

Fachsprachlich angemessene Formulierungen zur Begründung einer Verdachtsdiagnose in einer Fachsprachprüfung für Mediziner/ -innen

Typische Einleitungsformeln

- „Aufgrund der Anamnese und der klinischen Untersuchung ergibt sich der Verdacht auf ...“
 - „Die geschilderten Beschwerden in Kombination mit den erhobenen Befunden sprechen für ...“
 - „Die Verdachtsdiagnose lautet ..., da ...“
 - „Die Symptomatik ist richtungsweisend für ...“
 - „Differenzialdiagnostisch kommt ... in Betracht, da ...“
-

Typische Begründungsbausteine

Anamnese

- „Der Patient berichtet über ..., was typisch für ... ist.“
- „Die seit ... bestehenden Beschwerden deuten auf ... hin.“
- „Die Schmerzen im Bereich ... mit Ausstrahlung nach ... lassen an ... denken.“

Klinischer Befund

- „Die klinische Untersuchung ergab ..., was vereinbar ist mit ...“
- „Die Vitalparameter sind ..., was auf ... hinweist.“
- „Es zeigte sich ..., was pathognomonisch für ... ist.“

Labor / Diagnostik

- „Im Labor findet sich eine ..., was auf ... hindeutet.“
- „Die Bildgebung zeigt ..., was mit ... vereinbar ist.“
- „Das EKG weist auf ... hin, insbesondere wegen ...“

Ausschluss anderer Diagnosen

- „Andere Differenzialdiagnosen wie ... sind weniger wahrscheinlich, da ...“
 - „Eine ... erscheint aufgrund fehlender ... unwahrscheinlich.“
 - „Für eine ... gibt es keine Anhaltspunkte.“
-

✅ Beispiel (Verdacht auf Appendizitis)

„Die Verdachtsdiagnose lautet akute Appendizitis. Begründet wird dies durch die rechtsseitigen Unterbauchschmerzen, die sich über 12 Stunden entwickelt haben, begleitet von Übelkeit und subfebrilen Temperaturen. In der klinischen Untersuchung zeigt sich ein Druckschmerz im rechten Unterbauch mit positivem McBurney- und Loslassschmerz. Die Leukozytose im Labor sowie das passende klinische Bild sprechen zusätzlich für diese Diagnose.“

🫁 Beispiel: Pneumonie

„Die Verdachtsdiagnose lautet Pneumonie. Diese wird gestützt durch die Anamnese und den klinischen Befund: Der Patient klagt über produktiven Husten mit gelb-grünlichem Auswurf, Fieber bis 39 °C sowie pleuritische Thoraxschmerzen rechts. In der Auskultation zeigt sich ein abgeschwächtes Atemgeräusch mit feuchten Rasselgeräuschen basal rechts. Zudem weist das Labor erhöhte Entzündungsparameter (CRP und Leukozytose) auf. Die Symptomatik und die Befunde sprechen für eine lobäre Pneumonie, wahrscheinlich durch ein bakterielles Erregerspektrum.“

❤️ Beispiel: Myokardinfarkt (STEMI)

„Die Verdachtsdiagnose lautet akuter Myokardinfarkt mit ST-Streckenhebung. Der Patient berichtet über retrosternale Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm, die seit ca. 30 Minuten persistieren. Die Schmerzen sind drückend und werden von Übelkeit und Kaltschweißigkeit begleitet. Im EKG zeigt sich eine ST-Streckenhebung in den Ableitungen II, III und aVF, was auf einen inferioren Infarkt hinweist. Troponin I ist deutlich erhöht. Die Klinik, EKG-Veränderungen und Laborwerte bestätigen den Verdacht auf einen akuten Myokardinfarkt.“

🫀 Beispiel: Lungenembolie

„Die Verdachtsdiagnose lautet akute Lungenembolie. Die Patientin klagt über plötzlich einsetzende Dyspnoe und atemabhängige Thoraxschmerzen. In der Vorgeschichte bestehen eine tiefe Beinvenenthrombose und eine kürzlich durchgeführte Operation. Die klinische Untersuchung zeigt eine Tachypnoe und eine erhöhte Herzfrequenz. Die BGA weist eine Hypoxämie und eine respiratorische Alkalose auf. D-Dimere sind stark erhöht. Das Zusammenspiel der Risikofaktoren, der Klinik und der Laborwerte begründet den Verdacht auf eine Lungenembolie.“

😬 Beispiel: Akute Appendizitis

„Die Verdachtsdiagnose lautet akute Appendizitis. Der Patient klagt über migratorische Schmerzen, die initial epigastrisch begannen und sich in den rechten Unterbauch verlagert haben. Begleitend bestehen Übelkeit, Appetitlosigkeit und subfebrile Temperaturen. In der körperlichen Untersuchung findet sich ein Druckschmerz im rechten Unterbauch mit positivem McBurney- und Loslassschmerz. Laborchemisch zeigt sich eine Leukozytose mit CRP-Erhöhung. Diese Befunde sprechen für eine akute Appendizitis.“

Verdacht: Pneumonie

Differenzialdiagnosen:

1. Akute Bronchitis

„Eine akute Bronchitis kommt differenzialdiagnostisch in Betracht, da ebenfalls Husten, Fieber und Auswurf auftreten können. Allerdings fehlen bei der Bronchitis typischerweise fokale Auskultationsbefunde sowie Hinweise auf eine Infiltration im Röntgen.“

2. Lungenembolie

„Auch eine Lungenembolie kann sich mit Dyspnoe und Thoraxschmerzen präsentieren. Allerdings überwiegt bei der Lungenembolie typischerweise die Atemnot, der Husten ist meist trocken, und es besteht kein produktiver Auswurf. Außerdem fehlen bei dieser Patientin Risikofaktoren wie Immobilisation oder Thrombose.“

3. Atypischer Infekt (z. B. COVID-19 oder Mykoplasmenpneumonie)

„Differenzialdiagnostisch wäre auch ein atypischer Infekt möglich. Diese zeigen aber häufig ein uncharakteristisches Bild mit trockenem Husten, milderem Verlauf und eher interstitiellen Infiltraten.“

Verdacht: Myokardinfarkt (STEMI)

Differenzialdiagnosen:

1. Instabile Angina pectoris

„Diese ist differenzialdiagnostisch relevant, zeigt jedoch keine ST-Streckenhebungen im EKG und keine signifikante Troponinerhöhung. Aufgrund der pathologischen EKG-Veränderungen und der Enzymkonstellation ist ein Infarkt wahrscheinlicher.“

2. Lungenembolie

„Auch hier können retrosternale Schmerzen auftreten. Bei einer Embolie stünden jedoch eher Atemnot, Tachypnoe und Hypoxie im Vordergrund, nicht das typische Ausstrahlungsmuster in den linken Arm.“

3. Perikarditis

„Perikarditis kann ebenfalls mit retrosternalen Schmerzen und ST-Hebungen einhergehen. Allerdings sind die ST-Hebungen dort meist konkav und diffus, die Schmerzen atemabhängig und eher stechend.“

Verdacht: Lungenembolie

Differenzialdiagnosen:

1. Pneumonie

„Eine Pneumonie kann ebenfalls mit Thoraxschmerzen und Dyspnoe einhergehen. Allerdings ist der Beginn meist schleichender, und es besteht produktiver Husten mit Fieber – was bei dieser Patientin nicht der Fall ist.“

2. Spontanpneumothorax

„Ein Spontanpneumothorax kann eine akute Dyspnoe und stechende Schmerzen verursachen. In diesem Fall fehlen jedoch typische Auskultationsbefunde wie ein hypersonorer Klopfeschall und aufgehobenes Atemgeräusch.“

3. Akutes Koronarsyndrom

„Auch ein Herzinfarkt kann Dyspnoe und Thoraxschmerzen verursachen. Allerdings ist das Schmerzbild meist drückend und retrosternal mit Ausstrahlung, während hier die Symptomatik atemabhängig ist.“

Verdacht: Appendizitis

Differenzialdiagnosen:

1. Gastroenteritis

„Eine Gastroenteritis kann mit abdominellen Schmerzen und Übelkeit einhergehen. Allerdings sind die Schmerzen dabei meist diffus, nicht lokalisiert, und es dominieren Durchfall und Erbrechen – was hier nicht im Vordergrund steht.“

2. Harnwegsinfekt (z. B. Zystitis oder Pyelonephritis)

„Auch ein Harnwegsinfekt kann mit Unterbauchschmerzen und Fieber einhergehen. Es fehlen jedoch typische Symptome wie Dysurie, Pollakisurie und Flankenschmerz.“

3. Adnexitis (bei Frauen)

„Eine Adnexitis ist bei weiblichen Patienten zu bedenken, da sie ebenfalls mit Unterbauchschmerzen und Fieber einhergehen kann. Allerdings ist bei dieser Patientin kein vaginaler Ausfluss oder gynäkologischer Infekt bekannt.“

Beispiel 1: Lungenembolie – strukturierter Fallvortrag (inkl. DDs)

1. Anamnese

„Die 54-jährige Patientin stellt sich mit plötzlich aufgetretener Atemnot und atemabhängigen Thoraxschmerzen rechtsseitig vor. Die Beschwerden bestehen seit etwa 3 Stunden. Eine ähnliche Symptomatik habe zuvor nicht bestanden. Fieber oder Husten werden verneint. In der Vorgeschichte ist eine tiefe Beinvenenthrombose vor 2 Jahren bekannt. Die Patientin nimmt keine Antikoagulation ein.“

2. Klinischer Befund

„Die klinische Untersuchung ergibt eine Tachypnoe (AF 26/min), eine Tachykardie (Puls 112/min) sowie eine periphere Sauerstoffsättigung von 89 % unter Raumluft. In der Auskultation ist das Atemgeräusch leicht abgeschwächt rechts basal. Beinödeme oder Zeichen einer tiefen Beinvenenthrombose sind aktuell nicht erkennbar.“

3. Technische Diagnostik

„Im Labor zeigen sich erhöhte D-Dimere (>5000 ng/ml), normales CRP, unauffälliges kleines Blutbild. Die BGA weist eine Hypoxämie mit respiratorischer Alkalose auf. Im EKG zeigt sich eine Sinustachykardie ohne spezifische Zeichen.“

4. Verdachtsdiagnose

„Die geschilderte Klinik mit plötzlich aufgetretener Dyspnoe, pleuritischen Schmerzen, bekannter Thromboseanamnese und hypoxischer BGA ist hochverdächtig für eine akute Lungenembolie.“

5. Differenzialdiagnosen

a) Pneumonie

„Eine Pneumonie kann mit Dyspnoe und Thoraxschmerzen einhergehen. In diesem Fall fehlen jedoch Fieber, Husten und Hinweise auf ein Infiltrat. Auch die Entzündungsparameter sind nicht erhöht.“

b) Myokardinfarkt

„Ein akutes Koronarsyndrom kann ebenfalls Dyspnoe und Schmerzen verursachen, jedoch typischerweise retrosternal, nicht atemabhängig. Zudem fehlen hier EKG-Veränderungen und kardiovaskuläre Risikofaktoren.“

c) Spontanpneumothorax

„Ein Pneumothorax kann plötzlich auftretende Dyspnoe verursachen, ist aber unwahrscheinlich, da die Patientin keine Risikofaktoren aufweist (z. B. Raucherin,

Emphysem) und kein hypersonorer Klopfeschall oder einseitig fehlendes Atemgeräusch vorliegt.“

6. Weiteres Vorgehen

„Zur Bestätigung der Verdachtsdiagnose ist eine CT-Angiographie des Thorax geplant. Zusätzlich sollte eine Kompressionssonographie der Beinvenen erfolgen. Die Patientin wird auf die internistische Überwachungsstation aufgenommen und erhält eine therapeutische Antikoagulation.“

Beispiel 2: Pneumonie – strukturierter Fallvortrag (inkl. Differenzialdiagnosen)

1. Anamnese

„Der 68-jährige Patient berichtet über seit drei Tagen bestehenden Husten mit gelb-grünlichem Auswurf, Fieber bis 38,5 °C sowie zunehmende Atemnot. Zudem bestehen pleuritisch-atemabhängige Thoraxschmerzen rechtsseitig. Appetitlosigkeit und allgemeine Schwäche werden ebenfalls angegeben. Vorerkrankungen bestehen in Form einer COPD.“

2. Klinischer Befund

„In der körperlichen Untersuchung zeigt sich ein reduzierter Allgemeinzustand mit febrilem Zustand (38,3 °C), Tachypnoe (AF 24/min) und leichtem Sauerstoffmangel (SpO₂ 91 % unter Raumluft). Die Auskultation ergibt basal rechts feuchte Rasselgeräusche und ein abgeschwächtes Atemgeräusch.“

3. Technische Diagnostik

„Im Labor finden sich erhöhte Entzündungsparameter (CRP 124 mg/l, Leukozyten 15.000/μl). Das Röntgen-Thorax zeigt ein verschattetes Areal im rechten Unterlappen, vereinbar mit einem Infiltrat.“

4. Verdachtsdiagnose

„Die Symptome, die Auskultationsbefunde, die erhöhten Entzündungswerte sowie der Röntgenbefund sprechen eindeutig für eine bakterielle Pneumonie, wahrscheinlich lobär lokalisiert im rechten Unterlappen.“

5. Differenzialdiagnosen

a) Akute Bronchitis

„Eine akute Bronchitis kann mit Husten und Fieber einhergehen, jedoch fehlt in der Regel ein fokales Infiltrat im Röntgen. Die Rasselgeräusche und die einseitige Verschattung sprechen gegen eine Bronchitis.“

b) Herzinsuffizienz mit Lungenstauung

„Eine kardiale Dekompensation kann Dyspnoe und Rasselgeräusche verursachen, allerdings wären dabei eher bilaterale basal feuchte RGs zu erwarten und kein Fieber. Zudem fehlen Ödeme oder Hinweise auf eine Volumenüberlastung.“

c) Lungenembolie

„Eine Lungenembolie ist eine wichtige Differenzialdiagnose bei Dyspnoe und pleuritischen Schmerzen. Hier sprechen jedoch die eitrige Expektoration, das Fieber sowie das eindeutig einseitige Infiltrat gegen eine Embolie.“

6. Weiteres Vorgehen

„Der Patient wird stationär aufgenommen. Es erfolgt eine kalkulierte antibiotische Therapie nach Leitlinie, engmaschige Kontrolle der Vitalparameter sowie ggf. eine pulmonologische Mitbeurteilung. Bei Verschlechterung ist eine CT-Diagnostik zur Abgrenzung gegenüber einer Abszessbildung oder Embolie vorgesehen.“

Beispiel: Akute Appendizitis – strukturierter Fallvortrag (inkl. Differenzialdiagnosen)

1. Anamnese

„Ein 23-jähriger Patient stellt sich mit rechtsseitigen Unterbauchschmerzen vor, die vor etwa 12 Stunden epigastrisch begannen und sich anschließend in den rechten Unterbauch verlagert haben. Die Schmerzen sind konstant, stechend und verstärken sich bei Bewegung. Begleitend bestehen Übelkeit, Appetitlosigkeit und subfebrile Temperaturen. Stuhlgang war normal, kein Durchfall oder Erbrechen.“

2. Klinischer Befund

„Der Patient ist afebril (37,8 °C), leicht tachykard (Puls 102/min), sonst kreislaufstabil. In der Untersuchung besteht ein deutlicher Druckschmerz im rechten Unterbauch mit positivem McBurney- und Loslassschmerz. Rovsing-Zeichen positiv. Kein Abwehrspannung, kein Loslassschmerz im linken Unterbauch.“

3. Technische Diagnostik

„Im Labor zeigt sich eine Leukozytose (14.200/µl) und ein CRP von 48 mg/l. Eine Sonographie zeigt ein nicht eindeutig darstellbares Appendix-Lumen mit diskreter Flüssigkeit im rechten Unterbauch.“

4. Verdachtsdiagnose

„Die typische Schmerzlokalisierung und -migration, die klinischen Zeichen sowie die laborchemischen Entzündungsparameter sprechen für eine akute Appendizitis.“

5. Differenzialdiagnosen

a) Gastroenteritis

„Gastrointestinale Infekte können ebenfalls abdominelle Schmerzen und Übelkeit verursachen. Jedoch fehlen bei diesem Patienten Durchfall, Erbrechen und diffuse Schmerzverteilung. Zudem sprechen die fokalen Zeichen und die Leukozytose gegen eine virale Gastroenteritis.“

b) Harnwegsinfekt / Pyelonephritis

„Ein Harnwegsinfekt kann Unterbauchschmerzen verursachen. In diesem Fall fehlen jedoch Miktionsbeschwerden, Flankenschmerzen und auffällige Urinbefunde.“

c) Mesenteriale Lymphadenitis (v. a. bei jungen Patienten)

„Diese kann klinisch ähnlich verlaufen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Jedoch sind hier die Schmerzen oft diffuser und seltener mit positiver Peritonismus-Symptomatik verbunden.“

d) Adnexitis / gynäkologische Ursachen (bei Frauen)

„Bei weiblichen Patienten wären eine Adnexitis oder ein rupturiertes Ovarialzyste abzugrenzen. In diesem Fall besteht keine gynäkologische Vorgeschichte und keine typischen Begleitsymptome wie vaginaler Ausfluss.“

6. Weiteres Vorgehen

„Zur Sicherung der Diagnose erfolgt eine chirurgische Konsiliaruntersuchung sowie ggf. ein CT-Abdomen bei unklarer Sonographie. Bei bestätigtem Befund ist eine operative Appendektomie geplant. Der Patient wird nüchtern belassen, erhält eine Infusionstherapie und eine präoperative Antibiose.“

Beispiel 3: Akute Appendizitis – strukturierter Fallvortrag (inkl. Differenzialdiagnosen)

1. Anamnese

„Ein 23-jähriger Patient stellt sich mit rechtsseitigen Unterbauchschmerzen vor, die vor etwa 12 Stunden epigastrisch begannen und sich anschließend in den rechten Unterbauch verlagert haben. Die Schmerzen sind konstant, stechend und verstärken sich bei Bewegung. Begleitend bestehen Übelkeit, Appetitlosigkeit und subfebrile Temperaturen. Stuhlgang war normal, kein Durchfall oder Erbrechen.“

2. Klinischer Befund

„Der Patient ist afebril (37,8 °C), leicht tachykard (Puls 102/min), sonst kreislaufstabil. In der Untersuchung besteht ein deutlicher Druckschmerz im rechten Unterbauch mit positivem McBurney- und Loslassschmerz. Rovsing-Zeichen positiv. Kein Abwehrspannung, kein Loslassschmerz im linken Unterbauch.“

3. Technische Diagnostik

„Im Labor zeigt sich eine Leukozytose (14.200/µl) und ein CRP von 48 mg/l. Eine Sonographie zeigt ein nicht eindeutig darstellbares Appendix-Lumen mit diskreter Flüssigkeit im rechten Unterbauch.“

4. Verdachtsdiagnose

„Die typische Schmerzlokalisierung und -migration, die klinischen Zeichen sowie die laborchemischen Entzündungsparameter sprechen für eine akute Appendizitis.“

5. Differenzialdiagnosen

a) Gastroenteritis

„Gastrointestinale Infekte können ebenfalls abdominelle Schmerzen und Übelkeit verursachen. Jedoch fehlen bei diesem Patienten Durchfall, Erbrechen und diffuse Schmerzverteilung. Zudem sprechen die fokalen Zeichen und die Leukozytose gegen eine virale Gastroenteritis.“

b) Harnwegsinfekt / Pyelonephritis

„Ein Harnwegsinfekt kann Unterbauchschmerzen verursachen. In diesem Fall fehlen jedoch Miktionsbeschwerden, Flankenschmerzen und auffällige Urinbefunde.“

c) Mesenteriale Lymphadenitis (v. a. bei jungen Patienten)

„Diese kann klinisch ähnlich verlaufen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Jedoch sind hier die Schmerzen oft diffuser und seltener mit positiver Peritonismus-Symptomatik verbunden.“

d) Adnexitis / gynäkologische Ursachen (bei Frauen)

„Bei weiblichen Patienten wären eine Adnexitis oder ein rupturiertes Ovarialzyste abzugrenzen. In diesem Fall besteht keine gynäkologische Vorgeschichte und keine typischen Begleitsymptome wie vaginaler Ausfluss.“

6. Weiteres Vorgehen

„Zur Sicherung der Diagnose erfolgt eine chirurgische Konsiliaruntersuchung sowie ggf. ein CT-Abdomen bei unklarer Sonographie. Bei bestätigtem Befund ist eine operative Appendektomie geplant. Der Patient wird nüchtern belassen, erhält eine Infusionstherapie und eine präoperative Antibiose.“

Beispiel 4: Akuter ischämischer Schlaganfall (Transitorische ischämische Attacke (TIA)) – strukturierter Fallvortrag (inkl. Differenzialdiagnosen)

1. Anamnese

„Ein 72-jähriger Patient wurde von der Ehefrau heute Morgen um 7:20 Uhr mit plötzlich aufgetretenen Sprachstörungen und einer Schwäche der rechten Körperhälfte aufgefunden. Der letzte Zeitpunkt, zu dem der Patient beschwerdefrei gesehen wurde, war 6:30 Uhr. Eine ähnliche Symptomatik bestand bisher nicht. Vorerkrankungen: arterielle Hypertonie, Vorhofflimmern, Hypercholesterinämie. Der Patient ist Nichtraucher.“

2. Klinischer Befund

„Bei der Untersuchung zeigt sich eine Fazialisparese links zentral, eine Hemiparese rechts (MRC 2/5 Arm, 3/5 Bein), sowie eine globale Aphasie. Pupillen isokor, Lichtreaktion seitengleich vorhanden. Keine Meningismuszeichen. NIHSS-Score: 12 Punkte.“

3. Technische Diagnostik

„Im EKG zeigt sich ein Vorhofflimmern. Die initiale kraniale CT zeigt keinen Nachweis einer intrazerebralen Blutung. CT-Angiographie ergibt einen Verschluss der A. cerebri media links. Labor unauffällig bis auf leicht erhöhten Blutdruck (168/92 mmHg), Blutzucker: 134 mg/dl.“

4. Verdachtsdiagnose

„Die plötzliche fokale-neurologische Symptomatik mit Hemiparese und Aphasie sowie der CT-Angio-Nachweis eines MCA-Verschlusses sprechen für einen akuten ischämischen Schlaganfall im Versorgungsgebiet der linken A. cerebri media.“

5. Differenzialdiagnosen

a) Intrazerebrale Blutung (ICB)

„Eine ICB ist eine wichtige Differenzialdiagnose, vor allem bei plötzlichem neurologischem Ausfall. In diesem Fall wurde jedoch in der kraniellen CT keine Blutung nachgewiesen.“

b) Hypoglykämie

„Eine Hypoglykämie kann ebenfalls neurologische Ausfälle verursachen. Der Blutzucker war jedoch mit 134 mg/dl im Normbereich.“

c) Epileptischer Anfall mit postiktaler Parese (Todd'sche Parese)

„Eine postiktale Parese nach fokalem Anfall kann der Symptomatik ähneln. In diesem Fall fehlt jedoch eine bekannte Epilepsie, keine Anfallsbeobachtung, keine Zungenbiss- oder Inkontinenzzeichen.“

d) Migräne mit Aura (hemiplegische Form)

„Eine Migräne kann ebenfalls neurologische Ausfälle imitieren. Diese tritt jedoch meist in jüngerem Alter auf und mit typischer Kopfschmerzgeschichte, was hier nicht gegeben ist.“

6. Weiteres Vorgehen

„Der Patient erfüllt die Kriterien für eine systemische Lysetherapie – das Zeitfenster von 4,5 Stunden ist eingehalten. Zudem wird eine mechanische Thrombektomie evaluiert, da ein proximaler MCA-Verschluss vorliegt. Parallel erfolgen Monitoring auf der Schlaganfallstation, medikamentöse Sekundärprophylaxe sowie weiterführende Diagnostik zur Ätiologie (z. B. Echokardiographie, Duplex der Halsgefäße).“

Beispiel für eine strukturierte Arzt-Arzt-Vorstellung: **Ischämischer Schlaganfall (Transitorische ischämische Attacke (TIA))**

„Guten Tag, Herr/Frau Doktor, ich möchte Ihnen einen Patienten mit dem Verdacht auf einen akuten ischämischen Schlaganfall vorstellen.“

Patientendaten und Anamnese:

„Es handelt sich um einen 72-jährigen männlichen Patienten, der heute Morgen um ca. 7:20 Uhr von seiner Ehefrau mit akuten Sprachstörungen und einer rechtsseitigen Hemiparese aufgefunden wurde. Der Patient war zuletzt um 6:30 Uhr beschwerdefrei, der genaue Symptombeginn ist daher unklar, aber innerhalb des 4,5-Stunden-Zeitfensters.“

„In der Vorgeschichte sind bekannt: arterielle Hypertonie, Vorhofflimmern (ohne Antikoagulation), sowie eine Hypercholesterinämie.“

Klinischer Befund:

„Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich eine zentrale Fazialisparese links, eine Hemiparese rechts (MRC 2/5 Arm, 3/5 Bein), sowie eine globale Aphasie. Die Pupillen waren isokor und lichtreagibel. Der NIHSS-Score liegt bei 12 Punkten.“

Diagnostik:

„In der Notfall-CT war keine Blutung nachweisbar. Die CT-Angiographie zeigte einen Verschluss der linken A. cerebri media. Im EKG besteht ein Vorhofflimmern. Der Blutzucker liegt bei 134 mg/dl.“

Verdachtsdiagnose:

„Aufgrund der plötzlichen fokal-neurologischen Ausfälle, der Bildgebung und des Vorhofflimmerns besteht der dringende Verdacht auf einen akuten ischämischen Schlaganfall im Versorgungsgebiet der linken A. cerebri media.“

Differenzialdiagnosen:

„Differenzialdiagnostisch wurden eine intrazerebrale Blutung, eine Hypoglykämie sowie eine postiktale Parese ausgeschlossen.“

Vorgehen/Vorschlag:

„Da das Zeitfenster eingehalten wurde und ein großer Gefäßverschluss vorliegt, wurde die systemische Lysetherapie bereits eingeleitet. Eine Thrombektomie ist aufgrund des proximalen MCA-Verschlusses ebenfalls in Planung. Der Patient soll auf die Stroke Unit verlegt und einer weiterführenden Diagnostik zur Sekundärprophylaxe zugeführt werden.“

Abschluss:

„Gibt es von Ihrer Seite aus weitere Maßnahmen oder spezielle Anordnungen, die ich beachten soll?“

Template: Arzt-Arzt-Vorstellung – Fachsprachprüfung

„Guten Tag, Herr/Frau Doktor, ich möchte Ihnen einen Patienten mit dem Verdacht auf eine/n [→ Verdachtsdiagnose] vorstellen.“

1. Patientendaten und Anamnese:

„Es handelt sich um eine/n [Alter, Geschlecht, z. B. „68-jährige Patientin“] mit folgenden Beschwerden: [→ kurze, klare Zusammenfassung der Leitsymptome mit zeitlichem Verlauf].“

„Die Beschwerden bestehen seit [→ Zeitangabe] und haben sich [→ Verlauf (z. B. zunehmend, plötzlich)] entwickelt.“

„In der Anamnese sind folgende Vorerkrankungen bekannt: [→ z. B. Hypertonie, Diabetes].
Medikamente: [→ sofern relevant].“

2. Klinischer Befund:

„Klinisch zeigte sich [→ relevanter körperlicher Befund, z. B. Fieber, neurologische Defizite, Peritonismus].“

„Vitalparameter: [→ z. B. RR, Puls, SpO₂, Temp., AF].“

3. Diagnostik:

„In der Basisdiagnostik zeigte sich [→ Laborbefunde, Bildgebung, EKG etc.].“

„[→ ggf. weiterführende Diagnostik erwähnen: Sono, CT, Röntgen].“

4. Verdachtsdiagnose:

„Zusammenfassend ergibt sich der dringende Verdacht auf eine/n [→ Verdachtsdiagnose] aufgrund der klinischen Symptomatik und der erhobenen Befunde.“

5. Differenzialdiagnosen:

„Differenzialdiagnostisch müssen [→ 2–3 relevante DDs mit Begründung, warum weniger wahrscheinlich] in Erwägung gezogen werden.“

6. Vorgehen/Vorschlag:

„Ich empfehle folgendes Vorgehen: [→ z. B. stationäre Aufnahme, weiterführende Diagnostik, Therapieeinleitung].“

„Der Patient ist derzeit [→ z. B. nüchtern, überwacht, unter Medikation].“

7. Abschluss:

„Gibt es Ihrerseits Ergänzungen, weitere diagnostische Schritte oder Anordnungen?“

Redemittel für schwierige Gesprächssituationen in der Fachsprachprüfung Medizin (gegliedert nach Situationen)

1. Wenn Sie etwas nicht genau wissen oder noch nicht sagen können:

- „Ich kann zum jetzigen Zeitpunkt noch keine abschließende Aussage treffen.“
 - „Die genaue Ursache ist noch unklar – wir führen aktuell weitere Untersuchungen durch.“
 - „Ich werde das mit meiner zuständigen Oberärztin besprechen und Sie umgehend informieren.“
 - „Dazu fehlen mir im Moment noch wichtige Befunde.“
 - „Das liegt nicht in meinem direkten Aufgabenbereich, aber ich leite Ihre Frage weiter.“
-

 **2. Wenn Sie Befunde oder Maßnahmen erklären müssen (Patient oder Arzt):**

- „Die Beschwerden deuten auf ... hin, aber wir müssen noch weitere Tests durchführen.“
 - „Wir haben in der Bildgebung einen auffälligen Befund gesehen, der weiter abgeklärt werden muss.“
 - „Die Untersuchung ist notwendig, um eine ernste Erkrankung auszuschließen.“
 - „Die Therapie richtet sich nach der Ursache, die wir noch feststellen müssen.“
-

 **3. Wenn Sie schlechte Nachrichten übermitteln müssen (empathisch):**

- „Ich habe keine ganz einfache Nachricht für Sie...“
 - „Ich muss Ihnen leider mitteilen, dass...“
 - „Die Untersuchung hat ergeben, dass es sich um ... handelt.“
 - „Ich kann verstehen, dass das beunruhigend für Sie ist.“
 - „Wir sind für Sie da und besprechen alle weiteren Schritte gemeinsam.“
-

 **4. Wenn Sie Differenzialdiagnosen benennen und einordnen müssen (Facharzt-Gespräch):**

- „In erster Linie vermute ich ..., differenzialdiagnostisch kommen aber auch ... infrage.“
 - „Die Klinik passt gut zu ..., allerdings müssen wir auch ... ausschließen.“
 - „... ist unwahrscheinlich, da typische Symptome wie ... fehlen.“
 - „Ich halte ... für weniger wahrscheinlich, weil die Bildgebung dagegen spricht.“
-

 **5. Wenn Sie einen Patienten beruhigen möchten:**

- „Wir sind hier, um Ihnen zu helfen, und Sie sind in guten Händen.“
 - „Wir klären jetzt Schritt für Schritt, was genau los ist.“
 - „Es sieht im Moment nicht nach einem Notfall aus, aber wir beobachten Sie genau.“
 - „Wir informieren Sie sofort, wenn es neue Ergebnisse gibt.“
-