UKD Universitätsklinikum Düsseldorf

hhu Heinrich Heine Universität Düsseldorf

Praxisunterricht am muskuloskelettalen Zentrum des St. Vinzenz Krankenhauses

Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Sportorthopädie, Wirbelsäule und Schmerz

www.medizin.hhu.de

Inhalt

Einleitung

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

Übersicht über die Lehrveranstaltungen (Wochenplan)

UaP@work

UaP im Team

- UaP im Team (Montag bis Freitag)
- Mini-CEX (Freitag, ggf. Montag Woche 2)

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 am muskuloskelettalen Zentrum im Fachbereich Orthopädie und Unfallchirurgie.

Die Orthopädie und Unfallchirurgie befasst sich mit der Diagnostik und Behandlung von frischen Verletzungen, angeborenen Fehlbildungen oder chronisch degenerativen Veränderungen des Bewegungsapparates. Verletzungen und sonstige Erkrankungen des Bewegungsapparates sind häufig und betreffen jeden Menschen wiederholt in seinem Leben.

Unabhängig von Ihrer zukünftig gewählten Fachrichtung ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sie in Ihrem Berufsleben mit Erkrankungen aus dem Feld der Orthopädie und Unfallchirurgie in Kontakt kommen werden.

Neben den Grundlagen, die im Studienblock vermittelt werden, soll der Praxisblock Orthopädie und Unfallchirurgie die Versorgungsrealität lern- und erlebbar machen.

Wichtige Lernziele der Woche:

Am Ende der Praxisblockwoche in der Orthopädie und Unfallchirurgie sind Sie in der Lage…

1. … anhand von Anamnese und einer gezielten Untersuchung zu erkennen, ob relevante Beeinträchtigungen im Bewegungsapparat vorliegen

2. … bei einem Patienten einen Gelenkstatus zu erheben und ein Gelenk adäquat zu untersuchen

3. … Notfälle in der Orthopädie und Unfallchirurgie erkennen und eine Therapiestrategie für diese zu entwickeln

4. … Gründe zu erkennen, die eine akute stationäre Behandlung einer Beeinträchtigung des Bewegungsapparates notwendig machen

Besonderheiten in unserer Klinik:

Diese Praxisblockwoche in der Orthopädie und Unfallchirurgie beschäftigt sich hauptsächlich mit dem Praxisbereich der operativen und stationären Medizin, sowie der orthopädisch-unfallchirurgischen Notfallversorgung in der Notaufnahme. Sie werden an unserem Krankenhaus am muskuloskelettalen Zentrum einen Einblick in die Abläufe der verschiedenen spezialisierten Kliniken gewinnen (Klinik für Orthopädie, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Klinik für Sportorthopädie, Klinik für Wirbelsäule und Schmerz).

In dieser Woche werden sie hauptsächlich auf unseren Stationen, Elektivambulanzen oder Notaufnahme sowie ggf. in den Operationssälen unterrichtet werden.

Einführung am Montag

Der Treffpunkt am 1. Tag des Praxisblocks ist um 8 Uhr im großen Konferenzraum im Josefshaus (Verwaltungsgebäude, EG), die Einführung findet im Anschluss nach der gemeinsamen Morgenbesprechung statt. Bitte seien Sie am 1. Tag pünktlich und bringen einen sauberen Kittel mit.

Tipps für Lehrende zur Begrüßung

- Liste der Studierenden einholen (Studienjahr prüfen)
- Organisatorisches kompakt besprechen
- inhaltlich, motivierend einsteigen: Beispiele für die Relevanz der Disziplin, was ist für die Studierenden in der Woche drin?
- Raum für Rückfragen der Studierenden geben
- Zuteilung der Studierenden zu Lehrenden eintragen
- am Ende: zum UaP im Team/@work überleiten

UaP@work:

Zum UaP@work begrüßen wir Sie zum einen auf unseren Stationen (A1, B2, B3) als auch in unserer Notaufnahme (Erdgeschoss) sowie in den Operationssälen. Bitte bringen Sie einen sauberen Kittel mit.

UaP im Team und Mini-CEX:

Im Rahmen des UaP im Team werden Sie eine zuvor festgelegte Lehrperson zugeteilt bekommen, welche Sie im Rahmen des Praxisblockunterrichts begleiten und unterstützen wird. Die Lehrperson soll Ihnen bei Fragen zur Seite stehen, Ihnen die relevanten Mini CEX demonstrieren und vermitteln als auch bei der Erarbeitung der LABs zuständig sein. Der UaP im Team-Anteil ist in der Orthopädie und Unfallchirurgie besonders groß.

Die folgenden Fertigkeiten werden Sie am Ende der Woche beherrschen: Körperliche Untersuchung der großen Gelenke (Hüftgelenk, Schultergelenk, Kniegelenk und Wirbelsäule), steriles Arbeiten (Handschuhe und Kittel anziehen, Händedesinfektion). Nach Möglichkeit wird bei personell freien Kapazitäten additiv ein Nahtkurs sowie ein Reanimationskurs angeboten. Darüber hinaus werden Sie die Gesprächsführung mit den Patienten erlernen und vertiefen und eigenständige Anamnesen erheben. Zudem besteht die Möglichkeit am Freitag, ggf. am darauffolgenden Montag eine Mini-CEX zu absolvieren.

Hierbei könnten folgende Mini-CEX in den Unterricht eingebunden werden:

1. Das korrekte Anziehen von sterilen Handschuhen oder eines sterilen Kittels

2. Chirurgische Händedesinfektion

3. Körperliche Untersuchung, speziell Erhebung des Gelenkstatus von Knie, Hüfte, Schulter und Wirbelsäule

4. Nähen

5. Durchführung eines Bed-Side-Test

5. ggf. Reanimation (Basic Life Support)

LaB

Sie erhalten reichlich Gelegenheit, Patienten zu sehen, zu untersuchen und einen für Sie relevanten/interessanten Behandlungsanlass benennen zu können. Im Anschluss können Sie relevante Vorbefunde einsehen und bekommen Unterstützung bei der Aufarbeitung insbesondere orthopädischer Behandlungsansätze. Im Anhang finden Sie Beispiele für Übergaben und Briefe im ambulanten Setting. Bei der Fallvorstellung erhalten Sie dann noch ergänzende Rückmeldungen zu aktuellen Befunden.

Wrap-up

Die Abschlussveranstaltung beginnt am Freitag um 11:30 Uhr nach dem UaP.

Erste Woche im Praxisunterricht

Für Studierende, die in unserer Klinik im 3. Studienjahr ihre erste Woche im klinischen Praxisunterricht erleben, haben wir einen leicht modifizierten Wochenablauf entwickelt, der Ihnen den Einstieg in das Format "Praxisunterricht" erleichtern soll:

1. Die ersten 2 Tage erhalten Sie eine besondere Supervision in der Gruppe und werden die erste LaB-Patientenaufnahme im Team gemeinsam erarbeiten

2. Ab dem 3. Tag erfolgt der Einsatz ganz „normal“.

Ihre Vorbereitung der Woche

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

1. Bitte das im Famulaturreifekurs zum Bewegungsapparat gelernte auffrischen

2. Digitale Lerneinheiten der Orthopädie und Unfallchirurgie in ILIAS

Organisatorisches und Ansprechpersonen

Bitte kommen Sie pünktlich und bringen einen sauberen Kittel mit. Beachten Sie die aktuellen Hygieneregeln für den Studentenunterricht sowie für das Betreten der Ambulanz und der Station.

Um den Unterricht im Praxisblock am muskuloskelettalen Zentrum möglichst abwechslungsreich zu gestalten, werden Sie durch die verschiedenen Abteilungen rotieren, um möglichst viele Abläufe kennenzulernen und verschiedene klinikspezifische unfallchirurgisch-orthopädische Grundlagen zu erwerben. Dabei wurde ein fester Rotationsplan mit Betreuung durch die u.g. Abteilungen erstellt:

Montag:	Orthopädie (Station B2)
Dienstag:	Wirbelsäule (Station B3)
Donnerstag:	Sportorthopädie (Station B2)
Freitag:	Unfallchirurgie (Station A1)

Sollten Sie Fragen zum Praxisunterricht in unserer Klinik haben, wenden Sie sich bitte an: Dr. med. Tim Feldmann (tim.feldmann@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. med. T. Feldmann klären
- **Organisatorisches**
  - Vor Semesterbeginn erhalten Sie von Frau Black den Lehrenden-Einsatzplan und den Rotationsplan der Studierenden
  - Dem Rotationsplan können Sie entnehmen, in welchem Studienjahr die von Ihnen betreuten Studierenden sich befinden

Übersicht über die Lehrveranstaltungen

	Montag (Orthopädie)	Dienstag (Wirbelsäule)	Mittwoch	Donnerstag (Sportorthopädie)	Freitag (Unfallchirurgie)
8:00 Uhr	8:00-09:00 Uhr Morgenbesprechung, Einführung, Organisation	8:00-08:30 Uhr Morgenbesprechung	ganztägig **Wahlcurriculum**	8:00-08:30 Uhr Morgenbesprechung	8:00-08:30 Uhr Morgenbesprechung
9:00 Uhr	09:00-11 Uhr **UaP@work und UaP im Team** ***(1:3)**	09:00-11:00 Uhr **UaP@work und UaP im Team** ***(1:3)**		**9:00-10:00 Uhr *(1:3)** **UaP@work und UaP im Team**	9:00-11:30 Uhr **UaP@work und UaP im Team** **MINI-CEX** ***(1:3)**
10:00 Uhr				10:00-11:30 Uhr **LaB Teil 1-3 *(1:3)** Auswahl, Aufnahme, Untersuchungsbefunde Pat. 1	
11:00 Uhr					
12:00 Uhr	11:30-13:00 Uhr **LaB Teil 1-3 *(1:3)** Auswahl, Aufnahme, Untersuchungsbefunde Pat. 1	11:30-13:00 Uhr **LaB Teil 5 *(1:6)** Fallvorstellungen Pat. 1 in verschiedenen Formaten		11:45-13:15 Uhr **LaB Teil 4 *(1:3)** Recherche, Vorbereitung der Fallvorstellung Pat. 2	11:30-13:00 Uhr **Wrap-up *(1:6)** Offene Fragen, Lessons learned, Feedback, Evaluation
13:00 Uhr					
14:00 Uhr	13:30-15:00 Uhr **LaB Teil 4 *(1:3)** Recherche, Vorbereitung der Fallvorstellung Pat. 1	13:30-15:00 Uhr **Vorbereitung MINI-CEX** ***(0:1)**		13:30-15:00 Uhr **LaB Teil 5 *(1:6)** Fallvorstellungen Pat. 2 in verschiedenen Formaten	13:30-16:00 Uhr **Vorbereitung** eLearning Angebote als Vorbereitung auf den Praxisunterricht der nächsten Woche in einer anderen Klinik
15:00 Uhr					
16:00 Uhr					
17:00 Uhr					

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

- 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 unterstützten.
- 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

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 Fachdiszplin erhalten, treffen Sie in diesem Format jeden Tag auf dieselbe Lehrperson, die somit Ihre Lernfortschritte begleitet. Der Treffpunkt für Ihre 6er-Gruppe wird Ihnen in der Einführungsveranstaltung am Montag mitgeteilt.

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

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

Tipps für Lehrende zum UaP im Team

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

Mini-CEX

Mini-CEX (Mini Clinical Examination) sind kurze Prüfungen ärztlicher Fertigkeiten, die in diesem Video näher vorgestellt werden. 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 zugelost. 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 zulosen
  - 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 versetzten 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

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

Beispiel der Übergabe an die Oberärztin/den Oberarzt der Ambulanz

„und nun zu Frau XXX, sie ist XX Jahre alt und stellt sich heute erstmals in unserer Endoprothesensprechstunde vor. Sie klagt seit nun mehr 3 Jahren über progrediente Schmerzen im Bereich des rechten Hüftgelenkes. Bisher war sie diesbezüglich bei ihrem niedergelassenen Orthopäden in Behandlung und hat bereits mehrere konservative Therapieoptionen wie Physiotherapie, die Verwendung eines Gehstockes als auch die Einnahme von Analgetika (Novalgin und Ibuprofen) versucht. Initial hätte sie damit die Beschwerden gut kontrollieren können, ist nun aber in ihrem Alltag zunehmend eingeschränkt. Bis auf einen medikamentös eingestellten arteriellen Hypertonus bestehen keine relevanten Vorerkrankungen.

In der klinischen Untersuchung zeigt sich eine reizlose rechte Hüfte. Es besteht ein Druckschmerz in der rechten Leiste sowie über dem rechten Trochanter major. Es besteht ein Rotationsschmerz im Hüftgelenk und sowohl die Flexion, als auch die Innen- und Außenrotation sind im Seitenvergleich eingeschränkt. Bei Mobilisation zeigt sich ein humpelndes Gangbild. In den angefertigten Röntgenaufnahmen zeigt sich eine ausgeprägte Coxarthrose rechts entsprechend Kellgren und Lawrence Grad 4.

Bei der Patientin liegt eine symptomatische Coxarthrose auf der rechten Seite vor, welche durch konservative Maßnahmen nicht mehr kontrolliert werden kann. Einen Anhalt für eine sekundäre Form der Coxarthrose haben wir keine. Wir sollten die Patientin über die Möglichkeit eines endoprothetischen Ersatzes des rechten Hüftgelenkes sowie alternativ die Fortführung der konservativen Maßnahmen mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen informieren. Sollte sie sich für eine operative Therapie entscheiden, benötigen wir noch neue Röntgenaufnahmen zur OP-Planung. Wir

sollten der Patientin Bedenkzeit einräumen und eine Wiedervorstellung in 14 Tagen zur Festlegung des Procederes planen.

Beispiel für eine Übergabe an den Nachtdienst in der ZNA

„Frau XXX hat seit mehreren Wochen Schmerzen im Bereich der LWS, sie war bereits bei ihrem niedergelassenen Orthopäden und hat von diesen Infiltrationen erhalte, seit 2 Tagen seien die Schmerzen jedoch nun wieder progredient. Schmerzmittel nimmt sie aktuell keine ein.

Die klinische Untersuchung ist bis auf einen Druckschmerz in der paravertebralen Muskulatur der LWS linksseitig unauffällig. Es besteht insbesondere kein knöcherner Klopfschmerz oder eine Neurologische Ausfallsymptomatik. Das Labor, was wir zum Ausschluss einer Spondylodiszitis gemacht haben, ist unauffällig.

Sie leidet am ehesten unter muskulären Schmerzen bei einem degenerativen Wirbelsäulenleiden. Aktuell bekommt Schmerzmittel i.v., dann kann sie nach Hause entlassen werden und wird sich mit einem ambulanten MRT wieder vorstellen“.

ISBAR Schema für die interprofessionelle Übergabe

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

„Liebe Frau X, Müller ist mein Name, ich bin der neue Assistenzarzt in der Abteilung, ich berichte ihnen von Frau XXX. Frau XXX haben wir heute Morgen geplant zur Implantation einer Hüftprothese auf der rechten Seite bei ausgeprägter Arthrose aufgenommen. Die Operation haben wir soeben komplikationslos durchgeführt. Ansonsten ist Frau XXX bis auf einen arteriellen Hypertonus gesund.

Zur Vorgeschichte müssen sie wissen, dass Frau XXX bereits seit mehreren Jahren durch die Arthrose sehr eingeschränkt war. Zuvor war sie aber immer sehr mobil. Sie hat lange Jahre selbst als Krankenschwester gearbeitet. Aktuell lebt sie mit ihrem Mann zusammen und hat 2 Kinder, die sich gut kümmern. Allergien hat Frau XXX keine. Sie nimmt lediglich Ramipril 2,5 mg morgens aufgrund ihres Blutdruckes ein. Aktuell geht es Frau XXX nach der OP gut, ihre Kreislaufparameter sind alle stabil, in der BGA ist der Hb-Wert perioperativ stabil geblieben. Sie hat keine Drainagen einliegend. Die Wunde ist mit einem Wabenpflaster versorgt, kein Spika-Verband. Frau XXX sollte in den nächsten Tagen eine forcierte Außenrotation sowie eine Flexion über 90° vermeiden. Sie darf bereits heute aufstehen und sich an UAG`s unter Vollbelastung mobilisieren. Analgesie und Thromboseprophylaxe kann sie nach unserem festgelegten Standart-Schema erhalten. Wenn Frau XXX mobilisiert ist, machen wir eine Röntgenkontrolle der Hüfte. Unser Ziel sollte es sein, dass Frau XXX in 4-5 Tagen so mobil ist, dass sie vor der geplanten Reha noch einmal kurz nach Hause kann.

Best Practice: evidenzbasierter Patientenbericht

Wichtige hier anonymisierte Aspekte

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

Beispiel:

Einweisungsgrund

Septische Arthritis rechtes Kniegelenk

Diagnosen

• Z.n. Knie- TEP Implantation bei Gonarthrose rechts

• Arterieller Hypertonus

• Z.n. Appendektomie im Jugendalter

Therapie:

Spülung des rechten Kniegelenkes sowie Inlay-Wechsel XX.XX.2022

Anamnese:

Der Patient wurde uns über unsere Notfallaufnahme durch den niedergelassenen Kollegen bei oben genannter Verdachtsdiagnose zugewiesen. Der Patient beklagte zunehmende Schmerzen sowie eine Schwellung und Rötung des rechten Kniegelenkes bei einliegender Knie-Totalendoprothese. Vor circa 2 Wochen sei er auf dasselbe Knie gestürzt und hatte sich hierbei eine kleine Rissquetschwunde präpatellar zugezogen, die anamnestisch problemlos ausgeheilt sei. Bei nun zunehmender Rötung, Schwellung und Schmerzen sowie Fieber des Patienten erfolgte zunächst die Vorstellung beim niedergelassenen Kollegen. Dieser habe eine Kniegelenkspunktion durchgeführt, in welcher sich putrides Sekret zeigte. Daher Notfalleinweisung des Patienten in die hiesige Klinik zur weiteren operativen Versorgung.

Als Vorerkrankungen berichtet der Patient von einem arteriellen Hypertonus, der medikamentös gut eingestellt sei. Als Voroperationen wird eine Appendektomie im Jugendalter genannt. Allergeien bestünden keine. Die Familienanamnese ergibt keine relevanten Auffälligkeiten. Bei der Genussmittelanamnese berichtet der Patientin von gelegentlichem Alkoholkonsum am Wochenende, Nikotinabusus bestünde keiner. Reisen hätten in letzter Zeit nicht stattgefunden. Der Patient arbeitet als Abteilungsleiter in einem Supermarkt und lebe zusammen mit seiner Ehefrau und seinen 2 Kindern in einer Doppelhaushälfte am Stadtrand.

Körperlicher Untersuchungsbefund:

Der Patientin ist zugewandt und adäquat im Gespräch, voll orientiert. Vitalparameter: Herzfrequenz: 96/min, regelmäßig, RR: 135/75 mmHg, Atemfrequenz: 20/min. Größe 168 cm, Gewicht 90 kg, BMI: 31,9 (Adipositas Grad I).

Untere Extremität rechts: Ubiquitäre Schwellung des rechten Kniegelenkes, Überwärmung und Rötung, keine fortgeleiten Entzündungszeichen, schmerzhafte Bewegungseinschränkung, Extension /Flexion 0/10/60°, Druckschmerzen im Bereich des medialen und lateralen Gelenkspaltes, prätibiale ältere Rissquetschwunde mit lokoregionärer Rötung. Periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität intakt.

Der Patient hat eine erhöhte Temperatur von 39,0° Grad.

Krankheitsverlauf und Epikrise:

Der Patient wurde zur weiteren Therapie stationär aufgenommen. Laborchemisch zeigten sich deutlich erhöhte Infektionsparameter (CRP 200 mg/l, Leukozyten 20.000), hämodynamisch zeigte sich der Patient stabil. Aufgrund des putriden Punktats sowie des klinischen und laborchemischen Befundes wurde mit dem Patienten die notfallmäßige Revision mit Spülung des rechten Kniegelenkes und Inlaywechsel besprochen. Diese konnte noch am Vorstellungstag problemlos durchgeführt werden.

Postoperativ zeigte sich der Patient kardiopulmonal stabil und konnte auf unsere Normalstation aufgenommen werden. Die regelmäßig durchgeführten Wund-, Befund- sowie laborchemischen Verlaufskontrollen zeigten sich stets verlaufsgerecht. Die pDMS der rechten unteren Extremität zeigte sich allzeit intakt. Die intraoperativ entnommenen Proben ergaben den mikrobiologischen Nachweis von Staph. Aureus, sodass eine antibiotische Therapie mittels Flucoxacillin i.v. begonnen wurde. Unter der

antibiotischen Therapie zeigte sich eine deutliche Befundverbesserung. Während des stationären Aufenthaltes konnte Herr XX unter Teilbelastung des rechten Beines an Unterarmgehstützen unter physiotherapeutischer Beübung mobilisiert werden. So kann der Patient heute in subjektivem Wohlbefinden in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden.

Evidenz und Patientenpräferenzen:

Die septische Arthritis ist definiert als eine durch eine bakterielle Infektion eines Gelenkes entstehende Arthritis. Diese kann auf unterschiedlichen Wege entstehen: Über die Blutbahn (hämatogen) kann eine systemische Infektion sich im Bereich eines Gelenkes bemerkbar machen. Eine andere Ursache kann eine benachbarte Weichteilinfektion sein, die sich auf das benachbarte Gelenk überträgt.

Weitere Ursachen können sein: Intraartikuläres iatrogenes Einbringung von Keimen zum Beispiel durch eine Gelenkpunktion, Immunsuppression, Bagatellverletzung im Bereich des Gelenkes. Mit zunehmendem Alter und häufigem prothetischem Gelenkersatz nimmt die Inzidenz der Protheseninfektionen stetig zu.

Zur Sicherung der Diagnose erfolgt zumeist zunächst eine Gelenkpunktion. Folgende Befunde weisen auf eine septische Arthritis hin:

• Leukozytenzahl über 50.000/µl mit massig Granulozyten

• Laktatgehalt größer 100 mg/dl

• Nachweis von Bakterien im Punktat

Zumeist folgt auf den Nachweis einer septischen Arthritis eine operative Intervention mittels arthroskopischer Spülung oder offener Gelenkspülung sowie (Teil-)Entfernung/Wechsel von einliegendem Fremdmaterial.

Empfehlungen/weiteres Procedere:

Wir empfehlen regelmäßige ambulante Wund- und Befundkontrollen beim niedergelassenen Kollegen. Das einliegende Fadenmaterial kann nach Abschluss der Wundheilung circa 14 Tage postoperativ entfernt werden.

Die Mobilisation des Patienten kann postoperativ unter physiotherapeutischer Anleitung unter beschwerdeadaptierter Vollbelastung an Unterarmgehstützen erfolgen. Bis zum Erreichen der hilfsmittelfreien Mobilität ist eine leitliniengerechte Thromboseprophylaxe mittels niedermolekularem Heparin, z.B. Clexane® 40mg 0,4ml s.c. 0-0-1 durchzuführen.

Die bereits begonnene antibiotische Therapie mittels Cotrim forte 960mg 1-1-1 sowie Rifampicin 600 mg p.o 1-0-1 sollte für weitere 10 Wochen unter regelmäßigen laborchemischen Kontrollen fortgeführt werden. Bei Besonderheiten wie z.B. zunehmenden Beschwerden oder lokalen / systemischen Infektionszeichen ist eine frühere Wiedervorstellung jederzeit möglich.

Medikamentenplan:

• Ramipril 2,5 mg 1-0-0 (Hausmedikation)

• Niedermolekulares Heparin, z.B. Clexane® 40mg 0,4ml s.c. 0-0-1 (Thromboseprophylaxe)

• Ibuprofen 600 mg 1-1-1 (Analgesie)

• Pantoprazol 40 mg 1-0-0 (Magenschutz bei NSAR Gabe)

Best Practice: patientenverständlicher Bericht

Beispiel:

Sehr geehrter Herr XXXX,

Sie waren vom XXXXXXX bis zum XXXXXXXXXX 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, da sie sich am Vortag beim Freizeitsport im Rahmen eines Umknicktraumas mit dem rechten Fuß einen Bruch ihres Wadenbeins auf Höhe des Sprunggelenks zugezogen haben. Da diese Art von Brüchen operativ versorgt werden muss haben wir sie in unserer Abteilung aufgenommen.

Ihre Krankengeschichte und Ihre weiteren Erkrankungen

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

Sie haben einen frischen Bruch ihres Wadenbeins auf Höhe des Sprunggelenks der rechten Seite. Ein Bruch, wie sie ihn erlitten haben, sollte in der Regel mittels einer Operation versorgt werden, da eine Heilung des Bruches ansonsten unwahrscheinlich ist und eine Instabilität ihres Sprunggelenkes entstehen kann. Eine ausbleibende Bruchheilung sowie Instabilität im Bereich des Sprunggelenkes können zu einer frühzeitigen Arthrose im Bereich des Gelenkes führen.

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.

Im Jugendalter sind sie bereits einmal operiert wurden. Sie hatten eine Entzündung ihres Blinddarms, weshalb dieser operativ entfernt wurde.

Der Verlauf Ihres Krankenhausaufenthalts

Um den Bruch jedoch gut operativ versorgen zu können, müssen die Weichteile gut abgeschwollen sein. Bedingt durch den Bruch ist es bei ihnen, wie es üblich ist, zu einer ausgeprägten Schwellung im Bereich ihres Sprunggelenkes gekommen. Daher haben wir sie stationär aufgenommen und ihnen zunächst einen Gips zur Ruhigstellung angelegt, sie haben ihr Bein viel hochgelagert und gekühlt und haben abschwellende Anwendungen durch unsere Physiotherapeuten erhalten.

Im Verlauf konnten wir ihr Sprunggelenk dann am XX.XX.2022 erfolgreich operieren. Wir haben den Bruch offen eingerenkt und mit Hilfe einer Platte und mehrerer Schrauben fixiert. Die Platte und Schrauben liegen unter der Haut und sollten sie nicht stören. Die Haut wurde mit mehreren Stichen genäht.

Nach der Operation ist ihre Operationswunde reizlos und verheilt gut. Die Blutwertkontrollen, welche wir durchgeführt haben, waren unauffällig. Nach der Operation haben wir ihren Gips gegen einen sogenannten Walker-Stiefel getauscht. Mit Hilfe unserer Physiotherapie wurden sie an Unterarmgehstützen unter Abrollbelastung (das heißt der Fuß berührt den Boden, aber übernimmt keine Last) auf unserer Station und an der Treppe mobilisiert.

Ein Röntgenbild nach der Operation hat gezeigt, dass der Bruch gut eingerenkt wurde und dass die Schrauben und Platten da liegen, wo sie liegen sollen. Da sie sich wohl fühlten, ihre Wunden gut aussahen und sie sicher an den Unterarmgehstützen mobilisiert haben, haben wir sie dann nach Hause entlassen.

Ihre Medikamente

Aktuell sollen Sie folgende Medikamente einnehmen:

- RAMIPRIL 2,5 mg
  - Ramipril ist ein Medikament, welches sie bereits vor ihrem Aufenthalt bei uns Aufgrund ihres hohen Blutdrucks eingenommen haben
  - Sie sollten morgens eine Tablette ein.
- IBUPROFEN 600 mg
  - Ibuprofen ist ein Medikament, das Schmerzen lindern soll.
  - Nehmen Sie morgens, mittags und abends jeweils eine Tablette ein.
- PANTOPRAZOL 40 mg
  - Pantoprazol ist ein Magenschutz, dessen Einnahme bei der Gabe von Ibuprofen empfohlen wird
  - Sie sollten morgens 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.

Was für Sie jetzt noch wichtig ist:

Ihr Hausarzt soll bei Ihnen regelmäßig (alle 2-3 Tage) den Verband am Sprunggelenk wechseln und die Wunde kontrollieren. Die Fäden kann der Hausarzt circa 14 Tage nach der Operation, sofern die Wunde gut aussieht, entfernen.

Das Schmerzmittel Ibuprofen sowie den Magenschutz Pantoprazol können sie im Verlauf in Rücksprache mit ihrem Hausarzt reduzieren und absetzten, wenn sie mit den Schmerzen gut zurechtkommen.

Die Thrombosespritze brauchen sie noch so lange, bis sie wieder ohne Unterarmgehstützen laufen können.

Sie sollten sich vorerst unter der Abrollbelastung des rechten Beines und mit anliegender Orthese an Unterarmgehstützen mobilisieren.

In 6 Wochen machen wir in unserer Ambulanz eine Röntgenkontrolle und entscheiden dann, ob sie ihr Bein mehr belasten dürfen. Für diese Kontrolle haben wir ihnen bereits einen Termin vereinbart.

Bei Besonderheiten wie z.B. zunehmenden Beschwerden oder lokalen / systemischen Infektionszeichen wenden sie sich an ihren Hausarzt oder stellen sie sich gerne frühzeitig in unserer Ambulanz vor.