

Fragebogen

1 Welche Aussage ist falsch? Ein präoperatives EKG ist indiziert bei Patienten

- A mit ischämischer Kardiomyopathie
- B mit implantiertem Defibrillator
- C vor Eingriffen mit hohem kardialen Risiko
- D mit implantiertem Herzschrittmacher und neu aufgetretenen Unterschenkelödem
- E im Alter > 70 Jahre

2 Welche Aussage ist richtig?

- A Eine präoperative Röntgen-Thoraxuntersuchung ist generell indiziert bei Patienten im Alter > 60 Jahre
- B Die Kenntnis pulmonaler Untersuchungsbefunde trägt regelhaft zur Senkung der perioperativen Morbidität und Letalität pulmonaler Risikopatienten bei
- C Zwischen der Inzidenz pathologischer Befunde in der Lungenfunktionsdiagnostik und dem Auftreten von perioperativen pulmonalen Komplikationen besteht ein wissenschaftlich nachgewiesener enger Zusammenhang
- D Auch bei anamnestisch unauffälligen, asymptomatischen Patienten kann eine Röntgen-Thoraxuntersuchung indiziert sein, wenn Anästhesie- oder OP-relevante Befunde vorliegen
- E Auch bei klinisch stabiler Situation bekannter pulmonaler Vorerkrankungen muss zur Reduktion perioperativer Komplikationen eine Lungenfunktionsprüfung erfolgen

3 Welche Aussage zum Stellenwert von Labor und Blutgerinnung in der präoperativen Risikoevaluation ist richtig?

- A Routinemäßige Laboruntersuchungen sind vor operativen Eingriffen immer sinnvoll und indiziert
- B Eine Störung der Blutgerinnung lässt sich zuverlässig nur durch Laboruntersuchungen nachweisen
- C Pathologische präoperative Laborparameter müssen fast immer behandelt werden
- D Die sorgfältige Anamnese und körperliche Untersuchung ist die wichtigste präoperative Evaluationsform
- E Zahlreiche Studien haben den Sinn präoperativer Laboruntersuchungen zur Risikoevaluation belegt

4 Präoperative pathologische Elektrolytwerte müssen vor operativen Eingriffen immer ausgeglichen werden, weil in Abhängigkeit von der Definition der Normwerte, pathologische Elektrolytwerte bei bis zu 81,2% der untersuchten Patienten nachgewiesen wurden.

- A Die erste Aussage ist richtig, die zweite Aussage ist falsch
- B Die erste Aussage ist falsch, die zweite Aussage ist richtig
- C Beide Aussagen sind richtig, die Verknüpfung ist falsch
- D Beide Aussagen sind richtig, die Verknüpfung ist richtig
- E Beide Aussagen sind falsch

5 Welche der Aussagen ist falsch?

- A Bei anamnestisch unauffälligen Patienten sind behandlungsbedürftige Hb-Werte im Blut in weniger als 0,5% der Fälle zu erwarten
- B Mehr als 5% der Patienten mit auffälliger Blutungsanamnese (also Hinweisen auf eine Störung der Blutgerinnung) haben normale PTT-, PTZ-, Quick- und Thrombozytenwerte
- C In klinischen Studien waren präoperative pathologische Laborwerte auch bei älteren Patienten nicht mit einem postoperativ komplizierten Verlauf assoziiert
- D In klinischen Studien ist die Einstufung des Patienten in die ASA-Klassen III und IV und die Einstufung des Risikos des operativen Eingriffs (klein, mittel, groß) mit einem komplizierten postoperativen Verlauf assoziiert
- E Die häufigsten Störungen der Blutgerinnung in der Bevölkerung betreffen das plasmatische Gerinnungssystem und sind daher durch PTT-, PTZ- und Quickwerte nachweisbar

6 Welche Empfehlung zum perioperativen Umgang mit Thrombozytenaggregationshemmern ist richtig?

- A Bei Patienten mit Koronarstent wird eine Dauertherapie mit Clopidogrel perioperativ nie unterbrochen
- B Vor neurochirurgischen Eingriffen sollte ASS abgesetzt werden
- C Patienten sollten nach Implantation eines Bare Metal Stents mindestens 6 Monate lang eine duale Plättchenhemmung erhalten
- D Patienten sollten nach Implantation eines Drug Eluting Stents mindestens 2 Jahre lang eine duale Plättchenhemmung erhalten
- E Nach PTCA (ohne Stent) sollte ein elektiver Eingriff mindestens 3 Monate verschoben werden

7 Welche Aussage zum Umgang mit kreislaufwirksamen Pharmaka ist richtig?

- A β -Blocker sollten vor Hochrisikoeingriffen abgesetzt werden
- B Bei der perioperativen Gabe von β -Blockern muss eine Dosisreduktion nach Herzfrequenz und Blutdruck erfolgen
- C Die perioperative Gabe von β -Blockern ist indiziert bei allen Patienten mit

- D mehr als einem kardialen Risikofaktor
- D Patienten unter einer Dauertherapie mit ACE-Hemmern oder Angiotensin-II-Antagonisten haben ein reduziertes Risiko, perioperativ eine Hypotension zu entwickeln
- E Kalzium-Antagonisten verbessern nachgewiesenermaßen das perioperative Outcome

8 Welche Aussage zur perioperativen Medikation ist richtig?

- A Mit L-Dopa sollte bei M. Parkinson für den OP-Tag pausiert werden
- B Antidepressiva werden wegen vielfacher Nebenwirkungen mit Anästhetika in der Regel präoperativ abgesetzt
- C Patienten unter Kortikosteroid-Dauermedikation sollten perioperativ mit Hydrocortison substituiert werden
- D Statine sollten perioperativ wegen der Gefahr der Rhabdomyolyse pausiert werden
- E Antiepileptika sollten perioperativ in der Regel pausiert werden

9 Welche der Aussagen trifft für eine koronare Intervention nicht zu?

- A Bei kürzlich zurückliegender Stent-Implantation und überstandener „Akuten Koronarsyndrom“ innerhalb der ersten 4 Wochen ist im Fall von leicht komprimierbaren Wunden bei kalkulierbarem perioperativen Blutungsrisiko das Absetzen der Thrombozytenaggregationshemmung nicht notwendig
- B In Einzelfällen wird bei optimalem angiografischen Befund eine alleinige PCI bzw. Ballonangioplastie ohne Stentimplantation empfohlen, bei der eine nicht-aufschiebbare Operation nach einer Woche unter einer ASS-Therapie erfolgen kann
- C Bei geplantem nicht-kardialen Eingriff sollte eine DES-Implantation erfolgen
- D Bei hohem Stenthromboserisiko und hohem bis intermediärem Blutungsrisiko kommt ein Absetzen der Thrombozytenaggregationshemmung 5 Tage vor dem Eingriff mit einem Bridging mit einem GP-IIb/IIIa-Inhibitor mit einer kurzen Halbwertszeit (Tirofiban) in Betracht
- E Im Fall einer vorzeitig notwendigen Operation sollte eine BMS-Implantation erfolgen

10 Was findet bei der rationalen Abschätzung des perioperativen kardialen Risikos keine Berücksichtigung?

- A Das kardiale Risiko des operativen Eingriffs
- B Das Vorliegen einer Niereninsuffizienz
- C Das Vorliegen eines tachykarden Vorhofflimmerns
- D Ein Mini-Mental-Status-Test
- E Die Belastbarkeit des Patienten

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. November 2011** (Datum des Poststempels). VNR: 2760512010047431843. 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