

# Fragebogen

## 1 Welche der folgenden Aussagen trifft nicht zu?

- (A) Etwa 50 % der Patienten mit gastroösophagealer Refluxkrankheit weisen makroskopisch fassbare ösophageale Läsionen auf.
- (B) Die eosinophile Ösophagitis betrifft meist Frauen mittleren Alters.
- (C) Der Langzeittherapieerfolg einer Fundoplicatio und einer Langzeitbehandlung mit Protonenpumpenhemmern sind – eine entsprechende Patientenauswahl vorausgesetzt – vergleichbar.
- (D) Grad II der Savary-Miller-Klassifikation und Grad C der Los-Angeles-Klassifikation sind vergleichbar.
- (E) Jeder Refluxpatient sollte eine Indexendoskopie erhalten.

## 2 Welche der folgenden Aussagen trifft zu?

- (A) Eine gastroösophageale Refluxerkrankung liegt nicht vor, wenn ein saurer Reflux ausgeschlossen wurde.
- (B) Eine gastroösophageale Refluxerkrankung liegt nicht vor, wenn 15 Eosinophile pro HPF (hochauflösendes Gesichtsfeld) nachgewiesen werden können.
- (C) Eine gastroösophageale Refluxerkrankung liegt nicht vor, wenn eine Befundbesserung nach einer Behandlung mit Protonenpumpenhemmern eintritt.
- (D) Eine Barrettschleimhaut weist immer eine neoplastische Epithelproliferation auf.
- (E) Eine Barrettschleimhaut mit hochgradigen intraepithelialen Neoplasien sollte im Gesunden entfernt werden.

## 3 Niedrige Konzentrationen der Serumlipase bei akutem Oberbauchschmerz

- (A) schließen eine akute Pankreatitis aus.
- (B) können Zeichen einer Totalnekrose des Pankreas sein.
- (C) müssen kontrolliert werden, da die Lipase erst 24 Stunden nach Beginn der Symptome ansteigt.
- (D) sind typisch für das Rezidiv einer chronischen Pankreatitis.
- (E) sprechen für das Vorliegen einer chologischen Pankreatitis.

## 4 Welche der nachfolgend beschriebenen Maßnahmen aus dem klinischen Überwachungsprogramm bei akuter Pankreatitis ist nicht korrekt definiert?

- (A) klinisches Monitoring alle 4–6 Stunden
- (B) Kreislaufmonitoring, Flüssigkeitsbilanz, zentraler Venendruck bei schweren Formen
- (C) Labor: Blutbild, Elektrolyte, Retentionswerte, Blutgase, Albumin, Gerinnung, Amylase/Lipase im Serum, Blutzucker, Blutkultur bei Fieber
- (D) Bildgebung: Röntgenthorax, Verlaufssonografie, Verlaufs-CT, Verlaufs-MRT
- (E) bei refraktärer Nekroseninfektion oder Abszess sollte gegebenenfalls eine Feinnadelaspiration (Bakteriologie) durchgeführt werden

## 5 Was zählt – neben Alkoholkonsum und Zigarettenrauchen – zu den Ursachen einer chronischen Pankreatitis in Europa?

- (A) Gallengangskonglomerate
- (B) Einnahme nichtsteroidaler Antirheumatika (NSAR)
- (C) genetische Disposition
- (D) Virusinfektionen
- (E) Pankreas divisum

## 6 Welche der folgenden Erkrankungen ist keine mögliche Ursache eines Reizdarmsyndroms?

- (A) Divertikulose
- (B) zerebrovaskuläre Insuffizienz
- (C) Sklerodermie
- (D) Adipositas
- (E) Diabetes mellitus

## 7 Welches der folgenden Kriterien zählt nicht zu den fakultativen Kriterien zur Diagnosesicherung des Reizdarmsyndroms nach den Rom-III-Kriterien?

- (A) abdominelle Schmerzen über einen Zeitraum von mehr als 3 Tagen pro Monat seit mindestens 3 Monaten
- (B) Änderung der Stuhlfrequenz (> 3-mal pro Tag und < 3-mal pro Woche)
- (C) Änderung der Stuhlpassage (Gefühl der inkompletten Entleerung, massives Pressen beim Stuhlgang, imperative Entleerung)
- (D) Änderung der Stuhlform (hart/klumpig, weich/wässrig)
- (E) Blähungen

## 8 Welche der folgenden Unterformen des Reizdarmsyndroms existiert nach den aktuellen Rom-III-Kriterien nicht?

- (A) Reizdarmsyndrom vom Mischtyp (RDS-M): harter oder klumpiger Stuhl in  $\geq 25\%$  der Fälle und  $\geq 25\%$  weiche oder wässrige Stühle

- (B) Reizdarmsyndrom vom Diarrhötyp (RDS-D): weiche oder wässrige Stühle in  $\geq 25\%$  der Fälle und  $\leq 25\%$  harter oder klumpiger Stuhl
- (C) Reizdarmsyndrom vom Obstipationstyp (RDS-O): harter oder klumpiger Stuhl in  $\geq 25\%$  der Fälle und  $\leq 25\%$  weiche oder wässrige Stühle
- (D) Reizdarmsyndrom vom unspezifischen Typ (RDS-U): Stuhlfrequenz bzw. -konsistenz erfüllen nicht die Kriterien für RDS-O, RDS-D oder RDS-M
- (E) Reizdarmsyndrom vom atypischen Typ (RDA-A): harter oder klumpiger Stuhl in  $\leq 25\%$  der Fälle und  $\geq 25\%$  weiche oder wässrige Stühle

## 9 Welche Symptom- bzw. Befundkonstellation ergibt einen Alvarado-Score $\geq 7$ und ist somit hochgradig verdächtig auf eine akute Appendizitis?

- (A) 15 000 Leukozyten/ $\mu\text{l}$ , Temperatur  $36,7^\circ\text{C}$ , Diarrhö, Leukozyturie
- (B) Schmerzen im rechten Unterbauch, Temperatur  $38,9^\circ\text{C}$ , 9000 Leukozyten/ $\mu\text{l}$ , Appetitlosigkeit, Erbrechen
- (C) Übelkeit, Wanderung des Schmerzes vom Epigastrium in den rechten Unterbauch, 13 000 Leukozyten/ $\mu\text{l}$ , Appetitlosigkeit, Temperatur  $36,7^\circ\text{C}$
- (D) 23 000 Leukozyten/ $\mu\text{l}$ , Übelkeit, kolikartige Schmerzen im rechten Oberbauch, Temperatur  $39,5^\circ\text{C}$
- (E) C-reaktives Protein 32 mg/dl, Kokarde im rechten Unterbauch im Ultraschall, Druckschmerz im rechten Unterbauch

## 10 Welche Aussage trifft zu?

- (A) Die laparoskopische Appendektomie ist aufgrund der kürzeren Operationsdauer gegenüber dem laparotomischen Eingriff von Vorteil.
- (B) Die konventionelle Appendektomie hat eine geringere Wundinfektionsrate als das laparoskopische Verfahren.
- (C) Intraabdominelle Abszesse treten beim laparoskopischen Verfahren deutlich seltener auf als bei der konventionellen laparotomischen Appendektomie.
- (D) Die laparoskopische Appendektomie ist mit weniger postoperativen Schmerzen verbunden als der laparotomische Eingriff.
- (E) In der Regel ist die Erholungszeit nach einer konventionellen Appendektomie etwas kürzer als beim laparoskopischen Verfahren.

# Antwortbogen Online-Teilnahme unter <http://cme.thieme.de>

## Lernerfolgskontrolle

(nur eine Antwort pro Frage ankreuzen)

1	A	B	C	D	E	6	A	B	C	D	E
2	A	B	C	D	E	7	A	B	C	D	E
3	A	B	C	D	E	8	A	B	C	D	E
4	A	B	C	D	E	9	A	B	C	D	E
5	A	B	C	D	E	10	A	B	C	D	E

## Ihre Adresse

Name Vorname

Straße PLZ, Ort

## Erklärung

Ich versichere, dass ich die Beantwortung der Fragen selbst und ohne fremde Hilfe durchgeführt habe.

Ort/Datum Unterschrift

## CME-Wertmarken für Nicht-Abonnenten

CME-Wertmarken (für Teilnehmer, die die **Notfall & Hausarztmedizin** nicht abonniert haben) können beim Verlag zu folgenden Bedingungen erworben werden: 6er-Pack Thieme-CME-Wertmarken, Preis: 63,- Euro inkl. MwSt., Artikel-Nr. 901916; 12er-Pack Thieme-CME-Wertmarken, Preis: 99,- Euro inkl. MwSt., Artikel-Nr. 901917. Bitte richten Sie Bestellungen an: Georg Thieme Verlag KG, Kundenservice, Postfach 301120, 70451 Stuttgart.

## Feld für CME-Wertmarke

Bitte hier Wertmarke aufkleben,  
Abonnenten bitte Abonummer eintragen

## Teilnahmebedingungen der zertifizierten Fortbildung

Für diese Fortbildungseinheit erhalten Sie 3 Fortbildungspunkte im Rahmen des Fortbildungszertifikates der Ärztekammern. Hierfür:

- müssen 70 % der Fragen richtig beantwortet sein.
- muss die oben stehende Erklärung sowie die Evaluation vollständig ausgefüllt sein. Unvollständig ausgefüllte Bögen können nicht berücksichtigt werden!
- muss Ihre Abonnenntennummer im entsprechenden Feld des Antwortbogens angegeben oder eine CME-Wertmarke im dafür vorgesehenen Feld aufgeklebt sein.

## Ihr Ergebnis

(wird vom Verlag ausgefüllt)

Sie haben  von  Fragen richtig beantwortet und somit  bestanden und 3 Fortbildungspunkte erworben  nicht bestanden.

Stuttgart, (Stempel/Unterschrift)

## Wichtige Hinweise

Die CME-Beiträge des **Notfall & Hausarztmedizin** wurden durch die Ärztekammer Nordrhein anerkannt. Die **Notfall & Hausarztmedizin** ist zur Vergabe der Fortbildungspunkte für diese Fortbildungseinheit berechtigt. Diese Fortbildungspunkte der Ärztekammer Nordrhein werden von anderen zertifizierenden Ärztekammern anerkannt. Die Vergabe der Fortbildungspunkte ist nicht an ein Abonnement gekoppelt!

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Antwortbogen und einen an Sie selbst adressierten und ausreichend frankierten Rückumschlag an den Georg Thieme Verlag KG, CME, Joachim Ortleb, Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart. **Einsendeschluss** ist der **15. April 2010** (Datum des Poststempels). Die Zertifikate werden spätestens 3 Wochen nach Erhalt des Antwortbogens versandt. Von telefonischen Anfragen bitten wir abzusehen.

# Didaktisch-methodische Evaluation

## 1 Das Fortbildungsthema kommt in meiner ärztlichen Tätigkeit

- ☐ häufig vor      ☐ selten vor      ☐ regelmäßig vor      ☐ gar nicht vor

## 2 Bezüglich des Fortbildungsthemas gab es für mich vor dem Studium dieses Beitrages

- ☐ eine feste Gesamtstrategie      ☐ keine Strategie      ☐ noch offene Einzelprobleme:

## 3 Bezüglich des Fortbildungsthemas

- ☐ fühle ich mich nach dem Studium des Beitrages in meiner Strategie bestätigt
- ☐ habe ich meine Strategie geändert:
- ☐ habe ich erstmals eine einheitliche Strategie erarbeitet
- ☐ habe ich keine einheitliche Strategie ableiten können

## 4 Wurden aus der Sicht Ihrer täglichen Praxis heraus wichtige Aspekte des Themas

- ☐ nicht erwähnt?      Ja / Nein – wenn ja, welche:
- ☐ zu knapp abgehandelt?      Ja / Nein – wenn ja, welche:
- ☐ überbewertet?      Ja / Nein – wenn ja, welche:

## 5 Verständlichkeit des Beitrags

- ☐ Der Beitrag ist nur für Spezialisten verständlich      ☐ Der Beitrag ist auch für Nicht-Spezialisten verständlich

## 6 Beantwortung der Fragen

- ☐ Die Fragen lassen sich aus dem Studium des Beitrages allein beantworten
- ☐ Die Fragen lassen sich nur unter Zuhilfenahme zusätzlicher Literatur beantworten

## 7 Die Aussagen des Beitrages benötigen eine ausführlichere Darstellung

- ☐ zusätzlicher Daten      ☐ von Befunden bildgebender Verfahren      ☐ die Darstellung ist ausreichend

## 8 Wieviel Zeit haben Sie für das Lesen des Beitrages und die Bearbeitung des Fragebogens benötigt?

Minuten

# Fragen zur Person

Ich bin Mitglied der Ärztekammer:

Jahr meiner Approbation:

Ich befinde mich in Weiterbildung zum:

Ich habe eine abgeschlossene Weiterbildung in (bitte Fach eintragen):

Ich bin tätig als:      ☐ Assistenzarzt      ☐ Chefarzt      ☐ Sonstiges      ☐ Oberarzt      ☐ Niedergelassener Arzt