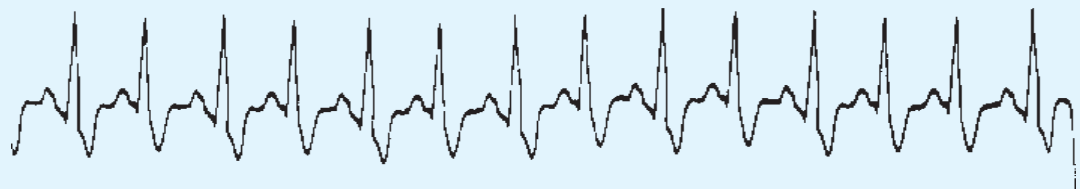


INTERN

Das Journal des Berufsverbandes Österreichischer Internisten

Internistische Beurteilung des Operationsrisikos

Richtlinien der
Österreichischen Gesellschaft
für Innere Medizin
und des
Berufsverbandes
Österreichischer Internisten



Impressum



Zeitung des Berufsverbandes Österreichischer Internisten, 1210 Wien,
Floridsdorfer Hauptstraße 33, Tel. 0222/270 24 57, Fax. 0222/278 43 96, e-mail: sekr@boei.or.at

Redaktion, Anzeigenleitung, Layout, Verleger und Herausgeber: Dr. Martina Wölfl,
2103 Langenzersdorf, Barwichgasse 17, **Sekretariat:** Regina Türk

Druck: Schretzmayer Kalender Ges.m.b.H., Wienerstr. 68, 2104 Spillern/NÖ

VORSTANDSMITGLIEDER

Präsident: Dr. Hans Walek • **1.Vizepräsident:** Dr. Herbert Schindler • **2.Vizepräsident:** Dr. Alfred Ferlitsch • **Kassier:** Dr. Joachim Huber • **Schriftführer:** Dr. Arthur Udo Ehmsen •

Spitalsärztevertreter: Dr. Paul Repitz

Fortbildungsreferat: Chefarzt Dr. Reinhard Mörz

LANDESGRUPPEN

Burgenland: Dr. Karl Kos • **Kärnten:** Dr. Alfred Ferlitsch • **Niederösterreich:** Dr. Gerhard Habeler

Oberösterreich: Dr. Anton Fackelmann • **Salzburg:** Dr. Alfred Kislinger • **Steiermark:** Dr. Wilfried Kaiba

Tirol: Dr. Richard Constantini • **Vorarlberg:** Dr. Johann Brändle, Dr. Hedwig Birnbaumer (Vizeobfrau)

Ehrenmitglied: OMR Dr. Hans Peter Kaserer - unser Ehrenmitglied

Aus dem Inhalt:

Brief des Präsidenten	4
Aktuelles aus Niederösterreich	5
Internistische Beurteilung des Operationsrisikos	8
Kurskalender	21

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

Böhringer-Mannheim
Diasonics
Germania
Höchst
Pfizer
Squibb
Toshiba



Dr. Hans Walek

Präsident

des

Berufsverbandes

Österreichischer

Internisten

Sehr geehrte Frau Kollegin,
Sehr geehrter Herr Kollege !

Zehn Jahre Berufsverband, nicht nur ein Hinweis auf einen Alterungsprozeß sondern ein wirklicher Grund zum Feiern. Denn in diesen vergangenen Jahren hat der BÖI nicht nur eine unglaubliche Anzahl von Mitgliedern erwerben können - eintausendzweihundert, manche sogar im Ausland - sondern hat auch an Ansehen gewonnen. Ansehen durch gleichbleibende hohe Qualität der Ausbildungsveranstaltungen, Ansehen durch kompetente Beratung und Vertretung der Internisten in vielen Gremien wie Kammern und Sozialversicherungen. Seit Jahren gibt es eine Verbindung zu den wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Unser regelmäßig alle drei Monate erscheinendes Journal ist wegen seiner übersichtlichen Fortbildungsartikel und seiner standespolitischen aktuellen Aufklärung bei einem breiten Publikum beliebt. Wir waren zwar immer politisch - eine schon in der Antike beschriebene typische Eigenschaft der Menschen - aber stets unabhängig von Parteien. Alles in allem ein Grund, stolz auf unsere Arbeit zu sein.

Gleichzeitig aber auch ein Signal für Innovation und Reformen. Denn auch Bewährtes ist keine Legitimation für mangelnde Flexibilität und Betriebsblindheit.

Die Anforderungen durch die Veränderungen der Gesundheitspolitik in den Krankenhäusern und im niedergelassenen Bereich sowie die Verantwortung für die große Zahl unserer Mitglieder muß Ansporn und Verpflichtung sein, nicht nur das Beste zu wollen, sondern auch das Beste zu geben. Dies erfordert Zeit, Aufmerksamkeit und persönlichen Einsatz der Verantwortlichen im BÖI. Dieses Ziel benötigt aber auch Sachkenntnis, die nur die unmittelbar Betroffenen haben können, jene, die unter der neuen Entwicklung besonders leiden: die nachkommende Generation von Internisten. Die in Ausbildung, die, die jetzt fertig werden und keine vorgegebene Zukunft vorfinden. Gerade diese sind aufgerufen, sich beim Berufsverband zu engagieren, denn er ist ein brauchbares Instrument, um Interessen durchzusetzen - gemeinsam sind wir stark! - das hat der BÖI in den vergangenen Jahren wiederholt beweisen können.

Zehn Jahre BÖI, ein Grund zum Feiern von Bewährtem, ein Anlaß für neue Ziele und neue Denkinhalte.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Hans Walek
Präsident



Von
Dr. Lothar Fiedler

Aktuelles aus Niederösterreich

Gespräch mit der NÖ GKK

Am Mittwoch, dem 14. Mai 1997 fand ein Gespräch zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich und der NÖ GKK statt, wo die Invertragnahme neuer Leistungen einzelner Fachgruppen und auch solche der Sektion Ärzte für Allgemeinmedizin besprochen wurde. Einleitend wurde seitens der NÖ GKK die Frage gestellt, ob die NÖ Ärzteschaft bereit ist, diese neuen Leistungen innerhalb einer veranschlagten Pauschalsumme aufzunehmen, sodaß seitens der NÖ GKK keine zusätzlichen Geldmittel zur Verfügung gestellt würden. Von mir wurde auf Grund eines Beschlusses des NÖ Fachärzteevorstandes deponiert, daß für neue Leistungen zusätzliche Geldmittel zur Verfügung stehen müssen, ansonsten diese weiterhin im vertragsfreien Raum verbleiben. In den nächsten Wochen und Monaten wird durch weitere Verhandlungen abzugrenzen sein, inwieweit die Kasse bereit ist, mehr für ihre Versicherten zu leisten als bisher.

Wir haben bei der NÖ GKK außerdem die Forderung herangetragen, daß wir eine Aufstellung aller jener Leistungen erhalten, welche aufgrund geltender Limitbestimmungen nicht ausbezahlt wurden. Es soll einmal aufgelistet werden, wieviel an Leistungen von der Ärzteschaft "gratis" erbracht werden. Die Antwort, daß dies rechnerisch nicht aufgelistet werden könne, genügt uns sicher nicht !!

Darüberhinaus wurde auch die Tatsache besprochen, daß seitens der Spitalsambulanzen immer mehr Leistungen getätigt werden. Obwohl diese in den ersten Monaten des Jahres 1997 eher stagnieren, ist es ohne Zweifel so, daß durch die Vermehrung der Dienstposten in den Spitälern in Summe mehr als ausreichend Ärzte für die stationären Belange zur Verfügung stehen. Aus diesem Grunde wurden in den letzten Jahren die ambulanten Leistungen großzügig ausgeweitet.

Dies hat zweifelsohne dazu geführt, daß sich kontinuierlich ein leistungs negatives, staatlich systemisiertes Gesundheitssystem eingebürgert hat, das immer größere Bereiche der ambulanten Betreuung übernimmt. Für den Patienten bedeutet dies einen Verlust der für ihn so wichtigen Patienten-Arzt-Beziehung.

Obwohl europaweit der Trend zu bemerken ist, daß man im Sozialversicherungswesen von der Beitrags- zur Steuerleistung, langsam aber kontinuierlich wechselt und darüber hinaus Selbstbehalte oder private Zuzahlungen fördert, so wird bei uns in Österreich das Problem der Spitalsambulanzen sicher noch durch Jahre virulent sein.

Unsere Aufgabe ist es mit allen Bestrebungen das Motto und mehr ambulant zu erweitern in mehr Leistungen im niedergelassenen Bereich auch Seitens der österreichischen Ärztekammer wurde nun eine verstärkte Initiative gesetzt und es wird auch demnächst mit der SVA der gewerblichen Wirtschaft die Möglichkeit zur Diskettenabrechnung eröffnet.

Aktuelles aus der Österreichischen Ärztekammer

Diskettenabrechnung mit den Kleinen Kassen, insbesondere BVA

Es gibt auf Initiative der NÖ Ärztekammer derzeit einige Ärzte, welche mit der BVA probeweise per Diskette abrechnen. Die BVA scheint gewillt, diese Abrechnungen im gleichen Muster wie bei den Gebietskrankenkassen durchzuführen und aus diesem Grunde hat die Ärztekammer für Niederösterreich angeboten, daß eine größere Anzahl niederösterreichischer Ärzte bereit wäre, diese probeweise Abrechnung in Angriff zu nehmen. Damit soll erzielt werden, daß hinkünftig für die EDV-Anwender die Abrechnung mit sämtlichen Kleinen Kassen vorangetrieben wird. Auch seitens der BVA/ VA - Honorarabzug gewisser Leistungspositionen

Bereits früher berichtet und publiziert habe, werden Seitens der BVA und VA manche Leistungspositionen (z.B. Ultraschalluntersuchungen) mit einer durch einen Code gekennzeichneten Begründung abgezogen, beispielsweise wenn die Leistung mit der angegebenen Diagnose nach Ansicht der Versicherungsanstalten nicht vereinbar ist. Dies ist nicht vertragskonform, daher wurde seitens der Niederösterreichischen und Österreichischen Ärztekammer heftigst protestiert, es ist aber unbedingt nötig, daß all jene Ärzte, bei welchen solche Positionen bereits abgezogen wurden oder auch künftig abgezogen werden, sich umgehend bei der Ärztekammer für Niederösterreich melden.

Sondervereinbarungen zu unterschiedlichen Tarifen

Es hat sich zuletzt eingebürgert, daß die Sonderversicherungsträger Sondervereinbarungen (z.B. Holter-EKG) in den einzelnen Bundesländer zu unterschiedlichen Tarifen anbieten. Ich habe dies über die Ärztekammer in alle Bundesländer verbreitet und erwarte eine entsprechende Rückantwort, anschließend sind konzertierte Maßnahmen vorgesehen.

Chip Card

Dieses Thema wird in den einschlägigen Medien bereits behandelt, eine sehr umfassende Darstellung sämtlicher Vor- und Nachteile (es gäbe auch viele Vorteile !), wurde bei einer Enquete der NÖ Ärztekammer abgehandelt und diskutiert. Anlässlich dieser Enquete wurde seitens der Ärztekammer für Niederösterreich ein Arbeitskreis ins Leben gerufen, an welchem sich sämtliche Interessensgruppen per Zusage beteiligen sollten.

Nachdem die NÖ GKK diese Zusage nun zurückgezogen hat, wird der Arbeitskreis trotzdem in Angriff genommen, seitens der Sozialversicherungsträger auf jeden Fall mit Vertretern des Hauptverbandes.

Mit dazu eingeladen sind Proponenten der Wirtschaftskammer, der Arbeiterkammer zumindest ein EDV-Experte und ein Experte aus dem Bereich des Datenschutzwesens. Möglicherweise wird die Organisation und Leitung dieses Arbeitskreises von der österreichischen Ärztekammer übernommen.

Die SVA-Gewerbliche Wirtschaft hat in einem Schreiben an die Österr.Ärztekammer dringend gefordert, daß die Labortarife deutlich abgesenkt werden sollen. Es wurde ein Musterkatalog des Hauptverbandes mit Tarifen beigelegt, die bis zu lediglich 20 % der derzeitigen ausmachen. Es wird

nun in der Kurie der Österr.Ärztekammer in nächster Zeit abzustimmen sein, inwieweit nicht doch eine Umschichtung von Labortarifen auf andere Positionen sinnvoll ist, ehe durch einen Gewaltakt - in diesem Brief wurde auch eine Teilkündigung des Gesamtvertrages z.B. auf Laborleistungen angekündigt - erfolgt.

Bei einer heftigen Diskussion über die richtige Vorgangsweise war es in erster Linie der Vertreter der Fachgruppe Radiologie, welcher dringend gefordert hat, auf das Angebot der SVA einzugehen, weil nach seiner Ansicht die aus Deutschland kommende Entwicklung nun endgültig nach Österreich übergreift. Andererseits glauben wir jedoch, dazu neige insbesondere ich, daß auf dem Verhandlungsweg sehr wohl die richtige Vorgangsweise auszuloten ist, nach der sich dann Entscheidungen nach breiter Rücksprache treffen lassen.

Auch seitens der SV der Bauern wurde der Österr. Ärztekammer in einem Schreiben mitgeteilt, daß man Verhandlungen über Tarifabsenkungen mit der Österr.Ärztekammer aufnehmen will, weil die finanzielle Situation der Kasse so prekär sei. In diesem Schreiben ist auch angedeutet, daß Tarif - Reduktionen diskutiert werden sollen. Weitere Verhandlungen darüber sind bisher nicht aufgenommen worden.

Operationsvorbereitung

Von den Ärzte für Allgemeinmedizin wird immer stärker die (internistische) Operationsvorbereitung für die Angehörigen ihrer Sektion gefordert. Besonders in Kärnten ist dies in sehr heftiger Diskussion. Der Kärntner Vizepräsident Dr.Wiegele wurde seitens der Kurie der niedergelassenen Ärzte in der Österr.Ärztekammer beauftragt, hier mit der Sektion Fachärzte Gespräche aufzunehmen.

Ich werde bei diesen Gesprächen mit dabei sein und habe auch urgiert, daß Kollege Dr.Ferlitsch aus Kärnten dazukommt.

Mit kollegialen Grüßen!

Dr. Lothar Fiedler

Internistische Beurteilung des Operationsrisikos

Richtlinien der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin und des Berufsverbandes Österreichischer Internisten

Kontaktadresse zum Thema "Internes Operationsrisiko":
Dr. Anton Fackelmann, FA. f. Innere Medizin
Rooseveltstr. 12, 4400 Steyr

Wer einem Eingriff in Lokal-, Lumbal- oder Allgemeinanästhesie ausgesetzt wird, muß einen ausreichenden Informationsstand der handelnden Ärzte über den Grad des Operationsrisikos erwarten können. Daraus ist die Notwendigkeit einer eingehenden präoperativen Untersuchung durch einen Facharzt für Innere Medizin und dessen Stellungnahme in Form eines Befundes abzuleiten. Nur der offensichtliche rasche Handlungsbedarf einer Notoperation kann hier eine Ausnahme darstellen.

Operative Eingriffe sollten jetzt möglichst rasch nach der Spitalsaufnahme vorgenommen werden, die präoperative Diagnostik kann das Spitalsbudget entlasten, wenn sie im niedergelassenen Bereich erfolgt. Diagnosenorientierte Abrechnungssysteme und die Einschränkungen der Ambulanzhonorare haben Maßnahmen zur Reduzierung der Verweildauer und zur allgemeinen Kostensenkung bewirkt bzw. auch den Ausbau der Tageschirurgie begünstigt.

Die Risikobeurteilung ist die subjektive Bewertung der im Rahmen einer internistischen Untersuchung erhobenen Einzelheiten hinsichtlich eines möglichen nachteiligen Operationsverlaufes aufgrund vorgegebener Krankheitszustände. Zweckmäßigerweise können sich Internisten in den Facharztordinationen und auch im Krankenhaus seit unserer früheren Sondernummer zum gleichen Thema mit einem standardisierten Risikokatalog absichern.

Wenn ein Patient anlässlich einer Operation zu Schaden kommt, vermag ein internistischer Befund als Dokument eines nicht direkt am Eingriff beteiligten Facharztes einem Rechtsweg standzuhalten. Operateur und Anästhesist sind somit gut beraten, auf dieses Dokument nicht zu verzichten.

Wie im Jahr 1993 beschlossen, haben die Experten den führen Risikokatalog selbst immer wieder bei ihrer täglichen Arbeit kritisch geprüft. In dieser Neuauflage der Sondernummer 1993 "Internes Operationsrisiko" zeigen sie als Fachleute mit anerkannter Autorität auf ihrem Spezialgebiet, wie sie selbst das Risiko beurteilen würden, welches durch einzelne konkrete Krankheitsbilder erwächst.

Im Namen der österreichischen Internisten erlaubt sich der Organisator des Arbeitskreises, den Firmen für ihre Unterstützung zu danken, die für das Zustandekommen der Konsensuskonferenzen und zur vorliegenden Ausgabe des INTERN beigetragen haben.

Operationsrisiko	Risikogruppe
nicht	0
leicht	I
deutlich	II
extrem erhöht	III

Beurteilung nach Risikogruppen

Risikogruppe I : Die nicht therapeutisch zu verbessernde Risikogruppe I soll einen Eingriff ermöglichen, der chronische Schmerzzustände oder erhebliche gesundheitliche Nachteile beheben kann (z.B. Sanierung einer Coxarthrose).

Risikogruppe II : Bei der Risikogruppe II wird in der Regel eine stationäre internistische Vorbereitung vorangehen bzw. notwendig sein. Diese Risikogruppe ist für besonders wichtige Operationen vorbehalten (z.B. operables Neoplasma).

Risikogruppe III : Für unmittelbar vitale Operationsindikation (z.B. Magenperforation).

Das nachfolgende Konzept der Basisdiagnostik soll kein enges Korsett darstellen. Nach Auslegung der Sorgfaltspflicht bzw. der Verantwortlichkeit des einzelnen Internisten und in Anpassung an die Art des Eingriffes sind Erweiterungen und auch Einschränkungen möglich bzw. notwendig.

Festlegung, Begründung und fallweise auch Ausschluß einer höheren Risikostufe bedürfen einer erweiterten gerichteten Diagnostik. Grundsätzlich kann kein Schema, kein Score und keine Tabelle Fachwissen und Erfahrung des Internisten ersetzen.

Um Mißverständnissen vorzubeugen: Nur bei anamnestischem oder klinischem Verdacht soll z.B. nach einem möglichen Aortenaneurysma gefahndet werden; ein möglicher Helicobacter pylori ist beim chronischen Ulcus oder bei vorangegangener gastrokopisch-diagnostischer Erfassung wesentlich, etc..

In den nachfolgenden Beiträgen war von den einzelnen Fachexperten hohe Informationsdichte und vertretbare Kürze gefordert. Allen Übersichten sei die Überlegung vorangestellt, daß allgemeine Voraussetzungen wie Adipositas, Suchtmittelgewöhnung (auch Nikotin und Alkohol), eine bestehende Infektion etc. das jeweilige Operationsrisiko nachteilig beeinflussen, was in die Risikobewertung miteinbezogen werden muß. Beim besten Willen der Beteiligten kann sich der vorliegende Risikokatalog nur mit den wichtigsten und häufigsten Gesundheitsstörungen befassen. Die NYHA-Klassifizierung mag bei unerwähnt gebliebenen Störungen eine gute Hilfe sein.

Basisdiagnostik

Für die Beurteilung des Operationsrisikos ist **ein internistischer Befund mit folgenden Einzelheiten** erforderlich:

Operationsrelevante Anamnese einschließlich Gesamtkörperliche Leistungsfähigkeit
Thromboembolie- und Blutungsanamnese
Alkohol- und Nikotiningewohnheiten
Allergien
Medikamentenanamnese

Klinischer Status

EKG mit 12 Ableitungen, Streifen beilegen oder mitgeben

Thoraxröntgen und/oder **Lungenfunktion** bei Indikation: wird ab dem 40. Lebensjahr empfohlen, jedoch nicht ausdrücklich gefordert.

Labor

obligat: Rotes Blutbild und Leukozyten
Gerinnungsstatus: PTZ, PTT und Thrombozyten

Harnbefund: z.B. 5-fach Streifen
Serumproben: Blutzucker, GPT, Kreatinin, Kalium

fakultativ: BSG, Diff.BB, Harnsediment, γ GT, alkal. Phosphatase, LDH, Cholinesterase, Na, Blutgruppe, HIV-Test.

Diagnosen

Risikobeurteilung: Die Begründung soll in den angeführten Untersuchungsbefunden ersichtlich sein.

Medikamentenplan ev. inkl. Thromboseprophylaxe

Weitere Empfehlungen (z.B. ausdrückliche Empfehlung einer postoperativen internistischen Kontrolle bzw. Betreuung bei höheren Risikostufen)

Störungen des arteriellen Blutdruckes und Herz-Kreislaufkrankungen

Von
Prim.Univ.Prof.Dr. J. Slany
Prim.Univ.Prof.Dr. H. Weber

Für Ihr großes und hinsichtlich der Risikostratifizierung besonders schwieriges Spezialgebiet waren die Kardiologen Prim.Univ.Prof.Dr.J.Slany, Vorstand der 2.Med.Abt. der Krankenanstalt Rudolfstiftung in Wien, und Prim.Univ.Prof. Dr.H.Weber, Vorstand der 5. Med.Abt. mit Kardiologie des Kaiser Franz Josef-Spitals in Wien, dazu bereit, in Zusammenarbeit eine Übersicht zu erstellen. Auf der nächsten Seite findet sich ein aus Circulation Vol. 93 stammender Stufenplan des ACC, den Prim.Univ.Prof.Dr.Slany in einem vielbeachteten Vortrag anlässlich der Jahrestagung der Inneren Medizin 1996 in Linz vorstellte.

Risikogruppe 0

allgemein: Anamnese, Status und EKG unauffällig
art. Blutdruck: Grenzwerthypertonie, Hypotonie
Rhythmologie: WPW ohne Tachycardien oder mindestens 4 Wochen post Ablation, sVES und VES ohne Grunderkrankung
kongenitale Vitien: operierter ASD oder VSD mehr als 3 Monate postoperativ, operierte oder dilatierte Pulmonalstenose, operierter Ductus Botalli

Risikogruppe I

EKG-Monitoring perioperativ nicht unbedingt nötig, jedoch empfehlenswert
art. Blutdruck: medikamentös gut eingestellte Hypertonie
Rhythmologie: paroxysmale sVT, VH-Flimmern, VH-Flattern, WPW mit Tachycardien jedoch ohne Synkope, St.p. Pacemaker, asymptomatisches Sick Sinus Syndrom, ventrikuläre Arrhythmien (inklusive komplexe ventrikuläre Arrhythmien) ohne Grundkrankheit.
Klappenvitien: NYHA 0 - I bei MI, MS, MV, AI, komb. MVAV, asymptomatische Aortenstenose, Gradient < 40 mmHg
Koronarien: mehr als 6 Monate nach unkompliziertem MCI, ohne Symptome, chronische stabile KHK ohne Revaskularisationsindikation (bei bekannter Koronarmorphologie) bzw. im klinischen Stadium CCS I, mehr als 3 Monate nach PTCA oder ACBP
Sonstiges: Herzinsuff. NYHA I, asymptomatisches Aortenaneurysma mit Durchmesser unter 5 cm

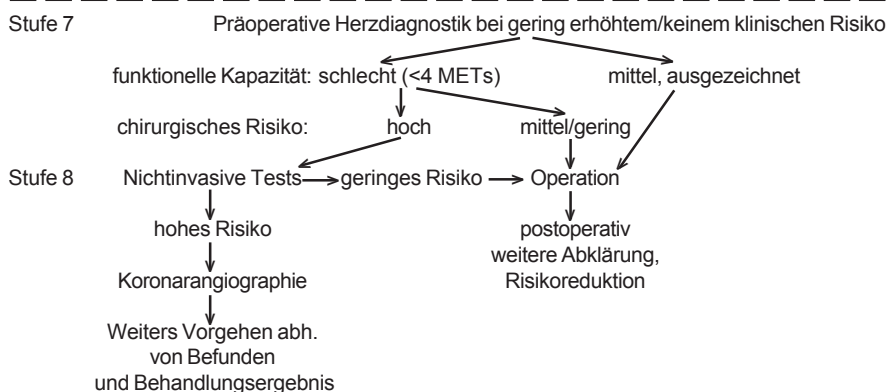
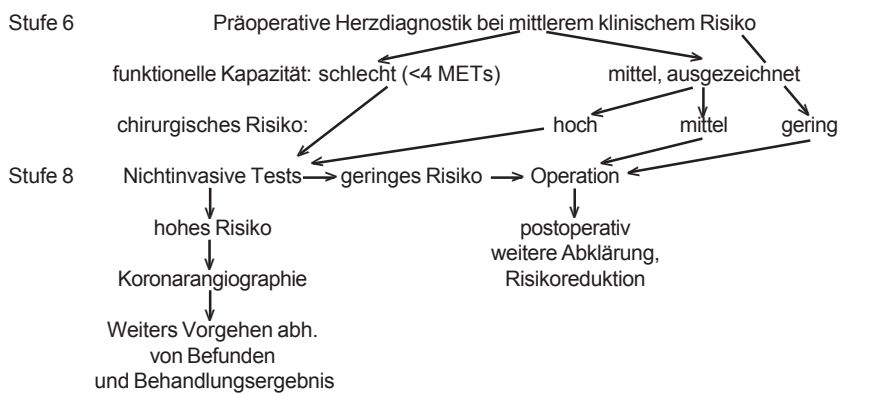
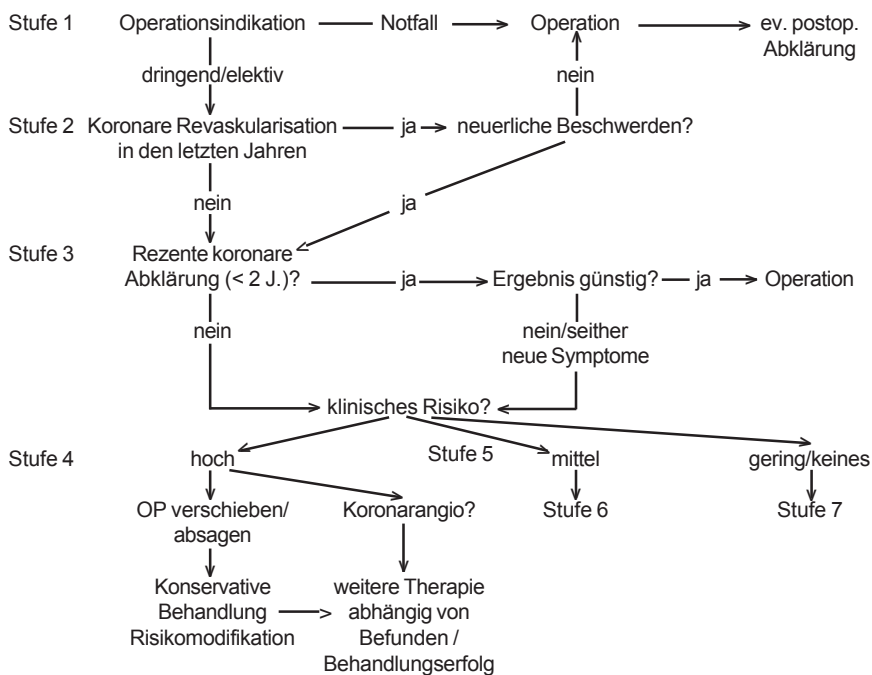
Risikogruppe II

Perioperatives EKG-Monitoring angezeigt
art. Blutdruck: insuffizient eingestellte Hypertonie
Rhythmologie: VES, Couplets, Triplets, nicht anhaltende Tachykardien bei KHK bzw. bei dilatativer CMP, WPW mit paroxysm. VH-Flimmern oder mit Synkope, Status post Defibrillator (ICD, AICD, PCD, etc.)
Vitien: NYHA II - III (ausgenommen Aortenstenose), Aortenstenose (Gradient über 60 mmHg oder Klap-penfläche unter 1 qcm), Status post Klappenersatz, VH-Flimmern mit Embolie/Insult
Koronarien: mehr als 6 Monate nach MCI (mit Komplikationen im Akutstadium) oder derzeit NYHA II, chronisch stabile KHK (ausgenommen CCS 4), weniger als 3 Monate nach PTCA oder ACBP.
Sonstiges: hypertrophe CMP max. NYHA III, Status post Operation komplexer kongenitaler Vitien, Status post Herztransplantation (HTX), Herzinsuffizienz NYHA II - III, asymptomatisches Aortenaneurysma mit Durchmesser über 5 cm

Risikogruppe III

Perioperatives EKG- und Blutdruckmonitoring angezeigt
art. Blutdruck: maligne Hypertonie, hypertensive Krise
Rhythmologie: anhaltende ventrikuläre Tachycardien, Status post Kammerflimmern bei kardialer Grundkrankheit, "Sudden Death Survivor"
Koronarien: weniger als 6 Monate nach MCI, mehr als 6 Monate nach MCI jedoch NYHA III - IV, instabile KHK oder CCS 4
Sonstiges: Herzinsuffizienz und Vitien NYHA III - IV

Stufenplan der präoperativen Herzdiagnostik



Operationen mit hohem kardialen Risiko (Kardiales Risiko in vielen Statistiken über 5%)

- ♦ Notfallmäßige große Operation, bes. bei Älteren (2 - 5 faches Risiko)
- ♦ Große Gefäßoperationen einschließlich der Aorta
- ♦ Periphere Gefäßoperationen
- ♦ voraussichtlich langdauernde Eingriffe mit großen Flüssigkeitsverschiebungen und/oder Blutverlust

Operationen mitmäßigem/gering erhöhtem kardialen Risiko

Risiko 1 - 5%

- ♦ Karotisendarterektomie
- ♦ Kopf und Hals
- ♦ intraperiton./intrathorakal
- ♦ orthopädisch
- ♦ Prostata

Risiko unter 1%

- ♦ Endoskopische Eingriffe
- ♦ oberflächliche Operationen
- ♦ Katarakt
- ♦ Mamma

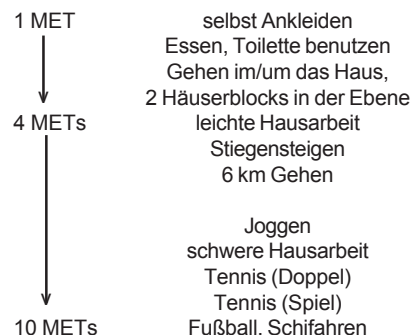
Hohes klinisches Risiko

- ♦ Rezenter Herzinfarkt (< 1 Mo) mit bedeutendem Ischämierisiko
- ♦ instabile Angina pectoris
- ♦ schwere Angina pectoris (CCSC III, IV)
- ♦ Herzinsuffizienz NYHA III und IV
- ♦ signifikante Arrhythmien
- ♦ schwere Klappenerkrankung (AS!)

Gering erhöhtes klinisches Risiko

- ♦ hohes Alter
- ♦ abnormes EKG
- ♦ kein Sinusrhythmus
- ♦ niedrige funktionelle Kapazität (unter 4 MET)
- ♦ früherer Insult
- ♦ unkontrollierte arterielle Hypertonie

Beurteilung der funktionellen Klasse



Erkrankung der Atmungsorgane

Von
Univ.Prof.Dr. W. Schlick

Univ.Prof.Dr.W.Schlick ist an der 2. Chirurg. Univ.Klinik Wien oft mit der internistisch-pulmologischen Risiko-beurteilung, insbesondere im Rahmen der Thoraxchirurgie, befaßt. Er hält gut besuchte Seminare zu diesem Thema ab und ist der wesentliche Initiator der Konsensuskonferenz.

Für Thorakotomien, Oberbaucheingriffe, abdominelle Gefäßchirurgie und sonstige Operationen mit einer Anästhesie-dauer von mehr als 3 Stunden: Rauchverbot ab 48h vor der Operation.

Risikogruppe 0

- ♦ Lungenfunktion (alle Kriterien müssen erfüllt sein)
 - VC über 3,5 l (75% Soll)
 - FEV₁ über 2,5 l (75% Soll)
 - PCO₂ unter 42 mmHg
 - PO₂ über 70 mmHg

Risikogruppe I

- ♦ Lungenfunktion (ein Kriterium genügt)
 - VC 2,5 - 3,5 l (60-75% Soll)
 - FEV₁ 1,75 - 2,5 l (60-75% Soll)
 - PCO₂ 42 - 45 mmHg
- ♦ mäßige Adipositas - 10-20% Übergewicht (Broca-Index)
- ♦ Rauchen von mehr als 20 Zigaretten bis weniger als 8 Wochen vor der Operation
- ♦ mäßig Husten und Auswurf
- ♦ gelegentlich leichtes Giemen
- ♦ Asthma-Anamnese derzeit symptomfrei

Risikogruppe II

- ♦ Lungenfunktion (ein Kriterium genügt)
 - VC 1,5 - 2,5 l (40-60% Soll)
 - FEV₁ 1 - 1,75 l (40-60% Soll)
 - PCO₂ über 45 mmHg
- ♦ Adipositas - mehr als 25% Übergewicht (Broca-Index)
- ♦ ausgeprägtes produktives Husten
- ♦ ständige Asthmasymptome, häufig Anfälle
- ♦ anamnestisch schwere Asthmaanfalle

Risikogruppe III

- ♦ Lungenfunktion (ein Kriterium genügt)
 - VC unter 1,5 l (40% Soll)
 - FEV₁ unter 1l (40% Soll)
 - PCO₂ über 50 mmHg

Thorakotomien mit oder ohne Lungenresektion

	Funktionell operabel¹⁾	Funktionell fraglich operabel²⁾
VC	über 3,5 l (75% Soll)	1,5 - 3,5 l (40-75% Soll)
FEV ₁	über 2,5 l (75% Soll)	1 - 2,5 l (40-75% Soll)
FEV ₁	über 60% VC	40-60% VC
MVV	über 75% Soll	40-75% Soll
RV	unter 35% TLC	35-55% TLC
Raw	unter 0,5 kPa/l/sec	0,5 - 1 kPa/l/sec
PCO ₂	unter 42 mmHg	42 - 50 mmHg
PO ₂	über 70 mmHg	unter 70 mmHg

¹⁾ alle Kriterien müssen erfüllt sein

²⁾ bzgl der Beurteilung des funktionellen Risikos müssen Erfahrungen der Volumenreduktionsoperation abgewartet werden; niedrigere Werte gelten als inoperabel

Bei der Resektion von Lungengewebe muß die postoperativ verbleibende Restfunktion abgeschätzt werden, sie darf (abhängig von der Körpergröße des Patienten) nicht unter 0,8 - 1,0 l FEV₁ sein. Bei Verdacht auf pulmonale Hypertonie muß der Pulmonaldruck bestimmt werden (Rechtsherzkatheter oder ev. auch Echokardiogramm). Von einer Lobektomie ist bei einem Pulmonaldruck in Ruhe über 30 mmHg (bei Belastung über 45 mmHg) abzuraten. Von einer Pneumektomie ist bei einem Pulmonaldruck in Ruhe über 25 mmHg (bei Belastung über 40 mmHg) abzuraten. Für die Chirurgie am geschlossenen Herzen gelten hinsichtlich der Risikogruppen 0 - III dieselben Kriterien wie für die Thorakotomien aus anderen Indikationen. Für die thorakopulmonale Funktion ist die mediane Thorakotomie weniger nachteilig als die laterale. Bei der Chirurgie am offenen Herzen sind zusätzlich schwer in ein Schema einzugliedernde Faktoren zu berücksichtigen wie z.B. Veränderungen des Lungenkapillarbettes, Verschluß eines Shunts etc..

Blutungs- und Thromboserisiko

Von
Prim.Univ.Prof.Dr.H.Niessner

1. Medizinische Abteilung des
Krankenhauses Wr. Neustadt

Mit den nachfolgenden Ausführungen wird versucht, möglichst praxisnahe Richtlinien für die Einschätzung sowohl des Blutungsrisikos als auch des Thromboembolierisikos bei operativen Eingriffen zu formulieren. Es wurde daher von dem im Jahre 1993 vorgeschlagenen "Score-System" abgegangen.

Blutungsrisiko

Entscheidend für das Blutungsrisiko bei einem operativen Eingriff sind die Anamnese, Laborbefunde sowie die Art des Eingriffes.

Anamnese

Isoliert aufgetretene Blutungen oder auch längeres Nachbluten bei Blutabnahme sind meist lokal verursacht und in der Regel bedeutungslos. Wichtig ist neben der Familienanamnese (Hinweise auf eine hämorrhagische Diathese?) vor allem die Eigenanamnese (z.B. lange Nachblutung nach Eingriffen wie etwa Zahnextraktionen oder andere Operationen) auch die Medikamentenanamnese (Antikoagulation?, Plättchenaggregationshemmer?, wann letzte Einnahme, etc.). Je nach Indikation wird man orale Antikoagulantien rechtzeitig absetzen, sodaß es zu einer weitgehenden Normalisierung der PTZ präoperativ kommen kann. Wenn auch der Einfluß von Aspirin auf die Hämostase geringer einzuschätzen ist als die Wirkung von Antikoagulantien, so sollte dennoch Aspirin bei elektiven Eingriffen zumindest drei bis vier Tage präoperativ abgesetzt werden.

Laborbefunde

Thrombozytenfunktion

Die Durchführung einer Blutungszeit als Parameter für die Thrombozytenfunktion ist routinemäßig nicht zu fordern. Sowohl dieser Parameter als auch weiterführende Untersu-

chungen sind nur bei Hinweisen auf eine hämorrhagische Diathese in der Anamnese anzustreben.

Thrombozytenzahl

Bei normaler Thrombozytenfunktion kann bis zu einer Thrombozytenzahl von etwa 80.000 mit einer weitgehend normalen Hämostase gerechnet werden. Bei tieferen Werten muß, in Abhängigkeit von der Art des operativen Eingriffes, zunehmend mit bereits intraoperativ auftretenden Blutungskomplikationen gerechnet werden.

APTT

Bei diesem wichtigen Suchtest für Störungen im endogenen Gerinnungssystem ist schon bei grenzwertigen Ergebnissen oder leicht verlängerter APTT an das Vorliegen einer hämorrhagischen Diathese (Subhämophilie A, Willebrand-Syndrom, Heparinwirkung) zu denken. Es ist daher auch bei nur gering verlängerten Werten präoperativ eine weitere Abklärung (Faktorenbestimmung) erforderlich.

PTZ (Normotest)

Bei diesem wichtigen Suchtest für Störungen im exogenen Gerinnungssystem und im Bereich der "gemeinsamen Endstrecke" muß etwa bei Werten unter 50% mit einer zunehmenden Störung der Hämostase gerechnet werden (zu denken ist in erster Linie an eine Therapie mit oralen Antikoagulantien, eine Hepatopathie, aber auch angeborene Störungen wie partieller Faktor VII-Mangel, etc.).

Thrombinzeit

Präoperativ nur erforderlich bei Gabe von unfractionierten

Standardheparinen in "höherer" Dosis (Cave: Nicht geeignet für den Nachweis der Wirkung von niedermolekularen Heparinen)

Art des operativen Eingriffes

Neben den bereits angeführten Faktoren wie Anamnese und Laborbefunde ist das Risiko für eine eventuelle Blutungskomplikation auch von der Art des operativen Eingriffes abhängig.

Geringes Blutungsrisiko

Appendektomie, Cholecystektomie, Herniotomie oder vergleichbare Eingriffe.

Mäßiges Blutungsrisiko

Hier seien Eingriffe wie die Prostataktomie, aber auch größere operative Eingriffe etwa in der Orthopädie (Gelenkersatz) angeführt.

Hohes Blutungsrisiko

Generelle Eingriffe im HNO-Bereich wie etwa die Tonsillektomie, Zahnextraktionen, Eingriffe an parenchymatösen Organen (z.B. Hepatektomie, etc.).

Bei großen Eingriffen sollte berücksichtigt werden, daß das Blutungsrisiko auch durch (Poly-)Transfusionen zunimmt.

Thromboembolierisiko

Bei der nachfolgenden Beurteilung des Thromboembolierisikos bei verschiedenen operativen Eingriffen wurden die letzten europäischen Konsensuskonferenzen zu diesem Thema (1991 und 1995) berücksichtigt. Außer der Art der Operation (siehe anschließend) kommt auch dem Vorliegen eventueller zusätzlicher Risikofaktoren für die Beurteilung des venösen Thromboembolierisikos große Bedeutung zu. Als wichtigste derartiger Faktoren seien angeführt: Tiefe Venenthrombose/Pulmonalembolie in der Anamnese, Vorliegen einer Thrombophilie (AT3-, Protein-C-, Protein-S-Mangel; APC-Resistenz), Vorliegen einer malignen Grunderkrankung, kardiale Dekompensation, Paralyse einer unteren Extremität, Adipositas und Varizen, orale Kontrazeption.

Schließlich sollen auch noch Dosierungsrichtlinien für die am häufigsten der Thromboembolieprophylaxe verwendeten niedermolekularen Heparine angegeben werden.

Niedriges Risiko

Ein niedriges Risiko ist dann gegeben, wenn, ohne medikamentöse Prophylaxe, die Häufigkeit der Wadenvenenthrombosen unter 10%, der proximalen Venenthrombosen unter 1% und der tödlichen Pulmonalvenenthrombose unter 0,01% liegt. Beispiele für Eingriffe mit niedrigem Risiko sind unkomplizierte Operationen bei Patienten unter 40 Jahren, kleinere Eingriffe (unter 30 min) bei Patienten über 40 Jahren ohne Vorliegen von zusätzlichen Risikofaktoren (siehe oben).

In der Regel ist bei derartigen Eingriffen keine medikamentöse Prophylaxe erforderlich. Es sollten allgemeine Maßnahmen wie insbesondere Faschen der Beine, rasche Mobilisierung etc. ausreichend sein.

Mittleres Risiko

Das mittlere Risiko ist dadurch definiert, daß, würde man keine medikamentöse Prophylaxe verabreichen, mit einer Häufigkeit der Wadenvenenthrombosen von 10-40%, der proximalen Venenthrombosen von 1-10% und der tödlichen Pulmonalembolien von ca. 0,1-1% gerechnet werden müßte.

Beispiele für Eingriffe mit einem mittleren Risiko sind allgemein chirurgische Operationen bei Patienten über 40 Jahre und einer Operationsdauer über 30 min. Generell wird auch hier das Risiko durch Vorliegen weiterer zusätzlicher Faktoren erhöht. So gelten allgemein chirurgische Operationen aber auch gynäkologische Eingriffe bei Patienten unter 40 Jahren bei gleichzeitigem Vorliegen einer oralen Kontrazeption als mittleres Risiko. Bei Eingriffen mit mittlerem Risiko ist, außer Allgemeinmaßnahmen, eine venöse Thromboembolieprophylaxe mit niedermolekularen Heparinen in einer ungefähren Dosierung von 2.000-3.000 Anti-Faktor-Xa-Einheiten 1x tgl. s.c. zu empfehlen. Die Dauer der Prophylaxe muß zum jetzigen Zeitpunkt noch individuell (Persistieren von zusätzlichen Risikofaktoren?) festgelegt werden.

Hohes Risiko

Würde man bei derartigen Eingriffen keine medikamentöse Prophylaxe betreiben, müßte mit einer Häufigkeit der Wadenthrombose in 40-80%, der proximalen Venenthrombose in 10-30% und der tödlichen Pulmonalembolien in mehr als 1% gerechnet werden. Wichtige Beispiele für Eingriffe mit hohem Risiko sind alle größeren orthopädischen Eingriffe im Bereich der unteren Extremitäten (insbesondere Hüft- und Kniegelenksersatz), die Fr. colli femoris, ausgedehnte Becken- und Bauchchirurgie insbesondere bei Karzinom, allgemein chirurgische und urologische Operationen bei Patienten über 40 Jahren und Vorliegen zusätzlicher Risikofaktoren. Als weitere wichtige Beispiele seien gynäkologische Operationen bei Frauen über 60 Jahren, sowie insbesondere Karzinomoperationen in der Gynäkologie oder gynäkologische Eingriffe bei Vorliegen anderer zusätzlicher Risikofaktoren hervorgehoben. Besonders betont sei auch die hohe Thromboemboliegefährdung bei einer Sectio.

Dosierungsrichtlinien für niedermolekulares Heparin: Es sollte bei Eingriffen mit hohem Thromboembolierisiko etwa 4.000 bis 5.000 Anti-Faktor-Xa-Einheiten s.c. in 24 Stunden verabreicht werden. Will man auch in der perioperativen Phase diese Dosis auf einmal verabreichen, so sollte nicht 2 Stunden präoperativ sondern am Abend vorher begonnen werden. Auch die weiteren Injektionen sollten jeweils am Abend sowohl am OP-Tag als auch an den weiteren postoperativen Tagen verabreicht werden. Eine andere Möglichkeit ist am Operationstag und 1. postoperativen Tag 2x tgl. etwa 2.000-3.000 Anti-Faktor-Xa-Einheiten s.c. zu verabreichen. Bei diesem Dosierungsschema sollte die 1. Injektion 2 Stunden präoperativ gegeben werden.

Gastroenterologische und hepatologische Erkrankungen

Von
O.Univ.Prof.Dr. G. J. Krejs

O.Univ.Prof.Dr. G. J. Krejs, Vorstand der Medizinischen Univ.Klinik Graz gilt als Gastroenterologe von großer Erfahrung und Autorität. In seine Übersicht nahm er aktuelle Überlegungen bezüglich eines präoperativ bekannten Vorliegens eines Helicobacter pylori auf.

Risikogruppe 0

Magen	Mehr als 5 Jahre nach akt. Ulcus ventr. oder duod. ohne Dauermedikation oder ohne H.p.E. ¹⁾ Anamnestic Ulcus ventr. od. duod. mit oder ohne Blutung nach H.p.E.
Darm	Colondiverticulose Obstipationsneigung mehr als 5 Jahre nach entzündlicher Erkrankung
Leber	Steatose oder GammaGT bis 100U/l Bilirubinverwertungsstörung (M. Gilbert od. Meulengracht)

Risikogruppe I

Magen	weniger als 5 J. nach akt. Ulcus mit od. ohne Blutung ohne H.p.E. ohne dzt. NSAR (nicht steroidal. Antirheumatikum) anamnestic Ulcus oder Erosion und dzt. NSAR mit Magenschutz-Medikation
Darm	Malnutrition: Albumen unter 3,0 g/dl
Leber	Leberzirrhose CHILD A Cholestase Bilirubin 1 - 5 mg/dl

Risikogruppe II

Ösophagus	Varizen ohne Blutung
Magen	anamnestic Ulcus oder Erosion und dzt. NSAR ohne Magenschutz-Medikation dzt. nicht akt. Ulcus ohne H.p.E.
Darm	weniger als 5 Jahre nach entzündlicher Erkrankung Malnutrition: Albumen unter 2,5 g/dl
Leber	Leberzirrhose CHILD B Cholestase Bilirubin 5 - 10 mg/dl

Risikogruppe III

Ösophagus	Varizen mit Blutung
Magen	dzt akutes pept. Ulcus
Darm	dzt. akute entzündliche Erkrankung paralytischer Subileus oder Ileus Malnutrition: Albumen unter 2,0 g/dl
Pankreas	akute Pankreatitis
Leber	Leberzirrhose CHILD C Cholestase Bilirubin über 10 mg/dl

¹⁾ H.p.E. Helicobacter pylori-Eradikation

Schweregrad einer Leberzirrhose nach CHILD - PUGH:

Score	A	B	C
Bilirubin (mg/dl)	unter 2	2 - 3	über 3
Albumen (g/dl)	über 3,5	2,8 - 3,5	unter 2,8
PTZ (sec verlängert)	unter 4	4 - 6	über 6
PTZ (%)	über 62	52 - 62	unter 52
Aszites	nein	gering	mäßig
Encephalopathie (Grad)	0	1 - 2	3 - 4

Gründung der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik in der Inneren Medizin

Am 28.1.1997 wurde in Wien die Österreichische Gesellschaft für Psychosomatik in der Inneren Medizin gegründet. Innerhalb der Inneren Medizin hat es in Österreich bisher noch keine vergleichbare Gesellschaft gegeben.

Als Ziele der neuen Gesellschaft wurden formuliert:

- Die Bedeutung des psychosomatischen Ansatzes innerhalb des gesamten Gebietes der Inneren Medizin hervorzuheben
- Den Stellenwert der Psychosomatik in der Arbeit mit internistischen Patienten zu erhöhen
- Vernetzung aller, die an Psychosomatik in der Inneren Medizin interessiert sind und die mit einem integrativen Ansatz arbeiten
- Kooperation mit bestehenden internistischen Fachgesellschaften (Diabetologie, Kardiologie, Rheumatologie, Gastroenterologie, Nephrologie etc.) bzw. Psychosomatikgesellschaften im In- und Ausland
- Zusammenarbeit mit entsprechenden ausländischen Schwestergesellschaften
- Organisation von Fortbildungsveranstaltungen bzw. Bereitstellung von Psychosomatikbeiträgen bei interdisziplinären Fachtagungen
- Organisation einer 1x jährlich stattfindenden Jahrestagung
- Förderung von wissenschaftlichen Arbeiten und Projekten auf dem Sektor Psychosomatik und Innere Medizin

Vorstand:

Präsident:	OA Dr. Weiss (Kh Barmherzige Schwestern Wien)
Stellvertreter:	Univ.Doiz.Dr. Gabriele Moser (AKH Wien) Univ.Prof.Dr. Alexander Kiss (Inselspital Basel)
Schriftführer:	OA Dr. Michael Rosner (Kaiser-Franz-Josef KH Wien) OA Dr. Georg Titscher (Hanusch KH Wien)
Kassier:	Dr. Evelyn Kunschitz (Hanusch KH Wien) OA Dr. Anton Fric (KH Baden NÖ)
Sekretariat:	c/o Psychosomatikdepartment des KH der Barmherzigen Schwestern Wien Stumpergasse 13, A-1060 Wien, Telefon 0222/599 88-0, Telefax 0222/599 88-4041

Alle Internisten und diejenigen, die mit internistisch-psychosomatischen Patienten arbeiten, sind herzlich eingeladen, Mitglieder zu werden und sich an den Aktivitäten der Gesellschaft zu beteiligen.

Endokrinologische Störungen

Von
Prim.Univ.Prof.Dr. G.Kleinberger

Prim.Univ.Prof.Dr. G.Kleinberger, Vorstand der I. Med. Abteilung des Krankenhauses Steyr, ist als Intensivmediziner und als Endokrinologe durch seine rege wissenschaftliche Tätigkeit international bekannt. Er übernahm die Aufgabe, die Vielfalt der Zustandsbilder endokrinologischer Störungen Operationsrisikogruppen zuzuordnen.

Diabetes mellitus

Risikogruppe	Blutglukose mg/dl	Azetonurie +/-	Standardbikarbonat mmol/l	Osmolalität mosm/kg H ₂ O
0	80 - 160	-	(22 - 26)	(280 - 310)
I	160 - 350	+	(18 - 22)	(310 - 330)
II	350 - 500	+ bis +++	14 - 18	330 - 350
III	über 500	+++	10 - 14	über 350

Risikogruppe 0 und I: Blutzuckerkontrollen ausreichend
Risikogruppe II und III: Zusätzliche Blutgasanalyse und Osmolalität erforderlich, beurteilt nach der Formel $(Na + 5) * 2 + BG + BUN$ [mmol/l].
 Weitere Laborkontrollen nach Notwendigkeit: z.B. Elektrolyte (Na, K, Cl, P).

Für die Risikobeurteilung muß die gemessene Osmolalität durch Abzug der BUN-bedingten Osmolalität (nur schwacher bis kein Hinweis für ein metabolisches Risiko) korrigiert werden.

Hypophyseninsuffizienz, Nebenniereninsuffizienz, Kortison Dauersubstitution

Insuffizienz von Nebeniere oder Hypophyse bedeutet immer ein erhebliches Operationsrisiko. Immerhin fehlt die Möglichkeit einer adäquaten Reaktion auf die Stressbedingungen einer Operation. Auch bei Bagatelleeingriffen ist mit ernstesten Komplikationen zu rechnen, falls präoperativ nicht ausreichend substituiert wird. Man darf nicht erst auf Kreislaufinsuffizienz, Exsiccose etc. warten. In die gleiche

Gruppe und unter die gleichen Risikovoraussetzungen gehören Patienten, die chronisch mit Kortison behandelt werden und wurden. Auch für diese gilt, daß es unvorhersehbar ist, ob sie unter Narkose- oder Operationsbedingungen ihre endogene Cortisolsekretion im erforderlichen Ausmaß steigern können. Auch diese Gruppe muß somit ausreichend substituiert werden:

Hypophyseninsuffizienz und Nebenniereninsuffizienz

Risikogruppe	Klinisches Stadium
II	latent, manifest
III	Addisonkrise, Koma

Hypothyreose

Risikobeurteilung durch die Klinik

Risikogruppe	Klinisches Stadium
0	latent
I	manifest
II	Myxödem
III	hypothyreot. Koma

Hyperthyreose

Risikobeurteilung ausschließlich durch die Klinik

Risikogruppe	Klinisches Stadium
0	latent
I	manifest
II	thyreotox. Krise
III	hyperthyreot. Koma

Nierenerkrankungen

Von

Prim.Univ.Doiz.Dr. H.-Kr. Stummvoll

Renales Risiko

bezüglich irreversiblen Nierenversagen oder Funktionsminderung mit weiteren Folgen (Anurie/Oligurie, Überwässerung, Lungenödem, Elektrolyt/Säure-Basenstörung, Urämie)

Risikogruppe 0

Kreatinin unter 1,2 mg/dl
GFR (C-Kreat) über 100 ml/min
Proteinurie unter 2 g/d

Risikogruppe II

Kreatinin 3 - 6 mg/dl
GFR 15 - 30 ml/min
Serumalbumin über 2 g/dl,
nephrotisches Syndrom,
AT III über 50%

Prim.Univ.Doiz.Dr. H.-Kr. Stummvoll, Vorstand der III. Med.Abt. des Krankenhauses der Elisabethinen in Linz, zeigt als angesehener Nephrologe auf, daß renale Störungen nicht nur ein durch Hämodialyse beherrschbares Risiko für die Nierenfunktion darstellen, vielmehr können sich daraus auch im Rahmen eines operativen Eingriffes vitale Risiken ergeben.

Extrarenales Risiko

Hämostase (Blutungen bei Azotämie, Thromboembolie bei nephrotischem Syndrom), Blutdruck (hypertensive Krisen, hypotensive Episoden), Infektionsgefahr bei Immunsuppression, Verminderte Elimination von Medikamenten, Urämische Herzinsuffizienz bzw. Pericarditis

Risikogruppe I

Kreatinin 1,2 - 3 mg/dl
GFR 30 ml/min
Proteinurie über 2 g/d ohne nephrotisches Syndrom

Risikogruppe III

Kreatinin über 6 mg/dl
GFR unter 15 ml/min
Serumalbumin unter 2 g/dl,
nephrotisches Syndrom,
AT III unter 50%,
akute Nephropathie (z.B. akute Nephritis)

Akute zerebrale Erkrankungen

Von

Prim.Univ.Prof.Dr. E. Deisenhammer

Prim.Univ.Prof.Dr. E. Deisenhammer, Vorstand der Abt. für Neurologie des Wagner-Jauregg Krankenhauses in Linz, erstellte einen Risikokatalog neurologischer Störungen. Auch in der Neuauflage macht er deutlich, daß die Erfahrung eines Neurologen im konkreten Einzelfall unumgänglich sein wird.

Risikogruppe 0

Hirnfarkt nach Vernarbung, intercerebrale Blutung nach Resorption

Risikogruppe I - II

Lacunärer Infarkt abhängig von Größe und Lokalisation

Risikogruppe I - III

Intrazerebrale Blutung, 12 Wochen präoperativ

Risikogruppe II - III

Territorialinfarkt (vordere und hintere Zirkulation) abhängig von Territorium und Größe

Subarachnoidalblutung, Sinusvenenthrombose, akute Radikulitis, Hirn- bzw. Rückenmarkstrauma sind individuell neurologisch zu bewerten

Chronisch zerebrale Erkrankungen

Zustand nach

Infarkt

TIA

intrazerebrale Blutung

Subarachnoidalblutung mit oder ohne Blutungsquelle

Sinusvenenthrombose

Hirntrauma

Rückenmarkstrauma

Carotisstenose

Vaskuläre Enzephalopathie

Degenerative Erkrankung (z.B. Alzheimer)

Toxisch-nutritive Enzephalopathie (z.B. Alkohol)

Multiple Sklerose

Extrapyramidal motorische Erkrankungen

(z.B. M.Parkinson)

Epilepsien

Erkrankungen einzelner peripherer Nerven

Polyneuropathie

Myopathie

Myasthenie

Arteriovenöse Mißbildung und Aneurysma symptomlos

Intrakranieller Tumor nicht operiert

Hydrocephalus kompensiert

Sonographische Gefäßdiagnostik

Leitung: Univ.Prof.Dr. Ernst Pilger

in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband Österreichischer Internisten

- Kursbeschreibung:** Die Kurse zur "Sonographischen Gefäßdiagnostik" entsprechen den Empfehlungen der ÖGUM, der ÖGA und des BÖI.
Durch die Limitierung der Teilnehmerzahl und die Unterstützung von einschlägigen Instruktoren soll eine möglichst praxisbezogene Ausbildung gewährleistet werden.
- Kurstermine:** ***CW-Dopplersonographie und farbcodierte Duplexsonographie des arteriellen Systems*** ***des venösen Systems***
III. Kurstermin 19.9.-21.9.1997 V. Kurstermin 30.1.-1.2.1998
IV. Kurstermin 21.11.-23.11.1997 VI. Kurstermin 27.3.-29.3.1998
- Kurszeit:** Freitag, 13 Uhr - 20 Uhr, Samstag, 9 Uhr - 12 Uhr und 13 Uhr - 19:30 Uhr, Sonntag, 9 Uhr - 12 Uhr
- Kursort:** Hörsaal, Med. Univ. Klinik, Klinische Abteilung für Angiologie
LKH Graz, Auenbruggerplatz 15, 8035 Graz
- Kursbeitrag:** Mitglieder des BÖI : ÖS 6.000.-, Nicht-Mitglieder: ÖS 7.200.-
- Information:** Sekretariat der Klin. Abt. für Angiologie, LKH Graz, Auenbruggerplatz 15, 8035 Graz
Tel: 0316/385 29 11 (Fr. Janet Steiner), Fax: 0316/385 37 88

Abdomensonographie-Refresherkurs

Leitung: Prim.Univ.Doiz.Dr. Gebhard Mathis

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| Kursort:
Hotel Ibis, Wien | Kurstermin:
12. Dezember 1997, 14 Uhr bis
13. Dezember 1997, 18 Uhr | Kursbeitrag:
Mitglieder des BÖI ÖS 3.200.-
Nicht-Mitglieder ÖS 4.200.- |
|-------------------------------------|--|---|

Programm

Freitag, 12. Dezember 1997

- 13:30 Registrierung
14:00 Ultraschallbildgebung im Gastrointestinaltrakt
Funktionelle Störungen und Morphologische Veränderungen
Magensonographie - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
Appendizitis - Divertikulitis
15:00 Video
Pause
16:00 Aszites, Ileus
17:00 Video

Samstag, 13. Dezember 1997

- 9:00 Pleuraraum: Erguß - solide Pleurastrukturen
Video
10:30 Pause
11:00 Lungenembolie, Pneumonie, Neoplasien
Video
Mittagessen
14:00 Interventionelle Sonographie
Video
15:30 Pause
16:00 Mesenteriale Gefäße - Portale Hypertension
- Umgehungskreisläufe - TIPS
Nierenarterien
17:00 Neues aus dem Oberbauch

Echokardiographiekurse

Leitung: Prim.Univ.Prof.Dr. Martin Klicpera

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.

Doppler-Echokardiographie-Grundkurs (PW, CW, Farbdoppler)

Kursort:	Kurstermin:	Kursbeitrag:	
Rehab.Zentrum der PV Ang., Hohegg/Grimmenstein	Freitag, 26. Sept. 1997, 13 Uhr bis Sonntag, 28. Sept. 1997, 13 Uhr	Mitglieder des BÖI Nicht-Mitglieder	ÖS 5.000.- ÖS 6.000.-

Echokardiographie-Grundkurs (2D, M-Mode)

Kursort:	Kurstermin:	Kursbeitrag:	
Rehab.Zentrum der PV Ang., Hohegg/Grimmenstein	Freitag, 24. Oktober 1997, 13 Uhr bis Sonntag, 26. Oktober 1997, 13 Uhr	Mitglieder des BÖI Nicht-Mitglieder	ÖS 5.000.- ÖS 6.000.-

Echokardiographie-Aufbaukurs II (2D, M-Mode, Doppler inkl. Farbdoppler)

Kursort:	Kurstermin:	Kursbeitrag:	
Rehab.Zentrum der PV Ang., Hohegg/Grimmenstein	Freitag, 21. Nov. 1997, 13 Uhr bis Sonntag, 23. Nov. 1997, 13 Uhr	Mitglieder des BÖI Nicht-Mitglieder	ÖS 5.000.- ÖS 6.000.-

Echokardiographie-Refresherkurs

Kursort:	Kurstermin:	Kursbeitrag:	
Hotel Ibis, Wien	Freitag, 28. Nov. 1997, 13 Uhr bis Samstag, 29. Nov. 1997, 18 Uhr	Mitglieder des BÖI Nicht-Mitglieder	ÖS 3.000.- ÖS 4.000.-



ANMELDEKARTE

Ich melde mich zur Teilnahme an folgendem Kurs / folgenden Kursen
"Ultraschalldiagnostik des Herzens" verbindlich an.

- | | | |
|---|--------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Doppler-Echokardiographie-Grundkurs | Hohegg | 26. - 28. September 1997 |
| <input type="checkbox"/> Echokardiographie-Grundkurs | Hohegg | 24. - 26. Oktober 1997 |
| <input type="checkbox"/> Echokardiographie-Aufbaukurs II | Hohegg | 21. - 23. November 1997 |
| <input type="checkbox"/> Echokardiographie-Refresherkurs | Wien | 28. - 29. November 1997 |

Datum:

Unterschrift/Stempel:



Abdomensonographie - Grundkurs

Leitung: OA DDr. Michael Walgram

Kursort:

KH Lainz, Wien
Mehrzwecksaal, Pav. V

Kurstermin:

20. Juni 1997, 14 Uhr bis
22. Juni 1997, 12 Uhr

Kursbeitrag:

Mitglieder des BÖI	ÖS	3.000.-
Nicht-Mitglieder	ÖS	4.000.-

Abdomensonographie - Grundkurs

Leitung: OA DDr. Michael Walgram

Kursort:

KH Lainz, Wien
Mehrzwecksaal, Pav. V

Kurstermin:

7. November 1997, 14 Uhr bis
9. November 1997, 12 Uhr

Kursbeitrag:

Mitglieder des BÖI	ÖS	3.000.-
Nicht-Mitglieder	ÖS	4.000.-

Anmeldung *schriftlich* Sekretariat des BÖI, Floridsdorfer Hauptstr. 33, 1210 Wien,
oder per Fax: 0222/278 43 96
oder per e-mail: sekr@boei.or.at



Absender/Stempel.....
.....
.....
.....



- | | |
|---|--------------------------|
| Mitglied des BÖI | <input type="checkbox"/> |
| Nichtmitglied | <input type="checkbox"/> |
| Facharzt für Innere Medizin | <input type="checkbox"/> |
| Ausbildung zum Facharzt
für Innere Medizin | <input type="checkbox"/> |

Dr. Arthur Udo Ehmsen
Sekretariat des Berufsverbandes
Österreichischer Internisten

Floridsdorfer Hauptstraße 33
1210 Wien



Thorax-Sonographiekurs

Leitung: Prim.Univ.Doz.Dr. Gebhard Mathis

Kursort:

Hotel Ibis, Wien

Kurstermin:

24. Oktober 1997, 14 Uhr bis
25. Oktober 1997, 18 Uhr

Kursbeitrag:

Mitglieder des BÖI	ÖS	2.000.-
Nicht-Mitglieder	ÖS	2.500.-

Programm

Brustwand: normal, Subkutis, Weichteil- und ossäre Läsionen

Pleura: Erguß, Ergußdiagnostik, Volumetrie, solide Pleurastrukturen

Artefakte: in Theorie

Lungenkarzinome: Metastasen

Lungenembolie/Lungeninfarkt

Pneumonie, Abszesse, Tuberkulose

US-geführte **Punktionen** und **Drainagen** am Thorax

Praktikum: Thorax

Video

Farbkodierte Duplexsonographie in Pleura und Lunge

Mediastinum und Perikard: transkutan und trans-ösophageal

Zukunftsperspektiven und Zusammenfassung

Interdisziplinäres Ultraschallseminar

Leitung: PD Dr. H. Strunk, Bonn

Kursort:

Hotel Ibis, Wien

Kurstermin:

13. September 1997, 8 Uhr bis 19.30 Uhr

Kursbeitrag:

ÖS 2.000.-

Programm

08.30 **Begrüßung**

PD Dr. H. Strunk, Bonn

08.35 **Fokale Leberveränderung**

PD Dr. H. Strunk, Bonn

09.30 Diskussion

09.45 Pause

10.15 **Magen-Darm-Trakt**

PD Dr. M. Börner, Mainz

11.15 Diskussion

11.25 Pause

11.35 **Lunge / Thorax**

Dr. E. Frühlich, Stuttgart

12.15 Diskussion

12.30 Mittagspause

13.45 **Schilddrüse**

Dr. Th. Clement, Mainz

14.30 Diskussion

14.45 **Nierenerkrankungen**

Dr. W. Gerding, Köln

15.40 Diskussion

15.50 Pause

16.00 **Video-/Falldemonstration**

Drs. Bönner, Clement, Gerding, Strunk

17.00 **Ovarien**

Dr. G. Stuckmann, Winterthur

18.00 Diskussion

18.10 Pause

18.20 **Beinvenen**

Dr. U. Jäger, Bonn

18.50 Diskussion

19.00 **Dialyses Hunts**

Prim. Univ.Doz.Dr. H. Kathrein, Schwaz

19.30 **Schlußwort**

Fortbildungsveranstaltungen der Österreichischen Gesellschaft für Holter-Monitoring

in Zusammenarbeit mit dem
Berufsverband Österreichischer Internisten, der
Arbeitsgruppe Speichertelemetrie der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft und des
Fortbildungsreferates der Ärztekammer für Wien

Seminar 24-Stunden-Blutdruckmessung

Kursort: Hotel Ibis, Wien

Kurstermin: 21. Juni 1997, 9 Uhr - 13:00 Uhr

Kursbeitrag:

Mitglieder der Holterges.	ÖS	1.000.-
Mitglieder des BÖI	ÖS	1.200.-
Nicht-Mitglieder	ÖS	2.000.-

I. Langzeit-EKG-Refresherkurs

Kursort: Hotel Ibis, Wien

Kurstermin: 22. November 1997, 9 Uhr - 18:00 Uhr

Kursbeitrag:

Mitglieder der Holterges.	ÖS	2.000.-
Mitglieder des BÖI	ÖS	2.400.-
Nicht-Mitglieder	ÖS	4.000.-

Bitte ausschneiden und einsenden an: BÖI, Floridsdorfer Hauptstraße 33, A-1210 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)

in den
Berufsverband Österreichischer Internisten

Jahresmitgliedsbeiträge:
Ordentliche Mitglieder S 500,-
a.o. Mitglieder/§ 3a S 6.000,-
a.o. Mitglieder/§ 3b S 500,-

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

Name, Titel

Adresse

Unterschrift