

Praxisunterricht in der **Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**



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 Freitag)
- Mini-CEX (Dienstag und Donnerstag)

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 im Klinischen Institut und der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. In dieser Woche steht die ärztliche Kompetenz der Gesprächsführung im Zentrum des Lernens. Diese ist eine Notwendigkeit der guten ärztlichen Beziehung in allen Fachbereichen der Medizin. Da 25% Ihrer zukünftigen PatientInnen in allen Fachdisziplinen psychisch belastet sind, stehen zudem das Erkennen von psychischer Belastung, deren diagnostische Einordnung, das gezielte, adäquate Ansprechen sowie der unterstützende Umgang in dieser Woche im Fokus.

Wichtige Lernziele der Woche:

- Kompetenz der Gesprächsführung stärken und vertiefen
- Psychosomatische/psychische Erkrankung erkennen
- Verschiedene Krankheitsbilder des Fachbereichs kennenlernen
- Angebote der Versorgung psychisch und psychosomatisch kranker PatientInnen verstehen
- Vorbehalte gegen psychische Erkrankung reduzieren

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

1. Ein diagnostisches psychosomatisches Erstgespräch mit einer/einem PatientIn zu führen
2. Einen Bericht über das geführte Gespräch zu erstellen
3. Eine Übergabe an KollegInnen über die PatientIn zu machen
4. Die/den PatientIn an Versorgungssysteme weiterzuleiten

Besonderheiten in unserer Klinik:

Die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist Teil der medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Der Lehrstuhl umfasst die Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie (LVR-Kliniken Düsseldorf) sowie das Klinische Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Universitätsklinikum Düsseldorf).

Das Klinische Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (KIPMP) am Universitätsklinikum Düsseldorf hat eine Hochschulambulanz sowie den psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst, mit dem PatientInnen aller Kliniken und Abteilungen am Universitätsklinikum versorgt werden. Schwerpunkte in der Krankenversorgung sind die Bereiche Psychoonkologie und Psychokardiologie sowie Transplantationsmedizin. Ferner sind am KIPMP verschiedene Forschungsgruppen tätig und das longitudinale Kommunikations-Curriculum CoMeD wird von dort koordiniert.

Die Klinik im LVR Klinikum Düsseldorf verfügt über

- 2 Stationen mit jeweils 12 Betten (Schwerpunkt in Essstörung, Somatoformer Störung und Traumafolgestörung)
- eine Tagesklinik mit 19 Behandlungsplätzen
- eine Institutsambulanz
- eine transkulturelle Ambulanz
- eine transkulturelle traumaspezifische Tagesklinik mit 9 Behandlungsplätzen

und arbeitet ebenfalls in Forschung und Lehre.

Einführung am Montag

Die Einführung am Montagmorgen beginnt um 8.15 Uhr im LVR-Klinikum Düsseldorf, Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf, Haus 19, OG, Raum 2.12. Sie erhalten einen Lageplan.

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:

Am Freitag nehmen Sie beobachtend an einer Gruppentherapeutischen Sitzung teil. Diese wird mit der/dem GruppentherapeutIn vor- und nachbesprochen. In der Gruppe werden die PatientInnen behandelt, die Sie während der Woche kennengelernt haben.

UaP im Team und Mini-CEX:

Im Verlauf der Woche gibt es 6 Einheiten UaP im Team. Die Gruppengröße variiert und ist unterschiedlich.

Die CoMeD-Kurse zur Gesprächsführung finden am Donnerstag statt.

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

1. Ausführliches Erfragen von Symptomatik und Erstellen von Diagnosen
2. Erhebung einer biographischen Anamnese
3. Erhebung eines psychischen Befundes
4. Umgang mit schwierigen Emotionen im Gespräch mit PatientInnen

LaB

Am Anfang der Woche bekommen sie in einer 2er-Gruppe 2 PatientInnen mit Befunden zugewiesen. Sie führen mit beiden PatientInnen ein diagnostisches Erstgespräch von ca. 30 min. Nachfolgend erstellen Sie zu einem PatientIn einen Bericht und stellen den/die PatientIn am Freitag gemeinsam innerhalb von 30 min vor.

Einen Arztbericht zur Orientierung finden sie in der Anlage.

Wrap-up

Innerhalb der 6er Gruppe am Freitag (LADS) wird am Ende ein Rückblick auf die Woche gehalten

Ihre Vorbereitung der Woche

Damit Sie vom Praxisunterricht optimal profitieren, ist eine vorherige Auseinandersetzung mit den Inhalten der Woche essentiell. Bitte studieren Sie hierzu die folgenden Materialien:

1. Studyguide, zu finden im Portal „Ilias“
2. Beispiel PatientInnenbericht
3. Gliederung PatientInnenbericht
4. Zusatzinformationen
5. Link Erstgespräch
Thema: Umgang mit körperlicher Erkrankung und Krankheitsverarbeitung
<https://mediathek.hhu.de/watch/d98be3e5-84f0-4dba-9030-72bec0e42d25>
6. Link Erstgespräch
Thema: Somatoforme Störungen
<https://mediathek.hhu.de/watch/77e1b5dd-6f7e-46cb-bf27-f2ede5d76fba>
7. CoMeD-Kurs-Informationen, inklusive Beispielvideos:

In ILIAS im Unterordner „Modellstudiengang – Q2“, Unterordner „4.Studienjahr“ befindet sich der Unterordner „CoMed-Lernmaterialien“. Dort sind u.a. der aktuelle „Studyguide Psychosomatik“, der Leitfaden „Kommunikation im medizinischen Alltag“ sowie Verlinkungen zu allen CoMeD-Kursen abrufbar.

Link zum CoMeD-Lehrordner (Ilias) für Dozierende:

http://ilias.uni-duesseldorf.de/ilias/goto.php?target=crs_345760&client_id=UniRZ

Organisatorisches und Ansprechpersonen

Am Montag kommen Sie bitte zum LVR-Klinikum Düsseldorf, Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf zum Haus 41, Raum 4.

Am Donnerstag kommen Sie bitte zum Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf, Gebäude 15.16., Gebäudeeingang.

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

Christiane Schwedesky, Sekretariat Forschung und Lehre, Tel. 0211/922-4742 oder per E-Mail christiane.schwedesky@lvr.de

Übersicht über die Lehrveranstaltungen

Wochenplan Station 19 A

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
8:00 Uhr	8:15 - 9:00 (1:18) Einführung, Organisation Haus 19, 2. OG, Raum 2.12 Dechering	8:00 – 11:00 (4 x 1:4 o. 5) LaB 1-3 eLearning Link für Ilias https://ilias.hhu.de/data/UniRZ/lm_data/lm_564059/startseite.html	Ganztägiges Wahlcurriculum	8:15 - 8:30 (1:18) Einführung CoMeD-Kurse	
9:00 Uhr	9:00 - 10:00 (1:18) UaP@Team Gesprächsführung mit Pat. Haus 19, 2. OG, Raum 2.12 Dechering / Fugmann	Müller / Rehlinghaus		8:30 - 10:00 (3 x 1:6) UaP@Team Inkl. MiniCeX	9:45 - 11:00 (4 x 1:4 o. 5) UaP@work Gruppe Haus 19, Station 19 A Jurczyk / Welle
10:00 Uhr	10:15 – 11:45 (4 x 1:4 o. 5) UaP@Team MiniCEX (2-3 MiniCEX pro Gruppe) Haus 19, Station 19 A Welle / Kuß			10:15 - 11:45 (3 x 1:6) UaP@Team Inkl. MiniCeX	
11:00 Uhr	11:45 - 13:15 (4 x 1:4 o. 5) LaB Teil 1-3 Haus 19, Station 19 A Welle	11:00 – 12:00 (4 x 1:4 o. 5) LAB 4 GoToMeeting https://meet.goto.com/361398093 Per Telefon: +49 891 2140 2090 Zugangscode: 361-398-093 Müller / Rehlinghaus			11:30 - 12:45 (3 x 1:6) LaB Teil 5 Fallvorstellung Haus 18, 2. OG Raum 208, Kunzke Haus 19, 2. OG, Raum 2.12, Bette Haus 18, 1. OG, R 103, Krusenbaum
12:00 Uhr		12:00 - 13:00 Mittagspause		12:00 - 13:30 (3 x 1:6) UaP@Team Inkl. MiniCeX	12:45 - 13:00 (3 x 1:6) Wrap-Up LADS Feedback, Evaluation s. LAB Teil 5
13:00 Uhr	13:15 - 14:00 Mittagspause				13:00 - 14:00 Mittagspause
14:00 Uhr	14:00 - 16:00 (4x 1:4 o. 5) LaB Teil 4	14:30 - 16:00 (1:18) eLearning CoMeD Vorbereitung auf CoMeD-Kurse		13:30 - 14:30 Mittagspause	
15:00 Uhr				14:30 - 17:00 Selbststudium (Vorlesungs-Screencasts)	15:00 - 17:00 (0:1) Vorbereitung auf den Praxisunterricht der nächsten Woche eLearning-Einheit mit 2 Patienten-Videos „Umgang mit körperlicher Erkrankung“: https://mediathek.hhu.de/watch/d98be3e5-84f0-4dba-9030-72bec0e42d25 „Somatoforme Störung“ https://mediathek.hhu.de/watch/77e1b5dd-6f7e-46cb-bf27-f2ede5d76fba
16:00 Uhr	16:00 - 17:00 Selbststudium (Vorlesungs-Screencasts)	16:00 - 17:00 Selbststudium (Vorlesungs-Screencasts)			
17:00 Uhr					

Einführung der Woche und Organisation

CoMeD-Kurse

Lernen an den Behandlungsanlässen (LaB)

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

LADS Rückblick auf die Woche

Vorbereitendes Eigenstudium

Wochenplan Station 19 B

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
8:00 Uhr	8:15 - 9:00 (1:18) Einführung, Organisation Haus 19, 2. OG, Raum 2.12 Dechering	8:00 – 11:00 (4 x 1:4 o. 5) LaB 1-3 eLearning	Ganztägiges Wahlcurriculum	8:15 - 8:30 (1:18) Einführung CoMeD-Kurse	
9:00 Uhr	9:00 - 10:00 (1:18) UaP@Team Gesprächsführung mit Pat. Haus 19, 2. OG, Raum 2.12 Dechering / Fugmann	Link für Ilias https://ilias.hhu.de/data/UniRZ/lm_data/lm_564059/startseite.html		8:30 - 10:00 (3 x 1:6) UaP@Team Inkl. MiniCeX	9:45 - 11:00 (4 x 1:4 o. 5) UaP@work Gruppe Haus 18, 1. OG, Raum 102/103 Kunzke / Westermann
10:00 Uhr	10:15 - 11:45 (4 x 1:4 o. 5) UaP@Team MiniCEX (2-3 MiniCEX pro Gruppe) Haus 19, 2. OG, Raum 2.12 Neumann / Westermann / Rehlinghaus / Kunzke	Müller / Rehlinghaus		10:15 - 11:45 (3 x 1:6) UaP@Team Inkl. MiniCeX	
11:00 Uhr	11:45 - 13:15 (4 x 1:4 o. 5) LaB Teil 1-3 Haus 19, Station 19 B Westermann	11:00 – 12:00 (4 x 1:4 o. 5) LAB 4 GoToMeeting https://meet.goto.com/361398093 Per Telefon: +49 891 2140 2090 Zugangscode: 361-398-093 Müller / Rehlinghaus			11:30 - 12:45 (3 x 1:6) LaB Teil 5 Fallvorstellung Haus 18, 2. OG Raum 208, Kunzke Haus 19, 2. OG, Raum 2.12, Bette Haus 18, 1. OG, R 103, Krusenbaum
12:00 Uhr		12:00 - 13:00 Mittagspause		12:00 - 13:30 (3 x 1:6) UaP@Team Inkl. MiniCeX	12:45 - 13:00 (3 x 1:6) Wrap-Up LADS Feedback, Evaluation s. LAB Teil 5
13:00 Uhr	13:15 - 14:00 Mittagspause				13:00 - 14:00 Mittagspause
14:00 Uhr	14:00 - 16:00 (4x 1:4 o. 5)	14:30 - 16:00 (1:18) eLearning CoMeD Vorbereitung auf CoMeD-Kurse		13:30 - 14:30 Mittagspause	
15:00 Uhr	LaB Teil 4			14:30 - 17:00 Selbststudium (Vorlesungs-Screencasts)	15:00 - 17:00 (0:1) Vorbereitung auf den Praxisunterricht der nächsten Woche eLearning-Einheit mit 2 Patienten-Videos „Umgang mit körperlicher Erkrankung“: https://mediathek.hhu.de/watch/d98be3e5-84f0-4dba-9030-72bec0e42d25 „Somatoforme Störung“ https://mediathek.hhu.de/watch/77e1b5dd-6f7e-46cb-bf27-f2ede5d76fba
16:00 Uhr	16:00 - 17:00 Selbststudium (Vorlesungs-Screencasts)	16:00 - 17:00 Selbststudium (Vorlesungs-Screencasts)			
17:00 Uhr					

Einführung der Woche und Organisation

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

Lernen an den Behandlungsanlässen (LaB)

CoMeD-Kurse

LADS Rückblick auf die Woche

Vorbereitendes Eigenstudium

Wochenplan Tagesklinik

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
8:00 Uhr	8:15 - 9:00 (1:18) Einführung, Organisation Haus 19, 2. OG, Raum 2.12 Dechering	8:00 – 11:00 (4 x 1:4 o. 5) LaB 1-3 eLearning Link für Ilias https://ilias.hhu.de/data/UniRZ/lm_data/lm_564059/startseite.html	Ganztägiges Wahlcurriculum	8:15 - 8:30 (1:18) Einführung CoMeD-Kurse	
9:00 Uhr	9:00 - 10:00 (1:18) UaP@Team Gesprächsführung mit Pat. Haus 19, 2. OG, Raum 2.12 Dechering / Fugmann	Müller / Rehlinghaus		8:30 - 10:00 (3 x 1:6) UaP@Team Inkl. MiniCeX	8:45 - 10:00 (4 x 1:4 o. 5) UaP@work Gruppe Haus 18, 1. OG, Raum 103 Kemter / Cremer
10:00 Uhr	10:15 - 11:45 (4 x 1:4 o. 5) UaP@Team MiniCEX (2-3 MiniCEX pro Gruppe) Haus 17, TK, EG, Raum 8 Stratkötter / Kemter / Cremer / Hanbi / Neumann			10:15 - 11:45 (3 x 1:6) UaP@Team Inkl. MiniCeX	
11:00 Uhr	11:45 - 13:15 (4 x 1:4 o. 5) LaB Teil 1-3 Haus 17, TK, EG, Raum 8 Kemter / Cremer	11:00 – 12:00 (4 x 1:4 o. 5) LAB 4 GoToMeeting https://meet.goto.com/361398093 Per Telefon: +49 891 2140 2090 Zugangscode: 361-398-093 Müller / Rehlinghaus			11:30 - 12:45 (3 x 1:6) LaB Teil 5 Fallvorstellung Haus 18, 2. OG Raum 208, Kunzke Haus 19, 2. OG, Raum 2.12, Bette Haus 18, 1. OG, R 103, Krusenbaum
12:00 Uhr		12:00 - 13:00 Mittagspause		12:00 - 13:30 (3 x 1:6) UaP@Team Inkl. MiniCeX	12:45 - 13:00 (3 x 1:6) Wrap-Up LADS Feedback, Evaluation s. LAB Teil 5
13:00 Uhr	13:15 - 14:00 Mittagspause			13:30 - 14:30 Mittagspause	13:30 - 14:30 Mittagspause
14:00 Uhr	14:00 - 16:00 (4x 1:4 o. 5) LaB Teil 4	14:30 - 16:00 (1:18) eLearning CoMeD Vorbereitung auf CoMeD-Kurse			
15:00 Uhr				14:30 - 17:00 Selbststudium (Vorlesungs-Screencasts)	15:00 - 17:00 (0:1) Vorbereitung auf den Praxisunterricht der nächsten Woche eLearning-Einheit mit 2 Patienten-Videos „Umgang mit körperlicher Erkrankung“: https://mediathek.hhu.de/watch/d98be3e5-84f0-4dba-9030-72bec0e42d25
16:00 Uhr	16:00 - 17:00 Selbststudium (Vorlesungs-Screencasts)	16:00 - 17:00 Selbststudium (Vorlesungs-Screencasts)		„Somatoforme Störung“ https://mediathek.hhu.de/watch/77e1b5dd-6f7e-46cb-bf27-f2ede5d76fba	
17:00 Uhr					

Einführung der Woche und Organisation

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

Lernen an den Behandlungsanlässen (LaB)

CoMeD-Kurse

LADS Rückblick auf die Woche

Vorbereitendes Eigenstudium

Wochenplan transkulturelle Tagesklinik

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
8:00 Uhr	8:30-9:00 (1:18) Einführung, Organisation Haus 19, 2. OG, Raum 2.12 Dechering	8:00 – 11:00 (4 x 1:4 o. 5) LaB 1-3 eLearning Link für Ilias https://ilias.hhu.de/data/UniRZ/lm_data/lm_564059/startseite.html	Ganztägiges Wahlcurriculum	8:15-8:30 (1:18) Einführung CoMeD-Kurse	
9:00 Uhr	9:00 - 10:00 (1:18) UaP@Team Gesprächsführung mit Pat. Haus 19, 2. OG, Raum 2.12 Dechering / Fugmann	Müller / Rehlinghaus		8:30-10:00 (3 x 1:6) UaP@Team Inkl. MiniCeX	9:15 – 10:30 (4 x 1:4 o. 5) UaP@work Gruppe Haus 3, 2. OG, Raum 2.16 Jalbout / Vogel / Müller
10:00 Uhr	10:15 – 11:45 (4 x 1:4 o. 5) UaP@Team MiniCEX (2-3 MiniCEX pro Gruppe) Haus 3, 2. OG, Raum 2.16 Jalbout / Vogel / Müller			10:15-11:45 (3 x 1:6) UaP@Team Inkl. MiniCeX	
11:00 Uhr	11:45-13:15 (4 x 1:4 o. 5) LaB Teil 1-3 Haus 3, 2. OG, Raum 2.16 Jalbout	11:00 – 12:00 (4 x 1:4 o. 5) LAB 4 GoToMeeting https://meet.goto.com/361398093 Per Telefon: +49 891 2140 2090 Zugangscode: 361-398-093 Müller / Rehlinghaus			11:30-12:45 (3 x 1:6) LaB Teil 5 Fallvorstellung Haus 18, 2. OG Raum 208, Gdawietz Haus 19, 2. OG, Raum 2.12, Bette Haus 18, 1. OG, R 103, Krusenbaum
12:00 Uhr		12:00-13:00 Mittagspause		12:00-13:30 (3 x 1:6) UaP@Team Inkl. MiniCeX	12:45-13:00 (3 x 1:6) Wrap-Up LADS Feedback, Evaluation s. LAB Teil 5
13:00 Uhr	13:15-14:00 Mittagspause				13:00-14:00 Mittagspause
14:00 Uhr	14:00-16:00 (4x 1:4 o. 5) LaB Teil 4	14:30-16:00 (1:18) eLearning CoMeD Vorbereitung auf CoMeD-Kurse		13:30-14:30 Mittagspause	
15:00 Uhr					15:00-17:00 (0:1) Vorbereitung auf den Praxisunterricht der nächsten Woche eLearning-Einheit mit 2 Patienten-Videos „Umgang mit körperlicher Erkrankung“: https://mediathek.hhu.de/watch/d98be3e5-84f0-4dba-9030-72bec0e42d25 „Somatoforme Störung“ https://mediathek.hhu.de/watch/77e1b5dd-6f7e-46cb-bf27-f2ede5d76fba
16:00 Uhr	16:00 – 17:00 Selbststudium (Vorlesungs-Screencasts)	16:00 – 17:00 Selbststudium (Vorlesungs-Screencasts)	16:00 – 17:00 Selbststudium (Vorlesungs-Screencasts)		
17:00 Uhr					

Einführung der Woche und Organisation

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

Lernen an den Behandlungsanlässen (LaB)

CoMeD-Kurse

LADS Rückblick auf die Woche

Vorbereitendes Eigenstudium

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](#).

In den CoMeD-Kursen am Donnerstag wird in besonderer Weise auf die Aspekte der Gesprächsführung eingegangen. Hier führen Sie in Rollenspielen Gespräche mit Simulationspersonen.

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@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 Rückmeldung geben lassen

Mini-CEX (Dienstag und Donnerstag)

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 zuweisen
 - 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 Untersuchung durch. Ihr Ziel ist es, durch die Anamnese und das Erstgespräch 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: Intraprofessionelle Übergabe – Oberarzt*ärztin

„Frau B. Ist eine 21 Jahre alte Patientin, welche sich heute erstmalig in unserer psychosomatischen Institutsambulanz vorstellte. Sie klagt über eine gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit, Erschöpfung, sozialen Rückzug und Schlafstörungen. Die Symptomatik bestehe seit ca. 4 Jahren. Zudem leide sie unter einem plötzlich auftretenden Herzrasen, thorakalem Druckgefühl und hiermit verbundenen Ängsten. Bislang keine psychotherapeutische Vorbehandlung, die Patientin bekomme seit 2 Monaten Opipramol 50mg (1-0-0) über den Hausarzt. Es bestehen keine Vorerkrankungen. Kein Hinweis auf psychotische Symptome, regelmäßiger Cannabiskonsum im Sinne einer dysfunktionalen Regulationsmöglichkeit, zeitweise passive lebensmüde Gedanken ohne Umsetzungstendenzen. Die Patientin erscheint absprachefähig und ist von akuter Suizidalität klar distanziert.

Labor- und EKG-Ergebnisse sind unauffällig, bis auf ein erhöhter Cannabis-Wert im Drogenurin. Die psychometrischen Daten weisen auf eine schwere depressive Symptomatik, eine milde Somatisierung und eine schwere Angstsymptomatik hin.

Insgesamt ist von einer Patientin mit einer rezidivierenden mittelgradigen depressiven Symptomatik sowie einer Panikstörung auszugehen. Eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung liegt nicht vor. Differentialdiagnostisch müssten eine Agoraphobie sowie eine Soziale Phobie ausgeschlossen werden.

Aufgrund der Schwere der Erkrankung empfehlen wir der Patientin eine stationäre Behandlung. Bis zur Aufnahme sind supportive Gesprächstermine in der Ambulanz vereinbart. Langfristige Therapieziele sind die Aufarbeitung der biographischen Belastungsfaktoren sowie die Förderung der Affektmitteilung. Ggf. ist ein Wechsel auf ein alternatives Antidepressivum (z.B. SSRI) möglich. Der Abschluss eines Abstinenzvertrags und fortlaufende Kontrollen (Drogenurin) sind geplant. Das Erlernen von alternativen Regulationsmöglichkeiten sollte unterstützt werden.“

Beispiel: Intraprofessionelle Übergabe – Nachtdienst

„Frau B. ist eine 21 Jahre alte Patientin, welche sich heute erstmalig in unserer Ambulanz vorstellte. Sie klagt über eine depressive Symptomatik mit Erschöpfungszuständen, Schlafstörungen sowie ein plötzlich auftretendes Herzrasen und thorakales Druckgefühl. Bisher erfolgte keine psychotherapeutische Vorbehandlung. Es besteht ein regelmäßiger Cannabiskonsum. Aktuelle medikamentöse Behandlung mit Opipramol 50mg (1-0-0).

Es bestehen keine weiteren Vorerkrankungen. Labor- und EKG-Befunde sind unauffällig bis auf einen erhöhten Cannabis Wert im Urin.

Insgesamt ist von einer Patientin mit einer rezidivierenden mittelgradigen depressiven Symptomatik sowie einer Panikstörung auszugehen. Eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung liegt nicht vor.

Der Patientin wurde eine stationäre Behandlung unter Einhaltung vollkommener Abstinenz empfohlen, weitere supportive Termine in der Ambulanz sind geplant. Bei akuten Zuständen höchster Anspannung kann die Verordnung eines leichten Beruhigungsmittels, wie z.B. Promethazin 25mg, bei akuter Schlafstörung die zusätzliche Gabe eines leichten Schlafmittels, wie z.B. Lasea, in Betracht gezogen werden.“

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 ... 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

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir berichten über Frau B., welche sich am XX.XX.XXXX erstmalig in unserer Psychosomatischen Institutsambulanz zur Diagnostik und Indikationsstellung vorstellte.

Symptomatik

Frau B., 21 Jahre alt, berichtet über eine gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit sowie ein Gefühl von innerer Leere. Sie fühle sich erschöpft und kraftlos, habe sich sozial zurückgezogen und schlafe schlecht. Bereits vor ca. 4 Jahren habe sie solche Symptome erstmalig verspürt, seitdem treten phasenweise immer wieder Gefühle von Erschöpfung und Antriebslosigkeit auf.

Vor 2 Jahren sei ihre Oma verstorben, zuvor habe die Mutter der Patientin viele Jahre hinweg diese aufgrund einer Demenzerkrankung versorgen müssen. Die Mutter sei durch die Pflege und zeitgleiche Berufstätigkeit überfordert gewesen, dies habe sich auf die komplette Familie ausgewirkt. Die Patientin habe damals häufig in der Schule gefehlt. Nachfolgend habe sie jedoch ihr Abitur abschließen können und habe ein Studium der Linguistik geplant. Kurz vor dem Umzug in die neue Universitätsstadt habe die Patientin erstmalig große Anspannung verspürt. Im Anschluss an eine Wohnungsbesichtigung habe die Patientin beim Einkaufen ein plötzliches Herzrasen wahrgenommen. Sie fühlte sich innerlich angespannt, klagte über ein thorakales Druckgefühl und Schwindel. In diesem Moment habe sie massive Ängste verspürt und den Notruf alarmiert. Eine somatische Ursache konnte nicht gefunden werden. Seit diesem Vorfall treten ähnliche Zustände in regelmäßigen Abständen, ca. 2 Mal pro Woche auf. Sie könne seitdem kaum Schlafen, mache sich viele Sorgen bezüglich der Zukunft, grüble viel und könne sich manchmal kaum beruhigen. Wenn Sie gar nicht zur Ruhe komme, konsumiere die Patientin Cannabis, hierzu komme es ca. 1 Mal pro Woche. Zwar könne die Patientin noch Einkaufen gehen, ansonsten fühle sie sich im Alltag überfordert, habe einen Nebenjob gekündigt und treffe sich kaum noch mit Freunden. Sie fühle sich schlecht und schuldig, dass sie nun auch noch die Mutter belasten würde. Belastend seien zudem häufige Konfliktsituationen der Eltern. Zeitweise habe es passive lebensmüde Gedanken gegeben, an eine konkrete Umsetzung habe die Patientin jedoch nie gedacht. Von akuter Suizidalität distanziert sich die Patientin klar und deutlich.

Vorbehandlung

Bislang keine therapeutische Vorbehandlung. Über den Hausarzt habe Sie Opipramol verschrieben bekommen, welches sie seit ca. 2 Monaten einnehme, bisher habe sie jedoch keine Verbesserung unter der Medikation empfunden.

Biographie

Frau B. sei am XX.XX.XX in X. geboren. Soweit die Patientin wisse, sei die Geburt komplikationslos erfolgt. Aufgewachsen sei sie mit ihren Eltern in ländlicher Umgebung. Der Vater (51 J.) sei Ingenieur und habe schon immer viel gearbeitet. Er wird als sehr rational, still und vorausschauend beschrieben. Unter der Woche sei er meist erst spät nach Hause gekommen und habe dann kaum Zeit für die Patientin gehabt. Am Wochenende habe er sich meist ausgeruht, Garten- oder Handwerksarbeiten im Haus erledigt und kaum mit der Patientin gespielt. Gefühle zeigen könne er kaum. Die Mutter (49 J.) der Patientin arbeite in der Altenpflege. Sie wird als liebevoll beschrieben, sei jedoch auch schon immer überfordert gewesen. Die Mutter habe im siebten Schwangerschaftsmonat am Tag der Einschulung der Patientin ihr Kind verloren. Dies sei

für die gesamte Familie eine große Belastung gewesen, die Mutter sei sehr ängstlich-kontrollierend gewesen und sei der Patientin auf dem Schulweg nachgefahren um sicherzustellen, dass sie gut angekommen sei. Die Mutter habe sich stets Sorgen um die Patientin gemacht und dieser nur selten etwas alleine zugetraut.

Die Beziehung zwischen den Eltern wird eher als kühl beschrieben, es werde kaum über Gefühle gesprochen. In letzter Zeit komme es immer mehr zu Auseinandersetzung zwischen den Eltern, insbesondere der sonst ruhige Vater werde dann sehr laut und impulsiv.

Die Patientin habe das Gymnasium besucht und das Abitur im vergangenen Jahr abgeschlossen. Die Patientin habe sich für ein Studium der Sozialen Arbeit entschieden und war auf der Suche nach einem Platz in einer Studenten-WG. Aufgrund der aufkommenden Symptome und den massiven Panikattacken habe sie ihre Suche abgebrochen und wohne weiterhin bei den Eltern.

Aktuell bestehe keine Partnerschaft, die Patientin habe vor 4 Jahren für ca. 1,5J. eine Beziehung zu einem Mitschüler geführt, die dieser jedoch abgebrochen habe, da sie zu sehr „geklammert habe“. In Ihrer Freizeit lese die Patientin viele Kriminalromane, in der Schulzeit habe sie zudem Basketball gespielt.

Psychischer Befund

Die Patientin ist wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Die Patientin wirkt gepflegt und ist offen und freundlich im Kontakt. Die Stimmung ist deutlich zum depressiven Pol verschoben. Der Antrieb ist vermindert. Es bestehen Zukunftsängste, eine Neigung zum Grübeln, ein auf negative Selbstüberzeugungen eingeeignetes Denken sowie eine Hoffnungslosigkeit. Die affektive Schwingungsfähigkeit ist reduziert, die Konzentrationsfähigkeit erscheint eingeschränkt. Es bestehen keine Merkfähigkeits- oder Gedächtnisstörungen, keine inhaltlichen Denkstörungen, keine Hinweise auf Ich-Störungen, keine Hinweise auf

psychotische Symptome. Die Patientin beschreibt passive lebensmüde Gedanken ohne Umsetzungstendenzen. Von akuter Suizidalität ist die Patientin klar distanziert.

Diagnostik

Im Patient Health Questionnaire zeigte sich eine schwere depressive Symptomatik, eine milde Somatisierung sowie eine schwere Angstsymptomatik.

Labor und EKG erscheinen unauffällig, bis auf einen erhöhten Cannabis-Wert im Drogen-Urin.

Verdachts- und Differentialdiagnosen

Es liegen mehrere depressive Symptome vor mit teils erheblicher Ausprägung und deutlicher Beeinträchtigung im Alltag. Da die Symptome bereits vor 4 Jahren erstmalig auftraten und seitdem phasenweise wiederkamen, ist von einem rezidivierenden Verlauf auszugehen. Manische Phasen werden von der Patientin nicht beschrieben, weshalb eine Depressive Episode im Rahmen einer Bipolaren Störung nicht in Betracht kommt. Hinsichtlich der Schwere der Depression sprechen die Angaben für eine mittelgradige Ausprägung. Gegen eine leichte Depression sprechen das Vorhandensein zweier Hauptkriterien (gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit) und mehrerer Nebenkriterien (u.a. Schlafstörung, Schuldgefühle, Zukunftsängste) sowie die deutliche Beeinträchtigung im Alltag sowie im beruflichen Umfeld (u.a. Kündigung des Nebenjobs). Aufgrund der Vielzahl und Schwere der Symptome könnte auch eine schwere Ausprägung diskutiert werden, dagegen spricht jedoch, dass sich die Patientin zeitweise noch zu alltäglichen Aufgaben (wie z.B. Einkaufen) gewachsen fühlt.

Hinsichtlich der beschriebenen Angstsymptomatik erscheint die Diagnose der Panikstörung naheliegend, da die Patientin über plötzlich auftretende Angst- und Panikzustände mit vegetativen Begleitsymptomen berichtet. Gegen eine generalisierte Angststörung spricht, dass die Symptome impulsartig ca. 2x wöchentlich auftreten und nicht gleichbleibend über einen längeren Zeitraum bestehen. Zum Ausschluss einer Sozialen Phobie sowie einer Agoraphobie müsste konkret nach weiteren auslösenden Situationen gefragt werden. Sofern Ängste im Kontext sozialer Interaktionen sowie Sorgen vor Beschämung bestehen könnte auch eine Soziale Phobie diskutiert werden. Wenn die Patientin solche Ängste und Gefühle von Panik insbesondere dann verspürt, wenn sie das eigene Haus verlässt, Geschäfte betrete oder sich in Menschenmengen befinde, könnte auch das Vorliegen einer Agoraphobie diskutiert werden.

Psychodynamische Hypothesen

Bei der beschriebenen Symptomatik könnte ein zugrundeliegender Versorgung- Vs. Autarkie- oder auch ein Individuation- Vs. Abhängigkeitskonflikt diskutiert werden.

Die frühe Biographie der Patientin schien geprägt durch den Verlust des Bruders sowie die ängstlich-überforderte Mutter. Aufgrund der Belastung der Eltern, des wenig einfühlsamen Vaters und des ängstlich-überprotektiven Verhaltens der Mutter schien es der Patientin nicht möglich, einen angemessenen Umgang mit eigenen Affekten und ein Vertrauen in eigene Fähigkeiten zu entwickeln. Wut und Enttäuschung werden von der Patientin abgewehrt und finden im Rahmen der Depression und Panik ihren Ausdruck.

Durch den Tod der Oma sowie die aktuelle Ablösung vom Elternhaus (Planung des Umzugs, Beginn des Studiums) reaktivieren sich frühe Ängste und die Patientin dekompenziert mit regressiven Versorgungswünschen.

Auf struktureller Ebene scheinen Defizite im Bereich der Affektmitteilung sowie der Selbstwertregulierung zu bestehen.

Therapeutische Optionen

Aufgrund der Schwere und Komplexität der Symptomatik wäre für die Patientin eine teil- oder vollstationäre psychotherapeutische Behandlung denkbar. Für eine teilstationäre Behandlung könnte sprechen, dass die Patientin hierdurch eine tägliche Struktur erfährt und die Übernahme von Verantwortung im Rahmen der Alltagsgestaltung gefördert wird. Aufgrund der häufigen Auseinandersetzungen der Eltern im häuslichen Umfeld der Patientin könnte es für die Patientin jedoch auch hilfreich sein, im Rahmen einer vollstationären Behandlung sich aus dem Familienumfeld zu lösen und von dort weitere Schritte in Richtung Eigenständigkeit und Ablösung zu planen.

Ein Gespräch mit den Eltern im Verlauf der Behandlung könnte einen Raum für die unterschiedlichen Gefühle und Sichtweisen schaffen.

Zur Behandlung der aufkommenden Panikattacken könnte das Erlernen von Regulationsmöglichkeiten hilfreich sein. Den Zugang zu eigenen Affekten könnten insbesondere kreativtherapeutische Verfahren unterstützen. Zudem wäre es wichtig, den dysfunktionalen Konsum von Cannabis zu reflektieren, alternative Entspannungsmöglichkeiten zu erlernen und für die Therapiezeit vollkommene Abstinenz zu vereinbaren.

Da die Patientin unter der Behandlung mit Opipramol 50mg (1-0-0) bislang keine Verbesserung der Beschwerden vernahm, könnte eine Dosissteigerung oder der Wechsel auf ein anderes Präparat, ggf. ein SSRI, im Laufe der Behandlung sinnvoll sein.

Best Practice: patientenverständlicher Bericht

Sehr geehrte Frau XXXX,

Sie hatten am XX.XX.XXXX ein Erstgespräch in unserer Ambulanz. In diesem Brief sind für Sie die wichtigsten Informationen zusammengefasst. Bei Fragen können Sie sich gern an uns wenden.

Der Grund für Ihre Vorstellung in der Ambulanz

Sie haben sich am XX.XX.XXXX in unserer Ambulanz vorgestellt, da Sie unter einer gedrückten Stimmung, dem Gefühl einer inneren Leere und einem reduzierten Antrieb leiden. Sie fühlen sich kraftlos und erschöpft, schlafen schlecht und haben kaum noch soziale Kontakte. Die Beschwerden haben Sie vor ca. 4 Jahren erstmalig verspürt und diese treten seitdem phasenweise immer wieder auf. Sie leiden zusätzlich unter Herzrasen und einem Druckgefühl in der Brust, welches ganz plötzlich auftritt. Eine körperliche Ursache, welche die Beschwerden erklären könnte, ist nicht gefunden worden. Das Herzrasen ist mit großen Ängsten verbunden und tritt seit dem ersten Vorfall ca. 2 Mal pro Woche auf. Sie leiden unter Zukunftssorgen, kommen zeitweise kaum zur Ruhe und nutzen in solchen Momenten Cannabis, um sich zu beruhigen. Im Alltag fühlen Sie sich schnell überfordert. Es bestehen phasenweise lebensmüde Gedanken, von deren Umsetzung Sie sich jedoch klar distanzieren. Als belastend werden von Ihnen häufige Konfliktsituationen der Eltern wahrgenommen. Sie fühlen sich zudem schuldig, da Sie das Gefühl haben, die Eltern durch Ihre Beschwerden noch mehr zu belasten.

Ihre bisherige Krankengeschichte

Hier finden Sie Informationen zum bisherigen Verlauf Ihrer Krankheit. Diese Informationen helfen Ihnen Ihre Erkrankung, deren Ursprünge und Behandlungsmöglichkeiten besser zu verstehen.

Sie leiden unter einer psychischen Erkrankung, welche unter anderem durch eine gedrückte Stimmung, Erschöpfung sowie Antriebslosigkeit gekennzeichnet ist. Eine solche Erkrankung wird als Depression bezeichnet.

Ca. 10-20% aller Menschen entwickeln im Laufe ihres Lebens eine Depression. Mögliche Ursachen sind biologische sowie psychologische Faktoren.

Zusätzlich leiden Sie unter einer Panikstörung. Dies ist eine besondere Form der Angststörung, bei der plötzlich auftretende Panikanfälle mit Herzrasen, Druckgefühl in der Brust oder Schwindel entstehen, obwohl eigentlich keine wirkliche Gefahr besteht. Die starke und auch plötzliche Körperreaktion wird von vielen Patienten als beängstigend und manchmal auch als Bedrohung für den eigenen Körper wahrgenommen. Bei Ihnen führte eine solche Panikattacke dazu, dass Sie den Notruf alarmierten. Eine körperliche Ursache für die Beschwerden konnte jedoch nicht gefunden werden.

Bisher haben Sie keine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen. Der Hausarzt hat Ihnen aufgrund der inneren Anspannung und der depressiven Symptomatik ein Medikament verschrieben (Opipramol), welches beruhigend wirkt und die Stimmung anheben kann.

Wir führten mit Ihnen einige psychologische Fragebögen durch, deren Ergebnisse für eine schwere depressive Erkrankung und für eine schwere Angstsymptomatik sprechen. Zudem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Sie unter milden körperlichen Beschwerden leiden, die keine körperliche Ursache haben. Zusätzlich untersuchten wir Ihr Blut auf mögliche Veränderungen. Manche körperlichen Erkrankungen können mit dem Entstehen von Herzrasen oder auch dem Gefühl von Erschöpfung und Antriebslosigkeit verbunden sein. In der Blutuntersuchung ließ sich jedoch kein Anhalt für eine solche körperliche Erkrankung finden. Zudem führten wir eine Untersuchung am Herzen durch, bei der die elektrische Aktivität des Herzens aufgezeichnet wird. Das Ergebnis dieser Untersuchung war unauffällig. In der Untersuchung Ihres Urins fiel ein erhöhter Cannabis-Wert auf. Cannabis wird unter anderem über die Leber verstoffwechselt. Ein Bestandteil hiervon wird über den Urin ausgeschieden und lässt sich somit durch eine Urinprobe nachweisen. Da Sie regelmäßig Cannabis konsumieren, ließ sich bei Ihnen ein erhöhter Cannabis-Wert im Urin nachweisen.

Ihre bisherige Lebensgeschichte

Sie sind am XX.XX.XXXX in X. geboren und zusammen mit den Eltern in einer ländlichen Umgebung aufgewachsen. Ihr Vater ist Ingenieur und 51 Jahre alt. Er ist rational, still, vorausschauend und habe schon immer viel gearbeitet. Er habe früher kaum mit Ihnen gespielt und zeige kaum Gefühle. Ihre Mutter ist 49 Jahre alt, arbeitet in der Altenpflege und ist eine liebevolle Frau, die jedoch auch schon immer überfordert war. Am Tag Ihrer Einschulung hatte Ihre Mutter eine Fehlgeburt, was für die gesamte Familie eine große Belastung gewesen ist. Ihre Mutter war daraufhin sehr ängstlich und machte sich stets auch um Sie Sorgen. Sie haben die Beziehung zu Ihren Eltern als kühl beschrieben. In letzter Zeit gibt es immer wieder Auseinandersetzungen zwischen den Eltern, in denen der sonst ruhige Vater auch phasenweise laut wird.

Sie haben das Gymnasium im letzten Jahr mit dem Abitur abgeschlossen und anschließend ein Studium der Sozialen Arbeit angestrebt. Aufgrund der beschriebenen Symptomatik mussten Sie die Suche nach einem Zimmer in einer WG abbrechen und wohnen weiterhin bei den Eltern. Aktuell sind Sie in keiner Partnerschaft. Vor 4 Jahren gab es eine Beziehung zu einem Mitschüler. In Ihrer Freizeit lesen Sie gerne, in der Schulzeit haben Sie gerne Basketball gespielt.

Ihre Medikamente

Aktuell sollen Sie folgende Medikamente einnehmen:

- OPIPRAMOL 50 MILLIGRAMM
 - Opipramol ist ein Medikament, dass die Stimmung heben, beruhigen und Ängste vermindern soll.
 - Sie erhalten das Medikament morgens als Tablette.

Was für Sie jetzt noch wichtig ist:

Aufgrund ihrer aktuellen psychischen Belastung empfehlen wir Ihnen eine stationäre Behandlung. Eine solche Behandlung in einer psychosomatischen Klinik umfasst Einzel- und Gruppentherapie, Sozialtherapie, kreativtherapeutische Verfahren, wie Musik- oder Kunsttherapie, Sport und Bewegungstherapie und regelmäßige Gespräche mit den behandelnden Ärzten und Pflegeern. Psychische Erkrankungen wie Depressionen oder auch Panikattacken können in Verbindung stehen mit Belastungen oder Beeinträchtigungen, die Sie schon in Ihrer frühen Vergangenheit erlebt haben. Aufgrund Ihrer ängstlichen und überforderten Mutter und dem wenig zugewandten Vater haben Sie es nicht gelernt, angemessen mit Gefühlen umzugehen. Insbesondere Gefühle von Wut oder Enttäuschung haben Sie stets bei sich behalten, weil Sie ihre Eltern nicht zusätzlich belasten wollten. Mit dem Vorhaben, ein Studium zu beginnen, auszuziehen und sich somit etwas von den Eltern zu lösen, wurden Ängste von früher wieder geweckt und führten zur Ausbildung der psychischen Beschwerden. Im Rahmen einer intensiven stationären Psychotherapie können Ihre Fähigkeiten zur Mitteilung von Gefühlen gestärkt, die Belastungen aus der Kindheit aufgearbeitet und somit Ihre psychischen Beschwerden vermindert werden. Zusätzlich werden Sie Entspannungsverfahren lernen, um mit Ihren Ängsten und Gefühlen von Panik besser umgehen zu können. In diesem Zusammenhang empfehlen wir Ihnen dringend, das Rauchen von Cannabis einzustellen und andere Entspannungsmethoden anzuwenden. Für die Dauer der Behandlung vereinbaren wir mit Ihnen den vollständigen Verzicht von Alkohol und Drogen und werden dies im weiteren Therapieverlauf durch Urin- und Blutuntersuchungen kontrollieren.

Zur Behandlung der Depression empfehlen wir Ihnen außerdem, das Medikament zur Beruhigung und Verbesserung der Stimmung (Opipramol) weiterhin einzunehmen. In seltenen Fällen kann dieses Medikament Veränderungen am Herzen oder auch an der Leber hervorrufen. Daher werden wir in regelmäßigen Abständen Ihre Blutwerte und Ihr Herz untersuchen.