

## Orientierungsmaterial zur medizinischen Fachsprachprüfung

### Prüfungsprotokollbörse des VIA-Instituts für Bildung und Beruf, Nürnberg

1.) An welcher Prüfung haben Sie teilgenommen (genaue Bezeichnung)?

Fachsprachprüfung

2.) Wo wurden Sie geprüft?

a) Bundesland: Bayern b) Ort: München

3.) Prüfungsinstanz/Behörde (Wer hat Sie geprüft? Ärztekammer oder ???)

Bayerische Landesärztekammer

4.) Wann wurden Sie geprüft?

Datum: Januar 2018 Uhrzeit: von --                      Uhr bis                      Uhr

5.) Haben Sie bestanden? **Ja**

6.)

a) Wie viele Prüfer waren anwesend? 3

b) Waren es Mediziner? Wenn ja, wie viele? 2

c) Waren es Deutsch-Sprachprüfer (Germanisten)? Wenn ja, wie viele? 1

7.) Welche Teile hatte die Prüfung und wie lange waren sie ungefähr?

a) Anamnesegespräch Ja Dauer: ca. 20 Min.

b) Dokumentation/Arztbrief Ja Dauer: ca. 20 Min.

c) Arzt zu Arzt-Gespräch (Fallvorstellung) Ja Dauer: ca. 20 Min.

d) Sonstige Teile? --nein Dauer: ca.                      Min.

8.) Berichten Sie bitte von Ihrem Fall:

Hallo zusammen, ich möchte euch meine Erfahrung der FSP bei der bayerischen Landesärztekammer in München im Januar 2018 gerne mitteilen.

Es ist sehr wichtig zu wissen, ein Arzt spielt ja die Rolle des Patienten, macht er das aber sehr detailliert und absichtlich weder spontan noch systematisch (nicht spontan heißt, er hat eine bereits eingeteilte ausgefüllte Vorlage, die jede Einzelheit der Anamnese enthält. Er sagt z.B.: Er habe Schmerzen als Leitsymptom, hakt dann ab, was er gesagt hat, währenddessen kontrolliert der andere Prüfer, was den Prüfling betrifft. Hat er bezüglich des Schmerzes nach Lokalisation, Intensität, Charakter etc. gefragt oder nicht? und nicht systematisch heißt, dass er die Auskünfte seiner Erkrankung mischt und versucht zu verwirren).

Dabei wird die Sprachfähigkeit von der Deutschprüferin bewertet, die meiner Meinung nach eine Rolle beim Ergebnis spielt. Wenn man bei ihr einen guten Eindruck hinterlässt, gewinnt man zusätzliche Punkte. Sie könnte die Ärzte von der Sprachfähigkeit des Prüflings wahrscheinlich überzeugen, wenn sie beim Arzt-Arzt-Gespräch unzufrieden wären. (VIA-Anmerkung: Ja! Wichtig!)

Wer die ersten zwei Teile gut macht, d. h. dass er eine ausführliche Anamnese erhebt, einen guten Arztbrief schreibt und die Deutschprüferin überzeugt, kann, muss aber nicht, die Prüfung bestehen, auch wenn er die richtige Diagnose nicht herausfindet. . (VIA-Anmerkung: Ja, gab es oft!)

Es ist äußerst wichtig, der Gesprächsführer zu sein, dem Patienten nicht zu erlauben, parallel zu plaudern oder alles in einen Topf zu werfen und einen *Kartoffelsalat* zu machen, sondern man muss ihn höflich bremsen und das Gespräch von Anfang an führen (in anderem Wort, wenn der Patient „Logorrhö“ hat, müsst ihr ihm sofort ein „*Antilogorrhöikum*“ geben, ansonsten fällt ihr durch). (VIA-Anmerkung: *Das ist schon sprachlich guten Teilnehmern passiert.*)

Man muss Zeit gut einteilen. Es wäre ein schwerwiegender Fehler, die ganze Zeit beim 1. Teil zu verbringen, nach allen Symptomen zu fragen, um die richtige Diagnose herauszufinden. Eine vollständige Anamnese zu erheben, ist meiner Erfahrung nach wichtiger. Man sollte auf die Uhr schauen (steht auf dem Tisch) und sein Tempo anpassen. Nach 10-12 Minuten darf man nicht mehr hinter der Diagnose herlaufen, sondern sollte die anderen Komponenten der Anamnese erfragen: Vegetative A., Vorerkrankungen, Medikamenten.-A...etc. (VIA-Anmerkung: *Das zeigen viele Berichte, dass die Vollständigkeit sehr wichtig ist. Wichtiger als die richtige Diagnose.*)

Trainiert es bitte jeden Tag miteinander, ergreift die wertvolle Gelegenheit bei Frau Dr. Richter, Dr. Roth, Frau Dr. Ruppert, Frau Dr. Essigkrug, den anderen Dozentinnen und Dozenten sowie der Prüfungssimulationen, um eine Anamnese ausführlich zu erheben, einen guten Arztbrief zu schreiben und einen Fall gut vorstellen zu können.

Gewöhnt euch daran, zwischen der Patienten- und der Fachsprache schnell umschalten zu können! (Z. B. Karteikarten)

Macht euch ein Schema, damit ihr nichts vergesst (bevor ich anfing, schrieb ich meinen Code senkrecht mit passenden Abständen auf das Schmierblatt) (*Super Idee, bitte aufgreifen!*):

### **PLB-VVe-MONA-FS**

- P** persönliche Daten
- L** Leitsymptom
- B** Begleitsymptome
- V** Vegetative Anamnese
- VE** Vorerkrankungen

### **MONA**

- M** Medikamentenanamnese
- O** Operationen, Unfälle
- N** Noxen (Nikotin, Alkohol und Drogen.)
- A** Allergien, Unverträglichkeiten

### **FS**

- F** Familienanamnese
- S** Sozialanamnese

Ablaufvorschlag:

- Begrüßung: Guten Tag
- Vorstellung: „*Mein Name ist..., ich bin der diensthabende Arzt und möchte mich über Ihre Beschwerden informieren. Wenn Sie damit einverstanden sind, fangen wir an.*“

Pat: ja, gerne.

- **Wie heißen Sie denn? WICHTIG den Namen buchstabieren zu lassen** (habe ich Ihren Namen richtig geschrieben bzw. ausgesprochen?)
- den Patienten mindestens 6, lieber 16 mal mit dem Nachnamen ansprechen (Herr Böhm, bevor wir das Hauptthema besprechen, habe ich ein paar allgemeine Fragen: „*Wie alt sind Sie? Wie viel wiegen Sie? Wie groß sind Sie?*“)
- **Zahlen richtig aufschreiben**(Größe, Gewicht, Dosis, Ereignisse z. B. im 4. Lj Meningitis, im 38. Lj Mandibulafrakturen etc.. Das wird genau gefragt).
- auf das Leitsymptom zuerst konzentrieren, die Begleitsymptome aber nicht übersehen („*Herr Böhm, nun zum Hautthema, welche Beschwerden haben Sie?*“? Manchmal fängt der Patient an schnell kontinuierlich zu sprechen (ich habe seit zweieinhalb Wochen Schmerzen mit Durchfall, Erbrechen etc. Man muss ihn höflich bremsen („*Herr Böhm, entschuldigen Sie meine Unterbrechung, ich muss aber das Gespräch systematisch durchführen, damit wir die richtige Diagnose stellen können!*“).

Dann sagt man z. B.: „*Herr Böhm, Sie haben gesagt, dass Sie Schmerzen haben, wo befinden sich die denn? Strahlen sie irgendwohin aus? Wohin strahlen sie aus?*“ Also nach dem Schema von Frau Dr. Richter (Lokalisation&Ausstrahlung, zeitliche Angaben, Charakter, Intensität, Auslöser, Zusammenhang mit Körperhaltung, Atmung, Nahrungsaufnahme..etc.)...so könnt ihr es in den Griff bekommen.

Man soll zu jedem Symptom ein paar gezielte Fragen stellen („*Herr Böhm, seit wann haben Sie Durchfall? Wie oft? Wie ist er, wässrig, schaumig oder blutig?*“ etc.

- Bitte, **Nachfragen, Nachfragen, Nachfragen!!!** Wenn ihr etwas nicht 100 % versteht, fragt bitte sofort nach! Es beschreiben lassen („*Herr Böhm, das habe ich nicht verstanden, beschreiben Sie das bitte! Wo genau ist das? Haben Sie es getastet, angeschaut?*“

Fragt bitte ein paar Mal nach! Auch, wenn ihr alles beherrscht. Was den Prüfern sehr gut gefallen hat, ist, dass ich immer wieder nachgefragt habe, wenn ich etwas nicht verstanden habe (Es wird doch beim dritten Teil überprüft, ob man gut zugehört und verstanden hat, was der Patient gesagt hat. Ehrlich gesagt, fast nach jedem Detail wird gefragt z. B. sagt man bei der Fallvorstellung, der Patient erwähnte, er habe Obstipation? Dann unterbricht der Prüfer: „*Wann hatte er das, welches Medikament hat er dagegen verwendet?*“ Sagt ihr, dass der Patient eine KM-Allergie gehabt habe, wird gefragt: „*Wann war das? Welche Symptome hatte er damals und wie wurde er behandelt?*“ Etc.) (VIA-Anmerkung: Das ist einer der wichtigsten Ratschläge in diesem Protokoll. Es ist fatal, wenn Prüflinge glauben, es würde nicht auffallen, dass sie etwas nicht genau mitbekommen haben. Mit der Haltung fallen sie durch. Nachfragen ist kein Zeichen von Schwäche! Sich einen genauen Überblick zu verschaffen, ist das Hauptziel der Anamnese. Es werden absichtlich komplizierte Sachverhalte, Namen, etc. verwendet, um Sie zu testen. Bitte genau erklären lassen! Bitte genau aufschreiben!)

- **Zusammenfassung:** Außerdem hat es die Prüfer äußerst beeindruckt, dass ich eine Zusammenfassung gemacht habe... („*Herr Böhm, ich bin jetzt mit den Fragen fertig, also, ich fasse zusammen, was Sie mir mitgeteilt haben, Sie haben erwähnt, dass Sie seit 2.5 Wochen wellenförmige, krampfartige, zunehmende Schmerzen im Mittelbauch haben, dass die Schmerzen auf einer Schmerzskala bei...etc. liegen. Habe ich Sie richtig verstanden, möchten Sie was korrigieren oder ergänzen?*“) Mit diesem Manöver beeindrucke ich die Prüfer, vermeide zusätzliche Fragen vom Patienten und gewinne Zeit. Vielleicht erinnere ich mich daran, was ich vergessen habe.

- Sie legen Wert darauf, dass der Prüfling den Patienten beruhigen kann, z. B. hat er Diarrhö und fragt: Also Herr Doktor, was habe ich? Ist es so schlimm? Man kann dreistufige Differenzialdiagnose erwähnen (Man könnte sagen: „*Herr Böhm, machen Sie sich keine Sorgen. Sie haben Durchfall, es könnten verschiedene Ursachen bzw. Erkrankungen zugrunde liegen, das kann eine*

*Nahrungsmittelunverträglichkeit, eine Darmentzündung (durch verschiedene Keime, Bakterien, Parasiten oder Viren) oder eine ernsthafte Erkrankung sein. Das klären wir ab).*

Sagt auf keinen Fall dem Patienten ins Gesicht, Sie haben einen Tumor. Versucht ständig den Patienten nicht zu beängstigen. Bleibt aber fachlich d. h. wenn man ernsthafte Erkrankung erwähnt, drückt z. B. CED oder das kolorektales Karzinom indirekt aus („...*das bleibt aber nur ein Verdacht, deshalb müssen wir es durch z.B. CT-Abdomen mit KM-Gabe abklären*“).

Beim zweiten Teil verläuft die Zeit zu schnell, deshalb müsst ihr viel üben, ein paar Sätze merken und sie auswendig lernen.

So soll der Arztbrief sein, ich meine, **keine Stichwörter**, keine Wiederholungen, sondern nur vollständige Sätze. Also bitte bis auf die persönlichen Angaben des Patienten in vollständigen Sätzen schreiben!

**So sieht die Vorlage aus**, es gibt genügend Platz Romane zu schreiben.

### **Patient/ in**

Vorname, Name: Ingo Böhm    Alter: 52 Jahre    Größe: 1.85 cm,    Gewicht: 78 kg

### **Allergien, Unverträglichkeiten**

Der Patient habe bei einem C-CT mit KM eine Allergie mit kardiovaskulären Erscheinungen und Exanthem gehabt und sei dafür stationär zur Überwachung aufgenommen worden.

### **Genussmittel/ Drogen (py oder g/d etc.)**

Herr Böhm habe bis zum 18. Lj ca.10 Zigaretten täglich geraucht und vor 5 Jahren mit dem Rauchen aufgehört. Er gab zusätzlich an, eine Flasche Bier jeden Tag abends zu trinken und keine Drogenabhängigkeit zu haben.

### **Sozialanamnese**

Außerdem berichtet er, er lebe mit seiner zweiten Ehefrau zufrieden, habe eine 12-jährige Tochter, die an einem Herzvitium leide, arbeite selbstständig in seiner eigenen Textil-Reinigungsfirma und stehe unter Stress wegen der Konkurrenz.

### **Familienanamnese**

Die Familienanamnese ergab, dass die Mutter an einem Ileus infolge einer Cholezystolithiasis gelitten habe und daran operiert worden sei, dass der Vater vor 8 Jahren an oberer GI-Blutung bei Z.n. Ösophagusvarizen verstorben sei. Er habe noch einen gesunden Bruder.

### **Anamnese (z. B. Subjektiv, objektiv, Procedere (Bitte benutzen Sie Fachwörter, wo möglich)**

*(VIA-Anmerkung: Diese Anmerkung in Klammern ist umstritten. Sie steht genau so auf dem (uns vorliegenden) Formular der Ärztekammer Nordrhein. Andere Prüfungsteilnehmer behaupten, dieser Satz stehe in Bayern nicht so auf dem Formular. Laut telefonischer Auskunft des zuständigen Mitarbeiters der BLÄK ist beides möglich, sowohl der korrekte Gebrauch von passenden Fremdwörtern als auch die Wiedergabe der Patientenworte in indirekter Rede.*

*Natürlich ist der Sinn einer FSP, dass Sie auch zeigen, dass Sie Fachwörter beherrschen. Mündlich im Teil 3 und schriftlich im Teil 2. (1. Regel: bei der Anamnese NIEMALS Fremdwörter verwenden.)*

*Unser Tipp: Verwenden Sie medizinische Fachwörter nur, wenn Sie sich sicher sind, dass sie dadurch nicht die Bedeutung des Gesagten verändern (sie müssen genau dasselbe bedeuten).*

Herr Ingo Böhm ist ein 52-jähriger Patient, der sich bei uns heute wegen wellenförmiger, krampfartiger, periumblikaler Abdominalschmerzen vorstellte.

Der Patient gibt an, dass die Schmerzen seit zweieinhalb Wochen aufgetreten seien und sich im Laufe der Zeit verschlechtert hätten.

Darüber hinaus berichtet er, dass die Schmerzen auf einer Schmerzskala von 1 bis 10 zuerst bei 2–3, später aber bei 8 lägen.

Des Weiteren fügt er Vomitus, Diarrhö 2–4 mal pro Tag, Blässe (ein Freund habe ihn darauf aufmerksam gemacht) und Leistungsminderung sowie eine perianale Läsion hinzu.

(Interpretation: der Patient beschrieb es als eine Wunde am perianalen Bereich, deshalb habe ich es für eine Fistel gehalten, es war aber irritative Dermatitis wegen der übersäuerten Diarrhö. Deshalb muss man nachfragen, um alles richtig verstehen zu können. Ansonsten verliert man den Faden, wie ich. (Hätte ich meine Verdachts- und Differenzialdiagnose nicht so gut argumentiert, hättet ihr meine positive Erfahrung nicht lesen können).

Die vegetative Anamnese sei bis auf die o.g. Symptome sowie Insomnie, Hitzegefühl ohne Fiebertmessung, und Abnahme von ca. 1.5 kg in der letzten zwei Wochen unauffällig.

An Vorerkrankungen leide er an einer Herzrhythmusstörung (er sagte: Herzstolpern), Tinea inguinalis an der rechten Leiste, Kyphose im BWS-Bereich und als Jugendlicher habe er an Meningitis gelitten (es wurde später beim dritten Teil nach der Zeit des Befalls gefragt?).

Ferner nehme der Patient folgende Medikamente ein, Beloc-Zok Tab 95 mg 1-0-0 gegen die HRS, Metoclopramid Tab gegen Vomitus ohne Rezept, sowie Imodium gegen die chronische Obstipation (*VIA-Anmerkung, cave: Imodium/ Loperamid ist ein Peristaltikhemmer, der zur symptomatischen Behandlung von Durchfall/Diarrhö verwendet wird*) als auch Multilind Salbe (Nystatin) gegen die Dermatitis, die vom Patienten selbst gegen die Läsion im Analbereich verwendet wurde. Sie habe aber zu keiner Verbesserung geführt. Ferner sei er im 38.Lj an einer Mandibulafraktur mit einer Miniplattenosteosynthese operiert worden.

Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf einen komplizierten Morbus Crohn hin.

Als D.D. kommen aber Colitis ulcerosa, kolorektales Karzinom, und Reizdarmsyndrom in Frage.

Zur weiteren Abklärung würde ich den Patienten stationär aufnehmen, KU durchführen, Labordiagnostik veranlassen und Koloskopie anordnen.

Falls die Koloskopie auffällig wäre, wäre eine CT-Abdomen mit tripler KM-Gabe unerlässlich.

Die Therapie richtet sich nach den klinischen und apparativen Untersuchungen.

#### Fragen beim dritten Teil:

● Fallvorstellung: Fast jedes Wort, das der Patient gefragt hat, kann gefragt werden, sogar die banalen Kleinigkeiten (z. B. ein Freund hat den Patienten darauf aufmerksam gemacht, dass er blass aussieht).

● Verdachtsdiagnose, D.D (ich habe an M. Crohn mit Fistel und Subileus etc. gedacht. Die richtige Diagnose war aber anders (Laktoseintoleranz). Daran habe ich ehrlich nicht gedacht, denn ich habe nach dem Zusammenhang der Symptome nicht gefragt und weil der Meteorismus fehlte, deshalb nochmal NACHFRAGEN, ansonsten verliert ihr den Faden, wie ich. Aber, wenn Ihr Eure Behauptung logisch argumentiert, wäre es in Ordnung (meiner Meinung nach).

● DD der Diarrhoe: Leute! **nicht kompliziert denken, war die Botschaft der Prüfer**.. Diarrhoe: G.I. Infekt, Unverträglichkeit, ..CED... etc. ● Untersuchungen: Inspektion, Palpation..etc. mikrobiologische Stuhl-Diagnostik, insbesondere Hämokult-Test.

● Ätiopathologie der Laktoseunverträglichkeit, Ursache der perianalen Dermatitis (Durch den Laktasemangel gelangt die Laktose unverdaut in den Dickdarm, dort wird von der Flora in Glukose, Galaktose und CO<sub>2</sub> sowie H<sub>2</sub> umgewandelt. Die übersäuerte Diarrhoe, mit dem Reiben während der Reinigung des Anus verursachen die perianale Dermatitis, wie bei Babys)

● ÖGD-Aufklärung

● Patientenberuhigung..

● was für Hautentzündung hat er an der Leiste.. Tinea inguinalis! Der Prüfer hat darüber geschimpft, dass ich eine Diagnose gesagt habe vor der KU! Man darf nur Symptome und dann DD sagen! (VIA-Anmerkung: Bitte beachten! Tinea ist eine Pilzkrankung. Diese Diagnose kann man unmöglich nur durch anamnestische Angaben stellen. Bitte nichts „hineininterpretieren“, sondern bei den Fakten bleiben.

● Andere Fälle hatten die Kolleginnen/ Kollegen am gleichen Tag: TVT, MI, Fahrradunfall mit Handgelenk-, distaler Radius- oder Hüftverletzung mit DD. usw. Motorradunfall mit Abdominaltrauma (primäre und zweizeitige Milzruptur, Schock usw.), andere Fälle, die gehäuft vorkommen, sind: Lymphom, Leukämie, Hyperthyreose bei M. Basedow, Ulcus ventriculi bzw. duodeni, Migräne, Diskusprolaps eher zervikal, Ulcus cruris venosum bei CVI, Nephrolithiasis, kolorektales Karzinom, Gelegenheitskrämpfe).

Ich entschuldige mich für das lange Protokoll, aber ich wollte alle Details möglichst abklären, um Euch zu beruhigen, damit ihr diesen Alptraum hinter Euch habt. Was euch gefällt, nehmt es bitte, was nicht, kostet euch ein "Delete".

Außerdem möchte ich mich bei der VIA-Institut-Familie, Herrn Dr. Klug, allen Dozentinnen und Dozenten, Frau Kuehn, Herrn Kunde, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern herzlich bedanken, hoffentlich sind bei mir "Hopfen und Malz nicht verloren".

Es gibt unbedingt ein Hoffnungsfenster am Ende dieses dunklen Tunnels.

Am Ende möchte ich Euch viel Erfolg und alles Gute wünschen.