



Zum CME-Beitrag »Vorhofflimmern«

Eine und nur eine Antwort ist jeweils richtig!

1. Eine orale Antikoagulation bei Vorhofflimmern ist nicht erforderlich

- A: Nach medikamentöser Rhythmisierung
- B: Bei idiopathischem Vorhofflimmern und fehlenden Risikofaktoren
- C: Bei einem Alter > 75 Jahre
- D: Bei begleitender arterieller Hypertonie
- E: Bei paroxysmalem Vorhofflimmern

2. Mit welcher Intensität soll bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern antikoaguliert werden?

- A: INR 1–2
- B: INR 1,5–2,5
- C: INR 2–3
- D: INR 2,5–3,5
- E: INR 3–4

3. Eine Thromboembolieprophylaxe mit ASS bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern ist ausreichend bei

- A: Patienten \geq 60 Jahre, keine Herzerkrankung, Diabetes mellitus
- B: Patienten < 60 Jahre, keine Herzerkrankung, arterielle Hypertonie
- C: Patienten \geq 60 Jahre, koronare Herzerkrankung, normale linksventrikuläre Funktion
- D: Patienten > 60 Jahre, keine Herzerkrankung, Hyperthyreose
- E: Patienten < 60 Jahre, Herzerkrankung, normale linksventrikuläre Funktion, keine Herzinsuffizienz, keine arterielle Hypertonie

4. Welches Medikament ist zur Frequenzkontrolle bei Vorhofflimmern ungeeignet?

- A: Digitalis
- B: Verapamil
- C: Diltiazem
- D: Sotalol
- E: Betablocker

5. Die Spontankonversionsrate von neu aufgetretenem Vorhofflimmern einer Dauer < 24–48 Stunden liegt in einer Größenordnung von

- A: < 10%
- B: 20%
- C: 30%
- D: 40%
- E: > 50%

6. Bis zu welcher Dauer einer neu aufgetretenen Episode von Vorhofflimmern ist eine sofortige Kardioversion ohne vorausgehende Antikoagulation möglich?

- A: < 24 Stunden
- B: < 48 Stunden
- C: < 3 Tage
- D: < 1 Woche
- E: < 1 Monat

7. Welche Aussage zur Kardioversion trifft zu?

- A: Eine elektrische Kardioversion sollte möglichst bei jedem Patienten mit Vorhofflimmern angestrebt werden.
- B: Durch die Wiederherstellung des Sinusrhythmus kann eine Prognoseverbesserung erzielt werden.
- C: Die medikamentöse Kardioversion ist sicherer als eine elektrische Kardioversion.
- D: Die Indikation zur Kardioversion besteht vor allem bei Patienten mit symptomatischem Vorhofflimmern.
- E: Von einer Kardioversion profitieren vor allem Patienten mit permanentem Vorhofflimmern.

8. Wann ist die Embolierate bei Vorhofflimmern am größten?

- A: In den ersten Wochen nach erfolgreicher Rhythmisierung
- B: Bei permanentem Vorhofflimmern
- C: Unmittelbar nach elektrischer Kardioversion
- D: Bei Tachyarrhythmia absoluta
- E: Bei idiopathischem Vorhofflimmern

9. Wann kann die Antikoagulation nach erfolgreicher Kardioversion von mehr als 48 Stunden anhaltendem Vorhofflimmern frühestens beendet werden?

- A: Nach Wiederherstellung des Sinusrhythmus
- B: Nach Wiederherstellung des Sinusrhythmus, falls in der TEE keine Thromben nachweisbar waren
- C: 1 Woche nach Kardioversion
- D: 4 Wochen nach Kardioversion
- E: 12 Wochen nach Kardioversion

10. Zur Rezidivprophylaxe von vagal induziertem Vorhofflimmern eignet sich

- A: Betablocker
- B: Sotalol
- C: Flecainid
- D: Chinidin
- E: Propafenon

11. Welche Aussage zur rezidivprophylaktischen Therapie bei Vorhofflimmern trifft zu?

- A: Bei Patienten mit struktureller Herzerkrankung und fortgeschrittener Herzinsuffizienz kommt zur Rezidivprophylaxe in erster Linie Sotalol in Betracht.
- B: Eine rezidivprophylaktische Therapie muss in jedem Fall etabliert werden.
- C: Unabhängig von der Auswahl des eingesetzten Medikamentes muss mit einer hohen Rezidivrate gerechnet werden.
- D: Die Aufrechterhaltung des Sinusrhythmus ist der alleinigen Frequenzkontrolle hinsichtlich der Lebensqualität der Patienten überlegen.
- E: Zur Rezidivprophylaxe von Vorhofflimmern sind β -Rezeptorenblocker nicht geeignet.