

## » Patientenbetreuung im Medizin- studium zum besseren Verständnis für theoretischen Unterricht

Beispiele aus Sicht der Allgemeinmedizin zu  
Strukturen in Deutschland, Dänemark, England  
und den Niederlanden

**Zusammenfassung:** Die Integration von Patientenbetreuung und umsetzungsorientiertem Handeln in die ärztliche Ausbildung ist Ziel der 8. Novellierung der ÄAppO. Obwohl in der Vergangenheit zahlreiche Initiativen in dieser Richtung von den einzelnen Fakultäten als Vorgabe geleistet worden sind und die Ziele besteht, ist es aufgrund einer jüngsten Vertagung (Bundesrat) der CDU/FDP-Koalition nicht gelungen, eine Verabschiedung zu realisieren. Am Beispiel des Lehrmodells der Abt. Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Univ. Düsseldorf und exemplarischer Strukturen in Dänemark, England und den Niederlanden werden Möglichkeiten einer Einbeziehung von Praxis aus Sicht der Allgemeinmedizin beschrieben.

**Patient Care in Medicine to Improve Appreciation and Understanding of Theoretical Education – Examples as Seen from the General Practitioner's Point of View with Regard to the Educational Structures in Germany, Denmark, U. K. and the Netherlands:** The eighth amendment to the German ordinance regulating the licensing of physicians (ÄAppO) aims at incorporating patient care and medical action that is translatable into reality, into the curriculum of medical training. Although there have been many preliminary initiatives in the past by individual university faculties to this effect and although health policymakers now agree on the goals to be achieved, it appears to be an unrealistic hope that German legislative bodies will pass the ordinance during the present period of legislation, since the German Federal Council (Bundesrat) has recently postponed the issue. The possibilities of incorporating these practical considerations into medical education are discussed with special reference to a teaching model developed by the Department of General Medicine at the Heinrich-Heine-University of Düsseldorf and to exemplary structures set up in Denmark, U. K. and the Netherlands.

**Key words:** Medical education – Patient care – Reforming University training – Curriculum

### Forderung nach mehr Praxis hat Tradition

Immer dann, wenn Verbesserungen des Medizinstudiums durch Umgestaltung der Curricula anstehen, wird auch die

W. Sohn

Abteilung für Allgemeinmedizin, Heinrich-Heine-Universität  
Düsseldorf

Forderung nach mehr Praxisnähe erhoben. Daß solche Ziele schon seit langem bestehen, beschreibt R. Wiedersheim (1997) mit einem Blick auf die USA.

Die 1848 gegründete American Medical Association (AMA) setzte zur Kontrolle der medizinischen Fakultäten die Association of American Medical Colleges (AAMC) ein. Zu Beginn des Jahrhunderts fielen die oft schlecht ausgebildeten Ärzte auf und veranlaßten den Geschäftsführer der Gesellschaft (Bevan 1904), die 160 Medizinischen Institute bewerten zu lassen (Flexner 1910). Als Resultat erfolgte die Schließung von 80 dieser Einrichtungen. Das Verfahren war 1925 beendet. Nicht betroffen von dieser Aktion waren die wenigen damals „etablierten“ *medical schools*, deren naturwissenschaftliche Ausbildung in der Vorklinik nach deutschem, die Klinische nach britischem Muster als *bedside-teaching* ausgerichtet waren (Flexner 1912).

Diese drastische Maßnahme führte zu einer bis heute anhaltenden Ausbildungsforschung mit kritischer Einstellung gegenüber Lehrinhalt und Lehrmethoden. Mit dem „Journal of Medical Education“, heute „Academic Medicine“ ist durch diesen Prozeß initiiert schon seit 1929 eine Zeitschrift für Ausbildungsforschung und -förderung auf dem Markt. Kommissionen des AAMC kritisieren die langsamen Fortschritte der Curriculumplanung (Rappleye 1932) und fordern flexible Lehrmethoden (Rogers 1969). Die erste Sommerakademie für neue didaktische Ansätze (*teacher training*) für Dozenten medizinischer Fakultäten begann 1958 in Buffalo, USA (Miller 1962). Die über drei Jahre dauernde Zusammenarbeit von 83 Medizinischen Fakultäten aus den USA und Kanada führte zum 200 Seiten langen Bericht „*Physicians for the twentyfirst century*“ und weist noch viel deutlicher und umfassender auf die Integration von problemorientiertem Lernen (POL) u.a. durch Vermittlung von Fertigkeiten (*skills*) und Verhaltensweisen (*attitudes*) aber auch einer Betonung der allgemeinmedizinischen Basis in der Ausbildung (AAMC 1984).

Damit wird auf die in der Folgezeit auch in Europa etablierten Modelle von Patientenintegration hingewiesen, die zum Teil aus dem Surrogat der vorkonstruierten *paper-cases* (Stiegler 1994), den *simulated patients* (Rethans 1987) und tatsächlicher Beteiligung an realer medizinischer Versorgung bestehen. Vor allem letzteres ist strukturiert in den Curricula der ärztlichen Ausbildung von Dänemark, Großbritannien und den Niederlanden enthalten; punktuell werden auch in Deutschland Lehrpraxen der Allgemeinmedizin schon im ersten Semester (Praktikum Berufsfelderkundung) integriert (Seelbach 1996). Ein Überblick zu Zeitpunkt der Integration

und Umfang der Patientenbeteiligung in den aufgeführten Ländern soll im folgenden gegeben werden.

## Deutschland

### *Lehre gewinnt an Bedeutung*

Bei der gegenwärtigen Diskussion über das Hochschulrahmengesetz (HRG) wird deutlich, daß der Stellenwert der *Lehre* nach einer langen Phase der Entwertung sich gegenüber der *Forschung* wieder neues Gewicht schaffen könnte. Schließlich heißt es in der Fassung die der Bundestag gerade beschlossen hat (HRG 1998) „Die Hochschulen sollen künftig zum großen Teil nach ihren Leistungen in Forschung und Lehre finanziert werden und ihre Leistungen im Bereich der Lehre auch von den Studenten bewerten lassen“. Da die Studierenden in fast allen Fächern mehr Engagement der Dozenten und verstärkten Praxisbezug fordern, könnte über die jetzt notwendigen, in Deutschland bisher noch sehr zurückhaltend eingesetzten *Rankings* tatsächlich mehr Aufmerksamkeit für die Lehrqualität induziert werden. Gleichzeitig werden entsprechende Konkretisierungen von *mehr Praxisbezug* bei der Reform der ärztlichen Approbationsordnung nur gegen erhebliche Widerstände vor allem der theoretischen Fächer in kleinen Schritten realisiert (Clade 1998).

### *Mehr Praxisbezug Ziel der Studienreform*

Mit seinen „Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums“ hatte der Wissenschaftsrat (1992) eine neue Runde für die grundsätzliche Neuordnung der ärztlichen Ausbildung eingeläutet, in der die Allgemeinmedizin eine zentrale Rolle einnehmen sollte. Auch die Dekane der Medizinischen Fakultäten formulierten bei einem Treffen in Münster noch einmal die Essentials einer Studienreform mit „kürzer“, „besser“ und „mehr integrierter Praxis“ (dpa 1992). Überraschend kommt es im Februar 1996 auf einem außerordentlichen Medizinischen Fakultätentages dann zu einer Wende auf diesem Weg, der über fast vier Jahre schrittweise so konsequent zu einem Konsens von Politik und Fakultäten geführt zu haben schien (Schmaltz 1996). Dort wird beschlossen „den derzeitigen Entwurf der ÄAppO als undurchführbar abzulehnen“, weil die inhaltliche Neugestaltung ohne die entsprechenden Rahmenbedingungen erfolgen sollte, was sich einerseits auf die nicht verbindlich geänderte Kapazitätsverordnung mit einer Reduktion der Studentenzahlen um ca. 20% bezog und außerdem auf die von seiten der Finanzminister beabsichtigte Reduktion des Zuführungsbetrags an die Medizinischen Fakultäten eben wegen der geringeren Studentenzahlen. In der Plenarsitzung vom 10. Juli 1998 hat der Bundesrat entgegen der Empfehlung des Ausschusses für Gesundheit die 8. Novelle der ÄAppO erneut nicht beraten. Damit besteht nur noch die theoretische Chance einer Beratung und Verabschiedung in der letzten Plenarsitzung dieser Legislaturperiode am 25. September (Clade 1998 a).

Ziel dieser aus zahlreichen Kompromissen bestehenden Reform ist auf jeden Fall mit dem *früheren Einstieg in die praktische Arbeit*, eine intensivere Unterweisung am Krankenbett, die berufspraktische Qualifikation der angehenden Ärzte zu verbessern. Dazu sollen schon früher als bisher theoretische und Grundlagenfächer mit klinischen und erfahrungsbezogenen Ausbildungsinhalten verknüpft und fächer-

übergreifend vermittelt werden. Mit den Vorgaben von *themenbezogen, am Gegenstand ausgerichtet, fächerverbindend und nicht zuletzt problemorientiert* sollen bisherige Defizite der Theorielastigkeit kompensiert werden.

Da nach allen Erfahrungen die Struktur der Prüfungen das Lernverhalten wesentlich bestimmt, soll den mündlichen Prüfungen – neben den schriftlichen nach dem multiple-choice-Verfahren – der Vorrang gegeben werden. Schwerpunktmaßig soll auch hier *fächerübergreifendes Wissen*, das der spätere Arzt als Grundlage seiner Berufstätigkeit benötigt, geprüft werden. Schließlich sollen die *allgemeinmedizinischen Kompetenzen* und Bezüge verstärkt werden, die Allgemeinmedizin als Fach im Praktischen Jahr wählbar und 8- bis 14tägige Blockpraktika in Praxen von Allgemeinärzten obligatorisch sein.

### *Unterschiedliches Verständnis von Praxis in Allgemeinmedizin und Klinik*

Ärzte an Universitätskliniken haben in Deutschland üblicherweise das Problem, einer vierfachen Anforderung gerecht werden zu müssen: Engagiert und kompetent ihren Patienten zu helfen, die Studenten auf dem Stand des Wissens praxisorientiert zu unterrichten, für ihre eigene Weiterentwicklung innerhalb einer Abteilung sich an der Formulierung und Durchführung von Forschungsprojekten zu beteiligen und nicht zuletzt, einen zunehmenden Umfang an Management und Verwaltungsbürokratie zu bewältigen. Kaum jemand wird dieser vierfachen Anforderung in gleicher Weise gerecht. Nicht zuletzt die Studenten beklagen immer nachhaltiger, daß es offenbar die Lehre ist, die von den Hochschulärzten am wenigsten als Herausforderung erlebt wird und bei der Engagement und Vermittlungskompetenz häufig vermißt werden (BMBW 1994).

Patienten von Allgemeinärzten sind gewöhnlich nicht in einer Weise krank, daß sie zur Genesung „im Bett liegen müssen“. Aus diesem Grund findet die „Anforderung Patientenbetreuung“ der Allgemeinärzte, die an der Hochschule arbeiten, nicht im „stationären Bereich“, sondern in außerhalb der Universitätsklinik liegenden Gemeinschaftspraxen statt. Dieses Charakteristikum des Fachs bedarf gegenwärtig in Deutschland noch wiederholter Erklärungen, weil sowohl Studierende als auch die eigenen Patienten regelmäßig fragen, warum es zu dieser Aufteilung des Arbeitsplatzes kommt. Mit einer kurzen Erklärung ist allerdings sofort plausibel, warum dies so ist.

Weil Allgemeinärzte ihre Patienten ambulant versorgen, ist es naheliegend, daß ihr Arbeitsfeld, die Kassenpraxis, in der Lehre erlebbar eingebunden werden muß. Immerhin finden im ambulanten Bereich über 90% aller Behandlungen statt, nur 0,5% in Hochschulkliniken, die insgesamt für nur 8% aller stationärer Betten verantwortlich sind (Hoppe 1996), was im Rahmen der Ausbildung deutlich werden muß, um den Stellenwert, den der ambulante Sektor und die besondere Rolle der Hochschulklinik im deutschen Gesundheitssystem haben, adäquat zu berücksichtigen. Die räumliche Nähe der Universitätskliniken mit ihrem hochspezialisierten Versorgungsspektrum könnte sonst unbemerkt bei den Studierenden den Eindruck vermitteln, daß sie während ihrer sechsjährigen Ausbildungszeit und in der entscheidenden Sozia-

lisationphase die Hochschulmedizin als repräsentative Form von medizinischer Versorgung insgesamt verinnerlichen. Als Konsequenz sollten daher Praxis-Praktika in „akademischen Lehrpraxen“ – in Analogie zu den akademischen Lehrkrankenhäusern (Sohn 1993) – für die Allgemeinmedizin essentieller Bestandteil des Unterrichts sein.

„In der Vergangenheit haben Allgemeinärzte häufig Antworten (von *Spezialisten*, Anm. des Autors) auf Fragen bekommen, die sie gar nicht gestellt haben“, stellt der Schweizer Unterrichtsforscher Hannes Pauli (1991) treffend fest. Daran wird deutlich, daß einerseits die bisherige „klinische Forschung“ ihren für den ambulanten Bereich nutzbaren Erkenntnisanteil zuwenig als Verpflichtung gesehen hat, um einen systematischen „Wissenstransfer“ sicherzustellen. Andererseits hatte die allgemeinmedizinische Forschung bisher kaum Chancen, im Sinne von *Versorgungsforschung* im ambulanten Sektor den Bedarf und resultierende Leistungen zu untersuchen. Das gleiche gilt für Aus-, Fort- und Weiterbildungsforschung, deren Ergebnisse zu entsprechend modifizierten Rahmenbedingungen führen könnten. Schließlich kann Qualitätssicherung nicht erst am Ende eines Prozesses beginnen, sondern setzt eine frühzeitig gelernte Denkstruktur voraus, die auf kritischer Selbstreflexion beruht und den Nutzen des eigenen Handelns auch im Sinne von evidence based medicine berücksichtigt.

#### *Ausbildung und Sozialisation*

„Ein junger Arzt ähnelt einem Expeditionsreisenden, der auf einem Fluß durch den tropischen Dschungel fährt, und dessen Boot man mit leicht verderblichen Vorräten beladen hat, statt ihn das Fischen und Jagen zu lehren, damit er sich in der Wildnis unbegrenzt lange ernähren kann“ (Pauli 1991).

Wer die Hindernisse des Numerus Clausus überwunden hat, sieht sich von Beginn des Medizinstudiums an auf die Schulbank zurückversetzt, weil Lernen vor allem Auswendiglernen heißt, andererseits werden Erstsemester frühzeitig als „Kollegen“ titulierte und willkommen geheißen in dem Kreis der „Privilegierten“. Das hatten sich viele so gar nicht vorgestellt, weil die Inhalte ihren Studienwunsch bestimmt hatten, weniger das Sozialprestige von Wissenschaftlern oder die Zugehörigkeit zu einer „Elite“, der die Gesellschaft ein teures Studium finanziert.

Grundlage eines Großteils des jetzigen Medizinstudiums ist der Respekt vor Autoritäten, kritisieren Skrabanek u. McCormick (1991) und skizzieren damit, daß das Medizinstudium vor allem „Sozialisation“, also ein konservatives Anpassen an bestehendes Verhalten einer Berufsgruppe in einer Gesellschaft zum Ziel habe. „Macht“ lernen die Studenten in subtiler Form auch dadurch kennen, daß an sie Anforderungen in Fächern gestellt werden, deren Bedeutung für ihre Absicht „Menschen zu helfen“ kurzfristig nicht plausibel wird. Sie mucken nicht auf, weil kein Ansprechpartner da ist, der ihre irritierten Gefühle verstehen könnte. Also organisiert man sich in der Menge, schafft teure Bücher an aus der Illusion heraus, „Wahrheiten“ zu besitzen, tritt Lerngruppen bei, um den eigenen Wissensstand permanent abgleichen zu können und führt einen Terminkalender, weil die Zahl der Verpflichtungen sonst unüberschaubar wird. „Zeit“ wird auf einmal zum knappen Gut und fehlt beim eingeplanten Geldverdienen

in Nachtdienst und Kneipe, aber auch bei dem Stück persönlicher Weiterentwicklung, das man zu einer reflektierten „Haltung“ gegenüber den unzähligen neuen emotionalen Eindrücken und ethischen Entscheidungen so essentiell braucht wie das Wissen.

Wesentlich in dieser Anfangsphase der Ausbildung ist es sicherlich, daß die individuellen Entscheidungsgründe der Studierenden für das Medizinstudium von seiten der Hochschullehrer wahrgenommen werden und auf diesen Motiven zur Sicherung eines aktiven Studierverhaltens durch frühe Kombination von Theorie und Praxis aufgebaut wird.

Um den Unterschied zwischen ambulanter und klinischer Tätigkeit zu erklären, muß schon zu Beginn deutlich gemacht werden, daß sich der Blick der Universitäts-Klinikärzte für die eigentliche ambulante Versorgung zunehmend verstellt hat, weil heutige Universitätsambulanzen nicht mehr mit den ehemaligen Polikliniken vergleichbar sind, sondern Spezialambulanzen sind, in denen kein Eindruck über häufige und weniger schwere Krankheitsbilder der einzelnen Fachgebiete gewonnen werden kann.

#### *Patientenorientierung und Praxisbezug*

Mit unterschiedlicher Unterstützung durch die Fakultäten, gab es in der Vergangenheit eine Reihe von engagierten Hochschullehrern und Studierenden, die sich für eine Verbesserung der Lehre einsetzten. Aus dieser Zeit resultierten Aktivitäten zur Umsetzung von mehr Praxis: die Anamnesegruppen der Initiative *Patientenorientierte Mediziner Ausbildung* (POM), die schon in den 60er Jahren von Schüffel initiiert wurden (POM 1993), den *problemorientierten Lerngruppen* (Kissling u. Schwinge 1993), *Vorlesung und Einführung in die klinische Medizin* (Kersken-Nülsen 1993), *Studenten sprechen mit Patienten* (Jork 1993) *Anatomieunterricht als klinische Propädeutik* (Pabst 1992), *die Reorganisation des Curriculums Chirurgie* (Eitel 1992), das „*Münsteraner Modell zur Intensivierung des Praxisbezugs der ärztlichen Ausbildung*“ (Schwarz 1995), *Problemorientierter klinischer Unterricht in frühen Phasen des Medizinstudiums* Gatter u. Fetzer 1995) und nicht zuletzt das *POL-Curriculum* an der Univ. Witten/Herdecke (Stiegler 1995).

Es paßte zu dieser Zeit in die politische Vorgabe, daß die an der Heinrich-Heine-Universität institutionalisierte Allgemeinmedizin 1992 einen Antrag an die Bund-Länder-Kommission stellte, der die Förderung eines Lehrmodells zum Ziel hatte, in dem problemorientierter Kleingruppenunterricht unter Einbeziehung von Patienten schon im ersten Semester integriert werden sollte. Damit sollte an der Medizinischen Fakultät auch ein erster Versuch unternommen werden, die bundesweit zunehmende Unzufriedenheit der Studenten hinsichtlich Inhalt, Aufbau, Didaktik und vor allem der Betreuung (BMBW 1994) auf dem Weg einer kontinuierlichen Unterrichtsevaluation konkreter zu erfassen. Der Unterrichtsforscher Kromrey (1994) stellt zwar relativierend fest, daß eine Evaluation von Begriffen wie „Lehrprozeß“ oder „Lernerfolg“ häufig nicht methodisch kontrollierte Bewertungen im Sinne einer Qualitätsmessung sind, sondern vor allem Veranstaltungskritik, dennoch war es überfällig, den Dialog von Studierenden und Dozenten über die Lehre zu beginnen. Schließlich schätzt der Hamburger Soziologe Korte (1995), bekommen 80% der Hoch-

schullehrer noch Angstzustände, wenn sie das Wort „Vorlesungskritik“ nur hören, weil es gegenwärtig als eine Art Gotteslästerung angesehen wird, guten Wissenschaftlern abzusprechen, daß sie automatisch auch gute Lehrer seien.

#### *Das Praktikum Berufsfelderkundung*

Das Ministerium für Wissenschaft und Forschung in Düsseldorf hat mit dem Programm „Qualität der Lehre“ (MWF 1991) den medizinischen Fakultäten von NRW ein konkretes Angebot gemacht, die bis dahin nur schleppend umgesetzten Ziele der 7. ÄAppO konsequenter zu erreichen.

Daraus entwickelte sich in Düsseldorf für die Allgemeinmedizin die Möglichkeit, das im ersten Semester angemessen plazierte Praktikum „Berufsfelderkundung“ (BFE), gemeinsam mit dem Institut für Medizinische Soziologie zu organisieren. Wobei die notwendigen theoretischen Hintergründe von der Medizinischen Soziologie übernommen werden aber auch den Bezug zu den Inhalten der Allgemeinmedizin herstellen. Die beteiligten Dozenten bieten darin in offener Form die Erörterung von Themen an, die mit dem zu tun haben, was man sich vom Medizinstudium auch erhofft hatte. Darüber hinaus findet der Unterricht nicht als Vorlesung statt, sondern in Kleingruppen mit knapp 20 Studierenden, womit die Möglichkeit gegeben ist, sich untereinander und mit dem Dozenten auszutauschen. Es beruhigt dabei die Studierenden zu erfahren, daß auch die Kommilitonen dieses erste Semester als sehr theoriebetont erleben. Deshalb ist es eine angenehme Überraschung, wenn der Dozent (Allgemeinarzt) eine Patientin mitbringt und auffordert einmal zu versuchen, sie nach dem schon besprochenen, „bio-psycho-sozialen“ Betreuungsansatz wie eine neue Patientin kennenzulernen.

Die Frau wirkt zwar gar nicht so sehr krank und sieht für ihre 82 Jahre auch noch ganz gut aus, aber dann stellt sich in dem Gespräch, das einer der Studierenden mit ihr führt, doch heraus, daß sie eine künstliche Hüfte und zwei künstliche Kniegelenke hat, daß eine Gürtelrose ihre Gesichtsnerven betroffen hat und zu immer wiederkehrenden starken Schmerzen führt und, daß sie ihr Wasser nicht mehr halten kann. Vor allem ist sie aber geistig noch sehr kompetent und fragt auch die StudentInnen, ob sie denn noch Großeltern hätten – was diese zu über der Hälfte bei einem Durchschnittsalter von 21 Jahren verneinen müssen. Eine Zwischenfrage ergibt, daß drei der Studenten mit „alleinerziehenden“ Müttern groß geworden sind; obwohl auf einmal auch Diskussionsbedarf in diese Richtung besteht, weil die Studenten bei der Vorstellung solche Informationen nicht gegeben haben, lenkt der Dozent wieder auf den Gast zurück. Die Patientin erzählt von ihrer 3-Generationen-Familie unter einem Dach und den sich daraus ergebenden Vor- und Nachteilen; besonders, daß sie nie mehr eine „sturmfreie Bude“ habe, gibt sie als Nachteil an. Aus dieser halb im Scherz gemachten Bemerkung entwickelt sich eine Diskussion über sexuelle Wünsche im Alter.

Für den Allgemeinarzt als Dozent ist es wichtig, die Erfahrung zu machen, daß seine Praxistätigkeit mit Hilfe einer wenig spektakulären Patientin demonstriert werden kann und die Studierenden des ersten Semesters mit diesem Gespräch eine deutliche Bereicherung erleben. Dabei wird vor allem die Arzt-Patienten-Kommunikation wie selbstverständlich geübt,

weil schnell deutlich wird, daß solche Gespräche auch schon mit einer „Erstsemester-Haltung“, d.h. mit Höflichkeit und Einfühlungsvermögen, Interesse und Wahrnehmungsbereitschaft gelingen können, wenn fehlendes medizinisches Wissen vom Dozenten ergänzt wird. Die dann gewählte Einfachheit der fachlichen Erläuterungen ist im übrigen auch für die Patientin interessant.

Die Themenliste von „Berufsfelderkundung“ zeigt die Bereiche, in denen nach unserer Erfahrung Einstellungen und Haltungen schon frühzeitig problematisiert werden sollten, aber auch der Anwendungsbezug von theoretisch Gelerntem aufgezeigt werden kann.

---

#### *Themen im Praktikum BFE von seiten der Medizinischen Soziologie:*

- Die Stellung des Arztes im deutschen Gesundheitswesen
- Aufgaben des Arztes in der Prävention und Krankenbetreuung
- Zukünftige Entwicklung des Arztberufes

#### *von der Allgemeinmedizin:*

- Das bio-psycho-soziale Betreuungskonzept
  - Allgemeinarzt und Spezialist
  - Ärztlicher Umgang mit chronisch Kranken
  - Zusammenarbeit von Ärzten mit Gesundheitsberufen und Selbsthilfegruppen
  - Kuration, Prävention, Gesundheitsberatung
  - Arzt-Patienten-Kommunikation; Selbst- und Fremdkritikfähigkeit (Rollenspiel)
  - Der alte Patient
  - Betreuung unheilbar Kranker (Tod, Sterben, Trauer)
  - Die Bedeutung des Symptoms; die vorläufige Diagnose; Wege der Entscheidungsfindung im ambulanten und klinischen Bereich
- 

Ergänzt werden die Unterrichtveranstaltungen durch eine halbtägige Hospitation bei einer Einrichtung des Gesundheitswesens im Raum Düsseldorf (Gesundheitsamt, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Werksärztlicher Dienst der Firma Henkel, Justizvollzugsanstalt, u.a.), bei der die Beteiligung an der Patientenbetreuung möglich ist, um auf diesem Weg zu erleben, wie der unterschiedliche Hintergrund einer Institution die ärztliche Rolle prägt. Eine ganztägige Hospitation in einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis ermöglicht einen ersten Einblick in den Bereich der ambulanten Medizin. Ein Themenangebot, das „Defizitbereiche“ der ambulanten Versorgung mit dem Standardspektrum der allgemeinärztlichen Praxis kombiniert, ist aufgrund der Semester-evaluation erfolgreich.

#### *Lehrpraxen als Ressource für erlebte Patientenbetreuung*

Die Annahme vieler Hochschulkliniker und als Folge auch der Studenten, daß der Unterricht in den spezialisierten Fächern sozusagen automatisch ausreichende Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt, um die „Basismedizin“ in der Praxis des niedergelassenen Arztes ausüben zu können, wird in BFE und später dem Kurs *Allgemeinmedizin* (9. Sem.) anhand von Beispielen korrigiert. So wird z.B. „spezielle Pharmakologie“ ergänzt durch eine „angewandte“ rationale Pharmakologie für die Praxis, die verschiedenen Einflüsse auf das Verschreibungsverhalten von Allgemeinärzten deutlich macht. Ein Rollenspiel „How to say NO!“ veranschaulicht, welche Strategien von Patientenseite unternommen werden, um eine Verschreibung von nicht indizierten Medikamenten zu errei-

chen. Ob erstes oder neuntes Semester, die Erfahrung zeigt, daß es für die Studierenden in jedem Fall sehr plastisch ist, in der konkreten Praxissituation den Versuch zu machen, einen Patienten *ohne* Ausstellen eines Rezeptes zu beraten. Gleichzeitig ist der formale Vorgang, z.B. während einer Hausbesuchstour jeweils die Rezepte ausfüllen zu dürfen und dabei die Funktion dieses Vorgangs und des Formulars zu erleben, nicht durch theoretische Erklärungen ersetzbar.

Nicht zuletzt muß schon in dieser Phase der Ausbildung die Verpflichtung und Bereitschaft für eine patientenorientierte Qualitätssicherung (Dambowski et al 1995, Haase et al. 1995, Sohn 1995) geweckt werden, die einbezieht, über den Nutzen von Behandlungsmaßnahmen kritisch zu reflektieren. Um ein solches Ziel zu erreichen, bedarf es neben der Kenntnis von Betreuungsstandards und Handlungsleitlinien vor allem einer „kommunikativen Kompetenz“ im Arzt-Patienten-Gespräch (Geisler 1987, Helmich et al. 1991). Zwar erfährt die sogenannte „Sprechende Medizin“ im Abrechnungssystem niedergelassener Ärzte, dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM 1996), in jüngster Zeit eine Aufwertung gegenüber „technischen“ Leistungen, doch stellt sich die Frage, woher Ärzte eigentlich die Kompetenz zur Abrechnung von mehr Gesprächsleistungen i.S. eines therapeutischen Dialoges nehmen. Letztlich wird die Bedeutung dieser Anteile von Betreuung entwertet, wenn man sie als Arzt quasi per Gebührenordnung zugestanden bekommt ohne jeden spezifischen Kompetenznachweis. Einen „Bio-psycho-sozialen“ (Engel 1969) Blickwinkel oder Maßnahmen der „Psychosomatischen Grundversorgung“ können Ärzte ihren Patienten aber nur anbieten, wenn sie von deren Wert schon frühzeitig in Aus- und Weiterbildung durch Vorbild und eigene Erfahrungen überzeugt werden und dadurch eine Nachfrage für entsprechende Interventionskompetenz entwickelt wird. Dieses Ziel wird von der Düsseldorfer Allgemeinmedizin in der Lehre angestrebt.

Zur Umsetzung bedarf es, wie teilweise schon angedeutet, einer „Infrastruktur“, die für das Fach „spezifisch“ ist, weil die Praxisorientierung des Unterrichts keine Option mit Alternativen, sondern der einzige gangbare Weg ist. Damit zwingt die Vorgabe einen problem- und patientenorientierten Unterrichtsrahmen zu organisieren, in dem eine ausreichende Zahl von Lehrbeauftragten und Lehrärzte integriert ist.

**Lehrärzte** sind Inhaber von Lehrpraxen, die analog den „akademischen Lehrkrankenhäusern“ als externe Ausbildungsstätten der Universität fungieren. In ihnen werden zweiwöchige Blockpraktika als Bestandteil des Kurses Allgemeinmedizin abgeleistet und ggf. in Zukunft der gewählte Anteil des PJs. Lehrärzte müssen die Bereitschaft einer längerfristigen, per Werkvertrag geregelten Mitarbeit haben und – ähnlich wie die Lehrbeauftragten – eine ausreichend große Praxis mit einem breiten Spektrum von regelmäßig erbrachten Leistungen über mehrere Jahre geführt haben. Die Mitarbeit schließt die regelmäßige Teilnahme an Seminaren „Lehren Lernen“ ein, in denen Ziele und Inhalte der Praxislehrtätigkeit erarbeitet werden. Lehrärzte müssen bereit sein, sich an einer kontinuierlichen Evaluation ihrer Praxislehre zu beteiligen.

**Lehrpraxen** der Allgemeinmedizin sollen im Einzugsgebiet der Universität liegen. Sie haben Inhaber und Arzthelferinnen,

die auf eine regelmäßige Anwesenheit von Studenten so vorbereitet sind, daß die Studenten das Gefühl haben, willkommen zu sein und kompetent betreut zu werden. Auch die Patienten sind über die Mitarbeit informiert und werden motiviert, bei den Konsultationen der Anwesenheit von Studenten zuzustimmen. Darüber hinaus sollen organisatorisch und von der Ausstattung die Möglichkeiten gegeben sein, soweit wie möglich gemeinsame Patientenbetreuung zu realisieren. Ziel ist es, je nach Stand der Fähigkeiten, auch alleinige Vorgespräche und -untersuchungen am Ende der zwei Wochen durchführen zu können (Wilm et al. 1998).

Wie schon erwähnt, wird in den Kleingruppen ein problemorientierter Ansatz der Lehre realisiert. Dazu bekommen die Studierenden am Ende eines Kurses zur Selbst-Erarbeitung der nächsten Unterrichtsveranstaltung „handouts“, d.h. Literaturlisten, soweit schon als Lehrmaterial vorhanden, einen Lehrleitfaden oder ein Abstract über die wesentlichen Fakten zum Thema und ein Patientenbeispiel, das sich durch knappe Angaben auszeichnet mit der Absicht, daß in der Gruppe die notwendigen Zusatzinformationen vom Dozenten erfragt und vorgeschlagene Diagnostik und Therapie von allen Studierenden kritisch auf ihren Nutzen überprüft werden. Wenn beispielsweise der Wert einer CT-Untersuchung bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen hinsichtlich einer Op-Indikation in der Gruppe unklar ist, übernimmt der Student, der diese Untersuchung vorgeschlagen hat, sich aber über die tatsächliche Wertigkeit der Aussage nicht im klaren ist, die Aufgabe, bis zur nächsten Kursstunde mit Ärzten der Orthopädie, Neurochirurgie und ggf. Neuroradiologie zu sprechen, um den geltenden Standard zu erfahren; lehrreich ist auch, übereinstimmende und unterschiedliche Anteile der eingeholten Aussagen festzustellen und damit das mögliche Dilemma eines „Non-Konsensus“ der Experten für Patient und Allgemeinarzt bei der Entscheidungsfindung wahrzunehmen.

Um den Bezug zum Alltag des Allgemeinarztes noch plastischer herzustellen als das in den Unterrichtsveranstaltungen möglich ist, ergänzen zusätzliche Bestandteile den Kurs. Dabei geht es vor allem darum, „authentische Atmosphäre“ mit vielfältigen sinnlichen Eindrücken zu erleben und die Wahrnehmung der studentischen Rolle zu reflektieren. In einem Bericht werden diese Erfahrungen festgehalten, die als konstruktive Kritik zum Praxisablauf von den Dozenten mit großem Interesse gelesen werden.

### Dänemark

An den drei Medizinischen Hochschulen in Dänemark werden gegenwärtig etwa 1000 Studierende pro Jahr ausgebildet; die Studiendauer beträgt sechseinhalb Jahre. Nach den ersten 1,5 Jahren, in denen die Ausbildung in problemorientierter Weise in Kleingruppen erfolgt, schließen sich dreimal vier Wochen Blockunterricht an, in dem die Studierenden vollzeitig in einer *Allgemeinpraxis*, einer *chirurgischen-* und *inneren Abteilung* mitarbeiten und einen *returnday* zur Supervision an die universitäre Abteilung wahrnehmen.

Als Ressource stehen der Allgemeinmedizin Ärzte zur Verfügung, die in einer unterschiedlichen Quote ihre Arbeit zwischen Praxis und der Abteilung aufteilen:

Abt. Allgemeinmedizin an der Universität Odense ( Leiter: Prof. Niels Bentzen)

1 x (100%) Professor	1 Tag/Woche in Praxis
1 x ( 50%) Senior Lecturer	2,5 Tage/Woche in Praxis
5 x ( 20%) Lecturer	4 Tage/Woche in Praxis
65 Lehrärzte	5 Tage/Woche in Praxis

Es zeigt sich in Dänemark, daß die spezifische Bedeutung der Allgemeinmedizin als *gate keeper* im Gesundheitssystem und die frühzeitige Orientierung der Lehre hin zu *problem based learning* und der Vermittlung von *evidence based medicine* dazu beitragen, daß Patientenintegration ein fester Bestandteil der Lehre ist. Dabei schaffen es die drei Medizinischen Fakultäten durchaus, bei einer – vor allem was die Zahl der Lehrpraxen angeht – wesentlich über die Ausstattung institutionalisierter Abteilungen für Allgemeinmedizin in Deutschland hinausgehenden Zahl von Mitarbeitern, die etwa 300 Studierenden pro Jahr durchgängig (nicht nur in einem Semester Allgemeinmedizin oder einem weiteren Berufsfelderkundung) während des gesamten Studiums intensiv zu betreuen (Bentzen 1997).

### England

Obwohl die Position der Allgemeinmedizin an den Medical Schools des U.K. u.a. wegen des bestehenden Primärarztsystems eine längere Tradition als in Deutschland hat und vom Stand der dort geleisteten Forschung sicherlich – neben den Niederlanden – führend in Europa ist, war die Beteiligung an der Lehre nicht durchgängig durch das gesamte Studium gegeben, wodurch frühe Praxiskontakte nicht in jedem Fall stattfinden konnten.

Am Beispiel des neuen (seit 1994) Curriculums des Department of Primary Health Care der University of Newcastle upon Tyne sollen Möglichkeiten von *früher* Praxis aufgezeigt werden (Spencer 1997).

Was sollen Ärzte können, die in einem Reformstudium produziert werden?

- lebenslanges reflektiertes Lernen
- ethische Prinzipien verstehen
- Zusammenhänge in denen Krankheit entsteht erkennen und würdigen
- gute Kommunikationsfertigkeiten
- angemessene Haltung
- Verständnis für die Grenzen der Medizin

Den Bezug zur **Praxis** kann die Allgemeinmedizin insofern gut erfüllen, als durch zahlreiche Gelegenheiten zu Patientenkontakten unterschiedlichster Anforderungen bestehen. Damit wird auch den Empfehlungen entsprochen, die das General Medical Council 1993 unter dem Titel *Tomorrows Doctors* veröffentlichte: *early patient contact* (Spencer 1997).

Unter Mitarbeit von über 150 Lehrpraxen der Umgebung nehmen die Studenten schon im ersten Studienjahr regelmäßig an Visiten der Allgemeinärzte teil. Im dritten Jahr wird aus diesen kurzen, punktuellen Kontakten ein ganzer Tag pro Woche. Diese umfangreiche Infrastruktur wird aus dem

Programm *Service Increment For Teaching (SIFT)* des Gesundheitsministeriums an alle beteiligten Institutionen des National Health Service, insbesondere die Lehrpraxen, bezahlt.

Zusammenfassend werden die *Probleme und Herausforderungen* dieser Praxisnähe charakterisiert:

- Allgemeinpraxis/community-based teaching ist nicht billig
- hoher Aufwand für die Praxen hinsichtlich
- Organisation
- Versorgungsqualität
- Arzt-Patienten-Beziehung
- Wer soll was und wo lehren?
- Wie erfolgt Qualitätssicherung?
- Studenten müssen hohen Fahrtaufwand betreiben
- Widerstände gegen die Neuerung

Trotzdem ist man in Newcastle optimistisch, weil man in kritischer Einschätzung des bisherigen Curriculums davon ausgeht, daß damit die falschen Ärzte, zur falschen Zeit, mit den falschen Fähigkeiten, am falschen Ort ausgebildet werden, weil Primärärzte daraus nur als Abfallsprodukt einer Spezialistenausbildung resultieren.

### Niederlande

In den Niederlanden spielen die 7000 Allgemeinärzte im Gesundheitssystem eine zentrale Rolle. Nahezu jeder der 15 Mio. Holländer ist auf der Liste eines Hausarztes, die im Durchschnitt 2300 Patienten umfaßt. Bei allen Gesundheitsproblemen ist er der erste Ansprechpartner des Patienten und damit *gate keeper* für die Inanspruchnahme des sogenannten *sekundären* Gesundheitsbereichs der spezialistischen und stationären Versorgung.

Als eine von acht medizinischen Fakultäten bietet die Universität Maastricht seit 1978 ein sechsjähriges problemorientiertes Reform-Curriculum an, das jährlich von 200 Studenten absolviert wird und dessen Ziel u.a. „training in practical skills“ ist (op't Root 1997).

Als Infrastruktur stehen dem Department of General Practice, das aus den Abteilungen *education, specific training for general practice, research and management* besteht, 100 akademische Mitarbeiter und 30 Verwaltungs- und Hilfskräfte zur Verfügung. An der praktischen Ausbildung der Studenten sind 300 Allgemeinärzte beteiligt, die nur in der Praxis ausbilden und 60 (aus 30 Praxen), die zusätzlich auch in der Universität Lehrveranstaltungen übernehmen. Auf diese Weise kann eine durchgängige Beteiligung der Allgemeinmedizin und damit einer regelmäßigen Patienteneinbeziehung realisiert werden.

Beitrag der angegliederten und akademischen Lehrärzte

1. Jahr	Orientierung in primary care
2., 3. und 4. Jahr	„adoption“ (Annehm-) Programm
6. Jahr	„clerkship“ (analog PJ) in der Allgemeinpraxis

<i>Orientierungsprogramm in Primary Health Care</i>	
Allgemeinpraxis	2 Tage
ambulante Krankenpflege	1 Tag
häusliche Hilfe	1 Tag
Sozialarbeiter	1 Tag
Selbsthilfegruppe/Patientenvertretung	1 Tag
Polizeistation	1 Tag

Ziel dieses Abschnitts ist eine Orientierung hinsichtlich der Funktionen verschiedener Professionen im Gesundheitswesen, deren Kooperationswege und eine mögliche erste Positionsbestimmung als angehender Arzt vorzunehmen.

Im „Adoption“-Programm geht es darum, eine kontinuierliche Integration von Wissen, Fertigkeiten und Haltung anzustreben, sich mit spezifischen Themen zu befassen, die gesellschaftliche Orientierung des zukünftigen Berufs zu erkennen und insgesamt dadurch weitere Studienmotivation zu erleben.

#### *Charakteristika des „Adoption“-Programms*

- der Student wird von einem Allgemeinarzt durch das Programm begleitet
- dadurch entsteht eine kontinuierliche Beziehung
- der Student besucht die Praxis mindestens achtmal
- von einer Rolle des Zusehens bis zum Mitmachen
- thematisch verbunden mit den Blöcken der Tutorien und des skills training
- schriftliche Zusammenfassung von Gesundheitsproblemen und Familienfunktion

#### *Inhalte des Praxis-Tages*

- Beobachtung der Arzt-Patienten Kontakte beim Herausfinden der Beschwerden
- Selbst-Aktivitäten  
Anamneseerhebung, körperliche Untersuchung von ausgewählten Patienten
- Familienkontakt  
Besuch einer Familie mit ausgewählten Gesundheitsproblemen
- Wahrnehmung von gesellschaftlichen Verhältnissen in der Praxis  
Prozentsatz von Alten, Arbeitslosen, Einsamen etc.
- Diskussion, Führen eines Tagebuchs

Die Verbindung zwischen Ausbildung und Patientenbetreuung ist in dem Curriculum der Universität von Maastricht bezogen auf Europa sicherlich ideal kombiniert. Allerdings darf nicht übersehen werden, daß dazu eine (bis heute) über 20jährige Vorlaufzeit notwendig war, die nur so erfolgreich verlief, weil eindeutige gesundheitspolitische Entscheidungen (Begrenzung der Studentenzahl, angemessene finanzielle Ausstattung, universitäre Autonomie etc.) den Rahmen bildeten. Allerdings besteht in den Niederlanden zwischen der Reformuniversität und den *konventionell* arbeitenden kein so gravierender Unterschied wie zwischen dem (geplanten) Reformstudiengang in Berlin oder der privaten Universität in Witten/Herdecke und den übrigen deutschen Fakultäten, weil Bestrebungen, erfolgreiche Elemente (POL, simulated pa-

tients, Lehrpraxen etc.) zu übertragen, konsequenter realisiert werden.

#### **Literatur**

- AAMC: Report of the Projekt on the General Professional Education of Physician. Journal of Medical Education, Vol. 59, No 11, Part 2, (1984)
- Bevan, A. D.: Report of Committee, House of Delegates on medical education of American Medical Association, Vol. 42 (1904)
- Bentzen, N.: General Practice teaching in a Medical School in Danmark, Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten e.V. (Hrsg.) in Druck (1997)
- BMBW Bundesmin. für Bildung und Wissenschaft (Hrsg.): Das Studium der Medizin, Analyse einer Befragung von 462 Medizinstudenten im WS 92/93 der Univ. Konstanz (1993)
- BMBW (Hrsg.): Das Studium der Medizin, Konstanzer Modellversuch. Ärzte Zeitung, Nr. 56 (1994) 8
- Clade, H.: Mehr Praxisbezug angesagt. Dt. Ärztebl. 95, Heft 3 (1998) A-69-70
- Clade, H.: Reform des Medizinstudiums - Hängepartie. Dt. Ärztebl. 95, Heft 30 (1998) C-1337
- Dambowski, W., St. Görres, K. Luckey (Hrsg.): Patienten im Gesundheitssystem. Maro Verl., Augsburg (1995)
- dpa: „Mediziner Ausbildung“ zit. n. Rheinische Post vom 7. Okt.1994
- Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Stand: 1. Jan. 1996. Deutscher Ärzteverlag, Köln (1994)
- Flexner, A.: Medical Education in the USA and Canada. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin No. 4, Updyke, Boston (1910)
- Flexner, A.: Medical Education in the USA and Canada. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin No. 6, Updyke, Boston
- Eitel, F. et al.: Reorganisation des chirurgischen Curriculums. Med. Ausbild. 9 (1992) 2-38
- Engel, G. L.: Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit. Huber, Bern (1969)
- Gatter, J., A. Fetzer: Problemorientierter klinischer Unterricht in frühen Pasen des Medizinstudiums - Evaluation und Optimierung in Ulm, Propädeutik. In: Göbel, E., S. Remstedt: Leitfaden zur Studienreform in Human- und Zahnmedizin. Mabuse Verl., Frankfurt 1995
- Geisler, L.: Arzt und Patient, Begegnungen im Gespräch. Pharma Verl., Frankfurt a. M. 1987
- Haase, I., M. L. Dierks, F. W. Schwarz (Hrsg.): Patientenbedürfnisse im Gesundheitswesen. Asgard Verl., Sankt Augustin 1995
- Helmich, P. et al.: Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung. Springer Verl., Berlin 1991
- Hoppe, J. D.: Medizinische Hochschulen im Wandel, Hochschulmedizin vor großer Herausforderung, Vortrag auf dem 99. Ärztetag. Deutsches Ärzteblatt 93, Heft 25, 21. Juni 1996, C-1170
- HRG: Mehr Freiheiten für die Universitäten, Neue Abschlüsse, Regelstudienzeiten, Finanzierung, Hochschulrahmengesetz gegen die Stimmen der Oposition verabschiedet. FAZ, S. 1 u. 2, vom 14. Feb. 1998
- Jork, K.: Studenten sprechen mit Patienten. Fachbereich Humanmedizin der J. W. Goethe Univ. Frankfurt, 7. Aufl. (Hrsg.) Curriculum für das vorklinische Studium (Eigenverlag) (1993)
- Kerken-Nülen, U.: Vorlesung und Praktikum zur Einführung in die klinische Medizin Fachbereich Humanmedizin der J. W. Goethe Univ. Frankfurt, 7. Aufl. (Hrsg.) Curriculum für das vorklinische Studium (Eigenverlag) (1993)
- Kiessling, C., I. T. Schwing: Student Initiative in POL. Annals of Community-Oriented Education, Vol. 6, 151-157, Maastricht (1993)

- Korte, H.: Die Prüfungsangst der Professoren. *Die Zeit*, Nr. 6, 3. Feb. 1995
- Kromrey, H.: Von der Lehrevaluation zur Entwicklung von Lehrqualität. *Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft*, Heft 10/94
- Miller, G. E.: *Teaching and learning in medical school*. The Commonwealth Fund. University Press, Cambridge Mass. Harvard (1962)
- op't Root et al.: Contribution to undergraduate practical medical education by the department of general practice/family medicine and by general practitioners affiliated with the department. Maastricht Univ., School of Medicine (1997)
- Pabst, R.: Anatomieunterricht als klinische Propädeutik. In: Göbel, E., S. Remstedt: *Leitfaden zur Studienreform in Human- und Zahnmedizin*. Mabuse Verl., Frankfurt 1995
- Pauli, H. G.: Vision von Allgemeinmedizin als neues Wissenschaftsmodell. *Ärztliche Praxis* 32 (1991) 1395 – 1398
- POM: Zeitschrift für Patientensorientierte Medizinerbildung. Mabuse Verlag, Frankfurt (1993)
- Qualität der Lehre, Förderprogramm des Min. f. Wissenschaft und Forschung des Landes NRW. Düsseldorf 1991
- Rappleye, W. C.: *Final Report of the Commission on Medical Education*. AAMC, New York (1932)
- Rethans, J. J. H., C. P. A. van Boven: Simulated patients in general practice: a different look at the consultation. *Br. Med. J.* 294 (1987) 809 – 812
- Rogers, C.: *Freedom to learn*. Merrill Publ., Ohio (1969)
- Schach, E., F. W. Schwartz, Kerek-Bodden: *EVaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland*. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung, Band 39.1. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1989
- Schmaltz, A.: Vor Beschlussfassung Sachfragen diskutieren zit. n. *Deutsches Ärzteblatt* 93, Heft 22 (1996) A-1426 (6), Dauervertreter der Med. Fak. Essen am Med. Fakultätentag
- Schwarz, P.: Münsteraner Modell zur intensivierung des Praxisbezugs der ärztlichen Ausbildung. In: Göbel, E., S. Remstedt: *Leitfaden zur Studienreform in Human- und Zahnmedizin*. Mabuse Verl., Frankfurt 1995
- Seelbach, H., R. Nöring, W. Sohn, P. Helmich: *Lehrpraxen in der Medizinischen Ausbildung: Eine vernachlässigte Ressource. Vortrag Weiterentwicklung der Medizinischen Ausbildung*, Heidelberg, 4. – 5. Okt. 1996
- Skrabaneck, P., J. McCormick: *Torheiten und Trugschlüsse in der Medizin*. Kirchheim, Mainz 1991
- Spencer, J.: *Teaching medical students in general practice: Experience in the United Kingdom*. Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten e.V. (Hrsg.) in Druck (1997)
- Sohn, W.: *Aufgaben und Organisation von Lehrpraxen der Allgemeinmedizin an den Universitäten von Nordrhein-Westfalen*. *Medizinische Ausbildung* 10/1 (1993) 56 – 63
- Sohn, W.: *Wie können Patienten Nutzen und Qualität ärztlicher Leistungen erkennen?* Abstract, *Z. Allg. Med.* 71 (1995) 1761
- Sohn, W.: *Die Lehre der Allgemeinmedizin-Rahmenbedingungen und Umsetzung im Düsseldorfer Lehrmodell*. In: Helmich, P., R. Nöring, J. in der Schmitt, U. Schwantes, H. Seelbach, W. Sohn: *Primärärztliche Patientenbetreuung – Lehre, Forschung, Praxis*. Schattauer, Stuttgart 1997
- Stiegler, I.: *Privatuniversität Witten/Herdecke-Studium der Humanmedizin*. In: Göbel, E., S. Remstedt: *Leitfaden zur Studienreform in Human- und Zahnmedizin*, Mabuse Verl., Frankfurt 1995
- Widersheim, R.: *Problemorientiertes Lernen und Lehren, neue Ansätze der universitären Ausbildung zum Arzt*. In: Helmich, P., R. Nöring, J. in der Schmitt, U. Schwantes, H. Seelbach, W. Sohn: *Primärärztliche Patientenbetreuung – Lehre, Forschung, Praxis*. Schattauer, Stuttgart 1997
- Wilm, St. et al.: *Allgemeinmedizinische Lehrbeauftragte, Lehrärzte und akademische Lehrpraxen*. ZFA, im Druck (1998)
- Wissenschaftsrat: *Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums*, Drucks. 841/92, Bremen, 3.7.1992

Dr. med. W. Sohn

Wolfersdyk 7  
47906 Kempen