FSP-Übungsfälle – Sammelband (Textfassung ohne Bilder)

35 Fälle im Stil der Fachsprachprüfung: Patientenrolle, Musteranamnese, Anamnesebogen, Beispiel-Arztbrief, Patientenvorstellung, Fachbegriffe

KLINIKFUCHS · Dr. Pascal Bafteh · www.klinikfuchs.de/fsp-kp/faelle/

Übungsfälle, keine Prüfungsprotokolle. Keine Behandlungsangaben. © KLINIKFUCHS.

Inhalt

1. Brustschmerz: Akutes Koronarsyndrom
2. Bauchschmerzen: Akute Appendizitis
3. Atemnot: Lungenembolie
4. Kopfschmerzen: Migräne mit Aura
5. Fieber und Husten: Pneumonie
6. Rückenschmerzen: Lumbaler Bandscheibenvorfall
7. Halsschmerzen und Fieber: Angina tonsillaris
8. Müdigkeit und Blässe: Eisenmangelanämie
9. Sturz auf die Hand: Distale Radiusfraktur
10. Anfallsartige Atemnot: Asthma bronchiale
11. Schmerzen im rechten Oberbauch: Cholezystitis bei Gallensteinen
12. Blutig-schleimige Durchfälle: Colitis ulcerosa
13. Zunehmende Atemnot und Auswurf: COPD-Exazerbation
14. Schmerzen im linken Unterbauch: Akute Divertikulitis
15. Erster Krampfanfall: Erster generalisierter Anfall
16. Atemnot und dicke Beine: Herzinsuffizienz
17. Herzrasen und Gewichtsverlust: Hyperthyreose (Morbus Basedow)
18. Müdigkeit und Frieren: Hypothyreose (Hashimoto)
19. Zittern, Schwitzen, Verwirrtheit: Hypoglykämie
20. Veränderter Stuhlgang mit Blut: Kolonkarzinom
21. Halsschmerzen, Fieber, Müdigkeit: Infektiöse Mononukleose
22. Gürtelförmige Oberbauchschmerzen: Akute Pankreatitis
23. Wadenschmerzen beim Gehen: pAVK
24. Flankenschmerz mit Fieber: Akute Pyelonephritis

25. Sturz und Hüftschmerz: Schenkelhalsfraktur
26. Halbseitige Schwäche und Sprachstörung: Ischämischer Schlaganfall
27. Einseitige Beinschwellung: Tiefe Venenthrombose
28. Kolikartiger Flankenschmerz: Urolithiasis (Nierenkolik)
29. Herzstolpern und Herzrasen: Vorhofflimmern
30. Brennende Oberbauchschmerzen: Ulcus ventriculi
31. Nicht heilende Wunde am Unterschenkel: Ulcus cruris venosum
32. Bauchschmerzen und Durchfall: Morbus Crohn
33. Umgeknickt, Sprunggelenk geschwollen: Sprunggelenksdistorsion
34. Schluckstörung und Gewichtsverlust: Ösophaguskarzinom
35. Schwellung am Hals und Nachtschweiß: Hodgkin-Lymphom

Bild: Displaced (Wikimedia Commons) · Public domain · Quelle

FSP-Übungsfall Brustschmerz: Akutes Koronarsyndrom

Fall 1 von 35 | Notaufnahme | Kardiologie | schwer | ca. 15 Min.

Ein 62-jähriger Patient wird in die Notaufnahme gebracht, weil er seit etwa einer Stunde einen starken Druck auf der Brust verspürt, der in den linken Arm ausstrahlt und trotz Ruhe nicht nachlässt.

Von **Dr. Pascal Bafteh** · Stand 22.10.2026 · Fall 1 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 17 Antworten zum Aufdecken

Herr Manfred Richter

62 Jahre · Notaufnahme

LEITSYMPTOM
Retrosternaler Druckschmerz mit Ausstrahlung

FACHGEBIET
Kardiologie

SCHWIERIGKEIT
schwer

LEBENSSITUATION
Busfahrer (überwiegend sitzend, wenig Bewegung); lebt mit Ehefrau

Porträt KI-generiert, keine reale Person · zeigt keine Krankheitszeichen

Ein 62-jähriger Patient wird in die Notaufnahme gebracht, weil er seit etwa einer Stunde einen starken Druck auf der Brust verspürt, der in den linken Arm ausstrahlt und trotz Ruhe nicht nachlässt. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:

Du bist Ärztin/Arzt in der Notaufnahme. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit dem Patienten **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt den Patienten mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Herr Richter. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENT · EINSTIEGSSATZ

„Ich habe seit einer Stunde einen furchtbaren Druck auf der Brust, wie ein schwerer Stein. Es zieht in den linken Arm und bis in den Hals, und es geht einfach nicht weg.“

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Können Sie mir den Schmerz genauer beschreiben?

PATIENT

Mitten auf der Brust, hinter dem Brustbein. Ein Druck und Enge, als würde jemand draufsitzen. Es zieht in den linken Arm und in den Unterkiefer.

DU

Wann hat der Schmerz begonnen und was haben Sie gerade gemacht?

PATIENT

Vor etwa einer Stunde, ich habe im Garten Laub geharkt. Erst dachte ich, es geht vorbei, aber es wurde eher schlimmer.

DU

Ändert sich der Schmerz bei Bewegung, Atmung oder in Ruhe?

PATIENT

Nein, er bleibt gleich stark. Auch als ich mich hingesetzt und ausgeruht habe, ist er nicht weggegangen.

DU

Haben Sie zusätzlich Luftnot, Übelkeit, Schweißausbruch oder Angst?

PATIENT

Ja, mir ist übel, und ich schwitze am ganzen Körper, obwohl mir kalt ist. Und ich habe richtig Angst.

DU

Hatten Sie solche Beschwerden früher schon einmal?

PATIENT

In den letzten Wochen hatte ich beim Treppensteigen manchmal so ein Ziehen in der Brust, aber das ging immer schnell wieder weg.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie sind Appetit, Gewicht und Schlaf?

PATIENT

Das ist alles normal, damit habe ich keine Probleme.

DU

Hatten Sie Fieber, Husten oder zuletzt einen Infekt?

PATIENT

Nein, ich war eigentlich gesund, nur eben diese Sache jetzt.

3 Vorerkrankungen

DU

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

PATIENT

Ich habe hohen Blutdruck und hohe Cholesterinwerte. Und Zucker habe ich auch, Typ 2.

DU

Ist bei Ihnen eine Herzerkrankung bekannt?

PATIENT

Nein, am Herzen war angeblich alles in Ordnung, untersucht wurde es aber nie richtig.

4 Medikamente

DU

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

PATIENT

Eine Tablette gegen den Blutdruck, etwas gegen das Cholesterin und Metformin für den Zucker.

DU

Nehmen Sie Blutverdünner?

PATIENT

Nein, so etwas nehme ich nicht.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENT

Nein, davon weiß ich nichts.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie, und wenn ja, wie viel und wie lange schon?

PATIENT

Ja, etwa zwanzig Zigaretten am Tag, seit ich jung war, also über vierzig Jahre.

DU

Wie viel Alkohol trinken Sie?

PATIENT

Am Abend gern ein, zwei Bier.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie Herzinfarkte oder Schlaganfälle?

PATIENT

Mein Bruder hatte mit achtundfünfzig einen Herzinfarkt, und mein Vater ist an einem Herzinfarkt gestorben.

DU

Was machen Sie beruflich und wie ist Ihre Lebenssituation?

PATIENT

Ich arbeite als Busfahrer, sitze viel und bewege mich wenig. Ich wohne mit meiner Frau zusammen.

8 Wenn der Patient selbst fragt

PATIENT

Herr Doktor, ist das ein Herzinfarkt? Werde ich sterben?

DU

Ich nehme Ihre Angst sehr ernst. Es könnte tatsächlich das Herz sein – genau deshalb untersuchen wir Sie jetzt sofort. Sie sind hier in guten Händen, und wir bleiben die ganze Zeit bei Ihnen.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: EKG

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

12-Kanal-EKG mit ST-Streckenhebungen

Bild: Displaced (Wikimedia Commons) · Public domain · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den

Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 1

Patient	Herr Manfred Richter, 62 J.
Vorstellungsgrund	akuter retrosternaler Druckschmerz seit ca. 1 h
Lokalisation / Ausstrahlung	retrosternal; Ausstrahlung in den li. Arm, den Hals und den Unterkiefer
Beginn / Auslöser	vor ca. 1 h unter körperlicher Belastung (Gartenarbeit); in Ruhe persistierend
Charakter	drückend, beengend; bewegungs- und atemunabhängig
Begleitsymptome	Nausea, Kaltschweißigkeit, ausgeprägte Angst
Vorgeschichte der Beschwerden	seit einigen Wochen belastungsabhängiges thorakales Ziehen (Treppensteigen), rasch regredient
Vegetative Anamnese	Appetit, Gewicht, Schlaf unauffällig; kein Fieber, kein Husten, kein Infekt
Vorerkrankungen	arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus Typ 2; keine bekannte Herzerkrankung (nie kardiologisch abgeklärt)
Medikamente	Antihypertensivum, Lipidsenker, Metformin; keine Blutverdünner
Allergien	keine bekannt
Noxen	Nikotin ca. 20 Zig./d seit > 40 J. (ca. 40 py); Alkohol 1–2 Bier/Abend
Familienanamnese	Bruder Myokardinfarkt mit 58 J.; Vater an Myokardinfarkt verstorben
Sozialanamnese	Busfahrer (überwiegend sitzend, wenig Bewegung); lebt mit Ehefrau

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben des Patienten wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Herrn Manfred Richter, 62 Jahre, der sich heute in unserer Notaufnahme vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Akutes Koronarsyndrom (Differenzierung STEMI / NSTEMI / instabile Angina nach EKG und Troponin)

Differenzialdiagnosen

- Aortendissektion
- Lungenembolie
- Perimyokarditis
- Ösophageale oder muskuloskelettale Ursache (z. B. Refluxkrankheit, Kostochondritis)

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass der retrosternale Druckschmerz seit etwa einer Stunde anhalte und in den linken Arm sowie in den Unterkiefer ausstrahle. Der Patient gab an, der Schmerz sei unter körperlicher Belastung aufgetreten, bestehe in Ruhe fort und sei bewegungs- und atemunabhängig. Begleitend berichtete er über Übelkeit, Kaltschweißigkeit und Vernichtungsangst. Weiterhin erwähnte er eine kurz zurückliegende Belastungsangina. An kardiovaskulären Risikofaktoren seien ein arterieller Hypertonus, eine Hyperlipidämie und ein Diabetes mellitus Typ 2 bekannt; der Patient rauche seit Langem, etwa 40 Packungsjahre, und die Familienanamnese sei deutlich positiv. An Dauermedikation nehme er ein Antihypertensivum, einen Lipidsenker und Metformin ein. Allergien seien nicht bekannt.

Geplante Diagnostik

- Sofortiges 12-Kanal-EKG innerhalb von 10 Minuten (ST-Hebungen, ST-Senkungen, T-Negativierungen)
- Serielle Bestimmung des hochsensitiven Troponins (0-h/1-h-Algorithmus)
- Kontinuierliches Monitoring von Herzrhythmus, Blutdruck und Sauerstoffsättigung
- Fokussierte körperliche Untersuchung und Auskultation
- Labor: Blutbild, Elektrolyte, Nierenwerte, Gerinnung, Blutzucker
- Echokardiographie zur Beurteilung von Wandbewegungsstörungen

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom (retrosternaler Druckschmerz) + Ausstrahlung
- Beginn, Dauer und Auslöser (unter Belastung, seit ca. 1 h, in Ruhe persistierend)
- Charakter: bewegungs- und atemunabhängig
- vegetative Begleitsymptome (Übelkeit, Kaltschweißigkeit, Angst)
- vorausgegangene Belastungsangina
- kardiovaskuläre Risikofaktoren inkl. Packungsjahre
- positive Familienanamnese für Herzinfarkt
- Dauermedikation und Allergien

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Herrn Richter vorstellen, einen 62-jährigen Patienten, der sich mit einem seit etwa einer Stunde anhaltenden retrosternalen Druckschmerz mit Ausstrahlung in den linken Arm und Unterkiefer vorstellt. Der Schmerz ist belastungsausgelöst, in Ruhe persistierend und von Übelkeit, Kaltschweißigkeit und Vernichtungsangst begleitet. Bei ausgeprägtem kardiovaskulärem Risikoprofil und positiver Familienanamnese ist meine Verdachtsdiagnose ein akutes Koronarsyndrom."*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Wie grenzen Sie einen STEMI von einem NSTEMI und einer instabilen Angina ab?

Der STEMI zeigt persistierende ST-Hebungen im EKG. Beim NSTEMI fehlen diese, aber das Troponin ist erhöht. Bei der instabilen Angina bestehen typische Beschwerden ohne relevanten Troponinanstieg. STEMI und NSTEMI sind Myokardinfarkte, die instabile Angina noch nicht.

Welche Differenzialdiagnose ist hier besonders wichtig, und woran denken Sie klinisch?

Vor allem die Aortendissektion. Hinweise wären ein reißender Thoraxschmerz, eine Blutdruckdifferenz zwischen den Armen oder ein Pulsdefizit. Außerdem denke ich an eine Lungenembolie und eine Perimyokarditis.

5 **Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache**
Zum Umdrehen und als Tabelle · 7 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz des Patienten – wie heißt es im Arztbrief?

„Druck auf der Brust, wie ein schwerer Stein" **retrosternales Druckgefühl**	„es zieht in den linken Arm und in den Unterkiefer" **Ausstrahlung in den linken Arm und den Unterkiefer**	„ich schwitze am ganzen Körper, obwohl mir kalt ist" **Kaltschweißigkeit**

„beim Treppensteigen manchmal so ein Ziehen in der Brust“
Belastungsangina (Angina pectoris)

„hohen Blutdruck“
arterielle Hypertonie

„hohe Cholesterinwerte“
Hyperlipidämie

„Zucker habe ich auch, Typ 2“
Diabetes mellitus Typ 2

Vom Fachbegriff zur Erklärung für den Patienten

Fachbegriff	So erklärst du es
akutes Koronarsyndrom	ein Sammelbegriff für plötzlich auftretende Durchblutungsstörungen des Herzens, von der drohenden bis zur eingetretenen Herzinfarkt-Situation
retrosternaler Schmerz	ein Schmerz hinter dem Brustbein, mitten auf der Brust
Troponin	ein Eiweißstoff im Blut, der bei einer Schädigung des Herzmuskels ansteigt, zum Beispiel bei einem Herzinfarkt

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Akutes Koronarsyndrom (ACS)

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: James Heilman, MD (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 3.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Bauchschmerzen: Akute Appendizitis

Fall 2 von 35 | Notaufnahme | Viszeralchirurgie | mittel | ca. 15 Min.

Ein 24-jähriger Patient stellt sich in der Notaufnahme vor, weil er seit dem Vortag zunehmende Bauchschmerzen hat, die inzwischen vor allem im rechten Unterbauch sitzen.

Von **Dr. Pascal Bafteh** · Stand 22.10.2026 · Fall 2 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 14 Antworten zum Aufdecken

Herr Lukas Brenner

24 Jahre · Notaufnahme

LEITSYMPTOM
Wandernde Bauchschmerzen mit Verlagerung in den rechten Unterbauch

FACHGEBIET
Viszeralchirurgie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
Student (Maschinenbau), lebt in einer WG, ledig

Porträt KI-generiert, keine reale Person · zeigt keine Krankheitszeichen

Ein 24-jähriger Patient stellt sich in der Notaufnahme vor, weil er seit dem Vortag zunehmende Bauchschmerzen hat, die inzwischen vor allem im rechten Unterbauch sitzen. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:
Du bist Ärztin/Arzt in der Notaufnahme. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit dem Patienten **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt den Patienten mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Herr Brenner. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENT · EINSTIEGSSATZ

„Die Schmerzen haben gestern Mittag rund um den Bauchnabel angefangen und waren erst eher dumpf. Seit heute Morgen sind sie in den rechten Unterbauch gewandert und deutlich stärker geworden."

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Wo genau sitzen die Schmerzen, und wie fühlen sie sich an?

PATIENT

Jetzt vor allem rechts unten im Bauch. Es ist ein stechender, andauernder Schmerz, der bei jeder Bewegung schlimmer wird.

DU

Wann haben die Beschwerden begonnen, und haben sie sich verändert?

PATIENT

Gestern Mittag um den Bauchnabel herum, eher dumpf. Über Nacht sind sie stärker geworden und heute nach rechts unten gewandert.

DU

Wird der Schmerz bei Bewegung stärker?

PATIENT

Ja, beim Husten und wenn ich beim Gehen auftrete, zieht es richtig. Am liebsten liege ich ganz still.

DU

Haben Sie Fieber gemessen oder sich fiebrig gefühlt?

PATIENT

Heute Morgen hatte ich 38,3 Grad. Mir ist auch etwas schummrig und ich schwitze mehr als sonst.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie ist es mit Appetit, Übelkeit oder Erbrechen?

PATIENT

Ich habe seit gestern gar keinen Appetit mehr und war einmal übel, erbrochen habe ich einmal heute früh.

DU

Wie war zuletzt der Stuhlgang, und wie ist es beim Wasserlassen?

PATIENT

Stuhlgang hatte ich seit gestern keinen. Beim Wasserlassen habe ich keine Probleme.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt oder wurden Sie schon einmal operiert?

PATIENT

Nein, ich bin eigentlich immer gesund gewesen und noch nie operiert worden.

DU

Hatten Sie solche Bauchschmerzen schon einmal?

PATIENT

Nein, so starke Bauchschmerzen hatte ich noch nie.

4 Medikamente

DU

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

PATIENT

Nein, keine. Heute Morgen habe ich nur eine Ibuprofen genommen, die hat aber kaum geholfen.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENT

Nein, mir ist keine Allergie bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie, und wie sieht es mit Alkohol aus?

PATIENT

Ich rauche nicht. Alkohol trinke ich nur gelegentlich am Wochenende.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie bedeutende Krankheiten?

PATIENT

Nichts Besonderes, soweit ich weiß.

DU

Was machen Sie beruflich und wie ist Ihre Lebenssituation?

PATIENT

Ich studiere Maschinenbau und wohne in einer WG. Ich bin Single.

8 Wenn der Patient selbst fragt

PATIENT

Herr Doktor, muss ich jetzt sofort operiert werden?

DU

Das kann ich Ihnen jetzt noch nicht sagen. Zuerst untersuche ich Sie genau, wir machen eine Ultraschalluntersuchung und nehmen Blut ab. Danach besprechen wir die Ergebnisse gemeinsam, und ich erkläre Ihnen jeden Schritt.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

✓ Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: CT

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

CT des Abdomens mit Kontrastmittel, axial: im rechten Unterbauch verdickte, flüssigkeitsgefüllte Appendix mit 17,1 mm Durchmesser (Messlinie) – Befund einer akuten Appendizitis.

Bild: James Heilman, MD, „CAT scan demonstrating acute appendicitis“ (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 3.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 2

Patient	Herr Lukas Brenner, 24 J.
Vorstellungsgrund	Abdominalschmerzen seit dem Vortag, jetzt im rechten Unterbauch
Lokalisation / Verlauf	initial periumbilikal und dumpf; seit heute Morgen Schmerzwanderung in den re. Unterbauch, progredient
Charakter	stechend, kontinuierlich; Verstärkung bei Bewegung, Husten und Erschütterung (Auftreten); Schonhaltung (liegt still)
Begleitsymptome	Fieber 38,3 °C, vermehrtes Schwitzen, Schwindelgefühl
Vegetative Anamnese	Inappetenz seit dem Vortag, Nausea, 1× Emesis; kein Stuhlgang seit dem Vortag; Miktion unauffällig
Vorerkrankungen / Voroperationen	keine; erstmalige Episode
Medikamente	keine Dauermedikation; einmalig Ibuprofen heute Morgen ohne wesentliche Besserung
Allergien	keine bekannt

Noxen	Nichtraucher; Alkohol gelegentlich am Wochenende
Familienanamnese	keine relevanten Erkrankungen bekannt
Sozialanamnese	Student (Maschinenbau), lebt in einer WG, ledig

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben des Patienten wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Herrn Lukas Brenner, 24 Jahre, der sich heute in unserer Notaufnahme vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Akute Appendizitis

Differenzialdiagnosen

- Gastroenteritis
- Rechtsseitige Ureterkolik / Nephrolithiasis
- Mesenteriale Lymphadenitis
- Bei jungen Männern selten: Hodentorsion mit ausstrahlendem Unterbauchschmerz

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass die Bauchschmerzen seit dem Vortag bestünden, zunächst um den Nabel herum und dumpf gewesen seien und im Verlauf nach rechts in den Unterbauch gewandert seien; die Intensität habe zugenommen. Der Patient gab an, zusätzlich unter Appetitlosigkeit und Übelkeit zu leiden und einmal erbrochen zu haben; die Temperatur sei auf bis zu 38,3 Grad Celsius gestiegen. Weiterhin berichtete er, die

Schmerzen würden sich bei Bewegung und Erschütterung verstärken, weshalb er sich schone. Der letzte Stuhlgang liege seit dem Vortag zurück, die Miktion sei unauffällig. Angaben zu Vorerkrankungen, Voroperationen, Allergien und einer Dauermedikation wurden verneint; einmalig habe er selbst Ibuprofen eingenommen, ohne dass sich die Beschwerden wesentlich gebessert hätten. Ein Nikotinkonsum wurde verneint.

Geplante Diagnostik

- Körperliche Untersuchung mit Prüfung von McBurney- und Lanz-Punkt, Loslassschmerz (Blumberg), Psoas- und Rovsing-Zeichen
- Labor: Blutbild mit Entzündungszeichen (Leukozytose), CRP, Urinstatus zum Ausschluss eines Harnwegsinfekts
- Abdomensonographie zur Darstellung der Appendix und freier Flüssigkeit
- Bei unklarem Befund: CT oder MRT des Abdomens
- Klinische Verlaufskontrolle, ggf. Anwendung eines Scores (z. B. Alvarado-Score)

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom mit Schmerzwanderung (periumbilikal in den rechten Unterbauch)
- Beginn und zeitlicher Verlauf (progredient seit Vortag)
- Begleitsymptome (Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit)
- Fieber mit Temperaturangabe
- Bewegungs- und Erschütterungsabhängigkeit
- Stuhlgang- und Miktionsanamnese
- keine Vorerkrankungen/Voroperationen, keine Allergien
- Selbstmedikation mit Ibuprofen

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Herrn Brenner vorstellen, einen 24-jährigen, bislang gesunden Patienten, der sich mit seit dem Vortag bestehenden Bauchschmerzen vorgestellt hat. Die Schmerzen begannen periumbilikal und wanderten in den rechten Unterbauch, begleitet von Appetitlosigkeit, Übelkeit, einmaligem Erbrechen und Fieber bis 38,3 Grad. Bei bewegungsabhängiger Schmerzverstärkung ist meine Verdachtsdiagnose eine akute Appendizitis."*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Welche anamnestischen und klinischen Zeichen sprechen für eine Appendizitis?

Anamnestisch die typische Schmerzwanderung vom Nabel in den rechten Unterbauch, die Verstärkung bei Bewegung und Erschütterung, dazu Appetitlosigkeit, Übelkeit und erhöhte Temperatur – das alles liegt hier vor. Bei der Untersuchung würde ich auf einen Druck- und Loslassschmerz über dem McBurney-Punkt sowie ein positives Rovsing- oder Psoas-Zeichen achten; diese Zeichen wären typisch.

Welche Komplikation fürchten Sie?

Die Perforation des Wurmfortsatzes mit Übertritt von Darminhalt in die freie Bauchhöhle und Entwicklung einer Peritonitis oder eines periappendikulären Abszesses.

5 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 6 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz des Patienten – wie heißt es im Arztbrief?

„um den Bauchnabel herum“ **periumbilikal**	„rechts unten im Bauch“ **rechter Unterbauch**	„in den rechten Unterbauch gewandert“ **Schmerzwanderung**
„ich habe seit gestern gar keinen Appetit mehr“ **Inappetenz**	„erbrochen habe ich einmal heute früh“ **einmaliges Erbrechen (Emesis)**	„Wasserlassen“ **Miktion**

Vom Fachbegriff zur Erklärung für den Patienten

Fachbegriff	So erklärst du es
Appendizitis	eine Entzündung des Wurmfortsatzes am Blinddarm, umgangssprachlich Blinddarmentzündung
McBurney-Punkt	ein bestimmter Druckpunkt im rechten Unterbauch, der bei einer Blinddarmentzündung typischerweise schmerzt
Loslassschmerz	ein Schmerz, der entsteht, wenn man beim Abtasten des Bauches die Hand plötzlich loslässt — ein Hinweis auf eine Bauchfellreizung

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Hellerhoff (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 3.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Atemnot: Lungenembolie

Fall 3 von 35 | Notaufnahme | Pneumologie / Angiologie | schwer | ca. 15 Min.

Eine 58-jährige Patientin stellt sich in der Notaufnahme vor, weil sie seit heute Morgen plötzlich schlecht Luft bekommt und beim Einatmen einen stechenden Schmerz auf der rechten Brustseite verspürt.

Von **Dr. Pascal Bafteh** · Stand 22.10.2026 · Fall 3 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 18 Antworten zum Aufdecken

BT

Frau Beate Thalmann

58 Jahre · Notaufnahme

LEITSYMPTOM
Akute Atemnot und atemabhängiger Brustschmerz

FACHGEBIET
Pneumologie / Angiologie

SCHWIERIGKEIT
schwer

LEBENSSITUATION
Bürotätigkeit (überwiegend sitzend); keine Reise; lebt mit Ehemann im Haus

Eine 58-jährige Patientin stellt sich in der Notaufnahme vor, weil sie seit heute Morgen plötzlich schlecht Luft bekommt und beim Einatmen einen stechenden Schmerz auf der rechten Brustseite verspürt. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:

Du bist Ärztin/Arzt in der Notaufnahme. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit der Patientin **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt die Patientin mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Frau Thalmann. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENTIN · EINSTIEGSSATZ

„Seit heute früh bekomme ich ganz plötzlich schlecht Luft. Wenn ich tief einatme, sticht es rechts in der Brust, und mein Herz rast dabei.“

1 Aktuelle Beschwerden

DU
Können Sie mir genau schildern, wann und wie die Atemnot begonnen hat?

PATIENTIN
Es kam ganz plötzlich, heute Morgen beim Aufstehen. Von einer Sekunde auf die andere war die Luft knapp, obwohl ich mich gar nicht angestrengt hatte.

DU
Wie würden Sie den Brustschmerz beschreiben?

PATIENTIN
Es ist ein stechender Schmerz rechts in der Brust, der beim tiefen Einatmen und beim Husten schlimmer wird. Wenn ich flach atme, ist es etwas erträglicher.

DU
Haben Sie Husten, und kommt dabei etwas hoch?

PATIENTIN
Ich musste ein paarmal husten, und beim letzten Mal war ein bisschen Blut im Auswurf. Das hat mir richtig Angst gemacht.

DU
Hatten Sie Schwindel, oder waren Sie kurz ohnmächtig?

PATIENTIN
Ja, einmal wurde mir schwarz vor Augen, als ich zur Toilette gegangen bin. Umgefallen bin ich aber nicht.

DU
Haben Sie ein geschwollenes oder schmerzendes Bein bemerkt?

PATIENTIN
Jetzt wo Sie es sagen — mein rechtes Bein ist seit ein paar Tagen dicker als das linke und der Wadenbereich tut weh.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie steht es mit Appetit, Schlaf und Gewicht in den letzten Wochen?

PATIENTIN

Das war alles normal, keine Auffälligkeiten.

DU

Hatten Sie Fieber, Herzrasen oder Schweißausbrüche?

PATIENTIN

Fieber nicht, aber das Herz rast und ich schwitze seit heute Morgen kalt.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt, hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder eine Lungenembolie?

PATIENTIN

Eine Thrombose hatte ich noch nie. Ich habe aber einen etwas erhöhten Blutdruck und eine Unterfunktion der Schilddrüse.

DU

Hatten Sie in den letzten Wochen eine Operation?

PATIENTIN

Vor drei Wochen wurde mir das rechte Knie operiert, danach lag ich viel und konnte kaum laufen.

DU

Waren Sie kürzlich auf einer längeren Reise?

PATIENTIN

Nein, gereist bin ich nicht. Ich war wegen des Knies vor allem zu Hause.

4 Medikamente

DU

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

PATIENTIN

Ein Blutdruckmittel, Ramipril, und L-Thyroxin für die Schilddrüse. Außerdem nehme ich ein Hormonpräparat gegen Wechseljahresbeschwerden.

DU

Haben Sie nach der Operation Spritzen bekommen?

PATIENTIN

Ich hätte mir eigentlich täglich eine Spritze in den Bauch geben sollen, aber ehrlich gesagt habe ich das nach ein paar Tagen sein lassen.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENTIN

Nein, mir ist keine Allergie bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie, und wenn ja, wie viel?

PATIENTIN

Ja, ich rauche seit etwa dreißig Jahren rund zehn Zigaretten am Tag.

DU

Wie sieht es mit Alkohol aus?

PATIENTIN

Nur gelegentlich ein Glas Wein zum Essen.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie Thrombosen?

PATIENTIN

Meine Mutter hatte einmal eine Thrombose im Bein, Genaueres weiß ich aber nicht.

DU

Was machen Sie beruflich und wie ist Ihre Wohnsituation?

PATIENTIN

Ich arbeite im Büro, viel im Sitzen. Ich wohne mit meinem Mann in einem Haus.

8 Wenn die Patientin selbst fragt

PATIENTIN

Warum ist das passiert, ich habe doch nichts falsch gemacht?

DU

Das ist keine Frage von Schuld. Nach einer Knieoperation mit viel Liegen steigt das Risiko für ein Blutgerinnsel deutlich, dazu kommen weitere Faktoren wie das Hormonpräparat und das Rauchen. Wir klären jetzt gemeinsam, was genau dahintersteckt.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: CT

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

CT-Pulmonalisangiographie: Kontrastmittelaussparungen (Emboli) in der rechten und linken Pulmonalarterie (Pfeile)

Bild: Hellerhoff, „Lungenarterienembolie in der Computertomographie“ (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 3.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den

Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 3

Patientin	Frau Beate Thalmann, 58 J.
Vorstellungsgrund	akute Dyspnoe seit heute Morgen
Beginn	plötzlich beim Aufstehen, ohne vorherige Belastung
Thoraxschmerz	stechend, rechtsthorakal, atemabhängig (Inspiration, Husten); Linderung bei flacher Atmung
Begleitsymptome	Husten mit Hämoptyse; Präsynkope; Herzrasen; Kaltschweißigkeit; kein Fieber
Beine	seit einigen Tagen Schwellung (re. dicker als li.) und Wadenschmerz re.
Vegetative Anamnese	Appetit, Schlaf, Gewicht unauffällig
Vorerkrankungen / Voroperationen	arterielle Hypertonie, Hypothyreose; Z. n. Knie-OP re. vor 3 Wochen mit anschließender Immobilisation; keine Thrombose in der Vorgeschichte
Medikamente	Ramipril, L-Thyroxin, Hormonpräparat (Wechseljahresbeschwerden); tägliche Thromboseprophylaxe-Spritze nach der Knie-OP nach wenigen Tagen eigenmächtig beendet
Allergien	keine bekannt
Noxen	Nikotin ca. 10 Zig./d seit ca. 30 J. (ca. 15 py); Alkohol gelegentlich (1 Glas Wein zum Essen)
Familienanamnese	Mutter mit Beinvenenthrombose
Sozialanamnese	Bürotätigkeit (überwiegend sitzend); keine Reise; lebt mit Ehemann im Haus

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben der Patientin wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Frau Beate Thalmann, 58 Jahre, die sich heute in unserer Notaufnahme vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Akute Lungenembolie bei tiefer Beinvenenthrombose rechts

Differenzialdiagnosen

- Akutes Koronarsyndrom / Myokardinfarkt
- Pneumonie mit Pleuritis
- Pneumothorax
- Aortendissektion

Anamnese

Die Patientin stellte sich notfallmäßig vor. Die aktuelle Anamnese ergab, dass die Luftnot akut aufgetreten sei und von einem atemabhängigen Schmerz der rechten Brustseite begleitet werde. Sie gab an, Blut abgehustet zu haben, eine Präsynkope erlitten und eine Tachykardie mit Kaltschweißigkeit verspürt zu haben. Weiterhin berichtete sie, der rechte Unterschenkel sei seit einigen Tagen schmerzhaft geschwollen. An Risikofaktoren gab sie eine Kniegelenksoperation vor drei Wochen mit anschließender Immobilisation an; die Thromboseprophylaxe habe sie eigenmächtig abgesetzt. Ferner nehme sie ein Hormonpräparat gegen Wechseljahresbeschwerden ein und rauche; in der Familienanamnese sei eine tiefe Venenthrombose bekannt. An Vorerkrankungen seien eine arterielle Hypertonie und eine Hypothyreose bekannt. An Dauermedikation nehme sie Ramipril, L-Thyroxin und ein Hormonpräparat ein. Allergien seien nicht bekannt.

Geplante Diagnostik

- Klinische Risikoeinschätzung (Wells-Score) und Vitalparameter inklusive Sauerstoffsättigung
- Labor: D-Dimere, Troponin, BNP/NT-proBNP, Blutgasanalyse, Blutbild, Nierenwerte, Gerinnung
- EKG (Zeichen der Rechtsherzbelastung, z. B. SI-QIII-Typ)
- CT-Pulmonalisangiographie als Bildgebung der Wahl
- Kompressionssonographie der Beinvenen und Echokardiographie zur Beurteilung der Rechtsherzbelastung

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom (akute Dyspnoe) mit plötzlichem Beginn
- atemabhängiger thorakaler Schmerz und Hämoptyse
- Präsynkope und Tachykardie
- klinische Zeichen einer tiefen Beinvenenthrombose
- Immobilisation nach Knie-OP
- abgesetzte Thromboseprophylaxe
- weitere Risikofaktoren (Hormontherapie, Nikotin, Familienanamnese)
- Dauermedikation und Allergien

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist

Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Frau Thalmann vorstellen, eine 58-jährige Patientin, die sich notfallmäßig mit einer akut aufgetretenen Atemnot und einem atemabhängigen rechtsthorakalen Schmerz vorgestellt hat. Begleitend bestehen Hämoptyse, eine Präsynkope und eine Tachykardie. Bei Zustand nach Knieoperation mit Immobilisation, abgesetzter Thromboseprophylaxe und anamnestischen Hinweisen auf eine tiefe Beinvenenthrombose rechts ist meine Verdachtsdiagnose eine Lungenembolie."*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Wann bestimmen Sie D-Dimere und wann verzichten Sie darauf?

D-Dimere sind bei niedriger oder mittlerer Vortestwahrscheinlichkeit sinnvoll, um eine Embolie auszuschließen, da sie sehr sensitiv, aber wenig spezifisch sind. Bei hoher Wahrscheinlichkeit wie hier verzichte ich darauf und veranlasse direkt die CT-Pulmonalisangiographie, da ein negativer D-Dimer-Test die Embolie hier nicht ausschließen würde.

Welche Risikofaktoren für eine venöse Thromboembolie hat die Patientin?

Die Knieoperation vor drei Wochen mit anschließender Immobilisation, die abgesetzte Thromboseprophylaxe, das Hormonpräparat, den Nikotinkonsum und eine positive Familienanamnese.

5 **Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache**
Zum Umdrehen und als Tabelle · 7 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz der Patientin – wie heißt es im Arztbrief?

„bekomme ich ganz plötzlich schlecht Luft“
akute Dyspnoe

„wenn ich tief einatme, sticht es rechts in der Brust“
atemabhängiger (pleuritischer) Thoraxschmerz

„ein bisschen Blut im Auswurf“
Hämoptyse

„einmal wurde mir schwarz vor Augen“
Präsynkope

„mein Herz rast“
Tachykardie

„Unterfunktion der Schilddrüse“
Hypothyreose

„danach lag ich viel“
Immobilisation

Vom Fachbegriff zur Erklärung für die Patientin

Fachbegriff	So erklärst du es
Dyspnoe	Atemnot oder das Gefühl, nicht genug Luft zu bekommen
Hämoptyse	das Aushusten von Blut oder blutigem Auswurf
tiefe Venenthrombose	ein Blutgerinnsel in einer tiefen Vene, meist im Bein, das die Ader verstopft

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Lungenembolie

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

FSP-Übungsfall Kopfschmerzen: Migräne mit Aura

Fall 4 von 35 | Sprechstunde | Neurologie | mittel | ca. 15 Min.

Eine 29-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit mehreren Jahren immer wieder unter heftigen, meist einseitigen Kopfschmerzen leidet, die sie zunehmend im Alltag einschränken.

Von **Dr. Pascal Bafteh** · Stand 22.10.2026 · Fall 4 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 4 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 19 Antworten zum Aufdecken

KR

Frau Katharina Rühl

29 Jahre · Sprechstunde

LEITSYMPTOM
Wiederkehrende einseitige, pulsierende Kopfschmerzen

FACHGEBIET
Neurologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
Projektmanagerin (Bildschirmarbeit, Termindruck); lebt mit Partner

Eine 29-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit mehreren Jahren immer wieder unter heftigen, meist einseitigen Kopfschmerzen leidet, die sie zunehmend im Alltag einschränken. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:
Du bist Ärztin/Arzt in der Sprechstunde. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit der Patientin **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt die Patientin mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Frau Rühl. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENTIN · EINSTIEGSSATZ

„Ich habe immer wieder starke Kopfschmerzen, meistens auf einer Seite. Es pocht dann richtig, und mir wird übel. Zuletzt ist es häufiger geworden, ungefähr zwei- bis dreimal im Monat, und ich muss mich dann hinlegen."

1 Aktuelle Beschwerden

DU
Können Sie mir den Kopfschmerz genauer beschreiben — wo genau sitzt er und wie fühlt er sich an?

PATIENTIN
Meistens auf der linken Seite, um die Schläfe und das Auge herum. Es ist ein Pochen und Hämmern, das mit dem Puls im Takt geht.

DU
Wie lange dauert so eine Attacke, wenn Sie nichts dagegen tun?

PATIENTIN
Wenn ich nichts nehme, hält es einen ganzen Tag an, manchmal bis in den nächsten Tag hinein.

DU
Wird der Schmerz bei körperlicher Anstrengung stärker?

PATIENTIN
Ja, jede Bewegung macht es schlimmer. Am liebsten liege ich ganz still im Bett.

DU
Bemerken Sie vor den Kopfschmerzen Sehstörungen?

PATIENTIN
Ja, oft sehe ich vorher etwa zwanzig Minuten lang flimmernde Zacken und Lichtblitze im rechten Gesichtsfeld. Danach beginnt der Kopfschmerz.

DU
Stören Sie während der Attacke Licht, Geräusche oder Gerüche?

PATIENTIN
Sehr. Ich ziehe die Vorhänge zu und will meine Ruhe. Helles Licht und Lärm sind unerträglich.

DU

Gibt es Auslöser, die Sie beobachtet haben?

PATIENTIN

Stress bei der Arbeit, wenig Schlaf und manchmal Rotwein. Auch kurz vor der Regelblutung kommt es häufiger.

2 Vegetative Anamnese

DU

Ist Ihnen während der Attacke übel, oder müssen Sie erbrechen?

PATIENTIN

Übel ist mir fast immer, und ein paarmal habe ich mich auch übergeben.

DU

Wie sind Appetit, Schlaf und Ihr Gewicht sonst?

PATIENTIN

Zwischen den Attacken normal, nur mein Schlaf ist wegen der Arbeit oft zu kurz.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

PATIENTIN

Nein, ich bin sonst gesund. Nur diese Kopfschmerzen begleiten mich seit dem Studium.

DU

Wann hatten Sie die ersten solchen Kopfschmerzen, und hat sich der Charakter seither verändert?

PATIENTIN

So mit neunzehn ging es los. Der Charakter ist gleich geblieben, nur die Häufigkeit hat zuletzt zugenommen.

4 Medikamente

DU

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf ein?

PATIENTIN

Bei den Attacken nehme ich Ibuprofen. In letzter Zeit hilft es aber nicht mehr so gut.

DU

Nehmen Sie die Pille?

PATIENTIN

Ja, ich nehme eine Pille zur Verhütung, seit etwa fünf Jahren.

DU

Wie oft nehmen Sie Schmerzmittel ein?

PATIENTIN

An ungefähr sechs bis acht Tagen im Monat, je nachdem, wie oft die Kopfschmerzen kommen.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENTIN

Gegen Pollen habe ich Heuschnupfen, sonst ist mir nichts bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie, und wenn ja, wie viel?

PATIENTIN

Ja, etwa fünf Zigaretten am Tag, seit ungefähr zehn Jahren.

DU

Wie sieht es mit Alkohol und Kaffee aus?

PATIENTIN

Am Wochenende ein Glas Wein, und tagsüber zwei bis drei Kaffee.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie ähnliche Kopfschmerzen?

PATIENTIN

Meine Mutter hatte früher auch immer Migräne, das hat sich mit den Wechseljahren gebessert.

DU

Was machen Sie beruflich, und wie ist Ihre aktuelle Lebenssituation?

PATIENTIN

Ich arbeite als Projektmanagerin, viel am Bildschirm und unter Termindruck. Ich lebe mit meinem Partner zusammen.

8 Wenn die Patientin selbst fragt

PATIENTIN

Frau Doktor, ich habe Angst, dass ein Tumor dahintersteckt. Kann das sein?

DU

Ich verstehe Ihre Sorge sehr gut. Ihre Schilderung passt typisch zu einer Migräne, die zwar sehr belastend, aber gutartig ist. Warnzeichen für etwas Gefährliches sehe ich bei Ihnen bisher nicht. Wenn Sie möchten, gehen wir die Warnzeichen gemeinsam durch.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

✓ Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 4

Patientin	Frau Katharina Rühl, 29 J.
Vorstellungsgrund	rezidivierende Kopfschmerzen, Frequenz zuletzt zunehmend (2–3×/Monat)
Lokalisation / Charakter	überwiegend li. temporal und periorbital; pulsierend-pochend
Dauer	unbehandelt ca. 1 Tag, teils bis in den Folgetag
Verstärkung	durch körperliche Aktivität
Aura	ca. 20 min Flimmerskotom (Zacken, Lichtblitze) im re. Gesichtsfeld vor Kopfschmerzbeginn
Begleitsymptome	Nausea, gelegentlich Emesis; Photo- und Phonophobie
Trigger	Stress, Schlafmangel, Rotwein, perimenstruell
Vegetative Anamnese	zwischen den Attacken unauffällig; Schlafdefizit (beruflich)
Vorerkrankungen	keine; Kopfschmerzen seit dem 19. Lj., Charakter unverändert
Medikamente	Ibuprofen bei Bedarf an 6–8 Tagen/Monat, nachlassende Wirkung; orales Kontrazeptivum seit ca. 5 J.
Allergien	Pollinosis
Noxen	Nikotin ca. 5 Zig./d seit ca. 10 J.; Alkohol am Wochenende (1 Glas Wein); 2–3 Tassen Kaffee/d
Familienanamnese	Mutter mit Migräne
Sozialanamnese	Projektmanagerin (Bildschirmarbeit, Termindruck); lebt mit Partner

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben der Patientin wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Frau Katharina Rühl, 29 Jahre, die sich heute in unserer Sprechstunde vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Migräne mit Aura, zunehmende Attackenfrequenz

Differenzialdiagnosen

- Kopfschmerz vom Spannungstyp
- Cluster-Kopfschmerz
- Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz
- Sekundärer Kopfschmerz bei struktureller Läsion (z. B. Raumforderung, Gefäßprozess)

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass die Kopfschmerzen seit dem 19. Lebensjahr immer wieder aufträten. Die Patientin gab an, die Schmerzen seien überwiegend linksseitig und pulsierend, dauerten etwa einen Tag an und verstärkten sich bei körperlicher Aktivität. Begleitend berichtete sie über Übelkeit, gelegentliches Erbrechen sowie Licht- und Lärmempfindlichkeit. Weiterhin gab sie an, vor den meisten Attacken sehe sie für etwa 20 Minuten ein Flimmern im rechten Gesichtsfeld. Die Attacken hätten zuletzt auf zwei- bis dreimal monatlich zugenommen. Als Auslöser nannte sie Stress, Schlafmangel, Rotwein und die Tage vor der Regelblutung. Sie nehme Ibuprofen an sechs bis acht Tagen im Monat ein und habe den Eindruck, es wirke immer schlechter. Sie rauche und

nehme ein orales Kontrazeptivum ein. In der Familienanamnese sei eine Migräne der Mutter bekannt. Vorerkrankungen seien nicht bekannt, es bestehe eine Pollenallergie.

Geplante Diagnostik

- Ausführliche Anamnese und Führen eines Kopfschmerzkalenders
- Vollständige neurologische Untersuchung inklusive Hirnnerven- und Fundusstatus
- Blutdruckmessung und orientierende Laboruntersuchung
- Kraniale MRT bei atypischer Symptomatik, verändertem Charakter oder Warnzeichen (red flags)
- Bei fokal-neurologischen Auffälligkeiten weiterführende zerebrale Bildgebung und ggf. Gefäßdiagnostik

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom (einseitiger pulsierender Kopfschmerz)
- Attackendauer und -frequenz
- Aurasymptomatik vor Kopfschmerzbeginn
- Begleitsymptome (Übelkeit, Photo-/Phonophobie)
- Triggerfaktoren
- Akutmedikation und Einnahmehäufigkeit
- hormonelles Kontrazeptivum und Nikotinabusus
- positive Familienanamnese

3 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Frau Rühl vorstellen, eine 29-jährige Patientin mit seit dem 19. Lebensjahr bestehenden, rezidivierenden, überwiegend linksseitigen und pulsierenden Kopfschmerzen. Den Attacken geht eine visuelle Aura mit Flimmerskotom voraus, begleitet werden sie von Übelkeit sowie Licht- und Lärmempfindlichkeit. Die Frequenz hat auf zwei- bis dreimal monatlich zugenommen, die Akutmedikation mit Ibuprofen wirkt zunehmend schlechter. Bei typischer Anamnese und positiver Familienanamnese ist meine Verdachtsdiagnose eine Migräne mit Aura."*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Welche Warnzeichen würden Sie an einen sekundären Kopfschmerz denken lassen?

Ein plötzlicher Vernichtungskopfschmerz, ein neu aufgetretener oder im Charakter veränderter Kopfschmerz, Fieber und Meningismus, fokal-neurologische Ausfälle, eine Stauungspapille, ein erstmaliger Kopfschmerz jenseits des 50. Lebensjahrs sowie eine Verstärkung durch Husten oder Pressen.

Was spricht in der Anamnese für eine Migräne mit Aura?

Die rezidivierenden, einseitigen, pulsierenden Kopfschmerzen von etwa einem Tag Dauer mit Verstärkung bei Aktivität, die Begleitsymptome Übelkeit, Photo- und Phonophobie, die vorausgehende visuelle Aura von etwa 20 Minuten und die positive Familienanamnese.

4 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 6 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz der Patientin – wie heißt es im Arztbrief?

„ein Pochen und Hämmern, das mit dem Puls im Takt geht“ **pulsierender Kopfschmerz**	„flimmernde Zacken und Lichtblitze“ **visuelle Aura (Flimmerskotom)**	„helles Licht und Lärm sind unerträglich“ **Photo- und Phonophobie**
„mir wird übel“ **Nausea**	„kurz vor der Regelblutung“ **perimenstruell**	„Heuschnupfen“ **Pollinosis**

Vom Fachbegriff zur Erklärung für die Patientin

Fachbegriff	So erklärst du es
Aura	vorübergehende Wahrnehmungsstörungen wie Flimmern oder Zickzacklinien vor dem Kopfschmerz
Photophobie	eine gesteigerte Empfindlichkeit gegenüber Licht
Flimmerskotom	ein flimmernder Fleck im Gesichtsfeld, in dem man vorübergehend schlechter sieht

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: James Heilman, MD (Wikimedia Commons) · CC BY 3.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Fieber und Husten: Pneumonie

Fall 5 von 35 | Sprechstunde | Pneumologie | mittel | ca. 15 Min.

Eine 68-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit drei Tagen hohes Fieber, Husten mit gelblichem Auswurf und Schmerzen beim Atmen auf der rechten Seite hat.

Von Dr. Pascal Bafteh · Stand 22.10.2026 · Fall 5 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 17 Antworten zum Aufdecken

RV

Frau Regina Voss

68 Jahre · Sprechstunde

LEITSYMPTOM
Fieber mit Husten und Auswurf

FACHGEBIET
Pneumologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
lebt allein; Tochter kommt täglich; keine Reise; Kontakt zum erkälteten Enkel

Eine 68-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit drei Tagen hohes Fieber, Husten mit gelblichem Auswurf und Schmerzen beim Atmen auf der rechten Seite hat. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:
Du bist Ärztin/Arzt in der Sprechstunde. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit der Patientin **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt die Patientin mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Frau Voss. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENTIN · EINSTIEGSSATZ

„Seit drei Tagen habe ich hohes Fieber und muss ständig husten. Es kommt gelblich-grüner Schleim hoch, und wenn ich tief einatme, tut es rechts in der Brust weh.“

1 Aktuelle Beschwerden

DU
Wann und wie haben die Beschwerden begonnen?

PATIENTIN
Es fing vor drei Tagen recht plötzlich an. Zuerst kam der Schüttelfrost mit hohem Fieber, dann der Husten. Es ist von Tag zu Tag schlechter geworden.

DU
Wie hoch war das Fieber, und hatten Sie Schüttelfrost?

PATIENTIN
Gestern Abend habe ich 39,5 Grad gemessen. Am ersten Tag hatte ich einen richtigen Schüttelfrost, ich habe am ganzen Körper gezittert.

DU
Wie sieht der Auswurf aus, und ist Blut dabei?

PATIENTIN
Es ist gelblich-grüner, zäher Schleim, ziemlich viel. Blut habe ich zum Glück keines gesehen.

DU
Sie erwähnten Schmerzen beim Atmen — können Sie die genauer beschreiben?

PATIENTIN
Ja, rechts unten in der Brust sticht es, immer wenn ich tief einatme oder huste. In Ruhe ist es erträglich.

DU
Bekommen Sie schlecht Luft?

PATIENTIN
Beim Gehen im Haus merke ich, dass ich schneller außer Atem bin als sonst. Im Sitzen geht es einigermaßen.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie ist es mit Appetit, Trinkmenge und Schlaf?

PATIENTIN

Der Appetit ist weg, und ich habe kaum getrunken. Nachts wache ich wegen dem Husten und dem Schwitzen oft auf.

DU

Hatten Sie Nachtschweiß, Übelkeit oder Durchfall?

PATIENTIN

Geschwitzt habe ich nachts stark, das Bett war klatschnass. Übelkeit oder Durchfall hatte ich nicht.

3 Vorerkrankungen

DU

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

PATIENTIN

Ich habe eine leichte COPD von früher und Bluthochdruck. Und ich bin zuckerkrank, Typ 2.

DU

Hatten Sie in letzter Zeit eine Erkältung?

PATIENTIN

Vor etwa einer Woche hatte ich einen leichten Schnupfen, den ich für harmlos gehalten habe.

4 Medikamente

DU

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

PATIENTIN

Für die Lunge ein Spray, für den Blutdruck eine Tablette namens Ramipril und Metformin für den Zucker.

DU

Haben Sie sich gegen Grippe oder Lungenentzündung impfen lassen?

PATIENTIN

Gegen Grippe lasse ich mich manchmal impfen, aber dieses Jahr habe ich es vergessen. Gegen Lungenentzündung, glaube ich, nie.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENTIN

Nein, mir ist keine Allergie bekannt. Antibiotika habe ich bisher immer gut vertragen.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?

PATIENTIN

Ja, ich rauche noch. Etwa zehn Zigaretten am Tag, und das seit ungefähr vierzig Jahren.

DU

Wie sieht es mit Alkohol aus?

PATIENTIN

Nur ganz selten mal ein Glas Sekt zu einem besonderen Anlass.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Wie wohnen Sie und werden Sie zu Hause versorgt?

PATIENTIN

Ich wohne allein in einer kleinen Wohnung. Meine Tochter schaut jeden Tag vorbei und hilft mir.

DU

Waren Sie kürzlich verreist oder hatten Sie Kontakt zu kranken Personen?

PATIENTIN

Verreist war ich nicht. Mein Enkel hatte letzte Woche eine Erkältung, als er zu Besuch war.

8 Wenn die Patientin selbst fragt

PATIENTIN

Frau Doktor, ist das gefährlich in meinem Alter?

DU

Ich verstehe, dass Sie sich Sorgen machen. Eine Lungenentzündung nehmen wir im höheren Alter sehr ernst. Deshalb untersuche ich Sie jetzt gründlich, und danach besprechen wir die Ergebnisse gemeinsam.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

✓ Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Röntgen

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Röntgen-Thorax a.-p.: fleckig-konfluierende Verschattung im rechten Unterfeld (im Bild links, Kreis) – Pneumonie des rechten Unterlappens.

Bild: James Heilman, MD, „RLL pneumoniaM“ (Wikimedia Commons) · CC BY 3.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 5

Patientin	Frau Regina Voss, 68 J.
Vorstellungsgrund	Fieber und produktiver Husten seit 3 Tagen
Beginn / Verlauf	akut vor 3 Tagen mit Schüttelfrost und hohem Fieber, dann Husten; progredient
Fieber	max. 39,5 °C (gestern Abend); initial Schüttelfrost
Husten / Auswurf	produktiv; reichlich gelblich-grünes, zähes Sputum; keine Hämoptyse
Thoraxschmerz	stechend, rechts basal, atemabhängig (Inspiration, Husten)
Dyspnoe	Belastungsdyspnoe (Gehen in der Wohnung), in Ruhe gering
Vegetative Anamnese	Inappetenz, reduzierte Trinkmenge, Nachtschweiß, Schlafstörung durch Husten; keine Nausea, keine Diarrhoe
Vorerkrankungen	COPD, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2; vor ca. 1 Woche leichter Infekt der oberen Atemwege
Medikamente	inhalatives Präparat, Ramipril, Metformin

Impfstatus	Influenza in dieser Saison nicht geimpft (sonst unregelmäßig); gegen Pneumokokken vermutlich nie
Allergien	keine bekannt; Antibiotika bisher gut vertragen
Noxen	Nikotin ca. 10 Zig./d seit ca. 40 J. (ca. 20 py), aktuell rauchend; Alkohol selten
Sozialanamnese	lebt allein; Tochter kommt täglich; keine Reise; Kontakt zum erkälteten Enkel

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben der Patientin wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Frau Regina Voss, 68 Jahre, die sich heute in unserer Sprechstunde vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Ambulant erworbene Pneumonie (rechter Unterlappen)

Differenzialdiagnosen

- Akute Bronchitis oder COPD-Exazerbation
- Lungenembolie mit Infarktpneumonie
- Lungentuberkulose
- Bronchialkarzinom mit poststenotischer Pneumonie

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass die Beschwerden seit drei Tagen bestünden und akut aufgetreten seien. Die Patientin gab an, hohes Fieber bis 39,5 Grad Celsius mit anfänglichem Schüttelfrost gehabt zu haben und unter Husten mit gelblich-grünem Auswurf zu leiden. Weiterhin berichtete sie über einen atemabhängigen Schmerz rechts unten im Brustkorb und über Luftnot bei Belastung. Begleitend klagte sie über Nachtschweiß und Appetitlosigkeit und gab an, weniger zu trinken als sonst. Vorausgegangen sei ein leichter Infekt der oberen Atemwege. An Vorerkrankungen seien eine COPD, ein arterieller Hypertonus und ein Diabetes mellitus Typ 2 bekannt. An Dauermedikation nehme sie ein Inhalativum, Ramipril und Metformin ein. Sie rauche weiterhin, etwa 20 Packungsjahre. Allergien seien nicht bekannt; gegen Influenza und Pneumokokken sei sie nicht vollständig geimpft.

Geplante Diagnostik

- Körperliche Untersuchung mit Auskultation (feuchte Rasselgeräusche, Bronchialatmen) und Perkussion
- Vitalparameter inklusive Atemfrequenz und Sauerstoffsättigung (Pulsoxymetrie)
- Röntgen-Thorax in zwei Ebenen
- Labor: Blutbild, CRP, Procalcitonin, Elektrolyte, Nieren- und Leberwerte, Blutgasanalyse
- Mikrobiologie: Sputumkultur, Blutkulturen bei Fieber, Urin-Antigentest auf Pneumokokken und Legionellen
- Risikostratifizierung mittels CRB-65-Score

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom (Fieber, produktiver Husten)
- akuter Beginn und Dauer (drei Tage)

- Charakter des Auswurfs
- pleuritischer Thoraxschmerz und Dyspnoe
- relevante Vorerkrankungen (COPD, Diabetes)
- Nikotinanamnese
- Impfstatus
- Dauermedikation und Allergien

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Frau Voss vorstellen, eine 68-jährige Patientin, die sich mit seit drei Tagen bestehendem hohem Fieber, produktivem Husten mit gelblich-grünem Auswurf und einem rechts-basalen atemabhängigen Thoraxschmerz vorgestellt hat. Zusätzlich bestehen Schüttelfrost, Nachtschweiß und eine Belastungsdyspnoe. Bei einer vorbestehenden COPD, einem Diabetes und fortgesetztem Nikotinkonsum ist meine Verdachtsdiagnose eine ambulant erworbene Pneumonie des rechten Unterlappens.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Welche Befunde erwarten Sie bei der körperlichen Untersuchung?

Bei der Auskultation über dem rechten Unterfeld feuchte Rasselgeräusche, eventuell ein Bronchialatmen, dazu Fieber und möglicherweise eine erhöhte Atemfrequenz.

Welche Differenzialdiagnosen bedenken Sie bei dieser Patientin?

Eine akute Bronchitis oder eine COPD-Exazerbation, eine Lungenembolie mit Infarktpneumonie, eine Lungentuberkulose und – bei langjährigem Nikotinkonsum – ein Bronchialkarzinom mit poststenotischer Pneumonie.

5 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 6 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz der Patientin – wie heißt es im Arztbrief?

„es kommt gelblich-grüner Schleim hoch“ **produktiver Husten mit eitrigem Sputum**	„ich habe am ganzen Körper gezittert“ **Schüttelfrost**	„das Bett war klatschnass“ **Nachtschweiß**
„dass ich schneller außer Atem bin als sonst“ **Belastungsdyspnoe**	„rechts unten in der Brust sticht es, immer wenn ich tief einatme oder huste“ **atemabhängiger rechtsbasaler Thoraxschmerz**	„zuckerkrank, Typ 2“ **Diabetes mellitus Typ 2**

Vom Fachbegriff zur Erklärung für die Patientin

Fachbegriff	So erklärst du es
Pneumonie	eine Entzündung des Lungengewebes, umgangssprachlich Lungenentzündung
produktiver Husten	ein Husten, bei dem Schleim oder Auswurf hochkommt
pleuritischer Schmerz	ein stechender Brustschmerz, der beim tiefen Einatmen oder Husten auftritt, weil das Rippenfell gereizt ist
Auskultation	das Abhören der Lunge und des Herzens mit dem Stethoskop

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Ambulant erworbene Pneumonie

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

FSP-Übungsfall Rückenschmerzen: Lumbaler Bandscheibenvorfall

Fall 6 von 35 | Sprechstunde | Orthopädie / Neurologie | mittel | ca. 15 Min.

Ein 45-jähriger Lagerarbeiter stellt sich vor, weil er seit einigen Tagen starke Kreuzschmerzen hat, die ins rechte Bein bis in den Fuß ausstrahlen.

Von **Dr. Pascal Bafteh** · Stand 22.10.2026 · Fall 6 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 4 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 16 Antworten zum Aufdecken

TV

Herr Thomas Vogel

45 Jahre · Sprechstunde

LEITSYMPTOM
In das Bein ausstrahlender Kreuzschmerz

FACHGEBIET
Orthopädie / Neurologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
Lagerarbeiter (schweres Heben); verheiratet, 2 Kinder, wohnt im Haus; derzeit kaum arbeitsfähig

Ein 45-jähriger Lagerarbeiter stellt sich vor, weil er seit einigen Tagen starke Kreuzschmerzen hat, die ins rechte Bein bis in den Fuß ausstrahlen. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:
Du bist Ärztin/Arzt in der Sprechstunde. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen!

Und denk dran, dass du mit dem Patienten **Alltagssprache** sprichst.

▼ Zu zweit üben

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt den Patienten mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Herr Vogel. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENT · EINSTIEGSSATZ

„Vor vier Tagen habe ich beim Heben einer schweren Kiste plötzlich einen stechenden Schmerz im Kreuz bekommen. Seitdem zieht der Schmerz über das Gesäß und die Rückseite des rechten Beins bis in den Fuß. Beim Husten und Niesen wird es richtig schlimm.“

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Wo genau sitzt der Schmerz, und strahlt er irgendwohin aus?

PATIENT

Er beginnt im unteren Rücken und zieht wie ein Blitz über die Pobacke und die Rückseite des Oberschenkels bis in die Wade und den äußeren Fußrand.

DU

Wie fühlt sich der Schmerz an, und wie stark ist er auf einer Skala von null bis zehn?

PATIENT

Es ist ein scharfer, elektrisierender Schmerz, manchmal auch brennend. Wenn er einschießt, ist er bei acht von zehn.

DU

Wird der Schmerz bei bestimmten Bewegungen oder beim Husten stärker?

PATIENT

Ja, langes Sitzen und Vornüberbeugen sind schlimm, und beim Husten oder Niesen schießt es richtig ein.

DU

Haben Sie ein Taubheitsgefühl oder ein Kribbeln im Bein oder Fuß bemerkt?

PATIENT

Ja, der äußere Fußrand und die Fußsohle rechts fühlen sich taub und kribbelig an.

DU

Ist Ihnen eine Schwäche im Bein aufgefallen?

PATIENT

Jetzt, wo Sie es sagen — auf den Zehenspitzen zu stehen fällt mir rechts schwerer als links.

2 Vegetative Anamnese und Warnzeichen

DU
Können Sie Wasserlassen und Stuhlgang normal kontrollieren, oder gibt es Probleme?

PATIENT
Nein, das funktioniert alles ganz normal, damit habe ich keine Probleme.

DU
Haben Sie ein Taubheitsgefühl zwischen den Beinen?

PATIENT
Nein, dort ist alles normal, kein Taubheitsgefühl.

DU
Hatten Sie Fieber, ungewollten Gewichtsverlust oder Nachtschweiß?

PATIENT
Nein, nichts dergleichen. Ich fühle mich sonst gesund.

3 Vorerkrankungen

DU
Hatten Sie schon früher Rückenprobleme?

PATIENT
Ab und zu ein Hexenschuss, aber der ging immer nach ein paar Tagen von selbst weg. So schlimm wie jetzt war es noch nie.

DU
Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

PATIENT
Nein, ich bin bisher gesund gewesen.

4 Medikamente

DU

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

PATIENT

Ich habe mir Ibuprofen aus der Apotheke geholt, das nehme ich seit drei Tagen. Sonst nehme ich nichts.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENT

Nein, mir ist nichts bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie, und wie viel Alkohol trinken Sie?

PATIENT

Ich rauche etwa zehn Zigaretten am Tag. Alkohol trinke ich selten, mal ein Bier am Wochenende.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU
Was machen Sie beruflich?

PATIENT
Ich arbeite im Lager und hebe den ganzen Tag schwere Kisten. Der Rücken wird stark beansprucht.

DU
Wie sieht Ihre familiäre und häusliche Situation aus?

PATIENT
Ich bin verheiratet, habe zwei Kinder und wohne in einem Haus. Zurzeit kann ich wegen der Schmerzen kaum arbeiten.

8 Wenn der Patient selbst fragt

PATIENT
Herr Doktor, muss ich jetzt sofort operiert werden?

DU
Ich verstehe, dass Sie sich Sorgen machen. Das kann ich Ihnen jetzt noch nicht sagen. Zuerst untersuche ich Sie gründlich, vor allem Kraft, Gefühl und Reflexe in Ihrem Bein. Danach besprechen wir die Ergebnisse gemeinsam und in Ruhe.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 6

Patient	Herr Thomas Vogel, 45 J.
Vorstellungsgrund	lumbale Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins re. Bein seit 4 Tagen
Beginn	akut beim Heben einer schweren Kiste

Ausstrahlung	Gesäß → dorsaler Oberschenkel → Wade → lateraler Fußrand re.
Charakter / Intensität	scharf, elektrisierend, teils brennend; NRS 8/10 beim Einschießen
Verstärkung	langes Sitzen, Vornüberbeugen, Husten und Niesen (Husten- und Pressschmerz)
Neurologie (anamnestisch)	Hypästhesie und Parästhesien lateraler Fußrand und Fußsohle re.; Zehenstand re. erschwert
Warnzeichen	Blasen- und Mastdarmfunktion intakt; keine Reithosenanästhesie; keine B-Symptomatik
Vorerkrankungen	rezidivierende Lumbago, jeweils nach wenigen Tagen selbstlimitierend; sonst keine
Medikamente	Ibuprofen (Selbstmedikation) seit 3 Tagen; sonst keine
Allergien	keine bekannt
Noxen	Nikotin ca. 10 Zig./d; Alkohol selten (Bier am Wochenende)
Sozialanamnese	Lagerarbeiter (schweres Heben); verheiratet, 2 Kinder, wohnt im Haus; derzeit kaum arbeitsfähig

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben des Patienten wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Herrn Thomas Vogel, 45 Jahre, der sich heute in unserer Sprechstunde vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Lumbaler Bandscheibenvorfall L5/S1 rechts mit Radikulopathie S1

Differenzialdiagnosen

- Unspezifischer Kreuzschmerz / muskuläre Lumbago
- Spinalkanalstenose mit Claudicatio spinalis
- Pseudoradikuläre Beschwerden bei ISG-Syndrom oder Piriformis-Syndrom
- Spezifische Ursache (z. B. Spondylodiszitis, ossäre Metastase oder Fraktur)

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass die Rückenschmerzen seit vier Tagen bestünden und akut beim Heben aufgetreten seien. Der Patient, von Beruf Lagerarbeiter und körperlich schwer tätig, gab an, die Schmerzen strahlten über das Gesäß und die Rückseite des rechten Beins bis in den äußeren Fußrand aus. Er beschrieb sie als scharf und elektrisierend, gab die Stärke mit acht von zehn an und berichtete, sie verstärkten sich beim Sitzen, beim Vornüberbeugen und beim Husten. Weiterhin gab er an, der äußere Fußrand sei hypästhetisch und der Zehenstand falle ihm rechts schwerer. Angaben zu Störungen von Blase und Mastdarm, zu einer Hypästhesie im Reithosenbereich sowie zu Fieber, Nachtschweiß und Gewichtsverlust wurden verneint. Er habe sich selbst mit Ibuprofen behandelt. Vorerkrankungen und Allergien seien nicht bekannt; er rauche.

Geplante Diagnostik

- Gezielte Anamnese mit Erfassung von Warnzeichen (red flags) und Kauda-Symptomatik
- Klinisch-neurologische Untersuchung mit Kraftgrad, Reflexen (ASR), Sensibilität und Lasègue-Zeichen
- Prüfung von Zehen- und Fersenstand zur Höhenlokalisation der betroffenen Wurzel
- Bei anhaltenden Beschwerden über mehrere Wochen oder relevantem neurologischem Defizit MRT der Lendenwirbelsäule
- Bei Hinweis auf spezifische Ursache ergänzend Labor (Entzündungswerte) und ggf. weitere Bildgebung

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom (lumbaler Schmerz mit radikulärer Ausstrahlung ins rechte Bein)
- Auslöser und Dauer (Heben, seit vier Tagen)
- Schmerzcharakter und Intensität
- Verstärkung durch Husten/Pressen und Sitzen
- sensomotorisches Defizit (Hypästhesie, Zehenstandschwäche)
- Ausschluss von Kauda-Warnzeichen (Blase/Mastdarm, Reithosenanästhesie)
- Ausschluss von B-Symptomatik / red flags
- Selbstmedikation und Noxen

3 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Herrn Vogel vorstellen, einen 45-jährigen Lagerarbeiter mit seit vier Tagen bestehenden, beim Heben akut aufgetretenen lumbalen Rückenschmerzen mit radikulärer Ausstrahlung in das rechte Bein bis zum lateralen Fußrand. Er berichtet über einen Husten- und Pressschmerz, ein Taubheitsgefühl am lateralen Fußrand sowie einen erschwerten Zehenstand rechts als Hinweis auf eine Fußsenkerschwäche. Kauda-Warnzeichen und B-Symptomatik bestehen nicht. Meine Verdachtsdiagnose ist ein lumbaler Bandscheibenvorfall in Höhe L5/S1 mit Radikulopathie der Wurzel S1 rechts.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Welche Warnzeichen fragen Sie bei Rückenschmerzen immer ab?

Ein Kaudasyndrom mit Reithosenanästhesie und Blasen- oder Mastdarmstörung, eine akut aufgetretene oder rasch fortschreitende hochgradige Parese sowie Hinweise auf eine spezifische Ursache wie Fieber, ungewollter Gewichtsverlust, Tumoranamnese oder ein adäquates Trauma.

Welche Nervenwurzel ist hier betroffen, und woran erkennen Sie das klinisch?

Am ehesten die Wurzel S1. Dafür sprechen die Schmerzausstrahlung über die dorsale Beinseite bis zum lateralen Fußrand, die Hypästhesie in diesem Areal, eine Schwäche der Fußsenker mit erschwertem Zehenstand sowie ein abgeschwächter oder fehlender Achillessehnenreflex.

4 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 6 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz des Patienten – wie heißt es im Arztbrief?

„einen stechenden Schmerz im Kreuz“ **akute Lumbalgie**	„zieht wie ein Blitz über die Pobacke und die Rückseite des Oberschenkels“ **radikuläre Ausstrahlung**	„taub und kribbelig“ **Hypästhesie und Parästhesien**
„beim Husten oder Niesen schießt es richtig ein“ **Husten- und Pressschmerz**	„auf den Zehenspitzen zu stehen fällt mir rechts schwerer als links“ **Fußsenkerschwäche**	„Hexenschuss“ **akute Lumbago**

Vom Fachbegriff zur Erklärung für den Patienten

Fachbegriff	So erklärst du es
Radikulopathie	eine Reizung oder Schädigung einer Nervenwurzel, die Schmerzen und Ausfälle im zugehörigen Bein verursacht
Lumboischialgie	Kreuzschmerzen, die entlang des Ischiasnervs ins Bein ausstrahlen
Hypästhesie	ein vermindertes Gefühl bzw. Taubheitsgefühl in einem Hautbereich
Kaudasyndrom	ein Notfall durch Druck auf die Nervenbündel am Ende des Rückenmarks mit Taubheit im Reitbereich und Blasenstörung

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Michaelbladon (englischsprachige Wikipedia) (Wikimedia Commons) · Gemeinfrei (Public Domain) · Quelle

FSP-Übungsfall Halsschmerzen und Fieber: Angina tonsillaris

Fall 7 von 35 | Sprechstunde | Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde | leicht | ca. 15 Min.

Eine 22-jährige Studentin stellt sich vor, weil sie seit zwei Tagen sehr starke Halsschmerzen hat, kaum noch schlucken kann und Fieber bekommen hat.

Von Dr. Pascal Bafteh · Stand 22.10.2026 · Fall 7 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 Anamnesegespräch: Du bist dran
Du führst das Gespräch · 14 Antworten zum Aufdecken

LH

Frau Lena Hofmann

22 Jahre · Sprechstunde

LEITSYMPTOM
Starke Halsschmerzen mit Schluckbeschwerden und Fieber

FACHGEBIET
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

SCHWIERIGKEIT
leicht

LEBENSSITUATION
Jurastudentin; lebt in einer Wohngemeinschaft mit zwei Studentinnen

Eine 22-jährige Studentin stellt sich vor, weil sie seit zwei Tagen sehr starke Halsschmerzen hat, kaum noch schlucken kann und Fieber bekommen hat. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:
Du bist Ärztin/Arzt in der Sprechstunde. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen!

Und denk dran, dass du mit der Patientin **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt die Patientin mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Frau Hofmann. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENTIN · EINSTIEGSSATZ

„Seit vorgestern habe ich furchtbare Halsschmerzen. Das Schlucken tut so weh, dass ich kaum noch etwas essen oder trinken kann, und gestern Abend hatte ich hohes Fieber."

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Wo genau sitzen die Schmerzen, und strahlen sie irgendwohin aus?

PATIENTIN

Der Schmerz sitzt tief im Rachen auf beiden Seiten und zieht beim Schlucken bis in die Ohren.

DU

Wie hoch war das Fieber, und haben Sie es gemessen?

PATIENTIN

Gestern Abend hatte ich 39,2 Grad gemessen. Dazu hatte ich Schüttelfrost und habe stark geschwitzt.

DU

Haben Sie Husten, Schnupfen oder Heiserkeit bemerkt?

PATIENTIN

Nein, Husten und Schnupfen habe ich gar nicht. Die Stimme klingt nur etwas belegt.

DU

Bekommen Sie gut Luft?

PATIENTIN

Luft bekomme ich gut. Es fühlt sich nur eng und wund an, wenn ich schlucke.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie sind Appetit, Schlaf und Ihr allgemeines Befinden?

PATIENTIN

Der Appetit ist weg, weil das Schlucken so weh tut. Ich fühle mich schlapp und müde und liege eigentlich nur im Bett.

DU

Können Sie genug trinken?

PATIENTIN

Trinken fällt mir auch schwer, aber ein bisschen Tee bekomme ich in kleinen Schlucken herunter.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

PATIENTIN

Ich bin eigentlich gesund. Als Kind hatte ich öfter Mandelentzündungen, in den letzten Jahren aber kaum noch.

DU

Wurden Sie schon einmal operiert — zum Beispiel an den Mandeln?

PATIENTIN

Nein, meine Mandeln sind noch da.

4 Medikamente

DU

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, und haben Sie schon etwas dagegen genommen?

PATIENTIN

Ich nehme die Antibabypille. Gegen die Schmerzen und das Fieber habe ich gestern Paracetamol genommen, das hat kurz geholfen.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENTIN

Ja, auf Penicillin habe ich als Kind einmal einen Ausschlag bekommen, das hat mir meine Mutter erzählt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie, und wie ist es mit Alkohol?

PATIENTIN

Ich rauche gelegentlich auf Partys, sonst nicht. Alkohol trinke ich nur selten.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU
Hat jemand in Ihrem Umfeld ähnliche Beschwerden?

PATIENTIN
Ja, meine Mitbewohnerin hatte letzte Woche auch Halsschmerzen und Fieber.

DU
Was machen Sie beruflich, und wie wohnen Sie?

PATIENTIN
Ich studiere Jura und wohne in einer Wohngemeinschaft mit zwei anderen Studentinnen.

8 Wenn die Patientin selbst fragt

PATIENTIN
Frau Doktor, ist das ansteckend? Ich wohne ja mit anderen zusammen.

DU
Ja, eine solche Mandelentzündung kann durch Tröpfchen beim Husten oder Sprechen übertragen werden. Wie Sie Ihre Mitbewohnerinnen am besten schützen, bespreche ich gleich nach der Untersuchung mit Ihnen.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Inspektion

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Rachenbefund bei Angina tonsillaris: beidseits gerötete, geschwollene Gaumenmandeln mit weißlich-gelben Belägen (Stippchen) auf den Tonsillen.

Bild: Michaelbladon (englischsprachige Wikipedia) (Wikimedia Commons) · Gemeinfrei (Public Domain) · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den

Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 7

Patientin	Frau Lena Hofmann, 22 J.
Vorstellungsgrund	starke Halsschmerzen mit Odynophagie und Fieber seit 2 Tagen
Lokalisation / Ausstrahlung	tief im Rachen beidseits; beim Schlucken Ausstrahlung in beide Ohren
Fieber	39,2 °C (gestern Abend), Schüttelfrost, starkes Schwitzen
Begleitsymptome	Engegefühl und Wundgefühl beim Schlucken; Stimme belegt; kein Husten, keine Rhinorrhoe; keine Dyspnoe
Vegetative Anamnese	Inappetenz, Abgeschlagenheit, Müdigkeit (überwiegend bettlägerig); Trinken erschwert (kleine Schlucke möglich)
Vorerkrankungen	rezidivierende Tonsillitiden in der Kindheit, in den letzten Jahren kaum noch; Tonsillen in situ
Medikamente	orales Kontrazeptivum; gestern Paracetamol (Selbstmedikation), kurz wirksam
Allergien	Penicillin (Exanthem in der Kindheit, Angabe der Mutter)
Noxen	Nikotin gelegentlich (auf Partys); Alkohol selten
Umfeld / Kontakte	Mitbewohnerin vergangene Woche mit Halsschmerzen und Fieber
Sozialanamnese	Jurastudentin; lebt in einer Wohngemeinschaft mit zwei Studentinnen

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde

liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben der Patientin wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Frau Lena Hofmann, 22 Jahre, die sich heute in unserer Sprechstunde vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Akute Angina tonsillaris, am ehesten Streptokokken-Tonsillitis (Streptococcus pyogenes)

Differenzialdiagnosen

- Infektiöse Mononukleose (Epstein-Barr-Virus)
- Virale Pharyngitis
- Peritonsillarabszess
- Seitenstrangangina oder Diphtherie (selten)

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass die beidseitigen Halsschmerzen seit zwei Tagen bestünden und ausgeprägt seien. Die Patientin gab an, das Schlucken sei schmerzhaft und die Schmerzen strahlten dabei in die Ohren aus. Begleitend berichtete sie über Fieber bis 39,2 Grad Celsius mit Schüttelfrost und ein deutliches Krankheitsgefühl. Angaben zu Husten und Rhinorrhoe wurden verneint, die Stimme sei etwas belegt, Atemnot bestehe nicht. Weiterhin gab sie an, Kontakt zu einer erkrankten Mitbewohnerin gehabt zu haben. An Vorerkrankungen seien rezidivierende Tonsillitiden in der Kindheit bekannt, eine Tonsillektomie sei nicht erfolgt. Als Dauermedikation nehme sie ein orales Kontrazeptivum ein. Es bestehe eine Penicillinallergie, die sich in der Kindheit als Exanthem gezeigt habe.

Geplante Diagnostik

- Inspektion des Rachens (gerötete, geschwollene Tonsillen mit Stippchen/Belägen) und Palpation der Halslymphknoten
- Erhebung des Centor- bzw. McIsaac-Scores

- Streptokokken-A-Schnelltest, bei Bedarf Rachenabstrich mit Kultur
- Bei Verdacht auf Mononukleose: Blutbild mit Differenzialblutbild und EBV-Serologie
- Laborkontrolle (CRP, Blutbild) bei schwerem Verlauf

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom mit Odynophagie und Otalgie
- Dauer der Beschwerden
- Fieberhöhe mit Schüttelfrost
- Fehlen von Husten/Schnupfen (Centor-Kriterien)
- Infektkontakt / Sozialanamnese
- Dauermedikation (orales Kontrazeptivum)
- Allergien (Penicillinallergie)

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Frau Hofmann vorstellen, eine 22-jährige Patientin, die sich mit seit zwei Tagen bestehenden, starken beidseitigen Halsschmerzen mit schmerzhaftem Schlucken und in die Ohren ausstrahlenden Schmerzen vorgestellt hat. Sie hat hohes Fieber bis 39,2 Grad mit Schüttelfrost und ein deutliches Krankheitsgefühl, jedoch keinen Husten und keinen Schnupfen. Bei Infektkontakt und fehlenden Erkältungszeichen ist meine*

> *Verdachtsdiagnose eine akute Angina tonsillaris, am ehesten bakterieller Genese durch A-Streptokokken.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Wie unterscheiden Sie klinisch eine bakterielle von einer viralen Tonsillitis?

Ich verwende den Centor- oder McIsaac-Score. Für eine bakterielle Genese sprechen Fieber über 38 Grad, fehlender Husten, druckschmerzhafte vordere Halslymphknoten und Tonsillenbeläge. Bei niedrigem Score ist eine virale Ursache wahrscheinlicher.

Welche Komplikationen der Streptokokken-Angina müssen Sie im Blick behalten?

Lokal einen Peritonsillarabszess, außerdem als Folgeerkrankungen ein rheumatisches Fieber und eine Poststreptokokken-Glomerulonephritis.

5 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 7 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz der Patientin – wie heißt es im Arztbrief?

„das Schlucken tut so weh“ **Odynophagie**	„zieht beim Schlucken bis in die Ohren“ **Otalgie**	„die Stimme klingt nur etwas belegt“ **belegte Stimme**
„als Kind hatte ich öfter Mandelentzündungen“ **rezidivierende Tonsillitiden**	„die Antibabypille“ **orales Kontrazeptivum**	„auf Penicillin habe ich als Kind einmal einen Ausschlag bekommen“ **anamnestische Penicillinallergie (Exanthem)**

„meine Mandeln sind noch da“
Tonsillen in situ

Vom Fachbegriff zur Erklärung für die Patientin

Fachbegriff	So erklärst du es
Tonsillitis	eine Entzündung der Gaumenmandeln, umgangssprachlich Mandelentzündung
Odynophagie	Schmerzen beim Schlucken
Foetor ex ore	schlechter Geruch aus dem Mund, Mundgeruch
Peritonsillarabszess	eine Eiteransammlung neben der Mandel, die sich als Komplikation einer Mandelentzündung bilden kann

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Ed Uthman from Houston, TX, USA (Wikimedia Commons) · CC BY 2.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Müdigkeit und Blässe: Eisenmangelanämie

Fall 8 von 35 | Sprechstunde | Innere Medizin / Hämatologie | leicht | ca. 15 Min.

Eine 39-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit einigen Monaten zunehmend müde und blass ist, bei Belastung schnell außer Atem kommt und sich ständig erschöpft fühlt.

Von **Dr. Pascal Bafteh** · Stand 22.10.2026 · Fall 8 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 16 Antworten zum Aufdecken

AY

Frau Aylin Yıldız

39 Jahre · Sprechstunde

LEITSYMPTOM
Zunehmende Müdigkeit, Blässe und Belastungsluftnot

FACHGEBIET
Innere Medizin / Hämatologie

SCHWIERIGKEIT
leicht

LEBENSSITUATION
Erzieherin; verheiratet, 2 Kinder

Eine 39-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit einigen Monaten zunehmend müde und blass ist, bei Belastung schnell außer Atem kommt und sich ständig erschöpft fühlt. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:
Du bist Ärztin/Arzt in der Sprechstunde. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen!

Und denk dran, dass du mit der Patientin **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt die Patientin mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Frau Yıldız. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENTIN · EINSTIEGSSATZ

„Ich bin seit ein paar Monaten ständig müde und kraftlos. Schon wenn ich die Treppe hochgehe, komme ich außer Atem und mein Herz klopft. Meine Kolleginnen sagen, ich sähe blass aus.“

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Seit wann bestehen die Müdigkeit und die Luftnot, und wie haben sie sich entwickelt?

PATIENTIN

Seit etwa drei bis vier Monaten, und es ist langsam immer schlimmer geworden. Am Anfang dachte ich, ich hätte nur zu wenig geschlafen.

DU

Haben Sie neben der Luftnot auch Herzklopfen, Schwindel oder Kopfschmerzen?

PATIENTIN

Ja, mein Herz klopft schnell, mir wird beim Aufstehen manchmal schwindelig, und ich habe öfter Kopfschmerzen.

DU

Ist Ihnen an Haaren und Nägeln etwas aufgefallen?

PATIENTIN

Meine Nägel sind brüchig geworden, die Haare fallen mehr aus, und ich habe manchmal eingerissene Mundwinkel.

DU

Haben Sie manchmal ungewöhnliche Gelüste?

PATIENTIN

Ja, das ist mir peinlich, aber ich kaue in letzter Zeit ständig Eiswürfel, das kann ich gar nicht erklären.

2 Gynäkologische und Blutungsanamnese

DU
Wie ist Ihre Monatsblutung?

PATIENTIN
Meine Regel ist sehr stark und dauert oft sieben Tage. Ich muss die Binden sehr häufig wechseln und habe manchmal Klumpen.

DU
Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt oder schwarzen Stuhlgang?

PATIENTIN
Nein, das ist mir nicht aufgefallen. Der Stuhlgang war normal.

DU
Waren Sie schon einmal schwanger, und wie viele Geburten hatten Sie?

PATIENTIN
Ich habe zwei Kinder, die Geburten sind sechs und vier Jahre her.

3 Ernährungsanamnese

DU
Wie ernähren Sie sich, und essen Sie oft Fleisch?

PATIENTIN
Ich esse seit etwa zwei Jahren kein Fleisch mehr, hauptsächlich Gemüse, Nudeln und Reis. Auf Eisen habe ich dabei ehrlich gesagt nicht geachtet.

4 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

PATIENTIN

Nein, eigentlich nicht. Ich hatte nur früher manchmal Magenbeschwerden, aber nichts Diagnostiziertes.

DU

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Blutarmut festgestellt?

PATIENTIN

Bei einer Schwangerschaft hieß es einmal, mein Blutwert sei etwas niedrig, aber danach habe ich mich nicht mehr darum gekümmert.

5 Medikamente

DU

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

PATIENTIN

Nein, regelmäßig nichts. Gegen die Regelschmerzen nehme ich ab und zu Ibuprofen.

6 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

PATIENTIN

Nein, mir ist nichts bekannt.

7 Noxen

DU
Rauchen Sie oder trinken Sie Alkohol?

PATIENTIN
Nein, ich rauche nicht und trinke keinen Alkohol.

8 Familien- und Sozialanamnese

DU
Gibt es in Ihrer Familie Bluterkrankungen oder Blutarmut?

PATIENTIN
Meine Schwester hat auch oft mit niedrigen Eisenwerten zu tun, sonst ist mir nichts bekannt.

DU
Was machen Sie beruflich und wie ist Ihre familiäre Situation?

PATIENTIN
Ich arbeite als Erzieherin, bin verheiratet und habe zwei Kinder. Der Alltag ist recht anstrengend.

9 Wenn die Patientin selbst fragt

PATIENTIN
Frau Doktor, ist das etwas Ernstes? Ich bin so oft erschöpft, dass ich mir Sorgen mache.

DU
Ich verstehe Ihre Sorge gut. Ihre Beschwerden könnten zu einer Blutarmut passen, zum Beispiel durch Eisenmangel. Wichtig ist, dass wir die Ursache finden – auch weil Ihre Monatsblutung sehr stark ist. Dazu machen wir einige Untersuchungen und besprechen die Ergebnisse dann gemeinsam.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Blutausstrich

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Blutausstrich: kleine, blasse (hypochrome, mikrozytäre) Erythrozyten mit erweiterter zentraler Aufhellung, einzelne Stiftzellen

Bild: Ed Uthman from Houston, TX, USA, „Iron-deficiency Anemia, Peripheral Blood Smear (4422704616)“ (Wikimedia Commons) · CC BY 2.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 8

Patientin	Frau Aylin Yıldız, 39 J.
Vorstellungsgrund	Müdigkeit, Leistungsminderung und Belastungsdyspnoe seit 3–4 Monaten
Verlauf	schleichend progredient
Begleitsymptome	Palpitationen, Schwindel beim Aufstehen, Kopfschmerzen; Blässe (fremdanamnestisch)
Haut / Haare / Nägel	brüchige Nägel, vermehrter Haarausfall, Mundwinkelrhagaden
Auffälliges Essverhalten	Pagophagie (ständiges Kauen von Eiswürfeln)
Gynäkologische Anamnese	Hypermenorrhoe, Menstruation ca. 7 Tage mit Koageln; 2 Geburten (vor 6 und 4 J.)
Blutungsanamnese	kein Blut im Stuhl, kein schwarzer Stuhl
Ernährung	seit ca. 2 J. fleischlos (v. a. Gemüse, Nudeln, Reis)
Vorerkrankungen	keine bekannt; früher unklare Magenbeschwerden; in einer Schwangerschaft erniedrigter Hb-Wert
Medikamente	keine Dauermedikation; gelegentlich Ibuprofen bei Regelschmerzen
Allergien	keine bekannt
Noxen	Nichtraucherin; kein Alkohol
Familienanamnese	Schwester mit niedrigen Eisenwerten
Sozialanamnese	Erzieherin; verheiratet, 2 Kinder

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben der Patientin wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Frau Aylin Yıldız, 39 Jahre, die sich heute in unserer Sprechstunde vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Eisenmangelanämie, am ehesten durch chronischen Blutverlust bei Hypermenorrhoe und verminderte alimentäre Eisenzufuhr

Differenzialdiagnosen

- Anämie bei chronischer Erkrankung (Entzündungsanämie)
- Vitamin-B12- oder Folsäuremangelanämie
- Thalassämie oder andere Hämoglobinopathie
- Gastrointestinaler Blutverlust (z. B. Ulkus, Malignom) oder Malabsorption (z. B. Zöliakie)

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass die Beschwerden seit etwa drei bis vier Monaten bestünden und langsam zugenommen hätten. Die Patientin gab an, unter ausgeprägter Fatigue, Belastungsdyspnoe, Palpitationen, Schwindel und Kopfschmerzen zu leiden; ihren Kolleginnen sei eine Blässe aufgefallen. Weiterhin berichtete sie über brüchige Nägel, vermehrten Haarausfall und eingerissene Mundwinkel sowie über einen auffälligen Drang, Eis zu kauen. Sie gab an, die Monatsblutung sei seit Längerem verlängert und verstärkt. Ergänzend berichtete sie, sich seit etwa zwei Jahren fleischlos und damit eisenarm zu ernähren. Angaben zu Blutabgängen über den Magen-Darm-Trakt wurden verneint. Vorerkrankungen seien nicht bekannt; in einer früheren

Schwangerschaft sei ein grenzwertig niedriger Hämoglobinwert aufgefallen. An Medikamenten nehme sie gelegentlich Ibuprofen bei Regelschmerzen ein. Allergien bestünden nicht, ein Nikotin- oder Alkoholkonsum wurde verneint. In der Familienanamnese sei ein Eisenmangel bekannt.

Geplante Diagnostik

- Blutbild mit Erythrozytenindizes (MCV, MCH) und Retikulozyten; peripherer Ausstrich (Mikrozytose, Hypochromie)
- Eisenstoffwechsel: Ferritin, Transferrin, Transferrinsättigung, ggf. löslicher Transferrinrezeptor
- Entzündungsparameter (CRP) zur Abgrenzung der Entzündungsanämie
- Gynäkologische Abklärung der Hypermenorrhoe
- Bei fehlender gynäkologischer Ursache oder Alarmzeichen: gastrointestinale Abklärung (Gastro-/Koloskopie, Test auf okkultes Blut)

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom (Anämiesymptomatik: Fatigue, Belastungsdyspnoe, Blässe)
- Dauer und schleichender Verlauf
- Sideropenie-Zeichen (brüchige Nägel, Mundwinkelrhagaden, Pica/Pagophagie)
- Blutungsquelle: Hypermenorrhoe
- Ausschluss einer gastrointestinalen Blutung (Anamnese)
- eisenarme, fleischlose Ernährung
- frühere grenzwertige Anämie
- Medikation (NSAR), Allergien und Noxen

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Frau Yıldız vorstellen, eine 39-jährige Patientin, die sich mit einer seit drei bis vier Monaten schleichend zunehmenden Symptomatik aus ausgeprägter Fatigue, Belastungsdyspnoe, Palpitationen und Blässe vorgestellt hat. Begleitend bestehen brüchige Nägel, Mundwinkelrhagaden und eine Pagophagie. Bei gleichzeitig deutlicher Hypermenorrhoe und eisenarmer Ernährung ist meine Verdachtsdiagnose eine Eisenmangelanämie."*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Welche Laborkonstellation erwarten Sie bei einer Eisenmangelanämie?

Typisch sind eine mikrozytäre, hypochrome Anämie mit erniedrigtem MCV und MCH, ein niedriges Ferritin als bester Marker der Speicher, ein erniedrigtes Serumeisen mit erniedrigter Transferrinsättigung sowie ein erhöhtes Transferrin. Das Ferritin kann bei begleitender Entzündung falsch normal sein.

Warum suchen Sie nach der Ursache des Eisenmangels?

Der Eisenmangel ist ein Symptom, nicht die Grunderkrankung. Hier ist die starke Monatsblutung die wahrscheinlichste Quelle; eine ernste Ursache wie eine Blutung im Magen-Darm-Trakt darf man aber nicht übersehen.

5 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 7 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz der Patientin – wie heißt es im Arztbrief?

„ständig müde und kraftlos“
Fatigue, Abgeschlagenheit

„wenn ich die Treppe hochgehe, komme ich außer Atem“
Belastungsdyspnoe

„mein Herz klopft schnell“
Palpitationen

„eingerissene Mundwinkel“
Mundwinkelrhagaden

„ich kaue in letzter Zeit ständig Eiswürfel“
Pagophagie (Form der Pica)

„meine Regel ist sehr stark“
Hypermenorrhoe

„ich sähe blass aus“
Blässe

Vom Fachbegriff zur Erklärung für die Patientin

Fachbegriff	So erklärst du es
mikrozytäre hypochrome Anämie	eine Blutarmut mit besonders kleinen und blassen roten Blutkörperchen, typisch für Eisenmangel
Ferritin	der Speicherwert für Eisen im Körper — ein niedriger Wert zeigt leere Eisenspeicher an
Hypermenorrhoe	eine zu starke Monatsblutung, bei der ungewöhnlich viel Blut verloren geht
Mundwinkelrhagaden	schmerzhafte kleine Einrisse in den Mundwinkeln, die bei Eisenmangel auftreten können

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Eisenmangelanämie

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe

einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Nevit Dilmen (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 3.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Sturz auf die Hand: Distale Radiusfraktur

Fall 9 von 35 | Notaufnahme | Unfallchirurgie/Orthopädie | leicht | ca. 15 Min.

Eine 68-jährige Patientin kommt in die Notaufnahme, nachdem sie auf einer nassen Treppenstufe gestürzt ist und sich mit der ausgestreckten rechten Hand abgefangen hat; das rechte Handgelenk ist nun stark geschwollen und schmerzhaft.

Von **Dr. Pascal Bafteh** · Stand 22.10.2026 · Fall 9 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 15 Antworten zum Aufdecken

IS

Frau Ingrid Steinbach

68 Jahre · Notaufnahme

LEITSYMPTOM
Schmerzhaft geschwollenes, fehlgestelltes Handgelenk nach Sturz

FACHGEBIET
Unfallchirurgie/Orthopädie

SCHWIERIGKEIT
leicht

LEBENSSITUATION
lebt allein, 3. OG ohne Aufzug; Tochter wohnt in der Nähe; Rechtshänderin

Eine 68-jährige Patientin kommt in die Notaufnahme, nachdem sie auf einer nassen Treppenstufe gestürzt ist und sich mit der ausgestreckten rechten Hand abgefangen hat; das rechte Handgelenk ist nun stark geschwollen und schmerzhaft. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:

Du bist Ärztin/Arzt in der Notaufnahme. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit der Patientin **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt die Patientin mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Frau Steinbach. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENTIN · EINSTIEGSSATZ

„Ich bin vorhin auf der nassen Treppe ausgerutscht und habe mich mit der rechten Hand abgefangen. Seitdem tut mein Handgelenk sehr weh, es ist ganz dick geworden und sieht irgendwie verbogen aus.“

1 Unfallhergang und aktuelle Beschwerden

DU

Können Sie mir genau schildern, wie der Sturz passiert ist?

PATIENTIN

Ich bin die Kellertreppe hinuntergegangen, eine Stufe war nass, ich bin ausgerutscht und nach vorne gefallen. Reflexartig habe ich die rechte Hand ausgestreckt und mich darauf abgestützt.

DU

Wie genau sind Sie aufgekommen — auf die Handfläche oder den Handrücken?

PATIENTIN

Auf die rechte Hand, auf die offene Handfläche, das ganze Gewicht kam auf das Handgelenk.

DU

Haben Sie den Kopf angeschlagen oder das Bewusstsein verloren?

PATIENTIN

Nein, ich bin nicht mit dem Kopf aufgeschlagen und war die ganze Zeit wach.

DU

Können Sie die Finger noch bewegen, und wie stark sind die Schmerzen?

PATIENTIN

Die Finger kann ich leicht bewegen, aber jede Bewegung im Handgelenk tut furchtbar weh, ich würde sagen eine Acht von zehn.

DU

Haben Sie ein Kribbeln, Taubheitsgefühl oder ist die Hand kalt geworden?

PATIENTIN

Ein leichtes Kribbeln in den ersten drei Fingern habe ich schon, aber kalt ist die Hand nicht, sie ist normal warm.

2 Begleitverletzungen

DU

Haben Sie sich außer am Handgelenk noch woanders verletzt oder wehgetan?

PATIENTIN

Das Knie ist etwas aufgeschürft und tut ein bisschen weh, aber das ist nicht schlimm. Sonst nichts.

DU

Haben Sie Schmerzen an Schulter, Ellenbogen oder Nacken?

PATIENTIN

Nein, der Arm und der Nacken sind in Ordnung, nur das Handgelenk.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

PATIENTIN

Ja, vor zwei Jahren wurde bei mir eine Osteoporose festgestellt. Und die Schilddrüse ist etwas unterfunktioniert.

DU

Sind Sie schon einmal gestürzt oder hatten Sie früher Knochenbrüche?

PATIENTIN

Gestürzt bin ich in letzter Zeit öfter, weil mir manchmal schwindelig wird. Gebrochen habe ich mir aber noch nie etwas.

4 Medikamente

DU

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein, und nehmen Sie Blutverdünner?

PATIENTIN

Ich nehme L-Thyroxin für die Schilddrüse und ein Kalzium-Vitamin-D-Präparat für die Knochen. Blutverdünner nehme ich keine.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENTIN

Gegen Penicillin bekomme ich einen Ausschlag. Sonst ist mir nichts bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie, und trinken Sie Alkohol?

PATIENTIN

Nein, ich rauche nicht und trinke höchstens zu Weihnachten mal ein Glas Sekt.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Wie wohnen Sie, und haben Sie zu Hause Unterstützung?

PATIENTIN

Ich wohne allein in einer Wohnung im dritten Stock ohne Aufzug. Meine Tochter wohnt in der Nähe und hilft mir, wenn nötig.

DU

Sind Sie Rechts- oder Linkshänderin?

PATIENTIN

Ich bin Rechtshänderin, deshalb macht mir das gerade besonders Sorge, weil ja die rechte Hand betroffen ist.

8 Wenn die Patientin selbst fragt

PATIENTIN

Frau Doktor, muss das operiert werden, oder reicht ein Gips?

DU

Das kann ich Ihnen erst nach dem Röntgenbild sicher sagen. Sobald ich die Aufnahmen gesehen habe, bespreche ich das Ergebnis und alle Möglichkeiten in Ruhe mit Ihnen.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Röntgen

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Röntgen des rechten Handgelenks dorsopalmar (Seitenmarker R): distale Radiusfraktur mit metaphysärer Stauchungszone; zusätzlich Abriss der Spitze des Processus styloideus ulnae.

Bild: Nevit Dilmen, „Medical X-Ray imaging IYW05 nevit“ (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 3.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den

Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 9

Patientin	Frau Ingrid Steinbach, 68 J.
Vorstellungsgrund	Schmerz, Schwellung und Fehlstellung am re. Handgelenk nach Sturz
Unfallhergang	auf nasser Kellertreppe ausgerutscht; Sturz nach vorn mit Abstützen auf die ausgestreckte re. Hand (Handfläche)
Kopfanprall / Bewusstlosigkeit	verneint
Schmerz	NRS 8/10 bei Bewegung im Handgelenk; Fingerbeweglichkeit erhalten
Durchblutung / Sensibilität (anamnestisch)	Parästhesien Dig. I–III re.; Hand warm
Begleitverletzungen	Schürfwunde am Knie; Schulter, Ellenbogen und Nacken beschwerdefrei
Vorerkrankungen	Osteoporose (seit 2 J. bekannt), Hypothyreose; wiederholte Stürze bei Schwindel; keine früheren Frakturen
Medikamente	L-Thyroxin, Kalzium-Vitamin-D-Präparat; keine Blutverdünner
Allergien	Penicillin (Exanthem)
Noxen	Nichtraucherin; Alkohol sehr selten
Sozialanamnese	lebt allein, 3. OG ohne Aufzug; Tochter wohnt in der Nähe; Rechtshänderin

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben der

Patientin wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Frau Ingrid Steinbach, 68 Jahre, die sich heute in unserer Notaufnahme vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Distale Radiusfraktur rechts (V. a. Extensionsfraktur nach Colles), a. e. osteoporotisch bedingt

Differenzialdiagnosen

- Handgelenksdistorsion oder Kontusion ohne Fraktur
- Skaphoidfraktur (Kahnbeinbruch)
- Distale Ulnafraktur oder Abriss des Processus styloideus ulnae
- Perilunäre Luxation oder karpale Bandverletzung

Anamnese

Die Patientin stellte sich notfallmäßig nach einem Sturz auf die ausgestreckte rechte Hand aus dem Stand vor. Sie gab an, das rechte Handgelenk sei stark geschwollen, sehe verbogen aus und schmerze bei jeder Bewegung; die Finger könne sie leicht bewegen. Weiterhin berichtete sie über ein Kribbeln in den Fingern eins bis drei; die Hand sei normal warm. Als weitere Verletzung gab sie eine Schürfwunde am Knie an. An Vorerkrankungen seien eine Osteoporose und eine behandelte Schilddrüsenunterfunktion bekannt; weiterhin berichtete sie über wiederkehrenden Schwindel und sei deswegen sturzgefährdet. An Dauermedikation nehme sie L-Thyroxin sowie Kalzium und Vitamin D ein; eine Blutverdünnung nehme sie nicht ein. Es bestehe eine Penicillinallergie.

Geplante Diagnostik

- Klinische Untersuchung mit Prüfung von Durchblutung, Motorik und Sensibilität (pDMS), besonders des N. medianus
- Röntgen des Handgelenks in zwei Ebenen (dorsopalmar und seitlich)

- Beurteilung der Frakturmorphologie: Dislokation, Gelenkbeteiligung, Radiusverkürzung, palmare/dorsale Abkippung
- Bei komplexer intraartikulärer Fraktur ergänzende Computertomographie
- Bei klinischem Verdacht auf Begleitverletzung Zusatzaufnahmen (z. B. Kahnbeinserie)

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Unfallmechanismus (Sturz auf die ausgestreckte Hand) und betroffene Seite
- Leitsymptome (Schwellung, sichtbare Fehlstellung, Bewegungsschmerz)
- periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität (pDMS), insbesondere N. medianus
- Begleitverletzungen
- relevante Vorerkrankungen (Osteoporose, Sturzursache/Schwindel)
- Dauermedikation und Frage nach Antikoagulation
- Allergien (Penicillinallergie)
- Händigkeit und soziale Situation (Versorgung zu Hause)

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Frau Steinbach vorstellen, eine 68-jährige Patientin, die nach einem Sturz auf die ausgestreckte rechte Hand vorstellig wurde. Sie berichtet über eine schmerzhafte Schwellung und sichtbare Fehlstellung des rechten Handgelenks sowie*

> *Parästhesien in den Fingern eins bis drei; die Hand sei warm. Bei bekannter Osteoporose ist meine Verdachtsdiagnose eine distale Radiusfraktur rechts.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Warum ist bei dieser Patientin die Sensibilitätsstörung im Medianusgebiet besonders wichtig?

Sie kann Ausdruck einer Kompression des Nervus medianus durch Schwellung und Fehlstellung sein, im Sinne eines akuten Karpaltunnelsyndroms. Deshalb dokumentiere ich den Befund genau und prüfe Durchblutung, Motorik und Sensibilität im Verlauf erneut.

Welche Differenzialdiagnosen bedenken Sie nach einem Sturz auf die ausgestreckte Hand?

Eine Distorsion oder Kontusion des Handgelenks ohne Fraktur, eine Skaphoidfraktur, eine distale Ulnafraktur bzw. einen Abriss des Processus styloideus ulnae sowie eine perilunäre Luxation oder karpale Bandverletzung.

5 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 7 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz der Patientin – wie heißt es im Arztbrief?

„sieht irgendwie verbogen aus“ **Fehlstellung**	„es ist ganz dick geworden“ **Schwellung**	„Kribbeln in den ersten drei Fingern“ **Parästhesien Dig. I–III (Medianusgebiet)**
„auf die offene Handfläche“ **Sturz auf die ausgestreckte Hand**	„die Schilddrüse ist etwas unterfunktioniert“ **Hypothyreose**	„das Knie ist etwas aufgeschürft“ **Schürfwunde (Exkoriation)**

„weil mir manchmal schwindelig wird“
rezidivierende Stürze bei Schwindel

Vom Fachbegriff zur Erklärung für die Patientin

Fachbegriff	So erklärst du es
distale Radiusfraktur	ein Bruch der Speiche nahe am Handgelenk
pDMS (Durchblutung, Motorik, Sensibilität)	die Prüfung, ob die Hand gut durchblutet ist, sich bewegen lässt und normal fühlt

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Evgenios Metaxas (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 3.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Anfallsartige Atemnot: Asthma bronchiale

Fall 10 von 35 | Sprechstunde | Pneumologie | mittel | ca. 15 Min.

Eine 27-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit einigen Wochen immer wieder anfallsartig schlecht Luft bekommt, dabei pfeifend atmet und nachts von Hustenanfällen geweckt wird.

Von **Dr. Pascal Bafteh** · Stand 22.10.2026 · Fall 10 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 17 Antworten zum Aufdecken

JH

Frau Jana Hartmann

27 Jahre · Sprechstunde

LEITSYMPTOM
Anfallsartige Atemnot mit Giemen

FACHGEBIET
Pneumologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
Friseurin (Exposition gegenüber Haarsprays und Färbemitteln); lebt mit Partner

Eine 27-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit einigen Wochen immer wieder anfallsartig schlecht Luft bekommt, dabei pfeifend atmet und nachts von Hustenanfällen geweckt wird. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:

Du bist Ärztin/Arzt in der Sprechstunde. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit der Patientin **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt die Patientin mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Frau Hartmann. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENTIN · EINSTIEGSSATZ

„Seit ein paar Wochen bekomme ich immer wieder plötzlich schlecht Luft. Beim Ausatmen pfeift es richtig in der Brust, und nachts wache ich manchmal von Hustenanfällen auf."

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Können Sie mir so einen Anfall genauer beschreiben?

PATIENTIN

Es kommt ziemlich plötzlich. Die Brust wird eng, ich bekomme schwer Luft, vor allem beim Ausatmen, und dann fange ich an zu pfeifen und zu husten. Nach einer Weile wird es wieder besser.

DU

Wie oft treten die Anfälle auf und wie lange dauern sie?

PATIENTIN

In letzter Zeit fast jeden zweiten Tag, und nachts werde ich ein paarmal pro Woche geweckt. Ein Anfall dauert vielleicht zwanzig Minuten bis eine halbe Stunde.

DU

Gibt es bestimmte Auslöser?

PATIENTIN

Ja, beim Joggen in der Kälte wird es schlimm. Und seit wir die Katze meiner Schwester bei uns haben, ist es deutlich häufiger geworden.

DU

Geht es Ihnen zwischen den Anfällen gut?

PATIENTIN

Ja, tagsüber, wenn ich ruhig bin, geht es meistens. Zwischendurch merke ich kaum etwas.

DU

Bringen Sie beim Husten Schleim hoch?

PATIENTIN

Nur ganz wenig, einen zähen, glasigen Schleim. Meistens ist es ein trockener Reizhusten.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie sind Appetit, Gewicht und Schlaf?

PATIENTIN

Appetit und Gewicht sind normal. Der Schlaf ist gestört, weil ich nachts oft vom Husten wach werde.

DU

Haben Sie Fieber, Herzrasen oder Brustschmerzen bemerkt?

PATIENTIN

Fieber nicht. Wenn die Luftnot kommt, schlägt mein Herz schon schneller, aber richtige Schmerzen habe ich keine.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen oder Allergien bekannt?

PATIENTIN

Ja, ich habe seit meiner Jugend Heuschnupfen im Frühling, und als Kind hatte ich Neurodermitis.

DU

Hatten Sie als Kind oft Bronchitis?

PATIENTIN

Als Kind hatte ich oft eine spastische Bronchitis, das ist mir jetzt wieder eingefallen. Später wurde es besser.

4 Medikamente

DU

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

PATIENTIN

Im Frühling nehme ich manchmal eine Allergietablette, sonst nichts Regelmäßiges. Die Antibabypille nehme ich.

DU

Haben Sie schon einmal ein Spray zum Inhalieren benutzt?

PATIENTIN

Nein, so ein Spray hatte ich noch nie.

5 Allergien

DU

Welche Allergien haben Sie?

PATIENTIN

Gegen Gräserpollen und offenbar auch gegen Katzen, wie ich jetzt merke. Medikamentenallergien habe ich keine.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie, oder raucht jemand in Ihrer Wohnung?

PATIENTIN

Ich selbst rauche nicht. Mein Freund raucht aber in der Wohnung, das stört mich schon.

DU

Wie sieht es mit Alkohol aus?

PATIENTIN

Nur gelegentlich am Wochenende ein Glas Wein.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie Asthma oder Allergien?

PATIENTIN

Meine Mutter hat Asthma und mein Bruder hat auch Heuschnupfen.

DU

Was machen Sie beruflich, und haben Sie dort mit Chemikalien zu tun?

PATIENTIN

Ich arbeite als Friseurin. Mit den Sprays und Haarfärbemitteln habe ich schon manchmal das Gefühl, dass mir die Luft wegbleibt.

8 Wenn die Patientin selbst fragt

PATIENTIN

Frau Doktor, habe ich jetzt für immer Asthma? Geht das nie wieder weg?

DU

Ich verstehe, dass Sie diese Frage sehr beschäftigt. Ob es wirklich Asthma ist, klären wir zuerst mit einer Lungenfunktionsprüfung und einem Allergietest. Danach besprechen wir die Ergebnisse gemeinsam und in Ruhe, und ich beantworte alle Ihre Fragen.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Spirometrie

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Fluss-Volumen-Kurven der Spirometrie, von links: gesunde Person, ungenügende Mitarbeit, Asthma bronchiale, COPD. Beim Asthma (dritte Kurve) sind Spitzenfluss und Volumen vermindert, der exspiratorische Schenkel ist nach innen durchgebogen – obstruktives Muster.

Bild: Evgenios Metaxas, „Spirometry“ (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 3.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 10

Patientin	Frau Jana Hartmann, 27 J.
Vorstellungsgrund	rezidivierende anfallsartige Dyspnoe mit pfeifender Exspiration seit einigen Wochen
Anfälle	plötzlicher Beginn; thorakales Engegefühl, erschwerte Exspiration, Giemen und Husten; Dauer ca. 20–30 min, spontan regredient
Frequenz	zuletzt fast jeden 2. Tag; nächtliches Erwachen durch Hustenanfälle mehrmals/Woche
Auslöser	körperliche Belastung in Kälte (Joggen); Katzenkontakt (Katze der Schwester im Haushalt); Haarsprays und Färbemittel am Arbeitsplatz
Husten / Auswurf	überwiegend trockener Reizhusten; wenig zähes, glasiges Sputum
Intervall	tagsüber in Ruhe weitgehend beschwerdefrei
Vegetative Anamnese	Appetit und Gewicht unauffällig; Schlafstörung durch nächtlichen Husten; kein Fieber; Herzrasen nur während der Anfälle; kein Thoraxschmerz
Vorerkrankungen	allergische Rhinitis (Pollinosis) seit der Jugend; atopische Dermatitis im Kindesalter; rezidivierende spastische Bronchitiden in der Kindheit
Medikamente	orales Kontrazeptivum; gelegentlich Antihistaminikum („Allergietablette“) im Frühjahr; bisher kein Inhalationsspray
Allergien	Gräserpollen, vermutlich Katzenhaare; keine Medikamentenallergie

Noxen	Nichtraucherin; Passivrauchexposition in der Wohnung (Partner); Alkohol gelegentlich am Wochenende (1 Glas Wein)
Familienanamnese	Mutter mit Asthma bronchiale; Bruder mit Pollinosis
Sozialanamnese	Friseurin (Exposition gegenüber Haarsprays und Färbemitteln); lebt mit Partner

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben der Patientin wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Frau Jana Hartmann, 27 Jahre, die sich heute in unserer Sprechstunde vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Allergisches Asthma bronchiale

Differenzialdiagnosen

- COPD (bei fehlendem Nikotinabusus und jungem Alter unwahrscheinlich)
- Vocal Cord Dysfunction (stimmbandbedingte Atemnot)
- Chronische Rhinosinusitis mit postnasalem Sekretfluss und Hustenreiz
- Kardial bedingte Dyspnoe

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass die anfallsartige Atemnot seit einigen Wochen bestehe. Die Patientin gab an, während der Anfälle trete ein exspiratorisches Giemen auf, dazu ein Engegefühl im Brustkorb und trockener Reizhusten mit wenig glasigem Auswurf.

Weiterhin berichtete sie, die Anfälle kämen reproduzierbar bei Anstrengung, bei Kälte und bei Kontakt mit Katzen. Sie gab an, mehrfach pro Woche nachts durch Husten zu erwachen, tagsüber jedoch beschwerdefrei zu sein. An Vorerkrankungen seien eine allergische Rhinitis (Pollinosis), eine atopische Dermatitis im Kindesalter und rezidivierende obstruktive Bronchitiden in der Kindheit bekannt. Die Familienanamnese sei positiv für Asthma und Atopie. Weiterhin erwähnte sie, zu Hause Passivrauch ausgesetzt zu sein und als Friseurin beruflich mit Reizstoffen umzugehen. Sie nehme ein orales Kontrazeptivum ein; regelmäßige Atemwegsmedikamente nehme sie nicht.

Geplante Diagnostik

- Anamnese und körperliche Untersuchung mit Auskultation (exspiratorisches Giemen)
- Lungenfunktionsprüfung (Spirometrie) zum Nachweis einer obstruktiven Ventilationsstörung
- Reversibilitätstest mit einem kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetikum (Bronchospasmolysetest)
- Bei unauffälliger Spirometrie: unspezifischer bronchialer Provokationstest (z. B. Metacholin)
- Messung des exhalierten Stickstoffmonoxids (FeNO) als Marker der eosinophilen Entzündung
- Allergiediagnostik: Prick-Test und spezifisches IgE, Bestimmung des Gesamt-IgE und der Eosinophilen

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom (anfallsartige Atemnot mit Giemen)
- Charakter und Dauer der Anfälle
- typische Auslöser (Anstrengung, Kälte, Allergene)

- nächtliche Symptomatik
- atopische Eigen- und Familienanamnese
- berufliche und häusliche Expositionen
- Dauermedikation
- Allergien

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Frau Hartmann vorstellen, eine 27-jährige Patientin, die sich mit seit einigen Wochen anfallsartig auftretender Atemnot, exspiratorischem Giemen und Thoraxenge vorgestellt hat. Die Beschwerden treten typischerweise bei Anstrengung, Kälte und Katzenkontakt auf, dazu besteht eine nächtliche Hustensymptomatik. Bei ausgeprägter atopischer Eigen- und Familienanamnese ist meine Verdachtsdiagnose ein allergisches Asthma bronchiale.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Wie sichern Sie die Diagnose Asthma bronchiale?

Mit der Lungenfunktionsprüfung: In der Spirometrie zeigt sich eine obstruktive Ventilationsstörung mit erniedrigtem Tiffeneau-Index, die sich im Bronchospasmolysetest deutlich bessert, also reversibel ist. Ist die Spirometrie im beschwerdefreien Intervall unauffällig, hilft ein unspezifischer bronchialer Provokationstest. Ein erhöhtes FeNO und eine Eosinophilie sprechen für eine eosinophile Entzündung; Prick-Test und spezifisches IgE klären die auslösenden Allergene.

Wie grenzen Sie das Asthma klinisch von einer COPD ab?

Asthma beginnt meist in jüngerem Alter, oft mit atopischer Eigen- und Familienanamnese. Die Beschwerden treten anfallsartig auf, häufig nachts, mit beschwerdefreien Intervallen, und die Obstruktion ist weitgehend reversibel. Die COPD betrifft meist ältere Raucherinnen und Raucher, verläuft chronisch progredient mit Belastungsdyspnoe und Husten mit Auswurf, und die Obstruktion bildet sich nach Bronchospasmolyse nicht vollständig zurück.

5 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 8 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz der Patientin – wie heißt es im Arztbrief?

„die Brust wird eng“ **thorakales Engegefühl**	„beim Ausatmen pfeift es richtig in der Brust“ **exspiratorisches Giemen**	„nachts wache ich manchmal von Hustenanfällen auf“ **nächtliche Hustenattacken**
„einen zähen, glasigen Schleim“ **zähes, glasiges Sputum**	„ein trockener Reizhusten“ **unproduktiver Husten**	„Heuschnupfen im Frühling“ **saisonale allergische Rhinitis (Pollinosis)**
„als Kind hatte ich Neurodermitis“ **atopische Dermatitis im Kindesalter**	„eine spastische Bronchitis“ **obstruktive Bronchitis**	

Vom Fachbegriff zur Erklärung für die Patientin

Fachbegriff	So erklärst du es
Asthma bronchiale	eine chronische Entzündung der Atemwege, die zu anfallsartiger Atemnot und Verengung der Bronchien führt
Giemen	ein pfeifendes Geräusch beim Ausatmen, das durch die verengten Atemwege entsteht
Spirometrie	eine Lungenfunktionsmessung, bei der man kräftig in ein Gerät pustet, um zu prüfen, wie gut die Luft strömt

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Asthma bronchiale

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: James Heilman, MD (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 3.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Schmerzen im rechten Oberbauch: Cholezystitis bei Gallensteinen

Fall 11 von 35 | Notaufnahme | Chirurgie / Gastroenterologie | mittel | ca. 15 Min.

Eine 45-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit dem gestrigen Abend starke, krampfartige Schmerzen im rechten Oberbauch hat, die nach einem fettreichen Essen begonnen haben.

Von **Dr. Pascal Bafteh** · Stand 22.10.2026 · Fall 11 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 15 Antworten zum Aufdecken

AP

Frau Andrea Petersen

45 Jahre · Notaufnahme

LEITSYMPTOM
Kolikartige Schmerzen im rechten Oberbauch

FACHGEBIET
Chirurgie / Gastroenterologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
Verkäuferin; 3 Kinder

Eine 45-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit dem gestrigen Abend starke, krampfartige Schmerzen im rechten Oberbauch hat, die nach einem fettreichen Essen begonnen haben. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:

Du bist Ärztin/Arzt in der Notaufnahme. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit der Patientin **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt die Patientin mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Frau Petersen. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENTIN · EINSTIEGSSATZ

„Seit gestern Abend habe ich heftige, krampfartige Schmerzen im rechten Oberbauch. Angefangen hat es kurz nachdem ich üppig und fettig gegessen hatte, und heute ist es nicht besser geworden."

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Können Sie mir die Schmerzen genauer beschreiben — wo genau sitzen sie und strahlen sie aus?

PATIENTIN

Sie sitzen rechts oben im Bauch, direkt unter den Rippen. Manchmal ziehen sie bis in die rechte Schulter und in den Rücken.

DU

Sind die Schmerzen dauerhaft, oder kommen sie in Wellen?

PATIENTIN

Am Anfang kamen sie in Wellen, wie Krämpfe. Seit heute Morgen sind sie eher dauerhaft und stärker geworden.

DU

Gab es einen Auslöser?

PATIENTIN

Ja, es fing an, nachdem ich abends Bratwurst mit viel Fett und dazu Sahnesoße gegessen hatte.

DU

Haben Sie Übelkeit, Erbrechen oder Fieber bemerkt?

PATIENTIN

Mir war sehr übel, ich habe zweimal erbrochen. Heute Morgen hatte ich außerdem Schüttelfrost und fühle mich fiebrig.

DU

Sind Ihre Augen oder Ihre Haut gelb geworden, oder ist der Urin dunkler?

PATIENTIN

Die Augen kommen mir heute etwas gelblich vor, und der Urin war heute dunkler als sonst.

2 Vegetative Anamnese

DU
Wie ist es mit Appetit und Stuhlgang?

PATIENTIN
Appetit habe ich keinen. Der Stuhl war heute Morgen auffällig hell, fast lehmfarben.

DU
Hatten Sie solche Schmerzen schon einmal?

PATIENTIN
Ja, in den letzten Monaten schon ein paarmal, aber nie so stark. Es ging bisher immer nach ein, zwei Stunden von allein weg.

3 Vorerkrankungen

DU
Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

PATIENTIN
Bei einem Ultraschall vor einem Jahr hat man mir gesagt, ich hätte Gallensteine, aber ich hatte ja kaum Beschwerden, deshalb ist nichts weiter passiert.

DU
Haben Sie noch andere Erkrankungen?

PATIENTIN
Ich habe etwas zu hohe Blutfette und bringe ein paar Kilo zu viel auf die Waage. Diabetes habe ich nicht.

4 Medikamente

DU

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

PATIENTIN

Ich nehme die Antibabypille und ab und zu ein Mittel gegen die hohen Blutfette.
Sonst nichts Regelmäßiges.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENTIN

Nein, mir ist keine Allergie bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie oder trinken Sie Alkohol?

PATIENTIN

Geraucht habe ich nie. Alkohol trinke ich selten, mal ein Glas Wein zum Essen.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie ähnliche Erkrankungen?

PATIENTIN

Ja, meine Mutter und meine Schwester wurden beide wegen Gallensteinen an der Gallenblase operiert.

DU

Was machen Sie beruflich und wie viele Kinder haben Sie?

PATIENTIN

Ich arbeite als Verkäuferin und habe drei Kinder.

8 Wenn die Patientin selbst fragt

PATIENTIN

Frau Doktor, muss die Gallenblase jetzt wirklich raus?

DU

Ich verstehe, dass Sie sich darüber Sorgen machen. Das kann ich Ihnen jetzt noch nicht sagen. Zuerst untersuche ich Sie, wir machen einen Ultraschall und nehmen Blut ab. Danach besprechen wir die Ergebnisse gemeinsam, und ich erkläre Ihnen jeden Schritt.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Sonographie

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Sonographie: Gallenstein mit dorsalem Schallschatten

Bild: James Heilman, MD, „Gallstones“ (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 3.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den

Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 11

Patientin	Frau Andrea Petersen, 45 J.
Vorstellungsgrund	krampfartige Schmerzen im re. Oberbauch seit dem Vorabend
Lokalisation / Ausstrahlung	re. Oberbauch, subkostal; Ausstrahlung in die re. Schulter und in den Rücken
Beginn / Auslöser	kurz nach fettreicher Mahlzeit (Bratwurst, Sahnesoße) am Vorabend
Charakter / Verlauf	initial kolikartig (wellenförmig), seit heute Morgen Dauerschmerz, zunehmend
Begleitsymptome	Nausea, 2× Emesis; seit heute Morgen Schüttelfrost und subjektives Fieber
Cholestasezeichen	subjektiv gelbliche Skleren, dunkler Urin, heller (lehmfarbener) Stuhl
Vegetative Anamnese	Inappetenz; Stuhl heute Morgen hell, lehmfarben
Vorgeschichte der Beschwerden	in den letzten Monaten mehrere ähnliche, schwächere Episoden, jeweils nach 1–2 h spontan regredient
Vorerkrankungen	sonographisch bekannte Cholezystolithiasis (seit ca. 1 J., bisher ohne Konsequenz); Hyperlipidämie; Übergewicht; kein Diabetes mellitus
Medikamente	orales Kontrazeptivum; gelegentlich Lipidsenker
Allergien	keine bekannt
Noxen	Nichtraucherin (nie geraucht); Alkohol selten (1 Glas Wein zum Essen)
Familienanamnese	Mutter und Schwester Z. n. Gallenblasen-OP bei Cholezystolithiasis

Sozialanamnese	Verkäuferin; 3 Kinder

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben der Patientin wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Frau Andrea Petersen, 45 Jahre, die sich heute in unserer Notaufnahme vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Akute Cholezystitis bei Cholezystolithiasis, V. a. begleitende Choledocholithiasis mit beginnender Cholangitis (Charcot-Trias)

Differenzialdiagnosen

- Choledocholithiasis mit Cholangitis
- Akute Pankreatitis (biliär)
- Ulcus ventriculi oder duodeni
- Rechtsseitige basale Pneumonie oder akute Hepatitis

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass die Schmerzen im rechten Oberbauch seit dem Vorabend bestünden, zunächst kolikartig gewesen seien und zunehmend dauerhaft würden. Die Patientin gab an, die Schmerzen strahlten in die rechte Schulter und in den Rücken aus und hätten nach einer fettreichen Mahlzeit begonnen. Begleitend berichtete sie über Übelkeit, mehrfaches Erbrechen sowie Schüttelfrost und subjektives Fieber. Weiterhin seien ihr eine Gelbfärbung der Augen, dunkler Urin und heller Stuhl aufgefallen. An Vorerkrankungen sei eine Cholezystolithiasis bekannt, und sie habe in den letzten

Monaten wiederholt ähnliche, schwächere Beschwerden gehabt. An Risikofaktoren bestünden Übergewicht, eine Hyperlipidämie, die Einnahme oraler Kontrazeptiva, mehrere Schwangerschaften sowie eine positive Familienanamnese. Allergien seien nicht bekannt.

Geplante Diagnostik

- Körperliche Untersuchung inklusive Prüfung des Murphy-Zeichens
- Labor: Blutbild, CRP, Leberwerte (Transaminasen, Gamma-GT, alkalische Phosphatase), Bilirubin, Lipase, Gerinnung
- Abdomensonographie als Untersuchung der Wahl (Steinnachweis, Wandverdickung, Flüssigkeitssaum, Gallengangsweite)
- Bei Verdacht auf Gallengangsstein: MRCP zur weiteren Abklärung

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom (kolikartiger Schmerz im rechten Oberbauch mit Ausstrahlung)
- Auslöser (fettreiche Mahlzeit) und Verlauf
- Begleitsymptome (Übelkeit, Erbrechen)
- Entzündungszeichen (Fieber, Schüttelfrost)
- Cholestasezeichen (Sklerenikterus, dunkler Urin, heller Stuhl)
- bekannte Cholezystolithiasis mit rezidivierenden Beschwerden
- Risikofaktoren (Geschlecht, Alter, Übergewicht, Kontrazeptiva, Multiparität, Familienanamnese)
- Medikation und Allergien

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Frau Petersen vorstellen, eine 45-jährige Patientin, die sich mit seit dem Vorabend bestehenden, zunächst kolikartigen, nun dauerhaften Schmerzen im rechten Oberbauch mit Ausstrahlung in Schulter und Rücken vorgestellt hat. Die Beschwerden begannen nach einer fettreichen Mahlzeit; begleitend bestehen Übelkeit, Erbrechen sowie Fieber mit Schüttelfrost. Zusätzlich berichtet sie über gelblich verfärbte Augen, dunklen Urin und hellen Stuhl. Bei bekannter Cholezystolithiasis ist meine Verdachtsdiagnose eine akute Cholezystitis.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Woran erkennen Sie, dass es sich nicht mehr um eine einfache Gallenkolik handelt?

Die unkomplizierte Gallenkolik ist wellenförmig und klingt innerhalb weniger Stunden ab. Hier ist der Schmerz in einen Dauerschmerz übergegangen, und es bestehen Fieber und Schüttelfrost – das spricht für eine akute Cholezystitis; klinisch erwarte ich ein positives Murphy-Zeichen. Ikterus, dunkler Urin und heller Stuhl weisen zusätzlich auf einen Gallengangsstein hin. Zusammen mit Fieber und Schmerz im rechten Oberbauch muss ich dann an eine Cholangitis denken (Charcot-Trias).

Welche Risikofaktoren für Gallensteine hat die Patientin?

Weibliches Geschlecht, Alter um 40 Jahre, Übergewicht, mehrere Schwangerschaften, die Einnahme oraler Kontrazeptiva, eine Hyperlipidämie und eine positive Familienanamnese – das entspricht den bekannten „F-Regeln“: female, forty, fat, fertile, family.

5 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 8 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz der Patientin – wie heißt es im Arztbrief?

„rechts oben im Bauch, direkt unter den Rippen“ **rechter Oberbauch, subkostal**	„manchmal ziehen sie bis in die rechte Schulter und in den Rücken“ **Ausstrahlung in die rechte Schulter und den Rücken**	„am Anfang kamen sie in Wellen, wie Krämpfe“ **kolikartiger Schmerz (Gallenkolik)**
„die Augen kommen mir heute etwas gelblich vor“ **Sklerenikterus**	„der Urin war heute dunkler als sonst“ **dunkler Urin (Bilirubinurie)**	„auffällig hell, fast lehmfarben“ **acholischer Stuhl**
„etwas zu hohe Blutfette“ **Hyperlipidämie**	„ich hätte Gallensteine“ **Cholezystolithiasis**	

Vom Fachbegriff zur Erklärung für die Patientin

Fachbegriff	So erklärst du es
Cholezystolithiasis	Gallensteine, die sich in der Gallenblase befinden
Gallenkolik	krampfartige, wellenförmige Schmerzen, wenn ein Gallenstein den Abfluss der Galle blockiert
Sklerenikterus	eine Gelbfärbung des Weißen im Auge als Zeichen eines Gallenstaus

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Cholezystolithiasis / akute Cholezystitis

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Federica Viazzi (AO AL) (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 4.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Blutig-schleimige Durchfälle: Colitis ulcerosa

Fall 12 von 35 | Sprechstunde | Gastroenterologie | mittel | ca. 15 Min.

Ein 31-jähriger Patient stellt sich vor, weil er seit einigen Wochen mehrmals täglich blutig-schleimigen Durchfall hat, begleitet von schmerzhaftem Stuhldrang.

Von Dr. Pascal Bafteh · Stand 22.10.2026 · Fall 12 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 Anamnesegespräch: Du bist dran
Du führst das Gespräch · 15 Antworten zum Aufdecken

Herr Nils Wagner

31 Jahre · Sprechstunde

LEITSYMPTOM
Blutig-schleimige Durchfälle

FACHGEBIET
Gastroenterologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
Lehrer; deutliche Belastung im Berufsalltag durch die häufigen Toilettengänge

Porträt KI-generiert, keine reale Person · zeigt keine Krankheitszeichen

Ein 31-jähriger Patient stellt sich vor, weil er seit einigen Wochen mehrmals täglich blutig-schleimigen Durchfall hat, begleitet von schmerzhaftem Stuhldrang. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:
Du bist Ärztin/Arzt in der Sprechstunde. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen!

Und denk dran, dass du mit dem Patienten **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt den Patienten mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Herr Wagner. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENT · EINSTIEGSSATZ

„Seit etwa sechs Wochen habe ich mehrmals am Tag Durchfall, und dabei ist immer wieder Blut und Schleim dabei. Oft habe ich einen starken Drang, muss dann aber fast nur Schleim absetzen.“

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Wie oft haben Sie täglich Stuhlgang und wie sieht der Stuhl aus?

PATIENT

Etwa sechs- bis achtmal am Tag, oft auch nachts. Der Stuhl ist breiig und immer wieder mit hellrotem Blut und Schleim vermischt.

DU

Haben Sie Bauchschmerzen, und wo genau sitzen sie?

PATIENT

Ja, krampfartig im linken Unterbauch, vor allem vor dem Stuhlgang. Nach dem Toilettengang wird es kurz besser.

DU

Haben Sie oft Stuhldrang, obwohl kaum etwas kommt?

PATIENT

Ja, genau. Ich muss ständig zur Toilette, oft kommt aber nur etwas Schleim und Blut. Das ist sehr quälend.

DU

Haben Sie Beschwerden an Gelenken, Augen oder der Haut bemerkt?

PATIENT

Meine Gelenke schmerzen manchmal, und ich hatte kürzlich ein gerötetes, schmerzhaftes Auge, das von selbst wieder besser wurde.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie ist es mit Appetit, Gewicht und Fieber?

PATIENT

Der Appetit ist mäßig, ich habe etwa drei Kilo abgenommen und ab und zu leicht erhöhte Temperatur.

DU

Haben Sie Müdigkeit oder Luftnot bemerkt?

PATIENT

Ja, ich bin oft müde und blass, und beim Treppensteigen komme ich schneller außer Atem als früher.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

PATIENT

Nein, ich war bisher gesund. Solche Beschwerden hatte ich noch nie.

DU

Waren Sie kürzlich im Ausland oder hatten Sie einen Magen-Darm-Infekt?

PATIENT

Nein, verreist war ich nicht, und einen richtigen Infekt hatte ich auch nicht.

4 Medikamente

DU

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, auch Schmerzmittel oder Antibiotika?

PATIENT

Nein, regelmäßig nehme ich nichts. Antibiotika hatte ich zuletzt vor über einem Jahr.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENT

Nein, mir ist keine Allergie bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie, oder haben Sie früher geraucht?

PATIENT

Ich habe vor etwa einem Jahr mit dem Rauchen aufgehört. Davor habe ich einige Jahre geraucht.

DU

Wie sieht es mit Alkohol aus?

PATIENT

Gelegentlich ein Bier, nichts Regelmäßiges.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU
Gibt es in Ihrer Familie Darmerkrankungen?

PATIENT
Meine Cousine hat eine chronische Darmentzündung, den genauen Namen kenne ich aber nicht.

DU
Was machen Sie beruflich, und belasten die Beschwerden Ihren Alltag?

PATIENT
Ich bin Lehrer. Die ständigen Toilettengänge sind im Unterricht ein echtes Problem und belasten mich sehr.

8 Wenn der Patient selbst fragt

PATIENT
Herr Doktor, ist das Blut im Stuhl ein Zeichen für Krebs?

DU
Ich verstehe Ihre Sorge sehr gut, und es ist richtig, dass Sie damit gekommen sind. Ihre Beschwerden passen eher zu einer Entzündung des Darms. Um das sicher zu klären, sind aber einige Untersuchungen nötig. Sobald die Ergebnisse vorliegen, besprechen wir sie gemeinsam.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Endoskopie

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Koloskopie: kontinuierlich entzündete Schleimhaut mit Rötung, Kontaktblutungen, Fibrinbelägen und flächigen Ulzerationen; Gefäßzeichnung aufgehoben

Bild: Federica Viazzi (AO AL) (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 4.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den

Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 12

Patient	Herr Nils Wagner, 31 J.
Vorstellungsgrund	blutig-schleimige Diarrhoe seit ca. 6 Wochen
Stuhlfrequenz / -beschaffenheit	6–8×/d, auch nachts; breiig, mit hellrotem Blut und Schleim vermischt
Schmerzen	krampfartig im li. Unterbauch, v. a. vor der Defäkation; danach kurzzeitig gebessert
Stuhldrang	imperativer, quälender Stuhldrang (Tenesmen), häufig nur Abgang von Schleim und Blut
Extraintestinale Symptome	intermittierende Arthralgien; kürzlich gerötetes, schmerzhaftes Auge, spontan regredient
Vegetative Anamnese	Appetit mäßig; Gewichtsverlust ca. 3 kg; intermittierend subfebrile Temperaturen; Müdigkeit, Blässe, Belastungsdyspnoe (Treppensteigen)
Vorerkrankungen	keine; erstmalige Symptomatik; keine Reise, kein vorausgegangener Magen-Darm-Infekt
Medikamente	keine Dauermedikation; letzte Antibiotikaeinnahme vor > 1 J.
Allergien	keine bekannt
Noxen	Ex-Raucher (Nikotinkarenz seit ca. 1 J., zuvor einige Jahre geraucht); Alkohol gelegentlich (Bier)
Familienanamnese	Cousine mit chronisch-entzündlicher Darmerkrankung (Art unbekannt)
Sozialanamnese	Lehrer; deutliche Belastung im Berufsalltag durch die häufigen Toilettengänge

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben des Patienten wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Herrn Nils Wagner, 31 Jahre, der sich heute in unserer Sprechstunde vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Colitis ulcerosa (chronisch-entzündliche Darmerkrankung mit distalem Kolonbefall)

Differenzialdiagnosen

- Morbus Crohn mit Kolonbefall
- Infektiöse Kolitis (z. B. Campylobacter, Salmonellen, Clostridioides difficile)
- Ischämische Kolitis
- Kolorektales Karzinom

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass die blutig-schleimigen Diarrhoen seit etwa sechs Wochen bestünden und sechs- bis achtmal täglich, teils auch nachts, aufträten. Der Patient gab an, zusätzlich krampfartige Schmerzen im linken Unterbauch zu haben, die sich nach dem Stuhlgang besserten, sowie einen schmerzhaften, imperativen Stuhldrang zu verspüren. Weiterhin berichtete er über einen Gewichtsverlust von etwa drei Kilogramm, erhöhte Temperaturen sowie Blässe und Belastungsdyspnoe. Begleitend klagte er über Arthralgien und erwähnte eine kürzlich abgeklungene schmerzhafte Augenrötung. Die Familienanamnese sei positiv für eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung. Er gab an, seit etwa einem Jahr nicht mehr zu rauchen. Eine Dauermedikation nehme er nicht ein, Allergien seien nicht bekannt.

Geplante Diagnostik

- Körperliche Untersuchung mit digital-rektaler Untersuchung
- Labor: Blutbild, CRP, BSG, Eisenstatus, Albumin, Leber- und Nierenwerte
- Stuhluntersuchung: fäkales Calprotectin sowie Erregerdiagnostik inklusive Clostridioides-difficile-Toxin
- Ileokoloskopie mit Stufenbiopsien zur Sicherung von Ausdehnung und Diagnose
- Abdomensonographie zur Beurteilung der Darmwand
- Bei schwerem Schub Abdomenübersicht zum Ausschluss eines toxischen Megakolons

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom (blutig-schleimige Diarrhoe)
- Stuhlfrequenz und nächtliche Symptomatik
- imperativer, schmerzhafter Stuhldrang (Tenesmen)
- Schmerzlokalisation im linken Unterbauch
- Gewichtsverlust, subfebrile Temperaturen und Anämiezeichen
- extraintestinale Manifestationen (Arthralgien, Augenbeteiligung)
- positive Familienanamnese für CED
- Allergien und Dauermedikation

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Herrn Wagner vorstellen, einen 31-jährigen Patienten, der sich mit seit sechs Wochen bestehenden blutig-schleimigen Durchfällen, sechs- bis achtmal täglich und teils nächtlich, mit schmerzhaftem imperativem Stuhldrang und krampfartigen Schmerzen im linken Unterbauch vorgestellt hat. Er hat drei Kilogramm abgenommen und berichtet über Blässe und Belastungsdyspnoe. Zusätzlich bestehen Arthralgien und eine abgelaufene Augenbeteiligung. Meine Verdachtsdiagnose ist eine Colitis ulcerosa.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Was spricht anamnestisch eher für eine Colitis ulcerosa als für einen Morbus Crohn?

Die blutig-schleimigen Durchfälle mit Tenesmen und Schmerzen im linken Unterbauch passen zu einer vom Rektum ausgehenden, kontinuierlichen Entzündung der Kolonschleimhaut. Beim Morbus Crohn sind blutige Stühle seltener; typisch sind eher Schmerzen im rechten Unterbauch, ein diskontinuierlicher, transmuraler Befall, der den gesamten Verdauungstrakt betreffen kann, sowie Fisteln, Abszesse und perianale Läsionen. Auch der Rauchstopp vor einem Jahr passt eher zur Colitis ulcerosa: Rauchen wirkt bei ihr eher schützend, beim Morbus Crohn ist es ein Risikofaktor.

Welche extraintestinalen Manifestationen kennen Sie, und welche finden Sie hier?

Hier bestehen Arthralgien und eine abgelaufene Augenentzündung, zum Beispiel eine Episkleritis oder Uveitis. Weitere extraintestinale Manifestationen sind Hautveränderungen wie Erythema nodosum und Pyoderma gangraenosum sowie – besonders bei der Colitis ulcerosa – die primär sklerosierende Cholangitis.

5 **Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache**
Zum Umdrehen und als Tabelle · 8 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz des Patienten – wie heißt es im Arztbrief?

„Durchfall, und dabei ist immer wieder Blut und Schleim dabei“
blutig-schleimige Diarrhoe

„oft auch nachts“
nächtliche Defäkation

„ich muss ständig zur Toilette, oft kommt aber nur etwas Schleim und Blut“
Tenesmen (imperativer Stuhldrang)

„krampfartig im linken Unterbauch“
krampfartige Schmerzen im linken Unterbauch

„meine Gelenke schmerzen manchmal“
Arthralgien

„ein gerötetes, schmerzhaftes Auge“
Augenbeteiligung (z. B. Episkleritis, Uveitis)

„ab und zu leicht erhöhte Temperatur“
subfebrile Temperaturen

„eine chronische Darmentzündung“
chronisch-entzündliche Darmerkrankung (CED)

Vom Fachbegriff zur Erklärung für den Patienten

Fachbegriff	So erklärst du es
Colitis ulcerosa	eine chronische Entzündung der Dickdarmschleimhaut, die vom Enddarm ausgeht und in Schüben verläuft
Tenesmen	schmerzhafter, ständiger Stuhldrang, bei dem oft nur wenig Stuhl oder Schleim abgeht
toxisches Megakolon	eine gefährliche, starke Aufweitung des Dickdarms bei schwerer Entzündung

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Colitis ulcerosa

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Mikael Häggström, M.D. (Wikimedia Commons) · CC0 · Quelle

FSP-Übungsfall Zunehmende Atemnot und Auswurf: COPD-Exazerbation

Fall 13 von 35 | Notaufnahme | Pneumologie | mittel | ca. 15 Min.

Ein 64-jähriger Patient stellt sich vor, weil sich seine seit Jahren bekannte Atemnot in den letzten Tagen deutlich verschlechtert hat und er nun vermehrt gelb-grünen Auswurf abhustet.

Von **Dr. Pascal Bafteh** · Stand 22.10.2026 · Fall 13 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 17 Antworten zum Aufdecken

GR

Herr Günther Reinhardt

64 Jahre · Notaufnahme

LEITSYMPTOM
Zunehmende Atemnot mit vermehrtem Auswurf

FACHGEBIET
Pneumologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
ehem. Maler und Lackierer > 30 J. (Staub- und Dämpfeexposition); lebt mit Ehefrau, 3. OG ohne Aufzug

Ein 64-jähriger Patient stellt sich vor, weil sich seine seit Jahren bekannte Atemnot in den letzten Tagen deutlich verschlechtert hat und er nun vermehrt gelb-grünen Auswurf abhustet. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:

Du bist Ärztin/Arzt in der Notaufnahme. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit dem Patienten **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt den Patienten mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Herr Reinhardt. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENT · EINSTIEGSSATZ

„Ich habe seit Jahren eine Raucherlunge, aber in den letzten drei, vier Tagen ist die Luftnot viel schlimmer geworden. Ich huste ständig und es kommt viel gelb-grüner Schleim hoch."

1 Aktuelle Beschwerden

DU
Wie hat sich Ihre Atemnot in den letzten Tagen verändert?

PATIENT
Sonst komme ich mit dem Einkaufen gerade so zurecht. Jetzt bekomme ich schon beim Anziehen kaum noch Luft und muss dauernd stehenbleiben.

DU
Wie viel Schleim kommt hoch, und hat sich die Farbe verändert?

PATIENT
Deutlich mehr als sonst, und er ist jetzt gelb-grün statt weißlich. Zäh ist er auch geworden.

DU
Haben Sie Fieber, oder sind Sie erkältet?

PATIENT
Fieber habe ich nicht gemessen, aber ich fühle mich schlapp und hatte vor ein paar Tagen einen Schnupfen.

DU
Können Sie nachts flach liegen oder brauchen Sie mehrere Kissen?

PATIENT
Ich schlafe schon länger mit zwei Kissen halb sitzend, sonst bekomme ich schlecht Luft. In den letzten Nächten war es besonders schlimm.

DU
Pfeift es beim Atmen, und fühlt sich die Brust eng an?

PATIENT
Ja, es pfeift richtig und die Brust ist eng. Beim Ausatmen muss ich mich richtig anstrengen.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie sind Appetit, Gewicht und Schlaf zurzeit?

PATIENT

Der Appetit ist mäßig, ich habe im letzten Jahr eher abgenommen. Der Schlaf ist wegen der Luftnot und dem Husten schlecht.

DU

Haben Sie geschwollene Beine oder Herzrasen bemerkt?

PATIENT

Die Knöchel sind abends manchmal etwas dick. Herzrasen habe ich hin und wieder, wenn ich das Spray zu oft nehme.

3 Vorerkrankungen

DU

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

PATIENT

Die COPD habe ich seit etwa acht Jahren. Dazu hoher Blutdruck und vor zwei Jahren wurde eine leichte Herzschwäche festgestellt.

DU

Wie oft war es schon so schlimm, und mussten Sie ins Krankenhaus?

PATIENT

Im letzten Winter zweimal. Einmal musste ich für ein paar Tage in die Klinik und bekam Kortison und Antibiotika.

4 Medikamente

DU

Welche Sprays und Tabletten nehmen Sie regelmäßig?

PATIENT

Ich habe zwei Sprays, ein langwirksames zum Vorbeugen und ein Notfallspray. Dazu eine Blutdrucktablette und eine Wassertablette.

DU

Nehmen Sie die Sprays regelmäßig, und wie oft brauchen Sie das Notfallspray zurzeit?

PATIENT

Das Notfallspray brauche ich in den letzten Tagen sehr oft, fast stündlich. Das lange Spray nehme ich ehrlich gesagt nicht immer regelmäßig.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

PATIENT

Nein, mir ist keine Allergie bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie, und wenn ja, wie viel am Tag und seit wie vielen Jahren?

PATIENT

Ja, ich rauche immer noch, etwa fünfzehn Zigaretten am Tag, und das seit über vierzig Jahren. Aufhören habe ich schon oft versucht.

DU

Wie sieht es mit Alkohol aus?

PATIENT

Abends trinke ich meistens zwei Flaschen Bier.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Wie wohnen Sie, und schaffen Sie den Alltag allein?

PATIENT

Ich wohne mit meiner Frau zusammen im dritten Stock ohne Aufzug. Die Treppen sind für mich das größte Problem geworden.

DU

Was haben Sie beruflich gemacht?

PATIENT

Ich war über dreißig Jahre Maler und Lackierer, da war ich viel Staub und Dämpfen ausgesetzt.

8 Wenn der Patient selbst fragt

PATIENT

Herr Doktor, muss ich jetzt im Krankenhaus bleiben?

DU

Das kann ich Ihnen jetzt noch nicht sagen. Zuerst untersuche ich Sie, wir messen den Sauerstoff im Blut und machen ein Röntgenbild der Lunge. Danach besprechen wir die Ergebnisse gemeinsam, und ich erkläre Ihnen jeden Schritt.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

✓ Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Röntgen

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Röntgen-Thorax a.p.: überblähte, strahlentransparente Lungen mit abgeflachten Zwerchfellen und rarefizierter peripherer Gefäßzeichnung

Bild: Mikael Häggström, M.D. (Wikimedia Commons) · CC0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 13

Patient	Herr Günther Reinhardt, 64 J.
Vorstellungsgrund	Zunahme der vorbekannten Dyspnoe seit 3–4 Tagen mit vermehrtem, gelb-grünem Auswurf
Dyspnoe	sonst Belastungsgrenze Einkaufen; aktuell Dyspnoe schon bei geringer Belastung (Anziehen), häufige Pausen
Husten / Auswurf	vermehrter Husten; Sputummenge gesteigert, gelb-grün statt weißlich, zäh
Weitere Symptome	Giemen, thorakales Engegefühl, erschwerte Exspiration; Orthopnoe (seit Längerem 2 Kissen, halb sitzend), in den letzten Nächten verstärkt
Auslöser	Rhinitis vor einigen Tagen; Fieber nicht gemessen; Abgeschlagenheit
Vegetative Anamnese	Appetit mäßig; Gewichtsabnahme im letzten Jahr; Schlafstörung durch Dyspnoe und Husten; abends Knöchelödeme; gelegentlich Herzrasen bei häufigem Gebrauch des Bedarfssprays

Vorerkrankungen	COPD seit ca. 8 J.; im letzten Winter 2 Exazerbationen, davon 1× stationär; arterielle Hypertonie; Herzinsuffizienz (vor 2 J. diagnostiziert)
Medikamente	langwirksames Inhalativum (unregelmäßig angewendet), Bedarfsspray (zuletzt fast stündlich), Antihypertensivum, Diuretikum
Allergien	keine bekannt
Noxen	aktiver Raucher, ca. 15 Zig./d seit > 40 J. (ca. 30 py); Alkohol ca. 2 Flaschen Bier/Abend
Sozialanamnese	ehem. Maler und Lackierer > 30 J. (Staub- und Dämpfeexposition); lebt mit Ehefrau, 3. OG ohne Aufzug

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben des Patienten wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Herrn Günther Reinhardt, 64 Jahre, der sich heute in unserer Notaufnahme vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Akute Exazerbation der COPD, wahrscheinlich infektgetriggert

Differenzialdiagnosen

- Ambulant erworbene Pneumonie
- Dekompensierte Herzinsuffizienz / kardiales Lungenödem
- Lungenembolie

- Pneumothorax

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass sich die vorbekannte COPD seit drei bis vier Tagen zunehmend verschlechtert habe. Der Patient gab an, die Dyspnoe habe deutlich zugenommen und trete inzwischen schon bei geringer Belastung wie dem Anziehen auf; der Auswurf sei vermehrt und gelb-grün, Husten und exspiratorisches Giemen hätten zugenommen. Weiterhin berichtete er, ein Infekt der oberen Atemwege sei vorausgegangen und er benutze sein Bedarfsspray deutlich häufiger als sonst. An Vorerkrankungen seien eine seit acht Jahren bekannte COPD mit zwei Exazerbationen im vergangenen Winter, davon eine stationär behandelt, ein arterieller Hypertonus und eine Herzinsuffizienz bekannt. An Dauermedikation nehme er ein langwirksames Inhalativum — nach eigener Angabe unregelmäßig —, ein Bedarfsspray, ein Antihypertensivum und ein Diuretikum ein. Er rauche weiterhin etwa 15 Zigaretten täglich seit über 40 Jahren, entsprechend etwa 30 Packungsjahren, und sei als Maler beruflich Staub und Dämpfen ausgesetzt gewesen. Allergien seien nicht bekannt.

Geplante Diagnostik

- Körperliche Untersuchung mit Auskultation (Giemen, verlängertes Exspirium), Vitalparameter und Atemfrequenz
- Pulsoxymetrie und arterielle Blutgasanalyse (Frage nach respiratorischer Insuffizienz und Hyperkapnie)
- Röntgen-Thorax zum Ausschluss von Pneumonie, Stauung und Pneumothorax
- Labor: Blutbild, CRP, ggf. Procalcitonin, Elektrolyte, Nierenwerte, bei Verdacht D-Dimer und BNP
- EKG zur Beurteilung von Rhythmus und Rechtsherzbelastung
- Sputumdiagnostik bei fehlendem Ansprechen oder schwerer Exazerbation

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom (akut zunehmende Dyspnoe)
- Verlauf und Dauer der Verschlechterung
- Zunahme und Purulenz des Auswurfs (Anthonisen-Kriterien)
- vorbekannte COPD und frühere Exazerbationen
- gesteigerter Bedarfssprayverbrauch und Adhärenz
- Nikotinanamnese in Packungsjahren
- berufliche Exposition und Komorbiditäten
- Dauermedikation und Allergien

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Herrn Reinhardt vorstellen, einen 64-jährigen Patienten mit seit acht Jahren bekannter COPD, der sich mit einer seit drei bis vier Tagen progredienten Verschlechterung vorgestellt hat. Er berichtet über eine zunehmende Atemnot schon bei geringer Belastung, vermehrten und nun gelb-grün gefärbten Auswurf sowie vermehrten Husten nach vorausgegangenem Atemwegsinfekt. Bei einem Nikotinabusus von rund 30 Packungsjahren ist meine Verdachtsdiagnose eine akute Exazerbation der COPD, am ehesten infektgetriggert.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Welche Kriterien sprechen für eine infektgetriggerte Exazerbation?

Nach den Anthonisen-Kriterien die Zunahme der Dyspnoe, die Zunahme der Sputummenge und die Purulenz des Sputums. Liegen wie hier alle drei vor, spricht das für eine bakterielle Genese. Der vorausgegangene Infekt der oberen Atemwege passt dazu.

Woran erkennen Sie eine respiratorische Insuffizienz, und wozu dient die Blutgasanalyse?

Klinisch an Ruhedyspnoe, erhöhter Atemfrequenz, Einsatz der Atemhilfsmuskulatur und Zyanose, bei Hyperkapnie auch an Somnolenz oder Verwirrtheit. Die arterielle Blutgasanalyse unterscheidet die hypoxämische Partialinsuffizienz von der hyperkapnischen Globalinsuffizienz und zeigt, ob eine respiratorische Azidose besteht. Das ist entscheidend für die Einschätzung des Schweregrads.

5 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 7 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz des Patienten – wie heißt es im Arztbrief?

„eine Raucherlunge“ **COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)**	„viel gelb-grüner Schleim“ **purulentes Sputum**	„schon beim Anziehen kaum noch Luft“ **Dyspnoe bei geringer Belastung**
„mit zwei Kissen halb sitzend“ **Orthopnoe**	„es pfeift richtig und die Brust ist eng“ **Giemen und thorakales Engegefühl**	„die Knöchel sind abends manchmal etwas dick“ **abendliche Knöchelödeme**
„eine leichte Herzschwäche“ **Herzinsuffizienz**		

Vom Fachbegriff zur Erklärung für den Patienten

Fachbegriff	So erklärst du es
COPD	eine chronisch verengende Lungenerkrankung, meist durch langjähriges Rauchen, mit dauerhaftem Husten und Atemnot
Exazerbation	eine akute Verschlechterung der Erkrankung mit deutlich stärkeren Beschwerden als sonst
purulenter Auswurf	eitriger, gelb-grün gefärbter Schleim, der auf eine bakterielle Infektion hindeuten kann

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): COPD (Exazerbation)

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: James Heilman, MD (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 4.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Schmerzen im linken Unterbauch: Akute Divertikulitis

Fall 14 von 35 | Notaufnahme | Gastroenterologie / Viszeralchirurgie | mittel | ca. 15 Min.

Eine 63-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit drei Tagen zunehmende Schmerzen im linken Unterbauch, Fieber und Veränderungen beim Stuhlgang hat.

Von Dr. Pascal Bafteh · Stand 22.10.2026 · Fall 14 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 14 Antworten zum Aufdecken

ML

Frau Margit Lindner

63 Jahre · Notaufnahme

LEITSYMPTOM
Schmerzen im linken Unterbauch mit Fieber

FACHGEBIET
Gastroenterologie / Viszeralchirurgie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
Rentnerin, lebt allein; ballaststoffarme Ernährung (wenig Gemüse und Vollkorn), wenig Bewegung

Eine 63-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit drei Tagen zunehmende Schmerzen im linken Unterbauch, Fieber und Veränderungen beim Stuhlgang hat. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:

Du bist Ärztin/Arzt in der Notaufnahme. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit der Patientin **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt die Patientin mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Frau Lindner. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENTIN · EINSTIEGSSATZ

„Seit drei Tagen habe ich Schmerzen im linken Unterbauch, die immer stärker werden. Dazu habe ich mich fiebrig gefühlt und der Stuhlgang ist ganz durcheinander."

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Wo genau sitzen die Schmerzen, und wie fühlen sie sich an?

PATIENTIN

Tief links unten im Bauch, ein anhaltender, drückender Schmerz. Manchmal krampft es auch, und beim Draufdrücken tut es deutlich weh.

DU

Seit wann bestehen die Beschwerden und wie haben sie sich entwickelt?

PATIENTIN

Seit etwa drei Tagen. Am Anfang war es nur ein Ziehen, jetzt ist es ein richtiger Dauerschmerz geworden.

DU

Haben Sie Fieber oder Schüttelfrost bemerkt?

PATIENTIN

Ja, gestern Abend hatte ich 38,7 Grad und habe auch etwas gefröstelt.

DU

Wie ist es mit dem Stuhlgang — hat sich da etwas verändert?

PATIENTIN

Ich habe abwechselnd Verstopfung und dann wieder Durchfall. Blut habe ich keines gesehen.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie ist es mit Appetit, Übelkeit oder Erbrechen?

PATIENTIN

Der Appetit ist schlecht, mir ist auch ein bisschen übel, aber erbrochen habe ich nicht.

DU

Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen bemerkt?

PATIENTIN

Nein, beim Wasserlassen ist alles normal.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

PATIENTIN

Ich habe hohen Blutdruck und seit Jahren immer wieder Probleme mit Verstopfung.

DU

Hatten Sie solche Bauchschmerzen schon einmal?

PATIENTIN

Vor zwei Jahren war ich schon einmal mit ähnlichen Schmerzen im Krankenhaus. Bei einer Darmspiegelung hat man damals Ausstülpungen im Dickdarm gefunden.

4 Medikamente

DU

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

PATIENTIN

Ein Blutdruckmittel, ich glaube Amlodipin, und bei Bedarf ein Abführmittel.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENTIN

Gegen Penicillin bekomme ich einen Hautausschlag, das steht auch in meinem Allergiepass.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie oder trinken Sie regelmäßig Alkohol?

PATIENTIN

Ich rauche nicht. Ein Glas Wein trinke ich vielleicht am Wochenende.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie Darmerkrankungen?

PATIENTIN

Meine Mutter hatte im Alter Probleme mit dem Darm, Genaueres weiß ich aber nicht.

DU

Wie ernähren Sie sich, und wie sieht Ihr Alltag aus?

PATIENTIN

Ich esse eher wenig Gemüse und Vollkorn, viel Bewegung habe ich auch nicht. Ich bin Rentnerin und wohne allein.

8 Wenn die Patientin selbst fragt

PATIENTIN

Frau Doktor, ist das Darmkrebs? Meine Mutter hatte auch Darmprobleme.

DU

Ich verstehe Ihre Sorge sehr gut. Ihre Beschwerden passen am ehesten zu einer Entzündung der Ausstülpungen in der Darmwand, die bei Ihnen schon bekannt sind. Um sicherzugehen, untersuchen wir Sie jetzt gründlich, und danach besprechen wir die Ergebnisse gemeinsam.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: CT

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

CT des Beckens: Sigma mit zahlreichen gasgefüllten Divertikeln, verdickter Wand und entzündlich verdichtetem Umgebungsfett (Pfeil)

Bild: James Heilman, MD (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 4.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den

Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 14

Patientin	Frau Margit Lindner, 63 J.
Vorstellungsgrund	zunehmende Schmerzen im li. Unterbauch seit 3 Tagen mit Fieber und Stuhlunregelmäßigkeiten
Lokalisation / Charakter	tief im li. Unterbauch; drückender Dauerschmerz, zeitweise krampfartig; Druckschmerz (anamnestisch)
Verlauf	initial Ziehen, progredient zum Dauerschmerz
Fieber	38,7 °C (gestern Abend), Frösteln
Stuhlgang	Wechsel von Obstipation und Diarrhoe; kein Blutabgang
Vegetative Anamnese	Inappetenz, leichte Nausea, keine Emesis; Miktion unauffällig
Vorerkrankungen	arterielle Hypertonie; chronische Obstipation; vor 2 J. ähnliche Episode mit Krankenhausaufenthalt, koloskopisch Divertikulose
Medikamente	Amlodipin; Laxans bei Bedarf
Allergien	Penicillin (Exanthem, Allergiepass vorhanden)
Noxen	Nichtraucherin; Alkohol gelegentlich am Wochenende (1 Glas Wein)
Familienanamnese	Mutter mit nicht näher bekannter Darmerkrankung im Alter
Sozialanamnese	Rentnerin, lebt allein; ballaststoffarme Ernährung (wenig Gemüse und Vollkorn), wenig Bewegung

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben der

Patientin wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Frau Margit Lindner, 63 Jahre, die sich heute in unserer Notaufnahme vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Akute Divertikulitis (am ehesten Sigmadivertikulitis)

Differenzialdiagnosen

- Kolonkarzinom
- Chronisch-entzündliche Darmerkrankung (z. B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn)
- Infektiöse Kolitis / Gastroenteritis
- Gynäkologische Ursachen (z. B. Adnexitis, Ovarialzyste)

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass die Schmerzen im linken Unterbauch seit drei Tagen bestünden und zugenommen hätten. Die Patientin gab an, Temperaturen bis 38,7 Grad Celsius mit Frösteln zu haben, und berichtete über ein wechselndes Stuhlverhalten mit Obstipation und Diarrhö sowie über Appetitlosigkeit und leichte Übelkeit. Angaben zu Blutabgängen über den After und zu Beschwerden beim Wasserlassen wurden verneint. An Vorerkrankungen seien eine arterielle Hypertonie, eine chronische Obstipation sowie eine vor zwei Jahren koloskopisch gesicherte Divertikulose bekannt; damals habe sie vergleichbare Beschwerden gehabt. An Dauermedikation nehme sie Amlodipin ein, bei Bedarf zusätzlich ein Abführmittel. Es bestehe eine Penicillinallergie, die sich als Exanthem gezeigt habe. Ein Nikotinkonsum wurde verneint.

Geplante Diagnostik

- Körperliche Untersuchung mit Palpation des linken Unterbauchs, Prüfung auf Abwehrspannung und Loslassschmerz, rektale Untersuchung
- Labor: Blutbild mit Leukozyten, CRP, ggf. Prokalzitonin, Urinstatus
- Abdomensonographie

- CT des Abdomens mit Kontrastmittel zur Sicherung und Stadieneinteilung (Classification of Diverticular Disease, CDD), Frage nach Abszess oder Perforation
- Elektive Koloskopie nach Abklingen der akuten Entzündung zum Malignomausschluss

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom mit Lokalisation (linker Unterbauch)
- Dauer und Verlauf (progredient über drei Tage)
- Fieber mit Temperaturangabe und Frösteln
- verändertes Stuhlverhalten (Obstipation/Diarrhö), kein Blutabgang
- bekannte Divertikulose / frühere vergleichbare Episode
- Dauermedikation
- Allergie (Penicillin)
- Ernährungs- und Lebensstilanamnese

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Frau Lindner vorstellen, eine 63-jährige Patientin, die sich mit seit drei Tagen progredienten Schmerzen im linken Unterbauch vorgestellt hat. Begleitend bestehen Fieber bis 38,7 Grad mit Frösteln und ein wechselndes Stuhlverhalten. Bei anamnestisch bekannter Divertikulose ist meine Verdachtsdiagnose eine akute Divertikulitis des Sigmas."*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Welche Komplikationen der Divertikelkrankheit kennen Sie, und woran erkennen Sie sie?

Bei der Divertikulitis die gedeckte oder freie Perforation mit Peritonitis, den peridivertikulären Abszess, Fisteln – zum Beispiel zur Blase mit Pneumaturie oder Fäkalurie – und Stenosen bis zum Ileus; Blutungen treten eher bei der Divertikulose auf. Klinisch achte ich auf Abwehrspannung, Loslassschmerz, eine tastbare Resistenz und Zeichen einer Sepsis. Gesichert werden die Komplikationen mit der Computertomographie.

Warum planen Sie nach Abklingen der Entzündung eine Koloskopie?

Ein Kolonkarzinom kann klinisch und in der Computertomographie eine Divertikulitis imitieren. Die Koloskopie dient deshalb dem Malignomausschluss. In der akuten Entzündungsphase wird sie wegen der Perforationsgefahr vermieden.

5 **Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache**
Zum Umdrehen und als Tabelle · 7 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz der Patientin – wie heißt es im Arztbrief?

„tief links unten im Bauch“ **linker Unterbauch**	„ein anhaltender, drückender Schmerz“ **drückender Dauerschmerz**	„abwechselnd Verstopfung und dann wieder Durchfall“ **Wechsel von Obstipation und Diarrhoe**
„habe auch etwas gefröstelt“ **Frösteln**	„Ausstülpungen im Dickdarm“ **Divertikulose**	„gegen Penicillin bekomme ich einen Hautausschlag“ **Penicillinallergie (Exanthem)**

„ein Abführmittel“
Laxans

Vom Fachbegriff zur Erklärung für die Patientin

Fachbegriff	So erklärst du es
Divertikel	kleine Ausstülpungen der Darmwand nach außen, wie kleine Taschen
Divertikulitis	eine Entzündung dieser Ausstülpungen im Darm
Obstipation	Verstopfung, also seltener und erschwerter Stuhlgang
Koloskopie	eine Darmspiegelung, bei der der Dickdarm mit einer kleinen Kamera von innen angeschaut wird

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Divertikulitis

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: _moep_ (Wikimedia Commons) · Gemeinfrei (Public Domain) · Quelle

FSP-Übungsfall Erster Krampfanfall: Erster generalisierter Anfall

Fall 15 von 35 | Notaufnahme | Neurologie | mittel | ca. 15 Min.

Ein 24-jähriger Patient wird nach einem erstmaligen Krampfanfall vorgestellt, den seine Mitbewohnerin beobachtet hat.

Von **Dr. Pascal Bafteh** · Stand 22.10.2026 · Fall 15 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 17 Antworten zum Aufdecken

Herr Daniel Roth

24 Jahre · Notaufnahme

LEITSYMPTOM
Erstmaliger generalisierter Krampfanfall mit Bewusstseinsverlust

FACHGEBIET
Neurologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
Student (Maschinenbau); lebt mit Mitbewohnerin; Führerschein, fährt täglich Auto (Fahreignung relevant)

Porträt KI-generiert, keine reale Person · zeigt keine Krankheitszeichen

Ein 24-jähriger Patient wird nach einem erstmaligen Krampfanfall vorgestellt, den seine Mitbewohnerin beobachtet hat. Er selbst kann sich an das Ereignis nicht erinnern. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:

Du bist Ärztin/Arzt in der Notaufnahme. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit dem Patienten **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt den Patienten mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Herr Roth. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENT · EINSTIEGSSATZ

„Ich soll heute Morgen einen Krampfanfall gehabt haben. Ich weiß davon nichts mehr — ich bin erst wieder auf dem Boden zu mir gekommen und war völlig durcheinander. Meine Mitbewohnerin sagt, ich hätte am ganzen Körper gezuckt."

1 Aktuelle Beschwerden

DU
Was wissen Sie noch von heute Morgen, und was hat Ihre Mitbewohnerin gesehen?

PATIENT
Ich erinnere mich nur bis zum Frühstück. Meine Mitbewohnerin sagt, ich sei plötzlich steif geworden, umgefallen und hätte dann am ganzen Körper rhythmisch gezuckt, ungefähr eine Minute lang.

DU
Haben Sie vorher Vorzeichen bemerkt?

PATIENT
Nein, daran kann ich mich nicht erinnern. Es kam wohl aus heiterem Himmel.

DU
Haben Sie sich beim Anfall verletzt, auf die Zunge gebissen oder Urin verloren?

PATIENT
Ja, meine Zunge tut seitlich weh und ist blutig, und meine Hose war nass.

DU
Wie ging es Ihnen nach dem Anfall?

PATIENT
Ich war danach total erschöpft und verwirrt, habe alles wie im Nebel wahrgenommen. Es hat vielleicht eine halbe Stunde gedauert, bis ich wieder richtig da war. Der Kopf tut mir noch weh, und die Muskeln sind wie zerschlagen.

DU
Hatten Sie früher schon einmal einen Krampfanfall?

PATIENT

Einen richtigen Anfall hatte ich nie. Aber morgens hatte ich manchmal ein kurzes Zucken in den Armen, sodass mir die Kaffeetasse aus der Hand fiel. Darüber habe ich nie nachgedacht.

2 Vegetative Anamnese und mögliche Auslöser

DU

Wie viel Schlaf hatten Sie in den letzten Tagen?

PATIENT

Sehr wenig. Ich hatte eine Prüfungsphase und war die letzten beiden Nächte fast durchgehend wach.

DU

Haben Sie gestern Alkohol getrunken oder Drogen genommen?

PATIENT

Gestern Abend war ich auf einer Party und habe ziemlich viel Alkohol getrunken. Sonst nehme ich nichts.

DU

Hatten Sie zuletzt Fieber, Nackensteife oder einen Infekt?

PATIENT

Nein, Fieber oder Nackensteife hatte ich nicht.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

PATIENT

Als Kleinkind hatte ich wohl einmal einen Fieberkrampf, das haben mir meine Eltern erzählt. Sonst bin ich gesund.

DU

Hatten Sie jemals einen Unfall mit Bewusstlosigkeit oder eine Gehirnerschütterung?

PATIENT

Nein, so etwas hatte ich nie.

4 Medikamente

DU

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

PATIENT

Nein, gar keine.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENT

Nein, mir ist nichts bekannt.

6 Noxen

DU

Wie viel Alkohol trinken Sie normalerweise, und rauchen Sie?

PATIENT

Unter der Woche trinke ich fast nichts, am Wochenende auf Partys aber schon mal mehr. Ich rauche nicht.

DU

Nehmen Sie Drogen wie Cannabis, Kokain oder Amphetamine?

PATIENT

Nein, davon lasse ich die Finger.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie Epilepsie oder Krampfanfälle?

PATIENT

Ein Cousin von mir hat Epilepsie, soweit ich weiß seit der Jugend.

DU

Was machen Sie beruflich, und fahren Sie Auto?

PATIENT

Ich studiere Maschinenbau und habe einen Führerschein, den ich täglich für den Weg zur Uni brauche.

8 Wenn der Patient selbst fragt

PATIENT

Herr Doktor, darf ich denn jetzt noch Auto fahren? Ich brauche das Auto dringend.

DU

Ich verstehe, dass das für Sie sehr wichtig ist. Bis wir mehr wissen, fahren Sie bitte zu Ihrer eigenen Sicherheit nicht selbst. Zuerst klären wir mit einigen Untersuchungen, was hinter dem Anfall steckt. Danach besprechen wir die Ergebnisse und die geltenden Regeln in Ruhe gemeinsam.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

✓ Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: EEG

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

EEG: kurze generalisierte Polyspike-Entladung, gleichzeitig in allen Ableitungen – epilepsietypisches Muster, wie es bei idiopathischen generalisierten Epilepsien, etwa der juvenilen myoklonischen Epilepsie, vorkommt.

Bild: _moep_ (Wikimedia Commons) · Gemeinfrei (Public Domain) · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 15

Patient	Herr Daniel Roth, 24 J.
Vorstellungsgrund	erstmaliger, fremdbeobachteter Krampfanfall heute Morgen
Anfallsablauf (fremdanamnestisch)	laut Mitbewohnerin plötzliche Versteifung, Sturz, danach rhythmische Zuckungen des ganzen Körpers über ca. 1 min
Vorzeichen / Erinnerung	keine Vorzeichen erinnerlich; Amnesie für das Ereignis (Erinnerung bis zum Frühstück)
Begleitzeichen	lateraler Zungenbiss; Einnässen
Postiktal	Verwirrtheit und Erschöpfung ca. 30 min; anhaltende Kopfschmerzen, Muskelschmerzen
Vorgeschichte	kein früherer Anfall; gelegentlich morgendliche kurze Zuckungen der Arme (Tasse aus der Hand gefallen)
Provozierende Faktoren	Schlafentzug (Prüfungsphase, 2 Nächte nahezu ohne Schlaf); Alkoholexzess am Vorabend

Infektzeichen	kein Fieber, kein Meningismus
Vorerkrankungen	Fieberkrampf im Kleinkindalter; kein Schädel-Hirn-Trauma
Medikamente	keine
Allergien	keine bekannt
Noxen	Alkohol unter der Woche kaum, am Wochenende episodisch vermehrt; Nichtraucher; keine Drogen
Familienanamnese	Cousin mit Epilepsie seit der Jugend
Sozialanamnese	Student (Maschinenbau); lebt mit Mitbewohnerin; Führerschein, fährt täglich Auto (Fahreignung relevant)

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben des Patienten wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Herrn Daniel Roth, 24 Jahre, der sich heute in unserer Notaufnahme vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Erster generalisierter tonisch-klonischer Anfall; Verdacht auf idiopathische generalisierte Epilepsie (juvenile myoklonische Epilepsie) bei provozierenden Faktoren

Differenzialdiagnosen

- Gelegenheitsanfall bei Schlafentzug und Alkohol (provozierter Anfall)
- Synkope mit konvulsiver Begleitsymptomatik

- Psychogener nichtepileptischer Anfall (dissoziativer Anfall)
- Symptomatischer Anfall bei struktureller, entzündlicher oder metabolischer Ursache

Anamnese

Der Patient wurde nach einem erstmaligen generalisierten tonisch-klonischen Anfall am Morgen des Vorstellungstages vorgestellt; der Anfall wurde von Dritten beobachtet. Fremdanamnestisch wurde berichtet, der Patient sei zunächst steif geworden und gestürzt, danach habe es über etwa eine Minute rhythmische Zuckungen beider Körperhälften gegeben; aufgefallen seien ein seitlicher Zungenbiss und ein Einnässen. Im Anschluss sei er über etwa 30 Minuten deutlich desorientiert und erschöpft gewesen und habe über Kopfschmerz und Muskelkater geklagt. Der Patient gab an, früher gelegentlich morgendliche Zuckungen der Arme bemerkt zu haben. Als mögliche Auslöser nannte er ausgeprägten Schlafmangel in der Prüfungsphase und einen Alkoholexzess am Vorabend. An Vorgeschichte sei ein Fieberkrampf im Kleinkindalter bekannt; in der Familienanamnese sei ein Cousin mit Epilepsie bekannt. Angaben zu regelmäßigen Medikamenten, Allergien, Drogenkonsum, Fieber und Nackensteife wurden verneint.

Geplante Diagnostik

- Detaillierte Eigen- und Fremdanamnese zum Anfallsablauf
- Vollständige neurologische und internistische Untersuchung
- Labor: Blutbild, Elektrolyte, Glukose, Nieren- und Leberwerte, CK, Prolaktin, Alkohol- und ggf. Drogenscreening
- Elektroenzephalographie (EEG), inklusive Schlafentzugs-EEG mit Photostimulation und Hyperventilation
- Kraniale MRT zum Ausschluss einer strukturellen Läsion
- Bei Verdacht auf Infektion oder ohne klare Ursache ggf. Liquordiagnostik

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom (erstmaliger generalisierter tonisch-klonischer Anfall, fremdanamnestisch)
- Anfallsablauf und Dauer
- typische Anfallszeichen (Zungenbiss lateral, Einnässen)
- postiktale Phase mit Verwirrtheit
- provozierende Faktoren (Schlafentzug, Alkohol)
- vorbestehende Myoklonien
- Eigen- und Familienanamnese (Fieberkrampf, Cousin mit Epilepsie)
- Fahreignung / Kraftfahrer relevant

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Herrn Roth vorstellen, einen 24-jährigen Patienten, der nach einem erstmaligen, fremdanamnestisch beobachteten generalisierten tonisch-klonischen Anfall vorgestellt wird. Der Anfall dauerte etwa eine Minute, es kam zu Sturz, lateralem Zungenbiss und Einnässen, gefolgt von einer postiktalen Verwirrtheit über eine halbe Stunde. Vorausgegangen waren erheblicher Schlafentzug und ein Alkoholexzess. Bei zusätzlich anamnestisch berichteten morgendlichen Myoklonien und positiver Familienanamnese ist meine Verdachtsdiagnose ein erster generalisierter Anfall, differentialdiagnostisch im Rahmen einer juvenilen myoklonischen Epilepsie.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Wie unterscheiden Sie anamnestisch einen epileptischen Anfall von einer konvulsiven Synkope?

Für einen epileptischen Anfall sprechen ein Beginn ohne typische Prodromi, ein lateraler Zungenbiss, Kloni über etwa eine Minute und vor allem eine längere postiktale Verwirrtheit sowie Muskelschmerzen danach. Bei der konvulsiven Synkope gibt es meist Auslöser wie langes Stehen oder Schmerz und Prodromi wie Schwarzwerden vor Augen und Schwitzen; die Zuckungen sind kurz und arrhythmisch, und die Betroffenen sind rasch wieder orientiert. Einnässen kommt bei beiden vor und hilft bei der Unterscheidung wenig.

Warum denken Sie an eine juvenile myoklonische Epilepsie?

Typisch sind der Beginn in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter, morgendliche Myoklonien der Arme kurz nach dem Aufwachen – etwa Gegenstände, die aus der Hand fallen – und generalisierte tonisch-klonische Anfälle, die häufig durch Schlafentzug und Alkohol provoziert werden. Im EEG erwarte ich generalisierte Polyspike-Wave-Komplexe, oft mit Photosensibilität.

5 **Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache**
Zum Umdrehen und als Tabelle · 8 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz des Patienten – wie heißt es im Arztbrief?

„ich hätte am ganzen Körper gezuckt“ **generalisierte Kloni**	„ich sei plötzlich steif geworden“ **tonische Phase**	„meine Zunge tut seitlich weh und ist blutig“ **lateraler Zungenbiss**
„meine Hose war nass“ **Urininkontinenz (Einnässen)**	„total erschöpft und verwirrt“ **postiktale Verwirrtheit**	„die Muskeln sind wie zerschlagen“ **Myalgien**

„ein kurzes Zucken in den Armen“
Myoklonien

„einen Fieberkrampf“
Fieberkrampf im Kleinkindalter

Vom Fachbegriff zur Erklärung für den Patienten

Fachbegriff	So erklärst du es
generalisierter tonisch-klonischer Anfall	ein Krampfanfall des ganzen Körpers mit Versteifung, rhythmischem Zucken und Bewusstlosigkeit
postiktale Phase	der Zustand nach dem Anfall mit Verwirrtheit und Erschöpfung
Myoklonie	ein plötzliches, blitzartiges Muskelzucken
Aura	ein Vorgefühl oder ungewöhnliche Wahrnehmung kurz vor einem Anfall

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Mikael Häggström (Wikimedia Commons) · CC0 · Quelle

FSP-Übungsfall Atemnot und dicke Beine: Herzinsuffizienz

Fall 16 von 35 | Sprechstunde | Kardiologie | mittel | ca. 15 Min.

Eine 74-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit einigen Wochen zunehmend schlechter Luft bekommt, schon beim Treppensteigen außer Atem ist und abends dicke Beine hat.

Von **Dr. Pascal Bafteh** · Stand 22.10.2026 · Fall 16 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 17 Antworten zum Aufdecken

HN

Frau Helga Neumann

74 Jahre · Sprechstunde

LEITSYMPTOM
Belastungsdyspnoe und Beinödeme

FACHGEBIET
Kardiologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
lebt allein, 3. OG ohne Aufzug; Treppensteigen zunehmend erschwert

Eine 74-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit einigen Wochen zunehmend schlechter Luft bekommt, schon beim Treppensteigen außer Atem ist und abends dicke Beine hat. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:
Du bist Ärztin/Arzt in der Sprechstunde. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen!

Und denk dran, dass du mit der Patientin **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt die Patientin mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Frau Neumann. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENTIN · EINSTIEGSSATZ

„Ich bekomme in letzter Zeit immer schlechter Luft. Schon wenn ich die Treppe in den ersten Stock gehe, muss ich stehenbleiben. Und meine Beine sind abends ganz dick und geschwollen.“

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Seit wann haben Sie die Luftnot, und wie hat sie sich entwickelt?

PATIENTIN

Das ist schleichend seit ungefähr zwei Monaten. Am Anfang nur bei großer Anstrengung, jetzt schon bei kleineren Wegen.

DU

Bei welcher Belastung tritt die Luftnot auf, und wie viele Treppenstufen schaffen Sie noch?

PATIENTIN

Früher bin ich problemlos in den zweiten Stock. Jetzt muss ich schon nach einem Stockwerk verschnaufen.

DU

Bekommen Sie im Liegen schlecht Luft?

PATIENTIN

Ja, flach liegen kann ich kaum noch. Ich brauche zwei, drei Kissen, sonst bekomme ich keine Luft. Manchmal wache ich nachts auf und muss mich aufsetzen.

DU

Sind Ihre Beine geschwollen, und wann ist das am stärksten?

PATIENTIN

Abends sind die Knöchel und Unterschenkel richtig dick, man kann eine Delle eindrücken. Morgens ist es besser.

DU

Haben Sie an Gewicht zugenommen, obwohl sich beim Essen nichts geändert hat?

PATIENTIN

Ja, jetzt wo Sie es sagen, ich habe in den letzten Wochen ein paar Kilo zugenommen, ohne mehr zu essen.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie sind Appetit und Schlaf, und wie oft müssen Sie nachts zur Toilette?

PATIENTIN

Der Appetit ist eher weniger geworden. Nachts muss ich öfter raus, um Wasser zu lassen.

DU

Haben Sie Müdigkeit oder weniger Kraft als früher bemerkt?

PATIENTIN

Ja, ich bin ständig müde und schlapp, alles strengt mich mehr an als sonst.

3 Vorerkrankungen

DU

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

PATIENTIN

Ich habe seit Langem hohen Blutdruck. Und vor drei Jahren hatte ich einen Herzinfarkt, da wurde mir ein Stent eingesetzt.

DU

Ist bei Ihnen ein Vorhofflimmern oder eine Herzschwäche bekannt?

PATIENTIN

Vorhofflimmern hat man mir mal gesagt, ja. Von einer Herzschwäche weiß ich nichts Genaues.

4 Medikamente

DU

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

PATIENTIN

Ein Blutdruckmittel, einen Blutverdünner wegen des Herzens, eine Wassertablette und etwas gegen das Cholesterin.

DU

Nehmen Sie die Tabletten zuverlässig ein?

PATIENTIN

Die Wassertablette lasse ich manchmal weg, weil ich dann so oft zur Toilette muss.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENTIN

Nein, mir ist keine bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?

PATIENTIN

Ich habe früher geraucht, aber nach dem Infarkt sofort aufgehört.

DU

Wie sieht es mit Alkohol aus?

PATIENTIN

Nur ganz selten mal ein Glas Sekt zu einem besonderen Anlass.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie Herzerkrankungen?

PATIENTIN

Mein Vater hatte auch ein schwaches Herz und Wasser in den Beinen im Alter.

DU

Wie wohnen Sie, und kommen Sie im Alltag allein zurecht?

PATIENTIN

Ich wohne allein in einer Wohnung im dritten Stock ohne Aufzug. Das Treppensteigen fällt mir immer schwerer, und das macht mir Sorgen.

8 Wenn die Patientin selbst fragt

PATIENTIN

Frau Doktor, warum sammelt sich denn Wasser in meinen Beinen?

DU

Das ist eine sehr gute Frage. Wenn das Herz nicht mehr so kräftig pumpt, kann sich Flüssigkeit im Körper stauen – in den Beinen und manchmal auch in der Lunge. Ob das bei Ihnen die Ursache ist, klären wir jetzt mit einigen Untersuchungen, zum Beispiel einem Herzultraschall. Danach besprechen wir die Ergebnisse gemeinsam.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Röntgen

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Röntgen-Thorax: pulmonalvenöse Stauung

Bild: Mikael Häggström (Wikimedia Commons) · CC0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den

Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 16

Patientin	Frau Helga Neumann, 74 J.
Vorstellungsgrund	progrediente Belastungsdyspnoe und Beinödeme seit ca. 2 Monaten
Verlauf / Belastbarkeit	schleichend progredient; früher 2 Stockwerke problemlos, jetzt Pause nach 1 Stockwerk
Orthopnoe / nächtliche Dyspnoe	Schlafen nur mit 2–3 Kissen; nächtliches Erwachen mit Luftnot, muss sich aufsetzen
Ödeme	abendbetonte, eindrückbare Ödeme an Knöcheln und Unterschenkeln, morgens rückläufig
Gewicht	Zunahme um einige kg in den letzten Wochen ohne vermehrte Nahrungsaufnahme
Vegetative Anamnese	Appetit vermindert; Nykturie; Müdigkeit, Leistungsminderung
Vorerkrankungen	langjährige arterielle Hypertonie; Z. n. Myokardinfarkt mit Stentimplantation vor 3 J.; Vorhofflimmern; Herzinsuffizienz bisher nicht bekannt
Medikamente	Antihypertensivum, „Blutverdünner", Diuretikum (wird teils ausgelassen), Lipidsenker
Allergien	keine bekannt
Noxen	Ex-Raucherin (Nikotinkarenz seit dem Infarkt); Alkohol sehr selten
Familienanamnese	Vater mit Herzinsuffizienz und Beinödemen im Alter
Sozialanamnese	lebt allein, 3. OG ohne Aufzug; Treppensteigen zunehmend erschwert

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben der Patientin wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Frau Helga Neumann, 74 Jahre, die sich heute in unserer Sprechstunde vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Dekompensierte chronische Herzinsuffizienz (am ehesten ischämischer Genese, NYHA III)

Differenzialdiagnosen

- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) oder andere pulmonale Ursache
- Niereninsuffizienz mit Überwässerung
- Erneutes akutes Koronarsyndrom / Myokardischämie
- Anämie als Ursache der Belastungsdyspnoe

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass die Luftnot bei Belastung seit etwa zwei Monaten zugenommen habe und inzwischen bereits nach einem Stockwerk auftrete. Die Patientin gab an, flach nicht mehr liegen zu können und nachts durch Luftnot zu erwachen. Weiterhin berichtete sie über abends betonte, eindrückbare Schwellungen der Unterschenkel, häufiges nächtliches Wasserlassen und eine Gewichtszunahme von einigen Kilogramm, obwohl sie ihre Ernährung nicht geändert habe. An Vorerkrankungen seien ein langjähriger arterieller Hypertonus, ein Herzinfarkt mit Stentimplantation vor drei Jahren und ein Vorhofflimmern bekannt. An Dauermedikation nehme sie ein Antihypertensivum, einen nicht näher bezeichneten Blutverdünner, ein Diuretikum und einen Lipidsenker ein; das Diuretikum nehme sie nach eigener Angabe nicht regelmäßig. Allergien seien nicht bekannt.

Geplante Diagnostik

- Körperliche Untersuchung: Auskultation (feuchte Rasselgeräusche, Herzgeräusche), Ödeme, Halsvenenstauung, hepatojugulärer Reflux
- Bestimmung der natriuretischen Peptide (BNP oder NT-proBNP)
- 12-Kanal-EKG (Vorhofflimmern, Ischämiezeichen, Linksschenkelblock)
- Transthorakale Echokardiographie zur Bestimmung der Ejektionsfraktion (HFrEF vs. HFpEF)
- Röntgen-Thorax (Stauungszeichen, Kardiomegalie, Pleuraergüsse)
- Labor: Blutbild, Elektrolyte, Nieren- und Leberwerte, TSH, Ferritin, Blutzucker

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom (Belastungsdyspnoe) mit Verlauf und Belastungsgrenze
- Orthopnoe und nächtliche paroxysmale Dyspnoe
- periphere Ödeme (abendbetont, eindrückbar)
- Gewichtszunahme und Nykturie
- kardiale Vorgeschichte (Z. n. Myokardinfarkt, Vorhofflimmern, Hypertonus)
- Dauermedikation und Adhärenz (Diuretikum)
- Allergien
- Hinweis auf kardiale Dekompensation

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist

Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Frau Neumann vorstellen, eine 74-jährige Patientin mit seit zwei Monaten progredienter Belastungsdyspnoe, inzwischen bereits nach einem Stockwerk. Zusätzlich bestehen eine Orthopnoe mit nächtlicher paroxysmaler Dyspnoe, eindrückbare Unterschenkelödeme, eine Nykturie und eine Gewichtszunahme. Bei Zustand nach Myokardinfarkt, arteriellem Hypertonus und Vorhofflimmern ist meine Verdachtsdiagnose eine dekompensierte chronische Herzinsuffizienz.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Wie teilen Sie den Schweregrad der Herzinsuffizienz klinisch ein?

Nach der NYHA-Klassifikation: Stadium I ohne Beschwerden bei normaler Belastung, II mit Beschwerden bei stärkerer Alltagsbelastung, III mit Beschwerden schon bei geringer Belastung und IV mit Beschwerden in Ruhe. Die Patientin muss bereits nach einem Stockwerk pausieren; das entspricht etwa NYHA III.

Nach welchen Ursachen einer kardialen Dekompensation fragen Sie, und welche finden Sie hier?

Typische Auslöser sind eine unregelmäßige Medikamenteneinnahme, Rhythmusstörungen wie ein tachykardes Vorhofflimmern, eine erneute Myokardischämie, Infekte, eine schlecht eingestellte Hypertonie, eine Anämie, eine Verschlechterung der Nierenfunktion und Medikamente wie NSAR. Hier fallen die unregelmäßige Einnahme des Diuretikums und das bekannte Vorhofflimmern auf; eine erneute Ischämie muss bei Z. n. Myokardinfarkt ausgeschlossen werden.

5 **Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache**
Zum Umdrehen und als Tabelle · 8 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz der Patientin – wie heißt es im Arztbrief?

„ich bekomme in letzter Zeit immer schlechter Luft“
progrediente Dyspnoe

„schon nach einem Stockwerk verschnaufen“
Belastungsdyspnoe (etwa NYHA III)

„flach liegen kann ich kaum noch“
Orthopnoe

„manchmal wache ich nachts auf und muss mich aufsetzen“
paroxysmale nächtliche Dyspnoe

„man kann eine Delle eindrücken“
eindrückbare Ödeme

„nachts muss ich öfter raus, um Wasser zu lassen“
Nykturie

„einen Herzinfarkt, da wurde mir ein Stent eingesetzt“
Z. n. Myokardinfarkt mit Stentimplantation

„ein schwaches Herz“
Herzinsuffizienz

Vom Fachbegriff zur Erklärung für die Patientin

Fachbegriff	So erklärst du es
Herzinsuffizienz	eine Herzschwäche, bei der das Herz nicht mehr genug Blut durch den Körper pumpt
Orthopnoe	Luftnot im flachen Liegen, sodass man mit erhöhtem Oberkörper schlafen muss
Ödeme	Wasseransammlungen im Gewebe, zum Beispiel geschwollene Beine, in die man eine Delle drücken kann
Ejektionsfraktion	der Anteil des Blutes, den das Herz mit einem Schlag aus der Kammer auswirft, ein Maß für die Pumpkraft

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Chronische Herzinsuffizienz

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Hellerhoff (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 4.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Herzrasen und Gewichtsverlust: Hyperthyreose (Morbus Basedow)

Fall 17 von 35 | Sprechstunde | Endokrinologie | mittel | ca. 15 Min.

Eine 34-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit einigen Wochen Herzrasen, innere Unruhe, vermehrtes Schwitzen und einen ungewollten Gewichtsverlust bemerkt hat.

Von Dr. Pascal Bafteh · Stand 22.10.2026 · Fall 17 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 Anamnesegespräch: Du bist dran
Du führst das Gespräch · 14 Antworten zum Aufdecken

JS

Frau Julia Sandner

34 Jahre · Sprechstunde

LEITSYMPTOM
Herzrasen, Gewichtsverlust und innere Unruhe

FACHGEBIET
Endokrinologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
Grundschullehrerin; lebt mit Partner; derzeit beruflich belastet

Eine 34-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit einigen Wochen Herzrasen, innere Unruhe, vermehrtes Schwitzen und einen ungewollten Gewichtsverlust bemerkt hat. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:
Du bist Ärztin/Arzt in der Sprechstunde. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen!

Und denk dran, dass du mit der Patientin **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt die Patientin mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Frau Sandner. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENTIN · EINSTIEGSSATZ

„Seit ein paar Wochen habe ich immer wieder Herzrasen, bin innerlich unruhig und schwitze stark. Dabei habe ich abgenommen, obwohl ich eigentlich mehr esse als sonst.“

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Können Sie mir das Herzrasen genauer beschreiben?

PATIENTIN

Es kommt mehrmals am Tag, auch in Ruhe. Das Herz klopft dann schnell und ich spüre es bis zum Hals. Manchmal habe ich das Gefühl, es stolpert.

DU

Seit wann bestehen die Beschwerden und wie haben sie sich entwickelt?

PATIENTIN

Seit etwa sechs Wochen, und es ist eher mehr geworden. Am Anfang dachte ich, es sei nur Stress.

DU

Wie viel Gewicht haben Sie abgenommen, und in welcher Zeit?

PATIENTIN

Etwa vier Kilo in sechs Wochen, obwohl ich mehr Hunger habe und normal esse.

DU

Sind Ihnen weitere Beschwerden aufgefallen?

PATIENTIN

Ja, meine Hände zittern, ich schwitze schnell und mir ist oft zu warm. Der Stuhlgang ist häufiger geworden und ich schlafe schlecht.

2 Vegetative Anamnese

DU
Wie ist es mit Appetit und Schlaf?

PATIENTIN
Appetit habe ich mehr als früher, aber ich schlafe schlecht ein und wache nachts oft auf.

DU
Wie ist Ihre Regelblutung, und könnten Sie schwanger sein?

PATIENTIN
Die Blutung ist schwächer und unregelmäßiger geworden. Schwanger bin ich nicht, das habe ich getestet.

3 Vorerkrankungen

DU
Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt, besonders an der Schilddrüse?

PATIENTIN
An der Schilddrüse nicht, aber in letzter Zeit sind meine Augen gereizt und tränen, und mir kommt vor, dass sie etwas hervorstehen.

DU
Wurden Sie schon einmal an der Schilddrüse behandelt?

PATIENTIN
Nein, nie.

4 Medikamente

DU
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

PATIENTIN
Nein, ich nehme nur die Antibabypille, sonst nichts.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENTIN

Nein, mir ist nichts bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie, und wie ist es mit Alkohol und Kaffee?

PATIENTIN

Ja, ich rauche etwa zehn Zigaretten am Tag. Kaffee trinke ich drei bis vier Tassen, Alkohol selten.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie Schilddrüsenerkrankungen?

PATIENTIN

Meine Tante hat eine Schilddrüsenüberfunktion, und meine Mutter hat Rheuma.

DU

Was machen Sie beruflich und wie ist Ihre Lebenssituation?

PATIENTIN

Ich bin Grundschullehrerin, lebe mit meinem Partner zusammen. Zurzeit ist es beruflich stressig.

8 Wenn die Patientin selbst fragt

PATIENTIN

Frau Doktor, ist das Herzrasen gefährlich für mein Herz?

DU

Ich verstehe Ihre Sorge gut. Herzrasen kann verschiedene Ursachen haben, zum Beispiel eine Überfunktion der Schilddrüse. Deshalb schreiben wir jetzt ein EKG und nehmen Blut ab. Sobald die Ergebnisse vorliegen, besprechen wir sie gemeinsam.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

✓ Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Sonographie

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Schilddrüsensonographie bei Morbus Basedow: oben B-Bild mit echoarmem, inhomogenem Parenchym, unten Farbdoppler mit erheblicher, diffuser Hyperperfusion des gesamten Schilddrüsengewebes („thyroidales Inferno“).

Bild: Hellerhoff (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 4.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 17

Patientin	Frau Julia Sandner, 34 J.
Vorstellungsgrund	Palpitationen, innere Unruhe, vermehrtes Schwitzen und ungewollter Gewichtsverlust seit ca. 6 Wochen
Palpitationen	mehrmals täglich, auch in Ruhe; bis zum Hals spürbar; gelegentlich Gefühl des Herzstolperns
Verlauf	progredient; anfangs als Stress gedeutet
Gewicht / Appetit	ca. −4 kg in 6 Wochen bei gesteigertem Appetit
Begleitsymptome	Tremor der Hände, Wärmeintoleranz, vermehrtes Schwitzen, gesteigerte Stuhlfrequenz, Ein- und Durchschlafstörungen
Augen	seit Kurzem gereizte, tränende Augen; subjektiv leichtes Hervortreten
Gynäkologische Anamnese	Menstruation schwächer und unregelmäßiger; Schwangerschaft per Test ausgeschlossen

Vorerkrankungen	keine Schilddrüsenerkrankung bekannt, nie an der Schilddrüse behandelt
Medikamente	orales Kontrazeptivum
Allergien	keine bekannt
Noxen	Nikotin ca. 10 Zig./d; Kaffee 3–4 Tassen/d; Alkohol selten
Familienanamnese	Tante mit Hyperthyreose; Mutter mit rheumatischer Erkrankung
Sozialanamnese	Grundschullehrerin; lebt mit Partner; derzeit beruflich belastet

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben der Patientin wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Frau Julia Sandner, 34 Jahre, die sich heute in unserer Sprechstunde vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Hyperthyreose, am ehesten Morbus Basedow (bei Verdacht auf endokrine Orbitopathie)

Differenzialdiagnosen

- Schilddrüsenautonomie (autonomes Adenom / multifokale Autonomie)
- Thyreoiditis (z. B. subakute Thyreoiditis de Quervain, Postpartum-Thyreoiditis)
- Angststörung / vegetative Erregung
- Herzrhythmusstörung anderer Ursache oder Phäochromozytom

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass Palpitationen in Ruhe seit etwa sechs Wochen bestünden und zugenommen hätten. Die Patientin gab an, zusätzlich unter innerer Unruhe, Wärmeintoleranz und vermehrtem Schwitzen zu leiden. Weiterhin berichtete sie über einen ungewollten Gewichtsverlust von rund vier Kilogramm bei gesteigertem Appetit, ein feines Zittern der Hände, häufigeren Stuhlgang sowie Ein- und Durchschlafstörungen. Die Monatsblutung sei schwächer und unregelmäßig; eine Schwangerschaft wurde ausgeschlossen. Seit Kurzem seien ihre Augen gereizt, träten hervor und tränten. An Dauermedikation nehme sie ein orales Kontrazeptivum ein. Sie rauche etwa zehn Zigaretten täglich; Alkohol trinke sie selten. In der Familienanamnese seien eine Hyperthyreose der Tante und eine rheumatische Erkrankung der Mutter bekannt. Allergien seien nicht bekannt.

Geplante Diagnostik

- Labor: TSH, freies T4 und freies T3 (erwartet: TSH supprimiert, fT4/fT3 erhöht)
- TSH-Rezeptor-Antikörper (TRAK) und ggf. TPO-Antikörper zur Klärung eines Morbus Basedow
- Sonographie der Schilddrüse mit Duplex (bei Basedow diffus echoarm, vermehrt perfundiert)
- Bei Verdacht auf Autonomie: Schilddrüsenszintigraphie
- EKG zur Beurteilung von Herzfrequenz und Rhythmus, klinische Untersuchung inklusive Augenbefund

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptome (Herzrasen/Palpitationen, innere Unruhe, Gewichtsverlust)
- Dauer und Verlauf (progredient über sechs Wochen)
- Begleitsymptome (Tremor, Wärmeintoleranz, Schwitzen, häufiger Stuhlgang, Schlafstörung)

- Augensymptome (Reizung, Protrusion) als Hinweis auf Orbitopathie
- Zyklusanamnese und Ausschluss Schwangerschaft
- Nikotinanamnese
- positive Familienanamnese für Schilddrüsenerkrankung
- Dauermedikation und Allergien

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Frau Sandner vorstellen, eine 34-jährige Patientin, die sich mit seit sechs Wochen progredientem Herzrasen in Ruhe, innerer Unruhe, Gewichtsverlust trotz gesteigertem Appetit, Tremor und Wärmeintoleranz vorgestellt hat. Zusätzlich bestehen neu aufgetretene Augenbeschwerden mit leichter Protrusion. Bei positiver Familienanamnese ist meine Verdachtsdiagnose eine Hyperthyreose, am ehesten im Rahmen eines Morbus Basedow.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Was spricht bei dieser Patientin für einen Morbus Basedow und gegen eine Schilddrüsenautonomie?

Für den Morbus Basedow sprechen das jüngere Alter, das weibliche Geschlecht und vor allem die Augenbeteiligung im Sinne einer endokrinen Orbitopathie; klassisch ist die Merseburger Trias aus Struma, Exophthalmus und Tachykardie. Gesichert wird er durch positive TSH-Rezeptor-Antikörper (TRAK) und sonographisch eine diffus echoarme, vermehrt durchblutete Schilddrüse. Die Autonomie betrifft eher ältere Menschen mit Knotenstruma und zeigt in der Szintigraphie heiße Knoten; eine Orbitopathie gehört nicht dazu.

Welche Laborkonstellation erwarten Sie?

Ein supprimiertes TSH mit erhöhtem freien T4 und/oder freien T3; das entspricht einer manifesten primären Hyperthyreose. Ist nur das TSH erniedrigt und sind die peripheren Hormone normal, spricht man von einer latenten Hyperthyreose. Beim Morbus Basedow sind die TRAK positiv.

5 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 8 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz der Patientin – wie heißt es im Arztbrief?

„das Herz klopft dann schnell und ich spüre es bis zum Hals“ **Palpitationen, Tachykardie**	„innerlich unruhig“ **innere Unruhe**	„meine Hände zittern“ **Tremor**
„mir ist oft zu warm“ **Wärmeintoleranz**	„ich schwitze schnell“ **Hyperhidrose**	„der Stuhlgang ist häufiger geworden“ **erhöhte Stuhlfrequenz**
„dass sie etwas hervorstehen“ **Protrusio bulbi (Exophthalmus)**	„Schilddrüsenüberfunktion“ **Hyperthyreose**	

Vom Fachbegriff zur Erklärung für die Patientin

Fachbegriff	So erklärst du es
Hyperthyreose	eine Überfunktion der Schilddrüse, bei der zu viel Schilddrüsenhormon gebildet wird

Fachbegriff	So erklärst du es
Morbus Basedow	eine Autoimmunerkrankung, bei der das Abwehrsystem die Schilddrüse zu einer Überproduktion anregt, oft mit Beteiligung der Augen
endokrine Orbitopathie	eine Mitbeteiligung der Augen bei der Schilddrüsenüberfunktion, bei der die Augen hervortreten und gereizt sein können

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Hyperthyreose

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Mnahi Bin Saeedan, Ibtisam Musallam Aljohani, Ayman Omar Khushaim, Salwa Qasim Bukhari, Salahudin Tayeb Elnaas (Insights into Imaging 2016) (Wikimedia Commons) · CC BY 4.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Müdigkeit und Frieren: Hypothyreose (Hashimoto)

Fall 18 von 35 | Sprechstunde | Endokrinologie | leicht | ca. 15 Min.

Eine 47-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie sich seit einigen Monaten zunehmend müde und antriebslos fühlt, ständig friert und an Gewicht zugenommen hat.

Von **Dr. Pascal Bafteh** · Stand 22.10.2026 · Fall 18 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 14 Antworten zum Aufdecken

PS

Frau Petra Sommer

47 Jahre · Sprechstunde

LEITSYMPTOM
Müdigkeit, Kälteempfindlichkeit und Gewichtszunahme

FACHGEBIET
Endokrinologie

SCHWIERIGKEIT
leicht

LEBENSSITUATION
Buchhalterin; verheiratet, 2 erwachsene Kinder

Eine 47-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie sich seit einigen Monaten zunehmend müde und antriebslos fühlt, ständig friert und an Gewicht zugenommen hat. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:

Du bist Ärztin/Arzt in der Sprechstunde. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit der Patientin **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt die Patientin mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Frau Sommer. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENTIN · EINSTIEGSSATZ

„Seit ein paar Monaten bin ich ständig müde und schlapp, ich friere dauernd und habe zugenommen, obwohl ich nicht mehr esse als früher.“

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Können Sie mir Ihre Müdigkeit genauer beschreiben?

PATIENTIN

Seit etwa vier bis fünf Monaten. Ich bin morgens schon wie erschlagen und komme kaum durch den Tag, obwohl ich genug schlafe.

DU

Frieren Sie mehr als früher?

PATIENTIN

Ja, mir ist ständig kalt, selbst wenn andere finden, dass es warm ist. Ich sitze oft mit einer Decke da.

DU

Wie hat sich Ihr Gewicht entwickelt und wie ist es mit dem Stuhlgang?

PATIENTIN

Ich habe in den letzten Monaten etwa fünf Kilo zugenommen und habe oft Verstopfung, obwohl sich beim Essen nichts geändert hat.

DU

Sind Ihnen weitere Veränderungen aufgefallen?

PATIENTIN

Meine Haut ist trocken geworden und die Haare fallen mehr aus. Ich bin auch niedergeschlagen und kann mich schlechter konzentrieren.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie ist es mit Appetit und Schlaf?

PATIENTIN

Der Appetit ist eher weniger geworden, geschlafen habe ich viel, aber es erholt mich nicht.

DU

Wie ist Ihre Regelblutung?

PATIENTIN

Die Blutung ist in letzter Zeit stärker und unregelmäßiger geworden.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt, besonders an der Schilddrüse?

PATIENTIN

An der Schilddrüse nichts. Aber ich habe seit einigen Jahren eine Weißfleckenkrankheit der Haut, die Vitiligo.

DU

Wurden Sie schon einmal an der Schilddrüse operiert oder am Hals bestrahlt?

PATIENTIN

Nein, nie.

4 Medikamente

DU

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

PATIENTIN

Nein, eigentlich nur ab und zu ein Schmerzmittel bei Kopfschmerzen.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENTIN

Nein, keine.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie oder trinken Sie Alkohol?

PATIENTIN

Ich rauche nicht und trinke höchstens mal ein Glas Sekt zu besonderen Anlässen.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie Schilddrüsenerkrankungen?

PATIENTIN

Meine Mutter und meine Schwester nehmen beide Schilddrüsentabletten, warum genau weiß ich nicht.

DU

Was machen Sie beruflich und wie ist Ihre Lebenssituation?

PATIENTIN

Ich arbeite als Buchhalterin, bin verheiratet und habe zwei erwachsene Kinder.

8 Wenn die Patientin selbst fragt

PATIENTIN

Frau Doktor, kommt die Müdigkeit vielleicht nur von den Wechseljahren oder von Stress?

DU

Das ist eine berechtigte Frage, denn beides kann ähnliche Beschwerden machen. Ihre Kombination aus Frieren, Gewichtszunahme, trockener Haut und Verstopfung kann aber auch von der Schilddrüse kommen. Das klären wir mit einer Blutuntersuchung, und danach besprechen wir die Ergebnisse gemeinsam.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

✓ Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Sonographie

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Hashimoto-Thyreoiditis: Sonographie (a, b) mit inhomogen echoarmem, kleinknotig wirkendem Schilddrüsengewebe und vermehrter Durchblutung im Farbdoppler; CT (c, d) mit vergrößerter Schilddrüse (Pfeile).

Bild: Mnahi Bin Saeedan, Ibtisam Musallam Aljohani, Ayman Omar Khushaim, Salwa Qasim Bukhari, Salahudin Tayeb Elnaas (Insights into Imaging 2016) (Wikimedia Commons) · CC BY 4.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 18

Patientin	Frau Petra Sommer, 47 J.
Vorstellungsgrund	progrediente Müdigkeit, Kälteintoleranz und Gewichtszunahme seit ca. 4–5 Monaten
Müdigkeit / Antrieb	morgens bereits erschöpft trotz ausreichendem Schlaf; Antriebslosigkeit
Kälteintoleranz	ständiges Frieren, auch bei Wärme

Gewicht / Stuhlgang	ca. +5 kg bei unveränderter Ernährung; Obstipation
Haut / Haare	trockene Haut, vermehrter Haarausfall
Psyche / Kognition	gedrückte Stimmung, Konzentrationsstörungen
Vegetative Anamnese	Appetit eher vermindert; vermehrtes, nicht erholsames Schlafbedürfnis
Gynäkologische Anamnese	Menstruation zuletzt stärker und unregelmäßiger
Vorerkrankungen	Vitiligo seit einigen Jahren; keine Schilddrüsenerkrankung bekannt; keine Halsoperation, keine Bestrahlung
Medikamente	keine Dauermedikation; gelegentlich Analgetikum bei Kopfschmerzen
Allergien	keine
Noxen	Nichtraucherin; Alkohol selten (Sekt zu besonderen Anlässen)
Familienanamnese	Mutter und Schwester nehmen Schilddrüsenhormon-Tabletten (Grund unbekannt)
Sozialanamnese	Buchhalterin; verheiratet, 2 erwachsene Kinder

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben der Patientin wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Frau Petra Sommer, 47 Jahre, die sich heute in unserer Sprechstunde vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Primäre Hypothyreose, am ehesten bei Hashimoto-Thyreoiditis

Differenzialdiagnosen

- Depression
- Anämie
- Nebenniereninsuffizienz
- Klimakterische Beschwerden / Perimenopause

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass Müdigkeit und Antriebslosigkeit seit etwa vier bis fünf Monaten bestünden und zugenommen hätten. Die Patientin gab an, ständig zu frieren, bei unveränderter Ernährung rund fünf Kilogramm zugenommen zu haben und unter Obstipation zu leiden. Weiterhin berichtete sie über trockene Haut, vermehrten Haarausfall sowie eine gedrückte Stimmung mit Konzentrationsstörungen. Die Monatsblutung sei verstärkt und unregelmäßig. An Vorerkrankungen sei eine Vitiligo bekannt; in der Familienanamnese seien Schilddrüsenerkrankungen bei Mutter und Schwester bekannt. Angaben zu Voroperationen oder Bestrahlungen am Hals, zu einer Dauermedikation, zu Allergien und zu einem Nikotinkonsum wurden verneint.

Geplante Diagnostik

- Labor: TSH als Suchtest, bei Auffälligkeit freies T4 (und ggf. freies T3)
- Schilddrüsen-Autoantikörper (TPO-Antikörper, ggf. Thyreoglobulin-Antikörper) zur Klärung einer Autoimmunthyreoiditis
- Sonographie der Schilddrüse (echoarmes, inhomogenes Muster bei Hashimoto)
- Blutbild und ggf. weitere Werte zum Ausschluss von Differenzialdiagnosen (z. B. Ferritin, Elektrolyte)
- Klinische Untersuchung inklusive Palpation der Schilddrüse und Reflexstatus

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptome (Müdigkeit, Kälteintoleranz, Gewichtszunahme)
- Dauer und Verlauf (progredient über Monate)
- Begleitsymptome (Obstipation, trockene Haut, Haarausfall, depressive Stimmung)
- Zyklusveränderungen (Hypermenorrhoe)
- Eigenanamnese Autoimmunität (Vitiligo)
- positive Familienanamnese für Schilddrüsenerkrankungen
- keine Halsoperation/Bestrahlung, keine Dauermedikation
- keine Allergien, kein Nikotin

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Frau Sommer vorstellen, eine 47-jährige Patientin, die sich mit seit einigen Monaten progredienter Müdigkeit, Kälteintoleranz und Gewichtszunahme vorgestellt hat. Zusätzlich bestehen Obstipation, trockene Haut, Haarausfall und eine gedrückte Stimmung. Bei bekannter Vitiligo und positiver Familienanamnese ist meine Verdachtsdiagnose eine Hypothyreose, am ehesten im Rahmen einer Autoimmunthyreoiditis vom Typ Hashimoto.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Welche Laborkonstellation erwarten Sie, und wie sichern Sie die Ursache?

Ein erhöhtes TSH mit erniedrigtem freien T4 spricht für eine manifeste primäre Hypothyreose; bei erhöhtem TSH und normalem fT4 liegt eine latente Hypothyreose vor. Für eine Hashimoto-Thyreoiditis sprechen erhöhte TPO-Antikörper und sonographisch eine echoarme, inhomogene Schilddrüse.

Warum ist die Vitiligo hier ein wichtiger Hinweis?

Die Vitiligo ist eine Autoimmunerkrankung, und Autoimmunerkrankungen treten gehäuft gemeinsam auf, zum Beispiel im Rahmen eines autoimmunen polyglandulären Syndroms. Zusammen mit der familiären Belastung macht das eine Autoimmunthyreoiditis wahrscheinlicher. Ich denke deshalb auch an assoziierte Erkrankungen wie eine Nebenniereninsuffizienz, einen Typ-1-Diabetes oder eine perniziöse Anämie.

5 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 8 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz der Patientin – wie heißt es im Arztbrief?

„ständig müde und schlapp“ **Fatigue, Antriebslosigkeit**	„mir ist ständig kalt“ **Kälteintoleranz**	„etwa fünf Kilo zugenommen“ **Gewichtszunahme**
„oft Verstopfung“ **Obstipation**	„meine Haut ist trocken geworden“ **trockene Haut (Xerosis cutis)**	„die Haare fallen mehr aus“ **vermehrter Haarausfall (Effluvium)**

„die Blutung ist in letzter Zeit stärker und unregelmäßiger geworden“
Hypermenorrhoe und Zyklusunregelmäßigkeit

„eine Weißfleckenkrankheit der Haut“
Vitiligo

Vom Fachbegriff zur Erklärung für die Patientin

Fachbegriff	So erklärst du es
Hypothyreose	eine Unterfunktion der Schilddrüse, bei der zu wenig Schilddrüsenhormon gebildet wird
TSH	ein Steuerungshormon aus der Hirnanhangsdrüse, das der Schilddrüse sagt, wie viel sie arbeiten soll — ein wichtiger Blutwert zur Beurteilung der Schilddrüse
Hashimoto-Thyreoiditis	eine Entzündung der Schilddrüse, bei der das eigene Abwehrsystem die Schilddrüse angreift und sie mit der Zeit schwächer wird

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Hypothyreose

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: formulatehealth (Flickr) (Wikimedia Commons) · CC BY 2.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Zittern, Schwitzen, Verwirrtheit: Hypoglykämie

Fall 19 von 35 | Notaufnahme | Endokrinologie / Innere Medizin | mittel | ca. 15 Min.

Eine 71-jährige Patientin wird von ihrer Tochter in die Notaufnahme begleitet, weil sie am Morgen plötzlich zittrig, schweißgebadet und verwirrt gewesen sei und kaum noch ansprechbar gewirkt habe.

Von **Dr. Pascal Bafteh** · Stand 22.10.2026 · Fall 19 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 18 Antworten zum Aufdecken

RB

Frau Renate Bergmann

71 Jahre · Notaufnahme

LEITSYMPTOM
Zittern, Schwitzen und Verwirrtheit mit rascher Besserung nach Zuckergabe

FACHGEBIET
Endokrinologie / Innere Medizin

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
lebt allein; Tochter wohnt in der Nähe und kommt täglich

Eine 71-jährige Patientin wird von ihrer Tochter in die Notaufnahme begleitet, weil sie am Morgen plötzlich zittrig, schweißgebadet und verwirrt gewesen sei und kaum noch ansprechbar gewirkt habe. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:

Du bist Ärztin/Arzt in der Notaufnahme. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit der Patientin **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt die Patientin mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Frau Bergmann. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENTIN · EINSTIEGSSATZ

„Heute früh war mir ganz komisch. Ich habe am ganzen Körper gezittert, war schweißnass und konnte plötzlich keinen klaren Gedanken mehr fassen. Meine Tochter sagt, ich hätte wirres Zeug geredet."

1 Aktuelle Beschwerden

DU
Können Sie mir genau beschreiben, wie die Beschwerden heute Morgen begonnen haben?

PATIENTIN
Es kam ganz plötzlich, kurz bevor ich frühstücken wollte. Erst wurde mir zittrig und flau, dann brach mir der Schweiß aus und mein Herz raste.

DU
Hatten Sie dabei auch Herzklopfen oder Sehstörungen?

PATIENTIN
Ja, ich hatte richtig Herzklopfen und einen großen Hunger, und ich habe irgendwie verschwommen gesehen.

DU
Wie ging es Ihnen, nachdem Sie etwas gegessen oder getrunken hatten?

PATIENTIN
Meine Tochter hat mir Traubenzucker und einen süßen Saft gegeben. Nach ein paar Minuten wurde es deutlich besser, jetzt fühle ich mich nur noch etwas erschöpft.

DU
Ist Ihnen so etwas schon einmal früher passiert?

PATIENTIN
In den letzten Wochen war mir zwei- oder dreimal morgens zittrig und schwindelig, aber so schlimm wie heute war es noch nie.

DU
Haben Sie heute Morgen normal gegessen, bevor die Beschwerden kamen?

PATIENTIN
Nein, ich hatte noch nichts gegessen. Ich hatte gestern Abend auch wenig Appetit und nur eine Kleinigkeit zu Abend gegessen.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie ist es in letzter Zeit mit Appetit, Gewicht und Schlaf?

PATIENTIN

Der Appetit ist wechselhaft, ich habe in den letzten Wochen etwas abgenommen. Der Schlaf ist eigentlich in Ordnung.

DU

Hatten Sie Fieber, Übelkeit oder Durchfall in den letzten Tagen?

PATIENTIN

Nein, Fieber nicht. Übelkeit hatte ich gestern etwas, deshalb habe ich auch weniger gegessen.

3 Vorerkrankungen

DU

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

PATIENTIN

Ich habe seit vielen Jahren Zuckerkrankheit, dazu Bluthochdruck und eine leichte Nierenschwäche, sagt mein Hausarzt.

DU

Wie wird Ihre Zuckerkrankheit behandelt — mit Tabletten oder mit Insulin?

PATIENTIN

Ich spritze Insulin, morgens und abends, und ich nehme zusätzlich noch eine Tablette gegen den Zucker.

DU

Haben Sie die Insulindosis in letzter Zeit verändert?

PATIENTIN

Nein, da hat sich nichts geändert. Ich habe sie auch heute Morgen wie immer gespritzt, bevor ich merkte, dass ich gar nicht essen kann.

4 Medikamente

DU

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

PATIENTIN

Insulin morgens und abends, eine Tablette Glibenclamid gegen den Zucker, ein Blutdruckmittel und eine Wassertablette.

DU

Hat sich bei Ihren Tabletten in letzter Zeit etwas geändert?

PATIENTIN

Mein Hausarzt hat die Zuckertablette vor Kurzem erhöht, weil der Langzeitwert wohl zu hoch war.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENTIN

Nein, mir ist nichts bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?

PATIENTIN

Nein, ich habe nie geraucht.

DU

Wie ist es mit Alkohol?

PATIENTIN

Nur ganz selten ein Glas Wein zu einem Fest, sonst trinke ich keinen Alkohol.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie Zuckerkrankheit oder andere Stoffwechselerkrankungen?

PATIENTIN

Meine Mutter hatte auch Zucker, sie hat aber nur Tabletten genommen.

DU

Wie wohnen Sie und wer kümmert sich im Alltag um Sie?

PATIENTIN

Ich wohne allein in einer Wohnung, meine Tochter wohnt in der Nähe und schaut jeden Tag nach mir.

8 Wenn die Patientin selbst fragt

PATIENTIN

Frau Doktor, war das jetzt ein Schlaganfall? Ich hatte solche Angst.

DU

Ich verstehe Ihre Angst sehr gut. Dass es Ihnen nach dem Traubenzucker so schnell besser ging, spricht eher für eine Unterzuckerung. Um sicherzugehen, messe ich jetzt den Blutzucker und untersuche Sie gründlich. Danach besprechen wir die Ergebnisse gemeinsam.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Blutzucker

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Kapilläre Blutzuckermessung: Das Messgerät zeigt „Lo“ – der Wert liegt unterhalb des Messbereichs – passend zu einer schweren Hypoglykämie.

Bild: formulatehealth (Flickr), „Low Blood Sugar - Glucose Monitor - 50191694906“ (Wikimedia Commons) · CC BY 2.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 19

Patientin	Frau Renate Bergmann, 71 J.
Vorstellungsgrund	akut aufgetretenes Zittern, Schweißausbruch und Verwirrtheit heute Morgen (in Begleitung der Tochter)
Beginn / Situation	plötzlich, nüchtern vor dem Frühstück, nach der morgendlichen Insulininjektion ohne anschließende Nahrungsaufnahme
Symptome	Tremor, Kaltschweißigkeit, Palpitationen, Heißhunger, verschwommenes Sehen; Verwirrtheit, fremdanamnestisch wirre Sprache
Verlauf	nach Traubenzucker und süßem Saft (durch die Tochter) innerhalb weniger Minuten deutlich gebessert; jetzt noch Erschöpfung
Vorgeschichte	in den letzten Wochen 2–3× morgendliches Zittern und Schwindel, weniger ausgeprägt
Nahrungsaufnahme	am Vorabend Inappetenz und leichte Nausea, nur kleine Mahlzeit; heute nüchtern
Vegetative Anamnese	wechselnder Appetit, leichte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen; Schlaf unauffällig; kein Fieber, keine Diarrhoe
Vorerkrankungen	langjähriger insulinpflichtiger Diabetes mellitus; arterielle Hypertonie; eingeschränkte Nierenfunktion
Medikamente	Insulin morgens und abends (unverändert), Glibenclamid (vom Hausarzt kürzlich gesteigert), Antihypertensivum, Diuretikum
Allergien	keine bekannt
Noxen	Nichtraucherin (nie geraucht); Alkohol sehr selten

Familienanamnese	Mutter mit Diabetes mellitus (Tabletten)
Sozialanamnese	lebt allein; Tochter wohnt in der Nähe und kommt täglich

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben der Patientin wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Frau Renate Bergmann, 71 Jahre, die sich heute in unserer Notaufnahme vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Schwere Hypoglykämie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus, begünstigt durch Sulfonylharnstoff-Einnahme, Niereninsuffizienz und reduzierte Nahrungsaufnahme

Differenzialdiagnosen

- Zerebrale Ischämie / transitorische ischämische Attacke
- Kardiale Rhythmusstörung mit Synkope
- Epileptischer Anfall
- Delir anderer Ursache (z. B. Infekt, Exsikkose)

Anamnese

Die Patientin wurde in Begleitung ihrer Tochter vorgestellt. Die aktuelle Anamnese ergab, dass die Beschwerden heute früh akut aufgetreten seien: Zittern, Schweißausbruch, Herzklopfen, Heißhunger und verschwommenes Sehen, dazu eine zunehmende Benommenheit mit verwirrter Sprache. Sie gab an, die Beschwerden seien nüchtern nach der morgendlichen Insulindosis aufgetreten, ohne dass die Patientin etwas gegessen

habe, und hätten sich nach Traubenzucker und einem glukosehaltigen Getränk binnen weniger Minuten deutlich gebessert. An Vorerkrankungen seien ein langjähriger insulinpflichtiger Diabetes mellitus, ein arterieller Hypertonus und eine eingeschränkte Nierenfunktion bekannt. An Dauermedikation nehme sie morgens und abends Insulin, Glibenclamid (vor Kurzem gesteigert), ein Antihypertensivum und ein Diuretikum ein. Weiterhin gab sie an, in den vergangenen Wochen morgens wiederholt unter Tremor und Schwindel gelitten zu haben; sie habe weniger gegessen und abgenommen. Allergien seien nicht bekannt, ein Nikotin- oder nennenswerter Alkoholkonsum wurde verneint.

Geplante Diagnostik

- Sofortige Bestimmung der kapillären Blutglukose (Whipple-Trias prüfen)
- Venöse Blutentnahme: Blutbild, Elektrolyte, Nierenwerte, Leberwerte, CRP, HbA1c
- Bei unklarer Genese: Bestimmung von Insulin, C-Peptid und ggf. Sulfonylharnstoff-Screening
- EKG und Kreislaufmonitoring
- Neurologische Untersuchung; bei persistierendem Defizit zerebrale Bildgebung (CT/MRT)

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom (adrenerge + neuroglykopene Symptomatik)
- akuter Beginn und nüchterne Auslösesituation
- rasche Besserung nach Kohlenhydratzufuhr
- insulinpflichtiger Diabetes mellitus
- kürzliche Steigerung von Glibenclamid
- eingeschränkte Nierenfunktion

- reduzierte Nahrungsaufnahme / Gewichtsabnahme
- Dauermedikation und Allergien

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Frau Bergmann vorstellen, eine 71-jährige Patientin mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus, die heute Morgen nüchtern nach Insulingabe eine akute Symptomatik aus Tremor, Kaltschweißigkeit, Palpitationen, Heißhunger und einer Vigilanzminderung mit Verwirrtheit entwickelt hat. Nach oraler Glukosezufuhr kam es zu einer prompten Besserung. Bei zusätzlich kürzlich gesteigerter Glibenclamid-Einnahme, eingeschränkter Nierenfunktion und reduzierter Nahrungsaufnahme ist meine Verdachtsdiagnose eine schwere Hypoglykämie."*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Was versteht man unter der Whipple-Trias?

Erstens Symptome, die zu einer Hypoglykämie passen, zweitens ein gleichzeitig gemessener niedriger Blutzucker und drittens die Besserung der Beschwerden nach Glukosezufuhr. Erst wenn alle drei Kriterien erfüllt sind, gilt eine Hypoglykämie als gesichert.

Welche Faktoren haben die Hypoglykämie bei dieser Patientin begünstigt?

Die Insulininjektion ohne anschließende Mahlzeit bei ohnehin reduzierter Nahrungsaufnahme, der kürzlich gesteigerte Sulfonylharnstoff Glibenclamid mit langer Wirkdauer und die eingeschränkte Nierenfunktion, durch die Glibenclamid und Insulin langsamer ausgeschieden werden. Dazu kommen das höhere Alter und die vorausgegangenen Episoden, die auf eine verminderte Hypoglykämiewahrnehmung hinweisen können.

Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

5 Zum Umdrehen und als Tabelle · 8 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz der Patientin – wie heißt es im Arztbrief?

„ich habe am ganzen Körper gezittert“ **Tremor**	„war schweißnass“ **Kaltschweißigkeit**	„mein Herz raste“ **Tachykardie, Palpitationen**
„einen großen Hunger“ **Heißhunger**	„ich habe irgendwie verschwommen gesehen“ **Verschwommensehen**	„keinen klaren Gedanken mehr fassen“ **Verwirrtheit (neuroglykopene Symptomatik)**
„eine leichte Nierenschwäche“ **Niereninsuffizienz**	„Zuckerkrankheit“ **Diabetes mellitus**	

Vom Fachbegriff zur Erklärung für die Patientin

Fachbegriff	So erklärst du es
Hypoglykämie	Unterzuckerung — der Blutzucker fällt so weit ab, dass der Körper und das Gehirn nicht mehr genug Energie bekommen
neuroglykopene Symptome	Beschwerden durch Zuckermangel im Gehirn, zum Beispiel Verwirrtheit, verwaschene Sprache oder Sehstörungen
Whipple-Trias	die drei zusammengehörenden Zeichen einer Unterzuckerung: passende Beschwerden, ein niedriger gemessener Zuckerwert und Besserung nach Zuckergabe

Fachbegriff	So erklärst du es
Sulfonylharnstoff	eine Gruppe von Zuckertabletten, die die Bauchspeicheldrüse zu mehr Insulinausschüttung anregt

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Hypoglykämie

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: 藤澤孝志 (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 3.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Veränderter Stuhlgang mit Blut: Kolonkarzinom

Fall 20 von 35 | Sprechstunde | Gastroenterologie | mittel | ca. 15 Min.

Eine 68-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit einigen Monaten unregelmäßigen Stuhlgang mit gelegentlichem Blutabgang bemerkt hat und dabei ungewollt an Gewicht verloren hat.

Von **Dr. Pascal Bafteh** · Stand 22.10.2026 · Fall 20 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 16 Antworten zum Aufdecken

UK

Frau Ursula Krämer

68 Jahre · Sprechstunde

LEITSYMPTOM
Veränderte Stuhlgewohnheiten mit Blutbeimengung

FACHGEBIET
Gastroenterologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
verwitwet, lebt allein; Tochter wohnt in der Nähe und unterstützt sie

Eine 68-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit einigen Monaten unregelmäßigen Stuhlgang mit gelegentlichem Blutabgang bemerkt hat und dabei ungewollt an Gewicht verloren hat. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:

Du bist Ärztin/Arzt in der Sprechstunde. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit der Patientin **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt die Patientin mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Frau Krämer. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENTIN · EINSTIEGSSATZ

„Seit etwa drei Monaten ist mein Stuhlgang durcheinander. Mal habe ich Verstopfung, mal Durchfall, und ab und zu ist Blut dabei. Außerdem habe ich abgenommen, ohne etwas dafür zu tun.“

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Können Sie mir die Veränderung des Stuhlgangs genauer beschreiben?

PATIENTIN

Früher war ich sehr regelmäßig. Jetzt wechseln sich Verstopfung und Durchfall ab, und der Stuhl ist manchmal auffällig dünn, fast bleistiftförmig.

DU

Wie sieht das Blut aus — hell oder dunkel?

PATIENTIN

Eher dunkel und dem Stuhl beigemischt, nicht nur obenauf. Manchmal sehe ich auch etwas Schleim.

DU

Haben Sie Bauchschmerzen oder das Gefühl, dass der Darm sich nicht richtig entleert?

PATIENTIN

Ab und zu ein Ziehen im Bauch, und ja, oft habe ich das Gefühl, dass noch etwas drin ist, auch wenn ich gerade war.

DU

Hatten Sie zwischendurch krampfartige Schmerzen?

PATIENTIN

Einmal hatte ich einen Tag lang starke Krämpfe und Blähungen, dann ging es wieder. Das hat mir Angst gemacht.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie viel Gewicht haben Sie verloren, und wie ist der Appetit?

PATIENTIN

Ungefähr sechs Kilo in drei Monaten, obwohl ich normal esse. Der Appetit ist etwas weniger geworden.

DU

Haben Sie Müdigkeit bemerkt, oder sind Sie weniger belastbar?

PATIENTIN

Ja, ich bin oft müde und blass. Meine Tochter sagt, ich sehe erschöpft aus.

DU

Haben Sie Nachtschweiß oder Fieber bemerkt?

PATIENTIN

Fieber nicht. Nachtschweiß ab und zu, aber nicht stark.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Darmerkrankungen bekannt?

PATIENTIN

Bei einer Darmspiegelung vor vielen Jahren wurden mir einmal Polypen entfernt. Seitdem war ich nicht mehr zur Kontrolle.

DU

Leiden Sie noch an anderen Erkrankungen?

PATIENTIN

Ich habe hohen Blutdruck, der mit einer Tablette behandelt wird.

4 Medikamente

DU

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

PATIENTIN

Ich nehme eine Blutdrucktablette und Aspirin, das ich vom Hausarzt bekomme.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENTIN

Gegen Penicillin bekomme ich einen Hautausschlag, sonst ist mir nichts bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht, und wie ist es mit Alkohol?

PATIENTIN

Ich habe früher etwa zwanzig Jahre geraucht, aber vor zehn Jahren aufgehört. Alkohol trinke ich selten, ein Glas Wein zum Essen.

DU

Wie sieht Ihre Ernährung üblicherweise aus?

PATIENTIN

Ehrlich gesagt esse ich viel rotes Fleisch und Wurst und wenig Gemüse oder Vollkorn.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen?

PATIENTIN

Mein Vater ist an Darmkrebs erkrankt, das war mit etwa siebzig Jahren.

DU

Wie leben Sie, und wer unterstützt Sie im Alltag?

PATIENTIN

Ich bin verwitwet und lebe allein, meine Tochter wohnt in der Nähe und kümmert sich um mich.

8 Wenn die Patientin selbst fragt

PATIENTIN

Frau Doktor, ist es Krebs? Ich habe große Angst.

DU

Ich verstehe Ihre Angst sehr gut, und es ist wichtig, dass wir offen darüber sprechen. Ihre Beschwerden nehmen wir sehr ernst und klären sie gründlich ab. Ob eine bösartige Erkrankung vorliegt, können wir erst nach einer Darmspiegelung mit Gewebeprobe sicher sagen. Die Ergebnisse besprechen wir dann gemeinsam, und Sie sind damit nicht allein.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Endoskopie

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Koloskopie: höckeriger, leicht blutender, wandständiger Tumor am rektosigmoidalen Übergang (Kolonkarzinom)

Bild: 藤澤孝志, „Colonic carcinoma of rectosigmoid portion2“ (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 3.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den

Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 20

Patientin	Frau Ursula Krämer, 68 J.
Vorstellungsgrund	Änderung der Stuhlgewohnheiten mit Blutbeimengung seit ca. 3 Monaten; ungewollter Gewichtsverlust
Stuhlgang	früher regelmäßig; jetzt Wechsel von Obstipation und Diarrhoe; zeitweise bleistiftdünner Stuhl
Blutbeimengung	eher dunkel, dem Stuhl beigemischt; gelegentlich Schleim
Begleitsymptome	intermittierendes Ziehen im Bauch; Gefühl der inkompletten Entleerung; einmalig eintägige krampfartige Schmerzen mit Meteorismus
Vegetative Anamnese	Gewichtsverlust ca. 6 kg in 3 Monaten bei normaler Ernährung; Appetit leicht vermindert; Müdigkeit, Blässe; gelegentlich leichter Nachtschweiß; kein Fieber
Vorerkrankungen	Z. n. Abtragung von Kolonpolypen vor vielen Jahren, seitdem keine Kontrollkoloskopie; arterielle Hypertonie
Medikamente	Antihypertensivum, ASS
Allergien	Penicillin (Exanthem)
Noxen	Ex-Raucherin (ca. 20 J. geraucht, Nikotinkarenz seit 10 J.); Alkohol selten
Ernährung	viel rotes Fleisch und Wurst, wenig Gemüse und Vollkorn
Familienanamnese	Vater mit kolorektalem Karzinom (Erkrankung mit ca. 70 J.)
Sozialanamnese	verwitwet, lebt allein; Tochter wohnt in der Nähe und unterstützt sie

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben der Patientin wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Frau Ursula Krämer, 68 Jahre, die sich heute in unserer Sprechstunde vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Kolonkarzinom (kolorektales Karzinom)

Differenzialdiagnosen

- Divertikulitis bzw. Divertikelblutung
- Chronisch-entzündliche Darmerkrankung (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn)
- Hämorrhoiden bzw. anorektale Blutungsquelle
- Ischämische Kolitis

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass sich die Stuhlgewohnheiten seit etwa drei Monaten verändert hätten. Die Patientin gab an, Obstipation und Diarrhö wechselten sich ab, der Stuhl sei zeitweise bleistiftdünn und weise wiederholt dunkle Blutbeimengungen auf. Begleitend berichtete sie über das Gefühl, der Darm entleere sich nicht vollständig, über einen ungewollten Gewichtsverlust von etwa sechs Kilogramm in drei Monaten und über eine zunehmende Leistungsminderung; zudem sei sie oft müde und blass. Weiterhin gab sie an, vor Jahren seien ihr Kolonpolypen abgetragen worden; eine Kontrollkoloskopie habe sie seitdem nicht wahrgenommen. In der Familienanamnese sei ein kolorektales Karzinom des Vaters bekannt. Sie ernähre sich fleischreich und ballaststoffarm und habe früher geraucht. An Dauermedikation nehme sie ein Antihypertensivum und Acetylsalicylsäure ein. Es bestehe eine Penicillinallergie.

Geplante Diagnostik

- Körperliche Untersuchung mit Palpation des Abdomens und digital-rektaler Untersuchung
- Labor: Blutbild zur Frage Anämie, Eisenstatus, Leber- und Nierenwerte sowie Tumormarker CEA als Verlaufsparameter
- Ileokoloskopie mit Biopsie zur histologischen Sicherung
- Zum Staging: CT von Thorax und Abdomen zur Suche nach Fernmetastasen
- Bei Rektumbefall zusätzlich MRT des Beckens und Endosonographie

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom (Änderung der Stuhlgewohnheiten)
- Art der Blutbeimengung und Stuhlkaliber
- ungewollter Gewichtsverlust und Anämiezeichen
- Dauer und Verlauf der Beschwerden
- relevante Vorgeschichte (frühere Polypenabtragung, fehlende Vorsorge)
- positive Familienanamnese für kolorektales Karzinom
- Dauermedikation inklusive ASS
- Allergien (Penicillin)

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Frau Krämer vorstellen, eine 68-jährige Patientin, die sich mit einer seit drei Monaten bestehenden Änderung der Stuhlgewohnheiten mit Wechsel von Verstopfung und Durchfall, bleistiftförmigem Stuhl und dunkler Blutbeimengung vorgestellt hat. Zusätzlich bestehen ein ungewollter Gewichtsverlust von sechs Kilogramm, eine Leistungsminderung und Blässe. Anamnestisch wurden früher Polypen abgetragen, und die Familienanamnese ist positiv für Darmkrebs. Meine Verdachtsdiagnose ist ein Kolonkarzinom.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Welche Alarmsymptome und Risikofaktoren hat die Patientin?

Eine neu aufgetretene Änderung der Stuhlgewohnheiten jenseits des 50. Lebensjahres, Blut im Stuhl, bleistiftdünne Stühle als Hinweis auf eine Stenose, ein ungewollter Gewichtsverlust sowie Müdigkeit und Blässe als Hinweis auf eine Anämie. Risikofaktoren sind die früher abgetragenen Polypen ohne Nachsorge, ein Verwandter ersten Grades mit Darmkrebs, die fleischreiche, ballaststoffarme Ernährung und der frühere Nikotinkonsum.

Was ist die Adenom-Karzinom-Sequenz, und warum ist sie hier relevant?

Die meisten kolorektalen Karzinome entstehen über Jahre schrittweise aus gutartigen Adenomen, also Polypen, durch eine Anhäufung genetischer Veränderungen. Bei der Patientin wurden früher Polypen entfernt, eine Kontrollkoloskopie ist aber unterblieben. Neue oder verbliebene Adenome konnten sich daher unbemerkt weiterentwickeln.

5 **Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache**
Zum Umdrehen und als Tabelle · 8 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz der Patientin – wie heißt es im Arztbrief?

„mal habe ich Verstopfung, mal Durchfall“ **Wechsel von Obstipation und Diarrhoe**	„fast bleistiftförmig“ **bleistiftdünner Stuhl**	„dem Stuhl beigemischt, nicht nur obenauf“ **dem Stuhl beigemischtes Blut**
„dass noch etwas drin ist, auch wenn ich gerade war“ **Gefühl der inkompletten Stuhlentleerung**	„abgenommen, ohne etwas dafür zu tun“ **ungewollter Gewichtsverlust**	„Blähungen“ **Meteorismus**
„Polypen entfernt“ **Z. n. Polypektomie**	„Darmkrebs“ **kolorektales Karzinom**	

Vom Fachbegriff zur Erklärung für die Patientin

Fachbegriff	So erklärst du es
kolorektales Karzinom	Krebs des Dick- oder Enddarms
Adenom-Karzinom-Sequenz	die schrittweise Entwicklung von einem gutartigen Darmpolypen hin zu Darmkrebs
Koloskopie	eine Darmspiegelung, bei der der Dickdarm mit einer Kamera untersucht wird
Staging	die Untersuchungen, mit denen bestimmt wird, wie weit sich ein Tumor ausgebreitet hat

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Kolonkarzinom

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe

einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Ed Uthman from Houston, TX, USA (Wikimedia Commons) · CC BY 2.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Halsschmerzen, Fieber, Müdigkeit: Infektiöse Mononukleose

Fall 21 von 35 | Sprechstunde | Innere Medizin / Infektiologie | mittel | ca. 15 Min.

Ein 19-jähriger Schüler stellt sich vor, weil er seit über einer Woche Halsschmerzen, Fieber und eine ungewöhnlich starke Müdigkeit hat, die trotz einer bereits begonnenen Antibiotikaeinnahme nicht besser werden.

Von **Dr. Pascal Bafteh** · Stand 22.10.2026 · Fall 21 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 16 Antworten zum Aufdecken

Herr Julian Weiß

19 Jahre · Sprechstunde

LEITSYMPTOM
Anhaltende Halsschmerzen mit Fieber und ausgeprägter Müdigkeit

FACHGEBIET
Innere Medizin / Infektiologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
Schüler (Abitur); lebt bei den Eltern; spielt Fußball

Porträt KI-generiert, keine reale Person · zeigt keine Krankheitszeichen

Ein 19-jähriger Schüler stellt sich vor, weil er seit über einer Woche Halsschmerzen, Fieber und eine ungewöhnlich starke Müdigkeit hat, die trotz einer bereits begonnenen Antibiotikaeinnahme nicht besser werden. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:

Du bist Ärztin/Arzt in der Sprechstunde. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit dem Patienten **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt den Patienten mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Herr Weiß. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENT · EINSTIEGSSATZ

„Seit ungefähr zehn Tagen habe ich Halsschmerzen und Fieber. Am schlimmsten ist aber die Müdigkeit — ich bin völlig erschöpft und schlafe den halben Tag. Mein Hausarzt hat mir ein Antibiotikum gegeben, aber es wird einfach nicht besser."

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Können Sie mir die Beschwerden von Anfang an schildern — wann und wie hat es begonnen?

PATIENT

Zuerst fühlte ich mich einfach abgeschlagen und hatte Kopfschmerzen. Ein paar Tage später kamen die Halsschmerzen und das Fieber dazu, und die Müdigkeit ist seither immer schlimmer geworden.

DU

Haben Sie eine Schwellung am Hals oder anderswo bemerkt?

PATIENT

Ja, am Hals sind auf beiden Seiten dicke Knoten, die drücken unangenehm. Auch in den Achseln fühlt sich etwas geschwollen an.

DU

Wie hoch ist das Fieber, und seit wie vielen Tagen haben Sie es?

PATIENT

Es geht seit über einer Woche auf und ab, meist um die 38,5 Grad, manchmal höher. Abends ist es am schlimmsten.

DU

Haben Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl im Bauch?

PATIENT

Jetzt, wo Sie es sagen — ja, links oben im Bauch fühlt es sich manchmal gespannt und leicht drückend an.

DU

Ist Ihnen ein Hautausschlag aufgefallen?

PATIENT

Ja, seit ich das Antibiotikum nehme, habe ich am Rumpf und an den Armen einen roten, fleckigen Ausschlag bekommen.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie sind Appetit, Gewicht und Schlaf?

PATIENT

Der Appetit ist schlecht, ich habe in den letzten Tagen wohl etwas abgenommen. Schlafen tue ich sehr viel, wache aber trotzdem gerädert auf.

DU

Haben Sie Nachtschweiß bemerkt?

PATIENT

Ja, ein paar Mal bin ich nachts ziemlich verschwitzt aufgewacht und musste das T-Shirt wechseln.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

PATIENT

Nein, ich bin eigentlich immer gesund gewesen. So etwas hatte ich noch nie.

DU

Hatten Sie schon einmal eine Operation?

PATIENT

Nein, im Krankenhaus war ich noch nie.

4 Medikamente

DU

Welches Antibiotikum nehmen Sie genau?

PATIENT

Mein Hausarzt hat vor vier Tagen ein Penicillinpräparat verschrieben, Amoxicillin heißt es glaube ich. Seither nehme ich es regelmäßig.

DU

Nehmen Sie sonst noch Medikamente ein?

PATIENT

Nein, sonst nehme ich nichts.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENT

Nein, mir ist nichts bekannt. Deshalb wundert mich der Ausschlag auch.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie, und trinken Sie Alkohol?

PATIENT

Ich rauche nicht und trinke höchstens mal ein Bier. Sonst spiele ich in der Freizeit Fußball, aber im Moment ist an Sport gar nicht zu denken.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Hat jemand in Ihrem Umfeld ähnliche Beschwerden, und wie leben Sie zurzeit?

PATIENT

Ein Freund aus meiner Clique hatte vor ein paar Wochen etwas Ähnliches. Ich mache gerade mein Abitur und wohne noch bei meinen Eltern.

DU

Hatten Sie in letzter Zeit engen Kontakt zu jemandem?

PATIENT

Ja, ich habe seit einigen Wochen eine Freundin.

8 Wenn der Patient selbst fragt

PATIENT

Herr Doktor, warum wird es mit dem Antibiotikum nicht besser, und woher kommt der Ausschlag?

DU

Das ist eine wichtige Frage. Ihre Beschwerden könnten von einem Virus kommen – dagegen wirkt ein Antibiotikum nicht. Ein solcher Ausschlag ist bei bestimmten Viruserkrankungen bekannt. Ich untersuche Sie jetzt und nehme Blut ab, danach besprechen wir die Ergebnisse gemeinsam.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Blutausstrich

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Blutausstrich bei infektiöser Mononukleose: drei große reaktive Lymphozyten (Pfeiffer-Zellen) mit breitem, basophil gesäumtem Zytoplasma

Bild: Ed Uthman from Houston, TX, USA, „Infectious Mononucleosis. Peripheral Blood, Wright Stain (25116997017)“ (Wikimedia Commons) · CC BY 2.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 21

Patient	Herr Julian Weiß, 19 J.
Vorstellungsgrund	Halsschmerzen und Fieber seit ca. 10 Tagen, ausgeprägte Müdigkeit; keine Besserung unter Amoxicillin
Verlauf	initial Abgeschlagenheit und Kopfschmerzen, einige Tage später Halsschmerzen und Fieber; Müdigkeit seitdem zunehmend
Fieber	seit > 1 Woche wechselnd, meist um 38,5 °C, teils höher, abends betont
Lymphknoten	zervikal bds. druckschmerzhaft geschwollen; axillär subjektiv geschwollen
Abdomen	zeitweise Spannungs- und Druckgefühl im li. Oberbauch
Haut	rotes, fleckiges Exanthem an Stamm und Armen seit Beginn der Amoxicillin-Einnahme
Vegetative Anamnese	Inappetenz, leichter Gewichtsverlust; vermehrtes, nicht erholsames Schlafbedürfnis; Nachtschweiß
Vorerkrankungen	keine; keine Voroperationen
Medikamente	Amoxicillin seit 4 Tagen (vom Hausarzt); sonst keine
Allergien	keine bekannt
Noxen	Nichtraucher; Alkohol selten
Umfeld / Kontakte	Freund aus der Clique vor einigen Wochen mit ähnlichen Beschwerden; seit einigen Wochen neue Partnerin

Sozialanamnese	Schüler (Abitur); lebt bei den Eltern; spielt Fußball

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben des Patienten wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Herrn Julian Weiß, 19 Jahre, der sich heute in unserer Sprechstunde vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Infektiöse Mononukleose (Epstein-Barr-Virus-Infektion, Pfeiffersches Drüsenfieber)

Differenzialdiagnosen

- Bakterielle Streptokokken-Angina
- Zytomegalievirus-Infektion
- Akute HIV-Infektion
- Hämatologische Erkrankung (z. B. akute Leukämie oder Lymphom)

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass die Halsschmerzen seit etwa zehn Tagen bestünden. Der Patient gab an, seit über einer Woche wechselndes Fieber, meist um 38,5 Grad Celsius, zeitweise höher, zu haben und sich zunehmend erschöpft zu fühlen. Er berichtete über beidseits geschwollene Lymphknoten am Hals, eine Schwellung in den Achseln sowie ein Druckgefühl im linken Oberbauch. Weiterhin berichtete er über Nachtschweiß und Appetitminderung. Er gab an, vor vier Tagen sei eine Behandlung mit Amoxicillin begonnen worden; ein Ansprechen sei ausgeblieben, stattdessen sei ein makulöses Exanthem an Stamm und Armen aufgetreten. Vorerkrankungen und Allergien

bestünden nicht. Weiterhin erwähnte er Kontakt zu einer erkrankten Person in seinem Freundeskreis.

Geplante Diagnostik

- Körperliche Untersuchung mit Racheninspektion, Lymphknoten- und Milzpalpation
- Blutbild mit Differenzialblutbild (Lymphozytose mit atypischen, aktivierten Lymphozyten)
- EBV-spezifische Serologie (VCA-IgM, VCA-IgG, EBNA-1-IgG)
- Leberwerte (Transaminasen häufig erhöht), ggf. Sonographie zur Beurteilung von Milz und Leber
- Bei unklarem Befund: Ausschluss von CMV und HIV, Streptokokken-Schnelltest

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom (Halsschmerzen, Fieber, Fatigue) und Dauer
- generalisierte Lymphadenopathie
- Hinweis auf Splenomegalie (linksseitiger Oberbauchdruck)
- Nachtschweiß / B-Symptomatik-nahe Angaben
- Amoxicillin-Einnahme mit nachfolgendem Exanthem
- fehlendes Ansprechen auf Antibiotikum
- Allergien und Vorerkrankungen
- Infektkontakt / Sozialanamnese

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Herrn Weiß vorstellen, einen 19-jährigen Patienten, der sich mit seit etwa zehn Tagen bestehenden Halsschmerzen, Fieber und einer ausgeprägten Erschöpfung vorgestellt hat. Er berichtet über geschwollene Lymphknoten am Hals und in den Achseln sowie ein Druckgefühl im linken Oberbauch. Unter einer laufenden Amoxicillintherapie ist ein makulopapulöses Exanthem aufgetreten, und die Beschwerden bessern sich unter dem Antibiotikum nicht. Bei dieser Konstellation ist meine Verdachtsdiagnose eine infektiöse Mononukleose durch das Epstein-Barr-Virus.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Warum ist der Ausschlag unter Amoxicillin hier ein diagnostischer Hinweis?

Bei einer akuten EBV-Infektion entwickeln viele Patientinnen und Patienten unter Aminopenicillinen wie Amoxicillin oder Ampicillin ein makulopapulöses Exanthem. Meist handelt es sich nicht um eine echte Penicillinallergie, sondern um eine infektassoziierte Reaktion. Das Exanthem stützt damit den Verdacht auf eine Mononukleose.

Welche Komplikation fürchten Sie, und woran denken Sie bei den Beschwerden im linken Oberbauch?

Das Druckgefühl im linken Oberbauch weist auf eine Splenomegalie hin, die bei der Mononukleose häufig ist. Gefürchtet ist die Milzruptur, die schon nach leichtem Trauma, etwa beim Kontaktsport, auftreten kann und sich mit akuten linksseitigen Oberbauchschmerzen, Schmerzen in der linken Schulter (Kehr-Zeichen) und Schockzeichen zeigt. Weitere Komplikationen sind eine Atemwegsverlegung durch massive Tonsillenschwellung, eine Begleithepatitis und hämatologische Komplikationen.

5 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 7 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz des Patienten – wie heißt es im Arztbrief?

„ich bin völlig erschöpft“ **ausgeprägte Fatigue**	„am Hals sind auf beiden Seiten dicke Knoten“ **zervikale Lymphadenopathie beidseits**	„auch in den Achseln fühlt sich etwas geschwollen an“ **axilläre Lymphadenopathie**
„links oben im Bauch fühlt es sich manchmal gespannt“ **Druckgefühl im linken Oberbauch (V. a. Splenomegalie)**	„einen roten, fleckigen Ausschlag“ **makulöses Exanthem**	„nachts ziemlich verschwitzt aufgewacht“ **Nachtschweiß**
„es geht seit über einer Woche auf und ab“ **wechselnd hohes Fieber**		

Vom Fachbegriff zur Erklärung für den Patienten

Fachbegriff	So erklärst du es
Lymphadenopathie	geschwollene Lymphknoten, im Volksmund geschwollene Drüsen
Splenomegalie	eine Vergrößerung der Milz
makulopapulöses Exanthem	ein Hautausschlag aus roten Flecken und kleinen Erhebungen
Fatigue	eine ausgeprägte, anhaltende Erschöpfung und Müdigkeit

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Infektiöse Mononukleose

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Hellerhoff (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 3.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Gürtelförmige Oberbauchschmerzen: Akute Pankreatitis

Fall 22 von 35 | Notaufnahme | Gastroenterologie | mittel | ca. 15 Min.

Ein 52-jähriger Patient stellt sich in der Notaufnahme vor, weil er seit dem Vorabend heftige, in den Rücken ausstrahlende Oberbauchschmerzen mit Übelkeit und mehrfachem Erbrechen hat.

Von **Dr. Pascal Bafteh** · Stand 22.10.2026 · Fall 22 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 17 Antworten zum Aufdecken

Herr Matthias Lehnert

52 Jahre · Notaufnahme

LEITSYMPTOM
Gürtelförmige Oberbauchschmerzen

FACHGEBIET
Gastroenterologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
Vertreter, viel unterwegs; unregelmäßige Mahlzeiten, häufig auswärts

Porträt KI-generiert, keine reale Person · zeigt keine Krankheitszeichen

Ein 52-jähriger Patient stellt sich in der Notaufnahme vor, weil er seit dem Vorabend heftige, in den Rücken ausstrahlende Oberbauchschmerzen mit Übelkeit und mehrfachem Erbrechen hat. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:

Du bist Ärztin/Arzt in der Notaufnahme. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit dem Patienten **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt den Patienten mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Herr Lehnert. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENT · EINSTIEGSSATZ

„Seit gestern Abend habe ich furchtbare Schmerzen im Oberbauch. Es fühlt sich an, als würde sich ein Gürtel um den Bauch bis in den Rücken ziehen. Mir ist schlecht und ich habe mehrmals erbrochen."

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Können Sie mir die Schmerzen genauer beschreiben — wo genau sitzen sie und wie fühlen sie sich an?

PATIENT

Sie sitzen mitten im Oberbauch und ziehen wie ein Band um beide Seiten bis in den Rücken. Es ist ein tiefes, bohrendes Dauerweh.

DU

Wann haben die Schmerzen begonnen und wie stark sind sie auf einer Skala von null bis zehn?

PATIENT

Gestern Abend, etwa zwei Stunden nach dem Essen. Sie sind sehr stark, ich würde acht von zehn sagen.

DU

Gibt es etwas, das die Schmerzen bessert oder verschlimmert?

PATIENT

Wenn ich mich zusammenkrümme und die Beine anziehe, ist es etwas erträglicher. Im Liegen auf dem Rücken wird es schlimmer.

DU

Hatten Sie am Abend zuvor etwas Besonderes gegessen oder getrunken?

PATIENT

Ja, wir hatten eine Feier. Ich habe deftig gegessen und ehrlich gesagt auch einige Gläser Alkohol getrunken.

DU

Ist Ihnen aufgefallen, dass Ihre Haut oder Ihre Augen gelb geworden sind?

PATIENT

Nein, das ist mir nicht aufgefallen.

2 Vegetative Anamnese

DU
Wie ist es mit Übelkeit, Erbrechen und dem Appetit?

PATIENT
Mir ist ständig übel, ich habe seit gestern viermal erbrochen und kann gar nichts essen.

DU
Haben Sie Fieber, und wie war zuletzt der Stuhlgang?

PATIENT
Ich fühle mich warm und verschwitzt. Stuhlgang hatte ich seit gestern nicht mehr, aber der Bauch ist aufgebläht.

DU
Haben Sie Herzrasen oder Schwindel?

PATIENT
Ja, mein Herz klopft schnell und mir ist etwas flau, wenn ich aufstehe.

3 Vorerkrankungen

DU
Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt, zum Beispiel Gallensteine oder Magenprobleme?

PATIENT
Gallensteine sind nicht bekannt. Ich hatte vor etwa zwei Jahren schon einmal eine Bauchspeicheldrüsenentzündung, damals nach zu viel Alkohol.

DU
Sind bei Ihnen erhöhte Blutfette oder ein zu hoher Kalziumwert bekannt?

PATIENT
Die Blutfette sollen zu hoch sein, das hat der Hausarzt einmal gesagt. Vom Kalzium weiß ich nichts.

4 Medikamente

DU

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

PATIENT

Eigentlich nur ab und zu eine Tablette gegen Sodbrennen, sonst nehme ich nichts regelmäßig.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENT

Nein, mir ist keine Allergie bekannt.

6 Noxen

DU

Wie viel Alkohol trinken Sie üblicherweise in der Woche?

PATIENT

Unter der Woche ein, zwei Bier am Abend, am Wochenende auch mal mehr. Bei Feiern kommt einiges zusammen.

DU

Rauchen Sie?

PATIENT

Ja, etwa fünfzehn Zigaretten am Tag, seit vielen Jahren.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie Gallensteine oder Magen-Darm-Erkrankungen?

PATIENT

Meine Mutter wurde wegen Gallensteinen operiert. Sonst ist mir nichts bekannt.

DU

Was machen Sie beruflich und wie sieht Ihr Alltag aus?

PATIENT

Ich arbeite als Vertreter und bin viel unterwegs, esse oft unregelmäßig und auswärts.

8 Wenn der Patient selbst fragt

PATIENT

Herr Doktor, ist das gefährlich? Kann ich daran sterben?

DU

Ich verstehe, dass Ihnen das große Angst macht. Ihre Schmerzen nehmen wir sehr ernst. Deshalb untersuche ich Sie jetzt sofort, wir nehmen Blut ab und machen einen Ultraschall. Danach besprechen wir die Ergebnisse gemeinsam, und wir bleiben die ganze Zeit an Ihrer Seite.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: CT

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

CT mit Kontrastmittel: akute exsudative Pankreatitis mit Flüssigkeitsstraßen um das Pankreas (Pfeil), Parenchym regelrecht kontrastiert

Bild: Hellerhoff, „Pankreatitis exsudativ CT axial“ (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 3.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den

Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 22

Patient	Herr Matthias Lehnert, 52 J.
Vorstellungsgrund	starke Oberbauchschmerzen seit dem Vorabend mit Nausea und rezidivierendem Erbrechen
Lokalisation / Ausstrahlung	mittlerer Oberbauch (epigastrisch); gürtelförmige Ausstrahlung beidseits in den Rücken
Charakter / Intensität	tief, bohrend, Dauerschmerz; NRS 8/10
Beginn / Auslöser	ca. 2 h nach opulenter Mahlzeit mit Alkoholkonsum (Feier)
Modifikation	Linderung in gekrümmter Haltung mit angezogenen Beinen; Verstärkung in Rückenlage
Begleitsymptome	Nausea, 4× Emesis seit gestern; Meteorismus; Herzrasen, Schwindel beim Aufstehen; subjektiv warm und verschwitzt; kein Ikterus bemerkt
Vegetative Anamnese	keine Nahrungsaufnahme möglich; kein Stuhlgang seit gestern
Vorerkrankungen	Z. n. Pankreatitis vor ca. 2 J. (nach Alkoholkonsum); Hyperlipidämie; keine Gallensteine bekannt; Kalziumwerte unbekannt
Medikamente	keine Dauermedikation; gelegentlich Präparat gegen Sodbrennen
Allergien	keine bekannt
Noxen	Alkohol regelmäßig (1–2 Bier/Abend, am Wochenende und bei Feiern deutlich mehr); Nikotin ca. 15 Zig./d seit vielen Jahren
Familienanamnese	Mutter Z. n. Gallenstein-OP
Sozialanamnese	Vertreter, viel unterwegs; unregelmäßige Mahlzeiten, häufig auswärts

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben des Patienten wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Herrn Matthias Lehnert, 52 Jahre, der sich heute in unserer Notaufnahme vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Akute Pankreatitis, am ehesten äthyltoxisch bedingt

Differenzialdiagnosen

- Perforiertes Magen- oder Duodenalulkus
- Biliäre Kolik bzw. akute Cholezystitis
- Mesenteriale Ischämie
- Hinterwandinfarkt mit abdomineller Symptomatik

Anamnese

Der Patient stellte sich notfallmäßig vor. Die aktuelle Anamnese ergab, dass die Oberbauchschmerzen seit dem Vorabend bestünden, akut aufgetreten seien und gürtelförmig in den Rücken ausstrahlten; die Stärke gab er mit acht von zehn an. Er berichtete, die Schmerzen hätten nach einem reichlichen Essen mit viel Alkohol begonnen und besserten sich, wenn er sich zusammenkauere. Begleitend klagte er über ausgeprägte Übelkeit und mehrfaches Erbrechen; das Abdomen sei aufgetrieben, zudem klagte er über Schwindel. Er gab außerdem Herzklopfen an. An Vorerkrankungen seien eine Pankreatitis vor zwei Jahren bei Alkoholkonsum und eine Hyperlipidämie bekannt. Er trinke regelmäßig Alkohol und rauche. In der Familienanamnese sei ein Gallensteinleiden bekannt. Eine Dauermedikation nehme er nicht ein, Allergien seien nicht bekannt.

Geplante Diagnostik

- Körperliche Untersuchung mit Palpation des Abdomens und Prüfung der Peritonismuszeichen
- Labor: Lipase und Amylase, Blutbild, CRP, Leber- und Cholestasewerte, Kalzium, Triglyceride, Blutzucker, Nierenwerte, Blutgasanalyse
- Abdomensonographie zur Frage Gallensteine und freie Flüssigkeit
- Kontrastmittel-Computertomographie des Abdomens bei schwerem Verlauf oder Verdacht auf Komplikationen (frühestens nach 72 Stunden aussagekräftig)

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom mit gürtelförmiger Ausstrahlung
- akuter Beginn und zeitlicher Verlauf
- auslösendes Ereignis (Alkohol, opulente Mahlzeit)
- Begleitsymptome (Übelkeit, Erbrechen)
- Kreislaufzeichen (Tachykardie, Schwindel)
- relevante Vorerkrankungen (frühere Pankreatitis, Hyperlipidämie)
- Noxen (Alkohol, Nikotin)
- Allergien

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Herrn Lehnert vorstellen, einen 52-jährigen Patienten, der sich notfallmäßig mit seit gestern Abend bestehenden, starken gürtelförmigen Oberbauchschmerzen mit Ausstrahlung in den Rücken, Übelkeit und mehrfachem Erbrechen vorgestellt hat. Die Beschwerden traten nach reichlichem Alkoholkonsum auf. Anamnestisch sind eine Pankreatitis vor zwei Jahren und eine Hyperlipidämie bekannt. Er berichtet zudem über einen geblähten Bauch, Herzklopfen und ein flaues Gefühl beim Aufstehen. Meine Verdachtsdiagnose ist eine akute Pankreatitis.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Wie stellen Sie die Diagnose einer akuten Pankreatitis?

Nach der revidierten Atlanta-Klassifikation, wenn zwei von drei Kriterien erfüllt sind: typischer, oft gürtelförmiger Oberbauchschmerz, eine Erhöhung der Lipase auf mehr als das Dreifache des oberen Normwerts und charakteristische Befunde in der Bildgebung. Hier sind die Schmerzen typisch; ich erwarte zusätzlich eine deutlich erhöhte Lipase.

Welche Ursachen einer akuten Pankreatitis kennen Sie, und welche ist hier wahrscheinlich?

Am häufigsten sind Gallensteine und Alkohol. Seltener sind eine Hypertriglyzeridämie, eine Hyperkalzämie, Medikamente, eine Pankreatitis nach ERCP, Infektionen, Traumen sowie genetische oder autoimmune Ursachen. Hier sprechen der regelmäßige Alkoholkonsum und die frühere Episode nach Alkohol für eine äthyltoxische Genese. Wegen der Hyperlipidämie und der Gallensteine in der Familie bestimme ich trotzdem Triglyzeride und Kalzium und suche sonographisch nach Gallensteinen.

5 **Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache**
Zum Umdrehen und als Tabelle · 8 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz des Patienten – wie heißt es im Arztbrief?

„als würde sich ein Gürtel um den Bauch bis in den Rücken ziehen“
gürtelförmiger Oberbauchschmerz mit Ausstrahlung in den Rücken

„mitten im Oberbauch“
epigastrisch

„ein tiefes, bohrendes Dauerweh“
bohrender Dauerschmerz

„wenn ich mich zusammenkrümme und die Beine anziehe“
Schonhaltung mit angezogenen Beinen

„der Bauch ist aufgebläht“
Meteorismus

„mein Herz klopft schnell“
Tachykardie

„eine Bauchspeicheldrüsenentzündun
Pankreatitis

„die Blutfette sollen zu hoch sein“
Hyperlipidämie

Vom Fachbegriff zur Erklärung für den Patienten

Fachbegriff	So erklärst du es
Pankreatitis	eine Entzündung der Bauchspeicheldrüse
Lipase	ein Verdauungsenzym der Bauchspeicheldrüse, dessen Wert im Blut bei einer Entzündung stark ansteigt
gürtelförmiger Schmerz	ein Schmerz, der sich wie ein Gürtel um den Oberbauch bis in den Rücken zieht
Cholezystolithiasis	Gallensteine in der Gallenblase

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Akute Pankreatitis

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

FSP-Übungsfall Wadenschmerzen beim Gehen: pAVK

Fall 23 von 35 | Sprechstunde | Angiologie | mittel | ca. 15 Min.

Ein 66-jähriger Patient stellt sich vor, weil ihm seit einigen Wochen beim Spazierengehen die rechte Wade schmerzt und er immer wieder stehenbleiben muss.

Von Dr. Pascal Bafteh · Stand 22.10.2026 · Fall 23 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 4 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 15 Antworten zum Aufdecken

WK

Herr Werner Kowalski

66 Jahre · Sprechstunde

LEITSYMPTOM
Belastungsabhängige Wadenschmerzen

FACHGEBIET
Angiologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
pensionierter Lagerarbeiter; lebt mit Ehefrau, 2. OG

Ein 66-jähriger Patient stellt sich vor, weil ihm seit einigen Wochen beim Spazierengehen die rechte Wade schmerzt und er immer wieder stehenbleiben muss. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:
Du bist Ärztin/Arzt in der Sprechstunde. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit dem Patienten **Alltagssprache** sprichst.

▼ Zu zweit üben

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt den Patienten mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Herr Kowalski. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENT · EINSTIEGSSATZ

„Seit etwa zwei Monaten bekomme ich beim Gehen Schmerzen in der rechten Wade. Nach ungefähr zweihundert Metern muss ich stehenbleiben, dann wird es langsam wieder besser.“

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Können Sie mir die Schmerzen genauer beschreiben — wo genau und wie fühlen sie sich an?

PATIENT

Es ist ein Ziehen und Krampfen in der rechten Wade, tief im Muskel. In Ruhe habe ich nichts.

DU

Nach welcher Gehstrecke treten die Schmerzen auf, und was hilft dagegen?

PATIENT

Nach etwa zweihundert Metern. Wenn ich kurz stehenbleibe, lässt es innerhalb von ein paar Minuten nach.

DU

Sind die Beschwerden über die Zeit gleich geblieben oder schlimmer geworden?

PATIENT

Eher schlimmer. Früher konnte ich weiter gehen, jetzt komme ich nicht mehr so weit.

DU

Haben Sie auch Schmerzen in Ruhe, besonders nachts im Liegen?

PATIENT

Nein, nachts habe ich Ruhe. Nur beim Gehen.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie ist es mit Appetit, Gewicht und Schlaf?

PATIENT

Appetit und Schlaf sind normal, das Gewicht ist stabil.

DU

Haben Sie Fieber, Nachtschweiß oder Probleme beim Wasserlassen oder Stuhlgang?

PATIENT

Nein, davon nichts.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

PATIENT

Ja, ich habe hohen Blutdruck und Zucker, beides seit etwa zehn Jahren. Die Blutfette sollen auch zu hoch sein.

DU

Nehmen Sie dafür regelmäßig Medikamente ein?

PATIENT

Ich nehme Tabletten dafür, aber ich muss zugeben, dass ich sie nicht immer regelmäßig nehme.

4 Medikamente

DU

Welche Medikamente nehmen Sie genau ein?

PATIENT

Ein Blutdruckmittel namens Ramipril, Metformin für den Zucker und irgendetwas für die Blutfette, den Namen weiß ich nicht mehr.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENT

Nein, mir ist nichts bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht, und wie viel am Tag?

PATIENT

Ja, leider. Etwa eine Schachtel am Tag, und das seit über vierzig Jahren.

DU

Wie sieht es mit Alkohol aus?

PATIENT

Ab und zu ein Bier am Wochenende, mehr nicht.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

PATIENT

Mein Vater hatte mit sechzig einen Herzinfarkt.

DU

Was machen Sie beruflich und wie wohnen Sie?

PATIENT

Ich bin pensionierter Lagerarbeiter, wohne mit meiner Frau in einer Wohnung im zweiten Stock.

8 Wenn der Patient selbst fragt

PATIENT

Herr Doktor, ist das gefährlich? Muss ich mir Sorgen machen?

DU

Ich verstehe Ihre Sorge gut. Ihre Beschwerden können von einer Durchblutungsstörung der Beine kommen, und das nehmen wir ernst. Deshalb taste ich jetzt die Pulse an Ihren Beinen und messe den Blutdruck an Armen und Knöcheln. Danach besprechen wir die Ergebnisse gemeinsam.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 23

Patient	Herr Werner Kowalski, 66 J.
Vorstellungsgrund	belastungsabhängige Schmerzen in der re. Wade seit ca. 2 Monaten
Lokalisation / Charakter	re. Wade, tief im Muskel; ziehend-krampfartig

Gehstrecke	Schmerzbeginn nach ca. 200 m; nach kurzem Stehenbleiben innerhalb weniger Minuten regredient
Verlauf	progredient, Gehstrecke abnehmend
Ruheschmerz	keiner, auch nachts nicht
Vegetative Anamnese	Appetit, Schlaf und Gewicht unauffällig; kein Fieber, kein Nachtschweiß; Miktion und Stuhlgang unauffällig
Vorerkrankungen	arterielle Hypertonie und Diabetes mellitus (jeweils seit ca. 10 J.); Hyperlipidämie
Medikamente	Ramipril, Metformin, Lipidsenker (Name unbekannt); Einnahme nicht regelmäßig
Allergien	keine bekannt
Noxen	Nikotin ca. 1 Schachtel/d seit > 40 J. (> 40 py); Alkohol gelegentlich am Wochenende
Familienanamnese	Vater mit Myokardinfarkt mit 60 J.
Sozialanamnese	pensionierter Lagerarbeiter; lebt mit Ehefrau, 2. OG

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben des Patienten wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Herrn Werner Kowalski, 66 Jahre, der sich heute in unserer Sprechstunde vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Periphere arterielle Verschlusskrankheit, Stadium Fontaine II b (rechtes Bein)

Differenzialdiagnosen

- Tiefe Venenthrombose
- Diabetische Polyneuropathie
- Spinalkanalstenose mit Claudicatio spinalis
- Muskuloskelettale Ursache (z. B. Baker-Zyste, Wadenmuskelläsion)

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass die belastungsabhängigen Schmerzen in der rechten Wade seit etwa zwei Monaten bestünden und langsam zugenommen hätten. Der Patient gab an, die Schmerzen träten reproduzierbar nach einer Gehstrecke von rund 200 Metern auf und ließen nach kurzem Stehenbleiben wieder nach; Schmerzen in Ruhe habe er nicht. An Risikofaktoren seien ein langjähriger arterieller Hypertonus, ein Diabetes mellitus Typ 2 und eine Hyperlipidämie bekannt; er rauche seit Langem, etwa 40 Packungsjahre, und in der Familienanamnese sei ein Myokardinfarkt des Vaters mit 60 Jahren bekannt. An Dauermedikation nehme er Ramipril, Metformin und ein Präparat zur Senkung der Blutfette ein — nach eigener Angabe nicht regelmäßig. Allergien seien nicht bekannt.

Geplante Diagnostik

- Körperliche Untersuchung mit Pulsstatus und Auskultation der Strömungsgeräusche
- Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (ABI)
- Farbkodierte Duplexsonographie der Beinarterien
- Labor: Blutbild, Nüchternglukose, HbA1c, Lipidprofil, Nierenwerte

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom + betroffene Seite
- Dauer und Verlauf (progredient)
- schmerzfreie Gehstrecke
- kein Ruheschmerz
- kardiovaskuläre Risikofaktoren
- Nikotinanamnese in Packungsjahren
- Dauermedikation
- Allergien

3 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Herrn Kowalski vorstellen, einen 66-jährigen Patienten, der sich mit belastungsabhängigen Schmerzen der rechten Wade seit zwei Monaten vorgestellt hat. Die schmerzfreie Gehstrecke beträgt etwa 200 Meter, ein Ruheschmerz besteht nicht. Bei ausgeprägtem kardiovaskulärem Risikoprofil ist meine Verdachtsdiagnose eine periphere arterielle Verschlusskrankheit im Stadium Fontaine II b.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Wie teilen Sie die pAVK klinisch ein, und welches Stadium liegt hier vor?

Nach Fontaine: Stadium I asymptomatisch, II Claudicatio intermittens – IIa mit schmerzfreier Gehstrecke über 200 Meter, IIb unter 200 Meter –, III ischämischer Ruheschmerz und IV Nekrose oder Gangrän. Hier liegt die Gehstrecke bei etwa 200 Metern ohne Ruheschmerz, also an der Grenze zwischen IIa und IIb; bei abnehmender Gehstrecke eher IIb.

Wie grenzen Sie die Claudicatio intermittens von einer Claudicatio spinalis ab? ▲

Bei der vaskulären Claudicatio bessern sich die Schmerzen rasch im Stehen, ohne Positionswechsel; die Fußpulse sind abgeschwächt oder fehlen, und der Knöchel-Arm-Index ist erniedrigt. Bei der Claudicatio spinalis durch eine Spinalkanalstenose bessern sich die Beschwerden erst im Sitzen oder beim Vornüberbeugen; oft bestehen Rückenschmerzen und Sensibilitätsstörungen, und die Pulse sind tastbar.

4 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 7 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz des Patienten – wie heißt es im Arztbrief?

„nach ungefähr zweihundert Metern muss ich stehenbleiben“ **Claudicatio intermittens, Gehstrecke ca. 200 m**	„ein Ziehen und Krampfen in der rechten Wade“ **krampfartiger Wadenschmerz rechts**	„in Ruhe habe ich nichts“ **kein Ruheschmerz**
„hohen Blutdruck und Zucker“ **arterielle Hypertonie und Diabetes mellitus**	„die Blutfette sollen auch zu hoch sein“ **Hyperlipidämie**	„etwa eine Schachtel am Tag, und das seit über vierzig Jahren“ **Nikotinabusus > 40 Packungsjahre**
„nicht immer regelmäßig“ **eingeschränkte Adhärenz**		

Vom Fachbegriff zur Erklärung für den Patienten

Fachbegriff	So erklärst du es
Claudicatio intermittens	belastungsabhängige Schmerzen in den Beinen, die einen zum Stehenbleiben zwingen —

Fachbegriff	So erklärst du es
	umgangssprachlich Schaufensterkrankheit
Knöchel-Arm-Index (ABI)	ein Vergleich des Blutdrucks am Knöchel mit dem am Arm, um die Durchblutung der Beine einzuschätzen

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Kristoffer Lindskov Hansen, Michael Bachmann Nielsen, Caroline Ewertsen (Wikimedia Commons) · CC BY 4.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Flankenschmerz mit Fieber: Akute Pyelonephritis

Fall 24 von 35 | Notaufnahme | Innere Medizin / Urologie | mittel | ca. 15 Min.

Eine 34-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit zwei Tagen zunehmende Schmerzen in der rechten Flanke, hohes Fieber mit Schüttelfrost und Schmerzen beim Wasserlassen hat.

Von Dr. Pascal Bafteh · Stand 22.10.2026 · Fall 24 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 Anamnesegespräch: Du bist dran
Du führst das Gespräch · 14 Antworten zum Aufdecken

SK

Frau Sandra Keller

34 Jahre · Notaufnahme

LEITSYMPTOM
Flankenschmerz mit Fieber und Schüttelfrost

FACHGEBIET
Innere Medizin / Urologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
Erzieherin im Kindergarten; lebt mit Partner

Eine 34-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit zwei Tagen zunehmende Schmerzen in der rechten Flanke, hohes Fieber mit Schüttelfrost und Schmerzen beim Wasserlassen hat. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:
Du bist Ärztin/Arzt in der Notaufnahme. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen!

Und denk dran, dass du mit der Patientin **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt die Patientin mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Frau Keller. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENTIN · EINSTIEGSSATZ

„Seit zwei Tagen habe ich starke Schmerzen in der rechten Seite, im Rücken über der Hüfte. Dazu ist mir seit gestern richtig schlecht, ich habe hohes Fieber mit Schüttelfrost, und das Wasserlassen brennt.“

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Können Sie mir den Schmerz genauer beschreiben — wo genau sitzt er und strahlt er irgendwohin?

PATIENTIN

Er sitzt rechts hinten in der Flanke, etwa über der Hüfte. Es ist ein dumpfer, klopfender Schmerz, der manchmal nach vorne unten in Richtung Unterbauch zieht.

DU

Hat der Schmerz plötzlich begonnen, oder kam er allmählich?

PATIENTIN

Er kam allmählich und ist über die zwei Tage stärker geworden. Er ist eigentlich dauernd da, nicht wellenartig.

DU

Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen?

PATIENTIN

Ja, es brennt beim Wasserlassen, und ich muss ständig, obwohl kaum etwas kommt. Der Urin ist trüb und riecht streng, Blut habe ich aber keins gesehen.

DU

Wie hoch ist das Fieber, und hatten Sie Schüttelfrost?

PATIENTIN

Heute Morgen hatte ich 39,5 Grad. Gestern Abend hat mich ein heftiger Schüttelfrost regelrecht durchgeschüttelt.

DU

Ist Ihnen übel, oder haben Sie erbrochen?

PATIENTIN

Mir ist ständig übel, und einmal habe ich heute auch erbrochen.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie sind Appetit, Schlaf und Ihr allgemeines Befinden?

PATIENTIN

Ich habe keinen Appetit und fühle mich richtig krank und schwach. Geschlafen habe ich wegen der Schmerzen und des Fiebers schlecht.

DU

Hatten Sie zuvor schon Beschwerden beim Wasserlassen, und wie ist der Stuhlgang?

PATIENTIN

Vor ein paar Tagen hatte ich schon leichtes Brennen beim Wasserlassen, dachte aber, es sei nur eine kleine Blasenentzündung. Der Stuhlgang ist normal.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt, besonders an den Nieren?

PATIENTIN

Ich habe öfter Blasenentzündungen, so zwei- bis dreimal im Jahr. Nierensteine oder andere Nierenerkrankungen sind mir nicht bekannt.

DU

Könnten Sie schwanger sein?

PATIENTIN

Nein, ich nehme die Pille und habe meine Regel pünktlich gehabt. Schwanger bin ich sicher nicht.

4 Medikamente

DU

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, und haben Sie schon etwas gegen die Beschwerden genommen?

PATIENTIN

Ich nehme die Antibabypille. Gegen die Schmerzen habe ich gestern Ibuprofen genommen, das hat nur wenig geholfen.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENTIN

Ja, ich vertrage kein Ibuprofen gut, davon bekomme ich Magenschmerzen.
Eine richtige Allergie gegen Medikamente habe ich aber nicht.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie, und wie ist es mit Alkohol und der Trinkmenge über den Tag?

PATIENTIN

Ich rauche nicht und trinke kaum Alkohol. Ehrlich gesagt trinke ich generell zu wenig, meist nur ein bis zwei Gläser am Tag.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie Nierenerkrankungen, und was machen Sie beruflich?

PATIENTIN

In der Familie ist mir nichts an den Nieren bekannt. Ich arbeite als Erzieherin im Kindergarten und wohne mit meinem Partner zusammen.

8 Wenn die Patientin selbst fragt

PATIENTIN

Frau Doktor, ist das gefährlich für meine Nieren?

DU

Ihre Sorge ist verständlich, und wir nehmen Ihre Beschwerden sehr ernst. Ich untersuche Sie jetzt, wir untersuchen Urin und Blut und machen einen Ultraschall der Nieren. Danach besprechen wir die Ergebnisse gemeinsam, und ich beantworte gern alle Ihre Fragen.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

✓ Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Sonographie

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Sonographie der Niere im Längsschnitt: vermehrt echoreiche Nierenrinde und unscharf begrenzter oberer Nierenpol – sonographisches Bild einer akuten Pyelonephritis.

Bild: Kristoffer Lindskov Hansen, Michael Bachmann Nielsen, Caroline Ewertsen (Wikimedia Commons) · CC BY 4.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 24

Patientin	Frau Sandra Keller, 34 J.
Vorstellungsgrund	zunehmender Flankenschmerz re. seit 2 Tagen mit hohem Fieber, Schüttelfrost und Dysurie
Lokalisation / Ausstrahlung	re. Flanke dorsal, oberhalb der Hüfte; Ausstrahlung nach ventral-kaudal Richtung Unterbauch
Charakter / Verlauf	dumpf, klopfend; Dauerschmerz, nicht wellenartig; allmählicher Beginn, progredient
Fieber	39,5 °C (heute Morgen); heftiger Schüttelfrost gestern Abend
Miktion	Dysurie, Pollakisurie mit kleinen Mengen; Urin trüb, übelriechend; keine Makrohämaturie
Begleitsymptome	Nausea seit gestern, 1× Emesis heute; ausgeprägtes Krankheitsgefühl

Vorgeschichte	einige Tage zuvor leichtes Brennen beim Wasserlassen (als Zystitis gedeutet)
Vegetative Anamnese	Inappetenz; Schlafstörung durch Schmerz und Fieber; Stuhlgang unauffällig
Vorerkrankungen	rezidivierende Zystitiden (2–3×/J.); keine Nephrolithiasis, keine Nierenerkrankung bekannt
Gynäkologische Anamnese	Schwangerschaft verneint (orales Kontrazeptivum, letzte Menstruation regelrecht)
Medikamente	orales Kontrazeptivum; gestern Ibuprofen (Selbstmedikation), wenig wirksam
Allergien / Unverträglichkeiten	Ibuprofen-Unverträglichkeit (Magenschmerzen); keine Medikamentenallergie
Noxen	Nichtraucherin; kaum Alkohol; geringe Trinkmenge (1–2 Gläser/d)
Familienanamnese	keine Nierenerkrankungen bekannt
Sozialanamnese	Erzieherin im Kindergarten; lebt mit Partner

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben der Patientin wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Frau Sandra Keller, 34 Jahre, die sich heute in unserer Notaufnahme vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Akute Pyelonephritis rechts (aufsteigende Harnwegsinfektion)

Differenzialdiagnosen

- Unkomplizierte Zystitis
- Nephrolithiasis mit Harnstau (Uretersteinkolik)
- Akute Appendizitis oder Adnexitis
- Cholezystitis oder basale Pneumonie rechts

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass die rechtsseitigen Flankenschmerzen seit zwei Tagen bestünden und zugenommen hätten. Die Patientin gab an, hohes Fieber bis 39,5 Grad Celsius mit Schüttelfrost zu haben, ihr sei übel und sie habe einmal erbrochen. Weiterhin berichtete sie über Brennen beim Wasserlassen, häufigen Harndrang und einen trüben, streng riechenden Urin; zuvor habe sie leichtes Brennen beim Wasserlassen bemerkt. An Vorerkrankungen seien wiederkehrende Harnwegsinfekte bekannt. Eine Schwangerschaft wurde verneint, sie nehme ein orales Kontrazeptivum ein. Es bestehe eine Unverträglichkeit gegen Ibuprofen mit Magenbeschwerden. Sie gab an, wenig zu trinken.

Geplante Diagnostik

- Körperliche Untersuchung mit Prüfung des Nierenlagerklopfschmerzes und Abdomenpalpation
- Urinstatus (Teststreifen: Leukozyten, Nitrit, Erythrozyten) und Urinmikroskopie
- Urinkultur mit Antibiogramm
- Labor: Blutbild, CRP, Nierenretentionswerte, bei Sepsisverdacht Blutkulturen
- Sonographie der Nieren und ableitenden Harnwege zum Ausschluss von Harnstau, Steinen oder Abszess

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom Flankenschmerz mit Seitenangabe
- Dauer und progredienter Verlauf
- Fieber mit Schüttelfrost
- Miktionsbeschwerden (Dysurie, Pollakisurie)
- vorausgegangene Zystitis / rezidivierende Harnwegsinfekte
- Ausschluss einer Schwangerschaft
- Dauermedikation und Unverträglichkeiten
- Allgemeinsymptome (Übelkeit, Erbrechen)

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Frau Keller vorstellen, eine 34-jährige Patientin, die sich mit seit zwei Tagen bestehenden, zunehmenden rechtsseitigen Flankenschmerzen vorgestellt hat. Begleitend bestehen hohes Fieber bis 39,5 Grad mit Schüttelfrost, Übelkeit mit Erbrechen sowie Brennen und häufiger Harndrang beim Wasserlassen. Vorausgegangen war eine Blasenentzündungssymptomatik, und es bestehen rezidivierende Harnwegsinfekte. Bei diesem Bild ist meine Verdachtsdiagnose eine akute Pyelonephritis rechts, also eine aufsteigende Harnwegsinfektion mit Beteiligung des Nierenbeckens.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Wie unterscheiden Sie klinisch eine Pyelonephritis von einer unkomplizierten Zystitis?

Die Zystitis verursacht nur lokale Beschwerden wie Dysurie, Pollakisurie und suprapubische Schmerzen, meist ohne Fieber. Für eine Pyelonephritis sprechen Flankenschmerzen, ein Nierenlagerklopfschmerz, Fieber über 38 Grad mit Schüttelfrost und ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl mit Übelkeit und Erbrechen.

Wann sprechen Sie von einer komplizierten Harnwegsinfektion?

Wenn anatomische oder funktionelle Besonderheiten der Harnwege vorliegen, etwa eine Harnabflussstörung oder Steine, oder relevante Begleiterkrankungen wie eine eingeschränkte Nierenfunktion oder ein schlecht eingestellter Diabetes mellitus. Auch Schwangere werden gesondert betrachtet. Deshalb habe ich nach einer Schwangerschaft gefragt, und deshalb wird sonographisch ein Harnstau ausgeschlossen.

5 **Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache**
Zum Umdrehen und als Tabelle · 8 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz der Patientin – wie heißt es im Arztbrief?

„rechts hinten in der Flanke“ **rechtsseitiger Flankenschmerz**	„ein dumpfer, klopfender Schmerz“ **dumpfer, klopfender Dauerschmerz**	„es brennt beim Wasserlassen“ **Dysurie**
„ich muss ständig, obwohl kaum etwas kommt“ **Pollakisurie**	„der Urin ist trüb und riecht streng“ **trüber, übelriechender Urin**	„ein heftiger Schüttelfrost“ **Schüttelfrost**

„öfter Blasenentzündungen“
rezidivierende Zystitiden

„ich vertrage kein Ibuprofen gut“
Ibuprofen-Unverträglichkeit

Vom Fachbegriff zur Erklärung für die Patientin

Fachbegriff	So erklärst du es
Pyelonephritis	eine Entzündung des Nierenbeckens und des Nierengewebes, oft als Nierenbeckenentzündung bezeichnet
Dysurie	Schmerzen oder Brennen beim Wasserlassen
Pollakisurie	häufiger Harndrang mit jeweils nur kleinen Urinmengen
Nierenlagerklopfschmerz	ein Schmerz, der auftritt, wenn man mit der Hand leicht auf die Nierengegend am Rücken klopft

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Akute Pyelonephritis

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Hellerhoff (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 4.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Sturz und Hüftschmerz: Schenkelhalsfraktur

Fall 25 von 35 | Notaufnahme | Unfallchirurgie | mittel | ca. 15 Min.

Eine 82-jährige Patientin wird vom Rettungsdienst gebracht.

Von Dr. Pascal Bafteh · Stand 22.10.2026 · Fall 25 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 Anamnesegespräch: Du bist dran
Du führst das Gespräch · 19 Antworten zum Aufdecken

HK

Frau Hildegard Krause

82 Jahre · Notaufnahme

LEITSYMPTOM
Hüftschmerz und Gehunfähigkeit nach Sturz

FACHGEBIET
Unfallchirurgie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
lebt allein, 1. OG ohne Aufzug; Tochter erledigt die Einkäufe, sonst selbstständig

Eine 82-jährige Patientin wird vom Rettungsdienst gebracht. Sie sei zu Hause im Bad ausgerutscht und auf die rechte Seite gestürzt. Seitdem könne sie nicht mehr auftreten, das rechte Bein tue in der Leiste stark weh. Sie lebt allein, ihre Tochter wohnt zwei Straßen weiter. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:
Du bist Ärztin/Arzt in der Notaufnahme. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen!

Und denk dran, dass du mit der Patientin **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt die Patientin mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Frau Krause. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENTIN · EINSTIEGSSATZ

„Ich bin im Bad ausgerutscht und auf die Hüfte gefallen. Jetzt kann ich nicht mehr aufstehen, das tut in der Leiste furchtbar weh.“

1 Unfallhergang

DU
Können Sie mir genau schildern, wie der Sturz passiert ist?

PATIENTIN
Ich wollte aus der Dusche steigen, bin auf der nassen Fliese weggerutscht und seitlich auf die rechte Hüfte gefallen.

DU
Ist Ihnen vor dem Sturz schwarz vor Augen geworden oder war Ihnen schwindelig?

PATIENTIN
Nein, ich bin einfach ausgerutscht. Bewusstlos war ich nicht.

DU
Haben Sie sich den Kopf angeschlagen?

PATIENTIN
Nein, ich bin mit der Hüfte und dem Ellenbogen aufgekommen.

DU
Wie lange haben Sie am Boden gelegen, bis Hilfe kam?

PATIENTIN
Vielleicht eine halbe Stunde, bis meine Tochter kam. Ich hatte das Telefon zum Glück in der Nähe.

DU
Konnten Sie nach dem Sturz noch auftreten oder das Bein bewegen?

PATIENTIN
Überhaupt nicht. Jede Bewegung tut in der Leiste weh, als würde etwas reißen.

2 Aktuelle Beschwerden

DU

Wo genau sitzt der Schmerz, und strahlt er irgendwohin aus?

PATIENTIN

Vorne in der Leiste, und es zieht bis ins Knie.

DU

Wie stark ist der Schmerz auf einer Skala von null bis zehn?

PATIENTIN

In Ruhe eine sechs, wenn jemand das Bein bewegt eine zehn.

DU

Haben Sie ein Taubheitsgefühl oder Kribbeln im Bein?

PATIENTIN

Nein, spüren tue ich alles normal.

3 Vorerkrankungen

DU

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

PATIENTIN

Bluthochdruck, Vorhofflimmern und eine Osteoporose. Bei der Zuckerkrankheit war ich immer Grenzfall.

DU

Hatten Sie schon einmal einen Knochenbruch?

PATIENTIN

Vor drei Jahren das Handgelenk, auch beim Stolpern.

DU

Wurden Sie schon einmal operiert?

PATIENTIN

Die Gebärmutter wurde vor Jahrzehnten entfernt, sonst nichts.

4 Medikamente

DU

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

PATIENTIN

Eine Tablette gegen den Blutdruck, eine fürs Herz und ein Blutverdünner. Und Kalzium mit Vitamin D.

DU

Wissen Sie, welcher Blutverdünner das ist, und wann Sie ihn zuletzt genommen haben?

PATIENTIN

Apixaban, glaube ich. Heute Morgen um sieben habe ich ihn genommen.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENTIN

Gegen Pflaster bekomme ich Ausschlag. Sonst nichts bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie oder trinken Sie regelmäßig Alkohol?

PATIENTIN

Nein, geraucht habe ich nie. Zum Essen ab und zu ein Glas Wein.

7 Sozial- und Sturzanamnese

DU

Wie leben Sie zu Hause, und wie kommen Sie im Alltag zurecht?

PATIENTIN

Ich wohne allein im ersten Stock ohne Aufzug. Einkaufen macht meine Tochter, sonst schaffe ich alles selbst.

DU

Hatten Sie in den letzten Monaten weitere Stürze?

PATIENTIN

Zweimal, im Winter. Da ist aber nichts passiert.

DU

Benutzen Sie eine Gehhilfe, und sehen Sie gut?

PATIENTIN

Einen Stock habe ich, benutze ihn aber selten. Die Brille müsste mal wieder neu.

8 Wenn die Patientin selbst fragt

PATIENTIN

Kann ich danach wieder in meine Wohnung? Ich will nicht ins Heim.

DU

Ich verstehe sehr gut, dass Ihnen das wichtig ist. Zuerst machen wir Röntgenbilder und schauen, was genau passiert ist. Danach besprechen wir die Ergebnisse in Ruhe mit Ihnen und, wenn Sie möchten, auch mit Ihrer Tochter. Über Ihren Kopf hinweg wird nichts entschieden.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

✓ Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Röntgen

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Beckenübersicht a.-p.: dislozierte mediale (transzervikale) Schenkelhalsfraktur rechts (im Bild links) mit Verkürzung und Hochstand des Femurschafts; linke Hüfte ohne Fraktur.

Bild: Hellerhoff (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 4.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 25

Patientin	Frau Hildegard Krause, 82 J.
Vorstellungsgrund	Leistenschmerz re. und Gehunfähigkeit nach häuslichem Sturz (Rettungsdienst)
Unfallhergang	beim Verlassen der Dusche auf nasser Fliese ausgerutscht; Sturz seitlich auf die re. Hüfte und den Ellenbogen
Synkope / Kopfanprall	kein Schwindel vorab, keine Bewusstlosigkeit; kein Kopfanprall
Liegezeit	ca. 30 min bis zum Eintreffen der Tochter
Schmerz	inguinal re. mit Ausstrahlung ins Knie; NRS 6/10 in Ruhe, 10/10 bei Bewegung; Auftreten und Bewegen nicht möglich
Sensibilität (anamnestisch)	keine Hypästhesie, keine Parästhesien
Vorerkrankungen / Voroperationen	arterielle Hypertonie, Vorhofflimmern, Osteoporose; grenzwertiger Blutzucker; Z. n. Handgelenksfraktur vor 3 J. (Stolpersturz); Z. n. Hysterektomie vor Jahrzehnten

Medikamente	Antihypertensivum, Herzmedikament, Apixaban (letzte Einnahme heute 07:00 Uhr), Kalzium-Vitamin-D-Präparat
Allergien	Pflasterunverträglichkeit (Exanthem)
Noxen	Nichtraucherin (nie geraucht); Alkohol gelegentlich zum Essen
Sturzanamnese	2 weitere Stürze im Winter ohne Verletzung; Gehstock vorhanden, selten benutzt; Brille nicht mehr aktuell
Sozialanamnese	lebt allein, 1. OG ohne Aufzug; Tochter erledigt die Einkäufe, sonst selbstständig

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben der Patientin wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Frau Hildegard Krause, 82 Jahre, die sich heute in unserer Notaufnahme vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Mediale Schenkelhalsfraktur rechts (Fragilitätsfraktur bei Osteoporose)

Differenzialdiagnosen

- Pertrochantäre Femurfraktur
- Beckenring- oder Schambeinastfraktur
- Hüftgelenkluxation oder Kontusion ohne Fraktur
- Pathologische Fraktur bei Knochenmetastase

Anamnese

Die Patientin wurde nach einem Sturz zu Hause auf die rechte Hüfte notfallmäßig vorgestellt. Die aktuelle Anamnese ergab, dass sie beim Verlassen der Dusche ausgerutscht und seitlich gestürzt sei; Angaben zu einer Bewusstlosigkeit oder einem Anstoßen des Kopfes wurden verneint. Sie gab an, das rechte Bein seitdem nicht mehr belasten zu können; der Schmerz sitze in der Leiste und ziehe zum Knie, in Ruhe sechs von zehn, bei Bewegung zehn von zehn. Hypästhesien oder Parästhesien wurden verneint. An Vorerkrankungen seien eine arterielle Hypertonie, ein Vorhofflimmern und eine Osteoporose mit einer Handgelenksfraktur vor drei Jahren bekannt. An Dauermedikation nehme sie ein Antihypertensivum, ein weiteres Herzmedikament sowie Apixaban ein — dieses zuletzt am Aufnahmetag um 07:00 Uhr —, außerdem Kalzium und Vitamin D. Es bestehe eine Pflasterunverträglichkeit. Nikotin- und nennenswerter Alkoholkonsum wurden verneint. Sie lebe allein im ersten Obergeschoss ohne Aufzug, sei in den letzten Monaten zweimal gestürzt und benutze ihre Gehhilfe selten.

Geplante Diagnostik

- Klinische Untersuchung mit Durchblutung, Motorik und Sensibilität sowie Prüfung auf Begleitverletzungen
- Röntgen Beckenübersicht und Hüfte rechts axial
- Computertomographie bei unklarem Röntgenbefund
- Labor mit Blutbild, Gerinnung, Nierenwerten und Kreuzblut
- Ursachenklärung des Sturzes: Blutdruck im Liegen und Stehen, Medikamentenprüfung, Sehvermögen

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Unfallhergang (häuslicher Sturz aus dem Stand auf die rechte Hüfte, keine Synkope)
- Leitsymptom (Belastungsunfähigkeit, Leistenschmerz mit Ausstrahlung zum Knie)

- Sensibilität (anamnestisch keine Hypästhesie oder Parästhesien)
- Vorerkrankungen (arterielle Hypertonie, Vorhofflimmern, Osteoporose)
- Frühere Fragilitätsfraktur (Handgelenksfraktur vor drei Jahren)
- Dauermedikation mit Antikoagulation (Apixaban, Einnahmezeitpunkt am Aufnahmetag)
- Allergien (Pflasterunverträglichkeit)
- Sozial- und Sturzanamnese (allein lebend, erster Stock ohne Aufzug, rezidivierende Stürze)

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Frau Krause vorstellen, eine 82-jährige Patientin, die nach einem häuslichen Sturz auf die rechte Hüfte vorgestellt wurde. Sie ist seither nicht mehr belastungsfähig und gibt einen inguinalen Schmerz mit Ausstrahlung zum Knie an. Ein Taubheitsgefühl oder Kribbeln im Bein verneint sie. An Vorerkrankungen bestehen eine arterielle Hypertonie, ein Vorhofflimmern und eine Osteoporose mit stattgehabter Handgelenksfraktur. Relevant ist die Antikoagulation mit Apixaban, letzte Einnahme heute um sieben Uhr. Die Patientin lebt allein im ersten Stock ohne Aufzug. Zusammenfassend gehe ich von einer medialen Schenkelhalsfraktur rechts aus.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Welche klinischen Zeichen sprechen für eine Schenkelhalsfraktur?

Nach einem Sturz auf die Hüfte sind ein Leistenschmerz mit Ausstrahlung zum Knie, die Unfähigkeit, das Bein zu belasten, und ein verkürztes, außenrotiertes Bein typisch; dazu kommen Stauchungs- und Rotationsschmerz. Bei eingestauchten Frakturen können Betroffene aber noch gehfähig sein – eine erhaltene Gehfähigkeit schließt eine Schenkelhalsfraktur deshalb nicht aus.

Warum ist die Sturzanamnese bei dieser Patientin so wichtig?

Die Fraktur ist eine Fragilitätsfraktur bei Osteoporose, und die Patientin ist bereits mehrfach gestürzt. Ich kläre deshalb, ob der Sturz rein mechanisch war oder ob Synkopen, Schwindel, Rhythmusstörungen wie das bekannte Vorhofflimmern, eine orthostatische Hypotonie, Medikamente oder eine Sehstörung dahinterstecken. Außerdem frage ich nach der Liegezeit, weil langes Liegen zu Auskühlung, Muskelzerfall und Druckschäden führen kann.

5 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 8 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz der Patientin – wie heißt es im Arztbrief?

„auf der nassen Fliese weggerutscht“ **Sturz aus dem Stand (mechanischer Sturz)**	„das tut in der Leiste furchtbar weh“ **inguinaler Schmerz**	„es zieht bis ins Knie“ **Schmerzausstrahlung ins Knie**
„jetzt kann ich nicht mehr aufstehen“ **Belastungsunfähigkeit**	„vor drei Jahren das Handgelenk, auch beim Stolpern“ **frühere Fragilitätsfraktur (Handgelenk)**	„die Gebärmutter wurde vor Jahrzehnten entfernt“ **Z. n. Hysterektomie**
„gegen Pflaster bekomme ich Ausschlag“ **Pflasterunverträglichkeit**	„bei der Zuckerkrankheit war ich immer Grenzfall“ **grenzwertige Blutzuckerwerte (Prädiabetes)**	

Vom Fachbegriff zur Erklärung für die Patientin

Fachbegriff	So erklärst du es
Fragilitätsfraktur	ein Knochenbruch, der schon bei einem leichten Sturz passiert, weil der Knochen geschwächt ist
außenrotiert und verkürzt	das Bein liegt nach außen gedreht und wirkt kürzer als das andere

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Hellerhoff (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 3.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Halbseitige Schwäche und Sprachstörung: Ischämischer Schlaganfall

Fall 26 von 35 | Notaufnahme | Neurologie | schwer | ca. 15 Min.

Ein 71-jähriger Patient wird vom Rettungsdienst gebracht, weil er am Frühstückstisch plötzlich nicht mehr richtig sprechen konnte und der rechte Arm kraftlos wurde.

Von Dr. Pascal Bafteh · Stand 22.10.2026 · Fall 26 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 17 Antworten zum Aufdecken

Herr Heinrich Bauer

71 Jahre · Notaufnahme

LEITSYMPTOM
Plötzliche halbseitige Schwäche und Sprachstörung

FACHGEBIET
Neurologie

SCHWIERIGKEIT
schwer

LEBENSSITUATION
lebt mit Ehefrau im Haus mit Garten; bisher vollständig selbstständig

Porträt KI-generiert, keine reale Person · zeigt keine Krankheitszeichen

Ein 71-jähriger Patient wird vom Rettungsdienst gebracht, weil er am Frühstückstisch plötzlich nicht mehr richtig sprechen konnte und der rechte Arm kraftlos wurde. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:
Du bist Ärztin/Arzt in der Notaufnahme. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen!

Und denk dran, dass du mit dem Patienten **Alltagssprache** sprichst.

▼ Zu zweit üben

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt den Patienten mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Herr Bauer. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENT · EINSTIEGSSATZ

„Heute Morgen beim Frühstück ging es auf einmal los. Meine rechte Hand wurde schwach, die Kaffeetasse ist mir aus der Hand gefallen, und ich konnte plötzlich nicht mehr richtig reden. Meine Frau hat sofort den Notruf gewählt."

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Wann genau haben die Beschwerden begonnen, und was haben Sie in dem Moment gemacht?

PATIENT

Es war heute gegen halb neun beim Frühstück. Ganz plötzlich, von einer Sekunde auf die andere, war die rechte Seite schwach.

DU

Welche Beschwerden hatten Sie genau — Arm, Bein, Gesicht, Sprache?

PATIENT

Der rechte Arm war kraftlos, und mein Mund hing rechts etwas herunter. Die Wörter kamen verwaschen heraus, obwohl ich genau wusste, was ich sagen wollte.

DU

Bestehen die Beschwerden jetzt noch, oder haben sie sich seither verändert?

PATIENT

Etwas besser ist es schon geworden, aber der Arm ist immer noch schwächer als sonst, und das Sprechen fällt mir noch schwer.

DU

Hatten Sie dabei Kopfschmerzen, Sehstörungen, Schwindel oder Übelkeit?

PATIENT

Kopfschmerzen hatte ich nicht. Für einen kurzen Moment konnte ich auf der rechten Seite nichts richtig sehen, das ist aber wieder weg.

DU

Hatten Sie in den letzten Wochen schon einmal ähnliche Beschwerden?

PATIENT

Jetzt, wo Sie fragen — vor etwa zwei Wochen war meine Hand für ein paar Minuten taub und ungeschickt. Das ging von allein weg, deshalb bin ich nicht zum Arzt.

2 Vegetative Anamnese

DU

Hatten Sie Fieber, Herzstolpern oder Luftnot in den letzten Tagen?

PATIENT

Manchmal spüre ich, dass mein Herz unregelmäßig schlägt und stolpert, so ein Flattern in der Brust. Fieber hatte ich nicht.

DU

Wie sind Appetit, Schlaf und Wasserlassen?

PATIENT

Das ist alles unauffällig, da habe ich keine Probleme.

3 Vorerkrankungen

DU

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

PATIENT

Ich habe hohen Blutdruck und erhöhte Blutfette. Vor ein paar Jahren hat man mir gesagt, mein Herz schlage manchmal unregelmäßig, so ein Vorhofflimmern.

DU

Ist das Vorhofflimmern behandelt worden, und nehmen Sie dagegen etwas ein?

PATIENT

Ich sollte eigentlich einen Blutverdünner nehmen, aber ich hatte Angst vor Blutungen und habe ihn vor einiger Zeit selbst abgesetzt.

4 Medikamente

DU

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell tatsächlich ein?

PATIENT

Eine Tablette gegen den Blutdruck und eine gegen die Blutfette. Den Blutverdünner nehme ich, wie gesagt, nicht mehr.

DU

Nehmen Sie Schmerzmittel oder andere Präparate ein?

PATIENT

Nein, sonst nichts.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENT

Nein, mir ist keine Allergie bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?

PATIENT

Ich habe früher geraucht, etwa dreißig Jahre lang eine Schachtel am Tag, aber vor zehn Jahren aufgehört.

DU

Wie viel Alkohol trinken Sie?

PATIENT

Zum Abendessen ein Glas Wein, sonst nichts Besonderes.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU
Gibt es in Ihrer Familie Schlaganfälle oder Herzinfarkte?

PATIENT
Mein älterer Bruder hatte mit Ende sechzig einen Schlaganfall.

DU
Wie leben Sie zu Hause, und kommen Sie im Alltag allein zurecht?

PATIENT
Ich lebe mit meiner Frau in einem Haus mit Garten und war bisher völlig selbstständig.

8 Wenn der Patient selbst fragt

PATIENT
Herr Doktor, werde ich wieder ganz gesund, oder bleibe ich jetzt gelähmt?

DU
Ich verstehe Ihre Angst sehr gut. Das kann ich Ihnen jetzt noch nicht sicher sagen. Gut ist, dass Sie so schnell hier sind. Wir untersuchen Sie jetzt sofort und machen ein Bild vom Kopf. Danach besprechen wir die Ergebnisse gemeinsam mit Ihnen und Ihrer Frau.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: CT

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Natives Schädel-CT, axial, zwei Untersuchungen: links frischer Infarkt im Stromgebiet der linken A. cerebri media (Infarktareal noch kaum abgrenzbar) mit hyperdenser Arterie („dense media sign“, im Bild rechts); rechts nach 7 Stunden abgrenzbares hypodenses Infarktareal links (im Bild rechts).

Bild: Hellerhoff, „Dens media sign mit Mediainfarkt - CCT 001“ (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 3.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 26

Patient	Herr Heinrich Bauer, 71 J.
Vorstellungsgrund	akute Schwäche des re. Arms und Sprechstörung (Rettungsdienst)
Symptombeginn	heute ca. 08:30 Uhr beim Frühstück, schlagartig; Zeitpunkt genau bekannt
Symptome	Schwäche re. Arm (Tasse fallen gelassen); re. Mundwinkel hängend; verwaschene Sprache bei erhaltener Wortfindung; kurzzeitige Sehstörung im re. Gesichtsfeld
Verlauf	teilweise regredient; Armschwäche und Sprechstörung persistierend; Sehstörung vollständig regredient
Kopfschmerz	keiner
Vorgeschichte	vor ca. 2 Wochen Taubheit und Ungeschicklichkeit der re. Hand über einige Minuten, spontan regredient; keine ärztliche Vorstellung
Vegetative Anamnese	zeitweise Herzstolpern („Flattern in der Brust“); kein Fieber; Appetit, Schlaf und Miktion unauffällig
Vorerkrankungen	arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Vorhofflimmern (seit einigen Jahren bekannt)
Medikamente	Antihypertensivum, Lipidsenker; Antikoagulans vor einiger Zeit eigenmächtig abgesetzt (Angst vor Blutungen)
Allergien	keine bekannt
Noxen	Ex-Raucher (ca. 30 J. 1 Schachtel/d, ca. 30 py; Nikotinkarenz seit 10 J.); Alkohol 1 Glas Wein zum Abendessen

Familienanamnese	älterer Bruder mit Schlaganfall Ende 60
Sozialanamnese	lebt mit Ehefrau im Haus mit Garten; bisher vollständig selbstständig

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben des Patienten wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Herrn Heinrich Bauer, 71 Jahre, der sich heute in unserer Notaufnahme vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Akuter ischämischer Schlaganfall im Mediastromgebiet links, am ehesten kardioembolisch bei Vorhofflimmern

Differenzialdiagnosen

- Transitorische ischämische Attacke (TIA) bei rascher Rückbildung
- Intrazerebrale Blutung
- Migräne mit Aura oder postiktale (Todd-)Parese
- Hypoglykämie oder andere metabolische bzw. toxische Ursache

Anamnese

Der Patient wurde notfallmäßig wegen eines akut aufgetretenen neurologischen Defizits vorgestellt. Fremd- und eigenanamnestisch wurde berichtet, um 08:30 Uhr seien schlagartig eine Schwäche von rechtem Arm und rechter Gesichtshälfte sowie eine verwaschene Sprache aufgetreten, begleitet von einer kurzzeitigen Sehstörung im rechten Gesichtsfeld. Die Symptome hätten sich seither teilweise zurückgebildet.

Weiterhin gab er an, vor etwa zwei Wochen seien Gefühls- und Kraftstörungen der rechten Hand aufgetreten, die von selbst wieder verschwunden seien, im Sinne einer vorausgegangenen TIA-Episode. An Risikofaktoren seien eine arterielle Hypertonie, eine Hyperlipidämie und ein früherer Nikotinkonsum bekannt, ferner eine positive Familienanamnese; insbesondere sei ein Vorhofflimmern bekannt, die blutverdünnende Behandlung habe er jedoch eigenmächtig abgesetzt. An Medikamenten nehme er derzeit ein Antihypertensivum und ein Statin ein. Allergien seien nicht bekannt.

Geplante Diagnostik

- Sofortige kraniale Bildgebung: native CT und CT-Angiographie zum Ausschluss einer Blutung und zur Gefäßdarstellung
- Schnelltest Blutzucker, Vitalparameter, NIHSS-Erhebung
- EKG und Monitoring zur Erfassung von Vorhofflimmern
- Labor: Blutbild, Gerinnung inkl. INR, Elektrolyte, Nieren- und Leberwerte, Troponin
- Im Verlauf: MRT, extra- und intrakranielle Gefäßsonographie, Echokardiographie und Langzeit-EKG zur Ursachenklärung

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom (akute Hemiparese rechts, Dysarthrie)
- exakter Symptombeginn / Zeitfenster
- Verlauf (partiell regredient)
- vorausgegangene TIA-Episode
- kardiovaskuläre Risikofaktoren
- bekanntes Vorhofflimmern mit abgesetzter Antikoagulation
- aktuelle Medikation

- Allergien

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Herrn Bauer vorstellen, einen 71-jährigen Patienten mit akut um 08:30 Uhr aufgetretener, brachiofazialer Parese rechts und Dysarthrie, aktuell partiell regredient. Vor zwei Wochen bestand eine passagere sensomotorische Episode im Sinne einer TIA. Bei bekanntem, nicht antikoaguliertem Vorhofflimmern und vaskulärem Risikoprofil ist meine Verdachtsdiagnose ein akuter ischämischer Schlaganfall im Versorgungsgebiet der linken Arteria cerebri media, am ehesten kardioembolisch.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Warum ist der genaue Symptombeginn so wichtig?

Entscheidend ist der Zeitpunkt, zu dem der Patient zuletzt sicher beschwerdefrei war; danach richtet sich das Zeitfenster der Akutversorgung. Hier ist der Beginn mit 08:30 Uhr genau bekannt, weil die Symptome beim Frühstück vor Zeugen auftraten. Unklar wäre er zum Beispiel bei einem Schlaganfall, der erst beim Aufwachen bemerkt wird.

Wie grenzen Sie eine TIA von einem Schlaganfall ab, und was bedeutet die Episode vor zwei Wochen?

Eine TIA ist eine vorübergehende neurologische Funktionsstörung durch eine fokale Ischämie ohne Nachweis eines Infarkts in der Bildgebung; die Symptome bilden sich meist innerhalb einer Stunde vollständig zurück. Hier bestehen die Ausfälle fort, deshalb gehe ich von einem Schlaganfall aus. Die Episode vor zwei Wochen war wahrscheinlich eine TIA – ein Warnzeichen mit deutlich erhöhtem Schlaganfallrisiko in den folgenden Tagen und Wochen, besonders bei Vorhofflimmern ohne Blutverdünnung.

5 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 8 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz des Patienten – wie heißt es im Arztbrief?

„meine rechte Hand wurde schwach“ **Parese der rechten Hand**	„mein Mund hing rechts etwas herunter“ **zentrale Fazialisparese rechts**	„die Wörter kamen verwaschen heraus“ **Dysarthrie**
„auf der rechten Seite nichts richtig sehen“ **passagere Gesichtsfeldstörung rechts (V. a. homonyme Hemianopsie)**	„vor etwa zwei Wochen war meine Hand für ein paar Minuten taub und ungeschickt“ **transiente sensomotorische Störung (V. a. TIA)**	„dass mein Herz unregelmäßig schlägt und stolpert“ **Palpitationen, Herzrhythmusstörung**
„den Blutverdünner nehme ich, wie gesagt, nicht mehr“ **eigenmächtig abgesetzte Antikoagulation**	„erhöhte Blutfette“ **Hyperlipidämie**	

Vom Fachbegriff zur Erklärung für den Patienten

Fachbegriff	So erklärst du es
Hemiparese	eine Schwäche oder Lähmung einer Körperhälfte
Dysarthrie	eine verwaschene, undeutliche Aussprache bei erhaltenem Sprachverständnis
transitorische ischämische Attacke (TIA)	eine vorübergehende Durchblutungsstörung des Gehirns, deren Beschwerden sich vollständig zurückbilden

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Mikael Häggström (Wikimedia Commons) · CC0 · Quelle

FSP-Übungsfall Einseitige Beinschwellung: Tiefe Venenthrombose

Fall 27 von 35 | Sprechstunde | Angiologie | mittel | ca. 15 Min.

Eine 54-jährige Patientin stellt sich vor, weil ihr linkes Bein seit zwei Tagen dick geschwollen ist, spannt und schmerzt.

Von Dr. Pascal Bafteh · Stand 22.10.2026 · Fall 27 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 17 Antworten zum Aufdecken

BO

Frau Birgit Osterloh

54 Jahre · Sprechstunde

LEITSYMPTOM
Einseitige schmerzhafte Beinschwellung

FACHGEBIET
Angiologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
Bürotätigkeit (überwiegend sitzend); wenig Sport

Eine 54-jährige Patientin stellt sich vor, weil ihr linkes Bein seit zwei Tagen dick geschwollen ist, spannt und schmerzt. Vor einer Woche ist sie mit dem Flugzeug aus dem Urlaub zurückgekommen. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:

Du bist Ärztin/Arzt in der Sprechstunde. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit der Patientin **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt die Patientin mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Frau Osterloh. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENTIN · EINSTIEGSSATZ

„Mein linkes Bein ist seit vorgestern richtig dick geworden, es spannt und tut weh, vor allem in der Wade. Das rechte Bein ist ganz normal."

1 Aktuelle Beschwerden

DU
Können Sie mir genau beschreiben, wo das Bein geschwollen ist und wie sich der Schmerz anfühlt?

PATIENTIN
Die ganze Wade und der Unterschenkel links sind geschwollen. Es fühlt sich prall und schwer an, und beim Auftreten zieht es in der Wade.

DU
Wann hat die Schwellung begonnen und hat sie sich seitdem verändert?

PATIENTIN
Vorgestern früh ist mir das aufgefallen. Seitdem ist es eher noch etwas mehr geworden.

DU
Hat sich die Haut an dem Bein verändert?

PATIENTIN
Ja, die Wade ist wärmer als am anderen Bein und wirkt etwas bläulich-rot.

DU
Haben Sie Beschwerden beim Atmen, Brustschmerzen oder Herzrasen bemerkt?

PATIENTIN
Nein, Luft bekomme ich gut, und in der Brust habe ich nichts gespürt.

DU
Waren Sie kürzlich auf einer längeren Reise?

PATIENTIN
Ja, ich bin vor einer Woche aus dem Urlaub zurückgeflogen, das waren gut sechs Stunden im Flugzeug. Verletzt habe ich mich nicht.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie steht es um Appetit, Gewicht, Schlaf und Verdauung?

PATIENTIN

Alles normal, da hat sich nichts geändert.

DU

Hatten Sie Fieber, Husten oder Nachtschweiß?

PATIENTIN

Nein, Fieber oder Husten habe ich nicht.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt, oder gab es früher schon einmal eine Thrombose?

PATIENTIN

Ich habe einen leicht erhöhten Blutdruck. Eine Thrombose hatte ich noch nie.

DU

Hatten Sie in letzter Zeit eine Operation?

PATIENTIN

Nein, operiert wurde ich zuletzt vor vielen Jahren am Blinddarm, sonst nichts.

4 Medikamente

DU

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

PATIENTIN

Eine Tablette gegen den Blutdruck, und seit einigen Jahren die Pille, weil ich immer starke Beschwerden hatte.

DU

Nehmen Sie gelegentlich Schmerzmittel?

PATIENTIN

Nur ganz selten mal eine Tablette gegen Kopfschmerzen.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENTIN

Ja, gegen Penicillin bekomme ich einen Hautausschlag.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie, und wenn ja, wie viel?

PATIENTIN

Ja, so zehn Zigaretten am Tag, seit ich etwa zwanzig bin.

DU

Wie sieht es mit Alkohol aus?

PATIENTIN

Ein Glas Wein am Abend, aber nicht jeden Tag.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU
Gibt es in Ihrer Familie Thrombosen?

PATIENTIN
Meine Mutter hatte einmal eine Thrombose im Bein, so um die fünfzig herum.

DU
Was machen Sie beruflich und wie sieht Ihr Alltag aus?

PATIENTIN
Ich arbeite im Büro und sitze viel. Sport mache ich eher wenig.

8 Wenn die Patientin selbst fragt

PATIENTIN
Frau Doktor, kann so ein Gerinnsel in die Lunge wandern? Ich habe da große Angst.

DU
Ihre Sorge ist verständlich, und es ist gut, dass Sie gekommen sind. Ob überhaupt ein Gerinnsel vorliegt, klären wir jetzt mit einer Ultraschalluntersuchung Ihrer Beinvenen, und ich untersuche auch Herz und Lunge. Danach besprechen wir die Ergebnisse gemeinsam.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Sonographie

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Farbduplex-Sonographie der Wade im Querschnitt (Seite nicht bezeichnet): die Vv. fibulares sind mit echoreichem Thrombusmaterial gefüllt und zeigen allenfalls randständigen Fluss, während die A. tibialis posterior regelrecht durchströmt ist – tiefe Unterschenkelvenenthrombose.

Bild: Mikael Häggström (Wikimedia Commons) · CC0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 27

Patientin	Frau Birgit Osterloh, 54 J.
Vorstellungsgrund	schmerzhafte Schwellung des li. Unterschenkels seit 2 Tagen
Lokalisation / Beschreibung	gesamte Wade und Unterschenkel li.; prall, Schweregefühl; überwärmt, bläulich-rot verfärbt; re. Bein unauffällig
Schmerz	Wadenschmerz, v. a. beim Auftreten
Verlauf	seit vorgestern früh, leicht progredient
Risikofaktoren	Flugreise (ca. 6 h) vor 1 Woche; orales Kontrazeptivum; Nikotin; überwiegend sitzende Tätigkeit; kein Trauma
Hinweise auf Lungenembolie	keine Dyspnoe, kein Thoraxschmerz, kein Herzrasen
Vegetative Anamnese	Appetit, Gewicht, Schlaf und Verdauung unauffällig; kein Fieber, kein Husten, kein Nachtschweiß
Vorerkrankungen / Voroperationen	arterielle Hypertonie; keine Thrombose in der Vorgeschichte; Z. n. Blinddarm-OP vor vielen Jahren, keine kürzliche Operation
Medikamente	Antihypertensivum; orales Kontrazeptivum seit einigen Jahren (starke Beschwerden); selten Analgetikum bei Kopfschmerzen
Allergien	Penicillin (Exanthem)
Noxen	Nikotin ca. 10 Zig./d seit dem ca. 20. Lj. (ca. 17 py); Alkohol 1 Glas Wein an manchen Abenden
Familienanamnese	Mutter mit Beinvenenthrombose (um das 50. Lj.)
Sozialanamnese	Bürotätigkeit (überwiegend sitzend); wenig Sport

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben der Patientin wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Frau Birgit Osterloh, 54 Jahre, die sich heute in unserer Sprechstunde vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Tiefe Venenthrombose des linken Beins (Mehretagenthrombose nicht ausgeschlossen)

Differenzialdiagnosen

- Erysipel oder Weichteilinfektion des Unterschenkels
- Rupturierte Baker-Zyste
- Oberflächliche Thrombophlebitis bzw. chronisch-venöse Insuffizienz
- Muskelfaserriss oder Wadenhämatom

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass die schmerzhafte Schwellung des linken Unterschenkels seit zwei Tagen bestehe und zugenommen habe. Die Patientin gab an, der linke Unterschenkel sei prall geschwollen, überwärmt und bläulich-rot verfärbt; die Wade schmerze vor allem bei Belastung. An Risikofaktoren berichtete sie über einen etwa eine Woche zurückliegenden Langstreckenflug von rund sechs Stunden; sie nehme ein orales Kontrazeptivum ein und rauche. In der Familienanamnese sei eine Beinvenenthrombose der Mutter bekannt. Angaben zu Luftnot und Brustschmerz als Hinweis auf eine Lungenembolie wurden verneint. An Vorerkrankungen sei ein arterieller Hypertonus bekannt. Es bestehe eine Penicillinallergie, die sich als Exanthem gezeigt habe.

Geplante Diagnostik

- Klinische Untersuchung mit Bestimmung des Wells-Scores und Seitenvergleich des Beinumfangs
- D-Dimer-Bestimmung (hoher negativer prädiktiver Wert bei niedriger Vortestwahrscheinlichkeit)
- Kompressionssonographie der Bein- und Beckenvenen als Goldstandard
- Labor: Blutbild, Gerinnung, Nierenwerte
- Bei klinischem Verdacht auf Lungenembolie: CT-Angiographie des Thorax
- Bei jungem Alter, Rezidiv oder positiver Familienanamnese: Thrombophilie-Abklärung im Verlauf

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom + betroffene Seite (einseitige Beinschwellung links)
- Dauer und Verlauf (progredient)
- klinische Zeichen (Überwärmung, livide Verfärbung, Wadenschmerz)
- auslösende/Risikofaktoren (Langstreckenflug, orale Kontrazeptiva, Nikotin)
- positive Familienanamnese für Thromboembolien
- Ausschluss von Lungenemboliezeichen
- Dauermedikation
- Allergien (Penicillin)

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Frau Osterloh vorstellen, eine 54-jährige Patientin, die sich mit einer seit zwei Tagen zunehmenden, schmerzhaften Schwellung des linken Unterschenkels vorgestellt hat. Sie berichtet über eine einseitige Schwellung, Überwärmung und livide Verfärbung des Unterschenkels. Bei stattgehabtem Langstreckenflug, Einnahme oraler Kontrazeptiva, Nikotinabusus und positiver Familienanamnese ist meine Verdachtsdiagnose eine tiefe Venenthrombose des linken Beins.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Wie gehen Sie diagnostisch bei Verdacht auf eine tiefe Venenthrombose vor?

Zuerst schätze ich die klinische Wahrscheinlichkeit mit dem Wells-Score ab. Bei niedriger Wahrscheinlichkeit bestimme ich die D-Dimere; sind sie negativ, ist eine Thrombose weitgehend ausgeschlossen. Bei hoher Wahrscheinlichkeit oder positiven D-Dimeren folgt die Kompressionssonographie der Bein- und Beckenvenen; eine nicht komprimierbare Vene beweist die Thrombose.

Welche Risikofaktoren für eine Thrombose hat die Patientin?

Im Sinne der Virchow-Trias eine venöse Stase durch den sechsstündigen Flug und die sitzende Tätigkeit sowie eine gesteigerte Gerinnungsneigung durch das orale Kontrazeptivum und das Rauchen. Dazu kommt die positive Familienanamnese, die auf eine erbliche Thrombophilie hinweisen kann.

5 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 7 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz der Patientin – wie heißt es im Arztbrief?

„mein linkes Bein ist seit vorgestern richtig dick geworden“
einseitige Beinschwellung links (Umfangsvermehrung)

„es fühlt sich prall und schwer an“
Spannungs- und Schweregefühl

„die Wade ist wärmer als am anderen Bein“
Überwärmung

„wirkt etwas bläulich-rot“
livide Verfärbung

„beim Auftreten zieht es in der Wade“
Wadenschmerz bei Belastung

„die Pille“
orales Kontrazeptivum

„eine Thrombose im Bein“
tiefe Beinvenenthrombose

Vom Fachbegriff zur Erklärung für die Patientin

Fachbegriff	So erklärst du es
tiefe Venenthrombose	ein Blutgerinnsel in einer tiefen Beinvene, das den Blutabfluss behindert
Lungenembolie	ein Gerinnsel, das sich löst und ein Gefäß in der Lunge verstopft
Kompressionssonographie	eine Ultraschalluntersuchung der Venen, bei der geprüft wird, ob sich die Vene noch zusammendrücken lässt

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Tiefe Venenthrombose (TVT)

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Kristoffer Lindskov Hansen, Michael Bachmann Nielsen and Caroline Ewer (Wikimedia Commons) · CC BY 4.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Kolikartiger Flankenschmerz: Urolithiasis (Nierenkolik)

Fall 28 von 35 | Notaufnahme | Urologie | mittel | ca. 15 Min.

Ein 42-jähriger Patient kommt in die Notaufnahme, weil ihn seit heute Morgen plötzlich sehr starke, wellenartige Schmerzen in der linken Flanke quälen und ihm dabei übel ist.

Von Dr. Pascal Bafteh · Stand 22.10.2026 · Fall 28 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 Anamnesegespräch: Du bist dran
Du führst das Gespräch · 17 Antworten zum Aufdecken

SV

Herr Sebastian Vollmer

42 Jahre · Notaufnahme

LEITSYMPTOM
Akute kolikartige Flankenschmerzen

FACHGEBIET
Urologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
Bäcker (Hitze am Ofen, starkes Schwitzen)

Ein 42-jähriger Patient kommt in die Notaufnahme, weil ihn seit heute Morgen plötzlich sehr starke, wellenartige Schmerzen in der linken Flanke quälen und ihm dabei übel ist. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:
Du bist Ärztin/Arzt in der Notaufnahme. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen!

Und denk dran, dass du mit dem Patienten **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt den Patienten mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Herr Vollmer. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENT · EINSTIEGSSATZ

„Seit heute früh habe ich furchtbare Schmerzen in der linken Seite, die in Wellen kommen. Ich finde keine Position, in der es besser wird, und mir ist richtig übel geworden."

1 Aktuelle Beschwerden

DU
Können Sie mir den Schmerz genauer beschreiben — wo genau sitzt er und wie fühlt er sich an?

PATIENT
Er sitzt in der linken Flanke, unterhalb der Rippen, und zieht nach vorne unten Richtung Leiste. Es ist ein krampfartiges, wellenförmiges An- und Abschwellen.

DU
Wann und wie hat der Schmerz begonnen — plötzlich oder allmählich?

PATIENT
Ganz plötzlich, heute früh gegen sechs Uhr, aus dem Nichts. Innerhalb von Minuten war er kaum auszuhalten.

DU
Gibt es eine Körperhaltung, in der der Schmerz besser oder schlimmer wird?

PATIENT
Nein, das ist ja das Schlimme. Ich laufe herum, ich krümme mich, aber nichts hilft wirklich.

DU
Wie stark ist der Schmerz auf einer Skala von null bis zehn?

PATIENT
In den schlimmsten Momenten eine glatte Neun. Zwischendurch lässt er etwas nach, aber dann kommt die nächste Welle.

DU
Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen?

PATIENT
Jetzt, wo Sie es sagen — der Urin sah vorhin etwas rötlich aus, und ich muss ständig auf die Toilette, obwohl kaum etwas kommt.

2 Vegetative Anamnese

DU

Ist Ihnen übel, oder haben Sie erbrochen?

PATIENT

Übel ist mir die ganze Zeit, und einmal habe ich mich auch übergeben.

DU

Haben Sie Fieber oder Schüttelfrost bemerkt?

PATIENT

Fieber habe ich nicht gemessen, aber ich glaube nicht. Schüttelfrost hatte ich keinen.

DU

Wie ist es mit Appetit, Stuhlgang und Trinkmenge in letzter Zeit?

PATIENT

Der Appetit ist wegen der Übelkeit weg. Stuhlgang ist normal. Ehrlich gesagt trinke ich generell eher wenig, bei der Arbeit vergesse ich das oft.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt, und hatten Sie so etwas schon einmal?

PATIENT

Vor drei Jahren hatte ich schon einmal einen Nierenstein, links, der ist damals von allein abgegangen. Sonst bin ich gesund.

DU

Ist bei Ihnen jemals eine Gicht oder ein erhöhter Harnsäurewert festgestellt worden?

PATIENT

Erhöhte Harnsäure hat mein Hausarzt mal erwähnt, behandelt wurde das aber nie.

4 Medikamente

DU

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

PATIENT

Regelmäßig nichts. Nur heute habe ich zwei Ibuprofen genommen, die hatten wir zu Hause, aber geholfen haben sie kaum.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENT

Nein, mir ist keine Allergie bekannt. Ein Kontrastmittel hatte ich, glaube ich, noch nie.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie, und wie sieht es mit Alkohol aus?

PATIENT

Ich rauche nicht. Alkohol trinke ich am Wochenende mal ein, zwei Bier.

DU

Wie ernähren Sie sich?

PATIENT

Ehrlich gesagt esse ich viel Fleisch und Wurst, und ich salze gern kräftig nach. Gemüse eher selten.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie Nierensteine oder Nierenerkrankungen?

PATIENT

Ja, mein Vater hatte immer wieder Nierensteine, das kenne ich von ihm.

DU

Was machen Sie beruflich?

PATIENT

Ich bin Bäcker, arbeite also viel in der Hitze am Ofen und schwitze entsprechend viel.

8 Wenn der Patient selbst fragt

PATIENT

Herr Doktor, muss der Stein jetzt operiert werden, oder geht der auch so wieder weg?

DU

Das kann ich Ihnen jetzt noch nicht sagen. Ob ein Stein vorliegt, wie groß er ist und wo er sitzt, klären wir zuerst mit der Urinuntersuchung, einem Ultraschall und gegebenenfalls einer weiteren Bildgebung. Danach besprechen wir die Ergebnisse gemeinsam und in Ruhe.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

✓ Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Sonographie

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Sonographie: Nierenstein am pyeloureteralen Übergang

Bild: Kristoffer Lindskov Hansen, Michael Bachmann Nielsen and Caroline Ewer (Wikimedia Commons) · CC BY 4.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 28

Patient	Herr Sebastian Vollmer, 42 J.
Vorstellungsgrund	akute kolikartige Flankenschmerzen li. seit heute früh mit Nausea
Lokalisation / Ausstrahlung	li. Flanke unterhalb des Rippenbogens; Ausstrahlung nach ventral-kaudal in die Leiste
Beginn	schlagartig heute gegen 6 Uhr, innerhalb von Minuten maximal
Charakter / Intensität	krampfartig, wellenförmig an- und abschwellend; NRS bis 9/10; keine schmerzlindernde Position, Bewegungsdrang
Miktion	Urin rötlich verfärbt; Pollakisurie mit kleinen Mengen
Begleitsymptome	Nausea, 1× Emesis; kein Schüttelfrost; Fieber nicht gemessen, subjektiv keins
Vegetative Anamnese	Inappetenz; Stuhlgang unauffällig; geringe Trinkmenge

Vorerkrankungen	Z. n. Nierenstein li. vor 3 J. mit Spontanabgang; Hyperurikämie (bisher unbehandelt)
Medikamente	keine Dauermedikation; heute 2× Ibuprofen (Selbstmedikation), kaum wirksam
Allergien	keine bekannt; bisher wohl keine Kontrastmittelgabe
Noxen	Nichtraucher; Alkohol am Wochenende (1–2 Bier)
Ernährung	fleisch- und wurstreich, kräftig gesalzen, wenig Gemüse
Familienanamnese	Vater mit rezidivierenden Nierensteinen
Sozialanamnese	Bäcker (Hitze am Ofen, starkes Schwitzen)

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben des Patienten wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Herrn Sebastian Vollmer, 42 Jahre, der sich heute in unserer Notaufnahme vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Linksseitige Urolithiasis mit Nierenkolik (V. a. Uretersteinabgang)

Differenzialdiagnosen

- Pyelonephritis
- Rupturiertes oder symptomatisches Bauchaortenaneurysma
- Appendizitis oder Divertikulitis (bei entsprechender Lokalisation)

- Hodentorsion oder Epididymitis (bei Ausstrahlung in die Leiste)

Anamnese

Der Patient stellte sich notfallmäßig vor. Die aktuelle Anamnese ergab, dass die kolikartigen Flankenschmerzen links seit den frühen Morgenstunden akut bestünden und nach vorn unten in die Leiste ausstrahlten. Er gab die Schmerzstärke mit bis zu neun von zehn an und berichtete, die Schmerzen ließen sich durch keine Haltung lindern; er verspüre einen ausgeprägten Bewegungsdrang. Begleitend klagte er über Übelkeit mit einmaligem Erbrechen und gab an, der Urin sei blutig und er müsse häufig Wasser lassen. An Vorerkrankungen sei ein Nierenstein links vor drei Jahren bekannt, der von selbst abgegangen sei, ferner eine bislang unbehandelte Erhöhung der Harnsäure. Weiterhin gab er an, wenig zu trinken, sich purin- und salzreich zu ernähren und als Bäcker beruflich viel zu schwitzen; in der Familienanamnese seien Nierensteine bekannt. Am Vorstellungstag habe er zweimal Ibuprofen eingenommen, ohne wesentliche Besserung. Allergien seien nicht bekannt.

Geplante Diagnostik

- Körperliche Untersuchung mit Prüfung des Nierenlagers (Klopfschmerz) und Abdomenpalpation
- Urinstatus/Urinsediment (Erythrozyturie, Leukozyturie, Nitrit), ggf. Urinkultur
- Labor: Blutbild, CRP, Kreatinin/eGFR, Elektrolyte, Harnsäure, Kalzium
- Native Low-Dose-Computertomographie des Abdomens als Goldstandard, alternativ Sonographie der Nieren und ableitenden Harnwege
- Bei Verdacht auf Obstruktion mit Infekt: dringliche Beurteilung einer Harnstauung

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom + betroffene Seite und Schmerzausstrahlung

- akuter Beginn und kolikartiger, bewegungsunabhängiger Charakter
- Schmerzintensität (NRS)
- Begleitsymptome (Übelkeit/Erbrechen, Makrohämaturie, Pollakisurie)
- Zeichen für/gegen Infektion (Fieber/Schüttelfrost)
- frühere Urolithiasis und Hyperurikämie
- Risikofaktoren (Trinkmenge, Ernährung, Schwitzen, Familienanamnese)
- Selbstmedikation und Allergien

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Herrn Vollmer vorstellen, einen 42-jährigen Patienten, der sich notfallmäßig mit seit heute Morgen akut aufgetretenen, kolikartigen linksseitigen Flankenschmerzen mit Ausstrahlung in die Leiste vorgestellt hat. Begleitend bestehen Übelkeit mit Erbrechen, eine Makrohämaturie und eine Pollakisurie; Fieber wird verneint. Bei Zustand nach Urolithiasis, positiver Familienanamnese und Hyperurikämie ist meine Verdachtsdiagnose eine erneute linksseitige Urolithiasis mit Nierenkolik.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Welche Differenzialdiagnose dürfen Sie bei linksseitigen Flankenschmerzen nicht übersehen?

Vor allem ein symptomatisches oder rupturiertes Bauchaortenaneurysma, besonders bei älteren Patienten mit Gefäßrisikofaktoren – es kann eine Nierenkolik imitieren. Außerdem denke ich an eine Pyelonephritis, eine Divertikulitis, beim Mann an eine Hodentorsion oder Epididymitis sowie an eine Mesenterialischämie.

Welche Warnzeichen machen eine Nierenkolik zum Notfall?

Vor allem die Kombination aus Harnstau und Infektzeichen, also Fieber oder Schüttelfrost bei Obstruktion – die infizierte Harnstauungsniere kann rasch in eine Urosepsis übergehen. Weitere Warnzeichen sind eine Anurie, eine funktionelle oder anatomische Einzelniere, eine Verschlechterung der Nierenfunktion und nicht beherrschbare Schmerzen.

5 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 7 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz des Patienten – wie heißt es im Arztbrief?

„Schmerzen in der linken Seite, die in Wellen kommen“ **kolikartiger Flankenschmerz links**	„zieht nach vorne unten Richtung Leiste“ **Ausstrahlung in die Leiste**	„ich finde keine Position, in der es besser wird“ **Bewegungsdrang, keine Schonhaltung**
„der Urin sah vorhin etwas rötlich aus“ **Makrohämaturie**	„ich muss ständig auf die Toilette, obwohl kaum etwas kommt“ **Pollakisurie**	„einen Nierenstein, links, der ist damals von allein abgegangen“ **Z. n. Urolithiasis mit Spontanabgang**
„erhöhte Harnsäure“ **Hyperurikämie**		

Vom Fachbegriff zur Erklärung für den Patienten

Fachbegriff	So erklärst du es
Urolithiasis	Harnsteinleiden, also die Bildung von Steinen in Niere oder Harnwegen

Fachbegriff	So erklärst du es
Makrohämaturie	mit bloßem Auge sichtbares Blut im Urin, der Urin ist rötlich verfärbt
Kolik	krampfartiger, in Wellen kommender und wieder abklingender Schmerz

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Urolithiasis (Nierenkolik)

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: CardioNetworks: Googletrans (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 3.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Herzstolpern und Herzrasen: Vorhofflimmern

Fall 29 von 35 | Notaufnahme | Kardiologie | mittel | ca. 15 Min.

Ein 71-jähriger Patient kommt in die Notaufnahme, weil ihm seit dem Vormittag das Herz unregelmäßig bis zum Hals schlägt und er sich schwindelig und kurzatmig fühlt.

Von Dr. Pascal Bafteh · Stand 22.10.2026 · Fall 29 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 17 Antworten zum Aufdecken

DA

Herr Dietmar Ahrens

71 Jahre · Notaufnahme

LEITSYMPTOM
Herzstolpern und Herzrasen

FACHGEBIET
Kardiologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
verwitwet, lebt allein im Erdgeschoss; täglich Spaziergänge mit dem Hund

Ein 71-jähriger Patient kommt in die Notaufnahme, weil ihm seit dem Vormittag das Herz unregelmäßig bis zum Hals schlägt und er sich schwindelig und kurzatmig fühlt. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:
Du bist Ärztin/Arzt in der Notaufnahme. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen!

Und denk dran, dass du mit dem Patienten **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt den Patienten mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Herr Ahrens. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENT · EINSTIEGSSATZ

„Seit heute Vormittag spüre ich, wie mein Herz ganz unregelmäßig und viel zu schnell schlägt. Es fühlt sich an, als würde es stolpern und dann rasen. Mir ist auch ein bisschen schwindelig geworden."

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Können Sie mir genau beschreiben, wie sich das Herzstolpern anfühlt und wann es begonnen hat?

PATIENT

Es hat heute gegen zehn Uhr beim Frühstück plötzlich angefangen. Das Herz schlägt völlig durcheinander, mal schnell, mal setzt es kurz aus. So etwas kenne ich sonst nicht.

DU

Haben Sie zusätzlich Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?

PATIENT

Ein leichtes Engegefühl habe ich schon, aber richtige Schmerzen nicht. Es ist eher ein unangenehmes Flattern.

DU

Sind Sie kurzatmig, besonders bei Anstrengung?

PATIENT

Ja, schon beim Treppensteigen zu Ihnen herauf ging mir schnell die Puste aus. In Ruhe ist es etwas besser.

DU

Hatten Sie Schwindel, oder waren Sie kurz ohnmächtig?

PATIENT

Schwindelig ja, richtig ohnmächtig war ich nicht. Aber ich musste mich kurz setzen, weil mir schwarz vor Augen wurde.

DU

Hatten Sie solche Episoden schon einmal, und wie lange dauerten sie?

PATIENT

Ein- oder zweimal in den letzten Monaten hatte ich kurz so ein Flattern, aber das war nach ein paar Minuten wieder weg. Heute hört es einfach nicht auf.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie steht es um Appetit, Gewicht, Schlaf und Verdauung?

PATIENT

Das ist alles unauffällig. Ich schlafe gut und mein Gewicht ist seit Jahren stabil.

DU

Haben Sie Fieber oder vermehrtes Schwitzen bemerkt?

PATIENT

Nein, Fieber nicht. Geschwitzt habe ich vorhin schon etwas, aber ich glaube, das war eher die Aufregung.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt, zum Beispiel Bluthochdruck oder eine Herzschwäche?

PATIENT

Ja, ich habe seit vielen Jahren hohen Blutdruck. Vor drei Jahren war ich wegen einer Herzschwäche kurz im Krankenhaus.

DU

Ist eine Schilddrüsenerkrankung oder eine Zuckerkrankheit bekannt?

PATIENT

Von der Schilddrüse weiß ich nichts. Zucker habe ich seit ein paar Jahren, das wird mit Tabletten behandelt.

4 Medikamente

DU

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

PATIENT

Ein Blutdruckmittel, ich glaube es heißt Amlodipin, dazu eine Wassertablette und Metformin für den Zucker. Blutverdünner nehme ich keine.

DU

Nehmen Sie gelegentlich Schmerzmittel oder andere Präparate ohne Rezept ein?

PATIENT

Ab und zu eine Kopfschmerztablette, aber nichts Regelmäßiges.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENT

Ja, auf Penicillin bekomme ich einen Hautausschlag. Sonst ist mir nichts bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?

PATIENT

Früher ja, aber vor zwanzig Jahren habe ich aufgehört. Davor etwa zwanzig Jahre lang eine halbe Schachtel am Tag.

DU

Wie viel Alkohol und Kaffee trinken Sie?

PATIENT

Gestern Abend war eine Feier, da hatte ich schon drei, vier Gläser Wein. Sonst trinke ich morgens zwei Tassen Kaffee.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Schlaganfälle?

PATIENT

Meine Mutter hatte mit Ende siebzig einen Schlaganfall. Mein Bruder hat auch Herzrhythmusstörungen.

DU

Wie sieht Ihr Alltag aus — leben Sie allein und wie bewegen Sie sich?

PATIENT

Ich bin verwitwet und wohne allein in einer Erdgeschosswohnung. Ich gehe jeden Tag mit dem Hund spazieren.

8 Wenn der Patient selbst fragt

PATIENT

Herr Doktor, ist das ein Herzinfarkt? Ich habe große Angst.

DU

Ihre Angst kann ich sehr gut verstehen. Nach Ihrer Schilderung denke ich eher an eine Herzrhythmusstörung, aber das klären wir jetzt sofort mit einem EKG und einer Blutuntersuchung. Danach besprechen wir die Ergebnisse gemeinsam, und ich bleibe bei Ihnen.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

✓ Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: EKG

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Absolute Arrhythmie ohne abgrenzbare P-Wellen, wechselnde RR-Abstände

Bild: CardioNetworks: Googletrans, „De-Afib ecg (CardioNetworks ECGpedia)“ (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 3.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 29

Patient	Herr Dietmar Ahrens, 71 J.
Vorstellungsgrund	unregelmäßiges Herzrasen seit heute Vormittag mit Schwindel
Beginn	plötzlich gegen 10 Uhr beim Frühstück; seitdem anhaltend
Charakter	unregelmäßiger, schneller Herzschlag; Gefühl des Stolperns und kurzer Aussetzer, „Flattern“
Begleitsymptome	leichtes thorakales Engegefühl ohne Schmerz; Belastungsdyspnoe (Treppensteigen), in Ruhe gebessert; Schwindel, Präsynkope, keine Synkope; Schwitzen (am ehesten Aufregung)
Vorgeschichte	1–2 kurze, selbstlimitierende Episoden von Herzflattern in den letzten Monaten (wenige Minuten)
Vegetative Anamnese	Appetit, Gewicht, Schlaf und Verdauung unauffällig; kein Fieber
Vorerkrankungen	langjährige arterielle Hypertonie; Herzinsuffizienz (vor 3 J. kurz stationär); Diabetes mellitus (Tabletten); keine Schilddrüsenerkrankung bekannt

Medikamente	Amlodipin, Diuretikum, Metformin; keine Antikoagulation; gelegentlich Analgetikum bei Kopfschmerzen
Allergien	Penicillin (Exanthem)
Noxen	Ex-Raucher (ca. 20 J. ½ Schachtel/d, ca. 10 py; Nikotinkarenz seit 20 J.); Alkohol am Vorabend 3–4 Gläser Wein (Feier); Kaffee 2 Tassen/d
Familienanamnese	Mutter mit Schlaganfall (Ende 70); Bruder mit Herzrhythmusstörungen
Sozialanamnese	verwitwet, lebt allein im Erdgeschoss; täglich Spaziergänge mit dem Hund

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben des Patienten wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Herrn Dietmar Ahrens, 71 Jahre, der sich heute in unserer Notaufnahme vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Symptomatisches Vorhofflimmern mit tachykarder Überleitung, erstmalig dokumentiert

Differenzialdiagnosen

- Vorhofflattern mit wechselnder Überleitung
- AV-Knoten-Reentrytachykardie (AVNRT) oder andere supraventrikuläre Tachykardie
- Akutes Koronarsyndrom
- Hyperthyreose als Auslöser der Tachyarrhythmie

Anamnese

Der Patient stellte sich notfallmäßig vor. Die aktuelle Anamnese ergab, dass die unregelmäßige Tachykardie seit dem Vormittag anhalte und akut aufgetreten sei. Er gab an, es bestünden Palpitationen, bei Belastung sei er dyspnoisch und verspüre ein leichtes Engegefühl in der Brust; außerdem bestünden Schwindel und eine kurzzeitige Präsynkope. Weiterhin berichtete er über kürzere Episoden in den letzten Monaten, die von selbst aufgehört hätten. Am Vorabend habe er vermehrt Alkohol getrunken. An Vorerkrankungen seien ein langjähriger arterieller Hypertonus, ein Diabetes mellitus Typ 2 und eine Herzinsuffizienz bekannt. An Dauermedikation nehme er Amlodipin, ein Diuretikum und Metformin ein; eine Blutverdünnung nehme er nicht ein. Es bestehe eine Penicillinallergie. In der Familienanamnese seien ein Schlaganfall und Herzrhythmusstörungen bekannt.

Geplante Diagnostik

- 12-Kanal-EKG (fehlende P-Wellen, unregelmäßige RR-Abstände), ggf. Langzeit-EKG
- Körperliche Untersuchung mit Blutdruck, Puls und Auskultation, Zeichen der Herzinsuffizienz
- Labor: Blutbild, Elektrolyte (Kalium, Magnesium), Nierenwerte, TSH, Troponin, D-Dimer bei Bedarf
- Transthorakale Echokardiographie zur Beurteilung von Klappen, Vorhofgröße und Pumpfunktion

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom (unregelmäßiges Herzrasen/Palpitationen)
- akuter Beginn und Dauer
- Begleitsymptome (Dyspnoe, Schwindel, Präsynkope)

- auslösender Faktor (Alkoholexzess)
- kardiovaskuläre Vorerkrankungen und Risikofaktoren
- Dauermedikation und fehlende Antikoagulation
- Allergien (Penicillin)
- positive Familienanamnese

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Herrn Ahrens vorstellen, einen 71-jährigen Patienten, der sich notfallmäßig mit einem seit dem Vormittag anhaltenden, unregelmäßigen Herzrasen vorgestellt hat. Begleitend bestehen Belastungsdyspnoe, ein Schwindel mit kurzer Präsynkope und ein leichtes thorakales Engegefühl. Bei arteriellem Hypertonus, Diabetes und bekannter Herzinsuffizienz ist meine Verdachtsdiagnose ein erstmals dokumentiertes symptomatisches Vorhofflimmern mit tachykarder Überleitung.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Woran erkennen Sie Vorhofflimmern im EKG?

An einer absoluten Arrhythmie mit unregelmäßigen RR-Abständen, fehlenden P-Wellen und stattdessen feinen oder groben Flimmerwellen in der Grundlinie; die QRS-Komplexe sind meist schmal. Beim Vorhofflattern sieht man dagegen sägezahnartige Flatterwellen, und die Überleitung kann regelmäßig oder wechselnd sein.

Warum ist das Vorhofflimmern bei diesem Patienten besonders relevant, und nach welchen Auslösern fragen Sie?

Die wichtigste Komplikation ist ein kardioembolischer Schlaganfall. Der Patient hat mehrere Risikofaktoren dafür: Alter über 65 Jahre, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus und Herzinsuffizienz. Als Auslöser frage ich nach Alkohol – hier am Vorabend, im Sinne eines „Holiday-Heart-Syndroms" –, nach einer Hyperthyreose, Elektrolytstörungen, Infekten, einer Myokardischämie und einer Lungenembolie.

5 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 7 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz des Patienten – wie heißt es im Arztbrief?

„als würde es stolpern und dann rasen" **unregelmäßige Tachykardie, Palpitationen**	„das Herz schlägt völlig durcheinander" **absolute Arrhythmie**	„ein leichtes Engegefühl" **thorakales Engegefühl**
„ging mir schnell die Puste aus" **Belastungsdyspnoe**	„weil mir schwarz vor Augen wurde" **Präsynkope**	„wegen einer Herzschwäche kurz im Krankenhaus" **Herzinsuffizienz (Z. n. stationärem Aufenthalt)**
„drei, vier Gläser Wein" **Alkoholexzess am Vorabend**		

Vom Fachbegriff zur Erklärung für den Patienten

Fachbegriff	So erklärst du es
Vorhofflimmern	eine Herzrhythmusstörung, bei der die Herzvorhöfe ungeordnet und viel zu schnell zucken, sodass das

Fachbegriff	So erklärst du es
	Herz unregelmäßig schlägt
Palpitationen	das spürbare Herzstolpern oder Herzklopfen, das man bis zum Hals wahrnehmen kann

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Vorhofflimmern

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Med_Chaos (Wikimedia Commons) · Public domain · Quelle

FSP-Übungsfall Brennende Oberbauchschmerzen: Ulcus ventriculi

Fall 30 von 35 | Notaufnahme | Gastroenterologie | mittel | ca. 15 Min.

Eine 52-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit mehreren Wochen unter brennenden Schmerzen im Oberbauch leidet, die sich vor allem nach dem Essen bemerkbar machen.

Von Dr. Pascal Bafteh · Stand 22.10.2026 · Fall 30 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 17 Antworten zum Aufdecken

MS

Frau Marlene Schuster

52 Jahre · Notaufnahme

LEITSYMPTOM
Brennende Oberbauchschmerzen

FACHGEBIET
Gastroenterologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
Pflegekraft im Schichtdienst; aktuell hohe berufliche Belastung

Eine 52-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit mehreren Wochen unter brennenden Schmerzen im Oberbauch leidet, die sich vor allem nach dem Essen bemerkbar machen. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:
Du bist Ärztin/Arzt in der Notaufnahme. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen!

Und denk dran, dass du mit der Patientin **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt die Patientin mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Frau Schuster. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENTIN · EINSTIEGSSATZ

„Seit ungefähr drei Wochen habe ich ein Brennen und Drücken im Oberbauch. Besonders schlimm ist es kurz nach dem Essen, und manchmal ist mir dabei übel.“

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Können Sie mir die Schmerzen genauer beschreiben — wo genau und wie fühlen sie sich an?

PATIENTIN

Es ist ein brennender, drückender Schmerz genau in der Magengegend, oben in der Mitte des Bauches, direkt unter dem Brustbein.

DU

Haben die Schmerzen mit dem Essen zu tun?

PATIENTIN

Meist kommen sie kurz nach dem Essen und werden dann eher schlimmer. Manchmal traue ich mich deshalb kaum, etwas zu essen.

DU

Haben Sie zusätzlich Übelkeit, Erbrechen oder ein Völlegefühl?

PATIENTIN

Übelkeit habe ich oft, erbrochen habe ich einmal. Und ich fühle mich schon nach kleinen Portionen sehr voll.

DU

War Ihr Stuhl schwarz, oder haben Sie Blut erbrochen?

PATIENTIN

Jetzt wo Sie fragen — der Stuhl war in den letzten Tagen ungewöhnlich dunkel, fast schwarz. Blut erbrochen habe ich nicht.

DU

Haben Sie ungewollt an Gewicht verloren?

PATIENTIN

Ein paar Kilo vielleicht, weil ich aus Angst vor den Schmerzen weniger esse.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie steht es mit Appetit, Schlaf und dem Wasserlassen?

PATIENTIN

Der Appetit ist wegen der Schmerzen schlechter. Schlafen und Wasserlassen sind unauffällig.

DU

Hatten Sie Fieber oder Schwindel, zum Beispiel beim Aufstehen?

PATIENTIN

Fieber nicht, aber mir ist in den letzten Tagen öfter schwindelig, wenn ich schnell aufstehe.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt, oder hatten Sie schon einmal Magenprobleme oder ein Geschwür?

PATIENTIN

Ich habe immer wieder mal Sodbrennen, ein Geschwür wurde aber nie festgestellt. Ansonsten habe ich eine Arthrose im Knie und in den Händen.

DU

Hat man bei Ihnen schon einmal nach einem Magenkeim gesucht?

PATIENTIN

Davon habe ich noch nie gehört, das wurde bei mir nie untersucht.

4 Medikamente

DU

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf ein?

PATIENTIN

Wegen der Arthrose nehme ich fast täglich Ibuprofen gegen die Schmerzen, oft mehrere Tabletten am Tag. Sonst nehme ich nichts Regelmäßiges.

DU

Nehmen Sie dazu etwas für den Magen ein?

PATIENTIN

Nein, einen Magenschutz habe ich nie dazu bekommen.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENTIN

Nein, mir ist keine Allergie bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie, und wenn ja, wie viel?

PATIENTIN

Ja, etwa zehn Zigaretten am Tag, seit gut zwanzig Jahren.

DU

Wie viel Alkohol und Kaffee trinken Sie?

PATIENTIN

Kaffee trinke ich viel, vier bis fünf Tassen am Tag. Alkohol nur selten, mal ein Glas Wein.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie Magen-Darm-Erkrankungen oder Magenkrebs?

PATIENTIN

Meine Großmutter hatte Magenkrebs, sonst ist mir nichts bekannt.

DU

Was machen Sie beruflich und stehen Sie unter besonderem Stress?

PATIENTIN

Ich arbeite als Pflegekraft im Schichtdienst, und im Moment ist es sehr stressig und hektisch.

8 Wenn die Patientin selbst fragt

PATIENTIN

Frau Doktor, ist der schwarze Stuhl schlimm? Muss ich mir Sorgen machen?

DU

Es ist sehr gut, dass Sie das erwähnen, und ich nehme es ernst. Schwarzer Stuhl kann ein Hinweis auf eine Blutung im Magen sein. Deshalb untersuche ich Sie jetzt gründlich und nehme Blut ab. Danach besprechen wir die Ergebnisse und die nächsten Untersuchungen gemeinsam.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Endoskopie

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Gastroskopie: zwei fibrinbelegte Ulzera im Magenantrum

Bild: Med_Chaos (Wikimedia Commons) · Public domain · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den

Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 30

Patientin	Frau Marlene Schuster, 52 J.
Vorstellungsgrund	brennend-drückende Oberbauchschmerzen seit ca. 3 Wochen
Lokalisation / Charakter	epigastrisch, direkt unter dem Sternum; brennend, drückend
Nahrungsabhängigkeit	Verstärkung kurz nach dem Essen; Nahrungsaufnahme aus Angst vor Schmerzen reduziert
Begleitsymptome	häufig Nausea, 1× Emesis; frühes Sättigungsgefühl
Blutungszeichen	seit einigen Tagen fast schwarzer Stuhl; keine Hämatemesis; Schwindel beim raschen Aufstehen
Gewicht	Gewichtsverlust einige kg (reduzierte Nahrungsaufnahme)
Vegetative Anamnese	Appetit vermindert; Schlaf und Miktion unauffällig; kein Fieber
Vorerkrankungen	rezidivierendes Sodbrennen; kein Ulkus bekannt; Arthrose (Knie, Hände); Helicobacter pylori nie untersucht
Medikamente	Ibuprofen fast täglich, oft mehrere Tabletten/d (Arthrose); kein Magenschutz
Allergien	keine bekannt
Noxen	Nikotin ca. 10 Zig./d seit > 20 J. (ca. 10 py); Kaffee 4–5 Tassen/d; Alkohol selten
Familienanamnese	Großmutter mit Magenkarzinom
Sozialanamnese	Pflegekraft im Schichtdienst; aktuell hohe berufliche Belastung

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde

liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben der Patientin wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Frau Marlene Schuster, 52 Jahre, die sich heute in unserer Notaufnahme vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Ulcus ventriculi (Magengeschwür) mit Verdacht auf obere gastrointestinale Blutung

Differenzialdiagnosen

- Ulcus duodeni
- Gastritis / funktionelle Dyspepsie
- Gastroösophageale Refluxkrankheit
- Magenkarzinom

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass die brennend-drückenden Oberbauchschmerzen seit etwa drei Wochen bestünden. Die Patientin gab an, die Schmerzen nähmen nach dem Essen zu. Begleitend berichtete sie über Übelkeit, einmaliges Erbrechen, ein frühes Sättigungsgefühl und einen leichten Gewichtsverlust. Weiterhin gab sie an, seit einigen Tagen bestehe Teerstuhl, zudem orthostatischer Schwindel. Als wesentlichen Risikofaktor berichtete sie, wegen einer bekannten Arthrose regelmäßig Ibuprofen in hoher Menge einzunehmen, ohne Magenschutz. Weiterhin rauche sie und trinke viel Kaffee; in der Familienanamnese sei ein Magenkarzinom der Großmutter bekannt. Allergien seien nicht bekannt.

Geplante Diagnostik

- Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD) mit Biopsien zur Diagnosesicherung und zum Malignitätsausschluss
- Helicobacter-pylori-Nachweis (Urease-Schnelltest/Histologie aus der Biopsie)

- Labor: Blutbild (Anämie), Ferritin, Gerinnung, Blutgruppe und Kreuzblut bei Blutungsverdacht
- Kreislaufüberwachung und Beurteilung des Blutungsstatus

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom (brennende Oberbauchschmerzen, postprandial)
- Dauer und Verlauf
- Begleitsymptome (Übelkeit, Erbrechen, frühe Sättigung)
- Hinweis auf obere GI-Blutung (Teerstuhl, orthostatischer Schwindel)
- regelmäßige NSAR-Einnahme ohne Magenschutz
- Nikotin- und Kaffeekonsum
- Familienanamnese (Magenkarzinom)
- Allergien und übrige Medikation

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Frau Schuster vorstellen, eine 52-jährige Patientin, die sich mit seit drei Wochen bestehenden, brennenden Oberbauchschmerzen vorgestellt hat, die nach dem Essen zunehmen. Begleitend bestehen Übelkeit, frühe Sättigung und ein leichter Gewichtsverlust. Auffällig ist ein Teerstuhl bei orthostatischem Schwindel. Bei regelmäßiger*

> *Ibuprofen-Einnahme in hoher Menge ohne Magenschutz ist meine Verdachtsdiagnose ein Ulcus ventriculi mit möglicher oberer gastrointestinaler Blutung.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Welche Risikofaktoren für ein Ulkus hat die Patientin?

An erster Stelle die regelmäßige Einnahme von NSAR wie Ibuprofen ohne Magenschutz, dazu das Rauchen. Eine Helicobacter-pylori-Infektion wurde nie ausgeschlossen; sie ist neben den NSAR die häufigste Ulkusursache. Stress und Kaffee spielen allenfalls eine untergeordnete Rolle.

Woran erkennen Sie eine obere gastrointestinale Blutung, und wie schätzen Sie den Schweregrad klinisch ein?

Typisch sind Teerstuhl, also schwarzer, glänzender, klebriger Stuhl, und Hämatemesis als frisches Blut oder kaffeesatzartiges Erbrechen. Den Schweregrad schätze ich an den Kreislaufzeichen ab: Schwindel beim Aufstehen, Tachykardie, Hypotonie, Blässe und ein Hämoglobinabfall. Der orthostatische Schwindel der Patientin kann auf einen relevanten Blutverlust hinweisen. Zur Risikoeinschätzung eignet sich zum Beispiel der Glasgow-Blatchford-Score.

5 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 8 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz der Patientin – wie heißt es im Arztbrief?

„ein Brennen und Drücken im Oberbauch“ **brennend-drückende epigastrische Schmerzen**	„besonders schlimm ist es kurz nach dem Essen“ **postprandiale Schmerzverstärkung**	„ich fühle mich schon nach kleinen Portionen sehr voll“ **frühes Sättigungsgefühl**

„ungewöhnlich dunkel, fast schwarz“
Teerstuhl (Meläna)

„schwindelig, wenn ich schnell aufstehe“
orthostatischer Schwindel

„Sodbrennen“
Pyrosis

„eine Arthrose im Knie und in den Händen“
Gonarthrose und Fingerarthrose

„fast täglich Ibuprofen gegen die Schmerzen“
regelmäßige NSAR-Einnahme

Vom Fachbegriff zur Erklärung für die Patientin

Fachbegriff	So erklärst du es
Ulcus ventriculi	ein Magengeschwür, also ein tiefer Defekt in der Magenschleimhaut
Teerstuhl (Meläna)	schwarz gefärbter, glänzender Stuhl, der auf eine Blutung im oberen Magen-Darm-Trakt hinweist
nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)	entzündungshemmende Schmerzmittel wie Ibuprofen, die den Magen angreifen können

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Gusini1000 (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 4.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Nicht heilende Wunde am Unterschenkel: Ulcus cruris venosum

Fall 31 von 35 | Sprechstunde | Angiologie / Dermatologie | mittel | ca. 15 Min.

Ein 71-jähriger Patient stellt sich vor, weil er seit mehreren Monaten eine offene, nässende Wunde am Innenknöchel des rechten Beins hat, die einfach nicht abheilen will.

Von Dr. Pascal Bafteh · Stand 22.10.2026 · Fall 31 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 Anamnesegespräch: Du bist dran
Du führst das Gespräch · 17 Antworten zum Aufdecken

DB

Herr Dieter Brandt

71 Jahre · Sprechstunde

LEITSYMPTOM
Chronische, nicht heilende Wunde am Unterschenkel

FACHGEBIET
Angiologie / Dermatologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
Rentner, früher Verkäufer (überwiegend stehende Tätigkeit); lebt allein

Ein 71-jähriger Patient stellt sich vor, weil er seit mehreren Monaten eine offene, nässende Wunde am Innenknöchel des rechten Beins hat, die einfach nicht abheilen will. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:
Du bist Ärztin/Arzt in der Sprechstunde. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen!

Und denk dran, dass du mit dem Patienten **Alltagssprache** sprichst.

▼ Zu zweit üben

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt den Patienten mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Herr Brandt. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENT · EINSTIEGSSATZ

„Ich habe da am rechten Innenknöchel seit bestimmt drei Monaten eine offene Stelle. Sie nässt, wird nicht besser, und um die Wunde herum ist die Haut ganz dunkel verfärbt.“

1 Aktuelle Beschwerden

DU
Seit wann haben Sie die Wunde, und wodurch ist sie entstanden?

PATIENT
So richtig weiß ich es nicht. Ich habe mich mal am Bein gestoßen, und die kleine Stelle ist dann nie richtig zugegangen, sondern immer größer geworden.

DU
Wie stark schmerzt die Wunde, und wann ist es besser oder schlechter?

PATIENT
Tagsüber, wenn ich viel stehe, tut das Bein weh und ist schwer. Wenn ich es hochlege, wird es besser.

DU
Ist das Bein geschwollen, und verändert sich die Schwellung im Tagesverlauf?

PATIENT
Ja, abends ist der Unterschenkel dick, und die Socken drücken einen Rand ein. Morgens ist es weniger.

DU
Wie sieht die Wunde aus?

PATIENT
Sie ist flach, nässt gelblich, und ringsum ist die Haut braun verfärbt und hart.

DU
Hatten Sie früher schon einmal eine Thrombose oder Krampfadern?

PATIENT
Krampfadern habe ich schon lange. Ob ich mal eine Thrombose hatte, weiß ich nicht sicher, aber vor Jahren war das Bein mal stark geschwollen.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie sind Appetit, Gewicht und Schlaf?

PATIENT

Appetit ist gut, vielleicht zu gut, ich habe Übergewicht. Der Schlaf ist okay.

DU

Haben Sie Fieber oder Schüttelfrost bemerkt?

PATIENT

Nein, Fieber hatte ich nicht.

3 Vorerkrankungen

DU

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

PATIENT

Ich habe hohen Blutdruck und bin ziemlich übergewichtig. Zucker soll ich angeblich grenzwertig haben.

DU

Sind die Krampfadern schon einmal untersucht oder behandelt worden?

PATIENT

Nein, richtig untersucht wurde das nie. Ich habe die immer einfach so gehabt.

4 Medikamente

DU

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

PATIENT

Eine Wassertablette und ein Mittel gegen den Blutdruck. Auf die Wunde schmiere ich manchmal eine Salbe aus der Apotheke.

DU

Nehmen Sie Schmerzmittel oder Blutverdünner?

PATIENT

Ab und zu eine Ibuprofen, wenn das Bein sehr weh tut.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENT

Auf manche Pflaster reagiere ich mit Juckreiz und Rötung, sonst ist mir nichts bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?

PATIENT

Früher schon, aber vor zehn Jahren habe ich aufgehört.

DU

Wie viel Alkohol trinken Sie?

PATIENT

Am Wochenende zwei, drei Bier, unter der Woche eher nicht.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie Krampfadern oder offene Beine?

PATIENT

Meine Mutter hatte auch Krampfadern und am Ende ein offenes Bein.

DU

Was haben Sie beruflich gemacht, und wie wohnen Sie?

PATIENT

Ich war Verkäufer und habe mein Leben lang viel gestanden. Jetzt bin ich Rentner und wohne allein.

8 Wenn der Patient selbst fragt

PATIENT

Herr Doktor, warum heilt diese Wunde einfach nicht zu?

DU

Das liegt meist nicht an der Wunde selbst, sondern an den Venen. Wenn die Venenklappen nicht richtig schließen, staut sich das Blut im Bein, und die Haut wird schlechter versorgt – dann heilt schon eine kleine Verletzung kaum zu. Deshalb untersuche ich jetzt Ihre Beine, taste die Pulse, messe den Blutdruck an Armen und Knöcheln und lasse die Venen mit Ultraschall ansehen. Danach besprechen wir die Ergebnisse gemeinsam.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Inspektion

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

granulierender Ulkus über dem Innenknöchel bei chronisch-venöser Insuffizienz, 83-jährige Frau

Bild: Gusini1000, „Venous Ulcer“ (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 4.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den

Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 31

Patient	Herr Dieter Brandt, 71 J.
Vorstellungsgrund	nicht heilende, nässende Wunde am re. Innenknöchel seit ca. 3 Monaten
Entstehung / Verlauf	nach Bagatelltrauma (Anstoßen) nicht abgeheilt, seither größenprogredient
Befund laut Patient	flaches Ulkus, gelblich nässend; Umgebung bräunlich verfärbt und verhärtet
Begleitbeschwerden	Schwere- und Schmerzgefühl im Bein bei langem Stehen, Besserung bei Hochlagerung; abendbetonte Unterschenkelschwellung mit Sockenabdruck
Vegetative Anamnese	Appetit gut, Adipositas; Schlaf unauffällig; kein Fieber, kein Schüttelfrost
Vorerkrankungen	langjährige Varikosis (nie abgeklärt); fragliche TVT vor Jahren (damals ausgeprägte Beinschwellung); arterielle Hypertonie; Adipositas; grenzwertiger Glukosestoffwechsel
Medikamente	Diuretikum, Antihypertensivum (Namen unbekannt); Ibuprofen bei Bedarf; Salbe aus der Apotheke auf die Wunde
Allergien	Pflasterunverträglichkeit (Juckreiz, Rötung)
Noxen	Ex-Raucher seit 10 J.; Alkohol am Wochenende 2–3 Bier
Familienanamnese	Mutter mit Varikosis und Ulcus cruris
Sozialanamnese	Rentner, früher Verkäufer (überwiegend stehende Tätigkeit); lebt allein

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben des Patienten wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Herrn Dieter Brandt, 71 Jahre, der sich heute in unserer Sprechstunde vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Ulcus cruris venosum bei chronisch-venöser Insuffizienz (CEAP-Stadium C6)

Differenzialdiagnosen

- Ulcus cruris arteriosum bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit
- Ulcus cruris mixtum (kombiniert venös-arteriell)
- Diabetisches Fußulkus / neuropathisches Ulkus
- Malignes Ulkus (z. B. Basalzell- oder Plattenepithelkarzinom) bei sehr langer Bestandsdauer

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass die Wunde am rechten Innenknöchel seit etwa drei Monaten bestehe und nicht abheile. Er beschrieb eine flache, gelblich nässende Wunde am Innenknöchel mit bräunlicher Verfärbung und verhärteter Haut der Umgebung. Der Patient gab an, seit Langem Varizen zu haben; abends bestehe eine Beinschwellung, besonders nach Belastung. Weiterhin berichtete er, möglicherweise habe er früher eine Thrombose gehabt; gesichert sei das nicht. An Risikofaktoren bestünden Übergewicht und eine überwiegend stehende Berufstätigkeit; in der Familienanamnese seien Varizen und ein Ulcus cruris der Mutter bekannt. An Vorerkrankungen seien ein arterieller Hypertonus und ein grenzwertiger Glukosestoffwechsel bekannt; als Dauermedikation nehme er ein Diuretikum und ein Antihypertensivum ein. Es bestehe eine Unverträglichkeit gegen Pflaster.

Geplante Diagnostik

- Inspektion und Beschreibung der Wunde (Lokalisation, Größe, Wundgrund, Randbeschaffenheit)
- Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (ABI) zum Ausschluss einer relevanten arteriellen Komponente (pAVK)
- Farbkodierte Duplexsonographie des Venensystems (Reflux, Verschluss, postthrombotische Veränderungen)
- Pulsstatus der Beinarterien
- Wundabstrich nur bei klinischen Infektzeichen
- Bei nicht heilendem oder atypischem Ulkus: Biopsie zum Malignitätsausschluss
- Labor: Blutbild, Glukose/HbA1c, CRP

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom + Lokalisation (chronisches Ulkus Malleolus medialis rechts)
- Dauer und Verlauf (seit ca. 3 Monaten, keine Heilung)
- typische venöse Hautzeichen (Hyperpigmentierung, Dermatoliposklerose)
- abendbetonte Beinschwellung
- venöse Vorgeschichte (Varizen, mögliche frühere TVT)
- Risikofaktoren (Adipositas, stehende Tätigkeit, Familienanamnese)
- Dauermedikation
- Kontaktsensibilisierung/Allergien

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Herrn Brandt vorstellen, einen 71-jährigen Patienten mit einer seit etwa drei Monaten bestehenden, nicht abheilenden Wunde am rechten Innenknöchel. Er beschreibt ein flaches, nässendes Ulkus mit bräunlich verfärbter, verhärteter Umgebung sowie eine abendbetonte Beinschwellung. Bei langjährigen Varizen, möglicher früherer Thrombose und stehender Tätigkeit ist meine Verdachtsdiagnose ein Ulcus cruris venosum bei chronisch-venöser Insuffizienz."*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Wie unterscheiden Sie klinisch ein venöses von einem arteriellen Ulkus?

Das venöse Ulkus liegt typischerweise am Innenknöchel, ist flach und wenig schmerzhaft, mit Hyperpigmentierung, Ödem und Dermatoliposklerose in der Umgebung. Das arterielle Ulkus liegt eher akral oder an Druckstellen, ist tief, scharf begrenzt und sehr schmerzhaft; die Haut ist blass und kühl, die Fußpulse sind abgeschwächt oder fehlen.

Welche Untersuchungen sichern die venöse Ursache, und worauf achten Sie beim Knöchel-Arm-Index?

Die farbkodierte Duplexsonographie zeigt Reflux in den oberflächlichen und tiefen Venen sowie Verschlüsse oder postthrombotische Veränderungen. Der Knöchel-Arm-Index schließt eine arterielle Komponente aus: Ein Wert unter 0,9 spricht für eine pAVK. Bei Mediasklerose, etwa bei Diabetes mellitus, kann er falsch hoch sein – dann helfen Pulsstatus und Duplex der Arterien weiter.

Wann denken Sie bei einem chronischen Ulkus an ein Malignom?

Wenn ein Ulkus trotz Abklärung und konsequenter Versorgung nicht heilt, atypisch aussieht oder liegt, aufgeworfene Ränder oder überschießendes Gewebe zeigt oder schon sehr lange besteht. Dann gehört eine Biopsie dazu, um zum Beispiel ein Plattenepithel- oder Basalzellkarzinom auszuschließen.

5 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 7 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz des Patienten – wie heißt es im Arztbrief?

„eine offene Stelle am Innenknöchel, die nicht zugeht“ **chronisches Ulkus am Malleolus medialis**	„ringsum ist die Haut braun verfärbt und hart“ **Hyperpigmentierung und Dermatoliposklerose**	„abends ist der Unterschenkel dick, die Socken drücken einen Rand ein“ **abendbetontes, eindrückbares Unterschenkelödem**
„Krampfadern habe ich schon lange“ **langjährige Varikosis**	„vor Jahren war das Bein mal stark geschwollen“ **fragliche tiefe Beinvenenthrombose in der Vorgeschichte**	„auf manche Pflaster reagiere ich mit Juckreiz und Rötung“ **Kontaktsensibilisierung gegen Pflaster**
„ich habe mein Leben lang viel gestanden“ **überwiegend stehende Tätigkeit**		

Vom Fachbegriff zur Erklärung für den Patienten

Fachbegriff	So erklärst du es
Ulcus cruris venosum	ein offenes Bein, also eine chronische Wunde am Unterschenkel infolge eines Venenleidens
chronisch-venöse Insuffizienz	eine dauerhafte Schwäche der Beinvenen, bei der das Blut nicht richtig zum Herzen zurückfließt und sich staut
Dermatoliposklerose	eine narbige Verhärtung von Haut und Unterhautgewebe am Unterschenkel durch den langjährigen Blutstau

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Ulcus cruris venosum

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Hellerhoff (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 3.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Bauchschmerzen und Durchfall: Morbus Crohn

Fall 32 von 35 | Sprechstunde | Gastroenterologie | mittel | ca. 15 Min.

Eine 27-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit mehreren Monaten immer wieder krampfartige Bauchschmerzen im rechten Unterbauch und Durchfälle hat und dabei an Gewicht verloren hat.

Von **Dr. Pascal Bafteh** · Stand 22.10.2026 · Fall 32 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 15 Antworten zum Aufdecken

SA

Frau Svenja Albrecht

27 Jahre · Sprechstunde

LEITSYMPTOM
Chronische Bauchschmerzen mit Durchfall

FACHGEBIET
Gastroenterologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
Bürotätigkeit; deutliche Einschränkung im Alltag durch Stuhlfrequenz und Müdigkeit

Eine 27-jährige Patientin stellt sich vor, weil sie seit mehreren Monaten immer wieder krampfartige Bauchschmerzen im rechten Unterbauch und Durchfälle hat und dabei an Gewicht verloren hat. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:

Du bist Ärztin/Arzt in der Sprechstunde. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit der Patientin **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt die Patientin mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Frau Albrecht. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENTIN · EINSTIEGSSATZ

„Ich habe seit ungefähr vier Monaten immer wieder Bauchschmerzen, vor allem rechts unten, und dazu häufig Durchfall. Manchmal wird es besser, dann kommt es wieder. In letzter Zeit habe ich auch abgenommen."

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Können Sie mir die Bauchschmerzen genauer beschreiben — wo sitzen sie und wie fühlen sie sich an?

PATIENTIN

Meistens rechts unten im Bauch, krampfartig. Oft kommen sie kurz nach dem Essen und bessern sich, wenn ich auf Toilette war.

DU

Wie häufig haben Sie Durchfall und wie sieht der Stuhl aus?

PATIENTIN

Etwa vier- bis sechsmal am Tag, breiig bis wässrig. Manchmal auch nachts, was mich aus dem Schlaf reißt.

DU

Haben Sie Blut oder Schleim im Stuhl bemerkt?

PATIENTIN

Ab und zu etwas Schleim. Richtig viel Blut habe ich eigentlich nicht gesehen.

DU

Haben Sie außer am Bauch noch irgendwo Beschwerden?

PATIENTIN

Ja, meine Knie- und Handgelenke tun manchmal weh, obwohl sie nicht geschwollen aussehen. Und am After hatte ich zuletzt eine schmerzhafte, entzündete Stelle.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie ist es mit Appetit, Gewicht und Fieber?

PATIENTIN

Der Appetit ist schlechter geworden. Ich habe in drei Monaten etwa fünf Kilo abgenommen und hatte immer wieder leicht erhöhte Temperatur.

DU

Fühlen Sie sich müde oder weniger leistungsfähig als früher?

PATIENTIN

Ja, ich bin oft erschöpft und blass, meine Kollegin hat mich schon darauf angesprochen.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

PATIENTIN

Nein, ich war eigentlich immer gesund. Nur die entzündete Stelle am After wurde vor Kurzem beim Hausarzt behandelt.

DU

Wurden Sie schon einmal am Bauch operiert?

PATIENTIN

Nein, noch nie.

4 Medikamente

DU

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

PATIENTIN

Ich nehme die Antibabypille. Gegen die Bauchschmerzen habe ich zwischendurch Ibuprofen genommen.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENTIN

Nein, mir ist nichts bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie, und wenn ja, wie viel?

PATIENTIN

Ja, ich rauche etwa zehn Zigaretten am Tag, seit ungefähr acht Jahren.

DU

Wie sieht es mit Alkohol aus?

PATIENTIN

Nur selten, ein Glas Wein am Wochenende.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU
Gibt es in Ihrer Familie ähnliche Erkrankungen?

PATIENTIN
Ja, ein Onkel von mir hat eine chronische Darmentzündung, ich glaube Morbus Crohn.

DU
Was machen Sie beruflich, und wie belastet Sie die Situation im Alltag?

PATIENTIN
Ich arbeite im Büro. Die häufigen Toilettengänge und die Müdigkeit belasten mich sehr, ich habe deswegen auch schon Termine absagen müssen.

8 Wenn die Patientin selbst fragt

PATIENTIN
Frau Doktor, ist das eine Erkrankung, die ich für immer habe?

DU
Das kann ich Ihnen heute noch nicht sicher sagen. Ihre Beschwerden passen zu einer chronischen Entzündung des Darms, die in Schüben verlaufen kann. Um das zu klären, untersuchen wir Blut und Stuhl, schauen uns den Bauch mit Ultraschall an und machen eine Darmspiegelung mit kleinen Gewebeproben. Sobald die Ergebnisse da sind, besprechen wir in Ruhe, was sie für Sie bedeuten.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Röntgen

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Dünndarm-Doppelkontrast (Enteroklysma): fixierte, fadenförmige Dünndarmstenose mit vorgeschalteter Erweiterung

Bild: Hellerhoff, „Duenndarmstenose Morbus Crohn KM-Passage 006“ (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 3.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den

Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 32

Patientin	Frau Svenja Albrecht, 27 J.
Vorstellungsgrund	rezidivierende krampfartige Schmerzen im re. Unterbauch und Diarrhö seit ca. 4 Monaten
Schmerz	re. Unterbauch, krampfartig; postprandial betont, Besserung nach Defäkation; schubweiser Verlauf
Stuhlgang	4–6×/d breiig bis wässrig, auch nachts; gelegentlich Schleimbeimengung, kein relevantes Blut
Begleitbeschwerden	Arthralgien der Knie- und Handgelenke ohne Schwellung; kürzlich schmerzhafte perianale Entzündung (hausärztlich versorgt)
Vegetative Anamnese	Inappetenz; ungewollter Gewichtsverlust ca. 5 kg in 3 Monaten; rezidivierend subfebrile Temperaturen; Müdigkeit, Blässe
Vorerkrankungen / Voroperationen	keine; keine abdominellen Voroperationen
Medikamente	orales Kontrazeptivum; Ibuprofen bei Bedarf
Allergien	keine bekannt
Noxen	Nikotin ca. 10 Zig./d seit 8 J. (ca. 4 py); Alkohol gelegentlich
Familienanamnese	Onkel mit chronisch-entzündlicher Darmerkrankung (am ehesten Morbus Crohn)
Sozialanamnese	Bürotätigkeit; deutliche Einschränkung im Alltag durch Stuhlfrequenz und Müdigkeit

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde

liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben der Patientin wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Frau Svenja Albrecht, 27 Jahre, die sich heute in unserer Sprechstunde vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Morbus Crohn (chronisch-entzündliche Darmerkrankung mit terminalem Ileumbefall)

Differenzialdiagnosen

- Colitis ulcerosa
- Infektiöse Enterokolitis (z. B. Yersinien, Campylobacter)
- Reizdarmsyndrom
- Appendizitis bzw. Darmtuberkulose bei Ileozökalbefall

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass die krampfartigen Schmerzen im rechten Unterbauch seit etwa vier Monaten immer wieder aufträten. Die Patientin gab an, vier- bis sechsmal täglich an Diarrhö zu leiden, teils auch nachts, gelegentlich mit Schleimbeimengung. Begleitend berichtete sie über einen ungewollten Gewichtsverlust von etwa fünf Kilogramm in drei Monaten, erhöhte Temperaturen und ausgeprägte Müdigkeit; einer Kollegin sei ihre Blässe aufgefallen. Weiterhin klagte sie über Schmerzen in Knie- und Handgelenken und berichtete über eine Veränderung am After. In der Familienanamnese sei eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung bekannt. Sie rauche. An Medikamenten nehme sie ein orales Kontrazeptivum ein, zeitweise zusätzlich Ibuprofen. Allergien seien nicht bekannt.

Geplante Diagnostik

- Körperliche Untersuchung inklusive Inspektion der Perianalregion
- Labor: Blutbild, CRP, BSG, Eisenstatus, Vitamin B12, Albumin, Leber- und Nierenwerte

- Stuhluntersuchung: fäkales Calprotectin sowie Erregerdiagnostik zum Ausschluss einer Infektion
- Ileokoloskopie mit Stufenbiopsien zur histologischen Sicherung
- MRT nach Sellink zur Beurteilung des Dünndarms, von Fisteln und Stenosen
- Abdomensonographie zur Darstellung von Wandverdickung und Komplikationen

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom (chronische Bauchschmerzen im rechten Unterbauch)
- Stuhlfrequenz, Beschaffenheit und nächtliche Diarrhö
- ungewollter Gewichtsverlust und subfebrile Temperaturen
- extraintestinale Manifestationen (Arthralgien, perianale Läsion)
- Dauer und schubförmiger Verlauf
- positive Familienanamnese für CED
- Noxen (Nikotin) und Medikation (NSAR, orales Kontrazeptivum)
- Allergien

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Frau Albrecht vorstellen, eine 27-jährige Patientin, die sich mit seit vier Monaten bestehenden krampfartigen Schmerzen im rechten Unterbauch, chronischer, teils*

> *nächtlicher Diarrhö, einem ungewollten Gewichtsverlust von fünf Kilogramm und subfebrilen Temperaturen vorgestellt hat. Zusätzlich bestehen Arthralgien und eine perianale Läsion, und die Familienanamnese ist positiv für eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung. Meine Verdachtsdiagnose ist ein Morbus Crohn.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Welche typischen Befunde unterscheiden den Morbus Crohn von der Colitis ulcerosa?

Der Morbus Crohn kann den gesamten Verdauungstrakt vom Mund bis zum After befallen, typischerweise das terminale Ileum, und zeigt einen diskontinuierlichen, segmentalen Befall mit Skip-Läsionen. Die Entzündung ist transmural, es treten Fisteln und Stenosen auf, und histologisch finden sich Epitheloidzellgranulome. Die Colitis ulcerosa ist auf das Kolon begrenzt, breitet sich kontinuierlich vom Rektum nach proximal aus und befällt nur Mukosa und Submukosa.

Welche extraintestinalen Manifestationen erfragen und suchen Sie?

Gelenkbeschwerden wie periphere Arthritiden und eine Sakroiliitis, Hautveränderungen wie Erythema nodosum und Pyoderma gangraenosum, Augenbeteiligungen wie Episkleritis oder Uveitis, eine primär sklerosierende Cholangitis sowie aphthöse Läsionen der Mundschleimhaut.

Was spricht hier gegen ein Reizdarmsyndrom, und wofür bestimmen Sie das fäkale Calprotectin?

Gegen ein Reizdarmsyndrom sprechen die Warnzeichen: nächtliche Durchfälle, ungewollter Gewichtsverlust, subfebrile Temperaturen, Blässe, eine perianale Läsion und eine positive Familienanamnese. Calprotectin ist ein Eiweiß aus neutrophilen Granulozyten; im Stuhl erhöht zeigt es eine Entzündung der Darmschleimhaut an, beim Reizdarmsyndrom ist es normal.

5 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 8 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz der Patientin – wie heißt es im Arztbrief?

„immer wieder Bauchschmerzen, vor allem rechts unten“ **rezidivierende Schmerzen im rechten Unterbauch**	„vier- bis sechsmal am Tag, breiig bis wässrig, manchmal auch nachts“ **Diarrhö 4–6×/d, auch nächtlich**	„ab und zu etwas Schleim“ **gelegentliche Schleimbeimengung**
„meine Knie- und Handgelenke tun manchmal weh“ **Arthralgien der Knie- und Handgelenke**	„eine schmerzhafte, entzündete Stelle am After“ **perianale Entzündung**	„in drei Monaten etwa fünf Kilo abgenommen“ **ungewollter Gewichtsverlust von ca. 5 kg in 3 Monaten**
„immer wieder leicht erhöhte Temperatur“ **rezidivierend subfebrile Temperaturen**	„ich nehme die Antibabypille“ **orales Kontrazeptivum**	

Vom Fachbegriff zur Erklärung für die Patientin

Fachbegriff	So erklärst du es
Morbus Crohn	eine chronische Entzündung, die den ganzen Verdauungstrakt befallen kann und in Schüben verläuft
Diarrhö	Durchfall, also häufiger und dünnflüssiger Stuhlgang
extraintestinale Manifestation	Krankheitszeichen außerhalb des Darms, zum Beispiel an Gelenken, Haut oder Augen

Fachbegriff	So erklärst du es
fäkales Calprotectin	ein Entzündungswert, der aus einer Stuhlprobe bestimmt wird und eine Darmentzündung anzeigt

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Morbus Crohn

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

FSP-Übungsfall Umgeknickt, Sprunggelenk geschwollen: Sprunggelenksdistorsion

Fall 33 von 35 | Notaufnahme | Unfallchirurgie/Orthopädie | leicht | ca. 15 Min.

Ein 25-jähriger Freizeitsportler stellt sich vor, nachdem er beim Fußball mit dem rechten Fuß nach innen umgeknickt ist; das äußere Sprunggelenk ist geschwollen und schmerzt beim Auftreten.

Von Dr. Pascal Bafteh · Stand 22.10.2026 · Fall 33 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 4 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 15 Antworten zum Aufdecken

Herr Tobias Klein

25 Jahre · Notaufnahme

LEITSYMPTOM
Schmerzhaft geschwollenes Sprunggelenk nach Umknicken

FACHGEBIET
Unfallchirurgie/Orthopädie

SCHWIERIGKEIT
leicht

LEBENSSITUATION
Student; Vereinsfußball 2–3×/Woche; keine Voroperationen

Porträt KI-generiert, keine reale Person · zeigt keine Krankheitszeichen

Ein 25-jähriger Freizeitsportler stellt sich vor, nachdem er beim Fußball mit dem rechten Fuß nach innen umgeknickt ist; das äußere Sprunggelenk ist geschwollen und schmerzt beim Auftreten. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:

Du bist Ärztin/Arzt in der Notaufnahme. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit dem Patienten **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt den Patienten mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Herr Klein. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENT · EINSTIEGSSATZ

„Ich bin gestern beim Fußball unglücklich umgeknickt, mit dem rechten Fuß nach innen. Danach ist das Gelenk außen ziemlich angeschwollen, und beim Auftreten tut es weh.“

1 Unfallhergang und aktuelle Beschwerden

DU

Können Sie mir genau schildern, wie es zu dem Umknicken kam?

PATIENT

Ich bin beim Fußball hochgesprungen und beim Landen auf dem Fuß eines Gegenspielers unglücklich aufgekommen. Der Fuß ist dabei nach innen weggeknickt.

DU

In welche Richtung ist der Fuß umgeknickt — nach innen oder nach außen?

PATIENT

Die Fußsohle hat sich nach innen gedreht, das Gelenk hat also außen den Zug abbekommen.

DU

Konnten Sie danach noch auftreten und gehen?

PATIENT

Direkt danach war es sehr schmerzhaft, aber ich konnte humpelnd ein paar Schritte gehen. Heute geht es unter Schmerzen einigermaßen.

DU

Wo genau sitzt der Schmerz und wie stark ist er?

PATIENT

Vor allem außen am Knöchel, unterhalb und vor dem Knochenvorsprung. Beim Auftreten etwa eine Sechs von zehn, in Ruhe deutlich weniger.

DU

Ist das Gelenk angeschwollen oder haben Sie einen Bluterguss bemerkt?

PATIENT

Ja, außen ist es dick geschwollen, und heute Morgen habe ich einen bläulichen Fleck darunter gesehen.

2 Begleitverletzungen

DU

Haben Sie sich außer am Sprunggelenk noch woanders verletzt?

PATIENT

Nein, nur das Sprunggelenk. Knie und Fuß sind sonst in Ordnung.

DU

Verspüren Sie ein Taubheitsgefühl oder Kribbeln im Fuß oder in den Zehen?

PATIENT

Nein, gefühlt ist alles normal, und die Zehen kann ich problemlos bewegen.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt, und hatten Sie an diesem Gelenk früher schon einmal Probleme?

PATIENT

Ich bin eigentlich gesund. Umgeknickt bin ich am rechten Fuß aber schon zweimal, das letzte Mal vor etwa einem Jahr.

DU

Wurden diese früheren Verletzungen ärztlich behandelt?

PATIENT

Nein, damals habe ich nur gekühlt und es ist von allein wieder besser geworden.

4 Medikamente

DU

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, und haben Sie seit gestern schon etwas gegen die Schmerzen genommen?

PATIENT

Regelmäßig nehme ich nichts. Gestern Abend habe ich einmal Ibuprofen genommen, das hat ganz gut geholfen.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENT

Nein, mir ist keine Allergie bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie, und wie sieht es mit Alkohol aus?

PATIENT

Ich rauche nicht. Alkohol trinke ich selten, mal ein Bier nach dem Sport.

7 Sozial- und Sportanamnese

DU
Was machen Sie beruflich, und wie viel Sport treiben Sie?

PATIENT
Ich bin Student und spiele zwei- bis dreimal die Woche Fußball im Verein.
Ansonsten sitze ich viel.

DU
Hatten Sie schon einmal eine Operation?

PATIENT
Nein, operiert wurde ich noch nie.

8 Wenn der Patient selbst fragt

PATIENT
Herr Doktor, muss das geröntgt werden, oder ist das nur eine Zerrung?

DU
Es klingt am ehesten nach einer Verletzung der Außenbänder. Ob wir röntgen, entscheiden wir nach festen Kriterien: ob bestimmte Stellen am Knochen auf Druck schmerzen und ob Sie nach dem Unfall und jetzt bei mir vier Schritte gehen können. Schmerzt eine dieser Stellen auf Druck oder können Sie keine vier Schritte gehen, machen wir ein Röntgenbild, um einen Bruch auszuschließen. Ich untersuche Sie jetzt dafür.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 33

Patient	Herr Tobias Klein, 25 J.
Vorstellungsgrund	Schmerz und Schwellung am re. Außenknöchel nach Umknicken beim Fußball am Vortag
Unfallhergang	Landung nach Sprung auf dem Fuß eines Gegenspielers; Supinationstrauma re. OSG (Fußsohle nach innen)

Belastbarkeit	direkt danach einige Schritte humpelnd möglich; heute unter Schmerzen eingeschränkt belastbar
Schmerz	lateral, vor und unterhalb des Außenknöchels; NRS 6/10 bei Belastung, in Ruhe deutlich geringer
Lokalbefund (anamnestisch)	Schwellung lateral, seit dem Morgen Hämatom; keine weiteren Verletzungen (Knie, Fuß unauffällig)
DMS	keine Parästhesien, Zehen frei beweglich
Vorerkrankungen / Vorverletzungen	gesund; 2 frühere Supinationstraumata re., zuletzt vor ca. 1 J., nicht ärztlich behandelt
Medikamente	keine Dauermedikation; einmalig Ibuprofen am Vorabend
Allergien	keine bekannt
Noxen	Nichtraucher; Alkohol selten
Sozialanamnese	Student; Vereinsfußball 2–3×/Woche; keine Voroperationen

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben des Patienten wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Herrn Tobias Klein, 25 Jahre, der sich heute in unserer Notaufnahme vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Distorsion des rechten oberen Sprunggelenks mit Läsion des lateralen Bandapparats (v. a. Ligamentum fibulotalare anterius)

Differenzialdiagnosen

- Außenknöchelfraktur (Weber-Fraktur der distalen Fibula)
- Fraktur der Basis des Os metatarsale V
- Verletzung der Syndesmose (hohe Sprunggelenksverletzung)
- Osteochondrale Läsion oder Peronealsehnenverletzung

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass der Patient am Vortag beim Fußball ein Supinationstrauma des rechten oberen Sprunggelenks erlitten habe. Er gab an, der Fuß sei bei der Landung nach innen umgeknickt; danach seien eine Schwellung und ein Hämatom am Außenknöchel aufgetreten. Belasten könne er den Fuß unter Schmerzen und Humpeln. Die Schmerzen lokalisierte er vor und unterhalb des Außenknöchels; Taubheitsgefühl oder Kribbeln verneinte er, die Zehen könne er frei bewegen. Angaben zu Begleitverletzungen wurden verneint. Weiterhin berichtete er über zwei frühere Distorsionen desselben Gelenks, die nicht ärztlich behandelt worden seien. Er sei ansonsten gesund, nehme keine Dauermedikation ein und habe am Vorabend einmalig Ibuprofen mit gutem Erfolg eingenommen. Allergien seien nicht bekannt.

Geplante Diagnostik

- Inspektion und Palpation mit Lokalisation des Druckschmerzes am lateralen Bandapparat
- Prüfung von Durchblutung, Motorik und Sensibilität sowie der Belastbarkeit
- Anwendung der Ottawa-Ankle-Rules zur Indikationsstellung für ein Röntgen
- Bei Erfüllung der Kriterien Röntgen des Sprunggelenks in zwei Ebenen (und ggf. des Fußes)
- Stabilitätsprüfung (z. B. vorderer Schubladentest) im schmerzarmen Verlauf, bei Unklarheit MRT

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Unfallmechanismus (Supinationstrauma) und betroffene Seite
- Zeitpunkt des Traumas und Verlauf (Schwellung, Hämatom)
- Belastbarkeit/Gehfähigkeit
- Lokalisation des Druckschmerzes (lateraler Bandapparat)
- periphere Durchblutung, Motorik, Sensibilität (pDMS)
- frühere Distorsionen desselben Gelenks (rezidivierend)
- Begleitverletzungen
- Medikation und Allergien

3 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Herrn Klein vorstellen, einen 25-jährigen Patienten, der sich einen Tag nach einem Supinationstrauma des rechten Sprunggelenks beim Fußball vorgestellt hat. Es bestehen eine Schwellung und ein Hämatom am Außenknöchel mit Schmerzen vor und unterhalb des Außenknöchels; die Belastung ist unter Schmerzen möglich, Sensibilitätsstörungen werden verneint. Bei rezidivierenden Distorsionen desselben Gelenks ist meine Verdachtsdiagnose eine Distorsion des rechten oberen Sprunggelenks mit Verletzung des lateralen Bandapparats.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Wie entscheiden Sie, ob dieser Patient überhaupt geröntgt werden muss?

Anhand der Ottawa-Ankle-Rules. Ein Röntgen des Sprunggelenks ist indiziert bei Knochendruckschmerz an der Hinterkante oder Spitze des Innen- oder Außenknöchels (jeweils distale 6 cm) oder wenn der Patient weder unmittelbar nach dem Trauma noch in der Untersuchung vier Schritte gehen kann. Für den Fuß gelten Druckschmerz an der Basis des Os metatarsale V oder am Os naviculare. Die Regeln haben eine hohe Sensitivität und vermeiden unnötige Röntgenbilder.

Welche Begleitverletzungen dürfen Sie beim Supinationstrauma nicht übersehen?

Frakturen des Außenknöchels (Einteilung nach Weber) und der Basis des Os metatarsale V, eine Syndesmosenverletzung, die man mit dem Squeeze-Test und dem Außenrotationstest prüft, bei proximalem Fibuladruckschmerz eine Maisonneuve-Fraktur, außerdem osteochondrale Läsionen des Talus und Verletzungen der Peronealsehnen.

Wann und wie prüfen Sie die Bandstabilität?

In der akuten Phase sind Schwellung und Schmerz zu stark, die Tests sind dann wenig aussagekräftig. Nach etwa vier bis fünf Tagen prüft man mit dem vorderen Schubladentest das Ligamentum fibulotalare anterius und mit dem Taluskippungstest zusätzlich das Ligamentum fibulocalcaneare, immer im Seitenvergleich. Bei unklarem Befund oder Verdacht auf Begleitverletzungen folgt eine MRT. Die wiederholten Distorsionen dieses Patienten sprechen für eine chronische Instabilität, die man dabei gezielt mitbeurteilt.

4 **Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache**
Zum Umdrehen und als Tabelle · 7 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz des Patienten – wie heißt es im Arztbrief?

„mit dem rechten Fuß nach innen umgeknickt“
Supinationstrauma des rechten OSG

„außen ziemlich angeschwollen“
laterale Schwellung

„einen bläulichen Fleck darunter“
Hämatom

„unterhalb und vor dem Knochenvorsprung“
Druckschmerz anterior und inferior des Malleolus lateralis

„konnte humpelnd ein paar Schritte gehen“
eingeschränkte Belastbarkeit, Gehfähigkeit erhalten

„gefühlt ist alles normal, die Zehen kann ich bewegen“
keine Sensibilitätsstörung, Zehen frei beweglich (anamnestisch)

„schon zweimal umgeknickt“
rezidivierende Supinationstraumata

Vom Fachbegriff zur Erklärung für den Patienten

Fachbegriff	So erklärst du es
Distorsion	eine Verstauchung, also eine Überdehnung oder Zerrung der Bänder eines Gelenks
Supinationstrauma	das Umknicken des Fußes nach innen, wobei die Außenbänder überdehnt werden
Hämatom	ein Bluterguss, also eine Einblutung ins Gewebe
Propriozeption	der Lage- und Gleichgewichtssinn des Körpers, mit dem man die Stellung eines Gelenks spürt

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe

einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Hellerhoff (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 4.0 · Quelle

FSP-Übungsfall Schluckstörung und Gewichtsverlust: Ösophaguskarzinom

Fall 34 von 35 | Sprechstunde | Gastroenterologie / Onkologie | schwer | ca. 15 Min.

Ein 64-jähriger Patient stellt sich vor, weil er seit einigen Wochen zunehmend Schwierigkeiten beim Schlucken hat und in dieser Zeit deutlich an Gewicht verloren hat.

Von Dr. Pascal Bafteh · Stand 22.10.2026 · Fall 34 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 Anamnesegespräch: Du bist dran
Du führst das Gespräch · 17 Antworten zum Aufdecken

HD

Herr Helmut Dressler

64 Jahre · Sprechstunde

LEITSYMPTOM
Zunehmende Schluckstörung mit Gewichtsverlust

FACHGEBIET
Gastroenterologie / Onkologie

SCHWIERIGKEIT
schwer

LEBENSSITUATION
Maler, berentet; verwitwet seit 3 J., lebt allein

Ein 64-jähriger Patient stellt sich vor, weil er seit einigen Wochen zunehmend Schwierigkeiten beim Schlucken hat und in dieser Zeit deutlich an Gewicht verloren hat. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:
Du bist Ärztin/Arzt in der Sprechstunde. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen!

Und denk dran, dass du mit dem Patienten **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt den Patienten mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Herr Dressler. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENT · EINSTIEGSSATZ

„Seit ein paar Wochen bleibt mir das Essen im Hals stecken. Zuerst war es nur bei Fleisch und Brot, jetzt geht auch Weiches immer schlechter, und ich habe schon etliche Kilo abgenommen.“

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Können Sie mir die Schluckstörung genauer beschreiben — bei welchen Speisen tritt sie auf?

PATIENT

Am Anfang blieb nur festes Essen wie Fleisch oder Brot stecken. Inzwischen habe ich sogar bei Brei und weichen Sachen das Gefühl, dass es nicht richtig durchrutscht.

DU

Haben Sie auch Beschwerden beim Trinken?

PATIENT

Flüssigkeiten gehen noch, aber manchmal habe ich beim Schlucken ein Druckgefühl hinter dem Brustbein.

DU

Kommt Ihnen Essen wieder hoch oder müssen Sie erbrechen?

PATIENT

Ja, ab und zu würge ich unverdaute Reste wieder hoch, vor allem wenn ich zu hastig esse.

DU

Wie viel Gewicht haben Sie verloren?

PATIENT

In den letzten zwei Monaten bestimmt acht Kilo, ohne dass ich etwas dafür getan hätte.

DU

Haben Sie Schmerzen beim Schlucken oder Heiserkeit bemerkt?

PATIENT

Weh tut es nicht richtig, aber meine Stimme ist in letzter Zeit etwas heiser geworden.

2 Vegetative Anamnese

DU

Wie steht es mit Appetit, Schlaf und der Verdauung?

PATIENT

Appetit hätte ich schon, aber ich traue mich kaum noch zu essen. Schlafen kann ich, der Stuhlgang ist unauffällig.

DU

Hatten Sie Fieber, Nachtschweiß oder schwarzen Stuhl?

PATIENT

Fieber und Nachtschweiß nicht. Schwarzen Stuhl habe ich, glaube ich, nicht gehabt.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

PATIENT

Ich habe seit vielen Jahren Sodbrennen und Reflux. Vor einiger Zeit hat man mir gesagt, ich hätte eine Veränderung der Speiseröhre, einen Barrett, glaube ich.

DU

Waren Sie deswegen in Behandlung?

PATIENT

Anfangs habe ich Magenschutztabletten genommen, aber zu den Kontrollen bin ich irgendwann nicht mehr gegangen.

4 Medikamente

DU

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

PATIENT

Eigentlich nur bei Bedarf eine Tablette gegen das Sodbrennen, so ein Pantoprazol. Regelmäßig nehme ich sonst nichts.

5 Allergien

DU

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

PATIENT

Nein, davon weiß ich nichts.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht, und wie viel am Tag?

PATIENT

Ja, ich rauche seit meiner Jugend, ungefähr eine Schachtel am Tag, also gut vierzig Jahre.

DU

Wie viel Alkohol trinken Sie?

PATIENT

Ich trinke jeden Abend zwei, drei Bier und am Wochenende auch mal einen Schnaps dazu.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU
Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen?

PATIENT
Mein Bruder hatte Darmkrebs, und mein Vater ist an Magenkrebs gestorben.

DU
Was machen Sie beruflich, und wie wohnen Sie?

PATIENT
Ich war Maler und bin jetzt in Rente. Ich lebe allein, seit meine Frau vor drei Jahren gestorben ist.

8 Wenn der Patient selbst fragt

PATIENT
Herr Doktor, ist das Krebs? Sagen Sie es mir bitte ehrlich.

DU
Ich verstehe, dass Sie Klarheit möchten. Ihre Beschwerden nehmen wir sehr ernst, und eine bösartige Ursache gehört zu dem, was wir ausschließen müssen. Sicher sagen kann ich es erst nach einer Spiegelung mit Gewebeprobe. Ich begleite Sie durch jeden Schritt und bespreche jedes Ergebnis offen mit Ihnen.

PATIENT
Muss ich Angst vor der Magenspiegelung haben, tut das sehr weh?

DU
Die Untersuchung ist in der Regel gut auszuhalten. Auf Wunsch bekommen Sie eine leichte Sedierung, sodass Sie kaum etwas davon mitbekommen, und der Rachen wird örtlich betäubt. Sie werden die ganze Zeit überwacht, und wir gehen behutsam vor.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: Röntgen

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

Breischluck in zwei Ebenen: wandständiger Tumor mit zentraler kraterförmiger Einsenkung (Tumorulkus)

Bild: Hellerhoff (Wikimedia Commons) · CC BY-SA 4.0 · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den

Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 34

Patient	Herr Helmut Dressler, 64 J.
Vorstellungsgrund	progrediente Dysphagie seit einigen Wochen, ungewollter Gewichtsverlust
Dysphagie	zunächst für feste Speisen (Fleisch, Brot), inzwischen auch für Breiiges; Flüssigkeiten noch möglich, dabei retrosternales Druckgefühl
Begleitbeschwerden	gelegentliche Regurgitation unverdauter Speisereste; keine Odynophagie; seit Kurzem Heiserkeit
Vegetative Anamnese	Gewichtsverlust ca. 8 kg in 2 Monaten; Appetit erhalten, Nahrungsaufnahme aus Angst reduziert; kein Fieber, kein Nachtschweiß, keine Teerstühle
Vorerkrankungen	langjährige Refluxkrankheit; Barrett-Ösophagus bekannt, endoskopische Kontrollen nicht wahrgenommen
Medikamente	Protonenpumpenhemmer bei Bedarf
Allergien	keine bekannt
Noxen	Nikotin ca. 20 Zig./d seit über 40 J. (ca. 40 py); Alkohol täglich 2–3 Bier, am Wochenende zusätzlich Spirituosen
Familienanamnese	Bruder: kolorektales Karzinom; Vater an Magenkarzinom verstorben
Sozialanamnese	Maler, berentet; verwitwet seit 3 J., lebt allein

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben

des Patienten wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Herrn Helmut Dressler, 64 Jahre, der sich heute in unserer Sprechstunde vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Ösophaguskarzinom (bei Barrett-Ösophagus, am ehesten Adenokarzinom)

Differenzialdiagnosen

- Peptische Ösophagusstriktur bei Refluxkrankheit
- Achalasie
- Ösophagitis (peptisch, infektiös oder medikamentös)
- Extraluminale Kompression (z. B. mediastinaler Tumor)

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass die Schluckstörung seit mehreren Wochen bestehe und zugenommen habe. Der Patient gab an, zunächst hätten feste Speisen Probleme bereitet, inzwischen auch weiche. Begleitend berichtete er, unverdaute Speisereste kämen wieder hoch, er verspüre ein Druckgefühl hinter dem Brustbein und sei neuerdings heiser; ungewollt habe er in zwei Monaten etwa acht Kilogramm abgenommen. An Vorerkrankungen seien eine langjährige Refluxkrankheit und ein Barrett-Ösophagus bekannt, der zuletzt nicht mehr kontrolliert worden sei. Er rauche seit Langem, etwa 40 Packungsjahre, und trinke regelmäßig Alkohol; in der Familienanamnese seien Krebserkrankungen des Magen-Darm-Trakts bekannt. An Medikamenten nehme er Pantoprazol bei Bedarf ein. Allergien seien nicht bekannt.

Geplante Diagnostik

- Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD) mit Biopsien zur histologischen Sicherung
- Labor: Blutbild, Eisenstatus, Leber- und Nierenwerte, Ernährungsparameter
- Endosonographie zur Beurteilung der lokalen Tiefeninfiltration (T-Stadium)
- CT von Hals, Thorax und Abdomen zum Staging (Lymphknoten, Fernmetastasen)

- Ergänzend PET-CT sowie HNO-Vorstellung bei Heiserkeit (Rekurrensbeteiligung)

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- Leitsymptom (progrediente Dysphagie fest zu weich)
- Dauer und Verlauf
- Regurgitation und retrosternales Druckgefühl
- ungewollter Gewichtsverlust (B-Symptomatik)
- neu aufgetretene Heiserkeit
- Barrett-Ösophagus und Refluxanamnese
- Risikofaktoren (Nikotin in Packungsjahren, Alkohol)
- Familienanamnese, Medikation und Allergien

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Herrn Dressler vorstellen, einen 64-jährigen Patienten, der sich mit einer seit mehreren Wochen progredienten Schluckstörung vorgestellt hat, die zunächst feste, inzwischen auch weiche Speisen betrifft. Begleitend bestehen Regurgitation, ein retrosternales Druckgefühl, eine neu aufgetretene Heiserkeit und ein ungewollter Gewichtsverlust von acht Kilogramm in zwei Monaten. Bei bekanntem Barrett-Ösophagus sowie langjährigem Nikotin- und Alkoholkonsum ist meine Verdachtsdiagnose ein Ösophaguskarzinom.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Warum ist die Dysphagie bei diesem Patienten besonders alarmierend?

Es handelt sich um eine progrediente Dysphagie von festen zu weichen Speisen mit ungewolltem Gewichtsverlust, also um Alarmsymptome. Zusammen mit dem Barrett-Ösophagus, dem Nikotin- und dem Alkoholkonsum besteht ein hohes Risiko für ein Ösophaguskarzinom, das rasch endoskopisch und bioptisch abgeklärt werden muss.

Welche Bedeutung hat der Barrett-Ösophagus für die Tumorentstehung?

Beim Barrett-Ösophagus wird infolge des chronischen Refluxes das Plattenepithel der distalen Speiseröhre durch spezialisiertes Zylinderepithel ersetzt. Diese intestinale Metaplasie ist eine Präkanzerose und kann über eine Dysplasie zum Adenokarzinom fortschreiten; deshalb sind regelmäßige endoskopische Kontrollen mit Biopsien vorgesehen, die der Patient nicht wahrgenommen hat.

Was kann die neu aufgetretene Heiserkeit bedeuten, und wie klären Sie sie ab?

Bei einem Ösophagustumor ist an eine Infiltration oder Kompression des Nervus laryngeus recurrens zu denken, links häufiger wegen seines Verlaufs um den Aortenbogen. Das spricht für eine fortgeschrittene lokale Ausbreitung oder mediastinale Lymphknoten. Abgeklärt wird mit einer HNO-ärztlichen Laryngoskopie zur Stimmlippenbeweglichkeit und im Staging-CT von Hals und Thorax.

5 **Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache**
Zum Umdrehen und als Tabelle · 8 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz des Patienten – wie heißt es im Arztbrief?

„das Essen bleibt mir im Hals stecken“
Dysphagie

„zuerst nur Fleisch und Brot, jetzt auch Weiches“
progrediente Dysphagie von festen zu breiigen Speisen

„ein Druckgefühl hinter dem Brustbein“
retrosternales Druckgefühl

„ich würge unverdaute Reste wieder hoch“
Regurgitation unverdauter Speisereste

„in zwei Monaten bestimmt acht Kilo abgenommen“
ungewollter Gewichtsverlust von ca. 8 kg in 2 Monaten

„meine Stimme ist heiser geworden“
Heiserkeit (Dysphonie)

„seit vielen Jahren Sodbrennen“
langjährige gastroösophageale Refluxkrankheit

„eine Schachtel am Tag, gut vierzig Jahre“
ca. 40 Packungsjahre

Vom Fachbegriff zur Erklärung für den Patienten

Fachbegriff	So erklärst du es
Dysphagie	eine Schluckstörung, also Schwierigkeiten, Speisen oder Getränke hinunterzuschlucken
Regurgitation	das Zurückfließen von unverdauten Speiseresten aus der Speiseröhre in den Mund
Barrett-Ösophagus	eine krankhafte Veränderung der Schleimhaut der unteren Speiseröhre durch chronisches Sodbrennen, die das Krebsrisiko erhöht
Ösophago-Gastro-Duodenoskopie	eine Magenspiegelung, bei der ein dünner Schlauch mit Kamera Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm untersucht

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Ösophaguskarzinom

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.

Bild: Hg6996 (Wikimedia Commons) · Public domain · Quelle

FSP-Übungsfall Schwellung am Hals und Nachtschweiß: Hodgkin-Lymphom

Fall 35 von 35 | Sprechstunde | Hämatologie / Onkologie | mittel | ca. 15 Min.

Ein 28-jähriger Patient stellt sich vor, weil er seit einigen Wochen eine schmerzlose Schwellung am linken Hals bemerkt hat, die nicht kleiner wird, und weil er zusätzlich unter Nachtschweiß und Gewichtsabnahme leidet.

Von **Dr. Pascal Bafteh** · Stand 22.10.2026 · Fall 35 von 35 · ca. 15 Minuten

Dein Fall in 5 Schritten

1 **Anamnesegespräch: Du bist dran**
Du führst das Gespräch · 17 Antworten zum Aufdecken

JS

Herr Jonas Seifert

28 Jahre · Sprechstunde

LEITSYMPTOM
Schmerzlose Halslymphknotenschwellung mit B-Symptomatik

FACHGEBIET
Hämatologie / Onkologie

SCHWIERIGKEIT
mittel

LEBENSSITUATION
Softwareentwickler; lebt mit Partnerin; Kinderwunsch

Ein 28-jähriger Patient stellt sich vor, weil er seit einigen Wochen eine schmerzlose Schwellung am linken Hals bemerkt hat, die nicht kleiner wird, und weil er zusätzlich unter Nachtschweiß und Gewichtsabnahme leidet. Auf dieser Seite übst du den ganzen Fall in den drei Teilen der Fachsprachprüfung: das Anamnesegespräch zum Antippen, den ausgefüllten Anamnesebogen, einen Beispiel-Arztbrief und die Patientenvorstellung – dazu die wichtigsten Fachbegriffe in Laien- und Fachsprache.

Hier ist deine Aufgabe:

Du bist Ärztin/Arzt in der Sprechstunde. Versuch dich in die Situation hineinzuversetzen! Und denk dran, dass du mit dem Patienten **Alltagssprache** sprichst.

▼ **Zu zweit üben**

Deine Lernpartnerin oder dein Lernpartner spielt den Patienten mit der Karte oben und den Antworten. Sie oder er erzählt zuerst nur den Einstiegssatz und gibt alles Weitere erst preis, wenn du passend nachfragst. Das Gespräch folgt dem üblichen Anamnese-Schema; mehr Fragen und Formulierungen: Anamnese auf Deutsch.

0 Begrüßung und Einstieg

DU

Guten Tag, Herr Seifert. Mein Name ist Dr. Müller, ich bin heute für Sie zuständig. Alles, was wir besprechen, unterliegt der Schweigepflicht. Was führt Sie zu uns?

PATIENT · EINSTIEGSSATZ

„Ich habe seit etwa sechs Wochen eine Schwellung am linken Hals bemerkt. Sie tut nicht weh, ist aber nicht mehr weggegangen, sondern eher größer geworden. Außerdem schwitze ich nachts so stark, dass ich das T-Shirt wechseln muss."

1 Aktuelle Beschwerden

DU

Können Sie mir die Schwellung genauer beschreiben?

PATIENT

Sie ist seit etwa sechs Wochen da, mittlerweile etwa so groß wie eine Walnuss, fühlt sich fest an und tut überhaupt nicht weh.

DU

Haben Sie noch an anderen Stellen ähnliche Schwellungen bemerkt, etwa in den Achseln oder in der Leiste?

PATIENT

Ich glaube, in der linken Achsel ist auch etwas, aber kleiner. In der Leiste ist mir nichts aufgefallen.

DU

Hatten Sie vor der Schwellung eine Erkältung?

PATIENT

Nein, ich war vorher gar nicht krank. Sie kam einfach so und ist geblieben.

DU

Haben Sie bemerkt, dass die Schwellung nach Alkohol schmerzt?

PATIENT

Jetzt, wo Sie es sagen — als ich neulich ein Bier getrunken habe, hat die Stelle am Hals kurz gezogen und wehgetan. Das fand ich seltsam.

2 Vegetative Anamnese (B-Symptomatik)

DU
Sie haben den Nachtschweiß erwähnt — wie stark ist er, und seit wann haben Sie ihn?

PATIENT
Seit etwa einem Monat. Manchmal ist das Bettlaken richtig durchgeschwitzt, obwohl es im Schlafzimmer nicht warm ist.

DU
Haben Sie ungewollt an Gewicht verloren?

PATIENT
Ja, ungefähr fünf Kilo in den letzten zwei Monaten, ohne dass ich etwas geändert hätte.

DU
Hatten Sie Fieber oder erhöhte Temperatur ohne erkennbare Ursache?

PATIENT
Ab und zu abends erhöhte Temperatur um die 38 Grad, ohne dass ich erkältet war.

DU
Haben Sie Juckreiz oder sind Sie oft müde?

PATIENT
Ja, ich habe in letzter Zeit öfter Juckreiz ohne Ausschlag und fühle mich ständig schlapp und müde.

3 Vorerkrankungen

DU

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

PATIENT

Nein, ich war eigentlich immer gesund. Nur die üblichen Kinderkrankheiten.

DU

Wurden Sie schon einmal operiert oder im Krankenhaus behandelt?

PATIENT

Nur einmal am Blinddarm, das ist aber viele Jahre her.

4 Medikamente

DU

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

PATIENT

Nein, gar keine. Höchstens mal eine Kopfschmerztablette, wenn es nötig ist.

5 Allergien

DU

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

PATIENT

Ja, gegen Hausstaub, sonst ist mir nichts bekannt.

6 Noxen

DU

Rauchen Sie, und wenn ja, wie viel?

PATIENT

Ich rauche gelegentlich auf Partys, aber nicht regelmäßig.

DU

Wie ist es mit Alkohol und Drogen?

PATIENT

Am Wochenende mal ein paar Bier, harte Sachen oder Drogen nehme ich nicht.

7 Familien- und Sozialanamnese

DU

Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen, besonders Lymphdrüsenkrebs oder Blutkrebs?

PATIENT

Nicht dass ich wüsste. Meine Großmutter hatte Brustkrebs, sonst ist mir nichts bekannt.

DU

Was machen Sie beruflich und wie ist Ihre Lebenssituation?

PATIENT

Ich bin Softwareentwickler, lebe mit meiner Freundin zusammen. Wir haben noch keine Kinder, wünschen uns aber welche.

8 Wenn der Patient selbst fragt

PATIENT

Herr Doktor, ist das Krebs? Ich habe wirklich große Angst.

DU

Ich merke, dass Sie sich große Sorgen machen, das ist verständlich. Eine solche Schwellung mit Ihren Begleitbeschwerden nehmen wir ernst und klären sie genau ab. Es gibt verschiedene mögliche Ursachen. Eine sichere Antwort können wir Ihnen erst geben, wenn ein Lymphknoten feingeweblich untersucht ist; dann besprechen wir das Ergebnis gemeinsam und in Ruhe.

Ehrlich bleiben, nichts versprechen und auf die Untersuchung und das anschließende Gespräch verweisen.

✓ Zusammenfassung und Abschluss

DU

Vielen Dank. Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe – bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas nicht stimmt.

DU

Gibt es noch etwas, das Sie mir sagen möchten, oder haben Sie Fragen an mich?

DU

Als Nächstes würde ich Sie gern körperlich untersuchen. Sind Sie damit einverstanden?

2 Befund: CT

Was erkennst du? Dann aufdecken

Und jetzt: Was zeigt die Untersuchung?

Das Bild oben zeigt den Befund. Was erkennst du? Erst überlegen, dann die Beschreibung aufdecken.

PET-CT bei Hodgkin-Lymphom: stoffwechselaktiver (FDG-speichernder) mediastinaler Lymphknotenbefall in CT, PET, Fusion und MIP

Bild: Hg6996 (Wikimedia Commons) · Public domain · Quelle

3 Anamnesebogen und Arztbrief

Teil 2 der Prüfung · mit Checkliste

Weiter in der Prüfung: Nach dem Gespräch folgen die schriftliche Dokumentation und die Vorstellung beim Oberarzt. Erst selbst machen, dann aufklappen und vergleichen.

Ausgefüllter Anamnesebogen

So sehen deine Notizen nach dem Gespräch aus

Stichpunkte, schon in Fachsprache und mit üblichen Abkürzungen (J. = Jahre, Z. n. = Zustand nach, py = Packungsjahre, re./li. = rechts/links). Auf dieser Grundlage schreibst du danach den Arztbrief.

ANAMNESEBOGEN · ÜBUNGSFALL 35

Patient	Herr Jonas Seifert, 28 J.
Vorstellungsgrund	schmerzlose, progrediente Schwellung li. zervikal seit ca. 6 Wochen; Nachtschweiß
Lymphknoten	li. zervikal walnussgroß, derb, indolent; kleinere Schwellung li. axillär; inguinal nichts bemerkt; kein vorausgehender Infekt
Alkoholschmerz	nach Bier kurzzeitig ziehender Schmerz in der Halsschwellung
B-Symptomatik	Nachtschweiß mit Wäschewechsel seit ca. 1 Monat; abendlich Temperaturen um 38 °C ohne Infekt; ungewollter Gewichtsverlust ca. 5 kg in 2 Monaten
Weitere Beschwerden	Pruritus ohne Exanthem; ausgeprägte Müdigkeit und Abgeschlagenheit
Vorerkrankungen / Voroperationen	keine relevanten; Z. n. Blinddarm-OP vor vielen Jahren

Medikamente	keine Dauermedikation; gelegentlich Analgetikum bei Kopfschmerz
Allergien	Hausstaubmilbe
Noxen	Nikotin gelegentlich; Alkohol am Wochenende; keine Drogen
Familienanamnese	Großmutter: Mammakarzinom; keine hämatologischen Erkrankungen bekannt
Sozialanamnese	Softwareentwickler; lebt mit Partnerin; Kinderwunsch

Beispiel-Arztbrief

Teil 2: schriftliche Dokumentation, mit Checkliste

Im zweiten Prüfungsteil dokumentierst du den Fall schriftlich – je nach Kammer als Arztbrief oder Dokumentationsbogen. Grundlage ist das Anamnesegespräch; Untersuchungsbefunde liegen in diesem Übungsfall noch nicht vor. Anamnese im Präteritum bzw. Präsens, Angaben des Patienten wahlweise in indirekter Rede (Konjunktiv I). Mehr dazu: Arztbrief in der Fachsprachprüfung.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Herrn Jonas Seifert, 28 Jahre, der sich heute in unserer Sprechstunde vorstellte.

Verdachtsdiagnose

Hodgkin-Lymphom mit zervikalem und axillärem Lymphknotenbefall und B-Symptomatik

Differenzialdiagnosen

- Non-Hodgkin-Lymphom
- Reaktive Lymphadenitis bei viraler Infektion (z. B. EBV-Mononukleose, HIV, CMV)
- Lymphknotentuberkulose
- Lymphknotenmetastasen eines soliden Tumors

Anamnese

Die aktuelle Anamnese ergab, dass die schmerzlose Lymphknotenschwellung am linken Hals seit etwa sechs Wochen bestehe und größer geworden sei; er beschrieb die Schwellung als fest und nicht druckschmerzhaft. Der Patient gab an, zusätzlich eine Schwellung in der linken Achsel bemerkt zu haben. Weiterhin berichtete er über ausgeprägten Nachtschweiß, einen ungewollten Gewichtsverlust von etwa fünf Kilogramm in zwei Monaten und zeitweises Fieber. Begleitend klagte er über Juckreiz ohne Hautausschlag und ausgeprägte Fatigue und gab an, nach Alkohol träten Schmerzen in den betroffenen Lymphknoten auf. An Vorerkrankungen sei lediglich ein zurückliegender Eingriff am Blinddarm bekannt, eine Dauermedikation nehme er nicht ein. Es bestehe eine Hausstauballergie. Nikotin und Alkohol konsumiere er nur wenig. In der Familienanamnese seien keine Bluterkrankungen bekannt.

Geplante Diagnostik

- Körperliche Untersuchung aller Lymphknotenstationen sowie von Leber und Milz
- Labor: Blutbild mit Differenzialblutbild, BSG, LDH, CRP, Leber- und Nierenwerte, Serologien (EBV, HIV, CMV)
- Exzisionsbiopsie eines Lymphknotens zur histologischen Sicherung (Nachweis von Reed-Sternberg-Zellen)
- Bildgebung zum Staging: CT von Hals, Thorax und Abdomen sowie PET-CT
- Knochenmarkpunktion bei Bedarf

Procedere

Wird in der Prüfung im Arzt-Arzt-Gespräch mündlich besprochen – auf dieser Übungsseite bewusst nicht aufgeführt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Checkliste: Das muss im Brief stehen

- schmerzlose, derbe, progrediente Lymphknotenschwellung mit Lokalisation
- Dauer und Verlauf
- B-Symptomatik (Nachtschweiß, Gewichtsverlust, Fieber)
- begleitender Pruritus und Fatigue

- alkoholinduzierter Lymphknotenschmerz
- fehlender vorangegangener Infekt
- Vorerkrankungen und Medikation
- Familien- und Sozialanamnese inkl. Kinderwunsch

4 Patientenvorstellung beim Oberarzt

Teil 3: Vorstellung und Rückfragen

Im dritten Teil stellst du den Fall einer Kollegin oder einem Kollegen aus der Prüfungskommission vor – knapp, strukturiert und in Fachsprache. Danach folgen meist Rückfragen. Mehr dazu: Arzt-Arzt-Gespräch und Übergabe.

> *„Ich möchte Ihnen Herrn Seifert vorstellen, einen 28-jährigen Patienten, der sich mit einer seit sechs Wochen bestehenden, schmerzlosen und progredienten zervikalen Lymphknotenschwellung links vorgestellt hat. Begleitend besteht eine deutliche B-Symptomatik mit Nachtschweiß, ungewolltem Gewichtsverlust und intermittierendem Fieber sowie Pruritus ohne Exanthem und ein alkoholinduzierter Lymphknotenschmerz. Bei diesem Befund und dem typischen Alter ist meine Verdachtsdiagnose ein Hodgkin-Lymphom.“*

Mögliche Rückfragen – erst selbst antworten

Welcher histologische Befund sichert die Diagnose eines Hodgkin-Lymphoms?

Der Nachweis von Hodgkin- und Reed-Sternberg-Zellen im entnommenen Lymphknoten. Deshalb ist eine Exzisionsbiopsie eines ganzen Lymphknotens nötig und nicht nur eine Feinnadelpunktion, damit die Lymphknotenarchitektur und diese Zellen beurteilt werden können.

Was bedeutet die B-Symptomatik, und welche Kriterien gehören dazu?

Zur B-Symptomatik gehören Fieber über 38 °C ohne Infekt, ausgeprägter Nachtschweiß und ein ungewollter Gewichtsverlust von mehr als zehn Prozent des Körpergewichts innerhalb von sechs Monaten. Schon ein Kriterium genügt. Sie geht in die Stadieneinteilung ein und hat prognostische Bedeutung.

In welches Stadium nach Ann Arbor ordnen Sie den Befund vorläufig ein?

Befallen sind nach jetzigem Stand die zervikale und die axilläre Lymphknotenregion links, also zwei Regionen auf derselben Seite des Zwerchfells: Stadium II. Der Nachtschweiß mit Wäschewechsel ist ein B-Symptom, die abendlichen Temperaturen um 38 °C liegen an der Grenze des Fieberkriteriums (über 38 °C); daher vorläufig Stadium IIB. Endgültig festlegen lässt es sich erst nach dem Staging mit CT bzw. PET-CT von Hals, Thorax und Abdomen, bei dem auch ein Befall unterhalb des Zwerchfells, der Milz oder extranodaler Organe ausgeschlossen werden muss.

5 Fachbegriffe: Laiensprache ↔ Fachsprache

Zum Umdrehen und als Tabelle · 8 Karten

Vom Gespräch in den Arztbrief

Tippe auf den Satz des Patienten – wie heißt es im Arztbrief?

„eine Schwellung am linken Hals, sie tut nicht weh“ **indolente zervikale Lymphadenopathie links**	„so groß wie eine Walnuss, fühlt sich fest an“ **walnussgroßer, derber Lymphknoten**	„in der linken Achsel ist auch etwas“ **axilläre Lymphadenopathie links**
„nach einem Bier hat die Stelle wehgetan“ **Alkoholschmerz**	„das Bettlaken ist richtig durchgeschwitzt“ **ausgeprägter Nachtschweiß**	„abends erhöhte Temperatur um die 38 Grad“ **abendliches Fieber um 38 °C**
„Juckreiz ohne Ausschlag“ **Pruritus ohne Exanthem**	„fünf Kilo in zwei Monaten abgenommen“ **ungewollter Gewichtsverlust von ca. 5 kg in 2 Monaten**	

Vom Fachbegriff zur Erklärung für den Patienten

Fachbegriff	So erklärst du es
Lymphadenopathie	eine Schwellung der Lymphknoten, also der kleinen Filterstationen des Abwehrsystems
B-Symptomatik	die Kombination aus Fieber, starkem Nachtschweiß und ungewolltem Gewichtsverlust, die bei bestimmten Tumorerkrankungen auftritt
Reed-Sternberg-Zellen	besondere, sehr große Tumorzellen, die man unter dem Mikroskop sieht und die typisch für diese Lymphknotenkrebsform sind

Verlinkte Begriffe stehen im Glossar Medizinische Fachbegriffe: Patientensprache → Fachsprache (mit Übersetzungen in 12 Sprachen).

Mehr Fälle zum Üben im FSP-Med-Modul der KLINIKFUCHS-App: https://app.klinikfuchs.de

📚 Das Krankheitsbild zum Nachlesen (Definition, Klinik, Diagnostik): Hodgkin-Lymphom

Übungsfall im Stil der Fachsprachprüfung – kein Prüfungsprotokoll. Der Fall stammt aus dem Fallbestand des FSP-Med-Moduls der KLINIKFUCHS-App und dient dem Sprachtraining. Er gibt keine Original-Prüfungsaufgabe einer Ärztekammer wieder; Ablauf und Bewertung legt die zuständige Kammer fest. Behandlungsangaben enthält diese Seite bewusst nicht.

Übungsmaterial zum Sprachtraining, kein Ersatz für ärztliche Aus- und Weiterbildung und keine Behandlungsempfehlung. Prüfungsablauf und Anforderungen können je nach Ärztekammer und Bundesland variieren; verbindlich sind die Vorgaben der für dich zuständigen Kammer.