

- I.
 - Totraum (anatomisch-physiologisch, pathologisch, Fowler-Methode! :s)
 - Ggl. Stellatum (Anatomie, welche Fasern woher, Neurotransmitter Sympathikus)
 - Circulus arteriosus willisii
 - Präoperative Visite (Status, Fokus: Dauermedikation!!!, ...)
 - CO₂-Messung (Methode, Lambert-Beer-Gesetz)
 - Regulation der cerebralen Durchblutung (Autoregulation, Blutgase, ICP,...)

- II.
 - Metabolisierung und Ausscheidung von Medikamenten - Orte und Prinzipien sowie mögliche Störungen: Leber (Phase I und II), Plasma, Niere, Lunge, Spontanerfall
 - O₂-Bindungskurve (Zeichnen, Verschiebungen, spezieller: HbF)
 - Pulsoxymeter, Clark-Elektrode, Defibrillator (glücklicherweise technisch nur sehr rudimentär, Defi dann eher klinisch: Defib. vs. CV, Einzeichnen Refraktärzeit, monopolar vs. Bipolar, AC vs. DC)
 - Inhalationsanästhetika (Kinetik sehr grob, Wirkmechanismus sehr grob, Fokus auf unerwünschte Effekte: CO, Compound A, Flußsäure, Halothanhepatitis)
 - Fetale Zirkulation (Anatomie und welche Folge hat persistierender Ductus arteriosus?)

- III.
 - ICU-Aufnahme akut: 42-jähriger Kellner mit massiver Hämatemesis hellroten Blutes. RR: 90/60 mm Hg, HF: 104/min, etwas verwirrt, gelbliches Hautkolorit, C2-Anamnese negativ
 - Vorgehen akut
 - DD: obere GIT-Blutung
 - Leberpathologie generell: Diagnostik, DD, Therapie, Komplikationen (besonders: portale Hypertension, Encephalopathie, hepatorenales Syndrom)
 - laparoskopische Cholezystektomie, plötzlicher RR-Abfall von 150 mm Hg syst. auf 60 mm Hg syst.! Vorgehen und DD (Artefakt, Blutung, Kompression (Chirurg, Pneumoperitoneum, Spannungspneu, Pulmonalembolie, allergische Reaktion)
 - präoperative Diagnostik bei Pneumonektomie (ppo FEV1!)
 - Thoraxröntgen: Pneumothorax mit Weichteilemphysem, Infiltrat (DD)

- IV.
 - Präoperative Visite: Patient 74 Jahre, 175 cm, 91 Kg; Dauermedikation wegen art. Hypertonie und Angina pectoris, im Alltag normal belastbar. Elektive OP wegen Bauchaortenaneurysma.
 - Anamnese, Status, notwendige Voruntersuchungen (in der Angabe meiner Meinung nach widersprüchliche Angaben -> AP und normal belastbar!? Welche OP wird durchgeführt?, ...)
 - OP: PDK am Vortag (nachdem ich am OP-Tag wegen der intraoperativen Heparinisierung keinen legen wollte), dann OP in AN ohne Verwendung des PDK (Hypotension), Monitoring, Vorgehen bei Clamping und Declamping.
 - Postoperativ auf ICU: Patient kann Beine nicht bewegen -> DD und Diagnostik

- Voruntersuchungen und Narkoseführung bei chron. Mitralinsuffizienz, sowie häufigste Ursachen derselben.
- EKG: tachykardes Vorhofflimmern, DD: hohes R in V1
- Regionalanästhesie bei Radiusfraktur