

Praxisunterricht in der **Klinik für Endokrinologie und Diabetologie**



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 Patient:innen
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 Endokrinologie und Diabetologie! Wir möchten Sie als zukünftige Ärzt:innen in unserem Praxisunterricht für unser Fachgebiet begeistern. Die Endokrinologie und Diabetologie als Spezialisierung der Inneren Medizin befasst sich mit Stoffwechselfvorgängen, Hormonachsen sowie allen Diabetesformen und Diabeteskomplikationen. Auch für andere Fachdisziplinen ist ein Grundwissen darüber elementar.

Wichtige Lernziele der Woche:

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

1. die Besonderheiten bei der Diagnose eines Diabetes mellitus zu beachten
2. die verschiedenen Strategien der Insulintherapie richtig einzuordnen
3. eine korrekte diabetische Fußuntersuchung durchzuführen
4. systematisch bei der Durchführung einer Schilddrüsensonographie vorzugehen
5. die Grundprinzipien endokrinologischer Tests zu verstehen.

Besonderheiten in unserer Klinik:

Einführung am Montag

Die Einführung am Montagmorgen beginnt um 8:00 s.t. in Raum 13.51, MNR-Klinik Haus 1, 1. Etage, Treffpunkt im Flur.

Tipps für Lehrende zur Begrüßung

- **vor der Veranstaltung:**
 - Liste der Studierenden einholen (Studienjahr prüfen)
 - Präsentation öffnen (Speicherort: ...)
 - Zuteilung der Studierenden zu Lehrenden eintragen
- **während der Veranstaltung:**
 - inhaltlich, motivierend einsteigen: Beispiele für die Relevanz der Disziplin, was ist für die Studierenden in der Woche drin?
 - Propädeutik: ...
 - Organisatorisches dann kompakt besprechen
 - Raum für Rückfragen der Studierenden geben
 - am Ende: zum UaP im Team überleiten

UaP@work:

Der UaP@work findet überwiegend in den Ambulanzen der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie in der MNR-Klinik im Erdgeschoss (Vom Eingangsbereich aus links) statt. Die genauen Räume sind im Wochenplan gekennzeichnet.

In der diabetologischen Fußambulanz (13.51.0.62) lernen sie eine adäquate diabetologische Fußbehandlungseinrichtung kennen, in der Ihnen vermittelt wird, worauf in jeder behandelnden ärztlichen Tätigkeit bei Menschen mit Diabetes bezüglich der Füße geachtet werden muss und wie diabetische Fußwunden behandelt werden.

In einer zusätzlichen Unterrichtseinheit (13.51.1.17) erlernen sie die für eine diabetische Fußuntersuchung nötigen Neuropathie- und Angiopathie-Screening-Untersuchungen.

In der endokrinologischen Ambulanz (13.51.0.32) lernen sie das systematische Vorgehen bei der Durchführung einer Schilddrüsenultraschalluntersuchung kennen.

Tipps für Studierende

- Lernen Sie nicht nur die eigentlichen Handgriffe, sondern prägen Sie sich direkt ein, wann genau ein Test normal oder pathologisch ausfällt!

UaP im Team und Mini-CEX:

Die Falldemonstrationen werden innerhalb unserer Klinik sowohl von der Allgemeinen Endokrinologie/Diabetologie als auch durch den Funktionsbereich spezielle Endokrinologie durchgeführt. Erstere finden in der Diabetesambulanz (13.51.0.58) statt, letztere auf der Station ME04 gegenüber der MNR-Klinik (11.61.01.00).

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

1. Vollständige inspektorische diabetische Fußuntersuchung
2. Screening auf periphere diabetische Polyneuropathie
3. Einfaches Screening auf pAVK (Knöchel-Arm-Index)

LaB

Das Lernen an Behandlungsanlässen findet auf der Station ME04 gegenüber der MNR-Klinik (11.61, 1. Etage) statt. Sie erhalten dort die Gelegenheit, geeignete Patientinnen und Patienten auszuwählen, zu untersuchen und anschließend einer Stationsärztin/einem Stationsarzt vorzustellen.

Wrap-up

Die Abschlussveranstaltung (Wrap-up, offene Fragen, lessons learned, Feedback, Evaluation) beginnt am Freitag um 11:00 auf der Station ME04 gegenüber der MNR-Klinik in Gebäude 11.61., 1. Etage statt. Wir laden Sie herzlich ein, die Praxiswoche in unserer Klinik zu evaluieren. Wir nehmen Ihr Feedback sehr ernst und es fließt kontinuierlich in die Verbesserung der Lehre an unserer Klinik ein.

Erste Woche im Praxisunterricht

Für Studierende, die in unserer Klinik im 3. Studienjahr Ihre erste Woche im klinischen Praxisunterricht erleben, räumen wir ausreichend Gelegenheit ein, in das Format einzusteigen. Bitte teilen Sie uns mit, wenn dies Ihre erste Praxiswoche ist. Zögern Sie nicht, bei Unklarheiten auf uns zuzukommen.

Ihre Vorbereitung der Woche

Damit Sie vom Praxisunterricht optimal profitieren, ist eine vorherige Auseinandersetzung mit den Inhalten der Woche essentiell. Dies wird weniger als eine Stunde Ihrer Zeit in Anspruch nehmen. Bitte studieren Sie hierzu die folgenden Materialien:

1. Nauck et al. Praxisempfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft „Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus“ Diabetologie 2020; 15 (Suppl 1): S9-S17. https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/user_upload/05_Behandlung/01_Leitlinien/Praxisempfehlungen/2020/dus_2020_S01_Praxisempfehlungen_Klassifikation-und-Diagnostik_Schleicher_01.pdf (**essentiell** für das absolute Grundverständnis über die wichtigsten Diabetestypen und die Diabetes-Basisdiagnostik, geschätzte Bearbeitungszeit ca. 20 Minuten)
2. Ziegler et al. Praxisempfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft „Diabetische Neuropathie“ Diabetologie 2020; 15 (Suppl 1): S181-S195. https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/user_upload/05_Behandlung/01_Leitlinien/Praxisempfehlungen/2020/dus_2020_S01_Praxisempfehlungen_Neuropathie_Ziegler.pdf (bitte konzentrieren Sie sich auf **Abbildung 1 und Tabelle 1** für eine schnelle, aber präzise und vollständige Neuropathie-Diagnostik, geschätzte Bearbeitungszeit ca. 10 Minuten)
3. Bitte geben Sie „Wagner-Armstrong-Klassifikation“ in die Suchmaschine Ihrer Wahl ein und erlangen Sie mittels Bildersuche einen Eindruck über die Wundstadien. (geschätzte Bearbeitungszeit: 5 Minuten)
4. Video „Hypothalamus-Hypophysen-Achsen - Zentrale Regulation des endokrinen Systems - AMBOSS Auditor“ <https://www.youtube.com/watch?v=alq5QP94yvY> (11:19 min)

Organisatorisches und Ansprechpersonen

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

Herrn Hubert Overmann, hubert.overmann@med.uni-duesseldorf.de, Funk: 715-0510

Tipps für Lehrende zum Praxisunterricht in unserer Klinik

- **Vorbereitung der Woche:**
 - das Manual lesen - insbesondere vor dem ersten Einsatz oder bei Änderungen
 - Rückfragen mit Herrn Overmann klären
- **Organisatorisches**
 - Vor Semesterbeginn erhalten Sie von Herrn Overmann den Lehrenden-Einsatzplan und den Rotationsplan der Studierenden
 - Dem Rotationsplan können Sie entnehmen, in welchem Studienjahr die von Ihnen betreuten Studierenden sich befinden
 - bei Terminkonflikten bitte mit Herrn Overmann Kontakt aufnehmen
- **Besonderheiten in unserer Klinik:**
 - Bei der Ambulanzplanung muss der Studierendenunterricht berücksichtigt werden
 - Vertretungen müssen eigenverantwortlich rechtzeitig organisiert werden

Übersicht über die Lehrveranstaltungen

Lehrformate	08:00 Uhr Einführung	Montag		Dienstag		Mittwoch	Donnerstag		Freitag	
		Stud 1,2,3	Stud 4,5,6	Stud 1,2,3	Stud 4,5,6		Stud 1,2,3	Stud 4,5,6	Stud 1,2,3	Stud 4,5,6
Unterricht am Patienten (UaP)	UaP@work 8:30 - 9:45 Uhr	SD-Sono UaP@work	Endokrinol. Tests	Neuro- /Angiopathie Screening UaP@work	spez.Endo SD Sono		spez.Endo Endokrinol. Tests	Neuro- /Angiopathie Screening UaP@work	Diab. Fuß (+ Mini-CEX Neuropathie Screening)	Diab. Fuß (+ Mini-CEX Neuropathie Screening)
	Ort	1.Etage 13.51.17	1.Etage 13.51.17	ME 4 11.61.01.00	spez Endo 13.52.1.53		spez Endo 13.52.1.53	ME 4 11.61.01.00	Fußamb. 13.51.0.62	Fußamb. 13.51.0.62
		Stud 1-6		Stud 1-6			Stud 1-6		Stud 1-6	
	UaP im Team 10:00 - 12:00 Uhr	Falldemonstration allg. Endo / Diabetologie		Falldemonstration spez. Endo			Falldemonstration allg. Endo/Diab.		Falldemonstration spez. Endo + Mini-CEX SD-Sono	
							anschl. Fallvorstellung LaB Teil 5 von Montag		anschl. Fallvorstellung LaB Teil 5 von Dienstag	
	Ort	Diabetesambulanz 13.51.0.58		ME 4 11.61.01.00			Diabetesambulanz 13.51.0.58		ME 4 11.61.01.00	
(LaB) Lernen an Behandlungs- anlässen: Pat.- aufnahme und Pat.-vorstellung	13:00 - 14:30 Uhr	LaB Teil 1-3 Auswahl, Aufnahme, Untersuchungsbefunde		13:00-13:45 INER sek. Hypertonie			13.00-13.45 INSE Adipositas		Wrap-up Offene Fragen, Lessons learned, Feedback, Evaluation	
	Ort	ME 4	11.61.01.00	14:00-15:30 LaB Teil 1-3 ME 4 11.61.01.00			1.Etage 13.51.17		ME 4 11.61.01.00	
(LaB) Lernen an Behandlungs- anlässen: Pat.- aufnahme und Pat.-vorstellung	15:00 - 16:30 Uhr	LaB Teil 4 Recherche, Vorbereitung der Fallvorstellung		16:00-17:30 LaB Teil 4 Vorbereitung der Fallvorstellung						
	Ort	ME 4	11.61.01.00	ME 4 11.61.01.00						
Vor- und Nachbereitung der Woche						Vorbereitendes Eigenstudium				
Unterricht an der Patientin oder am Patienten (UaP) entweder @work oder im Team oder als Kombination						LaB-Phasen ohne Lehrende				
Lernen an den Behandlungsanlässen (LaB)						via Spez.Endokrinologie				

Vorbereitung:
eLearning Angebote als Vorbereitung auf
den Praxisunterricht der nächsten
Woche in einer anderen Klinik

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, Ärzt:innen 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: Patient:innen 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 Patient:innen eine Rückmeldung geben lassen

UaP im Team

UaP im Team (Montag bis Freitag)

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 zugewiesen. 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.

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

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

Beispiel (vereinfacht): „20 Jähriger Patient Herr X, hatte zuletzt Polydipsie, kam vorgestern mit Vigilanzminderung in die Klinik (S). Hier initial Blutglukose von 550 mg/dl, Ketonkörper im Blut dreifach positiv, pH 7,29, Serumkalium unauffällig (O). Wir gehen von einer Erstmanifestation eines Typ-1-Diabetes mit Ketoazidose aus (A). Der Patient erhält aktuell noch 2 IE Actrapid/Stunde, also alle 4 Stunden 8 IE, und noch 2 L Jonosteril/Tag. Die Insulingabe kann jetzt umgestellt werden auf dreimal täglich. Bitte Screening auf Diabeteskomplikationen und Schulungsmaßnahmen einleiten, bei der nächsten Blutentnahme erneut Kalium kontrollieren und Diabetes-assoziierte Antikörper mitbestimmen (P).

ISBAR Schema für die interprofessionelle Übergabe

I ntroduction	eigener Name und Funktion Name, Alter und Geschlecht des/der Patient/-in
S ituation:	Beschwerden und Aufnahmegrund Verdachtsdiagnose, weitere relevante Diagnosen Ziele und Erwartungen des/der Patienten/-in
B ackground:	Vorgeschichte Kontext (sozial, beruflich) erfolgte Untersuchungen und Therapien Allergien, Hygiene, Eigengefährdung, Dauermedikation, Adhärenz
A ssessment:	Allgemeinzustand, Vitalparameter, wichtige Laborparameter vorhandene Zugänge, Katheter, Schrittmacher, Implantate, Shunts, Drainagen, Perfusoren, Verbände ... psychoziale Aspekte (Hindernisse/Ressourcen)
R equest/	geplante Untersuchungen

Recommendation: angeordnete Therapie

Vorgehen bei Komplikation/Zustandsverschlechterung
Pflegerische Aspekte (besondere Medikation, Mobilisierung, Ernährungsanordnung, Überwachung, Dokumentation, Dringlichkeit)
gemeinsame Therapieziele

Beispiel: Hallo, mein Name ist Dr. X, Assistenzärztin aus der Klinik für Diabetologie. Ich würde Ihnen gerne über den Patienten Herrn Y berichten, 69 Jahre alt. Seiner Frau ist aufgefallen, dass der linke Fuß immer geschwollener und geröteter wurde. Aktuell haben wir den Verdacht auf einen Charcot-Fuß, weshalb wir ihn aufgenommen haben. Er hat schon lange Typ-2-Diabetes, Adipositas, Herzinsuffizienz, Hypertonie, Polyneuropathie und pAVK. Seine Medikamente sind schon in der Kurve eingetragen. Er soll den Fuß nicht belasten bei hohem Risiko für weitere Schäden, was er momentan noch nicht konsequent umsetzt trotz Rollstuhl. Die Haut ist sehr trocken. Blutglukose ist derzeit immer noch über 200 mg/dl. Er hat einen PVK am linken Unterarm. Ein künstliches Kniegelenk rechts. Am D2 am linken Fuß ist ein Ulcus Wagner 1C, versorgt mit einem sterilen Pflaster, das alle zwei Tage gewechselt werden muss. Links trägt er einen Vakuum-Stiefel zur Druckentlastung. Wir planen noch eine Duplexsonographie der Beinarterien und ein MRT des Fußes. Aktuell warten wir noch auf die Abstrich-Ergebnisse. Wenn die Entzündungswerte steigen oder er Fieber bekommt werden wir ihn mit Verdacht auf Osteomyelitis mit Antibiotika behandeln müssen. Aktuell steht im Vordergrund, dass der Fuß konsequent entlastet wird, damit keine Deformationen auftreten und die Wunde heilen kann.

Best Practice: evidenzbasierter Patientenbericht

Wichtige hier anonymisierte Aspekte

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

Einweisungsgrund

Hyperglykämie (HbA1c 12,4%)

Diagnosen

- Diabetes mellitus Typ 2
- Diabetische Mikrovaskuläre Komplikationen:
 - Periphere asymptomatische Polyneuropathie
- Arterielle Hypertonie
- Autoimmunthyreoiditis Typ Hashimoto
- Hypercholesterinämie
- Adipositas Grad 1
- Nikotinabusus, ca. 20 py

- Z.n. Appendektomie im Jugendalter

Therapie:

Initiierung basal unterstützte orale Therapie (BOT), Diabetes- und Ernährungsschulungen, Optimierung der antihypertensiven Therapie, L-Thyroxin-Substitution.

Anamnese:

Die Patientin wurde am dd.mm.2020 bei hausärztlich bestimmtem erhöhtem HbA1c-Wert (12,4%) mit V.a. Diabetes mellitus Typ 2 stationär aufgenommen. Die Patientin berichtet, sie sei schon lange nicht mehr bei ihrer Hausärztin gewesen, vor einigen Jahren seien aber schon einmal erhöhte Zuckerwerte aufgefallen, da habe man ihr aber nur gesagt, sie solle sich ein bisschen mehr bewegen. Ihre Mutter habe im Alter auch einen Diabetes entwickelt und dafür Tabletten bekommen. Damals habe sie auch Tabletten gegen Cholesterin und hohen Blutdruck bekommen, die sie weiterhin unverändert einnehme. Insgesamt fühle sie sich oft schlapp, ihr sei kalt und sie schaffe es nicht, abzunehmen.

Sie habe eine Appendektomie im Jugendalter gehabt, weitere Vorerkrankungen seien ihr nicht erinnerlich.

Bei der Genussmittelanamnese berichtet die Patientin von ihrem Nikotinabusus, dieser ergibt kumulativ ca. 20 pack years. Mehrfache Entwöhnungsversuche seien bisher erfolglos geblieben.

Die Patientin berichtet, sie sei Teamleiterin in einem mittelständischen Unternehmen und lebe mit ihrem zweiten Ehemann gemeinsam zuhause. Kinder habe sie keine.

Sie berichtet von einer weitestgehend ungetrübten Stimmungslage

Körperlicher Untersuchungsbefund:

Vitalparameter: Herzfrequenz: 78/min, regelmäßig, RR: 155/89 mmHg, Atemfrequenz: 20/min.

Guter Allgemein- und adipöser Ernährungszustand. Größe 170 cm, Gewicht 90 kg, BMI: 31,1 kg/m².

Die Patientin ist zugewandt und adäquat im Gespräch und ist 4fach orientiert.

Kopf/Hals: Lymphknoten nicht vergrößert tastbar, Schilddrüse nicht sicher tastbar, Mund und Rachen inspektorisch unauffällig.

Thorax: Adipöse Erscheinungsform, Lungen perkussorisch atemverschieblich um ca. 4cm, vesikuläres Atemgeräusch über allen Lungenfeldern

Herz: normofrequent (78/min), Herztöne regelrecht, keine Herzgeräusche

Abdomen: Adipöses, weiches Abdomen mit Appendektomienarbe im rechten Unterbauch. Regelrechte Darmgeräusche über allen vier Quadranten, perkussorisch unauffällig, keine tastbaren Resistenzen, kein lokalisierter oder diffuser Druckschmerz.

Pulsstatus: Axillarpuls bds. tastbar, A. radialis bds. tastbar, A. brachialis, Leistenpulse, A. poplitea und A. dorsalis pedis beidseits tastbar. ABI rechts 0,95, links 1,02.

Keine Hinweise auf Beinödeme. An den Füßen vermehrte Hornhautschwielenbildung plantar und Schrundenbildung im Fersenbereich. Keine Hinweise auf Wunden.

Neurologisch: konsensuelle Lichtreaktion beidseits, Augenfolgebewegungen unauffällig, Sensibilität im Gesicht seitengleich, keine Fazialisparese, restliche Hirnnerven ebenfalls ohne Auffälligkeiten. Kein Absinken im Arm- und Beinhalteversuch, Sensibilität in oberen Extremitäten seitengleich. Patellarsehnenreflex beidseits lebhaft auslösbar. Achillessehnenreflex beidseits abgeschwächt auslösbar. Vibrationsempfinden Hallux rechts 2/8, links 3/8, 10 g-Monofilament plantar beidseits eingeschränkt. Schmerzempfinden Vorfuß beidseits intakt. Temperaturempfinden Fußrücken beidseits intakt (Neuropathie-Defizit-Score 4/10 Punkte).

Krankheitsverlauf und Epikrise

Die Aufnahme der Patientin erfolgte am XX.XX.2022 elektiv bei Hyperglykämie. Nach initialer Insulintherapie mit Insulin human (Actrapid) konnte auf eine basal unterstützte orale Therapie (BOT) mit Insulin aspart (NovoRapid) und Insulin detemir (Levemir) und Metformin umgestellt werden. Darunter traten zufriedenstellende Blutzuckerwerte ohne Hyper- oder Hypoglykämien auf. Die Patientin erhielt ausführliche Ernährungs- und Diabetes-Schulungen. Die Bestimmung der Diabetes-assoziierten Antikörper war unauffällig. Es ist damit vom Vorliegen eines Diabetes mellitus Typ 2 auszugehen.

Beim Screening auf diabetische mikrovaskuläre Komplikationen fiel eine beginnende periphere asymptomatische diabetische Polyneuropathie auf.

Bei initial hypertonen Blutdruckwerten wurde die antihypertensive Therapie mit Ramipril auf 5 mg/d erhöht. Darunter normalisierten sich die Blutdruckwerte und die Patientin blieb stets normoton.

Außerdem fiel in der morgendlichen Nüchternblutentnahme eine manifest hypothyreote Stoffwechsellage ohne Einnahme schilddrüsenpezifischer Medikation auf. Die Bestimmung der Schilddrüsenautoantikörper zeigte erhöhte Anti-TPO-Spiegel, vereinbar mit dem Vorliegen einer Hashimoto-Autoimmunthyreoiditis. Daraufhin wurde eine Therapie mit L-Thyroxin 75 µg/d eingeleitet.

Evidenz und Patientenpräferenzen

Diabetes mellitus ist der Sammelbegriff für heterogene Störungen des Stoffwechsels, deren Leitbefund die chronische Hyperglykämie ist. Ursache ist entweder eine gestörte Insulinsekretion oder eine gestörte Insulinwirkung oder meist beides. Typ-2-Diabetes kann sich erstrecken von einer vorwiegenden Insulinresistenz mit relativem Insulinmangel bis zu einem weitgehenden sekretorischen Defekt mit Insulinresistenz ist häufig assoziiert mit anderen Erkrankungen (z. B. dem Metabolischen Syndrom).

Da initial ein HbA1c-Wert von 12,4% (entsprechend einer durchschnittlichen Blutglukose von 294 mg/dl in den letzten 3 Monaten) vorlag, bestand zunächst die Indikation einer antidiabetischen Therapie mit Insulin. Da langfristig bei Typ-2-Diabetes zur Gewichtsreduktion eine Lebensstiloptimierung mit oraler antidiabetischer Therapie, ggf. in Kombination mehrerer Wirkstoffe, gegenüber einer Insulintherapie angestrebt wird, sollte versucht werden, die BOT auf eine orale antidiabetische Therapie umzustellen.

Empfehlungen/weiteres Procedere

Zur Optimierung der Diabetestherapie ist eine Anbindung an eine diabetologische Schwerpunktpraxis sowie in das DMP-Programm Diabetes mellitus Typ 2 notwendig.

Zunächst muss die Blutzuckerselbstkontrolle weiterhin konsequent durchgeführt und protokolliert werden.

Bezüglich der Auswirkungen des anhaltenden Zigarettenabusus haben wir die Patientin beraten und empfehlen dringend eine Raucherentwöhnung.

Eine Gewichtsabnahme ist bei Adipositas Grad 1 zur Vermeidung von Folgeerkrankungen weiterhin dringend anzuraten.

Die Schilddrüsenwerte müssen in 4-6 Wochen erneut kontrolliert werden und die Therapie mit L-Thyroxin ggf. angepasst werden.

Medikamentenplan

- Atorvastatin 20 mg 0-0-1
- Ramipril 5 mg 1-0-0
- Metformin 1000 mg 1-0-1
- Insulin aspart (NovoRapid) nach Schema
- Insulin determir (Levemir) nach Schema

Best Practice: patientenverständlicher Bericht

Sehr geehrte Frau 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 bei Ihrem Hausarzt ein deutlich erhöhter Langzeitblutzuckerwert aufgefallen war, der auf das Vorliegen einer Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) hinweist. Wegen der Blutzuckerentgleisung musste ausgeschlossen werden, dass sie in ein diabetisches Koma fallen. Außerdem musste kontrolliert werden, ob bereits Folgeerkrankungen eines Diabetes vorliegen.

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 Diabetes mellitus Typ 2. Bei Ihnen wurden bereits früher erhöhte Blutzuckerwerte festgestellt. Den genauen Zeitpunkt des Beginns der Erkrankung können wir daher nicht genau wissen. Bei Diabetes mellitus Typ 2 handelt es sich um eine Stoffwechselerkrankung, bei der der Blutzuckerspiegel nach Aufnahme von Kohlenhydraten durch die Nahrung nicht mehr richtig gesteuert werden kann. Dadurch

kommt es zu zu hohen Blutzuckerspiegeln, welche Folgeerkrankungen verursachen können.

An Folgeerkrankungen des Diabetes haben wir eine leichtgradige diabetische Neuropathie festgestellt. Dies sind Nervenschäden, die durch den Diabetes entstanden sind und typischerweise in den Füßen beginnen. Das Gefühl an den Füßen ist bei Ihnen bereits etwas beeinträchtigt.

Ihr Blutdruck war zu Beginn des stationären Aufenthalts erhöht. Ein hoher Blutdruck (arterielle Hypertonie) trägt wesentlich zu einem erhöhten Risiko für Schäden am Herz-Kreislaufsystem bei und kann zu vermehrtem Auftreten von Herzinfarkten und Schlaganfällen führen.

Ihre Schilddrüsenwerte wiesen auf eine Schilddrüsenunterfunktion hin. Bei der sogenannten Hashimoto-Thyreoiditis ist die Schilddrüse chronisch entzündet. Die Ursache ist eine Autoimmunreaktion. Sie führt oft dazu, dass die Drüse nicht mehr ausreichend Hormone produziert.

Der Verlauf Ihres Krankenhausaufenthalts

Es war zunächst nötig, den Blutzucker mit Insulinspritzen zu senken. Bei Diabetes mellitus Typ 2 ist aber das Ziel, langfristig ohne Insulin auszukommen und den Blutzucker mit einer verbesserten Ernährung und Bewegung sowie mit Tabletten und ggf. Spritzen ohne Insulin zu behandeln. Wir boten Ihnen ausführliche Schulungen zu Diabetes, Insulintherapie und Ernährung an, welche von Ihnen gut angenommen wurden und in denen Sie lernten, Insulin zu spritzen, Blutzucker zu messen und die Nährstoffe von Lebensmitteln besser einzuschätzen.

Da die diabetische Neuropathie bei Ihnen nicht symptomatisch ist, war zunächst keine symptomatische Therapie erforderlich.

Zur Behandlung des hohen Blutdrucks wurde Ihre bestehende Therapie angepasst und die Dosis Ihres Medikaments verdoppelt auf Ramipril 5 mg morgens.

Da bei Ihnen eine Schilddrüsenunterfunktion auffiel, wurde eine Therapie mit L-Thyroxin 75 µg eingeleitet. Dies vertrugen Sie gut.

Ihre Medikamente

Aktuell sollen Sie folgende Medikamente einnehmen:

- **ATORVASTATIN 20 MILLIGRAMM**
 - Atorvastatin ist ein Medikament, das die Cholesterinwerte positiv beeinflussen soll.
 - Nehmen Sie abends eine Tablette ein.
- **RAMIPRIL 5 MILLIGRAMM**
 - Ramipril ist ein Medikament, das den Blutdruck senken soll.
 - Nehmen Sie morgens eine Tablette ein.
- **METFORMIN 1000 MILLIGRAMM**
 - Metformin ist ein blutzuckersenkendes Medikament.
 - Nehmen Sie morgens und abends jeweils eine Tablette ein.
- **INSULIN ASPART (NOVORAPID)**
 - NovoRapid ist ein schnell wirksames Insulin und senkt den Blutzuckerspiegel.

- Spritzen Sie sich das Medikament vor den Hauptmahlzeiten gemäß Ihrem Insulinschema seitlich am Bauch unter die Haut. Variieren Sie die Einstichstelle bei jeder Anwendung.
- INSULIN DETERMIR (LEVEMIR)
 - Levemir ist ein lang wirksames Insulin und senkt den Blutzuckerspiegel.
 - Spritzen Sie sich das Medikament gemäß Ihrem Insulinschema morgens und abends seitlich am Bauch unter die Haut. Variieren Sie die Einstichstelle bei jeder Anwendung.

Was für Sie jetzt noch wichtig ist:

Messen Sie konsequent Ihre Blutzuckerwerte und tragen Sie diese in Ihr Diabetes-Tagebuch ein. Vereinbaren Sie einen Termin innerhalb der nächsten zwei Wochen in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis. Sollten Sie vorher zu hohe oder zu niedrige Werte messen, kontaktieren Sie uns bitte umgehend telefonisch.

Lassen Sie Ihre Schilddrüsenwerte in 4-6 Wochen hausärztlich kontrollieren. Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin entscheidet dann, ob Ihre Dosis an L-Thyroxin so belassen werden kann oder angepasst werden sollte.

Nehmen Sie acht auf Ihre Füße. Vermeiden Sie barfußlaufen, achten Sie auf adäquate Fußpflege und cremen Sie Ihre Füße regelmäßig mit einer schnell einziehenden Creme ein. Kontrollieren Sie Ihre Füße regelmäßig auf neu aufgetretene Druckstellen oder Wunden.