

## 1 pAVK- 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](https://youtube.com/@Fach.Leiter)

[t.me/Fachleiter](https://t.me/Fachleiter)

[t.me/Fachleiterinfo](https://t.me/Fachleiterinfo)

[fachleiterinfo@gmail.com](mailto:fachleiterinfo@gmail.com)

[instagram.com/fachleiterinfo](https://instagram.com/fachleiterinfo)

[tiktok.com/@fachleiter](https://tiktok.com/@fachleiter)

## Inhalt

Frage des Patienten: .....	2
Persönliche Angaben .....	3
Aktuelle Beschwerden (Leitsymptomatik) .....	3
vegetative Anamnese .....	5
Vorerkrankungen .....	7
Medikamente.....	10
Allergien .....	11
Genussmittel.....	12

© Fachleiter. Alle Rechte vorbehalten.

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

Sozialanamnese .....	13
Familienanamnese .....	14
Verdachts- und Differenzialdiagnose .....	15
Diagnostische Abklärung .....	16
Behandlung .....	22

## Frage des Patienten:

1. Frage: Herr Doktor, können Sie mir bitte erklären, welche Erkrankung ich habe?

Antwort: Sie leiden an einer sogenannten peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, kurz p-A-V-K. Das bedeutet, dass die Blutgefäße in Ihren Beinen verengt sind. Dadurch bekommt die Muskulatur beim Gehen zu wenig Sauerstoff, was die ziehenden Schmerzen in der Wade verursacht. Man spricht auch von einer „Schaufensterkrankheit“, weil Betroffene beim Gehen häufig Pausen machen müssen.

2. Frage: Herr Doktor, wie ist es dazu gekommen?

Antwort: Die Ursache ist in der Regel eine Arteriosklerose, also eine Verkalkung und Verengung der Arterien. Bei Ihnen haben wahrscheinlich mehrere Risikofaktoren dazu beigetragen: Ihr Diabetes, Bluthochdruck, erhöhte Blutfette und das frühere Rauchen. Dadurch haben sich Ablagerungen in den Gefäßwänden gebildet, die den Blutfluss behindern.

3. Frage: Herr Doktor, muss ich im Krankenhaus bleiben?

Antwort: Ja, wir möchten Sie zunächst stationär aufnehmen, um die genaue Durchblutung in Ihrem Bein zu untersuchen und eine akute Durchblutungsstörung auszuschließen. Außerdem können wir hier Ihre Diabeteseinstellung verbessern, die Wundversorgung fortsetzen und eine Schulung zur Fußpflege durchführen. Das ist wichtig, damit sich Ihre Beschwerden nicht verschlimmern und keine Komplikationen entstehen.

4. Frage: Herr Doktor, muss ich operiert werden?

Antwort: Das hängt vom Ergebnis der Gefäßuntersuchungen ab. Wenn die Durchblutung nur mäßig eingeschränkt ist, reicht meist eine konservative Behandlung mit Gehtraining, Medikamenten und Kontrolle der Risikofaktoren.

Sollte jedoch eine stärkere Verengung oder ein Verschluss vorliegen, könnte eine Gefäßaufdehnung bzw. Ballondilatation notwendig werden. Das entscheiden wir gemeinsam mit den Gefäßchirurgen nach den Befunden.

## Persönliche Angaben

5. Frage: Wie heißt der Patient?

Antwort: Der Patient heißt Alfons Ziegler.

6. Frage: Wie alt ist der Patient?

Antwort: Der Patient ist 69 Jahre alt.

7. Frage: Wie groß und wie schwer ist der Patient?

Antwort: Er ist 1,73 Meter groß und wiegt etwa 89 Kilogramm.

8. Frage: In welchem Bereich liegt der BMI des Patienten?

Antwort: Der BMI liegt im Bereich des Übergewichts.

9. Frage: Wie ist der Allgemeinzustand des Patienten?

Antwort: Der Allgemeinzustand des Patienten ist leicht reduziert. Er wirkt insgesamt müde und erschöpft, was teilweise durch die chronischen Schmerzen beim Gehen und die pflegerische Belastung zu Hause erklärbar ist. Kreislauf stabil, kein Fieber, keine Zeichen einer akuten Infektion.

## Aktuelle Beschwerden (Leitsymptomatik)

10. Frage: Welche Hauptbeschwerde bringt den Patienten zu uns?

Antwort: Belastungsabhängige, ziehende Schmerzen im rechten Unterschenkel, vor allem in der dorsalen Wade.

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

Antwort: Seit ca. vier Wochen, mit deutlicher Verschlimmerung am heutigen Morgen.

12. Frage: Wie weit kann der Patient derzeit gehen, bevor Schmerzen einsetzen?

Antwort: Heute etwa 50 Meter; zuvor waren es meist rund 100 Meter.

13. Frage: Wohin strahlen die Schmerzen aus?

Antwort: Vom Unterschenkel distal bis in den Fuß.

14. Frage: Was verstärkt die Schmerzen?

Antwort: Körperliche Belastung wie Gehen oder Treppensteigen.

15. Frage: Was lindert die Beschwerden?

Antwort: Hinsetzen und die Beine nach unten hängen lassen (abhängige Lagerung).

16. Frage: Warum bessern sich die Schmerzen in hängender Beinposition?

Antwort: Durch die Schwerkraft steigt der arterielle Perfusionsdruck in der abhängigen Extremität, wodurch die Minderdurchblutung vorübergehend abnimmt.

17. Frage: Welche Warnzeichen einer akuten Ischämie sind zu bedenken?

Antwort: Plötzliche Schmerzverstärkung, blasse/kühle Extremität, Ruheschmerz, Parästhesien, Ulcus, fehlender Puls.

18. Frage: Ist Parästhesie bei einer akuten Ischämie anders als bei einer diabetischen Neuropathie? Wie unterscheidet man das?

Antwort: Ja, Parästhesien bei einer akuten Ischämie entstehen plötzlich, meist einseitig und gehen mit blasser, kalter Haut und Schmerzen einher. Sie sind ein Warnzeichen für eine akute Durchblutungsstörung.

Bei einer diabetischen Polyneuropathie dagegen entwickeln sich die Missempfindungen langsam, meist symmetrisch an beiden Füßen („strumpfförmig“), und bestehen dauerhaft, ohne akute Schmerz- oder Durchblutungsveränderungen.

19. Frage: Hat der Patient ein Analgetikum eingenommen?

Antwort: Ja, Ibuprofen 400 mg.

20. Frage: Wie effektiv war Ibuprofen?

Antwort: Es zeigte keine relevante Schmerzlinderung.

21. Frage: Warum war Ibuprofen nicht wirksam?

Antwort: Die Schmerzen sind ischämisch bedingt (arterielle Minderdurchblutung), nicht entzündlich oder muskulär; NSAR adressieren die Ursache daher nicht.

22. Frage: Welche Hautbefunde liegen beim Patienten vor?

Antwort: Blasse, kühle Haut (Poikilothermie), trockene und schuppige Oberfläche, Effluvium oberhalb des Malleolus, Onychorrhösis am Hallux.

23. Frage: Worauf deuten die Hautbefunde und Nagelveränderungen in diesem Fall hin?

Antwort: Die blasse, kühle, trockene und schuppige Haut sowie der Haarausfall und die brüchigen Nägel weisen auf eine chronische Minderdurchblutung der Extremität hin. Diese trophischen Veränderungen sind typisch für eine fortgeschrittene pAVK und zeigen, dass das Gewebe über längere Zeit nicht ausreichend mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt wurde.

24. Frage: Liegt eine Wunde beim Patienten vor?

Antwort: Ja, ein schlecht heilendes Ulcus im Interdigitalraum zwischen Digitus I und II des rechten Fußes.

25. Frage: Welche neurologischen Symptome bestehen?

Antwort: Parästhesien beider Füße, passend zu einer diabetischen Polyneuropathie.

26. Frage: Warum entstehen bei Diabetes Parästhesien?

Antwort: Parästhesien entstehen bei Diabetes durch eine diabetische Polyneuropathie. Der dauerhaft erhöhte Blutzuckerspiegel schädigt die kleinen Nervenfasern und Blutgefäße, die die Nerven versorgen. Dadurch kommt es zu einer gestörten Reizweiterleitung, was Missempfindungen wie Kribbeln, Brennen oder Taubheitsgefühle verursacht – meist symmetrisch an beiden Füßen beginnend.

27. Frage: Welche Kreislaufbesonderheit berichtet der Patient?

Antwort: Orthostatische Hypotonie.

28. Frage: Welche Symptome wurden vom Patienten verneint? Nennen Sie mindestens drei.

Antwort: Fieber, Zyanose, Ödeme, Tachykardie, Tachypnoe, Trauma, Orthopnoe, Synkopen.

## vegetative Anamnese

29. Frage: Wie ist die vegetative Anamnese des Patienten?

Antwort: Insgesamt weitgehend unauffällig, abgesehen von einer Polyphagie, chronischer Obstipation und Schlafstörungen infolge nächtlicher pflegerischer Belastung.

30. Frage: Was bedeutet Polyphagie?

Antwort: Polyphagie bezeichnet ein übermäßiges Hungergefühl mit gesteigertem Appetit.

31. Frage: Wodurch kann Polyphagie bei diesem Patienten erklärt werden?

Antwort: Sie ist wahrscheinlich Ausdruck einer schlechten Blutzuckereinstellung bei seinem Diabetes mellitus Typ 2, da Schwankungen des Blutzuckerspiegels zu Heißhungerattacken führen können.

32. Frage: Was berichtet der Patient bezüglich seines Körpergewichts?

Antwort: Er gibt an, in den letzten sechs Monaten kein stabiles Körpergewicht gehabt zu haben.

33. Frage: Wie interpretieren Sie die Gewichtsveränderungen?

Antwort: Schwankendes Gewicht kann auf eine unzureichende Diabeteseinstellung oder Ernährungsunregelmäßigkeiten hinweisen. Auch Stress und Schlafmangel können dazu beitragen.

34. Frage: Seit wann besteht die chronische Obstipation?

Antwort: Nach seinen Angaben seit etwa vier Jahren.

35. Frage: Was sind mögliche Ursachen für die chronische Obstipation bei diesem Patienten?

Antwort: Sie kann durch Diabetes-bedingte autonome Neuropathie, mangelnde Bewegung, Ballaststoffarme Ernährung, Flüssigkeitsmangel oder Medikamente (z. B. Betablocker) bedingt sein.

36. Frage: Welche Risiken bestehen bei langanhaltender Obstipation?

Antwort: Es kann zu Abdominalbeschwerden, Hämorrhoiden, Analfissuren oder toxischer Stuhlstauung kommen. Außerdem kann die Lebensqualität deutlich eingeschränkt sein.

37. Frage: Welche therapeutischen Maßnahmen empfehlen Sie bei Obstipation?

Antwort: Ausreichende Flüssigkeitszufuhr, ballaststoffreiche Ernährung, regelmäßige Bewegung, ggf. milde Laxanzien und Kontrolle der Medikation.

38. Frage: Welche Schlafstörungen bestehen beim Patienten?

Antwort: Er leidet unter einer Insomnie in Form von Durchschlafstörungen.

39. Frage: Wodurch sind die Schlafstörungen verursacht?

Antwort: Vor allem durch die nächtliche Belastung bei der Pflege seiner paraplegischen Ehefrau.

40. Frage: Welche Folgen können chronische Schlafstörungen haben?

Antwort: Sie führen zu Müdigkeit, Konzentrationsschwäche, Reizbarkeit und können den Blutdruck sowie den Blutzucker negativ beeinflussen.

41. Frage: Was empfehlen Sie zur Verbesserung der Schlafqualität?

Antwort: Eine Entlastung bei der häuslichen Pflege, ggf. Pflegeunterstützung, feste Schlafzeiten, Entspannung am Abend und gegebenenfalls eine ärztliche Schlafberatung.

42. Frage: Gibt es Hinweise auf weitere vegetative Störungen wie Schwitzen, Schwindel oder Harndrang?

Antwort: Nein, solche Symptome wurden nicht angegeben, die restliche vegetative Anamnese ist unauffällig.

## Vorerkrankungen

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

Antwort: Es bestehen ein seit 15 Jahren bekannter Diabetes mellitus Typ 2, eine arterielle Hypertonie, eine Hypercholesterinämie, eine koronare Herzkrankheit nach Stentimplantation, eine COPD sowie chronische Rückenschmerzen.

44. Frage: Wie ist der Diabetes derzeit eingestellt?

Antwort: Der Diabetes ist momentan schlecht eingestellt. Die Blutzuckerwerte schwanken nüchtern zwischen 130 und 160 mg/dl und postprandial teilweise bis 200 mg/dl.

45. Frage: Was ist die Ursache eines Typ-2-Diabetes?

Antwort: Der Typ-2-Diabetes beruht auf einer Kombination aus Insulinresistenz und gestörter Insulinsekretion der Betazellen.

46. Frage: Worin unterscheidet sich der Typ-2-Diabetes vom Typ-1-Diabetes?

Antwort: Beim Typ-1-Diabetes liegt ein absoluter Insulinmangel infolge einer Autoimmunreaktion gegen die Betazellen vor, während beim Typ-2-Diabetes eine Insulinresistenz besteht.

47. Frage: Welche Komplikation ist infolge des Diabetes bereits eingetreten?

Antwort: Es besteht eine diabetische Polyneuropathie mit Parästhesien an beiden Füßen.

48. Frage: Welche Gefahren bestehen durch die Polyneuropathie?

Antwort: Verletzungen oder Druckstellen an den Füßen werden häufig nicht bemerkt, was die Entstehung von chronischen Ulzera oder Infektionen begünstigt.

49. Frage: Welche Bedeutung hat die Polyphagie im Zusammenhang mit dem Diabetes?

Antwort: Sie weist auf eine unzureichende Blutzuckerkontrolle und eine mögliche Insulinresistenz hin.

50. Frage: Seit wann besteht die arterielle Hypertonie?

Antwort: Die arterielle Hypertonie besteht seit etwa 15 Jahren.

51. Frage: Wie ist der Blutdruck aktuell eingestellt?

Antwort: Der Blutdruck ist derzeit zufriedenstellend eingestellt.

52. Frage: Welche Risiken sind mit einer Hypertonie verbunden?

Antwort: Sie erhöht das Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall, Niereninsuffizienz und pAVK.

53. Frage: Was bedeutet Hypercholesterinämie?

Antwort: Sie bezeichnet einen erhöhten Cholesterinspiegel im Blut, insbesondere des LDL-Cholesterins.

54. Frage: Seit wann ist die Hypercholesterinämie bekannt?

Antwort: Ebenfalls seit etwa 15 Jahren.

55. Frage: Welche Therapie erhält der Patient gegen die Hypercholesterinämie?

Antwort: Er nimmt Atorvastatin 40 mg abends ein.

56. Frage: Was ist in der kardiologischen Anamnese auffällig?

Antwort: Der Patient hatte vor etwa vier Jahren belastungsabhängige und postprandiale thorakale Schmerzen im Sinne einer Angina pectoris.

57. Frage: Welche Intervention wurde damals durchgeführt?

Antwort: Es erfolgte eine Ballondilatation mit Stentimplantation vermutlich in der rechten Koronararterie.

58. Frage: Welche Medikamente nimmt er kardiologisch ein?

Antwort: Unter anderem Aspirin 81 mg, Metoprolol, Lisinopril und Atorvastatin.

59. Frage: Gibt es aktuell Hinweise auf eine akute kardiale Ischämie?

Antwort: Nein, aktuell bestehen keine Hinweise auf akute thorakale Beschwerden.

60. Frage: Was ist bezüglich der Lunge bekannt?

Antwort: Seit etwa fünf Jahren besteht eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD).

61. Frage: Wie wurde die COPD diagnostiziert?

Antwort: Mittels Spirometrie, die eine dauerhaft eingeschränkte Ausatemungskapazität zeigte.

62. Frage: Wie häufig treten Exazerbationen der COPD auf?

Antwort: Nur selten, meist im Zusammenhang mit Infekten der oberen Atemwege.

63. Frage: Was sind die typischen Symptome einer COPD?

Antwort: Atemnot, chronischer Husten und Auswurf, insbesondere morgens.

64. Frage: Welche Therapie erhält der Patient bei COPD?

Antwort: Er verwendet Symbicort-Spray regelmäßig und Salbutamol-Spray bei Bedarf.

65. Frage: Welche weiteren muskuloskelettalen Beschwerden bestehen?

Antwort: Der Patient leidet unter chronischen belastungsabhängigen Rückenschmerzen.

66. Frage: Welche Ursachen kommen für die Rückenschmerzen infrage?

Antwort: Möglich sind Bandscheibenvorfall, Arthrose oder muskuläre Schwäche. Eine weiterführende Diagnostik wurde bisher nicht durchgeführt.

67. Frage: Wodurch unterscheiden sich chronische Rückenschmerzen von Morbus Bechterew?

Antwort: Beim Morbus Bechterew handelt es sich um eine entzündliche Autoimmunerkrankung der Wirbelsäule mit typischen Morgensteifigkeit und Besserung durch Bewegung, während chronische Lumbalgien meist degenerativ und belastungsabhängig sind.

68. Frage: Warum heilen Wunden bei diesem Patienten schlecht?

Antwort: Wegen der Kombination aus pAVK, Diabetes und Polyneuropathie, die die Durchblutung und Sensibilität in den Füßen beeinträchtigen.

69. Frage: Welche Medikamente wurden im Zusammenhang mit dem Ulcus verordnet?

Antwort: Amoxicillin 1000 mg, Ibuprofen 400 mg bei Bedarf und eine lokale Behandlung mit Betaisodona.

70. Frage: Welche therapeutischen Ziele ergeben sich aus der Gesamtsituation?

Antwort: Optimierung der Diabeteseinstellung, Risikofaktorenkontrolle, Schulung zur Fußpflege, Wundbehandlung und regelmäßige Gefäßkontrollen.

## Medikamente

71. Frage: Welche Medikamente nimmt der Patient regelmäßig ein?

Antwort: Er nimmt Icandra, Metoprolol, Lisinopril, Atorvastatin, Aspirin, Tamsulosin und das Symbicort-Spray regelmäßig ein.

72. Frage: Wofür nimmt der Patient Icandra?

Antwort: Icandra wird zur Behandlung seines Diabetes mellitus Typ 2 eingesetzt.

73. Frage: Was ist die Wirkung von Lisinopril?

Antwort: Lisinopril ist ein ACE-Hemmer, der den Blutdruck senkt und das Herz entlastet.

74. Frage: Wofür nimmt er Aspirin?

Antwort: Aspirin wirkt blutverdünnend und verhindert das Verkleben der Blutplättchen, um Gefäßverschlüsse zu vermeiden.

75. Frage: Wofür wird Tamsulosin eingenommen?

Antwort: Tamsulosin wird bei Blasenentleerungsstörungen aufgrund einer Prostatavergrößerung verwendet.

76. Frage: Wofür dient das Symbicort-Spray?

Antwort: Symbicort enthält ein Kortison und ein Bronchodilatator und wird regelmäßig zur Langzeitbehandlung der COPD eingesetzt.

77. Frage: Wofür nutzt der Patient das Nitrolingual-Spray?

Antwort: Das Nitrolingual-Spray verwendet er bei akuten Brustschmerzen im Rahmen seiner Angina pectoris.

78. Frage: Wie sollte das Symbicort-Spray angewendet werden?

Antwort: Das Spray sollte im Sitzen oder Stehen angewendet werden. Der Patient soll tief ausatmen, dann den Sprühstoß während des Einatmens auslösen und anschließend den Atem für ein paar Sekunden anhalten. Danach langsam ausatmen. Wichtig ist, dass das Spray regelmäßig und mit richtiger Technik angewendet wird, damit der Wirkstoff richtig in die Lunge gelangt.

## Allergien

79. Frage: Welche Allergien sind bei dem Patienten bekannt?

Antwort: Der Patient hat eine Kontaktallergie gegen Latex sowie eine allergische Rhinokonjunktivitis auf Gräser- und Birkenpollen.

80. Frage: Wie äußert sich die Latexallergie?

Antwort: Sie zeigt sich als vesikuläres, teils nässendes Exanthem, also mit Bläschenbildung und nässenden Hautstellen nach Kontakt mit Latex.

81. Frage: Welche Symptome treten bei der Pollenallergie auf?

Antwort: Typisch sind Niesen, laufende oder verstopfte Nase und gerötete, juckende Augen – also Zeichen einer Rhinokonjunktivitis.

82. Frage: Was sollte der Patient im Alltag wegen der Latexallergie beachten?

Antwort: Er sollte Latexprodukte meiden, zum Beispiel Handschuhe, Pflaster oder Katheter, und stattdessen latexfreie Alternativen verwenden.

83. Frage: Welche Maßnahmen können die Beschwerden bei der Pollenallergie lindern?

Antwort: Der Patient sollte Kontakt mit Pollen vermeiden, Fenster während der Blütezeit geschlossen halten, nach dem Aufenthalt im Freien duschen und bei Bedarf antiallergische Medikamente (z. B. Antihistaminika) verwenden.

## Genussmittel

84. Frage: Raucht der Patient?

Antwort: Nein, der Patient ist seit fünf Jahren Nichtraucher.

85. Frage: Hat der Patient früher geraucht?

Antwort: Ja, er hat etwa 20 Jahre lang täglich 10 bis 15 Zigaretten geraucht.

86. Frage: Wie hoch ist sein Rauchstatus in Packungsjahren?

Antwort: Der Rauchstatus beträgt ungefähr 12,5 Packungsjahre.

87. Frage: Warum ist der Rauchstopp bei diesem Patienten besonders wichtig?

Antwort: Weil Rauchen einer der wichtigsten Risikofaktoren für pAVK, COPD, Herzinfarkt und Arteriosklerose ist. Der Rauchstopp verbessert deutlich die Durchblutung und reduziert das Risiko weiterer Gefäßschäden.

88. Frage: Trinkt der Patient Alkohol?

Antwort: Ja, er trinkt zwei- bis dreimal pro Woche eine Weinschorle.

89. Frage: Ist der Alkoholkonsum gesundheitlich relevant?

Antwort: Nein, der Konsum ist mäßig und nicht gesundheitlich bedenklich, solange er gelegentlich und in kleinen Mengen erfolgt.

90. Frage: Nimmt der Patient Drogen?

Antwort: Nein, der Drogenkonsum wurde verneint.

91. Frage: Welche Drogen kennen Sie?

Antwort: Man unterscheidet grundsätzlich zwischen legalen und illegalen Drogen.

Zu den legalen Drogen gehören Alkohol, Nikotin und Koffein.

Zu den illegalen Drogen zählen unter anderem Cannabis, Kokain, Heroin, Amphetamine, Ecstasy, LSD und Crystal Meth.

## Sozialanamnese

92. Frage: Was ist der aktuelle Beruf des Patienten?

Antwort: Der Patient ist Rentner.

93. Frage: Welchen Beruf hat der Patient früher ausgeübt?

Antwort: Er war Chefkoch in einer italienischen Großküche in der Altstadt von Nürnberg.

94. Frage: Mit wem lebt der Patient zusammen?

Antwort: Er lebt mit seiner Ehefrau zusammen.

95. Frage: Welche Erkrankung hat seine Ehefrau?

Antwort: Sie leidet nach einem Apoplex an einer Paraplegie, also an einer Lähmung beider Beine.

96. Frage: Hat der Patient Kinder?

Antwort: Ja, er hat einen Sohn und eine Tochter.

97. Frage: Hat der Patient Enkelkinder?

Antwort: Ja, er hat vier Enkelkinder.

98. Frage: Was bedeutet Apoplex?

Antwort: Apoplex ist der medizinische Fachbegriff für Schlaganfall. Dabei kommt es plötzlich zu einer Durchblutungsstörung oder Blutung im Gehirn, wodurch Nervenzellen absterben.

99. Frage: Welche Ursachen kann ein Apoplex haben?

Antwort: Meist entsteht er durch eine Gefäßverengung oder einen Gefäßverschluss (ischämischer Schlaganfall). Seltener ist eine Gefäßruptur mit Blutung (hämorrhagischer Schlaganfall) die Ursache.

100. Frage: Welche typischen Symptome treten bei einem Apoplex auf?

Antwort: Häufig kommt es zu einseitiger Lähmung oder Schwäche, Gesichtslähmung, Sprach- oder Sehstörungen, Schwindel oder Bewusstseinsstörungen.

101. Frage: Was versteht man unter einer Paraplegie?

Antwort: Paraplegie bedeutet eine Lähmung beider Beine, die durch eine Schädigung des Rückenmarks oder des zentralen Nervensystems verursacht wird, zum Beispiel nach einem schweren Schlaganfall.

102. Frage: Wie wird ein Apoplex diagnostiziert?

Antwort: Durch eine klinische Untersuchung und bildgebende Verfahren wie CT oder MRT des Schädels, um zwischen Blutung und Durchblutungsstörung zu unterscheiden.

## Familienanamnese

103. Frage: Wie ist die familiäre Anamnese des Patienten?

Antwort: Der Vater ist 93 Jahre alt, lebt in einem Pflegeheim und leidet an einer Demenz. Die Mutter ist vor etwa 25 Jahren im Alter von 63 Jahren an einem Apoplex verstorben.

104. Frage: Welche Bedeutung hat die familiäre Anamnese für den Patienten?

Antwort: Sie weist auf eine familiäre Belastung mit Gefäßerkrankungen hin, insbesondere durch den Schlaganfall der Mutter. Das erhöht das Risiko für pAVK, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und zerebrovaskuläre Ereignisse beim Patienten.

105. Frage: Welche Erkrankung hat der Vater?

Antwort: Der Vater leidet an einer Demenz.

106. Frage: Welche Erkrankung hatte die Mutter?

Antwort: Die Mutter hatte einen Apoplex, also einen Schlaganfall, und ist daran verstorben.

107. Frage: Gibt es genetische oder familiäre Risikofaktoren für pAVK oder Apoplex?

Antwort: Ja, familiäre Gefäßerkrankungen wie Hypertonie, Diabetes oder Schlaganfälle erhöhen das Risiko für Arteriosklerose und somit auch für pAVK und Apoplex.

## Verdachts- und Differenzialdiagnose

108. Frage: Welche Verdachtsdiagnose stellen Sie?

Antwort: Am wahrscheinlichsten handelt es sich um eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK), da Schmerzcharakter, Lokalisation und Risikofaktoren gut dazu passen.

109. Frage: Warum spricht der Fall für eine pAVK?

Antwort: Die Schmerzen sind belastungsabhängig, ziehend und in der Wade lokalisiert, was typisch für eine pAVK ist. Außerdem bestehen Risikofaktoren wie Diabetes, Hypertonie, Hypercholesterinämie und Nikotinkarenz nach langjährigem Rauchen.

110. Frage: Welche Differenzialdiagnosen kommen infrage?

Antwort: In Betracht kommen eine tiefe Venenthrombose (TVT), eine chronisch-venöse Insuffizienz, eine Cellulitis oder Lymphangitis, eine superfizielle Phlebitis sowie orthopädische Ursachen wie eine spinale Stenose oder ein Bandscheibenprolaps.

111. Frage: Warum ist eine tiefe Venenthrombose (TVT) hier unwahrscheinlich?

Antwort: Weil kein Umfangsunterschied der Beine besteht und kein auslösender Faktor wie Trauma oder Immobilisation erkennbar ist.

112. Frage: Warum spricht das klinische Bild nicht für eine chronisch-venöse Insuffizienz?

Antwort: Patienten mit chronisch-venöser Insuffizienz berichten typischerweise über Schweregefühl oder Spannungsgefühl nach längerem Stehen, was hier nicht der Fall ist.

113. Frage: Welche Zeichen wären typisch für eine Cellulitis oder Lymphangitis?

Antwort: Eine Rötung, Überwärmung und Schmerzen im betroffenen Areal wären typisch. Diese fehlen hier.

114. Frage: Welche Symptome wären bei einer superfiziellen Phlebitis zu erwarten?

Antwort: Eine lokale Rötung, ein tastbarer Venenstrang und Druckschmerzen entlang der Vene.

115. Frage: Warum sprechen die Befunde gegen eine spinale Stenose oder einen Bandscheibenprolaps?

Antwort: Es fehlen radikuläre Schmerzen, neurologische Ausfälle und Rückenschmerzen, die bei solchen Erkrankungen im Vordergrund stehen würden.

116. Frage: Welche Risikofaktoren begünstigen die pAVK bei diesem Patienten?

Antwort: Diabetes mellitus, Hypertonie, Hypercholesterinämie, früheres Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht und höheres Alter.

## Diagnostische Abklärung

117. Frage: Was muss bei akut aufgetretenen starken Beinschmerzen in Betracht gezogen werden?

Antwort: Ein akuter arterieller Gefäßverschluss. In diesem Fall ist eine sofortige stationäre Aufnahme erforderlich.

118. Frage: Wann kann eine ambulante Abklärung bei Verdacht auf paVK erfolgen?

Antwort: Wenn die Beschwerden chronisch und belastungsabhängig sind und keine akuten Symptome wie Ruheschmerz oder Sensibilitätsstörung bestehen.

119. Frage: Welche Vitalparameter werden bei der Untersuchung erhoben?

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

120. Frage: Wo wird die Manschette zur Blutdruckmessung angelegt?

Antwort: In der Regel am Oberarm, etwa zwei bis drei Zentimeter oberhalb der Ellenbeuge.

121. Frage: Was misst man bei der Blutdruckmessung genau?

Antwort: Den systolischen und diastolischen Blutdruck, also den maximalen und minimalen Druck in den Arterien während des Herzzyklus.

122. Frage: Welche Temperaturmessorte sind möglich?

Antwort: Man kann die Körpertemperatur axillär (unter der Achsel), oral (im Mund) oder rektal (im After) messen.

123. Frage: Was wird bei der Inspektion der betroffenen Extremität beurteilt?

Antwort: Hautfarbe, Temperatur, Schwellung, trophische Störungen, Ulzera (mit Lokalisation, Größe, Rändern, Sekretion, Geruch) und mögliche Pilzinfektionen im Zehenzwischenraum.

124. Frage: Welche Zeichen sprechen für einen akuten arteriellen Verschluss?

Antwort: Blasse, kalte Haut, fehlende Pulse, Zyanose, Parästhesien und motorische Einschränkungen.

125. Frage: Welche Pulse sollten bei der Palpation geprüft werden?

Antwort:

- A. femoralis (in der Leiste, zwischen Spina iliaca anterior superior und Symphyse)
- A. poplitea (in der Kniekehle, bei leicht gebeugtem Knie)
- A. tibialis posterior (hinter dem Innenknöchel)
- A. dorsalis pedis (auf dem Fußrücken, lateral der Sehne des M. extensor hallucis longus)

126. Frage: Wie prüft man die Arterie dorsalis pedis am besten?

Antwort: Der Patient soll die große Zehe anheben, dann ist der Puls lateral der Sehne des M. extensor hallucis longus am besten tastbar.

127. Frage: Was überprüft man mit der Palpation der Pulse?

Antwort: Die Durchblutung der Extremität und den Verlauf einer möglichen arteriellen Verschlusskrankheit.

128. Frage: Was bedeutet eine verlängerte Kapillarfüllungszeit?

Antwort: Sie weist auf eine verminderte periphere Perfusion hin.

129. Frage: Warum sollte Sensibilität und Motorik getestet werden?

Antwort: Um Nervenbeteiligungen durch eine Ischämie oder diabetische Neuropathie zu erkennen.

130. Frage: Was sagt ein eindrückbares Ödem aus?

Antwort: Es spricht für ein venöses oder kardiales Ödem, nicht primär für eine arterielle Ursache.

131. Frage: Warum sollte man die Gefäße auskultieren?

Antwort: Um Strömungsgeräusche (Strömungsgeräusche oder Strömungsgeräusch über der A. femoralis) als Hinweis auf eine Stenose zu erkennen.

132. Frage: Welche drei Hauptformen von Ulzera gibt es?

Antwort: Man unterscheidet das arterielle Ulcus, das venöse Ulcus und das diabetische Ulcus.

133. Frage: Wo tritt das arterielle Ulcus typischerweise auf?

Antwort: An den Zehen, Fersen oder am Außenknöchel, also an druckbelasteten oder schlecht durchbluteten Stellen.

134. Frage: Wie sieht das arterielle Ulcus aus?

Antwort: Es ist meist klein, rund, schmerzhaft, mit trockenen, scharf begrenzten Rändern und einer blassen Umgebung.

135. Frage: Wo befindet sich das venöse Ulcus typischerweise?

Antwort: Meist am Innenknöchel (medial) oder am Unterschenkel, selten an den Zehen.

136. Frage: Wie sieht das venöse Ulcus aus?

Antwort: Es ist großflächig, flach, nässend, mit unregelmäßigen Rändern und hyperpigmentierter Umgebung.

137. Frage: Sind venöse Ulzera schmerzhaft?

Antwort: Meist weniger schmerzhaft als arterielle Ulzera, außer bei sekundären Infektionen.

138. Frage: Wo tritt das diabetische Ulcus typischerweise auf?

Antwort: An Druckstellen der Fußsohle, besonders unter dem Großzehenballen oder an den Zehen.

139. Frage: Wie sieht das diabetische Ulcus aus?

Antwort: Meist tief, rund, oft mit Hornhautrand und geringer Schmerzempfindung, da die Nerven geschädigt sind.

140. Frage: Warum sind diabetische Ulzera oft infiziert?

Antwort: Weil die Patienten die Wunden spät bemerken, die Durchblutung reduziert ist und das Immunsystem geschwächt ist.

141. Frage: Welche zusätzlichen Untersuchungen sind bei bekanntem Diabetes wichtig?

Antwort: Eine diabetische Fußuntersuchung und eine Funduskopie zur Beurteilung möglicher Mikroangiopathien.

142. Frage: Welche funktionellen Tests sind bei pAVK obligat?

Antwort: Die Ratschow-Lagerungsprobe und die Messung des Knöchel-Arm-Index (ABI).

143. Frage: Was misst der Knöchel-Arm-Index (ABI)?

Antwort: Das Verhältnis des systolischen Blutdrucks am Knöchel zum systolischen Blutdruck am Arm – er dient zur quantitativen Beurteilung der arteriellen Durchblutung.

144. Frage: Welche ABI-Werte gelten als pathologisch?

Antwort: Ein ABI  $< 0,9$  gilt als Hinweis auf eine pAVK. Werte  $< 0,5$  sprechen für eine hochgradige Durchblutungsstörung.

145. Frage: Was wird mit der Ratschow-Lagerungsprobe überprüft?

Antwort: Die arterielle Durchblutung und Reperusionszeit. Bei pAVK kommt es zu Blässe und Schmerzen während der Hochlagerung und zu verzögerter Rötung nach dem Herablassen der Beine.

146. Frage: Was zeigt die Fontaine-Klassifikation?

Antwort: Sie beschreibt die Schweregrade der pAVK – von asymptomatischer Durchblutungsstörung (Stadium I) bis zu Ruhe- oder Nekroseschmerz (Stadium IV).

147. Frage: In welchem Fontaine-Stadium befindet sich der Patient wahrscheinlich?

Antwort: Aufgrund der Gehstrecke unter 200 Metern handelt es sich wahrscheinlich um Stadium IIb.

148. Frage: Welche Laboruntersuchungen sollten zur weiteren Abklärung durchgeführt werden?

Antwort: Ein kleines Blutbild, CRP, BSG, D-Dimere, Nüchternblutzucker, HbA1c, ein Lipidprofil sowie Nierenparameter und ein Proteinurietest.

149. Frage: Warum wird ein kleines Blutbild bestimmt?

Antwort: Um Anämie, Entzündungszeichen oder Infektionen auszuschließen.

150. Frage: Wozu dienen CRP und BSG?

Antwort: Sie sind unspezifische Entzündungsparameter und helfen, Infektionen oder Entzündungen zu erkennen.

151. Frage: Warum werden D-Dimere bestimmt?

Antwort: Zur Abklärung einer Thrombose oder Embolie, da erhöhte Werte auf eine gesteigerte Gerinnungsaktivität hinweisen können.

152. Frage: Wofür wird der Nüchternblutzucker gemessen?

Antwort: Zur Beurteilung des aktuellen Blutzuckerspiegels und zur Kontrolle des Diabetes mellitus.

153. Frage: Was sagt der HbA1c-Wert aus?

Antwort: Er zeigt den durchschnittlichen Blutzuckerwert der letzten 8–12 Wochen und gibt Aufschluss über die Langzeiteinstellung des Diabetes.

154. Frage: Warum wird ein Lipidprofil bestimmt?

Antwort: Um die Fettstoffwechselwerte (Gesamtcholesterin, LDL, HDL, Triglyzeride) zu beurteilen, da erhöhte Werte ein Risiko für Arteriosklerose und pAVK darstellen.

155. Frage: Welche Nierenparameter werden untersucht?

Antwort: Kreatinin, Harnstoff und GFR zur Beurteilung der Nierenfunktion.

156. Frage: Warum wird ein Proteinurietest durchgeführt?

Antwort: Um zu prüfen, ob Eiweiß im Urin vorhanden ist, was ein Hinweis auf eine diabetische oder hypertensive Nierenschädigung sein kann.

157. Frage: Was ist eine Farbduplexsonographie?

Antwort: Eine nichtinvasive Ultraschalluntersuchung, die die Gefäße und den Blutfluss farbcodiert darstellt.

158. Frage: Was kann man mit der Farbduplexsonographie beurteilen?

Antwort: Man kann Gefäßverengungen, Verschlüsse oder Thrombosen erkennen sowie die Richtung und Geschwindigkeit des Blutflusses beurteilen.

159. Frage: Wie werden die Farben interpretiert?

Antwort:

Rot zeigt einen Blutfluss zur Sonde hin,  
Blau zeigt einen Blutfluss von der Sonde weg,  
helle Farbtöne stehen für schnellen,  
dunkle Farbtöne für langsamen Blutfluss,  
bunte Mischfarben deuten auf turbulenten Fluss, z. B. bei einer Stenose.

160. Frage: Auf welchem physikalischen Prinzip beruht die Farbduplexsonographie?

Antwort: Auf dem Dopplereffekt, also der Frequenzänderung des reflektierten Ultraschalls in Abhängigkeit von der Bewegung der Blutzellen.

161. Frage: Wie läuft die Untersuchung ab?

Antwort: Zuerst wird Kontaktgel auf die Haut aufgetragen, dann die Ultraschallsonde über das betroffene Gefäß geführt.

162. Frage: Wie lange dauert die Farbduplexsonographie und ist sie schmerzhaft?

Antwort: Sie dauert etwa 20 Minuten und ist völlig schmerzfrei.

163. Frage: Was ist eine Angiographie?

Antwort: Eine minimalinvasive bildgebende Methode, mit der Gefäße nach Injektion eines Kontrastmittels sichtbar gemacht werden.

164. Frage: Wie wird eine Angiographie durchgeführt?

Antwort: Unter lokaler Betäubung wird ein Katheter über die A. femoralis bis zum betroffenen Gefäß vorgeschoben, anschließend ein jodhaltiges Kontrastmittel injiziert und die Gefäße mittels Röntgen oder MRT dargestellt.

165. Frage: Welche Arten der Angiographie gibt es?

Antwort: Die digitale Subtraktionsangiographie (DSA), die CT-Angiographie (CTA) und die MR-Angiographie (MRA).

166. Frage: Wie lange dauert die Untersuchung?

Antwort: Je nach Befund und eventueller Intervention etwa 30 Minuten bis 2 Stunden.

167. Frage: Was muss vor einer Angiographie überprüft werden?

Antwort: Der Patient sollte nüchtern sein; Nierenfunktion (GFR) und mögliche Kontrastmittelallergien müssen kontrolliert werden.

Bei Diabetikern sollte eine Metforminpause erfolgen.

168. Frage: Welche therapeutischen Maßnahmen können während der Angiographie durchgeführt werden?

Antwort: Zum Beispiel eine Ballondilatation oder Stentimplantation bei Gefäßverengung.

169. Frage: Welche Komplikationen können bei einer Angiographie auftreten?

Antwort: Hämatome, Nachblutungen an der Punktionsstelle, Kontrastmittelallergien, vorübergehende Nierenfunktionsstörungen und selten Embolien.

170. Frage: Warum wird die Angiographie heutzutage seltener durchgeführt?

Antwort: Weil Duplexsonographie, CT- und MR-Angiographie die Katheterangiographie in vielen Fällen ersetzt haben.

171. Frage: Wann ist eine CT- oder MR-Angiographie indiziert?

Antwort: Bei unklaren Duplexbefunden, etwa bei adipösen Patienten oder tiefliegenden Gefäßen, und zur präoperativen Planung vor einer Revaskularisation.

172. Frage: Was gilt als Goldstandard in der Gefäßdarstellung?

Antwort: Die konventionelle Kontrastangiographie gilt weiterhin als Goldstandard, insbesondere vor einer interventionellen oder operativen Therapie.

## Behandlung

173. Frage: Welche allgemeinen Maßnahmen sind bei pAVK zur Risikoreduktion wichtig?

Antwort: Gewichtsreduktion bei Übergewicht, regelmäßige körperliche Aktivität, Rauchstopp, optimale Einstellung von Blutdruck, Blutzucker und Blutfetten sowie konsequente Fußpflege.

174. Frage: Welche Rolle spielt das Körpergewicht bei pAVK?

Antwort: Übergewicht belastet das Herz-Kreislauf-System zusätzlich. Eine Gewichtsreduktion verbessert die Durchblutung und Blutzuckerwerte und senkt das Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall.

175. Frage: Welche körperliche Aktivität wird empfohlen?

Antwort: Regelmäßiges Gehtraining, mindestens dreimal pro Woche, ist entscheidend. Es fördert die Bildung von Kollateralgefäßen und verlängert die schmerzfreie Gehstrecke.

176. Frage: Welche Unterstützung kann beim Rauchstopp helfen?

Antwort: Nikotinersatztherapie oder Verhaltenstherapie kann den Entzug erleichtern.

177. Frage: Welche Blutzuckerziele gelten bei pAVK?

Antwort: Nüchternblutzucker < 130 mg/dl und HbA1c < 7 %.

178. Frage: Welcher Zielblutdruck sollte bei pAVK angestrebt werden?

Antwort: Unter 130/80 mmHg, bei gut verträglicher Therapie auch unter 120/80 mmHg.

179. Frage: Welcher LDL-Zielwert gilt für Patienten mit pAVK?

Antwort: LDL-Cholesterin < 70 mg/dl, da sie als Hochrisikopatienten gelten.

180. Frage: Welche Medikamente werden zur Senkung des LDL-Wertes eingesetzt?

Antwort: Statine wie Atorvastatin oder Rosuvastatin.

181. Frage: Warum ist Fußpflege bei pAVK so wichtig?

Antwort: Weil durch Minderdurchblutung und Neuropathie kleine Verletzungen leicht zu Ulcera oder Infektionen führen können.

182. Frage: Welche Maßnahmen umfasst eine gute Fußpflege?

Antwort: Tägliche Kontrolle der Füße, bequeme Schuhe, Vermeidung von Druckstellen, sorgfältige Hautpflege und frühe Wundbehandlung.

183. Frage: Was sind die häufigsten Ursachen einer akuten Extremitätenischämie?

Antwort: Thrombose oder Embolie.

184. Frage: Was ist bei einer akuten Ischämie zu tun, wenn die Extremität noch vital erscheint?

Antwort: Eine notfallmäßige Angiographie zur Ursachenklärung und endovaskulären Behandlung (z. B. Lyse, Ballondilatation).

185. Frage: Wann sollte keine Angiographie mehr erfolgen?

Antwort: Bei irreversibler Extremitätenischämie, da die Extremität nicht mehr zu retten ist – dann wird direkt eine Amputation geplant.

186. Frage: Welche Thrombozytenaggregationshemmer werden bei pAVK eingesetzt?

Antwort: Aspirin in einer Dosierung von 75–325 mg täglich oder Clopidogrel 75 mg täglich, wenn ASS nicht vertragen wird.

187. Frage: Warum sind Thrombozytenaggregationshemmer wichtig?

Antwort: Sie verhindern die Verklumpung der Blutplättchen und damit Gefäßverschlüsse oder Embolien.

188. Frage: Was ist Cilostazol und wann wird es eingesetzt?

Antwort: Cilostazol ist ein Phosphodiesterase-III-Hemmer, der die Gefäße erweitert und die Gehstrecke bei Claudicatio intermittens verlängert.

189. Frage: Welche Dosierung wird bei Cilostazol empfohlen?

Antwort: 50–100 mg zweimal täglich.

190. Frage: Welche Wirkung hat Cilostazol?

Antwort: Es verbessert die Mikrozirkulation, hemmt die Thrombozytenaggregation und steigert die schmerzfreie Gehstrecke.

## Komplikationen

191. Frage: Was sind Ruheschmerzen bei pAVK?

Antwort: Ruheschmerzen entstehen, wenn die Durchblutung so stark eingeschränkt ist, dass selbst in Ruhe nicht genug Sauerstoff in das Gewebe gelangt. Sie treten meist nachts auf, besonders beim Liegen.

192. Frage: Warum bessern sich Ruheschmerzen, wenn der Patient die Beine herabhängen lässt?

Antwort: Weil durch die Schwerkraft mehr Blut in die Beine fließt und die Durchblutung vorübergehend verbessert wird.

193. Frage: Was versteht man unter Ulzera bei pAVK?

Antwort: Ulcera sind chronische, schlecht heilende Wunden, die meist an den Zehen, Knöcheln oder Fersen auftreten. Sie entstehen durch Sauerstoffmangel und Wundheilungsstörung.

194. Frage: Was bedeutet eine Nekrose?

Antwort: Eine Nekrose ist das Absterben von Gewebe infolge einer langanhaltenden Ischämie.

195. Frage: Was ist eine Gangrän?

Antwort: Eine Gangrän ist eine fortgeschrittene Form der Nekrose, bei der das abgestorbene Gewebe schwarz verfärbt ist und sich infizieren kann.

196. Frage: Warum kommt es bei pAVK zu chronischen Wundheilungsstörungen?

Antwort: Wegen der Minderdurchblutung, der reduzierten Sauerstoffversorgung und bei Diabetikern zusätzlich wegen einer Neuropathie und Infektanfälligkeit.

197. Frage: Welche Gefahr besteht bei offenen Wunden oder Nekrosen?

Antwort: Es kann leicht zu Infektionen kommen, die sich rasch ausbreiten und eine Amputation notwendig machen können.

198. Frage: Was sind Warnzeichen für eine Infektion bei pAVK?

Antwort: Rötung, Schwellung, Überwärmung, Sekretion, unangenehmer Geruch und Fieber.

199. Frage: Wann wird eine Amputation notwendig?

Antwort: Wenn das betroffene Gewebe irreversibel geschädigt ist, eine ausgedehnte Infektion oder Gangrän vorliegt und eine Revaskularisation nicht mehr möglich ist.

200. Frage: Wie kann eine Amputation vermieden werden?

Antwort: Durch frühe Diagnostik, Optimierung der Risikofaktoren, konsequente Wundpflege, regelmäßige Fußkontrolle und rechtzeitige Revaskularisation.

201. Frage: In welchem Fontaine-Stadium treten Ruheschmerzen, Ulzera oder Nekrosen auf?

Antwort: Im Stadium III treten Ruheschmerzen auf, im Stadium IV Ulcera, Nekrosen oder Gangrän.

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

Fachleiter