

Fragebogen

1 Welche Antwort zur fraktionellen Flussreserve (FFR) trifft zu?

- 1 Die Bestimmung der FFR ist eine Methode zur Beurteilung einer hämodynamischen Relevanz von vorhandenen Koronarstenosen.
 - 2 Die FFR ist der Quotient aus dem arteriellen Mitteldruck distal der Koronarstenose und dem arteriellen Mitteldruck in der Aorta.
 - 3 Ein FFR-Wert $> 0,75$ identifiziert Koronarstenosen, welche mit einer induzierbaren Ischämie einhergehen.
 - 4 Die Bestimmung der FFR ist besonders geeignet bei Patienten mit normaler linksventrikulärer Pumpfunktion.
 - 5 Die Bestimmung der FFR erfolgt unter maximaler Vasokonstriktion nach Gabe von Adenosin i.v.
- A Nur Aussagen 1, 3 und 5 sind richtig
 B Nur Aussagen 1 und 5 sind richtig
 C Nur Aussagen 1, 2, 3 und 4 sind richtig
 D Nur Aussagen 1, 2 und 4 sind richtig
 E Nur Aussagen 1, 2, 4 und 5 sind richtig

2 Welche Aussage trifft zu?

- Herr F. K., 73 Jahre alt, klagt über typische Angina-pectoris-Symptomatik seit etwa 8 Monaten. Bekannt sind eine arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie und ein Diabetes mellitus. In der Herzkatheteruntersuchung zeigt sich eine gute linksventrikuläre Pumpfunktion sowie eine koronare Dreifäßerkrankung mit einer 70%-Stenose der LAD im mittleren Drittel sowie einer 70%-Stenose eines Posterolateralastes sowie mehrere Stenosen der RCA. Bisher nahm der Patient ASS, Ramipril und Metformin. Wie verfahren Sie?
- A Bestimmung der fraktionellen Flussreserve (FFR) im Bereich der LAD-Stenose und daraufhin Entscheidung über PTCA/Stent der LAD-Stenose oder konservatives Prozedere.
 B Optimale medikamentöse Einstellung mit regelmäßigen Verlaufskontrollen.
 C Sofortige Revaskularisation der Koronarstenosen (LAD, PLA und RCA)
 D Optimale medikamentöse Einstellung mit ASS, ACE-Hemmer, Statin, ggf. zusätzlich Nitrate. Falls im weiteren Verlauf die Angina-pectoris-Beschwerden sistieren, PTCA/Stentimplantation der LAD, des PLA und der RCA.
 E Optimale medikamentöse Einstellung und Vorstellung zur elektiven aortokoronaren Bypassoperation.

3 Welche Aussage zur aktuellen Studienlage zur stabilen KHK ist falsch?

- A Die Rate an Revaskularisationen in der COURAGE-Studie zeigte keinen Vorteil für die PCI-Gruppe.
 B In der BARI 2D-Studie brachte bei Patienten mit Typ-2-Diabetes und

stabiler KHK die Therapie mit PCI und Stentimplantation im Vergleich zur rein medikamentösen Therapie keinen Vorteil hinsichtlich harter klinischer Endpunkte.

- C Die DEFER-Studie ergab, dass bei grenzwertigen Koronarstenosen die interventionelle der konservativen medikamentösen Therapie nicht überlegen ist.
 D In der FAME-Studie wurden die Koronarstenosen auf funktioneller Ebene unterschieden, bevor zwischen PCI oder medikamentöser Therapie entschieden wurde.
 E In einer Metaanalyse von Schömig et al. reduzierte sich die Gesamtmortalität zugunsten PCI im Vergleich zu einer rein medikamentösen Therapie.

4 Welche Aussage ist richtig? Die proximale LAD ist definiert als

- A die ersten 2 cm der LAD nach Abgang aus dem Hauptstamm.
 B die ersten 3 cm der LAD nach Abgang aus dem Hauptstamm.
 C Abgang der LAD aus dem Hauptstamm bis zum Abgang des ersten relevanten Diagonalastes.
 D Abgang der LAD aus dem Hauptstamm bis zum Abgang des zweiten relevanten Diagonalastes.
 E Abgang der LAD aus dem Hauptstamm bis zum Abgang des ersten relevanten Septalastes.

5 Welche der folgenden Aussagen ist falsch? Die proximale LAD-Stenose

- A ist prognoserelevant.
 B führt durch den großen Gefäßdurchmesser zu weniger Restenosen bei Behandlung mittels Ballonangioplastie oder Bare-Metal-Stent als bei Stenosen an anderen Läsionen.
 C Kann medikamentös, mittels Stent oder MIDCAB-OP behandelt werden.
 D Führt bei Behandlung mit MIDCAB-OP zu einer höheren Komplikationsrate im Vergleich zur PCI.
 E Kann am schlagenden Herzen mittels MIDCAB-OP behandelt werden.

6 Welches Ergebnis der Bypasschirurgie gegenüber den modernen perkutanen Kathedertechniken gilt bis heute als entscheidender Vorteil?

- A Verbessertes Überleben
 B Geringere Schlaganfallrate
 C Geringere Kosten
 D Niedrigere koronare Reinterventionsrate
 E Geringe Herzinfarktrate

7 Welche Aussage zur Bypassoperation und zur PCI trifft nicht zu?

- A Die PCI bei der koronaren Mehrgefäßerkrankung ist mit einer periprozeduralen Mortalität von über 3% belastet.
 B Die PCI wurde zu ihrem Beginn überwiegend bei der 1- und 2-Ge-

fäßerkrankung eingesetzt.

- C Die Entscheidung des Revaskularisationsverfahrens richtet sich auch nach den Begleiterkrankungen und dem Patientenalter.
 D Die Differenzialtherapie der KHK erfordert eine enge Zusammenarbeit von Kardiologen und Kardiochirurgen.
 E Die Bypassoperation kann heute mit einem perioperativen Mortalitätsrisiko von unter 2% erfolgen.

8 Welche Aussage zur SYNTAX-Studie trifft nicht zu?

- A In die SYNTAX-Studie wurden mehr als 3 000 Patienten eingeschlossen.
 B Der primäre Endpunkt der SYNTAX-Studie war die 1-Jahres-Mortalitätsrate.
 C Die Studie ergab eine signifikant geringe Rate erneuter koronarer Interventionen nach einer Bypass-OP.
 D Zerebrovaskuläre Ereignisse kamen bei PCI-Patienten signifikant weniger vor.
 E Die Ergebnisse zeigen einen deutlichen Einfluss der Schwere der KHK-Erkrankung auf den Erfolg der PCI.

9 Welche Aussage zur OPCAB-Chirurgie trifft nicht zu?

- A OPCAB-Verfahren erfolgen heute bei ca. 11% aller isolierten koronarchirurgischen Eingriffe in Deutschland.
 B OPCAB-Chirurgie erfordert eine besonders enge Abstimmung zwischen Chirurgen und Anästhesisten.
 C Die OPCAB-Chirurgie ist besonders für ältere multimorbide Patienten mit zerebrovaskulärer Insuffizienz eine geeignete Option.
 D Das Erreichen der kompletten Koronarrevaskularisation erfordert in der OPCAB-Chirurgie eine längere „Lernkurve“ als in der konventionellen Bypasschirurgie.
 E Das am schwersten erreichbare Zielgebiet in der OPCAB-Chirurgie ist die Vorderwand unter Einbeziehung des Ramus interventricularis anterior.

10 Welche Aussage zur OPCAB-Chirurgie trifft nicht zu?

- A Patienten mit multiplen Risikofaktoren scheinen bezüglich Mortalität und Morbidität vom OPCAB-Verfahren zu profitieren.
 B Eine Bluttransfusion ist in der OPCAB-Chirurgie seltener nötig als in der konventionellen Bypasschirurgie.
 C Patienten mit präoperativ kompensierter Niereninsuffizienz zeigen nach der OPCAB-Chirurgie seltener ein akutes Nierenversagen als nach konventioneller Bypass-OP.
 D Für Patienten mit eingeschränkter Pumpfunktion ist die OPCAB-Chirurgie kontraindiziert.
 E Patienten im höheren Alter scheinen vom Verzicht auf die Herz-Lungen-Maschine besonders zu profitieren.

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

Lernerfolgskontrolle

(nur eine Antwort pro Frage ankreuzen)

1	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	6	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
2	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	7	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
3	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	8	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
4	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	9	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
5	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	10	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> 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 den **klinikarzt** 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 Abonentennummer 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 **klinikarzt** wurden durch die Ärztekammer Nordrhein anerkannt. Der **klinikarzt** 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 301120, 70451 Stuttgart. **Einsendeschluss** ist der **15. Dezember 2010** (Datum des Poststempels). VNR: 2760512009054030605. 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