

1 CED-  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

Fragen der Patientin:	2
Persönliche Angaben	3
Aktuelle Beschwerden	3
vegetative Anamnese	5
Vorerkrankungen	6
Gynäkologie.....	8
Medikamente.....	9
Allergien	9

Genussmittel.....	10
Sozialanamnese	11
Familienanamnese	12
Verdachts- und Differenzialdiagnose	13
Diagnostische Abklärung	14
Behandlung:	17
Prognose:	18

Fragen der Patientin:

1. Frage: Muss ich im Krankenhaus bleiben?

Antwort: Ja, im Moment wäre ein kurzer Aufenthalt sinnvoll. Sie haben eine ausgeprägte Schwäche, wahrscheinlich durch die Blutarmut, und Ihr Kreislauf ist instabil. Im Krankenhaus können wir Sie überwachen, Flüssigkeit geben und die Ursache der Blutung schnell klären.

2. Frage: Was habe ich? Könnte es Krebs sein?

Antwort: Wir wissen es noch nicht sicher. Ihre Beschwerden können verschiedene Ursachen haben – zum Beispiel Polypen, chronische Entzündungen oder auch ein Tumor. Aufgrund der anhaltenden Blutungen und des Gewichtsverlusts müssen wir aber an ein mögliches Karzinom denken und das gezielt abklären. Erst die Darmspiegelung gibt eine klare Antwort.

3. Frage: Muss ich operiert werden?

Antwort: Das hängt ganz von der Ursache ab. Sollte sich ein Polyp zeigen, können wir ihn oft direkt bei der Darmspiegelung entfernen. Wenn ein Tumor vorliegt, ist eine Operation meistens notwendig, um das betroffene Darmstück zu entfernen. Wir entscheiden das erst, wenn wir die Befunde haben.

4. Frage: Wie sind die Heilungsraten dabei?

Antwort: Wenn es sich um einen frühen Tumor handelt, sind die Heilungschancen sehr gut – viele Patienten werden vollständig geheilt. Auch bei fortgeschritteneren Stadien gibt es heute gute Therapieoptionen. Wichtig ist, dass wir möglichst früh diagnostizieren und behandeln. Deshalb machen wir die Untersuchungen jetzt so zügig.

Persönliche Angaben

5. Frage: Wie heißt die Patientin?

Antwort: Roswitha Müller.

6. Frage: Wie alt ist die Patientin?

Antwort: 57 Jahre alt.

7. Frage: Wie groß ist die Patientin?

Antwort: Er ist 1,76 m groß.

8. Frage: Wie schwer ist die Patientin?

Antwort: Er wiegt etwa 85 kg.

9. Frage: Wie ist der Körpermassenindex der Patientin einzuordnen?

Antwort: Er liegt im Normalbereich.

10. Frage: Wie berechnet man den Körpermassenindex bzw. Body-Mass-Index?

Antwort: Der BMI wird berechnet, indem man das Körpergewicht in Kilogramm durch das Quadrat der Körpergröße in Metern teilt.

Aktuelle Beschwerden

11. Frage: Können Sie mir bitte kurz zusammenfassen, mit welchen Hauptbeschwerden die Patientin zu uns gekommen ist?

Antwort: Die Patientin berichtet über seit etwa zweieinhalb Wochen bestehende, progrediente, kolikartige periumbilikale Schmerzen sowie eine ausgeprägte Diarrhö mit bis zu zehn wässrigen Stuhlgängen pro Tag. Zusätzlich treten Tenesmen mit starken Schmerzen, gelegentlich Hämatochezie und breiformige Stühle auf.

12. Frage: Wie stark beschreibt die Patientin die Schmerzen?

Antwort: Während der Tenesmen gibt sie eine Schmerzintensität von 8 von 10 Punkten an.

13. Gab es ähnliche Beschwerden in der Vergangenheit?

Antwort: Ja. Vor etwa fünf bis sechs Monaten hatte sie bereits ähnliche, aber deutlich mildere Episoden, die nach circa drei Tagen spontan abklangen.

14. Frage: Welche Begleitsymptome schildert die Patientin?

Antwort: Sie berichtet über Durstgefühl, Schwindel, Blässe, Nausea, mehrere Episoden von Erbrechen von Nahrungsresten sowie ausgeprägte Fatigue.

15. Frage: Welche Medikamente hat die Patientin selbstständig eingenommen?

Antwort: Seit etwa einer Woche nimmt sie viermal täglich Loperamid und zweimal täglich Ondansetron. Anfangs wirkte es, inzwischen aber nicht mehr.

16. Frage: Gab es Hinweise auf infektiöse Ursachen, z. B. verdorbene Lebensmittel oder Erkrankungen im Umfeld?

Antwort: Nein, sie verneint den Konsum potenziell kontaminierter Lebensmittel und es gibt keine ähnlichen Beschwerden im Bekanntenkreis.

17. Frage: Gab es in letzter Zeit eine Reiseanamnese oder eine Antibiotikaeinnahme?

Antwort: Nein, weder eine Auslandsreise noch eine Antibiotikatherapie in der jüngeren Vergangenheit.

18. Frage: Liegen gynäkologische oder urologische Beschwerden vor?

Antwort: Nein, solche Beschwerden bestehen nicht.

19. Frage: Gab es Hinweise auf extraintestinale Manifestationen?

Antwort: Nein, es liegen keine Haut- oder Gelenkbeteiligungen vor.

20. Frage: Welche Warnzeichen konnten Sie bei der Untersuchung oder Anamnese nicht feststellen?

Antwort: Es gab keine Pyrexie, keine nächtliche Hyperhidrose, keine Hämatemesis oder Meläna, keine pathologischen Befunde in der Mundschleimhaut, keine Dysphagie, keinen Ikterus und keinen Pruritus.

21. Frage: Was versteht man unter Hämatochezie?

Antwort: Frisches, sichtbares Blut im Stuhl.

22. Frage: Worauf weist Hämatochezie meist hin?

Antwort: Auf eine Blutung im unteren Gastrointestinaltrakt.

23. Frage: Was ist Meläna?

Antwort: Schwarzgefärbter, teerartiger Stuhl.

24. Frage: Was verursacht die schwarze Färbung?

Antwort: Verdautes Blut durch Magensäure und Verdauungsenzyme.

25. Frage: Wo liegt die Blutungsquelle typischerweise bei Meläna?

Antwort: Im oberen Gastrointestinaltrakt.

26. Frage: Was bedeutet Hämatemesis?

Antwort: Bluterbrechen.

27. Frage: Was ist Kaffeesatzerbrechen?

Antwort: Dunkles, körniges Erbrochenes durch geronnenes Blut.

28. Frage: Worauf weisen Hämatemesis und Kaffeesatzerbrechen hin?

Antwort: Auf eine Blutung im oberen Verdauungstrakt.

vegetative Anamnese

29. Frage: Gab es Auffälligkeiten in der vegetativen Anamnese?

Antwort: Größtenteils ist die vegetative Anamnese unauffällig.

Frage: Gab es Schlafstörungen?

Antwort: Ja, sie berichtet über eine Insomnie, die vor allem durch die häufigen nächtlichen Diarrhö-Episoden bedingt ist.

30. Frage: Wie ist der Appetit der Patientin?

Antwort: Sie gibt eine deutlich reduzierte Appetitaufnahme an.

31. Frage: Haben sich diese Essstörungen auf ihr Gewicht ausgewirkt?

Antwort: Ja, sie hat in den letzten zweieinhalb Monaten etwa drei Kilogramm ungewollt abgenommen.

32. Frage: Gab es weitere vegetative Symptome wie nächtliches Schwitzen oder Fieber?

Antwort: Nein, nächtliche Hyperhidrose und Pyrexie bestehen nicht.

Vorerkrankungen

33. Frage: Welche relevanten Vorerkrankungen liegen bei der Patientin vor?

Antwort: Die wichtigsten Vorerkrankungen sind ein seit etwa zehn Jahren bekanntes Vorhofflimmern, eine Psoriasis, eine Hashimoto-Thyreoiditis sowie eine zurückliegende postpartale Depression.

34. Frage: Seit wann besteht das Vorhofflimmern und wie äußerte es sich?

Antwort: Das Vorhofflimmern besteht seit ungefähr zehn Jahren und äußerte sich damals vor allem durch Palpitationen. Thromboembolien sind bisher nicht aufgetreten.

35. Frage: Gibt es dermatologische Grunderkrankungen?

Antwort: Ja, seit rund fünf Jahren liegt eine Psoriasis vor, die sich an Ellenbogen, Kopfhaut und Knien zeigt und sich insbesondere unter Stress verschlechtert. Außerdem besteht ein ekzematöses Fußleiden durch das Tragen von Stiefeln bei der Arbeit und eine frühere Tinea pedis zwischen der vierten und fünften Zehe rechts.

36. Frage: Welche endokrinologischen Erkrankungen sind bekannt?

Antwort: Seit drei Jahren besteht eine Hashimoto-Thyreoiditis.

37. Frage: Gab es psychiatrische Vorerkrankungen?

Antwort: Ja, vor sieben Jahren kam es zu einer postpartalen Depression.

38. Frage: Hatte die Patientin schwerwiegende Infektionen in der Vorgeschichte?

Antwort: Ja, im Alter von acht Jahren erlitt sie eine bakterielle Meningitis, die damals stationär über drei Tage behandelt wurde.

39. Frage: Sind aktuell noch Auswirkungen dieser früheren Erkrankungen bekannt?

Antwort: Nein, laut Patientin bestehen keine Folgeschäden der Meningitis.

40. Frage: Sind die dermatologischen Beschwerden derzeit aktiv?

Antwort: Die Psoriasis fluktuiert, verschlechtert sich stressassoziiert; das Ekzem tritt arbeitsbedingt rezidivierend auf. Die frühere Tinea pedis ist abgeheilt.

41. Frage: Gab es in der Vergangenheit relevante Verletzungen?

Antwort: Ja, mit 16 Jahren erlitt sie beim Volleyballspielen eine Nasenseptumfraktur.

42. Frage: Wie äußert sich das Vorhofflimmern bei der Patientin typischerweise?

Antwort: Es kann symptomlos verlaufen, bei ihr zeigte es sich vor allem durch unregelmäßiges Herzklopfen und Herzstolpern.

43. Frage: Welche Ursachen kommen grundsätzlich für Vorhofflimmern infrage?

Antwort: Häufige Ursachen sind eine Schilddrüsenüberfunktion, Diabetes, Alkoholabusus oder Elektrolytstörungen.

44. Frage: Welche Risiken bestehen bei Vorhofflimmern?

Antwort: Das größte Risiko ist ein Schlaganfall; längerfristig kann auch eine Herzinsuffizienz entstehen.

45. Frage: Wie wird Vorhofflimmern in der Regel behandelt?

Antwort: Mit Rhythmus- oder Frequenzkontrolle, Antikoagulation zur Embolieprophylaxe und – je nach Verlauf – Kardioversion oder Katheterablation.

46. Frage: Was ist Hashimoto-Thyreoiditis?

Antwort: Eine chronische Autoimmunerkrankung der Schilddrüse, die langfristig meist zu einer Hypothyreose führt.

47. Frage: Welche typischen Symptome können auftreten?

Antwort: Müdigkeit, Kälteempfindlichkeit, Gewichtszunahme, depressive Verstimmung oder Obstipation.

48. Frage: Wie wird Hashimoto diagnostiziert?

Antwort: Durch Laborwerte wie TSH, fT4 und TPO-Antikörper sowie gegebenenfalls einen Ultraschall.

49. Frage: Wie wird Hashimoto behandelt?

Antwort: Mit einer lebenslangen Substitution von Levothyroxin.

50. Frage: Welche Symptome können bei einer Depression auftreten?

Antwort: Anhaltende Niedergeschlagenheit, Interessenverlust, Energiemangel, Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie Appetitveränderungen.

51. Frage: Was muss man vor der Diagnose einer Depression beachten?

Antwort: Organische Ursachen wie Schilddrüsenstörungen sollten ausgeschlossen werden.

52. Frage: Was versteht man unter einer Meningitis?

Antwort: Eine Entzündung der Hirn- und Rückenmarkshäute, meist durch Bakterien oder Viren.

53. Frage: Welche typischen Symptome treten bei einer Meningitis auf?

Antwort: Fieber, starke Kopfschmerzen und Nackensteifigkeit.

54. Frage: Wie wird eine Meningitis diagnostiziert?

Antwort: Durch eine Lumbalpunktion.

55. Frage: Bestehen heute noch Folgen der früheren Meningitis?

Antwort: Nein, laut Patientin sind keine Folgeschäden bekannt.

56. Frage: Was versteht man unter einer Septumfraktur?

Antwort: Eine Septumfraktur ist ein Bruch der knorpeligen oder knöchernen Nasenscheidewand.

57. Frage: Wie wird eine Septumfraktur in der Regel behandelt?

Antwort: Je nach Ausprägung meist durch Reposition oder operativen Eingriff.

Gynäkologie

58. Frage: Gab es bei der Patientin Auffälligkeiten in der gynäkologischen Anamnese?

Antwort: Nein, gynäkologische Beschwerden bestehen nicht.

59. Frage: Wie verlief die Entbindung?

Antwort: Die Entbindung erfolgte spontan, ohne Besonderheiten.

60. Frage: Liegt ein aktueller Brustkrebsvorsorgebefund vor?

Antwort: Ja, das Mammographie-Screening vor etwa zwei Jahren war unauffällig.

61. Frage: Was versteht man unter dem Mammographie-Screening?

Antwort: Das Mammographie-Screening ist ein radiologisches Vorsorgeprogramm zur frühzeitigen Erkennung von Brustkrebs.

Medikamente

62. Frage: Welche Dauermedikation nimmt die Patientin aktuell ein?

Antwort: Sie nimmt Metoprolol 95 mg und Levothyroxin 75 µg täglich ein.

63. Frage: Wozu dient das Metoprolol?

Antwort: Metoprolol wird zur Frequenzkontrolle bei Vorhofflimmern eingesetzt und wirkt herzfrequenzsenkend.

64. Frage: Warum erhält die Patientin Levothyroxin?

Antwort: Levothyroxin ersetzt das fehlende Schilddrüsenhormon bei ihrer Hashimoto-Thyreoiditis.

65. Frage: Welche Medikamente verwendet sie zur Behandlung der Psoriasis?

Antwort: Für die Kopfhaut verwendet sie Calcipotriol-Lösung, und für die Ellenbogen und Knie eine Cortisonsalbe.

66. Frage: Gibt es eine Therapie gegen die frühere Mykose?

Antwort: Ja, sie hat eine Ciclopirox-Creme erhalten.

67. Frage: Nimmt die Patientin etwas bei Bedarf?

Antwort: Ja, sie nimmt gelegentlich Baldrian-Dragees.

68. Frage: Sind relevante Nebenwirkungen der aktuellen Medikation bekannt?

Antwort: Nein, laut Patientin verträgt sie die Medikamente gut; relevante Nebenwirkungen hat sie nicht bemerkt.

Allergien

69. Frage: Was ist Metoprolol und wofür wird es eingesetzt?

Antwort: Metoprolol ist ein selektiver Beta-1-Blocker. Er wird zur Behandlung von Hypertonie, Herzrhythmusstörungen und Angina pectoris eingesetzt und kann auch migräneprophylaktisch wirken.

70. Frage: Welche typischen Nebenwirkungen kann Metoprolol haben?

Antwort: Häufig treten Müdigkeit, Schwindel, Bradykardie sowie gastrointestinale Beschwerden oder kalte Extremitäten auf.

71. Frage: Was muss man bei einer Überdosierung von Levothyroxin beachten?

Antwort: Es kann zu Symptomen einer Hyperthyreose kommen, etwa Tachykardie, Tremor oder Gewichtsverlust.

72. Frage: Wozu dient Calcipotriol?

Antwort: Calcipotriol ist ein Vitamin-D-Derivat und wird zur Behandlung der Psoriasis eingesetzt.

73. Frage: Welche Nebenwirkungen können auftreten?

Antwort: Häufig sind lokale Hautreizungen oder allergische Reaktionen.

74. Frage: Wie wirkt eine Cortisonsalbe?

Antwort: Sie hemmt entzündungsfördernde Botenstoffe und lindert dadurch Entzündung und Juckreiz.

75. Frage: Welche Nebenwirkungen können bei längerem Gebrauch auftreten?

Antwort: Mögliche Nebenwirkungen sind Gewichtszunahme, Hautveränderungen wie Striae, erhöhte Infektanfälligkeit oder Osteoporose.

76. Frage: Wofür wird Ciclopirox eingesetzt?

Antwort: Es wird zur Behandlung von Pilzinfektionen der Haut, zum Beispiel einer Tinea pedis, eingesetzt.

77. Frage: Wofür nimmt die Patientin Baldrian?

Antwort: Bei Bedarf, vor allem gegen Schlafstörungen oder Unruhe.

Genussmittel

78. Frage: Raucht die Patientin?

Antwort: Nein, sie ist Nichtraucherin und hat 0 Packungsjahre.

79. Frage: Wie sieht der Alkoholkonsum aus?

Antwort: Sie trinkt nur zu besonderen Anlässen, zum Beispiel auf Feiern, meist ein Glas Rotwein.

80. Frage: Gibt es Hinweise auf einen problematischen Alkoholkonsum?

Antwort: Nein, es handelt sich um einen sehr geringen, anlassbezogenen Konsum ohne Auffälligkeiten.

81. Frage: Konsumiert die Patientin illegale Drogen?

Antwort: Nein, sie verneint jeglichen Drogenkonsum.

82. Frage: Gibt es Hinweise auf Missbrauch von Medikamenten?

Antwort: Nein, sie nimmt ihre Medikamente bestimmungsgemäß ein, ohne Hinweise auf Missbrauch.

Sozialanamnese

83. Frage: Was wissen wir über die berufliche Situation der Patientin?

Antwort: Sie arbeitet als Gärtnerin in einem Gemüsebetrieb.

84. Frage: Wie ist ihr familiärer Hintergrund?

Antwort: Sie ist zum zweiten Mal verheiratet und hat einen siebenjährigen Sohn sowie eine Stieftochter, die in wenigen Tagen heiratet.

85. Frage: Gibt es bei den Kindern relevante Erkrankungen?

Antwort: Ja, ihr Sohn hat eine Hypakusis rechts, wahrscheinlich durch wiederkehrende Mittelohrentzündungen, und er leidet an Mukoviszidose.

86. Frage: Können Sie kurz erläutern, was Mukoviszidose bedeutet?

Antwort: Mukoviszidose ist eine angeborene Stoffwechselerkrankung, bei der sehr zähes Sekret in verschiedenen Organen entsteht. Häufig sind Lunge und Verdauungssystem betroffen.

87. Frage: Welche typischen Probleme treten bei Kindern mit Mukoviszidose auf?

Antwort: Chronischer Husten, wiederkehrende Infekte und Verdauungsprobleme sowie allgemein ein erhöhtes Risiko für Gedeihstörungen.

88. Frage: Gibt es aus Sicht der Patientin eine aktuelle Belastung im familiären Umfeld?

Antwort: Ja, die Erkrankung des Sohnes stellt eine langfristige Belastung dar; zusätzlich steht die Hochzeit der Stieftochter bevor.

Familienanamnese

89. Frage: Gibt es in der Familie relevante chronische Erkrankungen?

Antwort: Ja, der Vater hatte ein berufsbedingtes Asthma und eine alkoholbedingte Leberzirrhose. Die Mutter musste aufgrund einer Cholelithiasis operiert werden.

90. Frage: Woran ist der Vater verstorben?

Antwort: Er verstarb im Alter von 70 Jahren an rupturierten Ösophagusvarizen, wahrscheinlich infolge einer alkoholischen Hepatitis und Leberzirrhose.

91. Frage: Gab es beim Vater Hinweise auf einen Alkoholüberkonsum?

Antwort: Ja, nach dem Renteneintritt konsumierte er täglich bis zu fünf Gläser Bier.

92. Frage: Welche Erkrankung führte bei der Mutter zur Operation?

Antwort: Sie wurde vor fünf Jahren im Alter von 63 Jahren wegen einer Cholelithiasis mit Ileus operiert.

93. Frage: Gibt es weitere Hinweise auf hereditäre Erkrankungen in der Familie?

Antwort: Nein, außer dem berufsbedingten Asthma des Vaters und der Cholelithiasis der Mutter gibt es keine Hinweise auf genetische Erkrankungen.

94. Frage: Wodurch entstehen Ösophagusvarizen in der Regel?

Antwort: Meist durch einen erhöhten Druck in der Pfortader, häufig aufgrund einer Leberzirrhose.

95. Frage: Warum sind Ösophagusvarizen gefährlich?

Antwort: Sie bleiben oft asymptomatisch, können aber plötzlich stark bluten und lebensbedrohlich werden.

96. Frage: Wie werden blutende Ösophagusvarizen behandelt?

Antwort: Endoskopisch, zum Beispiel durch Bandligatur oder Sklerotherapie.

Cholelithiasis der Mutter

97. Frage: Was versteht man unter einer Cholelithiasis?

Antwort: Das Vorhandensein von Gallensteinen in der Gallenblase oder in den Gallenwegen.

98. Frage: Welche Arten von Gallensteinen gibt es?

Antwort: Häufig Cholesterinsteine oder Pigmentsteine, also Bilirubinsteine.

99. Frage: Welche Komplikation trat bei der Mutter auf?

Antwort: Ein Ileus infolge der Cholelithiasis, der operativ behandelt wurde.

Verdachts- und Differenzialdiagnose

100. Frage: Was ist aus Ihrer Sicht die wahrscheinlichste Ursache der Beschwerden?

Antwort: Am ehesten handelt es sich um eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung, basierend auf dem Verlauf, den Tenesmen, den Schmerzen und der Diarrhö.

101. Frage: Wie unterscheiden Sie grundsätzlich zwischen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa?

Antwort: Bei einem Befall außerhalb des Kolons denkt man eher an Morbus Crohn. Zur Sicherung braucht man paraklinische Untersuchungen wie Koloskopie und Biopsien.

102. Frage: Würden Sie ein Kolonkarzinom in Betracht ziehen?

Antwort: Ja, obwohl es in diesem Alter weniger typisch ist, muss es differenzialdiagnostisch mitbedacht werden.

103. Frage: Spricht der Verlauf für ein Reizdarmsyndrom?

Antwort: Nein. Hämatochezie und das Ausbleiben einer Besserung nach der Defäkation sprechen klar dagegen.

104. Frage: Gab es Episoden von Obstipation, die ein RDS wahrscheinlicher machen könnten?

Antwort: Nein, Obstipation wurde nicht berichtet.

105. Frage: Halten Sie eine infektiöse Enterokolitis für wahrscheinlich?

Antwort: Weniger, da keine Belastungsquellen bestehen und der Verlauf chronisch ist. Ausschließen würden wir sie aber mittels Stuhluntersuchungen.

106. Frage: Wie würde sich eine virale Gastroenteritis typischerweise äußern?

Antwort: Meist beginnen sie mit Nausea und Erbrechen, gefolgt von Diarrhö, und sind in der Regel innerhalb einer Woche selbstlimitierend.

107. Welche Diagnostik wäre jetzt aus Ihrer Sicht vorrangig?

Antwort: Eine Koloskopie mit Biopsien sowie Labor inklusive Entzündungswerte und Stuhldiagnostik.

Diagnostische Abklärung

108. Frage: Welche Vitalparameter werden zu Beginn erhoben?

Antwort: Herzfrequenz, Blutdruck, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung und Temperatur.

109. Frage: Welche Auffälligkeiten können bei der Inspektion gesehen werden?

Antwort: Zeichen der Dehydratation, Blässe als Hinweis auf Anämie und ggf. Kachexie.

110. Frage: Welche extraintestinalen Manifestationen können bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen auftreten?

Antwort: Typisch sind Haut-, Augen- und Gelenkbeteiligungen sowie Veränderungen an den Fingern.

111. Frage: Können Sie Beispiele aus dem Bereich der Haut nennen?

Antwort: Ja, zum Beispiel ein Erythema nodosum.

112. Frage: Welche Augenmanifestationen sind möglich?

Antwort: Iritis, Uveitis oder Episkleritis können auftreten.

113. Frage: Welche Gelenkbeteiligungen kommen bei CED vor?

Antwort: Arthritiden, häufig schubassoziiert.

114. Frage: Gibt es Veränderungen an den Fingern, die bei CED auftreten können?

Antwort: Ja, sogenannte Trommelschlegelfinger beziehungsweise Clubbing.

115. Frage: Gibt es Manifestationen, die eher mit Morbus Crohn assoziiert sind?

Antwort: Ja, insbesondere die Uveitis tritt häufiger bei Morbus Crohn auf.

116. Frage: Warum wird eine digitale rektale Untersuchung durchgeführt?

Antwort: Zum Nachweis von okkultem Blut und zur Beurteilung des distalen Rektums und Analkanals.

117. Frage: Was ist die digital-rektale Untersuchung?

Antwort: Eine einfache Untersuchung mit dem Finger zur Beurteilung des Enddarms.

118. Frage: Wie wird sie durchgeführt?

Antwort: Mit einem behandschuhten, geschmierten Finger, der in das Rektum eingeführt wird.

119. Frage: Welche Laboruntersuchungen sollten bei diesem Patienten durchgeführt werden?

Antwort: Kleines Blutbild, Nierenwerte, Elektrolyte, Leberwerte, Pankreasenzyme und CRP.

120. Frage: Welche Antikörper werden typischerweise mit Morbus Crohn assoziiert?

Antwort: Erhöhte ASCA-Titer, also Anti-Saccharomyces-cerevisiae-Antikörper.

121. Frage: Wie spezifisch sind ASCA-Antikörper für Morbus Crohn?

Antwort: Sehr hoch – die Spezifität liegt bei etwa 89 bis 100 %.

122. Frage: Welche Antikörper können bei Colitis ulcerosa vorkommen?

Antwort: Häufig perinukleäre ANCA, also pANCA.

123. Frage: Kommen pANCA ausschließlich bei Colitis ulcerosa vor?

Antwort: Nein, sie können auch bei Crohn-Patienten auftreten, besonders wenn der Befall kolonbetont ist.

124. Frage: Haben diese Antikörper einen Einfluss auf die Diagnose?

Antwort: Sie unterstützen die Diagnose, ersetzen aber nicht die endoskopische und histologische Sicherung.

125. Frage: Kann man anhand der Antikörper Morbus Crohn eindeutig von Colitis ulcerosa unterscheiden?

Antwort: Nicht eindeutig, aber sie liefern wertvolle Hinweise und erhöhen die diagnostische Sicherheit.

126. Frage: Warum ist ein EKG bei diesem Patienten indiziert?

Antwort: Wegen der Hypertonie und zur Erkennung möglicher Elektrolytstörungen.

127. Frage: Wann ist eine Koloskopie als Erstuntersuchung angezeigt?

Antwort: Bei unteren gastrointestinalen Beschwerden wie Diarrhö oder Hämatochezie, sofern keine akuten peritonealen Warnzeichen bestehen.

128. Frage: Was genau wird bei einer Koloskopie untersucht?

Antwort: Der gesamte Dickdarm und bei Bedarf das terminale Ileum.

129. Frage: Wie bereitet sich der Patient auf die Koloskopie vor?

Antwort: Durch eine vollständige Darmreinigung und Nüchternheit am Untersuchungstag.

130. Frage: Wie lange dauert die Untersuchung, und erfolgt sie in Sedierung?

Antwort: Meist 20 bis 45 Minuten, in der Regel unter Sedierung.

131. Frage: Welche Maßnahmen können während der Koloskopie durchgeführt werden?

Antwort: Beurteilung der Schleimhaut, Entnahme von Biopsien sowie therapeutische Eingriffe wie Polypabtragung oder Blutstillung.

132. Frage: Welche Komplikationen können auftreten?

Antwort: Selten Blutungen, Schleimhautverletzungen oder sehr selten eine Perforation.

133. Frage: Soll die Koloskopie sofort in der Akutphase durchgeführt werden?

Antwort: Nein, sie erfolgt zeitnah, aber nach Stabilisierung und Vorbereitung.

134. Frage: Wann kommt eine Kapselendoskopie infrage?

Antwort: Wenn trotz anderer endoskopischer und radiologischer Untersuchungen weiterhin der Verdacht auf Crohn im Dünndarm besteht.

135. Frage: Worauf stützt sich die Diagnose eines Morbus Crohn?

Antwort: Auf die Kombination aus Histologie, Koloskopie und Dünndarmbildgebung.

136. Frage: Welche typischen endoskopischen Befunde sprechen für Morbus Crohn?

Antwort: Diskontinuierliche Ulzerationen („Skip lesions“), Ulzera im Dünndarm oder oberen GI-Trakt sowie Fisteln.

137. Frage: Welche Befunde sprechen eher für eine Colitis ulcerosa?

Antwort: Eine kontinuierliche mukosale Entzündung ab dem Rektum, Kryptenarchitekturveränderungen, fehlende Granulome und kein Dünndarbefall.

138. Frage: Kann man aus der Endoskopie allein sicher zwischen Crohn und Colitis unterscheiden?

Antwort: Meist nicht vollständig – die Diagnose ergibt sich aus der Gesamtheit von Endoskopie, Histologie und Bildgebung.

Behandlung:

139. Frage: Was ist bei Durchfall oder Erbrechen zunächst das wichtigste Therapieziel?

Antwort: Die Verhinderung beziehungsweise Behandlung einer Dehydratation.

140. Frage: Wann wird Sulfasalazin eingesetzt?

Antwort: Zur Behandlung einer milden bis moderaten Colitis ulcerosa und zur Remissionserhaltung.

141. Frage: Welche Nebenwirkungen können 5-ASA-Präparate verursachen?

Antwort: Selten Nausea, Dyspepsie, Kopfschmerzen, Haarausfall, Verstärkung der Diarrhö oder Überempfindlichkeitsreaktionen.

142. Frage: Welche Rolle spielen Kortikosteroide bei CED?

Antwort: Sie werden hauptsächlich zur Behandlung akuter Schübe eingesetzt – sowohl bei Colitis ulcerosa als auch bei Morbus Crohn.

143. Frage: Was sind typische operative Indikationen beim Morbus Crohn?

Antwort: Stenosen, Fisteln oder Abszesse, also strukturelle Komplikationen.

144. Frage: Wann ist bei Colitis ulcerosa eine Kolektomie notwendig?

Antwort: Bei komplizierten Verläufen wie toxischem Megakolon oder einem schweren fulminanten Schub, der nicht auf die Therapie anspricht.

145. Frage: Welche Operation stellt bei Colitis ulcerosa das Standardverfahren dar?

Antwort: Die Proktokolektomie mit Anlage einer Brooke-Ileostomie.

146. Frage: Kann eine Kolektomie bei Colitis ulcerosa kurativ wirken?

Antwort: Ja, im Gegensatz zum Morbus Crohn gilt sie als kurativ.

Prognose:

147. Frage: Wie ist die Prognose bei Colitis ulcerosa im Allgemeinen?

Antwort:

Die meisten Patientinnen und Patienten können unter medikamentöser Therapie gut eingestellt werden. Bei schweren oder therapieresistenten Verläufen kann eine Kolektomie langfristig sogar kurativ wirken.

148. Frage: Wie ist die Prognose bei Morbus Crohn einzuschätzen?

Antwort:

Morbus Crohn ist nicht heilbar und verläuft meist chronisch-rezidivierend. Viele Patientinnen und Patienten benötigen im Verlauf operative Eingriffe, können aber mit moderner Therapie oft stabil geführt werden.

Fachleiter