

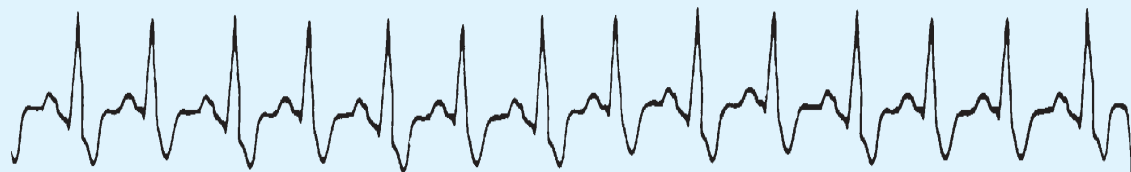
INTERN

Das Journal des Berufsverbandes Österreichischer Internisten

Palliativmedizin

von

Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke



Österreichische Post AG / Sponsoring Post
1200 Wien, GZ.02Z031148

20. Jahrgang - 4 / 2007

Preis: 7 Euro





Der Berufsverband Österreichischer Internisten
wünscht allen Kolleginnen und Kollegen
frohe Festtage und alles Gute für 2008!



Impressum

Zeitung des Berufsverbandes Österreichischer Internisten, 1200 Wien,
Gerhardusgasse 28, 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+Astoria Druckzentrum GmbH, Faradaygasse 6, 1030 Wien

VORSTANDSMITGLIEDER

Präsident: Dr. Arthur Udo Ehmsen ♦ **Präsident elect:** Univ.-Prof. Dr. Gebhard Mathis ♦ **Präsident past:** Dr. Johannes Fleischer ♦ **1.Vizepräsident:** Dr. Hans Walek ♦ **2.Vizepräsident:** Dr. Alfred Ferlitsch ♦ **Kassierin:** Dr. Doris Kerö ♦ **Schriftführerin:** Dr. Heidemarie Müller-Ringl ♦

Spitalsärztevertreter: Dr. Istepan Kürkciyan

Kooptiertes Mitglied der ÖGIM: Dr. Günther Wawrowsky

Fortbildungsreferat:

Dr. Arthur Udo Ehmsen, Univ.-Prof. Dr. Gebhard Mathis, Dr. Martina Wölfl-Misak

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: Dr. Herbert Schindler

Aus dem Inhalt:

Brief des Präsidenten	4
Standespolitik	5
Palliativmedizin: notwendige und obsoleete Medikamente in der Behandlung terminal kranker Patienten	6
Kurskalender	11

Für das Zustandekommen dieser Ausgabe möchten wir uns bei folgenden Firmen
bedanken (alph.):

General Electric Austria GmbH



Dr. Arthur Udo
Ehmsen

Präsident

des

Berufsverbandes

Österreichischer

Internisten

Gedanken zum Jahreswechsel

Ein Jahr geht zur Neige, Weihnachten ist vermutlich schon vorbei, wenn Sie diese Zeilen lesen. Meine Wünsche gleichen denen der meisten Menschen, nämlich möglichst für die Meinen Gesundheit und Lebensqualität zu erhalten. Beides ist etwas, was zu einem gut Teil auch bei uns selbst liegt. Gebetsmühlenartig weisen wir Ärzte, speziell Internisten, immer wieder auf vernünftige Lebensführung hin. Aber wie sollen wir unsere PatientInnen zu vernünftiger Lebensführung motivieren, wenn Lobbyisten in der Wirtschaftskammer den Schutz der Nichtraucher zu Fall bringen, was ist das für eine Regierung, deren Gesundheitsministerin, selbst Ärztin, es nicht schafft, ein Gesetz durchzusetzen, welches im übrigen westlichen Europa schon Realität ist. Es geht nicht darum etwas zu verbieten oder Freiheiten zu beschränken, aber dort, wo die Freiheit des Einen die Gesundheit des Anderen beeinträchtigt, besteht Handlungsbedarf. Wir bekämpfen die Drogenbarone und finden es verabscheuungswürdig, Pflanzen, die zu Drogen verarbeitet werden, in Asien und Südamerika anzubauen, unsere heimischen Weingärten und Heurigen aber empfinden wir als Teil unserer Kultur und unseres Lebens. Vielleicht sollten wir uns auch darüber Gedanken machen.

Unser Körper verlangt nach Bewegung, dann können wir auch das erlegte Wild genießen. Das unter unwürdigen Bedingungen intensiv gezüchtete Schwein oder Geflügel, im Supermarkt im Vorbeigehen „erjagt“, ist nicht die Ernährung, die uns gut tut.

Wo sind die Gesetze, die uns gesunde Ernährung, rauchfreie öffentliche Einrichtungen, abgasgereinigte Industrien und Autos garantieren? Stattdessen wird uns Ärzten Bürokratie über Bürokratie vom Gesetzgeber verordnet.

Die e-card, nicht ohne Fehlschläge und Pannen eingeführt, war nur der Beginn einer neuen Ära, nun sollen das elektronische Rezept, die elektronische Gesundheitsakte, die elektronische Übermittlung von den Ergebnissen der Vorsorgeuntersuchungen eingeführt werden. Ohne aufwändige Ordinationssoftware wird das alles nicht gehen. Wer übernimmt die Kosten? Bisher ausschließlich wir Ärzte.

Merken wir nicht, was hier vor sich geht? Der gläserne Mensch ist nicht Zukunft, er ist bereits Realität. Glauben wir doch nicht, dass mit den Daten kein Missbrauch möglich ist, ich befürchte, dass der, den die Gesundheitsakte, aus welchen Gründen auch immer, interessiert, sich Zugriff verschaffen wird.

Das Recht auf Verwaltung der Befunde kann doch nur beim Individuum bleiben. Dieses muss entscheiden, wer Zugriff darauf hat, und das Individuum, das durch einen Befund verunsichert ist, hat auch das Recht auf eine zweite oder dritte Meinung, ohne dass der Nachuntersucher die Vorbefunde kennt.

Befunde können sich ändern. Natürlich gibt es viele Doppeluntersuchungen, die möglicherweise vermeidbar wären. Wir Ärzte wollen und sollen aber in einem der reichsten Länder der Welt eine gute Medizin bieten und nicht eine möglichst billige Patientenverwaltung mittragen.

Ich möchte meinen Patientinnen und Patienten Zeit und Hinwendung geben können, ohne von Administration und finanziellen Überlegungen (ist das Medikament zu teuer, gibt es ein billigeres Generikum, hat der Patient schon 2% seines Einkommens für Rezeptgebühren ausgegeben, bin ich mit den diagnostischen Untersuchungen schon über dem Limit, wird der MR bewilligt usw.?) von meiner ärztlichen Tätigkeit abgehalten zu werden.

Noch ein Gedanke zum Schlagwort „disease mongering“ (durch Abänderung von Diagnosekriterien wie Normwerte für Labor, Blutdruck, Verhaltensnormen werden mehr behandlungsbedürftige PatientInnen geschaffen): Ich bitte alle, die noch so wie ich eine breite Internistische Ausbildung hatten und das auch noch leben, die die Hilfe suchenden, durch Medien verunsicherten PatientInnen noch in ihrer einzigartigen Individualität, Sozietät und Kultur sehen und nicht als statistische Größe, Kohorte oder Kollektiv, darüber nachzudenken, ob alles, was so publiziert wird, auch für den jeweiligen speziellen Menschen sinnvoll anwendbar ist?

Blicken wir trotz oder gerade wegen allen Fortschritts zurück ins 18. Jahrhundert und beschwören wir mit Immanuel Kant den mündigen Bürger!

Ihr
Dr. Arthur Udo Ehmsen



Von
Dr. Hans Walek

Krankenkassen - das endlose Desaster

Entweder regiert bei den Politikern, die ihre Meinung zum Krankenkassendesaster abgeben unverzeihliche Unkenntnis oder unverfrorene Bösartigkeit. Beides lassen wir Ärzte nicht gelten. Offenen Auges haben die Verantwortlichen die Eskalation in dieser sensiblen Materie seit Jahren beobachtet - es ist und war immer ein ausschließlich politisches Problem - und haben keinen Finger gerührt. Jetzt, wo der Topf endgültig leer scheint, sind alle bereit, den anderen die Schuld zu zuweisen, den Patienten darf aber nichts geschehen, sie sind ja die Wähler, also nehmen wir das nicht vorhandene Geld einfach den Ärzten weg. Welches Geld? Das von den üppigen Honoraren der Krankenkassen? Unsere Patienten essen, trinken und rauchen sich krank und zu Tode. O.k. - wir Ärzte versuchen, den Tod durch Beratung, Tabletten, interventionelle und chirurgische Eingriffe so lang wie möglich hinaus zu zögern. Vielleicht macht uns das zum Mitschuldigen am Defizit der Krankenkassen. Wenn das das Credo unserer Politiker ist, einverstanden, dann sollen sie aber auch nicht unsere Leistungen, unser Können und Wissen in Anspruch nehmen, sondern ökonomisch und kostensparend Arzt und Apotheke meiden, wenn sie krank werden. Oder wird hier mit zweierlei Maß gemessen? Da gab es einmal eine Idee, für die wir niedergelassenen Kassenärzte angetreten sind: „Sozialmedizin“. Jeder Versicherte sollte nach bestem Wissen und Gewissen behandelt werden. Ökonomisch ja, von „gratis“ stand in dem Vertrag nichts.

Das Maß an Unverschämtheit der Verantwortlichen ist voll! Der Gesamtvertrag droht einseitig von den Versicherungen und den Politikern her in Frage gestellt zu werden. Es ist an uns, diese Signale zu erkennen und darauf zu reagieren.

*Für den Vorstand des BÖI - verbunden
mit den besten Wünschen für die
kommenden Feiertage*

Dr. Hans Walek, Vizepräsident

Palliativmedizin:

notwendige und obsoleete Medikamente in der Behandlung terminal kranker Patienten

1

Einleitung

Palliativmedizin befasst sich mit der Betreuung schwerkranker Patienten, die auf Grund der Inkurabilität ihrer Erkrankung und deren Progression eine stark begrenzte Lebenserwartung aufweisen. Sie geht auf Bemühungen von Cicely Saunders in den 1960 Jahren zurück, für Patienten mit Krebserkrankungen, die von einer gegen den Tumor gerichteten Therapie keinen Vorteil mehr ziehen können, eine entsprechende Versorgung zu gewährleisten. Diese umfasst nicht nur rein medizinische Aufgaben wie etwa die Behandlung von Schmerzen, Übelkeit, Abgeschlagenheit und ähnlichem sondern auch die Betreuung in pflegerischen, sozialen, psychologischen und spirituellen Belangen. Der eigentliche Begriff für diese Hilfestellung in der englischsprachigen Definition der WHO ist Palliative Care, also Palliativ-Betreuung. Ins Deutsche wird er aber leider mit Palliativmedizin übertragen und dadurch die medizinische Dimension hervorgehoben.

In Österreich wird die Versorgung in Palliativmedizin nach dem vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheit vorgelegten Strukturplan organisiert, der eine Abstufung in den Betreuungsleistungen und -einheiten vorsieht: so gibt es einerseits sog. Palliativstationen, die an Akutkrankenhäusern verortet sind und Patienten mit palliativmedizinischem Betreuungsbedarf so weit verbessern sollen, dass sie wieder entlassen werden können. Tatsächlich werden österreichweit ca. 80% der Patienten von Palliativstationen in häusliche Pflege entlassen; 20 % versterben, ohne dass eine Entlassung nach Hause erreichbar gewesen wäre. In Hospizen hingegen werden gemäß dem ÖBIG Strukturplan Patienten betreut, die a priori nicht entlassbar sind und in der Regel einen geringeren medizinischen Betreuungsbedarf haben. Die Betreuung terminal-kranker Patienten ist in Hospizen und Palliativstationen gleichermaßen notwendig.

Wer ist terminal krank?

Der Begriff „terminal krank“ ist in der Literatur sowohl von seiner zeitlichen Einschränkung her als auch von Seiten des körperlichen Zustandes der Patienten nicht klar eingegrenzt. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich einerseits auf klinische Daten, die in der letzten Lebenswoche von Patienten erhoben wurden, einer Phase, die in diesem Kontext als „terminal“ bezeichnet wird. Andere Daten beziehen sich auf die letzten 3 Lebensmonate, eine Lebensphase von Palliativpatienten die analog im nachstehenden Text als „präterminal“ bezeichnet wird.

Von
Univ.-Prof. Dr. Herbert H. Watzke

Korrespondenzadresse:

Professur für Palliativmedizin,
Medizinische Universität Wien,
Palliativstation, AKH Wien

Währinger Gürtel 18-20,
A-1090 Wien



Fig. 1

Umgang mit präventivmedizinisch wirksamen Medikamenten in der präterminalen und terminalen Phase

Prinzipiell steht die Behandlung von tatsächlichen existierenden Symptomen im Zentrum aller palliativmedizinischen Behandlungskonzepte. Allerdings bedeutet das nicht notwendigerweise einen völligen Verzicht auf alle präventiv wirksamen Medikamente oder Maßnahmen. Dies geht schon aus der WHO-Definition von Palliative Care hervor, in der es heißt dass die Betreuung von Palliativpatienten „through the prevention and relief of suffering“ erfolgen sollte, womit die Vorbeugung explizit angesprochen wird. Gerade alte Menschen haben ja eine Reihe von präventiv wirkenden Medikamenten, vor allem zur Vorbeugung kardiovaskulärer Erkrankungen (Fig.1).

Bei einigen von diesen, vor allem bei denjenigen die, wie etwa Lipidsenker, ein mäßige und nur äußerst verzögerte Erhöhung des Risikos nach deren absetzen hervorrufen wird es nicht weiter schwierig sein, sie wegzulassen. Ähnlich verhält es sich mit oralen Antidiabetika. Hier spricht vor allem auch die Tatsache, dass es häufig auf dem Boden einer beginnenden Kachexie alleine schon zu einem Rückgang des Blutzuckers kommt und Langzeitschäden des Diabetes ohnehin nicht mehr erlebt werden, für ein relativ frühzeitiges Absetzen dieser Medikamente.

Andere Prophylaktika sind in ihrer diesbezüglichen Handhabung schwieriger (z.B. Antiarrhythmika) und werden auch zum Teil sehr kontroversiell beurteilt, was vor allem auf die Vorbeugung arterieller und auch venöser thromboembolischer Erkrankungen zutrifft.

Hier wird zum Teil argumentiert, dass ein akuter Tod durch derartige Ereignisse (Schlaganfall, Pulmonalembolie) „humaner“ sei als ein z.B. langsames Sterben an einer malignen Erkrankung. Übersehen wird dabei allerdings, dass Schlaganfall und Pulmonalembolie bei nur einem Bruchteil der Betroffenen zu einem akuten tödlichen Ereignis führt. Bei der weitaus überwiegenden Mehr-

zahl der Patienten hingegen resultieren sie in einer zusätzlichen, oft massiven Verschlechterung ihrer Symptome und damit in der Verschlechterung ihrer Lebensqualität. Gerade deren Verbesserung oder zumindest Aufrechterhaltung ist aber das Ziel der Palliativmedizin.

Studien zeigen außerdem, dass derartige Präventionsmaßnahmen von den Patienten gewünscht werden. So haben sich in einer Befragung zur Prophylaxe von venösen Thromboembolien über 90% der Patienten für deren Beibehaltung auch auf der Palliativstation ausgesprochen. Hauptargument der Patienten war dabei weniger die oben genannte Tatsache, dass viele dieser Ereignisse nicht zum plötzlichen Tod führen, sondern zu einer weiteren, nicht tödlichen Verschlechterung ihres Zustandes, sondern ein völlig anderes: diese Patienten, die alle wussten, dass sie in Kürze an ihrer Krebserkrankung versterben würden, wollten nicht noch durch eine zusätzliche auftretende Lebensgefahr psychisch und emotional belastet werden („Mir ist klar dass ich bald an

Krebs sterben werde; ich möchte mich in dieser Situation nicht auch noch zusätzlich um die Lungenembolie sorgen müssen“).

Parallel zu dieser Entwicklung nimmt auch die Anwendung einer Thromboseprophylaxe auf Palliativstationen zu: hatten in England im Jahr 2000 nur 25% aller stationären Palliativpatienten eine Prophylaxe, waren es 2005 schon 85%. Zweifellos wird diese irgendwann in der terminalen oder auch präterminalen Phase eines Patienten abgesetzt. Wann dies erfolgt oder erfolgen sollte, ist aber unbekannt.

Wir haben deshalb in einer Studie österreichische Experten zu diesem Thema befragt. Dabei kamen nicht nur Palliativmediziner, sondern auch Gerinnungsexperten, internistische Intensivmediziner und Onkologen zu Wort. Befragt wurde an Hand eines Fallbeispiels eines Patienten mit weit fortgeschrittenem Bronchuskarzinom, der zum Zeitpunkt des Eintrittes an die Palliativstation (Karnovsky Index 40), im Rahmen einer Verschlechterung (KI 20) und sterbend (KI10) dargestellt wurde. Zusätzlich wurde das Fallbeispiel weiter modifiziert, als jeweils eine Anamnese einer rezenten Pulmonalembolie, eines Vorhofflimmerns oder keine der beiden Erkrankungen vorlag.

Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass die befragten Experten die Verabreichung einer Prophylaxe ausschließlich vom klinischen Zustand des Patienten abhängig machen würden. Beim sterbenden Patienten (KI 10) würde niemand eine Prophylaxe geben. Beim nicht sterbenden aber sehr schlechten Patienten (KI 20) würden 20% eine Prophylaxe durchführen, beim Patienten mit einem KI von 40 würden dies 90% der Kollegen tun (Fig.2)

Die Tatsache ob jeweils ein hohes oder ein niedriges Risiko für eine Embolie besteht, wurde nicht in die Überlegungen miteinbezogen. Dies zeigt, dass ein einfach zu erhebender Parameter (Karnovsky Index), der zudem nur schlecht mit der Lebenserwartung und somit mit dem Begriff „terminal“ korreliert, von den meisten Befragten als

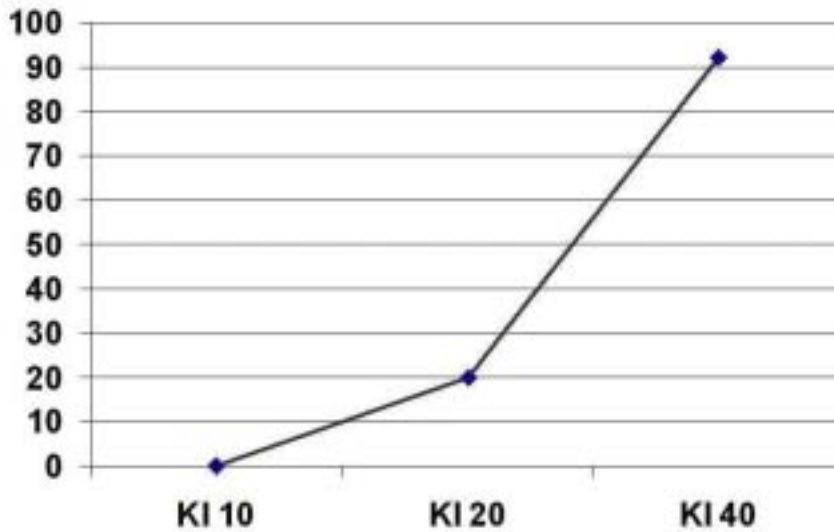


Fig. 2: Klinischer Zustand des Patienten (x-Achse: KI = Karnovsky-Index) und Zahl der Experten in % (y-Achse), die eine Thromboseprophylaxe geben.

Entscheidungskriterium im Hinblick auf eine Thromboseprophylaxe verwendet wird.

Für andere prophylaktische Maßnahmen als die Thromboseprophylaxe fehlen derartige Untersuchungen.

Notwendige Medikamente

Das vordringlichste Behandlungsziel in der präterminalen und terminalen Phase von Patienten ist die Kontrolle auftretender Symptome. Es ist deshalb unerlässlich, die Art und die Häufigkeit der Beschwerden und den Zeitpunkt ihres Auftretens im Sterbeprozess zu wissen.

Beschwerden in der terminalen Phase

Die häufigsten in den letzten Lebenstagen auftretenden Symptome sind in Fig.3 zusammengefasst.

Dabei zeigt sich, dass manche abnehmen (Verwirrung), andere gleich bleiben (Übelkeit, Schmerzen), wieder andere aber zunehmen (Agitiertheit). Von der relativen Häufigkeit her dominieren respiratorische Probleme (Feuchte Rasselgeräusche, Dyspnoe), Schmerzen und Agitiertheit. Es sind dies somit die drei Kardinalsymptome des sterbenden Menschen. Ihre Behandlungsmöglichkeiten werden nachfolgend dargestellt.

Behandlung der Schmerzen in der terminalen Phase

Die Behandlung der Schmerzen in der terminalen Phase folgt den prinzipiellen Richtlinien der Schmerztherapie, wie sie im Stufenschema der WHO dargelegt ist. Dabei ist zu bemerken, dass die Intensität von Schmerzen in der letzten Lebenswoche bei einem Drittel der Patienten gleich bleibt, bei einem Drittel abnimmt und bei einem Drittel zunimmt.

Es sollten deshalb leicht steuerbare Anwendungsformen (s.c., wenn notwendig i.v.; orale Applikation ist zu

bevorzugen, aber meist nicht mehr möglich) und möglichst keine Depotpräparate (wie etwa Schmerzpflaster) Verwendung finden.

Für Fieber und mäßige Schmerzen ist in aller Regel Paracetamol (z.B. Perfalgan®), bei entzündungsbedingten Schmerzen Diclofenac (z.B. Voltaren®) ausreichend. Bei stärkeren Schmerzen sollte zusätzlich Metamizol (Novalgine®) gegeben werden.

Eine Erweiterung dieser Medikamente durch Opioiden ist in der terminalen Phase selten notwendig, da bei 2/3 der Patienten die Schmerzen in der terminalen Phase gleich bleiben oder abnehmen. Bei a priori bestehender Opioidtherapie sollte diese bei Bedarf gesteigert werden. Dabei sollten orale retardierten Formen so lange wie

	24h	48h	72h	7 Tage
Anorexie				80
Asthenie				82
Verwirrung	25	9	55	68
Übelkeit	10	14	14	13
Dyspnoe	17	22	26	47
Feuchte RG's	45	56	45	
Schmerzen	42	51	26	30
Agitiertheit	52	42	43	

Fig. 2: Symptome und Beschwerden der Patienten (%) in der terminalen Phase.

möglich verwendet werden und bei Unfähigkeit Tabletten zu schlucken auf i.v. oder s.c. Dauerinfusion gewechselt werden. Wegen der in den letzten Lebenstagen häufig auftretenden Niereninsuffizienz kann es zu einer Akkumulation der Opiode kommen, die mit Ausnahme des Hydromorphons vorwiegend renal eliminiert werden. Dadurch kann eine Dosisreduktion erforderlich werden. Im Einzelfall ist es aber erfahrungsgemäß meistens unmöglich zu differenzieren, ob eine in den letzten Lebenstagen auftretende cerebrale Funktionseinschränkung dem natürlichen Sterbeprozess zuzuschreiben ist oder möglicherweise durch Opioidwirkung mit verursacht ist.

Studien zeigen, dass Opiode bei Patienten, die bereits vor dem Sterbeprozess diese zur Behandlung von Schmerzen erhalten haben, den Sterbeprozess nicht beschleunigen, selbst dann nicht, wenn deren Dosis gesteigert wird. Für Patienten, die zum ersten Mal im Sterbeprozess Opiode erhalten, gibt es zu dieser Fragestellung allerdings keine Daten. Wie oben ausgeführt ist das allerdings in der Regel nicht notwendig. Für die Behandlung von Zuständen der Agitiertheit und Unruhe, die die häufigsten Symptome in den letzten Lebenstagen sind (vide infra), sollten Opiode keinesfalls verwendet werden.

Behandlung der Dyspnoe in den letzten Lebenstagen

Auch die Dyspnoe ist ein häufiges und in der terminalen Phase häufig zunehmendes Symptom. Dabei muss differenziert werden zwischen dem Symptom der Dyspnoe, das eine subjektive, objektiv nicht messbare Feststellung des Patienten ist und den Atemgeräuschen (feuchte Rasselgeräusche) des bewusstseingetrübten Patienten, die bei fast allen Menschen mehr oder weniger kurz vor dem letzten Atemzug auftreten und deshalb auch als Todesrasseln bezeichnet werden. Während die Dyspnoe ein quälendes Symptom für alle Patienten darstellt und deshalb intensiv behandelt werden muss, wird das Lungenrasseln wahrscheinlich vom Sterbenden nicht mehr verspürt und bedarf deshalb keiner Behandlung. Es ist allerdings für die den Sterbenden begleitenden Angehörigen - und oft auch für das Pflegepersonal - über einen längeren Zeitraum hinweg schwer zu ertragen, weil es eine schwere Atemnot des Sterbenden suggeriert.

Wichtigstes Medikament zur Behandlung der Dyspnoe (aber nicht des Todesrasselns) in der Terminalphase sind Opiode. Sie wirken direkt auf cerebrale Rezeptoren, die das Gefühl der Dyspnoe vermitteln. Zudem dürften sie auch pulmonale Rezeptoren günstig beeinflussen. Es konnte gezeigt werden, dass der die Dyspnoe lindernde Effekt lange vor einem atemdepressiven Effekt der Opiode auftritt. Überhaupt verhindert jegliche Dyspnoe das Auftreten einer relevanten Atemdepression. Der lindernde Effekt von Opioiden auf die Dyspnoe tritt deutlich früher auf als ein CO₂ Anstieg, der Ausdruck einer Atemdepression wäre.

Abgesehen von Opioiden gibt es keine nachgewiesenen positiven Effekte anderer Medikamente auf die Dyspnoe. Nicht-steroidale Antirheumatika können allerdings pleurale, atemabhängige Schmerzen lindern und dadurch die Atmung erleichtern. Inhalation von Sauerstoff führt bei Patienten, die nicht hypoxisch sind, zu keiner Verbesserung des Sauerstoffpartialdruckes im Blut.

Allerdings führt diese Inhalation über einen reinen Placeboeffekt zu einer signifikanten subjektiven Verbesserung der Dyspnoe. Sie sollte deshalb dort wo sie leicht verfügbar ist (wie z.B. in Krankenhäusern) angeboten (aber nicht verordnet!!) werden. Beim Auftreten von unangenehmen Nebenwirkungen (z.B.: Mundaustrocknung, vor allem bei zu vermeidendem hohem Flow) sollte der Stellenwert der Inhalation re-evaluiert werden.

Das Lungenrasseln ist auf eine bronchiale Hypersekretion und möglicherweise auch auf ein Versagen des Schluckreflexes mit Speichelaspiration zurückzuführen. Es kann mit Scopolaminen etwas gebessert werden. Das Absaugen, das oft reflexartig von den Betreuenden gemacht oder verlangt wird ist obsolet: es führt zu keiner anhaltenden Verbesserung der Situation und ist für den Patienten sehr belastend.

Agitiertheit und Unruhe

Etwa die Hälfte aller terminalen Patienten ist unruhig bis heftig agitiert. Es ist in dieser Phase oft schwierig zu entscheiden, ob die Unruhe Ausdruck etwa von Schmerzen ist oder eine primäre cerebrale Dysfunktion darstellt. Ist eine Schmerzursache unwahrscheinlich - etwa weil der Patient auch in den Tagen davor nicht über Schmerzen geklagt hat oder kein ersichtlicher Grund für Schmerzen vorliegt - sollten zur Behandlung der Agitiertheit Sedativa (z.B. Midazolam (Dormicum®)) verwendet werden. Sie können intravenös gut dosiert werden, sind gut verträglich und auf Grund ihrer relativ kurzen Halbwertszeit gut steuerbar. Opiode sollten in dieser Situation nicht verwendet werden: ihr sedierender Effekt ist eigentlich eine Nebenwirkung und erfordert, um ihn therapeutisch nutzen zu können, erfahrungsgemäß hohe Opioiddosen und eine rasche Anflutung bzw. Dosissteigerung. Dies kann bei Opioid-naiven Patienten, die nicht durch Schmerz oder Dyspnoe agitiert sind, zu erheblicher Atemdepression führen

□

Literatur beim Verfasser

SEKRETARIAT / Fr. B. Teuschl u. Fr. S. Bachtrog
 Berufsverband Österreichischer Internisten
 GERHARDUSGASSE 28
 1200 WIEN
 Tel + FAX: 270 24 57



KURSANMELDEFORMULAR

Ich, Frau/Herr
 Titel, Name

.....
 Postlz., Ort, Str., Nr.

TEL:(Vormittags erreichbar)

FAX:

E-MAIL:

- Facharzt für Innere Medizin
- In Ausbildung zum FA für Innere Medizin
- Fachrichtung.....

tätig im Krankenhaus.....

melde mich für folgende Kurse verbindlich an:

Datum	Kurs

Ich habe die Geschäftsbedingungen zur Kenntnis genommen.

.....
 Datum

.....
 Unterschrift

Werden auch Sie Mitglied beim BÖI !

Bitte ausschneiden und einsenden an: BÖI, Gerhardusg. 28, A-1200 Wien



AUSZUG AUS
DEN VERBANDS-
STATUTEN

§3. ARTEN DER
MITGLIEDSCHAFT

Ordentliches Mitglied
kann jeder Facharzt für
Innere Medizin werden.

**Außerordentliches Mit-
glied** können werden:

§3a) Personen und Körper-
schaften, die an der För-
derung des Verbandes
interessiert und bereit
sind, im Rahmen der
Verbandstätigkeit mitzu-
wirken.

§3b) Ärzte, die die Aner-
kennung als Facharzt für
Innere Medizin anstreben.
Sie, bzw. ihre Organe
können an den Veranstal-
tungen des Verbandes
ohne Stimmrecht teil-
nehmen

Ich ersuche um Aufnahme als

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

Name, Titel

in den
Berufsverband Österreichischer Internisten

Adresse

Jahresmitgliedsbeiträge:

- Ordentliche Mitglieder EUR 45
- a.o. Mitglieder/§ 3a EUR 450
- a.o. Mitglieder/§ 3b EUR 45

Tel.

e-mail

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

Unterschrift

Kursübersicht 2008

Jänner	18.1.-19.1.	Carotissonographiekurs - Abschlusskurs /Sbg.	Katzenschlager/Ugurluoglu
Februar	29.2.-1.3.	Carotissonographiekurs - Grundkurs 1 /Wien	Katzenschlager/Hirschl
März	28.3.-29.3.	Transösophageale Echokardiographie	Binder
April	11.4.-12.4.	Carotissonographiekurs - Grundkurs 2 /Wien	Katzenschlager/Hirschl
	11.4.	Echokardiographie Refresher und neue Techniken	Binder
	18.4.-19.4.	Abdomenrefresher-, Fortgeschrittenenkurs	Mathis
Juni	25.4.-26.4.	Echokardiographie - Grundkurs 1	Binder
	6.6.-7.6.	Carotissonographiekurs - Abschlußkurs/Wien	Katzenschlager/Hirschl
	6.6.-7.6.	Echokardiographie - Grundkurs 2	Binder
September	26.9.-27.9.	Echokardiographie -Aufbaukurs 1	Binder
	12.9.-13.9.	Duplexsonographie periphere Gefäße/Grundkurs	Katzenschlager/Hirschl
Oktober	3.10.	Lungenfunktion in Theorie und Praxis	Haber
	10.10.	Klinisch orientierte Schilddrüsenonographie	Blank
November	14.11.-15.11.	Echokardiographie -Aufbaukurs 2	Binder
Dezember	12.12.-13.12.	Duplexsonographie periphere Gefäße/Aufbaukurs	Katzenschlager/Hirschl

**41. Jahrestagung und 19. Fortbildungskurs
der Österreichischen
Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie
29.-31.Mai 2008, Millstatt**

Tagungspräsident: Dr. Alfred Ferlitsch

Auskunft: Ärztezentrale Med. Info, Helferstorferstraße 4, P.O.Box 155, A-1014 Wien,
Tel.: (+43/1)531 16-70, Fax: (+43/1)531 16-61, azmedinfo@media.co.at

Transösophageale Echokardiographie für Fortgeschrittene Fallbeispiele aus Echolabor, Intensivstation und OP-Saal

Leitung: Univ.-Prof. Dr. Thomas Binder

Kurstermin: 28. - 29. März 2008 Fr. 14.00-19.30 Uhr, Sa. 9.00 - 12.30 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Gerhardusgasse 28, 1200 Wien
Kursbeitrag: 300 Euro für Mitglieder des BÖI
400 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Echokardiographiekurse 2008

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 I

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

Kurstermin: 25. - 26. April 2008 Fr. 14.00-21.30 Uhr, Sa. 8.30-18.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Gerhardusgasse 28, 1200 Wien
Kursbeitrag: 395 Euro für Mitglieder des BÖI
495 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Grundkurs II

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

Kurstermin: 6. - 7. Juni 2008 Fr. 14.00-21.30 Uhr, Sa. 8.30-18.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Gerhardusgasse 28, 1200 Wien
Kursbeitrag: 395 Euro für Mitglieder des BÖI
495 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

**Hinweis: Aus organisatorischen Gründen können Grundkurs I und Grundkurs II
nur gemeinsam gebucht werden !**

Aufbaukurs I

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

Kurstermin: 26. - 27. September 2008 Fr. 14.00-21.30 Uhr, Sa. 8.30-18.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Gerhardusgasse 28, 1200 Wien
Kursbeitrag: 395 Euro für Mitglieder des BÖI
495 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Aufbaukurs II

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

Kurstermin: 14. - 15. November 2008 Fr. 14.00-21.30 Uhr, Sa. 8.30-18.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Gerhardusgasse 28, 1200 Wien
Kursbeitrag: 395 Euro für Mitglieder des BÖI
495 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

**Hinweis: Aus organisatorischen Gründen können Aufbaukurs I und Aufbaukurs II
nur gemeinsam gebucht werden !**

Echokardiographie Refresherkurs und neue Techniken

Leitung: Univ.-Prof. Dr. Thomas Binder

Kurstermin: 11. April 2008 Fr. 14.00-20.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Gerhardusgasse 28, 1200 Wien
Kursbeitrag: 220 Euro für Mitglieder des BÖI
300 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Lungenfunktion in Theorie und Praxis

Leitung: Univ.-Prof. Dr. Paul Haber

Kurstermin: 3. Oktober 2008 Fr. 14.00-18.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Gerhardusgasse 28, 1200 Wien
Kursbeitrag: 125 Euro für Mitglieder des BÖI
200 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Klinisch orientierte Schilddrüsenultraschallsonographie inkl. Schilddrüsenfunktionsstörungen

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

Achtung: keine praktische Übungen! Ultraschallkenntnisse werden vorausgesetzt!

Kurstermin: 10. Oktober 2008 Fr. 13.00 - 19.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Gerhardusgasse 28, 1200 Wien
Kursbeitrag: 175 Euro für Mitglieder des BÖI
250 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Duplexsonographie der peripheren Gefäße

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

Grundkurs

Kurstermin: 12. - 13. September 2008 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: Hanusch Krankenhaus, Angiologie, Wien
Kursbeitrag: 255 Euro für Mitglieder des BÖI
355 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Aufbaukurs

Kurstermin: 12. - 13. Dezember 2008 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: Hanusch Krankenhaus, Angiologie, Wien
Kursbeitrag: 255 Euro für Mitglieder des BÖI
355 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Echokardiographie Refresherkurs und neue Techniken

Leitung: Univ.-Prof. Dr. Thomas Binder

11. April 2008, 14.00 – 20.00 Uhr

Voraussetzungen: Gute Kenntnisse der transthorakalen Echokardiographie.
Gutes kardiologisches Vorwissen

Inhalte:

Myokardiale Erkrankungen

Dilatative CMP

Koronare Herzerkrankung

Restriktive CMP

Hypertrophe CMP

Hypertonie

Neu !!!

Neu !!!

Neues und Aktuelles zum Thema

Richtlinien

Digitale Fallbeispiele/Fallbesprechung

Komplementäre diagnostische Verfahren

Neue therapeutische Ansätze

Dyssynchronieanalyse

Quiz

Einsatz neuer Techniken (2D Strain/ Speckle Tracking/ Gewebedoppler)

(siehe auch Seite 13)

Ultraschalltage Gaschurn

15. Ultraschalltage Gaschurn, 2. - 8. März 2008

Programm:

Abdomen-Refresherkurs

2.- 5. März 2008

Lungen- und Pleurasonographie

6. - 8. März 2008

Kontakt:

Prof.Dr. Gebhard Mathis, Dr. Summer Str. 3, A-6830 Rankweil

E-Mail: gebhard.mathis@cable.vol.at

Detailinformationen, Anmeldung:

www.ultraschallkurse.at

Carotissonographie - Wien

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

Grundkurs I

Kurstermin: 29. Feb. - 1. März 2008 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: KH Hanusch, 1140 Wien
Kursbeitrag: 255 Euro für Mitglieder des BÖI
355 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Grundkurs II

Kurstermin: 11. - 12. Apr. 2008 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: KH Hanusch, 1140 Wien
Kursbeitrag: 255 Euro für Mitglieder des BÖI
355 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Abschlusskurs

Kurstermin: 6. - 7. Juni 2008 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: KH Hanusch, 1140 Wien
Kursbeitrag: 255 Euro für Mitglieder des BÖI
355 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Carotissonographie - Salzburg

Leitung: Univ.-Doz.Dr. R. Katzenschlager, Dr. A. Ugurluoglu

Abschlusskurs

Kurstermin: 18. - 19. Jänner 2008 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: LKH Salzburg
Kursbeitrag: 255 Euro für Mitglieder des BÖI
355 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Abdomensonographiekurs - Fortgeschrittene/Refresher

"Vom Symptom zur Diagnose"

Leitung: Univ.-Prof. Dr. Gebhard Mathis

Kurstermin: 18. - 19. April 2008
Kursort: Fortbildungszentrum, Gerhardusgasse 28, 1200 Wien

Fortgeschrittenenkurs: Fr. 14.00 - 18.00 Uhr, Sa. 9.00 - 17:00 Uhr
mit praktischen Übungen 14.00 - 17.00 Uhr

Kursbeitrag: 375 Euro für Mitglieder des BÖI
475 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Refresherkurs: Fr. 14.00 - 18.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13:00 Uhr
ohne praktische Übungen

Kursbeitrag: 250 Euro für Mitglieder des BÖI
350 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

