

# Was kann mein Student?

## Frage der Beurteilung im Hausarztpraktikum/PJ

### What can my Student do?

### Question of Assessment in General Practitioner Practical Course/PJ

Autor

**N. Donner-Banzhoff**

Institut

Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Philipps-Universität Marburg

Es ist sicher ein großer Mangel unseres Medizinstudiums, dass Studierende nur selten eine präzise Rückmeldung über ihr Können und Tun bekommen. Die Multiple-Choice-Prüfungen des IMPP fragen lediglich Wissen ab; bei den mündlichen Prüfungen (Staatsexamen) ist es so spät, dass eigentlich keine Konsequenzen mehr gezogen werden können. Mit den Blockpraktika der neuen AO haben wir jedoch eine Möglichkeit, individuelles und praxisnahes Feedback zu geben, an dem die Studierenden ihr weiteres Lernen orientieren können.

Allerdings ist dies für uns eine ungewohnte Herausforderung, da wir während unseres eigenen Studiums praktisch nie eine solche Beurteilung erfahren haben. Vielleicht können die folgenden Überlegungen Lehrärzten und Studierenden helfen, das Beste aus der Benotung des Blockpraktikums zu machen.

#### Ein Bild machen

▼  
Ein Bild über Wissen, Fertigkeiten und das Tun eines Studenten können wir uns nur machen, wenn wir ihm oder ihr Gelegenheit geben, sich zu äußern. Solange wir unsere Studenten im passiven Modus der überlieferten Famulatur lediglich mitlaufen lassen, haben wir für eine Beurteilung nichts in der Hand. Der Fallbericht, die Beobachtung, Fragen, Hausaufgaben sowie Äußerungen von Patienten und Personal geben uns Auskunft darüber, „was unsere Studenten können“.

#### Fallbericht

Nachdem der Student einen Patienten befragt und untersucht hat, lassen wir uns die erhobenen Informationen, diagnostische Schlussfolgerungen und Management-Vorschläge berichten. Damit haben wir uns schon einen ganz guten Eindruck verschafft: Von der Struktur und Tiefe der Anamnese, der Interpretation von Beschwerden und

Befunden, dem Wissen um relevante Erkrankungen (Differenzialdiagnosen) und Therapien sowie der Fähigkeit zur Informationssynthese.

#### Beobachtung

Wenn wir Studenten direkt beobachten, können wir uns ein Urteil bilden über den Umgang mit dem Patienten, die Gesprächsführung und die Beherrschung von Untersuchungstechniken.

Wir können zum Einen die Anamnese, körperliche Untersuchung und das Patientengespräch vollständig beobachten. Dies wird von den Patienten übrigens erfahrungsgemäß recht positiv aufgenommen, ist für uns allerdings recht zeitaufwändig. Zum Anderen können wir dies auch „häppchenweise“ leisten, wenn uns die Studenten begleiten. Wenn beispielsweise ein Patient mir gegenüber Bauchschmerzen erwähnt, bitte ich die Studentin, dazu sofort die Anamnese zu erheben (Lokalisation, Ausstrahlung, Charakter, Beziehung zur Nahrungsaufnahme, usw.). Ich beobachte, nutze vielleicht parallel die Zeit zur Durchsicht alter Befunde oder Dokumentationen (Kleinhirn!) und übernehme danach gleich wieder das Gespräch. Fehlende Fragen stelle ich selbst dem Patienten, und gebe der Studentin nachher eine kleine Rückmeldung. Das Prinzip der „Häppchen-Beobachtung“ lässt sich auch sehr gut für die Untersuchungstechnik einzelner Organsysteme nutzen.

#### Fragen

Dies ist die klassische Methode, um Überlegungen in eine bestimmte Richtung zu lenken, und einen Eindruck vom Wissensstand zu bekommen. Aber man kann damit auch eine unerfreuliche Prüfungsatmosphäre provozieren. Dies passiert vor allem dann, wenn wir faktische oder Ja/Nein-Fragen stellen („Ab wie viel MI Blut färbt sich der Stuhl schwarz?“). Stattdessen sollten unsere Fragen eine echte Herausforderung sein, wo Wissen und Können zusammenspielen, Schwierigkeiten, dem Wissen um relevante Erkrankungen (Differenzialdiagnosen) und Therapien sowie der Fähigkeit zur Informationssynthese.

#### Peer reviewed article

eingereicht: 10.12.2007  
akzeptiert: 18.12.2007

#### Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-1004607  
Online-Publikation: 2008  
Z Allg Med 2008; 84: 67–68  
© Georg Thieme Verlag KG  
Stuttgart · New York  
ISSN 1433-6251

#### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. med. N. Donner-Banzhoff, MHSc**  
Abteilung für Allgemeinmedizin  
Präventive und Rehabilitative  
Medizin  
Philipps-Universität Marburg  
35032 Marburg  
Norbert@med.uni-marburg.de

rigkeiten und Dilemmata gelöst werden müssen („Würden Sie dieser 82-jährigen Patientin mit Blut im Stuhl eine Koloskopie empfehlen? Was spricht dafür, was spricht dagegen?“). Entsprechend sind hier meist mehrere Antworten möglich, aber diese Differenzen machen das kollegiale Gespräch nur noch ergiebiger.

### Hausaufgaben

Für das Blockpraktikum sicher eine zunächst ungewohnte Form. Aber wenn ich den Eindruck habe, dass einem Studenten auf einem wichtigen Gebiet die Grundlagen fehlen, bitte ich ihn, das Thema z. B. bis zum übernächsten Tag durch Lektüre zu bearbeiten. Natürlich muss ich dann vieles aus hausärztlicher Sicht zu recht rücken; aber auf diese Weise erspare ich mir (und dem Studenten) einen Solo-Vortrag über die Grundlagen, und bekomme einen Eindruck über die Bereitschaft und Fähigkeit zum selbständigen Bearbeiten eines Themas.

### Rückmeldung von Personal und Patienten

Ob sich Patienten von der Studentin gut angenommen und verstanden gefühlt haben, erfahren Sie gleich nach dem Gespräch (u. U. non-verbal), oder ein paar Tage später. Gerade ein Lob sollten Sie an die Studentin weiter leiten. Aber auch ein negatives Echo sollte Anlass für ein Gespräch und Hinweise zur Verbesserung sein.

Dass die Zeit des Blockpraktikums nur kurz ist und unsere Studenten mit unzureichenden Vorerfahrungen kommen, erschwert unsere Aufgabe. Wir sollten aber versuchen, jedem unserer Studenten eine nachvollziehbare und von der Sache her nützliche Rückmeldung zu geben. Die offizielle Benotung hat – abgesehen von einer Fünf – keine weiteren Folgen, da sie in keine Gesamtnote eingeht. Wir sollten deshalb das persönliche Feedback in den Vordergrund stellen. Dazu ein paar Tipps.

### Konsequenzen ziehen

Die Grundform ist die Sandwich-Reihenfolge: zunächst was gut gelaufen ist, dann was schlecht gelaufen ist, und schließlich was beim nächsten Mal besser zu machen ist. Darüber hinaus ist bei „konstruktivem Feedback“ zu beachten (☉ **Tab. 1**). Wenn immer möglich, beziehen Sie sich auf die Lernziele und Problemfelder, die Sie zu Beginn des Praktikums mit dem Studenten überlegt haben.

### Zum Schluss

Natürlich haben Sie außerdem einen allgemeinen Eindruck: ist die Studentin pünktlich? Bleibt sie auch einmal zwei Stunden länger, um mich beim Hausbesuch zu einer schwer Kranken zu begleiten? Interessiert sie sich für die Arbeit der Arzthelferinnen? Stellt sie selbst Fragen und demonstriert dabei Interesse und Mitdenken? Diese Dinge sollten Sie ebenfalls berücksichtigen.

Tab. 1

Konstruktives Feedback...	Positiv-Beispiel	Negativ-Beispiel
beschreibt, aber wertet nicht	„Sie haben im Gespräch kaum Augenkontakt mit Frau M. gehabt.“	„Sie interessieren sich wohl nicht für diese Patienten.“
ist spezifisch, nicht verallgemeinernd	„Sie haben Frau M. sehr schön erklärt, warum Sie so müde ist.“	„Sie sind einfach Spitze.“
bezieht sich auf Dinge, die der Student beeinflussen kann	„Sie sollten langsamer sprechen und ab und zu mit einer Rückfrage prüfen, ob die Patienten Sie verstanden haben.“	„Unsere Patienten verstehen Ihren bayrischen Akzent einfach nicht.“
ist wohl dosiert	wird zur Regel, ist auf wenige Aspekte konzentriert („verdäulich“)	ausschließlich am Schluss des Praktikums, bezieht sich auf eine überwältigende Zahl von Punkten

In Anlehnung an Alguire et al. Teaching in Your Office; 2001

Das Ganze ist natürlich eine Gratwanderung: auf der einen Seite wollen wir unsere Studierenden im Blockpraktikum für die Allgemeinmedizin begeistern; auf der anderen Seite ist uns mit der Pflicht zur Benotung ein potenziell kränkendes Instrument in die Hand gegeben. Die „billige“ Benotung (jeder bekommt eine Zwei; und wer nett lächelt, kriegt seine Eins) kann jedoch nicht die Lösung sein. Vielmehr sollten wir durch aktive Einbeziehung der Studierenden, eine fundierte Beurteilung ihres Wissens, Könnens und Handelns sowie eine konstruktive Rückmeldung einen Beitrag zur Ausbildung von Arzt-Persönlichkeiten leisten.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

### Zur Person



**Prof. Dr. med. N. Donner-Banzhoff**, 1991 Arzt für Allgemeinmedizin, 1991 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Marburg, 1993 Niederlassung in Gemeinschaftspraxis. 1994–1995 Gastdozent und Academic Fellow am Department of Family and Community Medicine, University of Toronto (Kanada), Master Program in Community Health.

Seit 1997 Leiter des Postgraduierten-Programms „Klinische Evaluation“ am Fachbereich Medizin der Universität Marburg, 1999 Habilitation im Fach Allgemeinmedizin, 2003 Ernennung zum Professor für Allgemeinmedizin. Arbeitsschwerpunkte: Kardiovaskuläre Erkrankungen und deren Prävention, Klinische Epidemiologie und deren Anwendung in der Versorgung, Arzt-Patient-Beziehung, Weiter- und Fortbildung, allgemeinärztliche Entscheidungsfindung.