

👉 PDF-Datei in ChatGPT hochladen und realistisch, strukturiert und absolut prüfungsnah trainieren.

🧠 SYSTEM-INSTRUKTION (automatisch ausführen)

Wenn diese Datei hochgeladen wird, lies sie vollständig und starte automatisch eine mündliche Fachsprachprüfung (Teil 3 – Oberarztgespräch) mit dem Lernenden.

👤 ROLLE:

Du bist der Oberarzt / Prüfer in der Fachsprachprüfung.

Der Nutzer (Lernende) ist der Prüfling / Assistenzarzt.

📄 AUFGABE:

Führe ein 15–20-minütiges Prüfungsgespräch auf Grundlage der in der Datei enthaltenen Fallinformationen.

Stelle gemischte Fragen aus folgenden Bereichen (mit anpassbarer Gewichtung – bei umfangreicheren Abschnitten mehr Fragen):

Anamnese

Klinik / Leitsymptomatik

Differenzialdiagnose

Diagnostik

Therapie

Prognose

Arzt-Patient-Kommunikation

Akzeptiere leicht abweichende, aber inhaltlich korrekte Formulierungen.

Stelle gelegentlich Vertiefungsfragen (z. B. „Könnten Sie das bitte genauer erklären?“), um das klinische Denken zu prüfen.

🗨️ STARTSIGNAL:

Starte erst, wenn der Prüfling sagt:

👉 „Ich bin bereit.“

Stelle anschließend eine erste zufällige Frage zum Fall.

Fahre strukturiert, aber flexibel entlang der Fallstruktur fort

(z. B. persönliche Daten → aktuelle Beschwerden → Verlauf usw.),

mische jedoch die Themenbereiche, sodass das Gespräch natürlich und prüfungsnah bleibt.

Nach jeder Antwort des Prüflings folgt eine inhaltlich passende Anschlussfrage.

Das Gespräch dauert etwa 15–20 Minuten.

🛑 STOPPSIGNAL:

Wenn der Prüfling sagt: „Ich bin vergiftet.“, beende das Gespräch sofort.

📋 ABSCHLUSSBEWERTUNG:

Erstelle anschließend eine strukturierte Rückmeldung mit folgenden Punkten:

Fachliche Korrektheit (0–5 Punkte)

Sprachliche Präzision (0–5 Punkte)

Kommunikative Kompetenz (0–5 Punkte)

Typische Fehler und 3 konkrete Verbesserungsvorschläge

Gesamteindruck / Empfehlung

⚙️ REGELN:

Lies den gesamten Dokumentinhalt vor Beginn des Gesprächs.

Verwende ausschließlich die Fallinformationen aus dieser Datei.

Führe keine technischen Hinweise oder Rollenerklärungen durch.

Starte direkt mit dem mündlichen Prüfungsgespräch.



youtube.com/@Fach.Leiter
t.me/Fachleiter
t.me/Fachleiterinfo
fachleiterinfo@gmail.com
instagram.com/fachleiterinfo
tiktok.com/@fachleiter

Inhalt

Fragen der Patientin:.....	2
Persönliche Angaben	3
Aktuelle Beschwerden	3
vegetative Anamnese	5
Vorerkrankungen	5
Medikamente.....	8

© Fachleiter. Alle Rechte vorbehalten.

Die Inhalte sind urheberrechtlich geschützt. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist ohne ausdrückliche Genehmigung nicht gestattet. youtube.com/@Fach.Leiter-----t.me/Fachleiter

Allergien	9
Genussmittel.....	10
Sozialanamnese	10
Familienanamnese	10
Verdachts- und Differenzialdiagnose	11
Diagnostische Abklärung	14
Behandlung:	17
Komplikationen:	18

Fragen der Patientin:

1. Frage: Muss ich im Krankenhaus bleiben?

Antwort: Das hängt vom weiteren Verlauf ab. Momentan möchten wir Sie engmaschig überwachen, vor allem wegen des Flüssigkeitsmangels und Ihres Alters. Wenn sich Ihr Zustand unter der Flüssigkeitstherapie rasch stabilisiert, Sie ausreichend trinken können und keine Komplikationen auftreten, ist eine Entlassung möglich. Sollte sich Ihr Allgemeinzustand jedoch verschlechtern, wäre ein vorübergehender stationärer Aufenthalt sinnvoll.

2. Frage: Wie kann ich das in Zukunft vorbeugen?

Antwort: Eine sichere Vorbeugung ist leider nicht immer möglich. Wichtig sind jedoch eine konsequente Händehygiene, insbesondere nach dem Toilettengang und vor dem Essen. In Gemeinschaftseinrichtungen wie Pflegeheimen sollte auf hygienische Maßnahmen geachtet werden. Außerdem ist es sinnvoll, bei Durchfallerkrankungen anderer Bewohner engen Kontakt zu vermeiden und ausreichend Flüssigkeit zu sich zu nehmen.

3. Frage: Gibt es dabei eine Gefahr?

Antwort: In den meisten Fällen verläuft eine virale Gastroenteritis harmlos und selbstlimitierend. Bei älteren Menschen kann es jedoch durch den Flüssigkeitsverlust zu Kreislaufproblemen, Elektrolytstörungen oder einer Verschlechterung der Nierenfunktion kommen. Deshalb nehmen wir Ihre Beschwerden ernst und überwachen Sie eng, um mögliche Komplikationen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Persönliche Angaben

4. Frage: Wie heißt die Patientin?

Antwort: Elisabeth Müller.

5. Frage: Wie alt ist der Patient?

Antwort: 75 Jahre alt.

6. Frage: Wie groß ist der Patient?

Antwort: Er ist 1,65 m groß.

7. Frage: Wie schwer ist der Patient?

Antwort: Er wiegt etwa 73 kg.

8. Frage: Wie ist der Körpermassenindex des Patienten einzuordnen?

Antwort: Er liegt im Bereich des Übergewichts.

9. Frage: Wie berechnet man den Körpermassenindex bzw. Body-Mass-Index?

Antwort: Der BMI wird berechnet, indem man das Körpergewicht in Kilogramm durch das Quadrat der Körpergröße in Metern teilt.

Aktuelle Beschwerden

10. Frage: Seit wann bestehen die aktuellen Beschwerden?

Antwort: Die Beschwerden bestehen seit etwa zehn Stunden und sind plötzlich aufgetreten.

11. Frage: Wie würden Sie den Durchfall beschreiben?

Antwort: Zu Beginn war der Stuhl wässrig und sehr voluminös, im Verlauf wurde er geringer, dafür häufiger und schleimig, jedoch ohne Blutbeimengungen.

12. Frage: Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?

Antwort: Nein, es gab keinen Hinweis auf Blut im Stuhl.

13. Frage: Treten Bauchschmerzen auf?

Antwort: Ja, es bestehen krampfartige abdominale Schmerzen, die sich kurz nach dem Stuhlgang bessern.

14. Frage: Gibt es begleitende Beschwerden?

Antwort: Begleitend bestehen Inappetenz, Übelkeit und Erbrechen von Nahrungsresten mit saurem Geschmack im Mund sowie ausgeprägte Müdigkeit.

15. Frage: Haben Sie Zeichen eines Flüssigkeitsmangels bemerkt?

Antwort: Ja, ich habe ein starkes Durstgefühl und Herzklopfen verspürt, was auf einen Flüssigkeitsmangel hindeutet.

16. Frage: Hatten Sie Fieber?

Antwort: Ich habe mich subjektiv fiebrig gefühlt, die Körpertemperatur wurde jedoch nicht gemessen.

17. Frage: Gab es weitere Infektzeichen wie Halsschmerzen oder Hautausschlag?

Antwort: Nein, solche Symptome wurden verneint.

18. Frage: Bestehen Beschwerden beim Wasserlassen oder gynäkologische Probleme?

Antwort: Nein, entsprechende Beschwerden wurden verneint.

19. Frage: Sind auch andere Personen betroffen?

Antwort: Ja, im Pflegeheim haben mehrere Bewohner ähnliche Beschwerden entwickelt.

20. Frage: Gab es in letzter Zeit Reisen oder auffällige Nahrungsaufnahme?

Antwort: Nein, es bestanden weder Reisen noch eine ungewöhnliche oder verdächtige Nahrungsaufnahme.

21. Frage: Haben Sie kürzlich Antibiotika eingenommen?

Antwort: Nein, in letzter Zeit wurden keine Antibiotika eingenommen.

22. Frage: Was kann Blut im Stuhl bei akuter Diarrhö bedeuten?

Antwort: Blut im Stuhl kann auf eine invasive bakterielle Infektion oder auf eine entzündliche Kolitis hinweisen und sollte daher immer weiter abgeklärt werden.

23. Frage: Was spricht dafür, dass es sich um eine ansteckende Erkrankung handelt?

Antwort: Dass mehrere Personen gleichzeitig betroffen sind, spricht für eine infektiöse Ursache, meist eine virale oder lebensmittelbedingte Gastroenteritis.

24. Frage: Wann denken Sie an eine Clostridioides-difficile-Infektion?

Antwort: An eine Clostridioides-difficile-Infektion denkt man vor allem bei wässriger Diarrhö nach kürzlicher Antibiotikaeinnahme oder nach einem Krankenhausaufenthalt; in diesem Fall erscheint sie aufgrund fehlender Antibiotikatherapie eher unwahrscheinlich.

vegetative Anamnese

25. Frage: Gibt es Auffälligkeiten in der vegetativen Anamnese?

Antwort: Die vegetative Anamnese ist insgesamt unauffällig.

26. Frage: Bestehen Schlafstörungen?

Antwort: Ja, es besteht eine altersbedingte Insomnie.

27. Frage: Wie werden die Schlafstörungen behandelt?

Antwort: Die Insomnie spricht gut auf die Einnahme von Baldrian-Dragees bei Bedarf an.

Vorerkrankungen

28. Frage: Welche relevanten Vorerkrankungen sind bei der Patientin bekannt?

Antwort: Bei der Patientin bestehen mehrere relevante Vorerkrankungen, darunter eine arterielle Hypertonie, eine Hyperlipidämie, ein Vorhofflimmern, eine Gonarthrose sowie eine Coxarthrose.

29. Frage: Seit wann besteht die arterielle Hypertonie und wie ist sie eingestellt?

Antwort: Die arterielle Hypertonie besteht seit etwa 30 Jahren und ist mit durchschnittlichen Blutdruckwerten von 125 zu 80 Millimeter Quecksilbersäule gut eingestellt.

30. Frage: Wie wurde die arterielle Hypertonie diagnostiziert?

Antwort: Die Diagnosestellung erfolgte mittels einer 24-Stunden-Blutdruckmessung.

31. Frage: Kommt es zu Blutdruckschwankungen?

Antwort: Gelegentlich treten nach erhöhter Kochsalzzufuhr Blutdruckanstiege bis etwa 140 Millimeter Quecksilbersäule auf.

32. Frage: Gab es aufgrund der Hypertonie bereits Krankenhausaufenthalte?

Antwort: Nein, eine stationäre Aufnahme war bislang nicht erforderlich.

33. Frage: Bestehen Folgeerkrankungen der Hypertonie?

Antwort: Ja, als Folgekomplikation besteht eine chronische Niereninsuffizienz, wobei die aktuelle glomeruläre Filtrationsrate nicht bekannt ist.

34. Frage: Welche weiteren internistischen Vorerkrankungen liegen vor?

Antwort: Zusätzlich besteht seit etwa 30 Jahren eine Hyperlipidämie.

35. Frage: Gibt es kardiale Vorerkrankungen?

Antwort: Ja, vor etwa 20 Jahren wurde nach einer Synkope ein Vorhofflimmern diagnostiziert.

36. Frage: Bestehen orthopädische Vorerkrankungen?

Antwort: Seit etwa 15 Jahren bestehen eine Gonarthrose und eine Coxarthrose, die konservativ behandelt werden.

37. Frage: Wann treten die Gelenkbeschwerden vor allem auf?

Antwort: Die Schmerzen treten überwiegend unter Belastung auf, insbesondere beim Treppensteigen.

38. Frage: Gab es in der Vergangenheit Stürze?

Antwort: Ja, vor fünf Jahren kam es einmal zu einem Sturz ohne schwerwiegende Verletzungen, es bestand lediglich ein Oberschenkelhämatom.

39. Frage: Wurden relevante Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt?

Antwort: Ja, im Alter von 52 Jahren wurde eine Vorsorgekoloskopie durchgeführt, die keinen pathologischen Befund ergab.

40. Frage: Was versteht man unter einer Niereninsuffizienz?

Antwort: Eine Niereninsuffizienz bezeichnet eine eingeschränkte Nierenfunktion mit verminderter Ausscheidung harnpflichtiger Substanzen. Ursachen können prärenal, zum Beispiel Dehydratation oder Schock, renal, etwa eine Glomerulonephritis oder nephrotoxische Substanzen, oder postrenal, beispielsweise eine Harnabflussstörung, sein. Die Diagnose erfolgt anhand erhöhter Kreatininwerte, einer reduzierten eGFR, einer Urinuntersuchung sowie einer Sonographie der Nieren.

41. Frage: Was ist eine Synkope?

Antwort: Eine Synkope ist ein plötzlich auftretender, kurzzeitiger Bewusstseinsverlust mit spontaner vollständiger Erholung infolge einer vorübergehenden zerebralen Minderperfusion. Häufige Ursachen sind vasovagale Reaktionen, eine orthostatische Dysregulation sowie kardiale Rhythmus- oder Strukturstörungen. Die Diagnose erfolgt primär klinisch durch Anamnese, körperliche Untersuchung, Blutdruckmessung inklusive Orthostase und ein EKG.

42. Frage: Was versteht man unter Vorhofflimmern?

Antwort: Vorhofflimmern ist eine supraventrikuläre Herzrhythmusstörung mit unkoordinierter Vorhofaktivität und absoluter Arrhythmie. Häufige Ursachen sind unter anderem arterielle Hypertonie, koronare Herzkrankheit und Klappenvitien. Die Diagnose wird im EKG durch fehlende P-Wellen und unregelmäßige RR-Intervalle gestellt. Die Behandlung umfasst eine Frequenzkontrolle, gegebenenfalls eine Rhythmuskontrolle sowie eine orale Antikoagulation zur Schlaganfallprophylaxe.

43. Frage: Was ist eine Arthrose?

Antwort: Arthrose ist eine degenerative Gelenkerkrankung mit fortschreitendem Knorpelabbau und sekundären knöchernen Veränderungen. Zu den Risikofaktoren zählen Alter, Übergewicht und Fehlbelastung. Die Diagnose erfolgt klinisch und radiologisch, typischerweise mit Nachweis einer Gelenkspaltverschmälerung und von Osteophyten. Die Therapie ist primär konservativ mit Bewegungstherapie, Gewichtsreduktion und Analgetika, bei fortgeschrittenem Stadium gegebenenfalls operativ durch Endoprothesenversorgung.

44. Frage: Was ist eine Routine-Koloskopie und welchem Zweck dient sie?

Antwort: Eine Routine-Koloskopie ist eine vorsorgliche Darmspiegelung zur Früherkennung von Darmkrebs und dessen Vorstufen, wie Polypen. Sie wird in Deutschland bei asymptomatischen Personen ab dem 50. Lebensjahr empfohlen und bei unauffälligem Befund in der Regel alle zehn Jahre wiederholt, bei familiärem Risiko oder auffälligen Symptomen auch früher.

Gynäkologie

45. Frage: Wie ist die geburtshilfliche Anamnese der Patientin?

Antwort: Die Patientin hatte zwei spontane Geburten, die jeweils komplikationslos verliefen.

46. Frage: Gab es in der gynäkologischen Vorgeschichte relevante Auffälligkeiten?

Antwort: Nein, vor drei Jahren erfolgte eine gynäkologische Vorstellung ohne auffällige Befunde.

Medikamente

47. Frage: Welche Medikamente nimmt die Patientin aktuell ein?

Antwort: Die Patientin nimmt Baldrian-Dragees bei Bedarf, Bisoprolol 2,5 Milligramm einmal täglich morgens, Eliquis 2,5 Milligramm zweimal täglich, Paracetamol 500 Milligramm bei Bedarf sowie Simvastatin ein.

48. Frage: Wofür wird Bisoprolol bei der Patientin eingesetzt?

Antwort: Bisoprolol wird zur Frequenzkontrolle bei Vorhofflimmern sowie zur Behandlung der arteriellen Hypertonie eingesetzt.

49. Frage: Warum erhält die Patientin Eliquis?

Antwort: Eliquis wird als orale Antikoagulation zur Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern verordnet.

50. Frage: Wozu nimmt die Patientin Simvastatin ein?

Antwort: Simvastatin wird zur Behandlung der Hyperlipidämie und zur kardiovaskulären Risikoreduktion eingesetzt.

51. Frage: Wofür verwendet die Patientin Paracetamol?

Antwort: Paracetamol wird bei Bedarf zur Behandlung von Schmerzen oder Fieber eingenommen.

52. Frage: Gibt es relevante Impfungen?

Antwort: Ja, die Patientin ist gegen COVID-19 geimpft.

53. Frage: Was ist Baldrian und wofür wird er eingesetzt?

Antwort: Baldrian ist eine pflanzliche Heilpflanze, die vor allem zur Behandlung von Schlafstörungen und leichten Angstzuständen eingesetzt wird.

54. Frage: Was ist Bisoprolol und wie wirkt es?

Antwort: Bisoprolol ist ein selektiver Beta-Blocker, der zur Behandlung von arterieller Hypertonie, Herzrhythmusstörungen und Angina pectoris eingesetzt wird. Es senkt die Herzfrequenz, reduziert den Sauerstoffbedarf des Herzens und stabilisiert den Blutdruck.

55. Frage: Welche Nebenwirkungen können unter Bisoprolol auftreten?

Antwort: Häufige Nebenwirkungen sind Müdigkeit und Schwindel, gelegentlich kann es auch zu einer Bradykardie kommen.

56. Frage: Was ist Apixaban und wie wirkt es?

Antwort: Apixaban ist ein orales Antikoagulans, das durch die Hemmung des Faktors Xa wirkt. Dadurch wird die Bildung von Thrombin verhindert und das Risiko für Blutgerinnsel reduziert. Eine routinemäßige Gerinnungskontrolle ist dabei nicht erforderlich.

57. Frage: Wofür wird Simvastatin eingesetzt?

Antwort: Simvastatin ist ein lipidsenkendes Medikament, das das Enzym HMG-CoA-Reduktase in der Leber hemmt und dadurch die Cholesterinproduktion senkt.

58. Frage: Welche Nebenwirkungen können bei Simvastatin auftreten?

Antwort: Mögliche Nebenwirkungen sind Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerzen, allergische Reaktionen sowie in seltenen Fällen eine Hepatitis.

59. Frage: Wann sollte Simvastatin eingenommen werden?

Antwort: Simvastatin sollte bevorzugt abends eingenommen werden, da die Cholesterinsynthese in der Nacht am höchsten ist und so die maximale Wirkung erzielt wird.

Allergien

60. Frage: Bestehen bei der Patientin bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten?

Antwort: Ja, es besteht eine Aprikosenintoleranz, die sich durch Bauchschmerzen und Blähungen äußert.

61. Frage: Gibt es bekannte Medikamentenallergien?

Antwort: Ja, die Patientin reagierte auf Cotrimoxazol mit einer Urtikaria.

62. Frage: Wurden alternative Antibiotika vertragen?

Antwort: Ja, Fosfomycin wurde anschließend ohne Nebenwirkungen gut vertragen.

Genussmittel

63. Frage: Gibt es relevante Genussmittel oder Drogenkonsum?

Antwort: Nein, die Patientin ist Nichtraucherin, trinkt keinen Alkohol und konsumiert keine Drogen.

Sozialanamnese

64. Frage: Wie ist die soziale Situation der Patientin?

Antwort: Die Patientin ist derzeit ledig und lebt in einem Pflegeheim.

65. Frage: Gibt es Angehörige?

Antwort: Ja, sie hat zwei gesunde Töchter sowie Enkelkinder, zu denen aktuell jedoch kein Kontakt besteht.

66. Frage: Wie ist der berufliche Hintergrund der Patientin?

Antwort: Die Patientin war beruflich als Verkäuferin tätig und ist seit etwa 15 Jahren im Ruhestand.

Familienanamnese

67. Frage: Gibt es relevante Erkrankungen in der Familienanamnese?

Antwort: Ja, die Mutter der Patientin litt an Diabetes mellitus Typ 2 und arterieller Hypertonie.

68. Frage: Woran ist die Mutter der Patientin verstorben?

Antwort: Die Mutter verstarb an den Folgen eines Schlaganfalls.

69. Frage: Gibt es relevante Erkrankungen beim Vater?

Antwort: Ja, der Vater hatte eine chronische, rauchassoziierte Lungenerkrankung, am ehesten eine COPD.

70. Frage: Woran ist der Vater verstorben?

Antwort: Der Vater verstarb nach einem grippalen Infekt.

71. Frage: Was versteht man unter COPD?

Antwort: Die COPD ist eine chronische, progrediente Atemwegserkrankung mit nicht vollständig reversibler Atemflusslimitation.

72. Frage: Was ist die häufigste Ursache der COPD?

Antwort: Die Hauptursache ist langjähriges Zigarettenrauchen.

73. Frage: Wie wird die Diagnose einer COPD gestellt?

Antwort: Die Diagnose erfolgt mittels Lungenfunktionstest, insbesondere durch eine Spirometrie mit einem FEV₁/FVC-Quotienten von unter 0,7.

74. Frage: Welche therapeutischen Maßnahmen kommen bei COPD zum Einsatz?

Antwort: Die Therapie umfasst einen konsequenten Rauchstopp, inhalative Bronchodilatoren, gegebenenfalls inhalative Kortikosteroide sowie Atemtherapie und empfohlene Impfungen, zum Beispiel gegen Influenza und Pneumokokken.

Verdachts- und Differenzialdiagnose

75. Frage: Welche Verdachtsdiagnose stellen Sie bei dieser Patientin?

Antwort: Aufgrund der akut einsetzenden Diarrhö, der begleitenden Übelkeit und des Erbrechens, der krampfartigen abdominellen Schmerzen sowie des gehäuften Auftretens ähnlicher Symptome bei weiteren Bewohnern des Pflegeheims besteht der dringende Verdacht auf eine akute virale Gastroenteritis.

76. Frage: Welche Befunde sprechen für eine virale Gastroenteritis?

Antwort: Der plötzliche Beginn, der wässrig-schleimige Stuhl ohne Blutbeimengung sowie das gleichzeitige Auftreten der Symptome bei mehreren Personen sprechen für eine virale Genese.

77. Frage: Welche Differentialdiagnosen kommen in Betracht?

Antwort: Differentialdiagnostisch kommen eine bakterielle Gastroenteritis, insbesondere im Rahmen einer lebensmittelassoziierten Infektion, eine medikamenteninduzierte Diarrhö sowie eine Clostridioides-difficile-assoziierte Diarrhö in Betracht.

78. Frage: Warum ist eine bakterielle Gastroenteritis weniger wahrscheinlich?

Antwort: Es bestehen keine typischen klinischen oder anamnestischen Hinweise wie hohes Fieber, blutige Diarrhö oder eine auffällige Nahrungsaufnahme.

79. Frage: Warum halten Sie eine medikamenteninduzierte Diarrhö für unwahrscheinlich?

Antwort: Es wurden keine neuen Medikamente begonnen, und die bestehende Medikation ist nicht typisch für das Auslösen einer akuten Diarrhö.

80. Frage: Warum ist eine Clostridioides-difficile-Infektion eher unwahrscheinlich?

Antwort: Da in der Anamnese keine vorausgegangene Antibiotikatherapie besteht, fehlt der wichtigste Risikofaktor für eine Clostridioides-difficile-assoziierte Diarrhö.

81. Frage: Warum sprechen die Befunde gegen eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung?

Antwort: Es bestehen keine entsprechenden Vorerkrankungen, und der akute Beginn sowie das gehäufte Auftreten im Umfeld sprechen gegen eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung.

82. Frage: Könnte ein Kolonkarzinom die Symptome erklären?

Antwort: Ein Kolonkarzinom kann sich zwar akut präsentieren, meist jedoch im Rahmen einer Peritonitis bei Tumorperforation. In der Regel verläuft die Erkrankung chronisch, weshalb sie hier als eher unwahrscheinlich eingeschätzt wird.

83. Frage: Welche Viren kommen als Erreger einer viralen Gastroenteritis infrage?

Antwort: Zu den häufigsten viralen Erregern zählen Rotaviren, Noroviren sowie enterische Adenoviren.

84. Frage: Wie erfolgt die Übertragung von Rotaviren?

Antwort: Rotaviren werden fäkal-oral übertragen.

85. Frage: Wie lange beträgt die Inkubationszeit bei einer Rotavirus-Infektion?

Antwort: Die Inkubationszeit beträgt in der Regel 24 bis 48 Stunden.

86. Frage: Wie erfolgt die Übertragung von Noroviren?

Antwort: Noroviren werden fäkal-oral sowie durch direkte Mensch-zu-Mensch-Übertragung weitergegeben.

87. Frage: Wie erfolgt die Übertragung von enterischen Adenoviren?

Antwort: Enterische Adenoviren werden ebenfalls fäkal-oral übertragen.

88. Frage: Welche typischen Infektionsquellen gibt es für Salmonellen?

Antwort: Salmonellen werden häufig über kontaminierte Lebensmittel übertragen, insbesondere über Geflügel, Eier und Milchprodukte.

89. Frage: Wie erfolgt die Übertragung von Shigellen?

Antwort: Shigellen werden fäkal-oral übertragen, häufig durch direkte Mensch-zu-Mensch-Übertragung.

90. Frage: Wie lange ist die Inkubationszeit bei einer Shigellen-Infektion?

Antwort: Die Inkubationszeit beträgt in der Regel etwa ein bis drei Tage.

91. Frage: Welche parasitären Erreger können eine Gastroenteritis verursachen?

Antwort: Ein häufiger parasitärer Erreger ist *Giardia lamblia*.

92. Frage: Wie wird *Giardia lamblia* übertragen?

Antwort: Die Übertragung erfolgt fäkal-oral, häufig über kontaminiertes Wasser oder Lebensmittel.

93. Frage: Wie lange ist die Inkubationszeit bei einer *Giardia-lambli*-Infektion?

Antwort: Die Inkubationszeit beträgt in der Regel etwa sieben bis vierzehn Tage.

94. Frage: Was versteht man unter einer Reisediarrhö?

Antwort: Unter einer Reisediarrhö versteht man eine akut auftretende Durchfallerkrankung im Zusammenhang mit einem Aufenthalt in Regionen mit anderen hygienischen Standards, meist verursacht durch bakterielle Erreger.

95. Frage: Was ist der häufigste Erreger der Reisediarrhö?

Antwort: Der häufigste Erreger der Reisediarrhö ist enterotoxisches Escherichia coli (ETEC).

96. Frage: Wie erfolgt die Übertragung bei Reisediarrhö?

Antwort: Die Übertragung erfolgt in der Regel fäkal-oral über kontaminierte Lebensmittel oder Trinkwasser.

97. Frage: Wie wird eine Reisediarrhö behandelt?

Antwort: Die Therapie besteht primär aus ausreichender Flüssigkeits- und Elektrolytsubstitution; bei schweren Verläufen kann eine antibiotische Therapie, zum Beispiel mit Azithromycin oder Rifaximin, erwogen werden.

Diagnostische Abklärung

98. Frage: Warum ist bei dieser Patientin eine stationäre Aufnahme indiziert?

Antwort: Aufgrund des relevanten Volumenverlustes infolge von Diarrhö sowie Übelkeit und Erbrechen und angesichts des erhöhten Risikoprofils mit fortgeschrittenem Alter und kardiovaskulären Vorerkrankungen sollte eine stationäre Aufnahme zur engmaschigen Überwachung erfolgen.

99. Frage: Welche initialen Maßnahmen werden eingeleitet?

Antwort: Es werden zwei großlumige intravenöse Zugänge angelegt und eine angepasste intravenöse Flüssigkeitstherapie begonnen, unter Berücksichtigung der Nierenfunktion und der aktuell nicht bekannten glomerulären Filtrationsrate.

100. Frage: Wie wird die Diagnose gestellt?

Antwort: Die Diagnose wird primär klinisch anhand der Anamnese und des klinischen Bildes gestellt.

101. Frage: Ist eine laborchemische Diagnostik routinemäßig erforderlich?

Antwort: Nein, eine routinemäßige laborchemische Diagnostik ist bei unkompliziertem Verlauf nicht zwingend erforderlich.

102. Frage: Welche Schritte umfasst die körperliche Untersuchung?

Antwort: Nach der Anamnese erfolgt eine umfassende körperliche Untersuchung mit initialer Erhebung der Vitalparameter, einschließlich

Herzfrequenz, Blutdruck, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung und Körpertemperatur.

103. Frage: Auf welche klinischen Zeichen der Dehydratation achten Sie besonders?

Antwort: Klinisch ist auf Lethargie, trockene Schleimhäute, verminderten Hautturgor, Hypotonie sowie eingesunkene Augen als Zeichen einer mittel- bis schwergradigen Dehydratation zu achten.

104. Frage: Welche Befunde können bei der Palpation und Auskultation auftreten?

Antwort: Bei der Palpation kann sich eine Tachykardie zeigen, eine Abwehrspannung lässt sich ausschließen. Bei der Auskultation kann ebenfalls eine Tachykardie bestehen.

105. Frage: Welche abdominalen Auskultationsbefunde sind typisch?

Antwort: Es zeigen sich gesteigerte Darmgeräusche, was mit einer akuten Diarrhö vereinbar ist.

Frage: Welche Bedeutung hat die Perkussion des Abdomens in diesem Fall?

Antwort: Die Perkussion hat in diesem klinischen Zusammenhang keine wesentliche diagnostische Bedeutung.

106. Frage: Welche Elektrolytstörungen können bei Erbrechen auftreten?

Antwort: Bei Erbrechen kommt es typischerweise zu einer Hypokaliämie sowie zu einer hypochlorämischen metabolischen Alkalose.

107. Frage: Wie äußern sich diese Störungen klinisch?

Antwort: Klinisch können Muskelschwäche, Parästhesien, Obstipation sowie kardiale Rhythmusstörungen auftreten.

108. Frage: Welche metabolischen Veränderungen sind bei Diarrhö zu erwarten?

Antwort: Bei Diarrhö treten häufig eine Hypokaliämie sowie eine metabolische Azidose infolge von Bikarbonatverlust auf.

109. Frage: Welche klinischen Zeichen sprechen für eine metabolische Azidose?

Antwort: Typische Zeichen sind Tachypnoe bis hin zur Kussmaul-Atmung, Müdigkeit, Übelkeit sowie eine Verschlechterung des Allgemeinzustands.

110. Frage: Wann ist eine Stuhldiagnostik indiziert?

Antwort: Eine Stuhldiagnostik wird bei anhaltender Symptomatik oder bei klinischer Verschlechterung, insbesondere bei Verdacht auf eine Sepsis, veranlasst.

111. Frage: Welche Erreger werden im Rahmen der Stuhldiagnostik untersucht?

Antwort: Untersucht werden bakterielle Enteropathogene wie *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica* sowie *Escherichia coli*, einschließlich enterotoxischer und enterohämorrhagischer Stämme.

112. Frage: Warum wird bei dieser Patientin ein EKG durchgeführt?

Antwort: Aufgrund des hohen kardiovaskulären Risikos wird ein EKG durchgeführt, insbesondere zum Ausschluss von Elektrolytstörungen und daraus resultierenden Rhythmusstörungen.

113. Frage: Wann ist eine Koloskopie bei gastrointestinalen Beschwerden indiziert?

Antwort: Die Koloskopie ist die initiale endoskopische Untersuchung bei Patientinnen und Patienten mit unteren gastrointestinalen Symptomen wie Diarrhö oder Hämatochezie, sofern keine akut schweren peritonealen Symptome vorliegen.

114. Frage: Was ist eine Koloskopie?

Antwort: Die Koloskopie ist eine endoskopische Untersuchung des gesamten Dickdarms und bei Bedarf auch des terminalen Ileums mittels eines flexiblen Endoskops, das über den Anus eingeführt wird.

115. Frage: Wie bereitet sich der Patient auf eine Koloskopie vor?

Antwort: Der Patient muss vor der Untersuchung eine gründliche Darmreinigung mit einer Abführlösung durchführen und am Untersuchungstag nüchtern sein.

116. Frage: Wie läuft die Koloskopie ab?

Antwort: Die Untersuchung dauert in der Regel 20 bis 45 Minuten und wird meist in Sedierung durchgeführt. Dabei kann die Darmschleimhaut beurteilt, Gewebe

für Biopsien entnommen und gegebenenfalls therapeutische Maßnahmen wie Polypabtragungen oder Blutstillungen vorgenommen werden.

117. Frage: Welche Risiken oder Komplikationen können bei einer Koloskopie auftreten?

Antwort: Mögliche, jedoch seltene Komplikationen sind Blutungen, Schleimhautverletzungen und in sehr seltenen Fällen eine Darmperforation.

118. Frage: Ist eine Koloskopie bei Verdacht auf eine akute Gastroenteritis routinemäßig erforderlich?

Antwort: Nein, bei klinischem Verdacht auf eine akute Gastroenteritis ist eine Koloskopie in der Regel nicht erforderlich.

119. Frage: Wann ist eine Abdomensonografie bei gastrointestinalen Beschwerden sinnvoll?

Antwort: Bei klinischem Verdacht auf eine akute Gastroenteritis ist eine Abdomensonografie in der Regel nicht notwendig.

120. Frage: Was ist eine Abdomensonografie?

Antwort: Die Abdomensonografie ist ein bildgebendes Verfahren, bei dem mittels Ultraschall innere Organe dargestellt werden.

121. Frage: Wie wird eine Abdomensonografie durchgeführt?

Antwort: Der Patient liegt auf einer Untersuchungsliege, es wird ein spezielles Gel auf die Haut aufgetragen, und anschließend werden mit einem Schallkopf die inneren Organe, insbesondere Leber, Gallenblase, Milz und Nieren, untersucht.

Behandlung:

122. Frage: Wie ist das initiale therapeutische Vorgehen bei Verdacht auf eine akute Gastroenteritis?

Antwort: Zunächst erfolgt eine großzügige intravenöse Volumentherapie mit kristalloiden Lösungen zum Ausgleich der bestehenden Dehydratation, unter besonderer Vorsicht bei kardial oder renal vorerkrankten Patientinnen und Patienten. Anschließend wird eine supportive beziehungsweise symptomatische Therapie eingeleitet.

123. Frage: Wie sieht die initiale Volumentherapie konkret aus?

Antwort: Die initiale Volumentherapie erfolgt mit 20 Millilitern pro Kilogramm Körpergewicht einer kristalloiden Lösung intravenös über etwa 15 bis 20 Minuten.

124. Frage: Welche Lösungen zählen zu den kristalloiden Infusionslösungen?

Antwort: Zu den kristalloiden Lösungen gehören die isotone Kochsalzlösung (Natriumchlorid 0,9 Prozent) sowie Ringer-Laktat.

125. Frage: Wann ist bei einer Escherichia-coli-Infektion eine antibiotische Therapie indiziert?

Antwort: Bei enterotoxischen Escherichia-coli-Infektionen, wie der Reisediarrhö durch ETEC, kann gegebenenfalls eine antibiotische Therapie mit Azithromycin oder Rifaximin erfolgen.

126. Frage: Wie wird eine Salmonellen-Gastroenteritis behandelt?

Antwort: Eine Salmonellen-Gastroenteritis wird in der Regel nicht antibiotisch behandelt, da sie meist selbstlimitierend verläuft.

127. Frage: Wie ist das therapeutische Vorgehen bei Shigellen-Infektionen?

Antwort: Shigellen-Infektionen müssen immer antibiotisch behandelt werden, zum Beispiel mit Azithromycin oder Ciprofloxacin.

128. Frage: Wie wird eine Campylobacter-Infektion therapiert?

Antwort: Campylobacter-Infektionen verlaufen meist selbstlimitierend, sodass in der Regel keine antibiotische Therapie erforderlich ist.

129. Frage: Wie wird eine Clostridioides-difficile-Infektion behandelt?

Antwort: Eine Clostridioides-difficile-Infektion wird immer antibiotisch behandelt, in der Regel mit oralem Vancomycin oder Fidaxomicin.

Komplikationen:

130. Frage: Welche Komplikationen können bei einer akuten Gastroenteritis auftreten?

Antwort: Mögliche Komplikationen sind eine Dehydratation, Elektrolytstörungen, insbesondere eine Hypokaliämie und Hyponatriämie, sowie ein prärenales akutes Nierenversagen.

131. Frage: Welche kardiovaskulären Komplikationen sind möglich?

Antwort: Es kann zu einer Kreislaufinstabilität bis hin zu einem hypovolämischen Schock kommen.

132. Frage: Welche Bedeutung haben Vorerkrankungen für den Verlauf?

Antwort: Bei vorbestehenden Herz- oder Nierenerkrankungen kann es zu einer Exazerbation der Grunderkrankung kommen, weshalb eine engmaschige Überwachung erforderlich ist.



Fachleiter