

👉 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 der Patientin	2
Persönliche Angaben	3
Aktuelle Beschwerden	3
vegetative Anamnese	5

© 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

Vorerkrankungen	5
Medikamente.....	10
Allergien	11
Genussmittel.....	12
Sozialanamnese	13
Familienanamnese	14
Verdachts- und Differenzialdiagnose	15
Diagnostische Abklärung	16
Behandlung:	19
Komplikationen	20

Fragen der Patientin

1. Frage: Muss ich im Krankenhaus bleiben?

Antwort: Das hängt von den Untersuchungsergebnissen ab. Zunächst müssen wir klären, ob tatsächlich eine tiefe Venenthrombose vorliegt und wie ausgeprägt diese ist. In vielen Fällen ist zumindest eine kurze stationäre Überwachung sinnvoll, um die Diagnostik durchzuführen und gegebenenfalls direkt mit der Behandlung zu beginnen. Sollte sich der Befund als stabil erweisen, kann unter Umständen auch eine ambulante Weiterbehandlung erfolgen.

2. Frage: Wie ist es dazu gekommen?

Antwort: Eine solche Erkrankung entsteht meist durch das Zusammenspiel mehrerer Faktoren. Dazu gehören unter anderem eine verlangsamte Blutzirkulation in den Venen, Veränderungen der Blutgerinnung sowie eine Schädigung der Gefäßwand. In Ihrem Fall können mehrere begünstigende Faktoren eine Rolle spielen, zum Beispiel bestehende Venenerkrankungen, Rauchen, Übergewicht sowie bestimmte hormonelle Medikamente.

3. Frage: Gibt es dabei eine Gefahr?

Antwort: Ja, unbehandelt kann diese Erkrankung ernsthafte Komplikationen verursachen. Die wichtigste mögliche Gefahr ist, dass sich ein Blutgerinnsel löst und in die Lunge wandert, was zu einer akuten und potenziell

lebensbedrohlichen Situation führen kann. Genau deshalb ist eine rasche Abklärung und gegebenenfalls eine frühzeitige Behandlung sehr wichtig.

Persönliche Angaben

4. Frage: Wie heißt die Patientin?

Antwort: Elisabeth Altmann.

5. Frage: Wie alt ist die Patientin?

Antwort: 57 Jahre alt.

6. Frage: Wie groß ist die Patientin?

Antwort: sie ist 1,66 m groß.

7. Frage: Wie schwer ist die Patientin?

Antwort: sie wiegt etwa 88 kg.

8. Frage: Wie ist der Body-Mass-Index der Patientin einzuordnen?

Antwort: Der Body-Mass-Index liegt im Bereich der Adipositas.

9. 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

10. Frage: Seit wann bestehen die Beschwerden und wie haben sie sich entwickelt?

Antwort: Die Beschwerden bestehen seit zwei Tagen, sind akut aufgetreten und im Verlauf progredient.

11. Frage: Wo sind die Schmerzen lokalisiert und wohin strahlen sie aus?

Antwort: Die Schmerzen sind im linken Unterschenkel lokalisiert und strahlen in die Sura sowie bis in die Planta pedis aus.

12. Frage: Wie stark sind die Schmerzen und wovon sind sie abhängig?

Antwort: In Ruhe gibt die Patientin die Schmerzintensität mit etwa fünf von zehn an, unter Belastung steigern sich die Schmerzen auf etwa sieben von zehn.

13. Frage: Besteht eine funktionelle Einschränkung?

Antwort: Ja, es besteht eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung. Die Patientin kann das betroffene Bein weder beim Gehen noch beim Aufstehen ausreichend belasten.

14. Frage: Gibt es Faktoren, die die Beschwerden beeinflussen?

Antwort: Eine Hochlagerung des Beins führt zu einer Besserung der Schmerzen.

15. Frage: Welche klinischen Veränderungen zeigen sich am betroffenen Bein?

Antwort: Es zeigen sich eine glänzende Haut mit rötlich-bläulicher Verfärbung, eine lokale Überwärmung sowie ein Umfangsunterschied im Vergleich zur Gegenseite.

16. Frage: Bestehen Hinweise auf eine chronische venöse Problematik?

Antwort: Ja, seit etwa einem Jahr bestehen trophische Hautveränderungen in Form eines Ekzems, vermutlich im Rahmen einer chronischen venösen Störung.

17. Frage: Nimmt die Patientin Medikamente ein, die als Risikofaktor relevant sein könnten?

Antwort: Ja, die Patientin nimmt seit sechs Monaten eine hormonelle Therapie mit Femoston ein.

18. Frage: Gibt es Hinweise auf eine Lungenbeteiligung?

Antwort: Nein, Dyspnoe sowie thorakale Schmerzen werden von der Patientin verneint.

19. Frage: Welche wichtigen Differenzialdiagnosen wurden anamnestisch ausgeschlossen?

Antwort: Ausgeschlossen wurden unter anderem eine Baker-Zyste mit Druckgefühl in der Kniekehle, eine oberflächliche Thrombophlebitis mit klar abgegrenzter erythematöser Hautveränderung, arterielle Durchblutungsstörungen mit belastungsabhängigen chronischen Schmerzen sowie eine radikuläre Symptomatik bei lumbaler Ursache.

20. Frage: Bestehen relevante Vorerkrankungen oder Risikokonstellationen?

Antwort: Es besteht keine Anamnese für frühere Thrombosen, kürzlich durchgeführte Operationen mit längerer Immobilisation, bekannte Gerinnungsstörungen, Malignome oder relevante kardiale Erkrankungen.

vegetative Anamnese

21. Frage: Wie ist die vegetative Anamnese zu beurteilen?

Antwort: Die vegetative Anamnese ist überwiegend unauffällig; einzig besteht eine Obstipation.

Frage: Gibt es Hinweise auf relevante vegetative Begleitsymptome?

Antwort: Nein, abgesehen von der Obstipation bestehen keine weiteren vegetativen Auffälligkeiten.

22. Frage: Äußert die Patientin eigene Therapie- oder Gesundheitsziele?

Antwort: Ja, die Patientin äußert den Wunsch nach einer Gewichtsreduktion.

23. Frage: Welche Bedeutung hat der Wunsch nach Gewichtsreduktion im klinischen Kontext?

Antwort: Eine Gewichtsreduktion kann langfristig zur Reduktion kardiovaskulärer und thromboembolischer Risikofaktoren beitragen und ist daher medizinisch sinnvoll.

Vorerkrankungen

24. Frage: Welche relevanten Vorerkrankungen sind anamnestisch bekannt?

Antwort: Es bestehen seit etwa 20 Jahren Varizen, vorwiegend an der medialen Seite des linken Unterschenkels, rechts weniger ausgeprägt. Zudem ist eine arterielle Hypertonie seit 12 Jahren bekannt. Weiterhin bestehen ein seborrhoisches Ekzem, eine chronische Tendovaginitis des linken Handgelenks sowie eine frühere Fraktur des linken Mittelfußes mit Bandruptur.

25. Frage: Welche Beschwerden bestehen im Zusammenhang mit der Varikosis?

Antwort: Die Patientin berichtet über ein Schweregefühl in den Beinen, weshalb sie diese häufiger hochlagert und Kompressionsstrümpfe trägt. In letzter Zeit haben sich die Beschwerden verstärkt.

26. Frage: Gibt es Hinweise auf eine funktionelle oder kosmetische Beeinträchtigung durch die Varizen?

Antwort: Ja, aus kosmetischen Gründen trägt die Patientin überwiegend lange Hosen.

27. Frage: Seit wann besteht die arterielle Hypertonie und wie ist sie eingestellt?

Antwort: Die arterielle Hypertonie besteht seit 12 Jahren und wurde zufällig während eines stationären Aufenthalts diagnostiziert. Die Blutdruckwerte sind mit durchschnittlich etwa 130 zu 80 Millimeter Quecksilbersäule adäquat eingestellt, Folgekomplikationen sind nicht bekannt.

28. Frage: Wurden hypertensive Folgeorganschäden festgestellt?

Antwort: Nein, es bestehen keine bekannten Folgekomplikationen. Der letzte augenärztliche Kontrolltermin erfolgte vor zwei Jahren.

29. Frage: Bestehen dermatologische Vorerkrankungen?

Antwort: Ja, es besteht ein seborrhoisches Ekzem mit Schuppung im Bereich der Augenbrauen sowie retroaurikulär, das sich insbesondere bei psychischem Stress, Kälteexposition und vermehrtem Schwitzen verschlechtert.

30. Frage: Gibt es muskuloskelettale Vorerkrankungen?

Antwort: Ja, seit etwa acht Jahren besteht eine Tendovaginitis des linken Handgelenks infolge beruflicher Überbeanspruchung durch Computerarbeit.

31. Frage: Gibt es relevante orthopädische Ereignisse in der Vorgeschichte?

Antwort: Vor 12 Jahren erlitt die Patientin nach einem Fahrradsturz eine Fraktur des Mittelfußes mit begleitender Bandruptur. Die initiale Röntgendiagnostik war unauffällig, die Diagnose wurde zwei Wochen später mittels MRT gestellt.

32. Frage: Wie erfolgte die Behandlung der Fußverletzung und bestehen Residuen?

Antwort: Die Behandlung erfolgte mittels Ruhigstellung in einem Spezialschuh, gefolgt von Physiotherapie. Seither bestehen Einschränkungen bei sportlicher Belastung.

33. Frage: Bestehen relevante gynäkologische Vorerkrankungen oder Voroperationen?

Antwort: Ja, vor etwa 20 Jahren bestand eine Extrauterin gravidität, die operativ mittels Laparotomie behandelt wurde.

34. Frage: Welche operativen Maßnahmen wurden im Rahmen dessen durchgeführt?

Antwort: Im Rahmen der Laparotomie erfolgten eine Hysterektomie sowie eine rechte Ovariectomie.

35. Frage: Gab es peri- oder postoperative Komplikationen?

Antwort: Nein, der postoperative Verlauf war komplikationslos.

36. Frage: Hat diese Operation aktuelle klinische Relevanz?

Antwort: Sie ist insbesondere im gynäkologischen Kontext relevant und im Hinblick auf hormonelle Therapien von Bedeutung, hat jedoch aktuell keinen direkten Einfluss auf die akute Symptomatik.

37. Frage: Was versteht man unter einer Varikose?

Antwort: Unter einer Varikose versteht man erweiterte, geschlängelte Venen, meist an den unteren Extremitäten, die durch einen Klappeninsuffizienzbedingten venösen Rückstrom entstehen.

38. Frage: Wie kommt es pathophysiologisch zur Entstehung von Varizen?

Antwort: Durch defekte Venenklappen kommt es zu einem Rückstau des Blutes, was zu einer Druckerhöhung in den Venen und in der Folge zu einer Dilatation und Schlingelung der Gefäße führt.

39. Frage: Welche typischen Symptome sind bei einer Varikose zu erwarten?

Antwort: Typische Symptome sind Schmerzen, Schweregefühl, Schwellungen der Beine sowie sichtbare, verdrehte Venen.

40. Frage: Welche Risikofaktoren begünstigen die Entstehung einer Varikose?

Antwort: Zu den Risikofaktoren zählen langes Stehen, Übergewicht sowie hormonelle Veränderungen.

41. Frage: Wie wird eine Varikose therapeutisch behandelt?

Antwort: Primär erfolgt eine konservative Therapie mit Kompression, Bewegung und Gewichtsreduktion. In fortgeschrittenen Fällen kommen minimal-invasive Verfahren wie Sklerotherapie oder Laserbehandlung zum Einsatz.

42. Frage: Was bezeichnet der Begriff „Varizen“?

Antwort: Varizen sind der Plural von Varix und bezeichnen mehrere Krampfadern.

43. Frage: Was ist ein seborrhoisches Ekzem?

Antwort: Das seborrhoische Ekzem ist eine chronisch-entzündliche Hauterkrankung, die vor allem talgdrüsenreiche Areale wie die Kopfhaut, das Gesicht und die retroaurikulären Regionen betrifft.

44. Frage: Welche Symptome sind typisch für ein seborrhoisches Ekzem?

Antwort: Typisch sind fettige, gelbliche oder weiße Schuppen, Rötungen sowie Juckreiz.

45. Frage: Welche Faktoren können ein seborrhoisches Ekzem auslösen oder verstärken?

Antwort: Auslösende oder verstärkende Faktoren sind psychischer Stress, Kälteexposition sowie eine vermehrte Besiedlung mit Malassezia-Hefen.

46. Frage: Wie erfolgt die Behandlung eines seborrhoischen Ekzems?

Antwort: Die Therapie erfolgt mit antimykotischen Shampoos oder Cremes, bei Bedarf kurzfristig mit milden topischen Kortikosteroiden sowie durch eine angepasste Hautpflege.

47. Frage: Was versteht man unter einer Tendovaginitis?

Antwort: Eine Tendovaginitis ist eine entzündliche Erkrankung der Sehnenscheide, die meist durch Überlastung oder repetitive Bewegungen entsteht.

48. Frage: Welche Symptome sprechen für eine Tendovaginitis?

Antwort: Typisch sind Schmerzen, Schwellungen, Rötungen sowie ein knirschendes Gefühl entlang der betroffenen Sehne.

49. Frage: Wie wird eine Tendovaginitis behandelt?

Antwort: Die Behandlung umfasst Schonung, entzündungshemmende Medikamente, physiotherapeutische Maßnahmen und bei schweren Verläufen eine Ruhigstellung oder Injektionstherapie.

50. Frage: Was ist eine Extrauterin gravidität?

Antwort: Eine Extrauterin gravidität ist eine Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutterhöhle, meist in der Tuba uterina lokalisiert.

51. Frage: Welche Therapieoptionen bestehen bei einer Extrauterin gravidität?

Antwort: Je nach Befund erfolgt die Behandlung konservativ mit Methotrexat oder operativ, beispielsweise mittels Salpingotomie oder Salpingektomie.

52. Frage: Welche Komplikationen können bei einer Extrauterin gravidität auftreten?

Antwort: Mögliche Komplikationen sind eine Tubarruptur mit intraabdomineller Blutung, ein hämorrhagischer Schock sowie eine eingeschränkte Fertilität.

Gynäkologie

53. Frage: Befindet sich die Patientin in der Menopause?

Antwort: Ja, die Patientin befindet sich seit etwa neun Jahren in der Menopause.

54. Frage: Welche klimakterischen Beschwerden bestehen?

Antwort: Die Patientin berichtet über Hitzewallungen sowie Stimmungsschwankungen.

55. Frage: Erfolgt eine hormonelle Therapie?

Antwort: Ja, seit sechs Monaten erhält die Patientin auf Veranlassung der Gynäkologin eine Hormonersatztherapie mit Femoston.

56. Frage: Welche klinische Relevanz hat diese Medikation im aktuellen Kontext?

Antwort: Die Hormonersatztherapie stellt einen relevanten Risikofaktor für thromboembolische Ereignisse dar und ist daher im Rahmen der aktuellen Symptomatik von Bedeutung.

Medikamente

57. Frage: Welche Dauermedikation nimmt die Patientin ein?

Antwort: Die Patientin nimmt regelmäßig Votum plus® 20/12,5 Milligramm einmal täglich sowie seit sechs Monaten Femoston ein.

58. Frage: Welche Bedarfsmedikation ist verordnet?

Antwort: Bei Bedarf verwendet die Patientin Decoderm® Creme topisch, Ibuprofen 400 Milligramm in Tablettenform sowie Movicol® zur Behandlung der Obstipation.

59. Frage: Welche Medikation ist im Hinblick auf das aktuelle Krankheitsbild besonders relevant?

Antwort: Besonders relevant ist die Einnahme von Femoston, da eine hormonelle Therapie das Risiko für thromboembolische Ereignisse erhöhen kann.

60. Frage: Gibt es potenzielle medikamentöse Wechselwirkungen oder Risiken, die berücksichtigt werden müssen?

Antwort: Bei Einleitung einer Antikoagulation ist die gleichzeitige Einnahme von Ibuprofen kritisch zu bewerten, da sich das Blutungsrisiko erhöhen kann.

61. Frage: Welche Rückschlüsse lassen sich aus der antihypertensiven Medikation ziehen?

Antwort: Die Einnahme von Votum plus® spricht für eine bekannte arterielle Hypertonie, die offenbar medikamentös gut eingestellt ist.

62. Frage: Was ist Votum plus® und wofür wird es eingesetzt?

Antwort: Votum plus® ist ein Kombinationspräparat zur Behandlung der arteriellen Hypertonie und enthält Olmesartanmedoxomil sowie Hydrochlorothiazid.

63. Frage: Wie wirken die einzelnen Bestandteile von Votum plus®?

Antwort: Olmesartanmedoxomil ist ein Angiotensin-II-Rezeptor-Antagonist und senkt den Blutdruck durch Vasodilatation. Hydrochlorothiazid wirkt als Thiazid-Diuretikum und fördert die renale Natrium- und Wasserausscheidung.

64. Frage: Welche Nebenwirkungen sind bei Votum plus® zu beachten?

Antwort: Zu den häufigen Nebenwirkungen zählen Schwindel, Kopfschmerzen sowie Elektrolytstörungen, insbesondere eine Hypokaliämie.

65. Frage: Was ist Decoderm® und bei welchen Erkrankungen wird es eingesetzt?

Antwort: Decoderm® ist ein topisches Glukokortikoid, das zur Behandlung entzündlicher Hauterkrankungen wie Ekzemen oder Dermatitisen verwendet wird.

66. Frage: Welche Wirkstoffe sind in Decoderm® enthalten?

Antwort: Je nach Präparat enthält Decoderm® Hydrocortison oder Prednicarbat.

67. Frage: Was ist Ibuprofen und wie wirkt es?

Antwort: Ibuprofen gehört zu den nichtsteroidalen Antirheumatika und hemmt die Cyclooxygenase, wodurch es analgetisch, antipyretisch und antiinflammatorisch wirkt.

68. Frage: Welche Nebenwirkungen können unter Ibuprofen auftreten?

Antwort: Häufige Nebenwirkungen sind gastrointestinale Beschwerden, allergische Reaktionen sowie Magenschleimhautläsionen bis hin zu Ulzera.

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

Antwort: Ibuprofen sollte nicht auf nüchternen Magen eingenommen werden, um gastrointestinale Nebenwirkungen zu reduzieren.

70. Frage: Was ist Movicol® und wofür wird es eingesetzt?

Antwort: Movicol® ist ein osmotisches Laxans, das Polyethylenglykol enthält und zur Behandlung der Obstipation eingesetzt wird.

71. Frage: Welche Bedeutung haben diese Medikamente im aktuellen klinischen Kontext?

Antwort: Insbesondere Ibuprofen ist im Falle einer geplanten Antikoagulation kritisch zu bewerten, da es das Blutungsrisiko erhöhen kann, während die antihypertensive Therapie auf eine gut eingestellte Hypertonie hinweist.

Allergien

72. Frage: Bestehen bei der Patientin Allergien oder Unverträglichkeiten?

Antwort: Ja, es besteht eine Laktoseintoleranz mit abdominalen Schmerzen und Diarrhö sowie eine Allergie gegen Amoxicillin, die sich in Form einer Urtikaria äußert.

73. Frage: Wie äußert sich die Laktoseintoleranz klinisch?

Antwort: Die Patientin berichtet über abdominale Schmerzen und Diarrhö nach dem Verzehr laktosehaltiger Nahrungsmittel.

74. Frage: Welche Art von Reaktion tritt bei der Amoxicillin-Allergie auf?

Antwort: Es handelt sich um eine allergische Reaktion mit Urtikaria.

75. Frage: Welche klinische Relevanz hat die Amoxicillin-Allergie?

Antwort: Die Allergie ist insbesondere bei der Auswahl antibiotischer Therapien relevant, da penicillinhaltige Präparate vermieden werden müssen.

76. Frage: Hat die Laktoseintoleranz Einfluss auf die aktuelle Behandlung?

Antwort: Sie ist insbesondere bei der Ernährung während des stationären Aufenthalts zu berücksichtigen, hat jedoch keinen direkten Einfluss auf die aktuelle Verdachtsdiagnose.

Genussmittel

77. Frage: Bestehen relevante Risikofaktoren im Bereich der Genussmittel?

Antwort: Ja, die Patientin raucht seit etwa 30 Jahren täglich rund 20 Zigaretten, entsprechend etwa 30 Packungsjahren.

78. Frage: Wie berechnen sich die Packungsjahre?

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

79. Frage: Welche Bedeutung hat der Nikotinkonsum im aktuellen klinischen Kontext?

Antwort: Der Nikotinkonsum stellt einen relevanten Risikofaktor für thromboembolische und vaskuläre Erkrankungen dar und ist daher im Rahmen der aktuellen Symptomatik von Bedeutung.

80. Frage: Besteht Bereitschaft zur Tabakentwöhnung?

Antwort: Ja, die Patientin äußert ausdrücklich den Wunsch nach einer Tabakentwöhnung.

81. Frage: Wie ist der Alkoholkonsum der Patientin einzuschätzen?

Antwort: Der Alkoholkonsum ist gelegentlich und unauffällig in Form von Wein oder Bier.

82. Frage: Bestehen Hinweise auf Drogenkonsum?

Antwort: Nein, ein Drogenkonsum wird anamnestisch verneint.

Sozialanamnese

83. Frage: Wie ist die soziale Situation der Patientin?

Antwort: Die Patientin ist beruflich im Steuerbüro tätig, seit 15 Jahren zum zweiten Mal verheiratet und lebt mit ihrem neunjährigen Pflegesohn zusammen.

84. Frage: Gab es in ihrem sozialen Umfeld relevante Infektionserkrankungen?

Antwort: Ja, bei ihrem Pflegesohn wurde vor zwei Wochen eine Pediculosis capitis diagnostiziert.

85. Frage: Wie wurde der Kopflausbefall behandelt?

Antwort: Die Behandlung erfolgte mit Nyda® sowie durch mechanische Entfernung der Nissen mittels Läusekamm.

86. Frage: Was versteht man unter Pediculosis capitis?

Antwort: Dabei handelt es sich um eine parasitäre Infestation der Kopfhaut durch Pediculus humanus capitis.

87. Frage: Welche Symptome sind für einen Kopflausbefall typisch?

Antwort: Typisch sind starker Juckreiz der Kopfhaut, verursacht durch die blutsaugenden Parasiten.

88. Frage: Wie erfolgt die Übertragung von Kopfläusen?

Antwort: Die Übertragung erfolgt überwiegend durch engen Kopf-zu-Kopf-Kontakt und seltener über gemeinsam genutzte Gegenstände wie Käämme, Mützen oder Handtücher.

89. Frage: Hat der Kopflausbefall des Pflegesohns eine Relevanz für die aktuelle Symptomatik der Patientin?

Antwort: Nein, es besteht kein direkter Zusammenhang mit der aktuellen Verdachtsdiagnose, jedoch ist die Information im Rahmen der Sozial- und Infektionsanamnese relevant.

Familienanamnese

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

Antwort: Ja, in der Familienanamnese finden sich relevante vaskuläre und gerinnungsassoziierte Erkrankungen.

91. Frage: Welche Erkrankungen lagen beim Vater der Patientin vor?

Antwort: Der Vater litt über Jahre an postprandialen Abdominalschmerzen. Eine Therapie mit Pantoprazol war wirkungslos, die Koloskopie unauffällig. Im Alter von 75 Jahren wurde eine mesenteriale Durchblutungsstörung diagnostiziert, an der er wenige Tage später verstarb.

92. Frage: Welche Schlussfolgerung lässt sich aus dem Krankheitsverlauf des Vaters ziehen?

Antwort: Der Verlauf spricht retrospektiv für eine chronische mesenteriale Ischämie.

93. Frage: Welche Erkrankungen bestehen bei der Mutter der Patientin?

Antwort: Die Mutter ist 70 Jahre alt, lebt in einem Pflegeheim und leidet an Varizen sowie an einer Coxarthrose. Es erfolgte eine Hüfttotalendoprothese mit anschließendem Prothesenwechsel aufgrund einer postoperativen Infektion. Zudem besteht eine bekannte Gerinnungsstörung.

94. Frage: Hat die Familienanamnese eine Relevanz für die aktuelle Verdachtsdiagnose?

Antwort: Ja, insbesondere die bekannte Gerinnungsstörung der Mutter stellt einen potenziellen Hinweis auf eine familiäre thromboembolische Disposition dar.

95. Frage: Welche Bedeutung hat die vaskuläre Erkrankung des Vaters im Gesamtkontext?

Antwort: Sie unterstreicht das Vorliegen kardiovaskulärer und vaskulärer Risikofaktoren innerhalb der Familie und ist im Rahmen der Risikobewertung relevant.

Verdachts- und Differenzialdiagnose

96. Frage: Welche Verdachtsdiagnose stellen Sie auf Grundlage der Anamnese?

Antwort: Aufgrund der anamnestischen Angaben, insbesondere der akut aufgetretenen Unterschenkelschmerzen sowie des Beinumfangsunterschieds, besteht der dringende Verdacht auf eine tiefe Venenthrombose.

97. Frage: Welche Risikofaktoren liegen bei dieser Patientin vor?

Antwort: Zu den relevanten Risikofaktoren zählen Adipositas, Nikotinabusus, eine langjährige Varikosis sowie die Einnahme hormoneller Präparate.

98. Frage: Warum ist eine Claudicatio intermittens weniger wahrscheinlich?

Antwort: Bei einer Claudicatio intermittens sind typischerweise belastungsabhängige Schmerzen mit Besserung in Ruhe sowie eine eingeschränkte Gehstrecke zu erwarten. Zudem handelt es sich um einen chronischen Verlauf im Rahmen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, was hier anamnestisch nicht gegeben ist.

99. Frage: Wodurch unterscheidet sich eine oberflächliche Thrombophlebitis von der aktuellen Symptomatik?

Antwort: Bei einer oberflächlichen Thrombophlebitis finden sich meist lokaler Schmerz, ein tastbarer, verhärteter Venenstrang sowie eine umschriebene Rötung und Überwärmung der Haut, was bei dieser Patientin nicht im Vordergrund steht.

100. Frage: Welche Befunde sprechen gegen eine Cellulitis oder ein Erysipel?

Antwort: Bei einer Cellulitis oder einem Erysipel wären eine flächenhafte Rötung, ausgeprägte Überwärmung, Schwellung sowie eine deutliche Druckschmerzhaftigkeit der Haut zu erwarten, häufig begleitet von Allgemeinsymptomen, die hier fehlen.

101. Frage: Warum ist eine rupturierte Baker-Zyste unwahrscheinlich?

Antwort: Bei einer rupturierten Baker-Zyste findet sich typischerweise eine schmerzhafte Schwellung in der Kniekehle, die anamnestisch und klinisch verneint wurde.

102. Frage: Was versteht man unter einem postthrombotischen Syndrom?

Antwort: Das postthrombotische Syndrom entsteht nach einer durchgemachten tiefen Venenthrombose infolge einer chronischen venösen Insuffizienz durch persistierende Venenklappendestruktion und gestörten venösen Rückfluss.

103. Frage: Welche Befunde wären bei einer Muskelzerrung zu erwarten?

Antwort: Typisch wären lokaler Schmerz, Druckdolenz sowie eine eingeschränkte Belastbarkeit der betroffenen Muskulatur, meist im Zusammenhang mit einer akuten Fehl- oder Überbelastung.

Diagnostische Abklärung

104. Frage: Wie gehen Sie bei Verdacht auf eine tiefe Venenthrombose weiter vor?

Antwort: Bei Verdacht auf eine tiefe Venenthrombose sollte die Patientin stationär aufgenommen werden, um die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unverzüglich einzuleiten.

105. Frage: Warum ist eine rasche Abklärung erforderlich?

Antwort: Es besteht die Gefahr einer Embolisation, insbesondere einer Lungenembolie, weshalb eine sofortige Abklärung und gegebenenfalls Behandlung erforderlich ist.

106. Frage: Wie gestalten Sie die körperliche Untersuchung nach der Anamnese?

Antwort: Zunächst werden die Vitalparameter erhoben, anschließend erfolgt eine strukturierte Untersuchung der betroffenen Extremität mit Seitenvergleich.

107. Frage: Welcher klinische Entscheidungs-Score wird zur Einschätzung der Wahrscheinlichkeit einer tiefen Venenthrombose verwendet?

Antwort: Zur Einschätzung der klinischen Wahrscheinlichkeit einer tiefen Venenthrombose wird der Wells-Score verwendet.

108. Frage: Wozu dient der Wells-Score?

Antwort: Er dient der Abschätzung der prätestlichen Wahrscheinlichkeit einer tiefen Venenthrombose und unterstützt die Entscheidung über das weitere diagnostische Vorgehen.

109. Frage: Welche klinischen Kriterien gehen in den Wells-Score ein?

Antwort: Berücksichtigt werden unter anderem eine aktive Krebserkrankung, Lähmung oder Immobilisation des Beines, längere Bettruhe oder größere Operationen, lokale Druckschmerzhaftigkeit entlang der tiefen Beinvenen, Beinschwellung, ein eindrückbares Ödem, kollaterale oberflächliche Venen sowie eine frühere tiefe Venenthrombose.

110. Frage: Welche Bedeutung hat eine alternative Diagnose im Wells-Score?

Antwort: Wenn eine alternative Diagnose mindestens ebenso wahrscheinlich oder wahrscheinlicher als eine TVT ist, werden zwei Punkte vom Score abgezogen.

111. Frage: Wie wird der Wells-Score interpretiert?

Antwort: Ein Score von null oder weniger spricht für eine geringe Wahrscheinlichkeit, ein Score von eins bis zwei für eine mittlere Wahrscheinlichkeit und ein Score von drei oder mehr für eine hohe Wahrscheinlichkeit einer tiefen Venenthrombose.

112. Frage: Wie beeinflusst der Wells-Score das weitere diagnostische Vorgehen?

Antwort: Bei niedriger klinischer Wahrscheinlichkeit kann ein negativer D-Dimer-Test eine TVT ausschließen. Bei mittlerer oder hoher Wahrscheinlichkeit ist eine bildgebende Diagnostik, insbesondere eine Kompressionssonografie, erforderlich.

113. Frage: Kann der Wells-Score allein die Diagnose einer TVT sichern?

Antwort: Nein, der Wells-Score dient ausschließlich der Risikostratifizierung und ersetzt keine bildgebende Diagnostik.

114. Frage: Welche Vitalparameter erfassen Sie?

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

115. Frage: Worauf achten Sie bei der Inspektion der Extremität?

Antwort: Auf Hautfarbe, Zyanose, Varikosis, Ödeme, trophische Hautveränderungen, einen Beinumfangsunterschied sowie auf klar abgegrenzte, überwärmte erythematöse Areale.

116. Frage: Welche Bedeutung haben Ulzera in diesem Zusammenhang?

Antwort: Falls vorhanden, werden Lokalisation, Größe, Ränder, Sekretion und Geruch beurteilt, um Hinweise auf eine chronische venöse Insuffizienz oder Infektionen zu erhalten.

117. Frage: Was überprüfen Sie bei der Palpation?

Antwort: Die peripheren Pulse, die Kapillarfüllungszeit sowie eine Druckschmerzhaftigkeit entlang der Venen.

118. Frage: Welche Pulse sollten routinemäßig getastet werden?

Antwort: Die Arteria femoralis, Arteria poplitea, Arteria tibialis posterior und die Arteria dorsalis pedis.

119. Frage: Wie beurteilen Sie Ödeme?

Antwort: Es wird überprüft, ob die Ödeme eindrückbar sind.

120. Frage: Welche Rolle spielt die Auskultation der Gefäße?

Antwort: Durch Auskultation, beispielsweise über der Arteria femoralis, können pathologische Strömungsgeräusche detektiert werden.

121. Frage: Was ist das Homans-Zeichen?

Antwort: Es ist positiv, wenn bei gestrecktem Bein durch passive Dorsalflexion des Fußes Wadenschmerzen ausgelöst werden.

122. Frage: Was versteht man unter dem Payr-Zeichen?

Antwort: Ein positives Payr-Zeichen liegt vor, wenn durch Druck auf die mediale Fußsohle Schmerzen ausgelöst werden.

123. Frage: Was ist das Meyer-Zeichen?

Antwort: Es ist positiv, wenn durch Druck entlang der Vena saphena magna Schmerzen auftreten.

124. Frage: Welche Laboruntersuchungen veranlassen Sie bei Verdacht auf TVT?

Antwort: Ein kleines Blutbild, CRP, BSG, D-Dimere, Gerinnungsstatus sowie Elektrolyte und Nierenfunktionsparameter.

125. Frage: Welche Bedeutung haben die D-Dimere?

Antwort: Bei positiver Bestimmung oder hoher klinischer Wahrscheinlichkeit muss eine tiefe Venenthrombose oder Lungenembolie bildgebend ausgeschlossen bzw. bestätigt werden.

126. Frage: Welche bildgebende Untersuchung ist Mittel der Wahl bei Verdacht auf eine TVT?

Antwort: Die venöse Kompressionssonografie der tiefen Beinvenen.

127. Frage: Wie funktioniert die Kompressionssonografie?

Antwort: Eine gesunde Vene ist vollständig komprimierbar, während eine thrombosierte Vene nicht oder nur unvollständig komprimierbar ist.

128. Frage: Was ist der Vorteil der Farbduplexsonografie?

Antwort: Sie ermöglicht eine farbcodierte Darstellung von Gefäßstrukturen und Blutflussrichtung sowie -geschwindigkeit und erlaubt den Nachweis von Thrombosen oder Stenosen.

129. Frage: Welche Untersuchung ist bei Verdacht auf eine Lungenembolie indiziert?

Antwort: Die Computertomographische Pulmonalisangiografie, kurz CTPA.

130. Frage: Warum hat die CTPA die Ventilations-Perfusions-Szintigrafie weitgehend ersetzt?

Antwort: Aufgrund ihrer breiten Verfügbarkeit, schnellen Durchführung sowie hohen Sensitivität und Spezifität.

131. Frage: Kann die CTPA weitere Informationen liefern?

Antwort: Ja, sie ermöglicht bei fehlendem Nachweis einer Lungenembolie häufig die Identifikation alternativer Diagnosen.

132. Frage: Welche EKG-Veränderungen können bei einer Lungenembolie auftreten?

Antwort: Typisch sind eine Sinustachykardie sowie das S1Q3T3-Muster mit S-Welle in Ableitung I, Q-Welle und negativer T-Welle in Ableitung III.

Behandlung:

133. Frage: Können Patientinnen mit tiefer Venenthrombose ambulant behandelt werden?

Antwort: Ja, bei den meisten Patientinnen mit tiefer Venenthrombose sowie bei Niedrigrisikopatientinnen mit akuter Lungenembolie ist eine ambulante Therapie ebenso sicher wie eine stationäre Behandlung, sofern keine Kontraindikationen bestehen.

134. Frage: Was ist der Grundpfeiler der Therapie bei TVT und Lungenembolie?

Antwort: Der Grundpfeiler der Therapie ist die Antikoagulation.

135. Frage: Wann sollte mit der Antikoagulation begonnen werden?

Antwort: Die Antikoagulation sollte sofort begonnen werden, bereits bei klinischem Verdacht auf eine TVT oder Lungenembolie, auch noch vor der definitiven Bestätigungsdiagnostik.

136. Frage: Wie lange sollte antikoaguliert werden bei reversiblen Risikofaktoren?

Antwort: Bei reversiblen Risikofaktoren beträgt die empfohlene Dauer der Antikoagulation drei Monate.

137. Frage: Wie lange erfolgt die Antikoagulation bei idiopathischer TVT oder persistierenden medizinischen Risikofaktoren?

Antwort: In diesen Fällen wird eine Antikoagulation über sechs Monate empfohlen.

138. Frage: Wann besteht eine Indikation für Reperusionsverfahren oder eine chirurgische Thrombektomie?

Antwort: Bei schwerer hämodynamischer Beeinträchtigung besteht eine Indikation für Reperusionsverfahren oder eine chirurgische Thrombektomie.

139. Frage: Welche Rolle spielen Kompressionsstrümpfe in der Therapie?

Antwort: Kompressionsstrümpfe senken das Risiko für die Entwicklung eines postthrombotischen Syndroms und sind daher ein wichtiger Bestandteil der Therapie.

Komplikationen

140. Frage: Welche möglichen Spätkomplikationen können nach einer venösen Thromboembolie auftreten?

Antwort: Zu den möglichen Spätkomplikationen zählen das postthrombotische Syndrom, erneute thromboembolische Ereignisse sowie die chronisch-thromboembolische pulmonale Hypertonie.

141. Frage: Was versteht man unter dem postthrombotischen Syndrom?

Antwort: Das postthrombotische Syndrom ist eine chronische Folge einer tiefen Venenthrombose, die durch eine persistierende Schädigung der Venenklappen mit gestörtem venösem Rückfluss entsteht und sich unter anderem durch Schmerzen, Ödeme, Hautveränderungen und Ulzera äußern kann.

142. Frage: Besteht nach einer VTE ein Rezidivrisiko?

Antwort: Ja, Patientinnen und Patienten haben ein erhöhtes Risiko für erneute thromboembolische Ereignisse, insbesondere bei persistierenden Risikofaktoren oder unzureichender Antikoagulation.

143. Frage: Was ist eine chronisch-thromboembolische pulmonale Hypertonie?

Antwort: Dabei handelt es sich um eine seltene, aber schwerwiegende Spätkomplikation nach Lungenembolie, bei der persistierende thrombotische Verschlüsse zu einem dauerhaft erhöhten pulmonalarteriellen Druck und einer Belastung des rechten Herzens führen.

144. Frage: Welche klinische Bedeutung haben diese Spätkomplikationen?

Antwort: Sie können zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität, zu chronischer Morbidität und in schweren Fällen zu einer relevanten Prognoseverschlechterung führen, weshalb eine adäquate Therapie und Nachsorge essenziell sind.

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