

Prof. Minar (Interne II)

22.01.08

Pat vorstellen

Ulcus Behandlung?

EKG AVBlock II

Av Block klinisch?

Was ist eine Schrittmacher Indikation?

Hypertonie? Antihypertensiva/ Gibt man B-Blocker bei Copd?

COPD Therapie?

Was ist mit assoziiert?

Lungenemphysem diagnostisch?

Funktionstest - was verändert sich?

Vorzeigen Auskultation/Perkussion

Carotis tasten

Patient vergibt die Note: 2

Pat vorstellen

Risikofaktoren für Ap?

Klinisch Vhflimmern vs Extrasystole? Puls 1. arrhythmisch 2. unterbrochen

EKG Bradykardes Vhflimmern

Therapie?

Beim wem ist häufig eine Sinusbradykardie? physiologisch beim Sportler / pathophy beim SSS

Auskultation? leise = v.a. was? möglicherweise Perikarderguss

Ursachen Perikarderguss?

Ursache Thrombozytopenie?

Studenten wollten 1, bekam eine 3

Ruhiger und geduldiger Prüfer / NW von Medikamenten fragt er gerne

12.07.2007

Aufnahmegrund: Zuweisung vom Hausarzt aufgrund Schmerzen bei einer Gehstrecke von weniger als 50 m ---> pavk IIb, PTA durchgeführt mit Ballondilatation und Stentimplantierung

weitere Krankheiten: Hypercholesterinämie, Hypertriglyzeridämie, Hypertonie (RF für pavk)

weiteres: Hinterwandinfarkt in der Jugend, den er nicht bemerkt hat. (bei einer Untersuchung dann im EKG aufgefallen)

Fragen bezogen sich alle auf den Patienten:

1. Therapie nach einem Myokardinfarkt (alle aufzählen, inkl Thrombozytefunktionshemmer und deren Unterschiede) von hier ist er dann zur Frage KI von Beta Blockern

2. Labor: Triglyzeride erhöht: was macht man da, was soll man dem Patienten sagen (Mehr körperliche Aktivität, weniger tierische Fette zu sich nehmen) dann Med: Fibrate, Nikotinsäure

3. Serologie: der Pat hatte HBs und HBc Antikörper: was bedeutet das?! (pat hatte Hep B-Pat hatte aber nichts in der Anamnese erwähnt)

4. EKG: Rechtsschenkelblock

29.04.2007

Pat mit pavk, khk und Dm.2

Prof Minar bezieht seine Fragen immer auf den Patienten und dessen Erkrankungen, bzw seine Laborwerte. Von dort aus kann man überall hinkommen. Meist zusätzlich eine Frage die nichts mit dem Patienten zu tun hat + 1 EKG

KO orale Antidiabetika
Auskultation bei COPD
häm Diathese
Nierenwerte bei Insuffizienz
Einstellung der oralen Antidiabetika
EKg AV-Block

Patient mit Thrombangiitis obliterans
+Ulkus in der Anamnese ---Therapie und irgendwie auf Therapie von MRSA
Diagnostische Möglichkeiten bei KHK
und von Röntgenkontrastmittel bei Angio-CT auf erhöhte Schilddrüsenwerte zu der
Hyperthyreose und den Thyreostatika samt NW und KO
normales EKG

So Habs auch hinter mich gebracht. Juhuu!!!!Wie schon gesagt er redet nicht wirklich mit einem und gibt auch nicht wirklich ein Feedback, aber schlecht kann ich nicht von ihm reden. (bin noch immer so happy!!)

Naja ich habe bekommen (er stellt ja nicht wirklich Fragen, eher immer kleine Zwischen Fragen)

Patientenvorstellung: Pavk IV + NIDDM II + leichte Hypertonie
(Da redet man halt mal gute 15 Minuten vor sich her ueber die Anamnese und pavk und Klinik des DM vor allem autonome diabetische Neuropathie arcus cornea, Katarakt op (aufgrund des DM?))
Zwischenfragen: Ist der DM gut eingestellt? Was meinen sie? (HbA1c 6-7 ok, Gelegenheits BZ ok) was wuerden sie machen, wenn er jetzt erhoeht waere? 2. orales ADiabeticum usw...

Medikamentenliste des Patienten erklaren. Sekundaerprophylaxe pavk. Cumarine genauer, vorallem wann einsetzen?.

Was wuerden sie gegen die Hypertonie geben?
Wirkung von Ace-Hemmern

Ursachen+ Behandlung von Vorhofflimmern
Auffaelliges im Status?

Dann noch ein Normales Ekg!

Vom 29.3.07
1 Kandidatin angetreten

Pat: weibl.. um die 65 mit Bradykardie und Vhfl

Warum Marcumar? --> Vhfl
Ursachen einer KHK ? --> KHK , Hypertonie

Anamnestische Hinweise auf KHK? z.B. retrosternaler Schmerz...

Th. der Bradyarrhythmia Absoluta? (unter anderem schauen was für Med. der Pat nimmt. Vielleicht liegt da die Ursache für die Bradykardie)

Laborzettel: Erhöhte Leberwerte (aber erst unter der neuen Med. Therapie)

Pat. nimmt Thyrex, Statin, NMH, ASS welche von den Med. können die Leberwerte erhöhen?

Auf was muß man bei Marcumarth. aufpassen?

Wie kann man HDL erhöhen?

Wann kommt es zu 3. HT?

EKG: AV-B I

15.2.2007 - 1 Kandidat

Patient mit MCI, eine Notangio wurde gemacht, da es sich um eine 3-GefäßKH handelt ist eine Bypass-OP geplant

von der Anamnese ausgehend ergaben sich folgende Fragen:

wie äußert sich ein akuter MCI? was tun sie? (EKG, Herzenzyme)

Erstmaßnahmen? (Heparin + ASS)

Lysetherapie - Voraussetzungen/ wann kommt sie zum Einsatz?

Sekundärprophylaxe nach MCI?

Patient hatte auch DM -> Zielwerte, Therapie/Medikamente?

welche Medikamente nimmt der Patient? (ALLE Med nennen)

dann gab es einen Laborzettel? Auffälligkeiten? Thrombos waren erniedrigt -> was heißt das? mögliche Ursachen?

letzte Frage war ein EKG: Vorhofflimmern

Patient mit paVK St III links

Embolie im re Bein im 2005

Risikofaktoren? Rauchen, HDL gesenkt

Wie schaut man ob der Patient eine KHK hat?

Ergo, Myokardszinti... wie macht man das?, Echo...

Blut bild mit MCH erhöht, was kann es sein? Ich habe Vit B12 Mangel und Folsäuremangel gesagt und dann über perniziöse Anämie geredet... war ok

Aortenaneurysma Ursachen... auch seltene.

Aortendissektion... was ist das? DD: MCI... warum wichtig? Wegen der Therapie.

EKG von Patienten... normal.

Fragen von 1.02.2007

Patient mit paVK St.IIa und St.post MCI und Bypass, Hyperurikämie

-NW NSAR

-Therapie d. akuten Gichtanfalls

-Wie soll man abnehmen, Med. Unterstützung

Perniziöse Anämie

-Diagnostik

-Blutbild

-KM-Punktion

-Reziduozytenkrise

-Folsäuremangel/ Diagnostik

-Neurolog. Symptomatik

NW+Ko bei ACE-Hemmer

Diagnose des Aortenaneurysmas

-Ursachen, Diagnostik, Behandlungsbeginn

Prüfung vom 12.12.2006 (2 Kandidaten)

1. Kandidat:

akute Pankreatitis

Leberparameter

Was tun, wenn Patient recente Hirnblutung hat und gleichzeitig zu Embolien neigt (--> Cava-Filter)

EKG: ?

2. Kandidat (ich)

Patient mit St.p. MCI (3x), Carotisstenose, Nierenarterienstenose, pAVK, DM, Hypertonie, Hyperlipidämie, starker Raucher

Frage zum Status: leise Herztöne wann? bei Emphysem

Medikamente: Antihypertensiva

EKG: St.p. MCI (ST-Hebungen, verbreitertes Q)

Prüfung vom 13.12.2006

1 Kandidatin

MCI - Therapie, Prophylaxe

Homocystein

Labor: Hypokaliämie - Ursachen

Ekg: nichttransmuraler Vorderwandinfarkt

Prüfung 14.11.2006

Patient:

1) PAVK + MCI 72h nach bypass + CNI!!! - Risikofaktoren? - D.m.!/Hypertonie

2) Antidiabetika: ALLE! Biguanide(Metformin) - wem geben? - adipöser Diabetiker - W/NW/KI? - KI: CNI!! dann Gefahr Laktatazidose! - Sulfonylharnstoffe/Glinide/Glitazone(Insulinsensitizer)/Acarbose

3) Antihypertonika bei DIESEM Pat.? - ACE-Hemmer - KEINE Beta-Blocker (verschlechtern die diabetische Stoffwechsellaage, und keine Erkennung von Hypoglycämien bei Typ1-D.m.), KEINE Diuretika (verschlechtern die diabet.Stoffw.lage) Zielblutdruck? - 130/85 bei D.m. 125/75

4) Blutbild: Hb,Hkt,MCH,MCV erniedrigt - DD Eisenmangelanämie(Eisen niedrig, Ferritin niedrig)/chron.Blutungsanämie/Tumor+Entzündung(Eisen hoch, Ferritin niedrig)/Thalassämie(Eisen hoch) - wo sieht man den ersten Therapie-Erfolg? - an den Retikulozyten die steigen

5) Wie testet man die Heparinwirkung? - Bestimmung der aPTT für UFH und Bestimmung des Anti-Faktor X bei NMH - KI für NMH? - NI - Wie testet man die Cumarin-Wirkung? - mit dem Quick-Wert=Thromboplastinzeit=Normotest - häufigste Indikation für Cumarine? - Vorhofflimmern(VHF)!

6) tachykardes VHF - besteht weniger als 48h dann Antiarrhythmicum (Amiodaron/Ca-Blocker/Digitalis) - besteht mehr als 48h - Cumarinisierung (anfangs mit Heparin dann Umstellung auf Cumarine) - wie lange? - ohne Riskikofaktoren 6Monate, mit zeitlich unbegrenzt!

Prüfung 31.10.2006

Patient:

- 1) Synkope - multiple Stenosen in A.subclavia sin., A.vertebralis dex., ACI sin., li.Nierenarterie (sanirt->Hypertonie!), Coronargefäße...
- 2) gen. AVK - Erstmanifestation? Risikofaktoren? Ursache bei diesem jungen Pat.? - Arteriosklerose/Bestrahlung(st.p.HODGKIN)/Vaskulitis - welche? - TAKAYASU - (Gefahr bei Riesenzellarteriitis temp.? - Erblindung durch Beteiligung der A.ophthalmica) - Bei was für einer Klinik denken an Vaskulitis? - Allgemeinsymptome einer rheumatischen KH - DD Stenose ACI-ACE? Pulsstatus A. facialis/A.temp. - bei ACE Pulsabschwächung! (CAVE: Man kann nur A.carotis communis palpieren, NICHT ACI/ACE)
- 3) KHK - Herzkatheter wurde gemacht, warum noch Myocardszinti? - Relevanz der Stenose bei grenzwertigen Stenosen
- 4) Risikofaktoren? - Raucher/Hypertonie(Nierenarterienstenose)/Hyperlipidämie/D.m. - Zielwerte bei Hypertonie? - 130/85 und Hochrisiko (D.m.) 125/75 - Zielwerte Lipide? - Risiko 130mg/dl und Hochrisiko (D.m.) 100 (je niedriger desto besser)
- 5) Medikamente: ACE-Hemmer - KI? - Nierenarterienstenose/Hyperkaliämie - KEINE kaliumsparenden Diuretika! - Ca-Blocker - NW? - Knöchelödeme, Flush
- 6) EKG: antero-septaler-Vorderwandinfarkt

12.07.06:

Pat. mit Leitsymptom akute Atemnot

- DD?
- bei welchen LungenKH?
- Auskultation: Was hört man bei Pneumonie) (wollte hören: klingende RGs)- DD kardiale Dekompensation
- was hört man bei Asthma? (Pfeifen und trockene RGs)
- KI: Beta-Blocker
- AV-Block: wie stellt man klinische einen 1.Grades fest? (gar nicht: nur EKG) wie einen 3. Grades? (Bradykardie: 30-40)
- Vd. auf Lungenembolie? wie ist das diagnostische Vorgehen?
- wenn Perfusionsszintigraphie pathologisch: DD?
- Ekg

meine Prüfung bei Prof Minar ist zwar jetzt schon ein halbes Jahr her, aber trotzdem: bekam einen patienten mit PAVK. Aufnahmediagnose von mir gestellt: Patient mit PAVK Grad IV bds mit einem art. Ulkus rechte Großzehe.

Ich stellte den Patienten vor, dann Frage vom Prof zu seinen Risikofaktoren, musste Diabetes genauer erklären, im Speziellen die Polyneuropathie. dann gingen wir die Menikamente durch, reichte jedoch zu wissen, welche Substanzklasse das jeweilige Medikament ist. Weiters bekam ich ein Labor vom Patienten (Krea + normochrome Anämie => Niereninsuffizienz!) und am Schluss noch ein EKG, das jedoch von einem anderen Patienten war und ein eindeutiger frischer MCI mit riesigen Hebungen und war. das wars.

Alles in allem meiner Meinung empfehlenswert: Zwar ist er nicht unbedingt sympathisch aber man bekommt sicher einen Patienten von seiner Station (Angiologie!) und wird eigentlich nur noch zum Patienten gefragt. Hingehen!

Ich war nicht sonderlich gut. Prof Minar fragte nachher den Patient was er mir geben würde, er meinte ein Sehr gut natürlich, Minar meinte: naja, ein Gut.

21.3.2006:

Patientin hatte eine pAVK 2b und bereits 2 Stents sowie eine Hypertonie und Hyperlipidämie.

Fragen:

- Ursachen für die Hypertonie bei NNR-Adenom (Phäochromozytom; Conn-Syndrom; Inzidentalom)

- Differential-BB der Patientin - normochrome normozytäre Anämie: Ursachen + Werte bei hämolytischer Anämie

- Ursachen für leise Herztöne

- Diagnostik einer KHK (hier auch HR-CT und wieviel Zeilen ein modernes HR-CT hat)

- Thrombozytenaggregationshemmer (ASS, Clopidogrel, Abciximab, Tirofiban und Eptifibatid - Wirkungsmechanismen; Indikationen)

- EKG: bradykardes Vorhofflattern mit komplettem Rechtschenkelblock

3.11. 2005

Patientin mit Vaskulitis unlarer Genese, außerdem hat sie eine primäre biliäre Zirrhose mit Aszites und vergrößerter Milz, einen alten Herzinfarkt mit Systolikum über Mithral und Trikuspidalklappe, und eine Mastektomie bds.

Fragen:

Leberzirrhose -> klinische Kennzeichen (spider naevi, Palmarerythem)

Blutgerinnung - warum Blutung bei Leberproblemen, was erfasst der Quick (Leber), was die PTT (Hämophilie)

Pat hat auch Thrombozytopenie -> durch die vergrößerte Milz

wie stellt man die Syntheseleistung der Leber fest? -> Höhe d. Cholinesterase, Albumin

Patientin kriegte Simvastatin, Risikofaktoren für Herzinfarkt? -> bei Patientin v.a. die Hypercholesterinämie durch die Cholestase

Therapie von Hypertonie

was gibt man einem Diabetiker mit Hypertonie? -> bevorzugt ACE Hemmer, Diuretika verschlechtern die Stoffwechsellaage

Kontraindikationen von BetaBlockern? - Asthma, Bradykardie, Diabetes mellitus (Pat nimmt unter BetaBlocker eine drohende Hypoglykämie nicht wahr)

Nebenwirkungen von ACE Hemmern?

Pulsqualität? - Da Patientin einen Klappenfehler hatte, kann man eine hohe Druckamplitude und eine steile Anstiegsgeschwindigkeit des BD erwarten.)

EKG war ein rechtsschenkelblock

Gottseidank ist er nicht auf die Vaskulitis eingegangen

aja, die Ösophagusvarizenblutung ist auch noch vorgekommen, er wollte die Therapie wissen

guggi, 24.6.03:

patientin hatte therapierefraktäre hypertonie und überall arteriosklerose, diverse stents in carotis, sonst nix ungewöhnliches.

ausser anamnese zusatz-nebenfragen:

wie kann man nicht-invasiv das vorschreiten einer koronarsklerose feststellen (wissen wollt er herzsintigraphie und womit man die macht)

blutdruckmedikamente, vor allem sämtliche ungewöhnliche (hydralazine, clonidin, methyldopa usw.), teilweise samt NW und wirkmechanismus

fieber unbekannter genese

diagnostik von renovaskulärer hypertonie, vor- und nachteile von MR-angio und CT-Angio (MR ist keine geschlossene röhre, CT schon -> platzangst)

EKG: bigeminus

find aber es war eine sehr sehr seltsame prüfung und wahrscheinlich net repräsentativ für ihn.

stefan_h, 16.3.04:

alle Fragen bis auf EKG am Schluss bezogen sich auf den Pat. bzw. waren von der Krankengeschichte des Pat. abgeleitet.

1) Pulmonalembolie: besonderen Wert legte Prof. Minar auf die physikal.

Untersuchung/Auskultationsbefunde bei PE (Ausk.: unauffällige Ventilationsgeräusche!), Dyspnoe, Tachypnoe, Tachycardie, ev. Re-Herzbelastungszeichen.

Diagnostik: die ganze Latte - speziell Ultraschall: halt nicht Lunge, sondern

indirekt über Herz-US m. Zeichen der Re-Herzbelastung und US der Becken-/Beinvenen

2) Antikoagulation post PE mit Marcoumar: wie lange (6 Mo. bis lebenslang, je nach Risikoprofil), welches sind die Risikofaktoren für Rezidiv der Thrombose/Embolie (Hypertonie ist KEINER!): ganz gute Zusammenstellung s. Herold

Kapitel Tiefe Venenthrombose

3) Varikose, chron. ven. Insuff., tiefe Beinvenenthrombose, Mehretagen-Erkrankung

4) Hyperurikämie. Pat. hatte Hyperurikämie + Allergie gegen Allopurinol - was tun? (zB Urikosurikum + Harnalkalisierung wg. Gefahr

Harnsäure-Nephrolithiasis)

5) "Was war sonst noch auffällig im Status?"

6) EKG Vorhofflimmern (absolute Arrhythmie) - war nicht das EKG des Pat.

+) man sollte immer alle aktuellen Med. des Pat. aufschreiben, kann man vor RIG auch im Kodex nachschlagen, oft wird Med.-Liste des Pat. dann bei der Prfg. Durchgegangen

waterlily, 18 März 2003:

hab ende jänner bei ihm prüfung gehabt. also er ist angiologe, und prüft hauptsächlich alles was sich um angio dreht, das heisst pavk, cavk, thrombose, embolie, herzinfarkt, herzinsuffizienz, nierenarterienstenose, arteriosklerose + risikofaktoren etc.

ich persönlich finde ich nicht super sympathisch, aber bei der prüfung ist er ok und fair. ich bin schon 2,5h vor der prüfung auf die station gegangen und hatte somit viel zeit mit dem patienten. er

selbst kommt immer eine halbe stunde zu spät. dann musst du ihm halt die anamnese präsentieren und er stellt dann zwischenfragen, zum beispiel was differentialdiagnostisch in frage käme, wieso er nicht das und das bekommt, etc. also ich finde, dass das eine relativ intelligente art des interne prüfens ist, weil es eine logik hat, und nicht ein punkte abfragen ist. es gehen also alle fragen vom patienten aus. das gute ist, du hast lange genug zeit, normalerweise, dir alles nochmal im buch durchzulesen, was du so beim patienten erhoben hast. am ende bekommst du ein ekg, manchmal auch einen laborbefund, den du dannn interpretieren musst. was gut ist, ist, wenn du dir die medikamente des patienten noch anschaut, falls du die handelsnamen nicht kennst. also wie gesagt: voll machbar, nicht so schlimm, lass dich nicht durch seine nicht UR freundliche art einschüchtern, und voll auf die angio konzentrieren!!

Von Prof. Minar kann ich dir nur abraten, war mal zuhören, hat einen schlechten Ruf, ist streng, etwas mürrisch und du mußt schon was können. Bist du jedoch ein Angiologie-freak und interessierst dich sehr dafür, freut sich niemand so darüber wie Prof. Minar.

kann waterlily nur zustimmen, genauso rennts immer noch ab

insbesondere dass er rund um den patienten fragt ist angenehm, wenn man ihm bei der vorstellung schon ein paar differentialdiagnosen und kommentare zur medikation erzählt, fragt er auch kaum mehr was nach; und das besonders gute bei der sache, man kann ja die diversen krankheiten vom patienten vor der prüfung nochmal lesen

pharma halbwegs anschauen, mit KI und NW is zweckmässig
insgesamt sicher schaffbar und wahrscheinlich kommt man auch zu ihm, ich hab mich für drei andere angemeldet und bin letztlich bei ihm gelandet, was aber eindeutig kein fehler war 🤖)
geprüft, nicht unpraktisch, weil die fehler die da gemacht werden (samt korrekturen) merkt man sich dann ziemlich leicht

und zusammenhänge! fragt gern risikofaktoren (diabetes ect.) und warum was so is (warum hat aufgenommener patient hohen hba1C -> infiziertes ulcus -> BZ geht hoch). beliebte frage thrombose und lyse, und hab 2mal lungenthrombose als letzte-chance-frage gehört.

und grad hab ich gesehen, dass man sich auf <http://www.akh-wien.ac.at/Angio/> unter studenteninformation die (glaub) power-point-präsentation über pavK und thrombose seiner vorlesung anschauen kann. schadet vielleicht nicht

Er ist ein sehr ruhiger Typ und redet auch nicht besonders viel während der Prüfung, seine Zwischenfragen stellt er fast immer zusammenhängend. Der Ablauf der Prüfung ist noch derselbe, ich war 2 Stunden vorher dort und bekam meinen Patienten. Er hatte eine Borreliose. Anschließend hat man noch genügend Zeit das Wichtigste nochmal durchzugehen, auch alle Medikamente kann man nachschlagen samt NW und KI (einfach fragen ob ihr den Vidal haben könnt)! Prof. Minar legt großen Wert auf Verständnis, das ich für sehr wichtig und richtig halte.

Meine Fragen waren:

Nephropathie beim Diabetes (Einteilung),

DM Prävention Verschlechterung Nierenfunktion (Trinken, eingestellter DM + Hypertonie), Kreatinwerte von was abhängig, Anämien, EKG: RSB

Er ist nicht der leichteste Prüfer, aber er fragt zusammenhängend so wie es in der Medizin sein sollte. Seine Benotung ist streng, aber gerecht. Wenn man nicht weiter weiß, versucht er zu helfen. So wie ich ihn erlebt habe, muß man wirklich sehr wenig wissen, damit man durchfällt. Alles in allem schafft er eine sehr angenehme Prüfungsatmosphäre und ist auch sehr nett.

Auch wenn meine Prüfung nicht repräsentativ für ihn war, würde ich es wieder bei ihm machen, weil

er wirklich Interne prüft und gerecht ist.

Ich glaube, es ist Geschmackssache (wie bei allen Prüfern), entweder man mag seine Art (Für manche sei es unfreundlich) oder nicht.

hab erst bei prof. minar prüfung gemacht. ich kann jetzt nicht sagen ob er nett ist oder nicht, ich kenn ihn zuwenig (war nie zuhören). ein bisschen mürrisch hat er wohl gewirkt, aber auf alle fälle ist er nicht ungut.

Konzentrieren auf die Angio ist sicher sinnvoll, allerdings hab ich eine Patienten vorstellen müssen, welche neben einer vaskulitis auch eine Leberzirrhose und einen MI hat. Die Prüfung ging dann um Leber, Blutgerinnung, Cholesterin und Bluthochdruck. Die Pulsqualitäten hat er auch wieder gefragt - also vor der PRFG auf beiden seiten puls tasten und vergleichen. und wenn man klappenfehler bei der auskultation hört, dann kann man sich schon überlegen, was für einen puls man fühlen sollte. 😊

wichtig ist beim ihm die Pharma - er hat von mir was wissen wollen über Diuretika bei DM, außerdem wollte er beta-blocker KI's hören.

werd noch was in die fragensammlung posten.

also viel glück für alle, die bei ihm ausgeschrieben sind.

Er prüft immer von der Patientenmappe des Patienten den man bekommen hat ausgehend. Sehr gerne fragt er Diabetes, Hypertonie, Dyslipoproteinämien, Herz- und Gefäßerkrankungen (aber das haben ja auch fast alle auf der Angio). Die Sachen will er immer sehr genau wissen. Er legt auch sehr viel Wert auf die Pharma und die Pulsqualitäten hat er auch noch fast immer gefragt. Bei der Untersuchung des Patienten ist er nicht dabei und man kann sich nachher auch noch mal die Krankheiten die der Patient hat durchlesen. Am Ende der Prüfung bekommt man dann noch ein EKG das aber nicht vom untersuchten Patienten ist. Röntgenbild hat er bisher noch nie gegeben. Labor will er schon wissen und auch die wichtigsten Werte. Man kanns mit dem Crashkurs versuchen - aber er ist sicher nicht der optimale Prüfer für dieses Buch.

1. du musst beim patienten nix von der physikalischen krankheitsuntersuchung vorzeigen; vergiss beim status nicht auf die herzperkussion! macht zwar auf der klinik niemand, er stehts sich aber drauf ;-)

2. einsicht in die mappe hast du nicht, dein einziger informationsgeber ist der patient (anamnese & status halt)

3. er prüft eigentlich meistens die krankheitsbilder rund um den patienten, tlws doch auch viel pharma (nicht nur herz-kreislauf-medikation, sondern auch antibiotika,...).

4. weglassen ist schwierig, denn er kann ja durch die krankengeschichte vom patienten überall hinkommen...

alles in allem nicht so schlimm!

hatte bei professor minar im juli rig und kann eigentlich nichts negatives berichten. man hat genug zeit den patienten zu befragen und zu untersuchen (ich ging um 9.00 uhr auf die station, bekam sofort einen patienten zugeteilt). die ärzte dort waren auch sehr hilfsbereit und freundlich, und daher war die vorbereitung sehr easy. bei der prüfung selbst muß man den patienten vorstellen, und dann wird man zu seinen befunden geprüft. bleibt aber alles im rahmen der angiologie und deren ursachen und folgen, das heißt, man sollte bescheid wissen über: khk, infarkt, diabetes, hyperlipidämie, blutwerte allgemein, niere. abschließend kann ich eigentlich nur empfehlen, weil der lernstoff übersichtlich ist und er als prüfer auch sehr geduldig ist.

ps:man muss sich nur an seine art gewöhnen,und sich nicht verunsichern lassen,dass man null feedback bekommt.

Hatte HEUTE bei Prof. Minar Prüfung. (Hab 2er bekommen)

War um 9h auf der Station. Ungünstige Zeit: Die Ärzte sind noch in der Morgenbesprechung (9h-9.20h). Das heißt entweder **8.45h** oder **9.20h**dortsein. Dann bekommt man seinen Patienten. Anschließend nimmt man den Patienten mit zum Prüfungsraum (eigentliche Prüfung war um 11h, aber er kommt immer mind. eine halbe Stunde zu spät). Dann warten...

Dann kommt die eigentliche Prüfung:

WICHTIG ist die **gute Anamnese!**

Mein Patient hatte:

- 1) **Akuten Arterienverschluss re. Unterschenkel**
- 2) **Aortenklappenersatz 1996**
- 3) **seit 1 Jahr NYHA II**
- 4) **jetzt diagnostiziertes Vorhofflimmern.**

Darum hat sich die ganze Prüfung gedreht (d.h. Restanamnese hat er gar nicht gefragt z.B. Gicht, Prostatahyperplasie, Varikose, ...). Also Anamnese dreht sich um das **akute Geschehen!**

Zwischenfragen waren:

1) **Therapie Akuter Arterienverschluss?** - Thrombendarteriektomie -

2) **Pulsdefizit bei Vorhofflimmern?** - Beim Auskultieren des Herzens gleichzeitig Puls fühlen. Dabei hört man mehr Herzschläge als man Pulsschläge fühlt. Diskrepanz zwischen auskultierten Herztönen und Pulsschlägen.

3) **Therapie Vorhofflimmern?** - 1.Wahl: Amiodaron, 2.Wahl: kardioselektive Ca-Antagonisten, Digitalis -

4) **Antikoagulation? Therapiekontrolle bei Marcoumar?** - Quick-Wert -Bei Heparin? UFH? - aPTT - NMH? - Anti-Faktor X-Bestimmung -

5) **Auffälliges im Status?** - DD: Laterale Halszyste/Fibrom (nur erwähnt, aber nicht nachgefragt)

6) **Auffälliges bei Laborwerten?** - Kreatinin 1,62mg/dl - Wie hoch muß die GFR erniedrigt sein? - mind. 50% (habe auf 50ml/min geschätzt... tatsächlich 43ml/min, hat also gepaßt!)

Zum Schluss noch ein EKG: **tachykardes Vorhofflimmern mit ventrikulärer Extrasystole**

Dann wars endlich geschafft! Er stellt unangenehme Zwischenfragen und will verunsichern. Das Wichtigste ist sich **nicht verunsichern zu lassen!** Außerdem lieber zu wenig sagen als zu viel, da verspricht man sich womöglich und dann hakt er nach

er ist echt nicht so schlimm und "eigentlich" ziemlich gut einschätzbar was seine fragen betrifft. wie du schon in diesem thread weiter oben hast lesen können, prüft er immer rund um den patienten, dh primär gehts um khk, cavk, pavk, diabetes, hypertonie,klappenfehler...früheren erkrankungen des pat...soll heißen, dass du dir genug zeit für den pat nehmen sollst. (er hat nämlich die krankengeschichte vom pat mit und blättert sie während der prüfung durch!)schau dir mal die fragen an, die hier im forum zu finden sind.

es kommt halt auch auf den patienten und seine krankengeschichte drauf an (z.b.pneumonie, alkoholabusus,...)

wenn du dich eh schon gut auf einen onkologen bzw gastroenterologen eingestellt hat, bringt das den vorteil, dass du vieles schon abgedeckt hast und du jetzt noch zeit hast, dir die kardio und v.a. die angiologie anzuschauen.

das ekg solltest du schon gut befunden können (er gibt nix wahnsinnig ausgegrissenes, also keine sorge!)

laborbefund bekommt man eigentlich auch fast immer (meistens wiederum den vom pat.) man fliegt nicht gleich bei ihm durch, stellt fragen, die dich zur richtigen antwort hinführen, aber schenken tut er einem auch nichts!

zum Auslassen eignen sich: Karzinome, Infektionen.

genau anschauen: Angio und HÄUFIGE Herzsachen, sowie Medikamente (Antikoagulanzen! Herzmedikamente!)

Labor: Blut und Kreatinin (also Niere) anschauen.

EKG: kommt eigentlich immer was häufiges (Vorhofflimmern, Linksschenkelblock, MCI und wennst die Infarktlokalisierung weißt ist super,...) Blickdiagnose reicht! EKG kommt auch immer als LETZTES. d.h. wenn du es bis dahin geschafft hast, ist der schwerste teil VORBEI!

Tip: NICHT aus der Ruhe bringen lassen (er redet wenig und fragt nach wenn du dich versprochen hast. dann einfach korrigieren und paßt)

Tip2: NICHT einfach nur drauf losplappern. überleg dir was du sagst, und keine angst er gibt dir genug zeit! er will dass du nachdenkst!!

Pakst das schon, konzentrier dich auf den Patienten (und die haben meist eh immer das gleiche) (außerdem sind die ärzte und schwestern der station sehr NETT!)

Hallo zusammen!

Hatte auch bei Prof.Minar Prüfung und es ist wirklich schaffbar.Nachdem ich zu ihm zugeteilt wurde,habe ich mich nur mehr auf Angio,Kardio u. alles was damit zusammenhängt(DM,Hyperlipidämie,Lungenembolie,Niere...)konzentriert.Er fragt wirklich nichts anderes.

War 2h vorher auf Station u.das Personal dort ist wirklich nett.Man bekommt auch immer einen Patienten von seiner Station u. deshalb mein Tipp:Ich bin vorher mal bei einer Visite auf der Station mitgegangen.Habe gefragt,ob ich darf,da ich bei Prof.Minar Rig.habe und noch nie auf einer Angio war.War überhaupt kein Problem und der Oberarzt hat mir viel dabei erklärt.

Also er ist ein Glückstreffer obwohl ich mich zuvor auch nicht zu ihm angemeldet habe und nicht auf die II wollte.

Am besten mal zuhörengehen,denn dann lernt man seine Art kennen.Er redet nämlich nicht viel u. blättert dauernd in der Patientenakte,wirkt dadurch etwas mürrisch ist aber human,fair und wirklich nicht darauf aus einen durchfallen zu lassen.

st sicherlich keine schlechte Wahl - macht zwar während der Prüfung den Eindruck das ihn das ganze irgendwie langweilt oder das man doch eigentlich erheblich mehr zu seiner Fragestellung antworten könnte - hält sich aber bei seinen Fragen sehr an die Angiologie. Cave wenn ein Prüfling einen guten Eindruck macht kommen auch mal Zwischenfragen zu anderen Bereichen der Inneren vor und dann kann er auch ziemlich kleinlich werden : unterschied Digoxin Digitoxin nicht ganz genau - und schon ist der Einser dahin.

Ps Ekg ist bei Ihm echt nicht so wichtig – habe schon erlebt das ein Prüfling einem absolut normalen Ekg einen MI andichten wollte – hat auch nicht weiter gestört :-)

Zum Ekg sollte man aber den ublichen Weg zur diagnose koennen. (bei mir hat er naemlich eingeworfen: "So faengt man aber nicht an, das Ekg zu befunden!!!" Wollte naemlich gleich Blickdiagnose sagen...)

Hab die Interne heute hinter mich gebracht. Es hat sich zum Ablauf eigentlich nichts geändert. Man geht ca. 2 Stunden vor der Prüfung auf seine Station 19K und man bekommt dann dort einen Patienten. Bei ihm macht man dann die physikalische Krankenuntersuchung und Anamnese. Danach hat man dann Zeit sich vorzubereiten, den Patienten sozusagen vorzustellen. (Krankengeschichte, jetziger Aufnahmegrund, Medikamente etc)

Bei der Prüfung stellt man den Patienten vor. Je mehr du sagst, desto besser, zumindest war das so mein Eindruck heute.

Ich finde Prof Minar eigentlich ganz ok. Ich kann ihn halt schlecht einschätzen, weil er nicht wirklich viel von sich gibt. Ich hab den Greten gelernt, war ganz in Ordnung. Nachdem ich bei ihm ausgeschrieben war, hab ich mich auf die Kardio, Angio und was sonst noch so damit zusammenhängt konzentriert.

Also ich hatte bei ihm Prüfung und muß sagen, daß das ein absoluter Glücksfall war. Man bekommt auf jeden Fall einen Patienten von der Angio, d.h. pAVK plus Risikofaktoren lernen und dann klappt das auch, dazu noch die Medikamenten und alles läuft. Ich hab ihm einfach die Erkrankung des Patienten genannt pAVK plus Behandlung, dann dessen risikofaktoren: Hypertonie, rauchen, Hyperlipidämie und gleich die dazu gehörende Medikamentation und dann war er schon extrem glücklich und hat noch ein wenig zu den allgemeinen Medikamenten nachgefragt und dann sein Lieblingsthema die Lungenembolie und dann war es auch schon vorbei.

Ich schreib also mal die Fragensammlung auf, die meiner Meinung nach bei ihm komplett reichen sollte:

pAVK

Hypertonie

DM

chronische Niereninsuffizienz plus Folgen (Hypertonie,

Hyperkaliämie, sek. Hyperparathyreoidismus...)

Vaskulitiden

tiefe Beinvenenthrombose plus Risikofaktoren bei jungen Patienten

KHK

Herzinsuffizienz

Hyperlipidämie

COPD

Vorhofflimmern

Aortenstenose

Aortenaneurysma

Aortendissektion

Myokardinfarkt

Myokardszintigraphie

nephrotisches syndrom

orale Antidiabetika

Ace-Hemmer

Betablocker

Fibrinolytika

Statine und Co

dazu immer wirkungsmechanismus, Kontraindikation etc.

Pulsqualitäten, Herztöne

Hyperthyreose

Hypothyreose

alle Formen der sek. Hypertonie

Wenn man diese Sachen gut kann, denke ich, daß einem kaum noch was passieren kann, vor allem Medikamente sollte man gut können, dann ist es super bei ihm

Lungenembolie

ch war damals auch bei ihm. War echt super! Die Fs ist sicher sehr gut und zu 85% vollständig.

ABER

"Leider" prueft er immer den Patienten, dh. Es kommen sehr wohl M.Crohn, Ösophagitis, Antibiotika, Ikterus Bronchiektasen, Pneumonie(alles selbst gesehen)!!!

Aber wie gesagt die wahrscheinlichkeit einen Patienten, wie ... ihn bekam, ist sehr hoch!

Prof. Minar ist unbedingt empfehlenswert!!!auf alle Fälle hingehen- möglichst schon um 9h bei ihm auf der Station erscheinen.Man bekommt dann gleich einen Patienten(sehr häufig pavk)hat eine gute Stunde Zeit fürs Aufnahmegespräch(genau wie mans beim Famulieren auch macht). Wenn ihr Zeit habt (deswegen möglichst früh da sein!), dann könnt ihr noch mal alles wichtige im Buch nachschlagen.Nachdem wir erst um 14h Prüfung hatten, hat meine Kollegin sich sogar alles zu den Erkrankungen incl Pharma auf den Anamnesebogen geschrieben und bei der Prüfung nur abgelesen...sie hat einen 1er bekommen.Es war ihm egal! Die oben angegebenen Fragensammlungen sind gut.

Ich kann mich den Vormeinungen anschließen. Meine heutige Prüfung war wirklich sehr am Patienten orientiert. Ab 9 (nach der Morgenbesprechung) zu einem dortigen Arzt gehen, der dann den Pat. zuteilt. Dann habt ihr wirklich Zeit mit dem Patienten zu plaudern. Die Patienten haben meistens eine pAVK bei mir ist es allerdings dann hauptsächlich um die Einweisungsdiagnose gegangen, eine Anämie. Da die Patientin als ich aufs Zimmer kam grade ihre EisenInfusion bekam wars irgendwie naheliegend. Weiters is es dann um den Diabetes gegangen und ein bissi noch über ihren Schrittmacher. Passend dazu bekam ich ein Schrittmacher EKG und dann einen zweier. Am Ende fragt er dann die Patientin, die ich natürlich vorher mir wohlgesonnen stimmen konnte, welche Note ich verdient hätte. Alles in allem eine angenehme Prüfung.

War heute beim Herrn Prof. Minar zuhören. Es sind 2 Kandidaten angetreten davon ist einer durchgefallen.

Er ist sehr nett, geduldig und spricht nur wenig. Aber Vorsicht, nur Dinge erwähnen, wo man auch etwas dazu sagen kann.

Seine Fragen beziehen sich auf den Patienten, der auch anwesend ist. Pharma sollte man gut können, vorallem NW.

In meinen Augen auf alle Fälle empfehlenswert.