

# Fragen

## CME Fragebogen

Muth C et al. Diagnostik und Therapie der chronischen Herzinsuffizienz. Teil 2: Therapie und Monitoring (Z Allg Med 2006; 82: 76–90)

### 1. Welche der folgenden Aussagen zur kausalen Therapie der Herzinsuffizienz ist nicht richtig?

- A Kausale Therapieansätze zur Beseitigung der Ursachen der Herzinsuffizienz sollten prinzipiell bei jedem Patienten ausgeschöpft werden.
- B Manche Formen der Herzinsuffizienz sind nach Beseitigung ihrer Ursache potentiell reversibel. Dazu zählen die alkoholtoxische Kardiomyopathie und die Herzinsuffizienz im Rahmen von Thyreotoxikose oder chronischer Anämie.
- C Bypassoperationen sollten bei einem Nachweis von ischämischem Myokard in Erwägung gezogen werden.
- D Herzklappenrekonstruktionen bei Herzklappenerkrankungen können als kausale Therapieansätze angesehen werden.
- E Die Therapie der Herzinsuffizienz mit ACE-Hemmern,  $\beta$ -Rezeptorenblockern und AT<sub>1</sub>-Blockern wird stets mit kausalem Therapieziel vorgenommen.

### 2. Die folgenden Antworten benennen auf Kontraindikationen zu körperlichem Training bei Herzinsuffizienz. Welche Antwort ist nicht richtig?

- A frischer Herzinfarkt
- B akute Myokarditis
- C Herzinsuffizienz Stadium NYHA II
- D symptomatische ventrikuläre Tachykardien (anhaltende/nicht-anhaltende)
- E Ventrikuläre Aneurysmata

### 3. Welche der folgenden Aussagen zur nicht-pharmakologischen Therapie der Herzinsuffizienz ist nicht richtig?

- A Patienten mit Herzinsuffizienz sollten ihren Alkoholkonsum beschränken und im Fall einer alkoholtoxischen Kardiomyopathie strikte Alkoholkarenz einhalten.
- B Wegen ungünstiger hämodynamischer Effekte sollten Kochsalzbelastungen oberhalb 5–7,5 g Kochsalz/Tag vermieden werden.
- C Körperliches Training senkt bei Herzinsuffizienz die Sterblichkeit und die Hospitalisierungsrate und führt zu einer Verbesserung von Belastbarkeit und Lebensqualität des Patienten.
- D Pneumokokkenimpfungen müssen in jährlichem Abstand aufgefrischt werden.
- E Jährliche Gripeschutzimpfungen werden bei Herzinsuffizienzpatienten mit dem Ziel vorgenommen, eine kardiale Dekompensation im Rahmen des Infektes zu verhindern.

### 4. Welche Aussage zur Therapie mit ACE-Hemmern ist nicht richtig?

- A ACE-Hemmer sind rein symptomatisch wirksam.
- B Alle Patienten mit einer diagnostizierten systolischen Herzinsuffizienz (NYHA I–IV) und fehlenden Kontraindikationen sollten mit ACE-Hemmern behandelt werden.
- C ACE-Hemmer sollten langsam bis zur Zieldosis/maximal tolerierten Dosis auftitriert werden.
- D Die Wirksamkeit der ACE-Hemmer wird durch Salzrestriktion und Diuretika erhöht.
- E ACE-Hemmer sind in der Schwangerschaft kontraindiziert.

### 5. Welche Aussage zur Therapie mit AT<sub>1</sub>-Blockern ist nicht richtig?

- A AT<sub>1</sub>-Blocker sind Mittel der zweiten Wahl in der Therapie der Herzinsuffizienz.
- B Die Wirksamkeit von AT<sub>1</sub>-Blockern ist im Vergleich zur Wirksamkeit von ACE-Hemmern nicht umfassend belegt.
- C Bezüglich des Auftretens von Angioödemem wurde niemals eine Kreuzreaktivität zwischen ACE-Hemmern und AT<sub>1</sub>-Blockern beobachtet.
- D Der Effekt einer Triple-Therapie (AT<sub>1</sub>-Blocker + ACE-Hemmer +  $\beta$ -Blocker) auf die Senkung der Sterblichkeit ist nicht eindeutig belegt.
- E AT<sub>1</sub>-Blocker rufen seltener quälenden Husten hervor, als ACE-Hemmer.

### 6. Welche Aussage zur Therapie mit $\beta$ -Rezeptorenblockern ist nicht richtig?

- A Alle Patienten mit einer systolischen Herzinsuffizienz NYHA II–IV und fehlenden Kontraindikationen sollten mit  $\beta$ -Rezeptorenblockern behandelt werden.
- B  $\beta$ -Rezeptorenblocker zeigen hinsichtlich ihrer Wirkung einen Klasseneffekt. Darum ist die Wahl des Präparates nicht wichtig.
- C Bei dem Beginn einer Therapie mit  $\beta$ -Rezeptorenblockern sollte Normovolämie bestehen.
- D Patienten sollten darüber aufgeklärt werden, dass initial mitunter eine Verschlechterung des Befindens eintreten kann und eine für sie spürbare Besserung erst spät einsetzt oder von ihnen gar nicht wahrgenommen werden kann.
- E  $\beta$ -Rezeptorenblocker sollten langsam bis zur Zieldosis/maximal tolerierten Dosis auftitriert werden.

**7. Welche Aussage zur Therapie mit Aldosteron-Antagonisten bzw. Diuretika ist nicht richtig?**

- A Alle Patienten mit diagnostizierter systolischer Herzinsuffizienz (NYHA I–IV) und fehlenden Kontraindikationen sollten mit Aldosteron-Antagonisten behandelt werden, um die Sterblichkeit zu senken.
- B Diuretika sind die einzigen Substanzen zur Kontrolle des Volumenhaushalts bei Herzinsuffizienz. Da für sie keine Senkung der Sterblichkeit gezeigt werden konnte, sollten sie in der Therapie der Herzinsuffizienz nicht ohne begleitende mortalitätssenkende Pharmaka verabreicht werden.
- C Die Gabe von Aldosteronantagonisten erhöht bei gleichzeitiger Therapie mit ACE-Hemmern (+/– andere den Kaliumspiegel beeinflussende Pharmaka) das Risiko einer potentiell lebensbedrohlichen Hyperkaliämie.
- D Aldosteronantagonisten senken die Mortalität bei NYHA II–IV.
- E Thiazide sind bei einer glomerulären Filtrationsrate unterhalb 30 ml/min nicht mehr wirksam.

**8. Welche Aussagen zur Digitalistherapie sind nicht richtig?**

- A Digitalis ist bei Herzinsuffizienzpatienten symptomatisch wirksam und führt nicht zur Senkung der Mortalität.
- B Digitalis kann bei einer Herzinsuffizienz NYHA II–IV mit Sinusrhythmus in Erwägung gezogen werden, wenn Patienten länger als 2–3 Monate unter ansonsten optimaler Therapie symptomatisch bleiben.
- C Bei Beenden einer Digitalistherapie sollte der Patient engmaschiger überwacht werden.
- D Bei primär asymptomatischen Patienten sollte wegen potenziell proarrhythmischer Effekte keine Digitalistherapie begonnen werden.
- E Durch eine Digitalistherapie wird bei Herzinsuffizienz und einem gleichzeitig bestehenden Vorhofflimmern eine ausreichende Kontrolle der Herzfrequenz in Ruhe wie unter Belastungsbedingungen erzielt.

**9. Welche der folgenden Aussagen zur Therapie der diastolischen Herzinsuffizienz und zu weiteren Therapieoptionen bei chronischer Herzinsuffizienz (nicht spezifiziert in systolisch und diastolisch) ist nicht richtig?**

- A Die Kontrolle von diastolischem und systolischem Hypertonus gilt bei diastolischer Herzinsuffizienz als gesicherte Therapieoption.

- B Bei diastolischer Herzinsuffizienz gelten allgemeine Therapieprinzipien der nicht-pharmakologischen Therapie (körperliches Training, Salz- und Flüssigkeitsrestriktion usw.) wie bei der systolischen Herzinsuffizienz.
- C Ein therapeutische Absenkung der Herzfrequenz führt bei diastolischer Herzinsuffizienz zu einer verlängerten Diastole und damit zur verbesserten Ventrikelfüllung.
- D Für ausgewählte Patienten mit symptomatischer chronischer Herzinsuffizienz NYHA III, komplettem Linkschenkelblock, erhaltenem Sinusrhythmus und LVEF unterhalb 35% kann eine Resynchronisationstherapie die Beschwerden bessern und u. U. die Sterblichkeit und Hospitalisierungsrate senken.
- E Alle Patienten mit Herzinsuffizienz und im Routine-Langzeit-EKG nachgewiesenen hochgradigen ventrikulären Rhythmusstörungen sollten zur Prävention eines plötzlichen Herztodes einer ICD-Implantation zugeführt werden.

**10. Welche der folgenden Aussagen zu Selbstmonitoring der Patienten und ihrer ärztlichen klinischen Überwachung ist nicht richtig?**

- A Alle Patienten mit Herzinsuffizienz sollten täglich ihr Gewicht kontrollieren und bei Gewichtszunahmen oberhalb festgelegter Grenzen unverzüglich den behandelnden Hausarzt konsultieren.
- B Patienten sollten über potenzielle Ursachen und Anzeichen für eine beginnende Verschlechterung unterrichtet werden und bei einer beginnenden Dekompensation möglichst frühzeitig zu ihrem behandelnden Hausarzt Kontakt aufnehmen.
- C Der Herzinsuffizienzpatient sollte nach seiner aktuellen Symptomatik und Belastbarkeit im Alltag sowie nach potenziellen Nebenwirkungen der Medikamente befragt werden, sollte klinisch u. a. hinsichtlich von Volumen- und Ernährungsstatus untersucht werden und sollte mindestens regelmäßige Kontrollen von Serum-Elektrolyten und Nierenwerten erhalten.
- D Regelmäßige Kontrollen des Röntgen-Thorax auch ohne klinisch fassbare Änderungen sind empfehlenswert, weil sich damit nachweislich die Sterblichkeit der Patienten verbessern lässt.
- E Die routinemäßige Bestimmung des Digitalisspiegels (ohne Intoxikationsverdacht) ist nicht sinnvoll, weil toxische Effekte bereits bei normalen Spiegeln zu beobachten sind und der Test damit nicht als Monitoring-Test geeignet ist.