



# Newsletter 3/2013

## In dieser Ausgabe

### Vorstellung

Barbara Vogel

### Lehre

- CAM Fortbildung
- Vorlesung als Podcast

### Forschung

#### Projekte:

- Palliativprojekt

#### Preise und Auszeichnungen

#### Publikationen

Poster 47. DEGAM-Kongress

Klinikum der Universität München  
Campus Innenstadt  
Medizinische Klinik und Poliklinik IV  
Bereich Allgemeinmedizin  
Pettenkoferstr. 8/1  
Postanschrift: Pettenkoferstr. 8 a  
80336 München  
Tel. + 49 89 5160-3779  
Fax + 49 89 5160-3520

*Liebe Lehrpraxen, liebe Freunde der Allgemeinmedizin an der LMU München,*

*das Jahr 2013 war für die Allgemeinmedizin an der LMU München ein spannendes und aktives Jahr. Zudem wird es vielleicht das letzte Jahr ohne einen Lehrstuhl an unserer Fakultät sein, denn die Zeichen stehen gut für eine Institutionalisierung unseres Hauptfaches auch an der größten Universität Bayerns. Wir werden Sie natürlich zeitnah über alle Entwicklungen informieren.*

*In diesem Newsletter stellt sich Ihnen Frau Barbara Vogel vor, die wir für das Multiplikatorenprojekt Lehre@LMU und die Koordination eines einheitlichen Impfcurlcurriculums gewinnen konnten. Dieses Projekt ist in dieser Form einmalig an unserer Fakultät und vermutlich auch in ganz Deutschland, da erstmals auch der neue NKLM (Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin) in die Entwicklungsprozesse von Anfang an einbezogen wurde. Mit Dr. Hans-Jürgen Schrörs ist neben mir noch ein weiterer Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an diesem Prozess beteiligt.*

*Vor mehreren Jahren wurde vom Studiendekan und der Leiterin des ambu-Kurses an uns der Wunsch herangetragen, auch Alternativmedizin und Komplementärmedizin im kritischen Diskurs mit der Schulmedizin in Lehre und Forschung aufzunehmen. Dr. Birgit Witzens und Dr. Günter Oberprieler haben dieses Konzept weiterentwickelt und bieten neben Kursen für Studierende auch regelmässig Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte an. Näheres dazu auf den folgenden Seiten.*

*Ein weiteres spannendes Projekt ist die Erstellung von Podcasts zu unserer Vorlesungsreihe in ambu in den Kursen L6 und L7. Eine erste Veranstaltung wurde in einen online abrufbaren Präsentationsteil und eine Präsenzvorlesung aufgeteilt um die Attraktivität zu steigern. Wir werden dies sukzessive für weitere Vorlesungsthemen anbieten.*

*Anschließend erfahren Sie Neuigkeiten über unser Projekt im Bereich Palliativmedizin – diese Arbeit ist auf ihre Weise hochrelevant für unsere tägliche Versorgungs- und Lehrpraxis. Gerne können Sie auch weitere Informationen direkt im Bereich Allgemeinmedizin erhalten.*

*Am Ende folgen wie gewohnt unsere Publikationen, wobei es weiterhin unser Ziel ist in Zeitschriften mit echten peer-review Verfahren zu veröffentlichen. Kongressposter als Vorstufe solcher Forschungsarbeiten runden diesen Newsletter ab. Bitte beachten Sie auch die zahlreichen Preise die von Lehrbeauftragten der LMU in den letzten Monaten gewonnen wurden!*

*Ich wünsche Ihnen ein erfolgreiches und gesundes 2014 und verbleibe mit herzlichen Grüßen,*

Ihr



## Vorstellung Mitarbeiter

Liebe Leser des Newsletters Allgemeinmedizin,

wie im letzten Newsletter von Herrn Dr. Schelling schon erwähnt, startete er gemeinsam mit Herrn Studiendekan Prof. Martin Fischer das Multiplikatoren- Projekt „Implementierung eines Impfcurriculums in den Studiengang Humanmedizin“.

Ich freue mich sehr seit dem 01.09.2013 in diesem Projekt koordinierend und unterstützend als wissenschaftliche Hilfskraft mitzuarbeiten. Als Physiotherapeutin (BSc) arbeitete ich bisher in unterschiedlichen medizinischen Einrichtungen, wie z.B. Kliniken, Rehakliniken oder auch als freie Mitarbeiterin in einer Praxis. 2010 schloss ich erfolgreich das Master of Public Health Studium an der LMU ab. Seither unterrichte ich neben meiner physiotherapeutischen Tätigkeit an der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der LMU im Rahmen von Lehraufträgen an der IB Hochschule Berlin. Darüber hinaus stelle ich zur Zeit meine Dissertation fertig.

Die Curriculumsarbeit bereitet mir besonders Freude, da ich so direkt bei der Umgestaltung eines Studiengangs mit dem Ziel der Kompetenzorientierung der zukünftig tätigen Ärzte mitwirken kann. Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung bedarf, aufgrund der Multimorbiditäten einer alternden Gesellschaft, in Zukunft der intensiven interdisziplinären Zusammenarbeit. Ziel der intensiven Zusammenarbeit ist eine ressourcenschonende, klientenzentrierte Patientenversorgung. Dies beispielsweise erfordert in der medizinischen Ausbildung neben der Förderung hoher Selbstkompetenz, die Entwicklung hoher Sozialkompetenz der Studierenden.

Wir arbeiten orientiert an dem nationalen, kompetenzorientierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) an einem einheitlichen und besser verzahnten Impfcurriculum „aus einem Guss“ mit dem Ziel der Ausbildungsverbesserung. Ich freue mich darauf, Sie weiter über den Fortschritt des Projektes zu informieren.

Herzliche Grüße

Barbara Vogel

Barbara Vogel, MPH

**Kontakt**

Klinikum der Universität München  
Campus Innenstadt  
Medizinische Klinik und Poliklinik IV  
Bereich Allgemeinmedizin  
Pettenkoferstr. 8/1  
Postanschrift: Pettenkoferstr. 8 a  
80336 München  
Tel: 089 5160-3526  
E-Mail: Barbara.Vogel@med.uni-muenchen.de



## Lehre

## COMPLEMENTÄRE ALTERNATIVMEDIZIN IN DER ALLGEMEINPRAXIS: AUS LEHRE UND FORSCHUNG FÜR DIE PRAXIS

Unser 2. Fortbildungstag für Komplementär- und Alternativmedizin am 9.11.2013 widmete sich dem Thema „Schmerz“. Die Schmerztherapie ist in der Hausarztpraxis ein wichtiger Teil unserer täglichen Arbeit. Recherchen zeigen immer wieder, dass im Praxisablauf etwa 50% der Patienten über akute oder chronische Schmerzen klagen. Wir konnten einige spezielle Formen der Schmerztherapie vorstellen, die für die hausärztliche Praxis geeignet und anwendbar sind und wie wir unser Behandlungsspektrum zum Wohle unserer Patienten erweitern können.



Frau Dr. med. Birgit Witzens konnte ein eindrucksvolles Bild davon geben, wie hilfreich Hypnotherapie in der akuten und chronischen Schmerzbewältigung sein kann. In einer Studie aus dem Bereich der Anästhesie konnte gezeigt werden, dass eine unter ausschließlicher Hypnose erreichte Analgesie sogar eine operative Intervention schmerz- und angstfrei möglich machte. Ebenso überzeugend legte Frau Dr. Witzens die Zusammenhänge klar, wie sich in unserem Gehirn somatische und psychische Faktoren gegenseitig beeinflussen und so Krankheitszustände hervorbringen, aber auch, wie wir diese im Praxisalltag durch Utilisation von Worten nutzen können, um unseren Patienten dauerhaft zu helfen.

In einem weiteren Vortrag sprach Frau Dr. Witzens über Therapieansätze beim myofaszialen Schmerzsyndrom, welches in der Primärversorgung Schmerzursache Nr.1 ist. Sie zeigte, dass aus der Erfahrungsmedizin bereits langjährig bekannte Therapieansätze heute erfolgreich von der Grundlagenforschung bestätigt werden: Oft ist die Schmerzursache myofasziale Veränderungen, die sich durch Muskeltriggerpunkte oder Insertionstendopathien zeigen und für die es derzeit keine suffizienten bildgebenden Methoden gibt. Eine sorgfältige Palpation der Triggerpunkte und Schmerzinsertionspunkten ist für eine erfolgreiche Therapie notwendig. Diese beinhaltet neben Triggerpunktfiltrationen mit Lokalanästhetika eine Tendopressur, welche über Reflexmechanismen der Mechano- und Golgi Rezeptoren eine dauerhafte Relaxation des muskulären Spasmus bewirkt. Dadurch können (z.B. durch übermäßige Bildgebung bedingte) Fehldiagnosen -den organischen oder Gelenkbereich betreffend- vermieden werden und Patienten anhaltend schmerzfrei werden.

Herr Dr. med. Wolfram Stör stellte die Bedeutung der Akupunktur als höchst-wirksames Mittel der Schmerztherapie in den Vordergrund. In einem mitreißenden Vortrag konnte er seine Begeisterung für die Akupunktur lebendig werden lassen und uns viele wertvolle therapeutische Anregungen für den hausärztlichen Alltag mitgeben: Wirkungsvoll und nebenwirkungsarm, sowie den gesamten Menschen als

komplexes System betreffend. Die Vorstellung eindeutig positiver wissenschaftlicher Studien für die Akupunktur rundeten seinen Vortrag ab.

Dr. med. Günter Oberprieler sprach über die neurophysiologischen Zusammenhänge bei der Schmerzentstehung und der körpereigenen Schmerzverarbeitung als Grundlage für das Verständnis von Schmerzen und damit auch für den Schmerzpatienten. Zentrales Anliegen war, dass Schmerztherapie in der Hausarztpraxis ein unverzichtbarer Teil unseres ärztlichen Handelns sein muss, ständig im Fluss ist und auch einen entsprechenden Stellenwert bekommen muss.

Herr Dr. med. Ulf Riker zeigte in seinem Vortrag, wie klassische ärztliche Homöopathie einen wichtigen Beitrag zur täglichen Schmerztherapie in unseren Hausarztpraxen leisten kann. Er stellte einige homöopathische Arzneien vor, die bei korrekter Auswahl nach den Modalitäten der einzelnen Mittel umfangreich schmerzlindernd wirken können.

Am Beispiel eines interessanten Falles zeigte Herr Dr. Riker auf, wie chronische - auf jahrelange konventionelle Therapie schwer ansprechende - Schmerzen eng mit dem seelischen Zustand des Patienten zusammenhängen und dann sehr erfolgreich homöopathisch behandelt werden konnten.

Im allgemeinen Teil des Fortbildungstages, dem immer ein spezielles, eher kritisches Thema gewidmet ist, stellte Dr. med. Günter Oberprieler die Frage, ob randomisierte kontrollierte Studien (der „Goldstandard“) wirklich gut geeignet sind, dokumentierte Wirkungen der komplementärmedizinischen Verfahren richtig abzubilden, ob er geeignet ist, die Wirklichkeit abzubilden, ob und wie man den Goldstandard kritisieren darf, und ob es nicht andere, mehr pragmatische Studienformen gibt, die in unserem Sinne, aber auch für die gesamte Medizin richtungsweisend sein können.

Herzliche Grüße

Dr.med. Birgit Witzens und Dr.med. Günter Oberprieler

## Lehre

### Podcasts in der Allgemeinmedizin

Im ständigen Bestreben, die Lehre in der Allgemeinmedizin an der LMU auf einem aktuellen und attraktiven Stand zu halten, wurde vermehrt die Nutzung elektronischer Medien zur Unterrichtsergänzung diskutiert. Aktuelle Überlegungen beinhalten eine Ergänzung der klassischen Vorlesung durch Ton-/ Videoaufzeichnungen in Form sogenannter Video-Podcasts.

In einem ersten Pilotprojekt in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin wurden in den letzten Wochen zwei erste Lehrfilme erstellt.

Dr. Ulf Schelling wird ab dem neuen Jahr seine beiden Vorlesungen „Reisemedizin“ und „Impfungen“ als Podcasts auf der Lernplattform moodle für die Studierenden der LMU zur Verfügung stellen.

Beim regulären Vorlesungstermin am 15. Januar 2014 wird Dr. Schelling den Studierenden die Möglichkeit bieten, im Rahmen von praktischen Übungen (z.B. am Impfarm) die theoretischen Grundlagen, die bereits durch die Podcasts vermittelt wurden, zu ergänzen und interaktiv spannende Fragen zu seinen Themen zu diskutieren.



Podcast Dr. Ulf Schelling

### Evaluation der Skala zur Beurteilung der Komplexität eines Palliativpatienten durch die Hausärzte

Zentraler Punkt des Projektes ist es, Scores zu entwickeln, die sicher und valide vorhersagen können, welche Palliativpatienten von einer Betreuung eines ambulanten Palliative Care Teams profitieren. So soll es ermöglicht werden, die vorhandenen Ressourcen sinnvoll einzusetzen und vor allem eine qualitativ hochwertige Versorgung dieser schwerstkranken Patienten in der entscheidenden Phase ihres Lebens zu gewährleisten.

Zusammenfassung der zentralen Inhalte des Projekts:

- Viele palliative Patienten werden vorzugsweise zu Hause ambulant versorgt, um den Patienten in dieser wichtigen Zeit die vertraute häusliche Umgebung zu erhalten. Bei Bedarf kann dann ein spezialisiertes, ambulantes Palliativ-Team eingeschaltet werden, um die palliative Behandlung gemeinsam mit dem Hausarzt optimieren zu können.
- Oft ist es jedoch schwierig, bereits im Voraus sowie im Verlauf zu erkennen und zu beurteilen, welche Patienten von einem spezialisierten ambulanten Palliativ-Team überhaupt profitieren und welche ggf. durch den Hausarzt alleine ausreichend versorgt sind oder welche nur vom Hausarzt betreut sind und hierdurch ggf. unterversorgt sind.
- Eine Skala zur Beurteilung der Komplexität eines Palliativpatienten ermöglicht eine objektive Einschätzung durch den Hausarzt, um die Patienten nach ihrer Komplexität einzugliedern und eine Vorhersage über die beste Versorgung zu treffen.
- Einige Items der Skala sind: Alter, Komplikationen im Zusammenhang mit der Krankheit, onkologische Situation, soziale Situation des Patienten, das familiäre und soziale Umfeld, der Ausbildungsgrad und die Expertise des Hausarztes bezüglich einer palliativen Behandlung und andere.
- Die Skala ermöglicht eine objektive Messung der palliativen Bedürfnisse und erleichtert die Kooperation zwischen dem Hausarzt und dem spezialisierten ambulanten Palliative Care Team.

## Preise und Auszeichnungen

### Dr. med. Jörg Schelling: Vorstandsmitglied der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin

Seit der Mitgliederversammlung 2013 ist Dr.med. Jörg Schelling Vorstandsmitglied und Beisitzer der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin. Er möchte sich hier im Schwerpunkt für einen Ausbau der Wissenschaft, insbesondere in der Versorgungsforschung und an der Schnittstelle von spezialisierten Instituten und der flächendeckenden Reisemedizin engagieren.

### Erich-Kröger - und Klaus-Jörg-Volkmer - Preis für Reisemedizin

Dr. Jörg Schelling bekommt den mit 1.000 EUR (2.Preis) dotierten Erich-Kröger- und Klaus-Jörg-Volkmer-Preis für Reisemedizin von der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V. verliehen.

Der Preis zeichnet wissenschaftliche Arbeiten im Bereich Versorgungsforschung in der Reisemedizin und eine entsprechende Veröffentlichung mit dem Titel Reisemedizinische Tätigkeit in der Praxis aus.

### Bayerischer Gesundheitspreis 2013 für unsere Lehrärzte Frau Dr. Wahlländer und Herrn Dr. Müller

#### Kategorie „Ambulant vor stationär“



Dr. med. Ute Wahlländer (Pullach im Isartal): Neurofibromatose durch Koordination und Vernetzung schneller und kostengünstiger diagnostiziert und therapiert

Die Allgemeinärztin Dr. med. Ute Wahlländer kümmert sich bereits seit mehr als zehn Jahren um Patienten (insbesondere Kinder), die unter der Multiorganerkrankung Neurofibromatose leiden.

Dies ist eine der häufigsten neurologischen, genetisch bedingten Erkrankungen (1 von 3.000 Lebendgeburten). Symptome können unter anderem tumorartige Hautveränderungen, Ertaubung, Erblindung, Herzfehler, Intelligenzminderung und ADHS sein.

Bei Diagnostik und Therapie der Neurofibromatose ist die Vernetzung der notwendigen medizinischen und sozialpädiatrischen Maßnahmen essentiell. Nur durch eine gut koordinierte, umfassende Betreuung, wie sie Dr. Wahlländer im Rahmen ihres Projekts leistet, können den Erkrankten langwierige stationäre Aufenthalte erspart bleiben.

Dies ist für die Patienten angesichts ihrer verkürzten Lebenserwartung von nur fünf bis zehn Jahren (Typ 1) bzw. vierzig Jahren (Typ 2) von besonderem Wert.

(<http://www.bayerischer-gesundheitspreis.de/preisverleihungen-2010-2013/der-preis-2013/preistraeger-2013/dr-ute-wahllaender/>)

#### Kategorie „Ideenwettbewerb“



Dr. med. Michael Müller (München): Das „Diabetomobil“ - ein innovatives Konzept zur häuslichen Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus

Viele Menschen werden im Alter immobil und können dementsprechend kaum mehr eine Arztpraxis aufsuchen. Bei Zuckerkranken kann dabei eine zu wenig intensive und engmaschige Überwachung verheerende Folgen wie etwa vermehrte Krankenhausaufenthalte aufgrund gefährlicher Blutzuckerschwankungen, häufige Infekte oder ein diabetisches Fuß-Syndrom haben.

Mit dem Diabetomobil hat der Diabetologe Dr. Michael Müller ein Konzept für eine fahrbare Praxis entwickelt, mit der der Diabetes-Spezialist seine immobilen Patienten daheim oder im Pflegeheim umfassend und leitliniengerecht versorgen kann.

Statt eines Arztkoffers hat er beim Patientenbesuch mit dem Diabetomobil Equipment wie ein mobiles Laborgerät zur Bestimmung des Blutzuckers, ein tragbares Dopplergerät, ein tragbares EKG, ein Pulsoxymeter sowie umfangreiches Verbandsmaterial dabei. Über eine sichere Internetverbindung kann er zudem auf die digitale Patientenakte in seinem Praxis-PC zugreifen.

Damit kann er die Behandlungshistorie des Patienten direkt einsehen und sogar digitales Bildmaterial in die Diagnosestellung einbeziehen. Wenn also Diabetes-Patienten nicht in die Arztpraxis kommen können, kommt nun ab 1. Januar 2014 die diabetologische Schwerpunktpraxis zu ihnen nach Hause.

(<http://www.bayerischer-gesundheitspreis.de/preisverleihungen-2010-2013/der-preis-2013/preistraeger-2013/dr-michael-mueller/>)



## Forschung

## Publikationen

**Gesundheitsverhalten, medizinische Informationsquellen und Krankheitsbewertung von Flugbegleitern – Eine Pilotstudie**

Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 10 (2013)

Schelling S, Krane S, Macias-Moriarity L, Schwartz M

**Einleitung:** Immer mehr Menschen reisen mit dem Flugzeug. Das spezielle Arbeitsumfeld des Flugbegleiters bietet ein erhöhtes Infektionsrisiko. In dieser Studie werden relevante Fragen zu Gesundheit, Einstellung und dem daraus resultierenden Verhalten für Flugbegleiter untersucht.

**Methoden:** Ein anonymer Fragebogen, ausgegeben im Rahmen von hausärztlichen Konsultationen, wurde von den Flugbegleiter/innen ausgefüllt. Die Daten wurden mit Microsoft Excel 2010 berechnet.

**Ergebnisse:** Der Fragebogen wurde an 60 Flugbegleiter/innen verteilt, die Rücklaufquote lag bei 78%. 51% der befragten Flugbegleiter gab als primäre Quelle für medizinische Informationen den Hausarzt an. 46% der Befragten gaben an nach einem gemeinsamen Flug mit einem erkrankten Kollegen dieselben Symptome verspürt zu haben. 78,7% der Befragten gaben an, dass Händedesinfektionsmittel verfügbar und leicht zugänglich im Cockpit bzw. der Kabine waren. 40,4% erhalten jährlich eine routinemäßige Gripeschutzimpfung.

**Diskussion:** Mit dieser Studie werden erstmals Daten zum Verhalten von Flugbegleiter/innen vor, während und nach einem Flug in Bezug auf Ihre Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung untersucht. Die Daten zeigen ein allgemein positives Bild was die Versorgung der Befragten mit Informationen betrifft. Eventuell wären eine routinemäßige jährliche Influenza-Impfung und ein höhere Verwendung von Desinfektionsmitteln an Bord wünschenswert.

**Determinanten für eine hausärztliche Berufswahl unter Studierenden der Medizin: Eine Umfrage an drei bayerischen Medizinischen Fakultäten**

GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 2013, Vol. 30(4), ISSN 1860-3572

Schneider A, Karsch-Völk M, Rupp A, Fischer M, Drexler H, Schelling J, Berberat P

**Zielsetzung:** Der zunehmende Hausärztemangel wird immer mehr zu einem realen Versorgungsproblem. Ziel war es, an drei Universitäten mit unterschiedlichem Grad der Institutionalisierung des Fachs Allgemeinmedizin Einflussfaktoren zu ermitteln, die die Motivation für eine spätere hausärztliche Tätigkeit begünstigen.

**Methodik:** In einem standardisierten Fragebogen wurde die Haltung gegenüber dem Fach Allgemeinmedizin und die Bereitschaft zur Niederlassung in eigener hausärztlicher Praxis bzw. Motivation zur Arbeit in Anstellungsverhältnissen erfasst. Einflussfaktoren auf Haltung und Motivation für eine spätere hausärztliche Tätigkeit wurden mittels binär logistischer Regression berechnet.

**Ergebnisse:** 940 (15,2%) Studierende von insgesamt 6182 Studierenden aus drei bayerischen Universitäten (Erlangen, LMU und TUM) haben sich an einer internetbasierten Umfrage beteiligt. 585 (62,7%) waren weiblich. Das Durchschnittsalter betrug 25,0 Jahre (Standardabweichung 3,7). Die durchschnittliche Abiturnote war 1,6 (Standardabweichung 0,5). 718 (76%) der Studierenden könnten sich eine hausärztliche Arbeit vorstellen, wobei die Anstellung der Selbstständigkeit vorgezogen wird (65,5 vs. 35,1%). Für die wertschätzende Haltung gegenüber der Allgemeinmedizin zeigt sich die „Existenz eines Lehrstuhls“ als stärkster Prädiktor (OR 1,57; 95%CI 1,13-2,417). Die stärksten Prädiktoren für die Motivation zu einer späteren hausärztlichen Tätigkeit sind „weibliches Geschlecht“ (OR 2,56; 95%CI 1,80-3,56) und die „Existenz eines Lehrstuhls“ (OR 1,68; 95%CI 1,14-2,46). Eine weniger gute Abiturnote war mit einer höheren Bereitschaft zur Selbstständigkeit assoziiert (OR 1.39; 95%CI 1.02-1.90).

**Schlussfolgerung:** Diese Studie zeigt, dass durchaus viele Studierenden gegenüber einer hausärztlichen Tätigkeit aufgeschlossen sind, allerdings präferenziell im Angestelltenverhältnis und nicht in selbstständiger Niederlassung. Eine Institutionalisierung der Allgemeinmedizin scheint bedeutsam zu sein für eine positive Einstellung zum Fach und zur Motivation für eine spätere hausärztliche Tätigkeit.



Forschung

DEGAM- 47. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin  
12. - 14. September 2013 in München



KLINIKUM  
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

CAMPUS INNENSTADT  
Medizinische Klinik und Poliklinik IV  
Bereich Allgemeinmedizin  
Professor Dr. med. Martin Reincke



Evaluation der Blockpraktika und Praxishospitationen in der  
allgemeinmedizinischen Lehre im Studiengang Humanmedizin an  
der LMU in München

Jannik Glasmacher, Dr. Anne Stankewitz, Dr. Günter Oberprieler, Nora Stigrot, Dr. Jörg Schelling  
LMU München, Bereich Allgemeinmedizin - München, Deutschland

Einleitung

Während des Medizinstudiums absolvieren die Studenten der LMU München Praxishospitationen und ein Blockpraktikum. Des Weiteren ist die Teilnahme an zwei Seminaren obligat, die sich mit Leitsymptomen beschäftigen und zum anderen eine Plattform für die Vorstellung von selbstständig erhobenen Patientendaten ist. Die Wahl der Praxen erfolgt über das universitäre Internetportal (MeCuM-online) und ermöglicht den Studierenden eine Auswahl nach Örtlichkeit oder Schwerpunkt der Praxis. Insgesamt gibt es derzeit 270 Lehrpraxen der LMU; der Großteil liegt im Münchner Innenraum. Im Anschluss sind die Studierenden dazu angehalten einen Evaluationsbogen auszufüllen, der für beide Veranstaltungsmodulare inhaltlich identisch ist.

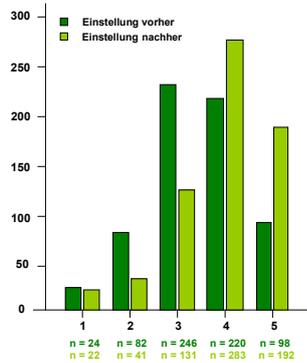


Abb. 1: Mittelwert der Angabe zur „Einstellung vor und nach der Hospitation/Praktikums“ in den einzelnen Veranstaltungen über die Semester hinweg bzgl. des Berufsbildes des Hausarztes (1-5 Sterne)

Methodik

Es wurden die Evaluationsbögen über drei Semester (Sommersemester 2011 und 2012 sowie Wintersemester 2011/12) in die Analyse einbezogen. Mit Hilfe der Statistiksoftware SPSS Version 20 erfolgte zunächst eine deskriptive Analyse der Fragebogen-Items hinsichtlich ihrer Verteilung. Der Kolmogorov-Smirnov-Test wurde zur Prüfung auf Normalverteilung berechnet. Bezüglich Vergleichsbewertungen vor und nach des Praktikums bzw. Seminars wurde ein t-Test für gepaarte Stichproben berechnet. Eine ANOVA mit anschließendem post-hoc Test (Scheffe) wurde berechnet, um zu testen, ob sich die Veranstaltungen hinsichtlich der Items unterscheiden.

Ergebnisse

In die Analyse gingen insgesamt 683 Fragebögen ein.

Die Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov-Test zeigen statistisch signifikante Z-Werte für alle Items, ausgenommen der Fragen nach der „Einstellung gegenüber des Berufsbildes des Hausarztes vor sowie nach der Veranstaltung. Um zu testen, ob sich die Veranstaltungen bezüglich der Items unterscheiden, wurde eine ANOVA berechnet. Das Ergebnis zeigt, dass das Blockpraktikum hinsichtlich der Mehrzahl aller Items signifikant höhere Bewertungen erhielt. Ein t-Test zeigt, dass sich die Einstellung zum Fach nach dem Seminar über alle Gruppen hinweg statistisch signifikant verbessert. Die Daten zeigen weiter, dass ein Großteil der Studierenden die Einrichtung ihres Praktikums weiterempfehlen würde.

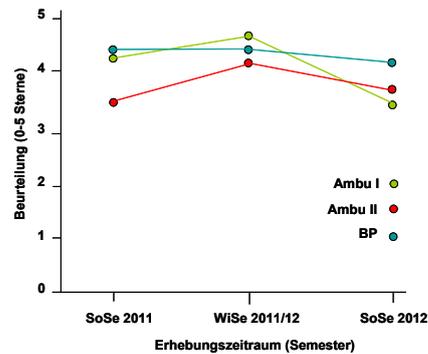


Abb. 2 zeigt die gemittelte Gesamtbewertung (Vergabe von 0 bis 5 Sternen) der drei Veranstaltungen „Blockpraktikum“ (BP), „Ambulante Medizin I“ (Ambu I) und „Ambulante Medizin II“ (Ambu II) über die jeweiligen Semester.  
\* Sommersemester (SoSe), Wintersemester (WiSe)

Diskussion

Die Evaluation der Blockpraktika und Praxishospitationen in der allgemeinmedizinischen Lehre zeigt ein insgesamt positives Bild hinsichtlich der Beurteilung seitens der Studierenden. Als sehr erfreulich ist zu bewerten, dass die vorliegenden Daten zeigen, dass die Einstellung gegenüber dem Berufsbild des Hausarztes in allen Veranstaltungen über alle Semester signifikant ansteigt. Basierend auf den vorliegenden Daten, die die Relevanz des eigenständigen Arbeitens für die Studierenden aufzeigt, könnte die momentane Struktur der allgemeinmedizinischen Lehre aber teilweise überdacht werden.

Literatur: Böhme K. (2007). Blockpraktikum Allgemeinmedizin – Integration von universitärer und außeruniversitärer Lehre. Zeitschrift für Allgemein Medizin | Dunker-Schmidt, C., Bretholt, A., Gesenhues, S. (2009). Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin: 15 Jahre Erfahrung an der Universität Duisburg-Essen. Zeitschrift für Allgemeinmedizin | Gündling P. (2008). Lernziele im Blockpraktikum Allgemeinmedizin – Vergleich der Präferenzen von Studierenden und Lehrärzten. Zeitschriften für Allgemeinmedizin | Schelling, J., Böder, N., Schelling, U., Oberprieler, G. (2010) Evaluation des „Blockpraktikums Allgemeinmedizin“. Zeitschrift für Allgemeinmedizin.



Forschung

DEGAM- 47. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin  
12. - 14. September 2013 in München



**KLINIKUM**  
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

CAMPUS INNENSTADT  
Medizinische Klinik und Poliklinik IV  
Bereich Allgemeinmedizin  
Professor Dr. med. Martin Reincke



**Podcasts in der allgemeinmedizinischen Ausbildung -  
Eine Umfrage unter Studierenden im klinischen Abschnitt der LMU**

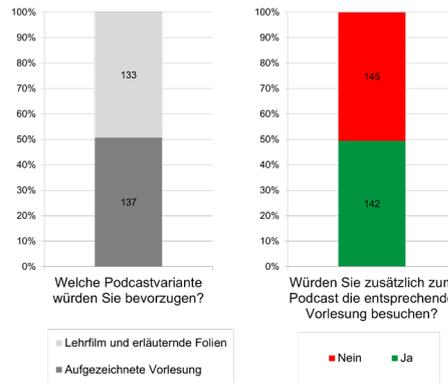
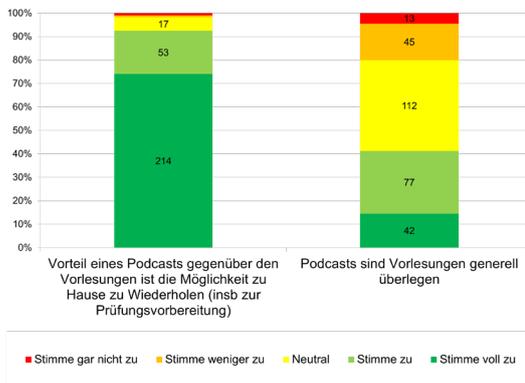
Jannik Glasmacher<sup>1</sup>, Sibylla Krane<sup>1</sup>, Johanna Huber<sup>2</sup>, Dr. Jörg Schelling<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>LMU München, Bereich Allgemeinmedizin - München, Deutschland  
<sup>2</sup>Lehrstuhl für Medizindidaktik und Ausbildungsforschung - München, Deutschland

**Hintergrund**

Im ständigen Bestreben die Lehre in der Allgemeinmedizin an der LMU auf einem aktuellen und attraktiven Stand zu halten wird vermehrt die Nutzung elektronischer Medien zur Unterrichtsergänzung diskutiert. Aktuelle Überlegungen beinhalten eine Ergänzung der klassischen Vorlesung durch Ton- / Videoaufzeichnungen in Form sogenannter Video-Podcasts. Aufgrund des technischen und organisatorischen Aufwands sowie der mangelnden Erfahrung in diesem Bereich, sollte zunächst in einer Befragung eruiert werden, wie die Einstellung der Studierenden zur Nutzung von Podcasts im Rahmen der universitären Ausbildung ist.

**Ergebnisse**

Insgesamt wurden 322 Bögen bearbeitet und abgegeben. Nahezu alle Studierenden befanden sich im 7. FS ihres Erststudiums, allerdings haben nur 81 Studierende bereits Erfahrung mit Podcast in der universitären Ausbildung gemacht. Die Erfahrungen wurden dabei zwar relativ unterschiedlich, im Großen und Ganzen aber eher positiv beurteilt (57x voll positiv, 36x positiv, 61x neutral, 9 eher schlecht, 7x schlecht). Ebenfalls relativ neutral wurde die Frage beantwortet ob Podcasts einer klassischen Vorlesung überlegen seien. Während ein Großteil der Studierenden klare Vorteile bei den Podcasts zur Prüfungsvorbereitung sehen (267), würden nur ca. 50% bei einem Podcast-Angebot weiterhin die Vorlesung besuchen. Außerdem kann kein klarer Favorit zwischen einem tatsächlichen Video-Podcast in Form eines Lehrfilms (133) und einer lediglich abgefilmten Vorlesung (137) gefunden werden.



**Projektbeschreibung und Methodik**

Hierzu wurde ein Fragebogen mit Likert-skalierten, sowie dichotomen und offenen Fragen an Schätzungsweise 450 Studierende die gerade ihren Allgemeinmedizinischen Block im Curriculum beendet hatten ausgegeben. In diesem sollten die Studierenden, neben Allgemeinen Angaben zu Geschlecht, Fachsemester (FS) und Zweitstudium, Angaben zu ihrer bisherigen Erfahrung mit Podcasts in der universitären Ausbildung machen und sich für oder gegen die Nutzung von Podcasts aussprechen. Die Bögen wurden anschließend computergestützt ausgewertet.

**Schlussfolgerung und Aussicht**

Bisher werden wohl zu wenig Podcasts insbesondere in der Allgemeinmedizin genutzt. Die Studenten sind in der Gesamtheit noch eher unsicher da sie (erstaunlicherweise) über wenig Erfahrung mit diesem Lehrmedium verfügen. An der LMU werden in einem Pilotprojekt in Zusammenarbeit mit der Medizindidaktik im Sommersemester 2014 zunächst zwei Vorlesungen zusätzlich zur traditionellen Vorlesung als Podcast angeboten. Hierbei wird zu evaluieren sein wie diese Lehrveranstaltung sowohl von den Studenten wie auch den Dozenten aufgenommen wird.

Literatur: A. Hollinderbäumer, T. Hartz und F. Ückert: Lehre 2.0 - Wie werden Social Media und Web 2.0 in die medizinische Ausbildung eingebunden? Ein systematischer Literaturüberblick. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 2013, Vol. 30(1) | Schreiber et al.: Live lecture versus video podcast in undergraduate medical education: A randomised controlled trial, BMC Medical Education 2010, 10:68 | Bridge PD, Jackson M, Robinson L: The effectiveness of streaming video on medical student learning: A case study. Med Educ Online [serial online] 2009;14:11

DEGAM- 47. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin  
12. - 14. September 2013 in München



## Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht, Testament - die Aufgaben des Hausarztes bei der Abfassung oder der Überprüfung der letzten Willenserklärungen

Stein A<sup>1</sup>, Schelling J<sup>1</sup>, Oberprieler G<sup>1</sup>, Hora M<sup>1</sup>, Becker M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bereich Allgemeinmedizin, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Klinikum der Universität München, München, Deutschland

<sup>2</sup> Uni Tübingen, Allgemeinmedizin, Tübingen

### Einleitung/Fragestellung

Der Hausarzt ist „sozialer Berater“, der bei der Abfassung der letzten Willenserklärungen um Rat gefragt wird. Betreuungsverfügungen, Vorsorgevollmachten und vor allem Testamente werden nachträglich in Frage gestellt und Gutachten in Auftrag gegeben. Wie kann der Arzt fundierte letzte Willenserklärungen professionell unterstützen und abrechnen?

### Methode

Rechtsbegriffe zur Beurteilung der Testier-/Geschäftsfähigkeit

Positive Überprüfung: Auffassungs- und kritische Urteilsfähigkeit, Bedeutung und Tragweite der Erklärung für sich selbst und für Dritte erkennen, Handeln frei vom Einfluss Dritter, Selbstbestimmtheit der Erklärungen

Ablehnung der Geschäftsfähigkeit: Bei „Bewußtseinsstörung“, „Geistesschwäche“, „krankhafter Störung der Geistesfähigkeit“.

Primär Feststellung einer Erkrankung, danach immer konkrete Auswirkungen auf die Einsichts- und Willensfähigkeit prüfen (Einzelfallentscheidung). Cave: Diagnosen „Psychose“ oder „Demenz“ reichen i.d.R. nicht aus

II. Ärztlicher Befundbericht

Sozialanamnese, körperliche Fremd- und Eigenanamnese, körperlicher Befund, psychische Fremd- und Eigenanamnese, Drogen- + Alkoholanamnese (allg. + spez.), Sexualanamnese, psychiatrischer Befund, Medikamente früher und aktuell

III. Fazit

Korrelation der Rechtsbegriffe nach I. mit den erhobenen Befunden nach II. und Formulierung des Gesamtergebnisses

IV. Abrechnung GOÄ

### Diskussion

Es werden große Anforderungen an die Qualifikation des Arztes in den verschiedenen Disziplinen gefordert. Die aktuelle Honorierung ist deshalb völlig unangemessen.

DEGAM- 47. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin  
12. - 14. September 2013 in München**Der Hausarzt als Gutachter im Unterbringungsverfahren –  
die neue Rechtslage nach § 1906 BGB bzw. § 312 Abs 2 FamFG**Stein A<sup>1</sup>, Schelling J<sup>1</sup>, Oberprieler G<sup>1</sup>, Hora M<sup>1</sup>, Becker M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bereich Allgemeinmedizin, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Klinikum der Universität München, München, Deutschland  
<sup>2</sup> Uni Tübingen, Allgemeinmedizin, Tübingen

**I. Voraussetzungen für eine ärztliche Befürwortung der Unterbringung**

1. Der Arzt ist „nur“ Sachverständiger; er bringt nicht unter; hilft durch seine Sachkenntnis.
2. psychische Krankheit, geistig-seelische Behinderung
3. Gefahr: erheblicher gesundheitlicher Schaden oder Selbsttötung
4. Kranker kann die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen und/oder nicht nach dieser Einsicht adäquat handeln
5. Ziel der Unterbringung: Untersuchung des Gesundheitszustandes, nötige stationäre Heilbehandlung, ärztlicher Eingriff unter stationärer Bedingungen (z.B. Operation)
6. Genehmigung durch das Gericht nötig, nur bei Gefahr im Verzug => durch Betreuer primär durchführbar => Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen

**II. Verfahren**

1. Im Eilverfahren genügt ärztliches Attest
2. Richterliche Genehmigung
3. 6 Wochen Grenze der Unterbringungsfrist im Eilverfahren
4. Für längere Unterbringung Gutachten nötig
5. Richterliche Anhörung immer nötig
6. Diskrepanz zwischen Gutachter und Richter nicht selten (Verhältnismäßigkeit vs. Therapiemöglichkeiten)
7. Kompetenz: FA für Psychiatrie, aber auch HA mit besonderer Erfahrung i.B. der Psychiatrie (§ 321 FamFG)
8. Bei Verlängerung der Unterbringung über 4 Jahre soll externer Gutachter tätig werden

**III. Ende der Unterbringung**

1. Bei Wegfall der Voraussetzungen sofortige Beendigung der Unterbringung; Anzeigepflicht beim Betreuungsgericht
2. Konkrete Mitwirkungspflicht des Arztes hinsichtlich Betreuer/Bevollmächtigten  
Info an Betreuer/Heim und Gericht => Grundlage Behandlungsvertrag.

**IV. Unterbringung und Zwangstherapie**

1. Genehmigte Unterbringung ist immer Voraussetzung für eine Zwangsbehandlung
2. Keine ambulante Zwangsbehandlung zulässig

DEGAM- 47. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin  
12. - 14. September 2013 in München



## Qualität der hausärztlichen Versorgung in Altenpflegeheimen – eine „subjektive“ Bestandsaufnahme - An welchen Krankheitsbildern leiden die Patienten und wie ist das hausärztliche Vorgehen?

Stein A<sup>1</sup>, Schelling J<sup>1</sup>, Oberprieler G<sup>1</sup>, Hora M<sup>1</sup>, Becker M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bereich Allgemeinmedizin, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Klinikum der Universität München, München, Deutschland  
<sup>2</sup> Uni Tübingen, Allgemeinmedizin, Tübingen

### Einleitung/Fragestellung

In der Öffentlichkeit wird immer wieder gerne die Diskussion über die Qualität der ärztlichen Versorgung in Altenpflegeheimen geführt. Wie sehen das die Patienten selbst?

### Methodik/Stichprobe

Systematische Befragung von 298 Patienten (83 männl., 215 weibl.) in 4 Altenpflegeheimen (bei insg. 24 behandelnden Ärzten), Altersgipfel 80-90 Jahre, zu diversen Aspekten der hausärztlichen Versorgung

### Ergebnisse

Bei 95% der Befragten liegen internistische Diagnosen vor, bei 58% urologische, bei 53% orthopädische. Demenz wurde in 50% der Fälle diagnostiziert, Depression in 20% und ein Chron. Schmerzsyndrom bei 13%. 94% wurde eine Pflegestufe zuerkannt. 80% der Probanden erhalten festangesetzt 4-10 Tabletten pro Tag. 47% bekommen regelmäßig Besuch durch den Hausarzt; 75% durchschnittlich 1 x wöchentlich. 60% der Befragten geben an, der Arzt nehme sich bei seinen Besuchen ausreichend Zeit für den Patienten, 88% haben den Eindruck, dass ihre Beschwerden ernst genommen werden. Insgesamt beurteilen 50% der befragten Altenheimbewohner die hausärztliche Versorgung mit „Gut“ oder „Sehr Gut“, 31% mit „Befriedigend“ und lediglich 6% mit „Mangelhaft“ oder „Unzureichend“.

### Diskussion/Schlussfolgerungen

Die Hausärzte kümmern sich trotz inadäquater Honorierung der Besuche engagiert und erfolgreich um die Bewohner/innen in den Altenpflegeheimen. Über 80% der Patienten sind mit der Versorgung durch den Hausarzt zufrieden

DEGAM- 47. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin  
12. - 14. September 2013 in München**Verbesserungsbedarf bei der Schmerztherapie in Altenpflegeheimen?**Stein A<sup>1</sup>, Schelling J<sup>1</sup>, Oberprieler G<sup>1</sup>, Hora M<sup>1</sup>, Becker M<sup>2</sup><sup>1</sup>Bereich Allgemeinmedizin, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Klinikum der Universität München, München, Deutschland<sup>2</sup>Uni Tübingen, Allgemeinmedizin, Tübingen**Einleitung/Fragestellung**

Viele Patienten in Altenpflegeheimen klagen über teilweise ganz erhebliche Schmerzen. Gleichzeitig wird in der Öffentlichkeit immer wieder die Diskussion über die Qualität der ärztlichen Versorgung in Altenpflegeheimen und insbesondere einer adäquaten Schmerztherapie geführt.

**Methodik/Stichprobe**

Systematische Befragung von 298 Patienten (83 männl., 215 weibl.) in 4 Altenpflegeheimen (bei insg. 24 behandelnden Ärzten), Altersgipfel 80-90 Jahre, zu diversen schmerzbezogenen Aspekten.

**Ergebnisse**

Festangesetzte Schmerzmittel bei über 30% der Patienten. Von diesen gaben 41% an, trotz der Medikamente noch Schmerzen zu haben. Schmerzverbesserung durch verschiedene nicht-medikamentöse Aktivitäten wird von 69% der Patienten berichtet; Besserung durch Medikamentengabe von 91%. 76% der Befragten beurteilen die Schmerzbehandlung als ausreichend.

**Diskussion/Schlussfolgerungen**

In Altenpflegeheimen findet aktuell vorrangig eine medikamentöse Schmerztherapie statt. Pharmakologische Spezialkenntnisse der behandelnden Ärzte sind dabei besonders wichtig und sollten daher nach der universitären Ausbildung im Bereich der Schmerztherapie auch im weiteren ärztlichen Berufsleben regelmäßiger Bestandteil der Fort- und Weiterbildung sein.

Generell besteht nach wie vor ein Mangel an ausgebildeten erfahrenen „Schmerztherapeuten“.

Eine signifikante Anzahl von Schmerzpatienten erfährt auch durch nicht-medikamentöse Behandlungen Linderung. Dieser wichtige Aspekt darf bei der adäquaten Therapie von Schmerzpatienten in Altenpflegeheimen keinesfalls vernachlässigt werden!

Schmerztherapie kostet Geld und führt auch zu vielen teuren Verordnungen; deshalb müssen die Ärzte, die überwiegend in Altenpflegeheimen tätig sind, vor unnötigen Regressverfahren bewahrt werden.

DEGAM- 47. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin  
12. - 14. September 2013 in München**Zwangstherapie neue Rechtslage § 1906 Abs. 3**Stein A<sup>1</sup>, Schelling J<sup>1</sup>, Oberprieler G<sup>1</sup>, Hora M<sup>1</sup>, Becker M<sup>2</sup>

1 Bereich Allgemeinmedizin, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Klinikum der Universität München, München, Deutschland  
2 Uni Tübingen, Allgemeinmedizin, Tübingen

Vorab: Überzeugungsversuch bzgl. der therapeutischen Maßnahmen; d.h. Dreieckskontakt  
Arzt-Betreuer-Patient

Voraussetzungen:

- P. kann Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahmen nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln; d.h. Einwilligungsunfähigkeit – nicht Unvernunft
- Überzeugung fehlgeschlagen
- drohender erheblicher gesundheitlicher Schaden
- alle anderen zumutbaren Maßnahmen sind ergebnislos verlaufen
- Nutzen deutlich größer als Beeinträchtigung

Verfahrensgang:

- auch bei Eilbedürftigkeit richterliche Genehmigung
- kein Sonderrecht für den Arzt
- d.h. grundsätzlich nur Fixierung erlaubt, Ausnahme: nur bei akuter erheblicher Gefahr für Kranken oder Dritte (psych. KG – Landesrecht, Eilentscheidung des Gerichts)
- rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB) => hoher Rechtfertigungsdruck bei Anhörung => Patient dann durch Therapie besser

Gerichtliche Verfahren (dringliches Eilverfahren)

Voraussetzungen:

- ärztliches Zeugnis, Verfahrenspfleger, richterliche Anhörung am besten mit behandelndem Arzt (als Sachverständiger)

Beschluss:

- max. 2 Wochen, Verlängerung auf max. 6 Wochen möglich
- neu: det. Begründungspflicht des Richters bzgl. ärztlicher Behandlung (Arzneimittelgabe, Dosierung und Häufigkeit)

Hauptverfahren:

- schriftliches Gutachten
- auf 6 Wochen beschränkt, Verlängerung unbegrenzt
- im Hauptverfahren soll Gutachter unbeteiligter Arzt
- bei > 12 Wochen: externe Begutachtung nötig (d.h. keine Behandler)

Fazit:

Gilt für alle ärztlichen Zwangsmaßnahmen; d.h. konkreter ablehnender natürlicher Wille genügt. Wenn Patient „nur“ einwilligungsunfähig, genügt Zustimmung des Betreuers => keine Gerichtsentscheidung nötig (z.B. lebensbedrohliche Operation § 1904 BGB).  
Keine Zwangstherapie ohne Unterbringung