



# DER ARZNEIMITTELBRIEF

Unabhängige Arzneimittelinformationen

Jahrgang 53 Nr. 01 Januar 2019

Frage 1 **1** 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Welche Aussage ist falsch? Nach den Empfehlungen der aktualisierten Nationalen VersorgungsLeitlinie Asthma... [Link zum Artikel](#)**

- a)  richten sich Klassifikation und Behandlung ausschließlich nach dem Grad der Asthmakontrolle.
- b)  sind Ziele der medikamentösen Therapie die Suppression der bronchialen Entzündung und Hyperreagibilität, die Reduktion der Atemwegsobstruktion sowie das Erreichen einer bestmöglichen Asthmakontrolle.
- c)  folgt die medikamentöse Behandlung einem Stufenschema.
- d)  sind die Therapiepläne für Kinder und Erwachsene gleich.
- e)  sollten alle Patienten an Schulungen zur Inhalator-Anwendung teilnehmen.



Frage 2  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Welche Wirkstoffgruppe wird als Basis der Langzeittherapie ab Therapiestufe 2 empfohlen? Link zum Artikel**

- a)  langwirkende Beta-2-Symphathomimetika (LABA)
- b)  langwirkende Anticholinergika (LAMA)
- c)  inhalative Kortikosteroide (ICS)
- d)  orale Glukokortikosteroide
- e)  Leukotrien-Antagonisten

Frage 3  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Welche Aussage zur Stufentherapie für Erwachsene ist falsch? Link zum Artikel**

- a)  Eine Kombination aus ICS und LABA wird ab Stufe 3 empfohlen.
- b)  Es soll keine Monotherapie mit einem LABA durchgeführt werden.
- c)  Theophyllin hat keinen Stellenwert mehr in der Behandlung des Asthmas.
- d)  Zur Bedarfstherapie werden SABA oder ab Stufe 3 eine Fixkombination aus ICS und Formoterol empfohlen, wenn dies auch die Langzeittherapie darstellt.
- e)  Mepolizumab (Nucala®) ist als Zusatztherapie bei IgE-vermitteltem allergischem Asthma ab Stufe 4 zugelassen.



**Jahrgang 53 Nr. 01** Januar 2019

Frage 4  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**In welcher Therapiestufe sind bei Erwachsenen monoklonale Antikörper als Zusatztherapie beim Asthma vorgesehen? Link zum Artikel [↗](#)**

- a)  ab Stufe 1
- b)  ab Stufe 2
- c)  ab Stufe 3
- d)  ab Stufe 4
- e)  ab Stufe 5

**Jahrgang 53 Nr. 01** Januar 2019

Frage 5  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Welche Aussage zur Reduktion der Herzinsuffizienz-Therapie bei Dilatativer Kardiomyopathie (DCMP; TRED-HF-Studie) ist nicht richtig? Link zum Artikel [↗](#)**

- a)  Eingeschlossen wurden Patienten mit nicht mehr symptomatischer DCMP unter Therapie und einem NT-pBNP unter 250 ng/l.
- b)  Die medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz wurde zunächst in der Interventionsgruppe, dann auch in der Kontrollgruppe stufenweise über 16 Wochen unter engmaschigen Kontrollen ausgeschlichen.
- c)  ACE-Hemmer/AT-II-Rezeptor-Blocker wurden in der Studie als letzte abgesetzt.
- d)  Innerhalb von 6 Monaten kam es nur bei 10% der Patienten nach Therapierückzug zu einem DCMP-Rezidiv.
- e)  DCMP-Rezidive waren nach Wiederaufnahme der Therapie meist wieder reversibel.



Frage 6  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Welche Aussage zur Therapie der Dilatativen Kardiomyopathie (DCMP) ist nach den Ergebnissen der TRED-HF-Studie richtig? Link zum Artikel**

- a)  Bildgebende Verfahren und Biomarker ermöglichen heute eine verlässliche Differenzierung zwischen Ausheilung und Remission einer DCMP.
- b)  Bei allen Formen einer chronischen Herzinsuffizienz sollte nach klinischer Besserung ein Auslassversuch der medikamentösen Therapie erfolgen.
- c)  Wenn sich die Herzinsuffizienz klinisch und echokardiographisch deutlich gebessert hat und ein Patient versuchen möchte, die Therapie abzusetzen, kann dies unter sorgfältiger Kontrolle der Herzfunktion versucht werden.
- d)  Die DCMP ist eine in ihrer Genese homogene Krankheitsentität, so dass die Herzinsuffizienztherapie bei günstigem Verlauf nach einheitlichen Kriterien reduziert werden kann.
- e)  Die vorliegenden Ergebnisse dürfen auch auf Patienten mit ischämischen, hypertensiven oder valvulären Kardiomyopathien übertragen werden.

Frage 7  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Bei welchen Patienten mit Mitralklappeninsuffizienz (MI) wurde in der COAPT-Studie das Mitracclip-Verfahren untersucht? Link zum Artikel**

- a)  Patienten mit fortgeschrittenem Mitralklappenprolaps-Syndrom
- b)  Patienten mit bisher unbehandelter Herzinsuffizienz und sekundärer MI
- c)  Patienten mit maximaler leitliniengerechter Herzinsuffizienztherapie und nicht primär valvulär bedingter MI
- d)  Alle schweren Formen einer MI, unabhängig von deren Genese
- e)  Patienten mit schwerer MI, die prinzipiell auch für eine offene herzchirurgische Sanierung in Frage kamen.



Frage 8  1  2  3  4  5  6  8  9  10

**Welche Aussage zum Mitralclip-Verfahren lässt sich aus der MITRA-FR- und COAPT-Studie ableiten? Link zum Artikel [↗](#)**

- a)  Das Mitraclip-Verfahren liefert bei primärer MI bereits klinisch gleichwertige Ergebnisse wie der operative Klappenersatz.
- b)  Das Mitralclip-Verfahren ist einfach und rasch zu erlernen.
- c)  Die Indikation für das Mitralclip-Verfahren kann unabhängig von der Intensität der bestehenden konservativen Begleittherapie gestellt werden.
- d)  Die Patientenauswahl sollte interdisziplinär im Team erfolgen und muss u.a. die lokale Expertise und die Qualität der medikamentösen Therapie berücksichtigen.
- e)  Das wichtigste Entscheidungskriterium für die Anwendung des Mitralclip-Verfahrens sollte der Patientenwunsch sein.



**Jahrgang 53 Nr. 01** Januar 2019

Frage 9  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Markieren Sie die falsche Aussage! Link zum Artikel**

- a)  Das lebenslange Risiko einer Frau, an einer Zystitis zu erkranken, ist > 50%.
- b)  Nach einer ersten Zystitis liegt die Rezidivquote innerhalb eines Jahres bei 44-70%.
- c)  5% aller Antibiotika in der Humanmedizin werden zur Behandlung von Harnwegsinfektionen verordnet.
- d)  Etwa 40% der Frauen trinken weniger als 1,6 l/d.
- e)  In der Studie von Hooton et al. konnte die Zahl von Harnwegsinfektionen bei jüngeren Frauen mit täglicher Trinkmenge von < 1,5 l durch eine zusätzliche Trinkmenge von 1,5 l/d innerhalb eines Jahres etwa halbiert werden.

**Jahrgang 53 Nr. 01** Januar 2019

Frage 10  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Welcher Erreger wurde in der Studie von Hooton et al. am häufigsten bei Harnwegsinfekten nachgewiesen? Link zum Artikel**

- a)  Proteus mirabilis
- b)  Pseudomonas aeruginosa
- c)  Escherichia coli
- d)  Klebsiella oxytoca
- e)  Enterobacter cloacae