Universitäts Klinikum

Blockpraktikumsheft

Allgemeinmedizin

Fakultät für Medizin der TU München

8. Ausgabe (September 2025)

Vorwort

Liebe Studierende,

hiermit begrüßen wir Sie sehr herzlich zu Beginn Ihres zweiwöchigen Blockpraktikums in der Hausarztpraxis. Das Blockpraktikum dient der praktischen Verfestigung der im Studium bisher vermittelten Inhalte. Es findet in den Praxen erfahrener und langjährig niedergelassener Lehrärzte statt. Sie als Studierende begleiten die Lehrärzte für zwei Wochen während ihrer Sprechstunde und haben dabei auch "eigene" Patientenkontakte. Für Ihre Praxisausbildung erhalten Sie das Blockpraktikumsheft, welches alle wichtigen Informationen, Arbeitsblätter und Formulare enthält. Lesen Sie es genau durch, damit Sie für sich selbst den Ablauf optimal strukturieren und maximal von dem Blockpraktikum profitieren können. Am besten, Sie setzen sich zuerst mit den „Allgemeinen Hinweisen" auseinander – hier erläutern wir Ihnen die organisatorischen Dinge, die Sie für einen reibungslosen Ablauf wissen müssen. Die Einführung fasst das Arbeitsfeld und die Arbeitsweise in der Hausarztpraxis prägnant zusammen, die Formulierung der Lernziele soll Ihnen einen Überblick über den Lernstoff geben. Bei der Formulierung der Arbeitsaufgaben haben wir uns bemüht, die didaktischen Inhalte und Erklärungen mit den Aufgaben zu verknüpfen. Wir möchten hiermit Übersichtlichkeit gewährleisten und ein strukturiertes Arbeiten ermöglichen.

Soweit zu den Formalien. Das Wichtigste ist jedoch, dass Ihnen die Zeit in der Hausarztpraxis viel Freude macht und für Sie lehrreich ist. Sie werden die unschätzbar wichtige 1:1-Situation erleben, in der die Hausärztin oder der Hausarzt mit Ihnen die medizinischen Probleme der Patienten bespricht, Ihre Technik der Anamneseerhebung und körperliche Untersuchung mit Ihnen durchgeht. Sie lernen das problem-orientierte Herangehen, ausgehend von einem Symptom – so wie es Ihnen tagtäglich begegnen wird, egal ob im Krankenhaus oder in der Praxis. Es ist also ein wichtiger Moment in der Ausbildung, der Ihnen auch in Ihrem weiteren Studium helfen soll.

Um für alle Studierenden einen Blockpraktikumsplatz in der Allgemeinmedizin anbieten zu können, sind wir auf Lehrpraxen im gesamtbayerischen Raum angewiesen. Damit die für Sie eventuell anfallenden Belastungen möglichst gering bleiben, möchten wir Ihnen Folgendes mit auf den Weg geben: Wenn möglich, nutzen Sie eine Unterkunft bei Freunden / Verwandten in der Nähe der Lehrpraxis. Nutzen Sie alternativ das Angebot einiger Lehrärzte, wenn diese Ihnen eine Unterkunft in der Nähe besorgen helfen und so die Kosten geringer ausfallen, als wenn Sie täglich fahren. Es gibt auch viele Lehrärzte, die Sie mit kostenfreien Unterkünften, mit Essen und manchmal sogar Freizeitausflügen unterstützen. Sollten Sie also eine weiter entfernte Praxis gewählt haben – genießen Sie es! Die landärztliche Medizin ist häufig noch umfassender und „echter" als im städtischen Bereich, und die Lehrärztinnen und Lehrärzte sind dabei hoch motiviert.

Bleibt uns nur noch, Ihnen viel Spaß und Erfolg im Blockpraktikum zu wünschen!

Mit herzlichen Grüßen

Ihr Prof. Dr. med. Antonius Schneider
Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Hinweise - Checkliste 4
2. Bedeutung der Allgemeinmedizin – eine Einführung 5
   2.1. Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin 5
   2.2. Aufgaben der Allgemeinmedizin und Bedeutung für das Gesundheitswesen 7
   2.3. CanMEDS-Rollen für die Allgemeinmedizin 10
3. Lernziele für das Blockpraktikum 11
..... 14
4. Das SOAP-Schema 15
5. Akute Beratungsanlässe und Notfälle 16
   5.1. Hinweise zum Patientenbericht „Akuter Beratungsanlass“ 16
   5.2. Hinweise zum Umgang mit Leitlinien 16
   5.3. Arbeitsblatt: Fall 1 – Patientenbericht „Akuter Beratungsanlass“ 17
   5.4. Arbeitsblatt: Fall 2 – Patientenbericht „Akuter Beratungsanlass“ 18
   5.5. Arbeitsblatt: : Der „Leitlinien – Fall“ 19
6. Chronische Erkrankungen 21
   6.1. Hinweise zum Bericht „Chronische Erkrankung“ 21
   6.2. Arbeitsblatt: „Chronische Erkrankung“ –Diabetes mellitus Typ 2 22
7. Langzeitversorgung des alten Patienten 24
   7.1. Hinweise zum geriatrischen Basisassessment 25
   7.2. Arbeitsblatt: Geriatrisches Basisassessment – Patientenbericht 26
   7.2.1. Barthel-Index: Basisfunktion des Alltags 26
   7.2.2. Geldzähltest nach Nikolaus: Instrumentelle Alltagskompetenz 27
   7.2.3. Uhrentest nach Shulman: Kognition 27
   7.2.4. Mini Mental Status Test (MMST) 28
   7.2.5. Timed up and go-Test: Mobilität 30
   7.3. Arbeitsblatt: Hausbesuch bei einem Langzeitbetreuungspatienten 31
8. Prävention 36
   8.1. Hinweise zum „Check-up 35“ 37
   8.2. Arbeitsblatt: Gesundheitsprävention „Check-up 35“ 40
   8.3. Arbeitsblatt: Impfungen – Impfberatung 42
9. Psychosomatik in der Hausarztpraxis 45
   9.1. Hinweise zum „Psychosomatischen Fall“ 46
   9.2. Arbeitsblatt: „Der psychosomatische Fall“ - Patientenbericht 48
10. Checkliste „Sonstige Aufgaben“ 49
11. Literatur 50
12. Benotungsbogen 51
13. Vertraulicher Praxisevaluationsbogen 52
14. Kurzbericht zur Praxis 53
15. Erklärung zur Verschwiegenheit 54

1. Allgemeine Hinweise - Checkliste

☐ **Ausbildungspraxis ausgewählt (mediTUM)**
Wichtig: Das Praktikum wird nur dann anerkannt, wenn Sie es in der von Ihnen in Meditum gebuchten Praxis absolviert haben.

☐ **Terminvereinbarung**
Nehmen Sie „umgehend nach der Buchung" in mediTUM Kontakt mit Ihrer Ausbildungspraxis auf und vereinbaren Sie Ihre Praktikumstermine! Die Approbationsordnung gibt vor, dass das Blockpraktikum 10 Tage umfassen muss. An der TU München sind 1x5 und 1x4 Tage in der Praxis abzuleisten (= 9 Tage Praxis). 1 weiterer Tag ist für E-Learning frei (der E-Learning-Tag gilt als 10. Praktikumstag). Das Praktikum kann als 2 x 1 Woche gestaltet werden, es können aber auch zwei Wochen am Stück abgeleistet werden – je nachdem, wie sich Student und Lehrpraxis einigen; das Absolvieren von einzelnen Tagen ist hingegen nicht möglich. Das Praktikum muss vor Beginn des nächsten Semesters absolviert werden:
Zeitraum für BP im WS: 01.10. bis 31.03. Zeitraum für BP im SS: 01.04. bis 30.09.
Informieren Sie sich auch über die jeweiligen Besonderheiten der Praxis (z. B. Öffnungszeiten, Voraussetzungen wie Bekleidung usw.). Bei weiter entfernten Praxen können Sie um Rat fragen, wie Sie die Praxis erreichen können, und wie die Unterkunft und Verpflegung geregelt ist.

☐ **Organisieren Sie Ihre Aufgaben gleich am ersten Tag**
Dies ist Ihre Verantwortung: Vereinbaren Sie gleich am ersten Tag in der Praxis, wann Sie welche Aufgaben ausführen werden. Ihre Lehrpraxis wird Ihnen dabei behilflich sein. Nur so ist es möglich, die Aufgaben strukturiert zu bearbeiten und die hausärztliche Tätigkeit optimal mitzuerleben.

☐ **Kleidung**
Ein angemessenes Erscheinungsbild sowie ein gepflegtes Äußeres in der Lehrpraxis nehmen wir als selbstverständlich an.

☐ **Bearbeitung der Online-Seminare der virtuellen Hochschule Bayern (vhb)**
Bearbeiten Sie möglichst VOR Antritt des Blockpraktikums die Online-Seminare VHB Kursteil 1 und Kursteil 2. Sie sollen Ihnen helfen, sich rascher in den typischen hausärztlichen Arbeitsalltag einzudenken. Anmelden können Sie sich bei www.vhb.org. Nach erfolgreicher Teilnahme am Onlinekurs (mindestens 90% der Fälle müssen bearbeitet worden sein) erhalten Sie ein Teilnahmezertifikat. Sollten wider Erwarten Probleme auftreten, schreiben Sie bitte eine E-Mail an moodle@tum.de oder an therese.herzog@mri.tum.de.therese.herzog
Bitte beachten Sie: die Umstellung auf das Folgesemester erfolgt für das Wintersemester am 01.10., für das Sommersemester am 15.03.! Alle bis dahin erbrachte Leistungen werden nach dem Stichtag gelöscht, Zertifikate sind nur bis zum Stichtag verfügbar. Achten Sie also darauf, die Kurse vor Ablauf der Frist zu beenden und die Zertifikate herunterzuladen.

☐ **Evaluation**
Bitte geben Sie die Evaluation bei uns im Institut ab. Dies ist uns enorm wichtig, um die Qualität weiter auf diesem hohen Niveau halten zu können. Ohne Evaluation gibt es keine Bestätigung für das Blockpraktikum!

☐ **Bei Auftreten von Problemen**
Sollten nach der Vorstellung oder im Ablauf des Blockpraktikums Probleme auftreten, wenden Sie sich bitte umgehend an uns. (Tel. Institutssekretariat: 089 / 614 6589 13).

☐ **Der Benotungsbogen (Trennseite 51) wird dem Lehrarzt übergeben. Dieser faxt ihn ans Institut, das Original verbleibt als Dokumentationsnachweis in der Praxis.**

☐ **Am Ende des BP müssen Sie folgende Unterlagen am Institut als zusammenhängende PDF-Datei einreichen:**
- Laufzettel Einleitungsschulung
- VHB-Zertifikat Teil 1 und Teil 2
- Praxisevaluationsbogen (Trennseite 52, zwecks Leserlichkeit vorzugsweise elektronisch ausfüllen)
- Kurzbericht zur Praxis (Trennseite 53, zwecks Leserlichkeit vorzugsweise elektronisch ausfüllen)
- Verschwiegenheitserklärung (Trennseite 54)

2. Bedeutung der Allgemeinmedizin – eine Einführung

Konzeption: Prof. Dr. med. Antonius Schneider

Es wurden in den letzten Jahrzehnten immer wieder Versuche unternommen, das Fach Allgemeinmedizin griffig in einem Satz zu definieren. Dies fällt deutlich schwerer als bei spezifischen Fächern wie Kardiologie („Wir kümmern uns um das Herz“) oder Orthopädie („Wir sind für den Bewegungsapparat zuständig“). Da in der Hausarztmedizin der ganze Mensch mit allen gesundheitlichen Belangen im Mittelpunkt steht, trifft am besten der Satz zu „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“, der letztlich die Komplexität der Allgemeinmedizin in Ihrem Bemühen widerspiegelt, den Menschen im Sinne eines bio-psycho-sozialen Modells unter Einbeziehung der erlebten Anamnese zu verstehen. In diesem Kapitel wollen wir prägnant die Definition und die Aufgaben der Allgemeinmedizin auf den Punkt bringen. Hierdurch kommt dem Hausarzt eine ganz spezifische Rolle bei der Versorgung seiner Patienten zu – dies wird in dem Unterpunkt CanMEDS-Rollen genauer ausgeführt. Diese Aspekte werden in den Lernzielen aufgegriffen und kommen regelmäßig im Blockpraktikum vor.

2.1. Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Als Fach umfasst die Allgemeinmedizin die Beschäftigung mit allen Gesundheitsproblemen von Körper und Psyche im sozialen Kontext. Ihre zentrale Ausprägung liegt im Arbeitsfeld der hausärztlichen Versorgung. Die Allgemeinmedizin und Familienmedizin kommen in verschiedenen Settings zum Einsatz und sind dabei nicht mit hausärztlicher Praxis allein gleichzusetzen. Sie ist als medizinisches Fachgebiet auf den ganzen Menschen in allen Lebensphasen spezialisiert. Typisch ist eine langfristige, kontinuierliche und umfassende Betreuung. Die Allgemeinmedizin und Familienmedizin nutzen Methoden der evidenzbasierten Medizin in Versorgung, Forschung und Lehre.

Versorgung, Koordination und Steuerung

Die Allgemeinmedizin und Familienmedizin bilden das Fundament des Gesundheitssystems – sowohl als erste Anlaufstelle als auch in der Koordination der medizinischen Versorgung. Dies schafft Kontinuität in einem fragmentierten Versorgungssystem und verbessert Effektivität, Nachhaltigkeit und Qualität.

Forschung

Die Allgemeinmedizin ist ein universitäres Fach mit eigener wissenschaftlicher Basis. Dabei liegt ein besonderer Schwerpunkt auf der Perspektive „Forschung aus der Praxis – für die Praxis". Dadurch verbessert das Fach die medizinische Versorgung insgesamt.

Prävention und Gesundheitsförderung

Ein Fokus der Allgemeinmedizin und Familienmedizin liegt auf Prävention und Gesundheitsförderung – die vertrauensvolle Langzeitbeziehung ermöglicht es, zu Lebensstil und Reduktion gesundheitlicher Risiken auf Augenhöhe ins Gespräch zu kommen. Dabei versteht sich das Fach in besonderem Maße als zuhörende und sprechende Medizin, deren Ergebnis partizipative Entscheidungen sind.

Allgemeinmedizin und Familienmedizin in der hausärztlichen Praxis

Typisch für die allgemeinmedizinische Arbeitsweise sind die sehr große Bandbreite an Beratungsanlässen und Schnittstellen, die Prinzipien des abwartenden Offenhaltens bei unklaren Verläufen und das Erkennen von abwendbar gefährlichen Verläufen. Zentrale Bedeutung besitzen dabei die Priorisierung und die Kontinuität der Versorgung.

Umfassender Anspruch

Das Grundverständnis der Allgemeinmedizin und Familienmedizin ist ein personenzentriertes, integriertes bio-psycho-soziales Modell, was auch als systematische Kontextualisierung beschrieben wird. Als besonderer Schwerpunkt ist die Familienmedizin integraler Bestandteil des Fachs und berücksichtigt das familiäre und sozialräumliche Umfeld sowie kommunale Strukturen.

Team-Medizin

Die Allgemeinmedizin und Familienmedizin folgen einem interprofessionellen Konzept: Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner arbeiten als Teamplayer eng mit anderen medizinischen Disziplinen und Gesundheitsberufen zusammen. In der hausärztlichen Versorgung können medizinische Probleme auch durch supervidierte Delegation zeitnah bearbeitet werden.

Aus-, Weiter- und Fortbildung

Die Allgemeinmedizin und Familienmedizin garantieren eine qualitativ hochwertige Aus- und Weiterbildung. Sie stellen primärmedizinische Inhalte in der Qualifizierung aller Gesundheitsberufe sicher. Allgemeinmedizinische Fortbildung findet möglichst im Team statt und ist unabhängig von Einflüssen von Pharmaindustrie, Medizinprodukte-Herstellern und IT-Branche.

Bedarfsgerechtigkeit und Nachhaltigkeit

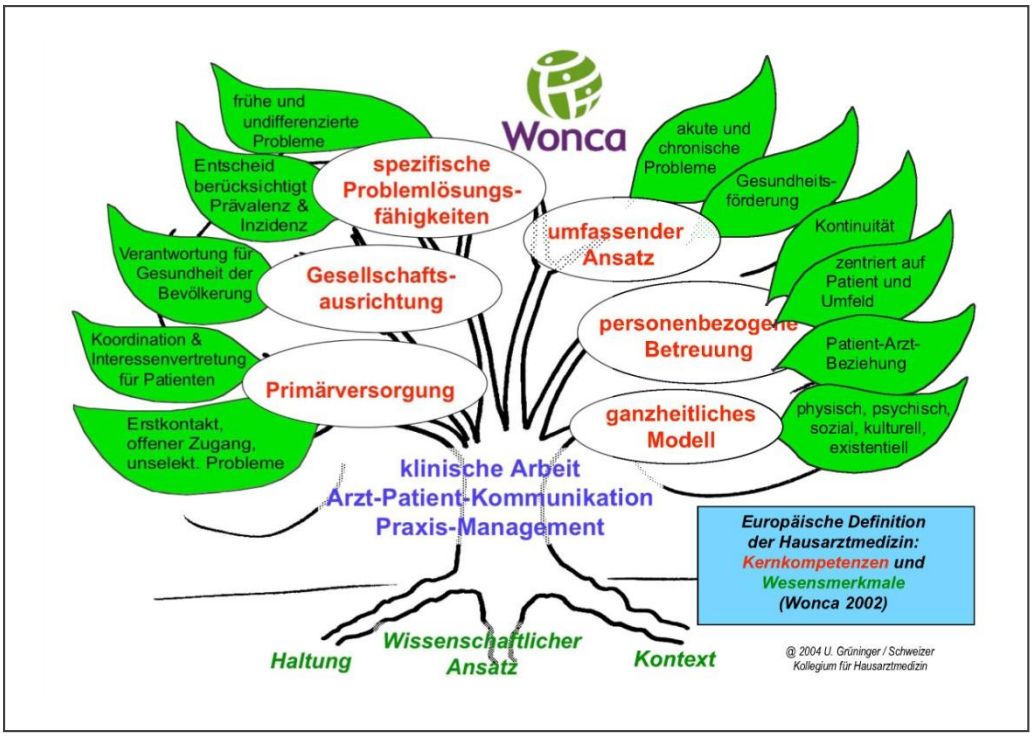
Der niedrigschwellige Zugang zu medizinischer Versorgung macht die hausärztliche Praxis zu einem wichtigen Ort für gesundheitliche Chancengleichheit. Die Allgemeinmedizin und Familienmedizin beziehen soziale Herausforderungen explizit mit ein. Sie handeln ressourcenschonend, setzen sich für den

Abbau von Überversorgung (quartäre Prävention) sowie von Unter- und Fehlversorgung ein. Sie sind wohnortnah verfügbar und berücksichtigen Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Umwelt.

Quelle: https://www.degam.de/fachdefinition

2.2. Aufgaben der Allgemeinmedizin und Bedeutung für das Gesundheitswesen

Aufgrund dieser fachspezifischen Erfordernisse erwachsen dem hausärztlichen Arbeitsbereich eigene Herausforderungen und eine breite Auffächerung der Aufgaben. Der Europäische Arm des Weltverbandes der Allgemeinärzte (***W**orld **O**rganization of **N**ational **C**olleges, **A**cademies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians,* WONCA*)* hat eine Heuristik strukturiert, mit der die Kernkompetenzen eines Hausarztes / einer Hausärztin benannt werden. Die damit verbundenen Aufgaben des Hausarztes werden mit der nachfolgenden Abbildung illustriert.

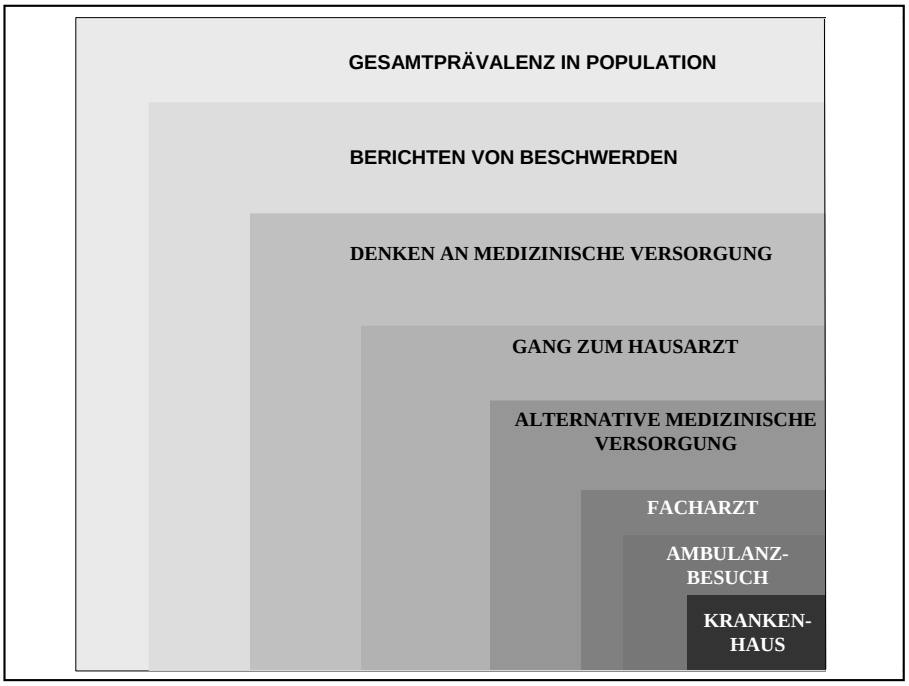


Anhand der Graphik wird deutlich, dass eine ganzheitliche bio-psycho-soziale Herangehensweise bei der Behandlung der Patienten vorausgesetzt wird, die auch die Familie bzw. das soziale Umfeld des Patienten mit einbezieht. Die Realisierung dieser Ansprüche ist selbstverständlich von der Konstruktion der Gesundheitswesen der verschiedenen Länder abhängig. Aber die Vielseitigkeit der Aufgaben verdeutlicht auch, dass der Hausarzt[1] kein Kliniker im Sinne eines Fachspezialisten sein kann. Der Hausarzt ist vielmehr als „Arzt der ersten Linie" zu verstehen, wie Braun es bereits 1970 sehr treffend formuliert hat (Braun 1970), denn die Patienten wenden sich bei der Erstmanifestation von Beschwerden in der Regel zuerst an ihn als primäre Vertrauensperson. In der hausärztlichen Praxis werden somit die ersten diagnostischen Maßnahmen durchgeführt und die Mehrzahl der Beratungsprobleme gelöst. Bei Bedarf erfolgen Überweisungen zu den nachfolgenden Sektoren im Gesundheitswesen. In dieser Funktion kommt dem

[1] Aus Gründen der Lesbarkeit wird in der Regel das männliche Geschlecht verwendet – gemeint sind selbstverständlich beide Geschlechter.

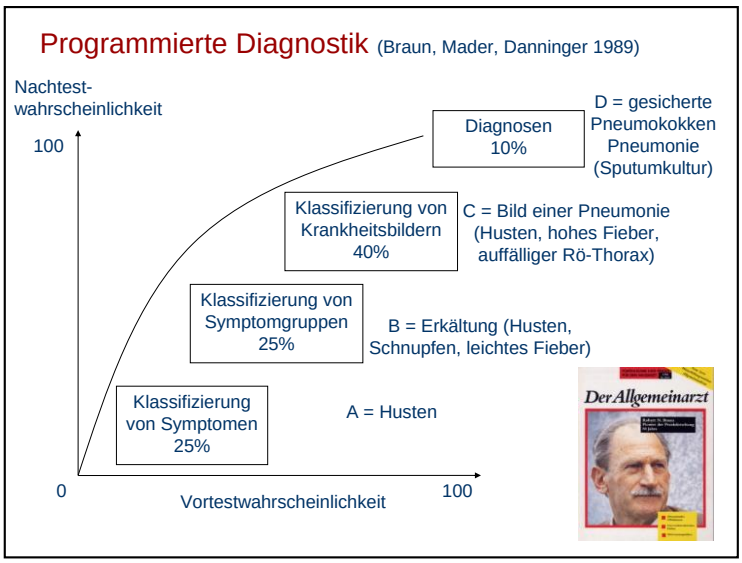
Hausarzt eine sogenannte „Gatekeeper“ – Funktion zu. Die Konsultation des Patienten bei seinem Hausarzt weist in Bezug auf die Identifikation von Beschwerden und diagnostischer Entscheidungsfindung erhebliche Unterschiede im Vergleich zum klinischen Versorgungsbereich auf. Die Ursache dieser Unterschiede soll in einem Selektionsmodell erklärt werden, um ein Verständnis der für den hausärztlichen Versorgungsbereich spezifischen Stärken und Schwächen zu schaffen (siehe folgende Abbildung).

In einer epidemiologischen Studie von White et al. (1961), die von Green et al. (2001) vierzig Jahre später wiederholt wurde, zeigte sich, die Zeit überdauernd, dass innerhalb eines Monats von 1000 Menschen insgesamt 750 Patienten über Beschwerden klagen, aber nur 250 einen Hausarzt aufsuchen, 9 in ein Krankenhaus eingewiesen werden und nur einer in einer Universitätsklinik aufgenommen wird. Hierbei wird die Selektion über die verschiedenen Versorgungssektoren deutlich, bei der die Vortestwahrscheinlichkeiten von Erkrankungen von Hausarztpraxis via Facharzt bis zum Universitätsklinikum deutlich ansteigen. Aus epidemiologischer Sicht spricht man in diesem Zusammenhang von einem „unausgelesenen Patientenklientel“ in der Hausarztpraxis. Letztlich bedeutet

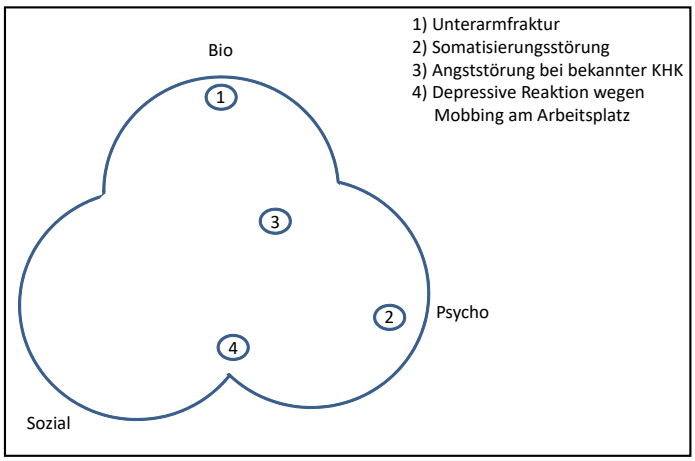


dies für den Allgemeinarzt, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient mit bestimmten Symptomen, wie z.B. unspezifische Schmerzen im gesamten Körper oder mit morgendlichem Stimmungstief, tatsächlich eine Somatisierungsstörung bzw. Depression aufweist, geringer ist, als in einer psychosomatischen Klinik, Ambulanz oder beim niedergelassenen Psychotherapeuten. Ein weiterer wichtiger Sachverhalt ist, dass die Krankheits-intensität in der Hausarztpraxis häufig geringer ist als im klinischen Setting, da die Patienten in den ersten Stadien einer Erkrankung zum Hausarzt kommen, während sie im klinischen Kontext bereits vorselektiert wurden (Knottnerus 1991). Daher liegt das Kernproblem der hausärztlichen Diagnostik in der system-immanenten diagnostischen Unsicherheit, die auf die niedrige Prävalenz (=Vortestwahrscheinlichkeit) von Erkrankungen und die geringere Krankheitsintensität zurückzuführen ist. Erklärbar ist dies durch den Sachverhalt, dass die Wahrscheinlichkeit von Diagnosestellung bzw. –ausschluss (=Nachtestwahrscheinlichkeit) und Prävalenz (=Vortestwahrscheinlichkeit) einer Erkrankung miteinander verknüpft sind: die diagnostische Treffsicherheit (= Positiver Vorhersagewert) von klinischen Zeichen und Symptomen ist höher, wenn die Vortestwahrscheinlichkeit höher ist (Bayes´sches Theorem). An einem praktischen Beispiel lässt sich dies gut nachvollziehen: bei retrosternalen Schmerzen ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Herzinfarkt bei einem Patienten auf einer kardiologischen Station vorliegt, viel höher als bei einem dreißigjährigen Patienten ohne Nikotinabusus oder Begleiterkrankungen in der Hausarztpraxis. Konsequenterweise bedeutet dies für die hausärztliche Praxis eine niedrigere diagnostische Treffsicherheit, da im Niedrigprävalenzbereich gearbeitet wird. Dies verdeutlicht, dass die Diagnostik in der Hausarztpraxis zwangsläufig unter anderen Bedingungen abläuft als im vorselektierten

klinischen Bereich. Durch sorgfältige Anamnese, körperliche Untersuchung und apparative Diagnostik kann der Hausarzt sukzessive die Vortestwahrscheinlichkeit erhöhen, so dass er im Sinne einer Stufendiagnostik – oft erst im zeitlichen Verlauf – die Diagnose stellen kann. Häufig ist eine klare Diagnose gar nicht zu stellen, weil hierfür erst Biopsien oder Erregerkulturen nötig wären. Der Aufwand ist bei häufig milden Erkrankungen nicht gerechtfertigt, schließlich heilen viele Erkrankungen auch von alleine ab oder benötigen nur verhältnismäßig geringe medizinische Verordnungen.



Der bewusste Verzicht auf Vollständigkeit gehört also zur allgemeinmedizinischen Arbeitsrealität. Bereits in den 1970 er Jahren hat der österreichische Hausarzt und Forscher Robert Braun die Prinzipien der diagnostischen Unschärfe im hausärztlichen Setting erkannt. Auf ihn gehen auch die Begrifflichkeiten **„abwendbar gefährlicher Verlauf“** (agV) und **„abwartendes Offenlassen“** zurück, die er aufgrund seiner Erkenntnisse formuliert hat. Ein Schritt weitergedacht, könnte bezogen auf das bio-psycho-soziale Modell formuliert werden, dass bei jedem individuellen Fall überlegt werden muss, in welchem Bereich sich der Patient mit seinen Beschwerden im Moment der Präsentation befindet (siehe untenstehende Abbildung). Eine Unterarmfraktur (1) ist biologisch kausal einzuordnen, während eine Somatisierungsstörung (2) eher am psychischen Pol eingeordnet werden kann; bei bestehender KHK kann der Patient mit Herzangst reagieren (3) – und befindet sich daher in einem Zwischenbereich, ebenso wie der Patient, der aufgrund von Stressoren am Arbeitsplatz depressiv reagiert (4). Insofern ist jede Arzt-Patient-Begegnung neu, jeder Kontakt ist anders, wenn überlegt werden muss „wo der Patient gerade abgeholt werden muss“. Dies macht die hausärztliche Tätigkeit so abwechslungsreich und spannend, wie eine Detektivarbeit – wir wünschen Ihnen viel Spaß und Freude im Praktikum!



Literatur

1. Braun RN .Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis. Urban und Schwarzenberg 1970
2. Green LA, Fryer GE, Yawn et al. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med 2001;344:2021-2025
3. Knottnerus JA. Medical decision making by general practitioners and specialists. Fam Pract 1991;8:305-307
4. Schneider A, Dinant GJ, Szecsenyi J. Zur Notwendigkeit einer Stufendiagnostik in der Allgemeinmedizin als Konsequenz des Bayes´schen Theorems. Z Arztl Fortbild Qualitatssich 2006;100:121-7.
5. White KL, Williams TF, Greenberg BG (1961) The ecology of medical care. N Engl J Med 265: 885-892.

2.3. CanMEDS-Rollen für die Allgemeinmedizin

Das Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC) hatte 2005 ein Grundgerüst zur Definition der Rolle des Arztes entwickelt – das sogenannte „CanMEDS 2005 Framework". Dieses Grundgerüst drückt aus, dass für einen echten medizinischen Experten mehr notwendig ist als alleiniges medizinisches Wissen. Denn medizinisches Wissen alleine macht den Patienten noch nicht gesund – es muss klug angewendet und gut mit dem Patienten kommuniziert werden. Ohne gutes Management erleidet die beste Hausarztpraxis Schiffbruch oder der beste Stationsarzt geht im Klinikalltag unter. Es kommen also noch weitere wichtige Funktionen hinzu, die von hoher Bedeutung sind, um ein guter Arzt bzw. eine gute Ärztin zu sein: Kompetenzen im Bereich Kommunikation (Communicator), Zusammenarbeit (Collaborator), Fähigkeit für ein lebenslanges Lernen (Scholar), die Bereitschaft, als Fürsprecher des Patienten einzustehen (Health Advocate) und eine ethisch hochstehende ärztliche Haltung (Professional) sind ebenso wichtig für einen echten medizinischen Experten wie die Fähigkeit für ein gutes Management (Manager). Das vom Royal College of Physicians and Surgeons of Canada entwickelte Grundgerüst hat die ärztlichen Teilrollen tiefgründig beschrieben und dadurch weltweit eine enorm hohe Akzeptanz erfahren, so dass es in zahlreichen Ländern für die curriculare Entwicklung für verschiedenste medizinische Fachdisziplinen verwendet wird. 2009 wurde das Grundgerüst für den allgemeinmedizinischen Arbeitsbereich als „CanMEDS – Family Medicine Framework" adaptiert (siehe Abbildung). Diesen CanMEDS Family Medicine - Rollen werden vier Grundprinzipien der Allgemeinmedizin zugeordnet, wobei eine ungefilterte 1:1-Übertragung aufgrund der unterschiedlichen Strukturen der Gesundheitswesen nicht ohne weitere möglich ist.

CanMEDS-Family Medicine

Adapted by the College of Family Physicians of Canada in 2011 from the CanMEDS Physician Competency Diagram with permission of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Copyright © 2009. Reproduced with permission of the CFPC.

Die vier Prinzipien der Allgemeinmedizin	**CanMEDS-Rollen**
Die Arzt-Patient-Beziehung ist zentral für die Rolle des Hausarztes. (The Doctor Patient Relationship is Central to the Role of the Family Physician.)	„Kommunikator" Teamarbeiter Professionalität
Der Hausarzt ist ein erfahrener / gut ausgebildeter Kliniker. (The Family Physician is a skilled Clinician.)	Hausärztlicher Experte „Kommunikator" Fähigkeit für lebenslanges Lernen
Allgemeinmedizin hat einen Gemeindebezug. (Family Medicine is Community-Based.)	Teamarbeiter Manager Fürsprecher der Patienten
Der Allgemeinarzt steht für eine breite gesundheitliche Versorgung zur Verfügung. (The Family Physician is a Resource to a Defined Practice Population.)	Teamarbeiter Manager Fürsprecher der Patienten Fähigkeit für lebenslanges Lernen

Genaue Ausführung zur kanadischen Beschreibung der vier Grundprinzipien der Allgemeinmedizin finden Sie auf http://www.cfpc.ca/principles/. Die CanMEDS-Family Medicine - Roles können Sie auch

herunterladen von der Website http://www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Resource.aspx?id=3031 – oder einfach „googlen“. Die Identifizierung und Beschreibung der unterschiedlichen Rollen, die wir in einer Profession ausüben, nimmt aufgrund der zunehmenden Komplexität stetig zu und lässt sich unter anderem auch auf sich selbst als ganze Person übertragen – frei nach dem Motto „Wer bin ich? Und wenn ja, wie viele?“. Da die oben skizzierten Rollen für Ihre ärztliche Tätigkeit zentral sind, werden diese im Folgenden skizziert, aus Platzgründen werden jedoch nur die wichtigsten Aspekte herausgegriffen. Bei vertieftem Interesse können die weitergehenden Beschreibungen bei den angegebenen Quellen heruntergeladen werden (frei verfügbar).

Hausärztlicher Experte (Family Medicine Expert): Integration aller CanMEDs-Rollen, um optimal als Generalist zu arbeiten. Ist in der Lage, komplexe medizinische Probleme im hausärztlichen Arbeitsalltag mit hausärztlichen Mitteln zu lösen.

Hohe Kompetenz im Bereich Kommunikation / „Kommunikator“ (Communicator): Entwickelt eine vertrauensvolle Beziehung zu den Patienten und Familien. Ist in der Lage, die Perspektiven der Patienten zu erfassen.

Hohe Kompetenz zur Zusammenarbeit / Teamarbeiter (Collaborator): Ist in der Lage, in Teams zu arbeiten und mit anderen ärztlichen und nicht ärztlichen Kollegen effektiv und effizient zusammenzuarbeiten. Trägt zu einem positiven Arbeitsumfeld bei. Bezieht Patienten als aktive Teilnehmer ihrer gesundheitlichen Versorgung mit ein.

Fähigkeit für ein lebenslanges Lernen (Scholar): Erhält und verbessert stetig die klinischen Kompetenzen durch kontinuierliches Lernen und selbst-reflektierende Tätigkeit in der Praxis. Ist in der Lage, medizinische Informationen kritisch zu reflektieren.

Fürsprecher des Patienten (Health Advocate): Geht auf individuelle Bedürfnisse der Patienten ein. Geht auf die Bedürfnisse des allgemeinen Gemeinwohls ein. Unterstützt die Gesundheit von Patienten, der Gemeinde und der Bevölkerung.

Ärztliche Haltung (Professional): Zeigt Engagement für die Patienten, die eigene Profession und für die Gesellschaft mit einer hochstehenden ethischen Haltung. Zeigt Engagement für die ärztliche Gesundheit. Reflektiert sein eigenes ärztliches Handeln.

Manager: Effektives Praxismanagement. Trägt zur Effektivität der Gesundheitsorganisationen und des Gesundheitssystem bei. Geht sorgfältig mit den begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen um.

3. Lernziele für das Blockpraktikum

Aufbauend auf den oben ausgeführten Kriterien wurden die nachfolgenden Lernziele erstellt. Wir stellen Sie hier für Sie dar, damit Sie nachvollziehen können, warum Sie die entsprechenden Inhalte des Blockpraktikums erlernen und erarbeiten sollen. Darüber hinaus können Sie auch Ihren eigenen Lernverlauf kontrollieren.

Kernkompetenzen des hausärztlichen Experten (CanMEDS Family Medicine)

Gruppe	Untergruppe	Lernziel	Umsetzung
Gelingende Kommunikation (Communicator)	Arzt-Patient-Beziehung	Kann Arzt-Patient-Beziehung einschätzen	
	Inhaltsebene / Beziehungsebene	Erkennt Unterschied zwischen Inhalts- und Beziehungsebene	Beschreibung des szenischen Erlebens an exemplarischen Beratungsfall (S. 48)
	Kommunikationsstil	Erkennt unterschiedliche Kommunikationsstile in der jeweiligen Behandlungssituation	
Gute Zusammenarbeit (Collaborator)	Praxisteam	Kann konkrete Aspekte der Zusammenarbeit benennen	Kurzbeschreibung des Aufgabenprofils einer MFA (S. 48)
	Kollegen	Kann konkrete Aspekte der Zusammenarbeit benennen	Beschreibung eines Überweisungsvorganges (S .48)
Manager	Teammanagement	Studierende soll Aspekte des Praxis-/ Sprechstundenmanagements benennen können	Erklärung des Sprechstundensystems / Notfallmanagement durch eine MFA (S. 48)
	Praxismanagement (Dokumentation, Abrechnung)	soll Grundverständnis für Dokumentation und Abrechnungswesen haben (KV)	Hausarzt fragen, wie Dokumentation und Abrechnung funktioniert (S. 48)
Fürsprecher des Patienten (Health Advocate)	Motivation des Patienten für gesundes Verhalten	Soll Sinn des Gesundheits-Checks kennen	Durchführung eines Gesundheitschecks mit Arriba (S. 36)
	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	Kennt die Definition Arbeitsunfähigkeit (AU) und kann bei einem leichten Fall (z.B. Erkältung) Indikation und Dauer festlegen	Ausstellung einer AU bei leichtem Behandlungsfall (S. 48)
Lebenslanges Lernen (Scholar)	Fortbildungsmaßnahmen / CME-Punkte	Soll Möglichkeiten der lebenslangen Fortbildung benennen können und CME-Pflicht beschreiben können (250 Punkte in 5 Jahren)	Hausarzt fragen, wie er in medizinischen Belangen auf dem aktuellen Stand des Wissens bleibt. (S. 48)
Professionelle ärztliche Haltung (Professional)	Professionelles Auftreten	Soll Aspekte der guten ärztlichen Haltung beschreiben können (Respekt, Freundlichkeit, Qualitätsstandards, Vertrauen, Ehrlichkeit gegenüber Patienten und Team)	Kurzbeschreibung des Erlebens in der Praxis (S. 46)
	Respekt für Patienten und Praxismitarbeiter/-innen		

Arbeitsgrundlage und Arbeitsweise der Allgemeinmedizin

Gruppe	Untergruppe	Lernziel	Umsetzung
Arbeitsgrundlagen	Unausgelesenes Patientenklientel	Kennt den Begriff des unausgelesenen Patientenklientels und ist in der Lage, sein Handeln und Behandeln angemessen darauf einzustellen	Online-Seminar vhb
	Häufige Beratungsprobleme	Kennt die wesentlichen häufigen Beratungsprobleme in der Allgemeinpraxis und kann im Einzelfall mit ihnen in Diagnostik und Therapie umgehen	Online-Seminare vhb Fallbeschreibung (S. 14-17)
	Erlebte Anamnese	Kennt den Begriff der erlebten Anamnese und kann ihn im Einzelfall erläutern	Fallbeschreibung (S. 14-17)
	Bio-psycho-soziales Modell	Kann im Einzelfall die somatischen, psychischen und sozialen Aspekte im Rahmen eines Beratungsanlasses benennen	Fallbeschreibung (S. 14-17)
Umgang mit der Unschärfe	Klassifizierung	Kann das im Einzelfall gewonnene Beratungsergebnis bezüglich seiner diagnostischen Sicherheit korrekt klassifizieren	Fallbeschreibung (S. 14-17)
	Abwartendes Offenlassen (AO)	Kennt Erfordernis und Grenzen des Handelns im Einzelfall bei unklarer diagnostischer Ausgangslage, kann damit die Strategie des AO im konkreten Einzelfall begründen	Fallbeschreibung (S. 14-17)
	Abwendbar gefährlicher Verlauf (AGV)	Kennt die wesentlichen AGV's, bedenkt sie im Einzelfall oder schließt sie aus	Fallbeschreibung (S. 14-17)
	Geteilte Verantwortung	Kennt die Erfordernis der geteilten Verantwortung/ Partizipative Entscheidungsfindung mit dem Patienten	Fallbeschreibung (S. 14-17)
Evidenzbasierte Medizin	Leitlinien	Kennt die wesentlichen hausärztlichen Leitlinien (DEGAM-Leitlinien, Nationale Versorgungsleitlinien, AWMF etc.)	Leitlinienfall (S. 18)
	Umgang mit EbM in der hausärztlichen Begegnung	Orientiert im Einzelfall sein Handeln an ihnen, bzw. kann ein Abweichen davon im Einzelfall begründen	

Arbeitsbereich der Allgemeinmedizin

Gruppe	Untergruppe	Lernziel	Umsetzung
Akuter Beratungsanlass	Erkältung Bauchschmerzen Evtl. Wundversorgung	Soll anhand exemplarischer akuter Fälle die typische hausärztliche Arbeitsweise erklären können	Fallbeschreibung (S. 14-17)
Langzeitversorgung eines chronisch kranken Patienten	Diabetes mellitus KHK Asthma bronchiale / COPD	Kennt die Vorgaben und Erwartungen der DMP's (Diabetes mellitus, Asthma bronchiale/COPD, KHK) und setzt sie in der Langzeitbetreuung chronisch Kranker um	Führt eine Verlaufskontrolle exemplarisch bei einem Patienten mit Diabetes mellitus durch (S. 20 ff.)
Langzeitversorgung eines alten Patienten	Hausbesuch	Kennt Indikation, Vorteil und Grenzen des Hausbesuchs und kann diesen im Einzelfall planen und durchführen	Geht auf Hausbesuch mit. Fallbeschreibung (S. 30ff.)
	Geriatrisches Basisassessment	Kann bei einem geriatrischen Patienten in dessen häuslichem Umfeld bestimmte Probleme häufiger geriatrischer Syndrome (Sturz, Demenz, Ernährung- und Trinkstörung, Inkontinenz) erkennen und Möglichkeiten der Abhilfe im Hinblick auf das individuelle soziale Umfeld nennen.	Fallbeschreibung incl. Geriatrisches Basis-assessment (S. 24 ff.)
	Visiten im Pflegeheim	Kennt die Besonderheiten der Visiten in Pflegeheimen	Visite im Pflegeheim begleiten; keine gesonderte Fallbeschreibung
Prävention	Motivation des Patienten für gesundes Verhalten (s.a. Health Advocate)	Soll Sinn des Gesundheits-Checks kennen	Durchführung eines Gesundheitschecks mit Arriba. Fallbeschreibung (S. 36 ff.)

4. Das SOAP-Schema

In der täglichen Arbeit ist ein Arzt ständig aufgefordert, Behandlungsfälle und die zugehörigen Daten zu dokumentieren. Dies dient zur eigenen Gedächtnisstütze und als Nachweis der eigenen Arbeit. Darüber hinaus dient die Dokumentation auch zur Information für die anderen Mitarbeiter in der Praxis und außerhalb der Praxis, z.B. für die mitbehandelnden Ärzte, an die überwiesen wird. Schließlich dient eine gute Dokumentation auch der medizinisch-juristischen Absicherung. Für diese Zwecke hat sich das sogenannte SOAP-Schema auch international sehr bewährt – das **S**ubjective-**O**bjective-**A**ssessment-**P**lan-Schema. Das Schema unterstützt sie darüber hinaus auch bei einer präzisen fokussierten Entscheidungsfindung – nicht nur im hausärztlichen, sondern auch im klinischen Alltag. Probieren Sie es aus! Die Gliederung eines Falles erfolgt folgendermaßen:

S-Subjektiv	Aktuelle Beschwerden des Patienten, die zum Aufsuchen des Arztes geführt haben. Dabei wird der Patient in seiner Gesamtheit durch psychosozialen Hintergrund, subjektive Krankheitstheorien und Symptome wahrgenommen.
O-Objektiv	Dazu gehören alle erhobenen „objektiven" Befunde aus der körperlichen Untersuchung, Laborergebnisse und weitere technische Untersuchungen (z.B. EKG, Sonographie, Spirometrie).
A-Assessment	Es schließt sich eine zusammenfassende Beurteilung der Befunde aus „Subjektiv" und „Objektiv" an, aus der dann eine „Verdachts-/Diagnose" bzw. ein Beratungsergebnis unter Berücksichtigung der diagnostischen Unschärfe (Braun´sche Klassifikation) abgeleitet wird.
P-Plan	Zuletzt wird das weitere Vorgehen, also ein Therapieansatz oder eine weiterführende Diagnostik festgelegt.

Beispiel Kreuzschmerzen:

S: Hr. Rück, 42 Jahre alt, stellt sich mit akuten Kreuzschmerzen vor, die gestern Abend nach der Gartenarbeit begonnen haben. Er hat im Garten einen Baumstamm mit dem Spaten aushebeln wollen und sich dabei den Rücken verrissen. Die Schmerzen sind so stark, dass er dringend eine Schmerzspritze wünscht.

O: Schmerzen über L5/Kreuzbein, keine Ausstrahlung. Keine Sensibilitätsausfälle, Patellarsehnenreflex und Achillessehnenreflex seitengleich, grobe Motorik unauffällig, Lasègue beidseits unauffällig.

A: Es handelt sich um einen akuten, nichtspezifischen Kreuzschmerz ohne Zeichen eines Bandscheibenvorfalls oder anderer Zeichen eines abwendbar gefährlichen Verlaufs (Symptom – Klassifikation A).

P: Abwartendes Offenlassen gerechtfertigt. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für drei Tage. Schonung, aber keine ständige Bettruhe. Verordnung von NSAR. Wiedervorstellung spätestens in drei Tagen zur Verlaufskontrolle, falls eine deutliche Besserung ausbleibt. Von der i.m.-Spritze wird dringend abgeraten, da nicht leitliniengerecht, Komplikationsrate (Abszess, Schock, Sepsis) zu hoch und orale Medikation gleich und ähnlich rasch wirksam ist (nur 20 Minuten Wirkverzögerung).

5. Akute Beratungsanlässe und Notfälle

5.1. Hinweise zum Patientenbericht „Akuter Beratungsanlass“

Akute Beratungsanlässe bzw. Behandlungsfälle machen einen sehr großen Teil der täglichen hausärztlichen Arbeit aus. Manchmal geht dies aufgrund der vielen Diskussionen um die Betreuung chronisch kranker und / oder alter Patienten unter. Schärfen Sie Ihre diagnostischen Sinne und ihr diagnostisches Denken anhand der symptomorientierten Präsentation der Beschwerden Ihrer Patienten – hier erleben Sie reales problemorientiertes Vorgehen! Arbeiten Sie bitte mindestens zwei Patientenberichte zu akuten Beratungsanlässen ab, dies ermöglicht Ihnen ein strukturiertes Lernen. Optimalerweise kopieren Sie sich die Seite 16 und versuchen möglichst viele Fälle zu bearbeiten.

5.2. Hinweise zum Umgang mit Leitlinien

Mit Einzug der Evidenzbasierten Medizin (EBM) seit Anfang der 90er Jahre entstanden zahlreiche nationale und internationale Initiativen, um das aktuell vorhandene Wissen und die beste zur Verfügung stehende Evidenz in Leitlinien zusammenzufassen. Nach David Sacket, einem der Gründungsväter von EBM, wird Evidenzbasierte Medizin folgendermaßen definiert: „Evidenzbasierte Medizin ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestverfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung.“ Die „Eminenzbasierte Medizin“ wird also mehr und mehr von der Evidenzbasierten Medizin abgelöst.

Damit handelt es sich bei Leitlinien weder um Kochbuchmedizin noch um verbindliche Richtlinien. Vielmehr sollen Leitlinien Ärztinnen und Ärzten bei diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsfindungen unterstützen, um dem individuellen Patienten eine bestmögliche medizinische Versorgung zukommen zu lassen. Mittlerweile wurden auch viele Patientenleitlinien entwickelt, damit die Patientinnen und Patienten sich über Ihre Erkrankungen gut informieren können – basierend auf validen und zuverlässigen Informationen. Somit können auch die Patienten besser mit Ihrem Arzt über Ihre Erkrankung kommunizieren und mitentscheiden (self-empowerment / shared decision making).

Idealerweise werden Leitlinien von neutralen Stellen ohne Sponsoring durch die Pharmaindustrie entwickelt, so dass finanzielle Interessen von vornherein ausgeschlossen sind. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) hat zahlreiche hochwertige Leitlinien, in der Regel sogenannte S3-Leitlinien, entwickelt, um Hausärzte bei häufigen Beratungsanlässen zu unterstützen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern haben sich zu einem Verbund zusammengeschlossen und die „Nationalen Versorgungsleitlinien“ in Zusammenarbeit mit den medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften entwickelt. Bitte verwenden Sie für die Bearbeitung eines passenden Leitlinienfalls eine dieser Leitlinien, die online kostenlos zur Verfügung stehen.

- Leitlinien der DEGAM: https://www.degam.de/leitlinien/fuer-aerzte/leitlinienuebersicht
- Sonstige Leitlinien: www.awmf.de
- Besonders lesenswert auch die Leitlinie zu funktionellen / somatoformen Störungen: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html

5.3. Arbeitsblatt: Fall 1 – Patientenbericht „Akuter Beratungsanlass“

Alter: **Geschlecht:** Universitäts Klinikum

S - Subjektiv

Beratungsanlass / evtl. erster Satz:

.....

Gezielte Anamnese / erlebte Anamnese / Vermutung Patient:

.....

.....

Erster Eindruck:

Leicht (krank)	☐ ---------	☐ ---------	☐ ----------	☐ ----------	☐ **Schwer (krank)**
Akut	☐ ---------	☐ ---------	☐ ----------	☐ ----------	☐ **Chronisch**
Somatisch	☐ ---------	☐ ---------	☐ ----------	☐ ----------	☐ **Psychisch**

O - Objektiv

Körperliche Untersuchung:

.....

.....

Technische Untersuchung: .....

Labor: .....

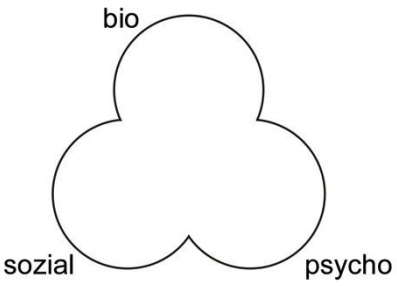
A - Assessment

Kategorie der Diagnostischen Sicherheit (Klassifizierung):

☐ Symptom ☐ Symptomengruppe ☐ Bild einer Krankheit ☐ exakte Diagnose

Formulierung des Beratungsergebnisses: .....

Bio-psycho-soziale Einschätzung:



Mögliche abwendbar gefährliche Verläufe (agV):

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....

P - Plan

Therapeutische Maßnahmen:

☐ problemorientierte Beratung ☐ Medikament(e) ☐ Krankschreibung

☐ Sonstiges: .....

Weiteres Vorgehen:

☐ Abwartendes Offenlassen ☐ Wiedervorstellung ☐ Überweisung ☐ Einweisung

5.4. Arbeitsblatt: Fall 2 – Patientenbericht „Akuter Beratungsanlass“

Alter: **Geschlecht:**

S - Subjektiv

Beratungsanlass / evtl. erster Satz:

.....

Gezielte Anamnese / erlebte Anamnese / Vermutung Patient:

.....

.....

Erster Eindruck: **Leicht (krank)** ☐ --------- ☐ --------- ☐ ---------☐--------- ☐ **Schwer (krank)**

Akut ☐ --------- ☐ --------- ☐ ---------☐--------- ☐ **Chronisch**

Somatisch ☐ --------- ☐ --------- ☐ ---------☐--------- ☐ **Psychisch**

O - Objektiv

Körperliche Untersuchung:

.....

.....

Technische Untersuchung: .....

Labor: .....

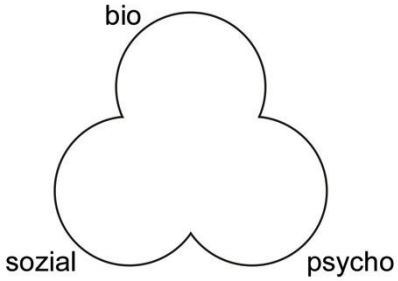
A - Assessment

Kategorie der Diagnostischen Sicherheit (Klassifizierung):

☐ Symptom ☐ Symptomengruppe ☐ Bild einer Krankheit ☐ exakte Diagnose

Formulierung des Beratungsergebnisses: .....

Bio-psycho-soziale Einschätzung:



Mögliche abwendbar gefährliche Verläufe (agV):

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....

P - Plan

Therapeutische Maßnahmen:

☐ problemorientierte Beratung ☐ Medikament(e) ☐ Krankschreibung

☐ Sonstiges: .....

Weiteres Vorgehen:

☐ Abwartendes Offenlassen ☐ Wiedervorstellung ☐ Überweisung ☐ Einweisung

5.5. Arbeitsblatt: Der „Leitlinien – Fall“

Alter: **Geschlecht:**

Universitäts Klinikum

S - Subjektiv

Beratungsanlass / evtl. erster Satz:

.....

Gezielte Anamnese / erlebte Anamnese / Vermutung Patient:

.....

.....

Erster Eindruck: **Leicht (krank)** ☐ --------- ☐ --------- ☐ ----------☐---------- ☐ **Schwer (krank)**

Akut ☐ --------- ☐ --------- ☐ ----------☐---------- ☐ **Chronisch**

Somatisch ☐ --------- ☐ --------- ☐ ----------☐---------- ☐ **Psychisch**

O - Objektiv

Körperliche Untersuchung:

.....

.....

Technische Untersuchung: .....

Labor: .....

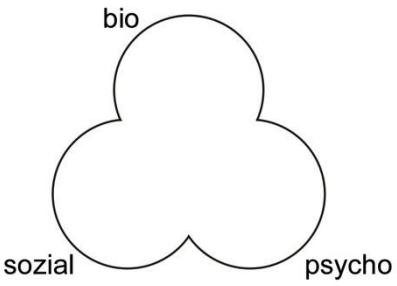
A - Assessment

Kategorie der Diagnostischen Sicherheit (Klassifizierung):

☐ Symptom ☐ Symptomengruppe ☐ Bild einer Krankheit ☐ exakte Diagnose

Formulierung des Beratungsergebnisses: .....

Bio-psycho-soziale Einschätzung:



Mögliche abwendbar gefährliche Verläufe (agV):

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....

P - Plan

Therapeutische Maßnahmen:

☐ problemorientierte Beratung ☐ Medikament(e) ☐ Krankschreibung

☐ Sonstiges: .....

Weiteres Vorgehen:

☐ Abwartendes Offenlassen ☐ Wiedervorstellung ☐ Überweisung ☐ Einweisung

Fallanalyse im Kontext der verwendeten Leitlinie

Verwendete Leitlinie:

Wurde durchgehend entsprechend der Leitlinie vorgegangen?

_____

_____

_____

_____

_____

Wenn nein – wo nicht?

_____

_____

_____

_____

_____

Und warum nicht? Bitte kurz begründen.

_____

_____

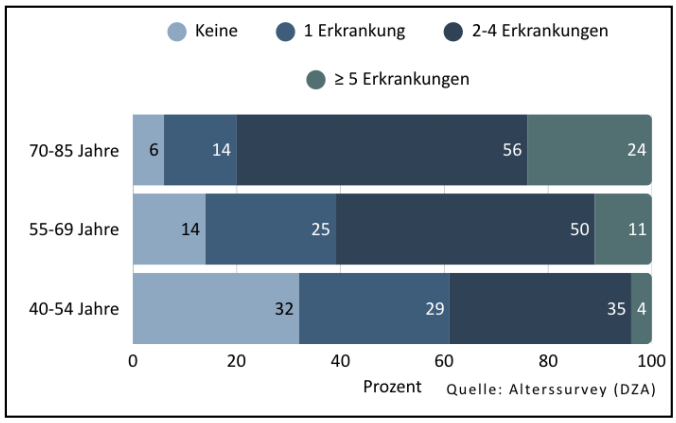
_____

_____

_____

6. Chronische Erkrankungen

Unter anderem aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung, aber auch aufgrund der Fortschritte in der Medizin, nimmt die Anzahl von chronischen Erkrankungen bzw. der Patienten, die daran leiden, zu. Folgende Abbildung aus dem Berliner Alterssurvey soll dies illustrieren:



Die zunehmende Prävalenz von chronischen Erkrankungen hat eine enorme Bedeutung für das hausärztliche Management. Beispielsweise wurden seit Anfang 2000 die Disease Management Programme für Diabetes mellitus Typ 1 und 2, KHK, Asthma bronchiale, COPD und Brustkrebs entwickelt, um die Patienten einer strukturierten und optimierten Versorgung zuzuführen. Dabei brauchen Hausärzte neben dem fundierten, evidenzbasierten Wissen über die Krankheiten gerade bei der Langzeitbetreuung chronisch Erkrankter eine auf Dauer angelegte, tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung und die erlebte Anamnese. Betreuung beinhaltet diesbezüglich:

- Unterstützung und Begleitung der Patienten bei der Bewältigung des Krank-Seins
- Kontrollen bezüglich des Verlaufs der chronischen Krankheiten, möglicher Komplikationen und Folgeerkrankungen
- Gegebenenfalls kurative, symptomatische oder palliative Therapie
- Ziel der Betreuung ist die Vermeidung oder Reduktion akuter Symptome, von Komplikationen und vorzeitigem Tod sowie die Ermöglichung einer optimalen Lebensqualität

6.1. Hinweise zum Bericht „Chronische Erkrankung“

Konzeption: Prof. Dr. med. Reinhold Klein, Dr. med. Hannes Blankenfeld, Dr. med. Andreas Hofmann

Lernziele: Die Studierenden sollen

- die krankheitsspezifische Anamnese bei einem Diabetiker erheben können
- die hausärztlich relevanten körperlichen Untersuchungstechniken anwenden lernen
- die therapeutischen Möglichkeiten der hausärztlichen Behandlung kennen und anwenden lernen

Ihre Aufgabe beim Patienten – z.B. im Rahmen des DMP Diabetes: Erheben Sie eine gezielte Anamnese, und beurteilen Sie den Zustand des Patienten. Dokumentieren Sie bitte die von Ihnen vorgeschlagenen Maßnahmen im Hinblick auf eventuell durchzuführende Diagnostik und die Therapie im nachfolgenden Arbeitsblatt. Wir haben für Sie auch ein Lernvideo entwickelt, in dem die Untersuchung eingehend dargestellt wird (siehe Moodle-Kurs „Seminarvorlesung Allgemeinmedizin“ – Diabetes mellitus)

6.2. Arbeitsblatt: „Chronische Erkrankung" –Diabetes mellitus Typ 2

Alter des Patienten	Geschlecht	Patient neu oder bekannt?

Anamnese

1. Diabetes seit _____ Jahren bekannt

2. ☐ Typ 2 Diabetes ☐ Typ 1 Diabetes

3. Werden Blutzuckerselbstmessungen durchgeführt (Teststreifen, permanente Messung)?

   ☐ Ja ☐ Nein

   Häufigkeit der Blutzuckerselbstmessung: _____ Mal pro Tag/Woche/Monat /_____

4. Patient mit Blutzuckereinstellung zufrieden? ☐ Ja ☐ Nein

5. Episoden mit deutlichem Unter- / Überzucker ☐ Ja ☐ Nein

   Sind schwere Unterzuckerungen (Pat. war auf Fremdhilfe angewiesen) vorgekommen?

   ☐ Ja ☐ Nein

6. Notfallbehandlung (KH, Notarzt) Diabetes letzte 12 Monate?

   ☐ Ja ☐ Nein

7. Zusätzliche (Gefäß-)Risikofaktoren:

   ☐ Rauchen _____ Zigaretten/Tag ☐ Hyperlipidämie ☐ Arterielle Hypertonie

8. Diabetische Folgeerkrankungen bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

   Welche?

   ☐ Diab. Retinopathie ☐ Diabetische Polyneuropathie ☐ Diab. Nephropathie

   ☐ Angiopathie, welche: ☐ KHK ☐ pAVK ☐ Apoplex

9. Letzte Diabetikerschulung: ☐ Jahr: _____ ☐ noch nie

10. Letzte Hypertonieschulung: ☐ Jahr: _____ ☐ noch nie

11. Letzte Vorstellung beim Augenarzt? ☐ Jahr:_____ ☐ noch nie

Körperliche Untersuchung

1. **Größe, Gewicht und BMI:**

   Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____ kg/m²

   ☐ untergewichtig ☐ normalgewichtig ☐ Adipositas Grad _____

2. **Blutdruck:** links: _____ / _____ mmHg rechts: _____ / _____ mmHg

3. **Inspektion beider Füße**

   Auffälligkeiten: _____

   Klassifikation nach Wagner/Armstrong: rechts _____ links _____

	0	1	2	3	4	5
	Prä- oder postulzerierte Läsion	Oberflächliche Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehne oder Kapsel	Wunde bis zur Ebene von Knochen oder Gelenk	Nekrose von Teilen des Fußes	Nekrose des gesamten Fußes
A	Ohne Infektion	Ohne Infektion	Ohne Infektion	Ohne Infektion	Ohne Infektion	Ohne Infektion
B	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion
C	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie
D	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie

4. **Fußpulse tastbar?**

   A. tibialis posterior ☐ re ☐ li A. dorsalis pedis ☐ re ☐ li

5. **Druckempfindlichkeit geprüft (10-g-Monofilament an Großzehe beidseits):**

   Ergebnis: _____

6. **Sensibilitätsprüfung (Vibrationsempfinden mit 128 Hz Stimmgabel):**

   Metatarsale 1 Köpfchen re _____ / 8 li _____ / 8

7. **Reflexe auslösbar?**

   ASR ☐ re ☐ li **PSR** ☐ re ☐ li

Labor

1. Labor

BZ: _____ mg/dl **HbA1C**: _____ % **Kreatinin:** _____ mg/dl **eGFR:** _____ ml/min

Cholesterin: _____ mg/dl (HDL: _____ mg/dl, LDL: _____ mg/dl, Triglyzeride: _____ mg/dl)

2. Urin

Urin-Albumin-Kreatinin-Quotient (1x jährlich): _____

Therapie

1. Diät _____

2. Bewegung _____

3. Medikamente

Orale Antidiabetika: _____

Insuline: _____

Antihypertensiva: _____

Lipidsenker: _____

Sonstige _____

Beurteilung des Patienten

Gesamtsituation	☐ gut	☐ ausreichend	☐ verbesserungsbedürftig
Zucker- und Lipidstoffwechsel	☐ gut	☐ ausreichend	☐ verbesserungsbedürftig

Vorgeschlagene Maßnahmen:

1. Weitere Diagnostik: _____

2. Weitere Therapie: _____

7. Langzeitversorgung des alten Patienten

Im Lehrbuch „Allgemeinmedizin und Familienmedizin“, 5. Auflage 2017 (Thieme), werden die Aspekte der Langzeitversorgung von alten Patienten sehr treffend folgendermaßen beschrieben: Bei der Behandlung von

alten Menschen bewegen sich Hausärztinnen und Hausärzte stets in einem Spannungsfeld. Einerseits müssen Sie bei Gesundheitsstörungen immer von einer identifizierbaren, behandelbaren und verbesserungsfähigen oder gar reversiblen Situation ausgehen. Andererseits schränken sowohl normale Altersveränderungen als auch irreversible Funktionseinschränkungen ggf. die therapeutischen Möglichkeiten ein, bzw. können diese für den älteren Menschen sogar zur Gefahr werden. Die Einleitung weiterführender Diagnostik muss kritischer als bei jungen Menschen überprüft werden. Darüber hinaus kann es manchmal sinnvoll sein, auf Medikamente zu verzichten, die sich im Verlauf „angesammelt" haben, da unter Umständen schlecht abschätzbare Interaktionen bestehen. Manche Medikamente haben bei sehr alten Menschen auch manchmal mehr Schaden als Nutzen.

Normales Altern von krankhaften Prozessen zu unterscheiden sowie die teilweise fließenden Übergänge zwischen beiden wahrzunehmen, ist eine Herausforderung bei der Behandlung von alten Menschen. Jeder Behandlungsplan sollte dem individuellen Zusammentreffen von Gesundheitsproblemen Rechnung tragen. Die Therapie älterer Menschen hat vorrangig zum Ziel, Ihnen ein hohes Maß an Autonomie, Lebensqualität und Lebenszufriedenheit sowie den möglichst langen Verbleib in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Nach Landendörfer (Praxishilfen Geriatrie) sollte dementsprechend ein Paradigmenwechsel bei der Behandlung des alten Menschen vollzogen werden: es steht nicht die Erkrankung per se im Vordergrund, sondern die Funktion im Alltag des alten Menschen.

Geriatrische Aspekte gewinnen an immer höherer Bedeutung im hausärztlichen Management. Wir bitten Sie daher, die nachfolgenden Aufgaben – Geriatrisches Basisassessment und Hausbesuch – entsprechend der Vorlagen abzuarbeiten. Wir haben für Sie auch ein Lernvideo entwickelt, in dem das Geriatrische Basisassessment eingehend dargestellt wird:

https://video.opencast.tum.de/paella7/ui/watch.html?id=ef6b5026-d64d-4f09-ab68-5268580f209e

7.1. Hinweise zum geriatrischen Basisassessment

Konzeption: Dr. med. Peter Landendörfer

Lernziele: Die Studierenden sollen

- anhand des Barthel-Index und des Geldzähltests nach Nikolaus die häusliche individuelle Versorgungssituation und die Alltagskompetenz des Patienten erheben können.
- anhand des Timed-up-and-go-Tests die Mobilität des Patienten einschätzen können.
- anhand des Uhrentests und des Mini Mental Status Tests die kognitiven Fähigkeiten des Patienten testen und bewerten können.
- anhand der erhobenen Befunde ein hausärztliches Betreuungskonzept erstellen können.

Wahl des Patienten: Patient zu Hause lebend, kann selbständig in die Praxis kommen, ist über 70 Jahre alt und kontaktfähig.

Ihre Aufgabe in der Praxis: Bitte machen Sie sich ein umfassendes Bild von Ihrem Patienten. Führen Sie die im nachfolgenden Arbeitsblatt vorgesehenen Aufgaben mit größtmöglichem Respekt und Umsicht nach der vorgegebenen Anleitung durch.

7.2. Arbeitsblatt: Geriatrisches Basisassessment – Patientenbericht

7.2.1. Barthel-Index: Basisfunktion des Alltags

Der **Barthel-Index** ist ein Assessmentinstrument zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten und dient der systematischen Erfassung von Selbstständigkeit beziehungsweise Pflegebedürftigkeit. Entwickelt wurde er 1965 als Index der Unabhängigkeit von Patienten mit neuromuskulären oder muskuloskelettalen Erkrankungen. Er findet Anwendung im Rahmen des Pflegeassessments. Der Aussagewert des Barthel-Index ist jedoch beschränkt. So gibt ein Score-Wert von 100 Punkten lediglich an, dass ein Patient in der Lage ist, alle im Score aufgeführten Aktivitäten durchzuführen. Daraus ergibt sich jedoch nicht zwangsläufig, dass der Patient in der Lage ist, sein Leben selbständig und eigenverantwortlich zu führen, da andere alltagsrelevante Dimensionen wie Kognition und Kommunikationsfähigkeit nicht erfasst werden. Ebenso werden komplexe Tätigkeiten wie Einkaufen, Haushaltsführung, Behördengänge vom Barthel-Index nicht evaluiert.

Alter des Patienten	Geschlecht	Patient neu oder bekannt?

Essen	Unabhängig, ißt selbständig, benutzt Geschirr und Besteck	☐	10
	Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden	☐	5
	Nicht selbständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	☐	0
Bett-(Rollstuhl-) Transfer	Selbständig ohne fremde Hilfe	☐	15
	Mit Unterstützung	☐	5
	Nicht möglich	☐	0
Waschen	Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen, Zähneputzen	☐	5
	Nicht selbständig bei o. g. Tätigkeiten	☐	0
Toiletten-benutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung)	☐	10
	Benötigt Hilfe z. B. wegen unzureichenden Gleichgewichts, oder bei der Kleidung/Reinigung.	☐	5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird.	☐	0
Baden	Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeiten	☐	5
	Nicht selbständig bei o. g. Tätigkeiten	☐	0
Gehen auf Flur-ebene bzw. Rollstuhlfahren	Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	☐	15
	Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m weit gehen.	☐	10
	Nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, auch um Ecken und an den Tisch heranfahren, min. 50 m.	☐	5
	Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	☐	0
Treppensteigen	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	☐	10
	Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	☐	5
	Nicht selbständig, kann auch mit Hilfe nicht eine Treppe steigen	☐	0
An- und Auskleiden	Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett- o. Bruchband)	☐	10
	Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbst	☐	5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird.	☐	0
Urinkontrolle	Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des DK/Cystofix	☐	10
	Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent	☐	5
	Häufiger/ständig inkontinent	☐	0
Stuhlkontrolle	Ständig kontinent	☐	10
	Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent	☐	5
	Häufiger/ständig inkontinent	☐	0

Interpretation

0-30 Punkte: weitgehend pflegeabhängig; 35-80 Punkte: hilfsbedürftig; 85-95 Punkte: punktuell hilfsbedürftig; 100 Punkte: Zustand kompletter Selbstständigkeit (bezogen auf den jeweiligen Untersuchungskontext)

SCORE: ____/100

7.2.2. Geldzähltest nach Nikolaus: Instrumentelle Alltagskompetenz

Ziel: Der Test erfasst Visus, manuelle Geschicklichkeit und kognitive Leistungsfähigkeit.

Testdurchführung: Der Patient soll das in der Geldbörse befindliche Geld (19,80 €) abzählen. Im Außenfach der Scheine befinden sich ein 10 € Schein und ein 5 € Schein. Im Münzfach befinden sich eine 2 €-Münze, zwei 1 €-Münzen, eine 50 Cent-, eine 20 Cent- und eine 10 Cent Münze. Nach genauer Erklärung des Testablaufes durch den Prüfer muss der Patient das Geld aus der verschlossenen Geldbörse entnehmen und auf dem Tisch zählen. Nach drei Fehlversuchen oder mehr als 300 Sekunden wird der Test abgebrochen.

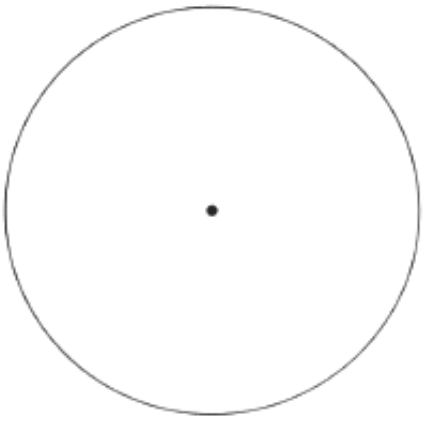
Ergebnisinterpretation:

< 45 Sekunden:	Der Patient ist selbstständig
45 – 70 Sekunden:	Risiko für Hilfsbedürftigkeit
> 70 Sekunden:	Risiko für erhebliche Hilfsbedürftigkeit

Ergebnis und Interpretation: _____ sec

☐ selbständig ☐ Risiko für Hilfsbedürftigkeit ☐ Risiko für erhebliche Hilfsbedürftigkeit

7.2.3. Uhrentest nach Shulman: Kognition



Ziel: Es werden zwei kognitive Teilfunktionen erfasst.

- Visuell-räumliche Organisation
- Abstraktes Denken

Er zeigt bereits geringe kognitive Defizite und ist unabhängig von Alter, Sprache, Kultur und Bildung.

Testdurchführung und Interpretation:

Aufgabe des Patienten ist es, den obenstehenden Kreis zu einer Uhr zu vervollständigen. Dazu bitten Sie ihn, alle Ziffern zu ergänzen und danach die Zeiger auf „10 Minuten nach 11 Uhr" einzuzeichnen. Werden 6 oder weniger Punkte erreicht, liegt der Verdacht auf Demenz vor und es sollten weitergehende Untersuchungen vorgenommen werden.

Ziffer 12 richtig gezeichnet:	3 Punkte
Beide Zeiger richtig:	2 Punkte
Alle 12 Ziffern vollständig:	2 Punkte
Korrekte Zeit:	2 Punkte

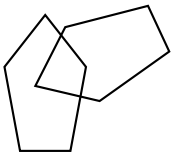
☐ Verdacht auf Demenz ($\leq$ 6 Punkte) ☐ Unauffälliger Test ($\geq$ 7 Punkte)

7.2.4. Mini Mental Status Test (MMST)

Der MMST wurde 1975 von Folstein et al. entwickelt, um ein für den klinischen Alltag geeignetes Screening-Instrument zur Feststellung kognitiver Defizite zu bieten. Der Mini-Mental-Status-Test ist ein hochökonomisches und besonders einfach durchzuführendes Verfahren zum Schnell-Screening auf Demenz. Bei seiner Anwendung ist jedoch die extreme Anfälligkeit des Tests für Störeinflüsse zu beachten. Darüber hinaus liefert der MMST nur eine grobe Einschätzung kognitiver Defizite, die bei Vorliegen eines kritischen Testwertes durch weitere Verfahren gestützt und überprüft werden muss. Anhand von 9 Aufgabenkomplexen werden zentrale kognitive Funktionen überprüft (zeitliche und räumliche Orientierung, Merk- und Erinnerungsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Sprache und Sprachverständnis, außerdem Lesen, Schreiben, Zeichnen und Rechnen). Die Durchführung dauert in der Regel 3 bis 10 Minuten. Für jede erfolgreich bewältigte Aufgabe bekommt der Patient einen Punkt. Die Punkte werden nach Beendigung des Tests aufsummiert.

Interpretation: **30-27** Punkte: **keine** Demenz;
26-24 Punkte: **Graubereich**, Evidenz unklar
23-18 Punkte: **leichte** Demenz,
17-10 Punkte: **mittelschwere** Demenz,
0-9 Punkte: **schwere** Demenz

	Mini-Mental Status **Fragen**	**Erklärungen / Antworten** Geben Sie pro Aufgabe nur ganze oder keine Punkte, also „0“ oder „1“. Wenn der Patient unsicher ist, bitten Sie ihn nochmals sich festzulegen. Falls er keine Antwort gibt, geben Sie „0“ Punkte.	**Punkte**
1.	Welches Jahr haben wir?	(z.B. 2017, 2018 etc.) Keine Toleranz	•
2.	Welche Jahreszeit ist jetzt?	(z.B. Frühling, Sommer, Herbst, Winter). Es gilt eine Toleranz von ± 2 Wochen	•
3.	Der wievielte des Monats ist heute?	(z.B. 4., 10., etc). Toleranz ± Tag	•
4.	Welcher Wochentag ist heute?	Keine Toleranz	•
5.	Welcher Monat ist jetzt?	Keine Toleranz	•
6.	In welchem Land leben wir?	Keine Toleranz	•
7.	In welchem Bundesland leben wir?	Keine Toleranz	•
8.	In welcher Ortschaft leben wir?	Keine Toleranz	•
9.	Wo sind wir (z.B. Praxis / Altersheim)?	Keine Toleranz	•
10.	Auf welchem Stockwerk befinden wir uns?	Keine Toleranz	•
	Darf ich nun Ihr Gedächtnis testen? Gut! Ich werde Ihnen jetzt drei Wörter nennen. Hören Sie bitte zuerst zu und wiederholen Sie die drei Wörter, sobald ich fertig bin.	Sprechen Sie die 3 Wörter nacheinander langsam (ca. eines pro Sekunde) und deutlich vor. Lassen Sie den Patienten die 3 Wörter wiederholen, nachdem Sie alle 3 Wörter gesagt haben.	
11.	Zitrone	Die erste Wiederholung ergibt die Punktzahl (1 Punkt pro Wort). Werden nicht alle 3 Wörter im ersten Versuch nachgesprochen, wiederholen Sie alle drei Begriffe bis zu 6 Mal, bis alle Wörter gelernt sind (werden später wieder abgefragt!).	•
12.	Schlüssel		•
13.	Ball		•

14.	Können Sie von der Zahl 100 jeweils 7 abziehen, also hundert minus 7	Der Patient soll selbstständig rechnen und von der Zahl 100 fortlaufend 7 subtrahieren, insgesamt 5x (93-86-79-72-65)	•
15.	minus 7	Es ist nicht erlaubt, die Instruktion zu wiederholen. Jede Subtraktion ergibt einen Punkt. Falsche Zwischenresultate werden nicht korrigiert und geben keinen Punkt. Wird hingegeben von einem falschen Zwischenresultat 7 korrekt abgezogen, werden dies und nachfolgende richtige Subtraktionen wiederum mit einem Punkt bewertet.	•
16.	minus 7		•
17.	minus 7		•
18.	minus 7		•
	Welche drei Wörter haben Sie mir vorhin nachgesprochen?	Die Reihenfolge der Wörter spielt keine Rolle und jedes korrekt erinnerte Wort wird wiederum mit einem Punkt bewertet.	
19.	Zitrone		•
20.	Schlüssel		•
21.	Ball		•
22.	Was ist das?	Zeigen Sie dem Patienten einen Bleistift oder Kugelschreiber. Keine Toleranz.	•
23.	Was ist das?	Zeigen Sie dem Patienten eine Armbanduhr (Korrekt ist Armbanduhr oder Uhr). Keine Toleranz.	•
24.	Sprechen Sie mir bitte nach: „Kein Wenn und Aber“.	Deutlich sprechen. Korrektes nachsprechen ergibt einen Punkt. Nur ein Versuch ist erlaubt.	•
25.	Nehmen Sie das Blatt Papier in die rechte Hand,	Legen Sie ein leeres DIN A4-Blatt im Hochformat vor den Patienten auf den Tisch und geben Sie ihm die Instruktionen zusammenhängend. Lassen Sie ihn erst danach die drei Handlungen ausführen. Jede korrekt ausgeführte Handlung ergibt einen Punkt.	•
26.	Falten Sie es in der Mitte,		•
27.	Lassen Sie es auf den Boden fallen.		•
28.	Lesen Sie dies laut vor und führen Sie es aus.	Legen Sie dem Patienten die Beilage mit der Aufschrift „SCHLIESSEN SIE IHRE AUGEN“ hin. Erst die Ausführung (Augenschließung) ergibt einen Punkt.	•
29.	Schreiben Sie bitte einen vollständigen Satz.	Geben Sie dem Patienten ein leeres Blatt DIN A4 Hochformat. Bitte keinen Satz vorsagen. Der Satz muss mindestens aus einem Subjekt und einem Verb bestehen und muss einen Sinn ergeben. Falsche Rechtschreibung wird nicht berücksichtigt.	•
30.	Zeichnen Sie bitte diese Figur ab. (Sie können ergänzen: Es muss nicht schön sein, aber es muss stimmen. 	Legen Sie dem Patienten eine Zeichnung mit zwei überlappenden Fünfecken vor (Hochformat). Es müssen alle 10 Ecken / Winkel vorhanden sein und 2 Ecken müssen sich wie in der Originalzeichnung überschneiden, d.h., es muss ein Viereck ergeben. Um einen Punkt zu erhalten, müssen beide Kriterien erfüllt sein. Zittrige Linien oder eine Rotation der Figuren sind erlaubt.	•
	Summe aller Punkte		

7.2.5. Timed up and go-Test: Mobilität

Ziel: Erkennen von Defiziten der Alltagsmobilität aufgrund von Kraftverlust, Gangunsicherheiten und kognitiven Einbußen.

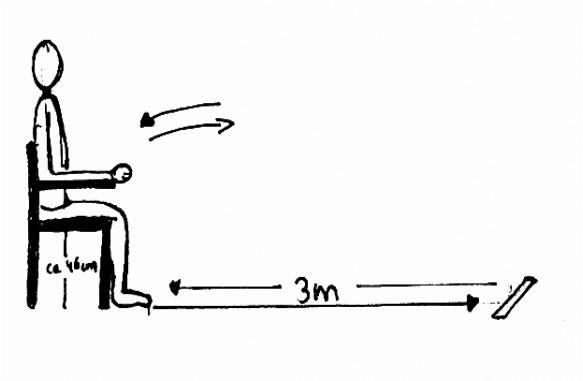
Testdurchführung: Der Patient wird gebeten von einem Stuhl (mit Armlehnen) aufzustehen, 3 Meter zu einer zuvor markierten Stelle zu gehen, sich dort umzudrehen, die gleiche Strecke zurück zu gehen und wieder in die sitzende Ausgangsposition zurück zu kehren. Hilfsmittel, wie Rollator, Stock, etc., die der Patient in seinem häuslichen Alltag ebenfalls verwendet, dürfen verwendet werden. Die Zeit wird mitgestoppt.

Ergebnis und Interpretation: _____ sec

< 10 sec: Mobilität uneingeschränkt
11-19 sec: leichte Einschränkung in der Mobilität.

20-29 sec: stärkere Einschränkung in der Mobilität

> 30 sec: Alltagsmobilität nicht mehr sicher gewährleistet



Zusammenfassung der Testergebnisse aller Tests:

Bitte fassen Sie das Untersuchungsergebnis zusammen. Fokussieren Sie sich dabei auf Ihre erhobenen Ergebnisse und erörtern Sie Ihrem Lehrarzt gegenüber, welche Maßnahmen Ihrer Meinung nach eingeleitet werden könnten. Lassen Sie dabei gesundheitspolitische Aspekte außer Acht und konzentrieren Sie sich auf die sozialen wie auch auf die individuell medizinischen Vorgaben.

Welche individuellen geriatrischen Probleme haben Sie durch die Tests bei dem Patienten erkennen können?

_____

_____

_____

_____

_____

Welche Möglichkeiten ergeben sich Ihrer Meinung nach für den Hausarzt, hier unterstützend tätig werden zu können?

_____

_____

_____

_____

_____

7.3. Arbeitsblatt: Hausbesuch bei einem Langzeitbetreuungspatienten

Konzeption: Dr. med. Peter Landendörfer

Lernziele: Die Studierenden sollen

- den Gesundheitszustand eines Langzeitbetreuungspatienten durch Anamnese und körperliche Untersuchung beurteilen können.
- die komplexe medizinische Versorgung inkl. Ernährung und Medikation eines Langzeitbetreuungspatienten schriftlich fixieren können. (Wichtig bei Anordnungen im Pflege-/ Medikationsbogen als Assistenzarzt)
- die Sturzgefahr des Patienten beurteilen und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe entwickeln können.

Wahl des Patienten: Patient zu Hause lebend, nicht bettlägerig, kontaktfähig

Ihre Aufgabe in der Praxis: Bitte machen Sie sich ein umfassendes Bild von Ihrem Hausbesuchspatienten. Bitte lesen Sie sich die Krankengeschichte durch, erfassen Sie die Dauerdiagnosen, die Dauermedikamente und die letzten Arztbefunde inklusive aktueller Laborwerte.

Grund des Besuches: Routinebesuch oder aus aktuellem Anlass?

Ihre Aufgabe beim Patienten:

- **Körperliche Untersuchung**

1. Ernährungszustand, Allgemeinzustand
2. RR, Puls, Auskultation der Lunge und des Herzens, Beinödeme
3. Inspektion Mundhöhle, Zustand des Gebisses,
4. Ausreichende Seh- und Hörhilfe
5. Stimmungslage (z. B. depressiv, bedrückt)

- **Medizinische Versorgung**

1. Sichten des Medikamentenbestandes. Welche vom Arzt verordneten Medikamente werden regelmäßig in welcher Dosierung eingenommen?
2. Welche nicht vom Arzt verordneten Medikamente werden zusätzlich eingenommen? (Abführmittel, Vitamine, Phytopharmaka, Schmerz- und Schlafmittel, Nahrungsergänzungsmittel)
3. Stimmt der Medikamentenplan der Praxis mit dem des Patienten überein?
4. Überprüfen der Nebenwirkungen
5. Hat oder hatte der Patient physikalische Maßnahmen zur Sturzprävention?

- **Ernährung**

1. Trinkmenge abschätzen (lassen)
2. Tägliche Mahlzeiten (was, wann und wie viel), wie ist der Appetit?
3. Adäquate Kalorienzufuhr?
4. Ausgewogene Ernährung mit Fleisch, Gemüse, Obst und Salat?
5. Wie wird die Ernährung bereitgestellt (Selbstversorger, Familienangehörige, Essen auf Rädern)?
6. Einnahme legaler oder illegaler Drogen (Alkohol, Nikotin)?

- **Wohnumfeld**

1. Sturzgefahr abschätzen: Stolperfallen, fehlende Beleuchtung, fehlende Haltegriffe, Rutschgefahr im Bad?
2. Vorhandene Hilfen im Haushalt?
3. Welche Hilfsmittel (Rollator, Vierpunktstock, Pflegebett, Spezial-Toilettensitz, Badewannenlifter) stehen zur Verfügung?
4. Ist ein Hausnotruf vorhanden?

- **Soziales Umfeld**

1. Nächste Ansprechpartner? Wer kümmert sich, falls es dem Patienten schlecht geht?
2. Besteht eine Nachbarschaftshilfe?
3. Welche frei zugänglichen öffentlichen sozialen Dienste (Altenfrühstück, Seniorentreff, Stammtisch, Vereine, Kirche) werden in Anspruch genommen?
4. Ist eine Sozialstation oder ein Physiotherapeut in die Betreuung eingebunden?
5. Erscheint Ihnen der Patient sozial vereinsamt?

Zurück in der Praxis:

Bitte nutzen Sie ihre beim Hausbesuch gewonnen Kenntnisse und überprüfen Sie folgende wichtige Punkte:

- **Medikamente**

1. Wechselwirkung der eingenommenen Medikamente? (Rote Liste) (http://www.drugs.com/drug_interactions.html)
2. Sturzgefahr durch eingenommene Medikamente?
3. Anpassung der Dosis anhand der Nierenfunktion? (http://www.dosing.de)
4. Welche Nebenwirkungen oder Risiken muss der Hausarzt bei dem Patienten bedenken?
5. Auf welche der Medikamente könnte der Arzt als erstes verzichten?

Aufgaben in der Praxis

Alter des Patienten	Geschlecht	Patient neu oder bekannt?

Bitte beschreiben Sie in einem Satz kurz, wie Sie sich aufgrund des Aktenstudiums Ihren Patienten vorstellen:

_____

_____

_____

_____

Dauerdiagnosen:

_____

_____

_____

_____

_____

Dauermedikation:

_____

_____

_____

_____

_____

Auffällige Facharztbefunde:

_____

_____

_____

_____

_____

Auffällige Blutwerte:

_____

_____

_____

_____

_____

Grund des Besuches: ☐ Routinebesuch ☐ Akuter Anlass

Aufgaben während des Hausbesuchs

Bitte halten Sie nun die von Ihnen erhobenen Befunde fest.

Körperliche Untersuchung

_____

_____

_____

_____

Medizinische Versorgung

_____

_____

_____

_____

Ernährung

_____

_____

_____

Wohnumfeld

_____

_____

_____

Soziales Umfeld

_____

_____

_____

Aufgaben nach dem Hausbesuch – zurück in der Praxis

Bitte recherchieren Sie nun noch die Medikation, wenn Sie vom Hausbesuch zurückgekommen sind.

Medikamente (http://www.dosing.de; http://www.drugs.com/drug_interactions.html)

Wechselwirkungen:

_____

_____

_____

_____

Maximaldosis der Medikamente bei gegebener GFR:

_____

_____

_____

_____

Nebenwirkungen und Risiken:

_____

_____

_____

_____

Auf diese Medikamente würde ich eventuell verzichten (Nehmen Sie dazu PRISCUS und/oder FORTA Liste):

_____

_____

_____

8. Prävention

Ein weiterer wichtiger Aspekt der hausärztlichen Tätigkeit ist die Prävention. Hierbei werden verschiedene Arten der Prävention unterschieden:

Primäre Prävention:

Durch Primärprävention soll Gesundheit erhalten und die Entstehung von Krankheit möglichst verhindert werden.

Beispiele für Primärprävention sind:

- ***Impfungen***, die häufigste Art der Primärprävention in der Hausarztpraxis – mit diesem Thema werden Sie sich im Folgenden exemplarisch intensiver beschäftigen,
- Aufklärung über gesundheitlich beeinträchtigende Verhaltensweisen oder Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Alkohol, Bewegungsmangel...),
- bzw. das Aufzeigen von Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit noch bevor Risikofaktoren oder die Erkrankung selbst bestehen (z.B. aktive Lebensweise...)

Sekundäre Prävention:

Sekundärprävention setzt im **Frühstadium einer Krankheit** an. Sie dient der Früherkennung von Krankheiten und der Eindämmung ihres Fortschreitens oder des Chronifizierens der Erkrankung. Oft ohne eine für die Betroffenen wahrnehmbare Krankheitssymptomatik hat der pathogenetische Prozess hier bereits seinen Anfang genommen (Patient hat die Krankheit, aber noch keine Symptome der Krankheit). Beispiele für Sekundärprävention sind:

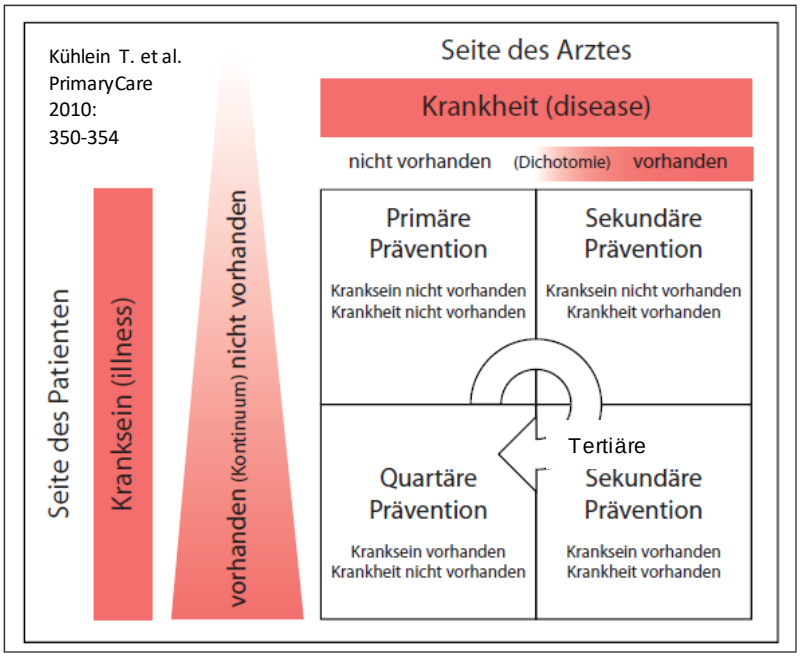
- ***Screening-Untersuchungen***, die systematische Untersuchung von klinisch gesunden Bevölkerungsgruppen auf bestimmte Krankheiten. Wir werden in diesem Kapitel eine kardiovaskuläre Vorsorgeuntersuchung unter Nutzung des „Arriba-Risikorechners" durchführen. Ggf. leitliniengerechtes Behandeln der Risikofaktoren.

Tertiäre Prävention:

Als Tertiärprävention werden Maßnahmen bezeichnet, die bei bereits symptomatisch Erkrankten ein weiteres Fortschreiten der Erkrankung, bzw. Komplikationen verhindern.

Beispiele für Tertiärprävention sind:

- Disease-Management-Programme für chronisch Erkrankte, die bereits symptomatisch sind
- Rezidivprophylaxe nach einem Apoplex



Quartäre Prävention:

Unter dem relativ neuen Begriff Quartärprävention wird der Schutz vor unnötigen medizinischen Maßnahmen oder Medikamenten verstanden. Hier gilt es, unnötige Kosten (für den Patienten oder die Allgemeinheit), aber vor allem eine Schädigung des Patienten, z.B. durch Verängstigung oder Nebenwirkungen unnötiger Medikation zu verhindern. Das Prinzip «primum non nocere» ist ein Grundpfeiler aller Medizin.

8.1. Hinweise zum „Check-up 35“

Konzeption: Dr. med. Wolfgang Blank

Lernziel: Die Studierenden sollen

- den aktuellen gesundheitlichen Status des Check-up Patienten erheben und wesentliche Befunde zur Präventionsberatung erkennen können
- die für das kardiovaskuläre Risiko wesentlichen Befunde in der Gesamtschau bewerten können
- das Ergebnis der Erstellung des kardiovaskulären Risikos im Beratungsgespräch vermitteln können

Wahl des Patienten: Gesunder Patient, der zur Check-up Untersuchung kommt.

Vorab-Aufgaben:

- Bitte schauen Sie sich das Lehrvideo zur Gesundheitsberatung mit Arriba an.

- Bitte laden Sie sich die kostenlose „arribaEdu App“ herunter und nutzen Sie diese während einer Gesundheitsberatung.

Grundlagen des „Check-up 35“

Gesetzlich Krankenversicherte können diese Untersuchung ab dem 35. Lebensjahr alle drei Jahre in Anspruch nehmen. Versicherte zwischen vollendetem 18. und vollendetem 35. Lebensjahr können einmalig zum Check-up gehen. Ziel ist es, häufig auftretende Krankheiten, wie Diabetes, Herz-Kreislauf- und Nieren-Erkrankungen bzw. deren Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen und einen persönlichen Fahrplan für ein gesundes Leben zu erstellen.

Anamnese
Diese steht im Vordergrund. Mögliche aktuelle Beschwerden und die Krankheitsvorgeschichte unter Einbeziehung der familiären und sozialen Rahmenbedingungen sowie der individuellen Lebensgewohnheiten werden erfasst. Dies ermöglicht erste Rückschlüsse nicht nur auf den momentanen Gesundheitszustand, sondern auch auf das persönliche Krankheitsrisiko. Auch die Überprüfung des Impfstatus soll stattfinden.

Untersuchung
Es erfolgt die Erhebung des Ganzkörperstatus. Der Fokus liegt auf dem kardiovaskulären System.

Die Blutuntersuchung auf Cholesterin, HDL, LDL und Blutzucker, Messung von Größe und Gewicht sowie die Untersuchung des Urins auf Eiweiß, Glukose, Leukozyten, Nitrit und Blut werden durchgeführt.

Ärztliche Beratung
Die erhobenen Befunde werden bewertet, zusammengefasst und dem Patienten mitgeteilt. Im Mittelpunkt steht das Risiko einer Herz-Kreislauferkrankung. Weiter wird auf ausreichende Bewegung, Ernährungsverhalten, Drogenkonsum (Alkohol, Nikotin) und Angebote der Krebsfrüherkennung hingewiesen.

Vereinbarung
Am Ende des Check-up sollen konkrete Vereinbarungen, die Änderung des Gesundheitsverhaltens betreffend, zwischen Arzt und Patient getroffen werden.

Ihre Aufgabe beim Patienten:

Anamnese

Die Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese unter dem besonderen Aspekt der Erfassung des Risikoprofils ist Gegenstand der ausführlichen Anamnese. Fragen im Rahmen der Anamnese betreffen vorrangig kardiovaskuläre Risikofaktoren. Auskünfte über Ernährung, Bewegung, bekannte Stoffwechselerkrankungen, andere Erkrankungen und Drogenmissbrauch stellen weitere wertvolle Hinweise dar.

- Sind Erkrankungen des kardiovaskulären Systems bekannt?
  - z. B. KHK, pAVK, Hypertonus, Apoplex oder TIA
  - Kardiovaskuläre Ereignisse bei Verwandten
- Besteht ein Nikotinabusus?
  - Wie viel und seit wann?
- Sind Stoffwechselerkrankungen bekannt?
  - Diabetes mellitus, Hyperlipidämie
- Gibt es Anzeichen für einen Drogenmissbrauch?
  - Alkohol, Medikamente, verschiedene Drogen
- Gibt es Hinweise auf Fehlernährung?
  - Adipositas, Mangelernährung, Magersucht
- Wie sieht das Bewegungsverhalten aus?
  - Einseitige oder fehlende körperliche Belastung
- Bestehen Erkrankungen des Bewegungsapparates?
  - Chronische Muskel- oder Gelenkschmerzen
- Ist eine Lungenerkrankung bekannt?
  - Asthma oder COPD
- Bestehen dauerhafte emotionale Belastungsfaktoren?
  - Berufliche oder private Stressoren
- Besteht eine Nierenerkrankung?
- Wie ist der Impfstatus?

Körperliche Untersuchung
Im Rahmen der klinischen Untersuchung ist die Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus) vorgesehen. Dies beinhaltet insbesondere:

- RR
- BMI (Größe und Gewicht) bzw. Hüft- und Taillenumfang
- Haut
- Sichtbare Schleimhäute
- Brust- und Bauchorgane
- Stütz- und Bewegungsorgane
- Orientierende neurologische Untersuchung
- Gefäßstatus
- Beurteilung der Psyche

Die Gewichtung der einzelnen Untersuchungen hängt im Wesentlichen von der Relevanz der vermuteten oder tatsächlich vorhandenen Risikofaktoren ab sowie von den geäußerten Beschwerden und Sorgen, denen der Arzt bei dieser Gelegenheit nachgehen wird.

Laboruntersuchungen
Im Rahmen der Laboruntersuchungen sind die Untersuchungen auf Gesamt-Cholesterin, HDL und LDL sowie Blutzucker im Serum. Dazu ist auch eine Untersuchung des Urins auf Eiweiß, Glucose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit vorgesehen. Außerdem können sich Versicherte ab 35 einmalig auf Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektionen testen lassen.

Beratung und Zielvereinbarung
Die Beratung beinhaltet die Information des Versicherten über die erhobenen Befunde und das daraus resultierende individuelle Risikoprofil. Hier setzen Sie das ARRIBA Beratungskonzept zur persönlichen Risikoabschätzung des kardiovaskulären Risikos ein. Der Arzt soll dem Patienten auf dieser Grundlage die Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädlichen Verhaltens vermitteln. Erwarten kann der Patient das Einleiten der weiteren Diagnostik und Therapie beim Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung. Darüber hinaus ist der Arzt gehalten, auf die Notwendigkeit zur regelmäßigen Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen hinzuweisen.

Die Basis der Beratung bildet die Empfehlung zu einer gesunden Lebensweise:

- Höchste Risikoreduktion durch erfolgreiche Beratung zum Nichtrauchen
- Ausgewogene Ernährung
- Regelmäßige sportliche oder körperliche Aktivität
- Verzicht auf Genussgifte mit allenfalls moderatem Alkoholkonsum
- Adäquater Umgang mit erhöhter Stressbelastung
- Gewichtsreduktion: Kombination aus ausgewogener Ernährung und langfristiger körperlicher Bewegung
- Erhebung des Impfstatus und Impfberatung

Die auf der Grundlage dieser Beratung getroffenen individuellen Zielvereinbarungen werden dokumentiert und sind Gesprächsgrundlage für den nächsten Check-up.

8.2. Arbeitsblatt: Gesundheitsprävention „Check-up 35“

Alter des Patienten	Geschlecht	Patient neu oder bekannt?

Anamnese
Erhebung der Risikofaktoren und aktuellen Beschwerden (siehe Anleitung)

_____

_____

_____

_____

_____

Körperliche Untersuchung
RR, BMI bzw. Hüft- und Taillenumfang, Haut, sichtbare Schleimhäute, Brust- und Bauchorgane, Stütz- und Bewegungsorgane, orientierende neurologische Untersuchung, Gefäßstatus, Psyche

_____

_____

_____

_____

_____

Laboruntersuchungen

_____

_____

_____

Impfstatus

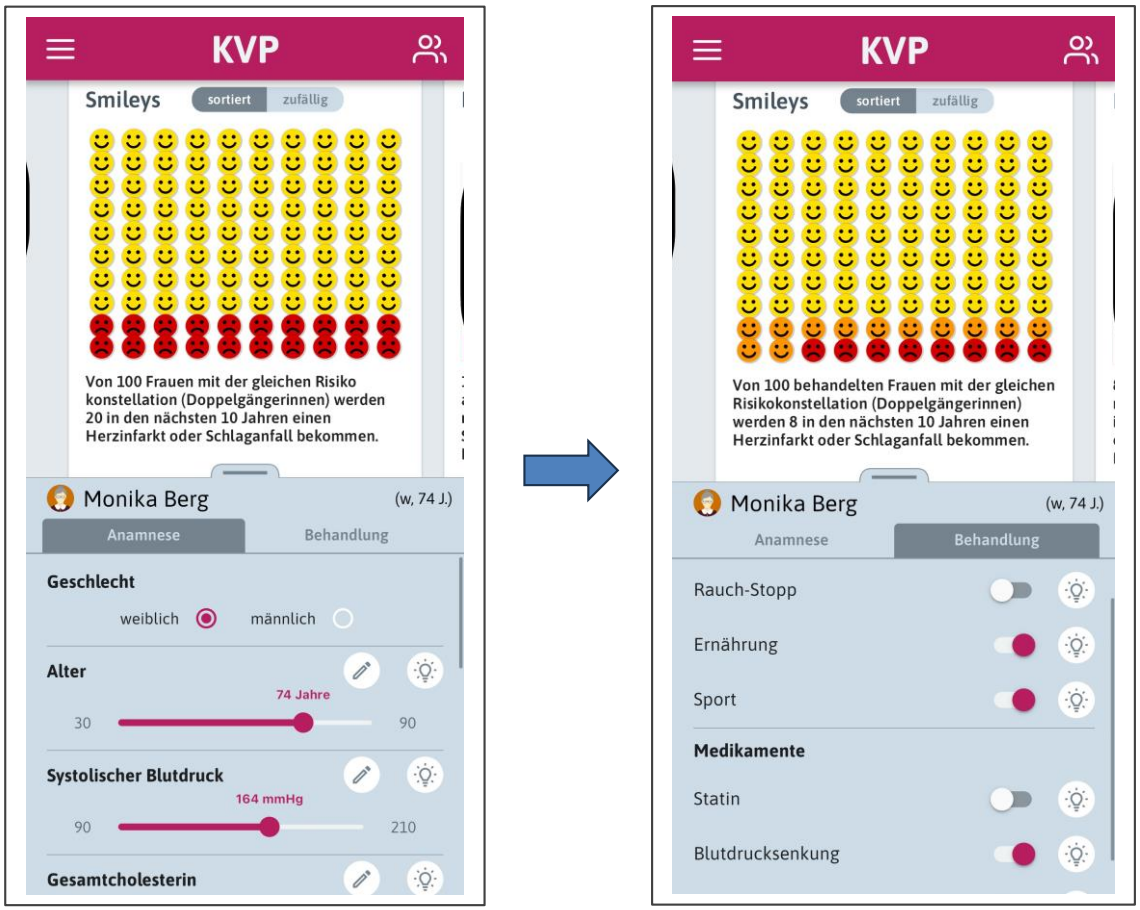
_____

_____

_____

Beratung und Zielvereinbarung

Tragen Sie bitte die erhobenen Befunde in die Arriba-App ein und diskutieren Sie mit Ihren Patient:innen die verschiedenen Behandlungsoptionen:



Gemeinsame Zielvereinbarung

_____

_____

_____

_____

_____

8.3. Arbeitsblatt: Impfungen – Impfberatung

Konzeption: Dr. med. Florian Vorderwülbecke

Lernziel: Die Studierenden sollen

- die aktuell von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch Institut für Deutschland empfohlenen Impfungen für Erwachsene (auch für chronisch Kranke) kennen
- das Auswerten eines Impfpasses und das Formulieren einer konkreten Impfempfehlung für Erwachsene erlernen
- die Durchführung einer Impfaufklärung und Impfung erlernen

Ihre Aufgabe während des Blockpraktikums:

Aktuelle Impfempfehlungen: Machen Sie sich mit den aktuellen Impfempfehlungen der STIKO für Erwachsene (auch chronisch Kranke) in Deutschland vertraut. Sie finden die aktuellen Impfempfehlungen und zusätzliche Informationen (wie den Impfkalender) hierzu im Internet unter:

https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Staendige-Impfkommission/Empfehlungen-der-STIKO/Empfehlungen/empfehlungen-node.html

Auswertung Impfpässe / Impfempfehlungen: Erstellen Sie mindestens eine Impfempfehlung bei einem erwachsenen Patienten anhand vorliegender Impfpässe und den aktuellen STIKO-Empfehlungen und besprechen Sie diese mit Ihrem Lehrarzt. Nutzen Sie dazu das vorliegende Arbeitsblatt.

Das Impfgespräch: Das Impfgespräch muss soweit über die geplante Impfung informieren, dass eine Entscheidung für oder gegen die Impfung möglich ist. Dazu müssen angesprochen werden:

- Information über die zu verhütende Krankheit (Krankheitsbild, Häufigkeit, mögliche Therapie)
- Nutzen der Impfung (Individuell und für die Allgemeinheit)
- Art des Impfstoffes
- Kontraindikationen
- Durchführung der Impfung
- Verhalten nach der Impfung
- Beginn und Dauer des Impfschutzes
- Typische (spezifische) Nebenwirkungen und mögliche Komplikationen

Absolute Kontraindikationen gegen Impfen sind: **akute behandlungsbedürftige Erkrankungen,** wie z.B. fieberhafte Infektionen mit >38.5°C (nicht banale Infekte!!), **unerwünschte Arzneimittelreaktionen im zeitlichen Zusammenhang mit einer Impfung** bis zur Klärung der Ursache und **bekannte Allergien gegen Bestandteile des Impfstoffes**. In der **Schwangerschaft** sind Lebendimpfstoffe kontraindiziert. Bei Patienten mit Immundefizienz muss über eine Impfung mit Lebendimpfstoffen im Einzelfall entschieden werden.

Bei einer **intramuskulären Injektion** ist bei einem Patienten mit **oraler Antikoagulation** (z.B. Phenprocoumon und andere) die Gefahr von Blutungskomplikationen zu beachten. Die meisten Impfungen können jedoch in diesem Fall **subkutan** appliziert werden (s. Angaben der Hersteller).

Impfreaktion: Leichte Schwellung und Schmerz im Injektionsbereich oder **subfebrile Temperatur mit leichter Minderung des AZ sind normale Reaktionen** des Organismus bei der Auseinandersetzung mit der Impfung. Bei Lebendimpfungen kann es zu einer Impfkrankheit mit flüchtigen, schwachen Symptomen der Krankheit kommen – es besteht keine Infektionsgefahr. Der Impfling muss diesbezüglich aufgeklärt werden, um Verwechslungen mit echten unerwünschten Nebenwirkungen zu vermeiden.

Hinweis: Üben Sie das Formulieren von Impfaufklärungen, die für Patienten verständlich sind!

Durchführung der Impfung:

- Auf **Kontraindikationen** achten!
- Patient nach **Kollapsneigung, Gerinnungsstörung oder gerinnungs-hemmenden Mitteln** fragen.
- Impfstoff durch kurzzeitiges **„in-die-Hand-nehmen"** auf **Raumtemperatur** bringen. Ein temperierter Impfstoff wird vom Patienten als **angenehmer** empfunden. Darüber hinaus kann ein kalter Impfstoff auch eine Ursache für eine Lokalreaktion sein!
- Patienten **setzen / hinlegen.**
- Die Impfung erfolgt bevorzugt in den **nicht dominanten Arm** (bei Rechtshändern links).
- Desinfektion der Impfstelle (Schulter / M. deltoideus bei Erwachsenen) – **Desinfektion trocknen lassen, d.h. ausreichend lange warten** (Impfstoff von Desinfektionsmittel fernhalten).
- Wenn nötig Impfstoff aufziehen. **Danach erfolgt ein Kanülenwechsel!** Die neue, trockene Nadel kann so nicht von außen mit Impfstoff benetzt werden, der zu Lokalreaktionen im Einstichkanal führen kann. Aufkleber mit Charge vor der Impfung von Spritze entfernen (Verletzungsgefahr bei Handling nach Injektion)
- Die Impfung Erfolgt in der Regel **intramuskulär**, ggf. auch subcutan (s.o.).
- **Durchführung:** Zügiges Stechen >>> Keine Aspiration >>> zügiges Spritzen Impfstoff ohne festen Druck >>> zügiges Herausziehen der Nadel ohne Seitbewegung >>> ggf. Kompression der Impfstelle mit Tupfer >>> Anbringen eines Pflaster >>> Nadel / Fertigspritze unmittelbar in Abwurf werfen >>> kein Recapping!
- Pat. **nach Befinden fragen** – bei Kollapsneigung noch auf Liege lagern und Blutdruck / Puls kontrollieren.

Dokumentation: Obligate Dokumentation von Impfung, Charge und durchführendem Arzt im Impfpass und der Karteikarte. (Aufkleber!)

Hinweis: Lassen Sie sich von Ihrem Lehrarzt die Aufklärung, Durchführung und Dokumentation von einer Impfung zeigen.

Tipp: üben Sie das Impfen mittels einer NaCl-Spritze an einer Orange.

Arbeitsblatt: Arbeitsblatt Standardimpfungen im **Erwachsenenalter** (Stand 04/25)

Konzeption: Dr. med. Florian Vorderwülbecke

Name: Alter:

Impfung	G1	G2	G3	A	S	Letzte Impfung:	Impfung nötig?
Tetanus + Diphtherie	☐	☐	☐	☐		……	
Polio	☐	☐	☐	☐		……	
Pertussis	☐	☐	☐	☐		……	
Masern	☐	☐				……	
Röteln	☐	☐				……	
Pneumokokken (≥ 60J)	☐	☐	☐		☐	……	
Herpes zoster (≥ 60J)	☐	☐				……	
COVID-19 (≥ 60J)	☐	☐	☐		☐	……	
Influenza (≥ 60J)					☐	……	
RSV (≥ 75J)					☐	……	
FSME	☐	☐	☐	☐		……	

Allgemeine Hinweise

- Tetanus, Diphtherie: Auffrischung alle 10 Jahre
  - 1-malig als Tdap (mit Pertussis) bzw. als Tdap-IPV (mit Pertussis + Polio)
- MMR: Eine Dosis für alle nach 1970 geborenen ≥ 18 Jahre mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit
- Röteln: Bei ungeimpften Frauen, nur einmal geimpften Frauen oder Frauen mit unklarem Impfstatus im gebärfähigen Alter
- FSME: 3 Grundimmunisierungen, Auffrischung abhängig von Alter und Impfstoff alle 3-5 Jahre
- COVID-19: Grundimmunisierung durch mind. 3 SARS-CoV-2-Antigenkontakte (davon mindestens 1 Impfung)
- COVID-19 und Influenza: Jährliche Impfung im Herbst
- Herpes zoster: Ab 60 Jahren 2 Impfstoffdosen im Abstand von mind. 2 bis max. 6 Monaten
- Pneumokokken: 1-malige Impfung mit PCV20
- RSV: 1-malige Impfung ab 75 Jahren
- Cave: Bei einzelnen Impfungen gilt bei Vorliegen von Risikofaktoren (COPD, Asthma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen etc.) eine Impfempfehlung ab 50 Jahren (z. B. Herpes zoster, jährliche COVID-19 und Influenzaimpfung)
- Cave: Indikations- und berufsbedingte Impfungen beachten
  - Z. B. Pertussis-Auffrischung alle 10 Jahre bei Arbeit mit direktem Patientenkontakt
  - Schwangere und direktes Umfeld eines Neugeborenen: Auffrischung spätestens 4 Wochen vor Geburtstermin

Ausführliche, aktuelle Informationen finden Sie im epidemiologischen Bulletin 04/2025

9. Psychosomatik in der Hausarztpraxis

Die Prävalenz psychischer bzw. psychosomatischer Erkrankungen in der Hausarztpraxis ist hoch – im Wesentlichen sind diesbezüglich depressive Erkrankungen, Angst- und Panikstörungen und sogenannte somatoforme / funktionelle Störungen von besonderer Relevanz. Diese Erkrankungen können einzeln auftreten und als solches auch zum Arztbesuch führen. Häufig sind diese Erkrankungen jedoch mit anderen somatischen Krankheiten vergesellschaftet, so dass man von einer psychischen Komorbidität spricht. Gut nachvollziehbar ist beispielsweise, dass bei Tumorpatienten oder bei Patienten mit kürzlich durchgemachtem Herzinfarkt häufig auch eine erhöhte Depressivität vorliegt. Unterschiedliche Untersuchungen haben ergeben, dass die Prävalenz der psychischen Komorbidität in der Hausarztpraxis bei circa 25-30% liegt, und dass diese auch zu hohen hausärztlichen Kontaktraten, Überweisungen und Arbeitsunfähigkeitszeiten führt. Eine intensive Auseinandersetzung mit den psychosomatischen Aspekten ist für eine gelingende hausärztliche Tätigkeit von hoher Bedeutung, um die Patienten – und auch das eigene ärztliche Handeln – besser verstehen zu können. Der Patient bringt mit seinen Symptomen letztlich auch seine Lebensgeschichte, im Sinne seiner bio-psycho-sozialen Bezüge, mit in die Praxis. Durch die Entwicklung einer Arzt-Patient-Beziehung werden auch Sie – wiederum mit Ihrer eigenen „emotionalen Landschaft" – mit einbezogen. Diese Dynamik lässt sich sinnvoll in den Umgang mit den zum Teil auch als schwierig erlebten Patienten integrieren, so dass Ihnen die Arbeit mit diesen Patienten leichter fällt und Spaß bereiten kann. Eine Anleitung hierzu erhalten Sie auf den folgenden Seiten zum „Psychosomatischen Fall".

Bezüglich der Krankheitsbilder zu Angst, Depression und Panikstörungen sei auf die einschlägigen Lehrbücher verwiesen. Von besonderer Bedeutung sind jedoch die somatoformen / funktionellen Erkrankungen – also körperliche Missempfindungen oder Störungen, für die es keine organische Erklärung gibt. Hartnäckige körperliche Beschwerden oder Symptome wie Schwindel, allgemeines Schwächegefühl, Rücken-, Bauch- und Kopfschmerzen u.v.m. bilden mit geschätzten 50% den häufigsten Anlass für Erstkonsultationen. Der Umgang mit diesen Symptomen, die diagnostische Aufarbeitung und die Entscheidungsfindung gemeinsam mit dem Patienten sind die Kernaufgaben der hausärztlichen Tätigkeit und zugleich deren größte Herausforderung. Beispielsweise kann sich hinter dem Symptom „Schwächegefühl" eine Depression oder ein Tumor verbergen; oder bei subjektiv wahrgenommenen Palpitationen kommt eine Herzangst oder eine unter Umständen maligne Herzrhythmusstörung in Betracht. Schließlich könnten auch beide Erkrankungen hinter einem beklagten Symptom stehen. Häufig ist ein abwartendes Beobachten (engl. watchful waiting), eventuell kombiniert mit zeitlich gestufter Diagnostik, sinnvoller als eine sofortige komplette Abklärung. Dies bedeutet jedoch, dass der Hausarzt in der Lage sein muss, diagnostische Unsicherheit auszuhalten, und er muss diese Phase auch adäquat mit dem Patienten kommunizieren. Dabei ist von besonderer Bedeutung, dass vor allem in der initialen Phase der Abklärung von Anfang an mit dem Patienten die „Sowohl-als-auch"-Genese der Erkrankung kommuniziert wird: „Das Somatische wird gewürdigt, die psychischen Aspekte aber nicht vernachlässigt – beides kommt unter Umständen in Frage". Dies verhindert eine Reaktion der Enttäuschung, die bei den Patienten auftreten kann, wenn nach intensiver somatischer Abklärung eine organische Ursache der Beschwerden nicht identifiziert werden kann – nach dem Motto „Der Arzt denkt wohl, ich hätt´s an der Psyche…", oder „Jetzt suche ich einen noch besseren Spezialisten auf, der wird die Ursache schon finden". Wird der Patient von Anfang mit „beiden Optionen ins Boot geholt", lässt sich bei negativer somatischer Diagnostik die psychische Genese viel einfacher diskutieren und die bio-psycho-soziale Perspektive kann von Anfang an gemeinsam mit dem Patienten offen gehalten werden. Nähere Ausführungen hierzu finden Sie auch in der Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden" (http://www.funktionell.net).

Im hausärztlichen Kontext spricht man bei psychosomatischen Krankheitsbildern auch vom sogenannten „Präsentiersymptom“, mit dem der Patient in die Praxis kommt, und dessen Bedeutung im Verlauf herausgearbeitet werden muss. Hierbei ist insbesondere die erlebte Anamnese hilfreich – ein Spezifikum der Allgemeinmedizin, deren Bedeutung in diesem Zusammenhang jedoch noch wenig erforscht ist. Unter der erlebten Anamnese versteht man die gedankliche – oder manchmal auch schriftliche – Sammlung von Informationen über einen eigenen Patienten, die aus einer gemeinsam mit dem Patienten erlebten Geschichte von Krankheit und Gesundheit stammen. Welches andere Fach hat diese wertvolle und hoch spannende Ressource noch zu bieten?

9.1. Hinweise zum „Psychosomatischen Fall“

Konzeption: Dr. med. Andreas Hofmann

Lernziel: Die Studierenden sollen

- ein Gespräch, in dem es im weitesten Sinne um psychosoziale Inhalte geht (z.B. Partnerkonflikt, Mobbing, Trennungs- oder Verlusterfahrung, depressive oder Angstzustände beim Patienten, Überbringen schlimmer Nachrichten o.ä.) protokollieren,
- den Gesprächsverlauf auf der Sach- und vor allem auf der Beziehungsebene wiedergeben,
- die Kommunikation zwischen Arzt und Patient bewerten.

Aufgaben in der Praxis

Bitte dokumentieren Sie hier ein längeres Gespräch eines Patienten mit Ihrem Lehrarzt, bei dem es im weitesten Sinne um psycho-soziale Inhalte, d.h. also um die seelische Befindlichkeit des Patienten geht. Es geht im Wesentlichen um die Wahrnehmung und Beobachtung von drei wesentlichen Begriffen bzw. Phänomenen in der Arzt-Patientenkommunikation:

1. **Übertragung (ÜT):** Wie geht der Patient mit dem Arzt um?
2. **Gegen-ÜT:** Der Arzt reagiert angemessen komplementär auf die ÜT des Patienten.
3. **Die „Szene“:** Welche Rolle spielen Arzt und Patient in der (unbewussten) Inszenierung des Patienten. Welches „Stück“ wird gespielt?

Diese Phänomene erkennt der geschulte Arzt mit der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“, d.h. er richtet seine Wahrnehmung nach außen (sachliche Mitteilungen des Patienten, wie ist seine Gestik und Mimik, wie ist er gekleidet, wie ist der Tonfall seiner Stimme, wie bewegt er sich?), sowie nach innen (Wahrnehmung seiner eigenen Gefühle: Wie geht es dem Arzt in dem Gespräch? Welche Gefühle löst der Patient in ihm aus? Mag der Arzt den Patienten oder lehnt er ihn spontan ab, macht er ihn wütend oder macht er ihn hilflos, spürt er Mitleid oder lässt er ihn irgendwie kalt usw.). Diese Gefühle überträgt der Patient dem Arzt. Der Patient gebraucht gleichsam den Arzt, indem er ihn spüren lässt, wie es ihm (dem Patienten) geht und wie sich sein unbewusster Konflikt anfühlt. Natürlich werde ich/der Arzt möglichst vermeiden, „aus der Hüfte zu schießen“: *„Wenn Sie so mit mir umgehen, können Sie mir gestohlen bleiben...“, “wenn Sie mich nicht respektieren, hat das mit Ihnen keinen Sinn...“,* oder - beim „hilflosen“ Patienten: *„Ich mache das für Dich, denn Du tust mir so leid in Deiner Schwäche“* etc., sondern der Arzt wird sich bemühen, angemessen auf das Beziehungsangebot des Patienten zu reagieren.

In der „Szene“ (nach *Argelander* und *Lorenzer*) stellt der Patient seine unbewussten Konflikte wie in einem Theaterstück dar, wobei er dem Arzt eine bestimmte Rolle zuweist. So könnte etwa der Patient die Rolle seines strengen Vaters übernehmen, indem er den Arzt ständig kritischer Prüfung unterzieht (der Arzt würde hier also in die Rolle des Patienten als Kind gedrängt), ein anderer Patient macht seine Ärztin mit seiner Hilflosigkeit zur fürsorglichen Mutter, die ihm jede Schwierigkeit abnimmt, wieder ein anderer Patient „inszeniert“ mit seinem Arzt einen Machtkampf, der eigentlich auf seine kindliche Erfahrung mit einem Elternteil oder einem Geschwister verweist. Diese inneren und äußeren Wahrnehmungen versucht der Arzt nun zu interpretieren und zu einem Bild zusammenzufügen: Was will ihm der Patient mitteilen? Worum geht es ihm wirklich? Was ist sein unbewusster Konflikt?

Inhalt des Protokolls:

1. Das Gespräch (Transkript) in Stichworten. (Geben Sie die ersten Sätze möglichst wörtlich wieder)
2. Fragen Sie Ihren Lehrarzt, wie er sich bei dem Gespräch gefühlt hat (ÜT)
3. Notieren Sie auch Ihre eigenen Gefühle und Gedanken (Assoziationen, Interpretationen) während des Gesprächsverlaufes.

Beschreiben Sie in dem Gespräch:

1. Die Sachebene
   - Worum ging es dem Patienten, was war sein Anliegen?
2. Die Beziehungsebene
   - Ihren ersten Eindruck vom Patienten: Wie wirkt er auf Sie? (Kleidung, Gang, Stimmlage, Händedruck, Gestik, Mimik, Stimmung, also die non-verbale Kommunikation!)
   - Wurde das Anliegen des Patienten deutlich?
   - Wie war die Atmosphäre zwischen Arzt und Patient? Wie ging der Patient mit dem Arzt um? (ÜT)
   - Wie reagierte Ihr Lehrarzt auf die ÜT des Patienten?
   - Wurden Gefühle benannt?
   - Konnten Sie/der Arzt eine „Szene“ / einen unbewussten Konflikt erkennen?
   - Welches Gefühl hatte Ihr Lehrarzt am Ende des Gesprächs?
   - Wie haben Sie selbst sich als Zuhörer gefühlt?
3. Die Klärung
   - War genügend Zeit?
   - Hatten Sie den Eindruck, dass der Patient etwas von dem Gespräch mitnehmen konnte? (z.B. Deutung des Konfliktes?)
   - Gab es eventuell eine Lösung für sein Problem?

9.2. Arbeitsblatt: „Der psychosomatische Fall“ - Patientenbericht

Alter des Patienten	Geschlecht	Patient neu oder bekannt?

Die Sachebene

Das Patientenanliegen

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Die Beziehungsebene

Erster Eindruck, Atmosphäre, Reaktionen aufeinander, unbewusster Konflikt

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Die Klärung

Zeitrahmen, Lösung des Problems

_____

_____

_____

_____

_____

_____

10. Checkliste „Sonstige Aufgaben“

Die Inhalte der hausärztlichen Arbeit sind zahlreich und sehr vielfältig. Müssten Sie alles durch einen Bericht abarbeiten, müsste das Blockpraktikum wahrscheinlich vier Wochen dauern. In der relativ kurzen Zeit möchten wir Ihnen und der Lehrärztin / dem Lehrarzt nicht zu viel zumuten. Bitte gehen Sie also die Checkliste durch, ob die übrigen Aufgaben gut erledigt wurden. Auch diese Aufgaben, die außerhalb der Patientenversorgung erledigt werden müssen, sind von hoher Bedeutung für den ärztlichen Beruf – ob in der Praxis oder in der Klinik!

Aufgabe gemäß Lernziel	**Durchgeführt**
Besprechung Überweisung / Einweisung	☐
Besprechung Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	☐
Aufgaben MFA erklärt	☐
Organisation Sprechstunde erklärt	☐
Notfallmanagement erklärt	☐
Möglichkeiten der lebenslangen Fortbildung erklärt	☐
Dokumentation und Abrechnung erklärt	☐
Visite Altersheim (optional)	☐
Einleitung / Koordination von Reha-Maßnahmen erklärt (optional)	☐

11. Literatur

Gerne möchten wir Ihnen ein paar Vorschläge zu weiterführender Literatur machen:

Lehrbücher und Buchbeiträge:

Balint M:	**Der Arzt, sein Patient und die Krankheit (Klett-Cotta 2010)**
Brandhuber T, Wapler P, Klein R:	MEX Das mündliche Examen – Allgemeinmedizin (Elsevier 2018)
Klein R:	100 Fälle Allgemeinmedizin (Elsevier 2022)
Kochen MM:	Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Thieme 2017)
Landendörfer P, Mader F:	Praktische Geriatrie – Praxishilfen (Kirchheim Verlag 2012 – 2016, 7 Themenbücher)
Mader F, Riedl B:	Allgemeinmedizin und Praxis, 8. Auflage (Springer 2018)
Riedl B, Peter W:	Basiswissen Allgemeinmedizin (Springer 2020)
Rogers C:	Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie (Fischer TB 2012)
Schneider A:	Psychosomatische Medizin in der Allgemeinarztpraxis – ein Überblick (in: Psychosomatische Medizin, Hrsg. Thure v. Uexküll, 7. Auflage, Elsevier 2011)
Watzlawick P:	Anleitung zum Unglücklich sein (Piper Verlag 2009)

12. Benotungsbogen

Bitte senden Sie den Bogen per E-Mail an Blockpraktikum.AL@mri.tum.de oder per Fax 089/ 614658915.

Frau / Herr _____

geboren am _____ in _____

hat in der Zeit

vom _____ bis _____ und von _____ bis _____

in meiner Praxis das Blockpraktikum Allgemeinmedizin absolviert. Während des Praktikums hatte der/die Studierende Gelegenheit, unter meiner Aufsicht und Anleitung Patienten zu untersuchen und zu behandeln. Ich bewerte die während des Praktikums gezeigten Leistungen folgendermaßen:

Beurteilungskriterien:	**Benotung**					
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1. Wahrnehmung und Erfassung des Wesentlichen in Anamnese und Befund						
2. Gezeigtes Fachwissen bei Fallvorstellungen nach dem SOAP-Schema						
3. Fähigkeit, zweckmäßige Konzepte zur weiteren Diagnostik und Problemlösung zu entwerfen						
4. Fähigkeit, im Erstkontakt positiv auf Patienten zuzugehen						
5. Positive Akzeptanz bei Patienten						
6. Umgang mit Praxismitarbeitern/-innen						
7. Anwesenheit und Pünktlichkeit						
8. Initiative zu eigenem Lernen und selbstständigem Arbeiten						
Gesamtnote Praxismitarbeit (subjektive Summe aus 1-8)						
Ausarbeitung der Fälle / Führung des Praxisheftes						
Gesamtnote = (2xPraxismitarbeit + 1xFührung Praxisheft) : 3 z.B.: (2x1 + 1x3) : 3 = 5:3 = 1,67 (gerundet Gesamtnote = 2)	**GESAMTNOTE =**					

Er / Sie hat während des Praktikums ca. _____ Patienten untersucht und mich bei _____ Hausbesuchen begleitet. Besondere Stärken waren:

_____

_____

_____

Praxisstempel Datum Unterschrift Lehrarzt/-ärztin

13. Vertraulicher Praxisevaluationsbogen

Auszufüllen durch die Studierenden. Bitte die folgenden Seiten als zusammenhängende Datei (d.h. Praxisevaluationsbogen, Kurzbericht, Verschwiegenheit und vhb-Zertifikate) ausschließlich per E-Mail an Blockpraktikum.AL@mri.tum.de

Praxis: _____

Wie gut wurden Ihnen im Blockpraktikum Allgemeinmedizin neue Fähigkeiten, Fertigkeiten oder Einstellungen vermittelt?	**Bewertung**			
	sehr gut	gut	weniger gut	nicht durchgeführt
Patienten-Bericht				
Körperliche Untersuchungen				
Psychosoziale Beratung				
Gesundheits-Check mit ARRIBA Beratung				
Hausbesuch				
Geriatrisches Assessment				
Langzeitbetreuung eines chronisch Erkrankten				
Impftechnik				

Anreise zur Lehrpraxis einfach: _____ min **Täglich gependelt?** □ ja □ nein

Ihr freier Kommentar ist für uns sehr wichtig. Bitte nutzen Sie unbedingt die Möglichkeit, uns Ihre Meinung über das Blockpraktikum mitzuteilen (siehe auch Rückseite):

_____

_____

_____

Der logistische Aufwand (Anfahrt und Übernachtung) **hat sich gelohnt. Das stimmt...**

☐ voll und ganz ☐ zum großen Teil ☐ zum kleinen Teil ☐ überhaupt nicht

Die Anfahrt und Übernachtung haben mich insgesamt _____ € gekostet. Die Kosten waren vertretbar. Das stimmt…

☐ voll und ganz ☐ zum großen Teil ☐ zum kleinen Teil ☐ überhaupt nicht

Meinen Mitstudenten würde ich das Blockpraktikum in dieser Praxis empfehlen:

☐ unbedingt ☐ zum großen Teil ☐ zum kleinen Teil ☐ überhaupt nicht

b.w.

_____

Datum / Name / Vorname

14. Kurzbericht zur Praxis

Mit diesem Kurzbericht sollen Sie gegen Ende Ihrer Blockpraktikumszeit die hausärztliche Tätigkeit, die sie erlebt haben reflektieren – denken Sie an die CanMEDS-Rollen!

Atmosphäre der Praxis

_____

_____

_____

_____

_____

Professionelle Haltung

_____

_____

_____

_____

_____

Zusammenarbeit Praxisteam / Delegation

_____

_____

_____

_____

_____

15. Erklärung zur Verschwiegenheit

Als Student/-in sind Sie im Rahmen Ihres Blockpraktikums zur Verschwiegenheit verpflichtet. Bitte füllen Sie die Erklärung aus und senden diese mit den vorherigen Dateien als zusammenhängende PDF-Datei an Blockpraktikum.AL@mri.tum.de

Ich, _____

(Name) (Vorname)

bin von meiner Lehrärztin / meinem Lehrarzt mündlich eingehend darüber informiert worden, dass ich zu absoluter Verschwiegenheit über alle mir in der Praxis bekanntwerdenden Umstände, auch die persönlichen Verhältnisse der Patienten, verpflichtet bin. Ich darf auch nahen Angehörigen der Patienten nicht unbefugt Auskunft erteilen.

Meine Verschwiegenheit endet auch nicht mit der Beendigung des Blockpraktikums in der Praxis. Mir ist bekannt, dass auch schriftliche Mitteilungen der Patienten, Aufzeichnungen über Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde der Verschwiegenheit unterliegen.

Ferner ist mir bekannt, dass die Pflicht zur Verschwiegenheit auch meinen Familienangehörigen gegenüber besteht.

Ich bin belehrt worden, dass ein Bruch der Verschwiegenheit Anlass zu Strafmaßnahmen sein kann.

Im Rahmen der mir gebotenen Belehrung ist mir der Gesetzestext (Strafgesetzbuch §203: Verletzung von Privatgeheimnissen) sowie die Berufsordnung für Ärzte (§9: Schweigepflicht) zur Kenntnis gebracht worden.

Ich erkläre, dass ich keine weiteren Fragen und Aufklärungswünsche habe.

_____

Ort, Datum Unterschrift Student/ -in

b.w.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch: § 203 Verletzung von Privatgeheimnissen

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,

[…]

anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist, wird mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Auszug aus der Berufsordnung für Ärzte (Bayerische Landesärztekammer): § 9 Schweigepflicht

(1) Der Arzt hat über das, was ihm in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist, – auch über den Tod des Patienten hinaus – zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen des Patienten, Aufzeichnungen über Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.

(2) Der Arzt ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht des Arztes einschränken, soll der Arzt den Patienten darüber unterrichten.

(3) Der Arzt hat seine Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.

(4) Wenn mehrere Ärzte gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.

(5) Der Arzt ist auch dann zur Verschwiegenheit verpflichtet, wenn er im amtlichen oder privaten Auftrag eines Dritten tätig wird, es sei denn, dass dem Betroffenen vor der Untersuchung oder Behandlung bekannt ist oder eröffnet wurde, inwieweit die von dem Arzt getroffenen Feststellungen zur Mitteilung an Dritte bestimmt sind.