

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, SpO₂ 82%, pCO₂ erhöht.

Differenzialdiagnosen: Exazerbierte COPD, Pneumonie, Lungenembolie, Herzinsuffizienz.

Lösung: Akute Exazerbation COPD → O₂-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: Tachykard, 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: ≥ 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, SpO₂ 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.