

👉 PDF-Datei in ChatGPT hochladen und realistisch, strukturiert und absolut prüfungsnah trainieren.

🧠 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 des Patienten:	2
Persönliche Angaben	2
Aktuelle Beschwerden	3
vegetative Anamnese	5
Vorerkrankungen	6
Voroperationen:.....	8
Medikamente.....	9

© 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

Allergien	10
Genussmittel.....	11
Sozialanamnese	11
Familienanamnese	12
Verdachts- und Differenzialdiagnose	13
Diagnostische Abklärung	15
körperliche Untersuchung	16
Laboruntersuchung.....	17
Abdomensonografie	18
Computertomographie (CT)	19
Behandlung:	20
Komplikationen:	21

Fragen des Patienten:

1. Frage: Was habe ich? Ist das gefährlich? Meine Mutter hatte Krebs.

Antwort: Ich verstehe, dass Sie sich Sorgen machen.

Im Moment kann ich das noch nicht sicher sagen, weil wir zuerst Untersuchungen brauchen.

Nach dem, was Sie bisher geschildert haben, spricht vieles eher für eine Entzündung im Darm. Das ist in der Regel gut behandelbar.

Wir gehen jetzt Schritt für Schritt vor: Zuerst untersuchen wir Sie körperlich und nehmen Blut ab, eventuell machen wir eine Ultraschall- oder CT-Untersuchung. Danach können wir Ihnen genauer sagen, was dahintersteckt und welche Behandlung am besten ist.

2. Frage: Muss ich eine Darmspiegelung machen?

Antwort: Während der akuten Entzündung führen wir in der Regel keine Darmspiegelung durch, da das Risiko von Komplikationen erhöht wäre. Nach Abklingen der Beschwerden kann eine Darmspiegelung sinnvoll sein, um die Situation genauer zu beurteilen und andere Erkrankungen auszuschließen.

Persönliche Angaben

3. Frage: Wie heißt der Patient?

Antwort: Berthold Kröger.

4. Frage: Wie alt ist der Patient?

Antwort: 64 Jahre alt.

5. Frage: Wie groß ist die Patientin?

Antwort: Sie ist 1,75 m groß.

6. Frage: Wie schwer ist die Patientin?

Antwort: Sie wiegt etwa 88 kg.

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

Antwort: Der Patient befindet sich im Bereich des Übergewichts.

8. 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

9. Frage: Was waren die Hauptbeschwerden des Patienten?

Antwort: Der Patient stellte sich mit seit gestern bestehenden linksseitigen Unterbauchschmerzen vor.

10. Frage: Seit wann bestanden die Beschwerden und wie haben sie begonnen?

Antwort: Die Schmerzen bestanden seit dem Vortag und setzten etwa zwei Stunden nach dem Abendessen ein.

11. Frage: Wie entwickelte sich der Schmerz im Verlauf?

Antwort: Initial waren die Schmerzen eher leicht, im weiteren Verlauf zeigten sie eine progrediente Zunahme.

12. Frage: Wie lässt sich der Schmerzcharakter beschreiben?

Antwort: Der Patient beschrieb die Schmerzen als dumpf-drückend und zeitweise krampfartig.

13. Frage: Wie hoch war die Schmerzintensität auf der numerischen Ratingskala?

Antwort: Anfangs gab der Patient eine Intensität von etwa 4/10 an, aktuell liegt sie bei 7–8/10.

14. Frage: Gab es Faktoren, die zu einer Besserung führten?

Antwort: Nach dem Stuhlgang kam es zu einer leichten Besserung der Beschwerden.

15. Frage: Wo war der Schmerz lokalisiert?

Antwort: Der Schmerz war im linken Unterbauch lokalisiert.

16. Frage: Bestand eine relevante Schmerzausstrahlung?

Antwort: Nein, eine relevante Schmerzausstrahlung wurde verneint.

17. Frage: Waren die Schmerzen lage- oder bewegungsabhängig?

Antwort: Nein, eine Abhängigkeit von Körperlage oder Bewegung bestand nicht.

18. Frage: Gab es in der Vergangenheit ähnliche Episoden?

Antwort: Nein, der Patient berichtete über keine vergleichbaren Beschwerden.

19. Frage: Welche Begleitsymptome bestanden?

Antwort: Begleitend bestanden Übelkeit sowie ein leichtes Krankheitsgefühl.

20. Frage: Kam es zu Veränderungen des Stuhlgangs?

Antwort: Ja, der Patient berichtete über eine aktuelle Obstipation.

21. Frage: Gab es Hinweise auf gastrointestinale Blutungen?

Antwort: Nein, Hinweise auf obere oder untere gastrointestinale Blutungen bestanden nicht.

22. Frage: Bestanden proktologische Beschwerden wie Hämorrhoiden oder Analfissuren?

Antwort: Nein, solche Beschwerden wurden verneint.

23. Frage: Gab es urologische Beschwerden?

Antwort: Nein, Dysurie oder Hämaturie wurden verneint.

24. Frage: Bestand ein Zusammenhang mit ungewöhnlichen Speisen oder neuen Medikamenten?

Antwort: Nein, weder der Verzehr ungewöhnlicher Speisen noch die Einnahme neuer Medikamente wurde angegeben.

25. Frage: War die Reiseanamnese auffällig?

Antwort: Nein, die Reiseanamnese war unauffällig.

vegetative Anamnese

26. Frage: Ergaben sich in der vegetativen Anamnese Auffälligkeiten, insbesondere im Hinblick auf den Schlaf?

Antwort: Ja, es besteht der Verdacht auf ein Schlafapnoe-Syndrom mit ausgeprägtem Schnarchen.

27. Frage: Berichtete der Patient über morgendliche Beschwerden?

Antwort: Ja, er gab gelegentliche morgendliche Kopfschmerzen an.

28. Frage: Wie beurteilte der Patient die Schlafqualität?

Antwort: Der Schlaf wurde als nicht erholsam beschrieben.

29. Frage: Gab es Hinweise auf nächtliche Atempausen?

Antwort: Ja, es bestehen anamnestic Hinweise auf nächtliche Atemaussetzer.

30. Frage: Bestand eine Tagessymptomatik im Sinne einer Hypersomnolenz?

Antwort: Ja, es besteht eine ausgeprägte Tagesschläfrigkeit.

31. Frage: Wie definieren Sie das Schlafapnoe-Syndrom?

Antwort: Es handelt sich um eine schlafbezogene Atemstörung mit wiederholten Atemaussetzern während des Schlafs.

32. Frage: Wie wird die Diagnose gesichert?

Antwort: Die Diagnosesicherung erfolgt mittels Polysomnographie im Schlaflabor.

33. Frage: Welche therapeutischen Maßnahmen kommen grundsätzlich infrage?

Antwort: Je nach Schweregrad Gewichtsreduktion, Optimierung der Schlafhygiene sowie primär die CPAP-Therapie.

34. Frage: Welche Alternativen bestehen bei Unverträglichkeit oder Ablehnung der CPAP-Therapie?

Antwort: In ausgewählten Fällen kommen Unterkieferprotrusionsschienen oder operative Verfahren in Betracht.

Vorerkrankungen

35. Frage: Welche relevanten Vorerkrankungen bestehen bei dem Patienten?

Antwort: Seit etwa 15 Jahren bestehen eine arterielle Hypertonie sowie eine Hyperlipidämie.

36. Frage: Ist die arterielle Hypertonie suffizient eingestellt?

Antwort: Laut Angaben des Patienten ist der Blutdruck gut eingestellt.

37. Frage: Seit wann besteht die Hypertonie?

Antwort: Seit ungefähr 15 Jahren.

38. Frage: Welche typischen Symptome kann eine arterielle Hypertonie verursachen?

Antwort: Häufig verläuft sie asymptomatisch; möglich sind jedoch Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen oder Belastungsdyspnoe.

39. Frage: Wie wird die Diagnose einer arteriellen Hypertonie gestellt?

Antwort: Durch wiederholte Blutdruckmessungen.

40. Frage: Wie lauten die diagnostischen Grenzwerte?

Antwort: $\geq 140/90$ mmHg bei Praxis- beziehungsweise $\geq 130/80$ mmHg bei 24-Stunden-Blutdruckmessung.

41. Frage: Wie erfolgt die Therapie der arteriellen Hypertonie?

Antwort: Durch Lebensstilmodifikation wie Gewichtsreduktion, salzarme Ernährung und regelmäßige körperliche Aktivität sowie durch eine medikamentöse Therapie.

42. Frage: Was versteht man unter einer Hyperlipidämie?

Antwort: Eine Erhöhung der Blutfettwerte.

43. Frage: Wie wird eine Hyperlipidämie diagnostiziert?

Antwort: Durch eine laborchemische Blutuntersuchung.

44. Frage: Welcher Laborparameter ist im kardiovaskulären Kontext besonders relevant?

Antwort: Insbesondere das LDL-Cholesterin.

45. Frage: Gab es in der Anamnese neurologische Ereignisse?

Antwort: Ja, es trat ein kurzzeitiger reversibler neurologischer Ausfall mit Sehstörung am rechten Auge auf, vereinbar mit einer transitorisch-ischämischen Attacke.

46. Frage: Wie definieren Sie eine transitorisch-ischämische Attacke?

Antwort: Eine vorübergehende zerebrale Durchblutungsstörung mit plötzlich auftretenden neurologischen Defiziten, die sich innerhalb von 24 Stunden vollständig zurückbilden.

47. Frage: Welche klinische Bedeutung hat eine TIA?

Antwort: Sie gilt als Warnsignal für einen Schlaganfall und erfordert eine umgehende Abklärung sowie Sekundärprävention.

48. Frage: Bestehen rheumatologische Vorerkrankungen?

Antwort: In der Vorgeschichte bestanden entzündliche Rückenschmerzen mit Verdacht auf Morbus Bechterew; aktuell ist der Patient beschwerdefrei.

Frage: Was ist charakteristisch für Morbus Bechterew?

Antwort: Entzündliche Rückenschmerzen mit morgendlicher Steifigkeit, Besserung durch Bewegung sowie nächtlichem Schmerz.

49. Frage: Wurde bereits eine Koloskopie durchgeführt?

Antwort: Nein, eine Koloskopie erfolgte bislang nicht.

50. Frage: Waren die durchgeführten okkulten Bluttests im Stuhl auffällig?

Antwort: Nein, diese waren mehrfach negativ.

51. Frage: Was versteht man unter einer Koloskopie?

Antwort: Eine endoskopische Untersuchung des Dickdarms zur direkten Beurteilung der Schleimhaut, zur Früherkennung kolorektaler Neoplasien sowie zur Polypektomie.

Voroperationen:

52. Frage: Wurden in der Vorgeschichte operative Eingriffe durchgeführt?

Antwort: Ja, vor etwa acht Jahren wurde eine transurethrale Prostataoperation durchgeführt.

53. Frage: Aus welchem Grund erfolgte dieser Eingriff?

Antwort: Aufgrund eines benignen Prostatasyndroms, am ehesten im Rahmen einer benignen Prostatahyperplasie.

54. Frage: Wie definieren Sie eine transurethrale Prostataoperation?

Antwort: Dabei handelt es sich um ein operatives Verfahren, bei dem überschüssiges Prostatagewebe über die Harnröhre entfernt wird, um den Harnabfluss zu verbessern.

55. Frage: Welche Beschwerden sollen durch diesen Eingriff typischerweise gebessert werden?

Antwort: Ein abgeschwächter Harnstrahl, häufiges Wasserlassen sowie das Gefühl einer unvollständigen Blasenentleerung.

56. Frage: Wie wird der Eingriff in der Regel durchgeführt?

Antwort: Minimal-invasiv transurethral, meist unter Narkose und mit einem kurzen stationären Aufenthalt.

57. Frage: Wofür steht die Abkürzung BPH?

Antwort: Für benigne Prostatahyperplasie.

58. Frage: Was versteht man unter einer benignen Prostatahyperplasie?

Antwort: Eine gutartige Vergrößerung der Prostata, die überwiegend im höheren Lebensalter auftritt.

59. Frage: Welche typischen Symptome können bei einer BPH auftreten?

Antwort: Abgeschwächter Harnstrahl, häufiges nächtliches Wasserlassen sowie das Gefühl einer unvollständigen Blasenentleerung.

60. Frage: Wie wird eine benigne Prostatahyperplasie diagnostiziert?

Antwort: Anhand der Anamnese, der körperlichen Untersuchung, sonographischer Verfahren sowie laborchemischer Untersuchungen.

61. Frage: Welche Therapieoptionen stehen bei einer BPH zur Verfügung?

Antwort: Je nach Ausprägung eine medikamentöse Therapie oder operative Verfahren.

Medikamente

62. Frage: Welche Dauermedikation nimmt der Patient ein?

Antwort: Der Patient nimmt Ramipril 5 mg einmal täglich, Atorvastatin 20 mg abends sowie Acetylsalicylsäure mittags ein. Zusätzlich nimmt er Baldrian bei Bedarf.

63. Frage: Aus welchem Grund wird Ramipril verordnet?

Antwort: Zur Behandlung der arteriellen Hypertonie sowie zur kardiovaskulären Risikoreduktion.

64. Frage: Zu welcher Wirkstoffgruppe gehört Ramipril?

Antwort: Ramipril gehört zur Gruppe der ACE-Hemmer.

65. Frage: Wie ist der Wirkmechanismus von Ramipril?

Antwort: Ramipril hemmt die Bildung von Angiotensin II und führt dadurch zu einer Vasodilatation.

66. Frage: Welche typischen Nebenwirkungen können unter Ramipril auftreten?

Antwort: Trockener Reizhusten, Schwindel sowie ein Anstieg des Kaliumspiegels.

67. Frage: Aus welchem Grund wird Atorvastatin eingenommen?

Antwort: Zur Behandlung der Hypercholesterinämie sowie zur kardiovaskulären Prävention.

68. Frage: Zu welcher Substanzklasse zählt Atorvastatin?

Antwort: Atorvastatin zählt zu den Statinen.

69. Frage: Wie wirkt Atorvastatin?

Antwort: Es senkt vor allem das LDL-Cholesterin, indem es die hepatische Cholesterinsynthese hemmt.

70. Frage: Welche relevanten Nebenwirkungen sind unter Atorvastatin bekannt?

Antwort: Muskelschmerzen, erhöhte Leberwerte und in seltenen Fällen eine Myopathie.

71. Frage: Aus welchem Grund wird Acetylsalicylsäure verordnet?

Antwort: Zur kardiovaskulären Sekundärprävention.

72. Frage: Wie wirkt Acetylsalicylsäure in niedriger Dosierung?

Antwort: Thrombozytenaggregationshemmend durch Hemmung der Plättchenaggregation.

73. Frage: Welche Nebenwirkungen können unter ASS auftreten?

Antwort: Magenbeschwerden, eine erhöhte Blutungsneigung sowie selten allergische Reaktionen.

74. Frage: Werden weitere Medikamente eingenommen?

Antwort: Ja, Baldrian bei Bedarf.

75. Frage: Aus welchem Grund wird Baldrian eingenommen?

Antwort: Bei nervöser Unruhe und leichten Einschlafstörungen.

76. Frage: Welche Nebenwirkungen können unter Baldrian auftreten?

Antwort: Nebenwirkungen sind selten und meist mild, beispielsweise Müdigkeit oder leichte gastrointestinale Beschwerden.

Allergien

77. Frage: Sind relevante Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Antwort: Ja, es besteht eine Allergie gegen Novalgin sowie eine Nickelallergie.

78. Frage: Wie manifestierte sich die Reaktion auf Novalgin?

Antwort: Mit Urtikaria, Schwindel und einer anaphylaktischen Reaktion.

79. Frage: Wie wurde diese Reaktion behandelt?

Antwort: Die Behandlung erfolgte ambulant.

80. Frage: Ist die Novalgin-Allergie als klinisch relevant einzustufen?

Antwort: Ja, aufgrund der anamnestisch beschriebenen Anaphylaxie ist sie als schwerwiegend einzustufen.

81. Frage: Bestehen weitere Allergien?

Antwort: Ja, es besteht eine Nickelallergie.

82. Frage: Wie äußert sich die Nickelallergie?

Antwort: Durch lokale Hautreaktionen im Sinne von Rötung und Juckreiz.

83. Frage: Sind weitere Medikamentenallergien bekannt?

Antwort: Nein, außer der Novalgin-Allergie sind keine weiteren Medikamentenallergien bekannt.

Genussmittel

84. Frage: Bestehen relevante Risikofaktoren im Rahmen der Sozialanamnese?

Antwort: Ja, der Patient ist seit etwa 35 Jahren Raucher.

85. Frage: Wie hoch ist der aktuelle Tabakkonsum?

Antwort: Der Patient konsumiert derzeit etwa 15 Zigaretten pro Tag.

86. Frage: Wie viele Packungsjahre ergeben sich daraus?

Antwort: Dies entspricht ungefähr 26 Packungsjahren.

87. Frage: Bestehen anamnestisch Hinweise auf Atemwegsveränderungen oder Lungenerkrankungen?

Antwort: Nein, entsprechende Angaben zu Atemwegsveränderungen bestehen nicht.

88. Frage: Wurden bereits Maßnahmen zur Rauchentwöhnung versucht?

Antwort: Ja, es wurden bereits mehrere, jedoch erfolglose Rauchstopp-Versuche unternommen.

89. Frage: Wie ist der Alkoholkonsum des Patienten einzuschätzen?

Antwort: Der Alkoholkonsum erfolgt gelegentlich zu besonderen Anlässen, überwiegend in Form von Bier oder Rotwein.

90. Frage: Besteht ein Drogenkonsum?

Antwort: Nein, ein Drogenkonsum wird verneint.

Sozialanamnese

91. Frage: Wie stellt sich die berufliche Situation des Patienten dar?

Antwort: Der Patient ist Unternehmer und erstellt Lernmaterialien für das Abitur.

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

Antwort: Der Patient ist verheiratet und lebt mit seiner Ehefrau zusammen.

93. Frage: Hat der Patient Kinder?

Antwort: Ja, der Patient hat einen Sohn.

94. Frage: Wie ist die aktuelle Lebenssituation des Sohnes?

Antwort: Der Sohn ist Student.

Familienanamnese

95. Frage: Gibt es relevante Erkrankungen in der Familienanamnese?

Antwort: Ja, es bestehen relevante familiäre Vorerkrankungen.

96. Frage: Woran ist der Vater des Patienten verstorben?

Antwort: Der Vater verstarb im Alter von 32 Jahren infolge eines Unfalls.

97. Frage: Woran ist die Mutter des Patienten verstorben?

Antwort: Die Mutter verstarb im Alter von 68 Jahren an einem fortgeschrittenen, nicht näher spezifizierten Darmkrebs.

98. Frage: Bestanden bei der Mutter weitere relevante Vorerkrankungen?

Antwort: Ja, bei ihr bestand zudem eine arterielle Hypertonie.

99. Frage: Welche klinische Bedeutung hat der Darmkrebs der Mutter für den aktuellen Patienten?

Antwort: Er stellt einen relevanten Risikofaktor dar und ist im Rahmen der Differenzialdiagnostik sowie der Vorsorge zu berücksichtigen.

100. Frage: Was versteht man unter Darmkrebs beziehungsweise einem kolorektalen Karzinom?

Antwort: Eine bösartige Tumorerkrankung des Dick- oder Enddarms, die sich häufig langsam aus gutartigen Vorstufen wie Polypen entwickelt.

101. Frage: Welche Symptome können bei Darmkrebs auftreten?

Antwort: Blut im Stuhl, veränderte Stuhlgewohnheiten, Gewichtsverlust oder eine Leistungsminderung; initial kann die Erkrankung auch symptomlos verlaufen.

102. Frage: Wie wird Darmkrebs diagnostiziert?

Antwort: Durch eine Koloskopie mit Entnahme von Gewebeproben zur histologischen Sicherung.

103. Frage: Welche Maßnahme ist zur Vorsorge besonders wichtig?

Antwort: Die regelmäßige Durchführung einer Darmspiegelung.

104. Frage: Welche Therapieoptionen bestehen beim kolorektalen Karzinom?

Antwort: Je nach Stadium kommen operative Therapie, Chemotherapie und gegebenenfalls eine Strahlentherapie infrage.

Verdachts- und Differenzialdiagnose

105. Frage: Welche Verdachtsdiagnose stellen Sie anhand der vorliegenden Anamnese?

Antwort: Es besteht der klinische Verdacht auf eine akute Divertikulitis.

106. Frage: Welche Befunde sprechen für diese Verdachtsdiagnose?

Antwort: Die akut aufgetretenen linksseitigen Unterbauchschmerzen, die ausgeprägte Druckdolenz sowie die begleitenden Stuhlveränderungen.

107. Frage: Was versteht man unter einer Divertikulose?

Antwort: Darunter versteht man das Vorliegen kleiner Ausstülpungen der Darmwand, die meist altersbedingt sind und häufig keine Beschwerden verursachen.

108. Frage: Was ist eine Divertikulitis?

Antwort: Eine Divertikulitis bezeichnet die entzündliche Veränderung dieser Divertikel, die typischerweise mit Schmerzen, meist im linken Unterbauch, sowie weiteren Beschwerden einhergeht.

109. Frage: Was ist eine divertikuläre Blutung?

Antwort: Dabei handelt es sich um eine Blutung aus einem Divertikel, die sich klinisch zum Beispiel durch Blut im Stuhl bemerkbar machen kann.

110. Frage: Welche Differenzialdiagnosen haben Sie in Betracht gezogen?

Antwort: Differenzialdiagnostisch kommen eine Kolitis, eine Appendizitis atypischer Lokalisation sowie – insbesondere aufgrund der positiven Familienanamnese – eine maligne Darmerkrankung in Betracht.

111. Frage: Warum halten Sie eine Kolitis in diesem Fall für weniger wahrscheinlich?

Antwort: Da keine ausgeprägten Diarrhöen, kein Fieber und keine systemischen Entzündungszeichen berichtet wurden.

112. Frage: Was versteht man unter einer Kolitis?

Antwort: Eine Entzündung des Dickdarms, die infektiös, entzündlich-chronisch oder ischämisch bedingt sein kann.

113. Frage: Welche typischen Symptome sprechen für eine Kolitis?

Antwort: Durchfall, Bauchschmerzen, Fieber sowie gegebenenfalls Blut im Stuhl.

114. Frage: Wie wird eine Kolitis diagnostiziert?

Antwort: Durch Anamnese, Laboruntersuchungen, Stuhltests und gegebenenfalls eine Koloskopie mit Biopsie.

115. Frage: Warum ist eine Appendizitis atypischer Lokalisation eher unwahrscheinlich?

Antwort: Aufgrund der linksseitigen Schmerzlokalisierung sowie des fehlenden typischen Schmerzverlaufs.

116. Frage: Wie präsentiert sich eine typische Appendizitis klinisch?

Antwort: Initial diffuse Bauchschmerzen mit anschließender Verlagerung in den rechten Unterbauch, häufig begleitet von Übelkeit, Erbrechen und gegebenenfalls Fieber.

117. Frage: Wie wird eine Appendizitis diagnostiziert und behandelt?

Antwort: Die Diagnose erfolgt anhand von Anamnese, klinischer Untersuchung, Laborwerten und Bildgebung, insbesondere Ultraschall; die Therapie besteht in der Regel in der operativen Entfernung des Wurmfortsatzes.

118. Frage: Warum wird eine maligne Darmerkrankung aktuell als weniger wahrscheinlich eingeschätzt?

Antwort: Aufgrund des akuten Schmerzbeginns und fehlender chronischer Warnsymptome wie persistierender Gewichtsabnahme, Blut im Stuhl oder progredienter Anämie.

119. Frage: Warum bleibt eine maligne Darmerkrankung dennoch differenzialdiagnostisch relevant?

Antwort: Aufgrund der positiven Familienanamnese mit Darmkrebs, sodass sie im weiteren Verlauf ausgeschlossen werden sollte.

Diagnostische Abklärung

120. Frage: Wie würden Sie im weiteren Vorgehen verfahren?

Antwort: Es wird eine stationäre Aufnahme zur weiteren Abklärung und Therapie empfohlen.

121. Frage: Wie begründen Sie die Indikation zur stationären Aufnahme?

Antwort: Aufgrund des Verdachts auf eine akute Divertikulitis mit dem Risiko potenzieller Komplikationen wie Abszessbildung, Perforation oder Peritonitis.

122. Frage: Welche Komplikationen müssen bei einer akuten Divertikulitis ausgeschlossen werden?

Antwort: Insbesondere Abszessbildung, Perforation und eine daraus resultierende Peritonitis.

123. Frage: Welche diagnostischen Maßnahmen planen Sie zur Bestätigung der Verdachtsdiagnose?

Antwort: Eine laborchemische Untersuchung mit Fokus auf Entzündungsparameter, insbesondere eine Leukozytose, sowie eine bildgebende Diagnostik mittels Sonographie oder CT.

124. Frage: Welche Bildgebung ist bei unklarer oder komplizierter Konstellation besonders geeignet?

Antwort: Die CT-Untersuchung des Abdomens, da sie Komplikationen wie Abszesse oder Perforationen zuverlässig darstellen kann.

125. Frage: Welche Rolle spielt die Sonographie in der Diagnostik?

Antwort: Sie eignet sich als initiale, nicht-invasive Untersuchung zur Detektion entzündlicher Veränderungen im Bereich des Kolons.

körperliche Untersuchung

126. Frage: Was ist der nächste Schritt nach der Anamnese?

Antwort: Eine umfassende körperliche Untersuchung.

127. Frage: Womit beginnen Sie bei der körperlichen Untersuchung?

Antwort: Mit der Erhebung der Vitalparameter, insbesondere Herzfrequenz, Blutdruck, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung und Körpertemperatur.

128. Frage: Worauf achten Sie bei der Inspektion des Abdomens?

Antwort: Insbesondere auf den Allgemeinzustand des Patienten sowie auf eine mögliche Schonhaltung.

129. Frage: Welche Befunde sind bei der Palpation besonders relevant?

Antwort: Eine ausgeprägte Druckdolenz im linken Unterbauch sowie das Vorliegen eines Loslassschmerzes als Hinweis auf eine peritoneale Reizung.

130. Frage: Welche weiteren palpatorischen Befunde müssen Sie beachten?

Antwort: Verhärtungen oder tastbare Resistenzen, beispielsweise im Sinne eines Abszesses.

131. Frage: Was versteht man unter einem Abszess?

Antwort: Eine umschriebene Eiteransammlung im Gewebe, meist infolge einer bakteriellen Infektion.

132. Frage: Welche klinischen Zeichen sprechen für einen Abszess?

Antwort: Schwellung, Rötung, Überwärmung, Schmerzen sowie gegebenenfalls Fieber.

133. Frage: Wie wird ein Abszess diagnostiziert und therapiert?

Antwort: Die Diagnose erfolgt klinisch und gegebenenfalls mittels Bildgebung wie Ultraschall oder CT; die Therapie besteht in der Regel aus Drainage und antibiotischer Behandlung.

134. Frage: Welche Bedeutung hat eine generalisierte Abwehrspannung?

Antwort: Sie würde den Verdacht auf eine Peritonitis nahelegen.

135. Frage: Welche Rolle spielt die Perkussion bei der Untersuchung?

Antwort: Sie dient vor allem dem Ausschluss von Komplikationen, beispielsweise dem Nachweis von Flüssigkeit im Abdomen.

136. Frage: Wie führen Sie die Perkussion korrekt durch?

Antwort: Der Mittelfinger einer Hand wird fest auf den Körper aufgelegt und mit dem Mittelfinger der anderen Hand kurz und locker beklopft, wobei der entstehende Klopfeschall beurteilt wird.

137. Frage: Welche Klopfeschallqualitäten unterscheiden Sie?

Antwort: Einen tympanitischen Klopfeschall bei luftgefülltem Darm, einen sonoren Normalschall sowie einen gedämpften Klopfeschall, etwa bei Flüssigkeit, Infiltration oder Organvergrößerung.

138. Frage: Worauf achten Sie bei der Auskultation des Abdomens?

Antwort: Auf Hinweise einer funktionellen Darmbeteiligung, insbesondere auf verminderte oder fehlende Darmgeräusche.

139. Frage: Was kann das Fehlen von Darmgeräuschen bedeuten?

Antwort: Es kann auf einen entzündungsbedingten paralytischen Ileus hinweisen.

Laboruntersuchung

140. Frage: Welche Laboruntersuchungen würden Sie initial veranlassen?

Antwort: Ein kleines Blutbild, CRP, Elektrolyte, Nierenretentionswerte, Leberwerte sowie Gerinnungsparameter.

141. Frage: Welche Laborveränderungen erwarten Sie bei einer akuten Divertikulitis?

Antwort: Eine Leukozytose sowie eine Erhöhung des CRP als Ausdruck einer entzündlichen Reaktion.

142. Frage: Welche Bedeutung hat das CRP in diesem Kontext?

Antwort: Es dient als Entzündungsmarker und kann Hinweise auf das Ausmaß der Entzündung geben.

143. Frage: Warum bestimmen Sie die Elektrolyte?

Antwort: Zur Beurteilung des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts, insbesondere bei verminderter Nahrungsaufnahme oder begleitender Obstipation.

144. Frage: Warum sind Nierenretentionswerte relevant?

Antwort: Zur Beurteilung der Nierenfunktion, insbesondere im Hinblick auf eine geplante Kontrastmittelgabe bei CT-Diagnostik.

145. Frage: Welche Gerinnungswerte würden Sie bestimmen und warum?

Antwort: INR, PTT und Thrombozytenzahl, insbesondere aufgrund der Einnahme von Acetylsalicylsäure und im Hinblick auf mögliche interventionelle oder operative Maßnahmen.

146. Frage: Würden Sie Blutkulturen abnehmen?

Antwort: Bei klinischem Verdacht auf eine systemische Infektion oder Fieber wären Blutkulturen indiziert.

147. Frage: Ist eine Bestimmung des Prokalzitonins sinnvoll?

Antwort: In komplizierten Verläufen oder bei Verdacht auf eine systemische Infektion kann Prokalzitonin zur Abschätzung der Schwere hilfreich sein.

148. Frage: Würden Sie eine Urinuntersuchung durchführen?

Antwort: Ja, zum Ausschluss einer urologischen Differenzialdiagnose wie einer Harnwegsinfektion.

149. Frage: Welche Laborbefunde würden den Verdacht auf eine Komplikation erhärten?

Antwort: Stark erhöhte Entzündungsparameter, Leukozytose mit Linksverschiebung oder Hinweise auf eine Sepsis.

Abdomensonografie

150. Frage: Welche Rolle spielt die Sonographie in der Diagnostik dieses Falls?

Antwort: Sie dient als initiales bildgebendes Verfahren zur Abklärung des Verdachts auf eine akute Divertikulitis.

151. Frage: Wie funktioniert die Sonographie grundsätzlich?

Antwort: Sie stellt innere Strukturen mithilfe hochfrequenter Schallwellen dar.

152. Frage: Welche Vorteile bietet die Sonographie?

Antwort: Sie ist strahlenfrei, nicht invasiv, in der Regel ohne spezielle Vorbereitung durchführbar und dauert nur wenige Minuten.

153. Frage: Wie wird die sonographische Untersuchung durchgeführt?

Antwort: Der Patient liegt auf der Untersuchungsfläche, es wird ein Gel aufgetragen und der Schallkopf über die Haut geführt.

154. Frage: Welche typischen sonographischen Befunde sprechen für eine akute Divertikulitis?

Antwort: Eine umschriebene Wandverdickung des Kolons, meist im Bereich des Sigmas, darstellbare Divertikel sowie ein hyperechogenes perikolisches Fettgewebe als Entzündungszeichen.

155. Frage: Was bedeutet ein hyperechogenes perikolisches Fettgewebe?

Antwort: Es stellt ein sonographisches Zeichen einer lokalen entzündlichen Reaktion dar.

156. Frage: Welche zusätzlichen Befunde können bei einem komplizierten Verlauf auftreten?

Antwort: Freie Flüssigkeit, eine verminderte Darmperistaltik sowie echoarme oder echofreie Areale im Sinne eines Abszesses.

157. Frage: Woran erkennen Sie sonographisch einen Abszess?

Antwort: An echoarmen oder echofreien, umschriebenen Arealen mit möglicher Randbegrenzung.

158. Frage: Wann ist die Sonographie möglicherweise nicht ausreichend?

Antwort: Bei unklaren Befunden oder Verdacht auf Komplikationen, sodass eine weiterführende CT-Diagnostik erforderlich ist.

Computertomographie (CT)

159. Frage: Welche Rolle spielt die Computertomographie in diesem Fall?

Antwort: Sie dient der weiterführenden Diagnostik zur Sicherung der Verdachtsdiagnose und zum Ausschluss von Komplikationen.

160. Frage: Wie funktioniert die Computertomographie grundsätzlich?

Antwort: Die CT erstellt mithilfe von Röntgenstrahlen detaillierte Schnittbilder der inneren Organe.

161. Frage: Wie läuft eine CT-Untersuchung für den Patienten ab?

Antwort: Der Patient wird in einen röhrenförmigen Scanner geschoben und muss während der Untersuchung ruhig liegen.

162. Frage: Wird bei der CT ein Kontrastmittel verwendet?

Antwort: Häufig ja, um eine genauere Darstellung der Strukturen zu ermöglichen.

163. Frage: Was ist vor einer CT mit Kontrastmittel zu beachten?

Antwort: Der Patient sollte ausreichend Flüssigkeit trinken, und bestimmte Medikamente wie Metformin müssen zuvor pausiert werden.

164. Frage: Welche Risiken bestehen bei der Kontrastmittelgabe?

Antwort: In seltenen Fällen kann es zu allergischen Reaktionen kommen.

165. Frage: Wie gehen Sie mit möglichen Kontrastmittelreaktionen um?

Antwort: Wir sind darauf vorbereitet und verfügen über alle notwendigen Medikamente und Maßnahmen zur sofortigen Behandlung.

166. Frage: Welche typischen CT-Befunde sprechen für eine akute Divertikulitis?

Antwort: Eine segmentale Wandverdickung des betroffenen Kolonabschnitts, meist im Bereich des Sigmas, mit entzündlicher Infiltration des perikolischen Fettgewebes („fat stranding“) sowie darstellbaren Divertikeln.

167. Frage: Was versteht man unter „fat stranding“?

Antwort: Eine entzündliche Infiltration des perikolischen Fettgewebes, die im CT als streifige Verdichtung sichtbar ist.

168. Frage: Welche Vorteile hat die CT gegenüber der Sonographie?

Antwort: Sie erlaubt eine zuverlässigere Beurteilung von Ausdehnung und Komplikationen wie Abszess, Perforation oder freie Luft.

Behandlung:

169. Frage: Wann kann eine Divertikulitis ambulant behandelt werden?

Antwort: Wenn der Patient klinisch stabil ist und klare Flüssigkeiten gut toleriert.

170. Frage: Wie erfolgt die Ernährungstherapie in diesem Fall?

Antwort: Mit einem schrittweisen Kostenaufbau beginnend mit klaren Flüssigkeiten.

171. Frage: Wie wird eine unkomplizierte akute Divertikulitis medikamentös behandelt?

Antwort: In der Regel antibiotisch über sieben bis zehn Tage, meist als orale Kombinationstherapie, beispielsweise mit Ciprofloxacin und Metronidazol.

172. Frage: Wie therapieren Sie eine Divertikulitis mit umschriebenem Abszess?

Antwort: Zunächst erfolgt eine perkutane, CT-gestützte Drainage des Abszesses.

173. Frage: Wie ist das weitere Vorgehen nach Drainage eines Abszesses?

Antwort: In der Regel erfolgt nach etwa sechs Wochen eine operative Sanierung, häufig laparoskopisch.

174. Frage: Wie gehen Sie bei einer Perforation im Rahmen einer Divertikulitis vor?

Antwort: Es ist eine sofortige stationäre Aufnahme mit notfallmäßiger operativer Sanierung des betroffenen Darmabschnitts erforderlich.

175. Frage: Welche zusätzlichen Maßnahmen sind bei einer perforierten Divertikulitis notwendig?

Antwort: Eine breit wirksame intravenöse Antibiotikatherapie, Volumentherapie sowie eine engmaschige intensivmedizinische Überwachung.

176. Frage: Wann ist die Anlage eines Stomas erforderlich?

Antwort: Je nach Ausmaß der Entzündung und intraoperativem Befund kann ein protektives oder endständiges Stoma notwendig sein.

177. Frage: Welche präventiven Maßnahmen empfehlen Sie nach überstandener Divertikulitis?

Antwort: Eine Steigerung der Ballaststoffzufuhr sowie regelmäßige körperliche Aktivität zur Verbesserung der Darmfunktion.

Komplikationen:

178. Frage: Welche relevanten Komplikationen können bei einer akuten Divertikulitis auftreten?

Antwort: Abszessbildung, Perforation, Peritonitis, Fistelbildung, Stenosen bis hin zum Ileus, Blutungen sowie eine Sepsis mit systemischer Beteiligung.

179. Frage: Wie äußert sich eine Peritonitis im Rahmen einer Divertikulitis?

Antwort: Sie kann lokal begrenzt oder generalisiert auftreten und geht mit Abwehrspannung, starken Schmerzen und systemischen Entzündungszeichen einher.

180. Frage: Wann spricht man von einer Sepsis im Rahmen einer Divertikulitis?

Antwort: Bei systemischer Entzündungsreaktion mit Organbeteiligung infolge einer Infektion.



Fachleiter