

## **Lernerfolgskontrolle**

### **1) Was trifft zu?**

- Die Ablation paroxysmalen Vorhofflimmerns ist die beste Behandlung persistierenden Vorhofflimmerns
- Die Ablation darf nur bei Versagen einer antiarrhythmischen Therapie eingesetzt werden
- Vorhofflimmern trägt zur Verschlimmerung einer Herzinsuffizienz nicht relevant bei, eine Ablation ist daher auch entbehrlich
- Persistierendes Vorhofflimmern ist einer Ablation sehr gut zugänglich
- Amiodaron ist der Ablationsbehandlung von Vorhofflimmern überlegen

### **2) Was trifft zu?**

- Endokardiale Herzschrittmacher können auch ohne Venenzugang implantiert werden
- So genannte sondenlose Herzschrittmacher werden perkutan ohne Venenzugang implantiert
- Ein vollständig subkutan implantierter Defibrillator (S-ICD) hat ein erhöhtes Risiko für septische Infektionen
- Unter small footprint-Interventionen versteht man einen Herzeingriff mit geringem/keinem Materialeinsatz im Gefäßsystem
- Für die Anwendung von small footprint-Interventionen gibt es keine gesicherte Datenlage

### **3) Für die Therapie einer tiefen Beinvenenthrombose gilt:**

- Die Therapie besteht aus ASS und einem Antikoagulant
- Muss zunächst mit Heparin begonnen werden
- Kann mit NOAKs wirksam und sicher durchgeführt werden
- Bei Karzinompatienten sind Heparine auf jeden Fall überlegen
- Ist immer auf 3 Monate begrenzt zeitlich begrenzt

### **4) Für die periphere arterielle Verschlusskrankheit gilt:**

- Ischämische Rezidivereignisse sind sehr selten
- Wird grundsätzlich mit einer volltherapeutischen Antikoagulation behandelt
- Duale Antiplättchentherapie stellt das wirksamste untersuchte Therapieregime nach Intervention dar.
- Die Kombination aus ASS und 2x2,5mg/d Rivaroxaban reduziert ischämische Ereignisse nach PTA
- NOAK Monotherapie ist die Behandlung der Wahl

### **5) In der Partner III-Studie...**

- wurden nun die finalen 5-Jahresdaten vorgestellt
- wurde TAVI vs. SAVR bei Niedrigrisiko-Patienten untersucht
- wurden nur Patienten mit TAVI-Implantation in einem Register untersucht
- wurden rein multimorbide Patienten ohne OP-Möglichkeit eingeschlossen
- wurden die Patienten nur im Verhältnis 5:1 zu TAVI randomisiert

**6) Bezüglich der antithrombotischen Therapie von Vorhofflimmern nach TAVI...**

- gibt es bereits ganz klare Leitlinien-Empfehlungen
- scheint gemäß der neuen Studie eine orale Antikoagulation ausreichend zu sein
- treten in der vorgestellten Studie Blutungen immer erst nach >2 Jahren auf
- muss immer Ticagrelor mit VKA gegeben werden
- muss nur ASS gegeben werden

**7) In der ISCHEMIA-Studie....**

- zeigte sich im primären Endpunkt ein signifikanter Vorteil der medikamentösen Therapie
- wurden alle Patienten immer mit FFR untersucht
- profitierten v.a. die Patienten mit stärkerer Symptomatik mehr von einer Revaskularisierung
- wurde die gesamte Breite des Patientenkollektives der KHK abgebildet
- wurden nur Patienten mit ACS untersucht

**8) Erkrankt ein herzinsuffizienter Patient an Covid-19 so sollte...**

- ein ACE-Hemmer auf jeden Fall abgesetzt werden.
- ein Sartan in jedem Fall auf einen ACE-Hemmer umgestellt werden.
- die bestehende Herzinsuffizienzmedikation im Regelfall fortgeführt werden.
- ist ein ARNI die beste Wahl, da es kein Sartan enthält.
- dürfen ausschließlich Diuretika gegeben werden

**9) Patienten mit kardiovaskulärer Vorerkrankung...**

- haben eindeutig ein erhöhtes Risiko, sich mit Coronaviren anzustecken.
- haben ein erhöhtes Risiko für einen schwereren Verlauf.
- sind vor allem durch eine direkte Coronavirus-Myokarditis gefährdet.
- Können sich durch Injektion von Flächendesinfektionsmittel schützen.
- Müssen alle Chloroquin einnehmen.

**10) Wie groß ist der Anteil der KHK Patienten, die trotz LDL-Cholesterinsenkung <70mg/dl ein erhöhtes hsCRP >2mg/L aufweisen als Ausdruck eines residuellen inflammatorischen Risikos?**

- 0%
- 99%
- etwa jeder Dritte
- etwa jeder Zehnte
- etwa jeder Fünfzigste