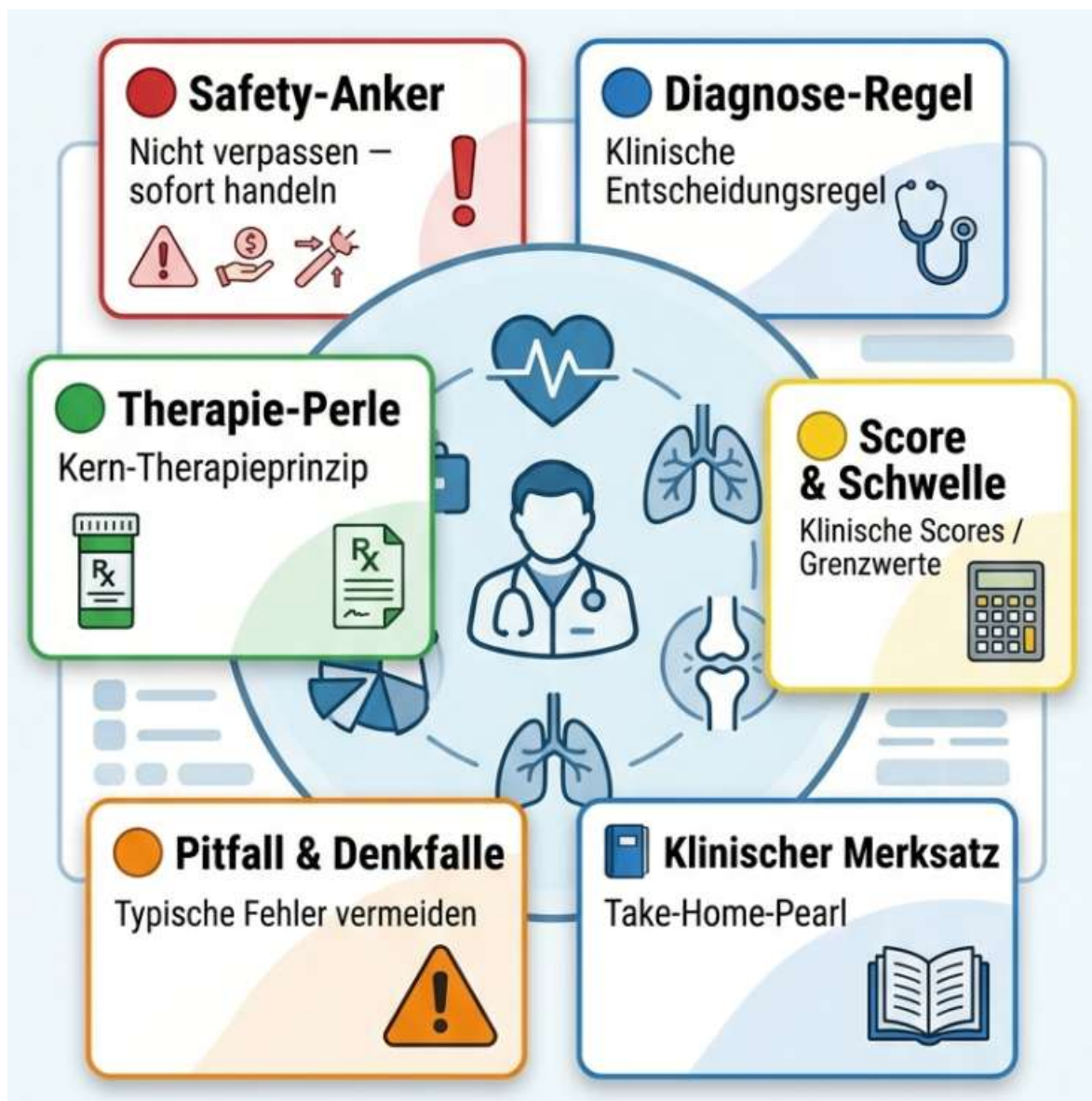


ClinicalOS – Das klinische Betriebssystem der Hausarztmedizin

Band 3 Praxis-Pearls der Hausarztmedizin

Pearl-Karten-Atlas



Evidenzbasierte klinische Entscheidungsunterstützung für die Hausarztpraxis

Probeleseexemplar

Urheberrecht Impressum

Dr. med. Götz Huber

Das klinische Betriebssystem der Hausarztmedizin

Band 7: Praxisarchitektur & Teamprozesse

© 2026 Dr. med. Götz Huber. Alle Rechte vorbehalten.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Autors unzulässig und strafbar.

Hinweis: Die in diesem Buch enthaltenen Informationen wurden sorgfältig recherchiert und geprüft. Da sich KI-Werkzeuge und regulatorische Rahmenbedingungen schnell ändern, können einzelne Angaben zum Zeitpunkt der Lektüre bereits überholt sein. Aktuelle Ergänzungen finden Sie unter <https://clinicalos.de/>. Die Nennung von Produkten und Herstellern erfolgt ohne Gewähr und stellt keine Kauf- oder Anwendungsempfehlung dar.

Stand: Juni 2026

Hinweis zu Inhalt, Nutzung und Verantwortlichkeit

Die ClinicalOS-Manualserie entstand mit dem Ziel, praktisch tätigen Hausärztinnen und Hausärzten, Fortbildungsassistenten Allgemeinmedizin, medizinischen Fachangestellten und Medizinstudierenden, ein strukturiertes, praxisnahes Lern- und Referenzwerk bereitzustellen. Die Inhalte wurden auf Basis aktueller medizinischer Fachliteratur, leitlinienbasierter Quellen und hausärztlicher Praxiserfahrung erarbeitet.

Bei der Erstellung wurden digitale Werkzeuge einschließlich KI-gestützter Textgenerierung eingesetzt. Sämtliche Inhalte wurden anschließend durch den Autor auf fachliche Korrektheit, inhaltliche Konsistenz und mögliche Fehler geprüft. Trotz sorgfältiger Überarbeitung kann die vollständige Fehlerfreiheit nicht garantiert werden — weder hinsichtlich inhaltlicher Ungenauigkeiten noch hinsichtlich zwischenzeitlich aktualisierter Leitlinien oder Dosierungsempfehlungen.

Die Inhalte dieses Manuals ersetzen keine individuelle medizinische Beurteilung und sind nicht als verbindliche Behandlungsempfehlung zu verstehen. Jede Anwendung der hier dargestellten Informationen liegt in der alleinigen Verantwortung der Leserin oder des Lesers. Diagnostische und therapeutische Entscheidungen müssen stets am individuellen Patienten, unter Berücksichtigung der vollständigen klinischen Situation und auf Basis der jeweils gültigen Leitlinien getroffen werden.

Für Ärztinnen und Ärzte gilt uneingeschränkt die **ärztliche Letztverantwortung**: Jede Übernahme von Inhalten aus diesem Manual — ob als Textbaustein, SOP oder Therapieempfehlung — setzt die eigenverantwortliche fachliche Prüfung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt voraus. KI-gestützte oder digital erstellte Inhalte können und dürfen das ärztliche Urteil nicht ersetzen.

Der Autor übernimmt keine Haftung für Schäden, die aus der direkten oder indirekten Nutzung der in diesem Manual enthaltenen Informationen entstehen.

Dosierungsangaben gelten für Erwachsene ohne relevante Niereninsuffizienz. Bei älteren Patienten, Polypharmazie und in der Schwangerschaft sind individuelle Anpassungen erforderlich. Aktuelle Leitlinien (DEGAM, ESC, DGK, ADA, AWMF) sind vorrangig zu beachten.






















Methodik: Vom Patientenfall zur Praxis-Pearl

Jede Karte in diesem Atlas hat ihren Ursprung in einem konkreten Patientenfall aus der hausärztlichen Praxis — nicht in abstraktem Lehrbuchwissen. Anamnese, Befund, Verlauf und die im Moment getroffene (oder versäumte) Entscheidung bilden das Rohmaterial. Dieses wird in einem strukturierten Verdichtungsprozess auf seinen klinisch entscheidungsrelevanten Kern reduziert und entlang sechs feststehender Dimensionen neu sortiert:

● Safety-Anker: das Signal, das sofortiges Handeln verlangt. ● Diagnose-Regel: die aus dem Fall verallgemeinerbare Entscheidungsregel. ● Therapie-Perle: das tragende Therapieprinzip. ● Score & Schwelle: der klinische Score oder Grenzwert, der die Entscheidung objektivierte. ● Pitfall & Denkfall: der typische Fehler, der im Fall drohte. ■ Klinischer Merksatz: der eine Satz, der bleiben soll.

Diese Hochaggregation ist bewusst selektiv: Sie opfert Vollständigkeit für Schnelligkeit. Jede Karte soll in der kurzen Zeit zwischen zwei Patientenkontakten lesbar sein und genau jene Information liefern, die im Entscheidungsmoment zählt. Die Fälle stammen aus der hausärztlichen Praxis und der ClinicalOS-Wissensdatenbank; ihre Einordnung erfolgt im Abgleich mit aktuellen Leitlinien (AWMF, ESC, DDG, DGN) und Fortbildungsinhalten wie dem FOMF Refresher 2025.

Inhaltsverzeichnis

	KAPITEL 01 HNO & ATEMWEGSINFEKTE	5
	KAPITEL 02 NOTFALLMEDIZIN & WUNDMANAGEMENT	6
	KAPITEL 03 KARDIOLOGIE	7
	KAPITEL 04 PNEUMOLOGIE	8
	KAPITEL 05 GASTROENTEROLOGIE	9
	KAPITEL 06 ENDOKRINOLOGIE & DIABETOLOGIE	10
	KAPITEL 07 RHEUMATOLOGIE & ORTHOPÄDIE	11
	KAPITEL 08 UROLOGIE & NEPHROLOGIE	12
	KAPITEL 09 GYNÄKOLOGIE	13
	KAPITEL 10 PÄDIATRIE	14
	KAPITEL 11 DERMATOLOGIE	15
	KAPITEL 12 ALLERGOLOGIE & UNVERTRÄGLICHKEITEN	16
	KAPITEL 13 AVITAMINOSEN & SPURENELEMENTE	17
	KAPITEL 14 NEUROLOGIE	18
	KAPITEL 15 PSYCHIATRIE & SUCHTMEDIZIN	19
	KAPITEL 16 PSYCHOSOMATIK & FUNKTIONELLE STÖRUNGEN	20
	KAPITEL 18 ONKOLOGIE & KREBSFRÜHERKENNUNG	22
	KAPITEL 19 SCHMERZMEDIZIN	23
	KAPITEL 20 GERIATRIE & MULTIMORBIDITÄT	24
	KAPITEL 21 SOZIALMEDIZIN & PRÄVENTION	25
	KAPITEL 22 DIGITALISIERUNG & TELEMEDIZIN	26
	KAPITEL 23 QUALITÄTSMANAGEMENT & PATIENTENSICHERHEIT	27



KAPITEL 01 | HNO & ATEMWEGSINFEKTE

● Safety-Anker

Nicht verpassen — sofort handeln

- ▶ Peritonsillarabszess: Kiefersperre + einseitige Tonsillenschwellung + 'heiße Kartoffel'-Sprache → sofort HNO
- ▶ Epiglottitis: Stridor + Speichelfluss + Dreipunktstellung → Intensiv, kein Rachenspatel
- ▶ Mastoiditis: retroaurikuläre Schwellung + abstehendes Ohr → CT + sofort HNO-Klinik
- ▶ Plötzlicher einseitiger Hörverlust + Tinnitus + Schwindel → zentralen Prozess ausschließen (MRT)
- ▶ Fazialisparese: Stirnrunzeln unmöglich = peripher (Bell) → möglich = zentral (ZNS!)

● Diagnose-Regel

Klinische Entscheidungsregel

- ▶ Centor-Score (GABHS): Exsudat/Tonsillenödem + zervikale LK + Fieber + kein Husten; 0–1 = kein AB, ≥ 3 = Abstrich
- ▶ Akute Rhinosinusitis: Doppelverschlechterung nach 5 Tagen oder Persistenz > 10 Tage → wahrscheinlich bakteriell
- ▶ HINTS bei Schwindel: Head-Impulse normal + Richtungswechsel-Nystagmus + Skew deviation → zentral (ZNS!)
- ▶ Monospot/EBV-Serologie bei Mononukleose-Verdacht (junger Erwachsener, bilaterale LK, Fatigue)
- ▶ Otitis media: Otoskopie (getrübbtes Trommelfell, Vorwölbung, Lichtkegel aufgehoben)

● Therapie-Perle

Kern-Therapieprinzip

- ▶ Streptokokken-Angina bestätigt: Penicillin V 5–7 Tage — NICHT Amoxicillin (EBV-Exanthem-Risiko!)
- ▶ Otitis media Kind > 2 J., leicht: Watch & Wait 48–72 h ohne AB; Schmerzkontrolle Ibuprofen
- ▶ Akute Rhinosinusitis: NaCl-Nasenspülung + Dekongestiva max. 7 Tage; AB nur bei Komplikation
- ▶ Bell-Parese: Prednisolon 50–60 mg/d × 5 Tage, ausschleichen 10 Tage; Augenschutz!
- ▶ BPPV: Epley-Manöver (NNT ≈ 2); Patient anleiten zum Selbst-Üben

● Score & Schwelle

Klinische Scores / Grenzwerte

- ▶ Centor: 4 Punkte → direktes AB (oder Schnelltest); 2–3 → Abstrich/Schnelltest sinnvoll
- ▶ BPPV-Diagnose: Dix-Hallpike positiv (rotatorischer Nystagmus mit Latenz, Erschöpfung)
- ▶ Otitis media Revisit-Kriterium: Persistenz > 3 Tage trotz AB oder nach 72 h keine Besserung

● Pitfall & Denkfalle

Typische Fehler vermeiden

- ▶ EBV-Mononukleose + Amoxicillin → Exanthem 70–90 %: immer Abstrich VOR AB bei jungen Erwachsenen
- ▶ Einseitiger Tinnitus + Hörverlust progredient → Akustikusneurinom: MRT Innenohr obligat
- ▶ Nasenbluten: 90 % anterior (Kiesselbach) = lokal; posteriores Bluten = hämodynamisch relevant → HNO
- ▶ Fazialisparese 'peripher' mit Ohrschmerz + Bläschen = Ramsay Hunt → Aciclovir + Prednisolon

● Klinischer Merksatz

Take-Home-Pearl

- ▶ Peritonsillarabszess: Kiefersperre + einseitige Tonsillenschwellung + 'heiße Kartoffel'-Sprache → sofort HNO
- ▶ → Streptokokken-Angina bestätigt: Penicillin V 5–7 Tage — NICHT Amoxicillin (EBV-Exanthem-Risiko!)



Safety-Anker

Nicht verpassen — sofort handeln

- ▶ Bei Symptomen suggestiv für ACS soll ein EKG innerhalb von 10 Minuten nach Erstkontakt erfolgen.
- ▶ Pain out of proportion, rascher Progress und livide Verfärbung sind Alarmzeichen.

Diagnose-Regel

Klinische Entscheidungsregel

- ▶ Sepsis ist lebensbedrohliche Organdysfunktion durch dysregulierte Reaktion auf Infektion
- ▶ SIRS ist veraltet.
- ▶ Knorpel und subchondraler Knochen können binnen Stunden irreversibel geschädigt werden.
 - ▶ Bei ACS-Verdacht wurden ASS 500 mg, Heparin und Nitro bei RR >100 mmHg im Kursbuch genannt.
- ▶ Fournier-Gangrän ist nekrotisierende Fasziiitis der Genital-/Leistenregion

Therapie-Perle

Kern-Therapieprinzip

- ▶ STEMI braucht schnellstmögliche Reperfusion
- ▶ PCI-Strategie wenn zeitgerecht möglich.
- ▶ Akute Arthritis gilt infektiös, bis das Gegenteil bewiesen ist.
- ▶ Bei Sepsis 2–3 Paar Blutkulturen und Fokusdiagnostik, ohne kritische Therapie zu verzögern.
- ▶ CT/MRT kann helfen, aber Zeit ist kritisch

Score & Schwelle

Klinische Scores / Grenzwerte

- ▶ Septischer Schock: persistierende Hypotonie trotz Volumen mit Vasopressorbedarf für MAP >65 und Laktat >2 mmol/l.
- ▶ Troponin/Brustschmerz kann koronare und nicht-koronare Ursachen haben: Myokarditis, PE, Sepsis, Takotsubo etc.

Pitfall & Denkfalle

Typische Fehler vermeiden

- ▶ NEWS2 >4 Punkte wurde als Sepsisverdacht mit höherer Sensitivität dargestellt.
 - ▶ Komplizierte Malaria: Organzeichen, schwere Anämie, Hypoglykämie, Schock, Azidose/Laktat, hohe Parasitendichte.
 - ▶ qSOFA nutzt AF >21/min, syst. RR <100 mmHg und GCS <15
 - ▶ ≥2 Punkte stützt Sepsisverdacht.

Klinischer Merksatz

Take-Home-Pearl

- ▶ Bei Symptomen suggestiv für ACS soll ein EKG innerhalb von 10 Minuten nach Erstkontakt erfolgen.
- ▶ → STEMI braucht schnellstmögliche Reperfusion

 KAPITEL 03 | KARDIOLOGIE

 **Safety-Anker**

Nicht verpassen — sofort handeln

- ▶ ACS atypisch: Frauen/Diabetiker/Ältere → Dyspnoe, Übelkeit, Rücken-/Kieferschmerz ohne Thoraxschmerz
- ▶ Akute Dyspnoe + Orthopnoe + periphere Ödeme = akute Herzinsuffizienz → BNP + EKG + Einweisung
- ▶ Neue Synkope: 12-Kanal-EKG sofort; Herzsynkope (VT/AV-Block/LQT) = vital bedrohlich
- ▶ AFib-Erstdiagnose + hämodynamische Instabilität (RR < 90, Dyspnoe) → Kardioversion erwägen
- ▶ Neuer LBBB + Brustschmerz = STEMI-Äquivalent → Kath-Labor sofort

 **Diagnose-Regel**

Klinische Entscheidungsregel

- ▶ HEART-Score: History + EKG + Age + Risk factors + Troponin; ≥ 4 = elevated risk → Einweisung
- ▶ CHA₂DS₂-VASc: ≥ 2 (Mann) / ≥ 3 (Frau) → OAK; bewertet Schlaganfall-Risiko bei VHF
- ▶ NT-proBNP > 125 pg/ml oder BNP > 35 pg/ml = Herzinsuffizienz wahrscheinlich (Sensitivität 90 %)
- ▶ Wells-Score PE: ≥ 5 = hohe klin. Wahrscheinlichkeit → CT-Angio direkt; < 2 = D-Dimer
- ▶ Troponin hochsensitiv: Serienmessung 0 h/2 h (NICE) oder 0 h/1 h (ESC); Baseline + Delta entscheidend

 **Therapie-Perle**

Kern-Therapieprinzip

- ▶ ACS-Sofortmaßnahme: Aspirin 300 mg + Ticagrelor 180 mg + i.v.-Zugang + EKG + Einweisung Kath
- ▶ HI-Langzeit ABCDE: Aldosteron-Ant + Beta-Blocker + (A)CE-H/ARB + Diuretikum + Empagliflozin
- ▶ VHF-Frequenzkontrolle: Betablocker (Bisoprolol) oder Calciumantagonist (Diltiazem)
- ▶ Hypertensive Krise (> 180/120): Captopril 25 mg sublingual oder Nifedipin-ret oral; KEIN i.v.
- ▶ Statintherapie: LDL-Ziel < 70 mg/dl (Hochrisiko), < 55 mg/dl (nach ACS)

 **Score & Schwelle**

Klinische Scores / Grenzwerte

- ▶ HEART-Score: 0–3 = Niedrigrisiko; 4–6 = Mittel; ≥ 7 = Hochrisiko → Einweisung
- ▶ CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 (M) → DOAK; TIMI ≥ 3 NSTEMI → Früh-Invasiv-Strategie innerhalb 24 h
- ▶ TIMI-Risiko-Score NSTEMI: ≥ 3 Punkte → Früh-Invasiv-Strategie innerhalb 24 h

 **Pitfall & Denkfalle**

Typische Fehler vermeiden

- ▶ Silent MI bei T2DM: kein Thoraxschmerz – Screening-EKG im Jahres-Check nicht vergessen
- ▶ Verapamil + Betablocker = kontraindiziert (AV-Block III Risiko)
- ▶ BNP erhöht auch bei Niereninsuffizienz: NT-proBNP > 300 als Cut-off bei eGFR < 60
- ▶ ACE-Hemmer-Husten in 10–15 %: Wechsel auf ARB — nicht als Herzinsuffizienz fehldeuten

 **Klinischer Merksatz**

Take-Home-Pearl

- ▶ ACS atypisch: Frauen/Diabetiker/Ältere → Dyspnoe, Übelkeit, Rücken-/Kieferschmerz ohne Thoraxschmerz
- ▶ → ACS-Sofortmaßnahme: Aspirin 300 mg + Ticagrelor 180 mg + i.v.-Zugang + EKG + Einweisung Kath

 KAPITEL 04 | PNEUMOLOGIE

 **Safety-Anker**

Nicht verpassen — sofort handeln

- ▶ * Patientin A. K., 52Jahre
- ▶ Patientin A. K., 52Jahre
- ▶ NP-DE-UCV-PPT-220010 Nov/2022
- ▶ GOLD 2023: ABE Assessment Tool
- ▶ neuer Freisetzungsmechanismus:

 **Diagnose-Regel**

Klinische Entscheidungsregel

- ▶ zurück zur Diagnostik-Übersicht
- ▶ Röntgen-Thorax p.a.
- ▶ Körperliche Untersuchung
- ▶ 42-jährige Patientin: 160 cm / 57 kg (BMI)
- ▶ * Patientin A. K., 52Jahre

 **Therapie-Perle**

Kern-Therapieprinzip

- ▶ Fälle aus der Praxis
- ▶ Zust. n. Pneumonektomie re. 2015 wg. BronchialCa mit
- ▶ Pat. weibl., 75 J.
- ▶ Kombinierte Ventilationsstörung, mMRC Grad 2,
- ▶ Pat. weibl., 75 J.

 **Score & Schwelle**

Klinische Scores / Grenzwerte

- ▶ * Patientin A. K., 52Jahre
- ▶ Patientin A. K., 52Jahre
- ▶ mMRC1-Dyspnoe-Skala
- ▶ Einstufung der Atemnot anhand von 4 Schweregraden

 **Pitfall & Denkfalle**

Typische Fehler vermeiden

- ▶ Berufsverband der Pneumologen
- ▶ 2007 IFT-Gesundheitsförderung GmbH München

 **Klinischer Merksatz**

Take-Home-Pearl

- ▶ * Patientin A. K., 52Jahre
- ▶ → Fälle aus der Praxis

📖 KAPITEL 05 | GASTROENTEROLOGIE

📍 **Safety-Anker**

Nicht verpassen — sofort handeln

- ▶ Akutes Abdomen: zuerst nach Alarmzeichen suchen
- ▶ bei peritonismus Eskalation nicht verzögern.
- ▶ Abdomineller Schmerz: zuerst nach Alarmzeichen suchen
- ▶ bei peritonismus Eskalation nicht verzögern.
- ▶ Oberbauchbeschwerden: zuerst nach Alarmzeichen suchen

📍 **Diagnose-Regel**

Klinische Entscheidungsregel

- ▶ Akuter Bauchschmerz + Red Flag → keine ambulante Verlaufsdagnostik, sondern sofortige klinische Abklärung.
- ▶ Oberbauchbeschwerden: Wenn Sicherheitskriterium positiv, zuerst Eskalation
- ▶ Mittelbauchbeschwerden: Wenn Sicherheitskriterium positiv, zuerst Eskalation
- ▶ Unterbauchbeschwerden: Wenn Sicherheitskriterium positiv, zuerst Eskalation
- ▶ Divertikulitis + Risikoindikator oder komplizierter Sono-Befund → Antibiotika und ggf. stationäre Abklärung.

📍 **Therapie-Perle**

Kern-Therapieprinzip

- ▶ Akutes Abdomen: Therapie richtet sich nach Risiko, Zeitfenster und Komorbidität
- ▶ bei instabilem Verlauf eskalieren.
- ▶ Abdomineller Schmerz: Therapie richtet sich nach Risiko, Zeitfenster und Komorbidität
- ▶ bei instabilem Verlauf eskalieren.
- ▶ Oberbauchbeschwerden: Therapie richtet sich nach Risiko, Zeitfenster und Komorbidität

📍 **Score & Schwelle**

Klinische Scores / Grenzwerte

- ▶ Akutes Abdomen: relevante Schwelle/Score aktiv dokumentieren: qSOFA: AF ≥ 22 /min, GCS < 15 , syst. RR ≤ 100 mmHg
- ▶ ≥ 2 Punkte = hohes Risiko.
- ▶ Abdomineller Schmerz: relevante Schwelle/Score aktiv dokumentieren: qSOFA: AF ≥ 22 /min, GCS < 15 , syst. RR ≤ 100 mmHg
- ▶ ≥ 2 Punkte = hohes Risiko.

📍 **Pitfall & Denkfalle**

Typische Fehler vermeiden

- ▶ Funktionelle Diagnose stellen, bevor Peritonismus, Aorta, ACS, Ileus oder gynäkologische/urologische Notfälle geprüft sind.
- ▶ Oberbauchbeschwerden: häufigster Fehler ist Therapie-Fortschreibung ohne Reevaluation.
- ▶ Mittelbauchbeschwerden: häufigster Fehler ist Therapie-Fortschreibung ohne Reevaluation.
- ▶ Unterbauchbeschwerden: häufigster Fehler ist Therapie-Fortschreibung ohne Reevaluation.

📍 **Klinischer Merksatz**

Take-Home-Pearl

- ▶ Akutes Abdomen: zuerst nach Alarmzeichen suchen
- ▶ → Akutes Abdomen: Therapie richtet sich nach Risiko, Zeitfenster und Komorbidität



KAPITEL 06 | ENDOKRINOLOGIE & DIABETOLOGIE

Safety-Anker

Nicht verpassen — sofort handeln

- ▶ Diabetes mellitus Typ 2: zuerst nach Alarmzeichen suchen
- ▶ bei hypoglykämie Eskalation nicht verzögern.
- ▶ Prädiabetes: zuerst nach Alarmzeichen suchen
- ▶ bei hypoglykämie Eskalation nicht verzögern.
- ▶ Hyperglykämie: zuerst nach Alarmzeichen suchen

Diagnose-Regel

Klinische Entscheidungsregel

- ▶ T2DM + KVK/HI/CKD → organprotektive Therapie priorisieren, nicht nur HbA1c senken.
- ▶ Hyperglykämie + Systemzeichen/Bauchschmerz/Atmung verändert → Ketoazidose/HHS ausschließen.
- ▶ Hypoglykämie ist ein Sicherheitsereignis, nicht nur ein niedriger Messwert.
- ▶ SGLT2 ist bei passendem Profil Organprotektion, nicht nur Zuckertherapie.
- ▶ Adipositas-therapie braucht Komorbiditätsstratifizierung, nicht nur BMI.

Therapie-Perle

Kern-Therapieprinzip

- ▶ Diabetes mellitus Typ 2: Therapie richtet sich nach Risiko, Zeitfenster und Komorbidität
- ▶ bei instabilem Verlauf eskalieren.
- ▶ Prädiabetes: Therapie richtet sich nach Risiko, Zeitfenster und Komorbidität
- ▶ bei instabilem Verlauf eskalieren.
- ▶ Hyperglykämie: Therapie richtet sich nach Risiko, Zeitfenster und Komorbidität

Score & Schwelle

Klinische Scores / Grenzwerte

- ▶ Diabetes mellitus Typ 2: relevante Schwelle/Score aktiv dokumentieren: HbA1c-Ziel individuell
- ▶ UACR/eGFR zur Risiko- und Therapieentscheidung.
- ▶ Prädiabetes: relevante Schwelle/Score aktiv dokumentieren: HbA1c-Ziel individuell
- ▶ UACR/eGFR zur Risiko- und Therapieentscheidung.

Pitfall & Denkfalle

Typische Fehler vermeiden

- ▶ Sulfonylharnstoff aus Gewohnheit fortführen trotz Hypoglykämierisiko und fehlendem KV-Nutzen.
- ▶ Bauchschmerzen bei Diabetes als Gastroenteritis bewerten und DKA übersehen.
- ▶ Nach Hypoglykämie nur Akutkorrektur, aber keine Deeskalation der riskanten Medikation.
- ▶ SGLT2 starten ohne Aufklärung über Dehydratation, Genitalinfekt, euglykämische Ketoazidose.

Klinischer Merksatz

Take-Home-Pearl

- ▶ Diabetes mellitus Typ 2: zuerst nach Alarmzeichen suchen
- ▶ → Diabetes mellitus Typ 2: Therapie richtet sich nach Risiko, Zeitfenster und Komorbidität



KAPITEL 07 | RHEUMATOLOGIE & ORTHOPÄDIE

Safety-Anker

Nicht verpassen — sofort handeln

- ▶ Heißes, geschwollenes Gelenk → septische Arthritis ausschließen: Punktion + Gram-Kultur obligat
- ▶ PMR + neuer Kopfschmerz / Kieferschmerz → Riesenzellarteriitis: Kortison sofort, Biopsie 72 h
- ▶ Systemische B-Symptomatik + Polyarthritis → Malignom / Vaskulitis ausschließen
- ▶ Neue Augensymptome bei SpA (Rötung, Lichtempfindlichkeit) → Uveitis anterior: Augenarzt
- ▶ Akute Monoarthritis: immer infektiös bis Beweis des Gegenteils; kein Kortison ohne Kultur!

Diagnose-Regel

Klinische Entscheidungsregel

- ▶ Morgensteifigkeit > 60 min = entzündlich (RA, SpA); < 30 min = degenerativ (Arthrose)
- ▶ Screening-Rheuma: Diff-BB, Kreatinin, CRP, BSG, RF, anti-CCP, ANA, Harnsäure
- ▶ Gicht: Hyperurikämie allein reicht nicht – Kristallnachweis im Punktat = Goldstandard
- ▶ PMR: BSG ↑↑ + CRP ↑ + proximale Myalgie + rasches Kortison-Ansprechen (< 48 h) = diagnostisch
- ▶ Fibromyalgie: Ausschlussdiagnose nach Basislabor; CRP, BSG, TSH, CK, Calcium normal

Therapie-Perle

Kern-Therapieprinzip

- ▶ RA Erst-DMARD: Methotrexat 15–25 mg/Woche + Folsäure 5 mg/Woche; Ziel: DAS28 < 2,6
- ▶ Gicht akut: NSAR oder Colchicin 2 × 0,5 mg; Langzeit: Allopurinol, Ziel Harnsäure < 360 µmol/l
- ▶ PMR: Prednisolon 15–25 mg/d initial, Reduktion über 12–18 Monate; IL-6-Blocker bei Rezidiv
- ▶ Gonarthrose: Gewichtsreduktion + Physiotherapie > orale NSAR (NNT ≈ 3)
- ▶ Fibromyalgie: aerob Training 3 ×/Woche + CBT = Evidenz A; Duloxetin bei Komorbidität

Score & Schwelle

Klinische Scores / Grenzwerte

- ▶ DAS28 ≤ 2,6 = Remission RA; > 5,1 = hohe Aktivität → Eskalation
- ▶ Harnsäure-Zielwert Gicht: < 360 µmol/l (6 mg/dl); bei Tophi < 300 µmol/l
- ▶ BASFI/BASDAI für axiale SpA: > 4 = aktive Erkrankung → Biologika erwägen

Pitfall & Denkfalle

Typische Fehler vermeiden

- ▶ RF negativ schließt RA nicht aus: seronegative RA ~ 30 % der Fälle
- ▶ Kortison bei PMR: zu rasche Reduktion → Rückfall; BSG-Normalisierung ≠ Remission
- ▶ Hyperurikämie asymptomatisch ohne Gichtanfall: keine Behandlungsindikation
- ▶ Opioide bei chronischem Rückenschmerz: keine Langzeit-Evidenz; Abhängigkeitsrisiko hoch

Klinischer Merksatz

Take-Home-Pearl

- ▶ Heißes, geschwollenes Gelenk → septische Arthritis ausschließen: Punktion + Gram-Kultur obligat
- ▶ → RA Erst-DMARD: Methotrexat 15–25 mg/Woche + Folsäure 5 mg/Woche; Ziel: DAS28 < 2,6

KAPITEL 08 | UROLOGIE & NEPHROLOGIE

Safety-Anker

Nicht verpassen — sofort handeln

- ▶ Positiver Häm-Befund Urinstix (Hemolysis +10) bei asymptomatischem 54-jährigen Mann. Mikroskopische Urinuntersuchung zur Bestätigung. DDX: Hämaturie vs Häm
- ▶ Pat mit Ureterschiebung, Dysurie, Leukozyturie und Erythrozyturie: symptomatische Harnwegsinfektion. Empirische Antibiotikatherapie indiziert. Urinkultur p

Diagnose-Regel

Klinische Entscheidungsregel

- ▶ 24-jähriger Mann ohne Vorerkrankungen, erektile Dysfunktion. Statistisch sehr hohe Wahrscheinlichkeit funktionelle/psychogene Ursache. Venöses Leck (venog)
- ▶ 24-jähriger Inder, erektile Dysfunktion ohne Vorerkrankungen. DDX: psychogen/funktionell (wahrscheinlichste Ursache, besonders jung), hormonell, vaskulär.
- ▶ 29-jährige Patientin: Urinverlust bei Husten/Lachen, unauffälliger Urinstix. Kein Harnstau. Klinisch: Stressinkontinenz. NICE-Leitlinie: Beckenbodentraining
- ▶ Tabelle: Stressinkontinenz (Belastungsinkontinenz) vs Dranginkontinenz (Urge). Mechanismus: urethraler Verschlussdruck zu schwach vs überaktive Blase. Ther
- ▶ 29-jährige Patientin, >1 Monat Harnverlust bei Husten/Lachen. Druckschmerz rechts lumbal, suprapubisch. Klassische Belastungs-/Stressinkontinenz. DDX: HWI

Therapie-Perle

Kern-Therapieprinzip

- ▶ Negativer Urinstix (keine Leukozyten, kein Nitrit), bereits Urinsediment angefordert. Zusatzwert von E+R (Urinkultur) in dieser Situation gering. Abwarten

Score & Schwelle

Klinische Scores / Grenzwerte

- ▶ PSA-Testung Patientenberatung: Vor- und Nachteile. Falsch-positiv-Rate, Überdiagnose vs frühe Karzinom-Erkennung. Shared Decision Making. DEGAM-Empfehlung:

Pitfall & Denkfalle

Typische Fehler vermeiden

- ▶ Häufige Diagnose ≠ Richtige
- ▶ Besserung ≠ Heilung

Klinischer Merksatz

Take-Home-Pearl

- ▶ Positiver Häm-Befund Urinstix (Hemolysis +10) bei asymptomatischem 54-jährigen Mann. Mikroskopische Urinuntersuchung
- ▶ → Negativer Urinstix (keine Leukozyten, kein Nitrit), bereits Urinsediment angefordert. Zusatzwert von E+R (Urinkultu

KAPITEL 09 | GYNÄKOLOGIE

Safety-Anker

Nicht verpassen — sofort handeln

- ▶ Juckreiz, Brennen, Fluor und Scham führen häufig zu verzögerter Vorstellung
- ▶ niedrigschwellige, nicht wertende Sprache verbessert die Diagnostik.
- ▶ Prolapsbeschwerden brauchen eine an Lebenssituation und Leidensdruck orientierte Therapie.
- ▶ Typisch sind Juckreiz/Brennen und weißkrümeliger Fluor
- ▶ Schwangerschaft, Antibiotika, Diabetes und Immunsuppression begünstigen Rezidive.

Diagnose-Regel

Klinische Entscheidungsregel

- ▶ Ein Genitalulkus ist kein Bagatellbefund
- ▶ Syphilis, HSV und Mpx gehören in die Arbeitsdiagnose.
- ▶ Candida ist häufig, aber Schwangerschaft verändert Schwellen für Diagnostik und Therapiewahl.
- ▶ Condylomata sind häufig schambesetzt
- ▶ Therapie und Impfstatus gehören zusammen.

Therapie-Perle

Kern-Therapieprinzip

- ▶ Nicht jeder Fluor ist Candida
- ▶ Geruch und pH-Veränderung sprechen eher für bakterielle Vaginose.
- ▶ Bei urogenitaler Atrophie können Beschwerden wie Brennen, Dyspareunie, rezidivierende HWI oder Inkontinenz verstärkt werden.
- ▶ Ein Genitalulkus ist kein Bagatellbefund
- ▶ Syphilis, HSV und Mpx gehören in die Arbeitsdiagnose.

Score & Schwelle

Klinische Scores / Grenzwerte

- ▶ Urinverlust bei Husten, Lachen oder körperlicher Aktivität spricht für Stressinkontinenz.
- ▶ Komplexe Inkontinenz/Senkung profitiert von spezialisierter Diagnostik.
- ▶ Imperativer Harndrang, Pollakisurie und Nykturie mit/ohne Urinverlust sprechen für ÜAB.
- ▶ Juckreiz, Brennen, Fluor und Scham führen häufig zu verzögerter Vorstellung

Pitfall & Denkfalle

Typische Fehler vermeiden

- ▶ Viele Patientinnen sprechen Inkontinenz nicht spontan an
- ▶ Prävalenz steigt deutlich mit dem Alter.
- ▶ Rezidive benötigen Ursachenanalyse statt dauernder Akuttherapie.
- ▶ Urinverlust bei Husten, Lachen oder körperlicher Aktivität spricht für Stressinkontinenz.

Klinischer Merksatz

Take-Home-Pearl

- ▶ Juckreiz, Brennen, Fluor und Scham führen häufig zu verzögerter Vorstellung
- ▶ → Nicht jeder Fluor ist Candida

 KAPITEL 10 | PÄDIATRIE

 **Safety-Anker**

Nicht verpassen — sofort handeln

- Therapiebedarf richtet sich nach Allgemeinzustand und Befinden, nicht allein nach Temperatur.
- Für Montelukast spricht laut Kursbuch wenig
- Nutzen/Risiken kritisch abwägen.

 **Diagnose-Regel**

Klinische Entscheidungsregel

- Wechsel alle 4 Stunden wird häufig empfohlen, ist aber meist nicht notwendig.
- Scharlach hat immer ein kleinfleckiges, samtartiges stammbetontes Exanthem
- Strep-A-Test kann Therapie lenken.
- Einzeldosis Paracetamol 10–15 mg/kg, maximal 60 mg/kg/Tag laut Kursbuch.
- Bei häufigen Kopfschmerzen sind Protokoll, Lebensstil und psychosoziale Faktoren oft zielführender als Labor/EEG/MRT.

 **Therapie-Perle**

Kern-Therapieprinzip

- Ibuprofen ab 3 Monaten
- Einzeldosis 7–10 mg/kg, maximal 30 mg/kg/Tag.
- Uvula-Verziehung oder einseitig massiv verlagerte Tonsille bei Halsschmerz ist ein Einweisungsgrund.
- Bei Aussage Cortison wirkt nicht zuerst Technik und Adhärenz prüfen.
- Bei guter Muttersprache ist Logopädie nicht der Ersatz für Deutschlernen.

 **Score & Schwelle**

Klinische Scores / Grenzwerte

- Bei obstruktiver Bronchitis/Asthma sollte Salbutamol korrekt und ausreichend dosiert via Spacer gegeben werden.
- Viele vermutete Störungen sind Umwelt-/Kontextphänomene
- Diagnostik ja, Medikalisierung nein.

 **Pitfall & Denkfalle**

Typische Fehler vermeiden

- Vernebler mit Flüssigkeit bringen wenig in tiefe Atemwege und können bei schlechter Reinigung Keimquelle sein.
- Höhere Dosen wirken nicht besser, vervielfachen aber Nebenwirkungen.
- Für Hustensäfte/Hustenstiller bei Kindern gibt es laut Kursbuch keine rationale Routineindikation.
- Exantheme 5–10 Tage nach Beginn können toxisch/infektassoziiert sein und sind nicht automatisch Allergie.

 **Klinischer Merksatz**

Take-Home-Pearl

- Therapiebedarf richtet sich nach Allgemeinzustand und Befinden, nicht allein nach Temperatur.
- → Ibuprofen ab 3 Monaten



KAPITEL 11 | DERMATOLOGIE

● Safety-Anker

Nicht verpassen — sofort handeln

- ▶ Exanthema subitum,
- ▶ Erythema infectiosum..
- ▶ Kleinblasig (Gold)
- ▶ Großblasig (Schwefel)
- ▶ Atopische Dermatitis

● Diagnose-Regel

Klinische Entscheidungsregel

- ▶ Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
- ▶ Charité - Universitätsmedizin Berlin
- ▶ Röteln, Masern, Scharlach
- ▶ → Das Entscheidende ist die Abgrenzung des Scharlach, da AB !!
- ▶ DD: Alopecia areata (oft bei Atopie)

● Therapie-Perle

Kern-Therapieprinzip

- ▶ Merkmale der kindlichen Haut
- ▶ Talgdrüsen atroph
- ▶ Exanthema subitum,
- ▶ Erythema infectiosum..
- ▶ IKZ: 5-8 Tage, Dauer 8-12 Tage

● Score & Schwelle

Klinische Scores / Grenzwerte

- ▶ Erythema exsudativum multiforme (EEM)
- ▶ Symptome: Typischer exanthematischer Hautbefund,
- ▶ Cheilitis granulomatosa
- ▶ Kinder: Meist isoliert. Bei Korrelation mit oralen Aphthen oft auch M. Crohn.

● Pitfall & Denkfalle

Typische Fehler vermeiden

- ▶ Milchschorf (DD: Seborrhoisches Ekzem)
- ▶ Milchschorf DD: Seborrhoisches Ekzem
- ▶ Lokal antiseptisch oder Fusidinsäure
- ▶ Bettruhe, Lagerung auf nicht klebenden Folien

■ Klinischer Merksatz

Take-Home-Pearl

- ▶ Exanthema subitum,
- ▶ → Merkmale der kindlichen Haut

KAPITEL 12 | ALLERGOLOGIE & UNVERTRÄGLICHKEITEN

Safety-Anker

Nicht verpassen — sofort handeln

- ▶ Chronischer Pruritus ohne Primärausschlag, Kratzspur, anhaltend generalisiert. Systemische Ursachen: Niere (Urämie), Leber, Schilddrüse, Hämatologie, Malign

Diagnose-Regel

Klinische Entscheidungsregel

- ▶ Allergiekarte EBM: Allergene/Mischungen pro Quartal. Bis 6. LJ: 15 Einzelallergene. Ab 7. LJ: 9 Einzelallergene. Höchstwertgrenze. Erweiterte Testung.
- ▶ 24-jähriger Pat, bekannte Pollenallergie: verstopfte Nase, juckende Augen, Husten, Niesen, Geschmacksverlust 1-2 Wochen. Seasonaler allergischer Rhinitis.
- ▶ Zöliakie-Ausschluss: TTG-IgA und Gesamt-IgA prioritär. Bei IgA-Mangel: IgG-basierte Tests (DGP-IgG). ACG und AGA Leitlinien. Gluten-Challenge vor Biopsie.
- ▶ 2 Monate generalisierter Pruritus, initial stark, jetzt Füße. Kratzspur. 3 Tage aus Italien. DDx: non-IgE-vermittelte Reaktion, Histaminintoleranz, Skabies
- ▶ Chronischer Pruritus ohne Primärausschlag, Kratzspur, anhaltend generalisiert. Systemische Ursachen: Niere (Urämie), Leber, Schilddrüse, Hämatologie, Malign

Therapie-Perle

Kern-Therapieprinzip

- ▶ Pat, lokalisierter Pruritus an Füßen, nach Reisen, Kontakt mit neuen Schuhen/Socken. Wahrscheinlichste Ursache: Kontaktdermatitis. DDx: Tinea pedis, Skabies
- ▶ Schnupfen, Augenschwellung, Juckreiz ausschließlich bei Katzenkontakt: Katzenallergie. Diagnostik: spezifisches IgE (Feld1). Therapie: Meidung, INCS, Antih
- ▶ Gliadin-AK IgA/IgG: veraltet. Aktuelle empfohlene Marker: TTG-IgA + Gesamt-IgA. Bei IgA-Mangel: DGP-IgG. Endomysium-IgA hochspezifisch. Algorithmus Serolog
- ▶ Epikutantestung (Patch-Test): wer führt durch, praktischer Ablauf. Allergologe/Dermatologe. Allergenauftrag 48h, Ablesen nach 48h und 72h. Standardreihen +
- ▶ Pompholyx (dyshydrisches Ekzem): vesikulär, Palmar/plantar, stark juckend. Therapie: Clobetasol-Propionat 0,05% (Fettsalbe) unter Okklusion, max. 2-4 Wo.

Score & Schwelle

Klinische Scores / Grenzwerte

- ▶ Relevanten Score anwenden
- ▶ Grenzwert dokumentieren

Pitfall & Denkfalle

Typische Fehler vermeiden

- ▶ Häufige Diagnose ≠ Richtige
- ▶ Besserung ≠ Heilung

Klinischer Merksatz

Take-Home-Pearl

- ▶ Chronischer Pruritus ohne Primärausschlag, Kratzspur, anhaltend generalisiert. Systemische Ursachen: Niere (Urämie)
- ▶ → Pat, lokalisierter Pruritus an Füßen, nach Reisen, Kontakt mit neuen Schuhen/Socken. Wahrscheinlichste Ursache: Kon



KAPITEL 13 | AVITAMINOSEN & SPURENELEMENTE

● Safety-Anker

Nicht verpassen — sofort handeln

- ▶ Vitamin-B12-Mangel + Polyneuropathie / Gangstörung → sofort ersetzen; i.m. bei Resorptionsstörung
- ▶ Thiamin (B1)-Mangel bei Alkohol + Vomiting → Wernicke-Enzephalopathie: Thiamin i.v. VOR Glukose
- ▶ Hypokaliämie $< 3,0$ mmol/l + EKG-Veränderungen → kardiale Gefährdung: i.v.-Substitution

● Diagnose-Regel

Klinische Entscheidungsregel

- ▶ Vegetarische indische Patientin: erhöhtes Risiko B12- und Vit-D-Mangel. B12: primär ernährungsbedingt (tierische Quellen fehlen). Vit D: Kombination Ernähr

● Therapie-Perle

Kern-Therapieprinzip

- ▶ Leitlinie prüfen
- ▶ Therapieziel mit Patient definieren

● Score & Schwelle

Klinische Scores / Grenzwerte

- ▶ Relevanten Score anwenden
- ▶ Grenzwert dokumentieren

● Pitfall & Denkfalle

Typische Fehler vermeiden

- ▶ Häufige Diagnose ≠ Richtige
- ▶ Besserung ≠ Heilung

■ Klinischer Merksatz

Take-Home-Pearl

- ▶ Vitamin-B12-Mangel + Polyneuropathie / Gangstörung → sofort ersetzen; i.m. bei Resorptionsstörung
- ▶ Früherkennung ist der beste Schutz.



KAPITEL 14 | NEUROLOGIE

● Safety-Anker

Nicht verpassen — sofort handeln

- ▶ Schlaganfall akut: zuerst nach Alarmzeichen suchen
- ▶ bei akute halbseitensymptomatik Eskalation nicht verzögern.
- ▶ Transitorische ischämische Attacke: zuerst nach Alarmzeichen suchen
- ▶ bei nicht angegeben Eskalation nicht verzögern.
- ▶ FAST / BE-FAST: zuerst nach Alarmzeichen suchen

● Diagnose-Regel

Klinische Entscheidungsregel

- ▶ TIA ist ein Notfall bis zum Beweis des Gegenteils
- ▶ Symptomrückbildung bedeutet nicht Entwarnung.
- ▶ Transitorische ischämische Attacke: Wenn Sicherheitskriterium positiv, zuerst Eskalation
- ▶ FAST / BE-FAST: Wenn Sicherheitskriterium positiv, zuerst Eskalation
- ▶ ABCD2-Score: Wenn Sicherheitskriterium positiv, zuerst Eskalation

● Therapie-Perle

Kern-Therapieprinzip

- ▶ Schlaganfall akut: Therapie richtet sich nach Risiko, Zeitfenster und Komorbidität
- ▶ bei instabilem Verlauf eskalieren.
- ▶ Transitorische ischämische Attacke: Therapie richtet sich nach Risiko, Zeitfenster und Komorbidität
- ▶ bei instabilem Verlauf eskalieren.
- ▶ FAST / BE-FAST: Therapie richtet sich nach Risiko, Zeitfenster und Komorbidität

● Score & Schwelle

Klinische Scores / Grenzwerte

- ▶ Schlaganfall akut: relevante Schwelle/Score aktiv dokumentieren: ABCD2 zur Risikoeinordnung
- ▶ hohes frühes Schlaganfallrisiko v.a. erste 48 h.
- ▶ Transitorische ischämische Attacke: relevante Schwelle/Score aktiv dokumentieren: nicht angegeben
- ▶ FAST / BE-FAST: relevante Schwelle/Score aktiv dokumentieren: nicht angegeben

● Pitfall & Denkfalle

Typische Fehler vermeiden

- ▶ TIA als 'kurze Episode' abtun und neurologischen Termin in Tagen/Wochen planen.
- ▶ Transitorische ischämische Attacke: häufigster Fehler ist Therapie-Fortschreibung ohne Reevaluation.
- ▶ FAST / BE-FAST: häufigster Fehler ist Therapie-Fortschreibung ohne Reevaluation.
- ▶ ABCD2-Score: häufigster Fehler ist Therapie-Fortschreibung ohne Reevaluation.

■ Klinischer Merksatz

Take-Home-Pearl

- ▶ Schlaganfall akut: zuerst nach Alarmzeichen suchen
- ▶ → Schlaganfall akut: Therapie richtet sich nach Risiko, Zeitfenster und Komorbidität

KAPITEL 15 | PSYCHIATRIE & SUCHTMEDIZIN

Safety-Anker

Nicht verpassen — sofort handeln

- ▶ Akute Suizidalität: direkte Frage obligat ('Haben Sie Gedanken, sich das Leben zu nehmen?')
- ▶ Lithium-Intoxikation: Tremor + Ataxie + Verwirrtheit → Serumspiegel sofort, Einweisung
- ▶ Alkohol-Entzugssyndrom: Tremor + Schwitzen + Tachykardie ab 6–24 h → Lorazepam

Diagnose-Regel

Klinische Entscheidungsregel

- ▶ Angststörung DDx: Seit 1 Woche Herzrasen, Schwindel, Panikgefühl, Überhitzungsgefühl. Notarzt: Puls hoch, EKG/BZ normal. Welche Angststörung? Panikattacke
- ▶ Ferritin im Normbereich, aber Eisenstudien unauffällig. Angststörung parallel. Anämie chronischer Erkrankung vs Eisenmangel. Differenzierung durch TSAT.
- ▶ Mirtazapin 15mg für Schlafstörungen: paradoxe Dosis-Wirkung (niedriger = sedativer wegen H1-Antihistaminwirkung überwiegt). 7.5-15mg für Schlaf. 30-45mg an
- ▶ Naltrexon: NEJM Review - evidenzbasierte Erstlinientherapie Alkoholabhängigkeit. - Opioid-Rezeptorantagonist, reduziert Craving. Dosierung 50mg/d. Leber-Che
- ▶ 22-jähriger Student, akutes prüfungsbedingtes Angstsyndrom, Insomnie. Leitliniengerechte Therapie: Melatonin 2mg retard (Circadin) 1. Wahl. Zolpidem: kurz

Therapie-Perle

Kern-Therapieprinzip

- ▶ DiGA Deprexis: Anfrage bei Frau Ehni. Verschiedene Labortestungen im Kontext. Digitale Psychotherapieanwendung für Depression. Verordnungsfähig nach 139e S
- ▶ DiGA HelloBetter Stress und Burnout: im DiGA-Verzeichnis gelistet, dauerhaft aufgenommen. Ziel: Stressbeanspruchung reduzieren. Verordnungsfähig GKV. Eignu
- ▶ Digitale Angst-DiGAs: Entscheidungshilfe für Praxis. Alle basieren auf CBT. Unterschied: Exposition, Begleitung, Sprache. Verordnungsalgorithmus für GAD vs
- ▶ Angst-DiGAs in verschiedenen Sprachen: Übersicht. Wichtig für Migrationshintergrund. Deutsch, Englisch, Türkisch, Arabisch. Vergleich Verfügbarkeit.
- ▶ Digitale Angst-Panik-DiGAs: CBT-Grundlage. Expositionstherapie digital. HelloBetter Angst, velibra, deprexis. Indikation, Verordnungskriterien, Wirksamkeit

Score & Schwelle

Klinische Scores / Grenzwerte

- ▶ Digitale Angst-Panik-DiGAs: CBT-Grundlage. Expositionstherapie digital. HelloBetter Angst, velibra, deprexis. Indikation, Verordnungskriterien, Wirksamkeit
- ▶ Melatonin 2mg retard (Circadin) verschreibungspflichtig Deutschland. TSH-Erhöhung als mögliche NW von Melatonin. Wechselwirkung Schilddrüse prüfen. Dosieru

Pitfall & Denkfalle

Typische Fehler vermeiden

- ▶ Häufige Diagnose ≠ Richtige
- ▶ Besserung ≠ Heilung

Klinischer Merksatz

Take-Home-Pearl

- ▶ Akute Suizidalität: direkte Frage obligat ('Haben Sie Gedanken, sich das Leben zu nehmen?')
- ▶ → DiGA Deprexis: Anfrage bei Frau Ehni. Verschiedene Labortestungen im Kontext. Digitale Psychotherapieanwendung für



KAPITEL 16 | PSYCHOSOMATIK & FUNKTIONELLE STÖRUNGEN

Safety-Anker

Nicht verpassen — sofort handeln

- ▶ Funktionelle Beschwerde: Red Flags aktiv ausschließen bevor Somatisierung diagnostiziert wird
- ▶ PHQ-15 ≥ 15 + Suizidfragen \rightarrow psychiatrische Vorstellung; funktionell \neq eingebildet
- ▶ Unexplained weight loss $> 5\%$ in 6 Mo + Erschöpfung \rightarrow Malignom / Depression / Endokrinium

Diagnose-Regel

Klinische Entscheidungsregel

- ▶ Angststörung DDX: Seit 1 Woche Herzrasen, Schwindel, Panikgefühl, Überhitzungsgefühl. Notarzt: Puls hoch, EKG/BZ normal. Welche Angststörung? Panikattacke
- ▶ Psychotherapeutischer Konsiliarbericht: Pat. in tiefenpsychologischer Therapie, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Überforderung, depressive Symptom

Therapie-Perle

Kern-Therapieprinzip

- ▶ Leitlinie prüfen
- ▶ Therapieziel mit Patient definieren

Score & Schwelle

Klinische Scores / Grenzwerte

- ▶ PHQ-15: ≥ 5 = leicht, ≥ 10 = mittel, ≥ 15 = schwer somatoformes Syndrom
- ▶ WPI (Widespread Pain Index) + SSS ≥ 12 = Fibromyalgie-Diagnosekriterium (ACR 2016)

Pitfall & Denkfalle

Typische Fehler vermeiden

- ▶ Häufige Diagnose \neq Richtige
- ▶ Besserung \neq Heilung

Klinischer Merksatz

Take-Home-Pearl

- ▶ Funktionelle Beschwerde: Red Flags aktiv ausschließen bevor Somatisierung diagnostiziert wird
- ▶ Früherkennung ist der beste Schutz.



● Safety-Anker

Nicht verpassen — sofort handeln

- ▶ 36-jährige Afrikanerin, chronische linksseitige Thoraxschmerzen bei Kälteexposition und nachts (~3h), Ausstrahlung Rücken/Schulter, Gelenkschmerzen. DDx: v
- ▶ 36-jährige mit Thoraxschmerzen: DDx Sichelzellkrise vs vasospastische Angina. Diagnostik stufenweise: Hb-Elektrophorese, HPLC. Therapie bei bestätigter SCA
- ▶ Hb-Elektrophorese HbS 34.8% = Sichelzellanlage (heterozygot, Carrier). EKG: P-dextrokardiale, Steiltyp, persistierende S in V5/V6 → Rechtsherzbelastung mö
- ▶ Thoraxschmerz 36j bei Kälte + normales EKG + neg. Troponin → akutes Koronarsyndrom unwahrscheinlich. DD: Koronarspasmus (Prinzmetal): Kälte/Stress/Rauchen a

● Diagnose-Regel

Klinische Entscheidungsregel

- ▶ 36-jährige mit Thoraxschmerzen: DDx Sichelzellkrise vs vasospastische Angina. Diagnostik stufenweise: Hb-Elektrophorese, HPLC. Therapie bei bestätigter SCA
- ▶ Eisenmangelanämie: Gemini-Analyse zu Ferritin, MCV, Hb. Therapieschwelle und wann Substitution indiziert. Ferritin <30 ng/ml als Schwellenwert. Ferro Sanol
- ▶ Normozytäre normochrome Anämie: Hb 11.0, Hkt 32.5%, MCV 85, MCH 28.8, RDW 12.3%. Differenzierung: chronische Erkrankung vs frühe Eisenmangelanämie. Ferriti
- ▶ Hb 11.0 g/dl, leichte Anämie: Ferritinbestimmung vor Eisensubstitution zwingend notwendig. Ohne Ferritin keine sichere Diagnose Eisenmangelanämie. Open Evi
- ▶ Beta-Thalassämie: HBB-Gen-Test empfohlen. Stufenweises Vorgehen: Blutbild (MCV↓, MCH↓), Hb-Elektrophorese (HbA2↑ >3.5%), molekulargenetische Diagnostik.

● Therapie-Perle

Kern-Therapieprinzip

- ▶ Laborbefund Youssef Islam Farouk: deutliche Hinweise auf Thalassämie. Mikrozytäre hypochrome Anämie ohne Eisenmangel. Hb-Elektrophorese veranlasst. Genetis
- ▶ Ausgeprägte Eisenmangelanämie: Ferritin 6.87 ng/ml, MCV 78.9, MCH 25.1, Hb niedrig. Ferro Sanol duodenal (Eisensulfat) 100mg/d. Resorption nüchtern besser.
- ▶ Transferrinsättigung (TSAT) sinnvoll bei chronischen Erkrankungen mit Entzündung (Herzinsuffizienz, CKD, CED), ACD-Diagnostik. TSAT <20% + Ferritin normal
- ▶ 34-jähriger Pat aus Naher Osten: Ery↑ 6.81, Hb↓ 13.0, MCV niedrig, MCH niedrig. Thalassämie minor typisches Bild. Hb-Elektrophorese bestätigt HbA2↑. Keine
- ▶ Ferritin im Normbereich, aber Eisenstudien unauffällig. Angststörung parallel. Anämie chronischer Erkrankung vs Eisenmangel. Differenzierung durch TSAT.

● Score & Schwelle

Klinische Scores / Grenzwerte

- ▶ Eisenmangelanämie: Gemini-Analyse zu Ferritin, MCV, Hb. Therapieschwelle und wann Substitution indiziert. Ferritin <30 ng/ml als Schwellenwert. Ferro Sanol
- ▶ 39-jähriger Engländer: Makrozytose (MCV/MCH↑), leicht erhöhte Leberwerte GOT/GPT. DDx: B12/Folat-Mangel, Alkohol, Lebererkrankung, Hypothyreose, Medikament
- ▶ Hb-Elektrophorese HbS 34.8% = Sichelzellanlage (heterozygot, Carrier). EKG: P-dextrokardiale, Steiltyp, persistierende S in V5/V6 → Rechtsherzbelastung mö

● Pitfall & Denkfalle

Typische Fehler vermeiden

- ▶ Häufige Diagnose ≠ Richtige
- ▶ Besserung ≠ Heilung

■ Klinischer Merksatz

Take-Home-Pearl

- ▶ 36-jährige Afrikanerin, chronische linksseitige Thoraxschmerzen bei Kälteexposition und nachts (~3h), Ausstrahlung
- ▶ → Laborbefund Youssef Islam Farouk: deutliche Hinweise auf Thalassämie. Mikrozytäre hypochrome Anämie ohne Eisenmangel

KAPITEL 18 | ONKOLOGIE & KREBSFRÜHERKENNUNG

Safety-Anker

Nicht verpassen — sofort handeln

- Epidermale Resorption
- (10%UVB, 50%UVA)
- Mässig, konstitutionell
- Schwarze Komplexion
- DDG-Leitlinie AK 2021

Diagnose-Regel

Klinische Entscheidungsregel

- AK- Klassifizierung
- Präkanzerose oder Carcinoma in situ?
- Bei etwa 10% (6 - 16%) aller Patienten mit aktinischen
 - Keratosen und bei etwa 30% der Patienten mit zusätzlicher
- Primär: Physikalische Therapie

Therapie-Perle

Kern-Therapieprinzip

- Mässig, konstitutionell
- Schwarze Komplexion
- Bei etwa 10% (6 - 16%) aller Patienten mit aktinischen
 - Keratosen und bei etwa 30% der Patienten mit zusätzlicher
- DDG-Leitlinie AK 2004

Score & Schwelle

Klinische Scores / Grenzwerte

- ECOG 0–4: Allgemeinzustand Onkologie; ECOG ≤ 2 = Chemotherapie vertretbar
 - NNS (Number needed to screen)
- Mammographie: ca. 200–700; gemeinsam informierte Entscheidung

Pitfall & Denkfalle

Typische Fehler vermeiden

- DDG-Leitlinie AK 2021
- (Gartenwolfsmilch)

Klinischer Merksatz

Take-Home-Pearl

- Epidermale Resorption
- → Mässig, konstitutionell



KAPITEL 19 | SCHMERZMEDIZIN

● Safety-Anker

Nicht verpassen — sofort handeln

- 24. November 2025
- Dr. med. Heiderose Ortwein
- 24. November 2025
- Dr. med. Heiderose Ortwein
- 24. November 2025

● Diagnose-Regel

Klinische Entscheidungsregel

- 24. November 2025
- Dr. med. Heiderose Ortwein
- Kombinationstherapie - Risiken
- 24. November 2025
- Dr. med. Heiderose Ortwein

● Therapie-Perle

Kern-Therapieprinzip

- 24. November 2025
- Dr. med. Heiderose Ortwein
- Epidermale Nervenfaserdichte bleibt niedrig (Reduktion der C-
- Reinnervation der Haut
- Kombinationstherapie - Risiken

● Score & Schwelle

Klinische Scores / Grenzwerte

- 24. November 2025
- Dr. med. Heiderose Ortwein

● Pitfall & Denkfalle

Typische Fehler vermeiden

- 24. November 2025
- Dr. med. Heiderose Ortwein

■ Klinischer Merksatz

Take-Home-Pearl

- 24. November 2025
- → 24. November 2025



KAPITEL 20 | GERIATRIE & MULTIMORBIDITÄT

● Safety-Anker

Nicht verpassen — sofort handeln

- ▶ Delir im Alter: ICDSC > 4 → akute reversible Ursache suchen (Infektion, Medikation, Exsikkose)
- ▶ Sturz älterer Patient: Ursachenanalyse (Medikamente, Sehkraft, Orthostase, Mobilität)
- ▶ Polypharmazie > 5 Medikamente: STOPP/START-Kriterien anwenden; cave Anticholinergika

● Diagnose-Regel

Klinische Entscheidungsregel

- ▶ 69-jähriger, multimorbid: Kribbeln/einschießende Schmerzen beider Unterschenkeln, moderate Ödeme, Targin (Oxycodon/Naloxon) bei Polyneuropathie. DDx: Polyn
- ▶ 82-jährige: trockenes, schuppiges, teils induriertes Unterschenkel-Ulkus. DDx: CVI (Ulcus cruris venosum), pAVK, Diabetes. Wundversorgung, Kompression, Art
- ▶ STIKO-Impfempfehlungen ab 60/70J: jährliche Influenza-Impfung, Pneumokokken (PCV20 oder PPSV23), Herpes zoster (Shingrix 2x, ab 60J), Td+IPV (alle 10J), Td

● Therapie-Perle

Kern-Therapieprinzip

- ▶ Leitlinie prüfen
- ▶ Therapieziel mit Patient definieren

● Score & Schwelle

Klinische Scores / Grenzwerte

- ▶ Barthel-Index: ≤ 60 = Pflegebedürftigkeit; < 20 = vollständige Abhängigkeit → Pflegegrad
- ▶ TUG-Test (Timed Up & Go): > 12 Sek = erhöhtes Sturzrisiko → Physiotherapie-Überweisung

● Pitfall & Denkfalle

Typische Fehler vermeiden

- ▶ Häufige Diagnose ≠ Richtige
- ▶ Besserung ≠ Heilung

■ Klinischer Merksatz

Take-Home-Pearl

- ▶ Delir im Alter: ICDSC > 4 → akute reversible Ursache suchen (Infektion, Medikation, Exsikkose)
- ▶ Früherkennung ist der beste Schutz.



KAPITEL 21 | SOZIALMEDIZIN & PRÄVENTION

● Safety-Anker

Nicht verpassen — sofort handeln

- ▶ Häusliche Gewalt: Verletzungsmuster nicht stimmig → W4-Protokoll + sichere Dokumentation
- ▶ Kindeswohlgefährdung: Anhaltspunkte → insoweit erfahrene Fachkraft konsultieren
- ▶ Suizidaler Patient: Waffen/Medikamente im Haushalt → Zugang aktiv einschränken besprechen

● Diagnose-Regel

Klinische Entscheidungsregel

- ▶ Anamnese + körperliche Untersuchung first
- ▶ P-S-T: Safety → Probability → Time

● Therapie-Perle

Kern-Therapieprinzip

- ▶ Leitlinie prüfen
- ▶ Therapieziel mit Patient definieren

● Score & Schwelle

Klinische Scores / Grenzwerte

- ▶ AUDIT-C: ≥ 4 (Frau) / ≥ 5 (Mann) = riskanter Konsum → Kurzberatung (5 Min NNT ≈ 8)
- ▶ SCORE2 kardiovaskuläres Risiko: $\geq 10\%$ = hohes Risiko → intensive Modifikation + Statin

● Pitfall & Denkfalle

Typische Fehler vermeiden

- ▶ Häufige Diagnose \neq Richtige
- ▶ Besserung \neq Heilung

■ Klinischer Merksatz

Take-Home-Pearl

- ▶ Häusliche Gewalt: Verletzungsmuster nicht stimmig → W4-Protokoll + sichere Dokumentation
- ▶ Früherkennung ist der beste Schutz.



KAPITEL 22 | DIGITALISIERUNG & TELEMEDIZIN

● Safety-Anker

Nicht verpassen — sofort handeln

- ▶ Telemedizin: Red Flags (akuter Thoraxschmerz, Dyspnoe) → sofort Notarzt, keine Ferndiagnose
- ▶ eRezept-Fehler: Doppelmedikation durch parallele Verschreibungen → Medikationsplan prüfen
- ▶ Datenpanne (Cyberangriff): Meldepflicht BSI + LDI innerhalb 72 h

● Diagnose-Regel

Klinische Entscheidungsregel

- ▶ Anamnese + körperliche Untersuchung first
- ▶ P-S-T: Safety → Probability → Time

● Therapie-Perle

Kern-Therapieprinzip

- ▶ Leitlinie prüfen
- ▶ Therapieziel mit Patient definieren

● Score & Schwelle

Klinische Scores / Grenzwerte

- ▶ DiGA Evidenzkategorien: hohe Evidenz (RCT) vs. vorläufige Evidenz (1 Jahr Bewährungszeit)
- ▶ Telemonitoring-Indikation HI: NYHA II–III + EF ≤ 40 % + mind. 1 Dekompensation im Vorjahr

● Pitfall & Denkfalle

Typische Fehler vermeiden

- ▶ Häufige Diagnose ≠ Richtige
- ▶ Besserung ≠ Heilung

■ Klinischer Merksatz

Take-Home-Pearl

- ▶ Telemedizin: Red Flags (akuter Thoraxschmerz, Dyspnoe) → sofort Notarzt, keine Ferndiagnose
- ▶ Früherkennung ist der beste Schutz.

☑ KAPITEL 23 | QUALITÄTSMANAGEMENT & PATIENTENSICHERHEIT

● Safety-Anker

Nicht verpassen — sofort handeln

- ▶ Kritisches Ereignis (CIRS): sofortige Patientensicherung → Analyse im Team (kein Schuldzuweisungsmodus)
- ▶ Medikamentenverwechslung:
Doppelcheck bei Hochrisiko-Medikamenten (Insulin, Antikoagulanzen)
- ▶ Notfallkoffer: Adrenalin + Diazepam + Glukose i.v. + Defibrillator (jährliche Prüfung)

● Diagnose-Regel

Klinische Entscheidungsregel

- ▶ Anamnese + körperliche Untersuchung first
- ▶ P-S-T: Safety → Probability → Time

● Therapie-Perle

Kern-Therapieprinzip

- ▶ Leitlinie prüfen
- ▶ Therapieziel mit Patient definieren

● Score & Schwelle

Klinische Scores / Grenzwerte

- ▶ QM-Pflicht Hausarztpraxis: § 135a SGB V; Basis-QM innerhalb 3 Jahre nach Zulassung
- ▶ Patientensicherheitsziele 2025 (APS):
Kommunikation | Medikation | Hygiene | Sturz | Identifikation

● Pitfall & Denkfalle

Typische Fehler vermeiden

- ▶ Häufige Diagnose ≠ Richtige
- ▶ Besserung ≠ Heilung

■ Klinischer Merksatz

Take-Home-Pearl

- ▶ Kritisches Ereignis (CIRS): sofortige Patientensicherung → Analyse im Team (kein Schuldzuweisungsmodus)
- ▶ Früherkennung ist der beste Schutz.



✓ KAPITEL 23 | QUALITÄTSMANAGEMENT | KW23

► Muster 11 Bericht Medizinischer Dienst TK

<p>● Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>● Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Bericht für Medizinischen Dienst = Muster 11 (verbindliches KV-Formular im vertragsärztlichen Bereich). Kein freier Arztbrief wenn Kasse Gutachterbericht anford 	<p>● Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Muster 11 verwenden für vertragsärztlichen Bericht an MDK/MD
--	--	---

<p>● Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Freier Arztbrief statt Muster 11 kann zu Abrechnungsproblemen führen 	<p>■ Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Bericht für Medizinischen Dienst = Muster 11 (verbindliches KV-Formular im vertragsärztlichen Bereich). Kein freier Arztbrief wenn Kasse Gut 	<p>● Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Bericht für Medizinischen Dienst = Muster 11 (verbindliches KV-Formular im vertragsärztlichen Bereich). Kein freier Arztbrief wenn Kasse Gutachterbericht anford
---	---	---

► Fahrtüchtigkeitsbescheinigung Abrechnungsziffern

<p>● Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>● Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Fahrtüchtigkeitsbescheinigung = Privatrechnung (GOÄ), kein GKV-EBM-Leistung. Meist Analogziffer GOÄ 70 oder 75 (ärztliche Bescheinigung). Patientenrechnung auss 	<p>● Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ GOÄ-Privatrechnung: Ziffer 70 (Kurze Bescheinigung) oder 75 (Ärztliches Zeugnis) je nach Umfang
--	--	--

<p>● Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ EBM-Abrechnung für reine Wunschleistung = unzulässig 	<p>■ Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Fahrtüchtigkeitsbescheinigung = Privatrechnung (GOÄ), kein GKV-EBM-Leistung. Meist Analogziffer GOÄ 70 oder 75 (ärztliche Bescheinigung). Pa 	<p>● Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Fahrtüchtigkeitsbescheinigung = Privatrechnung (GOÄ), kein GKV-EBM-Leistung. Meist Analogziffer GOÄ 70 oder 75 (ärztliche Bescheinigung). Patientenrechnung auss
---	---	---

► D-Arzt obligatorisch Arbeitsunfall

<p>● Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Jeden Arbeitsunfall sofort zum D-Arzt schicken: nicht nötig bei Bagatelverletzung ▶ Jeden Arbeitsunfall sofort zum D-Arzt schicken: nicht nötig bei Bagatelverletzung 	<p>● Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ D-Arzt nicht automatisch obligatorisch bei jedem Arbeitsunfall. Bei oberflächlicher Schürf/Schnittwunde, Tetanusschutz vorhanden, keine tiefe Verletzung: Erstve 	<p>● Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Wundversorgung nach Standard (Lavanid/Polyhexanid, Mepitel, Verbandwechsel)
---	--	--

<p>● Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p>	<p>■ Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Kontrolle 48-72h nach Erstversorgung 	<p>● Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p>
--	---	--

▶ Jeden Arbeitsunfall sofort zum D-Arzt schicken: nicht nötig bei Bagatelverletzung	▶ D-Arzt nicht automatisch obligatorisch bei jedem Arbeitsunfall. Bei oberflächlicher Schürf/Schnittwunde, Tetanusschutz vorhanden, keine tiefe Verletzung: Erstve
---	--

📍 KAPITEL 01 | HNO & ATEMWEGSINFEKTE | KW23

▶ Zervikale Lymphadenitis nach Tonsillitis

<p>● Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 'Nach Infekt, alles harmlos' → Lymphom verpasst. Gegenfehler: CT+Biopsie sofort = Überdiagnostik. ▶ Gegenfehler: CT+Biopsie sofort = Überdiagnostik 	<p>● Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nach Tonsillitis: reaktive Lymphadenitis wahrscheinlich, aber 1 Monat + verhärtet → Diagnostik. Sono Hals + BB+Diff + CRP + LDH + EBV-Serologie. Red Flags: supr 	<p>● Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Sono Halsweichteile/LK + BB+Diff + CRP/BSG + Leberwerte + LDH + EBV-Serologie
---	--	--

<p>● Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Gegenfehler: CT+Biopsie sofort = Überdiagnostik 	<p>■ Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Reaktive Lymphadenitis: Rückgang in 4-8 Wochen nach Infekt erwartet 	<p>● Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nach Tonsillitis: reaktive Lymphadenitis wahrscheinlich, aber 1 Monat + verhärtet → Diagnostik. Sono Hals + BB+Diff + CRP + LDH + EBV-Serologie. Red Flags: supr
--	--	---

▶ >2 Wochen Sinusitis ATB Therapie

<p>● Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ - 	<p>● Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ >2 Wochen Sinusitis mit Schwellung, Schmerzen, eitrigem Sekret: bakterielle Rhinosinusitis plausibel. Grünes Sekret allein beweist keine Bakterien. AB-Indikatio 	<p>● Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Amoxicillin 750 mg-1g 2x/d x 7 Tage (EPOS/AWMF)
--	---	--

<p>● Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Grünes Sekret = automatisch AB: Fehler 	<p>■ Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 7 Tage Amoxicillin; Kontrolle nach 48-72h 	<p>● Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ >2 Wochen Sinusitis mit Schwellung, Schmerzen, eitrigem Sekret: bakterielle Rhinosinusitis plausibel. Grünes Sekret allein beweist keine Bakterien. AB-Indikatio
---	--	--

📍 KAPITEL 18 | SCHMERZMEDIZIN | KW23

▶ Brennen chronische Schmerzpatientin Arme Beine

<p>● Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ - 	<p>● Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Akute neue Symptome bei chron. Schmerzpatientin: nicht reflexartig als 'Lymphödem' einordnen. DD: CRPS, 	<p>● Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ BB, CRP, D-Dimer (TVT-Ausschluss), Sono Gefäße, ggf
--	---	--

	Polyneuropathie-Akutverschlechterung, rheumatologische A	
--	--	--

<p>Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Neue organische Ursache als Somatisierung abwimmeln. Andererseits: Überdiagnostik durch Suchmaschinen-Angst des Patienten 	<p>Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Diagnostik prioritär; Therapie nach Diagnose 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Akute neue Symptome bei chron. Schmerzpatientin: nicht reflexartig als 'Lymphödem' einordnen. DD: CRPS, Polyneuropathie-Akutverschlechterung, rheumatologische A
---	--	--

KAPITEL 11 | DERMATOLOGIE | KW23

▶ **Abszess Achsel**

<p>Safety-Anker</p> <p><i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Abszess bei tastbarem Inhalt: Drainage vor Antibiotikum (IDSA, S2k-Leitlinie). AB nur bei Fieber, Cellulitis, Risikofaktoren. Fucidine 2-3x tägl. dünn 5-7d. Pos 	<p>Therapie-Perle</p> <p><i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Inzision und Drainage + Abstrich
---	---	--

<p>Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nicht-fluktuierende Läsion unnötig inzidieren 	<p>Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ AB 5-7 Tage; Fucidine 5-7 Tage; Kontrolle 48-72h nach Drainage 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Abszess bei tastbarem Inhalt: Drainage vor Antibiotikum (IDSA, S2k-Leitlinie). AB nur bei Fieber, Cellulitis, Risikofaktoren. Fucidine 2-3x tägl. dünn 5-7d. Pos
---	--	--

▶ **Epiduo bei Akne GKV erstattungsfähig**

<p>Safety-Anker</p> <p><i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Epiduo (Adapalen 0,1%+BPO 2,5%) = Standardpräparat Akne vulgaris Gesicht. GKV-Verordnung bei dokumentierter Akne vulgaris (L70.0) möglich. 1x/d abends, erbsengr 	<p>Therapie-Perle</p> <p><i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Epiduo 0,1%/2,5% Gel 30g, 1x täglich abends dünn, einschleichend bei empfindlicher Haut
---	---	---

<p>Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Verordnung ohne dokumentierte Akne-Diagnose angreifbar bei Prüfung 	<p>Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Beurteilung nach 8-12 Wochen; Langzeittherapie möglich 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Epiduo (Adapalen 0,1%+BPO 2,5%) = Standardpräparat Akne vulgaris Gesicht. GKV-Verordnung bei dokumentierter Akne vulgaris (L70.0) möglich. 1x/d abends, erbsengr
--	--	--

▶ **Herpes genitalis Erstmanifestation Zeitfenster**

<p>Safety-Anker</p> <p><i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Erstmanifestation genitaler HSV: systemisch antiviral bis Tag 5-7 nach 	<p>Therapie-Perle</p> <p><i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Valaciclovir 500 mg p.o. 1-0-1 x 10 Tage. ODER Aciclovir 400 mg 1-1-1 x 7-10 Tage.
---	---	--

	Symptombeginn bei aktiven Läsionen sinnvoll (nicht 48h-Regel wie bei Rezidiv). Valaciclov	HSV-1/2-PCR aus Läsion + STI-Screening (HIV, Syphilis, Chlamydien/Gonokokken)
--	---	---

<p>Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Abwarten 'wegen schon 2 Tage vergangen' bei Erstmanifestation = Fehler 	<p>Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 10 Tage Erstmanifestation. Bei Rezidiven: episodisch 3-5d oder Dauersuppression 500mg/d 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Erstmanifestation genitaler HSV: systemisch antiviral bis Tag 5-7 nach Symptombeginn bei aktiven Läsionen sinnvoll (nicht 48h-Regel wie bei Rezidiv). Valaciclov
--	---	--

▶ **Carotinodermie Carotinämie Gelbstich**

<p>Safety-Anker</p> <p><i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ - 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Carotinodermie bei unauffälligem Labor (Bilirubin normal): Gelbfärbung durch Betacarotin-Ablagerung in Haut. Harmlos, häufig bei veganer Ernährung/viel Karotte, 	<p>Therapie-Perle</p> <p><i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Bilirubin + Leberwerte zum Ikterus-Ausschluss
---	---	---

<p>Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mit Ikterus verwechseln. Skleren-Check: bei Carotinodermie weiß, bei Ikterus gelb. 	<p>Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Reversibel nach Ernährungsumstellung in Wochen bis Monaten 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Carotinodermie bei unauffälligem Labor (Bilirubin normal): Gelbfärbung durch Betacarotin-Ablagerung in Haut. Harmlos, häufig bei veganer Ernährung/viel Karotte,
--	--	--

▶ **Unguis incarnatus Muster 13 Heilmittelverordnung Podologe**

<p>Safety-Anker</p> <p><i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ - 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Unguis incarnatus: kein ÜW zum Podologen, sondern Heilmittelverordnung Podologische Therapie (Muster 13). Indikation: Nagelpflege bei Risikofuß (Diabetes, pAVK) 	<p>Therapie-Perle</p> <p><i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Muster 13 (Heilmittelverordnung Podologische Therapie) bei Risikopatienten (Diabetes, pAVK, Polyneuropathie)
---	---	--

<p>Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Muster 6 ÜW statt Muster 13 Heilmittel = falsche Abrechnung 	<p>Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Muster 13: 6 Einheiten verordnungsfähig 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Unguis incarnatus: kein ÜW zum Podologen, sondern Heilmittelverordnung Podologische Therapie (Muster 13). Indikation: Nagelpflege bei Risikofuß (Diabetes, pAVK)
---	---	--

▶ **Gelbstich Lichtblitze Carotinodermie**

<p>Safety-Anker</p> <p><i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lichtblitze als harmlos abwimmeln. Netzhautablösung ist Notfall. 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Kombination Gelbstich+Lichtblitze: zwei unabhängige Probleme. Gelbstich: DD Carotinodermie (Labor normal, Skleren weiß) vs. Ikterus (Bilirubin erhöht). Lichtbli 	<p>Therapie-Perle</p> <p><i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Bilirubin, Leberwerte, GOT/GPT (Ikterus-Ausschluss)
--	---	---

<p>Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p>	<p>Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p>	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p>
---	---	---

▶ Lichtblitze als harmlos abwimmeln. Netzhautablösung ist Notfall.	▶ Augenarzt-Termin zeitnah (1-3 Tage) bei Fotopsien	▶ Kombination Gelbstich+Lichtblitze: zwei unabhängige Probleme. Gelbstich: DD Carotinodermie (Labor normal, Skleren weiß) vs. Ikterus (Bilirubin erhöht). Lichtbli
--	---	--

KAPITEL 07 | RHEUMATOLOGIE & ORTHOPÄDIE | KW23

▶ MT Manuelle Therapie Heilmittelverordnung

<p>Safety-Anker</p> <p><i>Sofort handeln</i></p> <p>▶ -</p>	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Klinische Regel</i></p> <p>▶ MT = vorrangiges Heilmittel der Physiotherapie. Fehlt in PVS meist wegen falscher Diagnosegruppe/Leitsymptomatik. Lösung: Diagnosegruppe WS/EX wählen, Leitsympt</p>	<p>Therapie-Perle</p> <p><i>Therapie</i></p> <p>▶ Heilmittelverordnung: Manuelle Therapie (MT), 6 Einheiten, 1-2x/Woche</p>
--	--	--

<p>Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <p>▶ KG statt MT wählen = Therapeut darf keine MT-Techniken abrechnen</p>	<p>Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <p>▶ 6-10 Einheiten initial; Verlängerung mit Fortschreibung</p>	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <p>▶ MT = vorrangiges Heilmittel der Physiotherapie. Fehlt in PVS meist wegen falscher Diagnosegruppe/Leitsymptomatik. Lösung: Diagnosegruppe WS/EX wählen, Leitsympt</p>
---	--	---

▶ ATB Sprunggelenk Schwellung Cellulitis

<p>Safety-Anker</p> <p><i>Sofort handeln</i></p> <p>▶ -</p>	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Klinische Regel</i></p> <p>▶ Rezidivierende Schwellung+Rötung SG ohne Trauma: nicht vorschnell als Cellulitis/Erysipel behandeln. DD: Gicht (Podagra), reaktive Arthritis, rheumatoide Arthri</p>	<p>Therapie-Perle</p> <p><i>Therapie</i></p> <p>▶ Labor: Harnsäure, CRP, BSG, BB, RF</p>
--	--	---

<p>Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <p>▶ Gicht als Cellulitis behandeln. AB ohne klare Cellulitis-Indikation.</p>	<p>Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <p>▶ Gicht-AB-Fehler: häufig. Allopurinol erst nach Akutphase starten.</p>	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <p>▶ Rezidivierende Schwellung+Rötung SG ohne Trauma: nicht vorschnell als Cellulitis/Erysipel behandeln. DD: Gicht (Podagra), reaktive Arthritis, rheumatoide Arthri</p>
---	--	---

▶ Osteoporose Basistherapie UTI HWI

<p>Safety-Anker</p> <p><i>Sofort handeln</i></p> <p>▶ -</p>	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Klinische Regel</i></p> <p>▶ Osteoporose Basistherapie: Kalzium 1000-1200 mg/d + Vitamin D 800-1000 IE/d + Bisphosphonat (Alendronat 70 mg/Woche oder Risedronat 35 mg/Woche). HWI-Entscheidung</p>	<p>Therapie-Perle</p> <p><i>Therapie</i></p> <p>▶ Osteoporose: Basistherapie Kalzium+Vit D + Bisphosphonat wenn DXA T-Score $\leq -2,5$ oder $\leq -2,0$ + Risikofaktoren</p>
--	--	--

<p>🚫 Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Kalzium+Vit D allein ohne Bisphosphonat bei manifester Osteoporose insuffizient 	<p>📋 Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Bisphosphonat: 3-5 Jahre, dann Drug Holiday evaluieren (DXA) 	<p>🔍 Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Osteoporose Basistherapie: Kalzium 1000-1200 mg/d + Vitamin D 800-1000 IE/d + Bisphosphonat (Alendronat 70 mg/Woche oder Risedronat 35 mg/Woche). HWI-Entscheidung
--	---	---

KAPITEL 14 | NEUROLOGIE | KW23

▶ **Nervenreizung Kribbeln Fuß**

<p>🚫 Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>🔍 Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Kribbeln Fußsohle bei Sprunggelenk-VE: lokale Nervenreizung/Kompression wahrscheinlich (Tarsal-Tunnel-Syndrom, N.tibialis oder Äste). Nicht primär Durchblutungs 	<p>💊 Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Neurologische Untersuchung: Sensibilität, MER
--	--	--

<p>🚫 Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nervenreizung als Durchblutungsstörung fehldiagnostizieren. 	<p>📋 Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Kribbeln Fußsohle bei Sprunggelenk-VE: lokale Nervenreizung/Kompression wahrscheinlich (Tarsal-Tunnel-Syndrom, N.tibialis oder Äste). Nicht 	<p>🔍 Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Kribbeln Fußsohle bei Sprunggelenk-VE: lokale Nervenreizung/Kompression wahrscheinlich (Tarsal-Tunnel-Syndrom, N.tibialis oder Äste). Nicht primär Durchblutungs
--	--	---

KAPITEL 06 | ENDOKRINOLOGIE & DIABETOLOGIE | KW23

▶ **TSH etwas erhöht Eisenmangelanämie**

<p>🚫 Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>🔍 Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TSH 4,64 = milde Erhöhung, kein sofortiger L-Thyroxin-Start. Mikrozytäre Eisenmangelanämie (Hb 10,9, Ferritin 12,4) erklärt Müdigkeit/Haarausfall besser. Erst E 	<p>💊 Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Eisen oral 50-100 mg elementares Eisen jeden 2
--	--	---

<p>🚫 Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L-Thyroxin reflexartig bei TSH 4,64 ohne fT4 = häufiger Fehler 	<p>📋 Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Eisen 3-6 Monate bis Ferritin >50 µg/l; L-Thyroxin wenn indiziert lebenslang 	<p>🔍 Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TSH 4,64 = milde Erhöhung, kein sofortiger L-Thyroxin-Start. Mikrozytäre Eisenmangelanämie (Hb 10,9, Ferritin 12,4) erklärt Müdigkeit/Haarausfall besser. Erst E
---	--	---

▶ **Janumet Metformin+Sitagliptin Therapie**

<p>🚫 Safety-Anker</p>	<p>🔍 Diagnose-Regel</p>	<p>💊 Therapie-Perle</p>
------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Sofort handeln <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	Klinische Regel <ul style="list-style-type: none"> ▶ Janumet (Metformin 850/1000 mg + Sitagliptin 50 mg): grundsätzlich ausreichend bei frühem T2DM und moderate HbA1c-Erhöhung. Evaluation: HbA1c-Ziel 6,5-7,5%. Bei 	Therapie <ul style="list-style-type: none"> ▶ Janumet weiter wenn HbA1c <7,5%
--	--	---

Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Janumet ohne regelmäßige HbA1c-Kontrolle. GFR-angepasste Dosierung vergessen. 	Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Dauertherapie; Eskalation wenn HbA1c-Ziel verfehlt 	Diagnose-Regel <i>Monitoring</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Janumet (Metformin 850/1000 mg + Sitagliptin 50 mg): grundsätzlich ausreichend bei frühem T2DM und moderate HbA1c-Erhöhung. Evaluation: HbA1c-Ziel 6,5-7,5%. Bei
---	--	--

▶ **TSH massiv erhöht nach Geburt Hypothyreose**

Safety-Anker <i>Sofort handeln</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TSH 15,2 µU/ml = manifeste Hypothyreose (TSH>10 = klare Therapieindikation). Post partum: Hashimoto oder postpartale Thyreoiditis. L-Thyroxin sofort starten. St 	Therapie-Perle <i>Therapie</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L-Thyroxin 25-50 µg/d morgens nüchtern, langsam steigern (25 µg alle 4-6 Wochen)
---	--	--

Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Therapie verzögern bei TSH>10 = Fehler 	Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lebenslang wenn Hashimoto; postpartale Thyreoiditis: ggf. Absetzen nach 12-18 Monaten 	Diagnose-Regel <i>Monitoring</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TSH 15,2 µU/ml = manifeste Hypothyreose (TSH>10 = klare Therapieindikation). Post partum: Hashimoto oder postpartale Thyreoiditis. L-Thyroxin sofort starten. St
---	---	---

KAPITEL 23 | ALLGEMEINMEDIZIN & PRÄVENTION | KW23

▶ **MMR Impfung Erwachsener 43 Jahre Ukraine**

Safety-Anker <i>Sofort handeln</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nach 1970 geboren + unklarer Impfstatus → 1 MMR-Dosis laut STIKO. Keine Serologie vorher erforderlich. 2 Dosen nur bei beruflicher Indikation (Medizin, Pflege, 	Therapie-Perle <i>Therapie</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ MMR 1 Dosis s.c./i.m. GKV-Leistung. Dokumentation: 'MMR gemäß STIKO, nach 1970 geboren, unklarer Impfstatus'. Bei beruflicher Indikation: 2. Dosis nach ≥4 Woche
---	--	--

Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Automatisch 2 Dosen bei Erwachsenen: nicht immer nötig 	Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Einmalig; berufliche Indikation: ggf. 2. Dosis nach ≥4 Wochen 	Diagnose-Regel <i>Monitoring</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nach 1970 geboren + unklarer Impfstatus → 1 MMR-Dosis laut STIKO. Keine Serologie vorher erforderlich. 2 Dosen nur bei beruflicher Indikation (Medizin, Pflege,
--	---	---



► Lipoprotein pos FA Anamnese EKG

<p>Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lp(a) erhöht + FA Herzerkrankung: erhöhtes KV-Risiko. EKG: 65/min, normofrequent, regelrechte Erregungsausbreitung. Lp(a) nicht statin-senkbar, therapieresisten 	<p>Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ SCORE-2-Risikorechner. LDL-Senkung (Statin) primär trotz erhöhtem Lp(a). Lp(a) >180 nmol/l: ggf. Lipidambulanz für Inclisiran/Lipoproteinapheresebeurteilung.
--	--	---

<p>Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lp(a) erhöht = Statin erhöhen Fehler 	<p>Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lebenslang; LDL-Ziel: <1,4 mmol/l bei hohem Risiko 	<p>Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lp(a) erhöht + FA Herzerkrankung: erhöhtes KV-Risiko. EKG: 65/min, normofrequent, regelrechte Erregungsausbreitung. Lp(a) nicht statin-senkbar, therapieresisten
---	--	---

► Therapieeskalation Hypertonie ABDM

<p>Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ ABDM Tag 146/95 + Nacht 144/88 = unkontrollierte Hypertonie + fehlender Nachtabsfall (Non-Dipping). Therapieeskalation nötig. Non-Dipper: erhöhtes kardiovaskulär 	<p>Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Therapieeskalation: 2-Fach-Kombination ACE-Hemmer/ARB + Kalziumantagonist oder + Diuretikum
--	---	--

<p>Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Non-Dipping ohne Schlafapnoe-Screening behandeln. Einnahme-Compliance prüfen bevor Eskalation. 	<p>Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lebenslang; Kontrolle ABDM nach 4-8 Wochen nach Therapieänderung 	<p>Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ ABDM Tag 146/95 + Nacht 144/88 = unkontrollierte Hypertonie + fehlender Nachtabsfall (Non-Dipping). Therapieeskalation nötig. Non-Dipper: erhöhtes kardiovaskulär
---	---	--



► Oberbauchschmerzen trotz Omeprazol

<p>Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ OB-Schmerzen trotz Omeprazol 40mg: nicht auto-PPI erhöhen. Prüfen: Einnahme korrekt (nüchtern, 30 min vor Essen)? Säurebedingter Schmerz? Metformin/Xigduo als T 	<p>Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1. Einnahme-Compliance Omeprazol prüfen (nüchtern, 30 min vor Essen). 2. Metformin-Dosis reduzieren oder auf retard umstellen. 3. H.pylori-Atemtest oder Stuhl-A
--	--	---

<p>Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p>	<p>Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p>	<p>Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p>
--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> ▶ PPI-Eskalation ohne Ursachenklärung. Metformin als GI-Trigger übersehen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gastroskopie bei Persistenz >4-8 Wochen trotz PPI 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ OB-Schmerzen trotz Omeprazol 40mg: nicht auto-PPI erhöhen. Prüfen: Einnahme korrekt (nüchtern, 30 min vor Essen)? Säurebedingter Schmerz? Metformin/Xigduo als T
--	--	--

▶ Erhöhte Leberwerte Hepatitis Tests

<p>Safety-Anker</p> <p><i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Erhöhte Leberwerte: Stufendiagnostik. Basisdiagnostik: HBsAg, Anti-HBc, Anti-HCV. Erweitert: HBeAg, Anti-HBe, HBV-DNA, HCV-RNA bei positivem Screening. HAV-IgM 	<p>Therapie-Perle</p> <p><i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ HBsAg, Anti-HBc gesamt, Anti-HCV, GOT/GPT/GGT/Bilirubin/AP, Sono Leber
---	--	--

<p>Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Anti-HBs allein reicht nicht (nur Impfkontrolle) 	<p>Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Kontrolle Leberwerte 4-6 Wochen nach Befunderhebung 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Erhöhte Leberwerte: Stufendiagnostik. Basisdiagnostik: HBsAg, Anti-HBc, Anti-HCV. Erweitert: HBeAg, Anti-HBe, HBV-DNA, HCV-RNA bei positivem Screening. HAV-IgM
--	---	---

▶ Funktionelle Ursache Reizdarmsyndrom

<p>Safety-Anker</p> <p><i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Reizdarmsyndrom: Chronizität + normale Vordiagnostik sprechen für funktionelle Störung. ROM-IV-Kriterien: Bauchschmerzen $\geq 1 \times / \text{Woche} \times 3 \text{ Monate}$, zusammen mit: Stu 	<p>Therapie-Perle</p> <p><i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ BB, CRP, Calprotectin, tTG-IgA, TSH
---	--	---

<p>Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Koloskopie vor Ausschlussdiagnostik mit Labor: Überdiagnostik. IBS-Diagnose ohne Calprotectin + tTG: Zöliakie übersehen. 	<p>Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Chronisch; Schübe und Remissionen 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Reizdarmsyndrom: Chronizität + normale Vordiagnostik sprechen für funktionelle Störung. ROM-IV-Kriterien: Bauchschmerzen $\geq 1 \times / \text{Woche} \times 3 \text{ Monate}$, zusammen mit: Stu
--	---	---

KAPITEL 08 | UROLOGIE & NEPHROLOGIE | KW23

▶ Mann Dysurie Urinstix negativ

<p>Safety-Anker</p> <p><i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mann + Dysurie + Leuko/Nitrit neg: HWI unsicher. DD Urethritis/STI (Chlamydien, Gonokokken, Mycoplasma), Urolithiasis, Trauma. Urinkultur VOR AB, NAAT Erststrah 	<p>Therapie-Perle</p> <p><i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Urinkultur + NAAT Erststrahlurin Chlamydien/Gonokokken
---	---	--

<p>Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ STI als Zystitis behandeln = Fehler 	<p>Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p>	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mann + Dysurie + Leuko/Nitrit neg: HWI unsicher. DD Urethritis/STI (Chlamydien,
---	---	---

	▶ AB nach Resistenzogramm; STI-Therapie je nach Erreger	Gonokokken, Mycoplasma), Urolithiasis, Trauma. Urinkultur VOR AB, NAAT Erststrah
--	---	--

▶ HPV Testung Mann HPV-positive Partnerin

<p>Safety-Anker</p> <p><i>Sofort handeln</i></p> <p>▶ –</p>	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Klinische Regel</i></p> <p>▶ HPV-Testung beim Mann routinemäßig nicht sinnvoll und nicht etabliert in Deutschland. Klinische Untersuchung auf Condylomata acuminata (sichtbar) sinnvoll. Wenn</p>	<p>Therapie-Perle</p> <p><i>Therapie</i></p> <p>▶ Klinische Inspektion Genitale auf Condylomata acuminata</p>
--	--	--

<p>Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <p>▶ Partnerbehandlung ohne Condylom-Nachweis nicht sinnvoll</p>	<p>Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <p>▶ Condylome: Therapie bis Abheilung</p>	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <p>▶ HPV-Testung beim Mann routinemäßig nicht sinnvoll und nicht etabliert in Deutschland. Klinische Untersuchung auf Condylomata acuminata (sichtbar) sinnvoll. Wenn</p>
--	--	---

▶ Neurologische Abklärung Gleichgewichtsstörung Schimmel

<p>Safety-Anker</p> <p><i>Sofort handeln</i></p> <p>▶ –</p>	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Klinische Regel</i></p> <p>▶ Akute Gleichgewichtsstörung seit 2 Tagen: Schimmel erklärt neurologische Akutsymptome nicht. Wichtige DD: Neuritis vestibularis, BPPV, zentral (Hirnstamm-TIA/KI)</p>	<p>Therapie-Perle</p> <p><i>Therapie</i></p> <p>▶ Neurologische Untersuchung + HINTS-Test (Head Impulse, Nystagmus, Test of Skew)</p>
--	---	--

<p>Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <p>▶ Schimmel als Ursache akuter neurologischer Symptome: Fehler</p>	<p>Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <p>▶ Neuritis vestibularis: Spontanremission in Wochen; nach TIA: Sekundärprävention lebenslang</p>	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <p>▶ Akute Gleichgewichtsstörung seit 2 Tagen: Schimmel erklärt neurologische Akutsymptome nicht. Wichtige DD: Neuritis vestibularis, BPPV, zentral (Hirnstamm-TIA/KI)</p>
--	---	--

▶ Oligospermie Hypogonadismus Testosteronabusus

<p>Safety-Anker</p> <p><i>Sofort handeln</i></p> <p>▶ –</p>	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Klinische Regel</i></p> <p>▶ Oligospermie + Hypogonadismus + Sportanamnese: Testosteronabusus (exogenes Testosteron) wahrscheinlich. Supprimiert HPTA: LH/FSH↓, Hoden atrophieren, Spermatogone</p>	<p>Therapie-Perle</p> <p><i>Therapie</i></p> <p>▶ Testosteron total + LH + FSH + SHBG + Prolaktin + Spermogramm + Hoden-Sono</p>
--	--	---

<p>Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <p>▶ Oligospermie nicht als 'idiopathisch' abtun ohne Anamnese</p>	<p>Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <p>▶ HPTA-Erholung 3-18 Monate; Spermogramm-Kontrolle alle 3 Monate</p>	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <p>▶ Oligospermie + Hypogonadismus + Sportanamnese: Testosteronabusus (exogenes Testosteron) wahrscheinlich. Supprimiert HPTA: LH/FSH↓, Hoden atrophieren, Spermatogone</p>
--	---	---



✓ KAPITEL 23 | QUALITÄTSMANAGEMENT | KW24

► D-Arzt ja oder nein Nageleverletzung Baustelle

<p>● Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>● Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nageleverletzung Baustelle = Arbeitsunfall → D-Arzt wenn ärztliche Behandlung >1 Tag nötig oder AU. Tetanus-Prophylaxe prüfen (letzter Impfstatus). Perforations 	<p>● Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ D-Arzt-Überweisung; Tetanusimpfstatus prüfen; Wundversorgung
--	---	---

<p>● Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Tetanus vergessen. D-Arzt-Pflicht auch bei scheinbar trivialem Unfall wenn AU >1 Tag. 	<p>■ Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nageleverletzung Baustelle = Arbeitsunfall → D-Arzt wenn ärztliche Behandlung >1 Tag nötig oder AU. Tetanus-Prophylaxe prüfen (letzter Impfs) 	<p>● Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nageleverletzung Baustelle = Arbeitsunfall → D-Arzt wenn ärztliche Behandlung >1 Tag nötig oder AU. Tetanus-Prophylaxe prüfen (letzter Impfstatus). Perforations
---	---	--

► HCG auf Kasse Amenorrhoe GKV Abrechnung

<p>● Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ EUG lebensbedrohlich: Bauchschmerz + Amenorrhoe IMMER EUG ausschließen! 	<p>● Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ β-HCG bei Amenorrhoe + Bauchschmerzen: medizinisch begründet → GKV-abrechenbar. EBM 32132. Nicht als Wunschttest. Wichtig: bei Bauchschmerzen + positiv → quantit 	<p>● Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Urin-Streifentest; bei positivem Befund: quantitatives Serum-β-HCG
--	---	---

<p>● Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ EUG lebensbedrohlich: Bauchschmerz + Amenorrhoe IMMER EUG ausschließen! 	<p>■ Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Verlaufs-β-HCG bei positivem Befund 	<p>● Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ β-HCG bei Amenorrhoe + Bauchschmerzen: medizinisch begründet → GKV-abrechenbar. EBM 32132. Nicht als Wunschttest. Wichtig: bei Bauchschmerzen + positiv → quantit
--	--	--

► M Meniere Hörsturz Arbeitsdiagnose Notfalldiagnostik

<p>● Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>● Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ ASNHL: Tonaudiogramm → Kortikosteroide <24h für beste Prognose. Ausschluss Akustikusneurinom (MRT). Menière: Attacken mit Drehschwindel, Tinnitus, Hörminderung, 	<p>● Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ HNO-Notfall: Tonaudiogramm; Prednisolon 1mg/kg oral oder 250mg i
--	---	---

<p>● Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Akustikusneurinom nicht verpassen bei einseitig progredienten Symptomen → MRT! 	<p>■ Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Audiologische Kontrolle 1 Wo + 3 Mo nach Therapie 	<p>● Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ ASNHL: Tonaudiogramm → Kortikosteroide <24h für beste Prognose.
---	--	---

		Ausschluss Akustikusneurinom (MRT). Menière: Attacken mit Drehschwindel, Tinnitus, Hörminderung,
--	--	---

KAPITEL 01 | HNO & ATEMWEGSINFEKTE | KW24

► Sinusitis DDx odontogen Red Flags Orbit

<p>● Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Orbitaphlegmone lebensbedrohlich. Einseitig + persistierend: Tumor/odontogen. 	<p>● Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Red Flags sofort: periorbitale Schwellung, Doppelbilder, Visusminderung → Orbitaphlegmone/CT/Überweisung. Neurologie: Meningismus → Cavernous sinus. Odontogen: 	<p>● Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ HNO-Untersuchung; Zahnarzt bei odontogenem Verdacht; CT bei Red Flags
--	---	--

<p>● Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Orbitaphlegmone lebensbedrohlich. Einseitig + persistierend: Tumor/odontogen. 	<p>■ Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Red Flags sofort: periorbitale Schwellung, Doppelbilder, Visusminderung → Orbitaphlegmone/CT/Überweisung. Neurologie: Meningismus → Cavernou 	<p>● Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Red Flags sofort: periorbitale Schwellung, Doppelbilder, Visusminderung → Orbitaphlegmone/CT/Überweisung. Neurologie: Meningismus → Cavernous sinus. Odontogen:
--	---	--

► Meniere Hörsturz zeitkritisch einseitig HNO-Notfall

<p>● Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ - 	<p>● Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Einseitige Hörminderung + Ohrdruck + Rauschen = bis Beweis des Gegenteils HNO-Notfall. HNO innerhalb 24h. Hörsturz: systemische Kortikosteroide Prednisolon 250m 	<p>● Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Sofortige HNO-Überweisung; Prednisolon 1mg/kg oral oder 250mg i
--	--	--

<p>● Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Hörsturz-Therapieverzögerung verschlechtert Prognose massiv. Nie als harmlos abtun. 	<p>■ Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Audiogramm + Tympanogramm vor/nach Therapie 	<p>● Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Einseitige Hörminderung + Ohrdruck + Rauschen = bis Beweis des Gegenteils HNO-Notfall. HNO innerhalb 24h. Hörsturz: systemische Kortikosteroide Prednisolon 250m
--	--	---

KAPITEL 18 | SCHMERZMEDIZIN | KW24

► 5 Wochen nach Luxation Finger Schmerzen persistierend

<p>● Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ - 	<p>● Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nicht stärkeres Schmerzmittel, sondern WARUM noch starke Schmerzen. DD: Kapsel- 	<p>● Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Röntgen; bei Persistenz >4 Wochen: MRT; Handchirurgie-Vorstellung
--	---	---

	/Kollateralband-Ruptur, Sehnenläsion, intraartikuläre Pathologie, CRPS I. Diagnos	
--	---	--

<p>Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ CRPS I nach Verletzung: früh erkennen = besser behandelbar. Schmerzmedikation ≠ Therapie. 	<p>Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ CRPS-Zeichen: Allodynie, Schwellung, trophische Veränderungen 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nicht stärkeres Schmerzmittel, sondern WARUM noch starke Schmerzen. DD: Kapsel-/Kollateralband-Ruptur, Sehnenläsion, intraartikuläre Pathologie, CRPS I. Diagnos
---	---	--

KAPITEL 11 | DERMATOLOGIE | KW24

▶ **Epidermoidzyste Vagina DDx Abszess**

<p>Safety-Anker</p> <p><i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ - 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Größenfluktuierend + Eiterpfropf = Epidermoidzyste/Follikulitis/Bartholin-Abszess, nicht Herpes (Herpes = Bläschen/Ulzera). Inspektion entscheidend. Bartholin-A 	<p>Therapie-Perle</p> <p><i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Inspektion + gynäkol. Untersuchung; Inzision + Drainage bei Abszess; Abstrich
---	---	---

<p>Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Herpes ≠ tastbare Zyste. Bartholin immer bds. palpieren. 	<p>Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Abheilung 2-4 Wochen; Rezidivkontrolle 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Größenfluktuierend + Eiterpfropf = Epidermoidzyste/Follikulitis/Bartholin-Abszess, nicht Herpes (Herpes = Bläschen/Ulzera). Inspektion entscheidend. Bartholin-A
--	--	--

KAPITEL 15 | PSYCHIATRIE & SUCHTMEDIZIN | KW24

▶ **DiGA Velibra Selfapy englischsprachig Depression Anxiety**

<p>Safety-Anker</p> <p><i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ - 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Selfapy auf Englisch verfügbar bei Depression. Velibra (Angst) nur Deutsch. Nach Leitsymptom/ICD verordnen: Depression → Selfapy/Deprexis; Angst → Velibra/Hello 	<p>Therapie-Perle</p> <p><i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Selfapy (Englisch) bei Depression; Velibra bei Angststörung (Deutsch prüfen)
---	---	--

<p>Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nicht alle DiGAs auf Englisch. ICD-Diagnose für Verordnung benötigt. 	<p>Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nutzungsnachweis 90 Tage; Symptomenverlauf 	<p>Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Selfapy auf Englisch verfügbar bei Depression. Velibra (Angst) nur Deutsch. Nach Leitsymptom/ICD verordnen: Depression → Selfapy/Deprexis; Angst → Velibra/Hello
--	--	--

► **Xanax Alprazolam nicht reaktivieren Depression**

<p>Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Alprazolam ist Benzodiazepin, kein Antidepressivum: Abhängigkeit, Toleranz, Sedierung, Rebound. Nicht reaktivieren bei Depression. SSRI/SNRI sind korrekte Thera 	<p>Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ SSRI (Sertralin 50-200mg, Escitalopram 10-20mg) als antidepressive Basistherapie
--	--	---

<p>Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ BZD-Entzug kann Depression vortäuschen. Weitverbreitet aber falsch. 	<p>Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ PHQ-9, Stimmungsverlauf, Schlaf 	<p>Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Alprazolam ist Benzodiazepin, kein Antidepressivum: Abhängigkeit, Toleranz, Sedierung, Rebound. Nicht reaktivieren bei Depression. SSRI/SNRI sind korrekte Thera
--	--	---

KAPITEL 06 | ENDOKRINOLOGIE & DIABETOLOGIE | KW24

► **HOMA-IR 3.7 PCOS Diabetesrisiko Insulinresistenz**

<p>Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ PCOS + HOMA-IR 3.7 = signifikante Insulinresistenz (>2.5). DM-Risiko erhöht. OGTT/HbA1c. Lebensstil first: 5-10% Gewichtsreduktion → IR sinkt. Metformin 500-200 	<p>Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lebensstil: Gewichtsreduktion, Sport; OGTT Diabetescreening
--	---	--

<p>Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Pille ohne IR-Adressierung = unzureichend. HOMA-IR kein GKV-Standard aber sinnvoll. 	<p>Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ PCOS + HOMA-IR 3.7 = signifikante Insulinresistenz (>2.5). DM-Risiko erhöht. OGTT/HbA1c. Lebensstil first: 5-10% Gewichtsreduktion → IR sinkt 	<p>Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ PCOS + HOMA-IR 3.7 = signifikante Insulinresistenz (>2.5). DM-Risiko erhöht. OGTT/HbA1c. Lebensstil first: 5-10% Gewichtsreduktion → IR sinkt. Metformin 500-200
--	---	--

► **TSH Erhöhung 5.76 Levothyroxin Dosisanpassung**

<p>Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TSH 5.76 bei bekannter Hypothyreose: erst Einnahmetreue prüfen (nüchtern, 30 min vor Frühstück, kein Ca/Fe gleichzeitig). Wenn stabil: +12.5-25 µg. TSH-Kontroll 	<p>Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Dosiserhöhung 12.5-25 µg; TSH-Kontrolle nach 6-8 Wochen
--	--	--

<p>Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ca/Fe/PPI/Soja senken Absorption → TSH falsch hoch 	<p>Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TSH nach 6-8 Wochen nach jeder Dosisänderung 	<p>Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ TSH 5.76 bei bekannter Hypothyreose: erst Einnahmetreue prüfen (nüchtern, 30 min vor Frühstück, kein Ca/Fe gleichzeitig). Wenn stabil: +12.5-25 µg. TSH-Kontroll
---	---	---

► Shingrix Aneurysma Bindegewebschwäche

<p>● Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>● Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Shingrix ist Totimpfstoff – kein Virämierisiko. Aneurysma und Bindegewebschwäche per se keine Kontraindikation. Entscheidend: akute neurol. Situation? Immunsup 	<p>● Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Shingrix 2 Dosen Abstand 2-6 Monate; ab 50 J
--	---	---

<p>● Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aneurysma ≠ Kontraindikation. Shingrix ist kein Lebendimpfstoff. 	<p>■ Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Kein Titerkorrelat; Auffrischung nicht routinemäßig 	<p>● Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Shingrix ist Totimpfstoff – kein Virämierisiko. Aneurysma und Bindegewebschwäche per se keine Kontraindikation. Entscheidend: akute neurol. Situation? Immunsup
---	--	--

► analer und vaginaler Juckreiz DDX

<p>● Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>● Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Hauptfalle: anal + vaginal juckend über Wochen nicht automatisch Pilz. DDX: Candida, Oxyuriasis (Enterobius, v.a. Kinder/Schule), Ekzem/Kontaktdermatitis (Feuch 	<p>● Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Abstrich vaginal + anal; Stuhldiagnostik; gynäkol
--	--	--

<p>● Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lichen sclerosus bei >4 Wochen Persistenz: Karzinomrisiko. Feuchttücher häufige unerkannte Ursache. 	<p>■ Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Therapieansprechen 2-4 Wochen; Persistenz → Derma 	<p>● Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Hauptfalle: anal + vaginal juckend über Wochen nicht automatisch Pilz. DDX: Candida, Oxyuriasis (Enterobius, v.a. Kinder/Schule), Ekzem/Kontaktdermatitis (Feuch
---	--	---

► Nasaler Herpes wann Aciclovir wirksam

<p>● Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Topische Creme deutlich weniger wirksam als oral. Patientin braucht Rezept vorrätig für Sofortstart. ▶ Patientin braucht Rezept vorrätig für Sofortstart 	<p>● Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Episodische Selbststarttherapie bei Prodromsymptomen: Kribbeln, Brennen, Tingling. Zeitfenster: max 48-72h nach Prodrombeginn, je früher desto besser. Valaciclo 	<p>● Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Valaciclovir 500mg 2x/d 5d (Beginn bei erstem Prodrom); oder Aciclovir 200mg 5x/d 5d
--	--	---

<p>● Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Topische Creme deutlich weniger wirksam als oral. Patientin braucht Rezept vorrätig für Sofortstart. 	<p>■ Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Episodenhäufigkeit für Entscheidung Suppression 	<p>● Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Episodische Selbststarttherapie bei Prodromsymptomen: Kribbeln, Brennen, Tingling. Zeitfenster: max 48-72h nach Prodrombeginn, je früher desto besser. Valaciclo
---	--	---

► **Gonorrhoe Behandlung Partner STI**

<p>● Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>● Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Gonorrhoe positiv: Ceftriaxon 1g i.m./i.v., Partner behandeln/benachrichtigen, weitere STI testen (Chlamydien, Syphilis, HIV), Sexualpause, Therapiekontrolle. D 	<p>● Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ceftriaxon 1g i.m./i.v. Einmaldosis; bei Chlamydien-Koinfektion + Doxycyclin 100mg 2x/d 7d
--	--	---

<p>● Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Meldepflicht vergessen. Chlamydien-Koinfektion immer mitbehandeln. 	<p>■ Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Test of cure 2-3 Wochen; IfSG §7 Meldepflicht (anonym) 	<p>● Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Gonorrhoe positiv: Ceftriaxon 1g i.m./i.v., Partner behandeln/benachrichtigen, weitere STI testen (Chlamydien, Syphilis, HIV), Sexualpause, Therapiekontrolle. D
---	---	---

► **Penicillinallergie Gonorrhoea Ceftriaxon Kreuzreaktivität**

<p>● Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>● Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Penicillinallergie NICHT automatisch Kontraindikation Ceftriaxon. Kreuzreaktivität <1% bei Penicillinallergie (früher überschätzt auf 10%). Allergianamnese: Ur 	<p>● Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ceftriaxon 1g auch bei Penicillinallergie meist möglich nach differenzierter Anamnese
--	--	--

<p>● Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Kreuzreaktivität massiv überschätzt. Viele Patienten können Ceftriaxon erhalten. 	<p>■ Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 30 min Beobachtungszeit nach Injektion; Test of cure 2-3 Wochen 	<p>● Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Penicillinallergie NICHT automatisch Kontraindikation Ceftriaxon. Kreuzreaktivität <1% bei Penicillinallergie (früher überschätzt auf 10%). Allergianamnese: Ur
---	--	---

► **Medikamentöse Therapie Migräne Stufentherapie**

<p>● Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>● Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Akut: Stufe 1: Ibuprofen 400-600mg + Metoclopramid; Stufe 2: Triptane (Sumatriptan 50-100mg). Prophylaxe ab ≥3 Attacken/Mo: Metoprolol 50-200mg, Topiramate 25-10 	<p>● Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Akut: Ibuprofen 600mg + Metoclopramid oder Sumatriptan; Prophylaxe: Metoprolol 50-200mg
--	---	--

<p>● Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ MOH häufig: max 10 Akutmitteltage/Monat kommunizieren. 	<p>■ Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Migränekalender; Übergebrauchscopfschmerz (>10-15 Tage/Mo) 	<p>● Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Akut: Stufe 1: Ibuprofen 400-600mg + Metoclopramid; Stufe 2: Triptane (Sumatriptan 50-100mg). Prophylaxe ab ≥3 Attacken/Mo: Metoprolol 50-200mg, Topiramate 25-10
---	--	--

► **2 x Havrix 6 Monate Abstand Grundimmunisierung Hep A**

<p>● Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p>	<p>● Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p>	<p>● Therapie-Perle <i>Therapie</i></p>
--	---	--

▶ –	▶ 2x Havrix Abstand 6 Monate = vollständige Grundimmunisierung gegen Hepatitis A. Langzeitschutz >25 Jahre. Keine Auffrischung routinemäßig nötig. Bei Immunsuppre	▶ Grundimmunisierung bestätigt; keine Routineauffrischung
-----	--	---

🚫 Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Verwechslung Havrix 360 (Kinder) und Havrix 1440 (Erwachsene). Hep-A ≠ Hep-B. 	📋 Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 2x Havrix Abstand 6 Monate = vollständige Grundimmunisierung gegen Hepatitis A. Langzeitschutz >25 Jahre. Keine Auffrischung routinemäßig nö 	🔍 Diagnose-Regel <i>Monitoring</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 2x Havrix Abstand 6 Monate = vollständige Grundimmunisierung gegen Hepatitis A. Langzeitschutz >25 Jahre. Keine Auffrischung routinemäßig nötig. Bei Immunsuppre
--	--	--

▶ **Hämoglobinopathie Sichelzellkrankheit Diagnostik**

🔴 Safety-Anker <i>Sofort handeln</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	🔍 Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Normales Blutbild schließt Sichelzellanämie nicht aus. Nachweis: Hb-Elektrophorese/HPLC: HbS, HbA, HbA2, HbF. HbSS = schwer; HbSC, HbS/β-Thal = compound. Bei Ki 	💎 Therapie-Perle <i>Therapie</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Hb-Elektrophorese/HPLC; Ferritin, Retikulozyten, LDH
--	--	---

🚫 Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Normales MCV schließt Träger nicht aus 	📋 Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Hämatologiekontrolle; Hydroxyurea bei schwerem Verlauf 	🔍 Diagnose-Regel <i>Monitoring</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Normales Blutbild schließt Sichelzellanämie nicht aus. Nachweis: Hb-Elektrophorese/HPLC: HbS, HbA, HbA2, HbF. HbSS = schwer; HbSC, HbS/β-Thal = compound. Bei Ki
---	---	---

▶ **Hirsutismus PCOS Hormondiagnostik Amenorrhoe 3 Monate**

🔴 Safety-Anker <i>Sofort handeln</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	🔍 Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Hormone bei Amenorrhoe sofort abnehmen (kein Zyklustag abwarten). Entscheidend: Testosteron, DHEAS, 17-OH-Progesteron (CAH!), LH/FSH, Östradiol, Prolaktin, TSH, 	💎 Therapie-Perle <i>Therapie</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Labor: Testosteron, LH/FSH, DHEAS, 17-OHP, Prolaktin, TSH; TVS Ovarien
--	--	---

🚫 Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 17-OHP vergessen (CAH-Ausschluss wichtig). Prolaktinom als DD. 	📋 Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Hormonstatus + TVS alle 6-12 Monate 	🔍 Diagnose-Regel <i>Monitoring</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Hormone bei Amenorrhoe sofort abnehmen (kein Zyklustag abwarten). Entscheidend: Testosteron, DHEAS, 17-OH-Progesteron (CAH!), LH/FSH, Östradiol, Prolaktin, TSH,
---	--	---

▶ **Insektenstich große lokale Reaktion ambulante Therapie**

🔴 Safety-Anker <i>Sofort handeln</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	🔍 Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ambulant: Cetirizin 10mg + Prednisolon 50mg 3 Tage + Kühlung + Kompression. Systemische Reaktion? → kein Adrenalin wenn nur lokal. Bei großer lokaler Reaktion: 	💎 Therapie-Perle <i>Therapie</i> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cetirizin 10mg + Prednisolon 50mg oral 3 Tage; Kühlung; Kompression
--	---	--

<p>🚫 Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nächste Reaktion kann systemisch sein → Allergologie empfehlen! 	<p>📋 Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Progression der Schwellung; systemische Zeichen 	<p>🔍 Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ambulant: Cetirizin 10mg + Prednisolon 50mg 3 Tage + Kühlung + Kompression. Systemische Reaktion? → kein Adrenalin wenn nur lokal. Bei großer lokaler Reaktion:
---	---	---

▶ **Insektenstichreaktion Unterschenkel Ödem TVT Abgrenzung**

<p>🚫 Safety-Anker</p> <p><i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>🔍 Diagnose-Regel</p> <p><i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ausgeprägte lokale Stichreaktion Unterschenkel: DDx TVT (CUS), Erysipel (Fieber, Ausbreitung). Klarer Zusammenhang mit Stich. IgE-Diagnostik nach Abheilung. 	<p>💎 Therapie-Perle</p> <p><i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Antihistaminikum + Kortikosteroide; CUS bei TVT-Verdacht; Erysipel ausschließen
---	---	---

<p>🚫 Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ödem am Bein kann TVT imitieren. Erysipel: AB + ggf. stationär. 	<p>📋 Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Regredient? Wachstumstendenz dokumentieren 	<p>🔍 Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ausgeprägte lokale Stichreaktion Unterschenkel: DDx TVT (CUS), Erysipel (Fieber, Ausbreitung). Klarer Zusammenhang mit Stich. IgE-Diagnostik nach Abheilung.
---	--	--

▶ **Schulbegleiterin Schlag ins Gesicht Kind Arbeitsunfall**

<p>🚫 Safety-Anker</p> <p><i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>🔍 Diagnose-Regel</p> <p><i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 2,5 Wo nach Schlag: Nachversorgung, Schmerzmanagement, AU. Arbeitsunfall → D-Arzt. Nasenbeinfraktur? (Röntgen), Jochbein, Hörminderung (Trommelfell). PTBS-Risik 	<p>💎 Therapie-Perle</p> <p><i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ HNO/Chirurgie-Kontrolle; Röntgen bei Knochenschmerz; Audiogramm
---	---	---

<p>🚫 Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ PTBS unterschätzt. BG-Dokumentation vergessen → Probleme. 	<p>📋 Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Symptomrückgang; Spätfolgen ausschließen 	<p>🔍 Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 2,5 Wo nach Schlag: Nachversorgung, Schmerzmanagement, AU. Arbeitsunfall → D-Arzt. Nasenbeinfraktur? (Röntgen), Jochbein, Hörminderung (Trommelfell). PTBS-Risik
---	--	--

▶ **Diabetes Therapie CME Update SGLT2 GLP-1**

<p>🚫 Safety-Anker</p> <p><i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ SGLT2-NW: Genitalinfektionen, Ketoazidose. GLP-1: initial Übelkeit. 	<p>🔍 Diagnose-Regel</p> <p><i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Metformin 1st line. KV-Risiko: SGLT2-Inhibitoren (Empagliflozin, Dapagliflozin) oder GLP-1-RA (Semaglutid). HbA1c-Ziel 6.5-8.5% individuell. Nierenprotektion: S 	<p>💎 Therapie-Perle</p> <p><i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Metformin + Lebensstil; HbA1c-Ziel individualisiert
---	---	---

<p>🚫 Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ SGLT2-NW: Genitalinfektionen, Ketoazidose. GLP-1: initial Übelkeit. 	<p>📋 Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ HbA1c alle 3 Mo bis Ziel, dann alle 6 Mo; Nierenfunktion jährlich 	<p>🔍 Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Metformin 1st line. KV-Risiko: SGLT2-Inhibitoren (Empagliflozin, Dapagliflozin) oder GLP-1-RA (Semaglutid). HbA1c-Ziel 6.5-8.5% individuell. Nierenprotektion: S
---	---	--

► Statine 65 Jahre SCORE2 ESC

<p>Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ SCORE2 ab 65 J.: $\geq 10\%$ 10-Jahres-KV-Risiko → Statin empfohlen. LDL-Ziel Primärprävention: < 2.6 mmol/l (mittel), < 1.8 mmol/l (hoch). Hochdosis: Rosuvastatin 20-40 	<p>Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Atorvastatin 40mg oder Rosuvastatin 20mg; LDL-Ziel nach Risikoklasse
--	--	---

<p>Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Muskelschmerzen: CK messen VOR Absetzen. SCORE2 unterschätzt Risiko bei Diabetikern. 	<p>Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ LDL nach 6-8 Wochen; CK + Transaminasen bei Symptomen 	<p>Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ SCORE2 ab 65 J.: $\geq 10\%$ 10-Jahres-KV-Risiko → Statin empfohlen. LDL-Ziel Primärprävention: < 2.6 mmol/l (mittel), < 1.8 mmol/l (hoch). Hochdosis: Rosuvastatin 20-40
---	--	---

► allergisches Asthma - Symbicort

<p>Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ – 	<p>Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Symbicort = Budesonid/Formoterol (ICS+schnell wirksamer LABA). MART-Strategie: Erhaltung + Bedarf aus einer Inhalation. Zwei Ansätze: (1) MART (bevorzugt); (2) 	<p>Therapie-Perle <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Budesonid/Formoterol MART 160/4,5 μg 1-2 Hübe Erhaltung + Bedarf (max 54 μg Formoterol/d)
--	---	--

<p>Pitfall & Denkfalle <i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ MART nur mit Budesonid/Formoterol. Max 54 μg Formoterol/Tag. 	<p>Klinischer Merksatz <i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Peak-Flow, Spirometrie 3-6 Monate; ACT-Score 	<p>Diagnose-Regel <i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Symbicort = Budesonid/Formoterol (ICS+schnell wirksamer LABA). MART-Strategie: Erhaltung + Bedarf aus einer Inhalation. Zwei Ansätze: (1) MART (bevorzugt); (2)
--	---	--

► UB Schmerz bei sportl Betätigung Gastro unauffällig

<p>Safety-Anker <i>Sofort handeln</i></p>	<p>Diagnose-Regel <i>Klinische Regel</i></p>	<p>Therapie-Perle <i>Therapie</i></p>
--	---	--

▶ –	▶ Bewegungs-/Husten-/Belastungsprovokation spricht gegen Reizdarm, eher für Bauchwand/Leiste/Hernie. MRT nicht erster Reflex. Carnett-Zeichen: Schmerz bei Bauchde	▶ Klinische Untersuchung (Carnett-Zeichen, Valsalva); Sonographie Leiste/Bauchdecke
-----	--	---

<p>🚫 Pitfall & Denkfalle</p> <p><i>Pitfall</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Reizdarm-Diagnose bei Belastungsprovokation kritisch prüfen. Hernie kann klein und schwer tastbar sein. 	<p>📋 Klinischer Merksatz</p> <p><i>Take-Home</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Symptomverlauf nach Sportkarenz 2-4 Wochen 	<p>🔍 Diagnose-Regel</p> <p><i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Bewegungs-/Husten-/Belastungsprovokation spricht gegen Reizdarm, eher für Bauchwand/Leiste/Hernie. MRT nicht erster Reflex. Carnett-Zeichen: Schmerz bei Bauchde
---	--	--