

1.4

Wie Sie dieses Buch nutzen

Die Vorbereitung ist auf **zwei Bücher** verteilt. **Buch 1** — das vorliegende — baut die Grundlagen systematisch auf, geordnet nach den Aufgaben der Prüfung. **Buch 2** wendet alles an realen *Fällen* aus den verschiedenen Organsystemen an. Beide greifen ineinander: Wo ein Fall in Buch 2 ein sprachliches Mittel braucht, verweist er hierher zurück.



Buch 1 gliedert sich in **sechs Teile (A–F)** mit insgesamt 39 Kapiteln. Die Teile B, C und D entsprechen unmittelbar den drei Prüfungsteilen; A legt die Grundlagen, E widmet sich dem Aufklärungsgespräch, F bündelt übergreifende Kompetenzen.

Teil	Schwerpunkt	Bezug zur FSP
A • Kap. 01–05	Grundlagen & Orientierung: Anatomie, Symptome, Patienten- ↔ Fachsprache, Zahlen/Zeit	Fundament für alle Teile
B • Kap. 06–22	Arzt-Patienten-Gespräch: Gesprächsstruktur, 7-W-Schema, organspezifische Anamnese	Teil 1 (Anamnese)
C • Kap. 23–27	Dokumentation: Aufbau, Sprache & Stil, Diagnosen, Befunde, Zeitmanagement	Teil 2 (Arztbrief)
D • Kap. 28–31	Arzt-Arzt-Gespräch: Struktur, Redemittel, Differenzialdiagnosen, Rückfragen	Teil 3 (Fallvorstellung)

3.4

Intensität · die Stärke einschätzen

„Starke Schmerzen“ bedeutet für jeden Menschen etwas anderes. Um die subjektiv empfundene Schmerzintensität strukturiert zu erfassen und ihren Verlauf bei derselben Person zu dokumentieren, kann die **numerische Rating-Skala (NRS)** von 0 bis 10 verwendet werden. Sie ist einfach zu erheben, lässt sich am Telefon ebenso einsetzen wie am Bett und macht Verläufe sichtbar („gestern 8, heute 4“). Die nächste Seite zeigt die Skala und ihre sprachliche Einbettung.

„Auf einer **Skala von 0 bis 10** — wobei **0** gar kein Schmerz ist und **10** der stärkste vorstellbare Schmerz —, wie stark sind Ihre Schmerzen **jetzt?**“



0 · KEIN SCHMERZ

STÄRKSTER VORSTELLBARER SCHMERZ · 10

Die Zahl ist eine Orientierung, keine starre Grenze — entscheidend ist der **Verlauf über die Zeit** und der Vergleich des Patienten mit sich selbst, nicht mit anderen. Zusätzlich zur Zahl können Sie die Schmerzstärke sprachlich beschreiben, zum Beispiel als *leicht*, *mäßig*, *stark* oder *sehr stark*. So lassen sich numerische Angabe und subjektive Beschreibung sinnvoll miteinander verbinden.



DIE ZAHL ALLEIN GENÜGT NICHT



Eine 7 sagt für sich genommen wenig. Erst im Zusammenhang wird sie aussagekräftig: **Wie schnell** kam der Schmerz, **wie** fühlt er sich an, **was** begleitet ihn? Besondere Aufmerksamkeit verdient ein **perakuter, vernichtender Schmerz**, der „aus dem Nichts“ sofort sehr stark ist — das ist ein **Warnzeichen** und gehört umgehend ärztlich abgeklärt. Verlassen Sie sich also nie auf die Zahl allein, sondern verbinden Sie sie stets mit Charakter, Verlauf und Begleitsymptomen.

3.5

Verlauf, Auslöser & Begleitsymptome

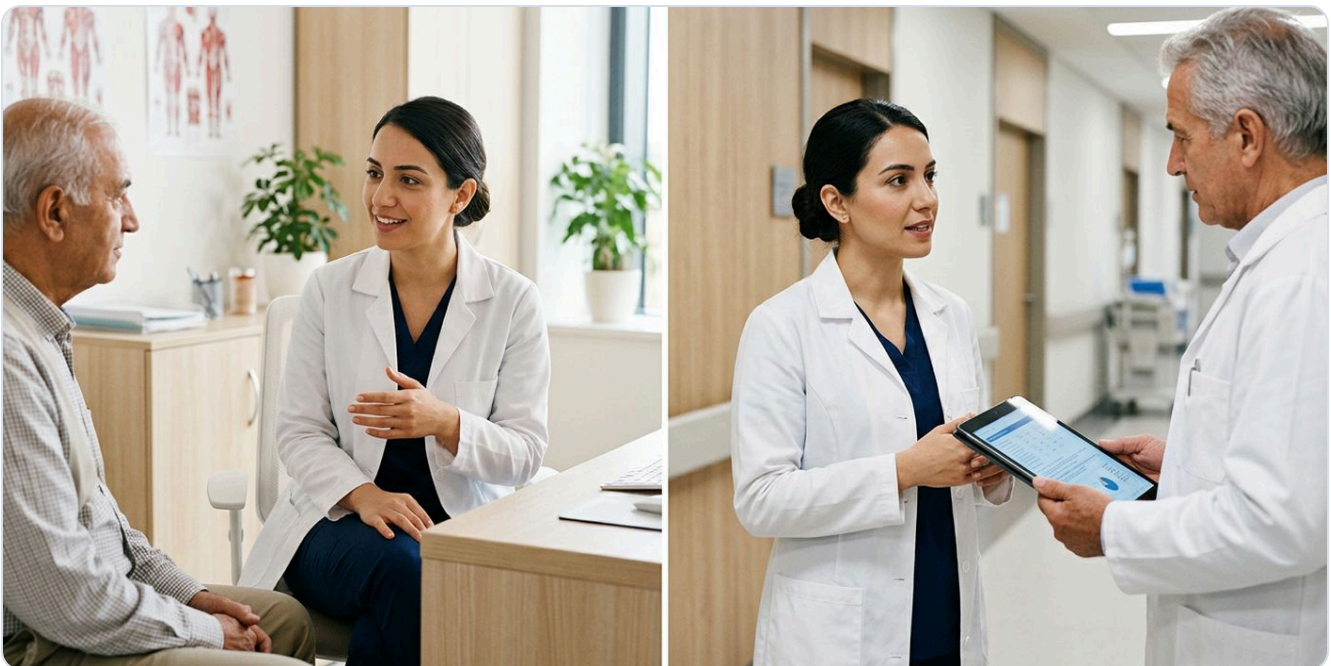
Wann der Schmerz begann und wie er sich seither entwickelt, ist oft ebenso aufschlussreich wie sein Charakter. Erfassen Sie deshalb den **zeitlichen Verlauf** mit eigenen Fachbegriffen — und unterscheiden Sie den *Beginn* (plötzlich oder schleichend) vom *weiteren Muster* (gleichbleibend, wiederkehrend oder zunehmend).

Die zeitliche Einteilung in akut, subakut und chronisch dient der Orientierung. Die genauen Zeitgrenzen können je nach Symptom und klinischem Kontext variieren.

4.1

Zwei Register, ein Patient

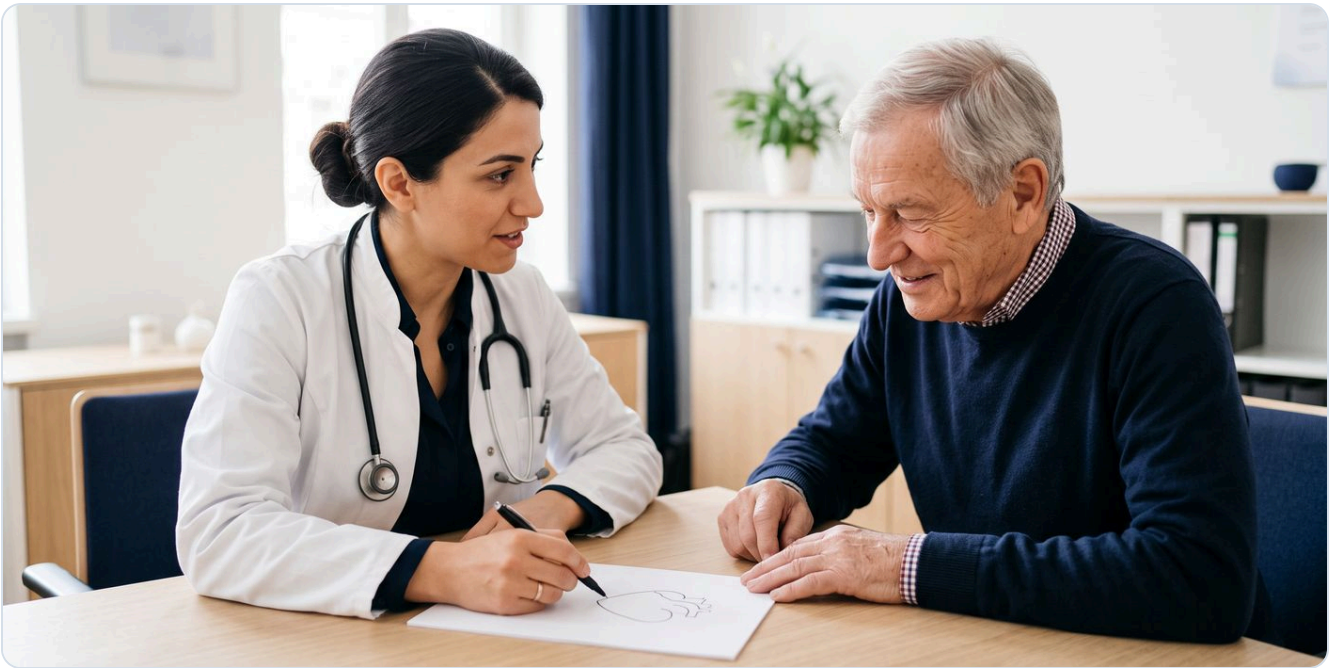
Als Arzt sprechen Sie ständig in **zwei Registern** — und wechseln oft im selben Fall mehrfach zwischen ihnen. Die Grundregel lautet: **Passen Sie Ihre Sprache an Gesprächspartner und Situation an.** Im Patientengespräch sprechen Sie verständlich und patientengerecht; in der Dokumentation und im Arzt-Arzt-Gespräch verwenden Sie eine präzise medizinische Fachsprache. Im *Arzt-Patienten-Gespräch* (Anamnese) fragen Sie „Haben Sie Sodbrennen?“ — nicht „Leiden Sie an einer Refluxsymptomatik?“. In der *Dokumentation* und in der *Patientenvorstellung* wird dieselbe Information fachsprachlich formuliert, zum Beispiel als „retrosternales Brennen“. Dieselbe Beschwerde, zwei Sprachen — und Sie müssen beide beherrschen.



! WARUM DAS REGISTER ÜBER VERSTÄNDNIS UND SICHERHEIT ENTSCHIEDET



Das richtige Register ist keine Stilfrage, sondern eine Frage der **Sicherheit**. Damit ein Patient informiert einwilligen kann, müssen medizinische Informationen verständlich vermittelt werden. Fachbegriffe wie „Antikoagulation“ oder „benigne“ sollten deshalb bei Bedarf laienverständlich erklärt werden. Umgekehrt braucht der Kollege am Telefon den **präzisen Fachterm**, um den nächsten Schritt richtig einzuordnen: „Hämoptyse“ löst eine andere Abklärung aus als ein vages „Bluthusten“. Auch beim Zuhören ist Genauigkeit gefragt: Mehrdeutige Wörter wie „Kreislauf“ klären Sie durch **Nachfragen** (Abschn. 4.4).



! Drei Werkzeuge — *zerlegen · umschreiben · veranschaulichen*

Zerlegen: Wortbausteine können Ihnen helfen, die Bedeutung eines Fachbegriffs selbst zu erschließen.

Umschreiben: Ersetzen Sie den Begriff anschließend durch einen kurzen, verständlichen Satz.

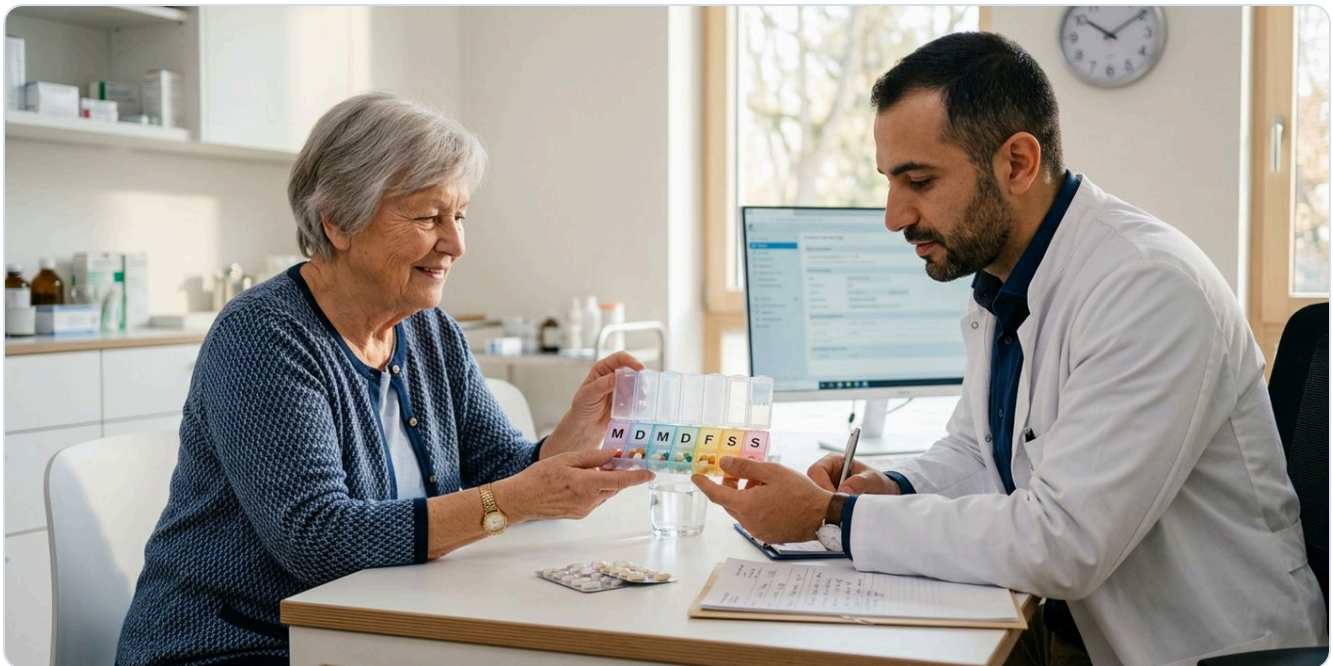
Veranschaulichen: Wenn es hilfreich ist, können Sie zusätzlich ein einfaches Bild oder einen Vergleich verwenden — „ein dünner, biegsamer Schlauch mit einer kleinen Kamera an der Spitze“.

Fachbegriff	Verständliche Erklärung für den Patienten
die Endoskopie	eine Untersuchung, bei der wir mit einem dünnen, biegsamen Schlauch und einer kleinen Kamera in den Körper sehen
die Sonographie · der Ultraschall	eine Untersuchung mit Schallwellen — ganz ohne Röntgenstrahlen
die Biopsie	die Entnahme einer kleinen Gewebeprobe, die anschließend untersucht wird
die Anästhesie	die Betäubung — entweder örtlich oder als Narkose für den ganzen Körper
benigne · maligne	gutartig · bösartig
die Thrombose	ein Blutgerinnsel, das ein Blutgefäß verstopft
die Antikoagulation	Medikamente, die das Blut „dünner“ machen, also die Gerinnung hemmen
intravenös (i. v.)	direkt in die Vene, über einen Zugang am Arm
die Punktion	das Einstechen mit einer feinen Nadel, um Flüssigkeit zu gewinnen oder abzulassen
die Resektion	das operative Entfernen eines Organs oder eines Organteils

5.6

Menge & Dosis · Einnahmeschema lesen

Mengen können unbestimmt, ungefähr oder exakt angegeben werden. Unbestimmt sind zum Beispiel **etwas**, **ein bisschen**, **mehrere** oder **einige**. Ungefähre Angaben werden mit **ca.**, **etwa**, **ungefähr** oder **rund** formuliert; exakte Angaben bestehen aus einer Zahl und einer Einheit, zum Beispiel 500 mg oder 10 ml. Beim Medikament zählt vor allem, das **Einnahmeschema** sicher zu lesen.



Das 1-0-1(-0)-Schema

Bei Einnahmeschemata begegnet Ihnen häufig eine Kurzschreibweise mit Tageszeiten in fester Reihenfolge, zum Beispiel **morgens – mittags – abends – zur Nacht**. Ein Schema wie **1-0-1-0** bedeutet entsprechend: morgens eine Einheit, mittags keine, abends eine und zur Nacht keine. Steht statt einer Zahl **b. B.** (*bei Bedarf*), wird das Mittel nur bei Beschwerden genommen, nicht nach festem Plan.

MORGENS	MITTAGS	ABENDS	ZUR NACHT
1 zum Frühstück	0 —	1 zum Abendessen	0 —

1 - 0 - 1 - 0 · morgens und abends je eine Einheit

Zur Dosis gehört die **Einnahmezeit**: **nüchtern** (mit leerem Magen, vor dem Frühstück), **vor / zu / nach dem Essen** sowie **zur Nacht** (vor dem Schlafengehen). Diese Angaben stehen im Medikamentenplan und werden im Aufklärungs- und Anamnesegespräch erfragt: „**Wann** nehmen Sie das Medikament — vor oder nach dem Essen?“

TEIL

B

Arzt-Patient-Gespräch (Anamnese)

KAP. 06–22 · 17 KAPITEL

SCHWERPUNKT

Gesprächsstruktur, 7-W-Schema, organspezifische Anamnese

BEZUG ZUR FSP

Teil 1 (Anamnese)

KAPITEL IN DIESEM TEIL

ALLGEMEINER RAHMEN

06	Gesprächsstruktur im Überblick	61
07	Das 7-W-Schema	71
08	Allgemeine Anamnese	83
09	Vegetative Anamnese	95
10	Sozial- & Risikoanamnese	105

ORGANSPEZIFISCHE ANAMNESE

11	Kardiovaskuläres System	115
12	Respiratorisches System	126
13	Gastrointestinales System	135

14	Urogenitales System	144
15	Neurologisches System	154
16	Muskuloskelettales System	165
17	Endokrines & metabolisches System	175
18	Gynäkologische Anamnese	186
19	Psychiatrische Anamnese	199
20	Dermatologisches System	208

GESPRÄCHSTECHNIK & UNTERSUCHUNG

21	Gesprächsführung & Empathie	219
22	Körperliche Untersuchung ankündigen	229

7.5

Das Schema am Beispiel

Der folgende Ausschnitt setzt nach dem Einstieg an: Die Patientin hat als Leitsymptom **Bauchschmerzen** genannt, und die Ärztin arbeitet nun das 7-W-Schema durch. Achten Sie darauf, wie die Schlüsselfragen *natürlich* ins Gespräch eingebettet sind — kein Verhör, sondern ein roter Faden. Das Beispiel ist *illustrativ*; die Schlüsselfragen sind hervorgehoben.



Aufnahmegespräch · 7-W am Leitsymptom



Sie haben gerade von Bauchschmerzen gesprochen. **Können Sie mir genau zeigen, wo es am meisten wehtut?**



Hier, so im Oberbauch, in der Mitte. (zeigt mit der Hand)



Seit wann haben Sie die Schmerzen? Kamen sie plötzlich oder eher allmählich?



Seit gestern Abend. Erst war es nur ein leichtes Ziehen, jetzt ist es deutlich stärker.



Und wie fühlt sich der Schmerz an?



Hm, das ist schwer zu beschreiben.



Ist er eher dumpf, stechend, brennend oder anders?



So ein dumpfer Druck, und manchmal wird es richtig krampfartig.

18.6

Modelldialog I — Zwischenblutungen & Ausfluss

Der erste Dialog zeigt, wie die Inhalte aus *Abschn. 18.2–18.4* in einem **möglichen Gesprächsverlauf** miteinander verbunden werden können. Die Reihenfolge richtet sich dabei nach den **Angaben der Patientin** und dem **Gesprächsverlauf**. Alle Zahlen und Daten sind illustrative Beispiele.



Gynäkologische Aufnahme · Zwischenblutungen und Ausfluss



Guten Tag, Frau Lange. **Was führt Sie heute zu uns?**



Seit ein paar Wochen blute ich immer wieder zwischendurch — nur leicht, aber es beunruhigt mich. Und ich habe einen Ausfluss, den ich so gar nicht kenne.



Gut, dass Sie das abklären lassen. Ich stelle Ihnen dazu einige persönliche Fragen — sie gehören zur Routine und helfen mir, alles richtig einzuordnen. **Bekommen Sie Ihre Tage regelmäßig?**



Ziemlich regelmäßig, eigentlich.



Wann hatten Sie Ihre letzte Regelblutung?



Die letzte fing am achten August an — das weiß ich noch genau.



Danke. **Wie lange dauert Ihre Regelblutung normalerweise?**



Ungefähr fünf Tage.

23.2

Der Bauplan · das Skelett auf einen Blick

■ KOPF · DER FORMALE RAHMEN

01	Absender	Klinik, Abteilung, Direktor/Chefarzt, Anschrift, Datum
02	Empfänger	überweisende / hausärztliche Praxis; „ <i>Nachrichtlich</i> “ an den Patienten
03	Brieftyp / Betreff	Aufnahme- / Verlegungs- / Entlassungsbericht; Patient, geb., Datum
04	Anrede & Einleitungssatz	„Sehr geehrte ...“, → klein „wir berichten Ihnen nachfolgend über ...“

■ DIAGNOSEN

05	Diagnosenblock	Haupt- vor Nebendiagnosen; V. a., Z. n.	→ Kap. 25
----	-----------------------	---	-----------

■ HAUPTTEIL · INHALT

06	Anamnese	Haupt-/Nebenbeschwerden, Verlauf	HÄUFIG KONJUNKTIV I
07	Vorerkrankungen	+ Voroperationen, Medikamente, Allergien, Noxen	HÄUFIG KONJUNKTIV I
08	Vegetative Anamnese	Appetit, Gewicht, Schlaf, Miktion, Stuhlgang, Durst, Schwitzen, Fieber	HÄUFIG KONJUNKTIV I
09	Familienanamnese	relevante Erkrankungen der Angehörigen	HÄUFIG KONJUNKTIV I
10	Sozialanamnese	Beruf, Wohnsituation, Familienstand	HÄUFIG KONJUNKTIV I
11	Körperlicher Befund	bei Aufnahme; AZ/EZ, Organstatus	INDIKATIV
12	Labor & apparative Befunde	mit Datum; Bildgebung, EKG ...	PASSIV
13	Zusammenfassende Beurteilung	Synthese, Verdacht, DD-Abwägung	INDIKATIV
14	Therapie & Procedere	Laufendes & Geplantes; Empfehlungen	PRÄGNANT / FACHSPRACHLICH

■ SCHLUSS

15	Grußformel	„... stehen für Rückfragen ... · Mit freundlichen kollegialen Grüßen“
16	Unterschriften	Assistenz- / Ober- / Chefarzt mit Funktion

23.3

Der Briefkopf · Absender, Empfänger, Patient

Der Kopf beantwortet vier Fragen, bevor der eigentliche Bericht beginnt: **Von wem** kommt der Brief, **an wen** geht er, **um welchen Patienten** geht es und **um welchen Brieftyp** handelt es sich. Wenn das Prüfungsformat einen Briefkopf vorsieht, sollten die erforderlichen Angaben **vollständig und übersichtlich** eingetragen werden.

23.7

Der Schlussteil · Gruß & Unterschrift

Den Abschluss bilden eine **kollegiale Schlussformel** und die **Unterschriften**. Die Formel ist standardisiert — sie gehört auch dann in den Brief, wenn die Zeit knapp wird: „Über den weiteren Verlauf berichten wir. Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung. Mit freundlichen kollegialen Grüßen.“ Darunter folgen die **Unterschriften mit Funktion** (z. B. Assistenzärztin / Oberärztin / Chefarzt). Beim Entlassungsbrief schließt zusätzlich die **Medikation bei Entlassung** an.

23.8

Der vollständige Musterbrief

Ein **Aufnahmebericht** mit allen Bauteilen in korrekter Reihenfolge. Der Musterbrief zeigt **typische sprachliche Mittel**: Für wiedergegebene Patientenangaben kann der **Konjunktiv I** verwendet werden, eigene Befunde werden direkt dokumentiert und Maßnahmen sowie das weitere Vorgehen präzise fachsprachlich formuliert. (*Sprachregeln: Kap. 24.*)

DOKUMENT

Klinik für Innere Medizin / Pneumologie

Klinikum der Beispielstadt · Direktor: Prof. Dr. med. A. Hoffmann
Klinikstraße 7 · 50000 Beispielstadt

24.05.2026
Pat.-Nr. 2026-09134

An die hausärztliche Praxis · Herrn Dr. med. T. Peters · Lindenweg 4 · 50000 Beispielstadt

Nachrichtlich: dem Patienten

Aufnahmebericht · Herr Walter König, geb. 02.11.1954 · Aufnahme am 24.05.2026

Sehr geehrter Herr Kollege Peters, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
wir berichten Ihnen nachfolgend über unseren gemeinsamen Patienten, Herrn Walter König, geb. am 02.11.1954, wohnhaft Rosenstraße 21, 50000 Beispielstadt, der sich am 24.05.2026 in unserer zentralen Notaufnahme vorstellte und stationär aufgenommen wurde.

DIAGNOSEN

- D1** Dringender klinisch-radiologischer V. a. ambulant erworbene Pneumonie des rechten Unterlappens
- D2** Arterielle Hypertonie
- D3** Nikotinkonsum (ca. 30 py)



ACHSE 1 · ANAMNESE

Was der Patient berichtet

häufig indirekte Rede / Konjunktiv I

„Der Patient **gebe** an, seit zwei Tagen Schmerzen zu **haben**; das Fieber **sei** gestern aufgetreten.“

ACHSE 2 · MASSNAHMEN

Durchgeführte Maßnahmen

häufig Passiv, meist in der Vergangenheit

„Der Patient **wurde** stationär aufgenommen. Blut **wurde** abgenommen, ein EKG **wurde** geschrieben.“

ACHSE 3 · BEFUND

Was Sie selbst erhoben haben

Indikativ Präsens

„Das Abdomen **ist** weich, kein Druckschmerz. Die Darmgeräusche **sind** regelrecht.“

Die Logik dahinter ist medizinisch, nicht nur grammatisch. **Was der Patient sagt, stammt aus seiner Schilderung** — der Konjunktiv I macht diese **Quelle** in der indirekten Rede sichtbar. **Selbst erhobene Befunde** werden als eigene Untersuchungsergebnisse **direkt und sachlich dokumentiert**. Und das **Passiv** rückt die Maßnahme in den Vordergrund (*was* geschah), nicht den Handelnden (*wer* es tat) — denn im Klinikbetrieb ist die Handlung wichtiger als die Person.

! WARUM DIE PRÜFER GENAU HIER HINSCHAUEN



Die Trennung dieser drei Achsen ist **einer der zentralen Gesichtspunkte, auf die Prüfer im schriftlichen Teil achten** (Kap. 38). Bei der Wiedergabe von Patientenangaben sollte sprachlich erkennbar bleiben, dass die Information **vom Patienten stammt**. Dafür eignet sich besonders die **indirekte Rede mit Konjunktiv I**. Umgekehrt wirkt ein durchgängiger Konjunktiv beim selbst erhobenen Befund unsicher und falsch („Das Abdomen *sei* weich“ — haben Sie es nun getastet oder nicht?). Die drei Achsen sauber zu führen, signalisiert dem Prüfer in jedem Satz strukturiertes ärztliches Denken.

BAUSTEIN 1 · OBJEKTIV

Befund**Indikativ**

„Das Abdomen **ist** weich, kein Druckschmerz; die Darmgeräusche **sind** regelrecht.“

BAUSTEIN 2 · WERTEND

Beurteilung**Indikativ Präsens**

„Es **besteht** der dringende Verdacht auf eine ambulant erworbene Pneumonie.“

BAUSTEIN 3 · PLANEND

Procedere**häufig Nominalstil oder knappe, eindeutige Formulierungen**

„Stationäre Aufnahme, kalkulierte Antibiose, klinische Verlaufskontrolle.“

C
26

Befund und Beurteilung stehen beide in **Ihrer eigenen Stimme**, dem nüchternen Indikativ: der eine berichtet, *was Sie festgestellt haben*, der andere, *was es bedeutet*. Das Procedere wechselt in den **telegrammartigen Nominalstil** — eine Liste von Schritten, keine ausformulierten Sätze. Eine Sonderrolle behält der **Konjunktiv I**: Sobald eine reine Patientenangabe in die Beurteilung einfließt, bleibt sie referiert und wird nicht zur Tatsache umgedeutet.

Der Farbcode (aus Kapitel 24): **INDIKATIV** eigener Befund & Schluss · **PASSIV** durchgeführte Maßnahme · **NOMINAL** Plan / Procedere · **KONJ I** referierte Patientenangabe. Diese sprachlichen Formen helfen dabei, **Informationsquelle, Befund, durchgeführte Maßnahmen und geplantes Vorgehen** klar voneinander zu unterscheiden.

Sprachliche Form	Wo im Brief	Beispiel
INDIKATIV PRÄSENS	körperlicher Befund · Beurteilung	„Das Abdomen ist weich.“ · „Es besteht der V. a. ...“
INDIKATIV PRÄTERITUM	apparativer Ergebnis-Befund	„Sonographisch zeigte sich eine verdickte Wand.“
PASSIV PRÄTERITUM	durchgeführte Maßnahme / Diagnostik	„ Blut wurde abgenommen ; eine CT wurde veranlasst .“
NOMINALSTIL	Procedere · Stichpunkt-Plan	„Stationäre Aufnahme, Analgesie, Verlaufskontrolle.“
KONJUNKTIV I	referierte Angabe in der Beurteilung	„... zumal der Patient angebe , nüchtern zu sein.“

Wie diese Formen *gebildet* werden — Passiv mit *werden*, Konjunktiv I aus dem Präsensstamm, der Nominalstil aus Funktionsverbgefügen — ist Stoff von Kapitel 24. Hier geht es darum, **welche Form zu welcher Aussage passt** und mit welchem Inhalt Sie den Abschnitt füllen.

28.2

Die SOAP-Logik · das gedankliche Rückgrat

Warum gerade diese Reihenfolge? Das international gebräuchliche Ordnungsschema dahinter ist die **SOAP-Logik**. Die vier Buchstaben bieten ein **verbreitetes Schema** zur strukturierten Darstellung medizinischer Informationen.

S — Subjektives: alles, was der *Patient* berichtet — die Beschwerden und die gesamte Anamnese. Wiedergabe im Konjunktiv I.

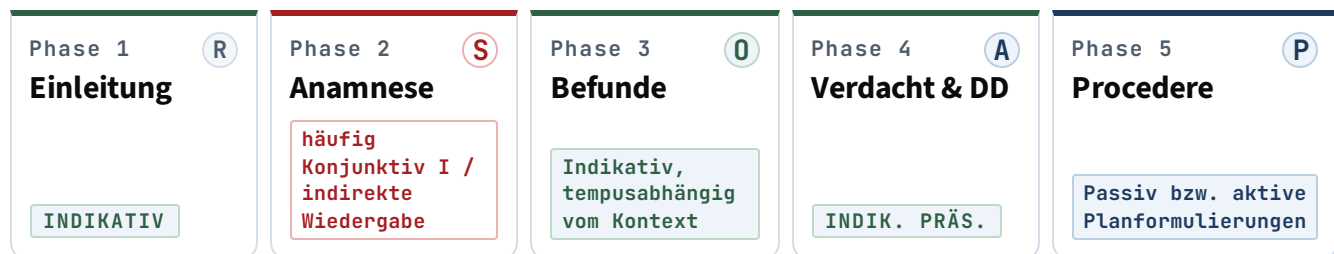
O — Objektives: Ihre *eigenen* Befunde — zuerst die klinische Untersuchung, dann das Labor, dann technische und bildgebende Verfahren; auch relevante Negativbefunde.

A — Assessment (Beurteilung): Ihre *Schlussfolgerung* — die Verdachtsdiagnose und die Differenzialdiagnosen.

P — Plan: das *weitere Vorgehen* — bereits Veranlasstes und Geplantes.

Die mündliche FSP-Vorstellung stellt dem S noch eine kurze **Einleitung** voran — die Rahmung: wer der Patient ist und warum er kommt. So werden aus vier SOAP-Buchstaben **fünf hörbare Phasen**:

ABLAUF ►►►



R Rahmen S Subjektives O Objektives A Assessment P Plan

Die Reihenfolge ist kein Formalismus, sondern bildet den **diagnostischen Weg** ab: Man hört zu (Anamnese), bevor man untersucht (Befunde); man untersucht, bevor man schlussfolgert (Verdacht); und man schlussfolgert, bevor man handelt (Procedere). Wer diese Logik einhält, klingt automatisch geordnet — und genau das wollen die Prüfer hören. Es ist exakt dieselbe Dramaturgie wie im Hauptteil des Arztbriefes (*Kapitel 23, Abschn. 23.6*); der einzige Unterschied ist, dass Sie sie jetzt **sprechen** statt schreiben.

! INFORMATIONSQUELLE UND SPRACHLICHE FORM

Jede SOAP-Phase hat ihren typischen **Modus** — und der ist nicht zufällig, sondern bedeutungstragend. Die sprachliche Form richtet sich nach **Informationsquelle und Funktion**: Patientenangaben werden als **wiedergegebene Informationen** gekennzeichnet, **eigene Befunde** als solche dargestellt und bereits erfolgte bzw. geplante **Maßnahmen** sprachlich eindeutig voneinander unterschieden. Die Bildung dieser Formen ist Thema von *Kapitel 24*.

Das Gerüst · fünf Phasen, fünf Gelenke

fallneutral

1 Einleitung · *wer, woher, warum*

„Ich möchte Ihnen ... vorstellen, eine/n ...-jährige/n Patientin/Patienten, der/die sich ... vorgestellt hat. Vorstellungsgrund war/en ... seit“

2 Anamnese · *Konjunktiv I, ohne Zitate*

„Anamnestisch gibt der Patient an, dass ... (Leitsymptom, Verlauf).“ — knapp folgen Vorerkrankungen, Medikamente, Allergien, Noxen, Familien- und Sozialanamnese.

3 Befunde · *Indikativ Präteritum / Maßnahmen im Passiv*

„Klinisch präsentierte sich“ → „Laborchemisch fanden sich“ → „Sonographisch stellte sich ... dar.“ — Veranlasstes im Passiv: „... wurde *abgenommen / geschrieben*.“

4 Verdacht & DD · *Indikativ Präsens*

„Aus der Zusammenschau ergibt sich der dringende Verdacht auf“ — „Differenzialdiagnostisch kommen in Betracht ...“ bzw. „... sind auszuschließen.“

5 Procedere + Abschluss · *Passiv / Präsens*

„Im Procedere wurde ... eingeleitet; wir planen“ — Bereits erfolgte und geplante Maßnahmen werden kurz zusammengefasst. Angaben zu Aufklärung und Einwilligung werden ergänzt, sofern sie für den Fall relevant sind.

D
28

28.7

Häufige Strukturfehler

SPRECHWERKSTATT · STRUKTUR STATT STOLPERFALLE



~~„Er sagt, sein Bauch tut weh.“~~

→ „... gibt an, unter Bauchschmerzen zu leiden.“

KONJ. I

~~„Der Bauch war ganz hart.“~~

→ „Klinisch zeigte sich eine Abwehrspannung des Abdomens.“

INDIK. PRÄT.

~~„Ich dachte gleich an einen Infarkt und habe Blut abgenommen ...“~~

→ Erst die Befunde, dann der Schluss: „... Laborchemisch fanden sich ...; aus der Zusammenschau ergibt sich der Verdacht auf ...“



Abwägen Die Sprache des Pro und Contra

INDIKATIV

WAS FÜR EINE DIAGNOSE SPRICHT

- › „Für eine kardiale Genese spricht der belastungsabhängige retrosternale Schmerz mit Ausstrahlung in den linken Arm.“
- › „Dafür spricht außerdem das kardiovaskuläre Risikoprofil mit arterieller Hypertonie und Nikotinkonsum.“
- › „Typisch für eine Lungenembolie ist der plötzlich einsetzende, atemabhängige Schmerz mit Dyspnoe.“
- › „Der Befund ist gut vereinbar mit ... / passt gut zu“

WAS GEGEN EINE DIAGNOSE SPRICHT

- › „Gegen eine muskuloskelettale Ursache spricht die fehlende Druck- und Bewegungsabhängigkeit des Schmerzes.“
- › „Das Fehlen typischer EKG-Veränderungen macht einen akuten Infarkt weniger wahrscheinlich.“
- › „Der unauffällige Auskultationsbefund spricht eher gegen eine pneumonische Ursache.“

GEWICHTEN & UNSICHERHEIT BENENNEN

- › „Am ehesten handelt es sich um ein akutes Koronarsyndrom.“
- › „Weniger wahrscheinlich, aber nicht ausgeschlossen, ist eine Lungenembolie.“
- › „Eine Aortendissektion lässt sich klinisch nicht sicher ausschließen und muss mittels CT-Angiographie abgeklärt werden.“