

Ingo Scharphuis

Die mündliche Amtsarztprüfung

Leseprobe

[Die mündliche Amtsarztprüfung](#)

von [Ingo Scharphuis](#)

Herausgeber: Elsevier Urban&Fischer Verlag



<http://www.unimedica.de/b12295>

Sie finden bei [Unimedica](#) Bücher der innovativen Autoren [Brendan Brazier](#) und [Joel Fuhrmann](#) und [alles für gesunde Ernährung, vegane Produkte](#) und [Superfoods](#).

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.

Unimedica im Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern

Tel. +49 7626 9749 700

Email info@unimedica.de

<http://www.unimedica.de>



5

Atmungsorgane

5.1 Anatomie

FRAGE

Beschreiben Sie den Aufbau des größten Organs des Brustkorbs.

Antwort: Die Lunge erstreckt sich von ihrer Basis am unteren Rippenbogen bzw. Zwerchfell bis zu ihrer Spitze (*Apex pulmonis*), die über das Schlüsselbein (*Clavicula*) hinausragt. Sie besteht aus einem rechten und einem linken Lungenflügel, wobei der rechte Flügel in drei, der linke in zwei Lungenlappen (*Lobi*) unterteilt wird. Der linke Flügel besteht aus 9, der rechte Flügel aus 10 Teilstücken (*Segmenten*).

FRAGE

Wo befindet sich der Ort des eigentlichen Gasaustausches in der Lunge, und wie gelangt die Luft dorthin?

Antwort: Die eingeatmete Luft gelangt über den Nasen- und Rachenraum zunächst in die Luftröhre (*Trachea*). Diese teilt sich etwa in Höhe des 4. Brustwirbels an der sog. Bifurkation in einen rechten und linken Stammbronchus auf. Der Eintritt in die Lunge erfolgt zusammen mit den Pulmonalgefäßen am Lungenhilum. Der rechte Stammbronchus verläuft etwas steiler als der linke, sodass bei einer möglichen Inhalation (*Aspiration*) von Blut, Erbrochenem oder Fremdkörpern vornehmlich der rechte Lungenflügel betroffen ist. Die beiden Stammbronchien, die mit Flimmerepithel zur rhythmischen Fremdkörperbeseitigung ausgekleidet sind, verzweigen sich, entsprechend der Lungenanatomie, in Lappen- und Segmentbronchien. Über noch feinere Verzweigungen (*Bronchialen*) werden schließlich die Lungenbläschen (*Alveolen*) erreicht, in denen der Gasaustausch stattfindet: O₂ wird vom Blut aufgenommen und CO₂ in die Alveolen abgegeben.

FRAGE

Was versteht man unter dem Brustfell?

Antwort: Beide Lungenflügel befinden sich in einer eigenen Pleurahöhle. Sie sind von einer dünnen, serösen Haut, dem Lungenfell (*Pleura visceralis*) überzogen. Dieses schlägt am Lungenhilum um und bildet als Rippenfell (*Pleura parietalis*) die innere Auskleidung des Thorax. Der schmale Spalt zwischen beiden Blättern wird als Pleuraspalt bezeichnet. Er ist mit einer serösen Gleitflüssigkeit gefüllt. Diese und der dort herrschende Unterdruck ermöglichen es, dass die beiden Pleurablätter verschieblich aneinander haften (*Adhäsion*). Entsprechend den Kontraktionen der Atemmuskulatur (v. a. des Zwerchfells) dehnt sich die Lunge bei der Einatmung (*Inspiration*) und zieht sich bei der Ausatmung (*Expiration*) zusammen.

FRAGE

Wenn ich Sie richtig verstanden habe, unterscheidet man für jeden Lungenflügel eine linke und eine rechte Pleurahöhle. Wie bezeichnet man das Gebiet dazwischen?

Antwort: Das Gebiet zwischen beiden Pleurahöhlen wird als Mittelfellraum (*Mediastinum*) bezeichnet. Es erstreckt sich hinten (*dorsal*) von den Brustwirbeln nach vorn (*ventral*) zum Brustbein und reicht von unten (*kaudal*) vom Zwerchfell bis nach oben (*kranial*) zum

Merke

Im Fall einer Operation, z. B. bei einem Lungentumor, können die Segmente einzeln entfernt werden (*Lungensegmentresektion*).

Tipp

Man sollte sich immer bemühen, strukturiert zu antworten, um den „roten Faden“ nicht zu verlieren.

Merke

Als „äußere“ Atmung bezeichnet man den Gasaustausch in der Lunge (Sauerstoffaufnahme - Kohlendioxidabgabe), der in den Alveolen und den Lungenkapillaren stattfindet. „Innere“ Atmung meint den Gasaustausch zwischen Blut und Zellen. Diese „Gewebeatmung“ dient der Oxidation von Nährstoffen und findet an der inneren Membran der Mitochondrien statt.

Merke

Man sagt, dass die T-Lymphozyten in der Thymusdrüse „zur Schule“ gehen.

Bindegewebsraum des Halses. Im Mediastinum liegt beispielsweise das Herz. Außerdem verlaufen dort die Luft- und Speiseröhre sowie die thorakalen Anteile der Aorta und V. cava sowie Nerven und Lymphgefäße. Bei Kindern befindet sich im oberen, vorderen Mediastinum ventral des Herzens der Thymus, eine für die Reifung des Immunsystems wichtige Drüse, die beim Erwachsenen zu einem funktionslosen Fettkörper degeneriert ist.

5.2 Physiologie

FRAGE

Welches ist der wichtigste Muskel für die Atemmechanik?

Merke

Folgende Muskelgruppen unterstützen die Atemarbeit (*Atemhilfsmuskulatur*):

- Mm. pectoralis major et minor
- Mm. scaleni
- Mm. sternocleidomastoidei
- Mm. erector spinae

Antwort: Das Zwerchfell (*Diaphragma*) bildet als wichtigster Atemmuskel (neben den Mm. intercostales) die Scheidewand zwischen Brust- und Bauchraum. Ein unwillkürlicher nervaler Reiz über den N. phrenicus leitet die Einatmung ein. Das Zwerchfell senkt sich durch die nachfolgende Kontraktion nach unten ab. Dadurch wird die Lunge gedehnt und durch den verstärkten Unterdruck Luft angesogen. Beim Erschlaffen kehren Zwerchfell und Lunge in ihre Ausgangslage zurück - man atmet aus. Das Zwerchfell besitzt Durchtrittsstellen für die Aorta, V. cava, Speiseröhre, Nerven und Lymphgefäße. Diese Durchtrittsstellen des Zwerchfells sind bindegewebige Schwachpunkte, durch die sich Eingeweideanteile (z. B. Magen oder Darm) in den Thorax vorstülpen können (*Hermen*).

FRAGE

Weshalb ist es möglich, einen Patienten durch Mund-zu-Mund-Beatmung am Leben zu erhalten?

Merke

Hauptbestandteil (78 %) unserer Atemluft ist Stickstoff (N). Diesen brauchen wir u. a. zur Synthese von Proteinen, Enzymen und DNA-Basen.

Antwort: Die Inspirationsluft enthält bei einem CO₂-Anteil von 0,03 Vol. % einen O₂-Anteil von 21 Vol. %. Die Expirationsluft enthält bei einem CO₂-Anteil von 3,5 Vol. % aber immer noch einen O₂-Anteil von 17 Vol. %, was bei einer Atemspende ausreicht, den Patienten mit O₂ zu versorgen.

FRAGE

Was ist das Atemzentrum?

Merke

Hyperventilation bedeutet in erster Linie eine übermäßige Abatmung von CO₂. Hyperventilierende Personen sollten in eine Plastiktüte atmen, um ihr ausgeatmetes CO₂ wieder zurückzubekommen. Ansonsten droht eine „respiatorische Alkalose“ mit tetanischen Krämpfen.

Antwort: Die Atmung wird zentral über Nervenbahnen aus dem verlängerten Rückenmark (*Medulla oblongata*) gesteuert. Eine abwechselnde Aktivierung stimulierender und hemmender Nervenfasern (*Neurone*) führen über die Kontraktion der Atemmuskulatur zur Einatmung, über eine Erschlaffung zur Ausatmung. Dehnungsrezeptoren an der Lunge verhindern eine übermäßige Inspiration. Das Atemzentrum wird durch mehrere Faktoren beeinflusst.

- So messen Chemorezeptoren am Aortenbogen und den Karotiden den arteriellen Partialdruck von O₂ (pO₂) und CO₂ (pCO₂) im Blut.
 - Fällt der arterielle pO₂ unter seinen Normwert von 100 mmHg oder übersteigt der arterielle pCO₂ seinen Normwert von 40 mmHg wird die Atemarbeit über das Atemzentrum gesteigert. Der Atemantrieb durch O₂-Mangel ist noch wirksam, wenn der CO₂-Antrieb durch Hyperkapnie (pCO₂ > 60 mmHg) schon ausgefallen ist. Gaukelt man nun durch Gabe von zu viel O₂ den peripheren Chemorezeptoren eine ausreichende O₂-Versorgung vor, kann der zentrale Atemantrieb gänzlich zum Erliegen kommen. Die Patienten geraten in Lebensgefahr.
 - Ein Anstieg des pCO₂ bedeutet gleichzeitig auch einen Abfall des Blut-pH-Wertes, der vom Atemzentrum erfasst wird. Der Organismus reagiert mit einer Hyperventilation, um das überschüssige CO₂ abzuatmen.
- Darüber hinaus wird die Atmung durch Änderung der Körpertemperatur (Fieber, Kälte), durch nervale Einflüsse (z. B. Schmerz, Aufregung, Bewegung) oder durch bestimmte Hormone (z. B. Adrenalin) gesteigert.

FRAGE

Was versteht man unter Dyspnoe, und welche Gründe kann diese haben?

Antwort: Unter Dyspnoe versteht man eine gesteigerte Atemarbeit, die von den Patienten als Kurzatmigkeit empfunden wird. Folgende Ursachen müssen bedacht werden:

- Erkrankungen der oberen Atemwege
- Erkrankungen der Lunge oder der Pleura
- Thorax- oder Zwerchfellerkrankungen
- Herzerkrankungen
- Erkrankungen des Nervensystems
- psychische Störungen
- erhöhter O₂-Bedarf oder gesteigerter O₂-Verbrauch

FRAGE

Welche Auswirkungen kann ein O₂-Mangel auf das Gehirn haben?

Antwort: Je nach Ausprägung des O₂-Mangels (*Hypoxie*) kann zu verschiedenen Symptomen kommen. Bei anfänglichem O₂-Mangel können Müdigkeit, Schwindelgefühle und Kopfschmerzen auftreten. Ist die O₂-Zufuhr zum Gehirn gänzlich unterbrochen (*Anoxie*), kommt es schon nach 10-15 Sekunden zur Bewusstlosigkeit. Nach 2-3 Minuten wird das Gehirn bereits unwiederbringlich (*irreversibel*) geschädigt. Nach 4-5 Minuten tritt der Hirntod ein.

Merke

Abgestorbene Nervenzellen können sich nicht regenerieren.

Merke

Eine Untersuchung läuft grundsätzlich nach folgendem Schema ab:

- Befragung (*Anamnese*)
- Ansehen (*Inspektion*)
- Tasten (*Palpation*)
- Abklopfen (*Perkussion*)
- Abhören (*Auskultation*)
- Dokumentation

5.3 Untersuchungsmethoden

FRAGE

Kommen wir nun zur körperlichen Untersuchung des Thorax. Worauf achten Sie?

Antwort: Eine Untersuchung schließt die Anamnese, Inspektion, Palpation, Perkussion, Auskultation und Dokumentation ein.

- **Die Inspektion des Thorax** beginnt am stehenden Patienten, dessen Oberkörper entkleidet ist. Dabei achtet man, neben Auffälligkeiten der Haut (z. B. Prellmarken), auf Unregelmäßigkeiten der Thoraxform, wie Trichterbust, Hühnerbrust oder Fassthorax (bei obstruktiven Lungenerkrankungen). Außerdem sollte die Brustwirbelsäule auf Verkrümmungen (*Skoliose*) oder einen Buckel (*Hyperkyphose*), die die Atmung beeinträchtigen könnten, untersucht werden.
- Anschließend **beurteilt** man die **Atmung** hinsichtlich Frequenz, Atemtiefe und Regelmäßigkeit. Zu den pathologischen Atmungsformen >- Abb. 5.1.
 - Eine **normale Atmung** ist regelmäßig und seitengleich tief. Bei mehr als 25 Atemzügen/Min, spricht man von Tachypnoe.
 - Eine **vertiefte**, aber regelmäßige **Atmung** findet sich bei diabetischer Azidose oder Harnvergiftung (*Urämie*) und wird als Kussmaul-Atmung bezeichnet.
 - Bei Störungen des Atemzentrums kommt es zur **Cheyne-Stokes-Atmung**, bei der Atemtiefe und Frequenz wellenförmig an- und abschwellen.
 - **Apnoe-Phasen** finden sich als Zeichen gesteigerten Hirndrucks (z. B. bei Meningitis) bei der Biot-Atmung.
 - Eine Schädigung des **Atemzentrums** (z. B. traumatisch) führt zur Schnappatmung.
 - Bei doppelreihigen Rippenserienfrakturen beobachtet man eine sog. **paradoxe Atmung**. Dabei wird der Thorax im Frakturbereich bei der Inspiration durch den einsetzenden Unterdruck nach innen gezogen und bei der Expiration vorgewölbt.

FRAGE

Als nächsten Schritt haben Sie die Palpation vorgeschlagen. Was palpieren sie am Thorax?

Leseprobe von Ingo Scharphuis „Die mündliche Amtsarztprüfung“

Herausgeber: Elsevier Urban und Fischer

Leseprobe erstellt vom Narayana Verlag, 79400 Kandern, Tel: 0049 (0) 7626 974 970-0

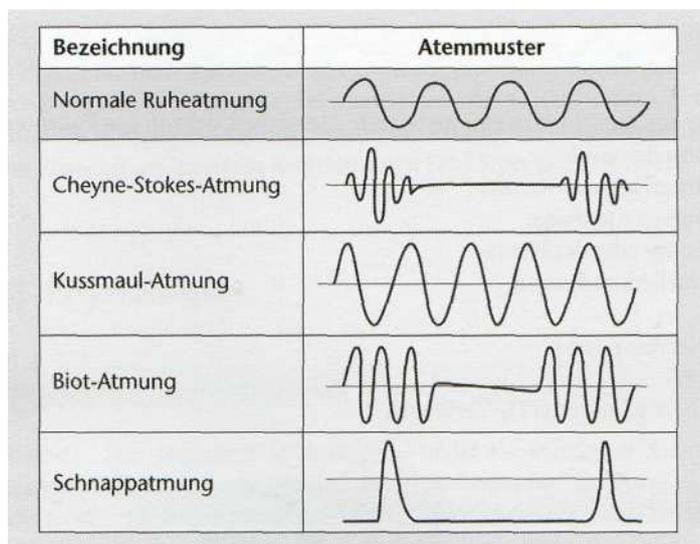


Abb. 5.1 Pathologische Atmungsformen. [1]

Tipp

Hier zeigt sich, wie man die Prüfung steuern kann, wenn man in der Lage ist, das vorher Gesagte ausführen zu können.

Antwort: Zunächst tastet man axillar und supraclavikulär nach möglichen vergrößerten Lymphknoten, die Hinweise auf Entzündungen, hämatologische Erkrankungen oder neoplastische Veränderungen geben können. Zur Beurteilung einer seitengleichen Belüftung der Lunge drückt man am liegenden Patienten seine Finger rechts und links der Wirbelsäule in die Intercostalräume und überprüft das gleichmäßige Heben und Senken des Thorax. Das Nachschleppen auf einer Seite könnte auf eine Pleuritis oder Pleuraschwarte hinweisen.

Legt man die Hände nun flach auf beide Thoraxseiten, kann man den sog. Stimmfremitus überprüfen. Die Patienten sprechen mit möglichst tiefer Stimme die Zahl 99 mehrmals hintereinander aus. Ein verstärkter Stimmfremitus ist durch eine gesteigerte Vibration palpabel. Er erlaubt Aussagen über die Leitfähigkeit des Gewebes im Thorax. Er ist gesteigert bei Prozessen, die das Lungengewebe verdichten (z. B. Pneumonie, Lungenödem) und erniedrigt bei Prozessen, die die Lunge umgeben (z. B. Pleuraerguss, Pneumothorax). Bei Frauen und Kindern ist er, bedingt durch die höhere Stimmlage, nur erschwert feststellbar.

FRAGE

Jetzt kommen wir zur Perkussion der Lunge. Wie gehen Sie dabei vor?

Merke

Man unterscheidet eine einhändige direkte von einer beidhändig indirekten sowie eine seitenvergleichende (z. B. Lunge) von einer abgrenzenden Perkussion (z. B. Leber).

Antwort: Generell perkutiert man, indem man seine schwächere Hand flach auf den zu perkutierenden Bereich legt und mit dem Mittelfinger der stärkeren Hand locker aber kräftig auf die Mittelphalanx des aufgelegten Mittelfingers schlägt. Einen normalen Klopfeschall bezeichnet man als sonor, einen verstärkten Klopfeschall, wie er z. B. bei einem Emphysem oder Pneumothorax auftritt als hypersonor und einen abgeschwächten Klopfeschall über verdichteten Bezirken, wie bei einer Pneumonie oder einem Lungenödem als gedämpft.

Für den Ablauf der Perkussion lässt man den Patienten tief einatmen, die Luft anhalten und klopft seitenvergleichend von kranial nach kaudal den Rücken, nach Möglichkeit auch die vordere Thoraxseite ab. Dabei darf man sich nicht von der absoluten Herzdämpfung hinter dem Sternum irritieren lassen. Die Lungengrenzen geben Aufschluss über eine evtl. eingeschränkte Lungenverschieblichkeit. Man bestimmt sie, indem man den sitzenden Patienten maximal ausatmen lässt und dann perkutiert. Darauf markiert man sich mit einem Strich des Fingernagels die Lungengrenze bei maximaler Expiration, lässt danach den Patienten maximal einatmen und markiert diese Grenze wiederum. Dieser Abstand gibt die Lungenverschieblichkeit an, der bei Gesunden (*in sano*) 4-5 cm beträgt.

FRAGE

Beschreiben Sie nun Ihre Vorgehensweise bei der Lungenauskultation und die Bedeutung der verschiedenen Geräusche, die Sie dabei hören können.

15 Psyche

15.1 Grundlagen

FRAGE

Der Arzt und Psychoanalytiker Sigmund Freud unterteilt die Persönlichkeit eines Menschen in ein Es, ein Ich und ein Über-Ich. Können Sie damit etwas anfangen?

Antwort: Diese drei Begriffe aus der Psychodynamik lassen sich am besten anhand eines Bildes aus der Trivialliteratur erklären, in vielen Comic-Heften oder Zeichentrickfilmen treten bei Entscheidungskonflikten der handelnden Figur auf der einen Seite ein Engelchen und auf der anderen Seite ein Teufelchen auf, um die in der Mitte stehende Figur zu beeinflussen. Für Freud steht das Es für das unüberlegte Triebhafte im Menschen (Teufelchen), das Über-Ich steht für erlernte Wertvorstellungen und das Gewissen (Engelchen) und das Ich verkörpert den realen Output (was die Comicfigur letztendlich tut). Störungen innerhalb dieser Persönlichkeitsstrukturen (man spricht z. B. von einer Ich-Schwäche) oder Konflikte untereinander sind bei psychischen Erkrankungen häufig erkennbar.

FRAGE

Zur Konfliktbewältigung bedient man sich häufig bestimmter Abwehrmechanismen. Können Sie mir einige davon aufzählen?

Antwort: Niemand nimmt gern Schuldgefühle auf sich. Je labiler die Persönlichkeitsstruktur bzw. je geringer das Selbstbewusstsein ist, desto häufiger kommt es zu folgenden Abwehrmechanismen:

- **Verdrängung:** Bewusstes ins Unterbewusstsein schieben (nicht mehr daran denken und nicht mehr damit konfrontiert werden wollen).
- **Reaktionsbildung:** Wendung ins Gegenteil z. B. „Ich huste nur, weil das die Atemwege befreit und damit ein Zeichen für Gesundheit ist.“
- **Verschiebung:** z. B. Erna ärgert den Hund, Hund beißt Katze, Katze frisst Maus.
- **Projektion:** Verlagerung unlustbetonter Emotionen auf die Umwelt, z. B. „Das Baby schreit nur, um mich zu ärgern.“

Tipp

Bei diesem Vergleich würde Freud sich zwar im Grabe herumdrehen, er trifft den Sachverhalt aber recht genau und lockert die Prüfungssituation auf.

Merke

Spezielle psychiatrische Fragen werden selten gestellt, sollten aber aus differenzialdiagnostischen Erwägungen immer bedacht werden.

Tipp

Diese Frage dient der Auflockerung.

15.2 Neurosen

FRAGE

Vielleicht kennen Sie Graf Zahl aus der Sesamstraße. Dieser muss alles zählen, was ihn umgibt, weil er nicht anders kann. Wie würden Sie dieses Verhalten aus psychoanalytischer Sicht interpretieren?

Antwort: Bei diesem Verhalten liegt im weitesten Sinne eine Zwangshandlung vor. Die Personen führen, teilweise unbewusst, Handlungen durch, für die sie selbst keine Erklärung haben und die auch nicht mit einem Lustgewinn einhergehen (Beispiele sind: Waschwang, Zählzwang). Insofern liegt bei dem Grafen Zahl streng genommen kein richtiger Zwang vor, da ihm das Zählen seiner Fledermäuse sichtlich Spaß macht.

Merke

Ein zwanghaftes Bedürfnis nach ritualisierter Gleichhaltung von Abläufen, die mit einer geistigen Entwicklungsstörung einhergeht, wird als „Autismus“ bezeichnet.

Tipp

Anmerkung: Goethe überwand seine Höhenangst, indem er täglich auf einen Kirchturm stieg.

Tipp

Hier wird ein klassisches Beispiel gezeigt, wie sich Psyche und Physis gegenseitig beeinflussen können („*Mens sana in corpore sano*“ = „In einem gesunden Körper befindet sich auch ein gesunder Geist“ oder wie hier auch umgekehrt).

Merke

Depressionen äußern sich i.d. R. durch „-losigkeiten“.

Merke

Symptome, die mit einem teilweise objektivierbaren Krankheitsgefühl einhergehen, aber keine körperliche Ursache erkennen lassen, werden als psychosomatisch bezeichnet.

FRAGE

Zu welcher übergeordneten Gruppe von psychischen Störungen gehören diese Zwänge?

Antwort: Zwänge, Ängste, einige Depressionen und Hysterie gehören zu den Neurosen. Diese entstehen psychoanalytisch aus einem ungelösten Konflikt zwischen Trieben (Es) und Abwehrmechanismen des Über-Ich. Als Ursachen werden ungelöste Probleme aus der Kindheit angenommen.

FRAGE

Was ist der Unterschied zwischen einer Angstneurose und einer Phobie?

Antwort: Im Gegensatz zur Angstneurose, die einen generalisierten Angstzustand beschreibt, ist die Phobie ein Angstzustand, der objekt- oder situationsbezogen ist und somit immer einen konkreten Auslöser hat. Eine Phobie ist grundsätzlich bei allen Situationen oder Objekten denkbar. Die verbreitetsten Phobien sind:

- Klaustrophobie: Angst vor geschlossenen Räumen
- Agoraphobie: Angst vor weiten Plätzen
- Erythrophobie: Angst vor Blut
- Arachnophobie: Angst vor Spinnen
- Phobophobie: Angst davor, Angst haben zu müssen

Eine Phobie bessert sich häufig nach Verhaltens- oder Konfrontationstherapie.

FRAGE

Ein 45-jähriger alleinstehender Patient, der bis vor Kurzem noch bei seiner Mutter gelebt hat, stellt sich wegen allgemeiner Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit und Obstipation vor. Die Beschwerden bestehen seit dem Tod seiner Mutter vor einem Jahr. Trotz eingehender gastroenterologischer Untersuchungen konnten keine pathologischen Ursachen für seine Beschwerden festgestellt werden. Der Patient erhofft sich nun Hilfe von Ihnen, weil er befürchtet ebenso an Darmkrebs erkrankt zu sein, wie seine Mutter. Allerdings sei ihm die Ursachenfindung auch nicht so wichtig, da er sowieso die Lust am Leben verloren habe. Wie gehen Sie mit diesem Patienten um?

Antwort: Zunächst muss eine mögliche pathologische Ursache durch Abhören des Abdomens sowie durch Blut- und Stuhluntersuchungen ausgeschlossen werden. Ich vermute allerdings, dass die psychosomatische Komponente im Vordergrund steht. Der Tod der Mutter hat bei dem Patienten möglicherweise zu einer Depression („Lust am Leben verloren“) und zur Ausbildung der geschilderten Symptomatik geführt. Nicht objektivierbare Krankheitssymptome in Verbindung mit einer ständigen Befürchtung krank zu sein oder es zu werden, wird als Hypochondrie bezeichnet. Sie ist, wie in diesem Fall, häufig mit depressiven Symptomen vergesellschaftet. Depressive Patienten bedürfen psychiatrischer Betreuung, da neben einem eingeschränkten Lebensgefühl auch eine verstärkte Selbstmord (Suizid-)gefahr besteht.

FRAGE

Nennen Sie mir weitere Erkrankungen aus dem psychosomatischen Formenkreis.

Antwort: Ein ähnliches Verhaltensmuster, wie in dem oben geschilderten Fall, findet sich auch bei der Herzneurose. Hierbei haben die meist jüngeren Patienten eine panische Angst vor einem plötzlichen Herzstillstand oder einem Herzinfarkt. Diese ist klinisch unbegründet, Aufgrund der selbst geschaffenen Aufregung kann sich diese eingebildete Herzphobie tatsächlich durch Herzrasen oder einen erhöhten Blutdruck äußern. Weitere Erkrankungen, die psychosomatischen Einflüssen unterliegen, sind das Asthma bronchiale, die Colitis ulcerosa und der Morbus Crohn.

15.3 Psychosen

FRAGE

Wie würden Sie folgenden Fall interpretieren? Ein Patient erzählt Ihnen, dass sich alle Ärzte gegen ihn verschworen hätten. Niemand würde ihn ernst nehmen. Alle würden ihm mit besonderer Aggressivität begegnen und ihn anschreien. Bei der Blutentnahme würden sie zunächst erstmal absichtlich daneben stechen, bevor sie dann endlich die Vene treffen würden. Neulich habe sogar ein Arzt versucht, ihn umzubringen, indem er die falschen Tabletten verordnet habe. Er vermutet, dass die Ärzte Rache an ihm nehmen wollen, weil er sich so wenig um seine schwer kranke Mutter gekümmert hat.

Antwort: Der Patient hat seine Schuldgefühle der kranken Mutter gegenüber zu einem Wahn ausgeweitet. Als Wahn bezeichnet man eine krankhafte Fehlbeurteilung der Realität. Zunächst entwickeln die Patienten i. d. R. eine wahnhafte Vorstellung (*Wahneinfall*), die sie im Laufe der Zeit durch immer umfangreichere Kausalitäten (*Wahnarbeit*) bis hin zu einem ausgefeilten Wahnsystem festigen. Der Inhalt eines Wahns äußert sich meist als Schuld-, Krankheits-, Verfolgungs-, Liebes-, Eifersuchts- oder Größenwahn. Wahnvorstellungen werden bei vielen psychiatrischen Erkrankungen, z. B. Schizophrenie, affektiven Psychosen beobachtet.

FRAGE

Eine 75-jährige Patientin erklärt Ihnen, dass in ihrer Haut winzige Parasiten und Würmer lebten, die sie auch deutlich spüren könne. Diverse dermatologische Untersuchungen blieben jedoch immer ohne Ergebnis. Zum Beweis, dass sie recht habe, legt sie Ihnen einige Hautschuppen vor. Was halten Sie davon?

Antwort: In diesem Fall liegt eine Wahnvorstellung vor, die sich auf eingebildete, im Körper lebende Tiere bezieht (*Dermatozoenwahn*). Zusätzlich hat die Patientin unbegründete sensorische Wahrnehmungen, die als Halluzination interpretiert werden müssen. Halluzinationen sind Wahrnehmungen ohne tatsächliche nervale Reize. Man unterscheidet optische, akustische, spürbare (*taktile*), geruchliche (*olfaktorische*), geschmackliche (*gustatorische*), kleintierbedingte (*zoenästhetische*) oder generalisierte Halluzinationen. Zusätzlich sollte bei eindeutigen halluzinatorischen Vorstellungen immer auch an eine larvierte Depression gedacht werden. Dabei ist der Patient nicht in der Lage, depressive Affekte zu äußern und konzentriert seine Beschwerden auf ein gestörtes Körpererleben. Weiterhin kann eine endogene Psychose vorliegen.

FRAGE

Was ist der Unterschied zwischen einer endogenen und einer exogenen Psychose?

Antwort: Endogene Psychosen entstehen - wie der Name sagt - von innen heraus ohne erkennbare organische Ursachen und manifestieren sich meist als affektive Störungen oder Schizophrenie. Exogene Psychosen haben eine organische Ursache, z. B. durch Erkrankungen des Gehirns, Stoffwechselstörungen oder Drogen- bzw. Alkoholabusus.

FRAGE

Wie bezeichnet man eine Erkrankung, die durch Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Ich-Störungen gekennzeichnet ist?

Antwort: Die Schizophrenie beschreibt eine komplexe psychiatrische Erkrankung. Grundsymptome sind Störungen des Denkens, der Affektivität und des Antriebes. Die Patienten entwickeln neben einer Persönlichkeitsspaltung (Goethe: „Zwei Seelen wohnen, ach, in meiner Brust ...“) eigene weltanschauliche Vorstellungen, die sich durch unlogische Assoziationen, Wort- oder Gedankenverknüpfungen äußern. Oftmals zeigen die Patienten begleitend Anzeichen von Verfolgungswahn, Halluzinationen oder willkürmotorische (hier: sog. *katonen*) Störungen.

Merke

Akute, taktile Halluzinationen werden auch bei Kokain- oder Amphetaminabusus beobachtet (Ameisenlaufen).

Merke

- gr. schizein = spalten
- gr. phren = Verstand

FRAGE

Eine Frau kommt mit ihrem 35-jährigen Mann in Ihre Praxis. Sie hatte große Mühe, ihn dazu zu überreden, da er sich überhaupt nicht krank fühle. Sie berichtet, dass ihr Mann immer unruhig sei, ständig etwas tun müsse und selbst nachts kaum zur Ruhe käme. Während dieser Schilderungen springt der Mann auf und geht nervös im Zimmer umher. Dabei fragt er ständig, was er hier solle und beschimpft Sie als „Quacksalber“. Da er bald Innenarchitekt werden wolle, macht er Ihnen Vorschläge, wie Sie Ihre Praxis funktioneller einrichten könnten. Schmeißen Sie den Patienten raus oder haben Sie eine Erklärung für sein Verhalten?

Antwort: Nach Ausschluss einer neurologischen Ursache spricht dieses Verhalten am ehesten für eine manische Depression. Bei einer Manie stehen emotionale (*affektive*) Handlungsweisen im Vordergrund. Die Patienten fallen durch einen übertriebenen Beschäftigungsdrang, Schlaflosigkeit, Stimmungsschwankungen (von Aggressionen bis zur übertriebenen Heiterkeit), Redefluss, beschleunigtes Denken (Ideenflucht) und situationsinadäquates Verhalten auf. Ein manischer Patient sollte sich einer psychiatrischen Behandlung unterziehen.

Tipp

Eine Frage, die keine allzu großen Schwierigkeiten bereiten sollte.

FRAGE

Welche allgemeine Gefahr bergen Depressionen in sich?

Antwort: Depressive Menschen haben ein erhöhtes Risiko Selbstmord (*Suizid*) zu begehen, um damit eine Lösung für ihr Problem zu finden. Häufig lässt sich bei diesen Personen eine Selbstmordabsicht (*Suizidalität*) bereits im Vorfeld erahnen. Kennzeichen einer beginnenden Suizidalität sind:

- Aggressionen, die ihr Ziel nicht erreichen
- Zurückziehen von der Umwelt
- lang anhaltende schwere Depressivität
- Schuldlerben und Selbstbezüglichungen
- akute Angst
- intensive Beschäftigung mit der Suizididee, verbale Suizidandeutungen, konkrete Suizidvorstellungen

Dabei ist zu berücksichtigen, dass Frauen zwar häufiger Selbstmordversuche unternehmen, diese aber, im Gegensatz zu den selteneren männlichen Selbstmordversuchen, nicht so häufig tödlich enden.

Merke

Andeutungen eines Suizids sollten immer ernst genommen werden.

FRAGE

Was verstehen Sie unter einem Borderline-Syndrom?

Antwort: Borderline bedeutet übersetzt „Grenzlinie“. Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) handelt es sich um Verhaltensmuster, die sowohl die psychotische als auch die neurotische Grenze überschreiten können. Es handelt sich um eine Form der posttraumatischen Belastungsstörung - Auslöser ist oft ein traumatisches Erlebnis in der Kindheit oder Pubertät (z. B. Vergewaltigung). Betroffen sind überwiegend Frauen. Im Vordergrund der Verhaltensstörung stehen Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen, der Stimmung und des Selbstbilds, die oftmals durch Extreme gekennzeichnet sind, z. B. Schwankungen zwischen Idealisierung und Entwertung, ablehnende Verhaltensweisen bei gleichzeitiger Angst vor dem Verlassenwerden. Die Stimmung ist oft gekennzeichnet durch hohe Impulsivität, Reizbarkeit bis hin zu oft unangemessenen Wutausbrüchen. Oft besteht eine generalisierte Angst und ein Gefühl der inneren Leere und Selbstzweifel. In diesem Gefühlschaos versuchen sich die Betroffenen oftmals durch Selbstverletzung (z. B. Ritzen der Unterarme) Erleichterung zu verschaffen.

FRAGE

Sie erwähnten den Begriff „Posttraumatische Belastungsstörung“. Das ist eine eigene Erkrankung. Können Sie diese näher beschreiben?

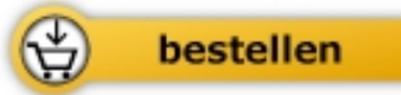


Ingo Scharphuis

[Die mündliche Amtsarztprüfung](#)

500 Fragen und ausführlich kommentierte
Antworten

248 Seiten, kart.
erschienen 2012



Mehr Bücher zu gesund leben und gesunder Ernährung www.unimedica.de