

Organisation des Stationsalltages

König, P¹ · Frank, F¹ · Bellut, L¹ · Siech, C²

¹ Klinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Deutschland

² Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland

In den Ausgaben des Frühsommers behandeln wir als GeSRU thematisch eine kleine Hands-On Reihe, welche sich vor allem an junge Ärztinnen und Ärzte richtet. In dieser Ausgabe beginnen wir mit einem Artikel zur Organisation des Stationsalltages. Im nächsten Monat folgt ein Einsteigerpaket mit nützlichen Links, Empfehlungen und Tipps rund um den Berufsstart.

Organisation des Stationsalltages

Das Führen einer Station als Ärzt:in ist eine der ersten Herausforderungen, mit der sich Berufseinsteiger:innen in der Klinik konfrontiert sehen. Gerade wenn noch viele Abläufe neu sind, besteht oftmals das Gefühl der Überforderung und Hilflosigkeit. Wie schaffen wir es, uns im stressigen Stationsalltag zu organisieren?

Visite strukturieren – Standards kennen

Der Stationsalltag beginnt in der Regel mit der Visite. Eine gut strukturierte Visite ist ein unentbehrliches Strukturelement, um die Stationsarbeit zu meistern. Das wichtigste Gebot: Facts first! Stelle die Patient:innen kurz und knackig deinen Vorgesetzten vor und bespreche das weitere Prozedere. Visiten dienen nicht nur dazu, das Befinden der Patient:innen und die Farbe des Urins zu dokumentieren, sondern auch dazu wichtige Fragen mit der:dem Oberärzt:in zu klären. Mit einer gut strukturierten Visite lassen sich hektische Anrufe im Operationssaal oder in der Sprechstunde vermeiden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, die Standards der Abteilung zu kennen: Wann soll ein Zystogramm erfolgen? Bei welchen Fördermengen dürfen Drainagen entfernt werden?

Im besten Fall greift die Visite auch Fragen der Patient:innen vor. Wer die Befunde und das weitere Prozedere am Morgen verständlich erläutert, erspart Patient:innen unnötige Sorgen und sich selbst den erneuten Gang zur Patient:in im weiteren Tagesverlauf.

Prioritäten setzen – der Tagesablauf auf Station

Das wichtigste Gebot: Um den Überblick zu behalten, ist es maßgebend, zu priorisieren. Welche Aufgaben müssen als erstes erledigt werden? Welche Patient:innen entlassen, welche Labore abgenommen und welche Ultraschallkontrollen durchgeführt werden?



German Society for Residents in Urology

Redaktion:

Dr. med. Laura Bellut (V. i. S. d. P.)

Universitätsklinikum Erlangen

Urologie

Rathsberger Straße 57

91058 Erlangen

laura.bellut@uk-erlangen.de

Telefon: 09131 822-3178

Fax: 09131 822-3179

Welche Aufgaben kann ich den mir zugeteilten Studierenden anvertrauen?

Grundsätzlich steht der:die „klinisch schlechte“ Patient:in immer an erster Stelle – sei es der Verdacht auf eine Sepsis, eine aktive Blutung oder akute neurologische Veränderungen. Vor allem anderen muss die notwendige Notfalldiagnostik und -therapie eingeleitet bzw. durchgeführt und (telefonische) Konsile an die zuständigen Spezialdisziplin gestellt werden. Das wichtigste Gebot: Du musst nicht alles wissen, jedoch Notfallsituationen erkennen können und dir die notwendige Unterstützung einholen.

An nächster Stelle stehen Diagnostika mit Konsequenz für den jeweiligen Tag, beispielsweise eine Computertomographie vor Intervention oder Hämoglobin-Kontrollen bei Blutung. In der Folge kommen die Entnahme von Routinelaboren, die Anmeldung von Konsilen und Untersuchungen. Als Faustregel sollten alle Proben vor Mittag im Labor sein, um noch adäquat reagieren zu können. Bei allen Kontakten mit anderen Abteilungen sollte man die Zeitverzögerungen durch die Anmeldemodalitäten (handschriftlich, telefonisch, elektronisch) mitdenken. Außerdem sind im Laufe des Vormittags in enger Abstimmung mit dem Case-Management und der Bettenkoordination Entlassungen des Tages zu planen und zu vollziehen. Eine enge Rücksprache hilft, die Bettensituation optimal zu nutzen.

In den weiteren Tagesablauf sollte unbedingt eine systematische Reevaluation mit eingeplant werden. Die Ergebnisse der Blutentnahmen und mikrobiologischen Proben wie Urin- und Blutkulturen sollten gesichtet, Konsile und Befunde von Untersuchungen gelesen und Anforderungen für den Sozialdienst und die Physiotherapie gestellt werden. Außerdem sollten zumindest alle kritisch kranken und die im Tagesverlauf neu aufgenommenen Patient:innen (noch einmal) visitiert werden.

In der Regel ist die Anwesenheit des:r Stationsärztin in der Mittagsbesprechung erwünscht. Wenn diese nicht vorhanden ist, solltest du vor dem Feierabend zumindest daran denken, kritisch kranke Patient:innen an den: die Dienst:ärztin zu übergeben. Ein kleiner Tipp: Bereite am besten bereits am Vortag die Arztbriefe für Patient:innen vor, die potentiell am Folgetag entlassen werden können. Das spart Zeit und schonst deine Nerven!

Überblick behalten – die Stationsliste

Ein wichtiges Tool zur Organisation des Stationsalltages kann eine Stationsliste (Beispiel **Abb. 1**) als zentrales Arbeitsdokument sein. Im Folgenden stellen wir zwei Herangehensweisen für eine solche Stationsliste vor.

Eine Möglichkeit ist eine sog. To-Do-Liste. Sortiert nach den wichtigsten Aufgabenfeldern als Unterpunkten, bietet sie den Vorteil, schnell einen Überblick über die verschiedenen Aufgaben auf Station zu geben. Erledigte Punkte werden abgehakt oder durchgestrichen. Sie beschränkt sich also auf die offenen To-Dos. Wenn man seine Patient:innen gut kennt und zu jedem die wichtigsten Informationen im Kopf hat, ist eine aufgabenorientierte Liste ein praktisches Instrument, um sich auch als Team zu organisieren. Wichtig ist es hier, diszipliniert zu sein: mehr als einige wenige Wörter pro Patient:in sind der Übersicht nicht zuträglich. Erledigte Aufgaben müssen konsequent abgezeichnet werden, um Doppelbearbeitung zu vermeiden.

Eine grundlegend andere Herangehensweise ist eine Stationsliste, auf der alle Patient:innen mit den wichtigsten Diagnosen, Befunden, laufenden Therapien, dem Procedere sowie der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer gelistet sind. Auch sie kann To-Dos für den Tag enthalten. Eine derartige Liste ist alphabetisch oder nach Zimmerbelegung geordnet. Gerade für ein Mehrschichtsystem oder die Dienstärzt:in, die die Patient:innen nicht kennt, kann eine patientenorientierte Stationsliste einen guten Überblick verschaffen und Übergaben insbesondere vor dem Wochenende er-

leichtern. Sie funktioniert allerdings nur, wenn sie fortlaufend aktualisiert wird. Des Weiteren können einzelne Aufgaben in der Fülle an Informationen leichter untergehen und vergessen werden.

Welches System für die eigene Station und das verantwortliche Team das Richtige ist, muss jede Abteilung für sich selbst entscheiden. Ein kleiner Tipp: Eine exemplarische Stationsarbeitsliste haben wir auf der GESRU Homepage für euch zum Download bereitgestellt.

Entlassgespräch vorbereiten – Kommunikation gezielt nutzen

Sei es im interprofessionellen Austausch mit dem Pflegepersonal, der Physiotherapie, dem Case Management und dem Sozialdienst, im intraprofessionellen Austausch, mit deinen Vorgesetzten und Kolleg:innen anderer Fachdisziplinen oder im Arzt-Patienten-Gespräch: Kommunikation ist ein bedeutungsvolles ärztliches Werkzeug, welches gepflegt werden sollte.

Das Entlassgespräch nimmt hierbei eine besondere Rolle ein, da es Patient:innen die Gelegenheit gibt, in einem geschützten Rahmen Fragen zu stellen und umgekehrt Ärzt:innen die Möglichkeit bietet, auf wichtige anstehende Folgetermine und Verhaltensweisen hinzuweisen. Deshalb haben wir wichtige Punkte für das Entlassgespräch hier zusammengestellt:

- Zusammenfassen des stationären Aufenthaltes anhand des (vorläufigen) Arztbriefes mit Erklärung der gestellten Diagno-

The image shows two examples of station lists. The left one is a grid with categories like Entlassungen, Röntgen, Labor, Sonstiges, Sono, and Konsile. The right one is a 'Stationsliste Kinderurologie UR 2a' with sections for Entlassungen/Prozedere, Aufnahmen, Labor/Sono/U-Bact, Röntgen - CMM - Szintigraphie, To Dos untertags, and Sonstiges.

Abb. 1 ▲ Beispiele von Stationslisten

- sen und der Therapie. Bei Unklarheiten ist die behandelnde Hausurolog:in oder Hausärzt:in eine gute Ansprechpartner:in.
- Durchgeführte Diagnostik: Wie kann die Patient:in ihre Bilder mitnehmen? Sind alle Befunde bereits vorhanden?
 - Entlassmedikation: Was ist neu? Was muss rezeptiert werden?
 - Fokussierung auf das Prozedere: Wie geht es weiter? Worauf muss die Patient:in in nächster Zeit achten (Entfernung des einliegenden Klammernahmmaterials, Körperliche Schonung, Antikoagulation)? Wann erfolgt eine ärztliche Wiedervorstellung? Was ist eine Red Flag? Wann muss sich die Patient:in zeitnah wieder vorstellen (Fieber, schlechte Wundheilung, Makrohämaturie)?
 - Integration des Sozialdienstes: Wann kommt der ambulante Pflegedienst das erste Mal vorbei? Wie erfährt die Patient:in den Termin zur Reha?
 - Integration der Pflege: Wie wird das Pflaster der OP Wunde gewechselt? Wie die Heparinspritze gesetzt?
 - Offene Fragen: Welche Fragen hat die Patient:in?

Unbedingt empfehlenswert ist in diesem Zusammenhang die Fortbildungsreihe „Ärztliche Kommunikation für UrologInnen“ der AG Oberärzt:innen der DGU (weitere Informationen siehe <https://www.urologenportal.de/agoberaerzte.html>) und natürlich der für Herbst geplante GeSRU Social Skills Workshop „Schatz, wir müssen reden“ (hierzu siehe <https://www.gesru.de/fuer-assistenzarzte/>) Anregungen aus diesem Workshop wäre die gerichtete Frage: „Wie gut geht es Ihnen heute?“. Weitere Möglichkeiten bestehen darin, Gesprächen einen Rahmen zu geben: „Ich habe zehn Minuten Zeit, damit wir alles besprechen können, was für Ihre Entlassung wichtig ist.“

Rahmenbedingungen kennen – flexibel bleiben

Urologische Stationen können im Hinblick auf Patient:innen, Spezialisierung und nicht zuletzt die personelle Besetzung unterschiedlich aufgebaut sein. Wie viele Ärzt:innen in Weiterbildung betreuen die Station? In welchem Weiterbildungsjahr sind diese? Wie eng ist die fach- und oberärztliche Betreuung? Welche Aufgaben haben die Stationsärzt:innen zusätzlich abzudecken? Verbringen die Stationsärzt:innen den Großteil ihres Tages zwischen Visite und Feierabend in der Notaufnahme, Ambulanz oder im OP? Müssen auf Station Anamnesegespräche, diagnostischer Ultraschall, Sichtung der Vorbefunde und -aufnahmen sowie Aufklärungen gemacht werden oder gibt es hierfür eine separate prästationäre Einheit? Außerdem verlangen unterschiedliche personelle Konstellationen unterschiedliche Grade an (Selbst-)Organisation. Zwei Anfänger:innen auf einer 30-Betten-Station mit gemischter Notfall- und Elektivbelegung benötigen einen höheren Grad an Organisation, als zwei Altassistent:innen auf einer 10-Betten Station mit Patient:innen, die ausschließlich minimalinvasiv elektiv operiert wurden. Das wichtigste Gebot: Bleib flexibel und passe dich an die jeweiligen Rahmenbedingungen an.

▲ OPs dokumentieren? Seit neuestem ganz einfach mit unserer GeSRU App – kostenlos für GeSRU Mitglieder im Apple App Store oder bei Google Play



Die GeSRU App im Google Playstore und im Apple App Store