



## Logbuch

### Praktisches Jahr Unfall- und Wiederstellungschirurgie

<p>Lehrkrankenhaus</p>          <p>(Klinikstempel)</p>
--

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Matrikel-Nr.

\_\_\_\_\_

Lehrarzt/Lehrärztin

\_\_\_\_\_

Ärztliche(r) Direktor(in)

\_\_\_\_\_

Zeitraum des Tertials:

1. Tertial

2. Tertial

3. Tertial

## **Danksagung**

Ein herzlicher Dank geht an alle Studierenden, deren Anregungen in dieses Logbuch einfließen konnten. Gedankt sei auch allen Lehrenden und insbesondere den Lehrärztinnen und Lehrärzten, die jahrelang aktiv an der Gestaltung und Evaluation eines PJ-begleitenden Portfolios teilgenommen haben und deren konstruktive Vorschläge in die Konzeption dieses Logbuchs eingingen.

## **Impressum**

### **Herausgeber:**

Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. N. P. Haas  
Charité Centrum 9  
Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie (CMSC)

Univ.-Prof. Dr. med. W. Ertel  
Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie  
Campus Benjamin Franklin (CBF)

### **Text und Schrift:**

Dr. med. Sven Märdian (Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie, CVK/CCM)  
Dr. med. Tobias Topp (CBF)  
Univ.-Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Schaser (Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie, CVK/CCM)  
PD Dr. med. Stefan Arens (CBF)

**1. Auflage 2013**

# Liebe Studierende im Praktischen Jahr

„Willkommen im Tertial Unfall- und Wiederherstellungschirurgie!“

Das PJ soll dem/ der Studenten/-in die Möglichkeit geben, das theoretisch Gelernte in der Praxis anzuwenden und den Klinikalltag kennenzulernen. Es dient aber auch dazu, eine Mindestqualifikation bezüglich praktischer Tätigkeiten, Stationsarbeit und Umgang mit den Patienten zu garantieren, bevor mit Erlangung der Approbation der Berufsstart als Assistenzarzt ansteht.

Grundsätzlich sollte dieser letzte Teil der ärztlichen Ausbildung als Chance gesehen werden – von Seiten der Studenten als Chance mit relativ wenig Verantwortung und Pflichten möglichst Vieles von den erfahrenen Ärzten zu lernen und unter Aufsicht zu üben, und von ärztlicher Seite, die Chance zu ergreifen, den zukünftigen jungen Kollegen schon vor Berufsstart möglichst viele Grundkenntnisse des ärztlichen Alltags zu vermitteln. Der Beginn der Facharztausbildung kann so erheblich erleichtert und verbessert werden.

Die Unfallchirurgie ist als traditionelles Teilgebiet der Chirurgie in Ihrer PJ-Ausbildung als wählbarer Teilbereich der Chirurgie eingegliedert, obwohl sie in der neuen Facharztausbildung zusammen mit der Orthopädie den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie darstellt.

Der Schwerpunkt Ihrer PJ-Ausbildung sollte demnach auf allgemeinen chirurgischen Kenntnissen und Fertigkeiten, sowie den speziellen Besonderheiten im Bereich der Unfallchirurgie bestehen. Ein Schwerpunkt wird die Akutbehandlung von Verletzten verschiedener Schweregrade sein. Hier werden Kenntnisse in der Klassifikation und Indikationsstellung für die Frakturbehandlung gelehrt sowie Abläufe und Algorithmen der Schwerverletztenversorgung (Damage Control Surgery) vermittelt. Aufgrund der unterschiedlichen Größe und Ausrichtung der einzelnen Lehrkrankenhäuser sowie der Unberechenbarkeit von Verletztenaufkommen ist es nicht immer möglich alle Facetten der Unfallchirurgie gleichermaßen kennenzulernen. Dennoch müssen zumindest theoretische Kenntnisse über die strukturierten Abläufe und Probleme der Schwerverletztenversorgung gelehrt werden. Insgesamt soll das Logbuch dazu dienen, Ihnen und Ihren Lehrärzten/innen einen Leitfaden und eine Lernkontrolle für den

letzten Teil Ihrer ärztlichen Ausbildung an die Hand zu geben und damit oben genannte Ziele für diesen Abschnitt leichter erreichen zu können.

Um eine ständige Elevation eine Lernkontrolle und ein Feedback zu ermöglichen, sollten regelmäßig Gespräche mit dem/der betreuenden Lehrarzt/-ärztin stattfinden. Es ist von Bedeutung, dass Sie selber um ein Gespräch bitten und sich um einen Termin bemühen. Das erste Gespräch sollte am Anfang des Blockes stattfinden. Zu diesem Gespräch sollten Sie Ihr Logbuch bereits ausgefüllt mit dem Stand Ihrer Kenntnisse und Fertigkeiten dem/der Sie betreuenden Lehrarzt/-ärztin vorlegen können. So wird es Ihnen leicht fallen, gemeinsam mit Ihrem/Ihrer Lehrarzt/-ärztin in einem kurzen Gespräch (etwa 10 min) Lernziele für die nächsten Wochen zu formulieren. An dem gleichen Termin sollte auch die Eingangsprüfung stattfinden. Diese wird aus einem kurzen Patientengespräch, dem Vorführen der wichtigsten unfallchirurgischen Untersuchungen und einer Diagnoseerstellung und Therapieplanung bestehen (siehe Text).

Im zweiten Gespräch, nach genau der Hälfte Ihres jeweiligen Teilblockes kann dann besprochen werden, inwieweit die Lernziele erreicht wurden und wie die zweite Hälfte möglichst lehrreich gestaltet werden kann. Zu diesem Zeitpunkt sollte bereits, wie in den nächsten Kapiteln beschrieben, eine Epikrise geschrieben und Patienten unter Anleitung betreut und aufgenommen worden sein. Am Ende des Blockes findet ein drittes kurzes Evaluationsgespräch inklusive Besprechung der zweiten Epikrise statt. Ein das gesamte PJ-Tertial betreffendes Evaluationsgespräch ist nach Beendigung des letzten Blockes beim Klinikleiter/-in (Ärztlicher Direktor/-in) der Unfallchirurgie geplant. Bei Wunsch erhalten Sie die Möglichkeit ein Probeexamen (Mini Examen) durchzuführen.

Wir wünschen Ihnen viel Freude und Erfolg!

## Inhalt

1. Ansprechpartner .....	1
A.  Lehrarzt/-ärztin.....	1
B.  Ärztliche/-r Direktor/-in .....	3
2. Übergeordnete Lernziele im PJ Unfall- und Wiederherstellungschirurgie .....	4
3. PJ-Eingangsevaluation.....	8
4. Orientierung auf der unfallchirurgischen Station .....	9
Stationsarbeit.....	9
5. Praktische Tätigkeiten in der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie .....	12
A.  Patientenmanagement.....	12
B.  Epikrise.....	14
Dokumentation durchgeführter Tätigkeiten .....	15
Rettungsstelle: .....	15
Dokumentation der Patientenaufnahmen:.....	15
Dokumentation der eigenständigen Patientenbetreuung .....	15
6. Checklisten .....	16
7. Notizen.....	19
8. Anlagen.....	20
A.  Mini Examen .....	20
B.  Weiterentwicklung des PJ-Logbuchs .....	23

# 1. Ansprechpartner

## A. Lehrarzt/-ärztin

Neben den täglichen Fall- und OP-Besprechungen ist es vorgesehen, nach der Hälfte des Blocks ein ca. 30 minütiges Feedbackgespräch (im Rahmen des Zwischen- und Abschlussgespräches) mit dem/der Lehrarzt/-ärztin zu führen.

### Einführungsgespräch (vgl. Inhalte §2 und 3)

Anmerkungen des/der Lehrarztes/-ärztin:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Student/-in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Lehra(ä)rztl/-in

## Themen für die Feedbackgespräche

### Zwischengespräch nach der Hälfte des Blocks:

*Was waren die Stärken im bisherigen Verlauf des Blocks?*

*Was habe ich insbesondere gelernt? Was waren meine Stärken bisher?*

*Was waren die Schwachstellen im bisherigen Verlauf des Blocks?*

*Wo habe ich noch Nachholbedarf? Wo sind meine Schwächen?*

*Wo/was bringe ich selbst ein?*

*Welche Lerninhalte/-ziele sind noch offen? Welche Logbucheile sind noch unbearbeitet? Brauche ich zusätzliche Lernangebote?*

Anmerkungen des/der Lehrarztes/-ärztin:

---

Datum

---

Unterschrift Student/-in

---

Unterschrift Lehra(ä)rzt/-in

**Abschlussgespräch:**

*Was waren die Stärken im bisherigen Verlauf des Blocks?*

*Was habe ich insbesondere gelernt? Was waren meine Stärken bisher?*

*Was waren die Schwachstellen im bisherigen Verlauf des Blocks?*

*Wo habe ich noch Nachholbedarf? Wo sind meine Schwächen?*

*Wo/was bringe ich selbst ein?*

*Welche Lerninhalte/-ziele sind noch offen? Welche Logbuchteile sind noch unbearbeitet? Brauche ich zusätzliche Lernangebote?*

Anmerkungen des/der Lehrarztes/-ärztin:

---

Datum

---

Unterschrift Student/-in

---

Unterschrift Lehra(ä)rzt/-in

## **B. Ärztliche/-r Direktor/-in**

Mit dem/der Ärztlichen Direktor/Direktorin (Klinikleiter/in) oder deren Vertreter sind Einführungs- und Abschlussgespräche vorgesehen.

### **Themen für das Abschlussgespräch:**

*Was waren die Stärken im bisherigen Verlauf des Blocks?*

*Was habe ich insbesondere gelernt? Was waren meine Stärken bisher?*

*Was waren die Schwachstellen im bisherigen Verlauf des Blocks?*

*Brauchen wir zusätzliche Lernangebote?*

Anmerkungen des/der Ärztlichen Direktors/-in (ÄD):

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Student/-in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift ÄD



## 2. Übergeordnete Lernziele im PJ Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

- Notfallversorgung verletzter Patienten:  
Diese beginnt mit der theoretischen Kenntnis einer algorithmenorientierten Notfalluntersuchung nach dem ATLS<sup>®</sup> Standard (ABCDE) sowie die orientierende neurologische Beurteilung des Patienten (GCS), Kennenlernen und Interpretieren eines Basismonitoring (O<sub>2</sub>-Sättigung, RR, Herzfrequenz, EKG). Theoretisches Erlernen von notfallmäßigen konservativen und invasiven Therapieoptionen wie z. B. das Legen einer Thoraxdrainage.
- Anwendung von unfallchirurgischen Untersuchungstechniken:  
Kennenlernen und Prüfen des Bewegungsumfanges der großen und kleinen Gelenke anhand der Neutral-Null-Methode. Erkennen von vitalen Gefährdungen einer Extremität mit Erheben des Pulsstatus sowie Durchführen einer orientierenden neurologischen Untersuchung der Extremitäten mit segmentaler Zuordnung der Dermatome. Zudem sollten Funktionsprüfungen der großen Gelenke und der Wirbelsäule erlernt werden.
- Stationsarbeit mit Erstellen von Behandlungsstrategien und Verfassen von Arztbriefen:  
Erhebung einer unfallchirurgisch orientierten Patientenanamnese. Vorhandene Verletzungsmuster sollten nach gebräuchlichen Klassifikationen eingeteilt werden (z. B. Frakturklassifikation der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesfragen, AO) und entsprechende Behandlungsstrategien sollen hieraus abgeleitet werden. Die Studenten/-innen sollen „eigene“ Patienten unter Anleitung betreuen und bei den täglichen Visiten vorstellen sowie deren stationären Behandlungsverlauf dokumentieren. Planung der Weiterbehandlung (z.B. Rehabilitation) und Verfassen eines Arztbriefes. Bei Arbeitsunfällen soll die entsprechende Dokumentation und Berichterstattung an die jeweilige Berufsgenossenschaft erlernt werden.

- Indikationsstellung und Auswertung apparativer Diagnostik:  
 Fachbezogene Indikationsstellung für bildgebende Verfahren wie die Röntgen-, CT- und MRT-Diagnostik. Systematische Beschreibung eines Röntgenbildes, Beschreiben anatomischer Strukturen und Erkennen sowie Klassifizieren von Pathologien. Verordnung von Laboruntersuchungen und Interpretation der Laborwerte.
  
- Verordnung einer prä- und postoperativen Analgesie:  
 Dokumentation des Schmerzstatus anhand der VAS. Verordnung von Analgetika unter Aufsicht anhand des WHO-Schemas. Kennenlernen von Möglichkeiten der Regionalanästhesieverfahren und konsiliarische Zusammenarbeit mit dem Schmerzdienst.
  
- Patientengespräch:  
 Eröffnung eines Patientengesprächs, Grundzüge der Gesprächsführung, Gespräch über Prognose und mögliche Komplikationen der Verletzung oder Erkrankung. Beurteilung des Wissens- und Gemütszustandes eines Patienten vor dem Aufklärungsgespräch. Einbeziehen von Patient und Angehörigen in die Therapieplanung, ggf. Kontaktieren eines vorhandenen Betreuers des Patienten. Durchführung eines Aufklärungsgesprächs unter Anleitung und Aufsicht, Dokumentation des Aufklärungsgesprächs.
  
- Versorgung von einfachen Wunden:
  - Erlernen der Techniken der Lokalanästhesie und der einfachen chirurgischen Wundversorgung
  - Anwendung und Applikation von Tetanusprophylaxe
  - Prinzipien der chirurgischen Blutstillung (Kompression, Ligatur, Diathermie).
  
- Wundbehandlung:
  - Durchführen steriler Verbandswechsel, Wund- und Weichteilbeurteilung, Behandlung chronischer Wunden
  - Entfernung von Nahtmaterial und Wunddrainagen

- Ruhigstellungen und orthopädische Hilfsmittel:
  - Erlernen von Gelenkstellungen bei der Ruhigstellung verschiedener Gelenke (z. B. Handgelenk)
  - Kennenlernen und Anwendung verschiedener Fertigverbände und Orthesen
  - Indikationsstellung zur individuellen Thrombembolieprophylaxe.
  
- Verhalten im Operationssaal:
  - Durchführung einer hygienischen und chirurgischen Hautdesinfektion
  - Durchführen unter Aufsicht einer präoperativen chirurgischen Hautdesinfektion am Patienten
  - Korrektes und sicheres Anlegen von Sterilkleidung sowie korrektes und sicheres Verhalten im OP-Saal
  - Umsetzung von Hygienerichtlinien der Klinik
  
- Präoperative Lagerung von Patienten:
  - Kennenlernen und Durchführen häufiger Lagerungstechniken unter Aufsicht: Rückenlage, Bauchlage, Beach-Chair, Armtisch
  - Anlegen und Handhabung einer Blutsperre und Blutleere
  
- Assistieren bei chirurgischen Eingriffen:
  - Steriles Abdecken des OP-Gebietes zusammen mit dem Operateur
  - Assistenz bei der Situseinstellung mit Hilfe verschiedener Retraktoren und des Saugers
  - Erlernen und Anwenden chirurgischer Knotentechniken sowie Anwendung der Diathermie
  
- Techniken des chirurgischen Wundverschlusses:
  - Kennenlernen der verschiedenen Nahtmaterialien sowie des Klammernahtgerätes

- Erlernen und Durchführung verschiedener Nahttechniken
- Anlage von Wunddrainagen und postoperativer Verbände

### 3. PJ-Eingangsevaluation

Zur Sicherheit der Patientinnen / Patienten und Lernenden wird eine „PJ-Eingangsprüfung“ mittels Selbsteinschätzung zur Überprüfung und Wiederauffrischung des Wissens und Könnens aus dem klinischen Studium durchgeführt. Das Ergebnis wird durch die Lehrärztin / den Lehrarzt zu Beginn des Tertials gegengezeichnet. Die Tabelle ermöglicht Ihnen auch eine Lernkontrolle am Blockende.

Vor PJ			Kenntnisse und Fertigkeiten	Nach PJ		
Grundlegend	Gut	Sehr gut		Grundlegend	Gut	Sehr gut
			Strukturierte Anamnese			
			Aufbau eines Arzt- Patienten Verhältnisses			
			Körperliche Untersuchung/ Gesamtstatus			
			Untersuchung der Schulter			
			Untersuchung der Wirbelsäule			
			Untersuchung der Hüfte			
			Untersuchung des Knie			
			Aufklärungsgespräch			
			Planung Therapie/Untersuchung			

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Lehra(ä)rzt/-in

## 4. Orientierung auf der unfallchirurgischen Station

### Stationsarbeit

Die Betreuung von Patienten auf der Station ist in jedem Fachgebiet eine wichtige Aufgabe des Assistenzarztes. Hierzu zählt die direkte Patientenbetreuung wie beispielsweise die Aufnahmeuntersuchung, der Verbandswechsel, oder die schnelle Evaluation und Kontrolle des Zustandes des Patienten. Ebenso wichtig ist die Koordination der Zusammenarbeit des Personals, d. h. Arzt und Pflege sowie interdisziplinär mit dem Sozialdienst, der/dem medizinisch technischen Assistenten/-in, den Mitarbeitern/-innen der Rettungsstelle und Intensivstation (von dort kommen in der Regel die aufzunehmenden Patienten) oder dem/der Orthopädietechniker/-in sowie die Kommunikation mit Angehörigen. Hierzu sind bestimmte Abläufe in der Klinik standardisiert. Aufgabe des/der PJ-lers/in ist es diese zu erlernen und zu unterstützen und aktiv am Stationsalltag mitzuwirken. Versuchen Sie einen Überblick über die von Ihrem Bereich betreuten Patienten zu bekommen und nehmen Sie aktiv an der Therapieplanung teil, indem Sie beispielsweise versuchen Röntgenbilder vor Rücksprache mit Ihrem Dozenten selbst zu befunden und Laborergebnisse zu kontrollieren/interpretieren oder den Stationsplan zu aktualisieren. Zu Ihren Aufgaben auf der Station gehören auch das Blutabnehmen, das Legen intravenöser Zugänge sowie die Durchführung von Verbandswechseln. Diese Aufgaben sollen jedoch nur einen Teil Ihrer Tätigkeit ausmachen. Bringen Sie sich aktiv ein, stellen Sie Fragen und versuchen Sie, nach einiger Zeit auch selbstständig Patienten zu betreuen. Beispielsweise könnten Sie die Aufnahme von Ihren Patienten selbstständig durchführen und den Fall dann dem Stationsarzt vorstellen.

Wie schon im Anforderungskatalog vermerkt, ist eine Assistenz bei den verschiedenen Operationsbereichen vorgesehen. Es lässt sich nicht immer im Voraus planen an welchen Tagen Sie im OP als Assistenz und an welchen Sie auf der Station oder in der Poliklinik eingesetzt werden. Falls Sie eine OP sehr interessant finden, scheuen Sie sich bitte nicht nachzufragen, ob Sie assistieren, oder zusehen können.

### **Zielsetzung für den ersten Abschnitt Ihres PJ-Blockes:**

- Erlernen der Abläufe in der Abteilung für Unfallchirurgie
- Ärztinnen und Ärzte bei der Stationsarbeit begleiten, Visite, Patientenbetreuung und Patientenaufnahme beobachten
- den OP-saal kennenlernen
- Computersysteme kennenlernen
- Stationsarbeit (Blutentnahmen, intravenöse periphere Zugänge legen, Verbandswechsel)

### **Zielsetzungen für den zweiten Abschnitt Ihres PJ-Blockes (Zeitpunkt individuell festgelegt durch den/die Lehra(ä)rzt/-in):**

- Weiterhin Stationsarbeit unterstützen und Tätigkeiten unter Aufsicht selbst ausführen
- Betreuung eigener Patienten auf der Station (von Aufnahme bis Entlassung) inklusive Therapieplanerstellung
- Notfall-Schein und D-Arztbericht vorbereiten/ anfertigen
- Untersuchung und Behandlung (unter Aufsicht) von Akutpatienten (in der Rettungsstelle oder in der Poliklinik)
- Assistenz im OP

## **Betreuung eigener Patienten**

Nicht nur in konservativen Fachgebieten, auch in der chirurgischen Ausbildung ist die Betreuung der Patienten auf der Station essentieller Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit bereits zu Beginn der Facharztausbildung.

Sie sollten daher im Hinblick auf ihre weitere ärztliche Tätigkeit unabhängig ihres gewählten Fachgebietes schon zum Ende des PJ Teilblockes ein bis zwei eigene Patienten in Rücksprache mit dem Stationsarzt betreuen. Dabei sollten sie für „Ihre/-n“ Patienten/-in die Dokumentation von Verordnungen, Anmeldung von Untersuchungen und die Vorbereitung und Vorstellung bei der Visite übernehmen.

Bei dieser Tätigkeit ist es insbesondere von Bedeutung am Ende des Blockes mit Ihrem Lehrarzt Rücksprache über Fragen und Probleme bei der stationären Patientenbetreuung zu halten. Hierzu sollten Sie vor dem Entwicklungsgespräch einige Notizen machen.

Notizen:

---

---

---

---

---

---

---

Beurteilung durch die/den Lehrärztin/Lehrarzt:

Die/Der Studierende hat den Patienten eigenständig betreut und im Entwicklungsgespräch den Verlauf besprochen.

---

Unterschrift und Datum Lehrärztin/Lehrarzt



## 5. Praktische Tätigkeiten in der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

### A. Patientenmanagement

Bei Vorstellung in der Rettungsstelle, in der Poliklinik oder bei der stationären Aufnahme werden eine Anamnese und körperliche Untersuchung durchgeführt und dokumentiert.

Die folgenden Punkte sollten Sie unter Anleitung durchführen:

#### Anamnese:

- Krankheitsvorgeschichte (Beginn, zeitlicher Verlauf, Intervalle...)
- Unfallhergang (genaue Beschreibung zwecks Pathologie/Begleiterkrankungen/Versicherung)
- Schmerzanamnese: 4 W's:  
(WIE fing der Schmerz an und WIE äußert er sich,  
WO ist der Schmerz lokalisiert, WANN wird der Schmerz empfunden, WOBEI tritt der Schmerz auf)
- Mobilität (Gehstrecke, bevorzugte Fortbewegung,...)
- ggf. bisherige Diagnostik/Therapie
- Berufs-/Freizeitamnese

#### Untersuchung/ Befund:

- Systematische Befunderhebung!
- Beurteilung des Patienten bei Eintritt in das Behandlungszimmer (Gang, Haltung)
- Vertrauen des Patienten gewinnen, indem jede Untersuchung erläutert wird und unnötig langes Provozieren des Schmerzes vermieden wird.
- Inspektion (Verletzungen, Blutungen/Haltung: Schulterkulisse, Beckenstand, Gangbild, Hinken/Deformitäten: Achsfehlstellungen, Kontrakturen/Konturen: Schwellung, Verschmächtigung, Atrophie/Haut (Pigmentierung, Beschwiellung/Anomalien)

- Palpation
- Spezifische Funktionstestung der Gelenke (gesunde Seite zuerst, 1. aktiv, 2. passiv, 3. gegen Widerstand, Angabe mit Neutral-Null-Methode und Kraftgraden nach Janda)
- Neurologie (Sensibilität, Motorik, Reflexe, Gefäßstatus)

### **Apparative Diagnostik**

- Vorhandene Vordiagnostik (Labor, Bildgebung usw.) auswerten
- Plan für noch notwendige Diagnostik erstellen (laborchemische Blutkontrollen, Röntgen, Konsile etc.)

### **Diagnose**

- Kann eine sichere Diagnose gestellt werden?
- Kann ein Symptomkomplex beschrieben werden?

### **Procedere/Therapieplanung (auch Anordnungen für die Station)**

- Liegt eine Akutsituation vor, die akutes Handeln erfordert?
- Ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig
- Welche Therapie setzte ich an?
- Wie kann ich den Therapieerfolg kontrollieren?

Im Falle einer OP-Vorbereitung (durch den Arzt):

- Aufklärung (OP, Übertragung von Fremdblut)
- Vorstellung bei der Prämedikationsambulanz

### **Kontrolle/Evaluation der angeforderten Diagnostik**

- Habe ich meine Diagnose gesichert, oder sind neue Aspekte hinzugekommen, die ein Abweichen vom Therapieplan erfordern?
- Ist der Patient akut operationsfähig (Labor, EKG, Prämedikation, Allgemeinzustand)
- Besprechung des Falls mit dem Stationsarzt

## **B. Epikrise**

Das Verfassen einer Epikrise zählt zu den Basisaufgaben eines jeden Assistenzarztes. Es muss daher von jedem Berufsanfänger beherrscht werden.

Nach Entlassung aus der Klinik in den ambulanten Bereich muss dem Patienten sowie dem weiterbehandelnden Kollegen ein „Fahrplan“ zur weiteren Behandlung an die Hand gegeben werden damit eine optimale Therapie des Patienten gewährleistet ist. Dabei muss die Epikrise so genau wie möglich, jedoch ebenfalls auf das Wesentliche konzentriert sein. Dabei sollte die erste Epikrise über einen Primär- bzw. Standardeingriff geschrieben werden. Die zweite Epikrise kann dann auch einen komplexeren Fall beschreiben. Um einen möglichst umfassenden Überblick über die Behandlung des einzelnen Patienten zu erlangen, sollten Sie die Patienten, deren Epikrisen Sie besprechen möchten, von der Aufnahme bis zur Entlassung begleiten. Sie sollten sich daher auch über Untersuchungs- oder Operationsergebnisse bei welchen Sie nicht anwesend waren gründlich informieren. In der Rettungsstelle sollte ein Erste-Hilfe-Schein selbstständig ausgefüllt und ein D-Arzt Bericht unter Anleitung angefertigt werden.

### FORMALER AUFBAU EINER EPIKRISSE

Einleitung, Diagnose, Nebendiagnosen, Therapie, Anamnese und Verlauf, mikrobiologische Ergebnisse, histologische Ergebnisse, Entlassungsbefund, Procedere, Abschluss

## **Dokumentation durchgeführter Tätigkeiten**

Bitte dokumentieren Sie in der nachfolgenden Tabelle, die von Ihnen durchgeführten Tätigkeiten und die Anzahl wie häufig Sie die jeweilige Tätigkeit durchgeführt haben.

### Unterschriften nach Anfertigung einer Epikrise (Lehra(ä)rzt/-in)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

### Rettungsstelle:

- |                                       |                        |
|---------------------------------------|------------------------|
| 1. Ausstellung eines Notfall-Scheines | durchgeführt am: _____ |
| 2. Ausstellung eines D-Arzt Berichtes | durchgeführt am: _____ |

### Dokumentation der Patientenaufnahmen:

Anzahl der Aufnahmen (Strichliste): \_\_\_\_\_

Unterschrift Lehrarzt/-ärztin

\_\_\_\_\_

### Dokumentation der eigenständigen Patientenbetreuung

Anzahl betreuter Patienten: \_\_\_\_\_

Unterschrift Lehrärztin/Lehrarzt

\_\_\_\_\_

## 6. Checklisten

Bitte dokumentieren Sie die Anzahl der von Ihnen durchgeführten Tätigkeiten!

		Demonstration*	Supervidierte Ausführung**	Übergang in Routine**
<b>Patientenmanagement</b>	Anamneseerhebung			
	Befunderhebung			
	Patientenvorstellung			
	Ambulanzbrief/Epikrise verfassen			
	Konsil anfordern/auswerten			
	Dokumentation bg-liches Heilverfahren			
	Strategieplanung von Reha-maßnahmen			

		Demonstration*	Supervidierte Ausführung**	Übergang in Routine**
<b>Körperliche Untersuchung</b>	Neutral-Null-Methode			
	Vollständiger Pulsstatus			
	Orientierende neurologische Untersuchung			
	Funktionsprüfung peripherer Nerven sowie Dermatome bestimmen			
	Achsdeformitäten und Fehlbildungen bestimmen			
	Untersuchung zum Fraktur-ausschluss			
	Beurteilung und Einteilung von Weichteilschäden			
	Spezifische Tests der ver-schiedenen Gelenke und Wirbelsäule			

		Demonstration*	Supervidierte Ausführung**	Übergang in Routine**
<b>Apparative Diagnostik</b>	Indikationsstellung für bildgebende Verfahren			
	Analyse von Standardröntgenaufnahmen			
	Beschreibung spezieller Röntgenaufnahmen			
	Systematische Analyse MRT			
	Systematische Analyse CT			
	Gelenksonographie			

		Demonstration*	Supervidierte Ausführung**	Übergang in Routine**
<b>Schmerztherapie</b>	Schmerzanamnese			
	Bestimmung Schmerzintensität (VAS)			
	Substanzen und Dosierungen des WHO-Schemas			
	Grundlagen der perioperativen Schmerztherapie			
	Infiltrationstechniken			
	Management chronischer Schmerzen			

		Demonstration*	Supervidierte Ausführung**	Übergang in Routine**
<b>Wundbehandlung</b>	Steriler Wundverband			
	Beurteilung von Wund- und Weichteilverhältnissen			
	Anlage, Kontrolle eines Vakuumverbandes			
	Entfernung von Nahtmaterial und Drainagen			
	Versorgung kontaminierter Wunden			

		Demonstration*	Supervidierte Ausführung**	Übergang in Routine**
<b>Rettings- stelle</b>	Prinzipien der Triage, MANV, Katastrophoplan			
	Prinzipien der Polytraumaversorgung (ATLS)			
	Prinzipien der Damage Control Surgery			
	Versorgung des Akutverletzten			

		Demonstration*	Supervidierte Ausführung**	Übergang in Routine**
<b>Stützverbände</b>	Prinzipien der konservativen Frakturversorgung			
	Hartverband zur Ruhigstellung des Unterarmes/ Unterschenkels			
	Ruhigstellung durch Fertigverbände			
	Indikationsstellung bzgl. der Versorgung mit Orthesen			
	Verfahrenswechsel beim Anlegen verschiedener Gipsverbände			

		Demonstration*	Supervidierte Ausführung**	Übergang in Routine**
<b>OP</b>	Hygienische und chirurgische Hautdesinfektion			
	Chirurgische Hautdesinfektion am Patienten			
	Korrektes und sicheres Anlegen steriler Kleidung			
	Verschiedene Lagerungstechniken inklusive Blutsperre			
	Verschiedene Naht- und Knotentechniken			
	Assistenzen bei verschiedenen traumatologischen Eingriffen			

\*Lehrärztin / Lehrarzt demonstriert Tätigkeit

\*\*Studierende führen Tätigkeit unter direkter Supervision durch Lehrärztin / Lehrarzt aus

\*\*\*Studierende führen Tätigkeit aus, das Ergebnis wird durch Lehrärztin / Lehrarzt supervidiert

## **7. Notizen**

Klinikinterne Abläufe und entsprechende verantwortliche Ansprechpartner werden Ihnen von Ihrem zuständigen Lehrkrankenhaus bzw. Universitätsklinikum ausgehändigt.



## 8. Anlagen

### A. Mini Examen

#### Bewertungskriterien Fallbericht / Epikrise

Zu bewertende Aspekte	Gut erfüllt	Teilweise erfüllt	Nicht erfüllt
Anamnese vollständig und korrekt			
Körperliche Untersuchung vollständig und korrekt			
Befund der Untersuchung angemessen und korrekt			
Differentialdiagnose und Begründung adäquat			
Diagnostisches Procedere angemessen			
Therapeutisches Procedere angemessen			
Prognoseeinschätzung und Epikrise angemessen und korrekt			
Formale Vorgaben erfüllt			
Systematik korrekt			
Ausdrucksweise sprachlich korrekt und angemessen			

Bewertung in Schulnoten (Teil 1): \_\_\_\_\_

#### Bewertungskriterien Patientenpräsentation

Zu bewertende Aspekte	Gut erfüllt	Teilweise erfüllt	Nicht erfüllt
Anamnese vollständig und korrekt			
Körperliche Untersuchung vollständig und korrekt			
Befund der Untersuchung angemessen und korrekt			
Differentialdiagnose und Begründung adäquat			
Diagnostisches Procedere angemessen			
Therapeutisches Procedere angemessen			
Systematik korrekt			
Ausdrucksweise sprachlich korrekt und angemessen (Prägnanz!)			

Bewertung mittels Schulnoten (Teil 2): \_\_\_\_\_

### **Bewertung der Demonstration von praktischen Fähigkeiten**

Zu bewertende Aspekte	Gut erfüllt	Teilweise erfüllt	Nicht erfüllt
Umgang mit den Patienten angemessen (Kommunikation und Interaktion)			
Körperliche Untersuchung vollständig und korrekt			
Untersuchungstechniken korrekt demonstriert			
Befund korrekt benannt			

Bewertung mittels Schulnoten (Teil 3): \_\_\_\_\_

## B. Weiterentwicklung des PJ-Logbuchs

Die PJ-Logbücher werden kontinuierlich weiterentwickelt. Für die Weiterentwicklung werden Erfahrungen des CanMEDS Framework genutzt.

CanMEDS Framework ist ein Leitfaden für den Erwerb von ärztlichen Kompetenzen zur optimalen Betreuung von Patienten. Die Kompetenzen organisieren sich um folgende 7 Schlüsselrollen ärztlicher Tätigkeit als **Medical Expert, Communicator, Collaborator, Manager, Health Advocate, Scholar und Professional**.

Im Nationalen Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin werden diese Kompetenzen wie folgt zusammengefasst:



[www.gha-info.de/mediapool/46/461942/data/Muenchen.../angstwurm.pdf](http://www.gha-info.de/mediapool/46/461942/data/Muenchen.../angstwurm.pdf)