

Fragebogen

1 Welche Antwort ist richtig? Das Schlaganfallrisiko bei Vorhofflimmern ist deutlich erhöht bei:

- A CHA₂DS₂-VASC-Score < 2
- B supraventrikulären Extrasystolen
- C normaler LV-Funktion
- D Niereninsuffizienz
- E Alter < 40 Jahre

2 Welche Antwort ist richtig? Nach mechanischem Aortenklappenersatz soll der INR-Wert gemäß den Leitlinien bei Menschen, die keinen weiteren Risikofaktor haben, optimalerweise betragen:

- A 4,0 (3,0–4,0)
- B 3,0 (2,5–3,5)
- C 2,5 (2,0–3,0)
- D 2,0 (2,0–2,5)
- E 2,0 (1,5–2,5)

3 Welche Aussage zu DOAKs ist richtig? In Guidelines werden DOAKs empfohlen...

- A nach TAVI-Prozeduren
- B nach mechanischem Herzklappenersatz
- C nach biologischem Herzklappenersatz
- D bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern
- E bei valvulärem Vorhofflimmern

4 Welcher Risikofaktor ist bei der überlappenden Heparintherapie, dem sog. „Bridging“, nicht zu berücksichtigen?

- A Patientenseitiges Blutungsrisiko
- B Patientenseitiges Thromboembolierisiko
- C Temperaturerhöhung zu Beginn des „Bridging“
- D Größe des chirurgischen Eingriffs
- E Dauer der Unterbrechung der VKA-Therapie

5 Welche Aussage zur Triple-Therapie bei Patienten mit Vorhofflimmern und Stentimplantation ist falsch?

- A Sowohl Vitamin-K-Antagonisten als auch die neuen oralen Antikoagulantien können als Kombinationspartner der Triple-Therapie eingesetzt werden.
- B Die Dauer der Triple-Therapie richtet sich unter anderem nach dem individuellen Blutungsrisiko des Patienten.
- C Alle oralen Thrombozytenaggregationshemmer können in der Kombination mit ASS zusätzlich zu einer Antikoagulation verwendet werden.

- D In der Langzeittherapie sind die NOAKs den Vitamin-K-Antagonisten überlegen.
- E Derzeit gibt es keine vergleichenden Studien zur Triple-Therapie.

6 Welche Aussage zur Antikoagulation bei Vorhofflimmern ist richtig?

- A Patienten mit Vorhofflimmern haben grundsätzlich die Indikation zur Antikoagulation.
- B Patienten mit Vorhofflimmern und einem CHA₂DS₂-VASC-Score ≥ 2 sollten zur Schlaganfallprophylaxe mit einem NOAK oder Vitamin-K-Antagonisten behandelt werden.
- C Bei Unverträglichkeiten des Patienten gegenüber einem NOAK sollte immer ein interventioneller Verschluss des linken Vorhofs durchgeföhrt werden.
- D Der HAS-BLED-Score ist nicht ausreichend valide für die Vorhersage intrazerebraler Blutungsereignisse.
- E Bei einem HAS-BLED-Score von 4 dürfen NOAKs nicht eingesetzt werden.

7 Welche der folgenden Aussagen zur Definition ESUS ist nicht korrekt?

- A Nachweis eines nicht-lakunären Schlaganfalls mittels CCT oder CMRT
- B Ausschluss einer >50%igen arteriosklerotischen Stenose in der das Infarktterritorium versorgenden extra- oder intrakraniellen Arterie mittels MRT- oder CT-gestützter Angiografie, Hals-Duplex und transkranieller Dopplersonografie und / oder arterieller digitaler Subtraktionsangiografie.
- C Ausschluss einer tiefen Beinvenenthrombose mittels Beinvenen-Duplex-Sonografie.
- D Ausschluss relevanter Risikofaktoren für eine kardiale Emboliequelle mittels 12-Kanal-EKG, ≥ 24 h EKG-Monitoring mit automatischer Rhythmusanalyse und TTE.
- E Abwesenheit anderer (seltener) Schlaganfallsursachen (z. B. Angiitis des Zentralnervensystems, reversibles zerebrales Vasokonstriktionssyndrom, Dissektion, Drogenabusus).

8 Welche der folgenden Aussagen zum pathophysiologischen Konstrukt des ESUS ist nicht korrekt?

- A ESUS sind per definitionem immer embolischer Ätiopathogenese.
- B Die Emboli stammen aus kardialer Quelle, Venen (paradoxe Embolie) oder nicht-stenosierenden instabilen Plaques des Aortenbogens und der hirnversorgenden Arterien.

- C Zum Nachweis von Emboli aus kardialer Quelle wird von der „Cryptogenic Stroke / ESUS International Working Group“ die Durchführung eines TEE gefordert.
- D Die Emboli bestehen in den meisten Fällen aus fibrinreichem Thrombus.
- E Orale Antikoagulation ist als Sekundärprophylaxe des Re-Schlaganfalls bei ESUS-Patienten effektiver als Thrombozytenaggregationshemmung.

9 Welche Aussage zum interventionellen Verschluss des linken Vorhofs (LAA) trifft nicht zu?

- A Die Ausschaltung des LAA von der systemischen Zirkulation kann entweder als Begleitmaßnahme im Rahmen eines herzchirurgischen Eingriffs oder als isolierte Prozedur, z. B. thorakoskopisch, erfolgen.
- B Der katheter-basierte Verschluss des linken Vorhofs (LAAO) gilt als Alternative zur oralen Antikoagulation, wenn diese kontraindiziert ist.
- C Der katheter-basierte Verschluss des linken Vorhofs (LAAO) gilt als Alternative zur oralen Antikoagulation, wenn für den Patienten ein hohes Risiko für Major-Blutung besteht.
- D Die ersten Kosten-Vergleichs-Analysen LAAO versus medikamentöse Therapie fallen zugunsten der medikamentösen Therapie aus.
- E Die beste Evidenz zur LAAO besteht für Vorhofflimmer-Patienten.

10 Welche Aussage zum embolischen Schlaganfall unbekannter Quelle (ESUS) trifft nicht zu?

- A ESUS ist ein potenziell bedeutsames neues Konstrukt des kryptogenen Schlaganfalls.
- B Die pathophysiologische Hypothese nimmt Embolien durch fibrinreiche Thromben aus unterschiedlicher Quelle als ESUS-Ursache an.
- C Trotz entsprechend den aktuellen Leitlinien durchgeföhrt sekundärprophylaktischer Therapie mit einem Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) beträgt die Re-Schlaganfallrate ca. 4%.
- D Inzwischen gibt es eine Klasse-I-Evidenz zur sekundärprophylaktischen Therapie von Re-Schlaganfall-Patienten.
- E Das ESUS-Konzept dient u. a. als Grundlage für randomisierte klinische Studien, die die Frage klären, ob Patienten mit ESUS von einer oralen Antikoagulation versus TAH profitieren.

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

<input type="text"/>	
Name	Vorname
<input type="text"/>	
Straße	PLZ, Ort

Erklärung

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

<input type="text"/>
Ort/Datum Unterschrift

CME-Wertmarken für Nicht-Abonnenten

CME-Wertmarken (für Teilnehmer, die den **klinika** 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

<input type="text"/>

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.

<input type="text"/>
Stuttgart, (Stempel/Unterschrift)

Wichtige Hinweise

Die CME-Beiträge des **klinika** wurden durch die Ärztekammer Nordrhein anerkannt. Der **klinika** 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 15.02.2017 (Datum des Poststempels). VNR: 2760512016149750626. 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