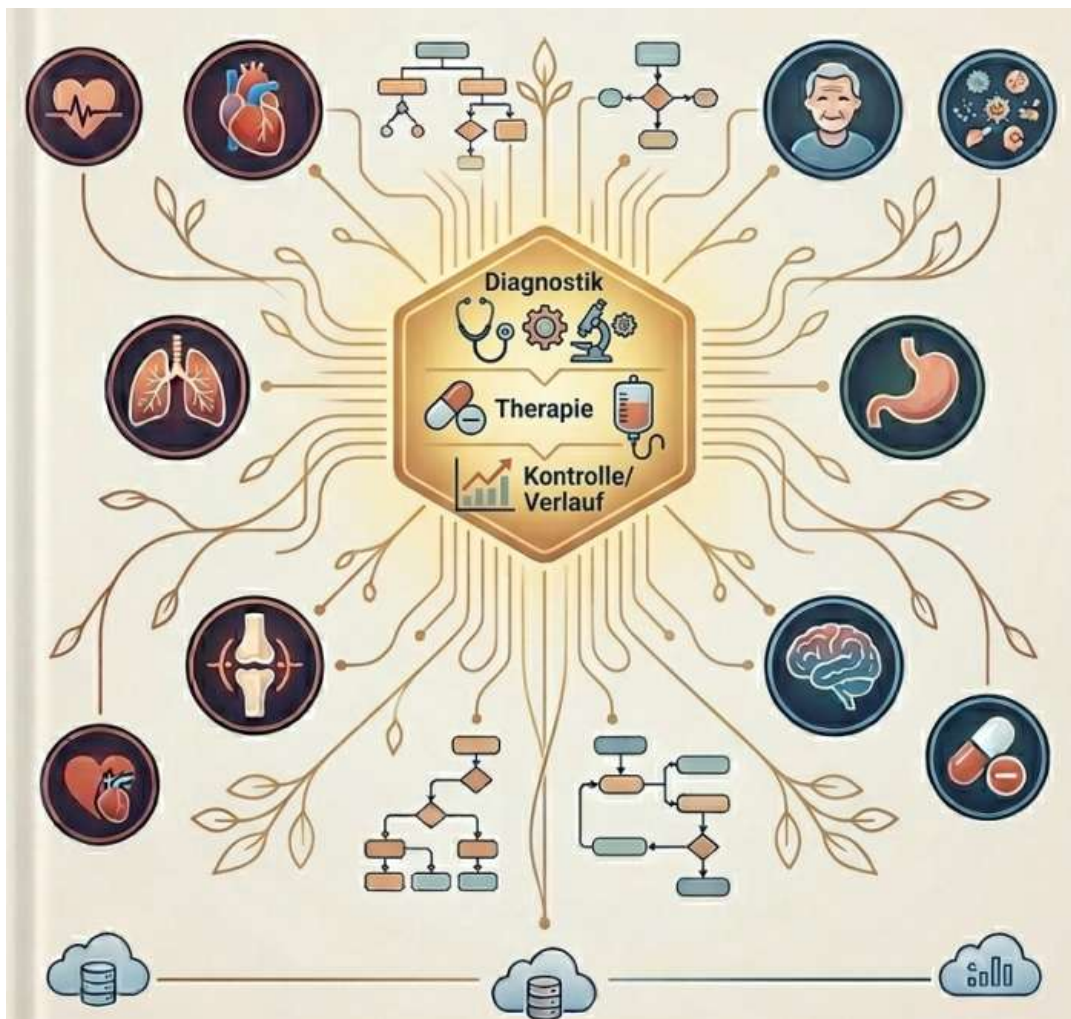


ClinicalOS – Das klinische Betriebssystem der Hausarztmedizin

Band 3 Praxis Pearls

Bonus Material: Patientenfälle / Klinische
Entscheidungskarten



285 Klinische Entscheidungskarten

20 Fachgebiets-Kapitel · Angereichert aus Original-Datenbank

Probeleseexemplar

Urheberrecht Impressum

Dr. med. Götz Huber

Das klinische Betriebssystem der Hausarztmedizin

Band 3 Praxis Pearls Bonus Material: Patientenfälle / Klinische Entscheidungskarten

© 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.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Vorwort und Nutzungshinweise	8
1. Notfälle & Wundmanagement	9
Sichelzellkrankheit – Thoraxschmerz	9
Sichelzellkrankheit – Langzeitmanagement.....	9
Rule-out-Strategien bei ACS / Lungenembolie	10
Hypertensive Dringlichkeit ohne Endorganschaden	10
Harnwegsinfekt bei Ureterschiene	11
Asthma-anfall / Symbicort SMART	11
Fieber + Exanthem nach Reise-rückkehr	12
Hypoglykämie bei Diabetes	12
Anaphylaxie	13
Sepsis-Verdacht	13
Akute Pyelonephritis	14
Akute Pankreatitis.....	14
TIA (transitorische ischämische Attacke).....	15
Akute Appendizitis	15
Tiefe Venenthrombose (TVT)	16
Hyperkaliämie.....	16
Bakterielle Pneumonie schwer	17
Fieber nach Nord-indien-Reise / Malaria-DD.....	17
Poly-arthritis mit Fieber.....	18
Hitze-erschöpfung	18
Clexane - Cephalexin	19
Ausgeprägter Sonnen-brand Grad I–II.....	19
Reibungs-blase nach Marathon.....	20
Mepitel - Lavanid Verbrühungswunde	21
Kardiologie	22
Vorhofflimmern neu diagnostiziert	22
Vorhofflattern	22
Arterielle Hypertonie	23
Hyperlipidämie.....	23
Hypercholesterinämie / hohes LDL.....	24
Palpitationen / Extrasystolen	24
Thorax-schmerz junge Frau nach Infekt	25
Lipoprotein(a)-Erhöhung.....	25
Statin-therapie bei jungem Hoch-risiko-patienten	26
Erhöhtes Lipoprotein(a) / LDL 124.....	26
Arterielle Hypertonie Erstdiagnose	27
Herzinsuffizienz chronisch	27
Periphere arterielle Verschluss-krankheit (pAVK).....	28
Herz-insuffizienz – Labor-monitoring	28
SCORE2-Risiko-stratifizierung	29
ApoB / kardiovaskuläre Risiko-marker.....	29
Statin-entscheidung bei 5–10 % Risiko	30
Pneumologie.....	31

Asthma in Schwangerschaft	31
COPD	31
Asthma bronchiale	32
Asthma + akuter Infekt, Antibiotikafrage	32
Asthma-MART bei Infekt + Semaglutid-Komorbidität	33
COPD-Exazerbation	33
Asthma bronchiale Dauertherapie	34
Pneumonie ambulant	34
Asthma – Symbicort SMART-Stufen-therapie	35
COPD – LAMA/LABA-Kombinations-therapie	35
Normale Lungenfunktion trotz Beschwerden	36
Normale Spirometrie / Ausschluss Asthma-COPD	36
COPD-Reliever / Berodual	37
Normale Lungenfunktion bei Beschwerden	37
Akuter viraler Husten	38
Akute Bronchitis	38
Gastroenterologie	39
Dyspepsie nach H.-pylori-Therapie	39
Helicobacter-pylori-Infektion	39
H.-pylori-Re-Therapie / Pylora-Kontext	40
Rezidivierende Gichtanfälle bei NSAR-/Allopurinol-Unverträglichkeit	40
Distale Colitis ulcerosa / Mesalazin-Rektal-therapie	41
Obstipation mit rechtsseitigem Unterbauch-schmerz	41
Akute Gastroenteritis	42
GERD / Refluxbeschwerden	42
Chronische Obstipation	43
Epigastrische Schmerzen / Dyspepsie	43
Obstipation / Bisacodyl-Anwendung	44
Reizdarm-syndrom	44
Gastritis	45
Reflux-krankheit (GERD)	45
Akute Gastroenteritis	46
Akute Hämorrhoiden	46
Laktose-intoleranz	47
Azithromycin	47
Giardia lamblia Tinidazol	48
Endokrinologie / Diabetologie / Schilddrüse / Adipositas	49
Typ-2-Diabetes	49
Testosteron-Substitutionstherapie / TRT-Monitoring	49
PCOS – Metformin off-label	50
Diabetesdiagnose bei HbA1c $\geq 6,5\%$	50
Phentermine / Gewichts-reduktion	51
Subakute Schilddrüsen-entzündung (De-Quervain-Thyreoiditis)	51
Gicht-Anfall akut	52
Hyperthyreose / Morbus Basedow	52
Diabetes mellitus Typ 2 Erstdiagnose	53
Lipide + Prediabetes	53

Hypothyreose	54
Prädiabetes HbA1c 6,0% / Nüchtern glukose 115 mg/dl	54
Schilddrüsenknoten / sonographischer Zufallsbefund	55
Schlaf-störung unter Melatonin / TSH-Anstieg.....	55
Hypothyreose	56
Erhöhtes TSH.....	56
Rheumatologie und Orthopädie.....	58
Chronischer Daumenschmerz nach Trauma	58
Gicht – Benzbromaron-Hepatotoxizität / Alternativen	58
Akutes Knie trauma in Schwangerschaft	59
Zervikale Radikulopathie C6.....	59
Ulnaris-kompression / Ellenbogen-tunnel-syndrom	60
Schwank-schwindel bei HWS-Prolaps.....	60
Raynaud-Phänomen.....	61
Fersen-schmerz nach Sport / Plantar-fasziitis vs Kalkaneus-Ermüdungs-fraktur	61
Akute Lumbale Radikulopathie	62
Akuter Fersenschmerz mit Überwärmung	62
Handgelenksschmerz >4 Monate nach Trauma	63
Lipödem / Hypermobilität	63
Chronischer Rückenschmerz.....	64
Knieläsion nach Verdrehtrauma	64
Rückenschmerz / STarT-Back-Risiko	65
Dornwarze / Verruca plantaris	65
Gesichtsrötung / Rosazea-verdacht.....	66
Insertionale Adduktoren-tendinopathie	66
Lumbago / akuter Kreuz-schmerz.....	67
Zervikogener Kopfschmerz bei 29-jährigem Patienten	67
Dyshidrotisches Hand-ekzem / Pompholyx	68
Urologie und Nephrologie	69
Asymptomatische Mikrohämaturie / positiver Häm-Urinstix.....	69
Alkoholabhängigkeit / Naltrexon	69
Chronische Niereninsuffizienz (CKD)	70
HSV-2 häufige Rezidive / Suppressions-therapie.....	70
Akute Zystitis bei Mann.....	71
Unkomplizierter Harnwegsinfekt	71
Erektile Dysfunktion junger Mann	72
Erektile Dysfunktion unklarer Genese.....	72
Negativer Urinstix bei Harnwegsbeschwerden	73
Stressinkontinenz	73
Stress- vs. Dranginkontinenz.....	74
Stressinkontinenz mit lumbalem/suprapubischem Druckschmerz	74
Miktionstagebuch bei Inkontinenz / LUTS.....	75
Generalisierter Pruritus nach Reise / Skabies-DD.....	75
Harnwegs-infekt unkompliziert.....	76
HNO – Upper respiratory disease	77
FSMSE	77
Akute Sinusitis / Rhinosinusitis	78

Akute Otitis media / Ohrschmerz	78
Chronische Rhino-sinusitis	79
BPPV vs zervikogener Schwindel.....	79
BPPV / benigner Lagerungsschwindel.....	80
Akute Tonsillitis.....	80
Allergische Rhinitis	81
Akute Sinusitis	81
Akute Otitis media	82
Akute Sinusitis maxillaris	82
Akute Laryngitis	83
Ebastin / H1-Antihistaminikum mit QT-Risiko	83
Akute allergische Rhinitis.....	84
Gynäkologie.....	85
Genitale HSV-2-Erstinfektion.....	85
Endometriose	85
Menstruationsverschiebung für Marathonlauf.....	86
Kurzfristige Menstruationsverzögerung	86
Hormonelle Akne bei Frauen	86
Pädiatrie.....	88
Pflegehelferausbildung Inder Impfungen	88
Dermatologie	89
Gürtelrose / Herpes zoster.....	89
HSV-2-Rezidivmanagement.....	89
Onychomykose / Canesten Extra Nagelset	90
Subkutanes Knötchen / Lipom-verdacht.....	90
Psoriasis vulgaris.....	91
Akute Urtikaria	91
Hair Loss Inder	92
Avitaminosen / Spurenelemente.....	93
Depression	93
Eisen-status unklar / Ferritin normal	93
Makrozytäre Anämie.....	94
Blähungen / Zöliakie-Ausschluss.....	94
Vitamin-B12-Mangel	95
Vitamin-D-Mangel.....	95
Neurologie	96
Impfplanung vor MS-Immuntherapie	96
Impfplanung vor MS-Immunsuppression	96
MS-Patient ohne Schutz gegen Hep A/B, Masern, VZV	97
Post-Zoster-Neuralgie.....	97
Okzipitaler Kopf-schmerz.....	98
Migräne mit Aura	98
Migräne-Prophylaxe.....	99
Restless-Legs-Syndrom	99
Spannungskopf-schmerz	100
Thoracic outlet syndrom	100
Tremor - Vit B12 Produkte	101

Kribbelparästhesien - Osteopath	102
Psychiatrie / Sucht / Sozialmedizin	103
Panik-attacke / Angst-störung	103
Schlafstörung / Insomnie	103
Schlafstörung / Mirtazapin niedrig-dosiert.....	104
Prüfungs-angst mit Insomnie / Melatonin vs Zolpidem	104
Schlafstörungen.....	105
Hämatologie.....	106
Eisenmangelanämie	106
Eisenmangelanämie	106
Ausgeprägte Eisenmangelanämie	107
Eisenüberladung / Hämochromatoseverdacht.....	107
Eisenmangel-Anämie.....	108
Eisen-mangel ohne Anämie.....	108
Onkologie und Krebsfrüherkennung.....	109
Melanom-Verdacht / Dermoskopie-Gefäß-muster	109
Positiver iFOBT >1000 bei normalem Calprotectin	109
Geriatric und Multimorbidität	110
Rule-out-Scores mit hohem negativem prädiktivem Wert.....	110
Anämie chronischer Erkrankung / TSAT-Interpretation	110
Rezidivierender Herpes zoster unter Methotrexat / Post-Zoster-Neuralgie.....	111
Kurzes Hitzegefühl lateral in der Wade – DVT-Ausschluss	111
Tollwut-PrEP bei Reise-/Berufs-risiko.....	112
Osteoporose	112
Impf-empfehlungen bei 79-jähriger Patientin	113
Diagnostische Wertigkeit klinischer Befunde	113
Reise-impfungen Süd-/Süd-ostasien	114
Post-infektiöse Fatigue nach Virus-infekt.....	114
Digitalisierung im Praxisalltag	115
Depressions-DiGA – Adhärenz und Passung.....	115
Stress / Burnout – DiGA HelloBetter.....	115
Adipositas-DiGA Oviva / Zanaflex	116
Angststörung – DiGA-Entscheidungshilfe.....	116
Angst-DiGAs bei Migrationshintergrund / Sprachbarriere	117
Panikstörung / Angststörung – digitale Expositionstherapie	117
Depression – Vergleich Deprexis / Selfapy / HelloBetter	118
Depressions-DiGA bei Sprachbarriere.....	118
Qualitätsmanagement und Praxisorganisation	119
Persistierende Diarrhoe / bakterielle Multiplex-PCR	119
Laborprofile GKV/PKV für Praxissoftware	119
IGeL-Basislabor / GOÄ-Preise.....	120
IGeL-Check-up / Laborwunsch ohne klare Indikation	120
Augenheilkunde / Mund-Zahn-Kiefererkrankungen	121
Allergische Konjunktivitis	121
Bakterielle Konjunktivitis Kind	121
Hordeolum vs Chalazion / Floxal-Kontext.....	122

Vorwort und Nutzungshinweise

Dieses Manual ist der klinische Begleiter für die tägliche Arbeit in Hausarzt- und Allgemeinarztpraxen. Es beantwortet die Kernfrage: Ich weiss, was der Patient hat – was tue ich jetzt, wie führe ich ihn, und wo sind die Fallen?

Aufbau jeder Karte

DIAGNOSTIK: Mindestdiagnostik (MD) für den Hausarzt vor Therapiebeginn und erweiterte Diagnostik (ED) bei Red Flags oder Therapieversagen.

THERAPIE: Erstlinientherapie mit Dosis, Eskalationsstufen 2 und 3, Therapiedauer und Absetzregel gemäss aktuellem Leitlinienstand (v8-Format).

MANAGEMENT: Monitoring-Parameter und -Intervall (M), konkreter Eskalations-Schwellenwert (E) und Überweisungsziel (UW).

PITFALLS: Arzneimittelinteraktionen (INT), häufige klinische Denkfehler (PIT) und Red-Flag-Symptome mit Sofortmassnahme (WARN).

PATIENTENHINWEIS: Ein bis zwei präzise, laienverständliche Sätze für die direkte Patientenkommunikation.

Erweiterte Felder (v2)

NICHT-MEDIKAMENTÖS: Nicht-pharmakologische Erstmassnahmen (Lagerung, Ernährung, Physiotherapie, Verhaltensmodifikation) aus der Original-Datenbank.

HAUSÄRZTLICH: Praxisrelevante Besonderheiten aus dem hausärztlichen Praxisalltag: Geräte, Settings, Kommunikation mit dem Patienten.

EVIDENZ: Evidenzgrad der Therapieempfehlung und/oder Quelleitlinie (z.B. AWMF, ESC, ADA). Nur bei Karten mit dokumentiertem Evidenznachweis.

Prioritätskennzeichnung

FATAL ●: Managementfehler kann unmittelbar lebensbedrohlich sein. Soforthandeln erforderlich.

HIGH-IMPACT ●: Häufiger, klinisch relevanter Fehler mit erheblicher Konsequenz für den Patienten.

COMMON ●: Standardmanagement mit überschaubarem Risikoprofil. Gute Leitlinienadhärenz genügt.

REFERENCE ○: Reine Information oder Referenzkarte ohne aktiven Management-Algorithmus.

Hinweis zu Leitlinien-Ergänzungen

Felder, die nicht aus der Quelldatenbank ableitbar waren, wurden mit [aus Leitlinien ergänzt] markiert und auf Basis von AWMF-, ESC-, ADA- und WHO-Leitlinien (Stand 2024/2025) befüllt. Diese Einträge ersetzen keine individuelle klinische Entscheidung.

1. Notfälle & Wundmanagement

24 Karten · ● Fatal: 21 ○ Common: 3

Dieses Kapitel umfasst die klinisch zeitkritischsten Entscheidungen des gesamten Manuals. 20 von 22 Einträgen sind als FATAL klassifiziert – Managementfehler können hier unmittelbar lebensbedrohlich sein. Sepsis, akutes Koronarsyndrom, hypertensive Entgleisung und Sichelzellkomplikationen verlangen strukturierte Handlungsabläufe innerhalb von Minuten. Jede Karte enthält explizite Einweisungskriterien und Eskalationsschwellen.

Sichelzellkrankheit – Thoraxschmerz

Sichelzellkrankheit – Thoraxschmerz Hämatologie / Kardiologie FATAL ●	
UK: 16 Einweisungskriterien Krankenhaus	
DIAGNOSTIK	MD: Vitalparameter, SpO ₂ , Auskultation, Blutbild, Retikulozyten, EKG, Troponin ED: Hb-Elektrophorese/HPLC, Thoraxbildgebung, Echokardiographie
THERAPIE	ERSTLINIE: Ibuprofen 400 mg (max. 2400 mg/d) ESKALATION 2: Metamizol 500–1000 mg (max. 4000 mg/d) ESKALATION 3: Morphin individuell DAUER: Stunden ABSETZREGEL: Schrittweises Ausschleichen obligat (ca. 10 %/Woche); abruptes Absetzen → Entzugssyndrom
MANAGEMENT	M: Vitalparameter, SpO ₂ , Schmerzverlauf engmaschig E: Thoraxschmerz + Hypoxie/Fieber → Acute-Chest-Syndrome ausschließen ÜW: Klinik/Hämatologie bei jeder instabilen Konstellation
PITFALLS	INT: NSAR bei Niereninsuffizienz vermeiden PIT: Thoraxschmerz als muskuloskelettal bagatellisieren WARN: Hypoxie, Fieber, Dyspnoe → Notfall
PATIENTENHINWEIS	Thoraxschmerz bei möglicher Sichelzellkrankheit ist kein Beobachtungsfall.

Sichelzellkrankheit – Langzeitmanagement

Sichelzellkrankheit – Langzeitmanagement Hämatologie FATAL ●	
UK: 10 Management bei Multimorbidität	
DIAGNOSTIK	MD: Blutbild, Retikulozyten, LDH, Bilirubin, Kreatinin/eGFR, Urinstatus ED: Hb-Elektrophorese/HPLC, Echo, pulmonale Abklärung bei Dyspnoe
THERAPIE	ERSTLINIE: Hydroxyurea ca. 15 mg/kg/d ESKALATION 2: Folsäure 1 mg/d (max. üblich 1 mg/d) ESKALATION 3: Analgesie-Stufenplan abhängig von Schmerzstufe DAUER: Wochen bis Monate ABSETZREGEL: Dauermedikation; Absetzen nur in Absprache mit dem behandelnden Arzt
MANAGEMENT	M: Blutbild unter Hydroxyurea initial engmaschig, dann regelmäßig E: häufige Krisen oder Organzeichen → Therapieintensivierung ÜW: Hämatologie bei gesicherter SCD
PITFALLS	INT: Hydroxyurea + Myelosuppression beachten PIT: Schmerzkrisen ohne Organcheck behandeln WARN: Fieber, Thoraxschmerz, neurologische Symptome
PATIENTENHINWEIS	Viel trinken, Kälte meiden, Fieber und Brustschmerz früh melden.

Rule-out-Strategien bei ACS / Lungenembolie

Rule-out-Strategien bei ACS / Lungenembolie Allgemeinmedizin / Notfallmedizin FATAL ●	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	MD: Vitalparameter, EKG, Prätestwahrscheinlichkeit, Wells/PERC je nach Kontext ED: Troponin-Algorithmus, D-Dimer, CT-Angiographie
THERAPIE	ERSTLINIE: keine ambulante Pharmakotherapie bei Verdacht; Notfallpfad — kein Inhalt ESKALATION 2: [aus Leitlinien ergänzt] ESKALATION 3: [aus Leitlinien ergänzt] DAUER: sofort ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Verlauf nur bei niedrigem Risiko und klarer Safety-Netting-Instruktion E: Thoraxschmerz + Dyspnoe/Synkope/Hypoxie → Notfall ÜW: Notaufnahme/Klinik bei ACS-/LE-Verdacht
PITFALLS	INT: — kein Inhalt PIT: D-Dimer bei hoher Prätestwahrscheinlichkeit nutzen WARN: Hypoxie, Synkope, Kaltschweißigkeit, neue neurologische Zeichen
PATIENTENHINWEIS	Bei hohem Risiko wird nicht „ausgeschlossen“, sondern eskaliert.

Hypertensive Dringlichkeit ohne Endorganschaden

Hypertensive Dringlichkeit ohne Endorganschaden Kardiologie / Allgemeinmedizin FATAL ●	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	MD: wiederholte RR-Messung, neurologischer Status, Thoraxschmerz/Dyspnoe, EKG, Kreatinin/eGFR, Elektrolyte, Urinstatus ED: Troponin, Bildgebung, Klinikdiagnostik bei Organsymptomen
THERAPIE	ERSTLINIE: Captopril 12,5–25 mg oral (max. 50 mg pro Gabe je Setting) ESKALATION 2: Amlodipin 5 mg (Ziel: 5–10 mg/d, max. 10 mg/d) ESKALATION 3: bestehende Dauermedikation optimieren individuell DAUER: Stunden bis Tage ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Beobachtung 1–3 h, Wiedervorstellung 24–48 h E: Organsymptome → hypertensive Krise/Notfall ÜW: Notaufnahme bei neurologischen Symptomen, Thoraxschmerz, Dyspnoe, Nierenversagen
PITFALLS	INT: zu schnelle Senkung kann Ischämien auslösen PIT: RR ≥180 allein automatisch als Notarztfall behandeln WARN: Kopfschmerz mit Neurologie, Brustschmerz, Luftnot
PATIENTENHINWEIS	Ohne Organschaden wird langsam und kontrolliert gesenkt, nicht aggressiv.

Harnwegsinfekt bei Ureterschiene

Harnwegsinfekt bei Ureterschiene Urologie / Infektiologie FATAL ●	
UK: 16 Einweisungskriterien Krankenhaus	
DIAGNOSTIK	MD: Vitalparameter, Flankenschmerz, Urinstix, Urinsediment, Urinkultur vor Antibiotikum ED: Nieren-/Harnwegsultraschall, Blutkulturen bei Fieber, urologische Schienenkontrolle
THERAPIE	ERSTLINIE: Nitrofurantoin 100 mg 2×/d ESKALATION 2: Fosfomycin 3 g einmalig ESKALATION 3: Cefuroxim-Amoxiclav je Risiko nach lokaler Resistenzlage DAUER: 24–72 h ABSETZREGEL: Antibiotikum vollständig einnehmen (Kurs abschließen); kein vorzeitiges Absetzen
MANAGEMENT	M: Kulturresultat aktiv prüfen, Symptomverlauf nach 48–72 h E: Fieber, Flankenschmerz, Sepsiszeichen, Obstruktion → Klinik ÜW: Urologie bei Schiene + Infektzeichen
PITFALLS	INT: Nitrofurantoin bei relevanter Niereninsuffizienz vermeiden PIT: Schienenträger wie unkomplizierte Zystitis behandeln WARN: Fieber, Flankenschmerz, Schüttelfrost, Hypotonie
PATIENTENHINWEIS	Mit Ureterschiene ist ein HWI potenziell kompliziert; Fieber ist ein Alarmzeichen.

Asthma-anfall / Symbicort SMART

Asthma-anfall / Symbicort SMART Pneumologie FATAL ●	
UK: 4 Therapie-eskalation	
DIAGNOSTIK	MD: Atemfrequenz, SpO ₂ , Peak-Flow, Sprechdyspnoe, Auskultation, SABA-/Reliever-Bedarf ED: Blutgase/Klinik bei schwerem Anfall, Röntgen bei Pneumonie-verdacht
THERAPIE	ERSTLINIE: Budesonid/Formoterol SMART nach SMART-Stufe ESKALATION 2: Salbutamol alternativ 100 µg 1–2 Hübe Bedarf ESKALATION 3: systemisches Prednisolon bei schwerem Anfall 40–50 mg/d kurz DAUER: Minuten bis Tage ABSETZREGEL: Kurzkurs (≤5 d): abruptes Absetzen möglich; Längerkurs: über 1–2 Wochen ausschleichen (NNR-Suppression)
MANAGEMENT	M: SpO ₂ , Peak-Flow, Bedarfshübe, Kontrolle nach 24–72 h E: SpO ₂ niedrig, Sprechdyspnoe, fehlendes Ansprechen → Notfall ÜW: Pneumologie nach schwerem Anfall
PITFALLS	INT: LABA nicht ohne ICS; Beta-2-Mimetika → Tachykardie PIT: Asthma-anfall antibiotisch behandeln ohne Infekt-hinweis WARN: Sprechdyspnoe, Erschöpfung, Peak-Flow stark reduziert
PATIENTENHINWEIS	Symbicort SMART kann Controller und Reliever sein, aber nur nach klarem Plan.

Fieber + Exanthem nach Reise-rückkehr

Fieber + Exanthem nach Reise-rückkehr Infektiologie / Dermatologie FATAL ●	
UK: 16 Einweisungs-kriterien Krankenhaus	
DIAGNOSTIK	MD: Reiseanamnese, Fieberhöhe, Exanthemtyp, Vitalparameter, Blutbild, CRP, Thrombozyten, Leberwerte, Malaria-Schnelltest/Dicker Tropfen je Region ED: Dengue/Chikungunya/Zika/Rickettsien-Serologie/PCR, Tropenmedizin
THERAPIE	ERSTLINIE: supportive Therapie Flüssigkeit (max. 3–4 g/d je Risiko) ESKALATION 2: Paracetamol 500–1000 mg ESKALATION 3: keine NSAR bis Dengue ausgeschlossen DAUER: Tage ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Vitalparameter, Thrombozyten, Hämatokrit, Leberwerte, Warnzeichen täglich bei Risiko E: Hypotonie, Blutung, Thrombozytopenie, Bewusstseinsstörung → Klinik ÜW: Tropenmedizin/Klinik bei schwerem Verlauf
PITFALLS	INT: NSAR bei möglichem Dengue → Blutungsrisiko PIT: Reise-exanthem als banalen Virusinfekt abtun WARN: Blutung, Schockzeichen, Ikterus, neurologische Symptome
PATIENTENHINWEIS	Nach Tropenreise mit Fieber und Ausschlag muss Malaria/Dengue mitgedacht werden.

Hypoglykämie bei Diabetes

Hypoglykämie bei Diabetes Endokrinologie / Notfallmedizin FATAL ●	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	MD: Blutzucker <70 mg/dl, Symptome (Schwitzen, Tremor, Verwirrtheit) ED: Labor bei unklarer Ursache
THERAPIE	ERSTLINIE: Trauben-zucker 15 g Glukose ESKALATION 2: Glukagon 1 mg i.m. ESKALATION 3: Insulin-dosis-anpassung individuell DAUER: Minuten ABSETZREGEL: Dosisanpassung nur nach BZ-Kontrolle; nie abrupt absetzen bei insulinpflichtigem Diabetes
MANAGEMENT	M: Blutzucker nach 15 Minuten erneut messen E: wiederholte Hypoglykämie → Therapie-plan ändern ÜW: Endokrinologie
PITFALLS	INT: Alkohol + Insulin → Hypoglykämie-risiko PIT: Symptome als Angst fehlinterpretieren WARN: Bewusstlosigkeit, Krampf
PATIENTENHINWEIS	Bei Hypoglykämie sofort Zucker zuführen und Blutzucker kontrollieren.

Anaphylaxie

Anaphylaxie Allergologie / Notfallmedizin FATAL ●	
UK: 16 Einweisungs-kriterien Krankenhaus	
DIAGNOSTIK	MD: Haut-reaktion, Atem-not, Blutdruck-abfall, Auslöser-anamnese ED: Allergie-testung nach Stabilisierung
THERAPIE	ERSTLINIE: Adrenalin i.m. 0,5 mg i.m. ESKALATION 2: Antihistaminikum Cetirizin 10 mg ESKALATION 3: Kortikosteroid Prednisolon 50–100 mg DAUER: Minuten ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Vitalparameter kontinuierlich E: erneute Symptome → zweite Adrenalin-dosis ÜW: sofort Klinik
PITFALLS	INT: Betablocker können Adrenalin-wirkung abschwächen PIT: Adrenalin zu spät geben WARN: Atem-not, Hypotonie, Bewusstlosigkeit
PATIENTENHINWEIS	Bei schwerer Allergie sofort Adrenalin anwenden und Notruf absetzen.

Sepsis-Verdacht

Sepsis-Verdacht Infektiologie / Notfallmedizin FATAL ●	
UK: 16 Einweisungs-kriterien Krankenhaus	
DIAGNOSTIK	MD: Fieber, Tachykardie, Hypotonie, qSOFA, CRP, Blutkultur ED: Laktat, CT Fokus-suche
THERAPIE	ERSTLINIE: Breitspektrum-Antibiotikum sofort ESKALATION 2: Flüssigkeit 30 ml/kg Flüssigkeit ESKALATION 3: Sauerstoff nach Bedarf DAUER: Stunden ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Vitalparameter kontinuierlich E: septischer Schock → Intensivstation ÜW: sofort Krankenhaus
PITFALLS	INT: verzögerte Antibiotika erhöhen Mortalität PIT: Sepsis als „Infekt“ unterschätzen WARN: Hypotonie, Verwirrtheit, Tachypnoe
PATIENTENHINWEIS	Sepsis ist ein medizinischer Notfall – sofort handeln.

Akute Pyelonephritis

Akute Pyelonephritis Urologie / Infektiologie FATAL ●	
UK: 16 Einweisungs-kriterien Krankenhaus	
DIAGNOSTIK	MD: Fieber, Flanken-schmerz, Urin-status, CRP, Blutbild, Kreatinin ED: Urin-kultur, Nieren-sonographie, CT bei kompliziertem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Ciprofloxacin 500 mg 2×/d ESKALATION 2: Ceftriaxon 1–2 g i.v./d ESKALATION 3: Flüssigkeits-therapie Hydratation DAUER: Tage ABSETZREGEL: Antibiotikum vollständig einnehmen (Kurs abschließen); kein vorzeitiges Absetzen
MANAGEMENT	M: Fieber, Schmerz, Labor nach 48 h E: Sepsis-zeichen oder Therapieversagen → Klinik ÜW: Urologie/Infektiologie
PITFALLS	INT: Fluorchinolone + QT-verlängernde Medikamente PIT: Pyelonephritis als Zystitis behandeln WARN: Hypotonie, Tachykardie, Verwirrtheit
PATIENTENHINWEIS	Flanken-schmerzen und Fieber sind typische Zeichen einer Nieren-infektion.

Akute Pankreatitis

Akute Pankreatitis Gastroenterologie / Notfallmedizin FATAL ●	
UK: 16 Einweisungs-kriterien Krankenhaus	
DIAGNOSTIK	MD: Oberbauch-schmerz, Lipase, Amylase, CRP, Sonographie Abdomen ED: CT Abdomen, MRCP bei biliärer Ursache
THERAPIE	ERSTLINIE: Flüssigkeits-therapie 2–3 l i.v./d ESKALATION 2: Analgesie (Piritramid oder Morphin) nach Schmerz ESKALATION 3: Nahrungskarenz initial DAUER: Tage ABSETZREGEL: Schrittweises Ausschleichen obligat (ca. 10 %/Woche); abruptes Absetzen → Entzugssyndrom
MANAGEMENT	M: Vitalparameter, Lipase, Elektrolyte täglich E: Organ-versagen oder Nekrose → Intensivstation ÜW: Gastroenterologie/Klinik
PITFALLS	INT: Alkohol verstärkt Pankreatitis-risiko PIT: Lipase nicht bestimmen bei Oberbauch-schmerz WARN: Hypotonie, Tachykardie, Peritonitis
PATIENTENHINWEIS	Alkohol und Gallensteine sind häufige Ursachen der Pankreatitis.

TIA (transitorische ischämische Attacke)

TIA (transitorische ischämische Attacke) Neurologie / Kardiologie FATAL ●	
UK: 16 Einweisungs-kriterien Krankenhaus	
DIAGNOSTIK	MD: neurologischer Status, EKG, Blutdruck, Blutzucker ED: MRT Kopf, Duplex Hals-arterien
THERAPIE	ERSTLINIE: ASS 100 mg/d ESKALATION 2: Clopidogrel 75 mg/d ESKALATION 3: Statin Atorvastatin 40 mg/d DAUER: Stunden ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: neurologische Symptome, RR E: erneute Symptome → Notfall ÜW: Stroke-Unit
PITFALLS	INT: ASS + Antikoagulation → Blutungs-risiko PIT: TIA als Migräne fehlinterpretieren WARN: neurologische Ausfälle
PATIENTENHINWEIS	Eine TIA ist ein Warnzeichen für Schlaganfall.

Akute Appendizitis

Akute Appendizitis Chirurgie / Notfallmedizin FATAL ●	
UK: 16 Einweisungs-kriterien Krankenhaus	
DIAGNOSTIK	MD: rechtsseitiger Unterbauch-schmerz, CRP, Leukozyten, McBurney-Zeichen ED: Sonographie, CT Abdomen
THERAPIE	ERSTLINIE: Antibiotikum initial Ceftriaxon + Metronidazol ESKALATION 2: chirurgische Appendektomie Operation ESKALATION 3: Flüssigkeit Hydratation DAUER: Stunden ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Schmerz-verlauf, Temperatur E: Perforation → Notfall-OP ÜW: Chirurgie
PITFALLS	INT: Antibiotika-resistenz beachten PIT: Bauch-schmerz als Gastroenteritis fehlinterpretieren WARN: Peritonitis-zeichen
PATIENTENHINWEIS	Bei starken Bauch-schmerzen früh ärztlich abklären.

Tiefe Venenthrombose (TVT)

Tiefe Venenthrombose (TVT) Angiologie / Gefäß-medicin FATAL ●	
UK: 16 Einweisungs-kriterien Krankenhaus	
DIAGNOSTIK	MD: Bein-schwellung, Schmerz, Wells-Score, D-Dimer, Duplex-sonographie ED: CT-Phlebographie bei unklarem Duplex
THERAPIE	ERSTLINIE: Apixaban 10 mg 2×/d ESKALATION 2: Rivaroxaban 15 mg 2×/d ESKALATION 3: Heparin initial LMWH gewichts-adaptiert DAUER: Stunden ABSETZREGEL: Nur nach ärztlicher Rücksprache; Bridging-Bedarf je nach Indikation und Thromboserisiko prüfen
MANAGEMENT	M: Schwellung, Schmerz, Blutungs-risiko E: Dyspnoe oder Thorax-schmerz → Lungen-embolie ausschließen ÜW: Angiologie/Klinik
PITFALLS	INT: DOAK + NSAID → Blutungs-risiko PIT: isolierte Waden-schmerzen ohne Duplex abtun WARN: Dyspnoe, Synkope, Thorax-schmerz
PATIENTENHINWEIS	Kompressions-strümpfe können Beschwerden lindern.

Hyperkaliämie

Hyperkaliämie Nephrologie / Notfallmedizin FATAL ●	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	MD: Kalium im Serum, EKG, Kreatinin, Medikamenten-anamnese ED: Blutgas, kontinuierliches EKG
THERAPIE	ERSTLINIE: Calcium-gluconat 10 ml 10% i.v. ESKALATION 2: Insulin + Glukose 10 IE Insulin + 25 g Glukose ESKALATION 3: Schleifen-diuretikum Furosemid 20–40 mg DAUER: Minuten ABSETZREGEL: Dosisanpassung nur nach BZ-Kontrolle; nie abrupt absetzen bei insulinpflichtigem Diabetes
MANAGEMENT	M: Kalium und EKG kontinuierlich E: persistierende Hyperkaliämie → Dialyse ÜW: Intensivstation
PITFALLS	INT: ACE-Hemmer + Spironolacton → Hyperkaliämie PIT: EKG nicht kontrollieren WARN: Bradykardie, Arrhythmie
PATIENTENHINWEIS	Hohe Kalium-werte können lebens-gefährliche Herz-rhythmus-störungen auslösen.
HAUSÄRZTLICH	Praxisrelevante Zusammenfassung

Bakterielle Pneumonie schwer

Bakterielle Pneumonie schwer Pneumologie / Infektiologie FATAL ●	
UK: 16 Einweisungs-kriterien Krankenhaus	
DIAGNOSTIK	MD: Fieber, Husten, Dyspnoe, SpO ₂ , CRP, Auskultation ED: Thorax-röntgen, Blutkultur
THERAPIE	ERSTLINIE: Ceftriaxon 2 g i.v./d ESKALATION 2: Azithromycin 500 mg/d ESKALATION 3: Sauerstoff nach Bedarf DAUER: Tage ABSETZREGEL: Antibiotikum vollständig einnehmen (Kurs abschließen); kein vorzeitiges Absetzen
MANAGEMENT	M: SpO ₂ , Temperatur, Atemfrequenz täglich E: respiratorische Insuffizienz → Intensivstation ÜW: Pneumologie/Klinik
PITFALLS	INT: Makrolide + QT-verlängernde Medikamente PIT: Pneumonie ohne Antibiotika behandeln WARN: Hypoxie, Verwirrtheit, Sepsis
PATIENTENHINWEIS	Atem-not und hohes Fieber erfordern rasche Behandlung im Krankenhaus.
HAUSÄRZTLICH	Gesundheitsuntersuchung-Laborwerte Interpretation für Praxis

Fieber nach Nord-indien-Reise / Malaria-DD

Fieber nach Nord-indien-Reise / Malaria-DD Infektiologie / Reise-medizin FATAL ●	
UK: 16 Einweisungs-kriterien Krankenhaus	
DIAGNOSTIK	MD: Vitalparameter, Reise-anamnese, Blutbild, Thrombozyten, CRP, Leberwerte, Malaria-Schnelltest, dicker Tropfen ED: Dengue-NS1/Serologie, Blutkulturen bei Typhus-verdacht, Tropenmedizin
THERAPIE	ERSTLINIE: Artemether/Lumefantrin bei P.-falciparum nach Malaria-Schema ESKALATION 2: Atovaquon-Proguanil nach Fachinfo ESKALATION 3: supportive Therapie bis Erregerklarheit Flüssigkeit, Paracetamol DAUER: Stunden bis Tage ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Vitalparameter, Fieber, Thrombozyten, Hb, Leberwerte engmaschig E: P.-falciparum-Verdacht → sofortige Notfall-abklärung ÜW: Tropenmedizin/Klinik sofort
PITFALLS	INT: NSAR bei Dengue-verdacht wegen Blutungsrisiko vermeiden PIT: Malaria wegen Nord-indien-Reise unterschätzen WARN: Bewusstseinsstörung, Hypotonie, Ikterus, Thrombozytopenie
PATIENTENHINWEIS	Fieber nach Tropenreise ist bis zum Ausschluss einer Malaria ein Notfall.

Poly-arthritis mit Fieber

Poly-arthritis mit Fieber Rheumatologie / Infektiologie FATAL ●	
UK: 16 Einweisungs-kriterien Krankenhaus	
DIAGNOSTIK	MD: Gelenkstatus, Temperatur, CRP/BSG, Blutbild, Blutkulturen, RF, Anti-CCP, HLA-B27 je Kontext ED: Gelenk-punktion, Sonographie, MRT Sakroiliitis bei SpA-Verdacht
THERAPIE	ERSTLINIE: NSAR bei reaktiver Arthritis Ibuprofen 400–600 mg ESKALATION 2: Sulfasalazin bei Persistenz Sulfasalazin einschleichend ESKALATION 3: i.v.-Antibiotika bei septischem Verdacht nach Erreger und Klinikstandard DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
NICHT-MEDIKAMENTÖS	2026): 1) Septische Arthritis = NOTFALL: monoartikulär, Fieber, Bewegungsunfähigkeit → sofortige Gelenkpunktion (Zell-, Glukose-, Laktat-Kultur), i
MANAGEMENT	M: Fieber, CRP, Gelenkfunktion, Infektfokus E: septische Arthritis möglich → sofortige Punktion/Klinik ÜW: Rheumatologie/Klinik bei Fieber + Arthritis
PITFALLS	INT: NSAR bei CKD/GI-Risiko vorsichtig PIT: Polyarthritis mit Fieber als „Rheumaschub“ abtun WARN: hochfieberhaftes Gelenk, Immunsuppression, Sepsiszeichen
PATIENTENHINWEIS	Fieber plus Gelenkentzündung braucht rasche Abklärung, weil Infektion möglich ist.
EVIDENZ	Literatur: Pinals RS NEJM 1994, Selmi/Gershwin Autoimmun Rev 2014

Hitze-erschöpfung

Hitze-erschöpfung Notfall-medicin / Allgemein-medicin FATAL ●	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	MD: Körper-temperatur, Blutdruck, Puls, Elektrolyte, Dehydratation ED: Labor und Klinik bei Verdacht Hitzschlag
THERAPIE	ERSTLINIE: Kühlung kühle Umgebung ESKALATION 2: orale oder i.v. Flüssigkeit 1–2 l Flüssigkeit ESKALATION 3: Elektrolyt-ersatz Elektrolyte DAUER: Stunden ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Reproduzierbarer Druckschmerz, bewegungsabhängig. 2) Lage-/bewegungsabhängig? → Perikard
MANAGEMENT	M: Vitalparameter kontinuierlich E: Temperatur >40 °C oder Bewusstseins-störung → Notfall ÜW: Klinik
PITFALLS	INT: Diuretika erhöhen Dehydratations-risiko PIT: Hitze-erschöpfung als einfache Müdigkeit interpretieren WARN: Bewusstseins-verlust, Krampf
PATIENTENHINWEIS	Bei Hitze sofort kühlen und ausreichend trinken.
EVIDENZ	Leitlinie: Literatur: Bösner BMC 2010, ESC Chest Pain 2019

Clexane - Cephalexin

clexane - Cephalexin Notfälle & Wundmanagement FATAL ●	
UK: Notfälle & Wundmanagement	
DIAGNOSTIK	<p>MD: Clexane 4000 = Enoxaparin 40 mg = 4000 Anti-Xa-IE (Sanofi). Thromboseprophylaxe/Therapie/ACS. Schürfwunde im Gips: Hauptrisiko Kompartmentsyndrom – "pain out of proportion". Erstmaßnahme: Gips öffnen, ED: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Cephalexin 500 mg 4× tägl. (oder 1 g 2–3× tägl.) für 5–7 Tage bei Cellulitis durch MSSA/Strep. pyogenes. GFR >50: normale Dosis; GFR 10–50: 500 mg q8–12h; GFR <10: 250–500 mg q12–24h. ESKALATION 2: [aus Leitlinien ergänzt] ESKALATION 3: [aus Leitlinien ergänzt] DAUER: Kontrolle nach 24–48 h bei Antibiotikatherapie. Bei persistierendem Castschmerz: sofort chirurgische Vorstellung. ABSETZREGEL: Antibiotikum-Kurs vollständig einnehmen; kein vorzeitiges Absetzen</p>
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Gips sofort öffnen – erste Maßnahme vor jedem Antibiotikum. Wunde spülen, Komresse.
MANAGEMENT	<p>M: Gips sofort öffnen – erste Maßnahme vor jedem Antibiotikum. Wunde spülen, Komresse. E: [aus Leitlinien ergänzt] UW: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
PITFALLS	<p>INT: [aus Leitlinien ergänzt] PIT: Kompartmentsyndrom bei Cast übersehen; Antibiotikum vor Gips-Öffnung starten; MRSA nicht bedenken. WARN: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
PATIENTENHINWEIS	Im Hausarzt-Setting: Cast öffnen möglich (Gipsschere), Cellulitis oral behandelbar. Einweisung bei systemischen Zeichen, Kompartimentverdacht, Immunsuppression.
HAUSÄRZTLICH	Im Hausarzt-Setting: Cast öffnen möglich (Gipsschere), Cellulitis oral behandelbar. Einweisung bei systemischen Zeichen, Kompartimentverdacht, Immunsuppression.
EVIDENZ	<p>RCT: Cephalexin vs. Clindamycin bei unkomplizierter Cellulitis (Miller LG, NEJM 2015) Leitlinie: IDSA Skin & Soft Tissue Infection Guidelines 2014</p>

Ausgeprägter Sonnen-brand Grad I–II


Ausgeprägter Sonnen-brand Grad I–II Dermatologie / Allgemein-medizin COMMON ●	
UK: 21 Selbst-management des Patienten	
DIAGNOSTIK	<p>MD: Ausdehnung, Blasen-bildung, Schmerz, Fieber, Dehydratation, Sonnenstich-zeichen ED: Dermatologie/Klinik bei großflächigen Blasen, Kindern, Immunsuppression oder Infektion</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Kühlung kühle Umschläge (max. Ibuprofen 2400 mg/d, Paracetamol 3–4 g/d) ESKALATION 2: Dexpanthenol- oder Feuchtigkeits-pflege mehrmals täglich ESKALATION 3: Ibuprofen oder Paracetamol 400 mg oder 500–1000 mg DAUER: Stunden bis Tage ABSETZREGEL: Nach Symptomkontrolle absetzen; Kurzzeittherapie: abrupt absetzbar; Magenprotektion bei >5 d</p>
MANAGEMENT	<p>M: Schmerz, Blasen, Infektzeichen nach 24–48 h E: Blasen großflächig, Fieber, Schüttelfrost, Kreislauf → ärztlich ÜW: Dermatologie/Klinik bei Grad II großflächig</p>
PITFALLS	<p>INT: NSAR bei CKD/GI-Risiko vorsichtig PIT: Blasen eröffnen oder weiter Sonne exponieren WARN: Fieber, starke Schmerzen, eitrige Sekretion, Kreislaufprobleme</p>

PATIENTENHINWEIS	Blasen intakt lassen; Sonne strikt meiden, bis die Haut abgeheilt ist.
EVIDENZ	Kortison-Creme kurzfristig bei ausgeprägtem Erythem möglich (Evidenz begrenzt)

Reibungs-blase nach Marathon

Reibungs-blase nach Marathon Sport-medizin / Dermatologie COMMON 	
UK: 21 Selbst-management des Patienten	
DIAGNOSTIK	MD: Blasengröße, Lokalinfektzeichen, Diabetes/pAVK-Risiko, Schuh-/Sockenanalyse ED: ärztliche Kontrolle bei Infektion, Diabetesfuß oder tiefer Wunde
THERAPIE	ERSTLINIE: Hydrokolloid-Pflaster Compeed bei Belastung ESKALATION 2: Dexpanthenol 1–2×/d ESKALATION 3: Reibungs-prävention Anti-Reibungs-Stick, Laufsocken DAUER: Tage ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Rötung, Eiter, Schmerz, Heilung nach 2–3 Tagen E: Infektzeichen → ärztliche Kontrolle ÜW: Dermatologie/Podologie bei Risikofuß
PITFALLS	INT: — kein Inhalt PIT: Blase unnötig eröffnen und infizieren WARN: zunehmende Rötung, Eiter, Fieber, Diabetesfuß
PATIENTENHINWEIS	Blasen möglichst schützen, nicht aufreißen; Druck und Reibung reduzieren.

Mepitel - Lavanid Verbrühungswunde

Mepitel - Lavanid Verbrühungswunde Notfälle & Wundmanagement COMMON 	
UK: Notfälle & Wundmanagement	
DIAGNOSTIK	<p>MD: Lavanid = Polyhexanid (PHMB): antiseptische Wundspüllösung, antibakteriell gegen Biofilm, kaum zytotoxisch, schmerzarm → Wundreinigung vor Verbandanlage. Mepitel = Polyamidnetz mit Safetac-Silikon: ha</p> <p>ED: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Wundversorgung Verbrühung: 1. Lavanid (PHMB) zur Spülung/Reinigung. 2. Mepitel als Wundkontaktaufgabe. 3. Sekundärverband (Komresse/Schaumverband)</p> <p>ESKALATION 2: Verbandwechsel alle 1–3 Tage.</p> <p>ESKALATION 3: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>DAUER: Verbandwechsel alle 1–3 Tage. Kontrolle auf Infektzeichen (Rötung, Eiter, Fieber, Schmerzzunahme).</p> <p>ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Keine systemische Medikation bei oberflächlicher Verbrühung. Analgesie: Ibuprofen/Paracetamol nach Bedarf.
MANAGEMENT	<p>M: Keine systemische Medikation bei oberflächlicher Verbrühung. Analgesie: Ibuprofen/Paracetamol nach Bedarf.</p> <p>E: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>UW: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
PITFALLS	<p>INT: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>PIT: PVP-Jod/Alkohol auf frischen Wunden: zytotoxisch, behindert Granulation. Mepitel ohne Sekundärverband: kein Exsudatmanagement. Einweisungsindikationen (großflächig, Nekrose) übersehen.</p> <p>WARN: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
PATIENTENHINWEIS	Im Hausarzt-Setting: Mepitel + Lavanid in der Praxis vorhalten. Verbandwechsel-Anleitungen für Patienten. Einweisung bei >5 % KOF, Hände/Gesicht/Genitalien, Nekrose.
HAUSÄRZTLICH	Im Hausarzt-Setting: Mepitel + Lavanid in der Praxis vorhalten. Verbandwechsel-Anleitungen für Patienten. Einweisung bei >5 % KOF, Hände/Gesicht/Genitalien, Nekrose.
EVIDENZ	<p>EWMA-Konsensus Wundantiseptika (Dissemond et al.)</p> <p>Leitlinie: Keine spezifische AWMF-Leitlinie Verbrühung hausärztlich; Wundversorgung: European Wound Management Association (EWMA)</p>

Kardiologie

17 Karten · ● Fatal: 2 ● High-Impact: 12 ● Common: 3

Kardiovaskuläre Erkrankungen sind die führende Todesursache in der industrialisierten Welt. Im hausärztlichen Alltag stehen Ersteinstellung bei Hypertonie, Langzeitführung von KHK und Herzinsuffizienz sowie die Interpretation unspezifischer Thoraxsymptome im Vordergrund. Zwei FATAL-Einträge markieren Situationen, in denen Verzögerung direkte Mortalitätsrelevanz hat; zwölf HIGH-IMPACT-Einträge spiegeln häufige, konsequenzreiche Fehler wider.

Vorhofflimmern neu diagnostiziert

Vorhofflimmern neu diagnostiziert Kardiologie FATAL ●	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: EKG, Puls-unregelmäßigkeit, CHA ₂ DS ₂ -VASc-Score, Blutdruck, TSH ED: Echo-kardiographie, Langzeit-EKG
THERAPIE	ERSTLINIE: Apixaban 5 mg 2×/d ESKALATION 2: Metoprolol 25 mg 2×/d ESKALATION 3: Amiodaron bei Rhythmus-kontrolle nach Facharzt-indikation DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Über 2–4 Wochen ausschleichen; abruptes Absetzen → Rebound-Tachykardie/Angina möglich
MANAGEMENT	M: Herzfrequenz, Blutdruck, Blutungs-risiko E: Symptome oder Tachykardie persistierend → Rhythmus-strategie ÜW: Kardiologie
PITFALLS	INT: DOAK + NSAID → Blutungs-risiko PIT: Antikoagulation bei hohem Score nicht beginnen WARN: Synkope, Herz-insuffizienz-symptome
PATIENTENHINWEIS	Vorhofflimmern erhöht das Schlaganfall-risiko – Antikoagulation schützt.

Vorhofflattern

Vorhofflattern Kardiologie FATAL ●	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: EKG mit typischem Säge-zahn-Muster, Puls, Blutdruck ED: Echo-kardiographie, Elektro-physiologie
THERAPIE	ERSTLINIE: Apixaban 5 mg 2×/d ESKALATION 2: Metoprolol 25 mg 2×/d ESKALATION 3: elektrische Kardioversion nach Klinik-protokoll DAUER: Tage ABSETZREGEL: Über 2–4 Wochen ausschleichen; abruptes Absetzen → Rebound-Tachykardie/Angina möglich
MANAGEMENT	M: Herzfrequenz, Symptome E: persistierendes Flattern → Ablation erwägen ÜW: Kardiologie
PITFALLS	INT: DOAK + NSAID → Blutungs-risiko PIT: Vorhofflattern als Sinus-tachykardie interpretieren WARN: Synkope, Herz-insuffizienz
PATIENTENHINWEIS	Rhythmus-störungen sollten früh kardiologisch abgeklärt werden.

Arterielle Hypertonie

Arterielle Hypertonie Kardiologie HIGH-IMPACT	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: wiederholte RR-Messung, 24h-RR, Kreatinin/eGFR, Na/K, Urinstatus, EKG ED: Echo, Nierenarterien-Doppler, Schlafapnoe-Diagnostik, endokrine Abklärung
THERAPIE	ERSTLINIE: Ramipril 2,5 mg (Ziel: 5–10 mg, max. 10 mg) ESKALATION 2: Candesartan 8 mg (Ziel: 16–32 mg, max. 32 mg) ESKALATION 3: Amlodipin 5 mg (Ziel: 5–10 mg, max. 10 mg) DAUER: 2–4 Wochen ABSETZREGEL: Dauermedikation bei Hypertonie/Herzinsuffizienz; Absetzen nur nach Rücksprache → Blutdruck-Rebound möglich
MANAGEMENT	M: RR-Kontrolle nach 2–4 Wochen, Elektrolyte/eGFR nach ACE-Hemmer-Start E: RR >140/90 trotz Therapie → Kombinationstherapie ÜW: Kardiologie/Nephrologie bei therapieresistenter Hypertonie
PITFALLS	INT: ACE-Hemmer/ARB + kaliumsparende Diuretika → Hyperkaliämie PIT: Diagnose nach Einzelmessung stellen WARN: RR ≥180/120 + Organsymptome → Notfall
PATIENTENHINWEIS	Blutdruck zuhause dokumentieren; mehrere Messungen sind aussagekräftiger als Einzelwerte.

Hyperlipidämie

Hyperlipidämie Kardiologie / Prävention HIGH-IMPACT	
UK: 2 Therapiezieldefinition	
DIAGNOSTIK	MD: LDL, HDL, TG, Gesamtcholesterin, Leberwerte, CK bei Risiko, TSH ED: Lp(a), Koronarkalk-Score bei unklarer Risikolage, Lipidambulanz
THERAPIE	ERSTLINIE: Atorvastatin 10 mg/d (Ziel: 20–40 mg/d, max. 80 mg/d) ESKALATION 2: Rosuvastatin 5 mg/d (Ziel: 10–20 mg/d, max. 40 mg/d) ESKALATION 3: Ezetimib 10 mg/d (max. 10 mg/d) DAUER: 4–6 Wochen ABSETZREGEL: Dauermedikation; abruptes Absetzen bei ACS/Stroke kurzfristig vermeiden (Rebound-Entzündung)
MANAGEMENT	M: LDL-Kontrolle nach 6–8 Wochen E: LDL über Ziel → Dosissteigerung oder Kombination ÜW: Lipidambulanz bei LDL ≥190 mg/dl oder familiärem Verdacht
PITFALLS	INT: Statin + starke CYP3A4-Hemmer → Myopathierisiko PIT: Therapie nur nach Gesamtcholesterin steuern WARN: Muskelschmerzen + CK-Erhöhung
PATIENTENHINWEIS	Statine senken Langzeitrisiko; die Wirkung merkt man meist nicht direkt.

Hypercholesterinämie / hohes LDL

Hypercholesterinämie / hohes LDL Kardiologie / Prävention HIGH-IMPACT	
UK: 2 Therapiezieldefinition	
DIAGNOSTIK	MD: LDL, HDL, TG, Gesamtcholesterin, Blutdruck, Diabetesstatus, TSH, Leberwerte ED: Lp(a), ApoB, Koronarkalk-Score bei unklarer Risikolage
THERAPIE	ERSTLINIE: Atorvastatin 10–20 mg/d (Ziel: 20–40 mg/d, max. 80 mg/d) ESKALATION 2: Rosuvastatin 5–10 mg/d (Ziel: 10–20 mg/d, max. 40 mg/d) ESKALATION 3: Ezetimib 10 mg/d (max. 10 mg/d) DAUER: 4–6 Wochen ABSETZREGEL: Dauermedikation; abruptes Absetzen bei ACS/Stroke kurzfristig vermeiden (Rebound-Entzündung)
MANAGEMENT	M: LDL-Kontrolle nach 6–8 Wochen, Leberwerte bei Symptomen/Risiko E: LDL über Ziel → Dosis erhöhen oder Ezetimib ergänzen ÜW: Lipidambulanz bei LDL ≥190 mg/dl oder familiärem Verdacht
PITFALLS	INT: Statine + starke CYP3A4-Hemmer → Myopathierisiko PIT: nur Gesamtcholesterin statt LDL-Risiko behandeln WARN: Muskelschmerz + CK-Anstieg, familiäre Frühereignisse
PATIENTENHINWEIS	LDL-Therapie senkt Langzeitrisiko; Wirkung spürt man nicht direkt.
HAUSÄRZTLICH	Übersicht für Praxisorganisation

Palpitationen / Extrasystolen

Palpitationen / Extrasystolen Kardiologie HIGH-IMPACT	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	MD: Anamnese Trigger, Puls, RR, EKG, TSH, Elektrolyte, Hb ED: Langzeit-EKG, Echo, Belastungsdiagnostik bei Risikoprofil
THERAPIE	ERSTLINIE: Triggerreduktion Koffein/Stress reduzieren ESKALATION 2: Magnesium nur bei Mangel nach Labor ESKALATION 3: Betablocker bei symptomatischer Indikation Bisoprolol 1,25–2,5 mg/d (Ziel: 2,5–5 mg/d, max. 10 mg/d) DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Symptomtagebuch, Puls, EKG-Verlauf E: Synkope, Thoraxschmerz, strukturelle Herzerkrankung → rasche Abklärung ÜW: Kardiologie bei Belastungssymptomatik oder pathologischem EKG
PITFALLS	INT: Betablocker + Bradykardie/AV-Block beachten PIT: Palpitationen pauschal als Angst werten WARN: Synkope, Thoraxschmerz, Dyspnoe, familiärer plötzlicher Herztod
PATIENTENHINWEIS	Extrasystolen sind oft harmlos, aber Warnzeichen müssen aktiv geprüft werden.
EVIDENZ	Leitlinie: Fibromyalgie-Syndrom: Diagnose nach ACR-Kriterien (WPI ≥7 + SS ≥5 oder WPI 3-6 + SS ≥9)


Thorax-schmerz junge Frau nach Infekt

Thorax-schmerz junge Frau nach Infekt Allgemeinmedizin / Kardiologie HIGH-IMPACT	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	MD: Vitalparameter, SpO ₂ , EKG, Auskultation, Schmerz-charakter, Red Flags ED: Troponin, D-Dimer, Echo/Röntgen je Risiko
THERAPIE	ERSTLINIE: NSAR bei Kostochondritis/Pleuritis Ibuprofen 400 mg (max. 2400 mg/d) ESKALATION 2: Paracetamol 500–1000 mg (max. 3–4 g/d) ESKALATION 3: Beobachtung mit Safety-Netting DAUER: Stunden bis Tage ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Schmerzverlauf, Dyspnoe, Fieber 24–72 h E: Dyspnoe, Synkope, Hypoxie, EKG-Veränderung → Notfall ÜW: Kardiologie/Klinik bei Red Flags
PITFALLS	INT: NSAR bei CKD/GI-Risiko vermeiden PIT: junge Patientin automatisch als niedriges Risiko einstufen WARN: Belastungs-schmerz, Synkope, Hypoxie
PATIENTENHINWEIS	Ohne Warnzeichen oft gutartig; neue Luftnot oder Synkope sofort abklären.

Lipoprotein(a)-Erhöhung

Lipoprotein(a)-Erhöhung Kardiologie / Prävention HIGH-IMPACT	
UK: 19 Präventions-management	
DIAGNOSTIK	MD: einmalige Lp(a)-Bestimmung, LDL, Gesamt-risiko, Familien-anamnese ED: Lipidambulanz, genetische Risiko-beratung bei starker Familien-belastung
THERAPIE	ERSTLINIE: LDL-Senkung konsequent Atorvastatin 10–20 mg (max. Atorvastatin 80 mg) ESKALATION 2: Atorvastatin oder Rosuvastatin Rosuvastatin 5–10 mg (max. Rosuvastatin 40 mg) ESKALATION 3: Ezetimib/PCSK9 bei Hochrisiko Ezetimib 10 mg (max. Ezetimib 10 mg) DAUER: LDL 4–8 Wochen ABSETZREGEL: Dauermedikation; abruptes Absetzen bei ACS/Stroke kurzfristig vermeiden (Rebound-Entzündung)
MANAGEMENT	M: LDL nach 6–8 Wochen, Risiko regelmäßig neu bewerten E: hohes Lp(a) + hohes LDL/Familienanamnese → aggressive Risikoreduktion ÜW: Lipidambulanz bei sehr hohem Lp(a) oder Frühereignissen
PITFALLS	INT: Statine + starke CYP3A4-Hemmer → Myopathie PIT: Lp(a) wiederholt messen statt einmalig einordnen WARN: familiäre Frühinfarkte, LDL stark erhöht
PATIENTENHINWEIS	Lp(a) ist genetisch; wichtig ist konsequente Senkung des Gesamtrisikos.


Statin-therapie bei jungem Hoch-risiko-patienten

Statin-therapie bei jungem Hoch-risiko-patienten Kardiologie / Prävention HIGH-IMPACT 	
UK: 2 Therapie-ziel-definition	
DIAGNOSTIK	MD: Familien-anamnese, LDL, HDL, TG, Blutdruck, Diabetes-status, Rauchen, SCORE2/SCORE2-OP nicht isoliert bei <40 J. ED: Lp(a), ApoB, Lipid-ambulanz bei Früh-ereignissen
THERAPIE	ERSTLINIE: Atorvastatin 10–20 mg/d (max. 80 mg/d) ESKALATION 2: Rosuvastatin 5–10 mg/d (max. 40 mg/d) ESKALATION 3: Ezetimib 10 mg/d (max. 10 mg/d) DAUER: 4–8 Wochen ABSETZREGEL: Dauermedikation; abruptes Absetzen bei ACS/Stroke kurzfristig vermeiden (Rebound-Entzündung)
MANAGEMENT	M: LDL nach 6–8 Wochen, Nebenwirkungen aktiv erfragen E: LDL über Ziel oder starke Familien-anamnese → Intensivierung ÜW: Lipid-ambulanz bei familiärem Verdacht oder Früh-ereignissen
PITFALLS	INT: Statin + starke CYP3A4-Hemmer → Myopathie-risiko PIT: junges Alter als automatisch niedriges Risiko werten WARN: familiäre Früh-infarkte, Apoplex, Aorten-aneurysma
PATIENTENHINWEIS	Bei starker Familien-anamnese kann Statin-therapie auch jung sinnvoll sein.


Erhöhtes Lipoprotein(a) / LDL 124

Erhöhtes Lipoprotein(a) / LDL 124 Kardiologie / Prävention HIGH-IMPACT 	
UK: 19 Präventions-management	
DIAGNOSTIK	MD: LDL, Non-HDL, TG, Blutdruck, Diabetesstatus, Familien-anamnese, Lp(a) einmalig einordnen ED: ApoB, Koronar-kalk-score, Lipid-ambulanz bei hohem Risiko
THERAPIE	ERSTLINIE: Lebensstil Bewegung/Ernährung (max. Atorvastatin 80 mg, Rosuvastatin 40 mg, Ezetimib 10 mg) ESKALATION 2: LDL-Senkung mit Statin Atorvastatin 10–20 mg oder Rosuvastatin 5–10 mg ESKALATION 3: Ezetimib bei Zielverfehlung 10 mg/d DAUER: 4–8 Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: LDL nach 6–8 Wochen, Risiko periodisch neu bewerten E: hohes Lp(a) + Familienanamnese/hohes LDL → intensivere Prävention ÜW: Lipid-ambulanz bei sehr hohem Lp(a) oder Früh-ereignissen
PITFALLS	INT: Statin-interaktionen beachten PIT: Lp(a) wiederholt messen statt Gesamt-risiko zu behandeln WARN: familiäre Früh-infarkte, Schlaganfall, LDL stark erhöht
PATIENTENHINWEIS	Lp(a) ist genetisch; behandelbar ist vor allem das übrige Risiko, besonders LDL.


Arterielle Hypertonie Erstdiagnose

Arterielle Hypertonie Erstdiagnose Kardiologie / Allgemeinmedizin HIGH-IMPACT 	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: wiederholte RR-Messung, Lang-zeit-blutdruck, Kreatinin, Elektrolyte, Urin-status, EKG ED: Echo-kardiographie, Nieren-arterien-Doppler bei sekundärem Verdacht
THERAPIE	ERSTLINIE: Ramipril 2,5 mg/d (Ziel: 5–10 mg/d, max. Ramipril 10 mg/d) ESKALATION 2: Amlodipin 5 mg/d (Ziel: 5–10 mg/d, max. Amlodipin 10 mg/d) ESKALATION 3: Hydrochlorothiazid 12,5 mg/d (Ziel: 12,5–25 mg/d, max. HCT 25 mg/d) DAUER: 2–4 Wochen ABSETZREGEL: Dauermedikation bei Hypertonie/Herzinsuffizienz; Absetzen nur nach Rücksprache → Blutdruck-Rebound möglich
MANAGEMENT	M: RR-Kontrolle alle 4 Wochen initial E: RR \geq 140/90 trotz Therapie → Kombination ÜW: Kardiologie bei Therapieresistenz
PITFALLS	INT: ACE-Hemmer + kalium-sparende Diuretika → Hyperkaliämie PIT: Diagnose nach nur einer RR-Messung WARN: RR \geq 180/120 mmHg + Symptome → hypertensive Krise
PATIENTENHINWEIS	Blutdruck regelmäßig zu Hause messen verbessert die Therapie.


Herzinsuffizienz chronisch

Herzinsuffizienz chronisch Kardiologie HIGH-IMPACT 	
UK: 3 Monitoring chronischer Erkrankungen	
DIAGNOSTIK	MD: BNP/NT-proBNP, Echo-kardiographie, EKG, Kreatinin, Elektrolyte ED: Kardio-MRT, Koronarangiographie bei Ursache-suche
THERAPIE	ERSTLINIE: Ramipril 2,5 mg/d (Ziel: 10 mg/d) ESKALATION 2: Bisoprolol 1,25 mg/d (Ziel: 10 mg/d) ESKALATION 3: Spironolacton 25 mg/d (Ziel: 25–50 mg/d) DAUER: Wochen ABSETZREGEL: Über 2–4 Wochen ausschleichen; abruptes Absetzen → Rebound-Tachykardie/Angina möglich
MANAGEMENT	M: Gewicht täglich, BNP, Elektrolyte alle 3 Monate E: Dyspnoe-zunahme oder Gewicht +2 kg → Therapie-anpassung ÜW: Kardiologie
PITFALLS	INT: ACE-Hemmer + Kalium-sparende Diuretika → Hyperkaliämie PIT: Betablocker zu schnell titrieren WARN: Lungen-ödem, Synkope
PATIENTENHINWEIS	Gewicht täglich kontrollieren hilft Exazerbationen früh zu erkennen.


Periphere arterielle Verschluss-krankheit (pAVK)

Periphere arterielle Verschluss-krankheit (pAVK) Angiologie / Kardiologie HIGH-IMPACT 	
UK: 19 Präventions-management	
DIAGNOSTIK	MD: Knöchel-Arm-Index (ABI), Puls-status, Geh-strecke, Lipid-profil ED: Duplex-arterien, CT-Angiographie
THERAPIE	ERSTLINIE: ASS 100 mg/d (Ziel: LDL <70 mg/dl) ESKALATION 2: Atorvastatin 20–40 mg/d ESKALATION 3: Geh-training 30 min täglich DAUER: Wochen ABSETZREGEL: Dauermedikation; abruptes Absetzen bei ACS/Stroke kurzfristig vermeiden (Rebound-Entzündung)
MANAGEMENT	M: Geh-strecke, ABI jährlich E: Ruheschmerz oder Ulkus → Gefäß-chirurgie ÜW: Angiologie
PITFALLS	INT: ASS + Antikoagulanzen → Blutungs-risiko PIT: Beinschmerz als Muskel-problem fehlinterpretieren WARN: Ruheschmerz, Nekrose
PATIENTENHINWEIS	Regelmäßiges Geh-training verbessert die Durchblutung.
HAUSÄRZTLICH	Stationäre Einweisung erwägen

Herz-insuffizienz – Labor-monitoring

Herz-insuffizienz – Labor-monitoring Kardiologie / Allgemein-medizin HIGH-IMPACT 	
UK: 3 Monitoring chronischer Erkrankungen	
DIAGNOSTIK	MD: NT-proBNP/BNP, Kreatinin/eGFR, Kalium, Natrium, Hb, TSH, Ferritin, Transferrin-sättigung ED: Echo-kardiographie, Kardiologie bei Dekompensation oder Therapie-komplexität
THERAPIE	ERSTLINIE: ACE-Hemmer/ARB/ARNI niedrig starten, z. B. Ramipril 2,5 mg ESKALATION 2: Betablocker Bisoprolol 1,25 mg ESKALATION 3: MRA oder SGLT2-Hemmer Spironolacton 25 mg oder Empagliflozin 10 mg DAUER: Wochen bis Monate ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: eGFR/Kalium 1–2 Wochen nach RAAS/MRA-Start, dann regelmäßig E: Kalium hoch, Kreatinin-anstieg, Hyponatriämie, Dyspnoe → Therapie anpassen ÜW: Kardiologie bei Instabilität oder unklarer EF
PITFALLS	INT: ACE/ARB/ARNI + MRA + NSAR → Nieren-/Hyperkaliämie-risiko PIT: Kalium/eGFR nach Therapie-start nicht kontrollieren WARN: rasche Gewichtszunahme, Orthopnoe, Synkope
PATIENTENHINWEIS	Labor-kontrollen verhindern gefährliche Nebenwirkungen der Herz-medikamente.


SCORE2-Risiko-stratifizierung

SCORE2-Risiko-stratifizierung Allgemeinmedizin / Kardiologie COMMON 	
UK: 2 Therapie-ziel-definition	
DIAGNOSTIK	MD: Alter, Geschlecht, Rauchen, systolischer RR, Gesamt-cholesterin, HDL, Familien-anamnese ED: Lp(a), ApoB, Koronar-kalk-score bei unklarer Risiko-lage
THERAPIE	ERSTLINIE: Lebensstil-intervention Bewegung ≥ 150 min/Woche ESKALATION 2: Statin je Risiko z. B. Atorvastatin 10–20 mg/d ESKALATION 3: Blutdruck-kontrolle je RR DAUER: Wochen bis Monate ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Risiko alle 1–5 Jahre je Profil, LDL nach Therapie-start E: hohes Risiko oder Familien-anamnese \rightarrow präventive Therapie prüfen ÜW: Kardiologie/Lipid-ambulanz bei unklarer Hoch-risiko-konstellation
PITFALLS	INT: — kein Inhalt PIT: SCORE2 mechanisch nutzen, ohne Familien-anamnese zu berücksichtigen WARN: Früh-ereignisse in Familie, LDL stark erhöht
PATIENTENHINWEIS	Risiko-rechner helfen, ersetzen aber nicht die klinische Gesamt-einschätzung.

ApoB / kardiovaskuläre Risiko-marker

ApoB / kardiovaskuläre Risiko-marker Kardiologie / Prävention COMMON 	
UK: 2 Therapie-ziel-definition	
DIAGNOSTIK	MD: LDL, HDL, TG, Gesamt-cholesterin, Blutdruck, Familien-anamnese, Diabetes-status ED: ApoB, Lp(a), ggf. Koronar-kalk-score bei unklarer Risiko-lage
THERAPIE	ERSTLINIE: Lebensstil Ernährung/Bewegung (max. Atorvastatin 80 mg, Rosuvastatin 40 mg) ESKALATION 2: Statin je Gesamt-risiko Atorvastatin 10–20 mg oder Rosuvastatin 5–10 mg (max. Ezetimib 10 mg) ESKALATION 3: Ezetimib bei Zielverfehlung 10 mg/d DAUER: 4–8 Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: LDL/ApoB nach Therapie-start, Risiko periodisch neu bewerten E: ApoB hoch trotz akzeptablem LDL \rightarrow Risiko neu einstufen ÜW: Lipid-ambulanz bei familiärem Verdacht
PITFALLS	INT: Statin-interaktionen beachten PIT: LDL allein betrachten, obwohl TG/ApoB-Konstellation abweicht WARN: familiäre Früh-ereignisse, LDL ≥ 190 mg/dl
PATIENTENHINWEIS	ApoB kann Risiko besser abbilden, wenn Partikelzahl relevant ist.

Statin-entscheidung bei 5–10 % Risiko

Statin-entscheidung bei 5–10 % Risiko Kardiologie / Prävention COMMON 	
UK: 2 Therapie-ziel-definition	
DIAGNOSTIK	MD: LDL, HDL, TG, Blutdruck, Rauchen, Diabetesstatus, Familien-anamnese, SCORE2/ASCVD-Kontext ED: Lp(a), ApoB, Koronar-kalk-score bei unklarer Entscheidung
THERAPIE	ERSTLINIE: Lebensstil Ernährung/Bewegung ESKALATION 2: Atorvastatin 10 mg/d (Ziel: 10–20 mg/d) ESKALATION 3: Pravastatin oder Rosuvastatin niedrig dosiert Pravastatin 20–40 mg oder Rosuvastatin 5 mg/d DAUER: 4–8 Wochen ABSETZREGEL: Dauermedikation; abruptes Absetzen bei ACS/Stroke kurzfristig vermeiden (Rebound-Entzündung)
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Lebensstil zuerst
MANAGEMENT	M: LDL nach 6–8 Wochen, Nebenwirkungen, gemeinsame Zielklärung E: zusätzliche Risiko-verstärker → Statin eher empfehlen ÜW: Lipid-ambulanz bei familiärem Verdacht
PITFALLS	INT: Statine + CYP3A4-Hemmer → Myopathie-risiko PIT: Grenfrisiko ohne Shared Decision behandeln oder ignorieren WARN: LDL ≥190 mg/dl, familiäre Früh-ereignisse
PATIENTENHINWEIS	Bei mittlerem Risiko ist die Entscheidung gemeinsam zu treffen – Risiko-verstärker zählen.
EVIDENZ	Leitlinie: ACC/AHA Leitlinien

Pneumologie

16 Karten · ● Fatal: 1 ● High-Impact: 9 ● Common: 6

Pneumologische Erkrankungen reichen von der harmlosen akuten Bronchitis bis zur lebensbedrohlichen Exazerbation der COPD oder des Asthmas. Dieses Kapitel fokussiert auf die pragmatische Diagnostik im Praxissetting, die korrekte Stufentherapie und die Eskalationskriterien für die stationäre Einweisung. Besonderes Augenmerk gilt der Inhalationstechnik und der Compliance-Förderung als häufigste Ursache therapeutischer Misserfolge.


Asthma in Schwangerschaft

Asthma in Schwangerschaft Pneumologie / Gynäkologie FATAL ●	
UK: 13 Management bei Schwangerschaft	
DIAGNOSTIK	MD: Symptomfrequenz, SABA-Bedarf, SpO ₂ , Peak-Flow/Spirometrie, Exazerbationen ED: Pneumologie/Gyn bei unkontrolliertem Asthma, ggf. FeNO
THERAPIE	ERSTLINIE: Budesonid Budesonid 200 µg 1–2×/d ESKALATION 2: Budesonid-Formoterol nach Stufe ESKALATION 3: Salbutamol 100 µg 1–2 Hübe Bedarf DAUER: Minuten bis Wochen ABSETZREGEL: Nicht abrupt absetzen bei Langzeittherapie; schrittweise Dosisreduktion; lokale NW (Soor) durch Mundspülen minimieren
MANAGEMENT	M: Kontrolle alle 4–6 Wochen bei instabilem Verlauf, SABA-Bedarf dokumentieren E: zunehmende Dyspnoe oder SABA-Anstieg → Therapie eskalieren ÜW: Pneumologie/Gyn bei schlechter Kontrolle
PITFALLS	INT: LABA nicht ohne ICS PIT: Asthmamedikation aus Angst vor Schwangerschaft absetzen WARN: Hypoxie gefährdet Mutter und Fetus
PATIENTENHINWEIS	Gute Asthmakontrolle schützt auch das Kind.


COPD

COPD Pneumologie HIGH-IMPACT ●	
UK: 3 Monitoring chronischer Erkrankungen	
DIAGNOSTIK	MD: Spirometrie, SpO ₂ , Exazerbationsanamnese, Raucherstatus, CAT/mMRC ED: Bodyplethysmographie, DLCO, CT Thorax bei Diskrepanz/Red Flags
THERAPIE	ERSTLINIE: Tiotropium 18 µg 1×/d ESKALATION 2: Salmeterol 50 µg 2×/d ESKALATION 3: Budesonid-Formoterol 160/4,5 µg nach Schema DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Nicht abrupt absetzen bei Langzeittherapie; schrittweise Dosisreduktion; lokale NW (Soor) durch Mundspülen minimieren
MANAGEMENT	M: Symptomlast, Exazerbationen, Spirometrie jährlich, Inhalationstechnik E: ≥2 Exazerbationen/Jahr → Therapieeskalation ÜW: Pneumologie bei GOLD III–IV, Hypoxie oder häufigen Exazerbationen
PITFALLS	INT: Betamimetika können Tachykardie/Tremor verstärken PIT: ICS ohne Exazerbationsrisiko unnötig fortführen WARN: neue Hypoxie, Hämoptyse, Gewichtsverlust
PATIENTENHINWEIS	Rauchstopp ist die wirksamste Maßnahme zur Progressionsverlangsamung.

Asthma bronchiale

Asthma bronchiale Pneumologie HIGH-IMPACT 	
UK: 4 Therapieeskalation	
DIAGNOSTIK	MD: Spirometrie, Peak-Flow, Symptomfrequenz, SABA-Gebrauch, Inhalationstechnik ED: FeNO, Allergiediagnostik, Pneumologie bei unkontrolliertem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Salbutamol 100 µg 1–2 Hübe bei Bedarf ESKALATION 2: Budesonid 200 µg 1–2×/d ESKALATION 3: Budesonid-Formoterol 160/4,5 µg nach SMART-Schema DAUER: Salbutamol Minuten; ICS Wochen ABSETZREGEL: Nicht abrupt absetzen bei Langzeittherapie; schrittweise Dosisreduktion; lokale NW (Soor) durch Mundspülen minimieren
MANAGEMENT	M: Kontrolle nach 4–6 Wochen, Symptomtage, Nachtbeschwerden, Bedarfshübe E: >3 Bedarfshübe/Woche oder nächtliche Symptome → Stufenerhöhung ÜW: Pneumologie bei unkontrolliertem Asthma
PITFALLS	INT: LABA ohne ICS vermeiden PIT: schlechte Inhalationstechnik als Therapieversagen missdeuten WARN: Sprechdyspnoe, SpO ₂ niedrig, Peak-Flow stark reduziert
PATIENTENHINWEIS	Inhalationstechnik ist genauso wichtig wie das Medikament.

Asthma + akuter Infekt, Antibiotikafrage

Asthma + akuter Infekt, Antibiotikafrage Pneumologie / Infektiologie HIGH-IMPACT 	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	MD: Temperatur, SpO ₂ , Atemfrequenz, Auskultation, Peak-Flow, CRP bei Bedarf ED: Thorax-Röntgen bei Pneumonieverdacht
THERAPIE	ERSTLINIE: Salbutamol 100 µg 1–2 Hübe Bedarf ESKALATION 2: Budesonid-Formoterol weiterführen nach Stufe ESKALATION 3: Paracetamol-Ibuprofen 500–1000 mg bzw. 400 mg (max. 3–4 g bzw. 1200–2400 mg je Risiko) DAUER: Minuten bis Tage ABSETZREGEL: Nach Symptomkontrolle absetzen; Kurzzeittherapie: abrupt absetzbar; Magenprotektion bei >5 d
MANAGEMENT	M: SpO ₂ , SABA-Bedarf, Fieberverlauf 24–48 h E: SpO ₂ <94 %, zunehmende Dyspnoe oder Fieberpersistenz → Re-Evaluation/Röntgen ÜW: Pneumologie/Klinik bei Exazerbation oder Pneumonieverdacht
PITFALLS	INT: SABA-Übergebrauch → Tachykardie/Tremor PIT: grünes Sputum automatisch als bakteriell werten WARN: Sprechdyspnoe, Hypoxie, zunehmende Atemarbeit
PATIENTENHINWEIS	Grünes Sputum allein beweist keine bakterielle Infektion.


Asthma-MART bei Infekt + Semaglutid-Komorbidität

Asthma-MART bei Infekt + Semaglutid-Komorbidität Pneumologie / Stoffwechsel HIGH-IMPACT	
UK: 4 Therapieeskalation	
DIAGNOSTIK	MD: Atemfrequenz, SpO ₂ , Peak-Flow/Spirometrie, SABA-Bedarf, Infektzeichen, Gewicht/Diabetesstatus ED: Thorax-Röntgen bei Pneumonieverdacht, Pneumologie bei unkontrolliertem Asthma
THERAPIE	ERSTLINIE: Budesonid/Formoterol MART MART nach Stufe, z. B. 160/4,5 µg ESKALATION 2: Salbutamol Bedarf Salbutamol 100 µg Bedarf ESKALATION 3: Semaglutid bei Adipositas/T2D-Indikation Semaglutid 0,25 mg/Woche DAUER: Formoterol Minuten, ICS Wochen, Semaglutid Monate ABSETZREGEL: Nicht abrupt absetzen bei Langzeittherapie; schrittweise Dosisreduktion; lokale NW (Soor) durch Mundspülen minimieren
MANAGEMENT	M: Bedarfshübe, Symptome, SpO ₂ ; Gewicht/GI-Nebenwirkungen bei Semaglutid E: steigender Relieverbedarf oder Hypoxie → Re-Evaluation ÜW: Pneumologie bei unkontrolliertem Asthma
PITFALLS	INT: LABA nicht ohne ICS; Semaglutid + GI-Symptome/Dehydratation beachten PIT: Infektbedingte Dyspnoe nur als „Erkältung“ abtun WARN: Sprechdyspnoe, SpO ₂ <94%, Thoraxschmerz
PATIENTENHINWEIS	MART bedeutet: ein Inhalator kann Dauer- und Bedarfstherapie sein, aber nach Plan.


COPD-Exazerbation

COPD-Exazerbation Pneumologie HIGH-IMPACT	
UK: 17 Follow-up nach akutem Ereignis	
DIAGNOSTIK	MD: Dyspnoe, SpO ₂ , Auskultation, CRP, Fieber, Sputum ED: Thorax-röntgen, Blutgase bei schwerem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Salbutamol 2 Hübe ESKALATION 2: Prednisolon 30–40 mg/d ESKALATION 3: Amoxicillin-Clavulansäure bei bakterieller Exazerbation 875/125 mg 2×/d DAUER: Stunden bis Tage ABSETZREGEL: Antibiotikum vollständig einnehmen (Kurs abschließen); kein vorzeitiges Absetzen
MANAGEMENT	M: SpO ₂ , Dyspnoe, Peak-flow nach 48 h E: Hypoxie oder respiratorische Insuffizienz → Klinik ÜW: Pneumologie
PITFALLS	INT: Steroide + Diabetes → Hyperglykämie PIT: Exazerbation ohne Inhalations-technik-Check behandeln WARN: Zyanose, Verwirrtheit, starke Dyspnoe
PATIENTENHINWEIS	Inhalations-technik regelmäßig überprüfen verbessert die Therapie.


Asthma bronchiale Dauertherapie

Asthma bronchiale Dauertherapie Pneumologie HIGH-IMPACT 	
UK: 3 Monitoring chronischer Erkrankungen	
DIAGNOSTIK	MD: Spirometrie, Peak-flow, Symptom-score ED: Allergie-test, FeNO
THERAPIE	ERSTLINIE: Budesonid/Formoterol nach Stufe ESKALATION 2: Salbutamol 100 µg Bedarf ESKALATION 3: Montelukast 10 mg/d DAUER: Tage ABSETZREGEL: Nicht abrupt absetzen bei Langzeittherapie; schrittweise Dosisreduktion; lokale NW (Soor) durch Mundspülen minimieren
MANAGEMENT	M: Peak-flow und Symptome monatlich E: häufige Exazerbationen → Therapie-stufe erhöhen ÜW: Pneumologie
PITFALLS	INT: LABA ohne ICS vermeiden PIT: falsche Inhalations-technik WARN: schwere Dyspnoe, Hypoxie
PATIENTENHINWEIS	Inhalations-technik regelmäßig überprüfen.
HAUSÄRZTLICH	49-jähriger, akute Gelenkbeschwerden, CCP-Antikörper positiv: MTX-Einleitung durch Facharzt
EVIDENZ	Leitlinie: 49-jähriger, akute Gelenkbeschwerden, CCP-Antikörper positiv: MTX-Einleitung durch Facharzt


Pneumonie ambulant

Pneumonie ambulant Pneumologie / Infektiologie HIGH-IMPACT 	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Fieber, Husten, Auskultation, SpO ₂ , CRP ED: Thorax-röntgen
THERAPIE	ERSTLINIE: Amoxicillin 1 g 3×/d ESKALATION 2: Doxycyclin 100 mg 2×/d ESKALATION 3: Clarithromycin 500 mg 2×/d DAUER: Tage ABSETZREGEL: Antibiotikum vollständig einnehmen (Kurs abschließen); kein vorzeitiges Absetzen
MANAGEMENT	M: Fieber, Atemfrequenz nach 48 h E: Hypoxie oder Verschlechterung → Klinik ÜW: Pneumologie
PITFALLS	INT: Makrolide + QT-Verlängerung PIT: Pneumonie ohne Röntgen diagnostizieren WARN: SpO ₂ <92 %, Verwirrtheit
PATIENTENHINWEIS	Frühe Antibiotika verbessern den Verlauf bei bakterieller Pneumonie.

Asthma – Symbicort SMART-Stufen-therapie

Asthma – Symbicort SMART-Stufen-therapie Pneumologie HIGH-IMPACT 	
UK: 4 Therapie-eskalation	
DIAGNOSTIK	MD: Symptom-frequenz, SABA-/Reliever-Bedarf, Peak-flow/Spirometrie, Inhalations-technik, Adhärenz ED: FeNO, Allergie-diagnostik, Pneumologie bei unkontrolliertem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Budesonid/Formoterol SMART nach Stufe, z. B. 160/4,5 µg ESKALATION 2: Salbutamol Bedarf 100 µg 1–2 Hübe ESKALATION 3: ICS-Dosis-anpassung individuell DAUER: Formoterol Minuten, ICS Wochen ABSETZREGEL: Nicht abrupt absetzen bei Langzeittherapie; schrittweise Dosisreduktion; lokale NW (Soor) durch Mundspülen minimieren
MANAGEMENT	M: Symptome, Nacht-beschwerden, Reliever-Bedarf nach 4–6 Wochen E: vor Eskalation Technik, Adhärenz, Trigger prüfen ÜW: Pneumologie bei Exazerbationen oder fehlender Kontrolle
PITFALLS	INT: LABA nicht ohne ICS PIT: Therapie eskalieren, ohne Inhalations-technik zu prüfen WARN: Sprech-dyspnoe, SpO ₂ niedrig, Peak-flow stark reduziert
PATIENTENHINWEIS	SMART bedeutet, dass ein Inhalator Dauer- und Bedarfs-therapie sein kann – aber nur nach Plan.
EVIDENZ	SABA als Reliever (GINA-Evidenz A)

COPD – LAMA/LABA-Kombinations-therapie

COPD – LAMA/LABA-Kombinations-therapie Pneumologie HIGH-IMPACT 	
UK: 4 Therapie-eskalation	
DIAGNOSTIK	MD: CAT/mMRC, Exazerbations-anamnese, Spirometrie, SpO ₂ , Eosinophile, Inhalations-technik ED: Bodyplethysmographie, DLCO, CT bei Diskrepanz oder Red Flags
THERAPIE	ERSTLINIE: Tiotropium/Olodaterol nach Präparat 1×/d ESKALATION 2: Indacaterol/Glycopyrronium nach Präparat ESKALATION 3: Umeclidinium/Vilanterol nach Präparat DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Dauermedikation; Absetzen nur in Absprache mit dem behandelnden Arzt
MANAGEMENT	M: Dyspnoe, CAT, Exazerbationen, Inhalations-technik nach 4–12 Wochen E: persistierende Dyspnoe → LAMA/LABA; häufige Exazerbationen + Eos hoch → ICS prüfen ÜW: Pneumologie bei Exazerbationen/Hypoxie
PITFALLS	INT: LABA/LAMA können Tachykardie, Tremor, Mund-trockenheit verstärken PIT: ICS routinemäßig statt risiko-adaptiert einsetzen WARN: Hypoxie, Hämoptyse, Gewichtsverlust, häufige Exazerbationen
PATIENTENHINWEIS	Kombination aus zwei Bronchodilatoren verbessert Luftnot oft stärker als Monotherapie.
EVIDENZ	Vorteil gegenüber Monotherapie: bessere Lungenfunktion, Exazerbationsreduktion (FLAME-Studie)


Normale Lungenfunktion trotz Beschwerden

Normale Lungenfunktion trotz Beschwerden Pneumologie COMMON	
UK: 20 Patientenaufklärung	
DIAGNOSTIK	MD: Spirometrie mit FEV1, FVC, FEV1/FVC, SpO ₂ , Auskultation, Symptomkontext ED: Bronchoprovokation bei Asthmaverdacht, DLCO/Bodyplethysmographie bei Diskrepanz
THERAPIE	ERSTLINIE: keine Eskalation ohne Indikation — kein Inhalt ESKALATION 2: Inhalationstechnik prüfen ESKALATION 3: Ursache differenzialdiagnostisch klären DAUER: — kein Inhalt ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Beschwerden, Belastbarkeit, Peak-Flow bei Verdacht E: persistierende Dyspnoe trotz Normalbefund → erweiterte Abklärung ÜW: Pneumologie bei Diskrepanz zwischen Klinik und Befund
PITFALLS	INT: unnötige Inhalativa verursachen Nebenwirkungen ohne Nutzen PIT: normale Spirometrie als „alles ausgeschlossen“ interpretieren WARN: Hypoxie, Hämoptyse, Gewichtsverlust, Belastungssynkope
PATIENTENHINWEIS	Eine normale Spirometrie ist beruhigend, ersetzt aber nicht die klinische Bewertung.


Normale Spirometrie / Ausschluss Asthma-COPD

Normale Spirometrie / Ausschluss Asthma-COPD Pneumologie COMMON	
UK: 20 Patientenaufklärung	
DIAGNOSTIK	MD: FEV1, FVC, FEV1/FVC, Bronchodilatator-Test bei Verdacht, SpO ₂ ED: FeNO, Provokationstest, Bodyplethysmographie, DLCO
THERAPIE	ERSTLINIE: keine Dauerinhalation bei fehlender Diagnose — kein Inhalt ESKALATION 2: Probatorik nur mit Zielkriterium ESKALATION 3: alternative Ursachen abklären DAUER: — kein Inhalt ABSETZREGEL: Dauermedikation; Absetzen nur in Absprache mit dem behandelnden Arzt
MANAGEMENT	M: Symptomtagebuch, Belastung, ggf. Peak-Flow über 2 Wochen E: neue Obstruktion oder Red Flags → erneute Diagnostik ÜW: Pneumologie bei unklarer Dyspnoe
PITFALLS	INT: Beta-2-Mimetika können Tachykardie/Tremor machen PIT: COPD trotz normalem FEV1/FVC diagnostizieren WARN: Belastungsdyspnoe mit Thoraxschmerz/Synkope
PATIENTENHINWEIS	Normale Werte sprechen gegen COPD, aber nicht gegen jede Ursache von Luftnot.
HAUSÄRZTLICH	Dokumentation für Praxis

COPD-Reliever / Berodual

COPD-Reliever / Berodual Pneumologie COMMON 	
UK: 4 Therapieeskalation	
DIAGNOSTIK	MD: Symptomlast, Exazerbationen, SpO ₂ , Spirometrie, Inhalationstechnik ED: Bodyplethysmographie, Röntgen/CT bei unklarem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Fenoterol/Ipratropium nach Fachinfo ESKALATION 2: Salbutamol 100 µg Bedarf ESKALATION 3: Tiotropium als Dauertherapie 18 µg 1×/d DAUER: Minuten bis Tage ABSETZREGEL: Dauermedikation; Absetzen nur in Absprache mit dem behandelnden Arzt
MANAGEMENT	M: Bedarfshäufigkeit, Tremor/Tachykardie, Exazerbationen E: häufiger Relieverbedarf → Dauertherapie prüfen/eskalieren ÜW: Pneumologie bei häufigen Exazerbationen
PITFALLS	INT: Beta-2-Mimetika können Tachykardie/Arrhythmien verstärken PIT: Reliever als Dauertherapie missverstehen WARN: steigender Relieverbedarf, Hypoxie, Exazerbationen
PATIENTENHINWEIS	Reliever hilft akut, ersetzt aber keine ausreichende Dauertherapie.

Normale Lungenfunktion bei Beschwerden

Normale Lungenfunktion bei Beschwerden Pneumologie COMMON 	
UK: 20 Patientenaufklärung	
DIAGNOSTIK	MD: Spirometrie mit FEV ₁ , FVC, FEV ₁ /FVC, SpO ₂ , klinische Korrelation ED: Bronchoprovokation, DLCO/Bodyplethysmographie bei Diskrepanz
THERAPIE	ERSTLINIE: keine medikamentöse Eskalation ohne Indikation — kein Inhalt ESKALATION 2: Inhalation nur bei klarer Diagnose ESKALATION 3: Ursachenklärung DAUER: — kein Inhalt ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Symptome und Belastbarkeit beobachten E: persistierende Dyspnoe trotz Normalbefund → erweiterte Abklärung ÜW: Pneumologie bei Diskrepanz zwischen Beschwerden und Befund
PITFALLS	INT: unnötige Inhalativa verursachen Nebenwirkungen ohne Nutzen PIT: normale Spirometrie als „alles ausgeschlossen“ interpretieren WARN: Hypoxie, Hämoptyse, Gewichtsverlust, Belastungssynkope
PATIENTENHINWEIS	Eine normale Spirometrie ist beruhigend, aber nicht das Ende der Abklärung.

Akuter viraler Husten

Akuter viraler Husten Pneumologie / Allgemeinmedizin COMMON	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	MD: Dauer, Fieber, SpO ₂ , Auskultation, Atemfrequenz, Risikofaktoren ED: Thorax-röntgen bei Pneumonie-verdacht, CRP selektiv
THERAPIE	ERSTLINIE: Honig bei Kindern >1 Jahr Honig abends altersgerecht ESKALATION 2: Thymian-Efeu-Präparate nach Präparat ESKALATION 3: Inhalation/Luft-befeuchtung NaCl-Inhalation DAUER: Tage ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Fieber, Dyspnoe, Husten-dauer E: Dyspnoe, Hypoxie, Fieber-persistenz → Pneumonie ausschließen ÜW: Pneumologie/Klinik bei Red Flags
PITFALLS	INT: Codein bei Kindern vermeiden PIT: viralen Husten antibiotisch behandeln WARN: SpO ₂ niedrig, Hämoptyse, Thorax-schmerz
PATIENTENHINWEIS	Husten schützt die Atemwege; Antibiotika helfen bei viralem Husten nicht.
EVIDENZ	Husten als Schutzreflex: Hausmittel Evidenz

Akute Bronchitis

Akute Bronchitis Pneumologie / Allgemeinmedizin COMMON	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	MD: Husten, Auskultation, Temperatur, SpO ₂ , Atemfrequenz ED: Thorax-röntgen bei Pneumonie-verdacht
THERAPIE	ERSTLINIE: Inhalation NaCl Inhalation mehrmals täglich (max. Ibuprofen 2400 mg/d) ESKALATION 2: Ibuprofen 400 mg ESKALATION 3: ggf. Antitussivum nachts nach Bedarf DAUER: Tage ABSETZREGEL: Nach Symptomkontrolle absetzen; Kurzzeittherapie: abrupt absetzbar; Magenprotektion bei >5 d
MANAGEMENT	M: Fieber und Dyspnoe nach 48–72 h kontrollieren E: Verschlechterung oder Fieber >5 Tage → Pneumonie-abklärung ÜW: Pneumologie bei Komplikationen
PITFALLS	INT: Codein + Alkohol → Atemdepression PIT: virale Bronchitis antibiotisch behandeln WARN: Dyspnoe, Hypoxie, Thorax-schmerz
PATIENTENHINWEIS	Husten kann mehrere Wochen anhalten, auch nach Infekt.

Gastroenterologie

19 Karten · ● High-Impact: 6 ● Common: 13

Gastroenterologische Erkrankungen umfassen ein breites Spektrum von funktionellen Beschwerden bis zu malignen Entitäten. In diesem Kapitel stehen praktische Managemententscheidungen im Vordergrund: Wann ist eine H.-pylori-Eradikation indiziert? Wie führe ich einen Patienten mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung langfristig? Welche Alarmsymptome verlangen sofortige Abklärung? Die sechs HIGH-IMPACT-Einträge betonen häufige Denkfehler mit diagnostischen oder therapeutischen Konsequenzen.

Dyspepsie nach H.-pylori-Therapie

Dyspepsie nach H.-pylori-Therapie Gastroenterologie HIGH-IMPACT ●	
UK: 17 Follow-up nach akutem Ereignis	
DIAGNOSTIK	MD: Anamnese, Alarmzeichen, Abdomenstatus, Medikamentenanamnese ED: Urea-Atemtest oder Stuhlantigen, Gastroskopie bei Alarmzeichen
THERAPIE	ERSTLINIE: Pantoprazol 40 mg (Ziel: 40 mg/d, max. 80 mg/d) ESKALATION 2: Omeprazol 20 mg (Ziel: 20–40 mg/d, max. 40 mg/d) ESKALATION 3: Esomeprazol 20 mg (Ziel: 20–40 mg/d, max. 40 mg/d) DAUER: Tage ABSETZREGEL: Kurzzeittherapie: abruptes Absetzen möglich; Langzeit >8 Wo: Rebound-Hyperazidität → schrittweise Reduktion
MANAGEMENT	M: Test-of-cure frühestens 4 Wochen nach Therapie; PPI 2 Wochen pausieren E: positiver Test → Re-Therapie statt Dauer-PPI ÜW: Gastroenterologie bei Alarmzeichen oder persistierend positivem Test
PITFALLS	INT: PPI kann H.-pylori-Test falsch negativ machen PIT: Beschwerden behandeln, ohne Eradikation zu kontrollieren WARN: Gewichtsverlust, Dysphagie, GI-Blutung
PATIENTENHINWEIS	Für den Kontrolltest muss PPI vorher pausiert werden.

Helicobacter-pylori-Infektion

Helicobacter-pylori-Infektion Gastroenterologie HIGH-IMPACT ●	
UK: 4 Therapieeskalation	
DIAGNOSTIK	MD: Stuhlantigen oder Urea-Atemtest, Alarmzeichen prüfen ED: Gastroskopie mit Biopsie, Resistenztestung bei Therapieversagen
THERAPIE	ERSTLINIE: Bismut-Quadrupel PPI 2×/d + Bismut 4×/d + Tetra 500 mg 4×/d + Metro 500 mg 3–4×/d ESKALATION 2: Rifabutin-Triple nach Schema ESKALATION 3: Vonoprazan-Amoxicillin-Dual nach Schema DAUER: Symptomtage; Eradikationskontrolle nach Therapie ABSETZREGEL: Antibiotikum vollständig einnehmen (Kurs abschließen); kein vorzeitiges Absetzen
MANAGEMENT	M: Test-of-cure 4+ Wochen nach Antibiotika, PPI vorher pausieren E: persistierend positiv → anderes Regime/Resistenzbezug ÜW: Gastroenterologie bei wiederholtem Therapieversagen
PITFALLS	INT: Clarithromycin nur bei gesicherter Empfindlichkeit sinnvoll PIT: Triple-Therapie blind wiederholen WARN: Meläna, Hämatemesis, Gewichtsverlust

PATIENTENHINWEIS	Antibiotika-Schema vollständig einnehmen; Kontrolltest ist Pflicht.
-------------------------	---

H.-pylori-Re-Therapie / Pylora-Kontext

H.-pylori-Re-Therapie / Pylora-Kontext Gastroenterologie HIGH-IMPACT	
UK: 4 Therapieeskalation G	
DIAGNOSTIK	MD: erneuter Stuhlantigen-/Atemtest, Adhärenz prüfen ED: Gastroskopie, Kultur/Resistenztestung
THERAPIE	ERSTLINIE: optimierte Bismut-Quadrupeltherapie PPI 2×/d + Tetracyclin 500 mg 4×/d + Metronidazol 500 mg 3–4×/d + Bismut 4×/d ESKALATION 2: Rifabutin-Triple nach Schema ESKALATION 3: PCAB-Dualtherapie nach Schema DAUER: Kontrolltest nach Therapieintervall ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Nebenwirkungen, Adhärenz, Test-of-cure E: zweites Versagen → Resistenz-orientierte Therapie ÜW: Gastroenterologie
PITFALLS	INT: Metronidazol + Alkohol vermeiden PIT: komplexes Schema ohne schriftlichen Einnahmeplan WARN: schwere Diarrhoe, Allergie, GI-Blutung
PATIENTENHINWEIS	Das Schema ist kompliziert; Einnahmeplan schriftlich mitgeben.

Rezidivierende Gichtanfälle bei NSAR-/Allopurinol-Unverträglichkeit

Rezidivierende Gichtanfälle bei NSAR-/Allopurinol-Unverträglichkeit Rheumatologie / Gastroenterologie HIGH-IMPACT	
UK: 4 Therapieeskalation	
DIAGNOSTIK	MD: Harnsäure, CRP, Gelenkstatus, eGFR, Leberwerte, Medikamentenunverträglichkeiten ED: Gelenkpunktion bei unklarer Diagnose, Rheumatologie
THERAPIE	ERSTLINIE: Colchicin akut Colchicin 0,5 mg 2–3×/d kurz ESKALATION 2: Prednisolon akut Prednisolon 20–30 mg/d kurz ESKALATION 3: Febuxostat langfristig Febuxostat 40 mg/d (Ziel: Harnsäure <6 mg/dl, max. 120 mg/d) DAUER: akut 24–72 h, Urattherapie Wochen ABSETZREGEL: Kurzkurs (≤5 d): abruptes Absetzen möglich; Längerkurs: über 1–2 Wochen ausschleichen (NNR-Suppression)
MANAGEMENT	M: Schmerz, Harnsäure, Leberwerte, Anfallsfrequenz E: rezidivierende Anfälle trotz Zielwertstrategie → Rheumatologie ÜW: Rheumatologie bei Unverträglichkeiten/komplexer Komorbidität
PITFALLS	INT: Colchicin + starke CYP3A4/P-gp-Hemmer → Toxizität PIT: Urattherapie im akuten Anfall ohne Prophylaxe starten WARN: Fieber/heißes Gelenk → septische Arthritis ausschließen
PATIENTENHINWEIS	Bei wiederholten Anfällen geht es um Anfallsbehandlung und langfristige Harnsäurekontrolle.

Distale Colitis ulcerosa / Mesalazin-Rektal-therapie

Distale Colitis ulcerosa / Mesalazin-Rektal-therapie Gastroenterologie HIGH-IMPACT	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Stuhlfrequenz, Blut/Schleim, Bauchschmerz, CRP, Blutbild, Calprotectin ED: Koloskopie/Rekto-sigmoidoskopie, Gastroenterologie
THERAPIE	ERSTLINIE: Mesalazin-Rektal-schaum 1 g abends nach Stuhlgang ESKALATION 2: Mesalazin-Suppositorium 1 g abends ESKALATION 3: orales Mesalazin bei Ausdehnung 2–4 g/d oral je Verlauf DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Dauermedikation; Absetzen nur in Absprache mit dem behandelnden Arzt
MANAGEMENT	M: Blut im Stuhl, Stuhlfrequenz, CRP/Calprotectin nach Verlauf E: keine Besserung, Fieber, starke Blutung → Eskalation ÜW: Gastroenterologie bei Aktivitätsschub oder Therapieversagen
PITFALLS	INT: Mesalazin selten nephrotoxisch → Nierenwerte kontrollieren PIT: rektale Therapie aus Scham/Unklarheit nicht erklären WARN: starke Blutung, Fieber, Gewichtsverlust, Dehydratation
PATIENTENHINWEIS	Rektale Therapie wirkt lokal direkt am Entzündungsort und ist oft sehr effektiv.

Obstipation mit rechtsseitigem Unterbauch-schmerz

Obstipation mit rechtsseitigem Unterbauch-schmerz Gastroenterologie / Allgemein-medizin HIGH-IMPACT	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	MD: Schmerz-verlauf, Stuhl-anamnese, Bauchstatus, Fieber, Urinstatus, Schwangerschaftstest bei Bedarf ED: Labor/CRP, Sonographie, CT bei Appendizitis-verdacht oder Alarmzeichen
THERAPIE	ERSTLINIE: Flohsamen 5–10 g/d ESKALATION 2: Macrogol 13 g 1×/d ESKALATION 3: Bisacodyl kurzzeitig 5–10 mg DAUER: 1–3 Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Stuhl-frequenz, Schmerz, Fieber, Bauchbefund nach 48–72 h E: akuter Schmerz, Fieber, Rebound, Blut im Stuhl → Abklärung ÜW: Gastroenterologie/Chirurgie bei Alarmzeichen
PITFALLS	INT: Opiode, Anticholinergika, Eisen verschlechtern Obstipation PIT: RLQ-Schmerz vorschnell als funktionelle Obstipation werten WARN: Fieber, Loslass-schmerz, Blut im Stuhl, Erbrechen
PATIENTENHINWEIS	Bei Verstopfung mit neuem rechtsseitigem Unterbauch-schmerz muss Appendizitis mitbedacht werden.
EVIDENZ	Leitlinie: Management: Ballaststoffe + Flüssigkeit → Macrogol → Bisacodyl bei Versagen

Akute Gastroenteritis

Akute Gastroenteritis Gastroenterologie / Infektiologie COMMON	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	MD: Anamnese Reise/Lebensmittel/Kontakte, Hydratation, Vitalparameter, Bauchstatus ED: Stuhlkultur/PCR bei Blut, Fieber, Immunsuppression, Ausbruch, schwerem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: orale Rehydratation ORS nach Durst/Verlust (max. Loperamid 8–12 mg/d je Setting) ESKALATION 2: Loperamid selektiv 2 mg nach Stuhlgang ESKALATION 3: Antibiotika nur bei Indikation erregersabhängig DAUER: 24–72 h ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Flüssigkeit, Urinmenge, Fieber, Blut im Stuhl E: Exsikkose, Blut, hohes Fieber, Verschlechterung → Diagnostik/Eskalation ÜW: Klinik bei Kreislaufinstabilität, schwerer Dehydratation
PITFALLS	INT: Loperamid bei blutiger Diarrhö/Fieber vermeiden PIT: Antibiotika bei viraler Gastroenteritis routinemäßig geben WARN: Blutiger Stuhl, Exsikkose, starke Bauchschmerzen
PATIENTENHINWEIS	Meist viral; wichtig ist Flüssigkeit, Warnzeichen entscheiden über weitere Abklärung.

GERD / Refluxbeschwerden

GERD / Refluxbeschwerden Gastroenterologie COMMON	
UK: 3 Monitoring chronischer Erkrankungen	
DIAGNOSTIK	MD: Refluxanamnese, Alarmzeichen, Medikamentenanamnese, Gewicht/BMI ED: Gastroskopie bei Dysphagie, Blutung, Gewichtsverlust, Therapieversagen
THERAPIE	ERSTLINIE: Pantoprazol 40 mg/d (max. 80 mg/d) ESKALATION 2: Omeprazol 20 mg/d (max. 40 mg/d) ESKALATION 3: Esomeprazol 20 mg/d (max. 40 mg/d) DAUER: Tage ABSETZREGEL: Kurzzeittherapie: abruptes Absetzen möglich; Langzeit >8 Wo: Rebound-Hyperazidität → schrittweise Reduktion
MANAGEMENT	M: Symptomkontrolle nach 4–8 Wochen E: fehlende Besserung → Diagnose prüfen/Gastroskopie ÜW: Gastroenterologie bei Alarmzeichen oder PPI-Refraktärität
PITFALLS	INT: PPI können Eisen-/B12-/Magnesiumresorption beeinflussen PIT: Dauer-PPI ohne Re-Evaluation WARN: Dysphagie, GI-Blutung, Gewichtsverlust
PATIENTENHINWEIS	PPI sind oft zeitlich begrenzt; danach sollte Step-down geprüft werden.

Chronische Obstipation

Chronische Obstipation Gastroenterologie / Allgemeinmedizin COMMON	
UK: 21 Selbstmanagement des Patienten	
DIAGNOSTIK	MD: Stuhlgewohnheiten, Medikamente, Alarmzeichen, Bauchstatus, TSH/Calcium bei Verdacht ED: Koloskopie bei Alarmzeichen, Beckenbodendiagnostik bei Entleerungsstörung
THERAPIE	ERSTLINIE: Macrogol 13 g 1×/d ESKALATION 2: Lactulose 10–20 g/d ESKALATION 3: Bisacodyl kurzzeitig 5–10 mg DAUER: 1–3 Tage ABSETZREGEL: Dauermedikation; Absetzen nur in Absprache mit dem behandelnden Arzt
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Medikamentöse Therapie wenn Lebensstil unzureichend
MANAGEMENT	M: Stuhlfrequenz, Konsistenz, Bauchschmerz nach 2–4 Wochen E: Alarmzeichen oder Therapieversagen → Abklärung ÜW: Gastroenterologie bei Blut, Gewichtsverlust, Anämie, neu im Alter
PITFALLS	INT: Opiode, Anticholinergika, Eisen verschlechtern Obstipation PIT: Ballaststoffe erhöhen trotz schwerer Entleerungsstörung ohne Konzept WARN: Blut im Stuhl, Gewichtsverlust, Ileuszeichen
PATIENTENHINWEIS	Flüssigkeit, Bewegung und regelmäßige Toilettenroutine unterstützen die Therapie.

Epigastrische Schmerzen / Dyspepsie

Epigastrische Schmerzen / Dyspepsie Gastroenterologie / Allgemeinmedizin COMMON	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Alarmzeichen, Abdomenstatus, H.-pylori-Test, Medikamentenanamnese, Schwangerschaft bei Bedarf ED: Gastroskopie bei Alarmzeichen, Persistenz oder Risikoprofil
THERAPIE	ERSTLINIE: Pantoprazol 40 mg/d ESKALATION 2: Omeprazol 20 mg/d ESKALATION 3: H.-pylori-Eradikation bei positivem Test nach Schema DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Kurzzeittherapie: abruptes Absetzen möglich; Langzeit >8 Wo: Rebound-Hyperazidität → schrittweise Reduktion
MANAGEMENT	M: Symptomkontrolle nach 4 Wochen E: Alarmzeichen oder Persistenz → Gastroskopie ÜW: Gastroenterologie bei Dysphagie, Blutung, Gewichtsverlust
PITFALLS	INT: PPI beeinflussen H.-pylori-Test PIT: PPI starten und H.-pylori-Diagnostik vergessen WARN: Meläna, Hämatemesis, Dysphagie, Gewichtsverlust
PATIENTENHINWEIS	Bei jungen Patienten oft gutartig, aber Alarmzeichen entscheiden.

Obstipation / Bisacodyl-Anwendung

Obstipation / Bisacodyl-Anwendung Gastroenterologie / Allgemeinmedizin COMMON	
UK: 21 Selbst-management des Patienten	
DIAGNOSTIK	MD: Stuhl-frequenz, Alarmzeichen, Medikamente, Bauchstatus, Hydratation ED: Koloskopie bei Blut, Gewichtsverlust, Anämie, neu im Alter
THERAPIE	ERSTLINIE: Macrogol 13 g 1×/d ESKALATION 2: Lactulose 10–20 g/d ESKALATION 3: Bisacodyl kurzzeitig 5–10 mg oral oder 10 mg rektal DAUER: oral 6–12 h, rektal 15–60 min ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Stuhl-frequenz, Bauchschmerz, Elektrolyte bei Risiko E: keine Wirkung oder Alarmzeichen → Ursachen-abklärung ÜW: Gastroenterologie bei Alarmzeichen
PITFALLS	INT: Diuretika/Laxanzien → Elektrolyt-störungen möglich PIT: Bisacodyl als Dauer-therapie ohne Konzept WARN: Ileus-zeichen, Blut, Gewichtsverlust
PATIENTENHINWEIS	Bisacodyl wirkt schnell, ist aber eher kurzzeitig gedacht.

Reizdarm-syndrom

Reizdarm-syndrom Gastroenterologie COMMON	
UK: 21 Selbst-management des Patienten	
DIAGNOSTIK	MD: Rom-IV-Kriterien, Stuhl-muster, Stress-anamnese, Ausschluss Alarmzeichen ED: Koloskopie bei Alarmzeichen oder Alter >50 ohne Screening
THERAPIE	ERSTLINIE: Ernährungs-beratung Diät-anpassung ESKALATION 2: Pfefferminz-öl nach Präparat ESKALATION 3: lösliche Ballast-stoffe Flohsamen 5–10 g/d DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Symptom-tagebuch, Stress-faktoren E: Alarmzeichen → Diagnostik erweitern ÜW: Gastroenterologie
PITFALLS	INT: Anticholinergika → Obstipation möglich PIT: Reizdarm ohne Ausschluss Alarmzeichen diagnostizieren WARN: Gewichtsverlust, Blut im Stuhl, nächtliche Schmerzen
PATIENTENHINWEIS	Ernährung und Stress-management sind zentrale Therapie-bausteine.


Gastritis

Gastritis Gastroenterologie COMMON	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Oberbauch-schmerz, Übelkeit, Medikamenten-anamnese (NSAR), H.-pylori-Test ED: Gastroskopie bei Alarmzeichen
THERAPIE	ERSTLINIE: Pantoprazol 40 mg/d ESKALATION 2: Omeprazol 20 mg/d ESKALATION 3: H.-pylori-Eradikation bei positivem Test nach Schema DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Kurzzeittherapie: abruptes Absetzen möglich; Langzeit >8 Wo: Rebound-Hyperazidität → schrittweise Reduktion
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Varikosis Schmerzen: primär konservativ behandeln (Kompression, Bewegung, Hochlagerung)
MANAGEMENT	M: Symptom-verlauf nach 2–4 Wochen E: Alarmzeichen → Endoskopie ÜW: Gastroenterologie
PITFALLS	INT: NSAR + PPI sinnvoll bei Risiko PIT: NSAR weiter einnehmen trotz Gastritis WARN: Blut-erbrechen, Gewichtsverlust
PATIENTENHINWEIS	Schonende Ernährung kann die Symptome lindern.


Reflux-krankheit (GERD)

Reflux-krankheit (GERD) Gastroenterologie COMMON	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Sodbrennen, Regurgitation, Medikamenten-anamnese ED: Gastroskopie bei Alarmzeichen
THERAPIE	ERSTLINIE: Pantoprazol 40 mg/d ESKALATION 2: Omeprazol 20 mg/d ESKALATION 3: Lebensstil-modifikation Ernährung DAUER: Tage ABSETZREGEL: Kurzzeittherapie: abruptes Absetzen möglich; Langzeit >8 Wo: Rebound-Hyperazidität → schrittweise Reduktion
MANAGEMENT	M: Symptom-kontrolle nach 4 Wochen E: persistierende Symptome → Endoskopie ÜW: Gastroenterologie
PITFALLS	INT: PPI + Clopidogrel Interaktion möglich PIT: langfristige PPI ohne Indikation WARN: Dysphagie, Gewichtsverlust
PATIENTENHINWEIS	Gewichts-reduktion kann Reflux deutlich verbessern.

Akute Gastroenteritis

Akute Gastroenteritis Gastroenterologie / Infektiologie COMMON 	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Durchfall, Erbrechen, Hydratations-status, Elektrolyte ED: Stuhl-kultur bei schwerem Verlauf oder Reise-anamnese
THERAPIE	ERSTLINIE: orale Rehydratations-lösung kleine Mengen häufig ESKALATION 2: Ondansetron 4 mg ESKALATION 3: Racecadotril nach Präparat DAUER: Stunden bis Tage ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Hydratation, Urinmenge, Elektrolyte E: Dehydratation oder Blut im Stuhl → Klinik ÜW: Gastroenterologie
PITFALLS	INT: Loperamid bei bakterieller Dysenterie vermeiden PIT: Antibiotika routinemäßig geben WARN: schwere Dehydratation, Fieber, Blut im Stuhl
PATIENTENHINWEIS	Viel trinken ist die wichtigste Therapie bei Durchfall.

Akute Hämorrhoiden

Akute Hämorrhoiden Proktologie / Gastroenterologie COMMON 	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Inspektion, rektale Untersuchung, Blutungs-anamnese ED: Proktoskopie bei unklarer Diagnose
THERAPIE	ERSTLINIE: Lidocain-haltige Salbe lokal 2×/d ESKALATION 2: Sitz-bäder täglich ESKALATION 3: Ballaststoff-reiche Ernährung Diät DAUER: Tage ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Schmerz und Blutung nach 1 Woche E: persistierende Blutung → Proktologie ÜW: Chirurgie
PITFALLS	INT: Kortison-haltige Salben nur kurzzeitig PIT: rektale Blutung automatisch als Hämorrhoiden interpretieren WARN: Anämie, Gewichtsverlust
PATIENTENHINWEIS	Ballaststoff-reiche Ernährung verhindert Rezidive.

Laktose-intoleranz

Laktose-intoleranz Gastroenterologie COMMON	
UK: 21 Selbst-management des Patienten	
DIAGNOSTIK	MD: Blähungen, Durchfall nach Milch-produkten, Eliminations-test ED: H ₂ -Atem-test
THERAPIE	ERSTLINIE: Laktose-arme Ernährung Diät-umstellung ESKALATION 2: Laktase-tabletten nach Bedarf ESKALATION 3: Ernährungs-beratung Beratung DAUER: Tage ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Symptom-tagebuch E: persistierende Beschwerden → weitere Diagnostik ÜW: Gastroenterologie
PITFALLS	INT: versteckte Laktose in Medikamenten PIT: alle Milchprodukte unnötig meiden WARN: Gewichts-verlust, Blut im Stuhl
PATIENTENHINWEIS	Viele Patienten vertragen kleine Mengen Milch-produkte.
HAUSÄRZTLICH	Praktischer Hausarzt-Check: J-Notch+konkav=meist benign
EVIDENZ	aber EKG+Brustschmerz → Troponin+Verlauf-EKG! Literatur: Macfarlane JACC 2015, Tikkanen NEJM 2009 Leitlinie: 5) Brugada-Muster (V1-V2, coved)

Azithromycin

Azithromycin Gastroenterologie COMMON	
UK: Gastroenterologie	
DIAGNOSTIK	MD: Azithromycin bei bakt. Gastroenteritis: 500 mg 1× tägl. × 3 Tage (Standard) oder 1 g einmalig (Reisediarrhö). Indikation: Campylobacter, Shigella, schwere Verlaufsform, Fluorchinolon-Resistenz. Tonsil ED: [aus Leitlinien ergänzt]
THERAPIE	ERSTLINIE: Gastroenteritis: Azithromycin 500 mg 1× tägl. × 3 Tage. Tonsillitis Strep: Penicillin V 1,2–1,5 Mio IE 3×/Tag × 10 Tage. ESKALATION 2: [aus Leitlinien ergänzt] ESKALATION 3: [aus Leitlinien ergänzt] DAUER: Azithromycin: max. 3–5 Tage. Tonsillitis Penicillin: 10 Tage (Compliance!). EBV: Verlauf 2–4 Wochen, Kontroll-AST/ALT na ABSETZREGEL: Antibiotikum-Kurs vollständig einnehmen; kein vorzeitiges Absetzen
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Tonsillitis: ausreichend Flüssigkeit, Ibuprofen/Paracetamol gegen Schmerzen. Gastroenteritis: orale Rehydratation.
MANAGEMENT	M: Tonsillitis: ausreichend Flüssigkeit, Ibuprofen/Paracetamol gegen Schmerzen. Gastroenteritis: orale Rehydratation. E: [aus Leitlinien ergänzt] UW: [aus Leitlinien ergänzt]
PITFALLS	INT: [aus Leitlinien ergänzt] PIT: Tonsillitis: Amoxicillin fälschlich bei EBV → Exanthem → falsche Penicillinallergie-Diagnose. Gastroenteritis: AB bei viraler GE → Resistenzentwicklung. WARN: [aus Leitlinien ergänzt]

PATIENTENHINWEIS	Im Hausarzt-Setting: Strep-A-Schnelltest direkt aus Praxis. EBV-Serologie im Labor. Peritonsillär-Abszess: sofortige HNO-Zuweisung. Mononukleose: Sportkontakt-Pause (Splenomegalie-Risiko).
HAUSÄRZTLICH	Im Hausarzt-Setting: Strep-A-Schnelltest direkt aus Praxis. EBV-Serologie im Labor. Peritonsillär-Abszess: sofortige HNO-Zuweisung. Mononukleose: Sportkontakt-Pause (Splenomegalie-Risiko).
EVIDENZ	RCT Azithromycin vs Cipro Reisediarrhö (Tribble DR, CID 2007); Makrolid-Resistenz Strep. pyogenes Europa: 10–20 % (EARS-Net Daten) Leitlinie: IDSA Infectious Diarrhea Guidelines 2017; IDSA/Peds Tonsillitis Guideline

Giardia lamblia Tinidazol

giardia lamblia Tinidazol Gastroenterologie COMMON	
UK: Gastroenterologie	
DIAGNOSTIK	MD: Giardiasis nach unvollständiger Metronidazol-Therapie: Persistenz wahrscheinlich. Stuhl-PCR/Antigentest zuerst. Therapie: Metronidazol 250 mg 3×/Tag oder 500 mg 2×/Tag × 5–7 Tage (korrekt); oder Tinid ED: [aus Leitlinien ergänzt]
THERAPIE	ERSTLINIE: Metronidazol 250 mg 3×/Tag × 5–7 Tage (korrekt, 2. Kurs) ODER Tinidazol 2 g einmalig (Fasigyn, Import) ESKALATION 2: Tinidazol bevorzugt nach Therapieversagen. ESKALATION 3: [aus Leitlinien ergänzt] DAUER: Nach Therapie Stuhlkontrolle nach 1–2 Wochen bei persistierenden Symptomen. PCR nach Therapie kurzfristig noch positiv. ABSETZREGEL: Antibiotikum-Kurs vollständig einnehmen; kein vorzeitiges Absetzen
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Laktosefreie Ernährung für 2 Wochen bei persistierenden Symptomen trotz neg. PCR (postinfektiöse Laktoseintoleranz häufig).
MANAGEMENT	M: Laktosefreie Ernährung für 2 Wochen bei persistierenden Symptomen trotz neg. PCR (postinfektiöse Laktoseintoleranz häufig). E: [aus Leitlinien ergänzt] UW: [aus Leitlinien ergänzt]
PITFALLS	INT: [aus Leitlinien ergänzt] PIT: Unvollständige Therapie nicht korrigieren und einfach wiederholen ohne Diagnosebestätigung; Reinfektion nicht ausschließen; postinfektiöse Laktoseintoleranz als Persistenz fehlinterpretieren. WARN: [aus Leitlinien ergänzt]
PATIENTENHINWEIS	Im Hausarzt-Setting: Privatrezept für Importpräparat (Fasigyn) einfach ausstellbar. Apotheke organisiert Import. Stuhl-PCR via Labor. Bei therapieresistenter Giardiasis → Tropeninstitut/Infektiologie.
HAUSÄRZTLICH	Im Hausarzt-Setting: Privatrezept für Importpräparat (Fasigyn) einfach ausstellbar. Apotheke organisiert Import. Stuhl-PCR via Labor. Bei therapieresistenter Giardiasis → Tropeninstitut/Infektiologie.
EVIDENZ	CDC Giardiasis Treatment; ESCMID Evidence-based guidelines; Easmon CS et al. (Tinidazol Giardia) Leitlinie: CDC Giardiasis Guidelines; ESCMID Intestinal Protozoa Guideline

Endokrinologie / Diabetologie / Schilddrüse / Adipositas

16 Karten · ● High-Impact: 10 ● Common: 6

Endokrinologische Erkrankungen – Diabetes mellitus Typ 2, Schilddrüsendysfunktionen und Adipositas – gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Therapieziele, Monitoring-Intervalle und Eskalationspfade sind durch aktuelle Leitlinien gut belegt, werden aber im Praxisalltag häufig suboptimal umgesetzt. Dieses Kapitel bietet strukturierte Algorithmen für die Erst- und Langzeitführung mit Fokus auf individualisierte Therapieziele.

Typ-2-Diabetes

Typ-2-Diabetes Endokrinologie HIGH-IMPACT ●	
UK: 3 Monitoring chronischer Erkrankungen	
DIAGNOSTIK	MD: HbA1c, Nüchtern glukose, eGFR, UACR, Lipide, Blutdruck, Fußstatus ED: Fundoskopie, Neuropathiediagnostik, Diabetologie bei komplexem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Metformin 500 mg 1×/d (Ziel: 1500–2000 mg/d, max. 2000 mg/d) ESKALATION 2: Empagliflozin 10 mg 1×/d (Ziel: 10–25 mg/d, max. 25 mg/d) ESKALATION 3: Semaglutid 0,25 mg 1×/Woche (Ziel: 0,5–1 mg/Woche) DAUER: Wochen bis Monate ABSETZREGEL: Kontinuierliche Einnahme; bei Kontrastmittel/OP 48 h pausieren; Absetzen nur bei eGFR <30 ml/min
MANAGEMENT	M: HbA1c alle 3–6 Monate, eGFR/UACR jährlich E: HbA1c ≥7 % trotz Basistherapie → SGLT2-Hemmer/GLP-1-RA ergänzen ÜW: Diabetologie bei Insulinbedarf, Hypoglykämien oder Multimorbidität
PITFALLS	INT: Metformin bei eGFR <30 kontraindiziert; SGLT2 + Dehydratation → Ketoazidose-Risiko PIT: nur HbA1c behandeln, kardiovaskuläres Risiko ignorieren WARN: Polyurie, Gewichtsverlust, Ketosezeichen
PATIENTENHINWEIS	Ernährung, Bewegung und Gewicht sind Therapiebausteine, nicht nur „Lifestyle“.
EVIDENZ	Leitlinie: Open Evidence: Leitlinienempfehlung

Testosteron-Substitutionstherapie / TRT-Monitoring

Testosteron-Substitutionstherapie / TRT-Monitoring Endokrinologie / Urologie HIGH-IMPACT ●	
UK: 3 Monitoring chronischer Erkrankungen	
DIAGNOSTIK	MD: morgendliches Testosteron wiederholt, LH/FSH, Prolaktin, Hb/Hkt, PSA, LUTS-Anamnese ED: Urologie/Endokrinologie, Hypophysendiagnostik bei sekundärem Hypogonadismus
THERAPIE	ERSTLINIE: Testosteron-Gel z. B. 40–50 mg/d ESKALATION 2: Testosteron-Injektion Injektion nach Präparat ESKALATION 3: Therapiepause bei Risiko — kein Inhalt DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Testosteron, Hämatokrit, PSA nach 3–6 Monaten, dann regelmäßig E: Hämatokrit >54 % oder PSA-Anstieg → pausieren/abklären ÜW: Urologie/Endokrinologie bei PSA-Anstieg, Polyglobulie, unklarem Schmerz/Tinnitus
PITFALLS	INT: TRT kann Hämatokrit erhöhen; Vorsicht bei Schlafapnoe/Prostatakarzinom-Verdacht PIT: TRT ohne gesicherten wiederholten Mangel starten WARN: Hkt-Anstieg, LUTS, Brustschmerz, neurologische Symptome
PATIENTENHINWEIS	Testosterontherapie braucht Laborkontrollen; „mehr“ ist nicht besser.

PCOS – Metformin off-label

PCOS – Metformin off-label Gynäkologie / Endokrinologie HIGH-IMPACT	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	<p>MD: Zyklusanamnese, BMI/Taille, Blutdruck, HbA1c/Nüchtern glukose, Lipide, Testosteron/Androgene, TSH, Prolaktin</p> <p>ED: Gynäkologischer Ultraschall, Endokrinologie bei schwerem Hyperandrogenismus oder Kinderwunsch</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Lebensstilintervention Gewichtsreduktion 5–10% Ziel (Ziel: 1500–2000 mg/d Metformin, max. Metformin meist 2000 mg/d)</p> <p>ESKALATION 2: Metformin 500 mg 1×/d</p> <p>ESKALATION 3: kombinierte orale Kontrazeption je Präparat</p> <p>DAUER: Zyklus/metabolisch nach Wochen bis Monaten</p> <p>ABSETZREGEL: Kontinuierliche Einnahme; bei Kontrastmittel/OP 48 h pausieren; Absetzen nur bei eGFR <30 ml/min</p>
MANAGEMENT	<p>M: Zyklus, Gewicht, HbA1c, Lipide alle 6–12 Monate</p> <p>E: Kinderwunsch, schwere Androgenisierung, fehlende Zykluskontrolle → Gyn/Endokrinologie</p> <p>ÜW: Gynäkologie/Endokrinologie bei Kinderwunsch oder komplexem Verlauf</p>
PITFALLS	<p>INT: Metformin bei eGFR <30 kontraindiziert; OCP + Thromboserisiko beachten</p> <p>PIT: PCOS nur kosmetisch behandeln und metabolisches Risiko übersehen</p> <p>WARN: rasche Virilisierung → Tumor ausschließen</p>
PATIENTENHINWEIS	Metformin bei PCOS ist oft off-label; Ziel ist metabolische und Zyklusverbesserung.

Diabetesdiagnose bei HbA1c ≥6,5%

Diabetesdiagnose bei HbA1c ≥6,5% Endokrinologie HIGH-IMPACT	
UK: 2 Therapiezieldefinition	
DIAGNOSTIK	<p>MD: HbA1c bestätigen, Nüchtern glukose, ggf. Wiederholungsmessung, eGFR, UACR, Lipide, Blutdruck</p> <p>ED: OGTT bei unklarer Konstellation, Diabetologie bei komplexem Verlauf</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Lebensstil Bewegung/Ernährung strukturiert (Ziel: Metformin 1500–2000 mg/d, max. Metformin 2000 mg/d; Präparate nach Fachinfo)</p> <p>ESKALATION 2: Metformin Metformin 500 mg 1×/d (Ziel: Empagliflozin 10–25 mg)</p> <p>ESKALATION 3: SGLT2-Hemmer oder GLP-1-RA bei Risiko Empagliflozin 10 mg oder Semaglutid 0,25 mg/Woche</p> <p>DAUER: Wochen bis Monate</p> <p>ABSETZREGEL: Kontinuierliche Einnahme; bei Kontrastmittel/OP 48 h pausieren; Absetzen nur bei eGFR <30 ml/min</p>
MANAGEMENT	<p>M: HbA1c alle 3–6 Monate, eGFR/UACR jährlich</p> <p>E: HbA1c ≥7% trotz Basistherapie → Eskalation</p> <p>ÜW: Diabetologie bei Insulinbedarf, Hypoglykämien, Multimorbidität</p>
PITFALLS	<p>INT: Metformin bei eGFR <30 absetzen; SGLT2 bei Dehydratation/Ketose pausieren</p> <p>PIT: HbA1c ohne Bestätigung/klinischen Kontext allein interpretieren</p> <p>WARN: Gewichtsverlust, Polyurie, Ketosezeichen</p>
PATIENTENHINWEIS	HbA1c ≥6,5% muss bestätigt und dann praktisch gemanagt werden.
EVIDENZ	Leitlinie: 5% in deutschen Leitlinien (DDG) Diagnosekriterium Diabetes bei Bestätigung. Frage zielt auf Therapieschwelle: Metformin ab Diagnose

Phentermine / Gewichts-reduktion

Phentermine / Gewichts-reduktion Stoffwechsel / Ernährung HIGH-IMPACT	
UK: 6 Therapie-umstellung bei Nebenwirkungen	
DIAGNOSTIK	MD: BMI, Blutdruck, Puls, kardiovaskuläres Risiko, Medikamenten-anamnese, psychische Komorbidität ED: Adipositas-zentrum bei schwerer Adipositas oder Komorbidität
THERAPIE	ERSTLINIE: Lebensstil-programm ≥150 min Bewegung/Woche ESKALATION 2: GLP-1-RA bei Indikation Semaglutid 0,25 mg/Woche Start ESKALATION 3: Phentermine nicht in Deutschland zugelassen — kein Inhalt DAUER: Monate ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Gewicht, RR, Puls, Nebenwirkungen alle 4–12 Wochen E: fehlende Wirkung oder Nebenwirkungen → Therapie-konzept ändern ÜW: Adipositas-zentrum bei BMI ≥35 + Komorbidität
PITFALLS	INT: Sympatho-mimetika + Hypertonie/KHK problematisch PIT: nicht zugelassene Appetit-zügler unkritisch empfehlen WARN: Tachykardie, Blutdruck-anstieg, Brust-schmerz
PATIENTENHINWEIS	In Deutschland ist Phentermine nicht regulär zugelassen; sichere Alternativen prüfen.

Subakute Schilddrüsen-entzündung (De-Quervain-Thyreoiditis)

Subakute Schilddrüsen-entzündung (De-Quervain-Thyreoiditis) Endokrinologie / Allgemeinmedizin HIGH-IMPACT	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: TSH, fT4, fT3, CRP/BSG, palpatorischer Druck-schmerz Schilddrüse ED: Schilddrüsen-sonographie, Szintigrafie bei unklarem Befund
THERAPIE	ERSTLINIE: Ibuprofen 400 mg ESKALATION 2: Prednisolon bei starken Schmerzen 20–40 mg/d ESKALATION 3: Betablocker bei Hyperthyreose-symptomen Propranolol 10–20 mg 3×/d DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Kurzkurs (≤5 d): abruptes Absetzen möglich; Längerkurs: über 1–2 Wochen ausschleichen (NNR-Suppression)
MANAGEMENT	M: TSH/fT4 Verlauf alle 4–6 Wochen E: Hypothyreose-phase → ggf. Levothyroxin temporär ÜW: Endokrinologie bei unklarer Diagnose
PITFALLS	INT: NSAR bei CKD/GI-Risiko vorsichtig PIT: Hyperthyreose fälschlich mit Thyreostatika behandeln WARN: starke Hals-schmerzen, hohes Fieber, Dysphagie
PATIENTENHINWEIS	Die Erkrankung ist meist selbst-limitierend und verläuft oft in mehreren Hormon-phasen.

Gicht-Anfall akut

Gicht-Anfall akut Rheumatologie / Stoffwechsel HIGH-IMPACT	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Gelenk-schmerz plötzlich, Rötung, Schwellung, Harnsäure, CRP, Gelenkstatus ED: Gelenk-punktion bei unklarer Diagnose, Ultraschall Doppel-kontur-Zeichen
THERAPIE	ERSTLINIE: Ibuprofen 600 mg (max. Ibuprofen 2400 mg/d) ESKALATION 2: Colchicin 0,5 mg 1–2×/d ESKALATION 3: Prednisolon kurzzeitig 20–30 mg/d DAUER: Stunden bis Tage ABSETZREGEL: Kurzkurs (≤5 d): abruptes Absetzen möglich; Längerkurs: über 1–2 Wochen ausschleichen (NNR-Suppression)
MANAGEMENT	M: Schmerz, Gelenk-schwellung nach 48–72 h E: häufige Anfälle → Harnsäure-senkende Dauer-therapie prüfen ÜW: Rheumatologie bei atypischem Verlauf
PITFALLS	INT: Colchicin + Makrolid-antibiotika → Toxizität PIT: Allopurinol während akutem Anfall neu starten WARN: Fieber, septische Arthritis-verdacht
PATIENTENHINWEIS	Viel trinken und purinreiche Nahrung reduzieren hilft langfristig.
HAUSÄRZTLICH	Überweisung und Adressen für CPAP-Diagnostik

Hyperthyreose / Morbus Basedow

Hyperthyreose / Morbus Basedow Endokrinologie HIGH-IMPACT	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: TSH supprimiert, fT4/fT3 erhöht, Tachykardie, Tremor, Gewichtsverlust ED: TRAK-Antikörper, Schilddrüsen-sonographie, Szintigrafie
THERAPIE	ERSTLINIE: Thiamazol 10–20 mg/d ESKALATION 2: Propranolol 10–20 mg 3×/d ESKALATION 3: Radiojod-therapie bei Rezidiv nach Indikation DAUER: Wochen ABSETZREGEL: Über 2–4 Wochen ausschleichen; abruptes Absetzen → Rebound-Tachykardie/Angina möglich
MANAGEMENT	M: TSH/fT4 alle 4–6 Wochen E: persistierende Hyperthyreose → Therapie-anpassung ÜW: Endokrinologie
PITFALLS	INT: Thiamazol → Agranulozytose-risiko PIT: Tachykardie nur kardial interpretieren WARN: Fieber + Halsschmerz unter Thiamazol → Blutbild
PATIENTENHINWEIS	Bei Hyperthyreose sind Herzzrasen und Gewichtsverlust häufig.

Diabetes mellitus Typ 2 Erstdiagnose

Diabetes mellitus Typ 2 Erstdiagnose Endokrinologie / Allgemeinmedizin HIGH-IMPACT	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: HbA1c, Nüchtern-glukose, BMI, Blutdruck, Lipid-profil ED: Augenarzt, Mikroalbuminurie, EKG
THERAPIE	ERSTLINIE: Metformin 500 mg 1–2×/d (Ziel: 2000 mg/d, max. Metformin 2000–3000 mg/d je Präparat) ESKALATION 2: Empagliflozin 10 mg/d (Ziel: 10–25 mg/d) ESKALATION 3: Semaglutid 0,25 mg/Woche (Ziel: 0,5–1 mg/Woche) DAUER: Wochen ABSETZREGEL: Kontinuierliche Einnahme; bei Kontrastmittel/OP 48 h pausieren; Absetzen nur bei eGFR <30 ml/min
MANAGEMENT	M: HbA1c alle 3 Monate E: HbA1c ≥7 % → Therapie eskalieren ÜW: Diabetologie bei komplexem Verlauf
PITFALLS	INT: Metformin bei eGFR <30 kontraindiziert PIT: Lebensstil-intervention vergessen WARN: Hypoglykämie bei intensiver Therapie
PATIENTENHINWEIS	Ernährung und Bewegung bleiben zentrale Therapie.

Lipide + Prediabetes

Lipide + Prediabetes Endokrinologie / Diabetologie / Schilddrüse / Adipositas HIGH-IMPACT	
UK: Endokrinologie / Diabetologie / Schilddrüse / Adipositas	
DIAGNOSTIK	MD: Diagnose inkonsistent: Nüchtern-glukose ≥126 = Diabetes-Kriterium, aber HbA1c 6,2 % = nur Prädiabetes → Diagnose sichern (2. Messung oder OGTT). Metformin erst nach gesichertem T2DM (oder HbA1c-Trend ≥ ED: [aus Leitlinien ergänzt]
THERAPIE	ERSTLINIE: Statin: Atorvastatin 10–20 mg/Tag (LDL-Ziel <100 mg/dl bei moderatem Risiko) ESKALATION 2: Lebensstil: Bewegung 150 Min/Wo, KH-Reduktion, Gewichtsreduktion. ESKALATION 3: [aus Leitlinien ergänzt] DAUER: HbA1c + Nüchtern-glukose-Kontrolle in 3 Monaten. LDL-Kontrolle 4–6 Wochen nach Statin-Beginn. GFR jährlich überwachen. ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Ernährungsumstellung (mediterrane Diät, KH-Reduktion, Ballaststoffe). Ausdauersport (150 Min/Wo moderate Intensität). Gewichtsreduktion.
MANAGEMENT	M: Ernährungsumstellung (mediterrane Diät, KH-Reduktion, Ballaststoffe). Ausdauersport (150 Min/Wo moderate Intensität). Gewichtsreduktion. E: [aus Leitlinien ergänzt] ÜW: [aus Leitlinien ergänzt]
PITFALLS	INT: [aus Leitlinien ergänzt] PIT: Diabetes ohne 2. Bestätigung diagnostizieren; Lipide nicht behandeln weil HbA1c auffällig; Metformin starten ohne gesicherte Diagnose. WARN: [aus Leitlinien ergänzt]
PATIENTENHINWEIS	Im Hausarzt-Setting: Diagnose-Sicherung (2. Nüchternwert) direkt veranlassen. Statin sofort starten (Lipidtherapie dringlicher als Glukosetherapie). Metformin-Einleitung nach Diagnosebestätigung. LDL-

HAUSÄRZTLICH	Im Hausarzt-Setting: Diagnose-Sicherung (2. Nüchternwert) direkt veranlassen. Statin sofort starten (Lipidtherapie dringlicher als Glukosetherapie). Metformin-Einleitung nach Diagnosebestätigung. LDL-Kontrolle in 4–6 Wochen hausärztlich.
EVIDENZ	ADA 2024; DDG 2024; ESC/EAS 2019; Grundy SM et al. AHA/ACC Cholesterol Guidelines 2018 Leitlinie: ADA Standards of Medical Care 2024; DDG Praxisempfehlungen Diabetes; ESC/EAS Dyslipidämie-Leitlinie 2019

Hypothyreose

Hypothyreose Endokrinologie COMMON	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: TSH, fT4, TPO-AK bei Verdacht Autoimmunthyreoiditis ED: Schilddrüsen-Sonographie bei Struma/Knoten, Endokrinologie bei komplexem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Levothyroxin 25–50 µg/d (Ziel: meist 75–150 µg/d individuell) ESKALATION 2: Levothyroxin langsam titriert bei Älteren 12,5–25 µg/d ESKALATION 3: T4-T3 nur Spezialfall nicht Routine DAUER: 6–8 Wochen ABSETZREGEL: Dauermedikation; nicht abrupt absetzen; TSH-Kontrolle nach Dosisänderung nach 6 Wochen
MANAGEMENT	M: TSH 6–8 Wochen nach Dosisänderung E: TSH weiter erhöht → +12,5–25 µg ÜW: Endokrinologie bei Schwangerschaft, Knoten, schwerer Dysregulation
PITFALLS	INT: Eisen/Calcium/PPI vermindern Resorption PIT: Dosis zu schnell ändern, bevor steady state erreicht ist WARN: Überdosierung → Palpitationen, Gewichtsverlust, Unruhe
PATIENTENHINWEIS	Morgens nüchtern einnehmen; Abstand zu Eisen und Calcium halten.

Prädiabetes HbA1c 6,0% / Nüchternglukose 115 mg/dl

Prädiabetes HbA1c 6,0% / Nüchternglukose 115 mg/dl Endokrinologie / Prävention COMMON	
UK: 19 Präventionsmanagement	
DIAGNOSTIK	MD: HbA1c, Nüchternglukose, BMI/Taille, Blutdruck, Lipide, Familienanamnese ED: OGTT bei unklarer Risikolage oder Schwangerschaftsplanung
THERAPIE	ERSTLINIE: Lebensstilprogramm ≥150 min Bewegung/Woche (max. Metformin 2000 mg/d) ESKALATION 2: Gewichtsreduktion 5–10% Gewichtsverlust ESKALATION 3: Metformin nur bei hohem Risiko Metformin 500 mg 1×/d (Ziel: 1500–2000 mg/d bei Indikation) DAUER: Monate ABSETZREGEL: Kontinuierliche Einnahme; bei Kontrastmittel/OP 48 h pausieren; Absetzen nur bei eGFR <30 ml/min
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Lebensstilintervention als First-Line
MANAGEMENT	M: HbA1c/Nüchternglukose alle 6–12 Monate E: HbA1c ≥6,5% oder Nüchternglukose ≥126 mg/dl → Diabetesdiagnostik/-therapie ÜW: Ernährungsberatung/Diabetologie bei hohem Risiko
PITFALLS	INT: Metformin bei eGFR <30 kontraindiziert PIT: Prädiabetes bagatellisieren oder sofort wie manifesten Diabetes behandeln WARN: Gewichtsverlust, Polyurie, Polydipsie

PATIENTENHINWEIS	Prädiabetes ist ein Interventionsfenster: Bewegung und Gewichtsreduktion wirken stark.
EVIDENZ	Leitlinie: 0%, Nüchtern-Glukose 115 mg/dl: Prädiabetes (ADA: HbA1c 5

Schilddrüsenknoten / sonographischer Zufallsbefund

Schilddrüsenknoten / sonographischer Zufallsbefund Endokrinologie COMMON	
UK: 15 Überweiskriterien Facharzt	
DIAGNOSTIK	MD: TSH, Palpation, Sonographie-Befund, Red Flags, Familienanamnese ED: Szintigraphie bei supprimiertem TSH, Feinnadelpunktion nach Risiko
THERAPIE	ERSTLINIE: keine Therapie ohne Risikokriterium — kein Inhalt ESKALATION 2: Verlaufssonographie ESKALATION 3: Endokrinologische Abklärung DAUER: Verlauf über Monate ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Sonokontrolle risikoadaptiert, TSH-Verlauf E: suspekter Ultraschall, Wachstum, supprimiertes TSH → weitere Abklärung ÜW: Endokrinologie/Nuklearmedizin bei Risikoknoten
PITFALLS	INT: Jodexzess bei Autonomie beachten PIT: jeden Knoten sofort punktieren oder jeden ignorieren WARN: Heiserkeit, harte Fixierung, Lymphknoten, schnelles Wachstum
PATIENTENHINWEIS	Viele Knoten sind gutartig; entscheidend sind TSH und Ultraschallrisiko.

Schlaf-störung unter Melatonin / TSH-Anstieg

Schlaf-störung unter Melatonin / TSH-Anstieg Psychiatrie / Endokrinologie COMMON	
UK: 6 Therapie-umstellung bei Nebenwirkungen	
DIAGNOSTIK	MD: Schlaf-anamnese, TSH/ft4, Medikamenten-liste, Tagesmüdigkeit, PHQ-9/GAD-7 ED: Schlaf-labor bei Apnoe-verdacht, Endokrinologie bei persistierender TSH-Störung
THERAPIE	ERSTLINIE: Schlaf-hygiene/CBT-I strukturiert ESKALATION 2: Melatonin retard 2 mg 1–2 h vor Schlaf (Ziel: 2 mg) ESKALATION 3: Ursache prüfen statt Dauer-medikation DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Schlaf-protokoll, Tagesmüdigkeit, TSH nach Verlauf E: TSH-Anstieg persistiert → Schilddrüse abklären/Medikation prüfen ÜW: Endokrinologie bei pathologischem ft4 oder Symptomen
PITFALLS	INT: Melatonin + Sedativa/Alkohol → Sedierung PIT: TSH-Veränderung ignorieren, wenn zeitlicher Zusammenhang besteht WARN: starke Tagesmüdigkeit, depressive Symptome, Hypothyreose-symptome
PATIENTENHINWEIS	Melatonin ist kein reines „Naturmittel“; Wirkung und Nebenwirkungen kontrollieren.

Hypothyreose

Hypothyreose Endokrinologie COMMON	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: TSH erhöht, fT4 erniedrigt, Symptome (Müdigkeit, Gewichtszunahme) ED: TPO-Antikörper, Schilddrüsen-sonographie
THERAPIE	ERSTLINIE: Levothyroxin 25–50 µg/d ESKALATION 2: Jod-substitution bei Mangel nach Bedarf ESKALATION 3: Ursachen-behandlung individuell DAUER: Wochen ABSETZREGEL: Dauermedikation; nicht abrupt absetzen; TSH-Kontrolle nach Dosisänderung nach 6 Wochen
MANAGEMENT	M: TSH nach 6–8 Wochen kontrollieren E: persistierende Symptome → Dosis-anpassung ÜW: Endokrinologie
PITFALLS	INT: Levothyroxin + Eisen/Calcium → Resorptions-störung PIT: Einnahme nicht nüchtern WARN: Bradykardie, Hypothermie
PATIENTENHINWEIS	Schilddrüsen-hormone sollten morgens nüchtern eingenommen werden.

Erhöhtes TSH

Erhöhtes TSH Endokrinologie / Diabetologie / Schilddrüse / Adipositas COMMON	
UK: Endokrinologie / Diabetologie / Schilddrüse / Adipositas	
DIAGNOSTIK	MD: TSH 6,5 → subklinische Hypothyreose. Diagnostik: fT4 + TPO-AK (Hashimoto-Marker, Sensitivität 90–95 %); Tg-AK optional; TRAK kontraindiziert bei hohem TSH (TRAK → Basedow → Hyperthyreose, passt mechan ED: [aus Leitlinien ergänzt]
THERAPIE	ERSTLINIE: Levothyroxin (L-Thyroxin) Startdosis: 25–50 µg/Tag, Steigerung alle 4–6 Wochen. Ziel-TSH: 1–2,5 mIU/L (Schwangere: <2,5 im 1. Trimenon). ESKALATION 2: [aus Leitlinien ergänzt] ESKALATION 3: [aus Leitlinien ergänzt] DAUER: TSH alle 6–12 Monate im stabilen Verlauf. fT4 bei Therapiebeginn und Dosisanpassung. TSH-Erstcheck nach 6–8 Wochen. ABSETZREGEL: Dauermedikation; TSH-Kontrolle 6 Wo nach Dosisänderung
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Regelmäßige Schilddrüsen-sonographie. Jodreiche Ernährung nicht übertreiben (kann Hashimoto triggern).
MANAGEMENT	M: Regelmäßige Schilddrüsen-sonographie. Jodreiche Ernährung nicht übertreiben (kann Hashimoto triggern). E: [aus Leitlinien ergänzt] ÜW: [aus Leitlinien ergänzt]
PITFALLS	INT: [aus Leitlinien ergänzt] PIT: TRAK unnötig bei erhöhtem TSH. L-Thyroxin-Einnahme: nicht zusammen mit Ca/Fe-Tabletten (mind. 2 h Abstand). TSH-Messung nach Dosisänderung frühestens nach 6 Wochen. WARN: [aus Leitlinien ergänzt]
PATIENTENHINWEIS	Im Hausarzt-Setting: fT4 + TPO-AK + Sono aus einer Hand möglich. Levothyroxin-Einleitung und Titration hausärztlich. Endokrinologie nur bei Hashimoto-Basedow-Overlap, refraktärem Verlauf, Schwangersch

HAUSÄRZTLICH	Im Hausarzt-Setting: fT4 + TPO-AK + Sono aus einer Hand möglich. Levothyroxin-Einleitung und Titration hausärztlich. Endokrinologie nur bei Hashimoto-Basedow-Overlap, refraktärem Verlauf, Schwangerschaft mit kompl. Schilddrüsenerkrankung.
EVIDENZ	Jonklaas J et al. Thyroid 2014; Pearce SH et al. ETA 2013; Bartalena L et al. Eur Thyroid J 2018 Leitlinie: ATA Guideline Hypothyroidism 2014; ETA Subclinical Hypothyroidism 2013

Rheumatologie und Orthopädie

21 Karten · ● High-Impact: 11 ● Common: 10

Rheumatologische und orthopädische Erkrankungen verursachen einen erheblichen Anteil der Krankheitslast in der Bevölkerung. Dieses Kapitel adressiert sowohl entzündliche Gelenkerkrankungen (RA, Gicht, Spondylarthritis) als auch degenerative und traumatische Pathologien. Elf HIGH-IMPACT-Einträge reflektieren, dass diagnostische Verzögerungen – insbesondere bei früher RA und Gichterstkrise – langfristige Gelenkschäden verursachen können.

Chronischer Daumenschmerz nach Trauma

Chronischer Daumenschmerz nach Trauma Orthopädie / MSK HIGH-IMPACT ●	
UK: 15 Überweiskriterien Facharzt	
DIAGNOSTIK	MD: Inspektion, Beweglichkeit, Kraft, Schmerzlokalisierung, Röntgen Hand/Daumen ED: MRT Hand, Ultraschall Sehnen/Bänder
THERAPIE	ERSTLINIE: Ibuprofen 400 mg (Ziel: 1200 mg/d, max. 2400 mg/d) ESKALATION 2: Naproxen 250 mg (Ziel: 500 mg/d, max. 1000 mg/d) ESKALATION 3: Diclofenac lokal oder oral 1–2× lokal oder 50 mg oral (max. 150 mg/d oral) DAUER: Tage ABSETZREGEL: Nach Symptomkontrolle absetzen; Kurzzeittherapie: abrupt absetzbar; Magenprotektion bei >5 d
NICHT-MEDIKAMENTÖS	49-jährige Patientin, Schmerzen/Schwellung/Bewegungseinschränkung rechtes Daumen-Mittelgelenk 3 Monate nach Autotür-Einklemmung
MANAGEMENT	M: Schmerz, Funktion, Beweglichkeit nach 2–4 Wochen E: Persistenz >4 Wochen oder Instabilität → MRT/Handchirurgie ÜW: Orthopädie/Handchirurgie bei Funktionsverlust
PITFALLS	INT: NSAR + Antikoagulation/CKD → Blutungs-/Nierenrisiko PIT: chronische posttraumatische Schmerzen ohne Bildgebung abtun WARN: Kraftverlust, Instabilität, Ruheschmerz
PATIENTENHINWEIS	Nach 3 Monaten Beschwerden sollte eine strukturelle Ursache ausgeschlossen werden.

Gicht – Benzbromaron-Hepatotoxizität / Alternativen

Gicht – Benzbromaron-Hepatotoxizität / Alternativen Rheumatologie / Nephrologie HIGH-IMPACT ●	
UK: 6 Therapieumstellung bei Nebenwirkungen	
DIAGNOSTIK	MD: Harnsäure, Kreatinin/eGFR, Leberwerte, Anfallsfrequenz, Tophi ED: Rheumatologie bei Unverträglichkeiten/komplexer Gicht
THERAPIE	ERSTLINIE: Allopurinol 100 mg/d (Ziel: Harnsäure <6 mg/dl) ESKALATION 2: Febuxostat 40 mg/d (Ziel: 80 mg/d nach Bedarf, max. 120 mg/d) ESKALATION 3: Colchicin-Prophylaxe beim Start 0,5 mg 1–2×/d DAUER: Wochen bis Monate ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Harnsäure und Leber-/Nierenwerte nach 4–8 Wochen E: Urat-Ziel nicht erreicht → Dosis titrieren/Wechsel ÜW: Rheumatologie bei Unverträglichkeit oder schwerer Gicht
PITFALLS	INT: Azathioprin + Allopurinol → schwere Toxizität PIT: Benzbromaron trotz Hepatotoxizitätsrisiko unkritisch nutzen WARN: Ikterus, Oberbauchschmerz, starker Leberwertanstieg
PATIENTENHINWEIS	Harnsäuresenker werden langfristig gesteuert, nicht nur nach Schmerz.


Akutes Knie trauma in Schwangerschaft

Akutes Knie trauma in Schwangerschaft Orthopädie / Gynäkologie HIGH-IMPACT	
UK: 13 Management bei Schwangerschaft	
DIAGNOSTIK	MD: Ottawa-Knee-Rules, Inspektion, Erguss, Belastbarkeit, Bandstabilität, neurovaskulärer Status ED: Röntgen bei Ottawa-Kriterien; MRT ohne Kontrastmittel bei Meniskus-/Bandverdacht
THERAPIE	ERSTLINIE: Paracetamol 500–1000 mg (Ziel: bis 3 g/d, max. 3–4 g/d je Risiko) ESKALATION 2: lokale Kühlung 10–15 min mehrmals täglich ESKALATION 3: Entlastungsorthese individuell DAUER: Stunden bis Tage ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Schmerz, Schwellung, Belastbarkeit nach 3–7 Tagen E: Blockade, Instabilität, großer Erguss → MRT/Orthopädie ÜW: Orthopädie bei Verdacht auf Band-/Meniskusläsion
PITFALLS	INT: NSAR in Schwangerschaft v. a. ab 3. Trimenon vermeiden PIT: notwendige Bildgebung aus Angst vor Schwangerschaft unterlassen WARN: Thrombosezeichen, neurovaskuläre Ausfälle, starke Schwellung
PATIENTENHINWEIS	MRT ohne Kontrastmittel ist bei klarer Indikation möglich; Paracetamol ist meist erste Wahl.
EVIDENZ	Leitlinie: ACR: akutes Knie trauma mit Verdrehungsmechanismus - Ottawa Knee Rules anwenden


Zervikale Radikulopathie C6

Zervikale Radikulopathie C6 Neurologie / Orthopädie HIGH-IMPACT	
UK: 15 Überweisungskriterien Facharzt	
DIAGNOSTIK	MD: neurologischer Status, Kraft, Reflexe, Sensibilität C5–Th1, Spurling-Test, Red Flags ED: MRT HWS bei Defizit, Myelopathiezeichen oder Persistenz
THERAPIE	ERSTLINIE: Physiotherapie individuell ESKALATION 2: Ibuprofen 400 mg (Ziel: bis 1200 mg OTC bzw. ärztlich höher, max. 2400 mg/d) ESKALATION 3: Pregabalin 25–75 mg abends (Ziel: 150–300 mg/d, max. 600 mg/d) DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Nach Symptomkontrolle absetzen; Kurzzeittherapie: abrupt absetzbar; Magenprotektion bei >5 d
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Therapie: Physiotherapie, Analgesie
MANAGEMENT	M: Kraft, Sensibilität, Schmerz nach 2–4 Wochen E: progrediente Parese oder Myelopathiezeichen → sofortige Bildgebung ÜW: Neurologie/Orthopädie bei Defizit oder Therapieversagen
PITFALLS	INT: Pregabalin + Alkohol/Sedativa → Sedierung/Sturzrisiko PIT: progrediente Schwäche als „Verspannung“ behandeln WARN: Gangstörung, Blasenstörung, Pyramidenbahnzeichen
PATIENTENHINWEIS	Kraftverlust ist wichtiger als Schmerzstärke und muss rasch abgeklärt werden.

Ulnaris-kompression / Ellenbogen-tunnel-syndrom

Ulnaris-kompression / Ellenbogen-tunnel-syndrom Neurologie / Orthopädie HIGH-IMPACT 	
UK: 15 Überweisungs-kriterien Facharzt	
DIAGNOSTIK	MD: Anamnese, Sensibilität Ring-/Kleinfinger, Kraft Interossei, Tinel am Ellenbogen ED: Nerven-leit-geschwindigkeit, EMG, Ultraschall Nervus ulnaris
THERAPIE	ERSTLINIE: Lagerungs-schiene nachts Ellenbogen-streck-schiene ESKALATION 2: Physio-therapie individuell ESKALATION 3: NSAR kurzzeitig Ibuprofen 400 mg DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Therapie: Lagerungsschiene
MANAGEMENT	M: Sensibilität, Kraft, Atrophie nach 4–6 Wochen E: Kraftverlust oder Atrophie → rasche Abklärung ÜW: Neurologie/Hand-chirurgie bei Defizit
PITFALLS	INT: NSAR + CKD/Antikoagulation → Risiko PIT: Taubheit als HWS-Problem fehlinterpretieren WARN: intrinsische Hand-muskel-schwäche, Atrophie
PATIENTENHINWEIS	Druck auf den Ellenbogen vermeiden; nachts nicht stark beugen.

Schwank-schwindel bei HWS-Prolaps

Schwank-schwindel bei HWS-Prolaps Neurologie / Orthopädie HIGH-IMPACT 	
UK: 15 Überweisungs-kriterien Facharzt	
DIAGNOSTIK	MD: neurologischer Status, Dix-Hallpike, Blutdruck, Gangbild, HWS-Befund ED: MRT HWS/Kopf, Duplex vertebrobasilär bei Red Flags
THERAPIE	ERSTLINIE: Epley-Manöver bei BPPV Manöver nach Befund ESKALATION 2: HWS-Physio-therapie Übungsplan ESKALATION 3: symptomatische Kurzzeittherapie Dimenhydrinat kurzzeitig DAUER: sofort bis Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Schwindel-frequenz, neurologische Zeichen, Gang-sicherheit E: neurologische Ausfälle → Notfall ÜW: Neurologie/HNO bei unklarem oder persistierendem Schwindel
PITFALLS	INT: Vestibularis-suppressiva sedieren PIT: HWS-Prolaps automatisch als Schwindelursache annehmen WARN: Doppelbilder, Dysarthrie, Ataxie, neue Parese
PATIENTENHINWEIS	Lagerungs-schwindel ist häufig und gezielt testbar.


Raynaud-Phänomen

Raynaud-Phänomen Rheumatologie / Gefäß-medicin HIGH-IMPACT	
UK: 15 Überweisungs-kriterien Facharzt	
DIAGNOSTIK	<p>MD: Anamnese Kälte-trigger, Finger-farbwechsel, Pulsstatus, Blutdruck, ANA, CRP/BSG, Blutbild</p> <p>ED: Kapillar-mikroskopie, ENA/Sklerodermie-AK, Rheumatologie bei sekundärem Verdacht</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Kälte-schutz konsequent</p> <p>ESKALATION 2: Nifedipin retard 10 mg/d (Ziel: 30–60 mg/d)</p> <p>ESKALATION 3: Amlodipin 5 mg/d (Ziel: 5–10 mg/d)</p> <p>DAUER: Tage bis Wochen</p> <p>ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen</p>
MANAGEMENT	<p>M: Attacken-frequenz, Ulzera, Blutdruck, Nebenwirkungen</p> <p>E: digitale Ulzera, Nekrosen, ANA positiv → Rheuma-Abklärung</p> <p>ÜW: Rheumatologie bei spätem Beginn, Asymmetrie, Ulzera</p>
PITFALLS	<p>INT: Calcium-antagonisten + Hypotonie → Schwindel</p> <p>PIT: sekundäres Raynaud bei spätem Beginn übersehen</p> <p>WARN: Ulzera, Nekrosen, einseitige Ischämie</p>
PATIENTENHINWEIS	Kälte-schutz ist Basis; neue Wunden an Fingern sind ein Warnzeichen.


Fersen-schmerz nach Sport / Plantar-fasziitis vs Kalkaneus-Ermüdungs-fraktur

Fersen-schmerz nach Sport / Plantar-fasziitis vs Kalkaneus-Ermüdungs-fraktur Orthopädie / Sport-medicin HIGH-IMPACT	
UK: 15 Überweisungs-kriterien Facharzt	
DIAGNOSTIK	<p>MD: Lokalisation, Belastungs-schmerz, Druckschmerz Plantarfaszie/Kalkaneus, Hüpfetest, Gangbild</p> <p>ED: Röntgen bei Fraktur-verdacht, MRT bei negativem Röntgen und starkem Verdacht</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Belastungs-reduktion Sportpause relativ (max. Ibuprofen 2400 mg/d je Risiko)</p> <p>ESKALATION 2: Dehnübungen-Fußsohle-Wade täglich</p> <p>ESKALATION 3: NSAR kurzzeitig Ibuprofen 400 mg</p> <p>DAUER: Tage bis Wochen</p> <p>ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen</p>
MANAGEMENT	<p>M: Belastbarkeit, Schmerz morgens/unter Last nach 2–4 Wochen</p> <p>E: zunehmender Belastungs-schmerz oder Hüpfetest positiv → MRT</p> <p>ÜW: Orthopädie/Sport-medicin bei Fraktur-verdacht</p>
PITFALLS	<p>INT: NSAR können Knochenheilung/Nierenfunktion problematisch beeinflussen</p> <p>PIT: Ermüdungs-fraktur als Plantar-fasziitis bagatellisieren</p> <p>WARN: Nacht-schmerz, Unfähigkeit zu belasten, punktueller Kalkaneus-schmerz</p>
PATIENTENHINWEIS	Nach intensivem Sport kann Fersen-schmerz auch eine Stress-fraktur sein.

Akute Lumbale Radikulopathie

Akute Lumbale Radikulopathie Neurologie / Orthopädie HIGH-IMPACT 	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	MD: neurologischer Status, Reflexe, Sensibilität, Lasègue-Test ED: MRT LWS bei neurologischen Defiziten
THERAPIE	ERSTLINIE: Ibuprofen 400 mg ESKALATION 2: Physiotherapie Übungsprogramm ESKALATION 3: Prednisolon kurzzeitig 40 mg/d DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Kurzkurs (≤ 5 d): abruptes Absetzen möglich; Längerkurs: über 1–2 Wochen ausschleichen (NNR-Suppression)
MANAGEMENT	M: Schmerz und neurologische Funktion E: progrediente Parese → Operation prüfen ÜW: Neurochirurgie
PITFALLS	INT: NSAR + Antikoagulation → Blutungs-risiko PIT: Bildgebung ohne Red-Flags WARN: Cauda-equina-Syndrom
PATIENTENHINWEIS	Taubheit im Sattelbereich ist ein Notfall-symptom.

Akuter Fersenschmerz mit Überwärmung

Akuter Fersen-schmerz mit Über-wärmung Rheumatologie / Orthopädie HIGH-IMPACT 	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	MD: Gelenkstatus, Lokalisation Achillessehne/Bursa, Temperatur, CRP, Blutbild, Harnsäure ED: Ultraschall, Punktion bei Infekt-verdacht, HLA-B27 bei Spondyloarthritis-verdacht
THERAPIE	ERSTLINIE: NSAR Ibuprofen 400 mg ESKALATION 2: Colchicin bei Gicht Colchicin 0,5 mg 1–2×/d ESKALATION 3: Antibiotikum + Punktion bei septischer Bursitis nach Klinikstandard DAUER: Stunden bis Tage ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Schmerz, Schwellung, Fieber, CRP-Verlauf E: Fieber, starke Überwärmung, Immunsuppression → septisch behandeln ÜW: Rheumatologie/Orthopädie bei unklarem Verlauf
PITFALLS	INT: Colchicin + Makrolide/CYP3A4-Hemmer → Toxizität PIT: Harnsäure im akuten Anfall als Ausschlusskriterium nutzen WARN: Fieber, Fluktuation, starke Bewegungsunfähigkeit
PATIENTENHINWEIS	Akuter heißer Fersen-schmerz kann Gicht sein, aber Infektion muss ausgeschlossen werden.
EVIDENZ	Leitlinie: 3) Reaktive Arthritis (Reiter-Syndrom): Infekt-Vorgeschichte (Chlamydien, Yersinien, Campylobacter), HLA-B27 positiv, Triade Arthritis+Urethritis+Konjunktivitis

Handgelenksschmerz >4 Monate nach Trauma

Handgelenks-schmerz >4 Monate nach Trauma Orthopädie / Hand-chirurgie HIGH-IMPACT	
UK: 15 Überweisungs-kriterien Facharzt	
DIAGNOSTIK	MD: Lokalisation radial/ulnar, Beweglichkeit, Kraft, Watson-Test, Tabatière, Press-Test, Röntgenbefund ED: MRT Handgelenk, ggf. Arthroskopie bei therapierelevanter Läsion
THERAPIE	ERSTLINIE: Orthese sofort ESKALATION 2: Belastungs-pause keine Liegestütze/Heben ESKALATION 3: NSAR kurzzeitig Ibuprofen 400 mg DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Schmerz, Extension, Kraft, Belastbarkeit E: Schmerz >6 Wochen nach Trauma trotz normalem Röntgen → MRT ÜW: Hand-chirurgie/Orthopädie
PITFALLS	INT: NSAR + CKD/Antikoagulation → Risiko PIT: normales Röntgen als Ausschluss relevanter Bandläsion werten WARN: Tabatière-schmerz, Instabilität, Extensionsdefizit
PATIENTENHINWEIS	Nach Trauma kann trotz normalem Röntgen eine Band- oder TFCC-Läsion vorliegen.
HAUSÄRZTLICH	Management: Orthese sofort, keine Liegestütze, Überweisung Handchirurgie/Orthopädie

Lipödem / Hypermobilität

Lipödem / Hypermobilität Gefäßmedizin / Rheumatologie COMMON	
UK: 18 Langzeitnachsorge	
DIAGNOSTIK	MD: klinische Untersuchung, Umfang, Schmerzscores, Ödemverteilung, Stemmer-Zeichen ED: Lymphszintigrafie selektiv, Gefäßdiagnostik, Rheumatologie bei EDS-Verdacht
THERAPIE	ERSTLINIE: Kompression Kompressionsklasse individuell ESKALATION 2: manuelle Lymphdrainage Frequenz nach Befund ESKALATION 3: Bewegungstherapie Low-impact regelmäßig DAUER: Wochen bis Monate ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Schmerz, Umfang, Funktion, Hautstatus alle 3–6 Monate E: Progression oder Therapieversagen → Spezialzentrum ÜW: Lymphologie/Gefäßmedizin/Rheumatologie
PITFALLS	INT: Diuretika sind keine Standardtherapie des Lipödems PIT: Lipödem mit Adipositas oder Lymphödem gleichsetzen WARN: neue einseitige Schwellung/Schmerz → TVT ausschließen
PATIENTENHINWEIS	Kompression und Bewegung sind Langzeitmaßnahmen, keine Kurzkur.
HAUSÄRZTLICH	Überweisung zu Spezialsprechstunden: Lymphologie, Gefäßchirurgie, Rheumatologie

Chronischer Rückenschmerz

Chronischer Rückenschmerz Orthopädie / Schmerzmedizin COMMON	
UK: 18 Langzeitnachsorge	
DIAGNOSTIK	<p>MD: neurologischer Status, Red Flags, Schmerz-/Funktionsscore, psychosoziale Risikofaktoren</p> <p>ED: MRT bei Defizit/Red Flags oder persistierendem therapieresistentem Verlauf</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Bewegungstherapie individuell</p> <p>ESKALATION 2: Ibuprofen 400 mg (Ziel: bis 1200 mg OTC bzw. ärztlich höher, max. 2400 mg/d)</p> <p>ESKALATION 3: Naproxen 250 mg (Ziel: 500 mg/d, max. 1000 mg/d)</p> <p>DAUER: Tage bis Wochen</p> <p>ABSETZREGEL: Nach Symptomkontrolle absetzen; Kurzzeittherapie: abrupt absetzbar; Magenprotektion bei >5 d</p>
MANAGEMENT	<p>M: Funktion und Schmerz nach 4 Wochen, Chronifizierungsrisiko prüfen</p> <p>E: neurologisches Defizit oder Red Flags → sofortige Abklärung</p> <p>ÜW: Orthopädie/Schmerzmedizin bei Chronifizierung</p>
PITFALLS	<p>INT: NSAR + CKD/Antikoagulation → Risiko</p> <p>PIT: frühe Bildgebung ohne Red Flags verstärkt Chronifizierung</p> <p>WARN: Blasen-/Mastdarmstörung, progrediente Parese</p>
PATIENTENHINWEIS	Bewegung ist meist besser als Schonung; Warnzeichen sofort melden.

Knieläsion nach Verdrehtrauma

Knieläsion nach Verdrehtrauma Orthopädie / MSK COMMON	
UK: 15 Überweisungskriterien Facharzt	
DIAGNOSTIK	<p>MD: Ottawa-Knee-Rules, Beweglichkeit, Erguss, Meniskuszeichen, Bandstabilität</p> <p>ED: Röntgen bei Frakturverdacht; MRT bei negativem Röntgen und Weichteilverdacht</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Paracetamol 500–1000 mg (Ziel: bis 3 g/d, max. 4 g/d je Risiko)</p> <p>ESKALATION 2: Ibuprofen 400 mg (Ziel: bis 1200 mg OTC bzw. ärztlich höher, max. 2400 mg/d)</p> <p>ESKALATION 3: Physiotherapie individuell</p> <p>DAUER: Stunden bis Wochen</p> <p>ABSETZREGEL: Nach Symptomkontrolle absetzen; Kurzzeittherapie: abrupt absetzbar; Magenprotektion bei >5 d</p>
MANAGEMENT	<p>M: Funktion und Belastbarkeit nach 1–2 Wochen</p> <p>E: Blockade, Instabilität, persistierender Erguss → MRT</p> <p>ÜW: Orthopädie/Unfallchirurgie bei strukturellem Verdacht</p>
PITFALLS	<p>INT: NSAR + Antikoagulation/CKD → Blutungs-/Nierenrisiko</p> <p>PIT: Meniskus-/VKB-Läsion trotz Erguss und Instabilität übersehen</p> <p>WARN: Streckhemmung, „giving way“, neurovaskuläres Defizit</p>
PATIENTENHINWEIS	Röntgen klärt Knochen, MRT klärt Meniskus/Bänder.
EVIDENZ	Leitlinie: ACR Appropriateness Criteria: MRT bei Knieläsion

Rückenschmerz / STarT-Back-Risiko

Rückenschmerz / STarT-Back-Risiko Orthopädie / Schmerz-medicin COMMON	
UK: 18 Lang-zeit-nachsorge	
DIAGNOSTIK	MD: Red Flags, neurologischer Status, Schmerz-/Funktions-score, STarT-Back-Screening ED: MRT bei Defizit/Red Flags oder therapie-resistentem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Bewegung täglich aktiv bleiben ESKALATION 2: Physiotherapie Übungsplan ESKALATION 3: multimodales Schmerz-management bei hohem Risiko strukturiertes Programm DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Niedriges Risiko: Physiotherapie
MANAGEMENT	M: Funktion, Schmerz, Arbeitsfähigkeit nach 4 Wochen E: hoher STarT-Back-Score → früh multimodal behandeln ÜW: Schmerz-medicin/Physio bei Chronifizierungs-risiko
PITFALLS	INT: Opiode früh vermeiden, Sedierung/Abhängigkeit PIT: Bildgebung ohne Red Flags statt Risiko-stratifizierung WARN: Blasen-/Mastdarm-störung, progrediente Parese
PATIENTENHINWEIS	Wichtig ist nicht nur Schmerzstärke, sondern Chronifizierungs-risiko.


Dornwarze / Verruca plantaris

Dorn-warze / Verruca plantaris Dermatologie / Allgemeinmedizin COMMON	
UK: 21 Selbst-management des Patienten	
DIAGNOSTIK	MD: klinische Inspektion, Druckschmerz, Dermatoskopie bei Unsicherheit, Diabetes-/pAVK-Risiko ED: Dermatologie bei unklarer Läsion, Immunsuppression, Therapieversagen
THERAPIE	ERSTLINIE: Salicylsäure z. B. Verrumal/Salicylsäure lokal täglich ESKALATION 2: Hornhaut-abtrag vorsichtig wöchentlich ESKALATION 3: Kryo-therapie nach Praxis-schema DAUER: Wochen bis Monate ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Größe, Schmerz, Hautreizung alle 2–4 Wochen E: Therapieversagen nach 2–3 Monaten → alternative Therapie/Dermatologie ÜW: Dermatologie bei unklarer, blutender oder atypischer Läsion
PITFALLS	INT: Salicylsäure bei Diabetesfuß/pAVK vorsichtig PIT: zu kurze Behandlung erwarten WARN: Ulkus, Blutung, Pigmentierung, Immunsuppression
PATIENTENHINWEIS	Dorn-warzen brauchen Geduld; regelmäßiger Hornhaut-abtrag verbessert die Wirkung.


Gesichtsrötung / Rosazea-verdacht

Gesichtsrötung / Rosazea-verdacht Dermatologie / Rheumatologie COMMON 	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Haut-inspektion, Trigger-anamnese, Flush, Papeln/Pusteln, Augen-beschwerden, SLE-Zeichen ED: ANA/ENA bei Lupus-verdacht, Dermatologie bei unklarem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Trigger-vermeidung konsequent ESKALATION 2: Metronidazol-Gel 0,75–1 % 1–2×/d ESKALATION 3: Ivermectin-Creme 1 % 1×/d DAUER: Wochen ABSETZREGEL: Antibiotikum vollständig einnehmen (Kurs abschließen); kein vorzeitiges Absetzen
MANAGEMENT	M: Rötung, Papeln, Trigger, Augen-symptome nach 6–8 Wochen E: Augen-beteiligung, Therapieversagen, Lupus-zeichen → Abklärung ÜW: Dermatologie / Augenarzt bei okulärer Rosazea
PITFALLS	INT: Topische Steroide im Gesicht können Rosazea verschlechtern PIT: Rosazea als Allergie oder Sonnenbrand fehlinterpretieren WARN: Augen-schmerz, Visusminderung, Schmetterlings-exanthem mit Systemzeichen
PATIENTENHINWEIS	Rosazea schwankt mit Kälte, Hitze, Sonne und Alkohol; Triggerkontrolle ist Teil der Therapie.

Insertionale Adduktoren-tendinopathie

Insertionale Adduktoren-tendinopathie Orthopädie / Sport-medizin COMMON 	
UK: 18 Lang-zeit-nachsorge	
DIAGNOSTIK	MD: Belastungs-anamnese, Palpation Adduktorenansatz, Schmerz bei Adduktion gegen Widerstand, Hüftstatus ED: Ultraschall/MRT bei Persistenz, Sportorthopädie bei Therapieversagen
THERAPIE	ERSTLINIE: exzentrisches Training Physio-Übungsplan ESKALATION 2: relative Belastungs-reduktion Sportpause relativ ESKALATION 3: NSAR lokal oder kurz oral z. B. Ibuprofen 400 mg kurzzeitig DAUER: Wochen bis Monate ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Schmerz bei Belastung, Funktion, Return-to-Sport alle 4–6 Wochen E: keine Besserung nach 8–12 Wochen → Bildgebung/PRP-Diskussion ÜW: Sport-medizin/Orthopädie bei Persistenz
PITFALLS	INT: NSAR bei CKD/Antikoagulation vorsichtig PIT: zu frühe Sport-rückkehr ohne Kraftaufbau WARN: akuter Kraftverlust, tastbare Lücke, Ruheschmerz
PATIENTENHINWEIS	Tendinopathien heilen über Belastungssteuerung und Training, nicht durch reine Schonung.


Lumbago / akuter Kreuz-schmerz

Lumbago / akuter Kreuz-schmerz Orthopädie / Allgemeinmedizin COMMON 	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	MD: Schmerz-lokalisierung, neurologischer Status, Red-Flags, Beweglichkeit ED: MRT bei neurologischen Defiziten oder Red-Flags
THERAPIE	ERSTLINIE: Bewegung aktiv bleiben (max. Ibuprofen 2400 mg/d) ESKALATION 2: Ibuprofen 400 mg ESKALATION 3: Physiotherapie Übungs-programm DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Nach Symptomkontrolle absetzen; Kurzzeittherapie: abrupt absetzbar; Magenprotektion bei >5 d
MANAGEMENT	M: Schmerz-intensität, Funktion nach 2–4 Wochen E: neurologische Defizite oder Persistenz → Bildgebung ÜW: Orthopädie/Neurologie
PITFALLS	INT: NSAR + Antikoagulation → Blutungs-risiko PIT: Bettruhe statt Aktivität empfehlen WARN: Blasen-/Mastdarm-störung, progrediente Parese
PATIENTENHINWEIS	Bewegung beschleunigt die Genesung bei unspezifischem Rücken-schmerz.

Zervikogener Kopfschmerz bei 29-jährigem Patienten

Zervikogener Kopf-schmerz bei 29-jährigem Patienten Neurologie / Orthopädie COMMON 	
UK: 18 Lang-zeit-nachsorge	
DIAGNOSTIK	MD: Kopf-schmerz-profil, HWS-Beweglichkeit, Druckpunkt C2/C3, neurologischer Status, Migränezeichen ED: MRT bei Red Flags, neurologischen Defiziten oder atypischem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Physio-therapie Übungsprogramm ESKALATION 2: Ibuprofen oder Naproxen 400 mg oder 250 mg ESKALATION 3: Nervus-occipitalis-Blockade bei Persistenz fachärztlich DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Nach Symptomkontrolle absetzen; Kurzzeittherapie: abrupt absetzbar; Magenprotektion bei >5 d
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Kopfschmerz 29j okzipital/zervikogen (ChatGPT-Analyse): Wahrscheinlichste DD: 1) Zervikogener Kopfschmerz (HWS-C2/C3-Pathologie, einseitig, okzipito-frontal, Bewegungsabhängigkeit, PC-Arbeitsplatz-Assoziation). Therapie: Ibuprofen 400-600mg, Physiotherapie HWS, Ergonomie-Beratung
MANAGEMENT	M: Schmerz-tage, Beweglichkeit, Analgetika-gebrauch nach 4 Wochen E: Persistenz oder Defizite → Neurologie/Bildgebung ÜW: Neurologie/Orthopädie bei Therapieversagen
PITFALLS	INT: NSAR + Antikoagulation/CKD → Risiko PIT: Migräne, Spannungskopf-schmerz und zervikogen nicht sauber trennen WARN: Donnerschlag, Fieber, fokale Defizite
PATIENTENHINWEIS	HWS-Bewegung und Druckpunkte helfen, zervikogene Schmerzen einzuordnen.
EVIDENZ	Leitlinie: Cervicogenic headache score prüfen

Dyshidrotisches Hand-ekzem / Pompholyx

Dyshidrotisches Hand-ekzem / Pompholyx Dermatologie / Allergologie COMMON 	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Handflächen-/Finger-vesikel, Juckreiz, Berufsexposition, KOH-Test zum Pilzausschluss ED: Epikutantest, Dermatologie bei Persistenz, Mykologie
THERAPIE	ERSTLINIE: Clobetasol 0,05 % 1×/d dünn, ggf. Okklusion ESKALATION 2: Emollienzen mehrfach täglich ESKALATION 3: Calcineurin-Inhibitor bei Steroid-sparender Strategie nach Fachinfo DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Juckreiz, Vesikel, Hautatrophie, Trigger nach 2–4 Wochen E: Rezidive oder Kontaktallergie-Verdacht → Epikutantest ÜW: Dermatologie bei Therapieversagen
PITFALLS	INT: hochpotente Steroide + Okklusion → Atrophie-risiko PIT: Tinea manuum übersehen und mit Steroid verschlechtern WARN: Superinfektion, starke Schmerzen, Eiter
PATIENTENHINWEIS	Vor starker Steroidtherapie sollte Pilzbefall ausgeschlossen werden.
EVIDENZ	2026, Lancet 2024-Referenz): Clobetasol-Propionat 0,05% (=0,5mg/g) Fettsalbe: hochpotentes Kortikosteroid (Klasse IV). Literatur: NEJM Hand Eczema 2011, Lancet 2024

Urologie und Nephrologie

15 Karten · ● High-Impact: 5 ● Common: 10

Urologische und nephrologische Erkrankungen werden hausärztlich häufig unterschätzt: Asymptomatische Bakteriurie wird unnötig behandelt, echte Pyelonephritiden dagegen zu spät eskaliert. Chronische Niereninsuffizienz erfordert strukturiertes Monitoring und frühzeitige nephrologische Mitbetreuung. Dieses Kapitel gibt klare Schwellenwerte für Therapieentscheid, Einweisung und Überweisung.

Asymptomatische Mikrohämaturie / positiver Häm-Urinstix

Asymptomatische Mikrohämaturie / positiver Häm-Urinstix Urologie / Nephrologie HIGH-IMPACT ●	
UK: 15 Überweiskriterien Facharzt	
DIAGNOSTIK	MD: Urinmikroskopie zur Bestätigung, Urinstatus, Kreatinin/eGFR, Blutdruck, Proteinurie prüfen ED: Sonographie Niere/Blase, Zystoskopie/CT-Urographie risikoadaptiert
THERAPIE	ERSTLINIE: keine empirische Therapie — kein Inhalt ESKALATION 2: Ursache behandeln ESKALATION 3: Antikoagulation nicht automatisch absetzen DAUER: Diagnostik zeitnah ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Wiederholungsurin, Nierenfunktion, Proteinurie E: bestätigte Mikrohämaturie + Risikofaktoren → urologische Abklärung ÜW: Urologie bei persistierender Hämaturie, Alter/Rauchen/Risikoprofil
PITFALLS	INT: Antikoagulation erklärt Hämaturie nicht automatisch vollständig PIT: positiven Urinstix ohne Mikroskopie als Hämaturie werten WARN: Makrohämaturie, Gewichtsverlust, Flankenschmerz
PATIENTENHINWEIS	Ein positiver Häm-Stix muss mikroskopisch bestätigt werden.

Alkoholabhängigkeit / Naltrexon

Alkohol-abhängigkeit / Naltrexon Psychiatrie / Suchtmedizin HIGH-IMPACT ●	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Trinkmenge, AUDIT-C, Leberwerte, GGT, Bilirubin, INR bei Leberverdacht, Opioid-einnahme ausschließen ED: Suchtmedizin/Psychiatrie, Leber-abklärung bei auffälligen Werten
THERAPIE	ERSTLINIE: Naltrexon 25 mg Testdosis, dann 50 mg/d (Ziel: 50 mg/d) ESKALATION 2: Acamprosat 666 mg 3×/d gewichts-/nierenabhängig ESKALATION 3: psychosoziale Sucht-therapie Therapieplan DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Craving, Trinktage, Leberwerte nach 4–12 Wochen E: Rückfall, schwere Leberwerte, Nebenwirkungen → Therapie anpassen ÜW: Suchtmedizin/Psychiatrie bei Entzug, Komorbidität, Rückfällen
PITFALLS	INT: Naltrexon + Opiode → blockierte Analgesie/Entzug möglich PIT: Naltrexon starten, ohne Opioid- und Leber-check WARN: Entzugssymptome, Suizidalität, schwere Hepatopathie
PATIENTENHINWEIS	Naltrexon kann Craving senken, ersetzt aber keine begleitende Suchtbehandlung.

EVIDENZ	Naltrexon: NEJM Review - evidenzbasierte Erstlinientherapie Alkoholabhängigkeit
----------------	---

Chronische Niereninsuffizienz (CKD)

Chronische Nieren-insuffizienz (CKD) Nephrologie HIGH-IMPACT	
UK: 3 Monitoring chronischer Erkrankungen	
DIAGNOSTIK	MD: Kreatinin, eGFR, Urin-albumin, Blutdruck, Elektrolyte ED: Nieren-sonographie, Nephrologie bei Progression
THERAPIE	ERSTLINIE: Ramipril 2,5 mg/d ESKALATION 2: Losartan 50 mg/d ESKALATION 3: SGLT2-Inhibitor (Empagliflozin) 10 mg/d DAUER: Wochen ABSETZREGEL: Bei OP/Fasten 3 Tage vorher absetzen (Ketoazidose-Risiko); sonst Dauermedikation
MANAGEMENT	M: eGFR und Kalium alle 3–6 Monate E: rascher eGFR-Abfall → nephrologische Abklärung ÜW: Nephrologie
PITFALLS	INT: ACE-Hemmer + NSAID → Nieren-funktions-verschlechterung PIT: Medikamente nicht an eGFR anpassen WARN: Hyperkaliämie, Ödeme
PATIENTENHINWEIS	Blutdruck-kontrolle schützt die Nieren langfristig.

HSV-2 häufige Rezidive / Suppressions-therapie

HSV-2 häufige Rezidive / Suppressions-therapie Dermatologie / Infektiologie HIGH-IMPACT	
UK: 18 Lang-zeit-nachsorge	
DIAGNOSTIK	MD: Rezidivzahl/Jahr, Lokalisation, Immunsuppression, STI-Anamnese, Partnerstatus ED: PCR bei atypischen Läsionen, STI-Screening
THERAPIE	ERSTLINIE: Valaciclovir 500 mg 1×/d (max. Valaciclovir 1 g/d bei sehr häufigen Rezidiven) ESKALATION 2: Aciclovir 400 mg 2×/d ESKALATION 3: Famciclovir 250 mg 2×/d DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Rezidivfrequenz, Nebenwirkungen, Nierenfunktion bei Risiko E: >6 Rezidive/Jahr oder hohe Belastung → Suppression ÜW: Dermatologie/Infektiologie bei atypischem Verlauf
PITFALLS	INT: antivirale Dosis bei Nieren-insuffizienz anpassen PIT: Suppression ohne jährliche Reevaluation endlos fortführen WARN: disseminierte Läsionen, Immunsuppression, Schwangerschaft
PATIENTENHINWEIS	Dauertherapie kann Rezidive und Übertragung deutlich reduzieren.
EVIDENZ	Literatur: NEJM Herpes Treatment, IUSTI/WHO Guidelines Leitlinie: Literatur: NEJM Herpes Treatment, IUSTI/WHO Guidelines

Akute Zystitis bei Mann

Akute Zystitis bei Mann Urologie / Infektiologie HIGH-IMPACT	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Dysurie, Pollakisurie, Urin-status, Fieber ED: Urin-kultur, Sonographie Prostata/Niere
THERAPIE	ERSTLINIE: Ciprofloxacin 500 mg 2×/d ESKALATION 2: Cotrimoxazol 960 mg 2×/d ESKALATION 3: Amoxicillin-Clavulansäure 875/125 mg 2×/d DAUER: Tage ABSETZREGEL: Antibiotikum vollständig einnehmen (Kurs abschließen); kein vorzeitiges Absetzen
MANAGEMENT	M: Symptom-verlauf nach 48 h E: Fieber oder Flanken-schmerz → Pyelonephritis ausschließen ÜW: Urologie
PITFALLS	INT: Fluorchinolone + QT-verlängernde Medikamente PIT: Zystitis beim Mann als unkompliziert behandeln WARN: Fieber, Flanken-schmerz
PATIENTENHINWEIS	Harnwegs-infekte bei Männern sollten immer genauer abgeklärt werden.
EVIDENZ	Leitlinie: 2) Triagierung milder Darmbeschwerden ohne Red Flags

Unkomplizierter Harnwegsinfekt

Unkomplizierter Harnwegsinfekt Urologie / Infektiologie COMMON	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Anamnese, Dysurie/Pollakisurie, Urinstix, Schwangerschaft ausschließen ED: Urinkultur bei Rezidiv, kompliziertem Verlauf oder Therapieversagen
THERAPIE	ERSTLINIE: Fosfomycin 3 g einmalig ESKALATION 2: Nitrofurantoin 100 mg 2×/d ESKALATION 3: Pivmecillinam 400 mg 3×/d DAUER: 24–72 h ABSETZREGEL: Antibiotikum vollständig einnehmen (Kurs abschließen); kein vorzeitiges Absetzen
MANAGEMENT	M: Symptomverlauf nach 48–72 h E: keine Besserung nach 72 h → Urinkultur/Antibiotikawechsel ÜW: Urologie bei rezidivierend oder kompliziert
PITFALLS	INT: Nitrofurantoin bei relevanter Niereninsuffizienz vermeiden PIT: asymptomatische Bakteriurie behandeln WARN: Fieber, Flankenschmerz, Schwangerschaft
PATIENTENHINWEIS	Fieber oder Flankenschmerz spricht gegen unkomplizierten Infekt.

Erektile Dysfunktion junger Mann

Erektile Dysfunktion junger Mann Urologie / Psychosomatik COMMON	
UK: 20 Patientenaufklärung	
DIAGNOSTIK	<p>MD: Sexualanamnese, Morgenerektionen, Medikamente, Blutdruck, HbA1c, Lipide, Testosteron morgens</p> <p>ED: LH/FSH/Prolaktin, Urologie/Endokrinologie bei auffälligem Hormonstatus</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Lebensstil Bewegung, Rauchstopp</p> <p>ESKALATION 2: Sildenafil 25–50 mg (Ziel: 50–100 mg vor Bedarf, max. 100 mg/d)</p> <p>ESKALATION 3: Tadalafil 5–10 mg (Ziel: 10–20 mg vor Bedarf oder 5 mg täglich, max. 20 mg/d)</p> <p>DAUER: sofort bis Wochen</p> <p>ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
MANAGEMENT	<p>M: Wirkung und Nebenwirkungen nach 4–6 Wochen</p> <p>E: keine Wirkung trotz korrekter Einnahme → organische Ursachen prüfen</p> <p>ÜW: Urologie bei persistierender ED oder pathologischem Labor</p>
PITFALLS	<p>INT: PDE-5-Hemmer + Nitrate → kontraindiziert</p> <p>PIT: psychogene Ursache ohne Basislabor behaupten</p> <p>WARN: ED + Thoraxschmerz/Belastungsdyspnoe → kardiovaskulär abklären</p>
PATIENTENHINWEIS	Bei jungen Männern sind funktionelle Ursachen häufig, aber Basisdiagnostik bleibt sinnvoll.

Erektile Dysfunktion unklarer Genese

Erektile Dysfunktion unklarer Genese Urologie COMMON	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	<p>MD: Sexualanamnese, Morgenerektionen, psychosozialer Kontext, Medikamente, HbA1c, Lipide, Testosteron morgens</p> <p>ED: Duplexsonographie, Endokrinologie bei Hypogonadismus-Verdacht</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Sildenafil 25–50 mg (Ziel: 50–100 mg, max. 100 mg/d)</p> <p>ESKALATION 2: Tadalafil 5–10 mg (Ziel: 10–20 mg, max. 20 mg/d)</p> <p>ESKALATION 3: Vardenafil 5–10 mg (Ziel: 10–20 mg, max. 20 mg/d)</p> <p>DAUER: 30–60 Minuten</p> <p>ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
MANAGEMENT	<p>M: Therapieversuch über mehrere Anwendungen, Nebenwirkungen, Blutdruck</p> <p>E: Therapieversagen → Anwendung prüfen, dann Urologie</p> <p>ÜW: Urologie bei persistierender ED</p>
PITFALLS	<p>INT: Nitrate, Riociguat, schwere instabile KHK → kontraindiziert</p> <p>PIT: einmaliges Versagen als Therapieversagen werten</p> <p>WARN: plötzliche ED kann kardiovaskuläres Risikosignal sein</p>
PATIENTENHINWEIS	Einnahme muss zeitlich passend und mit sexueller Stimulation erfolgen.

Negativer Urinstix bei Harnwegsbeschwerden

Negativer Urinstix bei Harnwegsbeschwerden Urologie / Allgemeinmedizin COMMON	
UK: 7 Therapieversagen / Nichtbehandeln	
DIAGNOSTIK	<p>MD: Symptomcheck Dysurie/Pollakisurie, Urinstix, ggf. Sediment, Schwangerschaft ausschließen</p> <p>ED: Urinkultur bei Persistenz/Rezidiv/kompliziertem Verlauf</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: abwartendes Vorgehen</p> <p>ESKALATION 2: Fosfomycin bei klarer unkomplizierter Zystitis 3 g einmalig</p> <p>ESKALATION 3: Nitrofurantoin bei Indikation 100 mg 2×/d</p> <p>DAUER: 24–72 h</p> <p>ABSETZREGEL: Antibiotikum vollständig einnehmen (Kurs abschließen); kein vorzeitiges Absetzen</p>
MANAGEMENT	<p>M: Symptomverlauf 48–72 h</p> <p>E: Fieber, Flankenschmerz, Verschlechterung → Kultur/Abklärung</p> <p>ÜW: Urologie bei Rezidiv oder kompliziertem Verlauf</p>
PITFALLS	<p>INT: Nitrofurantoin bei relevanter Niereninsuffizienz vermeiden</p> <p>PIT: negativen Urinstix ignorieren und automatisch Antibiotikum geben</p> <p>WARN: Fieber/Flanke spricht gegen unkomplizierte Zystitis</p>
PATIENTENHINWEIS	Ein negativer Urinstix macht Antibiotika oft unnötig, wenn keine Red Flags bestehen.

Stressinkontinenz

Stressinkontinenz Urologie / Gynäkologie COMMON	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	<p>MD: Anamnese Belastungsurinverlust, Urinstix, Restharn bei Bedarf, gynäkologische Untersuchung</p> <p>ED: Urodynamik bei komplexem/therapieresistentem Verlauf</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Beckenbodentraining Training 3 Monate strukturiert</p> <p>ESKALATION 2: Pessar individuell</p> <p>ESKALATION 3: operative Therapie bei Versagen fachärztlich</p> <p>DAUER: Wochen bis Monate</p> <p>ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
MANAGEMENT	<p>M: Symptomtagebuch, Verlauf nach 8–12 Wochen</p> <p>E: keine Besserung nach 3 Monaten → weitere Therapie</p> <p>ÜW: Gyn/Urologie bei Therapieversagen oder Senkung</p>
PITFALLS	<p>INT: Diuretika können Inkontinenz verstärken</p> <p>PIT: Drang- und Stressinkontinenz nicht unterscheiden</p> <p>WARN: Makrohämaturie, Schmerzen, neurologische Defizite</p>
PATIENTENHINWEIS	Beckenbodentraining wirkt nur bei regelmäßiger Durchführung.
EVIDENZ	Leitlinie: NICE-Leitlinie: Beckenbodentraining 1

Stress- vs. Dranginkontinenz

Stress- vs. Dranginkontinenz Urologie / Gynäkologie COMMON	
UK: 20 Patientenaufklärung	
DIAGNOSTIK	MD: Symptombdifferenzierung, Miktionsprotokoll, Urinstix, Restharn bei Bedarf ED: Urodynamik bei unklarem oder gemischtem Bild
THERAPIE	ERSTLINIE: Beckenbodentraining Training regelmäßig ESKALATION 2: Blasentraining Training täglich ESKALATION 3: Antimuskarinikum oder Mirabegron bei Drang z. B. Trospium 20 mg 2×/d oder Mirabegron 25 mg/d (Ziel: Mirabegron 50 mg/d) DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Miktionsprotokoll und Nebenwirkungen nach 4–8 Wochen E: keine Besserung → Diagnose prüfen und Therapie wechseln ÜW: Urologie/Gyn bei komplexer Inkontinenz
PITFALLS	INT: Anticholinergika bei älteren Patienten kritisch wegen kognitiver Nebenwirkungen PIT: beide Formen gleich behandeln WARN: neue neurologische Symptome oder Harnverhalt
PATIENTENHINWEIS	Die Therapie hängt davon ab, ob Urin bei Belastung oder bei starkem Harndrang verloren geht.

Stressinkontinenz mit lumbalem/suprapubischem Druckschmerz

Stressinkontinenz mit lumbalem/suprapubischem Druckschmerz Urologie / Gynäkologie COMMON	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Anamnese Belastungsurinverlust, Urinstix, Urinsediment bei Beschwerden, Restharn bei Bedarf, gynäkologische Untersuchung ED: Urodynamik bei Therapieversagen, Sonographie bei Restharn/kompliziertem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Beckenbodentraining 3 Monate strukturiertes Training ESKALATION 2: Pessar individuell ESKALATION 3: operative Therapie bei Versagen fachärztlich DAUER: 8–12 Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Symptomtagebuch, Urinverlustepisoden, Kontrolle nach 8–12 Wochen E: keine Besserung nach 3 Monaten → Diagnose prüfen und Therapie eskalieren ÜW: Urologie/Gynäkologie bei Therapieversagen, Senkung, Restharn
PITFALLS	INT: Diuretika können Inkontinenz verstärken PIT: Drang- und Stressinkontinenz gleich behandeln WARN: Makrohämaturie, Fieber, Flankenschmerz, neurologische Defizite
PATIENTENHINWEIS	Urinverlust bei Husten/Lachen spricht für Stressinkontinenz; Training muss regelmäßig erfolgen.


Miktionstagebuch bei Inkontinenz / LUTS

Miktionstagebuch bei Inkontinenz / LUTS Urologie / Gynäkologie COMMON	
UK: 3 Monitoring chronischer Erkrankungen	
DIAGNOSTIK	<p>MD: 3-Tage-Miktionstagebuch, Trinkmenge, Miktionsfrequenz, Drangepisoden, Urinverlust, Urinstix</p> <p>ED: Urodynamik bei komplexem Verlauf, Restharnsonographie</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Blasentraining täglich</p> <p>ESKALATION 2: Beckenbodentraining regelmäßig</p> <p>ESKALATION 3: medikamentöse Drangtherapie bei Indikation z. B. Trospium 20 mg 2×/d oder Mirabegron 25 mg/d (Ziel: Mirabegron 50 mg/d)</p> <p>DAUER: Wochen</p> <p>ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
MANAGEMENT	<p>M: Tagebuch vor und nach Therapie, Kontrolle nach 4–8 Wochen</p> <p>E: keine Besserung → Diagnose und Restharn prüfen</p> <p>ÜW: Urologie/Gynäkologie bei komplexer Inkontinenz</p>
PITFALLS	<p>INT: Anticholinergika bei Älteren → kognitive Nebenwirkungen</p> <p>PIT: ohne Tagebuch falschen Inkontinenztyp behandeln</p> <p>WARN: Harnverhalt, Makrohämaturie, neurologische Zeichen</p>
PATIENTENHINWEIS	Ein Miktionstagebuch zeigt, ob eher Drang, Menge oder Belastung das Problem ist.

Generalisierter Pruritus nach Reise / Skabies-DD

Generalisierter Pruritus nach Reise / Skabies-DD Dermatologie / Allergologie COMMON	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	<p>MD: Haut-inspektion, Kratzspuren, Interdigitalräume, Kontaktpersonen, neue Medikamente, Leber-/Nierenwerte bei generalisiertem Pruritus</p> <p>ED: Dermatoskopie/Skabies-nachweis, Allergologie/Dermatologie bei Persistenz</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Cetirizin 10 mg/d</p> <p>ESKALATION 2: Permethrin bei Skabies-verdacht 5 % Creme einmalig, Wiederholung nach 7–14 Tagen</p> <p>ESKALATION 3: topische Steroide bei Ekzem niedrig-mittel potent lokal</p> <p>DAUER: Tage bis Wochen</p> <p>ABSETZREGEL: Nach Symptomkontrolle absetzen; abruptes Absetzen problemlos</p>
MANAGEMENT	<p>M: Juckreiz, Hautbefund, Kontaktpersonen nach 1–2 Wochen</p> <p>E: Persistenz, Ausbreitung, Systemzeichen → Diagnostik erweitern</p> <p>ÜW: Dermatologie/Allergologie bei unklarem Verlauf</p>
PITFALLS	<p>INT: Sedierende Antihistaminika + Alkohol/Sedativa → Müdigkeit</p> <p>PIT: Skabies übersehen, wenn nur „Allergie“ vermutet wird</p> <p>WARN: Fieber, Ikterus, Gewichtsverlust, nächtlicher generalisierter Pruritus</p>
PATIENTENHINWEIS	Juckreiz nach Reise ist nicht automatisch Allergie; Kontaktpersonen und Hautmuster sind wichtig.

Harnwegs-infekt unkompliziert

Harnwegs-infekt unkompliziert Urologie / Allgemeinmedizin COMMON 	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Dysurie, Pollakisurie, Urin-status (Leukozyten/Nitrit), Temperatur ED: Urin-kultur bei Rezidiv, Schwangerschaft, kompliziertem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Nitrofurantoin 100 mg 2×/d ESKALATION 2: Fosfomycin 3 g einmalig ESKALATION 3: Pivmecillinam 400 mg 3×/d DAUER: Tage ABSETZREGEL: Antibiotikum vollständig einnehmen (Kurs abschließen); kein vorzeitiges Absetzen
MANAGEMENT	M: Symptom-rückgang nach 48 h E: Fieber oder Flanken-schmerz → Pyelonephritis ausschließen ÜW: Urologie bei Rezidiv-infekten
PITFALLS	INT: Nitrofurantoin bei GFR <30 ml/min vermeiden PIT: asymptomatische Bakteriurie behandeln ohne Indikation WARN: Fieber, Flanken-schmerz, Übelkeit
PATIENTENHINWEIS	Viel trinken unterstützt die Genesung bei Blasen-infekten.

HNO – Upper respiratory disease


14 Karten · ● Fatal: 1 ● Common: 13

HNO-Erkrankungen des oberen Atemwegs sind die häufigste Konsultationsursache in der Hausarztpraxis. Die meisten Infekte sind viral und selbstlimitierend – die klinische Kunst liegt in der präzisen Differenzierung der wenigen bakteriellen Fälle, die eine Antibiotikatherapie erfordern, und der frühzeitigen Erkennung seltener, aber gefährlicher Komplikationen wie Peritonsillarabszess oder Epiglottitis. Dieses Kapitel bietet Entscheidungshilfen für den rationalen Einsatz von Diagnostik und Therapie.

FSMSE

FSMSE HNO – Upper respiratory disease FATAL ●	
UK: HNO – Upper respiratory disease	
DIAGNOSTIK	<p>MD: FSME-Impfung nach Stich: keine Postexpositionsprophylaxe! Virus im Speichel → Übertragung sofort beim Stich (anders als Borreliose). Impfung schützt nicht vor diesem Stich. Für zukünftige Stiche: Impf</p> <p>ED: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: FSME-Grundimmunisierung: FSME-IMMUN oder Encepur, Schema 0-1-9 Monate (oder Schnellschema 0-7-21 d)</p> <p>ESKALATION 2: Borreliose-PEP (nur wenn Saugzeit >24 h, STIKO-Risikogebiet): Doxycyclin 200 mg einmalig (off-label, nach Risikoabwägung).</p> <p>ESKALATION 3: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>DAUER: Booster: alle 3–5 Jahre je nach Risiko und Alter. Stichstelle: Kontrolle nach 7–10 Tagen (Erythema migrans?).</p> <p>ABSETZREGEL: Antibiotikum-Kurs vollständig einnehmen; kein vorzeitiges Absetzen</p>
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Keine Prophylaxe medikamentös nach FSME-Stich. Borreliose: Beobachtung + Doxycyclin nur bei Hochrisiko.
MANAGEMENT	<p>M: Keine Prophylaxe medikamentös nach FSME-Stich. Borreliose: Beobachtung + Doxycyclin nur bei Hochrisiko.</p> <p>E: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>UW: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
PITFALLS	<p>INT: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>PIT: FSME als Postexpositionsprophylaxe einsetzen (funktioniert nicht!). Erythema migrans nach 5 Tagen übersehen. Borreliose-Antibiotika prophylaktisch ohne Indikation.</p> <p>WARN: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
PATIENTENHINWEIS	Im Hausarzt-Setting: FSME-Impfung direkt in Praxis. Erythema migrans: Kontrolle nach 7–10 Tagen. Doxycyclin-PEP Borreliose: Einzelfallentscheidung, off-label. FSME-Risikogebiete: RKI-Karte jährlich ak
HAUSÄRZTLICH	Im Hausarzt-Setting: FSME-Impfung direkt in Praxis. Erythema migrans: Kontrolle nach 7–10 Tagen. Doxycyclin-PEP Borreliose: Einzelfallentscheidung, off-label. FSME-Risikogebiete: RKI-Karte jährlich aktualisiert.
EVIDENZ	<p>RKI Epidemiologisches Bulletin FSME 2023; Fachinformation FSME-IMMUN Pfizer / Encepur GSK</p> <p>Leitlinie: STIKO Impfempfehlungen FSME 2023 (RKI); AWMF Leitlinie Lyme-Borreliose</p>

Akute Sinusitis / Rhinosinusitis

Akute Sinusitis / Rhinosinusitis HNO / Infektiologie COMMON 	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	MD: Symptombdauer, Fieber, Gesichtsschmerz, Nasensekret, Zahnstatus, Red Flags ED: CT Nebenhöhlen nur bei Komplikation/chronischem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: symptomatisch mit Ibuprofen/Paracetamol 400 mg oder 500–1000 mg (max. 2400 mg bzw. 3–4 g/d) ESKALATION 2: Xylometazolin kurz lokal max. 7 Tage ESKALATION 3: Amoxicillin bei bakterieller Indikation 1 g 3×/d DAUER: Tage ABSETZREGEL: Antibiotikum vollständig einnehmen (Kurs abschließen); kein vorzeitiges Absetzen
MANAGEMENT	M: Verlauf nach 3–7 Tagen E: Verschlechterung nach initialer Besserung, hohes Fieber, starke Schmerzen → Antibiotika/Abklärung ÜW: HNO bei orbitalen/neurologischen Zeichen
PITFALLS	INT: Xylometazolin >7 Tage → Rhinitis medicamentosa PIT: jede Sinusitis antibiotisch behandeln WARN: Augenlidödem, Doppelbilder, starke Kopfschmerzen, Meningismus
PATIENTENHINWEIS	Meist viral; Antibiotika nur bei klaren bakteriellen Hinweisen.
EVIDENZ	Leitlinie: 26-jähriger Pat, 3 Wo rezidivierende Halsschmerzen, postnasaler Tropf, schlechter Geschmack, jetzt unauffälliger Oropharynx

Akute Otitis media / Ohrschmerz

Akute Otitis media / Ohrschmerz HNO / Pädiatrie COMMON 	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Otoskopie, Fieber, Schmerz, Alter/Risikofaktoren, Perforation prüfen ED: HNO bei kompliziertem Verlauf, Hörtest bei Persistenz
THERAPIE	ERSTLINIE: Ibuprofen alters-/gewichtsadaptiert bzw. 400 mg Erw. ESKALATION 2: Paracetamol 500–1000 mg Erw. (max. 3–4 g/d Erw.) ESKALATION 3: Amoxicillin bei Indikation 50–80 mg/kg/d bei Kindern oder 750–1000 mg 3×/d Erw. DAUER: 24–48 h ABSETZREGEL: Antibiotikum vollständig einnehmen (Kurs abschließen); kein vorzeitiges Absetzen
MANAGEMENT	M: Schmerz/Fieber nach 48 h E: keine Besserung, Otorrhoe, Risikokind → Antibiotikum/Review ÜW: HNO bei Mastoiditiszeichen, Hörminderung, Rezidiven
PITFALLS	INT: NSAR bei CKD/GI-Risiko vorsichtig PIT: Schmerztherapie vernachlässigen und nur Antibiotika diskutieren WARN: abstehendes Ohr, retroaurikuläre Rötung, starke Verschlechterung
PATIENTENHINWEIS	Schmerzbehandlung ist zentral; Antibiotika sind nicht immer nötig.

Chronische Rhino-sinusitis

Chronische Rhino-sinusitis HNO / Allergologie COMMON	
UK: 18 Lang-zeit-nachsorge	
DIAGNOSTIK	MD: Symptombdauer >12 Wochen, Nasen-obstruktion, Sekret, Geruchsverlust, Rhinoskopie ED: CT Neben-höhlen, Allergie-diagnostik, HNO-Endoskopie
THERAPIE	ERSTLINIE: intranasales Corticoid Mometason 200 µg/d ESKALATION 2: Nasen-spülung NaCl täglich ESKALATION 3: Antibiotikum nur bei bakterieller Exazerbation nach Indikation DAUER: Wochen ABSETZREGEL: Dauermedikation; Absetzen nur in Absprache mit dem behandelnden Arzt
MANAGEMENT	M: Symptomscore nach 6–8 Wochen E: Therapieversagen → CT/HNO ÜW: HNO bei Polypen, Komplikation, Therapieversagen
PITFALLS	INT: Abschwellende Nasensprays >7 Tage → Rebound PIT: chronische Sinusitis dauerhaft antibiotisch behandeln WARN: Orbitaschmerz, Doppelbilder, starke Kopfschmerzen
PATIENTENHINWEIS	Nasenspülung und Cortison-Nasenspray brauchen regelmäßige Anwendung.
EVIDENZ	Leitlinie: 40-jährige Pat, 2 Monate Husten, Halsschmerzen, geschwollener Rachen, Schluckbeschwerden, ausgeprägte Sinusitis-Symptomatik mit Druckgefühl

BPPV vs zervikogener Schwindel

BPPV vs zerviko-gener Schwindel HNO / Neurologie COMMON	
UK: 21 Selbst-management des Patienten	
DIAGNOSTIK	MD: Dix-Hallpike, Roll-Test, neurologischer Kurzstatus, Orthostase ED: HNO/Neurologie bei atypischem Verlauf, MRT bei zentralen Zeichen
THERAPIE	ERSTLINIE: Epley-Manöver sofort in Praxis ESKALATION 2: Brandt-Daroff-Übungen täglich ESKALATION 3: HWS-Physio bei zervikogenem Anteil Übungsplan DAUER: Minuten bis Tage ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
NICHT-MEDIKAMENTÖS	HWS-Physiotherapie
MANAGEMENT	M: Attacken, Sturzrisiko, neurologische Symptome E: keine Besserung oder zentrale Zeichen → weiter abklären ÜW: HNO/Neurologie bei atypischem Verlauf
PITFALLS	INT: Sedierende Antivertiginosa erhöhen Sturzrisiko PIT: BPPV nicht testen und nur Medikamente geben WARN: Dauer-schwindel, Ataxie, fokal-neurologische Defizite
PATIENTENHINWEIS	Das Lagerungs-manöver behandelt die Ursache, nicht nur das Symptom.

BPPV / benigner Lagerungsschwindel

BPPV / benigner Lagerungs-schwindel HNO / Neurologie COMMON	
UK: 21 Selbst-management des Patienten	
DIAGNOSTIK	MD: Dix-Hallpike, Roll-Test, neurologischer Kurzstatus, Orthostase, Nystagmus-beurteilung ED: HNO/Neurologie bei atypischem Verlauf, MRT bei zentralen Zeichen
THERAPIE	ERSTLINIE: Epley-Manöver Manöver in Praxis ESKALATION 2: Brandt-Daroff-Übungen täglich ESKALATION 3: kurzzeitige Antiemese bei Bedarf z. B. Dimenhydrinat kurzzeitig DAUER: Minuten bis Tage ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
NICHT-MEDIKAMENTÖS	BPPV (benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel): Otolithen lösen sich, gelangen in Bogengänge, bewegungsinduzierter Schwindel
MANAGEMENT	M: Attacken-frequenz, Sturz-risiko, neurologische Symptome E: keine Besserung, Dauer-schwindel oder zentrale Zeichen → weitere Abklärung ÜW: HNO/Neurologie bei atypischem Verlauf
PITFALLS	INT: Antivertiginosa sedieren und erhöhen Sturz-risiko PIT: BPPV nur mit Tabletten behandeln und Lagerungs-manöver vergessen WARN: Ataxie, Doppelbilder, Dysarthrie, fokale Defizite
PATIENTENHINWEIS	Das Lagerungs-manöver behandelt die Ursache meist schneller als Medikamente.

Akute Tonsillitis

Akute Tonsillitis HNO / Infektiologie COMMON	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Fieber, Halsschmerz, Tonsillen-inspektion, Centor-Score, CRP selektiv ED: Rachen-abstrich oder Schnelltest bei Streptokokken-verdacht
THERAPIE	ERSTLINIE: Ibuprofen 400 mg ESKALATION 2: Penicillin V 1 Mio IE 3×/d ESKALATION 3: Amoxicillin 750–1000 mg 3×/d DAUER: Tage ABSETZREGEL: Antibiotikum vollständig einnehmen (Kurs abschließen); kein vorzeitiges Absetzen
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Lebensstilmaßnahmen First-Line
MANAGEMENT	M: Fieber-verlauf, Schluck-beschwerden nach 2–3 Tagen E: Abszess-verdacht oder Atem-probleme → Notfall ÜW: HNO bei Peritonsillar-abszess
PITFALLS	INT: Penicillin-allergie beachten PIT: virale Tonsillitis antibiotisch behandeln WARN: Trismus, Speichelfluss, Atem-not
PATIENTENHINWEIS	Viel trinken und Schmerz-therapie sind oft wichtiger als Antibiotika.

Allergische Rhinitis

Allergische Rhinitis HNO / Allergologie COMMON	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: saisonale Symptome, Niesen, Juckreiz, Nasen-fluss, Familien-anamnese ED: Prick-Test oder spezifisches IgE
THERAPIE	ERSTLINIE: Cetirizin 10 mg/d ESKALATION 2: Mometason-Nasenspray 200 µg/d ESKALATION 3: Allergen-karenz Trigger meiden DAUER: Stunden bis Tage ABSETZREGEL: Nach Symptomkontrolle absetzen; abruptes Absetzen problemlos
MANAGEMENT	M: Symptom-score, Nasen-atmung nach 2–4 Wochen E: persistierende Symptome → Immun-therapie prüfen ÜW: Allergologie/HNO
PITFALLS	INT: sedierende Antihistaminika + Alkohol → Müdigkeit PIT: Erkältung und Allergie verwechseln WARN: schwere Atem-not, Asthma-symptome
PATIENTENHINWEIS	Nasen-sprays wirken am besten bei regelmäßiger Anwendung.

Akute Sinusitis

Akute Sinusitis HNO / Allgemeinmedizin COMMON	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Nasen-obstruktion, Gesichtsschmerz, eitriges Sekret, Fieber ED: CT Neben-höhlen bei kompliziertem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Nasen-spülung NaCl-Spülung ESKALATION 2: Mometason-Nasenspray 200 µg/d ESKALATION 3: Amoxicillin bei bakterieller Sinusitis 750–1000 mg 3×/d DAUER: Tage ABSETZREGEL: Antibiotikum vollständig einnehmen (Kurs abschließen); kein vorzeitiges Absetzen
MANAGEMENT	M: Symptom-verlauf nach 3–5 Tagen E: Orbita-schmerz oder Fieber-persistenz → Bildgebung ÜW: HNO bei Komplikationen
PITFALLS	INT: abschwellende Nasen-sprays >7 Tage → Rebound PIT: virale Sinusitis sofort antibiotisch behandeln WARN: Augen-schwellung, Doppel-bilder, starke Kopfschmerzen
PATIENTENHINWEIS	Nasen-spülungen können Symptome deutlich lindern.

Akute Otitis media

Akute Otitis media HNO / Pädiatrie COMMON	
UK: 14 Management bei Kindern	
DIAGNOSTIK	MD: Otoskopie, Ohr-schmerz, Fieber, Hörminderung ED: Tympanometrie, HNO bei kompliziertem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Ibuprofen 10 mg/kg ESKALATION 2: Paracetamol 10–15 mg/kg ESKALATION 3: Amoxicillin bei bakterieller Infektion 50 mg/kg/d DAUER: Tage ABSETZREGEL: Antibiotikum vollständig einnehmen (Kurs abschließen); kein vorzeitiges Absetzen
MANAGEMENT	M: Schmerz und Fieber nach 48 h kontrollieren E: persistierende Symptome → Antibiotikum ÜW: HNO bei Komplikationen
PITFALLS	INT: NSAR + Dehydratation → Nieren-risiko PIT: sofort Antibiotika ohne Beobachtung WARN: Mastoiditis-zeichen
PATIENTENHINWEIS	Schmerztherapie steht an erster Stelle.

Akute Sinusitis maxillaris

Akute Sinusitis maxillaris HNO / Allgemeinmedizin COMMON	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Gesichtsschmerz, Nasen-obstruktion, Fieber, eitriges Sekret ED: CT Neben-höhlen bei kompliziertem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Nasen-spülung NaCl-Spülung ESKALATION 2: Ibuprofen 400 mg ESKALATION 3: Amoxicillin bei bakterieller Sinusitis 750–1000 mg 3×/d DAUER: Tage ABSETZREGEL: Antibiotikum vollständig einnehmen (Kurs abschließen); kein vorzeitiges Absetzen
MANAGEMENT	M: Symptom-verlauf nach 3–5 Tagen E: Orbita-schmerz oder neurologische Symptome → Bildgebung ÜW: HNO
PITFALLS	INT: abschwellende Nasen-sprays >7 Tage → Rebound PIT: virale Infektion antibiotisch behandeln WARN: Augen-schwellung, Doppel-bilder
PATIENTENHINWEIS	Nasen-spülungen helfen oft besser als Medikamente allein.


Akute Laryngitis

Akute Laryngitis HNO / Allgemeinmedizin COMMON	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Heiserkeit, Halsschmerz, Fieber, Larynx-inspektion ED: Laryngoskopie bei Persistenz >3 Wochen
THERAPIE	ERSTLINIE: Stimm-schonung Ruhe ESKALATION 2: Inhalation NaCl-Inhalation ESKALATION 3: Ibuprofen 400 mg DAUER: Tage ABSETZREGEL: Nach Symptomkontrolle absetzen; Kurzzeittherapie: abrupt absetzbar; Magenprotektion bei >5 d
MANAGEMENT	M: Stimm-qualität nach 1 Woche E: Heiserkeit >3 Wochen → HNO-Abklärung ÜW: HNO
PITFALLS	INT: Kortison nur bei schweren Fällen PIT: sofort Antibiotika einsetzen WARN: Atem-not, Stridor
PATIENTENHINWEIS	Schonung der Stimme beschleunigt die Heilung.
EVIDENZ	Leitlinie: DEGAM-Empfehlung: nicht generell empfohlen

Ebastin / H1-Antihistaminikum mit QT-Risiko

Ebastin / H1-Antihistaminikum mit QT-Risiko Allergologie / HNO COMMON	
UK: 6 Therapie-umstellung bei Nebenwirkungen	
DIAGNOSTIK	MD: Indikation Rhinitis/Urtikaria, Medikamentenliste, Leberfunktion, kardiale Vorgeschichte ED: EKG bei relevantem QT-Risiko oder Kombinationen
THERAPIE	ERSTLINIE: Ebastin 10 mg 1×/d (Ziel: 10–20 mg/d Ebastin je Symptomatik) ESKALATION 2: Cetirizin 10 mg 1×/d ESKALATION 3: Loratadin 10 mg 1×/d DAUER: Stunden bis Tage ABSETZREGEL: Nach Symptomkontrolle absetzen; abruptes Absetzen problemlos
MANAGEMENT	M: Symptomkontrolle, Müdigkeit, Interaktionen prüfen E: QT-Risiko oder Makrolid/Azol nötig → anderes Antihistaminikum wählen ÜW: Allergologie bei chronischer Urtikaria
PITFALLS	INT: Ebastin + Makrolide/Azol-Antimykotika → QT-Verlängerung PIT: Interaktionen bei „banalem“ Antihistaminikum ignorieren WARN: Synkope, Palpitationen, bekannte Long-QT-Konstellation
PATIENTENHINWEIS	Bei neuen Antibiotika/Antimykotika sollte Ebastin-Interaktion geprüft werden.
EVIDENZ	Leitlinie: In Deutschland deutlich seltener verschrieben als Cetirizin (Zyrtec), Loratadin, Desloratadin

Akute allergische Rhinitis

Akute allergische Rhinitis Allergologie / HNO COMMON 	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Niesen, Nasen-juckreiz, Rhinorrhoe, Familien-anamnese ED: Prick-test, spezifisches IgE
THERAPIE	ERSTLINIE: Cetirizin 10 mg/d ESKALATION 2: Mometason-Nasen-spray 200 µg/d ESKALATION 3: Allergenkarenz Trigger meiden DAUER: Stunden ABSETZREGEL: Nach Symptomkontrolle absetzen; abruptes Absetzen problemlos
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Zielbewegung → cerebellär)
MANAGEMENT	M: Symptom-score nach 2–4 Wochen E: persistierende Symptome → Immun-therapie prüfen ÜW: Allergologie
PITFALLS	INT: sedierende Antihistaminika + Alkohol PIT: Allergie als Infekt fehlinterpretieren WARN: Atem-not, Asthma-symptome
PATIENTENHINWEIS	Nasen-sprays wirken besser bei regelmäßiger Anwendung.
EVIDENZ	Literatur: Haubenberger NEJM 2018, DGN Leitlinie Tremor 2018 Leitlinie: Literatur: Haubenberger NEJM 2018, DGN Leitlinie Tremor 2018

Gynäkologie

5 Karten · ● High-Impact: 2 ● Common: 3

Gynäkologische Erkrankungen im Praxisalltag umfassen Zyklusstörungen, kontrazeptive Beratung, prämenopausale Beschwerden und gynäkologische Infektionen. Die fünf Karten dieses Kapitels fokussieren auf praxisrelevante Managemententscheidungen mit Differenzierung zwischen hausärztlich führbaren Verläufen und fachärztlichem Überweisungsbedarf.

Genitale HSV-2-Erstinfection

Genitale HSV-2-Erstinfection Infektiologie / Gynäkologie HIGH-IMPACT ●	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Inspektion, PCR aus Läsion, STI-Anamnese, Schwangerschaftsstatus ED: HSV-Serologie nur selektiv, HIV-/STI-Screening
THERAPIE	ERSTLINIE: Aciclovir 400 mg 3×/d ESKALATION 2: Valaciclovir 1 g 2×/d ESKALATION 3: Famciclovir 250 mg 3×/d DAUER: 2–3 Tage Symptomlinderung ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Läsionen und Schmerzen nach 7–10 Tagen E: Harnverhalt, Fieber, schwere Schmerzen → Klinik/Facharzt ÜW: Gyn/Dermatologie bei Schwangerschaft, Immunsuppression, schwerem Verlauf
PITFALLS	INT: Aciclovir/Valaciclovir renal dosieren bei CKD PIT: Partnerberatung und STI-Screening vergessen WARN: Harnverhalt, Meningismus, Schwangerschaft
PATIENTENHINWEIS	Bis Abheilung keine sexuellen Kontakte; Partner informieren.

Endometriose

Endometriose Gynäkologie / Schmerz-medizin HIGH-IMPACT ●	
UK: 18 Lang-zeit-nachsorge	
DIAGNOSTIK	MD: Schmerz-anamnese, Dysmenorrhoe, Dyspareunie, Zyklusbezug, Kinderwunsch, Schmerzscore ED: gynäkologischer Ultraschall, MRT bei tiefer Endometriose, Laparoskopie selektiv
THERAPIE	ERSTLINIE: kombinierte OCP kontinuierlich OCP ohne Pause ESKALATION 2: Gestagen z. B. Dienogest Dienogest 2 mg/d (Ziel: 2 mg/d) ESKALATION 3: LNG-IUS oder GnRH-Analogen fachärztlich nach Schema DAUER: Wochen bis Monate ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Schmerz, Blutung, Lebensqualität, Nebenwirkungen alle 3–6 Monate E: Therapieversagen, Kinderwunsch, Organbeteiligung → Gynäkologie ÜW: Endometriose-zentrum bei komplexem Verlauf
PITFALLS	INT: OCP/Gestagene bei Thrombose-/Kontraindikations-risiko prüfen PIT: Schmerzen jahrelang als „normale Regel-schmerzen“ abtun WARN: Darm-/Blasen-symptome, Infertilität, starke Schmerz-progression
PATIENTENHINWEIS	Ziel ist Schmerz-kontrolle und Lebensqualität; Therapie richtet sich nach Kinderwunsch.

Menstruationsverschiebung für Marathonlauf

Menstruationsverschiebung für Marathonlauf Gynäkologie COMMON	
UK: 20 Patientenaufklärung	
DIAGNOSTIK	<p>MD: Schwangerschaft ausschließen, Thromboserisiko, Zyklusanamnese, bisherige Kontrazeption</p> <p>ED: Gynäkologie bei Risikoprofil, unklarer Blutung oder Kontraindikationen</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: monophasische kombinierte OCP durchführen OCP ohne Pause weiternehmen</p> <p>ESKALATION 2: Norethisteronacetat Norethisteronacetat typ. 5 mg 3×/d ab ≥3 Tage vor Blutung</p> <p>ESKALATION 3: keine Verschiebung bei hohem Risiko</p> <p>DAUER: Blutung wird bei rechtzeitigem Start verschoben</p> <p>ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
MANAGEMENT	<p>M: Blutungsstörungen, Nebenwirkungen, Thrombosesymptome</p> <p>E: starke Blutung, Schmerzen, Thrombosezeichen → ärztliche Abklärung</p> <p>ÜW: Gynäkologie bei hohem Thromboserisiko oder Unsicherheit</p>
PITFALLS	<p>INT: OCP/Norethisteron bei Thromboserisiko kritisch; Enzyminduktoren mindern Wirkung</p> <p>PIT: Zyklusverschiebung ohne Schwangerschaftsausschluss</p> <p>WARN: Beinschmerz, Dyspnoe, Thoraxschmerz → Thrombose/Embolie</p>
PATIENTENHINWEIS	Für Sportereignisse rechtzeitig planen; nicht geeignet bei erhöhtem Thromboserisiko.

Kurzfristige Menstruationsverzögerung

Kurzfristige Menstruationsverzögerung Gynäkologie COMMON	
UK: 20 Patientenaufklärung	
DIAGNOSTIK	<p>MD: Schwangerschaft ausschließen, Zyklusanamnese, Thromboserisiko, bisherige Kontrazeption</p> <p>ED: Gynäkologie bei Risikoprofil, unklarer Blutung oder Kontraindikationen</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: monophasische kombinierte OCP durchführen OCP ohne Pause weiternehmen</p> <p>ESKALATION 2: Norethisteronacetat Norethisteronacetat typ. 5 mg 3×/d ab ≥3 Tage vor erwarteter Blutung</p> <p>ESKALATION 3: keine hormonelle Verschiebung bei hohem Risiko — kein Inhalt</p> <p>DAUER: Blutung wird bei rechtzeitigem Start verzögert</p> <p>ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
MANAGEMENT	<p>M: Blutungsstörungen, Nebenwirkungen, Thrombosezeichen</p> <p>E: starke Blutung, Schmerzen oder Thrombosezeichen → ärztliche Abklärung</p> <p>ÜW: Gynäkologie bei hohem Thromboserisiko oder Unsicherheit</p>
PITFALLS	<p>INT: Enzyminduktoren können hormonelle Wirkung mindern</p> <p>PIT: Zyklusverschiebung ohne Schwangerschaftsausschluss</p> <p>WARN: Beinschmerz, Dyspnoe, Thoraxschmerz → Thrombose/Embolie</p>
PATIENTENHINWEIS	Zyklusverschiebung rechtzeitig planen; nicht geeignet bei erhöhtem Thromboserisiko.

Hormonelle Akne bei Frauen

Hormonelle Akne bei Frauen Dermatologie / Gynäkologie COMMON	
UK: 4 Therapie-eskalation	
DIAGNOSTIK	<p>MD: Akne-muster, Zyklusbezug, Schwangerschaft ausschließen, Medikamente, Kalium/eGFR bei Risiko</p> <p>ED: Androgene/PCOS-Diagnostik bei Hirsutismus oder Zyklusstörung</p>

THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Spironolacton 50 mg/d (Ziel: 100 mg/d)</p> <p>ESKALATION 2: Doxycyclin 100 mg/d</p> <p>ESKALATION 3: topisches Adapalen-Benzoylperoxid lokal abends einschleichend</p> <p>DAUER: 8–12 Wochen</p> <p>ABSETZREGEL: Antibiotikum vollständig einnehmen (Kurs abschließen); kein vorzeitiges Absetzen</p>
MANAGEMENT	<p>M: Hautbefund, Nebenwirkungen, Kalium bei Risiko</p> <p>E: Versagen nach 3 Monaten → Isotretinoin/Dermatologie prüfen</p> <p>ÜW: Dermatologie bei schwerer Akne oder Narben</p>
PITFALLS	<p>INT: Spironolacton + ACE-Hemmer/ARB → Hyperkaliämie-risiko</p> <p>PIT: Antibiotika zu lange ohne Resistenzstrategie geben</p> <p>WARN: Schwangerschaft unter antiandrogener Therapie vermeiden</p>
PATIENTENHINWEIS	Hormonelle Akne braucht Geduld; Wirkung zeigt sich meist erst nach Wochen.
EVIDENZ	<p>2026): RCT 2024 (JAMA Dermatology): Spironolacton 100mg/d zeigt gleiche Wirksamkeit wie Doxycyclin 100mg/d bei moderater Akne bei Frauen. Quelle: JAAD RCT 2024</p> <p>Leitlinie: Kombination mit topischem Adapalen möglich</p>

Pädiatrie

1 Karten · Common: 1

Pädiatrische Erkrankungen im Praxisalltag erfordern altersgerechte Dosierungen, entwicklungsgemäße Referenzwerte und ein besonderes Augenmerk auf Wachstum, Impfstatus und kindliche Schutzbedürftigkeit. Dieses Kapitel bietet Managementalgorithmen für häufige Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter mit klaren Eskalationskriterien für stationäre Einweisung und fachpädiatrische Überweisung.

Pflegehelferausbildung Inder Impfungen

Pflegehelferausbildung Inder Impfungen Pädiatrie COMMON	
UK: Pädiatrie	
DIAGNOSTIK	<p>MD: Für Pflegepersonal im GW: (1) Anti-HBs bestimmen (≥100 sicher, 10–99 Booster, <10 neue Serie). (2) Tdap-Booster (letzte Impfung >10 J). (3) MMR-Booster wenn Impfpass unsicher. (4) Varizellen-IgG teste</p> <p>ED: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Tdap-Impfung (Boostrix/Repevax) sofort. Anti-HBs-Bestimmung → je nach Ergebnis Booster oder neue Serie.</p> <p>ESKALATION 2: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>ESKALATION 3: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>DAUER: Anti-HBs-Kontrolle nach Booster nach 4–8 Wochen. Influenza: jährliche Impfung.</p> <p>ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Keine medikamentöse Therapie – Impfplan.
MANAGEMENT	<p>M: Keine medikamentöse Therapie – Impfplan.</p> <p>E: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>UW: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
PITFALLS	<p>INT: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>PIT: Unnötige Titerbestimmungen (z.B. Masern-AK wenn 2 Impfungen dokumentiert – STIKO: nicht nötig). Ausländischen Impfpass ablehnen ohne Prüfung.</p> <p>WARN: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
PATIENTENHINWEIS	Ärztliche Bescheinigung für Pflegebetrieb: Impfstatus-Dokumentation auf privatem Formular (kein GKV-Muster). Tdap + MMR direkt in Praxis verabreichen.
HAUSÄRZTLICH	Ärztliche Bescheinigung für Pflegebetrieb: Impfstatus-Dokumentation auf privatem Formular (kein GKV-Muster). Tdap + MMR direkt in Praxis verabreichen.
EVIDENZ	<p>Masernschutzgesetz seit 2020; STIKO-Empfehlungen jährlich aktualisiert (RKI)</p> <p>Leitlinie: STIKO Epid. Bull. Impfeempfehlungen medizinisches Personal; Masernschutzgesetz (IFSG §20 Abs. 8)</p>

Dermatologie

7 Karten · ● High-Impact: 1 ● Common: 6

Dermatologische Erkrankungen sind im hausärztlichen Alltag sehr häufig, werden aber durch eingeschränkte Expertise oft suboptimal behandelt. Dieses Kapitel konzentriert sich auf Erkrankungen mit klaren Managementalgorithmen: atopische Dermatitis, Psoriasis, bakterielle Hautinfektionen und Onychomykose. Ein HIGH-IMPACT-Eintrag betont die Notwendigkeit, maligne Veränderungen nicht als gutartig zu verharmlosen.

Gürtelrose / Herpes zoster

Gürtelrose / Herpes zoster Dermatologie / Infektiologie HIGH-IMPACT ●	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Haut-inspektion dermatomal, Schmerz-anamnese, Immunsuppression prüfen ED: PCR bei atypischem Verlauf, Augenarzt bei Zoster ophthalmicus
THERAPIE	ERSTLINIE: Aciclovir 800 mg 5×/d ESKALATION 2: Valaciclovir 1 g 3×/d ESKALATION 3: Schmerz-therapie NSAR oder Gabapentin DAUER: Tage ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Schmerz-verlauf, Haut-läsionen, neurologische Symptome E: Augen-beteiligung, Immunsuppression → Facharzt ÜW: Dermatologie/Infektiologie
PITFALLS	INT: antivirale Dosis bei Nieren-insuffizienz anpassen PIT: antivirale Therapie zu spät beginnen WARN: Augen-schmerz, Sehstörung, disseminierter Zoster
PATIENTENHINWEIS	Frühzeitige Therapie kann das Risiko einer Post-Zoster-Neuralgie senken.
EVIDENZ	Evidenz: systematische Reviews

HSV-2-Rezidivmanagement

HSV-2-Rezidivmanagement Infektiologie / Dermatologie COMMON ●	
UK: 21 Selbstmanagement des Patienten	
DIAGNOSTIK	MD: klinische Diagnose, Rezidivhäufigkeit, Trigger, Immunsuppression prüfen ED: PCR bei atypischen Läsionen
THERAPIE	ERSTLINIE: Valaciclovir episodisch Valaciclovir 500 mg 2×/d ESKALATION 2: Aciclovir episodisch Aciclovir 400 mg 3×/d ESKALATION 3: Suppression bei häufigen Rezidiven Valaciclovir 500 mg–1 g/d DAUER: am besten innerhalb 24 h starten ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Rezidivzahl/Jahr, Belastung, Nebenwirkungen E: ≥6 Rezidive/Jahr oder hohe Belastung → Suppression erwägen ÜW: Dermatologie/Infektiologie bei atypischem Verlauf
PITFALLS	INT: renale Dosisanpassung bei antiviralen Mitteln PIT: Therapie zu spät im Rezidiv starten WARN: disseminierte Läsionen, Immunsuppression
PATIENTENHINWEIS	Bei Kribbeln/Prodrom sofort beginnen, nicht erst auf Bläschen warten.

Onychomykose / Canesten Extra Nagelset

Onychomykose / Canesten Extra Nagelset Dermatologie COMMON	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: klinische Nagelinspektion, betroffene Nagelanteile, Tinea pedis suchen ED: Pilzkultur/PCR vor systemischer Therapie, Dermatologie bei unklarer Diagnose
THERAPIE	ERSTLINIE: Bifonazol + Harnstoff Bifonazol 1% + Harnstoff 40% lokal nach Schema ESKALATION 2: Amorolfing-Lack Amorolfin 1–2×/Woche ESKALATION 3: Terbinafin oral bei gesicherter Dermatophyten-Onychomykose Terbinafin 250 mg/d DAUER: Wochen bis Monate ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Nagelwachstum alle 2–3 Monate beurteilen E: Matrixbefall, mehrere Nägel, Therapieversagen → systemische Therapie prüfen ÜW: Dermatologie bei unklarer Diagnose oder schwerem Befall
PITFALLS	INT: Terbinafin + CYP2D6-Substrate beachten; Leberwerte relevant PIT: Nagelpilz ohne mykologischen Nachweis systemisch behandeln WARN: dunkle Nagelveränderung, Ulkus, Diabetesfuß
PATIENTENHINWEIS	Nagelpilztherapie dauert Monate; sichtbarer Erfolg kommt erst mit Nachwachsen.

Subkutanes Knötchen / Lipom-verdacht

Subkutanes Knötchen / Lipom-verdacht Dermatologie / Allgemeinmedizin COMMON	
UK: 15 Überweisungs-kriterien Facharzt	
DIAGNOSTIK	MD: Inspektion, Palpation, Größe, Verschieblichkeit, Wachstum, Schmerz, Hautveränderung ED: Ultraschall, MRT bei Wachstum/Schmerz/tiefer Lage, Histologie bei atypisch
THERAPIE	ERSTLINIE: Beobachtung Foto- und Größenkontrolle ESKALATION 2: Exzision bei Beschwerden chirurgisch ESKALATION 3: Bildgebung bei atypischen Zeichen nach Befund DAUER: Wochen bis Monate ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Größe, Schmerz, Wachstum nach 6–12 Wochen oder bei Veränderung E: rasches Wachstum, Schmerz, Fixierung → Bildgebung/Exzision ÜW: Chirurgie/Dermatologie bei atypischem Knoten
PITFALLS	INT: — kein Inhalt PIT: jedes verschiebliche Knötchen ohne Verlaufskontrolle abtun WARN: >5 cm, rasches Wachstum, tief/fixiert, Schmerz
PATIENTENHINWEIS	Ein weiches, verschiebliches Knötchen ist oft harmlos; Wachstum oder Schmerz muss abgeklärt werden.


Psoriasis vulgaris

Psoriasis vulgaris Dermatologie COMMON	
UK: 18 Lang-zeit-nachsorge	
DIAGNOSTIK	MD: Haut-inspektion, PASI grob, Nagel-veränderungen, Gelenk-schmerz ED: Dermatologie bei schwerem Verlauf, Psoriasis-Arthritis-verdacht
THERAPIE	ERSTLINIE: Calcipotriol lokal 1–2×/d ESKALATION 2: Betamethason topisch lokal ESKALATION 3: Methotrexat bei schwerer Form 10–15 mg/Woche DAUER: Wochen ABSETZREGEL: Kurzkurs (≤5 d): abruptes Absetzen möglich; Längerkurs: über 1–2 Wochen ausschleichen (NNR-Suppression)
MANAGEMENT	M: Haut-befund, Lebensqualität alle 3 Monate E: Gelenk-schmerzen oder Therapieversagen → System-therapie ÜW: Dermatologie/Rheumatologie
PITFALLS	INT: Methotrexat + Alkohol → Leber-toxizität PIT: topische Therapie zu früh abbrechen WARN: Gelenk-schmerz, Nagel-veränderung
PATIENTENHINWEIS	Psoriasis ist eine chronische Entzündungs-erkrankung der Haut.

Akute Urtikaria

Akute Urtikaria Dermatologie / Allergologie COMMON	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Haut-quaddeln, Juckreiz, Auslöser-anamnese, Medikamenten-anamnese ED: Allergie-diagnostik bei chronischem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Cetirizin 10 mg/d ESKALATION 2: Loratadin 10 mg/d ESKALATION 3: Prednisolon kurzzeitig 20–40 mg/d DAUER: Stunden bis Tage ABSETZREGEL: Kurzkurs (≤5 d): abruptes Absetzen möglich; Längerkurs: über 1–2 Wochen ausschleichen (NNR-Suppression)
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Empfehlungen: Lebensstilintervention, Kontrolltermin
MANAGEMENT	M: Haut-befund, Juckreiz nach 24–48 h E: Atemnot oder Angio-ödem → Notfall ÜW: Allergologie
PITFALLS	INT: Antihistaminika + Alkohol → Sedierung PIT: Urtikaria mit Antibiotika behandeln WARN: Angio-ödem, Atemnot
PATIENTENHINWEIS	Kühlung und Antihistaminika lindern meist rasch den Juckreiz.

Hair Loss Inder

hair Loss Inder Dermatologie COMMON 	
UK: Dermatologie	
DIAGNOSTIK	<p>MD: V.a. Telogenes Effluvium (Trigger: Migration, Ernährungsumstellung, Stress, 2–4 Mo nach Trigger). Mängel sehr wahrscheinlich: Vit D (dunkle Haut, Nordeuropa), Ferritin, B12 (vegetarisch). Basis-Labor</p> <p>ED: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Mangelsubstitution: Ferritin <50 → Ferro Sanol duodenal 100 mg tägl.; Vit D <20 ng/ml → 20.000 IE 1× pro Woche × 8 Wochen dann 1000 IE tägl.; B12 1000 µg oral tägl. Ausreichend Protein (≥0,8 g/kg)</p> <p>ESKALATION 2: Stressreduktion, Schlaf.</p> <p>ESKALATION 3: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>DAUER: Verlaufskontrolle nach 3 Monaten. Labor: Ferritin nach 3 Mo unter Therapie (Ziel >70 ng/ml).</p> <p>ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Ernährungsoptimierung (Protein, Fe, Zink). Stressreduktion. Schlaf.
MANAGEMENT	<p>M: Ernährungsoptimierung (Protein, Fe, Zink). Stressreduktion. Schlaf.</p> <p>E: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>UW: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
PITFALLS	<p>INT: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>PIT: Vit D ohne Indikation auf GKV: Wirtschaftlichkeitsprüfung möglich. Breit angelegtes Spurenelementprofil ohne Begründung. Minoxidil bei Telogenem Effluvium: meist nicht nötig.</p> <p>WARN: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
PATIENTENHINWEIS	Im Hausarzt-Setting: GKV-Labor (BB, Ferritin, TSH) direkt veranlassen. B12 bei vegetarischer Ernährung begründbar. Vit D als IGeL anbieten. Verlauf abwarten (3–6 Mo) vor Überweisung Dermatologie.
HAUSÄRZTLICH	Im Hausarzt-Setting: GKV-Labor (BB, Ferritin, TSH) direkt veranlassen. B12 bei vegetarischer Ernährung begründbar. Vit D als IGeL anbieten. Verlauf abwarten (3–6 Mo) vor Überweisung Dermatologie.
EVIDENZ	<p>Cashman KD AJCN 2016; UpToDate Telogen effluvium; mehrere europäische Studien zu Vit-D-Mangel bei südasiatischen Migranten</p> <p>Leitlinie: Keine spezifische AWMF-Leitlinie Telogenes Effluvium; Dermatologie-Leitlinie Haarausfall (EDF/EADV)</p>

Avitaminosen / Spurenelemente

6 Karten · ● High-Impact: 5 ● Common: 1

Mangelzustände an Vitaminen und Spurenelementen sind im klinischen Alltag häufig unterdiagnostiziert oder werden falsch substituiert. Dieses Kapitel behandelt Eisen-, Vitamin-B12-, Vitamin-D- und weitere Mangelzustände mit Fokus auf rationale Diagnostik, korrekte Dosierung und sinnvolle Verlaufskontrollen. Fünf HIGH-IMPACT-Einträge spiegeln die klinische Relevanz unsachgemäßer Supplementierung wider.

Depression

Depression Psychiatrie HIGH-IMPACT ●	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: klinisches Interview, PHQ-9, Suizidalität, TSH, B12, Medikamentenanamnese ED: Psychiatrie bei Bipolaritätsverdacht, Psychose, Suizidalität oder Therapieresistenz
THERAPIE	ERSTLINIE: Escitalopram 10 mg 1×/d (Ziel: 10–20 mg/d, max. 20 mg/d) ESKALATION 2: Sertralin 50 mg 1×/d (Ziel: 50–150 mg/d, max. 200 mg/d) ESKALATION 3: Citalopram 20 mg 1×/d (Ziel: 20–40 mg/d, max. 40 mg/d) DAUER: erste Wirkung 2–4 Wochen, Beurteilung nach 6 Wochen ABSETZREGEL: Über 4–8 Wochen ausschleichen; abruptes Absetzen → Absetzsyndrom (Schwindel, Kribbeln, Stimmungsinstabilität)
NICHT-MEDIKAMENTÖS	B12: primär ernährungsbedingt (tierische Quellen fehlen). Vit D: Kombination Ernährung + Sonnenexposition
MANAGEMENT	M: Kontrolle nach 2–4 Wochen, Suizidalität aktiv erfragen E: keine Besserung nach 6 Wochen → Dosissteigerung oder Wirkstoffwechsel ÜW: Psychiatrie bei Suizidalität, bipolarer Störung, Therapieresistenz
PITFALLS	INT: SSRI + Triptane/MAO-Hemmer/Linezolid → Serotonin-Syndrom PIT: Wirkung nach wenigen Tagen als Versagen werten WARN: Suizidalität, Agitiertheit, Maniezeichen
PATIENTENHINWEIS	Wirkung beginnt verzögert; täglich einnehmen und nicht abrupt absetzen.

Eisen-status unklar / Ferritin normal

Eisen-status unklar / Ferritin normal Hämatologie / Allgemeinmedizin HIGH-IMPACT ●	
UK: 10 Management bei Multi-morbidität	
DIAGNOSTIK	MD: Hb, MCV/MCH, Ferritin, TSAT, CRP, Kreatinin/eGFR ED: Hämatologie/GI-Abklärung bei schwerer oder unklarer Anämie
THERAPIE	ERSTLINIE: Ursache behandeln ursachenabhängig ESKALATION 2: orales Eisen bei Defizienz 50–100 mg elementares Eisen ESKALATION 3: i.v.-Eisen bei Malabsorption oder schwerem Mangel nach Präparat DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Hb, Ferritin, TSAT nach 4–8 Wochen E: TSAT niedrig trotz Ferritin normal → funktionellen Mangel prüfen ÜW: Hämatologie/Gastroenterologie bei unklarer Ursache
PITFALLS	INT: PPI/Calcium vermindern Eisen-resorption PIT: Ferritin bei Entzündung isoliert interpretieren WARN: B-Symptome, Panzytopenie, GI-Blutung

PATIENTENHINWEIS	Ferritin kann bei Entzündung normal wirken; TSAT hilft bei der Einordnung.
EVIDENZ	Ferritin im Normbereich, aber Eisenstudien unauffällig


Makrozytäre Anämie

Makrozytäre Anämie Hämatologie / Allgemeinmedizin HIGH-IMPACT 🌀	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Blutbild, MCV/MCH, Retikulozyten, Vitamin B12, Folat, TSH, Leberwerte, Alkohol-anamnese ED: Holo-TC, Methyl-malon-säure, Hämatologie bei unklarer Zytopenie
THERAPIE	ERSTLINIE: Vitamin-B12-Substitution B12 oral hochdosiert oder i.m. nach Schema ESKALATION 2: Folsäure nach Ausschluss B12-Mangel Folsäure 5 mg/d ESKALATION 3: Ursache behandeln ursachenabhängig DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Blutbild und MCV nach 4–8 Wochen, neurologische Symptome E: Panzytopenie, B-Symptome oder keine Besserung → Hämatologie ÜW: Hämatologie bei unklarer Makrozytose
PITFALLS	INT: Folsäure kann B12-Mangel hämatologisch maskieren PIT: Folat geben, ohne B12-Mangel auszuschließen WARN: neurologische Ausfälle, Panzytopenie, Gewichtsverlust
PATIENTENHINWEIS	Bei Makrozytose immer B12, Folat, Leber und Schilddrüse mitdenken.


Blähungen / Zöliakie-Ausschluss

Blähungen / Zöliakie-Ausschluss Gastroenterologie / Allgemeinmedizin HIGH-IMPACT 🌀	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: tTG-IgA, Gesamt-IgA, Blutbild, Ferritin, Leberwerte, Gewichts-verlauf ED: DGP-IgG/EMA-IgG bei IgA-Mangel, Gastroskopie mit Duodenal-biopsien bei positivem Test
THERAPIE	ERSTLINIE: keine glutenfreie Diät vor Diagnostik glutenhaltige Ernährung bis Test ESKALATION 2: Gluten-Challenge bei bereits glutenfrei nach gastroenterologischem Schema ESKALATION 3: Therapie erst nach Sicherung DAUER: Diagnostik über Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Symptome, Eisen/B12/Folat, Serologie nach Diagnose E: positive Serologie oder Mangelzeichen → Gastroenterologie ÜW: Gastroenterologie bei positivem Test oder unklarer Konstellation
PITFALLS	INT: Glutenfreie Diät vor Test → falsch negative Diagnostik PIT: tTG-IgA ohne Gesamt-IgA interpretieren WARN: Gewichtsverlust, Anämie, chronische Diarrhö
PATIENTENHINWEIS	Vor dem Test weiter Gluten essen, sonst kann der Test falsch negativ werden.
EVIDENZ	Leitlinie: ACG und AGA Leitlinien

Vitamin-B12-Mangel

Vitamin-B12-Mangel Hämatologie / Neurologie HIGH-IMPACT 	
UK: 1 Ersteinstellung GMAIL-0194	
DIAGNOSTIK	MD: Vitamin-B12, Hb, MCV, neurologische Symptome ED: Holo-TC, Antikörper gegen Intrinsic-factor
THERAPIE	ERSTLINIE: Vitamin-B12 i.m. 1000 µg i.m. wöchentlich ESKALATION 2: orale Substitution 1000–2000 µg oral ESKALATION 3: Ursachen-therapie DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Hb und neurologische Symptome E: persistierende Anämie → Ursachen-suche ÜW: Hämatologie
PITFALLS	INT: Metformin kann B12-Mangel begünstigen PIT: Folat geben ohne B12-kontrolle WARN: neurologische Defizite
PATIENTENHINWEIS	Vitamin-B12-Mangel kann Nervenschäden verursachen.
HAUSÄRZTLICH	12 Einweisungsindikationen: STEMI, NSTEMI-Verdacht, De-Winter, Posterior-Infarkt, Bradykardie<40, AV-Block II Mobitz/III, Breite VT, Long-QT+TdP, Hyperkaliämie-EKG, Brugada Typ1, Rechtsherzbelastung (PE), Wellens-Syndrom
EVIDENZ	Leitlinie: 12 Einweisungsindikationen: STEMI, NSTEMI-Verdacht, De-Winter, Posterior-Infarkt, Bradykardie<40, AV-Block II Mobitz/III, Breite VT, Long-QT+TdP, Hyperkaliämie-EKG, Brugada Typ1, Rechtsherzbelastung (PE), Wellens-Syndrom. Literatur: Brady Ann Emerg Med, ESC ACS 2023

Vitamin-D-Mangel

Vitamin-D-Mangel Endokrinologie / Prävention COMMON 	
UK: 19 Präventions-management	
DIAGNOSTIK	MD: 25-OH-Vitamin-D, Calcium, PTH bei Verdacht, Risikofaktoren (Alter, wenig Sonne) ED: Knochendichte-messung bei Osteoporose-verdacht
THERAPIE	ERSTLINIE: Vitamin-D3 Substitution 800–1000 IE/d ESKALATION 2: Calcium-reiche Ernährung Ernährung ESKALATION 3: Bewegung im Freien regelmäßig DAUER: Wochen bis Monate ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Vitamin-D Spiegel nach 3 Monaten E: persistierender Mangel → Dosis anpassen ÜW: Endokrinologie bei schwerem Mangel oder Malabsorption
PITFALLS	INT: hohe Vitamin-D-Dosen + Hypercalciämie-risiko PIT: Spiegel ohne klinischen Kontext behandeln WARN: Hypercalciämie-symptome (Übelkeit, Polyurie)
PATIENTENHINWEIS	Sonnenlicht und Bewegung unterstützen den Vitamin-D-Stoffwechsel.

Neurologie

12 Karten · ● High-Impact: 5 ● Common: 7

Neurologische Erkrankungen stellen besondere diagnostische Anforderungen an den Hausarzt: Kopfschmerzsyndrome, kognitive Einschränkungen und periphere Nervenkompressionssyndrome verlangen strukturierte klinische Untersuchung und gezielte Weiterleitung. Dieses Kapitel bietet Algorithmen für die Differenzierung von Migräne und Kopfschmerz vom Spannungstyp, die Früherkennung kognitiver Störungen und die Führung von Patienten mit peripherer Neuropathie.

Impfplanung vor MS-Immuntherapie

Impfplanung vor MS-Immuntherapie Neurologie / Prävention HIGH-IMPACT ●	
UK: 19 Präventionsmanagement	
DIAGNOSTIK	MD: Impfpass, Immunsuppressionsplan, Varizellen-/MMR-Status, Hepatitis-B-Status ED: Impfsprechstunde, Serologien bei unklarem Status
THERAPIE	ERSTLINIE: Shingrix 2 Dosen ESKALATION 2: Hepatitis-B-Impfung 0-1-6 Monate ESKALATION 3: Pneumokokken-Impfung je Impfstoffschema DAUER: Immunantwort über Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Impfstatus vor Therapiebeginn dokumentieren E: Lebendimpfstoffe fehlen → vor Immunsuppression nachholen ÜW: Neurologie/Impfsprechstunde bei komplexem Plan
PITFALLS	INT: Lebendimpfstoffe unter Immunsuppression kontraindiziert PIT: Immuntherapie starten, bevor Impfstatus geprüft ist WARN: Fieber/Infekt nach Immunsuppression früh abklären
PATIENTENHINWEIS	Impfungen sollten vor Immuntherapie geplant werden, nicht danach.

Impfplanung vor MS-Immunsuppression

Impfplanung vor MS-Immunsuppression Neurologie / Prävention HIGH-IMPACT ●	
UK: 19 Präventionsmanagement	
DIAGNOSTIK	MD: Impfpass, geplanter DMT-Therapiestart, MMR/VZV-Status, Hepatitisstatus, Influenza/Pneumokokkenstatus ED: Serologien, Impfsprechstunde bei komplexem Plan
THERAPIE	ERSTLINIE: Lebendimpfstoffe vor Therapie MMR/VZV nach Schema ESKALATION 2: Totimpfstoffe komplettieren HepB/Twinrix/Shingrix/Pneumokokken nach Schema ESKALATION 3: jährliche Influenzaimpfung Influenza jährlich DAUER: Immunantwort über Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Impfstatus dokumentieren, Therapiebeginn mit Impfzeitfenster abgleichen E: fehlender Lebendimpfchutz → vor DMT klären ÜW: Neurologie/Impfsprechstunde
PITFALLS	INT: Lebendimpfstoffe unter relevanter Immunsuppression kontraindiziert PIT: DMT starten, ohne Impfstatus vorher zu prüfen WARN: Fieber/Infekt unter Immunsuppression früh abklären
PATIENTENHINWEIS	Impfungen müssen vor Immuntherapie geplant werden, weil später nicht alles möglich ist.

MS-Patient ohne Schutz gegen Hep A/B, Masern, VZV

MS-Patient ohne Schutz gegen Hep A/B, Masern, VZV Neurologie / Prävention HIGH-IMPACT	
UK: 19 Präventionsmanagement	
DIAGNOSTIK	MD: Impfpass, Anti-HBs, Masern-/VZV-Serologie, geplanter DMT-Start ED: Impfsprechstunde, Neurologie bei engem Therapiezeitfenster
THERAPIE	ERSTLINIE: Twinrix Twinrix 0-1-6 Monate ESKALATION 2: MMR bzw. MMRV MMR 1-2 Dosen ESKALATION 3: Varizellenimpfung bei fehlender Immunität VZV 2 Dosen DAUER: Wochen bis Monate ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Serologie/Impfabschluss dokumentieren E: DMT-Start erst nach Impfzeitfenster, wenn klinisch vertretbar ÜW: Neurologie/Impfsprechstunde
PITFALLS	INT: Lebendimpfstoffe nicht unter starker Immunsuppression PIT: Seronegative VZV/MMR-Patienten erst nach DMT-Beginn bemerken WARN: Exposition gegenüber Varizellen/Masern vor Immunität
PATIENTENHINWEIS	Impfplanung ist Teil der MS-Therapievorbereitung, nicht Nebensache.

Post-Zoster-Neuralgie

Post-Zoster-Neuralgie Neurologie / Schmerz-medizin HIGH-IMPACT	
UK: 6 Therapie-umstellung bei Nebenwirkungen	
DIAGNOSTIK	MD: Schmerz-anamnese, Haut-status, Schlaf-störung, Funktions-einschränkung ED: Neurologie/Schmerz-zentrum bei therapierefraktärem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Gabapentin 100–300 mg abends (Ziel: 900–1800 mg/d, max. Gabapentin 3600 mg/d) ESKALATION 2: Amitriptylin 10–25 mg abends (Ziel: 25–75 mg/d) ESKALATION 3: Lidocain-Pflaster lokal täglich DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Über 4–8 Wochen ausschleichen; abruptes Absetzen → Absetzsyndrom (Schwindel, Kribbeln, Stimmungsinstabilität)
MANAGEMENT	M: Schmerz-score, Schlaf, Nebenwirkungen nach 2–4 Wochen E: persistierender Schmerz → multimodale Schmerz-therapie ÜW: Schmerz-medizin/Neurologie
PITFALLS	INT: Gabapentin + Sedativa → Sturz-risiko PIT: neuropathischen Schmerz mit NSAR behandeln WARN: schwere Depression, Schlaf-verlust
PATIENTENHINWEIS	Nervenschmerzen nach Zoster brauchen spezielle Schmerz-medikamente.


Okzipitaler Kopf-schmerz

Okzipitaler Kopf-schmerz Neurologie / Allgemein-medizin HIGH-IMPACT	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	<p>MD: Kopf-schmerz-anamnese, neurologischer Status, HWS-Beweglichkeit, Blutdruck, Red Flags</p> <p>ED: MRT Kopf/HWS bei Red Flags, Ersttumor-verdacht oder atypischem Verlauf</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Ibuprofen 400 mg (max. Ibuprofen 2400 mg/d)</p> <p>ESKALATION 2: Paracetamol 500–1000 mg (max. Paracetamol 3–4 g/d)</p> <p>ESKALATION 3: Physio-therapie bei zervikogenem Anteil Übungs-programm</p> <p>DAUER: Stunden bis Wochen</p> <p>ABSETZREGEL: Nach Symptomkontrolle absetzen; Kurzzeittherapie: abrupt absetzbar; Magenprotektion bei >5 d</p>
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Zervikogener Kopfschmerz bei HWS-Pathologie: einseitig, bewegungsabhängig, Druckpunkt C2/C3. Management: NSAR, Physiotherapie (HWS), Stressreduktion
MANAGEMENT	<p>M: Schmerz-frequenz, neurologische Zeichen, Analgetika-tage</p> <p>E: Red Flags oder neue neurologische Defizite → Bildgebung/Notfall</p> <p>ÜW: Neurologie bei Persistenz, atypischem Verlauf, Verdacht Neuralgie</p>
PITFALLS	<p>INT: NSAR + Antikoagulation/CKD → Blutungs-/Nieren-risiko</p> <p>PIT: okzipitalen Schmerz automatisch als „HWS“ abtun</p> <p>WARN: Donnerschlag-kopf-schmerz, Fieber, fokale Defizite, Tumor-anamnese</p>
PATIENTENHINWEIS	Die meisten okzipitalen Kopf-schmerzen sind gutartig, aber Warnzeichen entscheiden über Bildgebung.


Migräne mit Aura

Migräne mit Aura Neurologie COMMON	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	<p>MD: Kopfschmerz-anamnese, Aura-symptome, neurologischer Status, Trigger, Kopfschmerz-tagebuch</p> <p>ED: MRT Kopf bei atypischer Aura oder neurologischen Defiziten</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Ibuprofen 400–600 mg</p> <p>ESKALATION 2: Sumatriptan 50 mg bei Beginn (Ziel: bis 100 mg)</p> <p>ESKALATION 3: Metoprolol zur Prophylaxe 25 mg 2×/d (Ziel: 50–100 mg/d)</p> <p>DAUER: Minuten bis Stunden</p> <p>ABSETZREGEL: Über 2–4 Wochen ausschleichen; abruptes Absetzen → Rebound-Tachykardie/Angina möglich</p>
MANAGEMENT	<p>M: Attacken-frequenz, Trigger, Medikamenten-gebrauch</p> <p>E: >4 Attacken/Monat → Prophylaxe erwägen</p> <p>ÜW: Neurologie bei atypischer Aura oder Therapieversagen</p>
PITFALLS	<p>INT: Triptane + SSRI → selten Serotonin-syndrom</p> <p>PIT: Aura mit TIA verwechseln ohne Kontext</p> <p>WARN: erstmalige Aura >40 Jahre, neurologische Defizite</p>
PATIENTENHINWEIS	Migräne-trigger (Schlafmangel, Stress, Alkohol) können Attacken auslösen.

Migräne-Prophylaxe

Migräne-Prophylaxe Neurologie COMMON 	
UK: 4 Therapie-eskalation	
DIAGNOSTIK	MD: Attacken-frequenz, Kopfschmerz-tagebuch ED: MRT bei atypischem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Metoprolol 25 mg/d (Ziel: 50–100 mg/d) ESKALATION 2: Topiramal 25 mg/d (Ziel: 50–100 mg/d) ESKALATION 3: Amitriptylin 10 mg abends (Ziel: 25–75 mg/d) DAUER: Wochen ABSETZREGEL: Über 4–8 Wochen ausschleichen; abruptes Absetzen → Absetzsyndrom (Schwindel, Kribbeln, Stimmungsinstabilität)
MANAGEMENT	M: Attacken-frequenz monatlich E: >4 Attacken/Monat → Prophylaxe beginnen ÜW: Neurologie
PITFALLS	INT: Betablocker + Asthma → Vorsicht PIT: Prophylaxe zu früh abbrechen WARN: neurologische Defizite
PATIENTENHINWEIS	Regelmäßiger Schlaf und Stress-reduktion helfen.

Restless-Legs-Syndrom

Restless-Legs-Syndrom Neurologie / Schlaf-medizin COMMON 	
UK: 18 Lang-zeit-nachsorge	
DIAGNOSTIK	MD: Anamnese nächtlicher Bewegungs-drang, Ferritin, Schlaf-qualität ED: Schlaf-labor bei unklarer Diagnose
THERAPIE	ERSTLINIE: Eisen-substitution bei Ferritin <75 Eisen oral ESKALATION 2: Pramipexol 0,125 mg abends ESKALATION 3: Gabapentin 300 mg abends DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Niemals abrupt absetzen (Anfallsrisiko); Reduktion über Monate unter neurologischer Kontrolle
MANAGEMENT	M: Schlaf-qualität, Symptom-frequenz E: Augmentation unter Dopamin-agonisten → Therapie-wechsel ÜW: Neurologie
PITFALLS	INT: Dopamin-agonisten + Sedativa → Müdigkeit PIT: Ferritin nicht bestimmen WARN: schwere Schlaf-störung
PATIENTENHINWEIS	Eisen-mangel kann Restless-Legs-Symptome verstärken.
EVIDENZ	Literatur: Rees/Williams Lancet 2010 Leitlinie: Klinisch: auch Carrier können vasookklusive Krisen haben (Trigger: Kälte, Hypoxie, Stress, Dehydratation). 4) Prävention: Kältemeidung, adäquate Hydratation

Spannungskopf-schmerz


Spannungskopf-schmerz Neurologie / Allgemein-medizin COMMON	
UK: 21 Selbst-management des Patienten	
DIAGNOSTIK	<p>MD: bilateral drückender Schmerz, Stress-anamnese, neurologischer Status</p> <p>ED: MRT bei atypischem Verlauf</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Paracetamol 500–1000 mg (max. Paracetamol 4 g/d)</p> <p>ESKALATION 2: Ibuprofen 400 mg (max. Ibuprofen 2400 mg/d)</p> <p>ESKALATION 3: Entspannungs-techniken Stress-reduktion</p> <p>DAUER: Stunden</p> <p>ABSETZREGEL: Nach Symptomkontrolle absetzen; Kurzzeittherapie: abrupt absetzbar; Magenprotektion bei >5 d</p>
MANAGEMENT	<p>M: Kopf-schmerz-tagebuch</p> <p>E: >15 Tage/Monat → Prophylaxe erwägen</p> <p>ÜW: Neurologie</p>
PITFALLS	<p>INT: Analgetika-übergebrauch → Kopfschmerz</p> <p>PIT: Migräne und Spannungskopf-schmerz verwechseln</p> <p>WARN: neurologische Defizite</p>
PATIENTENHINWEIS	Stress-management hilft oft besser als Medikamente allein.
EVIDENZ	Leitlinie: Literatur: Beltrame Eur Heart J 2017, ESC Chest Pain 2019

Thoracic outlet syndrom

Thoracic outlet syndrom Neurologie COMMON	
UK: Neurologie	
DIAGNOSTIK	<p>MD: Nächtliche einseitige Armparästhesie lateral ohne Handbeteiligung → V.a. positionsbedingte costoclaviculäre Plexuskompression (mildes TOS) oder C5-Radikulopathie. BZ 54 und B12 erklären einseitige Par</p> <p>ED: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Schlafpositionskorrektur (Arm vor dem Körper, kein Überkopf-Schlafen)</p> <p>ESKALATION 2: Pectoralis-Minor-Stretch 2× tägl. Scapula-Retraktion 3×10 tägl. Arbeitsplatz-Ergonomie (Bildschirmhöhe, externe Tastatur).</p> <p>ESKALATION 3: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>DAUER: Kontroll nach 6–8 Wochen. Bei Red Flags (Motorik, Atrophie, Reflexdifferenz, Progredienz) → sofort NLG/MRT.</p> <p>ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
NICHT-MEDIKAMENTÖS	NSAID kurzfristig bei Schmerz; Magnesium bei muskulärer Spannung. Ergonomie-Beratung.
MANAGEMENT	<p>M: NSAID kurzfristig bei Schmerz; Magnesium bei muskulärer Spannung. Ergonomie-Beratung.</p> <p>E: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>UW: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
PITFALLS	<p>INT: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>PIT: Zu lange konservative Therapie ohne Diagnosestellung; Radikulopathie als Plexusproblem fehldeuten; BZ-Artefakt als Hypoglykämie-Ursache interpretieren.</p> <p>WARN: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
PATIENTENHINWEIS	Im Hausarzt-Setting: klinischer Algorithmus in 2 Min ohne Neurologie-Überweisung möglich. NLG-Überweisung bei Therapieversagen nach 6–8 Wo. Osteopathie-Empfehlung nur adjuvant, nicht als Haupttherapie

HAUSÄRZTLICH	Im Hausarzt-Setting: klinischer Algorithmus in 2 Min ohne Neurologie-Überweisung möglich. NLG-Überweisung bei Therapieversagen nach 6–8 Wo. Osteopathie-Empfehlung nur adjuvant, nicht als Haupttherapie. GKV-Erstattung Osteopathie: ärztliche Empfehlung (kein Muster 6) reicht für Kassenerstattung 40–60 €/Sitzung.
EVIDENZ	Cochrane: manuelle Therapie bei cervikaler Radikulopathie kleine Effekte (Page 2012/2023) Leitlinie: Keine spezifische Leitlinie für mildes TOS; Physiotherapie-Evidenz moderat (Childs et al. 2008)

Tremor - Vit B12 Produkte

Tremor - Vit B12 Produkte Neurologie COMMON 	
UK: Neurologie	
DIAGNOSTIK	MD: Beidseitiger Aktionstremor 10 Jahre, nicht progredient → V.a. essentieller Tremor. B12 unteres Normbereich: erklär keinen isolierten Aktionstremor (ET ≠ B12-Neuropathie). TSH bestimmen (Hyperthyreose) ED: [aus Leitlinien ergänzt]
THERAPIE	ERSTLINIE: B12: Ankermann 1000 µg oral tägl. × 4–8 Wochen, danach 1000 µg 2–3×/Woche Erhaltung. Bei störendem ET: Propranolol (Erstlinie). ESKALATION 2: [aus Leitlinien ergänzt] ESKALATION 3: [aus Leitlinien ergänzt] DAUER: B12-Kontrolle nach 3 Monaten. Tremor-Dokumentation (Archimedes-Spirale-Test) als Verlaufsdokumentation. ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Stressreduktion, Koffeinreduktion (Tremor-Trigger). Ausreichend Schlaf. Ggf. Logopädie/Ergotherapie bei funktionslimitierendem ET.
MANAGEMENT	M: Stressreduktion, Koffeinreduktion (Tremor-Trigger). Ausreichend Schlaf. Ggf. Logopädie/Ergotherapie bei funktionslimitierendem ET. E: [aus Leitlinien ergänzt] UW: [aus Leitlinien ergänzt]
PITFALLS	INT: [aus Leitlinien ergänzt] PIT: B12-Serum allein als Mangeldiagnose unzuverlässig → besser Holotranscobalamin oder Methylmalonsäure. Therapieversagen B12 → bestätigt indirekt ET. WARN: [aus Leitlinien ergänzt]
PATIENTENHINWEIS	Im Hausarzt-Setting: B12 oral ausreichend, keine Injektion nötig. OTC-Präparate (Ankermann) direkt empfehlbar. Propranolol: Rezeptpflicht. Neurologische Überweisung bei Progredienz, Ruhetremor, einsei
HAUSÄRZTLICH	Im Hausarzt-Setting: B12 oral ausreichend, keine Injektion nötig. OTC-Präparate (Ankermann) direkt empfehlbar. Propranolol: Rezeptpflicht. Neurologische Überweisung bei Progredienz, Ruhetremor, einseitigem Beginn.
EVIDENZ	Louis ED Lancet Neurol 2005; Orale B12: Kuzminski AM Blood 1998 (RCT oral vs i.m. gleichwertig) Leitlinie: DGN Leitlinie Essentieller Tremor; EFNS Guidelines Tremor (Deuschl G 2011)

Kribbelparästhesien - Osteopath

Kribbelparästhesien - Osteopath Neurologie COMMON	
UK: Neurologie	
DIAGNOSTIK	<p>MD: CTS: Nachtschiene 4–6 Wo (50–70 % Besserung), Ergonomie. Kubitaltunnel: Ellbogen nachts nicht beugen, keine Abstützung. Epicondylitis: exzentrisches Training Extensoren, NSAR lokal, Bandage. Osteopath</p> <p>ED: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: CTS: Handgelenkschiene nachts × 4–6 Wochen. Epicondylitis: exzentrisches Extensoren-Training + NSAR lokal + Epicondylitis-Bandage.</p> <p>ESKALATION 2: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>ESKALATION 3: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>DAUER: Klinische Kontrolle nach 6 Wochen Schiene. NLG bei Persistenz. Handchirurgie bei Progredienz / Atrophie.</p> <p>ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
NICHT-MEDIKAMENTÖS	<p>CTS: Ergonomie (Handgelenkstellung neutral), Pausen. Epicondylitis: Belastungsreduktion, Physiotherapie. Kubitaltunnel: Schlafposition (Ellbogen strecken).</p>
MANAGEMENT	<p>M: CTS: Ergonomie (Handgelenkstellung neutral), Pausen. Epicondylitis: Belastungsreduktion, Physiotherapie. Kubitaltunnel: Schlafposition (Ellbogen strecken)</p> <p>E: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>UW: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
PITFALLS	<p>INT: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>PIT: Monatelange Therapie ohne Diagnose; Karpaltunnel mit Kubitaltunnel verwechseln; Osteopathie als Haupttherapie statt Diagnostik.</p> <p>WARN: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
PATIENTENHINWEIS	<p>Im Hausarzt-Setting: Phalen + Tinel + Nachtschiene direkt möglich. GKV-Empfehlung Osteopathie: kein Muster 6, nur schriftliche Empfehlung. NLG über Neurologie. Handchirurgische Überweisung bei Therapi</p>
HAUSÄRZTLICH	<p>Im Hausarzt-Setting: Phalen + Tinel + Nachtschiene direkt möglich. GKV-Empfehlung Osteopathie: kein Muster 6, nur schriftliche Empfehlung. NLG über Neurologie. Handchirurgische Überweisung bei Therapieversagen.</p>
EVIDENZ	<p>Padua L et al. Lancet Neurol 2016; AAOS CPG CTS 2016; Cochrane CTS manuelle Therapie: kleine Effekte</p> <p>Leitlinie: AAOS Guideline CTS 2016; DGN Leitlinie Karpaltunnelsyndrom</p>

Psychiatrie / Sucht / Sozialmedizin

5 Karten · ● High-Impact: 1 ● Common: 4

Psychiatrische Erkrankungen, Suchterkrankungen und sozialmedizinische Fragestellungen erfordern im Praxisalltag besondere Gesprächskompetenz und klare Eskalationspfade. Dieses Kapitel behandelt die pharmakologische Ersteinstellung bei Depression, die Begleitung von Abhängigkeitserkrankungen und strukturierte Screeningwerkzeuge. Suizidalität als mögliche Komorbidität muss bei jeder psychiatrischen Konsultation aktiv erfragt werden.

Panik-attacke / Angst-störung

Panik-attacke / Angst-störung Psychiatrie / Allgemeinmedizin HIGH-IMPACT ●	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	MD: Vitalparameter, EKG, Blutzucker, TSH, Medikamenten-/Substanz-anamnese, GAD-7/PHQ-9 ED: Kardiologie/Psychiatrie bei Red Flags oder unklarem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Psycho-edukation Atemtechnik (max. Sertralin 200 mg/d) ESKALATION 2: kognitive Verhaltens-therapie Therapieplan ESKALATION 3: SSRI bei persistierender Störung Sertralin 25–50 mg (Ziel: 50–150 mg/d) DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Attacken-frequenz, Vermeidung, Suizidalität nach 2–4 Wochen E: Zunahme, Funktionsverlust, Suizidalität → Eskalation ÜW: Psychotherapie/Psychiatrie bei schwerem Verlauf
PITFALLS	INT: SSRI + Triptane/MAO-Hemmer → Serotonin-syndrom PIT: somatische Red Flags vorschnell als Angst werten WARN: Synkope, Thorax-schmerz, Suizidalität
PATIENTENHINWEIS	Panik ist behandelbar; körperliche Warnzeichen müssen trotzdem geprüft werden.

Schlafstörung / Insomnie

Schlafstörung / Insomnie Psychiatrie / Allgemeinmedizin COMMON ●	
UK: 21 Selbstmanagement des Patienten	
DIAGNOSTIK	MD: Schlafanamnese, Medikamente, Alkohol/Koffein, PHQ-9/GAD-7, Restless-Legs-Screening ED: Schlaflabor bei Schlafapnoe-/Parasomnieverdacht
THERAPIE	ERSTLINIE: Schlafhygiene/CBT-I CBT-I strukturiert ESKALATION 2: Melatonin retard 2 mg abends (Ziel: 2 mg) ESKALATION 3: Zolpidem kurzzeitig 5 mg abends DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Schlafprotokoll nach 2–4 Wochen E: Persistenz >4 Wochen oder Tagesmüdigkeit → Ursachen prüfen ÜW: Schlafmedizin/Psychotherapie bei schwerem Verlauf
PITFALLS	INT: Z-Substanzen + Alkohol/Sedativa → Atemdepression/Sturz PIT: Schlafmittel als Dauerlösung etablieren WARN: Suizidalität, Schlafapnoezeichen, nächtliche Atempausen
PATIENTENHINWEIS	Schlafmittel nur kurz; wirksam ist meist ein strukturierter Schlafplan.


Schlafstörung / Mirtazapin niedrig-dosiert

Schlaf-störung / Mirtazapin niedrig-dosiert Psychiatrie / Allgemeinmedizin COMMON	
UK: 21 Selbst-management des Patienten	
DIAGNOSTIK	MD: Schlaf-anamnese, PHQ-9, GAD-7, Medikamente, Alkohol, Tagesmüdigkeit ED: Schlaf-labor bei Apnoe-verdacht, Psychiatrie bei Depression/Suizidalität
THERAPIE	ERSTLINIE: Schlaf-hygiene/CBT-I strukturiert ESKALATION 2: Mirtazapin 7,5–15 mg abends (Ziel: 7,5–15 mg für Schlaf, 30–45 mg antidepressiv) ESKALATION 3: Melatonin retard 2 mg abends (Ziel: 2 mg) DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Über 4–8 Wochen ausschleichen; abruptes Absetzen → Absetzsyndrom (Schwindel, Kribbeln, Stimmungsinstabilität)
MANAGEMENT	M: Schlaf-protokoll, Tagesmüdigkeit, Gewicht nach 2–4 Wochen E: Persistenz, Depression, Suizidalität → Re-Evaluation ÜW: Psychiatrie/Schlafmedizin bei schwerem Verlauf
PITFALLS	INT: Mirtazapin + Alkohol/Sedativa → Sedierung PIT: niedrige Dosis nicht als „schwächer“ verstehen WARN: Suizidalität, Schlaf-apnoe-zeichen, starke Gewichtszunahme
PATIENTENHINWEIS	Mirtazapin wirkt niedrig dosiert oft stärker sedierend als höher dosiert.

Prüfungs-angst mit Insomnie / Melatonin vs Zolpidem

Prüfungs-angst mit Insomnie / Melatonin vs Zolpidem Psychiatrie / Allgemeinmedizin COMMON	
UK: 21 Selbst-management des Patienten	
DIAGNOSTIK	MD: Schlaf-anamnese, Angst-auslöser, PHQ-9/GAD-7, Substanz-/Medikamenten-anamnese, Suizidalität ED: Psychiatrie/Psychotherapie bei schwerer Angst, Suizidalität oder anhaltender Insomnie
THERAPIE	ERSTLINIE: Schlaf-hygiene/CBT-I strukturiert ESKALATION 2: Melatonin retard 2 mg abends (Ziel: 2 mg) ESKALATION 3: Zolpidem nur kurzzeitig 5 mg abends DAUER: Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Schlafprotokoll, Tagesmüdigkeit, Angstniveau nach 1–2 Wochen E: Persistenz, Abhängigkeitstendenz, Suizidalität → Therapie ändern ÜW: Psychotherapie/Psychiatrie bei schwerem Verlauf
PITFALLS	INT: Zolpidem + Alkohol/Sedativa → Atemdepression/Sturz/Amnesie PIT: Zolpidem als Dauerlösung bei Prüfungsstress etablieren WARN: Suizidgedanken, Substanzmissbrauch, schwere Tagesmüdigkeit
PATIENTENHINWEIS	Zolpidem nur sehr kurz; wichtiger ist ein Plan für Schlaf und Prüfungsangst.
EVIDENZ	Leitlinie: Leitliniengerechte Therapie: Melatonin 2mg retard (Circadin) 1

Schlafstörungen

Schlafstörungen Psychiatrie / Sucht / Sozialmedizin COMMON 	
UK: Psychiatrie / Sucht / Sozialmedizin	
DIAGNOSTIK	<p>MD: Neuroleptika bei Insomnie: nicht First-line (DGSM). Off-label und niedrig dosiert nur wenn psychiatrische KM oder andere Optionen versagt. Melperon 25–50 mg oder Pipamperon 20–40 mg relativ relativ</p> <p>ED: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
THERAPIE	<p>ERSTLINIE: Einschlafstörung: Zolpidem 5 mg 30 Min vor Schlaf (max 10 mg) × max 4 Wochen. Wenn Neuroleptikum nötig: Melperon 25–50 mg abends.</p> <p>ESKALATION 2: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>ESKALATION 3: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>DAUER: Kontrolle nach 2 Wochen. Z-Substanzen: max 4 Wochen, danach Ausschleichen.</p> <p>ABSETZREGEL: Über 4–8 Wochen ausschleichen; abruptes Absetzen → Absetzsyndrom</p>
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Schlafhygiene (feste Schlafzeiten, kein Bildschirm 1 h vor Schlaf, kein Koffein nach 16 Uhr). Kognitive Verhaltenstherapie Insomnie (CBT-I) – evidenzbasiert Erstlinie.
MANAGEMENT	<p>M: Schlafhygiene (feste Schlafzeiten, kein Bildschirm 1 h vor Schlaf, kein Koffein nach 16 Uhr). Kognitive Verhaltenstherapie Insomnie (CBT-I) – evidenzb</p> <p>E: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>UW: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
PITFALLS	<p>INT: [aus Leitlinien ergänzt]</p> <p>PIT: Quetiapin als „Schlafmittel“ ohne psychiatrische Indikation: metabolisches Risiko deutlich höher als Nutzen. Z-Substanzen >4 Wochen: Abhängigkeitsrisiko. Schlafapnoe nicht ausschließen vor Schlafmitte</p> <p>WARN: [aus Leitlinien ergänzt]</p>
PATIENTENHINWEIS	Im Hausarzt-Setting: Z-Substanzen als kurzfristige Überbrückung, klar begrenzen (max 4 Wo). Mirtazapin 7,5 mg bei gleichzeitiger Depression/Angst. Neuroleptika nur in Ausnahme; Psychiatrie-Überweisung
HAUSÄRZTLICH	Im Hausarzt-Setting: Z-Substanzen als kurzfristige Überbrückung, klar begrenzen (max 4 Wo). Mirtazapin 7,5 mg bei gleichzeitiger Depression/Angst. Neuroleptika nur in Ausnahme; Psychiatrie-Überweisung bei Chronifizierung. Schlafapnoe-Abklärung: Screening-Fragebogen (STOP-Bang) in Praxis.
EVIDENZ	DGSM S3-Leitlinie Insomnie (AWMF 063-003); CBT-I Evidenz: Mitchell MD et al. BMJ 2012 Leitlinie: DGSM S3-Leitlinie Insomnie; European Sleep Research Society Guidelines Insomnia 2017

Hämatologie

6 Karten · ● High-Impact: 5 ● Common: 1

Hämatologische Erkrankungen – insbesondere Anämien – gehören zu den häufigsten Laborbefunden in der Hausarztpraxis. Fünf HIGH-IMPACT-Einträge verdeutlichen, dass eine unkritische Eisensubstitution ohne Ursachenabklärung eine okkulte Blutungsquelle verschleiern kann. Dieses Kapitel bietet Algorithmen für die Differenzialdiagnostik der Anämie, die Führung von Patienten mit Gerinnungsstörungen und die Einschätzung von Lymphadenopathien.

Eisenmangelanämie

Eisenmangelanämie Hämatologie / Gastroenterologie HIGH-IMPACT ●	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Hb, MCV/MCH, Ferritin, TSAT, CRP, Retikulozyten ED: Gastro-/Koloskopie bei Männern, postmenopausal oder Blutungsverdacht
THERAPIE	ERSTLINIE: Eisen(II)-sulfat ca. 50–100 mg elementares Eisen 1x/d oder jeden 2. Tag ESKALATION 2: Eisenfumarat äquivalent ESKALATION 3: Eisen-Gluconat äquivalent DAUER: Hb-Anstieg nach 2–4 Wochen, Kontrolle 4–8 Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Hb nach 4–8 Wochen, Ferritin/TSAT nach Auffüllphase E: kein Hb-Anstieg → Adhärenz, Resorption, Blutungsquelle prüfen ÜW: Gastroenterologie bei unklarer Ursache
PITFALLS	INT: Eisen + PPI/Calcium → verminderte Resorption PIT: normales Ferritin trotz Entzündung falsch beruhigend werten WARN: Eisenmangel bei Männern/postmenopausal → GI-Blutung ausschließen
PATIENTENHINWEIS	Nüchtern wirkt besser; bei Unverträglichkeit jeden zweiten Tag möglich.
EVIDENZ	Leitlinie: Therapieschwelle und wann Substitution indiziert

Eisenmangelanämie

Eisenmangelanämie Hämatologie / Gastroenterologie HIGH-IMPACT ●	
UK: 17 Follow-up nach akutem Ereignis	
DIAGNOSTIK	MD: Hb, MCV/MCH, Ferritin, TSAT, CRP, Retikulozyten ED: Gastro-/Koloskopie bei Männern, postmenopausal oder Blutungsverdacht
THERAPIE	ERSTLINIE: Eisen(II)-sulfat 50–100 mg elementares Eisen/d oder jeden 2. Tag ESKALATION 2: Eisenfumarat äquivalent ESKALATION 3: Eisen-Gluconat äquivalent DAUER: Hb-Anstieg nach 2–4 Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Hb nach 4–8 Wochen, Ferritin/TSAT später E: kein Hb-Anstieg → Adhärenz, Resorption, Blutungsquelle prüfen ÜW: Gastroenterologie bei unklarer Ursache
PITFALLS	INT: Eisen + PPI/Calcium → verminderte Resorption PIT: Ferritin bei Entzündung fälschlich beruhigend werten WARN: Eisenmangel bei Männern/postmenopausal → GI-Blutung ausschließen
PATIENTENHINWEIS	Nüchtern wirkt besser; bei Nebenwirkungen jeden zweiten Tag möglich.

HAUSÄRZTLICH	Praxistipps: welche Parameter wirklich entscheidend
---------------------	---

Ausgeprägte Eisenmangelanämie

Ausgeprägte Eisenmangelanämie Hämatologie / Gastroenterologie HIGH-IMPACT	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Hb, MCV/MCH, Ferritin, TSAT, CRP, Retikulozyten ED: Gastro-/Koloskopie bei Männern, postmenopausal oder Blutungsverdacht
THERAPIE	ERSTLINIE: Eisen(II)-sulfat ca. 50–100 mg elementares Eisen/d oder jeden 2. Tag ESKALATION 2: Eisenfumarat äquivalent ESKALATION 3: Eisen-Gluconat äquivalent DAUER: Hb-Anstieg nach 2–4 Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Hb nach 4–8 Wochen, Ferritin/TSAT nach Auffüllphase E: kein Hb-Anstieg → Adhärenz, Resorption, Blutungsquelle prüfen ÜW: Gastroenterologie bei unklarer Blutungsquelle
PITFALLS	INT: Eisen + PPI/Calcium → verminderte Resorption PIT: Eisen geben ohne Ursache der Anämie zu klären WARN: Männer/postmenopausale Frauen → GI-Blutung ausschließen
PATIENTENHINWEIS	Eisen wirkt langsam; entscheidend ist der Hb-Anstieg nach einigen Wochen.

Eisenüberladung / Hämochromatoseverdacht

Eisen-überladung / Hämochromatose-verdacht Hämatologie / Gastroenterologie HIGH-IMPACT	
UK: 15 Überweisungs-kriterien Facharzt	
DIAGNOSTIK	MD: Ferritin, Transferrin-sättigung, Leberwerte, Familien-anamnese ED: HFE-Gen-test, Leber-MRT, Hämatologie
THERAPIE	ERSTLINIE: Aderlass-therapie 500 ml Aderlass wöchentlich initial ESKALATION 2: Alkohol-reduktion Alkohol vermeiden ESKALATION 3: Diät-anpassung Ernährung DAUER: Monate ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Ferritin alle 3 Monate E: Organschäden → intensivere Therapie ÜW: Hämatologie/Gastroenterologie
PITFALLS	INT: Eisen-supplemente kontraindiziert PIT: Ferritin isoliert interpretieren ohne Entzündungs-marker WARN: Leber-zirrhose-zeichen, Diabetes, Herz-rhythmus-störungen
PATIENTENHINWEIS	Frühe Diagnose verhindert Organ-schäden durch Eisen-ablagerung.

Eisenmangel-Anämie

Eisenmangel-Anämie Hämatologie / Gastroenterologie HIGH-IMPACT	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Hb, Ferritin, MCV/MCH, Transferrin-sättigung, CRP ED: Gastro- und Koloskopie bei unklarer Ursache
THERAPIE	ERSTLINIE: Eisen-sulfat oral 50–100 mg elementares Eisen/d ESKALATION 2: Eisen-fumarat entsprechend Präparat ESKALATION 3: i.v.-Eisen bei Malabsorption nach Schema DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Hb und Ferritin nach 4–8 Wochen E: keine Hb-Steigerung → Ursache suchen ÜW: Hämatologie/Gastroenterologie
PITFALLS	INT: PPI vermindern Eisen-resorption PIT: Ferritin bei Entzündung falsch interpretieren WARN: Gewichtsverlust, Blut im Stuhl
PATIENTENHINWEIS	Eisenpräparate wirken besser auf nüchternen Magen.
EVIDENZ	Leitlinie: Fingergrundgelenksschwellung akut, Schultern, CCP positiv, Ferritin erhöht: reicht das für sichere Diagnose rheumatoide Erkrankung? ACR/EULAR 2010-Kriterien prüfen

Eisen-mangel ohne Anämie

Eisen-mangel ohne Anämie Hämatologie / Allgemeinmedizin COMMON	
UK: 3 Monitoring chronischer Erkrankungen	
DIAGNOSTIK	MD: Ferritin, Transferrin-sättigung, Hb, MCV/MCH ED: Gastro-intestinale Abklärung bei persistierendem Mangel
THERAPIE	ERSTLINIE: Eisen-sulfat oral 50–100 mg elementares Eisen/d ESKALATION 2: Eisen-fumarat nach Präparat ESKALATION 3: Ernährung mit Eisen-reichen Lebensmitteln diätetisch DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Ferritin nach 6–8 Wochen E: fehlender Ferritin-anstieg → Ursachen-suche ÜW: Hämatologie/Gastroenterologie
PITFALLS	INT: Eisen + PPI → reduzierte Resorption PIT: Therapie abbrechen sobald Symptome besser werden WARN: Gewichts-verlust, okkulte Blutung
PATIENTENHINWEIS	Eisen-präparate können dunklen Stuhl verursachen – das ist normal.
HAUSÄRZTLICH	Ambulantes Management 82-jähriger Pat: Vorlast-Anpassung

Onkologie und Krebsfrüherkennung

2 Karten · Fatal: 2

Onkologische Erkrankungen und Krebsfrüherkennungsmaßnahmen erfordern klare Kommunikationsstrategien und evidenzbasierte Überweisungspfade. Beide Einträge dieses Kapitels sind als FATAL klassifiziert: Krebsfrüherkennung und die Ersterkennung maligner Befunde sind Situationen, in denen Verzögerung direkte Überlebensrelevanz hat. Dieses Kapitel gibt strukturierte Algorithmen für Früherkennungsempfehlungen und die Erstreaktion auf Malignitätsverdacht.

Melanom-Verdacht / Dermoskopie-Gefäß-muster

Melanom-Verdacht / Dermoskopie-Gefäß-muster Dermatologie / Onkologie FATAL ●	
UK: 15 Überweisungs-kriterien Facharzt	
DIAGNOSTIK	MD: ABCDE-Regel, Ganz-haut-inspektion, Dermoskopie, Foto-dokumentation ED: Exzisions-biopsie, Dermatologie/Histologie
THERAPIE	ERSTLINIE: keine Lokalthherapie — kein Inhalt ESKALATION 2: zeitnahe Exzision bei Verdacht ESKALATION 3: dermatologische Abklärung DAUER: zeitnah ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Verlauf nur bei eindeutig benignen Läsionen mit Foto-kontrolle E: atypisches Gefäß-muster oder ABCDE-Änderung → Exzision ÜW: Dermatologie bei jedem Melanom-verdacht
PITFALLS	INT: — kein Inhalt PIT: atypische Gefäß-muster als Entzündung bagatellisieren WARN: schnelles Wachstum, Blutung, Farb-/Formwechsel
PATIENTENHINWEIS	Verdächtige Haut-veränderungen nicht eincremen, sondern abklären lassen.

Positiver iFOBT >1000 bei normalem Calprotectin

Positiver iFOBT >1000 bei normalem Calprotectin Gastroenterologie / Onkologie FATAL ●	
UK: 15 Überweisungs-kriterien Facharzt	
DIAGNOSTIK	MD: iFOBT-Wert, Blutungs-anamnese, Hb, Ferritin, Stuhl-veränderung, Familien-anamnese ED: Koloskopie obligat bei positivem iFOBT
THERAPIE	ERSTLINIE: keine empirische Hämorrhoiden-therapie als Ersatz — kein Inhalt ESKALATION 2: Koloskopie ESKALATION 3: Ursache behandeln nach Befund DAUER: zeitnah ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Koloskopie-termin, Hb/Ferritin bei Blutungsverdacht E: positiver iFOBT → Koloskopie unabhängig von Calprotectin ÜW: Gastroenterologie
PITFALLS	INT: Antikoagulation kann Blutung verstärken, erklärt positiven iFOBT aber nicht sicher PIT: normales Calprotectin als Entwarnung für Kolonkarzinom werten WARN: Anämie, Gewichtsverlust, sichtbares Blut, Stuhl-kaliberwechsel
PATIENTENHINWEIS	Ein positiver iFOBT muss koloskopisch abgeklärt werden – normales Calprotectin ersetzt das nicht.
EVIDENZ	Leitlinie: IBS kann Beschwerden erklären, aber nicht die Blutung

Geriatric and Multimorbidity

10 Karten · ● High-Impact: 7 ● Common: 3

Geriatric patients with multimorbidity represent the most complex challenge in the general practice. Polypharmacy, fall and delirium risk, functional limitations and social integration must be considered simultaneously. Seven HIGH-IMPACT entries emphasize that standardized protocols for older patients are often inappropriate and require individualized risk assessment.

Rule-out-Scores mit hohem negativem prädiktivem Wert

Rule-out-Scores mit hohem negativem prädiktivem Wert Allgemeinmedizin / Notfallmedizin HIGH-IMPACT ●	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	MD: Risikoprofil, Vitalparameter, Score nur bei passender Zielpopulation ED: Notfalldiagnostik bei hoher Prätestwahrscheinlichkeit
THERAPIE	ERSTLINIE: keine Therapie; Entscheidungsregel anwenden — kein Inhalt ESKALATION 2: [aus Leitlinien ergänzt] ESKALATION 3: [aus Leitlinien ergänzt] DAUER: sofort ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Safety-Netting bei negativem Score E: hohe Prätestwahrscheinlichkeit oder Red Flags → nicht auf Score verlassen ÜW: Notfall/Klinik je nach Verdacht
PITFALLS	INT: — kein Inhalt PIT: Score außerhalb seiner Validierung verwenden WARN: negativer Score schützt nicht bei falscher Anwendung
PATIENTENHINWEIS	Ein Score ist kein Ersatz für klinische Risikoeinschätzung.
EVIDENZ	Literaturrecherche PubMed/Scopus. NICE-Leitlinien, Cochrane-Reviews Leitlinie: NICE-Leitlinien, Cochrane-Reviews

Anämie chronischer Erkrankung / TSAT-Interpretation

Anämie chronischer Erkrankung / TSAT-Interpretation Hämatologie HIGH-IMPACT ●	
UK: 10 Management bei Multimorbidität	
DIAGNOSTIK	MD: Hb, MCV, Ferritin, TSAT, CRP, Kreatinin/eGFR ED: Hämatologie bei unklarer oder schwerer Anämie, ggf. GI-Abklärung
THERAPIE	ERSTLINIE: Grunderkrankung behandeln ursachenabhängig ESKALATION 2: orales Eisen bei echter Defizienz 50–100 mg elementares Eisen/d ESKALATION 3: i.v.-Eisen bei Malabsorption oder schwerem Mangel nach Präparatschema DAUER: Wochen ABSETZREGEL: Dauermedikation; Absetzen nur in Absprache mit dem behandelnden Arzt
MANAGEMENT	M: Hb, Ferritin, TSAT nach 4–8 Wochen E: TSAT <20 % + Entzündung/CKD → funktionellen Eisenmangel prüfen ÜW: Hämatologie bei unklarer Konstellation
PITFALLS	INT: Eisenresorption unter PPI vermindert PIT: Ferritin bei Entzündung als alleinigen Eisenmarker verwenden WARN: ausgeprägte Anämie, B-Symptome, Panzytopenie
PATIENTENHINWEIS	Bei Entzündung kann Ferritin „normal“ sein, obwohl funktionell Eisen fehlt.

Rezidivierender Herpes zoster unter Methotrexat / Post-Zoster-Neuralgie

Rezidivierender Herpes zoster unter Methotrexat / Post-Zoster-Neuralgie Dermatologie / Infektiologie / Schmerzmedizin HIGH-IMPACT 🎯	
UK: 10 Management bei Multimorbidität	
DIAGNOSTIK	MD: Läsionsstatus, Schmerzscore, Immunsuppression, Blutbild, Nierenfunktion ED: Immundiagnostik bei Rezidiven, Dermatologie/Infektiologie
THERAPIE	ERSTLINIE: Aciclovir 800 mg 5×/d ESKALATION 2: Valaciclovir 1 g 3×/d ESKALATION 3: Gabapentin 100–300 mg abends (max. bis 3600 mg/d) DAUER: antiviral 48–72 h; Gabapentin Tage bis Wochen ABSETZREGEL: Niemals abrupt absetzen (Anfallsrisiko); Reduktion über Monate unter neurologischer Kontrolle
MANAGEMENT	M: Schmerz, Läsionen, Nierenfunktion, Sedierung E: Zosterrezidive unter MTX → Immunsuppression/Prophylaxe prüfen ÜW: Dermatologie/Infektiologie bei Rezidiven trotz Shingrix
PITFALLS	INT: Gabapentin + Sedativa → Sturz-/Sedierungsrisiko PIT: Zosterrezidive unter Immunsuppression bagatellisieren WARN: ophthalmischer Zoster, disseminierter Zoster, neurologische Symptome
PATIENTENHINWEIS	Bei neuen Bläschen früh melden; antivirale Therapie wirkt am besten früh.

Kurzes Hitzegefühl lateral in der Wade – DVT-Ausschluss

Kurzes Hitzegefühl lateral in der Wade – DVT-Ausschluss Allgemeinmedizin / Angiologie HIGH-IMPACT 🎯	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	MD: Beininspektion, Umfangsdifferenz, Druckschmerz tiefe Venen, Wells-Score, D-Dimer bei niedriger/mittlerer Wahrscheinlichkeit ED: Kompressionssonographie bei positiver Wahrscheinlichkeit/D-Dimer
THERAPIE	ERSTLINIE: keine Antikoagulation ohne DVT-Nachweis bei Niedrigrisiko — kein Inhalt ESKALATION 2: Symptomtagebuch ESKALATION 3: Behandlung nach Ursache DAUER: sofortige Risikoeinschätzung ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Verlauf der Symptome, Schwellung, Schmerzen, Dyspnoe E: Wells erhöht oder D-Dimer positiv → Sonographie ÜW: Notfall/Klinik bei Dyspnoe, Thoraxschmerz, Verdacht Lungenembolie
PITFALLS	INT: — kein Inhalt PIT: kurze Dysästhesie automatisch als Thrombose werten oder umgekehrt DVT ohne Score ausschließen WARN: einseitige Schwellung, Atemnot, Thoraxschmerz
PATIENTENHINWEIS	Sekundenkurzes Hitzegefühl passt eher neurologisch, aber DVT-Warnzeichen müssen geprüft werden.

Tollwut-PrEP bei Reise-/Berufs-risiko

Tollwut-PrEP bei Reise-/Berufs-risiko Reise-medizin / Infektiologie HIGH-IMPACT	
UK: 19 Präventions-management	
DIAGNOSTIK	MD: Reise-ziel, Tierkontakt-risiko, Aufenthalts-dauer, Impfstatus, Immun-suppression ED: Titer-kontrolle bei Dauer-risiko oder Immun-suppression
THERAPIE	ERSTLINIE: Tollwut-PrEP 2-Dosen-Schema Tag 0 und Tag 7 ESKALATION 2: Titer-kontrolle nach 1–3 Jahren je Risiko ESKALATION 3: Booster bei Risiko bei Titer-unterschreitung DAUER: Immun-antwort über Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Impf-dokumentation, Titer bei Risiko-gruppen E: Tierbiss trotz PrEP → Post-expositions-prophylaxe erforderlich ÜW: Reise-medizin/Infektiologie bei komplexem Risiko
PITFALLS	INT: Immun-suppression kann Impf-antwort reduzieren PIT: PrEP als Ersatz für PEP nach Biss verstehen WARN: Tierbiss, Schleimhaut-kontakt, Fledermaus-kontakt
PATIENTENHINWEIS	Vor Risiko-reisen früh impfen; nach Tierbiss trotzdem sofort ärztlich melden.

Osteoporose

Osteoporose Endokrinologie / Geriatrie HIGH-IMPACT	
UK: 19 Präventions-management	
DIAGNOSTIK	MD: DXA-Knochen-dichte, Vitamin-D, Calcium, Frakturanamnese ED: Endokrinologie bei sekundären Ursachen
THERAPIE	ERSTLINIE: Alendronat 70 mg/Woche ESKALATION 2: Denosumab 60 mg s.c. alle 6 Monate ESKALATION 3: Vitamin D + Calcium 800–1000 IE/d DAUER: Monate ABSETZREGEL: Therapiepause ("Drug Holiday") nach 3–5 Jahren möglich; Entscheidung nach Frakturrisiko
MANAGEMENT	M: DXA alle 2 Jahre E: Fraktur trotz Therapie → Therapie wechseln ÜW: Endokrinologie
PITFALLS	INT: Bisphosphonate + Ösophagitis-risiko PIT: Vitamin-D-Mangel übersehen WARN: spontane Wirbel-frakturen
PATIENTENHINWEIS	Bewegung und Muskel-training reduzieren Sturz-risiko.


Impfempfehlungen bei 79-jähriger Patientin

Impfempfehlungen bei 79-jähriger Patientin Prävention / Allgemeinmedizin HIGH-IMPACT	
UK: 19 Präventions-management	
DIAGNOSTIK	MD: Impfpass, Vor-erkrankungen, Immunsuppression, Influenza-/COVID-/Pneumokokken-/Zoster-status ED: Impf-serologien nur bei unklarem Sonderfall
THERAPIE	ERSTLINIE: Influenza jährlich 1× jährlich ESKALATION 2: Pneumokokken PCV20 bzw. nach STIKO Einmal-impfung bzw. Schema ESKALATION 3: Herpes-zoster Shingrix 2 Dosen im Abstand 2–6 Monate DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Impfpass jährlich prüfen E: fehlende Standard-impfung → Nachhol-plan erstellen ÜW: Impfsprechstunde bei komplexer Immunsuppression
PITFALLS	INT: Lebend-impfstoffe bei Immun-suppression prüfen PIT: Zoster- und Pneumokokken-impfung im Alter vergessen WARN: schwere Impf-reaktion in Vorgeschichte
PATIENTENHINWEIS	Impfungen ab 60/70 schützen besonders vor schweren Verläufen.
EVIDENZ	Leitlinie: Impfempfehlungen 79-jährige Patientin (STIKO 2024): 1) Influenza: jährlich (Oktober/November)


Diagnostische Wertigkeit klinischer Befunde

Diagnostische Wertigkeit klinischer Befunde Allgemeinmedizin COMMON	
UK: 22 Warnzeichen / Safety-Netting	
DIAGNOSTIK	MD: Prätestwahrscheinlichkeit, Anamnese, klinischer Befund, Vitalparameter ED: gezielte Zusatzdiagnostik abhängig vom Risiko
THERAPIE	ERSTLINIE: keine medikamentöse Therapie; Management durch Risikostratifikation — kein Inhalt ESKALATION 2: [aus Leitlinien ergänzt] ESKALATION 3: [aus Leitlinien ergänzt] DAUER: sofort ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Verlaufskontrolle bei unsicherer Diagnose E: hoher Risikokontext trotz beruhigendem Befund → weiter abklären ÜW: je nach Verdachtsdiagnose
PITFALLS	INT: — kein Inhalt PIT: Einzelbefund isoliert interpretieren WARN: Red Flags überstimmen beruhigende Einzeltests
PATIENTENHINWEIS	Befunde sind nur im klinischen Kontext aussagekräftig.
HAUSÄRZTLICH	Claude-Recherche: diagnostische Wertigkeit klinischer Befunde in der Hausarztmedizin

Reise-impfungen Süd-/Süd-ostasien

Reise-impfungen Süd-/Süd-ostasien Reise-medizin / Prävention COMMON 	
UK: 19 Präventions-management	
DIAGNOSTIK	MD: Reise-route, Dauer, Impfpass, Vorerkrankungen, Schwangerschaft, Malaria-regionen ED: Reise-medizinische Beratung, Gelbfieber-/Spezial-impfberatung je Route
THERAPIE	ERSTLINIE: Hepatitis A/B nach Impf-schema ESKALATION 2: Typhus oral oder i.m. nach Präparat ESKALATION 3: Tollwut oder Japanische Enzephalitis je Risiko nach Schema DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Impfstatus vor Reise, Nebenwirkungen, Malaria-plan E: Abreise kurzfristig → Prioritäten-impfplan ÜW: Reise-medizin bei langer Reise, ländlichem Aufenthalt, Tierkontakt
PITFALLS	INT: Lebend-impfstoffe bei Immun-suppression vermeiden PIT: nur Standard-impfungen prüfen und Reise-route ignorieren WARN: Fieber nach Rückkehr, Tierbiss, schwere Diarrhö
PATIENTENHINWEIS	Reise-impfungen müssen nach Route und Aktivitäten geplant werden.

Post-infektiöse Fatigue nach Virus-infekt

Post-infektiöse Fatigue nach Virus-infekt Allgemein-medizin / Infektiologie COMMON 	
UK: 18 Lang-zeit-nachsorge	
DIAGNOSTIK	MD: Anamnese Infekt-beginn, Fatigue-score, Blutbild, CRP, TSH, Ferritin ED: weiterführende Diagnostik bei >3 Monate Persistenz
THERAPIE	ERSTLINIE: graduierte Aktivitäts-steigerung niedrige Belastung ESKALATION 2: Schlaf-hygiene Schlaf-struktur ESKALATION 3: symptomatische Therapie DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Energie-niveau, Belastbarkeit alle 4 Wochen E: Persistenz >3 Monate → differenzial-diagnostische Abklärung ÜW: Internist / Neurologie bei schweren Verläufen
PITFALLS	INT: sedierende Medikamente verstärken Fatigue PIT: zu schnelle Belastungs-steigerung WARN: Gewichts-verlust, neurologische Symptome
PATIENTENHINWEIS	Nach Infekten kann Erschöpfung Wochen anhalten – langsame Aktivitäts-steigerung hilft.
EVIDENZ	Evidenz: neuere Studien reduzieren Routineblutbildkontrollen Leitlinie: Blutbild: früher Standard, heute oft nicht zwingend (neuere Leitlinien)

Digitalisierung im Praxisalltag

8 Karten · ● High-Impact: 1 ● Common: 7

Digitale Werkzeuge, E-Health-Anwendungen und Telemedizin gewinnen in der Praxisorganisation zunehmend an Bedeutung. Dieses Kapitel behandelt praxisrelevante digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), strukturierte Nutzungsmöglichkeiten von KI-Assistenzsystemen und datengetriebene Entscheidungsunterstützung. Es sensibilisiert gleichzeitig für Datenschutzerfordernungen und die Grenzen digitaler Entscheidungsunterstützung.

Depressions-DiGA – Adhärenz und Passung

Depressions-DiGA – Adhärenz und Passung Psychiatrie / Digitalisierung HIGH-IMPACT ●	
UK: 21 Selbstmanagement des Patienten	
DIAGNOSTIK	MD: PHQ-9, Suizidalität, Motivation, digitale Kompetenz, Komorbidität, Sprachniveau ED: Psychiatrie/Psychotherapie bei schwerer Depression oder Therapieresistenz
THERAPIE	ERSTLINIE: Deprexis DiGA-Verordnung nach Indikation ESKALATION 2: Selfapy Depression DiGA-Verordnung nach Indikation ESKALATION 3: HelloBetter Depression DiGA-Verordnung nach Indikation DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: PHQ-9 nach 4–6 Wochen, Nutzungsadhärenz, Funktionsniveau E: keine Nutzung, Verschlechterung oder Suizidalität → persönliches Behandlungssetting ÜW: Psychiatrie/Psychotherapie bei schwerer Depression
PITFALLS	INT: — kein Inhalt PIT: DiGA ohne Follow-up verordnen WARN: Suizidalität, starke Antriebssteigerung, Maniezeichen
PATIENTENHINWEIS	Entscheidend ist nicht nur die App, sondern ob sie genutzt wird und zur Patientin passt.

Stress / Burnout – DiGA HelloBetter

Stress / Burnout – DiGA HelloBetter Psychiatrie / Psychosomatik COMMON ●	
UK: 21 Selbstmanagement des Patienten	
DIAGNOSTIK	MD: Belastungsanamnese, PHQ-9, GAD-7, Suizidalität, Schlaf, Arbeitsfähigkeit ED: Psychotherapie/Psychiatrie bei schwerer Depression, Suizidalität oder komplexer Komorbidität
THERAPIE	ERSTLINIE: HelloBetter Stress und Burnout DiGA-Verordnung nach Indikation ESKALATION 2: kognitive Verhaltenstherapie Sitzungen nach Therapieplan ESKALATION 3: Arbeits- und Belastungsanpassung individuell DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Symptomskalen nach 4–6 Wochen, Schlaf, Arbeitsfähigkeit E: Verschlechterung, Suizidalität, Arbeitsunfähigkeit → ärztliche Re-Evaluation ÜW: Psychotherapie/Psychiatrie bei schwerem Verlauf
PITFALLS	INT: — kein Inhalt PIT: DiGA als Ersatz für Krisenintervention missverstehen WARN: Suizidgedanken, völlige Erschöpfung, Substanzgebrauch
PATIENTENHINWEIS	Eine DiGA hilft nur, wenn sie aktiv genutzt wird; bei Suizidgedanken sofort melden.


Adipositas-DiGA Oviva / Zanadio

Adipositas-DiGA Oviva / Zanadio Stoffwechsel / Ernährung COMMON	
UK: 21 Selbstmanagement des Patienten	
DIAGNOSTIK	MD: BMI, Taillenumfang, Blutdruck, HbA1c, Lipide, Essverhalten, Komorbiditäten ED: Adipositaszentrum bei BMI ≥ 35 mit Komorbidität oder komplexem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Oviva Direkt DiGA-Verordnung nach Indikation ESKALATION 2: Zanadio DiGA-Verordnung nach Indikation ESKALATION 3: strukturierte Ernährungs- und Bewegungstherapie ≥ 150 min Bewegung/Woche DAUER: Monate ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Ziel: nachhaltige Gewichtsreduktion durch Lebensstilmodifikation
MANAGEMENT	M: Gewicht, Blutdruck, HbA1c/Lipide nach 3–6 Monaten E: keine Gewichtsreduktion oder schwere Komorbidität → Therapieeskalation prüfen ÜW: Adipositaszentrum/Ernährungsmedizin bei komplexem Verlauf
PITFALLS	INT: — kein Inhalt PIT: DiGA verordnen ohne Follow-up und Zieldefinition WARN: Essstörung, rascher Gewichtsverlust, depressive Symptome
PATIENTENHINWEIS	DiGAs funktionieren besser mit klaren Zielen und Kontrollterminen.


Angststörung – DiGA-Entscheidungshilfe

Angststörung – DiGA-Entscheidungshilfe Psychiatrie / Digitalisierung COMMON	
UK: 21 Selbstmanagement des Patienten	
DIAGNOSTIK	MD: klinisches Interview, GAD-7, PHQ-9, Suizidalität, Panikattackenprofil, Substanzanamnese ED: Psychiatrie/Psychotherapie bei schwerer Symptomatik, Suizidalität oder komplexer Komorbidität
THERAPIE	ERSTLINIE: HelloBetter Angst DiGA-Verordnung nach Indikation ESKALATION 2: velibra DiGA-Verordnung nach Indikation ESKALATION 3: begleitete kognitive Verhaltenstherapie Therapieplan DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: GAD-7/PHQ-9 nach 4–6 Wochen, Nutzungsadhärenz, Funktionsniveau E: keine Nutzung oder Verschlechterung → persönliches Gespräch/Psychotherapie ÜW: Psychotherapie/Psychiatrie bei Suizidalität, schwerer Panik, Komorbidität
PITFALLS	INT: — kein Inhalt PIT: DiGA als Ersatz für Krisenintervention verwenden WARN: Suizidgedanken, Substanzmissbrauch, schwere Vermeidung
PATIENTENHINWEIS	DiGAs wirken nur, wenn sie aktiv genutzt werden und zur Störung passen.
HAUSÄRZTLICH	Digitale Angst-DiGAs: Entscheidungshilfe für Praxis

Angst-DiGAs bei Migrationshintergrund / Sprachbarriere

Angst-DiGAs bei Migrationshintergrund / Sprachbarriere Psychiatrie / Digitalisierung COMMON 	
UK: 20 Patientenaufklärung	
DIAGNOSTIK	MD: Sprache, Gesundheitskompetenz, Angstform, GAD-7/PHQ-9, Suizidalität ED: muttersprachliche Psychotherapie, Dolmetscher, Sozialberatung bei Barrieren
THERAPIE	ERSTLINIE: deutschsprachige DiGA nach DiGA-Indikation ESKALATION 2: englischsprachige DiGA falls verfügbar nach DiGA-Indikation ESKALATION 3: persönliche Psychotherapie mit Sprachsupport Therapieplan DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Verständnis, Nutzungsrate, Symptomskalen nach 4–6 Wochen E: Sprachbarriere verhindert Nutzung → Alternative suchen ÜW: Psychotherapie/Psychiatrie/Sozialberatung bei fehlender Nutzbarkeit
PITFALLS	INT: — kein Inhalt PIT: digitale Therapie verordnen, obwohl Sprache nicht verstanden wird WARN: Rückzug, Suizidalität, schwere Panik
PATIENTENHINWEIS	Eine DiGA muss sprachlich verstanden werden; sonst ist sie keine wirksame Therapie.

Panikstörung / Angststörung – digitale Expositionstherapie

Panikstörung / Angststörung – digitale Expositionstherapie Psychiatrie / Digitalisierung COMMON 	
UK: 21 Selbstmanagement des Patienten	
DIAGNOSTIK	MD: Panikattacken-Anamnese, GAD-7, PHQ-9, somatische Red Flags ausschließen, Suizidalität ED: Psychiatrie/Psychotherapie bei schwerer Panik, Agoraphobie oder Therapieversagen
THERAPIE	ERSTLINIE: HelloBetter Angst DiGA nach Indikation ESKALATION 2: velibra DiGA nach Indikation ESKALATION 3: kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition Therapieplan DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Panikfrequenz, Vermeidung, Nutzungsadhärenz alle 4–6 Wochen E: keine Besserung nach 6–8 Wochen → Psychotherapie/Medikation prüfen ÜW: Psychiatrie/Psychotherapie bei schwerer Vermeidung, Suizidalität
PITFALLS	INT: — kein Inhalt PIT: Expositionsübungen ohne Erklärung abbrechen lassen WARN: Synkope, Thoraxschmerz, Suizidalität → somatisch/psychiatrisch abklären
PATIENTENHINWEIS	Exposition wirkt nur, wenn sie regelmäßig und geplant durchgeführt wird.

Depression – Vergleich Deprexis / Selfapy / HelloBetter

Depression – Vergleich Deprexis / Selfapy / HelloBetter Psychiatrie / Digitalisierung COMMON	
UK: 20 Patientenaufklärung	
DIAGNOSTIK	MD: PHQ-9, Suizidalität, Schweregrad, digitale Kompetenz, Wunsch nach Begleitung ED: Psychiatrische Abklärung bei schwerer Depression, Bipolaritätsverdacht oder Suizidalität
THERAPIE	ERSTLINIE: Deprexis DiGA nach Indikation ESKALATION 2: Selfapy Depression DiGA nach Indikation ESKALATION 3: HelloBetter Depression DiGA nach Indikation DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: PHQ-9, Nutzungsrate, subjektiver Nutzen nach 4–6 Wochen E: keine Verbesserung oder fehlende Nutzung → Wechsel/psychotherapeutische Behandlung ÜW: Psychotherapie/Psychiatrie bei schwerem Verlauf
PITFALLS	INT: — kein Inhalt PIT: alle Depressions-DiGAs als gleichwertig für jeden Patienten betrachten WARN: Suizidgedanken, psychotische Symptome, bipolare Hinweise
PATIENTENHINWEIS	Eine DiGA sollte nach Begleitbedarf, Sprache und Motivation ausgewählt werden.
HAUSÄRZTLICH	Entscheidungshilfe für Praxis
EVIDENZ	Unterschiede: Begleitung (automatisch vs menschlich), Studienqualität, Sprachen

Depressions-DiGA bei Sprachbarriere

Depressions-DiGA bei Sprachbarriere Psychiatrie / Digitalisierung COMMON	
UK: 20 Patientenaufklärung GMAIL-0067	
DIAGNOSTIK	MD: Sprache, PHQ-9, Suizidalität, digitale Kompetenz, Therapiepräferenz ED: muttersprachliche Psychotherapie, Sozialpsychiatrie, Dolmetscherlösung
THERAPIE	ERSTLINIE: deutschsprachige DiGA DiGA nach Indikation ESKALATION 2: englischsprachige DiGA falls verfügbar DiGA nach Indikation ESKALATION 3: persönliche Psychotherapie mit Sprachsupport Therapieplan DAUER: Wochen ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Verständnis, Nutzungsadhärenz, PHQ-9 nach 4–6 Wochen E: Sprachbarriere verhindert Nutzung → alternatives Setting ÜW: Psychotherapie/Psychiatrie bei schwerem Verlauf
PITFALLS	INT: — kein Inhalt PIT: digitale Intervention verordnen, obwohl Inhalte sprachlich nicht zugänglich sind WARN: Suizidalität, soziale Isolation, Funktionsverlust
PATIENTENHINWEIS	Sprache ist ein Wirksamkeitsfaktor; unverständliche Inhalte helfen nicht.

Qualitätsmanagement und Praxisorganisation

4 Karten · ● High-Impact: 1 ● Common: 3

Qualitätsmanagement und Praxisorganisation sind Voraussetzung für eine sichere und effiziente Patientenversorgung. Dieses Kapitel adressiert Fehlermeldesysteme (CIRS), Checklisten für kritische Situationen, strukturierte Übergabeprozesse und Maßnahmen zur Patientensicherheit. Ein HIGH-IMPACT-Eintrag betont, dass Systemfehler – nicht individuelle Fehler – die häufigste Ursache medizinischer Zwischenfälle sind.

Persistierende Diarrhoe / bakterielle Multiplex-PCR

Persistierende Diarrhoe / bakterielle Multiplex-PCR Gastroenterologie / Infektiologie HIGH-IMPACT ●	
UK: 7 Therapie-versagen	
DIAGNOSTIK	MD: Dauer >1 Woche, Stuhlfrequenz, Blut/Fieber, Reise, Antibiotika-anamnese, Hydratation ED: Stuhl-E+R, Giardia/Amöben, Multiplex-PCR auf Campylobacter, Salmonellen, Shigellen, Yersinien, EHEC, C. difficile
THERAPIE	ERSTLINIE: orale Rehydratation Flüssigkeit/ORS ESKALATION 2: gezielte Antibiotika nur nach Erreger erregerabhängig ESKALATION 3: keine routinemäßige Virus-PCR bei >1 Woche DAUER: Tage ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
MANAGEMENT	M: Flüssigkeit, Fieber, Blut, Stuhlfrequenz, Elektrolyte bei Risiko E: Persistenz, Blut, Fieber, Immunsuppression → Stuhl-PCR/Stufendiagnostik ÜW: Gastroenterologie/Infektiologie bei schwerem Verlauf
PITFALLS	INT: Loperamid bei blutiger Diarrhoe/Fieber vermeiden PIT: Viruspanel nach >1 Woche als Hauptdiagnostik wählen WARN: Dehydratation, Blut, hohes Fieber, C.-difficile-Risiko
PATIENTENHINWEIS	Bei länger anhaltendem Durchfall ist Erregerdiagnostik sinnvoller als blinde Therapie.
EVIDENZ	Leitlinie: Indikation PCR-Panel: persistierende Beschwerden, Immunsuppression, Ausbruchsgeschehen, Reiseanamnese

Laborprofile GKV/PKV für Praxissoftware

Laborprofile GKV/PKV für Praxissoftware Allgemeinmedizin / Praxisorganisation COMMON ●	
UK: 23 Qualitätsmanagement / strukturierte Versorgung	
DIAGNOSTIK	MD: indikationsbezogene Laborprofile statt Einzelanforderung, z. B. Bauchschmerz, DMP Diabetes, Infekt, Lipide, Osteoporose ED: erweitertes Labor je klinischem Risiko und Fragestellung
THERAPIE	ERSTLINIE: Standard-Laborprofile — kein Inhalt ESKALATION 2: indikationsbezogene Zusatzprofile ESKALATION 3: HZV-Profile DAUER: sofortige Prozessverbesserung ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Profile regelmäßig prüfen, Fehlanforderungen und Vollständigkeit monitoren E: unvollständige Diagnostik oder Überdiagnostik → Profil anpassen ÜW: — kein Inhalt
PITFALLS	INT: — kein Inhalt PIT: Laborprofile ohne klinische Fragestellung automatisch auslösen WARN: wichtige Parameter im Profil fehlen → Fehlsteuerung

PATIENTENHINWEIS	Gute Laborprofile sparen Zeit, ersetzen aber nicht die klinische Fragestellung.
HAUSÄRZTLICH	Übersicht Laboranforderungssets für Praxissoftware

IGeL-Basislabor / GOÄ-Preise

IGeL-Basislabor / GOÄ-Preise Praxismanagement / Prävention COMMON	
UK: 20 Patientenaufklärung	
DIAGNOSTIK	MD: medizinische Indikation prüfen, GKV-Leistung vs IGeL abgrenzen, Aufklärung dokumentieren ED: — kein Inhalt
THERAPIE	ERSTLINIE: kein therapeutischer Eintrag; strukturierte Patientenaufklärung — kein Inhalt ESKALATION 2: schriftliche Kosteninformation ESKALATION 3: medizinische Indikationsprüfung DAUER: sofort ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Dokumentation der Aufklärung, Kosten, Einwilligung E: unklare Indikation → keine IGeL-Veranlassung ohne Beratung ÜW: — kein Inhalt
PITFALLS	INT: — kein Inhalt PIT: IGeL-Labor als Screening ohne Nutzenkommunikation verkaufen WARN: Verdacht auf Erkrankung → keine IGeL, sondern medizinische Diagnostik prüfen
PATIENTENHINWEIS	Privat zu zahlende Laborwerte brauchen klare Erklärung von Nutzen, Kosten und Alternativen.

IGeL-Check-up / Laborwunsch ohne klare Indikation

IGeL-Check-up / Laborwunsch ohne klare Indikation Allgemeinmedizin / Prävention COMMON	
UK: 20 Patientenaufklärung	
DIAGNOSTIK	MD: Anlass klären, Risikoprofil, Beschwerden, Familienanamnese, GKV-Anspruch prüfen ED: gezielte Zusatzdiagnostik nur bei konkreter Fragestellung
THERAPIE	ERSTLINIE: Beratung — kein Inhalt ESKALATION 2: gezielte Laboranforderung ESKALATION 3: Verzicht auf medizinisch nicht sinnvolles Screening DAUER: sofort ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Dokumentation von Indikation, Aufklärung, Kosten E: pathologischer Befund → medizinisch indizierte Abklärung ÜW: je nach Befund
PITFALLS	INT: — kein Inhalt PIT: Wunschlabor als scheinbar objektive Vorsorge verkaufen WARN: Symptome oder Risikokonstellation → keine IGeL, sondern medizinische Diagnostik
PATIENTENHINWEIS	Nicht jeder Laborwert verbessert Vorsorge; sinnvoll ist eine konkrete Fragestellung.

Augenheilkunde / Mund-Zahn-Kiefererkrankungen

3 Karten · Common: 3

Augenheilkundliche und dentale Erkrankungen erfordern im Praxisalltag klare Triageentscheidungen: Welche Symptome können hausärztlich behandelt werden, welche verlangen eine sofortige fachärztliche Vorstellung? Akute Visusminderung, einseitige Rötung mit Schmerz oder Lichtscheu sind ophthalmologische Notfälle. Die Karten in diesem Kapitel helfen dabei, gefährliche Befunde nicht zu verharmlosen.


Allergische Konjunktivitis

Allergische Konjunktivitis Ophthalmologie / Allergologie COMMON	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Juckreiz, beidseitige Rötung, Sehschärfe, Schmerz, Kontaktlinsen, Sekretcharakter ED: Augenarzt bei Schmerz, Photophobie, Visusminderung
THERAPIE	ERSTLINIE: Ketotifen Augentropfen 1 Tropfen 2×/d ESKALATION 2: Olopatadin Augentropfen 1 Tropfen 2×/d ESKALATION 3: Cetirizin oral 10 mg/d DAUER: Stunden bis Tage ABSETZREGEL: Nach Symptomkontrolle absetzen; abruptes Absetzen problemlos
MANAGEMENT	M: Symptomkontrolle nach wenigen Tagen E: Schmerz, Photophobie, Visusminderung → Augenarzt ÜW: Ophthalmologie bei Red Flags oder Kontaktlinsenträger mit Schmerz
PITFALLS	INT: Kontaktlinsen bei roten schmerzhaften Augen pausieren PIT: infektiöse/keratitische Ursachen übersehen WARN: Visusminderung, Photophobie, starker Schmerz
PATIENTENHINWEIS	Juckreiz spricht für Allergie; Schmerz oder Sehverschlechterung nicht.
EVIDENZ	Leitlinie: 24-jähriger Pat, bekannte Pollenallergie: verstopfte Nase, juckende Augen, Husten, Niesen, Geschmacksverlust 1-2 Wochen

Bakterielle Konjunktivitis Kind

Bakterielle Konjunktivitis Kind Ophthalmologie / Pädiatrie COMMON	
UK: 14 Management bei Kindern / Jugendlichen	
DIAGNOSTIK	MD: Alter, beidseitige Sekretion, Rötung, Schmerz, Sehschärfe soweit möglich, Kontaktlinsen, Fieber ED: Augenarzt bei Schmerz, Photophobie, Visus-minderung, Säugling mit schwerem Verlauf
THERAPIE	ERSTLINIE: Chloramphenicol Chloramphenicol AT nach Schema ESKALATION 2: Fusidinsäure Fusidinsäure 1 Tropfen 2×/d ESKALATION 3: abwartend bei mildem Verlauf Hygiene DAUER: 24–72 h ABSETZREGEL: [aus Leitlinien ergänzt]
MANAGEMENT	M: Verlauf nach 2–3 Tagen E: keine Besserung, Schmerz, Lid-schwellung → Re-Evaluation ÜW: Ophthalmologie bei Red Flags
PITFALLS	INT: Kontaktlinsen pausieren; Fluorchinolone nicht routinemäßig first line PIT: virale/allergische Konjunktivitis antibiotisch behandeln WARN: Photophobie, Visus-minderung, starker Schmerz
PATIENTENHINWEIS	Meist harmlos; Händehygiene verhindert Ansteckung.

Hordeolum vs Chalazion / Floxal-Kontext

Hordeolum vs Chalazion / Floxal-Kontext Augenheilkunde / Allgemein-medicin COMMON 	
UK: 1 Ersteinstellung	
DIAGNOSTIK	MD: Lid-befund, Schmerz, Rötung, Druckschmerz, Sehschärfe, Fieber, Ausbreitung ED: Augenarzt bei Lid-phlegmone, Visus-minderung, Rezidiv oder Persistenz
THERAPIE	ERSTLINIE: warme Kompressen 3–4×/d 10 min ESKALATION 2: Ofloxacin-Augentropfen bei bakterieller Komponente z. B. 1 Tropfen 3×/d 5–7 Tage ESKALATION 3: Lid-hygiene täglich DAUER: Tage ABSETZREGEL: Nach Abschluss des Therapiekurses absetzen
NICHT-MEDIKAMENTÖS	Therapie: warme Kompressen, Lidmassage, bei Persistenz >4 Wochen Triamcinolon-Injektion (0,1ml intrakutan) oder chirurgische Entfernung
MANAGEMENT	M: Schmerz, Schwellung, Visus nach 48–72 h E: Ausbreitung, Fieber, Visusminderung → Augenarzt/systemische Therapie ÜW: Ophthalmologie bei Chalazion-Persistenz oder Phlegmone
PITFALLS	INT: Kontaktlinsen pausieren bei akuter Lid-/Augen-entzündung PIT: Chalazion antibiotisch behandeln, obwohl chronisch-steril WARN: Lidphlegmone, Visusminderung, Fieber
PATIENTENHINWEIS	Warme Kompressen sind die Basis; Antibiotika helfen nur bei bakterieller Entzündung.