

Praxisunterricht in der  
**Klinik für Anästhesiologie und  
Intensivmedizin**  
und dem  
**Zentrum für Schmerzmedizin**  
im **St. Vinzenz-Krankenhaus**



*Liebe Studierende,*

*die Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin und das Zentrum für Schmerzmedizin am St. Vinzenz-Krankenhaus stehen gemeinsam hinter Ihrem Praxisunterricht in der Anästhesie & Schmerztherapie. Daher finden sie im Folgenden die Manuale beider Abteilungen.*

*In der Regel findet die erste Woche Ihres zweiwöchigen Einsatzes in der Anästhesie statt, in der zweiten Wochen sind Sie dann im Zentrum für Schmerzmedizin. Alle Informationen erhalten Sie auf den folgenden Seiten.*

Praxisunterricht in der

## Klinik Anästhesiologie im St. Vinzenz Krankenhaus



# 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 Anästhesiologie und Intensivmedizin des St. Vinzenz-Krankenhauses. Unser Fachbereich stellt mit seinen vier Säulen Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerzmedizin ein vielseitiges und abwechslungsreiches Arbeitsfeld dar, das durch eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit geprägt ist.

In der ersten Woche Ihres Blockpraktikums werden Sie die Anästhesiologie vor allem im operativen Bereich kennenlernen und einige grundlegende anästhesiologische Fähigkeiten erlernen, von denen Sie auch in anderen Fachgebieten profitieren können.

Wir freuen uns auf Sie!

## Wichtige Lernziele der Woche:

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

1. den Ablauf einer Allgemeinanästhesie zu verstehen
2. einen venösen Zugang zu legen
3. verschiedene anästhesiologische Techniken wie Maskenventilation und die Platzierung einer Larynxmaske durchzuführen
4. verschiedene Aspekte der Regionalanästhesie zu verstehen
5. eine strukturierte Übergabe eines Patienten an die Pflegekräfte im Aufwachraum zu machen

## Besonderheiten in unserer Klinik:

Dem muskuloskelettalem Schwerpunkt unseres Krankenhauses entsprechend versorgt die Abteilung für Anästhesie Patientinnen und Patienten, die sich einem Eingriff im Bereich der Unfallchirurgie, Orthopädie, Wirbelsäulenchirurgie und Sportorthopädie unterziehen.

## Einführung am Montag

Der Montagmorgen beginnt um 07:00 Uhr mit einer Hygieneeinführung im kleinen Konferenzraum in der dritten Etage des Josefshauses.

Daran schließt sich die Frühbesprechung der Anästhesieabteilung um 07:30 Uhr im großen Konferenzraum auf derselben Etage im Josefshaus an. In diesem Rahmen werden Sie einem Arzt oder einer Ärztin und einem OP-Saal zugeteilt. Dort beteiligen Sie sich an der Durchführung der anästhesiologischen Maßnahmen.

Gegen 10:00 Uhr werden Sie abgeholt für eine PP-gestützte fachliche Einführung in die Anästhesie und Diskussion. Im Anschluss werden die organisatorischen Abläufe besprochen.



## 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:

UaP@work findet im Operationstrakt statt. Sie begleiten eine Anästhesistin, einen Anästhesisten bei der Arbeit und beteiligen sich an der Durchführung der anästhesiologischen Maßnahmen. Hier erlernen Sie die verschiedenen anästhesiologische Techniken, die als Mini CEX geprüft werden können.

## UaP im Team und Mini-CEX:

Die Zahl der Personen im OP muss aus Platzgründen und aus hygienischen Gründen begrenzt bleiben. Deshalb findet UaP im Team nur in eingeschränkten Maß statt (z.B. gegenseitige Blutentnahmen, Durchführung eines bedside-Testes)

Die folgenden Fertigkeiten werden Sie beim UaP@work erlernen und am Ende der Woche beherrschen. Sie werden als Mini-CEX im OP-Saal geprüft.

1. Maskenbeatmung
2. Legen einer Larynxmaske
3. Wechsel einer Perfusorspritze
4. Ggf. Legen eines venösen Zugangs

## LaB

Wir bieten Ihnen Lernen an Behandlungsanlässen in der Prämedikationsambulanz, im OP und retrospektiv im Aufwachraum an. Die Düsseldorfer Liste der 123 Behandlungsanlässe bildet unsere Tätigkeit am Patienten kaum ab, aber damit können wir kreativ umgehen.

Die Recherche und Vorbereitung der Fallvorstellung am Nachmittag erledigen Sie bitte zu Hause, da uns keine geeigneten Räume und keine Computerarbeitsplätze zur Verfügung stehen.

Die Fallvorstellung erfolgt am nachfolgenden Tag in der Kleingruppe. Hier haben Sie Gelegenheit auch untereinander Ihre bisherigen Erfahrungen auszutauschen.

## Wrap-up

Zur Abschlussbesprechung werden Sie gegen 10:00 Uhr am Freitag abgeholt. Jetzt können bisher unbeantwortete Fragen geklärt werden. Darüber hinaus freuen wir uns über Anregungen und Kritik. Auch Sie erhalten eine Rückmeldung über Ihre Tätigkeit bei uns.

## Erste Woche im Praxisunterricht

Studierende, die in unserer Klinik im 3. Studienjahr ihre erste Woche im klinischen Praxisunterricht erleben, werden sicherlich von der individuellen Betreuung in einer kleinen Gruppe mit drei Praktikant\*Innen und der übersichtlichen Situation in einem kleinen Krankenhaus profitieren.

## Ihre Vorbereitung der Woche

Damit Sie vom Praxisunterricht optimal profitieren, ist eine vorherige Auseinandersetzung mit den Inhalten der Woche essenziell. Bitte studieren Sie hierzu die Open-Access-Publikation:

### **Anästhesie für Medizinstudierende**

Mathis, S., Schlafer, O., Abram, J. et al. *Anaesthesist* 65, 929–939 (2016).

Sie können sich den Artikel unter folgenden Links herunterladen:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00101-016-0231-y>

<https://doi.org/10.1007/s00101-016-0231-y>

## Organisatorisches und Ansprechpersonen

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

Frau Dr. med. Christiane Hülsewiesche

Tel.: 0211-958-8280

e-mail: [christiane.huelsewiesche@vkkd-kliniken.de](mailto:christiane.huelsewiesche@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
  - Rückfragen mit Frau Dr. C. Hülsewiesche klären
- **Organisatorisches**
  - Vor Semesterbeginn erhalten Sie von ... 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 ... Kontakt aufnehmen
- **Besonderheiten in unserer Klinik:**
  - ...



# Übersicht über die Lehrveranstaltungen

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	
7:00 Uhr	07:00-07:30 Uhr Hygiene					
	07:30 Uhr Frühbesprechung	07:30 Uhr Frühbesprechung		07:30 Uhr Frühbesprechung	07:30 Uhr Frühbesprechung	
8:00 Uhr	07:45-10:00 Uhr UaP@work** (1:1 oder 1:3)*	07:45-10:00 Uhr UaP@work** (1:1 oder 1:3)*	ganztäglich Wahlcurriculum	07:45-10:00 Uhr UaP@work** (1:1 oder 1:3)*	07:45-10:00 Uhr UaP@work** (1:1 oder 1:3)*	
9:00 Uhr					UaP im Team Mini-CEX (1:6)*	
10:00 Uhr	10:00-11:00 Uhr Einführung (1:12 bis 1:18)* Propädeutik, Organisation	10:00-11:00 Uhr LaB Teil 5: (1:6)* Fallvorstellungen Pat. 1			10:00-11:00 Uhr LaB Teil 5: (1:6)* Fallvorstellungen Pat. 2	10:00-11:00 Uhr Wrap-up*** (1:12 bis 1:18)* Offene Fragen, Lessons learned,
11:00 Uhr	11:00-12:30 Uhr LaB Teil 1-3 (1:6 - 0:1 - 1:6)* Auswahl, Aufnahme, Untersuchungsbefunde Pat. 1	11:00-12:30 Uhr LaB Teil 1-3 (1:6 - 0:1 - 1:6)* Auswahl, Aufnahme, Untersuchungsbefunde Pat. 2				
12:00 Uhr						
13:00 Uhr				Freiräume können individuell nach Absprache genutzt werden für die Hospitation bei der Prämedikation und der Planbesprechung, im Aufwachraum und auf der Intensivstation	13:15-17:00 Uhr Vorbereitung (0:1)* eLearning Angebote als Vorbereitung auf den Praxisunterricht der nächsten Woche in einer anderen Klinik	
14:00 Uhr	13:30-16:30 Uhr LaB Teil 4 (0:1)* Recherche, Vorbereitung der Fallvorstellung Pat. 1	13:30-16:30 Uhr LaB Teil 4 (0:1)* Recherche, Vorbereitung der Fallvorstellung Pat. 2				
15:00 Uhr	Vorbereitung Mini-CEX (0:1)*	Vorbereitung Mini-CEX (0:1)*				
16:00 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. Sie rotieren zumeist an jedem Tag in eine andere Abteilung.

## Tipps für Lehrende zum UaP@work

- **vor der Veranstaltung:**
  - voraussichtliche Aufgaben strukturieren und überlegen, wo Studierende durch Beobachten oder Arbeiten unter Supervision etwas lernen können
- **während der Veranstaltung:**
  - passives "Mitlaufen" unbedingt vermeiden, Lerngelegenheiten geben!
  - Lernen am Vorbild
  - In Vorleistung gehen: 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 (Freitag)

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

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

## Tipps für Lehrende zur Mini-CEX

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

## Lernen an den Behandlungsanlässen (LaB)

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

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

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

### 1. Auswahl von Patientinnen und Patienten

Die Lehrenden werden Ihnen erläutern, welche Patientinnen und Patienten mit welchen Behandlungsanlässen, sich für den Unterricht bereit erklärt haben. Ihre Mitstudierenden und Sie gleichen ab, welche Behandlungsanlässe Sie schon einmal bearbeitet haben und entscheiden gemeinsam, welche Patientinnen und Patienten wer "aufnehmen" wird. Pro Gruppe von sechs Studierenden stehen 6 Patientinnen oder Patienten zur Verfügung.

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

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

## 2. Patientenaufnahme

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

## 3. Untersuchungsbefunde

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

## 4. Recherche und Vorbereitung der Fallvorstellung

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

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

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

## 5. Fallvorstellung, Feedback, Vertiefung

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

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

Zu Ihrer Fallvorstellung erhalten Sie ein Feedback und es entwickelt sich eine vertiefende Falldiskussion mit den anderen Studierenden Ihrer 6er-Gruppe und der Lehrperson.

### Intraprofessionelle Übergabe - Oberarzt\*ärztin

Übergeben Sie die Patientin oder den Patienten an die Lehrperson, die die Rolle der zuständigen Oberärztin oder des zuständigen Oberarztes übernimmt. Der Patient oder die Patientin ist der Oberärztin/dem Oberarzt unbekannt. Ziel ist es, alle Informationen zu liefern, die nötig sind, um gemeinsam das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen zu beraten. Nutzen Sie das SOAP-Schema (Subjektives Befinden - Objektive Befunde - Assessment - Planung), das im Anhang genauer erläutert wird.

### Intraprofessionelle Übergabe - Nachtdienst

Übergeben Sie die Patientin oder den Patienten an die Lehrperson in der Rolle des Nachtdiensts, der den Patienten oder die Patientin noch nicht kennt. Ziel ist es, ganz kompakt alle Informationen zu liefern, die für den Nachtdienst relevant sind, um die Patientin oder den Patienten sicher zu versorgen. Nutzen Sie das SOAP-Schema (Subjektives Befinden - Objektive Befunde - Assessment - Planung), das im Anhang genauer erläutert wird.

Umreißen Sie subjektives Befinden und objektive Befunde im Hinblick auf die Relevanz für den Nachtdienst möglichst kompakt. Beschränken Sie Assessment und Planung hier auf eine Einschätzung und die Aufgaben für den Nachtdienst.

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

Übergeben Sie die Patientin oder den Patienten an die Lehrperson in Rolle der zuständigen Pflegekraft Ihrer Station. Sie oder er kennt die Patientin oder den Patienten bisher noch nicht. Verwenden Sie hierfür das ISBAR-Schema (Introduction – Situation – Background – Assessment – Recommendation), das im Anhang genauer erläutert wird.

Insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit komplexen, langjährigen Krankengeschichten ist die Auswahl der Informationen, die für Pflegende relevant sind, die wichtigste Vorüberlegung, die zu einer effizienten Übergabe beiträgt.

### Evidenzbasierter Patientenbericht (klinikspezifische Alternativen: z.B. radiologischer Befund, Ambulanzbrief)

Schreiben Sie einen evidenzbasierten Patientenbericht. Der Bericht basiert auf den Ergebnissen aus Anamnese, ggf. körperlicher Untersuchung, der Befunddiskussion, Ihrer Recherche und Ihren Überlegungen zum Management. Orientieren Sie sich gerne am Best Practice Beispiel im Anhang.



## Patientenverständlicher Bericht (klinikspezifische Alternativen z.B. patientenverständliches Aufklärungsgespräch)

Schreiben Sie zusätzlich einen Bericht für die Patientin oder den Patienten. Dieser Bericht soll alle für die Patientin oder den Patienten wichtigen Informationen enthalten. Schreiben Sie den Bericht so, dass er für die Patientin oder den Patienten verständlich ist. Orientieren Sie sich gerne am Best Practice Beispiel im Anhang.

Ziel ist es, dass Sie sich in Ruhe mit patientenverständlichen Formulierungen auseinandersetzen können. Das wird Ihnen dann in der spontanen mündlichen Kommunikation helfen, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen komplexe Zusammenhänge verständlich zu erläutern.

## Fallkonferenz (klinikspezifische Alternativen: z.B. Tumorboard, Röntgenbesprechung, Mitarbeiterfortbildung, ...)

In der Fallkonferenz präsentieren Sie Patientenfälle in der Rolle von Expertinnen und Experten. Sie trainieren hierbei also auch Ihre Präsentations-, Moderations- und Lehrkompetenz. Bitte binden Sie Ihre Mitstudierenden interaktiv in die Falldiskussion ein.

Inhaltliches Ziel ist es, Patientenfälle aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten - gerne auch aus Perspektiven, für deren Reflexion im klinischen Alltag wenig Zeit bleibt. Hierzu dient Ihnen Ihr Vertiefungsimpuls, mit dem Sie eine fundierte Diskussion anstoßen, die Ihnen und der Gruppe hilft Kompetenzen in einem der [acht Kompetenzbereiche](#) weiterzuentwickeln.

## Tipps für Lehrende zum LaB

- **vor der Veranstaltung:**
  - Überblick gewinnen: Welche Patientinnen und Patienten sind verfügbar, welche Behandlungsanlässe können bearbeitet werden.
  - Patientinnen und Patienten briefen (z.B. bitte in Aufnahmesituation versetzen)
- **Auswahl von Patientinnen und Patienten**
  - Studierende in die Entscheidung mit einbeziehen
  - Vorwissen erfragen: wissen die Studierenden, worauf beim Behandlungsanlass zu achten ist? Falls nein, kurzes Einlesen in Behandlungsanlass empfehlen
  - Treffpunkt Teil 3 "Untersuchungsbefunde" mitteilen
  - Studierenden nacheinander die Patientin oder den Patienten vorstellen, Studierende dann eigenständig "aufnehmen" lassen
- **Untersuchungsbefunde**
  - Liefern Sie in einem Lehrgespräch schrittweise, die von Studierenden angefragten Ergebnisse weitergehender Untersuchungen (z.B. EKG, Labor, Bildgebung) und befunden diese interaktiv gemeinsam mit den Studierenden
  - Treffpunkt für die Fallvorstellung mitteilen
- **Fallvorstellung, Feedback, Vertiefung**
  - einen Fall nach dem anderen abschließen. Hierdurch entsteht ein motivierender Wechsel zwischen Vorträgen einzelner Studierender und Interaktion mit der Gruppe.
  - Die Studierenden stellen den Fall zunächst vor (entsprechend des gewählten Formats), dann erhalten die Studierenden von Ihnen und der Gruppe Feedback zur Fallvorstellung, dann wird der Fall im interaktiven Lehrgespräch gemeinsam vertieft.
  - Es geht also nicht nur darum, z.B. eine intraprofessionelle Übergabe zu trainieren, sondern auch darum, Theorie und Praxis zu verknüpfen.
  - Bitte füllen Sie den Feedbackbogen (Link für die verschiedenen Studienjahre einfügen) aus und achten Sie insbesondere darauf, Stärken und Verbesserungsvorschläge in den Freitextfeldern zu beschreiben.

## Erste Woche im Praxisunterricht

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

# Anhänge

## SOAP-Schema für die intraprofessionelle Übergabe

<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

*Bitte hier möglichst ein konkretes, fiktives Beispiel einer Übergabe an Pflegende aus Ihrer Fachdisziplin in wörtlicher Rede ergänzen*

# Best Practice: evidenzbasierter Patientenbericht

*Bitte den folgenden Text möglichst durch ein fiktives Beispiel aus Ihrer Klinik ersetzen.*

## Wichtige hier anonymisierte Aspekte

- Patientenstammdaten (Name, Vorname, Geburtsdatum)
- Aufnahmedatum/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 querrer 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

*Bitte den folgenden Text möglichst durch ein fiktives Beispiel aus Ihrer Klinik ersetzen.*

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 XXXXXXXXXX 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 zugeedrückt 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.

## Praxisunterricht in der **Klinik für Schmerzmedizin**





# 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 Schmerzmedizin

In unserer Klinik behandeln wir ausschließlich Patient\*innen mit chronischen Schmerzen z.B. Rückenschmerzen, Ganzkörperschmerzen wie das Fibromyalgie-Syndrom, Kopfschmerzen oder Nervenschmerzen (neuropathische Schmerzen) im teilstationären oder stationären Setting.

Ca. 10–20 % (8-16. Mill. Menschen) der deutschen Bevölkerung leiden unter chronischen Schmerzen. Chronische Schmerzen haben meist Auswirkungen auf das gesamte Leben des Patienten. Sie sind sehr vielfältig und führen auf verschiedenen Ebenen zu Veränderungen. Viele Menschen ziehen sich sozial zurück, geben Ihre Hobbys auf, nehmen nicht mehr an Aktivitäten von Familie und Freunden teil und können nicht selten auch Depressionen entwickeln. Dazu kommt, dass diese Patienten bereits im Vorfeld nicht selten unter einer Angststörung oder Traumafolgestörungen leiden.

Voraussetzung für die Aufnahme in die Schmerzklinik sind das im Vorfeld ambulante Maßnahmen (z.B. Krankengymnastik, Akupunktur, Reha-Sport, medikamentöse Behandlung etc.) nicht ausreichend zu einer Schmerzreduktion bzw. Verbesserung der Funktionalität geführt haben. Dann steht die bei uns durchgeführte interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMST) im teilstationären oder stationären Setting als Behandlungsmethode der Wahl zur Verfügung (siehe auch Leitlinie unspezifischer Kreuzschmerz, Migräne oder Fibromyalgie). Dazu steht in der Schmerzklinik ein multiprofessionelles Team bestehend aus Schmerztherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten sowie Neurochirurgen und Orthopäden den Patienten zu Verfügung.

## Wichtige Lernziele der Woche:

Klinisch tätige Ärzt\*innen ambulant oder stationär werden mit Schmerzproblemen der Patienten konfrontiert. Schmerzen sind der häufigste Grund, warum Patienten einen Arzt aufsuchen. Daher sollten Ärzt\*innen Schmerzen richtig diagnostizieren und mit einfachen Algorithmen bzw. Interventionen leitliniengerecht behandeln können.

Am Ende der Woche sind Sie in der Lage:

1. Den Unterschied zwischen akuten und chronischen Schmerzen zu verstehen
2. Selbständig eine gezielte Schmerzanamnese unter Berücksichtigung der biopsychosozialen Dimensionen von Schmerz zu erstellen sowie eine einfache symptomorientierte körperliche Untersuchung durchzuführen (mit zur Hilfenahme der uns zur Verfügung stehenden Messinstrumente wie Fragebögen, Analogskalen).
3. Die therapeutischen Inhalte und Ziele einer interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie zu verstehen - und psychologisch-soziale Anteile an chronischen Schmerzen erkennen zu können.

4. Eine Klassifikation von chronischen Schmerzen durchzuführen (nozizeptiv, neuropathisch, neuroplastisch).
5. Einen Überblick über eine pharmakologische (Opioide, Nichtopioid-analgetika, Koanalgetika) vs. nicht-pharmakologische Schmerzbehandlung zu haben.

## Besonderheiten in unserer Klinik:

Eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie geht von einer kombinierten ganzheitlichen Schmerzbehandlung aus, wo mehrere Fachdisziplinen ärztlich, psychotherapeutisch und physiotherapeutisch nach einem individuellen Behandlungsplan auf der Basis eines biopsychosozialen Schmerzmodells gleichwertig nebeneinander arbeiten. Dafür gibt es tägliche Teambesprechungen, um jeden einzelnen Patienten ganzheitlich zu behandeln.

*Neben körperlichen (biologischen) werden also auch geistige, gefühlsmäßige und soziale Einflüsse wirksam, die das Schmerzeschehen positiv oder negativ beeinflussen können. Man spricht deshalb auch vom „**bio-psycho-sozialen Schmerz**“. Dieser Zusammenhang machte auch eine interdisziplinäre Sicht auf den Schmerz, besonders bei chronischem Schmerz, notwendig.*

*Das Ziel ist hierbei nicht nur die Linderung von Schmerzen, sondern auch die Verbesserung der durch Schmerz eingeschränkten körperlichen, psychischen und sozialen Fähigkeiten (Deutsche Schmerzgesellschaft)*

Hierfür muss dem Patienten eine aktive Rolle Patienten in der Behandlung seiner chronischen Schmerzen vermittelt werden. Sie sollen lernen trotz und wegen der Schmerzen selbstbestimmt zu handeln. Hilflosigkeit soll abgebaut, Selbsthilfestrategien erlernt werden, um diese im Alltag anwenden zu können.

Dabei sind die Überwindung von Angst und Vermeidung, aber auch ausgeprägte Durchhaltestrategien oberhalb der Belastungsgrenze zu vermeiden, Bestandteile des multimodalen Therapiekonzeptes.

Informieren Sie sich gerne vorher auf unserer Website über das Therapieangebot (es gibt auch einen Film, in dem sich die Klinik den Patienten vorstellt).

## Einführung am Montag

Die Einführung am Montagmorgen beginnt um 8.30 im Konferenzraum in den Räumen der Schmerzlinik St. Vinzenz Krankenhaus, Eingang über die Jülicher Straße 75, 40477 Düsseldorf (in den Innenhof links neben der Schranke, 5-stöckiges weißgraues Gebäude (Maria-Königin-Haus) die Treppe runter, neben dem Sanitätshaus Ginko). Bitte in der 4.Etage im Sekretariat der Schmerzlinik, Leitung Frau Dr. Blenk, melden.

## Tipps für Lehrende zur Begrüßung

- **vor der Veranstaltung:**
  - Liste der Studierenden einholen (Studienjahr prüfen)
  - Präsentation öffnen (Speicherort-digitaler Studentenunterricht-Fragen an Dr. Posny)
  - Einteilung bei den Kollegen (ASS, Ambulanz, LaB)
- **während der Veranstaltung:**
  - inhaltlich, motivierend einsteigen: Beispiele für die Relevanz der Disziplin, was ist für die Studierenden in der Woche drin?
  - Organisatorisches dann kompakt besprechen
  - Raum für Rückfragen der Studierenden geben
  - am Ende: zum UaP im Team /UaP@work überleiten

## UaP@work: (Unterricht am Patienten / Begleitung bei der ärztlichen Arbeit in 1:1 bis 1:3-Betreuung)

1. In der Schmerzlinik haben Sie im Rahmen der ärztlichen Assessments bzw. der stationären Aufnahmen Gelegenheit den/die ärztlichen Kollegen/Kollegin bei einer ausführlichen Schmerzanamnese mit nachfolgender neurologisch-orthopädischer Untersuchung zu begleiten/zu beobachten bzw. diese auch teilweise selbst durchzuführen (alternativ untersuchen Sie sich unter ärztlicher Supervision im Anschluss gegenseitig).
2. Sie haben die Gelegenheit an einer physiotherapeutischen Gruppeneinheit teilzunehmen. Aufgrund der Raumgröße teilen wir sie hierzu in 2 Gruppen auf (1 x 1 Person, 1 x 2 Personen). Montag von 11-12 Uhr, Dienstag von 11-11.30 (s. Plan).
3. Ebenfalls haben sie die Gelegenheit an einer Psychoedukation geleitet durch unsere psychologischen Kollegen teilzunehmen. Auch hierzu würden wir ihre Gruppe aufteilen (Dienstag 11-12 Uhr und Donnerstag 11-12 Uhr).

**TIPP: Überprüfen Sie noch einmal Ihre Anamnese-Skills sowie die körperliche Untersuchung.**

## UaP im Team (mit freigestellter Lehrperson) und Mini-CEX:

1. Einführungsveranstaltung Montag früh.
2. Anamnese bei einem tagesklinischen Patienten unter Supervision.
3. Körperliche (neurologisch-orthopädisch) Untersuchung bei einem tagesklinischen Patienten unter Supervision.
4. Mini-CEX werden nur in der Anästhesie und nicht in der Schmerzlinik geprüft.

## LaB-Lernen am Behandlungsanlass

Die Studierenden führen eine Anamnese und eine orientierende neurologisch-orthopädische Untersuchung allein bei einem Patienten/Patientin durch. Die Lehrperson wählt hierzu einen geeigneten tagesklinischen Patienten für Sie aus, händigt Ihnen nach der Anamnese und Untersuchung wichtige Befunde (Vorbefunde, MRT, DSF etc.) aus. Sie entwickeln eine Arbeitsdiagnose, führen differentialdiagnostische Überlegungen durch und stellen Therapiemöglichkeiten vor. Dies stellen Sie dann im Rahmen einer Fallvorstellung vor und die Lehrperson diskutiert diesen Fall vertiefend mit Ihnen und gibt Ihnen ein Feedback.

## Wrap-up (UaP im Team)

Die Abschlussveranstaltung beginnt am Freitag um 10:45 Uhr im Arztzimmer, 5. ET im Gebäude der Schmerzklinik (ca. 45 Minuten).

## Erste Woche im Praxisunterricht

Für Studierende, die in unserer Klinik im 3. Studienjahr ihre erste Woche im klinischen Praxisunterricht erleben, haben ist unser Wochenablauf gut geeignet.

1. Bitte melden Sie sich aktiv beim Lehrpersonal montags im Rahmen der Einführungsveranstaltung, wenn Ihnen unklar ist, wie man eine Anamnese und/oder eine orientierende körperliche Untersuchung durchführt.
2. Wir würden zuerst das UaP@work (Assessment, stat. Aufnahme) durchführen. Hier werden vom ärztlichen Kollegen Schmerzanamnese und körperliche Untersuchung erklärt und demonstriert.
3. Dann würden wir für Sie einen geeigneten Patienten für Ihre Fallvorstellung heraussuchen (in der Gruppe). LaB

## Ihre Vorbereitung der Woche (Schmerzklinik)

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

1. Website der Schmerzklinik mit Video und Patienteninformation. (Hier finden Sie viele wichtige Informationen verständlich aufbereitet).
2. Wiederholen Sie bei Bedarf die Grundlagen der Anamnese (Schmerzanamnese) und der orientierenden neurologisch-körperlichen Untersuchung.
3. Lehrbuch/Leitlinien: Rückenschmerzen (spezifisch/unspezifisch), primäre Kopfschmerzen, neuropathische Schmerzen und ggfs. Fibromyalgie.
4. Bitte lesen Sie den anonymisierten Assessment-Brief im Anhang.

## Organisatorisches und Ansprechpersonen

Sie benötigen ein Stethoskop und einen Reflexhammer. Ein Kittel wäre ebenfalls sinnvoll, wenn Sie nicht in ihrer Alltagskleidung untersuchen wollen (aber kein Muss).

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

### Sekretariat:

Fr. Dill / Fr. Oberländer: Tel.: 0211-958-2919 (alternativ: 0211-958-8117)

mail: sz.vkh@vkkd-kliniken.de

### Lehrorganisation:

Fr. Dr. Posny Tel.: 0211-959-8249 / mail: Britta-Sibylle.Posny@vkkd-kliniken.de

Fr. Dr. Blenk Tel: 0211-958- mail: sandra.blenk@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
  - Rückfragen mit Dr. Posny/Dr.Blenk klären
- **Organisatorisches**
  - Vor Semesterbeginn erhalten Sie von Frau Black den Rotationsplan der Studierenden
  - Dem Rotationsplan können Sie entnehmen, in welchem Studienjahr die von Ihnen betreuten Studierenden sich befinden



# Übersicht über die Lehrveranstaltungen

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8:00 Uhr	8:30-09.30Uhr <b>Einführung (1:3)</b> Was ist multimodale Scherztherapie, Organisation	08:00-09:00 Uhr <b>LaB Teil 3 (1:3)*</b> Fallvorstellungen Pat. 1 in verschiedenen Formaten	ganztäglich <b>Wahlcurriculum</b>	08:00-09:00 Uhr <b>LaB Teil 6 (1:3)*</b> Fallvorstellungen Pat. 2 in verschiedenen Formaten	9:00-10:45 Uhr <b>UaP@work** (1:2 oder 1:3)*</b>
9:00 Uhr					
10:00 Uhr	10:45-11:30 Uhr <b>Wrap-up*** (1:3)*</b> Offene Fragen, Lessons learned, Feedback, Evaluation				
11:00 Uhr		11:00-12:00 UaP@work (1:2) <b>Psychoedukation (Alte Klausur)</b>			
12:00 Uhr	12:00-13.30Uhr <b>LaB Teil 1 (1:3)*</b>	11:00-12:00 UaP@work (1:2) Psychoedukation (Alte Klausur)		Alternativ <b>Physio: 11:30 Qi-Gong Raum 1 (1:1)</b>	
13:00 Uhr	Auswahl, Aufnahme, Untersuchungsbefunde Pat. 1	Alternativ Physio-Einheit Dehnen Gruppe C Raum 1			
		<b>12:00-13.30Uhr</b> <b>LaB Teil 4 (1:3)</b>		Gafs. Feedback, offene Fragen 12:00-13:00 Uhr	
14:00 Uhr		Auswahl, Aufnahme, Untersuchungsbefunde Pat.2			
15:00 Uhr	15:00-17:00 Uhr <b>LaB Teil 2 (0:1)*</b> Recherche, Vorbereitung der Fallvorstellung Pat. 1	15:00-17:00 <b>LaB Teil 5 (0:1)*</b> Recherche, Vorbereitung der Fallvorstellung Pat. 2		Gafs. Entspannungsverfahren Gafs. Physiotherapie Gafs. Biofeedback	13:15-17:00 Uhr <b>Vorbereitung (0:1)*</b> eLearning Angebote als Vorbereitung auf den Praxisunterricht der nächsten Woche in einer anderen Klinik
16:00 Uhr					
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
  Lernen an den Behandlungsanlässen (LaB)
  Vorbereitendes Eigenstudium
  Unterricht an der Patientin oder am Patienten (UaP) entweder @work oder im Team oder als Kombination
  LaB-Phasen ohne Lehrende

# UaP@work

UaP steht für "Unterricht an der Patientin oder am Patienten". Früher war auch der Begriff "Unterricht am Krankenbett" gebräuchlich, den wir in diesem Manual verlassen, um auch die Patientenversorgung in Ambulanzen, Funktionsbereichen und Operationssälen einzubeziehen.

Beim UaP@work haben Sie die Möglichkeit, Ärztinnen und Ärzte in einer 1:1- bis maximal 1:3-Betreuung bei Ihrer Arbeit zu begleiten. Sie erweitern Ihre Kompetenzen dabei auf zwei Wegen. Zum einen beobachten Sie die ärztliche Tätigkeit, fragen nach, was Sie nicht verstehen und reflektieren das Vorgehen gemeinsam mit der ärztlichen Lehrperson. Zum anderen übernehmen Sie unter aktiver Supervision selbst ärztliche Tätigkeiten und erhalten dazu konstruktives Feedback.

Feedback ist die Grundlage für die Weiterentwicklung Ihrer ärztlichen Kompetenzen. Das gilt insbesondere für alle Formen des Praxisunterrichts.

- Fordern Sie Feedback ein, wenn Sie es nicht bekommen.
- Hören Sie genau zu.
- Sich zu verteidigen, ist unnötig. Feedbackgebende wollen Sie unterstützen.
- Fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstehen.
- Überlegen Sie, was Sie in Zukunft besser machen möchten und wie das gelingt.

Im UaP@work erleben Sie in jeder Woche verschiedene Settings, in denen wir Patientinnen und Patienten versorgen, und auch verschiedene Ärztinnen und Ärzte. Sie rotieren zumeist an jedem Tag in eine andere Abteilung.

## 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

## 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.

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

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

## 1. Auswahl von Patientinnen und Patienten

Die Lehrenden werden Ihnen erläutern, welche Patientinnen und Patienten mit welchen Behandlungsanlässen, sich für den Unterricht bereit erklärt haben. Ihre Mitstudierenden und Sie gleichen ab, welche Behandlungsanlässe Sie schon einmal bearbeitet haben und entscheiden gemeinsam, welche Patientinnen und Patienten wer "aufnehmen" wird. Pro Gruppe von sechs Studierenden stehen 6 Patientinnen oder Patienten zur Verfügung.

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

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

## 2. Patientenaufnahme

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

## 3. Untersuchungsbefunde

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

## 4. Recherche und Vorbereitung der Fallvorstellung

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

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

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

## 5. Fallvorstellung, Feedback, Vertiefung

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

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

Zu Ihrer Fallvorstellung erhalten Sie ein Feedback und es entwickelt sich eine vertiefende Falldiskussion mit den anderen Studierenden Ihrer 6er-Gruppe und der Lehrperson.

### Intraprofessionelle Übergabe - Oberarzt\*ärztin

Übergeben Sie die Patientin oder den Patienten an die Lehrperson, die die Rolle der zuständigen Oberärztin oder des zuständigen Oberarztes übernimmt. Der Patient oder die Patientin ist der Oberärztin/dem Oberarzt unbekannt. Ziel ist es, alle Informationen zu liefern, die nötig sind, um gemeinsam das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen zu beraten. Nutzen Sie das SOAP-Schema (Subjektives Befinden - Objektive Befunde - Assessment - Planung), das im Anhang genauer erläutert wird.

### 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 (hier: Assessmentbrief) im Anhang.

## 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.



## 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-

Hier klinikspezifischer Bericht = Assessment-Brief

### Wichtige hier anonymisierte Aspekte

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

Frau  
xxx  
FÄ für Anästhesie und Schmerztherapie  
XXXX  
XXXX

**Zentrum für Schmerzmedizin**  
Leitende Ärztin  
Dr. med. Sandra Blenk

St. Vinzenz-Krankenhaus  
Schloßstraße 85  
40477 Düsseldorf

Telefon (02 11) 958-01 (Zentrale)

Schmerztagesklinik:  
Telefon (02 11) 958-2919  
Telefax (02 11) 958-2858

sz.vkh@vkkd-kliniken.de  
www.vkkd-kliniken.de

Ihre Zeichen, Ihre Nachricht vom

Unsere Zeichen  
Pos/A.Lo

Unsere Nachricht vom

Datum  
10.01.2022

## ASSESSMENT-BRIEF

**Frau XXXXXX, geb. XXXXX, Adresse**

Sehr geehrte Frau Kollegin XXXX,

wir berichten Ihnen über o.g. Patientin, die sich am 06.01.2022 in unserem interdisziplinären Assessment befand.

**Schmerzdiagnosen:** Chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Faktoren [F45.41]  
Chronische Lumboischialgie bei [M54.4]  
- Osteochondrose und Neuroforamenstenose links bei L5/S1  
- Antelisthesis L5/S1 Meyerding Grad I  
V.a. ISG-Syndrom links [M54.1]  
Chronisches HWS-Syndrom mit V.a. Zervikocephalgie [M54.2]  
Fibromyalgie ED 10/2021 (nach ACR-Kriterien 2019) [M79.70]  
Omalgie rechts [F45.41]  
Episodische Kopfschmerzen (V.a. Kopfschmerzen vom Spannungstyp) [G44.2]  
DD: Schmerzverstärkung im Rahmen der Zervikocephalgie  
Schmerz-Chronifizierungsstadium (MPSS) Grad: III

**Nebendiagnosen:** Asthma bronchiale  
Z.n. Amaurosis fugax (7/18 und 19/18)- kardiologische und angiologische Abklärung erfolgt  
ADHS

Frau XXXX unterzog sich am 06.01.2022 einer eintägigen Untersuchung (interdisziplinäres Assessment) mit ärztlicher Aufnahme, psychologischem Erstgespräch, physiotherapeutischer Stuserhebung, ressourcenorientierter Pflegeanamnese sowie gemeinsamer Teambesprechung und persönlichem Abschlussgespräch mit der Patientin.

**Anamnese:**

Im Erstgespräch berichtet Frau XXX über seit der Kindheit bestehende Rückenschmerzen. Aktuell beklagt sie Schmerzen im Bereich der LWS mit linksbetonter Ausstrahlung in die Beine. Die Schmerzen strahlen über den linken Glutealbereich, den linken ventralen Oberschenkel, den linken lateralen Unterschenkel bis zur linken Fußkante aus. Intermittierend habe sie auch ausstrahlende Schmerzen rechts gluteal bis zur Mitte des rechten dorsalen Oberschenkels. Der Schmerzcharakter wird als stechend, beschrieben. Sie habe ein bis zwei Mal täglich für Sekunden anhaltende einschließende Schmerzen im Bereich der LWS und im linken ventralen Oberschenkel. Taubheitsgefühle bestünden nicht. Intermittierende Kribbelparästhesien bestünden im Bereich der Beine (eine Polyneuropathie wurde ausgeschlossen). Die Schmerzen werden verstärkt durch langes Sitzen und langes Laufen; gebessert durch Liegen und Wärme-Behandlung.

Des Weiteren leidet Frau XXX unter Schmerzen im Bereich der HWS mit Ausstrahlung über den rechten Hinterkopf über Scheitel und Stirn bis zum rechten Augen. Die linke Seite sei nur selten betroffen. Hier sei der Schmerzcharakter drückend. Eine Ausstrahlung in die Arme bestünde nicht. Circa alle 6 Wochen habe sie für 3 Tage sehr starke Kopfschmerzen (VAS 10) und auch stärkere Schmerzen im Bereich der HWS. Sie bemerke etwas vermehrte Lärm- und Lichtempfindlichkeit, aber keine weiteren Begleitsymptome und auch keine Schmerzverstärkung unter Alltagsbelastung. Symptome einer trigeminoautonomen Kopfschmerzkrankung werden verneint. Beim Auftreten dieser sehr starken Kopfschmerzen helfe ihr nur die Einnahme von 500mg -1 g Novaminsulfon. Der Schmerzcharakter sowohl im Bereich der HWS als auch im Bereich der LWS sei seit den letzten MRT-Untersuchungen 2020 gleichgeblieben.

Zusätzlich klagt die Patientin noch über wechselhaft auftretende, muskelkaterartige Schmerzen im Bereich aller vier Extremitäten, wechselnde Gelenkschmerzen (Ellenbogen, Handgelenke, Knie, OSG, Becken) sowie einen nicht erholsamen Schlaf und Konzentrationsstörungen. Eine rheumatologische Systemerkrankung wurde ausgeschlossen und die Erstdiagnose einer Fibromyalgie wurde 10/2021 vergeben. Weiterhin wird eine vermehrte Druckempfindlichkeit des gesamten Körpers berichtet.

Außerdem berichtet die Patientin noch über seit kürzerer Zeit aufgetretene Schmerzen und leichte Bewegungseinschränkungen im Bereich des rechten Schultergelenks. Der Nachtschlaf sei schmerzbedingt beeinträchtigt.

Unimodale Maßnahmen wie Krankengymnastik oder Analgetika erbrachten nur vorübergehend eine Schmerzlinderung. Frau XXX ist als Ingenieurin in Teilzeit tätig und macht sich Gedanken über ihre weitere Berufsfähigkeit. Außerdem beklagt die Patientin deutliche Einschränkungen in der Lebensqualität sowie in ihren alltäglichen Aktivitäten.

**MRT der HWS vom 18.11.2020 (Fremdbefund):**

Die Bandscheiben sind nicht relevant höhengemindert. Im Segment C6/C7 schmale breitbasige Protrusion, Neuroforamina auch hier frei. Die übrigen Segmente sind unauffällig. Das miterfasste Myelon, die paravertebralen Weichteile sind regelrecht, in den Kieferwinkeln bds. allerdings leicht vergrößerte, wohl am ehesten reaktive Lymphknoten.

**MRT der LWS vom 17.12.2020 (Fremdbefund):**

Kein Nachweis eines Bandscheibenvorfalles. Spondylolisthesis bei Spondylolyse in Höhe von LWK 5/SWK 1 mit fortgeschrittener aktivierter Osteochondrose und Einengung des linken Neuroforamens.

**MRT Kopf vom 11.12.2018 (Fremdbefund):**

Kein auffallender, fokal akuter Befund des Neurokraniums. Supratentoriell periventrikulär bds. jeweils eine kleine alte bzw. als Differentialdiagnose postischämische lakunäre Läsion, möglicherweise Ausdruck eines embolischen Geschehens. Keine typischen Hinweise auf eine Vaskulitis.

**Aktuelle Schmerzmedikation:**

Novaminsulfon 500mg 1-2 Tabl. bei Bedarf (ca. 3 Tage pro Monat)  
Ibuprofen 600mg bei Bedarf (max. 3x/Monat)

**Frühere Schmerzmedikation:** keine

### **Körperlicher Untersuchungsbefund:**

Allgemeine Untersuchung: Frau XXX stellte sich in gutem AZ und adipösem EZ in unserer Klinik zur Schmerztherapie vor. Größe 157 cm, Gewicht 73 kg, HF 85 , RR 120/70 mmHg, SaO<sub>2</sub>: 99%. Cor rein und rhythmisch, keine Dyspnoe, keine Ödeme. Pulmo mit vesikulärem Atemgeräusch. Abdomen weich, keine Resistenz. Darmgeräusche ubiquitär lebhaft, Verdauung regelmäßig. Kein Klopfeschmerz des Schädels.

Orientierende neurologische Untersuchung: MER an der oberen Extremität - BSR beidseits mittellebhaft auslösbar und Radiusperiostreflex beidseits leicht abgeschwächt auslösbar, untere Extremität PSR beidseits mittellebhaft auslösbar und ASR beidseits nicht auslösbar. Finger-Nase-Versuch bds. durchführbar; Eudiadochokinese, Pupillomotorik o.p.B; Lichtreaktion direkt und konsensuell o.p.B., Pupillen eng. Keine Gesichtsfeldeinschränkung, Kopf und Halsweichteile: o.p.B.. Nervenaustrittspunkte der Nervi trigemini V1 bis V3 o.p.B., Nervi occipitales beidseits leicht druckschmerzhaft.

HWS/Schulter/Arme: Kein Klopfeschmerz, Druckschmerz ab C6 bis C7, Reklination und Inkliniation gut vorführbar, Seitwärtsneigung und Rotation linksbetont schmerzbedingt endgradig eingeschränkt vorführbar, Kinn-Jugulum-Abstand: 1 cm. Schulterhochstand rechts, ausgeprägter Hartspann, Schürzengriff links gut vorführbar und rechts leicht eingeschränkt vorführbar, Griff hinter den Kopf sowie Elevation des Armes beidseits gut vorführbar, Kraftgrade der Kennmuskeln 5/5 beidseits. Sensibilität o.p.B.

BWS: Kein Klopfeschmerz, Druckschmerz CTÜ bis TH 6, mäßiger Hartspann, Bewegungsausmaß nicht eingeschränkt, Sensibilität o.p.B.

LWS: Kein Klopfeschmerz, Druckschmerz L2-S1, deutlicher Hartspann, bds. flüssiges Gangbild, Zehengang und Hackengang gut vorführbar, Einbeinstand beidseits sicher vorführbar. Finger-Boden-Abstand 2 cm. Lasegue und Bragard-Test beidseits negativ, Reklination, Lateralflexion, Rotation und Inkliniation gut vorführbar. Sensibilität o.p.B., Kraftgrade 5/5.

Hüfte/ISG/Knie/OSG/Füße: Hüften in Beugung, Rotation und Streckung beidseits frei, Knie in Beugung, und Streckung beidseits frei, keine Umfang- oder Temperaturdifferenzen. ISG-Druckschmerz beidseits links>rechts, Vierer-Zeichen links positiv, Vorlauftest links positiv. Die weiteren Untersuchungen ergaben Normalbefunde.

### **Psychopathologischer Befund:**

Wache, bewusstseinsklare, zu allen Qualitäten orientierte Patientin in gepflegtem Allgemeinzustand. Freundlich und offen im Kontakt bei deutlichem Leidensdruck. Keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen, Ich-Störungen, sowie wahnhaftes Erleben oder Halluzinationen. Formaler Gedankengang wirkt geordnet, Konzentration und Aufmerksamkeit waren in der grob orientierten Prüfung unauffällig. Stimmung schmerz- und belastungsbedingt gedrückt, zeitweise frustriert. Sie grübele viel, meistens über schmerzbezogene Inhalte, sei innerlich unruhig (vordiagnostiziert ADHS). Schwingungsfähigkeit erhalten.

Die Patientin berichtet von Ein- und Durchschlafstörungen mit häufigen Albträumen. Keine Suchtmittel. Zum Zeitpunkt des Assessments ergeben sich keine Hinweise auf akute Eigen- oder Fremdgefährdung. Frau XXX fühle sich durch die Schmerzen in ihrer Lebensqualität und ihrer Alltagsgestaltung deutlich eingeschränkt. Sie habe normalerweise Freude an vielen Aktivitäten und wolle viel machen, fühle sich jedoch durch ihren Körper ausgebremst. Frau XXX habe viele Interessen und Ressourcen und sei sozial gut eingebunden. Durch die Schmerzen sei es deutlich erschwert, die Ressourcen zu nutzen, was belastend sei. Zudem habe sie viele familiäre Stressoren (Tod des Bruders; stressige Verhältnisse mit ihrer Ursprungsfamilie).

In der Schmerzverarbeitung neigt Frau XXX nach erster Einschätzung zu Durchhaltestrategien, zeigt bei sehr starken Schmerzen leichtes Vermeidungsverhalten. Es fehlen zudem Strategien zur emotionalen Bewältigung der aktuellen Belastungssituation. Frau XXX erlebt in der Schmerzbewältigung wenig Selbstwirksamkeit.

Frau XXX beschreibt psychosoziale Belastungsfaktoren und dysfunktionale Schmerzbewältigungsstrategien, die als schmerzverstärkend und –aufrechterhaltend angesehen werden, so

dass eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) diagnostiziert wird.

### **Physiotherapeutischer Untersuchungsbefund:**

#### **Inspektion:**

Schulterhochstand rechts, Taillendreieck rechts kleiner, starke LWS-Lordose. Gangbild ohne Befund.

#### **Palpation:**

Hypertonus im Bereich folgender Muskeln: M. trapezius und M. erector spinae.

Druckschmerzen an folgenden Stellen: gesamte untere Extremität (beide Beinen ab den Hüftgelenken bis zu den Füßen). Druckempfindlicher Schleimbeutel der rechten Schulter.

#### **HWS-Schulter-Armregion**

Funktionelle Bewegungseinschränkungen der HWS in alle Richtungen (Flexion, Extension, Lateralflexion beidseits, Rotation beidseits). Erste Rippe beidseits fest. Gelegentlich Tinnitus. Kopfschmerzen alle paar Wochen bei Nackenschmerzattacken; diese dauern circa 3 Tage. Phasenweise Beeinträchtigungen des Kiefergelenks, hängt gelegentlich bzw. blockiert beispielweise beim Gähnen. Geräuschempfindlichkeit. Keine Bewegungseinschränkungen im Bereich der Schulter-, Ellenbogen- Hand- und Fingergelenke.

#### **LWS-Becken-Hüftregion**

Beidseits starke muskuläre Verkürzungen der Beinmuskulatur (M. iliopsoas, Adduktoren, M. gluteus, ischiocrurale Muskulatur, M. gastrocnemius) wodurch ein ziehender Schmerz entsteht. Keine funktionellen Bewegungseinschränkungen im Bereich LWS-Becken-Hüfte-Knie-oder Fußgelenke. Fersen-, Zehen- und Einbeinstand beidseits gut durchführbar. Vorlaufstest links positiv. Viererzeichen links positiv. Fingerbodenabstand 0 cm.

#### **Neurodynamik:**

In der neurodynamischen Testung der oberen und unteren Extremität gab es keinen positiven Befund. Keine Kraftdefizite vorhanden. Keine Sensibilitätsveränderungen.

#### **Hypothese für die Ursachen der Funktionellen Einschränkungen:**

Muskuläre Dysbalance im cervicothorakalen-, thoracolumbalen- und lumbosakralen Übergang. Haltungsbedingte segmentale Instabilität und funktionelle Bewegungsstörungen. Multiple Schmerzen am ganzen Körper. Segmentale Instabilität durch den Gleitwirbel L4/L5. Die Patientin geht sehr schnell in eine muskuloskelettale Überlastung, da sie trotz der Schmerzen versucht alles durchzuführen und im nachhinein eine Schmerzverstärkung erleidet.

#### **Alltagseinschränkungen:**

Schmerzhafte Einschränkungen im Alltag und Schmerzverstärkungen nach länger andauernden Aktivitäten oder Belastungen. Einschränkungen und Schmerzverstärkungen durch Heben, Tragen, Ziehen, Schieben, Bücken und Haushaltsarbeiten. Die Patientin geht sehr schnell in eine muskuloskelettale Überlastung, da sie trotz Schmerzen alle Belastungen/Bewegungen versucht durchzuführen und im nachhinein eine Schmerzverstärkung erleidet. Einschlafstörungen, unruhig, keine Erholung in der Nacht, wird oft wach, Durchschlafstörungen, häufiger Positionswechsel, Alpträume. Ihre Hobbies sind Lesen, Wassergymnastik und soziale Aktivitäten, welche aufgrund ihrer Schmerzerkrankung nur noch eingeschränkt möglich sind.

#### **Beurteilung:**

Körperlich finden sich eine muskuläre Dysbalance der Wirbelsäule, v.a. im cervicothorakalen-, thoracolumbalen- und lumbosakralen Übergang sowie eine haltungsbedingte segmentale Instabilität und funktionelle Bewegungsstörungen, v.a. im Bereich der HWS. Des Weiteren findet sich ein muskulärer Hypertonus im Bereich des M. trapezius beidseits und des M. erector spinae. Ebenfalls beidseits finden sich deutliche muskuläre Verkürzungen der Beinmuskulatur.

Klinisch findet sich aktuell kein Anhalt für eine akute, interventionsbedürftige, radikuläre Symptomatik. Die klinisch-neurodynamischen Testungen sind ohne Befund, es finden sich keine Kraftdefizite und keine fixierten Sensibilitätsveränderungen. Im Bereich der HWS liegen in der MRT-Untersuchung von

12/2020 keine relevanten Pathologien vor, die Schmerzausprägung sei seit der Untersuchung nicht verändert. Im Bereich der LWS lässt sich aber nicht ausschließen, dass es im Rahmen der Spondylolisthesis mit aktivierter Osteochondrose in Höhe L5/S1 und Einengung des linken Neuroforamens (s. MRT-Befunde 12/2020) und der beschriebenen intermittierend auftretenden Ausstrahlungen entlang der linken Glutealregion, des linken ventralen Oberschenkels und des linken lateralen Unterschenkels bis zur lateralen Fußregion in der Vergangenheit zu Nervenreizungen gekommen ist bzw. noch kommt. Auch sei es seit der MRT-Befundung von 12/2020 zu keiner signifikanten Änderung der Beschwerden gekommen. Zusätzlich können wir die Verdachtsdiagnose eines ISG-Syndroms links bei Druckschmerzen im linken ISG-Bereich sowie einem positiven Vorlaufetest links und einem positiven Viererzeichen links stellen.

Die beschriebenen drückenden Kopfschmerzen im Bereich des rechten Hinterkopfs über Scheitel und Stirn bis hin zum rechten Auge, ca. alle 6 Wochen für 3 Tage auftretend und als sehr stark beschriebene Kopfschmerzen (VAS 10) seien immer auch mit einer Schmerzeskalation im Bereich der HWS vergesellschaftet. Trigeminoautonome Kopfschmerzen wurden vom behandelnden Neurologen eher ausgeschlossen und es gibt nur wenig Hinweise auf eine Migränesymptomatik (wenig ausgeprägte Begleitsymptome, eine Lärm- und Lichtempfindlichkeit - diese habe sie generell, und es treten weder Übelkeit noch Erbrechen und auch keine Schmerzverstärkung durch Alltagsbelastung auf). Wir gehen somit eher von einer Kopfschmerzsymptomatik im Rahmen einer möglichen Zervikocephalgie bzw. differentialdiagnostisch von einem episodischen Kopfschmerz vom Spannungstyp aus (Kieler Kopfschmerzbogen: episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp). Aktuell ist die Beeinträchtigung durch die Kopfschmerzen nicht im Vordergrund. Dies bestätigt sich im HIT-6 Fragebogen mit einem Punktwert von 46, der aussagt, dass aktuell nur ein geringer Einfluss durch die Kopfschmerzen auf das tägliche Leben besteht.

Die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms können wir bei typischen Symptomen (s. Anamnese) bestätigen. Eine rheumatologische Systemerkrankung ist ausgeschlossen worden. Die ACR-Kriterien von 2019 werden erfüllt.

Aufgrund der dysfunktionalen Schmerzbewältigungs- und Durchhaltestrategien, die als weiter schmerzverstärkend und -aufrechterhaltend angesehen werden, kann die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt werden.

Angesichts der lange bestehenden Problematik, der damit einhergehenden deutlichen Einschränkung der Lebensqualität sowie der von uns gestellten Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, empfehlen wir eine tagesklinische interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie.

Frau XXX möchte gerne an dem Programm teilnehmen. Wir haben mit Frau XXX die Teilnahme an einem vierwöchigen teilstationären Gruppenprogramm für Patienten mit chronischen Schmerzen besprochen und sie über die Therapieinhalte ausführlich informiert.

**Procedere:** Bei Schmerzverstärkung oder zunehmender Bewegungseinschränkung im Bereich des rechten Schultergelenks sollte im Verlauf eine ambulante Vorstellung beim Orthopäden erfolgen.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

Dr. med. XXXX  
Leitende Ärztin

XXXX  
Oberarzt



**Anhang:  
Fibromyalgie Fragebogen nach ACR-Kriterien (American college of Rheumatology):**

**WPI: 7 SS-Skala: 7**

Der Fragebogen setzt sich aus zwei Teilen zusammen. Im ersten Teil handelt es sich um den Widespread-Pain-Index (WPI). Der Wert liegt zwischen 0 und 19 Punkten. Im zweiten Teil wird die Symptom Severity Scale (SS-Skala) eingesetzt. Er erfasst die Schwere von drei Symptomen wie Müdigkeit, nicht erholsamer Schlaf und Merk- und Konzentrationsstörungen.

1. Kriterium ist erfüllt, wenn

WPI  $\geq 7$  und SSS  $\geq 5$  oder

WPI 4-6 und SSS  $\geq 9$

2. Generalisierte Schmerzen: trifft zu, wenn 4/5 Regionen (nicht eingeschlossen die Regionen in grau Kursiv)

3. Symptome bestehen  $\geq 3$  Monate

Ein Fibromyalgiesyndrom ist zu diagnostizieren, wenn alle 3 Kriterien, unabhängig davon, ob andere Diagnosen zu diesen Symptomen passen können, erfüllt sind (FMS ist keine Ausschlussdiagnose mehr). In diesem Fall kann die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms bestätigt werden.

**Ergebnisse der Auswertung des Deutschen Schmerzfragebogens  
und der psychometrischen Fragebögen**

Schweregrad nach v. Korff (0-4)	<b>4</b> Hohe Schmerzintensität und geringe Beeinträchtigung
Schmerzstärke (NRS 0-10) momentane-durchschnittliche-größte	3-5-9
painDETECT	10 Bei diesem Score ist eine neuropathische Schmerzkomponente unwahrscheinlich (<15 %).

FFbH-R (Funktions-Kapazität) (0-100%)	<b>87,5%</b> Normale Funktionskapazität
Grad der Behinderung (GdB) %	<b>keinen</b>
HIT-6 (Fragebogen zu Auswirkungen von Kopfschmerzen)	<b>65</b>

Mit dem Schweregrad nach v. Korff werden Informationen über die Schmerzintensität, die schmerzbezogene Beeinträchtigung und die Tage, an denen die Patienten unfähig dazu waren, ihre üblichen Aktivitäten zu verrichten, verrechnet. Als Ergebnis lässt sich ein Schweregrad von 0 bis 4 zuordnen. Der Funktionsfragebogen Hannover Rücken (**FFbH-R**) erfasst die erlebte Funktionskapazität im Alltag (Sitzen, Heben, Stehen Gehen). Die Ergebnisse werden zu einem Wert der erlebten Funktionskapazität verrechnet; 100% entspricht einer vollständigen Alltagsfunktion, 0% einer maximal eingeschränkten Situation.

<b>Psychometrische Auswertung</b>	<b>Vor Therapieprogramm</b>
<b>Depressions-, Angst und Stress-Score, DASS:</b> - Depression (krit.>10 Punkte) - Angst (krit.>6 Punkte) - Stress (krit.>10 Punkte)	D: 3 A: 5 S: 12
<b>MFHW</b> (0-35 Punkte) (krit. < 10 Punkte)	15 /35
<b>Pain Catastrophizing Scale, PCS</b> (krit. > 28 Punkte)	2 /52
<b>Angst/Vermeidung, FABQ</b> (Summe, max. 90 Punkte) - Aktivität (max. 30) - Verursachung Arbeit (max.30) - Prognostik Arbeit (max. 30)	A: 8 V: 17 P: 11

Die **Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS)** ist ein Screening-Instrument zur Erfassung von Angst, Depression und Stressbelastung. Beim **Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden (MFHW)** handelt es sich um einen kurzen Fragebogen zur Erfassung des habituellen Wohlbefindens als Merkmal der erlebten Lebenszufriedenheit. Ein Wert von 10 Punkten und darunter ist auch für Schmerzpatienten ein niedriger (und daher auffälliger) Wert des allgemeinen Wohlbefindens. Der/die Betroffene erlebt seine kognitive/affektive Gestimmtheit als deutlich beeinträchtigt. Mit der **Pain Catastrophizing Scale (PCS)** werden Gedanken und Gefühle, die bei Schmerzen auftreten können, erfasst. Sie gibt einen Hinweis auf das Ausmaß der schmerzbezogenen Katastrophisierung. 28 und mehr Punkte gelten als auffällig, der Maximalwert liegt bei 52 Punkten. Durch den **FABQ (Fear-Avoidance-Beliefs-Questionnaire)** sollen Überzeugungen der Patienten zum Zusammenhang zwischen Schmerzerleben einerseits und Bewegung/Belastung andererseits identifiziert werden. Die Überzeugungen beziehen sich speziell darauf, dass Arbeit, Aktivität, Belastung und Bewegung dem Körper schaden und dadurch Schmerz verursacht oder verstärkt wird.

### Auswertung der physiotherapeutischen Testfragebögen:

Testfragebögen	Eingangstest
<b>PDI</b> (Pain Disability Index)	35,71 % (0-100%)
<b>TSK-GV-11</b> (Tampa Scale of Kinesiophobia)	19 (11-44 Punkte)
<b>BPS</b> (Back Performance Scale)	0 (0-15 Punkte)

**PDI** (*Pain Disability Index*) 7 Fragen über 7 Lebensbereiche, Feststellung der Schmerzproblematischen Einschränkung im Alltag. 0=keine

Einschränkung, 10= völlige Beeinträchtigung; Ergebnisse > 47% gelten als deutliche Beeinträchtigung; **TSK-GV-11** (*Tampa Scale of Kinesiophobia*) ist eine Checkliste, um Angst des Patienten vor Bewegung oder (Wieder)Verletzung zu ermitteln. Ein hohes Ergebnis (>40) steht für eine große Kinesiophobie; **BPS** (*Back Performance Scale*) Testung der Wirbelsäule; 5 Einzeltests der Alltagsbewegungen (Socken anziehen, Lang Sitz, Aufhebe Test, Fingerbodenabstand, Hebe-Test). 0= uneingeschränkte Bewegungsausführung. 15= massive Einschränkung;

PSFS (Patienten Spezifische Funktions-Skala)	Eingangstest
1) Staubsaugen	1 (0-10)
2) Liegen	2 (0-10)
3) Langes Sitzen	3 (0-10)
<b>Gesamtwert (Mittelwert)</b>	<b>6 (2)</b>

Die **PSFS** dient zur Messung der subjektiven Einschätzung von individuell gewählten Aktivitäten und dient zur Evaluation. 0= unfähig die Aktivität durchzuführen, 10= kann die Aktivität wie vor der Verletzung/dem Problem ausführen. Eine minimale Veränderung der Werte nach der Behandlung für den Mittelwert der 3 Bewertungen beträgt 2 Punkte, eine minimale Veränderung der Werte für jede einzelne Aktivität nach der Behandlung beträgt 3 Punkte.