

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. Details regeln Richtlinien des Vorstandes, aktuell vom 30. November 2019. So können auch künftig Punkte durch strukturierte interaktive Fortbildung (Kategorie D) erworben werden. Konkret erhalten Sie für das Durcharbeiten des Fachartikels „Pneumologie – highlighted“ von Professor Dr. F. Joachim Meyer et al. 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 → Fortbildung).

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 <https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/cme>. Falls kein Internetanschluss vorhanden ist, 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. Es ist nur eine Antwortmöglichkeit pro Frage anzukreuzen. Die richtigen Antworten erscheinen in der Mai-Ausgabe des *Bayerischen Ärzteblattes*.

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

Einsendeschluss ist der 4. Mai 2021



© Sashkin – Fotolia.de

1. Welche Aussage zur NIV bei akuter respiratorischer Insuffizienz trifft zu?

- Bei akuter respiratorischer Insuffizienz dient die NIV nur der verbesserten Oxygenierung.
- Bei Hyperkapnie soll die NIV kurzfristig (ca. 1 bis 2 Stunden) zu einer klinischen Verbesserung führen, ansonsten sollte eine Intubation zur invasiven Beatmung erfolgen.
- Vorhandene Spontanatmung ist eine absolute Kontraindikation für die NIV.
- Die Indikation zur NIV besteht erst bei $\text{pH} < 7,1$.
- Bei Ileus und gastrointestinaler Blutung kann NIV ohne Einschränkungen angewendet werden.

2. Welche Erkrankung führt typischerweise nicht zu einer akuten Hyperkapnie?

- COPD
- Obesitas-Hypoventilationssyndrom (OHS)
- Zwerchfellparese
- Lungenarterienembolie
- Verschlechterung einer neuromuskuläre Erkrankung wie zum Beispiel ALS

3. Welche Aussage zur Therapie der chronischen Hyperkapnie trifft zu?

- Sauerstofflangzeittherapie mittels Nasenbrille und NIV erreichen eine vergleichbare

Entlastung der Atempumpe bei chronischer Hyperkapnie.

- Eine Therapie mit einem CPAP-Modus ohne Backup-Frequenz ist ausreichend zur Therapie der Hyperkapnie.
- Zu den Symptomen einer chronischen Hyperkapnie (chronische ventilatorische Insuffizienz) zählen unter anderem Dyspnoe, reduzierte Belastbarkeit, Tagesmüdigkeit und morgendliche Kopfschmerzen.
- In der außerklinischen NIV muss eine Ganzgesichtsmaske verwendet werden.
- Inspiratorische Drücke < 10 mbar sind in den meisten Fällen ausreichend zur Korrektur einer chronischen Hyperkapnie.

4. Welche Aussage zur Indikation einer Langzeit-NIV bei COPD ist nicht zutreffend?

- Ein Tages PaCO_2 von > 50 bzw. nächtliches PaCO_2 von > 55 mmHG stellt eine Indikation für eine Langzeit-NIV dar.
- Frühestens drei Monate nach einer schweren beatmungspflichtigen Exazerbation einer COPD sollte die Indikation für eine außerklinische NIV gestellt werden.
- Um eine prognostische und symptomatische Verbesserung zu erreichen, ist unter NIV

- eine Reduktion von PaCO₂ um > 20 Prozent anzustreben.
- d) Eine regelmäßige und ausreichend lange Anwendung ist für den Therapieerfolg entscheidend.
- e) Durch den Einsatz der NIV bei chronischer ventilatorischer Insuffizienz kann bei korrekter Einstellung eine Verbesserung der Lebensqualität und eine erhöhte Leistungsfähigkeit erreicht werden.
- 5. Folgende Befunde sind nicht typisch bei einer exogen-allergischen Alveolitis (EAA):**
- a) Deutlich vermehrte Lymphozyten in der bronchoalveolären Lavage (BAL) mit erniedrigtem CD4/CD8-Quotienten.
- b) Spezifische IgG-Antikörper gegen Antigene (zum Beispiel Pilze, Mehl, Federn).
- c) Bei der Lungenauskultation beidseitige Sklerosiphonie (sogenanntes Knisterrasseln).
- d) Es handelt sich häufig um Patienten ohne Nikotinanamnese.
- e) Sie tritt nach gleichzeitiger Exposition immer bei mehreren Personen vor (Cluster).
- 6. Zu den typischen Diagnosekriterien einer EAA gehört nicht:**
- a) Symptome nach Antigenexposition.
- b) Expositions- und/oder zeitabhängige Symptome.
- c) spezifische IgE-Antikörper im Serum.
- d) Sklerosiphonie
- e) PaO₂ in Ruhe und/oder unter Belastung erniedrigt oder Diffusion eingeschränkt.
- 7. Welche Aussagen treffen beim „organic dust toxic syndrome“ (ODTS) zu?**
- a) Die Differenzierung zur EAA gelingt immer anhand der Klinik.
- b) Die Lungenfunktion zeigt immer Normalwerte.
- c) Die Blutgasanalyse zeigt typischerweise eine deutliche Hypoxämie in Ruhe.
- d) Die deutlich längere Latenz bis zum Auftreten der Symptome lässt eine eindeutige Differenzierung zur EAA zu.
- e) Sie wird durch Inhalation bakterieller Endotoxine ausgelöst.
- 8. Bei welchen Patienten mit metastasierten Adenokarzinomen der Lunge soll eine Testung auf Vorhandensein molekularer Targets erfolgen?**
- a) Bei allen Patienten.
- b) Nur bei Nie- oder Wenig-Rauchern.
- c) Nur bei Patienten mit asiatischer Herkunft.
- d) Nur bei Frauen.
- e) Eine derartige Testung ist nicht indiziert.

- 9. Welche Aussage trifft für zielgerichtete Therapien bei metastasiertem Lungenkarzinom zu?**
- a) Sie werden nur bei Patienten mit Adenokarzinomen angewendet.
- b) Sie sind nebenwirkungsfrei.
- c) Sie erzielen oft bessere Ansprechraten als Chemotherapie.
- d) Sie sind ausschließlich in der Erstlinienbehandlung effektiv.
- e) Können nach stattgehabter Immuntherapie nicht angewendet werden.
- 10. Welches zielgerichtete Medikament ist zur Behandlung des metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms mit nachgewiesenem ROS1-Rearrangement zugelassen?**
- a) Erlotinib
- b) Dabrafenib
- c) Crizotinib
- d) Afatinib
- e) Brigatinib

Freiwilliges Fortbildungszertifikat

Veranstaltungsnummer: 2760909008932240015

Es ist nur eine Antwortmöglichkeit pro Frage anzukreuzen.

Online finden Sie den aktuellen Fragebogen unter: <https://www.bayerisches-aerzteblatt.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