

Die „Klasse Allgemeinmedizin“ als Wahlpflichtfach im vorklinischen Studienabschnitt: Didaktischer Aufbau, Lehrziele und Umsetzung

Zusammenfassung

Die universitäre Lehre im Fach Allgemeinmedizin steht vor zwei großen Herausforderungen: die Attraktivität des Faches für alle Studierenden zu erhöhen und den Nachwuchs für eine flächendeckende, wohnortnahe hausärztliche Versorgung in ländlichen Räumen zu gewinnen. Mit dem Curriculum der „Klasse Allgemeinmedizin“ als Wahlpflichtfach nach ÄAppO für den vorklinischen Studienabschnitt stellen wir ein Konzept zur Stärkung von an Primärversorgung orientierten medizinischen Ausbildungsinhalten für eine interessierte Zielgruppe vor.

Die „Klasse Allgemeinmedizin“ bietet seit Oktober 2011 für 10% (n=20) der Erstsemester in Halle-Wittenberg einen Erfahrungsraum, um in eine hausärztliche Professions- und praxisorientierte Lernkultur hineinzuwachsen. Landärztliche Mentoren begleiten dazu interessierte Studierende als „Vorbilder“ das gesamte Studium hindurch. Das Lehrprojekt ist innovativ durch enge Verzahnung zwischen „erlebter Praxis“, hausärztlichen Fertigkeitentraining und frühen Patientenkontakt vom ersten Semester an – sowie durch den Einsatz individueller Mentoren.

Schlüsselwörter: Allgemeinmedizin, ländliche Regionen, Ärztemangel, Medizinische Ausbildung, Curriculum

Claudia Langosch¹
Jörg-Friedrich Onnasch¹
Thomas Steger¹
Andreas Klement¹
Susanne Grundke^{1,2}

1 Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg, Sektion
Allgemeinmedizin, Halle
(Saale), Deutschland

2 HTW Saarland,
Studienbereich Gesundheits-
und Pflegewissenschaften,
Saarbrücken, Deutschland

Einleitung

Die universitäre Lehre im Fach Allgemeinmedizin steht durch die Erwartungen von Politik und Gesellschaft vor zwei großen Herausforderungen: Alle Studierenden sollen die notwendigen Kenntnisse über Funktionen und Arbeitsweise der hausärztlichen Versorgung so erwerben, dass die Attraktivität des Faches für den Nachwuchs insgesamt gesteigert wird. Zusätzlich soll ein Teil des ärztlichen Nachwuchses für die Berufsperspektive hausärztlicher Versorgung in ländlichen Räumen gewonnen werden [<http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14>].

Mit der Novellierung der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) im Jahr 2002 wurde auch das Ziel verfolgt, praktischen Ausbildungsinhalten und der Allgemeinmedizin im Medizinstudium mehr Gewicht zu geben [1]. Die beständige praxisorientierte Weiterentwicklung ärztlicher Ausbildung wird, nicht nur in der Allgemeinmedizin, in einer Vielzahl von Lehrprojekten vorangetrieben. Als im Hinblick auf Kenntnisse und Kompetenzen für den ambulanten Versorgungssektor besonders bedeutsame Entwicklungen sind integrierte „Skills Labs“ unter Nutzung von standardisierten Patienten [2], der (Kleingruppen-)Unterricht mit Patienten in realen Versorgungssituationen [3] und das Blockpraktikum Allgemeinmedizin hervorzuheben [4]. Dennoch ist die Vermittlung allgemeinmedizinischer Inhalte und Handlungsweisen, trotz Einbeziehung der Allgemeinmedizin in den fachübergreifenden Unter-

richt in Querschnittsfächern [5], anders als in klinischen Fächern mit Bezügen zu Untersuchungstechniken, Organen oder Ätiologien im Längsschnitt des Medizincurriculums auf Hauptvorlesung und Blockpraktikum fokussiert. Hierdurch wird die Nachwuchsgewinnung für die Allgemeinmedizin gegenüber spezialistisch ausgerichteten Fächern besonders in den ersten Studienjahren erschwert. Ein „curricularer Längsschnittplan“ für eine bessere Vernetzung des vorklinischen mit dem klinischen Ausbildungsabschnitt im Hinblick auf Vermittlung und (vor)gelebten Umgang mit hausärztlicher Medizin ist ebenso wünschenswert, wie die Stärkung verbindender didaktischer Elemente zwischen universitärer Wissensvermittlung und der ärztlichen Arbeitsrealität außerhalb von Krankenhäusern [6], [7].

Die Herausbildung eines „gelebten Berufsverständnisses“ (attitude) als Hausarzt und einer Handlungssicherheit durch ärztliche Fertigkeiten (skills) ist ein ebenso dynamischer wie zeitintensiver Prozess, der sich nicht curricular „abarbeiten“ lässt. Es erscheint weder empfehlenswert noch umsetzbar, innerhalb zeitlich segmentierter curricularer Vorgaben des Regelstudienganges (z.B. Querschnittsfächer, Blockpraktikum) ein „fertiges“ Berufsverständnis für angehende Hausärzte zu vermitteln und zusätzlich Begeisterung für den Beruf des Landarztes zu entfachen [8]. Das angestrebte Ziel der Förderung der Entwicklung einer Berufsidealität unterscheidet das hallesche Projekt von Modellstudiengängen wie z. B. in Witten/Herdecke, Berlin oder Aachen. In Modellstudiengängen werden

durch eine Veränderung der Anordnung des Lernstoffs („Organzentriertes Lernen“) und/oder die intensivere Verbindung von Theorie und Praxis (Problemorientiertes Lernen, Bedside-teaching, Allgemeinarzt-„Adoptions“-Programm) umfassende Änderungen am Medizincurriculum vorgenommen – beispielhaft sei hier der Modellstudiengang in Witten-Herdecke genannt [9], [<http://www.thieme.de/viamedici/medizinstudium/modellstudium/infos-modellstudiengang.html>]. Unser Konzept ergänzt dagegen bestehende Strukturen um ein „add on“ – Wahlpflichtfach und kann daher, ohne Fakultäten zu größeren Änderungen des curriculären Konzeptes zu zwingen, auf eine Zielgruppe zugeschnitten werden. Der längsschnittlichen Vermittlung eines gelebten Berufsverständnisses durch Mentoren im Rahmen eines Wahlpflichtfaches schreiben wir eine besondere Prägestkraft zu [10], [11]. Die Studierenden erlernen so den Umgang mit spezifischen Problemstellungen hausärztlicher Versorgung durch Anleitung, Beratung und Unterstützung („Expertenkultur“). Sie können so in ihr eigenes hausärztliches Selbstverständnis hineinwachsen (professionelle Individuation). Über den kontinuierlichen Austausch im Klassenverband und mit dem Mentor können die Studierenden zunehmende Handlungs- und Urteilssicherheit erlangen.

Trotz Reform der ÄAppO und bundesweiter Förderung der Weiterbildung ist das Interesse Studierender und junger Ärzte an einer Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin seit Jahrzehnten rückläufig, wodurch vor allem die Versorgung der Bevölkerung in ländlichen und strukturschwachen Räumen gefährdet ist. Obwohl in Befragungen von Medizinstudierenden bis zu 30% Allgemeinmedizin als mögliches Ziel einer Facharztweiterbildung nennen, zeigt die Verteilung der Vertragsärzte auf die haus- und fachärztliche Versorgung, dass die Strukturentwicklung „zu Lasten der hausärztlichen Versorgung ging“ [12], S. 49, [13], S. 24. Durch den demographischen Wandel und die Verschiebung des Morbiditätsspektrums entfallen auf weniger „Landärzte“ immer mehr chronisch und mehrfach erkrankte Patienten die eine kontinuierliche wohnortnahe Versorgung benötigen. Für eine attraktive Darstellung der Berufsperspektive „Hausarzt“ muss gezeigt werden, dass hohe Routinebelastungen und komplexe Anforderungen an Therapie und langfristiges Management der Patienten ebenso wie die Risiken einer selbstständigen Praxisführung sich durch spezifische Freiräume und Anreize lohnen können und durch breite Erfahrungen in Aus-, Weiter- und Fortbildung zu bewältigen sind.

Für das Berufsziel „Landarzt“ empfohlen Brooks et al. [14], als Schlussfolgerung eines Metareview, bereits während des Studiums eine systematische Vorbereitung auf die Herausforderungen der Landarztpraxis mit frühen Praxis- und Patientenkontakten anzubieten. Studien aus den USA, Kanada und Australien konnten zeigen, dass sich z. B. durch das Ableisten eines Praktikums im ländlichen Gebiet, das Interesse an der Landmedizin steigern lässt [15]. Ebenso korreliert ein frühes Fertigkeiten-Training (2. bis 4. Semester) positiv mit einem späteren Ein-

tritt in die Facharztweiterbildung für Allgemeinmedizin [16]. Die menschlich und fachlich überzeugende Präsenz und praktische Erfahrbarkeit der hausärztlichen Praxis im Studium trägt ganz wesentlich zur Motivation für den späteren Berufswunsch bei und hat den Charakter eines Vorbildes für Berufsidentität [7], [17].

Projektbeschreibung „Klasse Allgemeinmedizin“

Seit dem Wintersemester 2011/12 bietet die Sektion Allgemeinmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg das Lehrprojekt „Klasse Allgemeinmedizin“ im Gesamtumfang von 1 SWS als „Wahlpflichtfach“ nach ÄAppO an. Die Beschreibung des Projekthintergrundes und nationaler und internationaler Modellprojekte mit dem Fokus „Landarztmangel“ wurde in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin ausführlich dargelegt [18]. Mittels Auswahlverfahren (näheres dazu siehe [18]) werden pro Studienjahr 20 Studierende in die „Klasse Allgemeinmedizin“ aufgenommen.

Lehrziele

Übergeordnete Lehrziele und –inhalte der „Klasse Allgemeinmedizin“ orientieren sich an der europäischen Definition der Kernkompetenzen des Allgemeinarztes der WONCA aus dem Jahr 2002 [<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%20nd%20ed%202005.pdf>] und am Basler Consensus Statement für kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium [19]:

- frühzeitiger, angeleiteter und supervidierter Patientenkontakt in der ländlichen Versorgungspraxis,
- Verständnis und Erwerb komplexer Kompetenzen für die Aufgaben, Arbeitsweise und Entscheidungsfindungen in der Primärversorgung,
- Kenntnisse, Fertigkeiten und reflektierte Anwendungserfahrungen(haus)ärztlicher patientenzentrierter Gesprächsführung.

Diese Lehrziele sollen nicht nur zur Bildung einer professionellen Grundhaltung (Habitus) beitragen, sondern auch den Aufbau einer langfristigen berufsbiographischen Perspektive als Hausarzt ermöglichen. Das Lernen im festen Klassenverband fördert kooperatives Verhalten bereits während der Ausbildung. Die Betreuung der Gruppe ist über sechs Jahre angelegt und kann im PJ oder im regionalen Weiterbildungsverbund weitergeführt werden. Damit eröffnen sich planbare berufliche Perspektiven für die Teilnehmer.

Die theoretische Wissensvermittlung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team, bestehend aus 2 niedergelassenen Hausärzten und einer Sprechwissenschaftlerin. Als Mentoren konnten 20 Landärzte als erfahrene Praktiker gewonnen werden, die über das gesamte Studium hinweg jeweils zwei Tage pro Semester mit ihrem Mentee zusam-

menarbeiten. Über die Mentorenpraxen bekommen die Studierenden frühzeitig Kontakt zu Patienten und deren Familien und lernen die besondere Arbeitsweise eines Allgemeinmediziners in der Grundversorgung außerhalb der Ballungsräume kennen. Die Mentoren werden in besonderen Lehrarztfortbildungen für ihre Aufgaben im Lehrprojekt geschult und vor Aufnahme in das Mentorenprogramm visitiert und als Lehrpraxis zertifiziert.

Wie in der Vorklinik ist dann auch im klinischen Studienabschnitt vorgesehen, die „Klasse Allgemeinmedizin“ als Wahlpflichtfach mit 1 SWS Gesamtumfang fortzusetzen. Die Studierenden besuchen weiterhin regelmäßig ihre Praxis und sprechen (angeleitet durch ein Logbuch für die Praxistage) mit ihrem Mentor über kurz- und langfristige Behandlungsepisoden persönlich (mit-)betreuter Patienten, anstehende Behandlungsmaßnahmen sowie deren Auswirkungen auf die Lebensführung. So wird der Hausarzt bei der Langzeitbetreuung erlebbar und die Studierenden lernen praxisnah und schrittweise die allgemeinärztlichen Funktionen, Aufgaben, Arbeitsweisen und typische Beratungssituationen kennen. Dabei erlangen die Studierenden bis zum Abschluss des Studiums zunehmende Selbstsicherheit und Urteilsvermögen hinsichtlich ihrer eigenen praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten (hausärztliche Handlungskompetenz). Die Studierenden werden zunehmend vom Rezipierenden zum Agierenden und erproben unter Aufsicht des Mentors eigenständiges Handeln.

Konzeption des Curriculum für den vorklinischen Studienabschnitt

Das Lehrangebot der „Klasse Allgemeinmedizin“ besteht aus vier sich ergänzenden Teilen: drei Seminaren zu jeweils 90 Minuten pro Semester (Kommunikationstraining, Fertigkeitentraining und Fallreflexionen) und jeweils zwei Praxistagen pro Semester mit Logbuch-Aufgabenstellungen (siehe Anhang).

Im Fertigkeitentraining werden Abläufe und Organisation einer hausärztlichen Praxis näher beleuchtet. Darüber hinaus werden den Studierenden vom ersten Semester an einfache Untersuchungstechniken (z.B. Blutdruckmessung) und technische Fertigkeiten (z.B. Blutzuckerbestimmung) vermittelt, die sie damit früher als die Studierenden des Regelstudiengangs anwenden können. Damit sollen die Studierenden in die Lage versetzt werden, bereits während der ersten Praxistage die Rolle des passiven Rezipienten zu verlassen und aktiv am und mit Patienten zu arbeiten.

Im Kommunikationstraining werden wichtige Fähigkeiten zur Anbahnung, Verbesserung und Erhaltung der Arzt-Patient-Beziehung vermittelt. Der Fokus des Seminars liegt auf aktiv durchgeführten Übungen mit anschließender Reflexionsphase, die vor allem durch das Feedback in Form der „Gewaltfreien Kommunikation“ unterstützt werden [20]. Gerade letztere wird bisher im Kommunikationstraining von den Studenten als Hilfsmittel zur Orientierung vermisst, wie die qualitative Studie von Büch-

temann et al. zeigte [21]. Die Studierenden lernen ihr eigenes Kommunikationsverhalten besser kennen und können in einem Arzt-Patient-Gespräch bewusster mit verschiedenen Kommunikationstechniken umgehen. Die Reihenfolge der Seminarbausteine und die Durchführung jedes Seminars folgt sprechwissenschaftlichen und andragogischen Methoden (d.h. Methoden des lebenslangen Lernens und der Erwachsenenbildung) der Seminarplanung und Durchführung [22], [23], [24].

Die kontinuierlich dokumentierte Begleitung eines chronisch kranken Patienten in der Praxis des Mentors stellt die Basis für die „Allgemeinmedizinischen Fallreflexionen“. Hier sollen die Studierenden individuelle Krankengeschichten verstehen lernen und einen „Spürsinn“ für die Bedeutung des sozialen Umfelds und der Biographie für die (Krankheits-)Geschichte ihrer Patienten entwickeln. Hierzu werden insbesondere die verschiedenen möglichen Interpretationen eines Symptomes erörtert [25]. Im Seminar werden die „erlebten“ Fälle gemeinsam vor dem Hintergrund hermeneutischen Fallverständnisses, psychosomatischer Grundversorgung und Erkenntnissen aus der Balint-Gruppenarbeit zum Arzt-Patientenverhältnis ausgewertet.

Schon in der Vorklinik findet also innerhalb der "Klasse Allgemeinmedizin" eine enge Verschränkung von theoretischen und praktischen Inhalten statt, wie sie derart gegenwärtig überwiegend im klinischen Studienabschnitt oder in Modellstudiengängen praktiziert wird.

Evaluation

Die prozess- und endpunktorientierte Evaluation erfolgt mit dem Ziel der laufenden inhaltlichen und qualitativen Verbesserung und Absicherung der Adressatenorientiertheit. Hierzu wird das Projekt nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in insgesamt drei Teilstudien detailliert analysiert:

1. Erprobung des Curriculums unter ausbildungs- bzw. praxisnahen Bedingungen (Formative Evaluation in einem quasi-experimentellen Längsschnitt-Design mittels modifiziertem HILVE-II-Fragebogen) [26].
2. Erfassung der Langzeitwirkung des Lehrprojekts und Validierung der Effekte (Summative Evaluation mittels modifiziertem BEvaKomp-Fragebogen) [27].
3. Biografie- und professionsanalytische Untersuchung der (nachhaltigen) Herausbildung einer „Hausarztidentität“ (Metaevaluation individueller und kollektiver Professionalisierungseffekte mittels biographischer Interviews aller 20 Teilnehmer der "Klasse Allgemeinmedizin", Jahrgang 2011) [28].

Die Evaluationen auf allen Ebenen werden im Moment bearbeitet, entweder durch die Auswertung der erwähnten Fragebögen bzw. durch das Führen und Verschriftlichen der Interviews. Die biographieanalytische Untersuchung wird im Rahmen eines Dissertationsprojekts an der Sektion Allgemeinmedizin durchgeführt.

Diskussion

Das Wahlpflichtfach „Klasse Allgemeinmedizin“ bietet für das Fach Allgemeinmedizin eine attraktive Möglichkeit zum Brückenschlag zwischen Wissensvermittlung, Fertigkeitentraining und Förderung berufspraktischer Kompetenzen bereits im vorklinischen Studienabschnitt. Insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung sozialer und kommunikativer Kompetenzen werden entsprechende Forderungen der GMA und Erwartungen der Studierenden berücksichtigt [19], [21]. Ansätze zur (haus-)ärztlichen Nachwuchsförderung in ländlichen Räumen durch individualisierte oder kleingruppenorientierte Projekte wurden international bereits positiv evaluiert, vor dem Hintergrund der medizinischen Ausbildung in Deutschland steht dies jedoch noch aus [15], [16], [17], [29]. Ziel des Projektes ist es aber nicht nur Studierende für das Berufsbild „Landarzt“ zu gewinnen, sondern auch einzelne Module des Lehrkonzeptes (wie z.B. Kommunikationstraining, früher Patientenkontakt über Praxistage) im Hinblick auf die Übernahme in den vorklinischen Regelstudiengang für alle Studierenden in Halle zu erproben. Zur effizienten Vermittlung von sowohl fachlichen als auch sozialen- und kommunikativen Kompetenzen ist ein Lehrkonzept entwickelt worden, welches ein kontinuierliches und stets aufeinander bezogenes Lernen ermöglicht [19]. Hierfür bietet die "Klasse Allgemeinmedizin" potentiell „ideale“ Voraussetzungen durch kontinuierliche enge Verschränkung von Theorie und Praxis, Gruppendynamik und Einsatz individueller Mentoren. Insbesondere das Ziel eines frühzeitigen supervidierten Patientenkontaktes ist nur durch die Einbindung von Mentoren als „Praxisanleiter“ umsetzbar. Daher ist die Rekrutierung, Auswahl und Schulung der Mentoren für ihre Lehraufgaben eine Kernaufgabe der Projektorganisation. Dazu ist ein erheblicher Personaleinsatz erforderlich, so betreuen im ersten Jahrgang drei wissenschaftliche Mitarbeiter in Teilzeit auf einer Vollkraftstelle nur 20 Studierende in 20 Mentorenpraxen. Aus Sicht der Universitätsmedizin Halle, die das Projekt mit einer Vollkraftstelle im Jahr fördert, ergeben sich nicht nur Chancen zur positiven Außendarstellung gegenüber der Öffentlichkeit und (Landes-)Politik. Zusätzlich könnten über eine Lehrpraxiskooperation auch potentielle partnerschaftliche Versorgungsmodelle oder (Versorgungs-)Forschungsvorhaben gebahnt werden. Bei positiver Evaluation der ersten Projektphase „Vorklinik“ ist nach zwei Jahren die Verstetigung des Projekts in Halle vorgesehen. Es soll dann ein Programm aufgebaut werden, in dem im Jahre 2017 erstmals die erste „Klasse Allgemeinmedizin“ zur Approbation kommt und dann insgesamt bis zu 120 Studenten über 5 Studienjahre (2 x 20 Vorklinik, 4x 20 Klinik/PJ) teilnehmen können. Die Initiatoren des Projekts sind der Überzeugung, dass das Prinzip der Förderung von Persönlichkeiten und Interessens-Gruppen im Hinblick auf die Gewinnung und Förderung haus- und landärztlichen Nachwuchses auch in Deutschland effektiver sein kann, als das „Gießkannenprinzip“ [29]. Die Chancen von Kleingruppen hinsichtlich

Lerneffekt, gruppendynamischen Prozessen, Zusammenhalt und gemeinsamen Berufsperspektiven werden dabei auch genutzt um der Gefahr der „Überforderung“ des einzelnen Studierenden zu begegnen [10], [17], [28]. Die Evaluation des Projekts wird in den nächsten Jahren zeigen, ob diese Annahme richtig ist.

Fazit

Politik und Gesellschaft erwarten zunehmend von medizinischen Fakultäten in Deutschland einem drohenden Hausärztemangel schon in der medizinischen Ausbildung mit geeigneten Fördermaßnahmen entgegen zu wirken. Das Wahlpflichtfach „Klasse Allgemeinmedizin“ bietet hierfür ein schlüssiges Konzept.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Anhänge

Verfügbar unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2012-29/zma000837.shtml>

1. Tabelle 1.pdf (42 KB)
Auszug aus dem Curriculum "Klasse Allgemeinmedizin" Vorklinik

Literatur

1. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO). BGBl. 2002;I:2405.
2. Nikendei C, Schilling T, Nawroth P, Hensel M, Ho AD, Schwenger V, Ritz E, Herzog W, Schellberg D, Katus HA, Dengler T, Stremmel W, Müller M, Jünger J. Integriertes Skills-Lab-Konzept für die studentische Ausbildung in der Inneren Medizin. Dtsch Med Wochenschr. 2005;130:1133-1138. DOI: 10.1055/s-2005-866799
3. Fischer V. Die Einbindung von Patienten in die medizinische Ausbildung. GMS Z Med Ausbild. 2012;29(1):Doc13. DOI: 10.3205/zma000783
4. Böhme K, Hänselmann S, Hüther W, Graf von Luckner A, Napp C, Roggenstein C, Schröder P, Niebling W. Blockpraktikum Allgemeinmedizin - Integration von universitärer und außeruniversitärer Lehre. Z Allg Med. 2007;83(6):247-251. DOI: 10.1055/s-2007-977718
5. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. N Engl J of Med. 2006;355(13):1339-1344. DOI: 10.1056/NEJMra055445
6. Pipas CF, Peltier DA, Fall LH, Olson AL, Mahoney JF, Skochelak SE, Gjerde CL. Collaborating to Integrate Curriculum in Primary Care Medical Education: Successes and Challenges From Three US Medical Schools. Fam Med. 2004;36(Suppl):126-132.
7. Chenot JF. Undergraduate medical education in Germany. GMS Ger Med Sci. 2009;7:Doc02. DOI: 10.3205/000061

8. Hsueh W, Wilkinson T, Bills J. What evidence-based undergraduate interventions promote rural health? *N Z Med J.* 2004;117(1204):U1117.
9. Hibbeler B. Allgemeinmedizin im Studium: Ab in die Praxis! *Dtsch Arztebl.* 2010;107(46):A2284-2285. Zugänglich unter/Available from: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/79312>
10. Ambrozy DM, Irby DM, Bowen JL, Burack JH, Carline JD, Stritter FT. Role models' perceptions of themselves and their influence on students' specialty choices. *Acad Med.* 1997;72(12):1119-1121. DOI: 10.1097/00001888-199712000-00028
11. Bland CJ, Meurer LN, Maldonado G. Determinants of primary care specialty choice: a non-statistical meta-analysis of the literature. *Acad Med.* 1995;70(7):620-641. DOI: 10.1097/00001888-199507000-00013
12. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung. 5. Auflage. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2010. Zugänglich unter/Available from: <http://www.kbv.de/print/36943.html>
13. Jacob R, Heinz A, Müller CH. Berufsmonitoring Medizinstudenten 2010. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2012.
14. Brooks RG, Walsh M, Mardon RE, Lewis M, Clawson A. The roles of nature and nurture in the recruitment and retention of primary care physicians in rural areas: a review of the literature. *Acad Med.* 2002;77(8):759-760. DOI: 10.1097/00001888-200208000-00008
15. Dunbabin JS, McEwin K, Cameron I. Postgraduate medical placements in rural areas: Their impact on the rural medical workforce. *Rural Remote Health.* 2006;6(2):481-490.
16. Phillips TJ, Rosenblatt RA, Schaad DC, Cullen TJ. The long-term effect of an innovative family physician curricular pathway on the specialty and location of graduates of the University of Washington. *Acad Med.* 1999;74(3):285-288. DOI: 10.1097/00001888-199903000-00021
17. Wilkinson D, Laven G, Pratt N, Beilby J. Impact of undergraduate and postgraduate rural training, and medical school entry criteria on rural practice among Australian general practitioners: national study of 2414 doctors. *Med Educ.* 2003;37(9):809-814. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2003.01596.x
18. Steger T, Langosch C, Klement A, Onnasch JF. "Klasse Allgemeinmedizin": ein Lehrkonzept für zukünftige Landärzte. *Z Allg Med.* 2012;88(6):264-267.
19. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S. Basler Consensus Statement "Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium": Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen. *GMS Z Med Ausbild.* 2008;25(2):Doc83. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2008-25/zma000567.shtml>
20. Rosenberg MB. Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens. 9. Aufl. Paderborn: Junfermann; 2010.
21. Büchtemann D, Wollny A, Mortsiefer A, in der Schmitt J, Rothhoff T, Karger A, Altiner A. Einstellungen von Studierenden im 4. Studienjahr zur Erlangung kommunikativer Kompetenzen. *ZFA.* 2011;3:135-142.
22. Geißner H. Kommunikationspädagogik. St. Ingbert: Röhrig; 2000. S.59-88; 126-135.
23. Günther U, Sperber W. Handbuch für Kommunikations- und Verhaltenstrainer. München: Reinhardt; 2008. S.50-57; 224-275.
24. Ziegler W. Selbsterfahrung in Seminargesprächen an der Hochschule. In: Hofer M, Ziegler W (Hrsg). Denken im Gespräch. Festschrift für Hellmut K. Geißner. St. Ingbert: Röhrig; 2001.
25. Adler R, Hemmeler W. Anamnese und Körperuntersuchung. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag; 1992.
26. Rindermann H. Lehrevaluation. (2. leicht korrigierte Auflage) Landau: Verlag Empirische Pädagogik; 2009.
27. Braun E. Das Berliner Evaluationsinstrument für selbsteingeschätzte studentische Kompetenzen (BEvaKomp). Göttingen: V&R unipress; 2008.
28. Witte N. Ärztliches Handeln im Praxisalltag. Eine interaktions- und biographieanalytische Studie. Frankfurt/New York: Campus; 2010. S.53-63.
29. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Hazelwood CE. A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas: impact after 22 years. *JAMA.* 1999;281(3):255-260. DOI: 10.1001/jama.281.3.255

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Andreas Klement
 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Sektion
 Allgemeinmedizin, Magdeburger Straße 8, 06112 Halle
 (Saale), Deutschland
andreas.kelment@medizin.uni-halle.de

Bitte zitieren als

Langosch C, Onnasch JF, Steger T, Klement A, Grundke S. Die „Klasse Allgemeinmedizin“ als Wahlpflichtfach im vorklinischen Studienabschnitt: Didaktischer Aufbau, Lehrziele und Umsetzung. *GMS Z Med Ausbild.* 2012;29(5):Doc67. DOI: 10.3205/zma000837, URN: urn:nbn:de:0183-zma0008372

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2012-29/zma000837.shtml>

Eingereicht: 31.05.2012

Überarbeitet: 28.06.2012

Angenommen: 04.07.2012

Veröffentlicht: 15.11.2012

Copyright

©2012 Langosch et al. Dieser Artikel ist ein Open Access-Artikel und steht unter den Creative Commons Lizenzbedingungen (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.de>). Er darf vervielfältigt, verbreitet und öffentlich zugänglich gemacht werden, vorausgesetzt dass Autor und Quelle genannt werden.

The „General Practice Class“ – an eligible compulsory course in undergraduate medical education: Didactical structure, teaching targets and implementation

Abstract

Undergraduate medical education in the field of general practice currently faces two considerable challenges: enhancing the attractiveness of general practice for all students and contributing to the necessary future rural physician workforce in primary care. Thus, we introduce a curriculum-based concept called the “General Practice Class” (*Klasse Allgemeinmedizin*) as an elective compulsory course to be taken during preclinical study. The aim of this concept is to strengthen the program focus on primary care in rural areas for interested students at an early stage.

Since October 2011, the “General Practice Class” in Halle-Wittenberg offers learning experiences in regard to GP professional culture and a practice-oriented learning environment for 10% (n=20) of the freshman students. Each participating student is assigned to an individual GP mentor, who acts as a “professional example” and accompanies the student during the entire course of study. The concept of the “General Practice Class” is considered to be an innovative project due to the close connection between practical experience, problem-oriented skills training, early patient contact, and the accompanying face-to-face mentorship, starting from the beginning of preclinical study.

Keywords: general practice, rural areas, physician shortage, undergraduate medical education, curriculum

Introduction

Due to the expectations of policy makers and society, undergraduate education in the field of general practice is confronted by two major challenges: all medical students are to acquire the necessary knowledge about the functions and practice of the primary care specialty in such a way that the attractiveness of the field for the upcoming generations of physicians is increased overall. Second, a proportion of medical students is to be recruited to pursue a career in rural general practice [<http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14>].

The 2002 amendment of the German medical licensing regulations for physicians, the *ÄAppO*, also assigned more weight to general practice and the practical content in the medical degree program [1]. The ongoing, practice-oriented development of undergraduate medical curriculum, not just in the area of general practice, is being spurred on by many curricular projects. In respect to the knowledge and skills for the ambulant care sector, particularly significant developments worthy of emphasis are integrated “skills labs” using standardized patients [2], (small-group) teaching with patients in real medical situations [3], and the compulsory clerkship “block practic-

um” in general practice [4]. However, despite the inclusion of general practice in the instruction of interdisciplinary subjects (*Querschnittsfächer*) [5], the imparting of general practice content and methods over the course of the medical curriculum is focused on large lectures and clerkships, in contrast to clinical subjects regarding examination techniques, organs or etiologies. As a result, it is more difficult to attract students to general practice, especially in the first years of study, than it is to the specialized subjects. A “curricular longitudinal plan” for improved integration of preclinical with clinical studies in terms of instruction and (in)direct exposure to general practice is also desirable, as is the enhancement of interrelated didactic elements between academic teaching and the working reality of the medical professional operating outside of the hospital setting [6], [7].

Developing an occupational understanding of primary care based on experience and building confidence through medical skills is a long and dynamic process that cannot be “checked off” according to a curriculum. Within the chronologically segmented curricular requirements of the regular course of study (e.g. interdisciplinary subjects, clerkships), it appears to be neither advisable nor realistic to convey a fully developed professional concept to prospective primary care physicians, and to also spark enthusiasm for the occupation of the rural

Claudia Langosch¹
Jörg-Friedrich Onnasch¹
Thomas Steger¹
Andreas Klement¹
Susanne Grundke^{1,2}

1 Martin-Luther-University
Halle-Wittenberg,
Department of General
Practice, Halle (Saale),
Germany

2 HTW Saarland, Department
of Health Care Management,
Saarbrücken, Germany

doctor [8]. The aim of promoting the development of a professional identity differentiates the project in Halle from model degree programs, such as those in Witten/Herdecke, Berlin or Aachen. In model degree programs, extensive modification to the medical curriculum is undertaken through change in the sequence of course content (organ-centered learning) and/or a more intensive connection between theory and practice (problem-oriented learning, bedside teaching, general practitioner “adoption” programs); the model course of study in Witten-Herdecke is mentioned here as an example [9], [<http://www.thieme.de/via medici/medizinstudium/modellstudium/infos-modellstudiengang.html>]. In contrast, our concept supplements existing structures with an “add-on” elective compulsory course and can, as such, be tailored to a specific target group without forcing faculty to make large changes to the curricular concept. We ascribe a special influence to the imparting of a hands-on understanding of a profession over an extended period of time through mentors within the scope of an elective required course [10], [11]. Students learn to deal with specific issues concerning general practice through instruction, advising, and guidance (expert culture). This allows them to grow into their own self-concept as general practitioner (professional individuation). Through constant sharing and exchange among the entire class of students, as well as with the assigned mentor, students are able to acquire an increasing confidence in terms of taking action and forming judgments.

Despite the reform of the *ÄAppO* and national support for continuing education, the interest shown by students and young doctors in pursuing further training in the field of general practice has been decreasing for decades, endangering above all the care available to populations in rural and economically underdeveloped areas. Although when surveyed, up to 30% of medical students indicate general practice as a possible area for further specialized training, the distribution of statutory health insurance physicians regarding primary and specialized care shows that developments have been to the detriment of primary care [12], pg. 49, [13], pg. 24. As a result of demographic changes and the shifting of the morbidity spectrum, increasingly more chronically and multiply diseased patients needing continual care in the vicinity of where they live are falling upon fewer “rural physicians”. To create an attractive image of general practice, it must be demonstrated that the heavy routine pressure and complex demands for therapy and long-term patient management, as well as the risks of running a private practice, can be rewarded through specific freedoms and incentives and that they can also be mastered through broad educational experience and further training opportunities.

For the professional goal of becoming a rural primary care physician, Brooks et al. [14] recommends, as a conclusion drawn from a meta-review, offering systematic preparation for the challenges of rural primary care with contact to practices and patients during undergraduate medical education. Studies performed in the USA, Canada and Australia were able to show that interest in rural medicine

can be increased, for instance through the completion of a practicum in a rural area [15]. Likewise, early skills training (in the second to fourth semester) correlates positively with a subsequent begin of specialized training in general practice [16]. A convincing presentation, both personally and professionally, of general practice and the opportunity to experience it directly during the undergraduate medical course of study significantly contribute to the motivation behind a later aspiration to pursue this particular specialty and provide a role model for cultivating professional identity [7], [17].

Description of the General Practice Class Project

Since the winter semester 2011-12, the Department of General Practice at the Martin-Luther University Halle-Wittenberg has offered the General Practice Class as a *Wahlpflichtfach* (elective required course) in accordance with the *ÄAppO* for a total of 1 contact hour per week per semester. The description of the project’s background and national and international model projects focusing on the shortage of rural physicians has been extensively profiled in the journal *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* [18]. Using a selection process (for more detail, see [18]), 20 students per academic year are admitted to the General Practice Class.

Teaching objectives

The overarching teaching objectives and content of the General Practice Class are oriented toward the European WONCA definition from 2002 of the core competencies of the general practitioner [<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%20nd%20ed%202005.pdf>] and the Basel Consensus Statement on communicative and social competencies in medical education [19]:

- Early, guided and supervised patient contact in rural primary care practices,
- Comprehension and acquisition of complex skills for the responsibilities, working procedures, and methods of decision-making in primary care,
- Knowledge, skills, and reflections on experiences with conducting patient-oriented consultations in the general practice setting.

These objectives are not only supposed to contribute to the acquisition of a professional attitude (*habitus*), but also to the formation of a long-term personal professional view of the general practitioner possible. Learning in an assigned group of students promotes cooperative behavior already during undergraduate study. Group mentoring is planned for six years and can be continued past that in the final clinical year or the regional association for continuing education. As a result, professional options and possibilities which can be planned for in advance become possible for the participants.

Theoretical knowledge is conveyed by an interdisciplinary team comprised of two practicing primary care physicians and a specialist in speech science. As mentors, 20 rural doctors were recruited as experienced practitioners to work together with a mentee for two days per semester over the course of the entire degree program. Through exposure in the mentoring doctors' practices, students have contact with patients and their families early on and learn the particular work methods of a primary care physician operating outside an urban center. The mentors are prepared for their role in this project in special training sessions, and before being accepted into the mentor program, they are inspected and certified as teaching practices.

As in the preclinical study phase, the intention is to continue the General Practice Class as an elective required course with 1 contact hour per week per semester also during the clinical part of the medical education. The students will continue to visit the teaching practice they have been assigned to regularly and, based on the logbook for the days spent there, speak with their mentors about the short and long-term therapy episodes of (shared) patients, any upcoming treatment measures and their effects on patient lifestyle. In this way, the primary care physician can be observed in the context of long-term care and students can learn hands-on and step by step the functions, responsibilities and approaches of the general practitioner, along with the typical consulting scenarios they face. Prior to graduation, students acquire increasing self-confidence and a better ability to form judgments regarding their own practical expertise and skills (decision-making and responsibility as general practitioner). Students increasingly become agents rather than mere recipients and have the chance to test their own abilities under the supervision of a mentor.

Curricular Concept for Preclinical Study

The General Practice Class consists of four parts which supplement each other: three 90-minute seminars per semester (Communication Training, Skills Training, and Case Reflections) and two days each semester spent on-site at a doctor's practice with logbook assignments (see attachment).

The procedures and organization of a private practice are explained in detail during Skills Training. In addition, the students learn from the first semester on about simple examination techniques (e.g. measuring blood pressure) and technical skills (e.g. determining blood sugar), which they are then able to apply much earlier than the students following the regular course of study. Already during the first days spent in the mentoring practice, students find themselves in a position to step out of the passive role of the learner and to work actively with and for patients. During Communication Training, important skills regarding building, improving and maintaining the doctor-patient relationship are conveyed. This seminar focuses on active exercises followed by a reflective phase, which is bolstered primarily by feedback in the form of nonviolent

communication [20]. Precisely the latter has been missed by students as an orientation tool in communication training, as shown by the qualitative study performed by Büchtemann [21]. The students learn to better recognize their own communicative behavior and can more consciously deal with different kinds of communication techniques during doctor-patient consultations. The sequence of the seminar blocks and the holding of each seminar session follow the speech science and andragogic methods (meaning methods of life-long learning and adult education) regarding seminar planning and conduction [22], [23], [24].

The documented, long-term following of a chronically ill patient at the mentor's practice forms the basis for the General Practice Case Reflections. Here, the students learn to understand individual medical histories and develop a heightened awareness of the significance of the patient's social environment and biography for the case histories. In doing this, the various possible interpretations of a symptom are discussed in particular [25]. In the seminar, the observed cases are evaluated within the context of hermeneutic case understanding, psychosomatic primary care, and the discoveries made in the Balint groups concerning the doctor-patient relationship. Already during the preclinical study, there is a close combination of theory and practice in the General Practice Class in such a way that is at present predominantly found in the clinical phase of the medical curriculum or in model degree program.

Evaluation

The process and final evaluation is performed with the goal of ongoing improvement to the content and quality, as well as assuring that the intended audience is reached. To accomplish this, the quality of the project is analyzed in detail in terms of structure, process and results in a total of three partial studies:

1. Testing of the curriculum under educational and practical conditions (formative evaluation in a semi-experimental longitudinal design using a modified HILVE-II questionnaire) [26].
2. Documentation of the long-term effects of the curricular project and validation of its effects (summative evaluation using a modified BEvaKomp questionnaire) [27].
3. Biographical and professional analysis of the (sustainable) formation of an identity as a primary care physician (meta-evaluation of individual and collective professionalization using biographic interviews of all 20 participants in the General Practice Class for the academic year 2011 [28]).

Assessment on these three levels is currently underway, either through the evaluation of the questionnaires or the conduction and recording of the interviews. The biographical analyses are being carried out within the scope of a dissertation project in the Department of General Practice.

Discussion

The elective required course, General Practice Class, offers the field of primary care an attractive option for bridging the gap between teaching theory, skills training, and promoting practical occupational skills early on in the preclinical phase of undergraduate medical education. Particularly in respect to the development of social and communication skills, the relevant requirements of the GMA, along with student expectations, are taken into consideration [19], [21]. Approaches for encouraging young (primary care) physicians in rural areas through individualized or small group-oriented projects has already been positively assessed internationally; however, in terms of medical education in Germany, these approaches have yet to be analyzed [15], [16], [17], [29]. The goal of this project is not only to recruit students to pursue a career in rural general practice, but also to try out individual instructional modules (such as Communication Training, early patient contact through on-site presence at a medical practice, etc.) for inclusion in the regular preclinical medical education for all students at the Martin-Luther University in Halle. To efficiently convey technical information, as well as social and communication skills, a curricular concept was developed that makes continual and shared learning possible [19]. The General Practice Class provides potentially “ideal” conditions for this through extensive integration of theory with practice, group dynamics, and use of individual mentors. In particular, the goal of supervised early contact with patients can only be realized by involving mentors as practical guides. For this reason, the recruiting, selection and training of the mentors for their instructional tasks is a core responsibility in organizing the project. A significant amount of staff is required for this: in the first year of this project, three part-time staff members covering one full-time position supervised only 20 students in 20 teaching medical practices. From the perspective of the medical school in Halle, which supports this project with one annual full-time position, there are not only opportunities for presenting a positive image to the public and (state) government. It has also been possible to initiate potential partnership-based care models and (medical care) research projects through cooperation with teaching medical practices. In the case of positive evaluation of the first project phase (preclinical study) after two years, permanent inclusion of this project is planned in Halle. A program is then to be put into place in which the first General Practice Class participants would become licensed in 2017 and a total of up to 120 students would be able to participate over a course of 5 academic years (2 x 20 preclinic, 4 x 20 clinic/final clinical year). The project initiators are convinced that encouraging individuals and interest groups in regard to recruiting and fostering future primary care and rural physicians can also be more effective in Germany than distributing resources equally in a non-targeted manner [29]. The opportunities in small groups in terms of learning effect, group dynamics, cohesion, and shared career prospects are also utilized

to counteract the danger of over-challenging the individual student [10], [17], [28]. The evaluation of the project will show in the coming years whether this assumption is correct.

Conclusion

Policy makers and society increasingly expect German medical schools to counteract a threatened shortage of general practitioners with appropriate measures during medical education. The elective compulsory course “General Practice Class” offers a feasible concept for accomplishing this.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2012-29/zma000837.shtml>

1. Table 1.pdf (73 KB)
Excerpt from the Curriculum for the General Practice Class (Preclinic)

References

1. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO). BGBl. 2002;:2405.
2. Nikendei C, Schilling T, Nawroth P, Hensel M, Ho AD, Schwenger V, Ritz E, Herzog W, Schellberg D, Katus HA, Dengler T, Stremmel W, Müller M, Jünger J. Integriertes Skills-Lab-Konzept für die studentische Ausbildung in der Inneren Medizin. *Dtsch Med Wochenschr.* 2005;130:1133-1138. DOI: 10.1055/s-2005-866799
3. Fischer V. Die Einbindung von Patienten in die medizinische Ausbildung. *GMS Z Med Ausbild.* 2012;29(1):Doc13. DOI: 10.3205/zma000783
4. Böhme K, Hänselmann S, Hüther W, Graf von Luckner A, Napp C, Roggenstein C, Schröder P, Niebling W. Blockpraktikum Allgemeinmedizin - Integration von universitärer und außeruniversitärer Lehre. *Z Allg Med.* 2007;83(6):247-251. DOI: 10.1055/s-2007-977718
5. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. *N Engl J of Med.* 2006;355(13):1339-1344. DOI: 10.1056/NEJMra055445
6. Pipas CF, Peltier DA, Fall LH, Olson AL, Mahoney JF, Skochelak SE, Gjerde CL. Collaborating to Integrate Curriculum in Primary Care Medical Education: Successes and Challenges From Three US Medical Schools. *Fam Med.* 2004;36(Suppl):126-132.
7. Chenot JF. Undergraduate medical education in Germany. *GMS Ger Med Sci.* 2009;7:Doc02. DOI: 10.3205/000061
8. Hsueh W, Wilkinson T, Bills J. What evidence-based undergraduate interventions promote rural health? *N Z Med J.* 2004;117(1204):U1117.

9. Hibbeler B. Allgemeinmedizin im Studium: Ab in die Praxis! Dtsch Ärztebl. 2010;107(46):A2284-2285. Zugänglich unter/Available from: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/79312>
10. Ambrozny DM, Irby DM, Bowen JL, Burack JH, Carline JD, Stritter FT. Role models' perceptions of themselves and their influence on students' specialty choices. Acad Med. 1997;72(12):1119-1121. DOI: 10.1097/00001888-199712000-00028
11. Bland CJ, Meurer LN, Maldonado G. Determinants of primary care specialty choice: a non-statistical meta-analysis of the literature. Acad Med. 1995;70(7):620-641. DOI: 10.1097/00001888-199507000-00013
12. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung. 5. Auflage. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2010. Zugänglich unter/Available from: <http://www.kbv.de/print/36943.html>
13. Jacob R, Heinz A, Müller CH. Berufsmonitoring Medizinstudenten 2010. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2012.
14. Brooks RG, Walsh M, Mardon RE, Lewis M, Clawson A. The roles of nature and nurture in the recruitment and retention of primary care physicians in rural areas: a review of the literature. Acad Med. 2002;77(8):759-760. DOI: 10.1097/00001888-200208000-00008
15. Dunbabin JS, McEwin K, Cameron I. Postgraduate medical placements in rural areas: Their impact on the rural medical workforce. Rural Remote Health. 2006;6(2):481-490.
16. Phillips TJ, Rosenblatt RA, Schaad DC, Cullen TJ. The long-term effect of an innovative family physician curricular pathway on the specialty and location of graduates of the University of Washington. Acad Med. 1999;74(3):285-288. DOI: 10.1097/00001888-199903000-00021
17. Wilkinson D, Laven G, Pratt N, Beilby J. Impact of undergraduate and postgraduate rural training, and medical school entry criteria on rural practice among Australian general practitioners: national study of 2414 doctors. Med Educ. 2003;37(9):809-814. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2003.01596.x
18. Steger T, Langosch C, Klement A, Onnasch JF. "Klasse Allgemeinmedizin": ein Lehrkonzept für zukünftige Landärzte. Z Allg Med. 2012;88(6):264-267.
19. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S. Basler Consensus Statement "Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium": Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen. GMS Z Med Ausbild. 2008;25(2):Doc83. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2008-25/zma000567.shtml>
20. Rosenberg MB. Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens. 9. Aufl. Paderborn: Junfermann; 2010.
21. Büchtemann D, Wollny A, Mortsiefer A, in der Schmitt J, Rothhoff T, Karger A, Altiner A. Einstellungen von Studierenden im 4. Studienjahr zur Erlangung kommunikativer Kompetenzen. ZFA. 2011;3:135-142.
22. Geißner H. Kommunikationspädagogik. St. Ingbert: Röhrig; 2000. S.59-88; 126-135.
23. Günther U, Sperber W. Handbuch für Kommunikations- und Verhaltenstrainer. München: Reinhardt; 2008. S.50-57; 224-275.
24. Ziegler W. Selbsterfahrung in Seminargesprächen an der Hochschule. In: Hofer M, Ziegler W (Hrsg). Denken im Gespräch. Festschrift für Hellmut K. Geißner. St. Ingbert: Röhrig; 2001.
25. Adler R, Hemmeler W. Anamnese und Körperuntersuchung. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag; 1992.
26. Rindermann H. Lehrevaluation. (2. leicht korrigierte Auflage) Landau: Verlag Empirische Pädagogik; 2009.
27. Braun E. Das Berliner Evaluationsinstrument für selbsteingeschätzte studentische Kompetenzen (BEvaKomp). Göttingen: V&R unipress; 2008.
28. Witte N. Ärztliches Handeln im Praxisalltag. Eine interaktions- und biographieanalytische Studie. Frankfurt/New York: Campus; 2010. S.53-63.
29. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Hazelwood CE. A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas: impact after 22 years. JAMA. 1999;281(281):255-260. DOI: 10.1001/jama.281.3.255

Corresponding author:

Dr. med. Andreas Klement
Martin-Luther-University Halle-Wittenberg, Department
of General Practice, Magdeburger Straße 8, 06112 Halle
(Saale), Germany
andreas.kelment@medizin.uni-halle.de

Please cite as

Langosch C, Onnasch JF, Steger T, Klement A, Grundke S. Die „Klasse Allgemeinmedizin“ als Wahlpflichtfach im vorklinischen Studienabschnitt: Didaktischer Aufbau, Lehrziele und Umsetzung. GMS Z Med Ausbild. 2012;29(5):Doc67. DOI: 10.3205/zma000837, URN: urn:nbn:de:0183-zma0008372

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2012-29/zma000837.shtml>

Received: 2012-05-31

Revised: 2012-06-28

Accepted: 2012-07-04

Published: 2012-11-15

Copyright

©2012 Langosch et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.en>). You are free: to Share – to copy, distribute and transmit the work, provided the original author and source are credited.