

Praxisunterricht in der  
**Klinik für Viszeral-, endokrine und  
Thoraxchirurgie**  
**im Augusta-Krankenhaus Düsseldorf**

*Chefarzt Prof. Dr.med. Matthias Schauer*



# Inhalt

## Einleitung

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

## Übersicht über die Lehrveranstaltungen (Wochenplan)

## UaP@work

## UaP im Team

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

## Lernen an den Behandlungsanlässen (LaB)

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

## Erste Woche im Praxisunterricht

## Anhänge

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

# Herzlich willkommen!

## Liebe Studierende,

herzlich willkommen in der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, endokrine und Thoraxchirurgie des Augusta Krankenhauses Düsseldorf.

Wir freuen uns auf eine gemeinsame Woche, in der wir Ihnen einen Einblick in unsere tägliche Arbeit geben wollen.

Wir möchten Ihnen typische **viszeral- und thoraxchirurgische Krankheitsbilder** und Fälle aus der **Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie** in Theorie und Praxis vorstellen, die Sie auch als Allgemeinmediziner kennen sollten.

*Wichtig: Sollten Sie ein 2-wöchiges Praktikum in unserem Hause haben, wird die 2. Woche in der Klinik für Gefäßchirurgie stattfinden. Der Treffpunkt in Gefäßchirurgie ist um 8:15 Uhr das Sekretariat des Chefarztes der Gefäßchirurgie.*

## Wichtige Lernziele der Woche:

Am Ende der Woche sind Sie in der Lage:

1. Patientinnen und Patienten aus chirurgischer Sicht einzuschätzen.
2. Eine typische symptomorientierte Anamnese und Untersuchung durchzuführen.
3. Die wichtigsten viszeral- und thoraxchirurgischen Erkrankungen einschließlich Diagnostik und Therapie kennenzulernen (z.B. Hernien, Cholezystitis, Appendizitis, Sigmadivertikulitis, Magen- und Darmkarzinome, Ileus, Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenenerkrankungen, Pleuraerguß und Pneumothorax)
4. Abläufe auf Station, im OP und in der Ambulanz zu verstehen und mitzerleben.

## Besonderheiten in unserer Klinik:

Neben der Viszeral- und Thoraxchirurgie ist auch die Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie ein Schwerpunkt in unserer Klinik.

## Einführung am Montag

Die Einführung am Montagmorgen beginnt um 08:30 Uhr im Sekretariat des Chefarztes der Viszeral-, endokrinen und Thoraxchirurgie, Prof. Dr.med. Matthias Schauer, 2. Etage, Neubau, Zugang von außen über die Tevernstraße gegenüber dem Kindergarten.

**Sie erhalten vorab eine Begrüßungsmail mit letzten Hinweisen. Bitte bringen Sie ein Stethoskop, eine Maske, ihre persönlichen Unterlagen für die Tasks und einen Stift mit.**

## UaP@work und UaP im Team:

Die Studentengruppe besteht üblicherweise aus 1-3 Studentinnen und Studenten. Unter Beisein eines chirurgischen Mitarbeiters oder Oberarztes können Sie die Ambulanz, die Station oder den OP-Saal kennenlernen.

Sie werden die Patienten klinisch untersuchen, eine Anamnese erheben und den jeweiligen Fall am Folgetag vor der restlichen Praxisblockgruppe vorstellen.

Es besteht die Möglichkeit die Basis einer chirurgischen Sonografie, der Wundversorgung, Naht- und Knotentechniken, die Bedienung einer Medelapumpe und die orientierende Befundung von Röntgenbildern zu erlernen.

## Mini-CEX:

Je nach Patientengut und Gelegenheit können folgende Mini-CEX erklärt, geübt und geprüft werden.

1. Anziehen steriler Handschuhe
2. Ambulanz: Blutabnahme und Anlegen einer Braunüle, Erstellen eines EKG's
3. Auf Station (je nach Patientengut): Bed-Side-Test mit Anhängen einer Blutkonserve, Anstechen eines Ports, Entfernung einer Thoraxdrainage
4. Im OP (je nach Patientengut): Chirurgische Händedesinfektion, steriles Anziehen eines Kittels, Anlage eines transurethralen Blasenkatheters, Hautnaht
5. Workshop: Chirurgische Naht- und Knotentechniken

## LaB

Die Patienten unserer Klinik bieten vielfältige Möglichkeiten, unterschiedliche Behandlungsanlässe zu bearbeiten. Dazu sollen Sie einen Patienten zunächst kennenlernen, befragen und untersuchen. Zur weiteren Bearbeitung des Falles bekommen Sie die Patientenunterlagen danach ausgehändigt. Bis zum Folgetag haben Sie Zeit zum Behandlungsanlass zu recherchieren und Ihre Ergebnisse auf den konkreten Fall zu übertragen und vor der restlichen Praxisblockgruppe vorzustellen.

## Wrap-up

Ein Abschlußgespräch findet am letzten Tag statt.

## Erste Woche im Praxisunterricht

Für Studierende, die in unserer Klinik im 3. Studienjahr ihre erste Woche im klinischen Praxisunterricht erleben, versuchen wir eine engere Supervision durch einen chirurgischen Kollegen zu ermöglichen.

1. Hinweise zum Erstellen einer Anamnese
2. Hinweise für eine symptomorientierte Untersuchung
3. Patientenuntersuchungen im Team statt Einzel

## Ihre Vorbereitung der Woche

Damit Sie vom Praxisunterricht optimal profitieren, ist eine vorherige Auseinandersetzung mit den Inhalten der Woche essentiell.

Bitte wiederholen sie die Grundlagen der klinischen Untersuchung des Abdomens.

Bitte wiederholen sie die Anatomie des Thorax, der Viszera des Abdomens, der Leiste und der Bauchwand sowie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse.

## Organisatorisches und Ansprechpersonen

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

*Prof. Dr. Matthias Schauer, Chefarzt*

*Tel. 0211/9043-311*

*Email: matthias.schauer@vkkd-klinken.de*

*Marius Kivilis, Oberarzt, Lehrbeauftragter der Klinik,*

*Tel. 0211/9043-61303*

*Email: marius.kivilis@vkkd-kliniken.de*

## Tipps für Lehrende zum Praxisunterricht in unserer Klinik

- **Vorbereitung der Woche:**
  - das Manual lesen - insbesondere vor dem ersten Einsatz oder bei Änderungen
  - Fragen klären
- **Organisatorisches**
  - Vor Semesterbeginn erhalten Sie den Lehrenden-Einsatzplan und den Rotationsplan der Studierenden
  - Dem Rotationsplan können Sie entnehmen, in welchem Studienjahr die von Ihnen betreuten Studierenden sich befinden
  - bei Terminkonflikten bitte mit dem Dekanat Kontakt aufnehmen

# Übersicht über die Lehrveranstaltungen

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	
8:00 Uhr		08:00-09:30 Uhr <b>LaB Teil 5 (1:3)</b>	ganztäglich <b>Wahlcurriculum</b>	08:00-09:30 Uhr <b>LaB Teil 5 (1:3)</b>	08:30-09:30 Uhr <b>Workshop (1:3)</b>	
9:00 Uhr	09:00-09:30 Uhr <b>Klinikvorstellung (1:3)</b>	Fallvorstellungen in verschiedenen Formaten		Fallvorstellungen in verschiedenen Formaten		<b>Chirurgische Naht- und Knotentechniken</b>
10:00 Uhr	09:30-12:00 Uhr <b>LaB Teil 1-3 (0:1)</b>	09:30-12:00 Uhr <b>LaB Teil 1-3 (0:1)</b>		09:30-12:00 Uhr <b>UaP@work** oder Team** (1:1 oder 1:3)*</b>	09:30-11:00 Uhr <b>UaP im Team Mini-CEX (1:3)*</b>	Kontinuierliche Begleitung
11:00 Uhr					11:00-12:30 Uhr <b>Abschlußgespräch*** (1:3)*</b>	
12:00 Uhr						
13:00 Uhr	12:15-14:45 Uhr <b>UaP@work oder Team** (1:1 oder 1:3)*</b>	12:15-14:45 Uhr <b>UaP@work** oder Team** (1:1 oder 1:3)*</b>		12:15-14:45 Uhr <b>UaP@work** oder Team** (1:1 oder 1:3)*</b>		
14:00 Uhr						14:00-17:00 Uhr <b>Vorbereitung (0:1)*</b>
15:00 Uhr	15:00-17:00 Uhr <b>LaB Teil 4 (0:1)</b>	15:00-17:00 Uhr <b>LaB Teil 4 (0:1)</b>				eLearning Angebote als Vorbereitung auf den Praxisunterricht der nächsten Woche in einer anderen Klinik
16:00 Uhr	Recherche, Vorbereitung der Fallvorstellungen für den Folgetag	Recherche, Vorbereitung der Fallvorstellungen für den Folgetag				
17:00 Uhr						

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

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

\*\*\* Lessons learned, Offene Fragen, Feedback, Evaluation

- 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". 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.

## 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



# UaP im Team

## UaP im Team (Montag bis Donnerstag)

Während Sie beim UaP@work im Berufsalltag lernen, nimmt sich beim UaP im Team eine dafür freigestellte Lehrperson jeden Tag Zeit für Ihre klinische Ausbildung. Sie lernen dabei in einer Gruppe von max. sechs Studierenden an, mit und von Patientinnen und Patienten. Damit Sie einen möglichst sinnvollen Überblick über verschiedene Facetten unserer Fachdisziplin erhalten, treffen Sie in diesem Format jeden Tag auf dieselbe Lehrperson, die somit Ihre Lernfortschritte begleitet. Der Treffpunkt für Ihre 6er-Gruppe wird Ihnen in der Einführungsveranstaltung am Montag mitgeteilt.

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

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

### Tipps für Lehrende zum UaP im Team

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

## Mini-CEX

Mini-CEX (Mini Clinical Examination) sind kurze Prüfungen ärztlicher Fertigkeiten, die in diesem [Video](#) näher vorgestellt werden. Jeder von Ihnen in einer der im Laufe der Woche trainierten Tätigkeiten geprüft. Worauf Sie bei der Durchführung der Tätigkeiten achten müssen, können Sie auch den [Checklisten](#) entnehmen, die entwickelt wurden,

um die Mini-CEX zu bewerten und Ihnen ein strukturiertes Feedback zu Ihrer Leistung zu geben.

## Tipps für Lehrende zur Mini-CEX

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

## Lernen an den Behandlungsanlässen (LaB)

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

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

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

### 1. Auswahl von Patientinnen und Patienten

Die Lehrenden werden Ihnen erläutern, welche Patientinnen und Patienten mit welchen Behandlungsanlässen, sich für den Unterricht bereit erklärt haben. Ihre Mitstudierenden und Sie gleichen ab, welche Behandlungsanlässe Sie schon einmal bearbeitet haben und entscheiden gemeinsam, welche Patientinnen und Patienten wer "aufnehmen" wird. Pro Gruppe von 3 Studierenden stehen 3 Patientinnen oder Patienten zur Verfügung.

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

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

## 2. Patientenaufnahme

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

## 3. Untersuchungsbefunde

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

## 4. Recherche und Vorbereitung der Fallvorstellung

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

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

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

## 5. Fallvorstellung, Feedback, Vertiefung

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

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

Zu Ihrer Fallvorstellung erhalten Sie ein Feedback und es entwickelt sich eine vertiefende Falldiskussion mit den anderen Studierenden Ihrer 3er-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.

# Anhänge

## SOAP-Schema für die intraprofessionelle Übergabe

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

## ISBAR Schema für die interprofessionelle Übergabe

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

# Best Practice: evidenzbasierter Patientenbericht

## Wichtige hier anonymisierte Aspekte

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

## Einweisungsgrund

Akutes Abdomen/Bauchschmerzen

## Diagnosen

- Dünndarmileus, Z.n. Appendektomie im Jugendalter

## Diagnostik

- Klinische Untersuchung, Labor, Sono-Abdomen, CT-Abdomen

## Therapie:

Diagnostische Laparoskopie, Bridenlösung am....

## Anamnese:

Die Patientin wurde am .....unter dem Bild eines akuten Abdomens mit Übelkeit und Erbrechen unter dem V.a. einen Ileus stationär aufgenommen.

Bei Beschwerden haben am Vortag begonnen.

Sie habe eine offene Appendektomie im Jugendalter gehabt.

Wesentliche Vorerkrankungen oder weitere Voroperationen lagen nicht vor.

Eine Gastroskopie und Koloskopie vor 10 Jahren seien unauffällig geblieben.

Eine Schwangerschaft wird ausgeschlossen.

Die Patientin ist Hausfrau und lebt mit Ihrem Ehemann und Kindern in einem Haushalt.

Besondere Erkrankungen in der Familie sind nicht bekannt, da die Patientin als Baby adoptiert wurde.

Reisen hätten in letzter Zeit nicht stattgefunden.

Ein ungewöhnliches Essen hat die Patientin in den letzten Tagen nicht zu sich genommen.

Allergien liegen nicht vor.



## Körperlicher Untersuchungsbefund:

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

**Größe** 168 cm, Gewicht 90 kg.

Die Patientin ist zugewandt und adäquat im Gespräch, wirkt orientiert.

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

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

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

**Abdomen:** geblähtes Abdomen mit reizloser Wunde nach Wechselschnitt im rechten Unterbauch. Klingende und spärliche Darmgeräusche über allen vier Quadranten, perkussorisch teilweise hypersonorer Klopfeschall, keine tastbaren Resistenzen, diffuser Druckschmerz mit Peritonismus.

**Pulsstatus:** Axillarpuls bds. tastbar, A. radialis bds. tastbar, A. brachialis, Leistenpulse, A. poplitea und A. dorsalis pedis beidseits tastbar.

**Extremitäten:** Keine Ödem.

**Neurologisch:** konsensuelle Lichtreaktion beidseits, Visus intakt, Augenfolgebewegungen unauffällig, Sensibilität im Gesicht seitengleich, keine Fazialisparese, restliche Hirnnerven ebenfalls ohne Auffälligkeiten. Kein Absinken im Arm- und Beinhalteversuch, Sensibilität an den Beinen seitengleich, Gangbild unauffällig.

## Krankheitsverlauf und Epikrise

Die Patientin wurde notfallmäßig mit Bauchschmerzen, Übelkeit und Erbrechen aufgenommen. Laborchemisch fanden sich leichte Entzündungszeichen.

Im Sono- und CT-Abdomen fand sich das Bild eines kompletten tiefen Dünndarmileus mit Passagestopp im terminalen Ileum mit nachfolgenden Hungerdarm ohne Hinweise für einen Tumor.

Es erfolgte die Anlage einer Magensonde.

Noch am Aufnahmetag erfolgte die diagnostische Laparoskopie mit Bridenlösung in Intubationsnarkose.

Die Patientin wurde einen Tag auf Intensivstation überwacht.

Im weiteren Verlauf konnte die nicht mehr fördernde Magensonde entfernt und die Patientin innerhalb von 5 Tagen bei guter Darmperistaltik kostaufgebaut werden.

Die Wunde verheilte primär und die Patientin wurde nach einer Woche entlassen.

## Evidenz und Patientenpräferenzen

Auch für einen erfahrenen Chirurgen ist die Entscheidung zwischen konservativer und operativer Therapie eines Dünndarmileus nicht immer einfach zu treffen.

Ein inkompletter Dünndarmileus wird häufig zunächst konservativ mit abführenden Maßnahmen und Magensonde behandelt. Häufig wird im Verlauf eine diagnostische/therapeutische Magen-Darm-Passage durchgeführt.

**Für eine zeitnahe Operation sprechen:** deutlich erhöhte Entzündungszeichen, Peritonismus, kompletter Passagestopp, ein sonst gesunder Patient mit keiner oder nur wenigen abdominalen Voroperationen, Ischämiezeichen des Dünndarmes und freie Flüssigkeit im Abdomen.

Der vormals postulierte Satz: `Über einem Dünndarmileus soll die Sonne nicht auf- oder untergehen` ist nicht mehr allgemein gültig.

## Empfehlungen/weiteres Procedere

Eine Gastroskopie und Koloskopie zur Vorsorge sowie eine Gewichtsreduktion und Blutdruckkontrollen sind zu empfehlen.

Eine spezifische Ernährungsdiät ist nicht erforderlich.

## Medikamentenplan

Movicol 3 x 1 Beutel

Pantozol 40 1-0-0

Clexane 40 s.c. 1-0-0

Novalgin 4 x 30 Tr. b.B.

## Best Practice: patientenverständlicher Bericht

Sehr geehrter Frau.....,

Sie waren vom .... bis zum .... in unserem Krankenhaus auf der Station .... 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 .... in unser Krankenhaus gekommen, weil Sie immer stärkere Bauchschmerzen hatten und Erbrochen haben. Ursache dafür ist ein Darmverschluss.

## 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 einen Darmverschluss. Im Ultraschall und in der Schichtuntersuchung des Bauches haben wir aber keinen Anhalt für einen Tumor. Am wahrscheinlichsten sind Verwachsungen im Bauchraum, die eine Dünndarmschlinge abschnüren. Häufige

Ursache für Verwachsungen im Bauchraum sind frühere Operationen oder Entzündungen im Bauchraum, bei Ihnen die offene Blinddarmentfernung.

## Der Verlauf Ihres Krankenhausaufenthalts

Am XXXXX wurden haben wir eine Bauchspiegelung über 3 kleine Bauchschnitte gemacht (sogenannte Schlüssellochmethode). Damit wir besser Einsicht in den Bauchraum haben, füllen wir medizinisches Gas – Kohlendioxid – ein, dieses lassen wir nach der Operation wieder ab.

In der Operation haben wir einen Verwachsungsstrang gefunden, der eine Dünndarmschlinge verdreht hat. Diesen Verwachsungsstrang haben wir entfernt. Der Dünndarm war danach gut durchblutet und frei durchgängig. Weitere Auffälligkeiten haben wir im Bauchraum nicht gefunden.

Nach der Operation können sie wieder essen, sie sollten gut kauen, damit der Darm einfacher und schneller wieder arbeiten kann.

Es ist sehr wichtig, daß sie aufstehen, weil dies die Darmtätigkeit unterstützt und einer Lungenentzündung vorbeugt.

Das Hautnahtmaterial muß nicht entfernt werden, es löst sich nach 2 Wochen auf.

Sie dürfen sich körperlich belasten, so wie es ihre Schmerzen zulassen.

Es ist normal, daß nach einer Bauchspiegelung noch einige Tage Schmerzen bestehen. Diese fühlen sich wie ein Ganzkörpermuskelskater an, weil die Bauchdecke während der Operation durch das eingeleitete Gas überdehnt wird. Diese Beschwerden verschwinden nach ein paar Tagen von allein.

## Ihre Medikamente

Aktuell sollen Sie folgende Medikamente einnehmen:

- METAMIZOL 4 x 30 Tropfen bei Bedarf
  - Metamizol ist ein Medikament, das Schmerzen lindern soll.
  - Sie können das Medikament bedarfsweise bis zu 4 x täglich oder bei fehlenden Schmerzen auch gar nicht einnehmen
- Clexane 40 MILLIGRAMM
  - Enoxaparin soll verhindern, dass sich Blutgerinnsel bilden.
  - Sie erhalten jeden Abend eine Spritze mit diesem Medikament unter die Haut.
- Movicol-Beutel
  - Movicol soll bei Verstopfungen helfen.
  - Nehmen Sie Movicol bei Bedarf aufgelöst in einem Glas Wasser ein.
- Pantozol 40 mg
  - Dies verhindert ein streßbedingtes Magengeschwür.