

**Lernerfolgskontrolle**  
**„Biologika und Immuntherapie in Pneumologie,  
Dermatologie, HNO und Allergologie:  
Wie integriere ich sie in meine Praxis?“**

**Samstag, den 29. Mai 2021**

Bitte senden Sie das ausgefüllte Dokument bis Montag, den 31. Mai 2021 zurück an  
[kongressorganisation@allergiezentrum.org](mailto:kongressorganisation@allergiezentrum.org).

---

*Titel, Vorname, Name*

---

*Ort*

-----  
*Ihre EFN-Nummer (15-stellig)*

**Frage 1**

**Welche Antwort ist falsch?**

- Der Begriff Ekzem wird Synonym zu Dermatitis verwendet.
- Das atopische Ekzem ist im Kleinkindalter sehr häufig.
- Hyperkeratose ist typisch für chronische Ekzeme.
- Lichenifikation findet sich vor allem bei Patienten ohne Juckreiz.
- Eine Pilzinfektion sollte bei Ekzemen ausgeschlossen werden.

**Frage 2**

**Welche Aussage zur Therapie des atopischen Ekzems ist richtig?**

- Ciclosporin ist die Therapie der ersten Wahl.
- Zur Basispflege gehören topische Glukokortikosteroide.
- Aufgrund des Resistenzrisikos sollten antimikrobielle Therapieprinzipien grundsätzlich nicht zum Einsatz kommen.
- Der Einsatz topischer Glukokortikosteroide mit niedrigem therapeutischem Index ist zu bevorzugen.

### Frage 3

**Für eine Hyposensibilisierung durch subkutane Injektion (SCIT) bei Patienten mit Asthma bronchiale gelten folgende Empfehlungen: Sie sollte ...**

- ... nur in den ersten 5 Jahren nach Erkrankungsbeginn durchgeführt werden.
- ... nicht subkutan durchzuführen werden.
- ... nur mit Pollenallergenen durchgeführt werden.
- ... oftmals bereits nach 4-6 präseasonalen Allergenapplikationen beendet werden.
- ... nur durchgeführt werden, wenn die FEV1 über 70% bzw. der PEF über 80% liegen.

### Frage 4

**Eine 41-jährige Patientin mit Asthma seit dem 33. Lebensjahr steht unter Therapie mit Fluticasonpropionat 500 ug + Salmeterol 50 ug 2x tgl; Tiotropium Respimat 5 ug 1x tgl. Eosinophilenzahl: 480/uL; FVC 100%, FEV1 76% des Sollwertes nach Bronchodilatation. FeNO 18 ppb. Sie wendet 2 x/Woche Salbutamol wegen Atemnot an. Keine Exazerbation im letzten Jahr. Welches Biologikum ist indiziert?**

- Mepolizumab oder Benralizumab subcutan
- Reslizumab i.v.
- Dupilumab subcutan
- Keines der aufgezählten Präparate

### Frage 5

**24-jährige Asthmapatientin, 168 cm/60 kg seit Kindheit allergisches Asthma bekannt. Ganzjährige, saisonal betonte Symptomatik. Asthma ist nicht kontrolliert. Sensibilisierungen: Hausstübmilbe (D. pter); Birke, Erle, Hasel, Beifuß, Gramineenpollen. Therapie: ICS/LABA in hoher Dosierung, Tiotropium Respimat 5ug, 5 mg Prednisolon tgl. Labor: IgE 5400, Eosinophile 380/uL. Spezifisches IgE pos. (Klasse 3-4) Lieschgras, Birke, D. pter. Welche Zusatztherapie ist indiziert?**

- Omalizumab
- Mepolizumab, Benralizumab oder Reslizumab (Anti IL5)
- Systemisches Steroid erhöhen
- Keine der aufgezählten Therapien

### Frage 6

**Welche Aussage zur Behandlung der Chronischen Rhinosinusitis (CRS) während der Covid-19-Pandemie ist FALSCH?**

- Systemische Kortikosteroide sollten nur bei Fehlen einer therapeutischen Alternative verschrieben werden.
- Intranasale Kortikosteroide sollten konsistent und regelmäßig in der individuell verschriebenen Dosis verabreicht werden.
- Die Nutzung von intranasalen Steroiden erhöht bei normaler Dosierung die Infektionswahrscheinlichkeit mit SARS-CoV-2.
- Eine Verschlechterung der CRS-Symptomatik kann zur Exazerbation eines vorbestehenden Asthma bronchiale beitragen.

### Frage 7

**Welche Aussage trifft für eine Biologika-Therapie bei Asthma zu?**

- Biologika stehen in Stufe 2 der Asthma-Therapie
- Eosinophilen-Werte gemäß Zulassungen liegen für Mepolizumab bei  $\geq 150/\mu\text{L}$ , Reslizumab  $\geq 400/\mu\text{L}$  und Benralizumab  $\geq 300/\mu\text{L}$
- für die Therapie mit Omalizumab muss kein IgE-vermitteltes Asthma vorliegen
- mehrfach dokumentierte schwere Asthma-Exazerbationen trotz täglicher Therapie mit hochdosierten ICS, reduzierte Lungenfunktion mit  $\text{FEV}_1 \leq 80$  Prozent sind für eine Indikationsstellung nicht erforderlich

### Frage 8

**Welche Antwort trifft nicht zu?**

**Biologika für T2-Entzündungen sind**

- Mepolizumab
- Dupilumab
- Tancrenumab
- Benralizumab

### Frage 9

**Welche Aussage zur Biologika-Therapie bei CRSwNP trifft zu?**

- Die bestehenden Zulassungen gelten für Kinder ab 12 Jahren
- Eine vorausgehende Nasennebenhöhlen-Operation ist nicht zwingende Voraussetzung zur Indikationsstellung
- Eine Begleittherapie mit nasalen Glukokortikoiden sollte vor Beginn beendet werden
- Das Therapieintervall sollte zum Behandlungsbeginn bei 6 bis 8 Wochen liegen

### Frage 10

**Welche Aussage zur Biologika-Therapie bei T2-Entzündungen ist falsch?**

- Mepolizumab adressiert IL-5
- Reslizumab adressiert IL-5
- Dupilumab adressiert IL-4 und IL-12
- Omalizumab adressiert IgE

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Dokument bis Montag, den 31. Mai 2021 zurück an [kongressorganisation@allergiezentrum.org](mailto:kongressorganisation@allergiezentrum.org).**