

Vermittlung von Basiswissen und praktischen ärztlichen Fähigkeiten. Ein PJ-Block in der Allgemeinmedizin ist in sechs der sieben internationalen Studiengänge integriert.

Aufgrund schlechter Bewertung der allgemeinmedizinischen Lehre durch Studenten und angehende Fachärzte wurde für die allgemeinmedizinische Lehre an der MHH ein vorklinik- und klinikübergreifendes Lehrmodell mit begleitendem Studienbuch zum frühen Erwerb und Schulung von klinischen und kommunikativen Fähigkeiten sowie ethischen und sozialen Kompetenzen entwickelt. Eine Zwischenevaluation des Projektes ergab positive Auswirkungen auf die kommunikativen Fähigkeiten der Studenten und ihr Verhalten bei Patientenkontakten.

Literatur

9. Änderung der Approbationsordnung. Deutsches Ärzteblatt 2001; 98
Doering TJ, Thomas A, Mildenstein K, Fragstein M v, Steuernagel B, Fischer GC. Lehrmodelle im Fach Allgemeinmedizin zur Integration vorklinischer und klinischer Lehre. Hannover: DEGAM Kongress, 2001
Fragstein M v. Longitudinal themes. Nottingham, 2000
Handwerker HO. Kritikpunkte zu den Reformstudiengängen Medizin. Deutsches Ärzteblatt 2001; 98, Heft 40
Pabst R, Rothkötter H-J, Nave H, Tschernig T. Medizinstudium: Lehrevaluation in der Medizin. Deutsches Ärzteblatt 2001; 98, 12: A747 – 789
Vereinigung der Hochschullehrer u. Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin (Hrsg). 53. Semesterbericht Unterrichtsveranstaltungen Allgemeinmedizin in der Bundesrepublik Deutschland. Aachen, 2001
Wissenschaftsrat. Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums. Köln, 1992

Korrespondenzadresse: Privatdozent Dr. med Thorsten J. Doering · Abt. Allgemeinmedizin – Med. Hochschule Hannover (MHH) · Carl-Neuberg-Straße 1 · 30625 Hannover · E-mail: doering.thorsten@t-online.de

Integriertes Lernen in hausärztlichen Lehrpraxen von Studienbeginn an – Das allgemeinärztliche Ausbildungsmodell der Universität Witten/Herdecke

W. Kunstmann, D. Wollgarten, R. Vollenbroich, F. Hildenbrand, J.-F. Grunert
Universität Witten/Herdecke gGmbH, Fakultät für Medizin – Bereich für Sozial- und Allgemeinmedizin

Zusammenfassung

In Anbetracht demografischer Entwicklungen, einer zunehmenden Ambulantisierung der Medizin und eines erforderlichen disease managements wird die Bedeutung des Hausarztes in unserem Gesundheitssystem weiter zunehmen. Bislang sind diese Entwicklungstrends in der medizinischen Ausbildung noch zu wenig berücksichtigt, und eine strukturierte Ausbildung in Hausarztpraxen findet nur an wenigen Fakultäten statt. Seit dem Sommersemester 2000 besteht an der Universität Witten/Herdecke ein verpflichtendes Ausbildungsprogramm in hausärztlichen Lehrpraxen. Vom ersten bis zum letzten Studienjahr absolvieren die Studierenden insgesamt sechs zweiwöchige Praxisblöcke in kooperierenden Lehrpraxen der Universität. Jede Blockeinheit wird durch ein Ausbildungsmanual strukturiert, das Übungsaufgaben für die Praxis festlegt, die sich am jeweiligen Wissensstand der Studierenden orientieren. Die Aufgaben sind fünf Ausbildungsmodulen zur „Wahrnehmung/Kommunikation“, „Anamnese/Diagnostik“, „Langzeitbetreuung“, „Prävention/Gesundheitsberatung“ und „Praxisorganisation/Gesundheitssystem“ zugeordnet. Eine erste Evaluation des neuen Programms zeigt eine große Akzeptanz sowohl unter den Studierenden als auch unter den Lehrärzten: 89,7% der befragten Studierenden bewerteten das Ausbildungsprogramm als ausgezeichnet, 88,2% der Lehrärzte empfanden die Anleitung der Studierenden in ihrer Praxis als eine Bereicherung.

Schlüsselwörter

Allgemeinmedizin · Hausarzt · Lehrpraxis · Modellstudiengang Medizinstudium

Integrated Learning in Doctor's Practices from 1st Year on – An Innovative Curriculum in Family Medicine at Witten/Herdecke University

In the future the role of the general practitioner in our health care system will become crucial: There will be an increasing demand for his services due to demographic changes, a further shift from inpatient to outpatient care and a need for disease management programs. However, these trends have not yet been sufficiently reflected in medical education. Structured undergraduate training programs in GP-practices are still not easy to find. In summer 2000 the Witten/Herdecke University (Germany) implemented a mandatory training program in GP-practices: From year 1 to year 5 students perform a total of six rotations in

cooperating GP-practices, each of a two weeks length. Rotations are structured by manuals, providing exercises aligned to the students' state of training and to be performed during the two week rotation. Exercises are designed around five modules covering core topics of general practice such as „perception and communication“, „history taking and diagnosis“, „long-term care“, „prevention and health promotion“, „practice and health system context“. Evaluations show a strong support for the program among students as well as doctors: 89.7% of the participating students found the program to be excellent, 88.2% of the doctors expressed that having the students in their office was an enrichment to their work.

Key words

General practice · family practitioner · teaching practice · reform curriculum · medical education

Die Bedeutung des Allgemeinarztes in der ambulanten Versorgung

Die Bedeutung des Allgemeinarztes für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung wird aufgrund ökonomischer, politischer und medizinischer Entwicklungen weiter zunehmen:

- Modellrechnungen des Statistischen Bundesamtes prognostizieren bis zum Jahr 2030 eine prozentuale Zunahme des Bevölkerungsanteils der über 60-Jährigen von zurzeit 22,8 auf 35,5% [1], was einen erhöhten Bedarf an hausärztlicher Versorgung insbesondere bei älteren Menschen zur Folge haben wird.
- Die für den stationären Bereich ab 2004 geplanten Fallpauschalen (DRGs) sowie neue medizinische Behandlungsverfahren werden eine drastische Verkürzung der Krankenhausliegezeiten und damit eine weitere Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich zur Folge haben, die v. a. von Allgemeinärzten aufzufangen sein werden.
- Wachsender Kostendruck im Gesundheitswesen wird den Hausarzt zum verpflichtenden Eintrittstor ins Gesundheitswesen werden lassen („Gatekeeperfunktion“), dem die Entscheidung über weitergehende medizinische Hilfen und deren Koordination obliegen wird („Lotsenfunktion“).

Qualifikationsanforderungen an den Hausarzt der Zukunft

Damit werden dem Hausarzt in Zukunft eine Fülle zusätzlicher Kompetenzen abverlangt werden:

- Psychosoziale Kompetenzen, die insbesondere für die Erfassung und Bewertung komplexer, nicht vordiagnostizierter Beschwerdebilder, für die Information von Patienten und ihre Integration in den Behandlungsprozess relevant sind.
- Managementkompetenzen, die für die Koordination des Behandlungsprozesses sowie zur effektiven und effizienten Organisation des eigenen Praxisbetriebes verlangt werden.
- Lebenslange Lernkompetenz, um sich auf dem jeweils neuesten Stand der Diagnostik und Therapie zu bewegen und dieses Wissen in der Versorgung der Patienten anzuwenden [2].

Bislang werden die angehenden Allgemeinärzte nur unzureichend auf die zukünftigen beruflichen Anforderungen vorbereitet [3]: Die ÄAppO verlangt lediglich den Besuch eines Kurses für Allgemeinmedizin gegen Studienende, das Praktische Jahr ist auf die Klinik beschränkt und von der insgesamt fünfjährigen Fachweiterbildung Allgemeinmedizin ist nur der geringere Teil in einer hausärztlichen Praxis zu absolvieren (1½ Jahre).

Das allgemeinmedizinische Lehrpraxenprogramm der Universität Witten/Herdecke

Die Universität Witten/Herdecke hat im Sommersemester 2000 einen vom nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium genehmigten Modellstudiengang Medizin eingerichtet. In diesen ist ein „Allgemeinarzt-Adoptionsprogramm“ (Lehrpraxenprogramm) integriert, das sechs über das gesamte Studium verteilte Praxisblöcke von jeweils zwei Wochen Länge vorsieht [4]. Für das Programm stehen ca. 120 Lehrpraxen in der Umgebung der Universität zur Verfügung. Bereits zu Studienbeginn ordnen sich die Studierenden einer Lehrpraxis zu und hospitieren in dieser nach einer etwa 8-wöchigen Theoriephase zum ersten Mal für zwei Wochen. Der 2. Block findet am Ende des 2. Semesters statt, die verbleibenden vier Blöcke verteilen sich auf das 2. – 5. Studienjahr (s. Abb. 1). Damit wird den Studierenden die Möglichkeit gegeben, ihr an der Universität erworbenes theoretisches Wissen sowie später auch ihre in der Klinik gemachten Erfahrungen kontinuierlich in ihrer Lehrpraxis anzuwenden, an den Erfordernis-

1. Jahr	- POL-Tutorien (insb. Orthopädie) - begleitender Untersuchungs-Kurs etc	Lehrpraxis-Block I (2 W.)	POL-Tutorien (insb. Innere Med.) begleitender U-Kurs Innere Medizin, Arzt-Patienten-Interaktion etc.	Lehrpraxis-Block II (2 W.)
2. Jahr	- POL-Tutorien (insb. Neurologie) - begleitender U-Kurs Neurologie, - Anamnesekurs, - Simulierte Patientenkontakte etc.	Kernblock „OP- Fächer“	Lehrpraxis-Block III (2W.)	- POL-Tutorien - begleitender gemischter U-Kurs - Simulierte Patientenkontakte etc.
3. Jahr	POL-Tutorien, Simulierte Patientenkontakte etc	Kernblock „Konservative Fächer“	Lehrpraxis-Block IV (2 W.)	Theoriezeit
4. Jahr	Klinikblöcke	Lehrpraxis-Block V (2 W.)	Klinikblöcke	Theoriezeit
5. Jahr	Theorie	Lehrpraxis-Block VI (2W.)	Klinikblöcke	
6. Jahr	Praktisches Jahr: optional Allgemeinmedizin als Wahlfach (1 Tertial)			

Abb. 1 Das allgemeinärztliche Lehrpraxenprogramm der Universität Witten/Herdecke.

sen der ambulanten Patientenversorgung zu überprüfen und gegebenenfalls zu modifizieren.

Struktur und Inhalte der Ausbildung in den allgemein-ärztlichen Lehrpraxen

Die Medizinstudierenden der UW/H setzen sich vom ersten Studientag an in problemorientierten Lerntutorien mit fiktiven Patientengeschichten auseinander und eignen sich in fallbezogenen Fachveranstaltungen das dazugehörige medizinische Wissen an. In begleitenden Kursen erlernen sie körperliche Untersuchungsmethoden und werden im Arzt-Patienten-Gespräch und der Anamneseerhebung geschult. Um sicherzustellen, dass die Lerninhalte des Praxisblocks dem jeweiligen Wissensstand der Studierenden entsprechen, werden zusammen mit den Lehrärzten konkrete Blockaufgaben entwickelt, die in einem Ausbildungsleitfaden schriftlich fixiert sind. Diese beziehen sich weitgehend auf das an der Universität bis zu diesem Zeitpunkt vermittelte theoretische Wissen und sind vom Studierenden in der Lehrpraxis unter Anleitung des Arztes zu bearbeiten. Die sechs Praxisblöcke werden durch allgemeinmedizinische Seminare an der Universität vorbereitet und begleitet.

Die Aufgaben der Ausbildungsleitfäden strukturieren sich um fünf thematische Module, die die Spezifika und Qualifikationsanforderungen der Allgemeinmedizin abbilden [5]:

Modul 1 dient der Wahrnehmungsschulung und der Entwicklung psychosozialer Kompetenzen, insbesondere der ärztlichen Gesprächsführung.

Modul 2 fokussiert auf die Entwicklung von Fähigkeiten in der Anamneseerhebung und Diagnostik.

Modul 3 thematisiert die Langzeitbetreuung von Patienten als Spezifikum hausärztlicher Versorgung.

Modul 4 führt die Studierenden an die besonderen Aufgaben des Allgemeinarztes im Bereich der Krankheitsprävention und der Beratung von Patienten heran.

Modul 5 dient dazu, den Studierenden interne Organisationsabläufe der Praxis näher zu bringen sowie ihnen den Gesundheitssystemkontext zu vermitteln, in dem sich Allgemeinmedizin bewegt.

Block- und modulübergreifend ist von den Studierenden über ihre Lehrpraxis zudem eine Patientenbetreuung im häuslichen Umfeld aufzubauen. Außerdem sieht das Programm vor, dass jeder Studierende mindestens einmal während der sechs Blockzeiten am kassenärztlichen Notdienst teilnimmt.

Das allgemeinärztliche Lehrpraxennetz der Universität Witten/Herdecke

Zur Realisierung des Lehrpraxenprogramms wurde ein Netz von inzwischen über 100 hausärztlichen Praxen aufgebaut, die im regionalen Umfeld der Universität niedergelassen sind. Voraussetzung für die Aufnahme in das Ausbildungsprogramm ist die Teil-

nahme an der kassenärztlichen Versorgung, eine hausärztliche Tätigkeit als Allgemeinarzt oder Internist, die Versorgung eines repräsentativen Patientenspektrums und die Verfügbarkeit von Räumlichkeiten, die ein selbständiges Arbeiten der Studierenden ermöglichen. Zudem muss seitens des Lehrarztes die Bereitschaft bestehen, die von der Fakultät vorgegebenen Ausbildungsinhalte im Praxiskontext umzusetzen.

Als Gegenleistung wird die Anleitung des Studierenden durch den Lehrarzt von der Fakultät mit 25 € pro Praxistag vergütet, vorausgesetzt, dass eine regelmäßige Teilnahme an den fakultäts-eigenen Fortbildungsveranstaltungen im Fach Allgemeinmedizin und zu didaktischen Fragestellungen erfolgt.

Darüber hinaus sieht das Lehrpraxenprogramm vor, dass die Studierenden den dritten Praxisblock wahlweise in einer primärmedizinischen Einrichtung des Auslands absolvieren. Zu diesem Zweck unterhält die Fakultät seit 1997 eine Ausbildungskooperation mit Allgemeinarztpraxen des Londoner Stadtteils Barking und Dagenham. Weitere Kooperationen mit primärmedizinischen Versorgungseinrichtungen außerhalb Deutschlands sind zurzeit im Aufbau.

Allgemeinarztpraxen: Ein geeignetes Lernfeld für Medizinstudierende?

Der didaktische Wert des allgemeinärztlichen Lehrpraxenprogramms liegt vor allem im kontinuierlichen Theorie-Praxis-Transfer, in der Möglichkeit zur ständigen Überprüfung des eigenen Lernfortschritts, der intensiven 1:1-Anleitung sowie der Vielfältigkeit und Versorgungsrelevanz der hier diagnostizierten und behandelten Krankheitsbilder.

Als Nachteil ist anzuführen, dass die Krankheitsbilder in einer Arztpraxis nicht immer dem Ausbildungsstand entsprechend präsentiert werden können. Zudem muss sie sich als unternehmerische Einheit am Primat der Wirtschaftlichkeit orientieren, so dass das ärztliche Handeln häufig von Zeit- und Budgetzwängen geprägt ist, hinter die medizinische Nützlichkeitsabwägungen oder didaktische Überlegungen zurücktreten müssen.

Des Weiteren sind die Behandlungserfolge der hausärztlichen Versorgung nicht immer sofort für den Studierenden sichtbar: Oftmals handelt es sich um die Stabilisierung chronischer Krankheitsprozesse, und die vom Allgemeinarzt eingeleiteten Behandlungen interferieren zwangsläufig mit den Lebensbedingungen „draußen“, mit der Noncompliance von Patienten, mit Selbstmedikationen oder gar Selbstüberweisungen. Diese vermeintlichen didaktischen Nachteile werden jedoch dadurch aufgewogen, dass genau solche Aspekte in der medizinischen Ausbildung bislang zu kurz gekommen sind: Zu wenig wurde die Tragfähigkeit von Behandlungskonzepten über die „Glasglocke Klinik“ hinaus reflektiert. Dabei sind gerade die Umsetzungsmöglichkeiten der Behandlung im Alltagskontext für ihren Erfolg entscheidend.

Aus der Perspektive der stationären Medizin wird die Allgemeinmedizin häufig als das Fach angesehen, das sich überwiegend mit belanglosen Beschwerdebildern zu befassen hat und sich nicht immer wissenschaftlich überprüfter Methoden bedient.

Tab. 1

Modul	Aufgabenbeispiele	
1 Wahrnehmung/ psychosoziale Kompetenz	„Beobachten Sie ein Arzt-Patienten-Gespräch und erstellen Sie eine „Landkarte“ aller vom Patienten vorgebrachten Probleme. Welches Problem erachten Sie selber als das zentrale? Auf welches ging Ihr Lehrarzt vor allem ein? Besprechen Sie anschließend Ihre Beobachtungen mit Ihrem Lehrarzt.“ (2. Semester)	„Übersetzen Sie einen Arztbrief oder Krankenhausbericht in patientenverständliches Deutsch. Beurteilen Sie auch den Informationsgehalt des Schriftstücks, die Verständlichkeit für den Patienten und die Plausibilität der dargestellten Sachverhalte und Maßnahmen.“ (2. Semester)
2 Anamnese/Diagnostik	„Führen Sie eine vollständige Untersuchung einer Region des Stütz- und Bewegungsapparates durch.“ (1. Semester)	„Messen Sie den Puls und Blutdruck eines von Ihrem Lehrarzt ausgewählten Patienten, nehmen Sie unter seiner Supervision eine Blutprobe ab und machen Sie Vorschläge für die Laboruntersuchung.“ (3. Semester)
3 Langzeitbetreuung	„Setzen Sie sich mit der Krankengeschichte eines chronisch kranken Patienten Ihrer Lehrpraxis auseinander und geben Sie sie mit eigenen Worten schriftlich wieder. Benennen Sie mögliche medizinische und psychosoziale Problembereiche.“ (1. Semester)	„Informieren Sie sich über mögliche Hilfsangebote im Lebensumfeld eines chronisch kranken Patienten Ihrer Lehrpraxis. Besprechen Sie Ihre Rechercheergebnisse mit Ihrem Lehrarzt.“ (2. Semester)
4 Prävention/Gesundheitsberatung	„Identifizieren Sie im häuslichen Umfeld älterer PatientInnen mögliche Stolperfallen und entwickeln Sie Vorschläge zur Behebung der Gefahrenquellen.“ (1. Semester)	„Informieren Sie sich über die kassenüblichen Impfungen nach Vorgabe der STIKO und entwickeln Sie exemplarisch für einen Patienten anhand seines bisherigen Impfstatus einen individuellen Impfplan. Berücksichtigen Sie dabei auch die Lebenssituation des Patienten und mögliche Impfrisiken und Komplikationen.“ (3. Semester)
5 Praxis-/Gesundheits-systemkontext	„Machen Sie sich mit dem EDV-System und der Patientendokumentation Ihrer Lehrpraxis vertraut.“ (2. Semester)	„Informieren Sie sich über die Vergütungsmodalitäten für eine in Ihrer Lehrpraxis durchgeführte Behandlung.“ (3. Semester)

Dieser Argumentation folgend wird ihre Eignung als Ausbildungsbereich infrage gestellt. Studierende seien primär in den klinischen Fachdisziplinen auf hohem wissenschaftlichen Niveau auszubilden. Dies müsse dann an Kliniken geschehen, die sie an die neuesten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten heranführen können.

Hier sollen nicht ambulante und stationäre Ausbildung gegeneinander ausgespielt werden. Genauso wie der Wert einer fundierter Fachausbildung unbestritten ist, muss ein guter Arzt auch die Fähigkeit besitzen, bei nicht vordiagnostizierten Beschwerdebildern mit geringem Aufwand relevante von unbedeutenden Symptomen unterscheiden zu können. Dass die Ausbildung dabei dem Patienten auf seinem Weg durch die verschiedenen Versorgungsbereiche des Gesundheitswesens folgt und entsprechend in der Primärmedizin beginnt, macht nicht nur aus didaktischen Gründen Sinn.

Das Lehrpraxenprogramm der UW/H verfolgt nicht die Intention, ihre Studierenden nun v.a. zu Allgemeinärzten auszubilden. Vielmehr geht es um die Integration der ambulanten Versorgungsperspektive in klinisches Denken und um eine stärkere Orientierung der medizinischen Ausbildung an den Patientenbedürfnissen. Dazu bedarf es gleichermaßen ambulanter und stationärer Ausbildungsteile.

Reaktionen der beteiligten Ärzte und Studierenden – Lehrpraxenprogramm der UW/H

Erste Evaluationsergebnisse zeigen, dass das Lehrpraxenprogramm der Universität Witten/Herdecke sowohl bei den Studierenden als auch den beteiligten Lehrärzten auf große Zustimmung stößt:

Erachteten bereits nach dem 1. Praxisblock des 1. Modelljahrgangs 55,6% der Studierenden das Programm als ausgezeichnet, so wuchs dieser Anteil inzwischen sogar auf 89,7% (Befragung der Studierenden nach dem 1. Block des 2. Modelljahrgangs – s. Abb. 2).

Die Zufriedenheit mit dem Ausbildungsansatz wächst offensichtlich mit dem Grad, in dem das im Studium erlernte theoretische Wissen in der Praxis umgesetzt werden kann: Nach dem 1. Praxisblock vertraten lediglich 30% der Studierenden die Ansicht, dass die bisherigen Studieninhalte für ihr Praktikum eine große Hilfe waren. Nach dem 2. Praxisblock jedoch, der sich an 15 Wochen fallbezogenen Theorieunterricht zu internistischen Krankheitsbildern und einem entsprechenden Untersuchungskurs anschließt, waren 85,7% der Meinung, dass ihnen das bisher Erlernte in der Praxis nützlich war. Entsprechend stieg auch der Anteil derjenigen, die die Möglichkeiten zum selbständigen Ar-

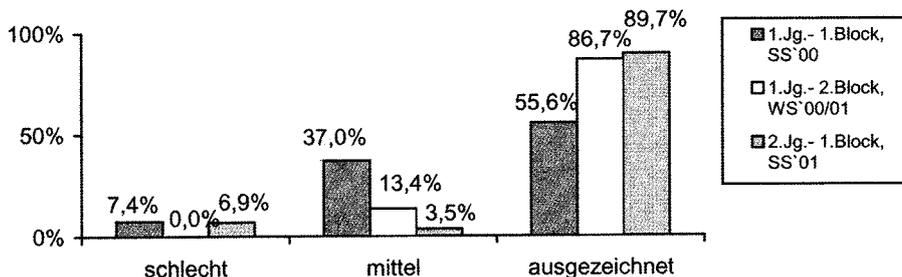


Abb. 2 Gesamtbewertung des zurückliegenden Lehrpraxenblocks durch die Studierenden.

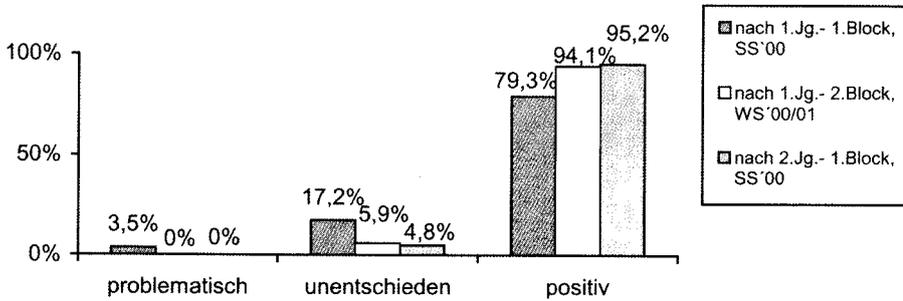


Abb. 3 Bewertung des studienintegrierten Lehrpraxenprogramms durch die Lehrkräfte.

beiten in ihrer Lehrpraxis begrüßten, von 60,7% nach dem 1. auf 86,6% nach dem 2. Praxisblock.

Auch auf Seiten der beteiligten Ärzte ist eine wachsende Begeisterung für den an der UW/H praktizierten Ausbildungsansatz feststellbar: Nach dem 1. Praxisblock des 1. Modelljahrgangs schätzten 79,3% der Lehrkräfte eine integrierte Ausbildung in Hausarztpraxen von Studienbeginn an positiv ein, beim nächsten Jahrgang lag die Zustimmung bereits bei 95,2% (s. Abb. 3).

Waren bei der ersten Befragung der Lehrkräfte in den schriftlichen Kommentaren noch Bedenken gegenüber dem Programm geäußert worden („Erstsemester sind von der Informationsflut in einer Praxis hoffnungslos überfordert“, „Der Allgemeinarztblock im 1. Semester ist etwas früh wegen mangelnder Grundkenntnisse“), empfanden nach dem 2. Durchgang 88,2% die Anleitung von Studierenden in ihrer Praxis als eine Bereicherung.

Die Ergebnisse zeigen darüber hinaus, dass sich die Lehrkräfte immer besser in ihre Anleiterrolle eingefunden haben: 51,7% äußerten sich nach dem 1. Block zufrieden über ihre eigene Praxisanleitung, ein Jahr später nach dem 1. Block des 2. Modelljahrgangs waren es bereits 85%.

Auch wächst das Vertrauen der Ärzte in ihre eigenen didaktischen Fähigkeiten: Nach dem 1. Block waren noch 78,6% der Ansicht, dass bei den Studierenden während der Blockzeit ein Lernfortschritt erzielt werden konnte, nach dem 1. Block des 2. Modelljahrgangs teilten bereits alle teilnehmenden Lehrkräfte diese Einschätzung (100%).

Die schriftlichen Kommentare, die in den Befragungen gemacht wurden, verdeutlichen, was die Studierenden und Ärzte an dem Lehrpraxenprogramm schätzen:

Auf Seiten der Studierenden ist es v. a. der konstante Praxisbezug, der durch das Programm hergestellt wird: „Interessant, das theoretische Grundwissen in der Praxis anwenden zu können“, „Hat mich Meilen weitergebracht, vieles hat schockiert, vieles wachgerüttelt“, „Schade, dass es nur sechs Praxisblöcke im ganzen Studium gibt!“

Der Kommentar eines Lehrztes „Man musste nun auch bei Routinen wieder bewusster nachdenken“ deutet den Nutzen an, den das Programm vermutlich für viele der teilnehmenden Hausärzte hat: Die Anwesenheit eines angehenden Kollegen erweist sich als fachlich stimulierend und bricht die latente Isolation hausärztlichen Handelns auf.

Aber auch für die Patienten dürfte die Präsenz der Studierenden den positiven Nebeneffekt haben, dass der Arzt nun in der Regel intensiver auf ihre Krankengeschichte eingeht und ihnen medizinische Zusammenhänge besser erklärt werden. Entsprechende Befragungsergebnisse liegen bislang jedoch noch nicht vor.

Übertragungsmöglichkeit des Programms

Wenngleich der quantitative Umgang des Programms nur begrenzt auf große Fakultäten übertragbar ist, sollten doch folgende qualitativen Aspekte eine generellere Berücksichtigung in den medizinischen Curricula finden:

- früher Patientenkontakt,
- Lernen an vorherrschenden Beschwerdebildern,
- die Möglichkeit zur ständigen Überprüfung des erlernten Wissens in der Versorgungsrealität und
- die Orientierung der Ausbildung an den Lebenswirklichkeiten der Patienten.

Alle genannten Aspekte werden durch eine Ausbildung in Allgemeinarztpraxen abgedeckt. Werden die Lehrkräfte parallel zu ihrer Anleitungstätigkeit in berufsbegleitenden Fortbildungen sowie in ambulante Forschungsprojekte einbezogen, ist mit ihnen eine wertvolle akademische Ressource erschlossen.

Literatur

- ¹ Statistisches Bundesamt. Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis 2050. Wiesbaden, 2000
- ² Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.). Murrhardter Kreis: Das Arztbild der Zukunft. Gerlingen: Bleicher, 1995
- ³ Helmich P et al. Primärärztliche Patientenbetreuung. Lehre - Forschung - Praxis. Stuttgart: Schattauer, 1997
- ⁴ Universität Witten/Herdecke. Studienordnung der Universität Witten/Herdecke für den Modellstudiengang Medizin vom 10.4.2000
- ⁵ in der Schmitt J, Helmich P. Weiterbildung Allgemeinmedizin - Qualifizierung für primärärztliche Versorgung. Stuttgart: Schattauer, 2000

Korrespondenzadresse: Dr. rer. medic. Wilfried Kunstmann · Universität Witten/Herdecke gGmbH · Fakultät für Medizin - Bereich für Sozial- und Allgemeinmedizin · Alfred-Herrhausen-Straße 50 · 58448 Witten · E-mail: kunstmann@uni-wh.de