

An dieser Stelle möchten wir uns herzlich für Deine Fehlerhinweise, Dein Lob und Deine Kritik zum Endspurt Klinik bedanken. Damit hilfst Du uns sehr Endspurt Klinik noch besser zu machen! Wir überprüfen jeden Fehlerhinweis und aktualisieren regelmäßig unbekannte Fehler in unserem Online-Erratum.

Du hast einen Fehler gefunden, der noch nicht im Erratum steht oder möchtest uns Anregungen geben, was wir verbessern können? Wir freuen uns über jedes einzelne Feedback, das bei uns eingeht. Schreibe doch einfach eine Email an:

<https://www.thieme.de/de/thieme-gruppe/kontaktformular-15211.htm>

„Einen Fehler machen und ihn nicht korrigieren - das erst heißt wirklich einen Fehler machen.“

(Konfuzius)



**Endspurt!**

## Erratum für die 2. Auflage von Endspurt Klinik

Seite		aktueller Text	neuer Text
<b>Skript 1</b>			
21 (rechte Spalte)		Zu den allgemeinen Maßnahmen zählen (...) Gewichtsreduktion, <b>Kochsalz-</b> und Flüssigkeitsbeschränkung (...)	Zu den allgemeinen Maßnahmen zählen (...) Gewichtsreduktion, Flüssigkeitsbeschränkung (...)
39 (Lerntipp)		<b>LERNTIPP</b> (...) treten > 3 VES direkt hintereinander auf, spricht man von Salven.	<b>LERNTIPP</b> (...) treten ≥ 3 VES direkt hintereinander auf, spricht man von Salven.
48 (Lerntipp)		<b>LERNTIPP</b> Die 4 wichtigen Medikamentengruppen in der Dauertherapie der KHK sind (...) AT <sub>2</sub> -Antagonist (z.B. Losartan).	<b>LERNTIPP</b> Die 4 wichtigen Medikamentengruppen in der Dauertherapie der KHK sind (...) AT <sub>1</sub> -Antagonist (z.B. Losartan).
60 (rechte Spalte)		<b>Klinik:</b> (...) Über den ASD können paradoxe Embolien auftreten (zerebrale Embolie bei Vorhofflimmern)	<b>Klinik:</b> (...) Über den ASD können paradoxe Embolien auftreten (zerebrale Embolie bei <b>tiefer Beinvenenthrombose</b> )
77 (linke Spalte)		<b>subakute Endokarditis (Endocarditis lenta):</b> (...) z.B. nichthämolysierende Streptokokken wie Streptococcus viridans (...)	<b>subakute Endokarditis (Endocarditis lenta):</b> (...) z.B. α-hämolysierende Streptokokken wie Streptococcus viridans (...)
<b>Skript 2</b>			
86 (linke Spalte)		<b>Veränderungen der Atemfrequenz:</b> - Tachypnoe: > 25 Atemzüge/min	<b>Veränderungen der Atemfrequenz:</b> - Tachypnoe: > <b>20</b> Atemzüge/min
136 (Prüfungshighlights)		- ! Blutgasanalyse: Hypoxie und oft auch Hyperkapnie	- ! Blutgasanalyse: Hypoxie und oft auch <b>Hypokapnie</b>

**Skript 3**

32 (rechte Spalte)	<p><b>Lymphabfluss:</b> Die Lymphbahnen des oberen Duodenum drainieren in Lymphknotengruppen im Verlauf der A. gastroduodenalis superior und z.T. der Aorta; die des unteren Duodenum zu Lymphknoten im Verlauf der A. gastroduodenalis superior oder inferior.</p>	<p><b>Lymphabfluss:</b> Die Lymphbahnen des oberen Duodenum drainieren in Lymphknotengruppen <b>im Bereich des Pylorus</b>, entlang der <b>Aa. pancreaticoduodenales superiores anterior und posterior</b> und z.T. der Aorta; die des unteren Duodenum zu Lymphknoten im Verlauf der <b>A. pancreaticoduodenalis inferior</b>.</p>												
45 (Tab. 3.10)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Stadium</th> <th>TNM-Klassifikation</th> <th>Beschreibung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IIB</td> <td>T3/T4a N0 M0</td> <td>Infiltration der Submukosa (T3) bzw. der Serosa (T4a)</td> </tr> </tbody> </table>	Stadium	TNM-Klassifikation	Beschreibung	IIB	T3/T4a N0 M0	Infiltration der Submukosa (T3) bzw. der Serosa (T4a)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Stadium</th> <th>TNM-Klassifikation</th> <th>Beschreibung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IIB</td> <td>T3/T4a N0 M0</td> <td>Infiltration der Subserosa (T3) bzw. der Serosa (T4a)</td> </tr> </tbody> </table>	Stadium	TNM-Klassifikation	Beschreibung	IIB	T3/T4a N0 M0	Infiltration der Subserosa (T3) bzw. der Serosa (T4a)
Stadium	TNM-Klassifikation	Beschreibung												
IIB	T3/T4a N0 M0	Infiltration der Submukosa (T3) bzw. der Serosa (T4a)												
Stadium	TNM-Klassifikation	Beschreibung												
IIB	T3/T4a N0 M0	Infiltration der Subserosa (T3) bzw. der Serosa (T4a)												
45 (rechte Spalte)	<p><b>Palliative Therapie:</b> (...) – eine PEG-Sonde (perkutane endoskopische Gastrotomie)</p>	<p><b>Palliative Therapie:</b> (...) – eine PEG-Sonde (perkutane endoskopische Gastrotomie) <i>((Gastrotomie ≠ Gastrostomie))</i></p>												
57 (rechte Spalte)	<p><b>4.5.3 Morbus Whipple</b> <b>Therapie:</b> Doxycyclin und Hydroxychloroquin für mindestens 12–18 Monate, bei ZNS-Symptomen zusätzlich Gabe von Sulfamethoxazol.</p>	<p><b>4.5.3 Morbus Whipple</b> <b>Therapie:</b> Ceftriaxon i.v. über 14 Tage, gefolgt von Cotrimoxazol p.o über 1 Jahr.</p>												
60 (Tab. 4.4)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Verlauf</th> <th>Therapie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>schwerer Schub/extraintestinale Manifestationen</td> <td>systemische Steroide (Budesonid p.o.) (...)</td> </tr> </tbody> </table>	Verlauf	Therapie	schwerer Schub/extraintestinale Manifestationen	systemische Steroide (Budesonid p.o.) (...)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Verlauf</th> <th>Therapie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>schwerer Schub/extraintestinale Manifestationen</td> <td>systemische Steroide (<b>Prednisolon</b> p.o.) (...)</td> </tr> </tbody> </table>	Verlauf	Therapie	schwerer Schub/extraintestinale Manifestationen	systemische Steroide ( <b>Prednisolon</b> p.o.) (...)				
Verlauf	Therapie													
schwerer Schub/extraintestinale Manifestationen	systemische Steroide (Budesonid p.o.) (...)													
Verlauf	Therapie													
schwerer Schub/extraintestinale Manifestationen	systemische Steroide ( <b>Prednisolon</b> p.o.) (...)													
76 (Tab. 4.14)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Polyposetyp</th> <th>Risiko der Entartung zum KRK</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Peutz-Jeghers-Syndrom</td> <td>2–3%</td> </tr> </tbody> </table>	Polyposetyp	Risiko der Entartung zum KRK	Peutz-Jeghers-Syndrom	2–3%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Polyposetyp</th> <th>Risiko der Entartung zum KRK</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Peutz-Jeghers-Syndrom</td> <td><b>35–40%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Polyposetyp	Risiko der Entartung zum KRK	Peutz-Jeghers-Syndrom	<b>35–40%</b>				
Polyposetyp	Risiko der Entartung zum KRK													
Peutz-Jeghers-Syndrom	2–3%													
Polyposetyp	Risiko der Entartung zum KRK													
Peutz-Jeghers-Syndrom	<b>35–40%</b>													
107 (Legende Abb. 7.5)	<p>Serologischer Verlauf einer chronischen Hepatitis-B-Infektion.</p>	<p>Serologischer Verlauf einer <b>akuten</b> Hepatitis-B-Infektion.</p>												

108 (linke Spalte)		<b>Chronische Hepatitis B:</b> (...) Therapie der Wahl ist die Gabe von <b>Nukleosid-</b> (...) und <b>Nukleotid-Analoga</b> (...). Nur noch bei ausgewählten Patienten kommt das deutlich nebenwirkungsreichere (u.a. hepatotoxische!) pegylierte (PEG) <b>Interferon α</b> zur Anwendung (...).			<b>Chronische Hepatitis B:</b> (...) Therapie der Wahl ist die Gabe von <b>Interferon α</b> für 1 Jahr. Bei Kontraindikationen (Leberzirrhose im Stadium Child-Pugh B und C), Nebenwirkungen oder Erfolglosigkeit der Interferon α-Therapie kommen die <b>Nukleosid-/Nukleotid-Analoga</b> Entecavir, Lamivudin oder Tenofovir zum Einsatz.														
108 (Lerntipp)		<b>LERNTIPP</b> Therapie der Wahl: – <b>chronische Hepatitis B:</b> Entecavir und Tenofovir – <b>chronische Hepatitis C:</b> DAA-Kombination			<b>LERNTIPP</b> Therapie der Wahl: – <b>chronische Hepatitis B:</b> <b>Interferon α</b> – <b>chronische Hepatitis C:</b> DAA-Kombination														
131 (rechte Spalte)	neu	Therapie: Absetzen der oralen Antikontrazeptiva (bzw. sind diese kontraindiziert)			Therapie: Absetzen der oralen <b>Kontrazeptiva</b> (bzw. sind diese kontraindiziert)														
<b>Skript 4</b>																			
23 (Tab. 3.3)	neu	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Stoffwechsellage</th> <th>Ursache</th> <th>pathologischer Befund</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>hypothyreot</td> <td>entzündliche Schilddrüsenläsionen (z. B. Hashimoto-Thyreoiditis)</td> <td>bei Hashimoto-Thyreoiditis: ohne lymphozytäre Infiltration</td> </tr> </tbody> </table>	Stoffwechsellage	Ursache	pathologischer Befund	hypothyreot	entzündliche Schilddrüsenläsionen (z. B. Hashimoto-Thyreoiditis)	bei Hashimoto-Thyreoiditis: ohne lymphozytäre Infiltration			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Stoffwechsellage</th> <th>Ursache</th> <th>pathologischer Befund</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>hypothyreot</td> <td>entzündliche Schilddrüsenläsionen (z. B. Hashimoto-Thyreoiditis)</td> <td>bei Hashimoto-Thyreoiditis: <b>mit</b> lymphozytärer Infiltration</td> </tr> </tbody> </table>	Stoffwechsellage	Ursache	pathologischer Befund	hypothyreot	entzündliche Schilddrüsenläsionen (z. B. Hashimoto-Thyreoiditis)	bei Hashimoto-Thyreoiditis: <b>mit</b> lymphozytärer Infiltration		
Stoffwechsellage	Ursache	pathologischer Befund																	
hypothyreot	entzündliche Schilddrüsenläsionen (z. B. Hashimoto-Thyreoiditis)	bei Hashimoto-Thyreoiditis: ohne lymphozytäre Infiltration																	
Stoffwechsellage	Ursache	pathologischer Befund																	
hypothyreot	entzündliche Schilddrüsenläsionen (z. B. Hashimoto-Thyreoiditis)	bei Hashimoto-Thyreoiditis: <b>mit</b> lymphozytärer Infiltration																	
42 (rechte Spalte)		<b>ACTH-Stimulationstest:</b> (...) Bei der sekundären Nebennierenrindeninsuffizienz lässt sich das Kortisol nach Gabe von ACTH ebenfalls nicht stimulieren.			<b>ACTH-Stimulationstest:</b> (...) Bei einer <b>kurzzeitig bestehenden</b> sekundären Insuffizienz <b>steigt das Serumcortisol (abgeschwächt bis normal) an</b> . Besteht die sekundäre <b>Insuffizienz bereits längerfristig, steigt das Serumcortisol durch die Hypo- bzw. Atrophie der NNR</b> jedoch, wie bei der primären Form, nicht an.														
59 (Tab. 8.2)		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Form</th> <th>Ursache</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>III: andere</td> <td>Erkrankungen des exokrinen Pankreas (pankreopriver Diabetes)</td> </tr> </tbody> </table>	Form	Ursache	III: andere	Erkrankungen des exokrinen Pankreas (pankreopriver Diabetes)			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Form</th> <th>Ursache</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>III: andere</td> <td>Erkrankungen des <b>endokrinen</b> Pankreas (pankreopriver Diabetes)</td> </tr> </tbody> </table>	Form	Ursache	III: andere	Erkrankungen des <b>endokrinen</b> Pankreas (pankreopriver Diabetes)						
Form	Ursache																		
III: andere	Erkrankungen des exokrinen Pankreas (pankreopriver Diabetes)																		
Form	Ursache																		
III: andere	Erkrankungen des <b>endokrinen</b> Pankreas (pankreopriver Diabetes)																		

67 (Tab. 8.7)	neu	β-Sympathomimetika, Glukokortikoide, orale Kontrazeptiva, Diuretika, Phenothiazide, Schilddrüsenhormone	β-Sympathomimetika, Glukokortikoide, orale Kontrazeptiva, Diuretika, <b>Phenothiazine</b> , Schilddrüsenhormone												
69 (Tab. 8.8)	neu	Sulfonylharnstoffe (z. B. Tolbutamid, Glipizid, Glimepirid, Glibencamid)	Sulfonylharnstoffe (z. B. Tolbutamid, Glipizid, Glimepirid, <b>Glibenclamid</b> )												
80 (Therapie)		<b>Pharmakologische Dauertherapie:</b> (...) Urikostatika dürfen nicht im akuten Gichtanfall gegeben werden, da dieser dadurch verstärkt werden kann! <b>Therapie des akuten Gichtanfalls:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Schmerztherapie</b> mit NSAR (...)</li> <li>- <b>Colchizin</b> (...)</li> <li>- <b>Prednisolon</b> bei Kontraindikationen gegen NSAR und Colchizin.</li> </ul>	<b>Pharmakologische Dauertherapie:</b> (...) <b>Die Therapie mit Urikostatika kann bereits während eines akuten Gichtanfalls, unter anti-inflammatorischem Schutz, begonnen werden.</b> <b>Therapie des akuten Gichtanfalls:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Schmerztherapie</b> mit NSAR (...); <b>lokale Kryotherapie</b></li> <li>• <b>Glukokortikosteroide</b>, z.B. <b>Prednisolon</b></li> <li>• <b>Bei gleichzeitiger Gabe von Prednisolon und NSAR zusätzlicher Magenschutz durch Omeprazol.</b></li> <li>• <b>Colchizin</b> (...)</li> </ul>												
97 (Tab. 11.1)		<table border="1"> <thead> <tr> <th>RIFLE</th> <th>AKIN</th> <th>Anstieg des Serum-Kreatinins</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Risk</td> <td>1</td> <td>≥ 0,3 mg/dl oder um das 1,5-Fache</td> </tr> </tbody> </table>	RIFLE	AKIN	Anstieg des Serum-Kreatinins	Risk	1	≥ 0,3 mg/dl oder um das 1,5-Fache	<table border="1"> <thead> <tr> <th>RIFLE</th> <th>AKIN</th> <th>Anstieg des Serum-Kreatinins</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Risk</td> <td>1</td> <td>≥ 0,3 mg/dl oder <b>auf</b> das 1,5-fache</td> </tr> </tbody> </table>	RIFLE	AKIN	Anstieg des Serum-Kreatinins	Risk	1	≥ 0,3 mg/dl oder <b>auf</b> das 1,5-fache
RIFLE	AKIN	Anstieg des Serum-Kreatinins													
Risk	1	≥ 0,3 mg/dl oder um das 1,5-Fache													
RIFLE	AKIN	Anstieg des Serum-Kreatinins													
Risk	1	≥ 0,3 mg/dl oder <b>auf</b> das 1,5-fache													
142 (Abb. 19.3)		Box „interne Bilanzstörung“ (K <sup>+</sup> EZR > IZR)	Box „interne Bilanzstörung“ (K <sup>+</sup> EZR → IZR) <i>((Verlagerung der Kaliumionen von extrazellulär nach intrazellulär))</i>												
<b>Skript 5</b>															
63 (linke Spalte)	neu	Bei der indirekten Übertragung besteht kein direkter Kontakt zwischen Infektionsquelle und <b>Erreger</b> .	Bei der indirekten Übertragung besteht kein direkter Kontakt zwischen Infektionsquelle und <b>Wirt</b> .												

68 (Tab. 11.5)		<b>Lebendimpfstoffe</b>		<b>Lebendimpfstoffe</b>	
		<b>Viren:</b> - (...)		<b>Viren:</b> - orale Polio-Vakzine (heute obsolet)	
		<b>Bakterien:</b> - orale Polio-Vakzine (heute obsolet)		<b>Bakterien:</b> - (...)	
141				((Aus biologischer Sicht handelt es sich bei dem Menschen um einen <b>Zwischenwirt</b> des Fuchsbandwurms (der Parasit vermehrt sich ungeschlechtlich, man findet Zwischen- oder Larvenstadien). Medizinisch betrachtet wird der Mensch auch als <b>Fehlwirt</b> bezeichnet, da keine vollständige Entwicklung stattfindet.))	
<b>Skript 6</b>					
40 (linke Spalte)		<b>Indikation:</b> zur parenteralen Ernährung (...)		<b>Indikation:</b> zur <b>enteralen</b> Ernährung (...)	
75 (linke Spalte)		<b>Vollhauttransplantate</b> (...) Defekte der Gesicht-, Haut-, Hand- oder Fußregion		<b>Vollhauttransplantate</b> (...) Defekte der Gesicht-, <b>Hals</b> -, Hand- oder Fußregion	
<b>Skript 7</b>					
10 (linke Spalte)		((fehlerhafte Darstellung der Formel))		((Korrekte Formel zur Bestimmung des MAP))	
				$MAP = RR_{dia} + \frac{1}{3} \cdot (RR_{syst} - RR_{dia})$	
11 (rechte Spalte)		<b>Prüfung der Atmung:</b> (...) - <b>Patient atmet normal</b> (jede Atmung, die vom Ersthelfer <b>nicht</b> sicher als „normale Atmung“ eingeschätzt wird)		<b>Prüfung der Atmung:</b> (...) - <b>Patient atmet normal</b> (jede Atmung, die vom Ersthelfer sicher als „normale Atmung“ eingeschätzt wird)	
47 (rechte Spalte)	<b>neu</b>	- <b>bei Glaukomanfall:</b> wenn vorhanden, Pilocarpin-Augentropfen, Analgesie mit Metamizol 1–2mg i. v., Metoclopramid 10mg (kein Dimenhydrinat)		- <b>bei Glaukomanfall:</b> wenn vorhanden, Pilocarpin-Augentropfen, Analgesie mit Metamizol <b>1g</b> i. v., Metoclopramid 10mg (kein Dimenhydrinat)	
74 (Tab. 2.4)			<b>Etomidat</b>		<b>Etomidat</b>
		<b>Kontraindikation</b>	(...) Allergie gegen <b>Soja und</b> Etomidat	<b>Kontraindikation</b>	(...) Allergie gegen Etomidat (...)

99		Anwendung	Kriterien		Anwendung	Kriterien	
(Tab. 3.8)		<b>King's-College-Kriterien</b>	bei Nicht-Paracetamol-induziertem akutem Leberversagen	(...) INR < 6,5	<b>King's-College-Kriterien</b>	bei Nicht-Paracetamol-induziertem akutem Leberversagen	(...) INR > 6,5
<b>Skript 8</b>							
20 (rechte Spalte)		<b>Diagnostik:</b> Im Labor kann als Ausdruck der erhöhten Osteoklastenaktivität eine Erhöhung der alkalischen Phosphatase im Blut (...) nachgewiesen werden.			<b>Diagnostik:</b> Im Labor kann als Ausdruck der erhöhten <b>Osteoblasten</b> aktivität eine Erhöhung der alkalischen Phosphatase im Blut (...) nachgewiesen werden.		
62 (rechte Spalte)		<b>Therapie:</b> (...) Therapeutisch wird in diesem Fall eine Plattenosteosynthese der Klavikula durchgeführt.			<b>Therapie:</b> (...) Therapeutisch wird in diesem Fall eine Plattenosteosynthese der <b>Skapula</b> durchgeführt.		
68 (1. Prüfungshighlights)		! Distale Humerusfrakturen können nach der AO-Klassifikation eingeteilt werden.			! <b>Suprakondyläre</b> Humerusfrakturen können nach der AO-Klassifikation eingeteilt werden. <i>((verschieben unter Abschnitt 11.5.4 Suprakondyläre Humerusfraktur))</i>		
68 (2. Prüfungshighlights)		! Dislozierte Humeruskopffrakturen bei Kindern werden mit Kirschner-Drähten versorgt.			! Dislozierte <b>suprakondyläre Humerusfrakturen</b> bei Kindern werden mit Kirschner-Drähten versorgt.		
83 (Prüfungshighlights)		!! Das <b>Trendelenburg-Zeichen</b> (...) Das Becken sinkt zur kranken Seite ab.			!! Das <b>Trendelenburg-Zeichen</b> (...) Das Becken sinkt zur <b>gesunden</b> Seite ab.		
95 (rechte Spalte)		<b>Frakturverlauf</b> im Vergleich zur Horizontalen (nach <b>Pauwels</b> ): -Pauwels I: < 30° -Pauwels II: 30–70° -Pauwels III: > 70°			<b>Frakturverlauf</b> im Vergleich zur Horizontalen (nach <b>Pauwels</b> ): -Pauwels I: < 30° -Pauwels II: 30– <b>50°</b> -Pauwels III: > <b>50°</b>		

110 (rechte Spalte)	<b>Funktionsprüfungen:</b> (...) Danach bewegt er das Bein nach medial und lateral, wobei eine vermehrte Aufklappbarkeit nach medial auf eine mediale Bandverletzung bzw. eine vermehrte Aufklappbarkeit nach lateral auf eine laterale Bandverletzung hinweist.	<b>Funktionsprüfungen:</b> (...) Danach bewegt er das Bein nach medial und lateral, wobei eine vermehrte <b>mediale</b> Aufklappbarkeit auf eine mediale Bandverletzung bzw. eine vermehrte <b>laterale</b> Aufklappbarkeit auf eine laterale Bandverletzung hinweist.
127 (rechte Spalte)	<b>Klinik: (...)</b> - <b>knöcherner Thorax:</b> (...) evtl. Beteiligung des Herzens (Contusio cerebri mit Herzrhythmusstörungen)	<b>Klinik: (...)</b> - <b>knöcherner Thorax:</b> (...) evtl. Beteiligung des Herzens (Contusio <b>cordis</b> mit Herzrhythmusstörungen)
<b>Skript 9</b>		
8 (linke Spalte)	<b>Gonadendysgenese:</b> (...) Da eine maligne Entartung im Laufe des Lebens wahrscheinlich ist, sollten die Gonaden prophylaktisch entfernt werden.	<b>Gonadendysgenese:</b> (...) <b>Bei Gonadendysgenese kann ein erhöhtes Risiko für maligne Entartung der verbleibenden Gonaden bestehen, sodass die operative Entfernung notwendig wird.</b>
38 (linke Spalte)	<b>Prophylaxe:</b> (...) Impfung aller Mädchen im Alter von 12–17 Jahren (...).	<b>Prophylaxe:</b> (...) Impfung aller Mädchen im Alter von <b>9–14</b> Jahren (...).
71 (rechte Spalte)	<b>Nieren und Harnwege:</b> (...) <b>Proteinurie</b> , die 150 µg/l im 24-h-Urin überschreitet, (...)	<b>Nieren und Harnwege</b> (...) <b>Proteinurie</b> , die 150 <b>mg/l</b> im 24-h-Urin überschreitet, (...)
76 (linke Spalte)	<b>Infektions-Screening:</b> • Röteltiter (wird immer bestimmt, auch nach erfolgter Impfung)	<b>Infektions-Screening:</b> • Röteltiter ( <b>bei Schwangeren ohne dokumentierte zweimalige Impfung und ohne bereits erfolgten Antikörnernachweis</b> )
108 (linke Spalte)	<b>Therapie: (...)</b> <b>Cave:</b> Die Milch ist keimhaltig und darf dem Kind nicht angeboten werden!	<b>Therapie: (...)</b> <b>Beim reifen Neugeborenen ist individuell zu entscheiden, ob die Milch weiter gefüttert werden kann.</b>
<b>Skript 10</b>		
83 (linke Spalte)	<b>Klinik und Diagnostik:</b> (...) Die Diagnose einer juvenilen Arthritis kann erst gestellt werden, wenn die Gelenksbeschwerden mindestens 6 Monate bestehen.	<b>Klinik und Diagnostik:</b> (...) Die Diagnose einer juvenilen Arthritis kann erst gestellt werden, wenn die Gelenksbeschwerden mindestens <b>6 Wochen</b> bestehen.
84 (Prüfungshighlights)	<b>!</b> Um die Diagnose einer juvenilen Arthritis stellen zu können, müssen die Gelenksbeschwerden mindestens <b>6 Monate</b> bestehen.	<b>!</b> Um die Diagnose einer juvenilen Arthritis stellen zu können, müssen die Gelenksbeschwerden mindestens <b>6 Wochen</b> bestehen.



107 (rechte Spalte)	neu	Bei voll gestillten Säuglingen kann eine Stuhlfrequenz von 1 × wöchentlich bis 6 × täglich als normal angesehen werden, bei älteren Kindern gilt eine Stuhlfrequenz von 1 × alle 10 Tage bis 10 × täglich als normal.	Bei voll gestillten Säuglingen kann eine Stuhlfrequenz von 1 × alle 10 Tage bis 10 × täglich als normal angesehen werden, bei älteren Kindern gilt eine Stuhlfrequenz von 1 × wöchentlich bis 6 × täglich als normal.
117 (rechte Spalte)	neu	Das typische HUS (90 % der Fälle bei Kindern) tritt meist 3–10 Tage nach einer Gastroenteritis mit blutiger Diarrhö auf. <b>Enteropathogene Bakterien (EPEC) wie enterohämorrhagische E. coli (EHEC, zu 80 %)</b> (...)	Das typische HUS (90 % der Fälle bei Kindern) tritt meist 3–10 Tage nach einer Gastroenteritis mit blutiger Diarrhö auf. Enterohämorrhagische E. coli (EHEC, zu 80 %)(...)
<b>Skript 11</b>			
62 (linke Spalte)		<b>Ätiopathogenese:</b> (...) <b>Urin-pH ≤ 5,8</b> (z.B. renal tubuläre Azidose)	<b>Ätiopathogenese:</b> (...) <b>Urin-pH ≥ 5,8</b> (z.B. renal tubuläre Azidose)
71 (Prüfungshighlights)		<b>Oligoasthenozoospermie</b> <b>!! Definition:</b> Spermien sind an Zahl vermindert, abnorm geformt und in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt	<b>Oligo-Asthenoteratozoospermie-Syndrom</b> <b>!! Definition:</b> Spermien sind an Zahl vermindert, abnorm geformt und in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt
90 (Tab. 12.6)	neu	Ustekinumab → monoklonaler IL-2- und IL-23-Antikörper	Ustekinumab → monoklonaler <b>IL-12-</b> und IL-23-Antikörper
106 (Definitions-Box)		<b>Definition:</b> Durch Arzneimittelallergie oder Infekt bedingte schwerste Verlaufsform des Erythema exsudativum multiforme (...)	<b>Definition:</b> <b>Akut auftretende, schwere Arzneimittelreaktionen der Haut und der Schleimhäute, die mit Blasenbildung und Epidermolyse sowie einer ausgeprägten Allgemeinsymptomatik einhergehen.</b>
<b>Skript 12</b>			
S. 20 (rechte Spalte)	neu	<b>Definition:</b> Akute schmerzhafte, bakteriell bedingte Entzündung der Gaumenmandeln mit verschiedenen Ausprägungen.	<b>Definition:</b> Akute schmerzhafte, <b>überwiegend viral oder</b> bakteriell bedingte Entzündung der Gaumenmandeln mit verschiedenen Ausprägungen.
35 (rechte Spalte)		<b>Lokalisation:</b> (...) am Übergang vom vorderen zum hinteren Stimmlippendrittel.	<b>Lokalisation:</b> (...) am Übergang vom vorderen zum <b>mittleren</b> Stimmlippendrittel.

51 (rechte Spalte)		<b>Hörbahn:</b> (...) Die Hörbahn verläuft weiter über die untere Olive und den Lemniscus lateralis (...)	(...) Die Hörbahn verläuft weiter über die <b>obere</b> Olive und den Lemniscus lateralis (...)
54 (linke Spalte)		<b>Sprachaudiogramm:</b> (...) Bei einer Schallempfindungsschwerhörigkeit wird eine Verständlichkeit von 100 % erst bei einer höheren Lautstärke erreicht.	<b>Sprachaudiogramm:</b> (...) Bei einer Schall <b>leitung</b> sschwerhörigkeit wird eine Verständlichkeit von 100 % erst bei einer höheren Lautstärke erreicht.
<b>Skript 13</b>			
11 (rechte Spalte)		<b>Hirnstammreflexe: vestibulookulärer Reflex (VOR):</b> Bewegung der Augen (...)	<b>Hirnstammreflexe: vestibulookulärer Reflex (VOR; Synonyme: okulozephaler Reflex, sog. Puppenkopf-Phänomen):</b> Bewegung der Augen (...)
38 (Legende Abb. 6.3)		Abb. 6.3 <b>Glioblastom. a</b> Die MRT-Aufnahme in T 2 zeigt an der rechten Hemisphäre eine Raumforderung mit deutlichem Ödem, frischer zentraler Einblutung und Mittellinienverlagerung. <b>b</b> Typische inhomogene, periphere KM-Aufnahme (Pfeil).	<i>((Die Legenden der Teilabbildungen a und b sind vertauscht))</i> Abb. 6.3 <b>Glioblastom. a</b> Typische inhomogene, periphere KM-Aufnahme (Pfeil). <b>b</b> Die MRT-Aufnahme in T 2 zeigt an der rechten Hemisphäre eine Raumforderung mit deutlichem Ödem, frischer zentraler Einblutung und Mittellinienverlagerung.
49 (Prüfungshighlights)		<b>! Therapie</b> der Wahl bei essenziellem Tumor ist die Gabe des $\beta$ -Blockers <b>Propranolol</b> .	<b>! Therapie</b> der Wahl bei essenziellem <b>Tremor</b> ist die Gabe des $\beta$ -Blockers <b>Propranolol</b> .
75 (linke Spalte)	<b>neu</b>	<b>Subarachnoidalblutung (SAB)</b> <b>Ätiologie:</b> Die häufigste Ursache einer SAB ist die Ruptur eines meningealen Gefäßes, v.a. eine <b>Aneurysmablutung</b> (85%).	<b>Subarachnoidalblutung (SAB)</b> <b>Ätiologie:</b> Die häufigste Ursache einer SAB ist die Ruptur <b>einer Hirnbasisarterie, v.a. eines Aneurysmas</b> → <b>Aneurysmablutung</b> (85%).
78 (rechte Spalte)		<b>SHT - Sofortmaßnahmen:</b> ... (bei ausgefallenen Schutzreflexen Intubation zur Aspirationsprophylaxe [üblicherweise ab GCS > 8])	<b>SHT - Sofortmaßnahmen:</b> ... (bei ausgefallenen Schutzreflexen Intubation zur Aspirationsprophylaxe [üblicherweise ab <b>GCS ≤ 8</b> ])
87 (linke Spalte)	<b>neu</b>	Die Stauungspapille (Abb. 7.2 b) entsteht v. a. bei jüngeren Patienten bei erhöhtem intrakraniellm Druck (S.32) und ist in der Funduskopie als unscharfe Pupille nachzuweisen.	Die Stauungspapille (Abb. 7.2 b) entsteht v. a. bei jüngeren Patienten bei erhöhtem intrakraniellm Druck (S.32) und ist in der Funduskopie als unscharfe <b>Papille</b> nachzuweisen.
94 (Prüfungshighlights)		<b>Hemispasmus facialis:</b> (...) EEG: spontane und synchrone Entladungen.	<b>Hemispasmus facialis:</b> (...) <b>EMG:</b> spontane und synchrone Entladungen.

108 (rechte Spalte)		Die Bandscheibe kann die anatomischen Bandstrukturen durchbrechen und weiter in den Spinalkanal vordringen (trans- bzw. extramedullärer Prolaps)	Die Bandscheibe kann die anatomischen Bandstrukturen durchbrechen und weiter in den Spinalkanal vordringen (trans- bzw. extraligamentärer Prolaps)
115 (rechte Spalte)	neu	Einteilung nach Seddon:	Einteilung nach Sneddon:
117 (Lerntipp)		<b>Ulnarisläsion in der Guyon-Loge (Loge-de-Guyon-Syndrom):</b> Bei der Untersuchung stellen Sie fest, dass an der betroffenen Hand der 4. und 5. Finger im Interphalangealgelenk nicht mehr gestreckt und der Daumen nicht mehr adduziert werden kann. Außerdem kann der Patient ein Blatt (...)	<b>Ulnarisläsion in der Guyon-Loge (Loge-de-Guyon-Syndrom):</b> Bei der Untersuchung stellen Sie fest, dass die Finger in den Grundgelenken überstreckt sind (Hyperextension aufgrund des funktionellen Überwiegens des M. extensor digitorum bei Ausfall der M. interossei und Mm. lumbricales III + IV) bei gleichzeitiger Hyperflexion der Interphalangealgelenke v.a. der Ring- und Kleinfinger (funktionelles Überwiegen des M. flexor digitorum superficialis). Der Daumen kann nicht mehr adduziert werden: Der Patient kann ein Blatt (...)
136 (rechte Spalte)	neu	Bei der hemiplegischen Parese kommt es im Rahmen der Aura zu einer vollständig reversiblen Hemiparese.	Bei der hemiplegischen Migräne kommt es im Rahmen der Aura zu einer vollständig reversiblen Hemiparese.
Skript 14			
18 (Fazit)	neu	<b>Organisches amnestisches Syndrom:</b> Störung von Kurz- und Langzeitgedächtnis, u. U. Verlust der zeitlichen und örtlichen Orientierung. Zusätzlich Störungen von Bewusstsein und Immediatgedächtnis.	<b>Organisches amnestisches Syndrom:</b> Störung von Kurz- und Langzeitgedächtnis, u. U. Verlust der zeitlichen und örtlichen Orientierung. Keine Störungen von Bewusstsein und Immediatgedächtnis.

31 (linke Spalte)	<p><b>DEFINITION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>bipolare affektive Störung:</b> Wechseln von Depression und (Hypo-)Manie bei einem Patienten.</li> </ul> <p>(...) <b>Abb. 5.2</b> die Verlaufsformen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>episodenhaft verlaufende affektive Störungen</b> mit asymptomatischen Intervallen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>unipolare Störungen:</b> einmalig (monophasisch) oder häufiger wiederholt (polyphasisch) nur depressive rezidivierende depressive Störung) oder nur manische Phasen</li> <li>- <b>bipolare Störungen:</b> depressive und manische Phasen im Wechsel</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>DEFINITION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>bipolare affektive Störung:</b> Wechsel von Depression und (Hypo-)Manie <b>oder mehrere (hypo-)manische Episoden</b> bei einem Patienten.</li> </ul> <p>(...) <b>Abb. 5.2</b> die Verlaufsformen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>episodenhaft verlaufende affektive Störungen</b> mit asymptomatischen Intervallen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>unipolare Störungen:</b> einmalig (monophasisch) oder häufiger wiederholt (polyphasisch) <b>nur depressive Phasen</b> (rezidivierende depressive Störung)</li> <li>- <b>bipolare Störungen:</b> depressive und manische Phasen im Wechsel <b>oder nur manische Phasen.</b></li> </ul> </li> </ul>
<b>Skript 16</b>		
28 (linke Spalte)	<p><b>Kontraindikationen:</b> (...) Bei kombinierter Anwendung mit ACE-Hemmern oder auch mit Thiaziddiuretika ist das Hyperkaliämierisiko erhöht.</p>	<p><b>Kontraindikationen:</b> (...) Bei kombinierter Anwendung mit ACE-Hemmern, <b>AT<sub>1</sub>-Antagonisten</b> oder auch mit <b>Aldosteron-Antagonisten</b> ist das Hyperkaliämierisiko erhöht.</p>
50 (Legende Abb. 13.2)	<p><b>Wirkmechanismus der Cumarine:</b> Warfarin und Phenprocoumon hemmen die Vitamin-K-abhängige Synthese der Gerinnungsfaktoren II, VII, XI und X (...)</p>	<p><b>Wirkmechanismus der Cumarine:</b> Warfarin und Phenprocoumon hemmen die Vitamin-K-abhängige Synthese der Gerinnungsfaktoren II, VII, <b>IX</b> und X (...)</p>
<b>Skript 17</b>		
54 (linke Spalte)		<p><i>((Der Absatz zur Meldepflicht muss an dieser Stelle gestrichen werden.))</i></p>
85 (rechte Spalte)		<p><i>((Aus biologischer Sicht handelt es sich bei dem Menschen um einen <b>Zwischenwirt</b> des Fuchsbandwurms (der Parasit vermehrt sich ungeschlechtlich, man findet Zwischen- oder Larvenstadien). Medizinisch betrachtet wird der Mensch auch als <b>Fehlwirt</b> bezeichnet, da keine vollständige Entwicklung stattfindet.))</i></p>

Skript 18								
10 (Tab. 1.3)		Färbetyp	Einsatzgebiet	Ergebnis		Färbetyp	Einsatzgebiet	Ergebnis
		Azan	z.B.: Fibrin versus Kollagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>rot: (...) azidophiles Zytoplasma (...)</li> <li>blau: (...) azidophiles Zytoplasma</li> </ul>		Azan	z.B.: Fibrin versus Kollagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>rot: (...) <b>basophiles Zytoplasma</b> (...)</li> <li>blau: (...) azidophiles Zytoplasma</li> </ul>
25 (unten rechts)		<p>... inflammatorischen Response-Syndroms, kurz SIRS, gefordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tachykardie (<math>\geq 90/\text{min}</math>)</li> <li>Tachypnoe (<math>\geq 20/\text{min}</math>) oder Hyperventilation mit <math>p\text{CO}_2 \leq 33\text{mmHg}</math></li> <li>Körpertemperatur <math>\geq 38\text{ }^\circ\text{C}</math> oder <math>\leq 36\text{ }^\circ\text{C}</math></li> <li>Leukozytose (<math>\geq 120000/\text{mm}^3</math>) oder Leukopenie (<math>\leq 4\ 000/\text{mm}^3</math>) oder <math>\geq 10\%</math> Stabkernige.</li> </ul>			<p>... inflammatorischen Response-Syndroms, kurz SIRS, gefordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tachykardie (<math>\geq 90/\text{min}</math>)</li> <li>Tachypnoe (<math>\geq 20/\text{min}</math>) oder Hyperventilation mit <math>p\text{CO}_2 \leq 33\text{mmHg}</math></li> <li>Körpertemperatur <math>\geq 38\text{ }^\circ\text{C}</math> oder <math>\leq 36\text{ }^\circ\text{C}</math></li> <li>Leukozytose (<math>\geq 12000/\text{mm}^3</math>) oder Leukopenie (<math>\leq 4\ 000/\text{mm}^3</math>) oder <math>\geq 10\%</math> Stabkernige.</li> </ul>			
50 (rechte Spalte)		Tiefendosis: (...) an der Oberfläche, bei einer 10-mV-Photonenstrahlung (...)			Tiefendosis: (...) an der Oberfläche, bei einer 10-MV-Photonenstrahlung (...)			
Skript 20								
117 (linke Spalte)	neu	$LR^- = \frac{1 - \text{Spezifität}}{\text{Sensitivität}}$			$LR^- = \frac{1 - \text{Sensitivität}}{\text{Spezifität}}$			