

FIBROMYALGIE REIZDARM ANGST

Fachleiter Medizin



Anamnese



Untersuchung



Therapie



Prüfung

Inhalt

Einleitung	3
Konjunktiv I.....	4
Begrüßung.....	6
Aktuelle Anamnese.....	6
Die vegetative Anamnese	7
Vorerkrankungen	7
Voroperationen.....	7
Gynäkologie	8
Medikamente	8
Allergien	8
Noxen.....	8
Sozialanamnese	8
Familienanamnese	9
Verdachts- und Differentialdiagnose	9
Diagnostische Abklärung	10
körperliche Untersuchung	10
Laboruntersuchung.....	11
Elektrokardiogramm	12
Konsile	12
Behandlung.....	12
Komplikationen	12
Extra.....	13
Fragen	13

Einleitung

Der Fall enthält verschiedene Erfahrungen, aber das bedeutet nicht unbedingt, dass all diese Informationen in der Prüfung vorkommen. Ich habe versucht, alle möglichen Fragen abzudecken. Es ist empfehlenswert, sich umfassend vorzubereiten, jedoch lässt sich nicht vorhersagen, wie viel davon Sie tatsächlich in der Prüfung anwenden werden. Bei der Prüfung kann es vorkommen, dass Sie keine vollständige Anamnese durchführen können. Machen Sie sich jedoch keine Sorgen.

Es ist von großer Bedeutung, die Aussagen des Patienten wortwörtlich wiederzugeben.

In einer ärztlichen Prüfung spielt ein Arzt die Rolle des Patienten, wobei er detailliert eine vorbereitete Vorlage mit vollständiger Anamnese nutzt. Dies geschieht weder spontan noch systematisch: Er arbeitet mit einer strukturierten Vorlage, in der alle Aspekte der Anamnese enthalten sind, und versucht gleichzeitig, durch unstrukturierte Angaben den Prüfling zu verwirren. Der Prüfling muss daher unbedingt die Gesprächsführung übernehmen, gezielt nachfragen und den "Patienten" höflich, aber bestimmt steuern, um eine klare und strukturierte Anamnese zu gewährleisten.

Sie können die Zeit wie folgt einteilen: In den ersten 10 Minuten, genauer gesagt nach der Frage „Was führt Sie zu uns?“, sollten Sie eine Verdachtsdiagnose sowie zwei Differenzialdiagnosen in Betracht ziehen und gezielte Fragen dazu stellen, einschließlich der vegetativen Anamnese. Anschließend können Sie entscheiden, welche Informationen Sie zuerst erheben.

In einem Arztbrief sollten bei den Punkten Allergien, Sozialanamnese, Familienanamnese und Medikation Stichwörter verwendet werden. Achten Sie jedoch darauf, bei der mündlichen Vorstellung vollständige Sätze zu nutzen.

Viel Erfolg

Morteza Soltani

Konjunktiv I

Patient (direkte Rede):

„Ich hatte heftige Kopfschmerzen.“

✗ Falsch:

Er **habe** angegeben, dass er heftige Kopfschmerzen gehabt habe.

Laut Angaben des Patienten **seien** heftige Kopfschmerzen aufgetreten.

✓ Richtig:

Er **gab** an, dass er heftige Kopfschmerzen gehabt habe.

Laut Angaben des Patienten **sind** heftige Kopfschmerzen aufgetreten.

Bei Schlussfolgerungen, radikulären Schmerzen, konservativer Therapie oder B-Symptomatik kein Konjunktiv I verwenden.

Gültig in der Prüfung (FSP): Ich habe alles im Konjunktiv I formuliert, weil ich die Angaben nicht objektiv bestätigen kann!!!!!!

Bei der Wiedergabe brauchen wir entweder einen einleitenden Satz mit Verben wie „sagen“, „berichten“, „angeben“, „mitteilen“, „äußern“, „anführen“, „nennen“ usw. – oder wir formulieren die Aussage ohne einleitenden Satz.

Artikels im Singular: **der** (maskulin), **die** (feminin), **das** (neutral)

Patientenaussage: „Ich bin gestern auf der Treppe gestürzt.“

- 📄 Arztbrief (formell, schriftlich): Die Patientin berichtet, dass sie gestern auf der Treppe gestürzt sei.
- 🗣️ Fallvorstellung (mündlich, kompakt): Die Patientin berichtet, sie sei gestern auf der Treppe gestürzt.

Präsens		Vergangenheit
Originalsatz: „Er geht nach Hause.“ → Konjunktiv I: Er gehe nach Hause. Originalsatz: „Sie nimmt die Tablette.“ → Konjunktiv I: Sie nehme die Tablette. Originalsatz: „Es gibt Probleme.“ → Konjunktiv I: Es gebe Probleme.		Originalsatz: „Er hat die Tablette eingenommen.“ → Konjunktiv I: Er habe die Tablette eingenommen. Originalsatz: „Es wurde erfolgreich behandelt.“ → Konjunktiv I: Es sei erfolgreich behandelt worden. Originalsatz: „Es ist größer geworden.“ → Konjunktiv I: Es sei größer geworden. Originalsatz (Plural): „Sie nahmen stark zu.“ → Konjunktiv I: Sie hätten stark zugenommen. Originalsatz (Plural): „Die Schmerzen traten gestern auf.“ → Konjunktiv I: Die Schmerzen seien gestern aufgetreten.
Futur		
Originalsatz: „Er wird morgen einkaufen.“ → Konjunktiv I: Er werde morgen einkaufen. Originalsatz: „Sie werden abnehmen.“ → Konjunktiv I: Sie würden abnehmen.		
Sein	Präsens	ich sei, du seiest, er sei, wir seien, ihr seiet, sie seien
	Vergangenheit	Präsensform + gewesen
Haben	Präsens	ich hätte, du hättest, er habe wir hätten, ihr hättet, sie hätten
	Vergangenheit	Präsensform + gehabt

Modalverben (Präsens):

„Er/ Ich kann das erklären.“

→ Konjunktiv I: Er/ Ich könne das erklären. (solle, wolle, müsse, dürfe)

Originalsatz (Plural): „Sie können das erklären.“

→ Konjunktiv I: Sie könntet das erklären. (müssten/ sollten/ wollten/ dürften)

Modalverben (Vergangenheit)

Originalsatz: „Er wollte das Medikament einnehmen.“

→ Konjunktiv I: Er habe das Medikament einnehmen wollen.

Originalsatz: „Er konnte nicht kommen.“

→ Konjunktiv I: Er habe nicht kommen können.

Begrüßung

Guten Tag, sehr geehrter Herr Professor Doktor ...,

ich möchte Ihnen nun die Patientin Ivana Slivoviz vorstellen.

Sie ist 34 Jahre alt, ein Meter neunundsechzig groß und wiegt etwa 70 kg. Daraus ergibt sich ein Body-Mass-Index (BMI) von ca. 24,5 kg/m², womit sie noch dem Normgewicht (oberer Normbereich) zuzuordnen ist.

Aktuelle Anamnese

Die Patientin stellte sich aufgrund seit etwa sechs Monaten bestehender, generalisierter Schmerzen in mehreren Körperregionen vor, insbesondere im Nacken-, Schulter-, Rücken- sowie Hüft- und Beinbereich.

In den letzten vier bis sechs Wochen ist es laut ihren Angaben zu einer deutlichen Zunahme der Beschwerden gekommen.

Sie gab an, die Schmerzen seien beidseitig lokalisiert, dumpf-ziehend und teilweise bereits bei leichtem Druck schmerzhaft. Eine Besserung trete durch leichte Bewegung sowie warmes Duschen ein.

Zusätzlich berichtet die Patientin über intermittierend auftretende, diffuse, krampfartige Bauchschmerzen, die sich meist nach dem Stuhlgang bessern. Es besteht ein Wechsel zwischen Obstipation und Diarrhö, wobei während Durchfallphasen bis zu vier- bis sechsmal täglich Stuhlgang angegeben wird.

Begleitend klagt die Patientin über ausgeprägte Müdigkeit, schnelle Erschöpfbarkeit sowie eine morgendliche Steifigkeit.

Weiterhin beschreibt sie abend- und nächtlich auftretende Missempfindungen in den Beinen mit starkem Bewegungsdrang, wodurch das Einschlafen erheblich erschwert sei.

Konzentrationsstörungen und eine verminderte Leistungsfähigkeit im Alltag werden angegeben.

Zeitweise treten Angstattacken mit **Palpitation**, **Engegefühl** in der Brust, **Dyspnoe**, **Hyperhidrose** sowie innerer **Unruhe** auf, meist ohne klaren Auslöser oder in stressigen Situationen.

Fieber, **Nachtschweiß**, Gewichtsveränderungen, neurologische **Ausfälle**, Sehstörungen sowie urogenitale oder gynäkologische Beschwerden werden verneint.

Umfangreiche internistische und kardiologische Abklärungen einschließlich **Koloskopie** sowie Laboruntersuchungen sind nach ihren Angaben bereits erfolgt und ohne pathologischen Befund gewesen.

Die Patientin ist bei der **Techniker Krankenkasse**, abgekürzt TK, versichert.

Die vegetative Anamnese

In der vegetativen Anamnese fällt vor allem eine Einschlafstörung im Rahmen eines möglichen Restless-Legs-Syndroms auf.

Vorerkrankungen

An Vorerkrankungen sind bei ihr die folgenden bekannt:

Vor rund zehn Jahren bestand eine leichte **depressive** Episode, die keiner medikamentösen Therapie bedurfte.

Bekannte chronische internistische Erkrankungen bestehen nicht.

Voroperationen

Eine **Tonsillektomie** wurde im Alter von etwa 12 Jahren ohne Komplikationen durchgeführt.

Hinweis: Wenn eine Aussage durch eine ärztliche Untersuchung objektiv bestätigt werden kann – zum Beispiel durch sichtbare Narben – ist der Indikativ angebracht. (In der Fachsprachprüfung findet keine körperliche Untersuchung statt.)

Gynäkologie

Die letzte Menstruation war vor fünf Tagen, der Zyklus ist regelmäßig. Eine Schwangerschaft besteht derzeit nicht.

Medikamente

Sie nimmt bei Bedarf **Ibuprofen** 400 mg sowie Paracetamol 500 mg ein.

Es erfolgten Impfungen gegen **FSME** sowie gegen **COVID-19**.

Hinweis: Wenn eine Aussage durch eine ärztliche Beobachtung objektiv bestätigt werden kann – zum Beispiel anhand eines Rezepts – ist der Indikativ angebracht.

Allergien

Es besteht eine Allergie gegen Novalgin mit Auftreten von **Urtikaria**.

Zudem besteht eine Penicillinallergie mit Dyspnoe und Schwindel im Sinne einer **anaphylaktischen Reaktion**.

Noxen

Die Patientin ist ehemalige Raucherin und rauchte bis vor etwa zwei Jahren rund eine halbe Packung Zigaretten pro Tag über einen Zeitraum von fünf Jahren, entsprechend 2,5 **Packungsjahren**.

Es besteht gelegentlicher Alkoholkonsum, vorwiegend am Wochenende in Form von Bier oder Wein.

In der Vergangenheit bestand gelegentlicher Haschischkonsum.

Aktuell werden keine Drogen konsumiert.

Sozialanamnese

Die Patientin ist von Beruf Altenpflegerin.

Sie ist ledig und wohnt selbstständig.

Haustiere bestehen nicht.

Familienanamnese

Die Mutter verstarb im Alter von 75 Jahren an den Folgen einer Apoplexie.

Der Vater ist 88 Jahre alt und leidet an einem Prostatakarzinom; zudem besteht ein Zustand nach Apoplexie.

Verdachts- und Differentialdiagnose

Aufgrund der chronischen, generalisierten muskuloskelettalen Schmerzen, der ausgeprägten Fatigue, der funktionellen gastrointestinalen Beschwerden sowie der begleitenden Angst- und Schlafstörungen besteht der Verdacht auf ein Fibromyalgiesyndrom in Kombination mit einem Reizdarmsyndrom sowie einer Angststörung. Zudem zeigen sich Hinweise auf ein mögliches Restless-Legs-Syndrom.

Differenzialdiagnostisch sind entzündlich-rheumatologische Erkrankungen wie eine rheumatoide Arthritis oder eine Polymyalgia rheumatica in Erwägung zu ziehen; jedoch fehlen systemische Symptome wie Fieber, Nachtschweiß und Gewichtsverlust. Zudem waren die bisherigen laborchemischen Entzündungsparameter, insbesondere das C-reaktive Protein (CRP), unauffällig.

Weiterhin sind endokrinologische Ursachen wie eine Hypothyreose oder eine Nebennierenfunktionsstörung zu bedenken, jedoch fehlen hierfür typische klinische Zeichen wie Kälteintoleranz, Gewichtszunahme, Hyperpigmentierung oder Blutdruckveränderungen.

Auch neurologische Erkrankungen wie eine Multiple Sklerose oder eine Polyneuropathie sind differenzialdiagnostisch zu berücksichtigen, wenngleich die bisherigen Untersuchungen unauffällig waren und keine fokal-neurologischen Defizite festgestellt wurden.

Diagnostische Abklärung

Da weder Red-Flag-Zeichen noch ein vitaler Notfall vorliegen, kann die Patientin ambulant weiter betreut und behandelt werden.

Entscheidend ist dabei, organische Ursachen konsequent auszuschließen.

körperliche Untersuchung

Nach der Anamnese folgt eine umfassende körperliche Untersuchung, die mit der Erhebung der Vitalparameter beginnt, darunter Herzfrequenz, **Blutdruck**, **Atemfrequenz**, **Sauerstoffsättigung** und **Temperatur**.

Bei der Inspektion suchen wir insbesondere nach Zeichen einer Anämie, etwa einer Blässe der Haut oder der Konjunktiven, sowie nach Hautveränderungen wie Erythemen, Schuppungen oder subkutanen Knoten, wie sie bei rheumatologischen Erkrankungen auftreten können.

Bei der Palpation prüfen wir vor allem die **Druckschmerzhaftigkeit** an charakteristischen Schmerzstellen sowie die Schilddrüse hinsichtlich Größe und Konsistenz.

Bei der Auskultation achten wir auf Herz- und Lungengeräusche, insbesondere auf das Vorliegen von Herzgeräuschen (Murmuren) als Hinweis auf kardiale Erkrankungen.

Bei der **Perkussion** des Abdomens können wir Hinweise auf eine Hepato- und/oder Splenomegalie feststellen.

Während der Anamnese fragen wir gezielt nach Stimmungslage und Angst, um mögliche Komorbiditäten wie eine Depression oder Angststörungen zu erfassen.

Fachleiter

11 Fibromyalgie-Reizdarm-Angst

Laboruntersuchung

Folgende Laboruntersuchungen werden durchgeführt:

Parameter	Ergebnis	Referenzbereich
Hämoglobin (Hb)	13,4 g/dl	12,0–16,0 g/dl
Leukozyten	$6,2 \times 10^9/l$	$4,0–10,0 \times 10^9/l$
Thrombozyten	$265 \times 10^9/l$	$150–400 \times 10^9/l$
CRP	<0,5 mg/dl	<0,5 mg/dl
BSG (1 h)	8 mm	<20 mm
TSH	1,8 mIU/l	0,4–4,0 mIU/l
Ferritin	45 µg/l	15–150 µg/l
Vitamin B12	420 pg/ml	200–900 pg/ml
Vitamin D (25-OH)	24 ng/ml	>30 ng/ml
CK	98 U/l	<170 U/l
Kreatinin	0,78 mg/dl	0,5–1,1 mg/dl
eGFR	>90 ml/min	>60 ml/min
AST (GOT)	22 U/l	<35 U/l
ALT (GPT)	19 U/l	<35 U/l
Calcium	2,32 mmol/l	2,15–2,55 mmol/l
Glukose nüchtern	92 mg/dl	70–100 mg/dl

© 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](https://www.youtube.com/@Fach.Leiter-----t.me/Fachleiter)

12 Fibromyalgie-Reizdarm-Angst

Elektrokardiogramm

Ein Elektrokardiogramm dient der Basisbeurteilung sowie dem Ausschluss kardiovaskulärer Ursachen.

Konsile

psychologisch

Behandlung

Die Behandlung umfasst vor allem Schulungsmaßnahmen und psychotherapeutische Interventionen. Dazu zählen unterstützende Aspekte wie empathische Gesprächsführung, psychoedukative Maßnahmen sowie reassurance im Sinne einer Beruhigung und Aufklärung der Patientin.

Ein zentrales therapeutisches Verfahren stellt die kognitive Verhaltenstherapie (CBT) dar.

Wichtig ist zudem, begleitende Depressionen oder Angststörungen frühzeitig zu erkennen und adäquat mitzubehandeln, beispielsweise mittels selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI).

Zur Symptomtherapie können gezielt medikamentöse Maßnahmen eingesetzt werden, beispielsweise zur Behandlung einer Diarrhö mit Loperamid oder Diphenoxylat.

Nach Ausschluss einer Anämie sowie eines Eisen- oder Vitamin-D-Mangels kann bei Vorliegen eines Restless-Legs-Syndroms eine medikamentöse Therapie, etwa mit Pregabalin oder Pramipexol, erwogen werden, wobei insbesondere bei Pramipexol eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung erforderlich ist.

Komplikationen

Die Beschwerden beeinträchtigen insbesondere den Alltag und die berufliche Leistungsfähigkeit der Patientin.

Extra

Namen:

Stefan Krüger, Jan Petersen, Katharina Braun, Miriam Köhler

Berufe:

Elektriker, Lehrer

Vorerkrankungen:

Vor etwa zehn Jahren bestand eine Major Depression (MDD) mit suizidalen Gedanken, bei fehlender ausreichender psychosozialer Unterstützung.

Medikamente:

Citalopram 20 mg einmal täglich
Loperamid

Fragen

1. was habe ich eigentlich? Und warum sind denn alle Untersuchungen bisher unauffällig?

Das ist eine sehr verständliche Frage. Nach dem, was Sie mir geschildert haben, und da alle bisherigen Untersuchungen unauffällig waren, spricht vieles für eine sogenannte funktionelle Erkrankung. Das bedeutet, dass die Beschwerden real sind und Sie stark belasten, man aber in den üblichen Untersuchungen keine organische Ursache findet. Das ist nichts Gefährliches, kann aber sehr belastend sein. Wichtig ist, dass wir jetzt gemeinsam schauen, wie wir Ihre Beschwerden Schritt für Schritt lindern und Ihren Alltag wieder verbessern können.

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

Diagnosekriterien Fibromyalgiesyndrom (ACR)		
Kriterium	Beschreibung	Anforderung
Generalisierte Schmerzen	Schmerzen in mehreren Körperregionen (oberhalb und unterhalb der Taille, links und rechts, axiales Skelett)	≥ 3 Monate
Widespread Pain Index	Anzahl schmerzhafter Körperregionen (0–19)	WPI ≥ 7 und SS ≥ 5 oder WPI 4–6 und SS ≥ 9
Symptom Severity Scale (SS)	Bewertung von Fatigue, nicht-erholsamem Schlaf, kognitiven Symptomen sowie somatischen Beschwerden (0–12)	Bestandteil der Diagnosestellung
Fatigue	Ausgeprägte körperliche und mentale Erschöpfung	häufig vorhanden
Schlafstörungen	Nicht-erholsamer Schlaf, Ein- oder Durchschlafstörungen	häufig vorhanden
Kognitive Symptome	Konzentrations- und Gedächtnisstörungen („Fibro-Fog“)	häufig vorhanden
Ausschluss anderer Ursachen	Keine andere Erkrankung, die die Symptome besser erklärt	obligat
Laborbefunde	Keine entzündlichen oder strukturellen Auffälligkeiten	typisch unauffällig

Diagnosekriterien Reizdarmsyndrom (Rome IV)		
Kriterium	Beschreibung	Anforderung
Leitsymptom Bauchschmerz	Wiederkehrende abdominale Schmerzen	≥ 1 Tag/Woche
Zeitkriterium	Beschwerden bestehen seit mindestens 6 Monaten	obligat
Zusammenhang mit Defäkation	Schmerz bessert oder verschlechtert sich durch Stuhlgang	≥ 1 Kriterium
Stuhlfrequenz	Zusammenhang mit veränderter Stuhlfrequenz	≥ 1 Kriterium
Stuhlkonsistenz	Zusammenhang mit veränderter Stuhlform (hart / weich / wässrig)	≥ 1 Kriterium
Ausschluss organischer Ursachen	Keine strukturelle oder entzündliche Erklärung	obligat
Labor / Bildgebung	Keine pathologischen Befunde	typisch unauffällig

[youtube.com/@Fach.Leiter](https://www.youtube.com/@Fach.Leiter)
t.me/Fachleiter
t.me/Fachleiterinfo
fachleiterinfo@gmail.com
[instagram.com/fachleiterinfo](https://www.instagram.com/fachleiterinfo)
[tiktok.com/@fachleiter](https://www.tiktok.com/@fachleiter)

Fachleiter