

Wir möchten uns herzlich für deine Fehlerhinweise, dein Lob und deine Kritik zu Endspurt Klinik bedanken. Damit hilfst du uns sehr, Endspurt noch besser zu machen! Wir prüfen jeden Fehlerhinweis und aktualisieren dieses Erratum regelmäßig.*

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

<https://www.thieme.de/service/feedback.html>

**„Einen Fehler machen
und ihn nicht korrigieren –
das erst heißt wirklich einen Fehler
machen.“
(Konfuzius)**



* Medizinisches Wissen ist ständigem Wandel unterworfen. Wir können im Erratum keine vollständige inhaltliche Aktualisierung der Skripten abbilden. Hier findest du daher vorwiegend Korrekturen "echter Fehler".

Legende: Text in **roter Schrift** zeigt an, was ausgetauscht werden soll: **linke Spalte:** falscher Text; **rechte Spalte:** korrigierter Text.

Anmerkungen sind *kursiv*. Einträge, die im Vergleich zur letzten Version des Erratums neu hinzugekommen sind, werden in der Datumsspalte als **neu** hervorgehoben.

Skript 1 – Innere und Chirurgie – Herz-Kreislauf-System, Gefäße							
Datum	Seite	Originaltext			korrigierter Text und/oder Anmerkungen		
06.08.2021	S. 8 rechte Spalte	Herztöne: Der 1. Herzton (HT) kennzeichnet den Schluss der Segelklappen und damit das Ende der Diastole. Er entsteht durch die Vibration der Klappensegel und der Ventrikel . Im EKG liegt er kurz nach Beginn des QRS-Komplexes .			Herztöne: Der 1. Herzton (HT) entsteht durch die Anspannung der Ventrikelmuskulatur bei gefüllter Herzkammer zu Beginn der Ventrikelsystole; zeitlich korreliert er mit dem QRS-Komplex im EKG.		
neu	S. 11 Abb. 1.4	Übungs-EKG (25 mm/s). [...] Es besteht ein AV-Block I. Grades; P-Welle und QRS-Komplexe sind normal konfiguriert (...).			Übungs-EKG (25 mm/s). [...] P-Welle und QRS-Komplexe sind normal konfiguriert (...), die PQ-Zeit liegt mit 0,2 s am oberen Grenzwert [...]		
05.03.2021	S. 50 Prüfungs- highlights	!!! Reduktion der Risikofaktoren: körperliches Ausdauertraining bei mittelmäßiger Belastung, optimale Blutzuckereinstellung, Behandlung der Hyperlipidämie mit Statinen (1. Wahl) bzw. Statinen und Colestyramin (bei Therapieversagen)			!!! Reduktion der Risikofaktoren: körperliches Ausdauertraining bei mittelmäßiger Belastung, optimale Blutzuckereinstellung, Behandlung der Hyperlipidämie mit Statinen (1. Wahl) bzw. Ezetimib (2. Wahl; in Kombination mit Statin bei unzureichender Lipidsenkung oder allein bei Statinunverträglichkeit).		
04.05.2021	S. 55 rechte Spalte	Beim NSTEMI ist die Untersuchung je nach Risikoprofil innerhalb von 24–72 h sinnvoll.			Beim NSTEMI wird die Untersuchung je nach Risikoprofil innerhalb von 2–48 h bzw. bei niedrigem Risiko erst nach konkreten Hinweisen auf eine Ischämie oder obstruktive KHK in der nichtinvasiven bildgebenden Diagnostik empfohlen.		
04.05.2021	S. 55 Abb. 5.6	Diagnostisches Vorgehen bei akutem Koronarsyndrom			<i>Der Algorithmus entspricht nicht mehr den aktuellen ESC-Leitlinien; inzwischen wird eine andere Risikoeinteilung mit anderen Strategien (inkl. Zeitvorgaben) empfohlen (s. Korrektur des Textes oben).</i>		
05.03.2021	S. 56 Tab. 5.3	Ursache	Begleitsymptome und Befunde	Diagnostik	Ursache	Begleitsymptome und Befunde	Diagnostik
		hypertensive Krise	Kopfschmerzen, Angst, Sehstörungen, Bewusstseinsstörungen	Blutdruck > 210/110 mmHg	hypertensive Krise	Kopfschmerzen, Angst, Sehstörungen, Bewusstseinsstörungen	Blutdruck ≥ 180/110 mmHg
06.08.2021		Pneumothorax	plötzlicher Schmerz mit Dyspnoe, ggf. kurzer Husten, asymmetrische Atemexkursionen	Auskultation (einseitig abgeschwächtes oder fehlendes Atemgeräusch), Röntgen-Thorax (in Expiration)	Pneumothorax	plötzlicher Schmerz mit Dyspnoe, ggf. kurzer Husten, asymmetrische Atemexkursionen	Auskultation (einseitig abgeschwächtes oder fehlendes Atemgeräusch), Röntgen-Thorax (im Stehen in Inspiration)

Skript 1 – Innere und Chirurgie – Herz-Kreislauf-System, Gefäße

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
05.03.2021	S. 57 Abb. 5.7	Die primäre PCI (PTCA) sollte so rasch wie möglich und maximal 2 h nach der EKG-Diagnose STEMI in einer Klinik mit durchgehender PCI-Bereitschaft (24/7) erfolgen (bei großem Vorderwandinfarkt beträgt das Zeitfenster 90 min).	Die primäre PCI (PTCA) sollte so rasch wie möglich und maximal 2 h nach der EKG-Diagnose STEMI in einer Klinik mit durchgehender PCI-Bereitschaft (24/7) erfolgen (gefordertes Zeitfenster: ≤ 90 min).
06.08.2021	S. 59 linke Spalte	Epidemiologie: häufigster angeborener Herzfehler (30–35 %) Einteilung: Nach der Lokalisation unterscheidet man: • Typ I: infundibulärer/bulbärer VSD (5 %) • Typ II: perimembranöser VSD (80 %) • Typ III: AV-Kanal-Typ/atrioventrikuloseptaler Defekt (AVSD, 11 %) • Typ IV: muskulärer VSD (2–7 %); mehrere Defekte sind möglich (sog. „Swiss-Cheese-VSD“).	Epidemiologie: häufigster angeborener Herzfehler (ca. 48 %) Einteilung: Nach der Lokalisation unterscheidet man: • perimembranöser VSD (80 %) • muskulärer VSD (5–20 %) ; mehrere Defekte sind möglich (sog. „Swiss-Cheese-VSD“) • Inlet-VSD (5–8 %) (entspricht VSD vom AV-Kanal-Typ) • Outlet-VSD (5–7 %) (entspricht infundibulärem VSD)
neu	S. 71 rechte Spalte	Ätiopathogenese: [...] Bei ca. ¼ der Patienten entwickelt sich eine hypertrophisch obstruktive Kardiomyopathie (HOCM) , bei der das wachsende Gewebe den Ausflusstrakt behindert (Subaortenstenose). Davon zu unterscheiden ist die hypertrophisch nichtobstruktive Kardiomyopathie (HNCM) .	Ätiopathogenese: [...] Bei ca. 70% der Patienten entwickelt sich eine hypertrophisch obstruktive Kardiomyopathie (HOCM) , bei der das wachsende Gewebe den Ausflusstrakt behindert (Subaortenstenose). Davon zu unterscheiden ist die hypertrophisch nichtobstruktive Kardiomyopathie (HNCM, ca. 30% d.F.) .
26.08.2021	S. 79 linke Spalte	Bei Nativklappenendokarditis wird anfangs eine kombinierte Antibiose bestehend aus Ampicillin-Sulbactam und Gentamicin (Serum-Spiegel regelmäßig bestimmen!) i.v. verabreicht und entsprechend geändert, wenn das Resistenzergebnis vorliegt.	Bei Nativklappenendokarditis wird anfangs eine kombinierte Antibiose bestehend aus Ampicillin, Flucloxacillin und Gentamicin oder alternativ Vancomycin und Gentamicin (Serum-Spiegel von Gentamicin und Vancomycin regelmäßig bestimmen!) i.v. verabreicht und entsprechend geändert, wenn das Resistenzergebnis vorliegt bzw. ein spezifischer Erreger identifiziert werden konnte. Beispielsweise wird bei Nachweis von Enterokokken die Gabe von Ampicillin plus Gentamicin (alternativ: Ampicillin plus Ceftriaxon oder Vancomycin plus Gentamicin) empfohlen.
26.08.2021	S. 80 Prüfungs- highlights	– Erreger: – !!! Enterokokken können eine Endokarditis auslösen; am häufigsten Streptokokken aus dem Nasen-Rachen-Raum – ! Staph. aureus und epidermidis – insbesondere bei Rechtsherz-endokarditis, z.B. bei i.v.-Drogenabhängigen – !! Therapie: kalkulierte Antibiotikatherapie mit Ampicillin-Sulbactam und Gentamicin (standardmäßig bei Nativklappenendokarditis)	– Erreger: – ! am häufigsten Staph. aureus und epidermidis – insbesondere bei Rechts-herzendokarditis, z.B. bei i.v.-Drogenabhängigen – !!! auch Enterokokken und Streptokokken aus dem Nasen-Rachen-Raum können eine Endokarditis auslösen – !! Therapie: bei Nachweis von Enterokokken: spezifische Behandlung mit z.B. Ampicillin plus Gentamicin (Diese IMPP-Fragen beziehen sich nicht auf die kalkulierte Therapie ohne Erregernachweis [aktualisierte Empfehlungen s.o.], sondern auf die spezifische Antibiose bei Nachweis von Enterokokken.)

Skript 1 – Innere und Chirurgie – Herz-Kreislauf-System, Gefäße

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
05.03.2021	S. 83 linke Spalte	• hypertensiver Notfall (= hypertensive emergency): krisenhafter Blutdruckanstieg auf > 230 mmHg systolisch und/oder > 130 mmHg diastolisch (bzw. > 180/120 mmHg nach den ESC-Guidelines), mit manifesten oder drohenden Organschäden	• hypertensiver Notfall (= hypertensive emergency): krisenhafter Blutdruckanstieg auf ≥ 180 mmHg systolisch und/oder ≥ 110 mmHg diastolisch mit manifesten oder drohenden Organschäden
05.03.2021	S. 86 linke Spalte	DEFINITION Plötzliche Blutdrucksteigerung (> 210/120 mmHg) mit drohender Endorganschädigung [...]	DEFINITION Plötzliche Blutdrucksteigerung (≥ 180 mmHg systolisch und/oder ≥ 110 mmHg diastolisch) mit drohender Endorganschädigung [...]
30.11.2020	S. 119 linke Spalte	Thrombophiliediagnostik: • Voraussetzung: Durchführung frühestens 3 Monate nach Abklingen der akuten Thrombose. [...]	Thrombophiliediagnostik: • Voraussetzung: Durchführung direkt nach Diagnosesicherung der akuten Thrombose. [...]
30.11.2020	S. 121 linke Spalte	▪ Labor: erhöhte D-Dimere (praktisch bei jeder frischen Thrombose)! Daher gilt: D-Dimere im Referenzbereich sprechen mit hoher Wahrscheinlichkeit gegen eine frische Thrombose. D-Dimere sind aber nicht spezifisch für eine Thrombose, [...]	▪ Labor: erhöhte D-Dimere (praktisch bei jeder frischen Thrombose)! Daher gilt: D-Dimere im Referenzbereich sprechen bei niedriger bis mittlerer klinischer Wahrscheinlichkeit einer TBVT (→ Wells-Score) mit hoher Wahrscheinlichkeit gegen eine frische Thrombose. D-Dimere sind aber nicht spezifisch für eine Thrombose, [...] (Nach aktueller Leitlinie sollte die Entscheidung, ob die D-Dimere bestimmt werden, von der Abschätzung der klinischen Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer TBVT (z.B. mittels Wells-Score) abhängig gemacht werden: Nur bei niedriger bis mittlerer Wahrscheinlichkeit sollte die Bestimmung erfolgen. Bei hoher klinischer Wahrscheinlichkeit sollte direkt eine Bildgebung durchgeführt werden.)

Skript 2 – Innere und Chirurgie – Blut, Blutbildung, Atmungssystem

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen												
05.03.2021	S. 29 Tab. 2.12	akute hämolytische Transfusionsreaktion Therapie Prophylaxe eines akuten Nierenversagens durch ausreichende Diurese (Ziel: 100 ml/h): Furosemid 40 mg i. v. und NaCl 0.9 %	akute hämolytische Transfusionsreaktion Therapie ausreichende Diurese (Ziel: 100 ml/h), z.B. mit Furosemid und kontrollierter i. v. Flüssigkeitszufuhr (Mittel der Wahl: balancierte Vollelektrolytlösung), zur Prophylaxe einer akuten Niereninsuffizienz												
05.03.2021	S. 31 Beispiel	– Befund 1: Hb 6,3 mg/dl, MCV 63 fl, [...] – Befund 2: Hb 9,8 mg/dl, MCV 109 fl, [...]	– Befund 1: Hb 6,3 g/dl, MCV 63 fl, [...] – Befund 2: Hb 9,8 g/dl, MCV 109 fl, [...]												
05.03.2021	S. 42 rechte Spalte	Einteilung: Die Zuordnung der chronisch-myeloischen Leukämie (CML) zur Gruppe der chronisch-myeloproliferativen Erkrankungen gilt inzwischen als überholt; die CML wird heute als eigene Entität beurteilt, aber traditionell nach wie vor bei den MPE besprochen.	Laut aktueller WHO-Klassifikation von 2016 gehört die CML zu den MPN [Myeloproliferative Neoplasien, früher chronisch-myeloproliferative Erkrankungen].												
06.08.2021	S. 47 Tab. 4.9	Tab. 4.9 WHO-Kriterien zur Diagnosestellung der Polycythaemia vera <table><thead><tr><th>Kategorie</th><th>Kriterien</th></tr></thead><tbody><tr><td>A (Major-Kriterien)</td><td> - erhöhter Hämoglobinspiegel: > 18,5 g/dl (Männer) und > 16,5 g/dl (Frauen) - Nachweis einer Mutation im JAK-2-Gen </td></tr><tr><td>B (Minor-Kriterien)</td><td> - Knochenmarkproliferation aller 3 Zelllinien - erniedrigter Erythropoetinspiegel im Serum - Nachweis spontaner erythroider Kolonienbildung in vitro </td></tr></tbody></table> Die Diagnose ist gesichert, wenn beide Hauptkriterien und 1 Nebenkriterium oder das erste Hauptkriterium und 2 Nebenkriterien erfüllt sind.	Kategorie	Kriterien	A (Major-Kriterien)	- erhöhter Hämoglobinspiegel: > 18,5 g/dl (Männer) und > 16,5 g/dl (Frauen) - Nachweis einer Mutation im JAK-2-Gen	B (Minor-Kriterien)	- Knochenmarkproliferation aller 3 Zelllinien - erniedrigter Erythropoetinspiegel im Serum - Nachweis spontaner erythroider Kolonienbildung in vitro	Tab. 4.9 WHO-Kriterien zur Diagnosestellung der Polycythaemia vera <table><thead><tr><th>Kategorie</th><th>Kriterien</th></tr></thead><tbody><tr><td>A (Major-Kriterien)</td><td> - erhöhter Hämoglobinspiegel: > 16,5 g/dl (Männer) und > 16 g/dl (Frauen) oder Hämatokrit > 49 % (Männer) bzw. > 48 % (Frauen) oder Erythrozytenzahl > 25 % d. Normwertes - Knochenmarkproliferation aller 3 Zelllinien - Nachweis einer Mutation im JAK-2-Gen </td></tr><tr><td>B (Minor-Kriterien)</td><td> - erniedrigter Erythropoetinspiegel im Serum </td></tr></tbody></table> Die Diagnose ist gesichert, wenn alle 3 Hauptkriterien oder 2 Hauptkriterien und das Nebenkriterium erfüllt sind.	Kategorie	Kriterien	A (Major-Kriterien)	- erhöhter Hämoglobinspiegel: > 16,5 g/dl (Männer) und > 16 g/dl (Frauen) oder Hämatokrit > 49 % (Männer) bzw. > 48 % (Frauen) oder Erythrozytenzahl > 25 % d. Normwertes - Knochenmarkproliferation aller 3 Zelllinien - Nachweis einer Mutation im JAK-2-Gen	B (Minor-Kriterien)	erniedrigter Erythropoetinspiegel im Serum
Kategorie	Kriterien														
A (Major-Kriterien)	- erhöhter Hämoglobinspiegel: > 18,5 g/dl (Männer) und > 16,5 g/dl (Frauen) - Nachweis einer Mutation im JAK-2-Gen														
B (Minor-Kriterien)	- Knochenmarkproliferation aller 3 Zelllinien - erniedrigter Erythropoetinspiegel im Serum - Nachweis spontaner erythroider Kolonienbildung in vitro														
Kategorie	Kriterien														
A (Major-Kriterien)	- erhöhter Hämoglobinspiegel: > 16,5 g/dl (Männer) und > 16 g/dl (Frauen) oder Hämatokrit > 49 % (Männer) bzw. > 48 % (Frauen) oder Erythrozytenzahl > 25 % d. Normwertes - Knochenmarkproliferation aller 3 Zelllinien - Nachweis einer Mutation im JAK-2-Gen														
B (Minor-Kriterien)	erniedrigter Erythropoetinspiegel im Serum														
30.11.2020	S. 49 Tab. 4.11	<table><thead><tr><th>Risiko</th><th>Charakteristika</th><th>Therapie</th></tr></thead><tbody><tr><td>mittel</td><td> - Erkrankungsalter < 60 J. und Thrombozytenzahl > 1,5 Mio./µl und/oder kardiovaskuläre Risikofaktoren </td><td> - Ausschaltung kardiovaskulärer Risikofaktoren - ASS (100 mg) zur Thromboseprophylaxe </td></tr></tbody></table>	Risiko	Charakteristika	Therapie	mittel	Erkrankungsalter < 60 J. und Thrombozytenzahl > 1,5 Mio./µl und/oder kardiovaskuläre Risikofaktoren	- Ausschaltung kardiovaskulärer Risikofaktoren - ASS (100 mg) zur Thromboseprophylaxe	<table><thead><tr><th>Risiko</th><th>Charakteristika</th><th>Therapie</th></tr></thead><tbody><tr><td>mittel</td><td> - Erkrankungsalter < 60 J. und Thrombozytenzahl < 1,5 Mio./µl und/oder kardiovaskuläre Risikofaktoren </td><td> - Ausschaltung kardiovaskulärer Risikofaktoren - ASS (100 mg) zur Thromboseprophylaxe </td></tr></tbody></table>	Risiko	Charakteristika	Therapie	mittel	Erkrankungsalter < 60 J. und Thrombozytenzahl < 1,5 Mio./µl und/oder kardiovaskuläre Risikofaktoren	- Ausschaltung kardiovaskulärer Risikofaktoren - ASS (100 mg) zur Thromboseprophylaxe
Risiko	Charakteristika	Therapie													
mittel	Erkrankungsalter < 60 J. und Thrombozytenzahl > 1,5 Mio./µl und/oder kardiovaskuläre Risikofaktoren	- Ausschaltung kardiovaskulärer Risikofaktoren - ASS (100 mg) zur Thromboseprophylaxe													
Risiko	Charakteristika	Therapie													
mittel	Erkrankungsalter < 60 J. und Thrombozytenzahl < 1,5 Mio./µl und/oder kardiovaskuläre Risikofaktoren	- Ausschaltung kardiovaskulärer Risikofaktoren - ASS (100 mg) zur Thromboseprophylaxe													
neu	S. 51 Lerntipp	[...] Beispiel: Welchem Stadium entspricht dieser Befund: Supradiaphragmale mediastinale Lymphknoten sowie zervikale und supra- bzw. retroklavikuläre Lymphknoten beidseits befallen“? Antwort: Stadium II. [...]Bestünde in dem Beispiel oben Fieber und Nachtschweiß, entspräche dies also dem Stadium II B.	[...] Beispiel: Welchem Stadium entspricht dieser Befund: Supradiaphragmale mediastinale Lymphknoten sowie zervikale und supra- bzw. retroklavikuläre Lymphknoten beidseits befallen“? Antwort: Stadium III. [...]Bestünde in dem Beispiel oben Fieber und Nachtschweiß, entspräche dies also dem Stadium III B.												

Skript 2 – Innere und Chirurgie – Blut, Blutbildung, Atmungssystem

Datum	Seite	Originaltext			korrigierter Text und/oder Anmerkungen		
neu	S. 56 Tabelle 4.20	Kiel-Klassifikation	WHO-Klassifikation	Bemerkungen	Kiel-Klassifikation	WHO-Klassifikation	Bemerkungen
		plasmozytisches Lymphom	Plasmozytom (multiples Myelom)	aggressiv	plasmozytisches Lymphom	Plasmozytom (multiples Myelom)	indolent
neu	S. 60 Definitionsbox	Multiples Myelom/Plasmozytom – DEFINITION Aggressives B-Zell-Lymphom, das zu den Non-Hodgkin-Lymphomen gezählt wird.			Multiples Myelom/Plasmozytom – DEFINITION B-Zell-Lymphom, das zu den Non-Hodgkin-Lymphomen gezählt wird.		
05.03.2021	S. 82 rechte Spalte	Voraussetzung: Frühestens 3 Monate nach Abklingen der akuten Thrombose. Frauen dürfen zu diesem Zeitpunkt keine oralen K. [...]			Voraussetzung: Direkt nach Diagnosesicherung. Frauen dürfen zu diesem Zeitpunkt keine oralen Kontrazeptiva einnehmen [...]		
neu	S. 86 rechte Spalte	Die respiratorische Insuffizienz lässt sich in der Blutgasanalyse (S.92) mit einem Abfall des arteriellen Sauerstoffpartialdrucks (Hypoxämie, $p_{aO_2} < 60 \text{ mmHg}$) nachweisen.			Die respiratorische Insuffizienz lässt sich in der Blutgasanalyse mit einem Abfall des Sauerstoffpartialdrucks unterhalb des altersabhängigen Referenzwertes (Hypoxämie) nachweisen.		
neu	S. 87 Lerntipp	Normal ist eine Atemfrequenz von ca. 14–20 Atemzügen pro Minute in Ruhe. Bei einer gesteigerten Frequenz $> 25 \text{ Atemzüge/min}$ spricht man von einer Tachypnoe.			Normal ist eine Atemfrequenz von ca. 14–20 Atemzügen pro Minute in Ruhe. Bei einer gesteigerten Frequenz spricht man von einer Tachypnoe.		
neu	S. 92 linke Spalte	▪ $p_{aO_2} < 60 \text{ mmHg}$ = Hypoxämie ((IMPP-Normwerttabelle: 65–100 mmHg))			▪ p_{aO_2} unter dem altersabhängigen Grenzwert = Hypoxämie		
06.08.2021	S. 107 rechte Spalte	Therapie des akuten Asthmaanfalls: [...] Die weitere Therapie erfolgt mit: • Ipratropiumbromid 0,5mg mit Salbutamol 0,25mg alle 30–60 min vernebelt • evtl. parenteraler Applikation eines β_2 -Sympathomimetikums, Theophyllin oder Magnesiumsulfat			Therapie des akuten Asthmaanfalls: [...] Die weitere Therapie erfolgt mit: • Ipratropiumbromid 0,5mg mit Salbutamol vernebelt • evtl. parenteraler Applikation eines β_2 -Sympathomimetikums oder Magnesiumsulfat (Die aktuelle Asthma-Leitlinie nennt keine genaue Dosierung für Salbutamol; Theophyllin wird nicht mehr verabreicht.)		
06.08.2021	S. 138 rechte Spalte	DEFINITION Erhöhung des pulmonalarteriellen Mitteldrucks auf $\geq 25 \text{ mmHg}$ in Ruhe. Die Drucksteigerung kann zum Cor pulmonale führen.			DEFINITION Erhöhung des pulmonalarteriellen Mitteldrucks auf $\geq 20 \text{ mmHg}$ in Ruhe. Die Drucksteigerung kann zum Cor pulmonale führen. (Der Grenzwert des mPAP zur Diagnose einer pulmonalen Hypertonie [PAH] wurde 2019 beim 6 th World Symposium on Pulmonary Hypertension von [bis dahin in den Leitlinien empfohlenen] 25 auf 20 mmHg in Ruhe gesenkt. Allerdings ist dieser niedrigere Grenzwert umstritten: Zwischen 21 und 24 mmHg befindet sich eine „Grauzone“ mit bereits erhöhter Mortalität der Patienten. Die Indikation für eine gezielte PAH-Therapie richtet sich jedoch weiterhin nach den 25 mmHg.)		

Skript 2 – Innere und Chirurgie – Blut, Blutbildung, Atmungssystem

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
06.08.2021	S. 141 Prüfungs- highlights	– !! Klinik: pulmonalarterieller Mitteldruck ≥ 25 mmHg in Ruhe, Belastungsdyspnoe und Zeichen der Rechtsherzinsuffizienz	– !! Klinik: pulmonalarterieller Mitteldruck ≥ 20 mmHg in Ruhe, Belastungsdyspnoe und Zeichen der Rechtsherzinsuffizienz
06.08.2021	S. 149 rechte Spalte	Die Röntgen-Thorax-Aufnahme in Expiration sichert die Verdachtsdiagnose, denn in der Expirationsaufnahme lassen sich auch nicht sehr ausgeprägte Befunde am besten erkennen.	Die Röntgen-Thorax-Aufnahme , als p.a.-Aufnahme im Stehen in Inspiration , sichert in der Regel die Verdachtsdiagnose. Expirationsaufnahmen werden in der Routinediagnostik nicht mehr empfohlen. ((IMPP-Frage nicht mehr aktuell))
04.05.2021	S. 150 linke Spalte	• Beim ersten idiopathischen Pneumothorax oder beim asymptomatischen iatrogenen Pneumothorax < 3 cm ist ein abwartendes Verhalten angezeigt. [...]	• Beim ersten idiopathischen Pneumothorax ohne Atemnot und mit kleiner Ausdehnung oder beim asymptomatischen iatrogenen Pneumothorax < 3 cm ist ein abwartendes Verhalten gerechtfertigt. [...]
05.03.2021	S. 153 linke Spalte	• Pleuraempyem: pH-Wert $< 7,1$	• Pleuraempyem: pH-Wert $< 7,2$
05.03.2021	S. 153 rechte Spalte	DEFINITION Eitriger Erguss in der Pleurahöhle ($> 15\,000/\mu\text{l}$ Leukozyten, pH $< 7,0$, bakterielle Besiedelung).	DEFINITION Eitriger Erguss in der Pleurahöhle ($> 15\,000/\mu\text{l}$ Leukozyten, pH $< 7,2$, bakterielle Besiedelung).
05.03.2021	S. 155 linke Spalte	Die Ursache wird mittels CT oder Bronchoskopie geklärt.	Die Ursache wird mittels CT und ggf. Bronchoskopie und/oder Ösophagoskopie geklärt.

Skript 3 – Innere und Chirurgie – Verdauungssystem, Abdomen

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen												
26.08.2021	S. 82 rechte Spalte	– Tumor im mittleren Rektumdrittel: tiefe anteriore Rektumresektion mit totaler mesorektaler Rektumresektion (Abb. 4.21) – tiefsitzendes Rektumkarzinom: abdominoperineale Rektumexstirpation und totale mesorektale Exstirpation , [...]	– Tumor im mittleren und unteren Rektumdrittel: kontinenzerhaltende (tiefe) anteriore Rektumresektion (Abb. 4.21) mit totaler Mesorektumexzision (TME) bis zum Beckenboden und protektivem temporärem Ileostoma – tiefsitzendes Rektumkarzinom mit Infiltration von Schließmuskel oder Beckenboden: abdominoperineale Rektumexstirpation und totale mesorektale Exstirpation , [...]												
26.08.2021	S. 85 Prüfungs- highlights	– ! Tumor im mittleren Rektumdrittel: tiefe anteriore Rektumresektion mit totaler mesorektaler Exzision	– ! Tumor im mittleren und unteren Rektumdrittel (ohne Infiltration): tiefe anteriore Rektumresektion mit totaler mesorektaler Exzision und protektivem temporärem Ileostoma												
04.05.2021	S. 87 linke Spalte	Labor: Leukozytose (> 10 000/μl) mit Linksverschiebung, CRP-Erhöhung, evtl. Erythrozyturie oder Leukozyturie. Außerdem axillorektale Temperaturdifferenz erheben.	Labor: Leukozytose (> 10 000/μl) mit Linksverschiebung, CRP-Erhöhung, evtl. Erythrozyturie oder Leukozyturie.												
neu	S. 79 Prüfungs- highlights	– ! Peutz-Jeghers-Syndrom: multiple Adenome im Magen-Darm-Trakt und Veränderungen am Lippenrot	– ! Peutz-Jeghers-Syndrom: multiple Polypen im Magen-Darm-Trakt und Veränderungen am Lippenrot												
04.05.2021	S. 102 linke Spalte	Klinik: Auch molekulare Mechanismen scheinen bei der Pruritusentstehung eine Rolle zu spielen: Das Enzym ist bei Patienten mit cholestatischem Pruritus erhöht.	Klinik: Auch molekulare Mechanismen scheinen bei der Pruritusentstehung eine Rolle zu spielen: Beispielsweise ist die Serumaktivität des Enzyms Autotaxin (ATX), welches mit Lysophosphatidsäure (LPA) die Bildung eines möglichen Juckreizauslösers katalysiert , bei Patienten mit cholestatischem Pruritus erhöht.												
04.05.2021	S. 107 Lerntipp	Eine akute Virushepatitis kann sich klinisch mit einem dunkel verfärbten Urin (Urobilinogen ↑) und einem hellem Stuhl (Stereobilin ↓) äußern.	Eine akute Virushepatitis kann sich klinisch mit einem dunkel verfärbten Urin (Bilirubin ↑) und einem hellem Stuhl (Stereobilin ↓) äußern.												
04.05.2021	S. 108 Tab. 7.7	<table><tr><th>Virus</th><th>Infektionstyp</th><th>serologische bzw. molekulargenetisch Parameter</th></tr><tr><td>Hepatitis E</td><td>frische Infektion</td><td>• anti-HEV-IgM</td></tr></table>	Virus	Infektionstyp	serologische bzw. molekulargenetisch Parameter	Hepatitis E	frische Infektion	• anti-HEV-IgM	<table><tr><th>Virus</th><th>Infektionstyp</th><th>serologische bzw. molekulargenetische Parameter</th></tr><tr><td>Hepatitis E</td><td>frische Infektion</td><td>• anti-HEV-IgM, HEV-RNA</td></tr></table>	Virus	Infektionstyp	serologische bzw. molekulargenetische Parameter	Hepatitis E	frische Infektion	• anti-HEV-IgM, HEV-RNA
Virus	Infektionstyp	serologische bzw. molekulargenetisch Parameter													
Hepatitis E	frische Infektion	• anti-HEV-IgM													
Virus	Infektionstyp	serologische bzw. molekulargenetische Parameter													
Hepatitis E	frische Infektion	• anti-HEV-IgM, HEV-RNA													
04.05.2021	S. 108 PRAXIS-Box	[...] Bei allen Viren, deren Diagnostik über den Nachweis von Virus-RNA stattfindet (hier: HCV und HDV), wird anstelle einer konventionellen PCR eine RT-PCR durchgeführt [...]	[...] Bei allen Viren, deren Diagnostik über den Nachweis von Virus-RNA stattfindet (hier: HCV, HDV und HEV), wird anstelle einer konventionellen PCR eine RT-PCR durchgeführt [...]												
30.11.2020	S.109 rechte Spalte	Einteilung (Atlanta-Klassifikation): • akute Hepatitis: Von den akuten Hepatitiden wird ausschließlich die akute Hepatitis C medikamentös behandelt. Durch frühzeitige Gabe von direkt antiviralen Agenzien (DAA [...]) kann in > 95 % d. F. eine chronische Verlaufsform verhindert werden.	Einteilung (Atlanta-Klassifikation): • Akute Hepatitiden stellen im Allgemeinen keine Therapieindikation dar. In besonderen Fällen kann allerdings eine Indikation für eine antivirale Therapie der akuten Hepatitis C bestehen (z.B. bei Nadelstichverletzung oder ausgeprägter Symptomatik).												

Skript 3 – Innere und Chirurgie – Verdauungssystem, Abdomen

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
neu	S. 109 linke Spalte	Pharmakotherapie: chronische Hepatitis B: [...] Typischerweise kommen die Nukleosid-/Nukleotid-Analoga Entecavir oder Tenofovir zum Einsatz (Ansprechraten bis zu 70 %). Nur in seltenen Fällen kommt eine Behandlung mit Interferon α in Betracht.	Pharmakotherapie: chronische Hepatitis B: [...] Mit den Nukleosid-/Nukleotid-Analoga Entecavir oder Tenofovir (Ansprechraten bis zu 70 %) sowie pegyliertem Interferon α stehen zwei Therapieoptionen zur Verfügung. Bei der Auswahl soll geprüft werden, ob eine Interferon-Therapie möglich und sinnvoll ist.
neu	S. 114 Tab. 7.12	Schädigungsmuster [...] auslösende Medikamente (Beispiele) Tumorbildung [...] orale Kontrazeptiva (Adenome und fokal noduläre Hyperplasie), Anabolika [...]	Schädigungsmuster [...] auslösende Medikamente (Beispiele) Tumorbildung [...] orale Kontrazeptiva (Adenome), Anabolika [...]
04.05.2021	S. 154 rechte Spalte	• Im Labor finden sich alle Parameter, die auf einen schweren Verlauf hinweisen (ausgeprägter CRP-Anstieg > 12 mg/dl , Hypokalzämie < 2 mmol/l , LDH- und Laktat-Anstieg, Hyperglykämie).	• Im Labor finden sich alle Parameter, die auf einen schweren Verlauf hinweisen (ausgeprägter CRP-Anstieg > 120 mg/dl , Hypokalzämie < 2 mmol/l , LDH- und Laktat-Anstieg, Hyperglykämie).

Skript 4 – Innere und Chirurgie – Endokrines System, Stoffwechsel, Niere, Wasser, Elektrolyte

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
05.03.2021	S. 33 Tab. 3.6	anaplastisches Karzinom Therapie der Wahl radikale Thyreoidektomie und Lymphadenektomie (selten möglich), postoperative Radioiodtherapie	anaplastisches Karzinom Therapie der Wahl radikale Thyreoidektomie und Lymphadenektomie (selten möglich), postoperative Strahlentherapie
neu	S. 141 linke Spalte	Differenzialdiagnosen: [...] ▪ Bei Hypertriglyzeridämie oder Hyperproteinämie sinkt der Wassergehalt des Blutplasmas , wodurch die Natriumkonzentration im Gesamtplasma sinkt , während sie im Plasmawasser normal ist.	Differenzialdiagnosen: [...] ▪ Bei Hypertriglyzeridämie oder Hyperproteinämie ist der prozentuale Wasseranteil des Blutplasmas erniedrigt , wodurch die Natriumkonzentration im Gesamtplasma erniedrigt ist , während sie im Plasmawasser normal ist.
05.03.2021	S. 146 rechte Spalte	FGF-23 wird von Osteozyten gebildet und wirkt als Gegenspieler zu Parathormon stimulierend auf die renale Phosphatausscheidung [...]	FGF-23 wird von Osteozyten gebildet und stimuliert genau wie Parathormon die renale Phosphatausscheidung [...]

Skript 5 – Innere und Chirurgie – Immunsystem, Rheumatologie, Infektionserkrankungen

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
05.03.2021	S. 22 linke Spalte	Leukozytäre und thrombozytäre Antigene: Leukozyten und Thrombozyten besitzen wie alle kernhaltigen Zellen HLA-I-Moleküle auf ihrer Oberfläche.	Leukozytäre und thrombozytäre Antigene: Thrombozyten besitzen, ebenso wie Leukozyten und alle weiteren kernhaltigen Zellen HLA-I-Moleküle auf ihrer Oberfläche.
05.03.2021	S. 23 linke Spalte	• Eine ABO-Kompatibilität ist obligat bei Transfusion von Erythrozyten- und Granulozytenkonzentraten sowie gefrorenem Frischplasma (bei Thrombozyten-Transfusionen nicht unbedingt erforderlich).	• Eine ABO-Kompatibilität ist obligat bei Transfusion von Erythrozyten-, Thrombozyten- und Granulozytenkonzentraten sowie gefrorenem Frischplasma (bei EK, TK und FFP möglichst ABO-identisch).
26.08.2021	S. 57 rechte Spalte	Klinik: Typisch für die RZA (Abb. 10.3a) ist ein bilateraler, starker Schläfenkopfschmerz , der häufig schlagartig auftritt. Zusätzlich leiden die Patienten häufig an einer Claudicatio intermittens der Kaumuskulatur und flüchtigen Sehstörungen (Amaurosis fugax). [...]	Klinik: Typisch für die RZA (Abb. 10.3a) ist ein bilateraler, starker Schläfenkopfschmerz , der häufig schlagartig auftritt. Zusätzlich leiden die Patienten häufig an einer Claudicatio masseterica der Kaumuskulatur und flüchtigen Sehstörungen (Amaurosis fugax). [...]
neu	S. 70 linke Spalte	In der gleichen Altersgruppe sowie bei Risikopatienten (Asplenie, Immunsuppression, Organtransplantation) gilt die Empfehlung für die Pneumokokken- (Auffrischung nach 6 Jahren) sowie die Herpes-zoster-Impfung.	In der gleichen Altersgruppe sowie bei Risikopatienten (Asplenie, Immunsuppression, Organtransplantation) gilt die Empfehlung für die Pneumokokken- (ggf. Auffrischung nach mindestens 6 Jahren entsprechend individueller Indikationsstellung) sowie die Herpes-zoster-Impfung.
05.03.2021	S. 92 linke Spalte	Die Dauer der Therapie (mindestens 10 Tage) richtet sich nach der Generationszeit der Treponemen (33 Tage) [...]	Die Dauer der Therapie (mindestens 10 Tage) richtet sich nach der Generationszeit der Treponemen (33 Stunden) [...]
neu	S. 110 rechte Spalte	Chronische Hepatitis B: [...] Therapie der Wahl ist die Gabe von Interferon-α für 1 Jahr. Die Ansprechrate liegt bei etwa 40 %. [...]	Chronische Hepatitis B: [...] Bei der Therapieauswahl soll geprüft werden, ob eine Therapie mit Interferon-α möglich und sinnvoll ist. Die Ansprechrate liegt bei etwa 40 %. [...]

Skript 6 – Innere und Chirurgie – Grundlagen der Onkologie, Chirurgisches Grundwissen

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
26.08.2021	S. 41 linke Spalte	– zusätzlich Frischplasma (FFP) → ab Verlusten > 40–60 % des Volumens: Pro 2 EKs erhält der Patient 1 FFP.	– zusätzlich Frischplasma (FFP) → ab Verlusten > 40–60 % des Volumens: Faustregel: Ab der Gabe von 4 EKs Verabreichung von 1 FFP pro EK.
05.03.2021	S. 41 rechte Spalte	Ist im Rahmen einer Notfall-OP eine Bluttransfusion nötig, der Blutgruppen-Status aber noch unklar [...], transfundiert man AB- Rhesus-negative FFPs und O-Rhesus-negative Erythrozytenkonzentrate.	Ist im Rahmen einer Notfall-OP eine Bluttransfusion nötig, der Blutgruppen-Status aber noch unklar [...], transfundiert man AB-FFPs und O-Rhesus-negative Erythrozytenkonzentrate.
05.03.2021	S. 43 rechte Spalte	Eine Magensonde und Antiemetika (z.B. Metoclopramid) können symptomatisch hilfreich sein [...]	Eine Magensonde und Antiemetika können symptomatisch hilfreich sein [...] (Metoclopramid wird wegen unzureichender Wirkung zur Prophylaxe und Therapie von PONV nicht empfohlen.)

Skript 7 – AINS

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
05.03.2021	S. 22, 108 linke Spalte	mittelschwere Schmerzen: Nichtopioidanalgetika plus Piritramid i.v.	mittelschwere Schmerzen: Nichtopioidanalgetika plus schwaches Opioid (z.B. Tramadol, Tilidin)
05.03.2021	S. 30 linke Spalte	• bei Bronchospastik: inhalative β 2-Mimetika (z. B. Fenoterol) oder Theophyllin i.v.	• bei Bronchospastik: inhalative β 2-Mimetika (z. B. Fenoterol)
06.08.2021	S. 38	DEFINITION Von einer Hypertonie (Hypertension) spricht man, wenn der Blutdruck $> 140/90$ mmHg liegt. Eine hypertensive Entgleisung ist definiert als krisenhafter Blutdruckanstieg ($> 210/110$ mmHg) ohne weitere Komplikationen (Gefahrensituation). Ein hypertensiver Notfall (hypertensive emergency) liegt vor, wenn zusätzlich Organschäden auftreten.	DEFINITION Von einer Hypertonie (Hypertension) spricht man, wenn der Blutdruck $\geq 140/90$ mmHg liegt. Eine hypertensive Entgleisung ist definiert als krisenhafter Blutdruckanstieg ($\geq 180/110$ mmHg) ohne weitere Komplikationen (Gefahrensituation). Ein hypertensiver Notfall (hypertensive emergency) liegt vor, wenn zusätzlich Organschäden auftreten.
05.03.2021	S. 56, 104 linke Spalte	[...] sollte [...] jeder Patient mit Verbrennungen 2. Grades auf $\geq 15\%$ der Körperoberfläche bzw. 3. Grades auf $\geq 10\%$ der Körperoberfläche , jeder Patient mit Verbrennungen im Gesicht [...] in einem Verbrennungszentrum versorgt werden.	[...] sollte [...] jeder Patient mit Verbrennungen 2. Grades auf $\geq 10\%$ der Körperoberfläche, jeder Patient mit Verbrennungen 3. Grades und/oder im Gesicht [...] in einem Verbrennungszentrum versorgt werden.
05.03.2021	S. 64 linke Spalte	• L-Thyroxin sollte am OP-Tag pausiert werden.	• L-Thyroxin wird am OP-Tag nicht pausiert .
26.08.2021	S. 82 linke Spalte	Ab Verlusten $> 40\text{--}60\%$ des Volumens sollte zusätzlich Frischplasma (FFP) gegeben werden: Pro EK erhält der Patient ebenfalls 1 FFP.	Ab Verlusten $> 40\text{--}60\%$ des Volumens sollte zusätzlich Frischplasma (FFP) gegeben werden. Faustregel: Ab der Gabe von 4 EKs Verabreichung von 1 FFP pro EK.
05.03.2021	S. 100 rechte Spalte	• Therapie der hepatischen Enzephalopathie und Prophylaxe eines Leberkomas (diätetische Eiweißrestriktion , Laktulosegabe)	• Therapie der hepatischen Enzephalopathie und Prophylaxe eines Leberkomas (Laktulosegabe)
05.03.2021	S. 105 linke Spalte	• projizierter Schmerz: Verschaltung viszeraler und somatischer Afferenzen im Rückenmark $\rightarrow$ Schmerzprojektion auf Head-Zonen: Viszerale Schmerzen werden als Oberflächenschmerz in den sog. Head-Zonen der Haut empfunden.	• übertragener Schmerz: Verschaltung viszeraler und somatischer Afferenzen im Rückenmark $\rightarrow$ Schmerzprojektion auf Head-Zonen: Viszerale Schmerzen werden als Oberflächenschmerz in den sog. Head-Zonen der Haut empfunden. • projizierter Schmerz: Reizung eines Nerven im Verlauf $\rightarrow$ Schmerzempfindung peripher im Innervationsgebiet des Nerven; typisches Beispiel ist die Reizung des N. ulnaris wenn man sich am Ellenbogen stößt, was zur Schmerzwahrnehmung in den vom N. ulnaris innervierten Fingern führt.

Skript 8 – Orthopädie, Unfallchirurgie

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
neu	S. 24 Abbildung 4.2		Die Beschriftung der drei Teilabbildungen entspricht nach den radiologischen Befunden nicht der korrekten Stadienzuordnung. Die oberste Abbildung zeigt Stadium II , die mittlere Stadium III und die unterste Stadium IV der Arthrose.
neu	S. 30 linke Spalte	Therapie: Therapie der Wahl ist die komplette Resektion des Tumors, die heutzutage bevorzugt in CT-gesteuerter Technik als minimalinvasiver Eingriff durchgeführt wird. [...]	Therapie: Therapie der Wahl ist die Zerstörung des Nidus mittels CT-gesteuerter Radiofrequenzablation (RFA). Alternativ kann auch die komplette offene operative Resektion des Tumors erfolgen. [...]
26.08.2021	S. 73 linke Spalte	Eine Sonderform ist die Tendovaginitis stenosans de Quervain , die die Sehnen der M. abductor pollicis longus und M. extensor pollicis brevis (also das erste Strecksehnenfach) betrifft. [...] Bei Tendovaginitis stenosans (= schnellender Finger, Digitus saltans) ist die Sehnen Scheide über dem Grundgelenk der Fingerbeuger (Ringband) zu eng , [...] Bei der klinischen Untersuchung ist ein Druckschmerz über dem Processus styloideus radii typisch. Therapie der Wahl ist die operative Tendotomie (Ringbandspaltung in Längsrichtung). (<i>Reihenfolge fehlerhaft</i>)	Bei Tendovaginitis stenosans (= schnellender Finger, Digitus saltans) ist die Sehnen Scheide über dem Grundgelenk der Fingerbeuger (Ringband) zu eng , [...] Therapie der Wahl ist die operative Tendotomie (Ringbandspaltung in Längsrichtung). Eine Sonderform ist die Tendovaginitis stenosans de Quervain , die die Sehnen der M. abductor pollicis longus und M. extensor pollicis brevis (also das erste Strecksehnenfach) betrifft. [...] Bei der klinischen Untersuchung ist ein Druckschmerz über dem Processus styloideus radii typisch.
06.08.2021	S. 76 rechte Spalte	Die Basisfrakturen des Os metacarpale I werden weiter differenziert in • Bennett-Fraktur (intraartikuläre Luxationsfraktur des Daumensattelgelenks, bei der der ulnare Anteil in seiner anatomischen Lage verbleibt) • Rolando-Fraktur (Y- oder T-förmige Trümmerfraktur des Daumensattelgelenks) • Winterstein-Fraktur (extraartikulärer Schrägbruch).	Die Basisfrakturen des Os metacarpale I werden weiter differenziert in • Bennett-Fraktur: intraartikuläre Schrägfraktur der Basis des Os metacarpale I, wobei das ulnare Fragment in seiner anatomischen Lage im Daumensattelgelenk verbleibt und der I. Strahl mit dem Daumen durch den Muskel-/Sehnenzug nach radial-proximal abrutscht • Rolando-Fraktur: intraartikuläre Y- (oder T-förmige) Mehrfragmentfraktur der Basis des Os metacarpale I mit durch den Muskel-/Sehnenzug bedingter (Sub-) Luxation im Daumensattelgelenk • Winterstein-Fraktur: extraartikuläre Fraktur der Basis des Metacarpale I.
06.08.2021	S. 78 Prüfungs- highlights	– ! Bennett-Fraktur: intraartikuläre Luxationsfraktur des Daumensattelgelenks , bei der der ulnare Anteil in seiner anatomischen Lage verbleibt – ! Rolando-Fraktur: intraartikuläre Mehrfragmentfraktur (T- oder Y-förmig) der Basis des 1. Mittelhandknochens	– ! Bennett-Fraktur: intraartikuläre Schrägfraktur der Basis des 1. Mittelhandknochens , bei der der ulnare Anteil in seiner anatomischen Lage im Daumensattelgelenk verbleibt – ! Rolando-Fraktur: intraartikuläre Mehrfragmentfraktur (T- oder Y-förmig) der Basis des 1. Mittelhandknochens

Skript 8 – Orthopädie, Unfallchirurgie

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
05.03.2021	S. 115 rechte Spalte und Prüfungs- highlights	Die Therapie ist konservativ : Meiden entsprechender Belastungs-situationen, physikalische Therapie, Muskeldehnen, Sehnenentlastung mit orthopädischen Einlagen oder spezieller Schuhzurichtung (z. B. Puffer-absätze, Absatzerhöhung mit Weichpolsterung) sowie medikamentös mit NSAR oder peritendinöser Infiltration von kristalloiden Glukokortikoiden. – !! Therapiemöglichkeit bei Achillodynie: physikalische Sehnenentlastung (z.B. Fersenpolster, Absatzerhöhung mit Weichpolsterung), Injektion eines kristalloiden Kortikosteroids in das Peritendineum.	Die Therapie ist konservativ : Meiden entsprechender Belastungs-situationen, physikalische Therapie, Muskeldehnen, Sehnenentlastung mit orthopädischen Einlagen oder spezieller Schuhzurichtung (z. B. Puffer-absätze, Absatzerhöhung mit Weichpolsterung) sowie medikamentös mit NSAR. – !! Therapiemöglichkeit bei Achillodynie: physikalische Sehnenentlastung (z.B. Fersenpolster, Absatzerhöhung mit Weichpolsterung).

Skript 9 – Gynäkologie, Geburtshilfe

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
05.03.2021	S. 85 linke Spalte	DEFINITION • Präeklampsie : Gestationshypertonie mit Proteinurie, meist nach der 20. SSW	DEFINITION • Präeklampsie : Hypertonie (vorbestehende oder in der Schwangerschaft aufgetretene) plus mind. eine in der Schwangerschaft neu aufgetretene Organmanifestation.
26.08.2021	S. 84 rechte Spalte	Differenzialdiagnostisch kommt das HELLP-Syndrom (S. 86) in Betracht. Wichtiges Unterscheidungsmerkmal ist die beim HELLP -Syndrom fehlende Hypoglykämie.	Differenzialdiagnostisch kommt das HELLP-Syndrom (S. 86) in Betracht. Wichtiges Unterscheidungsmerkmal ist die beim HELLP -Syndrom fehlende Hypoglykämie.

Skript 10 – Pädiatrie

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen												
neu	(allgemein)	Hinweis: An einigen Stellen wird nicht konsequent unterschieden zwischen: natal → das Kind betreffend; partal → die Mutter betreffend													
05.03.2021	S. 12 Prüfungs- highlights	!!! Die klassische Galaktosämie, die konnatale Hyperthyreose und das adrenogenitale Syndrom werden im Neugeborenen-Screening erfasst.	!!! Die klassische Galaktosämie, die konnatale Hypothyreose und das adrenogenitale Syndrom werden im Neugeborenen-Screening erfasst.												
neu	S. 16 rechte Spalte	Milchgebiss und Zahndurchbruch: Das Milchgebiss besteht aus 20 Zähnen mit 2 Schneidezähnen, 1 Eckzahn, 1 Prämolare sowie 1 Molar in jedem Quadranten.	Milchgebiss und Zahndurchbruch: Das Milchgebiss besteht aus 20 Zähnen mit 2 Schneidezähnen, 1 Eckzahn und 2 „Milchmolaren“ in jedem Quadranten.												
06.08.2021	S. 21–23 Abb. 4.1 und z.T. Text zu Impfungen	Abb. 4.1 zeigt die aktuellen Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO, Stand 2019/2020). [nach Ständige Impfkommission: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Epid Bull 2019 ;34:313–364 ...]	Hinweis: Der aktualisierte Impfkalendar der STIKO für 2020/2021 kann auf der Webseite des Robert-Koch-Instituts eingesehen werden (Stand: August 2020): https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Impfkalendar/Impfkalendar_node.html												
neu	S. 31 Definition	6.4.2 Peripartale Asphyxie DEFINITION Hypoxie, Hyperkapnie und Azidose beim Neugeborenen mit pH < 7,2 .	6.4.2 Perinatale Asphyxie DEFINITION Hypoxie und Azidose beim Neugeborenen mit pH < 7,0 .												
neu	S. 32 linke Spalte	Diagnostik: Die arterielle Blutgasanalyse zeigt eine Azidose (pH< 7,20) bzw. eine schwere Azidose (pH< 7,00).	Diagnostik: Die arterielle Blutgasanalyse zeigt eine schwere Azidose (pH< 7,00).												
neu	S. 51 linke Spalte	Prognose: normale Lebenserwartung , erhöhtes Risiko eines Diabetes mellitus.	Prognose: Lebenserwartung kann durch Begleiterkrankungen eingeschränkt sein , erhöhtes Risiko eines Diabetes mellitus.												
neu	S.56 Tabelle 8.9	<table><tr><th>FIGO</th><th>TNM</th></tr><tr><td>IIIB</td><td>T4 NO–3 MO</td></tr></table>	FIGO	TNM	IIIB	T4 NO–3 MO	<table><tr><th>FIGO</th><th>TNM</th></tr><tr><td>IIIB</td><td>T4 NO–2 MO</td></tr></table>	FIGO	TNM	IIIB	T4 NO–2 MO				
FIGO	TNM														
IIIB	T4 NO–3 MO														
FIGO	TNM														
IIIB	T4 NO–2 MO														
26.08.2021	S. 58 Tab. 8.2	<table><tr><th>Hauptsymptom</th><th>weitere Symptome</th><th>Stoffwechselerkrankungen</th></tr><tr><td>Hypoglykämie</td><td>keine Ketose, keine Laktatazidose</td><td>Fettsäureoxidationsdefekte</td></tr></table>	Hauptsymptom	weitere Symptome	Stoffwechselerkrankungen	Hypoglykämie	keine Ketose, keine Laktatazidose	Fettsäureoxidationsdefekte	<table><tr><th>Hauptsymptom</th><th>weitere Symptome</th><th>Stoffwechselerkrankungen</th></tr><tr><td>Hypoglykämie</td><td>keine Ketose, Azidose, Laktaterhöhung</td><td>Fettsäureoxidationsdefekte</td></tr></table>	Hauptsymptom	weitere Symptome	Stoffwechselerkrankungen	Hypoglykämie	keine Ketose, Azidose , Laktaterhöhung	Fettsäureoxidationsdefekte
Hauptsymptom	weitere Symptome	Stoffwechselerkrankungen													
Hypoglykämie	keine Ketose, keine Laktatazidose	Fettsäureoxidationsdefekte													
Hauptsymptom	weitere Symptome	Stoffwechselerkrankungen													
Hypoglykämie	keine Ketose, Azidose , Laktaterhöhung	Fettsäureoxidationsdefekte													
30.11.2020	S. 67 rechte Spalte	Ätiologie: Autosomal-rezessiv vererbter Defekt im Coeruloplasminen → Coeruloplasminmangel mit verminderter Kupferausscheidung und Kupfereinlagerung in Basalganglien und Kornea.	Ätiologie: Autosomal-rezessiv vererbter Defekt des hepatozellulären Kupferregulators ATP7B → Coeruloplasminmangel mit verminderter Kupferausscheidung und Kupfereinlagerung in Basalganglien und Kornea.												
neu	S. 71 rechte Spalte	DEFINITION [...] – Pubertas praecox vera: Auftreten von sekundären Geschlechtsmerkmalen bei Mädchen vor dem 8. Geburtstag bzw. bei Jungen vor dem 10. Geburtstag; normale Reihenfolge der pubertären Reifungsprozesse.	DEFINITION [...] – Pubertas praecox vera: Auftreten von sekundären Geschlechtsmerkmalen bei Mädchen vor dem 8. Geburtstag bzw. bei Jungen vor dem 9. Geburtstag; normale Reihenfolge der pubertären Reifungsprozesse.												

Skript 10 – Pädiatrie

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
neu	(allgemein)	Hinweis: An einigen Stellen wird nicht konsequent unterschieden zwischen: natal → das Kind betreffend; partial → die Mutter betreffend	
neu	S. 72 Prüfungs- highlights links	– ! Die Kombination aus fibröser Knochendysplasie, Café-au-lait-Flecken und Pubertas praecox ist typisch für das McCune-Albright-Syndrom .	– ! Die Kombination aus fibröser Knochendysplasie, Café-au-lait-Flecken und Pseudopubertas praecox ist typisch für das McCune-Albright-Syndrom .
06.08.2021	S. 91 linke Spalte	Epidemiologie: häufigster angeborener Herzfehler (30–35 % aller angeborenen Herzfehler) Einteilung: Ein Ventrikelseptumdefekt kann unterschiedlich lokalisiert sein. Es werden unterschieden: • Typ I: infundibulärer/bulbärer VSD (5 %) • Typ II: perimembranöser VSD (80 %) • Typ III: AV-Kanal-Typ/atrioventrikuloseptaler Defekt (AVSD, 11 %) • Typ IV: muskulärer VSD (2–7 %); mehrere Defekte sind möglich (sog. „Swiss-Cheese-VSD“).	Epidemiologie: häufigster angeborener Herzfehler (ca. 48 %) Einteilung: Ein Ventrikelseptumdefekt kann unterschiedlich lokalisiert sein. Es werden unterschieden: • perimembranöser VSD (80 %) • muskulärer VSD (5–20 %); mehrere Defekte sind möglich (sog. „Swiss-Cheese-VSD“) • Inlet-VSD (5–8 %) (entspricht VSD vom AV-Kanal-Typ) • Outlet-VSD (5–7 %) (entspricht infundibulärem VSD)
05.03.2021	S. 98 linke Spalte	DEFINITION Einengung der Aorta am Übergang des distalen Aortenbogens in die Aorta ascendens .	DEFINITION Einengung der Aorta am Übergang des distalen Aortenbogens in die Aorta descendens (in seltenen Fällen sind auch andere Abschnitte der thorakalen und abdominalen Aorta betroffen).
neu	S. 107 linke Spalte	–	Kausale Therapie mit CFTR-Modulatoren: Ivacaftor + ggf. Lumacaftor bei bestimmten CFTR-Mutationen zugelassen
06.08.2021	S. 141 rechte Spalte	Ätiologie und Einteilung: Ewing-Sarkome entstehen aus Zellen der Neuralleiste .	Ätiologie und Einteilung: Die Ursprungszelle der Ewing-Sarkome ist nicht geklärt . Diskutiert werden endotheliale, neuroektodermale oder mesenchymale Zellen.

Skript 11 – Urologie, Dermatologie

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
neu	S. 32 linke Spalte	Therapie: [...] – offene suprainguinale, retroperitoneale Resektion der V. spermatica mit Resektion der A. spermatica (OP nach Palomo) bzw. ohne Resektion der A. spermatica (OP nach Bernardi)	Therapie: [...] – mikrochirurgische oder offene, subinguinale Ligatur der V. testicularis unter Schonung der A. testicularis, Vas deferens und Lymphgefäße (OP nach Goldstein)
30.11.2020	S. 62 rechte Spalte	Urin-pH $\geq 5,8$ (z.B. renal tubuläre Azidose) oder $\geq 7,0$ (z.B. Harnwegsinfektion)	Urin-pH $< 5,5$ oder $> 7,0$ (siehe auch Tab. 6.1)
06.08.2021	S. 62 Prüfungs- highlights	– ! Voraussetzung für die Transplantation ist ein negativer Crossmatch-Test (aus Empfängerlymphozyten , Spenderserum und Komplement).	– ! Voraussetzung für die Transplantation ist ein negativer Crossmatch-Test (aus Spenderlymphozyten , Empfängerserum und Komplement).
04.05.2021	S. 78 rechte Spalte	Therapie: • intensivmedizinische Betreuung (Flüssigkeitsbilanzierung, Azidoseausgleich, ggf. Dopamin zur Kreislaufstabilisierung).	Therapie: • intensivmedizinische Betreuung (Flüssigkeitsbilanzierung, Azidoseausgleich, ggf. Vasopressoren zur Kreislaufstabilisierung [1. Wahl: Noradrenalin]).
26.08.2021	S. 80 rechte Spalte	Diagnostik: ▪ retrograde Ureteropyelografie: zur exakten Darstellung von Lokalisation und Ausmaß der Verletzung	Diagnostik: ▪ retrograde Ureteropyelografie: zur exakten Darstellung von Lokalisation und Ausmaß der Verletzung ((kein IMPP-Inhalt))
26.08.2021	S. 81 2x Prüfungs- highlights	– ! Bei V.a. Urethraabriss: retrograde Ureteropyelografie – ! Befunde bei intraperitonealer Harnblasenruptur: fehlende Miktion nach Trauma, freie Flüssigkeit im Bauchraum. – ! Befunde bei intraperitonealer Harnblasenruptur: abdominelle Schmerzen mit Abwehrspannung, Miktion unmöglich. Sonografisch freie abdominelle Flüssigkeit, Harnblase nicht darstellbar. (doppelt sich) – !! diagnostische Maßnahme: retrograde Urethrografie – ! Bei einer Harnröhrenverletzung sollte ein suprapubischer Blasenkatheter angelegt werden.	– !! Befunde bei intraperitonealer Harnblasenruptur: abdominelle Schmerzen mit Abwehrspannung, Miktion unmöglich. Sonografisch freie abdominelle Flüssigkeit, Harnblase nicht darstellbar. – !! Diagnostik bei V.a. Urethraverletzung/-abriss: retrograde Urethrografie – ! Bei einer Harnröhrenverletzung sollte ein suprapubischer Blasenkatheter angelegt werden.
05.03.2021	S. 107 linke Spalte	• Polymorphismen für den IgE-Rezeptor, IL-3, IL-14 und deren Rezeptoren	• Polymorphismen für den IgE-Rezeptor, IL-4 , IL-13 und deren Rezeptoren
06.08.2021	S. 131 linke Spalte Abb. 20.5	• Mediane Nävi sind häufig, bevorzugt im Nacken und auf der Stirn („Storchenbiss“, Abb. 20.5). [...] • Laterale Nävi liegen häufig in einem Trigeminiusssegment und imponieren mit dem Alter kugelig. [...]	• Mediane Nävi sind häufig, bevorzugt im Nacken und auf der Stirn („Storchenbiss“). [...] • Laterale Nävi liegen häufig in einem Trigeminiusssegment (Abb. 20.5) und imponieren mit dem Alter kugelig. [...]
neu	S. 141 Prüfungs- highlights	– ! Epidemiologie: Etwa 5–12 % aller malignen Malignome treten familiär gehäuft auf.	– ! Epidemiologie: Etwa 5–12 % aller malignen Melanome treten familiär gehäuft auf.

Skript 12 – HNO, Augenheilkunde

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
06.08.2021	S. 21 rechte Spalte	Therapie: [...] Bei V. a. eine bakterielle Genese ist außerdem eine Antibiose indiziert, in erster Linie mit β -Laktam-Antibiotika wie Penicillin V (über 10–14 Tage) oder alternativ Cephalosporine der 1. und 2. Generation.	Therapie: [...] Bei V. a. eine bakterielle Genese ist außerdem eine Antibiose indiziert, in erster Linie mit β -Laktam-Antibiotika wie Penicillin V (über 7–10 Tage) oder alternativ Cephalosporine der 1. und 2. Generation.
04.05.2021	S. 25 rechte Spalte	Therapie: Therapie der Wahl ist die Tonsillektomie und bei Kleinkindern die Tonsillotomie . Besteht der V. a. eine Herderkrankung, werden die Patienten zusätzlich antibiotisch behandelt (Penicillin G, Ampicillin, Clavulansäure).	Therapie: Bei V. a. auf eine durch Streptokokken verursachte Tonsillitis werden die Patienten zusätzlich antibiotisch behandelt. Therapeutikum der Wahl ist Penicillin V, alternativ Amoxicillin, Amoxicillin plus Clavulansäure oder ein Cephalosporin (bei Penicillinallergie Makrolide). Ab einer bestimmten Häufung der eitrigen Tonsillitiden (> 5–6 x/Jahr) besteht die Indikation zur Tonsillektomie , bei Kindern zur subtotalen Tonsillektomie.
neu	S. 72 linke Spalte	Diagnostik: Wegweisend ist ein nach rascher Änderung der Kopfposition (Lagerung) auftretender horizontal-rotatorischer Nystagmus zur betroffenen Seite (kein Spontannystagmus!) , der mit einigen Sekunden Latenz beginnt und einen Crescendo-Decrescendo-Charakter aufweist. Beim Aufrichten kann ein abgeschwächter Nystagmus in die Gegenrichtung auftreten. [...]	Diagnostik: Wegweisend ist ein nach rascher Änderung der Kopfposition (Lagerung) auftretender Nystagmus, der mit einigen Sekunden Latenz beginnt und einen Crescendo-Decrescendo-Charakter aufweist. Je nach betroffenem Bogengang tritt in den Lagerungsproben entweder ein vertikal zur Stirn ausschlagender Nystagmus mit torsioneller Komponente zum betroffenen Ohr (posteriorer Bogengang) oder ein horizontaler Nystagmus (horizontaler Bogengang) auf. Beim Aufrichten kann ein abgeschwächter Nystagmus in die Gegenrichtung auftreten. [...]
neu	S. 73 linke Spalte	Klinik: Plötzlich auftretender Drehschwindel und Tinnitus , Druck im betroffenen Ohr, Schallempfindungsschwerhörigkeit , Stand- und Gangunsicherheit, verbunden mit Übelkeit , Erbrechen und vegetativen Symptomen. Während einer Attacke , die Minuten bis Stunden dauern kann, ist ein ausgeprägter horizontaler Nystagmus zur gesunden Seite nachweisbar (Reiznystagmus).	Klinik: Plötzlich auftretender Drehschwindel (Dauer: Minuten bis Stunden) und Tinnitus , Druck im betroffenen Ohr, Schallempfindungsschwerhörigkeit , Stand- und Gangunsicherheit, verbunden mit Übelkeit , Erbrechen und vegetativen Symptomen. Während einer Drehschwindelattacke ist ein horizontaler Nystagmus nachweisbar, der i.d.R. zunächst in Richtung des kranken Ohrs auftritt (Reiznystagmus) und im Verlauf zur gesunden Seite wechselt (Ausfallnystagmus bzw. Erholungsnystagmus).
neu	S. 104 linke Spalte	• Chyriasis (Verfärbung durch Medikamente): z. B. Gold [...]	• Chrysiasis (Verfärbung durch Medikamente): z. B. Gold [...]
neu	S. 132 Prüfungs- highlights	– ! Im Krankheitsverlauf kommt es zu einem cremeweißen Glaskörperinfiltrat mit diffusen Trübungen (Vitritis).	– ! Im Krankheitsverlauf kommt es zu einem Glaskörperinfiltrat mit diffusen Trübungen (Vitritis) und Visusverschlechterung. ((weiße Infiltrate treten nur bei mykotischen Infektionen auf)) – ! Candida-Endophthalmitis tritt v.a. bei Immunschwäche auf.

Skript 13 – Neurologie

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
05.03.2021	S. 41 linke Spalte	Meningeome WHO-Grad II (ca. 2–3 % aller Meningeome, schlechte Prognose)	Meningeome WHO-Grad III (ca. 2–3 % aller Meningeome, schlechte Prognose)
neu	S. 42 rechte Spalte	Medulloblastome [...] In der Bildgebung zeigen sich Blastome als runde, heterogen kontrastmittelanreichernde Strukturen [...]	Medulloblastome [...] In der Bildgebung zeigen sich Blastome als runde, kontrastmittelanreichernde Strukturen [...]
	S. 43 Prüfungs- highlights	– !! MRT : runde, homogen KM-aufnehmende Raumforderungen, z. T. mit zystischen Anteilen	– !! MRT : runde KM-aufnehmende Raumforderungen, z. T. mit zystischen Anteilen ((<i>KM-Anreicherung ist variabel homogen bis inhomogen</i>))
04.05.2021	S. 50	Essenzieller Tremor : In der Hälfte d. F. ist eine autosomal-dominante Vererbung nachweisbar. Es findet sich ein häufig schon im Jugendalter beginnender, häufig asymmetrischer Haltetremor (Frequenz um 8 Hz) von Händen und evtl. Kopf (kein Ruhetremor).	Essenzieller Tremor : In der Hälfte d. F. ist eine autosomal-dominante Vererbung nachweisbar. Es findet sich ein häufig schon im Jugendalter beginnender, bilateraler, symmetrischer oder asymmetrischer Haltetremor (Frequenz um 8 Hz) von Händen und evtl. Kopf (kein Ruhetremor).
neu	S. 64 linke Spalte	Herpes zoster (Gürtelrose) ▪ Zoster oticus (N. VII): progrediente unilaterale Ohrenschmerzen, vesikuläre Effloreszenzen an der Ohrmuschel oder im äußeren Gehörgang, Fazialisparese (→ ipsilaterale Hypakusis und Parese der Gesichtsmuskulatur), N.-vestibulocochlearis-Läsion (→ Schwindel, Tinnitus, Hörminderung)	Herpes zoster (Gürtelrose) ▪ Zoster oticus (N. VII): progrediente unilaterale Ohrenschmerzen, vesikuläre Effloreszenzen an der Ohrmuschel oder im äußeren Gehörgang, Fazialisparese (→ ipsilaterale Parese der Gesichtsmuskulatur, evtl. Geschmacksstörung und Hyperakusis), N.-vestibulocochlearis-Läsion (→ Schwindel, Tinnitus, Innenohrschwerhörigkeit)
neu	S. 71 linke Spalte	Transitorische ischämische Attacke (TIA) : Es handelt sich um eine vorübergehende Durchblutungsstörung von meist 2–20 Minuten mit kurzzeitigem fokalneurologischen Defizit (Paresen, [...]). Diese bilden sich innerhalb von maximal 1 h wieder vollständig zurück .	Transitorische ischämische Attacke (TIA) : Es handelt sich um eine vorübergehende Durchblutungsstörung von meist 2–20 Minuten mit kurzzeitigem fokalneurologischen Defizit (Paresen, [...]). Diese bilden sich innerhalb von maximal 24 h wieder vollständig zurück .
05.03.2021	S. 114 rechte Spalte	Durch die Degeneration des Vorderseitenstrangs (= Pyramidenbahn) kann es zu initial gesteigerten Muskeleigenreflexen der unteren Extremitäten, Paresen der Beine und positiven Pyramidenbahnzeichen kommen.	Durch die Degeneration des Seitenstrangs (= Pyramidenbahn) kann es zu initial gesteigerten Muskeleigenreflexen der unteren Extremitäten, Paresen der Beine und positiven Pyramidenbahnzeichen kommen.
neu	S. 115 rechte Spalte	Pathogenese : [...] ▪ Pankreas : Verlust von Langerhans-Zellen .	Pathogenese : [...] ▪ Pankreas : Verlust von β-Zellen .
06.08.2021	S. 150 rechte Spalte	SUNCT-Syndrom (SUNCT = short lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing): kürzere, dafür häufigere Attacken (bis zu 200/d), die charakteristischerweise auf Indometacin ansprechen .	SUNCT-Syndrom (SUNCT = short lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing): kürzere, dafür häufigere Attacken (bis zu 200/d).

Skript 14 – Psychiatrie, Psychosomatik

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
30.11.2020	S. 16 linke Spalte	Therapie: psychotherapeutische Maßnahmen: z. B. Körperkontakt, häufigere und kürzere Sitzungen, Rückgriff auf alte Gesprächsinhalte	Therapie: psychotherapeutische Maßnahmen: z. B. Körperkontakt, häufigere und kürzere Sitzungen, Rückgriff auf alte Gedächtnisinhalte
26.08.2021	S. 30 Abb. 5.1	Abb. 5.1 Häufigkeitsverteilung affektiver Störungen. Bei bipolaren affektiven Störungen sind Männer und Frauen gleich häufig betroffen. Im Unterschied dazu werden die unipolare Depression und die Manie bei Frauen fast doppelt so oft wie bei Männern beobachtet.	Abb. 5.1 Häufigkeitsverteilung affektiver Störungen. Bei bipolaren affektiven Störungen und bei Manie sind Männer und Frauen gleich häufig betroffen. Im Unterschied dazu wird die unipolare Depression bei Frauen fast doppelt so oft beobachtet wie bei Männern.
neu	S. 79 rechte Spalte	Unerwünschte Wirkungen: deutliche geringere anticholinerge und kardiotoxische Wirkungen als bei TZA; Sedierung; Mianserin: reversible Leukozytosen (→ Blutbildkontrollen); [...]	Unerwünschte Wirkungen: deutliche geringere anticholinerge und kardiotoxische Wirkungen als bei TZA; Sedierung; Mianserin: Leukopenie, Agranulozytose, Thrombozytopenie (→ Blutbildkontrollen); [...]

Skript 15 – Anamnese, Leitsymptome

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
06.08.2021	S. 21 rechte Spalte	Herztöne: Physiologisch sind 2 Herztöne zu hören, wenn sich die Klappen schließen (Klappenschlusstöne). Die Klappenöffnung erfolgt lautlos. Der erste Herzton entsteht durch den Schluss der AV-Klappen (Mitral- und Trikuspidalklappe) zu Beginn der Systole, der zweite Herzton durch den Schluss der Semilunarklappen (Aorten- und Pulmonalklappe) am Ende der Systole.	Herztöne: Physiologisch sind 2 Herztöne zu hören. Der erste Herzton entsteht durch die Anspannung der Ventrikelmuskulatur („Anspannungston“) bei gefüllter Herzkammer zu Beginn der Systole. Der zweite Herzton entsteht durch den Schluss der Semilunarklappen (Aorten- und Pulmonalklappe; „Klappenschlusston“) am Ende der Systole.
neu	S. 44 linke Spalte	Icterus intermittens juvenilis (Morbus Meulengracht): [...] Ursächlich ist eine autosomal- dominant vererbte Bilirubinkonjugationsstörung.	Icterus intermittens juvenilis (Morbus Meulengracht): [...] Ursächlich ist eine autosomal- rezessiv vererbte Bilirubinkonjugationsstörung.
26.08.2021	S. 93 linke Spalte	Diagnostik: • Screening auf okkultes Blut (FOBT = fecal occult blood test): Jedes positive Ergebnis im FOBT muss mittels Gastro- und Koloskopie weiter abgeklärt werden. Cave: Bei reichlichem Genuss von Fleisch und Gemüse kann er falsch positiv sein. Vitamin-C-Präparate können zu falsch negativen Ergebnissen führen.	Diagnostik: • Screening auf okkultes Blut (iFOBT = immunological fecal occult blood test): Jedes positive Ergebnis ist verdächtig und sollte durch endoskopische Untersuchungen weiter abgeklärt werden. Der gFOBT (Guajak- bzw. Haemocult-Test) wurde 2017 durch den sensitiveren und spezifischeren iFOBT-Test abgelöst. Cave (nur bei gFOBT): falsch positive Ergebnisse bei Verzehr von rohem Fleisch , falsch negative durch Vitamin-C(-Präparate).

Skript 15 – Anamnese, Leitsymptome

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
26.08.2021	S. 93 Prüfungs- highlights	– Haemoccult (Guajak-Test): – !! Der Verzehr von rohem Fleisch kann zu einem (in diesem Fall aber falsch) positiven Testergebnis führen. – !! Reichlicher Verzehr von Vitamin-C-reichem Obst oder generell Vitamin-C-Präparate können falsch negative Ergebnisse hervorrufen (Blut ist vorhanden, der Test ist aber trotzdem negativ). – !! Jedes positive Ergebnis muss mittels digital-rektaler Austastung und Gastro- bzw. Koloskopie weiter abgeklärt werden. Bei Blutungen sollte also immer – auch, wenn es sich um bekannte Hämorrhoiden handelt – nach der digital-rektalen Austastung auch eine Koloskopie durchgeführt werden, um ein kolorektales Karzinom auszuschließen.	– Haemoccult (Guajak-Test, gFOBT) (<i>nicht mehr empfohlen</i>): – !! Der Verzehr von rohem Fleisch kann zu einem falsch positiven Testergebnis führen. – !! Reichlicher Verzehr von Vitamin-C-reichem Obst oder Vitamin-C-Präparate können falsch negative Ergebnisse hervorrufen (Blut ist vorhanden, der Test ist aber trotzdem negativ). – Screening auf okkultes Blut (FOB-Tests): – !! Jedes positive Ergebnis ist verdächtig und muss mittels Gastro- bzw. Koloskopie weiter abgeklärt werden.

Skript 16 – Pharmakologie

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
30.11.2020	S. 31 linke Spalte	Klasse Ic: [...] Sie dissoziieren nur langsam vom Kanal und haben somit die stärkste arrhythmogene Wirkung bei supraventrikulären Tachykardien [...]	Klasse Ic: [...] Sie dissoziieren nur langsam vom Kanal und haben somit die stärkste antiarrhythmogene Wirkung bei supraventrikulären Tachykardien [...]
30.11.2020	S. 37 rechte Spalte	Indikationen: Angina pectoris (Langzeittherapie), akuter Myokardinfarkt , chronische Herzinsuffizienz und pulmonale Hypertonie.	Indikationen: Angina pectoris (Langzeittherapie), chronische Herzinsuffizienz und pulmonale Hypertonie.
neu	S. 40 Prüfungs- highlights	((IMPP-Fakten zu Phosphodiesterase-5-Hemmstoffe fehlen))	– ! Sildenafil bewirkt eine Hemmung der Phosphodiesterase 5 der glatten Gefäßmuskulatur. – ! Zur Senkung des pulmonalarteriellen Mitteldrucks kann Sildenafil verabreicht werden. – ! Zu den unerwünschten Wirkungen von PDE-5-Hemmstoffen gehören u.a. Kopfschmerzen, Schnupfen und Flush-Symptomatik. – ! PDE-5-Hemmstoffe dürfen nicht mit NO-Donatoren (z.B. Isosorbiddinitrat) kombiniert werden!
neu	S. 47 linke Spalte	Wirkungen: Heparine sind direkte Antikoagulanzen.	Wirkungen: Heparine sind indirekte Antikoagulanzen.
neu	S. 51 rechte Spalte	Unerwünschte Wirkungen: [...] Bei Apixaban und Dagibatran kann eine Thrombozytopenie auftreten, [...], bei Dagibatran Juckreiz.	Unerwünschte Wirkungen: [...] Bei Apixaban und Dabigatran kann eine Thrombozytopenie auftreten, [...], bei Dabigatran Juckreiz.

Skript 16 – Pharmakologie

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
neu	S. 52 linke Spalte	Indikationen: Niedrigdosiertes ASS (Einzeldosis 50–100 mg/d) ist indiziert bei akutem Koronarsyndrom (bereits präklinische Gabe durch den Notarzt!), PTCA, Stentimplantation sowie zur Sekundärprophylaxe der KHK	Laut 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation wird initial eine höhere Dosis von 150–300 mg oral oder 75–250 mg i.v. empfohlen.
30.11.2020	S. 88 Tab. 17.4	Wirkstoff (Handelsname) [...] [...] Hauptwirkmechanismus Gabapentin (Neurontin) [...] [...] Blockade Na⁺ -Kanäle, Verstärkung GABAerger Mechanismen	Wirkstoff (Handelsname) [...] [...] Hauptwirkmechanismus Gabapentin (Neurontin) [...] [...] Blockade Ca²⁺ -Kanäle, Verstärkung GABAerger Mechanismen
30.11.2020	S. 94 rechte Spalte	18.2 Urikosurika [...] 18.2.2 Rasburicase 18.3 Therapie des akuten Gichtanfalls [...]	18.2 Urikosurika [...] 18.3 Urikolytika 18.3.1 Rasburicase 18.4 Therapie des akuten Gichtanfalls [...] (Rasburicasen gehören zu den Urikolytika, nicht zu den Urikosurika.)
30.11.2020	S. 113 rechte Spalte	Phenoxypenicillin: [...] Phenoxypenicillin wirkt zusätzlich noch gegen Haemophilus influenzae und Bordetella pertussis .	Phenoxypenicillin: [...] Phenoxypenicillin wirkt zusätzlich noch gegen Haemophilus influenzae.

Skript 17 – Hygiene, Mikrobiologie

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
neu	S. 118 linke Spalte	Epidemiologie: [...] Aufgrund der zunehmenden Ausbreitung ist ein WHO-Ziel bis 2026 über 1 Billion Menschen in ca. 40 betroffenen Ländern zu impfen.	Epidemiologie: [...] Aufgrund der zunehmenden Ausbreitung ist ein WHO-Ziel bis 2026 über 1 Milliarde Menschen in ca. 40 betroffenen Ländern zu impfen.
26.08.2021	S. 120 linke Spalte	Meldepflicht: Gemäß IfSG § 7 ist der direkte oder indirekte Nachweis des Norovirus namentlich meldepflichtig. [...]	Meldepflicht: Gemäß IfSG § 7 ist der direkte oder indirekte Nachweis des Rotavirus namentlich meldepflichtig. [...] (Norovirus ist auch meldepflichtig)

Skript 18 – Pathologie, Radiologie, Klinische Chemie

Datum	Seite	Originaltext	korrigierter Text und/oder Anmerkungen
04.05.2021	S. 58 rechte Spalte	9.2 Röntgen- und Strahlenschutzverordnung Gesetzliche Grundlage des Strahlenschutzes in Deutschland ist das Atomgesetz. Darauf basieren • die Röntgenverordnung (RöV), [...] • und die Strahlenschutzverordnung (StrlSchV), [...]	<i>Die Strahlenschutzverordnung, die Röntgenverordnung und das Strahlenschutzvorsorgegesetz wurden durch das Strahlenschutzgesetz, das auf der internationalen EURATOM-Richtlinie basiert und Ende 2018 in Kraft trat, ersetzt.</i>
04.05.2021	S. 62 Abb. 10.3	Abb. 10.3 Fensterung im CT. [...] b Knochenfenster. c Lungenfenster.	Abb. 10.3 Fensterung im CT. [...] b Lungenfenster. c Knochenfenster.
04.05.2021	S. 130 PRAXIS-Box	Direkte Thrombininhibitoren (z. B. Rivaroxaban) müssen vor einer Lysetherapie nach Schlaganfall durch Messung ausgeschlossen werden.	Direkte Thrombininhibitoren müssen vor einer Lysetherapie nach Schlaganfall durch Messung ausgeschlossen werden.