

1 Apoplex- Giftig-Serie

SYSTEM-INSTRUKTION (automatisch ausführen)

Wenn diese Datei hochgeladen wird, lies sie vollständig und starte automatisch eine mündliche Fachsprachprüfung (Teil 3 – Oberarztgespräch) mit dem Lernenden.

ROLLE:

Du bist der Oberarzt / Prüfer in der Fachsprachprüfung.

Der Nutzer (Lernende) ist der Prüfling / Assistenzarzt.

AUFGABE:

Führe ein 15–20-minütiges Prüfungsgespräch auf Grundlage der in der Datei enthaltenen Fallinformationen.

Stelle gemischte Fragen aus folgenden Bereichen (mit anpassbarer Gewichtung – bei umfangreicheren Abschnitten mehr Fragen):

Anamnese

Klinik / Leitsymptomatik

Differenzialdiagnose

Diagnostik

Therapie

Prognose

Arzt-Patient-Kommunikation

Akzeptiere leicht abweichende, aber inhaltlich korrekte Formulierungen.

Stelle gelegentlich Vertiefungsfragen (z. B. „Könnten Sie das bitte genauer erklären?“), um das klinische Denken zu prüfen.

STARTSIGNAL:

Starte erst, wenn der Prüfling sagt:

„Ich bin bereit.“

Stelle anschließend eine erste zufällige Frage zum Fall.

Fahre strukturiert, aber flexibel entlang der Fallstruktur fort

(z. B. persönliche Daten → aktuelle Beschwerden → Verlauf usw.),

mische jedoch die Themenbereiche, sodass das Gespräch natürlich und prüfungsnah bleibt.

Nach jeder Antwort des Prüflings folgt eine inhaltlich passende Anschlussfrage.

Das Gespräch dauert etwa 15–20 Minuten.

STOPPSIGNAL:

Wenn der Prüfling sagt: „Ich bin vergiftet.“, beende das Gespräch sofort.

ABSCHLUSSBEWERTUNG:

Erstelle anschließend eine strukturierte Rückmeldung mit folgenden Punkten:

Fachliche Korrektheit (0–5 Punkte)

Sprachliche Präzision (0–5 Punkte)

Kommunikative Kompetenz (0–5 Punkte)

Typische Fehler und 3 konkrete Verbesserungsvorschläge

Gesamteindruck / Empfehlung

REGELN:

Lies den gesamten Dokumentinhalt vor Beginn des Gesprächs.

Verwende ausschließlich die Fallinformationen aus dieser Datei.

Führe keine technischen Hinweise oder Rollenerklärungen durch.

Starte direkt mit dem mündlichen Prüfungsgespräch.



youtube.com/@Fach.Leiter
t.me/Fachleiter
t.me/Fachleiterinfo
fachleiterinfo@gmail.com
instagram.com/fachleiterinfo
tiktok.com/@fachleiter

Inhalt

Frage des Patienten:	2
Persönliche Angaben	3
Aktuelle Beschwerden (Leitsymptomatik)	3
vegetative Anamnese	4
Vorerkrankungen	5
Voroperationen:.....	7
Gynäkologie.....	8
Medikamente.....	8
Allergien	10
Genussmittel.....	11

© Fachleiter. Alle Rechte vorbehalten.

Die Inhalte sind urheberrechtlich geschützt. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist ohne ausdrückliche Genehmigung nicht gestattet. youtube.com/@Fach.Leiter-----t.me/Fachleiter

Sozialanamnese	12
Familienanamnese	12
Verdachts- und Differenzialdiagnose	14
Diagnostische Abklärung	15
Körperliche Untersuchung.....	15
Neurologische Untersuchung	16
Laboruntersuchungen	17
Elektrokardiogramm (EKG).....	18
Bildgebung.....	18
Behandlung	19
Akutmanagement.....	19
Sekundärprophylaxe / Lebensstilmodifikation	20
Komplikationen	20

Frage des Patienten:

1. Frage: Was habe ich genau?

Antwort: Bei Ihnen besteht der Verdacht auf einen Schlaganfall, medizinisch Apoplex genannt. Dabei kommt es zu einer Durchblutungsstörung im Gehirn, wodurch Nervenzellen nicht ausreichend mit Sauerstoff versorgt werden und geschädigt werden können. Die genauen Ursachen und das Ausmaß müssen wir jetzt durch weitere Untersuchungen klären.

2. Frage: Ist das dauerhaft?

Antwort: Das lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht sicher sagen. Einige Beschwerden können sich im Verlauf wieder deutlich bessern, insbesondere wenn die Behandlung frühzeitig erfolgt. In manchen Fällen können jedoch auch bleibende Einschränkungen zurückbleiben.

3. Frage: Kann das später nochmal passieren?

Antwort: Ja, grundsätzlich besteht ein erhöhtes Risiko für einen erneuten Schlaganfall. Deshalb ist es sehr wichtig, die Ursache genau zu klären und anschließend eine gezielte Vorbeugung einzuleiten, zum Beispiel durch Medikamente und die Kontrolle von Risikofaktoren wie Bluthochdruck oder Diabetes.

Persönliche Angaben

4. Frage: Wie heißt der Patient?

Antwort: Der Patient heißt Karl May.

5. Frage: Wie alt ist der Patient?

Antwort: Der Patient ist 61 Jahre alt.

6. Frage: Wie groß ist der Patient?

Antwort: Der Patient ist 176 Zentimeter groß.

7. Frage: Wie viel wiegt der Patient?

Antwort: Der Patient wiegt etwa 89 Kilogramm.

8. Frage: Wie wird der Body-Mass-Index berechnet?

Antwort: Der Body-Mass-Index wird berechnet, indem man das Körpergewicht in Kilogramm durch das Quadrat der Körpergröße in Metern teilt.

9. Frage: Wie hoch ist der Body-Mass-Index bei diesem Patienten?

Antwort: Der Body-Mass-Index beträgt 28,7 Kilogramm pro Quadratmeter und liegt damit im Bereich des Übergewichts.

Aktuelle Beschwerden (Leitsymptomatik)

10. Frage: Warum hat sich der Patient vorgestellt?

Antwort: Der Patient stellte sich aufgrund einer seit etwa einer Stunde plötzlich aufgetretenen linksseitigen Hemiparese mit Dysarthrie und Parästhesien im betroffenen Bereich vor.

11. Frage: Gab es weitere Symptome im Vorfeld?

Antwort: Ja, der Patient berichtete über ein allgemeines Schwächegefühl seit etwa vier Stunden.

12. Frage: Bestehen Schmerzen?

Antwort: Ja, der Patient gab mittelgradige, drückende Cephalgie an, die er selbst als „nicht zu schlimm“ einschätzt.

13. Frage: Bestehen kognitive Auffälligkeiten?

Antwort: Ja, es besteht eine retrograde Amnesie sowie Konzentrationsstörungen.

14. Frage: Bestehen Kreislaufauffälligkeiten?

Antwort: Es bestehen Hinweise auf eine orthostatische Hypotonie.

15. Frage: Gab es Besonderheiten in der Medikamentenanamnese?

Antwort: Ja, der Patient berichtete, dass er am Vortag versehentlich statt der üblichen 20 Milligramm 40 Milligramm Methadon eingenommen hat.

16. Frage: Welche neurologischen Symptome wurden verneint?

Antwort: Verneint wurden Bewusstseinsverlust, Vertigo, Sehstörungen, Ptosis, Fazialparese sowie Hypästhesien im Gesichtsbereich.

17. Frage: Welche weiteren neurologischen und internistischen Begleitsymptome wurden bei diesem Patienten verneint?

Antwort: Pyrexie, Nausea, Emesis, Dysphonie sowie Kau- oder Schluckstörungen wurden verneint.

18. Frage: Bestehen Hinweise auf schwerwiegende Begleitsymptome?

Antwort: Nein, es bestehen keine Hinweise auf Inkontinenz, Krampfanfälle oder ein Schädel-Hirn-Trauma.

19. Frage: Bestehen Hinweise auf Endorganschäden?

Antwort: Nein, Thoraxschmerzen, Dyspnoe sowie periphere Ödeme wurden verneint.

20. Frage: Wurde eine Aura angegeben?

Antwort: Nein, eine Aura wurde verneint.

vegetative Anamnese

21. Frage: Welche Auffälligkeiten ergaben sich in der vegetativen Anamnese?

Antwort: In der vegetativen Anamnese zeigte sich eine subjektive Gewichtszunahme sowie eine ungesunde Ernährungsweise.

22. Frage: Welche klinische Bedeutung hat die Gewichtszunahme?

Antwort: Die Gewichtszunahme stellt einen relevanten Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen dar und kann insbesondere das Risiko für einen Schlaganfall erhöhen.

23. Frage: Welche Bedeutung hat die ungesunde Ernährungsweise?

Antwort: Die ungesunde Ernährungsweise wirkt sich negativ auf die Blutzucker- und Blutdruckwerte aus und stellt somit einen wichtigen modifizierbaren Risikofaktor dar.

Vorerkrankungen

24. Frage: Welche relevanten Vorerkrankungen sind bei dem Patienten bekannt?

Antwort: Beim Patienten besteht seit etwa zehn Jahren ein Typ-2-Diabetes mellitus, eine arterielle Hypertonie sowie eine Hypercholesterinämie. Zudem liegt seit etwa fünf Jahren eine Psoriasis vulgaris vor.

25. Frage: Wie wurde der Diabetes mellitus diagnostiziert?

Antwort: Die Diagnose wurde im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung gestellt.

26. Frage: Wie ist der Diabetes aktuell eingestellt?

Antwort: Der Patient trägt einen Glukosesensor am Arm zur kontinuierlichen Blutzuckermessung.

27. Frage: Kam es bisher zu Komplikationen oder stationären Aufenthalten aufgrund des Diabetes?

Antwort: Nein, bisher traten keine Folgekomplikationen auf und es erfolgte keine stationäre Aufnahme.

28. Frage: Welche diagnostischen Kriterien gelten für einen Diabetes mellitus?

Antwort: Ein Diabetes mellitus liegt vor bei einem Nüchternblutzucker von mindestens 126 Milligramm pro Deziliter, einem zufälligen Blutzuckerwert von mindestens 200 Milligramm pro Deziliter, einem HbA1c von mindestens 6,5 Prozent oder einem 2-Stunden-Wert im oralen Glukosetoleranztest von mindestens 200 Milligramm pro Deziliter.

29. Frage: Seit wann besteht die arterielle Hypertonie?

Antwort: Die arterielle Hypertonie ist seit etwa zehn Jahren bekannt.

30. Frage: Wie wurde die Hypertonie diagnostiziert?

Antwort: Zur Diagnosesicherung wurde ein 24-Stunden-Blutdruckprofil durchgeführt.

31. Frage: Kam es zu Komplikationen der Hypertonie?

Antwort: Nein, bisher traten keine Folgekomplikationen auf.

32. Frage: Seit wann besteht die Hypercholesterinämie?

Antwort: Die Hypercholesterinämie ist ebenfalls seit etwa zehn Jahren bekannt.

33. Frage: Welche Hauterkrankung liegt zusätzlich vor?

Antwort: Es besteht seit etwa fünf Jahren eine Psoriasis vulgaris, vorwiegend an den Händen.

34. Frage: Wie verläuft die Psoriasis?

Antwort: Die Erkrankung zeigt Exazerbationen, insbesondere nach Kontakt mit bestimmten Detergenzien.

35. Frage: Welche klinische Bedeutung haben diese Vorerkrankungen?
(Typ-2-Diabetes mellitus, eine arterielle Hypertonie sowie eine Hypercholesterinämie)

Antwort: Die genannten Vorerkrankungen stellen relevante kardiovaskuläre Risikofaktoren dar und erhöhen insbesondere das Risiko für einen Schlaganfall.

36. Frage: Was versteht man unter einer Hypercholesterinämie?

Antwort: Eine Hypercholesterinämie bedeutet einen erhöhten Cholesterinspiegel im Blut, insbesondere des LDL-Cholesterins.

37. Frage: Welche klinische Bedeutung hat eine Hypercholesterinämie?

Antwort: Sie stellt einen wichtigen Risikofaktor für Arteriosklerose dar und erhöht damit das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse wie Schlaganfall und Herzinfarkt.

38. Frage: Was ist eine Psoriasis vulgaris?

Antwort: Die Psoriasis vulgaris ist eine chronisch-entzündliche Hauterkrankung, die durch schuppende, gerötete Plaques gekennzeichnet ist.

39. Frage: Wie entsteht die Psoriasis vulgaris?

Antwort: Sie entsteht durch eine Fehlsteuerung des Immunsystems, die zu einer beschleunigten Hauterneuerung führt.

40. Frage: Welche klinische Bedeutung hat die Psoriasis?

Antwort: Die Psoriasis ist mit einer systemischen Entzündung verbunden und kann das kardiovaskuläre Risiko zusätzlich erhöhen.

Voroperationen:

41. Frage: Gab es in der Vergangenheit relevante Unfälle oder Operationen?

Antwort: Ja, der Patient erlitt vor etwa 20 Jahren einen Sturz aus circa zwei Metern Höhe mit einer Lendenwirbelsäulenfraktur sowie einer rechtsseitigen Calcaneusfraktur.

42. Frage: Wie wurden die Frakturen behandelt?

Antwort: Beide Frakturen wurden operativ stabilisiert.

43. Frage: Wurde das Osteosynthesematerial entfernt?

Antwort: Die Implantate an der Lendenwirbelsäule wurden nach etwa einem Jahr entfernt, während das Implantat am Calcaneus weiterhin in situ ist.

44. Frage: Bestehen aktuell Beschwerden infolge des Traumas?

Antwort: Ja, seit dem Trauma leidet der Patient an rezidivierenden Lumbalgien.

45. Frage: Wie äußern sich die Lumbalgien?

Antwort: Die Schmerzen treten etwa zweimal pro Monat auf und halten jeweils zwei bis drei Tage an.

46. Frage: Was versteht man unter einer chronischen Lumbalgie?

Antwort: Eine chronische Lumbalgie bezeichnet anhaltende oder wiederkehrende Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule, die länger als zwölf Wochen bestehen.

47. Frage: Wie wird eine chronische Lumbalgie behandelt?

Antwort: Die Therapie umfasst in der Regel Physiotherapie, eine adäquate Schmerztherapie, regelmäßige Bewegung sowie eine Gewichtsreduktion.

Gynäkologie

Medikamente

48. Frage: Welche Medikamente nimmt der Patient aktuell ein?

Antwort: Der Patient nimmt Glibenclamid 3,5 Milligramm einmal täglich morgens, Ramipril 5 Milligramm einmal täglich morgens, Atorvastatin 20 Milligramm einmal täglich abends, Aspirin 81 Milligramm einmal täglich mittags sowie Methadon 20 Milligramm im Rahmen einer Erhaltungstherapie seit einem Jahr ein. Zusätzlich nimmt er Ibuprofen 600 Milligramm bei Bedarf ein und verwendet Daivobet-Salbe ein- bis zweimal täglich auf die betroffenen Hautstellen bei Exazerbationen.

49. Frage: Was ist Glibenclamid und wofür wird es eingesetzt?

Antwort: Glibenclamid gehört zur Gruppe der Sulfonylharnstoffe und wird zur Behandlung des Typ-2-Diabetes mellitus eingesetzt, indem es die Insulinfreisetzung aus den Betazellen des Pankreas steigert.

50. Frage: Was ist Ramipril und welche Wirkung hat es?

Antwort: Ramipril ist ein ACE-Hemmer und wird zur Behandlung der arteriellen Hypertonie eingesetzt. Es senkt den Blutdruck und wirkt kardioprotektiv.

51. Frage: Wofür wird Atorvastatin eingesetzt?

Antwort: Atorvastatin ist ein Statin und wird zur Senkung des Cholesterinspiegels eingesetzt, insbesondere des LDL-Cholesterins.

52. Frage: Welche Funktion hat ASS in niedriger Dosierung zur kardiovaskulären Sekundärprophylaxe?

Antwort: Aspirin in niedriger Dosierung wirkt thrombozytenaggregationshemmend und wird zur kardiovaskulären Prävention eingesetzt.

53. Frage: Welche Bedeutung hat die Methadontherapie?

Antwort: Methadon wird im Rahmen einer Substitutionstherapie eingesetzt und kann bei Überdosierung zu zentralnervösen und respiratorischen Nebenwirkungen führen.

54. Frage: Was ist bei Ibuprofen zu beachten?

Antwort: Ibuprofen ist ein nichtsteroidales Antirheumatikum und wird zur Schmerztherapie eingesetzt, kann jedoch Nebenwirkungen wie gastrointestinale Beschwerden oder eine Verschlechterung der Nierenfunktion verursachen.

55. Frage: Was ist Daivobet-Salbe?

Antwort: Daivobet ist eine Kombination aus einem Vitamin-D-Analogen und einem Glukokortikoid und wird topisch zur Behandlung der Psoriasis eingesetzt.

56. Frage: Was ist Glibenclamid und welche Nebenwirkungen sind zu beachten?

Antwort: Glibenclamid gehört zur Gruppe der Sulfonylharnstoffe und steigert die Insulinfreisetzung aus den Betazellen des Pankreas. Häufige Nebenwirkungen sind Hypoglykämien und Gewichtszunahme, seltener treten gastrointestinale Beschwerden oder allergische Reaktionen auf.

57. Frage: Wann ist Glibenclamid kontraindiziert?

Antwort: Es ist kontraindiziert bei Typ-1-Diabetes, diabetischer Ketoazidose, schwerer Nieren- oder Leberinsuffizienz sowie in Schwangerschaft und Stillzeit.

58. Frage: Wie wirkt Ramipril und welche Nebenwirkungen können auftreten?

Antwort: Ramipril ist ein ACE-Hemmer und hemmt die Bildung von Angiotensin II, wodurch eine Vasodilatation und Blutdrucksenkung erreicht wird. Häufige Nebenwirkungen sind Schwindel, Kopfschmerzen, Reizhusten und Hyperkaliämie, selten kann ein Angioödem auftreten.

59. Frage: Was ist Atorvastatin und was ist bei der Einnahme zu beachten?

Antwort: Atorvastatin ist ein HMG-CoA-Reduktase-Hemmer, der die Cholesterinsynthese in der Leber hemmt und somit den Cholesterinspiegel senkt. Häufige Nebenwirkungen sind gastrointestinale Beschwerden, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen und Schlafstörungen. Die Einnahme erfolgt vorzugsweise abends.

60. Frage: Welche Wirkung hat Aspirin in niedriger Dosierung?

Antwort: Aspirin hemmt irreversibel die Cyclooxygenase und wirkt dadurch thrombozytenaggregationshemmend. Es wird zur Prävention kardiovaskulärer Ereignisse eingesetzt.

61. Frage: Welche Nebenwirkungen sind bei Aspirin zu beachten?

Antwort: Häufig treten gastrointestinale Beschwerden, Ulzera, eine erhöhte Blutungsneigung sowie selten Hautreaktionen auf.

62. Frage: Welche Besonderheiten bestehen bei der Methadontherapie?

Antwort: Methadon ist ein langwirksames Opioid und wird in der Substitutionstherapie eingesetzt. Wichtige Nebenwirkungen sind Müdigkeit, Obstipation sowie insbesondere die potenziell lebensbedrohliche Atemdepression. Zudem kann es zu einer QT-Zeit-Verlängerung kommen.

63. Frage: Was ist bei der Einnahme von Ibuprofen zu beachten?

Antwort: Ibuprofen gehört zu den NSAR und kann die Magenschleimhaut schädigen, weshalb es möglichst zurückhaltend eingesetzt werden sollte. Zudem kann es die Nierenfunktion beeinträchtigen.

64. Frage: Was ist Daivobet und wie wirkt es?

Antwort: Daivobet ist ein Kombinationspräparat aus Calcipotriol und Betamethason zur Behandlung der Psoriasis. Es wirkt wachstumsregulierend und entzündungshemmend.

65. Frage: Welche Nebenwirkungen sind bei Daivobet möglich?

Antwort: Häufig treten lokale Hautreizungen und Juckreiz auf. Es ist unter anderem bei Hautinfektionen kontraindiziert.

Allergien

66. Frage: Bestehen bekannte Allergien?

Antwort: Ja, es besteht eine Allergie gegen Hasel- und Cashewnüsse.

67. Frage: Wie äußert sich die allergische Reaktion?

Antwort: Nach dem Verzehr kommt es zu einer Schwellung im Gesichts- und Lippenbereich im Sinne eines Angioödems sowie zu Urtikaria.

68. Frage: Wie wurde die letzte allergische Reaktion behandelt?

Antwort: Bei der letzten Reaktion erfolgte eine intramuskuläre Injektion in einer ärztlichen Praxis.

69. Frage: Welche klinische Bedeutung hat diese Allergie? (Allergie gegen Hasel- und Cashewnüsse)

Antwort: Es handelt sich wahrscheinlich um eine Soforttyp-Allergie, bei der das Risiko einer schweren allergischen Reaktion bis hin zur Anaphylaxie besteht.

Genussmittel

70. Frage: Welche Angaben macht der Patient zu seinem Nikotinkonsum?

Antwort: Der Patient ist seit etwa fünf Jahren Nichtraucher.

71. Frage: Wie war der frühere Nikotinkonsum?

Antwort: Zuvor hatte er seit dem 24. Lebensjahr täglich etwa eine Schachtel Zigaretten geraucht, entsprechend rund 37 Packungsjahren.

72. Frage: Welche klinische Bedeutung hat dieser Nikotinkonsum?

Antwort: Der langjährige Nikotinkonsum stellt einen wesentlichen Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen dar und erhöht insbesondere das Risiko für einen Schlaganfall.

73. Frage: Wie ist der Alkoholkonsum des Patienten einzuordnen?

Antwort: Der Patient konsumiert regelmäßig abends ein Glas Bier, was als moderater Alkoholkonsum einzustufen ist.

74. Frage: Besteht ein Drogenkonsum in der Vorgeschichte?

Antwort: Ja, in der Vorgeschichte bestand ein einjähriger Heroinkonsum.

75. Frage: Wie verlief der Substanzkonsum im Detail?

Antwort: Der Patient konsumierte über einen Zeitraum von etwa sechs Monaten regelmäßig etwa dreimal pro Woche Heroin.

76. Frage: Wie wurde die Abhängigkeit behandelt?

Antwort: Anschließend erfolgte eine Substitutionstherapie mit Methadon.

77. Frage: Welche klinische Bedeutung hat die frühere Heroinabhängigkeit beziehungsweise Methadontherapie?

Antwort: Die Substanzanamnese ist relevant im Hinblick auf mögliche kardiovaskuläre Risiken sowie medikamentöse Wechselwirkungen und Nebenwirkungen.

78. Frage: Wie werden Packungsjahre berechnet?

Antwort: Die Packungsjahre berechnen sich aus der Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten geteilt durch 20, multipliziert mit der Anzahl der Raucherjahre.

79. Frage: Was ist Heroin?

Antwort: Heroin ist ein halbsynthetisches Opioid, das aus Morphin hergestellt wird und eine stark schmerzlindernde sowie euphorisierende Wirkung hat.

80. Frage: Welche Risiken sind mit Heroin verbunden?

Antwort: Heroin besitzt ein hohes Abhängigkeitspotenzial und kann zu einer Atemdepression führen.

81. Frage: Welche Folgen hat ein langfristiger Heroinkonsum?

Antwort: Unbehandelt führt der Konsum häufig zu schweren körperlichen, psychischen und sozialen Schäden.

Sozialanamnese

82. Frage: Welche Angaben ergeben sich aus der Sozialanamnese?

Antwort: Der Patient ist verheiratet und lebt gemeinsam mit seiner Familie in einer Wohnung.

83. Frage: Was ist über die berufliche Situation bekannt?

Antwort: Der Patient arbeitet im Kundensupport einer Onlineverkaufsfirma, die Musikinstrumente und Tontechnik vertreibt.

84. Frage: Wie ist die familiäre Situation des Patienten?

Antwort: Der Patient ist verheiratet und hat zwei Kinder.

85. Frage: Sind die Kinder gesund?

Antwort: Ja, es handelt sich um eine gesunde 20-jährige Tochter sowie einen gesunden 16-jährigen Sohn.

Familienanamnese

86. Frage: Was ist zur Familienanamnese bekannt?

Antwort: Die Mutter des Patienten ist 80 Jahre alt und erlitt im Alter von 60 Jahren einen Apoplex. Zudem leidet sie an einem Katarakt am rechten Auge, für dessen operative Behandlung bereits ein Termin geplant ist. Der Vater verstarb

im Alter von 64 Jahren an einem fortgeschrittenen Bronchialkarzinom mit bereits generalisierter Metastasierung zum Zeitpunkt der Diagnosestellung.

87. Frage: Welche klinische Relevanz hat der Apoplex der Mutter?

Antwort: Er weist auf eine mögliche familiäre Prädisposition für kardiovaskuläre Erkrankungen hin und stellt somit einen relevanten Risikofaktor dar.

88. Frage: Was ist ein Katarakt?

Antwort: Ein Katarakt, auch als Grauer Star bezeichnet, ist eine Trübung der Augenlinse, die zu einer Verschlechterung der Sehkraft führt.

89. Frage: Welche Ursachen hat ein Katarakt?

Antwort: Häufig liegt eine altersbedingte Veränderung zugrunde. Weitere Ursachen sind unter anderem Traumata, UV-Strahlung, bestimmte Medikamente wie Kortikosteroide sowie Erkrankungen wie Diabetes mellitus.

90. Frage: Wie äußert sich ein Katarakt klinisch?

Antwort: Typische Symptome sind verschwommenes Sehen, erhöhte Blendempfindlichkeit, verblasste Farben sowie Doppelbilder.

91. Frage: Wie wird ein Katarakt behandelt?

Antwort: Die Therapie erfolgt operativ durch Entfernung der getrübbten Linse und Einsetzen einer künstlichen Linse.

92. Frage: Was ist ein Bronchialkarzinom?

Antwort: Das Bronchialkarzinom ist ein maligner Tumor der Bronchien, der meist durch langjährigen Nikotinkonsum verursacht wird.

93. Frage: Welche Risikofaktoren bestehen für ein Bronchialkarzinom?

Antwort: Zu den wichtigsten Risikofaktoren zählen aktives und passives Rauchen sowie Exposition gegenüber Schadstoffen wie Asbest oder Radon.

94. Frage: Welche typischen Symptome treten auf?

Antwort: Typische Symptome sind Husten, Hämoptysen, Dyspnoe, Gewichtsverlust sowie rezidivierende Pneumonien.

95. Frage: Wie ist die Prognose bei einem Bronchialkarzinom?

Antwort: Die Prognose ist insgesamt ungünstig, verbessert sich jedoch bei frühzeitiger Diagnose deutlich.

Verdachts- und Differenzialdiagnose

96. Frage: Was ist Ihre Verdachtsdiagnose?

Antwort: Aufgrund der anamnestischen Angaben besteht am ehesten der Verdacht auf einen ischämischen Apoplex.

97. Frage: Wie begründen Sie den Verdacht auf einen akuten ischämischen Schlaganfall?

Antwort: Der akute Beginn der Symptomatik mit einer linksseitigen Hemiparese sowie Dysarthrie spricht für eine fokale-neurologische Störung im Sinne eines ischämischen Schlaganfalls.

98. Frage: Welche Risikofaktoren liegen bei dem Patienten vor?

Antwort: Der Patient weist mehrere vaskuläre Risikofaktoren auf, darunter Adipositas, Bewegungsmangel, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2 sowie eine Hypercholesterinämie.

99. Frage: Welche Differenzialdiagnosen haben Sie erwogen?

Antwort: Differenzialdiagnostisch kommen insbesondere eine transitorische ischämische Attacke, eine intrazerebrale Blutung, metabolische Entgleisungen, ein Krampfanfall mit postiktaler Parese sowie eine Migräne mit Aura in Betracht.

100. Frage: Warum ist eine transitorische ischämische Attacke weniger wahrscheinlich?

Antwort: Eine transitorische ischämische Attacke ist grundsätzlich möglich, jedoch gehen wir bei einer Symptombdauer von mehr als einer Stunde eher von einem manifesten Apoplex aus.

101. Frage: Warum spricht die Symptomatik gegen eine intrazerebrale Blutung?

Antwort: Das Fehlen einer plötzlich einsetzenden, sehr starken Cephalgie sowie von Meningismuszeichen spricht gegen eine intrazerebrale Hämorrhagie.

102. Frage: Warum sind kardiale Ursachen unwahrscheinlich?

Antwort: Kardiale Ursachen wie Rhythmusstörungen oder Synkopen sind aufgrund fehlender Symptome wie Thoraxschmerzen, Palpitationen oder Dyspnoe weniger wahrscheinlich.

103. Frage: Warum ist ein Krampfanfall mit postiktaler Parese unwahrscheinlich?

Antwort: Es wurden keine typischen Zeichen eines Krampfanfalls wie tonisch-klonische Zuckungen beobachtet.

104. Frage: Warum ist eine Migräne mit Aura weniger wahrscheinlich?

Antwort: Es fehlen typische Symptome wie einseitige, pulsierende Kopfschmerzen sowie Photophobie.

105. Frage: Warum sind Raumforderungen unwahrscheinlich?

Antwort: Raumfordernde Prozesse wie Neoplasien verlaufen in der Regel chronisch und passen nicht zum akuten Symptombeginn.

106. Frage: Welche metabolischen Ursachen müssen berücksichtigt werden?

Antwort: Sowohl eine Hypoglykämie als auch eine Hyperglykämie können stroke-ähnliche Symptome verursachen und müssen ausgeschlossen werden.

Diagnostische Abklärung

107. Frage: Wie gehen Sie bei Verdacht auf einen akuten ischämischen Schlaganfall weiter vor?

Antwort: Aufgrund des Verdachts auf einen ischämischen Apoplex sollte der Patient umgehend stationär aufgenommen werden, idealerweise auf einer Stroke Unit, um sofortige diagnostische und therapeutische Maßnahmen einzuleiten.

108. Frage: Warum ist eine sofortige Aufnahme erforderlich?

Antwort: Wir befinden uns innerhalb des therapeutischen Zeitfensters („Golden Hour“), in dem eine Reperfusionstherapie möglich ist.

109. Frage: Was ist das Leitsymptom eines akuten ischämischen Schlaganfalls?

Antwort: Das plötzliche Auftreten eines fokalen neurologischen Defizits im Versorgungsgebiet eines spezifischen Gefäßterritoriums.

Körperliche Untersuchung

110. Frage: Wie beginnen Sie die körperliche Untersuchung?

Antwort: Zunächst erfolgt die Erhebung der Vitalparameter, einschließlich Herzfrequenz, Blutdruck, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung und Körpertemperatur.

111. Frage: Wie kann sich der Patient initial präsentieren?

Antwort: Der Patient kann je nach Ausdehnung und Lokalisation der Läsion desorientiert oder bewusstlos sein.

112. Frage: Welche Auffälligkeiten können bei der Inspektion bestehen?

Antwort: Es können eine Fazialparese, ein hängender Mundwinkel, eine Ptosis oder ein inkompletter Lidschluss sowie eine Hemiparese oder Hemiplegie auffallen. Zudem können Sprachstörungen bestehen.

113. Frage: Wie verändert sich die Muskulatur im Verlauf?

Antwort: In der akuten Phase zeigt sich häufig eine schlaffe Parese, während im weiteren Verlauf eine Spastik infolge einer zentralen Läsion auftreten kann.

114. Frage: Welche Bedeutung hat die Palpation?

Antwort: Die Palpation dient insbesondere der Beurteilung des Muskeltonus.

115. Frage: Welche Rolle spielt die Perkussion?

Antwort: Die Perkussion hat in diesem Zusammenhang keinen relevanten diagnostischen Stellenwert.

116. Frage: Warum erfolgt eine Auskultation?

Antwort: Zur Beurteilung des Herz-Kreislauf-Status.

Neurologische Untersuchung

117. Frage: Welche Tests führen Sie zur Beurteilung einer Fazialparese durch?

Antwort: Der Patient wird gebeten, die Augenbrauen zu heben, zu lächeln, die Zähne zu zeigen und die Augen fest zu schließen.

118. Frage: Wie prüfen Sie die Motorik der oberen Extremitäten?

Antwort: Durch Anheben beider Arme und Halten in Position, wobei ein Absinken im Sinne eines Pronator Drift auf eine zentrale Parese hinweist.

119. Frage: Wie prüfen Sie die Koordination?

Antwort: Durch Finger-Nase-Versuch sowie Knie-Hacken-Versuch.

120. Frage: Wie prüfen Sie die Sprache?

Antwort: Durch Nachsprechen eines Satzes sowie durch Benennen von Gegenständen.

121. Frage: Wie prüfen Sie die Hirnnervenfunktion?

Antwort: Durch Untersuchung der Pupillenreaktion, Augenbewegungen, Gesichtsmotorik, Sensibilität sowie Schluck- und Sprachfunktion.

122. Frage: Welche Hirnnerven sind besonders relevant?

Antwort: Insbesondere der Nervus opticus, die Augenbewegungsnerven, der Nervus facialis sowie der Nervus glossopharyngeus und vagus.

123. Frage: Was prüfen Sie zusätzlich in der neurologischen Untersuchung?

Antwort: Sensibilität, Motorik, Reflexe sowie pathologische Reflexe wie das Babinski-Zeichen.

124. Frage: Welche weiteren Untersuchungen sind bei Verdacht auf einen Schlaganfall erforderlich?

Antwort: Eine Fundoskopie zum Ausschluss eines Papillenödems sowie die Beurteilung der peripheren Durchblutung.

125. Frage: Was ist bei diesem Patienten zusätzlich zur Fundoskopie beachten?

Antwort: Aufgrund des Diabetes mellitus sollte ergänzend eine diabetische Fußuntersuchung durchgeführt werden.

Laboruntersuchungen

126. Frage: Welche Laboruntersuchungen veranlassen Sie?

Antwort: Es sollten ein komplettes Blutbild, ein metabolisches Basisprofil einschließlich Blutzucker- und Nierenfunktionswerten, Gerinnungsparameter wie PT/INR und aPTT, Troponin I sowie eine Urinuntersuchung durchgeführt werden.

127. Frage: Welche Laboruntersuchung ist besonders dringlich?

Antwort: Der Blutzucker sollte unmittelbar bestimmt werden.

128. Frage: Warum ist die Blutzuckerbestimmung wichtig?

Antwort: Hypo- und Hyperglykämien können stroke-ähnliche Symptome verursachen und müssen ausgeschlossen werden.

129. Frage: Wann sollte ein Drogenscreening erfolgen?

Antwort: Bei Verdacht auf Drogen- oder Alkoholabusus sollten ein Drogenscreening sowie die Bestimmung des Blutalkoholspiegels durchgeführt werden.

Elektrokardiogramm (EKG)

130. Frage: Warum führen Sie ein EKG durch?

Antwort: Zur Detektion von Herzrhythmusstörungen, insbesondere Vorhofflimmern als mögliche kardiale Emboliequelle.

131. Frage: Wie wird ein EKG durchgeführt?

Antwort: Elektroden werden am Brustkorb sowie an Armen und Beinen angebracht, um die elektrische Aktivität des Herzens aufzuzeichnen.

Bildgebung

132. Frage: Welche Bildgebung ist bei Verdacht auf Schlaganfall indiziert?

Antwort: Eine kraniale CT oder MRT des Gehirns.

133. Frage: Warum ist die Bildgebung essenziell?

Antwort: Sie dient der Lokalisation der Läsion sowie der Differenzierung zwischen ischämischem Infarkt und intrazerebraler Blutung.

134. Frage: Welche Methode wird initial bevorzugt?

Antwort: Die kraniale CT wird bevorzugt, da sie schnell verfügbar ist und zuverlässig eine Hirnblutung ausschließen kann.

135. Frage: Wie unterscheiden sich ischämischer Infarkt und Blutung im CT?

Antwort: Ein ischämischer Infarkt zeigt sich als Hypodensität, während eine intrazerebrale Blutung hyperdens erscheint.

136. Frage: Ist das CT in der Frühphase immer auffällig?

Antwort: Nein, in der Akutphase kann das CT unauffällig sein.

137. Frage: Welche Vorteile hat die MRT?

Antwort: Die MRT ist sensitiver für den Nachweis früher ischämischer Läsionen und besonders geeignet für die Darstellung von Hirnstamm und Kleinhirn.

138. Frage: Warum ist vor einer Lysetherapie keine MRT zwingend erforderlich?

Antwort: Da die CT zuverlässig eine Hirnblutung ausschließen kann, ist sie ausreichend für die Entscheidung zur Akuttherapie.

Behandlung

Akutmanagement

139. Frage: Wie erfolgt das Akutmanagement bei ischämischem Apoplex?

Antwort: Das Akutmanagement umfasst eine schnelle Reperfusionstherapie, supportive Maßnahmen sowie die Überwachung auf einer Stroke Unit.

140. Frage: Wann ist eine intravenöse Lysetherapie indiziert?

Antwort: Eine intravenöse Thrombolyse mit rtPA ist indiziert, wenn der Symptombeginn innerhalb von 4,5 Stunden liegt und keine Kontraindikationen bestehen.

141. Frage: Wann sollte keine Lysetherapie mehr durchgeführt werden?

Antwort: Wenn seit Symptombeginn mehr als 4,5 Stunden vergangen sind, wird in der Regel keine intravenöse Lysetherapie mehr durchgeführt.

142. Frage: Wann kommt eine endovaskuläre Therapie infrage?

Antwort: Eine endovaskuläre Thrombektomie ist bei großen, gut zugänglichen Gefäßverschlüssen indiziert.

143. Frage: Wann darf Aspirin gegeben werden?

Antwort: Aspirin darf in den ersten 24 Stunden nach rtPA-Gabe nicht gegeben werden. Anschließend sollte es innerhalb von 24 bis 48 Stunden begonnen werden, sofern keine Kontraindikationen bestehen.

144. Frage: Wie erfolgt die Blutdruckeinstellung im Akutstadium?

Antwort: Der Blutdruck sollte in den ersten 24 Stunden vorsichtig und nur moderat um etwa 10 bis 25 Prozent gesenkt werden.

145. Frage: Ist eine sofortige Antikoagulation indiziert?

Antwort: Nein, eine sofortige Antikoagulation zur Rezidivprophylaxe wird nicht empfohlen.

146. Frage: Welche Thromboseprophylaxe ist sinnvoll?

Antwort: Aufgrund des erhöhten Risikos für venöse Thrombosen und Lungenembolien sollte eine Heparinprophylaxe durchgeführt werden.

Sekundärprophylaxe / Lebensstilmodifikation

147. Frage: Welche Maßnahmen gehören zur Sekundärprophylaxe?

Antwort: Dazu gehören Gewichtsreduktion, regelmäßige körperliche Aktivität, Reduktion der Kochsalzaufnahme sowie Nikotinkarenz.

148. Frage: Was ist zusätzlich wichtig?

Antwort: Eine optimale Einstellung der Grunderkrankungen wie Hypertonie, Diabetes mellitus und Hypercholesterinämie ist essenziell.

Komplikationen

149. Frage: Welche Komplikationen können nach einem Schlaganfall auftreten?

Antwort: Je nach Lokalisation und Ausdehnung können Seh- und Sprachstörungen, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen sowie Paresen auftreten.

150. Frage: Welche funktionellen Einschränkungen sind möglich?

Antwort: Es kann zu einer dauerhaften Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Selbstständigkeit kommen.