Robert Bosch Krankenhaus

Curriculum
für Studierende des Praktischen Jahres

der Fachbereiche Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie, Gynäkologie, Psychosomatik und Radiologie

am Robert Bosch Krankenhaus Stuttgart und seinen Standorten

Medizinischer Geschäftsführer: Prof. Dr. med. M. D. Alscher

Verantwortlich für den Inhalt und die Umsetzung:

PD Dr. Moritz Schanz – Innere Medizin
Dr. Magdalena Rufa – Chirurgie
Ulrike Gysau – Studierendensekretariat

Inhaltsverzeichnis

A)	Einleitung	3
B)	Organisation	4
C)	Ausbildungsziele	5
D)	Lehrveranstaltungen	6
E)	Qualitätskontrolle	8
F)	Ausbildungsplatz	8
	1. Chirurgie	8
	2. Innere Medizin	10
	3. Anästhesie	11
	4. Gynäkologie und Geburtshilfe	15
	5. Psychosomatik	16
	6. Radiologie	17
G)	Literaturempfehlungen	19

A) Einleitung

Liebe Studierenden im Praktischen Jahr,

zunächst möchten wir Sie recht herzlich an unserer Klinik zum Abschluss ihrer ärztlichen Ausbildung willkommen heißen. Wir freuen uns über Ihre Unterstützung und Mitarbeit in unserem täglichen Betrieb um und für unsere Patientinnen und Patienten.

Der Abschnitt des Praktischen Jahres steht im Zeichen der direkten Versorgung und dem Berufsübertritt für Sie in den ärztlichen Stand. Im Rahmen Ihrer Tätigkeit sollen Sie erlernen, Ihre durch das Studium gewonnenen Kenntnisse praktisch auf den einzelnen Krankheitsanfall anzuwenden. Hierzu werden Sie unter Aufsicht und Verantwortung Ihrer Ausbildenden Ihre manuellen Fähigkeiten, Ihr diagnostisches Verständnis, Ihre Fachkenntnisse sowie selbstverständlich den adäquaten empathischen Umgang mit Ihren Patientinnen und Patienten trainieren können und umsetzen lernen. Als Studierende im praktischen Jahr werden Sie als Mitarbeitende in den unmittelbaren Arbeitsalltag einbezogen und als Mitglied des Teams behandelt. Sie nehmen an den Besprechungen und Konferenzen teil, unterstützen und untersuchen Patientinnen und Patienten im ambulanten Sektor und den Sprechstunden, nehmen aktiv an der Versorgung der stationären Patientinnen und Patienten teil. Sie erhalten so einen umfassenden Blick in die ärztliche Tätigkeit. Durch ein umfangreiches und strukturiertes begleitendes Unterrichtsprogramm wird eine theoretische Untermauerung des praktisch gesehenen und erlebten ermöglicht, Raum für Austausch und Fragen geschaffen.

Nach Abschluss Ihres Praktischen Jahres sollten Sie tiefe Einblicke in die Grundzüge der ärztlichen Entscheidungsfindung, der Indikationsstellung und Therapieplanung gewonnen und viele praktische Fähigkeiten für den Start ins Berufsleben entwickelt haben, so dass Sie mit großer Motivation und Freude sowie einem guten Rüstzeug den jeweiligen weiteren Weg Ihrer medizinischen Karriere einschlagen können.

In den folgenden kurzen Anleitungen stellen wir unsere Abteilungen kurz vor. Neben den zuständigen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern erfahren Sie Einzelheiten zu den üblichen Routineabläufen, dem Spektrum der jeweiligen Fachabteilungen, den geplanten Lehrzielen sowie weitere Details zu inhaltlichen und organisatorischen Fragen.

Wir begrüßen Sie freundlich und freuen uns auf die gemeinsame Zeit.

Prof. Dr. med. M. D. Alscher
Geschäftsführer

B) Organisation

Die Robert Bosch Krankenhaus GmbH ist eine Gesellschaft/Einrichtung der Bosch Health Campus GmbH (BHC GmbH). Ebenfalls zur BHC GmbH gehören die Klinik Schillerhöhe GmbH, die Robert Bosch Gesellschaft für Medizinische Forschung mbH (RBMF), die Medizinische Versorgungszentrum am Robert Bosch Krankenhaus GmbH (MVZ)

Standorte: Robert Bosch Krankenhaus, Standort Burgholzhof (Haupthaus)
Fachabteilungen: Allg. Innere Medizin und Nephrologie, Innere Medizin und Altersmedizin, Konsiliarneurologie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Anästhesie und Operative Intensivmedizin, Gastroenterologie – Hepatologie und Endokrinologie, Geriatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Hämatologie - Onkologie und Palliativmedizin, Herz- und Gefäßchirurgie, Kardiologie und Angiologie, Naturheilkunde und Integrative Medizin, Klinische Akut- und Notfallmedizin, Orthopädie und Unfallchirurgie, Präventivmedizin, Radiologie und Nuklearmedizin, Thoraxchirurgie, Apotheke, Laboratoriumsmedizin und Krankenhaushygiene, Pathologie.

RBK Klinik Schillerhöhe, Standort Burgholzhof
Fachabteilung: Pneumologie und Beatmungsmedizin,

Robert Bosch Krankenhaus Standort City
Fachabteilungen: Geriatrie, Innere Medizin und Altersmedizin, Plastische und Ästhetische Chirurgie, Allgemein- und Viszeralchirurgie,

Robert Bosch Krankenhaus, Standort Charlottenhaus (2. Hälfte 2025)
Fachabteilung: Psychosomatische Medizin

Das Robert Bosch Krankenhaus in Zahlen:

Anzahl der Betten	1.191 davon 1.041 Betten am Standort Burgholzhof, 150 Betten am Standort City
Anzahl der Mitarbeiter	3.476

Der erste Tag: am ersten Tag Ihres PJ melden Sie sich um 08:00 Uhr am Empfang des Haupteinganges, dort werden die Studierenden abgeholt und zur Personalabteilung gebracht, wo sie bei Frau Renner die Formalitäten erledigen und die Zutrittsausweise erhalten. Die nächste Station ist dann die Nähstube, wo die Ausweise für die Wäscheautomaten freigeschalten werden. Nach einer kurzen Runde durch das Haus (Kantine / Apotheke / Lager) werden die Studierenden zu den Chefsekretariaten der jeweiligen Abteilungen und anschließend zum Einsatzort.
Um 10:30 Uhr werden die Studierenden vor dem Hörsaal von Frau Bulla erwartet, die dann die Spinde zuweist.

In einer Mappe erhalten die PJ-Studierenden alle benötigten

Informationen zu:

- IT Passwörtern und Zugangsdaten
- Informationen zu MyIKE und CNE
- bits-HR Leitfaden
- Informationen zum Strahlenschutz
- Informationen zur Essensregelung.

Kontakte:	Lehrbeauftragter:	Prof. Dr. med. M.D. Alscher (0711 8101-3400)
	Tutor/PJ-Beauftragter Innere Medizin:	PD Dr. Moritz Schanz (0711 8101-3496)
	Tutor/PJ-Beauftragte Chirurgie:	OÄ Dr. Magdalena Rufa (0711 8101-3648)
	Studierendensekretariat:	Ulrike Gysau (0711 8101-3403)

Fehlzeiten, Urlaub und Studientage:
Urlaubswünsche und wöchentliche Studientage werden mit den Mentorinnen und Mentoren der Abteilungen abgesprochen (sind mehrere PJ-Studierenden in der Abteilung sollte gewährleistet sein, dass ein PJ Studierender /eine PJ-Studierende anwesend ist). Die Anzahl der Studientage richtet sich nach der Studienordnung der Med.-Uni Tübingen und beträgt derzeit einen halben Tag pro Woche, der nicht kumuliert werden darf. Der halbe Studientag ist mit der Abteilung abzustimmen.
Urlaube und Krankheitstage sind in das Excel-Formular Fehlzeiten einzutragen und von der ärztlichen Leitung oder dem Chefsekretariat der Abteilung nach jedem neuen Eintrag unterzeichnen zu lassen. Nach jedem Eintrag ist das Formular im PDF-Format an das Studierendensekretariat zu senden. Urlaube sind 10 Tage im Voraus zu beantragen. Es dürfen keine Löschungen in dem Formular vorgenommen werden. Korrekturen sind mit einem „0“ Eintrag für die Tagesspalte zu versehen.
Krankmeldungen erfolgen am ersten Tag der Erkrankung telefonisch unter der Nummer des jeweiligen diensthabenden Arztes sowie im Studierendensekretariat.

Einkleidung:
Die Berufsbekleidung für die jeweiligen Abteilungen wird seitens des Robert Bosch Krankenhauses gestellt und ist am Ende des PJ zurück zu geben.

C) Ausbildungsziele

Die folgenden Stichpunkte sollen als Orientierungshilfe dienen, welche Ausbildungsziele PJ-Studierende mit Engagement und der Unterstützung des ärztlichen Personals erreichen können.

In Abhängigkeit von den betreuten Patientinnen und Patienten werden nicht immer alle

Punkte erfüllt sein können. Gewisse praktische Lerneinheiten werden jedoch zum Ende eines Tertials erwartet.

1. Ambulante/präoperative Versorgung von Patientinnen und Patienten unter Anleitung einer Ärztin / eines Arztes.
   - Anamneseerhebung, klinische Untersuchung
   - Anforderung ggf. Durchführung und Auswertung weiterer diagnostischer Hilfen (Labor, Sonographie, MRT, CT, Endoskopie, Endosonographie, ERCP, etc.)
   - Differentialdiagnosen
   - Indikationsstellung zur weiteren Therapie

2. Versorgung von Patienten und Patientinnen im stationären Bereich:
   - Anamneseerhebung, körperliche Untersuchung, Patientenvorstellung in systematischer Form, Erstellung von Diagnostik- und Therapieplänen, korrekte Dokumentation des Aufnahmebefundes, Erstellung von Verlaufseinträgen, Entlassmanagement und Arztbrieferstellung.
   - praktische ärztliche Fähigkeiten wie venöse/art. Blutentnahme, Punktionen (z. B. Pleura-, Aszites).
   - bildgebende und laborchemische Verlaufskontrollen
   - postoperative Therapiestandards
   - Erlernen des Umgangs mit schwer erkrankten Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen.
   - Stationsroutine (Visite, Dokumentation, Kommunikation mit HA / OA / Kollegen etc.).

3. Verhalten im OP:
   - Sterilität
   - Operationsprinzipien (minimalinvasiv vs. konventionell)
     OP-Schritte
     Aufgaben der Mitglieder des Operationsteams
     Anatomie
   - Komplikationsmanagement
   - erste und zweite Assistenz während der OP

4. Erlernen der Abläufe in den verschiedenen Organisationseinheiten
   - Zentrale Notaufnahme
   - Stationäre Aufnahme
   - Ambulante Aufnahme
   - Stationen
   - Sprechstunden

D) Lehrveranstaltungen

Das Robert Bosch Krankenhaus bietet den PJ-Studierenden die Möglichkeit an vielfältigem PJ-Unterricht teilzunehmen.

Fach	**wöchentlich**	**monatlich**
Allg. Innere Medizin	Sonokurs	

	Klinische Visite Differentialdiagnose	
Orthopädie und Unfallchirurgie	Chirurgische Fallbesprechung	Thematische Fallbesprechung gegliedert nach Extremitäten
Allgemein- und Viszeralchirurgie	Chirurgische Fallbesprechung	
Herzchirurgie	Chirurgische Fallbesprechung	
Kardiologie und Angiologie	EKG-Kurs	
Anästhesie und Op. Intensivmedizin	Unterricht als Curriculum m. Fallbesprechung; ggf. als klinische Visite	
Radiologie und Nuklearmedizin	Bildbasierte Differential-diagnose und Bild-gesteuerte vaskuläre / nicht-perkutane Mikrotherapie	
Onkologie	Internistisch Onkologische Visite	Onkologische Fortbildung Workshop Teilnahme
Pneumologie		Fallbesprechung Differentialdiagnostik
Nephrologie	Klinische Visite Fallbesprechung Differentialdiagnose	
Psychosomatik		Gesprächsführung m. Patienten u. deren Angehörigen Training zu Resilienz und Teambuilding Teilnahme an Fortbildungsreihen
Geriatrie		Fallbesprechung Lehrvisite Präventionskurs
Gynäkologie und Geburtshilfe	Möglichkeit der Teilnahme an den wöchentlichen Fortbildungs-einheiten	
Datenschutz		2 x jährlich Umgang mit Patientendaten und Vertraulichkeit
Fachübergreifend	Curriculum „Softskills for Young Doctors“	1 x wöchentlich Softskills (wie Kommunikation, Self-Care Umgang mit Fehlern, Stationsarbeit)
PJ Kolloquium		2 x jährlich 2-tägig im 3. Tertial Simulation der M3-Prüfung

Die PJ-Studierenden erhalten jeweils in der letzten Woche des Vormonats die wöchentlichen Unterrichtspläne des Folgemonats, über kurzfristige Updates wird per E-Mail informiert.

Untenstehende Pflichtfortbildungen sind von den Studierenden zu absolvieren:
- Hygienemaßnahmen
- Strahlenschutz
- Datenschutz
- Brandschutz

PJ-Studierende haben die Möglichkeit an den Fortbildungen der Abteilungen teilzunehmen in denen sie eingesetzt sind.

Dienste:
Wochenend-, Nacht- und Feiertagsdienste sind möglich und werden mit Freizeit ausgeglichen. Sprechen Sie die Stationsärzte an.

E) Qualitätskontrolle

Am Ende jeder Rotation wird entweder durch den Tutor oder die Mentoren ein kurzes mündliches Lerngespräch abgehalten. Dieses soll dem Studierenden seinen aktuellen Ausbildungsstand verdeutlichen und eventuell vorhandene Lücken aufzeigen.
Die Dokumentation führt jeder PJ-Studierende im Heft der Med.-Uni Tübingen selbst vor, das Heft muss während der PJ-Gespräche zur Unterschrift des Laufzettels vorgelegt werden. Nach Abschluss des Gesprächs ist der Laufzettel im Studierendensekretariat abzugeben.
Die Beurteilung des kollegialen Gespräches hat keinen Einfluss auf die Examensnote.

Nach Abschluss des Gespräches erhält der PJ-Studierende eine finale Einschätzung der erlangten Fähigkeiten entsprechend untenstehender Tabelle.

Supervisionslevel/ Eigenständigkeitsgrad:

I:	kann beobachten
IIa:	gemeinsam Ausführung mit Arzt
IIb:	Ausführung unter direkter Beobachtung
IIIa:	eigenständige Ausführung, Vieles muss nachgeprüft werden I
IIb:	eigenständige Ausführung, nur Wichtiges muss nachgeprüft werden

F) Ausbildungsplatz

Bereits vor Antritt des PJ erhalten die Studierenden die Tertialeinteilung auf der abzulesen ist, wann und wie lange sie in welcher Abteilung eingesetzt sind. Vor dem ersten Tag in der neuen Abteilung melden sich die PJ-Studierenden im Chefsekretariat der Abteilung, um sich zu erkundigen auf welcher Station / in welchem OP sie eingesetzt sind und wann die Frühbesprechung stattfindet.

1. Chirurgie

Seien Sie bitte absolut pünktlich und engagiert um jede Verzögerung im Ablauf zu vermeiden und an den Besprechungen teilnehmen zu können!

Ihre Lernziele sind:

1. Klinisch-praktische Tätigkeiten:

- Patientenaufnahme und -untersuchung (inkl. chirurgischer Basisstatus) und Übertragung Ihrer Erkenntnisse in das Comuptersystem.
- Anamneseerhebung (inkl. Schmerz, Trauma, OP-Vorgeschichte).
- Verbandswechsel, Wundversorgung
- Zugänge legen (peripher, ggf. ZVK assistieren)
- Blutabnahmen, Drainagenmanagement
- Anwesenheit bei/ggf. Vorbereitung der OP-Aufklärung
- Postoperative Betreuung inkl. Erstellung eigener Therapievorschläge
- Visitenführung (bzw. aktive Beteiligung)
- Erstellung einfacher Arztbriefe und Epikrisen in Absprache mit dem Stationsteam

2. OP-Assistenz & Techniken:

- Assistenz bei Operationen entsprechend Einteilung im Operationsplan
- Selbstständiges Nähen einfacher Wunden / Hautverschlüsse
- Einführung in Nahttechniken und Instrumentenkunde
- Verständnis für Lagerung, Sterilität, Instrumentierregeln

Hygienemaßnahmen im OP:

Durch unachtsames Verhalten im Operationssaal kann es leicht zur Keimverschleppung mit potentiell fatalen Folgen für die Patient:innen kommen. Deshalb hat die Einhaltung der hygienischen Standardmaßnahmen höchste Priorität.

Der Umkleideraum des OP funktioniert nach dem Rein- / Unrein-Prinzip. Nach Betreten des Umkleideraums und dem Entkleiden kann Ihre Garderobe an den entsprechenden. Vorrichtungen aufgehängt werden. Es stehen Ihnen Schließfächer mit Schloss für das Deponieren Ihrer Wertgegenstände zur Verfügung. Bitte beachten Sie, dass keine Schmuckgegenstände am Körper (Ringe, Ohrring, Halsketten etc.) mit in den Operationssaal geführt werden dürfen. In dem Bereich der Umkleide, in dem die OP-Kleidung vorgehalten wird, dürfen keine Gegenstände oder Kleidung gebracht werden, die nicht in unmittelbaren Zusammenhang gebraucht werden.
Das OP-Hemd muss grundsätzlich in die Hose gesteckt werden und darf nicht frei hängen. Vor dem Betreten der OP-Einheit erfolgt die erste Händedesinfektion.

Wollen Sie nach Aufsuchen der Toilette (in der Umkleide) in den OP zurück, müssen Sie die komplette OP-Kleidung inkl. der OP-Schuhe wechseln. Das erneute Händewaschen und die erneute Desinfektion vor Betreten des Operationstrakts ist selbstredend.
Vor Beginn der Händedesinfektion muss daran gedacht werden, ob für die jeweilige Operation das Tragen eines Röntgenkittels notwendig ist. Bei Operationen, bei denen es zum Austritt von Blut- oder Flüssigkeitsspritzern kommen kann, empfiehlt sich das Tragen eines Visiers oder einer Brille.
Der Mundschutz muss vor jeder Operation gewechselt werden. Es erfolgt zunächst das Waschen der Unterarme bis zum Ellenbogen mit Seife. Die Verwendung von Bürsten sollte nur im Bereich der Nägel bei groben Kontaminationen durchgeführt werden. Eine Bearbeitung z.B. der Handfläche ist nicht zulässig. Anschließend erfolgt die gründliche Desinfektion.
Eine genaue Verfahrensanleitung, die den aktuellen Empfehlungen des RKI (Robert Koch

Institut) entspricht, hängt in jedem Einwaschraum aus. Zur Vermeidung von Allergien sollten Sie während des Desinfektionsvorgangs das Desinfektionsmittel nicht wechseln. Sobald die Desinfektion beendet ist, dürfen Sie mit den Händen/Unterarmen keinen Kontakt mehr mit nicht sterilen Gegenständen herstellen. Begeben Sie sich auf direktem Weg in den OP. Die Tür zum OP Saal, kann mittels Tritt an die hierfür vorgesehene Fußleiste geöffnet werden. Sollten Sie während der Operation die Beobachtung machen oder das Gefühl haben, dass ein Teil des Operationssitus nicht steril gemacht wurde, teilen Sie uns das bitte umgehend mit. Im Hinblick auf die Infektionsgefährdung der Patient:innen ist es besser, einmal zu oft zu reagieren als zu wenig.

OP-Saal / präoperative Vorbereitung der Patient:innen:
Röntgenbilder und von Patient:innen unterschriebene Einverständniserklärung müssen vorhanden sein.
Bei der Lagerung der Patient:innen muss neben der Kontrolle auf:
- richtige:r Patient:in,
- richtige Operationsseite,
- richtiges Operationsgebiet

darauf geachtet werden, dass keine grobe Kontamination der zu operierenden Extremität (Operationsgebiet) vorhanden ist. Anlegen der Neutralelektrode.

Bei Vorhandensein eines Herzschrittmachers oder Defibrillators darf der monopolare Strom nicht verwendet werden, stattdessen wird auf bipolaren Strom zurückgegriffen. Anlegen eines Tourniquets für die Blutleere / Blutsperre falls benötigt. Hierbei muss auf die Unterpolsterung des Tourniquets mit Watte geachtet werden. Die Länge und Breite des Tourniquets erfolgt in Abhängigkeit des Umfangs der Extremität an der Stelle, an der das Tourniquet angebracht werden soll.

Die Manschette muss mit Operationstapes abgedichtet werden, sodass während des Desinfektionsvorgangs kein Desinfektionsmittel unter die Manschette gelangen kann (Gefahr der Verbrennung bei Verwenden des Stroms bei Flüssigkeitskontakt der Haut). Das Auswickeln einer Extremität mit der Esmarchbinde erfolgt erst im OP-Saal. Bei septischen Operationen erfolgt in der Regel kein Auswickeln, um keine hämatogene Streuung zu verursachen. Auch bei Gefäßpatient:innen ist die kritische Indikationsstellung für Blutleere/-sperre zu beachten.
Weiter muss bei der Lagerung darauf geachtet werden, dass während der Operation an den exponierten Regionen keine Druckschäden im Sinne eines Lagerungsschadens auftreten. Hierfür stehen spezielle Gelmatten und Lagerungshilfen zur Verfügung.
Vor Beginn der Operation erfolgt im Rahmen des Team-time-out noch einmal eine kurze kritische Reflexion, ob alle Sicherheitsmaßnahmen inklusive Patient:innenidentifzierung durchgeführt wurden.

Station:
Während Ihres Tertials in unserer Abteilung sollen Sie fest in den Stationsablauf mit eingebunden sein. Das umfasst die morgendlich stattfindende Visite ebenso wie die Durchführung von Routineangelegenheiten. Bei Ihrer Ausbildung wird größten Wert darauf gelegt, dass sich der Tätigkeitsbereich der PJ-Studierenden nicht auf Aufgaben im Hol- und Bringdienst beschränkt. In Rücksprache mit den Stationsärzt:innen der jeweiligen Station und dem erlangten Kenntnisstand kann die Zuständigkeit für Patienten und Patientinnen übernommen werden. Das umfasst die Kenntnis der Anamnese, die klinische

Untersuchung sowie die gemeinsam mit den ärztlichen Kolleg:innen durchzuführende Festlegung der weiteren therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen. Erwünscht ist, dass die PJ-Studierenden „Ihre“ Patient:innen im Rahmen der Chefvisite vorstellen.

Tipp für den Einstieg in neuen Arbeitsbereichen:
Es empfiehlt sich dringend für alle Studierenden im Praktischen Jahr, sich sowohl in der Ambulanz, im OP als auch auf den unfallchirurgischen Stationen vorzustellen. Besonders im OP wird aufgrund der Anonymität, bedingt durch die Pflicht zum Tragen von Masken- und Hauben, großen Wert darauf gelegt, dass sich die neue Kolleg:innen namentlich vorstellen. Bei dieser Gelegenheit kann auch gleich die für die Operationen benötigte Handschuhgröße mitgeteilt werden.

2. Innere Medizin

Das Ziel der Ausbildung umfasst das Erkennen von Krankheitsbilder, das Einleiten der notwendigen Diagnostik, sowie die Initiierung einer Leitlinien- und patientenorientierten Therapie. Die Studierenden erlernen und festigen die wesentlichen internistischen Basiskompetenzen in Anamnese, körperlicher Untersuchung, Diagnostik, Therapie-planung, Dokumentation, Kommunikation sowie den Umgang mit klinischen Informations-systemen. Die Studierenden erwerben und üben grundlegende diagnostische und therapeutische Prozeduren der Inneren Medizin unter Berücksichtigung hygienischer Standards und korrekter Befundinterpretation. Alle Maßnahmen werden unter Anleitung der zuständigen Stationsärztin / des zuständigen Stationsarztes und Durchgangsarztes erfolgen. Es wird erwartet, dass sich die PJ-Studierenden einbringen und pünktlich sind.

Station:
Ziel ist, jeder PJ-Studierende einen Ansprechpartner / Ansprechpartnerin auf Station hat. Der morgendliche Blutentnahmedienst ist dankbar für jedwede Unterstützung, Blutent-nahmedienste gehören jedoch nicht zu den expliziten Aufgaben der PJ-Studierenden. Sobald die Visite beginnt, schließen sich die Studierenden an und begleiten diese täglich. Werden im weiteren Verlauf eigene Patienten betreut, sind diese entsprechend in der Visite vorzustellen. Nach der Visite erfolgt der Einsatz entsprechend der Absprache mit den Ansprechpartnern auf Station. Untersuchungen und Interventionen bei Patient:innen die durch PJ-Studierende betreut werden, sollten auch von diesen begleitet oder ggf. selbständig durchgeführt werden. Es ist erwünscht, dass die PJ-Studierenden an den Besprechungen und Visiten teilnehmen.
Im Rahmen der Stationsarbeit sollten unter Voraussetzung des Kenntnisstandes die täglichen Neuaufnahmen durch PJ-Studierenden erfolgen inklusive eines möglichen Diagnostik- und Therapiekonzepts mit dem zuständigen Stationsarzt besprochen werden. Weiterhin sind die Verlaufsdokumentation, Entlassmanagement und Erstellung eines Arztbriefes, körperliche Untersuchungen auf Station und Patientenkommunikation, Durchführung/Unterstützung bei ärztlichen Fähigkeiten wie Interventionen, Blutentnahmen oder Venenverweilkathedern Teil des Tages.

- Aufnahme der elektiven Patient:innen (körperliche Untersuchung, Blutentnahme, Anamneseerhebung, Einleitung der notwendigen Diagnostik und Entwicklung von Diagnostik- und Therapieplänen in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Stationsarzt).
- korrekte Dokumentation des Aufnahmebefundes, Erstellung von Verlaufseinträgen, Entlassmanagement und Arztbrieferstellung.

- Tägliche Teilnahme an der Visite und Übernahme von „eigenen Patient:innen“ mit Vorstellung dieser in der Oberarzt-/Chefarztvisite.
- Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen (Art. Blutentnahme, Punktionen, Pleurasonographie/-punktion, Abdomen Sonographie, Duplexsonographie, Echokardiographie etc..)
- Auswertung von Befunden (LZ-EKG-, LZ-Blutdruckmessung, Belastungs-EKG, LUFU)

Zentrale Notaufnahme:
Die Notaufnahme stellt sich aufgrund des unvorhersehbaren Patientenaufkommens immer als große Herausforderung dar. Hier gilt es, die Patientinnen und Patienten trotz weniger Informationen adäquat zu triagieren, dringliche Notfälle zu erkennen und anzubehandeln, sowie eine zielführende Diagnostik und Therapie für die Patient:innen zu erstellen. Hier sind eine ausführliche Anamnese und körperliche Untersuchung sowie das Erkennen und Managen von Notfallsituationen das oberste Ziel.

- Aufnahme der Notfall-Patientinnen und -Patienten (körperliche Untersuchung, Anamneseerhebung, Einleitung der notwendigen Diagnostik und Entwicklung einer Therapie in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Dienstarzt).
- Teilnahme am internistischen Schockraum.
- Erlernen von BLS Maßnahmen.

Diagnostik:

- Teilnahme an allen diagnostischen Maßnahmen sind möglich. Es besteht ein fester Rotationsplan, sodass Sie die Möglichkeit haben, die unterschiedlichen Aufgabenfelder kennenzulernen.

Hygienemaßnahmen / Verhalten / Besonderheiten in Spezialbereichen:

- Generell gilt die Einhaltung der allgemeinen Hygienemaßnahmen. Im Bereich der Endoskopie, sowie des Herzkatheters ist u.a. mit einer Strahlenbelastung zu rechnen, sodass diese ausgewiesenen Räume erst nach Rücksprache oder mit entsprechendem Schutz betreten werden sollten.
- Hochkontagiöse Patientinnen und Patienten werden nicht durch Studierende betreut.

3. Anästhesie

Das Wahlfach Anästhesie und Intensivmedizin hilft Ihnen, sich die praxisbezogenen Lerninhalte für das letzte Staatsexamen zu erarbeiten. Diese sollen durch Ihre Integration in das pflegerische und ärztliche Team sowie Ihre Mitarbeit unmittelbar erfahren werden. Es werden Kenntnisse und Fähigkeiten entwickelt, die den Einstieg in den späteren beruflichen Alltag und die gewählte Fachrichtung erleichtern.

Neben der fachbezogenen praktischen Ausbildung in der klinischen Anästhesie, der Intensivtherapie, der Notfallmedizin und der Akutschmerztherapie stellt die Integration in ein interdisziplinäres multiprofessionelles Team im Operationssaal und auf der Intensivstation einen Schwerpunkt Ihrer Ausbildung dar.

Die individuelle Betreuung durch erfahrene ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung festigt Ihre praktische und theoretische Ausbildung, wodurch nach Abschluss

Ihres Studiums die nahezu übergangslose Weiterbildung als Assistenzärztin / Assistenzarzt der Anästhesie ermöglicht werden kann.
Die folgende Übersicht dient als Orientierung dafür, was Ihnen in der begrenzten zur Verfügung stehenden Zeit an Wissen und Fertigkeiten vermittelt werden kann.

Allgemeine Ausbildungsziele:

- Erlernen des Verhaltens im Bereich OP und Intensivstation einschließlich der hygienisch korrekten Verhaltensweise, Bekanntmachen mit den ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der anwesenden Fachabteilungen. Kenntnis und zunehmend aktive Teilnahme an der Betreuung und Behandlung unserer Patient:innen. Kennenlernen der Materialien, Medikamente, der Geräte und ihrer Funktionen am Anästhesie und Intensivbettplatz.
- Präoperative Einschätzung und Vorbereitung von Patient:innen unter Anleitung eines ärztlichen Mitarbeitenden der Abteilung.
- Erlernen einer gezielten anästhesiologischen Anamneseerhebung, der wesentlichen klinischen Untersuchungsmethoden und diagnostischen Maßnahmen des Fachgebietes. Es sollen sowohl medizinische Entscheidungsfindungen erarbeitet als auch ökonomische Gesichtspunkte beachtet werden. Dies kann auch die Einbeziehung von präoperativen therapeutischen Verfahren wie Verbesserung der Lungenfunktion, der kardialen Situation oder die Einstellung von Laborparametern betreffen.
- Erlernen der Entscheidungs- und Handlungsabläufe vor, während und nach Durchführung eines Anästhesieverfahrens. Hier sollen in Anwesenheit und unter Kontrolle durch den betreuenden Arzt/ die betreuende Ärztin je nach Ausbildungsstand eigene Entscheidungen und patientenbezogene Handlungen erfolgen.
- Erlernen der diagnostischen und therapeutischen Abläufe sowie des Handlungsbedarfs in der Intensivtherapie unter ständiger Rückkoppelung mit den pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Station.
- Erlernen des Umgangs mit schwer kranken Patient:innen und deren Angehörigen.
- Einarbeitung in pflegerische Maßnahmen, die gemeinsam mit dem Pflegepersonal von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden müssen.
- Patiententransport und stets notwendige Überwachungsmaßnahmen der Vitalfunktionen von Intensivpatient:innen.

Anästhesiologische Ausbildungsziele:

- Prämedikationsvisiten: Mitarbeit in der Prämedikationsambulanz, Teilnahme an Aufklärungsgesprächen insbesondere bei Risikopatient:innen
- Vorbereitung, Überwachung und Monitoring: eigenverantwortliche Vorbereitung eines Patienten/ einer Patientin auf ein Anästhesieverfahren (Anlegen Monitoring, Anlage von intravenösen Verweilkanülen, Blutentnahmen), Patientenüberwachung vor, während und nach der Anästhesie, inclusive Funktionsweise der Geräte und Bedienung, Alarmmanagement.
- Beatmung und Atemwegsmanagement: Erlernen der Beatmung mittels Maskenbeatmung, sowie Atemwegssicherung mittels Intubation, Larynxmaske, Anwendung einer manuell assistierten und kontrollierten Beatmung vor, während und nach der Operation.
- Narkosebeatmungsgeräte: Handhabung, Einstellung der maschinellen Beatmung unter

ständiger Aufsicht.
- Neuroaxiale und periphere Regionalanästhesieverfahren: Kennenlernen der verschiedenen Techniken (SPA; PDA, peripheren Regionalanästhesie) inkl. Sonografie, ggf. Durchführung unter Anleitung.
- Medikamente: Erlernen der Wirkungsweise, Dosierung und Indikation von Anästhetika und deren Anwendung unter Aufsicht der Ärztin/des Arztes.
- Ausleitung und Aufwachraum: Erlernen der Anästhesieausleitung und der postoperativen Überwachung, Unterstützung des Pflegepersonals im Aufwachraum an mindestens fünf Tagen.

Je nach Interesse und Ausbildungsstand können auch weitere Maßnahmen unter Anleitung und Kontrolle durch die/den verantwortlichen Ärztin/Arzt vermittelt werden. Zum Schluss der Ausbildung im Praktischen Jahr sollen die Studierenden in der Lage sein, ein Anästhesieverfahren bei einem Patienten/ einer Patientin einer niedrigen Risikogruppe und bei einem wenig belastenden Eingriff komplett selbständig unter ärztlicher Aufsicht durchzuführen.

<u>Ausbildungsziele Intensivtherapie:</u>
- Team und Ortskenntnis: Kennenlernen des interprofessionellen und interdisziplinären Teams der Intensivstation, der Bettplätze, der Nebenräume, der Blutgas- und Akutlaborgeräte, der Materiallager und der Geräteräume.
- Gerätekunde: Erlernen der Funktionsweise und der möglichen Störungen der vorhandenen Geräte unabhängig vom Bettplatz (Erklärung durch Stationspersonal, Teilnahme am Zusammenbau, Störungssimulation) und Erkennen der Funktionsweise am Bettplatz.
- Visite: Einbindung in die Abläufe der Entscheidungsanalyse und -findung (Arzturteil) am Krankenbett, die täglichen Visiten und weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen.
- Spezifische Krankheitsbilder: Praxisbezogene Thematisierung der häufigen Behandlungs-indikationen (Respiratorische Insuffizienz, Kreislaufversagen, Sepsis, multiple Organinsuffizienz, akutes Nierenversagen, akute Blutungen, Delir-Monitoring und Behandlung, postoperative Betreuung).
- Diagnostik: Indikation, Organisation und Anforderung verschiedener diagnostischer Maßnahmen (Labor, Blutbank, Röntgen, Mikrobiologie), sowie Auswertung und Interpretation.
- Dokumentation: digitale Kurvenführung (ICCA), Aufnahmen, Anordnung und Dokumentation.
- Beatmung: Erlernen der Grundlagen der maschinellen Beatmung, Einsatz verschiedener Techniken.
- Invasive Maßnahmen: Kennenlernen der Anwendung verschiedener invasiver Maßnahmen zu Monitoring und Therapie, ggf. Durchführung einfacher Techniken (arterielle und venöse Katheter, Drainagen) unter Anleitung und Kontrolle durch den verantwortlichen Arzt/ Ärztin.
- Ernährungstherapie: Grundlagen der parenteralen und enteralen Ernährung von katabolen und rekonvaleszenten Intensivpatienten.

Zum Abschluss der Ausbildung im PJ sollte der Studierende sich mit dem Bettplatz sowie den verschiedenen Monitoring- und Beatmungsverfahren auskennen. Es sollten Kenntnisse für der häufigsten auf Intensivstation behandelten Krankheitsbildern und deren Über-

wachung mit Basiskenntnissen zur Diagnostik und Therapie vorhanden sein. Der Mitarbeitende sollte in der Lage sein, einen Arztbrief für unkomplizierte Krankheitsverläufe (z.B. postoperative Überwachung) zu verfassen.

Ausbildungsziele in der Schmerztherapie:
- Erlernen der Schmerzanamnese und der Einschätzung der Schmerzintensität anhand verschiedener Bewertungssysteme.
- Erlernen der Wirkungsweise, Dosierung und Indikation von Analgetika.
- Erlernen des hauseigenen Stufenschemas zur Akutschmerztherapie.
- Kennenlernen der verschiedenen invasiven Techniken der Akutschmerztherapie und deren Indikationen und Kontraindikationen.
- Erlernen der Funktionsweise und Erkennen von Störungen der eingesetzten Pumpensysteme.
- Teilnahme an Visiten des Akutschmerzdienstes.

Je nach Interesse und Ausbildungsstand können Aufgaben des Akutschmerzdienstes teilweise übernommen werden. (Kontrolle der Pumpensysteme, der Punktionsstelle und Verbände, Erhebung der Schmerzscores, Therapiesteuerung nach Rücksprache mit dem betreuenden Arzt/der betreuenden Ärztin).

Ausbildungsziele in der Notfallmedizin:
- Team und Ortskenntnis: Zusammenarbeit im interprofessionellen Team: Rettungsdienst, Pflege, andere Fachrichtungen
- Kommunikation mit Patienten in Ausnahmesituationen
- Kennenlernen der Diagnostik und Erstversorgung bei akuten Erkrankungen und Verletzungen, Differenzialdiagnostik unter Zeitdruck: schnelles, strukturiertes Vorgehen
- Anwendung medizinischer Geräte und Medikamente im präklinischen Setting
- Erkennen und Einschätzen von Notfällen: z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Sepsis, Polytrauma, sowie Unterstützung bei der Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen wie Basismaßnahmen der Reanimation (BLS) und erweiterte Maßnahmen (ALS)
- Kennenlernen der Besonderheiten des Airway-Management in der Präklinik: Maskenbeatmung, Intubation, supraglottische Atemhilfen
- Venenpunktion und intraossärer Zugang
- Monitoring und Interpretation: Blutdruck, Puls, SpO_2, EKG
- Unterstützung bei der Wundversorgung und kleinere chirurgische Maßnahmen
- Übergabe nach dem SBAR-Prinzip
- Triage und Priorisierung
- Dokumentation unter Zeitdruck
- Kenntnis rechtlicher Aspekte: z. B. Einwilligung, Patientenverfügung, Notarztindikationen.

Je nach Interesse und Ausbildungstand kann die Teilnahme als Praktikant im Notarztdienst angeboten werden und unter direkter Supervision des zuständigen Notarztes Untersuchungen und Maßnahmen durchgeführt werden.

4. Gynäkologie und Geburtshilfe

Mit unserem Einarbeitungskonzept möchten wir Ihnen eine Orientierungshilfe für Ihre studentischen Tätigkeit in unserem Haus geben. In unserer Klinik finden Sie alle gesundheitlichen Themen, die speziell Frauen betreffen. Unsere Abteilungen umfasst sowohl das Gebiet der Gynäkologie, Onkologie sowie der Geburtshilfe mit über 1000 Geburten jährlich.
Neben der stationären Versorgung wird auch eine ambulante Patientinnenversorgung angeboten. So gibt es neben der geburtshilflichen Dopplersprechstunde, die gynäkologische Mamma-, Beckenboden-, Endometriose- ebenso die zertifizierte Koloskopiesprechstunde.

Ausbildungsziele
Ziel der Ausbildung ist es, dass Sie einen Überblick über die umfangreichen Aufgabengebiete in der Gynäkologie und Geburtshilfe erhalten. Sie werden in Ihrem Tertial die Gelegenheit bekommen unsere gynäkologische Station, die Wochenbettstation, den Kreißsaal sowie die Onkologische Tagesklinik kennenzulernen. Sie werden an verschiedenen Sprechstunden teilnehmen, Anamnesen erheben und die Grundzüge der gynäkologischen sowie sonographischen Untersuchung erlernen.
In Ihren Einsatz im OP werden Sie an diversen kleinen gynäkologischen Operationen wie Gebärmutterspiegelungen, an geburtshilflichen Routineeingriffen wie der Kaiserschnittentbindungen, bis hin zu großen onkologischen Operationen des weiblichen Genitals und der Brustdrüse teilnehmen. Wir hoffen, dass Ihre Zeit bei uns Sie nicht nur in Bezug auf Ihre berufliche Laufbahn vorbereitet, sondern möchten auch Ihr Interesse für Themen der Frauengesundheit, Schwangerschaft und Stillzeit wecken. Schließlich werden Sie im Laufe Ihrer Berufstätigkeit, aber auch in Ihrem Privatleben sicherlich mit diesen Themen konfrontiert werden.
Umgangsformen:
Es empfiehlt sich dringend, sich in allen Bereichen (Kreißsaal, OP, Station,…) bei jedem Mitarbeiter und jeder Mitarbeiterin vorzustellen. Die Vorstellung bei den Patientinnen und ihren Angehörigen ist natürlich ebenso selbstverständlich.
Pünktliches Erscheinen zum Dienst und zu den Besprechungen wird vorausgesetzt.
Die Teilnahme an den Fortbildungseinheiten ist für die PJ-Studierenden in der Gynäkologie verpflichtend.

Hygienemaßnahmen / Verhalten
Besonderheiten im Umgang mit Neugeborenen sollten Hygienemaßnahmen sehr streng gehandhabt werden. Neugeborene werden nicht einfach weil sie “süß“ sind angefasst oder gar hochgenommen. Eine gynäkologische Untersuchung ist für die Patientin eine sehr persönliche und intime Angelegenheit. Daher sollte immer die Einwilligung der Patientin eingeholt werden, ob sie im Beisein eines MPJ-Studierenden stattfinden kann. Auch das Beisein bei einer Geburt sollte zunächst mit der betreuenden Hebamme und anschließend mit der Patientin abgesprochen werden.

5. Psychosomatik

Das Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie befasst sich mit körperlichen, seelischen und sozialen Wechselwirkungen bei der Entstehung, Aufrechterhaltung sowie

den Folgen von Krankheiten. Es hat seine Wurzel einerseits in der Psychotherapie und andererseits in der Inneren Medizin. Mit psychotherapeutischen Methoden werden psychische, somato-psychische und psychosomatische Krankheiten multi-methodal behandelt.

Ausbildung

Während des PJs in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin werden die Studierenden dem psychosomatischen Konsildienst einer Therapiegruppe in der Tagesklinik fest zugeordnet. Sie werden an Gruppenpsychotherapien als Co-Therapeut teilnehmen, sollen aber auch alle komplementären Therapien und Entspannungsverfahren kennenlernen sowie je nach Kenntnisstand und persönlichen Fähigkeiten auch Therapien bzw. Vorgespräche unter präsenter Supervision selbständig durchführen.
Die PJ-Studenten nehmen an allen Teamsitzungen und klinikinternen Besprechungen teil. Neben den psychotherapeutischen Aufgaben obliegt den PJ-Studenten die somatische Betreuung von Patienten. Hierzu gehört die Durchführung von körperlichen (Eingangs-) Untersuchungen, Blutabnahmen, Diagnostik und Durchführung von somatischen Interventionen.

PJ-Studierende werden als Teil des Teams gesehen und sollen an allen Teamsitzungen, die täglich auf der Station und in der Tagesklinik stattfinden, teilnehmen. Hier werden von allen Berufsgruppen die Beobachtungen zu den Patienten vorgetragen und therapeutische und organisatorische Probleme besprochen. Da die Teamsitzungen eine zentrale Bedeutung in einer multimodalen Therapie mit einem multiprofessionellen Team haben, erwarten wir hier auch von den Studenten eine aktive und offene Mitarbeit.

Die Patienten, die selbst interviewt und aufgenommen wurden, werden im Team von den Studierenden möglichst am Aufnahmetag vorgestellt.

Anamnese / Aufnahmegespräche

Die Erhebung der psychotherapeutischen Anamnese wird zunächst an einem oder mehreren Terminen in der Ambulanz der Klinik vorgenommen. Hier wird die Diagnose und Indikation zu weiteren therapeutischen Maßnahmen erstellt und in der Indikationskonferenz besprochen. Während des PJ-Tertials sollen die Studierenden an mindestens 4 Erstgesprächen teilnehmen, davon sollen mindestens 2 Gespräche eigenständig in Anwesenheit eines Arztes der Ambulanz durchgeführt werden. Nach den selbstständig durchgeführten Erst-/Aufnahmegespräche werden anschließend Berichte diktiert und von den verantwortlichen Ärzten kontrolliert.

Körperliche Untersuchungen und Interventionen

Alle Patienten, die auf der Station oder in der Tagesklinik aufgenommen werden, werden am Aufnahmetag körperlich untersucht. Zur Dokumentation wird der ausführliche Untersuchungsbogen (s. Anlage) benutzt. Der PJ-Student soll die körperliche Untersuchung eigenständig vornehmen und die erhobenen Befunde anschließend mit den verantwortlichen Ärzten besprechen. In dem Rahmen erfolgt auch eine Nachuntersuchung durch den Arzt. Als Nachweis für die durchgeführten Untersuchungen dient der Untersuchungsbogen, der zu unterschreiben und gegenzuzeichnen ist.
Es sollen im PJ-Tertial mindestens 10 supervidierte körperliche Untersuchungen durchgeführt werden.

Diagnostik und Therapieplanung
Nach der Anamneseerhebung und körperlichen Untersuchung sollen die Studenten in der Lage sein, eine ICD-0 Diagnose zu vergeben sowie Hypothesen zu etwaigen psychosozialen Hintergründen der Problematik zu formulieren. Differentialdiagnostische Erwägungen sollen mit den verantwortlichen Ärzten direkt oder bei der Fallvorstellung in den Teamsitzungen vorgenommen werden.

Es soll eine Therapieplanung erstellt werden, die einen Therapiefokus und Therapieziele erkennen lässt. Die Indikation zu einzelnen Therapiebausteinen soll der Student nachvollziehbar vornehmen können.

Teilnahme an komplementären Therapien:
Zu den komplementären Therapien gehören die Musiktherapie, die Bewegungstherapie und die Kunsttherapie. Jeder Student soll während des PJs Einblicke in die Arbeitsweise der Komplementärtherapeuten erhalten. An jeder Therapie soll er mindestens 4 mal teilnehmen, die Beobachtungen mithilfe des Dokumentationsbogens festhalten und mit den Komplementärtherapeuten auswerten.

Nachweise fakultative Bausteine
Neben den obligatorischen Aufgaben der PJ-Studenten gibt es die Möglichkeit der Teilnahme an fakultativen Therapien z.B. störungsspezifischen Gruppen. Auch besondere Aufgaben, die der Student (freiwillig) übernimmt sollen dokumentiert werden

Präsentation eines Themas im Klinischen Seminar:
Jede Woche findet ein klinikinternes Seminar statt, in dem die Mitarbeiter klinisch oder wissenschaftlich interessante Themen vorstellen. Hier sind die PJ-Studenten ausdrücklich aufgefordert, selbst Themen zu erarbeiten und mindestens ein Thema pro Tertial vorzustellen.

6. Radiologie

Die Fachdisziplin der Diagnostischen und Interventionellen Radiologie ist eines der zentralen diagnostischen und mikrotherapeutischen Teilgebiete der Medizin. Anhand Bildgebender nicht-invasiver Verfahren werden pathologische Prozesse in Morphologie und Funktion abgebildet bzw. analysiert (Ultraschall, Röntgen, Computertomographie und Magnetresonanztomographie). Neben der reinen Bild-basierten diagnostischen Tätigkeit nehmen perkutane mikroinvasive Bild-gesteuerte Therapien einen immer größeren Anteil ein. Stetige innovative Weiterentwicklungen erlauben die Betätigung über ein breites Spektrum von vaskulären und nicht-vaskulären onkologischen Themen wie Angiographie und Behandlung (Angioplastie) unter Durchleuchtungskontrolle, die diagnostische Punktion von Raumforderungen unter US-, CT- oder MRT-Kontrolle oder die Entlastung von Abszessen mittels interventioneller Drainagen unter CT- und Sonographiekontrolle.

Fort- und Weiterbildung:
Die wöchentlichen anwesenheitspflichtigen Veranstaltungen dienen der Weiterbildung der Studenten im Praktischen Jahr und sollen theoretischen Hintergrund im Fach Radiologie sowie Einblicke in die wissenschaftlichen Projekte der Abteilung vermitteln.

Mit der Teilnahme an der Routinediagnostik besteht die Möglichkeit, erfahrene Kolleginnen und Kollegen im Arbeitsalltag zu begleiten und die Vielfältigkeit der radiologischen Tätigkeiten kennenzulernen. Arbeitsbeginn und Arbeitsgestaltung erfolgen in kurzfristiger Absprache mit Mentorée oder Mentor.

Des Weiteren wird ein wöchentliches PJ-Seminar angeboten, das systematisch und Fall-basiert Raum für die Aufarbeitung interessanter Fälle bietet. Die Teilnahme an stattfindenden interdisziplinären Konferenzen ist für alle PJ-Studierenden verpflichtend. Sie bietet die Möglichkeit, wichtige Fälle fächerübergreifend zu verfolgen.

Lernziele:

- Rolle der Diagnostischen und Interventionellen Radiologie in der stationären und ambulanten Patientenversorgung.
- Interaktion mit den klinischen Partnern – Umgang mit Anforderungen, Befundmit-teilungen.
- Erfahrung mit moderner radiologischer Software (RIS, PACS) und Bildnachverarbeitung
- Basiskenntnisse in Einstell- und Lagerungstechniken für die häufigen Indikationen Röntgen-Thorax, Hand, Sprunggelenk und Becken.
- Unter Anleitung Überprüfung von Indikationen.
- Unter Anleitung systematische Erstellung von Röntgenbefunden (Thorax, Skelett).
- Basiskenntnisse in Untersuchungstechniken der CT – Lagerungstechniken, Vorbereitungen, Kontrastmittelanwendung.
- Unter Anleitung Überprüfung von Indikationen für die CT.
- Unter Anleitung Erlernen der Aufklärungspflichten für Diagnostik und Intervention, insb. Kontrastmittelanwendungen und Dokumentation derselben in juristisch einwandfreier Form.
- Basiskenntnisse in der Nachverarbeitung von Bild-gebenden Verfahren.
- Identifikation wichtiger Organe und Leitstrukturen in der Schnittbildgebung CT und MRT.
- Basiskenntnisse in Lagerungstechniken und Verwendung von Spulen.
- Unter Anleitung Überprüfung von Indikationen für die MRT.
- Basiskenntnisse über wichtige Kontraste und Sequenzprogrammierung in der MRT (T1, T2, PD), Sequenzen (SE, TSE, GE) und Techniken (z.B. Fettsuppression).
- Unter Anleitung Erlernen der Aufklärungspflichten für eine kontrastmittelgestützte MRT und Dokumentation derselben in juristisch einwandfreier Form.
- Identifikation von Kontrasten sowie wichtiger Organe und Leitstrukturen in der MRT.
- Basiskenntnisse in Indikationsstellung und Spektrum interventioneller Verfahren in der Radiologie.
- Basiskenntnisse in der Drchführung interventioneller diagnostischer Verfahren wie Gefäßpunktionen, Seldinger-Technik, Drainagen und Gewebepunktionen.
- Grundzüge des Strahlenschutzes und Abschätzung der Strahlenexposition von den gebräuchlichen Verfahren in der Radiologie.
- Strahlenschutz des Patienten: Lagerung, Einstelltechniken.
- Eigenschutz bei Anwendung ionisierender Röntgenstrahlung: Bleischürzen und Bleiglas, Position der Röntgenröhre.

- Diagnostisches Management wichtiger Indikationen: Polytrauma, Pneumonie, Appendizitis, akutes Abdomen, Organtransplantation.
- Basiskenntnisse wichtiger Notfallindikationen und – Abläufe.

G) Literaturempfehlungen

1. Chirurgie:

- https://www.mysurgery.de/viszeralchirurgie/

2. Innere Medizin:

3. Anästhesie:

4. Gynäkologie und Geburtshilfe:

5. Psychosomatik:

- Hoffmann, Hochapfel, Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin, Schattauer

6. Radiologie:

- Duale Reihe Radiologie, Thieme Verlag
- Hoferer et al. Chest-X-Ray Trainer: Röntgen-Thorax. Didamed Verlag
- Hoferer et al. CT-Kursbuch: Ein Arbeitsbuch für den Einstieg in die Computertomographie. Didamed Verlag
- MRI made easy, Schering/Jaypee Brothers Medical Publishers/Wie funktioniert MRI?, Springer Verlag.

Robert Bosch Krankenhaus

Softskills for Young Doctors

Curriculum für Studierende des Praktischen Jahres

der Fachbereiche Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie, Gynäkologie, Psychosomatik und Radiologie

am Robert Bosch Krankenhaus Stuttgart und seinen Standorten

Geschäftsführer: Prof. Dr. med. M. D. Alscher

Verantwortlich für den Inhalt und die Umsetzung:

PD Dr. Moritz Schanz – Innere Medizin
Dr. Magdalena Rufa – Chirurgie
Ulrike Gysau – Studierendensekretariat
Referent – Dr. Mathias Becker

Inhaltsverzeichnis

A) Arztbriefe und Arbeitsstruktur
1. Anamnese
2. Epikrise
3. Diagnosenliste
4. Patientenvorstellung
5. Übungen
6. Stationsarbeit (One-Touch-Technik)
7. Dienste

B) Kommunikation
1. Compliance fördern
2. Machtgefälle
3. Aufklärungen (rechtliches und nützliches)

C) (be-)handeln und Sterben
1. BBN
2. gute Formulierungen
3. Übungen
4. Übungen DNR/DNI Gespräche (jung / alt)

D) Self-Care
1. Balint Gruppe
2. Schutz
3. Arbeit abgeben

E) Das System
1. Abrechnungen, DRGs usw.

F) Fehler
Umgang mit eigenen und fremden Fehlern
1. Fehler erkennen und eingestehen
2. Offene Kommunikation
3. Teamorientiertes Fehlermanagement
4. Prävention durch kontinuierliche Weiterbildung
5. Persönlicher Umgang mit Schuld und Belastung

Liebe Studierenden im Praktischen Jahr,

der Beruf der Ärztin oder des Arztes ist weit mehr als die Anwendung medizinischen Wissens: Er fordert ein hohes Maß an sozialen, kommunikativen und organisatorischen Kompetenzen – sogenannte Softskills.
Besonders für junge Ärzt:innen ist es essenziell diese Fähigkeiten frühzeitig zu entwickeln, um den komplexen Anforderungen des klinischen Alltags gerecht zu werden. Denn neben dem Schreiben von Arztbriefen und einer effektiven Arbeitsstruktur gehören auch eine klare und empathische Kommunikation mit Patient:innen, Angehörigen und Kolleg:innen zu den Grundpfeilern ärztlicher Professionalität.

Der Umgang mit schwer kranken und sterbenden Menschen erfordert ebenso viel Fingerspritzengefühl wie Selbstfürsorge, um psychischer und physischer Überlastung vorzubeugen. Auch das Verständnis des gesundheitlichen Systems, in dem ärztliches Handeln eingebettet ist, sowie der reflektierte Umgang mit eigenen Fehlern sind unverzichtbare Bestandteile einer verantwortungsvollen ärztlichen Tätigkeit.

Diese Themenfelder verdeutlichen, dass Softskills keine bloße Ergänzung, sondern ein tragendes Fundament ärztlicher Kompetenz sind- gerade am Beginn der beruflichen Laufbahn.

Prof. Dr. med. M. D. Alscher
Geschäftsführer

A) Arztbriefe und Arbeitsstruktur

1. Anamnese

Die Anamnese ist weit mehr als nur das Systematische Erfassen medizinischer Informationen – sie ist eine Kernkompetenz ärztlichen Handelns und ein entscheidendes Softskill im Kontakt mit Patient:innen. In kaum einer anderen Situation zeigt sich so deutlich, wie sehr fachliches Wissen und zwischenmenschliche Fähigkeit miteinander verflochten sind. Die Qualität der Anamnese beeinflusst nicht nur Diagnostik und Therapie, sondern prägt auch maßgeblich die Arzt-Patienten-Beziehung.

Eine gelungene Anamnese erfordert aktives Zuhören, Empathie, sprachliche Sensibilität und ein hohes Maß an Aufmerksamkeit. Junge Ärzt:innen müssen lernen, die Gesprächsführung strukturiert und zugleich offen zu gestalten; gezielt Fragen zu stellen, ohne den Gesprächsfluss zu stören, auf nonverbale Signale zu achten und ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, welches Offenheit und Ehrlichkeit begünstigt. Das Arzt – Patient:innengespräch ist die Basis der Eigenanmanese, wohingegen die Fremdanamnese die Angaben der Angehörigen des Patienten / der Patientin einbezieht.

Die ärztliche Gesprächsführung spiegelt auch die eigene Haltung wieder: Respekt, Geduld und die Fähigkeit, sich auf unterschiedliche Persönlichkeiten einzustellen, sind unerlässlich. Zudem muss die Balance zwischen medizinischer Zielorientierung und menschlicher Zuwendung gefunden werden – auch unter Zeitdruck.

Die Anamnese ist daher ein Softskill, dass über die Jahre verfeinert wie und nicht zuletzt die ärztliche Identität mitprägt. Wer es beherrscht wird nicht nur schneller zu richtigen Diagnose gelangen, sondern auch Patient:innen das Gefühl geben, wirklich gehört und verstanden zu werden.

2. Epikrise

Das Verfassen einer Epikrise ist für angehende Ärzt:innen zunächst oft eine Herausforderung: Was gehört hinein, was kann weggelassen werden, wie strukturiert man komplexe Informationen verständlich? Doch gerade dieser Prozess des Erlernens ist von großer Bedeutung, denn die Epikrise ist weit mehr als ein formaler Abschlussbericht – sie ist eine verdichtete Zusammenfassung ärztlichen Denkens, Handelns und Urteilens.

Beim Schreiben einer Epikrise lernen Sie einen vollständigen Behandlungsfall strukturiert zu reflektieren: Sie fassen Anamnese, Diagnostik, Therapie, Verlauf und Outcome in verständlicher, präziser Sprache zusammen. Dabei wird geübt, das Wesentliche vom Unwesentlichen zu trennen und medizinische Informationen in einer logisch schlüssigen Abfolge zu präsentieren. Die Darstellung muss dabei nachvollziehbar, anschlussfähig und frei von unnötigem Fachjargon sein, ohne dabei an fachlicher Genauigkeit zu verlieren.

Das regelmäßige Verfassen von Epikrisen schult nicht nur die Schreibkompetenz, sondern fördert auch klinische Entscheidungsfindung, analytisches Denken

und medizinische Verantwortung. Unter Anleitung und durch Rückmeldung erfahrener Kolleg:innen werden Sie ein zunehmend sicheres Gespür für Struktur, Inhalt und Tonalität dieser wichtigen Textform erlangen.

3. Diagnosenlisten

Diagnoselisten fassen die medizinischen Probleme eines Patienten oder einer Patientin systematisch zusammen und dienen als Grundlage für Dokumentation, Kommunikation und Therapieplanung. Im Umgang mit Diagnoselisten lernen Sie, dass die korrekte und vollständige Erstellung nicht nur für die klinische Versorgung entscheidend ist, sondern auch für den Informationsaustausch mit weiterbehandelnden Ärzt:innen, für die Qualitäts-sicherung und für administrative Zwecke wie die Abrechnung und Statistik.

Im klinischen Alltag helfen Diagnoselisten dabei, komplexe Krankheitsverläufe übersichtlich darzustellen. Die Hauptdiagnose beschreibt den primären Behandlungsanlass, während Nebendiagnosen und Begleiterkrankungen weitere relevante Gesundheitsprobleme erfassen. Besonders in interdisziplinären Teams und im Rahmen der Übergabe von Patient:innen ist eine strukturierte Diagnose-liste wichtig, um den Gesamtzustand schnell erfassen und gezielte Maßnahmen ableiten zu können.
Diagnoselisten sind Bestandteil des Arztbriefs, Grundlage für epidemiologische Auswertungen und rechtlich relevante Dokumente.

4. Patientenvorstellung

Die strukturierte Patientenvorstellung ist Teil des klinischen Alltags, sei es bei der Frühbesprechung, bei der Visite, im Interdisziplinären Team oder bei der Übergabe. Bei der Patientenvorstellung werden Relevante Informationen effizient weitergegeben, klinische Entscheidungen gemeinsam getroffen und Behandlungs-strategien gezielt abgestimmt. In Übungen erlernen Sie wie die Patientenvor-stellung aufzubauen und was zu beachten ist.

a) Informationssammlung:
Die Grundlage jeder Vorstellung ist eine vollständige und aktuelle Informationslage. Dazu gehören:
- Aufnahmeanamnese und Hauptbeschwerde
- Relevante Vorerkrankungen und Medikation
- Klinischer Verlauf seit Aufnahme
- Aktuelle Vitalparameter, Laborwerte und Bildgebung
- Therapien und deren Wirkung
- offene Fragen und deren Probleme

b) Strukturierung des Vortrags:
Eine bewährte Reihenfolge für die mündliche Vorstellung ist z.B. die ISBAR-Struktur oder klassisch:
- Name, Alter, Aufnahmedatum
- Hauptproblem / Leitsymptom
- Relevante Anamnese und Befunde
- Bisherige Diagnostik und Therapie
- Aktueller klinischer Zustand

- Beurteilung und weitere Planung

c) Klinische Einordnung
neben der reinen Wiedergabe von Fakten ist die ärztliche Einschätzung zentral:
- Was ist das wahrscheinlichste Krankheitsbild?
- Welche Differentialdiagnosen kommen infrage?
- Welche nächsten Maßnahmen sind erforderlich?

Patientenvorstellungen sind keine Monologe, sondern Teil der interprofessionellen Kommunikation. Die Kunst besteht darin, präzise zu berichten, auf Nachfragen eingehen zu können und offen für Rückmeldungen und neue Sichtweisen zu sein.

Stationsarbeit
Die ärztliche Stationsarbeit ist geprägt von hoher Arbeitsdichte, vielfältigen Anforderungen und häufigen Unterbrechungen. Um unter diesen Bedingungen effizient, fokussiert und stressreduziert zu arbeiten, kann die sogenannte One-Touch-Technik ein wertvolles Prinzip sein, welches wir Ihnen näherbringen möchten.

Im ärztlichen Alltag bedeutet das konkret:
- Dokumentation sofort abschließen: Befunde, Verlaufsnotizen oder Epikrisen möglichst sofort nach dem Patientenkontakt erfassen, solange die Informationen noch präsent sind.
- Arztbriefe strukturiert vorbereiten: Wichtige Punkte bereits im Verlauf mitdokumentieren, sodass der finale Bericht nicht komplett neu erarbeitet werden muss.
- Labor– und Befundmanagement bündeln: Befunde in festen Zeitfenstern sichten.

Dienste
Im Rahmen der ärztlichen Dienste werden neben zuvor beschriebenen Fähigkeiten wie Kommunikationsfähigkeit mit Patient und Team, Empathie und Teamfähigkeit eine besondere
- Belastbarkeit und Stressresistenz (Umgang mit Notfällen, Zeitdruck, lange Arbeitszeiten und emotional belastende Situationen).
- Entscheidungsfähigkeit (rasches und sicheres Treffen von Entscheidungen, auch unter unsicheren Bedingungen).
- Verantwortungsbewusstsein (Bewusstsein für die Tragweite ärztlicher Entscheidungen und Handlungen).
- Organisationstalent und Zeitmanagement (priorisieren und strukturieren der Aufgaben um effizient arbeiten zu können).
- Konfliktmanagement (professioneller Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen oder Meinungsverschiedenheiten).

B. Kommunikation

1. Compliance fördern
Ziel ist es, Patient:innen zur aktiven Mitwirkung an der Behandlung zu motivieren. Wichtige Strategien hierfür sind:

- Verständliche Kommunikation: die Verwendung einfacher und klarer Sprache, ohne Fachjargon; Erklärung der Medikation, eventueller Nebenwirkungen und Nachfragen zum Verständnis.
- Einbeziehung des Patienten: Berücksichtigung der Lebenssituation, Werte und Präferenzen des Patienten, klare Aufklärung über Nutzen und Risiken der Therapieoptionen; Realistische Therapieziele vereinbaren und Barrieren ansprechen.
- Vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung: aktiv zuhören, nonverbale Zeichen beachten; Zeit nehmen und Interesse an der Person zeigen;
- Strukturierte Nachsorge: regelmäßige Termine zur Kontrolle, ggf. Einbindung Angehöriger oder von Pflegediensten bei Bedarf und mit Rücksprache.

2. Machtgefälle in der Arzt-Patient Beziehung

Das Machtgefälle in der Beziehung zwischen Arzt und Patient:in gilt es zu vermeiden und gar nicht erst aufkommen zu lassen. Angesichts der unterschiedlichen Persönlichkeiten von Patient:innen ist das nicht einfach. Es gibt durchaus mündige Patient:innen, die sich mit der Krankheit auseinandersetzen und mit dem Arzt / der Ärztin gemeinsam die geeignete Therapieform wählen; Patient:innen die, ohne sich näher kümmern zu wollen, am liebsten den vom Arzt / der Ärztin vorgegebenen Weg beschreiten möchten; Patient:innen die sich auf jede erdenkliche Art vorab informieren und Krankheit und Therapie ausführlich besprechen.
Suchen Sie das Gespräch auf Augenhöhe, zeigen Sie Interesse an dem Anliegen der Patient:innen und lassen Sie Ihnen ausreichend Zeit dieses vorzubringen. Kommunizieren Sie auf Augenhöhe mit offener, zugewandter Körperhaltung, Blickkontakt und einem freundlichen Tonfall. Planen Sie genügend Zeit für das Gespräch ein. Reflektieren Sie regelmäßig die Gespräche um mögliche, unbewusste Hierarchien abzustellen.

3. Aufklärungen (rechtliches und nützliches)

Gemäß rechtlicher Grundlage (§ 630e BGB – Aufklärungspflicht) müssen Patient:innen rechtzeitig, mündlich und verständlich über Art, Umfang, Risiken, Alternativen und Folgen eines Eingriffs informiert werden. Die Aufklärung ist Voraussetzung für die wirksame Einwilligung.
Rechtzeitig bedeutet in diesem Fall so frühzeitig, dass Patient:innen sich in Ruhe entscheiden können. Eine Ausnahme bilden Notfallbehandlungen, wenn Leben und Gesundheit akut bedroht sind.
Die Aufklärung und Einwilligung von Patient:innen müssen dokumentiert werden. Die Unterschrift auf dem Aufklärungsbogen ersetzt nicht das persönliche Gespräch, kann es aber ergänzen.

Inhalte der Aufklärung sollten sein:
- Diagnoseaufklärung
- Therapieaufklärung
- Risikoaufklärung
- Alternativen
- Verlauf und dessen Folgen.

Die Aufklärung sollte in der Alltagssprache von Patient:innen, auf das Aufnahmevermögen angepasst erfolgen. Seien Sie neutral, realistisch, empathisch und üben Sie keinen Druck auf die Patient:innen aus. Nehmen Sie sich Zeit und nutzen Sie ggf. unterstützende Materialien. Klären Sie durch Nachfrage ab, ob alles verstanden wurde und dokumentieren Sie auch relevante Nachfragen oder Bedenken.

- Einwilligungsunfähigkeit (Kinder und Demenzkranke): Aufklärung und Einwilligung durch deren gesetzliche Vertreter.
- Psychisch kranke Menschen: Aufklärung soweit als möglich erforderlich, ggf. gesetzlichen Vertreter einschalten
- Fremdsprachige Patient:innen: Professionelle Dolmetscher nutzen, bitten Sie Angehörige nur im Ausnahmefall zu übersetzen.

C. (be-)handeln und sterben

1. BBN „Breaking Bad News“

Schaffen Sie einen geeigneten Rahmen in einem ungestörten Raum mit ausreichend Zeit und lassen Sie keine Unterbrechungen zu. Bereiten Sie sich auf das Gespräch vor und führen Sie es auf Augenhöhe, auf Wunsch im Beisein der Angehörigen. Wählen Sie Ihre Worte klar, sachlich und verständlich, lassen Sie Pausen zu, damit die Information verarbeitet werden kann.
Erfragen Sie den Informationsstand des Patienten, gibt es Vorstellungen, Vermutungen oder Befürchtungen, was wurde bereits verstanden.
Wieviel möchte die Person wissen, respektieren Sie den Wunsch des Nichtwissens, bieten Sie weitere Gesprächstermine an.
Begleiten Sie die Reaktionen (Schweigen aushalten, nicht sofort trösten), zeigen Sie Empathie, erläutern Sie die nächsten Schritte und verweisen Sie auf mögliche Hilfsangebote (Sozialer Dienst, Hospitz etc.).

ACP (Advanced Care Planning): Berücksichtigen Sie in jedem Fall die vorhandenen Dokumente wie Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Therapiezielerklärung.
DNR: Im Falle eines Kreislaufstillstands werden keine Wiederbelebungsversuche gewünscht.
DNI: Eine endotracheale Intubation oder invasive Beatmung bei Atemstillstand, Sauerstoffgabe oder andere nicht-invasive Maßnahmen können je nach individueller Festlegung trotzdem erfolgen.
Jede medizinische Maßnahme bedarf der Einwilligung, ohne diese ist sie rechtswidrig. DNR / DNI beruhen auf dem Grundsatz der Patientenautonomie, die in den vorgenannten Dokumenten niedergelegt wird.

D. Self-Care

Self-Care ist kein „Nice to have“ sondern Teil der ärztlichen Berufsethik: Nur wer für sich sorgt, kann auch dauerhaft für andere da sein.
Schlafstörungen, reduzierte Leistungsfähigkeit und Konzentrationsprobleme sind deutliche Anzeichen einer Überlastung. In Form von Reizbarkeit, Zynismus und einem Verlust an Mitgefühl und Interesse wird die Überlastung auch für das Team zur Belastung.

Gesunde Ernährung, ausreichende Bewegung und regelmäßiger Schlaf sind ein Baustein der eigenen Gesunderhaltung, Pausen im Arbeitsalltag und routinemäßige Vorsorgechecks.

Eine psychische Stabilität kann mit Supervisio oder Balint-Gruppen zur Fall- und Emotionsreflexion erreicht werden. Für die Psychohygiene helfen Übergangsrituale zwischen Arbeits- und Privatleben und setzten. Sie setzen Grenzen für die Erreichbarkeit. Interessen außerhalb der Medizin, Familie, Freundschaften oder Vereine dürfen nicht zu kurz kommen.

Delegation von Aufgaben, Teamarbeit und geeignete Arbeitszeitmodelle unterstützen ebenfalls. Reflektieren Sie Ihre Arbeit am Ende des Tages und machen Sie Erfolge sichtbar.

Unterstützung bieten:
- Ärztekammern durch anonyme Notfallkontakte
- KV und Ärztekammern durch ärztliche Psychotherapieangebote
- Selbsthilfegruppen und Peergroups
- Webinar, Retreats, Achtsamkeitskurse für Mediziner:innen

E. Abrechnung, DRGs etc.

1. Vergütung mit DRG Fallpauschalen:
Die Höhe der DRG (Diagnosis Related Groups) Fallpauschale richtet sich nach der Krankheitsart, Operation und Schweregrad der Erkrankung. Patient:innen mit leichten Erkrankungen zahlen somit weniger als solche mit schweren, aufwendig zu behandelnden Erkrankungen. Die Höhe der Fallpauschale ist für eine mittlere Verweildauer innerhalb dieser Bandbreite kalkuliert. Für Patientinnen und Patienten mit einer deutlich längeren bzw. kürzeren Verweildauer werden in der Regel Zu- oder Abschläge auf die Fallpauschalen erhoben.
In eng begrenzten Ausnahmefällen, in denen dies für eine sachgerechte Vergütung erforderlich ist, können ergänzend zu einer Fallpauschale insbesondere für aufwändige Arzneimittel, einzelne Leistungen und Leistungskomplexe Zusatzentgelte berechnet werden.

2. Berechnung der Wahlleistung Arzt:
Die DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte vergüten jeweils den gesamten Umfang der medizinisch notwendigen Behandlung einschließlich durchzuführender Operationen sowie Unterkunft, Verpflegung und sonstiger Leistungen des Krankenhauses (allgemeine Krankenhausleistungen). Soweit dies medizinisch erforderlich ist, gehört dazu auch die Behandlung durch den Chefarzt. Wird von der Patientin bzw. von dem Patienten ausdrücklich eine Behandlung durch bestimmte Ärzte ("Chefarztbehandlung") gewünscht, so schließt der Patient oder die Patientin darüber schriftlich eine gesonderte vertragliche Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen ab. In diesem Zusammenhang ist der Patient /die Patientin darüber zu unterrichten, dass durch eine solche Vereinbarung die persönliche Behandlung durch liquidationsberechtigte Ärzte

ohne Rücksicht auf Art und Schwere der Erkrankung sichergestellt werden soll. Dabei ist auch darauf hinzuweisen, dass der Patient/die Patientin auch ohne eine solche Vereinbarung die medizinisch notwendige Versorgung durch hinreichend qualifizierte Ärzte erhält.
Die Vereinbarung erstreckt sich auf alle an der Behandlung der Patientin bzw. des Patienten beteiligten liquidationsberechtigten Krankenhausärzte einschließlich der von diesen ggf. veranlassten Leistungen außerhalb des Krankenhauses. Dies führt dazu, dass er in der Regel von den Ärzten, die an der wahlärztlichen Behandlung beteiligt sind, gesonderte Rechnungen nach der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) erhält, die zusätzlich zur normalen Krankenhausvergütung zu zahlen sind.
Weil in den Entgelten des Krankenhauses für die allgemeinen Krankenhausleistungen bereits ein Anteil für die Vergütung der ärztlichen Behandlung enthalten ist, sind die Rechnungen über wahlärztliche Leistungen um 25 Prozent zu ermäßigen. Auch für nicht-ärztliche Wahlleistungen (Einbettzimmer) ist eine gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus zu vereinbaren.
Nach § 1 Abs. 8 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) der Selbstverwaltungspartner ist das Krankenhaus verpflichtet, in seiner Rechnung den sich nach dem Fallpauschalen-Katalog ergebenden Betrag für die Fallpauschale sowie Abschläge, weitere Entgelte und Zuschläge gesondert auszuweisen. § 17c Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) schreibt vor, dass das Krankenhaus für selbstzahlende Patientinnen und Patienten zusätzlich die für die Abrechnung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte erforderlichen Diagnosen, Prozeduren und sonstigen Angaben mit der Rechnung zu übersenden hat.

F. Fehlerkultur

Der Arztberuf ist mit einer besonderen Verantwortung verbunden, nicht nur gegenüber den Patienten, sondern auch gegenüber Kollegen und Kolleginnen, der Gesellschaft und dem eigenen Berufsverständnis. Fehler können trotz größter Sorgfalt und Fachkompetenz passieren, entscheidend ist jedoch, wie mit diesen Fehlern umgegangen wird. Ein transparenter und lernorientierter Umgang ist ein wesentliches Element ärztlicher Qualität und Ethik.
Gerade im ärztlichen Beruf ist der professionelle Umgang mit Fehlern wesentlich für die Patientensicherheit, Vertrauen, Qualitätssicherung, die Teamkultur und Zusammenarbeit.

1. Fehler erkennen und eingestehen:
Ein vorbildlicher Umgang beginnt mit der Bereitschaft, eigene Fehler zu erkennen und einzugestehen. Das setzt ein hohes Maß an Selbstreflexion voraus. Fehler zu leugnen oder zu verschweigen widerspricht nicht nur der ärztlichen Berufsethik, sondern gefährdet auch das Vertrauen der Patientinnen und Patienten sowie die Sicherheit im Behandlungsteam.

2. Offene Kommunikation
Ein zentraler Aspekt ist die offene und ehrliche Kommunikation mit den Betroffenen. Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf Information über Behandlungsverläufe, einschließlich unerwünschter Ereignisse oder Fehlentscheidungen. Ein respektvoller, transparenter Dialog der von

Verantwortung und Empathie begleitet ist, kann das Vertrauen stärken und ist Ausdruck einer patientenorientierten Haltung.

3. Teamorientiertes Fehlermanagement

Fehler sollten nicht isoliert betrachtet werden. Viele medizinische Fehler sind systembedingt. Ein funktionierendes Fehlermanagement im Team – etwa durch die Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, CIRS-Systeme oder regelmäßige Fallbesprechungen helfen die Ursachen zu analysieren und strukturelle Verbesserungen zu initiieren. Eine Kultur der Offenheit, in der Fehler nicht sanktioniert, sondern als Lernchance genutzt werden, ist hierbei essentiell.

4. Prävention durch kontinuierliche Weiterbildung

Fehlerprävention beginnt mit Wissen. Durch kontinuierliche Fort- und Weiterbildung, Supervision, interdisziplinären Austausch und die kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeit können Risiken reduziert und die Behandlungsqualität verbessert werden. Ein bewusster Umgang mit medizinischen Standards, Leitlinien und neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen ist dabei unerlässlich.

5. Persönlicher Umgang mit Schuld und Belastung

Fehler belasten nicht nur die Patient:innnen**,** sondern auch die Teams, die in die Behandlung eingebunden waren und sind. Die emotionale Verarbeitung, kollegiale Unterstützung und ggf. professionelle Supervision helfen, mit Schuldgefühlen konstruktiv umzugehen. Dies schützt vor Überforderung und Burn-out, es trägt langfristig dazu bei, weiterhin achtsam und verantwortungsvoll handeln zu können.