

INTERN

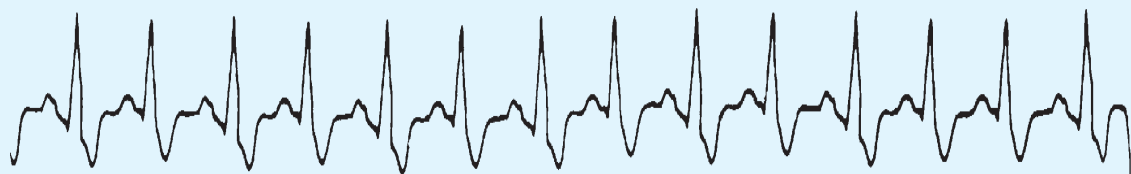
Das Journal des Berufsverbandes Österreichischer Internisten

Management der antithrombotischen Therapie bei Unterbrechung der Therapie mit oralen Antikoagulantien

von

Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke

mit Kursprogramm 2003



Zeitung des Berufsverbandes Österreichischer Internisten, 1200 Wien,
Hannovergasse 21, Tel /Fax. 01/270 24 57, e-mail: sekr@boei.or.at, www.boei.or.at

Redaktion, Anzeigenleitung, Layout, Verleger und Herausgeber: Dr. Martina Wölfl-Misak,
2103 Langenzersdorf, Barwichgasse 17 , **Sekretariat:** Bernadette Teuschl, Susanne Bachtrog
Druck: AV Druck, Faradaygasse 6, 1030 Wien

VORSTANDSMITGLIEDER

Präsident: Dr. Maximilian Rosivatz ♦ **Präsident elect:** Dr. Heidemarie Müller-Ringl ♦ **Präsident past:**
Dr. Martina Wölfl-Misak ♦ **1.Vizepräsident:** Dr. Hans Walek ♦ **2.Vizepräsident:** Dr. Alfred Ferlitsch
♦ **Kassier:** Dr. Doris Kerö ♦ **Schriftführer:** Dr. Johannes Fleischer ♦

Spitalsärzterevertreter: Dr. Istepan Kürkciyan

Kooptiertes Mitglied der ÖGIM: Chefarzt Dr. Reinhard Mörz

Fortbildungsreferat: Dr. Arthur Udo Ehmsen, Prim. Univ.-Prof. Dr. Gebhard Mathis

Wahlreferat: Dr. Johannes Fleischer

LANDESGRUPPEN

Burgenland: Dr. Karl Kos ♦ **Kärnten:** Dr. Alfred Ferlitsch ♦ **Niederösterreich:** Dr. Lothar Fiedler,
Dr. Gerhard Habeler **Oberösterreich:** Dr. Maximilian Rosivatz ♦ **Steiermark:** Dr. Wilfried Kaiba ♦
Vorarlberg: Dr. Johann Brändle

Ehrenmitglied: OMR Dr. Hans Peter Kaserer, Dr. Herbert Schindler

Aus dem Inhalt:

Brief des Präsidenten	4
Standespolitik	5
Management der antithrombotischen Therapie bei Unterbrechung der Therapie mit oralen Antikoagulantien	7
Kurskalender	12

Für das Zustandekommen dieser Ausgabe möchten wir uns bei folgenden Firmen
bedanken:

Biochemie
General Electrics
Kwizda
Pfizer



Dr. Maximilian Rosivatz

Präsident

des

Berufsverbandes

Österreichischer

Internisten

Sehr geehrte Frau Kollegin! Sehr geehrter Herr Kollege!

Welch hohen Stellenwert die Fortbildung für das Fach der Inneren Medizin besitzt zeigen die unzähligen Kongresstermine und der Veranstaltungskalender. Interessante Fortbildungen füllen die Säle.

Fachgruppensitzungen, Jahreshauptversammlungen einzelner Gesellschaften oder des Berufsverbandes sind wenig attraktiv.

Trotz des geringen allgemeinen Interesses waren besonders in den 90iger Jahren viele standespolitischen Erfolge – Verrechnbarkeit von modernen technischen Leistungen wie Endoskopie, Sonographie u. Echokardiographie, Spirometrie und Langzeit -EKG - erst durch das Anbot einer entsprechenden praxisnahen Ausbildung durch den BÖI möglich.

In meiner Funktion als Präsident des BÖI möchte ich einen Zielkatalog bzw. folgende Schwerpunkte vorschlagen:

Enge Kooperation mit der ÖGIM (Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin) und der Landesvertretung der Internisten in der Öst. Ärztekammer besonders bei Qualitätssicherung, Fortbildung und Facharztprüfung. Für die Zukunft könnte eine gemeinsamer Dachverband aller Internisten die Voraussetzung für die Lösung externer und interdisziplinärer Probleme, im Besonderen aber zur Durchsetzung internistischer Positionen bieten.

In Kooperation mit der ÖGIM sollte ein vom BÖI schon erstellter Leistungskatalog der niedergelassenen Wiener Internisten aktualisiert und eine österreichweite Übersicht des Leistungsspektrums der Kliniken, Krankenanstalten und Ambulanzen sowie aller niedergelassenen Internisten Österreichs erstellt werden. Ziel sollte sein: Eine internistische Basisversorgung, je nach derzeitiger regionaler Situation nach einem Stufenplan – niedergelassener Internist – Spezialambulanz – Krankenhaus zu organisieren und für die Zukunft zu koordinieren.

Ein Katalog mit der Definition internistischer Leistungen, Kalkulation der Kosten durch Bestimmung des Zeitaufwandes (Arztzeit, Personalzeit), der Investitions-, Verbrauchs-, u. Personalkosten – aber auch Wertung des Risikos für Patient u. Personal wäre sowohl im stationären als auch niedergelassenen Bereich hilfreich für die Durchsetzung von kostenadäquaten Honoraren durch die Leistungsträger.

Bei der Überarbeitung und Detailerstellung dieser Ziele sind wir besonders auf die Mitarbeit der nächsten Internistengeneration (schon in deren eigenem Interesse) angewiesen.

Ergänzend zu den bewährten BÖI Ausbildungskursen Installation einer Online-Fortbildung mit Abrufbarkeit von Vortragspräsentationen auf unserer Homepage www.boei.or.at

Mit Sammeleinkaufsaktionen durch den BÖI könnte durchaus eine spürbare Kosten-Ersparnis bei Geräte-Investitionen erreicht werden. Beispielsweise bei Sammeleinkauf von 5 Farbdoppler-US-Geräten: 40% Preisreduktion! (Anfragen an anbot@medintern.net).

Am Freitag, dem 15. November 2002 fand im Großen Sitzungssaal der Wiener Ärztekammer (Weihburggasse) als Initiative der Fachgruppe Innere Medizin gemeinsam mit dem BÖI eine Sondersitzung über das Thema:

„Das Dilemma der Kassenabrechnung heute – "FOKO" und die brisante Auswirkung auf die Internisten" statt. Eine Zusammenfassung finden sie auf den folgenden Seiten.

Die besten Wünsche für geruhsame Weihnachtsfeiertage und für ein erfolgreiches, glückliches Jahr 2003!

Mit kollegialen Grüßen



Von
Dr. Hans Walek

FOKO und seine Folgen

Ärzte mit § 2 Kassen werden im letzten Quartal in ihrer Post eine Aussendung ihrer Gebietskrankenkasse mit einer umfangreichen Statistik erhalten haben. Stolz auf eine neue EDV präsentiert uns hier die Versicherung ein Profil durch unser tägliches Tun. Folgekosten oder schlicht FOKO. Wie oft haben wir diese und jene Untersuchung durchgeführt, haben dieses und jenes Medikament verordnet und last not least was das alles kostet.

Grundsätzlich eigentlich interessant einen Spiegel der eigenen Tätigkeit vor Augen gehalten zu bekommen. Viele der statistischen Ergebnisse bestätigen die Schwerpunkte unseres medizinischen Handelns, bei manchen Punkten ist man vielleicht sogar betroffen, die hätte man nicht erwartet.

Wenn man diese Zahlen aber näher analysiert und mit anderen Kollegen vergleicht kommt man zu folgendem Schuss:

Wenn man zum Beispiel das Bundesland Wien kritisch beleuchtet findet man folgendes : Von den 123 Internisten mit § 2 Kassen sind mehr als 20 älter als 70 Jahre, sind mehr als die Hälfte der Ordinationen das zweite Standbein der Ärzte und nicht einmal ein Drittel „Vollerwerbsordinationen“. Unserem Fach entsprechend gastroskopiert und kolonoskopiert eine geringe Zahl der Kollegen, beim Ultraschall sieht es nicht viel besser aus, angiologisch tätige Kollegen sind eine Rarität. Die Berechnungen beziehen sich aber über alle Wiener Kollegen!

1. die Statistiken stimmen nicht
2. Sonderleistungen werden von den Kollegen erbracht aber nicht abgerechnet
3. falsche Ergebnisse werden trotzdem zur Beurteilung einzelner Kollegen herangezogen

Bis hierher könnte man noch mit einem Augenzwinkern über diese Statistiken hinwegsehen, in Wirklichkeit sind diese Zahlen aber eine Zeitbombe! Im kommenden Jahr drohen den Kollegen, die aus den Durchschnittszahlen herausragen, Repressalien.

Drastisch ausgedrückt: nur ein Arzt, der wenig Kosten verursacht - wenig arbeitet - ist ein guter Arzt. Vergleichbar mit: nur ein toter Patient ist ein guter Patient.

Der BÖI stellt folgende Forderung:

1. an uns: Abrechnungsmodus ändern und die tatsächlich erbrachten Leistungen auch zu verbuchen
2. an die Kammer: Einspruch, sollten die Pläne für Sanktionen Wirklichkeit werden!

Kranke Patienten verursachen Kosten, nicht wir Internisten!

Der BÖI hat sich mit einem aus seiner Sicht wichtigen Anliegen an den Hauptverband und die Krankenkassen gewendet und beiliegendes Schreiben an die Verantwortlichen gesendet.

An dieser Stelle soll unterstrichen werden, dass es nicht unser Ziel ist, die Verantwortung welches Präparat der Patient bekommt an die Apotheker abzuschieben. Es sollte nur von vornherein vermieden werden, Ärzte zu bestrafen, weil sie Kranke zeitgemäß behandeln.

Der BÖI erlaubt sich, anlässlich des Projektes Ökotool zur seit Jahren schwellenden Diskussion über die Medikamentenkosten Stellung zu nehmen.

Es ist uns bewusst, dass wir in einem Land mit hervorragenden sozialen Leistungen leben, dass es im Gegensatz zu anderen Ländern und Staaten ein breites Angebot an medizinischen Leistungen und medikamentöser Vielfalt an Therapie gibt. Uns ist auch bewusst, dass man mit diesen Gütern sinnvoll und zweckmäßig umgehen muss, um diesen Zustand nicht nur zu erhalten sondern auch für die Zukunft zu gewährleisten.

Wir möchten aber auch mit Nachdruck festhalten, dass es nicht die Aufgabe von niedergelassenen Ärzten sein kann, gleich einem Kaufmann die ständig wechselnden Kosten von Medikamenten zu überprüfen und danach die Therapie zu verordnen.

Insbesondere stellt es oft eine unüberwindliche therapeutische Hürde nicht nur für ältere und schwerfällige Patienten dar, wenn wir gegen das gleiche Leiden trotz ausreichender Wirksamkeit der zuletzt verordneten Medikamente bei jeder neuen Visite solche mit anderem Namen rezeptieren und in einem aufwendigem Gespräch die Vorbehalte unserer Patienten ausräumen müssen. Der argwöhnische Patient wird schließlich an unserer Glaubwürdigkeit zweifeln und auf die Einnahme der oft lebensnotwendigen Therapie verzichten.

Wir sehen in unserer Verpflichtung zur Qualitätskontrolle und evidence based medicine eine ausreichend hohe Verantwortung auf uns lasten, nämlich,

die uns anvertrauten Patienten nach bestem Wissen und Gewissen zu behandeln. Neben der Tatsache, dass wir gleichzeitig als Selbständige ein hohes Maß an wirtschaftlichem Risiko zu tragen haben ist uns selbstverständlich auch der ökonomische Aspekt unserer Tätigkeit bewusst. Ebenso ist es uns ein Anliegen, Medikamente nur dann zu verschreiben, wenn etwa eine Umstellung des Lebensstiles oder andere kostengünstigere Maßnahmen zur Behebung von Leiden therapeutisch nicht ausreichen.

Nicht zu unseren Aufgaben gehörend ist die Auswahl eines Medikamentes aus der gleichen Stoffgruppe unter dem Aspekt des aktuellen Marktwertes, da dies eine rein kaufmännische Tätigkeit außerhalb unseres Aufgabenbereiches darstellt.

Wir ersuchen daher mit Nachdruck, Ökotool im kaufmännischen Vorstand der Versicherungsträger bei den Ver-

handlungen mit den Pharmafirmen einzusetzen und dort kostengünstigsten Präparate der jeweiligen Pharmaka Stoffgruppe zu evaluieren, diesen Vorgaben können wir uns im Routinebetrieb sicher mit gutem Gewissen anschließen sofern sie nicht jeden Monat wechseln. Sollten medizinische Notwendigkeiten Verordnungen über diesen Rahmen hinaus nötig machen, sind wir als Fachärzte gerne bereit, die Notwendigkeit Ihren Kontrollärzten zu begründen, so ferne der administrative Aufwand die zumutbaren Grenzen nicht übersteigt.

Uns Internisten für die unzulängliche Verhandlungspolitik der Sozialversicherung mit den Pharmafirmen verantwortlich zu machen und überdies Regressansprüche wegen zu hoher Kosten von verordneten Medikamenten an uns zu stellen lehnen wir in aller Schärfe und mit allem Nachdruck ab.

Dr. Hans Walek

Werden auch Sie Mitglied beim BÖI !

Bitte ausschneiden und einsenden an: BÖI, Hannovergasse 21 A-1200 Wien



AUSZUG AUS
DEN VERBANDS-
STATUTEN

§3. ARTEN DER
MITGLIEDSCHAFT

Ordentliches Mitglied
kann jeder Facharzt für
Innere Medizin werden.

Außerordentliches Mitglied
können werden:

§3a) Personen und Körperschaften, die an der Förderung des Verbandes interessiert und bereit sind, im Rahmen der Verbandstätigkeit mitzuwirken.

§3b) Ärzte, die die Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin anstreben. Sie, bzw. ihre Organe können an den Veranstaltungen des Verbandes ohne Stimmrecht teilnehmen

Ich ersuche um Aufnahme als

- Ordentliches Mitglied
 Außerordentliches Mitglied (lt. §3a)
 Außerordentliches Mitglied (lt. §3b)

in den
Berufsverband Österreichischer Internisten

Jahresmitgliedsbeiträge:

- | | |
|------------------------|------------|
| Ordentliche Mitglieder | EUR 36,36 |
| a.o. Mitglieder/§ 3a | EUR 436,04 |
| a.o. Mitglieder/§ 3b | EUR 36,36 |

- Facharzt für Innere Medizin
 in Ausbildung zum FA für Innere Medizin
 sonst: _____

Name, Titel

Adresse

Tel.

e-mail

Unterschrift

Management der antithrombotischen Therapie bei Unterbrechung der Therapie mit oralen Antikoagulantien

Von
H. Watzke, I.Pabinger, P.A.Kyrlé,
A.Weltermann

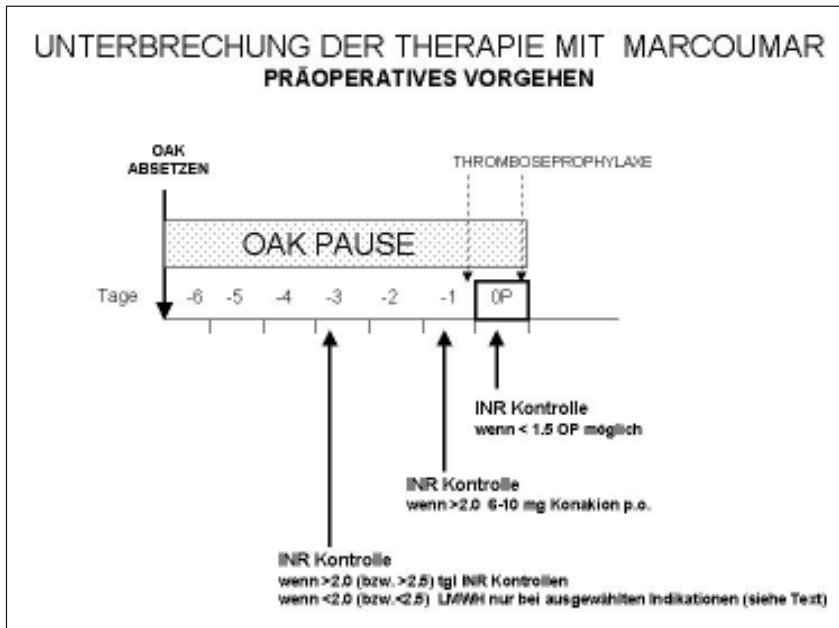
Korrespondenzadresse:
Univ.-Prof.Dr. Herbert Watzke
AKH Wien
Universitätsklinik für Innere Medizin I
Abt. f. Hämatologie und Hämostaseologie
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien

Das Management der antithrombotischen Therapie bei Patienten, die mit oralen Antikoagulantien behandelt werden und sich einem chirurgischen Eingriff unterziehen müssen, ist in der Literatur unzureichend dokumentiert. Vor allem fehlen zu dieser Fragestellung Studien mit entsprechender Qualität. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die Komplikationen bei Unterbrechung einer oralen Antikoagulation zwar schwerwiegend sein können (z.B.: cerebraler Insult, Pulmonalembolie), dass sie aber vergleichsweise selten auftreten und deshalb eine riesige Zahl von Patienten untersucht werden müsste, um die Überlegenheit einer Vorgangsweise über eine andere nachweisen zu können. So stützen sich die spärlich publizierten Empfehlungen verschiedener Fachgesellschaften auf theoretische Berechnungen oder kleine Fallserien, sind deshalb entsprechend uneinheitlich und in entscheidenden Detailfragen oft unzureichend genau ausgearbeitet.

Prinzipiell muss die Indikation zur Unterbrechung der Therapie mit oralen Antikoagulantien eng gestellt werden. Dies gilt auch für eine Umstellung auf Heparin, da dieses hinsichtlich des Schutzes vor thromboembolischen Komplikationen nicht immer als gleichwertig mit oralen Antikoagulantien anzusehen ist (bei venösen Thrombosen ja, bei Herzklappen vielfach nicht) und ist außerdem gerade in der Umstellungsphase hinsichtlich der notwendigen Dosis schlecht belegt und definiert. Zudem ist die Verwendung der sog. niedermolekularen Heparine in dieser Indikation von den jeweiligen Herstellern her unterschiedlich geregelt: bei den meisten ist diese Verwendung nicht erwähnt (weder als Indikation noch als Kontraindikation), bei einem Präparat (Lovenox) wird vor der Anwendung in dieser Indikation bei einer speziellen Patientengruppe gewarnt.

Kleinere chirurgische Eingriffe (Zahnextraktionen, Wurzelbehandlungen, kleinere dermatologische Eingriffe und ähnliches) werden ohne Unterbrechung der oralen Antikoagulation durchgeführt. Die Intensität der Antikoagulation kann dabei an den unteren Grenzbereich des für den Patienten festgelegten therapeutischen Bereiches abgesenkt werden.

Für **größere chirurgische Eingriffe** muss die Therapie mit oralen Antikoagulantien unterbrochen werden. Dies gilt vor allem für thoraxchirurgische, gynäkologische und urologische Eingriffe. In anderen Fachgebieten (Abdominalchirurgie, Augenchirurgie, HNO) wird die Notwendigkeit der Unterbrechung chirurgischerseits nicht einheitlich



gehandhabt und ist deshalb eine Rücksprache mit dem Operateur sinnvoll.

Für **nicht-chirurgische Biopsien** (Leber, Niere, Lunge, Prostata, Endoskopie etc.) muss die Therapie mit oralen Antikoagulantien unterbrochen werden, weil hier keine lokale Blutstillung erfolgen kann.

- Die im Folgenden angeführten Vorgangsweisen entsprechen – in Ermangelung allgemeingültiger Empfehlungen – dem derzeitigen Standard-Procédere an der Abteilung der Autoren. Sie haben nur innerhalb dieser den Charakter einer Empfehlung.

Prinzipielles Vorgehen

Prinzipiell muss getrachtet werden, die Zeit ohne Schutz durch Antikoagulantien möglichst kurz zu halten.

Absetzen der oralen Antikoagulation

Das Absetzen der oralen Antikoagulantien sollte zeitlich so erfolgen, dass im Regelfall eine Ersatztherapie mit Heparin nicht notwendig wird.

Acenocoumarol (**Sintrom®**)

- ♦ Sintrom 3 Tage vor der Operation absetzen.
- ♦ Am Tag vor der OP muss die INR kontrolliert werden. Sollte sie >2.0

sein ist die Gabe von Vitamin K (6-10 mg p.o.) notwendig.

Phenprocoumon (**Marcoumar®**)

- ♦ Marcoumar 6 Tage vor dem Operation absetzen.
- ♦ Kontrolle der INR nach 3 tägiger Pause.
- ♦ Ist die INR dann schon <2.0 wird mit unten angegebener Heparinprophylaxe fortgesetzt.
- ♦ Ist die INR >2.0 müssen weitere tägliche INR Kontrollen erfolgen bis INR <2.0 .
- ♦ Sollte die INR noch am Tag vor der OP >2.0 sein ist die Gabe von Vitamin K (6-10 mg p.o) notwendig.

Vor Durchführung eines größeren chirurgischen Eingriffs muss die INR <1.5 sein. Wenn eine Gabe von Vitamin K am präoperativen Tag notwendig ist oder präoperativ keine INR Kontrolle notwendig wurde, ist eine INR Kontrolle unmittelbar präoperativ erforderlich.

Wiederbeginn mit der oralen Antikoagulation

Die orale Antikoagulation sollte, wenn vom chirurgischen Eingriff her möglich, bereits am ersten postoperativen Tag wieder aufgenommen werden. Es sollte dabei mit der doppelten präoperativ verwendeten Tagesdosis über 2 Tage wieder be-

gonnen werden (keine „Loading Dose“) und danach INR-adaptiert weiter behandelt werden.

Postoperative Heparintherapie

In der Regel wird am OP Tag und am 1. post OP Tag LMWH in der üblichen prophylaktischen Dosis („Hochdosisprophylaxe“) gegeben (Ausnahmen siehe unten). In der Folge wird die Intensität der Heparintherapie dem thromboembolischen Risiko angepasst.

Definition der verwendeten Begriffe

„Hochdosisprophylaxe“

entspricht der Dosis von LMWH, die in der orthopädischen Chirurgie zur Thromboseprophylaxe verwendet wird.

„Therapeutische Dosis“

entspricht der Dosis von LMWH, die 1x tgl. s.c. in der Therapie der tiefen Venenthrombose verwendet wird.

„Halbe therapeutische Dosis“

entspricht der Hälfte der oben definierten „Therapeutischen Dosis“

UFH Unfraktioniertes Heparin

LMWH Low Molecular Weight Heparin

POT postoperativer Tag

Anwendbarkeit

Die untenstehenden Vorgangsweisen gelten für die angegebenen Standardsituationen, müssen aber bei Bestehen individueller Risikosituationen angepasst werden. Dies trifft insbesondere auf etwaige spezielle embolische Risikokonstellationen oder Situationen mit erhöhtem postoperative Blutungsrisiko zu.

Eine Anpassung der prophylaktischen Maßnahmen muss naturgemäß auch bei perioperativ auftretenden Problemen (Blutung, Thromboembolie etc.) erfolgen.

Venöse Thromboembolien

Unterbrechung bei St.p.VTE vor > 3 Monaten

Präoperativ

- ◆ Absetzen der oralen Antikoagulation (so wie oben festgelegt)
- ◆ Keine Prophylaxe
- ◆ (Letzte) Hochdosisprophylaxe am Abend vor dem Eingriff

Postoperativ

- ◆ Fortsetzung der Hochdosisprophylaxe am Abend des OP Tages
- ◆ Wiederbeginn mit OAK am 1.post OP Tag
- ◆ Ende der LMWH Prophylaxe wenn an zwei aufeinanderfolgenden Tagen INR >2.0

Unterbrechung bei St.p.VTE vor < 3 Monaten und > 1 Monat

Präoperativ

- ◆ Absetzen der oralen Antikoagulation (so wie oben festgelegt)
- ◆ Wenn INR <2.0, Beginn einer Prophylaxe mit LMWH in der halben therapeutischen Dosis
- ◆ Am Morgen des präoperativen Tages keine Prophylaxe
- ◆ Am Abend des präoperativen Tages die Hochdosisprophylaxe

Postoperativ

- ◆ Fortsetzung der Hochdosisprophylaxe am Abend des OP Tages
- ◆ Am 1.POT die Hochdosisprophylaxe abends.
- ◆ Ab dem 2.POT die halbe therapeutische Dosis
- ◆ Frühestens ab dem 4.POT die volle therapeutische Dosis
- ◆ Wiederbeginn mit OAK am 1.POT
- ◆ Ende der LMWH Prophylaxe wenn an zwei aufeinanderfolgenden Tagen INR >2.0

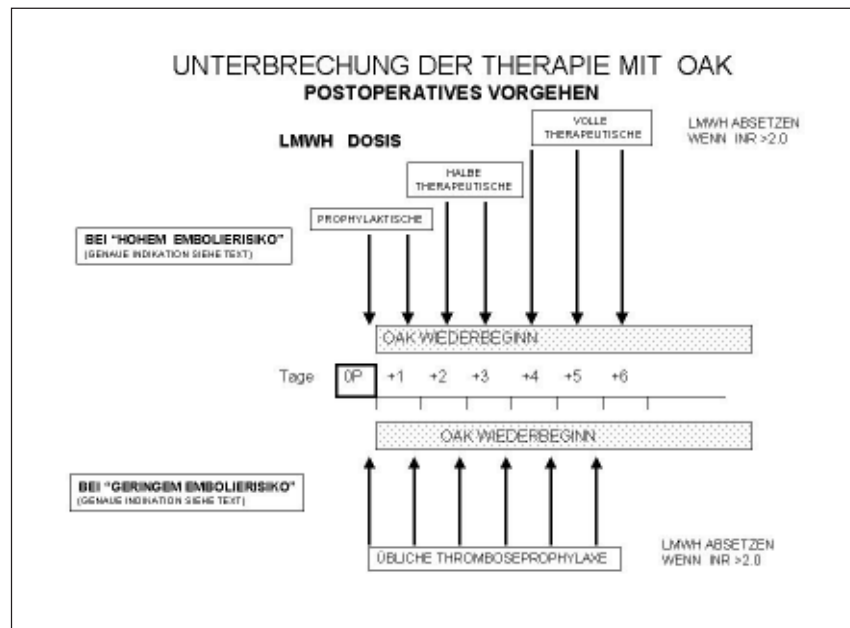
Unterbrechung bei St.p.VTE vor < 1 Monat

In dieser Situation kann auf Grund des hohen Thromboembolierisikos kein generelles Vorgehen empfohlen werden. Es muss deshalb eine an das Risikoprofil (Art und genauer Zeitpunkt der VTE, Art und Ausmaß des operativen Eingriffes etc.) angepasste individuelle Prophylaxe erfolgen.

Mögliche Vorgangsweisen

Präoperativ

- ◆ Absetzen der oralen Antikoagulation (so wie oben festgelegt);



allerdings engmaschigere INR Kontrollen)

danach

- ◆ volle therapeutischen Dosis LMWH (mit oder ohne passagerem Cavafilter), am präop. Tag abends Hochdosis-Prophylaxe (morgens kein Heparin) oder
- ◆ UFH i.v. in therapeutischer Dosis bis 6 h vor Beginn des Eingriffes

Postoperativ

- ◆ Hochdosis Prophylaxe am Abend des OP Tages
- ◆ Beginn mit OAK am 1. POT

Bei Cavafilter:

ab 1. post OP Tag 1 weiter mit Hochdosisprophylaxe (ab 2.POT ev. halbe therapeutischer Dosis)

Bei LMWH:

präop.: am 1.post OP Tag halbe danach volle therapeutische Dosis

Bei UFH:

UFH i.v. in therapeutischer Dosis (ohne Bolus), Beginn 12 h post OP

Patienten mit kongenitalem Antithrombinmangel

Zusätzlich zur oben angeführten Heparinprophylaxe erhalten Patienten mit kongenitalem AT Mangel:

- ◆ Am OP Tag präoperativ 30 E/kgKG Antithrombin Konzentrat
- ◆ Am Abend des OP Tages 15 E/kgKG Antithrombin Konzentrat

- ◆ Am 1.POT 1000 Antithrombin Konzentrat und vorher Messung des AT Spiegels (soll > als 75% sein)
- ◆ Ab 2.POT und solange Heparin gegeben wird: Antithrombin Konzentrat entsprechend dem Antithrombin Spiegel.

Vorhofflimmern

Präoperativ

- ◆ Absetzen der oralen Antikoagulation (s.o.) ohne weitere INR Bestimmung.
- ◆ INR Bestimmung am präoperativen Tag. Sollte die INR >2.0 sein ist die Gabe von Vitamin K (6- 10 mg p.o.) notwendig.
- ◆ Übliche medikamentöse Thromboseprophylaxe mit einem LMWH am Abend vor dem Eingriff.

Postoperativ

- ◆ Fortsetzung der Hochdosisprophylaxe am Abend des OP Tages
- ◆ Wiederbeginn mit OAK am 1.POT
- ◆ Ende der LMWH Prophylaxe wenn an zwei aufeinanderfolgenden Tagen INR >2.0

Künstliche Herzklappen

Das Embolierisiko bei Patienten mit künstlichen Herzklappen ist abhängig von der Klappenart, von der Klappenposition, vom Alter des Patienten sowie von zusätzlichen kardialen

10. Hohenemser Ultraschalltage 9. - 15. März 2003, Gaschurn

9. - 12. März 2003 **Abdomensonographie Refresherkurs**
13. - 15. März 2003 **Lungen- und Pleurasonographie**

nähere Informationen unter: www.ultraschallkurse.at

Interaktiver Herz-Auskultationskurs für Internisten 11. April 2003, 14-19 Uhr - Kursprogramm

Kursleiter: Univ.-Prof.Dr. H. Baumgartner, Univ.-Prof.Dr. T. Binder, Dr. J. Dal-Bianco
AKH Wien, Klinik für Innere Medizin II, Abt für Kardiologie

Inhalte: ♦ Wertigkeit der Auskultation im Zeitalter der Echokardiographie
♦ Technik der Auskultation
♦ Geräuschbefunde / Phonokardiographische u. Echokardiographische Korrelation
♦ „Digitale“ Beispiele, klinische Relevanz, diagnostische und therapeutische
Konsequenzen

Themen: ♦ Quiz
♦ Angeborene u. erworbene Herzfehler
♦ Myokardiale Erkrankungen
♦ Rhythmusstörungen

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Kursübersicht.

len Problemen (Vorhofflimmern, eingeschränkte Linksventrikelfunktion).

Erhöhtes Risiko

- ♦ Mitralklappenersatz od. Aortenklappenersatz + Risikofaktor (z.B.: Vorhofflimmern, eingeschränkte Linksventrikelfunktion, Alter >70 a)
- ♦ Doppelklappenersatz
- ♦ Kugelklappen Prothese

Normales Risiko

- ♦ Mitralklappenersatz ohne Risikofaktor
- ♦ Aortenklappenersatz ohne Risikofaktor

Erhöhtes Risiko*

Präoperativ

- ♦ Absetzen der oralen Antikoagulation (wie oben festgelegt).
- ♦ Wenn INR < 2.5, Beginn mit LMWH in der halben therapeutischen Dosis.
- ♦ Am Morgen des präoperativen Tages kein Heparin
- ♦ Am Abend des präoperativen Tages die Hochdosisprophylaxe

Postoperativ

- ♦ Fortsetzung der Hochdosisprophylaxe am Abend des OP Tages
- ♦ Am 1.POT die Hochdosisprophylaxe abends.

- ♦ Danach halbe therapeutische Dosis
- ♦ Wiederbeginn mit OAK am 1.POT
- ♦ Ende der LMWH Prophylaxe, wenn an zwei aufeinanderfolgenden Tagen INR >2.0

**sind die Patienten, aus welchen Gründen auch immer, ohnehin stationär, kann auch das unter „Arterielle Embolie innerhalb der letzten 4 Wochen“ angeführte Schema verwendet werden, wobei in Abhängigkeit vom Blutungsrisiko des Eingriffes auch mit einer geringeren Dosis des i.v.UFH postoperativ begonnen werden kann*

Normales Risiko

Präoperativ

- ♦ Absetzen der oralen Antikoagulation (wie oben festgelegt)
- ♦ INR Bestimmung am präoperativen Tag. Sollte die INR >2.0 sein ist die Gabe von Vitamin K (6- 10 mg p.o.) notwendig.
- ♦ Übliche medikamentöse Thromboseprophylaxe mit einem LMWH am Abend vor dem Eingriff

Postoperativ

- ♦ Fortsetzung der Hochdosisprophylaxe am Abend des OP Tages
- ♦ Ab dem 1.POT die Hochdosisprophylaxe abends.
- ♦ Wiederbeginn mit OAK am 1.POT
- ♦ Ende der LMWH Prophylaxe wenn an zwei aufeinanderfolgenden Tagen INR >2.0

Arterielle Embolie innerhalb der letzten 4 Wochen

Präoperativ

- ♦ Absetzen der oralen Antikoagulation (so wie oben festgelegt)
- ♦ UFH i.v. in therapeutischer Dosis bis 6 h präoperativ

Postoperativ

- ♦ UFH i.v. in therapeutischer Dosis ab 12 h postoperativ
- ♦ Wiederbeginn mit OAK am 1.POT
- ♦ Ende Heparinabgabe wenn an zwei aufeinanderfolgenden Tagen INR >2.0

□



*Der
Berufsverband Österreichischer Internisten
wünscht
allen Kolleginnen und Kollegen
ein frohes Weihnachtsfest und
ein gutes neues Jahr 2003.*



Echokardiographiekurse 2002

Leitung: Univ.Prof.Dr. H. Baumgartner

Veranstaltet vom Berufsverband Österreichischer Internisten in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer für Wien.
Die Kurse sind entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft,
Arbeitsgruppe Echokardiographie, gestaltet.

Grundkurs Teil I + Teil II

Leitung: Univ.-Prof.Dr. H. Baumgartner

Kurstermin: 10. – 11. Jänner 2003 (Teil I) Fr. 14.00-22.00 Uhr, Sa. 8.00-20.00 Uhr
7. – 8. März 2003 (Teil II) Fr. 14.00-22.00 Uhr, Sa. 8.00-20.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 730 Euro für Mitglieder des BÖI
876 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Grundkurs Teil I + Teil II

Leitung: Univ.-Prof.Dr. T. Binder

Kurstermin: 25. – 26. April 2003 (Teil I) Fr. 14.00-22.00 Uhr, Sa. 8.00-20.00 Uhr
16. – 17. Mai 2003 (Teil II) Fr. 14.00-22.00 Uhr, Sa. 8.00-20.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 730 Euro für Mitglieder des BÖI
876 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Aufbaukurs Teil I + Teil II

Leitung: Univ.-Prof.Dr. H. Baumgartner und Univ.-Prof.Dr. T. Binder

Kurstermin: 17. – 18. Oktober 2003 (Teil I) Fr. 14.00-22.00 Uhr, Sa. 8.00-20.00 Uhr
21. – 22. November 2003 (Teil II) Fr. 14.00-22.00 Uhr, Sa. 8.00-20.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 730 Euro für Mitglieder des BÖI
876 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Echokardiographie für Fortgeschrittene - Fallbesprechung

Leitung: Univ.-Prof.Dr. H. Baumgartner

Kurstermin: 20. – 21. Juni 2003 Fr. 14.00-18.00 Uhr, Sa. 8.30-15.30 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 220 Euro für Mitglieder des BÖI
300 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Transösophageale Echokardiographie (TEE)

Leitung: Univ.-Prof.Dr. T. Binder

Kurstermin: 12. September 2003 Fr. 14.00-20.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 220 Euro für Mitglieder des BÖI
300 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Abdomensonographie - Grundkurs

Leitung: Prim.Univ.-Prof.Dr. G. Mathis (ÖGUM-Kursleiter)

Kurstermin: 4. - 5. April 2003 Beginn Fr. 9.30 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 320 Euro für Mitglieder des BÖI
385 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Interaktiver Herz-Auskultationskurs für Internisten

Leitung: Univ.-Prof.Dr. H. Baumgartner, Univ.-Prof.Dr. T. Binder,
Dr. J. Dal-Bianco

Kurstermin: 11. April 2003 Fr. 14.00-19.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 150 Euro für Mitglieder des BÖI
200 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Ergometrieseminar inkl. sportmedizin. Aspekt und Myocardszintigraphie

Leitung: Prim.Univ.-Prof.Dr. Peter Schmid, Univ.-Prof.Dr. Rochus Pokan

Kurstermin: 9. Mai 2003 Fr. 14.00-18.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 110 Euro für Mitglieder des BÖI
160 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Spiroergometrie

Leitung: Univ.Prof.Dr. Paul Haber

Kurstermin: 10. Mai 2003 Sa. 9.00-12.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 110 Euro für Mitglieder des BÖI
160 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Lungenfunktion in Theorie und Praxis

Leitung: Univ.Prof.Dr. Paul Haber

Kurstermin: 23. Mai 2003 Fr. 14.00-18.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 110 Euro für Mitglieder des BÖI
160 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Einführung in die Gastroenterologische Endoskopie

Leitung: OA Dr. Eva Brownstone

Veranstaltet vom Berufsverband Österreichischer Internisten in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer für Wien
und der Arbeitsgruppe für Endoskopie der Österreichischen Gastroenterologischen Gesellschaft

Kurstermin: 9. -10. Mai 2003 Fr. 9.00-18.00 Uhr, Sa. 9.00 - 18.00 Uhr
Kursort: Wien
Kursbeitrag: 310 Euro für Mitglieder des BÖI
370 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Schilddrüsenultraschall

Leitung: OA Dr. Wolfgang Blank (DEGUM-Seminarleiter)

Kurstermin: 27. September 2003 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 110 Euro für Mitglieder des BÖI
160 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Carotisultraschall

Leitung: Univ.-Doz.Dr. R. Katzenschlager, Prim.Univ.-Doz.Dr. M. Hirschl

Grundkurs I

Kurstermin: 4. - 5. April 2003 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: Hanusch Krankenhaus, Angiologie, Wien
Kursbeitrag: 235 Euro für Mitglieder des BÖI
310 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Grundkurs II

Kurstermin: 24. - 25. Jänner 2003 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: Hanusch Krankenhaus, Angiologie, Wien
Kursbeitrag: 235 Euro für Mitglieder des BÖI
310 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Kurstermin: 16. - 17. Mai 2003 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: Hanusch Krankenhaus, Angiologie, Wien
Kursbeitrag: 235 Euro für Mitglieder des BÖI
310 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Abschlusskurs

Kurstermin: 21. - 22. Februar 2003 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: Hanusch Krankenhaus, Angiologie, Wien
Kursbeitrag: 235 Euro für Mitglieder des BÖI
310 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Kurstermin: 13. - 14. Juni 2003 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: Hanusch Krankenhaus, Angiologie, Wien
Kursbeitrag: 235 Euro für Mitglieder des BÖI
310 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Einführung in die Thoraxultraschall und Abdomenultraschall Refresherkurs

Leitung: Prim.Univ.-Prof.Dr. G. Mathis (ÖGUM-Kursleiter)

Kurstermin: 17. - 18. Jänner 2003 Beginn Fr. 14.00Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 220 Euro für Mitglieder des BÖI
300 Euro für Nichtmitglieder des BÖI