



Der Arztbrief in der FSP

Willkommen zu dieser umfassenden Unterrichtseinheit zum Thema "Arztbrief" für die Fachsprachenprüfung (FSP).

In diesem Dokument lernst du alle wichtigen Aspekte der strukturierten medizinischen Kommunikation in deutscher Fachsprache - von der grundlegenden Struktur bis hin zu prüfungsrelevanten Formulierungen und Beispielen.





Definition und Bedeutung

Ein Arztbrief dient der strukturierten Dokumentation und Kommunikation medizinischer Informationen zwischen Klinik und niedergelassenen Ärzten. Er stellt die Kontinuität der Patientenversorgung sicher und dokumentiert den gesamten stationären Aufenthalt lückenlos.

Der Arztbrief erfüllt mehrere wichtige Funktionen im ärztlichen Alltag:

- **Informationsweitergabe:** Übermittlung aller relevanten Patientendaten an weiterbehandelnde Kollegen
- **Dokumentation:** Rechtssichere Aufzeichnung aller durchgeführten Maßnahmen
- **Qualitätssicherung:** Nachvollziehbarkeit des Behandlungsprozesses
- **Therapiekontinuität:** Nahtlose Weiterführung der eingeleiteten Behandlung
- **Fachlicher Austausch:** Kommunikation zwischen verschiedenen medizinischen Fachbereichen

Ein gut verfasster Arztbrief trägt maßgeblich zur Versorgungsqualität bei und verhindert unnötige Doppeluntersuchungen oder Therapieverzögerungen. In der FSP wird besonderer Wert auf die korrekte sprachliche und strukturelle Gestaltung des Arztbriefes gelegt.

Arten von Arztbriefen

- Entlassungsbrief (nach stationärem Aufenthalt)
- Befundbericht (nach ambulanter Untersuchung)
- Überweisungsschreiben (an Facharzt/Spezialklinik)
- Konsilbericht (fachärztliche Stellungnahme)
- Kurzbrief (vorläufiger Bericht)





Standardaufbau des Arztbriefs

Die Struktur eines Arztbriefes folgt einem standardisierten Aufbau, der die schnelle Erfassung der wichtigsten Informationen ermöglicht. Diese Standardisierung erleichtert den Informationsaustausch zwischen verschiedenen medizinischen Einrichtungen und Fachrichtungen.

Jeder Abschnitt erfüllt eine spezifische Funktion im Gesamtkontext des Briefes. Während der Fachsprachenprüfung wird erwartet, dass du mit dieser Struktur vertraut bist und sie angemessen umsetzen kannst.



Kopf und Adresse

Klinik, Anschrift, Datum, Adressfeld mit Anrede Kolleg:in, Betreff mit Patientendaten

Vorgeschichte

Vorerkrankungen, Voroperationen, Medikation, Allergien, Noxen, Familien- und Sozialanamnese

Beurteilung und Therapie

Verdachtsdiagnose (V.a.) und Differentialdiagnosen (DD), Therapie und Verlauf (im Passiv)

Einleitung und Anamnese

Patientendaten, AZ/EZ, Orientierung, aktuelle Anamnese (Jetziges Leiden im Konjunktiv I), vegetative Anamnese

Untersuchungen

Körperliche Untersuchung (Status), Diagnostik (im Passiv beschrieben)

Abschluss

Weiteres Vorgehen, Empfehlungen, Nachsorge, Schlussformel, Signatur

Die genaue Einhaltung dieser Struktur zeigt deine Vertrautheit mit den Standards der medizinischen Kommunikation in Deutschland und wird in der Prüfung positiv bewertet. Besonders wichtig ist dabei die korrekte grammatikalische Darstellung: Patientenaussagen im Konjunktiv I und medizinische Maßnahmen im Passiv.





Sprachliche Besonderheiten

Für die korrekte Erstellung eines Arztbriefes musst du zwei grammatische Grundregeln beherrschen:

Konjunktiv I für Patientenangaben

Der Konjunktiv I wird verwendet, um indirekte Rede wiederzugeben. Im Arztbrief nutzt du ihn konsequent für alle Aussagen, die der Patient oder die Patientin gemacht hat. Dies signalisiert, dass du die Angaben der Patientin oder des Patienten neutral wiedergibst, ohne deren Wahrheitsgehalt zu bewerten.

Beispiele für Konjunktiv I im Arztbrief:

- Der Patient **gebe** an, seit drei Tagen unter Kopfschmerzen zu **leiden**.
- Die Patientin **berichtete**, sie **habe** in der Nacht starke Übelkeit **verspürt**.
- Der Patient **klagte**, die Schmerzen **seien** stechend und **strahlten** in das linke Bein aus.
- Die Beschwerden **hätten** vor einer Woche **begonnen** und **seien** seitdem progredient.
- Sie **könne** aufgrund der Schmerzen nicht mehr richtig schlafen.

Infinitiv	Konjunktiv I (3. Person Singular)	Beispiel im Arztbrief
sein	sei	Der Schmerz sei stechend.
haben	habe	Sie habe Fieber bemerkt.
werden	werde	Es werde zunehmend schlimmer.
geben	gebe	Der Patient gebe an, ...
bestehen	bestehe	Die Übelkeit bestehe seit gestern.





Passiv-Konstruktionen

Passiv-Konstruktionen verwendest du für diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Sie betonen die durchgeführte Handlung und nicht die handelnde Person. Dies entspricht dem objektiven, sachlichen Stil eines Arztbriefes.

Beispiele für Passiv im Arztbrief:

- Es **wurde** eine Blutentnahme **durchgeführt**.
- Eine CT-Untersuchung des Abdomens **wurde veranlasst**.
- Der Patient **wurde** stationär **aufgenommen**.
- Es **erfolgte** eine antibiotische Therapie mit Amoxicillin.
- Zur weiteren Abklärung **wurde** ein neurologisches Konsil **angefordert**.

Alternative Formulierungen zum Passiv:

Neben dem klassischen Passiv kannst du auch folgende Formulierungen verwenden:

- "Es erfolgte..." (z.B. Es erfolgte eine Röntgenuntersuchung)
- "Es zeigte sich..." (z.B. Es zeigte sich ein unauffälliger Befund)
- "Es fand sich..." (z.B. Es fand sich eine Rötung im Rachenraum)
- "Es ließ sich... nachweisen" (z.B. Es ließ sich kein Erreger nachweisen)

Aktiv (unüblich im Arztbrief)

Wir führten eine Blutentnahme durch.

Ich veranlasste ein CT des Abdomens.

Wir nahmen den Patienten stationär auf.

Ich behandelte mit Amoxicillin.

Passiv (korrekt im Arztbrief)

Es wurde eine Blutentnahme durchgeführt.

Ein CT des Abdomens wurde veranlasst.

Der Patient wurde stationär aufgenommen.

Es erfolgte eine antibiotische Therapie mit Amoxicillin.

⚠ **Typischer Fehler in der FSP:** Achte darauf, dass du nicht zwischen aktivem und passivem Stil wechselst. Formulierungen wie "Wir haben ein EKG durchgeführt" sind im deutschen Arztbrief unüblich und gelten als Fehler.





Struktur und Aufbau des Arztbriefes

Briefkopf und Adressierung

Der Briefkopf enthält die vollständigen Kontaktdaten der Klinik und ist für die professionelle Gestaltung des Arztbriefes unerlässlich. Er erleichtert dem Empfänger die Kontaktaufnahme bei Rückfragen und vermittelt einen seriösen Eindruck.

Briefkopf

Enthält alle Angaben zur absendenden Klinik:

- Vollständiger Name der Klinik/des Krankenhauses
- Abteilung/Fachbereich
- Straße und Hausnummer
- Postleitzahl und Ort
- Telefon- und Faxnummer
- E-Mail-Adresse (optional)

Datum

Das Datum des Arztbriefes wird üblicherweise rechtsbündig im Format TT.MM.JJJJ angegeben:

18.04.2024

Empfängeradresse

Die vollständige Adresse des Empfängers:

An

Sehr geehrte Frau Kollegin/Sehr geehrter Herr Kollege,

Dr. med. [Name des niedergelassenen Arztes]

[Praxisadresse]

[PLZ Ort]

Die korrekte Gestaltung des Briefkopfes zeigt deine Vertrautheit mit den formalen Anforderungen der deutschen medizinischen Kommunikation. In der FSP wird zwar nicht erwartet, dass du einen vollständigen Briefkopf erstellst, aber du solltest die grundlegende Struktur kennen.





Betreffzeile

Die Betreffzeile ist ein zentrales Element des Arztbriefes und enthält die wichtigsten Identifikationsdaten des Patienten oder der Patientin. Sie ermöglicht dem Empfänger eine schnelle Zuordnung und Ablage des Dokumentes und sollte daher besonders sorgfältig formuliert werden.

Standardformat der Betreffzeile

Betreff: Entlassungsbrief über [Anrede] [Vor- und Nachname], geb. [Geburtsdatum]

Beispiele für korrekte Betreffzeilen:

Betreff: Entlassungsbrief über Frau Maria Schmidt, geb. 15.03.1975

Betreff: Entlassungsbrief über Herrn Thomas Müller, geb. 22.11.1962

Betreff: Befundbericht über Frau Helga Weber, geb. 03.07.1950

Betreff: Überweisungsschreiben für Herrn Jürgen Klein, geb. 08.12.1984

ⓘ Wichtig für die FSP: Die Betreffzeile muss immer die Anrede (Herr/Frau), den vollständigen Namen und das Geburtsdatum im Format TT.MM.JJJJ enthalten. Verwende keine Abkürzungen wie "Entl.-Brief" oder "Pat." in der Betreffzeile.

Die Art des Arztbriefes (Entlassungsbrief, Befundbericht, Überweisungsschreiben) sollte klar benannt werden. Bei Entlassungsbriefen kannst du optional auch das Aufnahme- und Entlassungsdatum in die Betreffzeile aufnehmen, z.B.: "Betreff: Entlassungsbrief über Frau Anna Mayer, geb. 27.05.1965, Aufnahme: 10.04.2024, Entlassung: 18.04.2024".





Detaillierter Aufbau der einzelnen Abschnitte

1. Einleitung und Patientendaten

Die Einleitung beginnt mit einer höflichen Anrede und enthält eine kurze Zusammenfassung des Anlasses für den Arztbrief. Sie bildet den Einstieg in das Dokument und sollte alle grundlegenden Patientendaten enthalten.

Höfliche Anrede

Beginne den Brief mit einer kollegialen Anrede:

- „Sehr geehrte Frau Kollegin/Sehr geehrter Herr Kollege,"
- „Sehr geehrte Frau Doktor [Name]/Sehr geehrter Herr Doktor [Name],"

Einleitungssatz

Verwende eine der folgenden Standardformulierungen:

- „wir berichten Ihnen nachfolgend über..."
- „hiermit übersenden wir Ihnen den Entlassungsbrief über..."
- „wir möchten Sie über den stationären Aufenthalt von... informieren"

Vollständige Patientendaten

Führe alle wichtigen Personendaten auf:

- Vollständiger Name mit Anrede
- Geburtsdatum
- Aktuelles Alter
- Vollständige Wohnadresse
- Aufnahmedatum

Musterformulierung:

„Sehr geehrte Frau Kollegin/Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten Ihnen nachfolgend über **Herrn Klaus Hoffmann, geboren am 08.07.1960, 64 Jahre alt, wohnhaft in Goethestr. 25, 10115 Berlin**, der sich am 18.04.2024 in unserer Notaufnahme vorstellte."





2. Allgemeinzustand

Nach der Einleitung folgt eine Beschreibung des ersten Eindrucks des Patienten bei der Aufnahme. Diese Angaben geben einen schnellen Überblick über den Gesundheitszustand und bilden die Basis für die weitere Beurteilung.

Allgemeinzustand (AZ)

- „Der Patient befand sich in **gutem/reduziertem/deutlich reduziertem** Allgemeinzustand"
- „Die Patientin zeigte einen **stabilen/kritischen** Allgemeinzustand"
- „Es bestand ein **beeinträchtigter/unbeeinträchtigter** Allgemeinzustand"

Ernährungszustand (EZ)

- „Der Ernährungszustand war **gut/schlank/adipös/kachektisch**"
- „Es zeigte sich ein **normaler/übergewichtiger/untergewichtiger** Ernährungszustand"
- „Der Patient war **normosom/adipös/kachektisch**"

Kombinierte Beispiele:

Zustand	Formulierung im Arztbrief
Sehr guter Zustand	„Der Patient befand sich in gutem Allgemeinzustand und normalem Ernährungszustand. "
Leicht beeinträchtigter Zustand	„Die Patientin zeigte einen leicht reduzierten Allgemeinzustand bei adipösem Ernährungszustand. "
Kritischer Zustand	„Es bestand ein deutlich reduzierter Allgemeinzustand bei kachektischem Ernährungszustand. "





3. Aktuelle Anamnese (Jetziges Leiden)

Hier dokumentierst du die Hauptbeschwerden, die zur Vorstellung geführt haben. Die aktuelle Anamnese ist ein zentraler Bestandteil des Arztbriefes und sollte besonders sorgfältig und detailliert formuliert werden. Alle Aussagen des Patienten werden im Konjunktiv I wiedergegeben.

Schmerzcharakteristik

- „Der Patient klagte über **stechende/dumpfe/brennende/kolikartige** Schmerzen"
- „Die Beschwerden **seien plötzlich/allmählich/progredient** aufgetreten"
- „Die Schmerzen **strahlten** in das linke Bein/den Rücken/die Schulter **aus**"
- „Auf der Schmerzskala von 1 bis 10 **entsprechen** die Beschwerden der Stufe 8"

Zeitlicher Verlauf

- „Die Symptome **beständen** seit 6 Stunden/2 Tagen/einer Woche"
- „Der Patient **berichtete** über eine Verschlechterung/Besserung der Beschwerden"
- „Die Beschwerden **seien intermittierend/konstant/attackenförmig** aufgetreten"

Begleitsymptome

- „Zusätzlich **klagte** der Patient über Übelkeit und Erbrechen"
- „Es **bestanden** begleitende Fieberschübe und Schüttelfrost"
- „Der Patient **gab** Schwindel und Schwäche **an**"

Musterformulierung:

„Der 45-jährige Patient stellte sich mit seit 8 Stunden bestehenden, plötzlich aufgetretenen, progredienten **retrosternalen Schmerzen** vor. Diese **seien** brennend und **strahlten** in den linken Arm aus. Begleitend **beständen Dyspnoe, Diaphoresis und Übelkeit**. Die Schmerzintensität **entspreche** auf einer Skala von 1 bis 10 der Stufe 9."





4. Vegetative Anamnese

Die vegetative Anamnese umfasst die systematische Erfragung der vegetativen Funktionen des Körpers. Diese Informationen liefern wichtige Hinweise auf den Gesundheitszustand des Patienten und können zur Diagnosestellung beitragen.

Gewicht

- „Das Gewicht **sei** in den letzten Monaten stabil geblieben“
- „Der Patient **berichtete** über eine Gewichtsabnahme von 5 kg“
- „Es **bestehe** eine ungewollte Gewichtszunahme“

Appetit

- „Der Appetit **sei normal/reduziert/gesteigert**“
- „Es **bestehe** Inappetenz seit mehreren Tagen“
- „Der Patient **klagte** über Heißhungerattacken“

Stuhlgang

- „Die Stuhlgewohnheiten **seien regelmäßig** und unauffällig“
- „Es **bestehe** eine Obstipation/Diarrhoe seit 3 Tagen“
- „Der Patient **gab** Teerstuhl/blutige Beimengungen **an**“

Miktion

- „Die Miktion **sei** unauffällig“
- „Es **bestünden** Pollakisurie und Dysurie“
- „Der Patient **klagte** über Nykturie und schwachen Harnstrahl“

Schlaf

- „Der Nachtschlaf **sei** erholsam und durchgehend“
- „Es **bestünden** Ein- und Durchschlafstörungen“
- „Der Patient **berichtete** über vermehrte Tagesmüdigkeit“

Temperatur

- „Fieber **wurde verneint**“
- „Es **bestünden** subfebrile/febrile Temperaturen bis 39°C“
- „Der Patient **gab** Nachtschweiß **an**“





5. Vorerkrankungen

Die Dokumentation der Vorerkrankungen ist ein wichtiger Teil der Anamnese. Sie liefert Informationen über die medizinische Vorgeschichte des Patienten und kann Hinweise auf die aktuelle Erkrankung oder mögliche Komplikationen geben.

Standardformulierungen:

- „Es **seien** folgende Vorerkrankungen bekannt: Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie“
- „Relevante Vorerkrankungen **wurden verneint**“
- „Der Patient **berichtete** über einen Zustand nach Myokardinfarkt 2018“
- „Bekannt **seien** eine chronische Herzinsuffizienz NYHA II und Vorhofflimmern“

Systematische Abfrage:

Bei der Erhebung der Vorerkrankungen ist es wichtig, systematisch nach den häufigsten und relevantesten Erkrankungen zu fragen:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (arterielle Hypertonie, KHK, Herzinfarkt, Schlaganfall)
- Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen)
- Malignome (Krebserkrankungen)
- Autoimmunerkrankungen (rheumatoide Arthritis, Multiple Sklerose)
- Psychiatrische Erkrankungen (Depression, Angststörungen)
- Infektionskrankheiten (Tuberkulose, HIV, Hepatitis)
- Pulmonale Erkrankungen (Asthma bronchiale, COPD)

Die genaue Dokumentation der Vorerkrankungen ist wichtig für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und die Planung der weiteren Diagnostik und Therapie. Verwende für die Wiedergabe der Patientenangaben den Konjunktiv I und achte auf eine vollständige Erfassung aller relevanten Erkrankungen.

Beispiel für einen vollständigen Vorerkrankungsabschnitt:

„Der Patient **gab an**, dass bei ihm folgende Vorerkrankungen bekannt **seien**:

- Arterielle Hypertonie seit 2010
- Diabetes mellitus Typ 2 seit 2015
- Z.n. Myokardinfarkt 04/2018
- Chronische Niereninsuffizienz Stadium G3a

Eine maligne Grunderkrankung, Lungenerkrankungen und neurologische Erkrankungen **wurden verneint.**“





6. Voroperationen

Die Dokumentation der Voroperationen gibt Aufschluss über frühere chirurgische Eingriffe und kann wichtige Hinweise für die aktuelle Diagnostik und Therapie liefern. Besonders bei abdominellen Beschwerden ist die Kenntnis vorausgegangener Operationen essentiell.

Keine Voroperationen

„Es **seien keine Voroperationen bekannt**“

„Der Patient **verneinte** bisherige operative Eingriffe“

Mehrere Voroperationen

„Folgende Eingriffe **seien durchgeführt worden**:

Appendektomie 1995,
Cholezystektomie 2010“

„Die Patientin **berichtete** über folgende Operationen: Sectio caesarea 2005, Hysterektomie 2015“

Spezifische Eingriffe

„Der Patient **berichtete** über eine Kniegelenks-TEP rechts 2019“

„**Bekannt sei** ein Z.n. aortokoronarer Bypass-Operation 2018“

Beispiel für eine vollständige Dokumentation der Voroperationen:

„An Voroperationen **seien** laut Patientenangaben folgende Eingriffe bekannt:

- Appendektomie (1985)
- Cholezystektomie (2005)
- Kniegelenks-TEP rechts (2019)
- Z.n. Hernioplastik links inguinal nach Lichtenstein (2020)

Komplikationen im Rahmen dieser Eingriffe **seien** nicht aufgetreten. Weitere Operationen **wurden verneint.**“

Bei komplexen chirurgischen Eingriffen ist es sinnvoll, auch Details zur Operationsmethode oder zu Implantaten anzugeben, sofern diese bekannt sind. Dies kann für die weitere Behandlung oder bei bildgebenden Verfahren relevant sein.





7. Aktuelle Medikation

Die genaue Dokumentation der aktuellen Medikation ist für die Beurteilung des Patienten und die Planung der weiteren Therapie unerlässlich. Sie gibt Aufschluss über bestehende Erkrankungen und mögliche Medikamenteninteraktionen.

Vollständige Auflistung:

Bei der Dokumentation der Medikation sollten folgende Informationen erfasst werden:

- Wirkstoffname (bevorzugt) oder Handelsname
- Dosierung (in mg, µg, IE etc.)
- Einnahmeschema (z.B. 1-0-1 für morgens und abends)
- Darreichungsform (bei Bedarf, z.B. s.c., i.v., Pflaster)
- Indikation (optional, wenn relevant)

Standardformulierungen:

- „Zurzeit **bestehe** keine regelmäßige Medikamenteneinnahme“
- „Folgende Dauermedikation **werde eingenommen**: Ramipril 5 mg 1-0-0, Metformin 1000 mg 1-0-1“
- „Der Patient **berichtete**, folgende Medikamente regelmäßig einzunehmen: [...]“

Bei komplexen Medikationsplänen oder Therapieänderungen ist es sinnvoll, auch den Grund für die Medikation oder die Dauer der Einnahme zu dokumentieren. Bei Bedarfsmedikamenten sollte die Häufigkeit der tatsächlichen Einnahme erfragt und dokumentiert werden.

Beispiel für eine strukturierte Medikamentenliste:

Wirkstoff	Dosierung	Schema
Ramipril	5 mg	1-0-0
Metformin	1000 mg	1-0-1
ASS	100 mg	1-0-0
Simvastatin	40 mg	0-0-1
Pantoprazol	40 mg	1-0-0

Compliance:

- „Die Medikamenteneinnahme **erfolge regelmäßig**“
- „Der Patient **gab** eine unregelmäßige Compliance **an**“
- „Die verordneten Medikamente **würden** laut Patientenangaben zuverlässig eingenommen“





8. Allergien und Unverträglichkeiten

Die sorgfältige Dokumentation von Allergien und Unverträglichkeiten ist essentiell, um potentiell gefährliche Reaktionen auf Medikamente oder andere Substanzen zu vermeiden. Diese Informationen sollten immer im Arztbrief enthalten sein, auch wenn keine Allergien bekannt sind.

Standardformulierungen:

Keine bekannten Allergien

- „Allergien und Unverträglichkeiten **seien nicht bekannt**“
- „Der Patient **verneinte** allergische Reaktionen auf Medikamente oder andere Substanzen“
- „Allergien **wurden explizit verneint**“

Medikamentenallergien

- „Es **bestehe** eine bekannte Penicillin-Allergie mit Exanthem“
- „Die Patientin **berichtete** über eine allergische Reaktion auf Ibuprofen mit Urtikaria und Angioödem“
- „Der Patient **gab an**, auf Cephalosporine mit Pruritus und Dyspnoe zu reagieren“

Weitere Allergien und Unverträglichkeiten

- „Der Patient **berichtete** über eine Kontrastmittel-Unverträglichkeit“
- „Folgende Allergien **seien bekannt**: Pollen, Hausstaub, Nüsse“
- „Die Patientin **gab** eine Laktoseintoleranz **an**“

Beispiel für eine Allergie-Dokumentation:

„Die Patientin **berichtete** über folgende Allergien und Unverträglichkeiten:

- Penicillin-Allergie mit generalisiertem Exanthem und Pruritus (erstmalig 2010)
- Kontrastmittel-Unverträglichkeit mit Flush und Blutdruckabfall (2018 im Rahmen einer CT-Untersuchung)
- Pollenallergie (Frühblüher) mit saisonaler allergischer Rhinokonjunktivitis

Eine allergische Diathese in der Familie **sei** bekannt. Weitere Allergien **wurden verneint**.“

Die genaue Dokumentation von Allergien und Unverträglichkeiten ist ein wichtiger Bestandteil der Patientensicherheit. Achte darauf, zwischen echten Allergien (immunologisch vermittelt) und Unverträglichkeiten oder Nebenwirkungen zu unterscheiden, wenn der Patient entsprechende Angaben macht.





9. Genussmittel und Drogen (Noxen)

Die Erhebung des Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsums ist ein wichtiger Teil der Anamnese. Diese Informationen können Hinweise auf Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen geben und sind für die Therapieplanung und Prognoseeinschätzung relevant.

Nikotin:

- „Nikotinabusus **wurde verneint**“
- „Der Patient **rauche** 20 Zigaretten täglich seit 25 Jahren (entspricht 25 pack years)“
- „Es **bestehe** ein Nikotinkonsum von 10 Zigaretten täglich“
- „Die Patientin **gab an**, seit 5 Jahren Nichtraucherin zu sein nach vorherigem Konsum von 15 pack years“

Alkohol:

- „Alkoholkonsum **bestehe** gelegentlich und in Maßen“
- „Der Patient **trinke** täglich 2–3 Gläser Wein“
- „Alkoholabusus **wurde verneint**“
- „Die Patientin **berichtete** über einen regelmäßigen Konsum von 1 Flasche Wein pro Tag“

Drogen:

- „Drogenkonsum **wurde verneint**“
- „Der Patient **gab** gelegentlichen Cannabis-Konsum **an**“
- „Es **bestehe** kein Konsum illegaler Substanzen“
- „Die Patientin **berichtete** über früheren intravenösen Heroinkonsum, seit 10 Jahren abstinent“

Berechnung der pack years:

Die Berechnung der pack years ist wichtig für die Einschätzung des Risikos für tabakassoziierte Erkrankungen:

$$\text{Pack years} = (\text{Anzahl der täglich gerauchten Zigarettenpackungen}) \times (\text{Anzahl der Raucherjahre})$$

Beispiel: 1 Packung (20 Zigaretten) pro Tag über 20 Jahre = 20 pack years

Beispiel für eine vollständige Noxen-Anamnese:

„Bezüglich des Nikotinkonsums **gab** der Patient **an**, seit dem 18. Lebensjahr täglich eine Packung Zigaretten zu rauchen. Dies entspricht bei einer Rauchdauer von 30 Jahren etwa 30 pack years. Ein Rauchstopp **sei** bisher nicht erfolgt.“

Alkohol **konsumiere** er an den Wochenenden in Form von 2-3 Bier und gelegentlich einem Glas Wein zum Abendessen. Ein täglicher Alkoholkonsum **wurde verneint**.

Den Konsum illegaler Drogen **verneinte** der Patient glaubhaft.“





10. Familienanamnese

Die Familienanamnese erfasst Erkrankungen bei Blutsverwandten, die auf eine genetische Disposition oder familiäre Häufung von Krankheiten hinweisen können. Diese Informationen sind wichtig für die Risikobewertung und Präventionsplanung.

Systematische Erhebung:

- „Die Familienanamnese **sei unauffällig**“
- „Folgende Erkrankungen **seien** in der Familie **bekannt**: Diabetes mellitus beim Vater, Mammakarzinom bei der Mutter“
- „Es **bestehe** eine familiäre Belastung für kardiovaskuläre Erkrankungen“
- „Der Patient **berichtete**, dass sein Vater im Alter von 52 Jahren an einem Herzinfarkt verstorben sei“

Wichtige Erkrankungen mit familiärer Häufung:

- Malignome (Brust-, Darm-, Prostatakrebs)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (KHK, Herzinfarkt, Schlaganfall)
- Diabetes mellitus
- Autoimmunerkrankungen (Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis)
- Psychiatrische Erkrankungen (Depression, Schizophrenie)
- Erbkrankheiten (Hämophilie, Mukoviszidose, Morbus Huntington)

Herz-Kreislauf

KHK, Herzinfarkt, Hypertonie, Schlaganfall

Malignome

Brust-, Darm-, Prostata-, Lungenkrebs

Stoffwechsel

Diabetes mellitus, Hyperlipidämie

Autoimmun

MS, Rheuma, Lupus, Psoriasis

Psychiatrisch

Depression, Schizophrenie, Sucht

Beispiel für eine Familienanamnese:

„In der Familienanamnese **berichtete** der Patient über folgende relevante Erkrankungen:

- Vater: Myokardinfarkt mit 52 Jahren, verstorben mit 58 Jahren an einem erneuten Herzinfarkt; Diabetes mellitus Typ 2 seit dem 45. Lebensjahr
- Mutter: Arterielle Hypertonie, Mammakarzinom mit 62 Jahren (in Remission nach OP und Bestrahlung)
- Bruder (53 J.): Gesund
- Schwester (48 J.): Rheumatoide Arthritis

Eine familiäre Häufung von Darmkrebs, neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen **wurde verneint.**“





11. Sozialanamnese

Die Sozialanamnese erfasst die Lebensumstände des Patienten und gibt Aufschluss über mögliche psychosoziale Belastungsfaktoren, Ressourcen und die häusliche Versorgungssituation. Diese Informationen sind wichtig für die Entlassplanung und die Einschätzung der Compliance.

Lebensumstände

- „Der Patient **sei** verheiratet und **habe** zwei Kinder“
- „Die Patientin **lebe** allein in einer Erdgeschosswohnung“
- „Es **bestehe** eine gute soziale Einbindung durch die Familie“
- „Der Patient **berichtete**, seit 3 Jahren verwitwet zu sein“

Berufstätigkeit

- „Der Patient **arbeite** als Bankkaufmann“
- „Die Patientin **sei** Rentnerin“
- „Es **bestehe** Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Erkrankung“
- „Der Patient **berichtete** über beruflichen Stress als LKW-Fahrer“

Häusliche Versorgung

- „Die häusliche Versorgung **sei** durch den Ehepartner gewährleistet“
- „Ein Pflegedienst **werde** bereits in Anspruch genommen“
- „Die Patientin **benötige** Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens“

Beispiel für eine Sozialanamnese:

„Der 75-jährige Patient **berichtete**, seit 2 Jahren verwitwet zu sein. Er **lebe** allein in einer Zwei-Zimmer-Wohnung im ersten Stock eines Mehrfamilienhauses ohne Aufzug. Der Patient **sei** seit 10 Jahren in Rente, vorher **habe** er als Elektroingenieur gearbeitet.“

Die häusliche Versorgung **werde** durch die Tochter unterstützt, die zweimal wöchentlich nach dem Patienten sehe und bei Einkäufen helfe. Ein ambulanter Pflegedienst **komme** dreimal wöchentlich zur Unterstützung bei der Körperpflege (Pflegegrad 2).

Soziale Kontakte **beständen** hauptsächlich zur Familie (zwei Töchter, ein Sohn, fünf Enkelkinder) und zu Nachbarn. Der Patient **gab an**, regelmäßig einen Seniorentreff zu besuchen.“





12. Körperliche Untersuchung

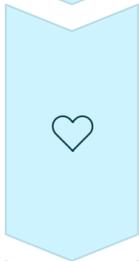
Die körperliche Untersuchung ist ein zentraler Bestandteil des Arztbriefes. Sie dokumentiert den objektiven Befund und sollte systematisch nach Organsystemen geordnet dargestellt werden. Die Untersuchungsbefunde werden im Indikativ beschrieben, da es sich um objektive Beobachtungen handelt.

Systematische Darstellung nach Organsystemen:



Inspektion

- „Der Patient machte einen stabilen/reduzierten Eindruck“
- „Es zeigte sich eine blasse/ikterische/zyanotische Hautfarbe“
- „Die Haut war trocken/feucht/ödematös“



Herz-Kreislauf

- „Die Herzfrequenz betrug 78/min, regelmäßig“
- „Der Blutdruck lag bei 140/85 mmHg“
- „Die Herzauskultation war unauffällig/ergab ein Systolikum“



Lunge

- „Die Lunge war vesikulär belüftet“
- „Es bestanden basale Rasselgeräusche beidseits“
- „Die Atemfrequenz betrug 16/min“



Abdomen

- „Das Abdomen zeigte sich weich und nicht druckdolent“
- „Es bestand ein Druckschmerz im rechten Oberbauch“
- „Die Darmgeräusche waren lebhaft/spärlich/fehlend“



Neurologie

- „Die Pupillen waren isokor und lichtreagibel“
- „Es zeigten sich keine fokale-neurologischen Defizite“
- „Die Muskeleigenreflexe waren seitengleich mittellebhaft“



Extremitäten

- „Die Extremitäten waren frei beweglich“
- „Es bestanden keine Ödeme oder Varikosis“
- „Die peripheren Pulse waren allseits tastbar“

Beispiel für eine ausführliche körperliche Untersuchung:

Körperliche Untersuchung:

Der 62-jährige Patient präsentierte sich in reduziertem Allgemeinzustand und adipösem Ernährungszustand (BMI 32 kg/m²). Er war wach, allseits orientiert und kooperativ.

Vitalparameter: Blutdruck 160/95 mmHg, Herzfrequenz 88/min regelmäßig, Atemfrequenz 18/min, Temperatur 37,2°C, Sauerstoffsättigung 96% unter Raumluft.

Kopf/Hals: Skleren und Konjunktiven unauffällig, keine Anisokorie, Pupillen isokor und lichtreagibel. Rachenraum reizlos, keine Halslymphknotenvergrößerungen, Schilddrüse nicht vergrößert tastbar.

Thorax: Symmetrische Atemexkursionen. Auskultatorisch vesikuläres Atemgeräusch ohne Rasselgeräusche. Kardial: Herzaktion rhythmisch, Herztöne rein, keine pathologischen Herzgeräusche.

Abdomen: Abdomen weich, gut eindrückbar, diffuser Druckschmerz im Epigastrium, keine Abwehrspannung oder Loslassschmerz. Murphy-Zeichen negativ. Darmgeräusche über allen Quadranten auskultierbar. Keine Organomegalie palpabel.

Extremitäten: Keine Ödeme, periphere Pulse allseits tastbar, keine Druckdolenzen der Waden, keine Zeichen einer TVT.

Neurologie: Kein Meningismus, keine fokale-neurologischen Defizite. Muskeleigenreflexe seitengleich mittellebhaft auslösbar. Sensibilität allseits erhalten.

Prüfungstipp: Bei der körperlichen Untersuchung ist es wichtig, alle relevanten Organsysteme systematisch zu untersuchen und zu dokumentieren, auch wenn die Befunde unauffällig sind. Verwende präzise medizinische Fachbegriffe und objektive Beschreibungen.





13. Verdachtsdiagnose und Differentialdiagnosen

Nach der Anamnese und körperlichen Untersuchung folgt die Formulierung der Verdachtsdiagnose und möglicher Differentialdiagnosen. Diese Einschätzung basiert auf der Synthese aller erhobenen Informationen und bildet die Grundlage für das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen.

Verdachtsdiagnose:

Die Verdachtsdiagnose ist die aufgrund der bisherigen Informationen wahrscheinlichste Diagnose. Sie wird typischerweise mit "V.a." (Verdacht auf) eingeleitet.

- „Die anamnestischen Angaben und der klinische Befund deuten am ehesten auf eine **akute Appendizitis** hin"
- „Aufgrund der Symptomatik ist von einem **akuten Koronarsyndrom** auszugehen"
- „Der Befund ist vereinbar mit einer **ambulant erworbenen Pneumonie**"
- „Es besteht der **V.a. eine Refluxösophagitis**"

Differentialdiagnosen:

Die Differentialdiagnosen umfassen alternative Erklärungen für die Symptomatik, die ebenfalls in Betracht gezogen werden müssen.

- „Als Differentialdiagnosen kämen in Betracht: **Cholezystitis, Gastritis, Ulcus duodeni**"
- „Folgende Diagnosen sind differentialdiagnostisch zu erwägen: **Herzinsuffizienz, Myokarditis, Lungenembolie**"
- „Auszuschließen sind: **Meningitis, zerebrale Raumforderung, TIA**"

Beispiel für eine strukturierte Darstellung von Verdachts- und Differentialdiagnosen:

●	Verdachtsdiagnose Akute Appendizitis
●	Differentialdiagnosen <ul style="list-style-type: none"> • Cholezystitis • Pankreatitis • Divertikulitis • Ileus • Urolithiasis • Adnexitis (bei Frauen) • Extrauterin gravidität

Weitere Beispiele für Verdachts- und Differentialdiagnosen:

Leitsymptom	Verdachtsdiagnose	Differentialdiagnosen
Retrosternale Schmerzen	V.a. akutes Koronarsyndrom	Aortendissektion, Lungenembolie, Pneumonie, Refluxösophagitis, Herpes zoster
Kopfschmerzen	V.a. Spannungskopfschmerz	Migräne, Sinusitis, Meningitis, zerebrale Raumforderung, Subarachnoidalblutung
Dyspnoe	V.a. exazerbierte COPD	Asthma bronchiale, Pneumonie, Lungenembolie, Herzinsuffizienz, Pneumothorax





14. Diagnostische Maßnahmen und weiteres Vorgehen

In diesem Abschnitt des Arztbriefes werden die durchgeführten oder geplanten diagnostischen Maßnahmen beschrieben. Alle diagnostischen Schritte werden im Passiv formuliert, um den objektiven Charakter der medizinischen Dokumentation zu wahren.

Labordiagnostik

- „Es **wurde** eine Blutentnahme mit BB, CRP, BSG, Elektrolyten und Leberwerten **durchgeführt**“
- „Eine Blutgasanalyse **wurde veranlasst**“
- „Cardiac Marker (Troponin, CK-MB) **wurden bestimmt**“
- „Ein D-Dimer-Test **wurde durchgeführt** zum Ausschluss einer Thrombose“

Bildgebung

- „Eine Röntgen-Thorax-Aufnahme **wurde angefertigt**“
- „Eine CT-Untersuchung des Abdomens mit Kontrastmittel **wurde durchgeführt**“
- „Es **erfolgte** eine Abdomensonografie“
- „Eine MRT des Schädels **wurde veranlasst**“

Weitere Diagnostik

- „Ein EKG **wurde abgeleitet**“
- „Eine Echokardiografie **wurde durchgeführt**“
- „Es **wurde** eine Gastroskopie **veranlasst**“
- „Eine Lungenfunktionsprüfung **erfolgte** zur Beurteilung der respiratorischen Funktion“

Konsile

- „Ein kardiologisches Konsil **wurde erbeten**“
- „Zur weiteren Abklärung **wurde** ein neurologisches Konsil **angemeldet**“
- „Ein chirurgisches Konsil bezüglich der Operationsindikation **wurde veranlasst**“
- „Ein psychiatrisches Konsil **erfolgte** zur Beurteilung der Suizidalität“

Beispiel für eine strukturierte Beschreibung der Diagnostik:

Durchgeführte Diagnostik:

Laboruntersuchungen: Es wurden ein Blutbild, Gerinnungsparameter, Elektrolyte, Nieren- und Leberwerte, CRP, Lipase und ein Urinstatus bestimmt. Die Laborwerte zeigten eine Leukozytose von 15.000/ μ l, ein CRP von 80 mg/l und eine leicht erhöhte Lipase von 120 U/l. Die übrigen Parameter lagen im Normbereich.

Bildgebung: Eine Sonografie des Abdomens wurde durchgeführt, die eine deutlich verdickte Appendix (Durchmesser 12 mm) mit umgebender Flüssigkeit zeigte. Zudem erfolgte eine Röntgen-Aufnahme des Abdomens zum Ausschluss eines Ileus oder freier Luft, die unauffällig war.

Weitere Diagnostik: Ein EKG wurde abgeleitet ohne Nachweis von Rhythmusstörungen oder Ischämiezeichen.

Konsile: Ein chirurgisches Konsil wurde erbeten, welches die Indikation zur notfallmäßigen Appendektomie bestätigte.





15. Therapie

Der Therapieabschnitt beschreibt die eingeleiteten Behandlungsmaßnahmen. Auch hier werden alle Maßnahmen im Passiv formuliert. Die Therapie sollte in Bezug zur gestellten Diagnose stehen und den aktuellen medizinischen Leitlinien entsprechen.

Akuttherapie:

- „Als Akuttherapie **wurden** Analgetika **verabreicht**“
- „Eine intravenöse Volumentherapie **wurde eingeleitet**“
- „Es **erfolgte** eine empirische Antibiose mit...“
- „Der Patient **wurde** notfallmäßig operativ **versorgt**“

Symptomatische Therapie:

- „Zur Schmerztherapie **erhielt** der Patient Metamizol 500 mg bei Bedarf“
- „Eine Protonenpumpeninhibitor-Therapie mit Pantoprazol 40 mg **wurde begonnen**“
- „Gegen die Übelkeit **wurde** Dimenhydrinat 50 mg **verabreicht**“
- „Zur Fiebersenkung **wurde** Paracetamol 1000 mg **gegeben**“

Spezifische Therapie:

- „Nach Diagnosestellung **wurde** eine stadiengerechte Therapie **eingeleitet**“
- „Es **erfolgte** eine leitliniengerechte Behandlung“
- „Die Therapie **wurde** entsprechend den aktuellen Empfehlungen **angepasst**“
- „Eine Thrombolyse **wurde durchgeführt**“

Allgemeinmaßnahmen:

- „Als Allgemeinmaßnahmen **wurden** Nikotinkarenz und Gewichtsreduktion **empfohlen**“
- „Eine physiotherapeutische Behandlung **wurde verordnet**“
- „Der Patient **wurde** bezüglich Ernährung und Lebensstilmodifikation **beraten**“
- „Eine Bewegungstherapie **wurde eingeleitet**“

Beispiel für eine ausführliche Therapiebeschreibung:

Therapie:

Akuttherapie: Nach Diagnosestellung einer akuten Appendizitis wurde der Patient notfallmäßig operativ versorgt. Es erfolgte eine laparoskopische Appendektomie in Intubationsnarkose. Intraoperativ zeigte sich eine phlegmonöse Appendizitis ohne Perforation. Eine perioperative Antibiose mit Cefuroxim 1,5 g i.v. wurde verabreicht.

Postoperative Therapie: Postoperativ wurde eine Schmerztherapie mit Metamizol 1 g i.v. alle 6 Stunden und Piritramid 7,5 mg i.v. bei Bedarf durchgeführt. Die Nahrungsaufnahme wurde schrittweise aufgebaut, beginnend mit klaren Flüssigkeiten am ersten postoperativen Tag. Eine Thromboseprophylaxe mit Enoxaparin 40 mg s.c. einmal täglich wurde verabreicht.

Allgemeinmaßnahmen: Der Patient wurde zu früher Mobilisation angeleitet. Eine Wundpflege mit täglichem Verbandswechsel wurde durchgeführt. Eine ausführliche Patientenaufklärung bezüglich des weiteren Verlaufs und möglicher Komplikationen erfolgte.





16. Empfehlungen für die Nachbetreuung

Die Empfehlungen für die Nachbetreuung sind ein wichtiger Teil des Arztbriefes, da sie die Kontinuität der Behandlung sicherstellen. Sie enthalten konkrete Anweisungen für den weiterbehandelnden Arzt und den Patienten bezüglich Kontrolluntersuchungen, Medikation und weiterer Maßnahmen.

Kontrolltermine:

- „Eine Wiedervorstellung in unserer Ambulanz wird in 4 Wochen empfohlen“
- „Kontrolluntersuchungen sollten in regelmäßigen Abständen erfolgen“
- „Eine Nachkontrolle beim Hausarzt wird in einer Woche erbeten“
- „Ein erneutes Elektrokardiogramm sollte in 3 Tagen durchgeführt werden“

Medikationsempfehlungen:

- „Die Therapie mit Ramipril sollte unter regelmäßiger Blutdruckkontrolle fortgeführt werden“
- „Eine Dosisanpassung des Metformins ist bei stabiler Nierenfunktion nicht erforderlich“
- „Die Protonenpumpenhemmer-Therapie sollte nach 4 Wochen reevaluiert werden“
- „Eine Reduktion der Cortisontherapie sollte nach folgendem Schema erfolgen: [...]“

Weiterführende Maßnahmen:

- „Eine kardiologische Mitbetreuung wird empfohlen“
- „Die Weiterbehandlung sollte beim Facharzt für... erfolgen“
- „Eine Rehabilitation wurde beantragt“
- „Eine ambulante Psychotherapie wird dringend angeraten“

Lebensstilempfehlungen:

- „Eine schrittweise Steigerung der körperlichen Aktivität wird empfohlen“
- „Die Gewichtsreduktion sollte durch eine kalorienreduzierte, ausgewogene Ernährung unterstützt werden“
- „Ein sofortiger Nikotinverzicht ist dringend anzuraten“
- „Die Alkoholkarenz sollte unbedingt beibehalten werden“

Beispiel für strukturierte Nachbetreuungsempfehlungen:

Empfehlungen für die weitere Betreuung:

Kontrollen und Nachsorge: Eine Wiedervorstellung in unserer chirurgischen Ambulanz zur Wundkontrolle und Fädenentfernung wird in 10 Tagen empfohlen. Eine Kontrolle der Entzündungsparameter (Blutbild, CRP) sollte in 3-5 Tagen beim Hausarzt erfolgen.

Medikation: Die Schmerztherapie kann mit Ibuprofen 400 mg 3x täglich bei Bedarf fortgeführt werden. Bei guter Wundheilung kann die Antibiotikatherapie nach 5 Tagen beendet werden.

Aktivität und Rehabilitation: Eine schrittweise Steigerung der körperlichen Aktivität wird empfohlen. Sportliche Aktivitäten sollten für 3 Wochen vermieden werden. Die Arbeitsfähigkeit ist voraussichtlich nach 10-14 Tagen wieder gegeben.

Weitere Maßnahmen: Bei anhaltenden oder zunehmenden Beschwerden, Fieber oder Wundheilungsstörungen sollte umgehend eine ärztliche Vorstellung erfolgen. Eine ballaststoffreiche Ernährung wird zur Prävention weiterer Darmerkrankungen empfohlen.





17. Schlussformel

Die Schlussformel bildet den Abschluss des Arztbriefes und sollte höflich und kollegial formuliert sein. Sie drückt die Bereitschaft zur weiteren Zusammenarbeit aus und bietet die Möglichkeit für Rückfragen.

Höfliche Verabschiedung:

Standardformulierungen:

- „Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung. Mit freundlichen kollegialen Grüßen.“
- „Bei Rückfragen können Sie sich gern an uns wenden. Mit kollegialen Grüßen.“
- „Wir hoffen, Ihnen mit diesen Informationen gedient zu haben. Freundliche Grüße.“
- „Für Rücksprachen stehe ich jederzeit zur Verfügung. Mit kollegialen Grüßen.“

Ergänzende Formulierungen:

- „Wir bedanken uns für die Überweisung und bitten um weitere Mitbetreuung.“
- „Vielen Dank für Ihre kollegiale Zusammenarbeit.“
- „Wir bedanken uns für das entgegengebrachte Vertrauen.“
- „Über eine Rückmeldung zum weiteren Verlauf würden wir uns freuen.“

Unterschrift:

Die Unterschrift enthält den Namen, die Position und die Fachrichtung des verantwortlichen Arztes:

Dr. [Vorname Nachname] (AA/FA)
 Assistenzärztin/-arzt / Fachärztin/-arzt für [Fachrichtung]
 Klinik für [Fachrichtung]

Beispiel für eine vollständige Schlussformel:

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung. Wir bedanken uns für die gute Zusammenarbeit und verbleiben

mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Maria Schmidt
 Fachärztin für Innere Medizin
 Medizinische Klinik II





Vollständige Musterarztbriefe

In den folgenden Abschnitten findest du vollständige Musterarztbriefe für verschiedene klinische Szenarien. Diese Beispiele zeigen die praktische Anwendung der bisher besprochenen Prinzipien und Strukturen und können als Vorlage für deine eigenen Arztbriefe in der FSP dienen.

Jeder Musterarztbrief folgt dem standardisierten Aufbau mit allen relevanten Abschnitten:

1. Briefkopf und Adressierung
2. Betreffzeile
3. Einleitung und Patientendaten
4. Aktuelle Anamnese
5. Vorgeschichte (Vorerkrankungen, Medikation, etc.)
6. Körperliche Untersuchung
7. Diagnostik und Befunde
8. Diagnosen und Differentialdiagnosen
9. Therapie und Verlauf
10. Empfehlungen für die Nachbetreuung
11. Schlussformel

Achte beim Durcharbeiten der Beispiele besonders auf:

- Die korrekte Verwendung des Konjunktiv I für Patientenaussagen
- Die konsequente Verwendung des Passivs für medizinische Maßnahmen
- Die präzise medizinische Fachsprache





Arztbrief 1: Verdacht auf Divertikulitis

Briefkopf und Adressierung

Universitätsklinikum München

Marchioninstr. 15

81377 München

18.04.2024

An

Sehr geehrte Frau Kollegin/Sehr geehrter Herr Kollege,

[Name der Kollegin/des Kollegen]

[Praxisadresse]

[PLZ Ort]

Betreff: Entlassungsbrief über Frau Katharina Müller, geb. 12.10.1983

Sehr geehrte Frau Kollegin/Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten Ihnen nachfolgend über **Frau Katharina Müller, geboren am 12.10.1983, 40 Jahre alt, wohnhaft in Bergstr. 12, 34567 Karlsruhe**, die sich am 17.04.2024 in unserer Notaufnahme vorstellte.

1. Einleitung und Patientendaten

Die Patientin befand sich in **deutlich reduziertem Allgemeinzustand und schlankem Ernährungszustand**.

2. Aktuelle Anamnese (Jetziges Leiden)

Die 40-jährige Patientin stellte sich mit seit ca. 6 Stunden bestehenden **starken, kolikartigen, plötzlich aufgetretenen, progredienten Schmerzen in der linken Fossa iliaca** vor. Des Weiteren klagte sie über **Übelkeit und Erbrechen seit ca. 16 Stunden**. Die Schmerzen strahlten in das gesamte Abdomen und in das linke Bein aus. Die Schmerzen seien stechend und entsprächen auf einer Skala von 1 bis 10 der Stufe 8. Sie gebe an, noch nie zuvor solche Beschwerden gehabt zu haben.

3. Vegetative Anamnese

Die Patientin berichtete über **Fieber bis 38,5°C, weichere Stuhlkonsistenz und komplette Inappetenz** seit dem Vortag. Sie habe am heutigen Morgen einen weicheren Stuhlgang gehabt, ohne Blutbeimengungen. Die Miktion sei unauffällig. Der Nachtschlaf sei durch die Schmerzen erheblich gestört. Eine ungewollte Gewichtsabnahme wurde verneint.





Arztbrief 1: Verdacht auf Divertikulitis (Fortsetzung)

4. Vorerkrankungen

Es seien keine relevanten Vorerkrankungen bekannt. Die Patientin gab an, bisher nie ernsthaft erkrankt gewesen zu sein.

5. Voroperationen

Es seien keine operativen Eingriffe in der Anamnese bekannt.

6. Aktuelle Medikation

Zurzeit bestehe keine regelmäßige Medikamenteneinnahme. Gelegentlich nehme sie Ibuprofen 400 mg bei Kopfschmerzen ein.

7. Allergien und Unverträglichkeiten

Allergien und Unverträglichkeiten seien nicht bekannt.

8. Genussmittel und Drogen (Noxen)

Nikotinabusus wurde verneint. Alkoholkonsum bestehe gelegentlich am Wochenende in Form von 1–2 Gläsern Wein. Drogenkonsum wurde verneint.

9. Familienanamnese

Die Familienanamnese sei bezüglich gastrointestinaler Erkrankungen unauffällig. Bei der Mutter bestehe ein behandlungsbedürftiger Bluthochdruck, beim Vater eine koronare Herzkrankheit.

10. Sozialanamnese

Frau Müller sei verheiratet und habe drei Kinder im Alter von 8, 12 und 15 Jahren. Sie arbeite als selbstständige Friseurin und wohne mit ihrer Familie in einem Einfamilienhaus. Die häusliche Versorgung sei durch den Ehemann gewährleistet. Haustiere habe die Familie keine.





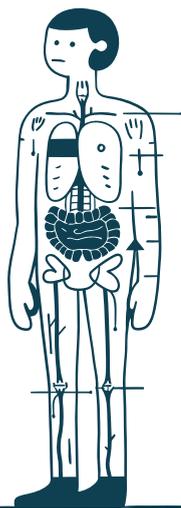
Arztbrief 1: Verdacht auf Divertikulitis (Fortsetzung)

11. Körperliche Untersuchung

Bei der körperlichen Untersuchung zeigte sich ein **ausgeprägter Druckschmerz im linken Unterbauch mit deutlicher Abwehrspannung**. Das McBurney-Zeichen war negativ, das Rovsing-Zeichen ebenfalls. Der kontralaterale Loslassschmerz war positiv. Die Darmgeräusche waren spärlich. Die rektale Untersuchung ergab einen druckdolenten linken Douglasraum. Herz und Lunge zeigten sich auskultatorisch unauffällig. Die Vitalparameter: RR 110/70 mmHg, Puls 95/min regelmäßig, Temperatur 38,2°C.

12. Verdachtsdiagnose und Differentialdiagnosen

Die anamnestischen Angaben und der klinische Befund **deuten am ehesten auf eine akute Divertikulitis des Sigmoids hin**. Als Differentialdiagnosen kämen in Betracht: **Adnexitis, Ovarialpathologie (Zyste, Torsion), Extrauterin gravidität, Nephrolithiasis, Zystitis, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), Sigmaperforation** und maligne Prozesse (bei der Altersgruppe eher unwahrscheinlich).



Typische Symptome der akuten Divertikulitis:

- Schmerzen im linken Unterbauch
- Fieber und Leukozytose
- Abwehrspannung
- Veränderung der Stuhlgewohnheiten
- Übelkeit und Erbrechen





Arztbrief 1: Verdacht auf Divertikulitis (Fortsetzung)

13. Diagnostische Maßnahmen und weiteres Vorgehen

Zur weiteren Abklärung wurden **Laboruntersuchungen (Blutbild, CRP, PCT, BSG, Kreatinin, Harnstoff, Elektrolyte, Leberwerte, LDH)** durchgeführt. Es erfolgte eine **Urinuntersuchung zum Ausschluss eines Harnwegsinfektes** sowie eine **Stuhlprobe**. Eine **Abdomensonografie** wurde durchgeführt, die eine verdickte Sigmawand mit echoarmer Umgebungsreaktion zeigte. Zur weiteren bildgebenden Diagnostik wurde eine **Computertomografie des Abdomens mit oralem und intravenösem Kontrastmittel** veranlasst. Ein **gynäkologisches Konsil zur Abklärung differentialdiagnostischer Aspekte** wurde erbeten. Die **stationäre Aufnahme** erfolgte zur weiteren Überwachung und Therapie.

Abdomensonografie	CT-Abdomen	Laborbefunde
Verdickte Sigmawand (7 mm) mit echoarmer Umgebungsreaktion, kein Abszessnachweis	Multiple Sigmadivertikel, Wandverdickung des Sigmas (8 mm), umgebende entzündliche Veränderungen, keine freie Luft, kein Abszess	Leukozytose (14,5 Tsd/ μ l), CRP 95 mg/l, PCT 0,8 μ g/l, übrige Parameter im Normbereich, Urin unauffällig
Gynäkologisches Konsil		
Unauffälliger gynäkologischer Befund, kein Hinweis auf Adnexitis oder Ovarialpathologie		

14. Therapie

Die Behandlung erfolgte zunächst konservativ. Es wurde eine **intravenöse Volumen- und Elektrolyttherapie** eingeleitet. Zur Analgesie erhielt die Patientin **Metamizol 500 mg i.v. alle 6 Stunden**. Eine **empirische Antibiose mit Ciprofloxacin 400 mg i.v. alle 12 Stunden und Metronidazol 500 mg i.v. alle 8 Stunden** wurde begonnen. **Nahrungskarenz und Magensonde** wurden für die ersten 24 Stunden angeordnet. Als **Allgemeinmaßnahmen** wurden **Nikotinkarenz, Gewichtsnormalisierung und ballaststoffreiche Ernährung nach Kostaufbau** empfohlen. Eine **Ernährungsberatung** wurde eingeleitet.





Arztbrief 1: Verdacht auf Divertikulitis (Fortsetzung)

15. Empfehlungen für die Nachbetreuung

Nach der Entlassung sollte eine **Kontrolle der Entzündungsparameter beim Hausarzt in einer Woche** erfolgen. Eine **koloproktologische Vorstellung zur elektiven Sigmoidoskopie nach Abklingen der Akutsymptomatik** wird empfohlen. Bei erneuten Beschwerden ist eine sofortige ärztliche Vorstellung erforderlich.

Empfehlungen zur Prävention von Rezidiven:

- Ballaststoffreiche Ernährung (30g Ballaststoffe/Tag)
- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr (mind. 2 Liter/Tag)
- Regelmäßige körperliche Aktivität
- Vermeidung von Übergewicht
- Verzicht auf Nikotin

Warnzeichen, die eine sofortige Vorstellung erfordern:

- Wiederauftreten von Fieber $>38^{\circ}\text{C}$
- Zunehmende Bauchschmerzen
- Neu auftretende Blutungen im Stuhl
- Anhaltende Übelkeit und Erbrechen
- Zunehmende Abgeschlagenheit und Schwäche

16. Schlussformel

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung. Mit freundlichen kollegialen Grüßen.

[Vorname Nachname]

Fachärztin/-arzt für Innere Medizin und Gastroenterologie

Medizinische Klinik II





Arztbrief 2: Verdacht auf Multiple Sklerose

Briefkopf und Adressierung

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Charitéplatz 1

10117 Berlin

20.04.2024

An

Sehr geehrte Frau Kollegin/Sehr geehrter Herr Kollege,

[Name der Kollegin/des Kollegen]

[Praxisadresse]

[PLZ Ort]

Betreff: Entlassungsbrief über Herrn Harald Weber, geb. 01.01.1984

Sehr geehrte Frau Kollegin/Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten Ihnen nachfolgend über **Herrn Harald Weber, geboren am 01.01.1984, 40 Jahre alt, wohnhaft in Schillerstr. 19, 80336 München**, der sich am 18.04.2024 in unserer neurologischen Ambulanz vorstellte.

1. Einleitung und Patientendaten

Der Patient befand sich in **leicht reduziertem Allgemeinzustand und normalem Ernährungszustand**.

2. Aktuelle Anamnese (Jetziges Leiden)

Herr Weber stellte sich mit seit ca. 2 Tagen bestehenden, **plötzlich aufgetretenen, progredienten Sensibilitätsstörungen in beiden Beinen** vor. Diese Beschwerden seien mit **starkem Brennen und Kribbeln** an verschiedenen Stellen assoziiert. Beide Beine seien kraftlos, und es bestünden **deutliche Koordinationsstörungen beim Gehen**. Des Weiteren klage der Patient über **schnelle Erschöpfbarkeit und zunehmende depressive Verstimmung** in den letzten Wochen. Seit dem heutigen Morgen bestünden zudem **Sehstörungen** in Form von verschwommener Sicht am linken Auge, wie durch einen Schleier, ohne Doppelbilder. Der Patient gebe an, bereits vor 6 Monaten ähnliche, jedoch schwächere Beschwerden an den Beinen gehabt zu haben, die sich spontan gebessert hätten.

3. Vegetative Anamnese

Die vegetative Anamnese zeigte **eine leichte Obstipation seit einigen Tagen** und **häufigere Miktion ohne Dysurie**. Der Appetit sei reduziert, eine Gewichtsabnahme von ca. 3 kg in den letzten 2 Monaten wurde angegeben. Der Nachtschlaf sei durch die Beschwerden gestört. Fieber wurde verneint, gelegentlich bestehe jedoch vermehrtes Schwitzen.

4. Vorerkrankungen

Es seien keine relevanten Vorerkrankungen bekannt. Der Patient gab an, bisher nie neurologische Beschwerden gehabt zu haben, abgesehen von den erwähnten vorübergehenden Sensibilitätsstörungen vor 6 Monaten.





Arztbrief 2: Verdacht auf Multiple Sklerose (Fortsetzung)

5. Voroperationen

Es seien keine operativen Eingriffe bekannt.

6. Aktuelle Medikation

Zurzeit bestehe keine regelmäßige Medikamenteneinnahme. Gelegentlich nehme er Paracetamol 500 mg bei Kopfschmerzen ein.

7. Allergien und Unverträglichkeiten

Es bestehe eine **bekannte Katzenhaarallergie** mit Rhinitis und Konjunktivitis. Medikamentenallergien seien nicht bekannt.

8. Genussmittel und Drogen (Noxen)

Nikotinabusus wurde verneint. Alkoholkonsum bestehe gelegentlich in Form eines Glases Wein am Wochenende. Drogenkonsum wurde verneint.

9. Familienanamnese

In der Familienanamnese seien eine **periphere arterielle Verschlusskrankheit bei der Mutter** und ein **arterieller Hypertonus beim Vater** bekannt. Neurologische Erkrankungen in der Familie wurden verneint. Eine Tante mütterlicherseits leide an Diabetes mellitus Typ 2.

10. Sozialanamnese

Herr Weber sei ledig und kinderlos. Er arbeite als Bankangestellter in Vollzeit und sei normalerweise sportlich sehr aktiv (Joggen, Schwimmen). Aufgrund der aktuellen Beschwerden habe er das Training eingestellt. Er wohne allein in einer Dreizimmerwohnung im 3. Stock ohne Aufzug. Haustiere habe er aufgrund der Allergie keine.





Arztbrief 2: Verdacht auf Multiple Sklerose (Fortsetzung)

11. Körperliche Untersuchung

Die allgemeine körperliche Untersuchung ergab einen unauffälligen Befund. **Neurologisch** zeigten sich **Hypästhesie und Parästhesien in beiden Unterschenkeln**, eine **leichte Parese der Dorsalflexoren beidseits** (Kraftgrad 4/5) sowie **positive Pyramidenbahnzeichen** (Babinski beidseits positiv). Der **Romberg-Test war positiv**, die **Koordinationsprüfung zeigte eine Ataxie der unteren Extremitäten**. Die **Muskeleigenreflexe** waren **an den unteren Extremitäten gesteigert**. Der **ophthalmologische Befund** ergab eine **beginnende Papillitis des linken Auges**. Die Vitalparameter: RR 125/80 mmHg, Puls 78/min regelmäßig, Temperatur 36,8°C.

Sensorium

Wach, allseits orientiert, keine kognitiven Einschränkungen, keine Aphasie

Hirnnerven

Beginnende Papillitis links, sonst unauffällige Hirnnervenfunktion

Motorik

Leichte Parese der Dorsalflexoren beidseits (KG 4/5), ansonsten regelrechte Kraftentfaltung

Reflexe

PSR und ASR gesteigert, Babinski beidseits positiv, positive Pyramidenbahnzeichen

Sensibilität

Hypästhesie und Parästhesien in beiden Unterschenkeln, vibrations- und lagesensorische Einschränkungen

Koordination

Ataxie der unteren Extremitäten, Romberg-Test positiv, Gangbild ataktisch

12. Verdachtsdiagnose und Differentialdiagnosen

Die anamnestischen Angaben und der klinische Befund **deuten am ehesten auf eine Multiple Sklerose (MS) hin**, wobei die Kriterien für eine schubförmig-remittierende MS erfüllt sein könnten. Als Differentialdiagnosen kämen in Betracht: **Akute disseminierte Enzephalomyelitis (ADEM)**, **Neuromyelitis optica**, **Vitamin-B12-Mangel**, **Polyneuropathie**, **ZNS-Vaskulitis**, **Neurosarkoidose**, **Morbus Behçet** und seltene demyelinisierende Erkrankungen.





Arztbrief 2: Verdacht auf Multiple Sklerose (Fortsetzung)

13. Diagnostische Maßnahmen und weiteres Vorgehen

Zur weiteren Abklärung wurden **umfassende Laboruntersuchungen** durchgeführt: **Blutbild, CRP, BSG, Nieren- und Leberwerte, TSH, Vitamin B12, Folsäure, Borrelien-Serologie, ANA, ANCA**. Eine **MRT des Gehirns und des Rückenmarks mit Gadolinium** wurde durchgeführt, die **multiple periventrikuläre und juxtakortikale hyperintense Läsionen** sowie **Kontrastmittel-aufnehmende Herde** zeigte. Des Weiteren wurde eine **Lumbalpunktion zur Liquoranalyse** durchgeführt mit Nachweis **oligoklonaler Banden** und **erhöhter IgG-Synthese**. Eine **umfassende neuropsychologische Testung** sowie **evozierte Potentiale (VEP, SEP, MEP)** wurden veranlasst. Ein **ophthalmologisches Konsil** bestätigte die Papillitis. Die **stationäre Aufnahme** erfolgte zur Durchführung der Diagnostik und Einleitung der Therapie.

MRT-Befund:

In der MRT des Schädels zeigten sich multiple, überwiegend periventrikulär und juxtakortikal gelegene hyperintense Läsionen in der T2-Wichtung. Einige der Läsionen zeigten eine Kontrastmittelaufnahme als Hinweis auf eine aktive Entzündung. Auch im Bereich des Rückenmarks fanden sich mehrere hyperintense Herde in Höhe C2-C3 und Th8-Th9. Die Läsionen waren typisch für eine demyelinisierende Erkrankung im Sinne einer Multiplen Sklerose.

Liquorbefund:

Die Liquoranalyse ergab einen unauffälligen Zellzahlbefund (4 Zellen/ μ l), ein normales Gesamtprotein (350 mg/l) und Glukose (60 mg/dl). Es fanden sich oligoklonale Banden im Liquor, nicht jedoch im Serum, sowie eine erhöhte intrathekale IgG-Synthese mit erhöhtem IgG-Index (0,9). Der Befund ist vereinbar mit einer MS-typischen entzündlichen ZNS-Erkrankung.

14. Therapie

Zur Behandlung des akuten Schubes wurde eine **Hochdosis-Kortikosteroid-Therapie mit Methylprednisolon 1000 mg i.v. täglich über 5 Tage** eingeleitet. **Begleitend wurde eine Ulkusprophylaxe mit Pantoprazol 40 mg** verabreicht. Eine **physiotherapeutische Behandlung** wurde zur Verbesserung der Koordination und Kraftdefizite eingeleitet. **Ergotherapie** wurde zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens verordnet. Nach Abschluss der akuten Therapie ist eine **langfristige immunmodulatorische Therapie** zu diskutieren. Eine **psychologische Betreuung** wurde aufgrund der depressiven Verstimmung initiiert.





Arztbrief 2: Verdacht auf Multiple Sklerose (Fortsetzung)

15. Empfehlungen für die Nachbetreuung

Eine **Wiedervorstellung in unserer MS-Ambulanz** wird **in 4 Wochen** empfohlen. **Regelmäßige MRT-Kontrollen** sollten zur Verlaufsbeurteilung durchgeführt werden. Eine **neuropsychologische Betreuung** ist anzustreben. **Ergotherapie und Physiotherapie** sollten kontinuierlich fortgesetzt werden. Bei Verschlechterung der Symptomatik oder neuen neurologischen Ausfällen ist eine **sofortige neurologische Vorstellung** erforderlich.

Akutphase

Abschluss der Kortikosteroidtherapie, Kontrolle der akuten Symptome, Planung der Erhaltungstherapie

Einleitung der Basistherapie

Besprechung der Therapieoptionen, Auswahl eines geeigneten immunmodulatorischen Medikaments, Schulung zur Anwendung

Regelmäßige Verlaufskontrollen

Neurologische Kontrolluntersuchungen alle 3 Monate, MRT-Kontrollen jährlich, Therapieanpassung bei Bedarf

Langfristige Betreuung

Interdisziplinäre Betreuung mit Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologie, Selbsthilfegruppen und MS-Nurse

- i** Der Patient wurde ausführlich über das Krankheitsbild der Multiplen Sklerose, die Therapiemöglichkeiten und den zu erwartenden Verlauf aufgeklärt. Informationsmaterial und Kontaktdaten der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft wurden ausgehändigt.

16. Schlussformel

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung. Mit freundlichen kollegialen Grüßen.

[Vorname Nachname]

Fachärztin/-arzt für Neurologie

Klinik für Neurologie





Arztbrief 3: Akuter Myokardinfarkt

Briefkopf und Adressierung

Herzzentrum Leipzig

Strümpellstr. 39

04289 Leipzig

22.04.2024

An

Sehr geehrte Frau Kollegin/Sehr geehrter Herr Kollege,

[Name der Kollegin/des Kollegen]

[Praxisadresse]

[PLZ Ort]

Betreff: Entlassungsbrief über Herrn Manfred Schmidt, geb. 15.06.1955

Sehr geehrte Frau Kollegin/Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten Ihnen nachfolgend über **Herrn Manfred Schmidt, geboren am 15.06.1955, 68 Jahre alt, wohnhaft in Rosenstr. 8, 04103 Leipzig**, der sich am 20.04.2024 als Notfall in unserer Klinik vorstellte.

1. Einleitung und Patientendaten

Der Patient befand sich initial in **deutlich reduziertem Allgemeinzustand und normalem Ernährungszustand** und war zu Ort, Zeit und Person orientiert.

2. Aktuelle Anamnese (Jetziges Leiden)

Der 68-jährige Patient stellte sich mit **plötzlich aufgetretenen, vernichtenden retrosternalen Schmerzen seit 2 Stunden** vor. Die Beschwerden seien **brennend und drückend** und strahlten in **den linken Arm und den Unterkiefer** aus. Begleitend bestünden **ausgeprägte Dyspnoe, Diaphoresis, Übelkeit und Angstgefühl**. Die Schmerzintensität entspreche auf einer Skala von 1 bis 10 der Stufe 10. **Nitrospray** habe **keine Linderung** gebracht. Der Patient gab an, in den letzten Wochen bei körperlicher Belastung leichte retrosternale Beschwerden verspürt zu haben, diese jedoch ignoriert zu haben.

3. Vegetative Anamnese

Der Patient berichtete über **Inappetenz und Übelkeit seit den frühen Morgenstunden**. Die Miktion sei erschwert aufgrund der Schmerzen. Stuhlgang sei seit 2 Tagen nicht erfolgt. Der Schlaf sei in den letzten Nächten durch Unruhe gestört gewesen.





Arztbrief 3: Akuter Myokardinfarkt (Fortsetzung)

4. Vorerkrankungen

Bekannt seien ein **arterieller Hypertonus seit 15 Jahren**, **Diabetes mellitus Typ 2 seit 8 Jahren** und eine **Hypercholesterinämie**. Eine **koronare Herzkrankheit** sei bisher nicht diagnostiziert worden, jedoch bestünden die genannten kardiovaskulären Risikofaktoren.

5. Voroperationen

Es seien eine **Appendektomie 1975** und eine **Leistenhernie-OP rechts 2010** bekannt.

6. Aktuelle Medikation

Die Dauermedikation umfasse **Ramipril 10 mg 1-0-0**, **Metformin 1000 mg 1-0-1**, **Simvastatin 40 mg 0-0-1**. Die Compliance sei nach Patientenangaben gut.

7. Allergien und Unverträglichkeiten

Es bestehe eine **bekannte Penicillin-Allergie** mit Exanthem und Juckreiz. Kontrastmittel-Unverträglichkeiten seien nicht bekannt.

8. Genussmittel und Drogen (Noxen)

Der Patient rauche **25 Zigaretten täglich seit 45 Jahren** (entspricht 56,25 pack years). **Alkoholkonsum** bestehe in Form von **täglich 2–3 Bier am Abend**. Drogenkonsum wurde verneint.

9. Familienanamnese

Der **Vater sei mit 62 Jahren an einem Myokardinfarkt verstorben**, die **Mutter leide an Diabetes mellitus und Hypertonie**. Ein **Bruder habe bereits zwei Myokardinfarkte** erlitten.

10. Sozialanamnese

Herr Schmidt sei **verwitwet seit 3 Jahren** und lebe allein in einer Erdgeschosswohnung. Er sei **Rentner** (ehemals Elektriker) und habe **zwei erwachsene Kinder**, die in derselben Stadt wohnen. Die Versorgung zu Hause sei durch einen **Pflegedienst und die Kinder** gewährleistet.





Arztbrief 3: Akuter Myokardinfarkt (Fortsetzung)

11. Körperliche Untersuchung

Bei Aufnahme zeigte sich der Patient in **deutlich reduziertem AZ, blass, diaphoretisch und dyspnoisch**.

Vitalparameter: RR initial 90/60 mmHg, Puls 110/min arrhythmisch, Atemfrequenz 24/min, SpO2 88% (Raumluft). **Kardial:** Herzaktion arrhythmisch, **3. Herzton hörbar, Systolikum 2/6** über allen Ostien.

Pulmonale: **Feuchte Rasselgeräusche basal beidseits**, Zeichen der Linksherzinsuffizienz. **Extremitäten:** **Kalte, feuchte Akren, periphere Ödeme** an beiden Unterschenkeln.

Körperliche Untersuchung im Detail

Allgemein: 68-jähriger Patient in deutlich reduziertem Allgemeinzustand, wach, orientiert, ängstlich, blass, kaltschweißig.

Vitalparameter: RR 90/60 mmHg, HF 110/min arrhythmisch, AF 24/min, SpO2 88% unter Raumluft, Temperatur 36,5°C.

Kopf/Hals: Skleren und Konjunktiven unauffällig, Zunge feucht, kein Halsvenenstauen, keine Struma.

Kardial: Herzaktion arrhythmisch, 3. Herzton, Systolikum 2/6 über allen Auskultationspunkten, keine Perikardreibegeräusche.

Pulmonal: Feuchte Rasselgeräusche basal beidseits, sonst vesikuläres Atemgeräusch, keine Nebengeräusche.

Abdomen: Weich, keine Abwehrspannung, nicht druckdolent, normale Darmgeräusche, keine Organomegalie.

Extremitäten: Periphere Pulse an allen Extremitäten schwach tastbar, kalte, feuchte Akren, periphere Ödeme an beiden Unterschenkeln.

Neurologie: Grob-neurologisch unauffällig, keine fokal-neurologischen Defizite.

12. Verdachtsdiagnose und Differentialdiagnosen

Die Symptomatik und der klinische Befund **sprechen eindeutig für einen akuten ST-Hebungs-Myokardinfarkt (STEMI) mit kardiogenem Schock**. Differentialdiagnosen: **Aortendissektion, Lungenembolie, Perikarditis, Pneumothorax** (aufgrund der eindeutigen EKG-Veränderungen und Klinik unwahrscheinlich).





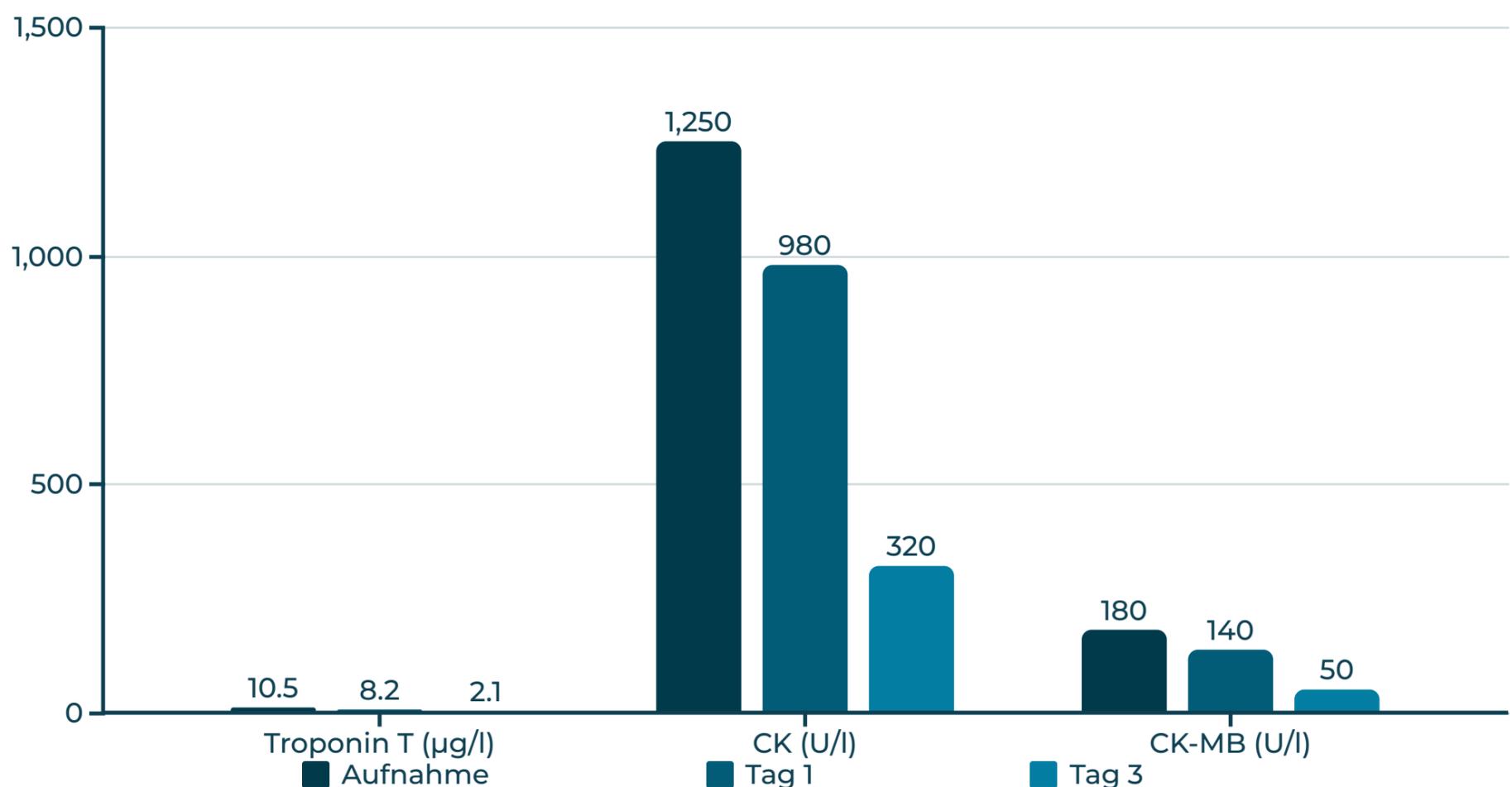
Arztbrief 3: Akuter Myokardinfarkt (Fortsetzung)

13. Diagnostische Maßnahmen und weiteres Vorgehen

Sofortige Diagnostik: 12-Kanal-EKG zeigte ST-Hebungen in den Ableitungen II, III, aVF (Hinterwandinfarkt). **Labordiagnostik:** Troponin T hochpositiv ($>10 \mu\text{g/l}$), CK-MB erhöht, NT-proBNP deutlich erhöht. **Röntgen-Thorax:** Zeichen der Lungenstauung. **Echokardiografie:** Akinesie der Hinterwand, LVEF 30%, mittelgradige Mitralsuffizienz. **Notfall-Koronarangiografie** wurde umgehend durchgeführt und zeigte einen **kompletten Verschluss der rechten Koronararterie (RCA)**.

Koronarangiografie-Befund:

Es zeigte sich ein kompletter Verschluss der rechten Koronararterie (RCA) im mittleren Drittel mit fehlender Kontrastierung des distalen Gefäßes. Die linke Koronararterie wies eine 50%ige Stenose im Ramus circumflexus (RCX) und eine 40%ige Stenose im Ramus interventricularis anterior (RIVA) auf. Die Laevokardiografie bestätigte die Akinesie der Hinterwand mit einer reduzierten linksventrikulären Ejektionsfraktion von 30%.



14. Therapie

Akuttherapie: Sofortige **Primär-PCI** mit **Rekanalisation der RCA** und **Implantation von 2 DES (Drug-eluting Stents)**. **Duale Thrombozytenaggregationshemmung** mit **ASS 100 mg** und **Clopidogrel 75 mg** täglich. **ACE-Hemmer-Therapie** mit **Ramipril**, **Betablocker-Therapie** mit **Metoprolol** und **Statin-Therapie** mit **Atorvastatin 80 mg** wurden eingeleitet. Aufgrund des **kardiogenen Schocks** war eine **kurzzeitige Katecholamin-Therapie** mit **Dobutamin** erforderlich. **Diuretika** (Furosemid) wurden zur Behandlung der Herzinsuffizienz verabreicht.





Arztbrief 3: Akuter Myokardinfarkt (Fortsetzung)

15. Prognose

Die **Prognose ist durch die rechtzeitige Revaskularisation deutlich verbessert worden**. Die eingeschränkte linksventrikuläre Funktion erfordert eine konsequente Herzinsuffizienz-Therapie und regelmäßige Kontrollen.

16. Empfehlungen für die Nachbetreuung

Kardiale Rehabilitation ist zwingend erforderlich. Kontrolle in der kardiologischen Ambulanz in 1 Woche, dann alle 3 Monate. Echokardiografische Kontrolle in 6 Wochen zur Verlaufsbeurteilung der LVEF. **Laborkontrollen** (Leberwerte unter Statin-Therapie) alle 6 Wochen initial. **Strikte Sekundärprävention: Nikotinstopp, Gewichtsreduktion, salzarme Diät, regelmäßige körperliche Aktivität** nach kardialer Rehabilitation.

Entlassmedikation

- ASS 100 mg 1-0-0
- Clopidogrel 75 mg 1-0-0 (für 12 Monate)
- Ramipril 2,5 mg 1-0-1 (Zieldosis 5 mg 1-0-1)
- Metoprolol 47,5 mg 1-0-1 (Zieldosis 95 mg 1-0-1)
- Atorvastatin 80 mg 0-0-1
- Furosemid 40 mg 1-0-0
- Pantoprazol 40 mg 1-0-0
- Metformin 1000 mg 1-0-1

Nachsorgetermine

- Kardiologische Kontrolle in 1 Woche
- Echokardiografie in 6 Wochen
- Laborkontrollen alle 6 Wochen
- Belastungs-EKG nach 3 Monaten
- Beginn der kardialen Rehabilitation in 2 Wochen
- Diabetologische Kontrolle in 4 Wochen

Lebensstilempfehlungen

- Absoluter Nikotinstopp
- Alkoholkarenz
- Salzarme Diät (max. 5g/Tag)
- Cholesterinarme Ernährung
- Gewichtsreduktion (Ziel-BMI <25)
- Regelmäßige körperliche Aktivität nach Rehabilitation

i Der Patient wurde auf die Notwendigkeit des Nikotinstopps hingewiesen. Bei erneuten Brustschmerzen, zunehmender Dyspnoe oder Synkopen ist eine sofortige notfallmäßige Vorstellung erforderlich.

17. Schlussformel

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung. Mit freundlichen kollegialen Grüßen.

[Vorname Nachname]
Assistenzarzt in der Kardiologie
Klinik für Kardiologie





Muster-Arztbriefe (Varianten)

Im Folgenden findest du kürzere Musterarztbriefe für verschiedene klinische Szenarien. Diese Beispiele zeigen die wichtigsten Elemente in kompakterer Form und können als Vorlage für die FSP dienen.

1. ACS-Abklärung (Brustschmerz, stationär)

[Klinik/Abteilung] – Datum: 18.04.2024

Betreff: Entlassungsbrief über Herrn [Name], geb. [TT.MM.JJJJ]

Einleitung

Wir berichten über Herrn [Name], Vorstellung mit retrosternal drückendem Schmerz seit [Dauer].

Anamnese (Konjunktiv I)

Der Patient **gebe an**, die Schmerzen **seien** belastungsabhängig, **strahlten** in den linken Arm aus und **lägen** bei 7/10. Dyspnoe **sei** zeitweise aufgetreten; Übelkeit **sei** einmalig aufgetreten.

Status

Kreislauf stabil, Herz-/Lungenbefund ohne Rasselgeräusche.

Diagnostik (Passiv)

12-Kanal-EKG **wurde abgeleitet** (ohne STEMI-Zeichen). Troponin-Serien **wurden veranlasst**. Röntgen-Thorax **wurde durchgeführt**. Echokardiografie **wurde geplant**. Kardiologisches Konsil **wurde erbeten**.

Beurteilung

V. a. Nicht-ST-Hebungs-ACS / Angina pectoris. DD: Refluxkrankheit, muskuloskelettaler Schmerz, Pleuritis.

Therapie/Verlauf (Passiv)

ASS **wurde verabreicht**; Nitrospray bei Bedarf **wurde gegeben**; Heparinisierung je nach Befund **wurde erwogen**. Risikostratifizierung nach Verlauf.

Weiteres Vorgehen

Ambulante kardiologische Kontrolle, Belastungs-EKG/CT-Koronarangiografie je nach Befund. Warnzeichen erläutert; der Patient **erkläre** sein Einverständnis.

Schlussformel

Mit freundlichen kollegialen Grüßen ...





Weitere Muster-Arztbriefe (Varianten)

2. Akute Pyelonephritis (stationär)

[Klinik/Abteilung] – Datum: 05.05.2024
Betreff: Entlassungsbrief über Frau [Name], geb. [TT.MM.JJJJ]

Anamnese (Konjunktiv I)

Die Patientin **klage** über Fieber, Flankenschmerz links und Dysurie seit 2 Tagen; Schüttelfrost **sei** einmalig aufgetreten.

Status

Klopfeschmerz über der linken Niere, subfebril/febrile Temperatur, Kreislauf stabil.

Diagnostik (Passiv)

BB, CRP, Kreatinin **wurden veranlasst**; Urinstatus und Urinkultur **wurden abgenommen**. Nierensonografie **wurde durchgeführt**.

Beurteilung

V. a. akute Pyelonephritis links. DD: Nierenkolik, Zystitis, gynäkologische Ursachen.

Therapie/Verlauf (Passiv)

i.v. Antibiose **wurde initiiert**; Flüssigkeitssubstitution **wurde begonnen**; Analgesie **wurde durchgeführt**.

Weiteres Vorgehen

Antibiotikatherapie gemäß Resistogramm fortführen, Kontrolle von Kreatinin/CRP. Bei Fieberpersistenz Bildgebung erweitern. Aufklärung erfolgt; die Patientin **erkläre** Einverständnis.

Schlussformel

Mit freundlichen kollegialen Grüßen ...

3. Community-acquired Pneumonie (CAP)

[Klinik/Abteilung] – Datum: 11.11.2024
Betreff: Entlassungsbrief über Herrn [Name], geb. [TT.MM.JJJJ]

Anamnese (Konjunktiv I)

Der Patient **gebe an**, seit 4 Tagen Husten, Fieber, pleuritische Thoraxschmerzen und Belastungsdyspnoe zu haben.

Status

Atemfrequenz erhöht, RGs basal rechts, SpO₂ grenzwertig unter Belastung.

Diagnostik (Passiv)

Röntgen-Thorax **wurde durchgeführt** (Infiltrat basal rechts). BB/CRP **wurden veranlasst**. SARS-CoV-2-Test **wurde abgenommen**.

Beurteilung

V. a. ambulant erworbene Pneumonie (rechts basal). DD: Bronchitis, Lungenembolie (bei Bedarf ausschließen).

Therapie/Verlauf (Passiv)

Antibiose **wurde begonnen**; Atemtherapie und inhalative Bronchodilatation **wurden verordnet**; Flüssigkeitszufuhr **wurde optimiert**.

Weiteres Vorgehen

Klinische Kontrolle in 48–72 h; hausärztliche Nachsorge; Warnzeichen kommuniziert (Zunahme Dyspnoe/Fieber). Der Patient **erkläre** Einverständnis.

Schlussformel

Mit freundlichen kollegialen Grüßen ...

4. Akute Appendizitis

[Klinik/Abteilung] – Datum: 22.06.2024
Betreff: Entlassungsbrief über Frau [Name], geb. [TT.MM.JJJJ]

Anamnese (Konjunktiv I)

Die Patientin **klage** über Schmerzen im rechten Unterbauch seit 12 Stunden, initial periumbilikal, Übelkeit **bestehe**; kein Erbrechen.

Status

Druck-/Loslassschmerz rechts, McBurney positiv, subfebril.

Diagnostik (Passiv)

BB/CRP **wurden veranlasst**; Abdomensonografie **wurde durchgeführt** (Appendix nicht sicher darstellbar). Chirurgisches Konsil **wurde erbeten**.

Beurteilung

V. a. akute Appendizitis. DD: Gastroenteritis, Ovarialzyste, Harnwegsinfekt.

Therapie/Verlauf (Passiv)

Analgesie **wurde durchgeführt**; präoperative Vorbereitung **wurde eingeleitet**.

Weiteres Vorgehen

Operatives Vorgehen nach chirurgischer Indikationsstellung. Aufklärung erfolgt; die Patientin **erkläre** Einverständnis.

Schlussformel

Mit freundlichen kollegialen Grüßen ...

5. COPD-Exazerbation

[Klinik/Abteilung] – Datum: 03.02.2024
Betreff: Entlassungsbrief über Herrn [Name], geb. [TT.MM.JJJJ]

Anamnese (Konjunktiv I)

Der Patient **gebe an**, seit 3 Tagen zunehmende Dyspnoe, produktiven Husten und Belastungsintoleranz zu haben; Inhalativa **seien** wenig wirksam.

Status

Tachypnoe, verlängertes Exspirium, Giemen, SpO₂ erniedrigt unter Raumluft.

Diagnostik (Passiv)

BB/CRP **wurden veranlasst**; BGA **wurde abgenommen**; Röntgen-Thorax **wurde durchgeführt**.

Beurteilung

Akute Exazerbation einer COPD. DD: Pneumonie, Lungenembolie, kardiale Dekompensation.

Therapie/Verlauf (Passiv)

Kurz wirksame Bronchodilatoren **wurden** wiederholt **verabreicht**; systemische Steroide **wurden initiiert**; Sauerstoffgabe **wurde titriert**; Antibiose je nach Befund **wurde begonnen**.

Weiteres Vorgehen

Inhalationstechnik geschult, Nikotinkarenz empfohlen, pneumologische Nachsorge. Der Patient **erkläre** Einverständnis.

Schlussformel

Mit freundlichen kollegialen Grüßen ...

6. TIA (transitorische ischämische Attacke)

[Klinik/Abteilung] – Datum: 14.09.2024
Betreff: Entlassungsbrief über Frau [Name], geb. [TT.MM.JJJJ]

Anamnese (Konjunktiv I)

Die Patientin **berichte**, es **sei** zu plötzlicher Sprachstörung und Armschwäche rechts für ca. 20 Minuten gekommen; vollständige Rückbildung **sei** eingetreten.

Status

Bei Aufnahme unauffälliger neurologischer Befund, NIHSS 0.

Diagnostik (Passiv)

CT/CT-Angiografie **wurden durchgeführt**; MRT **wurde geplant**; Duplex der hirnversorgenden Arterien **wurde angemeldet**; EKG/Telemetrie **wurden durchgeführt**.

Beurteilung

V. a. TIA. DD: Migräne mit Aura, fokale Anfälle, Hypoglykämie.

Therapie/Verlauf (Passiv)

Plättchenhemmung **wurde eingeleitet**; Blutdruck- und Lipidmanagement **wurde optimiert**; Risikofaktoren **wurden adressiert**.

Weiteres Vorgehen

Stroke-Unit-Überwachung je nach Risikoprofil, neurologische Nachsorge, Frührehabilitation bei Bedarf. Die Patientin **erkläre** Einverständnis.

Schlussformel

Mit freundlichen kollegialen Grüßen ...





Häufige sprachliche Wendungen und Formulierungen

Schmerzanamnese:

- „Der Patient **klagte** über brennende/stechende/dumpfe/kolikartige Schmerzen"
- „Die Beschwerden **seien** akut/chronisch/intermittierend aufgetreten"
- „Eine Ausstrahlung in den Arm/Rücken/das Bein **wurde angegeben**"
- „Die Schmerzintensität **betrage** 8 von 10 Punkten"
- „Analgetika **hätten** keine/partielle/gute Wirkung gezeigt"

Zeitangaben:

- „Die Symptomatik **bestehe** seit 6 Stunden/2 Tagen/einer Woche"
- „Akut/subakut/chronisch aufgetretene Beschwerden"
- „Progrediente/konstante/fluktuierende Symptomatik"
- „Erstmalig/wiederholt aufgetretene Beschwerden"

Allgemeineindruck:

- „Der Patient **machte** einen stabilen/kritischen/reduzierten Eindruck"
- „Es **zeigte** sich ein wacher, orientierter, kooperativer Patient"
- „Der Allgemeinzustand **war** deutlich beeinträchtigt"

Organspezifische Befunde:

- „Auskultatorisch **zeigten** sich vesikuläre/abgeschwächte Atemgeräusche"
- „Die Herzaktion **war** rhythmisch/arrhythmisch, keine pathologischen Geräusche"
- „Das Abdomen **war** weich, nicht druckdolent, normale Darmgeräusche"
- „Die Extremitäten **zeigten** keine Ödeme oder Durchblutungsstörungen"

Labordiagnostik:

- „Es **wurde** eine Blutentnahme zur Bestimmung von... **veranlasst**"
- „Die Laborwerte **zeigten** erhöhte/normale/erniedrigte Werte für..."
- „Eine Blutgasanalyse **ergab** eine respiratorische/metabolische Azidose"

Therapieplanung:

- „Eine Therapie mit... **wurde eingeleitet**"
- „Die Behandlung **erfolgte** symptomatisch/kausal"
- „Als Bedarfsmedikation **wurde... verordnet**"
- „Die Dosierung **wurde** entsprechend **angepasst**"

Prüfungsrelevante Abkürzungen

AZ = Allgemeinzustand, EZ = Ernährungszustand, V.a. = Verdacht auf, Z.n. = Zustand nach, DD = Differentialdiagnose

Laborwerte

BB = Blutbild, CRP = C-reaktives Protein, BSG = Blutsenkungsgeschwindigkeit, GOT/AST, GPT/ALT, LDH, PCT

Untersuchungen

EKG = Elektrokardiogramm, CT = Computertomografie, MRT = Magnetresonanztomografie, RötX = Röntgen-Thorax

Durch konsequente Anwendung dieser Regeln und Formulierungen wirst du in der Lage sein, professionelle Arztbriefe zu verfassen, die den Anforderungen der FSP entsprechen und die Kontinuität der Patientenversorgung optimal gewährleisten.

