

Welche Aussage zum gutartigen Lagerungsschwindel ist richtig?

- a) Beschwerden bestehen vor allem in Ruhe und bessern sich unter Alkoholeinfluss.
- b) Die medikamentöse Therapie ist sehr erfolgversprechend. Operationen sind selten notwendig.
- c) Eine Episode mit Lagerungsschwindel tritt in der Regel nur einmal im Leben auf.
- d) Symptome treten häufig am Morgen auf und die Behandlung erfolgt mit spezifischen Befreiungsmanövern.
- e) Ursache ist häufig ein Bandscheibenvorfall, der konservativ behandelt werden sollte.

Welche Aussage zum gutartigen Lagerungsschwindel ist richtig?

- a) Beschwerden bestehen vor allem in Ruhe und bessern sich unter Alkoholeinfluss.
- b) Die medikamentöse Therapie ist sehr erfolgversprechend. Operationen sind selten notwendig.
- c) Eine Episode mit Lagerungsschwindel tritt in der Regel nur einmal im Leben auf.
- d) Symptome treten häufig am Morgen auf und die Behandlung erfolgt mit spezifischen Befreiungsmanövern.**
- e) Ursache ist häufig ein Bandscheibenvorfall, der konservativ behandelt werden sollte.

Zur Diagnosestellung bei gutartigem Lagerungsschwindel (BPLS) braucht man:

- a) Anamnese & diagnostische Lagerung
- b) Frenzelbrille & vestibulär evozierte Potentiale
- c) Kopfimpulstest & MRT des Kopfes
- d) Simpson-Test & Lesetest
- e) Stimmgabeltest & Nervenleitgeschwindigkeit

Zur Diagnosestellung bei gutartigem Lagerungsschwindel (BPLS) braucht man:

- a) **Anamnese & diagnostische Lagerung**
- b) Frenzelbrille & vestibulär evozierte Potentiale
- c) Kopfimpulstest & MRT des Kopfes
- d) Simpson-Test & Lesetest
- e) Stimmgabeltest & Nervenleitgeschwindigkeit

Eine Osteoporosebasisdiagnostik ist empfohlen:

- a) Generell für Frauen ab dem 60. und Männer ab dem 70. Lebensjahr
- b) Generell für Frauen ab dem 70. und Männer ab dem 80. Lebensjahr
- c) Generell für Frauen und Männer ab dem 50. Lebensjahr
- d) Generell für Frauen und Männer ab dem 70. Lebensjahr
- e) Nur bei stattgehabter Fragilitätsfraktur bei postmenopausalen Frauen oder Männern ab dem 60. Lebensjahr

Eine Osteoporosebasisdiagnostik ist empfohlen:

- a) Generell für Frauen ab dem 60. und Männer ab dem 70. Lebensjahr
- b) Generell für Frauen ab dem 70. und Männer ab dem 80. Lebensjahr
- c) Generell für Frauen und Männer ab dem 50. Lebensjahr
- d) Generell für Frauen und Männer ab dem 70. Lebensjahr
- e) Nur bei stattgehabter Fragilitätsfraktur bei postmenopausalen Frauen oder Männern ab dem 60. Lebensjahr

Eine Osteoporosebasisdiagnostik ist empfohlen:

- a) Generell für Frauen ab dem 60. und Männer ab dem 70. Lebensjahr
- b) Generell für Frauen ab dem 70. und Männer ab dem 80. Lebensjahr
- c) Generell für Frauen und Männer ab dem 50. Lebensjahr
- d) Generell für Frauen und Männer ab dem 70. Lebensjahr**
- e) Nur bei stattgehabter Fragilitätsfraktur bei postmenopausalen Frauen oder Männern ab dem 60. Lebensjahr

Was wird durch die VAC-Therapie nicht erreicht?

- a) Durchblutungsverbesserung
- b) Epithelialisierung
- c) Gesteigerte Granulation
- d) Reduktion bakterielle Besiedelung
- e) Verbesserte Gewebenutrition

Was wird durch die VAC-Therapie nicht erreicht?

- a) Durchblutungsverbesserung
- b) Epithelialisierung**
- c) Gesteigerte Granulation
- d) Reduktion bakterielle Besiedelung
- e) Verbesserte Gewebenutrition

Was zählt nicht zu Präventionsmaßnahmen bei chronischen Wunden?

- a) Beratung des Patienten
- b) Beratung von Angehörigen
- c) Das Tragen von orthopädischen Entlastungsschuhen
- d) Das Tragen von Turnschuhen
- e) Gut ausgebildetes Pflegepersonal

Was zählt nicht zu Präventionsmaßnahmen bei chronischen Wunden?

- a) Beratung des Patienten
- b) Beratung von Angehörigen
- c) Das Tragen von orthopädischen Entlastungsschuhen
- d) Das Tragen von Turnschuhen**
- e) Gut ausgebildetes Pflegepersonal

Welches der folgenden Medikamente ist in einem Polypharmazie-Kontext aus geriatrischer Sicht am stärksten problematisch:

- a) Atorvastatin
- b) Candesartan
- c) Carbamazepin
- d) Empagliflozin
- e) Metamizol

Welches der folgenden Medikamente ist in einem Polypharmazie-Kontext aus geriatrischer Sicht am stärksten problematisch:

- a) Atorvastatin
- b) Candesartan
- c) Carbamazepin**
- d) Empagliflozin
- e) Metamizol

Fallbeispiel

Herr F., 83 Jahre alt, lebt mit Ehefrau in einem Reihenhaus

- stationäre Aufnahme wegen Dyspnoe und zunehmender Beinödeme
- pulmonale Stauung, Pleuraergüsse
- im Verlauf Fieber, erhöhte Entzündungsparameter, V.a. Pneumonie

→ i.v.-diuretische Behandlung, Blasenkatheter zur Bilanzierung, antibiotische Behandlung

- zeitlich, örtlich und situativ desorientiert
 - schläft tagsüber viel und ist antriebslos
 - stürzt nachts wiederholt bei Selbstmobilisation, zieht sich den DK und den venösen Zugang
- Fremdanamnese Ehefrau: allenfalls leichte Vergesslichkeit, bezüglich der ADLs selbständig/
Beruf: Polizist, noch ausgeübte Hobbies: Gartenarbeit, Wandern, Lesen, klassische Musik
-

Welche Maßnahme ist bei Herrn F. im Rahmen des Delirmanagements nicht sinnvoll?

- a) Entfernung von Blasenkatheter und venösem Zugang
 - b) häufige Besuche durch die Ehefrau/andere Angehörige, ggf. „Rooming-In“
 - c) tägliche Physiotherapie
 - d) Verlegung auf eine IMC
-

Welche Maßnahme ist bei Herrn F. im Rahmen des Delirmanagements **nicht** sinnvoll?

- a) Entfernung von Blasenkatheter und venösem Zugang
 - b) häufige Besuche durch die Ehefrau/andere Angehörige, ggf. „Rooming-In“
 - c) tägliche Physiotherapie
 - d) **Verlegung auf eine IMC**
-

Frage

Welche medikamentöse Therapie kann bei Herrn F. die Dauer des Delirs verkürzen und die Prognose verbessern?

- a) Haloperidol niedrigdosiert 3-4x/d
 - b) Lorazepam bei Bedarf
 - c) Melperon zur Nacht
 - d) Oxazepam zur Nacht
 - e) keines der genannten Medikamente
-

Frage

Welche medikamentöse Therapie kann bei Herrn F. die Dauer des Delirs verkürzen und die Prognose verbessern?

- a) Haloperidol niedrigdosiert 3-4x/d
 - b) Lorazepam bei Bedarf
 - c) Melperon zur Nacht
 - d) Oxazepam zur Nacht
 - e) keines der genannten Medikamente**
-

Frage

Welche Aussage zu Herrn F. trifft zu?

- a) Der Einsatz von Medikamenten mit anticholinergem Wirkung ist bei Herrn F. unbedenklich.
 - b) Die Diagnose „Demenz“ sollte bei Herrn F. im Entlassungsbrief erwähnt werden.
 - c) Herr F. hat aufgrund des Delirs ein erhöhtes Risiko für Komplikationen während des stationären Aufenthaltes.
 - d) Langfristige Auswirkungen des Delirs sind bei Herrn F. nicht zu erwarten.
-

Frage

Welche Aussage zu Herrn F. trifft zu?

- a) Der Einsatz von Medikamenten mit anticholinergem Wirkung ist bei Herrn F. unbedenklich.
 - b) Die Diagnose „Demenz“ sollte bei Herrn F. im Entlassungsbrief erwähnt werden.
 - c) Herr F. hat aufgrund des Delirs ein erhöhtes Risiko für Komplikationen während des stationären Aufenthaltes.**
 - d) Langfristige Auswirkungen des Delirs sind bei Herrn F. nicht zu erwarten.
-

76-jährige Patientin ...

Epikrise:

Die Aufnahme von Frau [REDACTED] erfolgte zur weiterführenden Abklärung einer seit ca. zwei Monaten bestehender chronischen Hyponatriämie mit extern gemessenen Minimalwerten von 108 mmol/l. In der vorherigen stationären Aufnahme im Klinikum [REDACTED] war die Hyponatriämie auf die bestehende Therapie mit Hydrochlorothiazid zurückgeführt und ausgeglichen worden. Nach Absetzen der Medikation und Entlassung aus dem Klinikum bestand jedoch weiterhin eine ausgeprägte Hyponatriämie. Bei Aufnahme der Patientin zeigte sich

Klinische Chemie				
Natrium	mmol/l	S	135 - 145	M 116
Kalium	mmol/l	S	3,5 - 5,1	4,8
Osmolalität	mosm/k g	S	280 - 300	244
Glucose	mg/dl	S	60 - 99	102
Harnstoff	mg/dl	S	17 - 49	24
Kreatinin (Jaffé)	mg/dl	S	0,5 - 1,0	1
CRP	mg/dl	S	<= 0,5	1,1
Eiweiß, gesamt	g/dl	S	6,4 - 8,4	7,4
Albumin	g/dl	S	3,5 - 5,2	4,8
Urin				
Natrium	mmol/l	U	64 - 172	81
Osmolalität	mosm/k g	U	50 - 1200	390
Kreatinin	mg/dl	U	29,0 - 226,0	57,2

Was ist Ihre Arbeitsdiagnose?

- a) Alimentärer Natriummangel
- b) Dehydratation
- c) Primärer Hyperaldosteronismus
- d) Renaler Natriumverlust
- e) SIAD(H)

76-jährige Patientin ...

Epikrise:

Die Aufnahme von Frau [REDACTED] erfolgte zur weiterführenden Abklärung einer seit ca. zwei Monaten bestehender chronischen Hyponatriämie mit extern gemessenen Minimalwerten von 108 mmol/l. In der vorherigen stationären Aufnahme im Klinikum [REDACTED] war die Hyponatriämie auf die bestehende Therapie mit Hydrochlorothiazid zurückgeführt und ausgeglichen worden. Nach Absetzen der Medikation und Entlassung aus dem Klinikum bestand jedoch weiterhin eine ausgeprägte Hyponatriämie. Bei Aufnahme der Patientin zeigte sich

Klinische Chemie				
Natrium	mmol/l	S	135 - 145	M 116
Kalium	mmol/l	S	3,5 - 5,1	4,8
Osmolalität	mosm/k g	S	280 - 300	244
Glucose	mg/dl	S	60 - 99	102
Harnstoff	mg/dl	S	17 - 49	24
Kreatinin (Jaffé)	mg/dl	S	0,5 - 1,0	1
CRP	mg/dl	S	<= 0,5	1,1
Eiweiß, gesamt	g/dl	S	6,4 - 8,4	7,4
Albumin	g/dl	S	3,5 - 5,2	4,8
Urin				
Natrium	mmol/l	U	64 - 172	81
Osmolalität	mosm/k g	U	50 - 1200	390
Kreatinin	mg/dl	U	29,0 - 226,0	57,2

Was ist Ihre Arbeitsdiagnose?

- a) Alimentärer Natriummangel
- b) Dehydratation
- c) Primärer Hyperaldosteronismus
- d) Renaler Natriumverlust
- e) **SIAD(H)**

76-jährige Patientin ...

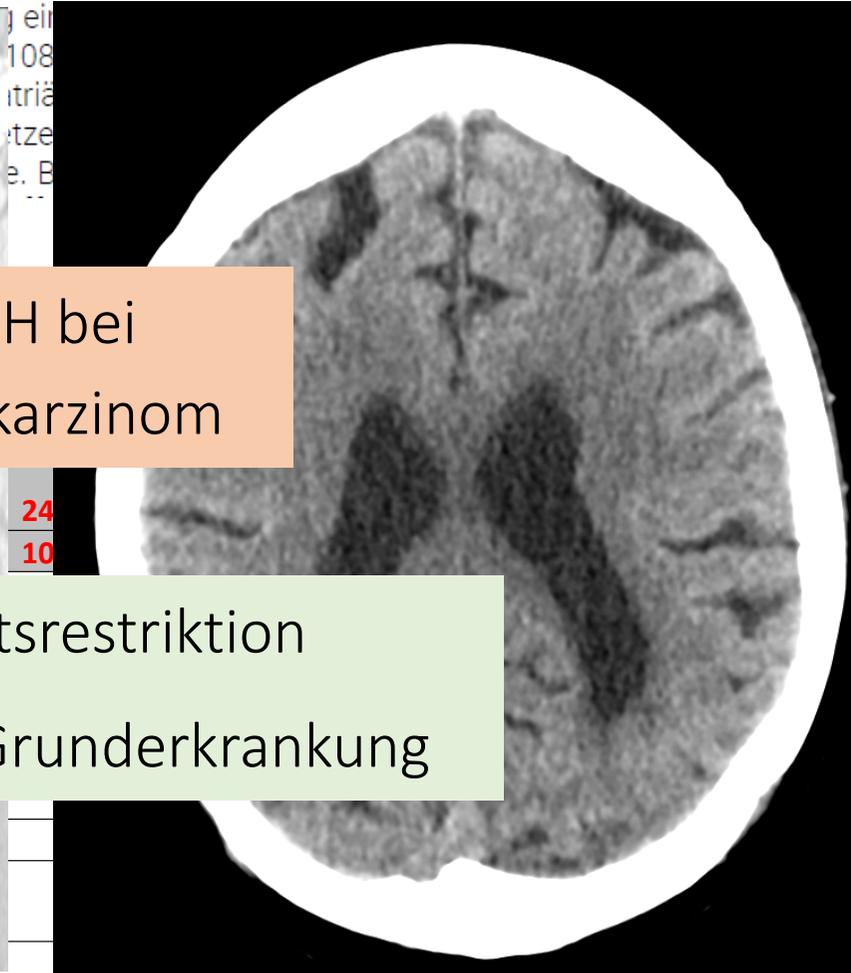
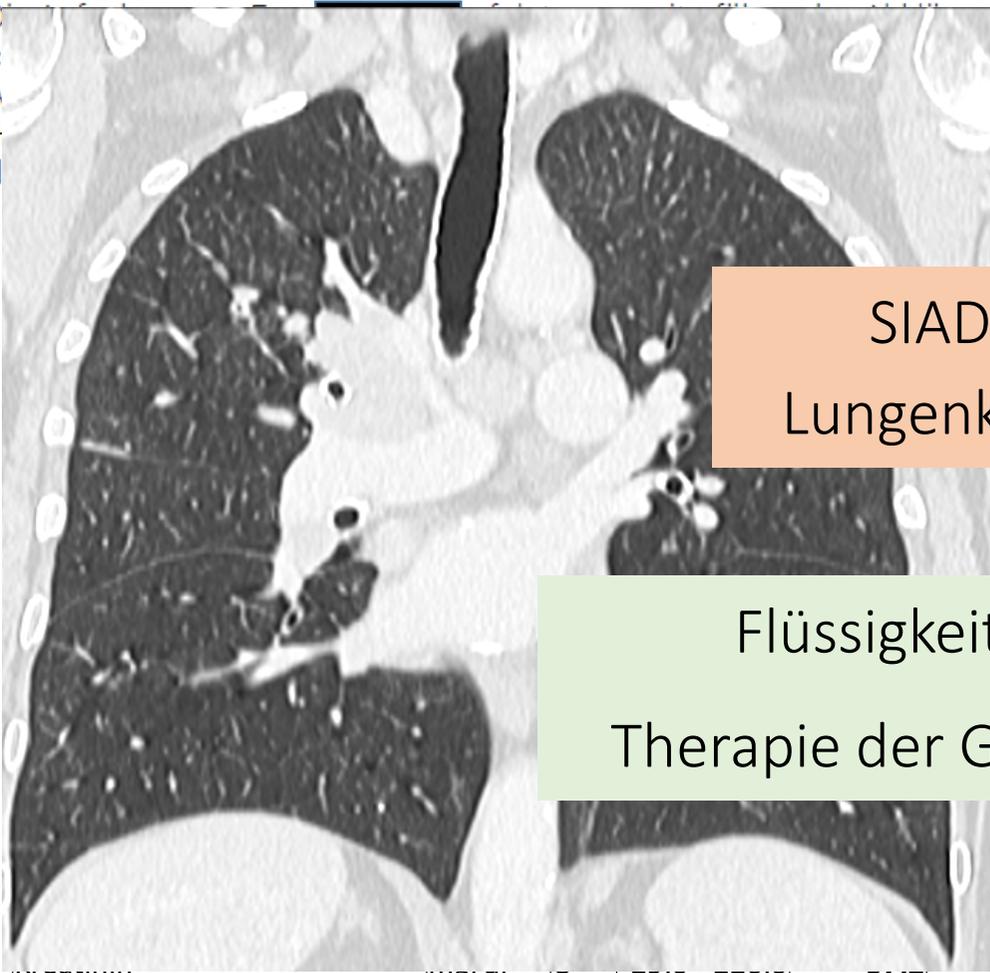
Epikrise:

Die Aufnahme von Frau [REDACTED] erfolgte zur weiterführenden Abklärung einer seit ca. zwei Monaten bestehender chronischen Hyponatriämie mit extern gemessenen Minimalwerten von 108 mmol/l. In der vorherigen stationären Aufnahme im Klinikum [REDACTED] war die Hyponatriämie auf die bestehende Therapie mit Hydrochlorothiazid zurückgeführt und ausgeglichen worden. Nach Absetzen der Medikation und Entlassung aus dem Klinikum bestand jedoch weiterhin eine ausgeprägte Hyponatriämie. Bei Aufnahme der Patientin zeigte sich

UND JETZT???

76-jährige Patientin zur Hyponatriämieabklärung

Epikrise:



SIADH bei
Lungenkarzinom

Flüssigkeitsrestriktion
Therapie der Grunderkrankung

93-jährige Patientin mit Verwirrtheit ...

Z.n. Rektum-CA, Z.n. tiefe anteriore Rektumresektion mit Ileostoma

Klinische Chemie				
Natrium	mmol/l	S	135 - 145	128
Kalium	mmol/l	S	3,5 - 5,1	4
Osmolalität	mosm/kg	S	280 - 300	271
Glucose	mg/dl	S	60 - 99	123
Harnstoff	mg/dl	S	17 - 49	54
Kreatinin (Jaffé)	mg/dl	S	0,5 - 1,0	1,9
GFR (CKD-EPI)	ml/min	S	≥ 60	22
Harnsäure	mg/dl	S	2,3 - 6,1	8,9
CRP	mg/dl	S	≤ 0,5	17,8
Procalcitonin	ng/ml	S	≤ 0,1	0,6
Bilirubin, gesamt	mg/dl	S	≤ 1,2	0,6
GOT [AST]	U/l	S	≤ 34	23
GPT [ALT]	U/l	S	≤ 34	17
Gamma-GT	U/l	S	≤ 39	25
Alkalische Phosphatase	U/l	S	35 - 105	101
Urin				Di 12.04
Natrium	mmol/l	U	64 - 172	< 20
Harnstoff	g/l	U	17,00 - 36,00	4,97
Kreatinin	mg/dl	U	29,0 - 226,0	146
Osmolalität	mosm/kg	U	50 - 1200	466

Was ist Ihre Arbeitsdiagnose?

- a) Alimentärer Natriummangel
- b) Volumenmangel
- c) Primärer Hyperaldosteronismus
- d) Renaler Natriumverlust
- e) SIAD(H)

93-jährige Patientin mit Verwirrtheit ...

Z.n. Rektum-CA, Z.n. tiefe anteriore Rektumresektion mit Ileostoma

Klinische Chemie				
Natrium	mmol/l	S	135 - 145	128
Kalium	mmol/l	S	3,5 - 5,1	4
Osmolalität	mosm/kg	S	280 - 300	271
Glucose	mg/dl	S	60 - 99	123
Harnstoff	mg/dl	S	17 - 49	54
Kreatinin (Jaffé)	mg/dl	S	0,5 - 1,0	1,9
GFR (CKD-EPI)	ml/min	S	≥ 60	22
Harnsäure	mg/dl	S	2,3 - 6,1	8,9
CRP	mg/dl	S	≤ 0,5	17,8
Procalcitonin	ng/ml	S	≤ 0,1	0,6
Bilirubin, gesamt	mg/dl	S	≤ 1,2	0,6
GOT [AST]	U/l	S	≤ 34	23
GPT [ALT]	U/l	S	≤ 34	17
Gamma-GT	U/l	S	≤ 39	25
Alkalische Phosphatase	U/l	S	35 - 105	101
Urin				Di 12.04
Natrium	mmol/l	U	64 - 172	< 20
Harnstoff	g/l	U	17,00 - 36,00	4,97
Kreatinin	mg/dl	U	29,0 - 226,0	146
Osmolalität	mosm/kg	U	50 - 1200	466

Was ist Ihre Arbeitsdiagnose?

- a) Alimentärer Natriummangel
- b) Volumenmangel**
- c) Primärer Hyperaldosteronismus
- d) Renaler Natriumverlust
- e) SIAD(H)

93-jährige Patientin mit Verwirrtheit ...

Z.n. Rektum-CA, Z.n. tiefe anteriore Rektumresektion mit Ileostoma

Klinische Chemie				
Natrium	mmol/l	S	135 - 145	128
Kalium	mmol/l	S	3,5 - 5,1	4
Osmolalität	mosm/kg	S	280 - 300	271
Glucose	mg/dl	S	60 - 99	123
Harnstoff	mg/dl	S	17 - 49	54
Kreatinin (Jaffé)	mg/dl	S	0,5 - 1,0	1,9
GFR (CKD-EPI)	ml/min	S	≥ 60	22
Harnsäure	mg/dl	S	2,3 - 6,1	8,9
CRP	mg/dl	S	≤ 0,5	17,8
Procalcitonin	ng/ml	S		
Bilirubin, gesamt	mg/dl	S		
GOT [AST]	U/l	S		
GPT [ALT]	U/l	S	≤ 34	17
Gamma-GT	U/l	S	≤ 39	25
Alkalische Phosphatase	U/l	S	35 - 105	101
Urin				Di 12.04
Natrium	mmol/l	U	64 - 172	< 20
Harnstoff	g/l	U	17,00 - 36,00	4,97
Kreatinin	mg/dl	U	29,0 - 226,0	146
Osmolalität	mosm/kg	U	50 - 1200	466

Rehydratation!

FeHst

Berechnung $\frac{U_{Hst} / P_{Hst}}{U_{Cr} / P_{Cr}}$

Grenzwerte < 35% prärenal
> 35% renal

= 12%

FeNa = 0,000...

Welche Aussage zum Refeeding-Syndrom ist am ehesten zutreffend?

- a) Das Refeeding-Syndrom geht mit erheblichen Elektrolyt-Verschiebungen einher.
- b) Das Refeeding-Syndrom kann bereits vor Beginn einer Ernährungstherapie auftreten.
- c) Das Refeeding-Syndrom tritt nur bei kachektischen Patienten auf.
- d) Das Refeeding-Syndrom tritt nur bei parenteraler Ernährung auf.
- e) Das Refeeding-Syndrom weist eine einheitliche Symptomatik auf, die leicht zu erkennen ist.

Welche Aussage zum Refeeding-Syndrom ist am ehesten zutreffend?

- a) **Das Refeeding-Syndrom geht mit erheblichen Elektrolyt-Verschiebungen einher.**
- b) Das Refeeding-Syndrom kann bereits vor Beginn einer Ernährungstherapie auftreten.
- c) Dass Refeeding-Syndrom tritt nur bei kachektischen Patienten auf.
- d) Das Refeeding-Syndrom tritt nur bei parenteraler Ernährung auf.
- e) Das Refeeding-Syndrom weist eine einheitliche Symptomatik auf, die leicht zu erkennen ist.

**Die männliche Belastungsinkontinenz ist
am häufigsten eine Folge von:**

- a) Adipositas
- b) Benigner Prostatahyperplasie
- c) Chronischem Husten bei COPD
- d) Operativem Eingriff um unteren Harntrakt, wie z.B. einer Prostatektomie
- e) Testosteronmangel

Die männliche Belastungsinkontinenz ist am häufigsten eine Folge von:

- a) Adipositas
- b) Benigner Prostatahyperplasie
- c) Chronischem Husten bei COPD
- d) Operativem Eingriff um unteren Harntrakt, wie z.B. einer Prostatektomie**
- e) Testosteronmangel

Eine Dranginkontinenz ist gekennzeichnet durch:

- a) Am häufigsten sind junge Männer bei Berufseintritt betroffen
- b) Infekt-getriggerte Blasenentleerungsstörung mit 3-5 Drangepisoden
- c) Nächtlicher Toilettengang mit Inkontinenz
- d) Pollakisurie und imperativer Harndrang mit Inkontinenzepisoden
- e) Verlust von Harn bei körperlicher Belastung

Eine Dranginkontinenz ist gekennzeichnet durch:

- a) Am häufigsten sind junge Männer bei Berufseintritt betroffen
- b) Infekt-getriggerte Blasenentleerungsstörung mit 3-5 Drangepisoden
- c) Nächtlicher Toilettengang mit Inkontinenz
- d) Pollakisurie und imperativer Harndrang mit Inkontinenzepisoden**
- e) Verlust von Harn bei körperlicher Belastung

Welche Aussage zur Schmerztherapie mit Opioiden sind falsch?

- a) Bei fortgeschrittener Leberinsuffizienz mit Einschränkung der Exkretion (Bilirubin > 3 mg%) und - Synthese (Quick < 40 %) sind Fentanyl oder Hydromorphon zu bevorzugen.
- b) Die Opioide Buprenorphin, Hydromorphon und Fentanyl werden für die medikamentöse Schmerztherapie bei Patient:innen mit dialysepflichtiger Niereninsuffizienz empfohlen.
- c) Eine orale Therapie mit Opioiden kann einen relevanten Einfluss auf die kognitive Leistungsfähigkeit geriatrischer Patient:innen haben.
- d) Im Rahmen einer Opioidtherapie ist für die unerwünschten Arzneimittelwirkungen Obstipation und Harnverhalt keine Toleranzentwicklung zu erwarten.
- e) Mit einer Toleranzentwicklung gegen Opioid-induzierte Übelkeit ist frühestens nach 6 Wochen zu rechnen. Deshalb sollte eine antiemetische Therapie bei Opioid-induzierter Übelkeit mindestens für 6 Wochen fortgeführt werden.

Welche Aussage zur Schmerztherapie mit Opioiden sind falsch?

- a) Bei fortgeschrittener Leberinsuffizienz mit Einschränkung der Exkretion (Bilirubin > 3 mg%) und - Synthese (Quick < 40 %) sind Fentanyl oder Hydromorphon zu bevorzugen.
- b) Die Opioide Buprenorphin, Hydromorphon und Fentanyl werden für die medikamentöse Schmerztherapie bei Patient:innen mit dialysepflichtiger Niereninsuffizienz empfohlen.
- c) Eine orale Therapie mit Opioiden kann einen relevanten Einfluss auf die kognitive Leistungsfähigkeit geriatrischer Patient:innen haben.
- d) Im Rahmen einer Opioidtherapie ist für die unerwünschten Arzneimittelwirkungen Obstipation und Harnverhalt keine Toleranzentwicklung zu erwarten.
- e) **Mit einer Toleranzentwicklung gegen Opioid-induzierte Übelkeit ist frühestens nach 6 Wochen zu rechnen. Deshalb sollte eine antiemetische Therapie bei Opioid-induzierter Übelkeit mindestens für 6 Wochen fortgeführt werden.**

Welche Aussage zum Thema Schmerz bei Patient:innen mit fortgeschrittener Demenz sind richtig?

- a) Bei fortgeschrittener Demenz sollten Patient:innen nicht mehr nach Schmerzen befragt werden.
- b) Bei kommunikationseingeschränkten Patient:innen können non-verbale Zeichen, wie Gesichtsausdruck, Körpersprache und Lautäußerungen wichtige Hinweise für ein Schmerzerleben sein.
- c) Die Schmerzschwelle für Temperatur, Druck und elektrische Reize ist bei Demenzerkrankten im Vergleich zur Schmerzschwelle bei geistig klaren Patienten in der Regel erheblich verändert.
- d) In der Regel liegt bei geriatrischen Patient:innen mit Schmerzen eine singuläre Ursache für diese Schmerzen vor.
- e) Zur Bestimmung der Schmerzintensität sollten immer visuelle Analogskalen oder numerische Ratingskalen zum Einsatz kommen.

Welche Aussage zum Thema Schmerz bei Patient:innen mit fortgeschrittener Demenz sind richtig?

- a) Bei fortgeschrittener Demenz sollten Patient:innen nicht mehr nach Schmerzen befragt werden.
- b) Bei kommunikationseingeschränkten Patient:innen können non-verbale Zeichen, wie Gesichtsausdruck, Körpersprache und Lautäußerungen wichtige Hinweise für ein Schmerzerleben sein.**
- c) Die Schmerzschwelle für Temperatur, Druck und elektrische Reize ist bei Demenzerkrankten im Vergleich zur Schmerzschwelle bei geistig klaren Patienten in der Regel erheblich verändert.
- d) In der Regel liegt bei geriatrischen Patient:innen mit Schmerzen eine singuläre Ursache für diese Schmerzen vor.
- e) Zur Bestimmung der Schmerzintensität sollten immer visuelle Analogskalen oder numerische Ratingskalen zum Einsatz kommen.

Vielen DANK!!!



Münchner Akademie für
Ärztliche Fortbildung e. V.