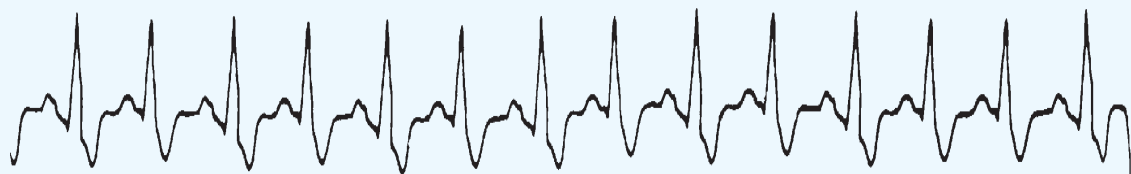


# INTERN

Das Journal des Berufsverbandes Österreichischer Internisten

## Präoperatives Gerinnungsscreening

von  
Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke



**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
Präoperatives Gerinnungsscreening .....	7
Kurskalender .....	12

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

General Electrics  
Pfizer



Dr. Maximilian Rosivatz

Präsident

des

Berufsverbandes

Österreichischer

Internisten

Sehr geehrte Frau Kollegin!  
Sehr geehrter Herr Kollege!

Wir könnten davon profitieren, wenn wir uns darauf einstellen, dass bei unserem Nachbarn in Deutschland die Uhren schneller gehen und Entwicklungen, die auf uns erst zukommen, dort schon eingetroffen sind. In Deutschland ist für junge in die Praxis strebende Kollegen in diesem Jahr praktisch jeder Weg verbaut, weil jegliche Erhöhung der Arzthonorare 2003 ausgesetzt wird, sodass Praxis-Neugründungen erschwert sind. Für Fachärzte wird eine Begrenzung der Kassen- Jahreshonorarsummen geplant. Eine Pflicht-Zertifizierung der Kassenarztpraxen wird eingeführt. Besonders für Facharztpraxen führt bei steigenden Personal- u. Ordinationskosten eine Null-Honorar-Runde zur Existenzbedrohung. Konsequenzen für den deutschen Kassenarzt:

Nicht mehr die Zahl der Krankenscheine bestimmt das ärztliche Honorar sondern der Honorarumsatz im Privat- und Selbstzahlerbereich.

**FAZIT : Mehr Arbeit und weniger Kassenhonorar pro Patient.**

Ärzte treten im freien Markt in direkte Konkurrenz zueinander. Der Arzt muss sich zum Dienstleistungsanbieter und Unternehmer wandeln. **Die Situation in Deutschland, die aus dem Bankrott der Gesundheitspolitik und der leeren Taschen der Kassen resultiert, wird in kurzer Zeit auch die österreichischen Ärzte, besonders aber die Fachärzte, treffen.** Ein im Vorfeld der Wahlen an alle Haushalte verteilter „Österreichischer Gesundheitsplan“ des Staatsekretariats für Gesundheit gibt zu denken.

Die kritische Aussage des Gesundheitsplanes ist:

**„Vorrang für den Hausarzt (Allgemeinmediziner) – Dieser ist effizienter und billiger als im Spital und besser für den Patienten, weil er seinen Arzt kennt. SPITALSLEISTUNGEN SIND ERST DANN NOTWENDIG, WENN DIE MÖGLICHKEITEN DES HAUSARZTES NICHT MEHR AUSREICHEN“**

**Von einer Einbeziehung der Österreichischen Fachärzte ist in diesem Konzept keine Rede. Also direkt vom Hausarzt ins Spital?**

Es wird uns nichts anderes übrig bleiben, als bei zunehmender beinhardter Konkurrenz durch andere Fächer und Allgemeinärzte mit einer starken standespolitischen Vertretung unsere Interessen zu wahren und unsere langjährige Spezialausbildung beim Patienten in die Waagschale zu werfen. Marketing und Präsentation unserer Leistungspalette werden immer mehr unser Einkommen bestimmen. **Durch Kassenhonorare wird eine ausreichende Existenz immer weniger gegeben sein.**

In einer Zeit, in der die Finanzierung der Krankenkassen an ihre Grenzen stößt, sind daher vor allem Maßnahmen, die Krankheiten und ihre teure Behandlung verhindern, eine wichtige Zielsetzung. Den Wunsch von gesunden Menschen - vor allem im mittleren Alter – „etwas für Ihre Gesundheit zu tun“, sollten wir Ärzte Rechnung tragen und im kassenfreien Raum eine erweiterte Vorsorgemedizin anbieten. Beispielsweise auch Anti- Aging Medizin.

**Unter dem Motto „Schulmedizin ist Anti-Aging“** kann der Internist eine Schlüsselrolle übernehmen und eine 1. Anlaufstelle für Anti-Aging Medizin darstellen.

**Der BÖI veranstaltet daher am 24. Mai 2003 einen „Anti-Aging-Workshop für Innere Medizin“.** Dieser Workshop soll für interessierte InternistInnen entsprechende Information und „Know how“, Anleitung und Anreize zur weiteren Fortbildung in Anti- Aging bieten. Namhafte Referenten sollten eine interessante Veranstaltung auf hohem Niveau garantieren. Das Programm ist auch im Internet (<http://medintern.net/anti-aging-workshop>) abrufbar. Einige Vorträge werden als PPT-Präsentation für Teilnehmer nach dem Workshop online zur Verfügung stehen. Auf Ihre Teilnahme freut sich mit

kollegialer Hochachtung



Von  
Dr. Hans Walek

## Ein Traum

Stellen Sie sich vor, Sie gehen in ein In-Restaurant, der Gastronomieführer schwärmt Ihnen von 2-3 Hauben vor, Sie möchten das perfekte Service, aber in Ihrer Brieftasche herrscht Ebbe. Sie trauen sich trotzdem großspurig den Chef de range zu zitieren und vorweg, bevor noch Ihr Aperitif am Tisch steht, im Brustton der Überzeugung zu fordern, Sie wünschen wirklich perfekten Service und in der Küche muss es blitzblank sein. Mit ein bisschen Hygiene sei es da nicht getan - alles aus dem EfEf! Und die übliche Weinkarte kann der Sommelier vergessen, wo ist die Raritätenkarte? Das Degustationsmenue mit 5-6 Gängen, eh klar, aber gezahlt wird nur die Vorspeise!

Wenn Sie diesen Traum weiter träumen wollen, haben die Kellner und Köche alle weiße Kittel an und nicken freundlich und beifällig: Selbstverständlich, machen wir das, pronto! Und das Stethoskop baumelt beifällig vor ihrer Brust.

Haben Sie sich jemals so eine Unverschämtheit im Wachsein getraut?

Wenn ja, dann sollten Sie sich unbedingt einen leitenden Posten bei den Sozialversicherungen oder im Gesundheitsministerium anlassen, dann sind Sie sicher prädestiniert dafür.

Bei Redaktionsschluss ist allerdings irgendeine Lösung des Problems „Sozialmedizin“ ohnehin nicht in Sicht, da die Nachbeben der Wahlschlacht das ganze Land lähmen.

Es mutet an wie in der Brunftzeit der Hirsche. Mit donnerndem Geheiß prallen Leithirsche gegeneinander, um in nächster Minute mit tänzelnden Bewegungen, neugierig abzuwarten, wie weit sich die anderen exponieren. Wenn man den Nachrichten zuhört, ist jede unserer Parteien innovativ, möchte den Staat gründlich umwandeln, modernisieren und ökonomisieren. Ideologien, wie sie ansatzweise vor den Wahlen noch zu erkennen waren, gibt es ohnehin nicht mehr, eine uniforme Masse von regierungswütigen, prinzipienlosen Funktionären, „Mein Wort gilt nach den Wahlen eh nicht!“ könnte der treffendste Slogan sein.

Unter diesem Aspekt ist es wahrscheinlich ohnehin egal, dass sich vor den Wahlen niemand festgelegt hat, wie es in Österreich mit der Sozialmedizin weiter gehen soll. Dass es mit ihr bergab geht, wird hinter vorgehaltener Hand gewispert, aber wie weit es bergab geht, hat sich bisher noch keiner festgelegt. Gibt es ein unsichtbares Netz, das den freien Fall mindern kann? Wer knüpft es?

Wir Ärzte, und neben den Praktikern besonders wir Internisten, haben uns die letzten Jahre vorwerfen lassen, wir verschreiben zu teure und zu viele Medikamente, die seien schuld am Desaster der Sozialversicherung. Alles nicht wahr, selbst aufwändige Computersysteme, die uns bei jedem Rezept, das wir aus der Hand geben, die niedrigsten Preise ins Hirn hämmern, helfen da nicht. Die Patienten sind schuld, die verbrauchen zu viel, dagegen werden Hürden errichtet, wie Ambulanzgebühr und Chefarzt. „Die Ärzte sind noch viel mehr schuld am Defizit, sie betreuen ihre Patienten unnötig intensiv, überärzten wo es nur irgend wie geht“ und viel zu viel von diesen Exemplaren gibt es auch noch, die Krankenkassen sprechen von uns wie über Ungeziefer.

Weder der krampfgebeutelte Neologismus „überärzten“ noch die in Österreich, verglichen mit dem Ausland, zu geringe Akademikerzahl, und trotzdem zu viele Ärzte pro Patient sind alleine schuld, auch die teuren Medikamente alleine tun es nicht, wie wir zuletzt belehrt wurden.

Es ist alles zu teuer, die Wirtschaft geht bergab, die Arbeitslosen haben die Viertelmillion überschritten, und die Zahlen ja bekanntlich nicht einmal Beiträge.

Zur Deadline dieser Zeitung gibt es noch keine Regierung, die Vorstände der Krankenversicherungen sind ebenso ungewiss, aber eines ist sicher: Wer immer sich berufen fühlt, Minister für Soziales und Gesundheit zu werden, wer immer auch in Hauptverband und Krankenkasse Entscheidungsträger sein wird - sie haben alle eines gemeinsam:

Sie liegen zitternd unter ihrer Decke, und werden beim Wissenschaftsjournal im Fernsehen wegsehen wie bei einem Horrorfilm bester Regisseure, wenn die netten kleinen Roboter im Brustkorb unter der Anleitung der Chirurgen ihren Dienst versehen, wenn Stammzellen

und biologischer Superkleber für gebrochene Knochen die teuren multimorbiden Patienten wieder reparieren, die die Sozialversicherer entweder unverwundlich gesund oder einfach tot sehen möchten.

Wir Internisten haben also jetzt die Wahl im zweiten Ausbildungsweg auf Alternativmedizin und ähnliches umzusatteln und uns damit aus der Honorarordnung hinaus zu bewegen - dafür müssen die Kassen nicht aufkommen - oder uns im Rahmen der erlernten Schulmedizin und nach den Maximen der evidence based medicine bei den Sozialversicherungen unbeliebt zu machen. Schizophren wie die sind, möchten die aber auch noch „Qualitätssicherung“ in jeder Hinsicht, was jedenfalls die Ausstattung der Sozialpraxen nicht billiger macht.

Da die wissenschaftliche Qualität unseres Handelns für uns Ärzte selbstverständlich sein sollte, ist es nur eine Frage der Zeit, wann uns bei den exponentiell wachsenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten die Sozialversicherungen endgültig die Handschellen anlegen. Mundtot können sie uns allerdings nicht machen, und es ist dringend an der Zeit, aufklärende Worte an die Bürger unseres Landes zu richten!

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

# Präoperatives Gerinnungsscreening



Von  
H. Watzke

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

Die Durchführung von präoperativen Gerinnungstests hat sich zu einem weit verbreiteten und fixen Bestandteil der sogenannten internistischen Operations-Freigaben entwickelt. Ihr prädiktiver Wert für perioperative Blutungen ist allerdings nicht unumstritten und die Konsequenzen, die sich aus pathologischen Testergebnissen ableiten, werden nicht immer einheitlich gehandhabt. Es soll deshalb im Folgenden die optimale Vorgangsweise zur Erfassung präoperativ bestehender Gerinnungsstörungen dargestellt werden und die möglichen Konsequenzen aus pathologischen Testergebnissen erörtert werden.

Eine sorgfältig und fachgerecht erhobene Blutungsanamnese stellt den wesentlichsten Bestandteil im präoperativen Screening dar. Ihr Stellenwert liegt höher als der von Gerinnungstests. So konnte in entsprechenden Studien gezeigt werden, dass eine mittels Standard-Fragen erhobene negative Blutungsanamnese einen besseren Vorhersagewert von intraoperativen Blutungen aufweist als die üblichen präoperativen Gerinnungstests. Auch der positive prädiktive Wert ist gegeben: Patienten mit einer positiven Blutungsanamnese weisen ein erhöhtes Blutungsrisiko auf, gleich ob sie normale oder pathologische Gerinnungstests aufweisen (Tab.1). Entscheidend dafür ist allerdings, dass die Blutungsanamnese fachgerecht durchgeführt wird.

### Blutungsanamnese

Dazu gibt es evaluierte standardisierte Fragenkataloge, die sich im wesentlichen auf folgende Hauptfragen stützen (z.B.:Rapaport SI; Blood 1983;61:229) (Tab.2).

*Blutungen bei vorangegangenen Operationen.* Dabei wird die Schwere der Blutungen erhoben (Reoperationspflichtigkeit, Morbidität, Konservenverbrauch), die Art des Eingriffes (schwere und vor allem späte Nachblutungen nach Tonsillektomie weisen auf eine Störung im plasmatischen Gerinnungssystem hin; Operationen im Abdomen weisen in der Regel eine geringes spontanes Blutungsrisiko auf, Herz-Thoraxchirurgische Eingriffe ein hohes) und der Zeitpunkt der Blutung (intraoperative Blutungsneigung ist hinweisend auf eine Thrombozyten-assoziierte Gerinnungsstörung, Nachblutungen nach einigen Tagen sind typisch für plasmatische Gerinnungsstörungen). Erfragt werden soll auch das Vorliegen einer *Hypermenorrhoe* bzw. von *postpartalen Blutungen*, das Auftreten von *spontanen Blutungen* oder *Blutungen nach Bagatelltraumen* und auch das Vorliegen einer entspre-

Tabelle 1

PRÄOPERATIVE GERINNUNG				
STELLENWERT VON ANAMNESE UND STATUS IM VERGLEICH MIT LABORTESTS				
	KLINISCH NORMAL TEST NORMAL n=1951	KLINISCH NORMAL TEST ABNORMAL n=340	KLINISCH ABNORMAL TEST NORMAL n=779	KLINISCH ABNORMAL TEST ABNORMAL n=172
OP VERSCHOBEN %	0	1.1	0.3	7.5
ZUSÄTZL. TEST %	1	3.5	1.2	6.3
SPEZ. BEHANDLG. %	0	0.3	0.3	15
TÖDL. BLUTG. %	0.1	0	0	1.1
REOP. WG. BLUTG. %	0.4	0.6	1.1	1.1

Houry S et al  
Am J Surg 1995;179:19

chenden *Familienanamnese* sowie eine *Medikamentenanamnese* (orale Antikoagulantien, thrombozytenaggregationshemmende Medikamente, Heparine).

Es gibt allerdings Konstellationen, in denen der ausgezeichnete prädiktive Wert solcher standardisierten Anamnesen eingeschränkt ist. Dazu zählt die Anamneseerhebung bei Patienten, die auf Grund physischer oder psychischer Erkrankungen nicht ausreichend Auskunft geben können sowie Patienten, die eine leere Anamnese aufweisen (z.B.: keine Voroperation in der Anamnese). In diesen Situationen ist die Durchführung von präoperativen Gerinnungstests notwendig und sinnvoll. Ein theoretischer Vorteil von Gerinnungstests besteht darin, dass diese, im Gegensatz zur Anamnese, in Form eines schriftlichen Befundes automatisch dokumentiert sind. Wird allerdings eine standardisierte Anamnese durchgeführt, kann diese auch entsprechend leicht dokumentiert werden.

### Welche Gerinnungstests?

Für das Screening sind die Globaltests der Gerinnung ausreichend. Einzelfaktoranalysen und ähnliche Tests sind für das Screening überflüssig. Mit den Globaltests, die das sog. extrinsische System (PTZ, NT) und das sog. intrinsische System er-

fassen werden. (Abb. 1) Mangelzustände der wesentlichsten Gerinnungsfaktoren ausreichend erfasst. Die Bestimmung des Fibrinogen ist prinzipiell entbehrlich, da klinisch relevante Hypofibrinogenämien in einer Veränderung von PTZ bzw. NT und/oder der PTT auffällig werden. Unentbehrlich ist hingegen die Erfassung der Thrombozytenzahl, wobei diese über die Funktion der vorhandenen Thrombozyten naturgemäß keinen Aufschluss gibt. Tests, die die Thrombozytenfunktion erfassen, sind für das

Screening ungeeignet bzw. entbehrlich.

Wenn schon ein Screening mittels Labortests durchgeführt wird, so ist eine Beachtung pathologischer Screeningtests sowie eine adäquate Reaktion darauf von essentieller Bedeutung sowohl für den Patienten als auch – u.a. aus forensischen Gründen – für den Arzt.

Ein wesentlicher Nachteil von Gerinnungstests beruht in der Tatsache, dass sie weitgehend unspezifisch sind (soweit es den eigentlich zugrunde liegenden Defekt betrifft) und leider auch nicht 100% sensitiv. So werden durchaus klinisch relevante Störungen wie ein leichter Mangel an von Willebrand Faktor, eine Subhämophilie, ein Faktor XIII Mangel oder ein PAI Mangel und Antiplasminmangel nicht erfasst. Alle diese Mängel können aber zu perioperativen Blutungen führen.

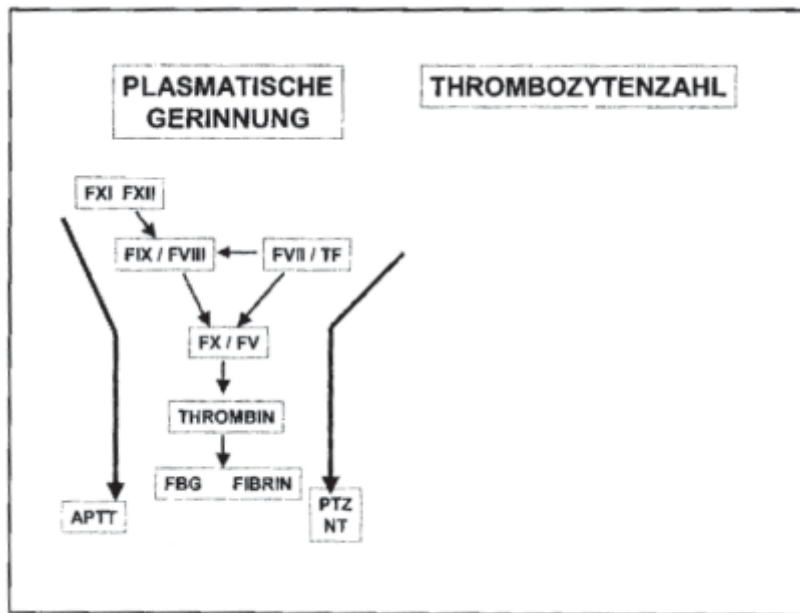
### Welche Ergebnisse der Screeningtests bedeuten eine Einschränkung der Operabilität?

Die Einschränkung der Operabilität durch pathologische Gerinnungstest hängt von mehreren Faktoren ab. Dazu zählen die Art des Eingriffes, die Art des pathologischen Tests und das Ausmaß der Abweichung. Diese drei Hauptkriterien stehen in wechselseitiger Beziehung.

BLUTUNGSANAMNESE
BLUTUNG BEI VORANGEGANGENER OPERATION
HYPERMENORRHOE , POSTPARTALE BLUTUNG
SPONTANE BLUTUNGEN
BLUTUNGEN NACH BAGATELLTRAUMEN
FAMILIENANAMNESE
MEDIKAMENETNANAMNESE

Tabelle 2

Abbildung 1



## Art des Eingriffes

So gibt es große chirurgische Eingriffe mit einem geringen Blutungsrisiko (wie etwa bestimmte abdominalchirurgische Eingriffe) und vergleichsweise kleine Eingriffe mit einem hohen Blutungsrisiko (wie etwa Tonsillektomie oder Prostatektomie). Darüber hinaus wird das Blutungsrisiko des selben Eingriffes chirurgischerseits nicht einheitlich beurteilt, sodass die Entscheidung über die Operabilität, die hinsichtlich der Blutung letztlich auch der Operateur trägt, in vielen Fällen pathologischer Gerinnungstests nur mit diesen gemeinsam getroffen werden kann.

## Art des pathologischen Tests und Ausmaß der Abweichung

Die APTT erfasst vor allem die Faktoren VIII und IX, dient also zum Ausschluss einer Hämophilie A oder Hämophilie B. Schwere Hämophilien (A oder B) haben meist eine Familienanamnese, haben immer eine entsprechende Blutungsanamnese, haben eine deutlich verlängerte APTT und sind somit leicht erfassbar. Eine sehr schwach ausgeprägte Hämophilie (sog. Subhämophilie) hat keine spontane Blutungsneigung aber trotzdem oft eine massive perioperative Blutungsneigung. Dabei ist die APTT oft nur um eine Sekunde verlängert

(manchmal auch grenzwertig normal). Daher gilt, dass eine Verlängerung der APTT, auch wenn sie noch so minimal sein sollte, einer weiteren Abklärung (in Richtung Hämophilie) bedarf.

Das Dilemma der routinemäßigen Bestimmung der APTT besteht darin, dass die häufigste Ursache der Verlängerung ein präanalytischer Fehler ist (schlechte Blutabnahme, schlecht gefülltes Röhrchen, längere Zeit bis zur Analyse etc.), womit bei einer Wiederholung die APTT dann normal ist.

Der zweithäufigste Grund der APTT Verlängerung liegt im Vorliegen eines sogenannten Lupus Antikoagulans. Dieses führt zwar zu einer Verlängerung der APTT aber zu absolut keiner vermehrten Blutung (sondern im Gegenteil, zu einem erhöhten Thromboserisiko). Die Abklärung in diese Richtung erfordert mehrere Labortests und dadurch eine Verschiebung des operativen Eingriffes. Sowohl im Fall der Verlängerung der APTT auf dem Boden eines präanalytischen Fehlers, als auch auf dem Boden eines Lupus-Antikoagulans kann die Operation letztlich gefahrlos durchgeführt werden – allerdings nach entsprechender Verzögerung. Diese Konstellation des falschen Alarmes führt auch auf medizinischem Gebiet zu einer Nichtbeachtung des Alarmes (in diesem Fall der leicht verlängerten APTT), die aber deletäre Folgen haben kann (wenn tatsächlich eine APTT Verlängerung etwa auf dem Boden einer Subhämophilie bestanden hat). Somit muss jede auch noch so geringe Verlängerung der APTT abgeklärt werden. Liegt im Fall einer grenzwertig verlängerten APTT aus Vorbefunden gleich welchen Datums eine sicher normale APTT vor, kann ein angeborener Mangel ausgeschlossen werden. In diesem Fall liegt die Wahrscheinlichkeit einer erworbenen Hämophilie (durch einen Antikörper gegen FVIII oder FIX) etwa bei 1:2.500.000, sodass in dieser Situation bei negativer rezenter Blu-

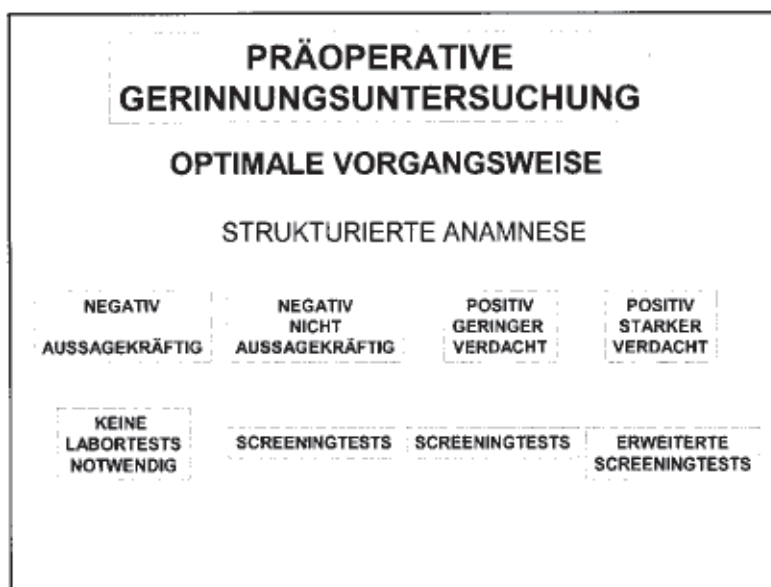


Abbildung 2

tungsanamnese ein Eingriff trotz gering verlängerte APTT möglich ist.

Zur Abklärung einer verlängerten APTT empfiehlt sich eine Analyse der Faktoren VIII, IX, XI und XII sowie der Ausschluss eines Lupus Antikoagulans. Dabei ist allerdings der FXII Mangel mit absolut keiner Blutungsneigung verbunden (obwohl die APTT massiv verlängert sein kann). Ebenso wenig das Lupus Antikoagulans (vide supra).

Eine Verkürzung der APTT hat keine pathologische Bedeutung im präoperativen Screening und stellt keine Kontraindikation für einen operativen Eingriff dar.

Die PTZ bzw. der NT erfasst die Faktoren VII, X, V und II. Sie wird in Österreich in % des Normalwertes angegeben und nicht wie die APTT in absoluten Sekunden. Der INR Wert wird aus der PTZ oder dem NT abgeleitet und dient zur Vergleichbarkeit der PTZ/NT zwischen Laboratorien,

die häufig unterschiedliche Thromboplastine in ihren Systemen verwenden. Für das präoperative Screening ist diese Umrechnung nicht zielführend oder notwendig. Leichte Mängel, ob angeboren oder erworben (Lebererkrankungen) der von der PTZ bzw. dem NT erfassten Faktoren führen zu keiner spontanen oder perioperativen Blutungsneigung. Deswegen kann die weitaus überwiegende Mehrzahl der Operationen auch bei leichter bis mäßig verminderter PTZ/NT durchgeführt werden, wobei hier Werte von ca. 50% ausreichend sind. Lediglich für Eingriffe in extrem sensiblen Bereichen - wie etwa in der Neurochirurgie - wo kleinste Blutungen schwere klinische Konsequenzen haben, empfiehlt sich ein höherer Grenzwert (ca. 75%).

Bei Werten unter 50% ist eine Analyse der Aktivität der Faktoren II, V, VII und X angezeigt die dann entweder als angeborener Defekt eines der

Faktoren oder als kombinierter Defekt bei Vitamin K Mangel (II, VII, X vermindert; V normal) oder hepataler Insuffizienz (alle 4 vermindert mit Betonung von VII) vorliegen.

Eine Erhöhung (%) der PTZ bzw. des NT hat keine pathologische Bedeutung und stellt keine Kontraindikation für einen operativen Eingriff dar.

## Optimale Vorgangsweise

Die optimale Vorgangsweise (Abb.2) umfasst die sorgfältige Erhebung und Dokumentation einer strukturierten Blutungsanamnese: Ist diese negativ und aussagekräftig sind Laboruntersuchungen eigentlich nicht notwendig. In allen anderen Fällen (nicht aussagekräftige Anamnese, positive Anamnese) sind Screening Untersuchungen gerechtfertigt bzw. notwendig.

□

## Anti - Aging

24. Mai 2003, 9:00 - 18:00, Kursprogramm

**Kursleiter:** Univ.-Prof.Dr. Paul Haber  
**Unter Mitwirkung von:** Dr.med.Werner G. Gehring (Ehrenpräs. d. Dt. Ges. für Nährstoffmedizin u. Prävention.)  
Univ.Doiz.Dr. K. Stoschitzky (Graz)  
Univ.Prof.Dr. H. Vierhapper (Wien)

Der Internist kann für die/den Gesundheitsbewusste(n) eine erweiterte Vorsorge-Untersuchung und Lebensstilberatung bieten und die 1. Anlaufstelle für die Anti-Aging Medizin darstellen. Dieser Workshop soll dazu für interessierte Internisten entsprechende Information, Know-how, Anleitung und Anreize zu weiteren Fortbildungen in Anti-Aging bieten.

### Inhalt:

- **Innere Medizin – Kompetenz in Anti-Aging-Medizin – „Schulmedizin ist Anti-Aging-Medizin“**  
Bestimmung des biologischen Alter „Real Age Kalkulation“, VU mit erweiterter Diagnostik
- **Maßnahmen: Lebensstilberatung**  
Lebensstil und Ernährung, Anti-Aging durch Reduktion der tabakassoziierten Erkrankungen, Medizinische Trainingsberatung, Hypertonie, ein wesentlicher Faktor vorzeitigen Alterns, Blutdruckeinstellung und Therapie, Erektile Dysfunktion aus internistischer Sicht, Hyperlipidämie als Risiko für vorzeitiges Altern
- **Internet, Computerprogramme und Marketing, Anti-Aging - Produkte**  
Computergestütztes Anti-Aging-Konzept für die Arztpraxis, Pro und Kontra Anti-Aging im Internet. Somatotropin in der Somatopause – Studie, GISSI Prevention Studie, Anti-Aging in der internistischen Ordination. Ausstellung von Anti-Aging-Firmen.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Kursübersicht.

## Echokardiographiekurse 2003

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. 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

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

### Grundkurs

**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

### Aufbaukurs

**Kurstermin:** 12. - 13. Dezember 2003 Beginn Fr. 14.00 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
- Inhalte:**
- ◆ Wertigkeit der Auskultation im Zeitalter der Echokardiographie
  - ◆ Technik der Auskultation
  - ◆ Geräuschbefunde / Phonokardiographische u. Echokardiographische Korrelation
  - ◆ „Digitale“ Beispiele, klinische Relevanz, diagnostische und therapeutische Konsequenzen
  - ◆ Quiz
- Themen:**
- ◆ Angeborene u. erworbene Herzfehler
  - ◆ Myokardiale Erkrankungen
  - ◆ Rhythmusstörungen

## 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

## Schilddrüsenonographie

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

## Carotissonographie

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

**Kurstermin:** 19. - 20. September 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:** 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

**Kurstermin:** 17. - 18. Oktober 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:** 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

**Kurstermin:** 14. - 15. November 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 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

**Kurstermin:** 5. - 6. Dezember 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

## Duplexsonographie der peripheren Gefäße

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

### Grundkurs

**Kurstermin:** 5 - 6. Dezember 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

### Aufbaukurs

**Kurstermin:** 23 - 24. Jänner 2004 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

## Anti - Aging

Leitung: Univ.-Prof. Dr. P. Haber

**Kurstermin:** 24. Mai 2003 Sa., 9:00 - 18:00 Uhr  
**Kursort:** Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien  
**Kursbeitrag:** 180 Euro für Mitglieder des BÖI  
220Euro für Nichtmitglieder des BÖI