

# Praxisunterricht in der **Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie**



# Inhalt

## Einleitung

- Begrüßung
- Lernziele
- Besonderheiten in unserer Klinik
- Vorbereitung
- Organisation, Ansprechperson

## Übersicht über die Lehrveranstaltungen (Wochenplan)

## UaP@work

## UaP im Team

- UaP im Team (Montag bis Donnerstag)
- Mini-CEX (Freitag)

## Lernen an den Behandlungsanlässen (LaB)

1. Auswahl von Patientinnen und Patienten
2. Patientenaufnahme
3. Untersuchungsbefunde
4. Recherche und Vorbereitung der Fallvorstellung
5. Fallvorstellung, Feedback, Vertiefung

## Erste Woche im Praxisunterricht

## Anhänge

- SOAP-Schema für die intraprofessionellen Übergaben
- ISBAR Schema für die interprofessionelle Übergabe
- Best Practice evidenzbasierter Patientenbericht
- Best Practice patientenverständlicher Bericht

# Herzlich willkommen!

## Liebe Studierende,

herzlich willkommen in der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie. Wir freuen uns auf eine spannende Woche Praxisunterricht mit Ihnen.

Die Gastroenterologie ist eines der breitesten Fachgebiete der Inneren Medizin. Unsere Klinik zählt dabei zu einer der größten in Deutschland und bildet die ganze Vielfalt des Fachgebietes ab. Hochakute Krankheitsbilder wie gastrointestinale Blutungen oder akutes Leberversagen gehören ebenso zum Spektrum wie chronisch-entzündliche Darmerkrankungen und virale Hepatitiden. Sie erhalten Einblicke in die modernen Therapieoptionen gastrointestinaler Tumorerkrankungen und in die Behandlung von Patienten mit infektiologischen und tropenmedizinischen Krankheitsbildern. In unseren Funktionsbereichen lernen Sie wichtige und fachübergreifend einsetzbare diagnostische und therapeutische Verfahren kennen.

## Wichtige Lernziele der Woche:

Am Ende der Woche sind Sie in der Lage ...

1. Patientinnen und Patienten mit gastroenterologischen und infektiologischen Krankheitsbildern symptombezogen zu untersuchen und eine gezielte Anamnese bei diesen Patienten zu erheben.
2. wichtige Differentialdiagnosen gastroenterologischer Leitsymptome zu nennen (wie z. B. Ikterus, Hämatemesis, Meläna, Oberbauchschmerzen, Diarrhoen).
3. Grundlegende therapeutische Konzepte bei wichtigen gastroenterologischen und infektiologischen Krankheitsbildern zu benennen.
4. Steckbriefe zu häufigen gastroenterologischen und infektiologischen Krankheitsbildern zu erstellen, wie z. B. Leberzirrhose, M. Crohn/C. ulcerosa, kolorektales Karzinom, Pankreatitis, virale Hepatitis, Gallensteinleiden.

## Besonderheiten in unserer Klinik:

### Einführung am Montag

Die Einführung am Montagmorgen beginnt um **10.00 Uhr** im Hörsaal im Leber- und Infektionszentrum LIZ (Gebäude 13.57, **Raum 13.57\_02 015.03**). Sie können vor den Aufzügen warten, da die Glastür meist verschlossen ist. Der Dozent holt Sie dort ab.

Die Ebenen im LIZ stimmen nicht mit denen in der MNR-Klinik überein. Im Fahrstuhl im LIZ müssen Sie „Ebene 2“ drücken oder Sie gehen die Treppe im LIZ bis ganz nach oben.

### U-Kurs-Refresher

Da für die meisten von Ihnen der Famulatureifekurs schon eine Weile zurückliegt, möchten wir Ihnen die Gelegenheit bieten, Ihre Kenntnisse der körperlichen

Untersuchung des Abdomens aufzufrischen. Nachdem Sie die theoretischen Inhalte im Selbststudium wiederholt haben, werden Sie sich im U-Kurs-Refresher unter Anleitung eines erfahrenen Arztes gegenseitig untersuchen. Damit sind Sie für den Unterricht am Patienten optimal gerüstet.

**Treffpunkt:** 11.00 Uhr TRÄF Ebene 6, vor den Fahrstühlen.

## Funktionsbereich

Am Dienstag und Donnerstag werden Sie die Gelegenheit bekommen, in den Funktionsbereichen der Klinik (Sonographie und Endoskopie) bei Untersuchungen dabei zu sein. Sie werden viele spannende Befunde demonstriert bekommen.

**Treffpunkt:** siehe UaP@work

## Ambulanzbereich

Neben den rund 80 stationären Betten betreut unsere Klinik in 8 Spezialambulanzen jedes Jahr mehrere tausend ambulante Patienten. Trotz des hohen Patientenaufkommens möchten wir Ihnen einen Einblick in einige unserer Ambulanzen ermöglichen. Im Rahmen des UaP@work können Sie am Donnerstag erfahrenen Kollegen in einer der Ambulanzen über die Schulter schauen.

**Treffpunkt:** siehe UaP@work

## Lehrvisite

Einen weiteren unmittelbaren Einblick in unseren Arbeitsalltag erhalten Sie im Rahmen der Lehrvisite. Hier werden Sie erleben, wie die Stationsärzte ihre Patienten dem Ober- oder Chefarzt vorstellen und wie Therapieentscheidungen gemeinsam getroffen werden.

**Treffpunkt:** Dienstag – MNR-Klinik Ebene 4, Fahrstühle (Station ME2)

Donnerstag – Eingang Modulbau, Geb. 11.58, EG (Station MB01)

## Falldemonstration

Wir verstehen Sie in der Woche des Praxisunterrichts als Teil unserer Klinik und möchten Ihnen daher die Möglichkeit geben, am Freitag sowohl an der Frühbesprechung der Klinik als auch an der sich daran anschließenden klinischen Falldemonstration teilzunehmen. Dabei werden abwechselnd lehrreiche Fälle von den Kollegen aus den Funktionsbereichen und den Ambulanzen vorgestellt.

**Treffpunkt:** Hörsaal LIZ (13.57\_02 015.03)

## Abteilungsfortbildung

Zum Abschluss der Woche laden wir Sie herzlich ein, an unserer Abteilungsfortbildung am Freitag um 14.00 Uhr teilzunehmen. Hier werden aktuelle Themen von internen und externen Referenten übersichtlich und interessant dargestellt.

## UaP@work:

Sie werden Gelegenheit bekommen, im Rahmen des UaP@work einen Einblick in die beiden wesentlichen Funktionsbereiche unserer Klinik (Sonographie und Endoskopie) und einige unserer Spezialambulanzen zu erhalten.

Bitte erinnern Sie sich an dieser Stelle nochmals an das **Prinzip des UaP@work**: Sie begeben sich direkt in den Arbeitsalltag der ärztlichen Kollegen. Im Rahmen dieses Formats sind die Lehrenden **nicht** für den Unterricht freigestellt, sondern untersuchen und behandeln die ihnen anvertrauten Patienten. Das Format dient also im Wesentlichen dazu, Ihnen einen **Einblick** in die realen Abläufe und Arbeitsbedingungen zu geben.

Bei allen UaP@work – Formaten unterteilen wir Sie in max. vier **Dreiergruppen** mit der **Kennung A-D**. Wann Ihre Gruppe für den jeweiligen Bereich eingeteilt ist, können Sie dem Wochenplan oder den folgenden Abschnitten entnehmen.

### *Sonographie:*

Die Sonographie stellt eines der wichtigsten bildgebenden Verfahren in der Gastroenterologie dar. Bei fast jedem unserer Patienten besteht eine Indikation zur Abdomensonographie. So zum Beispiel bei Patienten mit Leberzirrhose im Rahmen des HCC-Screenings oder zur Ursachensuche bei einer akuten Dekompensation (z. B. Ausschluss einer Pfortaderthrombose), natürlich auch bei akuten Bauchschmerzen und vielen anderen Behandlungsanlässen.

Sie werden in einer Dreiergruppe an den Untersuchungen teilnehmen. Gerne können Sie während der Untersuchung Fragen zu den Befunden auf dem Monitor stellen. In der Regel werden Sie selbst **nicht** die Gelegenheit haben, die Patient:Innen selbst zu untersuchen.

Nur wenn es der Zeitrahmen zulässt, können Sie die Patienten auch abwechselnd nachuntersuchen. Dabei sollten Sie sich auf den Hauptbefund oder **ein** Organ fokussieren. Zum Erlernen des Untersuchungsablauf ist die Zeit leider viel zu kurz. Dafür bieten wir u. a. den **Grundkurs Abdomensonographie** als Wahlpflichtfach an. **Falls Sie bereits am Kurs teilgenommen haben, lassen Sie das die Kolleginnen bitte wissen. Aufgrund Ihrer Vorkenntnisse können wir Sie aktiver einbinden.**

**Treffpunkt:** Anmeldung Sonographie MNR-Klinik (13.51N\_00 044.00); **08.00 Uhr**  
**Dienstag:** Gruppe **C und D**  
**Donnerstag:** Gruppe **A und B**

### *Endoskopie:*

Die Endoskopie stellt das diagnostische und therapeutische Kernverfahren in der Gastroenterologie dar. Angefangen bei der Vorsorgekoloskopie, welche es ermöglicht, Vorstufen von Darmkrebs zu detektieren und zu beseitigen; über moderne endoskopische Resektionstechniken, mit denen heute Schleimhautveränderungen

abgetragen werden können, die vor wenigen Jahren noch eine Operation notwendig gemacht hätten; bis hin zur Darstellung der Gallenwege (ERCP), bei der z. B. Konkremente aus dem Gallengang entfernt werden können. Schließlich können bei endosonographischen Interventionen z. B. Pseudozysten nach einer Pankreatitis transgastral abgeleitet werden.

Sie werden auch in der Endoskopie in Dreiergruppen die Untersuchungen direkt verfolgen können. Dadurch sollen Sie einen Eindruck von den **Abläufen** in der Endoskopie und deren **technischen Möglichkeiten** erhalten.

**Treffpunkt:** Anmeldung Endoskopie MNR-Klinik (13.51N\_00 012.00); **08.00 Uhr**

**Dienstag:** Gruppe **A und B**

**Donnerstag:** Gruppe **C und D**

### *Ambulanzen:*

Unsere Abteilung behandelt eine Vielzahl von Patienten mit seltenen und besonders schwer ausgeprägten Krankheitsbildern. Diese Patienten können im ambulanten Umfeld außerhalb der Universität oftmals nicht vollumfänglich versorgt werden und sind deshalb auf eine unserer Spezialambulanzen angewiesen.

Insbesondere die Stoffwechselambulanz ist als Teil des Zentrums für Seltene Erkrankungen eine von wenigen Anlaufstellen, die Betroffene bundesweit haben. Ebenso hoch ist die Expertise in der Tropenambulanz. Hier werden reisemedizinische Beratungen und Impfungen durchgeführt. Besonders spannend dürften Sie die diagnostische Abklärung bei Patienten finden, die aus den Tropen zurückkehren. Vielleicht sehen Sie hier einen Befund, der Ihnen ansonsten nur im Lehrbuch begegnet wäre.

Auch in den Ambulanzen werden Sie in Dreiergruppen direkt dem Arzt-Patienten-Gespräch beiwohnen. Ihre Fragen stellen Sie bitte im Anschluss an das Gespräch zwischen Arzt und Patient.

**Treffpunkt:** Gruppe **A** – Leitstelle Gastroenterologie (MNR 13.51N\_00 050.00)

Gruppe **B** – Anmeldung Infektionsambulanz (MX-Amb., 13.57\_00 029.00)

Gruppe **C** – Anmeldung Tropenambulanz (LIZ 13.57\_00 021)

Gruppe **D** – Anmeldung Leber-/Hepatitis-Ambulanz (LIZ 13.57\_00 021)

jeweils **Donnerstag 09.45 Uhr**

**Bitte ziehen Sie bereits Ihre Kittel an**, wenn Sie sich in den Wartebereich der Ambulanzen begeben, damit Sie unter den wartenden Patienten von den Sie betreuenden Kollegen direkt erkannt und aus dem Wartebereich abgeholt werden können. Da Sie am laufenden Ambulanzbetrieb teilnehmen, kann es u. U. **zu kürzeren Wartezeiten** kommen, wenn die Kollegen bei Ihrem Eintreffen noch in einem Patientengespräch sind.

## UaP im Team und Mini-CEX:

Der Unterricht am Patienten findet auf unseren Stationen in der MNR-Klinik und ggf. in unseren Außenlieger-Bereichen statt. Sie werden dabei von erfahrenen Dozenten unserer Klinik, sowie von externen Dozenten (welche meist früher an unserer Klinik gearbeitet haben) unterrichtet.

Die folgenden Fertigkeiten werden Sie am Ende der Woche beherrschen. Sie werden als Mini-CEX geprüft:

1. Anamnese bei akuten Bauchschmerzen
2. Untersuchung bei akuten Bauchschmerzen
3. Impfung in M. deltoideus

**Treffpunkt:** MNR-Klinik **Ebene 4, Fahrstühle** im Bereich zwischen den Stationen

## LaB

Beim LaB soll jeder von Ihnen **zweimal** die Gelegenheit haben, einen Patienten selbstständig zu befragen und zu untersuchen. Bitte finden Sie sich zu den im Rahmen der Einführungsveranstaltung genannten Zeiten auf der entsprechenden Station ein. Der zuständige **Stationsarzt wird Sie zum Patienten bringen** und Ihnen alle relevanten Informationen geben. Nachdem Sie beim Patienten waren, erhalten Sie vom Stationsarzt die Patientenakte mit den weiteren Befunden.

**Treffpunkt:** MNR-Klinik **Ebene 4, Fahrstühle** im Bereich zwischen den Stationen

Die **Auswertung** erfolgt in Seminarform in der 6er-Gruppe zusammen mit Ihrem Dozenten. Für **jeden** von Ihnen befragten/untersuchten Patienten füllen Sie bitte das vom Dekanat zur Verfügung gestellte **Formular** aus. Die eigentliche Auswertung besteht aus folgenden Teilen:

## Theorie-Block:

Wir möchten Sie bitten, zu einem Thema mit **Bezug zu einem Ihrer Patienten** eine kurze und prägnante **theoretische Übersicht** zu geben. Die meisten unserer Patienten bieten hier mehrere Ansatzpunkte, wählen Sie den für Sie **interessantesten** aus! Stellen Sie zum Beispiel relevante **Differentialdiagnosen** passend zum Behandlungsanlass ihres Patienten dar (z. B. DD bei Bauchschmerzen, Diarrhoe, Bauchumfangszunahme, Gewichtsverlust). Oder stellen Sie ein diagnostisches oder therapeutisches **Verfahren** anschaulich dar, welches bei Ihrem Patienten angewandt wurde (z. B. ERCP, TIPS-Anlage).

Die Präsentation erfolgt in Form eines **Kurzvortrags** (nicht länger als **5 Minuten**, wahlweise unterstützt durch ein **Handout** für Ihre Kommilitonen oder 1-2 Folien).

## Fallvorstellung/Auswertung:

Die Fallvorstellung kann in **6 verschiedene Varianten** erfolgen. Ziel ist es dabei immer, die Informationen über Ihren Patienten mit der Gruppe zu teilen. Gleichzeitig üben Sie für Ihre spätere klinische Tätigkeit zentrale skills (Übergaben, Erstellen von Arztbriefen etc.).

**Pro Patient** entscheiden Sie sich bitte für **eine** der folgenden Varianten der Vorstellung:

1. **Klassische Patientenvorstellung** (z. B. im Rahmen einer interdisziplinären Fallkonferenz). Wichtige Inhalte sollten hier prägnant zusammengefasst werden: *Aufnahmegrund, wesentliche Inhalte aus Anamnese/Untersuchung, relevante Befunde der apparativen Diagnostik, Verdachtsdiagnose, DD, Management (Therapieplan, ggf. weiterführende Diagnostik).*
2. Übergabe an die **Pflege**. Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist nicht nur für den Stationsalltag von großer Bedeutung. Das ISBAR-Schema finden Sie unten im Manual.
3. Übergabe an den **Nachtdienst**.
4. Übergabe an den **Oberarzt:In**.
5. Erstellung eines **Arztbriefes**. Lassen Sie sich nicht von dieser etwas umfangreicheren Aufgabe abschrecken! Die Erstellung von Arztbriefen ist ein wesentlicher Bestandteil Ihrer klinischen Tätigkeit, egal in welchem Setting. Nutzen Sie die Gelegenheit, sich auszuprobieren und konstruktives Feedback zu erhalten! Ein Muster finden sich weiter unten im Manual.
6. Erstellung eines **laienverständlichen Berichtes**. Diese Aufgabe dient dem Training einer patientenverständlichen Sprache. Kenntnisse darüber benötigen Sie in vielen Bereichen Ihrer späteren klinischen Tätigkeit, eigentlich bei jedem Patientengespräch.

**Stimmen Sie sich innerhalb der 6er-Gruppe ab**, wer welche Methode zur Patientenvorstellung wählt. Da sie optimalerweise in der Woche **zwei Patienten** untersuchen konnten, wählen Sie dementsprechend auch **zwei unterschiedliche Varianten** der Vorstellung. Dadurch wird die Auswertungsrunde sehr abwechslungsreich.

Hier ein **Beispiel** für den Ablauf der Vorstellung-/Auswertungsrunde:



	Theorie	Patient 1	Patient 2
Stud. 1	Indikation und Ablauf ERCP	Übergabe an ND	Laienverständl. Bericht
Stud. 2	Indikation und Ablauf TIPS-Implantation	Fallvorstellung	Übergabe OA
Stud. 3	DD Gewichtsverlust	Arztbrief	Übergabe an ND
Stud. 4	DD Diarrhoen	Übergabe Pflege	Fallvorstellung
Stud. 5	DD Hämatochezie	Übergabe OA	Arztbrief
Stud. 6	Leberhautzeichen	Laienverständl. Bericht	Übergabe Pflege

## Wrap-up

Was haben Sie in der Woche in unserer Klinik gelernt? Was hat Ihnen besonders gut gefallen, was können wir besser machen?

Wir sind sehr auf Ihr Feedback gespannt!

Die Abschlussveranstaltung beginnt am Freitag im Anschluss an die Frühbesprechung, etwa **8.30 Uhr**, **Treffpunkt ist der Hörsaal im LIZ** (Gebäude 13.57, Ebene 1).

Zuvor findet die **Abteilungsfrühbesprechung** statt (8:00 Uhr im Hörsaal LIZ), meist gefolgt von einer kurzen **Fallvorstellung** aus der Sonographie, Endoskopie oder einer der Spezialambulanzen der Klinik.

## Erste Woche im Praxisunterricht

Für Studierende, die in unserer Klinik im 3. Studienjahr ihre erste Woche im klinischen Praxisunterricht erleben, haben wir einen leicht modifizierten Wochenablauf entwickelt, der Ihnen den Einstieg in das Format "Praxisunterricht" erleichtern soll:

1. Die Patientenbefragung und -untersuchung im LaB werden Sie in 3er-Gruppen durchführen, sie können sich gegenseitig unterstützen.

2. Auch die Recherche im LaB dürfen Sie gemeinsam durchführen.
3. Bei der Erstellung der Arztbriefe/Patientenberichte dürfen Sie gemeinsam in 3er-Gruppen entweder einen Arztbrief oder einen Patientenbericht erstellen.
4. Die Dozierenden werden die Supervision im Verlauf der Woche schrittweise reduzieren.

## Ihre Vorbereitung der Woche

Damit Sie vom Praxisunterricht optimal profitieren, ist eine vorherige Auseinandersetzung mit den Inhalten der Woche essentiell. Als **Anregung** sowie wahlweise zur Vertiefung können folgende Materialien herangezogen werden:

### 1. Skript zum Famulatureifekurs

Kapitel 1.8 – Untersuchung des Abdomens und Anamnese (30 min.)

### 2. AMBOSS Video ‚Abdomenuntersuchung‘ (10 min.)

<https://www.youtube.com/watch?v=J1gCZheXIHA>

### 3. Vorlesungsmaterial der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie (UKD) - ILIAS und Mediathek (ca. 1,5 h)

[ILIAS der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen \(hhu.de\)](#)

[ILIAS der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf: Ösophagitiden, Gastritiden und Ulkuserkrankung \(hhu.de\)](#)

[ILIAS der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf: Innere Medizin \(hhu.de\)](#)

### 4. AMBOSS

Kapitel Leberzirrhose (ca. 1 Stunde)

### 5. Herold - Lehrbuch Innere Medizin

HIV-Infektion und AIDS (ca. 45 min.)

### 6. Endoskopiebilder und –videos

<https://www.endoskopiebilder.de/endoskopie-bilder>

### 7. Internistischer Sonographie-Atlas

<https://sonographiebilder.de/sonographie-atlas>

## 8. Als Beispiel für evidenzbasierte Diagnostik und Therapie die **S3-Leitlinie**

**Gallensteinleiden**, Abschnitt II: Diagnostik (ca. 30 min):

[https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2018/08/LL-Gallensteine\\_ZFG.pdf](https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2018/08/LL-Gallensteine_ZFG.pdf)

## Organisatorisches und Ansprechpersonen

Bitte bringen Sie einen **Untersuchungskittel** sowie notwendige Utensilien für die körperliche Untersuchung (**Stethoskop, Diagnostikleuchte etc.**) und Schreibzeug mit.

Sollten Sie Fragen zum Praxisunterricht in unserer Klinik haben, wenden Sie sich bitte an:

Das **Sekretariat unseres Klinikdirektors Herr Prof. Dr. Lüdde** im EG der MNR-Klinik. Von dort aus kann die Kontaktaufnahme mit den Verantwortlichen erfolgen:

**OA Dr. Michael Kallenbach**, Tel. 16866, Funk 715 – 0779  
[Michael.Kallenbach@med.uni-duesseldorf.de](mailto:Michael.Kallenbach@med.uni-duesseldorf.de)

**OA Prof. Dr. Hans Bock**, Tel. 18953, Funk 715 – 1665  
[Hans.Bock@med.uni-duesseldorf.de](mailto:Hans.Bock@med.uni-duesseldorf.de)

### Tipps für Lehrende zum Praxisunterricht in unserer Klinik

- **Vorbereitung der Woche:**
  - das Manual lesen - insbesondere vor dem ersten Einsatz oder bei Änderungen
  - Rückfragen mit Dr. Kallenbach oder Prof. Bock klären
- **Organisatorisches**
  - Vor Semesterbeginn erhalten Sie von den Lehrkoordinatoren eine Übersicht mit dem Wochenplan
  - bei Terminkonflikten bitte mit Dr. Kallenbach oder Prof. Bock Kontakt aufnehmen
- **Besonderheiten in unserer Klinik:**
  - Als Grundlage für die Vermittlung der Untersuchungstechniken verwenden Sie bitte das **Manual zum Famulatureifekurs**. Dieses Vorgehen dient der Vereinheitlichung und ist im Hinblick auf die von den Studierenden zu absolvierenden Prüfungen wichtig.

# Übersicht über die Lehrveranstaltungen

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	
8.00	<b>Selbststudium:</b> Anamneseerhebung Abdomenstatus Mini-CEX 08.00 - 09.30 (0:12)	<b>UaP @ work</b> 08.00 - 09.30 (1:3)	Gr. A/B: Endoskopie Gr. C/D: Sonographie	<b>UaP @ work</b> 08.00 - 09.30 (1:3)	Gr. A/B: Sonographie Gr. C/D: Endoskopie	Frühbesprechung / Falldemo 08.00 - 08.30 Hörsaal LIZ <sup>7</sup>
9.00						Wrap - up 08.30 - 09.15 (1:12) Hörsaal LIZ <sup>7</sup>
10.00	<b>Propädeutik/Einführung</b> 10.00 - 11.00 (1:12) Hörsaal LIZ <sup>1</sup>	<b>LaB 2.1</b> 09.45 - 11.00 (1:6, 0:6) MNR Ebene 4 Fahrstühle	Auswahl Anamnese Untersuchg. Befunde	<b>UaP @ work - Ambulanzen</b> 09.45 - 10.45 (1:3)	Gr. A - Gastro <sup>2</sup> Gr. B - Mx-Amb. <sup>4</sup> Gr. C - Tropen <sup>3</sup> Gr. D - Hep./Leb. <sup>3</sup>	<b>Mini - CEX</b> 09.30 - 11.00 (1:6) MNR Ebene 4 Fahrstühle
11.00						
12.00						<b>Selbststudium:</b> Vorbereitung kommende Woche 11.30 - 13.45 (0:12)
13.00	<b>UaP @ work: Aszitespunktion</b> 13.00 - 13.45 (1:3) MNR Ebene 4 Fahrstühle	<b>UaP im Team</b> 13.00 - 14.30 (1:6) MNR Ebene 4 Fahrstühle		<b>LaB 1.3</b> 13.00 - 14.30 (1:6) Treffpunkt <sup>6</sup>	Fallvor- stellung	
14.00	<b>UaP im Team</b> 14.00 - 15.30 (1:6) MNR Ebene 4 Fahrstühle					<b>UaP im Team</b> 14.45 - 16.00 (1:6) MNR Ebene 4 Fahrstühle
15.00	<b>LaB 1.1</b> 15.45 - 17.00 (1:6, 0:6) MNR Ebene 4 Fahrstühle	Auswahl Anamnese Untersuchg. Befunde	<b>LaB 1.2 Recherche / Vorbereitung Fallvorstellung</b> 16.00 - 16.45 (0:1)			
16.00			<b>LaB 2.2 Recherche / Vorbereitung Fallvorstellung</b> 16.45 - 17.30 (0:1)			
17.00						

1) Treffpunkt: LIZ 2. OG vor Fahrstühlen; 2) Leitstelle Gastroenterologie Ambulanzbereich MNR 13.51 N 00 050.00; 3) Anmeldung Leberambulanz LIZ 13.57\_00 021  
4) Anmeldung MX-Amb. 13.57\_00 029.00 5) bitte klingeln!; 6) Grp. A/B: HS LIZ 13.57\_02 015.03; Grp C/D: Seminarraum Endo. 13.54\_00 010.00; 7) HS LIZ 13.57\_02 015.03

# UaP@work

UaP steht für "Unterricht an der Patientin oder am Patienten". Früher war auch der Begriff "Unterricht am Krankenbett" gebräuchlich, den wir in diesem Manual verlassen, um auch die Patientenversorgung in Ambulanzen, Funktionsbereichen und Operationssälen einzubeziehen.

Beim UaP@work haben Sie die Möglichkeit, Ärztinnen und Ärzte in einer 1:1- bis maximal 1:3-Betreuung bei Ihrer Arbeit zu begleiten. Sie erweitern Ihre Kompetenzen dabei auf zwei Wegen. Zum einen beobachten Sie die ärztliche Tätigkeit, fragen nach, was Sie nicht verstehen und reflektieren das Vorgehen gemeinsam mit der ärztlichen Lehrperson. Zum anderen übernehmen Sie unter aktiver Supervision selbst ärztliche Tätigkeiten und erhalten dazu konstruktives Feedback.

Feedback ist die Grundlage für die Weiterentwicklung Ihrer ärztlichen Kompetenzen. Das gilt insbesondere für alle Formen des Praxisunterrichts.

- Fordern Sie Feedback ein, wenn Sie es nicht bekommen.
- Hören Sie genau zu.
- Sich zu verteidigen, ist unnötig. Feedbackgebende wollen Sie unterstützen.
- Fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstehen.
- Überlegen Sie, was Sie in Zukunft besser machen möchten und wie das gelingt.

Im UaP@work erleben Sie in jeder Woche verschiedene Settings, in denen wir Patientinnen und Patienten versorgen, und auch verschiedene Ärztinnen und Ärzte. Sie rotieren zumeist an jedem Tag in eine andere Abteilung.

## Tipps für Lehrende zum UaP@work

- **vor der Veranstaltung:**
  - voraussichtliche Aufgaben strukturieren und überlegen, wo Studierende durch Beobachten oder Arbeiten unter Supervision etwas lernen können
- **während der Veranstaltung:**
  - passives "Mitlaufen" unbedingt vermeiden, Lerngelegenheiten geben!
  - Lernen am Vorbild
  - In Vorleistung gehen: Patientinnen und Patienten versorgen, dabei "laut denken"
  - Studierende zu Fragen ermutigen
  - Selbst vertiefende Fragen stellen und studentische Reflexion anregen
  - Studierende aber entsprechend der Vorkenntnisse unbedingt auch selbst Tätigkeiten unter Supervision übernehmen lassen
  - Feedback geben: balanciert (Stärken und Verbesserungspotential), präzise Beobachtung, subjektiven Eindruck beschreiben, falls nötig konkreter Verbesserungsvorschlag, ggf. auch Patientinnen und Patienten eine

## UaP im Team

### UaP im Team (Montag bis Donnerstag)

Während Sie beim UaP@work im Berufsalltag lernen, nimmt sich beim UaP im Team eine dafür freigestellte Lehrperson jeden Tag Zeit für Ihre klinische Ausbildung. Sie

lernen dabei in einer Gruppe von max. sechs Studierenden an, mit und von Patientinnen und Patienten. Damit Sie einen möglichst sinnvollen Überblick über verschiedene Facetten unserer Fachdisziplin erhalten, treffen Sie in diesem Format jeden Tag auf dieselbe Lehrperson, die somit Ihre Lernfortschritte begleitet. Der Treffpunkt für Ihre 6er-Gruppe wird Ihnen in der Einführungsveranstaltung am Montag mitgeteilt.

Sie lernen im UaP im Team den Umgang mit Patientinnen und Patienten, Gesprächsführung, praktische Fertigkeiten und klinisches Denken (Differentialdiagnostik, Therapieplanung). Sie nehmen die Perspektive der Patientinnen und Patienten wahr und verknüpfen Theorie und Praxis am konkreten Fall. Ein Beispiel für den Ablauf eines UaP im Team sehen Sie in diesem [Video](#).

Der UaP im Team dient auch dazu, Ihnen die "Brot-und-Butter-Fertigkeiten" zu vermitteln, die als Mini-CEX am Freitag abgeprüft werden (s. nächster Abschnitt).

## Tipps für Lehrende zum UaP im Team

- **vor der Veranstaltung:**
  - Geeignete/n Patientin oder Patienten gewinnen
  - Lernziele identifizieren, die erreicht werden können
  - kurz planen, was vor, während und nach dem Patientenkontakt passieren soll
  - ggf. notwendige Materialien bereitlegen (z.B. Befunde, Materialien für Mini-CEX)
- **während der Veranstaltung:**
  - Studierende begrüßen, Lernziele erläutern
  - das vorüberlegte Konzept situativ anpassen, um "teachable moments" zu nutzen
  - vor dem Patientenkontakt: Einführung passend zum Lernziel (nicht zu viel und nicht zu wenig verraten), auf die Patientin/den Patienten vorbereiten
  - nach dem Patientenkontakt: Ausgesparte Themen besprechen, offene Fragen klären, Befunde einfließen lassen, Theorie und Praxis verknüpfen
  - am Ende: Ausblick für den nächsten Tag geben
  - Rollenbalance: Arzt/Ärztin, Lehrperson, Moderierende/r, Übersetzende/r
  - Methoden: Demonstration, Laut denken, Fragen stellen, die Diskussion und Tiefgang triggern, Arbeitsaufträge, Beobachtungsaufträge, Feedback, Reflexion
  - Vorbereitung der Mini-CEX nicht vergessen

## Mini-CEX (Freitag)

Mini-CEX (Mini Clinical Examination) sind kurze Prüfungen ärztlicher Fertigkeiten, die in diesem [Video](#) näher vorgestellt werden. Am Ende der Woche wird jeder von Ihnen in einer der im Laufe der Woche trainierten Tätigkeiten geprüft. Die jeweilige Mini-CEX wird Ihnen dafür zugelost. Worauf Sie bei der Durchführung der Tätigkeiten achten müssen, können Sie auch den [Checklisten](#) entnehmen, die entwickelt wurden, um die Mini-CEX zu bewerten und Ihnen ein strukturiertes Feedback zu Ihrer Leistung zu geben.

## Tipps für Lehrende zur Mini-CEX

- **vor der Veranstaltung:**
  - wichtig: Fertigkeiten mit Studierenden im UaP im Team trainieren (Mo-Do)
  - mit Feedbackbögen zu den o.g. Mini-CEX vertraut machen
  - Patientinnen oder Patienten gewinnen und ggf. Materialien organisieren
- **während der Veranstaltung:**
  - Studierenden individuelle Mini-CEX zulassen
  - andere Studierende zur aktiven Beobachtung motivieren
  - Durchführung der Tätigkeit genau beobachten
  - Feedbackbogen ausfüllen, insbesondere Freitextfelder!
  - Feedback geben: balanciert (Stärken und Verbesserungspotential), präzise Beobachtung, subjektiven Eindruck beschreiben, falls nötig konkreter Verbesserungsvorschlag, ggf. auch Patientinnen und Patienten eine Rückmeldung geben lassen

## Lernen an den Behandlungsanlässen (LaB)

Das Format "Lernen an den Behandlungsanlässen" (LaB) unterscheidet sich grundsätzlich vom UaP dadurch, dass Sie bei Patientinnen und Patienten alleine eine Anamnese erheben und eine körperliche Untersuchung durchführen, wohingegen beim UaP ständig eine Lehrperson und beim UaP im Team auch andere Studierende anwesend sind. Sie gehen beim LaB somit Ihre ersten Schritte in Richtung eigenverantwortlichen ärztlichen Handelns. Nichtsdestoweniger werden Sie von einer Lehrperson unterstützt. Sie wählt mit Ihnen gemeinsam Patientinnen und Patienten aus, händigt Ihnen nach der Patientenaufnahme wichtige Untersuchungsbefunde aus, gibt Ihnen Feedback zur Fallvorstellung und diskutiert den Fall vertiefend mit Ihnen.

Sie können Ihre Kompetenzen anhand von zwei Patientinnen und Patienten weiterentwickeln.

Ziel Ihrer Auseinandersetzung mit einem Patientenfall ist es für einen der [123 Anlässe](#) für ärztliche Konsultationen am konkreten Beispiel ein Konzept zu Pathophysiologie, Differentialdiagnostik und Therapie zu erarbeiten. Neben klinischem Denken trainieren Sie Ihre Anamnese- und Untersuchungstechnik, die Interpretation von Untersuchungsergebnissen (z.B. EKG, Laborbefunde, Bildgebung) sowie verschiedene Formen der Fallvorstellung.

### 1. Auswahl von Patientinnen und Patienten

Die Lehrenden werden Ihnen erläutern, welche Patientinnen und Patienten mit welchen Behandlungsanlässen, sich für den Unterricht bereit erklärt haben. Ihre Mitstudierenden und Sie gleichen ab, welche Behandlungsanlässe Sie schon einmal bearbeitet haben und entscheiden gemeinsam, welche Patientinnen und Patienten wer "aufnehmen" wird. Pro Gruppe von sechs Studierenden stehen 6 Patientinnen oder Patienten zur Verfügung.

Die Diagnose der Patientinnen und Patienten erfahren Sie im Normalfall zunächst nicht. Sie erhalten keine Krankenakte oder Kurve, sondern versetzen sich in die Situation, dass Sie die Patientin oder der Patient erstmalig konsultiert.

Es kann sinnvoll sein, mit der Lehrperson kurz allgemein über den Behandlungsanlass zu reden oder sich alternativ selbst orientierend mögliche Differentialdiagnosen vor Augen zu führen, um keine wichtigen Fragen oder Untersuchungen zu vergessen.

## 2. Patientenaufnahme

Sie erheben eigenständig eine vollständige Anamnese und führen eine systematische, umfassende, dem Behandlungsanlass angemessene körperliche Untersuchung durch. Ihr Ziel ist es, durch Anamnese und körperliche Untersuchung Verdachtsdiagnosen zu generieren und die nächsten Schritte in Diagnostik und Therapie planen zu können.

## 3. Untersuchungsbefunde

Nach der Patientenaufnahme können Sie von der Lehrperson die Ergebnisse weiterführender Diagnostik erfragen und selbst - wenn nötig unterstützt von der Lehrperson - befunden.

## 4. Recherche und Vorbereitung der Fallvorstellung

Ihr Stundenplan gibt Ihnen Zeit, um zum Behandlungsanlass zu recherchieren und die Ergebnisse Ihrer Recherche auf den konkreten Fall zu übertragen. Bereiten Sie in diesem Zeitfenster auch die Fallvorstellung vor.

Nutzen Sie die große Chance, schon im Studium ein Konzept zu Pathophysiologie (Schwerpunkt beim LaB im 3. Studienjahr), Differentialdiagnostik und Therapie zu entwickeln, das Ihnen beim Management des Behandlungsanlasses in Famulaturen, im PJ und in Ihrer ärztlichen Tätigkeit weiterhilft.

Füllen Sie bitte den Dokumentationsbogen (Link, Bogen muss noch angepasst werden) aus und bringen ihn zusammen mit dem von der Lehrperson auszufüllenden Feedbackbogen (Link, Bogen muss noch angepasst werden) mit zur Fallvorstellung.

## 5. Fallvorstellung, Feedback, Vertiefung

Den Abschluss des LaB bildet eine Veranstaltung, in der alle Studierenden Ihrer Gruppe die untersuchten Patientinnen und Patienten vorstellen. Für diese Vorstellung gibt es mehrere unterschiedliche im Folgenden beschriebene Möglichkeiten, die alle in Ihrer ärztlichen Tätigkeit relevant werden.

Bitte sorgen Sie in Absprache mit Ihrer Gruppe dafür, dass Sie über die verschiedenen Fallvorstellungen hinweg durch die verschiedenen Formate rotieren. In jeder Veranstaltung gibt es also einen abwechslungsreichen Mix aus verschiedenen Formaten.

Zu Ihrer Fallvorstellung erhalten Sie ein Feedback und es entwickelt sich eine vertiefende Falldiskussion mit den anderen Studierenden Ihrer 6er-Gruppe und der Lehrperson.



## Intraprofessionelle Übergabe - Oberarzt\*ärztin

Übergeben Sie die Patientin oder den Patienten an die Lehrperson, die die Rolle der zuständigen Oberärztin oder des zuständigen Oberarztes übernimmt. Der Patient oder die Patientin ist der Oberärztin/dem Oberarzt unbekannt. Ziel ist es, alle Informationen zu liefern, die nötig sind, um gemeinsam das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen zu beraten. Nutzen Sie das SOAP-Schema (Subjektives Befinden - Objektive Befunde - Assessment - Planung), das im Anhang genauer erläutert wird.

## Intraprofessionelle Übergabe - Nachtdienst

Übergeben Sie die Patientin oder den Patienten an die Lehrperson in der Rolle des Nachtdiensts, der den Patienten oder die Patientin noch nicht kennt. Ziel ist es, ganz kompakt alle Informationen zu liefern, die für den Nachtdienst relevant sind, um die Patientin oder den Patienten sicher zu versorgen. Nutzen Sie das SOAP-Schema (Subjektives Befinden - Objektive Befunde - Assessment - Planung), das im Anhang genauer erläutert wird.

Umreißen Sie subjektives Befinden und objektive Befunde im Hinblick auf die Relevanz für den Nachtdienst möglichst kompakt. Beschränken Sie Assessment und Planung hier auf eine Einschätzung und die Aufgaben für den Nachtdienst.

## Interprofessionelle Übergabe (z.B. an Pflege, Physiotherapie)

Übergeben Sie die Patientin oder den Patienten an die Lehrperson in Rolle der zuständigen Pflegekraft Ihrer Station. Sie oder er kennt die Patientin oder den Patienten bisher noch nicht. Verwenden Sie hierfür das ISBAR-Schema (Introduction – Situation – Background – Assessment – Recommendation), das im Anhang genauer erläutert wird.

Insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit komplexen, langjährigen Krankengeschichten ist die Auswahl der Informationen, die für Pflegende relevant sind, die wichtigste Vorüberlegung, die zu einer effizienten Übergabe beiträgt.

## Arztbrief/Evidenzbasierter Patientenbericht (klinikspezifische Alternativen: z.B. radiologischer Befund, Ambulanzbrief)

Schreiben Sie einen evidenzbasierten Patientenbericht. Der Bericht basiert auf den Ergebnissen aus Anamnese, ggf. körperlicher Untersuchung, der Befunddiskussion, Ihrer Recherche und Ihren Überlegungen zum Management. Orientieren Sie sich gerne am Best Practice Beispiel im Anhang.

## Patientenverständlicher Bericht (klinikspezifische Alternativen z.B. patientenverständliches Aufklärungsgespräch)

Schreiben Sie zusätzlich einen Bericht für die Patientin oder den Patienten. Dieser Bericht soll alle für die Patientin oder den Patienten wichtigen Informationen enthalten. Schreiben Sie den Bericht so, dass er für die Patientin oder den Patienten verständlich ist. Orientieren Sie sich gerne am Best Practice Beispiel im Anhang.

Ziel ist es, dass Sie sich in Ruhe mit patientenverständlichen Formulierungen auseinandersetzen können. Das wird Ihnen dann in der spontanen mündlichen Kommunikation helfen, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen komplexe Zusammenhänge verständlich zu erläutern.

### Fallkonferenz (klinikspezifische Alternativen: z.B. Tumorboard, Röntgenbesprechung, Mitarbeiterfortbildung, ...)

In der Fallkonferenz präsentieren Sie Patientenfälle in der Rolle von Expertinnen und Experten. Sie trainieren hierbei also auch Ihre Präsentations-, Moderations- und Lehrkompetenz. Bitte binden Sie Ihre Mitstudierenden interaktiv in die Falldiskussion ein.

Inhaltliches Ziel ist es, Patientenfälle aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten - gerne auch aus Perspektiven, für deren Reflexion im klinischen Alltag wenig Zeit bleibt. Hierzu dient Ihnen Ihr Vertiefungsimpuls, mit dem Sie eine fundierte Diskussion anstoßen, die Ihnen und der Gruppe hilft Kompetenzen in einem der [acht Kompetenzbereiche](#) weiterzuentwickeln.

## Tipps für Lehrende zum LaB

- **vor der Veranstaltung:**
  - Überblick gewinnen: Welche Patientinnen und Patienten sind verfügbar, welche Behandlungsanlässe können bearbeitet werden.
  - Patientinnen und Patienten briefen (z.B. bitte in Aufnahmesituation versetzen)
- **Auswahl von Patientinnen und Patienten**
  - Studierende in die Entscheidung mit einbeziehen
  - Vorwissen erfragen: wissen die Studierenden, worauf beim Behandlungsanlass zu achten ist? Falls nein, kurzes Einlesen in Behandlungsanlass empfehlen
  - Treffpunkt Teil 3 "Untersuchungsbefunde" mitteilen
  - Studierenden nacheinander die Patientin oder den Patienten vorstellen, Studierende dann eigenständig "aufnehmen" lassen
- **Untersuchungsbefunde**
  - Liefern Sie in einem Lehrgespräch schrittweise, die von Studierenden angefragten Ergebnisse weitergehender Untersuchungen (z.B. EKG, Labor, Bildgebung) und befunden diese interaktiv gemeinsam mit den Studierenden
  - Treffpunkt für die Fallvorstellung mitteilen
- **Fallvorstellung, Feedback, Vertiefung**
  - einen Fall nach dem anderen abschließen. Hierdurch entsteht ein motivierender Wechsel zwischen Vorträgen einzelner Studierender und Interaktion mit der Gruppe.
  - Die Studierenden stellen den Fall zunächst vor (entsprechend des gewählten Formats), dann erhalten die Studierenden von Ihnen und der Gruppe Feedback zur Fallvorstellung, dann wird der Fall im interaktiven Lehrgespräch gemeinsam vertieft.
  - Es geht also nicht nur darum, z.B. eine intraprofessionelle Übergabe zu trainieren, sondern auch darum, Theorie und Praxis zu verknüpfen.
  - Bitte füllen Sie den Feedbackbogen (Link für die verschiedenen Studienjahre einfügen) aus und achten Sie insbesondere darauf, Stärken und Verbesserungsvorschläge in den Freitextfeldern zu beschreiben.

## Erste Woche im Praxisunterricht

Für Studierende, die im 3. Studienjahr ihre erste Woche im klinischen Praxisunterricht erleben, gibt es in jeder Klinik einen leicht modifizierten Wochenablauf, der Ihnen den Einstieg in das Format "Praxisunterricht" erleichtern soll. Näheres erfahren Sie im Abschnitt Besonderheiten in den Kliniken.

# Anhänge

## SOAP-Schema für die intraprofessionelle Übergabe

<b>S</b> ubjective:	Name, Alter, Konsultationsanlass aktuelle Beschwerdesymptomatik relevante (!) berichtete bisherige Diagnosen, Therapien
<b>O</b> bjective:	Körperlicher Untersuchungsbefund vorliegende Untersuchungsergebnisse
<b>A</b> sssessment:	Behandlungs-/Diagnoseauftrag Beurteilung Allgemeinzustand Verdachtsdiagnosen, Differentialdiagnosen
<b>P</b> lan:	nächste diagnostische Schritte nächste therapeutische Schritte langfristige therapeutische Ziele, Verlaufskontrollen, Konsile Einbindung anderer Gesundheitsberufe

## ISBAR Schema für die interprofessionelle Übergabe

<b>I</b> ntroduction	eigener Name und Funktion Name, Alter und Geschlecht des/der Patient/-in
<b>S</b> ituation:	Beschwerden und Aufnahmegrund Verdachtsdiagnose, weitere relevante Diagnosen Ziele und Erwartungen des/der Patienten/-in
<b>B</b> ackground:	Vorgeschichte Kontext (sozial, beruflich) erfolgte Untersuchungen und Therapien Allergien, Hygiene, Eigengefährdung, Dauermedikation, Adhärenz
<b>A</b> sssessment:	Allgemeinzustand, Vitalparameter, wichtige Laborparameter vorhandene Zugänge, Katheter, Schrittmacher, Implantate, Shunts, Drainagen, Perfusoren, Verbände ... psychosoziale Aspekte (Hindernisse/Ressourcen)
<b>R</b> equest/ <b>R</b> ecommendation:	geplante Untersuchungen angeordnete Therapie Vorgehen bei Komplikation/Zustandsverschlechterung Pflegerische Aspekte (besondere Medikation, Mobilisierung, Ernährungsanordnung, Überwachung, Dokumentation, Dringlichkeit) gemeinsame Therapieziele

# Best Practice: evidenzbasierter Patientenbericht

## Wichtige hier anonymisierte Aspekte

- Patientenstammdaten (Name, Vorname, Geburtsdatum)
- Aufnahmedatum/Entlassdatum
- Name der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes
- Adressaten

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

nachfolgend berichten wir Ihnen über o.g. Patienten, der sich vom 03.01.2022 bis 06.01.2022 in unserer stationären Behandlung (Station MX01) befand.

### Diagnosen:

- 1. Aktuell: Verschlussikterus bei Choledocholithiasis**
  - Endosonographie: Choledocholithiasis
  - ERCP: Steinextraktion, DHC-Stenting
- 2. Rezidivierende Diarrhöen unklarer Genese**
  - Koloskopie vom 06.09.2021: Normalbefund
  - *Ambulanter H2-Atemtest mit Lactose und Fructose geplant*
- 3. Gastritis**
  - Helicobacter pylori negativ
- 4. Kein Hinweis auf koronare Verkalkungen oder Anomalien im Kardio-CT vom 03.12.2021**
- 5. CVRF: Adipositas, arterielle Hypertonie**

### Anamnese:

Die aktuelle Aufnahme erfolgte über unsere Privatambulanz aufgrund von abdominalen Schmerzen, Ikterus und Fieber. Herr A. war zuletzt in unserer Abteilung für Kardiologie stationär bei Oberbauchschmerzen zum Ausschluss einer KHK. Dort war sonographisch eine Cholezystolithiasis gesehen worden.

### Untersuchungsbefunde:

#### **Körperlicher Untersuchungsbefund bei Aufnahme:**

43-jähriger Patient in reduzierten Allgemeinzustand und übergewichtigen Ernährungszustand, wach und orientiert

Kopf: Pupillen isokor, Ikterus

Cor: Rein und rhythmisch

Pulmo: Vesikuläres AG

Abdomen: Weich, Druckschmerz epigastrisch, Leber und Milz nicht tastbar

Peripherie: Keine Ödeme

### Weitere Untersuchungsbeefunde:

#### **Endosonographie vom 03.01.2022:**

Choledocholithiasis, ERCP morgen. Keine opt. Sicht, aus konstitutionellen Gründen.

#### **ERCP vom 04.01.2022:**

Choledocholithiasis - biliäre Sondierung in Doppeldrahttechnik, EST, Steinextraktion, Stenting biliär und pankreatisch.

#### **Gastroskopie vom 05.01.2022:**

Entfernen des Pankreasstents aus dem Duodenum. Kein Hinweis auf obere gastrointestinale Blutung

#### **Laborwerte bei Aufnahme:**

Na 137 mmol/l (135-145), Kalium 3.9 mmol/l (3.6-4.8), Calcium 2.40 mmol/l (2.20-2.55), Creatinin im Serum 0.97 mg/dl (< 1.20), GFR-CKD-EPI 95 ml/min (90-140), Harnstoff 24 mg/dl (18-55), **Harnsäure 7.4 mg/dl (< 7.0)**, **Bilirubin gesamt 7.90 mg/dl (< 1.00)**, **Bilirubin direkt 6.83 mg/dl (< 0.30)**, Bilirubin indirekt 1.07 mg/dl, **C-Reaktives Protein 1.7 mg/dl (< 0.5)**, Creatinkinase CK 115 U/l (< 171), **Laktatdehydrogenase LDH 252 U/l (< 248)**, **GOT (AST) 184 U/l (< 35)**, **GPT (ALT) 471 U/l (< 45)**, **gamma-GT 620 U/l (< 55)**, **Alkalische Phosphatase 249 U/l (40-129)**, Lipase 21 U/l (13-60), TSH Thyreoidea-stimul. Horm. 1.49 µIU/ml (0.27-4.20)

**Kleines Blutbild:** Leukozyten 6.3 x1000/µl (3.9-10.9), Erythrozyten 4.75 Mio/µl (4.44-5.61), Nucleated RBC % <0.5 % (< 1.0), NRBCs absolut <0.03 x1000/µl (0.00-0.10), Hämoglobin 14.7 g/dl (13.5-16.9), Hämatokrit 42.2 % (40.0-49.4), Mittl. Korpusk. Volumen MCV 88.8 fl (81.8-95.5), Mittl. Korpusk. Hämoglobin MCH 30.9 pg (27.0-32.3), Mittl. Korp. Hb-Konz. MCHC 34.8 g Hb/dl (32.4-35.0), Ery.-Volumen-Verteilungsbreite 13.6 % (12.0-13.6), Thrombozyten 271 x1000/µl (166-308), Mittl. Thrombozytenvolum. MTV 9.3 fl (9.3-12.1), Quick (CS5100) 89 % (70-130), INR (CS5100) 1.1 (0.9-1.1), aPTT (FS,CS5100) 22 sec. (22-29)

#### **Laborwerte bei Entlassung:**

Na 138 mmol/l (135-145), Kalium 4.0 mmol/l (3.6-4.8), Calcium 2.38 mmol/l (2.20-2.55), Ca, korr. (Alb.) 2.46 mmol/l, Creatinin im Serum 0.93 mg/dl (< 1.20), GFR-CKD-EPI 100 ml/min (90-140), Harnstoff 22 mg/dl (18-55), **Bilirubin gesamt 3.68 mg/dl (< 1.00)**, **Bilirubin direkt 2.91 mg/dl (< 0.30)**, Bilirubin indirekt 0.77 mg/dl, **C-Reaktives Protein 13.2 mg/dl (< 0.5)**, Laktatdehydrogenase LDH 207 U/l (< 248), **GOT (AST) 58**

**U/I (< 35), GPT (ALT) 208 U/I (< 45), gamma-GT 304 U/I (< 55), Alkalische Phosphatase 180 U/I (40-129), Albumin 3.7 g/dl (3.5-5.3)**

**Kleines Blutbild:** Leukozyten 9.1 x1000/µl (3.9-10.9), Erythrozyten 4.57 Mio/µl (4.44-5.61), Nucleated RBC % <0.5 % (< 1.0), NRBCs absolut <0.03 x1000/µl (0.00-0.10), Hämoglobin 13.6 g/dl (13.5-16.9), Hämatokrit 41.5 % (40.0-49.4), Mittl. Korpusk. Volumen MCV 90.8 fl (81.8-95.5), Mittl. Korpusk. Hämoglobin MCH 29.8 pg (27.0-32.3), Mittl. Korp. Hb-Konz. MCHC 32.8 g Hb/dl (32.4-35.0), **Ery.-Volumen-Verteilungsbreite 14.2 % (12.0-13.6), Thrombozyten 309 x1000/µl (166-308), Mittl. Thrombozytenvolum. MTV 9.7 fl (9.3-12.1)**

**Differentialblutbild:** Lymphozyten relativ 11.8 % (19.1-47.9), Monozyten relativ 10.6 % (5.2-15.2), **Neutrophile relativ 75.0 % (41.0-70.7)**, Eosinophile relativ 1.9 % (0.6-7.6), Basophile relativ 0.3 % (0.0-1.2), **Lymphozyten absolut 1.07 x1000/µl (1.26-3.35), Monozyten absolut 0.96 x1000/µl (0.29-0.95)**, Neutrophile absolut 6.78 x1000/µl (1.80-6.98), Eosinophile absolut 0.17 x1000/µl (0.01-0.40), Basophile absolut 0.03 x1000/µl (< 0.10), Quick (CS5100) 87 % (70-130), INR (CS5100) 1.1 (0.9-1.1), **aPTT (FS,CS5100) 21 sec. (22-29)**, Hämos.Begutacht. Folgt

**Verlauf:**

Herr ... wurde aufgrund eines Verschlussikterus bei Choledocholithiasis bei bekannter Cholezystolithiasis aufgenommen. Nach endosonographischer Diagnosesicherung erfolgte am 04.01.2022 die komplikationslose Steinextraktion und ein biliäres sowie pankreatisches Stenting. Der Patient zeigte keine klinischen Hinweise auf eine Pankreatitis, so dass am 05.01. die Extraktion des temporären Pankreasstents erfolgte.

Auf dringenden Wunsch des Patienten erfolgt die Entlassung am 06.01.2022. Wir empfehlen eine Selbstobservanz und bei Symptomen einer Cholestase oder eines Infektes die prompte Wiedervorstellung. Eine Vorstellung in der chirurgischen Ambulanz zur Planung einer Gallenblasenentfernung ist erfolgt, der Patient wird einbestellt werden. Wir planen die Wiederaufnahme des Patienten 4-6 Wochen postoperativ. **Spätestens nach 3 Monaten muss der Stent extrahiert oder gewechselt werden.** Die Entlassung erfolgt in stabilem Zustand.

**Medikation:**

Wirkstoff	Handelsname (z.B.)	Aufnahme	Entlassung	Erläuterung
Pantoprazol 40 mg		1-0-0	1-0-1	p.o.
Aufenthaltsbekannte Arzneimittelunverträglichkeiten	-			

**Weiteres Prozedere / Empfehlungen:**

- Klinische und laborchemische Kontrolle (Bili, CRP, kBB) durch den Hausarzt
- Regelmäßige Temperaturkontrolle für die nächsten Tage. Falls Fieber ( $T > 38.5^{\circ}\text{C}$ ), ärztliche Kontaktaufnahme tagsüber unter 0211-81-07973 oder außerhalb der Dienstzeit ZEITNAHE ärztliche Vorstellung in einer nahegelegenen Notaufnahme
- Elektive Einbestellung zur Cholezystektomie in unsere Allgemeinchirurgie. Die Kollegen werden den Patienten einbestellen. Aufklärung bereits erfolgt.
- Wiederaufnahme bei uns zur Stent-Extraktion nach Cholezystektomie. Unsere Patientenmanagerinnen werden den Patienten einbestellen.
- **Cave: Einliegender Gallengangsstent.** Bei Fieber oder Zeichen der Cholestase (entfärbter Stuhl, verdunkelter Urin) unbedingt ärztliche Vorstellung
- Ein Abgang des Stents mit dem Stuhl ohne weitere Symptomatik ist grundsätzlich unbedenklich, falls Symptome auftreten, sollte eine ärztliche Vorstellung erfolgen
- Wir empfehlen eine Gewichtsreduktion

#### Veranlasste Verordnungen und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit:

- Keine

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Chefarzt

Oberarzt

Assistenzarzt

## Best Practice: patientenverständlicher Bericht

Sehr geehrter Herr XXXX,

Sie waren vom XXXXXXX bis zum XXXXXXXXXXXX in unserem Krankenhaus auf der Station XX. In diesem Brief sind für Sie die wichtigsten Informationen über Ihren Aufenthalt zusammengefasst. Bei Fragen können Sie sich gern an uns wenden.

### Der Grund für Ihren Krankenhaus-Aufenthalt

Sie sind am XXXXX in unser Krankenhaus gekommen, weil Sie immer stärkere Bauchschmerzen hatten. In der Vergangenheit hatten Sie außerdem Magenkrebs. Aus diesem Grund wurde Ihnen vor 2 Jahren der Magen entfernt. Der Magenkrebs hat sich nun bei Ihnen erneut stark ausgebreitet. Dabei hat der Krebs den Darm abgedrückt und die Verdauungs-Flüssigkeiten konnten nicht mehr richtig abfließen. Die Verdauungs-Flüssigkeiten aus der Bauchspeicheldrüse und der Gallenblase fließen gewöhnlich über den ersten Abschnitt vom Darm ab. Sie hatten Bauchschmerzen, weil sich diese Flüssigkeiten bei Ihnen aufgestaut haben.



## Ihre Krankengeschichte und Ihre weiteren Erkrankungen

Hier finden Sie Informationen zum bisherigen Verlauf Ihrer Krankheit und weiteren Erkrankungen. Diese Informationen helfen Ihnen zu verstehen, was wir bei Ihrem jetzigen Aufenthalt im Krankenhaus getan haben.

Sie haben Magenkrebs. Der Krebs wurde im vor 2 Jahren festgestellt. Bei Ihnen hatten sich die Krebszellen in einigen Lymphknoten ausgebreitet.

Bei Krebs vermehren sich Zellen unkontrolliert. Die Krebszellen können auch in die Umgebung einwachsen und sich weiter ausbreiten. Lymphknoten sind wie Filterstationen für die Flüssigkeit aus dem Gewebe. Die Lymphknoten gehören zum Abwehrsystem vom Körper.

Normalerweise wird die Nahrung durch die Speiseröhre in den Magen und weiter in den Darm befördert. Der Darm besteht aus dem Dünndarm und dem Dickdarm. Im ersten Teil vom Dünndarm gibt es eine Öffnung, durch die bestimmte Flüssigkeiten für die Verdauung in den Darm fließen. Diese Flüssigkeiten sind die Gallen-Flüssigkeit und die Bauchspeicheldrüsen-Flüssigkeit. Die Gallen-Flüssigkeit wird in der Leber hergestellt und in der Gallenblase gesammelt. Die Bauchspeicheldrüse ist ein längliches Organ, das hinten oben im Bauch liegt.

Aufgrund Ihrer Krebserkrankung wurden Sie am XXXXXXXXXX operiert. Ihr Magen wurde dabei entfernt. Außerdem hat man Ihre Speiseröhre an den 2. Teil vom Dünndarm genäht. So gelangt die Nahrung von Ihrer Speiseröhre nun direkt in den Dünndarm. Die Verdauungs-Flüssigkeiten fließen wie gewöhnlich in den 1. Teil vom Dünndarm und dann in den weiteren Darm. Außerdem hat man Ihre Gallenblase und einige Lymphknoten entfernt.

Am XXXXX wurden Sie erneut operiert. Damals hat man unter anderem einige Verklebungen in Ihrem Bauch gelöst.

Nach Operationen im Bauch kann es vorkommen, dass Gewebe aneinanderklebt. Wenn diese Verklebungen zu Beschwerden führen, dann werden sie manchmal operiert.

Nach den Operationen haben Sie mehrmals Medikamente gegen den Krebs erhalten. Das nennt man auch Chemotherapie. Durch die Chemotherapie sollen verbleibende Krebszellen im Körper abgetötet werden.

Sie haben außerdem weitere Erkrankungen. Ihr Blutdruck ist erhöht. Das Herz pumpt Blut in die Schlagadern des Körpers. Die Schlagadern befördern das sauerstoffreiche Blut in den Körper. Wenn der Druck in den Schlagadern erhöht ist, dann nennt man das auch Bluthochdruck.

Bei Ihnen ist ein bestimmtes Blutfett erhöht. Dieses Blutfett heißt Cholesterin. Wenn die Cholesterin-Werte im Blut über längere Zeit erhöht sind, können bestimmte Erkrankungen des Herzens und der Blutgefäße begünstigt werden.

## Der Verlauf Ihres Krankenhausaufenthalts

Sie sind am XXXX in unser Krankenhaus gekommen, weil Sie immer stärkere Bauchschmerzen hatten. Wir haben bei Ihnen eine CT-Untersuchung vom Bauch durchgeführt. Bei einer CT-Untersuchung entstehen scheibenförmige Bilder vom Körper.

In der CT-Untersuchung hat man gesehen, dass sich der Magenkrebs wieder ausgebreitet hat. Es hat sich viel neues Magenkrebs-Gewebe in der Nähe von der Leber gebildet. Durch das neue Magenkrebs-Gewebe wurde Ihr Darm abgedrückt. Dadurch haben sich die Verdauungs-Flüssigkeiten aufgestaut. Auch die Nahrung konnte nicht mehr richtig durch Ihren Darm befördert werden. Die Bauchorgane sind von einer dünnen Haut umgeben. Das Magenkrebs-Gewebe hat sich auch in dieser dünnen Haut ausgebreitet.

Normalerweise fließt die Gallen-Flüssigkeit aus der Leber über die sogenannten Gallenwege in den Darm. Bei Ihnen hat sich die Gallenflüssigkeit aufgestaut. Dadurch wurde die Leber geschädigt. Das haben wir an bestimmten Werten in Ihrem Blut gesehen.

Deshalb haben wir bei Ihnen von außen einen Schlauch durch die Haut in einen großen Gallenweg gelegt. Durch diesen Schlauch kann die Gallenflüssigkeit nach außen abfließen. Am Ende von diesem Schlauch befindet sich ein Auffangbeutel. Der Schlauch ist während Ihres Aufenthalts einmal verrutscht, sodass er erneut eingelegt werden musste.

Sie wurden am XXXXXXXXXX von uns operiert. Dabei wurden Verklebungen in Ihrem Bauch gelöst. Außerdem haben wir den 1. Teil vom Dünndarm so an den restlichen Darm genäht, dass die Verdauungs- Flüssigkeiten wieder ungehindert in den Darm fließen können. Auch den restlichen Dünndarm haben wir so vernäht, dass die Nahrung wieder durch den Darm befördert werden kann. Dabei umgeht die Nahrung den Teil vom Darm, der vom Magenkrebs zugeedrückt wird.

Wir haben Ihnen bei der Operation einen kleinen Schlauch in den Bauch gelegt. Nach einer Operation kann sich Flüssigkeit und Blut an der operierten Stelle ansammeln. Über den Schlauch sollte Flüssigkeit aus dem Bauch nach außen ablaufen. Wir haben diesen Schlauch danach wieder entfernt.

Ihre Operationswunde wurde mit Klammern verschlossen, die wir bereits wieder entfernt haben.

Nach der Operation mussten Sie mehrfach erbrechen und hatten starke Probleme mit der Verdauung. Auch das Kontrastmittel für eine Röntgen-Untersuchung haben Sie mehrfach erbrochen.

Kontrastmittel ist eine Flüssigkeit, die bei verschiedenen Untersuchungen verwendet wird. Mithilfe von Kontrastmittel kann man Gewebe im Röntgenbild besser voneinander unterscheiden.

Im Röntgenbild ohne Kontrastmittel hat Ihr Darm nicht verschlossen ausgesehen. Deshalb haben wir uns gegen eine erneute Operation entschieden.

Sie hatten mehrmals zu wenig Zucker im Blut und konnten nicht essen. Deshalb erhalten Sie nun alle Nährstoffe über einen Schlauch direkt in die Blutgefäße.

Während des Aufenthalts waren Ihre Harnwege entzündet. Sie hatten dadurch Schmerzen beim Wasserlassen. Ihre Harnwege waren durch bestimmte Krankheits-Erreger entzündet. Diese Krankheits-Erreger sind Bakterien. Sie haben deshalb ein Medikament gegen Bakterien erhalten.

Mithilfe der Physiotherapie konnten Sie nach und nach wieder aus dem Bett aufstehen.

## Ihre Medikamente

Aktuell sollen Sie folgende Medikamente einnehmen:

- METAMIZOL 1 GRAMM
  - Metamizol ist ein Medikament, das Schmerzen lindern soll.
  - Sie erhalten das Medikament morgens, mittags, abends und nachts über ein Blutgefäß.
- TARGIN 10/5 MILLIGRAMM
  - Targin ist ein Medikament, das Schmerzen lindern soll.
  - Nehmen Sie morgens und abends jeweils eine Tablette ein.
- ENOXAPARIN 40 MILLIGRAMM
  - Enoxaparin soll verhindern, dass sich Blutgerinnsel bilden.
  - Sie erhalten jeden Abend eine Spritze mit diesem Medikament unter die Haut.
- CIPROFLOXACIN 400 MILLIGRAMM
  - Ciprofloxacin wirkt gegen bestimmte Bakterien. Es soll gegen Ihre Harnwegsentzündung helfen.
  - Sie erhalten das Medikament morgens und abends über ein Blutgefäß.
  - Das letzte Mal sollen Sie das Medikament am XXXXX einnehmen.
- DULCOLAX
  - Dulcolax soll bei Verstopfungen helfen.
  - Nehmen Sie Dulcolax bei Bedarf ein.
- OLIMEL 5,7%, FREKAVIT, ADDEL, UNIZINK
  - Dies sind die Nährstoffe, die Sie über ein Blutgefäß erhalten.
  - Sie erhalten täglich 1700 Milliliter Olimel und je eine Ampulle Frekavit, Addel und Unizink über ein Blutgefäß.

### Was für Sie jetzt noch wichtig ist:

Das Medikament gegen Bakterien (Ciprofloxacin) sollen Sie noch bis einschließlich dem XXXXXXXX einnehmen, damit die Entzündung von Ihren Harnwegen vollständig ausheilt.

Ihr Hausarzt soll bei Ihnen regelmäßig die Werte von der Leber und der Niere im Blut kontrollieren. Eventuell muss die Nahrung, die Sie über die Blutgefäße erhalten, angepasst werden.

Alle 2 Wochen soll kontrolliert werden, ob der Schlauch in Ihren Gallenwegen noch richtig liegt. Dafür wird in der Regel eine Röntgen-Untersuchung gemacht. Der Schlauch in Ihren Gallenwegen soll auch kontrolliert werden, wenn sich zum Beispiel keine Flüssigkeit mehr in dem Auffangbeutel sammelt.

Wenn Ihre Wunde richtig verheilt ist, dann kann Ihre Krebs-Behandlung bei Ihrer Onkologin weitergeführt werden. Onkologen sind Fachärzte für Krebs-Erkrankungen.

Wenn Sie zum Beispiel merken, dass Ihre Wunde wieder stärker gerötet ist oder eitert, dann zeigen Sie die Wunde bitte Ihrem Hausarzt.

Ihre Krebserkrankung ist nicht mehr heilbar. Aktuell werden Sie zu Hause von einem Pflegedienst betreut. Es besteht auch die Möglichkeit, dass Sie von einem ambulanten Palliativdienst betreut werden. Das haben wir mit Ihnen besprochen.

Der ambulante Palliativdienst besteht aus Ärzten, Krankenpflegepersonal, Sozialarbeitern und Seelsorgern, die sich besonders mit nicht heilbaren Erkrankungen auskennen. Diese können Sie auch zu Hause beraten und unterstützen.