

# Fragebogen

## 1 Welche Antwort ist richtig?

- A Die Gastroösophageale Refluxkrankheit kommt weltweit am häufigsten in Fernasien vor.
- B Therapie der ersten Wahl ist die medikamentöse Symptomkontrolle mit Antazida.
- C Folgeschäden für Patienten sind sowohl für PPI (Protonenpumpeninhibitoren) als auch für die Fundoplicatio beschrieben.
- D Die Anwendungen der endoskopischen Antirefluxprozeduren waren in den letzten 15 Jahren sehr effektiv und sind mittlerweile Routine.
- E Wenn PPI nicht mehr helfen, sollte „ex-juvantibus“ operiert werden.

## 2 Welche Antwort ist falsch?

- A Die Gastroösophageale Refluxkrankheit kann durch PPI (Protonenpumpeninhibitoren) effektiv behandelt werden.
- B Die Gastroösophageale Refluxkrankheit kann durch eine Fundoplicatio effektiv behandelt werden.
- C In Einzelfällen kann eine endoskopische Vollwandpliktatur hilfreich für Therapie und Diagnostik sein.
- D Bei sogenannten Grenzfällen sollte nicht zu früh operiert werden.
- E Bei atypischen ohne typische Refluxsymptomen ist das Vorliegen einer GERD sehr wahrscheinlich.

## 3 Welche Antwort ist richtig? Der Einsatz der Strain-Elastografie in der endosonografischen Darstellung des Pankreas kann hilfreich sein zur verbesserten Treffsicherheit in der

- 1 Diagnostik der chronischen Pankreatitis
  - 2 Differenzierung zystischer Pankreasläsionen
  - 3 Differenzierung kleiner solider Pankreasraumforderungen
  - 4 Detektion eines Pankreaskarzinoms bei chronischer Pankreatitis
  - 5 Diagnostik der Autoimmunpankreatitis
- A Nur Antworten 1 und 3 sind richtig
  - B Nur Antworten 2 und 4 sind richtig
  - C Nur Antworten 3 und 5 sind richtig
  - D Alle Antworten sind richtig
  - E Keine der Antworten ist richtig

## 4 Welche Antwort ist richtig? Bei der EUS-FNP von zystischen und soliden Pankreasläsionen

- 1 weist die EUS-FNP bei soliden Läsionen eine hohe Spezifität auf
- 2 schließt ein negatives Punktionsergebnis ein Karzinom aus
- 3 spielt die Erfahrung des kooperierenden Zytopathologen keine Rolle
- 4 sollte bei der Punktion von zystischen Läsionen periinterventionell eine Antibiotikaprophylaxe erfolgen

5 ist mit einer sehr hohen eingriffsbezogenen Morbidität und Mortalität zu rechnen

- A Nur Antworten 1 und 2 sind richtig
- B Nur Antworten 1 und 3 sind richtig
- C Nur Antworten 1 und 4 sind richtig
- D Alle Antworten sind richtig
- E Keine der Antworten ist richtig

## 5 Welche Antwort zur endosonografisch gesteuerten Feinnadelpunktion von Pankreasneoplasien ist falsch?

- A Solide und zystische Pankreasläsionen können vom Magen oder Duodenum aus biopsiert werden.
- B Inzwischen können auch kleine Veränderungen der Bauchspeicheldrüse ab 5 mm Größe punktiert werden.
- C In der Regel werden Aspirationsnadeln verwendet, bei denen Gewebe oder Flüssigkeit in die Hohlnadel gestanzt oder eingesaugt wird.
- D Bei zystischen Pankreasläsionen können beliebig viele Aspirationen durchgeführt werden.
- E Die endosonografisch gesteuerte Feinnadelpunktion stellt bei zystischen Pankreasraumforderungen einen wichtigen Baustein zur Differenzialdiagnose dar.

## 6 Welches ist kein Risikofaktor für einen Gallengangstumor?

- A Eine primär sklerosierende Cholangitis
- B Die Hepatitis-C-Infektion
- C Eine Autoimmunhepatitis
- D Ein Parasitenbefall der Gallenwege
- E Malformationen der Gallenwege

## 7 Welche Aussage trifft zu?

- A Der Altersgipfel von Gallengangskarzinomen liegt zwischen dem 2. und 3. Lebensjahrzehnt.
- B Bisherige Studien bezüglich photodynamischer Therapie im Rahmen des palliativen Therapiesettings maligner Gallengangstumore belegen keine Verlängerung des Gesamtüberlebens.
- C Phototoxizität ist keine Komplikation der photodynamischen Therapie.
- D Das Prinzip der photodynamischen Therapie besteht in der Injektion eines Photosensitizers.
- E Der RFA-Katheter besitzt an der Spitze eine 8 mm lange Ringlektrode.

## 8 Welche Aussage trifft nicht zu?

- A Die Photodynamische Therapie (PDT) ist eine wichtige therapeutische Alternative für Patienten mit einem nicht resektablen cholangiozellulären Karzinom (CCC).
- B Patienten mit nicht resektablem CCC, die eine PDT plus Stenting der Gallenwegsstenosen erhielten, zeigten ein längeres Überleben und eine bessere Lebensqualität als

Patienten, die nur eine Gallenwegsableitung erhielten.

- C Eine Kombination der PDT mit Chemo- oder Radiotherapie ist mit verstärkter Toxizität verbunden.
- D Das Spektrum der intraduktalen Radiofrequenzablation umfasst benigne sowie maligne Erkrankungen und prä-maligne Läsionen des Ösophagus.
- E Kleinere Studien zeigten, dass die Radiofrequenzablation ein Verfahren mit einer geringen bzw. mäßigen Komplikationsrate darstellt.

## 9 Welche Aussage zur diagnostischen Koloskopie ist zutreffend?

- A Nach Durchführung einer Vorsorge-spiegelung ohne Nachweis von Polypen sollte die Koloskopie generell nach 5 Jahren wiederholt werden.
- B Die Vorsorgekoloskopie wird beim asymptomatischen Patienten ab einem Alter von 60 Jahren empfohlen.
- C Als Qualitätsindikator bei der Durchführung der diagnostischen Vorsorgekoloskopie hat sich eine ausreichend lange Rückzugszeit von mindestens 6 Minuten etabliert.
- D Der gFOBT ist der diagnostischen Koloskopie als Früherkennungsmethode beim asymptomatischen Patienten >50 Jahre vorzuziehen.
- E Für die Detektion von sog. serratierten Adenomen meist eine Sigmoidoskopie ausreichend, da diese Polypen vermehrt im linken Hemikolon zu finden sind.

## 10 Welche Aussage zur Resektion von Kolonpolypen trifft nicht zu?

- A Nach den aktuell gültigen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie (DGVS) sollten Polypen bis 5 mm Größe komplett mit der Zange entfernt werden.
- B Die Einführung der seit 2002 etablierten Vorsorgekoloskopie hat mutmaßlich zu einer Absenkung der Inzidenz des kolorektalen Karzinoms in der westlichen Welt beigetragen.
- C Eine Abtragung von kolorektalen Adenomen in mehreren Einzelstücken (sog. piece meal resection) ist nicht mit einem erhöhten Risiko für Adenom-Residuen am Ort der Abtragung vergesellschaftet.
- D Die endoskopische Submukosadissektion kann im Rektum in ausgewählten Fällen alternativ zur Endoskopischen Mukosaresektion von Kolonpolypen eingesetzt werden.
- E Die häufigste Komplikation der Schlingenabtragung von kolorektalen Polypen ist die Nachblutung.

# Antwortbogen Online-Teilnahme unter <http://cme.thieme.de>

## Lernerfolgskontrolle

(nur eine Antwort pro Frage ankreuzen)

<b>1</b>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<b>6</b>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
<b>2</b>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<b>7</b>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
<b>3</b>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<b>8</b>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
<b>4</b>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<b>9</b>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
<b>5</b>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<b>10</b>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E

## Ihre Adresse

Name  Vorname

Straße  PLZ, Ort

## Erklärung

Ich versichere, dass ich die Beantwortung der Fragen selbst und ohne fremde Hilfe durchgeführt habe.

Ort/Datum  Unterschrift

## CME-Wertmarken für Nicht-Abonnenten

CME-Wertmarken (für Teilnehmer, die den **klinikarzt** nicht abonniert haben) können beim Verlag zu folgenden Bedingungen erworben werden: 6er-Pack Thieme-CME-Wertmarken, Preis: 63,- Euro inkl. MwSt., Artikel-Nr. 901916; 12er-Pack Thieme-CME-Wertmarken, Preis: 99,- Euro inkl. MwSt., Artikel-Nr. 901917. Bitte richten Sie Bestellungen an: Georg Thieme Verlag KG, Kundenservice, Postfach 301120, 70451 Stuttgart.

## Feld für CME-Wertmarke

Bitte hier Wertmarke aufkleben,  
Abonnenten bitte Abonummer eintragen

## Teilnahmebedingungen der zertifizierten Fortbildung

Für diese Fortbildungseinheit erhalten Sie 3 Fortbildungspunkte im Rahmen des Fortbildungszertifikates der Ärztekammern. Hierfür:

- müssen 70% der Fragen richtig beantwortet sein.
- muss die oben stehende Erklärung sowie die Evaluation vollständig ausgefüllt sein. Unvollständig ausgefüllte Bögen können nicht berücksichtigt werden!
- muss Ihre Abonentennummer im entsprechenden Feld des Antwortbogens angegeben oder eine CME-Wertmarke im dafür vorgesehenen Feld aufgeklebt sein.

## Ihr Ergebnis

(wird vom Verlag ausgefüllt)

Sie haben  von  Fragen richtig beantwortet und somit  bestanden und 3 Fortbildungspunkte erworben  nicht bestanden.

Stuttgart, (Stempel/Unterschrift)

## Wichtige Hinweise

Die CME-Beiträge des **klinikarzt** wurden durch die Ärztekammer Nordrhein anerkannt. Der **klinikarzt** ist zur Vergabe der Fortbildungspunkte für diese Fortbildungseinheit berechtigt. Diese Fortbildungspunkte der Ärztekammer Nordrhein werden von anderen zertifizierenden Ärztekammern anerkannt. Die Vergabe der Fortbildungspunkte ist nicht an ein Abonnement gekoppelt!

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Antwortbogen und einen an Sie selbst adressierten und ausreichend frankierten Rückumschlag an den Georg Thieme Verlag KG, CME, Joachim Ortleb, Postfach 301120, 70451 Stuttgart. **Einsendeschluss** ist der 15.03.2016 (Datum des Poststempels). VNR: 2760512015147123372. Die Zertifikate werden spätestens 3 Wochen nach Erhalt des Antwortbogens versandt. Von telefonischen Anfragen bitten wir abzusehen.

# Didaktisch-methodische Evaluation

## 1 Das Fortbildungsthema kommt in meiner ärztlichen Tätigkeit

- häufig vor       selten vor       regelmäßig vor       gar nicht vor

## 2 Bezüglich des Fortbildungsthemas gab es für mich vor dem Studium dieses Beitrages

- eine feste Gesamtstrategie     keine Strategie     noch offene Einzelprobleme:

## 3 Bezüglich des Fortbildungsthemas

- fühle ich mich nach dem Studium des Beitrages in meiner Strategie bestätigt
- habe ich meine Strategie geändert:
- habe ich erstmals eine einheitliche Strategie erarbeitet
- habe ich keine einheitliche Strategie ableiten können

## 4 Wurden aus der Sicht Ihrer täglichen Praxis heraus wichtige Aspekte des Themas

- nicht erwähnt?      Ja / Nein – wenn ja, welche:
- zu knapp abgehandelt?    Ja / Nein – wenn ja, welche:
- überbewertet?      Ja / Nein – wenn ja, welche:

## 5 Verständlichkeit des Beitrags

- Der Beitrag ist nur für Spezialisten verständlich     Der Beitrag ist auch für Nicht-Spezialisten verständlich

## 6 Beantwortung der Fragen

- Die Fragen lassen sich aus dem Studium des Beitrages allein beantworten
- Die Fragen lassen sich nur unter Zuhilfenahme zusätzlicher Literatur beantworten

## 7 Die Aussagen des Beitrages benötigen eine ausführlichere Darstellung

- zusätzlicher Daten     von Befunden bildgebender Verfahren     die Darstellung ist ausreichend

## 8 Wieviel Zeit haben Sie für das Lesen des Beitrages und die Bearbeitung des Fragebogens benötigt?

Minuten

## Fragen zur Person

Ich bin Mitglied der Ärztekammer:

Jahr meiner Approbation:

Ich befinde mich in Weiterbildung zum:

Ich habe eine abgeschlossene Weiterbildung in (bitte Fach eintragen):

Ich bin tätig als:     Assistenzarzt     Chefarzt     Sonstiges     Oberarzt     Niedergelassener Arzt