



DER ARZNEIMITTELBRIEF

Unabhängige Arzneimittelinformationen

Frage 1: Was zählt nicht zu den klinischen Manifestationen eines Antiphospholipid-Syndroms (APS)?

- a) Vorhofflimmern.
- b) Venöse Thrombose.
- c) Schlaganfall.
- d) Abort.
- e) Präeklampsie.

Frage 2: Was definiert beim Antiphospholipid-Syndrom u.a. ein hohes Thromboembolierisiko?

- a) Eine positive Familienanamnese für Thrombosen.
- b) Weibliches Geschlecht.
- c) Übergewicht.
- d) Nachweis von drei Auto-Antikörpern.
- e) Erste Schwangerschaft.

Frage 3: Beim Antiphospholipid-Syndrom soll nach der "European League Against Rheumatism" (EULAR) die Sekundärprävention einer Thromboembolie erfolgen mit:

- a) Heparinspritzen in besonderen Risikosituationen (z.B. längere Flugreisen).
- b) Niedrig dosierter Acetylsalicylsäure (100 mg/d).
- c) 6-monatiger oraler Antikoagulation (OAK) mit Vitamin K-Antagonisten (Ziel INR 2-3).
- d) Lebenslanger OAK mit Vitamin-K-Antagonisten (Ziel-INR 2-3).
- e) Lebenslanger OAK mit Vitamin K-Antagonisten (Ziel INR 3-4).

Frage 4: Direkte orale Antikoagulanzen (DOAK) sollten beim Antiphospholipid-Syndrom mit hohem Thromboembolierisiko nicht angewendet werden, weil

- a) es keine vergleichenden Studien mit anderen Antikoagulanzen gibt.
- b) es bei dieser Erkrankung Hinweise auf vermehrte Thrombosen unter DOAK gibt.
- c) die korrekte Dosierung der DOAK problematisch ist.
- d) es mit den DOAK viele Arzneimittelinteraktionen gibt.
- e) DOAK auf Dauer vermehrt zu Gefäßverkalkungen führen können.



Frage 5: Welche Aussage zur Antikoagulation in therapeutischer Dosierung im Vergleich zu einer Thromboseprophylaxe nach dem jeweils üblichen Standard ist bei stationär behandlungsbedürftigen COVID-19-Erkrankten falsch?

- a) Die intensive Antikoagulation hat bei moderat Erkrankten einen günstigen Effekt auf das Überleben ohne Organunterstützung.
- b) Die intensive Antikoagulation hat bei moderat Erkrankten keinen günstigen Effekt auf die Notwendigkeit zur Intubation.
- c) Die intensive Antikoagulation führt sowohl bei moderat als auch bei schwer Erkrankten vermehrt zu Blutungskomplikationen.
- d) Die intensive Antikoagulation hat bei schwer Erkrankten keinen günstigen Effekt auf das Überleben ohne Organunterstützung.
- e) Die infektionsassoziierte Gerinnungskaskade ist bei schwer Erkrankten bereits so stark aktiviert, dass der gerinnungshemmende Effekt von Heparin wahrscheinlich zu gering ist, um den Erkrankungsverlauf noch entscheidend zu beeinflussen.

Frage 6: Welche Aussage zur dritten Impfung (Auffrischungsimpfung) gegen SARS-CoV-2 ist falsch?

- a) Die Antikörper-Titer sinken nach einer Grundimmunisierung über die Zeit wieder ab, bei älteren und immunsupprimierten Menschen rascher als bei Jüngeren und Gesunden.
- b) Aus Beobachtungsstudien ergeben sich Hinweise darauf, dass das Risiko für eine Infektion mit SARS-CoV-2 mit der Zeit zunimmt.
- c) Mit fallenden Antikörpertitern steigt nachweislich auch das Risiko für schwere und tödliche COVID-19-Verläufe.
- d) Die Evidenz dafür, dass eine Auffrischungsimpfung die Wirksamkeit der Impfstoffe verbessert beschränkt sich zurzeit auf Untersuchungen zum Anstieg der Antikörpertiter.
- e) Der Schutz vor schweren Verläufen von COVID-19 wird wahrscheinlich durch die zellvermittelte Immunität aufrechterhalten.

Frage 7: Welche Aussage zur Impfung mit einem mRNA-Impfstoff gegen SARS-CoV-2 ist falsch?

- a) Nur knapp 60% der Nierentransplantierten unter Immunsuppression entwickeln nach 2 Impfdosen als wirksam eingeschätzte Antikörper-Titer gegen das Spike Protein von SARS-CoV-2.
- b) Unter dreifacher Immunsuppression ist die Immunantwort besonders schlecht.
- c) Ein IgG-Spiegel > 6,8 Arbitrary Units (AU)/ml wird derzeit als wirksamer Antikörperspiegel gegen das SARS-CoV-2-Spike Antigen erachtet.
- d) AU/ml ist eine willkürlich festgelegte Einheit.
- e) Von einer 3. Impfdosis könnte nach Studienlage vermutlich jeder zweite Nierentransplantierte unter Immunsuppression profitieren.



Frage 8: Welche Aussage zur Myokarditis nach Impfung mit mRNA-basierten SARS-CoV-2-Impfstoffen ist falsch?

- a) Die Nebenwirkung wird als Hypersensitivitäts-Myokarditis interpretiert.
- b) Schwere oder tödliche Myokarditiden wurden bislang nicht beschrieben.
- c) Besonders betroffen sind junge Männer nach der 2. Impfung.
- d) Daten aus Israel legen nahe, dass die Myokarditis-Inzidenz durch die Impfung um den Faktor 3 ansteigt.
- e) Bei jungen Erwachsenen und Kindern liegt das Risiko für einen schweren Verlauf von COVID-19 vermutlich im Bereich der Inzidenz einer impfassozierten Myokarditis.

Frage 9: Für wie viele Todesfälle nach allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation ist eine chronische Graft-versus-Host-Disease mit verantwortlich?

- a) 75%
- b) 62%
- c) 45%
- d) 33%
- e) 25%

Frage 10: Wie hoch war die Ansprechrate unter Ruxolitinib bei Patienten mit moderater oder schwerer Graft-versus-Host-Disease im Vergleich zur Kontrolltherapie in der REACH3-Studie? (Prozentangaben abgerundet)

- a) 49 vs. 25%
- b) 58 vs. 25%
- c) 64 vs. 25%
- d) 72 vs. 25%
- e) 84 vs. 25%