

Fall 01 Akute Appendizitis *Appendicitis acuta*

A
01**1.1** Patientenkarte**1.2** Schlüsselbegriffe**1.3** 7-W-Schema**1.4** Anamnesegespräch**1.5** Patientensprache → Fachsprache**1.6** Gesprächsabschluss**1.7** Verdachtsdiagnose & Differenzialdiagnosen**1.8** Arztbrief · Teil 2 der FSP**1.9** Schreibwerkstatt · Warum so und nicht anders?**1.10** Patientenvorstellung · Teil 3 der FSP**1.11** Aufklärungsgespräch · Laparoskopische Appendektomie

Die akute Appendizitis ist eine Entzündung des Wurmfortsatzes. In diesem Fall üben Sie das Anamnesegespräch mit Herrn Lindner — offene Fragen und gezielte Nachfragen, unter anderem zur Schmerzwanderung und zu Hodenbeschwerden —, den Gesprächsabschluss, den Arztbrief in Übungs- und Prüfungsfassung, die Patientenvorstellung sowie das Aufklärungsgespräch zur laparoskopischen Appendektomie.

1.1

Patientenkarte

Herr Jonas Lindner

ALTER 28 J. **BERUF** Doktorand (Maschinenbau) **WOHNSITUATION** lebt mit der Partnerin zusammen**SETTING** Zentrale Notaufnahme

„Ich habe seit gestern Mittag Bauchschmerzen, und es wird schlimmer statt besser. Heute Morgen hat meine Freundin gesagt, ich soll endlich ins Krankenhaus gehen.“

Brustdruck

LEITSYMPTOM

Druck hinter dem Brustbein mit Ausstrahlung in den linken Arm

Ruhe

VERLAUF

seit zwei Wochen Druck bei Anstrengung, heute Morgen erstmals in Ruhe und anhaltend

Schweiß

PATIENTENANGABEN

Schweißausbruch, Übelkeit, leichte Luftnot; nach dem Spray im Rettungswagen etwas besser

Rhythmus

NOTFALL-ASPEKT

Bei einem Herzinfarkt können lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen auftreten — die Abklärung ist dringlich

B
05

5.2

Schlüsselbegriffe**der Myokardinfarkt**

LAT *Infarctus myocardii*

PT „der Herzinfarkt“

DEF Untergang von Herzmuskelgewebe durch eine Minderdurchblutung; ohne ST-Hebung im EKG: NSTEMI

BRIEF „Akuter Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) am 22.04.2026“

die Koronararterie

LAT *Arteria coronaria*

PT „das Herzkranzgefäß“

DEF Arterie, die den Herzmuskel mit Blut versorgt; Adjektiv: koronar

BRIEF „Indikation zur Koronarangiographie“

das Druckgefühl

PT „Wie ein schwerer Stein auf der Brust.“

DEF drückende Beschwerden; hinter dem Brustbein: retrosternal

BRIEF „retrosternales Druckgefühl“

die Ausstrahlung

PT „Ja, in den linken Arm. Der fühlte sich ganz schwer an.“

DEF Ausbreitung der Beschwerden über den Ort der Entstehung hinaus; Verb: ausstrahlen

BRIEF „Der Druck strahle in den linken Arm aus“

der Schweißausbruch

PT „Ich war klatschnass geschwitzt.“

DEF plötzliches, starkes Schwitzen; Teil der vegetativen Begleitsymptomatik

BRIEF „vegetativer Begleitsymptomatik“

die Belastungsabhängigkeit

PT „jedes Mal, wenn ich mich angestrengt habe“

DEF Auftreten oder Zunahme von Beschwerden bei körperlicher Anstrengung; Adjektiv: belastungsabhängig

BRIEF „belastungsabhängige Druckbeschwerden“

die Koronarangiographie

PT „die Herzkatheteruntersuchung“

DEF Röntgendarstellung der Herzkranzgefäße mit Kontrastmittel über einen Katheter

BRIEF „Koronarangiographie innerhalb von 24 Stunden“

der Stent

PT „die Gefäßstütze“

DEF kleines Röhrchen aus Metallgeflecht, das ein aufgedehntes Gefäß offen hält

BRIEF „bei Bedarf mit Stentimplantation“

! VERWECHSLUNGSGEFAHR · „ANGINA“ UND ANGINA PECTORIS

In der Patientensprache meint „Angina“ meist eine Mandelentzündung (Tonsillitis, Angina tonsillaris; Buch 1, Kap. 39). Fachsprachlich steht Angina pectoris dagegen für anfallsartige Beschwerden in der Brust. Herr Ritter sagt: „Aber Angina hatte ich als Kind ständig“ — gemeint sind Mandelentzündungen, nach denen die Ärztin gefragt hat. Ein mehrdeutiges Patientenwort klären Sie im Gespräch und geben es im Brief eindeutig wieder: „im Kindesalter nach eigener Angabe häufig Mandelentzündungen“ (Buch 1, Kap. 04).

B
05**5.3****7-W-Schema****Sieben Fragen als Orientierung (Buch 1, Kap. 07) — angewendet auf Herrn Ritter**

SCHEMA 7 - W

W	Wo? LOKALISATION	„Wo genau spüren Sie den Druck? Können Sie mir die Stelle zeigen?“ → „Hier, in der Mitte, hinter dem Brustbein.“
W	Wann? BEGINN & VERLAUF	„Erzählen Sie mir bitte zunächst in Ruhe, wie das angefangen hat.“ → „Erst war es nur ein leichter Druck, dann ist es innerhalb von ein paar Minuten stärker und stärker geworden.“
W	Wie? CHARAKTER	„Können Sie mir genauer beschreiben, was Sie in der Brust spüren?“ <i>Mögliche Nachfrage: „Ist es eher ein Schmerz, ein Druck oder ein Engegefühl?“</i> → „Eher ein Druck. Wie ein schwerer Stein auf der Brust.“
W	Wie stark? INTENSITÄT	„Auf einer Skala von 0 bis 10 — wobei 0 gar keine Beschwerden und 10 die stärksten vorstellbaren Beschwerden bedeutet —, wie stark war der Druck heute Morgen?“ <i>Mögliche Nachfrage: „Und wie stark ist er im Moment?“</i> → „Heute Morgen eine Acht, bestimmt.“
W	Wohin? AUSSTRAHLUNG	„Strahlen die Beschwerden irgendwohin aus?“ <i>Mögliche Nachfrage: „Zum Beispiel auch in den Unterkiefer oder in den Rücken?“</i> → „Ja, in den linken Arm. Der fühlte sich ganz schwer an.“
W	Wodurch? AUSLÖSER & MODIFIKATOREN	„Treten die Beschwerden nur bei Belastung auf oder auch in Ruhe?“ <i>Mögliche Nachfrage: „Haben Sie bei derartigen Beschwerden schon einmal ein Nitro-Präparat, zum Beispiel ein Spray, eingenommen?“</i> → „Heute war es ja in Ruhe. Aber in den letzten zwei Wochen hatte ich das schon ein paarmal — jedes Mal, wenn ich mich angestrengt habe.“
W	Welche Begleitsymptome? BEGLEITSYMPTOME	„Sind zusammen mit dem Druck noch andere Beschwerden aufgetreten?“ <i>Mögliche Nachfrage: „Hatten Sie dabei auch Luftnot?“</i> → „Wie gesagt, ich war klatschnass geschwitzt. Und mir war übel.“

1.4

Anamnesegespräch



Notaufnahme · Anamnesegespräch



Guten Tag, Herr Lindner. Mein Name ist Dr. Kaya, ich bin Assistenzärztin in der Notaufnahme und würde gern mit Ihnen das Aufnahmegespräch führen. **Was führt Sie zu uns?**



Ich habe seit gestern Mittag Bauchschmerzen, und es wird schlimmer statt besser. Heute Morgen hat meine Freundin gesagt, ich soll endlich ins Krankenhaus gehen.



Ich verstehe. **Erzählen Sie mir bitte zunächst in Ruhe, wie das angefangen hat.**



Gestern Mittag, ganz langsam. Ich dachte erst, ich hätte mir den Magen verdorben. Inzwischen tut es vor allem rechts unten weh.



Danke. Ich würde Ihnen jetzt gern noch einige gezielte Fragen zu den Bauchschmerzen stellen und anschließend noch etwas zu Ihrer Vorgeschichte erfahren. **Ist das in Ordnung?**



Ja, natürlich.



Wo genau haben Sie die Schmerzen? Können Sie mir die Stelle zeigen?



Hier, rechts unten. Da ist es richtig empfindlich.



Sind die Schmerzen im Verlauf an eine andere Stelle gewandert?



Stimmt, jetzt wo Sie fragen: Angefangen hat es um den Bauchnabel herum, am Nachmittag ist es nach rechts unten gewandert. Dort ist es dann geblieben.



Wie haben sich die Schmerzen seitdem verändert?



Sie sind stärker geworden, vor allem seit heute Morgen.



Danke. **Wie fühlt sich der Schmerz an?**



Schwer zu sagen ... unangenehm, und zwar die ganze Zeit.



Ist der Schmerz eher dauerhaft da — oder kommt er in Wellen, wie Krämpfe?



Er ist dauerhaft da, dumpf und drückend. Keine Wellen. Aber wenn ich gehe oder huste, sticht es richtig.



Auf einer Skala von 0 bis 10 — wobei 0 gar kein Schmerz und 10 der stärkste vorstellbare Schmerz ist —, wie stark ist der Schmerz im Moment?



Im Liegen eine Sieben. Beim Husten so eine Neun.

? WARUM DIESE FRAGEN? · KLINISCHE BEGRÜNDUNG



Einige Fragen in diesem Gespräch können Hinweise für die Einordnung der Beschwerden geben und helfen, wichtige Differenzialdiagnosen abzugrenzen; entscheidend ist die Gesamtschau der Angaben (Buch 1, Kap. 30):

- **Belastung oder Ruhe:** Die kardiale Kernfrage aus Buch 1, Kap. 11, Abschn. 11.2; bei Herrn Ritter ergibt erst die Nachfrage, dass ähnliche Beschwerden in den Wochen zuvor bei Anstrengung auftraten.
- **Nitro-Frage:** Sie zeigt, ob die Beschwerden bekannt sind und wie sie auf das Medikament angesprochen haben; die Antwort wird notiert, die Deutung folgt später (Kap. 11, Abschn. 11.2).
- **Atmung, Lage, Essen, Infekt:** Die Fragerichtungen helfen, atem- oder lageabhängige Beschwerden, eine Refluxsymptomatik oder einen vorausgegangenen Infekt zu erkennen.
- **Beine und Bettlägerigkeit:** Hinweise auf ein Thromboserisiko (Kap. 11, Abschn. 11.6) — wichtig für die Differenzialdiagnose Lungenembolie.
- **Ausstrahlung in den Rücken:** gehört zur gezielten Nachfrage nach der Ausstrahlung; zur Aortendissektion Abschn. 5.7.
- **Risikoprofil:** Bluthochdruck, Blutfettwerte, Diabetes, Rauchen und Herzinfarkte in der Familie (Kap. 11, Abschn. 11.5; Kap. 10).
- **Blutverdünner und Kontrastmittel:** Die Antworten sind für mögliche weitere Untersuchungen und Behandlungen wichtig.

i SPRACHTIPP · SCHMERZ, DRUCK ODER ENGE



Nicht jeder Patient nennt ein Druck- oder Engegefühl in der Brust einen „Schmerz“. Deshalb beginnt die Frage offen: „Können Sie mir genauer beschreiben, was Sie in der Brust spüren?“ Erst wenn der Patient die Beschwerden nicht selbst genauer beschreibt, bieten Sie Möglichkeiten an: „Ist es eher ein Schmerz, ein Druck oder ein Engegefühl?“ (Buch 1, Kap. 11, Abschn. 11.2). Herr Ritter beschreibt einen Druck „wie ein schwerer Stein“. Für Arztbrief und Vorstellung geben Sie das fachsprachlich wieder — „retrosternales Druckgefühl“ —; im Gespräch formulieren Sie verständlich und patientengerecht (Buch 1, Kap. 03 und 04).

5.5

Patientensprache → Fachsprache

Herr Ritter beschreibt seine Beschwerden in eigenen Worten. Patientenbegriffe geben wichtige Hinweise, sollten aber bei Bedarf durch gezielte Nachfragen präzisiert werden, bevor sie fachsprachlich dokumentiert werden. Im Patientengespräch formuliert die Ärztin verständlich und patientengerecht; für den Arztbrief und die Vorstellung beim Oberarzt Dr. Wolf werden die relevanten Informationen anschließend fachsprachlich angemessen wiedergegeben (Buch 1, Kap. 04). Die linke Spalte zeigt Sätze von Herrn Ritter aus dem Gespräch, die rechte eine mögliche fachsprachliche Wiedergabe.

Neben dem akuten Koronarsyndrom kommen weitere Differenzialdiagnosen in Betracht; relevant sind die, die sich anhand der Angaben von Herrn Ritter nachvollziehbar einordnen lassen. Die mittlere Spalte zeigt, welche Angaben für die jeweilige Diagnose sprächen — sie liegen bei Herrn Ritter nicht vor, deshalb der Konjunktiv II. Die rechte Spalte zeigt, was dagegen spricht; die eigene Abwägung steht in der Regel im Indikativ (Buch 1, Kap. 30, Abschn. 30.3): „Gegen ... spricht ...“, „weniger wahrscheinlich, aber nicht ausgeschlossen“. Die Auswahl folgt dem Beispiel zum akuten Thoraxschmerz in Buch 1, Kap. 30, Abschn. 30.2.

Differenzialdiagnose	Dafür spräche ...	Dagegen spricht bei Herrn Ritter ...
Lungenembolie	plötzliche, ausgeprägte Luftnot, atemabhängige Schmerzen, eine einseitige Beinschwellung oder Risikofaktoren wie Bettlägerigkeit	Der Druck ist nicht atemabhängig, die Luftnot nur leicht; Beinschwellung und Bettlägerigkeit werden verneint.
Aortendissektion	ein schlagartig einsetzender, reißender Schmerz mit Ausstrahlung in den Rücken	Der Druck nahm über einige Minuten zu; eine Ausstrahlung in den Rücken wird verneint.
Akute Perikarditis	atem- oder lageabhängige Schmerzen, ein kürzlich durchgemachter Infekt	keine Atem- oder Lageabhängigkeit, kein Infekt in den letzten Wochen.
Refluxösophagitis	brennende Beschwerden, Sodbrennen, saures Aufstoßen	Sodbrennen und saures Aufstoßen werden verneint; in den Wochen zuvor traten die Beschwerden bei Anstrengung auf.

WARNZEICHEN · AORTENDISSEKTION



Ein schlagartig einsetzender, reißender Schmerz mit Ausstrahlung in den Rücken kann auf eine Aortendissektion hinweisen — eine seltene, aber potenziell lebensbedrohliche Differenzialdiagnose des Brustschmerzes (Buch 1, Kap. 30, Abschn. 30.2). Bei Brustschmerzen fragen Sie deshalb gezielt nach Beginn und Ausstrahlung: „Zum Beispiel auch in den Unterkiefer oder in den Rücken?“ (Buch 1, Kap. 11, Abschn. 11.2). Die Antwort gehört als relevante Angabe in die Anamnese, auch wenn sie verneint wird — bei Herrn Ritter: „eine Ausstrahlung in den Unterkiefer oder in den Rücken wird verneint“. Weniger wahrscheinlich heißt nicht ausgeschlossen; sicher ausschließen lässt sich eine Aortendissektion erst bildgebend (Kap. 30, Abschn. 30.6).

5.8

Arztbrief · Teil 2 der FSP

Im zweiten Prüfungsteil dokumentieren Sie in der Regel das Anamnesegespräch schriftlich. Aufbau, Modus und Formulierungen behandelt Buch 1, Kap. 23–27; hier folgt der Brief für Herrn Ritter, anschließend die Schreibwerkstatt mit fallspezifischen Hinweisen.

i IN DER PRÜFUNG LIEGT IHNEN VOR · NOTIZEN STATT BEFUNDE

Den Arztbrief schreiben Sie in der FSP nach dem Anamnesegespräch; Ihr Material sind die eigenen Notizen aus Teil 1 (Buch 1, Kap. 38). Je nach Prüfungsformat füllen Sie einen Dokumentationsbogen mit vorgegebenen Feldern aus oder schreiben einen Brief; Abschnitte und Sprache sind vergleichbar; welche Felder vorgegeben sind, kann je nach Kammer variieren (Kap. 23, Abschn. 23.1). Körperlicher Befund, Labor und Bildgebung liegen zu diesem Zeitpunkt in der Regel nicht vor, sofern sie nicht ausdrücklich vorgegeben werden. Erfinden Sie diese Abschnitte nicht (Buch 1, Kap. 23 und 26): Die Diagnostik wird als veranlasst, das Ergebnis als ausstehend formuliert — „Körperliche Untersuchung, Entzündungslabor, Urinstatus und Sonographie des Abdomens sind veranlasst; die Befunde stehen noch aus.“ —, und die Beurteilung stützt sich allein auf die Anamnese. Unten folgen beide Fassungen: zuerst der ausformulierte Aufnahmebrief mit erhobenen Befunden zur Übung, danach die Prüfungsfassung als Dokumentationsbogen.

✎ VORAB · BEFUNDE IN DIESEM FALL FORMULIEREN

Für Labor- und Bildgebungsbefunde gelten die Konventionen aus Buch 1, Kap. 26. Fallspezifisch: Im Labor stehen die Entzündungswerte (Leukozyten, CRP) mit Einheit und Pfeil, die übrigen Werte einschließlich Urinstatus in einem Sammelsatz. Der Sonographiebefund nennt Modalität und Datum, den Befund mit Maßangabe und einen Negativbefund; die Deutung bleibt vorsichtig: „vereinbar mit ...“.

| Übungsfassung · Aufnahmebrief mit Befunden

DOKUMENT

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Universitätsmedizin Musterstadt · Direktor: Prof. Dr. med. M. Schäfer
Beispielstraße 1 · 50000 Musterstadt · Tel. 0123 / 456-789

18.05.2026
Pat.-Nr. 2026-04711

An die hausärztliche Praxis
Frau Dr. med. K. Bauer
Bahnhofstraße 12 · 50000 Musterstadt
Nachrichtlich: dem Patienten

Aufnahmebericht · Herr Jonas Lindner, geb. 12.03.1998 · Aufnahme am 18.05.2026

Sehr geehrte Frau Kollegin Bauer, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
wir berichten Ihnen nachfolgend über unseren gemeinsamen Patienten, Herrn Jonas Lindner, geb. am 12.03.1998, wohnhaft Gartenweg 8, 50000 Musterstadt, der sich am 18.05.2026 in unserer zentralen Notaufnahme vorstellte und stationär aufgenommen wurde.

DOKUMENT

DOKUMENTATIONSBOGEN · HERR JONAS LINDNER, 28 J. · ZENTRALE NOTAUFNAHME, 18.05.2026

AKTUELLE ANAMNESE KONJ I

Der 28-jährige Patient stellte sich selbständig in der Notaufnahme vor. Er **gebe an**, seit dem Vortag mittags unter Bauchschmerzen zu leiden, die periumbilikal begonnen und sich im Verlauf des Nachmittags in den rechten Unterbauch verlagert **hätten**. Der Schmerz **sei** dumpf-drückend und anhaltend (NRS 7/10 in Ruhe, 9/10 beim Husten) und **verstärke** sich beim Gehen und Husten; Linderung **verschaffe** die Rückenlage mit angezogenem rechten Bein. Eine Ausstrahlung **bestehe** nicht. Begleitend **bestünden** Übelkeit und Inappetenz; am Aufnahmemorgen **habe** er einmal erbrochen. Die selbst gemessene Temperatur **habe** 37,9 °C betragen. Eine Tablette Ibuprofen **habe** keine wesentliche Besserung gebracht.

VEGETATIVE ANAMNESE STICHPUNKTE

Ausgeprägte Inappetenz; Übelkeit, einmaliges Erbrechen ohne Blut; kein Schüttelfrost. Stuhlgang am Vorabend einmalig weich; keine Diarrhö, kein Blut im Stuhl. Miktion unauffällig; Dysurie und Hämaturie verneint. Hodenschmerzen und Hodenschwellung verneint.

VORERKRANKUNGEN · MEDIKATION · ALLERGIEN · NOXEN STICHPUNKTE

Vorerkrankungen und Voroperationen: keine. Medikation: keine Dauermedikation, keine weiteren Präparate; Ibuprofen einmalig am Aufnahmemorgen. Allergien: Pollen; keine Medikamentenallergien bekannt. Noxen: Nichtraucher; Alkohol gelegentlich (2–3 Bier am Wochenende); keine Drogen.

SOZIAL- & FAMILIENANAMNESE STICHPUNKTE

Doktorand (Maschinenbau), lebt mit der Partnerin zusammen. Vater mit arterieller Hypertonie; chronisch-entzündliche Darmerkrankungen in der Familie nicht bekannt.

VERDACHTSDIAGNOSE NOMINAL

Dringender V. a. akute Appendizitis

DIFFERENZIALDIAGNOSEN NOMINAL

Hodentorsion · akute Gastroenteritis · Ileitis terminalis bei Morbus Crohn · rechtsseitige Nierenkolik

WEITERES VORGEHEN PASSIV

Körperliche Untersuchung, Entzündungslabor, Urinstatus und Sonographie des Abdomens sind veranlasst; die Befunde stehen noch aus. Bis zur Klärung bleibt der Patient nüchtern; eine Analgesie und eine Infusionstherapie sind geplant. Bei Bestätigung des Verdachts ist eine laparoskopische Appendektomie vorgesehen.

VORERKRANKUNGEN · MEDIKATION · ALLERGIEN · NOXEN **STICHPUNKTE**

Vorerkrankungen: arterielle Hypertonie seit ca. acht Jahren; Dyslipidämie (hausärztlich festgestellt); Diabetes mellitus und Herzerkrankungen nicht bekannt; im Kindesalter häufig Mandelentzündungen, rheumatisches Fieber nicht bekannt. Voroperationen: Meniskusoperation rechtes Knie 2019. Medikation: Ramipril 5 mg 1-0-0 (nach Angabe); keine Antikoagulanzen. Allergien: angegebene Penizillinallergie (Ausschlag am ganzen Körper); bisher kein Kontrastmittel erhalten. Noxen: Nikotinkonsum ca. 42 py; Alkohol abends ein Bier, am Wochenende zwei; keine Drogen.

SOZIAL- & FAMILIENANAMNESE **STICHPUNKTE**

Elektromeister mit eigenem Betrieb, häufig auf Baustellen; lebt mit der Ehefrau zusammen; keine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht. Vater mit 58 Jahren an einem Myokardinfarkt verstorben; Mutter mit arterieller Hypertonie.

VERDACHTSDIAGNOSE **NOMINAL**

Dringender V. a. akutes Koronarsyndrom

DIFFERENZIALDIAGNOSEN **NOMINAL**

Lungenembolie · Aortendissektion · akute Perikarditis · Refluxösophagitis

WEITERES VORGEHEN **PASSIV**

Körperliche Untersuchung, 12-Kanal-EKG und Labor einschließlich Troponin sind veranlasst; die Befunde stehen noch aus. Der Patient wird bis zur Klärung am Monitor überwacht. Bei Bestätigung des Verdachts ist eine Koronarangiographie vorgesehen.

5.9**Schreibwerkstatt · Warum so und nicht anders?**

Im Brief für Herrn Ritter stecken einige fallspezifische Formulierungsentscheidungen. Jede Werkstatt stellt eine schwächere und eine stärkere Formulierung gegenüber (Buch 1, Kap. 01, Abschn. 1.4). Allgemeine Aufbau- und Stilregeln behandelt Kap. 23–27, die Modusregeln Kap. 24; zur Zeiteinteilung siehe Kap. 27, Abschn. 27.3 und Kap. 38, Abschn. 38.3.

1 Anamnese · Leitsymptom mit fallrelevanten Merkmalen, ohne Patientenzitate

„ **Anamnestisch gibt der Patient an** , seit dem gestrigen Mittag unter Bauchschmerzen zu leiden, die periumbilikal begonnen und sich in den rechten Unterbauch verlagert hätten. Der Schmerz sei dumpf und anhaltend und verstärkte sich beim Gehen und Husten; begleitend bestünden Übelkeit und Inappetenz, er habe einmal erbrochen. Hodenbeschwerden verneine er. Relevante Vorerkrankungen seien nicht bekannt, ebenso keine Medikamentenallergien.“

2 Befunde · klinisch · laborchemisch · bildgebend, sofern sie vorliegen

„ **Klinisch präsentierte sich** ein Patient in leicht reduziertem Allgemeinzustand, kreislaufstabil, mit einer Temperatur von 38,2 Grad. Es fand sich ein Druckschmerz am McBurney-Punkt mit Loslassschmerz. **Laborchemisch fanden sich** erhöhte Entzündungswerte. **Sonographisch stellte sich** eine verdickte, nicht komprimierbare Appendix **dar** .“

3 Verdachts- & Differenzialdiagnose

„ **Aus der Zusammenschau ergibt sich** der dringende Verdacht auf eine akute Appendizitis. **Differenzialdiagnostisch** ist vor allem eine Hodentorsion zu erwägen; dagegen sprechen die fehlenden Hodenbeschwerden und der unauffällige Hodenbefund. Eine Gastroenteritis und eine Nierenkolik erscheinen bei fehlendem Durchfall und unauffälligem Urinstatus weniger wahrscheinlich.“

4 Procedere · was läuft, was ist geplant

„ **Im Procedere haben wir** den Patienten stationär aufgenommen und eine Analgesie eingeleitet. **Wir planen** die laparoskopische Appendektomie noch heute; die Aufklärung führe ich im Anschluss durch. **Das war zunächst alles.** Gern bespreche ich den Fall mit Ihnen. — Vielen Dank.“

Konjunktiv I — was der Patient berichtet · **Indikativ** — Befunde und Beurteilung · **Perfekt bzw. Passiv** — bereits erfolgte Maßnahmen (Buch 1, Kap. 29, Abschn. 29.7).

i SPRACHTIPP · ÜBERGANGSSIGNALE



Geeignete Übergangsformulierungen machen den Aufbau der Vorstellung für den Zuhörer erkennbar (Buch 1, Kap. 28). Die Sätze dieses Falls sind ein Muster zur Orientierung; sie kehren in den Fällen dieses Buches wieder: „Anamnestisch gibt der Patient an, ...“ → „Klinisch präsentierte sich ...“ → „Laborchemisch fanden sich ...“ → „Sonographisch stellte sich ... dar“ → „Aus der Zusammenschau ergibt sich ...“ → „Differenzialdiagnostisch ist ... zu erwägen“ → „Im Procedere haben wir ...; wir planen ...“ → „Das war zunächst alles.“ Für die Eröffnung ist zum Beispiel auch möglich: „Guten Tag, Herr Dr. Müller, wir haben einen neuen Patienten, Herrn Lindner — darf ich Ihnen den Fall vorstellen?“ Varianten und weitere Redemittel: Buch 1, Kap. 29, Abschn. 29.3–29.5.

RÜCKFRAGEN · FALL 05 · AKUTER MYOKARDINFARKT**Q** *Wie kommen Sie auf die Diagnose eines Nicht-ST-Hebungsinfarkts?*

A Meine Diagnose ist ein akuter Nicht-ST-Hebungsinfarkt. Dafür sprechen das in Ruhe aufgetretene retrosternale Druckgefühl mit Ausstrahlung in den linken Arm, die vegetative Begleitsymptomatik, die ST-Streckensenkungen ohne ST-Hebungen und das ansteigende Troponin.

Q *Welche Differenzialdiagnosen kommen in Frage, und wie grenzen Sie sie ab?*

A Eine Aortendissektion erscheint bei nicht schlagartigem Beginn, fehlender Ausstrahlung in den Rücken und seitengleichen Blutdruckwerten weniger wahrscheinlich; sicher ausschließen lässt sie sich erst bildgebend. Gegen eine Lungenembolie sprechen die fehlende Atemabhängigkeit und das Fehlen von Beinschwellung und Bettlägerigkeit.

Q *Welche weiteren Untersuchungen veranlassen Sie — und warum?*

A EKG und Troponin wurden bereits bestimmt. Ich würde eine Echokardiographie veranlassen, um die Pumpfunktion zu beurteilen, und die Koronarangiographie zeitnah anmelden.

Q *Wie behandeln Sie, und welche Komplikationen beachten Sie?*

A Ich würde eine Koronarangiographie, bei Bedarf mit Stentimplantation, empfehlen, weil Klinik, EKG und Troponinverlauf für einen Nicht-ST-Hebungsinfarkt sprechen. Eine mögliche Komplikation wäre eine maligne Herzrhythmusstörung; deshalb wäre eine kontinuierliche Monitorüberwachung wichtig.

Q *Erklären Sie dem Patienten, was ein Herzinfarkt ist.*

A „Herr Ritter, Sie hatten einen Herzinfarkt. Ein Blutgefäß, das den Herzmuskel versorgt, ist bei Ihnen wahrscheinlich stark verengt; dadurch hat ein Teil des Herzmuskels zu wenig Blut bekommen. Deshalb hatten Sie den Druck auf der Brust.“ Das ausführliche Aufklärungsgespräch folgt in [Abschn. 5.11](#).

Indikativ — Begründung · **Konjunktiv II** — Vorschlag und Abwägung · **Passiv Präteritum** — bereits Veranlassstes (Buch 1, [Kap. 31](#), [Abschn. 31.6](#)).

5.11**Aufklärungsgespräch · Herzkatheteruntersuchung**

Je nach Ärztekammer ist das Aufklärungsgespräch Teil des ersten oder des dritten Prüfungsteils (Buch 1, [Kap. 32](#)). Das Gespräch in diesem Fall ist in acht Schritte gegliedert; sie dienen als Orientierung und werden der Situation angepasst: Diagnose erklären ([Kap. 33](#)), Maßnahme benennen ([Kap. 34](#)), Ablauf schildern — vorher, währenddessen, direkt danach, in den Tagen danach ([Kap. 34](#), [Abschn. 34.3](#)), relevante Risiken einordnen ([Kap. 35](#)), Alternativen und Erfolgsaussichten darstellen ([Kap. 34](#), [Abschn. 34.4–34.5](#)), auf weitere Aufklärungen hinweisen, Rückfragen und Bedenkzeit anbieten ([Kap. 35](#), [Abschn. 35.5](#)), Einwilligung einholen ([Kap. 35](#), [Abschn. 35.6](#)).

1.11

Aufklärungsgespräch · Laparoskopische Appendektomie

Je nach Ärztekammer ist das Aufklärungsgespräch Teil des ersten oder des dritten Prüfungsteils (Buch 1, Kap. 32). Das Gespräch in diesem Fall ist in acht Schritte gegliedert; sie dienen als Orientierung und werden der Situation angepasst: Diagnose erklären (Kap. 33), Maßnahme benennen (Kap. 34), Ablauf schildern — vorher, währenddessen, direkt danach, in den Tagen danach (Kap. 34, Abschn. 34.3), relevante Risiken einordnen (Kap. 35), Alternativen und Erfolgsaussichten darstellen (Kap. 34, Abschn. 34.4–34.5), auf weitere Aufklärungen hinweisen, Rückfragen und Bedenken anbieten (Kap. 35, Abschn. 35.5), Einwilligung einholen (Kap. 35, Abschn. 35.6).

Dr. Kaya klärt Herrn Lindner auf, nachdem Untersuchung, Labor und Sonographie vorliegen; die Narkoseaufklärung übernimmt die Anästhesie. Achten Sie darauf, wie die Ärztin das Gespräch ruhig eröffnet, Fachbegriffe sofort erklärt, das Verständnis sichert, indem Herr Lindner das Gehörte in eigenen Worten wiedergibt, Risiken einordnet, Alternativen nennt, Bedenken anbietet und die Entscheidung des Patienten respektiert (Buch 1, Kap. 32, Abschn. 32.6, und Kap. 33–35).



Aufklärung · Schritt 1–2 · Diagnose und Maßnahme



Herr Lindner, ich möchte in Ruhe mit Ihnen über das Ergebnis Ihrer Untersuchungen sprechen. Sie können mich jederzeit unterbrechen, wenn etwas unklar ist.



Ja, gern. Ist es der Blinddarm?



Bei Ihnen ist der sogenannte Wurmfortsatz entzündet — eine Blinddarmentzündung. Der medizinische Fachbegriff dafür ist akute Appendizitis. Der Wurmfortsatz ist ein kleiner Abschnitt am Anfang des Dickdarms im rechten Unterbauch; das erklärt, warum Sie dort die Schmerzen haben. Damit ich sicher bin, dass ich es verständlich erklärt habe: Wie würden Sie es in Ihren eigenen Worten beschreiben?



Also — ein kleiner Teil vom Darm rechts unten ist entzündet, und daher kommen die Schmerzen.



Genau. Eine solche Entzündung behandeln wir in der Regel mit einer Operation. Wir empfehlen Ihnen, den entzündeten Wurmfortsatz zu entfernen; der Fachbegriff dafür ist Appendektomie. Wir operieren laparoskopisch, das heißt über drei kleine Schnitte mit einer Kamera — man spricht auch von einer Schlüsselloch-Operation. Soll ich zuerst erklären, was bei der Operation genau passiert — oder haben Sie vorab eine Frage?



Erklären Sie mir bitte zuerst, wie das abläuft.

Die Übersicht ordnet die im Gespräch genannten Risiken nach Häufigkeit (Häufigkeitsbegriffe: Buch 1, Kap. 35, Abschn. 35.3); Fachbegriffe stehen in Klammern. Häufigkeitsbegriffe werden nur verwendet, wenn die Häufigkeit für die Maßnahme bekannt ist. Die Belastung der Nieren durch das Kontrastmittel und kurzzeitige Herzrhythmusstörungen werden im Gespräch ohne Häufigkeitsangabe genannt.

häufig

1–10 % – bis zu 1 von 10

- Bluterguss an der Einstichstelle (Hämatom)

gelegentlich

0,1–1 % – bis zu 1 von 100

- Nachblutung an der Einstichstelle
- allergische Reaktion auf das Kontrastmittel

selten

0,01–0,1 % – bis zu 1 von 1 000

- Schlaganfall
- Herzinfarkt während der Untersuchung

**Aufklärung · Schritt 5 · Alternativen und Erfolgsaussichten**

Muss das sein? Kann man das nicht mit Tabletten behandeln?



Man könnte zunächst nur mit Medikamenten behandeln; ob und wo ein Gefäß verengt ist, wüssten wir dann aber nicht genau, und eine Engstelle bliebe bestehen. Welche Alternativen in Ihrem Fall sinnvoll sind, hängt von Ihrer individuellen Situation ab. In Ihrer Situation würde ich die Herzkatheteruntersuchung empfehlen, weil Ihre Beschwerden, das EKG und die Blutwerte auf einen Herzinfarkt hinweisen. Medikamente brauchen Sie zusätzlich in jedem Fall. Die Entscheidung liegt selbstverständlich bei Ihnen.



Und hilft mir das dann?



Nach dem Eingriff ist eine Besserung der Beschwerden zu erwarten. Wie hoch die Erfolgsaussichten in Ihrem Fall sind, besprechen wir anhand Ihrer individuellen Situation. Ziel ist außerdem, das Risiko für einen weiteren Herzinfarkt zu senken; eine Garantie kann ich Ihnen aber nicht geben.

AUFKLÄRUNG BEI APPENDIZITIS · FALLSPEZIFISCH

Die Voraussetzungen einer wirksamen Einwilligung behandelt Buch 1, Kap. 35. Hier nur die Besonderheiten dieses Falls:

- **Dringliche Indikation:** Wie viel Bedenkzeit angemessen ist, hängt von der Dringlichkeit ab; sie fällt hier kürzer aus als bei einem planbaren Eingriff, wird aber trotzdem angeboten, ohne zu drängen (Kap. 35, Abschn. 35.5).
- **Zwei getrennte Aufklärungen:** Die chirurgische Aufklärung und die Narkoseaufklärung werden auf zwei eigenen Bögen dokumentiert.
- **Einwilligungsfähigkeit:** Die Aufklärung erfolgt, bevor Medikamente gegeben werden, die das Urteilsvermögen beeinträchtigen können; kann der Patient nicht mehr selbst entscheiden, gilt Kap. 35, Abschn. 35.7.
- **Form der Einwilligung:** Bei größeren Eingriffen ist die schriftliche Form üblich; der Aufklärungsbogen unterstützt das Gespräch, ersetzt es aber nicht. Der Widerruf ist jederzeit möglich (Kap. 35, Abschn. 35.6).

LERNCHECK · DAS KANN ICH JETZT

Nach diesem Fall kann ich ...

- | | |
|---|---|
| ☐ den Bauchschmerz mit dem 7-W-Schema als Orientierung patientengerecht erfragen. | ☐ die Angaben von Herrn Lindner im Arztbrief in indirekter Rede wiedergeben und von eigenen Befunden trennen. |
| ☐ nach einer offenen Frage gezielt nachfragen, ob sich der Schmerz verlagert hat. | ☐ den Fall im Dokumentationsbogen ohne erfundene Befunde festhalten und Untersuchungen als veranlasst kennzeichnen. |
| ☐ einen jungen Mann taktvoll nach Hodenbeschwerden fragen und die verneinte Angabe dokumentieren. | ☐ den Fall strukturiert vorstellen und Differenzialdiagnosen sprachlich abwägen. |
| ☐ das Anamnesegespräch mit Zusammenfassung, Raum für Ergänzungen und Ankündigung der Untersuchung abschließen. | ☐ die laparoskopische Appendektomie patientengerecht erklären, das Verständnis sichern, Risiken einordnen und Bedenkzeit anbieten. |
| ☐ auf die Frage „Was habe ich?“ ehrlich antworten, ohne der Untersuchung vorzugreifen. | |

**Mini-Check · Fall 05 anwenden**

- 01 Herr Ritter sagt: „Es ist einfach unangenehm, so ein Gefühl, das mir Angst macht.“ **Formulieren Sie eine gezielte Nachfrage zur Art der Beschwerden.**
-
- 02 Herr Ritter sagt: „Ja, in den linken Arm. Der fühlte sich ganz schwer an.“ **Geben Sie die Angabe für die Patientenvorstellung fachsprachlich wieder.**
-
- 03 **Formen Sie den Satz für die Anamnese im Arztbrief um:** „Er hat im Rettungswagen ein Nitrospray bekommen, danach war es etwas besser.“
-
- 04 **Herr Ritter (62 J.) raucht 20 Zigaretten am Tag seit dem 20. Lebensjahr. Ergänzen Sie:** „Nikotinkonsum (ca. _____ py)“
- 05 **Formulieren Sie für die Beurteilung:** Eine Aortendissektion ist bei Herrn Ritter nicht wahrscheinlich, aber auch nicht sicher ausgeschlossen.
-
- 06 **Erklären Sie Herrn Ritter patientengerecht, was ein Stent ist.**
-
- 07 **Die Ehefrau von Herrn Ritter ist inzwischen im Raum. Formulieren Sie die Frage, mit der Sie vor der Befundbesprechung sein Einverständnis einholen.**
-