



# TRAININGSEINHEITEN

## DEUTSCH MEDIZIN

19 Fallvorstellung

20 Konsil

21 Befunde und Therapien  
besprechen

# B2·C1

# TRAININGSEINHEITEN

## DEUTSCH MEDIZIN

19 Fallvorstellung

20 Konsil

21 Befunde und Therapien besprechen

# B2·C1

Diese Publikation und ihre Teile sind urheberrechtlich geschützt.  
Jede Verwendung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf  
deshalb der schriftlichen Einwilligung des Herausgebers.

Herausgegeben von der telc gGmbH, Frankfurt am Main, [www.telc.net](http://www.telc.net)

Alle Rechte vorbehalten

1. Auflage 2015

© 2015 by telc gGmbH, Frankfurt am Main

Printed in Germany

ISBN 978-3-86375-272-9

Best.-Nr./Order No.: 5037-PrM-000701

# Inhalt

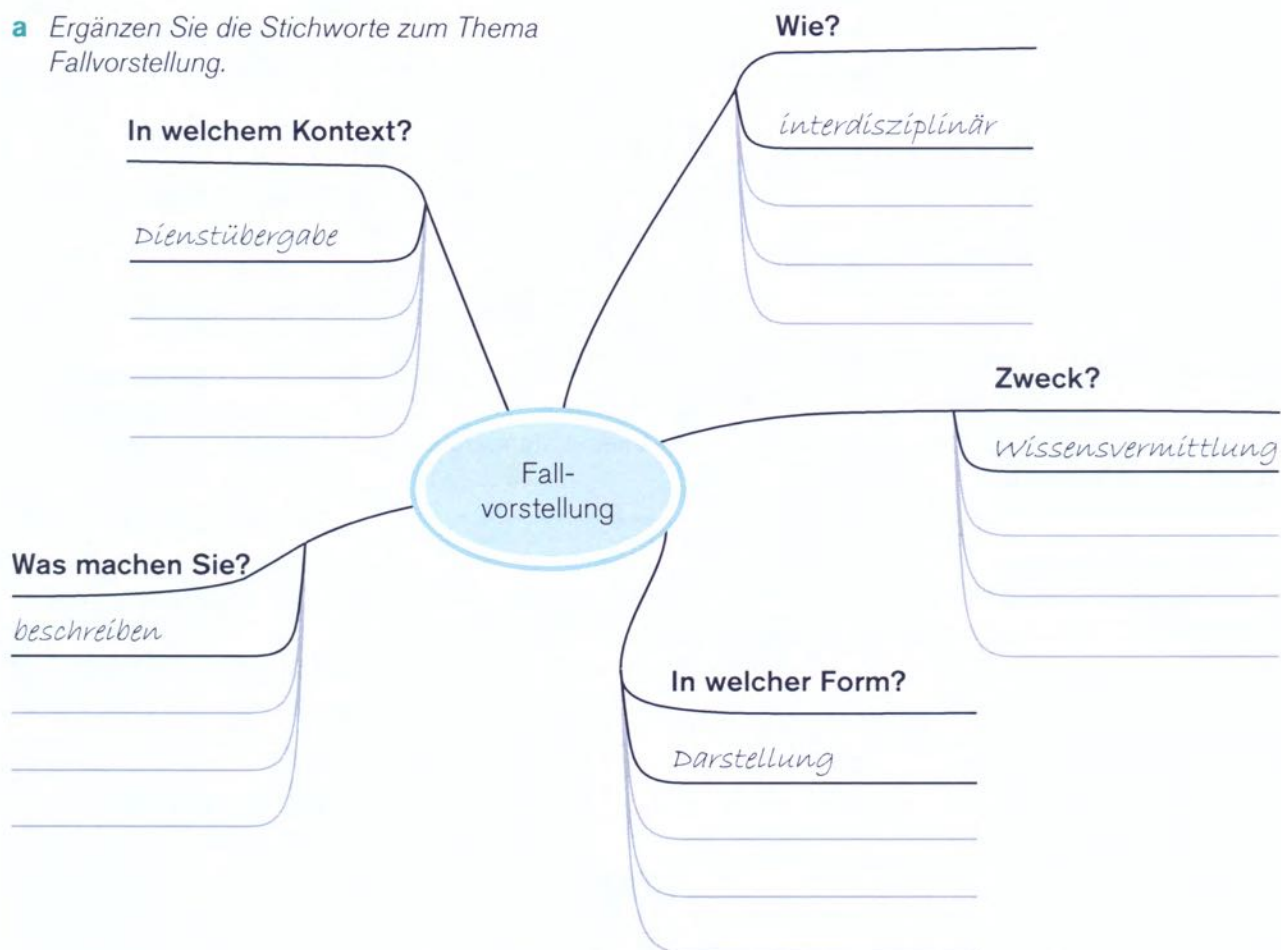
19 Fallvorstellung	7
20 Konsil	15
21 Befunde und Therapien besprechen	23

# Trainingseinheit 19

## FALLVORSTELLUNG

### 1 Einleitung zum Thema

- a Ergänzen Sie die Stichworte zum Thema Fallvorstellung.



- b Was sehen Sie auf den Bildern, wer ist an der Kommunikation beteiligt? Was bedeutet das im Hinblick auf die jeweils eingesetzte Sprache und die thematisierten Inhalte?



c Berichten Sie, welche Erfahrungen Sie bisher mit der Fallvorstellung gemacht haben.

## 2 SOAP-Schema

Lesen Sie die folgenden Textabschnitte. Setzen Sie die Abschnitte in die richtige Reihenfolge.

### SOAP

- ☐ Was heute elektronische Krankenakten noch besser und schneller leisten, ermöglichten damals die SOAP-Notizen: eine effiziente Kommunikation zwischen Ärzten auf der Grundlage eines klaren und prägnanten Formats.
- ☐ Dieses Grundgerüst hat sich bewährt und ist seither allgemein anerkannt, wenngleich in unterschiedlichen Ausprägungen je nach medizinischer Disziplin. Es eignet sich auch als Basis zur Gliederung von Fallvorstellungen.
- ☒ 1 Die SOAP-Notizen wurden in den 1970ern von dem US-amerikanischen Arzt und Biochemiker Lawrence „Larry“ Weed als Konzept problemorientierter Krankenberichte in die Medizin eingeführt. Dies geschah zu einem Zeitpunkt, als es keine standardisierten Formen für die medizinische Dokumentation gab.
- ☐ Schließlich wird der Plan für das weitere Vorgehen dargelegt. In diesem Plan sollte jeder Punkt der Bewertung angesprochen werden. Er umfasst mögliche weitere Untersuchungen oder Überweisungen, die Medikation und alles Weitere, was mit den Betroffenen besprochen und vereinbart wurde.
- ☐ Anschließend werden objektive Befunde beschrieben, also die klinischen Befunde sowie weitere Ergebnisse aus Labortests und anderen diagnostischen Untersuchungen.
- ☐ Im nächsten Schritt bewertet die Ärztin oder der Arzt den Zustand der Patientin oder des Patienten unter Berücksichtigung der Krankengeschichte und der erhobenen Befunde. Es wird eine Diagnose oder eine Verdachtsdiagnose gestellt.
- ☐ Das Format wird mit dem Kürzel SOAP bezeichnet, aus den Anfangsbuchstaben von *Subjective*, *Objective*, *Assessment* und *Plan*, mit anderen Worten: subjektive Beschwerden, objektive Befunde, Bewertung der Fakten und Plan für das weitere Vorgehen.
- ☐ Zu Beginn werden die Personaldaten und die Informationen angeführt, die von den Patienten selbst geschildert werden. Das sind neben wesentlichen anamnestischen Angaben vor allem die subjektiven Beschwerden.

### 3 Fallvorstellung bei der Morgenbesprechung

**a** Sie hören eine Fallvorstellung. Welche Aussagen treffen am besten zu? Manchmal gibt es mehrere richtige Lösungen.

- 1 Auf welcher Station befindet sich die Patientin?  
Sie ist in der
  - ☐ Augenklinik.
  - ☐ Neurologie.
  - ☐ Notaufnahme.
  - ☐ Unfallchirurgie.
- 2 Von welchen Personen bezieht der Arzt seine bisherigen Informationen?  
Der Arzt bezieht seine Informationen
  - ☐ vom Neuro-Radiologen.
  - ☐ von der Ärztin in der Notaufnahme.
  - ☐ von der Patientin.
  - ☐ von der Tochter.
- 3 Wie lautet die Verdachtsdiagnose?  
Es besteht der Verdacht auf:
  - ☐ Contusio cerebri.
  - ☐ Entropium.
  - ☐ Meige-Syndrom.
  - ☐ Morbus Menière.



**b** Hören Sie das Gespräch noch einmal. Notieren Sie, was zu den einzelnen Punkten gesagt wird.

**Subjektive Beschwerden:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informationen zur Patientin:

Frau Adèle Wöger,  
63 Jahre, Autounfall

**Objektive Befunde:**

.....

.....

.....

.....

**Bewertung der Fakten (Assessment):**

.....

.....

.....

**Plan für das weitere Vorgehen:**

.....

.....

.....



- c** Sie hören einen Ausschnitt aus der Morgenbesprechung noch einmal. Wie gibt der Arzt die Aussagen der Patientin und ihrer Tochter wieder? Schreiben Sie Beispielsätze in die Infobox.

**Hinweis**

In der gesprochenen Sprache wird für die indirekte Rede häufig der Indikativ anstelle des Konjunktivs verwendet, während in der geschriebenen Sprache der Konjunktiv bevorzugt wird.

**Möglichkeiten der Redewiedergabe**

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, Aussagen anderer Personen wiederzugeben. Die Aussage oder Ansicht wird durch ein Verb des Sagens, auch des Fragens oder Denkens eingeleitet, zum Beispiel:

angeben, anführen, antworten, äußern, behaupten, berichten, denken, erklären, erzählen, erwähnen, fragen, glauben, klagen, meinen, mitteilen, sagen, wissen wollen ...

Schließen sich weitere Aussagen an, ist ein einleitender Satz nicht mehr unbedingt erforderlich.

**1 Konjunktiv I**

„Ich habe häufig Kopfschmerzen.“ → Er habe häufig Kopfschmerzen.

.....

.....

.....

**2 Hauptsatz und Nebensatz mit Konjunktiv I**

„Ich habe häufig Kopfschmerzen.“ → Er erzählte, dass er häufig Kopfschmerzen habe.

.....

.....

.....

**3 Weitere Möglichkeiten der Redewiedergabe****a Infinitivkonstruktion:**

„Ich habe häufig Kopfschmerzen.“ → Er gab an, häufig Kopfschmerzen zu haben.

.....

**b Hinweis auf die Quelle**

Das einleitende Verb kann durch einen Hinweis auf die Quelle der Aussage ersetzt werden. In diesem Fall steht das Verb im Indikativ.

„Ich habe häufig Kopfschmerzen.“ → Nach Aussage des Patienten hat er häufig Kopfschmerzen.

Alternativen: nach Ansicht, nach Meinung, nach der Auffassung des Patienten, laut Patient, dem Patienten zufolge ...

**c Die Aussage kann auch umschrieben werden:**

„Ich habe häufig Kopfschmerzen.“ → Der Patient klagt über häufige Kopfschmerzen.

**d Geben Sie die folgenden Patientenaussagen wieder. Nutzen Sie dazu unterschiedliche Formen.**

**1** „Ich habe Probleme mit trockenen Augen.“

- a** Die Patientin sagt(e), sie habe Probleme mit trockenen Augen.
- b** Die Patientin sagt(e), dass \_\_\_\_\_.
- c** Die Patientin gibt (gab) an, Probleme mit trockenen Augen zu haben.
- d** Nach Aussage der Patientin hat \_\_\_\_\_.
- e** Die Patientin berichtet von \_\_\_\_\_.



**2** „Meine Beine sind am Abend immer geschwollen.“

- a** Der Patient gibt an, \_\_\_\_\_.
- b** Der Patient äußert, dass \_\_\_\_\_.
- c** Der Patient erwähnt, am Abend \_\_\_\_\_.
- d** Nach Angabe des Patienten \_\_\_\_\_.
- e** Der Patient klagt \_\_\_\_\_.



**3** „Ich habe in letzter Zeit stark abgenommen.“

- a** Die Patientin erzählte, sie \_\_\_\_\_.
- b** Die Patientin beklagte sich, dass \_\_\_\_\_.
- c** Die Patientin gab an, in letzter Zeit \_\_\_\_\_.
- d** Nach Aussage der Patientin \_\_\_\_\_.
- e** Die Patientin wies auf \_\_\_\_\_ hin.



**e Arbeiten Sie zu zweit. Stellen Sie im Rahmen einer Visite am Krankenbett die Patientin Frau Wöger vor. Ihr Kollege hört zu und stellt anschließend Fragen zum Fall.**

**f Stellen Sie nun einen aktuellen Fall aus Ihrer Praxis vor. Ihre Kollegin oder Ihr Kollege stellt während der Visite Fragen zum Fall.**

## 4 Interdisziplinäre Fallvorstellung

Lesen Sie zunächst den Text. Darunter finden Sie eine Zusammenfassung des Textes. Bestimmen Sie, ob die Abschnitte 1–7 den Inhalt des Textes korrekt wiedergeben (+) oder Abweichungen vom Inhalt des Textes (–) enthalten. Unterstreichen Sie diese.

## Tumorboards

In der Onkologie hat sich in der jüngeren Vergangenheit das Konzept der interdisziplinären Zusammenarbeit als entscheidender Beitrag für eine erfolgreiche Behandlung etabliert. Der multidisziplinäre Ansatz bezieht alle Fachrichtungen ein, die an der Diagnostik und Therapie von Tumorerkrankungen beteiligt sind. Als Dreh- und Angelpunkt für die Umsetzung dieses interdisziplinären Behandlungsansatzes gelten dabei Tumorboards oder Tumorkonferenzen.

Im Rahmen solcher interdisziplinärer Besprechungen werden der Krankheitszustand und die Therapiemöglichkeiten von Patientinnen und Patienten individuell geprüft und diskutiert. Dabei sind Fachärzte der jeweils betroffenen Disziplinen wie Chirurgen, internistische Onkologen, Radiologen, Radioonkologen und Pathologen, eventuell auch Palliativmediziner, vertreten. Ziel ist es, gemeinsam für die einzelnen Betroffenen eine optimale Therapie zu erarbeiten. Tumorboards berücksichtigen somit auch den Aspekt einer personalisierten Medizin, indem die Behandlungsstrategien genau an den individuellen Fall angepasst werden. In das Behandlungskonzept können auch weitere Berufsgruppen wie Ernährungsberater, Physiotherapeuten, Psychoonkologen, onkologische Pflegepersonen oder Sozialarbeiter eingebunden werden. Gesundheitszentren weltweit vertrauen darauf, dass somit eine zeitgemäße und evidenzbasierte Behandlung von Krebspatienten umgesetzt werden kann.

Während größere Zentren in der Lage sind, abteilungsübergreifend interne Tumorkonferenzen durchzuführen, erhalten kleinere Krankenhäuser die Möglichkeit, ihre Fälle in solchen Gesundheitszentren vorzustellen. Zunehmend werden auch Videokonferenzen mit Experten durchgeführt. Tumorboards stehen bei Bedarf auch niedergelassenen Fachärzten oder Allgemeinmedizinern offen.

Grundsätzlich sind zwei Arten von Tumorboards vorstellbar: Einerseits gibt es Treffen, bei denen alle vorliegenden Tumorerkrankungen kurz besprochen werden. Andererseits sind es Expertenrunden, in denen besonders schwierige Fälle ausführlich diskutiert werden. Letztere sind der Regelfall. Die Tumorboards spezialisieren sich zudem zunehmend von allgemeinen zu organspezifischen.

Bei der Tumorkonferenz stellt der behandlungsführende Arzt, der sogenannte Case Manager, einen konkreten Fall vor und formuliert eine gezielte Fragestellung. Anhand der Ergebnisse bildgebender Verfahren und anderer relevanter Befunde wird der konkrete Fall anschließend in der Expertenrunde diskutiert. Am Ende der Be-

wertung sämtlicher Daten und ihrer Diskussion werden weitere Behandlungsschritte festgelegt und dokumentiert.

Der Zugewinn durch Tumorboards wird nach allgemeinem Konsens nicht in Frage gestellt, doch gibt es derzeit noch kaum Erkenntnisse aus breit angelegten Studien, die einen tatsächlichen Nutzen anhand von Zahlen belegen würden. Lediglich einige Single-Center-Studien beschäftigten sich bisher mit den konkreten Auswirkungen von Tumorboards.

Eine US-amerikanische Studie zu gynäkologischen Tumorboards<sup>1</sup> wertete 153 Fälle aus, die während eines Zeitraums von 52 Wochen in Tumorboards vorgestellt wurden. Dabei kam es in 53 Fällen zu Veränderungen in der Behandlung. Eine Studie in Neuseeland stellte ebenfalls die Frage nach einer Umstellung der Behandlung von gynäkologischen Tumoren infolge von Tumorkonferenzen.<sup>2</sup> Untersucht wurden 509 Fälle, die über einen Zeitraum von zwölf Monaten in Tumorboards besprochen wurden. In 9% der analysierten Fälle ergaben sich unterschiedliche Bewertungen vor und nach den Tumorkonferenzen. Diese Abweichungen betrafen die Lokalisierung des Tumors, den histologischen Typus und das Staging. In 5,9% dieser Fälle folgte daraus eine Empfehlung, die Behandlung zu verändern.

Entscheidend für den greifbaren Erfolg von Tumorkonferenzen sei nicht nur das Fachwissen und die Erfahrung der teilnehmenden Ärzteschaft, sondern auch eine gute Vorbereitung und die richtige Auswahl der Fälle. Darüber hinaus habe auch die effiziente Führung solcher Treffen sowie deren Struktur einen Einfluss auf die Ergebnisse, meinen die Autoren eines kürzlich veröffentlichten Beitrags über mögliche Verbesserungen in der multidisziplinären Behandlung von Krebskranken.<sup>3</sup>

Zusätzlich zum direkten Nutzen für die betroffenen Patientinnen und Patienten bringen Tumorkonferenzen aber noch in anderer Hinsicht Gewinn. Durch den intensiven Austausch von Erfahrungen wird der Wissensstand aller Teilnehmenden erweitert. Neueste Erkenntnisse und Expertenmeinungen werden über Videokonferenzen auch Institutionen mit begrenzten Ressourcen direkt zugänglich gemacht. Zuletzt können die ausführlichen Diskussionen dazu beitragen, Forschungsbedarf zu identifizieren.

1 Gatcliffe TA, Coleman RL. Tumor board, more than treatment planning, 2008.

2 Cohen P, Tan AL, Pennman A. The multidisciplinary tumor conference in gynecologic oncology, 2009.

3 Nagi S, El Saghir, Nancy L. Keating et al. Tumor boards, 2014

Es wird eingangs darauf hingewiesen, dass in der Behandlung von Tumorerkrankungen in letzter Zeit die fachübergreifende Kooperation einen bedeutenden Stellenwert erlangt habe. Diese Kooperation betreffe sämtliche an der Erstellung der Diagnose und an der Behandlung beteiligten Fachleute. Als zentrales Element für die Umsetzung dieses Konzepts werden sogenannte Tumorboards genannt.

1

Bei Tumorkonferenzen würden Einzelfälle in einer Runde von Experten aus unterschiedlichen medizinischen und verwandten Disziplinen analysiert und besprochen. Die im Rahmen solcher Tumorkonferenzen entwickelten allgemeinen Richtlinien für bestimmte Tumorarten würden weltweit umgesetzt.

2

Größere Zentren würden interne Tumorkonferenzen durchführen. Kleinere Institutionen könnten solche Besprechungen in größere Zentren einbringen, diese ständen auch niedergelassenen Ärzten zur Verfügung.

3

Man könne prinzipiell zwei unterschiedliche Formen von Tumorkonferenzen unterscheiden: erstens solche, bei denen alle onkologischen Fälle einer Institution besprochen, und zweitens solche, in denen nur ausgesuchte Fälle diskutiert würden. Mit der zunehmenden Spezialisierung verliere die erste Art jedoch zunehmend an Bedeutung.

4

Eine Reihe von umfassenden Studien, die sich allerdings nur mit einem einzigen Zentrum befassen, haben nach Aussage des Textes den Nutzen von Tumorboards eindeutig belegt.

5

In einem unlängst publizierten Beitrag wird Folgendes erläutert: Nicht nur Fachwissen sei für den Erfolg von Tumorkonferenzen ausschlaggebend, sondern auch gut gewählte Beispiele sowie die Struktur und Leitung des Treffens.

6

Abschließend wird darauf hingewiesen, dass sich aus den Tumorboards zusätzlich zum therapeutischen Nutzen einige positive Wirkungen ergeben, indem sie zur Wissensverbreitung beitragen und mögliche Forschungsfragen aufzeigen.

7

## 5 Fallvorstellung im Tumorboard

**a** Bilden Sie Redemittel, um Verständnisfragen zu klären. Ordnen Sie zu.

Könnten Sie das ein

mehr Informationen?

Hätten Sie dazu

noch weiter ausführen?

Eine etwas detailliertere

dass es derzeit kein klinisches Anfallsgeschehen gibt?

Könnten Sie das

bisschen genauer erklären?

Könnten Sie bitte den letzten

meinen Sie dann, dass sie an einer Studie teilnehmen würde?

Was genau meinen Sie mit

einer antiepileptischen Therapie?

Habe ich Sie richtig verstanden,

Teil wiederholen?

Wenn Sie sagen, dass die Patientin kooperativ ist,

Erklärung wäre hilfreich.

- b** Bereiten Sie auf der Grundlage der folgenden Angaben eine Präsentation des Falles vor. Stellen Sie den Fall dann Ihren Kolleginnen und Kollegen vor und diskutieren Sie die weitere Therapieplanung.

### Fallbeispiel

Patientin: Irene Mayer, 68 Jahre

Diagnosen:

1. Glioblastom re temporo-parietal, Stadium IV, Z. n. OP vor 2 Monaten, Z. n. Radiochemotherapie
2. Z. n. cerebralem Insult re Stammganglien (perioperativ)
3. Essentielle Hypertonie
4. Hypercholesterinämie
5. Hypothyreose

- stationäre Aufnahme wg. reduz. AZ und weiterer Therapieplanung
- hochgradige Halbseitensymptomatik li, Pat. wach und kooperativ
- Pat. klagt über intermittierende Schmerzen im li Arm und Krämpfe im li Bein
- Labor: Neutropenie
- MR-Kontrolle: vorbekanntes Insultgeschehen, Substanzdefekt re temporopolar; suspekter Bereich dorsal des Primärtumors bzw. mesiotemporal (Tumorrezidiv?)
- EEG: beidseitige rechtsbetonte Hirnfunktionsstörung mit Hinweisen auf erhöhte cerebrale Erregungsbereitschaft rechts, derzeit kein klinisches Anfallsgeschehen (antiepileptische Therapie?)
- parenterale Flüssigkeitssubstitution; Metamizol b. Bedarf

- c** Machen Sie sich Notizen zu den Ergebnissen des Tumorboards und halten Sie die weitere Therapie für die Patientin fest.
- d** Nach sechs Monaten schreiben Sie zu diesem Fall einen Artikel für eine Fachzeitschrift. Entscheiden Sie selbst, wie sich der weitere Krankheitsverlauf darstellte. Schreiben Sie etwas zu folgenden Punkten:
- Fallvorstellung
  - Diskussion der Therapiemöglichkeiten
  - Reflexion der von Ihnen beschlossenen therapeutischen Maßnahmen
  - Diskussion über den Nutzen des Tumorboards

## 6 Fallvorstellung im Rahmen eines Vortrags

- a** Diskutieren Sie im Kurs: Worin unterscheiden sich Fallpräsentationen im Rahmen des Krankenhauses von Fallvorstellungen bei Tagungen oder Kongressen?
- b** Notieren Sie Anforderungen an eine Fallvorstellung im Rahmen einer Tagung oder eines Kongresses.
- c** Bereiten Sie eine Fallvorstellung für einen Kongress vor. Wählen Sie dazu einen aktuellen Fall aus. Stellen Sie einleitend sich selbst, Ihren Tätigkeitsbereich und Ihr Thema vor.
- d** Überlegen Sie gemeinsam: Durch welche Formulierungen könnten Sie das Interesse Ihres Publikums wecken? Tragen Sie anschließend Ihren Fall vor. Ihre Kolleginnen und Kollegen geben Ihnen anschließend ein Feedback.



## 7 Kongresse und Konferenzen

Schreiben Sie einen Abstract zu einer aktuellen Publikation aus Ihrem Fachgebiet oder zu einer eigenen Publikation. Schreiben Sie 200 bis 250 Wörter.

# Trainingseinheit 20

## KONSIL

### 1 Einstieg

- a Erstellen Sie ein Assoziogramm zum Begriff Konsil/Konsilium.



- b Definieren Sie die folgenden Begriffe:

**Konsilium/Konsil**      **Konsiliardienst**  
**Konsiliarbericht**      Konsiliararzt/Konsiliarärztin  
**Konsilschein**

### 2 Anforderung eines Konsils



- a Sie hören ein Telefongespräch. Lesen Sie anschließend die verschiedenen Zusammenfassungen. Welche der Zusammenfassungen 1, 2 oder 3 gibt den Inhalt des Gesprächs korrekt wieder?

- 1 Eine Ärztin von der Urologie bittet den Kollegen der Unfallchirurgie darum, sich eine Patientin anzusehen. Diese hat hohes Fieber und klagt zudem über Übelkeit und Miktionsstörungen. Vor kurzem wurde sie wegen einer akuten Pyelonephritis auf die urologische Station aufgenommen. Dort kam es zu einem Sturz und es besteht der Verdacht auf eine Oberschenkelfraktur.
- 2 Eine Patientin zeigt nach der operativen Versorgung eines Knochenbruchs mittels Marknagel erhöhte Entzündungsparameter, stark vermehrt Leukozyten im Harn und einen starken Anstieg der Körpertemperatur. Sie leidet zudem an Übelkeit und Klopfschmerzen im Bereich des rechten Nierenlagers. Die Ärztin der unfallchirurgischen Abteilung bittet einen Urologen um weitere Abklärung im Hinblick auf eine akute Nierenbeckenentzündung.
- 3 Eine Unfallchirurgin bittet ihren Kollegen von der Urologie darum, eine Patientin zu begutachten. Die Patientin erlitt nach einem Sturz eine Fraktur des Oberschenkelknochens, die chirurgisch versorgt wurde. Nun hat die Patientin Schmerzen beim Harnlassen und mäßiges Fieber. Der Urologe soll eine Entzündung des Nierenbeckens ausschließen und der Unfallchirurgin den Konsiliarbericht per E-Mail zukommen lassen.

#### Tipp

Es empfiehlt sich, besonders dringende Konsilanfragen vorher telefonisch anzukündigen und das weitere Prozedere abzusprechen.



- b Lesen Sie das Formular für die Konsilanforderung. Hören Sie anschließend das Telefongespräch noch einmal. Füllen Sie im Formular die Bereiche 1 bis 5 aus.

1	<b>KLINIKUM</b> <b>AM KASTANIENHAIN</b> Kastanienallee 1 07201 Leberswalden	<b>Konsilanforderung</b> Untersuchung durch Facharzt/Fachärztin für
2	Name, Vorname des Patienten/der Patientin:  geb. am: (Patientenaufkleber)	Anfordernder Arzt/anfordernde Ärztin: <i>Assistenzärztin Dr. Kerstin Lindner</i> Station: Datum: Unterschrift:
3	Diagnose/Klinische Angaben: <i>Z. n. osteosynthetisch versorgter OS-Fraktur am ...</i>	
4	Vorbefunde (EKG, Röntgen, Labor):	
5	Fragestellung:	
	<b>Konsilbericht</b>	
6	Anamnese/Befund:  <i>Dysurie</i> <i>Kurzbefund Sonographie: re Nierenbecken 1° gestaut, Nierenparenchym ...</i>	
7	Diagnose(n):	
8	Therapievorschlagn: <i>Sulbactam, Ampicillin iv., 3 x tgl.</i> <i>1000 ml Ringerlösung tgl.</i> <i>Metamizol b. Bedarf</i>	
9	Empfohlene Zusatzuntersuchungen:	
10	Datum/Uhrzeit:	Name und Unterschrift des Konsiliararztes



- c Sie hören nun ein weiteres Gespräch. Machen Sie sich Notizen und füllen Sie anschließend die Bereiche 6 bis 10 des Konsilscheins aus.

### 3 Fallbeispiele

Lesen Sie die fünf Situationen. Formulieren Sie die Diagnose und die klinischen Angaben sowie die Fragestellung für eine schriftliche Konsilanforderung. Die Wörter im Kasten helfen Ihnen dabei. Sie können zusätzliche klinische Angaben hinzufügen.

#### Tipp

Die Fragen an die Kollegin oder den Kollegen sollten so gezielt wie möglich formuliert werden, damit die Kollegen wissen, was von ihnen erwartet wird.

#### Fallbeispiel 1

Ihr Patient berichtet über blitzähnliche Lichterscheinungen sowie Sehen von schwarzen Punkten und Fäden. Er hat keine Schmerzen. Sie fordern eine augenärztliche Kontrolle an, um eine Netzhautabhebung auszuschließen.

Diagnose/Klinische Angaben:

Blitzartige Lichterscheinungen, Mouches volantes, keine Schmerzen  
v. a. Ablatio retinae

Fragestellung:

#### Fallbeispiel 2

Ihnen fällt bei der körperlichen Untersuchung Ihrer Patientin ein Muttermal mit unscharfer Begrenzung und starker Pigmentierung auf. Sie fordern ein dermatologisches Konsil an, um Bösartigkeit auszuschließen.

Diagnose/Klinische Angaben:

.....

Fragestellung:

.....

#### Fallbeispiel 3

Bei Ihrem Patienten wurde ein lokal inoperables nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom diagnostiziert. Die Stadienbestimmung ist noch nicht abgeschlossen. Sie fordern bereits ein onkologisches Konsil im Hinblick auf eine chemotherapeutische Behandlung an.

Diagnose/Klinische Angaben:

.....

Fragestellung:

.....

## Fallbeispiel 4

Eine Patientin klagt über dunkelbraunen Ausfluss, wiederkehrende Unterbauchschmerzen sowie starke Gewichtsabnahme. Sie fordert ein gynäkologisches Konsil wegen des Verdachts auf einen bösartigen Tumor an.

Diagnose/Klinische Angaben:

.....

.....

Fragestellung:

.....

## Fallbeispiel 5

Ihr Patient leidet an einer bekannten Grand-mal-Epilepsie, die mit Levetiracetam 750 mg zweimal am Tag behandelt wird. Trotzdem kommt es zu Anfällen. Sie fordern ein neurologisches Konsil an, um die Behandlung besser anzupassen.

Diagnose/Klinische Angaben:

.....

.....

Fragestellung:

.....

ausschließen  
beurteilen  
bewerten  
untersuchen  
bitten  
erbeten

ersuchen  
mit der Bitte um  
Ansicht  
Ausschluss  
fachärztliche Begutachtung  
Beurteilung

Bewertung  
Empfehlung  
Therapieoptimierung  
Verdacht auf  
hinsichtlich  
im Hinblick auf

#### 4 Am Telefon um fachliche Beratung bitten

Lesen Sie die folgenden Redemittel. Finden Sie die passenden Reaktionen.

1

##### sich als Anruferin oder Anrufer vorstellen

- 1 Hallo, hier Kerstin von der Unfallchirurgie.
- 2 Guten Tag, hier spricht Dr. Lindner von der Unfallchirurgischen Abteilung.
- 3 Hallo, hier Lindner, Unfallchirurgie.

##### einen gezielten Anruf entgegennehmen

- ☐ Hallo, Frau Lindner. Was kann ich für Sie tun?
- ☐ Grüß dich, lange nicht mehr gehört. Gibt es etwas Neues?
- ☐ Guten Tag, Frau Kollegin. Wie kann ich Ihnen behilflich sein?

2

**nachfragen**

- 1 Hallo, ist dort die Urologie, Station II?
- 2 Bin ich mit der Chirurgischen Ambulanz verbunden?
- 3 Ja, hallo, jetzt bin ich nicht sicher, ob ich bei Ihnen richtig bin. Ich wollte die Urologische Ambulanz sprechen.

**bestätigen/verneinen**

- ☐ Da haben Sie die falsche Durchwahl erwischt. Die Ambulanz hat die 45.
- ☐ Ja, hier ist die Chirurgische Ambulanz. Worum geht es denn?
- ☐ Nein, da haben Sie sich wohl verwählt. Hier ist die Urologie, Station I.

3

**ein Ansuchen vortragen**

- 1 Ich bräuchte bitte Ihre Unterstützung, Herr Kollege. Es handelt sich um Folgendes ...
- 2 Folgendes: Patientin, 72 Jahre, proximaler Femurnagel ...
- 3 Es geht um Folgendes. Wir haben hier eine Patientin mit gastrointestinaler Blutung und benötigen eine Notfallgastroskopie.

**Konsil zusagen**

- ☐ Okay, schick uns die Patientin rüber.
- ☐ Ich sehe mir das gerne näher an. Würden Sie mir bitte die vorhandenen Befunde mitschicken?
- ☐ In Ordnung. Wir werden uns sofort darum kümmern. Schicken Sie die Patientin mit Konsilschein in die Endoskopie.

## 5 Rollenspiel

- a** Bilden Sie Zweiergruppen und führen Sie anhand folgender Grundinformationen ein Gespräch, in dem Sie um ein Konsil bitten. Verwenden Sie auch bisher erarbeitete Redemittel. Sie können die Angaben und Fragen eigenständig ergänzen.

### Fallbeispiel 1

Informationen für die Rolle: **anfordernde Ärztin/anfordernder Arzt**

Sie sind Assistenzärztin oder -arzt in der Neurologischen Abteilung. Sie rufen den Konsiliardienst an und bitten um Begutachtung eines Patienten. Sie kennen Ihr Gegenüber nicht persönlich.

#### Angaben zur **Patientin**

- Brettschnaider, Helene, 65 Jahre
- wegen Schwindelattacken mit Angstzuständen und Schweißausbrüchen in stationärer Behandlung
- häufige Konzentrationsstörungen und Beeinträchtigungen in der Bewegungskoordination
- bekannter Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas Grad I
- Medikation: Metformin 2 x 1 g
- Labor: HbA1c-Wert deutlich erhöht
- Fragestellung: V. a. schlecht eingestellten Diabetes, Empfehlungen?

Informationen für die Rolle: **Konsiliarärztin/Konsiliararzt**

Sie gehören zum Konsiliardienst der Internistischen Abteilung. Eine Kollegin oder ein Kollege von der Neurologie kontaktiert Sie telefonisch. Sie kennen Ihr Gegenüber nicht persönlich.

Fragen Sie nach

- Krankheiten, Beschwerden des Patienten
- der bisherigen Medikation
- bisherigen diagnostischen Maßnahmen

Erbitten Sie abschließend den Konsilschein.

**Fallbeispiel 2**Informationen für die Rolle: **anfordernde Ärztin/anfordernder Arzt**

Als Hausärztin oder Hausarzt rufen Sie bei der Kardiologischen Ambulanz an und bitten um rasche Begutachtung Ihres Patienten mit weiterführender Diagnostik und gegebenenfalls Therapieoptimierung. Sie kennen Ihr Gegenüber nicht persönlich.

Angaben zum **Patienten**

- Jordan, Alexander, 60 Jahre
- hypertensive Entgleisungen bei arterieller Hypertonie bereits bekannt
- zur Blutdruckkontrolle in der Hausarztpraxis, Blutdruck mit eigenem Gerät zu Hause nicht messbar
- medikamentöse Therapie mit Nebivolol, Enalapril und Rilmenidin
- Untersuchungsergebnis: Extrasystolie, RR 270/130 mmHg
- EKG: SR 0,60/Min; PQ 0,20; passagere Bigeminie; Endstreckenveränderungen wie bei Myokardschaden
- Patient ohne subjektive Beschwerden, wirkt nervös und fahrig

Informationen für die Rolle: **Konsiliarärztin/Konsiliararzt**

Sie haben Dienst in der Kardiologischen Ambulanz. Eine Kollegin oder ein Kollege aus dem niedergelassenen Bereich ruft an, um Ihnen einen Patienten anzukündigen. Sie kennen Ihr Gegenüber nicht persönlich.

Fragen Sie nach

- Krankheiten, Beschwerden des Patienten
- der bisherigen Medikation
- bisherigen diagnostischen Maßnahmen

Schlagen Sie abschließend das weitere Vorgehen vor.

- b** Welche Konsile werden in Ihrem Fachgebiet häufig angefordert? Welche Fragestellungen begegnen Ihnen dabei?
- c** Wählen Sie ein Fallbeispiel aus Ihrer Praxis aus, für das Sie ein Konsil benötigen. Spielen Sie die Situation in einem Rollenspiel nach.

**6 Typ-2-Diabetes****a** Sprechen Sie über Ihre Erfahrungen:

- Wie sicher sind Sie in der Behandlung von Diabetes mellitus Typ II?
- Wie häufig kommt es in Ihrem Fachgebiet zu Komplikationen mit Patientinnen und Patienten, die an Diabetes mellitus Typ II erkrankt sind?
- Welche Komplikationen sind Ihnen bekannt?

**b** Lesen Sie den Text und entscheiden Sie, ob die Aussagen richtig oder falsch sind.

## Die UKPD-Studie – ein Meilenstein in der Behandlung von Typ-2-Diabetes

Die Ergebnisse der UKPD-Studie (*United Kingdom Prospective Diabetes Study*) wurden erstmals 1998 auf dem Europäischen Diabetikerkongress in Barcelona vorgestellt und gleichzeitig publiziert. Diese prospektive Studie gilt bis heute als Meilenstein in der Typ-2-Diabetes-Forschung und war von grundlegender Bedeutung für die Diabetes-Behandlung.



Die Studie umfasste ca. 5000 Patienten im Alter zwischen 25 und 65 Jahren (Altersdurchschnitt: 54 Jahre), bei denen ein Diabetes mellitus Typ 2 erstmals diagnostiziert worden war. Sie wurden in 23 Diabetes-Zentren in Großbritannien behandelt. Die Studie wurde 1977 begonnen, lief über 20 Jahre und verfolgte die einzelnen Patienten über einen durchschnittlichen Zeitraum von zehn Jahren. Die randomisierte Studie untersuchte dabei die Auswirkungen unterschiedlicher Therapieformen auf die Entwicklung mikro- und makrovaskulärer Diabeteskomplikationen.

In der Studie wurden die Patienten in zwei Gruppen aufgeteilt: Eine erhielt eine konventionelle Standardtherapie aus Diät und körperlicher Bewegung, die andere eine intensiviertere Behandlung durch zusätzliche Medikation mit oralen Antidiabetika oder Insulin. Ziel der intensivierten Therapie waren Nüchtern-Blutzuckerwerte unter 6 mmol/l oder 110 mg/dl. Therapieziel in der konventionell behandelten Gruppe war es, die bestmöglichen, allein durch Diät und Bewegung erreichbaren Nüchtern-Blutzuckerwerte zu erlangen. Kam es unter der jeweiligen Therapie zu hyperglykämischen Symptomen oder zu Nüchtern-Blutzuckerwerten von mehr als 15 mmol/l, das heißt mehr als 270 mg/dl, wurden zusätzliche Medikamente gegeben.

Nach zehn Jahren betrug der HbA1c-Wert in der intensiviert behandelten Gruppe 7 Prozent im Vergleich zu 7,9 Prozent in der konventionell behandelten Gruppe, was einer Reduktion von rund 11 Prozent entspricht. Dies ging einher mit einer 25-prozentigen Reduktion mikrovaskulärer Folgeschäden sowie einer 12-prozentigen Reduktion aller anderen diabetesbezogenen Studienendpunkte im medikamentös behandelten Studienarm.

Bei den Patienten in der intensivierten Gruppe traten allerdings häufiger hypoglykämische Episoden auf als in der konventionell therapierten Gruppe. Auch die Gewichtszunahme von durchschnittlich 2,9 kg lag in der intensiviert behandelten Gruppe signifikant höher als in der konventionell versorgten.

Die mit Insulin therapierten Patienten wiesen niedrigere Nüchtern-Glukosewerte auf als jene Patienten, die mit oralen Antidiabetika behandelt wurden. Die HbA1c-Konzentrationen waren jedoch vergleichbar. 51 Prozent der Patienten, die lang wirkendes Insulin bekamen, mussten nach sechs Jahren zusätzlich Normalinsulin zuführen. Weiterhin bedurften 66 Prozent der Patienten, die mit Sulfonylharnstoffen behandelt wurden, einer zusätzlichen Therapie mit Metformin oder Insulin, um die Symptome zu kontrollieren und die Nüchtern-Blutzuckerwerte unterhalb von 15 mmol/l zu halten. Patienten, denen anfangs eine Insulintherapie zugewiesen wurde, nahmen noch stärker zu und litten öfter an Hypoglykämien als jene, die mit Sulfonylharnstoffen behandelt wurden.

Eine kleine Gruppe adipöser Patienten war einer initial medikamentösen Therapie mit Metformin zugewiesen worden. Diese Patienten zeigten eine geringere Gewichtszunahme und litten nur selten an Hypoglykämien. Aufgrund der Nebenwirkungen in der Insulingruppe einerseits und der Beobachtung andererseits, dass dabei die Folgen der Erkrankung nicht wesentlich zu reduzieren waren, folgerten die Studienautoren, dass es vernünftiger sein könnte, die Behandlung von neu aufgetretenem, primär diätrefraktärem Typ-2-Diabetes mit oralen Antidiabetika zu beginnen. Es sollte erst dann auf Insulin umgestellt werden, wenn die Zielsetzungen, das heißt Blutzuckerkontrolle und Beschwerdefreiheit, nicht erreicht werden können. Bei übergewichtigen Typ-2-Diabetikern könnte Metformin die Initialtherapie der Wahl sein, da die Blutzuckerkontrolle mit diesem Mittel das diabetische Komplikationsrisiko offenbar vermindert und weitere Gewichtszunahme verhindert. Bei der Initialtherapie sollte die Entscheidung stets aufgrund einer sehr differenzierten Bewertung des gegebenen Falls, auch unter Berücksichtigung zusätzlicher Erkrankungen, wie z.B. Hypertonie, erfolgen.

Eine sichere Aussage zur optimalen Auswahl zwischen den unterschiedlichen Antidiabetika ließ die UKPD-Studie jedoch nicht zu. Die Studie kann dennoch als Meilenstein bezeichnet werden, weil sie zum Zeitpunkt ihrer Durchführung die größte und längste Studie zur Therapie von neu manifestiertem, nicht-insulinpflichtigem Diabetes war. Sie zeigte eindrucksvoll, dass Folgeerkrankungen durch eine verbesserte Blutzuckereinstellung deutlich reduziert werden können.

- 1 Auf dem Europäischen Diabetikerkongress 1998 kündigten Forscher die Durchführung einer umfassenden Diabetes-Studie an.  
richtig/falsch
- 2 Die Studie befasste sich mit der Optimierung der frühen Insulintherapie.  
richtig/falsch
- 3 Blutzuckerwerte von mehr als 270 mg/dl wurden in allen Studienarmen medikamentös behandelt.  
richtig/falsch
- 4 Nach zehn Jahren war der HbA1c-Wert bei konventioneller Therapie höher.  
richtig/falsch
- 5 Das Risiko für hypoglykämische Episoden war bei der intensivierten Behandlung deutlich geringer.  
richtig/falsch
- 6 Übergewichtige Patienten nahmen mit Metformin weniger zu.  
richtig/falsch
- 7 Die Studienautoren kamen zu dem Schluss, dass ein neuentdeckter Diabetes ausschließlich diätetisch zu behandeln ist.  
richtig/falsch
- 8 Die Studie lieferte Hinweise darauf, dass unter gewissen Umständen zuerst mit Metformin behandelt werden sollte.  
richtig/falsch
- 9 Die UKPD-Studie legte allgemeingültige Richtlinien für die therapeutische Entscheidung bei Typ-2-Diabetes fest und gilt deshalb als Meilenstein.  
richtig/falsch

## 7 E-Mail

- a** Heute hatten Sie einen richtig schlechten Tag auf der Station. Schreiben Sie Ihrem guten Freund René. Mit René haben Sie zwei Jahre in Ihrem Krankenhaus zusammengearbeitet, jetzt arbeitet er in Amerika.
- Schreiben Sie ausführlich: Was ist schiefgelaufen?
  - Wie geht es Ihnen jetzt?
  - Wann ist der nächste Urlaub?
  - Fragen Sie nach dem Befinden Ihres Freundes.
- b** Sie erhalten eine E-Mail von Ihrer guten Freundin oder Ihrem guten Freund, die oder der an Ihrem ehemaligen Krankenhaus in Deutschland arbeitet. Die Kollegin oder der Kollege hatte wohl einen schlechten Tag. Antworten Sie mit einer aufmunternden E-Mail.
- Erinnern Sie an die positiven Seiten auf der Station.
  - Machen Sie Mut für die Zukunft.
  - Geben Sie Tipps zum Umgang mit dem Problem.
  - Schreiben Sie etwas über sich.



# Trainingseinheit 21

## BEFUNDE UND THERAPIEN BESPRECHEN

### 1 Einleitung



*Diskutieren Sie:*

- Welche Untersuchungen führen Sie häufig durch? Welche kommen eher selten vor?
- Welche Behandlungsmethoden spielen in Ihrem Berufsalltag die größte Rolle?
- Wann und wie ausführlich haben Sie Gelegenheit, Befunde und Therapieoptionen mit Kolleginnen und Kollegen zu besprechen?
- Wie gehen Sie mit divergierenden Einschätzungen bezüglich eines Befundes um?

## 2 Wortschatz Befunde

a Welche Nomen-Verb-Verbindungen passen?

1 Befunde

- ☐ anfordern
- ☐ anzweifeln
- ☐ beantragen
- ☐ erörtern
- ☐ messen
- ☐ interpretieren
- ☐ lagern
- ☐ verzweifeln

2 Die Befunde

- ☐ deuten auf ...
- ☐ diagnostizieren ein/eine ...
- ☐ erreichen, dass ...
- ☐ haben ergeben, dass ...
- ☐ legen nahe, dass ...
- ☐ lassen vermuten, dass ...
- ☐ lernen kennen ...
- ☐ spielen an auf ...

b Fügen Sie aus den angeführten Wörtern Gegensatzpaare zusammen.



## 3 Redemittel Befunde

Bilden Sie Redemittel, um mit Kolleginnen und Kollegen über Befunde zu sprechen. Verwenden Sie dabei auch den Wortschatz aus Aufgabe 2.

Beispiele:

Die Ergebnisse legen nahe, dass ...

Der CT-Befund bestätigt den Verdacht auf ...

## 4 Wortschatz Befunde und Therapien

a Ordnen Sie die Wörter den Bereichen Befund oder Therapie zu. Ergänzen Sie weitere Begriffe aus Ihrer Fachrichtung.

Befund	Therapie

Akupunktur  
Antibiose  
Bestrahlung

Blutbild  
Blutwerte  
Dialyse

Drainage  
Laborparameter  
Messwerte

Plasmapherese  
Röntgenaufnahme  
U-Status

b Finden Sie die passenden Begriffe zu den angeführten Behandlungsmethoden.

## Behandlung

1 durch einen invasiven Eingriff: operativ, chirurgisch

2 durch einen minimal-invasiven Eingriff: .....

3 ohne chirurgische Intervention: .....

4 durch die Gabe von Arzneimitteln: .....

5 auf Linderung der Beschwerden abzielend: .....

6 die Ursache der Krankheit beseitigend: .....

7 auf Heilung ausgerichtet: .....

8 mit Aufenthalt in einer Klinik: .....

9 ohne Aufnahme in eine Klinik: .....

### Synonyme

#### Befund:

Untersuchungsergebnis

#### Therapie:

therapeutisches Verfahren,  
Behandlung, Behandlungsmethode

## 5 Redemittel Therapie

a Welche Formulierung passt am besten zu welcher Absicht oder Meinung?

Die Therapie der Wahl ist bei dieser Diagnose ...

In diesem Fall sehe ich leider keine Therapieoptionen mehr.

Ich möchte gerne auf eine Alternative hinweisen, nämlich ...

Die einzige Therapiemöglichkeit ist hier ...

Dabei ist allerdings zu bedenken, dass ...

Hier gilt es abzuwägen, welche der beiden Optionen in diesem Fall angezeigt ist.

Ich schlage vor, dass ...

Angeichts der Befunde könnten wir ...

Ich werde hierzu noch einen Kollegen konsultieren ...

Von dieser Therapieoption muss ich aus fachärztlicher Sicht abraten ...

Sie äußern gewisse Vorbehalte.

Sie möchten verschiedene Alternativen erörtern und bewerten.

Sie erwähnen eine andere Möglichkeit.

Sie unterbreiten eine Empfehlung.

Sie weisen auf die allgemein anerkannte Behandlungsmethode hin.

Die Untersuchungsergebnisse legen eine Möglichkeit nahe.

Sie stellen fest, dass es nur eine mögliche Behandlung gibt.

Ihrer Meinung nach ist die Patientin oder der Patient austherapiert.

Als Spezialist können Sie eine bestimmte Behandlungsmöglichkeit nicht empfehlen.

Sie möchten den Fall mit einem anderen Arzt besprechen.

- b** Formulieren Sie fünf Sätze, die Sie beim Besprechen von Therapiemöglichkeiten verwenden. Die nachstehenden Begriffe helfen Ihnen dabei.

erwägen  
zu bedenken geben  
zur Diskussion stellen  
erwähnen

betonen  
ansprechen  
bemerken  
prüfen

eine Überlegung wert sein  
zustimmen  
abraten  
empfehlen

bezweifeln  
der Meinung sein

### 6 Aus der Praxis: Frau Petri nach der OP



- a** Sie hören ein Gespräch. Entscheiden Sie beim Hören, ob die Aussagen 1–5 richtig oder falsch sind.

- 1 Die Patientin hat eine PEG bekommen.  
richtig/falsch
- 2 Die Patientin hat sofort nach der Operation Antiemetika erhalten.  
richtig/falsch
- 3 Frau Petri verweigert die Nahrungsaufnahme, weil ihr schlecht ist.  
richtig/falsch
- 4 Die Patientin hat zuletzt vor der Operation abgeführt.  
richtig/falsch
- 5 Schwester Sarah soll der Patientin eine MCP spritzen.  
richtig/falsch



- b** Nach einer Stunde ruft die Pflegekraft bei Dr. Meier an.

- 1 Frau Petri erbricht weiterhin.  
richtig/falsch
- 2 Die Untersuchung der Patientin ergibt einen ausgeprägten Druckschmerz.  
richtig/falsch
- 3 Die Patientin gibt an, erst nach der Operation erbrochen zu haben.  
richtig/falsch
- 4 Die Patientin berichtet, dass sie einen Magen-Darm-Infekt hatte.  
richtig/falsch
- 5 Dr. Meier bittet die Pflegekraft, beim Röntgen einen Termin auszumachen.  
richtig/falsch



- c** Sie hören nun das nächste Telefonat. Fassen Sie den Inhalt des Gesprächs in eigenen Worten zusammen.

- Gesprächspartner
- Fragestellung
- Untersuchung?

Beispiel: Das ist ein Gespräch zwischen ...

## d Lesen Sie den Röntgenbefund.

Patientin/Patient:	Anneliese Petri, 20.12.19..
Zuweiserin/Zuweiser:	Dr. Manfred Meier
<b>Abdomen nativ</b>	
Fragestellung:	Abklärung bez. Ileuszeichen erbeten
Diagnose/Klinische Angaben:	rezidivierendes Erbrechen bei Nahrungsaufnahme, druckschmerzhaftes Abdomen, Z. n. Hüft-TEP rechts am 19.01.20..
Untersuchung am:	21.11. 20..
Untersuchungen:	Abdomen leer in Linksseitenlage
Untersucher/Untersucherin:	Ass. Dr. Veronika Simon
Ergebnis:	kein radiolog. Hinweis in Bezug auf Perforation zahlreiche ileussuspekte Spiegelbildungen (Dünndarm) in Projektion auf den Mittelbauch distendierte gasgeblähte Dünndarmschlingen, Stuhl in Colonrahmen

## e Schreiben Sie einen Dialog zwischen Dr. Simon und Dr. Meier über das Ergebnis der Aufnahme. Sie können die unten angeführten Wörter verwenden.

*Dr. Simon*

Herr Meier? Hier Simon. Ich wollte Ihnen vorerst telefonisch das Ergebnis der Abdomenaufnahme Ihrer Patientin Frau Petri mitteilen. Die Untersuchung ...

*Dr. Meier*

Das heißt also, dass ...

nicht eindeutig  
Verdacht bestätigen möglicherweise  
Hinweise scheinbar nicht ausschließen  
erweitert aufgebläht schwer zu sagen schlüssig  
weiterführend

## f Spielen Sie folgende Situation: Sie rufen eine Kollegin oder einen Kollegen aus der Viszeralchirurgie an und bitten um die Untersuchung der Patientin. Schildern Sie dabei die klinischen Symptome und die Ergebnisse der Röntgenuntersuchung. Äußern Sie Vermutungen und fragen Sie nach möglichen nächsten Schritten.



**g** Sie hören den nächsten Gesprächsabschnitt. Notieren Sie die gehörten Informationen in Stichworten.

**h** Lesen Sie nun den CT-Befund. Berichten Sie dann in Ihren eigenen Worten einer Kollegin oder einem Kollegen vom aktuellen Stand. Nutzen Sie dazu Ihre Notizen zu dem soeben gehörten Gespräch und die Informationen aus dem CT-Befund.

**Beispiel:** Der Kollege von der Chirurgie hat in der Zwischenzeit ...

Patientin/Patient:	Anneliese Petri, 24.12.19..
Zuweiserin/Zuweiser:	Dr. Manfred Meier
<b>CT Abdomen mit Kontrastmittel:</b>	
Fragestellung:	bitte CT laut chirurgischem Konsil
Diagnose/Klinische Angaben:	Ileus
Untersuchung am:	21.11.20..
Untersuchungen:	Patientin aufgeklärt Abdomen
Untersuchungsprotokoll:	mit wasserlöslichem KM
Untersucher/Untersucherin:	Ass. Dr. Andreas Simon
Ergebnis:	die Leber weist eine normale Form und ein normales KM-Enhancement auf die Pfortader regelrecht kontrastiert die Gallenblase im Sinne eines Hydrops ausgeweitet (5 cm) DHC bis zu 13 mm Durchmesser dilatiert Magensonde in situ unauffällige Darstellung beider Nebennieren, der Milz und des Pankreas Nieren altersatroph, Nierenzysten bds keine Hydronephrose, keine Konkrement das terminale Ileum kollabiert, ein eindeutiger Kalibersprung jedoch nicht mit Sicherheit abgrenzbar durchgehend etwas Stuhl im Colonrahmen Divertikulose mit Punctum maximum im Sigmabereich keine freie Luft keine freie Flüssigkeit

## 7 Therapie

Lesen Sie die folgende Zusammenfassung. Fügen Sie die passenden Begriffe und Wortkombinationen in die Lücken ein.

Die Patientin wurde stationär zur geplanten Hüft-TEP rechts aufgenommen. Der Eingriff konnte ohne Probleme durchgeführt werden. Am zweiten Tag nach der Operation kam es nach der ersten Nahrungsaufnahme zu Erbrechen und Übelkeit. Die Patientin gab geringe, diffuse Bauchschmerzen an,

**1** ..... sie vorerst Antiemetika bekam. **2** ..... die Beschwerden nicht besserten und es wiederholt zu Erbrechen kam, wurde eine Abdomen-Leeraufnahme angeordnet, die **3** ..... brachte. Zur Darmentlastung wurde im Rahmen eines chirurgischen Konsils bei

der Patientin eine Magensonde gelegt. Die im Anschluss durchgeführte CT-Untersuchung ergab eine Dilatation des Jejunums und des proximalen Ileums, zum Teil mit Spiegelbildungen, die 4 auf einen Ileus erhärteten. Ein eindeutiger Kalibersprung 5 mechanischen Ileus war jedoch nicht mit Sicherheit abgrenzbar. 6 wurde eine orale Darmpassage mit Gastrografin angeordnet. Eine Stunde nach der oralen Applikation von Gastrografin zeigte sich nur wenig Kontrastmittel im Magen und im Dünndarm, weil der Großteil erbrochen wurde. Lediglich das Jejunum zeigte sich etwas kontrastiert. Nach 7 dem zuständigen Oberarzt wurde die Passage abgebrochen.

8 der klinischen Symptomatik, die eindeutig für einen Ileus sprach, wurde bei der Patientin eine Laparotomie zur Dekompression des Dünndarms durchgeführt.

9, dass es infolge einer vor Jahren vorgenommenen Hysterektomie zu massiven Verwachsungen kam, die

10 zu einem Darmverschluss führten. Die Verwachsungen wurden gelöst. Die Patientin erholte sich gut und konnte rasch auf die Normalstation verlegt werden.



DA SICH  
RÜCKSPRACHE MIT  
DEN VERDACHT  
IM SINNE EINES

ES STELLTE SICH HERAUS  
KEIN SCHLÜSSIGES ERGEBNIS  
IN ANBETRACHT  
WORAUF

IN DER FOLGE  
ZUR WEITEREN ABKLÄRUNG

## 8 Adhäsionen

Lesen Sie den folgenden Text. Entscheiden Sie, welche der Aussagen a, b oder c jeweils am besten zum Inhalt des Textes passt.

### Adhäsionen als postoperative Komplikationen

Die Bildung von postoperativen Gewebeverwachsungen gehört zu den häufigsten Komplikationen der Abdominal- und Beckenchirurgie. Dies stellte eine niederländische Arbeitsgruppe um Dr. Richard ten Broek im Rahmen einer Meta-Analyse von 196 Studien zu Operationskomplikationen fest.

Wie die Autoren hervorheben, bergen Verwachsungen, anders als andere postoperative Komplikationen wie Wundinfektionen oder eine Anastomoseninsuffizienz, ein lebenslanges Risiko für unterschiedliche klinische Bilder. Diese Komplikationen betreffen vor allem die Allgemein- und Gefäßchirurgie sowie die gynäkologische und urologische Chirurgie. Während Komplikationen wie Wundinfektionen meistens von den ausführenden Chirurgen der Erstoperation behandelt werden, geschieht dies bei Verwachsungen in der Regel durch andere Ärzte anderer Fachrichtung und gelangt häufig nicht zur Kenntnis des Erstoperateurs. Dies könne vielleicht erklären, so die Autoren, weshalb bei Chirurgen und Gynäkologen das Bewusstsein für Komplikationen in

Zusammenhang mit Verwachsungen nicht ausreichend ausgeprägt sei.

Verwachsungen können beispielsweise ein akutes Abdomen aufgrund eines Darmverschlusses und Infertilität bei der Frau bewirken. Die Kenntnis und das Bewusstsein darüber sei demnach nicht nur wesentlich für die chirurgische Entscheidungsfindung, sondern auch für das rechtzeitige Erkennen von Komplikationen. Auch könnten Patienten nur so vor dem Eingriff umfassend aufgeklärt werden.

Bei ihrer systematischen Analyse überprüften die Forscher die Inzidenz der vier häufigsten postoperativen Komplikationen durch Verwachsungen: Dünndarmverschluss, Probleme bei nachfolgenden Unterleibsoperationen, weibliche Infertilität und chronische Schmerzen. Aus 87 Studien mit insgesamt 110.076 Patienten ergab sich eine Inzidenz von postoperativem Dünndarmverschluss aufgrund von Adhäsionen von 2,4%. Die Häufigkeit dieser Komplikation war laut Studienanalyse abhängig von der anatomischen Lokalisierung der vorhergehenden Operation und

vom Alter der Patienten. Besonders häufig betroffen waren Kinder und erwachsene Patienten, die sich einem Eingriff am unteren Gastrointestinaltrakt unterzogen hatten. Am niedrigsten erwies sich die Inzidenz nach Eingriffen an der Bauchdecke, dem oberen Verdauungstrakt und nach urologischen Eingriffen. Wie die Analyse der Studien ergab, war die Inzidenz von Dünndarmverschluss aufgrund von Verwachsungen außerdem geringer bei laparoskopischen Eingriffen als bei offenen Operationen. Die Studienanalyse führt die Autoren zu der Schlussfolgerung, dass Komplikationen durch postoperative Verwachsungen häufig sind, sich negativ auf die Gesundheit der Patienten auswirken und auch die Arbeitslast im klinischen Alltag vergrößern. Daraus ergeben sich für die Autoren einige Implikationen für die klinische Praxis. Wie anhand der Studien aufgezeigt werden konnte, bergen postoperati-

ve Verwachsungen ein bedeutendes Morbiditätsrisiko. Die auftretenden Komplikationen unterschieden sich in der Art und den klinischen Konsequenzen und reichen von Notoperationen bis hin zu Fertilitätsbehandlungen. Auch angesichts haftungsrechtlicher Probleme betonen die Autoren die Notwendigkeit einer umfassenden präoperativen Aufklärung der Patienten und weisen auf das mangelnde Bewusstsein für dieses Problem hin. In der Tat würden weniger als 10% der Chirurgen und Gynäkologen ihre Patienten routinemäßig über das Risiko von Verwachsungen aufklären.

Die Studie, so die Autoren weiter, biete wichtige Basisdaten für die Entwicklung von Richtlinien zur Vermeidung von Adhäsionen. Es zeige sich nämlich, dass anti-adhäsive Barrieren die Bildung derselben bei Hochrisiko-Operationen wirksam verringerten.

- 1 Die Arbeitsgruppe
  - a analysierte frühere Studien über postoperative Komplikationen.
  - b stellte fest, dass Adhäsionen in der Viszeralchirurgie eine eher seltene Komplikation sind.
  - c untersuchte in einer Studie mit 196 Probanden die Ursachen postoperativer Komplikationen.
- 2 Den Autoren zufolge
  - a nimmt das Risiko für Verwachsungen mit den Jahren rasch ab.
  - b werden die Erstoperateure in der Regel über Verwachsungen informiert.
  - c widmen Chirurgen postoperativen Verwachsungen nicht genug Aufmerksamkeit.
- 3 Wenn das Adhäsions-Risiko bekannt ist, so der Text,
  - a finden weniger invasive Eingriffe statt.
  - b können Patienten gründlich informiert und aufgeklärt werden.
  - c können Verwachsungen wirkungsvoll behandelt werden.
- 4 Die Forscher überprüften die Studiendaten im Hinblick auf
  - a das Auftreten chronischer Schmerzen bei Verwachsungen.
  - b die Anzahl von Folgeoperationen nach Verwachsungen.
  - c die häufigsten adhäsionsbedingten Komplikationen.
- 5 Die Häufigkeit eines Ileus aufgrund von Verwachsungen
  - a nahm bei Kindern im Vergleich mit Erwachsenen signifikant zu.
  - b stand in Zusammenhang mit der Operationsstelle.
  - c war besonders hoch bei Eingriffen im Urogenitaltrakt.
- 6 Bei laparoskopischen Eingriffen
  - a kam es seltener zu einem adhäsiven Dünndarmverschluss.
  - b sollten laut Autoren besondere Vorsichtsmaßnahmen gelten.
  - c traten trotz geringer Verwachsungen häufig Komplikationen auf.
- 7 Komplikationen durch postoperative Verwachsungen
  - a haben nicht nur für die Betroffenen selbst Auswirkungen.
  - b treten bezogen auf die Zahl der Eingriffe sehr selten auf.
  - c weisen ein bedeutendes Mortalitätsrisiko auf.
- 8 Die Autoren weisen darauf hin, dass
  - a Ärzte beim Auftreten von Adhäsionen haftbar gemacht werden können.
  - b den Patienten das Risiko von Verwachsungen zunehmend bewusst wird.
  - c prophylaktische Maßnahmen zur Vermeidung von Verwachsungen möglich sind.

## ENGLISH

- C2** telc English C2
- C1** telc English C1
- B2-C1** telc English B2-C1 Business  
telc English B2-C1 University
- B2** telc English B2  
telc English B2 School  
telc English B2 Business  
telc English B2 Technical
- B1-B2** telc English B1-B2  
telc English B1-B2 School  
telc English B1-B2 Business
- B1** telc English B1  
telc English B1 School  
telc English B1 Business  
telc English B1 Hotel and Restaurant
- A2-B1** telc English A2-B1  
telc English A2-B1 School  
telc English A2-B1 Business
- A2** telc English A2  
telc English A2 School
- A1** telc English A1  
telc English A1 Junior

## DEUTSCH

- C2** telc Deutsch C2
- C1** telc Deutsch C1  
telc Deutsch C1 Beruf  
telc Deutsch C1 Hochschule
- B2-C1** telc Deutsch B2-C1 Medizin
- B2** telc Deutsch B2+ Beruf  
telc Deutsch B2 Medizin  
Zugangsprüfung  
telc Deutsch B2
- B1-B2** telc Deutsch B1-B2 Pflege
- B1** telc Deutsch B1+ Beruf  
Zertifikat Deutsch  
Zertifikat Deutsch für Jugendliche
- A2-B1** Deutsch-Test für Zuwanderer
- A2** telc Deutsch A2+ Beruf  
Start Deutsch 2  
telc Deutsch A2 Schule
- A1** Start Deutsch 1  
telc Deutsch A1 Junior

## ESPAÑOL

- B2** telc Español B2  
telc Español B2 Escuela
- B1** telc Español B1  
telc Español B1 Escuela
- A2-B1** telc Español A2-B1 Escuela
- A2** telc Español A2  
telc Español A2 Escuela
- A1** telc Español A1  
telc Español A1 Escuela  
telc Español A1 Júnior

## TÜRKÇE

- C1** telc Türkçe C1
- B2** telc Türkçe B2  
telc Türkçe B2 Okul
- B1** telc Türkçe B1  
telc Türkçe B1 Okul
- A2** telc Türkçe A2  
telc Türkçe A2 Okul  
telc Türkçe A2 İlkokul
- A1** telc Türkçe A1

## FRANÇAIS

- B2** telc Français B2
- B1** telc Français B1  
telc Français B1 Ecole  
telc Français B1 pour la Profession
- A2** telc Français A2  
telc Français A2 Ecole
- A1** telc Français A1  
telc Français A1 Junior

## ITALIANO

- B2** telc Italiano B2
- B1** telc Italiano B1
- A2** telc Italiano A2
- A1** telc Italiano A1

## РУССКИЙ ЯЗЫК

- B2** telc Русский язык B2
- B1** telc Русский язык B1
- A2** telc Русский язык A2
- A1** telc Русский язык A1

## PORTUGUÊS

- B1** telc Português B1

## JĘZYK POLSKI

- B1-B2** telc Język polski B1-B2 Szkoła

## اللغة العربية

- B1** telc اللغة العربية B1

Übungstests zu allen Prüfungen können Sie kostenlos unter **www.telc.net** herunterladen.

**Trainingseinheiten 19–21**

# TRAININGSEINHEITEN

## DEUTSCH B2·C1 MEDIZIN

Die *Trainingseinheiten Deutsch B2·C1 Medizin* 1–24 dienen dem fachsprachlichen Unterricht von internationalen Ärztinnen und Ärzten, die sich auf die Prüfung *telc Deutsch B2·C1 Medizin* vorbereiten. Jede Trainingseinheit bildet eine in sich geschlossene thematische Einheit. Mit den Trainingseinheiten können Ärztinnen und Ärzte sprachlich kompetent auf ihren Arbeitsalltag vorbereitet werden. Sie liefern jeweils Material für etwa fünf oder sechs Unterrichtseinheiten. Zur Bearbeitung der Trainingseinheiten sind in der Regel allgemeinsprachliche Deutschkenntnisse auf dem Kompetenzniveau B2 oder C1 erforderlich.

Das hier vorliegende Aufgabenheft sollte den Kursteilnehmenden als Klassensatz zur Verfügung stehen.