



	Seite
Allgemeine Hinweise zur Prüfung	4
Prüfungsaufgaben	
Hören 1	6
Hören 2	8
Hören 3	9
Lesen 1	10
Lesen 2	11
Lesen 3	12
Schreiben 1	14
Schreiben 2	15
Sprechen 1	16
Sprechen 2	17
Sprechen 3	18
Transkriptionen	19
Lösungen	22

Mit diesem Übungstest können Sie

- feststellen, was genau in der Prüfung *Start Deutsch 2* verlangt wird,
- sich selbst testen und Ihren Leistungsstand einschätzen,
- sich mithilfe von Tipps gezielt auf die Prüfung vorbereiten.

Schriftliche Prüfung

	Teil	Punkte	Gewicht	Minuten
HÖREN	1 Nachrichten/Ansagen am Telefon	5	25%	circa 20
	2 Radioinformationen	5		
	3 Gespräch	5		
LESEN	1 Inhaltsverzeichnisse, Listen	5	25%	20
	2 Zeitungsartikel	5		
	3 Anzeigen	5		
SCHREIBEN	1 Formular	5	25%	circa 25
	2 Mitteilung, Einladung ...	10		

Mündliche Prüfung

	Teil	Punkte	Gewicht	Minuten
SPRECHEN	1 Sich vorstellen	3	25%	circa 15
	2 Gespräch: Fragen und Antworten	6		
	3 Etwas ausmachen	6		

Schriftliche Prüfung

Zur schriftlichen Prüfung gehören die Teile *Hören*, *Lesen* und *Schreiben*. In *Hören* und *Lesen* sollen Sie gesprochene und geschriebene deutsche Texte verstehen. Zu den verschiedenen Texten lösen Sie insgesamt 30 Aufgaben durch Ankreuzen, Zuordnen von Nummern oder indem Sie Informationen notieren. Die Lösungen erarbeiten Sie sich in der Prüfung am besten zuerst auf dem Aufgabenblatt und übertragen erst am Ende alles auf den Antwortbogen. So können Sie Ihre Antworten noch einmal korrigieren.

Im Teil *Schreiben* füllen Sie ein Formular aus und schreiben eine Mitteilung.

Sie haben zum Lösen der Aufgaben in den Teilen *Hören*, *Lesen* und *Schreiben* insgesamt 65 Minuten Zeit.

Mündliche Prüfung

Die mündliche Prüfung hat drei Teile und dauert insgesamt circa 15 Minuten. Sie sind zusammen mit einem/einer anderen Teilnehmenden und zwei Prüfern. Sie sprechen mit einer Prüferin / einem Prüfer und dem/der anderen Teilnehmenden.

Ergebnisse

Sie müssen 60 % aller möglichen Punkte erreichen. Dann haben Sie die Prüfung bestanden.

So sieht der Antwortbogen aus:

Start Deutsch · 2		Start Deutsch · 2																																																																																																																												
Antwortbogen		Antwortbogen																																																																																																																												
Familienname _____		Testzettel																																																																																																																												
Vorname _____		Prüfungsteilnehmer-Nr. _____																																																																																																																												
Hören <small>Teil 1</small> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px;"> <tr><td>1</td><td>_____</td></tr> <tr><td>2</td><td>_____</td></tr> <tr><td>3</td><td>_____</td></tr> <tr><td>4</td><td>_____</td></tr> <tr><td>5</td><td>_____</td></tr> </table> <small>Teil 2</small> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px;"> <tr><td>6</td><td><input type="checkbox"/> a</td><td><input type="checkbox"/> b</td><td><input type="checkbox"/> c</td></tr> <tr><td>7</td><td><input type="checkbox"/> a</td><td><input type="checkbox"/> b</td><td><input type="checkbox"/> c</td></tr> <tr><td>8</td><td><input type="checkbox"/> a</td><td><input type="checkbox"/> b</td><td><input type="checkbox"/> c</td></tr> <tr><td>9</td><td><input type="checkbox"/> a</td><td><input type="checkbox"/> b</td><td><input type="checkbox"/> c</td></tr> <tr><td>10</td><td><input type="checkbox"/> a</td><td><input type="checkbox"/> b</td><td><input type="checkbox"/> c</td></tr> </table>		1	_____	2	_____	3	_____	4	_____	5	_____	6	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	7	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	8	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	9	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	10	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	Schreiben, Teil 2 Schreiben Sie Ihren Text hier (ca. 40 Wörter).																																																																																														
1	_____																																																																																																																													
2	_____																																																																																																																													
3	_____																																																																																																																													
4	_____																																																																																																																													
5	_____																																																																																																																													
6	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c																																																																																																																											
7	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c																																																																																																																											
8	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c																																																																																																																											
9	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c																																																																																																																											
10	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c																																																																																																																											
Lesen <small>Teil 1</small> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px;"> <tr><td>1</td><td><input type="checkbox"/> a</td><td><input type="checkbox"/> b</td><td><input type="checkbox"/> c</td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="checkbox"/> a</td><td><input type="checkbox"/> b</td><td><input type="checkbox"/> c</td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="checkbox"/> a</td><td><input type="checkbox"/> b</td><td><input type="checkbox"/> c</td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="checkbox"/> a</td><td><input type="checkbox"/> b</td><td><input type="checkbox"/> c</td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="checkbox"/> a</td><td><input type="checkbox"/> b</td><td><input type="checkbox"/> c</td></tr> </table> <small>Teil 2</small> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px;"> <tr><td>6</td><td>Richtig</td><td>Falsch</td></tr> <tr><td>7</td><td>Richtig</td><td>Falsch</td></tr> <tr><td>8</td><td>Richtig</td><td>Falsch</td></tr> <tr><td>9</td><td>Richtig</td><td>Falsch</td></tr> <tr><td>10</td><td>Richtig</td><td>Falsch</td></tr> </table> <small>Teil 3</small> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px;"> <tr><td>11</td><td><input type="checkbox"/> a</td><td><input type="checkbox"/> b</td><td><input type="checkbox"/> c</td><td><input type="checkbox"/> d</td><td><input type="checkbox"/> e</td><td><input type="checkbox"/> f</td><td><input type="checkbox"/> g</td><td><input type="checkbox"/> h</td><td><input type="checkbox"/> i</td></tr> <tr><td>12</td><td><input type="checkbox"/> a</td><td><input type="checkbox"/> b</td><td><input type="checkbox"/> c</td><td><input type="checkbox"/> d</td><td><input type="checkbox"/> e</td><td><input type="checkbox"/> f</td><td><input type="checkbox"/> g</td><td><input type="checkbox"/> h</td><td><input type="checkbox"/> i</td></tr> <tr><td>13</td><td><input type="checkbox"/> a</td><td><input type="checkbox"/> b</td><td><input type="checkbox"/> c</td><td><input type="checkbox"/> d</td><td><input type="checkbox"/> e</td><td><input type="checkbox"/> f</td><td><input type="checkbox"/> g</td><td><input type="checkbox"/> h</td><td><input type="checkbox"/> i</td></tr> <tr><td>14</td><td><input type="checkbox"/> a</td><td><input type="checkbox"/> b</td><td><input type="checkbox"/> c</td><td><input type="checkbox"/> d</td><td><input type="checkbox"/> e</td><td><input type="checkbox"/> f</td><td><input type="checkbox"/> g</td><td><input type="checkbox"/> h</td><td><input type="checkbox"/> i</td></tr> <tr><td>15</td><td><input type="checkbox"/> a</td><td><input type="checkbox"/> b</td><td><input type="checkbox"/> c</td><td><input type="checkbox"/> d</td><td><input type="checkbox"/> e</td><td><input type="checkbox"/> f</td><td><input type="checkbox"/> g</td><td><input type="checkbox"/> h</td><td><input type="checkbox"/> i</td></tr> </table>		1	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	2	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	3	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	4	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	5	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	6	Richtig	Falsch	7	Richtig	Falsch	8	Richtig	Falsch	9	Richtig	Falsch	10	Richtig	Falsch	11	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/> i	12	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/> i	13	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/> i	14	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/> i	15	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/> i	Schreiben <small>Teil 1</small> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px;"> <tr><td>1</td><td>_____</td></tr> <tr><td>2</td><td>_____</td></tr> <tr><td>3</td><td>_____</td></tr> <tr><td>4</td><td>_____</td></tr> <tr><td>5</td><td>_____</td></tr> </table> <small>Teil 2</small> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px;"> <tr><td colspan="3">Vom Prüfer auszufüllen!</td></tr> <tr><td colspan="3">Die Aufgabe ist</td></tr> <tr><td>voll</td><td>teilweise</td><td>nicht</td></tr> <tr><td>erfüllt</td><td>erfüllt</td><td>erfüllt</td></tr> <tr><td>Inhaltspunkt 1</td><td>3</td><td>1,5</td><td>0</td></tr> <tr><td>Inhaltspunkt 2</td><td>3</td><td>1,5</td><td>0</td></tr> <tr><td>Inhaltspunkt 3</td><td>3</td><td>1,5</td><td>0</td></tr> <tr><td>Kommunikative Gestaltung</td><td>1</td><td>0,5</td><td>0</td></tr> </table>		1	_____	2	_____	3	_____	4	_____	5	_____	Vom Prüfer auszufüllen!			Die Aufgabe ist			voll	teilweise	nicht	erfüllt	erfüllt	erfüllt	Inhaltspunkt 1	3	1,5	0	Inhaltspunkt 2	3	1,5	0	Inhaltspunkt 3	3	1,5	0	Kommunikative Gestaltung	1	0,5	0
1	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c																																																																																																																											
2	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c																																																																																																																											
3	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c																																																																																																																											
4	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c																																																																																																																											
5	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c																																																																																																																											
6	Richtig	Falsch																																																																																																																												
7	Richtig	Falsch																																																																																																																												
8	Richtig	Falsch																																																																																																																												
9	Richtig	Falsch																																																																																																																												
10	Richtig	Falsch																																																																																																																												
11	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/> i																																																																																																																					
12	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/> i																																																																																																																					
13	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/> i																																																																																																																					
14	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/> i																																																																																																																					
15	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> g	<input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/> i																																																																																																																					
1	_____																																																																																																																													
2	_____																																																																																																																													
3	_____																																																																																																																													
4	_____																																																																																																																													
5	_____																																																																																																																													
Vom Prüfer auszufüllen!																																																																																																																														
Die Aufgabe ist																																																																																																																														
voll	teilweise	nicht																																																																																																																												
erfüllt	erfüllt	erfüllt																																																																																																																												
Inhaltspunkt 1	3	1,5	0																																																																																																																											
Inhaltspunkt 2	3	1,5	0																																																																																																																											
Inhaltspunkt 3	3	1,5	0																																																																																																																											
Kommunikative Gestaltung	1	0,5	0																																																																																																																											
		Ergebnis Schriftliche Prüfung																																																																																																																												
		Unterschrift Prüfer 1 _____ Unterschrift Prüfer 2 _____ Ort, Datum _____																																																																																																																												
		Punkte Schreiben Teil 2 _____																																																																																																																												
S2/2. Aufl. Aufl. 2010																																																																																																																														