

Retter in der Not? – Studentische Reflexion der hausärztlichen Rolle anhand eines komplexen Falles

Knights in Shining Armor? – Students' Reflection upon the Role as a Family Practitioner

Lars Platschek, Anne Simmenroth-Nayda

Hintergrund: Das Wahlfach Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr (PJ) erfreut sich immer größerer Beliebtheit. Studierende verbringen 16 Wochen in einer hausärztlichen Lehrpraxis und erhalten darüber hinaus PJ-Seminare im zuständigen Institut für Allgemeinmedizin. In Göttingen müssen die Studierenden außerdem fünf Patientenfälle nach dem SOAP-Schema dokumentieren, deren Reflexion Inhalt der Seminare ist.

Fallbericht: Es wird aus Sicht eines PJ-Studierenden ein Patientenfall vorgestellt, der eine komplexe Situation (problematische Versorgung eines geriatrischen Patienten im ländlichen Umfeld) und die Rolle des Hausarztes in dieser Konstellation beleuchtet.

Schlussfolgerungen: Im Allgemeinmedizin-Tertial des PJ ist eindrucksvoll erfahrbar, auf wie vielen verschiedenen Ebenen ein Hausarzt seine Patienten versorgt und wie hilfreich neben der eigenen Reflexion das Wissen von Peers eingesetzt werden kann.

Schlüsselwörter: Medizinstudium; Praktisches Jahr; Allgemeinmedizin; Versorgung im ländlichen Raum; Ethische Fragestellungen

Background: Family practice as a clinical elective is gaining popularity. Students spend 16 weeks in an academic teaching practice and attend regular lectures in the university department of family medicine. In Göttingen, students are required to present five patient cases according to the SOAP-scheme, which are reflected upon during the lectures.

Case report: A patient case is introduced from the students' point-of-view. It describes a complex situation (problematic care of a geriatric patient living in a rural area) and the role of the family practitioner in this constellation.

Conclusions: During this family practice clinical elective students directly experience the many different levels upon which a family practitioner provides patient care. Self-reflection and group input from peers are recognized as helpful tools.

Keywords: Medical Student; Clinical Elective; Family Practitioner; Medical Care in Rural Areas; Ethical Issues

Hintergrund

Das Wahlfach Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr (PJ) erfreut sich immer größerer Beliebtheit [1–3], auch an der Universität Göttingen steigt die Anzahl der PJ-Studierenden kontinuierlich an [4]. Die Studierenden verbringen – möglichst im 3. Tertial des PJ – 16 Wochen in einer hausärztlichen Lehrpraxis und erhalten darüber hinaus alle zwei Wochen an Mittwochnachmittagen PJ-Seminare

im Institut für Allgemeinmedizin. Begleitend müssen fünf Patientenfälle nach dem SOAP-Schema (Subjektive Anamnese – Objektive Befunde – Assessment – Plan [6]) dokumentiert und von Mitarbeitern des Institutes korrigiert und kommentiert werden (Teil des DEGAM-PJ-Logbuches [5]). Die Patientenfälle beinhalten eine kleine Literaturrecherche, die eine vom Studierenden selbst gestellte Frage beantworten soll [7]. Sowohl Recherche-Techniken als

auch die konkreten Fallbesprechungen sind Thema der PJ-Seminare.

Im Folgenden soll ein Fall dargestellt werden, der den Studierenden über das gesamte Tertial hin beschäftigt hat, Inhalt zweier PJ-Seminare war und zudem ureigene hausärztliche Themen berührt. Wir möchten hierbei den Aufbau nach dem SOAP-Schema belassen, da dies Authentizität und Reflexionsarbeit am besten widerspiegelt, der Fallbericht ist daher in der „Ich-Form“ belassen worden.

Fallbericht

1. SOAP Subjektive Anamnese (Konsultationsanlass)

Herr E., 86 Jahre, Witwer, wohnt mit seiner Familie (Tochter, Sohn und dessen Ehefrau) zusammen auf seinem Hof, 25 km von unserer ländlichen Praxis entfernt. Er lebt dabei allein in einer Unterwohnung, ist aber auf Mithilfe bei Einkäufen, der Wäsche oder anderen Dingen des Alltags angewiesen. Bezüglich der Körperpflege ist Herr E. noch komplett selbstständig, auch wenn seit kurzer Zeit multiple Unterschenkelulcera, die beidseits gewickelt werden müssen, sein Leben erschweren: „*Ach Herr Doktor, die Verbände rutschen eh immer, die müssen aber morgen wieder neu gemacht werden*“.

Bislang haben sich die o.g. Angehörigen um Herrn E. gekümmert, die nun aber nichts mehr von ihm wissen möchten. Die gesamte Familie gehört zu unserem Patientenstamm. Herr E. ruft tagtäglich bei uns an und bittet um Hausbesuche. Allein diese Anrufe sind für das Praxisteam eine starke Belastung: Aufgrund seiner Altersschwerhörigkeit ist das Telefonieren nur so laut möglich, dass alle in der Praxis Anwesenden mithören müssen. Oft konnte ein Telefonat nur beendet werden, indem die Medizinische Fachangestellte (MFA) Herrn E. versprach, dass der Doktor nachher in Ruhe zurückrufen oder ihn nach Praxischluss besuchen würde. Sohn und Tochter von Herrn E. (beide arbeitslos) sind wegen anderer Probleme auch oft bei uns in der Praxis und geben an, dass Herr E. sie tyrannisiere und „ob man nicht eine Pflegestufe beantragen könnte“. Mehr Fürsorge als diese Fragen kam von der Familie nicht, und wir haben das Gefühl, dass Herrn E. quasi seinem Schicksal überlassen wird.

2. SOAP Objektive Befunde (z.B. körperliche Untersuchung, technische Befunde)

86-jähriger Patient, altersentsprechender Allgemeinzustand, multiple Ulcera an beiden Unterschenkeln, keine Dyspnoe, kein Fötör, leichte Ödeme in den Beinen, Lymphknoten unauffällig,

starke Kyphose, neurologisch o.B., Minimal-Mental-Test: 30 Punkte, Barthel-Index: 100 Punkte. Er klagt über Rückenschmerzen mit „linksseitigem Stechen“. Es bestehen etliche Dauerdiagnosen (u.a. KHK, Hypertonie, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus Typ II, Omarthrose, Schwindel, starke Schwerhörigkeit), die unter Kontrolle und momentan für die psychosoziale Problematik nicht von Bedeutung sind. Für eine Pflegestufe gibt es zurzeit keine Indikation, da Herr E. körperlich bis auf die Ulcera komplett selbstständig ist und auch keine Zeichen einer Demenz zeigt. Haushalt, Einkäufe und Wohnungspflege (Herr E. gehört zu einer Generation, die in diesen Dingen völlig ungeübt bzw. hilflos ist) hatten bisher die Kinder übernommen, die sich nun komplett von Hr. E. abgewandt haben.

3. SOAP: Assessment (subjektiver Eindruck des PJlers, Diagnosen und Differenzialdiagnosen)

- *3a: Subjektiver Eindruck vom Patienten:* schlechter Gesundheitszustand, auf Hilfe angewiesen, zu uns immer sehr freundlich
- *3b: Welche Gefühle löst der Patient in mir aus?* Mitgefühl, Trauer, Unsicherheit, inwieweit wir aus hausärztlicher Sicht helfen können, unsere Kompetenzen überschreiten oder uns in dem Familienstreit verlieren?
- *3c: Diagnose(n):* Ulcera cruris, Rückenschmerzen, Familienkonflikt, Hilflosigkeit

4. SOAP: Plan (Therapievorschlüsse, ggf. weiteres therapeutisches Vorgehen)

Wir (PJler und Lehrarzt) besuchten Herrn E. anfänglich sehr oft und versuchten, Ressourcen zu finden, als Schlichter im Familienstreit zu fungieren und wickelten die Beine. Die Differenzen der Konfliktparteien innerhalb der Familie waren zu unserem Bedauern unüberwindbar, obwohl Sohn und Tochter arbeitssuchend und den ganzen Tag daheim sind, aber jedes Pflichtgefühl von sich weisen. Wir organisierten über die Caritas eine Pflegekraft, die alle 2–3 Tage vorbei kam, um die Ulcera von Herrn

E. zu versorgen. Die Beantragung einer Pflegestufe, auch der Stufe 0, war ohne Aussicht auf Erfolg, da Herr E. sich um seine Grundpflege bislang selber kümmern kann und will, und auch geistig noch vollständig orientiert ist.

Die Rückenschmerzen waren in unseren Augen am ehesten durch seine Schlafsituation verursacht, einer total durchgelegenen uralten Matratze, die für den vorhandenen Lattenrost viel zu groß war und über eine Bettseite herüber ragte. Nach dem dritten Hausbesuch konnten wir das Leid nicht mehr mit ansehen und überschritten unsere hausärztliche Kompetenz, indem wir für Herrn E. eine neue Matratze besorgten. Eine Röntgenuntersuchung zum Ausschluss einer Spontanfraktur veranlassten wir ebenfalls (diese war ohne pathologischen Befund).

In der Zwischenzeit war eine weitere Tochter, die 400 km entfernt wohnt, kurzzeitig da gewesen, um mit Herrn E. einkaufen zu gehen. Sie könne aufgrund ihrer Entfernung und Unerfahrenheit aber nicht mehr tun und bat uns, die weitere Organisation zu übernehmen. Wir konnten dann über die Caritas zusätzlich zur Pflegekraft eine häusliche Hilfe organisieren, die Herrn E. bei gewissen Sachen „unter die Arme greift“. Die Finanzierung trägt Herr E. selbst.

5. Am Fall entwickelte Frage

Inwieweit muss ein Hausarzt für die häusliche Versorgung eines Patienten aufkommen? Welche Hilfseinrichtungen oder Möglichkeiten gibt es?

6. Recherche und Beantwortung

Ich (LP) suchte im Internet nach möglichen Lösungen für den geschilderten Fall und tat mich sehr schwer. Am meisten zur Lösung beigetragen haben für mich zwei PJ-Seminare, in denen ich den Fall schilderte: zum einen das Seminar „Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis“ und zum anderen das Seminar „Ethische Fragen in der niedergelassenen Situation“. Nach meiner Fallschilderung zeigte sich schnell, dass ich mit meinem Problem einen gesellschaftskritischen Punkt getroffen habe, der viele Hausärzte be-

Lars Platschek ...

... studiert im klinischen Studienabschnitt an der Georg-August-Universität Göttingen (vorklinisches Studium bis zum Physikikum an der Semmelweis-Universität in Budapest). Er befindet sich aktuell in seinem PJ-Wahlterial Allgemeinmedizin (3. PJ-Tertial) kurz vor dem Erwerb des 2. Staatsexamens.

trifft: Wer stellt die Versorgung im ländlichen Bereich von einem alten Menschen sicher, der für seine Grundpflege selber aufkommt, aber nicht mehr in der Lage ist, sich eine Hilfskraft zu organisieren, wenn es seine Familie nicht tut? Wer hilft mir mit ethischen Konflikten, wie z.B. mit Familienstreit umzugehen? Eine hilfreiche Idee aus dem PJ-Seminar war es, den sozialpsychiatrischen Dienst Göttingen bei solchen Problematiken einzubeziehen.

Der Matratzenkauf wurde von Kommilitonen und Dozenten übereinstimmend als eine Grenzübertretung empfunden: Ein Hausarzt kann nur in begrenztem Rahmen Hilfestellung geben, muss aber zum Selbstschutz seine Distanz wahren.

Fasziniert war ich, als ich im Ethik-Seminar von einer ambulanten ethischen Beratung für Niedergelassene hörte, die in Göttingen nun initiiert wird. Im Internet bin ich dies bezüglich über ein Beschlussprotokoll der Bundesärztekammer gestoßen, die ei-

ne ambulante Ethikberatung Hausärzten zukünftig bei ethischen Grenzfällen ermöglichen soll [8]. Der Seminar-dozent schilderte, dass Hausärzte sich oft mit ethischen Problemen auseinandersetzen müssen, und großer Bedarf einer solchen ambulanten Beratung besteht. Dies kann ich aufgrund meines geschilderten Falles nur bestätigen. Rückblickend auf meinen Fall würde ich nun definitiv den psychosozialen Dienst und/oder, falls zukünftig möglich, eine ethische Beratung in Anspruch nehmen. Mir ist klar geworden, auf wie vielen verschiedenen Ebenen ein Hausarzt seine Patienten versorgt: als Arzt, Ansprechpartner und Vertrauensperson, Freund oder Retter in der Not?

Schlussfolgerungen

Bereits im Praktischen Jahr kann die Komplexität unseres Faches eindrucksvoll und umfassend erlebt werden. Die Beschäftigung mit einem typisch

hausärztlichen Patienten brachte den PJ-Studierenden in Situationen der Ratlosigkeit, Hilflosigkeit und Frustration. Die begleitenden Seminare konnten Hilfen aufzeigen und den Blick nicht zuletzt durch die Hilfe der PJ-Kommilitonen erweitern. Ähnlich wie z.B. in der Balint- oder Qualitätszirkelarbeit kann diese Arbeitsweise eine Form sein, Studierende zur Reflexion über die eigene Rolle anzuregen und Entlastung zu schaffen.

Danksagung: Wir danken Dr. Günther Egidi für den Vorschlag, die Punkte 3a und 3b in unser SOAP-Schema aufzunehmen. Seither haben die Fallbearbeitungen z.T. eine deutlich andere Gewichtung bekommen: Die PJ-Studierenden werden direkt aufgefordert, eigene Emotionen und den Beziehungsaufbau zum Patienten zu reflektieren.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Anne Simmenroth-Nayda
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38
37073 Göttingen
asimmen@gwdg.de
Tel.: 0551 3922647

Literatur

1. Böhme K, Kotterer A, Simmenroth-Nayda A. Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr – eine Lösung für Nachwuchsprobleme in der hausärztlichen Versorgung? *Z Allg Med* 2013; 89: 48–54
2. Bergmann A, Erhardt M. Sektionsbericht Studium und Hochschule 2013. *Z Allg Med* 2013; 88: 375–76
3. Böhme K, Streitlein-Böhme I, Niebling W, Huenges B. Allgemeinmedizinische Lehre in Deutschland – gut vorbereitet auf die Änderung der ÄAppO? *Z Allg Med* 2012; 88: 497–505
4. http://www.haeverlag.de/nae/n_beitrag.php?id=4386 (letzter Zugriff am 26.06.2014)
5. http://www.degam.de/files/Inhalte/De gam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_StudiumHochschule/Muster_PJ-Logbuch_3.1.pdf (letzter Zugriff am 26.06.2014)
6. Reznich CB, Wagner DP, Noel MM. A repurposed tool: the Programme Evaluation SOAP Note. *Med Educ* 2010; 44: 298–305
7. Fuchs S, Sommer S, Eberbach A, Donner-Banzhoff N, Klement A. PERLEN – ein Internet-basiertes Suchinstrument für (angehende) Allgemeinärzte. *Z Allg Med* 2014; 90: 81–82
8. <http://www.bundesaerztekammer.de/pa ge.asp?his=0.2.23.6205.6342.6382.6387> (letzter Zugriff am 26.6.2014)