpraktikum absolviert in Verbindung mit dem Modul/Seminar Allgemeinmedizin vom Sommer-/Wintersemester ..... Während des Praktikums hatte die/der Studierende Gelegenheit, unter meiner Aufsicht und Anleitung Patienten zu untersuchen und zu behandeln. Ich bewerte die während des Praktikums gezeigten Leistungen der/des Studierenden folgendermaßen:

Beurteilungskriterien:		Benotung				
		1	2	3	4	5
1.	Wahrnehmung und Erfassung des Wesentlichen in Anamnese und Befund					
2.	Gezeigtes Fachwissen bei Fallvorstellungen nach dem SOAP-Schema					
3.	Fähigkeit, zweckmäßige Konzepte zur weiteren Diagnostik und Problemlösung zu entwerfen (Disposition von Leistungen, Überweisungen)					
4.	Fähigkeit, im Erstkontakt positiv auf Patienten zuzugehen					
5.	Positive Akzeptanz bei Patienten					
6.	Umgang mit den Praxismitarbeitern/innen					
7.	Anwesenheit und Pünktlichkeit					
8.	Initiative zu eigenem Lernen und selbständigem Arbeiten					
		Gesamtnote =				

Benotung der Leistungen: „sehr gut“ (1) = eine hervorragende Leistung, „gut“ (2) = eine Leistung, die erheblich über den durchschnittlichen Anforderungen liegt, „befriedigend“ (3) = eine Leistung, die in jeder Hinsicht durchschnittlichen Anforderungen gerecht wird, „ausreichend“ (4) = eine Leistung die trotz ihrer Mängel noch den Anforderungen genügt, „nicht ausreichend“ (5) = eine Leistung, die wegen erheblicher Mängel den Anforderungen nicht mehr genügt..

Er/Sie hat während des Praktikums ca. .... Patienten untersucht und mich bei.....

Hausbesuchen begleitet. Besondere Stärken waren:

.....

Weitere Hinweise:

Praxisstempel:

Datum:

Unterschrift des Lehrarztes:

## B9 Praktisches Jahr (PJ): Aufgaben, Lernziele

Hier kommt es zu einer Erweiterung der Lernziele des Blockpraktikums:

Kenntnisse (z.B. Einzelheiten des allgemeinmedizinischen Versorgungsauftrags) sollen vorrangig in Gesprächen mit dem Lehrarzt/der Lehrärztin vermittelt und im Selbststudium erweitert werden, Fähigkeiten, z. B. befriedigende klinisch-pragmatische, (selbst-) kritische wissenschaftliche und ethisch-moralische Kompetenz im Sinne der Professionalität werden über Jahre entwickelt, auch die „Unternehmensführung“ kann im PJ ihren Anfang nehmen. Fertigkeiten (z. B. allgemeinärztliche Anamnese, Befunderhebung, diagnostisches Tests, Gesprächsführung, Kooperation) sollen trainiert und zunehmend selbständig im PJ durchgeführt werden (auch der Hartmannbund hat für das Praktische Jahr einen Lernzielkatalog vorgelegt).

Zum PJ stehen Studierenden und Lehrärzten Unterlagen und Hinweise auch elektronisch auf unserer Homepage zur Verfügung: Ein Merkblatt (zum Ablauf und zur Auswahl der wenigen Lehrpraxen mit zusätzlicher Akkreditierung beim Landesprüfungsamt), Logbuch-Blätter zur Dokumentation (s.u.), ein Evaluationsbogen (s.u.) und ein Lernzielkatalog (folgend).

### Weit gefasste Lernziele:

#### 1. Kenntnisse

Verständnis von Versorgungsauftrag und Arbeitsweise (Methoden) der Allgemeinmedizin

- durch Lehrbücher kennen lernen (Selbststudium)
- aus Gesprächen mit dem Lehrarzt/der Lehrärztin beziehen
- erweitern durch Anwendung von Fachbegriffen wie „abwendbar gefährlicher Verlauf“, „abwartendes Offenlassen“, „Niedrigprävalenzbereich definierter bedrohlicher Erkrankungen“
- angemessen dokumentieren

#### 2. Fähigkeiten

Professionalität entwickeln im Sinne befriedigender

- klinisch-pragmatischer, (selbst-) kritisch-wissenschaftlicher und ethisch-moralischer Kompetenz
- Wirtschaftlichkeit
- Mitarbeiterführung
- Teamfähigkeit
- Beurteilung gemeindemedizinischer Kooperation (Prävention und Reha)

Respektvollen Umgang mit Patienten erwerben bzw. nachhaltig verbessern in der

- Kommunikation
- Einschätzung der Gesundheitsstörung

- Berücksichtigung subjektiver Patientenvorstellungen
- Berücksichtigung evidenzbasierter Medizin

### 3. Fertigkeiten

sollen in der täglichen Praxis trainiert und zunehmend selbständig durchgeführt werden in Bezug auf:

- Allgemeinärztliche Anamnese
- Vollständige körperliche Untersuchung
- Gesprächsführung
- Befunderhebung
- Blutentnahme
- Impfungen, i.v.-, s.c.- Injektionen
- Verbände, Wundkontrollen
- Diagnostische Tests (und ihre Wertigkeit in der Hausarztpraxis)
- EKG-Durchführung und Auswertung
- Spirometrie-Durchführung und Auswertung
- Langzeitblutdruckmessung (ABDM) und Auswertung
- Laboranalysen
- Hausbesuche (Mitarbeit und selbständige Durchführung)
- Umgang mit schwer pflegebedürftigen Patienten und Umgang mit Sterbenden
- Falldokumentationen
- kooperative Versorgung mit Gebietskollegen und anderen medizinischen Berufen
- Bewältigung sozialmedizinischer Anliegen
- Einsatz rationaler Arzneimitteltherapie (selbständige Durchführung unter Aufsicht)

### Enger gefasste Lernziele:

Mit der Fallvorstellung nach dem SOAP-Schema vertrauter werden/sein:

- Subjektives Befinden/Symptome
- Objektive Befunde (nach vollständiger körperlicher Untersuchung)
- Assessment
- Differenzialdiagnose, vorläufige Diagnose  
Einschätzung des Verlaufs  
Grad der Gefährdung
- Plan der Behandlung unter Beachtung von:
  - Standard/EbM, Leitlinien-Anwendung
  - Individualität („shared decision“)
  - Behandlungsalternativen
  - Meinungsverschiedenheiten
- Grundlage bleibt der Lernzielkatalog der Allgemeinmedizin insbesondere für den klinischen Abschnitt (s. Homepage [www.allgemeinmedizin.uni-hd.de](http://www.allgemeinmedizin.uni-hd.de)), spezifiziert noch einmal für das PJ (mittlerweile auch online).

Die Logbuch-Blätter (Anleitungen) und der Evaluationsbogen entsprechen zum Teil dem Vorgehen im Blockpraktikum.

### PJ-Logbuch-Blatt 1: SOAP

#### Subjektiv-Objektiv-Assessment-Plan/Vorgehen

Subjektives Befinden/Symptome und Vorgeschichte, Objektive Befunde (nach vollständiger körperl. Untersuchung), Analyse/Assessment inkl. Differenzialdiagnose und vorl. Diagnose sowie Einschätzung des Verlaufs inkl. Prognose, Plan der Behandlung inkl. Alternativen

Angaben zum Patienten:  männlich  weiblich Alter in Jahren .....

Subjektiv: Weshalb kommt der Patient heute? (Behandlungsanlass)?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Wesentliches zur sozialen Anamnese und Krankengeschichte (ggf. zusätzlich auf der Rückseite dieses Blattes!)

Objektiv: Welche Befunde können erhoben werden?  
(Klinische Befunde, Labor, EKG, Spirometrie, bildgebende Verfahren)

.....  
.....  
.....  
.....

Assessment: Wie schätzen sie das Problem, den Gefährdungsgrad des Patienten ein? Welche differenzialdiagnost. Überlegungen, vorl. Diagnose, Compliance?

.....  
.....  
.....  
.....

Plan: Was schlagen Sie dem Patienten vor? Welches sind die nächsten Schritte, wie sieht der Behandlungsplan aus, welche Alternativen?

.....  
.....  
.....  
.....

**PJ-Logbuch-Blatt 2: Dokumentation**

<b>Aufgabe/Ausbildungsinhalt gemäß Lernziel (PJ); Angabe von Patienten-Initialen, Alter, Geschlecht!</b>	<b>Durchgeführt am:</b>	<b>Kommentar Ausbilder</b>
Fallbesprechung (besonderer Fall)		
Prävention/Gesundheitsberatung		
Sonographie Abdomen		
EKG-Durchführung		
Blutentnahme		
Injektionen, Impfen		
Verbandswechsel/Wundversorgung		
Otoskopie		
Fußinspektion		
Verordnungen/Formularwesen		
Tape, Kompressionsverband		
Spirometrie		
Check-up/Krebsfrüherkennung		
Rehabilitation/Antrag		
Entlasspatient/Arzneiverordnung		

## Evaluationsbogen für Studierende nach Abschluss des PJ-Tertials Allgemeinmedizin

Bitte beachten Sie:

Diese Erhebung ist wichtig zur Beurteilung des PJ und gehört dazu!

Geburtsjahr, MatrikelNr.: .....

Geschlecht:  weiblich  männlich

Fachsemester: .....

Lehrpraxis (Nr., Name, Ort): .....

Wie gut oder schlecht wurden Ihnen im PJ Allgemeinmedizin neue Fähigkeiten, Fertigkeiten oder Einstellungen zu den folgenden Themen vermittelt?

Bitte kreuzen Sie jeweils das Zutreffende an:

1.	Erkennung häufiger Erkrankungen in der Allgemeinpraxis und deren Therapie	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
2.	Verordnungen (Rezepte, Arzneimittel, Krankengymnastik, Arbeitsunfähigkeit etc.)	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
3.	Präventionsmaßnahmen (Verhinderung einer späteren schwerwiegenden Erkrankung, z. B. Adipositas bei Diabetesrisiko), Impfungen	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
4.	Screeningmaßnahmen (Vorsorgeuntersuchung, z.B. check-up, Krebsvorsorge)	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
5.	Familienmedizinische Zusammenhänge	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
6.	Hausbesuche (Indikation, Ablauf, Häufigkeit)	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
7.	Kommunikation/Gesprächsführung (auch bei schwierigen Patienten, Compliance-Problemen)	sehr gut	1	2	3	4	4 5 schlecht
8.	Umgang mit Patientenerwartungen	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
9.	Betreuung chronisch Kranker	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
10.	Betreuung Sterbender	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
11.	Anwendung von Leitlinien, EbM	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
12.	Körperliche Untersuchungstechniken	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
13.	Gerätediagnostik in der Allgemeinpraxis (z. B. EKG, Ultraschall, Labor)	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
14.	Zusammenarbeit mit Spezialisten in Praxis und Krankenhaus	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht
15.	Rationale Arzneimitteltherapie und evidenzbasierte Medizin	sehr gut	1	2	3	4	5 schlecht

Wurden Ihre Erwartungen weitgehend erfüllt?  Ja  überwiegend  weniger  nein

## Statistik der Lehrleistungen

Jeder Dozent dokumentiert seine Lehrleistungen und didaktischen bzw. prüfungsrelevanten Fortbildungen pro Jahr für die Abteilung bzw. auch leistungsorientierte Mittelvergabe (s. entsprechendes Formblatt und Wiesemann, 2005)

Tab. 10: Lehrleistungen im Studienjahr 2005/2006  
(in Stunden und Praktikumstagen à 7-8 Stunden/Tag)

Unterrichtsveranstaltung Oktober 05-August 06 (Heidelberger Praxisprogramm/HeiPrax)	Lehrstunden		
	Winter	Sommer	Gesamt
<b>Vorklinisches Studium</b>			
HeiPrax A/Einführung (460 Studierende)	1		1
Praktikum der Berufsfelderkundung (BFE, 460 Studierende)	120		120
Praktikum zur Einführung in die klinische Medizin (EKM, 288 Studierende)		72	72
Anatomie am Lebenden, Problemorientiertes Lernen: Supervision	2	2	4
<b>Klinisches Studium (288 Studierende)</b>			
HeiPrax B/Einführung in Kursus/Seminar und Blockpraktikum	1	1	2
Vorlesung Allgemeinmedizinische Arbeitsweise Brustschmerzpatient	1	1	2
Vorlesung Leitlinie Müdigkeit	1	1	2
Vorlesung Onkologische Nachsorge in der Hausarztpraxis	1	1	2
Vorlesung Palliative, hausärztliche Betreuung von Tumorpatienten	1	1	2
HeiPrax B-Seminare/Vorbereitung auf das Blockpraktikum	200	200	400
<b>Querschnitt Prävention/Gesundheitsförderung/Public Health/Gesundheitsökonomik</b>			
Einführung in die Prävention	1		1
Gesundheitsberatung	2		2
Gesundheitsförderung/Impfen	1		1
Diskussionsforum Vorsorge	2		2
Screening	2		2
Qualitätsmanagement	3		3
<b>Querschnitt Rehabilitation/Physikalische Medizin/Naturheilkunde</b>			
Klassische Naturheilverfahren	2	2	4
Traditionelle chinesische Medizin	2	2	4
Rehabilitation aus Sicht des Hausarztes	1	1	2
Praktika	21	21	42
<b>Unterrichtsstunden gesamt</b>	<b>365</b>	<b>305</b>	<b>670</b>
Praktikumstage in Lehrpraxen			
Vorklinische Praktikumstage (Hospitationsprogramm)	920	576	1496
Blockpraktikum (Praktisches Jahr erst 2007 umgesetzt)	nicht an Semester gebunden		1440
<b>Praktikumstage gesamt</b>			<b>2936</b>

## Prüfungen

### Fakultätsintern: MC-Prüfungen und OSCE

Multiple Choice-Prüfungen werden immer wieder als unzureichend bewertet, insbesondere, wenn die allgemeinärztliche Filterfunktion und Handlungskompetenz in Betracht gezogen werden. Andererseits unterliegt die Entwicklung derartiger Fragen mit den verschiedenen Frage-Typen mittlerweile einer qualitätsfördernden Standardisierung, die weit weg führt vom „raten“.

Vor der Prüfung werden die Fragen einem gemeinschaftlichen Review-Prozess der beteiligten Fächer unterzogen, nach der Prüfung wird die Qualität der Fragen einer mathematischen Analyse unterzogen, die u.a. Trennschärfe (haben die Guten auch diese Frage am besten gelöst?), Schwierigkeit (konnte die Frage von einer angemessenen Zahl an Studierenden gelöst werden?) und Distraktorenfunktion (wurden die falschen Antwortmöglichkeiten auch alle in Betracht gezogen?) berechnet.

Das blaue Berner Handbuch „Kompetent prüfen“, 1999, und Rene Krebs stellen wesentliche Grundlagen und Anleitungen zur Herstellung von MC-Fragen zur Verfügung. Es ist sinnvoll, vor dem Erstellen einer MC-Frage das zugehörige Lernziel zu definieren und zu überprüfen, ob dieses auch im Unterricht vermittelt wurde.

Der **OSCE**, die Objective Structured Clinical Examination, eine Prüfungsform, die auf Harden zurückgeht, stellt den Erwerb von Fertigkeiten, Handlungs- und Entscheidungskompetenz stärker heraus, dies unter einem gewissen Zeitdruck von in der Regel 5 Minuten pro Station eines Parcours. Jana Jünger, Christoph Nikendei und KollegInnen haben dazu eindrucksvolle Beschreibungen in dem Buch OSCE-Prüfungsvorbereitung in der Inneren Medizin vorgelegt (s. Abb. 61):

Die Allgemeinmedizin arbeitet zurzeit mit standardisierten Patienten (SP). Das bedeutet, dass ein Schauspieler eine Patientenrolle übernimmt, damit der Studierende in einem Behandlungsgespräch eine reale Sprechstundensituation vor sich hat. Es wurden von uns in einer klei-



Abb. 61: OSCE-Prüfungsvorbereitung (Jünger, Nikendei)

nen Arbeitsgruppe 2 OSCEs entwickelt, zu den Themen Kardiovaskuläres Risiko und Rückenschmerz. Aus einem Anamnesege spräch sollen Informationen gewonnen werden, die für Entscheidungen zum weiteren Vorgehen und zur Prognose verwertet werden. Als dritte Person ist ein Dozent anwesend, der den Ablauf beobachtet, ggf. etwas unterstützt und vor allem anhand einer Checkliste bewertet.



Abb. 62: Allgemeinmedizinische OSCE-Situationen Rückenschmerz und kardiovaskuläre Risikoanamnese



Abb. 63: Gastroenterologische OSCE-Station Magensonde

Abb. 64: Ausschnitt aus der Kurzversion der S3-DEGAM-Leitlinie Kreuzschmerz, die unserem OSCE zugrunde liegt.

DEGAM Leitlinie

# Kreuzschmerzen 3

## Kurzversion

### Definition

Kreuzschmerzen (KS) sind Schmerzen oder Unwohlsein im Bereich des Rückens vom unteren Rippenbogen bis zu den Glutäalfalten, evtl. mit Ausstrahlung in die Beine (ICD-10: M54.5). Man unterscheidet akute KS (Schmerzepisoden von weniger als 12 Wochen Dauer), rezidivierende KS (nach einem symptomfreien Intervall von mindestens 6 Monaten erneut aufgetreten) und chronische KS (seit 12 Wochen und mehr bestehend).

### Klassifikation

Unkomplizierte KS (>80%)	Radikuläre KS (~5%)	Komplizierte KS (~1%)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewegungsabhängig</li> <li>• Evtl. dermatomübergreifend Ausstrahlung bis <b>oberhalb</b> des Knies (pseudoradikuläre KS)</li> <li>• Guter Allgemeinzustand</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einseitige Schmerzen im Bein (meist schlimmer als die KS), ausstrahlend bis <b>unterhalb</b> des Knies</li> <li>• Ggf. Taubheitsgefühl und Parästhesien im Versorgungsgebiet einer oder mehrerer Nervenwurzeln</li> <li>• Positiver Lasègue-Test</li> <li>• Reflexauffälligkeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frakturen</li> <li>• Tumore</li> <li>• Entzündungen</li> <li>• Abszedierungen</li> <li>• ausgeprägte neurologische Ausfälle</li> </ul>
		<b>Extravertebrale KS (~2%)</b> z.B. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aortenaneurysma</li> <li>• Darmkolik</li> <li>• Harnwegsinfekt</li> </ul>

### Abwendbar gefährliche Verläufe - spezifische Probleme

- ! Komplizierende Faktoren, die auf gefährliche Ursachen hinweisen, werden nicht erkannt.
- ! Schwere körperliche Erkrankungen sind extrem selten und praktisch immer mit Auffälligkeiten in Anamnese und/oder körperlicher Untersuchung verbunden.
- ! Auf biologische Ursachen fixierte Diagnostik und passive Therapiemaßnahmen führen zu unnötiger Belastung des Patienten und verstärktem Krankheitserleben. Sie stehen einer aktivierenden Therapie entgegen und können chronische Verläufe begünstigen.
- ! Risikofaktoren für chronische Verläufe finden zu wenig Beachtung.

### Hausärztliche Diagnostik

Anamnese		
<b>Beschwerden</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmerzcharakteristika</li> <li>• Assoziierte Beschwerden</li> <li>• Bisheriger Krankheitsverlauf</li> <li>• Beeinträchtigung im Alltag</li> <li>• Schmerzmittelkonsum</li> <li>• Vorstellung des Patienten zu Ätiologie und Behandlung</li> </ul>	<b>Komplizierende Faktoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zunahme oder Persistenz der Beschwerden trotz Therapie</li> <li>• Schlechter Allgemeinzustand</li> <li>• Adäquates Trauma</li> <li>• Neurologische Ausfälle, z.B. der Blase, des Mastdarms oder Lähmung in den Beinen</li> <li>• Systemische Steroidmedikation</li> <li>• Hinweise auf oder bekannte tumoröse, entzündlich rheumatische Erkrankungen, Immunsuppression oder Osteoporose</li> <li>• Fieber</li> </ul>	<b>Risikofaktoren für chronische Verläufe</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radikuläre Beschwerden</li> <li>• Anhaltende und rezidivierende Symptome</li> <li>• Arbeitsunfähigkeit &gt;4-6 Wo.</li> <li>• Psychosoziale Faktoren</li> <li>• Geringer Bildungsstand</li> <li>• Pessimistische/resignative/depressive Stimmung               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Starkes Krankheitsgefühl</li> <li>- Private oder berufliche Unzufriedenheit</li> <li>- Rentenwunsch</li> </ul> </li> </ul>

Körperliche Untersuchung	
Ohne Schmerzausstrahlung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspektion</li> <li>• Palpation</li> <li>• Bewegungsprüfung</li> <li>• Lasègue</li> </ul>	Mit Ausstrahlung der Beschwerden in eines oder beide Beine, <b>unterhalb</b> des Knies <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muskelkraft Füße und Großzehen</li> <li>• ASR, PSR</li> <li>• Sensibilität medialer, dorsaler, lateraler Fuß</li> </ul>
Erweiterte Diagnostik	
<b>Überflüssig bei</b> akuten unkomplizierten Kreuzschmerzen und rezidivierenden Beschwerden ohne Risikofaktoren für chronische Verläufe	<b>Notwendig bei komplizierenden Faktoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Röntgenübersichtsaufnahme</b> z.B. bei V.a. Frakturen, extravertebralen Schmerzursachen, Persistenz unkomplizierter Kreuzschmerzen trotz Therapie (&gt;4 Wo.)</li> <li>• <b>CT, MRT, Skelettszintigraphie</b> z.B. bei V.a. tumoröse Prozesse, Persistenz radikulärer Beschwerden (&gt;1-2 Wo.) trotz Therapie</li> <li>• <b>Labor</b> (BSG, Urinstix etc.) je nach Verdachtsdiagnose</li> <li>• <b>Überweisung zum Fachspezialisten</b> (Orthopäde, Neurologe etc.) Persistenz unkomplizierter Kreuzschmerzen trotz Therapie Klärung der OP-Indikation bei therapieresistenten radik. Beschwerden</li> <li>• <b>Klinikeinweisung</b> z.B. bei Cauda-equina-Syndrom, Tumorverdacht</li> </ul> <p style="color: red;"><b>Notwendig bei rezidivierenden Kreuzschmerzen mit Risikofaktoren für chronische Verläufe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ggf. frühzeitig Überweisung zum Psychiater/Psychotherapeuten</li> </ul>

## Therapie

Basistherapie	Therapie im Verlauf	
Für alle unkomplizierten KS und radikulären KS	Rezidivierende KS und persistierende KS (≥ 4 Wochen) Arbeitsunfähigkeitszeiten ≤ 3 Monate	Persistierende und rezidivierende/chronische unkomplizierte KS, Arbeitsunfähigkeitszeiten ≥ 3 Monate
<b>Aufklärung und Beratung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Harmlosigkeit</li> <li>• Vermeidung von Bettruhe <b>A</b></li> <li>• Motivation zur körperlichen Aktivität <b>A</b></li> </ul> <b>Einfache Analgetika</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (z.B. Paracetamol), alternativ NSAR oral <b>A</b></li> </ul> <b>Optional</b> Unkompliziertes KS ohne Ausstrahlung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipulationsbehandlung durch Geübte <b>A</b></li> </ul> Radikuläre KS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Injektion von Lokalanästhetika oder Glucocortikosteroiden in Epiduralraum oder um die Spinalwurzel <b>C</b></li> </ul>	<b>Reevaluation</b> (Ausschluß von Warnhinweisen, Risikofaktoren für chronische Verläufe) und ggf. Überweisung in fachspezifische Behandlung <b>C</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensivierung der bisherigen Therapie <b>C</b></li> <li>• Physiotherapie <b>C</b></li> <li>• Rückenschulen <b>B</b></li> <li>• ggf. Massage <b>A</b></li> </ul> Bei Risikofaktoren für chronische Verläufe <b>C</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ggf. psychotherapeutische Behandlung</li> </ul>	<b>Basistherapie <b>A</b></b> <b>Zusätzlich, je nach lokaler Verfügbarkeit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rückenschulung <b>B</b></li> <li>• Verhaltenstherapie <b>A</b></li> <li>• Physiotherapie <b>A</b></li> <li>• ggf. Massage <b>A</b></li> </ul> <b>Möglichst</b> in Form eines multi-professionellen Programms mit Anteilen aller Behandlungskonzepte <b>A</b>  Ggf. ambulante oder stationäre Rehabilitation <b>C</b>

### Stärke der Empfehlungen:

- A** basiert auf wissenschaftlichen Studien hoher Qualität
- B** basiert auf sonstigen Studien
- C** basiert auf Konsensausagen oder Expertenurteilen

Autoren: A. Becker, W. Niebling, M.M. Kochen, J.F. Chenot  
 Konzeption und wissenschaftliche Redaktion: S. Brockmann, D. Borgers, M. Beyer

Stand: September 2003 (Vorabversion) ©omikron publishing/DEGAM, www.degam-leitlinien.de  
 DEGAM Leitlinien  
 Hilfen für eine gute Medizin

Obwohl das Rückenschmerz-Seminar gemäß der DE-GAM-Leitlinie durchgeführt wird (s. Abb. 64) und sich die Vorlesung „Hausärztliche Arbeitsweise“ und ein EbM-Seminar (Schneider et al. 2006) mit der geringen Vortestwahrscheinlichkeit bedrohlicher Erkrankungen in der Allgemeinpraxis befassen, haben einige Studierende aufgrund der aktuellen speziellen Ausrichtung auf seltenere, dramatischere Fälle eines Universitätsklinikums doch gewisse Probleme, dieses Wissen am konkreten Fall auch umzusetzen.

Die Vorbereitung dieser Prüfungen ist aufwändig, organisatorisch (HEICUMED-Sekretariat: Beatrice Auler und Mitarbeiterinnen) wie auch inhaltlich (Rater-Training, Absprachen zur Bewertung, MC-Klausuren-Aufsicht durch unsere Abteilung, Kompetenzzentrum Prüfungen).

Als zusätzliche Prüfungen sind im Einzelfall solche für Studienplatzwechsler und Absolventen einer medizinischen Ausbildung aus Nicht-EU-Ländern durchzuführen.

### **Staatsexamen**

Die Zahl der medizinischen Staatsexamina reduziert sich auf zwei, wobei der Weg dahin durch die Zwischenprüfungen erleichtert wird. Alle Prüfungen können zwar (und werden auch) durch Lehrbeauftragte abgenommen, die leistungsorientierte Mittelvergabe belohnt allerdings nur die Prüfertätigkeit von Professoren.

Die vorklinischen integrierten, von der Allgemeinmedizin verantworteten Praktika werden im 1. Staatsexamen (nach dem 4. Semester) nicht geprüft. Allgemeinmedizin war bisher Wahlpflichtfach im bisherigen 2./3. Staatsexamen und konkurrierte dort häufig mit Pädiatrie. Die praktische und theoretische Prüfung (am Krankenbett bzw. in Vierergruppen) gestaltete sich in Kooperation mit der Inneren oder Chirurgie bisher problemlos. Ab Herbst 2006 kommt nach dem 12. Semester das „Hammerexamen“, das also an Stelle des bisherigen 2. und 3. Staatsexamens tritt und neu organisiert wird. Allgemeinmedizin wird schriftlich als eines der 21 Pflichtfächer geprüft, mündlich dann, wenn - neben Innerer und Chirurgie - ein PJ-Tertial in Allgemeinmedizin absolviert wurde.

Nach dem Examen bietet sich für angehende Hausärzte die Teilnahme am Weiterbildungsforum unserer Abteilung an (Dr. Peters-Klimm, s. Homepage und Tab. 11).

Hier noch ein interessantes Beispiel dafür, wie in der Schweiz zurzeit im Rahmen der Facharztweiterbildung geprüft wird (Schweizerische Ärztezeitung 2001;82:Nr. 43):

Tab. 11: Blueprint und effektive Verteilung der Prüfungsaufgaben (Angaben in Prozent)

A.	Dimension Allgemeinmedizin	Soll	1999	2000	2001
1.	allgemeinmedizinisches Fachwissen	40	41	31	36
2.	Konsultation	35	59	68	64
2.1	Anamnese	10	9	16	8
2.2	Körperliche Untersuchungen	8	5	9	15
2.3	Zusatzuntersuchungen	6	11	8	14
2.4	Therapie, Management, Entscheidungen	8	34	35	26
2.5	Administration	3	0	0	1
3.	Interaktion/Kommunikation/Arzt-Patient-Bezieh.	15	0	0	0
4.	Ethik	5	0	0	0
5.	Recht	5	0		0
Total		100	100	100	100

B.	Dimension Fächerwissen Allgemeinmedizin	Soll	1999	2000	2001
1.	Chirurgie	10	7	8	16
2.	Innere Medizin	30	66	38	41
3.	Arbeitsmedizin	2	0	0	0
4.	Dermatologie	5	0	10	12
5.	Gynäkologie/Geburtshilfe	6	5	1	0
6.	Neurologie	7	2	8	13
7.	Ophthalmologie	4	0	5	3
8.	Otorhinolaryngologie	7	9	4	3
9.	Pädiatrie	8	7	10	8
10.	Psychiatrie, Psychosoziale Medizin	9	4	7	5
11.	Radiologie (Radiodiagnostik)	5	0	0	0
12.	Rheumatologie	7	0	9	2
Total		100	100	100	100

C.	Dimension Alter	Soll	1999	2000	2001
1.	Säuglinge (<1)	5	0	0	8
2.	Kinder (1-11)	10	9	13	4
3.	Adoleszente (12-18)	10	0	0	6
4.	Erwachsene (19-64)	45	66	67	78
5.	ältere Menschen (>64)	30	25	20	4
Total		100	100	100	100

D.	Dimension Konsultationsart	Soll	1999	2000	2001
1.	Sprechstunde	70	66	74	73
2.	Hausbesuch	10	9	3	5
3.	Notfall	5	25	15	17
4.	Telefon	10	0	8	5
5.	Indirekte Konsultation (Gutachten)	5	0	0	0
Total		100	100	100	100

## Perspektiven

Die Heidelberger Allgemeinmedizin hat sich in den letzten 5 Jahren - seit Bestehen des Lehrstuhls - zu einer überaus erfolgreichen Abteilung entwickelt, die zusätzlich zur Umsetzung exzellenter Forschungsprojekte auch in der Lage war, neue Lehrprodukte zu schaffen und diese zunehmend im Curriculum zu verankern. Neben den beiden interessanten von unserer Abteilung verantworteten vorklinischen Praktika konnten maßgebliche Beiträge zu zwei Querschnittsveranstaltungen geliefert werden: zur Prävention und zur Rehabilitation/Naturheilverfahren. Zukünftig sollten diese vorklinischen und klinischen Lehrinhalte noch besser in den Lehrpraxen abgebildet werden, natürlich nicht ohne kritische Elemente. Die Unterrichtsveranstaltungen Seminar/Kurs Allgemeinmedizin und Blockpraktikum wären vermutlich noch erfolgreicher, wenn sie um 1 Jahr in Richtung 2. Staatsexamen verschoben werden könnten (4.-5. Studienjahr), da sich auf diese Art und Weise die Unterrichtsmöglichkeiten dem realen Spektrum der Allgemeinmedizin anpassen würden, d.h. dass auch bereits die Fächer Orthopädie, Psychiatrie, Gynäkologie, Pädiatrie, HNO, Haut u. a. gehört wurden. Damit wäre allerdings auch eine Abkopplung vom internistischen Block verbunden.

Das Heidelberger Kompetenzzentrum Prüfungen, allen Dozenten eine ausgezeichnete Hilfe bei der Verbesserung des Unterrichts und der Prüfungen, wird neben unserem hilfsbereiten Studiendekanat auch zukünftig ein wichtiger Partner für die Allgemeinmedizin bleiben. Während die neuen didaktischen Elemente die Ausbildungsqualität bereichern (werden), erscheint es fraglich, ob eine weitere Pädagogisierung der Aus- und Weiterbildung mit

einem derartig hohen und umfangreichen Maß an ständiger Evaluation wünschenswert bleibt, zumal sich hier auch bei einigen Studierenden gewisse Ermüdungserscheinungen bzw. eingeschränkte Kritikqualität zeigen. Gleichwohl ist dieses evaluative Feedback wichtig, ganz überwiegend auch konstruktiv.

Die hohe Intensität der didaktischen und prüfungsorientierten Fortbildungen, bis 2005 vornehmlich des Lehrkoordinators (Zwei Heidelberger Symposien, Dozentenschulung Fürth, POL-Schulungen, E-Learning, MC- und OSCE-Workshops, Workshops an verschiedenen Universitätsabteilungen, Symposien der Gesellschaft der Hochschullehrer, Maastricht-Visite u.a.), sollte sich zukünftig neben der Kompetenz unserer MME-Aspirantin Christiane Eicher auf mehrere Schultern verteilen, um eine höhere Effektivität für die Lehre zu erreichen.

Verbesserungspotenzial besteht in der Abstimmung von Unterrichtsveranstaltungen, was am besten durch gegenseitigen Besuch in Verbindung mit Coaching bzw. kollegialem Feedback erreicht werden kann, auch mit den Kollegen anderer Fächer.

Ein Unterrichtstraining ist auch auf dem Tag der Allgemeinmedizin möglich (Abb. 65-68).



Abb. 65: Tag der Allgemeinmedizin (Hörsaal)



Abb. 66: Tag der Allgemeinmedizin (Campus)

Die kommenden Re-Akkreditierungen der Lehrpraxen und neue Anregungen für die Qualitätszirkel „Lehre und Fortbildung“ sollten eine weitere „hausärztliche Bewusstseinsoffensive“ ermöglichen.

Erfreulich ist in diesem Zusammenhang auch die engagierte Teilnahme von hausärztlichen Teams an unseren vom Ministerium für Bildung und Forschung finanziell geförderten Forschungsprojekten CONTENT (Morbiditätsregistrierung ICPC), FUNKTIONAL (funktionelle Beschwerden), PRAXKOM (Kommunikation und Information u. a. bei Arthrose) und Herzinsuffizienz (Train the Trainer), sowie weiteren Forschungsschwerpunkten z. B. Diagnostik in der Hausarztpraxis, Indikatoren für die Prävention, neue Versorgungs- und Fortbildungsmodelle wie Hei-Care (Arzneitherapie an Schnittstelle), ELSID (Diabetes) oder Benchmarking (Arzneimitteltherapie) (s. Homepage [www.allgemeinmedizin.uni-hd.de](http://www.allgemeinmedizin.uni-hd.de)).

Darüber hinaus eröffnet unsere mit 280 Teilnehmern sehr erfolgreiche halbjährliche Informations- und Fortbildungsveranstaltungen „Tag der Allgemeinmedizin“ überaus positive Vorstellungen von einer allgemeinmedizinischen Zukunft in Heidelberg, nicht zuletzt auch garantiert durch das hohe Engagement der Mitarbeiter der Abteilung, die zurzeit wichtige Anregungen für die Lehre

geben und neue Unterrichtsangebote wie Naturheilverfahren und Evidenzbasierte Medizin maßgeblich mitentwickeln. Die Kompetenz unserer Abteilung in evidenzbasierter Medizin sollte sich im Erfolg einer mehrteiligen Seminarreihe zu diesem Thema niederschlagen

Für die Anregungen, die in diesen Bericht eingegangen sind, geht der Dank an alle Lehrbeauftragten und Mitarbeiter der Abteilung, auch an die Mitarbeiter des Lehrsekretariats, Sonia Kurczyk und Sebastian Klüter. Maßgeblich mitentscheidend für unser Fach und die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland wird - neben einer einsichtigen Politik - das sein, was wir den Studierenden an den Universitäten vermitteln, möglichst praxisorientiert, spannend und mit dem ständigen, auch forschenden Blick auf das, was unseren Patienten in der angemessenen Art der Begegnung letztlich nützt (s. Abb. 69). wengleich das oft nicht einfach ist!

Der Heidelberger Lehrstuhl hat für diese Zukunft in den letzten fünf Jahren sehr erfolgreich gearbeitet und Sichtbares geleistet.



Abb. 67: Tag der Allgemeinmedizin: Frau Simon (dritte von links) wird verabschiedet, Frau Kurczyk übernimmt die Aufgabe des Lehr-Sekretariats.



Abb. 68: Tag der Allgemeinmedizin: Kleingruppenarbeit im Workshop



Abb. 69: die Sprache der Medizin



Abb. 70: „Das Studiendekanat“ auf dem 1. Sommerfest des Universitäts-Klinikums 2006: Prof. Resch (Mitte), daneben rechts PD Duelli. (gute Unterstützung)

Das Sommersemester 2006 wurde erstmalig mit einem Sommerfest abgeschlossen; es ist gleichzeitig das letzte Semester der Lehrkoordination Prof. Wiesemann.

Dieses Fest erinnerte in jeder Hinsicht an die Tropen; doch auch hier wurden nach der Ansprache unseres Dekans Prof. Dr. C. R. Bartram Gespräche über die allgemeinmedizinische Lehre geführt. Zu Klima und Atmosphäre passt das Bild von Stefan Szczesny, der wie Elvira Bach und Charlotte Herzog an den Wänden unserer Abteilung vertreten ist.



Abb. 71: Jam Session (Stefan Szczesny)

## Literatur

### Im Text zitiert

1. Amon T und Wiesemann A: Konzept für ein Hausarztpraktikum - zur Einführung in die klinische Medizin. *Z Allg Med* 1990; 30: 1527-1532
2. Amon T und Wiesemann A: Das Heidelberger Modell „hausarztpraxis-gestützten“ Unterrichts zur Vermittlung von Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten für den Arztberuf. *Med Ausbild* 2000; 17: 45-47.
3. Eitel F: Medical education in crisis. *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressb* 1997; 114:675-78
4. Harden RM, Gleeson FA: Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE) *Med Educ* 1979; 13: 41-54
5. Junger J, Nikendei C: OSCE Prüfungsvorbereitung Innere Medizin. Thieme, 2005
6. Junger J, Schafer S, Roth C, Schellberg D, Friedman Ben-David M, Nikendei C: Effects of basic clinical skills training on objective structured clinical examination performance. *Med Educ* 2005; 39: 1015-20
7. Kaufman A, Klepper D, Obenshain SS et al: Undergraduate medical education for primary care: a case study in New Mexico. *South Med J*. 1982; 75:1110-7
8. Meyers KC, Miller HJ, Naeymi-Rad FN: Problem focused knowledge navigation: implementing the problem focused medical record and the O-HEAP Note. *Proc AMIA Symp* 1998; 325-30
9. Moore GT, Block SD, Style CB, Mitchell R: The influence of the New Pathway curriculum on Harvard medical students. *Acad Med*. 1994;69: 983-9
10. Pabst R: Medical education and reform initiatives in Germany. *Acad Med* 1995; 70: 1006-1011
11. Poplin CM: Attracting students to primary care. *N Engl J Med* 2005; 352: 93-95
12. Schneider A, Joos S, Biessecker K, Laux G, Ludt S, Szecsenyi J: Evidenzbasierte Medizin im Studium verbessert Verständnis, aber nur wenig die persönliche Haltung zur diagnostischen Unsicherheit in der Allgemeinmedizin. *Z ärztl Fortbild Quallsich* 2006 (in Druck)
13. Sonntag HG: Heidelberg als Vorreiter. *Dt Ärztebl* 2003; 7:A380
14. Szecsenyi J: Europäisches Praxisassessment - Maßgeschneidertes Qualitätsmanagement für die Hausarztpraxis, *Der Allgemeinarzt* 2004; 7: 414-16
15. The Lancet. The soft science of medicine. *Lancet*, 2004; 363: 1247
16. Tudor Hart J: Thoughts from an old GP. *National Health Service. Lancet* 1998; 352:51-52
17. Weed, LL: Medical records that guide and teach. *N Engl J Med* 1968; 278: 593-600
18. Wiesemann A, Amon T, Klimm H-D, Zappe H: Der Lehrauftrag Allgemeinmedizin an der Universität Heidelberg, *ÄBW* 1994; 8: 260-63,
19. Wiesemann A, Amon T, Engeser P, Koser R, Schneider G, Seller H, Sonntag H-G, Tischner I: Qualitätsförderung (allgemein-) medizinischen Hochschulunterrichts im Rahmen des Heidelberger Modells. *Z ärztl Fortbild Quallsich* 1999; 93: 591-598
20. Wiesemann A, Engeser P, Barlet J, Müller-Bühl U, Szecsenyi J: Was denken Heidelberger Studierende und Lehrärzte über frühzeitige Patientenkontakte und Aufgaben in der Hausarztpraxis. *Gesundheitswesen* 2003; 65: 572-578.
21. Wiesemann A, Szecsenyi J, Eicher C, Sonntag H-G.: Leistungsorientierte Mittelvergabe an den Medizinischen Fakultäten, eine neue Chance für die allgemeinmedizinische Lehre?. *Z Allg Med* 2005; 81: 310-315.

### Weitere und weiterführende Literatur

(nicht im Text zitiert):

1. Atkins KM, Roberts AE, Cochran N: How medical students can bring about curricular change. *Acad Med* 1998; 73: 1173-1176
2. Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J, Andres E: Ärztliche Qualitätszirkel, 2005, Deutscher Ärzte-Verlag
3. Ball S, Bax A: Self-care in Medical Education: Effectiveness of Health-habits Interventions for First-year Medical Students. *Academic Medicine* (2002) 77: 911-917.
4. Blake JM, Norman GR, Keane DR: Introducing progress testing in McMaster University's problem-based medical curriculum: psychometric properties and effect on learning. *Acad Med* 1996; 71:1002-1007
5. Burger W, Dudenhausen JW, Kiessling C, Scheffner D, Wilke A: Reform des Medizinstudiums. Positive Erfahrungen an der Charite Berlin. *Dtsch Ärztebl* 2003; 100: A 686-689
6. Carney PA, Pipas C, Eliassen MS, Mengshol SC, Fall LH: An Analysis of Students' Clinical Experiences in an Integrated Primary Care Clerkship. *Academic Medicine* (2002) 77: 681-687.
7. Clade H: Reform des Medizinstudiums: Medizinische Fakultäten jetzt am Zug. *Deutsches Ärzteblatt* 2002; 99: A 3150
8. Dahmer J: Ausbildungsziel „Arzt“. *Dtsch Ärztebl* 2004; 28-29: 2033-36
9. Davies SM, Davies TC, Rutledge CM: The doctor, the patient: a first-year course for personal and professional growth. *Fam Med* 1995; 27: 444-448
10. Des Marchais JE, Vu NV: Developing and evaluating the student assessment system in the preclinical problem-based curriculum at Sherbrooke. *Acad Med* 1998; 71: 274-283
11. Donner RS, Bickley H: Problem-based learning in American medical education: an overview. *Bull Med Libr Assoc*. 1993 Jul;81(3):294-8
12. Driessen EW, Use of portfolios in early undergraduate medical training. *Medical Teacher* 2003; 25: 18-23
13. Eitel F, Steiner S, Tesche A: Quality management: transition to medical making education. *Medical teacher* 1998; 20: 445-450

14. Eitel F: [www.gma.mwn.de/Approbationsordnung/AeAppO-Vortrag\\_Klinik\\_7\\_D61.ppt](http://www.gma.mwn.de/Approbationsordnung/AeAppO-Vortrag_Klinik_7_D61.ppt)
15. Factors influencing students' choices of primary care or other specialties. [www.academicmedicine.org](http://www.academicmedicine.org)
16. Fischer T, Simmenroth-Nayda A, Herrmann-Lingen C, Wetzell S, Chenot J-F, Kleiber C, Staats H, Kochen MM: Medizinische Basisfähigkeiten - ein Unterrichtskonzept im Rahmen der neuen Approbationsordnung. *Z. Allg. Med.* 2003; 79: 432-436.
17. Gerrity MS, Mahaffy J: Evaluating change in medical school curricula: how did we know where we were going? *Acad Med* 1998; 73: 55-59
18. Glasser M, Stearns J, McCord R: Defining the generalist education. an idea whose time is still coming. *Acad Med* 1995; 70 : 69-74
19. Gould B, Grey M, Huntington Ch: Improving Patient Care Outcomes by Teaching Quality Improvement to Medical Students in Community based Practices. *Acad Med* 2002; 77: 1011-1018.
20. Gulich MS: Harvard - ein Vorbild für deutsche Hochschulen? *Münch Med Wschr* 1993; 135: 10
21. Handwerker HO: Ausbildung zum Arzt - Im Korsett des Zulassungsrechts. *Dtsch Ärztebl* 2004; 46: 3082-86
22. Hannich HJ, Wiesmann U: Das Lehrkonzept der community-medicine in Greifswald und eine erste studentische Evaluation des „frühen Patientenkontakts“, *Z Allg Med* 2001; 77: 24-27
23. Harden RM: What is an OSCE? *Med Teacher* 1988; 10: 19-22
24. Hearst N, Shore WB, Hides ES, French L: Family practice bashing as perceived by students at a university medical center. *Fam Med* 1995; 27: 366-370
25. Hilzenbecher M: Medizinische Ausbildung in Baden-Württemberg. Bericht der Sachverständigenkommission zur Bewertung der Medizinischen Ausbildung (BeMA). Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg, Stuttgart, 2001
26. Institut für Aus-, Weiter- und Fortbildung. Medizinische Fakultät Universität Bern. Kompetent prüfen, Handbuch zur Planung, Durchführung und Auswertung von Facharztprüfungen. Bern/Wien 1999
27. Josephson AS, Whelan AJ: A New First-year Course Designed and Taught by a Senior Medical Student. *Acad Med* 2002; 77: 1207-1211
28. Kaufman A, Mennin S, Waterman R: The new mexico Experiment. *Educational Innovation and Institutional Change.* *Acad Med* 1989; 64: 285-294
29. Kaufman DM, Mann KV: (1998) Comparing achievement on the Medical Council of Canada - Qualifying examination part I of students in conventional and problem-based learning curricula. *Acad Med* 73: 1211-1213
30. Kunstmann W, Wollgarten D, Vollenbroich R, Hiltenbrand F: Integriertes Lernen in hausärztlichen Lehrpraxen von Studienbeginn an - Das allgemein-ärztliche Ausbildungsmodell der Universität. *Med Ausbild* 2002; 19: 213-217.
31. Lesky LG, Hershman WY. Practical approaches to a major educational challenge. Training students in the ambulatory setting. *Arch Intern Med* 1995; 5: 897-904
32. MacAuley D: Medical education, Maastricht and the future. *Ir Med J* 1995; 88: 156-158
33. Metsemakers JF, Bouhuijs PA, Snellen-Balendong HA: Do we teach what we preach? Comparing the content of a problem-based medical curriculum with primary health care data. *Fam Pract* 1991 Sep; 8(3): 195-201.
34. Michener JL, Parkerson GR Jr, Munning KA: Clinical skills acquired during a clerkship in family medicine. *Acad Med* 1986; 61: 808-815
35. Moore GT, Block SD, Style CB, Mitchell R: The influence of the New Pathway curriculum on Harvard medical students. *Acad Med* 1994; 69: 983-989
36. Morrison J, Watt G: New century, new challenges for community based medical education. 2003; 37: 2-3.
37. Murray E, Jolly B, Modell M: Can student learn clinical method in general practice? A randomised cross over trial based on objectiv structured clinical examinations. *Br Med J* 1995; 315: 920-923
38. Musselmann B, Jobst D: Allgemeinmedizin mit Naturheilverfahren in der Lehre an der Universität. *MMW Fortsch Med* 2004; 1: 1-4
39. Norman GR, Schmidt HG: The psychological basis of problem-based learning: a review of the evidence. *Academic Medicine* 67: 557-565 (1992)
40. Pabst R: Medical education and reform initiatives in Germany. *Acad Med* 1995; 70: 1006-1011
41. Perleth M: Ärztliche Basiskompetenzen: Vernachlässigtes Ausbildungsziel im Medizinstudium? *Med Klin* 1998; 93: 381-387
42. Peters A, Feins A, Rubin R, Seward S, Schnaidt KI, Fletscher R: The Longitudinal Primary Care Clerkship at Harvard Medical School. *Academic Medicine* (2001) 76: 484-488.
43. Peters AS, Greenberger-Rosovsky R, Crowder C, Block SD, Moore GT: Long-term Outcomes of the New Pathway Program at Harvard Medical School. *Acad Med* 2000; 75: 470-479.
44. Prince KJ, Mameren van H, Hylkema N, Drukker J, Scherpbier AJ, Van der Vleuten CP: Does problem-based learning lead to deficiencies in basic science knowledge? An empirical case on anatomy. *Med Educ* 2003; 37: 15-21
45. Raspe HH: Göttinger Erklärung zur Unterrichtung von Studierenden der Medizin in evidenzbasierter Medizin. *Gesundheitswesen* 2003; 65: 64-65.
46. Richards BF, Ober KP, Cariaga-Lo L: Rating of students' performances in a third year internal medicine clerkship: a comparison between problem-based and lecture-based curricula. *Acad Med* 1996; 71: 187-189
47. Riley K, Myers W, Gordon MJ, Laskowski M, Kriebel S and Dobie S: A collaborative approach to a primary care preclinical preceptorship for underserved settings. *Academic Medicine* 66: 776-777 (1991)

48. Ross RH, Fineberg HV: Medical students' evaluations of curriculum innovations at ten North American medical schools. *Acad Med* 1998; 73: 258-265
49. Science Consult: Evaluation des vorklinischen Studienabschnitts an der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg - Befragung der Studierenden Sommersemester 2001; 31-33
50. Seller H, Wiesemann A, Amon Th: Studienbegleitendes Hospitationsprogramm Allgemeinmedizin. 2000
51. Skinner BD, Newton WP and Curtis P: The educational value of an OSCE in a family practice residency. *Academic Medicine* 72: 722-724 (1997)
52. Skochelak S, Thaler S, Gjerde C: The Interdisciplinary Generalist Curriculum Project at the University of Wisconsin Medical School. *Acad Med* 2001; 76: 131-133
53. Sönnichsen AC, Donner-Banzhoff N, Baum E: Motive, Berufsziele und Hoffnungen von Studienanfängern im Fach Medizin. *Z Allg Med* 2005; 81: 222-25
54. Sonntag HG: Heidelberg als Vorreiter. *Deutsches Ärzteblatt* 2003; 7: 380
55. Stöbel U, Brähler E, Gostomzyk JG, Kochen MM: Evaluation von Lehrveranstaltungen in den Psychosozialen Fächern und der Allgemeinmedizin im Studiengang Humanmedizin - Ergebnisse einer bundesweiten Pilotuntersuchung im Sommersemester 1995. *Gesundheitswesen* 1996; 58: 249-252
56. Váľková L: First early patient contact for medical students in Prague. *Family Practice* 1997; 14: 394-396
57. Vereinigung der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin: Allgemeinmedizinische Lehrbeauftragte, Lehrärzte und akademische Lehrpraxen. *Z. Allg. Med.* 1998; 74: 74-77
58. Voigt G, Nippert RP: Ergebnisse der Evaluation aus einem Jahr Teacher Training an der Medizinischen Fakultät Münster. *Med Ausbild* 2002; 19: 87-91
59. Vroeijenstijn AI: Quality assurance in medical education. *Acad Med* 1995; 70: 59-69
60. Wahlqvist M, Skott A, Bjorkelund C et al: Impact of medical students' descriptive evaluations on long-term course development. *BMC Med Educ* 2006; 25:24.
61. Wallace AG. Educating tomorrow's doctors: the thing that really matters that we care. *Acad Med* 1997; 72: 253-258
62. Wiesemann A, Amon T, Boll B: Das Heidelberger Programm hasuarztpraxis-gestützter Hochschullehre: erste Erfahrungen mit Qualitätszirkeln der Lehr-Praxisärzte. Kongress-Abstract , Heidelberg 1998
63. Wiesemann A, Amon T, Engeser P, Müller-Bühl U, Sonntag H-G, Wahl P: Qualitätssicherung allgemeinmedizinischer Hochschullehre, Überlegungen zur Evaluation im Rahmen des Heidelberger Hospitationsprogramms. *Z Allg Med* 1997; 73: 1248-1252
64. Wiesemann A, Eicher C, Engeser P, Szecsenyi J: Ein Akkreditierungsverfahren für das Heidelberger Lehrpraxisnetz. *Z Allg Med* 2003; DEGAM Kongress-Abstract 7
65. Wiesemann A: Neue Wege in der Ausbildung. *Dtsch Ärztebl* 1998; 95: A-2240-2241
66. Wilm S, Klinsing U, Donner-Banzhoff N: Allgemeinmedizinische Lehrbeauftragte, Lehrärzte und akademische Lehrpraxen. Die Empfehlung der Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin e.V. *Z Allg Med* 2004; 1: 38-39
67. Wirsching M: Zwölf Thesen zur Reform der ärztlichen Ausbildung - vorläufige Forderungen des Murrhardter Kreises. *Dt Ärztebl* 1988; 85: A19-A24
68. [www.bmggesundheits.de/downloads-gesetze/gesundheitsberufe/approbation.pdf](http://www.bmggesundheits.de/downloads-gesetze/gesundheitsberufe/approbation.pdf)
69. [www.heicumed.de](http://www.heicumed.de)
70. [www.medi-learn.de/medizinstudium/campus/Examen/So\\_werden\\_die\\_Pruefungen](http://www.medi-learn.de/medizinstudium/campus/Examen/So_werden_die_Pruefungen)
71. [www.mme.iml.unibe.ch](http://www.mme.iml.unibe.ch)
72. [www.mwk-bw.de/Aktuelles/Leistung\\_uni.htm](http://www.mwk-bw.de/Aktuelles/Leistung_uni.htm)
73. [www.mwk-bw.de/Aktuelles/Publikationen/Publikationen\\_Hochschulen.html](http://www.mwk-bw.de/Aktuelles/Publikationen/Publikationen_Hochschulen.html)
74. [www.rzuser.uni-heidelberg.de/~r28/dozentenschulung/](http://www.rzuser.uni-heidelberg.de/~r28/dozentenschulung/)
75. [www.uke.uni-hamburg.de/institute/allgemeinmedizin/mitarbeiter/bussche.de.html](http://www.uke.uni-hamburg.de/institute/allgemeinmedizin/mitarbeiter/bussche.de.html)
76. [www.uni-heidelberg.de/presse/news/2309haus.html](http://www.uni-heidelberg.de/presse/news/2309haus.html)

## Anhang

### Lehrkoordination, Lehrsekretariat: tägliche Aufgaben (Stand: September 06; M:/Lehre/...)

#### 1. AaL und POL

Dafür ist ein besonderes Tutorenkonto vorhanden. Mittel müssen im Budget-Antrag gesondert ausgewiesen werden. Mit den studentischen Tutoren sind HiWi-Verträge zu schließen.

#### 2. Akkreditierungen

müssen von der jeweiligen bereits erfahrenen Lehrpraxis beantragt werden. Es werden dann alle spezifischen Unterlagen zugeschickt und das Verfahren inkl. Praxis-Visitation in Gang gesetzt.

#### 3. Budgetverantwortung, Vergütungen der Unterrichtsstunden

Dafür existieren mehrere Konten (wurde nicht geändert, trotz mehrfacher Erinnerung an entsprechende Vereinbarungen!), Honorare werden durch Herrn Dr. Stutzke angewiesen, soweit nicht die 10 Parallel-Seminare im klinischen Abschnitt betroffen sind, für die aktuell Herr Pfeiffer zuständig ist (erhält Auftrag von Frau B. Neubert). Aktuelle Partnerin in der Verwaltung: Carmen Wolf ([carmen\\_wolf@med.uni-heidelberg.de](mailto:carmen_wolf@med.uni-heidelberg.de)).

#### 4. Curriculumsentwicklung

Anpassung der Lehrinhalte an neue Entwicklungen, gewisse Homogenität der Angebote bei unterschiedlichen Dozenten, damit nur das geprüft wird, was auch gelehrt wurde. Berücksichtigung der Anregungen von Lehrärzten aus den Qualitätszirkeln.

#### 5. Dozentenservice

V.a. mittwochs, aber auch an anderen Tagen ggfb. Beamer und/oder Laptop besorgen (fast alle Räume sind mit Beamern ausgestattet, aber nicht mit Rechnern). Ggf. Folien und Literatur bereitstellen und Vertreter besorgen (bei Krankheit).

#### 6. EDV-Probleme

In unserer Abteilung werden solche Probleme in der Regel von Herrn Dr. Olaf Stutzke gelöst, der auch bei Pflege der Homepage inkl. elektronisches Vorlesungsverzeichnis hilfsbereit zur Verfügung steht.

#### 7. Heicumed-Standardsettings, Klausuren

Die Klausuren und OSCE-Prüfungen werden vor den aktuellen fakultätsinternen Prüfungen in Kurskoordinatorensitzungen unter der Leitung des Kompetenzzentrums Prüfungen gemeinsam im Review- bzw. Standard-Setting-Verfahren vorbereitet und entschieden. Zur Bewertung gibt es Checklisten, Teilnahme der Lehrkoordinatoren essentiell. Während der Klausuren sind ggf. auch ärztliche Aufsichtspersonen unserer Abteilung zur Verfügung zu stellen.

#### 8. Korrespondenz, Dokumentation

Hierfür existieren eigene Ordner, das gilt für Studierende gleichermaßen wie für Dozenten oder Lehrpraxen.

#### 9. Lehraufträge

werden von unserer Abteilung (Abteilungsleiter und Lehrkoordinator) vorgeschlagen und im Studiendekanat und Fakultätsrat befürwortet, dann je nach Position und Kostenstelle aus Mitteln der Fakultät (klinischer Kurs z.B.)

oder eigenen Budgetmitteln bezahlt. Lehraufträge werden für jedes Semester neu beantragt. Professoren und Privatdozenten haben eine unvergütete Lehrverpflichtung von 2 Semesterwochenstunden.

#### 10. Lehrpraxis-Datenbank

Diese Access-Datenbank ist ständig zu pflegen, d.h. Daten über Praxen und Beurteilungen der Studierenden werden in die entsprechenden Spalten eingetragen.

#### 11. Logistik der Unterrichtsveranstaltungen

Wünsche von Studierenden hinsichtlich Lehrpraxis und Terminen werden nicht selten vorgetragen, können aber nur in Ausnahmefällen berücksichtigt werden (ca. 2 x 180 Studierende werden jährlich auf ca. 200 Lehrpraxen verteilt). Der ordnungsgemäße Ablauf der Unterrichtsveranstaltungen muss gewährleistet sein (Räume, Ausstattung, Präsenz der Dozenten bzw. ggf. Vertretungen). Abstimmung mit den anderen Fächern.

#### 12. Sekretariatsaufgaben: Verfahrensanweisungen für Server Lehre, Server Athena-med und Umgang mit kleineren Problemen in gesondertem Dokument niedergelegt.

Auf dem M-Server liegen unter Allgmed/Lehre die wichtigen Dateien. Unser Loseblatt-Skript (Abstracts, Literatur, komplette Präsentationen ohne platzverbrauchende Fotos) und die Formulare sind auf der Homepage ([www.allgemeinmedizin.uni-hd.de](http://www.allgemeinmedizin.uni-hd.de)) und der Athena-Plattform verfügbar (Athena-med muss semesterbezogen aktuell sein). Für Athena werden vom äußerst kooperativen Studiendekanat (Frau Passenheim) Accounts vergeben.

#### 13. Skripte/Loseblatt-Skript

Für die Studierenden finden sich die aktuellen Arbeitsunterlagen in der elektronischen Lernumgebung Athena-med (Athena-2) im Verzeichnis der vorklinischen Unterrichtsveranstaltungen und der HEICUMD-Blöcke im klinischen Abschnitt:

- HeiPraxA: Vorklinik/Allgemeinmedizin, A-Skript 1-4 (Übersicht, BFE, EKM, Aal/POL) und Powerpoint-Präsentationen, Merkblätter zu den beiden Praktika, Checklisten und Formblätter/Leistungsnachweise, meist zum Download zusätzlich auf unserer Homepage [www.allgemeinmedizin.uni-hd.de](http://www.allgemeinmedizin.uni-hd.de).
- HeiPraxB: HEICUMED, B-Skript 1-8 (Seminar/Kurs, Blockpraktikum, PJ, Querschnittsveranstaltungen Prävention/Reha) und Präsentationen. Propädeutik: Querschnittsveranstaltung Prävention/Gesundheitsförderung (s. Allgemeinmedizin), Public Health, Gesundheitsökonomie.
- Block I-Innere Medizin: Modul Allgemeinmedizin und Leitsymptomvorlesung.
- Block II-Chirurgie: Rehabilitation & Physikalische Therapie/Naturheilverfahren (Reha Hausarzt, TCM u.a.). Dieselben und auch weitere Unterlagen zu HeiPraxB finden sich ebenfalls auf unserer Homepage. Auf der Homepage sind die Unterlagen ähnlich geordnet wie in Athena. Auf dem Abteilungsserver (M-Laufwerk) finden sich weitere umfangreiche Unterlagen/Präsentationen für unsere Dozenten.

#### 14. Sprechstunde für Studierende, Verfahren für Sonderfälle

Studienortwechsler und Studierende mit anderen Anliegen können in die Sprechstunde der Lehrkoordination kommen (mittwochs 14-15:00 Uhr).

#### 15. Vorlesungsverzeichnis

Das Vorlesungsverzeichnis erhält jedes Semester mittels einer Vorlage im Univis-System termingerecht ein Update (spätere Änderungen erscheinen nicht mehr in der Papierversion).

#### 16. Telefon Diensthandy

Lehre: 0170-1927045

(für Dozenten mittwochs ab 13:00 Uhr)

#### 17. Homepage der Abteilung Allgemeinmedizin & Versorgungsforschung:

[www.allgemeinmedizin.uni-hd.de/](http://www.allgemeinmedizin.uni-hd.de/)

(für Dozenten und Studierende)

ATHENA-Server: für Dozenten und Studierende



#### 18. ATHENA eLearning Plattform für das Medizinstudium Direktlink Athena-med:

[www.athena-med.uni-heidelberg.de](http://www.athena-med.uni-heidelberg.de)

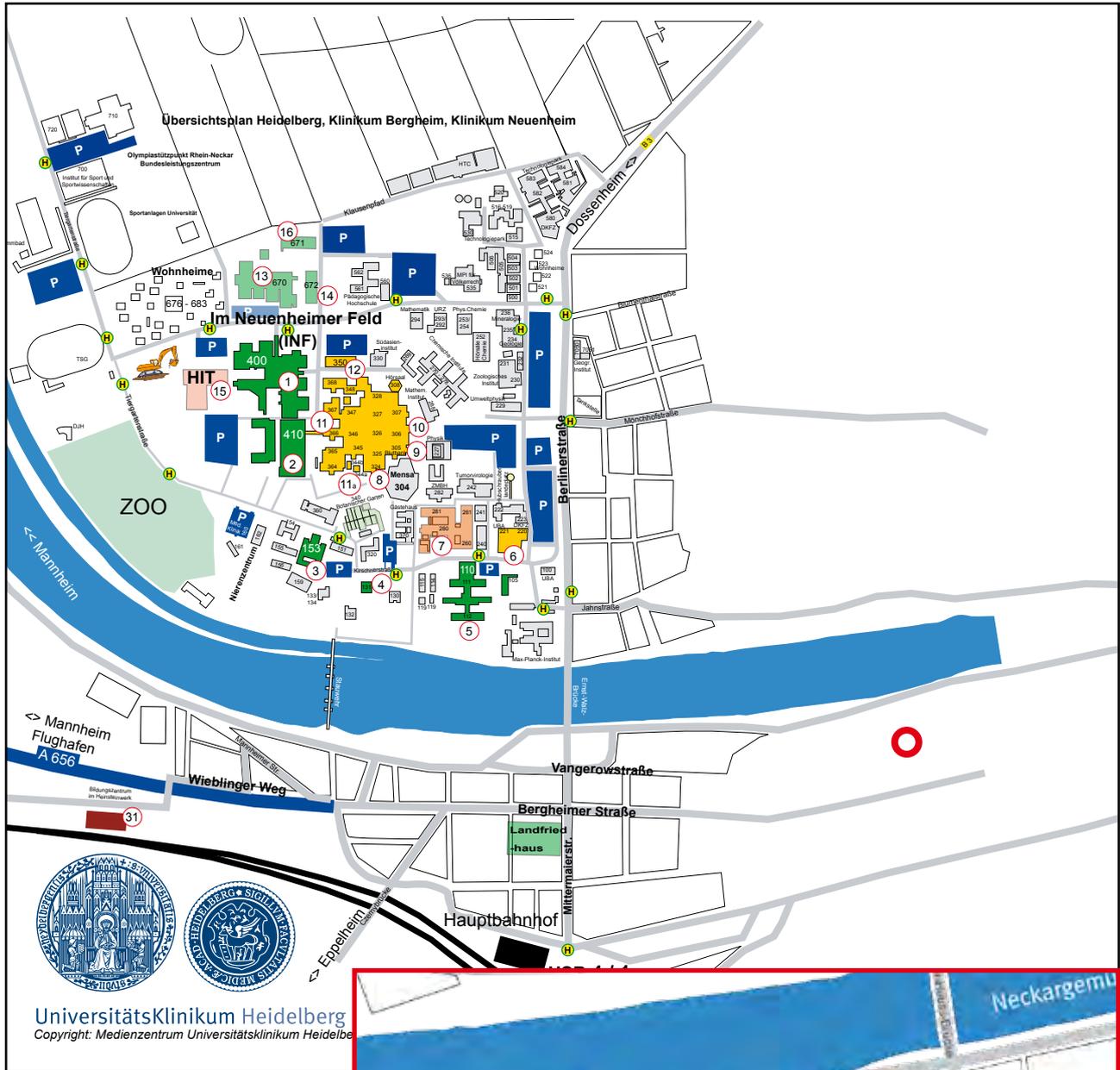
#### 19. [www.klinikum.uni-heidelberg.de/ Ausbildung-Lehre.7.0.html](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Ausbildung-Lehre.7.0.html)

(für Dozenten, Studierende und andere Interessierte)

#### Publikationen aus der Abteilung zum Bereich Lehre:

1. Amon T und Wiesemann A: Konzept für ein Hausarztpraktikum - zur Einführung in die klinische Medizin. Z Allg Med 1990; 30: 1527-1532
2. Amon T und Wiesemann A: Das Heidelberger Modell „hausarztpraxis-gestützten“ Unterrichts zur Vermittlung von Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten für den Arztberuf. Med Ausbild 2000; 17: 45-47
3. Schneider A, Joos S, Biessecker K, Laux G, Ludt S, Szecsenyi J: Evidenzbasierte Medizin im Studium verbessert Verständnis, aber nur wenig die persönliche Haltung zur diagnostischen Unsicherheit in der Allgemeinmedizin. Z ärztl Fortbild Quallsich 2006 (in Druck)
4. Wiesemann A, Amon T, Klimm HD, Zappe H: Der Lehrauftrag Allgemeinmedizin an der Universität Heidelberg, ÄBW 1994; 8: 260-63
5. Wiesemann A, Amon T, Engeser P, Müller-Bühl U, Sonntag H-G, Wahl P: Qualitätssicherung allgemeinmedizinischer Hochschullehre, Überlegungen zur Evaluation im Rahmen des Heidelberger Hospitationsprogramms. Z Allg Med 1997; 73: 1248-1252
6. Wiesemann A, Amon T, Boll B: Das Heidelberger Programm hausarztpraxis-gestützter Hochschullehre: erste Erfahrungen mit Qualitätszirkeln der Lehr-Praxisärzte. Kongress-Abstract , Heidelberg 1998
7. Wiesemann, A. Neue Wege in der Ausbildung. Dtsch Ärztebl 1998; 95: A-2240-2241
8. Wiesemann A, Amon T, Engeser P, Koser R, Schneider G, Seller H, Sonntag HG, Tischner I: Qualitätsförderung (allgemein-) medizinischen Hochschulunterrichts im Rahmen des Heidelberger Modells. Z ärztl Fortbild Quallsich 1999; 93: 591-598
9. Wiesemann A, Eicher C, Engeser P, Szecsenyi J: Ein Akkreditierungsverfahren für das Heidelberger Lehrpraxisnetz. Z Allg Med 2003; DEGAM Kongress-Abstract 7
10. Wiesemann A, Engeser P, Barlet J, Müller-Bühl U, Szecsenyi J: Was denken Heidelberger Studierende und Lehrärzte über frühzeitige Patientenkontakte und Aufgaben in der Hausarztpraxis. Gesundheitswesen 2003; 65: 572-578
11. Wiesemann A, Szecsenyi J, Eicher C, Sonntag H-G. Leistungsorientierte Mittelvergabe an den Medizinischen Fakultäten, eine neue Chance für die allgemeinmedizinische Lehre. Z Allg Med 2005; 81: 310-315

Lageplan der Abteilung und des Klinikums insgesamt



**Kontakt:**

Prof. Dr. Armin Wiesemann

FA für Allgemeinmedizin, Betriebs- und Sportmedizin  
Abteilung Allgemeinmedizin&Versorgungsforschung  
Universität Heidelberg, Voßstr. 2, 69115 Heidelberg  
[armin.wiesemann@med.uni-heidelberg.de](mailto:armin.wiesemann@med.uni-heidelberg.de)

[www.allgemeinmedizin.uni-hd.de](http://www.allgemeinmedizin.uni-hd.de)

Tel.: 06221-564744

Praxis: 76684 Östringen, Tel.: 07259-8822, Fax: -8823  
[www.dr-wiesemann.de](http://www.dr-wiesemann.de); [armin.wiesemann@online.de](mailto:armin.wiesemann@online.de)

Prof. Dr. Dipl. Soz. Joachim Szecsenyi

FA für Allgemeinmedizin, Ärztlicher Direktor  
Abteilung Allgemeinmedizin&Versorgungsforschung  
Universität Heidelberg, Voßstr.2, 69115 Heidelberg  
[www.allgemeinmedizin.uni-hd.de](http://www.allgemeinmedizin.uni-hd.de)

Tel.: 06221-564745, Fax: 06221-561972

Dr. Christiane Eicher

Dr. Peter Engeser

Fachärzte für Allgemeinmedizin  
Abteilung Allgemeinmedizin&Versorgungsforschung  
Universität Heidelberg, Voßstr.2, 69115 Heidelberg  
Tel.: 06221-564744, Fax: 06221-561972

Sekretariat

Sonia Kurczyk

Voßstr. 2

D-69120 Heidelberg

Tel.: +49 6221 56-4814

Fax: +49 6221 56-1972

E-Mail: [lehre.allmed@med.uni-heidelberg.de](mailto:lehre.allmed@med.uni-heidelberg.de)

**Impressum****Text, Redaktion und Koordinator:**

Prof. Dr. Armin Wiesemann, Abteilung Allgemeinmedizin  
und Versorgungsforschung  
(Ärztl. Direktor: Prof. Dr. Joachim Szecsenyi)

Fotos: Prof. Wiesemann und Mitarbeiter

Layout © 2006 Medienzentrums Universitätsklinikum  
Heidelberg  
[www.klinikum.uni-heidelberg.de/Medienzentrum](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Medienzentrum)

**Auflage:**

1.300 Stück

**Druck:**

Color-Druck Leimen





UniversitätsKlinikum Heidelberg

# Akademische Lehrpraxis

der Abteilung Allgemeinmedizin & Versorgungsforschung



**Universität  
Heidelberg**



**Lehrärztin-  
Patient-Student**

**Liebe Patienten,**

dies ist eine Akademische Lehrpraxis der Abteilung Allgemeinmedizin & Versorgungsforschung der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg. In unserer Praxis arbeiten zeitweise Studierende der Universität Heidelberg mit, auch für diese gilt die Schweigepflicht.

Wir respektieren aber jederzeit Ihren Wunsch nach Behandlung ohne die Anwesenheit eines Studenten.

