

Praxisunterricht in der

**Klinik für Anästhesie, Schmerztherapie und  
operative Intensivmedizin**

**Augusta-Krankenhaus Düsseldorf**



# Inhalt

## Einleitung

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

## 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

### Übersicht über die Lehrveranstaltungen (Wochenplan)

### 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 Anästhesie, Schmerztherapie und operative Intensivmedizin des Augusta-Krankenhauses in Düsseldorf.

Das Augusta-Krankenhaus Düsseldorf ist ein Akutkrankenhaus im Norden Düsseldorfs. Wir verfügen über 200 Betten, davon 8 Intensivbetten auf der interdisziplinären Intensivstation und versorgen rund 26.000 Patienten im Jahr. Neben der Klinik für Anästhesie, Schmerztherapie und operativen Intensivmedizin werden unsere Patienten durch die Klinik für Gefäßchirurgie und endovaskuläre Therapie, die Klinik für Allgemein-, Visceral-, Thorax- und Endokrine Chirurgie, die Klinik für Kardiologie, Rhythmologie und konservative Intensivmedizin, sowie die Klinik für Innere Medizin behandelt.

Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf sind wir mit Freude an der Ausbildung angehender Mediziner beteiligt.

Seit 1904 steht das Augusta- Krankenhaus unter katholischer Trägerschaft, was sich im Leitbild unseres Hauses widerspiegelt.

Als Lehrbeauftragter der Klinik für Anästhesie, Schmerztherapie und operative Intensivmedizin wünsche Ich Ihnen eine spannende und lehrreiche Zeit und hoffe, dass Sie einen guten Einblick in unseren Fachbereich erhalten.

Marius Vaassen

Oberarzt der Klinik für Anästhesie, Schmerztherapie und operative Intensivmedizin

## Wichtige Lernziele der Woche:

Am Ende der Woche sollen Sie:

1. Verschiedene Narkoseverfahren, deren (Kontra-) Indikationen sowie deren Vor- und Nachteile, benennen können.
2. Eine perioperative Risikoeinschätzung des Patienten anhand bestehender Vorerkrankungen durchführen können.
3. Bei einigen Narkoseeinleitungen mitgewirkt haben, mit den gängigsten Methoden der Atemwegssicherung vertraut sein und eine Maskenbeatmung sicher durchführen können.
4. Einen Überblick über die (Kontra-) Indikationen und Durchführung invasiver, hämodynamischer Überwachung, sowie der medikamentösen Kreislaufunterstützung haben.

5. In der Lage sein einen Patienten im Operationssaal, Aufwachraum oder auf der Intensivstation vorzustellen und hierbei relevante Pathologien bzw. Besonderheiten hervorzuheben.

## Besonderheiten in unserer Klinik:

Die Klinik für Anästhesie, Schmerztherapie und operative Intensivmedizin führt jährlich etwa 4800 Anästhesieleistungen durch.

Schwerpunkte unserer Klinik liegt in der perioperativen Versorgung von Patienten. Außerdem sind wir für die intensivmedizinische Behandlung chirurgischer Patienten und für die Schmerztherapie im Augusta- Krankenhaus zuständig.

Der chirurgische Schwerpunkt in unserem Haus liegt in der operativen Therapie gefäßchirurgischer Patienten mittels endovaskulärer und offener Operationsverfahren. Außerdem werden allgemein- und visceralchirurgische Operationen, sowie Eingriffe an Lunge und Schilddrüse durchgeführt.

Des Weiteren werden von uns kardiologische Patienten während Schrittmacheroperationen oder kathetergesteuerten Interventionen versorgt. Außerdem führen wir regelhaft Narkosen im Rahmen von Elektrokrampftherapien (EKT) und Elektrokardioversionen (EKV) durch.

Aufgrund dieser Schwerpunkte haben wir es mit häufig stark vorerkrankten Patienten zu tun. Die Betreuung von Patienten mit koronarer Herzerkrankung, fortgeschrittenen Nierenerkrankungen und obstruktiven Lungenerkrankungen ist bei uns alltäglich.

## Einführung am Montag

Die Einführung am Montagmorgen beginnt um 9 Uhr im Operationsbereich. Bitte finden Sie sich bis spätestens 8:45 Uhr im Sekretariat der Klinik für Allgemein-, Visceral-, Thorax- und Endokrine Chirurgie ein. Von dort werden Sie abgeholt und in den Operationsbereich begleitet.

Sollten Sie mit den Verhaltensweisen und der Kleiderordnung im Operationsbereich noch nicht vertraut sein, teilen Sie dies bitte Ihrer Ansprechpartnerin/ Ihrem Ansprechpartner mit.

### Tipps für Lehrende zur Begrüßung

#### vor der Veranstaltung:

- Liste der Studierenden einholen
- Zuteilung der Studierenden auf die OP-Säle

#### während der Veranstaltung:

- Offene Fragen klären
- Ansprechpartner benennen

## UaP@work

Beim UaP@work haben Sie die Möglichkeit, unsere Anästhesistinnen und Anästhesisten bei ihrer Arbeit in einer 1:1 Betreuung im Operationssaal zu begleiten. Sie sollen die Abläufe einer Anästhesie kennenlernen und sofern dies möglich ist, eigenständig Aufgaben unter Aufsicht übernehmen.

## UaP im Team und Mini-CEX

Aus hygienischen und organisatorischen Gründen ist ein Gruppenunterricht am Patienten im OP nicht durchführbar. Ein Gruppenunterricht am Patienten kann ggf. auf der Intensivstation erfolgen, sofern ein hierfür geeigneter Patient dort behandelt wird. Des Weiteren ist die prä- sowie postoperative Visite eines Patienten als UaP im Team durchführbar.

Während des UaP@work haben Sie im Laufe der Woche Gelegenheit die meisten der folgenden Fertigkeiten zu erlernen:

1. Maskenventilation
2. Positionierung der Larynxmaske
3. Wechsel von Perfusorspritzen
4. Bedside-Test vor Transfusionen
5. Arterielle Blutentnahme zur Blutgasanalyse
6. Anlage einer venösen Verweilkanüle

Sie werden ausreichend Gelegenheit haben die o.g. Fertigkeiten zu trainieren. Am Ende der Woche werden diese geprüft.

Worauf Sie bei der Durchführung der Tätigkeiten achten müssen wird Ihnen gezeigt bzw. gesagt. Weiterhin können Sie sich anhand der [Checklisten](#) der Universität informieren.

Sie werden die Gelegenheit haben, mindestens zwei Mini-CEX zu absolvieren.

## LaB

Der Behandlungsanlass bei uns ist die perioperative anästhesiologische Versorgung.

Das Lernen am Behandlungsanlässen kann im Rahmen einer Anästhesie wie folgt stattfinden:

- Eine Prämedikationsvisite mit Narkoseplanung und Aufklärung
- Eine postoperative Visite im Aufwachraum oder auf der Intensivstation
- Eine Rekapitulation einer durchgeführten bzw. beobachteten Narkose

Zu Ihrer Fallvorstellung erhalten Sie ein Feedback und eine vertiefende Diskussion mit den anderen Studierenden Ihrer Dreiergruppe.

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

## Wrap-up

Die Abschlussveranstaltung findet am Freitag im Operationsbereich statt. Hier bietet sich die Möglichkeit offene Fragen zu klären, Feedback zu geben und die Lehrveranstaltung zu evaluieren.

Ähnlich wie für Sie im Unterricht ist ein Feedback für uns wichtig zur Verbesserung der studentischen Lehre.

## Erste Woche im Praxisunterricht

Studierende, die in unserer Klinik im 3. Studienjahr ihre erste Woche im klinischen Praxisunterricht erleben werden unter Supervision an das Lernen am Patienten/ Behandlungsanlass herangeführt. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass die Studierenden sich mit dieser Art des Lernens vertraut machen und für sich bestmöglich nutzen können.

Sollten Sie Ihre erste Woche im Praxisblock erleben, teilen Sie dieses bitte Ihrem Ansprechpartner/ Ihrer Ansprechpartnerin mit.

## Ihre Vorbereitung der Woche

Die Anästhesie ist eine umfangreiche Fachdisziplin, die ein weit gefächertes Wissen aus beinahe allen medizinischen Gebieten erfordert. Dieses im Rahmen eines Blockpraktikums zu vermitteln ist unmöglich.

Setzen Sie sich bitte vor dem Blockpraktikum mit den gängigen Narkoseverfahren, Medikamenten und Prozeduren in der Anästhesie auseinander. Hierfür eignen sich Lehrbücher der Anästhesie, sowie Vorlesungen der Klinik für Anästhesiologie, die Sie im ILIAS unter 5.Studienjahr/Studienblock Grenzsituationen/Anästhesie und Notfallmedizin finden.

Des Weiteren ist es, über das Blockpraktikum hinaus, sinnvoll sich mit den aktuellen Reanimationsleitlinien zu befassen.

Bitte bringen Sie ein Stethoskop, einen Kittel und einen Stift mit.

## Organisatorisches und Ansprechpersonen

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

Herrn Marius Vaassen

Oberarzt der Klinik für Anästhesie, Schmerztherapie und operative Intensivmedizin

Tel.: 0211 9043-61528

E-Mail: [marius.vaassen@vkkd-kliniken.de](mailto:marius.vaassen@vkkd-kliniken.de)

## Tipps für Lehrende zum Praxisunterricht in unserer Klinik

### **Vorbereitung der Woche:**

- Manual lesen
- Mit den verschiedenen Lehrmethoden vertraut machen
- Rückfragen/ Anregungen an OA Vaassen

# Übersicht über die Lehrveranstaltungen 1. Woche

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	
8:00 Uhr		08:00-11:00 Uhr UaP@work (1:1)	ganztäglich Wahlcurriculum	08:00- 11:00 Uhr UaP im Team/ Mini CEX (1:3) Kontinuierliche Begleitung	08:00-11:00 Uhr UaP@work (1:1)	
9:00 Uhr	09:00-10:00 Uhr Einführung (1:3) Propädeutik, Organisation					
10:00 Uhr	10:00—11:30 Uhr UaP@work (1:1)					
11:00 Uhr						11:00-12:30 Uhr Wrap-up (1:3) Offene Fragen, Lessons learned, Feedback, Evaluation
12:00 Uhr	12:00-13:30 Uhr UaP im Team/ Mini CEX (1:3) Kontinuierliche Begleitung	11:30-13:30 Uhr LaB Teil 4 (0:1) Recherche, Vorbereitung der Fallvorstellung Pat. 1			11:30-13:30 Uhr LaB Teil 4 (0:1) Recherche, Vorbereitung der Fallvorstellung Pat. 2	
13:00 Uhr		Vorbereitung Mini-CEX (0:1)			Vorbereitung Mini-CEX (0:1)	
14:00 Uhr	13:30-16:00 Uhr LaB Teil 1-3 (1:3 - 0:1 - 1:3) Auswahl, Aufnahme, Untersuchungsbefunde Pat. 1+2	13:30-15:00 Uhr LaB Teil 5: (1:3) Fallvorstellungen Pat. 1 in verschiedenen Formaten			13:30-15:00 Uhr LaB Teil 5: (1:3) Fallvorstellungen Pat. 2 in verschiedenen Formaten	13:15-17:00 Uhr Vorbereitung (0:1) eLearning Angebote als Vorbereitung auf den Praxisunterricht der nächsten Woche in einer anderen Klinik
15:00 Uhr						
16:00 Uhr						
17:00 Uhr						

- 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)

- Vorbereitendes Eigenstudium
- LaB-Phasen ohne Lehrende



# Übersicht über die Lehrveranstaltungen 2. Woche

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	
8:00 Uhr	08:00—11:00 Uhr <b>UaP@work (1:1)</b>	08:00-11:00 Uhr <b>UaP@work (1:1)</b>	ganztäglich <b>Wahlcurriculum</b>	08:00-11:00 Uhr <b>UaP im Team/ Mini CEX (1:3)</b> Kontinuierliche Begleitung	08:00-11:00 Uhr <b>UaP@work (1:1)</b>	
9:00 Uhr						
10:00 Uhr						
11:00 Uhr						
	11:30-13:00 Uhr <b>UaP im Team/ Mini CEX (1:3)</b> Kontinuierliche Begleitung	11:30-13:30 Uhr <b>LaB Teil 4 (0:1)</b> Recherche, Vorbereitung der Fallvorstellung Pat. 3			11:30-13:30 Uhr <b>LaB Teil 4 (0:1)</b> Recherche, Vorbereitung der Fallvorstellung Pat. 4	11:00-12:30 Uhr <b>Wrap-up (1:3)</b> Offene Fragen, Lessons learned, Feedback, Evaluation
12:00 Uhr						
13:00 Uhr	13:00-15:30 Uhr <b>LaB Teil 1-3 (1:3 - 0:1 - 1:3)</b> Auswahl, Aufnahme, Untersuchungsbefunde Pat. 3+4	<b>Vorbereitung Mini-CEX (0:1)</b>  13:30-15:00 Uhr <b>LaB Teil 5: (1:3)</b> Fallvorstellungen Pat. 3 in verschiedenen Formaten			<b>Vorbereitung Mini-CEX (0:1)</b>  13:30-15:00 Uhr <b>LaB Teil 5: (1:3)</b> Fallvorstellungen Pat. 4 in verschiedenen Formaten	13:15-17:00 Uhr <b>Vorbereitung (0:1)</b> eLearning Angebote als Vorbereitung auf den Praxisunterricht der nächsten Woche in einer anderen Klinik
14:00 Uhr						
15:00 Uhr						
16:00 Uhr						
17:00 Uhr						

- 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)

- Vorbereitendes Eigenstudium
- LaB-Phasen ohne Lehrende

# UaP@work

UaP steht für "Unterricht an der Patientin oder am Patienten".

Beim UaP@work haben Sie die Möglichkeit, unsere Anästhesistinnen und Anästhesisten bei ihrer Arbeit in einer 1:1 Betreuung im Operationsaal zu begleiten. Sie sollen die Abläufe einer Anästhesie kennenlernen und sofern dies möglich ist, eigenständig Aufgaben unter Aufsicht übernehmen.

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.
- Fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstehen.
- Sehen Sie Kritik als etwas Positives und als Chance an
- Überlegen Sie, was Sie in Zukunft besser machen möchten und wie das gelingt.

Im UaP@work erleben Sie täglich wechselnde Operationsbereiche, in denen wir Patientinnen und Patienten versorgen und auch verschiedene Ärztinnen und Ärzte. So lernen Sie operationsspezifische Besonderheiten und unterschiedliche Vorgehensweisen der zuständigen Kolleginnen und Kollegen kennen

## 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
- Patientinnen und Patienten versorgen, dabei „laut denken“
- Studierende zu Fragen ermuntern
- Selbst vertiefende Fragen stellen und studentische Reflexion anregen
- Studierende Tätigkeiten unter Supervision übernehmen lassen
- Feedback geben

## 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 3 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 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
- 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 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.

Ziel Ihrer Auseinandersetzung mit einem Patientenfall ist es 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.

Sie erfahren lediglich die geplante oder durchgeführte Operation. Weitere Informationen erhalten Sie zunächst nicht.

## 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 ein möglichst umfassendes Bild von Ihrer Patientin/ Ihrem Patienten zu gewinnen

## 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 aus und bringen ihn zusammen mit dem von der Lehrperson auszufüllenden Feedbackbogen 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 und der Lehrperson.

## Intraprofessionelle Übergabe – Oberärztin/ Oberarzt

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.

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

Übergeben Sie die Patientin oder den Patienten an die Lehrperson in Rolle der zuständigen Pflegekraft im Aufwachraum. 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.

## 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
- Studierenden nacheinander die Patientin oder den Patienten vorstellen, Studierende dann eigenständig arbeiten 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 aus und achten Sie insbesondere darauf, Stärken und Verbesserungsvorschläge in den Freitextfeldern zu beschreiben.

## Erste Woche im Praxisunterricht

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

# Anhänge

## SOAP-Schema für die intraprofessionelle Übergabe

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

## ISBAR Schema für die interprofessionelle Übergabe

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



# Best Practice: evidenzbasierter Patientenbericht

## Wichtige hier anonymisierte Aspekte

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

## Einweisungsgrund

V.a. Rezidiv-IPMN (intraduktale papillär-muzinöse Neoplasie des Pankreas) im Restpankreas bei Z.n. Whipple-Operation 2014

## Diagnosen

- Z.n. Whipple-Operation 2014 bei Vorliegen einer IPMN im Pankreaskopf (gemischter Typ)
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) links, aktuell Fontaine Stadium IIb
  - Z.n. PTA der A.femoralis links 2012 und Re-PTA 2015
- Diabetes mellitus Typ I seit dem 20. Lebensjahr unter intensivierter Insulintherapie
  - Diabetische Retinopathie mit Z.n. Laser-Behandlung beidseits 2018
  - Diabetische Polyneuropathie
- Hypercholesterinämie
- Z.n. Appendektomie im Jugendalter

## Therapie:

Milzerhaltende Restpankreatektomie am XX.XX.2020

## Anamnese:

Die Patientin wurde am dd.mm.2020 zur elektiven Restpankreatektomie bei Verdacht auf Rezidiv-IPMN im Restpankreas bei stattgehabter Whipple-OP 2014 stationär aufgenommen. Sie berichtet, dass bei regelmäßigen Kontrolluntersuchungen inkl. MRT im September 2019 erneut zystische Strukturen im verbleibenden Pankreas gefunden worden seien. In einer Kontrolle im Februar 2020 seien diese weiterhin darstellbar gewesen, sodass die operative Entfernung des Pankreas indiziert gewesen sei.

Diese sei am XX.XX.2020 ohne Entfernung der Milz durchgeführt worden. Auf Grund pulmonaler und kardialer Instabilität sei die Patientin postoperativ vier Tage auf Intensivstation geblieben. Vor fünf Tagen erfolgte die Verlegung auf Normalstation. Aktuell gibt die Patientin persistierende Beschwerden bei der Atmung sowie Obstipation und Übelkeit bei Nahrungsaufnahme an. Zu Erbrechen sei es bisher nicht gekommen.

Als Vorerkrankungen berichtet die Patientin von einer pAVK mit Gangstreckenverkürzung auf 50 m. Auf Grund dessen sei eine mehrfache operative Stentversorgung des linken Beines erfolgt. Mit 20 Jahren wurde ein Diabetes mellitus diagnostiziert, die Insulintherapie erfolgt aktuell anhand einer Insulinpumpe nach Plan. Als Folgeerkrankungen resultierten hieraus eine diabetische Retinopathie sowie eine Polyneuropathie. Die Patientin sei ambulant in ein Disease-Management-Programm eingebunden.

Sie habe eine Appendektomie im Jugendalter gehabt.

Die gynäkologische Anamnese ist unauffällig, eine B-Symptomatik wird verneint. Impf- und Medikamentenanamnese sind nicht sicher zu erheben.

Die Familienanamnese ergibt, dass eine Schwester der Patientin fraglich an einer Pankreaserkrankung gestorben sei, ihre Mutter sei ebenfalls an Diabetes mellitus erkrankt gewesen.

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

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.

Größe 168 cm, Gewicht 90 kg, BMI: 31,9 (Adipositas Grad I).

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

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

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

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

Abdomen: Adipöses, geblähtes Abdomen mit querer Laparotomiewunde im medialen Oberbauch ca. 25cm lang, reizlose Wundverhältnisse mit abheilender Krustenbildung. Narben vorhergehender Operationen sichtbar. 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.

Ödematöse Beine rechts>links mit Betonung der Unterschenkel. Integument rau und rissig jedoch ohne offene Wunden.

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 Extremitäten seitengleich, am linken gegenüber des rechten Beines vermindert (Berührung und Wärmeempfinden), Gang bei bekannter pAVK und Polyneuropathie unsicher und kleinschrittig. Standunsicherheit vor allem bei Augenschluss.

## Krankheitsverlauf und Epikrise

Die Patientin wurde elektiv am XX.XX.2020 zur Pankreasrestresektion bei Z.n. Whipple-OP 2014 bei Mixed-Type IPMN in der Chirurgischen Klinik aufgenommen. Die Operation erfolgte in komplikationsloser Intubationsnarkose am XX.XX.2020. Bei pulmonaler und kardialer Instabilität verblieb die Patientin zunächst fünf Tage auf der Überwachungsstation bevor eine Verlegung auf die Normalstation erfolgte.

Hier konnte ein rascher Kostaufbau erfolgen, die Darmpassage zeigte sich jedoch etwas erschwert. Neun Tage nach Operation präsentiert sich die Wunde in reizlosem Zustand.

Die Entzündungswerte zeigten sich im Verlauf fallend und die pulmonale Situation besserte sich unter physiotherapeutischer Beübung. Die Laborwerte wurden regelmäßig kontrolliert und insbesondere die Insulintherapie kontinuierlich angepasst.

Der histologische Befund der Operation ist aktuell noch ausstehend.

Wegen erneuter Gehstreckenverminderung bei bekannter pAVK ist eine weitere Abklärung bei den Kollegen der Gefäßchirurgie geplant.

## Evidenz und Patientenpräferenzen

Intraduktale papillär-muzinöse Neoplasien des Pankreas sind zystische Pankreastumore, die eine Kombination aus diagnostizierbaren Vorläufern eines Pankreaskarzinoms und einem vergleichsweise langsamen Wachstum darstellen. Zum Management von Pankreas-IPMN existiert noch keine evidenzbasierte Leitlinie, jedoch ein Expertenkonsens. Auf Grund der hohen Entartungstendenz empfehlen die Experten eine operative Entfernung bei Hauptgang- und mixed Type - IMPN. Bei Seitengang-IPMN ist unter bestimmten Kriterien auch ein abwartendes Vorgehen möglich. Dies bemisst sich an den Risiken für eine maligne Entartung wie z.B. dem weiblichen Geschlecht, der Größe, Symptomen und Begleiterkrankungen.

Da bei der Patientin initial ein mixed-type IPMN vorlag, war die Indikation zu einer erneuten operativen Entfernung gegeben. Bei V.a. Rezidiv-IPMN sprach sich die Patientin für eine erneute Operation aus. Für eine adjuvante Tumortherapie nach Resektion der IPMN gibt es keine Evidenz.

## Empfehlungen/weiteres Procedere

Bezüglich der Evaluation der pAVK ist eine Vorstellung bei den Kollegen der Gefäßchirurgie geplant.

Auf Grund der exokrinen Pankreasinsuffizienz bitten wir um Fortführung der Enzymsubstitution unter regelmäßiger klinischer Verlaufskontrolle.

Zur klinischen Verlaufskontrolle nach der Operation haben wir mit der Patientin einen Termin in unserer Pankreas-Sprechstunde in sechs Wochen vereinbart. Bei Beschwerden wie progredienten Schmerzen, Rötungen oder Infektionen der Wunde stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung. Bei Vorliegen des histologischen Befundes werden wir die Patientin informieren und das weitere Vorgehen mit ihr besprechen. Den Befund sowie das besprochene weitere Vorgehen werden wir Ihnen schriftlich mitteilen.

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

Die Patientin ist bereits in ein ambulantes Disease-Management-Programm bezüglich Ihres Diabetes mellitus eingebunden. Hier empfehlen wir weiterhin regelmäßige Kontrollen und Wiedervorstellungen.

Nach Evaluation und ggf. operativer Therapie durch die Kollegen der Gefäßchirurgie ist eine Entlassung in das begleitende Wohnen für ältere Menschen, in dem die Patientin bereits vor der Operation wohnte, geplant. Die Beurteilung der Alltagsaktivität sollte sich nach Abschluss der Wundheilung und ggf. operativen Versorgung der pAVK anschließen.

## Medikamentenplan

- ASS 100mg 1-0-0
- Atorvastatin 20mg 1-0-0
- Omeprazol 20mg 1-0-1
- Niedermolekulares Heparin, z.B. Clexane® 40mg 0,4ml s.c. 0-0-1
- (Fortführung für vier bis sechs Wochen postoperativ geplant)
- Alt-Insulin (siehe beigefügter Plan)
- Langzeit-Insulin: Lantus® (siehe beigefügter Plan)
- Kreon® 2x 25 000 IE zu den Mahlzeiten
- Dulcolax® Zäpfchen bei Bedarf

## Best Practice: patientenverständlicher Bericht

Sehr geehrter Herr XXXX,

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

### Der Grund für Ihren Krankenhaus-Aufenthalt

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

gewöhnlich über den ersten Abschnitt vom Darm ab. Sie hatten Bauchschmerzen, weil sich diese Flüssigkeiten bei Ihnen aufgestaut haben.

## Ihre Krankengeschichte und Ihre weiteren Erkrankungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Der Verlauf Ihres Krankenhausaufenthalts

Sie sind am XXXX in unser Krankenhaus gekommen, weil Sie immer stärkere Bauchschmerzen hatten. Wir haben bei Ihnen eine CT-Untersuchung vom Bauch

durchgeführt. Bei einer CT-Untersuchung entstehen scheibenförmige Bilder vom Körper.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Ihre Medikamente

Aktuell sollen Sie folgende Medikamente einnehmen:

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

## Was für Sie jetzt noch wichtig ist:

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

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

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

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

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

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

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