

INTERN

Das Journal des Berufsverbandes Österreichischer Internisten

Thrombophilie auf dem Prüfstand

von

Univ.-Prof.Dr. Sabine Eichinger



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

22.Jahrgang - 2 / 2009

Preis: 7 Euro

Zeitung des Berufsverbandes Österreichischer Internisten, 1200 Wien,
Treustrasse 43/4/4, 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: Univ.-Prof. Dr. Gebhard Mathis ♦ **Präsidentin elect:** Dr. Heidemarie Müller-Ringl ♦

Präsident past: Dr. Arthur Udo Ehmsen ♦ **1.Vizepräsident:** Dr. Hans Walek ♦ **2.Vizepräsident:**
Dr. Alfred Ferlitsch ♦ **Kassierin:** Dr. Doris Kerö ♦ **Schriftführer:** Dr. Johannes Fleischer ♦

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

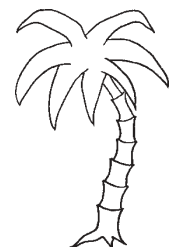
Ehrenmitglied: Dr. Herbert Schindler

Aus dem Inhalt:

Brief des Präsidenten	3
Standespolitik	4
Thrombophilie auf dem Prüfstand	5
Kurskalender	9



Das Sekretariat des
Berufsverbandes Österreichischer
Internisten ist vom
4.7.2009 bis 26.7.2009
wegen Urlaub geschlossen.



Wir wünschen allen
Kolleginnen und Kollegen einen
schönen und erholsamen Urlaub.



Univ.-Prof. Dr.
Gebhart Mathis

Präsident

des

Berufsverbandes

Österreichischer

Internisten

Müssen wir alles tun, was wir können?

Maximalmedizin, Behandlungsabbruch oder Palliativ Care

Das Pankreaskarzinom ist bei Diagnosestellung fast immer weit fortgeschritten. Die meisten Patienten leiden unter starken Schmerzen. Eine Chemotherapie mit Gemtacinibine kann eine gewisse Erleichterung und Lebensverlängerung bringen. In einer rezenten Studie wurde geprüft, ob die Kombination von Gemtacinibine mit Erlotinib eine Verbesserung darstellt (Moore MJ et al, J Clin Oncol 2007;25:1960-66).

Dazu Originalzitate aus der Conclusio: „targeting HER1/EGFR in pancreatic cancer...can improve survival...offers a basis for further investigation...survival benefit... significant improvement...is a new treatment option for these patients.“

Die statistisch signifikant bessere Überlebensrate beträgt 6,24 vs 5,91 Monate, das sind 10 Tage. Ein Jahr überleben 23% vs 17%. Der Erfolg wurde auch in der Laienpresse gepriesen. Die Zugabe von Erlotinib hat deutlich mehr Nebenwirkungen als die Monotherapie. 100 Patienten müssen behandelt werden, damit 8 profitieren, 2 sterben an den Nebenwirkungen. Es mutet fast zynisch an, wenn man den Hautausschlag als Therapieerfolg beschreibt. Ein Patient mit NSNCL traute sich nicht mehr auf die Straße, weil ihn die Leute fragten, ob er Lepra habe. Drei frühere Studien haben für Tyrosinkinase-Inhibitoren keinen Zugewinn beim Pankreaskarzinom ergeben.

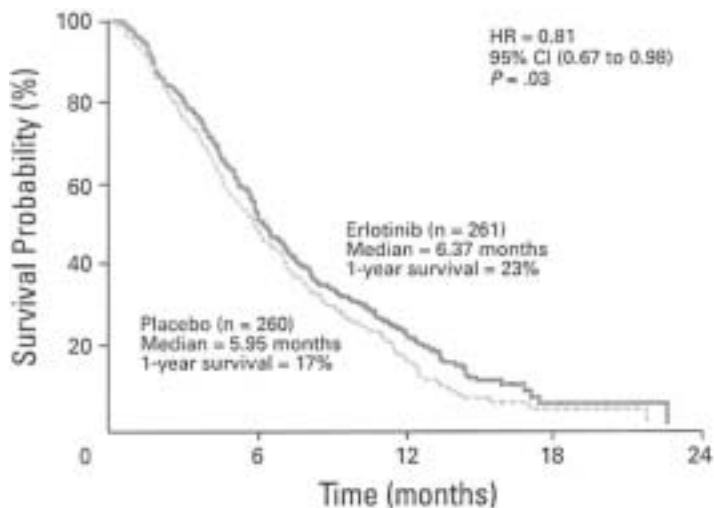
„Das Machbare wird gemacht“ (Friedrich Dürrenmatt, Die Physiker 1949)

Hier erheben sich einige ethische Fragen:

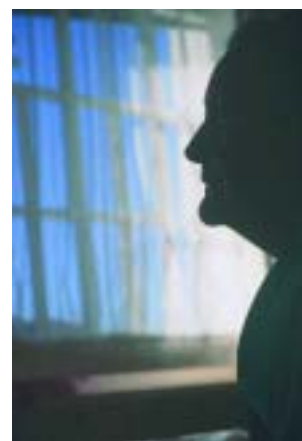
Soll man bei den Patienten mit belastenden Therapien falsche Hoffnung wecken? Wir täuschen uns doch selbst, wenn wir das Leiden mit großem Aufwand einige Tage verlängern. Einen Behandlungsabbruch sollte es nie geben, sondern eine Änderung des Therapieplans, der kurzfristig wieder neu zu überdenken ist. Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wenn wir den Patienten ratlos vermitteln, dass nichts mehr gemacht werden kann, treiben wir diese in die Hände von Scharlatanen, die den Strohalm der Überlebenshoffung teuer verkaufen.

Erfreulich ist, wie sich in den letzten 10 Jahren in Österreich eine Palliativ- und Hospizkultur entwickelt hat. Diese gilt es auf allen Ebenen weiter zu pflegen. Die amerikanische Pharmaindustrie hat im Jahr 2007 an Biologicals 10 Milliarden \$ verdient. Vieles davon ist unbestritten ein heilsamer Fortschritt, ein Teil sinnlos. Das überflüssig ausgegebene Geld könnte man in eine gute Palliativmedizin investieren.

Ihr
Prof. Dr. Gebhart Mathis



Quelle: J Clin Oncol 2007;25:1960-66



Ratlos allein gelassen?



Reformen statt "aut idem"

Wem hängen die Slogans Gesundheitsreform und Ökonomie in der Sozialmedizin nicht schon beim Hals heraus? Nicht einmal ein Jahr ist es her, Ärzte in Weiß am Graben, Stephans- und Ballhausplatz, schützend sich vor die wahren Opfer einer skrupellosen Sparpolitik beugend, vor unsere Patienten. Sicher auch in eigener Sache, Widerstand gegen die Vereinnahmung der freien Medizin durch habgierige und profilierungssüchtige neoliberale Kräfte leistend.

Tatsächlich stehen wir kaum einen Schritt weiter. Neue Persönlichkeiten in Politik und Hauptverband müssen sich und der Öffentlichkeit beweisen, dass sie es schaffen, was die früheren nicht geschafft haben. Die Slogans wirken fad und abgedroschen- „aut idem“ etc.

Einfallsloser kann man an die Thematik wohl kaum herangehen.

Aber eines ist klar: selbst wenn sich der Staat - also wir - ein vernünftiges Gesundheitssystem leisten will - die Ressourcen gehören vorsichtig verteilt.

Eine explodierende Pharmaindustrie ermöglicht Therapien, die vorher nicht möglich waren, MR/CT, Gamma knife, minimal invasive chirurgische Eingriffe, Stammzellen, weisen in allen Ebenen in eine utopisch scheinende Möglichkeit, mit den Krankheiten aller Art fertig zu werden, der Phantasie sind keine Grenzen gesetzt. Nur eben der Kleinigkeit der Finanzierung dieser Träume.

Gliptine für alle Diabetiker? Auch die, die wir im Restaurant beim Verzehr der dritten Portion fettiger Kohlenhydrate wieder finden, denen wir in unserer wertvoller Zeit in der Sprechstunde lang und breit den Lebensstilwandel gepredigt und erklärt haben.

PTA und PTCA auch für unsere unverbesserlichen Raucher?

Da drängt sich nicht nur bei den Ökonomen der Zweifel an der Sinnhaftigkeit unseres Tuns auf, selbst der enthusiastische Arzt wird hier um das kritische Nachdenken nicht herum kommen - ist der Kampf gegen die Masse der sich mit Messer und Gabel selbstmordenden Gesellschaft noch gerechtfertigt? Kann man irgend jemand den x ten Langzeitentzug eines chronischen Alkoholikers oder Berufsjunkies noch so schmackhaft machen, dass die öffentliche Hand dafür aufkommt?

Bei allem Berufsethos, das auf unseren Schultern lastet, wir sind aufgerufen, uns ernsthaft mit diesen und vielen anderen Fragen auseinander zu setzen.

Das könnte wirklich zu einer Reform des sozialen Gesundheitssystems führen. Nicht aut idem und ähnlicher Schwachsinn.

Für den Vorstand des BÖI

Dr. Hans Walek, Vizepräsident

Jahreshauptversammlung des Berufsverbandes Österreichischer Internisten

im Rahmen der 40. Jahrestagung der ÖGIM,
am Freitag, den 18. 9. 2009
AKH Wien, Hörsaalzentrum

Genauer Ort und Termin werden noch bekanntgegeben

Thrombophilie auf dem Prüfstand

Von
Univ.-Prof. Dr. Sabine Eichinger

Korrespondenzadresse:

Univ.Klinik für Innere Medizin I
Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18-20,
1090 Wien, Österreich
sabine.eichinger@meduniwien.ac.at

Die Thrombophilie (griech.: *thrombos* Klumpen, griech.: *philos* Freund) bezeichnet die genetisch bedingte oder erworbene Neigung zur Bildung von Blutgerinnseln innerhalb von Blutgefäßen (Thrombose) oder von Embolien infolge veränderter Eigenschaften von Blutzellen, Blutplasma, Blutströmung und/oder Gefäßwänden. Unter Thrombophilie im engeren Sinn verstehen wir aber meist das Vorhandensein von Veränderungen im Blutgerinnungssystem, die mit einer erhöhten Thromboseneigung einhergehen und die angeboren oder erworben sein können. Der Antithrombin-Mangel war die erste Ursache einer angeborenen Thrombophilie, und wurde 1965 bei einer norwegischen Familie beschrieben. Erst 20 Jahre später wurde ein Mangel an Protein C oder Protein S als Ursache einer familiären Thromboseneigung erkannt. Weitere 10 Jahre benötigte es, bis die APC-Resistenz und die ihr in den meisten Fällen zugrunde liegende Faktor V Leiden Mutation als hereditäre Ursachen für eine Thrombophilie entdeckt wurden. Die Anzahl der Gerinnungsveränderungen, die eine Thrombophilie bedingen, ist seither weiter gestiegen und umfasst mittlerweile mehr als 20 Risikofaktoren.

Die Untersuchung auf das Vorliegen dieser Gerinnungsveränderungen ist sehr populär geworden. Es wurde gehofft, dass durch die Kenntnis über das Vorhandensein einer dieser Faktoren eine bessere Einschätzung des Thromboserisikos eines Patienten erfolgen kann. Ein routinemäßiges Screening hat sich jedoch als nicht sinnvoll herausgestellt, und ist deshalb zunehmend in Kritik geraten. In vielen Fällen hat der Befund keine oder eine unklare klinische Relevanz. Manche dieser Veränderungen sind extrem selten und viele andere sind wenn überhaupt dann nur schwache Risikofaktoren. Viele Menschen haben mehrere Risikofaktoren für Venenthrombosen gleichzeitig und eine Abschätzung des sich daraus ergebenden Risikos ist aufgrund der großen Anzahl an Kombinationsmöglichkeiten nicht möglich. Wir wissen

auch, dass es noch viele unbekannte Veränderungen des Gerinnungssystems gibt, die eine Thrombophilie verursachen können. Das bedeutet, dass selbst ein normaler Befund eines Thrombophiliescreenings ein erhöhtes Thromboserisiko nicht ausschließt.

Asymptomatische Personen

Für Menschen, die noch nie eine Venenthrombose oder Lungenembolie durchgemacht haben, hat das Ergebnis eines Thrombophiliescreenings keine klare Konsequenz. Dies gilt auch für Verwandte von Patienten mit venöser Thromboembolie. In mehreren prospektiven Studien konnte gezeigt werden, dass das Risiko für spontane Venenthrombosen von asymptomatischen Verwandten, bei denen eine Faktor V Leiden Mutation nachgewiesen wurde, sehr gering ist (0.26% pro Jahr). Das Thromboserisiko wird auch bei diesen Personen durch andere Faktoren, wie z.B. Operation, Immobilisation, Trauma und die Einnahme oraler Kontrazeptiva etwas erhöht. Diese Situationen gehen bekanntermaßen auch bei Menschen mit einem normalen Befund des Thrombophiliescreenings mit einem erhöhten Thromboserisiko einher. Eine Thromboseprophylaxe, die dem Risiko des Ereignisses (Größe und Art der Operation, Dauer der Immobilisation, u.ä.) angepasst ist, wird deshalb generell empfohlen. Die Einnahme oraler Kontrazeptiva erhöht das Risiko für Venenthrombosen generell um das ca. 4-fache. Auf ein erhöhtes Thromboserisiko muss deshalb bei jeder Frau vor Verschreibung der „Pille“ hingewiesen werden und die Entscheidung muss unter Berücksichtigung vieler Faktoren (Alter, bereits durchgemachte venöse Thromboembolie, positive Familienanamnese, Nikotinabusus, Übergewicht, alternative kontrazeptive Methoden, persönliche Präferenz der Frau, u.a) immer individuell getroffen werden.

Dauer der Antikoagulation nach Venenthrombose

Einen gewissen Stellenwert hatten Gerinnungsuntersuchungen bei Patienten, die bereits eine Venenthrombose durchgemacht haben. Hier wurde bis vor kurzem die Dauer der Antikoagulation auch vom Vorhandensein von Risikofaktoren für Rezidivthrombosen abhängig gemacht. Rezente Analysen über den Stellenwert dieser Faktoren im Hinblick auf das Rezidivrisiko haben jedoch gezeigt, dass klinische Faktoren eine wesentlich größere Rolle für das Auftreten eines Rezidivs spielen als Gerinnungsveränderungen. Patienten, deren tiefe Venenthrombose und/oder Pulmonalembolie nach einer Operation, einem Trauma oder einer langen Reise oder im Zusammenhang mit einer Immobilisation, einer Schwangerschaft oder der Einnahme weiblicher Hormone aufgetreten ist, besteht ein niedriges Rezidivrisiko. Entsprechend den Empfehlungen des American College of Chest Physicians (ACCP) 2008 soll die Behandlung mit Vitamin K Antagonisten auf 3 Monate beschränkt werden, da davon ausgegangen werden kann, dass das Blutungsrisiko das Rezidivrisiko bei längerer Dauer übersteigen würde. Ein geringes Rezidivrisiko (<5% pro Jahr) haben auch Patienten mit isolierter distaler Venenthrombose (Unterschenkelvenenthrom-

bose), und auch hier soll die Dauer der Antikoagulation nicht mehr als 3 Monate betragen.

Das Rezidivrisiko von Patienten mit idiopathischer, d.h. ohne auslösenden transienten Risikofaktor, venöser Thromboembolie beträgt ohne Antikoagulation ca. 30% nach 5 Jahren; 5-9% der Patienten versterben am Rezidiv. Das Risiko für schwere Blutungen während einer Behandlung mit Vitamin K Antagonisten beträgt 3-4%, ca. 13% davon verlaufen tödlich (~0.2% tödliche Blutungen pro Jahr). Bei allen Patienten mit idiopathischer tiefer Venenthrombose und/oder Pulmonalembolie sollte deshalb eine längerfristige Behandlung mit Vitamin K Antagonisten in Betracht gezogen werden. Die Dauer der Antikoagulation wird jedoch durch ein möglicherweise vorhandenes erhöhtes Blutungsrisiko beschränkt. Da sich dieses Risiko durchaus mit der Zeit ändern kann, muss die Dauer der Antikoagulation regelmäßig (in ca. jährlichen Abständen) neu evaluiert werden. Ebenso muss die Präferenz des einzelnen Patienten in die Entscheidung miteinbezogen werden.

Die Empfehlungen für die Dauer der Antikoagulation, die auf einer Nutzen-Risikoabwägung basieren, bedeuten, dass ein beträchtlicher Teil der Patienten mit idiopathischer VTE, die wahrscheinlich jahrelang rezidivfrei bleiben würden, eine längerfristige Behandlung mit VKA erhält. Es ist jedoch derzeit nicht möglich, diese Patienten mit einem niedrigen Risiko sicher zu identifizieren. Derzeit wird untersucht, ob eine Stratifizierung der Patienten im Hinblick auf das Rezidivrisiko mit Hilfe des D-Dimers möglich ist. Weitere Möglichkeiten bestehen in der Bestimmung der Thrombingenerierung und durch eine Kombination dieser Marker mit dem Geschlecht des Patienten. Eine andere Möglichkeit das Nutzen-Risikoprofil in der Sekundärprophylaxe zu verbessern, könnte sich durch neue Antikoagulantien ergeben. Sollte ihr Blutungsrisiko niedriger als das von Vitamin K Antagonisten sein, wären die Einschränkungen bezüglich einer längerfristigen Antikoagulation geringer.

Psychologische Auswirkungen des Thrombophiliescreenings

Die Untersuchung auf das Vorliegen eines angeborenen Risikofaktors für Venenthrombosen hat Konsequenzen, die für viele nicht unmittelbar offensichtlich sind (Tabelle 1). In einer eigenen Untersuchung war ein Viertel der Frauen, die vor Verschreibung oraler Kontrazeptiva zum Thrombophiliescreening zugewiesen wurden, stark verunsichert oder hatte Angst. Dies galt auch für Frauen, die letztendlich ein normales Ergebnis bei dieser Untersuchung hatten. Viele dieser Frauen wurden von ihrem Gynäkologen überhaupt nicht über die Bedeutung des Befundes informiert oder beraten. Manchen Frauen, bei denen eine Faktor V Leiden Mutation festgestellt wurde, wurde die Einnahme der „Pille“ empfohlen, anderen wiederum wurde davon abgeraten, obwohl ihre Untersuchung unauffällig war. 12% der Frauen erhielten widersprüchliche Empfehlungen. Die Zufriedenheit mit der medizinischen Beratung war in dieser Untersuchung demnach gering, knapp die Hälfte der Frauen war wenig oder gar nicht zufrieden.

Unsere Ergebnisse lassen sich durch andere Studien bestätigen. In einer schwedischen Studie waren 27% der ansonst gesunden Untersuchten durch das Thrombophilie-screening stark beunruhigt.

Studien über die Auswirkungen des Thrombophilie-screenings im Hinblick auf psychologische, soziale und legale Aspekte gibt es nur vereinzelt. Für eine bessere Einschätzung der Bedeutung von Gerinnungsuntersuchungen bei Familienangehörigen wären deshalb weiterführende Studien über Thromboserisiko und die psychologischen Auswirkungen von Untersuchungen über das mögliche Vorliegen eines angeborenen, d.h. vererbaren, Gerinnungsdefekts besonders wichtig.

□

Allgemeine Auswirkungen des Thrombophilie-screenings

Bewusstsein eines erhöhten Risikos
„Overtreatment“
Vermehrte/verlängerte Thromboseprophylaxe
Steigerung der Dosis
Keine Verschreibung oraler Kontrazeptiva
Ungewollte Schwangerschaften
Schwangerschaftsabbrüche
Untersuchung von Familienangehörigen
Psychosoziale Auswirkungen
Verunsicherung
Angst
Stress
Scham
Rechtliche Auswirkungen
Versicherungsabschlüsse
Versicherungsprämien
Beeinträchtigung der Lebensqualität
Falsches Sicherheitsgefühl bei normalem Befund

Tabelle 1

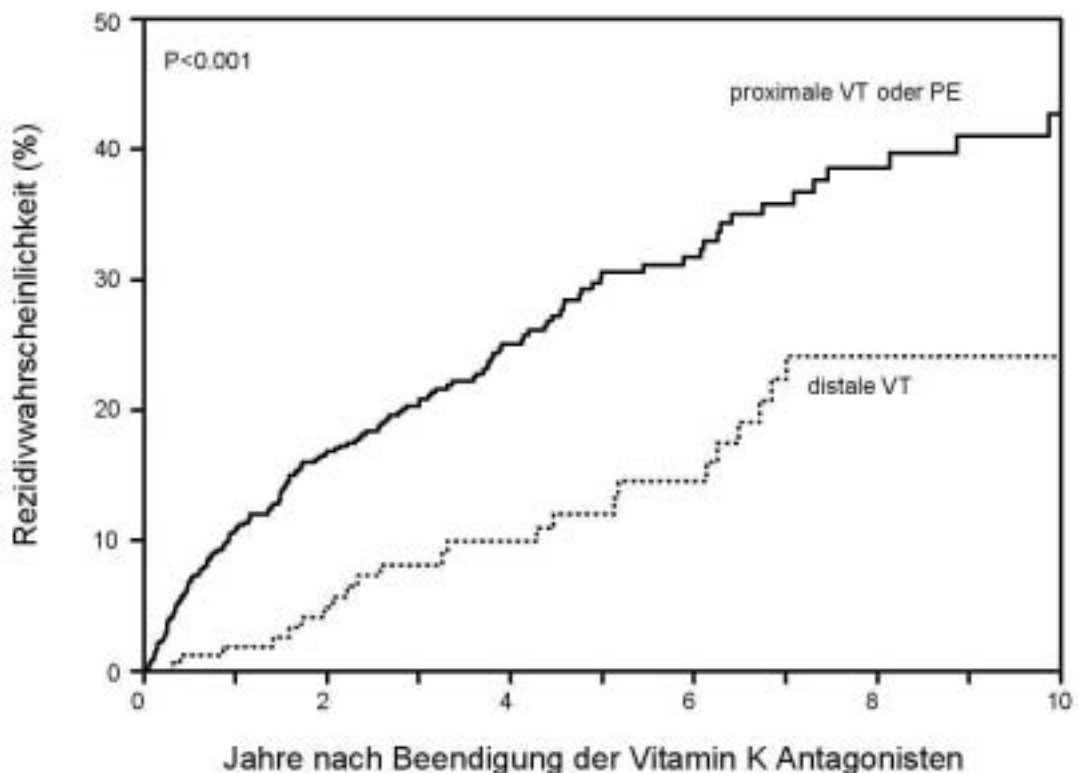


Abbildung 1: Rezidivwahrscheinlichkeit von Patienten mit einer venösen Thromboembolie je nach Lokalisation des Erstereignisses

Werden auch Sie Mitglied beim BÖI !

Bitte ausschneiden und einsenden an: BÖI, Treustr. 43/4/4, 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

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

in den
Berufsverband Österreichischer Internisten

Jahresmitgliedsbeiträge:

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

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

Name, Titel

Adresse

Tel.

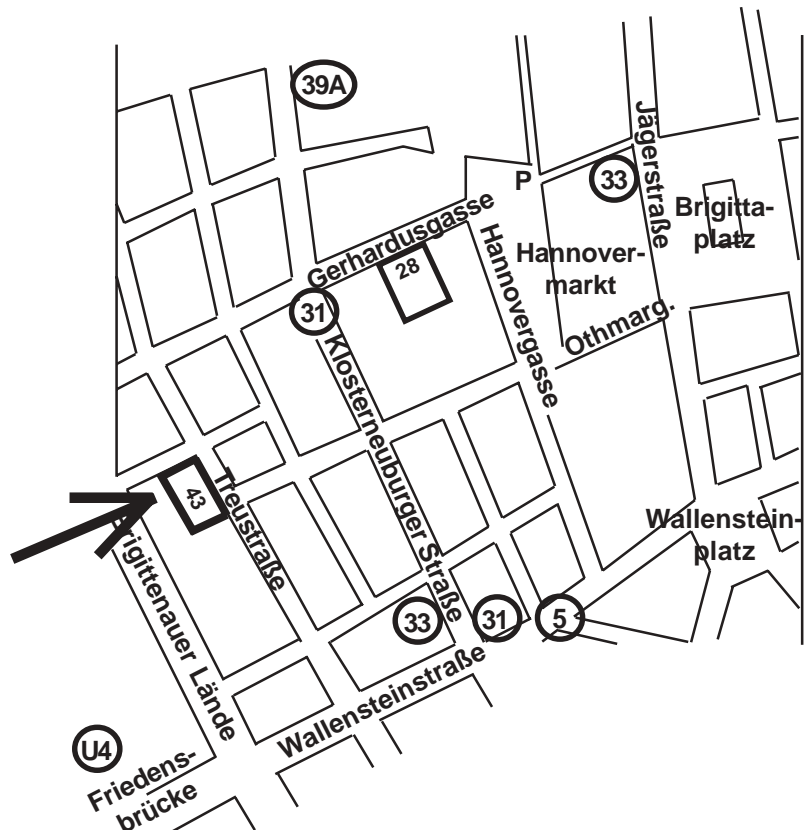
e-mail

Unterschrift

*Wir sind
übersiedelt !*

*Neue Adresse:
1200 Wien,
Treustraße 43,
Stiege 4, 4. Stock*

*gleiche Tel.nr.:
01-270 24 57*



Transösophageale Echokardiographie - Grundkurs Leitung: Univ.-Prof. Dr. T. Binder

Kurstermin: 11. September 2009 Fr. 14.00 - 20.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Treustr.43/Stiege 4/4. Stock, 1200 Wien
Kursbeitrag: 220 Euro für Mitglieder des BÖI
300 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Echokardiographiekurse 2009

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: 4. – 5. Sept. 2009 Fr. 14.00-21.30 Uhr, Sa. 8.30-18.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Treustr.43/Stiege 4/4. Stock, 1200 Wien
Kursbeitrag: 395 Euro für Mitglieder des BÖI
495 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Grundkurs II

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

Kurstermin: 9. – 10. Okt. 2009 Fr. 14.00-21.30 Uhr, Sa. 8.30-18.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Treustr.43/Stiege 4/4. Stock, 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: 16. – 17. Oktober 2009 Fr. 14.00-21.30 Uhr, Sa. 8.30-18.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Treustr.43/Stiege 4/4. Stock, 1200 Wien
Kursbeitrag: 395 Euro für Mitglieder des BÖI
495 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Aufbaukurs II

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

Kurstermin: 13. – 14. November 2009 Fr. 14.00-21.30 Uhr, Sa. 8.30-18.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Treustr.43/Stiege 4/4. Stock, 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 / Workshop Herzklappenfehler

Leitung: Univ.-Prof. Dr. Thomas Binder

Gute Grundkenntnisse der Echokardiographie werden vorausgesetzt!

Kurstermin: 19. Juni 2009 Fr. 14.00-20.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Treustr.43/Stiege 4/4. Stock, 1200 Wien
Kursbeitrag: 220 Euro für Mitglieder des BÖI
300 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Carotissonographie - Wien

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

Abschlusskurs

Kurstermin: 5. - 6. Juni 2009 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

Carotissonographie - Salzburg

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

Grundkurs I

Kurstermin: 9. - 10. Oktober 2009 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

Grundkurs II

Kurstermin: 20. - 21. November 2009 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

Abschlusskurs

Kurstermin: 22. - 23. Jänner 2010 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

Klinisch orientierte Schilddrüsenultraschallinkl. Schilddrüsenfunktionsstörungen

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

Achtung: keine praktische Übungen! Ultraschallkenntnisse werden vorausgesetzt!

Kurstermin: 25. September 2009 Fr. 13.00 - 19.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Treustr.43/Stiege 4/4. Stock, 1200 Wien
Kursbeitrag: 175 Euro für Mitglieder des BÖI
250 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Neu !!!

Rheuma - State of the Art

Leitung: Prim. Univ.-Doz. Dr. Edmund Cauza

Kurstermin: 4. Dezember 2009 Fr. 14.00-18.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Treustr.43/Stiege 4/4. Stock, 1200 Wien
Kursbeitrag: 125 Euro für Mitglieder des BÖI
200 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Neu !!!

Duplexsonographie der peripheren Gefäße

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

Grundkurs

Kurstermin: 11. - 12. September 2009 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: 11. - 12. Dezember 2009 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

Abdomensonographiekurs Leitung: Univ.-Prof. Dr. Gebhard Mathis

Grundkurs

Kurstermin: 11. - 12. Dezember 2009 Fr. 14.00 - 21.30 Uhr, Sa. 8.30 - 18:00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Treustr.43/Stiege 4/4. Stock, 1200 Wien
Kursbeitrag: 375 Euro für Mitglieder des BÖI
475 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Aufbau- und Refresherkurs - Vom Symptom zur Diagnose (ohne praktische Übungen)

Kurstermin: 5. - 6. Juni 2009 Fr. 14.00 - 18.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13:00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Treustr.43/Stiege 4/4. Stock, 1200 Wien
Kursbeitrag: 250 Euro für Mitglieder des BÖI
350 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Seminarinhalte:

- Schmerzen und Schwellungen am Hals
- Dyspnoe
- Thoraxschmerz
- Wetterwinkel rechter Oberbauch
- Unterbauchschmerzen
- Ileus mit Ursachen
- Flankenschmerzen
- Ikterus

Lungenfunktionsseminar und COPD Leitung: Univ.-Prof. Dr. Paul Haber

Kurstermin: 2. Oktober 2009 Fr. 14.00-18.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Treustr.43/Stiege 4/4. Stock, 1200 Wien
Kursbeitrag: 125 Euro für Mitglieder des BÖI
200 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Ergometrie- und Spiroergometrieseminar inkl. Myocardszintigraphie und Coronar CT/MR Leitung: Univ.-Prof. Dr. P. Haber, Prim.Univ.-Prof.Dr. P. Schmid, Univ.-Doz.DDr. G. Porenta

Kurstermin: 3. Oktober 2009 Sa. 8.30 - 13.30 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Treustr.43/Stiege 4/4. Stock, 1200 Wien
Kursbeitrag: 150 Euro für Mitglieder des BÖI
250 Euro für Nichtmitglieder des BÖI