

Informationen für PJ-Studenten der Medizinischen Kliniken

Inhalt

Stationsaufgaben.....	1
Mentoren.....	2
Blutentnahme.....	2
Visite.....	2
Patientenaufnahme.....	2
Aufnahmedokumentation	3
Diagnostik- und Therapieplan	4
Verlaufseintrag	4
Entlassung.....	5
Arztbrief	5
Intensivstation.....	6
Hospitation	6
Geräteinweisung	6
Telefonnummern und Funk	6

Stationsaufgaben

- Blutentnahme
- Vorbereitung und Durchführung von Untersuchungen
- Vorbereitung der Stationsvisite
- Stationsvisite mit dem Stationsarzt, Oberarzt und/oder dem Ärztlichen Direktor der Abteilung, dabei Visite bzw. Patientenvorstellung der selbst betreuten Patienten. Eine „Vorvisite“ der eigenen Patienten einschließlich körperlicher Untersuchung und Würdigung neuer Befunde ist empfehlenswert.
- Patientenaufnahme, Erstellung eines rationellen Diagnostik- und Therapieplanes
- Literaturrecherche bei besonderen diagnostischen oder therapeutischen Fragestellungen
- Erstellung von Verlaufseinträgen
- Durchführung und Überwachung der Behandlung einschließlich der erforderlichen Aufklärungsgespräche
- Ausfüllen typischer Formularen (Konsilscheine etc.),supervisiert durch Ihren

Stationsarzt

- Befunderstellung, kleinere Diagnostik (z.B. Punktionen, EKG-Schreibung, vorzugsweise bei den von Ihnen selbst betreuten Patienten)
- Patientenentlassung einschließlich Arztbrief (Unterzeichnung: Student des Praktischen Jahres, Stationsarzt, Oberarzt)

Mentoren

Wir empfehlen, dass Sie sich einen der Stationsärzte als Mentor auswählen und mit diesem überwiegend zusammenarbeiten. Ihr Mentor bekommt dadurch einen besseren Überblick über Ihr Können und kann Ihnen schrittweise immer mehr Verantwortung übergeben. Bei mehreren PJ-lern auf Station sollten Sie sich an unterschiedliche Stationsärzte anbinden.

Blutentnahme

Eine Ihrer Aufgaben ist die Mitarbeit bei der morgendlichen Blutentnahme. Bitte lassen Sie sich in die entsprechenden Abläufe auf Ihrer Station von Ihren ärztlichen Kollegen und den Mitarbeitern der Pflege einweisen. Auf einigen Stationen nehmen Mitarbeiter der Pflege bereits am Beginn der Frühschicht Blut ab. Klären Sie in diesem Fall trotzdem ab, ob noch Blutabnahmen übrig geblieben sind.

Falls Sie Probleme mit der Blutabnahme oder dem Legen eines Zugangs haben, informieren Sie rechtzeitig Ihren Stationsarzt. Gerade bei Patienten mit "schlechten Venen" ist oft jedes Gefäß kostbar. Denken Sie bitte immer daran, dass Shuntarme oder geplante Shuntarme **NIE** zur Blutabnahme genutzt werden dürfen.

Im Anhang finden Sie Informationen zu den hygienischen Maßnahmen bei Blutentnahmen und venösen Zugängen sowie eine Bedienungsanleitung des Laborinformationssystems, welches Sie zur Anordnung von Laboruntersuchungen und zum Ansehen der Befunde benötigen.

Informationen zu diesem Thema finden Sie bei den Schulungsunterlagen (Lauris, Hygieneplan und Skills Lab)Arbeitszeit

Visite

Die Visite ist eine der wichtigsten täglichen Aufgaben auf einer internistischen Station und sollte möglichst früh in einem fest definierten Zeitraum stattfinden.

Wir möchten Sie bitten, die von Ihnen betreuten Patienten dem Stationsarzt oder dem Oberarzt auf der Visite vorzustellen. Sie sollten sich auf die Visite vorbereiten, d.h. den Patienten vorher kurz anschauen und nach aktuellen Beschwerden befragen sowie die aktuellen Befunde parat haben. Bitte notieren Sie sich auch die Befundinterpretationen und Entscheidungen der Ärzte. Diese sollten Sie ebenso wie die aktuellen Beschwerden und Befunde des Patienten in einem Verlaufseintrag dokumentieren (s. u.).

Patientenaufnahme

Die Aufnahme von stationären Patienten ist eine Ihrer Hauptaufgaben auf der Station. Bitte beachten Sie hierzu unsere Skripten im Downloadbereich unserer Webseite.

Von besonderer Bedeutung ist hier eine gründliche und systematische Anamnese und körperliche Untersuchung nach dem Schema, das Ihnen im Untersuchungskurs und im Wochenpraktikum vermittelt wurde.

Sie sollten kurz zusammengefasst in folgender Reihenfolge vorgehen:

Anamnese

- Leitsymptom und aktuelle Anamnese
- Vegetative Anamnese
- Sonstige frühere Erkrankungen (Eigenanamnese)
- Medikamentenanamnese
- Genussmittelanamnese
- Bisherige Behandlungen
- Familienanamnese
- Soziale Anamnese

Körperliche Untersuchung

- Allgemeiner Eindruck
- Kopf und Hals
- Thorax und Rücken
- Lunge
- Herz- und Kreislauf
- Abdomen
- Extremitäten
- Neurologische Untersuchung

Aufnahmedokumentation

Bitte beachten Sie hierzu unsere Skripten im Downloadbereich unserer Webseite. Hier ein paar Hinweise für eine korrekte Aufnahmedokumentation:

Es hat sich in den meisten Abteilungen der Med. Klinik etabliert, die Anamnese, wichtige pathologische Untersuchungsbefunde, die (Verdachts-)diagnosen und den Grundriss des geplanten diagnostischen und therapeutischen Procederes auf einem Verlaufsbogen zu dokumentieren. Ergänzend kann ein spezieller Aufnahmebogen für die Dokumentation des körperlichen Untersuchungsbefundes verwendet werden. Der Anamneseteil dieses Bogens ist teilweise jedoch wenig praktikabel (ein neues Formular ist derzeit in Vorbereitung)

Drucken Sie mit dem Hinz- Drucker die Personaldaten des Patienten auf Ihre Aufnahmeformulare.

Schreiben Sie das aktuelle Datum und ggf. die Uhrzeit auf den Verlaufsbogen.

Beginnen Sie die Aufnahme mit einem wegweisenden Satz wie z.B. "Notaufnahme des 73-jährigen Patienten mit akuten Bauchschmerzen"

Gliedern Sie weitere Dokumentation wie folgt:

- Anamnese (gleiche Unterteilung wie bei der Patientenaufnahme angegeben)
- Körperlicher Untersuchungsbefund
- Wichtige oder pathologische Ergebnisse der apparativen Diagnostik, wenn Sie zum Zeitpunkt der Dokumentation schon vorliegen (z.B. Labor, SBS, EKG, Rö Thorax). Dies ist häufig in der Notaufnahme der Fall.

- Es ist üblich, Befunde so kurz und prägnant wie möglich zu formulieren. Vermeiden Sie unscharfe Begriffe wie „o. B.“ und verwenden Sie stattdessen konkrete Aussagen (z.B. Pupillen rund, isokor, mittelweit)

Es folgen:

- Aufnahmediagnose oder führendes Leitsymptom, ggf. mit Differentialdiagnosen
- Nebendiagnosen
- Geplantes Procedere. Hier reicht es, die Grundzüge des Procedere darzulegen. Die detaillierte Ausarbeitung des Diagnostik- und Therapieplans erfolgt auf dem Anordnungsbogen. (s.u.)
- Auf vielen Stationen werden alle Diagnosen des Patienten noch auf einer Problemliste dokumentiert. Da dies in den verschiedenen Abteilungen der Medizinischen Klinik noch nicht vereinheitlicht ist, müssen Sie sich hier von Ihren Stationsärzten einweisen lassen

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die schriftliche Dokumentation Ihre einzige Handhabe im Falle einer rechtlichen Auseinandersetzung ist. Äußerungen wie „ich kann mich noch genau erinnern, dass der Patient XY damals ...“ sind für einen Rechtsgutachter nicht relevant. Entscheidend ist einzig und allein, ob Ihre „Erinnerung“ auch entsprechend schriftlich dokumentiert wurde.

Sämtliche Akteneinlageblätter sind somit rechtsverwertbare Dokumente. Alle Blätter müssen mit Namen und Geburtsdatum des Patienten versehen, durchnummeriert und in die Akte eingheftet werden.

Diagnostik- und Therapieplan

Wir empfehlen, dass Sie bei den von Ihnen aufgenommenen Patienten den Anordnungsbogen ausfüllen, mit Ihrem Mentor bzw. Stationsarzt besprechen und ggf. ergänzen und dann vom Stationsarzt gegenzeichnen lassen. Bitte beachten Sie hierzu unsere Skripten im Downloadbereich unserer Webseite.

Verlaufseintrag

Während des gesamten stationären Aufenthaltes sollte ein täglicher Verlaufseintrag in der Patientenakte erfolgen. Insbesondere müssen wesentliche neue klinische und diagnostische Befunde aber auch getroffene Entscheidungen über das weitere Prozedere (einschließlich Begründung!) schriftlich dokumentiert werden. Zum einen wird dadurch gewährleistet, dass jeder diensthabende Arzt den aktuellen Stand des Patienten gut nachvollziehen kann, zum anderen ist man bei rechtlichen Auseinandersetzungen abgesichert. Die Verlaufeinträge sind jeweils mit Datum und Namenskürzeln zu versehen.

Es hat sich bewährt, längere Verlaufeinträge nach dem Muster der amerikanischen SOAP-Note zu verfassen (S=subjective, O=objective, A=assessment, P=plan).

Auf deutsche Verhältnisse angewandt ergibt sich folgende Gliederung:

1. Aktuelle Beschwerden: Hier sollten kurz die vom Patienten angegebenen Beschwerden genannt werden.
2. Aktuelle Befunde: Hier sollten der aktuelle körperliche Untersuchungsbefund und wichtige Ergebnisse der apparativen Untersuchung kurz dargestellt werden
3. Beurteilung: Kurze Einschätzung der aktuellen Probleme
4. Procedere: Kurze Darstellung der aktuellen Entscheidungen bzgl. Diagnostik und Therapie des Pat.

Beispiel:

Frau N. klagt seit gestern abend über wieder zunehmende Scherzen im re. OB. Befund: Herz und Lunge o.B., Abd. gebläht, leichter DS im mittl. Oberbauch, geringe DG Labor: CRP-Anstieg auf 9,1 mg/dl, Lipase-Anstieg auf 789 U/l, Beurteilung: V.a. erneuten Schub der Pankreatitis, Proc.: Heute Abd. Sono, ggf. CT. Pat. nüchtern lassen. Bei Fieber Blutkulturen, Diskussion Punktion der Nekrosen.

Entlassung

Sie sollten die Stationsärzte bei der Entlassung speziell der von Ihnen betreuten Patienten weitgehend unterstützen.

Bitte beachten Sie folgende Aspekte:

- Entlassungen möglichst frühzeitig planen
- Rechtzeitige Einschätzung des poststationären Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs - ggf. Einbeziehung des Sozialdienstes
- Angehörige über bevorstehende Entlassung informieren
- Pat. möglichst mit fertigem Arztbrief und Medikamentenplan entlassen. Ein Rezept für Medikamente wird nur in Ausnahmefällen mitgegeben (siehe Merkblatt im Anhang).
- Der Patient sollte in einem Abschlussgespräch über seine Erkrankung und die weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen aufgeklärt werden und die Gelegenheit bekommen, nochmals Fragen zu stellen.

Detaillierte Informationen über unter Entlass-Management auf der Homepage des UKT.

Arztbrief

Das Format der Entlassberichte unterscheidet sich in den jeweiligen Abteilungen. Ihre Stationsärzte werden Sie über das gewünschte Format informieren. Beschränken Sie sich auf die für den Hausarzt relevanten Informationen, Sie müssen ausführliche Befunde nicht Wort für Wort abdikieren, sondern können diese auf das Wesentliche zusammenfassen. Bedenken Sie auch, unter welchem Zeitdruck die Hausärzte stehen (im Mittel 60 Patienten täglich), und achten Sie auf präzise und knappe Formulierungen. Achten Sie beim Diktieren auf eine deutliche Aussprache.

Beispiel

...für die Darstellung eines unauffälligen Untersuchungsbefunds auf dem Verlaufsbogen oder im Arztbrief:

60-jähriger Patient, 175cm, 75 kg. Cor: HF 60/min, RR 120/80 mmHg, HT rein, keine pathologischen Herzgeräusche, keine Stauungszeichen. Pulmo: VAGs bds stgl, keine RGs, kein Giemen. Abdomen: BD weich, DG regelrecht, keine Resistenzen, kein DS, Leber/Milz nicht pathologisch vergrößert. Extremitäten: allseits frei beweglich, keine Ödeme. Neuro: orientierend keine neurologischen Defizite.

Intensivstation

Auf der Station 93 werden Sie zu Beginn 1-2 Wochen im Frühdienst (7:00 - 16:30 Uhr) oder Spätdienst (15:00 - 24:00 Uhr) arbeiten und sich dann aus dem Kreis der Assistenzärzte einen Mentor wählen, mit dem Sie bei allen seinen Diensten (einschließlich Nacht- und Wochenenddienste) zusammenarbeiten. An den anderen Tagen haben Sie frei. Ausnahme ist ein längerer Urlaub Ihres Mentors. In diesem Fall stimmen Sie sich bitte mit dem Ober- oder Stationsarzt ab.

Hospitation

Hospitationen sind in folgenden Funktionsbereichen möglich:

- Belastungs-EKG
- Echokardiographie
- Herzkatheteruntersuchung
- Sonographie Abdomen
- Doppler/Duplexlabor (Angiologische Diagnostik)
- Zentrale Endoskopieeinheit (Gastroskopie/Koloskopie/Bronchoskopie)

Alle Funktionseinheiten befinden sich auf der Ebene 03 unserer Klinik.

Geräteinweisung

Sie sollten sich von den Ärzten oder dem Pflegepersonal Ihrer Station in die Bedienung wichtiger medizinischer Geräte auf Ihrer Station einweisen lassen:

- Perfusor
- Infusomat
- EKG-Gerät
- Defibrillator
- Notfallwagen
- Reanimationsruf

Bedienungsanleitungen für eine Reihe von medizinischen Geräten finden Sie in dem angefügten Link zum Medizinisch-technischen Servicezentrum.

Telefonnummern und Funk

... können Sie im Listenformat aus unserer Homepage UKT herunterladen.