

Fragebogen

1 Welche der folgenden Angaben zur Antikoagulation bei Vorhofflimmern ist falsch?

- A Bei Patienten mit Vorhofflimmern ist nach den aktuellen Leitlinien eine Therapie mit ASS nur noch in Ausnahmefällen indiziert
- B Patienten mit künstlichen Herzklappen benötigen weiterhin einen Vitamin-K-Antagonisten
- C Bei den neuen Antikoagulantien sollte die Nierenfunktion regelmäßig kontrolliert werden
- D Vitamin-K-Antagonisten sind gegenüber den neuen Antikoagulantien bei Vorhofflimmern und hohem CHA₂DS₂VASc Score zu bevorzugen
- E Die neuen Antikoagulantien haben weniger Medikamenten- und Nahrungsmittelinteraktionen als die Vitamin-K-Antagonisten

2 Welche der folgenden Angaben ist bei Patienten mit Vorhofflimmern und Antikoagulation zutreffend?

- A Für die Einschätzung des Blutungsrisikos gibt es bei oraler Antikoagulation keine aussagefähigen Scores
- B Das Risiko hämorrhagischer Schlaganfälle ist unter den NOAK vermindert
- C Der CHA₂DS₂VASc-Score berücksichtigt die Niereninsuffizienz als Risikofaktor
- D Der CHADS₂-Score erlaubt eine häufigere Zuordnung von Risikopatienten zu den oralen Antikoagulantien im Vergleich zum CHA₂DS₂VASc-Score
- E Die neuen Antikoagulantien benötigen regelmäßige Wirksamkeitstests

3 Welche Antwort ist richtig? Für Patienten mit einer Kreatinin-Clearance von 15–29 mg/ml stehen folgende NOAK zur Verfügung:

- A Dabigatran und Rivaroxaban zur Therapie einer venösen Thromboembolie
- B Rivaroxaban und Apixaban in reduzierter Dosierung bei Vorhofflimmern
- C Edoxaban und Rivaroxaban bei Vorhofflimmern
- D Rivaroxaban und Apixaban zur Thromboseprophylaxe internistischer Patienten
- E Dabigatran und Rivaroxaban in reduzierter Dosis für Patienten mit mechanischen Herzklappen

4 Welche Patientenkollektive profitieren besonders von den NOAK?

- A Patienten mit mechanischen Herzklappen
- B Patienten mit Vorhofflimmern und sehr niedrigem Embolierisiko
- C Patienten mit Vorhofflimmern und erhöhtem Embolie- aber auch erhöhtem Blutungsrisiko
- D Internistische Patienten zur Thromboseprophylaxe
- E Patienten, die mit einem akuten Koronarsyndrom in der Notaufnahme aufgenommen werden

5 Welche Aussage ist richtig? Die Kombinationstherapie von Vitamin-K-Antagonisten und ASS

- A ist indiziert bei allen Patienten mit akutem Herzinfarkt
- B ist indiziert bei Patienten mit elektiver Stent-Implantation
- C ist indiziert bei allen Patienten mit Vorhofflimmern
- D führt zu weniger ischämischen Ereignissen als ASS-Monotherapie nach Herzinfarkt
- E führt zu weniger Blutungen als die ASS-Monotherapie

6 Welche Aussage zu den neuen oralen Antikoagulantien (NOAK) ist richtig?

- A NOAK brauchen regelmäßige Gerinnungskontrollen zum Monitoring
- B NOAK führen zu mehr Blutungen als Vitamin-K-Antagonisten
- C Apixaban und Rivaroxaban zeigten vergleichbare Ergebnisse bei Patienten mit akuten koronaren Syndromen
- D Eine niedrig dosierte Rivaroxaban-Therapie verbessert die Prognose nach akuten koronaren Syndromen
- E Bei Patienten mit Vorhofflimmern sind NOAK mit mehr ischämischen Schlaganfällen als Vitamin-K-Antagonisten assoziiert

7 Bei welchen Indikationen kann eine orale Antikoagulation mit neuen oralen Antikoagulantien (Apixaban, Dabigatran, Rivaroxaban) zulassungsgemäß erfolgen?

- A Primärprävention nach mechanischem Herzklappenersatz
- B Sekundärprävention bei offenem Foramen ovale und Vorhofseptumaneurysma
- C Bei stattgehabter TIA und nicht-valvulärem Vorhofflimmern
- D Bei zerebraler Sinusthrombose in der Postakutphase
- E Unter keiner der o. g. Indikationen

8 Welche der folgenden Antworten ist falsch? Bei Patienten mit Vorhofflimmern, die sich einer Operation unterziehen müssen, ist folgendes zu beachten:

- A Leitliniengerecht bis 2 Tage im subtherapeutischen INR Wert erlaubt. In diesem Zeitraum können Operationen auch ohne Bridging-Therapie sicher durchgeführt werden
- B Eine bestehende Vitamin-K-Antagonistentherapie sollte ca. 5–10 Tage vor großen operativen Eingriffen pausiert werden. Kleine Eingriffe sind meist auch unter laufender Antikoagulationstherapie möglich
- C Bei einer Antikoagulationsbehandlung mit einem der neuen Antikoagulantien (NOAK) soll die Therapie mindestens 24

Stunden vor dem operativen Eingriff pausiert werden

- D Nach dem operativen Eingriff sollte in jedem Falle mindestens 5 Tage abgewartet werden, bevor die Antikoagulantientherapie wieder begonnen werden sollte
- E Beim Bridging-Protokoll von Omran et al. wird Enoxaparin je nach Thromboseisiko und INR-Zielbereich in 2 unterschiedlichen Dosisregimen eingesetzt

9 Welche der folgenden Aussagen ist falsch?

- A Da spezifische Antidota zur Verfügung stehen, sind Notfalloperationen unter den neuen Antikoagulantien (NOAK), anders als bei den Vitamin-K-Antagonisten völlig unproblematisch
- B Wenn unter Thrombinantagonistherapie (Dabigatran) der Quick oder die Thrombinzeit im Normbereich sind, sind die noch vorhandenen Wirkspiegel niedrig und die Operation kann mit relativ geringem Blutungsrisiko durchgeführt werden.
- C Wenn unter F-Xa-Antagonistherapie der aPTT-Spiegel signifikant verlängert ist, spricht dies für eine noch deutliche Antikoagulantienwirkung des F-Xa-Antagonisten. Die Operation sollte daher auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden
- D Bei der Kombination von Antikoagulantien mit Plättchenhemmern muss mit einer Potenzierung des perioperativen Blutungsrisikos gerechnet werden
- E Die Wirkung von ASS und den Thienopyridinen beruht auf einer irreversiblen Plättchenhemmung, während die Plättchenhemmung beim Ticagrelor reversibel ist. Bei Blutungen ist der Effekt der Gabe von Plättchenkonzentraten unter Ticagrelortherapie im Vergleich zur ASS und/oder Thienopyridintherapie stark abgeschwächt oder aufgehoben.

10 Welche Aussage trifft zu?

- A Ein positiver DRVVT-Test unter Rivaroxaban zeigt das Vorhandensein von Lupusantikoagulantien an
- B Die antikoagulatorische Wirkung von Dabigatran wird am zuverlässigsten mit Testen der Anti-Xa-Aktivität erfasst
- C Apixaban führt auch bei Talspiegelkonzentrationen zur Verlängerung der Thrombinzeit
- D Die antikoagulatorische Wirkung von Rivaroxaban lässt sich mittels der aPTT über den gesamten Dosisbereich zuverlässig quantifizieren
- E Zum Ausschluss eines Antithrombinmangels bei Bestimmung unter den neuen oralen Antikoagulantien ist die Kenntnis der Art des verwendeten Tests (Faktor IIa- bzw. Xa-basierter Test) relevant

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 31. März 2014 (Datum des Poststempels). VNR: 2760512013141211467. 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