

Praxisunterricht in der

**Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie,
Zentrum für onkologische und
minimalinvasive Chirurgie**



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 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Zentrum für onkologische und minimalinvasive Chirurgie in Kaiserswerth!

Wir heißen sie herzlich Willkommen in unserer Klinik und freuen uns darauf Ihnen unser schönes Fach näher zu bringen. Wir möchten Ihnen ganz klassische allgemeinchirurgische und viszeralchirurgische Krankheitsbilder näher bringen mit denen sie in vielen Bereichen der Medizin konfrontiert sind. Des Weiteren hoffen wir vielleicht auch Begeisterung für unser schönes Fach bei Ihnen wecken zu können!

Wichtige Lernziele der Woche:

Am Ende der Woche sind Sie in der Lage:

1. Patientinnen und Patienten aus allgemeinchirurgischer Sicht einschätzen zu können.
2. Gängige allgemeinchirurgische und viszeralchirurgische Erkrankungen (Leisten- und Narbenhernien, Appendizitis, Divertikulitis, Cholezystitis und die symptomatische Cholezystolithiasis, das kolorektale Karzinom, proktologische Erkrankungen) überblicken und einschätzen zu können.
3. Allgemeinchirurgische Untersuchungen durchzuführen

Besonderheiten in unserer Klinik:

Ziel ist Ihnen einen angemessenen Überblick in der Allgemein- und Viszeralchirurgie in der netten und freundlichen Atmosphäre unserer Klinik zu vermitteln

Einführung am Montag

Die Einführung am Montagmorgen beginnt um 08:30 Uhr im Multifunktionsraum (Gebäudeteil B, Pflege-Gruppe 34, 3. Etage).

UaP@work:

Die Gruppen bestehen in der Regel aus 6 Studentin und Studenten. Diese Lernen an den Tagen in unserer Klinik vor allem die allgemeinchirurgische Station als auch die Zentrale interdisziplinäre Notaufnahme (ZINA) kennen.

Es besteht auch die Möglichkeit mit in den OP zu gehen und dort als Teil des Teams steril mit am Tisch zu stehen.

UaP im Team und Mini-CEX:

Es erfolgt die Begleitung durch ein Oberarzt oder eine Oberärztin der chirurgischen Klinik. Unter deren Supervision werden am Falle exemplarische Patienten gängige allgemeinchirurgische Erkrankungen vermittelt.

Sie haben die Möglichkeit Mini-CEX abzulegen. Diese sind in der Regel:

1. Anziehen sterile Handschuhe
2. Untersuchung des Abdomens
3. Wundversorgung
4. Chirurgische Naht und Knotentechniken

LaB

Das Patientengut unserer Klinik bietet die Möglichkeit viele unterschiedliche Erkrankungen zu begutachten und Behandlungen zu erlernen und verstehen. Im Rahmen der LaBs sollen Sie einen Patienten oder eine Patientin zunächst kennenlernen, eine Anamnese erheben und untersuchen. Die dazugehörigen und notwendigen Unterlagen wie z. B. Befunde oder Arztbriefe können Sie elektronisch einsehen. Im Anschluss haben Sie Zeit um den Behandlung Anlass zu recherchieren und die Ergebnisse Ihrer Recherche auf den konkreten Fall zu übertragen. Im Anschluss oder am Folgetag stellen sie ihrer Gruppe die untersuchten Patienten vor und der entsprechende Behandlung Anlass, die Therapie und die Erkrankung werden besprochen.

Wrap-up

Die Abschlussveranstaltung beginnt am Freitag um 08:30 Uhr im Multifunktionsraum, Gebäudeteil B, 3 Etage)

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:

Die Betreuung der Studenten erfolgt in der Regel wochenweise durch die gleiche Person. Diese ist in der Regel eine Oberärztin oder ein Oberarzt unserer Klinik. Somit hoffen wir den Studenten einen kompetenten Lehrer an die Seite stellen zu können.

Ihre Vorbereitung der Woche

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

Wir empfehlen die Wiederholung der Anatomie des Abdomens sowie die Anatomie der Bauchwand und der Leiste.

Des Weiteren empfehlen wir bei Interesse das Ansehen des CHIRURGIE APPetizer von Prof. Dr. med. Burkhard von Rahden.

Organisatorisches und Ansprechpersonen

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

Dr. med. M. Anheier

Oberarzt

anheier@kaiserswerther-diakonie.de

Bitte bringen Sie einen weißen Kittel mit.

Übersicht über die Lehrveranstaltungen

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	
8:00 Uhr	8:30-09:30 Uhr Einführung (1:12 bis 1:18)* Propädeutik, Organisation	08:30-10:30 Uhr UaP@work** (1:1 oder 1:3)*	ganztäglich Wahlcurriculum	08:30-09:00 Uhr UaP@work** (1:1 oder 1:3)*	08:30-09:00 Uhr UaP@work** (1:1 oder 1:3)*	
9:00 Uhr						
10:00 Uhr	09:45-11:15 Uhr UaP@work** (1:1 oder 1:3)*				9:15-10:45 Uhr LaB Teil 5: (1:6)* Fallvorstellungen Pat. 2 in verschiedenen Formaten	9:15-10:30 Uhr UaP im Team Mini-CEX (1:6)*
11:00 Uhr		10:30-11:30 Uhr LaB Teil 5: (1:6)* Fallvorstellungen Pat. 1			11:00-12:30 + 13:30-15:30 Uhr Freiraum für weitere klinische Formate (x:y)* z.B. Begleitung/Assistenz im OP, Begleitung in der Sprechstunde, Zentrale Notaufnahme, Kosilwesen	10:45-12:15 Uhr Wrap-up*** (1:12 bis 1:18)* Offene Fragen, Lessons learned, Feedback, Evaluation
12:00 Uhr	11:30-13:00 Uhr LaB Teil 1-3 (1:6 - 0:1 - 1:6)* Auswahl, Aufnahme, Untersuchungsbefunde Pat. 1	11:30-13:00 Uhr LaB Teil 1-3 (1:6 - 0:1 - 1:6)* Auswahl, Aufnahme, Untersuchungsbefunde Pat. 2				
13:00 Uhr						
14:00 Uhr	13:30-15:30 Uhr LaB Teil 4 (0:1)* Recherche, Vorbereitung der Fallvorstellung Pat. 1	13:30-15:30 Uhr LaB Teil 4 (0:1)* Recherche, Vorbereitung der Fallvorstellung Pat. 2				13:15-17:00 Uhr Vorbereitung (0:1)* eLearning Angebote als Vorbereitung auf den Praxisunterricht der nächsten Woche in einer anderen Klinik
15:00 Uhr	Vorbereitung Mini-CEX (0:1)*	Vorbereitung Mini-CEX (0:1)*				
16:00 Uhr	15:45-17:00 Uhr UaP im Team (1:6)*	15:45-17:00 Uhr UaP im Team (1:6)*			15:45-17:00 Uhr UaP im Team (1:6)*	
17:00 Uhr						

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

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

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

- Vor- und Nachbereitung der Woche
- Unterricht an der Patientin oder am Patienten (UaP) entweder @work oder im Team oder als Kombination
- Lernen an den Behandlungsanlässen (LaB)

- Vorbereitendes Eigenstudium
- LaB-Phasen ohne Lehrende

UaP@work

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

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

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

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

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

UaP im Team

UaP im Team (Montag bis Donnerstag)

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

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

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).

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.

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.

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 sssessment:	Behandlungs-/Diagnoseauftrag Beurteilung Allgemeinzustand Verdachtsdiagnosen, Differentialdiagnosen
P lan:	nächste diagnostische Schritte nächste therapeutische Schritte langfristige therapeutische Ziele, Verlaufskontrollen, Konsile Einbindung anderer Gesundheitsberufe

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 sssessment:	Allgemeinzustand, Vitalparameter, wichtige Laborparameter vorhandene Zugänge, Katheter, Schrittmacher, Implantate, Shunts, Drainagen, Perfusoren, Verbände ... psychosoziale Aspekte (Hindernisse/Ressourcen)
R equest/ R ecommendation:	geplante Untersuchungen angeordnete Therapie Vorgehen bei Komplikation/Zustandsverschlechterung Pflegerische Aspekte (besondere Medikation, Mobilisierung, Ernährungsanordnung, Überwachung, Dokumentation, Dringlichkeit) gemeinsame Therapieziele

Best Practice: evidenzbasierter Patientenbericht

Wichtige hier anonymisierte Aspekte

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

Einweisungsgrund

V. a. perforierte Sigmadivertikulitis

Diagnosen

- Perforierte Sigmadivertikulitis (CDD Typ IIc)
- Apixaban Therapie bei Vorhofflimmern
- arterielle Hypertonie
- Z. n. konventioneller Appendektomie 2005
- Koloskopie im Rahmen der Darmkrebsvorsorge mit unauffälligem Befund vor 2 Jahren

Therapie:

Laparoskopische Sigmaresektion mit Anlage eines protektiven Stomas am XX.XX.20XX

Anamnese:

Der Patient wurde über die Notaufnahme unter dem V. a. eine perforierte Sigmadivertikulitis aufgenommen. Aufgrund plötzlich aufgetretener starker Schmerzen im Unterbauch hatte der Patient zunächst den Hausarzt aufgesucht, dieser hatte nach einer klinischen Untersuchung den V. a. eine perforierte Divertikulitis gestellt und eine Krankenhauseinweisung ausgestellt.

Der Patient berichtet aufgrund eines Vorhofflimmerns Apixaban einzunehmen. Im Rahmen der Darmkrebsvorsorge erfolgte vor 2 Jahren ambulant eine Koloskopie. Hier sei kein grob kolorektales Karzinom nachweisbar gewesen, es seien jedoch multiple Divertikel festgestellt worden.

Impf- und Medikamentenanamnese sind nicht sicher zu erheben. Die Familienanamnese ergibt, dass eine Schwester des Patienten fraglich an einem Kolonkarzinom verstorben ist.

Bei der Genussmittelanamnese berichtet der Patient von einem Zigarettenabusus, dieser ergibt kumulativ ca. 50 pack years.

Reisen hätten in letzter Zeit nicht stattgefunden.

Der Patient ist berentet (zuvor vierzig Jahre selbstständig ein Unternehmen im Düsseldorfer Norden geführt) lebt alleinstehend in einem Haus. Eine Haushaltshilfe sowie ein Gärtner unterstützen ihn in den Dingen des alltäglichen Lebens.

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).

Der Patient ist zugewandt und adäquat im Gespräch, wirkt orientiert, weiß über die 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 ohne Narben. Klinisch deutlicher Druckschmerz mit Abwehrspannung in den beiden unteren Quadranten. Darmgeräusche spärlich.

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 Aufnahme des Patienten erfolgte über die Notfallambulanz mit einem akuten Abdomen. Die weiterführende Diagnostik mittels Abdomen-CT bestätigte das Vorliegen einer frei perforierten Divertikulitis sodass eine Notfallindikation zur Operation gestellt wurde. Noch am Aufnahmetag erfolgte die laparoskopische Sigmaresektion. Intraoperativ zeigte sich eine perforierte Divertikulitis mit frischer Peritonitis. Es erfolgte zusätzlich zur Sigmaresektion die Anlage eines protektiven doppelläufigen Ileostomas. Der weitere Verlauf war weitgehend ungestört. Der langsam begonnene Kostaufbau wurde gut vertragen, das Stoma förderte regelhaft und war stets rosig. Nach initialer Betreuung auf unserer operativen Intensivstation konnte die Patientin am Folgetag auf die periphere Station zurückverlegt werden. Die kalkulierte Antibiose mit Piperacillin und Tazobac wurde nach klinischer Besserung sowie Rückgang der Infektwerte abgesetzt.

Der histologische Befund der Operation ist aktuell noch ausstehend.

Während des stationären Aufenthalts erfolgte die Einleitung in die Handhabung des Stomas durch die Stomatherapeuten.

Evidenz und Patientenpräferenzen

Eine Hohlorganperforation mit CT radiologischen Nachweis von freier Luft ist eine Operationsindikation. Hier gibt es keine Therapiealternativen. Die Einnahme eines blutverdünnender ist kein Hinderungsgrund für die Operation. Diese muss umgehend erfolgen. Das operative Vorgehen und die damit verbundene Strategie sollte dem intraoperativen Befund angepasst werden. Des Weiteren spielen der Zustand des Patienten sowie der Patientenwunsch eine Rolle. Hier muss diskutiert werden ob eine laparoskopische oder offene Sigmaresektion erfolgt. Ob eine Sigmaresektion mit Anastomose oder eine Diskontinuitätsresektion erfolgt.

Empfehlungen/weiteres Procedere

Nach Anleitung in die Handhabung des Stomas, abgeschlossener Wundheilung sowie beendeter Antibiotikatherapie kann der Patient aus der stationären Behandlung entlassen werden. Mit dem Patienten wird bereits zum Entlassungszeitpunkt ein Termin zur Wiederaufnahme zur geplanten Ileostomarückverlegung vereinbart. Vor diesem Eingriff wird eine Durchleuchtung sowie eine Sigmoidoskopie zur Darstellung der Anastomose stattfinden.

Medikamentenplan

- Apixaban 100
- Ibuprofen 600 111
- Pantozol 40 mg 100

Best Practice: patientenverständlicher Bericht

Sehr geehrter Herr XXXX,

Sie waren vom XXXXXXXX bis zum XXXXXXXXXXXX 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 xx xx X in unser Krankenhaus gekommen weil sie stärkste Bauchschmerzen hatten. Die von uns durchgeführten Untersuchungen haben gezeigt dass eine aus Ordnung im Bereich des Dickdarms geplatzt ist und Stuhl in die freie Bauchhöhle ausgetreten ist. Dies hat zu einer Bauchfellentzündung geführt welche eine unmittelbarer Operation bedurfte.

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.

Bei der durchgeführten Operation wurde der erkrankte Teil des Dickdarms entfernt und die Enden wieder aneinandergenäht. Damit diese Naht Verbindung in der Bauchfellentzündung in Ruhe abheilen kann wurde ein künstlicher Darmausgang angelegt der vor dieser Naht zur Bildung den Stuhl abgeleitet. In die Handhabung des künstlichen Darmausgangs wurden sie entsprechend eingewiesen und angeleitet. Wir haben mit Ihnen bereits ein Termin vereinbart wurde mit einer kleinen Operation den künstlichen Darmausgang wieder verschließen und zurückverlegen können.

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 konnte gezeigt werden, dass eine Ausbuchtung am Darm geplatzt ist. Wie oben bereits erwähnt erfolgte daher eine Notfalloperation. Diese haben sie gut überstanden. Der weitere Verlauf ihrer Erkrankung war durchweg positiv. Sie haben sich schnell von der Operation erholt. Der künstliche Darmausgang hat unmittelbar nach der Operation bereits Stuhl gefördert sodass wir ihre Kost schnell aufbauen konnten. Zum Zeitpunkt der Entlassung können Sie bereits wieder alles essen und alles trinken. Während ihres Aufenthalts hat ebenfalls die Physiotherapie mit ihm geübt und sie mobilisiert. Wir haben ihn erklärt dass die Bewegung und Mobilisation für die weitere Erholung nur positiv ist.

Ihre Medikamente

Aktuell sollen Sie folgende Medikamente einnehmen:

- Apixaban 1 x täglich
 - Apixaban ist ein Medikament was ihre Blutgerinnung hemmt. Aufgrund ihres unregelmäßig schlagenden Herzes können sich dort Blutgerinnsel im Herzen bilden die zu einem Schlaganfall oder eine Embolie führen können, dies wird durch dieses Medikament verhindert.
 - Sie müssen beachten dass sie bei Bagatellverletzungen die kleinen Schnitten oder ähnlichem vermehrt bluten können
- Ibuprofen 600 3 x täglich
 - Ibuprofen ist ein Schmerzmittel welches sie im Anschluss an die Operation weiter einnehmen sollten. Es ist erforderlich dass sie sich weiter ausreichend bewegen, sollte dies schmerzfrei möglich sein können sie die Tabletten selbstverständlich absetzen. Dies sollte nach Rücksprache mit ihrem Hausarzt erfolgen.
- Pantozol 40 mg 1 x täglich
 - Pantozol ist ein Medikament welches die Magensäureproduktion hemmt. Sowohl die Operation als auch die Einnahme des oben stehenden Schmerzmittels bedeutet Stress für ihren Magen. Hier kann sich ein Magengeschwür bilden welches bluten kann oder schlimmstenfalls

durchbricht. Dies ist durch die regelmäßige Einnahme von Pantozol zu verhindern. Nach Absetzen des Schmerzmedikaments kann auch die Therapie mit Pantozol beendet werden

Was für Sie jetzt noch wichtig ist:

Sie sollten sich regelmäßig beim Hausarzt vorstellen dass ihre Wunde kontrolliert werden kann. Aufgrund ihrer erfolgten Operation bei stattgehabter Bauchfellentzündung haben Sie ein erhöhtes Risiko für die Entstehung einer Wundheilungsstörung. Deshalb sollte regelmäßig die Wunde begutachtet werden. Bei Auftreten von Beschwerden (Fieber Bauchschmerzen) sollte eine umgehende Wiedervorstellung erfolgen.