

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 1. Auflage von Endspurt Klinik

| Seite   | geändert am       | aktueller Text   | neuer Text  |                   |                   |                   |  |              |          |          |           |
|---|-------------------|--|---|-------------------|-------------------|-------------------|--|--------------|----------|----------|-----------|
| <b>Skript 1</b>                               |                   |  |   |                   |                   |                   |  |              |          |          |           |
| <b>Sachverzeichnis</b>                        |                   |  | <i>Aufgrund eines technischen Fehlers sind alle Seitenzahlen im Sachverzeichnis des Skript 1 um die Zahl „6“ verrutscht. Bitte zu den angegebenen Seitenzahlen immer eine „6“ addieren.</i>                   |                   |                   |                   |  |              |          |          |           |
| 11 (Abb. 1.3b)                                |                   | überdrehter Rechtstyp, Ableitung II: positiv   | überdrehter Rechtstyp, Ableitung II: <b>negativ</b>   |                   |                   |                   |  |              |          |          |           |
| 11 (linke Spalte)                             |                   | linker Vorhof: zweigipfelige oder leicht eingekerbte P-Welle (p-sinistroatriale) in den Ableitungen I, II und aVF  | linker Vorhof: zweigipfelige oder leicht eingekerbte P-Welle (p-sinistroatriale) in den Ableitungen I, II und aVL <i>((am deutlichsten erkennt man es in II))</i>   |                   |                   |                   |  |              |          |          |           |
| 20 (linke Spalte)                             |                   | <b>Therapie der akuten Herzinsuffizienz</b><br>Zur weiteren Vor- und auch Nachlastsenkung können Nitroglycerin (Glyceroltrinitrat) s.l. 0,8 mg alle 10 min (bei Nichtansprechen evtl. <b>Natrium-Nitroprussid</b> ) und Furosemid (ca. 40–100 mg i.v.) gegeben werden. | <b>Therapie der akuten Herzinsuffizienz</b><br>Zur weiteren Vor- und auch Nachlastsenkung können Nitroglycerin (Glyceroltrinitrat) s.l. 0,8 mg alle 10 min und Furosemid (ca. 40–100 mg i.v.) gegeben werden. |                   |                   |                   |  |              |          |          |           |
| 24 (Tab. 3.1)                                 |                   | (Klasse I) Na <sup>+</sup> -Einstroms<br>(Klasse IV) Ca <sup>+</sup> -Einstroms  | Na <sup>+</sup> -Einstroms<br>Ca <sup>2+</sup> -Einstroms   |                   |                   |                   |  |              |          |          |           |
| 27 (2. Lerntipp)                              |                   | AT <sub>2</sub> -Antagonist (z.B. Losartan)  | <b>AT<sub>1</sub>-Rezeptor-Antagonist</b> (z.B. Losartan)   |                   |                   |                   |  |              |          |          |           |
| 37 (Abb. 3.14)                                |                   |  | <i>Die Abbildung zum „Trigeminus“ zeigt eine 2:1 Extrasystolie ((bei einem Trigeminus müssten 2 ES auf 1 Normalschlag folgen und nicht umgekehrt))</i>  |                   |                   |                   |  |              |          |          |           |
| 42 (Abb. 4.1)                                 |                   | a Linksversorgungstyp. b Ausgeglicherer Versorgungstyp.  | a <b>Ausgeglicherer Versorgungstyp.</b> b <b>Linksversorgungstyp.</b>   |                   |                   |                   |  |              |          |          |           |
| 59 (Tab. 6.1, Tabellenkopf)                   |                   | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Herzklappenersatz</td> <td>Herzklappenersatz</td> <td>Herzklappenersatz</td> <td>Herzklappenersatz</td> </tr> </table>  | Herzklappenersatz   | Herzklappenersatz | Herzklappenersatz | Herzklappenersatz | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="color: red;">Prothesentyp</td> <td style="color: red;">Material</td> <td style="color: red;">Vorteile</td> <td style="color: red;">Nachteile</td> </tr> </table> | Prothesentyp | Material | Vorteile | Nachteile |
| Herzklappenersatz                             | Herzklappenersatz | Herzklappenersatz  | Herzklappenersatz   |                   |                   |                   |  |              |          |          |           |
| Prothesentyp                                  | Material          | Vorteile   | Nachteile   |                   |                   |                   |  |              |          |          |           |
| 61 (Tab. 6.2, Spalte mittlerer Druckgradient) |                   | leichte Stenose: < 20<br>mittelgradige Stenose: 20–40  | leichte Stenose: < <b>25</b><br>mittelgradige Stenose: <b>25–40</b>   |                   |                   |                   |  |              |          |          |           |

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| 66 (Definitions-Box)                          |  | Kardiomyopathien (KMP, CM) sind primäre oder sekundäre Erkrankungen des Myokards, die nicht durch eine Koronarsklerose, angeborene oder erworbene Herzklappenfehler, Erkrankungen des Perikards bzw. eine arterielle (auch pulmonale) Hypertonie verursacht sind. | <b>Primäre Kardiomyopathien</b> sind nicht durch eine Koronarsklerose, angeborene oder erworbene Herzklappenfehler, Erkrankungen des Perikards bzw. eine arterielle (auch pulmonale) Hypertonie verursacht.   |
| 69 (Prüfungs-highlights-Box)                  |  | - ! HCM: (...) Kalziumantagonisten vom Verapamil-Typ sind kontraindiziert   | - ! HCM: (...) Kalziumantagonisten vom <b>Dihydropyridin</b> -Typ sind kontraindiziert  |
| 69 (linke Spalte)                             |  | 7.1.5 Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC)<br><i>Therapie und Prognose:</i><br>Eine virale Myokarditis kann zur dilatativen Kardiomyopathie voranschreiten.  | <i>((Verschoben nach:))</i><br>7.2 Myokarditis<br><i>Klinik:</i><br>Eine virale Myokarditis kann zur dilatativen Kardiomyopathie voranschreiten.  |
| 75 (rechte Spalte)                            |  | Endokarditisprophylaxe:<br>Die Prophylaxe besteht aus einer Einzeldosis von 2 g Amoxicillin, p.o. verabreicht (bei Penicillin-Allergie alternativ Clindamycin 600 mg p.o.) 30–60 min dem Eingriff.  | Endokarditisprophylaxe:<br>Die Prophylaxe besteht aus einer Einzeldosis von 2 g Amoxicillin, p.o. verabreicht (bei Penicillin-Allergie alternativ Clindamycin 600 mg p.o.) 30–60 min <b>vor</b> dem Eingriff.   |
| 78 (rechte Spalte)                            |  |   | <b>Komplikationen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>maligne Hypertonie:</b> diastolischer Blutdruck &gt;120–130 mmHg, fehlender nächtlicher RR-Abfall (&lt;10%) im Langzeit-RR, <b>maligne Retinopathie</b>. Sie kann auf dem Boden jeder Hypertonieform auftreten; <b>Komplikation: sekundäre maligne Nephrosklerose</b></li> </ul> |
| 96 (Prüfungs-highlights-Box)                  |  | ! Vor Minoramputationen im Bereich des Vorhofs muss (...)   | ! Vor Minoramputationen im Bereich des Vor <b>fußes</b> muss (...)  |
| 102 (Definition-Box)                          |  | Aufspaltung der thorakalen Aortenwand durch Einriss der Media.  | Aufspaltung der thorakalen Aortenwand durch Einriss der <b>Intima</b> .   |
| 103 (Lerntipp), 104 (Prüfungs-highlights-Box) |  |   | <i>((Bei der Typ-B-Dissektion sind folgende Symptome typisch:))</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ausstrahlung der Schmerzen zwischen die Schulterblätter</i></li> <li>• <i>wandernder Thoraxschmerz</i></li> </ul>   |

| Skript 2                     |  |   |   |
|------------------------------|--|---|---|
| 23 (linke Spalte)            |  | Für das alpha-Globin liegen 2 Allele (insgesamt also 4 Genkopien) vor. Das beta-Globin liegt hingegen nur mit einem Allel (und damit in 2 Kopien) vor.  | Für das alpha-Globin liegen 2 <b>Gene</b> (insgesamt also 4 Genkopien) vor. Das beta-Globin liegt hingegen nur mit einem <b>Gen</b> (und damit in 2 Kopien) vor.  |
| 42 (rechte Spalte)           |  |   | <i>((Bei der Therapie der chronisch-idiopathischen Myelofibrose wird nicht Imatinib eingesetzt, sondern Ruxolitinib))</i>   |
| 60 (linke Spalte)            |  | Follikuläres Lymphom<br>Klinik: Milzbefall (rechtsseitiger Oberbauchschmerz)  | Follikuläres Lymphom<br>Klinik: Milzbefall ( <b>linksseitiger</b> Oberbauchschmerz)   |
| 61 (Abb. 4.19)               |  |   | <i>((Bildunterschriften von b und c sind vertauscht))</i>   |
| 65 (linke Spalte)            |  | Alle 3 Medikamente sind derzeit zur Prophylaxe von Thrombosen nach Knie- bzw. Hüftgelenkersatz zugelassen;  | Alle 3 Medikamente sind derzeit zur Prophylaxe von Thrombosen nach Knie- bzw. Hüftgelenkersatz <b>sowie bei Vorhofflimmern</b> zugelassen; <i>((Rivaroxaban darüber hinaus auch zur Prophylaxe atherothrombotischer Ereignisse nach akutem Koronarsyndrom mit erhöhten kardialen Biomarkern))</i> |
| 72 (Prüfungs-highlights-Box) |  | !! milde Hämophilie: (...) aPTT ↓↓  | !! milde Hämophilie: (...) aPTT ↑↑  |
| 72 (rechte Spalte)           |  | Differenzialdiagnostisch müssen eine Hämophilie (verkürzte Blutungszeit, (...))   | Differenzialdiagnostisch müssen eine Hämophilie ( <b>normale</b> Blutungszeit, (...))   |
| 74 (Lerntipp-Box)            |  | Denken Sie daran, dass eine Funktionsstörung der Nebennierenrinde der Auslöser für eine DIC sein kann. Vor allem im Kindesalter ist die Sepsis durch gramnegative Bakterien (Waterhouse-Friderichsen-Sepsis) die häufigste Ursache einer DIC! | Vor allem im Kindesalter ist die Sepsis durch gramnegative Bakterien (Waterhouse-Friderichsen-Sepsis) die häufigste Ursache einer DIC. <b>Diese kann Auslöser für eine Funktionsstörung der Nebennierenrinde sein.</b>  |
| 76 (Tab. 5.12)               |  | Protein S ist Kofaktor von Protein C in der Inaktivierung von Thrombin, Faktor Va und VIIa.   | Protein S ist Kofaktor von Protein C in der Inaktivierung von Thrombin, Faktor Va und <b>VIIIa</b> .  |
| 81 (rechte Spalte)           |  | <b>Lungenfunktionsdiagnostik</b><br><b>Spirometrie:</b><br>Die Lungenvolumina stellt man in einem Volumen-Zeit-Diagramm dar, die der Atemflüsse in einem Fluss-Volumen-Diagramm (Abb. 1.3)  | <b>Lungenfunktionsdiagnostik</b><br><b>Spirometrie:</b><br>Die Lungenvolumina stellt man in einem Volumen-Zeit-Diagramm dar, die der Atemflüsse in einem Fluss-Volumen-Diagramm ( <b>Abb. 6.5</b> ).  |

|                                   |  |   |  |
|-----------------------------------|--|---|--|
| 83 (Abb. 6.4)                     |  | Vitalkapazität: Volumen, das nach maximaler Inspiration wieder eingeatmet werden kann.<br>Forcierte Vitalkapazität: Volumen, das nach maximaler Inspiration maximal ausgeatmet werden kann. | Vitalkapazität: Volumen, das nach maximaler Inspiration maximal <b>aus</b> geatmet werden kann.<br>Forcierte Vitalkapazität: Volumen, das nach maximaler Inspiration <b>forciert (= schnell und heftig)</b> wieder ausgeatmet werden kann. |
| 110 (Tab. 7.12)                   |  | schwere CAP mit Pseudomonas-Risiko: Cefotaxim, Ceftazidim oder Cefepim  | schwere CAP mit Pseudomonas-Risiko: Ceftazidim oder Cefepim  |
| 111 (Tab. 7.13)                   |  | Clavulansäure   | <b>Cl</b> avulansäure  |
| 111 (Prüfungs-highlights-Box)     |  | Ambulante Pneumonien werden typischerweise durch <b>Staphylococcus pneumoniae</b> verursacht.   | Ambulante Pneumonien werden typischerweise durch <b>Streptococcus pneumoniae</b> verursacht.   |
| 114 (rechte Spalte)               |  | (...) Lymphozyten und eingestreuten Langerhans-Riesenzellen umgeben wird (Abb. 7.15)  | (...) Lymphozyten und eingestreuten <b>Lang</b> hans-Riesenzellen umgeben wird (Abb. 7.15) <i>((Langerhans-Zellen finden sich in der Epidermis.))</i>  |
| 121 (linke Spalte bzw. Abb. 7.21) |  | Langerhans-Riesenzellen   | <b>Lang</b> hans-Riesenzellen  |
| <b>Skript 3</b>                   |  |   |  |
| 24 (rechte Spalte)                |  | Kontrollendoskopien im Abstand von 3 Jahren (short Barrett) bzw. 4. Jahren (long Barrett) sind empfehlenswert.  | Kontrollendoskopien im Abstand von <b>4</b> Jahren (short Barrett) bzw. <b>3</b> Jahren (long Barrett) sind empfehlenswert.  |
| 45 (linke Spalte)                 |  | <b>Früh-Dumping-Syndrom</b><br>Magenteilresektionen mit Entfernung des Pylorus (Billroth II und Roux Y) führen dazu, dass unverdünnter Speisebrei zu schnell in das Jejunum übertritt.      | <b>Früh-Dumping-Syndrom</b><br>Magenteilresektionen mit Entfernung des Pylorus (Billroth II und Roux Y, <b>seltener Billroth I</b> ) führen dazu, dass unverdünnter Speisebrei zu schnell in das Jejunum übertritt.                        |
| 46 (linke Spalte)                 |  |   | <b>Dünndarm</b><br><i>((Achtung: Das Duodenum wird aufgrund seiner Funktion und zugehöriger Krankheitsbilder zusammen mit dem Magen besprochen.))</i>  |
| 68 (Prüfungs-highlights-Box)      |  | <b>! Differenzialdiagnosen:</b> chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, ischämische Kolitis, Urozystitis   | <b>! Differenzialdiagnosen:</b> <b>Kolonkarzinom</b> , chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, ischämische Kolitis, Urozystitis   |

| 69 (linke Spalte)                    |                      | Der spitze Abhang der A. mesenterica superior aus der Aorta...  | Der spitze <b>Abgang</b> der A. <b>mesenterica</b> superior aus der Aorta...  |                |                   |                    |                      |  |   |             |                |                   |                    |                      |  |
|--------------------------------------|----------------------|---|---|----------------|-------------------|--------------------|----------------------|--|---|-------------|----------------|-------------------|--------------------|----------------------|--|
| 101 (Tab. 7.7, Spalte Hepatitis B)   |                      | Impfung <ul style="list-style-type: none"> <li>• positiv: Anti-HBs</li> <li>• negativ: Anti-HBV-IgG</li> </ul>  | Impfung <ul style="list-style-type: none"> <li>• positiv: Anti-HBs</li> <li>• negativ: Anti-HB<b>c</b>-IgG</li> </ul>   |                |                   |                    |                      |  |   |             |                |                   |                    |                      |  |
| 102 (Lerntipp-Box 1)                 |                      | Bei entsprechendem Verdacht bestimmen Sie zuerst HBs-Ag und Anti-HBc-IgG.   | Bei entsprechendem Verdacht bestimmen Sie zuerst HBs-Ag und <b>Anti-HBc gesamt</b> .  |                |                   |                    |                      |  |   |             |                |                   |                    |                      |  |
| 156 (linke Spalte)                   |                      | <b>Komplikation- Inkarzeration:</b><br>Die elastische Einklemmung, bei der der prolabierte Darm unter Bauchpresse nicht spontan zurückgleitet.  | <b>Komplikation- Inkarzeration:</b><br>Die elastische Einklemmung, bei der der prolabierte Darm <b>trotz Nachlassens des intraabdominellen Drucks</b> nicht spontan zurückgleitet.  |                |                   |                    |                      |  |   |             |                |                   |                    |                      |  |
| <b>Skript 4</b>                      |                      |   |   |                |                   |                    |                      |  |   |             |                |                   |                    |                      |  |
| 12 (Tab. 2.2)                        |                      | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ausfall von</th> <th>Laborparameter</th> <th>Stimulations-test</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>kortikotrope Achse</td> <td>ACTH ↓<br/>Kortisol ↓</td> <td>ACTH-Test,<br/>Insulinhypoglykämie-Test</td> </tr> </tbody> </table> | Ausfall von   | Laborparameter | Stimulations-test | kortikotrope Achse | ACTH ↓<br>Kortisol ↓ | ACTH-Test,<br>Insulinhypoglykämie-Test | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ausfall von</th> <th>Laborparameter</th> <th>Stimulations-test</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>kortikotrope Achse</td> <td>ACTH ↓<br/>Kortisol ↓</td> <td>ACTH-Test (<b>Kortisol ↑ bei HVL-Insuffizienz</b>),<br/>Insulinhypoglykämie-Test, <b>CRH-Test</b></td> </tr> </tbody> </table> | Ausfall von | Laborparameter | Stimulations-test | kortikotrope Achse | ACTH ↓<br>Kortisol ↓ | ACTH-Test ( <b>Kortisol ↑ bei HVL-Insuffizienz</b> ),<br>Insulinhypoglykämie-Test, <b>CRH-Test</b> |
| Ausfall von                          | Laborparameter       | Stimulations-test   |   |                |                   |                    |                      |  |   |             |                |                   |                    |                      |  |
| kortikotrope Achse                   | ACTH ↓<br>Kortisol ↓ | ACTH-Test,<br>Insulinhypoglykämie-Test  |   |                |                   |                    |                      |  |   |             |                |                   |                    |                      |  |
| Ausfall von                          | Laborparameter       | Stimulations-test   |   |                |                   |                    |                      |  |   |             |                |                   |                    |                      |  |
| kortikotrope Achse                   | ACTH ↓<br>Kortisol ↓ | ACTH-Test ( <b>Kortisol ↑ bei HVL-Insuffizienz</b> ),<br>Insulinhypoglykämie-Test, <b>CRH-Test</b>  |   |                |                   |                    |                      |  |   |             |                |                   |                    |                      |  |
| 20 (Tab. 3.2)                        |                      | echofrei mit dorsalem Schallschatten: Zysten  | echofrei mit dorsaler <b>Schallverstärkung</b> : Zysten   |                |                   |                    |                      |  |   |             |                |                   |                    |                      |  |
| 30 (linke Spalte)                    |                      | Bei den seltenen sekundären bzw. tertiären Formen fehlt der Anstieg von TSH im TRH-Test.  | Bei den seltenen Formen fehlt der Anstieg von TSH im TRH-Test. <i>((Bei der tertiären Hypothyreose steigt TSH an, da ein TRH-Mangel für die Störung ursächlich ist))</i>  |                |                   |                    |                      |  |   |             |                |                   |                    |                      |  |
| 38 (Praxis-Box)                      |                      | Digitalis (erhöht die Ca <sup>2+</sup> -Konzentration im Serum und steigert so die Kontraktionskraft des Myokards)  | Digitalis (erhöht die <b>intrazelluläre</b> Ca <sup>2+</sup> -Konzentration und steigert so die Kontraktionskraft des Myokards)   |                |                   |                    |                      |  |   |             |                |                   |                    |                      |  |
| 64 (rechte Spalte, gelbe Markierung) |                      | Erfahrungsgemäß kann davon ausgegangen werden, dass bei Blutzuckerwerten ≤ 300 mg/dl 1 I.E. Normalinsulin den Blutzucker um ca. 30 mg/dl senkt, ab Werten ≥ 300 mg/dl jeweils um ca. 60 mg/dl (Korrekturfaktor).  | Erfahrungsgemäß kann davon ausgegangen werden, dass bei Blutzuckerwerten ≤ 300 mg/dl 1 I.E. Normalinsulin den Blutzucker um ca. <b>60</b> mg/dl senkt, ab Werten ≥ 300 mg/dl jeweils um ca. <b>30</b> mg/dl (Korrekturfaktor). <i>((Die Insulinwirkung ist bei hohen Glukosewerten schlechter))</i> |                |                   |                    |                      |  |   |             |                |                   |                    |                      |  |

|                               |  |  |  |
|-------------------------------|--|--|--|
| 67 (linke Spalte)             |  | Die diabetische Gastroparese erfordert einen verlängerten Spritz-Ess-Abstand.  | Die diabetische Gastroparese erfordert einen <b>verkürzten</b> Spritz-Ess-Abstand, ggf. <b>Insulin überhaupt erst nach der Mahlzeit spritzen</b> .   |
| 68 (linke Spalte)             |  | Der eigentlichen Schocksymptomatik geht meist ein Prodromalstadium mit plötzlichem Heißhunger, Kopfschmerzen und sympathikotoner Begleitreaktion (Unruhe, Schwitzen, Tremor, Tachykardie, Miosis etc.) voraus. | Der eigentlichen Schocksymptomatik geht meist ein Prodromalstadium mit plötzlichem Heißhunger, Kopfschmerzen und sympathikotoner Begleitreaktion (Unruhe, Schwitzen, Tremor, Tachykardie, <b>Mydriasis</b> etc.) voraus. |
| 69 (Definitions-Box)          |  | BMI = Körpergewicht (kg) ÷ Körpergröße (m <sup>2</sup> )   | BMI = Körpergewicht in kg ÷ ( <b>Körpergröße in m</b> ) <sup>2</sup>   |
| 79 (rechte Spalte)            |  | erhöhte Serumferritin-Werte (> 300 µg/dl)  | erhöhte Serumferritin-Werte (> 300 µg/l)   |
| 102 (links Spalte)            |  | proliferative Glomerulopathien: Beispiele sind die postinfektiöse GN, membranproliferative GN, mesangioproliferative GN, rapid-progrediente GN, Lupus-GN und IgA-GN.   | proliferative Glomerulopathien: Beispiele sind die postinfektiöse GN, membranproliferative GN, mesangioproliferative GN ( <b>insb. IgA-GN</b> ), rapid-progrediente GN und Lupus-GN.                                     |
| 103 (Lerntipp-Box)            |  | Prägen Sie sich die klinischen Charakteristika sowie die typischen Laborbefunde des nephrotischen und nephritischen Syndroms gut ein (Tab. 3.1).   | Prägen Sie sich die klinischen Charakteristika sowie die typischen Laborbefunde des nephrotischen und nephritischen Syndroms gut ein ( <b>Tab. 12.1</b> ).   |
| 138 (Prüfungs-highlights-Box) |  | ! Klinik: (...) gesteigerte Reflexe  | ! Klinik: (...) <b>abgeschwächte</b> Reflexe   |
| <b>Skript 5</b>               |  |  |  |
| 26 (Prüfungs-highlights-Box)  |  | <b>!! FFP:</b><br><b>Notfalltransfusion:</b> bei unbekanntem Empfängerstatus: <b>Spender AB, rhesus negativ.</b>   | <b>!! FFP:</b><br><b>Notfalltransfusion:</b> bei unbekanntem Empfängerstatus: <b>Spender AB.</b><br><i>((Der Rhesusfaktor muss nicht kompatibel sein.))</i>  |
| 37 (Tab. 8.2)                 |  | Thoraxumfangsdifferenz zwischen In- und Expiration – jeder Wert > 0 cm   | Thoraxumfangsdifferenz zwischen In- und Expiration – jeder Wert ≤ 6 cm <i>((Normal ist eine Umfangsdifferenz von &gt; 6 cm, im Alter ist sie kleiner))</i>   |
| 143 (rechte Spalte)           |  | <b>Trichinellose</b><br><b>Meldepflicht:</b> keine.  | <b>Trichinellose</b><br><b>Meldepflicht:</b> Der direkte oder indirekte Nachweis von Trichinella spiralis ist entsprechend IfSG §7 namentlich <b>meldepflichtig.</b>   |

| Skript 7                        |  |  |   |
|---------------------------------|--|--|---|
| 34 (Definitions-Box)            |  | Aufspaltung der thorakalen Aortenwand durch Einriss der Media.   | Aufspaltung der thorakalen Aortenwand durch Einriss der <b>Intima</b> .   |
| 35 (rechte Spalte)              |  | Als Ultima Ratio kann beim kreislaufstabilen Patienten eine Kardioversion unter Kurznarkose durchgeführt werden (z.B. bei Tachyarrhythmia absoluta). Sie erfolgt wie auch die Defibrillation mit bis zu 360 J biphasisch oder monophasisch, wird aber mit der R-Zacke im EKG synchronisiert. | Als Ultima Ratio kann beim kreislaufstabilen Patienten eine Kardioversion unter Kurznarkose durchgeführt werden (z.B. bei Tachyarrhythmia absoluta). Sie erfolgt wie auch die Defibrillation mit bis zu <b>360 J monophasisch</b> oder biphasisch, wird aber mit der R-Zacke im EKG synchronisiert. |
| 52 (rechte Spalte, Beispiel)    |  | <b>Antwort:</b><br>Beide Arme entsprechen 9%, der halbe Rumpf 18%, das ergibt insgesamt 27% KOF.   | <b>Antwort:</b><br>Beide Arme entsprechen <b>18% (jeweils 9%)</b> , der halbe Rumpf <b>9%</b> , das ergibt insgesamt 27% KOF.   |
| 65 (rechte Spalte)              |  | Die Klassifikation nach Cormack und Lehane spiegelt die Einsehbarkeit der Glottis während der Laparoskopie (Abb. 2.4) wider.   | Die Klassifikation nach Cormack und Lehane spiegelt die Einsehbarkeit der Glottis während der <b>Laryngoskopie</b> (Abb. 2.4) wider.  |
| 69 (rechte Spalte)              |  | <b>Ileuseinleitung</b><br>Indikationen:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwangerschaft (ab der 12. SSW)</li> </ul>  | <b>Ileuseinleitung</b><br>Indikationen:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwangerschaft (<b>Schwangere sind generell als nicht nüchtern einzustufen. Empfehlungen für die Ileuseinleitung variieren von ab der 12. SSW bis ab der 20. SSW</b>)</li> </ul>                               |
| 75 (linke Spalte, Lerntipp-Box) |  | Denken Sie also sofort daran, wenn während einer Prothesenoperation die Herzfrequenz erhöht ist, der Blutdruck abfällt und der endexpiratorische CO <sub>2</sub> ansteigt.   | Denken Sie also sofort daran, wenn während einer Prothesenoperation die Herzfrequenz erhöht ist und der Blutdruck sowie der <b>endexpiratorische CO<sub>2</sub> abfallen</b> .  |



| Skript 8           |     |   |   |
|--------------------|-----|---|---|
| 8 (Abb. 1.2a)      |     | <p>30-40° Innenrotation, 40-50° Außenrotation<br/>40-50° Innenrotation, 30-45° Außenrotation<br/>Drehung auswärts/einwärts (Rückenlage)<br/>Drehung auswärts/einwärts (Bauchlage)</p> | <p>((Innen- und Außenrotation wurden korrigiert))</p> <p>30-40° Außenrotation, 40-50° Innenrotation<br/>40-50° Außenrotation, 30-45° Innenrotation<br/>Drehung auswärts/einwärts (Rückenlage)<br/>Drehung auswärts/einwärts (Bauchlage)</p> |
| 52 (rechte Spalte) |     | <p><b>Typ B:</b> (...) bei Hyperextension Abriss der dorsalen und Kompression der ventralen Strukturen; z.B. bei Verkehrsunfällen</p>   | <p><b>Typ B:</b> (...) bei Hyperextension Abriss der <b>ventralen</b> und Kompression der <b>dorsalen</b> Strukturen; z.B. bei Verkehrsunfällen</p>   |
| 96 (linke Spalte)  | neu | <p><b>Beweglichkeitsprüfung:</b> (...) Normalerweise beträgt (...) der Bewegungsumfang von Außen-/Innenrotation 40-50/0/30-40° (90° gebeugtes Kniegelenk).</p>                        | <p><b>Beweglichkeitsprüfung:</b> (...) Normalerweise beträgt (...) der Bewegungsumfang von Außen-/Innenrotation 40-50/0/<b>10°</b> (90° gebeugtes Kniegelenk).</p>  |
| Skript 9           |     |   |   |
| 84 (rechte Spalte) |     | <p>Proteinurie: 0,3-3 g/l pro 24 Stunden (leichte bis mittelschwere Präeklampsie), &gt;3 g/l pro 24 Stunden (schwere Präeklampsie)</p>  | <p>Proteinurie: 0,3-3 <b>g/d</b> (leichte bis mittelschwere Präeklampsie), &gt;3 <b>g/d</b> (schwere Präeklampsie)</p>  |
| Skript 10          |     |   |   |
| 26 (rechte Spalte) |     | <p>Zielspiegel: &lt; 10 mg/dl (600 µmol/l)</p>  | <p>Zielspiegel: &lt; <b>6</b> mg/dl (<b>360</b> µmol/l)</p>   |

|  |     |  |   |
|--|-----|--|---|
| 32 (rechte Spalte)                                       |     | <b>Surfactantmangelsyndrom</b><br><i>Epidemiologie und Ätiologie:</i><br>Das primäre Surfactantmangelsyndrom (SMS) tritt bei 50–80% der Frühgeborenen < 28. Schwangerschaftswoche bzw. < 1000 g und bei Kindern diabetischer Mütter sowie expiratorischem Stöhnen. | <b>Surfactantmangelsyndrom</b><br><i>Epidemiologie und Ätiologie:</i><br>Das primäre Surfactantmangelsyndrom (SMS) tritt bei 50–80% der Frühgeborenen < 28. Schwangerschaftswoche bzw. < 1000 g und bei Kindern diabetischer Mütter auf.(...)<br><i>Klinik:</i><br>Das SMS manifestiert sich nach einem symptomfreien Intervall von Minuten bis Stunden nach der Geburt mit einer Tachydyspnoe, Nasenflügeln, sternalen und interkostalen Einziehungen sowie <b>expiratorischem Stöhnen</b> . |
| 47 (rechte Spalte)                                       | neu | <b>Therapie:</b><br>6-wöchige intravenöse Gabe von Ganciclovir bei konnataler Toxoplasmose.  | <b>Therapie:</b><br>6-wöchige intravenöse Gabe von Ganciclovir bei konnataler <b>CMV-Infektion</b> .  |
| <b>Skript 11</b>   |     |  |   |
| 148 (linke Spalte)                                       | neu | <b>Klinik:</b> (...) Sie können großflächig konfluieren und heilen meist nach langwierigem Verlauf, es verbleibt oft ein hypopigmentiertes Areal, aber keine Narbe.  | <b>Klinik:</b> (...) Sie können großflächig konfluieren und heilen meist nach langwierigem Verlauf, es verbleibt oft ein <b>hyperpigmentiertes</b> Areal, aber keine Narbe.   |
| <b>Skript 12</b>   |     |  |   |
| 49 (linke Spalte)  |     | Die Hörbahn verläuft weiter (...), dann über den Colliculus inferior (3. Neuron) zum Corpus geniculatum laterale des Thalamus (4. Neuron).   | Die Hörbahn verläuft weiter (...), dann über den Colliculus inferior (3. Neuron) zum Corpus geniculatum <b>mediale</b> des Thalamus (4. Neuron).  |
| 69 (rechte Spalte)                                       |     | Während einer Attacke ist ein ausgeprägter horizontaler Nystagmus zur betroffenen Seite nachweisbar (Reiznystagmus), in der Ausfallsphase ist die Schlagrichtung umgekehrt (zur gesunden Seite).   | Während einer Attacke ist ein ausgeprägter horizontaler Nystagmus zur <b>gesunden</b> Seite nachweisbar (Reiznystagmus).<br><i>((Der Fehler findet sich auch in Tab. 7.3))</i><br><i>((Der Nystagmus schlägt i.d.R. zur gesunden Seite, kann manchmal aber auch zur kranken Seite zeigen oder die Richtung wechseln)).</i>  |
| 119 (Tab. 16.1, Zeile $\alpha_2$ -Rezeptor-Antagonisten) |     | <b>Indikationen:</b> PCOG (1.Wahl), akuter Winkelblock   | <b>Indikationen:</b> PCOG (1.Wahl)  |

| Skript 13                            |     |  |  |
|--------------------------------------|-----|--|--|
| 17 (Definitions-Box)                 |     | Hinterstrang-Syndrom:<br>Läsion propriozeptiver Bahnen (1. Neuron).  | Hinterstrang-Syndrom:<br>Läsion <b>epikritischer Fasern</b> (1. Neuron).   |
| 76 (Tab. 6.15, Zeile fokale Anfälle) |     |  | Lamotrigin und Levetiracetam sollte gegenüber Carbamazepin der Vorzug gegeben werden   |
| Skript 14                            |     |  |  |
| 73 (linke Spalte)                    |     | (...) Schlaflosigkeit und Angst; Diazepam: QT-Zeit-Verlängerung → Gefahr lebensbedrohlicher Torsade-de-Pointes-Arrhythmien; regelmäßige Einnahme über mehrere Wochen (...) | (...) Schlaflosigkeit und Angst; regelmäßige Einnahme über mehrere Wochen (...)  |
| Skript 16                            |     |  |  |
| 14 (linke Spalte)                    | neu | <b>Indikationen:</b><br>kardiopulmonale Reanimation: 1 mg i.v. nach dem 2. erfolglosen Schock bei Kammerflimmern (...)   | <b>Indikationen:</b><br>kardiopulmonale Reanimation: 1 mg i.v. nach dem <b>3.</b> erfolglosen Schock bei Kammerflimmern (...)  |
| 18 (Tab 2.2)                         |     | Atenolol (Tenormin):<br>β <sub>1</sub> -Selektivität: –<br>intrinsische sympathomimetische Aktivität: +  | Atenolol (Tenormin):<br>β <sub>1</sub> -Selektivität: <b>+</b><br>intrinsische sympathomimetische Aktivität: –   |
| 46 (linke Spalte)                    |     | UFH werden hochdosiert zur Therapie venöser Thrombosen und eines Lungenödems sowie niedrigdosiert zur perioperativen Thromboseprophylaxe eingesetzt.                       | UFH werden hochdosiert zur Therapie venöser Thrombosen und einer <b>Lungenembolie</b> sowie niedrigdosiert zur perioperativen Thromboseprophylaxe eingesetzt.  |
| 52 (linke Spalte)                    |     | <b>H1-Histamin-Rezeptor</b> (Phospholipase-C-Aktivierung):   | <b>H1-Histamin-Rezeptor</b> (Phospholipase-C-Aktivierung):<br><b>Vasodilatation mit Permeabilitätssteigerung in den Kapillaren, Vasokonstriktion der großen Gefäße, Juckreiz, Leukozytenmigration, Kontraktion der Darm- und Bronchialmuskulatur, Regulation von Schlaf und zentraler Nahrungsaufnahme, zentraler Brechreiz.</b> |
| 54 (rechte Spalte)                   |     | Es wirkt additiv zu β-Adrenozeptor-Antagonisten (...)  | Es wirkt additiv zu <b>β<sub>2</sub>-Mimetika</b> (...)  |
| 99 (Prüfungs-highlights-Box)         | neu | <b>! Wirkungen:</b> Hemmung der Osteoklasten (...)   | <b>! Wirkungen:</b> Hemmung der <b>Osteoblasten</b> (...)  |

|                     |     |   |   |
|---------------------|-----|---|---|
| 146 (linke Spalte)  | neu | <b>Monoklonale Antikörper</b><br>Monoklonale Antikörper („ <b>Biologicals</b> “) können ausschließlich <b>i.v.</b> verabreicht werden.  | <b>Monoklonale Antikörper</b><br>Monoklonale Antikörper („ <b>Biologicals</b> “) können <b>i.v. und s.c.</b> verabreicht werden.  |
| 148 (Tab. 28.1)     |     | Unerwünschte Wirkungen von immunsuppressiv eingesetzten Zytostatika:<br>s. Tab. 28.2  | Unerwünschte Wirkungen von immunsuppressiv eingesetzten Zytostatika:<br><b>s. Tab. 27.2 und Tab. 27.3</b>   |
| 148 (rechte Spalte) |     | <b>Tacrolimus</b> und dessen synthetisches Derivat <b>Everolimus</b> besitzen den gleichen Wirkmechanismus wie Ciclosporin, binden dazu aber an ein anderes Cyclophilin. <b>Sirolimus</b> bindet an dasselbe Protein wie Tacrolimus, hemmt aber nicht die Synthese von IL-2, sondern dessen Signaltransduktionsweg ( <b>mTOR-Inhibitor</b> ). | <b>Tacrolimus</b> besitzt den gleichen Wirkmechanismus wie Ciclosporin, bindet dazu aber an ein anderes Cyclophilin. <b>Sirolimus</b> und dessen synthetisches Derivat <b>Everolimus</b> binden an dasselbe Protein wie Tacrolimus, hemmen aber nicht die Synthese von IL-2, sondern dessen Signaltransduktionsweg ( <b>mTOR-Inhibitor</b> ). |
| 151 (linke Spalte)  |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herzinsuffizienz</li> <li>• Hepatitiden (nur Etanercept)</li> <li>• Anakinra bei Niereninsuffizienz (ab NYHA III).</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herzinsuffizienz (<b>ab NYHA III</b>)</li> <li>• Hepatitiden (nur Etanercept)</li> <li>• Anakinra bei Niereninsuffizienz.</li> </ul>   |
| <b>Skript 18</b>    |     |   |   |
| 34 (rechte Spalte)  |     | Durch Translokation wird das abl-Onkogen von Chromosom 8 in die Region des bcr-Onkogens auf Chromosom 22 verschoben.  | Durch Translokation wird das abl-Onkogen von Chromosom <b>9</b> in die Region des bcr-Onkogens auf Chromosom 22 verschoben.   |
| 63 (Praxis-Box)     |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• T1 = Fett ist hell, Wasser ist dunkel.</li> <li>• T2 = Wasser ist hell, Fett ist dunkel.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• T1 = Fett ist hell, Wasser ist dunkel.</li> <li>• T2 = Wasser ist hell, <b>Fettgewebe ist weniger hell und Muskulatur ist dunkel.</b></li> </ul>   |