

- 121 Frau Schaller, 42 Jahre alt, kommt zu Ihnen in die Hausarztpraxis mit der Bitte, ihren Blutdruck zu überprüfen. Aufgrund häufiger Kopfschmerzen in den letzten Tagen habe sie regelmäßig ihren Blutdruck mit dem Messgerät des Vaters gemessen. Dabei hätten die Werte, die sie stets morgens und noch im Bett liegend gemessen habe, zwischen 160/97 mmHg und 170/105 mmHg gelegen. Sie messen den Blutdruck der Patientin und erhalten den Wert 165/100 mmHg. Die Patientin gibt auf Nachfrage an, keine Vorerkrankungen zu haben. Bis auf einen arteriellen Hypertonus des Vaters und einen Herzinfarkt des Großvaters im Alter von 81 Jahren seien keine familiären kardiovaskulären Erkrankungen bekannt. Mit dem Rauchen habe die Patientin vor 5 Jahren aufgehört. Sie errechnen aus ihren Angaben einen Wert von 5 Packungsjahren. Sie erzählt, dass sie außerdem regelmäßig Sport treibe und nur selten Alkohol trinke.

Welche Aussage zur arteriellen Hypertonie bezüglich Blutdruckwerten trifft nach aktuellen Leitlinien zu?

- (A) Blutdruckwerte zwischen 121/81 – 129/84 mmHg sind als hochnormal einzustufen.
- (B) Patienten mit Diabetes mellitus sollten auf Blutdruckwerte von unter 130/80 mmHg eingestellt werden.
- (C) Der Zielblutdruck von Patienten ohne Begleiterkrankungen und Risikofaktoren liegt bei unter 130/80 mmHg.
- (D) Eine hypertensive Krise oder Entgleisung liegt bei Blutdruckwerten über 170/110 mmHg vor.
- (E) Eine Hypertonie Grad I liegt bei Blutdruckwerten von 130/85 – 139/89 mmHg vor.
- (F) Weiß nicht

Literatur: Zielblutdruck bei Patienten mit Diabetes mellitus ist unter 130/80 mmHg, ohne Risikofaktoren sollte der Blutdruck bei arterieller Hypertonie unter 140/90 mmHg, allerdings nicht unter 120/70 mmHg eingestellt werden. Eine hypertensive Krise beginnt laut Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. bei Werten über 230/130 mmHg. Die European Society of Cardiology definiert einen hypertensiven Notfall bereits ab Werten von über 180 mmHg systolisch oder über 120 mmHg diastolisch.

Grenzwerte zur Einteilung der arteriellen Hypertonie:

Systolischer Blutdruck (mmHg)/diastolischer Blutdruck (mmHg)

Optimal < 120 und < 80

Normal 120 – 129 und/oder 80 – 84

Hoch normal 130 – 139 und/oder 85 – 89

Grad 1 Hypertonie 140 – 159 und/oder 90 – 99

Quellen: Williams B et al.: ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal 2018; Band 39, Nummer 33, doi: 10.1093/eurheartj/ehy339, S. 3021 – 3104. (zuletzt aufgerufen am 19.11.2020)
<https://leitlinien.dgk.org/2007/diagnostik-und-therapie-der-chronischen-pulmonalen-hypertonie/> (zuletzt aufgerufen am 19.11.2020)

- 122 Sie diagnostizieren bei der Patientin eine arterielle Hypertonie Grad II. Um über das weitere Vorgehen zu entscheiden, stellen Sie Differenzialdiagnosen auf. Aufgrund des jungen Alters denken Sie auch an seltenere Ursachen, die der Hypertonie zugrunde liegen könnten.

Welches der fünf folgenden Krankheitsbilder verursacht am ehesten **keine** arterielle Hypertonie?

- (A) Phäochromozytom
- (B) Morbus Addison
- (C) Schlafapnoe-Syndrom
- (D) Nierenarterienstenose
- (E) Cushing-Syndrom
- (F) Weiß nicht

Literatur: Morbus Addison: Die primäre Nebennierenrindeninsuffizienz geht mit einer Hypotonie einher, da Mineralokorticoide und Glukokortikoide mit mineralokortikoider Wirkung vermindert freigesetzt werden.

Quelle: Williams et al.: ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal 2018; Band 39, Nummer 33, doi: 10.1093/eurheartj/ehy339, S. 2180, 2199ff. (zuletzt aufgerufen am 19.11.2020)

- 123 Die Patientin nimmt außer einer oralen Kontrazeption keine Medikamente ein. Sie möchten den Blutdruck der Patientin nun erstmals medikamentös einstellen.

Welche der unten aufgeführten Medikamente halten Sie in diesem Falle für am ehesten geeignet?

- (A) Ramipril und Metoprolol
- (B) Amlodipin
- (C) Ramipril und Hydrochlorthiazid und Amlodipin
- (D) Ramipril und Hydrochlorthiazid
- (E) Metoprolol und Verapamil
- (F) Weiß nicht

Literatur: Ab Hypertonie-Grad I ist eine medikamentöse Therapie indiziert. Nach aktuellen ESC-Leitlinien wird zu Therapiebeginn eine Zweierkombination empfohlen, z. B. Diuretikum + ein weiteres Antihypertonikum der 1. Wahl (Thiazide, ACE-Hemmer, Angiotensin-Rezeptorantagonisten, langwirksame Calciumantagonisten, Betablocker). Es sollten nicht Betablocker mit Calciumantagonisten vom Verapamil- oder Diltiazem-Typ verwendet werden, da eine lebensgefährliche kardiodepressive Wirkung droht.

Quellen: Hirschl MM: Guidelines for the drug treatment of hypertensive crises. Drugs 1995; Band 50, Nummer 6. S. 991 – 1000. (zuletzt aufgerufen am 19.11.2020)
www.herold-innere-medizin.de/pdf/Arterielle_Hypertonie.pdf (zuletzt aufgerufen am 19.11.2020)

- 124 Im Zuge der Therapiebesprechung bittet Sie die Patientin, sich auch einmal ihren Vater anzusehen, der seit vielen Jahren an einer Hypertonie leide, seine Medikamente jedoch nicht regelmäßig einnehme. Eine Woche später stellt sich der Vater, 65 Jahre alt, bei Ihnen vor. Außer der arteriellen Hypertonie sind bei ihm keine Vorerkrankungen bekannt. Er gibt an, ihm werde häufiger bei körperlicher Betätigung schwindelig. Auch habe er in den letzten 2 Jahren einiges an körperlicher Leistungsfähigkeit eingebüßt. Eine kardiologische Untersuchung führt zu folgenden Ergebnissen:

Auskultation: Systolikum

Ruhe-EKG: Linksschenkelblock, positiver Solokow-Index

Belastungs-EKG: im Vergleich zum Ruhe-EKG unauffällig

Herz-Sonografie: keine Wandbewegungsstörungen, keine Ventrikeldilatation, kein Perikarderguss, Septumwand enddiastolisch 16 mm, Wand des linken Ventrikels deutlich verdickt

Welche ist die wahrscheinlichste Diagnose?

- (A) Mitralklappenstenose
- (B) Perimyokarditis
- (C) Aortenklappeninsuffizienz
- (D) Pulmonalklappenstenose
- (E) Hypertensive Kardiomyopathie
- (F) Weiß nicht

Literatur: Hypertensive Kardiomyopathie: Eine mögliche Komplikation der Hypertonie ist die hypertensive Kardiomyopathie durch Druckbelastung des linken Ventrikels. Dessen Wände verdicken sich dadurch konzentrisch. Es bildet sich erst eine diastolische und später auch systolische Funktionsstörung mit Ausbildung einer Insuffizienz des linken Ventrikels. Im Ultraschallbild sieht man eine Septumdicke von über 11 mm.

Quelle: https://www.herold-innere-medizin.de/pdf/Arterielle_Hypertonie.pdf (zuletzt aufgerufen am 19.11.2020).

- 125 Das Ende 2019 in China erstmalig beschriebene neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 hat zu einer weltweiten Pandemie geführt, die mit globalen Auswirkungen einhergeht. Um erste epidemiologische Informationen über das Virus zu gewinnen, hat eine Studie alle COVID-19-Fälle ausgewertet, die dem öffentlichen chinesischen Gesundheitswesen bis zum 11. Februar 2020 gemeldet wurden. Im Folgenden sehen Sie eine Tabelle mit Daten zur Zahl der Erkrankten und an der Krankheit Verstorbenen in Abhängigkeit vom Alter.

Welche Aussage lässt sich anhand der vorliegenden Daten am ehesten ableiten?

| Alter in Jahren | Bestätigte Fälle | Todesfälle |
|-----------------|------------------|-------------|
| alle Fälle | 44.672 (100) | 1.023 (100) |
| 0-9 | 416 (0.9) | - |
| 10-19 | 549 (1.2) | 1 (0.1) |
| 20-29 | 3.619 (8.1) | 7 (0.7) |
| 30-39 | 7.600 (17.0) | 18 (1.8) |
| 40-49 | 8.571 (19,2) | 38 (3.7) |
| 50-59 | 10.008 (22,4) | 130 (12.7) |
| 60-69 | 8.583 (19,2) | 309 (30.2) |
| 70-79 | 3.918 (8.8) | 312 (30.5) |
| über 80 | 1.408 (3.2) | 208 (20.3) |

- (A) Menschen im Alter zwischen 50 und 59 erkranken am häufigsten an COVID-19.
 (B) Die Prävalenz von COVID-19 unter den 30- bis 39-Jährigen beträgt 17,0 %.
 (C) Die Inzidenz von COVID-19 unter den 10- bis 19-Jährigen beträgt 1,2 %.
 (D) Die Mortalität der 70- bis 79-Jährigen ist höher als die der über 80-Jährigen.
 (E) Die Letalität von COVID-19 steigt im fortgeschrittenen Alter erheblich an.
 (F) Weiß nicht

Literatur: Die Prävalenz (Häufigkeit einer Krankheit in einer Population zu einem bestimmten Zeitpunkt) und Inzidenz (neuaufgetretene Krankheitsfälle in einer Population in einer bestimmten Zeitspanne) der Erkrankung in den verschiedenen Altersgruppen lässt sich nicht aus den vorliegenden Daten ableiten, da die Population nicht abgebildet ist. Die Mortalität beschreibt die Todesfälle im Bezug auf die mittlere Gesamtbevölkerung. Als Letalität bezeichnet man die "Tödlichkeit" einer Erkrankung, d. h. welcher Anteil der Erkrankten an der Krankheit versterben. Diese Zahl steigt mit fortgeschrittenem Lebensalter an.

Quellen: weekly.chinacdc.cn/en/article/id/e53946e2-c6c4-41e9-9a9b-fea8db1a8f5 (zuletzt aufgerufen am 15.10.2020)
[https://www.aerzteblatt.de/archiv/117917/Mortalitaet-Letalitaet-Morbiditaet-\(Inzidenz-Praevalenz\)](https://www.aerzteblatt.de/archiv/117917/Mortalitaet-Letalitaet-Morbiditaet-(Inzidenz-Praevalenz)) (zuletzt aufgerufen am 15.10.2020)

- 126 Herr Weis, 41 Jahre alt, stellt sich bei Ihnen in der Notaufnahme mit respiratorischer Symptomatik vor. Er sei gerade von einer Geschäftsreise aus einem Risikogebiet zurückgekehrt und mache sich nun große Sorgen, dass er sich mit COVID-19 angesteckt haben könnte. Sie überlegen nun, welche Schutzmaßnahmen bei der Untersuchung des Patienten sinnvoll sind.

Was gehört **nicht** zu den Mindestschutzmaßnahmen, um sich bestmöglich vor SARS-CoV-2 zu schützen?

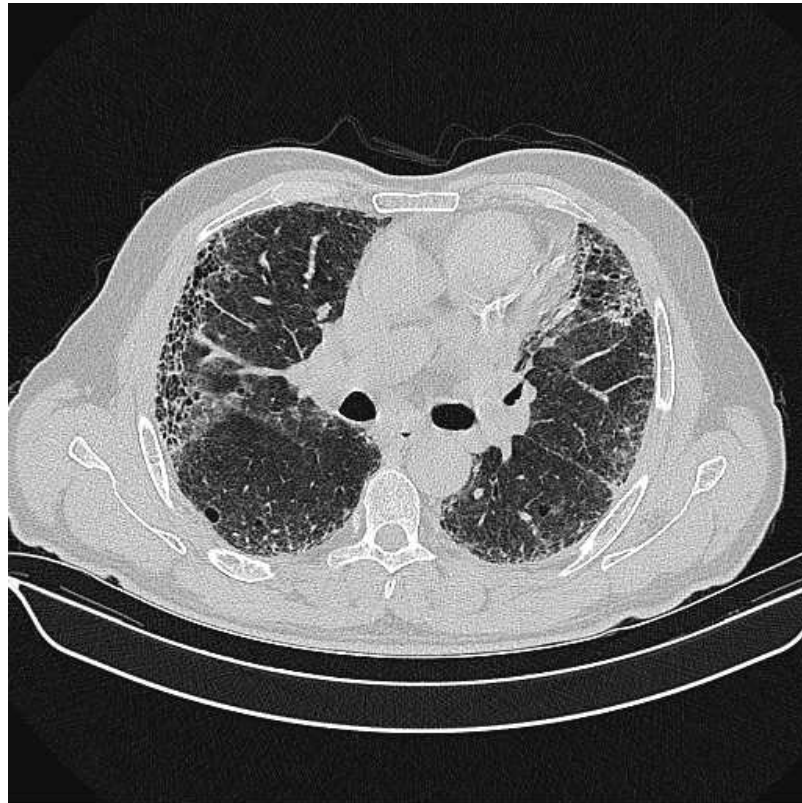
- (A) Sie bitten den Patienten wegen des Infektionsrisikos eine FFP-2-Maske anzulegen.
- (B) Vor Anlegen der Schutzkleidung führen Sie eine 30-sekündige Händedesinfektion durch.
- (C) Sie benutzen ein Desinfektionsmittel des Wirkungsbereiches begrenzt viruzid.
- (D) Zum Eigenschutz setzen Sie eine Schutzhaube, Schutzmaske und Schutzbrille auf.
- (E) Sofern verfügbar, setzen Sie den Patienten in ein Isolierzimmer mit Schleuse oder Vorraum.
- (F) Weiß nicht

Literatur: Bei SARS-CoV-2 handelt es sich um ein behülltes Virus, das durch Desinfektionsmittel mit dem Wirkungsspektrum "begrenzt viruzid" abgetötet werden kann. FFP-2-Masken sind zum Eigenschutz für das Personal sinnvoll, jedoch schützen sie andere Personen nicht zuverlässig, wenn nur der Infizierte sie trägt.

Quellen: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Hygiene.html
(zuletzt aufgerufen am 15.10.2020)
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Ergaenzung_Pandemieplan_Covid.pdf?__blob=publicationFile (S.24-25) (zuletzt aufgerufen am 15.10.2020)

- 127 Zur Beobachtung nehmen Sie Herrn Weis stationär auf und erhalten am folgenden Tag ein positives Testergebnis für SARS-CoV-2. Die ersten Tage bleibt seine Symptomatik mild und der Patient ist stabil. Am 7. Tag nach Aufnahme klagt Herr Weis jedoch über zunehmende Atemnot, sodass Sie eine CT-Bildgebung des Thorax veranlassen.

Welche Diagnose stellen Sie?





- (A) Bronchopneumonie
- (B) Pleuraerguss
- (C) Lobärpneumonie
- (D) Pleuraempyem
- (E) Interstitielle Pneumonie
- (F) Weiß nicht

Literatur: Bei der vorliegenden Bilderserie handelt es sich um eine für COVID-19 typische interstitielle Pneumonie, die sich durch retikuläre wabenartige Verschattungen und Milchglastrübungen auszeichnet. Eine akute Symptomverschlechterung im Laufe der zweiten Woche, bei anfangs mildem Verlauf, ist häufiger beschrieben worden.

Quellen: <https://www.msmanuals.com/de-de/profi/lungenkrankheiten/interstitielle-lungenerkrankungen/akute-interstitielle-pneumonie> (zuletzt aufgerufen am 15.10.2020)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32198915> (zuletzt aufgerufen am 15.10.2020)
Case courtesy of Dr Mohammad Taghi Niknejad: <https://radiopaedia.org/cases/usual-interstitial-pneumonia-uip-7?lang=us> (zuletzt aufgerufen am 15.10.2020)

- 128 Innerhalb kürzester Zeit verschlechtert sich der Zustand des Patienten. Sie entscheiden sich zu einer Rapid Sequence Induction (RSI).

Welche Aussage zur RSI und deren Vorgehensweise trifft zu?

- (A) Die RSI ist für schwangere Patient/innen nicht geeignet, da diese nicht als nüchtern gelten.
- (B) Bei einer RSI wird vor der Intubation eine Magensonde zur Absaugung des Mageninhaltes gelegt.
- (C) Bei einer RSI wird aufgrund der Notwendigkeit schnellen Handelns auf eine Präoxygenierung verzichtet.
- (D) Bei der RSI verabreichen Sie intravenös zuerst Succinylcholin, dann Fentanyl und anschließend Propofol.
- (E) Bis zum Anschlag der Medikamente wird bei der RSI eine Maskenbeatmung vor Intubation durchgeführt.
- (F) Weiß nicht

Literatur: Um das Aspirationsrisiko bei einer RSI zu senken sollte eine Absaugung des Mageninhaltes per Magensonde erfolgen. Die RSI wird insbesondere bei nicht nüchternen Patienten eingesetzt – dazu zählen auch Schwangere. Die richtige Reihenfolge der Medikamentenverabreichung ist: Analgetikum (z. B. Fentanyl), Hypnotikum (z. B. Propofol), Muskelrelaxans (z. B. Succinylcholin), wobei alle Medikamente i.v. verabreicht werden. Aufgrund der Aspirationsgefahr sollte keine Maskenbeatmung vor der Intubation durchgeführt werden, um den Magen nicht zu überblähen. Eine ausreichende Präoxygenierung vor der Einleitung ist jedoch unbedingt notwendig, um eine Hypoxie zu vermeiden.

Quellen: <https://academic.oup.com/bjaed/article/5/2/45/422107> (zuletzt aufgerufen am 15.10.2020)

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00101-018-0416-7.pdf> (zuletzt aufgerufen am 15.10.2020)

- 129 Nach einiger Zeit stabilisiert sich der Patient wieder. Sie denken über eine Extubation nach.

Was gehört **nicht** zu den allgemeinen Extubationskriterien?

- (A) Suffiziente Spontanatmung
- (B) Stabile Kreislaufverhältnisse
- (C) Ausreichende Wachheit
- (D) Normale Diurese
- (E) Normothermie
- (F) Weiß nicht

Literatur: Eine normale Diurese gehört nicht zu den Extubationskriterien.

Quelle: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00101-015-0087-6> (Abb. 3) (zuletzt aufgerufen am 15.10.2020)

130 Herr Kley, 21 Jahre alt, war vor 2 Monaten an einem schweren Verkehrsunfall mit mehreren Fahrzeugen beteiligt, bei dem ein Motorradfahrer tödlich verunglückte. Er selbst überschlug sich mit seinem Wagen und wurde dabei eingeklemmt. Das Eintreffen des Rettungsdienstes habe sich für ihn wie nach einer Ewigkeit angefühlt und er habe in dieser Zeit selbst Angst gehabt "vor Schmerzen zu sterben". Mittlerweile wurde Herr Kley stationär versorgt und beginnt nun mit der Rehabilitation wegen beidseitiger Oberschenkel- und Unterschenkelfrakturen. In der Reha-Einrichtung führen Sie das Erstgespräch mit Herrn Kley, der dabei Freudlosigkeit und fehlende Motivation, "irgendwas mit seinem Leben anzufangen", schildert. Ihn plagen außerdem starke Schuldgefühle aufgrund des verunglückten Motorradfahrers. Um die Ausbildung einer Traumafolgestörung möglichst zu vermeiden, sind vorbeugende Maßnahmen im Anschluss an das Trauma sinnvoll. Dazu erfolgte während der stationären Behandlung in der Unfallklinik wenige Tage nach dem Unfall ein psychologisches Konsil.

Welche der folgenden Aussagen ist in diesem Fall **am wenigsten** angemessen?

- (A) "Beschreiben Sie bitte detailliert, was bei dem Unfall passiert ist."
- (B) "Welche Sorgen oder Ängste beschäftigen Sie nach dem Unfall?"
- (C) "Ich erlebe Sie als sehr sozialen Menschen. Bekommen Sie soziale Unterstützung?"
- (D) "Haben Sie als Reaktion auf das Ereignis kürzlich daran gedacht, sich umzubringen?"
- (E) "Ihre Emotionen haben Platz in unserem Gespräch. Sie können sie mir frei mitteilen."
- (F) Weiß nicht

Literatur: Wichtig für die unmittelbare Betreuung Traumatisierter ist es, einen Rahmen zu schaffen, der Sicherheit vermittelt. Dazu beitragen können die Frage nach momentanen Gefühlen (B und E) oder die Bestärkung von psychischen Ressourcen (C). Eine Abklärung von Suizidalität (D) gehört nichtsdestotrotz zur psychiatrischen Anamnese dazu. Genaue Details zum Unfallhergang sind für die Erstversorgung weniger relevant, in der späteren Aufarbeitung der Ereignisse kann eine vorsichtige Konfrontation mit diesen sinnvoll sein.

Quellen: Margraf J, Schneider S. Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 2. 4. Auflage Berlin und Heidelberg: Springer; 2018. S. 115.

<https://www.gesundheitsinformation.de/kann-fruehe-psychische-hilfe-einer.2636.de.html?part=vorbeugung-um-oh62-l6py> (zuletzt aufgerufen am 18.11.2020)

- 131 Herr Kley schildert, dass es momentan immer wieder zu belastenden Erinnerungen komme: "Ich sehe vor meinen Augen immer wieder die Scheinwerfer des anderen Autos und höre dabei das Hupen, als wäre es ganz real."

Wie kann das vorliegende Phänomen am besten beschrieben werden?

- (A) Depersonalisation
- (B) Intrusion
- (C) Verfolgungswahn
- (D) Regression
- (E) Amnesie
- (F) Weiß nicht

Literatur: Das hier geschilderte lebendige Erinnern traumatischer Ereignisse in sich häufig wiederholender, szenenhafter Art wird als Intrusion beschrieben.

Quellen: Schneider F. Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 2. Auflage. Berlin und Heidelberg: Springer; 2016. S. 325.
<https://www.pschyrembel.de/Intrusion/K0PQ4/doc/> (zuletzt aufgerufen am 18.11.2020)

- 132 Die Famulantin auf der Station fasst den Befund zusammen: "Bei Herrn Kley sind 2 Monate nach dem Unfall belastende lebendig-szenenhafte Erinnerungen der traumatischen Ereignisse aufgetreten. In der weiteren Anamnese zeigte sich, dass Herr Kley außerdem unter Schlafstörungen, psychomotorischer Unruhe mit Übererregung und einer Angst, erneut Auto zu fahren, leide."

Welche Diagnose lässt sich aufgrund des Befundes am ehesten stellen?

- (A) Akute Belastungsreaktion
- (B) Somatisches Syndrom
- (C) Generalisierte Angststörung
- (D) Posttraumatische Belastungsstörung
- (E) Anhaltende wahnhaftige Störung
- (F) Weiß nicht

Literatur: Die geschilderten Symptomen Intrusion, Übererregbarkeit, Vermeidungsverhalten weisen auf die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung hin, wie im ICD-10 unter F43.1 beschrieben. Auch der zeitliche Verlauf passt hierzu – eine akute Belastungsreaktion manifestiert sich hingegen in kurzem zeitlichen Abstand und klingt nach Stunden bis Tagen wieder ab.

Quellen: <https://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html> (zuletzt aufgerufen am 18.11.2020)

133 Was stellt am ehesten eine dauerhafte Therapie dar?

- (A) Kognitive Verhaltenstherapie
- (B) Klassische Psychoanalyse
- (C) Therapie mit Risperidon
- (D) Verordnung von Zopiclon bei Bedarf
- (E) Elektrokrampftherapie
- (F) Weiß nicht

Literatur: Mittel der Wahl zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung stellt die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie dar. Sie beinhaltet üblicherweise als zentrale traumafokussierte Techniken imaginative Exposition in Bezug auf die Traumaerinnerung, narrative Exposition, Exposition in vivo und/oder kognitive Umstrukturierung in Bezug auf traumabezogene Überzeugungen. Hierbei liegt der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung.

Quelle: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/155-001I_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf (zuletzt aufgerufen am 18.11.2020)

134 Herr Leich, 70 Jahre alt, kommt in Ihre allgemeinmedizinische Sprechstunde und klagt über zunehmende Atemnot. Er komme kaum noch zu seiner Wohnung im ersten Stockwerk hinauf. Schon beim Gehen muss er nach wenigen Minuten anhalten, um besser Luft zu bekommen. Sein „Raucherhusten“ am Morgen, bei dem zäher Schleim hochkomme, störe ihn auch immer mehr. Auf genauere Nachfrage erklärt er, die Symptomatik sei über die letzten 5 Monate immer schlimmer geworden. Er rauche seit vielen Jahren ca. 10 Zigaretten am Tag. Auch Alkohol trinke er häufiger.

Welche Verdachtsdiagnose ist am wahrscheinlichsten?

- (A) Bronchiale Hyperreagibilität bei Asthma bronchiale
- (B) Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
- (C) Akute Lungenentzündung
- (D) Rechtsherzinsuffizienz
- (E) Granulomatose mit Polyangiitis
- (F) Weiß nicht

Literatur: Eine langsam progrediente Luftnot bei einem langjährigen Raucher macht eine COPD zur wahrscheinlichsten Diagnose.

Quelle: <https://www.lungeninformationsdienst.de/krankheiten/copd/index.html> (zuletzt aufgerufen am 19.11.2020)

135 Welchen Befund erwarten Sie in der körperlichen Untersuchung am ehesten?

- (A) Abgeschwächtes Atemgeräusch
- (B) Ausgeprägte Zwerchfellverschieblichkeit
- (C) Pleurareiben (Lederknarren)
- (D) Dumpfer Klopfeschall an der Lungenbasis
- (E) Ungleichmäßige Thoraxexkursion
- (F) Weiß nicht

Literatur: Ein abgeschwächtes Atemgeräusch ist aufgrund überblähter Lungenareale ein typischer Untersuchungsbefund bei der COPD.

Quelle: <https://www.lungenaerzte-im-netz.de/untersuchungen/koerperliche-untersuchung/auskultation/> (zuletzt aufgerufen am 19.11.2020)

136 Welche Diagnostik führen Sie als nächsten Schritt durch?

- (A) Lungenfunktionstest
- (B) Thorax-CT
- (C) Prick-Test
- (D) Bronchoskopie
- (E) Pleurapunktion
- (F) Weiß nicht

Literatur: Um die Verdachtsdiagnose COPD zu bestätigen, sind Anamnese, klinisches Bild und Lungenfunktionstest nötig.

Quelle: <https://www.lungeninformationsdienst.de/krankheiten/copd/diagnose/index.html>
(zuletzt aufgerufen am 19.11.2020)

137 In der Lungenfunktionsuntersuchung konnte eine obstruktive Ventilationsstörung nachgewiesen werden. Dabei lag die Einsekundenkapazität FEV1 bei 66 % des Sollwerts, der Tiffeneau-Index (FEV1/Vitalkapazität) bei 57 %.

Welche Therapie ist für Herrn Leich unter Berücksichtigung von Symptomen und Befunden die erste Wahl?

- (A) Leukotrienrezeptor-Antagonist
- (B) Budesonid inhalativ
- (C) Salbutamol und Theophyllin
- (D) Tiotropiumbromid inhalativ
- (E) Phosphodiesterase-4-Hemmer
- (F) Weiß nicht

Literatur: Aufgrund von Lungenfunktion und Symptombelastung kann Herr Leich in die Patientenkategorie GOLD B eingeordnet werden. Hierfür kommt die Monotherapie mit einem langwirksamen Beta-Agonisten (LABA) oder, wie hier, einem langwirksamen Muskarinantagonisten (LAMA) in Frage.

Quelle: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-006l_S2k_COPD_chronisch-obstruktive-Lungenerkrankung_2018-01.pdf (S. 37) (zuletzt aufgerufen am 19.11.2020)

- 138 Sie wollen das Alltagsleben von Herrn Leich erleichtern und verschreiben ihm einen langwirksamen Muskarin-Antagonisten. Um ein weiteres Voranschreiten der Erkrankung zu verlangsamen, wollen Sie Herrn Leich motivieren, seinen Tabakkonsum zu reduzieren.

Welche Formulierung ist hierfür am ehesten zielführend?

- (A) „Wenn Sie so weitermachen, sterben Sie an Ihrem Rauchverhalten.“
- (B) „Ich glaube daran, dass Sie es schaffen, mit dem Rauchen aufzuhören.“
- (C) „So viel zu rauchen ist auf Dauer doch sehr teuer, nicht wahr?“
- (D) „Ich kann absolut nicht verstehen, weshalb Sie so viel rauchen.“
- (E) „Es weiß doch jeder, dass das Rauchen gesundheitsschädlich ist.“
- (F) Weiß nicht

Literatur: Negatives Predigen ist im Sinne einer motivierenden Beratung zur Tabakentwöhnung wenig sinnvoll. Auf die zu entwöhnenden Personen zuzugehen und Ressourcen zur Entwöhnung aufzeigen, kann deutlich positivere Auswirkungen auf die Entwöhnung haben.

Quellen: S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD), 2018. S. 40f
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-006l_S2k_COPD_chronisch-obstruktive-Lungenerkrankung_2018-01.pdf (zuletzt aufgerufen am 19.11.2020)
Andreas S. et al. Tabakentwöhnung bei COPDS3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. S. 12f.
http://www.dnrk.de/fileadmin/user_upload/website/dnrk/OPS/Leitlinien_TE/S3_Tabakentwoehnung_bei_COPD_2014-03.pdf (zuletzt aufgerufen am 19.11.2020)