



FaMED Protokoll

By Dr.Felipe Yanez

© 2025

Copyright © 2025 by Dr.Felipe Yanez

All rights reserved. No part of this book may be reproduced, distributed, or transmitted in any form or by any means without the prior written permission of the authors.

This book is an independent preparation resource and is not affiliated with, endorsed by, or sponsored by FaMED GmbH or any official examination authority.

ISBN:

Printed in Germany

Acknowledgments

I would like to express our deepest gratitude to our mentors, Prof. Dr. hab. med. Dr. hc mult. Konrad Karcz and Professor Andrew A. Gumbs MD, MS, F.A.C.S, for their invaluable guidance, encouragement, and contributions to the field of surgery and medical innovation, as well to the growth of my career and soul. I would also thank Gabriela Wiąckowska for her creative contribution to the cover design and visual presentation of this book and her unconditional love.

Dr. Felipe Yanez is a Chilean-American physician specializing in XR and robotics Technologies in medicine and surgery. He's deeply engaged in medical education and innovation and serves as the CEO of Medical Robotic Solutions, Director of XR & Immersive Technologies for iSMIT 2026; International Society for Medical Innovation and Technology, as well as Research Advisor for KINESIX Rehabilitation systems. Additionally, Dr. Yanez is the great-grandson of **Dr. William Cunningham Blest**, the esteemed Anglo-Irish doctor who founded the first medical school in Chile, Universidad de Chile. Just like his Great-Grand Father Dr. Yanez, is making it his life mission to bridge the gap of technologies and knowledge between the old and new continent.

Preface

The *FaMED Protokoll* has been developed as a structured companion for international medical graduates preparing for the FaMED examination in Germany. Its goal is to provide a clear framework for practicing the essential components of the test — from clinical history-taking and case presentations to informed consent discussions and medical documentation.

This book is intended to be used **together with the online resources at www.famedtestprep.com**. The website and app provide interactive study tools, simulated patient encounters, and community support that complement the written materials presented here.

By combining the printed *FaMED Protokoll* with the digital learning platform, candidates will benefit from an integrated approach — studying structured protocols in print while reinforcing their knowledge through interactive practice online.

We encourage readers to use this book not as a stand-alone manual, but as part of a larger ecosystem of preparation. In this way, you can maximize your confidence and performance for the FaMED examination.

Dr. Felipe Yanez

Nuremberg, 2026



Preface

[Was ist die FaMED-Prüfung?](#)

[Anerkennung in Deutschland](#)

[Die FaMED-Prüfungsstruktur: Ein OSCE-Ansatz](#)

[Die Prüfungsstationen im Detail](#)

[1. Arzt-Patienten-Kommunikation](#)

[2. Arzt-Arzt-Kommunikation](#)

[3. Schriftliche Prüfungsstation](#)

[Wichtige organisatorische Informationen \(FAQ-Zusammenfassung\)](#)

Teil 1- Überblick- Aufnahmegespräch .

[Die Anamnese in der FaMED-Prüfung: Format und Schlüsselstrategien](#)

[1. Der Einstieg \(Setting the Stage\)](#)

[2. Die Aktuelle Anamnese \(Der Trichter\)](#)

[3. Die Schmerzanalyse \(OPQRST\)](#)

[4: Der Body-Scan \(Vegetative Anamnese\)](#)

[5: Spezielle Organsysteme \(Gynäkologie\)](#)

[6: Hintergrund & Risikoprofil \(SAMPLER\)](#)

[7: Sozialer Kontext & Psychoanamnese](#)

[8: Gesprächsabschluss](#)

I. Onkologische Anamnese

[1. Kolonkarzinom](#)

[2. Ösophaguskarzinom](#)

[3. Bronchialkarzinom](#)

II. Traumatologische Anamnese

III. Schmerz- und Internistische Anamnese

[7. Thoraxschmerzen](#)

[8. Bauchschmerzen](#)

[9. Rückenschmerzen mit Kribbeln im Bein:](#)

IV. Neurologische Anamnese

[10. Migräne/kopfschmerzen:](#)

[11. Vertigo/ Tinnitus](#)

V. HNO- und Allgemein-Anamnese

[12. Mandelentzündung](#)

[13. Halsschmerzen](#)

[14. Fatigue](#)

Teil 1-Reaktionen

Teil 1- Überblick : Das Aufklärungsgespräch.

[Grundprinzipien & Prüfungskontext](#)

[Abschnitt 1: Einleitung & Indikation](#)

[Abschnitt 2: Erklärung des Eingriffs \(Der Ablauf\)](#)

[Abschnitt 3: Prä- und postoperative Anweisungen](#)

[Abschnitt 4: Risiken und Komplikationen \(Die Risiken\)](#)

Teil 1- Aufklärung Falle

[1. Sigmoidektomie](#)

- [2. Cholezystektomie](#)
- [3. Mastoidektomie](#)
- [4. Ösophagogastroduodenoskopie \(ÖGD\)](#)
- [5. Koloskopie](#)
- [6. Koronarangiographie](#)
- [7. Arthroskopie](#)
- [8. Transösophageale Echokardiographie \(TEE\)](#)
- [9. Magnetresonanztomographie \(MRT\)](#)
- [10. Computertomographie \(CT\) – Thorax/Abdomen](#)
- [11. Elektrische Kardioversion](#)
- [12. Leberpunktion](#)
- [13. Hüftgelenk-Totalendoprothese \(Hüft-TEP\)](#)
- [14. Akute Appendizitis](#)
- [15. Aszitespunktion](#)
- [16. Leistenhernie nach Lichtenstein](#)
- [17. Thyroidektomie \(Entfernung der Schilddrüse\)](#)
- [18. Hämorrhoidektomie](#)
- [19. Bronchoskopie](#)

Teil 1- Aufklärung Redemittel

- [1. Sigmoidektomie](#)
- [2. Cholezystektomie](#)
- [3. Mastoidektomie](#)
- [4. ÖGD](#)
- [5. Koloskopie](#)
- [6. Koronarangiographie](#)
- [7. Arthroskopie](#)
- [8. Transösophageale Echokardiographie \(TEE\)](#)

Teil-2 Arzt-Arzt Vorstellung

Die Patientenvorstellung in der FaMED-Prüfung: Struktur und Durchführung

- [1. Format und Zeitmanagement](#)
- [2. Die Fallunterlagen und Ihre spezifische Aufgabenstellung](#)
- [3. Struktur der Patientenvorstellung](#)
- [4. Schlüsselkompetenz: Von Stichpunkten zum Vortrag](#)

Patientenvorstellung: Ein Leitfaden für die FaMED-Prüfung

Teil 1 – Die Eröffnung: Der professionelle Einstieg

- [1. Das Ziel der Einleitung \(The Goal of the Introduction\)](#)
- [2. Die Bausteine der Einleitung \(The Building Blocks of the Introduction\)](#)
- [3. Analyse und Beispiele \(Deep Dive and Examples\)](#)
 - [Baustein 1: Die Anrede \(The Formal Address\)](#)
 - [Baustein 2: Die Ich-Aussage \(The "I-Statement"\)](#)
 - [Baustein 3: Die Patienten-Vorstellung \(The Patient Introduction\)](#)
- [4. Alles zusammenfügen \(Putting It All Together\)](#)

Teil 2 – The Core Anamnesis: Reason for Presentation & Past History

1.The Goal of This Section

2. Deep Dive and Examples

Building Block 1 – The Reason for Presentation (Vorstellungsgrund)

Key Verbs and Phrases (and why they matter)

Grammar Deep Dive 1 – Using seit correctly

Grammar Deep Dive 2 – Reported Speech without Konjunktiv

3. Building Block 2 – The Past Medical History (Vorgeschichte)

Key Introductory Phrases

Structuring the Information

4. Putting It All Together – Full Example

5.FaMED Tense Logic Map

Teil 3 – The Objective Findings: Physical Examination & Lab Results

1. The Goal of This Section

2. Deep Dive and Examples

Building Block 1: Introduction & Vital Signs (Einleitung & Vitalparameter)

Building Block 2: The Physical Examination (Die körperliche Untersuchung)

Building Block 3: Lab Results & Imaging (Labor & Bildgebung)

3. Putting It All Together

Teil 4 – The Conclusion: Assessment & Plan (Beurteilung & Prozedere)

1. The Goal of This Section

2. Deep Dive and Examples

Building Block 1: The Assessment (Die Beurteilung / Verdachtsdiagnose)

Building Block 2: The Plan (Das Prozedere / Das weitere Vorgehen)

3. Putting It All Together

Arzt-Arzt Fälle

1. Respiratorisches System

Fall 1: COPD-Exazerbation

Fall 2: Asthma bronchiale

Fall 3: Pneumonie

2. Immunsystem / Allergologie

Fall 4: Anaphylaktischer Schock

3. Gastrointestinales System

Fall 5: Akute Pankreatitis

Fall 6: Akute Cholezystitis

Fall 7: Appendizitis

Fall 8: Leistenhernie (Hernia inguinalis) links

Fall 9: Divertikulitis

Fall 10: Gastritis

Fall 11: Obere Gastrointestinale Blutung

Fall 12 : Hämorrhoidalleiden

4. Rheumatologisches System

Fall 13: Morbus Crohn (akuter Schub)

Fall 14: Polyarthritis rheumatica

5. Nephrologisches System

Fall 15: Akutes Nierenversagen

[Fall 16: Pyelonephritis \(Nierenbeckenentzündung\)](#)

[**6. Hämatologisches System**](#)

[Fall 17: Panzytopenie](#)

[Fall 18: Eisenmangelanämie](#)

[**7. Endokrinologisches System**](#)

[Fall 19: Entgleisung bei Diabetes mellitus \(DM Dekompensation\)](#)

[**8. Kardiovaskuläres System**](#)

[Fall 20: Hypertensive Krise \(mit Zielorganschädigung\)](#)

[Fall 21: NSTEMI](#)

[Fall 22: Vorhofflimmern](#)

[Fall 23: STEMI \(Hinterwandinfarkt\)](#)

[**9. Neurologisches System**](#)

[Fall 24: Kopfplatzwunde \(bei Schädeltrauma\)](#)

[Fall 25: BPLS \(Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel\)](#)

[**10. Orthopädisches System**](#)

[Fall 26: Rippenfraktur \(mit Verdacht auf Pneumothorax\)](#)

[Fall 27: Oberschenkelhalsfraktur](#)

[Fall 28: Schlüsselbeinfraktur](#)

[Fall 29: Kreuzbandriss und Meniskusschaden](#)

[Fall 30: Sprunggelenkfraktur](#)

[Fall 31: Mittelhandfraktur \(rechts\)](#)

[Fall 32: Humerusfraktur \(rechts\)](#)

[**Teil 2- Arzt-Arzt B.Z**](#)

[**1. Respiratorisches System**](#)

[1. COPD-Exazerbation](#)

[2. Asthma bronchiale](#)

[3. Pneumonie](#)

[**2. Immunsystem / Allergologie**](#)

[4. Anaphylaktischer Schock](#)

[**3. Gastrointestinales System**](#)

[5. Akute Pankreatitis](#)

[6. Akute Cholezystitis](#)

[7. Appendizitis](#)

[8. Leistenhernie \(Hernia inguinalis\) links](#)

[9. Divertikulitis](#)

[10. Gastritis](#)

[**4. Rheumatologisches System**](#)

[11. Morbus Crohn \(akuter Schub\)](#)

[12. Polyarthritis rheumatica](#)

[**5. Nephrologisches System**](#)

[13. Akutes Nierenversagen](#)

[14. Pyelonephritis \(Nierenbeckenentzündung\)](#)

[**6. Hämatologisches System**](#)

[15. Panzytopenie](#)

7. Endokrinologisches System

16. Entgleisung bei Diabetes mellitus (DM Dekompensation)

8. Kardiovaskuläres System

17. Hypertensive Krise (mit Zielorganschädigung)

18. NSTEMI

19. Vorhofflimmern

9. Neurologisches System

20. Kopfplatzwunde (bei Schädeltrauma)

21. BPLS (Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel)

10. Orthopädisches System

22. Rippenfraktur (mit Verdacht auf Pneumothorax)

23. Oberschenkelhalsfraktur

24. Schlüsselbeinfraktur

25. Kreuzbandriss und Meniskusschaden

26. Sprunggelenkfraktur

Teil 2- Artz-Artz Fachbegriffe

1. Respiratorisches System

Fall 1: COPD-Exazerbation (Herr Karl Becker)

Fall 2: Asthma bronchiale (Frau Lisa Meier)

Fall 3: Pneumonie (Hannah Wagner)

2. Immunsystem / Allergologie

Fall 4: Anaphylaktischer Schock (Herr Müller)

3. Gastrointestinales System

Fall 5: Akute Pankreatitis (Anna Müller)

Fall 6: Akute Cholezystitis (Frau Elena Weber)

Fall 7: Appendizitis (Hannah Wagner)

Fall 8: Leistenhernie (Herr Thomas Müller)

Fall 9: Divertikulitis (Natalia Volpe)

Fall 10: Gastritis (Herr Jens Meier)

4. Rheumatologisches System

Fall 11: Morbus Crohn (Frau Julia Meier)

Fall 12: Polyarthritis rheumatica (Frau Karin Hoffmann)

5. Nephrologisches System

Fall 13: Akutes Nierenversagen (Herr Peter Müller)

Fall 14: Pyelonephritis (Frau Lisa Müller)

6. Hämatologisches System

Fall 15: Panzytopenie (Heinrich Schmidt)

7. Endokrinologisches System

Fall 16: Diabetes mellitus Dekompensation (Frau Sandra Klein)

8. Kardiovaskuläres System

Fall 17: Hypertensive Krise (Herr Markus Schneider)

Fall 18: NSTEMI (Hannah Wagner)

Fall 19: Vorhofflimmern (Sara Schmidt)

9. Neurologisches System

[Fall 20: Kopfplatzwunde \(Lara Schulz\)](#)

[Fall 21: BPLS \(Benigner Paroxysmaler Lagerungsschwindel\)](#)

[10. Orthopädisches System](#)

[Fall 22: Rippenfraktur mit Verdacht auf Pneumothorax \(Herr Markus Schmitt\)](#)

[Fall 23: Oberschenkelhalsfraktur \(Frau Maria Fischer\)](#)

[Fall 24: Schlüsselbeinfraktur \(Herr Thomas Wagner\)](#)

[Fall 25: Kreuzbandriss und Meniskusschaden \(Heinrich Schmidt\)](#)

[Fall 26: Sprunggelenkfraktur \(Anna Müller\)](#)

[4. Diagnostik](#)

[5. Therapie und weiteres Vorgehen](#)

[6. Sentence Structures and Phrases](#)

[Vorstellung eines Patienten](#)

[Describing Symptoms and Findings](#)

[Discussing Treatment Plans](#)

[2. Key Vocabulary and Phrases](#)

[Symptoms \(Symptome\)](#)

[Diagnostic Terms \(Diagnostische Begriffe\)](#)

[Treatment Terms \(Therapeutische Begriffe\)](#)

[3. Complex Sentence Structures](#)

[Causal Relationships \(Kausale Zusammenhänge\)](#)

[Conditional Sentences \(Bedingungssätze\)](#)

[Temporal Relationships \(Zeitliche Zusammenhänge\)](#)

[4. Nuanced Expressions](#)

[5. Example of a Full Case Presentation](#)

[6. Verben](#)

[7. Konnektiven](#)

[8. Unfalls Vorstellungsgrund](#)

[9. No Unfalls Vorstellungsgrund:](#)

[Teil 3- Mastering the "Arztbrief"](#)

[5.1: The Opening – Introduction & History of Present Illness](#)

[1. The Goal of This Section](#)

[2. Deep Dive and Examples](#)

[The Introduction \(Die Einleitung\)](#)

[The History of Present Illness \(Die Aktuelle Anamnese\)](#)

[5.2: Documenting the Patient's Background – Past History & Medications](#)

[1. The Goal of This Section](#)

[2. Deep Dive and Examples](#)

[Past Medical History \(Vorerkrankungen\)](#)

[Previous Operations \(Operationen\)](#)

[Current Medications \(Medikation\)](#)

[5.3: The Personal Context – Allergies, Family & Social History](#)

[1. The Goal of This Section](#)

[2. Deep Dive and Examples](#)

[Allergies & Intolerances \(Allergien & Unverträglichkeiten\)](#)

[Family History \(Familienanamnese\)](#)

[Social History \(Sozialanamnese\)](#)

[1. COVID-19 \(Herr Mayer\)](#)

[2. Migräne \(Frau Müller\)](#)

[3. Kolonkarzinom \(Herr Müller\)](#)

[4. Ösophaguskarzinom \(Herr Müller\)](#)

[5. Thorakale Schmerzen \(Herr Müller\)](#)

[6. Fatigue \(Frau Reichert\)](#)

[Arztbrief Redemittel](#)

[Teil 3 - Brief Fachbegriff](#)

[1. Fall: COVID-19](#)

[2. Fall: Migräne](#)

[3. Fall: Kolonkarzinom](#)

[4. Fall: Ösophaguskarzinom](#)

[5. Fall: Thorakale Schmerzen](#)

[6. Fall: Fatigue](#)

[Allgemeine Fachbegriffe](#)

Was ist die FaMED-Prüfung?

Die FaMed (Fachsprachenprüfung Medizin) ist eine spezialisierte Deutschprüfung für Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland (sowohl EU- als auch Drittstaaten), die in Deutschland ärztlich tätig sein möchten.

Sie gilt als der schnellste Weg, um die für die Approbation oder Berufserlaubnis erforderlichen Fachsprachenkenntnisse auf C1-Niveau offiziell nachzuweisen. Die Prüfungsstandards sind einheitlich und basieren auf den Vorgaben der 87. Gesundheitsministerkonferenz.

Anerkennung in Deutschland

Mit Stand April 2025 wird das FaMED-Zertifikat in den folgenden Bundesländern offiziell anerkannt:

- Rheinland-Pfalz
- Bayern
- Baden-Württemberg (akzeptiert Zertifikate, die in anderen Bundesländern anerkannt sind)

In den folgenden Bundesländern erfolgt die Anerkennung durch eine Einzelfallentscheidung der zuständigen Behörde:

- Saarland
- Thüringen

- Österreich

Wichtiger Hinweis: Seit dem 1. August 2024 ist das Prüfungsformat für Bayern und Rheinland-Pfalz identisch. Ein in einem der beiden Bundesländer erworbenes Zertifikat ist somit auch im jeweils anderen gültig.

Die FaMED-Prüfungsstruktur: Ein OSCE-Ansatz

Die FaMED-Prüfung nutzt das OSCE-Format (Objective Structured Clinical Examination), um reale klinische Situationen so authentisch wie möglich zu simulieren. Alle Fälle stammen aus den Fachbereichen Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Chirurgie.

Die Prüfung besteht aus drei Hauptstationen: zwei mündlichen und einer schriftlichen.

Station	Bestandteile	Gesamtzeit
Mündlich 1: Arzt-Patienten-Kommunikation	1. Anamnesegespräch 2. Aufklärungsgespräch	23 Minuten
Mündlich 2: Arzt-Arzt-Kommunikation	Zwei separate Patientenvorstellungen	23 Minuten
Schriftlich: Dokumentation	Anamneseteil eines Arztbriefes	22 Minuten

Zwischen den Stationen haben Sie eine Minute Pause. Besonders wichtig: Es wird kein medizinisches Fachwissen abgeprüft. Alle klinischen Informationen, die Sie zur Bearbeitung der Aufgaben benötigen, werden Ihnen zur Verfügung gestellt.

Die Prüfungsstationen im Detail

1. Arzt-Patienten-Kommunikation

Diese Station testet Ihre Fähigkeit, klar und empathisch mit Patienten zu kommunizieren. Der Schlüssel ist die Verwendung von **Laiensprache**, also die Vermeidung von komplexem medizinischem Jargon.

- **Anamnesegespräch:** Sie führen ein Anamnesegespräch. Ziel ist es, alle notwendigen Informationen zu sammeln und gleichzeitig eine respektvolle Gesprächsatmosphäre zu schaffen.
- **Aufklärungsgespräch:** Sie erklären einem Patienten einen bevorstehenden Eingriff, einschließlich Ablauf, Risiken und perioperativer Verhaltensmaßnahmen. Der Fokus liegt auf verständlicher Kommunikation, Empathie und der Rückversicherung, dass der Patient alles verstanden hat.

2. Arzt-Arzt-Kommunikation

Diese Station bewertet Ihre Fähigkeit, mit Kollegen prägnant und präzise zu kommunizieren. Hier wird die Verwendung einer angemessenen **medizinischen Fachsprache** erwartet.

- **Patientenvorstellungen:** Sie stellen zwei verschiedene Patientenfälle einem Vorgesetzten (z. B. Chefarzt) vor. Ihre Kommunikation muss präzise, strukturiert und effizient sein, um Missverständnisse zu vermeiden, die zu Behandlungsfehlern führen könnten.

3. Schriftliche Prüfungsstation

Diese Station prüft Ihre Fähigkeiten in der medizinischen Dokumentation.

- **Arztbrief:** Sie sehen ein kurzes Video eines Patientengesprächs (das Sie pausieren können). Basierend auf dem Video verfassen Sie den **Anamneseteil eines formellen Arztbriefes**. Dieser muss in ganzen Sätzen geschrieben sein, fachsprachlichen Standards folgen und die Patientenäußerungen im korrekten Konjunktiv I wiedergeben.

Wichtige organisatorische Informationen (FAQ-Zusammenfassung)

- **Kosten: 520 €**
- **Ort:** Das Prüfungszentrum befindet sich in **Mainz**.
- **Ergebnisse:** Ihr Ergebnis erhalten Sie in der Regel ca. **4 Wochen** nach der Prüfung per E-Mail, zusammen mit einem fälschungssicheren digitalen Zertifikat bei Bestehen.
- **Stornierungsbedingungen:**
 - Bis zu 6 Wochen vorher: Kostenfrei (abzgl. Transaktionsgebühren).
 - Bis zu 14 Tage vorher: **245 €** Stornierungsgebühr.
 - Weniger als 14 Tage vorher: Die gesamte Prüfungsgebühr verfällt.

Teil 1- Überblick- Aufnahmegergespräch .

Die Anamnese in der FaMED-Prüfung: Format und Schlüsselstrategien

Der Prüfungsteil der Anamnese ist eine **10-minütige Station**, die Ihre klinischen Kommunikations- und Informationserfassungsfähigkeiten unter Zeitdruck prüft. Der Erfolg hängt davon ab, das einzigartige und schnelle Format zu verstehen.

Die entscheidenden ersten 30 Sekunden

Gleich zu Beginn erhalten Sie ein entscheidendes **30-sekündiges Vorbereitungsfenster**. In dieser Zeit werden zwei wichtige Informationen auf der linken Seite des Bildschirms angezeigt:

- Ihre zugewiesene **Rolle** (z. B. Ärztin in der Notaufnahme).
- Der **vollständige Name des Patienten**.

Ihre einzige Aufgabe in diesen 30 Sekunden ist es, diese Informationen zu lesen und aufzunehmen.

Durchführung und Kernstrategie

- **Die Begrüßung:** Ihre erste Handlung **muss sein**, den Patienten mit seinem Namen zu begrüßen. Dies ist ein unverzichtbarer erster Schritt, der zeigt, dass Sie die Vorbereitungszeit korrekt genutzt haben.
- **Notizen anfertigen:** Es wird dringend empfohlen, während des gesamten Gesprächs Notizen zu machen. Diese einfache Handlung hilft Ihnen, den Überblick über bereits gestellte Fragen zu behalten und eine klare Struktur beizubehalten. Unter Prüfungsstress sind Notizen ein unschätzbares Werkzeug, um organisiert zu bleiben und alle wesentlichen Punkte der Krankengeschichte abzudecken.

Hier ist die aktuelle, thematisch geordnete Liste der relevanten FaMED-Fälle aus dem Protokoll:

I. Onkologische Anamnese

1. Kolonkarzinom
2. Bronchialkarzinom
3. Ösophaguskarzinom

II. Traumatologische Anamnese

4. Kniestrauma
5. Knieverletzung
6. Sprunggelenksverletzung

III. Schmerz- und Internistische Anamnese

7. Thoraxschmerzen
8. Bauchschmerzen
9. Rückenschmerzen mit Kribbeln im Bein

IV. Neurologische Anamnese

10. Migräne
11. Vertigo/ Tinnitus

V. HNO- und Allgemein-Anamnese

12. Mandelentzündung

13. Halsschmerzen/ Fatigue/ Covid
14. Chronische Fatigue

1. Der Einstieg (Setting the Stage)

Führung übernehmen Ihr Ziel ist es, die Führung zu etablieren. Sie müssen sich klar vorstellen, Ihre Rolle definieren und die Identität des Patienten verifizieren. Dies ist der „Händedruck“, bevor das Geschäft beginnt.

Generelles Aufnahmegergespräch

1. Schönen guten Tag. Ich bin Herr XXX. Ich bin Assistenzärzt hier auf der Station täglich und würde gerne das Aufnahmegergespräch mit Ihnen durchführen. Sind Sie damit einverstanden?
2. Wenn Sie Fragen haben oder etwas nicht verstehen, geben Sie mir bitte ein Zeichen, dann machen wir eine kurze Pause.
3. Wie heißen Sie?
4. Können Sie mir bitte Ihre Nach- und Vornamen buchstabieren?
5. Wie alt sind Sie und wann genau sind Sie geboren?
6. Wie groß sind Sie?
7. Wie viel wiegen Sie ?
8. Was machen Sie beruflich?
9. Wie heißt ihr Hausarzt ?

2. Die Aktuelle Anamnese (Der Trichter)

Vom Offenen zum Geschlossenen Jetzt bewegen wir uns zum Kern der Prüfung. Beginnen Sie mit offenen Fragen (lassen Sie den Patienten erzählen) und wechseln Sie dann zu geschlossenen Fragen (Details abfragen). Unterbrechen Sie den Patienten in der ersten Minute nicht, es sei denn, er schweift völlig ab.

Die Kernfrage:

- „Was führt Sie zu uns?“ / „Warum sind Sie ins Krankenhaus gekommen?“
- „Was kann ich für Sie tun, Herr/Frau ...?“

Exploration der Beschwerden Sobald das Problem benannt ist, müssen Sie tiefer graben. Nutzen Sie diese Standardfragen, um vage Aussagen zu präzisieren.

Allgemeine Beschwerden:

- „Was für Beschwerden haben Sie genau?“
- „Seit wann haben Sie diese Beschwerden?“
- „Hatten Sie einen Unfall?“
- „Haben Sie das Bewusstsein verloren? War Ihnen schwindelig oder schwarz vor Augen?“
- „Hatten Sie diese Beschwerden früher schon einmal?“
- „Verändern sich die Beschwerden im Laufe der Zeit?“
- „Haben Sie noch weitere Beschwerden? Ist Ihnen noch etwas aufgefallen?“
- „Haben Sie etwas Ungewöhnliches bemerkt?“

3. Die Schmerzanalyse (OPQRST)

Das Schema für den Schmerz Erwähnt der Patient Schmerzen, schalten Sie sofort in den OPQRST-Algorithmus um. Das zeigt dem Prüfer Ihre klinische Strenge. Lassen Sie niemals eine Schmerzklage unquantifiziert.

- **Zeitliches Auftreten (Onset/Time):**
 - „Seit wann haben Sie Schmerzen?“
 - „Haben die Schmerzen plötzlich begonnen oder langsam?“
 - „Wie lange dauert der Schmerz?“
 - „Ist der Schmerz dauerhaft oder sind Sie manchmal auch schmerzfrei?“
- **Lokalisation (Location):**
 - „Wo genau tut es Ihnen weh?“
 - „Strahlen die Schmerzen aus?“
- **Stärke (Severity):**
 - „Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 0-10, wobei 0 kein Schmerz und 10 der stärkste vorstellbare Schmerz ist?“
- **Qualität (Quality):**

Wie fühlen sich die Schmerzen an?

Sind sie eher brennend, drückend, stechend, klopfend, ziehend, ...?

- **Ausstrahlender Schmerz**
 - **Bohrender, stechender Schmerz**
 - **Brennender Schmerz**
 - **Diffuser Schmerz**
 - **Engegefühl, drückender Schmerz**
 - **Plötzlich auftretender, heftiger Schmerz**
 - **Zunehmender, kribbelnder Schmerz**
 - **Lokalisierte, scharfe, starker Schmerz**
 - **Wandernder Schmerz**
 - **Wellenförmiger Schmerz**
- **Modifizierende Faktoren:**
 - „Haben Sie etwas gegen die Schmerzen eingenommen?“
 - „Können Sie einen Auslöser für die Schmerzen erkennen?“
 - „Haben Sie die Beschwerden nur bei Belastung oder auch in Ruhe?“
 - „Gibt es etwas, das die Schmerzen lindert oder verstärkt?“
 - „Hilft Ihnen eher Wärme oder Kälte?“

4: Der Body-Scan (Vegetative Anamnese)

Der System-Check Sie haben das Hauptproblem analysiert. Jetzt müssen Sie herauszoomen und den Rest des Körpers prüfen. Dieser Abschnitt ist entscheidend, um „Red Flags“ wie B-Symptome (Tumorverdacht) oder Infektionszeichen zu erkennen. Denken Sie daran wie an den Check der Armaturen im Auto.

Vegetative Anamnese:

- „War Ihnen übel? Mussten Sie erbrechen?“
- „Haben Sie Nachtschweiß bemerkt?“
- „Haben Sie Fieber gemessen?“
- „Haben Sie Probleme beim Wasserlassen oder Stuhlgang? Leiden Sie unter Durchfall oder Verstopfung?“
- „Darf ich Sie fragen, ob Sie Probleme beim Geschlechtsverkehr haben?“
- „Schlafen Sie gut? Haben Sie Ein- oder Durchschlaf Schwierigkeiten?“
- „Hat sich Ihr Appetit in letzter Zeit verändert?“
- „Haben Sie in letzter Zeit ungewollt zu- oder abgenommen?“
- „Haben Sie Husten? Kommt dabei Schleim hoch oder ist es ein trockener Husten?“

5: Spezielle Organsysteme (Gynäkologie)

Sensibilität und Präzision Bei Patientinnen, insbesondere mit Bauchschmerzen, ist dieser Block obligatorisch. Leiten Sie dies sanft ein („Um die Ursache genau einzugrenzen, muss ich Ihnen nun ein paar persönliche Fragen stellen“).

• Gynäkologische Anamnese:

- „Wie sieht es mit Ihrer Menstruation aus? Ist sie regelmäßig?“
- „Wann hatten Sie Ihre letzte Regelblutung?“
- „Haben Sie Menstruationsbeschwerden?“
- „Waren Sie schon einmal schwanger? Haben Sie Kinder?“
- „Besteht im Moment die Möglichkeit einer Schwangerschaft?“
- „Hatten Sie eine Fehlgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch?“
- „Verhüten Sie? Wie verhüten Sie? Nehmen Sie die Pille?“
- „Hatten Sie einen Kaiserschnitt?“

6: Hintergrund & Risikoprofil (SAMPLER)

Die Detektivarbeit Jetzt sammeln wir die Hintergrunddaten. Hier finden Sie die Risikofaktoren, die Ihre Verdachtsdiagnose stützen (z. B. Rauchen + Husten = Karzinomrisiko).

- **Vorerkrankungen / Voroperationen:**

- „Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?“ (Diabetes, Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte?)
- „Waren Sie in letzter Zeit im Krankenhaus?“
- „Sind Sie schon einmal operiert worden? Wann und aus welchem Grund?“

- **Medikamente:**

- „Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?“
- „In welcher Dosierung?“
- „Nehmen Sie etwas bei Bedarf ein?“
- „Haben Sie einen Medikamentenplan dabei?“

- **Allergien:**

- „Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?“
- „Haben Sie Lebensmittelunverträglichkeiten?“
- „Wie äußert sich diese Allergie?“
- „Ist bei Ihnen eine Kontrastmittelallergie bekannt?“ (*Wichtig für das CT!*)

- **Noxen (Lebensstil):**

- „Rauchen Sie? Seit wann? Wie viele Zigaretten pro Tag?“ (Pack-Years berechnen!)
- „Trinken Sie Alkohol? Wie viel und wie oft?“
- „Nehmen Sie die folgende Frage bitte nicht persönlich, das ist Routine: Hatten Sie schon einmal Kontakt mit Drogen?“

- **Familienanamnese:**

- „Sind Ihre Eltern gesund? Woran sind sie gestorben?“
- „Gibt es Erbkrankheiten in Ihrer Familie (Krebs, Herzinfarkt, Diabetes)?“

7: Sozialer Kontext & Psychoanamnese

Planung der Entlassung beginnt hier. Die Prüfer wollen wissen: „Wenn wir diesen Patienten entlassen, ist er sicher?“ Dieser Abschnitt baut das soziale Sicherheitsnetz.

- Psychoanamnese:
 - Haben Sie in letzter Zeit vermehrt Stress oder etwas, das Sie mental belastet?
 - Fühlen Sie sich in letzter Zeit stark belastet oder gestresst?
- Sozialanamnese:
 - Was machen Sie beruflich? Was sind Sie von Beruf?
 - Haben Sie Stress bei der Arbeit?
 - Sind Sie verheiratet?
 - Haben Sie Kinder?
 - Leben Sie allein? Mit wem leben Sie zusammen?
 - Gibt es jemanden, der sich im Notfall um Sie kümmern kann?
 - Wie leben Sie? Haben Sie ein Haus oder eine Wohnung?
 - Müssen Sie viele Treppen steigen?

8: Gesprächsabschluss

Jetzt würde ich nochmal kurz zusammenfassen: Sie haben ... Habe ich alles richtig verstanden?

Möchten Sie noch etwas hinzufügen?

Als Nächstes werde ich eine körperliche Untersuchung durchführen, Ihre Lunge und Ihr Herz abhören sowie Ihren Bauch abtasten.

Außerdem werde ich Ihnen ein bisschen Blut abnehmen, um die Blutwerte zu kontrollieren.

Anschließend werde ich alle Ergebnisse mit meinem Oberarzt besprechen, und dann können wir Ihnen sagen, was Sie genau haben.

Haben Sie noch Fragen an mich? Dann gehen wir weiter.

Von meiner Seite war das alles. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ich kann noch nicht sicher sagen, was Ihnen fehlt. Es könnte sich um ... handeln. Um eine abschließende Diagnose zu stellen, müssen wir noch ein paar Untersuchungen vornehmen. Ich bespreche Ihren Fall nun mit dem Oberarzt und komme danach wieder zu Ihnen.

I. Onkologische Anamnese

Fall-Nr.	Fall	Spezifische Fragen (Fokus auf Tumor-Relevanz und B-Symptome)
1	Kolonkarzinom	Gastrointestinal: Stuhlveränderungen (Konsistenz, Frequenz)? Blut im Stuhl (Hämatochezie/Teerstuhl)? Bauchschmerzen? Allgemein: Gewichtsverlust? Anämie-Symptome (Müdigkeit, Blässe)? Familienanamnese (Polypen, Darmkrebs)?
2	Bronchialkarzinom	Respiratorisch: Chronischer Husten (seit wann)? Auswurf (Blut, Farbe)? Atemnot (Dyspnoe)? Thoraxschmerz? Allgemein: B-Symptome (Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust)? Nikotinkonsum (sehr detailliert)? Berufliche Exposition (Asbest)?
3	Ösophaguskarzinom	Gastrointestinal: Schluckbeschwerden (Dysphagie – zuerst fest, dann flüssig)? Sodbrennen (Reflux)? Schmerz beim Schlucken (Odynophagie)? Allgemein: Gewichtsverlust? Noxen (Alkohol, Nikotin)?

1. Kolonkarzinom

1. Seit wann haben Sie Bauchschmerzen?
2. Sind die Schmerzen plötzlich oder schrittweise aufgetreten?
3. Gibt es einen bestimmten Auslöser für die Schmerzen oder etwas, was sie verstärkt oder lindert?
4. Können Sie mir zeigen, wo genau es weh tut?
5. Strahlen die Schmerzen in anderen Körperteilen irgendwohin aus?
6. Wie würden Sie die Schmerzen beschreiben? Sind sie dumpfe, drückende oder eher krampfartige Schmerzen?
7. Wie stark sind die Schmerzen auf einer Schmerzskala von 1 bis 10, wobei 1 ganz leichte und 10 unerträgliche Schmerzen sind?
8. Wie verlaufen die Schmerzen? Haben sie sich mit der Zeit verschlimmert oder verbessert?
9. Haben Sie bereits dagegen irgendwelche Medikamente eingenommen?
10. Leiden Sie unter Übelkeit? Wenn ja, mussten Sie sich übergeben?
11. Wie sah das Erbrochenes aus? Waren das nur Essensreste oder eher Galle oder war da Blut im Erbrochenen?
12. Haben Sie Probleme oder Veränderungen beim Stuhlgang, wie z. B. Verstopfung, Durchfall, Teerstuhl oder Blut im Stuhl?
13. Haben Sie auch Probleme beim Wasserlassen?
14. Haben Sie in letzter Zeit Erkältungssymptome, wie Fieber, Schüttelfrost oder Nachtschweiß bemerkt?
15. Ist Ihnen schwindelig oder sind Sie in letzter Zeit ohnmächtig geworden?
16. Hat sich Ihr Appetit in letzter Zeit verändert?
17. Haben Sie in den letzten 6 Monaten ungewollt ab- oder zugenommen?
18. Haben Sie Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen?

2. Ösophaguskarzinom

1. Was führt Sie denn zu uns?
2. Seit wann haben Sie diese Schluckbeschwerden?
3. Sind die Schwierigkeiten beim Schlucken plötzlich oder schrittweise aufgetreten?
4. Haben Sie Probleme nur mit fester Nahrung oder auch mit flüssiger Nahrung?
5. Haben Sie auch Schmerzen beim Schlucken?
6. Schmerzanamnese (Lokalisation, Ausstrahlung, Beschreibung, Skala)
7. Wie verlaufen die Beschwerden? Haben sie sich mit der Zeit verschlimmert?
8. Ist Ihnen aufgefallen, dass Sie in letzter Zeit mehr Speichel in Ihrem Mund haben?
9. Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen die Nahrung oder Flüssigkeit in den Mund hochkommt?
10. Haben Sie in letzter Zeit einen Kloß im Hals gespürt?
11. Ist Ihnen aufgefallen, dass Ihr Hals angeschwollen ist?
12. Haben Sie in letzter Zeit irgendwelche Veränderungen Ihrer Stimme wie Heiserkeit bemerkt?
13. Haben Sie Schmerzen hinter dem Brustbein?
14. Leiden Sie unter trockenem Husten, besonders nachts beim Liegen?
15. Leiden Sie unter Sodbrennen?
16. Müssen Sie häufig sauer aufstoßen?
17. Haben Sie normalerweise Blähungen oder Völlegefühl im Bauch?
18. Ist Ihnen übel? Wenn ja, mussten Sie sich übergeben? Seit wann? Wie oft?
19. Wie sah das Erbrochenes aus? Waren das Essensreste, oder eher Galle, oder war da Blut im Erbrochenen?
20. Haben Sie Probleme oder Veränderungen beim Stuhlgang, wie z. B. Verstopfung, Durchfall, Teerstuhl oder Blut im Stuhl? Seit wann? Wie oft?
21. Haben Sie auch Probleme beim Wasserlassen?
22. Ist Ihnen in letzter Zeit noch etwas aufgefallen, wie z. B. Schwindel oder Müdigkeit?
23. Haben Sie in letzter Zeit Erkältungssymptome, wie Fieber, Schüttelfrost oder Nachtschweiß bemerkt?
24. Hat sich Ihr Appetit in letzter Zeit verändert?
25. Haben Sie in den letzten 6 Monaten ungewollt ab- oder zugenommen?
26. Haben Sie Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen?
27. Möchten Sie zu Ihren Beschwerden etwas hinzufügen?

3. Bronchialkarzinom

1. Was führt Sie denn zu uns?
2. Seit wann haben Sie Husten?
3. Ist der Husten plötzlich oder schrittweise aufgetreten?
4. Gibt es einen bestimmten Auslöser für den Husten, oder etwas, was ihn verstärkt oder lindert?
5. Hat sich der Husten im Verlauf verschlimmert oder verbessert?
6. Ist der Husten trocken oder eher produktiv bzw. mit Auswurf?
7. Wie sah der Auswurf aus? Können Sie die Konsistenz und Farbe genau beschreiben? War er dickflüssig oder dünnflüssig?
8. Haben Sie im Auswurf Blut bemerkt? Wenn ja, wie oft und in welcher Menge ist es aufgetreten?
9. Haben Sie irgendwelche Veränderungen Ihrer Stimme bemerkt, wie z. B. Heiserkeit?
10. Leiden Sie in letzter Zeit unter Atemnot?
11. Wann treten diese Atembeschwerden auf? (bei Belastung, in Ruhe, oder nachts?)
12. Haben Sie Schmerzen oder Engegefühl im Brustbereich?
13. Schmerzanamnese: Lokalisation, Ausstrahlung, Beschreibung, Verlauf, Auslöser
14. Hatten Sie in letzter Zeit eine Infektion der Atemwege?
15. Hatten Sie kürzlich Kontakt zu jemandem mit COVID-19?
16. Ist Ihnen übel? Wenn ja, mussten Sie sich übergeben?
17. Haben Sie in letzter Zeit Schwindel, Müdigkeit oder Leistungsschwäche bemerkt?
18. Haben Sie in letzter Zeit irgendwelche Erkältungssymptome, wie Fieber, Schüttelfrost oder Nachtschweiß?
19. Hat sich Ihr Appetit verändert?
20. Haben Sie in den letzten 6 Monaten ungewollt ab- oder zugenommen?
21. Haben Sie Probleme mit dem Stuhlgang oder beim Wasserlassen?
22. Möchten Sie zu Ihren Beschwerden etwas hinzufügen?

II. Traumatologische Anamnese

Fall-Nr.	Fall	Spezifische Fragen (Fokus auf Unfallhergang und Funktion)
4	Kniestrauma	<p>Trauma-Mechanismus: Wie genau ist die Verletzung passiert (Verdrehung, direkter Schlag)?</p> <p>Funktion: Belastbarkeit (Kann der Patient stehen)? Gelenkblockade?</p> <p>Begleitsymptome: Schwellung (akut/verzögert)? Instabilität (Gefühl des Wegknickens)? Hämatom?</p>
5	Knieverletzung	<p>Trauma-Mechanismus: Wie genau ist die Verletzung passiert (Verdrehung, direkter Schlag)?</p> <p>Funktion: Belastbarkeit (Kann der Patient stehen)? Gelenkblockade?</p> <p>Begleitsymptome: Schwellung (akut/verzögert)? Instabilität (Gefühl des Wegknickens)? Hämatom?</p>
6	Sprunggelenkverletzung	<p>Trauma-Mechanismus: Umnicken (Inversion/Eversion)? Aus welcher Höhe? Funktion: Belastbarkeit (Kann der Patient 4 Schritte gehen? Ottawa-Ankle-Rules)?</p> <p>Lokalisation: Wo genau der Schmerz (Ligament/Knochen)? Schwellung/Instabilität?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie ist der Unfall passiert? Können Sie bitte den Unfallhergang genauer beschreiben? (Wann, Wo und Wie ist das passiert?) - Sind sie gestürzt? Sind Sie auf der linken/rechten Seite gefallen? - Haben Sie eine Helm getragen oder waren Sie angeschnallt? - Wie sind Sie ins Krankenhaus gekommen? - Haben sie sich am Kopf verletzt? - War Ihnen schwindelig oder wurden Sie ohnmächtig? - Wo haben sie Schmerzen? - Wie stark sind die Schmerzen? - Strahlen Sie die Schmerzen auf? - Haben Sie die Schmerzen verändert? Verändert sich der Schmerz beim Gehen, Treppensteigen, Hocken oder beim Sport? - Sind Ihnen Abschürfungen? Haben Sie andere Verletzungen bemerkt sowie Schürfwunden/ Platzwunden? - Ist das Knie/ der Knöchel geschwollen, überwärmst? - Können Sie das Knie/ den Knöchel bewegen? Gibt es Einschränkungen? - Haben Sie Taubheitsgefühl oder Kribbeln? - Hatten Sie schon früher Probleme oder Verletzungen an diesem Gelenk? - Haben Sie einen aktuellen Tetanusschutz? Wurde die Tetanusimpfung in den letzten 10 Jahren bei Ihnen aufgefrischt? - Möchten Sie noch etwas hinzufügen?

III. Schmerz- und Internistische Anamnese

Fall-Nr.	Fall	Spezifische Fragen (Fokus auf Schmerzcharakter und Red Flags)
7	Thoraxschmerzen	<p>Kardial: Retrosternal (hinter dem Brustbein)? Ausstrahlung (Arme, Kiefer, Rücken)? Belastungsabhängig? Dauer?</p> <p>Pulmonal: Atemabhängig? Husten?</p> <p>Muskuloskelettal: Lage-/druckabhängig?</p> <p>Red Flags: Atemnot, Schweißausbrüche, Übelkeit?</p>
8	Bauchschmerzen	<p>Lokalisation: Wo genau? Wechselseitig?</p> <p>Art: Kolikartig? Dumpf? Brennend?</p> <p>Auslöser: Nahrungsabhängig? Zeitpunkt (postprandial/nüchtern)?</p> <p>Begleitsymptome: Übelkeit/Erbrechen? Fieber? Stuhlgang (Diarrhoe, Obstipation)? Abwehrspannung?</p>
9	Rückenschmerzen mit Kribbeln im Bein	<p>Schmerzcharakter: Brennend, ziehend, stechend?</p> <p>Ausstrahlung: Wo genau kribbelt es? Bis zum Fuß?</p> <p>Red Flags: Blasen- oder Mastdarmstörungen (Cauda-equina-Syndrom)? Motorische Schwäche (Herabfallen des Fußes)?</p> <p>Auslöser: Husten, Niesen, Pressen?</p>

7. Thoraxschmerzen

1. Sind die Schmerzen **plötzlich** aufgetreten (wie ein Blitzschlag) oder haben sie sich langsam entwickelt?
2. Können Sie mir zeigen, **wo genau** es wehtut? (Hinter dem Brustbein?)
3. **Strahlen die Schmerzen aus?** (In den linken Arm, in den Kiefer, in den Hals, in den Rücken oder in den Oberbauch?)
4. Wie würden Sie die Schmerzen **beschreiben**? Sind es dumpfe, drückende, brennende oder eher stechende Schmerzen?
5. Haben Sie ein **Engegefühl** in der Brust (wie ein "Elefant auf der Brust")?
6. Wie stark sind die Schmerzen auf einer **Skala von 1 bis 10**?
7. Sind die Schmerzen **dauerhaft** oder kommen und gehen sie (wellenförmig)?
8. Gibt es einen **Auslöser**? Treten die Schmerzen eher bei **Belastung** (z. B. Treppensteigen) oder in Ruhe auf?
9. Werden die Schmerzen schlimmer, wenn Sie **tief einatmen** oder husten? (Atemabhängig?)
10. Verändern sich die Schmerzen, wenn Sie Ihre Position ändern oder auf den Brustkorb drücken? (Lageabhängig/Druckabhängig?)
11. Haben Sie das Gefühl, **schlecht Luft** zu bekommen (Atemnot/Dyspnoe)?
12. Ist Ihnen **übel**? Mussten Sie sich übergeben?
13. Haben Sie **kalten Schweiß** auf der Stirn bemerkt oder stark geschwitzt?
14. Haben Sie **Herzrasen** oder Herzstolpern (Palpitationen) gespürt?
15. Ist Ihnen **schwindelig** oder war Ihnen schwarz vor Augen? Sind Sie ohnmächtig geworden (Synkope)?

16. Haben Sie Husten? Kommt dabei Auswurf oder Blut hoch?
17. Leiden Sie unter **Sodbrennen** oder saurem Aufstoßen?
18. Haben Sie **Schmerzen oder Schwellungen in den Beinen** (besonders in der Wade) bemerkt?
19. Hatten Sie vor Kurzem eine lange Flugreise, Autofahrt oder waren Sie lange bettlägerig?
20. Leiden Sie an **Bluthochdruck**, Diabetes oder erhöhten Blutfettwerten?
21. Rauchen Sie?
22. Gibt es in Ihrer Familie Fälle von Herzinfarkten oder Herzerkrankungen?
23. Möchten Sie zu Ihren Beschwerden etwas hinzufügen?

8. Bauchschmerzen

1. Seit wann haben Sie Bauchschmerzen?
2. Wie haben die Schmerzen angefangen? Plötzlich oder langsam?
3. Wie fühlen sich die Schmerzen an?
 - Stechend?
 - Krampfartig (kolikartig)?
 - Druckend oder klopfend?
4. Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 bis 10?
5. Wo tut es am meisten weh?
6. Strahlen die Schmerzen irgendwohin aus? (z. B. Rücken, Schulter, Unterleib)
7. Haben sich die Schmerzen mit der Zeit verändert?
 - Sind sie stärker geworden?
 - Oder schwächer?
8. Gibt es etwas, das die Schmerzen besser oder schlimmer macht?
 - Beim Essen?
 - Beim Aufstehen?
 - Nach dem Stuhlgang?
9. Haben Sie Blähungen oder Aufstoßen?
10. Haben Sie Blut im Stuhl gesehen?
11. Wie ist der Stuhlgang?
 - Welche Farbe hat der Stuhl?
 - Ist er fest, breiig oder flüssig?
12. Haben Sie schon etwas gegen die Schmerzen unternommen? (z. B. Medikamente, Wärme, Ruhe)

9. Rückenschmerzen mit Kribbeln im Bein:

1. Was führt Sie zu uns?
2. Seit wann haben Sie diese Rückenschmerzen?
3. Sind die Schmerzen **plötzlich** aufgetreten (z. B. nach einer falschen Bewegung („Hexenschuss“)) oder haben sie sich langsam entwickelt?
4. Gab es einen bestimmten **Auslöser**, wie schweres Heben, Bücken oder einen Unfall?
5. Wo genau sitzt der Schmerz? (Im unteren Rücken/Lendenwirbelsäule?)
6. **Strahlen die Schmerzen aus?** (In das Gesäß, den Oberschenkel, die Wade oder bis in den Fuß?)
7. In welches Bein strahlt der Schmerz aus? Rechts oder links?
8. Bis wohin genau zieht der Schmerz? (Nur bis zum Knie oder bis in die Zehen?)
9. Wie würden Sie die Schmerzen **beschreiben**? Sind sie stechend, ziehend, brennend oder wie ein elektrischer Schlag?
10. Wie stark sind die Schmerzen auf einer **Skala von 1 bis 10**?
11. Haben Sie ein **Kribbeln** („Ameisenlaufen“) oder ein **Taubheitsgefühl** bemerkt?
Wenn ja, wo genau? (Am Fuß, an der Wade, am Oberschenkel?)
12. Haben Sie eine **Kraftminderung** oder Schwäche im Bein bemerkt?
13. Haben Sie Probleme beim Gehen? Stolpern Sie häufiger oder können Sie den Fuß nicht richtig heben (Fußheberschwäche)?
14. Verstärken sich die Schmerzen beim **Husten, Niesen oder Pressen**? (Wichtiges Zeichen für Bandscheibenvorfall)
15. Was macht die Schmerzen schlimmer oder besser? (Ist Liegen besser als Stehen?)
16. **WICHTIG (Red Flags / Cauda-Equina-Syndrom):** Haben Sie Probleme beim **Wasserlassen** oder beim **Stuhlgang**?
17. Können Sie den Urin oder Stuhl halten (Inkontinenz)?
18. Können Sie Wasser lassen, wenn Sie wollen (Harnverhalt)?
19. Haben Sie ein **Taubheitsgefühl im Genitalbereich** oder am Gesäß („Reithosenanästhesie“)?
20. Haben Sie Fieber, Nachtschweiß oder haben Sie ungewollt an Gewicht verloren? (Ausschluss Tumor/Entzündung)
21. Haben Sie auch nachts in Ruhe Schmerzen?
22. Hatten Sie solche Beschwerden schon einmal? Ist ein Bandscheibenvorfall bei Ihnen bekannt?
23. Nehmen Sie Kortison ein oder haben Sie Osteoporose?
24. Hatten Sie jemals eine Krebserkrankung?
25. Nehmen Sie aktuell Schmerzmittel? Helfen diese?
26. Was machen Sie beruflich? (Körperlich schwere Arbeit?)

IV. Neurologische Anamnese

Fall-Nr.	Fall	Spezifische Fragen (Fokus auf Charakterisierung und Begleitsymptome)
10	Migräne	Charakter: Pulsierend? Ein- oder beidseitig? Stärke? Begleitsymptome: Lichtempfindlichkeit (Photophobie)? Lärmempfindlichkeit (Phonophobie)? Übelkeit/Erbrechen? Aura: Sehstörungen, Kribbeln davor? *Häufigkeit/Dauer/Auslöser?
11	Vertigo/ Tinnitus	Schwindelart: Dreh-, Schwank- oder Liftgefühl? Auslöser: Lageabhängig (z.B. Kopfbewegung)? Tinnitus: Ein- oder beidseitig? Hochfrequent/tieffrequent? Begleitsymptome: Hörverlust? Übelkeit? Doppelbilder? Neurologische Ausfälle?

10. Migräne/kopfschmerzen:

1. Seit wann haben Sie diese Kopfschmerzen?
2. Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 bis 10 ?
3. Wo tut es am meisten weh?
 - Auf der rechten oder linken Seite?
 - Hinter den Augen, an der Stirn, am Hinterkopf?
4. Wie fühlen sich die Schmerzen an?
 - Klopfen?
 - Stechend?
 - Pulsierend oder drückend?
5. Strahlen die Schmerzen irgendwohin aus? (z. B. in den Nacken, Schultern, Kiefer)
6. Wie haben die Schmerzen begonnen?
 - Plötzlich?
 - Langsam?
7. Haben sich die Schmerzen mit der Zeit verändert?
 - Stärker oder schwächer geworden?
 - Kommen und gehen Sie?
8. Haben Sie auch andere Beschwerden bemerkt?
 - Kribbeln oder Taubheit im Gesicht, Arm oder Bein?
 - Schwindel oder Bewusstlosigkeit?
 - Unkontrollierte Augenbewegungen?
 - Geräusche im Kopf (z. B. Pfeifen, Brummen)?
9. Haben Sie schon etwas dagegen gemacht?
 - Medikamente genommen?
 - Ruhe gesucht?
 - Etwas geholfen?

11. Vertigo/ Tinnitus

1. Seit wann haben Sie Schwindel?
2. Wie häufig tritt der Schwindel auf und wie lange dauert er bei Ihnen an?
3. Können Sie mir den Schwindel genauer beschreiben? Ist es Dreh- oder Schwankschwindel?
4. Gibt es einen bestimmten Auslöser für den Schwindel oder etwas, was ihn verstärkt oder lindert?
5. Verstärkt sich der Schwindel insbesondere beim Hinlegen, beim Drehen des Kopfes oder beim Hoch- und Runterschauen?
6. Haben Sie begleitende Beschwerden, wie Übelkeit, Augenzittern oder Sehstörungen?
7. Haben Sie auch bemerkt, dass Sie Hörstörungen haben?
8. Seit wann haben Sie Ohrgeräusche?
9. Treten diese Ohrgeräusche einseitig oder beidseitig auf?
10. Wie laut ist die Geräusche?
11. Können Sie bitte die Geräusche beschreiben? Rauscht es, summt, zischt oder eher klingelt es?
12. Hat das Geräusch einen pulsartigen Charakter?
13. Wie verläuft der Tinnitus? Hat er sich mit der Zeit verschlimmert oder verbessert?
14. Haben Sie begleitende Beschwerden, wie Schwindel, Hörminderung oder Gleichgewichtsstörungen?
15. Haben Sie Angst-, Schlaf-, oder Konzentrationsstörungen?

V. HNO- und Allgemein-Anamnese

Fall-Nr.	Fall	Spezifische Fragen (Fokus auf Infektion und Dauer)
12	Mandelentzündung	Symptome: Schluckbeschwerden (Dysphagie)? Fieber/Schüttelfrost? Halsschmerzen (ein-/beidseitig)? Begleitsymptome: Geschwollene Lymphknoten am Hals? Kloßgefühl im Hals? Beläge gesehen?
13	Halsschmerzen/ Fatigue/ Covid	Halsschmerzen: Art und Dauer? Fatigue: Seit wann? Besserung durch Schlaf? Infektzeichen: Husten? Schnupfen? Geruchs-/Geschmacksverlust? Kontakt Anamnese: Kontakt zu Infizierten? Reisetätigkeit?
14	Chronische Fatigue	Dauer: Mindestens 6 Monate? Art: Tiefgreifende, einschränkende Erschöpfung? Ausschluss: Gibt es organische Ursachen (Schilddrüse, Anämie, Infektionen)? Begleitsymptome: Konzentrationsstörungen? Schmerzen? Lymphknotenschwellungen?

12. Mandelentzündung

1. Seit wann haben Sie diese Beschwerden?
2. Wie sehen Ihre Mandeln aus? Sind sie geschwollen, gerötet oder haben Sie etwas Auffälliges bemerkt?
3. Haben Sie auch Halsschmerzen?
4. Schmerzanamnese: Beschreibung, Skala, Ausstrahlung, Lokalisation, Verlauf
5. Sind Ihnen geschwollene Lymphknoten am Hals aufgefallen?
6. Können Sie die Knoten beschreiben? Sind Sie schmerhaft, beweglich oder fest?
7. Haben Sie das Gefühl, einen Kloß im Hals zu haben?
8. Leiden Sie in letzter Zeit unter Mundgeruch?
9. Haben Sie irgendwelche Veränderungen Ihrer Stimme wie Heiserkeit bemerkt?
10. Haben Sie früher solche Beschwerden?
11. Haben Sie in letzter Zeit Erkältungssymptome, wie Fieber, Schüttelfrost, Nachtschweiß, Schwindel oder Leistungsschwäche?
12. Ist Ihnen übel? Mussten Sie sich übergeben?
13. Hat sich Ihr Appetit verändert?
14. Haben Sie in letzter Zeit ungewollt ab- oder zugenommen?
15. Haben Sie Probleme mit dem Stuhlgang oder beim Wasserlassen?
16. Möchten Sie zu den Beschwerden etwas hinzufügen?

13. Halsschmerzen

1. Seit wann haben Sie Halsschmerzen?
2. Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 bis 10?
3. Wie fühlen sich die Schmerzen an?
 - Stechend, drückend oder pulsierend?
4. Wie haben die Schmerzen begonnen?
 - Plötzlich oder langsam?
5. Haben sich die Schmerzen verändert?
 - Sind sie besser oder schlimmer geworden?
6. Strahlen die Schmerzen in andere Bereiche aus? (z. B. in die Ohren oder den Kiefer?)
7. Haben Sie ein Kloßgefühl im Hals?
8. Haben Sie Husten, Atemnot oder Brustschmerzen?
9. Haben Sie Probleme beim Schlucken?
10. Wo genau tut es weh?
 - Links, rechts oder in der Mitte des Halses?
11. Haben Sie selbst schon etwas gegen die Schmerzen gemacht?
 - Medikamente, Hausmittel, Arztbesuch?

14. Fatigue

1. Seit wann fühlen Sie sich abgeschlagen oder erschöpft?
2. Ist die Erschöpfung dauerhaft oder tritt sie phasenweise auf?
3. Haben Sie ausreichenden und erholsamen Schlaf?
4. Hatten Sie in der letzten Zeit chronische Erkrankungen oder waren Sie häufig erkältet?
5. Fühlen Sie sich unter psychischen Belastungen oder vermehrtem Stress?
6. Haben Sie dazu auch Schwindel, Konzentrationsstörungen oder Kurzatmigkeit?
7. Haben Sie bemerkt, dass Ihr Herz ungewöhnlich schneller oder langsamer schlägt?
8. Schwitzen Sie in letzter Zeit vermehrt?
9. Ist Ihnen Herzstolpern aufgefallen?

1. Allgemeine Beschwerden & Schmerzen

Verwendung: Für den Einstieg in die Anamnese, die Schmerzanalyse (OPQRST), sowie bei Fieber und Erschöpfung.

Fachbegriff	Umgangssprache (Patient)	Englisch	Arabisch (العربية)	Russisch (Русский)	Spanisch (Español)
Nausea	Übelkeit / „Mir ist schlecht“	Nausea	غثيان (Ghatayan)	Тошнота (Toshnota)	Náuseas
Emesis	Erbrechen / „Übergeben“	Vomiting	قيء (Qay')	Рвота (Rvota)	Vómito
Fatigue	Erschöpfung / Müdigkeit	Fatigue / Exhaustion	إرهاق / تعب (Irhaaq/Ta'ab)	Усталость (Ustalost')	Fatiga / Cansancio
Febris / Pyrexie	Fieber	Fever	حمى (Humma)	Температура / Жар (Zhar)	Fiebre
Hyperhidrosis	Starkes Schwitzen / Nachtschweiß	Heavy sweating	تعرق (Ta'arruq)	Потливость (Potlivost')	Sudoración excesiva
Inappetenz	Appetitlosigkeit	Loss of appetite	فقدان الشهية (Fuqdan al-shahia)	Потеря аппетита (Poterya appetita)	Falta de apetito
Vertigo	Schwindel	Dizziness	دوخة (Dawkha)	Головокружение (Golovokruzhenie)	Mareo / Vértigo

Synkope	Ohnmacht / „Umgekippt“	Fainting	إغماء (Ighma')	Обморок (Obmorok)	Desmayo
Cephalgie	Kopfschmerzen	Headache	صداع (Suda')	Головная боль (Golovnaya bol')	Dolor de cabeza
Exazerbation	Verschlimmerung	Worsening	تفاقم (Tafaqum)	Обострение (Obostrenie)	Empeoramiento

2. Gastrointestinaltrakt (Magen-Darm)

Verwendung: Für Fälle wie *Kolonkarzinom, Ösophaguskarzinom, Bauchschmerzen*

Fachbegriff	Umgangssprache (Patient)	Englisch	Arabisch (العربية)	Russisch (Русский)	Spanisch (Español)
Dysphagie	Schluckbeschwerden	Difficulty swallowing	صعوبة البلع (Su'ubat al-bal')	Затрудненно е глотание (Zatrudnenno e glotanie)	Dificultad para tragar
Odynophagie	Schmerzen beim Schlucken	Painful swallowing	ألم عند البلع (Alam 'inda al-bal')	Боль при глотании (Bol' pri glotanii)	Dolor al tragar
Reflux / Pyrosis	Sodbrennen / Saures Aufstoßen	Heartburn	حرقة المعدة (Harqat al-ma'ida)	Изжога (Izzhoga)	Acidez / Ardor
Meteorismus	Blähungen / „Luft im Bauch“	Bloating / Gas	انتفاخ / غازات (Intifakh/G hazat)	Вздутие живота (Vzdutie zhivota)	Gases / Hinchañon
Obstipation	Verstopfung	Constipation	إمساك (Imsak)	Запор (Zapor)	Estreñimiento
Diarrhoe	Durchfall	Diarrhea	إسهال (Ishhal)	Диарея / Понос (Ponos)	Diarrea

Hämatochezie	Blut im Stuhl (frisch)	Blood in stool	دم في البراز (Dam fi al-baraz)	Кровь в стуле (Krov' v stule)	Sangre en las heces
Meläna	Teerstuhl (schwarz)	Tarry stool	براز أسود (Baraz aswad)	Дегтяобразный стул (Degtyaobrazny stul)	Heces negras (Melena)

3. Kardiopulmonal (Herz & Lunge)

Verwendung: Für Fälle wie *Thoraxschmerzen, Bronchialkarzinom, Mandelentzündung, Covid.*

Fachbegriff	Umgangssprache (Patient)	Englisch	Arabisch (العربية)	Russisch (Русский)	Spanisch (Español)
Dyspnoe	Atemnot / „Keine Luft kriegen“	Shortness of breath	ضيق تنفس (Diq tanaffus)	Одышка (Odyshka)	Falta de aire / Disnea
Tussis	Husten	Cough	سعال (Su'al)	Кашель (Kashel)	Tos
Sputum / Expektorat	Auswurf / Schleim	Phlegm / Sputum	بلغم (Balgham)	Мокрота (Mokrota)	Flema / Esputo
Hämoptysie	Bluthusten	Coughing up blood	سعال مصحوب بدم (Su'al ma'a dam)	Кровохарканье (Krovokharkanye)	Tos con sangre
Palpitationen	Herzrasen / Herzstolpern	Heart palpitations	خفقان القلب (Khafaqan al-qalb)	Сердцебиение (Serdtsibienie)	Palpitaciones
Angina Pectoris	Brustenge / „Elefant auf der Brust“	Chest tightness	ذبحة صدرية (Dhabha sadria)	Стенокардия (Stenokardiya)	Angina de pecho
Inspiration	Einatmen	Inhale	شهيق (Shahiq)	Вдох (Vdokh)	Inhalar

4. Neurologie & Sensorik (Nerven & Sinne)

Verwendung: Für Fälle wie *Migräne*, *Vertigo*, *Tinnitus*, *Rückenschmerzen* (*Ischialgie*).

Fachbegriff	Umgangssprache (Patient)	Englisch	Arabisch (العربية)	Russisch (Русский)	Spanisch (Español)
Parästhesie	Kribbeln / „Ameisenlaufen“	Tingling	تنميل (Tammil)	Покалывание (Pokalyvanie)	Hormigueo
Hypästhesie	Taubheitsgefühl / „Eingeschlafen“	Numbness	خدر (Khadar)	Онемение (Onemenie)	Entumecimiento
Parese	Lähmung / Schwäche	Paralysis / Weakness	شلل / ضعف (Shalal/Da'f)	Паралич / Слабость (Paralich)	Parálisis / Debilidad
Photophobie	Lichtempfindlichkeit	Light sensitivity	حساسية للضوء (Hasasiya lil-daw')	Светобоязнь (Svetoboyazn')	Sensibilidad a la luz
Phonophobie	Lärmempfindlichkeit	Noise sensitivity	حساسية للصوت (Hasasiya lil-sawt)	Боязнь шума (Boyazn' shuma)	Sensibilidad al ruido
Tinnitus	Ohrgeräusche / „Piepen im Ohr“	Ringing in ears	طنين الأذن (Tanin al-udhn)	Шум в ушах (Shum v ushakh)	Zumbido en los oídos
Visusstörung	Sehstörung / „Verschwommen sehen“	Vision problems	تشوش الرؤية (Tashawush al-ru'ya)	Нарушение зрения (Narushenie zreniya)	Visión borrosa

5. Traumatologie & Orthopädie (Unfall & Knochen)

Verwendung: Für Fälle wie *Knieverletzung, Sprunggelenk, Kniestreckung*.

Fachbegriff	Umgangssprache (Patient)	Englisch	Arabisch (العربية)	Russisch (Русский)	Spanisch (Español)
Hämatom	Bluterguss / „Blauer Fleck“	Bruise	كدمه (Kadma)	Синяк / Гематома (Sinyak)	Moretón / Hematoma
Ödem	Schwellung / „Dick geworden“	Swelling	تورم (Tawarrum)	Отек (Otek)	Hinchazón / Edema
Distorsion	Verstauchung / „Verdreht“	Sprain	ال扭伤 (Iltiwa')	Растяжение (Rastyazhenie)	Esguince
Fraktur	Knochenbruch	Fracture	كس (Kasr)	Перелом (Perelom)	Fractura
Supinations trauma	Umknicken (nach außen)	Twisted ankle	ال扭伤 الكاحل (Iltiwa' al-kahil)	Подворот ноги (Podvorot nogi)	Torcedura de tobillo
Mobilitätseinschränkung	Bewegungseinschränkung	Limited mobility	محدودية الحركة (Mahdudiyat al-haraka)	Ограничение подвижности	Movilidad limitada

Teil 1-Reaktionen

Angst

Ich kann Ihre Angst sehr gut verstehen. (Ich habe das Gefühl, dass Sie mit Ihren Gedanken woanders waren, vielleicht haben Sie Angst?)

Beruhigen Sie sich bitte! Sie brauchen im Moment keine Angst zu haben. Machen Sie sich keine Sorgen! Sie haben eine gute Entscheidung getroffen, dass Sie zugekommen sind. Sie sind in guten Händen und wir werden Ihnen helfen.

Schmerzen

Könnten Sie die Schmerzen noch ein bisschen aushalten, bis unser Gespräch zu Ende ist. Oder

soll ich Ihnen jetzt ein Schmerzmittel geben.

Ganz lieb! Auf jeden Fall wäre das besser für die Diagnose.

(Ok, jetzt gebe ich der Schwester einen Bescheid, damit sie Ihnen ein Schmerzmittel geben.)

Untersuchung

Das ist eine Routineuntersuchung. Wir machen das immer, fast jeden Tag. Außerdem ist es notwendig, dass wir eine Diagnose stellen können. Das ist die beste Möglichkeit für Sie. Glauben Sie mir.

CT/Röntgen gefährlich

Es gibt eine bestimmte Strahlenbelastung, die unser Körper aushalten kann. Und die Strahlenbelastung ist hier gering. Außerdem brauchen Sie diese Untersuchung.

Wir haben eine andere Variante, wenn Sie keine Strahlung möchten. MRT ist eine Alternative. Sie funktioniert mit Hilfe von einem Magnetfeldes.

Wie lange soll ich hier bleiben?

Das kann ich Ihnen im Moment noch nicht sagen.

Zuerst müssen wir noch einige Untersuchungen durchführen, dann können wir entscheiden.

Fragen nach Diagnose

Ich verstehe ganz genau, dass Sie die Ursache Ihrer Beschwerde möglichst schnell wissen möchten. Ich kann Ihnen im Moment keine genaue Diagnose nennen. Es bestehen mehrere Möglichkeiten für Ihre Beschwerde. Wir, als Ärzte, haben immer 3 Schritte, um eine Diagnose stellen zu können. Die Anamnese ist der erste Schritt, dann müssen wir eine körperliche sowie einige Laboruntersuchungen (oder apparative Diagnostik) abschließen. Bisher haben wir nur das Aufnahmegergespräch beendet. Deshalb kann ich Ihnen derzeit leider nur wenig sagen.

Etwas Schlimmes an Diagnose denken.

Das kann ich im Moment nicht genau sagen.

Wie müssen zuerst alle Untersuchungen abschließen, dann komme ich zu Ihnen zurück und wir sprechen ausführlich über alles.

Krebs

Ich kann Ihre Angst sehr gut verstehen. Beruhigen Sie sich bitte! Sie brauchen im Moment keine Angst zu haben. Sie müssen nicht gleich an die schlimmste Situation denken. Es kann viele Ursachen für Ihre Beschwerde geben. Sie sollten positiv denken. Wir müssen einige Untersuchungen durchführen, bevor wir eine genaue Diagnose haben.

Wenn Krebs in der Familie vorliegt und der Patient hat Angst davor.

A. Ich kann Ihre Angst sehr gut verstehen.

Aber ich möchte Sie beruhigen, weil Krebs nicht 100% erblich ist.

B. Um ehrlich zu sein, ist Krebs nicht 100% ausgeschlossen, Ihre Beschwerden könnten auch viele andere Gründe haben.

Rauchen

Wir können Ihnen helfen, wenn Sie möchten, mit dem Rauchen aufzuhören.

Wir haben erfahrenen Berater dafür. Nach unserem Gespräch können wir einen Termin vereinbaren, damit Sie mit ihm darüber sprechen können.

Stress wegen Beschwerden

Ich kann Ihren Stress sehr gut verstehen.

Aber ich möchte Sie beruhigen.

Sie haben eine gute Entscheidung getroffen, dass Sie zu uns gekommen sind. Sie sind in guten Händen und wir werden Ihnen helfen.

Beim Tod

Es tut mir wirklich leid.

Bitte, seien Sie nicht so aufgeregzt.

Wir haben alles unter Kontrolle.

Sie sind im Krankenhaus, wir lassen Sie nicht so einfach sterben.

Sie haben eine gute Entscheidung getroffen, dass Sie zu uns gekommen sind. Sie sind in guten Händen und wir werden Ihnen helfen.

Bestimmte Medikamente.

Das kann ich Ihnen im Moment nicht genau sagen.

Es kann viele Ursachen für Ihre Beschwerden geben.

Wir müssen zuerst alle Untersuchungen durchführen, dann komme ich zu Ihnen zurück und wir sprechen ausführlich über alles.

Magenspiegelung

Das ist eine Routineuntersuchung. Wir machen das immer, fast jeden Tag. Außerdem ist es notwendig, damit wir eine Diagnose stellen können. Dadurch können wir die inneren Wände der Speiseröhre des Magens und des Zwölffingerdarms auf einem Bildschirm sichtbar machen und genauer beurteilen. Das ist die beste Möglichkeit für Sie. Glauben Sie mir!

Was werden Sie für mich machen?

Also, als Erstes werde ich Sie körperlich untersuchen, dann werde ich Blut abnehmen und eine Röntgenaufnahme veranlassen, danach bespreche ich Ihre Beschwerden mit meinem Oberarzt und schließlich komme ich zurück und teile Ihnen mit, was zu tun ist.

Wir sollten zuerst ein paar Untersuchungen durchführen und ich werde Sie rechtzeitig über die weiteren Schritte informieren.

Wenn der Patient sauer wird.

Könnten Sie mich bitte ausruhen? Ich muss möglichst viele Informationen von Ihnen sammeln, damit ich am Ende eine richtige Diagnose stellen kann. Ich bitte Sie um Verständnis!

Wenn der Patient den Oberarzt oder Chefarzt bestellt.

Frau..., das kann ich gut verstehen. Natürlich jeder wünscht sich die beste Betreuung. Aber Sie sind in guten Händen. Wir arbeiten immer als Team und besprechen nicht nur Ihren Fall, sondern viele Fälle aus anderen Abteilungen auch. Da gibt es viele Fachleute aus verschiedenen Fachrichtungen und wir diskutieren miteinander und dann entscheiden wir, was das Beste für Sie ist?

Wenn der Patient die stationäre Aufnahme oder die Behandlung ablehnt.

Davon kann ich Ihnen nur abraten. So etwas könnte gefährlich oder sogar lebensbedrohlich sein. Natürlich kann ich gut verstehen, dass Ihre Familie und Arbeit wichtig sind. Aber Ihre Gesundheit ist noch wichtiger.

Teil 1- Überblick : Das Aufklärungsgespräch.

Grundprinzipien & Prüfungskontext

Der Prüfungsteil der Patientenaufklärung in der FaMED-Prüfung ist eine 10-minütige Station. Sie haben 3,5 Minuten Zeit, die Fallnotizen des Patienten zu lesen, bevor das 6,5-minütige Gespräch beginnt.

Ihr Ziel ist es:

1. Einen geplanten medizinischen Eingriff in klarer, verständlicher Sprache zu erklären.
2. Die prä- und postoperative Versorgung zu skizzieren.
3. Die potenziellen Risiken und Komplikationen detailliert darzulegen.
4. Empathisch auf die Fragen des Patienten zu reagieren und auf seine Ängste einzugehen.

Auch wenn die Demonstration im Video aus praktischen Gründen ein Monolog ist, denken Sie daran, dass die eigentliche Prüfung ein interaktiver Dialog ist.

Die Kunst der Empathie – Umgang mit Ängsten von Patienten

Eine entscheidende Fähigkeit, die geprüft wird, ist Ihr Umgang mit einem ängstlichen Patienten. Die Sprecherin betont einen patientenzentrierten Ansatz anstelle von auswendig gelernten Phrasen.

Wichtige Empfehlungen:

- **Emotionen anerkennen und validieren:** Wenn ein Patient Angst oder Sorge äußert, sprechen Sie dies direkt an. Dadurch fühlt er sich gesehen und gehört.
 - Effektive Formulierungen:
 - „Ich kann total verstehen, dass Sie Angst haben vor der Operation, weil das auch ein großer Eingriff ist.“
 - „Ich kann total verstehen, dass Sie Angst haben vor der Operation, weil Sie ja auch noch nie operiert worden sind.“
 - „Ich kann total verstehen, dass Sie sich Sorgen machen wegen der Operation, weil Sie vielleicht schon wissen, dass es gewisse Risiken gibt.“
- **Leere Floskeln vermeiden:** Halten Sie sich von generischen, abweisenden Phrasen fern, die dem Patienten das Gefühl geben können, nicht gehört zu werden.
 - Zu vermeidende Formulierungen:
 - „Machen Sie sich keine Sorgen.“
 - „Sie sind in guten Händen.“
 - „Wir sind ein erfahrenes Team.“

Das Ziel ist, auf die *spezifische Ursache* der Angst des Patienten einzugehen, anstatt nur eine pauschale Beruhigung anzubieten.

Die Anatomie des Aufklärungsgesprächs

Das Aufklärungsgespräch folgt einer logischen, schrittweisen Struktur. Das Video verwendet eine **totale Schilddrüsenentfernung** als Fallbeispiel.

Hier sind die einzelnen Abschnitte des Gesprächs:

Abschnitt 1: Einleitung & Indikation

- **Begrüßung und Vorstellung:** Beginnen Sie, indem Sie sich und Ihre Funktion vorstellen.
 - *Beispiel:* „Schönen guten Tag, Frau Bielek. Colette ist mein Name, ich bin hier die Viszeralchirurgin und würde gerne mit Ihnen über den geplanten Eingriff sprechen.“
- **Nennung des Eingriffs und der Begründung (Das „Warum“):** Sagen Sie klar, was getan wird und warum es medizinisch notwendig ist.
 - *Beispiel:* „Wir haben uns bei Ihnen dazu entschieden, eine totale Entfernung der Schilddrüse durchzuführen. [...] da wir verschiedene Knoten [...] feststellen konnten. [...] Wir sprechen hier von hyper- bzw. hypofunktionellen Knoten [...] und dementsprechend haben wir entschieden, diesen Eingriff durchzuführen, damit es nicht zu einer Weiterentwicklung der Knoten kommen kann.“

Abschnitt 2: Erklärung des Eingriffs (Der Ablauf)

- **Anästhesie:** Erklären Sie die Art der Narkose und was der Patient erleben wird.
 - *Beispiel:* „Das ist ein Eingriff, der unter Vollnarkose durchgeführt wird. Das heißt, Sie werden in einen künstlichen Tiefschlaf versetzt und bekommen von dem gesamten Eingriff überhaupt nichts mit.“
- **Die operativen Schritte (vereinfacht):** Beschreiben Sie die Kernschritte der Operation für Laien verständlich.
 - *Beispiel:* „Dann machen wir einen kleinen Hautschnitt hier oberhalb des Schlüsselbeines und können dann dort die Haut aufspalten und das Gewebe und die Muskulaturschichten ebenfalls aufspalten, um dann die Schilddrüse freizulegen, um diese dann [...] in einem Stück entfernen zu können.“
- **Dauer:** Geben Sie eine geschätzte Dauer für die Operation an.
 - *Beispiel:* „Der gesamte Eingriff dauert ungefähr ein bis zwei Stunden.“

Abschnitt 3: Prä- und postoperative Anweisungen

- **Vor der Operation (Prä-Op):** Geben Sie klare, umsetzbare Anweisungen.
 - *Beispiel:* „Wichtig ist es, dass Sie vor dem Eingriff bitte **nüchtern** sind. Das heißt, Sie dürfen vor dem Eingriff bitte nichts essen und auch nichts trinken. Am Operationstag selber dürfen Sie nur klare Flüssigkeiten zu sich nehmen, wie z. B. Wasser oder Tee.“
- **Nach der Operation (Post-Op):** Definieren Sie die Erwartungen für die Genesung und die Langzeitbehandlung.

- *Beispiel (Aktivität):* „Nach der Operation ist es wichtig, dass Sie bitte körperliche Anstrengungen wie z. B. Sport treiben oder auch Kästen/was Schweres tragen für zwei bis drei Wochen komplett unterlassen.“
- *Beispiel (Medikation):* „Dadurch, dass wir ja die Schilddrüse entfernen, ist es wichtig, dass Sie eine Ersatztherapie, also eine Hormonersatztherapie, einnehmen. [...] wir werden Ihnen dann also die medikamentöse Therapie [...] nach dem operativen Eingriff anfangen und dann werden wir das ein bisschen beobachten, um die Dosierung entsprechend anzupassen.“

Abschnitt 4: Risiken und Komplikationen (Die Risiken)

- **Einleitung des Themas:** Es ist wichtig, diesen Abschnitt sorgfältig einzuleiten.
 - *Beispiel:* „Wir müssen Sie über mögliche Risiken aufklären. Das bedeutet aber nicht, dass Risiken auch tatsächlich eintreten werden.“
- **Allgemeine Risiken:** Diese gelten für die meisten Operationen.
 - Wundinfektionen
 - Nachblutungen
 - Allergische Reaktion auf Narkosemittel
- **Spezifische Risiken:** Diese sind spezifisch für den Eingriff. **Quantifizieren Sie das Risiko, wann immer möglich, wie im Video gezeigt.**
 - **Schwellung im Halsbereich:** Kann zu Schluck- oder Atembeschwerden führen.
 - *Häufigkeit:* Tritt bei einem von zehn Patienten auf.
 - **Verletzung des Stimmbandnervs (N. laryngeus recurrens):** Kann zu Heiserkeit oder Stimmveränderungen führen.
 - *Häufigkeit:* Passiert bei einem von 100 Patienten (1 %). Kann kurzfristig oder in seltenen Fällen langfristig sein.
 - **Verletzung oder Verlust von Epithelkörperchen:** Kann zu einem Kalziummangel (Hypokalzämie) führen.
 - *Häufigkeit:* Betrifft ungefähr 1 % der Patienten.

Abschnitt 5: Abschluss und Einwilligung

- **Abschließende Fragen:** Geben Sie dem Patienten immer die Möglichkeit, Fragen zu stellen.
- **Einholung der Einwilligung:** Im echten klinischen Alltag (und als gute Praxis in der Prüfung, wenn die Zeit reicht) schließen Sie den Prozess mit der Bitte um eine Unterschrift ab.
 - *Beispiel:* „Wenn Sie keine weiteren Fragen zu dem Eingriff haben und damit einverstanden sind, dass wir den Eingriff durchführen, dann möchte ich Sie bitten, die Bögen einmal unten zu unterschreiben.“

Abschließende Prüfungstipps

- **Die Bedeutung der Dokumentation:** Die Sprecherin hebt ein Kernprinzip des deutschen Gesundheitssystems hervor: „**Was nicht dokumentiert wurde, wurde**

auch nicht gemacht.“ Der unterschriebene Aufklärungsbogen ist der ultimative Beweis für dieses Gespräch.

- **Die Unterschrift in der Prüfung:** Obwohl in der Realität von entscheidender Bedeutung, ist sie in der FaMED-Prüfung kein zwingend bewerteter Punkt. Sie am Ende zu erwähnen, zeugt jedoch von Professionalität und Verständnis für den gesamten klinischen Arbeitsablauf. Wenn Sie Zeit haben, ist dies ein hervorragender Abschluss.

Teil 1- Aufklärung Falle

1. Sigmoidektomie

Rolle: Viszeralchirurg/-chirurgin

Situation: Aufklärung über eine laparoskopische Sigmoidektomie, die am nächsten Tag stattfinden soll

Informationen:

- **Name, Alter:** Hanna Müller, 32 Jahre
- **Eingriff:** Laparoskopische Sigmoidektomie, Dauer 60-120 Minuten
- **Grund des Eingriffs:** Divertikulitis
- **Ablauf:**
 - Vollnarkose
 - Zugangsweg: Platzierung von 3 Trokaren (1 infraumbilikal, 2 inguinal)
 - Exploration der Leibeshöhle und Aufsuchen der Sigma
 - Skelettierung der Sigma mittels bipolarer Klemme
 - Absetzung der Sigma mittels Schlingen oder Clips
 - Bergen der Sigma
 - Verbindung des Dickdarms mit dem Mastdarm
 - Kontrolle auf Bluttrockenheit und eventuelle Drainageneinlage
 - Schichtweiser Wundverschluss
- **Relevante Vor-/Begleiterkrankungen/Operationen:** keine
- **Dauermedikation:** keine

Aufgabenstellung:

Erklären Sie der Patientin:

- **Allgemeine Risiken**, die bei jedem operativen Eingriff auftreten können
- **Spezielle Risiken** für diesen Eingriff:
 - Verletzung benachbarter Organe
 - Insuffizienz
- **Perioperatives Vorgehen:**
 - Vor der OP: Nüchtern (8 Stunden), Verdauungstraktvorbereitung
 - Am OP-Tag: parenterale Ernährung
 - Am nächsten Morgen: Trinken, nach 24 Stunden weiterer Kostaufbau
 - Nach der OP: Schnelle Fortbewegung vermeiden, 8 Tage körperliche Anstrengung vermeiden

Gehen Sie auf eventuelle Rückfragen der Patientin ein.

2. Cholezystektomie

Rolle: Viszeralchirurg/-chirurgin

Situation: Aufklärung über eine laparoskopische Cholezystektomie, die am nächsten Tag stattfinden soll

Informationen:

- Name, Alter: Anna Mayer, 35 Jahre
- Eingriff: Laparoskopische Cholezystektomie, Dauer 60-120 Minuten
- Grund des Eingriffs: Cholezystitis
- Ablauf:
 - Vollnarkose
 - Zugangsweg: Platzierung von 3 Trokaren (1 infraumbilikal, 2 inguinal)
 - Exploration der Leibeshöhle und Aufsuchen der Gallenblase
 - Skelettierung der Gallenblase mittels bipolarer Klemme
 - Absetzung der Gallenblase mittels Schlingen oder Clips
 - Bergen der Gallenblase
 - Kontrolle auf Bluttrockenheit und eventuelle Drainageneinlage
 - Schichtweiser Wundverschluss
- Relevante Vor-/Begleiterkrankungen/Operationen: keine
- Dauermedikation: keine

Aufgabenstellung:

Erklären Sie der Patientin:

- Allgemeine Risiken, die bei jedem operativen Eingriff auftreten können
- Spezielle Risiken für diesen Eingriff:
 - Verletzung benachbarter Organe
 - Sekretion
- Perioperatives Vorgehen:
 - Vor der OP: Nüchtern (8 Stunden)
 - Am OP-Tag: parenterale Ernährung
 - 1. Post-OP-Tag: Tee/stilles Wasser, ggf. Suppe
 - Nach 24 Stunden weiterer Kostaufbau
 - Nach der OP: Fettgehalt reduzieren, Ballaststoffe erhöhen, kleine Mahlzeiten
 - Körperliche Anstrengungen vermeiden

3. Mastoidektomie

Rolle: Behandelnder Arzt

Situation: Aufklärung der Mutter der Patientin (ein kleines Mädchen) über einen operativen Eingriff, der am nächsten Tag stattfinden soll

Informationen:

- **Patientin Name:** Sandra
- **Mutter:** Katrin Bayer, 38 Jahre
- **Eingriff:** Teilweise Entfernung des Warzenfortsatzes, Dauer 60-90 Minuten
- **Grund des Eingriffs:** Mastoiditis aufgrund von Otitis media
- **Ablauf:**
 - **Vollnarkose**
 - **Zugangsweg:** Hauteinschnitt hinter dem Ohr
 - **Ausräumung des Warzenfortsatzes und Entfernung entzündeter Gewebe**
 - **Kontrolle auf Blutrockenheit und eventuelle Drainageneinlage**
 - **Tamponade**
- **Relevante Vor-/Begleiterkrankungen/Operationen:** keine
- **Dauermedikation:** keine

Aufgabenstellung:

Erklären Sie der Mutter der Patientin:

- **Allgemeine Risiken, die bei jedem operativen Eingriff auftreten können**
- **Spezielle Risiken für diesen Eingriff:**
 - **Nervus facialis Parese (Lähmung der mimischen Muskulatur)**
 - **Hypästhesie (Gefülsstörungen)**
 - **Geschmacksstörungen**
 - **Tinnitus, Schwindel, Übelkeit**

4. Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD)

Rolle: Internist/Internistin

Situation: Aufklärung über eine geplante Magenspiegelung
(Ösophagogastroduodenoskopie) am nächsten Tag

Informationen:

- Name, Alter: Frau Bayer
- Eingriff: Ösophagogastroduodenoskopie (Magenspiegelung)
- Grund des Eingriffs: Verdacht auf Gastritis (Magenschleimhautentzündung)
- Dauer: 10–15 Minuten
- Ablauf:
 - Kurze Analgosedierung (leichte Sedierung mit Schmerzmittel) oder lokale Betäubung des Rachens
 - Zugangsweg: Einführung des Endoskops
 - Luftinsufflation zur besseren Sicht
 - Entnahme von Gewebeproben bei Bedarf
- Relevante Vor-/Begleiterkrankungen/Operationen: keine
- Dauermedikation: keine

Aufgabenstellung:

Erklären Sie der Patientin:

- Allgemeine Risiken, die bei jedem invasiven Eingriff auftreten können
- Spezielle Risiken für diesen Eingriff:
 - Meteorismus (Blähungen durch Luftinsufflation)
 - Verletzungen der Schleimhäute
 - Perforation (selten, aber im Falle einer Perforation ist eine Notfalloperation erforderlich)
- Perioperatives Vorgehen:
 - Vor der Untersuchung:
 - Nüchternheit (6 Stunden vor der Untersuchung)
 - Bis 2 Stunden vor der Untersuchung klare Flüssigkeiten erlaubt
 - Bei Einnahme blutverdünnender Medikamente: Rücksprache mit dem Arzt zur eventuellen Anpassung
 - Nach der Untersuchung:
 - 30 Minuten Überwachung in der Praxis/Klinik
 - Falls Sedierung verabreicht wurde:
 - Am Untersuchungstag kein Autofahren, Alkohol trinken, rauchen oder Maschinen bedienen
 - Begleitperson erforderlich
 - Am Untersuchungstag nicht arbeiten

Fragen der Patientin:

1. Was passiert, wenn eine Perforation auftritt?
 - Im Falle einer Perforation wäre eine Notfalloperation erforderlich, um das Loch zu verschließen und eine Bauchfellentzündung zu verhindern.

- 2. Kann ich nach der Untersuchung normal essen?**
 - Ja, nach der Untersuchung können Sie normal essen, sofern keine Sedierung verabreicht wurde. Falls Sie sediert wurden, sollten Sie zunächst mit leichter Kost beginnen.
- 3. Gibt es Alternativen zur ÖGD?**
 - Alternativen wie eine CT-Untersuchung oder eine MRT sind möglich, bieten jedoch keine Möglichkeit zur Gewebeentnahme oder therapeutischen Eingriffe. Daher ist die ÖGD die beste Methode, um die gewünschten Ergebnisse zu erzielen.
- 4. Wie lange dauert es, bis ich wieder normal aktiv sein kann?**
 - Falls Sie sediert wurden, sollten Sie sich am Untersuchungstag schonen. Am nächsten Tag können Sie in der Regel wieder normal aktiv sein.

5. Koloskopie

Rolle: Internist/-in

Situation: Aufklärung über eine Dickdarmspiegelung mit eventueller Polypenabtragung am nächsten Tag

Informationen:

- Name, Alter: Anna Roth, 68 Jahre
- Eingriff: Koloskopie
- Grund des Eingriffs: Vorsorge
- Ablauf:
 - Einführung des Endoskops in den After
 - Luftsufflation zur besseren Sicht
 - Vorschieben des Endoskops bis zum Beginn des Dünndarms
 - Einsatz von Zusatzinstrumenten (Biopsiezange, Elektroschlinge) bei Bedarf
 - Entfernung von Polypen mit der Elektroschlinge
- Relevante Vor-/Begleiterkrankungen/Operationen: keine
- Dauermedikation: keine

Aufgabenstellung:

Erklären Sie der Patientin:

- Allgemeine Risiken, die bei jedem invasiven Eingriff auftreten können
- Spezielle Risiken für diesen Eingriff:
 - Darmperforation (bei endoskopisch nicht verschließbarer Perforation: offene OP nötig)
 - Selten: Verletzung umgebender Organe und Strukturen
 - Gelegentlich stärkere Blutungen nach Gewebeentnahme
 - Entstehung narbiger Engstellen
- Perioperatives Vorgehen:
 - Vor der Spiegelung: Darmreinigung (1-2 Tage vorher Abführmittel, am Untersuchungstag Spülösung)
 - Nach der Spiegelung: Luft im Darm kann schmerzhafte Blähungen verursachen (viel Bewegung hilft)
 - Falls Beruhigungs- oder Schmerzmittel gegeben wurden: weitere 2 Stunden nüchtern

Gehen Sie auf eventuelle Rückfragen der Patientin ein.

6.Koronarangiographie

Rolle: Kardiologe/-login

Situation: Aufklärung über eine Koronarangiographie, die am nächsten Tag stattfinden soll

Informationen:

- Name, Alter: Harry Bleckert, 48 Jahre
- Eingriff: Koronarangiographie, Dauer 60-120 Minuten
- Grund des Eingriffs: Angina pectoris
- Ablauf:
 - Lokale Betäubung
 - Zugangsweg: Hauteinschnitt
 - Einführung eines Katheters
 - Injektion von Kontrastmittel
 - Röntgenbilder
 - Eventuelle Platzierung eines Ballons oder Stents
 - Entfernung des Katheters
 - Anlegen eines Druckverbands
- Relevante Vor-/Begleiterkrankungen/Operationen: keine
- Dauermedikation: keine

Aufgabenstellung:

Erklären Sie der Patientin:

- Allgemeine Risiken, die bei jedem operativen Eingriff auftreten können
- Spezielle Risiken für diesen Eingriff:
 - Arrhythmien
 - Gefäßverletzung
 - Allergische Reaktion auf Kontrastmittel (Exanthem, Juckreiz)
 - Aneurysma spurium
- Perioperatives Vorgehen:
 - Vor der OP: Nüchtern (4 Stunden)
 - Nach der OP: 12 Stunden Überwachung im Krankenhaus, nicht sofort aufstehen
 - Viel Flüssigkeit trinken zur Ausscheidung des Kontrastmittels
 - 4 Tage ohne körperliche Anstrengung

Fragen der Patientin:

1. Gibt es alternative Methoden?
2. Was bedeutet Katheter?
3. Kann ich nach der Untersuchung schwimmen gehen?
4. Was bedeutet Stent?
5. Ich habe Angst!

7.Arthroskopie

Rolle: Orthopäde/-login

Situation: Aufklärung über eine Arthroskopie am nächsten Tag

Informationen:

- Name, Alter: Nicht angegeben
- Eingriff: Arthroskopie
- Grund des Eingriffs: Knieverletzung, Meniskusschaden
- Ablauf:
 - Dauer: 1-2 Stunden
 - Lokalanästhesie, Blutdruckmanschette am betroffenen Bein
 - 3 Hautschnitte am Knie
 - Erweiterung des Gelenkspalts mittels Gas/Flüssigkeit
 - Entfernung verletzter Gewebe
 - Kontrolle auf Bluttrockenheit, Drainage
 - Wundverschluss und Verband
- Relevante Vor-/Begleiterkrankungen/Operationen: keine
- Dauermedikation: keine

Aufgabenstellung:

Erklären Sie der Patientin:

- Allgemeine Risiken, die bei jedem operativen Eingriff auftreten können
- Spezielle Risiken für diesen Eingriff:
 - Gelenkerguss
 - Gelenkschmerzen, Steifheit
 - Knieverletzung
- Perioperatives Vorgehen:
 - Vor der OP: Nüchtern (8 Stunden)
 - Körperliche Anstrengung in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff unterlassen
 - Nach 3 Tagen: ambulante Kontrolle und Physiotherapie

Fragen der Patientin:

1. Wann kann ich wieder laufen?
2. Warum Arthroskopie?
3. Wie lange dauert die Rehabilitation?

8. Transösophageale Echokardiographie (TEE)

Rolle: Kardiologe/-login

Situation: Aufklärung über eine geplante transösophageale Echokardiographie (TEE), die am nächsten Tag stattfinden soll

Informationen:

- Name, Alter: Max Mustermann, 55 Jahre
- Eingriff: Transösophageale Echokardiographie (TEE), Dauer: 20-30 Minuten
- Grund des Eingriffs: Verdacht auf Herzklappenerkrankung oder Thromben im linken Vorhof
- Ablauf:
 - Kurze Analgosedierung (leichte Sedierung mit Schmerzmittel) oder
- lokale Betäubung des Rachens
- ○ Zugangsweg: Einführung des Endoskops
 - Durchführung:
 - Einführung eines dünnen, flexiblen Schlauchs (Endoskop) mit einem Ultraschallkopf an der Spitze durch den Mund in die Speiseröhre
 - Der Schlauch wird vorsichtig bis in die Nähe des Herzens geschoben
 - Ultraschallbilder des Herzens werden aufgenommen, um Strukturen wie Herzklappen, Vorhöfe und Herzwände detailliert darzustellen
 - Eventuelle Entnahme von Gewebeproben oder Durchführung von Messungen

Aufgabenstellung: Erklären Sie der Patientin:

- Allgemeine Risiken, die bei jedem invasiven Eingriff auftreten können:
- Spezielle Risiken für diesen Eingriff:
 - Verletzung der Speiseröhre (selten, aber möglich)
 - Blutungen im Bereich der Speiseröhre
 - Herzrhythmusstörungen (sehr selten)
 - Aspiration (Einatmen von Mageninhalt, insbesondere bei unzureichender Nüchternheit)
 - Schluckbeschwerden oder Halsschmerzen nach der Untersuchung
- Perioperatives Vorgehen:
 - Vor der Untersuchung: Nüchternheit (6 Stunden). Bei Einnahme von blutverdünnten Medikamenten: Rücksprache mit dem Arzt zur eventuellen Anpassung
 - Nach der Untersuchung: 30 Minuten Überwachung in der Klinik/Praxis. Bei Sedierung: Begleitperson erforderlich, kein Autofahren oder Bedienen von Maschinen. Am Untersuchungstag keine anstrengenden Tätigkeiten

Fragen der Patientin:

1. **Wie lange dauert die Untersuchung?**
 - Die Untersuchung dauert in der Regel 20-30 Minuten.
2. **Kann ich nach der Untersuchung normal essen?**

- Ja, nach der Untersuchung können Sie zunächst klare Flüssigkeiten trinken. Feste Nahrung sollten Sie erst zu sich nehmen, wenn der Schluckreflex vollständig zurückgekehrt ist.
3. **Gibt es Alternativen zur TEE?**
- Alternativen wie eine transthorakale Echokardiographie (TTE) sind möglich, bieten jedoch nicht die gleiche detaillierte Darstellung der Herzstrukturen wie die TEE.
4. **Was passiert, wenn eine Verletzung der Speiseröhre auftritt?**
- Im Falle einer Verletzung der Speiseröhre wäre eine sofortige medizinische Intervention erforderlich, um Komplikationen wie Blutungen oder Infektionen zu vermeiden.

Hier ist der Abschnitt zur Magnetresonanztomographie (MRT) im gleichen Format:

9. Magnetresonanztomographie (MRT)

Rolle: Radiologe/-login

Situation: Aufklärung über eine geplante Magnetresonanztomographie am nächsten Tag

Informationen:

- Name, Alter: nicht angegeben
- Eingriff: Magnetresonanztomographie (MRT)
- Grund des Eingriffs: Verdacht auf Bandscheibenvorfall / Meniskusläsion / Tumor
- Dauer: 20–45 Minuten
- Ablauf:
 - Patient*in liegt auf einer beweglichen Liege
 - Liege wird in die MRT-Röhre gefahren
 - Gehörschutz wird angelegt
 - Untersuchung erfolgt in mehreren Sequenzen
 - Gegebenenfalls Kontrastmittelgabe über eine Vene
 - Liege wird wieder herausgefahren, Venenzugang entfernt
- Relevante Vor-/Begleiterkrankungen/Operationen:
 - Metallimplantate
 - Niereninsuffizienz
 - Tätowierungen oder Permanent Make-up
- Dauermedikation: Keine angegeben

Allgemeine Risiken:

- Platzangst (Klaustrophobie)

Spezielle Risiken:

- Erwärmung / Bewegung von Metallimplantaten
- Hautreizzungen bei Tattoos / Permanent Make-up
- Allergische Reaktionen auf Gadolinium-Kontrastmittel
- Sehr selten: Nephrogene Systemische Fibrose bei schwerer Niereninsuffizienz

Vor der Untersuchung:

- 4 Stunden nüchtern bei Kontrastmittelgabe
- Sämtlichen Metallschmuck und Gegenstände ablegen
- Implantate zwingend angeben
- Tattoos, Allergien und Nierenerkrankungen angeben

Nach der Untersuchung:

- Viel trinken zur Ausscheidung des Kontrastmittels
- 30 Minuten Überwachung
- Keine Einschränkungen im Alltag

Häufige Patientenfragen:

1. Was ist ein MRT?
 - Ein MRT ist ein bildgebendes Verfahren, das mithilfe von Magnetfeldern und Radiowellen detaillierte Bilder des Körperinneren erzeugt – ganz ohne Röntgenstrahlen.
2. Ist die Untersuchung schmerhaft?
 - Nein, die MRT ist vollkommen schmerzfrei.
3. Was bewirkt das Kontrastmittel?
 - Es verbessert die Sichtbarkeit der Organe und hilft, krankhafte Veränderungen besser zu erkennen.
4. Kann ich während der Untersuchung Platzangst bekommen?
 - Das ist möglich. Falls Sie sich unwohl fühlen, können wir Ihnen ein beruhigendes Medikament anbieten.

10. Computertomographie (CT) – Thorax/Abdomen

Rolle: Radiologe/-login

Situation: Aufklärung über eine geplante Computertomographie am nächsten Tag

Informationen:

- **Name, Alter:** nicht angegeben
- **Eingriff:** Computertomographie (CT)
- **Grund des Eingriffs:** Verdacht auf Lungenembolie / Raumforderung / Entzündung im Abdomen
- **Dauer:** 10–20 Minuten
- **Ablauf:**
 - Patient*in liegt auf einer beweglichen Liege
 - Liege fährt durch das ringförmige CT-Gerät
 - Atemkommandos (z. B. kurz Luft anhalten)
 - Kontrastmittelgabe über eine Vene
 - Kurzes Wärmegefühl oder metallischer Geschmack möglich
 - Liege wird wieder herausgefahren, Venenzugang entfernt
- **Relevante Vor-/Begleiterkrankungen/Operationen:**
 - Niereninsuffizienz
 - Schilddrüsenüberfunktion
- **Dauermedikation:**
 - Metformin (relevant bei Kontrastmittel)

Allgemeine Risiken:

- Strahlenbelastung

Spezielle Risiken:

- Allergische Reaktionen auf jodhaltiges Kontrastmittel
- Mögliche Verschlechterung der Nierenfunktion
- Probleme bei unerkannter Schilddrüsenüberfunktion

Vor der Untersuchung:

- 4 Stunden nüchtern bei geplanter Kontrastmittelgabe
- Metformin/Diabetesmedikamente angeben
- Allergien und Nierenerkrankungen angeben
- Metallschmuck im Untersuchungsbereich ablegen

Nach der Untersuchung:

- Viel trinken zur Ausscheidung des Kontrastmittels
- 30 Minuten Überwachung
- Keine Einschränkungen nach der CT

Häufige Fragen:

- 1. Was ist eine CT?**
 - Das ist eine bildgebende Untersuchung, bei der mithilfe von Röntgenstrahlen Schichtbilder des Körpers erstellt werden.
- 2. Was ist ein Kontrastmittel?**
 - Das ist eine Flüssigkeit, die über die Vene verabreicht wird und bestimmte Strukturen im Körper besser sichtbar macht.
- 3. Ist das gefährlich?**
 - In der Regel nicht – mögliche Nebenwirkungen sind selten und meist harmlos.
- 4. Muss ich etwas beachten?**
 - Ja, bitte bleiben Sie nüchtern und trinken Sie nach der Untersuchung viel Wasser.
- 5. Wann bekomme ich das Ergebnis?**
 - Die Auswertung erfolgt zeitnah – Ihr behandelnder Arzt wird Sie darüber informieren.

11. Elektrische Kardioversion

Rolle: Kardiologe/-login

Situation: Aufklärung über eine geplante elektrische Kardioversion

Informationen:

- **Name, Alter:** nicht angegeben
- **Eingriff:** Elektrische Kardioversion, Dauer 5–10 Minuten (plus Vorbereitung/Sedierung)
- **Grund des Eingriffs:** Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörung
- **Ablauf:**
 - Aufkleben der Elektroden auf Brust und Rücken
 - Gabe einer Kurzsedierung
 - Abgabe eines synchronisierten Stromimpulses
 - Wiederherstellung des Sinusrhythmus angestrebt
 - Mehrstündige Überwachung nach dem Eingriff
- **Relevante Vor-/Begleiterkrankungen/Operationen:**
 - Notwendige lückenlose Antikoagulation
 - Ggf. TEE zum Ausschluss von Vorhofthromben
- **Dauermedikation:**
 - Blutverdünner (essenziell vor und nach der Kardioversion)

Allgemeine Risiken:

- Reaktionen auf Sedierung/Narkose
- Hautrötungen oder leichte Verbrennungen an den Elektrodenstellen

Spezielle Risiken:

- Erfolgslose Rhythmuskonversion
- Rückfall in Vorhofflimmern
- Schlaganfall/Embolie bei unzureichender Antikoagulation
- Sehr selten: neue Herzrhythmusstörungen

Perioperatives Vorgehen:

- **Vor dem Eingriff:**
 - 6 Stunden nüchtern
 - Bestätigung der regelmäßigen Einnahme der Blutverdünner
 - Eventuell TEE vor dem Eingriff notwendig
- **Nach dem Eingriff:**
 - Mehrere Stunden Überwachung
 - Kein Autofahren, kein Alkohol, keine Maschinen am gleichen Tag
 - Blutverdünnung mindestens 4 Wochen fortführen

Häufige Fragen:

1. **Was ist eine Elektrode?**
 - Eine Elektrode ist ein Klebepad, das auf die Brust geklebt wird. Darüber wird der Stromimpuls abgegeben.
2. **Was bedeutet Elektrokardioversion?**
 - Das ist eine Stromtherapie, mit der der normale Herzrhythmus wiederhergestellt werden kann.
3. **Tut der Eingriff weh?**
 - Nein, Sie schlafen während des Eingriffs und spüren nichts.
4. **Muss ich im Krankenhaus bleiben?**
 - Nein, Sie können am selben Tag nach Hause gehen – allerdings nur in Begleitung.
5. **Wann darf ich wieder Sport machen?**
 - Sie sollten sich 14 Tage lang körperlich schonen und auf Sport verzichten.
6. **Was bedeutet Schrittmacher?**
 - Ein kleines Gerät, das dem Herz hilft, im richtigen Takt zu schlagen.

12. Leberpunktion

Rolle: Gastroenterologe/-login

Situation: Aufklärung über eine geplante Leberpunktion am nächsten Tag

Informationen:

- **Name, Alter:** nicht angegeben
- **Eingriff:** Leberpunktion (Ultraschall-gesteuerte Gewebeentnahme), Dauer 20–30 Minuten
- **Grund des Eingriffs:** Abklärung unklarer Lebererkrankungen (z. B. erhöhte Leberwerte, unklare Veränderungen im Ultraschall oder MRT)
- **Ablauf:**
 - Desinfektion der Punktionsstelle im rechten Oberbauch
 - Lokale Betäubung der Haut und des Unterhautgewebes
 - Einführen einer dünnen Hohlnadel unter Ultraschallkontrolle
 - Entnahme von Lebergewebeproben
 - Entfernung der Nadel und sterile Abdeckung
 - Nachbeobachtung für 4–6 Stunden zur Überwachung möglicher Komplikationen
 - Optional: Kontrastmittelgabe bei vorausgehender Bildgebung
- **Relevante Vor-/Begleiterkrankungen/Operationen:**
 - Blutgerinnungsstörungen
 - Leberzirrhose
 - Gerinnungsrelevante Medikamente
 - Voroperationen im rechten Oberbauch (optional)
- **Dauermedikation:**
 - Blutverdünner (z. B. ASS, Heparin, NOAK, Marcumar)
 - Andere Medikamente nach Angabe

Allgemeine Risiken:

- Schmerzen an der Punktionsstelle
- Blutungen oder Hämatome
- Infektionen
- Allergische Reaktionen auf Medikamente oder Desinfektionsmittel

Spezielle Risiken:

- Blutung aus dem Lebergewebe (selten, aber möglich, ggf. interventionspflichtig)
- Verletzung angrenzender Organe (Gallenblase, Darm, Lunge – sehr selten)
- Fieber oder Schüttelfrost nach der Punktion

Perioperatives Vorgehen:

- **Vor der Untersuchung:**
 - 4–6 Stunden nüchtern bleiben
 - Blutverdünnende Medikamente nach ärztlicher Rücksprache pausieren oder anpassen
 - Allergien und bestehende Erkrankungen (v. a. Gerinnungsstörungen) angeben

- Aktuelle Laborwerte (Gerinnung, Thrombozyten) müssen vorher kontrolliert sein
- **Nach der Untersuchung:**
 - 4–6 Stunden ruhige Lagerung und Überwachung
 - Punktionsstelle sauber und trocken halten, Verband bei Bedarf wechseln lassen
 - Leichte Schmerzen sind normal; Schmerzmittel nach Absprache möglich
 - Körperliche Anstrengungen für 24–48 Stunden vermeiden
 - Ausreichend trinken

13. Hüftgelenk-Totalendoprothese (Hüft-TEP)

Rolle: Orthopäde/-login

Situation: Aufklärung über eine geplante Hüftgelenk-Totalendoprothese

Informationen:

- Name, Alter: nicht angegeben
- Eingriff: Hüftgelenk-Totalendoprothese (künstliches Hüftgelenk), Dauer 2–3 Stunden
- Grund des Eingriffs: Gelenkverschleiß (Arthrose), Hüftkopfnekrose, Verletzung des Hüftgelenks
- Ablauf:
 - Desinfektion und sterile Abdeckung der Operationsstelle
 - Hautschnitt am Oberschenkel oder Hüftbereich zur Gelenkfreilegung
 - Entfernung des erkrankten Hüftgelenks
 - Einsetzen der künstlichen Hüftprothese
 - Fixierung mittels Knochenzement oder spezieller Beschichtung
 - Wundverschluss durch Naht
 - Postoperative Überwachung auf der Station
- Relevante Vor-/Begleiterkrankungen/Operationen:
 - Osteoporose
 - Vorherige Hüftoperationen
 - Blutgerinnungsstörungen
 - Chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen)
- Dauermedikation:
 - Blutverdünner (relevant)
 - Schmerzmittel
 - Weitere Medikamente nach Angabe der Patientin/des Patienten

Aufgabenstellung: Erklären Sie der Patientin:

- Allgemeine Risiken, die bei jedem operativen Eingriff auftreten können
- Spezielle Risiken für diesen Eingriff:
 - Lockerung oder Bruch der Prothese
 - Infektionen der künstlichen Hüfte
 - Verletzung von Blutgefäßen oder Nerven (mögliche Sensibilitätsstörungen oder Bewegungseinschränkungen)
 - Gelenkblutungen
 - Beinlängendifferenzen (selten)
- Perioperatives Vorgehen:
 - Vor der Operation:
 - Nüchternheit nach Vorgabe der Klinik
 - Blutverdünner müssen ggf. angepasst oder pausiert werden
 - Allergien und Vorerkrankungen angeben
 - ggf. präoperative Blutabnahme und EKG
 - Aufklärung über Rehabilitationsplanung
 - Nach der Operation:
 - 3–5 Tage stationärer Aufenthalt
 - Nutzung von Gehhilfen (z. B. Krücken)

- Beginn der Physiotherapie zur Mobilisation und Muskelkräftigung
- Mehrwöchige bis mehrmonatige Rehabilitation
- Schmerzmittel nach Bedarf
- Ggf. Einnahme von Blutverdünnung zur Vermeidung von Thrombosen
- Körperliche Überlastung (Sport, schwere Lasten) zunächst vermeiden

14. Akute Appendizitis

- **Rolle:** Viszeralchirurg/-chirurgin
Situation: Akute Appendizitis
- **Eingriff:** Laparoskopische Appendektomie, Dauer 30–60 Minuten
- **Grund des Eingriffs:** Akute Appendizitis
- **Ablauf:**
 - Vollnarkose
 - Zugangsweg: Platzierung von 3 Trokaren (1 infraumbilikal, 2 lateral)
 - Exploration der Bauchhöhle
 - Aufsuchen des Appendix
 - Skelettierung mittels bipolarer Klemme
 - Absetzen des Appendix mittels Clips oder Schlinge
 - Bergen des Appendix
 - Kontrolle auf Bluttrockenheit und eventuelle Drainageneinlage
 - Schichtweiser Wundverschluss
- **Relevante Vor-/Begleiterkrankungen/Operationen:** keine
- **Dauermedikation:** keine

Aufgabenstellung:

Erklären Sie der Patientin:

- **Allgemeine Risiken**, die bei jedem operativen Eingriff auftreten können
- **Spezielle Risiken** für diesen Eingriff:
 - Verletzung benachbarter Organe
 - Blutungen
 - Infektionen oder Abszessbildung
 - Insuffizienz der Clip- oder Schlingenversorgung
 - Selten: Darmverschluss
- **Perioperatives Vorgehen:**
 - Vor der OP: Nüchternheit (8 Stunden)
 - Am OP-Tag: parenterale Ernährung/Infusionen
 - Am nächsten Morgen: langsamer Kostaufbau
 - Nach der OP: körperliche Anstrengung einige Tage vermeiden

15 . Aszitespunktion

Rolle: Gastroenterologe/-login

Situation: Aufklärung über eine geplante Aszitespunktion (Punktion zur Entnahme von Bauchwasser) aufgrund von Bauchwasser (Aszites) bei Leberzirrhose.

Informationen:

- **Name, Alter:** nicht angegeben
- **Eingriff:** Aszitespunktion (Punktion zur Entnahme von Bauchwasser)
- **Grund des Eingriffs:** Bauchwasser (Aszites) bei Leberzirrhose (festgestellt aufgrund von Atemnot und Blähung)
- **Dauer:** nicht angegeben
- **Ablauf:**
 - Unter **lokaler Betäubung** an der Punktionsstelle
 - Punktionsstelle am **linken Unterbauch** wird desinfiziert
 - Einführung einer Hohlnadel mit Hilfe des **Ultraschalls**, um die Flüssigkeit langsam ablaufen zu lassen
 - Bei Ablassen von mehr als 5 Litern Flüssigkeit: Gabe von **Albumin 8g pro Liter** in die Vene
 - Bei Bedarf: Gabe von **Schmerzmittel** oder **Beruhigungsmittel** möglich
 - Entfernung der Hohlnadel und Anlegen eines **Pflasters**
- **Relevante Vor-/Begleiterkrankungen/Operationen:** Leberzirrhose (aufgrund von Alkoholabusus)
- **Dauermedikation:** nicht angegeben

Aufgabenstellung: Erklären Sie der Patientin:

- **Allgemeine Risiken**, die bei jedem Eingriff auftreten können:
 - Verletzung kleiner **Blutgefäße oder Nerven**
 - **Bluterguss** an der Punktionsstelle
 - **Infektionen**
 - **Allergische Reaktionen**
- **Spezielle Risiken** für diesen Eingriff:
 - Verletzung der **benachbarten Organe** (z.B. **Darmschritte**)
 - Sehr selten: **Darmdurchbruch** (erfordert eröffnende Operation)
 - **Infektionen der Bauchhöhle** (sehr selten: **Blutvergiftung/Sepsis** oder **Herzmuskelentzündung/Myokarditis**)
 - **Kreislaufstörungen**
 - Sehr selten: **Kreislaufstillstand** (Abbruch des Eingriffs)
 - **Blutungen** in der Bauchhöhle
- **Perioperatives Vorgehen:**
 - **Vor dem Eingriff:**
 - **Bluttest** zur Kontrolle der **Gerinnungsfaktoren** erforderlich
 - **Nach dem Eingriff:**
 - **2 Stunden im Bett** bleiben
 - **6 Stunden** nach dem Eingriff **nicht Autofahren**
 - Überwachung auf Station

16. Leistenhernie nach Lichtenstein

(Offene Hernioplastik mit Netzimplantation)

Rolle: Viszeralchirurg/-chirurgin (oder Chirurg/-in)

Situation: Aufklärung über eine geplante offene Hernioplastik mit Netzimplantation (Leistenbruch-Operation)

Informationen:

- Name, Alter: Herr Bleckert, Alter nicht angegeben
- Eingriff: Offene Hernioplastik mit Netzimplantation, Dauer 45–60 Minuten
- Grund des Eingriffs: Leistenbruch (Inguinalhernie)
- Ablauf:
 - Teilnarkose oder kurze Schlafnarkose (Spinalanästhesie oder Kurznarkose)
 - Hautschnitt über dem Leistenbruch
 - Freilegen des Bruchsacks und Zurückschieben in den Bauchraum
 - Platzierung eines leichten Netzes (Kunststoffnetz) zur Stabilisierung der Bauchwand
 - Befestigung des Netzes mit Nähten
 - Schrittweiser Wundverschluss und Anlegen eines Verbands
- Relevante Vor-/Begleiterkrankungen/Operationen: nicht angegeben
- Dauermedikation: nicht angegeben

Aufgabenstellung:

Erklären Sie dem Patienten:

- Allgemeine Risiken, die bei jedem Eingriff auftreten können:
 - Blutung oder Nachblutung
 - Infektionen an der Wunde
 - Wundheilungsstörungen
- Spezielle Risiken für diesen Eingriff:
 - Schmerzen oder Taubheitsgefühl in der Leiste
 - Verletzung von Nerven oder Gefäßen
 - Allergische Reaktionen auf das Material
 - Rückfall des Bruches (Rezidiv)
 - Fremdkörpergefühl durch das Netz
- Perioperatives Vorgehen:
 - Vor der Operation: 6 Stunden nüchtern
 - Vor der Operation: Ggf. Beruhigungsmittel bei Angst
 - Nach der Operation: In der Regel eine Nacht zur Beobachtung im Krankenhaus
 - Nach der Operation: 14 Tage keine schweren Lasten heben, kein Sport und keine körperliche Belastung

- Nach der Operation: Ausreichend trinken und auf weiche Ernährung achten, um den Druck im Bauch nicht zu erhöhen
- Nach der Operation: Wunde muss trocken bleiben
- Fäden werden nach etwa 10 Tagen entfernt (falls nicht selbstauflösend)

Fragen des Patienten:

1. Was bedeutet Hernie?
 - Das ist eine Lücke in der Bauchwand, durch die Gewebe austreten kann.
2. Was ist ein Netz?
 - Das ist ein feines Kunststoffgewebe, das die Bauchwand von innen stabilisiert.
3. Bleibt das Netz im Körper?
 - Ja, das bleibt drin – der Körper gewöhnt sich aber gut daran.
4. Ist das eine große OP?
 - Nein, das ist ein Routineeingriff und dauert nicht lange.
5. Wann kann ich wieder arbeiten?
 - Das hängt von Ihrer Arbeit ab – meist nach 2 bis 4 Wochen.
6. Kann der Bruch wiederkommen?
 - Ja, aber das Risiko ist mit dem Netz sehr gering.

17. Thyroidektomie (Entfernung der Schilddrüse)

Rolle: Chirurg/-in / Endokriner Chirurg/-in

Situation: Aufklärung über eine geplante Thyroidektomie (Schilddrüsenentfernung), die am nächsten Tag stattfinden soll

Informationen:

- **Name, Alter:** nicht angegeben
- **Eingriff:** (Totale/Subtotale) Thyroidektomie, Dauer ca. 60–120 Minuten
- **Grund des Eingriffs:** Schilddrüsenkarzinom (Krebs), Morbus Basedow, große Struma (Kropf)
- **Ablauf:**
 - Vollnarkose
 - Kleiner Hautschnitt am Hals (meist quer verlaufend)
 - Freilegung der Schilddrüse
 - Sorgfältige Präparation und Identifikation der Stimmbandnerven und Nebenschilddrüsen
 - Entfernung des notwendigen Schilddrüsengewebes
 - Kontrolle auf Bluttrockenheit und ggf. Drainageneinlage
 - Schichtweiser Wundverschluss
- **Relevante Vor-/Begleiterkrankungen/Operationen:** nicht angegeben
- **Dauermedikation:** nicht angegeben

Aufgabenstellung: Erklären Sie der Patientin:

- **Allgemeine Risiken**, die bei jedem operativen Eingriff auftreten können:
 - Blutung oder Nachblutung
 - Infektionen an der Wunde
 - Wundheilungsstörungen
 - Thrombose/Embolie
- **Spezielle Risiken** für diesen Eingriff:
 - **Verletzung des Nervus laryngeus recurrens (Stimmbandnerv):** Kann zu vorübergehender oder seltener permanenter Heiserkeit/Stimmstörung führen.
 - **Unterfunktion der Nebenschilddrüsen (Hypoparathyreoidismus):** Führt zu Kalziummangel (Kribbeln, Taubheit, Krämpfe). Erfordert lebenslange Einnahme von Kalzium und Vitamin D.
 - **Nachblutung im Halsbereich** (selten, aber Notfall)
 - **Schluckbeschwerden oder Fremdkörpergefühl** im Hals (meist vorübergehend)
- **Perioperatives Vorgehen:**
 - **Vor der OP:** Nüchternheit (8 Stunden)
 - **Am OP-Tag:** Ggf. Markierung des Operationsgebietes
 - **Nach der OP:** Überwachung des Kalziumspiegels; ggf. Schmerzmittel nach Bedarf; körperliche Schonung für ca. 1–2 Wochen; Vermeidung schwerer Belastung des Halses.

18. Hämorrhoidektomie

Rolle: Chirurg/-in (Aufklärende Ärztin: Frau Dr. med. Circiu)

Situation: Aufklärungsgespräch über eine geplante Hämorrhoidektomie

Informationen:

- **Name, Alter:** Herr Hans Gruber, Alter nicht angegeben
- **Eingriff:** Hämorrhoidektomie (operative Exzision von Hämorrhoidalknoten), Operationsdauer: ca. 30–60 Minuten
- **Grund des Eingriffs:** Hämorrhoidalalleiden (Symptomatik: Hämatochezie, Proktalgie, Pruritus ani, perianale Sekretion, Soiling, Tenesmus rectalis. Zuvor ggf. konservative Therapie mittels topischer Applikationen, Sklerosierung und Barron-Ligatur.)
- **Ablauf:**
 - Durchführung in **Rückenlage** unter **Allgemeinanästhesie** oder **Spinalanästhesie**
 - **Anale Retraktion** mittels speziellem **Sprezinstrument**
 - **Exzision** der vergrößerten Hämorrhoidalknoten mit Skalpell, Schere oder **Elektrokoagulation (mit Strom)**
 - **Hämostase** durch Nahtligatur oder Koagulation
 - Belassen der **Wundflächen partiell offen** zur Sekret- und Hämatomdrainage
 - Dauer ca. 30–60 Minuten
 - Kurzstationärer Aufenthalt (in der Regel 2–3 Tage)
- **Relevante Vor-/Begleiterkrankungen/Operationen:** nicht angegeben
- **Dauermedikation:** nicht angegeben

Aufgabenstellung: Erklären Sie dem Patienten:

- **Allgemeine Risiken**, die bei jedem operativen Eingriff auftreten können:
 - Blutungen, Nachblutungen
 - Schmerzen
 - Wundinfektionen
 - Allergische Reaktionen auf Medikamente oder Narkosemittel
- **Spezielle Risiken** für diesen Eingriff:
 - Vorübergehende **Defäkationsbeschwerden** (Schmerzen, Brennen)
 - Seltene vorübergehende **Inkontinenz für Flatus (Blähungen) oder Diarröh**
 - **Anale Stenose** (anale Engstelle)
- **Perioperatives Vorgehen:**
 - **Vor der OP:** Nüchternheit (implizit aufgrund der Anästhesie)
 - **Nach der OP:** Kurzstationärer Aufenthalt (in der Regel 2–3 Tage) (Weitere Details nicht im vorliegenden Text enthalten.)

19. Bronchoskopie

Rolle: Lungenfacharzt / Pneumologe

Situation: Aufklärung über eine geplante Bronchoskopie

Informationen:

- **Name, Alter:** nicht angegeben
- **Eingriff:** Bronchoskopie (Lungenspiegelung), Dauer: 10–30 Minuten
- **Grund des Eingriffs:** Abklärung von Husten, Fieber, Luftnot, unklaren Befunden in den Atemwegen
- **Ablauf:**
 - Untersuchung erfolgt in Kurzsedierung (leichte Kurznarkose)
 - Einführung eines dünnen flexiblen Bronchoskops über Mund oder Nase
 - Darstellung der Luftröhre und Bronchien
 - Entnahme von Gewebeproben (Biopsien) bei Bedarf
 - Absaugen oder Spülen von Schleim möglich
 - Entfernen des Geräts und Aufwachen aus der Sedierung
 - Anschließende Überwachung
- **Relevante Vor-/Begleiterkrankungen/Operationen:**
 - Lungenerkrankungen
 - Herz-Kreislauferkrankungen
 - Erhöhtes Blutungsrisiko
 - Voroperationen im Hals- oder Brustbereich
- **Dauermedikation:**
 - Blutverdünner (relevant bei Biopsien)
 - Bronchodilatatoren / Asthmamedikamente
 - Weitere Dauermedikation nach Bedarf

Aufgabenstellung: Erklären Sie der Patientin:

- **Allgemeine Risiken:**
 - Verletzungen im Mundraum oder an den Zähnen (Bisschäden)
 - Reizung oder Verletzung der Stimmbänder
 - Nervenschäden im Halsbereich
 - Bronchospasmus (Verkrampfung der Atemwege)
 - Husten, Schmerzen im Rachen
 - Fieber nach dem Eingriff
 - Leichte Blutungen an der Entnahmestelle
- **Spezielle Risiken für diesen Eingriff:**
 - Verletzung der Lunge mit Luftaustritt (Pneumothorax)
 - Stärkere Blutungen nach Biopsie
 - Atemprobleme durch starke Schleimproduktion oder Verkrampfung
 - Sehr selten: schwerwiegende Komplikationen durch Narkosemittel
- **Perioperatives Vorgehen:**
 - **Vor der Untersuchung:**
 - 6 Stunden nüchtern bleiben
 - Blutverdünner nach ärztlicher Rücksprache pausieren oder anpassen

- Angstpatienten können ein Beruhigungsmittel erhalten
- Allergien, Lungenerkrankungen und Herz-Kreislauferkrankungen angeben
- **Nach der Untersuchung:**
 - Überwachung für mehrere Stunden
 - 24 Stunden kein Auto fahren, Fahrrad fahren oder Maschinen bedienen
 - Körperliche Schonung für 3–5 Tage (kein Sport, kein Alkohol, keine Belastung)
 - Viel trinken, um Narkose- und Medikamentenreste auszuschwemmen

Häufige Fragen zur Bronchoskopie:

1. **Was ist ein Bronchoskop?**
 - Ein Bronchoskop ist ein dünner, flexibler Schlauch mit einer Kamera an der Spitze, mit dem die Atemwege von innen betrachtet werden können.
2. **Was versteht man unter einer Bronchoskopie?**
 - Die Bronchoskopie ist eine Lungenspiegelung, bei der die Atemwege visuell untersucht und notwendige Proben entnommen werden.
3. **Ist der Eingriff schmerhaft?**
 - Nein, da Sie während der Untersuchung schlafen, verspüren Sie keinerlei Schmerzen.
4. **Muss ich nach dem Eingriff im Krankenhaus bleiben?**
 - Nein, Sie können noch am selben Tag nach Hause entlassen werden, sofern Sie von einer Begleitperson abgeholt werden.
5. **Darf ich nach der Untersuchung rauchen oder Sport treiben?**
 - Nein, bitte verzichten Sie für mindestens fünf Tage auf das Rauchen, sportliche Aktivitäten und körperliche Belastungen.
6. **Können während der Untersuchung Proben entnommen werden?**
 - Ja, falls medizinisch notwendig, können Schleim oder Gewebeproben entnommen werden.

Teil 1- Aufklärung Redemittel

1. Sigmoidektomie

Schönen guten Tag, Frau Müller, Yanez ist mein Name und ich bin Viszeralchirurg.

Ich möchte Sie heute über den geplanten Eingriff informieren, damit Sie eine fundierte Entscheidung über Ihre Zustimmung oder Ablehnung treffen können.

**Wenn Sie etwas nicht verstehen oder Fragen haben, geben Sie mir bitte ein Zeichen.
Dann machen wir eine kurze Pause, um alles zu klären.**

Frau/Herr (Name), Wie Sie bereits wissen, wurde bei Ihnen eine Entzündung der Darmausstülpung festgestellt

Um eine vollständige Heilung zu erreichen, halten wir eine laparoskopische Entfernung des entzündeten Darmabschnitts für die beste Behandlungsmöglichkeit.

Nun möchte ich den Ablauf des Eingriffs erklären, dann werden wir die möglichen Risiken besprechen. Anschließend werde ich Sie darüber informieren, was Sie vor und nach dem Eingriff beachten müssen.

**Diese Operation dauert in der Regel etwa 1,5 Stunden und erfolgt unter Vollnarkose.
Das heißt, Sie werden in einen künstlichen Tiefschlaf versetzt und bekommen während der Operation nichts mit.**

**Zuerst wird die Operationsstelle, also der Bauch, desinfiziert.
Der Eingriff beginnt mit drei kleinen Schnitten von etwa 2-3 cm Länge,**

Anschließend wird ein dünnes, schlauchartiges Instrument mit einer Kamera an der Spitze durch eine Öffnung in die Bauchhöhle eingeführt, um den entzündeten Teil des Darms zu entfernen.

Danach wird der Dickdarm mit dem Mastdarm vernäht, um die Kontinuität wiederherzustellen.

Im Anschluss wird ein Schlauch, nämlich eine Drainage, eingelegt, um die möglichen Flüssigkeiten langsam ablaufen zu lassen.

Am Ende der Operation werden die Wunden und die Haut schichtweise wieder vernäht und verschlossen.

Allgemeine Risiken können bei jedem Eingriff auftreten. Dazu gehören:

- Blutungen
- Nachblutungen
- Schmerzen
- Infektionen
- Wundheilungsstörungen
oder
- Allergische Reaktionen

Speziell bei diesem Eingriff kann es zu folgenden Risiken kommen:

Stumpfinsuffizienz, bedeutet, dass die Nähte des Darms nach der Operation wieder aufgehen können.

Infolgedessen könnte es den Darminhalt in die Bauchhöhle entleeren, was zu einer Bauchfellentzündung führen kann.

In solchen Fällen wäre eine erneute offene Operation notwendig, um die Bauchhöhle zu reinigen und mögliche Blutvergiftung zu vermeiden.

Außerdem könnte es sein, dass an der OP-Stelle Verwachsungen auftreten, was einen Darmverschluss verursachen kann.

Herr/Frau ((Name des Patienten)), ich weiß, dass diese Risiken beängstigend klingen können, aber bitte machen Sie sich keine Sorgen. Das bedeutet nicht, dass wir Komplikationen erwarten, sie sind jedoch nicht gänzlich auszuschließen. Wir sind gut vorbereitet, um im Bedarfsfall schnell zu reagieren

Außerdem gibt es einige Dinge, die Sie vor und nach der Operation berücksichtigen müssen.

Erstens müssen Sie vor dem Eingriff nüchtern sein. Das bedeutet: Sie dürfen 6 Stunden vorher nicht essen oder trinken.

Zusätzlich muss der darm geleert sein, deswegen geben wir Ihnen ein Abführmittel, um den Darm vollständig zu entleeren.

Nach der Operation ist es wichtig, dass Sie sich so früh wie möglich bewegen, um das Risiko einer Thrombose oder Lungenentzündung zu minimieren. Ab dem nächsten Tag dürfen Sie klare Flüssigkeiten wie Wasser oder Tee zu sich nehmen.

Von meiner Seite war das alles. Haben Sie alles verstanden? Haben Sie noch Fragen? Wenn Sie keine Fragen haben und mit der Durchführung des Eingriffs einverstanden sind, bitte ich Sie, hier zu unterschreiben.

2. Cholezystektomie

Schönen guten Tag, Frau Müller, Yanez ist mein Name und ich bin Viszeralchirurg.

Ich möchte Sie heute über den geplanten Eingriff informieren, damit Sie eine fundierte Entscheidung über Ihre Zustimmung oder Ablehnung treffen können.

Wenn Sie etwas nicht verstehen oder Fragen haben, geben Sie mir bitte ein Zeichen.

Dann machen wir eine kurze Pause, um alles zu klären.

Frau/Herr (Name), Wie Sie bereits wissen, wurde bei Ihnen eine Gallenblasenentzündung, festgestellt. Um eine vollständige Heilung zu erreichen, halten wir eine operative Entfernung der Gallenblase für die beste Behandlungsmöglichkeit.

Nun möchte ich den Ablauf des Eingriffs erklären, dann werden wir die möglichen Risiken besprechen. Anschließend werde ich Sie darüber informieren, was Sie vor und nach dem Eingriff beachten müssen

A. Die Operation dauert in der Regel etwa 1,5 Stunde und erfolgt unter Vollnarkose

A. Das bedeutet, Sie werden in einen künstlichen Tiefschlaf versetzt

Zuerst wird die Operationsstelle, also der Bauch, desinfiziert,

Der Eingriff beginnt mit drei kleinen Schnitten von etwa 2-3 cm Länge,

Anschließend wird ein dünnes, schlauchartiges Instrument mit einer Kamera an der Spitze durch eine Öffnung in die Bauchhöhle eingeführt, um die Gallenblase zu entfernen

Danach wird die Gallenblase vorsichtig von der Leber und den umliegenden Organen abgetrennt. Zudem werden die Blutgefäße und der Gallenblasengang geklippt. Dann wird die Gallenblase vollständig entfernt und aus der Bauchhöhle herausgezogen

Am Ende des Eingriffs wird Schlauch, nämlich eine Drainage, eingelegt, um die mögliche Flüssigkeiten langsam ablaufen zu lassen. Am Ende der Operation werde die Wunden und die Haut schichtweise wieder vernäht und verschlossen

Allgemeine Risiken können bei jedem Eingriff auftreten. Dazu gehören:

- Blutungen
- Nachblutungen
- Schmerzen
- Infektionen
- Wundheilungsstörungen
oder
- Allergische Reaktionen

Speziell bei diesem Eingriff kann es zu folgenden Risiken kommen:

einer Verletzung benachbarter Organe, wie zum Beispiel Darm oder Leber kommen. Zudem kann es auch gelegentlich zu einer Gallenleckage kommen. Das bedeutet, dass an der Stelle, wo die Gallenblase entfernt wurde, die Nähte wieder aufgehen könnten. Infolgedessen können die Gallenflüssigkeiten in die Bauchhöhle fließen, was zu einer Bauchfellentzündung führen kann.

Sollte dies passieren, wäre eine Notfalloperation erforderlich.

Dabei müsste die Bauchhöhle desinfiziert werden, um mögliche Komplikationen wie eine Blutvergiftung zu vermeiden. Bei einer solchen Operation wäre ein größerer Schnitt von etwa 10 cm Länge notwendig.

Herr/Frau ((Name des Patienten)), ich weiß, dass diese Risiken beängstigend klingen können, aber bitte machen Sie sich keine Sorgen. Das bedeutet nicht, dass wir Komplikationen erwarten, sie sind jedoch nicht gänzlich auszuschließen. Wir sind gut vorbereitet, um im Bedarfsfall schnell zu reagieren

Außerdem gibt es einige Dinge, die Sie vor und nach der Operation berücksichtigen müssen.

1. Erstens müssen Sie vor dem Eingriff nüchtern sein. Das bedeutet, Sie dürfen 8 Stunden vorher nichts essen oder trinken.

Am Operationstag erhalten Sie nur parenterale Ernährung. Das heißt: Die Nährstoffe werden durch Infusionen verabreicht.

Nach dem Eingriff müssen Sie 3 bis 5 Tage zur Überwachung bei uns bleiben, damit die Wunden regelmäßig kontrolliert werden können. Danach können wir Sie nach Hause entlassen

Vermeiden Sie bitte körperliche Anstrengungen für 8 Tage nach der Operation

Von meiner Seite war das alles. Haben Sie alles verstanden? Haben Sie noch Fragen? Wenn Sie keine Fragen haben und mit der Durchführung des Eingriffs einverstanden sind, bitte ich Sie, hier zu unterschreiben.

3. Mastoidektomie

Schönen guten Tag, Frau Müller, Yanez ist mein Name und ich bin der behandelnder Arzt.

Ich möchte Sie heute über den geplanten Eingriff informieren, damit Sie eine fundierte Entscheidung über Ihre Zustimmung oder Ablehnung treffen können. Wenn Sie etwas nicht verstehen oder Fragen haben, geben Sie mir bitte ein Zeichen. Dann machen wir eine kurze Pause, um alles zu klären.

Frau/Herr (name), Wie Sie bereits wissen wurde bei ihren Tochter eine Entzündung des Warzenfortsatzes festgestellt. Um eine vollständige Heilung zu erreichen, halten wir eine operative Entfernung des entzündeten Knochenmaterials, für die beste Behandlungsmöglichkeit.

Nun möchte ich den Ablauf des Eingriffs erklären, dann werden wir die möglichen Risiken besprechen. Anschließend werde ich Sie darüber informieren, was Sie vor und nach dem Eingriff beachten müssen.

Die Operation dauert in der Regel etwa 1 Stunde und erfolgt unter Vollnarkose.

Das bedeutet, Ihre Tochter wird in einen künstlichen Tiefschlaf versetzt und bekommt während der Operation nichts mit.

Zuerst wird die Operationsstelle, also der Ohrbereich desinfiziert. Der Eingriff beginnt mit einem Schnitt hinter dem Ohr, um den Warzenfortsatz freizulegen.

Danach, wird der Warzenfortsatz ausgeräumt und das entzündete Knochenmaterial entfernt.

Am Ende des Eingriffs wird Schlauch, nämlich eine Drainage, eingelegt, um die mögliche Flüssigkeiten langsam ablaufen zu lassen. Am Ende der Operation werde die Wunden und die Haut schichtweise wieder vernäht und verschlossen

Allgemeine Risiken können bei jedem Eingriff auftreten. Dazu gehören:

- Blutungen
- Nachblutungen
- Schmerzen
- Infektionen
- Wundheilungsstörungen
oder
- Allergische Reaktionen

Speziell bei diesem Eingriff kann es zu folgenden Risiken kommen:

einer Verletzung des Gesichtsnervs . Infolgedessen könnte es sein, dass Ihre Tochter nach der Operation eine Lähmung der mimischen Muskulatur, Sensibilitätsstörungen im Ohrbereich und Geschmacksstörungen hat.

In seltenen Fällen kann es zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Hörminderung kommen. Es kann auch sein, dass Ihre Tochter Ohrensausen hat

Herr/Frau ((Name des Patienten)), ich weiß, dass diese Risiken beängstigend klingen können, aber bitte machen Sie sich keine Sorgen. Das bedeutet nicht, dass wir Komplikationen erwarten, sie sind jedoch nicht gänzlich auszuschließen. Wir sind gut vorbereitet, um im Bedarfsfall schnell zu reagieren.

Außerdem gibt es einige Dinge, die Sie vor und nach der Operation berücksichtigen müssen.

Erstens müssen Sie vor dem Eingriff nüchtern sein. Das bedeutet: Sie dürfen 6 Stunden vorher nicht essen oder trinken.

Zusätzlich muss das Ohr sowie die Tamponade trocken gehalten werden

**Vermeiden Sie bitte keine Ohrenstäbchen für Ihre Tochter.
nach der Operation Zudem ist es empfehlenswert, dass Ihre Tochter starke Bewegungen vermeidet.**

Von meiner Seite war das alles. Haben Sie alles verstanden? Haben Sie noch Fragen?

Wenn Sie keine Fragen haben und mit der Durchführung des Eingriffs einverstanden sind, bitte ich Sie, hier zu unterschreiben.

4. ÖGD

Schönen guten Tag, Frau Müller, Yanez ist mein Name und ich bin Viszeralchirurg.

Ich möchte Sie heute über den geplanten Eingriff informieren, damit Sie eine fundierte Entscheidung über Ihre Zustimmung oder Ablehnung treffen können.

Wenn Sie etwas nicht verstehen oder Fragen haben, geben Sie mir bitte ein Zeichen.

Dann machen wir eine kurze Pause, um alles zu klären.

Frau/Herr (Name), Wie Sie bereits wissen, besteht bei Ihnen der Verdacht auf eine Magenschleimhautentzündung,

Um die Diagnose zu bestätigen, haben wir uns entschieden eine Magenspiegelung, durchzuführen.

Dadurch können wir die Speiseröhre, den Magen und den Zwölffingerdarm sowie die möglichen Veränderungen besser beurteilen.

Nun möchte ich den Ablauf des Eingriffs erklären, dann werden wir die möglichen Risiken besprechen. Anschließend werde ich Sie darüber informieren, was Sie vor und nach dem Eingriff beachten müsse

Die Untersuchung dauert in der Regel etwa 10-15 Minuten und erfolgt unter Analgosedierung oder einer lokalen Betäubung. Das bedeutet, falls eine Sedierung erfolgt, werden Sie einen leichten Schlaf versetzt und Sie bekommen während des Eingriffs nichts mit.

3. Anschließend wird ein dünnes, schlauchartiges, bzw sogenanntes Endoskop mit einer Kamera an Der Spitze, über den mund eingeführt durch die speiseröhre bis in den magen und den Zwollfingerdarm geschoben

Zuerst wird das Endoskop, nämlich ein dünnes, schlauchartiges Instrument mit einer Kamera an der Spitze über den Mund eingeführt und vorsichtig durch die Speiseröhre bis in den Magen und den Zwölffingerdarm geschoben um die Sicht zu verbessern, wird Luft eingebracht

Falls notwendig, wird eine Gewebeprobe mit einer kleinen Zange entnommen.

Allgemeine Risiken können bei jedem Eingriff auftreten. Dazu gehören:

- Blutungen

- Nachblutungen

- Schmerzen

- Infektionen

- Wundheilungsstörungen

oder

- Allergische Reaktionen

Speziell bei diesem Eingriff kann es zu folgenden Risiken kommen:

**Blähungen (Meteorismus) durch die eingebrachte Luft, Verletzungen der Schleimhäute, die zu Blutungen führen können
in sehr seltenen Fällen eine Perforation (Durchbruch) der Speiseröhre, des Magens oder des Zwölffingerdarms verursachen kann. Sollte dies passieren, wäre eine Notfalloperation erforderlich, um schwerwiegende Komplikationen wie eine Bauchfellentzündung zu vermeiden.**

Herr/Frau ((Name des Patienten)), ich weiß, dass diese Risiken beängstigend klingen können, aber bitte machen Sie sich keine Sorgen. Das bedeutet nicht, dass wir Komplikationen erwarten, sie sind jedoch nicht gänzlich auszuschließen. Wir sind gut vorbereitet, um im Bedarfsfall schnell zu reagieren.

Außerdem gibt es einige Dinge, die Sie vor und nach der Operation berücksichtigen müssen.

Erstens müssen Sir Vor dem Eingriff nüchtern sein. Das bedeutet, Sie dürfen 6 Stunden, vorher nichts essen.

Bis 2 Stunden vor der Untersuchung dürfen Sie klare Flüssigkeiten (Wasser, Tee ohne Milch) trinken..

Falls Sie blutverdünnende Medikamente einnehmen, sollten Sie uns dies unbedingt mitteilen, damit wir gegebenenfalls eine Anpassung vornehmen können.

**Nach dem Eingriff müssen Sie 30 Minuten zur Überwachung bei uns bleiben.
Falls eine Sedierung verabreicht wurde, vermeiden Sie bitte das Autofahren, Rauchen oder Alkohol trinken.**

Eine Rückkehr zur Arbeit hängt von Ihrer individuellen Verfassung ab. Falls Sie sediert wurden, sollten Sie am Untersuchungstag nicht arbeiten.

5. Koloskopie

Schönen guten Tag, Frau Müller, Yanez ist mein Name und ich bin Viszeralchirurg.

Ich möchte Sie heute über den geplanten Eingriff informieren, damit Sie eine fundierte Entscheidung über Ihre Zustimmung oder Ablehnung treffen können.

Wenn Sie etwas nicht verstehen oder Fragen haben, geben Sie mir bitte ein Zeichen.

Dann machen wir eine kurze Pause, um alles zu klären.

Frau/Herr (Name), Wie Sie bereits wissen, besteht bei Ihnen der Verdacht auf eine Divertikulitis.

Um die Diagnose zu bestätigen, haben wir uns entschieden, eine Darmspiegelung durchzuführen.

Dadurch können wir die inneren Wände des Darms und die Schleimhäute auf einem Bildschirm darstellen sowie die mögliche Veränderungen besser beurteilen.

Außerdem bietet die Darmspiegelung eine Möglichkeit, um einen therapeutischen Eingriff vorzunehmen.

Nun möchte ich den Ablauf des Eingriffs erklären, dann werden wir die möglichen Risiken besprechen. Anschließend werde ich Sie darüber informieren, was Sie vor und nach dem Eingriff beachten müssen.

Die Untersuchung dauert in der Regel etwa 30 Minuten, und erfolgt unter Vollnarkose und Sie bekommen während des Eingriffs nichts mit.

Zuerst wird das Endoskop, nämlich ein dünnes, schlauchartiges Instrument mit einer Kamera an der Spitze, über den After in den Dickdarm eingeführt und bis zur Mündung des Dünndarms geschoben.

Falls notwendig, wird eine Gewebeprobe mit einer kleinen Zange entnommen

Allgemeine Risiken können bei jedem Eingriff auftreten. Dazu gehören:

- Blutungen**
- Nachblutungen**
- Schmerzen**
- Infektionen**
- Wundheilungsstörungen**
- oder**
- Allergische Reaktionen**

Speziell bei diesem Eingriff kann es zu folgenden Risiken kommen:

Häufiger kann es zu einer Verletzung der Darmwand kommen.

In sehr seltenen Fällen kann ein Darmdurchbruch auftreten, der Schmerzen, Blutungen sowie Infektionen in der Bauchhöhle verursachen kann.

Sollte dies passieren, wäre eine Operation erforderlich, um mögliche Blutvergiftung zu vermeiden und das Loch des Darms zu verschließen.

Herr/Frau ((Name des Patienten)), ich weiß, dass diese Risiken beängstigend klingen können, aber bitte machen Sie sich keine Sorgen. Das bedeutet nicht, dass wir Komplikationen erwarten, sie sind jedoch nicht gänzlich auszuschließen. Wir sind gut vorbereitet, um im Bedarfsfall schnell zu reagieren.

Außerdem gibt es einige Dinge, die Sie vor und nach der Operation berücksichtigen müssen.

Erstens müssen Sie vor dem Eingriff nüchtern sein. Das bedeutet: Sie dürfen 6 Stunden vorher nicht essen oder trinken.

Zusätzlich muss der Verdauungstrakt geleert sein, deswegen geben wir Ihnen ein Abführmittel, um den Darm vollständig zu entleeren.

Nach dem Eingriff dürfen Sie nicht sofort essen oder trinken.

Vermeiden Sie bitte das Autofahren, da die Narkose Übelkeit, Erbrechen sowie Schwindelgefühle verursachen kann

Von meiner Seite war das alles. Haben Sie alles verstanden? Haben Sie noch Fragen? Wenn Sie keine Fragen haben und mit der Durchführung des Eingriffs einverstanden sind, bitte ich Sie, hier zu unterschreiben

6. Koronarangiographie

Schönen guten Tag, Frau Müller, Yanez ist mein Name und ich bin Kardiologe.

Ich möchte Sie heute über den geplanten Eingriff informieren, damit Sie eine fundierte Entscheidung über Ihre Zustimmung oder Ablehnung treffen können.

**Wenn Sie etwas nicht verstehen oder Fragen haben, geben Sie mir bitte ein Zeichen.
Dann machen wir eine kurze Pause, um alles zu klären.**

Frau/Herr (Name), Wie Sie bereits wissen, besteht bei Ihnen der Verdacht auf eine Verengung der Herzkranzgefäße .

Um die Diagnose zu bestätigen, haben wir uns entschieden, eine Koronarangiographie, durchzuführen.

Dadurch können wir die Herzkranzgefäße genauer darstellen.

Nun möchte ich den Ablauf des Eingriffs erklären, dann werden wir die möglichen Risiken besprechen. Anschließend werde ich Sie darüber informieren, was Sie vor und nach dem Eingriff beachten müssen.

Die Untersuchung dauert in der Regel etwa 1,5 Stunden und erfolgt unter lokaler Betäubung. Das bedeutet, nur die betroffene Stelle wird betäubt.

Zuerst wird die Untersuchung, also der Leistenbereich, desinfiziert. Der Eingriff beginnt mit einem kleinen Schnitt von etwa 1 cm Länge , am Leistenbereich oder am Unterarm.

Anschließend wird ein dünnes Schlauch bzw. ein Katheter eingeführt, um die Herzkranzgefäße darzustellen. Danach, wird Kontrastmittel durch den Katheter eingespritzt und der Brustkorb geröntgt. Dann wird eine Serie von Röntgenbildern aufgenommen, um den Verlauf des Kontrastmittels zu verfolgen und die Herzkranzgefäße auf einem Bildschirm darzustellen

Falls notwendig, wird die Verengungen der Gefäße mit einem Ballonkatheter oder einem Stent erweitert

Am Ende des Eingriffs wird der Katheter herausgezogen sowie ein Druckverband daran angelegt und am nächsten Tag entfernt.

Allgemeine Risiken können bei jedem Eingriff auftreten. Dazu gehören:

- Blutungen
- Nachblutungen
- Schmerzen
- Infektionen
- Wundheilungsstörungen
- oder - Allergische Reaktionen

Speziell bei diesem Eingriff kann es zu folgenden Risiken kommen:
Gelegentlich kann es aufgrund des Katheters zu Gefäßverletzungen kommen.
In seltenen Fällen könnte es **sein, dass Sie nach dem Eingriff Herzrhythmusstörungen haben.**

Außerdem könnte es zu einer allergischen Reaktion auf das Kontrastmittel kommen, die sich durch Juckreiz und Hauthausschlag äußert.

Zudem könnte in sehr seltenen Fällen ein Aneurysma spurium auftreten. Das ist ein Bluterguss an der Gefäßwand, der mit der Schlagader an der Einstichstelle verbunden ist.

Herr/Frau ((Name des Patienten)), ich weiß, dass diese Risiken beängstigend klingen können, aber bitte machen Sie sich keine Sorgen. Das bedeutet nicht, dass wir Komplikationen erwarten, sie sind jedoch nicht gänzlich auszuschließen. Wir sind gut vorbereitet, um im Bedarfsfall schnell zu reagieren

Außerdem gibt es einige Dinge, die Sie vor und nach der Operation berücksichtigen müssen

Erstens müssen Sie vor dem Eingriff nüchtern sein. Das bedeutet: Sie dürfen 6 Stunden vorher nicht essen oder trinken.

Nach dem Eingriff müssen Sie 12 Stunde zur Überwachung bei uns bleiben und dürfen sie nicht sofort essen oder trinken

In den ersten zwei Tagen müssen Sie sich im Bett ausruhen. In diesem Zeitraum dürfen Sie nicht allein aufstehen und das betroffene Bein nicht in der Hüfte beugen, falls der Eingriff über die Leiste durchgeführt wurde.

Vermeiden Sie bitte körperliche Anstrengungen wie Schwimmen in den ersten 8 Tagen.

Von meiner Seite war das alles. Haben Sie alles verstanden? Haben Sie noch Fragen? Wenn Sie keine Fragen haben und mit der Durchführung des Eingriffs einverstanden sind, bitte ich Sie, hier zu unterschreiben.

7. Arthroskopie

Schönen guten Tag, Frau Müller, Yanez ist mein Name und ich bin Orthopäde.

Ich möchte Sie heute über den geplanten Eingriff informieren, damit Sie eine fundierte Entscheidung über Ihre Zustimmung oder Ablehnung treffen können.

**Wenn Sie etwas nicht verstehen oder Fragen haben, geben Sie mir bitte ein Zeichen.
Dann machen wir eine kurze Pause, um alles zu klären.**

Frau Müller, Wie Sie bereits wissen, besteht bei ihnen der Verdacht auf eine Verletzung im Kniegelenk bzw auf einen Meniskusschaden, deswegen haben wir uns entschieden, eine Gelenkspiegelung durchzuführen. Dadurch können wir das Kniegelenk genauer darstellen.

Nun möchte ich den Ablauf des Eingriffs erklären, dann werden wir die möglichen Risiken besprechen. Anschließend werde ich Sie darüber informieren, was Sie vor und nach dem Eingriff beachten müssen.

Die Untersuchung dauert in der Regel etwa 30 Minuten und erfolgt unter lokaler Betäubung. Das bedeutet, nur die betroffene Stelle wird betäubt.

Zuerst wird die Untersuchung, also der Kniebereich, desinfiziert. Der Eingriff beginnt mit drei kleinen Schnitten von etwa 2-3 cm Länge. Dann wird das Kniegelenk mit Flüssigkeiten aufgefüllt.

Anschließend wird ein dünnes, schlauchartiges Instrument mit einer Kamera in die Gelenkhöhle eingeführt, um die Innenwände, den Meniskus und die Schleimhaut auf einem Bildschirm sichtbar zu machen. Falls es notwendig ist, wird das entzündende Gewebe entfernt.

Am Ende des Eingriffs wird Schlauch, nämlich eine Drainage, eingelegt, um die mögliche Flüssigkeiten langsam ablaufen zu lassen. Am Ende der Operation werde die Wunden und die Haut schichtweise wieder vernäht und verschlossen

Allgemeine Risiken können bei jedem Eingriff auftreten. Dazu gehören:

- Blutungen
- Nachblutungen
- Schmerzen
- Infektionen
- Wundheilungsstörungen
oder
- Allergische Reaktionen

Speziell bei diesem Eingriff kann es zu folgenden Risiken kommen:

Gelegentlich kann es aufgrund des Arthroskop zu Gefäßverletzungen kommen.
In seltenen Fällen können nach dem Eingriff ein Knochenmarködem sowie Weichteilschäden auftreten.

Außerdem könnte es in sehr seltenen Fällen zu Nervenschädigungen kommen, was nach der Untersuchung zu vorübergehenden oder dauerhaften Lähmungen sowie Sensibilitätsstörungen führen kann.

Herr/Frau ((Name des Patienten)), ich weiß, dass diese Risiken beängstigend klingen können, aber bitte machen Sie sich keine Sorgen. Das bedeutet nicht, dass wir Komplikationen erwarten, sie sind jedoch nicht gänzlich auszuschließen. Wir sind gut vorbereitet, um im Bedarfsfall schnell zu reagieren

Außerdem gibt es einige Dinge, die Sie vor und nach der Operation berücksichtigen müssen

Erstens müssen Sie vor dem Eingriff nüchtern sein. Das bedeutet: Sie dürfen 8 Stunden vorher nicht essen oder trinken.

Vermeiden Sie bitte körperliche Anstrengungen, Ansonsten müssen Sie sich in den ersten 2 Wochen erholen, bis die Verletzung im Knie vollständig verheilt.

Von meiner Seite war das alles. Haben Sie alles verstanden? Haben Sie noch Fragen? Wenn Sie keine Fragen haben und mit der Durchführung des Eingriffs einverstanden sind, bitte ich Sie, hier zu unterschreiben.

8. Transösophageale Echokardiographie (TEE)

Schönen guten Tag, Herr Mustermann, mein Name ist Dr. Schmidt, und ich bin Kardiologe. Ich möchte Sie heute über die geplante transösophageale Echokardiographie informieren, damit Sie eine fundierte Entscheidung über Ihre Zustimmung oder Ablehnung treffen können.

**Wenn Sie etwas nicht verstehen oder Fragen haben, geben Sie mir bitte ein Zeichen.
Dann machen wir eine kurze Pause, um alles zu klären.**

Wie Sie bereits wissen, besteht bei Ihnen der Verdacht auf eine Herzklappenerkrankung oder mögliche Thromben im linken Vorhof. Um diese Diagnose zu bestätigen, haben wir uns entschieden, eine transösophageale Echokardiographie durchzuführen. Diese Untersuchung ermöglicht es uns, das Herz und seine Strukturen sehr detailliert darzustellen.

Nun möchte ich Ihnen den Ablauf der Untersuchung erklären, dann besprechen wir die möglichen Risiken. Anschließend informiere ich Sie darüber, was Sie vor und nach der Untersuchung beachten müssen.

Die Untersuchung dauert in der Regel etwa 20–30 Minuten und erfolgt unter lokaler Betäubung des Rachen. Falls Sie möchten, können wir Ihnen auch eine leichte Sedierung geben, damit Sie während der Untersuchung entspannter sind

Zuerst wird das Endoskop, nämlich ein dünnes, schlauchartiges Instrument mit einer Kamera an der Spitze, durch Ihren Mund in die Speiseröhre ein.

Das Endoskop wird vorsichtig bis in die Nähe des Herzens geschoben, um detaillierte Ultraschallbilder aufzunehmen.

Während der Untersuchung können wir die Herzklappen, Vorhöfe und Herzwände genau betrachten.

Falls notwendig, entnehmen wir Gewebeproben oder führen Messungen durch.

Allgemeine Risiken können bei jedem Eingriff auftreten. Dazu gehören:

- Blutungen**
- Nachblutungen**
- Schmerzen**
- Infektionen**
- Wundheilungsstörungen**
oder
- Allergische Reaktionen**

Speziell bei diesem Eingriff kann es zu folgenden Risiken kommen:

In sehr seltenen Fällen kann es zu einer Verletzung der Speiseröhre kommen. Sollte dies passieren, wäre eine sofortige medizinische Intervention erforderlich.

Sehr selten können während oder nach der Untersuchung Herzrhythmusstörungen auftreten.

Wenn Sie nicht ausreichend nüchtern sind, besteht das Risiko, dass Mageninhalt in die Lunge gelangt.

Diese sind meistens vorübergehend und klingen innerhalb weniger Stunden ab.

Herr Mustermann, ich weiß, dass diese Risiken beängstigend klingen können, aber bitte machen Sie sich keine Sorgen. Das bedeutet nicht, dass wir Komplikationen erwarten. Sie sind jedoch nicht gänzlich auszuschließen. Wir sind gut vorbereitet, um im Bedarfsfall schnell zu reagieren.

Außerdem gibt es einige Dinge, die Sie vor und nach der Operation berücksichtigen müssen.

Erstens müssen Sie vor dem Eingriff nüchtern sein. Das bedeutet: Sie dürfen 6 Stunden vorher nicht essen oder trinken.

Falls Sie blutverdünnende Medikamente einnehmen, sollten Sie uns dies unbedingt mitteilen, damit wir gegebenenfalls eine Anpassung vornehmen können.

Nach dem Eingriff müssen Sie 30 Minuten zur Überwachung bei uns bleiben und dürfen sie nicht sofort essen, sie können klare Flüssigkeiten trinken. Feste Nahrung sollten Sie erst zu sich nehmen, wenn der Schluckreflex vollständig zurückgekehrt ist.

Falls Sie sediert wurden, dürfen Sie am Untersuchungstag kein Auto fahren, Maschinen bedienen oder Alkohol trinken. Eine Begleitperson ist erforderlich.

Vermeiden Sie am Untersuchungstag anstrengende Tätigkeiten.

Von meiner Seite war das alles. Haben Sie alles verstanden? Haben Sie noch Fragen? Wenn Sie keine Fragen haben und mit der Durchführung des Eingriffs einverstanden sind, bitte ich Sie, hier zu unterschreiben.

Teil-2 Arzt-Arzt Vorstellung

Die Patientenvorstellung in der FaMED-Prüfung: Struktur und Durchführung

Die Patientenvorstellung ist eine zentrale klinische Kommunikationsaufgabe in der FaMED-Prüfung. In dieser **10-minütigen Station** wird von Ihnen erwartet, dass Sie einen Patientenfall prägnant und professionell einem Vorgesetzten (typischerweise einem „Chefarzt“ oder „Oberarzt“) in einer simulierten Situation wie einer Visite vorstellen.

1. Format und Zeitmanagement

Das Verständnis der Zeiteinteilung ist für die effektive Bewältigung dieser Station entscheidend.

- **Gesamtzeit:** 10 Minuten.
- **Einlesezeit:** Sie haben zu Beginn **2,5 Minuten** Zeit, um die Fallunterlagen zu lesen. Diese Zeit ist in den 10 Minuten *inbegriffen*.
- **Vortrag & Rückfragen:** Ihnen bleiben somit **7,5 Minuten**, um Ihre Vorstellung vorzutragen und auf eventuelle Rückfragen des Vorgesetzten zu antworten.

2. Die Fallunterlagen und Ihre spezifische Aufgabenstellung

Ihnen wird ein Notizblatt zur Verfügung gestellt, das die Grundlage für Ihre Präsentation bildet. Dieses enthält typischerweise:

- Name des Patienten und Verdachtsdiagnose.
- Ihre Rolle (z. B. Stationsarzt).
- Stichpunkte zur Anamnese, körperlichen Untersuchung, Laborwerten und aktuellen Medikation.

Entscheidend ist, dass Sie auch eine „spezifische Aufgabenstellung“ erhalten. Lesen Sie diese Anweisung sehr sorgfältig durch, da sie den Fokus Ihrer Präsentation vorgibt. Sie könnte Sie beispielsweise anweisen, bestimmte fachsprachliche Begriffe zu verwenden oder sich auf den vorgeschlagenen diagnostischen Plan zu konzentrieren.

3. Struktur der Patientenvorstellung

Eine logische und systematische Struktur ist unerlässlich. Die Präsentation sollte wie folgt aufgebaut sein:

1. **Einleitung:** Sprechen Sie den Vorgesetzten formell an. Nennen Sie den Namen, das Alter und die primäre Verdachtsdiagnose des Patienten.
 - **Beispiel:** „Schönen guten Tag, Herr Oberarzt. Bevor wir jetzt zu unserem nächsten Patienten ins Zimmer gehen, möchte ich Ihnen den Fall gerne einmal vorstellen. Es handelt sich um Herrn Heinrich Schmidt, 63 Jahre alt, mit einem Verdacht auf eine Panzytopenie.“

2. **Aktuelle Anamnese:** Fassen Sie die Hauptbeschwerden des Patienten und den Grund für die Vorstellung zusammen.
 - *Beispiel:* „Er stellte sich aufgrund einer Überweisung seines Hausarztes bei uns vor. Der Patient klagt über Fatig, einen Leistungsknick und mehrere Episoden Epistaxis in der letzten Zeit sowie eine Synkope.“
3. **Relevante Vorgeschichte:** Erwähnen Sie kurz relevante Vorerkrankungen, Operationen und die Sozialanamnese (Rauchen, Alkohol).
4. **Wichtige Untersuchungsbefunde:** Berichten Sie über den Allgemeinzustand, die Vitalparameter sowie signifikante positive und negative Befunde der körperlichen Untersuchung.
 - *Beispiel:* „Der Patient befindet sich in einem verminderten Allgemeinzustand, Haut und Schleimhäute wiesen eine Blässe auf. Wir fanden eine Kruste unterhalb des rechten Nasenloches und auch Hämatome am Oberkörper. Die Auskultation von Herz und Lungen war unauffällig.“
5. **Diagnostische Ergebnisse:** Fassen Sie die Ergebnisse der initialen Untersuchungen zusammen und konzentrieren Sie sich auf auffällige Werte.
 - *Beispiel:* „Die Laboruntersuchung vom Hausarzt zeigte eine Anämie mit erniedrigtem mittlerem korpuskulärem Volumen sowie eine Leuko- und Thrombozytopenie. Die Entzündungsparameter waren erhöht.“
6. **Aktuelle Medikation:** Listen Sie die Dauermedikation des Patienten auf.
7. **Beurteilung und Plan:** Schließen Sie ab, indem Sie das Hauptproblem nochmals benennen und den Plan für die weitere Abklärung gemäß Ihrer „Aufgabenstellung“ skizzieren.
 - *Beispiel:* „Zur weiteren Abklärung der Verdachtsdiagnose Panzytopenie sollte eine Röntgenthorax-Aufnahme und auch eine Knochenmarkspunktion durchgeführt werden.“

4. Schlüsselkompetenz: Von Stichpunkten zum Vortrag

Die primär geprüfte Fähigkeit ist es, die vorgegebenen Stichpunkte und Schlüsselwörter in einen flüssigen, kohärenten und professionellen mündlichen Vortrag umzuwandeln. Sie müssen vollständige, grammatisch korrekte Sätze formulieren, die logisch miteinander verbunden sind, um ein klares klinisches Bild zu zeichnen und dabei, wie von der Aufgabe gefordert, präzise Fachbegriffe zu verwenden.

Patientenvorstellung: Ein Leitfaden für die FaMED-Prüfung

Teil 1 – Die Eröffnung: Der professionelle Einstieg

1. Das Ziel der Einleitung (The Goal of the Introduction)

The first 1-2 sentences of your presentation are critical. Your goal is not just to start talking, but to:

- **Establish Professionalism:** Address the senior physician correctly and confidently.
- **Be Direct and Concise:** Immediately state your purpose.
- **Orient Your Listener:** Provide the most essential information (patient name, age, primary diagnosis) upfront so the Chefarzt can immediately form a mental picture of the case.

Think of it as the subject line of a professional email – it needs to be clear and informative.

2. Die Bausteine der Einleitung (The Building Blocks of the Introduction)

Every strong opening you provided follows a simple, three-part formula:

1. **Die Anrede** (The Formal Address)
2. **Die Ich-Aussage** (The "I-Statement")
3. **Die Patienten-Vorstellung** (The Patient Introduction)

Let's break each one down.

3. Analyse und Beispiele (Deep Dive and Examples)

Baustein 1: Die Anrede (The Formal Address)

This is the simplest but most important part for setting a professional tone.

- **Die Formel:** Sehr geehrte/r Herr/Frau [Titel],
- **Beispiele (aus Ihren Texten):**
 - "Sehr geehrter Herr Chefarzt,"
 - "Sehr geehrte Frau Oberärztein,"
 - "Sehr geehrter Herr Oberarzt,"
- Linguistik-Tipp: Die Adjektivdeklination
This is a classic C1 grammar point. The ending of "geehrter" or "geehrte" depends on the gender of the person you're addressing.
 - **Masculine:** der Chefarzt -> "Sehr geehrter Herr Chefarzt"
 - Feminine: die Chefärztein -> "Sehr geehrte Frau Chefärztein"
Always get this right. It's the first impression.

Baustein 2: Die Ich-Aussage (The "I-Statement")

After the address, you state your intention. This is where verb choice matters.

- **Die Formel:** Ich möchte Ihnen [Patienten] vorstellen, ...
- **Beispiele (aus Ihren Texten):**
 - "Ich möchte Ihnen Herrn Karl Becker vorstellen, ..."
 - "Ich möchte Ihnen Frau Anna Müller vorstellen, ..."
- Verben im Fokus: vorstellen vs. berichten vs. präsentieren
You asked why certain verbs are used. This is a perfect example.
 - **vorstellen (to introduce/present):** This is the **gold standard**. It is neutral, professional, and exactly describes the action of presenting a patient to a colleague for the first time. It is the most common and expected verb in this context.
 - **berichten (to report):** This verb implies a longer, more narrative story. You might "berichten" about the *progress* of a patient you've been treating for a week, but for a new patient, **vorstellen** is more precise.
 - **präsentieren (to present, as in a lecture):** This verb is much more formal and academic. It sounds like you are about to give a PowerPoint presentation or a lecture. In the context of a quick, clinical ward round, it can sound a bit stiff and unnatural.
- **Conclusion:** Stick with **vorstellen**. It is the most idiomatic and professional choice.

Baustein 3: Die Patienten-Vorstellung (The Patient Introduction)

Here, you deliver the key data points.

- **Die Formel:** [Namen], [ein/e] [Alter]-jährige/r Patient/in, der/die mit [Verdachtsdiagnose] aufgenommen wurde.
- **Beispiele (aus Ihren Texten):**
 - "...Herrn Karl Becker, **einen 62-jährigen Patienten**, der mit der Verdachtsdiagnose einer akuten Exazerbation... aufgenommen wurde."
 - "...Frau Lisa Meier, **eine 34-jährige Patientin**, die aufgrund eines akuten Asthmaanfalls... aufgenommen wurde."
 - "...Frau Maria Fischer, **eine 78-jährige Patientin**, die mit der Verdachtsdiagnose einer dislozierten Fraktur... aufgenommen wurde."
- Linguistik-Tipp 1: Der Akkusativ-Appositiv
The phrase "...einen 62-jährigen Patienten..." is a grammatical structure called an Apposition. Because you are "vorstellen" wen? -> "Ihn, Herrn Karl Becker" (Akkusativ), the apposition that further describes him must also be in the Akkusativ case.
 - Ich stelle vor (verb) + Herrn Karl Becker (Akkusativobjekt) + , einen 62-jährigen Patienten (Akkusativ-Apposition).
Mastering this shows a very high level of grammatical control.
- Linguistik-Tipp 2: Der Relativsatz (The Relative Clause)
The second part of the introduction uses a relative clause to connect the patient to the diagnosis.
 - ...Patient, **der** mit der Verdachtsdiagnose... (Masculine)
 - ...Patientin, **die** aufgrund eines akuten Asthmaanfalls... (Feminine)
This is a clean and efficient way to link the information together.

4. Alles zusammenfügen (Putting It All Together)

By combining these three building blocks, you create a perfect, professional opening every time.

Beispiel 1 (COPD):

"Sehr geehrter Herr Chefarzt, ich möchte Ihnen Herrn Karl Becker vorstellen, einen 62-jährigen Patienten, der mit der Verdachtsdiagnose einer akuten Exazerbation einer COPD stationär aufgenommen wurde."

Beispiel 2 (Pankreatitis):

"Sehr geehrter Herr Chefarzt, ich möchte Ihnen Frau Anna Müller vorstellen, eine 48-jährige Patientin, die aufgrund einer akuten Pankreatitis stationär aufgenommen wurde."

Beispiel 3 (Leistenhernie):

"Sehr geehrter Herr Chefarzt, ich möchte Ihnen Herrn Thomas Müller, einen 42-jährigen Patienten, vorstellen, der mit der Verdachtsdiagnose einer inkarzerierten linksseitigen Hernia inguinalis stationär aufgenommen wurde."

Teil 2 – The Core Anamnesis: Reason for Presentation & Past History

1. The Goal of This Section

After your perfect opening, you move into the heart of the presentation: the **Anamnese**. This is where you transform the case notes into a fluent, medically precise narrative. Your goal is to give the senior physician a clear picture of **why** the patient came and **what background information** is relevant.

We break this into two logical building blocks:

- **The Reason for Presentation (Vorstellungsgrund):** The acute symptoms that brought the patient in.
- **The Past Medical History (Vorgeschichte):** Relevant chronic conditions, risk factors, and social history.

2. Deep Dive and Examples

Building Block 1 – The Reason for Presentation (Vorstellungsgrund)

Here you describe the patient's acute symptoms.

The key is to report the patient's subjective complaints in a professional, objective way.

Formula: Start with an introductory phrase, then list the symptoms.

Key Verbs and Phrases (and why they matter)

klagen über (+ Akkusativ) – the standard for subjective complaints like pain or nausea.
It frames the information from the patient's perspective – empathetic yet professional.

Example (Appendicitis):

„Die Patientin **klagte** über diffuse Bauchschmerzen ...“
(The patient complained of diffuse abdominal pain.)

angeben / berichten – neutral, highly professional.

angeben = to specify details; *berichten* = to narrate.

Example (COPD):

„Der Patient **gab an**, seit drei Tagen unter zunehmender Belastungsdyspnoe **zu leiden**.“
(The patient stated that for three days he has been suffering from increasing dyspnea on exertion.)

 Example (Gastritis):

„Zudem **berichtete er** von gelegentlichem Erbrechen.“

(Additionally, he reported occasional vomiting.)

leiden unter (+ Dativ) – “to suffer from,” expressing an ongoing symptom.

 Example (Crohn's Disease):

„Der Patient **gab an**, seit zwei Wochen unter zunehmenden abdominalen Schmerzen **zu leiden**.“

(The patient stated that for two weeks he has been suffering from increasing abdominal pain.)

Grammar Deep Dive 1 – Using seit correctly

When an action started in the past and is still ongoing, use **seit + Dativ + Präsens Tense** inside your subordinate or infinitive clause.

 Example (Pancreatitis):

„... aufgrund seit 24 Stunden bestehender starker Bauchschmerzen ...“

(... due to severe abdominal pain that has been present for 24 hours.)

 Example (COPD):

„Der Patient **gab an**, seit drei Tagen unter Atemnot **zu leiden**.“

(The patient stated that he has been suffering from dyspnea for three days.)

Grammar Deep Dive 2 – Reported Speech without Konjunktiv

In real clinical communication and FaMED exams, you keep the **Indikativ**.

Professional distance is shown by your phrasing (*laut Patient, nach eigenen Angaben*), not by changing the verb mood.

 Example (Hernia):

„Der Patient **berichtete**, dass die Hernie nach einer starken Hustenattacke **aufgetreten ist**.“

(The patient reported that the hernia appeared after a strong coughing attack.)

 Example (COPD):

„Der Patient **berichtete**, dass eine leichte Besserung **eingetreten ist**.“

(The patient reported that a slight improvement occurred.)

3. Building Block 2 – The Past Medical History (Vorgeschichte)

Here you summarize all relevant chronic illnesses, risk factors, medications, and social background.

Key Introductory Phrases

Anamnestisch besteht ... / Anamnestisch ist bekannt ...

 Used for current or chronic conditions.

„Anamnestisch **besteht** eine langjährige COPD.“
(There is a long-standing COPD.)

In der Vorgeschichte finden sich ...

 Used for conditions still relevant today.

„In der Vorgeschichte **finden sich** Hypertonie und Diabetes mellitus Typ 2.“
(In the patient's history, hypertension and type 2 diabetes are present.)

If the condition is truly past (e.g., resolved illness):

 „In der Vorgeschichte **fanden sich** ...“ = “were found / had existed.”

Structuring the Information

Category	Example	Tense	Reason
Chronic illnesses	„Anamnestisch besteht Diabetes mellitus Typ 2.“	 Präsens	Still true
Risk factors	„Er raucht 10 Zigaretten täglich und trinkt selten Alkohol.“	 Präsens	Ongoing habit
Medication	„Er nimmt Metformin 1000 mg ein.“	 Präsens	Current treatment
Past surgery	„Vor zwei Jahren wurde eine Appendektomie durchgeführt.“	 Präteritum	Completed event
Allergies	„Allergien sind nicht bekannt.“	 Präsens	Present fact

4. Putting It All Together – Full Example

█ (Opening)

„Sehr geehrter Herr Chefarzt, ich möchte Ihnen Frau Elena Weber vorstellen, eine 42-jährige Patientin, die aufgrund einer akuten Cholezystitis stationär aufgenommen █ wurde.“

█ (Reason for Presentation)

„Sie **klagte**, seit zwei Tagen unter intermittierenden und zunehmenden Schmerzen im rechten Oberbauch **zu leiden**, die in die rechte Schulter und den Rücken **ausstrahlten**. Begleitend **traten** Übelkeit und Fieber **auf**, wobei sich die Schmerzen nach fettrreichen Mahlzeiten **verstärkten**.“

(Main verbs = Präteritum; ongoing symptom = Präsens infinitive “zu leiden”)

█ (Past History – chronic facts)

„Anamnestisch **besteht** eine arterielle Hypertonie sowie eine Hyperlipidämie. Vor einem Jahr █ wurde eine Gallenstein-Erkrankung diagnostiziert, jedoch ohne Intervention. Frau Weber **ist** Nichtraucherin, **trinkt** selten Alkohol und **weist** mit einem BMI von 28 eine leichte Adipositas **auf**. █ Allergien **sind** nicht bekannt.“

█ (Current Status & Plan)

„Aktuell **ist** die Patientin afebril und **zeigt sich** kreislaufstabil. Laborchemisch **finden sich** erhöhte Leberwerte und ein CRP-Anstieg. Wir **beginnen** heute eine antibiotische Therapie und **planen** eine laparoskopische Cholezystektomie nach Stabilisierung der Entzündungsparameter.“

5.FaMED Tense Logic Map

Section	Typical Tense	Example	Explanation
Patient complaints	█ Präteritum + (zu + infinitive Präsens)	„Der Patient gab an, seit drei Tagen unter Husten zu leiden .“	Past report + ongoing symptom
Symptom description	█ Präteritum	„Sie klagte über Schmerzen, die ausstrahlten .“	Descriptive snapshot
Chronic diseases & risks	█ Präsens	„Anamnestisch besteht Diabetes.“	Still true

Medications & allergies	 Präsens	„Allergien sind nicht bekannt.“	Current facts
Status + Plan	 Präsens	„Wir beginnen eine Therapie.“	Current actions

Final Rule to Remember

-  Use **Präteritum** for the *reported anamnesis* (“klagte ... gab an ...”).
-  Use **Präsens** for *everything that is still true now* (chronic conditions, medications, allergies, findings, plan).

Teil 3 – The Objective Findings: Physical Examination & Lab Results

1. The Goal of This Section

After presenting the patient's story (the anamnesis), you must now provide the objective, measurable data that you have gathered. This section is all about precision and clarity. Your goal is to paint a clear clinical picture using hard data, separating significant findings from normal ones.

We'll structure this in three building blocks:

- **The Introduction & Vital Signs:** The bridge from the anamnesis to the objective findings.
- **The Physical Examination:** A head-to-toe summary of relevant findings.
- **Lab Results & Imaging:** The data from investigations.

2. Deep Dive and Examples

Building Block 1: Introduction & Vital Signs (Einleitung & Vitalparameter)

Start with a clear transition. Then, present the core vital signs together. This is efficient and professional.

- **Key Introductory Phrases:**
 - **Die körperliche Untersuchung wurde bereits durchgeführt und ergab...** (The physical examination was already performed and showed...). This is a perfect, formal transition.
 - **Die klinische Untersuchung zeigt...** (The clinical examination shows...). A strong, direct alternative.
- **Presenting Vital Signs:** List them concisely. Verb choice is key here.
 - For blood pressure: **betrugen**. "Der Blutdruck **betrug** 130/90 mmHg." (The blood pressure **was**...).
 - For heart rate/pulse: **liegen bei** or simply **war**. "Die Herzfrequenz **lag bei** 107/min." (The heart rate **was at**...).
 - For temperature: **betrugen**. "Die Körpertemperatur **betrug** 37,8 °C." (The body temperature **was**...).
 - For SpO2: **liegen bei** or **betrugen**. "Die Sauerstoffsättigung **lag bei** 89 %." (The oxygen saturation **was at**...).

Building Block 2: The Physical Examination (Die körperliche Untersuchung)

After the vitals, describe the exam findings. The most effective way is to start with the patient's general state and then highlight significant positive findings, followed by significant negative findings.

- **Describing General State (Allgemeinzustand - AZ):**
 - Use adjectives like **reduziert**, **vermindert**, or **guter** Allgemeinzustand.
 - *Example (COPD): "Unser Patient befindet sich in einem verminderten Allgemeinzustand."* (Our patient is in a **reduced general state**.)
- **Highlighting Positive Findings (Auffälligkeiten):** What did you find?
 - Use strong, descriptive verbs.
 - *Example (Pneumonia): "Bei der Auskultation wurden in der rechten Lunge feuchte Rasselgeräusche festgestellt."* (On auscultation, **moist crackles were noted** in the right lung.)
 - *Example (Cholecystitis): "Die körperliche Untersuchung zeigt eine Druckdolenz im rechten Oberbauch mit positivem Murphy-Zeichen."* (The physical exam **shows tenderness to palpation** in the right upper quadrant with a **positive Murphy's sign**.)
- **Stating Negative Findings (Unauffälligkeiten):** What was normal? This is just as important as it helps to narrow down the differential diagnoses.
 - Use the word **unauffällig** (unremarkable). It is the most professional and common term.
 - *Example (COPD): "Unauffällig: Herz, Bauch, Neurostatus."* (This is how it's written in the notes).
 - In your presentation: "**Herz-, Abdomen- und neurologischer Status sind unauffällig.**" (Cardiac, abdominal, and neurological status are unremarkable.)

Building Block 3: Lab Results & Imaging (Labor & Bildgebung)

This section is purely data-driven. Introduce the section, then report the key abnormal values first.

- **Key Introductory Phrases:**
 - **Die Laboranalysen zeigen...** (The lab analyses show...).
 - **Die Laborergebnisse ergaben...** (The lab results showed...).
 - **Im Labor fielen folgende Werte auf:** (In the lab, the following values were notable:).
- **Reporting the Values:** Be direct.
 - Use **erhöht** (elevated), **erniedrigt** (decreased), and **im Normbereich** (within the normal range).
 - *Example (Pneumonia): "Die Laborergebnisse zeigten erhöhte Entzündungsparameter, nämlich einen erhöhten CRP-Wert mit 86 mg/dl sowie eine Leukozytose mit 16.000 pro Mikroliter."* (The lab results showed elevated inflammatory markers, namely an elevated CRP of 86 mg/dl as well as a leukocytosis of 16,000 per microliter.)
 - *Example (COPD): "Die Blutgasanalyse ergab eine respiratorische Azidose mit einem pH-Wert von 7,32..."* (The blood gas analysis **revealed a respiratory acidosis** with a pH of 7.32...).
- **Presenting Imaging Results:** Be concise and state the key finding.
 - *Example (Pneumonia): "Die Röntgenuntersuchung wurde ebenfalls angefertigt und zeigt ein Infiltrat im rechten Oberlappen."* (The X-ray was also done and **shows an infiltrate in the right upper lobe**.)

3. Putting It All Together

Let's use the **Pneumonia** case (Fall 3) to combine these elements into a fluid presentation:

(Anamnesis...)

(Intro & Vitals) "Die Vitalwerte wurden in der Notaufnahme überprüft. Der Blutdruck **betrug** 137/85 mmHg, die Herzfrequenz **lag bei** 76 Schlägen pro Minute, und die Körpertemperatur **lag bei** 38,9 °C, was auf Fieber hindeutet. Die Sauerstoffsättigung **betrug** 92 %."

(Physical Exam) "Die körperliche Untersuchung wurde ebenfalls durchgeführt. Die Patientin befand sich in einem **reduzierten Allgemeinzustand**. Bei der Auskultation wurden in der rechten Lunge **feuchte Rasselgeräusche festgestellt**. Die Palpation des Abdomens sowie der Lymphknoten war **unauffällig**."

(Labs & Imaging) "Die Laborergebnisse **zeigten erhöhte Entzündungsparameter**, einen CRP-Wert von 86 mg/dl sowie eine Leukozytose mit 16.000. Die Röntgenuntersuchung **zeigt ein Infiltrat im rechten Oberlappen**."

Teil 4 – The Conclusion: Assessment & Plan (Beurteilung & Prozedere)

1. The Goal of This Section

This is the finale of your presentation. You have presented the subjective story and the objective data; now, you must connect the dots. This section demonstrates your clinical reasoning. Your goal is to:

- **Synthesize:** Summarize the key findings into a clear suspected diagnosis.
- **Structure:** Present a logical and safe plan for further diagnostics and therapy.
- **Demonstrate Competence:** Show the Chefarzt that you know what to do next.

We'll break this down into the two essential components:

- **The Assessment:** Stating your diagnosis.
- **The Plan:** Outlining the next steps.

2. Deep Dive and Examples

Building Block 1: The Assessment (Die Beurteilung / Verdachtsdiagnose)

This is your summary statement. It should be confident and based on the evidence you've presented.

- **Key Introductory Phrases:**
 - **Die Verdachtsdiagnose lautet...** (The suspected diagnosis is...). This is the most direct and common phrase. It's clear, professional, and to the point.
 - *Example (Cholecystitis): "Die Verdachtsdiagnose lautet akute Cholezystitis."*
 - **Die genannten Befunde weisen auf... hin.** (The aforementioned findings indicate...). This is a slightly more elaborate and very elegant way to introduce your diagnosis, explicitly linking it to the evidence.
 - *Example (Pneumonia): "Die genannten Befunde weisen auf eine Pneumonie hin."*
 - **Mentioning Differential Diagnoses (DDx):** To show a higher level of clinical thinking, you can briefly mention relevant alternatives.
 - *Example (Pneumonia): "Als Differentialdiagnosen kommen ein Lungenödem und ein Lungenabszess in Betracht."* (As differential diagnoses, pulmonary edema and a lung abscess can be considered.)

Building Block 2: The Plan (Das Prozedere / Das weitere Vorgehen)

This is your action plan. A great plan is always structured, typically moving from immediate actions and diagnostics to therapy and long-term management.

- **Structuring Your Plan:**

- **Immediate Actions / Admission:** State the patient's current status.
 - *Example (Appendicitis): "Die Patientin wurde stationär aufgenommen."* (The patient was admitted to the hospital.)
- **Therapeutic Steps (Therapeutisches Vorgehen):** What are you doing to treat the patient right now?
 - *Example (Anaphylaxis): "Die medikamentöse Therapie wurde mit der intramuskulären Gabe von Adrenalin 0,5 mg begonnen."* (The medical therapy was started with the intramuscular administration of 0.5 mg of adrenaline.)
- **Diagnostic Steps (Diagnostisches Vorgehen):** What further tests are you ordering?
 - *Example (Pancytopenia): "Für das weitere Vorgehen wurden Laborkontrollen sowie eine Röntgen-Thorax-Untersuchung und eine Knochenmarkpunktion geplant."* (For the further workup, lab follow-ups as well as a chest X-ray and a bone marrow puncture were planned.)
- **Grammar Deep Dive: The Professional's Toolkit (Passive & Nominal Style)** In this section, you will almost exclusively use the **Passive Voice (Passiv)** and the **Nominal Style (Nominalstil)**. This is the hallmark of professional medical German. It sounds objective and focuses on the *action*, not the person performing it.
 - **The Passive Voice (Passiv):**
 - **Instead of:** "Ich habe eine antibiotische Therapie eingeleitet." (I started antibiotic therapy.)
 - **Use:** "**Eine antibiotische Therapie wurde eingeleitet.**" (An antibiotic therapy **was started**.)
 - **Why?** It's not about what *you* did, but what *was done* for the patient. It's the standard for clinical communication.
 - **The Nominal Style (Nominalstil):**
 - This involves turning a verb into a noun. It sounds very concise and is common in formal reports.
 - **Verbal Style:** "Wir planen, die Patientin aufzuklären." (We plan to inform the patient.)
 - **Nominal Style:** "Geplant ist die **Aufklärung** der Patientin." (Planned is the **informing** of the patient.)
 - **Another example:** **durchführen** (to perform) -> **die Durchführung** (the performance). This style makes your presentation sound highly structured and competent.

3. Putting It All Together

Let's use the **Anaphylactic Shock** case (Fall 4) to see a complete and professional conclusion:

(Anamnesis & Findings...)

(Assessment) "Die Verdachtsdiagnose lautet anaphylaktischer Schock nach einem Bienenstich."

(Plan) "Der Patient wurde auf die Intensivstation aufgenommen. Die medikamentöse Therapie **wurde** mit der intramuskulären **Gabe** von Adrenalin 0,5 mg **begonnen**. Außerdem **wurden** Antihistaminikum sowie Prednisolon intravenös **verabreicht**." "Nach der **Besserung** der Symptome **wurde** er auf die internistische Station **verlegt**. Wenn alle Vitalwerte im Normbereich bleiben, kann der Patient nach Hause entlassen werden. Vor der **Entlassung** wird Herrn Schmidt ein EpiPen **erhalten** und über dessen **Anwendung** **aufgeklärt werden**."

Arzt-Arzt Falle

1. Respiratorisches System

Ihre Rolle: Stationsarzt/-ärztein

Situation: Vorstellung eines neuen Patienten bei der Chefarzt-Visite.

Fall 1: COPD-Exazerbation

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** COPD-Exazerbation
- **Name (Alter):** Herr Karl Becker (62 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Seit 3 Tagen zunehmende Atemnot, Husten und Auswurf (leichte Besserung nach Anwendung von Salbutamol).
- **Vorgeschichte:** Langjährige COPD-Diagnose, langjährige berufliche Staubexposition (Bergbauarbeiter), Raucher (35 Packungsjahre), trinkt wenig Alkohol, unsportlich, keine bekannten Allergien.

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 130/90 mmHg, Puls: 107/min, Atemfrequenz: 29/min, Temperatur: 37,8 °C, Sauerstoffsättigung: 89 % (unter Raumluft).
- Lunge: Keuchende Geräusche und verlängertes Ausatmen, Haut: bläuliche Verfärbung der Lippen. Keine peripheren Schwellungen.
- Unauffällig: Herz, Bauch, Neurostatus.

Labor (Hausarzt):

- Hämoglobin ↑, Weiße Blutkörperchen ↑, CRP ↑.
- Blutgas: pH: 7.32 ~↓, pCO₂: 55 mmHg ↑, pO₂: 60 mmHg ↓, HCO₂: 28 mmol/L ~↑.
- Unauffällig: Urinstix, Blutzucker, Elektrolyte.

Bisherige Medikation:

- Salbutamol-Spray 100 µg (bei Bedarf).
- Tiotropium 18 µg (1x täglich).
- Budesonid/Formoterol 320/9 µg (2x täglich).

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
 - relevante Vorbefunde,
 - Verdachtsdiagnosen und
 - das diagnostische und therapeutische Vorgehen.
-

Fall 2: Asthma bronchiale

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Asthma bronchiale
- **Name (Alter):** Frau Lisa Meier (34 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Vorstellung in der Notaufnahme nach nächtlicher Atemnot.
- **Hauptsymptomatik, Anamnese:**
 - Nächtliche Atemnot, pfeifende Atmung, Engegefühl in der Brust.
 - Häufige Hustenattacken, besonders morgens und bei körperlicher Belastung.
 - Keine Infektzeichen.
- **Vorerkrankungen:** Allergische Rhinitis (seit 2015), Neurodermitis in der Kindheit.
- **Allergien:** Pollen (Gräser, Birke).
- **Risikofaktoren:** Nichtraucherin, lebt mit Katze.
- **Sozialanamnese:** Lehrerin, verheiratet, 2 Kinder.
- **Familienanamnese:** Mutter hat Asthma, Vater Heuschnupfen.

Körperliche Untersuchung:

- Vitalparameter bei Aufnahme:
 - Blutdruck: 115/75 mmHg, Herzfrequenz: 88/min, Atemfrequenz: 20/min, Sättigung (SpO₂): 92% bei Raumluft, Temperatur: 36.8°C.
- Unauffällig: Bauch, Neurologie.
- Auffällig: Verlängertes Exspirium mit Giemen über beiden Lungenflügeln.

Labor:

- Normwertig/unauffällig: Blutbild, CRP, Leber- und Nierenwerte.
- Veränderte Werte: Eosinophile 6% (*).

Apparative Untersuchungen:

- Lungenfunktionstest: FEV1 68% des Sollwertes, Tiffeneau-Index 65%.
- Peak-Flow-Messung: 250 l/min (↔).

Medikation:

- Bisher: Cetirizin 10 mg 1x täglich (gegen Allergien).
- Neu angesetzt/umgestellt:
 - Budesonid/Formoterol inhalativ 2-0-2.
 - Salbutamol 200 µg inhalativ bei Bedarf.

Stationärer Verlauf:

- Sättigung stabilisiert sich mit Sauerstoffgabe (2 l/min), aktuell SpO₂: 96%.
- Bisher keine erneuten Asthmaanfälle.

Procedere oder Behandlungsplan:

- Weiterführung der inhalativen Therapie mit Budesonid/Formoterol.
- Patientenschulung: Umgang mit Peak-Flow-Meter und Inhalator.
- Termin für allergologische Diagnostik und Astmaschulung vereinbaren.
- Entlassung bei stabiler Symptomatik innerhalb von 48 Stunden.

Fall 3: Pneumonie

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Pneumonie
- **Name (Alter):** Hannah Wagner (94 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Vorstellung in Rettungsstelle mit Fieber, produktivem Husten, Dyspnoe, starke Abgeschlagenheit.
- **Vorgeschichte:** keine pulmonalen Vorerkrankungen, Diabetes Typ 2, arterielle Hypertonie.

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 137/85 mmHg, Puls: 76/min, Körpertemperatur: 38,9°C, Sauerstoffsättigung: 92%.
- Verminderter Allgemeinzustand, rechtss seitig feuchte Rasselgeräusche.

Labor:

- Entzündungsparameter ↑ (CRP 86 mg/dL), Leukozyten ↑ (16.000/µL).
- OPG: Infiltrat im rechten Oberlappen.

Bisheriges Vorgehen/Medikation:

- Stationäre Aufnahme.
- Amoxicillin/Clavulansäure i.v., Flüssigkeitssubstitution, 1 L Sauerstoff über die Nasenbrille, Antipyretika.

Weiteres Vorgehen:

- Atemtherapie angemeldet.
- Bei Besserung der Beschwerden und Fiebersenkung: Fortsetzung der Antibiotikatherapie nach 2 Tagen.

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
 - relevante Vorbefunde,
 - Verdachtsdiagnosen und
 - das diagnostische und therapeutische Vorgehen.
-

2. Immunsystem / Allergologie

Fall 4: Anaphylaktischer Schock

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Anaphylaktischer Schock
- **Name (Alter):** Herr Müller (45 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Patient stellte sich nach einem Bienenstich in der Notaufnahme vor. Laut Angehörigen entwickelte er kurz nach dem Stich eine Schwellung des Gesichts und der Zunge, begleitet von starker Atemnot, generalisiertem Juckreiz und Hautrötungen. Patient erlitt eine Synkope vor Ort und klagte über ein ausgeprägtes Schwächegefühl.
- **Vorgeschichte:** Seit einem Jahr in psychologischer Therapie wegen Depression. Keine aktuelle Medikation. Bekannte Allergie gegen Bienenstiche, jedoch bisher keine schweren Reaktionen. Verheiratet, arbeitet als Ingenieur, kinderlos. Mutter leidet an Heuschnupfen.

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 110/70 mmHg, Puls: 110/min, AF: 26/min, Temperatur: 36,2 °C, Sauerstoffsättigung: 93 % vor O₂-Gabe.
- Zeichen eines schweren anaphylaktischen Schocks: Wach, jedoch neurologisch verlangsamt, aber allseits orientiert. Stridor & ausgeprägtes Zungenödem. Generalisierte Urtikaria und konjunktivale Injektionen.

Labor (Hausarzt):

- CRP: Leicht erhöht (akute Phase-Reaktion).
- BB: Leukozytose.
- Tryptase: Erhöht (Bestätigung einer anaphylaktischen Reaktion).
- Blutgase: Hypoxie, ohne Hyperkapnie.
- Elektrolyte & Nierenwerte: Unauffällig.

Bildgebende Untersuchung:

- Röntgen Thorax: Unauffällig, kein Lungenödem oder Pneumothorax.
- EKG: Sinustachykardie, keine ST-Strecken-Veränderungen.

Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen:

- **Notfallmaßnahmen:**
 - Adrenalin 0,5 mg i.m. Sofortige Gabe zur Hemmung der systemischen Reaktion.
 - Antihistaminika i.v. (Clemastin 2 mg) zur Reduktion der allergischen Reaktion.
 - Prednisolon 250 mg i.v. zur Hemmung der inflammatorischen Kaskade.
 - Sauerstoffgabe (6 l/min über Maske) zur Verbesserung der Sauerstoffsättigung.
 - Volumetherapie (Ringer-Lösung 1000 ml i.v.) zur Kreislaufstabilisierung.
- **Stationäre Aufnahme auf die Intensivstation:**
 - Kontinuierliche Überwachung von Vitalparametern, insbesondere Atmung & Kreislauf.
 - Echokardiographie zur Ausschluss eines kardiogenen Schocks.
 - Flüssigkeitsgabe: Fortsetzung der Volumensubstitution nach Bedarf.
 - Urinanalyse: Kontrolle der Nierenfunktion.
- **Verlauf & Verlegung:**

- Besserung der Symptome: Nach Stabilisierung wurde der Patient auf die innere Station verlegt.
- Kontinuierliche Überwachung: Weitere Kontrolle der Atemwege & Reaktionsmuster auf die Therapie.

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
 - relevante Vorbefunde,
 - Verdachtsdiagnosen und
 - das diagnostische und therapeutische Vorgehen.
-

3. Gastrointestinales System

Fall 5: Akute Pankreatitis

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Akute Pankreatitis
- **Name (Alter):** Anna Müller (48 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Überweisung durch die Notfallaufnahme aufgrund seit 24 Stunden bestehender starker Bauchschmerzen (plötzlich einsetzende, gürtelförmige, im oberen Bauchbereich, mit Ausstrahlung in den Rücken. 9/10 auf der Schmerzskala, verschlimmert nach fettigem Essen. Begleitsymptome: Übelkeit, Erbrechen (gelb-grünlich), Appetitlosigkeit, und Fiebergefühl).
- **Vorgeschichte:** Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte, Gallensteine (diagnostiziert vor 2 Jahren, keine Intervention), Blinddarmentfernung im Alter von 18 Jahren, Nichtraucherin, trinkt viel Alkohol, unsportlich, keine bekannten Allergien.

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 110/70 mmHg, Puls: 100/min, Temperatur: 38,2 °C, verminderter Allgemeinzustand (geschwächt, blass und unruhig).
- Abdomen: Druckempfindlichkeit im Oberbauch, besonders im Bereich der Bauchspeicheldrüse. Gürtelförmige Schmerzausstrahlung in den Rücken. Keine tastbaren Verhärtungen. Blässe der Haut mit leichten gelben Verfärbungen der Augen (Ikterus).
- Unauffällig: Herz, Lunge, Milz, Lymphknoten, Neurostatus (außer Unruhe).

Labor (Hausarzt):

- Hämoglobin ↓, Lipase ↑, Amylase ↑, CRP ↑, Leukozytose, Bilirubin ↑, Transaminasen leicht erhöht.
- Unauffällig: Urinstix, Blutzucker, Elektrolyte.

Bisherige Medikation:

- Amlodipin 5mg 1-0-0 gegen erhöhten Blutdruck.
- Atorvastatin 20mg 1-0-0 gegen erhöhten Blutfettwerte.

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
- relevante Vorbefunde,
- Verdachtsdiagnosen und
- das diagnostische und therapeutische Vorgehen.

Fall 6: Akute Cholezystitis

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Akute Cholezystitis
- **Name (Alter):** Frau Elena Weber (42 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Seit 2 Tagen plötzlich zunehmende und intermittierende Schmerzen im rechten Oberbauch, Übelkeit und Fieber. Schmerzen verstärken sich nach fettreichen Mahlzeiten und strahlen in die rechte Schulter und den Rücken aus.
- **Vorgeschichte:** Gallenstein vor einem Jahr (keine Intervention), erhöhte Blutfettwerte und Bluthochdruck. Keine bekannten Allergien, Nichtraucherin, trinkt selten Alkohol, leicht übergewichtig (BMI 28).

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 150/10 mmHg, Puls: 92/min, Temperatur: 38,7 °C, Sauerstoffsättigung: 97%.
- Abdomen: Druckschmerz im rechten Oberbauch, positives Murphy-Zeichen.
- Unauffällig: Haut (Keine Gelbfärbung), rektale Untersuchung, Herz, Lungen.

Labor (Hausarzt):

- Leukozyten ↑, CRP ↑, Transaminasen (GOT, GPT) ~↑, Gesamtcholesterin ↑, LDL-Cholesterin ↑, HDL-Cholesterin ~↓.
- Normal: Bilirubin, Lipase/Amylase, Blutgruppe A Rh+.
- Unauffällig: Nierenfunktion, TP/TCK, Elektrolyte, Blutzucker, Urinstix.

Bildgebende Untersuchung:

- Abdomensonographie (Ultraschall): Wandverdickung der Gallenblase, pericholezystische Flüssigkeit, mehrere Gallensteine. Kein Hinweis auf einen Gallengangsverschluss.

Bisherige Medikation:

- Captopril 50 mg (1-0-0).
- Simvastatin 80 mg (0-0-1).
- Ibuprofen 600 mg auf Bedarf.

Behandlungsplan:

- **Stationär:**
 - Stabilisierung der Vitalparameter und Infusionstherapie.
 - Analgetika: Metamizol intravenös 3-mal täglich.
 - Spasmolytika: Butylskopalamin intravenös 3-mal täglich.
 - Antibiotika: Ceftriaxon 1-2 g intravenös 1-mal täglich, Metronidazol 500 mg intravenös 3-mal täglich.
- **Operation geplant:** Laparoskopische Cholezystektomie.
- **Aufklärung und Einwilligung der Patientin.**
- **Termin mit Anästhesisten.**
- **Eltern informieren.**

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
- relevante Vorbefunde,
- Verdachtsdiagnosen und
- das diagnostische und therapeutische Vorgehen.

Fall 7: Appendizitis

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Appendizitis
- **Name (Alter):** Hannah Wagner (27 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Vorstellung in Rettungsstelle mit diffusen abdominalen Schmerzen, seit heute Morgen Fieber, Abgeschlagenheit, Übelkeit, Inappetenz, Schüttelfrost. Die Schmerzen strahlen in den rechten Unterbauch aus.
- **Vorgeschichte:** Heuschnupfen (allergische Rhinitis).

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 150/100 mmHg, Puls: 76/min, Körpertemperatur: 38,7°C, Sauerstoffsättigung: 98%.
- Druckschmerz Lanz Punkt +, Blumberg +, Rovsing und Psoas +.
- Schwangerschaft ist negativ.
- Vegetative Anamnese: Urinkontrolle unauffällig.

Ultraschall:

- Kokardenphänomen, verdickte Wand, Appendix (mehr als 9mm), wenige intraabdominale Flüssigkeit.

Labor:

- Entzündungsparameter ↑ (CRP 12 mg/dL), Leukozyten ↑ (16.000/µL).

Bisheriges Vorgehen/Medikation:

- Medroxyprogesteron (eine Spritze alle 3 Monate).
- Behandlung: Metamizol i.v. 3 Mal täglich, Ampicillin/Sulbactam i.v. 3 Mal täglich.

Weiteres Vorgehen:

- Stationäre Aufnahme.
- Stabilisierung, Aufklärung über eine laparoskopische Appendektomie, Termin beim Anästhesisten, Eltern informieren.

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
 - relevante Vorbefunde,
 - Verdachtsdiagnosen und
 - das diagnostische und therapeutische Vorgehen.
-

Fall 8: Leistenhernie (Hernia inguinalis) links

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Leistenhernie (Hernia inguinalis) links
- **Name (Alter):** Herr Thomas Müller (42 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** In der Aufnahme wegen seit 3 Monaten schmerzlose Schwellung im Bereich der linken Leiste. Diese sei nach einer heftigen Hustenattacke. Seit gestern Abend zunehmende Schmerzen in der Leiste und Übelkeit. Die Vorwölbung lässt sich nicht mehr reponieren.
- **Vorgeschichte:** Starker Raucher (30 Zigaretten/Tag seit 25 Jahren), chronischer Raucherhusten. Arthroskopische Meniskusoperation am linken Knie vor 2 Jahren.

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 130/85 mmHg, Puls: 76/min, Temperatur: 37,1 °C, Sauerstoffsättigung: 96%.
- Abdomen: Sichtbare Schwellung links, die sich nicht reponieren lässt. Druckschmerhaftigkeit im Bereich der Hernie. Leistemregion rechts: Unauffällig.
- Hoden: Beidseits regelrecht tastbar, keine Schwellung oder Druckschmerhaftigkeit.
- Unauffällig: Herz, Reflexe, Neurostatus.

Labor (Hausarzt):

- Entzündungsparameter Normal, Blutbild Normal, Kreatinin: 1,0 mg/dL, Harnstoff: 35 mg/dL.
- Unauffällig: Blutzucker, Urinstatus.

Bildgebende Untersuchung:

- Abdomensonographie: Nachweis einer Hernie in der linken Leiste mit Darmschlingen im Herniensack. Keine Hinweise auf eine Darmischämie.
- Röntgen Abdomen: Keine freie Luft, kein Ileus.

Bisherige Medikation:

- Keine regelmäßige Medikation.
- Gelegentlich Ibuprofen 400 mg bei Gelenkschmerzen.

Behandlungsplan:

- **Stationär:**
 - Patientin derzeit stabil, Vitalparameter aktuell.
 - Metamizol intravenös 3-mal täglich.
- **Operatives Vorgehen:** Notfallmäßig Laparoskopische Hernienreparation (TAPP).
- **Aufklärung und Einwilligung der Patientin.**
- **Anästhesist stimmt zu.**
- **Postoperative Therapie:**
 - Schmerztherapie: z. B. Ibuprofen oder Paracetamol.
 - Thromboseprophylaxe: Niedermolekulares Heparin.
 - Mobilisation ab dem 1. postoperativen Tag.
 - Raucherentwöhnungsberatung: Geplante Schulung zur Nikotinkarenz.

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
- relevante Vorbefunde,
- Verdachtsdiagnosen

Fall 9: Divertikulitis

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Divertikulitis
- **Name (Alter):** Natalia Volpe (69 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Überweisung durch Hausarzt in Begleitung der Tochter in ZNA: Seit einigen Tagen krampfartige Bauchschmerzen im linken Unterbauch, körperliche Schwäche und Müdigkeit. Bei letzten Toilettengängen auffällig: dunkelroter Stuhl mit Blutspuren (beunruhigt Patientin sehr). Seit zwei Monaten: abwechselnd Durchfall und Verstopfung.
- **Vorgeschichte:** Zuckerkrankheit seit 7 Jahren, Nichtraucherin, trinkt jeden Tag ein Glas Rotwein, nicht sportlich aktiv, übergewichtig.

Körperliche Untersuchung:

- Beim Hausarzt: Körpertemperatur: 38,5 °C.
- Im Krankenhaus: Blutdruck: 130/86 mmHg, Puls: 83/min, Körpertemperatur: 38,6°C, verminderter Allgemeinzustand und übergewichtiger EZ.
- Bauch: Deutlich druckschmerhaft, leicht tastbare walzenförmige Resistenz, spärliche Darmgeräusche.
- Haut: Blass.
- Unauffällig: Herz, Lunge, Milz, Lymphknoten, Neurostatus.

Labor:

- Hämoglobin ↓, Rote Blutkörperchen ↓, Weiße Blutkörperchen ↑, Blutplättchen ↓, Entzündungsparameter ↑.

Bisherige Medikation:

- Metformin 750 mg 1-1-1.

Behandlung und Plan:

- Stationäre Aufnahme zur weiteren Abklärung und Behandlung.
- Intravenöse Antibiotikatherapie, Schmerztherapie, Flüssigkeitszufuhr.
- Vorbereitung auf eine mögliche Operation bei Verschlechterung der Symptome.
- Bluttransfusion bei starkem Blutverlust.

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
- relevante Vorbefunde,
- Verdachtsdiagnosen und
- das diagnostische und therapeutische Vorgehen.

Fall 10: Gastritis

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Gastritis
- **Name (Alter):** Herr Jens Meier (35 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Seit 5 Tagen zunehmende Oberbauchschmerzen, Sodbrennen und Übelkeit. Gelegentliches Erbrechen, meist morgens.

- **Vorgeschichte:** Häufiger Alkoholkonsum (ca. 4-5 Bier/Woche), Stress im Beruf, lebt mit Partner zusammen (auch Stress), Raucher (15 Zigaretten täglich), Heuschnupfen Allergie, keine regelmäßige Medikation.

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 125/80 mmHg, Puls: 88/min, Temperatur: 37,4 °C, Gewicht: 82 kg, Normaler Allgemeinzustand.
- Abdomen: Druckempfindlichkeit im Oberbauch, besonders im Bereich des Magens. Keine tastbaren Verhärtungen, Hernienöffnungen unauffällig.
- Unauffällig: Rektaluntersuchung, Herz, Lunge, Milz, Lymphknoten, Neurostatus.

Labor (Hausarzt):

- Hämoglobin Normal, CRP 10 mg/dl, Blutbild unauffällig.

Bildgebende Untersuchung:

- Ultraschall: Unauffällig.
- OGD mit Biopsie: In Bearbeitung. Falls Ergebnis verfügbar: Erosive Gastritis im Bereich des antralen Magens, leichte Rötung der Schleimhaut ohne tiefere Ulzerationen.
- EKG: Falls relevant, unauffällig.

Bisherige Medikation:

- Keine regelmäßige Medikation.
- Gelegentliches Einnehmen von Ibuprofen 600 mg bei Kopfschmerzen und bei Bedarf: Cetirizin 10mg (0-0-1).

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
 - relevante Vorbefunde,
 - Verdachtsdiagnosen und
 - das diagnostische und therapeutische Vorgehen.
-

Fall 11: Obere Gastrointestinale Blutung

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose: Obere gastrointestinale Blutung (V.a. Ulkusblutung unter ASS)**

- Name (Alter): Herr Dieter König (74 Jahre)
- Vorstellungsgrund: Vorstellung in der Notaufnahme mit seit zwei Tagen rezidivierender Meläna und progredienter Fatigue. Klagt über Vertigo (besonders beim Aufstehen) und Nausea. Kein Erbrechen.
- Vorgeschichte: Arterielle Hypertonie, Koronare Herzkrankheit (KHK), Gastroduodenitis (vor 5 Jahren bekannt).
- Risikofaktoren/Sozialanamnese: Kein Nikotinkonsum, gelegentlicher Alkoholkonsum.
- Allergien: Keine bekannt.

Körperliche Untersuchung:

- Vitalzeichen: Blutdruck: 110/65 mmHg, Puls: 99/min SpO₂: 96% (unter Raumluft), Temperatur: 36,7.
- Inspektion: Blasse Haut und Schleimhäute.
- Abdomen: Weich, nicht druckschmerhaft, keine Flankenschmerzen.
- Rektal: Digitale rektale Untersuchung (DRU) mit Nachweis von Teerstuhl. Hämostix-Test positiv.

Labor:

- Blutbild: Hämoglobin 7,9 g/dl (, Hämatokrit 25% , Leukozyten 11.000/µl (, MCV normozytär.
- Entzündungsparameter: CRP 10 mg/l (leicht ↑).
- Unauffällig: Elektrolyte, Gerinnung.

Bisherige Medikation:

- ASS 100 mg (1-0-0)

Behandlungsplan (Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen):

- Stationäre Aufnahme und Kreislauf-Monitoring.
- Akute Therapie:
 - Gabe eines Protonenpumpenhemmers (PPI) intravenös (z.B. Pantoprazol 80 mg als Bolus, danach kontinuierliche Infusion über Perfusor).
 - Flüssigkeitssubstitution.
 - Nahrungskarenz.
- Geplante Maßnahmen:
 - Transfusion von Erythrozytenkonzentraten (Schwelle: Hb < 8 g/dl).
 - Durchführung einer Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD).
- Aktueller Status: Patient stabil.

Aufgabenstellung:

- Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen.
- Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
- relevante Vorbefunde,
- Verdachtsdiagnosen und
- das diagnostische und therapeutische Vorgehen.

Fall 12 : Hämorrhoidalalleiden

Informationen:

- (Verdachts-)Diagnose: Symptomatisches Hämorrhoidalalleiden (Grad II-III)
- Name (Alter): Herr Frank Wagner (52 Jahre)
- Vorstellungsgrund: Vorstellung in der proktologischen Sprechstunde. Klagt seit 3 Monaten über Juckreiz (Pruritus ani), intermittierende hellrote Blutaflagerungen auf dem Stuhl sowie Schmerzen bei der Defäkation. Berichtet über ein Prolapsgefühl beim Pressen; der Prolaps müsse gelegentlich manuell reponiert werden.
- Vorgeschichte: Arterielle Hypertonie, chronische Obstipation (häufiges starkes Pressen).
- Sozialanamnese: Bürotätigkeit (überwiegend sitzend), ballaststoffarme Ernährung, geringe Trinkmenge (ca. 1 L/Tag), kein Sport, Nichtraucher, seltener Alkoholkonsum.
- Allergien: Keine bekannt.

Körperliche Untersuchung:

- Vitalzeichen: Blutdruck: 135/85 mmHg, Puls: 78/min\$, Temperatur: \$36,8^{\circ}\text{C}\$.
- AZ/EZ: Guter Allgemeinzustand (AZ), adipöser Ernährungszustand (EZ) (BMI 29 kg/m²).
- Abdomen: Weich, nicht druckschmerhaft, Darmgeräusche regelrecht.
- Proktologische Untersuchung (Linksseitenlage):
 - Inspektion: Unauffällig, keine Marisken oder Fissuren sichtbar.
 - Palpation (DRU): Guter Sphinktertonus, Ampulle stuhlfrei, kein Blut am Fingerling.
 - Proktoskopie: Deutlich vergrößerte Hämorrhoidalpolster bei 3, 7 und 11 Uhr (SSL). Beim Pressen prolabieren die Polster, lassen sich aber reponieren (Grad II-III). Leichte Kontaktblutung bei 7 Uhr.

Labor:

- Blutbild: Hämoglobin 14,5 g/dl, Leukozyten, Thrombozyten im Normbereich.
- Entzündungsparameter: CRP normal.
- Gerinnung: Quick/INR, PTT unauffällig.

Bisherige Medikation:

- Ramipril 5 mg (1-0-0)

- **Macrogol (bei Bedarf, unregelmäßige Einnahme)**

Behandlungsplan (Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen):

- **Diagnosesicherung:** Diagnose eines Hämorrhoidalalleidens Grad II-III gesichert.
- **Konservative Therapie:**
 - Ausführliche Beratung zur Stuhlregulation: Ballaststoffreiche Kost, Erhöhung der Trinkmenge auf >2 L/Tag, mehr Bewegung, Vermeidung von starkem Pressen.
 - Rezeptierung von Macrogol zur regelmäßigen Einnahme (1-0-0) zur Stuhlerweichung.
 - Topische Therapie mit einer Lidocain/Kortikoid-haltigen Salbe zur Linderung von Juckreiz und Schmerzen.
- **Interventionelle Therapie:**
 - Aufgrund des symptomatischen Grades II-III ist eine Gummibandligatur geplant.
 - Terminvereinbarung zur ambulanten Ligatur der Polster bei 3, 7 und 11 Uhr in (ggf. mehreren) Sitzungen.
 - Aufklärung über Risiken (v.a. Nachblutung).
- **Weiteres Vorgehen:** Wiedervorstellung zur Kontrolle nach 6 Wochen oder bei Beschwerdepersistenz.

Aufgabenstellung:

- Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen.
- Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:
 - den Aufnahmegrund,
 - relevante Vorbefunde,
 - Verdachtsdiagnosen und
 - das diagnostische und therapeutische Vorgehen.

4. Rheumatologisches System

Fall 13: Morbus Crohn (akuter Schub)

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Morbus Crohn (akuter Schub)
- **Name (Alter):** Frau Julia Meier (21 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Seit 2 Wochen zunehmende Schmerzen im rechten Unterbauch und Durchfall. Außerdem Gelenkschmerz, Müdigkeit, Leistungsschwäche und Gewichtsverlust von 3 kg.
- **Vorgeschichte:** Bekannte Morbus Crohn (terminale Ileum), seit 2 Jahren, mit Azathioprin behandelt. Appendektomie im 14. Lebensjahr. Raucherin, gelegentliches AK. Keine Allergie.

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 105/65 mmHg, Puls: 101/min, T: 37,6 °C, SpO₂: 98%, reduzierter AZ, untergewichtiger EZ (171 cm, 47 kg).
- Haut: Blass und trocken.
- Kopf/Hals: Enorale Schleimhäute trocken.
- Abdomen: Weich, Druckschmerz im rechten Unterbauch, Darmgeräusche vorhanden, Reizlose Narben nach Laparoskopie (Appendektomie).
- Rektal: Perianale Fistel, Tastuntersuchung schmerzbedingt nicht möglich.
- Extremitäten: Schwellung, Rötung und Überwärmung aller Finger- und Zehengelenke beidseits, und der Fuß- und Kniegelenke ebenfalls beidseits.
- Unauffällig: Herz, Lunge, Neurostatus.

Labor (Hausarzt):

- Hb 9,8 g/dL, Hkt 30%, Leukozyten 13.500/µL, CRP 28 mg/dL.
- Ferritin ↑, Eisen ↓, Transferrin ↓: Chronische Entzündung.
- Vitamin- (B12, D, K) ↓, (Quick-Wert ↓, INR ↑), Serumalbumin ↓: Intestinale Malabsorption.
- Unauffällig: Blutzucker, Nierenfunktion, Elektrolyte, Urinstatus.

Bildgebende Untersuchung:

- Ileokoloskopie mit Stufenbiopsien (im terminalen Ileum und jedem Kolonsegment): diskontinuierlicher Befall.
- Transabdominaler Ultraschall: Hinweise auf entzündete Dünnd- und Dickdarmabschnitte. Keine Hinweise auf Stenosen oder Abszesse.
- MR-Enterografie: Entzündliche Veränderungen im terminalen Ileum, keine Abszesse oder Fisteln.

Bisherige Medikation:

- Azathioprin 100 mg 1-0-0 (regelmäßig eingenommen).

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
- relevante Vorbefunde,
- Verdachtsdiagnosen und
- das diagnostische und therapeutische Vorgehen.

Fall 14: Polyarthritis rheumatica

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Polyarthritis rheumatica
- **Name (Alter):** Frau Karin Hoffmann (68 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Seit 4 Tagen zunehmende Gelenkschmerzen, v. a. in den Händen, Knien und Schultern. Morgensteifigkeit, die länger als eine Stunde anhält.
- **Begleitende Symptome:** Ödeme, Hyperämie, Rigor.
- **Müdigkeit, leichtes Fieber, allgemeines Unwohlsein.**
- **Augenbeschwerden:** Trockenheit und Rötung beidseits.
- **Vorgeschichte:** Arterielle Hypertonie seit 10 Jahren, Hyperlipidämie. Keine bekannten Allergien. Nichtraucherin, trinkt selten Alkohol.
- **Familiäre Disposition für rheumatische Erkrankungen (Mutter betroffen).**

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 140/90 mmHg, Puls: 80/min, AF: 16/min, Temperatur: 37,5 °C.

- Gelenke: Schmerzhafte, geschwollene Gelenke an beiden Händen und Knien.
- Bewegungseinschränkung: in den Schultern.
- Augen: Beidseitige Rötung der Bindegewebe, verminderte Tränenproduktion.
- Haut: Keine Hautveränderungen, kein Ausschlag.

Labor (Hausarzt):

- CRP: 25 mg/l, Rheumafaktor: positiv, Leukozyten: 9.000/ μ l (leicht erhöhte).
- BSG: 55 mm/h, Anti-CCP-Antikörper: positiv.

Bildgebende Untersuchung:

- Röntgenaufnahmen der Hände und Knie: Keine erosiven Veränderungen oder Deformitäten. Mäßige Weichteilschwellung.
- Sonographie der Hände: Synovitis in den MCP- und PIP-Gelenken beidseits. Geringer Gelenkerguss.
- Röntgen der Schultergelenke: Keine knöchernen Destruktionen, aber Hinweise auf subakromiale Bursitis.

Bisherige Medikation:

- Amlodipin 5 mg (1-0-0).
- Atorvastatin 20 mg (1-0-0).

Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen:

- **Akute Therapie:**
 - Prednisolon 15 mg täglich als kurzfristige entzündungshemmende Therapie.
 - Start einer DMARD-Therapie (Methotrexat 15 mg/Woche + Folsäure 5 mg/Woche).
 - Schmerztherapie mit NSAR (z. B. Ibuprofen 400 mg bei Bedarf).
- **Überwachung & Weiteres Vorgehen:**
 - Regelmäßige Kontrolle von Entzündungswerten (CRP, BSG) und Organwerten.
 - Enge Absprache mit der Rheumatologie zur Langzeittherapie.
 - Geplante augenärztliche Konsultation zur weiteren Abklärung der Augenbeschwerden.
 - Physiotherapie zur Verbesserung der Gelenkfunktion.

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
 - relevante Vorbefunde,
 - Verdachtsdiagnosen und
 - das diagnostische und therapeutische Vorgehen.
-

5. Nephrologisches System

Fall 15: Akutes Nierenversagen

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Akutes Nierenversagen (ANV)
- **Name (Alter):** Herr Peter Müller (72 Jahre)

- **Vorstellungsgrund:** Seit drei Tagen zunehmende Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Übelkeit. Reduzierte Urinproduktion (Oligurie, weniger als 400 ml/Tag). Seit einem Tag Verwirrtheit und Schwindelgefühl.
- **Vorgeschichte:** Arterielle Hypertonie seit 15 Jahren, Diabetes mellitus Typ 2 seit 10 Jahren, chronische Nierenerkrankung (CKD) Stadium 3. Keine bekannten Allergien. Nichtraucher, trinkt gelegentlich Alkohol.

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 160/95 mmHg, Puls: 88/min, Temperatur: 36,8 °C, Gewicht: 85 kg.
- Haut: Blass, leicht ödematos an den Unterschenkeln.
- Herz & Lunge: Keine pathologischen Befunde.
- Abdomen: Weich, nicht druckschmerhaft.
- Neurologisch: Mäßig reduzierte Vigilanz.

Labor:

- Kreatinin: 4.8 mg/dl (erhöht), Harnstoff: 85 mg/dl (erhöht), Kalium: 5.9 mmol/l (erhöht), Natrium: 133 mmol/l (niedrig).
- GFR (geschätzt): weniger als 15 ml/min.
- Blutbild: Hämoglobin leicht erniedrigt (11.5 g/dl).

Verdachtsdiagnose:

- Akutes Nierenversagen (prärenale Genese möglich aufgrund möglicher Dehydratation und Hypotonie-Episoden).

Bisherige Medikation:

- Ramipril 5 mg (1-0-0) gegen Hypertonie.
- Metformin 850 mg (1-0-1) gegen Diabetes mellitus Typ 2.
- ASS 100 mg (1-0-0) zur kardiovaskulären Prävention.

Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen:

1. **Akute Maßnahmen:**
 - Flüssigkeitssubstitution mit NaCl 0,9 % i.v.
 - Absetzen nephrotoxischer Medikamente.
 - Kaliumsenkung durch Medikamente oder Dialyse prüfen.
2. **Diagnostik:**
 - Sonographie der Nieren zur Differenzierung der Ursache.
 - Blutgasanalyse zur Bewertung der Azidose.
 - Urinsediment zur weiteren Diagnostik.
3. **Überwachung & Weiteres Vorgehen:**
 - Engmaschige Kontrolle von Kreatinin, Elektrolyten und Säure-Basen-Haushalt.
 - Dialyseindikation prüfen.
 - Absprache mit Nephrologie.

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
- relevante Vorbefunde,
- Verdachtsdiagnosen und
- das diagnostische und therapeutische Vorgehen.

Fall 16: Pyelonephritis (Nierenbeckenentzündung)

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Pyelonephritis (Nierenbeckenentzündung)
- **Name (Alter):** Frau Lisa Müller (32 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Seit 3 Tagen Fieber, Schüttelfrost, Flankenschmerzen rechts mit Ausstrahlung in den Unterbauch, Schmerzen beim Wasserlassen, blutigen und trüben Urin. Zusätzlich berichtet die Patientin über Schwächegefühl und Übelkeit.
- **Vorgeschichte:** Wiederholte Harnwegsinfektionen, regelmäßig menstruierend, keine bekannten Allergien, Nichtraucherin, trinkt selten Alkohol, regelmäßig körperlich aktiv.

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 120/80 mmHg, Puls: 105/min, Temperatur: 38,9 °C, Gewicht: 68 kg.
- Allgemeinzustand: Reduziert, Patientin wirkt erschöpft, fiebrig und klagt über Schwäche.
- Flankenschmerzen: Klopfschmerz über der rechten Nierenloge, ausstrahlend in den Unterbauch.
- Abdomen: Weich, kein Hinweis auf Abwehrspannung oder Druckschmerz.
- Unauffällig: Herz, Lunge, Neurostatus.

Labor (Hausarzt):

- Weiße Blutkörperchen ↑, CRP ↑, Kreatinin: Normal, Hämoglobin: Normal.
- Urinstatus: Weiße Blutkörperchen +++, Nitrit ++, Blutspuren +++, Urinkultur: Escherichia coli (>1000.000 CFU/ml).

Bildgebende Untersuchung:

- Ultraschall (Sonographie): Vergrößerte rechte Niere mit angedeuteter Aufweitung des Nierenbeckens, kein Hinweis auf Abszess oder Steinbildung.

Bisherige Medikation:

- Keine regelmäßige Medikation.

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
- relevante Vorbefunde,
- Verdachtsdiagnosen und
- das diagnostische und therapeutische Vorgehen.

6. Hämatologisches System

Fall 17: Panzytopenie

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Panzytopenie/Trizytopenie
- **Name (Alter):** Heinrich Schmidt (63 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Überweisung durch Hausarzt, Müdigkeit, Leistungsabfall, seit längerem Nasenbluten; Bewusstseinsverlust in Garage.
- **Vorgeschichte:** Z.n. Schlaganfall 2013 bei Vorhofflimmern, Bluthochdruck; Check-Up vor zwei Monaten altersgemäß unauffällig, Nichtraucher, trinkt wenig Alkohol, sportlich.

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 134/84 mmHg, Puls: 84/min, Körpertemperatur: 37,8°C, verminderter Allgemeinzustand.
- Blässe der Haut und Schleimhäute, Blutschorf unterhalb des rechten Nasenloches, Einblutungen am Oberkörper.
- Unauffällig: Herz, Lunge, Bauch (weich), Milz, Lymphknoten, Neurostatus.

Labor (Hausarzt):

- Hämoglobin ↓, Mittleres Korpuskuläres Volumen ↓, Rote Blutkörperchen ↓, Weiße Blutkörperchen ↓, Blutplättchen ↓, Entzündungsparameter ↑.
- Unauffällig: Urinstix und Ultraschall.

Bisherige Medikation:

- Eliquis 5mg 1-1-0 (seit 2013) zur Blutverdünnung.
- Amlodipin 5mg 1-0-0 gegen erhöhten Blutdruck.

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
 - relevante Vorbefunde,
 - Verdachtsdiagnosen und
 - das diagnostische und therapeutische Vorgehen.
-

Fall 18: Eisenmangelanämie

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Schwere mikrozytäre, hypochrome Eisenmangelanämie
- **Name (Alter):** Frau Sarah Schmidt (38 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Überweisung durch den Gynäkologen zur Abklärung und Therapie bei seit Monaten zunehmender Müdigkeit, Leistungsabfall, Kopfschmerzen und Schwindel.
- **Symptomatik:** Klagt zusätzlich über Dyspnoe bei leichter Belastung (z.B. Treppensteigen), Haarausfall, brüchige Nägel (Rhabdonychie) und eingerissene Mundwinkel (Rhagaden).
- **Vorgeschichte:** Bekannte Hypermenorrhoe bei Uterus myomatosus (seit ca. 2 Jahren). 2 Schwangerschaften (para 2). Vegetarische Ernährung.
- **Allergien:** Keine bekannt.

Körperliche Untersuchung:

- **Vitalzeichen:** Blutdruck: 110/70 mmHg, Puls: 95/min (Sinustachykardie), AF: 16/min, Temperatur: 36,6°C, SpO2: 98% (Raumluft).
- **Allgemeinzustand:** Reduzierter Allgemeinzustand, blasser Ernährungszustand.
- **Inspektion:** Deutliche Blässe von Haut und Konjunktiven. Eingerissene Mundwinkel, brüchige Fingernägel.
- **Herz:** Rhythmisches, tachykard, leises holosystolisches Geräusch (funktionelles Anämie-Geräusch) über Erb, punctum maximum 2. ICR links.
- **Unauffällig:** Lunge (vesikuläres Atemgeräusch bds.), Abdomen (weich, keine Druckschmerz), Neurostatus.

Labor:

- **Blutbild:** Hb 8,2 g/dl (↓), MCV 72 fl (↓), MCH 24 pg (↓), Hämatokrit 28% (↓), Erythrozyten (↓). Leukozyten und Thrombozyten im Normbereich.
- **Eisenstatus:** Ferritin 9 ng/ml (↓↓), Serumeisen (↓), Transferrin (↑), Transferrinsättigung 8% (↓).
- **Unauffällig:** Kreatinin, Leberwerte, CRP, Vitamin B12, Folsäure.

Bildgebende Untersuchung / Diagnostik:

- **Abdomen-Sonographie:** Unauffälliger Befund, insbesondere keine freie Flüssigkeit, Milz nicht vergrößert.
- **Hämoccult-Test:** Negativ (3x).
- **Gyn. Befund (extern):** Uterus myomatosus.

Bisherige Medikation:

- Keine regelmäßige Medikation.

Behandlungsplan (Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen):

- **Diagnose:** Schwere mikrozytäre, hypochrome Eisenmangelanämie bei V.a. kombinierten Ursachen (chronischer Blutverlust durch Hypermenorrhoe bei Uterus myomatosus und insuffiziente Zufuhr durch vegetarische Ernährung).
- **Therapie:** Stationäre Aufnahme zur raschen Anämie-Korrektur und Ursachenbehandlung.
 - Gabe von Eisen(III)-Carboxymaltose 1000 mg i.v. zur schnellen Aufsättigung der Eisenspeicher (keine Indikation zur EK-Gabe bei stabiler Kreislaufsituation).
- **Weiteres Vorgehen:**
 - Ernährungsberatung (eisenreiche vegetarische Kost).
 - Gynäkologisches Konsil zur Therapieplanung der Hypermenorrhoe (Myome).
 - Ambulante Laborkontrolle (Hb, Ferritin) beim Hausarzt in 4 Wochen.

Aufgabenstellung:

- Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen.
- Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:
 - den Aufnahmegrund,
 - relevante Vorbefunde,
 - Verdachtsdiagnosen und
 - das diagnostische und therapeutische Vorgehen.

7. Endokrinologisches System

Fall 19: Entgleisung bei Diabetes mellitus (DM Dekompensation)

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Entgleisung bei Diabetes mellitus (DM Dekompensation)
- **Name (Alter):** Frau Sandra Klein (54 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Seit 2 Tagen zunehmende Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen und starkes Durstgefühl, zusätzlich zu vermehrtem Wasserlassen und allgemeine Schwäche. Gestern leichte Verwirrtheit.
- **Medikationsfehler:** Regelmäßig keinen Arzt zu besuchen. In den letzten Tagen: Grippaler Infekt, weniger gegessen und die Insulindosis möglicherweise nicht korrekt angepasst.
- **Vorgeschichte:** Diabetes mellitus Typ 1 (diagnostiziert vor 15 Jahren), insulinpflichtig. Keine bekannten Allergien, Nichtraucherin, selten Alkohol.

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 90/60 mmHg, HF: 112/min, AF: 29/min, Temperatur: 37,6 °C, SpO₂: 95%.
- Deutlich reduzierter AZ und EZ (166 cm, 46 kg), trockene Haut.
- Abdomen: Leicht druckempfindlich, keine Abwehrspannung.
- Lungen: Vesikuläres Atemgeräusch, vertiefte Atmung.
- Neurologisch: Schläfrig, GCS 11 Punkte, Pupillen isokor.
- Unauffällig: Herz, Extremitäten, Reflexe.

Labor (Hausarzt):

- Blutglukose ↑, Hb ↑, Hkt ↑, Weiße Blutkörperchen ↑, Kreatinin ↑, Harnstoff ↑, CRP ~↑.
- Urinstatus: Glukose ++, Ketonkörper +++, Leukozyten ++, Urinkultur: in Bearbeitung.

Bildgebende Untersuchung:

- Thoraxröntgen und Ultraschall (Sonographie): unspezifisch.

Bisherige Medikation:

- Langzeitinsulin: Insulin glargin 20 Einheiten (1x täglich).
- Kurzzeitinsulin: Insulin lispro 8-10 Einheiten (zu den Mahlzeiten).

Angesetzt:

- Normalisierung der Stoffwechsellage: Flüssigkeits- und Elektrolytsubstitution sowie Insulintherapie (i.v. Insulin 10 IE neu dann 0.1 IE / kg jede Stunde bis zum Normalzustand).
- Ursachenabklärung der Dekompensation.

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
 - relevante Vorbefunde,
 - Verdachtsdiagnosen und
 - das diagnostische und therapeutische Vorgehen.
-

8. Kardiovaskuläres System

Fall 20: Hypertensive Krise (mit Zielorganschädigung)

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Hypertensive Krise (mit Zielorganschädigung)
- **Name (Alter):** Herr Markus Schneider (47 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Notfallmäßige Aufnahme aufgrund von starken Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit und Sehstörungen seit heute Morgen. Der Patient berichtet außerdem über retrosternales Druckgefühl und Luftnot bei geringer Belastung.
- **Vorgeschichte:** Bekannte arterielle Hypertonie seit 5 Jahren (unregelmäßige Medikamenteneinnahme), DM Typ 2, Hyperlipidämie, Nikotinabusus (20 pack years).

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 210/120 mmHg, Puls: 110/min, Temperatur: 36,8 °C, Sauerstoffsättigung: 94% (Raumluft).
- Adipöser EZ (BMI 30,4 kg/m²), altersentsprechender AZ.
- Kopf und Hals: Stark gerötete Gesichtsfarbe.
- Herz: Tachykardie.
- Lunge: Basal feinblasige Rasseigeräusche beidseits.
- Extremitäten: Varizen an beiden Unterschenkeln, sonst unauffällig.
- Unauffällig: Neurostatus (jedoch Schwindel und Sehstörungen), Abdomen, Reflexe.

Labor (Hausarzt):

- Entzündungsparameter Normal, Blutzucker: 220 mg/dL, Kreatinin: 1,8 mg/dL (erhöht), Harnstoff: 48 mg/dL (erhöht).
- Troponin T: 0,05 ng/mL (leicht erhöht, Hinweis auf Myokardschädigung).
- Kalium: 5,2 mmol/L (leicht erhöht), Natrium: 138 mmol/L (normal).
- Urinstatus: Mikroalbuminurie (++)+, keine Hämaturie.

Bildgebende Untersuchung:

- Thorax-Röntgen: Zeichen der pulmonalen Stauung, Kardiomegalie.
- EKG und Echokardiographie: Keine Anzeichen eines MI, linksventrikuläre Hypertrophie, Ejektionsfraktion 45% (leicht reduziert).
- Funduskopie: Papillenödem, arteriovenöse Kreuzungszeichen (hypertensive Retinopathie).

Bisherige Medikation:

- Ramipril 5 mg 1-0-0 (unregelmäßig eingenommen).
- Metformin 1000 mg 1-0-1 (unregelmäßig eingenommen).

- Atorvastatin 20 mg 0-1-0 (unregelmäßig eingenommen).

Behandlungsplan:

- **Stationär:**
 - Nitroprussid-Natrium intravenös zur kontrollierten Blutdrucksenkung.
 - Furosemid intravenös zur Entlastung bei Lungenödem.
- **Monitoring:**
 - Kontinuierliche Blutdrucküberwachung auf der Intensivstation.
 - CT-Kopf: Ausschluss einer hypertensiven Enzephalopathie.
- **Langfristige Therapie:**
 - Optimierung der antihypertensiven Medikation (z. B. Umstellung auf Kombinationstherapie).
 - Diabetesmanagement: Anpassung der antidiabetischen Therapie.
 - Patientenschulung zur regelmäßigen Medikamenteneinnahme und Lebensstilmodifikation (Nikotinkarenz, Gewichtsreduktion, salzarme Ernährung).

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
 - relevante Vorbefunde,
 - Verdachtsdiagnosen und
 - das diagnostische und therapeutische Vorgehen.
-

Fall 21: NSTEMI

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** NSTEMI
- **Name (Alter):** Hannah Wagner (60 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Vorstellung in Rettungsstelle mit seit gestern bestehender thorakaler Schmerzen, Druckgefühl in der Brust, linken Arm, Schulter und Kiefer. Atemnot, Schwindel, Übelkeit, Schwitzen (Kaltschweißigkeit).
- **Vorgeschichte:** Bluthochdruck, Diabetes Mellitus Typ 2, die Mutter litt an einem Herzinfarkt.

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 90/60 mmHg, Puls: 140/min, Körpertemperatur: 37,8°C, Sauerstoffsättigung: 95%.
- S4 Herzton.

Ultraschall:

- Milz, Lymphknoten und Neurostatus waren unauffällig.

EKG:

- Puls: 140/min, ohne ST-Veränderung.

Labor:

- Leukozyten ↑ (16.000/ μ L), Troponin I&T ↑.

Bisheriges Vorgehen/Medikation:

- Stationäre Aufnahme, MONA Schema, modifizierte MONA, Blutdruck hat sich verbessert.

Weiteres Vorgehen:

- Kardiologisches Konsil, Koronarrangiographie in den nächsten 3 Tagen, Patient wurde aufgeklärt.

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
- relevante Vorbefunde,
- Verdachtsdiagnosen und
- das diagnostische und therapeutische Vorgehen.

Fall 22: Vorhofflimmern

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Vorhofflimmern
- **Name (Alter):** Sara Schmidt (53 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Vorstellung in Rettungsstelle, Attacken von Schwindel, Herzklopfen, Bewusstseinsverlust, eine Attacke nach einer Stunde. Ein Sturz nach einer Positionsunsicherheit.
- **Symptome:** Zittern, Schweißausbrüche, Übelkeit, Erbrechen.
- **Vorgeschichte:** Diabetes mellitus Typ 2, Bluthochdruck, Morbus Parkinson, COPD Phase 2, Nichtraucher, trinkt wenig Alkohol.

Medikamente:

- Metformin 1000mg 1-0-0.
- Clexane.
- Salbutamol Inhalation b.B.

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 90/60 mmHg, Puls: 140/min, AF: 26/min, Körpertemperatur: 36,9°C, Sauerstoffsättigung: 92%.
- Unauffällig: Herz, Lunge, Bauch (weich), Milz, Lymphknoten, Neurostatus.

Labor:

- HBA1C 6,9, sonst unauffällig.

EKG:

- Irregulärer Rhythmus, Puls: 140/min, keine ST-Strecken-Veränderungen.

Bisheriges Vorgehen/Medikation:

- Stationäre Aufnahme.
- Thrombin/Heparin intrakardiale.
- Trans-ösophageale ECHO, elektrische Kardioversion.

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
- relevante Vorbefunde,
- Verdachtsdiagnosen und
- das diagnostische und therapeutische Vorgehen.

Fall 23: STEMI (Hinterwandinfarkt)

Informationen:

- (Verdachts-)Diagnose: Akuter ST-Hebungsinfarkt (STEMI), V.a. Hinterwandinfarkt
- Name (Alter): Herr Müller (72 Jahre)
- Vorstellungsgrund: Vorstellung in der ZNA in Begleitung der Ehefrau. Seit 2 Stunden starke, brennende Schmerzen und Druckgefühl in der Brust (Schmerzintensität 9/10).
- Symptomatik: Schmerzausstrahlung in linken Arm, Schulter und Kiefer. Begleitend Atemnot, Schwindelgefühl, Übelkeit, kalter Schweiß.
- Vorgeschichte: Arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie.
- Familienanamnese: Mutter mit Herzinfarkt in der Vorgeschichte.
- Allergien: Keine bekannt.

Körperliche Untersuchung:

- Vitalzeichen: Blutdruck: 180/100 mmHg, Puls: 58/min (Bradykardie), Temperatur: 36,5, SpO₂: 93% (unter Raumluft).
- Allgemeinzustand: Wach, ansprechbar, 4-fach orientiert.
- Herz: Abgeschwächte Herztöne, S3-Galopp.
- Lunge: Vesikuläres Atemgeräusch, beidseits basal feuchte, feinblasige Rasselgeräusche.
- Unauffällig: Abdomen (weich), Milz, Lymphknoten, Neurostatus.

Labor:

- Herzenzyme (Schnelltest): Troponin I & T positiv (z.B. 0.02 ng/ml) , CK-MB 40 U/l , GPBB 15 ng/l

Bildgebende Untersuchung / Diagnostik:

- EKG: Sinustachykardie (sic, trotz Puls 58), ST-Hebungen in II, III, aVF und V1.
- PTCA (Befund): Verschluss der RCA (Arteria coronaria dextra) und des RIVP (Ramus interventricularis posterior).

Bisherige Medikation:

- Perindopril 5 mg (1-0-0)
- Amlodipin 5 mg (0-0-1) (unregelmäßige Einnahme)

Behandlungsplan (Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen):

- Akuttherapie: Aufnahme auf Intensivstation. Modifiziertes MONA-BH-Schema:
 - Morphin 10 mg i.v.

- ASS 300 mg p.o.
 - Ticagrelor 180 mg p.o.
 - Heparin 5000 IE i.v.
 - beta-Blocker
 - (Sauerstoffgabe bei SpO₂ 93% nicht zwingend indiziert).
- Intervention: Sofortige PTCA (Herzkatheteruntersuchung). Einsetzen von 2 Stents in RCA und RIVP, Durchblutung wiederhergestellt.
- Aktueller Verlauf: Zustand verbessert, Vitalparameter stabil, Beschwerden reduziert.
- Weiteres Vorgehen:
 - Stationäres Monitoring (Rhythmus, Vitalparameter) zur Arrhythmie-Erkennung.
 - Verlegung auf Normalstation nach 24 Stunden.
 - Planung der Entlassung in eine Rehaklinik.
 - Langfristig: DAPT (Duale Thrombozytenaggregationshemmung) mit ASS und Prasugrel für 12 Monate. Beratung zur Normalisierung des Körpergewichts.

Aufgabenstellung:

- Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen.
- Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:
 - den Aufnahmegrund,
 - relevante Vorbefunde,
 - Verdachtsdiagnosen und
 - das diagnostische und therapeutische Vorgehen.

9. Neurologisches System

Fall 24: Kopfplatzwunde (bei Schädeltrauma)

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Kopfplatzwunde (bei Schädeltrauma)
- **Name (Alter):** Lara Schulz (14 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Sturz vom Skateboard, Kopfplatzwunde, Schwindelgefühl und Kopfschmerzen. Bewusstlosigkeit oder Erbrechen traten nicht auf. Die Eltern berichten, dass ihre Tochter seit dem Sturz ruhiger als gewöhnlich wirkt.

- **Vorgeschichte:** Keine chronischen Krankheiten, gelegentliche Kopfschmerzen bei Stress (diagnostiziert als Spannungskopfschmerz), leichte Sehschwäche (trägt eine Brille). Keine bekannten Allergien.

Körperliche Untersuchung:

- Vitalzeichen im Normbereich.
- Kopf: Platzwunde am Hinterkopf (ca. 3 cm), mäßig blutend, keine Schwellung oder Eindellung des Schädels.
- Neuro: Wach und orientiert (GCS 15/15). Pupillenreaktion: Beidseits isokor und prompt. Keine Lähmungen oder Sensibilitätsstörungen. Romberg-Test stabil. Finger-Nase-Versuch und Diadochokinese unauffällig.
- Unauffällig: Bewegungsapparat, Abdomen, Lunge, Herz.

Labor:

- Blutbild Normal, CRP Normal, Blutgruppe: A Rh+.
- Unauffällig: Blutzucker, Elektrolyte, Urinstix.

Bildgebende Untersuchung:

- Schädel-CT: Keine Hinweise auf eine intrakranielle Blutung, kein Schädelbruch.
- Wirbelsäulen-CT: Unauffällig.

Bisherige Medikation:

- Keine regelmäßige Medikation.

Behandlungsplan:

- Versorgung der Wunde: Reinigung und Desinfektion der Platzwunde. Naht der Wunde (wenn erforderlich). Steriler Verband, regelmäßiges Wechseln des Verbands.
- Überwachung: Regelmäßige neurologische Kontrolluntersuchungen (alle 2-4 Stunden). Überwachung auf mögliche Spätkomplikationen (z. B. posttraumatische Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit).
- Beratung: Eltern über mögliche Warnzeichen aufklären (Bewusstseinsveränderung, Übelkeit, Erbrechen, Sehstörungen). Nachkontrolle beim Haus- oder Kinderarzt innerhalb von 1 Woche.

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
 - relevante Vorbefunde,
 - Verdachtsdiagnosen und
 - das diagnostische und therapeutische Vorgehen.
-

Fall 25: BPLS (Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel)

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** BPLS (Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel)
- **Name (Alter):** Herr Becker (45 Jahre)
- **Vorstellungsggrund:** Vertigo, Übelkeit & Nystagmus seit ein paar Tagen, wird schlimmer. Symptome traten plötzlich auf. Beeinflusst tägliche Aktivitäten. Beim Kopfbewegung auftreten.

- **Vorgeschichte:** Keine relevanten Vorerkrankungen.
- **Vormedikation:** Keine.
- **Sozial:** Berufstätig als Ingenieur, verheiratet ohne Kinder.

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 120/80 mmHg, HF: 78/min, AF: 16/min, Spo2: 98%, Temp: 36,8°C.
- Außer Schwindel, Übelkeit & Nystagmus unauffällig.

Labor:

- HbA1c: 6,9 (leicht erhöht), ansonsten unauffällig.

Diagnostische Maßnahmen:

- Lagerungsprüfung nach Hall-pike Dix: typischer Nystagmus → BPLS.
- Epley Manöver: Unauffällig; ohne sofortige Verbesserung/Verschlechterung.
- Deutet darauf hin, dass entweder der Schwindel nicht nur durch Lagerungsstörung verursacht wird, oder dass eine zusätzliche Therapie erforderlich sein könnte.

Stationäre Aufnahme:

- Bei V.a. BPLS zur weiteren Diagnostik und Therapie.
- Neurologische Untersuchung: Unauffällig.
- Ottoskopie: Unauffällig.
- Audiometrie: Normalbefund.

Behandlungsplan:

- Medikamentöse Therapie nicht erforderlich. Sollte Symptomatik persistieren oder sich verschlechtern, wird medikamentöse Therapie in Betracht gezogen.
- Überweisung zur Physiotherapie → Epley Manöver überprüfen + Übungen zur Schwindelreduktion.
- Patienten Schulung: Aufklärung über BPLS + die Bedeutung der Positionsmanöver. Patient einverstanden, dass Wiederholung der Manöver im ambulanten Bereich erforderlich sein könnten.
- Geplante Nachsorge.

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
 - relevante Vorbefunde,
 - Verdachtsdiagnosen und
 - das diagnostische und therapeutische Vorgehen.
-

10. Orthopädisches System

Fall 26: Rippenfraktur (mit Verdacht auf Pneumothorax)

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Rippenfraktur (mit Verdacht auf Pneumothorax)
- **Name (Alter):** Herr Markus Schmitt (23 Jahre)

- **Vorstellungsgrund:** Schmerzen im Bereich der 4. und 5. Rippe rechts sowie Atemnot nach einem Sturz beim Mountainbiking. Patient direkt auf die rechte Brustseite gefallen und seitdem Schwierigkeiten beim tiefen Einatmen.
- **Vorgeschichte:** Gesund, keine bekannten Allergien, Nichtraucher, trinkt gelegentlich Alkohol, sportlich aktiv (Mountainbiking, Fitness).

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 125/80 mmHg, Puls: 95/min, AF: 21/min, SpO₂: 95 % (unter Raumluft), Körpertemperatur: 36,9°C.
- AZ: Ansprechbar, Patient wirkt schmerzgeplagt, leicht tachypnoisch, aber stabil.
- Thorax: Druck- und Klopfschmerz über der 4. und 5. Rippe rechts. Leichte Schwellung, kein sichtbares Hämatom. Abgeschwächte Atemgeräusche rechts basal. Klopfschall rechts hypersonor.
- Unauffällig: Abdomen, Herz und Neurostatus.

Labor:

- Hämoglobin, Weiße Blutkörperchen, Blutplättchen Normal, CRP Normal, Blutgruppe: B Rh+.
- Unauffällig: Elektrolyte, Blutzucker, Urinstix.

Bildgebende Untersuchung:

- Röntgen-Thorax: Fraktur der 4. und 5. Rippe rechts, keine offensichtliche Dislokation. Hinweise auf einen kleinen Pneumothorax rechts. Kein Hämothorax.
- Ultraschall (FAST): Keine freie Flüssigkeit im Thorax oder Abdomen.

Bisherige Medikation:

- Keine regelmäßige Medikation.

Behandlungsplan:

- Überwachung: Regelmäßige Kontrolle von SpO₂, AF und klinischen Zeichen eines zunehmenden Pneumothorax. Röntgen/CT-Kontrolle bei Verschlechterung.
- Schmerztherapie: Metamizol/Paracetamol.
- Intervention bei Bedarf: Thoraxdrainage, falls der Pneumothorax sich verschlechtert.
- Schonung für vier bis sechs Wochen.

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
 - relevante Vorbefunde,
 - Verdachtsdiagnosen und
 - das diagnostische und therapeutische Vorgehen.
-

Fall 27: Oberschenkelhalsfraktur

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Oberschenkelhalsfraktur
- **Name (Alter):** Frau Maria Fischer (78 Jahre)

- **Vorstellungsgrund:** Sturz auf die rechte Seite im Badezimmer, danach starke Schmerzen in der rechten Hüfte, keine Möglichkeit aufzustehen oder das Bein zu belasten.
- **Vorgesichte:** Osteoporose (seit 8 Jahren bekannt), Bluthochdruck, Schilddrüsenunterfunktion, keine Allergien, unsportlich, trinkt selten Alkohol, Nichtraucherin.

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 135/85 mmHg, Puls: 95/min, Temperatur: 37,2 °C, Gewicht: 65 kg, erhaltener Allgemeinzustand.
- Rechtes Bein: Verkürzt und nach außen gedreht, Schwellung und Druckschmerz in der rechten Leiste.
- Unauffällig: Herz, Lunge, Bauch, Neurostatus, keine Anzeichen eines Schädeltraumas.

Röntgenbefund:

- Deutlicher Bruch im Bereich des rechten Oberschenkelhalses mit Verschiebung (Dislozierte Oberschenkelhalsfraktur).

Labor:

- Hämoglobin ~ normal, CRP ~ normal, Kreatinin normal, TP/TCK normal.
- Blutgruppe: A Rh+.
- Unauffällig: Elektrolyte, Blutzucker, Urinstix.

Bisherige Medikation:

- Ramipril 5 mg (1-0-0) gegen Bluthochdruck.
- L-Thyroxin 50 µg (1-0-0) gegen Schilddrüsenunterfunktion.
- Calcium/Vitamin-D-Präparat (1-0-0) zur Osteoporosebehandlung.

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
 - relevante Vorbefunde,
 - Verdachtsdiagnosen und
 - das diagnostische und therapeutische Vorgehen.
-

Fall 28: Schlüsselbeinfraktur

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Schlüsselbeinfraktur
- **Name (Alter):** Herr Thomas Wagner (45 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Sturz auf den rechten Schulterbereich während eines Eishockeyspiels. Danach starke Schmerzen im Bereich des rechten Schlüsselbeins, keine Möglichkeit, den Arm zu bewegen oder zu belasten.

- **Vorgeschichte:** Keine bekannten Vorerkrankungen, Nichtraucher, trinkt gelegentlich Alkohol, regelmäßig sportlich aktiv (läuft und spielt Hockey), keine Allergien.

Körperliche Untersuchung:

- Rechtes Schlüsselbein: Deutlicher Druckschmerz, Schwellung und Fehlstellung im Bereich des rechten Schlüsselbeins.
- Neurovaskuläre Untersuchung: Keine Anzeichen von Nervenschäden oder Durchblutungsstörungen im rechten Arm (normale Sensibilität, Motorik und periphere Pulse).
- Unauffällig: Vitalzeichen, Herz, Lunge, Bauch, Neurostatus, keine Anzeichen eines Schädeltraumas.

Röntgenbefund:

- Röntgen Schulter: Dislozierte Schlüsselbeinfraktur (Fraktur der mittleren Klavikula mit Verschiebung).
- Röntgen Thorax: Unauffällig (Kein Hinweis auf einen Pneumothorax).

Labor:

- Unauffällig.

Bisherige Medikation:

- Keine regelmäßige Medikation, gelegentliche Einnahme von Ibuprofen 400 mg (bei Bedarf für muskuläre Beschwerden).

Aufgabenstellung:

Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen. Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:

- den Aufnahmegrund,
 - relevante Vorbefunde,
 - Verdachtsdiagnosen und
 - das diagnostische und therapeutische Vorgehen.
-

Fall 29: Kreuzbandriss und Meniskusschaden

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Kreuzbandriss und Meniskusschaden
- **Name (Alter):** Heinrich Schmidt (25 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Der Patient stellt sich in der Notaufnahme vor, begleitet von seiner Partnerin. Er berichtete, dass er sich während eines Fußballspiels am rechten Knie verletzt hat. Er knickte das Knie nach innen, was zu sofortigen Schmerzen und Schwellungen führte. Die Beschwerden haben sich in den letzten Tagen zunehmend verschlechtert, begleitet von einer eingeschränkten Beweglichkeit.

Körperliche Untersuchung:

- Blutdruck: 126/82 mmHg, Puls: 76/min, Körpertemperatur: 36,9°C.
- Allgemeinzustand: Der Patient ist in gutem Allgemeinzustand, zeigt jedoch deutliche Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im rechten Knie.
- Lokalbefund:
 - Schwellung: Auffällige Schwellung des rechten Knies.
 - Bewegungseinschränkung: Eingeschränkte Flexion und Extension.
 - Tests: Positiver Pivot-Shift-Test und vorderer Schubladentest, was auf eine Kreuzbandinstabilität hinweist.
 - Haut: Keine Hautveränderungen oder offene Wunden.

Diagnostische Verfahren und Ergebnisse:

1. **Röntgenaufnahme des Knies:**
 - Ergebnis: Keine Knochenfrakturen nachweisbar.
 - Zweck: Ausschluss von Frakturen und Knochenveränderungen.
2. **Magnetresonanztomographie (MRT) des Knies:**
 - Ergebnis: Kreuzbandriss und Meniskusschaden, bestätigt durch Bildgebung.
 - Zweck: Detaillierte Beurteilung der Weichteilverletzungen und des Schweregrads des Kreuzbandrisses.
3. **Ultraschall des Knies:**
 - Ergebnis: Sichtbare Flüssigkeitsansammlungen und Schwellungen im Bereich des betroffenen Knies.
 - Zweck: Bestätigung der Schwellung und Beurteilung von möglichen intraartikulären Schäden.
4. **Kniearthroskopie (diagnostisch und therapeutisch):**
 - Ergebnis: Direktes visuelles Einschätzen des Kreuzbandrisses und der Meniskusschäden. Durchführung von notwendigen Reparaturen oder Rekonstruktionen.
 - Zweck: Bestätigung der Diagnose und gleichzeitige chirurgische Behandlung des Kreuzbandrisses und der Meniskusverletzung.
5. **Laboruntersuchungen:**
 - Ergebnis:
 - HbA1c: 8% (schwankend, Patienten misst selbst).
 - CRP: 6 mg/l (leicht erhöht).
 - Zweck: Überwachung der Blutzuckerwerte und Entzündungsparameter zur Anpassung der Insulintherapie und Beurteilung von systemischen Entzündungen.

Behandlungsplan:

1. **Stationäre Aufnahme:** Der Patient wird zur Überwachung und weiteren Behandlung stationär aufgenommen.
2. **Insulintherapie:** Anpassung der Insulindosierung aufgrund der Stresssituation und der bevorstehenden Operation. Regelmäßige Blutzuckermessungen und -kontrollen sind erforderlich.
3. **Schmerztherapie:** Verabreichung von Ibuprofen 600 mg alle 6 Stunden zur effektiven Schmerzkontrolle.
4. **Arthroskopische Kreuzbandplastik:** Durchführung einer arthroskopischen Kreuzbandplastik mit Gracilis-Sehne als Autograft zur Wiederherstellung der Kniegelenkstabilität.
5. **Postoperative Maßnahmen:**
 - Eispackung: Zur Reduktion der postoperativen Schwellung und Schmerzmanagement.
 - Ruhe: Das betroffene Knie soll geschont werden, um die Heilung zu fördern.
 - Physiotherapie: Frühzeitige Einleitung der Physiotherapie zur Wiederherstellung der Beweglichkeit und Stabilität des Knies.
6. **Regelmäßige Kontrollen:** Überwachung der Laborwerte, insbesondere der Blutzuckerwerte und Entzündungsparameter, um Komplikationen zu vermeiden.

Zusätzliche Fragen:

1. Wurde der Patient ausführlich über die Arthroskopie und die postoperative Therapie aufgeklärt?
-

Fall 30: Sprunggelenkfraktur

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Sprunggelenkfraktur
- **Name (Alter):** Anna Müller (35 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Überweisung durch den Hausarzt nach einem Sportunfall beim Joggen. Die Patientin berichtet, dass sie während des Joggens mit dem linken Fuß umgeknickt ist, was zu starken Schmerzen und Schwellungen im linken Sprunggelenk führte. Die Beschwerden haben sich im Verlauf verschlimmert, sodass sie sich in Begleitung ihres Ehemanns in der Notaufnahme vorstellte.
- **Vorgeschichte:** Allergisches Asthma; Medikation: Heksoral Spray bei Bedarf, Ibuprofen 600 mg bei Bedarf.

Körperliche Untersuchung:

- Vitalwerte: Blutdruck 120/80 mmHg, Puls 78/min, Körpertemperatur 36,5°C, unauffälliger Allgemeinzustand.
- Befunde: Linksseitiges Sprunggelenk mit ausgeprägtem Ödem und starken Schmerzen bei Berührung sowie Bewegung. Keine offenen Wunden, keine Durchblutungsstörungen.

Bildgebende Diagnostik:

- Röntgen: Bestätigt eine linksseitige Sprunggelenkfraktur ohne Dislokation.
- Labor: Unauffällige Entzündungsparameter; Hämoglobin, Leukozyten, Thrombozyten und Elektrolyte im Normbereich.

Familienanamnese:

- Vater: Myokardinfarkt in der Vorgeschichte.
- Mutter: Asthma bronchiale und rheumatoide Arthritis.

Diagnose:

- Linksseitige Sprunggelenkfraktur.

Therapieplan:

- **Stationäre Aufnahme:** Die Patientin wurde stationär aufgenommen.
- **Chirurgische Intervention:** Geplante operative Versorgung am nächsten Tag mittels ORIF (offene Reposition und interne Fixation der Sprunggelenkfraktur).
- **Medikamentöse Therapie:** Schmerzmanagement mit Ibuprofen 600 mg alle 6 Stunden bei Bedarf.
- **Postoperative Maßnahmen:** Nach der Operation sind Ruhigstellung des Gelenks, regelmäßige Laborkontrollen zur Überwachung des Entzündungsstatus sowie Physiotherapie zur Mobilisation vorgesehen.

Wichtige Punkte:

1. **Die Operation:** ORIF (offene Reposition und interne Fixation der Sprunggelenkfraktur) wird durchgeführt, um die Fraktur zu stabilisieren und eine adäquate Heilung zu ermöglichen.
2. **Postoperative Pflege:** Fokus auf Schmerzmanagement, Ruhigstellung des Sprunggelenks und schrittweise Mobilisation durch Physiotherapie.
3. **Risikofaktoren:** Allergisches Asthma und die familiäre Belastung durch kardiovaskuläre und rheumatologische Erkrankungen werden berücksichtigt.

Fall 31: Mittelhandfraktur (rechts)

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose: Mittelhandfraktur (geschlossene Fraktur des dritten Mittelhandknochens)**
- **Name (Alter): Herr Tobias Wagner (27 Jahre)**
- **Vorstellungsgrund: Schmerzen und Schwellung der rechten Hand nach einem Sturz beim Fußballspielen.**
- **Anamnese: Direkt auf die ausgestreckte Hand gefallen. Seitdem Schmerzen und Bewegungseinschränkung, insbesondere beim Greifen.**
- **Vorgeschichte: Gesund, keine bekannten Allergien, Nichtraucher, gelegentlicher Alkoholkonsum, sportlich aktiv (Fußball, Krafttraining).**

Körperliche Untersuchung:

- **Vitalzeichen: Blutdruck: 120/75 mmHg, Puls: 88/min, AF: 16/min, SpO₂: 98 % (unter Raumluft), Temperatur: 36,8 °C.**
- **Allgemeinzustand: Wach, ansprechbar, schmerzgeplagt, aber kreislaufstabil.**
- **Handuntersuchung: Schwellung und Druckschmerz über dem dritten Mittelhandknochen. Leichte Fehlstellung sichtbar. Eingeschränkte aktive Fingerbeweglichkeit, insbesondere im Mittel- und Zeigefinger. Keine neurologischen Ausfälle oder Durchblutungsstörungen.**

Labor (Hausarzt):

- **Blutbild: Normal.**
- **CRP: Normal.**
- **Blutgruppe: 0 Rh+.**
- **Unauffällig: Elektrolyte, Blutzucker, Urinstix.**

Bildgebende Untersuchung:

- **Röntgen Hand rechts: Fraktur des dritten Mittelhandknochens. Keine offensichtliche Dislokation. Keine intraartikuläre Beteiligung.**
- **Ultraschall der Hand: Befund: Keine Hinweise auf Hämatome oder Weichteilverletzungen. (Zweck: Ergänzende Beurteilung der Sehnen und Weichteile).**

Bisherige Medikation:

- **Keine regelmäßige.**

Behandlungsstrategie:

- **Konservative Therapie (bei stabiler Fraktur ohne Dislokation):**

- Ruhigstellung: Unterarmgipsschiene für 4–6 Wochen. Hochlagerung der Hand zur Schwellungsreduktion.
 - Schmerztherapie: Ibuprofen 400 mg alle 6–8 Stunden bei Bedarf. Alternativ: Paracetamol oder Metamizol.
 - Funktionelle Nachbehandlung: Frühzeitige Mobilisation der nicht betroffenen Finger zur Vermeidung von Steifheit. Physiotherapie nach Schienenabnahme zur Wiederherstellung der Beweglichkeit.
- Operative Therapie (bei dislozierter oder instabiler Fraktur):
 - Indikation zur OP: Dislokation >2 mm oder Rotationsfehlstellung. Gelenkbeteiligung oder instabile Fraktur.
 - Operationsverfahren: K-Draht-Osteosynthese (minimal-invasive Fixierung mit Kirschner-Drähten) oder Plattenosteosynthese (falls stabilere Rekonstruktion nötig).
 - Postoperative Maßnahmen: Ruhigstellung für ca. 4 Wochen. Frühzeitige Physiotherapie zur Wiederherstellung der Greiffunktion.

Aufgabenstellung:

- Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen.
- Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:
 - den Aufnahmegrund,
 - relevante Vorbefunde,
 - Verdachtsdiagnosen und
 - das diagnostische und therapeutische Vorgehen.
- Verwenden Sie, wenn möglich ausschließlich fachsprachliche Begriffe.

Fall 32: Humerusfraktur (rechts)

Informationen:

- (Verdachts-)Diagnose: Dislozierte Humerusschaftfraktur rechts (mittleres Drittel)
- Name (Alter): Herr Thomas Müller (30 Jahre)
- Vorstellungsgrund: Vorstellung in der Notaufnahme nach Fahrradsturz direkt auf den rechten Arm.
- Symptomatik: Starke, stechende Schmerzen im rechten Oberarm, bei Bewegung verstärkt. Bewegungsunfähigkeit des Arms. Sichtbare Schwellung und Hämatombildung.
- Begleitsymptome: Verneint Taubheitsgefühle, Vertigo, Dyspnoe und Kribbeln in der Hand.
- Vorgeschichte: Allergisches Asthma bronchiale, allergische Rhinitis.
- Allergien: Penicillin.

Körperliche Untersuchung:

- **Vitalzeichen:** Blutdruck: 125/80 mmHg, Puls: 84/min, AF: 16/min, Temperatur: 36,9°C, SpO₂: 98% (Raumluft).
- **Allgemeinzustand (AZ):** Stabil, schmerzgeplagt.
- **Lokalbefund (rechter Arm):** Sichtbare Fehlstellung und Schwellung. Druckschmerhaftigkeit und Bewegungseinschränkung. Keine offenen Wunden.
- **pDMS:** Peripherer Puls und Sensibilität der Hand unauffällig.

Bildgebende Untersuchung:

- **Röntgen (rechter Humerus):** Dislozierte Fraktur im mittleren Drittel des Humerus, ohne Gelenkbeteiligung.

Bisherige Medikation:

- **Asthmaspray (bei Bedarf).**

Behandlungsplan (Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen):

- **Akut/Stationär:** Stationäre Aufnahme. Ruhigstellung (Oberarmschiene). Analgesie (Metamizol).
- **Operatives Vorgehen:** Geplante operative Versorgung mittels Plattenosteosynthese.
- **Postoperativ:** Thromboseprophylaxe, Physiotherapie.

Aufgabenstellung:

- Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen.
- Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:
 - den Aufnahmegrund,
 - relevante Vorbefunde,
 - Verdachtsdiagnosen und
 - das diagnostische und therapeutische Vorgehen.

Fall 33: Polytrauma nach Verkehrsunfall

Informationen:

- **(Verdachts-)Diagnose:** Polytrauma bei Z.n. Hochrasanztrauma (PKW-LKW-Frontalkollision)
- **Name (Alter):** Herr Jan Schmidt (28 Jahre)
- **Vorstellungsgrund:** Notarzt-begleitete Einlieferung in den Schockraum. Patient war eingeklemmter Fahrer. Prähospital GCS 7, intubiert, katecholaminpflichtig (Noradrenalin). Anlage von 2x G14-Zugängen, Beckenschlinge und Stifneck.
- **Vorgesichte:** Laut Rettungsdienst bisher gesund, keine Vorerkrankungen bekannt.

- Allergien: Unbekannt.

Körperliche Untersuchung (im Schockraum):

- Vitalzeichen: Blutdruck: 80/50 mmHg (unter Noradrenalin), Puls: 135/min (sinustachykard), SpO₂: 90% (unter 100%), Temperatur: 35,8°C (Hypothermie).
- Allgemeinzustand: Intubiert und sediert (GCS 3T). Haut blass, kaltschweißig, Rekap.-Zeit > 3 Sek.
- Kopf/Hals: Tubus korrekt, Stifneck *in situ*. Pupillen mittelweit, isokor, lichtreagibel bds.
- Thorax: Instabiler Thorax links, Prellmarken, paradoxe Atmung. Auskultation: Links abgeschwächtes Atemgeräusch. Perkussion: Links hypersonorer Klopfschall.
- Abdomen: Distendiert, prall, gespannt.
- Becken: Palpatorisch instabil, Beckenschlinge *in situ*.
- Extremitäten: Offene Unterschenkelfraktur rechts (Grad III Gustilo-Anderson) mit aktiver Blutung.
- Wirbelsäule (Log-Roll): Druckschmerz im Bereich der BWS.

Labor (Schockraum):

- BGA (arteriell): pH 7,20 (↓), pCO₂ 50 mmHg (↑), pO₂ 70 mmHg (↓), Laktat 8 mmol/l (↑), BE -10 mmol/l.
- Blutbild: Hb 8,5 g/dl (↓).
- Gerinnung: INR 1,8 (↑), PTT 50 sek (↑) (V.a. Traumakoagulopathie).

Bildgebende Untersuchung (Schockraum):

- e-FAST: Nachweis Pneu- und Hämatothorax links. Freie Flüssigkeit im Morrison-Pouch (hepatorenal) und Koller-Pouch (splenorenal). Perikard unauffällig.
- Röntgen-Thorax (AP): Spannungspneumothorax links, Rippenserienfraktur links (Rippen 3-7). V.a. verbreiterteres Mediastinum.

Bisherige Medikation:

- Keine Dauermedikation bekannt.

Behandlungsplan (Maßnahmen im Schockraum & Plan):

- Initialmaßnahmen: Sofortige Thoraxdrainage (Bülau) links -> Entlastung (1000 ml Blut initial). Aktivierung des Massivtransfusionsprotokolls. Gabe von Tranexamsäure (TXA). Reposition, sterile Abdeckung und Schienung der offenen Unterschenkelfraktur.
- Geplante Diagnostik: Polytrauma-CT (Traumaspirale) nach Kreislaufstabilisierung.
- Geplante Operation: Anmeldung zur sofortigen Notfall-Operation (Damage Control Surgery):

1. Notfall-Laparotomie (V.a. Milzruptur und/oder Leberläsion).
 2. Externe Fixierung der Becken- und Unterschenkelfraktur.
- Weiteres Vorgehen: Anschließend Verlegung auf die Intensivstation (ITS) zur Stabilisierung (Re-Warming, Gerinnungstherapie).

Aufgabenstellung:

- Entnehmen Sie der Fallbeschreibung alle für die strukturierte Patientenvorstellung notwendigen Informationen.
- Berichten Sie Ihrem Chefarzt vor der Tür des Patientenzimmers die relevanten Informationen über den Fall, insbesondere über:
 - den Aufnahmegrund,
 - relevante Vorbefunde,
 - Verdachtsdiagnosen und
 - das diagnostische und therapeutische Vorgehen.

Teil 2- Arzt-Arzt B.Z

1. Respiratorisches System

1. COPD-Exazerbation

Sehr geehrter Herr Chefarzt,

Ich möchte Ihnen Herrn Karl Becker vorstellen, einen 62-jährigen Patienten, der mit der Verdachtsdiagnose einer akuten Exazerbation einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) stationär aufgenommen wurde. Der Patient gab an, seit drei Tagen unter zunehmender Belastungsdyspnoe, produktivem Husten mit vermehrtem Sputum sowie einer subjektiv empfundenen Leistungsminderung zu leiden. Eine leichte Besserung sei nach der Anwendung seines Salbutamol-Sprays eingetreten.

Anamnestisch bestehe eine langjährige COPD-Diagnose. Herr Becker berichtet, beruflich über viele Jahre einer erheblichen Staubexposition im Bergbau ausgesetzt gewesen zu sein. Zudem sei er aktiver Raucher mit 35 Packungsjahren. Alkohol konsumiere er nur selten, körperlich aktiv sei er nicht. Allergien seien nicht bekannt. Die klinische Untersuchung zeigt eine Tachypnoe mit einer Atemfrequenz von 29/min, eine leicht erhöhte Körpertemperatur von 37,8 °C sowie eine Hypoxämie mit einer Sauerstoffsättigung von 89 % unter Raumluft. Die Herzfrequenz liegt bei 107/min, und der Blutdruck beträgt 130/90 mmHg. Die Lungenauskultation zeigt ein verlängertes Exspirium sowie exspiratorisches Gienen. Es besteht eine zentrale Zyanose mit bläulicher Verfärbung der Lippen. Herz-, Abdomen- und neurologischer Status sind unauffällig.

Die Laboranalysen zeigen eine leichte Erythrozytose sowie erhöhte Leukozyten und ein erhöhtes C-reaktives Protein (CRP). Die Blutgasanalyse ergab eine respiratorische Azidose mit einem pH-Wert von 7,32, einem erhöhten pCO₂ von 55 mmHg und einer Hypoxämie mit einem pO₂

von 60 mmHg. Der Bikarbonatwert liegt bei 28 mmol/L und zeigt eine beginnende metabolische Kompensation. Elektrolyte, Blutzucker und Urinstix sind im Normbereich.

Die Verdachtsdiagnose lautet auf eine akute Exazerbation der COPD, vermutlich ausgelöst durch eine infektiöse Komponente.

Der therapeutische Ansatz umfasst eine titrierte Sauerstofftherapie mit einem Zielbereich der SpO₂ von 90–92 %, die bronchodilatatorische Therapie mittels Salbutamol und Ipratropiumbromid als Vernebelung sowie die systemische Gabe

von Glukokortikoiden. Eine kalkulierte antibiotische Therapie wurde aufgrund des infektiösen Verdachts begonnen. Die Patientin wird engmaschig überwacht, insbesondere hinsichtlich der respiratorischen Funktion und des Säure-Basen-Status. Eine Physiotherapie zur Sekretmobilisation ist ebenfalls eingeleitet worden.

2. Asthma bronchiale

Sehr geehrter Herr Chefarzt,

Ich möchte Ihnen Frau Lisa Meier vorstellen, eine 34-jährige Patientin, die aufgrund eines akuten Asthmaanfalls stationär aufgenommen wurde. Die Patientin stellte sich in der Notaufnahme mit nächtlicher Dyspnoe, einem exspiratorischen Stridor, thorakalem Engegefühl sowie rezidivierenden Hustenattacken, insbesondere am Morgen und bei körperlicher Belastung, vor. Infektzeichen wurden verneint.

Anamnestisch ist eine allergische Rhinitis seit 2015 bekannt. Zudem bestand in der Kindheit eine atopische Dermatitis. Die Patientin ist Nichtraucherin, lebt jedoch in einem Haushalt mit einer Katze. In der Familienanamnese sind Asthma bei der Mutter und Heuschnupfen beim Vater bekannt. Allergien gegen Pollen, insbesondere Gräser und Birke, sind dokumentiert.

Die Vitalparameter bei Aufnahme zeigten einen Blutdruck von 115/75 mmHg, eine Herzfrequenz von 88/min, eine Atemfrequenz von 20/min und eine Sauerstoffsättigung von 92 % bei Raumluft. Die Körpertemperatur war mit 36,8 °C im Normbereich.

Die körperliche Untersuchung ergab ein verlängertes Exspirium mit beidseitigem Giemen. Bauch- und neurologische Untersuchungen waren unauffällig. Die Laboruntersuchungen ergaben normwertige Entzündungsparameter; jedoch eine Eosinophilie von 6 %.

Die Lungenfunktionsdiagnostik zeigte eine deutliche obstruktive Ventilationsstörung mit einer FEV1 von 68 % des Sollwertes und einem Tiffeneau-Index von 65 %. Der Peak-Flow-Wert lag mit 250 l/min deutlich unterhalb des Normbereichs.

Therapeutisch wurde eine Sauerstoffgabe (2 l/min) initiiert, worunter sich die SpO₂ auf 96 % stabilisierte. Es wurde eine inhalative Therapie mit Budesonid/Formoterol (2–0–2) begonnen. Zur Bedarfsmedikation wurde Salbutamol (200 µg) verordnet. Im weiteren Verlauf erhielt die Patientin eine Schulung zum korrekten Einsatz des Dosieraerosols sowie des Peak-Flow-Meters. Zudem wurde ein Termin für eine allergologische Diagnostik und eine strukturierte Asthmaschulung vereinbart.

Der Behandlungsplan umfasst die Fortführung der inhalativen Therapie mit Budesonid/Formoterol, die engmaschige Kontrolle des klinischen Verlaufs sowie die Sicherstellung des Selbstmanagements der Patientin. Eine Entlassung ist bei stabiler Symptomatik innerhalb von 48 Stunden vorgesehen.

3. Pneumonie

Sehr geehrter Herr Oberarzt,

Ich möchte Ihnen Frau Wagner, eine 94-jährige Patientin, vorstellen. Sie stellte sich wegen Fieber, produktivem Husten, starker Fatigue sowie Dyspnoe in der Rettungsstelle vor.

In der Vorgeschichte der Patientin finden sich Hypertonie und Diabetes mellitus Typ 2, jedoch keine pulmonalen Vorerkrankungen.

Die Vitalwerte wurden in der Notaufnahme überprüft und ergaben eine Sauerstoffsättigung von 92 %, was auf eine Hypoxämie hinweist. Der Blutdruck betrug 137/85 mmHg, die Herzfrequenz lag bei 76 Schlägen pro Minute, und die Körpertemperatur lag bei 38,9 °C, was auf Fieber hindeutet.

Die körperliche Untersuchung wurde ebenfalls durchgeführt. Die Patientin befand sich in einem reduzierten Allgemeinzustand. Bei der Auskultation wurden in der rechten Lunge feuchte Rasselgeräusche festgestellt. Bei der Palpation waren Abdomen sowie Lymphknoten unauffällig.

Außerdem wurde Blut abgenommen, und die Laborergebnisse zeigten erhöhte Entzündungsparameter, nämlich einen erhöhten CRP-Wert mit 86 mg/dl sowie eine Leukozytose mit 16.000 pro Mikroliter.

Die Röntgenuntersuchung wurde ebenfalls angefertigt und zeigt ein Infiltrat im rechten Oberlappen.

Die genannten Befunde weisen auf eine Pneumonie hin. Als Differentialdiagnosen kommen ein Lungenödem und ein Lungenabszess in Betracht.

Die Patientin wurde stationär aufgenommen. Eine antibiotische Therapie mit Amoxicillin/Clavulansäure wurde intravenös eingeleitet. Zudem erhielt die Patientin eine Flüssigkeitersatztherapie, also einen Liter Flüssigkeit über die Nasenbrille, sowie Antipyretika. Eine Atemtherapie wurde angemeldet.

Aktuell ist die Antibiotikatherapie für 2 Tage geplant. Nach der Verbesserung der Symptome und der Fiebersenkung kann die antibiotische Therapie abgesetzt werden.

Bei Besserung der Beschwerden und Fiebersenkung könnte die intravenöse Antibiotikatherapie nach 2 Tagen auf orale Antibiotikatherapie umgestellt werden.

Ich würde ein pneumologisches Konsil anfordern, falls sich der Zustand der Patientin nicht verbessert. Wir können die Diagnose durch Sputumnachweis bestätigen.

2. Immunsystem / Allergologie

4. Anaphylaktischer Schock

Sehr geehrte Frau Oberärztin,

Ich möchte Ihnen Herrn Heinrich Schmidt, einen 35-jährigen Patienten, vorstellen. Er stellte sich mit dem Verdacht auf einen anaphylaktischen Schock nach einem Bienenstich bei uns vor. Eine Angehörige bemerkte die Symptome und rief den Notdienst. Anschließend wurde der Patient in die Notaufnahme gebracht.

Er klagte über Angioödeme beziehungsweise Ödeme im Gesicht und der Zunge, Dyspnoe sowie generalisierten Pruritus. Als Begleitsymptome gab er Synkope und Adynamic an.

In der Vorgesichte habe der Patient seit einem Jahr Depressionen. Aus diesem Grund erhalte er aktuell eine psychologische Therapie. Er sei allergisch gegen Bienenstiche, jedoch seien bisher keine schweren Symptome aufgetreten.

Ansonsten sei Herr Schmidt beruflich Ingenieur, er sei verheiratet und habe keine Kinder. Seine Mutter leide an allergischer Rhinitis/Rhinokonjunktivitis.

Die körperliche Untersuchung wurde bereits durchgeführt und ergab Stridor und Ödeme der Zunge. Bei der neurologischen Untersuchung wurde eine Bradykinesie festgestellt, jedoch war der Patient persönlich, zeitlich und örtlich orientiert.

Die Vitalwerte wurden in der Notaufnahme überprüft: Der Blutdruck betrug 110/70 mmHg, die Herzfrequenz lag bei 110 Schlägen pro Minute, was auf eine Tachykardie hinweist, und die Atemfrequenz lag bei 26 Atemzügen pro Minute, was auf eine Tachypnoe hindeutet. Außerdem zeigte sich eine Hypoxämie, mit einer Sauerstoffsättigung von 93 %, und die Körpertemperatur lag im Normbereich bei 36,2 °C.

Der Patient wurde auf die Intensivstation aufgenommen. Die medikamentöse Therapie wurde mit der intramuskulären Gabe von Adrenalin 0,5 mg begonnen. Außerdem wurden Antihistaminikum sowie Prednisolon intravenös verabreicht. Nach der Verbesserung der Symptome wurde er auf die internistische Station verlegt. Wenn alle Vitalwerte im Normbereich bleiben, kann der Patient nach Hause entlassen werden. Vor der Entlassung wird Herrn Schmidt ein EpiPen erhalten und über dessen Anwendung aufgeklärt werden.

3. Gastrointestinales System

5. Akute Pankreatitis

Sehr geehrter Herr Chefarzt,

Ich möchte Ihnen Frau Anna Müller vorstellen, eine 48-jährige Patientin, die aufgrund einer akuten Pankreatitis stationär aufgenommen wurde. Laut Anamnese habe die Patientin seit 24 Stunden plötzlich einsetzende, gürtelförmige epigastrische Schmerzen verspürt, die in den dorsalen Bereich ausstrahlten. Die Schmerzintensität habe sie mit 9/10 auf der visuellen Analogskala angegeben, wobei die Beschwerden nach fettreicher Nahrungsaufnahme exazerbiert hätten. Begleitend bestünden Übelkeit, Emesis mit gelb-grünlichem Erbrochenem, Anorexie sowie ein subjektiv empfundenes Fiebergefühl.

Anamnestisch seien ein arterieller Hypertonus, eine Hyperlipidämie und vor zwei Jahren diagnostizierte Gallensteine bekannt, die bislang nicht behandelt worden seien. Frau Müller sei Nichtraucherin, konsumiere jedoch regelmäßig größere Mengen Alkohol und sei körperlich inaktiv. Allergien seien nicht bekannt.

Die körperliche Untersuchung habe einen reduzierten Allgemeinzustand gezeigt. Die Patientin sei blass und leicht kachektisch gewesen, mit einer Körpertemperatur von 38,2 °C. Die Vitalparameter hätten eine Normotonie (RR 110/70 mmHg) und eine Tachykardie (HF 100/min) ergeben. Im Abdomen sei eine deutliche Druckdolenz im Epigastrium nachweisbar gewesen, mit gürtelförmiger Schmerzausstrahlung in die dorsale Thoraxregion. Herz- und Lungenauskultation, der Milzstatus sowie die Lymphknotenpalpation seien unauffällig gewesen.

Die Laborparameter hätten eine signifikante Hyperlipasämie und Hyperamylasämie gezeigt, begleitet von einer Hyperbilirubinämie und einem moderat erhöhten CRP. Eine Leukozytose habe ebenfalls vorgelegen. Die Transaminasen seien leicht erhöht gewesen, während Hämoglobin erniedrigt gewesen sei. Elektrolyte, Blutzucker und Urinstix seien im Normbereich geblieben.

Die Verdachtsdiagnose laute auf eine akute billäre Pankreatitis, vermutlich ausgelöst durch eine Cholelithiasis und alkoholtoxische Mitbeteiligung.

Der Behandlungsplan sehe eine konservative Therapie vor, bestehend aus initialer Flüssigkeitssubstitution, Analgetikagabe und engmaschiger Überwachung. Zusätzlich solle eine parenterale Ernährung erfolgen, um die Pankreasfunktion zu entlasten. Eine weitere Abklärung mittels Abdomensonographie oder ERCP sei geplant, um die Ursache genauer zu evaluieren. Eine antibiotische Therapie werde bei Hinweisen auf eine infizierte Nekrose in Betracht gezogen.

6. Akute Cholezystitis

Sehr geehrter Herr Chefarzt,

Ich möchte Ihnen Frau Elena Weber vorstellen, eine 42-jährige Patientin, die aufgrund einer akuten Cholezystitis stationär aufgenommen wurde. Sie klagt seit zwei Tagen über intermittierende und zunehmende Schmerzen im rechten Oberbauch, die in die rechte Schulter und den Rücken ausstrahlen. Begleitend treten Übelkeit und Fieber auf, wobei die Schmerzen sich nach fettreichen Mahlzeiten verstärken.

Anamnestisch ist bekannt, dass vor einem Jahr Gallensteine diagnostiziert wurden, jedoch ohne Intervention. Weitere Vorerkrankungen umfassen Hyperlipidämie und arterielle Hypertonie. Frau Weber ist Nichtraucherin, trinkt selten Alkohol und weist mit einem BMI von 28 eine leichte Adipositas auf. Allergien sind nicht bekannt. Die körperliche Untersuchung zeigt eine Druckdolenz im rechten Oberbauch mit positivem Murphy-Zeichen. Die Vitalparameter sind auffällig mit einem Blutdruck von 150/100 mmHg, einer Herzfrequenz von 92/min und einer Temperatur von 38,7 °C. Die übrigen Systeme, einschließlich Herz, Lunge und rektaler Untersuchung, sind unauffällig. Es liegt kein Ikerus vor.

Die Laborwerte zeigen erhöhte Entzündungsparameter mit einer Leukozytose und erhöhtem CRP sowie leicht erhöhte Transaminasen. Das Lipidprofil ist pathologisch mit erhöhtem Gesamt- und LDL-Cholesterin bei leicht erniedrigtem HDL. Bilirubin, Pankreasenzyme und Nierenwerte sind im Normbereich.

Die Abdomensonographie zeigt eine Wandverdickung der Gallenblase, pericholezystische Flüssigkeit und multiple Gallensteine ohne Hinweis auf einen Gallengangsverschluss.

Die Verdachtsdiagnose lautet akute Cholezystitis. Der Behandlungsplan umfasst eine stationäre Stabilisierung mit Infusionstherapie, Schmerzmanagement mittels Metamizol, Spasmolyse mit Butylscopolamin sowie antibiotische Therapie mit Ceftriaxon und Metronidazol. Eine laparoskopische Cholezystektomie ist geplant, und die Patientin wird entsprechend aufgeklärt. Ein Termin mit der Anästhesie ist bereits zu koordinieren.

7. Appendizitis

Sehr geehrter Herr Oberarzt,

Ich möchte Ihnen Frau ..., eine ...jährige Patientin, vorstellen. Sie stellte sich heute mit Verdacht auf eine komplizierte Appendizitis in der Notaufnahme vor.

Die Patientin klagt über diffuse Bauchschmerzen, die seit gestern Abend auftreten und heute in den rechten Unterbauch gewandert sind. Die Beschwerden werden von Übelkeit, Fatigue, Appetitlosigkeit sowie Schüttelfrost begleitet. Sie fügte hinzu, dass sie heute nur einen Schluck Wasser getrunken habe.

In der Vorgeschichte der Patientin finden sich allergische Rhinitis/Heuschnupfen. Ansonsten leide sie an keinen weiteren Vorerkrankungen. Eine Schwangerschaft wurde ausgeschlossen.

Die Vitalwerte wurden in der Notaufnahme überprüft. Hier haben wir eine Hypertonie und Fieber. Der Blutdruck betrug 150/100 mmHg, die Herzfrequenz lag bei 86 Schlägen pro Minute, die Körpertemperatur betrug 38,7 °C, und die Sauerstoffsättigung lag bei 99 %.

Die körperliche Untersuchung wurde bereits durchgeführt und ergab einen Druckschmerz über den Lanz-Punkt sowie positive Blumberg-, Rovsing- und Psoas-Zeichen bei der Palpation.

Die Laboruntersuchungen wurden ebenfalls durchgeführt. Die Abdomen-Sonographie zeigte ein Kokardenphänomen, eine Vergrößerung der Appendix auf mehr als 9 mm, eine Hypertrophie der Darmwand sowie geringe freie intraabdominale Flüssigkeit.

Die Urinuntersuchung war unauffällig. Außerdem wurde Blut abgenommen, und die Blutwerte kontrolliert. Das Labor zeigte erhöhte Entzündungsparameter und eine Leukozytose. Der CRP-Wert beträgt 10 mg/dl, außerdem sind die Leukozyten erhöht, mit 16.000 pro Mikroliter.

Die klinischen Hinweise deuten auf eine komplizierte Appendizitis hin.

Die bisherige Medikation der Patientin besteht aus Medroxprogesteron (eine Spritze alle 3 Monate).

Die Patientin wurde stationär aufgenommen. Eine medikamentöse Therapie wurde mit intravenöser Gabe von Metamizol dreimal täglich und intravenöser Gabe von Ampicillin/Subactam dreimal täglich eingeleitet.

Die Patientin ist derzeit stabil, und die Vitalwerte sind aktuell im Normbereich. Wir haben die Patientin über eine laparoskopische Appendektomie aufgeklärt, und sie hat bereits unterschrieben.

Ein Termin mit dem Anästhesisten wurde vereinbart. Die Eltern wurden vor 2 Stunden darüber informiert.

Aufgrund des klinischen Bildes und der Befunde schlage ich vor, eine laparoskopische Appendektomie durchzuführen. Ich würde gerne ein chirurgisches Konsil anmelden, damit wir den Zustand der Patientin besser beurteilen können.

8. Leistenhernie (Hernia inguinalis) links

Sehr geehrter Herr Chefarzt,

Ich möchte Ihnen Herrn Thomas Müller, einen 42-jährigen Patienten, vorstellen, der mit der Verdachtsdiagnose einer inkarzierten linksseitigen Hernia inguinalis stationär aufgenommen wurde.

Der Patient gab an, seit drei Monaten eine schmerzlose Vorwölbung in der linken Leistenregion bemerkt zu haben, die im Anschluss an eine starke Hustenattacke aufgetreten sei. Seit gestern Abend klage er jedoch über zunehmende Schmerzen in der Leiste sowie Übelkeit. Zudem lasse sich die Vorwölbung nicht mehr reponieren. Anamnestisch bestehe ein langjähriger Nikotinkonsum mit einem Konsum von 30 Zigaretten täglich über 25 Jahre. Zudem bestehe ein chronischer Raucherhusten. Zudem sei vor zwei Jahren eine arthroskopische Meniskektomie am linken Knie erfolgt. Der Patient nehme keine Dauermedikation, verwende jedoch gelegentlich Ibuprofen 400 mg bei Gelenkschmerzen.

Die klinische Untersuchung zeigt einen adipösen Allgemeinzustand mit RR 130/85 mmHg, einer HF von 75/min, einer afebrilen Temperatur von 37,1 °C und einer normwertigen SpO₂ von 96 %.

Die Inspektion des Abdomens zeigt eine nicht reponierbare Vorwölbung in der linken Leistenregion mit deutlicher Druckdolenz. Die rechte Leiste ist unauffällig. Die Hoden sind beidseits regelrecht palpabel, ohne Ödem oder Schmerhaftigkeit. Die kardiopulmonale Untersuchung, Reflexstatus und der neurologische Befund sind unauffällig.

Die Labordiagnostik zeigt unauffällige Entzündungsparameter sowie normwertige Blutbildparameter. Die Nierenfunktionsparameter (Kreatinin: 1,0 mg/dL, Harnstoff: 35 mg/dL) liegen im Referenzbereich. Blutzucker und Urinstatus sind ebenfalls unauffällig.

Die bildgebende Diagnostik ergab in der Ultraschalluntersuchung des Abdomens eine Bruchsackbildung mit Darmschlingen, jedoch keine Hinweise auf eine Darmstrangulation. Das Röntgen des Bauchraums zeigt keine freie Luft und keine Hinweise auf einen mechanischen Darmverschluss.

Die Verdachtsdiagnose lautet auf eine inkarzierte Hernia inguinalis links ohne Hinweise auf eine intestinale Ischämie.

Der Behandlungsplan sieht eine stationäre Aufnahme mit präoperativer Vorbereitung zur operativen Versorgung der Hernie vor. Eine Aufklärung des Patienten sowie die Einwilligung zur Operation wurden eingeholt. Die Narkosefreigabe liegt vor.

Postoperativ ist eine angepasste Schmerztherapie mit Ibuprofen oder Paracetamol, eine Thromboseprophylaxe mit blutgerinnungshemmenden Medikamenten sowie

eine frühzeitige Mobilisation ab dem ersten postoperativen Tag vorgesehen. Zudem ist eine Beratung zur Nikotinkarenz zur Reduktion des postoperativen Komplikationsrisikos eingeplant.

9. Divertikulitis

Sehr geehrter Herr Oberarzt,

Ich möchte Ihnen Herrn Schmidt, einen 63-jährigen Patienten, vorstellen. Er stellte sich heute wegen Übelkeit, Blähungen und Bauchschmerzen per Überweisung von seinem Hausarzt bei uns vor.

Die Schmerzen seien im linken Unterbauch aufgetreten und hätten sich bei Bewegung verstärkt. Als Begleitsymptome gab er Fatigue, Adynamic, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Durchfall sowie Blut im Stuhl an. Zudem leide der Patient seit gestern Abend an Verstopfung.

Er befand sich in einem zutiefst besorgten und ängstlichen Zustand.

In der Vorgeschichte des Patienten finden sich eine Hypertonie und Diabetes mellitus Typ II. Vor 11 Jahren wurde bei ihm eine vordere Kreuzbandplastik aufgrund einer Meniskusverletzung durchgeführt. Bis auf eine allergische Rhinitis habe der Patient keine weiteren Allergien.

Die bisherige Medikation umfasst Metformin 1000 mg morgens und Ramipril 5 mg morgens.

Der Patient arbeite als Manager in einem Softwareunternehmen, sei verheiratet und habe zwei Töchter. Seit seinem 16. Lebensjahr rauche er und habe eine Rauchhistorie von 47 Packungsjahren.

Die Vitalwerte wurden bereits überprüft. Der Blutdruck betrug 145/80 mmHg, die Herzfrequenz lag bei 82 Schlägen pro Minute, die Atemfrequenz bei 18 Atemzügen pro Minute, und die Körpertemperatur betrug 38,2 °C, was auf Fieber hindeutet.

Die körperliche Untersuchung wurde ebenfalls durchgeführt und ergab bei der Inspektion keine Ödeme oder sichtbaren Veränderungen. Bei der Palpation wurden Druckschmerz und eine leichte Abwehrspannung festgestellt. Zudem traten bei der rektaluntersuchung Schmerzen auf.

Es wurde Blut abgenommen, und die Laborergebnisse zeigten erhöhte Entzündungsparameter mit einem CRP-Wert von 18 mg/dl sowie eine Leukozytose von 16.000 Leukozyten pro Mikroliter. Außerdem waren Leber- und Nierenwerte unauffällig.

Eine abdominale Sonographie wurde angefertigt und ergab einen direkten Nachweis von Divertikulitis. Anschließend wurde eine abdominale CT-Untersuchung durchgeführt und zeigte eine Darmwandhypertrophie, ein entzündliches Ödem sowie adipöses Gewebe und freie Luft aufgrund einer möglichen Darmperforation.

Die genannten klinischen Befunde deuten auf eine Divertikulitis hin.

Der Patient wurde stationär aufgenommen. Eine Antibiotikatherapie wurde mit intravenöser Gabe von Metamizol und von Ampicillin/Subactam täglich eingeleitet. Ansonsten wurden Antipyretika, Flüssigkeitszufuhr sowie parenterale Ernährung intravenös begonnen.

Ein chirurgisches Konsil wurde bereits angefordert, und eine Koloskopie-Untersuchung wurde geplant. Es wurde eine fettarme und ballaststoffreiche Ernährung mit klein portionierten Mahlzeiten verordnet. Für nächste Woche wurde eine OP geplant, und der Patient wurde über die möglichen Komplikationen aufgeklärt. Zudem wurde ihm geraten, bei starken Schmerzen, hohem Fieber oder Erbrechen sofort in die Klinik zurückzukehren.

10. Gastritis

Sehr geehrter Herr Chefarzt,

Ich möchte Ihnen Herrn Jens Meier vorstellen, einen 35-jährigen Patienten, der aufgrund einer Verdachtsdiagnose einer erosiven Gastritis stationär aufgenommen wurde. Der Patient gab an, seit fünf Tagen unter progredienten epigastrischen Schmerzen, Pyrosis und Nausea zu leiden. Zudem berichtete er von gelegentlichem, überwiegend morgendlichem Emesis.

Anamnestisch bestehe ein regelmäßiger Alkoholabusus mit einem Konsum von etwa 4–5 Bier pro Woche. Außerdem führe der Patient beruflichen und privaten Stress an. Er sei aktiver Nikotinabusus bekannt mit einem Konsum von etwa 15 Zigaretten täglich. Eine allergische Rhinitis sei dokumentiert. Eine regelmäßige Dauermedikation nehme er nicht ein. Gelegentlich nehme er Ibuprofen 600 mg bei Kopfschmerzen sowie Cetirizin 10 mg bei Bedarf ein.

Die klinische Untersuchung zeigt einen Patienten in einem insgesamt kompensierten Allgemeinzustand mit einem Blutdruck von 125/80 mmHg, einer Herzfrequenz von 88/min und einer afebrilen Temperatur von 37,4 °C. Palpatorisch besteht eine deutliche Druckdolenz im Epigastrium, insbesondere im Bereich des Magens. Es finden sich keine palpablen Resistenzen, und die Hernienöffnungen sind frei. Die kardiopulmonale und neurologische Untersuchung bleibt unauffällig.

Die Laboranalysen zeigen ein normwertiges Hämoglobin und ein unauffälliges Blutbild, jedoch ein leicht erhöhtes C-reaktives Protein (10 mg/dl). Der abdominelle Ultraschall ist ohne pathologischen Befund. Die Ösophagogastroduodenoskopie (OGD) ergab eine erosive Gastritis im Bereich des antralen Magens mit hyperämischer Schleimhaut, jedoch ohne Nachweis tiefer Ulzerationen. Das EKG ist unauffällig.

Die Verdachtsdiagnose lautet auf eine erosive Gastritis, mutmaßlich alkohol- und stressinduziert.

Der therapeutische Ansatz umfasst die Verordnung eines Protonenpumpenhemmers (z. B. Pantoprazol) sowie eines H2-Rezeptorantagonisten. Zudem wird der Patient angewiesen, auf den Konsum von Alkohol und Nikotin zu verzichten. Eine Education hinsichtlich Stressmanagement ist Bestandteil der Therapie. Eine Verlaufskontrolle

der Symptomatik und bei Bedarf eine erneute endoskopische Untersuchung sind vorgesehen.

4. Rheumatologisches System

11. Morbus Crohn (akuter Schub)

Sehr geehrter Herr Chefarzt,

Ich möchte Ihnen Frau Julia Meier, eine 21-jährige Patientin, vorstellen, die mit der Verdachtsdiagnose eines akuten Schubs eines Morbus Crohn stationär aufgenommen wurde.

Die Patientin gab an, seit zwei Wochen unter zunehmenden abdominalen Schmerzen im rechten Unterbauch sowie unter persistierenden Diarröen zu leiden. Zudem berichtete sie über arthritische Beschwerden, ausgeprägte Fatigue, Leistungsschwäche sowie einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust von 3 kg. Anamnestisch bestehe seit zwei Jahren ein diagnostizierter Morbus Crohn mit terminalem Ileumbefall, der bislang mit Azathioprin (100 mg 1–0–0) behandelt werde. Zudem sei im 14. Lebensjahr eine Appendektomie durchgeführt worden. Die Patientin sei aktive Raucherin und konsumiere gelegentlich Alkohol. Allergien seien nicht bekannt.

Die klinische Untersuchung zeigt eine reduzierte Allgemeinverfassung mit Kachexie (171 cm, 47 kg, BMI 16,1 kg/m²). Die Vitalparameter liegen bei einer Hypotonie (105/65 mmHg), einer Tachykardie (101/min), einer subfebrilen Temperatur (37,6 °C) sowie einer peripheren Sauerstoffsättigung von 98 %.

Die Inspektion der Haut zeigt eine blasse, trockene Haut. Die Schleimhäute sind trocken. Die Palpation des Abdomens zeigt eine Druckdolenz im rechten Unterbauch ohne Abwehrspannung oder Peritonismus. Die Darmgeräusche sind hyperaktiv, und die Narben nach laparoskopischer Appendektomie sind reizlos. Die rektale Untersuchung zeigt eine perianale Fistel, wobei die digitale Untersuchung aufgrund von Schmerzempfindlichkeit nicht durchführbar war.

Die Untersuchung der Extremitäten zeigt eine synovitische Schwellung, Rötung und Überwärmung mehrerer Finger- und Zehengelenke beidseits sowie der Sprung- und Kniegelenke beidseits. Die kardiopulmonale Untersuchung sowie der neurologische Status sind unauffällig.

Die Labordiagnostik zeigt eine mikrozytäre, hypochrome Anämie mit einem Hämoglobinwert von 9,8 g/dL und einem Hämatokrit von 30 %, eine Leukozytose (13.500/µL) sowie ein signifikant erhöhtes C-reaktives Protein von 28 mg/dL als Entzündungszeichen. Zudem liegt eine sekundäre Anämie mit Hyperferritinämie, erniedrigtem Serumeisen und Transferrin vor. Die Vitaminspiegel (B12, D, K) sind erniedrigt, ebenso das Serumalbumin, was auf eine intestinale Malabsorptionsstörung hinweist. Gerinnungsparameter zeigen eine

Hypokoagulabilität mit erniedrigtem Quick-Wert und erhöhter INR. Blutzucker, Nierenfunktion, Elektrolyte und Urinstatus sind unauffällig.

Die bildgebende Diagnostik mittels Ileokoloskopie zeigt einen diskontinuierlichen Befall mit Stufenbiopsien im terminalen Ileum und in den Kolonsegmenten. Der transabdominale Ultraschall ergibt Hinweise auf entzündete Dünnd- und Dickdarmabschnitte, jedoch keine Stenosen oder Abszesse. Die spezielle Schnittbilduntersuchung des Darms bestätigte ebenfalls entzündliche Veränderungen im terminalen Ileum, jedoch keine Abszessbildung oder Fisteln. Die Verdachtsdiagnose lautet auf einen akuten Schub eines Morbus Crohn mit extraintestinaler Manifestation in Form einer peripheren Arthritis.

Der Behandlungsplan sieht eine stationäre Aufnahme zur intensivierten medikamentösen Therapie vor. Geplant ist eine intravenöse Behandlung mit einem entzündungshemmenden Kortikosteroid, um die Entzündungsaktivität zu reduzieren. Zudem erfolgt eine Flüssigkeitsgabe über die Vene sowie eine spezielle Ernährungstherapie zur Unterstützung der Nährstoffaufnahme. Zur Schmerzbehandlung werden bestimmte Schmerzmittel vermieden, stattdessen erfolgt eine gezielte Behandlung mit verträglicheren Schmerzmitteln. Eine Substitution von essenziellen Vitaminen sowie eine Kontrolle der Blutgerinnung sind eingeleitet. Falls eine zusätzliche Infektion nachgewiesen wird, erfolgt eine gezielte antibiotische Therapie.

Langfristig wird eine Therapieanpassung mit speziellen Biologika erwogen, abhängig vom weiteren Verlauf. Zudem wird eine Beratung zur Tabakentwöhnung dringend empfohlen, da Rauchen den Krankheitsverlauf negativ beeinflusst.

12. Polyarthritis rheumatica

Sehr geehrter Herr Chefarzt,

Ich möchte Ihnen Frau Karin Hoffmann, eine 68-jährige Patientin, vorstellen, die mit der Verdachtsdiagnose einer Polyarthritis rheumatica stationär aufgenommen wurde. Die Patientin gab an, seit vier Tagen unter progredienten arthralgischen Beschwerden in den Händen, Knien und Schultern zu leiden. Zudem berichtete sie über eine Morgensteifigkeit von über einer Stunde, Fatigue, subfebrile Temperaturen und allgemeines Unwohlsein. Begleitend bestünden Ödeme, Hyperämie sowie Rigor in den betroffenen Gelenken. Zusätzlich klagte sie über beidseitige konjunktivale Rötung. Eine familiäre Disposition für rheumatische Erkrankungen sei bekannt, da ihre Mutter betroffen gewesen sei.

Anamnestisch bestehe seit zehn Jahren eine arterielle Hypertonie sowie eine Hyperlipidämie. Die Patientin nehme regelmäßig Amlodipin 5 mg (1-0-0) sowie Atorvastatin 20 mg (1-0-0) ein. Sie sei Nichtraucherin, konsumiere selten Alkohol und habe keine bekannten Allergien.

Die klinische Untersuchung zeigt eine adipöse Ernährungsweise mit einem Gewicht von 72 kg. Die Vitalparameter liegen bei einem Blutdruck von 140/90 mmHg, einer Herzfrequenz von 80/min, einer Atemfrequenz von 16/min sowie einer Körpertemperatur von 37,5 °C.

Die Inspektion und Palpation der Gelenke zeigen eine beidseitige schmerzhafte Weichteilschwellung mit Druckdolenz der MCP- und PIP-Gelenke sowie der Kniegelenke. Zudem bestehe eine Bewegungseinschränkung in beiden Schultergelenken. Die Augeninspektion zeigt eine beidseitige konjunktivale Rötung mit reduzierter Tränensekretion, während die Haut unauffällig ist.

Die Labordiagnostik zeigt eine deutlich erhöhte systemische Entzündungsreaktion mit einem CRP-Wert von 25 mg/L sowie einer BSG von 55 mm/h. Zudem sind der Rheumataktor sowie die Anti-CCP-Antikörper positiv, während die Leukozyten mit 9.000/jL leicht erhöht sind.

Die bildgebende Diagnostik ergab in den Röntgenaufnahmen der Hände und Knie keine knöchernen Deformitäten oder Destruktionen, jedoch eine mäßige Weichteilschwellung. Die Sonographie der Hände zeigte eine Synovitis in den MCP- und PIP-Gelenken beidseits sowie einen geringen Gelenkerguss. Die Röntgenuntersuchung der Schultergelenke ergab keine knöchernen Destruktionen, jedoch Hinweise auf eine subakromiale Bursttis.

Die Verdachtsdiagnose lautet auf eine Polyarthritis rheumatica mit okulären Manifestationen in Form eines Sicca-Syndroms.

Der Behandlungsplan sieht eine entzündungshemmende Therapie mit Prednisolon als kurzfristige Intervention zur schnellen Symptomkontrolle vor. Zusätzlich wurde

eine langfristige krankheitsmodifizierende Therapie mit Methotrexat (15 mg/Woche) in Kombination mit Folsäure (5 mg/Woche) eingeleitet. Zur Schmerztherapie wurde ein nichtsteroidales Antirheumatisches Arzneimittel (NSAR), beispielsweise Ibuprofen 400 mg bei Bedarf, verordnet.

Weiterhin erfolgen regelmäßige Verlaufskontrollen der Entzündungs- und Organparameter sowie eine enge interdisziplinäre Abstimmung mit der Rheumatologie zur Langzeittherapie. Aufgrund der okulären Beschwerden ist eine augenärztliche Konsultation zur weiteren Abklärung geplant. Zudem wurde eine Physiotherapie zur Verbesserung der Gelenkfunktion initiiert.

5. Nephrologisches System

13. Akutes Nierenversagen

Sehr geehrter Herr Chefarzt,

ich möchte Ihnen Herrn Peter Müller, einen 72-jährigen Patienten, vorstellen, der mit der Verdachtsdiagnose eines akuten Nierenversagens stationär aufgenommen wurde.

Der Patient klagt seit drei Tagen über zunehmende Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Übelkeit. Zudem berichtet er über eine reduzierte Urinproduktion (Oligurie, weniger als 400 ml/Tag) sowie seit einem Tag Verwirrtheit und Schwindelgefühl.

Anamnestisch bestehen eine arterielle Hypertonie seit 15 Jahren sowie ein Diabetes mellitus Typ 2 seit 10 Jahren. Zudem liegt eine chronische Nierenerkrankung (CKD) im Stadium 3 vor. Der Patient ist Nichtraucher, konsumiert gelegentlich Alkohol und hat keine bekannten Allergien.

Die klinische Untersuchung zeigt einen Patienten in reduziertem Allgemeinzustand. Die Vitalwerte wurden in der Notaufnahme überprüft und lagen im Normbereich. Der Blutdruck betrug 160/95 mmHg, die Herzfrequenz lag bei 88 Schlägen pro Minute, die Atemfrequenz bei 16 Atemzügen pro Minute. Ansonsten betrug die Sauerstoffsättigung 96 %, und die Körpertemperatur lag bei 36,8 °C. Die Inspektion der Haut zeigt eine Blässe sowie leichte Ödeme an den Unterschenkeln. Die Auskultation von Herz und Lunge ergibt keine pathologischen Befunde. Das Abdomen ist weich und nicht druckschmerhaft. Neurologisch zeigt sich eine mäßig reduzierte Vigilanz.

Die Laboruntersuchungen zeigen folgende Auffälligkeiten: Kreatinin 4,8 mg/dl (erhöht), Harnstoff 85 mg/dl (erhöht), Kalium 5,9 mmol/l (erhöht), Natrium 133 mmol/l (erniedrigt), GFR (geschätzt) weniger als 15 ml/min. Das Blutbild zeigt ein leicht erniedrigtes Hämoglobin (11,5 g/dl).

Die klinischen und laborchemischen Befunde deuten auf ein akutes Nierenversagen hin, möglicherweise prärenaler Genese aufgrund von Dehydratation und Hypotonie-Episoden.

Der Patient nimmt folgende Medikamente ein: Ramipril 5 mg (1-0-0) zur Behandlung

der arteriellen Hypertonie, Metformin 850 mg (1-0-1) zur Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 sowie ASS 100 mg (1-0-0) zur kardiovaskulären Prävention.

Akute Maßnahmen umfassen die Flüssigkeitssubstitution mit NaCl 0,9 % i.v. zur Volumenstabilisierung sowie das Absetzen nephrotoxischer Medikamente, insbesondere Ramipril und Metformin. Eine Prüfung der Kaliumsenkung durch Medikamente oder Dialyse bei Hyperkaliämie wird eingeleitet.

Die Diagnostik beinhaltet eine Sonographie der Nieren zur Differenzierung der Ursache des Nierenversagens, eine Blutgasanalyse zur Bewertung des Säure-Basen-Haushalts und einer möglichen Azidose sowie ein Urinsediment zur weiteren Diagnostik und Abklärung der Nierenfunktion.

Die Überwachung und das weitere Vorgehen sehen eine engmaschige Kontrolle von Kreatinin, Elektrolyten und Säure-Basen-Haushalt vor. Bei weiterer Verschlechterung der Nierenfunktion wird die Indikation zur Dialyse geprüft. Zudem erfolgt eine Absprache mit der Nephrologie zur weiteren Therapieplanung.

14. Pyelonephritis (Nierenbeckenentzündung)

Sehr geehrter Herr Chefarzt,

Ich möchte Ihnen Frau Lisa Müller vorstellen, eine 32-jährige Patientin, die mit der Verdachtsdiagnose einer akuten Pyelonephritis stationär aufgenommen wurde. Die Patientin gab an, seit drei Tagen unter febrilen Temperaturen und Schüttelfrost zu leiden. Zudem berichtete sie über rechtseitige Flankenschmerzen mit Ausstrahlung in den Unterbauch, Dysurie sowie makroskopisch hämaturischen und trüben Urin. Begleitend bestünden Schwächegefühl und Übelkeit.

Anamnestisch seien wiederholte Harnwegsinfektionen dokumentiert. Frau Müller sei regelmäßig menstruierend, Nichtraucherin, konsumiere selten Alkohol und sei körperlich aktiv. Es seien keine Allergien bekannt.

Die klinische Untersuchung zeigt eine Patientin mit reduziertem Allgemeinzustand und Fieber (38,9 °C). Die Vitalparameter liegen bei einem Blutdruck von 120/80 mmHg, einer Herzfrequenz von 105/min und einem normgewichtigen BMI (66 kg). Ein ausgeprägter Klopforschmerz über der rechten Nierenlage mit Schmerzausstrahlung in den Unterbauch ist nachweisbar. Das Abdomen ist weich und ohne Abwehrspannung. Herz-, Lungen- und neurologische Untersuchung sind unauffällig.

Die Laboranalysen zeigen eine ausgeprägte Leukozytose und eine signifikante CRP-Erhöhung. Kreatinin und Hämoglobin liegen im Normbereich. Der Urinstatus weist eine deutliche Leukozyturie (+++), Nitriturie (++) und Hämaturie (++) auf. Die Urinkultur ergab einen Keimnachweis von *Escherichia coli* (>1.000.000 CFU/ml).

Die Sonographie zeigt eine vergrößerte rechte Niere mit angedeuteter Pyelektasie,

jedoch ohne Nachweis einer Abszessbildung oder Urolithiasis.
Die Verdachtsdiagnose lautet auf eine akute Pyelonephritis der rechten Niere durch Escherichia coli.
Therapeutisch wurde eine intravenöse Flüssigkeitssubstitution eingeleitet, ergänzt durch eine kalkulierte antibiotische Therapie. Die Patientin wird engmaschig hinsichtlich Temperaturverlauf, Schmerzintensität und renaler Funktion überwacht. Im Falle eines insuffizienten Ansprechens auf die Therapie wird eine erneute bildgebende Diagnostik evaluiert.

6. Hämatologisches System

15. Panzytopenie

Sehr geehrter Herr Chefarzt,

Ich möchte Ihnen Herrn Heinrich Schmidt, einen 63-jährigen Patienten, vorstellen. Er stellte sich heute wegen Fatigue und Adynamie per Überweisung von seinem Hausarzt bei uns vor.

Der Patient klagte über seit längerem bestehende Nasenbluten und Synkope in der Garage.

In der Vorgeschichte des Patienten finden sich ein Schlaganfall im Jahr 2013 aufgrund einer atrialen Fibrillation und Hypertonie. Vor zwei Monaten war die altersgemäße Routine-Untersuchung unauffällig.

Herr Schmidt sei Nichtraucher, trinke wenig Alkohol und treibe regelmäßig Sport. Die bisherige Medikation umfasst Eliquis 5 mg morgens seit 2013, Amlodipin 5 mg morgens sowie Ramipril 5 mg morgens.

Die Vitalwerte wurden bereits überprüft. Der Blutdruck betrug 134/84 mmHg, die Herzfrequenz lag bei 84 Schlägen pro Minute, und die Körpertemperatur lag bei 38,7 °C, was auf eine leichte Hyperthermie hinweist.

Die körperliche Untersuchung wurde ebenfalls durchgeführt. Der Patient befand sich in einem reduzierten Allgemeinzustand. Bei der Inspektion wurde Blässe der Haut und Schleimhäute beobachtet. Außerdem wurden eine Kruste unterhalb des rechten Nasenloches sowie Hämatome am Oberkörper festgestellt.

Die Auskultation von Herz und Lungen war unauffällig. Bei der Palpation war das Abdomen weich. Ansonsten waren Milz, Lymphknoten und Neurostatus ohne Auffälligkeiten.

Es wurde Blut abgenommen, und die Laborergebnisse zeigten erniedrigte Werte von Blutbild, beziehungsweise Hämoglobin, mittleres korpuskuläres Volumen, Leukozyten, Erythrozyten sowie Thrombozyten. Zudem zeigten sich erhöhte Entzündungsparameter.

Zudem waren Urinstix und Sonographie-Untersuchung unauffällig.

Die genannten Befunde weisen auf eine Panzytopenie/Trizytopenie hin.

Der Patient wurde stationär aufgenommen und isoliert. Für das weitere Vorgehen wurden Laborkontrollen sowie eine Röntgen-Thorax-Untersuchung und eine Knochenmarkpunktion geplant.

Um die Verdachtsdiagnose bestätigen zu können, sollte der Patient ins hiesige Krankenhaus eingewiesen werden.

7. Endokrinologisches System

16. Entgleisung bei Diabetes mellitus (DM Dekompensation)

Sehr geehrter Herr Chefarzt,

Ich möchte Ihnen Frau Sandra Klein vorstellen, eine 54-jährige Patientin, die aufgrund einer akuten Stoffwechseldekompensation bei bekanntem Diabetes mellitus Typ 1 stationär aufgenommen wurde. Die Patientin berichtete über seit zwei Tagen progrediente Übelkeit, Emesis, Abdominalschmerzen, Polydipsie, Polyurie sowie eine Adynamie. Am Vortag wurde zudem eine leichte Verwirrtheit beobachtet. Anamnestisch ist bekannt, dass bei der Patientin vor 16 Jahren ein Diabetes mellitus Typ 1 diagnostiziert wurde, der mit einer Insulintherapie behandelt wird. Ursächlich für die aktuelle Dekompensation könnte eine unzureichende Anpassung der Insulindosis im Rahmen eines grippalen Infekts sein, bei dem die Patientin weniger Nahrung zu sich genommen hat. Weitere Vorekrankungen sind nicht bekannt. Frau Klein ist Nichtraucherin, trinkt selten Alkohol und weist einen deutlich reduzierten Ernährungszustand mit einem BMI von 16,7 auf. Allergien sind nicht bekannt.

Die körperliche Untersuchung zeigt eine Somnolenz mit einem GCS von 11 Punkten. Die Vitalparameter sind auffällig mit einer Hypotonie (RR 90/60 mmHg), einer Tachykardie (HF 112/min), einer Tachypnoe (AF 29/min) und einer Sauerstoffsättigung von 95 %. Auffallend sind ein dehydraterter Habitus, trockene Haut und vertiefte Atemzüge (Kussmaul-Armung). Das Abdomen ist leicht druckdolent, jedoch ohne Abwehrspannung. Die kardio-pulmonale Auskultation ist unauffällig, ohne pathologischen Befund.

Die Laborwerte zeigen eine deutliche Hyperglykämie, erhöhte Entzündungsparameter mit einer Leukozytose sowie Zeichen einer Hämokonzentration mit erhöhtem Hämoglobin und Hämatokrit. Zudem sind Kreatinin und Hamstoff erhöht, was auf eine prärenale Azotämie hinweist. Der Urinstatus weist eine ausgeprägte Glukosurie (++) und Ketonurie (+++) auf. Eine Leukozyturie (++) auf. Eine Urinkultur ist derzeit noch in Bearbeitung.

Die Verdachtsdiagnose lautet diabetische Ketoazidose bei unzureichender Insulinanpassung im Rahmen eines interkurrenten Infekts.

Der Behandlungsplan umfasst die Normalisierung der Stoffwechsellage durch Flüssigkeits- und Elektrolytsubstitution sowie eine intravenöse Insulintherapie mit initial 10 IE, gefolgt von einer kontinuierlichen Infusion mit 1 IE/kg/h. Parallel erfolgt eine Ursachenabklärung, einschließlich mikrobiologischer Diagnostik zur Infektsuche. Die Patientin wird engmaschig überwacht, mit regelmäßigen Kontrollen der Blutglukose, der Elektrolytwerte und der BGA.

8. Kardiovaskuläres System

17. Hypertensive Krise (mit Zielorganschädigung)

Sehr geehrter Herr Chefarzt,

Ich möchte Ihnen Herrn Markus Schneider, einen 47-jährigen Patienten, vorstellen, der mit der Verdachtsdiagnose einer hypertensiven Krise mit hypertensiver Endorganschädigung stationär aufgenommen wurde.

Der Patient gab an, seit heute Morgen unter starken Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit und Sehstörungen zu leiden. Zudem berichtete er über ein retrosternales Druckgefühl sowie Dyspnoe bei geringer Belastung.

Anamnestisch bestehe seit fünf Jahren eine arterielle Hypertonie, die unregelmäßig mit einem ACE-Hemmer behandelt werde. Zudem liegen ein Diabetes mellitus Typ 2, eine Hyperlipidämie sowie ein chronischer Tabakkonsum von 20 Packungsjahren vor. Die Einnahme einer oralen Antidiabetikatherapie sowie eines Statins sei ebenfalls unregelmäßig.

Die klinische Untersuchung zeigt einen adipösen Ernährungszustand mit einem BMI von 30,4 kg/m². Die Vitalparameter zeigen eine arterielle Hypertonie von 210/120 mmHg, einer Tachykardie von 110/min, einer Körpertemperatur von 36,8 °C und einer normwertigen peripheren Sauerstoffsättigung von 96 %.

Die Inspektion des Kopf- und Halsbereichs zeigt eine stark gerötete Gesichtsfarbe. Die kardiopulmonale Untersuchung ergibt eine Tachykardie ohne auskultatorische Herzgeräusche sowie bilateral basale feinblasige Rasselgeräusche. An den Extremitäten zeigen sich Varikosen an beiden Unterschenkeln, ansonsten sind sie unauffällig. Der neurologische Status ist unauffällig, obwohl der Patient über Schwindel und Sehstörungen klagte.

Die Labordiagnostik zeigt normale Infektparameter, jedoch eine Hyperglykämie von 220 mg/dL, eine eingeschränkte Nierenfunktion mit einem Kreatininwert von 1,8 mg/dL und einem Hamstoffwert von 48 mg/dL. Zudem finden sich eine Mikroalbuminurie (++) sowie eine geringgradige Myokardschädigung mit einer Troponin-T-Erhöhung (0,05 ng/mL). Kalium ist mit 5,2 mmol/L leicht erhöht, während Natrium mit 138 mmol/L im Normbereich liegt.

Die bildgebende Diagnostik zeigt in der Thoraxuntersuchung Zeichen einer Stauungssymptomatik sowie eine kardiale Vergrößerung. Die Untersuchung des Herzens ergab eine hypertensive Myopathie mit reduzierter systolischer Pumpfunktion, jedoch keine akuten ischämischen Veränderungen. Die Augenhintergrunduntersuchung zeigt ein Ödem der Papille sowie hypertensive Gefäßveränderungen.

Die Verdachtsdiagnose lautet auf eine hypertensive Krise mit kardialer und renaler Endorganschädigung sowie hypertensive Retinopathie.

Der Behandlungsplan sieht eine kontrollierte Senkung des Blutdrucks mit intravenösem Nitroprussid-Natrium sowie eine diuretische Therapie mit

intravenösem Furosemid zur Entlastung bei bestehendem Lungenödem vor. Die hämodynamischen Parameter werden auf der Intensivstation kontinuierlich überwacht, um eine zu rasche Blutdrucksenkung und das Risiko einer Hypoperfusion der Organe zu vermeiden. Zur weiteren Diagnostik wird eine kraniale Bildgebung veranlasst, um eine hypertensive Enzephalopathie oder eine intrakranielle Blutung auszuschließen.

Langfristig wird eine Optimierung der antihypertensiven Therapie mit einer Kombinationstherapie sowie eine engmaschige Stoffwechselkontrolle angestrebt. Im Rahmen der sekundären Prävention wird eine Patientenschulung zur Förderung der Therapieadhärenz durchgeführt, mit besonderem Fokus auf regelmäßige Medikamenteneinnahme, Lebensstilmodifikation einschließlich salzärmer Ernährung, körperlicher Aktivität sowie Nikotinkarenz zur Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren.

18. NSTEMI

Sehr geehrter Herr Chefarzt,

Ich möchte Ihnen Frau Hannah Wagner, eine 60-jährige Patientin, vorstellen. Sie stellte sich in der Rettungsstelle mit seit gestern bestehender thorakaler Schmerzen, Druckgefühl in der Brust, linken Arm, Schulter und Kiefer vor. Atemnot, Schwindel, Übelkeit, Schwitzen (Kaltschweißigkeit).

In der Vorgesichte der Patientin finden sich Bluthochdruck, Diabetes Mellitus Typ 2, die Mutter litt an einem Herzinfarkt.

Die körperliche Untersuchung zeigt eine Hypotonie mit einem Blutdruck von 90/60 mmHg, eine Tachykardie mit einer Herzfrequenz von 140 Schlägen pro Minute, eine Körpertemperatur von 37,8 °C und eine Sauerstoffsättigung von 95 %.

Die Auskultation des Herzens zeigt einen S4-Herzton.

Die Laboruntersuchungen zeigen eine Leukozytose (16.000/µL) sowie erhöhte Troponin- und CK-MB-Werte.

Das EKG zeigt eine Tachykardie ohne ST-Streckenveränderungen.

Die Verdachtsdiagnose lautet auf einen NSTEMI.

Die Patientin wurde stationär aufgenommen. Eine Therapie nach dem MONA-Schema wurde eingeleitet: M steht für Morphin, O für Sauerstoff, N für Nitrat und A für ASS (Acetylsalicylsäure). Es handelte sich um das modifizierte MONA-Schema: H steht für Heparin, B für Betablocker.

Nach der Therapie stabilisierte sich der Blutdruck. Ein kardiologisches Konsil wurde angefordert, und eine Koronarangiographie wurde geplant. Der Patient wurde über die Situation aufgeklärt.

19. Vorhofflimmern

Sehr geehrte Frau Oberärztin,

Ich möchte Ihnen Frau Wagner, eine 50-jährige Patientin, vorstellen. Sie stellte sich heute mit Verdacht auf Vorhofflimmern in der Rettungsstelle vor.

Die Patientin klagte über Attacken von Schwindel, Tachykardie sowie Synkopen. Etwa eine Stunde nach der Erstvorstellung traten die Attacken mit ähnlichem Verlauf wieder auf. Ansonsten berichtete sie von einem Sturz aufgrund einer posturalen Instabilität. Als Begleitsymptome gab sie Kaltschweißigkeit, Tremor, Übelkeit und Erbrechen an.

Die Patientin ist aktuell symptomfrei.

In der Vorgesichte der Patientin finden sich Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie, Parkinson und COPD Stadium II. Aufgrund der genannten Vorerkrankungen nehme Frau Wagner auch Medikamente ein. Sie nehme Metformin 1000 mg morgens, Enoxaparin (Clexane) sowie Salbutamol ein.

Die Vitalwerte wurden bereits in der Notaufnahme überprüft. Der Blutdruck betrug 90/60 mmHg, was auf eine Hypotonie hinweist, die Herzfrequenz lag bei 140 Schlägen pro Minute, und die Atemfrequenz lag bei 26 pro Minute. Es liegt also eine Tachykardie sowie eine Tachypnoe vor. Die Körpertemperatur war unauffällig mit 36,9 °C.

Die körperliche Untersuchung wurde durchgeführt. Bis auf eine Tachykardie gab es keine Auffälligkeiten.

Es wurde Blut abgenommen, und die Laborergebnisse ergaben einen erhöhten glykierten Hämoglobin-Wert von 6,9 % (HbA1c von 6,9 %). Das bedeutet, dass die Diabetestherapie nicht gut eingestellt ist.

Die EKG-Untersuchung wurde angefertigt und zeigte einen unregelmäßigen Rhythmus, eine Tachykardie. Es besteht keine ST-Streckenveränderung.

Die klinischen Befunde weisen auf eine atriale Fibrillation hin.

Die Patientin wurde stationär aufgenommen. Ein kardiologisches Konsil wurde angemeldet. Eine transösophageale Echokardiographie (TEE) und eine elektrische Kardioversion wurden angeordnet, und die Patientin wurde darüber aufgeklärt.

Die medikamentöse Behandlung ist wie folgt: Wir haben die Patientin mit Heparin behandelt, um intrakardiale Thrombosen zu verhindern.

9. Neurologisches System

20. Kopfplatzwunde (bei Schädeltrauma)

Sehr geehrter Herr Chefarzt,

Ich möchte Ihnen Lara Schulz vorstellen, eine 14-jährige Patientin, die aufgrund eines Schädeltraumas mit begleitender Kopfplatzwunde nach einem Sturz vom Skateboard stationär aufgenommen wurde. Die Patientin klagt über Schwindel und Kopfschmerzen. Nach Angaben der Eltern kam es zu keiner Bewusstlosigkeit oder Emesis. Allerdings wirkt die Patientin posttraumatisch ruhiger als gewöhnlich. Anamnestisch sind keine chronischen Erkrankungen bekannt. Gelegentlich bestehen Spannungskopfschmerzen bei Stress. Eine geringe Sehschwäche wird durch das Tragen einer Brille korrigiert. Allergien sind nicht bekannt.

Die klinische Untersuchung zeigt unauffällige Vitalparameter. Am Hinterhaupt befindet sich eine etwa 3 cm große, mäßig blutende Platzwunde, ohne Hinweise auf Schwellungen oder Kalottenfrakturen. Neurologisch ist die Patientin wach und voll orientiert (GCS 15/15). Die Pupillen sind isokor und reagieren prompt. Es bestehen weder Paresen noch Sensibilitätsstörungen. Die Gleichgewichtstests (Romberg-Test) und koordinativen Tests (Finger-Nase-Versuch, Diadochokinese) verliefen unauffällig.

Die Laborparameter sind normwertig, einschließlich Blutbild, CRP, Blutzucker und Elektrolyte. Die Bildgebung mittels Schädel-CT zeigte weder intrakranielle Blutungen noch Frakturen. Das Wirbelsäulen-CT war ebenfalls unauffällig.

Die Verdachtsdiagnose lautet Kopfplatzwunde bei stumpfem Schädeltrauma ohne intrakranielle Komplikationen.

Therapeutisch erfolgt die antiseptische Wundversorgung mit Naht und sterilem Verband, ergänzt durch regelmäßigen Verbandswechsel. Eine engmaschige neurologische Überwachung wird alle 2–4 Stunden durchgeführt, um potenzielle Spätkomplikationen wie posttraumatische Kopfschmerzen, Schwindel oder Übelkeit frühzeitig zu erkennen. Die Eltern wurden über mögliche Warnsymptome wie Bewusstseinsveränderungen, anhaltende Übelkeit, Erbrechen oder Sehstörungen aufgeklärt. Eine Nachsorge beim Kinderarzt wurde innerhalb einer Woche empfohlen.

21. BPLS (Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel)

Sehr geehrter Herr Chefarzt,

Ich möchte Ihnen Herrn Kai Becker, einen 45-jährigen Patienten, vorstellen. Er stellte sich mit Verdacht auf benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel (BPLS) in der Notaufnahme vor.

Der Patient klagte über Schwindel, Übelkeit sowie Nystagmus. Als Begleitsymptome gab er Erbrechen mit Nahrungsresten und Aktivitätseinschränkung bei Bewegung des Kopfes an. Ansonsten seien alle Beschwerden plötzlich aufgetreten.

Der Patient habe keine Vorerkrankungen. Ansonsten habe er eine Erdnussallergie, die sich mit Blähungen und Bauchschmerzen äußert. Er rauche täglich 15 Zigaretten und trinke keinen Alkohol. Außerdem sei er Ingenieur, verheiratet und habe keine Kinder. Seine Mutter leide an Migräne.

Die körperliche Untersuchung wurde bereits durchgeführt. Bei der neurologischen Untersuchung wurden Nystagmus und Schwindel, jedoch keine neurologischen Defizite festgestellt. Zudem wurde die Lagerungsprüfung nach Halpike-Dix durchgeführt, die eine starke Schwindel mit Nystagmus zeigte.

Weber- und Rinne-Hörtests sowie der Romberg-Test wurden ebenfalls durchgeführt, und die Ergebnisse waren unauffällig.

Die Vitalwerte wurden in der Notaufnahme überprüft. Der Blutdruck betrug 120/80 mmHg, die Herzfrequenz lag bei 78 Schlägen pro Minute, die Atemfrequenz bei 16 Atemzügen pro Minute. Außerdem ergaben die Messungen eine Sauerstoffsättigung von 98 % sowie eine Körpertemperatur von 36,8 °C.

Es wurde Blut abgenommen, und die Laborergebnisse zeigten einen erhöhten HbA1c-Wert von 6,9 %. Ansonsten waren Elektrolyte, Blutbild, Blutzucker und Vitamin-D-Spiegel unauffällig.

Bis auf Dimenhydrinat als Antihistaminikum erhalte der Patient bisher keine Medikation.

Der Patient wurde stationär aufgenommen. Eine medikamentöse symptomatische Therapie wurde eingeleitet, Epley- und Semont-Manöver wurden angewendet. Ein erneuter HbA1c-Test wurde geplant, und ein internistisches Konsil wurde angefordert. Nach der symptomatischen Besserung wurde der Patient entlassen. Eine Patientenschulung wurde angeordnet, und der Patient wurde über Brandt-Daroff-Übungen aufgeklärt. Eine vestibuläre Rehabilitationstherapie wurde verordnet. Dem Patienten wurde geraten, plötzliche Bewegungen zu vermeiden. Für die ersten zwei Wochen wurden regelmäßige Nachkontrollen geplant.

10. Orthopädisches System

22. Rippenfraktur (mit Verdacht auf Pneumothorax)

Sehr geehrter Herr Chefarzt,

Ich möchte Ihnen Herrn Markus Schmitt vorstellen, einen 23-jährigen Patienten, der aufgrund eines stumpfen Thoraxtraumas mit Rippenfraktur der 4. und 5. Rippe rechts sowie eines Verdachts auf einen kleinen Pneumothorax stationär aufgenommen wurde. Der Patient gab an, nach einem Sturz beim Mountainbiking direkt auf die rechte Thoraxseite gefallen zu sein und seither Thoraxschmerzen sowie Dyspnoe zu verspüren. Zudem klagte er über Schwierigkeiten beim tiefen Einatmen.

Anamnestisch sei Herr Schmitt gesund, ohne bekannte Vorerkrankungen oder Allergien. Er sei Nichtraucher, konsumiere gelegentlich Alkohol und sei sportlich aktiv.

Die körperliche Untersuchung zeigt einen stabilen Allgemeinzustand. Die Vitalparameter ergaben einen Blutdruck von 125/80 mmHg, einer Herzfrequenz von 95/min, einer Atemfrequenz von 22/min und einer Sauerstoffsättigung von 95 % unter Raumluft. Lokal besteht ein Druck- und Klopfschmerz über der 4. und 5. Rippe rechts sowie eine leichte Schwellung ohne Hämatombildung. Auskultatorisch sind die Atemgeräusche über dem rechten Lungenunterfeld abgeschwächt, und perkutorisch findet sich ein hypersonorer Klopfschall. Abdomen-, kardialer und neurologischer Status sind unauffällig.

Die Laborbefunde zeigen normale Werte für Hämoglobin, Leukozyten und CRP. Elektrolyte, Blutzucker und Urinstix sind ebenfalls unauffällig.

Die Bildgebung mittels Röntgen-Thorax zeigt eine Fraktur der 4. und 5. Rippe rechts ohne Dislokation sowie Hinweise auf einen kleinen Pneumothorax ohne relevante Kompression. Ein Hämorthorax konnte ausgeschlossen werden. Der FAST-Ultraschall zeigt keine freie Flüssigkeit im Thorax oder Abdomen.

Die Verdachtsdiagnose lautet Rippenfraktur mit kleinem Pneumothorax rechts.

Der therapeutische Ansatz umfasst eine engmaschige Überwachung der Atemfunktion und Sauerstoffsättigung sowie regelmäßige klinische Kontrollen auf eine mögliche Zunahme des Pneumothorax. Schmerztherapeutisch wird Metamizol oder Paracetamol verabreicht. Bei einer klinischen Verschlechterung ist die Anlage einer Thoraxdrainage vorgesehen. Dem Patienten wird Schonung für vier bis sechs Wochen empfohlen.

23. Oberschenkelhalsfraktur

Sehr geehrter Herr Chefarzt,

Ich möchte Ihnen Frau Maria Fischer vorstellen, eine 78-jährige Patientin, die mit der Verdachtsdiagnose einer dislozierten Fraktur des rechten Femurhalses stationär aufgenommen wurde. Die Patientin gab an, im Badezimmer auf die rechte Seite gestürzt zu sein. Seitdem bestehe ein starker Schmerz in der rechten Hüftregion, und sie sei nicht in der Lage gewesen, aufzustehen oder das betroffene Bein zu belasten.

Anamnestisch bestehen eine seit acht Jahren bekannte Osteoporose, eine arterielle Hypertonie sowie eine Schilddrüsenunterfunktion. Frau Fischer sei unsportlich, Nichtraucherin, trinke selten Alkohol und habe keine bekannten Allergien. Sie nehme regelmäßig Ramipril 5 mg, L-Thyroxin 50 µg sowie ein Calcium/Vitamin-D-Präparat ein.

Die klinische Untersuchung zeigt ein verkürztes und nach außen rotiertes rechtes Bein. Zusätzlich bestehen eine Schwellung und ein ausgeprägter Druckschmerz in der rechten Leistenregion. Die Vitalparameter sind stabil mit einem Blutdruck von 135/85 mmHg, einer Herzfrequenz von 95/min und einer Körpertemperatur von 37,2 °C. Der Allgemeinzustand ist altersentsprechend erhalten. Herz-, Lunge-, Abdomen- und neurologischer Status sind unauffällig. Hinweise auf ein Schädel-Hirn-Trauma finden sich nicht.

Die Röntgendiagnostik zeigt eine dislozierte Femurhalsfraktur rechts. Die laborchemischen Befunde liegen im Normbereich, einschließlich Hämoglobin, CRP, Kreatinin und Gerinnungsparameter. Elektrolyte, Blutzucker und Urinstix sind ebenfalls unauffällig.

Die Verdachtsdiagnose lautet dislozierte Oberschenkelhalsfraktur rechts. Der therapeutische Ansatz umfasst die präoperative Stabilisierung und Vorbereitung zur operativen Versorgung. Eine endoprothetische Hüftgelenkimplantation ist geplant. Postoperativ wird eine suffiziente Schmerztherapie, eine Thromboseprophylaxe mit niedermolekularem Heparin sowie eine frühzeitige Mobilisation in Zusammenarbeit mit der Physiotherapie durchgeführt. Eine Reevaluierung und Optimierung der Osteoporosetherapie wird ebenfalls veranlasst.

24. Schlüsselbeinfaktur

Sehr geehrter Herr Chefarzt,

Ich möchte Ihnen Herrn Thomas Wagner vorstellen, einen 45-jährigen Patienten, der mit der Verdachtsdiagnose einer dislozierten Klavikulafraktur rechts stationär aufgenommen wurde. Der Patient gab an, während eines Eishockeyspiels auf die rechte Schulter gestürzt zu sein. Seitdem bestehe ein intensiver Schmerz im Bereich der rechten Klavikula, und er könne den rechten Arm weder mobilisieren noch belasten.

Anamnestisch bestehe keine relevante Vorerkrankung. Herr Wagner sei Nichtraucher, konsumiere gelegentlich Alkohol und sei regelmäßig sportlich aktiv. Allergien seien nicht bekannt. Er nehme keine regelmäßige Medikation ein, nehme jedoch gelegentlich Ibuprofen 400 mg bei muskulären Beschwerden ein. Die klinische Untersuchung zeigt eine ausgeprägte Schwellung und Fehlstellung im Bereich der rechten Klavikula sowie einen deutlichen Druckschmerz. Die neurovaskuläre Untersuchung ist unauffällig, mit erhaltener Sensibilität, Motorik und palpablen peripheren Pulsen im rechten Arm. Die Vitalparameter sind stabil: Blutdruck 125/80 mmHg, Herzfrequenz 85/min und Körpertemperatur 36,8 °C. Die Untersuchungen von Herz, Lunge, Abdomen sowie der neurologische Status sind ohne pathologischen Befund. Es finden sich keine Hinweise auf ein Schädel-Hirn-Trauma.

Die Röntgendiagnostik ergab eine dislozierte Fraktur der mittleren Klavikula rechts. Der Röntgen-Thorax zeigt keinen Hinweis auf einen Pneumothorax oder andere thorakale Pathologien. Die Laborparameter liegen im Normbereich.

Die Verdachtsdiagnose lautet auf eine dislozierte Fraktur der rechten Klavikula. Der therapeutische Ansatz umfasst eine operative Stabilisierung der Fraktur mittels Osteosynthese. Postoperativ ist eine suffiziente Schmerztherapie vorgesehen, ergänzt durch eine frühzeitige physiotherapeutische Mobilisation, um einer Bewegungseinschränkung der Schulter vorzubeugen. Der Patient wird über die Notwendigkeit einer Schonung sowie die temporäre Vermeidung sportlicher Belastung aufgeklärt.

25. Kreuzbandriss und Meniskusschaden

Sehr geehrte Frau Chefärztin,

Ich möchte Ihnen Herrn Heinrich Schmidt, einen 25-jährigen Patienten, vorstellen. Er stellte sich in der Notaufnahme in Begleitung seiner Partnerin vor. Der Patient habe sich beim Fußballspielen am rechten Knie verletzt, und das rechte Knie sei nach medial abgeknickt.

Er klagte über starke Schmerzen im Kniegelenk sowie über Ödeme und Bewegungseinschränkungen. Die Beschwerden hätten sich im Laufe der Zeit verschlimmert.

In der Vorgesichte des Patienten findet sich Diabetes mellitus Typ I. Aus diesem Grund erhalte er eine regelmäßige Insulintherapie. Außerdem rauche der Patient täglich 15 Zigaretten und trinke keinen Alkohol. Bis auf eine allergische Rhinitis habe er keine weiteren Allergien. Ansonsten studiere er Sportwissenschaften, sei ledig und habe keine Kinder. Sein Vater leide an Hypercholesterinämie.

Die körperliche Untersuchung wurde bereits durchgeführt. Der Patient befand sich in einem guten Allgemeinzustand. Bei der Untersuchung wurde am rechten Knie Ödeme, Schmerzen, Bewegungseinschränkungen sowie Hämatome, jedoch keine

offenen Wunden festgestellt. Bei der Palpation war das Abdomen weich. Die Auskultation des Herzens und der Lunge sowie neurologische Untersuchung waren unauffällig.

Zudem wurden Pivot-Shift-Test und der vordere Schulbadentest durchgeführt, und die Ergebnisse waren positiv.

Die Vitalwerte wurden in der Notaufnahme überprüft und waren im Normbereich. Der Blutdruck betrug 126/82 mmHg, die Herzfrequenz lag bei 76 Schlägen pro Minute, die Atemfrequenz bei 17 Atemzügen pro Minute. Ansonsten betrug die Sauerstoffsättigung 98 %, und die Körpertemperatur lag bei 36,7 °C.

Es wurde Blut abgenommen, und die Laborergebnisse zeigten einen erhöhten glykosylierten Hämoglobinwert von 8 %, nämlich die Diabetestherapie wurde nicht gut eingestellt, sowie einen erhöhten CRP-Wert von 6 mg/dl. Zusätzlich waren die Elektrolyte, das Blutbild und der Blutzucker unauffällig.

Bei der Röntgenaufnahme wurde keine Knochenfraktur festgestellt. Eine MRT-Untersuchung wurde ebenfalls durchgeführt und ergab einen horizontalen Riss des lateralen Meniskus, einen Gelenkerguss/intraartikuläre Ödeme sowie ein subkutanes Hämatom.

Die bisherige Medikation des Patienten umfasst Insulin-Spritzen. Aktuell nehme der Patient alle 6 Stunden orales Ibuprofen 600 mg ein.

Der Patient wurde stationär aufgenommen. Infolgedessen wurde eine Eispackung angelegt, eine medikamentöse Schmerztherapie wurde begonnen, und die Insulindosierung wurde angepasst.

Eine arthroskopische Kreuzbandplastik mit Gracilis-Sehnen-Autograft wurde geplant, und ein Termin mit der Anästhesie wurde vereinbart.

Nach der OP wurde frühzeitige Physiotherapie eingeleitet, und der Patient wurde über die Operation und postoperative Therapie aufgeklärt. Für die nächste Zeit wurde engmaschige Laborkontrolle geplant.

26. Sprunggelenkfraktur

Sehr geehrter Herr Chefarzt,

Ich möchte Ihnen Frau Anna Müller, eine 35-jährige Patientin, vorstellen. Sie stellte sich wegen starker Schmerzen und Ödemen im linken Sprunggelenk in Begleitung ihres Ehemanns in der Notaufnahme vor.

Die Patientin sei beim Joggen mit dem linken Fuß umgeknickt, und die Beschwerden hätten sich im Verlauf verschlimmert. Als Begleitsymptome gab sie Bewegungseinschränkungen sowie knirschende Geräusche am betroffenen Gelenk an.

In der Vorgesichte der Patientin findet sich allergisches Asthma. Die bisherige Medikation umfasst ein Heksoral-Spray und Ibuprofen 600 mg bei Bedarf. Außerdem leide ihre Mutter ebenfalls an Asthma bronchiale sowie rheumatoider Arthritis, und der Vater der Patientin habe einen Myokardinfarkt erlitten.

Die Vitalwerte wurden in der Notaufnahme überprüft und lagen im Normbereich. Der Blutdruck betrug 120/80 mmHg, die Herzfrequenz lag bei 78/min, die

Körpertemperatur bei 36,5 °C. Die Patientin befand sich in einem guten Allgemeinzustand.

Die körperliche Untersuchung wurde bereits durchgeführt. Bei der Palpation des linken Sprunggelenks wurden ausgeprägte Ödeme und starke Schmerzen sowohl bei Berührung als auch bei Bewegung (Druckschmerz und Bewegungsschmerz) festgestellt. Jedoch habe die Patientin keine offene Wunde.

Zudem wurde eine Röntgenuntersuchung angefertigt und zeigte eine linksseitige Sprunggelenkfraktur ohne Dislokation.

Es wurde Blut abgenommen, und die Laborergebnisse waren unauffällig. Die Entzündungsparameter, Hämoglobin, Leukozyten, Thrombozyten und Elektrolyte lagen im Normbereich.

Die klinischen Befunde weisen auf eine linksseitige Sprunggelenkfraktur hin.

Die Patientin wurde stationär aufgenommen. Eine medikamentöse Schmerztherapie wurde mit Ibuprofen 600 mg alle 6 Stunden eingeleitet.

Für den nächsten Tag ist eine ORIF-OP (offene Reposition und interne Fixation der Sprunggelenkfraktur) geplant, um die Fraktur zu stabilisieren. Die Patientin wurde über die geplante OP aufgeklärt.

Als postoperative Maßnahmen wurden eine Ruhigstellung des Sprunggelenks und eine Physiotherapie zur schrittweisen Mobilisation verordnet. Zusätzlich sind regelmäßige Laborkontrollen geplant.

Teil 2- Arzt-Arzt Fachbegriffe

1. Respiratorisches System

Fall 1: COPD-Exazerbation (Herr Karl Becker)

Umgangssprachlicher Begriff	Fachbegriff
Atemnot	Dyspnoe
Husten	Tussis
Auswurf	Sputum
Keuchende Geräusche	Giemen
Bläuliche Verfärbung der Lippen	Zyanose
Sauerstoffsättigung	SpO ₂

Fall 2: Asthma bronchiale (Frau Lisa Meier)

Umgangssprachlicher Begriff	Fachbegriff
Atemnot	Dyspnoe
Pfeifende Atmung	Giemen
Engegefühl in der Brust	Thoraxenge
Hustenattacken	Tussis

Fall 3: Pneumonie (Hannah Wagner)

Umgangssprachlicher Begriff	Fachbegriff
Husten mit Auswurf	Produktiver Husten
Fieber	Pyrexie
Atemnot	Dyspnoe
Abgeschlagenheit	Fatigue
Entzündungswerte	Erhöhtes CRP und Leukozyten
Sauerstoffgabe	Sauerstofftherapie

2. Immunsystem / Allergologie

Fall 4: Anaphylaktischer Schock (Herr Müller)

Umgangssprachlicher Begriff Fachbegriff

Bienenstich	Insektenstich
Schwellung des Gesichts	Gesichtsödem
Schwellung der Zunge	Zungenödem
Atemnot	Dyspnoe
Juckreiz	Pruritus
Hautrötungen	Erythem
Ohnmacht	Synkope
Schwächegefühl	Adynamie
Stridor	Stridor (Atemgeräusch)
Urtikaria	Nesselsucht
Hautreaktionen	Hautmanifestationen
Kältezeichen	Periphere Vasokonstriktion
Hypoxie	Sauerstoffmangel
Adrenalin-Spritze	Adrenalin i.m.
Antihistaminika	Antihistaminika (z. B. Clemastin)
Kortison	Glukokortikoide (z. B. Prednisolon)
Sauerstoffgabe	Sauerstofftherapie
Volumentherapie	Volumensubstitution

3. Gastrointestinales System

Fall 5: Akute Pankreatitis (Anna Müller)

Umgangssprachlicher Begriff	Fachbegriff
Bauchschmerzen	Abdominalschmerzen
Gürtelförmige Schmerzen	Girdle-Schmerzen
Übelkeit	Nausea
Erbrechen	Emesis
Fiebergefühl	Subfebrile Temperaturen
Bluthochdruck	Hypertonie
Erhöhte Blutfettwerte	Hyperlipidämie
Gallensteine	Cholelithiasis
Gelbfärbung der Augen	Ikterus
Bauchspeicheldrüse	Pankreas
Entzündung der Bauchspeicheldrüse	Pankreatitis
Druckempfindlichkeit	Druckschmerz
Blässe der Haut	Pallor

Fall 6: Akute Cholezystitis (Frau Elena Weber)

Umgangssprachlicher Begriff	Fachbegriff
Schmerzen im rechten Oberbauch	Oberbauchschmerzen
Übelkeit	Nausea
Fieber	Pyrexie
Gallensteine	Cholelithiasis
Schwellung	Ödem
Murphy-Zeichen	Murphy-Zeichen (Cholezystitis)
Wandverdickung der Gallenblase	Gallenblasenwandverdickung

Fall 7: Appendizitis (Hannah Wagner)

Umgangssprachlicher Begriff	Fachbegriff
------------------------------------	--------------------

Bauchschmerzen	Abdominalschmerzen
Fieber	Pyrexie
Übelkeit	Nausea
Schüttelfrost	Schüttelfrost
Druckschmerz im Unterbauch	Druckschmerz (Lanz-Punkt)
Entzündungswerte	Erhöhtes CRP und Leukozyten
Ultraschall	Sonographie
Antibiotika	Antibiotika (z. B. Ampicillin/Sulbaktam)
Operation	Laparoskopische Appendektomie

Fall 8: Leistenhernie (Herr Thomas Müller)

Umgangssprachlicher Begriff	Fachbegriff
Schwellung in der Leiste	Hernie
Schmerzen in der Leiste	Inguinale Schmerzen
Übelkeit	Nausea
Nicht reponierbare Vorwölbung	Inkarzerierte Hernie
Druckschmerz	Druckschmerz
Laparoskopische Hernienreparation	Laparoskopische Hernioplastie
Thromboseprophylaxe	Thromboseprophylaxe

Fall 9: Divertikulitis (Natalia Volpe)

Umgangssprachlicher Begriff	Fachbegriff
------------------------------------	--------------------

Bauchschmerzen	Abdominalschmerzen
Blut im Stuhl	Hämatochezie
Durchfall und Verstopfung	Diarrhoe und Obstipation
Entzündungswerte	Erhöhtes CRP und Leukozyten
Antibiotika	Antibiotika (z. B. Metronidazol)
Operation	Chirurgische Intervention

Fall 10: Gastritis (Herr Jens Meier)

Umgangssprachlicher Begriff	Fachbegriff
Oberbauchschmerzen	Epigastrische Schmerzen
Sodbrennen	Refluxösophagitis
Übelkeit	Nausea
Erbrechen	Emesis
Alkoholkonsum	Alkoholabusus
Stress	Psychosozialer Stress
Magenschleimhautentzündung	Gastritis
Protonenpumpenhemmer	Protonenpumpenhemmer (z. B. Omeprazol)
H2-Blocker	H2-Blocker (z. B. Ranitidin)

4. Rheumatologisches System

Fall 11: Morbus Crohn (Frau Julia Meier)

Umgangssprachlicher Begriff	Fachbegriff
Schmerzen im rechten Unterbauch	Unterbauchschmerzen
Durchfall	Diarrhoe
Gelenkschmerz	Arthralgie
Müdigkeit	Fatigue
Gewichtsverlust	Gewichtsverlust
Perianale Fistel	Perianale Fistel
Chronische Entzündung	Chronische Entzündung
Intestinale Malabsorption	Intestinale Malabsorption

Fall 12: Polyarthritis rheumatica (Frau Karin Hoffmann)

Umgangssprachlicher Begriff	Fachbegriff
Gelenkschmerzen	Arthralgie
Morgensteifigkeit	Morgensteifigkeit
Müdigkeit	Fatigue
Fieber	Pyrexie
Unwohlsein	Allgemeines Krankheitsgefühl
Augenbeschwerden	Okuläre Symptome
Trockene Augen	Sicca-Syndrom
Geschwollene Gelenke	Arthritis
Bewegungseinschränkung	Bewegungseinschränkung
Rheumafaktor	Rheumafaktor (RF)
Entzündungswerte	Entzündungsparameter (CRP, BSG)
Kortison	Glukokortikoide (z. B. Prednisolon)
Schmerzmittel	Analgetika (z. B. Ibuprofen)
Physiotherapie	Physiotherapie

5. Nephrologisches System

Fall 13: Akutes Nierenversagen (Herr Peter Müller)

Umgangssprachlicher Begriff Fachbegriff

Müdigkeit	Fatigue
Appetitlosigkeit	Anorexie
Übelkeit	Nausea
Wenig Urin	Oligurie
Verwirrtheit	Desorientierung
Schwindelgefühl	Vertigo
Blasse Haut	Blässe
Ödeme	Ödeme (Wassereinlagerungen)
Erhöhte Nierenwerte	Erhöhtes Kreatinin und Harnstoff
Kaliumerhöhung	Hyperkaliämie
Natriummangel	Hyponatriämie
Flüssigkeitsgabe	Volumensubstitution
Dialyse	Dialyse

Fall 14: Pyelonephritis (Frau Lisa Müller)

Umgangssprachlicher Begriff Fachbegriff

Fieber	Pyrexie
Schüttelfrost	Schüttelfrost
Flankenschmerzen	Flankenschmerzen
Schmerzen beim Wasserlassen	Dysurie
Blutiger Urin	Hämaturie
Trüber Urin	Trüber Urin

Schwächegefühl	Adynamie
Klopfenschmerz über der Niere	Klopfenschmerz (Nierenloge)
Antibiotika	Antibiotika

6. Hämatologisches System

Fall 15: Panzytopenie (Heinrich Schmidt)

Umgangssprachlicher Begriff Fachbegriff

Müdigkeit	Fatigue
Leistungsabfall	Reduzierte Leistungsfähigkeit
Nasenbluten	Epistaxis
Bewusstseinsverlust	Synkope
Blässe der Haut	Pallor
Blutschorf	Krustenbildung (Hämatom)
Einblutungen am Oberkörper	Petechien/Ekchymosen
Verminderter Allgemeinzustand	Reduzierter Allgemeinzustand
Blutverdünnung	Antikoagulation (z. B. Eliquis)
Bluthochdruck	Arterielle Hypertonie
Schlaganfall	Apoplex
Vorhofflimmern	Vorhofflimmern (absolute Arrhythmie)
Hämoglobinmangel	Anämie
Rote Blutkörperchenmangel	Erythropenie
Weisse Blutkörperchenmangel	Leukopenie
Blutplättchenmangel	Thrombozytopenie
Entzündungswerte erhöht	Erhöhtes CRP
Ultraschall unauffällig	Sonographie unauffällig

7. Endokrinologisches System

Fall 16: Diabetes mellitus Dekompensation (Frau Sandra Klein)

Umgangssprachlicher Begriff Fachbegriff

Übelkeit	Nausea
Erbrechen	Emesis
Durstgefühl	Polydipsie
Vermehrtes Wasserlassen	Polyurie
Schwäche	Adynamie
Verwirrtheit	Desorientierung
Trockene Haut	Xerosis cutis
Insulinpflichtig	Insulinabhängiger Diabetes
Blutzucker	Blutglukose
Ketonkörper im Urin	Ketonurie
Erhöhte Blutzuckerwerte	Hyperglykämie

8. Kardiovaskuläres System

Fall 17: Hypertensive Krise (Herr Markus Schneider)

Umgangssprachlicher Begriff Fachbegriff

Starke Kopfschmerzen	Cephalgie
Schwindel	Vertigo
Übelkeit	Nausea
Sehstörungen	Visusstörungen
Retrosternales Druckgefühl	Retrosternaler Schmerz
Atemnot	Dyspnoe
Bluthochdruck	Arterielle Hypertonie
Kardiomegalie	Kardiomegalie (Herzvergrößerung)
Pulmonale Stauung	Pulmonale Stauung (Lungenstauung)
Hypertensive Retinopathie	Hypertensive Retinopathie

Fall 18: NSTEMI (Hannah Wagner)

Umgangssprachlicher Begriff Fachbegriff

Brustschmerzen	Thoraxschmerzen
Druckgefühl in der Brust	Angina pectoris
Atemnot	Dyspnoe
Schwindel	Vertigo
Übelkeit	Nausea
Schwitzen	Kaltschweißigkeit
EKG-Veränderungen	ST-Strecken-Veränderungen
Troponinerhöhung	Erhöhte Troponinwerte
Koronarangiographie	Koronarangiographie

Fall 19: Vorhofflimmern (Sara Schmidt)

Umgangssprachlicher Begriff Fachbegriff

Herzklopfen	Palpitationen
Schwindel	Vertigo
Bewusstseinsverlust	Synkope
Zittern	Tremor
Schweißausbrüche	Hyperhidrose
Unregelmäßiger Herzschlag	Arrhythmie (Vorhofflimmern)
EKG-Veränderungen	Irregulärer Rhythmus
Kardioversion	Elektrische Kardioversion

9. Neurologisches System

Fall 20: Kopfplatzwunde (Lara Schulz)

Umgangssprachlicher Begriff Fachbegriff

Kopfplatzwunde	Kopfwunde, Skalpverletzung
Schwindelgefühl	Vertigo
Kopfschmerzen	Cephalgie
Bewusstlosigkeit	Synkope
Erbrechen	Emesis
Sehschwäche	Visusminderung
Platzwunde am Hinterkopf	Skalpverletzung im Okzipitalbereich
Schwellung	Ödem
Eindellung des Schädels	Impression des Schädels
Pupillenreaktion	Pupillenlichtreflex
Lähmungen	Paresen
Sensibilitätsstörungen	Hypästhesie
Romberg-Test	Romberg-Test (Gleichgewichtstest)
Finger-Nase-Versuch	Finger-Nase-Test (Koordinationstest)

Diadochokinese	Diadochokinese (Bewegungsablauf)
Schädel-CT	Kraniales CT
Schädelbruch	Schädelfraktur
Neurologische Kontrolle	Neurologische Überwachung

Fall 21: BPLS (Benigner Paroxysmaler Lagerungsschwindel)

Umgangssprachlicher Begriff	Fachbegriff
Schwindel	Vertigo
Übelkeit	Nausea
Augenzucken	Nystagmus
Kopfbewegung	Kopfrotation
Lagerungsprüfung	Hallpike-Dix-Test
Manöver zur Schwindelreduktion	Epley-Manöver
Ohrenuntersuchung	Otoskopie (unauffällig)
Hörtest	Audiometrie (Normalbefund)
Medikamentöse Therapie	Keine medikamentöse Therapie erforderlich
Patientenaufklärung	Aufklärung über BPLS und Bedeutung der Positionsmanöver
Nachsorge	Ambulante Nachsorge mit möglicher Wiederholung der Manöver

10. Orthopädisches System

Fall 22: Rippenfraktur mit Verdacht auf Pneumothorax (Herr Markus Schmitt)

Umgangssprachlicher Begriff	Fachbegriff
Schmerzen im Bereich der Rippen	Thoraxschmerzen
Atemnot	Dyspnoe
Sturz	Trauma
Schwierigkeiten beim Atmen	Ateminsuffizienz
Schwellung	Ödem
Bluterguss	Hämatom
Atemgeräusche	Atemgeräusche (vesikulär, bronchial)
Klopfschmerz	Perkussionsschmerz
Rippenbruch	Rippenfraktur
Lungenkollaps	Pneumothorax
Blut im Brustkorb	Hämorthorax
Thoraxdrainage	Thoraxdrainage (Entlastung des Pneumothorax)
Schmerztherapie	Analgesie

Fall 23: Oberschenkelhalsfraktur (Frau Maria Fischer)

Umgangssprachlicher Begriff	Fachbegriff
Sturz	Trauma
Schmerzen in der Hüfte	Hüftschmerzen
Verkürztes Bein	Beinverkürzung
Nach außen gedrehtes Bein	Außenrotation des Beins
Schwellung	Ödem
Druckschmerz	Druckschmerz
Oberschenkelhalsfraktur	Femurhalsfraktur
Operative Stabilisierung	Operative Stabilisierung

Fall 24: Schlüsselbeinfraktur (Herr Thomas Wagner)

Umgangssprachlicher Begriff Fachbegriff

Sturz auf die Schulter	Trauma
Schmerzen im Schlüsselbein	Klavikulaschmerzen
Schwellung	Ödem
Fehlstellung	Deformität
Chirurgische Stabilisierung	Operative Stabilisierung

Fall 25: Kreuzbandriss und Meniskusschaden (Heinrich Schmidt)

Umgangssprachlicher Begriff Fachbegriff

Schwellung des Knies	Gelenkerguss
Bewegungseinschränkung	Bewegungseinschränkung
Schmerzen beim Bewegen	Bewegungsschmerz
Kreuzbandriss	Ruptur des vorderen Kreuzbandes
Meniskusschaden	Meniskusläsion
Arthroskopische Operation	Arthroskopische Chirurgie
Physiotherapie	Physiotherapie

Fall 26: Sprunggelenkfraktur (Anna Müller)

Umgangssprachlicher Begriff Fachbegriff

Sportunfall	Trauma
Umknicken	Supinationstrauma
Starke Schmerzen	Schmerzsyndrom
Schwellung	Ödem

Sprunggelenkfraktur	Fraktur des Sprunggelenks
Offene Wunden	Hautläsionen
Durchblutungsstörungen	Periphere Durchblutungsstörungen
Röntgen	Röntgenbildgebung
Fraktur ohne Dislokation	Nicht dislozierte Fraktur
Entzündungsparameter	CRP, Leukozyten
Operative Versorgung	Operative Frakturversorgung
ORIF	Offene Reposition und interne Fixation
Schmerzmanagement	Analgesie
Ruhigstellung	Immobilisation
Physiotherapie	Physiotherapie
Allergisches Asthma	Asthma bronchiale
Familiäre Belastung	Familiäre Anamnese
Myokardinfarkt	Herzinfarkt

This you don't really see it .

Allgemeinzustand:

- Die Patientin/der Patient **befand sich** in einem erhaltenen-un Allgemeinzustand, **war** wach, orientiert und ansprechbar.
- Die Patientin/der Patient **befand sich** in einem reduzierten Allgemeinzustand, **wirkte** blass, erschöpft oder febril.

Haut:

- Die Inspektion der Haut **zeigte** keine pathologischen Veränderungen, keinen Ikterus oder kein Exanthem.
- Die Inspektion der Haut **zeigte** eine Gelbfärbung (Ikterus), Petechien oder ein Exanthem.

4. Diagnostik

- Es **wurde** Blut abgenommen. Die Laborwerte **zeigten XXXX** sowie eine erhöhte Entzündungsreaktion mit Leukozytose (**13.500/ μ L**).
- Die Entzündungsparameter **waren erhöht**.
 - Der CRP-Wert **war erhöht**.
 - Die Leukozytenzahl **war erhöht**.
 - Troponin T und CK-M **waren erhöht**.

Der Hämoglobinwert **war erniedrigt / erhöht / nahezu normal / unauffällig**.

- **XXX und XXX lagen** im Normbereich.
- Die Vitaminspiegel (B12, D, K) **waren erniedrigt / im Normbereich**.
- Blutzucker, Nierenfunktion, Elektrolyte und Urinstatus **waren unauffällig**.

- Die Werte **wiesen** auf XXXXXX hin.

Venöse Blutgasanalyse:

- Die venöse Blutgasanalyse **zeigte** eine Hypoxämie (**pO₂ war XX mmHg**), während **pCO₂ und pH im normalen Bereich lagen** (**pCO₂ war 45 mmHg, pH war 7,37**).

Urinstatus:

- Der Urinstatus **ergab** eine deutliche Leukozyturie (+++), eine positive Nitritreaktion (++)**. In der Urinkultur wurde** ein signifikanter Keimnachweis von *Escherichia coli* (**>1.000.000 CFU/ml**) **erbracht**.
- Die Urinkontrolle **war unauffällig**. **Bildgebung:**
- Die Abdomen-Sonographie **wurde durchgeführt** und **war unauffällig / zeigte XXX**.
- Ein EKG **wurde geschrieben** und **zeigte** eine Tachykardie mit Sinusrhythmus als Grundrhythmus ohne ST-Streckenveränderung.
- Die Röntgenaufnahme **zeigte XXX**.
Die klinischen Hinweise **deuteten** auf **XXX** hin. Als Differentialdiagnosen **kamen XXX** infrage.

When talking about the future things to be done

Der Patienten wurde stationär aufgenommen, (this i put in the beginning so i can use again)

Die folgenden maßnahmen sollten durchgeführt werden.

- Flüssigkeitssubstitution mit NaCl 0,9 % i.v.
eingeleitet - introduce
- Flüssigkeitssubstitution mit NaCl 0,9 % **sollte eingeleitet werden.**

eingeleitet = introduce

ist geplant

wird empfohlen

ist vorgesehen

ist erforderlich

wird durchgeführt

ist zu + Infinitive

wird angestrebt

ist indiziert

wird in Betracht gezogen

ist geplant zu + Infinitive

nephrotoxischer Medikamente **sollten abgesetzt werden**.

modal verb + perfect form for verb + werden

Kaliumsenkung durch Medikamente oder Dialyse prüfen

Kaliumsenkung durch Medikamente oder Dialyse musste geprüft werden.

Es soll eine Flüssigkeitssubstitution mit NaCl 0,9 % i.v. durchgeführt werden."
(A fluid substitution with NaCl 0.9% intravenously should be performed.)

Absetzen nephrotoxischer Medikamente.

"Nephrotoxische Medikamente sollen abgesetzt werden."
(Nephrotoxic medications should be discontinued.)

Kaliumsenkung durch Medikamente oder Dialyse prüfen.

"Die Kaliumsenkung durch Medikamente oder Dialyse soll geprüft werden

5. Therapie und weiteres Vorgehen

- Die Patientin/der Patient **wurde stationär aufgenommen**.

- Die Patientin/der Patient **wurde mit XXX behandelt.**
-
- Die Patientin/der Patient **musste isoliert werden.**
- Die Laborkontrollen **mussten überprüft werden.**
- Ein **XXX-Konsil wurde angemeldet.**
- Die bilgebende diagnostik mittels "röntgen/ct", zeigt
- das schädel=ct zeigte, keine anzeichen einer intrakraniellen bludne oders eines scahdebsbuchs. das wirbelsaule-ct ist unauffällig.

- Ein **XXX wurde geplant**, um **XXX auszuschließen.**
- Die Patientin/der Patient **wurde über XXX aufgeklärt und hat bereits unterschrieben.**
- Ein Termin mit dem Anästhesisten **wurde bereits vereinbart.**
- Die Eltern **wurden vor 2 Stunden informiert**

6. Sentence Structures and Phrases

Vorstellung eines Patienten

- "Ich möchte Ihnen [Patientenname] vorstellen, einen/eine [Alter]-jährigen Patienten/Patientin, der/die mit der Verdachtsdiagnose [Diagnose] stationär aufgenommen wurde."
- - "Ich möchte Ihnen Herrn Karl Becker vorstellen, einen 62-jährigen Patienten, der mit der Verdachtsdiagnose einer akuten COPD-Exazerbation stationär aufgenommen wurde."
 -
- **Der/Die Patient/in klagt über [Symptome].**

"Der Patient klagt über zunehmende Belastungsdyspnoe, produktiven Husten und subjektiv empfundene Leistungsminderung."

○

- **Anamnestisch bestehen [Vorerkrankungen]."**

Anamnestisch bestehen eine langjährige COPD und ein Nikotinabusus mit 35 Packungsjahren.

- **Die klinische Untersuchung zeigt [Befunde].**

"Die klinische Untersuchung zeigt eine Tachypnoe mit einer Atemfrequenz von 29/min und eine Hypoxämie mit einer Sauerstoffsättigung von 89 % unter Raumluft."

- **Die Laborwerte zeigen [Auffälligkeiten].**

- Example: "Die Laborwerte zeigen eine leichte Erythrozytose sowie erhöhte Leukozyten und ein erhöhtes CRP."

○

- **Die Verdachtsdiagnose lautet auf [Diagnose].**

- Example: "Die Verdachtsdiagnose lautet auf eine akute Exazerbation der COPD, vermutlich ausgelöst durch eine infektiöse Komponente."

Describing Symptoms and Findings

- **"Der/Die Patient/in berichtet über [Symptome]."**

"Die Patientin berichtet über nächtliche Dyspnoe, thorakales Engegefühl und rezidivierende Hustenattacken."

- **"Es besteht [Befund]."**

"Es besteht eine zentrale Zyanose mit bläulicher Verfärbung der Lippen."

- **"Die Auskultation ergibt [Befund]."**

"Die Auskultation ergibt ein verlängertes Exspirium sowie exspiratorisches Giemen."

- **"Die Bildgebung zeigt [Befund]."**

"Die Röntgenuntersuchung zeigt einen Infiltrat im rechten Oberlauf."

Discussing Treatment Plans

- **"Der therapeutische Ansatz umfasst [Maßnahmen]."**

"Der therapeutische Ansatz umfasst eine titrierte Sauerstofftherapie, bronchodilatatorische Therapie und systemische Glukokortikoide."

- **"Es wurde eine [Therapie] eingeleitet."**

"Es wurde eine kalkulierte antibiotische Therapie eingeleitet."

- **"Die Patientin/der Patient wird engmaschig überwacht, insbesondere hinsichtlich [Parameter]."**

"Die Patientin wird engmaschig überwacht, insbesondere hinsichtlich der respiratorischen Funktion und des Säure-Basen-Status."

- **"Eine [Maßnahme] ist geplant."**

○ Example: "Eine laparoskopische Cholezystektomie ist geplant."

2. Key Vocabulary and Phrases

Symptoms (Symptome)

- **Dyspnoe** (shortness of breath)
- **Thorakales Engegefühl** (chest tightness)
- **Husten** (cough)
- **Fieber** (fever)
- **Schmerzen** (pain)
- **Übelkeit** (nausea)
- **Erbrechen** (vomiting)
- **Schwindel** (dizziness)
- **Fatigue** (fatigue)
- **Ödeme** (edema)
- **Zyanose** (cyanosis)
- **Tachykardie** (tachycardia)
- **Hypoxämie** (hypoxemia)

Diagnostic Terms (Diagnostische Begriffe)

- **Verdachtsdiagnose** (suspected diagnosis)
- **Differentialdiagnose** (differential diagnosis)
- **Laborwerte** (lab values)
- **Bildgebung** (imaging)
- **Röntgen** (X-ray)
- **CT** (computed tomography)
- **MRT** (magnetic resonance imaging)
- **Ultraschall** (ultrasound)
- **Blutgasanalyse** (blood gas analysis)
- **EKG** (electrocardiogram)

Treatment Terms (Therapeutische Begriffe)

- **Therapie** (therapy)
- **Medikation** (medication)
- **Antibiotika** (antibiotics)
- **Analgetika** (painkillers)

- **Antipyretika** (antipyretics)
- **Sauerstofftherapie** (oxygen therapy)
- **Physiotherapie** (physiotherapy)
- **Operation** (surgery)
- **Stationäre Aufnahme** (hospital admission)
- **Ambulante Behandlung** (outpatient treatment)

3. Complex Sentence Structures

Causal Relationships (Kausale Zusammenhänge)

- **Aufgrund von [Ursache] wurde [Maßnahme] eingeleitet.**
 "Aufgrund des infektiösen Verdachts wurde eine kalkulierte antibiotische Therapie begonnen."
- **Da [Ursache], besteht die Indikation für [Maßnahme].**
 "Da die Patientin unter einer Hypoxämie leidet, besteht die Indikation für eine Sauerstofftherapie."

Conditional Sentences (Bedingungssätze)

- **Falls [Bedingung], wird [Maßnahme] durchgeführt.**
 "Falls sich der Zustand der Patientin nicht verbessert, wird eine erneute Bildgebung evaluiert."
- **"Sollte [Bedingung] eintreten, ist [Maßnahme] geplant."**
 "Sollte eine klinische Verschlechterung eintreten, ist die Anlage einer Thoraxdrainage vorgesehen."

Temporal Relationships (Zeitliche Zusammenhänge)

- **"Nach [Ereignis] wurde [Maßnahme] durchgeführt."**
 "Nach der Verbesserung der Symptome wurde die antibiotische Therapie abgesetzt."
 - **"Während [Zeitraum] wurde [Maßnahme] eingeleitet."**
 "Während der stationären Behandlung wurde eine Physiotherapie zur Sekretmobilisation eingeleitet."
-

4. Nuanced Expressions

- "**Es besteht der Verdacht auf [Diagnose].**" (There is a suspicion of [diagnosis].)
 - "**Es liegt eine [Diagnose] vor.**" (There is a [diagnosis].)
 - "**Es zeigt sich [Befund].**" (There is evidence of [finding].)
 - "**Es handelt sich um [Diagnose].**" (It is a case of [diagnosis].)
 - "**Es besteht die Indikation für [Maßnahme].**" (There is an indication for [measure].)
-

5. Example of a Full Case Presentation

"Ich möchte Ihnen Frau Lisa Meier vorstellen", eine 34-jährige Patientin, die aufgrund eines akuten Asthmaanfalls stationär aufgenommen wurde.

Die Patientin klagt über nächtliche Dyspnoe, thorakales Engegefühl und rezidivierende Hustenattacken.

Anamnestisch ist eine allergische Rhinitis seit 2015 bekannt.

Die klinische Untersuchung zeigt ein verlängertes Exspirium mit beidseitigem Giemen.

Die Laborwerte sind unauffällig, jedoch zeigt die Lungenfunktionsdiagnostik eine obstruktive Ventilationsstörung.

Don't need the following:

Die Verdachtsdiagnose lautet auf einen akuten Asthmaanfall.

Der therapeutische Ansatz umfasst eine Sauerstoffgabe, inhalative Therapie mit Budesonid/Formoterol und eine Schulung zum korrekten Einsatz des Dosieraerosols."

6. Verben

Infinitive	Conjugation	Meaning	Konjunktiv I
klagen	klage	to complain	"Sie klage seit zwei Tagen über intermittierende und zunehmende Schmerzen."
auftreten	treten	to occur	"Begleitend treten Übelkeit und Fieber auf."
verstärken	verstärken	to intensify	"Die Schmerzen verstärkten sich nach fettreichen Mahlzeiten."
bemerken	bemerke	to notice	"Der Patient gab an, er habe seit drei Monaten eine schmerzlose Vorwölbung bemerkt."
reponieren	reponiere	to reduce (medically)	"Zudem lasse sich die Vorwölbung nicht mehr reponieren."
leiden	leide	to suffer	"Der Patient gab an, er leide seit fünf Tagen unter progredienten epigastrischen Schmerzen."
berichten	berichte	to report	"Zudem berichtete er, er habe gelegentliches, überwiegend morgendliches Emesis."
empfinden	empfinde	to feel	"Eine leichte Besserung sei nach der Anwendung seines Salbutamol-Sprays eingetreten."
verneinen	verneine	to deny	"Infektreichen wurden verneint."
beobachten	beobachte	to observe	"Am Vortag sei zudem eine leichte Verwirrtheit beobachtet worden."

7. Konnektiven

Konnektive	Meaning	Sentence Example
zudem	Additionally, furthermore	"Zudem berichtete er, er habe gelegentliches, überwiegend morgendliches Emesis."
sowie	As well as, and also	"Die Beschwerden würden von Übelkeit, Fatigue, Appetitlosigkeit sowie Schüttelfrost begleitet."
seit	Since, for (a period of time)	"Die Patientin gab an, sie leide seit drei Tagen unter febrilen Temperaturen und Schüttelfrost."
als	As, when	"Als Begleitsymptome habe er Synkope und Adynamic angegeben."
über	About, concerning	"Der Patient klagte, er habe seit längerem bestehende Nasenbluten und Synkope in der Garage."
bei	During, in the case of	"Die Patientin klage über Schwindel und Kopfschmerzen bei einem Schädeltrauma."
nach	After	"Nach Angaben der Eltern sei es zu keiner Bewusstlosigkeit oder Emesis gekommen."
unter	Under, suffering from	"Der Patient gab an, er leide seit drei Tagen unter zunehmender Belastungsdyspnoe."
an	On, at	"Anschließend sei der Patient in die Notaufnahme gebracht worden."
mit	With	"Die Patientin habe sich mit Verdacht auf Vorhofflimmern in der Rettungsstelle vorgestellt."
in	In, into	"Die Schmerzen seien im linken Unterbauch aufgetreten und hätten sich in Bewegung verstärkt."
aufgrund	Due to, because of	"Die Patientin sei aufgrund einer akuten Cholezystitis stationär aufgenommen worden."
begleitend	Accompanying, concurrently	"Begleitend bestünden Schwächegefühl und Übelkeit."
zunächst	Initially, first	"Zunächst sei der Patient mit Salbutamol behandelt worden."

jedoch	However	"Seit gestern Abend klage er jedoch über zunehmende Schmerzen in der Leiste."
außerdem	Moreover, in addition	"Außerdem berichtete sie, sie habe arthritische Beschwerden und Fatigue."
dabei	In the process, while	"Dabei sei es zu einer plötzlichen Verschlechterung des Zustands gekommen."
darüber hinaus	Beyond that, furthermore	"Darüber hinaus klage sie über beidseitige konjunktivale Rötung."
insbesondere	Especially, particularly	"Die Patientin habe rezidivierende Hustenattacken gehabt, insbesondere am Morgen."
deshalb	Therefore, for that reason	"Deshalb sei der Patient sofort in die Notaufnahme gebracht worden."

8.Unfalls Vorstellungsgrund

Ich möchte Ihnen Frau Engel vorstellen, eine 38-jährige Patientin, die mit der Verdachtsdiagnose einer Sprunggelenksfraktur des linken Fußes stationär aufgenommen wurde.

in der Notaufnahme in Begleitung seiner/ihrer Partnerin vorgestellt wurde.

<ul style="list-style-type: none"> (Verdachts-)Diagnose: Rippenfraktur (mit Verdacht auf Pneumothorax) Name (Alter): Herr Markus Schmitt (23 Jahre) Vorstellungsgrund: Schmerzen im Bereich der 4. und 5. Rippe rechts sowie Atemnot nach einem Sturz beim Mountainbiking 	<p>Ich möchte Ihnen Herrn Markus Schmitt vorstellen, einen 23-jährigen Patienten, der aufgrund eines stumpfen Thoraxtraumas mit Rippenfraktur der 4. und 5. Rippe rechts sowie eines Verdachts auf einen kleinen Pneumothorax stationär aufgenommen wurde.</p>
<ul style="list-style-type: none"> (Verdachts-)Diagnose: Oberschenkelhalsfraktur Name (Alter): Frau Maria Fischer (78 Jahre) 	<p>Ich möchte Ihnen Frau Maria Fischer vorstellen, eine 78-jährige Patientin, die mit der Verdachtsdiagnose einer dislozierten Fraktur des rechten Femurhalses stationär aufgenommen wurde.</p>
<ul style="list-style-type: none"> (Verdachts-)Diagnose: Schlüsselbeinfraktur 	<p>Ich möchte Ihnen Herrn Thomas Wagner vorstellen, einen 45-jährigen Patienten, der</p>

<ul style="list-style-type: none"> Name (Alter): Herr Thomas Wagner (45 Jahre) Vorstellungsgrund: Sturz auf den rechten Schulterbereich während eines Eishockeyspiels. Danach starke Schmerzen im Bereich des rechten Schlüsselbeins, keine Möglichkeit, den Arm zu bewegen oder zu belasten. 	mit der Verdachtsdiagnose einer dislozierten Klavikulafraktur rechts stationär aufgenommen wurde.
<p>(Verdachts-)Diagnose: Kreuzbandriss und Meniskusschaden</p> <ul style="list-style-type: none"> Name (Alter): Heinrich Schmidt (25 Jahre) Vorstellungsgrund: Der Patient stellt sich in der Notaufnahme vor, begleitet von seiner Partnerin. 	Ich möchte Ihnen Herrn Heinrich Schmidt vorstellen, einen 25-Jährigen, der sich mit einer Verdachtsdiagnose eines Kreuzbandrisses und Meniskusschadens in der Notaufnahme in Begleitung seiner Partnerin vorgestellt hat.
<ul style="list-style-type: none"> (Verdachts-)Diagnose: Sprunggelenkfraktur Name (Alter): Anna Müller (35 Jahre) 	Ich möchte Ihnen Frau Anna Müller vorstellen, eine 35-jährige Patientin mit der Verdachtsdiagnose einer Sprunggelenkfraktur, die sich in der Notaufnahme in Begleitung ihres Ehemanns vorgestellt hat.

<ul style="list-style-type: none"> Vorstellungsgrund: Schmerzen im Bereich der 4. und 5. Rippe rechts sowie Atemnot nach einem Sturz beim Mountainbiking. Patient direkt auf die rechte Brustseite gefallen und seitdem Schwierigkeiten beim tiefen Einatmen. 	Die Patientin gab an, sie sei beim Mountainbiking auf die rechte Thoraxseite gefallen und habe seither Thoraxschmerzen sowie Dyspnoe verspürt.
<ul style="list-style-type: none"> Vorstellungsgrund: Sturz auf die rechte Seite im Badezimmer, danach starke Schmerzen in der rechten Hüfte, keine Möglichkeit aufzustehen oder das Bein zu belasten. 	Die Patientin gab an, sie sei im Badezimmer auf die rechte Seite gefallen. Seitdem habe sie einen intensiven Schmerz im Bereich der rechten Hüfte, und sie könne weder aufstehen noch das Bein belasten."
<ul style="list-style-type: none"> Vorstellungsgrund: Sturz auf den rechten Schulterbereich während eines Eishockeyspiels. Danach starke Schmerzen im Bereich des rechten Schlüsselbeins, keine Möglichkeit, den Arm zu bewegen oder zu belasten. 	Der Patient gab an, er sei beim Eishockeyspiel auf den rechten Schulterbereich gestürzt. Seitdem bestehet ein intensiver Schmerz im Bereich der rechten Klavikula, und er könne den rechten Arm weder mobilisieren noch belasten.
<ul style="list-style-type: none"> Vorstellungsgrund: Der Patient stellt sich in der Notaufnahme vor, begleitet 	Der Patient gab an, er habe sich beim Fußballspielen am rechten Knie verletzt, wobei

<p>von seiner Partnerin. Er berichtete, dass er sich während eines Fußballspiels am rechten Knie verletzt hat. Er knickte das Knie nach innen, was zu sofortigen Schmerzen und Schwellungen führte. Die Beschwerden haben sich in den letzten Tagen zunehmend verschlechtert, begleitet von einer eingeschränkten Beweglichkeit.</p>	<p>das rechte Knie nach medial abgeknickt sei. Er klagte über intensive Schmerzen im Kniegelenk sowie über Ödeme und Bewegungseinschränkungen. Die Beschwerden hätten sich im Laufe der Zeit verschlimmert.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Vorstellungsgrund: Überweisung durch den Hausarzt nach einem Sportunfall beim Joggen. Die Patientin berichtet, dass sie während des Joggens mit dem linken Fuß umgeknickt ist, was zu starken Schmerzen und Schwellungen im linken Sprunggelenk führte. Die Beschwerden haben sich im Verlauf verschlimmert, sodass sie sich in Begleitung ihres Ehemanns in der Notaufnahme vorstellt. 	<p>Die Patientin gab an, sie sei beim Joggen im Wald mit dem linken Fuß umgeknickt. Sie klagte über intensive Schmerzen sowie Ödeme im linken Sprunggelenk. Die Beschwerden hätten sich im Verlauf verschlimmert</p> <p>Die beschwerden haben sich im verlaug veschlimmet .</p> <p>***</p>

Die Patientin gab an, sie sei beim (im Badezimmer auf die rechte Seite) **gefallen.**

(Verben)

sei gefallen zu = had fallen

sei gestürzt = had fallen (more dramatic, sports injury)

sich ...verletzt habe = got injured.

sei umgeknickt = to have twisted an ankle

sei abgeknickt = bent

habe verspüren = felt

Seitdem er bestehende eine intensiver Schmerz im Bereich... sowie ...

er könne das Bein weder aufstehen noch belasten.

Er klagte über intensive Schmerzen im ...

Konnektoren

wobei = during which

seither = since then

seither= since then

sowie= as well

Infinitive	Active Voice	Meaning	Example in Konjunktiv I
verstauchen	sich ... verstaucht haben	to sprain	Der Patient gab an, er habe sich das Handgelenk verstaucht. Er klage über Schmerzen und eine Schwellung im Bereich des Handgelenks.
prellen	sich ... geprellt haben	to bruise	Die Patientin gab an, sie habe sich den Oberschenkel geprellt. Sie klage über Schmerzen sowie eine deutliche Schwellung und Hämatombildung im betroffenen Bereich.
schneiden	sich ... geschnitten haben	to cut	Der Patient gab an, er habe sich mit einem Messer in die linke Hand geschnitten. Er klage über starke Schmerzen sowie eine blutende Wunde.
verbrennen	sich ... verbrannt haben	to burn	Die Patientin gab an, sie habe sich mit heißem Wasser den rechten Unterarm verbrannt. Sie klage über starke Schmerzen sowie Rötungen und Blasenbildung.
überdehnen	sich ... überdehnt haben	to overstretc h	Der Patient gab an, er habe sich beim Tennis spielen die Schultermuskulatur überdehnt. Er klage über Schmerzen sowie eine eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Arms.
brechen	sich ... gebrochen haben	to break/fract ure	Die Patientin gab an, sie habe sich beim Sturz auf der Treppe den rechten Unterarm gebrochen. Sie klage über starke Schmerzen sowie eine deutliche Fehlstellung des Arms.
verrenken	sich ... verrenkt haben	to dislocate	Der Patient gab an, er habe sich beim Fußballspielen die linke Schulter verrenkt. Er klage über starke Schmerzen sowie eine eingeschränkte Beweglichkeit des Arms.
quetschen	sich ... gequetscht haben	to crush	Der Patient gab an, er habe sich bei der Arbeit mit einer Maschine den rechten Fuß gequetscht. Er klage über starke Schmerzen sowie eine Schwellung und Hämatombildung.

stoßen	sich ... gestoßen haben	to bump/hit	Die Patientin gab an, sie habe sich beim Aufstehen an der Tischkante den Kopf gestoßen. Sie klage über Schmerzen sowie eine leichte Schwellung im Bereich der Stirn.
verletzen	sich ... verletzt haben	to injure	Der Patient gab an, er habe sich beim Skifahren am rechten Knie verletzt. Er klage über Schmerzen sowie eine Schwellung und eingeschränkte Beweglichkeit des Knies.

9. No Unfalls Vorstellungsgrund:

Fall 1: COPD-Exazerbation

- (Verdachts-)Diagnose: COPD-Exazerbation
- Name (Alter): Herr Karl Becker (62 Jahre)
- Vorstellungsgrund: Seit 3 Tagen zunehmende Atemnot, Husten und Auswurf (leichte Besserung nach Anwendung von Salbutamol).

Patient Vorstellen: Ich möchte Ihnen Herrn Karl Becker vorstellen, einen 62-jährigen Patienten, der mit der Verdachtsdiagnose einer COPD-Exazerbation stationär aufgenommen wurde.

Rechte Spalte: Der Patient berichtete, er habe seit drei Tagen zunehmende Atemnot, Husten und Auswurf

gehabt, mit leichter Besserung nach Salbutamol-Inhalation.

Fall 2: Asthma bronchiale

- (Verdachts-)Diagnose: Asthma bronchiale
- Name (Alter): Frau Lisa Meier (34 Jahre)
- Vorstellungsgrund: Vorstellung in der Notaufnahme nach nächtlicher Atemnot.
Hauptsymptomatik, Anamnese: Nächtliche Atemnot, pfeifende Atmung, Engegefühl in der Brust. Häufige Hustenattacken, besonders morgens und bei körperlicher Belastung. Keine Infektzeichen.

Patient Vorstellen: Ich möchte Ihnen Frau Lisa Meier vorstellen, eine 34-jährige Patientin, die mit der Verdachtsdiagnose eines Asthma bronchiale in der Notaufnahme vorgestellt wurde.

Rechte Spalte: Die Patientin berichtete, sie habe nächtliche Atemnot mit pfeifender Atmung und thorakalem Engegefühl gehabt. Es seien rezidivierende Hustenattacken aufgetreten, insbesondere morgens und bei körperlicher Anstrengung. Infektzeichen oder Fieber seien nicht vorhanden gewesen.

Fall 3: Pneumonie

- (Verdachts-)Diagnose: Pneumonie
- Name (Alter): Hannah Wagner (94 Jahre)
- Vorstellungsgrund: Vorstellung in Rettungsstelle mit Fieber, produktivem Husten, Dyspnoe, starke Abgeschlagenheit.

Patient Vorstellen: Ich möchte Ihnen Frau Hannah Wagner vorstellen, eine 94-jährige Patientin, die mit der Verdachtsdiagnose einer Pneumonie in der Rettungsstelle vorgestellt wurde.

Rechte Spalte: Die Patientin berichtete, sie habe Fieber (38,5°C), produktiven Husten mit purulentem Sputum und Dyspnoe bei geringer Belastung gehabt. Zusätzlich habe sie eine ausgeprägte Fatigue gehabt.

Fall 4: Anaphylaktischer Schock

- (Verdachts-)Diagnose: Anaphylaktischer Schock
- Name (Alter): Herr Müller (45 Jahre)
- Vorstellungsgrund: Patient stellte sich nach einem Bienenstich in der Notaufnahme vor. Laut Angehörigen entwickelte er kurz nach dem Stich eine Schwellung des Gesichts und der Zunge, begleitet von starker Atemnot, generalisiertem Juckreiz und Hautrötungen.

Patient Vorstellen: Ich möchte Ihnen Herrn Müller vorstellen, einen 45-jährigen Patienten, der mit der Verdachtsdiagnose eines anaphylaktischen Schocks in der Notaufnahme vorgestellt wurde.

Rechte Spalte: Der Patient berichtete, er habe nach einem Bienenstich eine Schwellung des Gesichts und der Zunge entwickelt, begleitet von starker Atemnot, generalisiertem Juckreiz und Hautrötungen. Es sei zu einer Synkope mit ausgeprägter Schwäche gekommen. Die Symptomatik sei innerhalb weniger Minuten nach dem Stich aufgetreten.

Fall 5: Akute Pankreatitis

- (Verdachts-)Diagnose: Akute Pankreatitis
- Name (Alter): Anna Müller (48 Jahre)
- Vorstellungsgrund: Überweisung durch die Notfallaufnahme aufgrund seit 24 Stunden bestehender starker Bauchschmerzen (plötzlich einsetzende, gürtelförmige, im oberen Bauchbereich, mit Ausstrahlung in den Rücken. 9/10 auf der Schmerzskala, verschlimmert nach fettigem Essen. Begleitsymptome: Übelkeit, Erbrechen (gelb-grünlich), Appetitlosigkeit, und Fiebergefühl).

Patient Vorstellen: Ich möchte Ihnen Frau Anna Müller vorstellen, eine 48-jährige Patientin, die mit der Verdachtsdiagnose einer akuten Pankreatitis in der Notfallaufnahme vorgestellt wurde.

Rechte Spalte: Die Patientin berichtete, sie habe seit 24 Stunden starke Bauchschmerzen gehabt, die plötzlich einsetzen und gürtelförmig im oberen Bauchbereich mit Ausstrahlung in den Rücken verliefen. Die Schmerzen hätten sich nach fettigem Essen verschlimmert. Begleitsymptome seien Übelkeit, Erbrechen (gelb-grünlich), Appetitlosigkeit und Fiebergefühl gewesen.

<p>Fall 6: Akute Cholezystitis</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Verdachts-)Diagnose: Akute Cholezystitis - Name (Alter): Frau Elena Weber (42 Jahre) - Vorstellungsgrund: Seit 2 Tagen plötzlich zunehmende und intermittierende Schmerzen im rechten Oberbauch, Übelkeit und Fieber. Schmerzen verstärken sich nach fettreichen Mahlzeiten und strahlen in die rechte Schulter und den Rücken aus. 	<p>Patient Vorstellen: Ich möchte Ihnen Frau Elena Weber vorstellen, eine 42-jährige Patientin, die mit der Verdachtsdiagnose einer akuten Cholezystitis in der Notaufnahme vorgestellt wurde.</p> <p>Rechte Spalte: Die Patientin berichtete, sie habe seit zwei Tagen intermittierende Schmerzen im rechten Oberbauch gehabt, die in die rechte Schulter und den Rücken ausstrahlten. Die Schmerzen hätten sich nach fettreichen Mahlzeiten verstärkt. Begleitsymptome seien Übelkeit, Erbrechen und subfebrile Temperaturen gewesen.</p>
<p>Fall 7: Appendizitis</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Verdachts-)Diagnose: Appendizitis - Name (Alter): Hannah Wagner (27 Jahre) - Vorstellungsgrund: Vorstellung in Rettungsstelle mit diffusen abdominalen Schmerzen, seit heute Morgen Fieber, Abgeschlagenheit, Übelkeit, Inappetenz, Schüttelfrost. Die Schmerzen strahlen in den rechten Unterbauch aus. 	<p>Patient Vorstellen: Ich möchte Ihnen Frau Hannah Wagner vorstellen, eine 27-jährige Patientin, die mit der Verdachtsdiagnose einer Appendizitis in der Rettungsstelle vorgestellt wurde.</p> <p>Rechte Spalte: Die Patientin berichtete, sie habe seit heute Morgen diffuse abdominale Schmerzen gehabt, die in den rechten Unterbauch ausstrahlten. Begleitsymptome seien Fieber (38,7°C), Übelkeit, Inappetenz und Schüttelfrost gewesen. Die Schmerzen hätten sich bei Bewegung verstärkt.</p>
<p>Fall 8: Leistenhernie (Hernia inguinalis) links</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Verdachts-)Diagnose: Leistenhernie (Hernia inguinalis) links - Name (Alter): Herr Thomas Müller (42 Jahre) - Vorstellungsgrund: In der Aufnahme wegen seit 3 Monaten schmerzlose Schwellung im Bereich der linken Leiste. Diese sei nach einer heftigen Hustenattacke. Seit gestern Abend zunehmende Schmerzen in der Leiste und Übelkeit. Die Vorwölbung lässt sich nicht mehr reponieren. 	<p>Patient Vorstellen: Ich möchte Ihnen Herrn Thomas Müller vorstellen, einen 42-jährigen Patienten, der mit der Verdachtsdiagnose einer Leistenhernie (Hernia inguinalis) links in der Aufnahme vorgestellt wurde.</p> <p>Rechte Spalte: Der Patient berichtete, er habe seit drei Monaten eine schmerzlose Schwellung im Bereich der linken Leiste gehabt, die nach einer heftigen Hustenattacke aufgetreten sei. Seit gestern Abend hätten zunehmende Schmerzen in der Leiste, Übelkeit und eine irreponible Hernie bestanden.</p>
<p>Fall 9: Divertikulitis</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Verdachts-)Diagnose: Divertikulitis - Name (Alter): Natalia Volpe (69 Jahre) - Vorstellungsgrund: Überweisung durch Hausarzt in Begleitung der Tochter in ZNA: Seit einigen Tagen krampfartige Bauchschmerzen im linken Unterbauch, körperliche Schwäche und Müdigkeit. Bei letzten Toilettengängen auffällig: dunkelroter Stuhl mit Blutspuren (beunruhigt Patientin sehr). Seit zwei Monaten: abwechselnd Durchfall und Verstopfung. 	<p>Patient Vorstellen: Ich möchte Ihnen Frau Natalia Volpe vorstellen, eine 69-jährige Patientin, die mit der Verdachtsdiagnose einer Divertikulitis in der ZNA vorgestellt wurde.</p> <p>Rechte Spalte: Die Patientin berichtete, sie habe seit einigen Tagen krampfartige Schmerzen im linken Unterbauch gehabt, begleitet von allgemeiner Schwäche und Müdigkeit. Es seien rezidivierende Episoden von Diarrhoe und Obstipation aufgetreten. Bei der letzten Defäkation</p>

Fall 10: Gastritis

- (Verdachts-)Diagnose: Gastritis
- Name (Alter): Herr Jens Meier (35 Jahre)
- Vorstellungsgrund: Seit 5 Tagen zunehmende Oberbauchschmerzen, Sodbrennen und Übelkeit. Gelegentliches Erbrechen, meist morgens.

habe sie dunkelroten Stuhl mit Blutbeimengungen beobachtet (Hämatochezie).

Fall 11: Morbus Crohn (akuter Schub)

- (Verdachts-)Diagnose: Morbus Crohn (akuter Schub)
- Name (Alter): Frau Julia Meier (21 Jahre)
- Vorstellungsgrund: Seit 2 Wochen zunehmende Schmerzen im rechten Unterbauch und Durchfall. Außerdem Gelenkschmerz, Müdigkeit, Leistungsschwäche und Gewichtsverlust von 3 kg.

Patient Vorstellen: Ich möchte Ihnen Herrn Jens Meier vorstellen, einen 35-jährigen Patienten, der mit der Verdachtsdiagnose einer Gastritis in der Notaufnahme vorgestellt wurde.

Rechte Spalte: Der Patient berichtete, er habe seit fünf Tagen zunehmende epigastrische Schmerzen, Sodbrennen und Übelkeit gehabt. Gelegentlich sei es zu Erbrechen gekommen, insbesondere morgens. Hinweise auf Hämatemesis oder Meläna seien nicht vorhanden gewesen.

Fall 12: Polyarthritis rheumatica

- (Verdachts-)Diagnose: Polyarthritis rheumatica
- Name (Alter): Frau Karin Hoffmann (68 Jahre)
- Vorstellungsgrund: Seit 4 Tagen zunehmende Gelenkschmerzen, v. a. in den Händen, Knien und Schultern. Morgensteifigkeit, die länger als eine Stunde anhält.

Patient Vorstellen: Ich möchte Ihnen Frau Julia Meier vorstellen, eine 21-jährige Patientin, die mit der Verdachtsdiagnose eines akuten Schubs bei Morbus Crohn in der Notaufnahme vorgestellt wurde.

Rechte Spalte: Die Patientin berichtete, sie habe seit zwei Wochen zunehmende Schmerzen im rechten Unterbauch gehabt, begleitet von Durchfall. Zusätzlich seien Gelenkschmerzen, Müdigkeit, Leistungsschwäche und ein Gewichtsverlust von 3 kg in den letzten zwei Wochen aufgetreten.

Fall 13: Akutes Nierenversagen

- (Verdachts-)Diagnose: Akutes Nierenversagen (ANV)
- Name (Alter): Herr Peter Müller (72 Jahre)
- Vorstellungsgrund: Seit drei Tagen zunehmende Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Übelkeit. Reduzierte Urinproduktion (Oligurie, weniger als 400 ml/Tag). Seit einem Tag Verwirrtheit und Schwindelgefühl.

Patient Vorstellen: Ich möchte Ihnen Herrn Peter Müller vorstellen, einen 72-jährigen Patienten, der mit der Verdachtsdiagnose eines akuten Nierenversagens in der Notaufnahme vorgestellt wurde.

Rechte Spalte: Der Patient berichtete, er habe seit drei Tagen zunehmende Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Übelkeit gehabt. Die Urinproduktion sei reduziert gewesen (Oligurie, weniger als 400

	<p>ml/Tag). Seit einem Tag bestehe Verwirrtheit und Schwindelgefühl.</p>
Fall 14: Pyelonephritis (Nierenbeckenentzündung)	<p>Patient Vorstellen: Ich möchte Ihnen Frau Lisa Müller vorstellen, eine 32-jährige Patientin, die mit der Verdachtsdiagnose einer Pyelonephritis in der Notaufnahme vorgestellt wurde.</p> <p>Rechte Spalte: Die Patientin berichtete, sie habe seit drei Tagen Fieber (39,2°C), Schüttelfrost und Flankenschmerzen rechts mit Ausstrahlung in den Unterbauch, Schmerzen beim Wasserlassen, blutigen und trüben Urin. Zusätzlich berichtet die Patientin über Schwächegefühl und Übelkeit.</p>
Fall 15: Panzytopenie	<p>Patient Vorstellen: Ich möchte Ihnen Herrn Heinrich Schmidt vorstellen, einen 63-jährigen Patienten, der mit der Verdachtsdiagnose einer Panzytopenie in der Notaufnahme vorgestellt wurde.</p> <p>Rechte Spalte: Der Patient berichtete, er habe seit längerer Zeit Müdigkeit, Leistungsabfall und rezidivierendes Nasenbluten gehabt. Zusätzlich sei es zu einem kurzzeitigen Bewusstseinsverlust in der Garage gekommen.</p>
Fall 16: Entgleisung bei Diabetes mellitus (DM Dekompensation)	<p>Patient Vorstellen: Ich möchte Ihnen Frau Sandra Klein vorstellen, eine 54-jährige Patientin, die mit der Verdachtsdiagnose einer Entgleisung bei Diabetes mellitus (DM Dekompensation) in der Notaufnahme vorgestellt wurde.</p> <p>Rechte Spalte: Die Patientin berichtete, sie habe seit zwei Tagen zunehmende Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen und starkes Durstgefühl, zusätzlich zu vermehrtem Wasserlassen und allgemeine Schwäche. Gestern leichte Verwirrtheit.</p>
Fall 17: Hypertensive Krise (mit Zielorganschädigung)	<p>Patient Vorstellen: Ich möchte Ihnen Herrn Markus Schneider vorstellen, einen 47-jährigen Patienten, der mit der Verdachtsdiagnose einer hypertensiven Krise (mit Zielorganschädigung) in der Notaufnahme vorgestellt wurde.</p> <p>Rechte Spalte: Der Patient berichtete, er habe seit heute Morgen starke Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit und Sehstörungen seit heute Morgen. Der Patient berichtet außerdem über retrosternales Druckgefühl und Luftnot bei geringer Belastung.</p>

Fall 18: NSTEMI	<p>Patient Vorstellen: Ich möchte Ihnen Frau Hannah Wagner vorstellen, eine 60-jährige Patientin, die mit der Verdachtsdiagnose eines NSTEMI in der Rettungsstelle vorgestellt wurde.</p> <p>Rechte Spalte: Die Patientin berichtete, sie habe seit gestern thorakale Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm, die Schulter und den Kiefer gehabt. Begleitsymptome seien Atemnot, Schwindel, Übelkeit, Schwitzen (Kaltschweißigkeit).</p>
Fall 19: Vorhofflimmern	<p>Patient Vorstellen: Ich möchte Ihnen Frau Sara Schmidt vorstellen, eine 53-jährige Patientin, die mit der Verdachtsdiagnose eines Vorhofflimmerns in der Rettungsstelle vorgestellt wurde.</p> <p>Rechte Spalte: Die Patientin berichtete, sie habe rezidivierende Episoden von Schwindel, Herzklopfen und kurzzeitigem Bewusstseinsverlust gehabt. Eine Episode habe etwa eine Stunde gedauert und zu einem Sturz aufgrund von Positionsunsicherheit geführt.</p>
Fall 20: Kopfplatzwunde (bei Schädeltrauma)	<p>Patient Vorstellen: Ich möchte Ihnen Frau Lara Schulz vorstellen, eine 14-jährige Patientin, die mit der Verdachtsdiagnose einer Kopfplatzwunde (bei Schädeltrauma) in der Notaufnahme vorgestellt wurde.</p> <p>Rechte Spalte: Die Patientin berichtete, sie sei vom Skateboard gestürzt und habe eine Kopfplatzwunde erlitten. Sie klage über Schwindel und Kopfschmerzen. Bewusstlosigkeit oder Erbrechen seien nicht aufgetreten. Die Eltern hätten berichtet, dass ihre Tochter seit dem Sturz ruhiger als gewöhnlich wirkt.</p>
Fall 21: BPLS (Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel)	<p>Patient Vorstellen: Ich möchte Ihnen Herrn Becker vorstellen, einen 45-jährigen Patienten, der mit der Verdachtsdiagnose eines benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels (BPLS) in der Notaufnahme vorgestellt wurde.</p> <p>Rechte Spalte: Der Patient berichtete, er habe seit einigen Tagen Schwindel, Übelkeit und Nystagmus gehabt, die sich bei Kopfbewegungen verstärkten. Die Symptomatik beeinträchtigte seine täglichen Aktivitäten erheblich.</p>

Der Patient berichtete, er habe seit drei Monaten Schmerzen.
Die Patientin klagte, sie habe Schmerzen im Bauch.
Es wurde berichtet, seit gestern beständigen zunehmende Schmerzen.

Die patientin Zeige

es bestand eine oligurie.... sowie

bestehende Schmerzen ,= existing pain.

zunehmende- increasing

zusätzlich bestanden zunehmende Schmerzen (im Bereich des linken Knies)
ebenfalls (er berichtete , über)
außerdem ...
..., begleitet von diarrhoe

seit gestern bestanden zunehmende schmerzen

"Es wurde berichtet, seit gestern beständigen zunehmende Schmerzen."

seitdem ...

(adjektive) Kam es zu
Es bestanden
es bestand eine oligurie.... sovwie

ebenfalls, seit einem tag er berichte,uber verwirrheig und fatigue .
Ebenfalls berichtete er, seit einem Tag über Verwirrtheit und Fatigue zu klagen
seit einem tag ein

Teil 3- Mastering the "Arztbrief"

5.1: The Opening – Introduction & History of Present Illness

1. The Goal of This Section

This first part of the written anamnesis sets the entire tone. Your goal is to formally introduce the patient and then narrate the story of their current illness. This section must be a seamless transition from basic data to a clear, chronological medical story, all while maintaining clinical objectivity.

2. Deep Dive and Examples

The Introduction (Die Einleitung)

This is the formal opening sentence. It must be precise and contain the patient's name, age, and the primary reason for their visit.

- **Key Phrases (Redemittel):**

- Wir berichten über Herrn/Frau [Name], einen/eine [Alter]-jährigen/jährige Patienten/Patientin, der/die sich am [Datum] wegen... bei uns vorstellte. (This is the classic, professional standard.)
- Anbei übersende ich Ihnen die patienteneigenen Angaben von Frau Breitner, einer 53-jährigen Patientin, die sich heute wegen seit einigen Wochen bestehender retrosternalen thorakalen Beschwerden vorgestellt habe. (A very formal alternative, using Konjunktiv I (**habe**) to signal reported information from the start.)

The History of Present Illness (Die Aktuelle Anamnese)

This is the core narrative. You must transform the patient's spoken words into a structured medical report.

- **The Golden Rule: Consistent Use of Konjunktiv I** Every piece of information that comes from the patient **must** be reported in Konjunktiv I (the subjunctive mood). This is the most important grammatical rule of the Arztbrief. It shows that you are objectively reporting information, not stating it as a proven fact.

Patient says (Direct Speech)

You write (Konjunktiv I)

"Ich habe Schmerzen." (I have pain.)

Er **habe** Schmerzen. or Er **leide** an Schmerzen.

"Der Schmerz strahlt aus." (The pain radiates.)

Der Schmerz **strahle** aus.

"Die Tests waren positiv." (The tests were positive.)

Die Tests **seien** positiv gewesen.

- **Key Phrases for Symptoms (Redemittel):**

- **Introducing the complaint:**

- Der Patient gebe an, seit [Zeitraum] unter [Symptom] zu leiden.
 - Die Patientin klage über [Symptom].
 - Er berichte, dass er...

- **Describing the symptoms in detail:**

- Die Schmerzen **seien**... [klopfend, brennend, zunehmend].
 - Zudem **berichte** er über Hämatochezie und Inappetenz. (Colon Ca. Case)
 - Die Schmerzen **würden sich** unter Druck **verschlimmern**, während sie sich nach der Defäkation **verbessern würden**. (Here,

Konjunktiv II (**würden**) is a common and correct substitute for Konjunktiv I.)

- **Adding associated symptoms:**
 - Zudem **berichte** sie über Pyrosis und Ruktus. (GERD Case)
 - Er **verneine** Fieber, Hyperhidrose und Extremitätschmerzen. (COVID-19 Case)

5.2: Documenting the Patient's Background – Past History & Medications

1. The Goal of This Section

After detailing the current illness, you must provide the relevant medical background. This includes all chronic conditions, previous surgeries, and the patient's current medication regimen. Clarity and accuracy are paramount.

2. Deep Dive and Examples

Past Medical History (Vorerkrankungen)

List all known chronic diseases and significant medical events.

- **Key Phrases (Redemittel):**

- **Formal & Passive:** Bei den Vorerkrankungen **ist** eine arterielle Hypertonie **bekannt**, die medikamentös eingestellt ist. (This is very professional because it uses the passive voice.)
- **Listing conditions:** Folgende Vorerkrankungen **sind** bei ihm **bekannt**: (Follow this with a bulleted or numbered list.)
- **Reporting the patient's statement:** Der Patient **berichte**, dass er an arterieller Hypertonie und Vorhofflimmern **leide**. (Using Konjunktiv I to report.)
- **Stating the absence of disease:** Bis auf allergische Rhinitis **leide** sie an **keinen Vorerkrankungen**. (This shows you specifically asked and confirms the absence of other conditions.)

Previous Operations (Operationen)

Mentioning surgeries is a key part of the past history.

- **Key Phrases (Redemittel):**

- Vor 10 Jahren **habe** er eine Operation am Kreuzband des rechten Knie gehabt. (Konjunktiv I)
- Sie **berichtete**, dass sie noch nie operiert worden **sei**.
- Eine Operation **liege** nicht **vor**. (Konjunktiv I - a very formal way to say "There has been no surgery.")

Current Medications (Medikation)

List all medications the patient is taking, including dosage and frequency if known.

- **Key Phrases (Redemittel):**
 - Die Patientin **gab an**, regelmäßig Metformin 1000 mg zweimal täglich und Aspirin 100 mg **einzunehmen**. (A very clear and complete structure.)
 - Der Patient **nehme** Eisenpräparate 1-0-0, Ibuprofen bei Bedarf und Vitamine **ein**. (Using Konjunktiv I.)
 - Die Patientin **gab an**, derzeit Ibuprofen bei Bedarf **einzunehmen**.

5.3: The Personal Context – Allergies, Family & Social History

1. The Goal of This Section

This final part of the anamnesis provides the crucial personal and social context of the patient. It includes allergies, relevant family diseases, and lifestyle factors.

2. Deep Dive and Examples

Allergies & Intolerances (Allergien & Unverträglichkeiten)

This is a critical safety point and must always be included.

- **Key Phrases (Redemittel):**
 - Allergien **seien** bei ihr nicht **bekannt**. (The standard phrase for stating no known allergies.)
 - Er **habe** eine Allergie gegen Voltaren, die sich in Form von Exanthem **äußere**. (A perfect sentence describing the allergy and the reaction, all in Konjunktiv I.)
 - Zudem **leide** er an allergischer Rhinitis und **habe** eine Unverträglichkeit gegen Erdnüsse.

Family History (Familienanamnese)

Report any relevant hereditary or familial diseases.

- **Key Phrases (Redemittel):**
 - **Formal & Passive:** In der Familienanamnese **ist** ein Myokardinfarkt des Vaters im Alter von 60 Jahren... **bekannt**.
 - **Reporting:** Der Patient **gebe an**, dass sein Vater mit 52 Jahren an einem Myokardinfarkt **verstorben sei**.
 - Die Familienanamnese **sei** unauffällig. (Use this if the patient reports no relevant family history.)

Social History (Sozialanamnese)

This includes smoking, alcohol, drugs, profession, and personal situation.

- **Key Phrases for Substance Use (Redemittel):**
 - **The Professional Verb verneinen (to deny):**
 - Die Patientin **verneinte** einen Nikotinkonsum.
 - Die Fragen nach Nikotin- und Drogenkonsum **wurden verneint**. (Passive voice - even more formal.)

- **Reporting consumption:**
 - Sie/Er **sei** Nichtraucherin und **trinke** gelegentlich ein Glas Wein am Wochenende. (Konjunktiv I)
 - Der Patient **rauche** seit 35 Jahren 10 bis 15 Zigaretten täglich und **trinke** abends ein Glas Bier.
- **Key Phrases for Personal Situation:**
 - Zur persönlichen Situation **berichtete** die Patientin, dass sie geschieden **sei**, mit einem Lebenspartner **zusammenlebe** und drei Kinder **habe**.
 - Sie **arbeite** als Lehrerin an einem Gymnasium, was sie als stressig **beschreibe**.

1. COVID-19 (Herr Mayer)

Patienteninformation:

Es handle sich um Herrn Mayer, 39 Jahre alt, männlich, von Beruf Bankkaufmann.
Vorstellungsgrund:

Der Patient gebe an, seit gestern Abend unter plötzlich aufgetretener Fatigue und Tussis zu leiden. Er berichte, dass er einen Schnelltest zu Hause durchgeführt habe, der positiv gewesen sei, während ein Test im Testzentrum negativ ausgefallen sei.

Anamnese:

Der Patient berichte, dass er dreimal gegen COVID-19 geimpft worden sei. Er verneine Fieber, Hyperhidrose und Extremitätenschmerzen. Bis auf Eisenmangelanämie gebe er keine Vorerkrankungen an.

Er nehme Eisenpräparate, Ibuprofen bei Bedarf und Vitamine ein. Zudem leide er an allergischer Rhinitis und habe eine Unverträglichkeit gegen Erdnüsse.

Familienanamnese:

Der Patient gebe an, dass sein Vater mit 52 Jahren an einem Myokardinfarkt verstorben sei.

Sozialanamnese:

Der Patient verneine Nikotin- und Drogenkonsum, trinke jedoch gelegentlich ein Glas Bier oder Whisky.

Körperliche Untersuchung:

Bei der körperlichen Untersuchung zeige sich, dass der Patient in gutem Allgemeinzustand sei. Es bestehe kein Fieber, und die Lungen seien frei von pathologischen Befunden.

Diagnose und Plan:

Es bestehe der Verdacht auf eine COVID-19-Infektion. Es werde empfohlen, einen PCR-Testdurchzuführen und den Patienten in häusliche Quarantäne zu schicken.

2. Migräne (Frau Müller)

Patienteninformation:

Es handle sich um Frau Müller, 160 cm groß, weiblich, von Beruf nicht angegeben.

Vorstellungsgrund:

Die Patientin beschreibe die rechtsseitige temporale Cephalgie als klopfend und rezidivierend. Sie gebe an, unter Photophobie, Hemianopsie, Insomnie sowie Nausea zu leiden.

Anamnese:

Die Patientin berichte, dass sie an Diabetes Mellitus leide und regelmäßig Metformin und Aspirineinnahme. Allergien seien bei ihr nicht bekannt.

Familienanamnese:

Die Patientin gebe an, dass ihre Mutter ebenfalls an Cephalgie leide, jedoch nicht behandelt worden sei.

Sozialanamnese:

Die Patientin verneine Nikotin- und Drogenkonsum, trinke jedoch gelegentlich ein Glas Bier oder Wein.

Bei der körperlichen Untersuchung zeige sich, dass die Patientin in gutem Allgemeinzustand sei. Es bestehe kein Fieber, und die neurologische Untersuchung sei unauffällig.

Diagnose und Plan:

Es bestehe der Verdacht auf Migräne. Es werde empfohlen, Schmerzmittel zu verabreichen und eine Bildgebung durchzuführen.

3. Kolonkarzinom (Herr Müller)

Patienteninformation:

Wir berichten Ihnen nachfolgend über unseren Patientin, Frau Müller, die sich heute wegen **gestern Abend** bestehender

linksseitige hypogastrische abdominale Koliken

bei uns vorgestellt habe.

Die Schmerzen würden sich unter Druck verschlimmern, während sie sich nach der Defäkation verbessern würden.

Zudem berichte er über Hämatochezie und Inappetenz.

Der Patient berichte, dass er an arterieller Hypertonie und Vorhofflimmern leide. Er nehme Bisoprolol und Eliquis ein. Vor 10 Jahren habe er eine Operation am Kreuzband des rechten Kniegelenks.

Der Patient gebe an, dass sein Vater seit dem 65. Lebensjahr an einem Kolonkarzinom leide.

Der Patient verneine Nikotin- und Drogenkonsum, trinke jedoch gelegentlich ein Glas Rotwein.

Bei der körperlichen Untersuchung zeige sich, dass der Patient in gutem Allgemeinzustand sei. Es bestehe kein Fieber, jedoch seien abdominale Druckschmerzen feststellbar.

Es bestehe der Verdacht auf ein Kolonkarzinom. Es werde empfohlen, eine Endoskopiedurchzuführen.

4. Ösophaguskarzinom (Herr Müller)

Patienteninformation:

Es handle sich um Herrn Müller, 180 cm groß, männlich, von Beruf Pförtner.

Vorstellungsgrund:

Der Patient klage über seit 2 bis 3 Wochen bestehende Dysphagie. Er berichte, dass er unter Husten ohne Sputum leide und ein Fremdkörpergefühl sowie Schmerzen im Halsbereich habe, die sich im Laufe der Zeit verschlimmert hätten.

Anamnese:

Der Patient berichte, dass er seit 15 Jahren an Diabetes Mellitus leide und seit 9 Monaten an Arrhythmie. Zudem habe er eine Bursitis der rechten Schulter. Er nehme Metformin, eine Salbe für die Schulter und Schlafmittel bei Bedarf ein. Er habe eine Allergie gegen Voltaren, die sich in Form von Exanthem äußere.

Familienanamnese:

Der Patient gebe an, dass seine Mutter mit 78 Jahren an einem Magenkarzinom verstorben sei.

Sozialanamnese:

Der Patient rauche seit 35 Jahren 10 bis 15 Zigaretten täglich und trinke abends ein Glas Bier.

Körperliche Untersuchung:

Bei der körperlichen Untersuchung zeige sich, dass der Patient in gutem Allgemeinzustand sei. Es bestehe kein Fieber, jedoch seien Schmerzen im Halsbereich feststellbar.

Diagnose und Plan:

Es bestehe der Verdacht auf ein Ösophaguskarzinom. Es werde empfohlen, eine Endoskopiedurchzuführen.

5. Thorakale Schmerzen (Herr Müller)

Patienteninformation:

Es hande sich um Herrn Müller, 180 cm groß, männlich, von Beruf nicht angegeben.

Vorstellungsgrund:

Der Patient klage über seit heute Morgen bestehende retrosternale, thorakale Schmerzen, die er als brennend und zunehmend beschreibe. Die Schmerzen würden sich beim Essen sowie beim Aufstehen verschlimmern, während sie sich beim Wassertrinken verbessern würden. Zudem berichte er über Pyrosis und Ruktur.

Anamnese:

Der Patient berichte, dass er an Diabetes Mellitus, Eisenmangelanämie, arterieller Hypertonie und Hyperlipidämie leide. Er nehme Metformin, Metoprolol und Eisenpräparate ein.

Familienanamnese:

Die Familienanamnese sei unauffällig.

Sozialanamnese:

Der Patient verneine Nikotin- und Drogenkonsum, trinke jedoch gelegentlich ein Glas Wein oder Bier.

Körperliche Untersuchung:

Bei der körperlichen Untersuchung zeige sich, dass der Patient in gutem Allgemeinzustand sei. Es bestehe kein Fieber, jedoch seien thorakale Druckschmerzen feststellbar.

Diagnose und Plan:

Es bestehe der Verdacht auf gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD). Es werde empfohlen, eine Endoskopie durchzuführen und Protonenpumpenhemmer zu verabreichen.

6. Fatigue (Frau Reichert)

Patienteninformation:

Es hande sich um Frau Reichert, 171 cm groß, weiblich, von Beruf Architektin.

Vorstellungsgrund:

Die Patientin klage über seit den letzten Monaten bestehende Fatigue. Sie berichte, dass sie unter Frigidität, Depression, Dysthymie, Insomnie sowie Inappetenz leide. Zudem habe sie innerhalb der letzten Monate 5 kg abgenommen.

Anamnese:

Die Patientin berichte, dass sie bis auf allergische Rhinitis keine Vorerkrankungen habe. Vor 6 Jahren sei bei ihr eine Sectio Caesarea durchgeführt worden. Sie nehme ASS bei Bedarf und Schlafmittel Ein.

Familienanamnese:

Die Familienanamnese sei unauffällig.

Sozialanamnese:

Die Patientin verneine Nikotin- und Drogenkonsum, trinke jedoch derzeit selten Alkohol.

Körperliche Untersuchung:

Bei der körperlichen Untersuchung zeige sich, dass die Patientin in gutem Allgemeinzustand sei. Es bestehe kein Fieber, jedoch seien Zeichen von Erschöpfung feststellbar.

Diagnose und Plan:

Es bestehe der Verdacht auf chronisches Erschöpfungssyndrom. Es werde empfohlen, eine psychologische Evaluation durchzuführen und antidepressiva zu verabreichen.

Arztbrief Redemittel

Patient: Frau Müller

Alter: 63 Jahre

Geburtsdatum: 05.06.1962

Anbei übersende ich Ihnen die patienteneigenen Angaben von **Frau Breitner**, einer **53-jährigen** Patientin, die sich heute wegen seit **einigen Wochen** bestehender **retrosternalen thorakalen** Beschwerden vorgestellt habe.

rechtsseitiger temporaler Cephalgie
linksseitigen hypogastrischen abdominalen Koliken
langsam fortschreitender Dysphagie
retrosternalen, thorakalen Schmerzen
plötzlich aufgetretener, zunehmender Fatigue
plötzlich aufgetretener Fatigue und Tussis

Schmerzen

Zudem berichtete sie über eine gelegentliche Ausstrahlung in den **linken Arm** sowie eine leichte Ausstrahlung in den Halsbereich.

Die Schmerzen seien

Weiterhin gab sie an, dass sie

Die Patientin ist 1,67 m groß und wiegt 72 kg

Vorerkrankungen

Bei Vorerkrankungen ist eine **arterielle Hypertonie** bekannt, die medikamentös eingestellt ist.

Bei Vorerkrankungen ist eine **arterielle Hypertonie** bekannt, die jedoch nicht behandelt worden sei.

Vor einem Jahr sei ein **erhöhter Cholesterinspiegel** festgestellt worden, der jedoch nicht behandelt worden sei.

Folgende Vorerkrankungen sind bei ihm bekannt:

Eisenmangel

Bis auf **allergische Rhinitis** leide sie an keinen Vorerkrankungen.

Medikamente

Die Patientin gab an, derzeit **Ibuprofen** bei Bedarf einzunehmen.

Die Patientin gab an, regelmäßig Metformin 1000 mg zweimal täglich und Aspirin 100 mg einzunehmen

Der Patient nehme Eisenpräparate 1-0-0, Ibuprofen bei Bedarf und Vitamine ein.

Familienanamnese

In der Familienanamnese ist ein Myokardinfarkt des Vaters im Alter von 60 Jahren sowie eine arterielle Hypertonie der Mutter bekannt.

In der Familienanamnese ist eine Depression des Vaters vor vielen Jahren bekannt.

Die Familienanamnese ergab, dass der Vater der Patientin vor vielen Jahren an einer Depression litt.

Die Familienanamnese ergab, dass sein Vater mit 52 Jahren an einem Myokardinfarkt gestorben sei.

Operations

Sie berichtete, dass sie noch nie operiert worden sei

Eine Operation liege nicht vor.

Vor zwei Jahren sei sie aufgrund einer Hernie operiert worden. Eine weitere Operation oder liege nicht vor.

Alkohol/Tabak

Die Patientin **verneinte** einen Nikotinkonsum.

Die Frage nach dem Drogenkonsum wurde verneint.

Die Fragen nach Nikotin und Drogenkonsum wurden verneint.

Die Patientin gibt an, nicht zu rauchen und nur selten Alkohol zu konsumieren.

Sie/Er sei sowohl Nichtraucherin als auch abstinenz.

Sie/Er sei **Nichtraucherin** und trinke gelegentlich ein Glas Wein am Wochenende.

Darüber hinaus rauche er nicht und trinke gelegentlich ein Glas Bier oder Whisky.

Personal

Zur persönlichen Situation berichtete die Patientin, dass sie **geschieden sei**, mit einem Lebenspartner zusammenlebe und drei Kinder habe. Sie arbeite als **Lehrerin** an einem **Gymnasium**, was sie als stressig und nervenaufreibend beschreibe.

leidig

verwitwet

verheiratet

geschieden

Urlaub

Es fehlt die Erwähnung des Urlaubs in **Spanien** im letzten Jahr

Im letzten Jahr war sie für zwei Wochen in Spanien im Urlaub.

Die Frage, ob sie in der letzten Zeit eine Auslandsreise unternommen habe, wurde verneint.

Teil 3 - Brief Fachbegriff

1. Fall: COVID-19

Fachbegriff	Bedeutung
Fatigue	Müdigkeit, Erschöpfung
Tussis	Husten
Schnelltest	Schneller Test (z.B. auf COVID-19)
Hyperhidrose	Übermäßiges Schwitzen
Extremitätschmerzen	Schmerzen in den Gliedmaßen (Arme, Beine)
Eisenmangelanämie	Blutarmut aufgrund von Eisenmangel
Allergische Rhinitis	Heuschnupfen (allergisch bedingte Entzündung der Nasenschleimhaut)

2. Fall: Migräne

Fachbegriff	Bedeutung
Cephalgie	Kopfschmerzen
Photophobie	Lichtempfindlichkeit
Hemianopsie	Halbseitiger Ausfall des Gesichtsfelds
Insomnie	Schlafstörungen

3. Fall: Kolonkarzinom

Fachbegriff	Bedeutung
Hypogastrische Koliken	Schmerzen im Unterbauch
Hämatochezie	Blut im Stuhl
Inappetenz	Appetitlosigkeit
Vorhofflimmern	Herzrhythmusstörung (unregelmäßiger Herzschlag)
Kreuzbandoperation	Operation am Knie (z.B. nach einem Kreuzbandriss)

4. Fall: Ösophaguskarzinom

Fachbegriff	Bedeutung
Dysphagie	Schluckstörung
Fremdkörpergefühl	Gefühl, als ob etwas im Hals stecken würde
Obstipation	Verstopfung
Bursitis	Schleimbeutelentzündung
Humerusfraktur	Bruch des Oberarmknochens

5. Fall: Thorakale Schmerzen

Fachbegriff	Bedeutung

Retrosternale Schmerzen	Schmerzen hinter dem Brustbein
Pyrosis	Sodbrennen
Ruktus	Aufstoßen (saures Aufstoßen)
Hyperlipidämie	Erhöhte Blutfettwerte

6. Fall: Fatigue

Fachbegriff	Bedeutung
Frigidität	Sexuelle Appetenzstörung (verminderte Lust auf Sex)
Depression	Niedergeschlagenheit, depressive Verstimmung
Dysthymie	Chronisch schlechte Stimmung
Inappetenz	Appetitlosigkeit
Sectio Caesarea	Kaiserschnitt

Allgemeine Fachbegriffe

Fachbegriff	Bedeutung
Anamnese	Krankengeschichte (Erhebung der medizinischen Vorgesichte)
Familienanamnese	Krankengeschichte der Familie
Vegetative Anamnese	Erhebung von Symptomen wie Schwitzen, Schwindel, Übelkeit etc.
Nüchtern	Ohne vorherige Nahrungsaufnahme
Drainage	Ableitung von Flüssigkeiten (z.B. aus Wunden)
Sedierung	Beruhigung durch Medikamente (leichter Schlafzustand)

Perforation	Durchbruch (z.B. eines Organs)
Synkope	Bewusstlosigkeit, Ohnmacht
Exanthem	Hautausschlag
