

Praxisunterricht in der **Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie**



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 Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie. In diesem Unterrichtsblock versuchen wir Ihnen die Basics unseres Faches zu vermitteln. Egal für welche Fachrichtung Sie sich entscheiden, Sie werden immer interdisziplinär und fachübergreifend gefordert sein, sodass das Grundlagenwissen immer entscheidend für Ihre ärztliche Tätigkeit sein wird. In dieser Woche haben Sie die Möglichkeit einen Blick auf die Vielfältigkeit unseres Faches zu werfen. Sie werden grundlegende Maßnahmen zur Diagnostik und praktische Fähigkeiten erlernen.

Wichtige Lernziele der Woche:

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

1. eine zielgerichtete Anamnese zu erheben
2. eine fachspezifische körperliche Untersuchung durchzuführen.
3. die eigenständig erhobenen Befunde grob einzuordnen.
4. die zum vorliegenden Krankheitsbild passende Diagnostik einzuleiten.
5. eine passende Diagnose anhand der apparativen und klinischen Diagnostik zu erheben zu stellen.
6. differentialdiagnostische Optionen zu diskutieren.
7. einzelne Therapieoptionen zu bewerten.

Besonderheiten in unserer 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. Einführung:
 - Einführungsseminar
 - Gruppenzuordnung der Studierenden
 - Organisatorisches, Übergabe Stundenplan
2. Studienblock:
 - Seminar zu Krankheitsbildern in der MKG
3. UaP im Team
 - Klinische Aufarbeitung der Seminarinhalte anhand von Patientenbeispielen
 - Mini-CEX nach Übung fachspezifischer Fertigkeiten
4. UaP@work
 - Aktive Teilnahme am klinischen Alltag in unterschiedlichen Bereichen der Abteilung

5. LaB

- Anwendung der erlernten theoretischen Grundlagen
- Eigenständiges Arbeiten am und mit dem Patienten
- Eigenständige Recherche und Vorbereitung der Fallvorstellung zur Vertiefung des eigenen Wissens
- 2 Fallvorstellungen

Einführung am Montag

Die Einführung am Montagmorgen beginnt um 8:15 in Raum 002/004 Gebäude 11.52 1. OG gegenüber der OP-Umkleiden ZOM II.

Hier erfolgt die Einteilung für die kommende Woche. Sie werden in unterschiedlichen Rotationen eingeteilt, sodass möglichst viele Stationen durchlaufen werden. Fragen bezüglich der Organisation und Vorbereitung können zu diesem Termin geklärt werden.

UaP@work:

Sie haben die Möglichkeit die Ärzt*innen bei Ihrer Arbeit zu begleiten. So werden Sie den klinischen Alltag in der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastischen Gesichtschirurgie miterleben. Sie können je nach Station praktische Fähigkeiten nach Anleitung erlernen sowie das Arbeiten am und mit dem Patienten üben. Sie werden in unterschiedlichen Bereichen unserer Klinik eingesetzt:

- MKG Ambulanz und zentrale Notaufnahme
- Operativer Bereich

UaP im Team und Mini-CEX:

In diesem Teilbereich sollen Sie gezielt ausgewählte Krankheitsbilder klinisch kennenlernen. In dem vorangegangenen Seminar (siehe Studienblock Anteile) werden Ihnen die theoretischen Inhalte vermittelt, die Sie in diesem Modul am Patienten anwenden können. Sie sollen unter Supervision die Anamnese und körperliche Untersuchung am Patienten durchführen. Des Weiteren sollen Diagnostik, Therapieoptionen und Nachsorge diskutiert werden. So erlernen Sie den gesamten Behandlungspfad an einem Patientenbeispiel.

Weiterhin werden in dieser Unterrichtseinheit die Fertigkeiten geübt, die für die Mini CEX relevant sind. Die folgenden praktischen Fähigkeiten werden Sie am Ende der Woche beherrschen.

MKG spezifische Mini CEX:

- Spezielle Anamnese bei Tumorpatienten MKG
- Spezielle Anamnese und Untersuchung bei Abszesspatienten
- Untersuchung bei Frakturverdacht
- Intraorale Untersuchung

- Befundung OPTG (Orthopantomogramm)/ CT (Kopf-Hals)/ DVT (Digitales Volumentomogramm)

Fächerübergreifende Mini CEX:

- Bedside-Test vor Bluttransfusionen
- Sterile Handschuhe anziehen
- Venöse Blutabnahme
- Anlage venöse Verweilkanüle

PDF-Dateien unter:

www.medizinstudium.hhu.de/duesseldorfer-curriculum-medizin/praxisunterricht/mini-cex

Wrap-up

Die Abschlussveranstaltung beginnt am Freitag um 15:30 Uhr in Raum 002/004 Gebäude 11.52 1. OG gegenüber der OP-Umkleiden ZOM II.

Ihre Theorieeinheiten in der Woche

Damit Sie vom Praxisunterricht optimal profitieren, ist eine Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundlagen essentiell. Hierzu bieten wir folgende Lerngelegenheiten für Ihr Eigenstudium und Seminare an:

1. Seminar zum Thema Weichteilinfektionen
 - Weitere ergänzende eigenständige Nachbearbeitung der Seminarinhalte (die Materialien finden die Studierenden bei ILIAS)
 - Weiterführende Literaturrecherche und Erarbeitung der Leitlinieninhalte im Selbststudium (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/007-006l_S3_Odontogene_Infektionen_2017-12.pdf)
2. Seminar zum Thema Traumatologie
 - Weitere ergänzende eigenständige Nachbearbeitung der Seminarinhalte (die Materialien finden die Studierenden bei ILIAS)
 - Weiterführende Literaturrecherche im Selbststudium
3. Seminar zum Thema onkologische Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 - Weitere ergänzende eigenständige Nachbearbeitung der Seminarinhalte (die Materialien finden die Studierenden bei ILIAS)
 - Weiterführende Literaturrecherche und Erarbeitung der Leitlinieninhalte im Selbststudium (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/007-100OLl_S3-Diagnostik-Therapie-Mundhoehlenkarzinom_2021-03.pdf)

Organisatorisches und Ansprechpersonen

Die Studierenden sollen sich bitte um 8:15 im Sekretariat der Klinik für Mund- Kiefer- und Plastischen Gesichtschirurgie 11.52_02 002.00/01 einfinden. Dort erfolgt die Aushändigung der Kitteltaschenkarte für die anstehende Woche. Anschließend findet

die Einführungsveranstaltung in Raum 002/004 Gebäude 11.52 1. OG gegenüber der OP-Umkleiden ZOM II statt. Der weitere Ablauf der Woche wird hier besprochen.

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

Koordination Lehre – MKG:

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Rana

rana@med.uni-duesseldorf.de

0211 81 07665

Koordination Lehre Humanmedizin:

Aida Parviz

Aida.Parviz@med.uni-duesseldorf.de

0211 81 08299

Funk: 0415

Koordination Lehre Humanmedizin (Stellv.):

Dr. med. Dr. med. dent. Henriette Möllmann

Henriettelouise.moellmann@med.uni-duesseldorf.de

0211 81 08299

Funk: 0638

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	
8:00 Uhr	8:15-09:00 Uhr Einführung (1:12 bis 1:18)* Anwesenheitskontrolle, Organisation, Einteilung in Rotationsplan Seminarraum 002/004	08:00-09:30Uhr Studienblock-Anteile (1:12 bis 1:18)* Seminar: „Traumatologie“ Seminarraum 002/004	ganztägig Wahlcurriculum	08:00-09:30Uhr Studienblock-Anteile (1:12 bis 1:18)* Seminar: „Onkologische MKG“ Seminarraum 002/004	08:00-10:00 Uhr UaP@work** (1:1 oder 1:3)* Nach Rotationsplan (OP oder Ambulanz)	
9:00 Uhr	09:00-10:30 Uhr Studienblock-Anteile (1:12 bis 1:18)* Propädeutik, Seminar: „Einführung in die MKG“ Seminarraum 002/004	09:30-10:45 Uhr UaP im Team (1:6)* Patientenbeispiel Traumatologie		09:30 - 10:45 Uhr UaP im Team (1:6)* Patientenbeispiel Onkologische MKG		
10:00 Uhr	10:30-12:30 Uhr UaP@work** (1:1 oder 1:3)* Nach Rotationsplan (OP oder Ambulanz)	Vorbereitung Mini-CEX (0:1)*		Vorbereitung Mini-CEX (0:1)*		10:00-11:15 Uhr UaP im Team Mini-CEX (1:6)* Kontinuierliche Begleitung
11:00 Uhr		11:00-12:30 Uhr LaB Teil 1-3 (1:6 - 0:1 - 1:6)* Auswahl, Aufnahme, Untersuchungsbefunde Pat. 1		11:00-12:30 Uhr LaB Teil 5: (1:6)* Fallvorstellungen Pat. 1 in verschiedenen Formaten		
12:00 Uhr						
13:00 Uhr						
14:00 Uhr	13:30-14:45 Uhr Studienblock-Anteile (1:12 bis 1:18)* Seminar: „Weichteilinfektionen“ Seminarraum 002/004	13:30-14:30 Uhr LaB Teil 4 (0:1)* Recherche, Vorbereitung der Fallvorstellung Pat. 1 Vorbereitung Mini-CEX (0:1)*		13:30-15:00 Uhr LaB Teil 1-3 (1:6 - 0:1 - 1:6)* Auswahl, Aufnahme, Untersuchungsbefunde Pat. 2		13:30-15:00 Uhr LaB Teil 5: (1:6)* Fallvorstellungen Pat. 2 in verschiedenen Formaten
15:00 Uhr	15:00-16:15 Uhr UaP im Team (1:6)*, ZN22 Patientenbeispiel Weichteilinfektionen Vorbereitung Mini-CEX (0:1)*	Ab 14:30Uhr Studienblock-Anteile (0:1)* Selbststudium „Traumatologie“		15:00-16:30 Uhr LaB Teil 4 (0:1)* Recherche, Vorbereitung der Fallvorstellung Pat. 2 Vorbereitung Mini-CEX (0:1)*		15:30-16:30 Uhr Wrap-up (1:12 bis 1:18)* Offene Fragen, Lessons learned, Feedback, Evaluation
16:00 Uhr	16:15-17:00 Uhr Studienblock-Anteile 0:1 Selbststudium: „Weichteilinfektionen“			Ab 16:30 Uhr Studienblock-Anteile (0:1)* Selbststudium „Onkologische MKG“		
17:00 Uhr						

* Hinter jeder Lehrveranstaltung ist das Betreuungsverhältnis (Lehrende : Studierende) angegeben. Eigenständiges Erarbeiten ist dabei mit "0:1" gekennzeichnet.

** Arbeitsplatzbasiertes Lernen. Sie rotieren in der Woche durch verschiedene Stationen, Ambulanzen, Funktionsbereiche oder in den OP

Vor- und Nachbereitung der Woche

Unterricht an der Patientin oder am Patienten (UaP) entweder @work oder im Team oder als Kombination

Lernen an den Behandlungsanlässen (LaB)

Studienblockanteile

LaB-Phasen ohne Lehrende

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.

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).

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.

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.

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.

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 sssessment:	Behandlungs-/Diagnoseauftrag Beurteilung Allgemeinzustand Verdachtsdiagnosen, Differentialdiagnosen
P lan:	nächste diagnostische Schritte nächste therapeutische Schritte langfristige therapeutische Ziele, Verlaufskontrollen, Konsile Einbindung anderer Gesundheitsberufe

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 sssessment:	Allgemeinzustand, Vitalparameter, wichtige Laborparameter vorhandene Zugänge, Katheter, Schrittmacher, Implantate, Shunts, Drainagen, Perfusoren, Verbände ... psychosoziale Aspekte (Hindernisse/Ressourcen)
R equest/ R 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

Einweisungsgrund

Plattenepithelkarzinom regio 034-036 mit Beteiligung des Mundbodens und der Zunge sowie knöcherner Infiltration des Kieferkammes

Z.n. Probenentnahme regio 034-036 und Panendoskopie

Diagnosen

- Kardiovaskuläre Risikofaktoren: arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Nikotinabusus 50 PY
- COPD Gold 1
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) links, Fontaine I
- Alkoholabusus aktuell 5 Flaschen Bier pro Tag

Therapie:

Tumorresektion (Kontinuitätsresektion des Unterkiefers, Teilresektion Mundboden und Zunge), selektive Neck dissection bds., Rekonstruktion mittels mikrovaskulärem Fibula-Transplantat, Tracheotomie

Anamnese:

Die Patientin wurde am dd.mm.2021/2022 zur elektiven Tumorresektion (Kontinuitätsresektion des Unterkiefers, Teilresektion Mundboden und Zunge), selektive Neck dissection Level I-III links, ND Level I-V rechts. Und Rekonstruktion mittels mikrovaskulärem Fibula-Transplantat stationär aufgenommen.

Sie berichtet, dass bei einer Vorstellung bei ihrem Hauszahnarzt eine Veränderung der Mundschleimhaut aufgefallen sei. Die 10 Jahre alte Prothese im Unterkiefer konnte nicht mehr eingesetzt werden. Eine regelmäßige Vorstellung beim Hauszahnarzt oder Hausarzt sei in den letzten Jahren nicht erfolgt. Es erfolgte eine Überweisung in unsere Klinik zur Abklärung der Schleimhautveränderung. Die Patientin gibt keine akuten Schmerzen an, sie klagt jedoch über einen unangenehmen Geruch bzw. Geschmack im Mund. Das Schlucken falle ihr zunehmend schwerer, eine Atemnot verneint sie.

Als Vorerkrankungen berichtet die Patientin von einer arteriellen Hypertonie und pAVK. Sie habe in den letzten Jahren viel abgenommen (ca. 10 Kilo in den letzten 4 Jahren, weitere B-Symptomatik wird verneint).

Die gynäkologische Anamnese ist unauffällig, Voroperationen werden verneint. Impf- und Medikamentenanamnese sind nicht sicher zu erheben.

Die Familienanamnese ist unauffällig.

Bei der Genussmittelanamnese berichtet die Patientin von ihrem Zigarettenabusus, dieser ergibt kumulativ ca. 50 pack years. Mehrfache Entwöhnungsversuche seien bisher erfolglos geblieben. Sie trinke täglich 5 Flaschen Bier.

Reisen hätten in letzter Zeit nicht stattgefunden.

Die Patientin sei berentet (zuvor vierzig Jahre berufstätig als Einzelhandelskauffrau) und lebe in einem begleitenden Wohnen für ältere Menschen und versorge sich dort weitestgehend selbst. Zur Familie bestehe wenig Kontakt, die Patientin selbst sei kinderlos.

Sie berichtet von einer weitestgehend ungetrübten Stimmungslage und komme mit ihren Erkrankungen soweit zurecht.

Körperlicher Untersuchungsbefund:

Vitalparameter: Herzfrequenz: 96/min, regelmäßig, RR: 135/75 mmHg, Atemfrequenz: 20/min.

Alter 74 Jahre, Größe 170 cm, Gewicht 50 kg, BMI: 17,3.

Die Patientin ist zugewandt und adäquat im Gespräch, wirkt orientiert, weiß über ihre medizinische Vorgeschichte jedoch nicht komplett Bescheid.

Kopf/Hals: V.a. Lymphknoten-Metastase rechts Level IIB, weitere Lymphknoten nicht vergrößert tastbar, Schilddrüse nicht sicher tastbar, intraoral zeigt sich ein teilbezahnter Ober- und Unterkiefer jeweils mit Teleskopprothese versorgt (nur OK-Prothese in situ). Es zeigt sich eine ca. 2x4cm großen ulzerierenden Raumforderung regio 034-036 mit Beteiligung des Mundbodens und der Zunge. Der weitere Mund- und Rachenrachenraum ist inspektorisch unauffällig.

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

Herz: grenzgradig tachykard (96/min), Herztöne regelrecht, keine Herzgeräusche

Abdomen: Regelrechte Darmgeräusche über allen vier Quadranten, perkussorisch teilweise hypersonorer Klopfeschall, keine tastbaren Resistenzen, kein lokalisierter oder diffuser Druckschmerz.

Pulsstatus: Axillarpuls bds. tastbar, A. radialis links schwach, rechts nicht tastbar, A. brachialis, Leistenpulse, A. poplitea und A. dorsalis pedis beidseits nicht tastbar.

Neurologisch: konsensuelle Lichtreaktion beidseits, Visus vorbekannt vermindert, Augenfolgebewegungen unauffällig, Sensibilität im Gesicht seitengleich, keine Fazialisparese, restliche Hirnnerven ebenfalls ohne Auffälligkeiten. Kein Absinken im Arm- und Beinhalteversuch, Sensibilität in oberen und unteren Extremitäten seitengleich

Krankheitsverlauf und Epikrise

Die Patientin wurde am 01.09.2021 zur elektiven Tumorresektion (Kontinuitätsresektion des Unterkiefers, Teilresektion Mundboden und Zunge), selektiver Neck dissection Level I-III links, ND Level I-V rechts. und Rekonstruktion mittels mikrovaskulärem Fibula-Transplantat und Tracheotomie nach ambulanter Planung stationär aufgenommen.

Die Erstvorstellung der Patientin erfolgte in unserer Ambulanz aufgrund einer unklaren Raumforderung regio 034-036. Bei Verdacht auf eine maligne Neoplasie führten wir nach einem Tumorstaging eine Panendoskopie sowie Probenentnahme in komplikationsloser Intubationsnarkose durch. Die histologische Aufarbeitung ergab Anteile eines gering differenzierten Plattenepithelkarzinoms. Die CT-Untersuchungen zeigten einen V.a. eine Lymphknotenmetastase Level IIB rechts, keine Fernmetastasen. Nach Vorstellung im interdisziplinären Tumorboard planten wir den obengenannten Eingriff.

Nach den notwendigen präoperativen Vorbereitungen einschließlich der Anlage einer PEG-Sonde erfolgte am 02.09.2021 der o.g. Eingriff in Intubationsnarkose. Zur Sicherung der Atemwege führten zudem eine Tracheotomie durch. Postoperativ wurde die Patientin auf der Intensivstation betreut. Nach den üblichen supportiven Maßnahmen und Flüssigkeitssubstitution konnten wir die Patientin wach, ansprechbar und kardiopulmonal stabil wieder auf die periphere Station übernehmen. Der Hb-Wert war allzeit stabil.

Unter einer suffizienten Schmerztherapie, pflegerisch gestützter Mobilisation und regelmäßigen Wundpflegemaßnahmen sahen wir eine stetige Besserung des Allgemeinzustandes. Die Kostform konnte im weiteren Verlauf oralisiert werden.

Die histologische Aufarbeitung des intraoperativ entnommenen Präparates ergab ein eines gering mäßig gut differenzierten Plattenepithelkarzinom, welches in sano reseziert wurde. Die endgültige Tumorformel lautete pT3 pN1 (1/56, ECE-) L1 V0 Pn0; R1.

Bei suffizienten Schluckakt und sicheren Atemweg konnte der Verschluss des Tracheostomas in Lokalanästhesie erfolgen.

Die klinische Situation der Patientin wurde im interdisziplinären Tumorboard unseres Hauses vorgestellt. Hier wurde der Beschluss zur adjuvanten Bestrahlung bei R1 Situation sowie Lymphknotenmetastase gestellt. Eine Erstvorstellung in der Strahlentherapie ist bereits erfolgt.

Die Patientin ist über ihre Erkrankung und Befunde aufgeklärt, ambulante Nachsorgetermine wurden vereinbart. Der Sozialdienst unseres Hauses wurde informiert. Bei Entlassungen zeigten sich die Wunden stadiengerecht, das Transplantat war jederzeit gut perfundiert. Es gab keinen Anhalt für Dehiszenzen, die Nahtentfernung erfolgt ambulant. Wir entlassen die Patientin am heutigen Tag in die Häuslichkeit.

Empfehlungen/weiteres Procedere

- Flüssig/weiche Kost für 4 Wochen, ambulante Versorgung bezüglich der PEG-Sonde erfolgt durch einen ambulanten Pflegedienst und Fresenius
- Wiedervorstellung in unserer Ambulanz zur Verlaufskontrolle, Verbandswechsel
- Eine Entfernung des Nahtmaterials erfolgt in unserer ambulanten Nachsorge
- Regelmäßige Vorstellung beim Hausarzt zur laborchemischen Kontrolle und ggf. bei Bedarf zur Verordnung von Logopädie
- Prothesenkarenz bis auf Weiteres

- Antiseptische Mundspülungen nach den Mahlzeiten für 14 Tage

Es erfolgte keine Änderung der hausärztlichen Vormedikation/ Ergänzung um:

- Symptomatische analgetische Therapie mit Ibuprofen 600mg Tbl., bis zu vier Mal täglich bei Bedarf
- Gastroprotektive Maßnahmen mit Pantoprazol 20mg 1-0-0 für die Dauer der analgetischen Therapie

Anstelle der oben genannten Medikamente können auch wirkstoffgleiche Präparate anderer Hersteller verwendet werden.

Bezüglich der Auswirkungen des anhaltenden Zigarettenabusus und des Alkoholabusus haben wir die Patientin beraten und empfehlen dringend eine Raucherentwöhnung sowie eine Entzugs-Therapie.

Medikamentenplan

- ASS 100mg 1-0-0
- Candesartan 8mg 1-0-1
- Bisoprolol 2,5mg 1-0-0
- Atorvastatin 20mg 1-0-0
- Omeprazol 20mg 1-0-0
- Niedermolekulares Heparin, z.B. Clexane® 40mg 0,4ml s.c. 0-0-1
(Fortführung für vier bis sechs Wochen postoperativ geplant)
- Foster 100/6 ug 1-0-1
- Novalgin 1g 1-1-1
- Ibuprofen 600mg 1-1-1-1 bB