

# Fachsprachprüfung Bayern

*Hallo, ich habe meine Fachsprachprüfung in Bayern bestanden. Nachfolgend findet ihr Infos, die für mich nützlich gewesen wären. Es ist keine professionelle Beratung und es ist kostenlos. Wenn etwas grammatikalisch falsch ist, ich bin Ausländer wie ihr. Ich hoffe es kann hilfreich sein. Viel Erfolg!*

## KLEINES INHALTSVERZEICHNIS

- 1) Gute Lehrmittel für die Vorbereitung der Prüfung
- 2) Fachsprachprüfung, wie läuft es
- 3) Häufigste Fälle
- 4) Muster
  - a. Arzt-Patienten Gespräch
  - b. Arztbrief (Dokumentation)
  - c. Arzt-Arzt Kommunikation
- 5) Indirekte Rede und 10 Beispiele für Arztbriefe
- 6) Meine Erfahrung

## 1. GUTE LEHRMITTEL FÜR DIE VORBEREITUNG DER PRÜFUNG:

*Das ist keine Werbung, sondern einfach womit ich für die Prüfung gelernt habe*

- 150 Fälle Innere Medizin Thieme
- Kommunikation für ausländische Ärzte Elsevier
- Menschen im Beruf Medizin Hueber
- Amboss online
- Youtube „Deutsch Medizin B1-B2-C1“

## 2. FACHSPRACHPRÜFUNG, WIE LÄUFT ES

*(Diese Infos schickt die Bayerische Landesärztekammer per E-Mail nach der Bezahlung des Prüfungspreises in Höhe von 400 Euro und man kann sie auch auf den Website finden*

*<http://www.blaek.de/fachsprachenpruefung/index.cfm>).*

### Sprachtest – Aufgabenstellung

Vor Beginn der Prüfung werden Ihnen die Mitglieder des Bewertungsgremiums vorgestellt. Die Mitglieder des Bewertungsgremiums würden sich freuen, wenn auch Sie sich vorstellen und kurz über Ihr Studium bzw. Ihren bisherigen beruflichen Werdegang berichten würden.

### 1. Arzt Patienten-Gespräch (Dauer 20 Minuten)

Führen Sie ein Anamnesegespräch mit einem (gespielten) Patienten durch. Erfassen Sie dabei dessen körperliche Angaben und gehen Sie auf die aktuellen Beschwerden, die Vorerkrankungen, die Medikamenten- und die Familienanamnese ein.

Formulieren Sie auf der Grundlage des Gesprächs Verdachtsdiagnosen, die Sie dem Patienten mitteilen und bei Nachfragen erläutern. Machen Sie Vorschläge zur weiteren Diagnostik und Therapie und erklären Sie dem Patienten die vorgesehenen Maßnahmen. Verwenden Sie dabei für den Patienten leicht zu verstehende Bezeichnungen und verzichten

Sie – wo möglich – auf Fachbegriffe.

Sie dürfen sich schriftliche Aufzeichnungen machen. (Die Aufzeichnungen müssen nicht dem Bewertungsgremium vorgelegt, am Ende der Prüfung aber abgegeben werden).

## 2. Dokumentation (Dauer: 20 Minuten)

Fassen Sie die Inhalte des Anamnesegesprächs zur Information von ärztlichen Kollegen in Form eines Kurzberichts zusammen. Dazu steht Ihnen eine strukturierte Vorlage zur Verfügung. Formulieren Sie bitte im zweiten Teil der Vorlage in ganzen Sätzen. Sie können gerne den hierfür bereit stehenden Laptop nutzen oder Ihre Einträge handschriftlich vornehmen.

Sie dürfen hierzu Ihre Aufzeichnungen aus Teil 1 verwenden.

## 3. Arzt-Arzt-Kommunikation (Dauer: 20 Minuten)

Berichten Sie einem ärztlichen Prüfer, der die Rolle eines leitenden Arztes einnimmt, über den Patienten und beantworten Sie dessen Fragen. Nutzen Sie dabei medizinische Fachbegriffe.

### Hinweis:

Alle mündlichen und schriftlichen Äußerungen in der Prüfung werden nur in Hinblick auf die (fach-) sprachlichen Aspekte bewertet.

Informationen zur Prüfung finden Sie auch unter: [www.blaek.de](http://www.blaek.de)

## **3. HÄUFIGSTE FÄLLE** (von unsere Facebook Gruppe aber es können auch andere Fälle drankommen!!)

- 1) Nephrolithiasis
- 2) Arthritis Urica (Gicht)
- 3) Hypoglykämie
- 4) Harnwegsinfekt (HWI)
- 5) DM
- 6) DKA (diabetische ketoazidose)
- 7) KHK (koronare Herzkrankheit)
- 8) TVT (Tiefe Venenthrombose)
- 9) Postthrombotisches Syndrom
- 10) pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit)
- 11) Herzinsuffizienz
- 12) Pneumonie
- 13) Pneumothorax
- 14) Bronchialkarzinom
- 15) Lungentuberkulose
- 16) Lungenembolie
- 17) COPD
- 18) Asthma bronchiale
- 19) OSAS
- 20) Ulkuskrankheit
- 21) Oesophaguskarzinom
- 22) Pankreatitis
- 23) Cholezystolithiasis
- 24) Dysphagie
- 25) Pankreaskarzinom
- 26) Morbus Crohn
- 27) Colite Ulcerosa
- 28) Reizdarmsyndrom

- 29) Divertikulitis
- 30) Appendizitis
- 31) Akutes Abdomen
- 32) Reisedurchfall
- 33) Gastroenteritis
- 34) Bandscheibenvorfall
- 35) Migräne
- 36) Meningismus
- 37) TIA
- 38) Schlaganfall
- 39) Hyperthyreose
- 40) Angina Tonsillaris
- 41) Leukämie
- 42) Hodgkin Lymphom
- 43) Knochenbruch
- 44) Fahrradunfall

#### 4. MUSTER

*Es gibt tausend Möglichkeiten, es muss nicht unbedingt sein, wie ich es geschrieben habe und es kommt darauf an, welchen klinischen Fall ihr bekommt. Es sind einfach sehr generelle Muster, die ich entwickelt habe und die mir hilfreich waren.*

#### Arzt-Patienten Gespräch (20 min)

- **Intro:** z.B. „Guten Tag/Gruß Gott, mein Name ist [...], und ich bin der/die diensthabende Assistenzarzt/Ärztin und für Sie zuständig. Wie heißen Sie? (Ihr werdet keinen Namen im Voraus wissen!) Also Frau/Herr XXX, was führt Sie zu mir?“
- **Akute Anamnese:** genaue Beschreibung der Symptome/Schmerzen (wo, wann, wie, warum) + begleitende Symptome (auch für gezielte Differentialdiagnose!)
- **Vorerkrankungen und Genussmittel**
- **Vormedikation**
- **Allergie**
- **Familienanamnese**
- **Sozialanamnese**
- **Verdachtsdiagnose und weiteres Vorgehen:** z.B. „Frau/Herr XXX meine Verdachtsdiagnose ist ... aber wir müssen weitere Untersuchungen durchführen um die Diagnose zu sichern. [Die Erkrankung dem Patienten/der Patientin erklären ohne Fachbegriffe]. Ich werde Ihnen jetzt kurz erklären, wie wir weiter vorgehen wollen. Ich werde Sie als nächstes körperlich untersuchen, das heißt die Lunge und das Herz hören, den Bauch abtasten und hören [etc etc]. Dann werden wir die Vitalparameter bestimmen, das heißt den Blutdruck/Fieber/HF/Sauerstoffsättigung messen [etc etc] und dann müssen wir ein Ultraschall des Bauchs/Darmspiegelung/Magenspiegelung/ Lumbalpunktion [etc etc] durchführen. [Die Untersuchung dem Patienten/der Patientin ohne Fachbegriffe erklären]

**(!! Ihr musst dem Patienten/der Patientin fragen nach dem Gewicht, der Größe, dem Wohnort und dem Geburtsdatum! Vorsicht: die Nummern richtig schreiben!!)**

## Arztbrief (Dokumentation)

Es dauert 20 min (wirklich sehr knapp) und ihr habt vor euch einen Wecker mit einem Countdown!! Wenn er klingelt, es ist wirklich vorbei, keine Sekunde mehr. Ihr könnt den Brief entweder mit dem stehenden Laptop oder handschriftlich schreiben. Die Frau, die da war, hat mir gesagt, dass die meisten kein Laptop benutzen, aber es ist keine Regel.

- **Patientendaten:** „Wir berichten Ihnen über Herrn/Frau XXX, geb. am XX.XX.XXXX/XX Jahre alt, wohnhaft in [Stadt], XXXStraße n° XXXXX [Stadt], der/die sich vom XX.XX.XXXX bis XX.XX.XXXX in unserer stationären Behandlung befand (oder der/die am XX.XX.XXXX in unserer Ambulanz befand). Ihr müsst auch diesen Satz lernen und in der Prüfung schreiben!“
- **Allergien:**
  - „keine nach Angabe des Patienten/der Patientin“
  - „Angabe von [...] z.B. Heuschnupfen (allergische Rhinitis)
  - „keine Allergien gegen Medikamente“
  - „Genauere Angabe durch den Patienten/die Patientin nicht möglich“
  - „Verdacht auf ... Unverträglichkeit“
  - „Antibiotikaallergie (Wirkstoff dem Patienten/der Patientin nicht rememberlich)“
  - „Nahrungsmittelallergie gegen ...“
- **Genusmittel:**
  - „Nikotinkonsum/abusus: n° Zigaretten/n° Schachtel pro Tag seit ca. n° Jahren (n° py)  
[py = pack-years → Number of pack-years = (packs smoked per day) × (years as a smoker)]  
→ 1 Schachtel pro Tag seit 20 Jahren = 20 py; ½ Schachtel pro Tag seit 32 Jahren = 16 py]
  - „Alkoholkonsum/abusus: n° Flaschen [Bier/Wodka etc] pro Tag“ oder „gelegentlich Alkoholkonsum“
- **Sozialanamnese:**
  - „Verheiratet/Geschieden/Ledig/Verwitwet“ „Wohnt mit dem Ehemann/der Ehefrau zusammen“
  - „n° Kinder, die (nicht) in der Nähe leben“
  - „Berufstätig als [Beruf]“ oder „Berentet von 2 Jahren, ehemaliger [Beruf]“ oder „Arbeitslos ehemaliger/gelernter [Beruf]“
- **Familienanamnese (Beispiele):**
  - „Vater: Z.n. Schlaganfall 2012, leidet an arterielle Hypertonie ED 1999“
  - „Mutter: arterielle Hypertonie, DM Typ 2, verstorben an Herzinfarkt mit 68 Jahren“
  - „Bruder: „Herzprobleme““ („...“ benutzen, wenn der Patient etwas unklar sagt z.B. leidet an „Herzprobleme“ oder verstorben an „Altersschwäche“)
  - „keine Angabe von Vaskulärererkrankungen in der Familie“
- **Kurze, objektive Patientenvorstellung**
  - „Herr/Frau XXX \*stellt sich am XX.XX.XXXX um XX.XX Uhr (im Beisein der Ehefrau/des Ehemanns) notfallmäßig/elektiv bei/mit → seit (2 Stunden) bestehenden  
→ vor (2 Stunden) aufgetreten
  - [Symptome! Z.B. Dyspnoe und thorakalen Druckgefühl] in der Notaufnahme/Ambulanz/Sprechstunde vor.“
  - [\*wird am XX.XX.XXXX vom Notarzt bei [Symptome] eingewiesen/gebracht]
- **Symptome beschreiben**
  - „Der Patient/Die Patientin gibt an/berichtet, dass [Symptome z.B. das Druckgefühl und die Dyspnoe] [gleichzeitig und plötzlich] vor [2 Stunden] beim [Treppensteigen/Tennisspielen] aufgetreten sei/seien. Das [Symptom] sei im Bereich [der linken Brust] und strahle [in den linken Arm] aus.“
  - „Die Schmerzen seien nachts am stärksten“

- „Die Symptomatik habe in den vergangenen Monaten langsam an Intensität zugenommen und verstärke sich während der Arbeit“
- „Die Schmerzintensität wird mit 8 von 10 auf der Schmerzskala bewertet“
- **Häufigkeit der Beschwerden**
    - „Der Patient gibt an, das [Symptom] sei erstmalig aufgetreten“
    - „Das [Symptom] habe er/sie in den letzten [n° Monaten/Wochen] bei Belastung schon gehabt, es habe sich aber innerhalb von [...Tagen/Stunden/Minuten] gebessert“
    - „Der Patient berichtet, dass er ähnliche Beschwerden vor [n° Monaten/Wochen] bei [...] erstmalig verspürt habe“
    - „Die Patientin berichtet, dass sich diese Symptomatik zunehmend seit dem Tag vor der Aufnahme entwickelt habe und sie sich stark abgeschlagen fühle“
    - „Die Beschwerdesymptomatik habe [10 Tage] zuvor mit [Symptome] begonnen“
  - **Begleitende Symptome**
    - „Begleitende Symptome wie Übelkeit, Schwindelgefühl oder Probleme beim Wasserlassen und Stuhlgang werden verneint“
    - „Schmerzen gibt er/sie nicht an“
    - „Abgesehen von [...] gibt der Patient keine Beschwerden an“
    - „In den vergangenen n° Monaten habe er/sie insgesamt n° kg Gewicht abgenommen“
  - **Vorerkrankungen**
    - „An Vorerkrankungen sind ... bekannt/ bestehen ... /werden ... angegeben“
    - „Abgesehen von [...] sind keine relevanten Vorerkrankungen bekannt“
    - „Aus der Vorgeschichte sind eine [...] und ein [...] bekannt“
    - „Eine chronische Bronchitis sei seit vielen Jahren bekannt“
    - „Z.n. Appendektomie mit 18 Jahren/Er sei mit 18 Jahren wegen Appendizitis operiert worden“
    - „Vorerkrankungen sind der Patientin/dem Patienten nicht erinnerlich“
  - **Dauermedikation:** Liste mit Arzneimittel, Dosis und wann (z.B. ASS 100 mg 0-1-0)
  - „Medikamente nimmt er/sie keine ein.“
  - **Verdachtsdiagnose**
  - **Differenzialdiagnostisch** kommen ein [...], eine [...] und eine [...] in Frage.
  - **Weiteres Prozedere/Vorgehen**

*Das ist der Anamnesebogen der Nordrhein Ärztekammer und es ist sehr ähnlich wie in Bayern!*

1 of 4 **sebogen - Ärztekammer Nordrhein - Fachsprachprüfung**

Datum

wir berichten Ihnen über unsere Patientin Frau Gertrude Maierhof, 73 Jahre alt, wohnhaft Promenade 68, 7565 Heberbronn, die sich vom 25.07. bis 01.08.2014 in unserer stationären Behandlung befand.

Allergien/ Unverträglichkeiten

Genussmittel/ Drogen **(py oder g/d oder St. etc. eintragen!)**

Sozialanamnese

Familienanamnese

Anamnese (z.B.: subjektiv, objektiv, Prozedere) **(Bitte benutzen Sie Fachwörter, wo möglich!)**

Fortsetzung von "Anamnese (z.B.: subjektiv, objektiv, Prozedere)

## Arzt-Arzt Kommunikation

- **Intro:** z.B. „Hallo Herr/Frau [Name des/der OA], ich habe soeben in der Notaufnahme/Sprechstunde/Ambulanz Frau/Herrn [...] gesehen. Er/Sie ist ein(e) [...] -Jährig(e) Patient(in), der/die sich mit [Symptome beschreiben, kurz und relevant] vorstellt.
- **Kurze Beschreibung des klinischen Bilds.**
- **Relevante Vorerkrankungen**
- **Risikofaktoren**
- **Dauermedikation**
- **Verdachtsdiagnose** z.B. „Meine Verdachtsdiagnose ist [...] da.../aufgrund... aber differentialdiagnostisch kommen auch ein..eine... in Frage.
- **Weiteres Vorgehen** z.B. „Als weiteres Vorgehen.../Zur weiteren Abklärung würde ich...“
- **Free Style:** Der/die ÖA wird euch viele Fragen stellen, abhängig vom jeweiligen Fall. Das ist „nur“ Medizin, ich kann nur sagen viel Glück und bleib ruhig, diese Sachen haben wir 6 Jahre lang studiert (und für die Prüfung es ist besser etwas auffrischen).

## 5. INDIREKTE REDE UND 10 BEISPIELE VON ARZTBRIEF

*Die klinischen Fälle und die Arztbriefe sind natürlich erfunden worden.*

### Arztbrief: Konjunktiv 1 und Indirekte Rede

Es ist relativ wichtig in einem Arztbrief die Indirekte Rede zu benutzen. Man muss aber nicht immer das benutzen! Nur wenn man berichtet, was jemand (der Patient/die Patientin) gesagt hat! Man nimmt Abstand von seiner/ihrer Aussagen.

Viele deutsche Ärzte können es nicht benutzen oder benutzen es einfach nicht und finden es spießig, aber von einem gesetzlichen Gesichtspunkt und für die Prüfung ist es wichtig.

<https://deutsch.lingolia.com/de/grammatik/satzbau/indirekte-rede>

<http://www.canoo.net/services/OnlineGrammar/Wort/Verb/Modi/Indirekte.html>

### Beispiel Arztbrief „Ulkus“

Nachfolgend berichten wir Ihnen über Herrn XXX, geb. am XX.XX.XXXX, wohnhaft in [Stadt], XXXStraße n° XXXXX [Stadt], der sich vom XX.XX.XXXX bis XX.XX.XXXX in unserer stationären Behandlung befand.

Allergie → Katzenhaare, Schalentiere und Erdbeeren

Verdacht auf Laktose-Unverträglichkeit

Genussmittel → Alkoholkonsum: 1 Glas Wein und 2 Flaschen Bier pro Tag

Nikotinkonsum: 1 Schachtel pro Tag seit 20 Jahren (20 py)

Sozialanamnese → Verheiratet, wohnt mit der Ehefrau zusammen

2 Töchter (8 und 11 J.)

Berufstätig als Klempner

Familienanamnese → Vater: arterielle Hypertonie, Z.n. Schlaganfall 2012

Mutter: verstorben an Kolonkarzinom mit 58 Jahren

Herr XXX stellt sich am XX.XX.XXXX um XX.XX Uhr im Beisein der Ehefrau notfallmäßig bei epigastrischen Schmerzen und Hämatemesis in der Notaufnahme vor. Der Patient berichtet, dass er ähnliche steckende Schmerzen im Oberbauch in den letzten 3 Wochen schon gehabt habe. Nach Angabe des Patienten seien die Schmerzen heute Morgen stärker geworden und aufgrund eines braunfarbigen Erbrechens habe er Angst gehabt und sei in die Notaufnahme gekommen. Die Hämatemesis sei erstmalig aufgetreten. Der Patient gibt an, dass sie Beschwerden nach der Nahrungsaufnahme nachlassen und dass sie auch nachts bestehen. Begleitende Symptome wie Teerstuhl, Fieber, Appetitlosigkeit oder Probleme beim Wasserlassen oder Stuhlgang werden verneint.

Als Vorerkrankungen bestehen eine arterielle Hypertonie und Rückenschmerzen (aufgrund der schweren Arbeit) in Behandlung beim Orthopäden, behandelt mit Ibuprofen und Paracetamol. Abgesehen von NSAR wegen der Rückenschmerzen, nimmt der Patient keine Medikamente ein. Als Risikofaktoren sind ein Alkoholkonsum, ein Nikotinabusus und die Aufnahme von scharfen Essen bekannt.

Verdachtsdiagnose: Ulkuskrankheit

Differentialdiagnostisch kommen eine akute oder chronische Gastritis, ein Magenkarzinom und ein Gastrinom in Frage.

Weiteres Vorgehen: körperliche Untersuchung (Druckschmerz im Epigastrium),

Ösophagogastroduodenoskopie mit Biopsieentnahme, Urease-Schnelltest

Therapie mit Protonenpumpeninhibitoren (z.B. Omeprazol)

### **Beispiel Arztbrief „Urolithiasis“**

Wir berichten Ihnen über Frau XXX, geb. am XX.XX.XXXX, wohnhaft in [Stadt], XXXStraße n° XXXXX [Stadt], die sich vom XX.XX.XXXX bis XX.XX.XXXX in unserer stationären Behandlung befand.

Allergie → keine nach Angabe der Patientin

Genussmittel → gelegentlich Alkohol- und Nikotinkonsum

Sozialanamnese → Ledig, in einer Festbeziehung

Wohnt in einer WG

Grundschullehramt Studentin

Familienanamnese → relevante Vorerkrankungen des Vaters und der Mutter nicht bekannt.

Tante: Z.n. Mammakarzinom

Frau XXX stellt sich am XX.XX.XXXX um XX.XX Uhr notfallmäßig bei ausgeprägten kolikartigen rechtsseitigen Flankenschmerzen, Erbrechen und Makrohämaturie in der Notaufnahme vor. Die Patientin berichtet, die Schmerzen seien an der rechten Flanke vor 2 Stunden aufgetreten und sie wurden bis 10 auf der Schmerzskala beschrieben. Die Übelkeit bestehe seit einer ½ Stunde und die Patientin klagt über zweimaliges Erbrechen. Die Patientin gibt an, die Schmerzen verbessern sich wenig beim Gehen. Als Begleitsymptom bestehe eine Pollakisurie. Ähnliche Beschwerden habe sie vor 10 Jahren schon gehabt, es wurden aber keine weiteren diagnostischen Maßnahmen durchgeführt. Fieber wird verneint. Als Vorerkrankungen sind eine Gallensteinerkrankung seit 5 Jahren und eine arterielle Hypertonie (ED 2014) bekannt. Dauermedikation: Ramipril, ASS und Ibuprofen bei Bedarf.



Verdachtsdiagnose: Urolithiasis. Differentialdiagnostisch kommen eine Cholezystolithiasis, eine akute Pankreatitis und Lumbago in Frage.

Weiteres Procedere: körperliche Untersuchung (Nierenlagerklopfeschmerz), Labor abnehmen (Blutbild, Nierenretentionswerte, Entzündungsparameter, Elektrolytspiegel), Ultraschall des Abdomens, Urinstatus, Urinkultur.

### **Beispiel Arztbrief „Akute Appendizitis“**

Wir berichten Ihnen über Frau XXX, geb. am XX.XX.XXXX, wohnhaft in [Stadt], XXXStraße n° XXXXX [Stadt], die sich vom XX.XX.XXXX bis XX.XX.XXXX in unserer stationären Behandlung befand.

Allergie → Angabe von Haselnussallergie, Hausstaubmilbenallergie und Milchproduktunverträglichkeit

Genussmittel → gelegentlich Alkohol- und Nikotinkonsum

Sozialanamnese → Ledig, in einer Festbeziehung

Wohnt in einer WG

Grundschullehramt Studentin

Familienanamnese → relevante Vorerkrankungen des Vaters und der Mutter nicht bekannt.

Tante: Z.n. Mammakarzinom

Frau XXX stellt sich am XX.XX.XXXX um XX.XX Uhr notfallmäßig bei zunehmenden Bauchschmerzen, Übelkeit und Fieber in der chirurgischen Ambulanz vor. Die Patientin berichtet, dass die Schmerzen vor 3 Tagen nach einem Fischessen aufgetreten seien. Die Patientin gibt an, die Schmerzen seien stechend und ziehend, mit einer Intensität bis 8 auf der Schmerzskala (0-10). Die Schmerzen wandern vom Oberbauch bis zum rechten Unterbauch und beim Vorbeugen der Patientin würden die Schmerzen nachlassen. Die Patientin klagt über Erbrechen einmal am Vortag und dreimalig heute. Es besteht auch eine Obstipation seit 3 Tagen. Die Patientin berichtet, dass sie 38,7° C Fieber gemessen habe. Abgesehen von Asthma bronchiale sind keine anderen relevanten Vorerkrankungen bekannt. Dauermedikation: Pille (seit 3 Tagen aufgehört) und ein Asthma Spray (nicht genauer beschrieben).

Verdachtsdiagnose: akute Appendizitis.

Differentialdiagnostisch kommen eine Nephrolithiasis, eine Gastroenteritis, eine chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa) und eine Cholezystolithiasis in Frage.

Weiteres Vorgehen: körperliche Untersuchung, Blutbild, Hormonspiegel, Fieber messen, Urinstatus, Abdomenultraschall (freie Flüssigkeit und freie Luft im Abdomen auszuschließen)

### **Beispiel Arztbrief „Akute Meningitis“**

Wir berichten Ihnen über Herrn XXX, geb. am XX.XX.XXXX, wohnhaft in [Stadt], XXXStraße n° XXXXX [Stadt], der sich vom XX.XX.XXXX bis XX.XX.XXXX in unserer stationären Behandlung befand.

Allergie → Angabe von Schalentiereallergie, Heuschnupfen und Allergie gegen Hausstaubmilben

Genussmittel → Alkoholkonsum: 1 Flasche Bier pro Tag

Nicotinkonsum: 20 Zigaretten pro Tag seit 4 Jahren (4py)

Sozialanamnese → Ledig, wohnt in einer WG

Jurastudent

Familienanamnese → Vater leidet an arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2

Mutter: Metabolisches Syndrom

Herr XXX stellt sich am XX.XX.XXXX um XX.XX Uhr notfallmäßig bei schnell aufgetretenen Kopfschmerzen und Nackensteifigkeit in der Notaufnahme vor. Die Beschwerdesymptomatik bestehe seit 2 Stunden und eine übermäßige Belastung der Nackenmuskulatur wird verneint. Der Patient klagt über Übelkeit und berichtet, dass er vor der Vorstellung erbrochen habe. Der Patient ist ziemlich räumlich, zeitlich, situativ und zur Person orientiert, jedoch beklagt er eine zunehmende Müdigkeit. Ein Fieber von 39,2° C sei gemessen worden. Relevante Vorerkrankungen sind nicht bekannt. Als Dauermedikation nimmt der Patient homöopathische Tropfen ein.

Verdachtsdiagnose: akute Meningitis

Differentialdiagnostisch kommen eine Enzephalitis und eine Migräne in Frage.

Weiteres Prozedere: körperliche Untersuchung, HF, Sauerstoffsättigung, Blutdruck und Blutzucker bestimmen. Blutkultur anfertigen, Stauungspapille ausschließen, Lumbalpunktion- und Analyse machen.

### **Beispiel Arztbrief „Migräne“**

Wir berichten Ihnen über Frau XXX, geb. am XX.XX.XXXX, wohnhaft in [Stadt], XXXStraße n° XXXXX [Stadt], die sich am XX.XX.XXXX in unserer neurologischen Ambulanz befand.

Allergie → keine nach Angabe der Patientin

Genussmittel → gelegentlich Alkoholkonsum (keine genauere Angabe)

Nikotinkonsum 3 Zigaretten pro Tag seit 2 Jahren

Sozialanamnese → Ledig

Lebt mit ihren Eltern

Verkäuferin bei Penny

Familienanamnese → Tante leidet unter Migräne

Vater: Z.n. Myokardinfarkt 2009

Mutter leidet an Diabetes mellitus (ED 1999)

Frau XXX stellt sich am XX.XX.XXXX um XX.XX Uhr notfallmäßig bei ausgeprägten linkseitigen stechenden Kopfschmerzen, Lähmung des rechten Arms und Übelkeit in unserer neurologischen Ambulanz vor. Die Patientin gibt an, dass der Kopfschmerz vor 2 Stunden (um ca. XX Uhr) sehr schnell aufgetreten sei. Die Schmerzintensität wird mit 8 von 10 auf der Schmerzskala bewertet. Kurz vor dem Auftreten der Kopfschmerzen habe die Patientin Photopsien gehabt, von der Patientin als Lichtblitze beschrieben. Die Patientin berichtet, sie habe schon zwei Mal erbrochen. Kurz danach erbricht die Patientin auf den Boden in der Ambulanz. Die Lähmung am rechten Arm sei gleichzeitig mit dem Kopfschmerz aufgetreten. Die Patientin klagt über eine Muskulatschwäche und über eine Sensibilitätstörung des rechten Arms. Die Patientin berichtet, dass ähnliche Beschwerden schon vor 6 Monaten aufgetreten seien und dass sie sich nach kurzer Zeit spontan gebessert haben. Die Patientin ist sehr unruhig und ängstlich vor einen möglichen Schlaganfall. Es erfolgt Beruhigungsmittelgabe (Diazepam p.o. 5 mg).

Relevante Vorerkrankungen sind nicht bekannt. Die Tante leidet an Migräne. Fieber und Nacken Steifigkeit werden verneint. Abgesehen von Antikontrazeptiva (Pille) nimmt die Patientin keine Medikamente ein.  
Verdachtsdiagnose: Migräne mit Aura.

Differentialdiagnostisch kommen eine TIA, ein Schlaganfall, eine Meningitis, eine Subarachnoidalblutung, ein Spannungs- oder Zervikogener Kopfschmerz und Cluster-Kopfschmerz in Frage.

Weiteres Prozedere: neurologische und allgemeine körperliche Untersuchung, Messung von Blutdruck und Sättigung, Labor abnehmen, Gabe von Antiemetika und NSAR (Ibuprofen).

### **Beispiel Arztbrief „Akutes Koronarsyndrom“**

Wir berichten Ihnen über Herrn XXX, geb. am XX.XX.XXXX, wohnhaft in [Stadt], XXXStraße n° XXXXX [Stadt], der sich vom XX.XX.XXXX bis XX.XX.XXXX in unserer stationären Behandlung befand.

Allergie → keine nach Angabe des Patienten

Genussmittel → Alkoholkonsum: 2 Gläser Wein pro Tag

Nikotinkonsum: 1 Schachtel pro Tag seit 30 Jahren (30 py)

Sozialanamnese → Geschieden

2 Kinder (28 J. und 33 J.) die in der Nähe wohnen

Berufstätig als Anwalt

Familienanamnese → Vater: verstorben aufgrund eines Verkehrsunfalls mit 40 Jahren

Mutter: Z.n. Hysterektomie mit 55 Jahren, leidet an arterielle Hypertonie (ED 1980) und Demenz seit 2 Jahren

Herr X. XXX stellt sich am XX.XX.XXXX um XX Uhr notfallmäßig bei seit 2 Stunden bestehenden Dyspnoe und thorakalen Druckgefühl in der Notaufnahme vor. Der Patient gibt an, dass das Druckgefühl und die Dyspnoe gleichzeitig und plötzlich von 2 Stunden beim Treppensteigen aufgetreten seien. Das Druckgefühl sei im Bereich der linken Brust und strahle in den linken Arm aus. Der Patient gibt an, das Druckgefühl sei erstmalig aufgetreten. Die Atemnot habe er in den letzten 2 Monaten bei Belastung schon gehabt, habe sich aber spontan gebessert. Als Vorerkrankungen sind eine arterielle Hypertonie und eine Hypercholesterinhämie bekannt. Dauermedikation: Ramipril, Simvastatin, Bisoprolol.

Verdachtsdiagnose: akutes Koronarsyndrom (instabile AP, STEMI, NSTEMI).

Differentialdiagnostisch kommen ein Pleuraerguss, eine Pneumonie, eine Lungenembolie, eine Aortendissektion und eine Refluxkrankheit in Frage.

Weiteres Prozedere: körperliche Untersuchung, Vitalparameter bestimmen, Labor abnehmen, Ruhe-EKG, Röntgen-Thorax, Herz-Echo.

### **Beispiel Arztbrief „ambulant erworbene Pneumonie“**

Wir berichten Ihnen über Frau XXX, geb. am XX.XX.XXXX, wohnhaft in [Stadt], XXXStraße n° XXXXX [Stadt], die sich vom XX.XX.XXXX bis XX.XX.XXXX in unserer stationären Behandlung befand.

Allergie → Angabe von Amoxicillinallergie und allergische Rhinitis, Allergie gegen Katzenhaaren und Hausstaubmilben.

Genussmittel → gelegentlich Alkoholkonsum

Kein Nikotinkonsum

Sozialanamnese → Verheiratet, lebt mit Ehemann und 2 Kinder (8 und 5 Jahren)

Hausfrau seit 5 Jahren, ehemalige Verkäuferin

Familienanamnese → Vater: Z.n. Herzinfarkt mit 40 Jahren

Mutter: leidet an Diabetes mellitus Typ 2 (ED 2002) und „Beinödem“

Frau XXX stellt sich am XX.XX.XXXX notfallmäßig bei ausgeprägten produktiven Husten, zunehmenden Fieber und Kopfschmerzen in der Ambulanz vor. Die Patientin berichtet, dass die produktive Husten seit 2 Tagen bestehe und der Auswurf grünfarbig sei. Die Patientin gibt an, dass das Fieber am Vortag bei 38°C und heute 39,3° C sei. Zudem bestehen auch Kopfschmerzen und Schmerzen bei der Atmung. Als Vorerkrankung ist eine arterielle Hypertonie bekannt und wird medikamentös behandelt. Z.n. Appendektomie mit 14 Jahren.

Verdachtsdiagnose: ambulant erworbene Pneumonie.

Differentialdiagnostisch kommen eine Bronchitis, ein Pleuraerguss und ... in Frage.

Weiteres Vorgehen: körperliche Untersuchung, Labor abnehmen, Blutdruck, Sauerstoffsättigung, Herzfrequenz, Körpertemperatur bestimmen, ggf. Röntgen-Thorax

### **Beispiel Arztbrief „Akuter Schub einer Gichtarthritis“**

Wir berichten Ihnen über Herrn XXX, geb. am XX.XX.XXXX, wohnhaft in [Stadt], XXXStraße n° XXXXX [Stadt], der sich am XX.XX.XXXX in unserer rheumatologischen Ambulanz befand.

Allergie → keine nach Angabe des Patienten

Genussmittel → Alkoholkonsum: 3-4 Flaschen Bier pro Tag

Kein Nikotinkonsum

Sozialanamnese → Verheiratet, wohnt mit der Ehefrau zusammen

2 Kinder (35 J. und 33 J.) die in der Nähe wohnen

Berentet seit 10 Jahren, ehemaliger Bauarbeiter

Familienanamnese → Vater: verstorben an „Altersschwäche“ mit 84 Jahren (genauere Angabe durch den Patienten nicht möglich)

Mutter: verstorben an Herzinfarkt mit 50 Jahren

Herr XXX stellt sich am XX.XX.XXXX um XX Uhr notfallmäßig bei ausgeprägten stechenden Schmerzen im Bereich der Großzehe rechts in unserer Ambulanz vor. Der Patient gibt an, die Schmerzen bestehen seit einer Woche und nehmen beim Gehen zu. Der Patient klagt über ähnliche Beschwerden seit 2 Jahren, die dann immer jeweils nach 2 Tagen spontan verschwunden seien. Die Schmerzintensität wird mit 8 auf der Schmerzskala bewertet. Der Patient berichtet, dass die Schmerzen dauerhaft seien und dass sie auch nachts auftreten. An Vorerkrankungen sind eine arterielle Hypertonie, chronische Rückenschmerzen und „Nierenprobleme“ bekannt. Als Dauermedikation nimmt der Patient ... ein.

Verdachtsdiagnose: Akuter Schub einer Gichtarthritis/Akuter Gichtschub.

Differentialdiagnostisch kommen andere rheumatologische Gelenkerkrankungen in Frage.

Weiteres Vorgehen: körperliche Untersuchung, Vitalparameter bestimmen, Labor abnehmen, Ultraschall des Vorfußes

### **Beispiel Arztbrief „Obstruktives Schlafapnoe Syndrom“**

Wir berichten Ihnen über Frau XXX, geb. am XX.XX.XXXX, wohnhaft in [Stadt], XXXStraße n° XXXXX [Stadt], die sich am XX.XX.XXXX in unserer Ambulanz befand.

Allergie → Angabe von Penizillinallergie (V.a. Anaphylaktischen Schock), Haselnussallergie

Genussmittel → Alkoholkonsum: 1-2 Flaschen Bier pro Tag

Z.n. Nikotinkonsum bis vor 26 Jahren (8py)

Sozialanamnese → Verheiratet, wohnt mit dem Ehemann zusammen

2 Töchter (25 J. und 27 J.)

Verkäuferin bei Edeka

Familienanamnese → Vater: verstorben an Hirnblutung mit 55 Jahren

Mutter leidet an Diabetes mellitus Typ 2 ED mit 60 Jahren

Frau XXX stellt sich am XX.XX.XXXX um XX.XX Uhr bei Tagesmüdigkeit und lauten, vom Ehemann bemerkten, Schnarchen in der Ambulanz vor. Die Patientin berichtet, die Beschwerdesymptomatik habe vor 2 Monaten begonnen und trete immer häufiger auf. Der Ehemann der Patientin gibt an, dass die Schlafstörungen der Ehefrau wenige Sekunden andauern und dann aufhören. Die Patientin klagt über Leistungsminderung und Sekundenschlaf beim Fernsehen. Als Risikofaktoren bestehen eine ausgeprägte Adipositas und ein regelmäßiger Alkoholkonsum am Abend. Die Patientin raucht zurzeit nicht mehr, aber Sie hat mit 14 Jahren angefangen zu rauchen und mit 30 Jahren aufgehört. An Vorerkrankungen sind eine Hypothyreose, mit Eutirox behandelt, und eine arterielle Hypertonie (ED vor 6 Monaten) behandelt mit ein Sartan, bekannt. Bei Bedarf nimmt die Patientin Ibuprofen ein. Es bestehe eine Allergie gegen Penizillin, sie gibt einen anaphylaktischen Schock als Reaktion an.

Verdachtsdiagnose: Obstruktives Schlafapnoe Syndrom.

Differentialdiagnostisch kommen andere Schlafstörungen (Obesitas-Hypoventilation Syndrom) in Frage

Weiters Vorgehen: körperliche Untersuchung, Vitalparameter bestimmen, Labor abnehmen, BMI berechnen, Polygraphie und Polysomnographie.

### **Beispiel Arztbrief „Morbus Crohn“**

Wir berichten Ihnen über Herrn XXX, geb. am XX.XX.XXXX, wohnhaft in [Stadt], XXXStraße n° XXXXX [Stadt], der sich bei uns ambulant in Behandlung befand.

Allergie → Angabe von Penicillinallergie (Exanthem)

Genussmittel → gelegentlich Alkoholkonsum, zuletzt kein Alkoholkonsum

Nikotinkonsum ½ Schachtel pro Tag seit 4 Jahren (2py)

Sozialanamnese → Ledig

Wohnt im Studentwohnheim

## Architekturstudent

Familienanamnese → Onkel leidet an Morbus Crohn (ED 1995)

Schwester leidet an Laktose Unverträglichkeit (ED 2005)

Vater leidet an Asthma bronchiale (ED 1990)

Mutter „Rheuma“ (genauere Angabe durch den Patienten nicht möglich)

Herr X. XXX stellt sich am XX.XX.XXXX um XX Uhr notfallmäßig bei zunehmenden abdominellen Schmerzen und ausgeprägten Diarrhoe in unserer gastroenterologischen Ambulanz vor. Der Patient gibt an, die Beschwerden seien in den letzten 3 Wochen vermehrt aufgetreten und dass sie schon seit längerer Zeit bestehen. Der Patient klagt über eine Appetitlosigkeit und einen ungewollten Gewichtsverlust (5 kg in 3 Wochen). Der Patient gibt an, er habe täglich Diarrhoe. Der Stuhl sei schleimig und hellbraun. Blut im Stuhl und Fieber werden verneint. Der Patient klagt über wandernde Schmerzen über allen 4 Quadranten aber seien insbesondere im rechten Unterbauch lokalisiert. Die Schmerzintensität wird mit 8 von 10 auf der Schmerzskala bewertet. Der Patient hat in den letzten Wochen Ibuprofen bei Bedarf eingenommen, dies habe aber zu keiner Schmerzlinderung geführt.

Verdachtsdiagnose: Morbus Crohn.

Differentialdiagnostisch kommen Colitis Ulcerosa, Reizdarmsyndrom (Ausschlussdiagnose), Appendizitis, Ernährungsmittelintoxikation in Frage.

Relevante Vorerkrankungen werden verneint.

Dauermedikation: Ibuprofen bei Bedarf.

Weiteres Prozedere: körperliche Untersuchung, Vitalparameter bestimmen, Labor abnehmen, Koloskopie mit Biopsieentnahme

### Sätze Arztbrief Unfall

„Der Patient stellt sich heute/am .... notfallmäßig bei linksseitiger Knieverletzung in der Notaufnahme vor. Die Schwellung sei nach einem Fahrradunfall vor 2 Stunden aufgetreten. Der Patient trug einen Helm“

„Die Beweglichkeit des (Knie)gelenks sei eingeschränkt. So kann er/sie es nicht vollständig beugen oder strecken“

## 6. MEINE ERFAHRUNG

Es gibt 3 Kommissionen, das heißt pro Stunde werden 3 Kandidaten geprüft. Es ist nicht möglich die Kommission auszuwählen. Man muss das Handy ausschalten (keine Vibration und kein Flugmodus erlaubt). Es gibt ein Warteraum wo kann man warten (ehh), Wasser von Wasserspender trinken und die einige Gegenstände (ohne Haftung) lassen. Jede Kommission besteht aus 3 Prüfern: ein gespielter Patient, ein (echter) (Ober)Arzt und eine dritte Person. Sie fragen am Anfang der Prüfung, ob man will sich zurückziehen und ob man sich fühlt in dem körperlichen und physischen Zustand, die Prüfung zu machen. Sie versorgen ein Blatt und einen Kuli, also ihr braucht nichts mitbringen.

1. Teil: Arzt-Patienten Gespräch: Am Anfang weiß man nichts über den Patienten/die Patientin. Man muss alles fragen. 20 Minuten sind ok, finde ich. Meine Patientin hat mir sehr viele Infos gegeben. Ich habe ihr viele Fragen gestellt aber am Ende hat sie mir freiwillig noch andere Infos gegeben, die ich vergessen hatte zu fragen. Die Prüfer haben eine Liste vor sie und wenn ihr etwas fragt, hacken

sie einen Stickpunkt (z.B. ihr fragt nach Vorerkrankungen, sie checken einen Stickpunkt, ihr fragt nach Dauermedikation, sie checken einen anderen Stickpunkt! Sie prüfen ob ihr alles fragt, also vergesst so wenig wie möglich).

Meine Patientin hatte Hämatemesis, Teerstuhl, Magenschmerzen und ein sehr stressiger Lifestyle + Einnahme von Diclofenac seit 10 Jahren wegen (Rückenschmerzen? ich erinnere mich nicht mehr). Die Anamnese ist „einfach“, man muss ruhig bleiben und die wichtigsten Punkte nicht vergessen! Dann habe ich der Patientin erklärt, was meine Verdachtsdiagnose war (Ulkus ventriculi: Geschwür des Magens mit einer akuten Blutung). Sie hat mich gefragt was eine Magenspiegelung ist (man muss die Untersuchung beschreiben), ob sie schlafen wird, ob es schmerzhaft ist und wenn ihre Erkrankung bösartig sein kann.

Am Ende des Gespräches...kleine Falle! Die Patientin musste die Gastroskopie machen und sie hat mich gefragt wo die Mensa im Krankenhaus war, weil sie essen wollte! Aber sie durfte nicht vor die Gastroskopie essen.

2. Teil: Arztbrief (Dokumentation), wie gesagt, man kann ihn handschriftlich oder mit dem Laptop verfassen, ich habe ihn handschriftlich geschrieben. Ich finde, dass in 20 Minuten es kaum möglich ist, alles in vollständigen Sätzen auf Deutsch schreiben. Ich bin nicht ganz fertig geworden und sie haben gesagt, dass ich deswegen fast durchgefallen wäre. Sei vorsichtig und schreib so schnell wie möglich.
3. Teil: Arzt-Arzt Kommunikation: Ich habe angefangen mit der Patientenvorstellung und dann wie gesagt...free style! Der Arzt kann euch alles fragen.  
Er hat mich zum Beispiel gefragt:
  - Wissen Sie wie funktioniert das Pulsoxymeter?
  - Was kommt differentialdiagnostisch in Frage?
  - Wie würde ich den Ultraschall des Abdomens durchführen (von rechts durch das Leberschallfenster)
  - Welche Therapiemöglichkeiten während der Gastroskopie zur Verfügung stehen (Clips, Elektrocoagulation)
  - Welche medikamentöse Therapie würde ich einsetzen (Protonenpumpeninhibitoren z.B. Omeprazol)
  - Die Patientin wacht auf und hat Schmerzen, was ist passiert? (V.a. Perforation)
  - Wie kann ich die Perforation ausschließen/nachweisen (Röntgenleeraufnahme des Abdomens um freie Luft zu beweisen). Die Patientin schläft also.... In Seitenlagerung!!Ich finde 20 Minuten sind auch für diesen Teil in Ordnung. Es gibt hier auch einen Wecker und wenn er klingelt, ist das Gespräch zu Ende.

Ihr muss ca. 10 Minuten in dem Warteraum warten und dann sagen sie euch, ob ihr die Prüfung bestanden habt oder nicht. Ich muss sagen, ich war da 2 Stunden früher und ich habe viele Leute durchfallen gesehen, ungefähr 50% und manche waren auch nicht zum ersten Mal da. Ich will euch keine Angst machen, aber es ist keine „Formalität“, es ist eine echte Prüfung! Egal, ob ihr schon einen Vertrag habt oder nicht, sie wollen davon nichts wissen! Oder zumindest meine Kommission. Aber! Wenn ihr einen Vertrag habt, bringt ihn der Regierung! Sie sagen, mit dem Vertrag stellen sie euch die Approbation schneller aus! Ich habe meine Approbation nach 4 Tagen nach Hause bekommen.

*Ich wünsche euch viele Erfolge!*