



# TRAININGSEINHEITEN

## DEUTSCH MEDIZIN

16 Über die Patientenversorgung sprechen

17 Visite und Übergabe

18 Kommunikation im OP

# B2·C1

# TRAININGSEINHEITEN

## DEUTSCH MEDIZIN

16 Über die Patientenversorgung  
sprechen

17 Visite und Übergabe

18 Kommunikation im OP

# B2·C1

Diese Publikation und ihre Teile sind urheberrechtlich geschützt.  
Jede Verwendung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf  
deshalb der schriftlichen Einwilligung des Herausgebers.

Herausgegeben von der telc gGmbH, Frankfurt am Main, [www.telc.net](http://www.telc.net)  
Alle Rechte vorbehalten  
1. Auflage 2015  
© 2015 by telc gGmbH, Frankfurt am Main  
Printed in Germany  
ISBN 978-3-86375-268-2  
Best.-Nr./Order No.: 5037-PrM-000601

# Inhalt

|    |                                       |    |
|----|---------------------------------------|----|
| 16 | Über die Patientenversorgung sprechen | 7  |
| 17 | Visite und Übergabe                   | 15 |
| 18 | Kommunikation im OP                   | 23 |

# Trainingseinheit 16

## ÜBER DIE PATIENTENVERSORGUNG SPRECHEN

### 1 Einstieg

Sprechen Sie in Kleingruppen und sammeln Sie Ihre Ergebnisse. Präsentieren Sie diese.

- Was sehen Sie auf dem Bild?
- Gibt es Themen aus dem Bereich der Pflege, die für Sie als Ärztin oder Arzt relevant sind? Geben Sie Beispiele.



### 2 Dekubitus – wie vorbeugen, wie behandeln?

- a** Arbeiten Sie in kleinen Gruppen. Welche Körperstellen sind besonders dekubitusgefährdet? Zeichnen Sie ein Körperschema und beschriften Sie die gefährdeten Körperstellen.
- b** Tauschen Sie sich zu den folgenden Fragen aus:
- Welche Stadien von Dekubitalulcera kennen Sie?
  - Wie würden Sie die einzelnen Stadien behandeln?
- c** Lesen Sie den Text und beantworten Sie anschließend die Fragen.

#### Dekubitus – ein ernstzunehmendes Problem

Patientinnen und Patienten mit Dekubitalgeschwüren sind nicht nur in häuslicher Pflege, sondern auch in Pflegeheimen und Krankenhäusern anzutreffen. Stichproben zeigten, dass ca. 30% der gefährdeten Personen, wie beispielsweise ältere Menschen, unter Druckgeschwüren in verschiedenen Stadien leiden.

Als Druckgeschwür wird eine lokalisierte Läsion der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes definiert. Diese Läsion findet sich meistens über einem Knochenvorsprung, als Ergebnis von Druck

oder einer Kombination von Druck und Scherkräften. Wird das Gewebe beispielsweise durch Druck belastet, kommt es zu einer mangelnden Sauerstoffversorgung. Normalerweise reagiert der Mensch auf diesen Zustand, indem er seine Körperhaltung verändert und so den Druck mindert. Bettlägerige und immobile Patienten können diesem Reflex jedoch häufig nicht mehr nachgeben. Ältere Menschen sowie Patienten, die starke Schmerzmittel erhalten, nehmen den unangenehmen Druck oft nicht mehr wahr. Aufgrund der fehlenden Sauer-

stoffzufuhr reichert sich Kohlenstoffdioxid an und führt zu einer Übersäuerung des Gewebes. Es sammeln sich toxische Stoffwechselprodukte an und das Gewebe stirbt ab; dabei werden die Nervenzellen irreversibel geschädigt.



Das Europäische Beratungsgremium für Dekubitus (European Pressure Ulcer Advisory Panel, kurz EPUAP) hat ein Klassifikationssystem erarbeitet, um das Ausmaß der Haut- und Gewebeläsionen eines Druckgeschwürs zu beschreiben. Hier werden vier Grade von Dekubitalgeschwüren unterschieden.

Grad I bezeichnet eine nicht wegdrückbare, umschriebene Rötung bei intakter Haut. Der betroffene Hautbereich kann dabei schmerzen und im Vergleich zum umgebenden Gewebe verhärtet oder weicher, wärmer oder kühler sein. Da bei Menschen mit dunkler Haut Druckgeschwüre in diesem Stadium möglicherweise schwer zu erkennen sind, können diese taktilen Merkmale auf eine Gefährdung hindeuten.

Bei einem Druckgeschwür Grad II zeigt sich eine Teilzerstörung der Haut mit einem rosa bis roten Wundbett ohne Belag. Häufig tritt es als intakte oder offene Blase in Erscheinung. Es kann sich auch als glänzendes oder trockenes, flaches Geschwür ohne nekrotisches Gewebe und ohne Bluterguss darstellen.

Grad III bezeichnet eine Zerstörung aller Hautschichten, wobei Fettgewebe, jedoch keine Knochen, Muskeln oder Sehnen sichtbar sein können. Auf der Wunde kann sich ein Belag bilden, der die Tiefe der Gewebeschädigung jedoch nicht verschleiert. Ebenso können Taschen oder Unterminierungen vorliegen. Die Tiefe von Geschwüren variiert

je nach anatomischer Lokalisation. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und das Gehörknöchelchen haben kein subkutanes Gewebe, daher können Wunden der Kategorie III dort auch sehr oberflächlich sein. Im Gegensatz dazu können an besonders adipösen Körperstellen extrem tiefe Wunden auftreten, die dennoch dem Grad III entsprechen.

Grad IV schließlich bezeichnet den totalen Gewebeerlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln, möglicherweise mit Belag und Schorf, oft mit Taschen oder Unterminierungen. Die Wunden können sich in die Muskeln oder unterstützenden Strukturen ausbreiten (Faszien, Sehnen oder Gelenkkapseln). Knochen und Sehnen sind sichtbar, und es besteht die Gefahr einer Osteomyelitis oder Ostitis.

In den EPUAP-Leitlinien wird ein chirurgisches Konsil empfohlen, wenn ein Druckgeschwür als mögliche Sepsisquelle gesehen wird. Der Konsiliararzt klärt, ob eine Drainage oder ein chirurgisches Debridement erforderlich ist. Bei Druckgeschwüren Grad III und IV, bei denen eine konservative Behandlung keine Besserung bringt, sollte ebenfalls ein chirurgisches Konsil angefordert werden, um die Frage einer operativen Versorgung zu klären. Die Behandlung eines Dekubitus beansprucht oft Monate, da die Druckgeschwüre meistens infiziert sind und je nach Schweregrad intensive Pflege benötigen. Der Pflegeaufwand und damit die Kosten steigen enorm an und können sich bei einer durchschnittlichen Dekubitustherapie auf bis zu 50.000 Euro belaufen.

Das Wundliegen, wie es im Volksmund heißt, ist zu meist mit starken Schmerzen verbunden. Bewegung, wenn dies möglich ist, wird häufig zur Qual. Laut IGAP (Institut für Innovationen im Gesundheitswesen und angewandte Pflegeforschung) äußern Patienten mit Dekubitalgeschwüren häufig, dass sie sich fühlen, als ob sie am lebendigen Leibe verfaulen würden. Sie würden sich zurückziehen und jeden sozialen Kontakt meiden, teilweise sogar zu Familienangehörigen. Depressive Verstimmungen bis hin zur Depression können die Folge sein, so berichtet IGAP. Um den Patienten dieses unnötige Leiden zu ersparen, bedarf es einer professionellen Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften.

- 1 Fast jeder dritte ältere Patient leidet während eines Krankenhausaufenthalts unter Druckgeschwüren des Grades I.

richtig/falsch

- 2 Das Zusammenspiel von Druck und Scherkräften kann einen Dekubitus hervorrufen.

richtig/falsch

- 3 Ältere Menschen haben oft ein gemindertes Druckempfinden.  
richtig/falsch
- 4 Das EPUAP hat ein Behandlungsschema für Dekubitalgeschwüre herausgegeben.  
richtig/falsch
- 5 Ein Dekubitus Grad II zeichnet sich durch abgestorbenes Gewebe aus.  
richtig/falsch
- 6 Der Wundbelag bei Druckgeschwüren Grad III verhindert, dass das Ausmaß der Wunde erkannt wird.  
richtig/falsch
- 7 Bei einem Dekubitus Grad IV können Knochen zu sehen sein.  
richtig/falsch
- 8 Bei einem Dekubitus Grad IV kann das chirurgische Abtragen der Nekrose indiziert sein.  
richtig/falsch
- 9 Familienangehörige besuchen nur noch selten ihren an Dekubitus erkrankten Verwandten.  
richtig/falsch
- 10 Nach Ansicht des Autors ist die Pflege von Patienten mit Dekubitalgeschwüren bisher unprofessionell.  
richtig/falsch

d Wie sollte eine Klinik im besten Fall arbeiten, sodass es nicht zu Dekubitalulcera kommt? Welche Voraussetzungen sollten gegeben sein? Diskutieren Sie.

### 3 Rollenspiel Arzt und Pflegekraft

#### Fallbeispiel 1

Information für die Rolle: **Ärztin/Arzt**

Sie sind Assistentin oder Assistent in einer Inneren Abteilung. Eine Pflegekraft bittet Sie, eine neue Patientin, Irina Delic, zu untersuchen. Diese leidet an großflächigen Dekubitalulcera im Bereich des Steißbeins und der Schulterblätter. Die Pflegekraft möchte das weitere Vorgehen mit Ihnen besprechen. Leiten Sie die nötigen Schritte (chirurgisches Konsil anfordern, ggf. chirurgisches Debridement) in die Wege.

Information für die Rolle: **Pflegekraft**

Sie arbeiten in einer Inneren Abteilung und haben die 75-jährige Patientin Irina Delic aufgenommen. Die Patientin ist in schlechtem Allgemein- und Ernährungszustand. Sie ist seit einem operierten Beckenbruch bettlägerig und wird zu Hause von ihrer Schwester betreut, die auch bereits über 70 ist. Frau Delic hat über dem Steißbein und an den Schulterblättern großflächige Dekubitalulcera mit entzündetem Wundrand, die Sie als Dekubitus Grad III einstufen. An den Ellenbogen zeigen sich stark schmerzhafte, offene Hautstellen mit rotem bis rosafarbenem Wundrand. Sie bitten die Stationsärztin/den Stationsarzt, sich die Geschwüre anzusehen und mit Ihnen das weitere Procedere zu besprechen.

## 4 Schreiben

Schreiben Sie ausgehend von den Informationen aus dem Lesetext „Dekubitus – ein ernstzunehmendes Problem“ einen fiktiven Konsiliarbericht über Frau Irina Delic (Wundbeschreibung, Beurteilung, empfohlene Maßnahmen ...). Schreiben Sie einen zusammenhängenden Text, keine Stichpunkte.

## 5 Rollenspiel Arzt – Pflegekraft

### Fallbeispiel 2

Information für die Rolle: **Ärztin/Arzt**

Sie arbeiten in der Kardiologie. Eine Pflegekraft holt Sie zu der Patientin Helene Baumann hinzu und informiert Sie über diese. Sie sind auf der Station neu und kennen die Patientin noch nicht. Sprechen Sie mit der Pflegekraft und holen Sie weitere Informationen über die Patientin ein. Geben Sie im Anschluss Anweisungen, wie mit der Patientin verfahren werden soll.

Information für die Rolle: **Pflegekraft**

Sie arbeiten in der Kardiologie. Die Patientin Helene Baumann leidet an einer generalisierten Arteriosklerose, Hypercholesterinämie und arteriellen Hypertonie. Die Patientin war schon mehrfach bei Ihnen auf Station und ist Ihnen bekannt. Gerade haben Sie den Blutdruck gemessen, er liegt bei 200/100 mmHg. Sie rufen die Stationsärztin/den Stationsarzt. Die Ärztin/ Der Arzt ist neu und erwartet detaillierte Informationen. Sie selbst arbeiten seit vielen Jahren in der Klinik. Sprechen Sie mit ihr/ihm und warten Sie auf die Anweisungen.

Informieren Sie über

- Name, Alter der Patientin
- Grund für den Krankenhausaufenthalt
- bestehende Medikation
- Blutdruckwerte in den letzten Tagen, meist ca. 165/95 mmHg

## 6 In der Praxis



Sie hören ein Gespräch zwischen einer Pflegekraft und einem Arzt. Markieren Sie bei Aufgabe eins bis drei die richtige Lösung und notieren Sie bei Frage vier bis sieben die Antworten.

- 1 Der Patient hat
  - a Dekubitalulcera zweiten Grades.
  - b einige Druckstellen.
  - c noch keine Geschwüre.
- 2 Die Verdachtsdiagnose lautet
  - a akute Bronchitis.
  - b Bronchialkarzinom.
  - c Pneumonie.
- 3 Der Patient
  - a raucht heute nicht mehr.
  - b raucht heute noch.
  - c rauchte zehn Packungen pro Jahr.

4 Warum wurde dem Patienten ein Lungenflügel entfernt?

.....

5 Wie wird der Auswurf beschrieben?

.....

6 Welche Maßnahme erfolgte vor der ersten Antibiotikagabe?

.....

7 Welche Anweisungen gibt der Arzt der Pflegekraft?

.....

.....

### Sprachbox

a Setzen Sie das passende Adjektiv aus dem Kasten in die Lücken ein. Steigern oder/und deklinieren Sie es, wenn nötig.

#### Fallbeschreibung

Die Patientin Frau Al Habri wurde wegen eines 1 ..... Sturzes stationär aufgenommen. Aufgrund ihrer Schmerzen erhält sie dreimal 20 Tropfen Metamizol und bei Bedarf Piritramid, worauf die Schmerzen 2 ..... wurden. Die Patientin soll täglich Krankengymnastik erhalten, denn je 3 ..... sie mobilisiert wird, desto 4 ..... ist die Rekonvaleszenz.

Frau Al Habri leidet zudem an einer 5 ..... Depression. Das ungewohnte Umfeld führte dazu, dass sie sich in den ersten Tagen auf Station immer 6 ..... fühlte. Daraufhin erhielt sie ein Antidepressivum. Nach einigen Tagen äußerte sie ein 7 ..... Allgemeinbefinden. Jetzt isst sie auch wieder

8 ..... . 9 ..... wäre es, einen Psychologen hinzuzuziehen und die Patientin über 10 ..... Zeit psychologisch zu betreuen.

Schwester Kordula berichtet, dass die Patientin Al Habri nach der Tabletteneinnahme ein 11 ..... Durstgefühl hat. Aufgrund ihrer bekannten Herzinsuffizienz ist es allerdings wichtig, dass sie 12 ..... als zwei Liter Flüssigkeit zu sich nimmt.

bekannt  
früh

gut  
gut

kurz  
lang

schlecht  
schwach

schwer  
stark

viel  
wenig

- b** Finden Sie das passende Verb und entscheiden Sie sich für das Partizip I oder II in den folgenden Sätzen.

- 1 Der Allgemeinzustand des Patienten hat sich dramatisch .....
- 2 Die Therapieform hat sich in den letzten Jahren deutlich .....
- 3 Wir finden ..... Metastasen im Darmtrakt.
- 4 Das Medikament trägt ..... zur Müdigkeit des Patienten bei.
- 5 Die Patientin befindet sich in einem schlechten Zustand. Sie ist sehr .....
- 6 In der Patientenverfügung sind das Leben ..... Maßnahmen nicht ausgeschlossen. Der Patient lehnt das Leben ..... Maßnahmen ab.

**Tipp**

Wenn Sie nicht mehr weiterwissen, lösen Sie zuerst Aufgabe c.

- c** Notieren Sie die Verben zu den Adjektiven und die Partizipien I und II.

viel vermehren, vermehrend, vermehrt

lang .....

schlecht .....

gut .....

stark .....

schwach .....

kurz .....

## 7 Modalverben

Schließen Sie die Lücken im Text. Verwenden Sie dazu Modalverben im Konjunktiv II.

**Arzt:** Frau Jensen hat noch immer zu hohen Blutdruck und ist bradykard. Wir **1** ..... sie auf die Überwachungsstation verlegen. **2** ..... Sie bitte alles vorbereiten?

**Pflegekraft:** Gut, ich suche die Unterlagen zusammen, wir können in fünf Minuten losgehen.

**Arzt:** Sie **3** ..... vorher noch die Überwachungsstation anrufen, dass wir gleich kommen. Heute Morgen hatten sie noch freie Betten, es **4** ..... also kein Problem sein, unsere Patientin zu übernehmen. Ich informiere inzwischen die Patientin.

**Pflegekraft:** Das können wir gern so machen. **5** ..... ich Sie aber bitten, noch schnell die Apothekenbestellung zu unterschreiben? Dann **6** ..... wir sie gleich auf dem Weg nach unten abgeben.

**Tipp**

Die Modalverben im Konjunktiv II (sollten, könnten, müssten, dürften) werden verwendet, um höfliche Bitten und Anforderungen zu formulieren. Häufig drücken sie auch eine Annahme oder Vermutung aus.

## Redemittel

Nutzen Sie auch die unten stehenden Redemittel, wenn Sie sich mit Kollegen oder dem Pflegepersonal austauschen.

### Über Besonderheiten von Patienten informieren

Frau Al Habri hat mir mitgeteilt, dass sie Muslima ist und nur von weiblichen Pflegekräften versorgt werden möchte. Ich habe der Krankengeschichte entnommen, dass die Patientin Al Habri wegen Depressionen behandelt wird. Sie sollte möglichst schnell mobilisiert werden. Bei Frau Mombert besteht der Verdacht auf Hepatitis B.

### Sich nach einer Patientin/einem Patienten erkundigen

Geht es dem Patienten besser/schlechter als gestern?  
Wie ist der Zustand der Patientin? Hat er sich verbessert/weiter verschlechtert?/Ist er stabil?  
Hatte Herr Özdemir einen weiteren Krampfanfall?  
Gab es irgendwelche Besonderheiten/Auffälligkeiten?

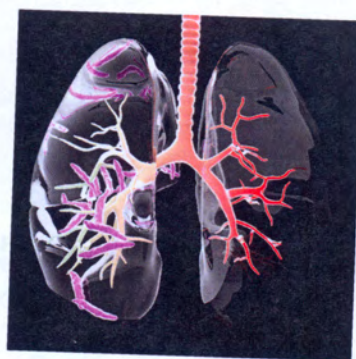
## 8 Dialoge

Arbeiten Sie zu zweit und spielen Sie die Dialoge. Nutzen Sie die Redemittel sowie höfliche Formen der Bitte und Aufforderung.

- 1 Informieren Sie die Pflegekraft über die Patientin. Die Pflegekraft stellt weiterführende Fragen. Erweitern Sie das Fallbeispiel.

### Andrea Gundolf

Neuzugang, Verdacht auf offene TBC, Isolation, Krankengeschichte: Polytoxikomanie, lehnt Besuch ab



### Fallbeispiel 1

- 2 Erkundigen Sie sich nach dem Patienten Heiko Kunze. Die Pflegekraft informiert Sie. Erweitern Sie das Fallbeispiel.

### Heiko Kunze

Bandscheibenvorfall, gestern starke Schmerzen, Veränderung nach Schmerzmittelgabe: besser, Taubheitsgefühl, Blasenfunktionsstörung, Mobilisation?



### Fallbeispiel 2

## 9 E-Mail: Abschiedsfeier

Sie sind Ärztin oder Arzt in der Kardiologie der St.-Hedwig-Klinik. Ihre Kollegin Maria Limanovski geht in Mutterschutz. Sie organisieren eine Abschiedsfeier als Überraschung. Schreiben Sie eine Rundmail an die Chefarztin, die Kolleginnen und Kollegen und das Pflegepersonal. Achten Sie dabei auf höfliche Formulierungen und eine passende Anrede und Grußformel.

- |                          |               |
|--------------------------|---------------|
| ■ Ort, Zeit              | ■ Kosten      |
| ■ Spätdienst/Nachtdienst | ■ Programm    |
| ■ Geschenk               | ■ Rückmeldung |
| ■ Essen und Getränke     |               |

## 10 Podiumsdiskussion



Während einer Tagung hören Sie eine Podiumsdiskussion zum Thema „Kooperative Modelle in der Patientenversorgung“. Markieren Sie die Aussagen mit richtig oder falsch.

- 1 Herr Prof. Stein lehrt an der Hochschule das Fach „Kooperative Modelle“.  
richtig/falsch
- 2 Herr Prof. Stein führt für die Neustrukturierung der Krankenhäuser wirtschaftliche Gründe an.  
richtig/falsch
- 3 Frau Prof. Polonsky war das Erreichen einer engeren Verzahnung der Berufsgruppen wichtig.  
richtig/falsch
- 4 In Frau Prof. Polonskys Klinik sind die Arbeitszeiten von Ärzten und Pflegekräften identisch.  
richtig/falsch
- 5 Herr Prof. Stein kritisiert die frühere Organisation der Zusammenarbeit des medizinischen Personals als kontraproduktiv.  
richtig/falsch
- 6 Nach Vorgaben des Arztes legt der Wundmanager, Herr Blott, die Schritte für die Wundversorgung fest.  
richtig/falsch
- 7 Frau LeGré führt Visiten durch, dokumentiert den Behandlungserfolg und bespricht weitere Schritte mit dem Stationsteam.  
richtig/falsch
- 8 Frau Prof. Polonsky begrüßt die neuen Verordnungen bezüglich der pflegerischen Tätigkeiten.  
richtig/falsch

## 11 Präsentation

Berichten Sie von Ihrem letzten Besuch eines Kongresses oder einer Fortbildung. Präsentieren Sie im Kurs und behandeln Sie folgende Punkte:

- Thema der Veranstaltung
- neu Gelerntes
- Relevanz für den Arbeitsalltag



# Trainingseinheit 17

## VISITE UND ÜBERGABE

### 1 Einstieg

Berichten Sie:

- Wie verläuft die Visite auf Ihrer Station?
- Was unterscheidet Visiten in Deutschland von denen in Ihrer Heimat?
- Worin liegt der Unterschied zwischen einer Visite und einer Übergabe?



### 2 Appendizitis oder Adnexitis?

a Lesen Sie das Fallbeispiel und diskutieren Sie die Fragen im Kurs.

#### Fallbeispiel

Eine 25-jährige Frau, Anna Mayer, wurde mit unklaren Bauchschmerzen abends eingeliefert. Sie ist Studentin und hat einen Nebenjob in der Küche einer Kita. Der Assistenzarzt ist sich noch unsicher, ob es sich um eine Blinddarmentzündung oder um eine Eierstockentzündung handelt, als er den Fall mit der Oberärztin bespricht.

- Welche Fragen könnte die Oberärztin stellen?
- Welche Untersuchungen hat der Assistenzarzt vorgenommen oder veranlasst?



b Sie hören ein Gespräch zwischen Assistenzarzt Dr. Weyer und Oberärztin Dr. Ruiz, in dem die Patientin Frau Mayer der Oberärztin vorgestellt wird. Entscheiden Sie, welche Lösung a, b oder c am besten passt.

- 1 Die Symptome der Patientin sind
  - a Appetitlosigkeit und mäßige Temperatur.
  - b Stuhlgangprobleme und Blähungen.
  - c Übelkeit und Erbrechen.
- 2 Die Patientin
  - a gibt auf der Schmerzskala die Werte 3 bis 4 an.
  - b kann den Schmerz nicht genau lokalisieren.
  - c klagt über Schmerzen auf der rechten Seite.
- 3 Der bisherige Befund zeigt
  - a eine Schwangerschaft.
  - b einen Hb-Abfall.
  - c erhöhte Entzündungsparameter.

- 4 Bei der gynäkologischen Untersuchung
  - a war der Unterbauch schmerzempfindlich.
  - b waren die Eierstöcke auffällig.
  - c wurden Blutungen festgestellt.
- 5 Um die Diagnose zu sichern,
  - a muss eine weitere Ultraschalluntersuchung erfolgen.
  - b soll ein Schwangerschaftstest durchgeführt werden.
  - c werden noch die Ergebnisse eines Abstriches benötigt.

### 3 Postoperative Visite

- a Beschreiben Sie den typischen Ablauf einer Oberarztvisite, sprechen Sie im Kurs.
- b Am Tag nach der Blinddarm-Operation findet die Oberarztvisite bei Frau Mayer statt. Vor dem Patientenzimmer sichten Assistenzarzt und Oberärztin die Kurve. Lesen Sie die Redemittel und ordnen Sie die passenden Begriffe zu: Allgemeinzustand, Laborwerte, Medikamente, postoperativer Verlauf, Temperatur, Vitalzeichen.

Die Laborwerte/Blutwerte sind ... normal.  
 Die Leukozyten sind zu hoch/zu niedrig/im Normbereich.  
 Der Befund steht noch aus.  
 Postoperativ kam es zu einem Hb-Abfall.

Der Blutdruck ist ... zu hoch/zu niedrig/120 zu 70.  
 Der Puls ist regelmäßig/zu schnell/zu langsam/liegt bei ...  
 Schlägen pro Minute/ist kaum zu fühlen.

Die Patientin/Der Patient hat

- normale Temperatur/kein Fieber.
- erhöhte/septische Temperatur.
- leichtes/mäßiges/hohes Fieber.

Die Patientin/Der Patient erhält als Schmerzmedikation Metamizol  
 3 × 20 Tropfen/Paracetamol 3 × 500 mg und bei Bedarf Piritra-  
 mid 7,5 mg als Kurzinfusion.  
 Die Patientin/Der Patient erhält ein/kein Schlafmittel.  
 Prophylaktisch haben wir mit einer Antibiotikatherapie begonnen.

Der Zustand nach (Z. n.) der OP ist gut.  
 Die Patientin/Der Patient

- klagt über Schlafstörungen.
- klagt über ein starkes Durstgefühl.
- fragt, wann sie/er nach Hause könne.
- beschwert sich über ihre Zimmernachbarin, die schnarche./  
 beschwert sich über seinen Zimmernachbarn, der schnarche.

Die Wunde ist reizlos/blande/entzündet/nekrotisch/nässt.  
 Die Patientin/Der Patient gibt an, dass die Wunde stark schmerzt.  
 Die Drainage wurde gezogen.  
 Die Klammern wurden entfernt.  
 Die Fäden wurden gezogen.  
 Die Patientin/Der Patient entwickelte eine Sepsis.  
 Postoperativ trat mehrmaliges Erbrechen auf/kam es zu folgenden  
 Komplikationen ...

- c** Arbeiten Sie zu zweit, spielen Sie eine postoperative Oberarztvisite vor dem Patientenzimmer. Besprechen Sie die Laborwerte und Vitalzeichen, das Befinden der Patientin. Erweitern Sie dazu das Fallbeispiel mit Frau Mayer und verwenden Sie die Redemittel. Überlegen Sie auch, welche Themen die Oberärztin/der Oberarzt bei einer Visite noch ansprechen könnte.
- d** Führen Sie mit den Informationen, die Ihnen bekannt sind, ein Gespräch mit Frau Mayer am Krankbett. Erkundigen Sie sich nach Ihrem Befinden. Klären Sie mit ihr die weitere Behandlung (Ernährung, Entlassung ...).

#### 4 Übergabe

- a** Finden Sie die Entzündungszeichen, einige Buchstaben fehlen. Was bedeuten diese Begriffe auf Deutsch?

C A L D O L F U N C T I O L A E S A R U B T U M O R

- b** Führen Sie den Dialog zwischen Dr. Amela Danilović und Dr. Uwe Huber weiter. Informieren Sie je nach Rolle über den bisherigen Befund oder stellen Sie Fragen zum Stand der Untersuchung. Erweitern Sie das Fallbeispiel und verwenden Sie die Redemittel auf der nächsten Seite.

**Amela:** Hey Uwe, Erinnerst du dich noch an Frau Plog, die vor einem Jahr wegen eines Herpes zoster bei uns in Behandlung war?

**Uwe:** Ist das die rüstige, ältere Dame, die bei jeder Visite gefragt hat, wann sie endlich entlassen werde?

**Amela:** Ja, genau die, sie kam gestern mit geschwellenem Fußrücken, er ist auch gerötet und fühlt sich überhitzt an.

**Uwe:** Das hört sich nach einem Erysipel an, hat sie auch Schmerzen?

**Amela:** Ja, aber die Rötung könnte auch von einem Zeckenstich kommen. Sie ist vor drei Tagen von einer Wanderung aus Bayern zurückgekehrt ...

**Redemittel****Befund**

Der Befund ist unauffällig/nicht eindeutig.  
ohne Befund (o.B.)  
Ich habe Blut abgenommen.  
Die Laborwerte haben ergeben, dass ...  
Die/Der ... ist gut/normal tastbar.  
Die Patientin/Der Patient hat Schmerzen  
im Bereich der/des ...

**Diagnose**

Es spricht für ...  
Die Untersuchung ergab keinen Hinweis  
auf ...

**Fragen**

Liegt der Befund schon vor?  
Was hat die Untersuchung ergeben?  
Hast du die/den ... hinzugezogen?  
Hast du Rücksprache mit der/dem ...  
gehalten?  
Was sagt die/der ...?  
Du hast doch bestimmt ... machen lassen.  
Das klingt nach ...  
Das hört sich nach ... an.

**5 Infektionsschutz**

**a** Lesen Sie den Text und markieren Sie die Antwort, die am besten passt.

**Infektionsschutz in Deutschland**

Der Infektionsschutz in Deutschland wird durch das Infektionsschutzgesetz (IfSG) geregelt. Alle Institutionen und Firmen, in denen Menschen zusammenkommen und sich mit übertragbaren Krankheiten anstecken können, unterliegen diesem Gesetz. Dazu zählen nicht nur Kindergärten und Gastronomiebetriebe, sondern vor allem auch medizinische Einrichtungen wie Krankenhäuser, Arztpraxen, Reha- oder Tageskliniken. In diesen Einrichtungen müssen die Verantwortlichen dafür Sorge tragen, dass die Maßnahmen zur Prävention und zur Früherkennung übertragbarer Krankheiten eingehalten werden. Das Qualitätsmanagement dieser Einrichtungen sieht vor, das medizinische Personal im Umgang mit Infektionen zu schulen, Hygienepläne aufzustellen und eine genaue Dokumentation vorzunehmen.

Das Robert Koch-Institut (RKI) in Berlin überwacht die Einhaltung des Infektionsschutzgesetzes. Es bewertet Gefahrensituationen, berät Behörden wie die Landesgesundheitsämter, die Landesärztekammern oder die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Auch international ist es beispielsweise mit der WHO gut vernetzt und partizipiert so an einem fachlichen und methodischen Austausch.

Nach Angaben des Robert Koch-Instituts werden

jährlich ungefähr 18 Millionen Menschen in Deutschland vollstationär behandelt und sind somit einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt. Am RKI ist zudem die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) angesiedelt. Ihre Aufgabe besteht darin, Empfehlungen auszusprechen, um beispielsweise nosokomiale Erkrankungen in Kliniken zu vermeiden. Darüber hinaus kontrolliert sie unter anderem auch die Einhaltung wissenschaftlicher Standards.

Ein wichtiger Pfeiler des Infektionsschutzgesetzes ist die Meldepflicht für bestimmte Krankheiten und Erreger, um eine Ausbreitung zu vermeiden. Sie ist in den Paragraphen 6 bis 9 des IfSG geregelt und obliegt dem behandelnden Arzt oder dem Labor, das den Erreger direkt oder indirekt bestimmt hat. Erkrankt ein Patient z.B. an Masern, so muss der Arzt innerhalb von 24 Stunden dem zuständigen Gesundheitsamt Name, Anschrift oder Aufenthaltsort der Person melden. Auch wenn der Arzt nicht alle Angaben machen kann oder er nur den Verdacht hat, dass ein Patient an einer ansteckenden Infektionskrankheit leidet, ist die Meldung obligatorisch. Dies gilt ebenso im Todesfall. Krankheiten, die zum Schutz der Bevölkerung gemeldet werden müssen, sind in §6 des IfSG genannt, die einzelnen

Erreger in § 7. Zu ersteren gehören u.a. Tollwut und Typhus, zu letzteren Hepatitis-Viren und der FS-ME-Virus. Das IfSG wird bei Bedarf durch zusätzliche Verordnungen erweitert, so ist beispielsweise MRSA meldepflichtig, wenn er in Blut oder Liquor nachgewiesen wird.

Durch die Meldepflicht kann auch der Übertragungsweg von behördlicher Seite nachvollzogen werden. Es ist zu differenzieren, ob es sich um eine Tröpfcheninfektion wie bei einer Influenza, eine Kontaktschmierinfektion oder eine sexuell übertragbare Krankheit bzw. eine Ansteckung durch das Blut handelt. In diesem Zusammenhang sind im Infektionsschutzgesetz vier Personengruppen genannt, von denen eine Übertragung von Viren, Bakterien, Pilzen oder Parasiten ausgehen könnte. Als erste Gruppe sind die Erkrankten selbst zu nennen.

Ein Krankheitsverdächtiger zeigt hingegen Symptome, die auf eine bestimmte Krankheit schließen lassen, ohne dass ein Nachweis durch eine Laboruntersuchung vorliegt. Eine weitere Gruppe bilden die Ausscheider, die über den Speichel, Urin oder Stuhl Erreger ausscheiden, ohne selbst erkrankt zu sein. Zur Gruppe der Ansteckungsverdächtigen gehören Personen, die weder erkrankt sind noch als Ausscheider gelten, aber bei denen man einen Krankheitserreger vermutet. Diese Unterteilung hat sich bewährt, um beispielsweise bei Einstellungsuntersuchungen in der Gastronomie und im Gesundheitswesen auf potentielle Überträger aufmerksam zu werden.

Der Gesetzestext sowie zusätzliche Verordnungen und Erläuterungen sind auf der Website des Robert Koch-Instituts zu finden.

#### 1 Der Text

- a erläutert qualitätssichernde Maßnahmen im Rahmen der Infektionsprävention.
- b informiert über gesetzliche Grundlagen zum Infektionsschutz.
- c ist ein historischer Abriss des Infektionsschutzes in Deutschland.

#### 2 Das Robert Koch-Institut

- a berichtet jährlich von 18 Millionen Infektionen in Deutschland.
- b gehört der Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an.
- c steht mit internationalen Organisationen im wissenschaftlichen Dialog.

#### 3 Meldepflichtige Krankheiten

- a müssen innerhalb eines Tages den Gesundheitsämtern gemeldet werden.
- b sind in Paragraph 7 des Infektionsschutzgesetzes aufgezählt.
- c sollten nur gemeldet werden, wenn der Erreger bereits bestimmt wurde.

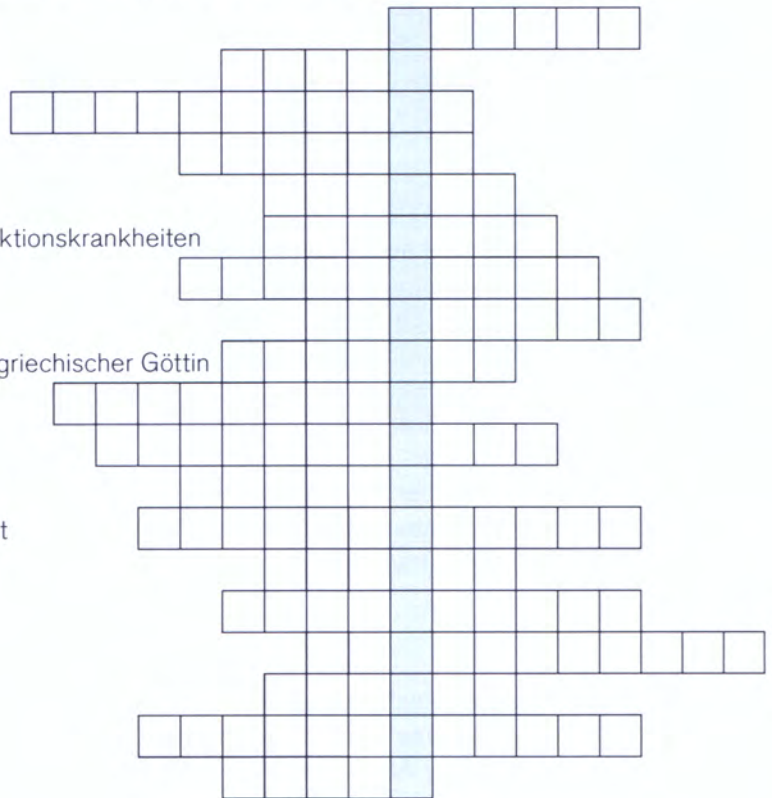
#### 4 Krankheitsverdächtige sind Personen,

- a bei denen die Krankheit noch nicht zweifelsfrei bewiesen ist.
- b die für die Meldepflicht noch nicht relevant sind.
- c die sich über Speichel, Urin oder Stuhl infiziert haben.



**b** Lösen Sie das Rätsel. Tipp: Das Lösungswort bezeichnet eine Art der Ansteckung.

- 1 schädliche Substanzen
- 2 Ort zur Untersuchung von Blutwerten
- 3 Vorsorge
- 4 Keim
- 5 deutsches Wort für Influenza
- 6 prophylaktische Maßnahme gegen Infektionskrankheiten
- 7 Krankheitsübertragung
- 8 Amt
- 9 Präventionsmaßnahme, abgeleitet von griechischer Göttin
- 10 Kontaktvermeidung
- 11 infizierte Person, ohne Symptome
- 12 eine Kinderkrankheit
- 13 wird im Infektionsschutzgesetz geregelt
- 14 Immunsystem
- 15 stationär erworbene Infektion
- 16 Inhalt passiver Impfstoffe
- 17 Gefahr
- 18 Mittel gegen Bakterien
- 19 verursachen Krankheiten



## 6 Vortrag Infektionsschutz

**a** Sammeln Sie zunächst Redemittel für Ihren Vortrag. Denken Sie dabei an die Einleitung oder einen persönlichen Einstieg, den Hauptteil und den Schluss.

**b** Halten Sie einen kurzen Vortrag zum Infektionsschutz in Ihrer Heimat. Gehen Sie auf folgende Punkte ein:

- die häufigsten Ursachen für Infektionen
- staatliche Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten
- Meldepflicht für bestimmte Krankheiten
- nosokomiale Infektionen
- Schulung des medizinischen Personals
- eigener Schutz vor Infektionen



## 7 Standardmaßnahmen bei MRSA

**a** Diskutieren Sie über Ihre Erfahrungen:

- Inwiefern spielt MRSA in Ihrem Arbeitsalltag eine Rolle?
- Welche Standardhygienemaßnahmen werden durchgeführt?
- Welche Richtlinien für den Umgang mit MRSA gelten in Ihrer Klinik bzw. auf Ihrer Station?

**b** Ergänzen Sie die passenden Verben aus dem Kasten, Mehrfachnennungen sind möglich.

- 1 einen Mundschutz .....
- 2 einen Schutzkittel .....
- 3 Überschuhe .....
- 4 Händedesinfektion .....
- 5 engen Kontakt .....
- 6 einen Abstrich .....
- 7 Handtücher, Bettwäsche etc. täglich .....
- 8 eine Flächendesinfektion .....
- 9 medizinisches Personal, ggf. auch Besucher, .....
- 10 eine gezielte Sanierung .....

|          |          |             |             |             |           |
|----------|----------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| abnehmen | anleiten | durchführen | informieren | tragen      | vermeiden |
| anlegen  | anziehen | entsorgen   | machen      | veranlassen | wechseln  |

## 8 Fallbeispiel

Lesen Sie das Fallbeispiel und spielen Sie ein Rollenspiel zu einer der unten stehenden Situationen.

### Fallbeispiel

Bei Karl Siebert (83 J.) wurde ein Prostata-Karzinom festgestellt. Herr Siebert entschied sich aufgrund des begrenzten Befundes für eine Entfernung der Prostata. Die Prostatektomie ist komplikationslos verlaufen, Herrn Siebert geht es den Umständen entsprechend gut. Nur der Blasenkatheter, der intraoperativ gelegt wurde, stört ihn. Ein routinemäßiger Abstrich ergab einen positiven MRSA-Befund in der Nase und im Rachenraum.

- |                  |  |
|------------------|--|
| <b>Situation</b> | <b>1</b> Klären Sie einen Medizinstudenten im praktischen Jahr über die Hygiene-Maßnahmen bei MRSA auf.  |
| <b>Situation</b> | <b>2</b> Weisen Sie Herrn Siebert bei der Visite darauf hin, welche Maßnahmen zur MRSA-Sanierung unternommen werden. <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ggf. Antibiotikum</li> <li>■ desinfizierende Waschlösung</li> <li>■ Nasensalbe</li> <li>■ Mundspülung</li> <li>■ Isolation</li> <li>■ bei Verlassen des Zimmers Mundschutz</li> <li>■ Schutzmaßnahmen seitens der Angehörigen</li> </ul> |
| <b>Situation</b> | <b>3</b> Berichten Sie Ihrer Kollegin oder Ihrem Kollegen bei der Übergabe von Herrn Sieberts Befinden.  |

## 9 Diskussion

Diskutieren Sie folgende Situation im Kurs.

Eine MRSA-Patientin liegt isoliert in einem Einzelzimmer auf der Überwachungsstation. Sie verlassen nach Dienstschluss in Privatkleidung gerade die Station. Sie werden von einer Krankenschwester zurückgerufen, da die Patientin Atemnot hat. Die Sauerstoffsättigung ist stark erniedrigt. Die Patientin ist zyanotisch. Sie tragen keine Schutzkleidung, müssen aber schnell eingreifen.

Wie entscheiden Sie sich? Begründen Sie Ihre Meinung.

## 10 Dienstwechsel

Sie haben Dienstwechsel am Sonntagabend. Aus organisatorischen Gründen möchten Sie Ihrer Kollegin, die über die Feiertage frei hatte, noch ein paar wichtige Informationen über den Status quo auf Station mailen. Sie arbeiten noch nicht so lange mit der Kollegin zusammen und sind noch beim Sie. Schreiben Sie eine E-Mail an Ihre Kollegin Paula Majewski. Sie haben sich schon ein paar Notizen gemacht (siehe unten). Sie haben auch die Möglichkeit, eine weitere Information hinzuzufügen.

### Tipp

Diese Aufgabe entspricht dem Schriftlichen Ausdruck, Teil 2 der Prüfung telc Deutsch B2-C1 Medizin.

## Notizen

Zimmer 11: Herr Izzet, neu, kommt aus Altersheim, Sturz, Hüfte geprellt, MRSA-Abstrich nötig?

Zimmer 13: Frau Reynhardt, außer der operierten Galle v.a. rheumatoide Arthritis, Diff. Fibromyalgie, bitte Rheuma-Labor

Zimmer 17: Herr Jung, erhöhte Temperatur, Appetitlosigkeit, leichte Schmerzsymptomatik, v. a. Gastroenteritis

Zimmer 19: Frau Badea, Z. n. Tibiakopffraktur, möchte unbedingt nach Hause, Tochter möchte Gespräch

OA sucht Schrittmacherausweis von Herrn Krenz, wo?

# Trainingseinheit 18

## KOMMUNIKATION IM OP

### 1 Einleitung

Diskutieren Sie:

- Welche Kommunikationssituationen im OP kennen Sie? Wie ist die Atmosphäre?
- Worauf kommt es im Zusammenspiel zwischen den einzelnen Akteuren im OP an?
- Welche Folgen können sich bei einer unzureichenden Kommunikation im OP ergeben?

### 2 Checklisten zur Risikominimierung im OP

- a Lesen Sie den folgenden Text. Welche der Antworten a, b oder c passt am besten zu den Aussagen des Textes? Markieren Sie.



#### Studie zu WHO-Checkliste

Chirurgische Eingriffe sind ein wesentlicher Bestandteil der weltweiten medizinischen Versorgung, wobei jährlich geschätzte sieben Millionen Patienten Komplikationen erleiden. Vor dem Hintergrund dieser Tatsache setzte sich eine Gruppe von Ärztinnen und Ärzten um den amerikanischen Chirurgen Alex B. Haynes in einer Studie mit der Frage auseinander, in welchem Ausmaß chirurgische Komplikationen und Todesfälle durch den Einsatz einer Sicherheitscheckliste vermeidbar seien. Eine solche Checkliste sollte insbesondere zu einer besseren Teamkommunikation im Operationssaal beitragen. Zwischen Oktober 2007 und September 2008 sammelte das Studienteam in insgesamt acht Krankenhäusern in Kanada, Indien, Neuseeland, auf den Philippinen, in Tansania, England und den Vereinigten Staaten Daten. Die Forscher erfassten sowohl vor als auch nach der Einführung der chirurgischen Sicherheitsliste Daten zu jeweils fast 4000 Eingriffen. Die beteiligten Einrichtungen sollten unterschiedliche wirtschaftliche Bedingungen und verschiedene Patientenpopulationen spiegeln. Die Patientinnen und Patienten, von denen in diesem Zusammenhang Daten erhoben wurden, waren älter als 16 Jahre. Bei der Art der Eingriffe waren Herzoperationen ausgenommen. Primärer Zielpunkt der Studie war die Komplikationsrate, ein-

schließlich der Todesfälle, die während des Klinikaufenthalts innerhalb der ersten 30 Tage postoperativ auftraten.

Das Ergebnis: Die Todesrate betrug vor der Einführung der Checkliste 1,5 Prozent, wohingegen sie nach deren Einführung auf unter ein Prozent, nämlich auf 0,8 Prozent, sank. Während des stationären Aufenthalts ergaben sich bei 11,0 Prozent der operierten Patientinnen und Patienten Komplikationen. Unter Anwendung der Checkliste reduzierte sich diese Komplikationsrate auf 7 Prozent.

Die Studienverantwortlichen zogen daraus die Schlussfolgerung, dass die Implementierung einer chirurgischen Sicherheitscheckliste bei Patientinnen und Patienten, die älter als 16 Jahre waren und sich einer nicht-kardialen Operation in einer heterogenen Gruppe von Krankenhäusern unterzogen hatten, mit einer gleichzeitigen signifikanten Abnahme der Komplikationsrate und der Todesfälle verbunden war.

Nachdem in jedem Krankenhaus grundlegende Ausgangsdaten gesammelt und Mängel identifiziert worden waren, baten die Forscher die an der Studie teilnehmenden Krankenhäuser, die 19 Punkte umfassende Sicherheitscheckliste der WHO einzuführen. Die Checkliste besteht aus der mündlichen Bestätigung der Erledigung bestimmter grundle-

gender Schritte durch OP-Teams. Damit sollen die sichere Durchführung der Anästhesie, die Infektionsprophylaxe, eine effektive Teamarbeit und weitere wesentliche Schritte sichergestellt werden. Die Checkliste setzt an drei kritischen Punkten an: vor der Einleitung der Narkose, unmittelbar vor dem Schnitt und bevor die Patientin bzw. der Patient den Operationssaal verlässt.

Das örtliche Studienteam führte das OP-Personal anhand von Vorträgen, schriftlichen Unterlagen und direkter Anleitung in die praktische Anwendung der Liste ein. Diese Einführungsphase dauerte zwischen einer Woche und einem Monat. Das Sammeln der Daten wurde im Laufe der ersten Woche nach dem Einsatz der Checkliste wieder aufgenommen.

Die Komplikations- und Todesraten gingen in der Folge signifikant und unbestreitbar zurück. Der genaue Mechanismus dieser Verbesserung ist jedoch weniger eindeutig und vermutlich multifaktoriell. Die Mehrzahl der beteiligten Krankenhäuser setzte zwar vor Studienbeginn routinemäßig eine intraoperative Überwachung mittels Pulsoxymetrie ein und verabreichte Antibiose als Infektionsprophylaxe. Aber lediglich in zwei von acht Studienzentren wurden die Identität der Patienten und die Operationsstelle mündlich im OP bestätigt. Eine formelle Team-Besprechung gab es in keiner der acht Einrichtungen, weder präoperativ noch postoperativ. Der Einsatz der Checkliste bewirkte sowohl grund-

legende Veränderungen in den Strukturen und Abläufen als auch Verhaltensänderungen in den einzelnen OP-Teams.

Bereits frühere Studien hatten sich mit der Bedeutung von Zusammenarbeit und Kommunikation in chirurgischen Teams beschäftigt. Diese Studien gingen davon aus, dass Kommunikationsfehler die häufigste Ursache von unerwünschten Zwischenfällen bei Operationen seien und dass somit Teamarbeit ein wesentlicher Aspekt der Patientensicherheit sei.

Eine interessante Schlussfolgerung war dabei unter anderem, dass es bei den einzelnen Mitgliedern von OP-Teams erhebliche Unterschiede in der Wahrnehmung dieser Kommunikation gab. Während viele Operateure die Kommunikation als gut oder sehr gut einstufen, beurteilten Pflegekräfte sie als eher mittelmäßig. Ein Untersuchungsmodell aus der Flugindustrie, das einen wesentlichen Zusammenhang zwischen Teamarbeit und Sicherheit belegte, wurde in einer medizinischen Studie angewandt, um das Klima in OP-Teams zu bewerten. Es stellte sich heraus, dass im OP wie im Cockpit individuelle Bedenken aufgrund der gegebenen hierarchischen Strukturen nur ungern geäußert werden. Allerdings ergaben sich auch Anzeichen dafür, dass solche Einschränkungen überwunden und die Teamarbeit durch prä- und postoperative Einsatzbesprechungen wesentlich verbessert werden können.

#### 1 Die besprochene Studie

- a analysierte 4 000 Komplikationsfälle nach Operationen.
- b beschäftigte sich mit Kommunikationsmethoden im OP.
- c untersuchte den Nutzen einer Sicherheitscheckliste.

#### 2 Bei der Studie

- a kam es in acht Einrichtungen zu schweren Komplikationen.
- b waren alle Krankenhäuser in einer vergleichbaren wirtschaftlichen Situation.
- c wurden keine Herzoperationen berücksichtigt.

#### 3 Die Komplikationsrate

- a sank durch die Prüfliste auf 0,8%.
- b stand im Fokus der Studie.
- c wurde poststationär weiter beobachtet.

#### 4 Die Einführung einer chirurgischen Sicherheitscheckliste

- a erwies sich bei unter 16-Jährigen als weniger effektiv.
- b führte zu einer bedeutsamen Reduzierung der Todesfälle.
- c reduzierte vor allem die kardialen Komplikationen.

- 5 Anhand der WHO-Sicherheitscheckliste
    - a bestätigt das OP-Team gewisse Arbeitsschritte.
    - b konnten Ausbildungsmängel identifiziert werden.
    - c wurden krankenhauserne Checklisten erweitert.
  - 6 Das OP-Personal
    - a bekam Dokumente zur Einarbeitung in die Checkliste.
    - b hielt unter Anleitung des Studienteams Vorträge.
    - c wurde maximal eine Woche lang praktisch geschult.
  - 7 Schon vor der Anwendung der Checkliste
    - a war die Überprüfung der Identität der Patienten selbstverständlich.
    - b wurde die Operationsstelle vor dem Eingriff mündlich bestätigt.
    - c wurden meistens prophylaktisch Antibiotika gegeben.
  - 8 Unerwünschte Zwischenfälle beruhen laut früheren Studien auf
    - a Fehlern beim intraoperativen Monitoring.
    - b Mängeln in der Teamkommunikation.
    - c unzureichender postoperativer Behandlung.
  - 9 Die Kommunikation unter den Teammitgliedern wurde
    - a ausschließlich von den Ärzten bewertet.
    - b je nach Berufsgruppe unterschiedlich beurteilt.
    - c von allen Befragten als verbesserungswürdig eingestuft.
  - 10 Hierarchische Strukturen
    - a beeinträchtigten das individuelle Kommunikationsverhalten.
    - b konnten durch Einsatzbesprechungen gelockert werden.
    - c sind im OP stärker ausgeprägt als im Cockpit.
- b Diskutieren Sie ausgehend von dem gelesenen Text Ihre eigenen Erfahrungen mit Checklisten im Operationssaal:
- Welche Daten werden abgefragt?
  - Welche Formulierungen werden verwendet?
  - Ist die Checkliste Standard in einem bestimmten Krankenhaus?
  - Unterscheiden sie sich je nach Fachgebiet?
  - ...

### 3 Operationszeiten

Ihre Klinik möchte aus ökonomischen Gründen die OP-Zeiten für Routine-Eingriffe bis 22 Uhr ausdehnen.  
Diskutieren Sie die Vor- und Nachteile dieses Vorhabens.



## 4 Kommunizierende im Operationssaal

Ordnen Sie die Tätigkeiten den passenden Berufsgruppen zu.

| Operations-<br>technische<br>Assistenz | Springer oder<br>OP-Gehilfe/<br>Gehilfin | Operateur/in | Assistent/in | Anästhesist/in | Fachkranken-<br>schwester, -pfleger<br>Anästhesie |
|--|--|--------------|--------------|----------------|---|
|  |  |              |              |                |   |

- |                               |   |                                 |
|-------------------------------|---|---------------------------------|
| ■ Skalpell führen             | ■ Fadenenden abschneiden                      | ■ nicht-sterile Behälter öffnen |
| ■ Reservematerial holen       | ■ Narkosegeräte warten                        | ■ Blutung stillen               |
| ■ Haken halten                | ■ Blutgefäße durchtrennen                     | ■ Vitalfunktionen überwachen    |
| ■ Narkose einleiten           | ■ Eingriffsort vorbereiten                    | ■ Faden führen                  |
| ■ Instrumente aufbereiten     | ■ intensivpflichtige Patienten transportieren | ■ Instrumente reichen           |
| ■ Lagerungshilfen vorbereiten |   | ■ Wundsekret absaugen           |

## 5 Wortschatz Hygiene

a Benennen Sie die einzelnen Teile der OP-Kleidung.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Was ist im Bild nicht zu sehen?

.....



b Verbinden Sie die Sätze.

|   |  |
|---|--|
| In der Umkleide müssen Sie                                | soll das Haar vollständig bedecken.  |
| Das OP-Team legt nach der chirurgischen Händedesinfektion | wird vor dem Verlassen des OP-Trakts wieder ausgezogen.                            |
| Nach dem Eingriff   | müssen vor Betreten des Operationssaals die Hände chirurgisch desinfizieren.       |
| Die Bereichskleidung                                      | Ihre Dienstkleidung ablegen.   |
| Alle steril gekleideten Mitglieder des OP-Teams           | bitte Kittel, Handschuhe und Maske in den Entsorgungsbehältern im OP-Saal ablegen. |
| Der Mund-Nasen-Schutz                                     | sterile Kittel und sterile Handschuhe an.  |
| Der Kopfschutz  | muss dicht anliegen und Mund und Nase vollständig bedecken.                        |

c Beschreiben Sie die chirurgische Händedesinfektion. Die angeführten Wörter helfen Ihnen dabei.

Nagelbürste  
 Einwirkzeit in der Regel 3–5 Minuten  
 waschen  
 Fingerkuppen und Nagelfalze  
 Händedesinfektionsmittel  
 abspülen  
 Fingerzwischenräume  
 Einmalhandtuch  
 feucht halten  
 Ellenbogen  
 abtrocknen  
 trocken  
 Bürsten  
 Spender  
 einreiben  
 lufttrocken  
 Unterarme  
 Seife



d Erklären Sie nun einer Medizinstudentin bzw. einem Medizinstudenten die Hygienemaßnahmen im OP. Die Studentin bzw. der Student fragt nach. Bringen Sie Ihre eigenen Erfahrungen mit ein.

## 6 Instrumente und andere Materialien im OP

a Sammeln Sie mit dem Kurs Bezeichnungen verschiedener chirurgischer Instrumente und Materialien und ordnen Sie diese sowie die Wörter aus dem Kasten einer der Kategorien zu.



| Schneidende Instrumente | Haltende/Fassende Instrumente | Instrumente zum Wundverschluss | Sonstige Materialien |
|-------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------|
|                         |                               |                                |                      |

|               |                         |                 |                      |
|---------------|-------------------------|-----------------|----------------------|
| Bauchtuch     | Haken                   | Nadelhalter     | Tupfer               |
| Clips         | Klammernahtgerät        | Pinzette        | Ultraschalldissektor |
| Elektromesser | Klemme                  | Präparierschere | Verbandschere        |
| Fadenschere   | Kompresse               | Sauger          | Wundhaken            |
| Fasszange     | Nadel                   | Skalpell        | Wundspülung          |
| Gefäßschere   | Nadel-Faden-Kombination | Spritze         |                      |

- b** Bilden Sie Aufforderungen, nutzen Sie dazu auch die Wörter aus Aufgabe a.

Beispiel:

Skalpell bitte!

Schwester, Tupfer bitte!

...

## 7 Chirurgischer Eingriff



- a** Sie hören ein Gespräch im Operationssaal. Entscheiden Sie, ob die Aussagen jeweils richtig oder falsch sind.

Die OP-Schwester

- 1 fragt, wer bei der Operation assistieren wird.
- 2 erkundigt sich nach der Handschuhgröße der Assistentin.
- 3 soll noch einen Assistenzarzt hinzurufen.

richtig falsch

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Die Assistenzärztin muss

- 4 einen Harnkatheter setzen.
- 5 zuerst noch ihre Hände waschen.
- 6 auf Anweisungen warten.

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Der Anästhesist Dr. Yilmaz

- 7 bestätigt, dass der Patient aufgeklärt wurde.
- 8 meldet, dass die Anästhesiegeräte einwandfrei funktionieren.
- 9 weist auf eine Medikamentenallergie hin.

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Der Operateur

10 lässt die Assistentin die Hautwunden verschließen.

11 erklärt der Assistentin das Ausfüllen der Kurve.

12 weist die Assistentin an, die Naht am Nabel zu setzen.

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



b Sie hören zwei Gesprächsausschnitte. Beschreiben Sie die Situation in Ihren eigenen Worten.

#### Gespräch 1

Während eines Eingriffs weist die Anästhesistin den Operateur darauf hin,  
dass

#### Gespräch 2

Bei der Präparation des Schaftes während einer Hüftoperation

## 8 Operationsbericht

a Erklären Sie die markierten Begriffe im OP-Bericht und/oder finden Sie Synonyme.

Patientenname: Irmgard Stoll

Geburtsdatum: 25.09.1943

OP: am 01.03.20..

Operateur: Dr. Martin Liebig

Assistenz: Dr. Maria Spielmann

Anästhesie: Dr. Kurt Dorfer

Diagnose:

Coxarthrose rechts Grad IV

Eingriff:

Hüft-TEP rechts zementfrei

OP-Implantate:

Hüftpfanne Gr. 52

PE-Inlay 52/32

Keramikkopf 32/small

Hüftschaft Gr. 6

Bericht:

Nach **Desinfektion** und sterilem **Abdecken** des Operationsgebietes Durchführung der Operation in ungestörter Rückenlage. Hautschnitt über den rechten Trochanter. Transglutealer **Zugang** nach Bauer. Freilegung des Schenkelhalses und türflügelartige Resektion der Kapsel. **Darstellung** des Schenkelhalses mittels 3-er Hohmann-Haken. Absetzen des Schenkelhalses mittels oszillatorischer Säge und Entfernen des Kopfes mittels Extraktor in toto. Kopf zeigt eine schwere Knorpelschädigung Grad IV. Darstellung der Hüftgelenkspfanne und Einsetzen des Sitzbeinhakens. Schrittweises Auffräsen der Pfanne von 46 bis 52. Die Lamina interna wurde dabei nicht durchbrochen,

der Knochen von guter Qualität. Spülung, Einschlagen der Originalpfanne Gr. 52 und Prüfung auf deren Sitz. **Spülung**, Eindrehen der Pfannenbodenschraube. Spülung, Einschlagen des Original-Inlays Gr. 52/32 und Prüfung auf dessen Sitz. Nun Wechsel auf Position 2. Kerbung der Rotatoren, **Eröffnung** des Markraums mittels Kastenmeißel, dann Aufraspeln maschinelle Gr. 1 bis Gr. 6. Probeposition mit Gr. 6 und 32 Kurzhalskopf. Nun zeigt sich luxationsfreies Bewegungsspiel bei ausgeglichener Beinlänge. Daher Ausbauen der Probeprotthese, **Spülen** und Reinigung des Knochens. **Einbringen** des Originalimplantates Gr. 6. Reinigung des Konus und Aufschlagen des Keramikkopfes 32 Kurzhals. Reposition. Bewegungsspiel luxationsfrei bei ausgeglichener Beinlänge. Mehrmaliges Spülen, schichtweise **Wundverschluss**. 1 subfasziales Redondrain. **Subkutannähte**, **Intrakutannaht**, Weichteil-Modellverband. Mobilisierung: mit Belastung 2. Tag.

Desinfektion

Abdecken

Zugang

Darstellung

Spülung

Eröffnung

Einbringen

Wundverschluss

Subkutannähte

Intrakutannaht

- b** Schreiben Sie zu dem Fallbeispiel Irmgard Stoll einen Entlassungsbrief für den Hausarzt. Beachten Sie auch die folgenden Angaben und ergänzen Sie weitere Informationen zum Fall.

#### Fallbeispiel

Patientin: Irmgard Stoll, Adickesallee 45, 63450 Hanau

Klinikaufenthalt: 28.02.20..–08.03.20..

Vorgeschichte: dem Hausarzt bekannt

Narkose: Spinalanästhesie

Mobilisation: ab 2. Tag post-OP, Physiotherapie, Wundkontrolle, Verbandswechsel

#### Medikation

- Thromboseprophylaxe mit Enoxaparin-Natrium
- Ibuprofen 600 mg 3×1
- Novaminsulfon-Tropfen bei Bedarf
- Pantoprazol 20 mg 1×1

#### Bei Entlassung

- Operationswunde reizlos
- Reha bewilligt ab dem 13.03.20., drei Wochen
- Nachuntersuchung nach sechs Wochen
- Röntgenbilder verbleiben bei der Patientin

## ENGLISH

- C2** telc English C2
- C1** telc English C1
- B2-C1** telc English B2-C1 Business  
telc English B2-C1 University
- B2** telc English B2  
telc English B2 School  
telc English B2 Business  
telc English B2 Technical
- B1-B2** telc English B1-B2  
telc English B1-B2 School  
telc English B1-B2 Business
- B1** telc English B1  
telc English B1 School  
telc English B1 Business  
telc English B1 Hotel and Restaurant
- A2-B1** telc English A2-B1  
telc English A2-B1 School  
telc English A2-B1 Business
- A2** telc English A2  
telc English A2 School
- A1** telc English A1  
telc English A1 Junior

## DEUTSCH

- C2** telc Deutsch C2
- C1** telc Deutsch C1  
telc Deutsch C1 Beruf  
telc Deutsch C1 Hochschule
- B2-C1** telc Deutsch B2-C1 Medizin
- B2** telc Deutsch B2+ Beruf  
telc Deutsch B2 Medizin  
Zugangsprüfung  
telc Deutsch B2
- B1-B2** telc Deutsch B1-B2 Pflege
- B1** telc Deutsch B1+ Beruf  
Zertifikat Deutsch  
Zertifikat Deutsch für Jugendliche
- A2-B1** Deutsch-Test für Zuwanderer
- A2** telc Deutsch A2+ Beruf  
Start Deutsch 2  
telc Deutsch A2 Schule
- A1** Start Deutsch 1  
telc Deutsch A1 Junior

## ESPAÑOL

- B2** telc Español B2  
telc Español B2 Escuela
- B1** telc Español B1  
telc Español B1 Escuela
- A2-B1** telc Español A2-B1 Escuela
- A2** telc Español A2  
telc Español A2 Escuela
- A1** telc Español A1  
telc Español A1 Escuela  
telc Español A1 Júnior

## TÜRKÇE

- C1** telc Türkçe C1
- B2** telc Türkçe B2  
telc Türkçe B2 Okul
- B1** telc Türkçe B1  
telc Türkçe B1 Okul
- A2** telc Türkçe A2  
telc Türkçe A2 Okul  
telc Türkçe A2 İlkokul
- A1** telc Türkçe A1

## FRANÇAIS

- B2** telc Français B2
- B1** telc Français B1  
telc Français B1 Ecole  
telc Français B1 pour la Profession
- A2** telc Français A2  
telc Français A2 Ecole
- A1** telc Français A1  
telc Français A1 Junior

## ITALIANO

- B2** telc Italiano B2
- B1** telc Italiano B1
- A2** telc Italiano A2
- A1** telc Italiano A1

## РУССКИЙ ЯЗЫК

- B2** telc Русский язык B2
- B1** telc Русский язык B1
- A2** telc Русский язык A2
- A1** telc Русский язык A1

## PORTUGUÊS

- B1** telc Português B1

## JĘZYK POLSKI

- B1-B2** telc Język polski B1-B2 Szkoła

## اللغة العربية

- B1** telc اللغة العربية B1

**Trainingseinheiten 16–18**

# TRAININGSEINHEITEN

## DEUTSCH B2·C1 MEDIZIN

Die *Trainingseinheiten Deutsch B2·C1 Medizin* 1–24 dienen dem fachsprachlichen Unterricht von internationalen Ärztinnen und Ärzten, die sich auf die Prüfung *telc Deutsch B2·C1 Medizin* vorbereiten. Jede Trainingseinheit bildet eine in sich geschlossene thematische Einheit. Mit den Trainingseinheiten können Ärztinnen und Ärzte sprachlich kompetent auf ihren Arbeitsalltag vorbereitet werden. Sie liefern jeweils Material für etwa fünf oder sechs Unterrichtseinheiten. Zur Bearbeitung der Trainingseinheiten sind in der Regel allgemeinsprachliche Deutschkenntnisse auf dem Kompetenzniveau B2 oder C1 erforderlich.

Das hier vorliegende Aufgabenheft sollte den Kursteilnehmenden als Klassensatz zur Verfügung stehen.