

Freiwilliges Fortbildungszertifikat

Zwei Punkte bei sieben und mehr richtigen Antworten – Regelungen zum Online-Erwerb von Fortbildungspunkten im „Bayerischen Ärzteblatt“.

Der 72. Bayerische Ärztetag hat am 16. Oktober 2013 eine Fortbildungsordnung beschlossen, die seit 1. Januar 2014 in Kraft ist und für die entsprechenden Richtlinien hat der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) am 30. November 2013 „grünes Licht“ gegeben. So können auch künftig Punkte durch strukturierte interaktive Fortbildung (Kategorie D) erworben werden. Konkret erhalten Sie für das Durcharbeiten des Fachartikels „S1-Leitlinie: Pädiatrische Multiple Sklerose“ von Dr. Astrid Blaschek, Professor Dr. Wolfgang Müller-Felber, Universitätsprofessor Dr. Florian Heinen und Professor Dr. Peter Huppke mit kompletter Beantwortung der nachfolgenden Lernerfolgskontrolle zwei Punkte bei sieben oder mehr richtigen Antworten. Nähere Informationen entnehmen Sie der Fortbildungsordnung bzw. den Richtlinien (www.blaek.de).

Ärztinnen und Ärzte in Bayern können auf Antrag das freiwillige Fortbildungszertifikat erhalten, wenn sie bei der BLÄK gemeldet sind und innerhalb von maximal drei Jahren mindestens 150 Fortbildungspunkte erwerben. Die erworbenen Punkte sind auch anrechenbar auf das Pflicht-Fortbildungszertifikat.

Fortbildungspunkte können in jeder Ausgabe des *Bayerischen Ärzteblattes* online erworben werden. Den aktuellen Fragebogen und weitere Informationen finden Sie unter www.blaek.de/online/fortbildung oder www.bayerisches-aerzteblatt.de/cme

Falls kein Internetanschluss vorhanden, schicken Sie den Fragebogen zusammen mit einem frankierten Rückumschlag an: Bayerische Landesärztekammer, Redaktion *Bayerisches Ärzteblatt*, Mühlbauerstraße 16, 81677 München.

Unleserliche Fragebögen können nicht berücksichtigt werden. Grundsätzlich ist nur eine Antwortmöglichkeit pro Frage anzukreuzen. Die richtigen Antworten erscheinen in der Juni-Ausgabe des *Bayerischen Ärzteblattes*.

Der aktuelle Punkte-Kontostand und die entsprechenden Punkte-Buchungen können jederzeit online abgefragt werden.

Einsendeschluss ist der 6. Juni 2017.



1. Wie viele Patienten zeigen MS-Symptome bereits vor dem 17. Lebensjahr?

- a) Ein Prozent
- b) Drei bis fünf Prozent
- c) 25 Prozent
- d) 40 Prozent
- e) 50 Prozent

2. Welche Aussage zu pädiatrischer MS ist falsch?

- a) Präpubertäre Kinder können nicht an MS erkranken.
- b) Pädiatrische Patienten haben mehr Läsionen im MRT.
- c) Bei Kindern ist eine deutlich höhere Schubrate als im Erwachsenenalter in den ersten Erkrankungsjahren beschrieben.
- d) Der primär schubförmig-remittierende Verlauf ist gekennzeichnet durch Remission und progressionsfreie Intervalle zwischen den Schüben.
- e) Nach 20 Jahren Krankheitsverlauf sieht man bei pädiatrischen Patienten in der Regel eine bleibende Behinderung (EDSS von 4).

3. Welche Aussage bezüglich der klinischen Symptomatik bei Kindern ist zutreffend?

- a) Die Optikusneuritis wird als Initialsymptom in unter zehn Prozent der Fälle beschrieben.
- b) Bei Kindern treten sehr selten polyfokale Symptome auf.
- c) Präpubertäre Kinder haben häufig polyfokale Symptomatik.
- d) Kognitive Probleme stellen eine seltene Ausnahme dar.
- e) Unspezifische Beschwerden (unter anderem Kopfschmerzen, Müdigkeit) treten nicht auf.

4. Welche Verlaufsform sollte im Kindes- und Jugendalter zum Anlass genommen werden, die Diagnose als solche zu überprüfen?

- a) Primär schubförmiger Verlauf ohne residuelle Klinik
- b) Primär schubförmiger Verlauf mit wenig bleibender Behinderung
- c) Klinisch isoliertes Syndrom
- d) Primär progressive Verlaufsform
- e) Sekundär progressive Verlaufsform

5. Welche Tatsache sollte zum Anlass genommen werden, bei pädiatrischer MS die Diagnose zu überprüfen?

- a) Jungdliches Alter bei Erstmanifestation
- b) Nachweis von oligoklonalen Banden
- c) Im MRT Nachweis räumlich und zeitlich disseminierter Herde
- d) Gute Rückbildung der Schubsymptomatik
- e) Deutliche Enzephalopathie bei pubertären Jugendlichen

6. Welche Aussage zur Diagnostik ist falsch?

- a) Blutuntersuchungen dienen zur Abgrenzung differenzialdiagnostischer Überlegungen.
- b) Die Untersuchung des Liquors ist indiziert.
- c) MRTs der Wirbelsäule sind entbehrlich.
- d) Die MRT-Kriterien nach McDonald können zur Diagnosesicherung im Kindes- und Jugendalter benutzt werden.
- e) Elektrophysiologische Untersuchungen dienen zur Sicherung weiterer klinischer Läsionen.

7. Welche Aussage zur Akuttherapie des klinischen Schubes ist falsch?

- a) Die Methylprednisolon-Therapie intravenös ist die Methode der ersten Wahl.
- b) Dosierung im Kindesalter erfolgt nach dem Körpergewicht (20 mg/kgKG/Tag), maximal 1 g/Tag.
- c) Die Gabe erfolgt für drei bis fünf Tage.

- d) Nach vier Wochen sollte die Wirksamkeit überprüft werden.
- e) Bei fehlendem Ansprechen auf die Steroidbehandlung oder schweren Schüben stellen Plasmapherese oder Immunadsorption alternative Behandlungsoptionen dar.

8. Welche Aussage zur immunmodulatorischen Basistherapie ist richtig?

- a) Die immunmodulatorische Basistherapie ist im Kindes- und Jugendalter nicht indiziert.
- b) Ziel der immunmodulatorischen Therapie ist zum einen die Verringerung der Schubrate und Schubschwere, zum anderen das Hinauszögern oder Verhindern des Auftretens bleibender Behinderungen bzw. einer sekundär progredienten MS.
- c) Gewichtsadaptierte Dosierung ist nicht notwendig.
- d) Es sollten immer zwei klinische Schübe abgewartet werden, auch wenn die Diagnose nach McDonald mittels MRT-Parametern bei einem Schub gestellt werden konnte.
- e) Für alle verfügbaren immunmodulatorischen Basistherapeutika existieren kontrollierte klinische Studien für die pädiatrische MS.

9. Für die verlaufsmodifizierende Therapie der milden/moderaten Verlaufsform trifft nicht zu?

- a) Rekombinante Interferon-beta-Präparate 8 (IFN β -1b Betaferon®/Bayer-Schering bioidentisch zu Extavia®/Novartis; IFN β -1a

Avonex®/Biogen Idec; Rebif®/Merck-Serono) sind in Deutschland in der Regel ab dem zwölften Lebensjahr zugelassen, das Präparat Rebif® hat die Zulassung zusätzlich ab zwei Jahren erhalten.

- b) Glatirameracetat (Copaxone®/Teva Pharma) hat in Deutschland die Zulassung ab dem zwölften Lebensjahr.
- c) Patienten jünger als zwölf Jahre sollten ebenfalls zeitnah nach Diagnosestellung immunmodulatorisch behandelt werden.
- d) Für Patienten jünger als zwölf Jahre sollte eine individuell verträgliche Dosis gefunden werden.
- e) Für die Therapie mit Dimethylfumarat, pegyliertem IFN β -1a, Teriflunomid und Alemtuzumab gibt es gute pädiatrische Daten zur Anwendung und Sicherheit.

10. Für die (hoch-)aktive Verlaufsform gilt:

- a) Tritt nicht im Kindes- und Jugendalter auf.
- b) Zeigt ein gutes Ansprechen auf Interferone/Glatirameracetat.
- c) Kann nicht medikamentös behandelt werden.
- d) Off-Label-Anwendungserfahrungen liegen für Natalizumab (Tysabri®/Biogen Idec) und Fingolimod (Gilenya®/Novartis) bei pädiatrischer MS vor.
- e) Für den Einsatz von Alemtuzumab (Lemtrada®/Genzyme) liegen kontrollierte Studien zur Behandlung der pädiatrischen MS vor.

Freiwilliges Fortbildungszertifikat

Veranstaltungsnummer: 2760909007126120017

Grundsätzlich ist nur eine Antwortmöglichkeit pro Frage anzukreuzen.

Online finden Sie den aktuellen Fragebogen unter: www.bayerisches-ärzteblatt.de/cme

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Name

Berufsbezeichnung, Titel

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Fax

Ort, Datum

Unterschrift

Antwortfeld

- | | |
|--------------|---------------|
| 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 |

Auf das Fortbildungspunktekonto verbucht am:

Die Richtigkeit von mindestens sieben Antworten auf dem Bogen wird hiermit bescheinigt.

Bayerische Landesärztekammer, München

Datum

Unterschrift