

# Was denken Heidelberger Studierende und Lehrärzte über frühzeitige Patientenkontakte und Aufgaben in der Hausarztpraxis?

A. Wiesemann  
P. Engeser  
J. Barlet  
U. Müller-Bühl  
J. Szecsenyi

## *What Students and Teaching Doctors in Heidelberg Think About Early Patient Contact and Tasks in General Practice*

### Zusammenfassung

**Hintergrund:** In Heidelberg wurde 2001 im Rahmen der Kooperation mit der Harvard Medical School das Curriculum für den klinischen Abschnitt grundlegend verändert, bereits seit 1995 befindet sich auch das vorklinische Studium in einem Veränderungsprozess: Der Nutzen zweier neu eingerichteter allgemeinmedizinisch verantworteter Unterrichtsveranstaltungen mit frühzeitigen Patientenkontakten war zu beurteilen. **Methodik:** Dazu wurden die Studierenden mittels eines standardisierten Fragebogens im 1. Ausbildungsjahr um Beurteilung der Seminare, Tutorien und der in Hausarztpraxen absolvierten Praktika gebeten. Zusätzlich waren Berichte über die Lehrpraxen zu erstellen. Außerdem wurden auch die Lehrenden befragt, nachdem sie qualitätssichernden Maßnahmen zugestimmt und diese mitentwickelt hatten. **Ergebnisse:** 66–89% der Lernenden gaben insbesondere für das Hausarztpraktikum mit dem frühzeitigen Patientenkontakt gute Noten, 40–58% für die Begleitseminare und 70% für die Tutorien; die Ergebnisse einer allerdings wenig differenzierten allgemeinen externen Evaluation waren nicht ganz so gut. 87–89% der Lehrenden stimmten den erarbeiteten Kriterien zur Qualitätssicherung der Lehrpraxen zu. **Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse zeigen, dass der hausarztpraxisgestützte Unterricht bereits im 1. Studienjahr gut akzeptiert wird und die frühzeitigen Patientenkontakte in hausärztlichen Lehrpraxen von den Studierenden besonders geschätzt werden. Die lehrenden Hausärzte ihrerseits halten die Qualitätszirkel als Instrumente einer kontinuierlichen Qualitätsförderung im vorklinischen Unterricht für sinnvoll und erforderlich, insbesondere im Hinblick auf eine Akkreditierung.

### Abstract

**Background:** In Heidelberg, the clinical curriculum of medical education was fundamentally changed in 2001 due to co-operation with the Harvard Medical School. The pre-clinical curriculum has also already been undergoing reform since 1995: the benefits of two new lectures with early patient contact and special tasks in the subject of family medicine were to be assessed. **Methods:** In the first year, the students therefore had to assess the seminars, tutorials, and the internships in GP by means of a standardised questionnaire. In addition, reports had to be produced on teaching practice. The teachers were also questioned following agreement with and introduction of quality assurance measures. **Results:** 66–89% of students assigned good marks to the internships in GP, 40–58% for the accompanying seminars, and 70% for the tutors. The results of a general external evaluation which was carried out slightly differently were not quite so good. 87–89% of teachers agreed upon the elaborated criteria for the quality of teaching practice. **Conclusions:** The results show that GP-based education is already well accepted in the first year of training, and that early patient contact in primary care is highly appreciated by the students. On their part, the teaching GPs assess the quality promotion sessions as instruments towards continuous quality support in pre-clinical training as meaningful and necessary, especially with regard to licensing for teaching in General practice.

#### Institutsangaben

Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg,  
Leitung: Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi

#### Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Armin Wiesemann · Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universität Heidelberg, INF 347 · Kirchstraße 44 · 76684 Oestringen · E-mail: armin.wiesemann@t-online.de

#### Bibliografie

Gesundheitswesen 2003; 65: 572–578 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0941-3790

## Schlüsselwörter

Allgemeinärztliche Lehrpraxis · Akkreditierung · Qualitätsförderung · frühzeitige Patientenkontakte · vorklinischer Unterricht

## Key words

Early patient contact · teaching in GP · quality promotion · licensing for teaching · preclinical training

## Hintergrund

In den letzten 20 Jahren haben viele medizinische Hochschulen neue Wege in der Ausbildung ihrer Studenten beschritten, um den neuen Anforderungen an eine praxis- und patienten-orientierte Medizin, aber auch an eine evidenzbasierte Medizin zu begegnen [1]. Während in Heidelberg der klinische Abschnitt im Rahmen der Kooperation mit der Harvard Medical School seit Oktober 2001 mit vollständig veränderter Struktur den neuen deutschen Ausbildungsrichtlinien (AO) Rechnung trägt [2], mit an Themenblöcken und Kursmodulen ausgerichteten, z. T. problemorientiertem Gruppenunterricht in festen Klassenverbänden [3–5], wurde im vorklinischen Abschnitt bereits seit 1995 ein Veränderungsprozess in Gang gesetzt [6]. Dabei kam der Allgemeinmedizin eine besondere Rolle zu, weil zwei Praktika (das zur Berufsfelderkundung und das zur Einführung in die klinische Medizin) Einblicke in das deutsche Gesundheitswesen bzw. frühzeitige Patientenkontakte ermöglichen sollten, um vom ersten Studienjahr an Studiermotivation und Praxisnähe zu fördern. Diese Aufgabe sollte von der Allgemeinmedizin mit einem Netz von Lehrpraxen gelöst werden. Dabei spielen Überlegungen zur vorklinisch-klinischen Vernetzung und zur psychosozialen Kompetenz bzw. Förderung der ärztlichen Primärversorgung auch im Gemeinderahmen eine wesentliche Rolle [7, 8], zumal die quantitativen und qualitativen Ansprüche an die ambulante „Primary-Care-Medizin“ steigen [9, 10]. Analog zu den zwei Studiengängen der Harvard Medical School [3, 4] scheinen biomedizinischer und psychosozialer Lerngewinn miteinander zu konkurrieren [11, 12].

Lernziele dieses hausarztpraxisgestützten Unterrichts sind ganz im Sinne der neuen Approbationsordnung: Die Studierenden sollen

- eine Praxis und dabei andere mit dem Hausarzt kooperierende ärztliche Berufsfelder kennen lernen,
- eine Vorstellung bekommen von der ärztlichen Primärversorgung und von ärztlicher Gesprächsführung sowie einfache Untersuchungsmethoden kennen lernen,
- damit beginnen, Anamnese und einfache klinische Befunde zu erheben, ggf. unter Reflexion des vorklinischen Grundlagenwissens,
- den 7-Sprung als problemorientierte Methode (POL) und Anatomie am Lebenden für die klinische Befunderhebung bei gegenseitiger Untersuchung kennen lernen.

Die Studierenden verfassen Berichte über ihre Hospitation und dokumentieren Patienten-Interviews, Arzt-Patient-Gespräche und einfache Befunde.

Die patientenorientierten (allgemeinmedizinischen) Praktika werden ergänzt durch weitere Komponenten (Seminare, Tutorien) und dienen auch als Vorbereitung auf spätere Unterrichts-

veranstaltungen im klinischen Abschnitt (z. B. problemorientiertes Lernen in anderen Fächern, Prävention, Rehabilitation, Blockpraktikum Allgemeinmedizin), wie dies ähnlich an anderen Fakultäten angeboten wird [13, 14]. Insgesamt vier ganze Tage gehen die Studierenden im ersten Studienjahr in hausärztliche Lehrpraxen, die ihnen zugeteilt werden. Sieben Seminare mit Themen zu ärztlichen Berufsfeldern, evidenzbasierter Medizin, Kommunikation und Anamnese und 7–11 Tutorien (problemorientiertes Lernen/POL, Anatomie am Lebenden/AaL) werden besucht.

Um Aussagen zu innovativen Studiengängen zu machen, sind evaluierende Verfahren unverzichtbar [11, 13, 15], in Verbindung mit umfangreicher Standardisierung allerdings auch meist aufwändig und kostspielig [16, 17]. Unsere Untersuchung sollte im Rahmen der uns zur Verfügung stehenden Ressourcen klären,

1. wie die einzelnen Komponenten und das gesamte vorklinische Unterrichtsprogramm der Allgemeinmedizin (Heidelberger Praxisprogramm HeiPrax) von den Studierenden und den Lehrärzten im Rahmen des neuen Heidelberger Curriculums akzeptiert und bewertet werden;
2. inwieweit die Studierenden für sich persönlich oder beruflich von der Praxishospitation und den Seminaren profitieren;
3. welchen Nutzen die Studierenden insbesondere in den frühzeitigen Patientenkontakten sehen und schließlich
4. wie die Hausärzte ihre neue Rolle als Lehrende und die damit verbundene Qualitätssicherung beurteilen.

## Methodik

### Qualitätsförderung, Evaluation

Die mit dem Hospitationsprogramm von der Heidelberger Allgemeinmedizin beschrittenen neuen Wege dezentraler Lehre haben eine dreigleisige Qualitätsförderung in Gang gesetzt: das Urteil der Studierenden über das Unterrichtsprogramm im Rahmen eines Fragebogens, die Berichte aus den und über die Lehrpraxen und die Aussagen der Lehrenden im Rahmen von neu etablierten „Lehr-Qualitätszirkeln“. Für alle Aufgaben gibt es Anleitungen auf der Website der Abteilung Allgemeinmedizin ([www.allgemeinmedizin-hd.de](http://www.allgemeinmedizin-hd.de)). Die Praxiseindrücke werden in den Seminaren durch Beiträge der Studenten und der Dozenten vertieft. Zusätzlich werden die Lehrenden um eine Einschätzung ihrer Tätigkeit gebeten. Diese Einschätzung wird z. T. anhand von Fragebogen, z. T. im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit durchgeführt (s. a. Qualitätskriterien zur Selbstauskunft, Tab. 5). Im Rahmen der kontinuierlichen Weiterentwicklung spielen neben den Ressourcen der Abteilung (Lehrkoordination) und den Qualitätszirkeln gemeinsame Veranstaltungen mit Studierenden und der Einsatz einer Checkliste mit Strukturprozess- und ergebnisrelevanten Faktoren der Lehre eine wichtige qualitätsfördernde Rolle (Tab. 1).

Tab. 1 Checkliste Qualitätsfaktoren/-indikatoren von Unterrichtsveranstaltungen (modifiziert nach Eitel F. [http://www.gma.mwn.de/Approba-tionsordnung/AeAppO-Vortrag\\_Klinik\\_7\\_D61.ppt](http://www.gma.mwn.de/Approba-tionsordnung/AeAppO-Vortrag_Klinik_7_D61.ppt))

Faktor/Indikator	Kriterien	Fragestellung	Veränderung
Lehrqualifikation	Empathie, Didaktik, Fachwissen (Kompetenz), Erfahrung	wer lehrt: Hausärzte, Lehrbeauftragte	Struktur
Zugangseignung	Leistungsnachweis (Ausbildungsstand der Studierenden)	wen: Studierende im 1. Jahr	
Lerninhalt	Gewichtung, Beispielhaftigkeit, Darstellbarkeit	was: ärztliche Berufsfelder, Anamnese, Befund	Struktur und Prozess
bevorzugte Unterrichtsform	PBL, CBT, Fallorientierung, Übung, Seminar, Vorlesung	wie: Tutorien (PBL), Praktikum, Seminar	Struktur
Medienwahl	Personal/apersonal, konventionelle/neue Medien (CBT)	womit: personal, konventionell	Struktur
Lernumgebung	Curricular design, Unterrichtsort	wo: Uni, Praxis	Prozess
Struktur-/Ablaufplan	Lehr- und lernzielorientierte Schritte	wann: Abstimmung	Prozess
Umfang	Effektivität, Effizienz	wie viel, Selbstbeschränkung	Struktur/Zeit
Evaluation	Struktur, Prozess, Ergebnis; Klausur, OSCE, subjektiver Gewinn	Ergebnis: Berichte, Testate, Fragebogen	Ergebnis
Ziel/Norm	Qualitätsmanagement, Gegenstandskatalog	wofür: Lernzielerreichung	Ergebnis
Philosophie	Fachkompetenz, Stellenwert, Selbstbeschränkung,	warum: Arztbild	Struktur
Ressourcen	Allokation, Kostenrechnung	mit welchen Mitteln: Allokation	
Projektmanagement, Reformen	Prozessablauf, Visionen, Widerstände	Zukunftsfähigkeit?	Prozess

Im Zusammenhang mit unserer Fragestellung und den Lernzielen waren die folgenden vier Module des Heidelberger Praxisprogramms im 1. Studienjahr zu bewerten:

1. Die Paxishospitalisationen mit Patientenkontakten in hausärztlichen Lehrpraxen (2 Tage zur Berufsfelderkundung und 2 Tage zur Einführung in die klinische Medizin),
2. die Begleitseminare im 1. Studienjahr,
3. die studentischen Tutorien zu problemorientiertem Lernen (POL) und Anatomie am Lebenden (AaL)
4. die Lehrertätigkeit und die damit verbundene Qualitätsförderung in den Qualitätszirkeln durch die Lehrenden selbst.

### Fragebogen, Kollektive und Untersuchungsablauf (Tab. 2 u. 3)

a) für Studierende: Da sich die Erfolgsbeurteilung dreier unterschiedlicher Lernzielkategorien, nämlich kognitiver (Wissen akkumulierender), anwendungsbezogener (Kommunikation und Handfertigkeiten fördernder) und emotionaler (persönlichkeits- und verhaltensbezogener) Lehr- und Lernziele durchzusetzen scheint [3, 18], finden sich diese Kategorien auch in unserem nach Stöbel et al. [18] und der Harvard Medical School modifizierten Fragebogen wieder: Die Studierenden wurden in 12 Fragenblöcken mit insgesamt 33 Fragen anhand einer 4er-Skala von sehr gut über gut bis zu weniger und gering/gar nicht um eine differenzierte Beurteilung des ab 2000 für alle verpflichtenden Unterrichtsprogramms gebeten. POL und AaL wurden in diesem Fragebogen global mit bewertet. Im Freitext und den Praxisberichten konnten zusätzlich Angaben zum Hausarztpraktikum gemacht werden. Die Fragebogen wurden auf der Basis validierter, z. T. auch in anderen Fakultäten verwendeter Fragen entwickelt [18, 19]. Sie wurden während der letzten Unterrichtsveranstaltung ausgegeben und sofort wieder eingesammelt, was von den meisten Studierenden akzeptiert wurde.

b) für Lehrende: die Fragen bezogen sich auf Einstellungen zur Lehrtätigkeit (Honorar, Engagement, Interesse) und zur Quali-

tätssicherung (Kriterien Lehrarzt, Kriterien Lehrpraxis, Supervision, Lernzielbeachtung, Qualitätszirkel). Die Lehrärzte nehmen an drei regionalen Qualitätszirkeln/Jahr teil und es finden drei Arbeitsgruppensitzungen pro Jahr im Rahmen der Lehrkoordination der Sektion Allgemeinmedizin statt. Die Befragung fand in den Qualitätszirkeln statt.

Die Qualitätskriterien sollten ab 1999 von den 160 aktiv an der Lehre beteiligten Hausärzten (s. Tab. 3) in Zusammenarbeit mit der Abteilung Allgemeinmedizin auf der Basis bekannter Empfehlungen [20] im Hinblick auf eine zukünftige Akkreditierung entwickelt und schließlich für alle neu hinzutretenden Praxen maßgeblich werden.

### Ergebnisse

#### Kollektive, Stichprobenumfang

Die Grundgesamtheit der Studierenden pro Semester beträgt für die zu beurteilenden Unterrichtsveranstaltungen immer ca. 260 Personen (Kapazität für vollständig in Heidelberg Studierende).

Studierende 1997/98: Von 180 freiwillig an der Unterrichtsveranstaltung teilnehmenden Studierenden beteiligten sich 173 an der Evaluation (96%).

Studierende 2000/01: Von den 262 Studierenden nahmen 219 an der Evaluation der jetzt zur Pflicht gewordenen Unterrichtsveranstaltung teil, einer Stichprobe von 84% entsprechend. Verhältnis männlich zu weiblich: jeweils 40 zu 60%.

Externe Evaluation: 232 von 400 Studierenden, einer Stichprobe von 58% entsprechend, davon 54% männlich.

Lehrende: 115 von 160 Lehrenden (72%) nahmen 1999 an der Befragung zu den Qualitätskriterien und Bedingungen einer akademischen Lehrpraxis teil, davon 70% männlich.

Tab. 2 Fragebogen zur Evaluation der allgemeinmedizinischen Unterrichtsveranstaltungen in der Vorklinik, zum Teil nach [18, 31]

1. Wurde Ihnen im Rahmen des Heidelberger Hospitationsprogramms dessen Stellenwert für die Ausbildung verständlich gemacht?

Wie viel haben Sie bei der Hospitation gelernt?

- für den späteren Beruf:
- für die Prüfungen:
- für die persönliche Entwicklung:

Wie viel haben Sie im Seminar gelernt?

- für den späteren Beruf:
- für die Prüfungen:
- für die persönliche Entwicklung:

8. Haben Sie Grundlagenwissen aus den anderen Fächern während der Hospitation anwenden können, z. B.

- Anatomie:
- med. Psychologie:
- Physiologie:
- anderes: .....

13. Waren die semesterbezogenen Lernziele klar?

14. Wie gut war der Kontakt zum Hospitationsarzt?

Wie bewerten Sie die Qualität der Hospitation/Praxistage?

- Kommunikationsstil des Praxisarztes:
- Erläuterungen zur Behandlung:
- Patientenkontakt:
- Unterlagen (Berichtsheft):
- Möglichkeiten zu eigenen Aktivitäten:

Wie bewerten Sie die Qualität des Seminars?

- Kommunikationsstil der Dozenten:
- Aufbau des Seminars:
- Diskussionsmöglichkeit:
- eigene Beiträge:
- Folien, Dias, Papiere:
- Literaturempfehlungen:

Wie bewerten Sie das Hospitationsprogramm im Vergleich zu anderen Lehrveranstaltungen?

- Bedeutung für die Ausbildung:
- Engagement der Lehrenden:
- Qualität der Lehre:
- Wie bewerten Sie die Tutorien
  - POL
  - AaL

30. Wissen Sie etwas vom Versorgungsauftrag der Allgemeinmedizin?

Beispiel:

- Würden Sie die Lehrveranstaltung weiterempfehlen?
- Was könnte man an der Lehrveranstaltung verbessern? (Was hat gefehlt?)
- Halten Sie diese Befragung für wichtig?
- Alter: ..... Jahre    Geschlecht: m  w     Semester: .....  
Berufsziel: .....

Tab. 3 Die unterschiedlich befragten Kollektive

Kollektiv	Anzahl (n-gesamt)	Besonderheit
Studierende 97/98	261	Wahlpflicht, daher nur 180 Teilnehmer im 2. Semester (1. Studienjahr)
Studierende 2000/01	262	Pflicht für alle Studierenden, daher 262 Teilnehmer insgesamt (1. Studienjahr)
an externer Evaluation teilnehmende Studierende	400	400 Teilnehmer aus mehreren Semestern (überwiegend 2. Studienjahr)
Lehrende 1999	160	160 Lehrkräfte aus Hausarztpraxen

## Beurteilung der allgemeinmedizinischen Unterrichtsveranstaltungen

Die Bewertung durch die Studierenden fiel 2000/01 weniger gut aus als 1997/98, mit Ausnahme der Patientenkontakte und der Weiterempfehlung.

In Tab. 4 sind die wichtigsten Items mit ihrer Bewertung durch die Studierenden in Abhängigkeit vom befragten Kollektiv aufgeführt. Insbesondere die externe Evaluation arbeitete mit anderen Items, so dass nicht überall Vergleiche möglich waren.

Das Tutorium problemorientiertes Lernen wurde insgesamt von 69% der Studierenden positiv bewertet, 50% konnten das Gelernte auch bei der Praxishospitation nutzen.

Das Tutorium Anatomie am Lebenden wurde von 78% positiv eingestuft, 72% gaben an, das Gelernte bei der Praxishospitation genutzt zu haben.

Die Praxisberichte und Kommentare zur Organisation und Verbesserungsvorschläge im Freitext waren vor allem für die Lehrkoordination von Interesse, wobei die Praxisberichte auch eine gewisse Bewertung des lehrärztlichen Engagements zuließen. Verbesserungsvorschläge betrafen hier vor allem den organisatorischen Zugang zu den Lehrpraxen und die Harmonisierung der Qualität der Lehrpraxen. Daneben wurden eine klarere Internetpräsenz und – bei einer Gruppengröße von 25 bis 35 – mehr Kleingruppenarbeit mit Fallbeispielen gefordert. Außerdem wünschten sich einige Studierende mehr Mitnahmematerial und mehr Ausblicke in unterschiedliche ärztliche Berufsfelder.

## Stellungnahme der Lehrenden (1999)

87% der LehrärztInnen stimmten den erarbeiteten arztbezogenen Kriterien für eine spätere Akkreditierung zu (Abb. 1), 89% waren auch mit einer Supervision einverstanden.

86% der LehrärztInnen stimmten auch den gemeinsam erarbeiteten Kriterien für die Lehrpraxis zu (Abb. 1).

Erwartungsgemäß war die Zustimmung der an der Entwicklung der Qualitätskriterien beteiligten Ärzte/Ärztinnen hoch.

Aktuell im Sommer 2003 haben 100 von 230 registrierten Allgemeinpraxen im Großraum Heidelberg-Mannheim-Karlsruhe-Pforzheim Antrag auf Eröffnung des Akkreditierungsverfahrens gemäß den in Tab. 5 aufgeführten Kriterien gestellt.

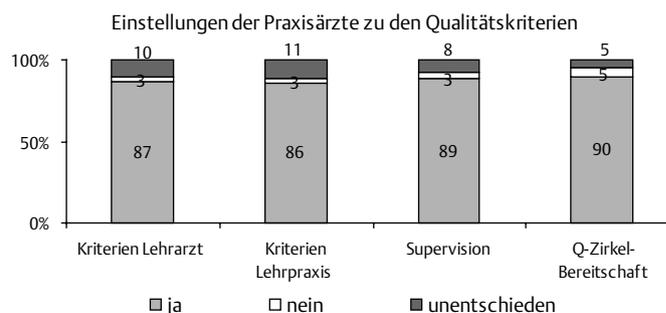


Abb. 1 Befürwortung der entwickelten Qualitätskriterien durch die Lehrkräfte (n = 115).

Tab. 4 Das Urteil der Studierenden für das 1. Studienjahr im Bereich Allgemeinmedizin ( $n_{97/98} = 173$ ,  $n_{2000/01} = 219$ ,  $n_{\text{extern}} = 232$ )

Items (mit den zugehörigen Fragen aus Abb. 1 in Klammern)	Beurteilung: sehr gut/gut bzw. sehr stark/stark in %		
	1997/98	2000/01	extern 2001
Lerngewinn bei der Hospitation (2–4)	66–88	66–74	
Kontakt zum Lehrarzt/-ärztin (14)	90	89	
Qualität der Hospitation (15–18 inkl. Patientenkontakte)	86–90	50–89	
Bedeutung für die Ausbildung (26)	78	52	58
Engagement der Lehrenden, Qualität der Lehre (27–28)	68–98	64–88	69
Anwendung von Grundlagenwissen in der Praxis (8)	72	74	
Einfluss auf Studiermotivation (19)	80	53	
Seminar (21–25)	58	40	37
Weiterempfehlung (31)	90	90	
problemorient. Lernen POL (29a)		69	76
Anatomie am Lebend. AaL (29b)		78	75
Organisation			19 (60% schlecht)
Gesamtwertung			44

Tab. 5 Qualitätskriterien als Selbstausskunft für eine Akkreditierung als akademische Lehrpraxis (eingegangen in die Richtlinie der Landesärztekammer Baden-Württemberg 2002)

1. Qualifikation des Lehrarztes/der Lehrärztin*	obligatorisch:	„Soll“-Kriterium bzw. erwünscht:
FAin für Allgemeinmedizin, ggf. hausärztl. Internist/in	X	
5 Jahre hausärztliche Tätigkeit in eigener Verantwortung (Praxis)	X	
persönliche Eignung	X	
Beteiligung an vereinbarter Qualitätssicherung der Lehre	X	
Weiterbildungsbefugnis für Allgemeinmedizin		X
wiss. Qualifikation: Promotion		X
Teilnahme an anderen qualitätsfördernden Maßnahmen		X
2. Praxisstruktur:	obligatorisch:	„Soll“-Kriterium bzw. erwünscht:
GKV-Versicherte: mindestens 500/Quartal	X	
Zahl der Helferinnen: mindestens 1	X	
Praktikumszeit/Arbeitszeit: mind. 40 h/Woche	X	
Praktikumszeit: mind. 10 Tage pro Jahr	X	
Bereitstellung eines Raumes für Kontakt Patient/Studierende	X	
Ruhe-EKG	X	
Labor (eigenes oder Laborgemeinschaft)	X	
kleine Chirurgie	X	
allgemeinmed. Literatur: ein aktuelles Lehrbuch/Kompendium	X	
EDV-gestütztes Praxisverwaltungssystem	X	
elektronisch geführte Patientenakte		X
3. Arbeitsspektrum der Praxis	obligatorisch:	„Soll“-Kriterium bzw. erwünscht:
regelmäßige Hausbesuche	X	
typische schul- bzw. allgemeinmedizinische Grundausrüstung*	X	
Patienten aller Altersgruppen	X	
Patientenschulung in der Praxis oder Kooperation		X

## Diskussion

### Kollektive, Beteiligung, Methodik

Mit einer Teilnahmequote von 96 bzw. 84% der Studierenden und 72% der lehrenden Hausärzte können die Aussagen als repräsentativ betrachtet werden. Ein Teil der nicht antwortenden Praxisärzte war auch nicht bereit, an den Qualitätszirkeln teilzunehmen, und kommt daher für die weitere Tätigkeit in der Lehre oder für die Akkreditierung als Lehrpraxis nicht infrage. Die Rücklaufquote war vergleichsweise hoch [14].

Da unsere Aufgabe im vorklinischen Abschnitt des Studiums darin besteht, die scharfe Trennung zum klinischen Abschnitt zu reduzieren und die Studiermotivation zu verbessern sowie Einblicke in ärztliche Berufsfelder zu geben und das Verständnis für die ärztliche Primärversorgung zu wecken, scheint zunächst diese eher mit einem Bias belastete Art der subjektiven Befragung angemessen [7, 9]. Die Praxisberichte und Patienteninterviews sowie die Arzt-Patient-Gespräche werden nicht benotet. Für die zukünftige Beurteilung des Blockpraktikums im klinischen Abschnitt wird dagegen der Einsatz von OSCEs [21] und

für die Bewertung der Lehrpraxen die Entwicklung eines Portfolios [22] angestrebt.

### Ergebnisse

Dass die allgemeinmedizinischen Unterrichtsveranstaltungen mit ihren Modulen insgesamt 2002 zwar gut, aber etwas schlechter abschnitten als 1998, dürfte damit zusammenhängen, dass zum einen die logistischen und qualitätssichernden Maßnahmen im Zusammenhang mit der notwendigerweise wachsenden Zahl der Lehrpraxen angepasst werden müssen, und zum anderen 1998 im Sinne eines positiven Selektionseffektes die Teilnahme noch freiwillig war (Wahlpflicht). Wir erwarten allerdings unverändert, dass die Studierenden die Praxistermine und Anfahrt in die Praxen selbst zu bewältigen haben.

Wir sind uns dessen bewusst, dass den bisherigen Ergebnissen dabei nicht immer valide Analysen zugrunde gelegt werden konnten und dass es sich beim Urteil der Studierenden oft um subjektive Einschätzungen handelt, die mit der Unerfahrenheit von Erst- und Zweitsemestern zusammenhängen. Wir haben, wie auch andere Autoren [23, 24], den Eindruck, dass allgemein ärztliche und allgemeinärztliche Fragestellungen – und damit auch der frühzeitige Umgang mit Patientenproblemen – gerade zu Studienbeginn besonders gut erfahrbar sind und im Übrigen einer zu frühen Spezialisierung bzw. späteren nicht selten eher negativ bewerteten Konkurrenz mit Spezialdisziplinen entgegenwirken können [25].

### Der (subjektive) Lerngewinn (Ergebnisqualität)

Die Verbindung von biomedizinischen Grundlagen und patientenorientierter Anwendung wird in Heidelberg bereits ab dem 1. Studienjahr durch die praktischen Untersuchungsaufgaben in Allgemeinpraxen gefördert. Murray [26], Lesky [10], Michener [27] und andere haben gezeigt, dass in qualifizierten haus- und familienärztlichen Praxiseinrichtungen Fähigkeiten und Fertigkeiten (Untersuchungen, Diagnostik an authentischen und standardisierten Patienten) mit großem Erfolg vermittelt werden können. Wir gehen davon aus, dass sich der Lerngewinn bei zunehmendem Bewusstsein der Praxisärzte für ihren allgemeinmedizinischen Versorgungsauftrag und die Lernziele der Studierenden weiter steigern lässt. Die konstruktive Mitwirkung der Studierenden, insbesondere auch der studentischen Tutoren, ist ein ständiger Ansporn [28, 29], zumal 90% der Teilnehmer das Heidelberger Praxisprogramm weiter empfehlen würden (s. Tab. 4). Bei der externen Evaluation 2001 schätzten 44% der beteiligten Studierenden das Hospitationsprogramm insgesamt als gut ein; in diese zwar noch leicht überdurchschnittliche doch für uns weniger gute Gesamtnote geht allerdings die von 60% als schlecht eingestufte Organisation ein (s. Tab. 4); zudem wurde nicht unsere explizite Fragestellung hinsichtlich der frühzeitigen Patientenkontakte berücksichtigt [30].

### Durchführung von Hospitation und Begleitseminar (Prozessqualität)

Zwar waren die meisten Studierenden mit ihrer Praxis zufrieden, einige sogar begeistert, doch gab es auch kritische Stimmen in den Berichtsheften oder im Seminar: Einige Praxisärzte hatten sich offenbar nicht genügend auf ihre neue Unterrichtsaufgabe vorbereitet, in anderen Fällen wurden die Hospitanten nicht adäquat in den Praxisablauf integriert [31]. Wir sehen dies im Zu-

sammenhang damit, dass sich von den jetzt 230 registrierten Hospitationspraxen erst 150 aktiv an der Qualitätszirkelarbeit beteiligt haben. Das Feedback der Studierenden hat bereits einige Korrekturen ermöglicht (kürzere Wege zu neuen Praxen, bessere Kommunikation im Praxisnetz); das betrifft auch die kritischen Bemerkungen zur Seminargestaltung (mehr Fallbeispiele, Kleingruppenarbeit). Die kontinuierliche Evaluation aller Lehrveranstaltungen stößt allerdings bei einem Teil der durchaus aktiv an den Fortschritten in der Lehre beteiligten Studierenden auf Ablehnung [31].

### Lehrkompetenz, Qualitätszirkel und Akkreditierung (Strukturqualität in Bezug auf die Lehrenden)

Das von den Studierenden bescheinigte hohe Engagement der Lehrkräfte (s. Tab. 4) spielt eine wesentliche Rolle bei der guten Beurteilung des Gesamtprogramms, obwohl gelegentlich ärztliche Informationsdefizite zu den aktuellen Lernzielen reklamiert wurden. Diese Defizite werden weiterhin in den jetzt 10 regionalen 3- bis 4-mal/Jahr tagenden Qualitätszirkeln bearbeitet [32], wo auch die Kriterien zur Akkreditierung entwickelt wurden. Mit einer 87%igen Akzeptanz sämtlicher Qualitätskriterien (s. Abb. 1) haben wir eine starke Basis. Seit 2001 kommen nur noch Hausarztpraxen als Lehrpraxen infrage, die bereit sind, den vereinbarten Qualitätsstandard im Sinne eines notwendigerweise wachsenden Qualitätsmanagements [33] zu erfüllen. Bei zunehmendem Bewusstsein für die gemeinsame Verantwortung, einer wichtigen Grundlage für den Erfolg [8], wurden Wege gefunden, den Informationsfluss zwischen allen Beteiligten trotz der täglichen Beanspruchung in der Praxis zu verbessern: Die Qualitätskriterien wurden im Hochschulausschuss der Landesärztekammer Baden-Württemberg verabschiedet, so dass zurzeit die ersten Lehrpraxen von der medizinischen Fakultät Heidelberg akkreditiert werden.

Zusätzlich ist es bereits zu einem „informellen Begleit-Curriculum“ [34] im Sinne einer Mentorentätigkeit bzw. eines Coaching gekommen, eine Art allgemeinmedizinischer Studienbegleitung.

### Schlussfolgerungen, Aussichten

1. Die einzelnen Komponenten und das gesamte Heidelberger Praxisprogramm (HeiPrax) werden auch nach Einführung als Pflichtveranstaltung für ca. 260 (in naher Zukunft 420) Studierende von den Studierenden selbst (und den Lehrkräften) gut akzeptiert und bewertet, für die Dokumentation soll ein Portfolio angelegt werden.
2. Die Studierenden profitieren vor allem persönlich und beruflich, weniger für die kurzfristig anstehenden Prüfungen.
3. Frühzeitige Patientenkontakte liefern einen hohen Nutzen und damit die zielorientierte Klammer für die unterschiedlichen grundlagen- und klinikbezogenen Inhalte des vorklinischen Studiums. Famulatur, neue Querschnittsveranstaltungen und Blockpraktikum können erfolgreich darauf aufbauen.
4. Die Methoden zur Qualitätsförderung des hausarztpraxisgestützten Unterrichts, insbesondere die Arbeit mit dem Lehrpraxisnetz in Qualitätszirkeln, werden von den Lehrenden begrüßt, so dass die ersten akademischen Lehrpraxen in Heidelberg akkreditiert werden.

## Literatur

- <sup>1</sup> Pabst R. Medical education and reform initiatives in Germany. *Acad Med* 1995; 70: 1006–1011
- <sup>2</sup> Eitel F vom 7.10.02: [http://www.gma.mwn.de/Approbationsordnung/AeAppO-Vortrag\\_Klinik\\_7\\_D61.ppt](http://www.gma.mwn.de/Approbationsordnung/AeAppO-Vortrag_Klinik_7_D61.ppt) (14.6.03).
- <sup>3</sup> Moore GT, Block SD, Style CB et al. The influence of the New Pathway curriculum on Harvard medical students. *Acad Med* 1994; 69: 983–989
- <sup>4</sup> Gulich MS. Harvard – ein Vorbild für deutsche Hochschulen? *Münch Med Wschr* 1993; 135: 10
- <sup>5</sup> MacAuley D. Medical education, Maastricht and the future. *Ir Med J* 1995; 88: 156–158
- <sup>6</sup> Wiesemann A, Amon T, Engeser P et al. Qualitätssicherung allgemeinmedizinischer Hochschullehre, Überlegungen zur Evaluation im Rahmen des Heidelberger Hospitationsprogramms. *Z Allg Med* 1997; 73: 1248–1252
- <sup>7</sup> Ross RH, Fineberg HV. Medical students' evaluations of curriculum innovations at ten North American medical schools. *Acad Med* 1998; 73: 258–265
- <sup>8</sup> Wirsching M. Zwölf Thesen zur Reform der ärztlichen Ausbildung – vorläufige Forderungen des Murrhardter Kreises. *Dt Ärztebl* 1988; 85: A19–A24
- <sup>9</sup> Glasser M, Stearns J, McCord R. Defining the generalist education: an idea whose time is still coming. *Acad Med* 1995; 70 (1 Suppl.): 69S–74S
- <sup>10</sup> Lesky LG, Hershman WY. Practical approaches to a major educational challenge. Training students in the ambulatory setting. *Arch Intern Med* 1995; 5: 897–904
- <sup>11</sup> 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
- <sup>12</sup> Perleth M. Ärztliche Basiskompetenzen: Vernachlässigtes Ausbildungsziel im Medizinstudium? *Med Klin* 1998; 93: 381–387
- <sup>13</sup> Burger W, Dudenhausen JW, Kiessling C et al. Reform des Medizinstudiums. Positive Erfahrungen an der Charite Berlin. *Dtsch Ärztebl* 2003; 100: A 686–689
- <sup>14</sup> Hannich HJ, Wiesemann U. Das Lehrkonzept der community-medicine in Greifswald und eine erste studentische Evaluation des „frühen Patientenkontakts“. *Z Allg Med* 2001; 77: 24–27
- <sup>15</sup> Peters AS, Greenberger-Rosovsky R, Crowder C et al. Long-term Outcomes of the New Pathway Program at Harvard Medical School. *Acad Med* 2000; 75: 470–479
- <sup>16</sup> Gerrity MS, Mahaffy J. Evaluating change in medical school curricula: how did we know where we were going? *Acad Med* 1998; 73: S55–S59
- <sup>17</sup> 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
- <sup>18</sup> Stößel U, Brähler E, Gostomzyk JG et al. 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
- <sup>19</sup> 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
- <sup>20</sup> Vereinigung der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin. Allgemeinmedizinische Lehrbeauftragte, Lehrärzte und akademische Lehrpraxen. *Z Allg Med* 1998; 74: 74–77
- <sup>21</sup> Harden RM. What is an OSCE? *Med Teacher* 1988; 10: 19–22
- <sup>22</sup> Driessen EW. Use of portfolios in early undergraduate medical training. *Medical Teacher* 2003; 25: 18–23
- <sup>23</sup> 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
- <sup>24</sup> Válková L. First early patient contact for medical students in Prague. *Family Practice* 1997; 14: 394–396
- <sup>25</sup> Hearst N, Shore WB, Hides ES et al. Family practice bashing as perceived by students at a university medical center. *Fam Med* 1995; 27: 366–370
- <sup>26</sup> Murray E, Jolly B, Modell M. Can students learn clinical methods in general practice? A randomised cross over trial based on objectively structured clinical examinations. *Br Med J* 1995; 315: 920–923
- <sup>27</sup> Michener JL, Parkerson GR Jr, Munning KA. Clinical skills acquired during a clerkship in family medicine. *Acad Med* 1986; 61: 808–815
- <sup>28</sup> Atkins KM, Roberts AE, Cochran N. How medical students can bring about curricular change. *Acad Med* 1998; 73: 1173–1176
- <sup>29</sup> Josephson AS, Whelan AJ. A New First-year Course Designed and Taught by a Senior Medical Student. *Acad Med* 2002; 77: 1207–1211
- <sup>30</sup> Science Consult. Evaluation des vorklinischen Studienabschnitts an der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg – Befragung der Studierenden Sommersemester 2001: 31–33
- <sup>31</sup> Wiesemann A, Amon T, Engeser P et al. Qualitätsförderung (allgemein-)medizinischen Hochschulunterrichts im Rahmen des Heidelberger Modells. *Z ärztl Fortbild Quallsich* 1999; 93: 591–598
- <sup>32</sup> Wiesemann A. Neue Wege in der Ausbildung. *Dt Ärztebl* 1998; 95: A-2240–2241
- <sup>33</sup> Eitel F, Steiner S, Tesche A. Quality management: transition to medical making education. *Medical teacher* 1998; 20: 445–450
- <sup>34</sup> Wallace AG. Educating tomorrow's doctors: the thing that really matters that we care. *Acad Med* 1997; 72: 253–258