

# DAS HAUSBESUCHSPROGRAMM AN DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT GREIFSWALD IM RAHMEN DES NEUEN SCHWERPUNKTES COMMUNITY MEDICINE

*O. Patschan, B. Maier, H. Knabe*

## Zusammenfassung

An der medizinischen Fakultät der Universität Greifswald wird erstmalig in Deutschland ein Schwerpunkt "Community Medicine" aufgebaut. Ein Eckpfeiler dieses Schwerpunktes ist die Integration der Problemstellungen der Lehre, Forschung und medizinischen Versorgung. Dabei wird sich die Lehre an den regionalen Bedürfnissen der Bevölkerung, an der Zusammenarbeit von Studierenden mit außeruniversitären Gesundheitsversorgungseinrichtungen und niedergelassenen Ärzten und an der Beschäftigung mit epidemiologischen Fragestellungen orientieren. Erste Resultate zur Durchführung einer Lehrveranstaltung mit niedergelassenen Allgemeinärzten im Rahmen eines "Hausärztlichen Besuchsprogrammes" liegen vor und werden in dem Artikel ausführlicher dargestellt. Es läßt sich zeigen, daß die Studierenden früh die Möglichkeiten und Grenzen der ambulanten Patientenbetreuung und den Umgang mit Kranken kennenlernen. Sie werden in die kommunikativen Aspekte der Arzt-Patient-Betreuung eingeführt und erleben den Patienten als Teil seines sozialen Umfeldes.

## Summary

The Medical School of the University of Greifswald is implementing a new main area of interest in Community Medicine. Main emphasis is put on integrating those problems concerned with teaching, research and medical care.

The teaching aspects of this new orientation will take into account the demands of the population in the region, joint work between the students and the medical care providers outside of the University, as well as the epidemiological concerns of Community Medicine.

First conclusions can be drawn from a new course in "Homevisiting of patients under the care of private practitioners", which are described in detail in this article. It is demonstrated that the students at an early point of their studies learn to acknowledge the possibilities and limits of providing ambulatory medical care and of dealing with patients. They are introduced to doctor-patient communication and they experience the patients as a part of their social surrounding and environment.

An der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald wird erstmalig in Deutschland ein neuer Schwerpunkt "Community Medicine" aufgebaut.

Der Ansatz sieht eine Integration der Problemstellungen der Lehre, Forschung und medizinischen Versorgung vor. Sein innovatives Potential besteht darin, alle Aspekte der **Gesunderhaltung** und Krankheitsbewältigung zu integrieren, sich somit neben der medizinischen Versorgung auch mit der Akzeptanz von Dienstleistungen, ihrer Effektivität und ökonomischen Effizienz und der **Organisationsstruktur** und Zusammenarbeit von verschiedenen Institutionen und Einrichtungen zu beschäftigen. Integrative Modelle der präventiven, kurativen und rehabilitativen Dienste werden in diesem Zusammenhang entwickelt und neue Ausbildungsformen werden erprobt. "Community Medicine" arbeitet und wirkt somit interdisziplinär und integrativ.

Neue Ansätze für die Lehre, die den Schwerpunkt "Community Medicine" an der Universität ausbauen helfen und die fall- und problemzentrierten Lehrmodelle in den Mittelpunkt stellen, werden erprobt. In das medizinische Curriculum sollen Community-Medicine-relevante Inhalte, wie regional-spezifische Epidemiologie, gemeindebe-zogene Versorgung und rehabilitative Aspekte aufgenommen werden.

Das Vorhaben wird durch folgende lokale Bedingungen gefördert, die zu Ausbildungszwecken genutzt werden können:

- Die Ausgangsbedingungen an der Medizinischen Fakultät in Greifswald sind günstig, da die Universität neben

der tertiären Versorgung auch die sekundäre Versorgung wahrnimmt.

- Greifswald ist eine überschaubare Kommune mit gemischt städtisch-ländlicher Bevölkerung geringer Migrationsrate und Mitglied des internationalen Netzwerkes "Gesunde Städte" und des EG-Projektes "EnviroNet". Zu beiden Einrichtungen bestehen enge Kontakte der Universität.
- Gemeinsam mit der Kommune wird eine Gesundheitsberichterstattung erstellt und ein Gesundheitsplan erarbeitet.
- Eine an Community Medicine orientierte medizinische Versorgung kann von den Erfahrungen der ehemaligen DDR profitieren, z.B. Berufspraktika während des Studiums, interdisziplinäre Veranstaltungen (IDK), landmedizinische Betreuung über Gemeindegewestern, Landärzte und Dispensairebetreuung.
- Um weitere Erkenntnisse über die kausalen Faktoren und Möglichkeiten der Therapie häufig auftretender Erkrankungen zu erhalten, um die Qualität der medizinischen Betreuung zu verbessern und um epidemiologische Grunddaten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung zu erhalten, wurde ein Projektforschungsbereich "Community Medicine" aufgebaut.
- Die diskutierte Studienreform (8. Novelle der AO) strebt eine gemeinde- und allgemeinmedizinbezogene Ausbildung an und ermöglicht somit eine Schwerpunktbildung.
- Eine schrittweise Integration kann Vorbildfunktion für andere Universitäten übernehmen und der Curriculumsentwicklung dienen.

Ziel der neuen Konzeption wird die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten sein, die über die übliche medizinische Ausbildung hinaus die Gesundheitsversorgung einer ländlichen und mittelstädtischen Region gewährleisten können, die Gesundheitsstrukturen mit ihrer Akzeptanz, Effektivität und Effizienz kennen und Modelle zur kommunalen Gesundheitssicherung und -förderung entwickeln können.

Über die Integration von Lehre, Forschung und medizinischer Versorgung, durch den interdisziplinären Ansatz und durch die Zusammenarbeit mit der Gemeinde der Region als Zielgruppe werden die Studierenden auf ihre spätere Tätigkeit vorbereitet und können zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung beitragen.

Stellvertretend für die neue Orientierung in der Lehre steht das Hausärztliche Besuchsprogramm. Als erstes Lehrangebot mit einer Ausrichtung an Community Medicine wurde es vor drei Semestern für Studierende in den vorklinischen und klinischen Semestern eingeführt. Da jetzt erste Resultate zur Durchführung des Programmes vorliegen und da eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Allgemeinmedizinern, den Studierenden und der Fakultät aufgebaut werden konnte, wird es im folgenden ausführlicher dargestellt.

### **Das Hausbesuchsprogramm (HBP)**

für Medizinstudenten der Vorklinik wurde Anfang 1993 von Prof. em. Knabe

im Rahmen eines Studentenzirkels ins Leben berufen. Am Zirkel, und damit auch am Hausbesuchsprogramm, nehmen zur Zeit 18 Studenten des 3. und des 7. Semesters teil. Sie arbeiten daran, das HBP für die folgenden Semester so zu modifizieren, daß es für mehr als 18 Studenten durchführbar ist.

Man kann dem HBP drei Säulen zuordnen:

1. Die Hausbesuche
2. Die Arbeit in der Klinik
3. Die Supervisionen

Im Nachfolgenden wird jede Säule besprochen.

#### **1. Die Hausbesuche,**

als die wichtigste Säule, sollen Studenten in der Vorklinik die Möglichkeit geben, früh mit kranken Menschen in Kontakt zu kommen. Dies bedeutet eine erstmalige Auflösung von Klinik und Vorklinik.

Die Besuche haben den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu einem unbekanntem, chronisch kranken Menschen zum Ziel. Die Studenten sollen sicher und selbstständig werden im Umgang mit Patienten, die Gesprächsführung üben, Kommunikationskompetenz erwerben, Zusammenhänge von Umwelt, sozialem Umfeld und Krankheit begreifen, die psychosoziale Dimension von Kranksein und evt. die Psychosomatik bestimmter Krankheiten durch das Kennenlernen des Milieus erfahren. Sie sollen die Problematik der Betreuung chronisch Kranker erleben und somit auch einen Einblick in die Tätigkeit des Hausarztes bekommen.

Für die Hausbesuche ist ein Themenbogen erarbeitet worden.

Dieser orientiert sich stark an Anamnesebögen und dient als Leitfaden, der von einfachen Fragen zur Lebensgeschichte, zu Sorgen des Alltags und zu Hobbies während der ersten Besuche bis hin zu intimen Fragen, z.B. über das Sexualleben, bei späteren Besuchen gestaffelt ist. Er bezieht sich also ausschließlich auf nicht klinische Befunde.

Mit dem Bogen sollte versucht werden die Inhalte der Gespräche für die Supervision vergleichbar zu machen und zu diskutieren, wie jeder einzelne ein bestimmtes Thema bei seinem Patienten ansprechen konnte, da die Art und Weise der Kommunikation entscheidend ist.

Aber genau diese Themen werden im Leitfaden nicht angesprochen:

"Wie stelle ich bei einem Patienten eine bestimmte Frage, ohne ihm zu nahe zu treten? Ist es überhaupt angebracht, eine solche Frage zu stellen? Frage ich direkt, oder taste ich mich über Umschreibungen an das Thema heran? Stelle ich fest, daß der Patient zu keinem Gespräch fähig ist, oder auch ich selber!"

Es kommt hier auf das Einfühlungsvermögen des Studenten an, der gegebenenfalls auch Fragen auslassen muß oder sogar ehrlich feststellt, daß er mit seinem Patienten nicht auskommen kann.

## Organisation

Jeder Student bekommt von einem niedergelassenen Greifswalder Arzt einen Patienten mit multimorbidem Krankheitsbild vermittelt, den er sich auf Hausbesuchen mit dem Praktiker frei auswählt und besucht diesen dann mindestens in einem Abstand von vier

Wochen, wenn er möchte aber auch öfter.

Die acht Hausärzte, welche das HBP zum Teil engagiert mitgestalten, haben sich bereit erklärt, die Studenten ohne Gegenleistungen in ihr Tätigkeitsfeld einzuführen. Sie sind vom Dekan der Medizinischen Fakultät in die Lehrtätigkeit der Universität integriert worden. Den Ärzten des HBP machte die Arbeit mit Studenten großen Spaß. Einerseits erhielten sie eine Rückkoppelung über ihre tägliche Arbeit, andererseits stellte der Student ein zusätzliches Bindeglied zwischen Arzt und Patient dar.

## Erfahrungen

Die ersten Hausbesuche waren bei fast jedem Studenten mit einer Schwellenangst verbunden. "Wie wird der Patient auf mich reagieren?", "Was mache ich, wenn der Patient abweisend mir gegenüber ist?", "Wie reagiere ich, wenn der Patient sich nicht offen unterhalten will, wenn er zu große Angst vor einem Gespräch hat?". Die Teilnehmer wurden sich plötzlich der möglichen Komplikationen bewußt, aber auch der Verantwortung, die allein schon bei einem vergleichsweise harmlosen Gespräch zum sich näher Kennenlernen, zum Tragen kommt. Diese Angst verschwand nach wenigen Momenten des Gespräches, da nun die Situation und der weitere Verlauf einschätzbar waren.

Bei den Patienten war die Resonanz auf die Hausbesuche sehr positiv.

Da das Patienten Klientel (multimorbide, ältere Menschen) meistens aufgrund ihrer Erkrankungen vereinsamt ist, gibt ihnen der Besuch eines jungen Studenten Ablenkung, Ansporn zu

mehr Aktivität, Unterstützung, Anteilnahme und Beistand in schwierigen Situationen.

"Wir erfahren etwas vom Patienten, der Patient kann erzählen, sich Sorgen, Ängste von der Seele sprechen. Wir nehmen auf, verstehen, entwickeln in manchen Fällen Verständnis."

In der Situation als Zuhörer besteht gleichzeitig die Gefahr, "daß wir nur noch eine Funktion als stiller Zuhörer erfüllen, auf dem alles abgeladen wird. Wir müssen hier sehr aufpassen, daß die professionellen Grenzen nicht verschwinden."

Aufgrund der beschriebenen Erfahrungen erwies sich der oben erwähnte Themenbogen nach mehreren Hausbesuchen als schwierig integrierbar, es wurde als problematisch empfunden, die Gespräche in eine bestimmte Richtung zu "drängen", wenn der Patient ganz andere Sorgen hatte.

In Zukunft werden wir den Bogen nur noch als Anregung für die ersten Hausbesuche beibehalten.

## 2. Die Arbeit in der Klinik

für Innere Medizin sollte in Ergänzung zu den Hausbesuchen die Möglichkeit bieten, ähnliches Patienten Klientel (multimorbide) im Vergleich auch in der Klinik zu erleben. Dazu besuchte jeder Student eine innere Station.

Besonders interessant erschien die Perspektive, einen Patienten nach seiner Entlassung zu Hause weiter zu betreuen. Ziel war es, daß der Student eine Brückenfunktion zwischen hausärztlicher Betreuung und Klinik einnimmt.

Auf der Station wurden die Unterschiede der Behandlung in der Klinik im Vergleich zu der der Hausärzte kennengelernt. Der persönliche Kontakt war nicht so ausgeprägt wie beim niedergelassenen Arzt. Die Therapie war mehr diagnoseorientiert, der Kontakt zur Bezugsperson nicht so intensiv.

Ansonsten war es schwierig, in kurzer Zeit zu den Patienten ein Vertrauensverhältnis, ähnlich dem bei den Hausbesuchen, aufzubauen, da die Patienten nach meist wenigen Tagen wieder entlassen wurden und so nicht mehr auf Station getroffen wurden. Nur in einem Fall gelang es, einen Patienten nach seinem Krankenhausaufenthalt weiter zu betreuen.

Es entstand ein Mißverhältnis von Aufwand und Nutzen.

Erschwerend kam hinzu, daß Studenten der Vorklinik oft das Gefühl hatten, überflüssig zu sein.

In der Zukunft werden wir diese Erweiterung des Programmes deshalb nicht mehr anbieten.

Wir werden jedoch in absehbarer Zeit andere Mittel und Wege finden, Studenten der Vorklinik ihrem Wissensstand entsprechend in das Tätigkeitsfeld der Klinik einzubinden, welches ohne Zweifel eines der wichtigsten Orte in der medizinischen Grundausbildung darstellt.

## 3. Die Supervisionen

finden achtwöchentlich mit allen Studenten, einer Psychiaterin als Supervisorin und sporadisch den Haus- und Klinikärzten statt. Hier werden die Erfahrungen und Eindrücke von den Hausbesuchen erörtert und reflektiert. Ziel ist es:

- die Kommunikation im Team zu erlernen, d.h. unter den Studenten, im Gegensatz zur Kommunikation mit dem Patienten und mit den übrigen Einrichtungen.

- Mißstände, die bei den Hausbesuchen und in der Zusammenarbeit mit dem betreuenden Arzt auftreten, zu reflektieren, z.B. Zeitmangel des betreuenden Arztes, zu verschlossene Patienten, Schwierigkeiten bei der Behandlung des zu betreuenden Patienten (etwa das Nichtwirken eines Schmerzmittels).

- auf bestimmte Verhaltensweisen während der Patientengespräche einzugehen.

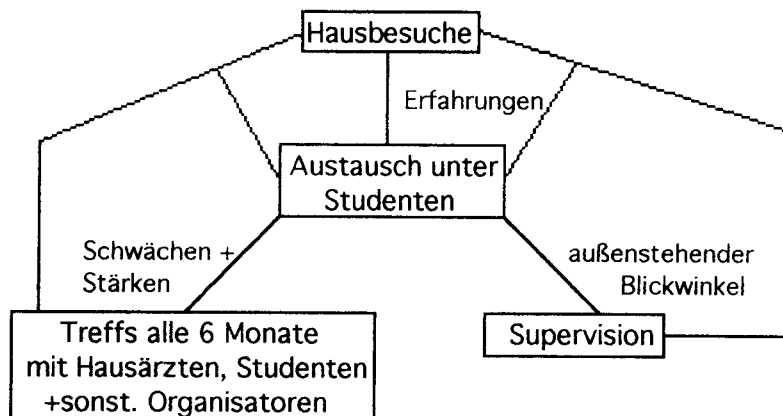
"Wie sitze ich meinem Patienten gegenüber, wie er mir? Gucken wir uns gegenseitig in die Augen, oder weichen wir aus? Bin ich innerlich angespannt? Habe ich das Bedürfnis den Raum zu verlassen? Fühle ich mich im Zimmer nicht wohl? Was höre ich für Geräusche? Was rieche ich? Oder konzentriere ich mich nur auf die Worte des Patienten?"

Hierbei fällt der Supervisorin die Aufgabe zu, die Studenten gezielt auf Problematiken hinzuweisen, sie für diese zu sensibilisieren.

Wir konnten bei den Supervisionen viele Probleme, Erlebnisse, Eindrücke und Gefühle aufzeigen und erörtern. Unbefriedigend war vor allem für die Studenten, daß die Ärzte aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung aufkommende Probleme sofort analysieren und erklären konnten.

In Zukunft werden wir vor den Supervisionen Treffs der Studenten untereinander veranstalten, die Supervisionen werden dann in längeren Abständen folgen.

Schema der Supervisionen:



## Geplante Veränderungen

- Das Hausbesuchsprogramm wird im regulären Teil der vorklinischen Ausbildung als Wahlpflichtveranstaltung angeboten. Studentische Tutoren aus dem Studentenzirkel werden die Kurse in Kleingruppen leiten. Damit ändert sich die Supervision nach obigem Schema.

Studentische Treffs finden in den Kleingruppen vor den eigentlichen Supervisionen statt. Sie sollen dazu dienen, in relativ vertrautem Kreis Probleme und Konflikte der Hausbesuche zu erarbeiten, auf welche dann gezielt bei den Supervisionen eingegangen werden kann. Einmal im Semester treffen sich dann alle Beteiligten (Studenten, Ärzte, Initiator und Organisatoren) zu einer inhaltlichen Abstimmung des Programmes.

- Zur Einführung des neuen Kurses und zur besseren Orientierung wird ein Einführungs-/Informationsblatt verteilt. Auf diesem sind die Profillinie der Community Medicine an der Universität Greifswald und die Idee des Zirkels sowie des Hausbesuchsprogrammes erläutert.
- Wir werden versuchen mehr Hausärzte für das Projekt zu gewinnen oder den schon beteiligten Ärzten mehr Studenten anzuvertrauen. Die Betreuung des HBP wird durch die Tutoren übernommen.
- Eine Erfolgskontrolle der Hausbesuche wird in Form eines Fragebogens eingeführt.
- Der Studentenzirkel, aus dem das HBP hervorgegangen ist, wird sich vor allem auf interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem EG-Projekt "EnviroNet" (Zentrum für Umwelt und Gesundheit) und dem sozialpädiatrischen Zentrum für Vorpommern in Greifswald konzentrieren. Darüber hinaus sind bereits erste Kontakte mit Studenten des Fachbereichs Psychologie geknüpft worden, mit denen gemeinsam Seminare über theoretische Grundlagen der Kommunikation geplant sind.

**Literatur:**

**Bundesgesundheitsminister für Gesundheit 1993:** Bericht der Sachverständigengruppe zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums

**Busse, R. 1992:** Public Health im Medizinstudium, Hannover

**Evans, B., Armstrong, D., Weinman, J., Elliot, L. 1990:** Training Trainers: a new approach for Community medicine, Public Health (1990) 104, 3-8

**Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche (Hrsg.) 1985:** Ausbildung - Lehre, Forschung - Technik, Verlag Kirchheim + Co GmbH, Mainz

**Göbel, E.; Remstedt, S. 1991:** Leitfaden zur Studienreform für Medizinstudierende, Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt

**Guilbert, J. J., Paloscia Riccard, E. A., Ritson, R. 1987:** Integrating learning by objectives with relevance to the health needs of the community, Med. Ed. (1987), 21, 505-511

**Hamad, B. 1991:** Community-oriented education: What is it?, Med. Educ., 25 (1991) 16-22

**Haug, C. V. 1991:** Gesundheitsbildung im Wandel, Verlag Julius Klinkhart, Bad Heilbrunn

**Inhalts-AG und Planungsgruppe Reformstudiengang Medizin (Hrsg.) 1991:** Neue Lern- und Lehrformen im Medizinstudium, Eigenverlag, Berlin

**Laaser, U.; Wolters, P.; Kaufmann, F.X. (Hrsg.) 1990:** Gesundheitswissenschaften

und öffentliche Gesundheitsförderung, Springer Verlag Berlin Heidelberg

**Pütter, N. 1988:** Arztausbildungsreform, Peter Lang Verlag, Frankfurt

**Smith, D. R. Anderson, R. J. and Boumbulian, P. J. 1991:** Community responsive medicine ; defining an academic discipline, Am. J. Med. Sci., 302 (1991) 313-318

**Sohn, W. 1990:** Das Hausbesuchsprogramm - Kommunikation mit allen Sinnen in der Umgebung des Patienten, unveröffentlichtes Manuscript

**Thomas, M. S.; Renschler, H. E. 1989:** Bewertung der ärztlichen Ausbildung an der McMaster Universität, in: Klinische Wochenschrift, 67: 421-430

**Universität Lingköping, Medical Curriculum, June 1988,** Manuscript

**Anschriften:**

H. Knabe, em. Prof. Dr. med. habil.  
F.-Krüger-Straße 10  
17489 Greifswald

Birga Maier  
Ärztin, Soziologin  
Koordinationsstelle-Community  
Medicine  
Ernst-Moritz-Arndt-Universität  
Fleischmannstraße 8  
17487 Greifswald

Oliver Patschan  
studentischer Tutor  
Hausärztliches Besuchsprogramm  
Dorfstraße 97  
17493 Greifswald