

# **20 Prüfungsfälle Innere Medizin**

**Kompakt fürs 3. Staatsexamen**

Autor: hyDr. Anmed

Dieses Skript wurde von einem Absolventen für Medizinstudenten erstellt. Der Fokus liegt auf den wichtigsten und häufigsten Prüfungsthemen in der Inneren Medizin. Jeder Fall enthält Leitsymptom, Anamnese, Befunde, Differenzialdiagnosen, Lösung und einen Prüfungstipp.

## Fall 1: Thoraxschmerz

**Anamnese:** 54-jähriger Mann, Raucher, Hypertonie. Akuter Schmerz retrosternal, Ausstrahlung in linken Arm, seit 2h.

**Befund:** Blass, kaltschweißig, RR 90/60 mmHg, Puls 110/min, ST-Hebungen in II, III, aVF.

**Differenzialdiagnosen:** ACS (STEMI, NSTEMI), Aortendissektion, Lungenembolie, Refluxkrankheit.

**Lösung:** STEMI (Inferiorinfarkt) → Sofort ACS-Therapie: MONA-Schema, Heparin, ASS, Clopidogrel, PCI.

**Prüfungstipp:** Immer zuerst lebensbedrohliche Ursachen nennen!

## Fall 2: Dyspnoe

**Anamnese:** 68-jährige Patientin, bekannte COPD, zunehmende Atemnot seit 2 Tagen.

**Befund:** AF 28/min, Giemen, SpO<sub>2</sub> 82%, pCO<sub>2</sub> erhöht.

**Differenzialdiagnosen:** Exazerbierte COPD, Pneumonie, Lungenembolie, Herzinsuffizienz.

**Lösung:** Akute Exazerbation COPD → O<sub>2</sub>-Gabe (Ziel 88–92%), Bronchodilatoren, Steroide, evtl. Antibiotika.

**Prüfungstipp:** Strukturierte Vorstellung: Ursachen kardiologisch vs. pulmonal abgrenzen.

## Fall 3: Synkope

**Anamnese:** 22-jähriger Student, Synkope während Sport. Kein prodromales Symptom.

**Befund:** RR normal, EKG: QT-Verlängerung.

**Differenzialdiagnosen:** Kardiale Synkope (Arrhythmie), vasovagal, orthostatisch, neurologisch.

**Lösung:** Kardiale Ursache (Long-QT) → Monitoring, ggf. Defibrillator erwägen.

**Prüfungstipp:** Immer kardiale Ursachen ausschließen!

## Fall 4: Ikterus

**Anamnese:** 45-jähriger Mann, Gelbfärbung seit 1 Woche, dunkler Urin.

**Befund:** Skleren ikterisch, Labor: Bilirubin gesamt ↑, ALP ↑, γ-GT ↑.

**Differenzialdiagnosen:** Prähepatisch: Hämolyse; Intrahepatisch: Hepatitis, Zirrhose; Posthepatisch: Choledocholithiasis.

**Lösung:** Wahrscheinlich cholestatischer Ikterus durch Choledocholithiasis.

**Prüfungstipp:** Laborwerte nach intra-, prä- und posthepatisch differenzieren.

## Fall 5: GI-Blutung

**Anamnese:** 61-jährige Frau, Hämatemesis, bekannte NSAID-Einnahme.

**Befund:** Hypoton, Hb 8 g/dl, Tachykardie.

**Differenzialdiagnosen:** Ulcus ventriculi, Ösophagusvarizen, Mallory-Weiss, Tumor.

**Lösung:** Akute obere GI-Blutung → Schocktherapie, Magensonde, Endoskopie.

**Prüfungstipp:** Stabilisierung geht vor Diagnostik!

## Fall 6: Fieber unklarer Genese

**Anamnese:** 37-jährige Frau, seit 2 Wochen Fieber bis 39°C, Nachtschweiß.

**Befund:** Tachykardie, CRP ↑, BSG ↑.

**Differenzialdiagnosen:** Infektion, Malignom, Autoimmunerkrankung.

**Lösung:** Weiterführende Diagnostik: Blutkulturen, Bildgebung, Autoantikörper.

**Prüfungstipp:** Immer Infektion ausschließen, bevor an seltene Ursachen gedacht wird.

## Fall 7: Anämie

**Anamnese:** 65-jähriger Mann, Müdigkeit, Belastungsdyspnoe.

**Befund:** Hb 8 g/dl, MCV erniedrigt, Ferritin ↓.

**Differenzialdiagnosen:** Eisenmangelanämie, chronische Erkrankung, hämolytische Anämie.

**Lösung:** Eisenmangel durch GI-Blutung am wahrscheinlichsten → Gastroskopie/Koloskopie.

**Prüfungstipp:** Laborparameter systematisch deuten: MCV, MCH, Ferritin.

## Fall 8: Hypertonie

**Anamnese:** 58-jährige Frau, RR 170/100 mmHg bei Routinekontrolle.

**Befund:** Fundus hypertonicus, EKG: linksventrikuläre Hypertrophie.

**Differenzialdiagnosen:** Primäre Hypertonie, sekundär: Nierenarterienstenose, Endokrinopathien.

**Lösung:** Therapieeinleitung: Lifestyle, ACE-Hemmer, Kalziumantagonist.

**Prüfungstipp:** Immer sekundäre Ursachen erwägen, v.a. bei jungen Patienten.

## Fall 9: Diabetes mellitus

**Anamnese:** 50-jähriger Mann, Polydipsie, Polyurie, Gewichtsverlust.

**Befund:** BZ nüchtern 190 mg/dl, HbA1c 8,5%.

**Differenzialdiagnosen:** DM Typ 1, Typ 2, sekundärer Diabetes.

**Lösung:** Hier: Diabetes mellitus Typ 2 → Metformin, Lifestyle-Modifikation.

**Prüfungstipp:** Kriterien der Diagnose:  $\geq 126$  mg/dl nüchtern oder HbA1c  $\geq 6,5\%$ .

## Fall 10: Aszites

**Anamnese:** 60-jähriger Mann, Zirrhose, zunehmender Bauchumfang.

**Befund:** Flüssigkeit in Perkussion, Sonografie: freie Flüssigkeit.

**Differenzialdiagnosen:** Leberzirrhose, Malignom, Herzinsuffizienz.

**Lösung:** Wahrscheinlich portale Hypertension → Diuretika, Parazentese.

**Prüfungstipp:** Immer spontan bakterielle Peritonitis ausschließen!

## Fall 11: Niereninsuffizienz

**Anamnese:** 70-jährige Patientin, bekannte Hypertonie, Müdigkeit.

**Befund:** Kreatinin 3,0 mg/dl, GFR 25 ml/min.

**Differenzialdiagnosen:** Prärenal, renal, postrenal.

**Lösung:** Chronische Niereninsuffizienz Stadium 4 → ACE-Hemmer, Blutdruckkontrolle.

**Prüfungstipp:** Ursachen immer differenzieren: prärenal, renal, postrenal.

## Fall 12: Schlaganfall

**Anamnese:** 72-jähriger Patient, plötzlich Hemiparese rechts, Sprachstörung.

**Befund:** RR 180/95 mmHg, CT: keine Blutung.

**Differenzialdiagnosen:** Ischämischer Schlaganfall, Blutung, Hypoglykämie.

**Lösung:** Akuter ischämischer Schlaganfall → Thrombolyse/Thrombektomie.

**Prüfungstipp:** Zeit ist Gehirn – Zeitfenster beachten!

## Fall 13: Delir

**Anamnese:** 82-jährige Patientin postoperativ, unruhig, wechselnd orientiert.

**Befund:** Tachykardie, Desorientierung, wechselnde Vigilanz.

**Differenzialdiagnosen:** Delir, Demenz, Depression.

**Lösung:** Delir → Ursache suchen (Infekt, Elektrolyte), antipsychotische Therapie erwägen.

**Prüfungstipp:** DD Demenz vs. Delir klar trennen!

## Fall 14: Hypothyreose

**Anamnese:** 40-jährige Frau, Müdigkeit, Gewichtszunahme, Kälteintoleranz.

**Befund:** TSH ↑, fT4 ↓.

**Differenzialdiagnosen:** Primäre Hypothyreose (Hashimoto), sekundäre Hypothyreose.

**Lösung:** Hashimoto → Substitution mit L-Thyroxin.

**Prüfungstipp:** Laborwerte klar interpretieren: TSH hoch, fT4 niedrig = primär.

## Fall 15: Hyperthyreose

**Anamnese:** 30-jährige Frau, Gewichtsverlust trotz gesteigertem Appetit, Palpitationen.

**Befund:** TSH supprimiert, fT4 ↑.

**Differenzialdiagnosen:** M. Basedow, autonomes Adenom, Thyreoiditis.

**Lösung:** M. Basedow am wahrscheinlichsten → Thyreostatika, Radiojod, OP.

**Prüfungstipp:** Exophthalmus typisch für Basedow.

## Fall 16: Pneumonie

**Anamnese:** 68-jähriger Mann, Fieber, Husten, Dyspnoe.

**Befund:** Rasselgeräusche basal, CRP ↑, Leukozytose, Infiltrat im Röntgen.

**Differenzialdiagnosen:** Bakterielle Pneumonie, atypische Pneumonie, Herzinsuffizienz.

**Lösung:** CAP durch Pneumokokken → Aminopenicillin + Betalaktamasehemmer.

**Prüfungstipp:** CURB-65 Score zur Einschätzung der Schwere.

## Fall 17: Lungenembolie

**Anamnese:** 56-jährige Frau, akute Dyspnoe, Thoraxschmerz, OP vor 1 Woche.

**Befund:** Tachykardie, SpO<sub>2</sub> 85%, D-Dimere ↑.

**Differenzialdiagnosen:** Lungenembolie, Pneumothorax, ACS.

**Lösung:** Massive Lungenembolie → Antikoagulation, evtl. Lyse.

**Prüfungstipp:** Wells-Score hilft in der Diagnostik.

## Fall 18: Sepsis

**Anamnese:** 64-jähriger Patient, Fieber, Hypotonie, Tachykardie.

**Befund:** Leukozytose, Laktat ↑.

**Differenzialdiagnosen:** Sepsis, SIRS, Schock anderer Ursache.

**Lösung:** Sepsis → Volumentherapie, Blutkulturen, Antibiotika, Intensivtherapie.

**Prüfungstipp:** SOFA-Score nutzen.

## Fall 19: Epileptischer Anfall

**Anamnese:** 24-jähriger Mann, tonisch-klonischer Anfall, postiktale Verwirrung.

**Befund:** Vital stabil, keine fokalen Defizite.

**Differenzialdiagnosen:** Generalisierter Anfall, fokaler Anfall, Synkope.

**Lösung:** Erstmanifestation → Bildgebung, EEG, Labor. Therapie: Antikonvulsiva.

**Prüfungstipp:** Immer nach provozierenden Faktoren suchen.

## Fall 20: Rheumatoide Arthritis

**Anamnese:** 45-jährige Frau, Morgensteifigkeit, symmetrische Gelenkbeschwerden.

**Befund:** Schwellung MCP/PIP, CRP ↑, Anti-CCP positiv.

**Differenzialdiagnosen:** RA, Arthrose, Gicht, Psoriasisarthritis.

**Lösung:** Diagnose: Rheumatoide Arthritis → DMARD (Methotrexat).

**Prüfungstipp:** Frühe Therapie verhindert Gelenkzerstörung.

## **Strategie in der Prüfung**

Strategie in der mündlichen Prüfung: 1. Immer strukturiert antworten (Anamnese – Untersuchung – DD – Diagnostik – Therapie). 2. Lebensbedrohliche Ursachen zuerst nennen. 3. Klare, kurze Sätze. 4. Eigene Unsicherheiten ehrlich kommunizieren – Prüfer honorieren Struktur mehr als Detailwissen.

**Abkürzungsverzeichnis** ACS – Akutes Koronarsyndrom AF – Atemfrequenz ALP – Alkalische Phosphatase ASS – Acetylsalicylsäure BZ – Blutzucker CAP – Community Acquired Pneumonia (ambulant erworbene Pneumonie) CRP – C-reaktives Protein CT – Computertomographie DD – Differenzialdiagnose DMARD – Disease Modifying Anti-Rheumatic Drug ECG/EKG – Elektrokardiogramm fT4 – freies Thyroxin  $\gamma$ -GT – Gamma-Glutamyl-Transferase Hb – Hämoglobin HbA1c – Langzeitblutzuckerwert (glykosyliertes Hämoglobin) MCV – Mittleres korpuskulares Volumen MCH – Mittleres korpuskulares Hämoglobin MONA – Morphin, O<sub>2</sub>, Nitrate, ASS (Initialtherapie bei ACS) NSAID – Nicht-steroidales Antirheumatikum PCI – Perkutane Koronarintervention pCO<sub>2</sub> – Kohlendioxid-Partialdruck RR – Blutdruck nach Riva-Rocci (mmHg) SOFA – Sequential Organ Failure Assessment (Score bei Sepsis) SpO<sub>2</sub> – Sauerstoffsättigung STEMI – ST-Hebungsinfarkt TSH – Thyreoidea-stimulierendes Hormon