

Voraussetzungen

- Außer Arzt und Patient sollten alle mobilen Personen das Patientenzimmer verlassen (ideal: Untersuchungsraum).
- Bei desorientierten oder bewußtseinsgestörten Patienten ergänzende Fremdanamnese erheben.

Durchführung

- **Ablauf:** Unabhängig von der Gestaltung des krankenhausinternen Anamnesebogens hat sich folgender Ablauf bewährt:
 - *Jetzige Anamnese:* aktuelle Beschwerden, die zur Krankenhausaufnahme führten:
 - seit wann?, ähnliche Beschwerden früher?
 - bei Schmerzen: Lokalisation und Ausstrahlung, Intensität, Charakter (z. B. stechend, dumpf), Dauer, Verlauf (z. B. kontinuierlich, kolikartig)
 - Zusammenhang mit bestimmten Tätigkeiten: z. B. Belastung, Ruhe, Essen, Schlafen.
 - *Patienten-Eigenanamnese:* frühere Erkrankungen und Operationen, andere aktuelle Beschwerden, die primär nicht mit der stationären Aufnahme im Zusammenhang stehen, Risikokrankheiten (z. B. Diabetes mellitus).
 - *Familienanamnese:* Krankheiten und Todesursachen Verwandter.
 - *Vegetative Anamnese:*
 - Appetit, Durst
 - Gewichtsverlauf (Gewichtsabnahme gewollt – ungewollt?)
 - Fieber, Schweiß, Nachtschweiß
 - Husten, Auswurf (Menge, Farbe)
 - Miktion: Nykturie, Polyurie, Beschwerden, Inkontinenz
 - Verdauung: Stuhlfrequenz, -konsistenz, -farbe
 - Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Schwindel
 - Gynäkologische und Sexualanamnese.
 - *Allergien:* (unklare) Hautveränderungen, Heuschnupfen?
 - *Medikamentenanamnese:* auch frühere und Bedarfsmedikation, genaue Mengenangaben.
 - *Genußmittelanamnese* (Risikofaktoren!): Alkohol, Drogen, Nikotin. Dabei möglichst genaue Mengenangaben, bei Rauchern in „*pack year*“ = Anzahl der Raucherjahre × Anzahl der täglich gerauchten Zigarettenschachteln
 - *Soziale Anamnese:*
 - Beruf (körperliche und psychische Belastungen), Ruhestand (seit wann?)
 - Freizeit (Hobbys, soziale Aktivitäten)
 - Bezugspersonen (Familie, Freunde)
 - häusliche Versorgung, Hilfen (z. B. Sozialstation, Fernküche).

Voraussetzungen

- Wie bei der Anamnese sollten außer Arzt und Patient alle mobilen Personen das Patientenzimmer verlassen (ideal: Untersuchungsraum).
- Der Patient sollte bis auf die Unterhose entkleidet sein (der erforderliche Zeitaufwand „amortisiert“ sich bei der Untersuchung).
- Jeder Untersucher findet mit der Zeit seinen eigenen systematischen Untersuchungsgang. Damit nichts übersehen wird, sollte dieser möglichst auch bei Notfallpatienten oder bei scheinbar klarer Diagnose beibehalten werden.

Internistische Untersuchung

- ☒ Zeitlich effektiv und v. a. bei immobilen Patienten wenig belastend ist ein Untersuchungsablauf unter Berücksichtigung der *Körperregionen* (nicht der Organsysteme) sowie der verwendeten *Untersuchungsinstrumente*, z. B. nach folgendem Schema einer orientierenden internistischen Untersuchung.
- **Allgemeinbetrachtung:** Bewußtseinszustand (S. 211), Allgemein- und Ernährungszustand, Körperhaltung, Gangbild, Sprache, Hautveränderungen (malignes Melanom: Farbabb. 34) etc.
- **Kopf:**
 - Gesichtsform: z. B. Fazialisparese?
 - Augen: Konjunktiven, Motilität, Pupillenweite
 - Druck- und Klopfschmerzhaftigkeit der Nasennebenhöhlen und Nervenaustrittspunkte?
 - Zunge herausstrecken lassen: Abweichung?, Farbe, Feuchtigkeit
 - *Diagnostiklampe* und *Mundspatel*: Inspektion der Mundhöhle und des Rachens, Foetor?, Überprüfung der Pupillenreaktion.
- **Hals:**
 - Inspektion: obere Einflüßstauung?, sichtbare Struma?
 - Palpation: der Lymphknoten, Inspektion und Palpation der Schilddrüse
 - Beweglichkeit: Meningismus? (S. 632).
- **Thorax, Abdomen** (in Rückenlage):
 - Inspektion: Form, Beweglichkeit bei Atemexkursionen, Hautveränderungen
 - Palpation: Mammae, Herzspitzenstoß, Abdomenpalpation (Bauchdeckenkonsistenz, Resistenzen, Druckschmerz, Abwehrspannung, Leber- und Milz)
 - Leberpalpation (Abb. 1): von der rechten Seite des Pat. aus die untersuchende Hand im Bereich der vermuteten unteren Lebergrenze (normalerweise in der Medioklavikularlinie = MCL am Rippenbogen) ca. 2 cm in die Bauchdecke eindrücken und den Pat. langsam einatmen lassen (Leber bewegt sich nach unten gegen die palpierenden Finger). Ggf. wenige cm entfernt wiederholen. Beurteilung: weich/hart, glatt/knotig, Druckempfindlichkeit, Größenbestimmung: Abstand zum oberen Perkussions- oder Kratzauskultationsrand (s. u.) in der MCL (normal: ca. 12 cm).
 - Milzpalpation (Abb. 1): von der rechten Seite des Pat. aus umfaßt die linke Hand den linken unteren Rippenrand und zieht diesen leicht nach oben. Die rechte (untersuchende) Hand palpiert (Technik wie bei Leberpalpation) unterhalb des Rippenbogens während einer langsamen tiefen Inspiration des Pat. (normalerweise ist nur eine vergrößerte Milz tastbar, Ausnahme: sehr schlanke Patienten).
 - Perkussion: Leber-, Milzgröße, Meteorismus?

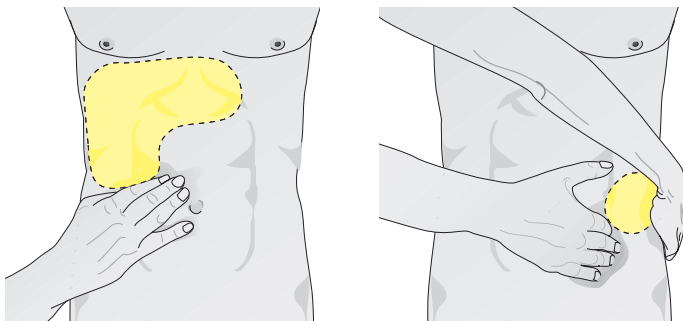


Abb. 1 Palpation der Leber und der Milz (Erläuterungen siehe Text)

- *Stethoskop*: Auskultation von
 - Herz (Abb. 2): 5. ICR links medioklavikular (Mitralklappe), 2./3. ICR rechts parasternal (Aortenklappe), 2. ICR links parasternal (Pulmonal-
klappe), Ansatz 5. Rippe rechts parasternal (Trikuspidalklappe), 3. ICR
links parasternal = Erb'scher Punkt (Mitralklappe, Aortenklappe). Achten
auf: Rhythmus, Frequenz, Pulsdefizit (= Differenz zwischen auskultierter
und an der A. radialis gemessener Herzfrequenz), 1./2. Herzton (gleich-
zeitig Radialispuls palpieren), Lautstärke der Herzöne, gespaltene/zus-
ätzliche Herzöne, pathologische Geräusche (Lautstärke: Tab. 1, Charak-
ter, Punctum maximum)
 - Gefäßen: mindestens Carotiden, Aorta, Nieren- und Femoralarterien
 - ventralen Lungenanteilen
 - Abdomen: Darmgeräusche (keine, normal, lebhaft, klingend), Kratz-
auskultation zur Bestimmung der Lebergröße (Stethoskop rechts neben
Xiphoid aufsetzen, Kratzgeräusch wird über der Leber stärker).

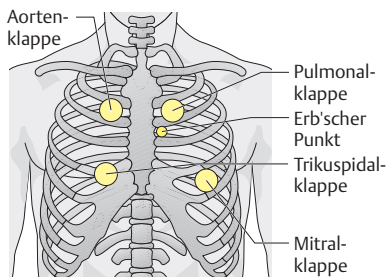


Abb. 2 Auskultationsareale bei der Herzauskultation

1.2 Körperliche Untersuchung

Tabelle 1 Lautstärkegrade von Herzgeräuschen

1/6	Sehr leises, vom Geübten gerade noch wahrnehmbares Geräusch
2/6	Leises, jedoch gut erkennbares Geräusch
3/6	Mittellautes Geräusch, durch die aufgelegte Hand hindurch auskultierbar
4/6	Lautes Geräusch, noch proximal des Handrückens auskultierbar
5/6	Sehr lautes Geräusch, von der aufgelegten Hand bis zum Unterarm fortgeleitet
6/6	Distanzgeräusch, auch ohne direktes Aufsetzen des Stethoskops hörbar

- ▶ **Thorax, Wirbelsäule** (am besten im Stehen, sonst im Sitzen)
 - *Stethoskop*: Auskultation der dorsalen Lungenanteile
 - Inspektion: Thorax- und Wirbelsäulenform, Beweglichkeit
 - Perkussion der Lungen: Klopfeschall, Lungengrenzen
 - Überprüfung der Klopfeschmerzhaftigkeit von Wirbelsäule, Iliosakralgelenken und Nierenlager.
- ▶ **Extremitäten** (in Rückenlage)
 - Inspektion: Hautveränderungen, Umfangsdifferenzen, Hände (z. B. Trommelschlegelfinger, Uhrglasnägel, Tremor), Ödeme, Varikosis, trophische Störungen oder Ulzera
 - Palpation: Radialis- und Fußpulse (A. dorsalis pedis und A. tibialis posterior) sowie Hauttemperatur im Seitenvergleich, orientierende Prüfung der Sensibilität (neurologische Untersuchung, Dermatome: s. u.)
 - Aktive und passive Beweglichkeit, Koordination (S. 206).
 - *Reflexhammer*: Reflexstatus im Seitenvergleich (s. u.).
- ▶ **Genitale, Rektum**:
 - *Handschuhe*: Palpation der axillaren und Leistenlymphknoten sowie der Bruchpforten, Inspektion der äußeren Genitale und Hodenpalpation
 - Linksseitenlage, Beine angezogen, *zusätzlicher Handschuh oder Fingerling, anästhesierende Salbe*: Inspektion der Analregion, Sphinktertonus, Palpation von Rektumschleimhaut, Portio bzw. Prostata, Inspektion des Fingerlings nach der Untersuchung.
- ▶ **Blutdruckmessung**: S. 22.

Neurologische Untersuchung

- ☐ **Beachte**: Eine (mindestens orientierende) neurologische Untersuchung ist obligater Bestandteil jeder allgemeinen körperlichen Untersuchung (ggf. bei Notfallpatienten später nachholen).
- ▶ **Inspektion**:
 - *Körperhaltung* im Sitzen und Stehen: Abweichungen?
 - *Gangbild*: z. B. Hinken, Schongang, vermindertes spontanes Mitschwingen der Arme
 - *Spontanbewegungen*: z. B. Tremor (S. 638), Hyperkinesien, Tics
 - *Muskulatur*: Atrophien?
 - *Gesichtsasymmetrie*?
 - *Sprachstörungen*?: z. B. Aphasie (S. 635), Dysarthrie (S. 635)
- ▶ **Bewußtsein, Orientierung, psychische Auffälligkeiten**:
 - *Bewußtseinszustand*: Einteilung: S. 211
 - *Orientierung* zur Zeit, zum Ort, zur Situation und zur Person

- *Stimmung*: z. B. depressiv, manisch, aggressiv
- *Gedankengang*: z. B. ungeordnet, wahnhaft
- *Halluzinationen*: z. B. optische, akustische.

► **Hirnnervenprüfung**: Tab. 2.

Tabelle 2 Funktion und klinische Untersuchung der Hirnnerven

Hirnnerv	Funktion	Orientierende Prüfung
I: N. olfactorius	Riechen	mit aromatischen Stoffen (z. B. Zimt, Tee, Kaffee)
II: N. opticus	Sehen	jedes Auge getrennt mit Visustafel oder Text lesen lassen (bei Brillenträgern mit Brille)
	Gesichtsfeld	„Fingerperimetrie“: Pat. fixiert in 1 m Entfernung die Nase des Untersuchers, welcher von beiden Seiten sowie von oben und unten seinen Zeigefinger ins Gesichtsfeld bewegt (für jedes Auge getrennt)
	Augenhintergrund	Funduskopie: S. 76
III: N. oculomotorius	Augenmotilität	Pat. verfolgt ohne Kopfbewegung den Zeigefinger des Untersuchers in allen 4 Richtungen. Doppelbilder?
IV: N. trochlearis		
VI: N. abducens		
V: N. trigeminus	Sensibilität	Dermatome der 3 Äste (Abb. 3) seitengetrent mit Finger oder Wattebausch berühren
	Motorik	Palpation des M. masseter, während der Pat. die Zähne zusammenbeißt
	Kornealreflex	vorsichtiges Berühren der Kornea mit Wattebausch (→ Augenschluß)
VII: N. facialis	Mimische Muskulatur	Gesichtsasymmetrie beim Stirnrunzeln, Augen zukneifen, Backen aufblasen, Zähne zeigen, pfeifen
		<i>Periphere Lähmung</i> : Lagopthalmus (S. 499), Bell'sches Phänomen (beim Versuch des Lidschlusses sichtbare Rotation des Bulbus nach oben) <i>Zentrale Lähmung</i> : Lidschluß möglich, kein Bell'sches Phänomen
VIII: N. vestibulocochlearis	Hören	z. B. Zahlen flüstern (jeweils anderes Ohr zuhalten)
	Gleichgewicht	Vestibularisfunktionsprüfung: S. 206

Tabelle 2 (Fortsetzung): Funktion und klinische Untersuchung der Hirnnerven

Hirnnerv	Funktion	Orientierende Prüfung
IX: N. glossopharyngeus	u. a. Schluck- und Würgreflex	Schluckversuch mit Wasser. Berührung der Rachenhinterwand mit dem Spatel führt zur Anhebung des Gaumensegels und zum Würgreflex.
X: N. vagus		
XI: N. accessorius	M. sternocleidomastoideus, M. trapezius	Kopfdrehung gegen Widerstand, Arme gegen Widerstand über die Horizontale heben lassen
XII: N. hypoglossus	Zungenmuskulatur	Zunge herausstrecken lassen. Einseitiges Abweichen?

➤ **Kraftprüfung:**

– Prüfung auf latente zentrale Paresen:

- Armhalteversuch: Pat. hält bei geschlossenen Augen die Arme in Supinationsstellung nach vorne. Bei latenter zentraler Parese kommt es spätestens nach ca. 1–2 Min. zu einem Schweregefühl, zu einer Pronations-tendenz und zu einem Absinken auf der betroffenen Seite
- Beinhalteversuch: Pat. liegt auf dem Rücken und hält die Beine bei rechtwinklig gebeugtem Hüft- und Kniegelenk hoch. Bei latenter zentraler Parese kommt es spätestens nach ca. 1–2 Min. zu einem Schweregefühl und dann zu einem Absinken auf der betroffenen Seite

– Kraftgradskala:

- 5: normal
- 4: Bewegung auch gegen leichten Widerstand möglich
- 3: Bewegung gegen die Schwerkraft möglich
- 2: Bewegung nur unter Ausschaltung der Schwerkraft möglich
- 1: sichtbare Kontraktionen ohne Bewegungseffekt
- 0: keine Muskelaktivität.

➤ **Muskeltonus bei passiver Bewegung:** z. B. Spastik, Rigor, Tremor (S. 638).

➤ **Reflexstatus** (Seitenvergleich):

– *Eigenreflexe:*

- pathologisch gesteigert: Hinweis auf Pyramidenbahnläsion, insbesondere beim Vorliegen eines *Klonus* (= rhythmische Wiederholung der Reflex-tätigkeit)
- abgeschwächt, fehlend: Hinweis auf periphere Nervenläsion
- Segmentale Zuordnung wichtiger Sehnenreflexe: Tab. 3.

Tabelle 3 Segmentale Zuordnung wichtiger Sehnenreflexe

Sehnenreflex	Patellar- (PSR)	Achilles- (ASR)	Bizeps- (BSR)	Radiusperi- ost- (RPR)	Trizeps- (TSR)
Segment	L3,L4	L5,S1	C5,C6	C5,C6	C6,C7

- *Fremdreflexe:* Ausfall bei Pyramidenbahnläsion oder Sensibilitätsstörungen, z. B. Bauchhautreflexe (T8-T12), Kornealreflex (V bzw. VII)
- *pathologische Reflexe = Pyramidenbahnzeichen* (z. B.)

- *Babinski-*: tonische Dorsalflexion der Großzehe evtl. mit Plantarflexion und Spreizen der Kleinzehen beim Bestreichen des lateralen Fußsohlenrandes
 - *Gordon-*: gleicher Effekt beim Kneten der Wade
 - *Oppenheim-*: gleicher Effekt durch kräftiges Streichen entlang der Tibiakante von oben nach unten.
- **Sensibilitätsprüfung** unter Berücksichtigung der Dermatome: Abb. 3.
- **Koordinationsprüfung**: S. 206.

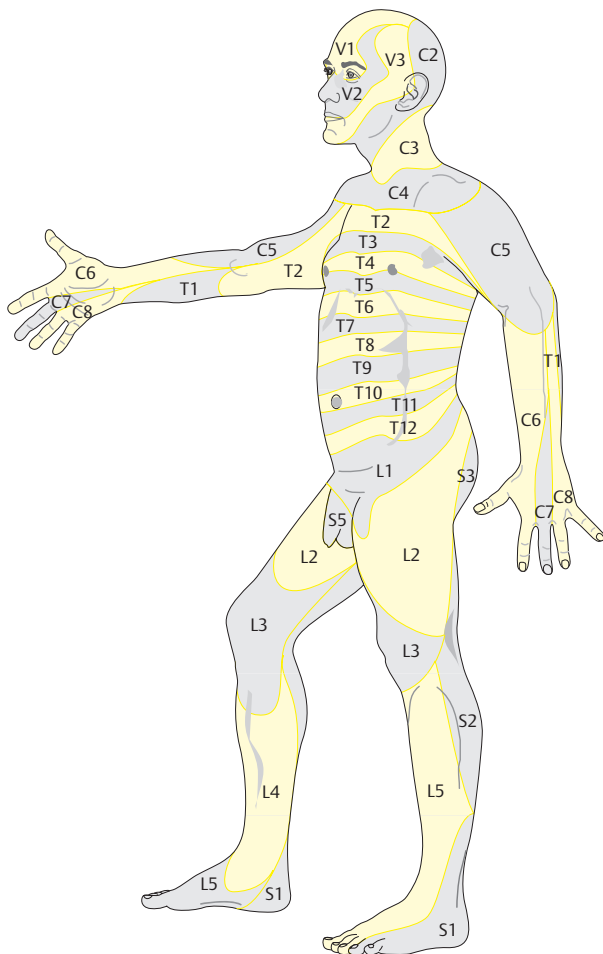


Abb. 3 Dermatome

Problemliste

- Erleichtert Untersuchungs- und Therapieplanung, Visitenablauf, Arztbrieferstellung und dient der schnellen Orientierung nicht unmittelbar behandelnder Ärzte (z. B. Diensthabender). Die Problemliste wird auf der Basis von Untersuchungsergebnissen während des stationären Aufenthaltes laufend aktualisiert und nach Wichtigkeit sowie pathophysiologischen Kriterien geordnet (Tab. 4).

Tabelle 4 Beispiel einer Problemliste

- 1) Gewichtsabnahme unklarer Genese (= *Aufnahmeanlaß*)
 - Wechsel zwischen Diarrhoe und Obstipation
 - rezidivierende Blutauflagerungen im Stuhl
- 2) Mitralstenose (Erstdiagnose 1992)
 - anamnestisch Herzinsuffizienz NYHA II
 - neu aufgetretene absolute Tachyarrhythmie bei Vorhofflimmern
- 3) Diabetes mellitus Typ IIb (Erstdiagnose 1990)
 - insulinpflichtig seit 1992
 - Hypertriglyzeridämie, Steatosis hepatis

Nebendiagnosen: Coxarthrose, Z. n. Cholezystektomie

Ärztliche Anordnungen

- Die Entscheidung über ärztliche Anordnungen erfolgt aufgrund der Problem- und Diagnosenliste (s. o.):
 - *Mobilisation*: absolute Bettruhe erforderlich?
 - *Nahrungsaufnahme, Trinkmenge*:
 - absolute Nahrungskarenz bei unklaren abdominellen Beschwerden mindestens bis zum Abschluß der Primärdiagnostik
 - Diät (mit Mengenangaben): z. B. ballaststoff-, kochsalz-, fett-, eiweißarm/reich, Diabetes- oder Reduktionsdiät (BE oder kcal)
 - Trinkmengenbeschränkung: z. B. bei Herz- oder Niereninsuffizienz
 - *Parenterale Ernährung?* (S. 88)
 - *Prophylaxen*: Thrombose (S. 91), Dekubitus (S. 97)
 - *Medikamente*:
 - welche bisherigen Medikamente sind noch notwendig?
 - welche neuen Medikamente sind aufgrund der Diagnosen notwendig?
 - Bedarfsmedikation bei Schmerzen (S. 104), Verwirrtheit (S. 643), Schlaflosigkeit (S. 101), Obstipation (S. 99)
 - *Sauerstoffgabe*: ggf. Notwendigkeit durch BGA überprüfen
 - *Überwachung* (mit Angaben der Zeitintervalle): Puls, Blutdruck, Körpertemperatur, Körpergewicht, Flüssigkeitsbilanz
 - *Diagnostikplan*: „Routinelabor“, zusätzlich Laboruntersuchungen (z. B. TSH, Digitalisspiegel, HbA₁), Röntgen-Thorax, EKG, Sonographie, Echo etc.
 - *Kontrollen* (mit Angaben der Zeitintervalle): z. B. Laborwerte (z. B. Blutzucker, Herzenzyme, Elektrolyte), EKG
 - *Krankengymnastik*: ggf. gleich anmelden
 - *Sozialdienst*: bei sozialen Einweisungen und häuslich nicht ausreichend versorgten Patienten rechtzeitige Information
 - *Reanimation ja/nein*: ggf. Eintrag in die Krankenakte.

Besonderheiten

- ☐ Bei vital gefährdeten Patienten steht zunächst die rasche Stabilisierung der Vitalfunktionen im Vordergrund.
- Nach Stabilisierung des Zustandes müssen die bereits erhobenen Befunde durch eine ausführliche Anamnese und körperliche Untersuchung ergänzt werden.

Vorgehen (Beispiel)

- Aufnahme des Patienten auf die *Intensivstation*, Monitor zur Überwachung von Puls und RR anschließen.
- Bei Dyspnoe Oberkörperhochlagerung, Sauerstoffgabe über Nasensonde.
- **Kurzanamnese:** aktuelle Beschwerden (seit wann?), wichtige Vorerkrankungen, Medikamente.
- **I. v. Zugang,** gleichzeitig Blutabnahme („Notfallprogramm“ s. u.), muß ggf. auch für Blutgruppe und Kreuzprobe ausreichen.
- **Labor-Notfallprogramm:** mindestens BSG, Blutbild, Blutzucker, Lipase, CK, GOT, γ GT, Kreatinin, Elektrolyte, Quick, PTT, Urinstatus, Blutgasanalyse.
- **Körperliche Untersuchung** (orientierend):
 - Halsvenen gestaut?, Ödeme?
 - Auskultation von Herz und Lunge
 - Abdomenpalpation: Druckschmerz?, Abwehrspannung?
 - neurologischer Status: Pupillenreaktion, Meningismus (S. 632), Beine und Arme bewegen lassen, Patellarsehnenreflex, Babinski-Reflex?
 - rektale Untersuchung bei akuten gastrointestinalen Erkrankungen: Blut?, Teerstuhl?
- **Akutmedikation:** z. B. Nitrospray bei Stenokardien, Diuretika beim Lungenödem, Bronchospasmolytika beim Asthmaanfall, Infusionen bei Hypovolämie.
- **Dringliche apparative Untersuchungen:** z. B. EKG, Röntgen-Thorax im Liegen, Sonographie, bei V. a. obere gastrointestinale Blutung Endoskopieabteilung informieren.
- **Verordnungsplan erstellen** (z. B. Intensiv-Verordnungsbogen):
 - spezielle Therapiemaßnahmen: z. B. Thrombolysetherapie
 - allgemeine Therapiemaßnahmen: z. B. Thromboseprophylaxe, Stuhlregulierung, Sedativa, Analgetika, Streßulkusprophylaxe
 - Überwachung: Puls, Blutdruck, Atmung, Körpertemperatur, Bilanz (evtl. mit Harnblasenkatheter), ZVD
 - Kontrolluntersuchungen: z. B. Herzenzyme, BGA, Blutbild, EKG, Röntgen-Thorax
 - weitere Diagnostik: z. B. Schädel-CT, Koronarangiographie.

1.5 Visite

Patientenvisite

- **Zeitpunkt:** möglichst jeden Tag zur gleichen Zeit (macht den Tagesablauf für den Patienten und das Pflegepersonal kalkulierbar), nicht während der Mahlzeiten.
- **Ablauf:**
 - Bereits vor dem Patientenzimmer sollte man sich anhand der Problemliste (S. 8) sowie der Kurve einen Überblick verschaffen und das Pflegepersonal nach aktuellen Problemen fragen
 - Patientenbegrüßung mit Namen. Der Handschlag erfordert zwar eine häufigere Händedesinfektion, schafft aber Vertrauen und erhöht damit den Informationsgewinn. Das gleiche gilt für das Sitzen des Arztes am Bettrand, da man dabei mit dem Patienten nicht „von oben herab“ spricht
 - Befragen des Patienten nach dem aktuellen Befinden
 - Weiterer Verlauf abhängig von den aktuellen Problemen sowie den diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen:
 - Informationsaustausch mit dem Pflegepersonal über pflegerische und organisatorische Fragen und Probleme sowie alle Besonderheiten, die der Pflegekraft im Rahmen der Patientenbeobachtung aufgefallen sind
 - körperliche Untersuchung zur Verlaufskontrolle pathologischer Aufnahmebefunde sowie bei neu aufgetretenen Beschwerden
 - Aufklärung des Patienten über diagnostische und therapeutische Maßnahmen, Prognose der Erkrankung, Dauer des Krankenhausaufenthaltes
 - Zum Schluß klären, ob der Patient noch irgendwelche Fragen hat.
- Die Erörterung aktueller psychosozialer Probleme sowie die Aufklärung über das Vorliegen und die Prognose einer malignen Erkrankung sollte unter vier Augen erfolgen und *nicht* während der Visite. Das gleiche gilt für zeitaufwendige Besprechungen, die für das Pflegepersonal nicht relevant sind.
- ☑ **MERKE:** für den *Patienten* ist die Visite ein zentrales und wichtiges Tagesereignis und keine Routine.

Kurvervisite

- **Zeitpunkt:** am Nachmittag, sobald die Ergebnisse der tagsüber durchgeführten Untersuchungen vorliegen.
- **Ablauf, zu klärende Fragen:**
 - Sind alle angeordneten Untersuchungen durchgeführt worden?
 - Information über Untersuchungsergebnisse. Welche Konsequenzen ergeben sich für die weitere Diagnostik und Therapie?
 - Sind alle angeordneten therapeutischen Maßnahmen veranlaßt worden?
 - Überprüfung der Medikation (besonders: was kann abgesetzt werden?)
 - Informationsaustausch mit dem Pflegepersonal (s. o.)
 - Problemliste (S. 8) aktualisieren: was kann „abgehakt“ werden, welches Problem muß vor der Entlassung noch gelöst werden?
 - Krankheitsverläufe in der Akte dokumentieren (erleichtert später die Arztbriefherstellung).

Chef- und Oberarztvisite

➤ Vorbereitung:

- Kurvenvisite (s. o.) am vorherigen Tag, damit vergessene bzw. versäumte diagnostische und therapeutische Maßnahmen zum Zeitpunkt der Visite bereits veranlaßt worden sind
- überprüfen, ob alle Untersuchungsbefunde und Röntgenbilder verfügbar sind
- Problemliste (S. 8) aktualisieren
- Fragen, die geklärt werden müssen, notieren.

➤ Ablauf:

- Informationen, die nicht für die Mitpatienten bestimmt sind, sollten bereits vor dem Patientenzimmer übermittelt werden
- *Patientenvorstellung* (so viel wie nötig – so wenig wie möglich!!):
 - Name und Alter des Patienten
 - Aufnahmeanlaß
 - wichtigste Aufnahmebefunde
 - Hauptdiagnose bzw. Verdachtsdiagnose
 - wichtige anamnestiche Daten: z. B. Risikofaktoren, Vor- und Begleiterkrankungen
 - wichtiges aus dem Verlauf („was hat sich bisher getan?“)
 - geplante weitere Maßnahmen
- ausstehende Fragen stellen.
- In Abhängigkeit von Persönlichkeit, Selbstverständnis und Tagesform des Chef- bzw. Oberarztes empfiehlt sich die Beachtung einiger wesentlicher Punkte:
 - Informationslöcher nicht mit Konfabulationen stopfen
 - sind einem Fehler unterlaufen, diese offen zugeben und nicht auf andere (z. B. Pflegepersonal) abwälzen
 - medizinische Streitgespräche vor dem Patienten vermeiden
 - im allgemeinen ist es ratsam, mit dem Wort „Entlassung“ vorsichtig umzugehen
 - eine intelligente Frage zum richtigen Zeitpunkt oder die Hervorhebung eines Problems, das nur vom Chef- bzw. Oberarzt geklärt werden kann, fördert deren Motivation und damit ein harmonisches Betriebsklima.

1.6 Patientenentlassung

Vorbereitung

- Vor Entlassung überprüfen, ob alle Punkte der Problemliste (S. 8) geklärt sind.
- Rechtzeitige Information von Patient, Angehörigen, ggf. Alten- und Pflegeheim über den Entlassungstermin.
- Ist die häusliche Versorgung geklärt? Ggf. rechtzeitige Kontaktaufnahme mit ambulanten Sozialeinrichtungen (z. B. Sozialstation, Nachbarschaftshilfe, Fernküche). Sind Hilfsmittel (z. B. Krankenbett oder Toilettenstuhl) erforderlich, Verordnung derselben oder Benachrichtigung des Hausarztes.
- Ist eine korrekte Medikamenteneinnahme gewährleistet? Kann der Patient „kindersichere“ Medikamentenverpackungen überhaupt öffnen? Ggf. Medikamenten-Dosette verordnen, Angehörige unterrichten oder ambulante Sozialeinrichtung informieren.
- Sind Patient oder Angehörige ausreichend über wichtige Verhaltensregeln informiert? Z. B. Diät, Flüssigkeitsrestriktion, tägliche Körpergewichtskontrollen.
- Hausarzt anrufen: Information über die wichtigsten Probleme, ggf. Veranlassung rechtzeitiger Hausbesuche.
- Da im allgemeinen vom Krankenhaus keine Kassenrezepte ausgestellt werden, sicherstellen, daß Patient oder Angehörige noch am Entlassungstag Hausarzt und Apotheke aufsuchen können. Ggf. wichtige Medikamente mit Verordnungsplan zur Überbrückung mitgeben.
- Kurzarztbrief an den Hausarzt mitgeben, Inhalt:
 - wichtige Diagnosen und Untersuchungsergebnisse (vgl. Problem- und Diagnosenliste S. 8 und S. 13)
 - Therapieempfehlung: z. B. Medikamente, Diät, Krankengymnastik
 - ggf. Kontrolluntersuchungen oder Empfehlungen zur weiteren ambulanten Diagnostik.

Arztbrief

- ☐ **Beachte:** Der Arztbrief dient nicht nur der Information des weiterbehandelnden Kollegen, sondern auch der eigenen Abteilung bei einer späteren stationären Wiederaufnahme des Patienten.
- Zur Verbesserung der zeitlichen Effektivität sowohl beim Verfasser als auch beim Leser empfiehlt sich die Beachtung folgender Punkte:
 - ausführliche Diagnosenliste (inkl. wichtiger Untersuchungsergebnisse und Risikofaktoren) auf der Basis der bei stationärer Aufnahme erstellten und im weiteren Verlauf aktualisierten Problemliste (S. 8)
 - Empfehlungen zur weiteren Therapie bzw. sonstiges Procedere stehen zusammen mit der Diagnosenliste auf der ersten Arztbriefseite, damit die wichtigsten Informationen „auf einen Blick“ gewonnen werden können
 - Sinn der zusammenfassenden Beurteilung am Schluß des Briefes ist nicht die detaillierte Schilderung des stationären Aufenthaltes, sondern die Nachvollziehbarkeit diagnostischer und therapeutischer Entscheidungen. Wichtig: „in der Kürze liegt die Würze“. Bei der inhaltlichen Gliederung dieses Abschnittes kann die Problemliste (S. 8) eine nützliche Vorlage sein.
- Beispiel für den Aufbau eines internistischen Arztbriefes:
 - *Anschrift*, nachrichtlich auch andere behandelnde Ärzte anschreiben, auf Wunsch auch den Patienten selbst.
 - *Patientenname*: „Betr.: Vorname Nachname, geb. am ..., Adresse“

- *Anrede*: "Sehr geehrte Kollegen, wir berichten Ihnen über den o. g. Patienten, der sich vom bis in unserer stationären Behandlung befand.,
- *Diagnosenliste* (Tab. 5), geordnet nach der Bedeutung für den zurückliegenden Klinikaufenthalt auf der Basis der Problemliste (Tab. 4):

Tabelle 5 Beispiel einer Diagnosenliste im Arztbrief

-
- 1) Hyperthyreose
 - unifokale Autonomie linker Schilddrüsenlappen
 - Aufnahme wegen Gewichtsabnahme unklarer Genese
 - bei Aufnahme absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern, Sinusrhythmus unter Euthyreose
 - 2) Kolonpolyp
 - Polypektomie eines großen tubulovillösen Adenoms
 - anamnestic rezidivierende Blutauflagerungen im Stuhl
 - 3) Diabetes mellitus Typ IIb (Erstdiagnose 1990)
 - insulinpflichtig seit 1992, Hypertriglyzeridämie, Steatosis hepatis
 - 4) Leichtgradige Mitralstenose (Erstdiagnose 1992)
 - Klappenöffnungsfläche 2,5 cm², hämodynamisch unbedeutend
 - 5) Nebendiagnosen: Coxarthrose, Z. n. Cholezystektomie
-

- *Therapie bei Entlassung*: z. B. Thyreostatika, Insulin, Diabetesdiät (BE)
- *Procedere*: z. B. stationäre Wiederaufnahme zur Radiojodtherapie am
- *Weitere Empfehlungen*: z. B. Kontrollen von Körpergewicht, Blutzucker, HbA_{1c}, FT₄, EKG. Koloskopiekontrolle in 1 Jahr
- *Anamnese*:
 - *Aufnahmeanlaß*: z. B. „der Patient kam zur stationären Aufnahme wegen“
 - frühere Erkrankungen, vegetative-, Familien- und Sozialanamnese
- *Körperlicher Untersuchungsbefund*
- *Laborbefunde*: nur pathologische oder wichtige Werte bei Aufnahme und im Verlauf nennen. Übrige z. B. so: „im Normbereich befanden sich“
- *Apparative Untersuchungen*: z. B. EKG, Röntgen-Thorax, Sonographie bei Aufnahme und bei wesentlichen Veränderungen im Verlauf
- *Zusammenfassung*: z. B. „Frau X kam wegen unklarer Gewichtsabnahme und rezidivierenden Blutauflagerungen im Stuhl zur stationären Aufnahme. Im EKG fiel zusätzlich eine bisher nicht bekannte Tachyarrhythmia absoluta bei Vorhofflimmern auf. Die im Rahmen differentialdiagnostischer Erwägungen durchgeführte Schilddrüsendiagnostik ergab eine Hyperthyreose bei unifokaler Autonomie im linken Schilddrüsenlappen, welche auch für die Arrhythmie verantwortlich war. Die bekannte Mitralstenose ist aufgrund des Echobefunds hämodynamisch unbedeutend, der Rhythmus normalisierte sich unter Euthyreose. Wir behandelten daher mit und meldeten Frau X zur Radiojodtherapie an. Die wegen der Blutauflagerungen im Stuhl durchgeführte Koloskopie ergab Der Diabetes mellitus war unter Euthyreose, Diabetes-Diät und der bisherigen medikamentösen Therapie gut eingestellt“

1.7 Rezepte

Verschreibung von Arzneimitteln

Tabelle 6 Bestandteile eines Rezeptes

Name, Anschrift und Berufsbezeichnung des Arztes

Datum

Bezeichnung „Rp.“ (üblich, aber nicht vorgeschrieben)

Name des Arzneimittels:	Arzneiform:	Menge/Arzneiform:	Stückzahl:
z. B. <i>Digoxin</i>	<i>Tabletten</i>	<i>0,2 mg</i>	<i>40 Stück</i>

Anweisungen zur Einnahme für den Patienten:

z. B. „*S. täglich eine Tablette zum Frühstück einnehmen*“

Vor- und Zuname sowie Adresse des Patienten

Eigenhändige Unterschrift des Verschreibenden

- Privatrezepte müssen nicht vorgedruckt sein, jedoch mit einem dokumentenechten Schreibgerät ausgefüllt werden.
- Vorgedruckte Formulare sind nur bei Krankenkassen- (RVO-Kassen) und Betäubungsmittelrezepten vorgeschrieben.

Betäubungsmittelrezept (BtM-Rezept)

- Für den Patienten- oder Praxisbedarf werden *Betäubungsmittelrezepte*, für den Stationsbedarf *Betäubungsmittelanforderungsscheine* verwendet. Anforderung dieser Formblätter bei der Bundesopiumstelle, Genthiner Str. 38 in 10785 Berlin, bei der Erstanforderung Kopie der Approbationsurkunde beilegen.
- Nachweis des Verbleibs von BtM wahlweise auf Karteikarten, BtM-Büchern oder Computererfassung mit Ausdruckmöglichkeit.
- BtM-rezeptpflichtige Medikamente sowie weitere Bestimmungen sind in den violetten Seiten am Ende der „Roten Liste“ aufgelistet.
- Auf dem BtM-Rezept (Abb. 4) für einen Patienten sind anzugeben (Novellierung des BtM-Rechts seit 1. 2. 1998):
 - Patientenangaben (Name, Vorname, Anschrift etc.)
 - Ausstellungsdatum
 - Arzneimittelbezeichnung, Arzneiform, Gewichtsmenge je abgeteilte Arzneiform (wenn nicht aus der Arzneimittelbezeichnung ersichtlich), Menge des Arzneimittels in Stückzahl, Gramm oder Milliliter
 - Gebrauchsanweisung für den Patienten (bei gesonderter Gebrauchsanweisung Vermerk: „Gem. schriftl. Anw.“)
 - Name, Berufsbezeichnung, Anschrift, Telefonnummer des Verschreibenden
 - Unterschrift (im Vertretungsfall *handschriftlicher* Vermerk „i. V.“)
- Weitere Änderungen des BtM-Rechts seit 1. 2. 1998:
 - eine Verschreibung von BtM-Präparaten ist im Notfall auch auf einem Normalrezept oder einem Stück Papier möglich. Die Verordnung ist dann mit dem Zusatz „Notfall-Verschreibung“ zu kennzeichnen. Ein mit dem Buchstaben „N“ gekennzeichnetes BtM-Rezept muß nachgereicht werden
 - die Verschreibung von Tageshöchstmengen entfällt, die Höchstmenge für die Verschreibung innerhalb von 30 Tagen bleibt bestehen
 - erkennbare Fehler auf einem BtM-Rezept können künftig vom Apotheker korrigiert werden.

1.8 Tod des Patienten

Ärztliches Verhalten bei sterbenden Patienten

- Bei chronischen Erkrankungen im Endstadium sollten medizinische Maßnahmen auf das notwendige Minimum beschränkt bleiben. Behandlungsziel: Linderung des Leidens, Optimierung der Lebensqualität in der Zeit vor dem Tod. Unter Berücksichtigung der Wünsche des Patienten und bei vorhandener häuslicher Pflege ist eine Entlassung nach Hause anzustreben.
- Wenn keine Reanimationsmaßnahmen mehr erfolgen sollen, so sind Kollegen (v. a. Diensthabender) und Pflegepersonal rechtzeitig zu informieren, evtl. entsprechender Eintrag ins Krankenblatt.
- Die Aufklärung des Patienten richtet sich in dieser Situation nach seinen eigenen Wünschen. Alle Fragen sollten geduldig, einfühlsam und ehrlich beantwortet werden. Die Aussichtslosigkeit und die Möglichkeit des nahen Todes muß dem Patienten aber im allgemeinen nicht „aufgedrängt“ werden.
- Noch mehr als in den anderen Phasen eines stationären Aufenthaltes benötigen Angehörige eines Sterbenden Zeit des behandelnden Arztes. Eine rechtzeitige Aufklärung über die Schwere des Krankheitsbildes erspart oft Unannehmlichkeiten nach einem „überraschenden“ Tod des Patienten. Zu beachten ist, daß jede Information der Angehörigen bezüglich der ärztlichen Behandlung prinzipiell das Einverständnis des Patienten erfordert.
- Rechtzeitig sollte geklärt werden, ob der Patient seelsorgerischen Beistand wünscht oder noch ein Testament verfassen will.
- Nach dem Tod eines Patienten im Krankenhaus Hausarzt informieren.

Feststellung des Todes

- Unsichere Todeszeichen: Bewußtlosigkeit, Pulslosigkeit, Atemstillstand, weite reaktionslose Pupillen (= klinischer Tod).
- Erste sichere Todeszeichen:
 - *Totenflecken*: durch Absinken des Blutes in die abhängigen Körperabschnitte verursachte rotviolette Flecken. Entstehen meist $\frac{1}{2}$ –1 Std. nach dem Tod
 - *Totenstarre*: beginnt meist 4–12 Std. nach dem Todeseintritt zunächst an der Unterkiefer-, Hals- und Nackenmuskulatur und schreitet dann in die Peripherie fort. Verschwindet nach 2–6 Tagen in der gleichen Reihenfolge.

Todesbescheinigung und Leichenschauchein

- Die Leichenschau erfordert den Nachweis mindestens eines sicheren Todeszeichens (s. o.) und die Untersuchung der unbedeckten Leiche.
- Ist die unmittelbare Todesursache nicht vollständig klar, so sollte die vermutete wahrscheinliche Todesursache und der mögliche pathophysiologische Zusammenhang zur Grunderkrankung genannt werden. Z. B. *Todesursache*: protrahierter septischer Schock – *Folge von*: Cholangitis – *ursächliche Grunderkrankung*: inoperables Pankreaskopfkarcinom.
- Bei völlig unklarer und bei unnatürlicher Todesursache (auch nach Verletzungen ohne ersichtliche Fremdeinwirkung), insbesondere bei unbekanntem Patienten, muß der Staatsanwalt informiert werden.
- Bei Ärzten im Praktikum sollte die Leichenschau unter Aufsicht eines voll approbierten Arztes erfolgen und die Todesbescheinigung sowie der Leichenschauchein gegengezeichnet werden.