

Falldarstellung / Blockpraktikum Allgemeinmedizin

Name der/des Studierenden:

Name der Lehrpraxis:

Kürzel, Geschlecht und Alter der Patientin/des Patienten:

Wie lange ist die Patientin/der Patient der Lehrpraxis bekannt?

Rahmen der Konsultation*:

Hausbesuch

Pflegeheim

Routinetermin

Notfalltermin

* Bitte durch **x** ersetzen

Besuch initiiert von:

Das **SOAP-Schema** wird seit etlichen Jahrzehnten vor allem im angloamerikanischen Raum für Übergaben, Visiten und Dokumentationen von Patienten genutzt. Es existiert gute wissenschaftliche Literatur zu seiner Effizienz und Sinnhaftigkeit. Wir haben das Schema um zwei Punkte ergänzt und bitten Sie, den Hausbesuch im Blockpraktikum nach diesem Schema zu dokumentieren. Auch im PJ und später bei Ihrer klinischen Tätigkeit können Sie von dieser Struktur profitieren.

1. **S = "Subjective"**: Dieser Block führt in den Fall ein. Schildern Sie kurz den/die PatientIn und den Kontext (Uhrzeit, Ort, ggf. Besonderheiten) und beschreiben Sie die subjektiven Beschwerden, bei akuten Beschwerden deren Verlauf und Ausmaß. Worunter „leidet“ er/sie? Oder besteht bei chronischen Beschwerden gar kein Leidensdruck? Bringen Sie möglichst 2-3 wörtliche Zitate des/der PatientIn.
2. **O = "Objective"**: Hier geben Sie alle Informationen, die ein außenstehender Kollege/eine Kollegin braucht, um den Fall zu erfassen. Stellen Sie sich hier eine Übergabesituation oder eine Kurzvorstellung bei einer Visite vor. Berichten Sie Dauer- und aktuelle Diagnosen, die vollständige aktuelle Medikation und deren handling, bei der Konsultation erhobene Befunde oder/und weitere bereits bekannte *relevante* (Fremd-)Befunde, Betreuung und Hilfe durch dritte Personen, Organisation des sozialen Umfeldes.
3. **A = "Assessment"**: Beschreiben Sie hier ggf. Differentialdiagnosen (wenn relevant, weil neue Befunde/Beschwerden) und reflektieren Sie die aktuelle und bisherigen Therapie/Diagnostik. Gleichen Sie Diagnosen und Medikation ab oder diskutieren deren Indikationen kritisch, falls nötig. Vielleicht kommen Sie zu abweichenden Ergebnissen oder Vorschlägen? Geben Sie eine kurze zusammenfassende Beurteilung des Ist-Zustandes.
4. **P = "Plan"**: Beschreiben Sie hier das weitere Vorgehen: ergeben sich neue Aspekte bei Therapie, Diagnostik oder Betreuung? Welche Einschränkungen sind für den Patienten die relevantesten? Was ist vordringlich und sollte zuerst angegangen werden, was ist aufgrund der persönlichen Situation des Patienten nicht möglich? Wenn akut kein Handlungsbedarf besteht: was sollte antizipiert werden im Sinne eines „advanced-care-planning“?
5. Dieser Block dient der Reflexion der Patientenbegegnung. Welche **Gefühle und Gedanken** löst die Patientin/der Patient in mir aus? 1. unmittelbar zu Beginn der Begegnung und 2. nach Abschluss des Besuches mit etwas zeitlichem Abstand. Achten Sie darauf, dass Sie tatsächlich über *Ihre* Gefühle/Gedanken, und nicht die der Patienten berichten.
6. Zum Schluss stellen Sie mit wenigen Sätzen die **Vielschichtigkeit und Herausforderung der hausärztlichen Betreuung** am Beispiel dieses Patienten dar. Führen Sie sich vor Augen, was der Unterschied z.B. zur Situation im stationären Kontext ist.