

Ich habe die Kenntnisprüfung am 04.04.2019 in der Klinik für Allgemein-, Visceral- und Transplantationschirurgie „Grosshadern“ LMU, München abgelegt und Gott sei Dank bestanden. Ich habe vor 2 Woche eine E-Mail an Herrn Professor Michael Fischereeder (Vorsitzender, Innere Medizin, Nephrologie) geschrieben und dann gleich eine Antwort gekriegt, dass ich gegen 9:00 Uhr auf der Station auf ihn warten sollte. Über andere Mitglieder konnte ich mich, laut neuer Regeln von LMU, leider nicht erkundigen. Im ganzen Großem kann ich nicht sagen, dass diese Prüfung für mich überraschungsweise „in der Wirklichkeit,, eher super leicht war sondern eher schwierig. ABER MACHTBAR! Wir waren drei Prüflinge. Ich habe leider einzige der bestanden hat. Nun versuche ich alles gut zusammenfassen.

Praktische Teil: Es war ziemlich anstrengt. Da der Patient, den mir Herr Professor ausgesucht hatte, wurde zur Diagnostik abgeholt. Als alle andere meine Mitprüflinge sich schon mit den Patienten beschäftigt waren, musste ich hin- und her- wie verrückt laufen, um neuen Patienten aufzusuchen. Ein Stationsarzt hat mir einen Patienten auf den anderen Stock vorgeschlagen, aber musste ich vor allem eine Erlaubnis für das Wechseln von meinem Professor bekommen, glücklicherweise hat er es zugestimmt. Ich bin sehr sehr dankbar dem Assistenzarzt. Er hat mich auch zu dem Patienten begleitet.

Nach dem ich mit meiner Arbeit fertig war, habe ich den Brief (einzeln, andere am Computer) schriftlich gemacht. Ich war knapp 25 Min vor 13.00 Uhr fertig. Weiter habe ich hungrig ohne Mittagspause über die Diagnosen und Medikation meines Patienten gelesen. Um 13:00 Uhr haben wir die Briefe abgegeben und mit den Patientenvorstellungen angefangen.

Mein Patient: Es geht um einen jungen Mann, der im Rahmen immunsuppressiver Vorbereitung zur Nierentransplantation bei ABO-Inkompatibilität stationär geplant aufgenommen wurde. Er hatte dialysepflichtiges Nierenisuffizienz mit extrem hohen Kreatininwerten. Plus dazu viele Folgen- und Begleiterkrankungen, ABER paradoxal gar nichts pathologisches bei der körperliche Untersuchung, zwar er seit einem Jahr dialysepflichtig ist. Ich sollte ganz vorsichtig mit ihm arbeiten, da er gerade mit dem Demers-Katheter in Vena Subclavia und laufender Dialyse lag (bes. bei der Auskultation u.s.w. auf dem Rücken).

Patientenvorstellung im Allgemeinen lief bei mir locker. Jeder Prüfer hat ungefähr 15-20 min geprüft (das heißt, dass jeder Prüflinge war ungefähr 45-50 min oder mehr vor dem Bett von der Patientenvorstellung bis zur Ende der praktischer Teil)

1) Professor Fischereeder (Innere Medizin): Was bedeutet bei ihrem Patienten immunsuppressive Vorbereitung? Wann würden sie diese Therapie anwenden? Was für den Katheter hat der Patient? Welche Katheters kennen Sie überhaupt, wo würden Sie sie liegen? Was für Unterschiede? Welche Komplikationen (Lungenembolien, Thromben, Luftembolien, Perforationen, Einblutungen u.s.w.)? Zeigen Sie mir bitte, wie man das Herz untersucht (er hört parallel ab)? Ich habe alles gezeigt und er hat zugestimmt. Danach sagte er, dass Ich den Bauch untersuchen und den Ablauf zeigten sollte. Wenn es irgendwo weh tut, wo fangen Sie zu palpieren? Dann wieder Fragen. Was macht Retuximab, welche Mechanismen?

2) Prof. Chirurgie: Was für Arten von Dialyse kennen Sie, welche Unterschiede und Machanismen? Nennen Sie Vorteile und Nachteile. An Welchem Gerät ist derzeit Ihr Patient? DD bei Unterbauchschmerzen (wir haben alles mögliches besprochen). Wie man untersucht den Bauch bei Appendizitis, Welche Zeichen/Symptomen kennen Sie? Warum tut es weh bei dem Loslassschmerz und Psoas-Zeichen? Nierentransplantation, OP-Vorgehen.

3) Pharmakologin: Sie hat meinem Brief verfolgt. Die Fragen meistens bzgl. Der Therapie meines Patienten: Er hatte folgende Medikation – Amlodipin, Calcitriol, Torasemid, Dekristol, Calciumacetat, Advagraf, Mucophenolat mofetil, Prednisolon. Ich wurde über alle diese Medikamente gefragt (Gruppen, Wirkmechanismus bis NW). Über Prednisolon wollte sie von mir hören, was für die Stufen von Prednisolontherapie ich kenne. Welche Symptome konnte mein Patient haben, Nephrotisches und Nephritisches Syndrome.

Die andere Mitprüflinge: a) Art von Katheter bei ihren Patienten. Komplikationen wenn in v.subclavia. Untersuchung von Lungen (alles, und Professor macht mit), Anatomie, Pneumothorax, Einteilung, wie viel ist der Druck in der Pleuraspalte. Arten von Thoraxdrainagen, Unterschiede und Indikationen von Komplikationen, Vorgehen, alle Schritte, Rö-Kontrolle und wann. pAVK, Diagnostik, Pulsstatus, die Fragen über Medikation. DD bei Bluthusten. Bronchial-CA, Atypische Pneumonie. Helikobacter Pylor und Erradikation.

b) Bauchuntersuchung (alle Organe, der Professor untersucht auch alles mit), wann pathologisches Darmgeräusch, was bedeutet Resistenz, was ist Spannungsabwehr, Hernien alle Arten, Anatomie, Untersuchung, Diagnostik, Inkanzeration, welche Behandlung, alle OP Verfahrens, Shouldice, Bassini, TAPP, TEP, Unterschiede u.s.w. Ileus, CED, Megakolon. MRSA, nosokomiale Infektion (Erreger, Klinik, AB-Therapie, Klassif.)

Mündliche Teil: 1) Chirurgie: Ein 38-jähriger Patient, Raucher, kommt auf die Station mit der diffusen stärksten Bauchschmerzen, DD, mögl Ursache (Aortenaneurysma u.s.w.), Vorgehen, akute Bauchschm. im Bereich der Epigastrium, mögl Ursache, Vorgehen, Perforation, Vorgehen, US, Rö, Bauch-CT, Laparotomie, Blutung im Bereich Pylorus, Anatomie, Magenblutversorgung (alle arterienäste), Magenblutung, Ulcera, OP-Verfahren sowie Billroth 1 und 2 (das Unterschied dazwischen), Y-Roux, Sonderform – Ulcus Dieulafoy, Definition. Truncus coeliacus, die Äste davon.

2) Innere Medizin: 45-jährige Frau kommt mit plötzlich aufgetretener starken Kopfschmerzen. DD, Vorgehen, wurde aller mögliche besprochen (Hirnblutung, Aneurysmen, Hirndruck, Meningismus – alle Zeichen). Dann habe ich BGA gekriegt – kombinierte Azidose, danach EKG – AV-Block 2.Grades Wenckelbach, dann Rö-Thorax – Pleuraerguss mit Schmetterling-Ödem von Lungen und (habe ich nicht bald gesehen) Katheter im re VH, mögl Ursache in diesem Fall, dann ein Bild mit dem Auge (Konjunktivitis, Chemosis und Eiterablagerung) dazu Klinik – Gliederschm., Hämaturie, reduz. AZ, was könnte es sein? Vaskulitiden, Einteilung u.s.w.

3) Pharmakologie: Welche Organisation reguliert Medikamentenzulassung auf dem Markt in Europa (was ich konnte nur sagen, dass diese Organisation in den Niederlanden, die Name vergessen, sie waren begeistert und es war genug). Was ist überhaupt Medikamentenzulassung, was für Voraussetzungen sollten die Medis dafür erfüllen? Was ist Bioverfügbarkeit, Halbwertszeit, Elimination. Dann wurde mir eine Graphik mit der Kurve gegeben, was ich beschreiben sollte. Da waren alle Phasen von Medis in Plasma. Behandlung von Glaukom, die Gruppen von Augentropfen, Wirkstoff, Mechanismus u.s.w.(aber diese Fragen waren vielleicht aus den Gründen, dass ich Augenärztin bin))

Andere Mitprüflinge: a) Rö-Abdomen mit der freien Lüft unter Zwerchfellkuppeln, Vorgehen, Ursachen. EKG – STEMI, Hinterwand, Vorgehen. Das Bild mit Purpura. Lungenembolie, Urs. des Todes. Borreliose, Ansteckungsweise (erinnere nicht mehr)

b) Ein Patient kommt mit Hämatemesis, Urs., Vorgehen. Die Frage von Pharmakologin – Anämie, Eintellung, Behandlung, was ist Ferritin, Transferrin, Fe-Metabolism, MtHb, Oxidation, was für Unterschied zw. Eisenmangelanämie und Thalassämie. EKG – VF, Vorgehen, Kardioversion, Defibrillation (auch nichts mehr erinnerlich).

Fazit: - Die Notfälle sind keine Kompromisse: hier muss man gut reagieren und gar keinen Fehler machen;

- Anatomisch, physiologisch und pathophysiologisch gut orientiert sein;
- Perfekte körperliche Untersuchungskennntnisse
- Gute Kennntnisse von BGA, EKG, bildgebende Verfahren, Labor u.s.w.

Ich wünsche viel Erfolg! Und hoffe, es wird nützlich für jemanden.