

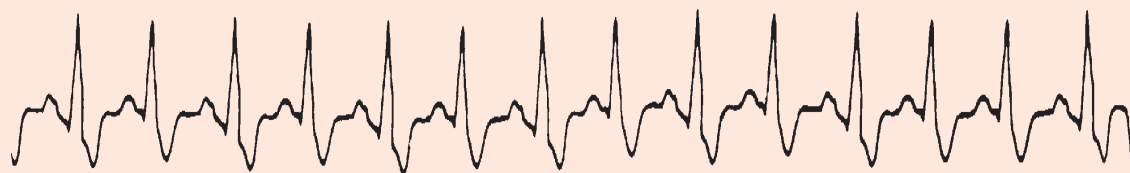
INTERN

Das Journal des Berufsverbandes Österreichischer Internisten

Darmkrebsvorsorge: wie, warum, wann, wer, wann wieder?

von

Univ.-Prof. Dr. Monika Ferlitsch



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

25. Jahrgang - 3 / 2012

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: Dr. Günther Wawrowsky ♦ **Präsidentin elect:** Dr. Susanne Biowski-Frotz ♦ **Präsident past:** Dr. Johannes Fleischer ♦ **1.Vizepräsident:** Dr. Alfred Ferlitsch ♦ **2.Vizepräsidentin:** Dr. Monika Steininger ♦ **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. Heidemarie Müller-Ringl ♦ **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, Dr. Hans Walek

Aus dem Inhalt:

Brief des Präsidenten	3
Darmkrebsvorsorge: wie, warum, wann, wer, wann wieder?	4
Kurskalender	7

Jahreshauptversammlung des Berufsverbandes Österreichischer Internisten

im Rahmen der 43. Jahrestagung der ÖGIM,
am Freitag, den 21. 9. 2012, 13:30 Uhr
Galerie C, Stadthalle Graz

Sehr geehrte Kolleginnen! Sehr geehrte Kollegen!



Dr. Günther
Wawrowsky

Präsident

des

Berufsverbandes

Österreichischer

Internisten

Diesen September jährt sich meine Wahl zum Präsidenten unseres Berufsverbandes und damit endet auch meine Funktionsperiode in diesem Amt. Zwölf Monate sah ich es als meine vordringliche Aufgabe, in Zeiten vordergründig finanziell orientierter gesundheitspolitischer Entscheidungen, auch als politischer Vertreter Österreichs niedergelassenen Ärzten meinen Berufsstand nicht ungebührlich belasten zu lassen.

War es nun die „Gesundheitsreform“, aus gutem Grund in Anführungszeichen gesetzt, die ich als Funktionär nun schon seit Rauch-Kallats Ministerzeiten verfolge. Also aus einer Vergangenheit mit schwarz-orange-blauer Regierung, die noch heute die Tagesnachrichten beherrscht. Oder sind es die Vorgänge um die Installation der elektronischen Gesundheitsakte, wo politische Absicht über eine medizinische Rationale gestellt scheint.

Jedenfalls schien mir in den Mühen um eine Gesundheitsreform nicht die Verbesserung der medizinischen Versorgung der treibende Faktor zu sein. Vielmehr stand der Zugriff auf Geldmittel durch die großen „Finanziers“, Sozialversicherung und Bundesländer, im Vordergrund. Waren es nun die Installation einer Bundesgesundheitskommission, von Landesgesundheitsplattformen oder Phrasen wie „Finanzierung aus einer Hand, einem Topf oder mehreren solcher“. In den verantwortlichen Köpfen, leider war keiner eines Arztes, einer Ärztin dabei zu finden, drehte sich alles um Finanzströme, Geldmittel und damit Macht, leider aber kaum um Medizin. Wohl alles nichts Neues, werden Sie denken, wird doch abermals versucht Krankenversorgung und Gesundheits-erhaltung ganz ohne die Menschen zu steuern, die genau das als ihren Arbeits-, ja Lebesmittelpunkt gewählt haben. Schlagworte, wie „Doppelbefundung“, „Kostendämpfungspotentiale“ oder „unverändertes Leistungsprofil bei reduziertem Finanzaufwand“ müssen dabei zur Sedierung einer kaum informierten Öffentlichkeit erhalten. So klingt eine rosige Zukunft machbar, einfach und nah.

Wie gut tat da der Denkanstoß des neuen ÖÄK-Präsidenten, Artur Wechselberger, alle Krankenanstalten von Bundeshand führen zu lassen. Nicht weil er das als realistisch ansieht, obwohl es einer Rationalisierung durchaus gut täte. Nein, viel interessanter schien dabei die Reaktionen der Landesfürstenschaft. Tiefe Betroffenheit, ja Empörung, ob solch ketzerischer Gedanken war nicht zu überhören. Natürlich müssten Reformen, auch Einschnitte, her. Aber zuerst bitte bei den Anderen und doch nicht bei sich selbst. Zeichnen sich doch die Landeskrankenanstalten durch eine „besonders hohe“ Mitarbeiterzufriedenheit aus.

Die Patientenschar wird sicher nicht geringer, Ärztinnen und Ärzte für die Behandlung werden aber immer rarer. Meine Generation, die der „Ärztenschwemme“ verabschiedet sich altersbedingt zunehmend aus der Versorgung. Es folgt eine Kollegenschaft, die sich den angebotenen Arbeitsbedingungen aus gutem Grund nicht mehr stellen will, was sie auch, da personell deutlich reduziert, nicht unbedingt braucht. So mache ich mir um Österreichs Internistinnen und Internisten für die Zukunft keine Sorgen, eher schon um mich selbst, denn in der „Ärztenschwemme“ medizinisch aufgewachsen droht mir als Patient ein Ärztemangel.

Zur ELGA nur soviel. Als Steuerzahler bedrückt mich ein enormer Kostenaufwand für ein elektronisches Prestigeprojekt mit fraglichem Patientennutzen. Als Arzt habe ich nichts gegen eine funktionierende, zeitsparende e-Medikation oder einen einheitlichen, gut überschaubaren elektronischen Entlassungsbrief. Ich sehe Veränderungen immer auch als Chance, das wohl im Gegensatz zu so manchen meiner standespolitisch tätigen Kollegen. Klar war mir dabei aber immer, Systemveränderungen ohne ein Mitwirken der Ärzteschaft werden scheitern und Krankenersorgung ohne uns Medizinerinnen und Mediziner bleibt undenkbar, auch wenn das so manche Politiker und Sozialversicherer gerne hätten.

So darf ich mich nun als Präsident des Berufsverbandes von Ihnen mit den besten Wünschen für Ihre Zukunft herzlich verabschieden.

Mit besten kollegialen Grüßen

Dr. Günther Wawrowsky

Darmkrebsvorsorge: wie, warum, wann, wer, wann wieder?

Von
Ao. Univ.-Prof. Dr. Monika Ferlitsch

Leiterin der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung der
Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und
Hepatology (ÖGGH)

Korrespondenzadresse:

Abteilung für Gastroenterologie und Hepatology
Univ.Klinik für Innere Medizin III
Medizinische Universität Wien

Währinger Gürtel 18 - 20
A-1090 Wien
Österreich

Jeder dritte Österreicher ab 50 hat Polypen, jeder fünfte hat Adenome und jeder 17-te wird im Laufe seines Lebens ein Dickdarmkrebs entwickeln. Mit einer Vorsorgekoloskopie kann die Entwicklung vom Dickdarmkrebs jedoch in den meisten Fällen verhindert werden. „Eine selten durchgeführte qualitativ hochwertige Vorsorgekoloskopie bringt für die Darmkrebsvorsorge mehr als eine häufige Koloskopie mit schlechten Qualitätsstandards“ sagt die aktuelle Richtlinie der EU Kommission. Sicherheit über die Qualität der Vorsorgekoloskopie ist daher unumgänglich. Nur Ärztinnen und Ärzte, die den ganzen Dickdarm untersuchen, viele Polypen entdecken und sie richtig entfernen können, können den Dickdarmkrebs durch die Darmspiegelung verhindern. Dazu gehört auch, dass die Koloskopie mit vorschriftsmäßig gesäuberten Geräten durchgeführt wird. Am wichtigsten für die Patientinnen und Patienten ist jedoch die Gewissheit, dass die Untersuchung in Ihrer gewählten Ordination oder Krankenhaus schmerzlos und möglichst komplikationsfrei ist. Alle diese Aspekte werden im Rahmen des „Qualitätszertifikats Darmkrebsvorsorge“ überprüft und die ÖGGH setzt regelmäßig Maßnahmen ein, um diese zu verbessern.

Wie und warum Darmkrebsvorsorge?

Die **KOLOSKOPIE** gilt heute als die allgemein anerkannte, effektivste Screeningmethode, die in allen Studien als „Goldstandard“ Verwendung findet. Bei einer Tagung der EUFEP (Europäisches Forum für evidenzbasierte Prävention) im Herbst 2011 in Krems wurde die Koloskopie als einzige Screeningmethode für das Kolorektalkarzinom (KRK) empfohlen. In Deutschland wurden von 2003 bis 2010 durch die Vorsorgekoloskopie 100 000 KRK verhindert. In der National Polyp Study konnte gezeigt werden, daß nach Entfernung aller Darmpolypen die Mortalität um 80 % gesenkt worden ist (1). In einer retrospektiven Studie reduziert eine Koloskopie die Mortalität des CRC um 53 % (2). Durch die Möglichkeit in der gleichen Sitzung Polypektomien durchführen zu können, ist die Koloskopie die effizienteste Methode. Eine große kanadische Studie ergab, daß eine Steigerung der Koloskopieteilnahme um 1 % die Mortalität um 3 % senken konnte. Gleichzeitig ist die Vorsorgekoloskopie kosten-

sparend: in Deutschland wurde errechnet, daß eine Untersuchung 216 Euro spart; in den Niederlanden kostet ein Patient mit moderner Chemotherapie das 340 fache.

Mit dem **Test auf okkultes Blut im Stuhl** konnte in 4 großen Studien gezeigt werden, daß die Mortalität an KRK um 15 bis 30 %, im Schnitt um 18 % sinkt. Vorteile dieses Tests sind die einfache Durchführbarkeit, der niedrige Preis und die Tatsache, daß die Stuhlmanipulation durch den Patienten vorgenommen wird. Der große Nachteil liegt in der geringen Sensitivität: 80 % der Polypen und 35 % der KRK werden mit dem Test nicht erkannt, sodaß genau genommen nur ein positives Testergebnis relevant ist. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß ein Drittel der testpositiven Probanden die anschließend obligate Koloskopie ablehnt. Modellhaft wird dieser Test im Burgenland seit vielen Jahren durchgeführt, wodurch eine hervorragende Teilnehmerate von mehr als 40 % erreicht werden konnte.

Die Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie (ÖGGH) empfiehlt die jährliche Durchführung des Tests, zehn Jahre vor der Vorsorgekoloskopie beginnend.

Die ersten randomisierten kontrollierten Studien zeigen, daß eine einmalige **Sigmoidoskopie** das Risiko am Kolonkarzinom zu erkranken um 31-33% und um daran zu versterben um 38%-44% reduziert (3-5), es wird jedoch mit dieser Untersuchung nur der halbe Darm angeschaut. Boshafte Kritiker vergleichen diese Methode mit einer „Mammographie für eine Brust“.

Die **Irrigoskopie** ist heute als Vorsorgeuntersuchung obsolet. Die **CT-Colographie** hat als Vorteile reproduzierbare Ergebnisse, eine ausreichende Sensitivität bei optimalen Bedingungen und Befundmöglichkeit außerhalb des Colons, jedoch nur selten von therapeutischer Bedeutung. Die Nachteile liegen in der geringen Verfügbarkeit, der Strahlenbelastung, der zu geringen Sensitivität für flache Läsionen, hauptsächlich aber in der fehlenden therapeutischen Valenz (Notwendigkeit für „Doppeluntersuchungen“ bei jedem dritten Patienten). Diese Methode ist daher zur Zeit nur als Ergänzung für inkomplette Koloskopien zu empfehlen.

DNA-Tests sind derzeit zu wenig sensitiv, zu teuer und methodisch zu aufwendig.

Wann Darmkrebsvorsorge?

In Österreich wird die erste Vorsorgekoloskopie bei Patienten ohne positive Familienanamnese mit 50 Jahren empfohlen. Eine aktuelle Studie aus Österreich zeigt, daß bei Männern zwischen 50 und 55 Jahren das Risiko für Vorstufen und frühe Formen von Dickdarmkrebs, so genannte Adenome, doppelt so hoch wie bei gleichaltrigen Frauen. Das Adenom-Risiko ist bei 45- bis 50-jährigen Männern gleich hoch wie jenes bei um zehn Jahre älteren Frauen. Passend dazu zeigt die aktuelle Auswertung von Statistik Austria, dass die Männer in Österreich doppelt so häufig an Darmkrebs erkranken und daran versterben wie Frauen. Alle diese Aspekte unterstreichen die Notwendigkeit der Anpassung des Zuweisungsalters zur Vorsorgekoloskopie, um die Darmkrebs-Neuerkrankungen und die Mortalität bei den Männern zu senken³.

Die derzeitigen Empfehlungen der ÖGGH für Darmkrebsvorsorge lauten:

- ärztliches Gespräch mit 40 Jahren, um die individuelle Risikosituation festzustellen und zu klären, welche Vorsorgemaßnahme zielführend ist.
- Okkultblut-Test jährlich ab dem 40. Lebensjahr.
- Vorsorgekoloskopie für Männer ab 45 Jahren (derzeit sind 50 Jahre vorgesehen), für Frauen ab 50, für Risikopatienten ab 40. Bei negativem Ergebnis (kein Polyp bei optimalen Untersuchungsbedingungen): Kontrolle alle 7 bis 10 Jahre.

Wer soll die Vorsorgekoloskopie durchführen?

Da es sich bei einer Vorsorgekoloskopie um eine invasive Untersuchung an gesunden Individuen handelt, hat die Qualitätssicherung bei der Vorsorgekoloskopie einen besonderen Stellenwert. Es wurden weltweit mehrere Qualitätsindikatoren definiert, diese werden im Rahmen des gemeinsamen Projekts der österreichischer Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH), des Hauptverbands der Österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) und der Österreichischen Krebshilfe (ÖKH) „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“ regelmäßig überprüft. Die endoskopierenden Ärzte (derzeit 208 endoskopierende Stellen in Österreich) nehmen freiwillig am „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“ teil.

Eine Auswertung von 88.000 österreichischen Koloskopien, die im Rahmen des Qualitätszertifikats ausgewertet wurden zeigt folgende Zahlen:

Wichtig ist eine komplette Koloskopie, inkl. Dokumentation des Zökums: in Österreich wird in 95,6% der Vorsorgekoloskopien das Zökum erreicht. Eine Sedoanalgesie („sanfte Koloskopie“) soll jedem Patienten angeboten werden: (in Österreich bei 86,6% der Vorsorgekoloskopien) (6). Die Sedoanalgesie erhöht die Zökumerreichrate v.a. bei Frauen, hat aber keinen Einfluß auf andere Qualitätsparameter wie Adenomentdeckungsrate (7).

Die Adenomentdeckungsrate stellt ein wesentliches Qualitätsmerkmal für die Vorsorgekoloskopie dar. Das Risiko für das Auftreten eines Darmkarzinoms nach einer Vorsorgekoloskopie ist erhöht, wenn die Vorsorgeuntersuchung von einem Endoskopiker durchgeführt wurde, welcher im Rahmen des Qualitätsmanagementprogramms lediglich eine Adenomentdeckungsrate von < 20 % erzielen konnte.



Darmkrebsvorsorge: wie, warum, wann, wer, wann wieder?

Dieses Ergebnis unterstreicht die Schlüsselrolle der Adenomentdeckungsrate im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsoptimierung für Screeningkoloskopien (8). Die durchschnittliche Adenomentdeckungsrate liegt bei 19,8% in Österreich, 24,9% bei den Männern und 14,8% bei Frauen (6) was den internationalen Empfehlungen entspricht (9). Eine Rückzugszeit von zumindest 6 Minuten beeinflusst die Adenomentdeckungsrate ebenfalls positiv (10).

Die Polypektomie soll, falls es die Größe des Polypen erlaubt, im Rahmen derselben Untersuchung stattfinden (in Österreich bei 96% der Untersuchungen der Fall), die kleinen Polypen sollen bereits beim Hinaufgehen entfernt werden, es sollen alle Polypen entfernt werden (Ausnahme kleiner wie 3 mm und im Rektum), Polypen die grösser wie 5 mm sind sollen mit Schlinge entfernt werden (11). Die Komplikationsrate soll so niedrig wie möglich gehalten werden, es wurden bei 0,3% der österreichischen Vorsorgekoloskopien Komplikationen gemeldet, wobei die meisten ambulant behandelt werden konnten.

Wann wieder Darmkrebsvorsorge?

Im Fall einer unauffälliger Koloskopie soll eine neuerliche Koloskopie in 7-10 Jahren erfolgen. Wenn Polypen gefunden wurden, werden die Patienten in 3 Risikogruppen unterteilt (11): Die Pat. mit niedrigem Risiko (1-2 tubuläre Adenome mit low grade EIN <10 mm) sollen normalen Screeningintervallen unterzogen werden. Die Pat. mit mittleren Risiko (3-4 kleine tubuläre Adenome oder ≥ 10 mm <20mm oder villöse Komponente oder high grade EIN: Nachsorge nach 3 Jahren. Zur Hochrisiko Gruppe gehören Patienten mit ≥ 5 kleinen Adenomen oder zumindest einem Adenom ≥ 2 cm, diese Patienten sollen nach einem Jahr nachuntersucht werden. Nachsorge soll bis zum 75 Lebensjahr erfolgen. Alle Nachsorgeintervalle sind nur dann gültig wenn eine qualitativ hochwertige Koloskopie von einem erfahrenen Untersucher bei optimaler Vorbereitung durchgeführt wurde.

Wo finde ich den Arzt, der qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie macht?

Die Liste aller zertifizierten Ärzte finden Sie unter www.krebshilfe.net bzw. www.oeggh.at/zertifikat/ oder www.vorsorgekoloskopie.at. Eine kostenlose Broschüre zum Thema Darmkrebsvorsorge, die eine Liste aller zertifizierten Stellen beinhaltet kann jederzeit von der Krebshilfe unter service@krebshilfe.net angefordert werden.

Das beste Screeningverfahren ist jenes, welches tatsächlich durchgeführt wird. Unsere Patienten werden an der Vorsorgekoloskopie teilnehmen wenn Sie von uns davon überzeugt werden, wie wichtig diese Untersuchung ist.

Viele Mitglieder des Berufsverband der Österreichischen Internisten nehmen bereits seit Jahren an dem Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge teil, und ich möchte mich an dieser Stelle für Ihre Teilnahme sehr herzlich bedanken. Desweiteren möchte ich auch alle anderen endoskopierenden Mitglieder des Berufsverbands der Österreichischen Internisten einladen, an diesem zukunftsweisendem Projekt teilzunehmen.



Referenzen:

1. Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS, Wayne JD, Schapiro M, Bond JH, Panish JF, et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup. N Engl J Med. 1993 Dec 30;329(27):1977-81.
2. Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, Lansdorp-Vogelaar I, van Ballegoijen M, Hankey BF, Shi W, Bond JH, Schapiro M, Panish JF, Stewart ET, Wayne JD. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. N Engl J Med. 2012 Feb 23;366(8):687-96.
3. Schoen RE, Pinsky PF, Weissfeld JL, Yokochi LA, Church T, Laiyemo AO, Bresalier R, Andriole GL, Buys SS, Crawford ED, Fouad MN, Isaacs C, Johnson CC, Reding DJ, O'Brien B, Carrick DM, Wright P, Riley TL, Purdue MP, Izmirlian G, Kramer BS, Miller AB, Gohagan JK, Prorok PC, Berg CD; PLCO Project Team. Colorectal-cancer incidence and mortality with screening flexible sigmoidoscopy. N Engl J Med. 2012 Jun 21;366(25):2345-57.
4. Atkin WS, Edwards R, Kralj-Hans I, Wooldrage K, Hart AR, Northover JM, Parkin DM, Wardle J, Duffy SW, Cuzick J; UK Flexible Sigmoidoscopy Trial Investigators. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. Lancet. 2010 May 8;375(9726):1624-33.
5. Segnan N, Armaroli P, Bonelli L, Risio M, Sciallero S, Zappa M, Andreoni B, Arrigoni A, Bisanti L, Casella C, Crosta C, Falcini F, Ferrero F, Giacomini A, Giuliani O, Santarelli A, Visioli CB, Zanetti R, Atkin WS, Senore C; SCORE Working Group. Once-only sigmoidoscopy in colorectal cancer screening: follow-up findings of the Italian Randomized Controlled Trial—SCORE. J Natl Cancer Inst. 2011 Sep 7;103(17):1310-22.
6. Ferlitsch M, Reinhart K, Pramhas S, Wiener C, Gal O, Bannert C, Hassler M, Kozbial K, Dunkler D, Trauner M, Weiss W. Sex-specific prevalence of adenomas, advanced adenomas, and colorectal cancer in individuals undergoing screening colonoscopy. JAMA. 2011 Sep 28;306(12):1352-8.
7. Bannert C, Reinhart K, Dunkler D, Trauner M, Renner F, Knoflach P, Ferlitsch A, Weiss W, Ferlitsch M. Sedation in screening colonoscopy – impact on quality indicators and complications. Am J Gastroenterol 2012, accepted on 5 July.
8. Kaminski MF, Regula J, Kraszewska E, Polkowski M, Wojciechowska U, Didkowska J, Zwierko M, Rupinski M, Nowacki MP, Butruk E. Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. N Engl J Med. 2010 May 13;362(19):1795-803.
9. Rex DK, Petrioli JL, Baron TH, Chak A, Cohen J, Deal SE, Hoffman B, Jacobson BC, Mergener K, Petersen BT, Safdi MA, Faigel DO, Pike IM. Quality indicators for colonoscopy. Gastrointest Endosc. 2006 Apr;63(4 Suppl):S16-28.
10. Barclay RL, Vicari JJ, Doughty AS, Johanson JF, Greenlaw RL. Colonoscopic withdrawal times and adenoma detection during screening colonoscopy. N Engl J Med. 2006 Dec 14;355(24):2533-41.
11. (European Guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis: screening.iarc.fr/doc/ND3210390ENC.pdf).

Echokardiographiekurse 2012 - 2013

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: 14. – 15. September 2012 Fr. 14.00-21.00 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
DFP: 20

Grundkurs II

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

Kurstermin: 12. – 13. Oktober 2012 Fr. 14.00-21.00 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
DFP: 20

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

Aufbaukurs I

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

Kurstermin: 5. – 6. April 2013 Fr. 14.00-21.00 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
DFP: 20

Aufbaukurs II

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

Kurstermin: 3. – 4. Mai 2013 Fr. 14.00-21.00 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
DFP: 20

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

Sekretariat/ Fr. B. Teuschl u. Fr. S. Bachtrög
 Berufsverband Österreichischer Internisten
 Treustr. 43/4/4
 1200 Wien
 Tel + FAX: 270 24 57
 sekr@boei.or.at



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

Eisenmangel - eine unterschätzte Diagnose mit weitreichender Implikation

Leitung: Univ.-Prof. Dr. Christoph Gasche, Dr. Ghazaleh Gouya

Kurstermin: 29. September 2012 Sa. 9.00 - 12.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Treustr.43/Stiege 4/4. Stock, 1200 Wien
Kursbeitrag: 250 Euro für Mitglieder des BÖI
350 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 5

Duplexsonographie der peripheren Gefäße

Leitung: Univ.-Doz.Dr. R. Katzenschlager (ÖGUM-Kursleiter)

Grundkurs

Kurstermin: 14. - 15. Dezember 2012 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: KH Göttlicher Heiland, 1170 Wien
Kursbeitrag: 255 Euro für Mitglieder des BÖI
355 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 10

Aufbaukurs

Kurstermin: 22. - 23. Februar 2013 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: KH Göttlicher Heiland, 1170 Wien
Kursbeitrag: 255 Euro für Mitglieder des BÖI
355 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 10

Medikamentencocktail im Alter - Antidementive Therapie? Internistische Aspekte und kardiale Sicherheit bei antidementiver Therapie

Leitung: Mag. Martina Anditsch, OA Dr. Rainald Martys

Kurstermin: 10. November 2012 Sa. 9.00 - 12.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Treustr.43/Stiege 4/4. Stock, 1200 Wien
Kursbeitrag: 100 Euro für Mitglieder des BÖI
150 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
Mit freundlicher Unterstützung der Firma Novartis
DFP: 4

Carotissonographie - Salzburg

Leitung: Univ.-Doz.Dr. R. Katzenschlager (ÖGUM-Kursleiter),
Dr. A. Ugurluoglu

Grundkurs I

Kurstermin: 5. - 6. Oktober 2012 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
DFP: 10

Grundkurs II

Kurstermin: 30. Nov. - 1. Dez. 2012 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
DFP: 10

Abschlusskurs

Kurstermin: 25. - 26. Jänner 2013 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
DFP: 10

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

- 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

focus hepatologie 2012

5. Oktober 2012, Schloss Schönbrunn, Wien

aus dem Programm

- 08.45 - 10.15 **Focus Hepatitis B**
- Navigationshilfe durch den Diagnosedschungel bei Hepatitis B Infektion
 - Aktuelle Therapiekonzepte bei Hepatitis B
 - HBs-Ag positive Patientin mit Kinderwunsch
 - Fazit Hepatitis B
- 10.35 – 12.25 **Focus Hepatitis C**
- Wann muss ich meine Patienten therapieren?
 - „Direct Acting Antivirals“: The New Kids on the block
 - wen behandeln – und vor allem wen nicht?
 - Ein multimorbider Patient mit Hepatitis C- Fazit Hepatitis C
- 13.30 – 14.45 **Focus Leberzirrhose Teil 1: Diagnostik**
- Was muss ich von meinem Leberzirrhosepatienten wissen?
 - Neuer Leberherd – diagnostischer Zugang und therapeutischer Weg
 - Portale Hypertension: Nebenschauplatz oder Focus?
Muss ich den Pfortaderdruck meines Patienten kennen?
Wie hoch ist das Risiko einer Blutung?
 - Fazit Leberzirrhose: Diagnostik
- 15.05 – 16.50 **Focus Leberzirrhose Teil 2: Therapie**
- Focus Ambulantes Management: Prophylaxe & Therapie von Komplikationen (Aszites / Spontan bakterielle Peritonitis / Varizenblutung / Enzephalopathie)
 - Wann muss ich meinen Patienten für eine Lebertransplantation zuweisen?
 - Focus Station: Die Varizenblutung steht, was jetzt? Kann ein TIPS helfen?
 - Der richtige Zeitpunkt für Intensivmedizin? Leberzirrhose und Nierenversagen?
 - Fazit Leberzirrhose: Therapie

Weitere Informationen und **Anmeldung** unter:
www.focushepatologie.at

Notfallsonographie Basiskurs - nach den Richtlinien der ÖGUM

Abdomensonographie - Echokardiographie - Gefäßsonographie

Leitung: Univ.-Prof.Dr. Gebhard Mathis (ÖGUM-Kursleiter),
Univ.-Prof. Dr. Thomas Binder

Kurstermin: 16. November - 17. November 2012 Fr. 14.00-19.00 Uhr, Sa. 8.30 - 19.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Treustr.43/Stiege 4/4. Stock, 1200 Wien
Kursbeitrag: 375 Euro für Mitglieder des BÖI
475 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 20

Klinisch orientierte Schilddrüsenultraschall inkl. Schilddrüsenfunktionsstörungen

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

Achtung: keine praktische Übungen! Ultraschallkenntnisse werden vorausgesetzt!

Kurstermin: 9. November 2012 Fr. 14.00 - 18.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Treustr.43/Stiege 4/4. Stock, 1200 Wien
Kursbeitrag: 220 Euro für Mitglieder des BÖI
300 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 8

Abdomensonographie Grundkurs

Leitung: Univ.-Prof. Dr. Gebhard Mathis, ÖGUM Kursleiter

Kurstermin: 30. Nov. - 1. Dezember 2012 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
DFP: 20

focus hepatologie 2012

Priv.-Doz. Dr. Arnulf Ferlitsch (Wien), OA Dr. Andreas Maieron (Linz)

Anmeldung unter www.focushepatologie.at

Kurstermin: Freitag, 5. Oktober 2012
Kursort: Wien, Schloss Schönbrunn, Tagungszentrum
Kursbeitrag: regulär 200 Euro
für Mitglieder des BÖI: 150 Euro
für Mitglieder der ÖGGH: 150 Euro
DFP: 9