

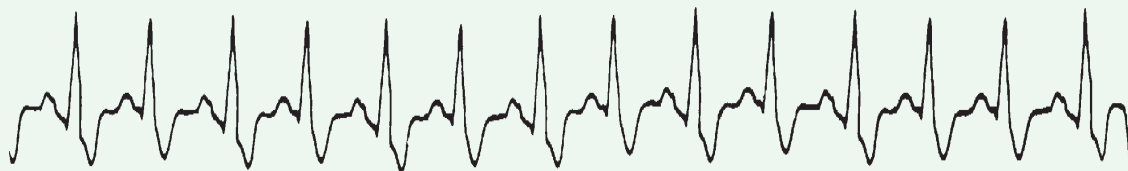
INTERN

Das Journal des Berufsverbandes Österreichischer Internisten

ESH/ESC-Guidelines zur arteriellen Hypertonie

von

Priv.-Doz. Dr. Thomas Weber



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

32. Jahrgang - 2 / 2019

Preis: 7 Euro

Impressum

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

VORSTANDSMITGLIEDER

Präsidentin: Priv.-Doz. Mag.Dr. Bonni Syeda ♦ **Präsident elect:** Dr. Gustav Huber ♦ **Präsident past:** Univ.-Doz. Dr. Marcus Müllner ♦ **1.Vizepräsidentin:** Dr. Susanne Biowski-Frotz ♦ **2.Vizepräsidentin:** Dr. Monika Steininger ♦ **Kassierin:** Dr. Doris Kerö ♦ **Schriftführerin:** Dr. Heidemarie Müller-Ringl

Spitalsärztevertreter: Dr. Istepan Kürkciyan

Kooptiertes Mitglied der ÖGIM: Dr. Susanne Biowski-Frotz

Fortbildungsreferat: 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. Michael Herg, **Vorarlberg:** Univ.-Prof. Dr. Gebhard Mathis

Ehrenmitglieder:

Prof. Dr. Arthur Udo Ehmsen, Univ.-Prof.Dr. Ernst Pilger, Dr. Herbert Schindler, Dr. Hans Walek

Aus dem Inhalt:

Brief der Präsidentin	3
ESH/ESC-Guidelines zur arteriellen Hypertonie	5
Kurskalender	9



Priv.-Doz.Mag.
Dr. Bonni Syeda

Präsidentin
des
Berufsverbandes
Österreichischer
Internisten

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Während in Österreich derzeit die Masernfälle zunehmen, plant der deutsche Bundesgesundheitsminister die Einführung einer Impfpflicht für Kindergarten- und Schulkinder. Alle Kinder, die neu in Kindergärten oder Schulen aufgenommen werden, müssen einen Impfnachweis erbringen – ansonsten drohen Geldstrafen bis zu 2.500 Euro. Von so einer „indirekten Impfpflicht“ sind wir in Österreich aber noch weit entfernt.

In den ersten 4 Monaten des heurigen Jahres wurden knapp 80 Masernfälle in Österreich gemeldet. Begonnen hatte scheinbar alles mit einem Touristen in der Steiermark. Seither wurde in Klagenfurt eine Schule für einen Tag geschlossen, auch musste einmal der Busverkehr in Klagenfurt kurzfristig eingestellt werden. Sterbefälle bedingt durch Masern gab es in Österreich keine, jedoch 72 Todesfälle in Europa im Jahr 2018.

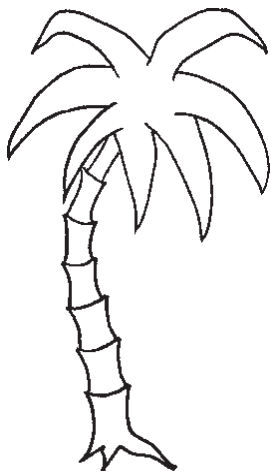
Während es seitens der Gesundheitsbehörde kaum Aufklärungskampagnen zur Sinnhaftigkeit bzw. Notwendigkeit von Impfungen gibt, kursieren im Internet unzählige Berichte („Fake-News“), die Menschen gegen das Impfen aufhetzen. Die Impfgegner vertreten u.a. die Meinung, dass der Rückgang ansteckender Krankheiten im letzten Jahrhundert nicht durch die Einführung von Impfungen stattgefunden hat, sondern durch die verbesserten hygienischen Bedingungen. Sie sind sich auch sicher, dass sie diverse ansteckende Krankheiten, angeblich aufgrund einer gesunden Lebensweise bzw. biologischer Ernährung, erst gar nicht bekommen. In Wahrheit wollen sie sich nicht eingestehen, dass sie lediglich den Herdschutz impfender Mitmenschen genießen. Eigentlich ein egoistisches Verhalten. Zu groß ist ihre Angst vor Impfschäden. Selbst Fakten, wie z.B. dass es in den letzten fünf Jahren lediglich zwei anerkannte (jedoch nicht tödliche) „Impfschäden“ bei 15 Millionen Impfungen in Österreich gab, werden von den Impfgegnern schlichtweg ignoriert.

In 14 europäischen Ländern gibt es derzeit eine Impfpflicht. Wobei eine Impfpflicht vermutlich gar nicht notwendig wäre, sondern lediglich einige wenige Pflichtimpfungen. Natürlich stellt sich dann auch die Frage nach der Finanzierung, denn für alles was „Pflicht“ ist, müssen die Kosten auch von der Sozialversicherung getragen werden. So oder so muss die Gesundheitsbehörde Geld in die Hand nehmen, sei es für Pflichtimpfungen oder eben für entsprechende Werbekampagnen, um der Vielzahl an – auch nachweislich unrichtigen - Behauptungen von Impfgegnern entgegenwirken zu können.

Jedenfalls müssen baldigst Anreize geschaffen werden, damit Menschen ihre Kinder wieder impfen lassen. Die Koppelung an das Kinderbetreuungsgeld bzw. die Familienbeihilfe, oder Geldstrafen bzw. Ausschluss vom Kindergartenbesuch, wie in Deutschland geplant, wären denkbare Ansätze. Den Verweigerern geht es aber meist nicht um's Geld, auch den Kindern ist damit nicht geholfen, daher wird man wohl an gezielter Aufklärungsarbeit nicht vorbeikommen.

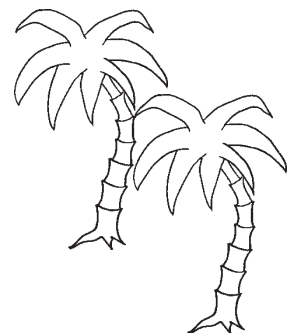
Mit kollegialen Grüßen

Bonni Syeda



.....

Der
Berufsverband Österreichischer
Internisten
wünscht allen Kolleginnen und Kollegen
einen schönen und erholsamen Urlaub.



ESH/ESC-Guidelines zur arteriellen Hypertonie

- **Erstes systolisches Blutdruckziel**
(Office-Blutdruck) für alle Patienten: < 140/90 mmHg
- **Bei guter Verträglichkeit**
Ziel 130/80 mmHg oder niedriger (bei Patienten bis zum 65. Lebensjahr)
- **Therapiebeginn** bei den meisten Patienten mit einer Zweifachkombinationstherapie in einer einzelnen Tablette

Von
Priv.-Doz. Dr. Thomas Weber

Korrespondenzadresse:
Abteilung für Inner Medizin II (Kardiologie)
Klinikum Wels-Grieskirchen
Grieskirchnerstr. 42
A-4600 Wels

Quelle: **Universum Innere Medizin 8/18**

Beim ESC-Kongress in München wurden die neuen gemeinsamen Hypertonie-Guidelines der European Society of Hypertension (ESH) und der European Society of Cardiology (ESC) im Detail präsentiert. Die Volltextversion ist seither online (escardio.org/Guidelines) erhältlich. Die im Herbst 2017 veröffentlichte US-Guideline hatte ja viel diskutierte und kritisierte Senkungen der Schwelle zur Diagnose Hypertonie (ab 130/80 mmHg Office-Blutdruck) und Senkungen der Therapieziele (< 130/80 mm Hg für die meisten Patientengruppen) propagiert, somit waren viele sehr gespannt auf die europäischen Empfehlungen. Erwartungsgemäß fielen die Änderungen geringer als bei den US-Empfehlungen aus. Aufgrund der Studienlage ist aber auch in Europa eine Tendenz zu niedrigeren Blutdruckzielwerten erkennbar.

Klassifikation des Blutdrucks

Grundlage ist weiterhin der Office-Blutdruck. Optimaler Blutdruck ist nach wie vor mit < 120/< 80 mmHg definiert, normaler Blutdruck mit 120–129/80–84 mmHg, hochnormaler Blutdruck mit 130–139/85–89 mmHg.

Die Schwelle zum Bluthochdruck bleibt 140/90 mmHg (Office-Blutdruck). Dies entspricht im 24-Stunden-Blutdruckmonitoring einem 24-Stunden-Durchschnitt von 130/80 mmHg, einem Tagesdurchschnitt von 135/85 mmHg und einem nächtlichen Durchschnitt von 120/70 mmHg, weiters einem Durchschnitt in der Blutdruckselbstmessung von 135/85 mmHg.

Blutdruckmessung

Obwohl die Einteilung in Blutdruck-Kategorien entsprechend dem Office-Blutdruck erfolgen soll, gibt es eine breite Palette an Indikationen für 24-Stunden-Blutdruckmonitoring und Blutdruckselbstmessung:

- mögliches Vorliegen einer White-Coat-Hypertension: z. B. Grad 1 Hypertonie bei der Office-Messung, oder deutliche Erhöhung des Office-Blutdrucks ohne Endorganschaden
- mögliches Vorliegen einer maskierten Hypertonie: z. B. hoch-normaler Blutdruck bei der Office-Messung, oder normaler Office-Blutdruck mit Endorganschaden oder hohem kardiovaskulären Risiko
- Hypotonie nach dem Aufstehen (Orthostase) oder postprandiale Hypotonie bei behandelten und unbehandelten Personen
- resistente Hypertonie: Nichterreichen der Blutdruckzielwerte unter zumindest 3 Antihypertensiva
- Evaluierung der Blutdruckkontrolle, besonders bei behandelten Hochrisikopatienten
- überhöhter Blutdruck bei körperlicher Belastung
- starke Schwankungen bei der Office-Messung
- Symptome, die für hypotensive Episoden unter der Therapie sprechen
- nur 24-Stunden-Blutdruckmonitoring: Messung des nächtlichen Blutdrucks und des Dipping-Status (Verdacht auf nächtliche Hypertonie, z. B. Schlafapnoesyndrom, chronische Niereninsuffizienz, Diabetes, endokrine Hypertonie, autonome Dysfunktion)

Risikostratifizierung

Bei Hypertonie bestehen häufig weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren. Die Einschätzung des kardiovaskulären Risikos wird mit den ESC-Präventionsguidelines harmonisiert und sollte mit dem SCORE-System erfolgen. Zu der Liste der kardiovaskulären Risikofaktoren (z. B. Alter, Cholesterin, Rauchen etc.) wurden erhöhte Harnsäure, früher Beginn der Menopause, psychosoziale Faktoren und Ruhe-Herzfrequenz > 80 addiert.

Das mittels SCORE ermittelte Risiko wird bei Vorliegen asymptomatischer Hypertonie-mediierter Organschäden (hypertension-mediated organ damage; HMOD) modifiziert. Diese sollten daher aktiv gesucht werden.

Hypertonievermittelte Organschäden (HMOD)

- arterielle Gefäßsteifigkeit: Pulsdruck (bei älteren Personen) > 60 mmHg, carotid-femorale Pulswellengeschwindigkeit (PWV) > 10 m/sec
- Linksherzhypertrophie (EKG-Kriterien)
- Linksherzhypertrophie (Echo-Kriterien)
- Mikroalbuminurie oder erhöhte Albumin-Kreatinin-Ratio mäßige (GFR 30–59) oder schwere (GFR < 30) Nierenfunktionseinschränkung
- Ankle Brachial Index (ABI) < 0,9
- fortgeschrittene Retinopathie (Blutungen, Exsudate, Papillenödem)

Als basale Screeningtests werden EKG, Harnteststreifen, Kreatinin und Fundoskopie (bei Grad-2- und -3-Hypertonie) empfohlen. Als weiterführende Untersuchungen werden Echo, Carotis-vertebralis-Duplex, abdominaler Ultraschall (Niere, abdominelle Aorta, Nebennieren, Nierenarterie), PWV, ABI, kognitive Tests (bei Symptomen) und CT/MRI des Gehirns (bei Symptomen) empfohlen.

Zu den etablierten kardiovaskulären Erkrankungen zählen neben den bekannten, wie zerebrovaskuläre Erkrankungen (Insult, intrazerebrale Blutung, TIA), koronare Herzkrankung (Myokardinfarkt, Angina, Revaskularisierung) und periphere arterielle Verschlusskrankung nun auch atheromatöse Plaques (Bildgebung), Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern.

Generell wird dem globalen kardiovaskulären Risiko vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt. Daraus folgt z. B., dass bei Patienten mit mäßiggradig oder stark erhöhtem kardiovaskulärem Risiko die Indikation für eine Statintherapie sowie für eine Thrombozytenaggregationshemmung geprüft werden muss.

Beginn einer medikamentösen Blutdrucksenkung – wann?

Als Basismaßnahme sind Lebensstilmaßnahmen (s. u.) immer empfehlenswert bzw. erforderlich.

Altersgruppe	Systolischer Blutdruck mm Hg					Diastolischer Blutdruck mm Hg
	Hypertonie	+ Diabetes	+ chron. Niereninsuffizienz	+ KHK	+ frühere TIA / früherer Insult	
18–65 Jahre	130 oder niedriger	130 oder niedriger	< 140–130	130 oder niedriger	130 oder niedriger	70–79
65–79 Jahre	130–139	130–139	130–139	130–139	130–139	70–79
ab 80 Jahre	130–139	130–139	130–139	130–139	130–139	70–79

- + alle Blutdruckzielwerte gelten bei guter Verträglichkeit
- + ein Blutdruckziel unter 120 mmHg systolisch wird nicht empfohlen

Tabelle 1: Office-Blutdruck-Zielwerte (ESH/ESC-Empfehlungen 2018)

Indikation für medikamentöse antihypertensive Therapie

- hochnormaler Blutdruck (130–139/85–89 mmHg): überlegenswert bei Patienten mit sehr hohem kardiovaskulären Risiko, besonders Patienten mit koronarer Herzerkrankung
- Grad-1-Hypertonie: Bei hohem und sehr hohem kardiovaskulärem Risiko besteht eine eindeutige Indikation für eine medikamentöse Therapie. Bei niedrig-mäßigem kardiovaskulären Risiko besteht eine Indikation für eine medikamentöse Therapie bei erhöhtem Blutdruck trotz Lebensstilmaßnahmen nach 3–6 Monaten.
- Grad-2- und -3-Hypertonie (d. h. $> 160 / > 100$ mmHg): Es besteht eine klare Indikation für eine medikamentöse antihypertensive Therapie. Ziel ist eine gute Blutdruckkontrolle innerhalb von 3 Monaten.

Indikation für medikamentöse antihypertensive Therapie im Alter

- ältere fitte Patienten (auch > 80 Jahre): Beginn mit einer medikamentösen antihypertensiven Therapie bei SBP > 160 mmHg
- ältere fitte Patienten > 65 Jahre, aber < 80 Jahre: Beginn mit einer medikamentösen antihypertensiven Therapie bei SBP > 140 mmHg

Welche Blutdruckzielwerte sollen erreicht werden?

Zur Erinnerung: In den Guidelines 2013 wurde $< 140/90$ mmHg unabhängig vom kardiovaskulären Risiko empfohlen bzw. $150–140/90$ mmHg für Ältere.

Die neuen Empfehlungen, zusammengefasst in Tabelle 1, resultieren aus der Abwägung folgender Studienergebnisse bzw. Meta-Analysen:

- Blutdrucksenkung $< 130/80$ mmHg reduziert kardiovaskuläre Ereignisse.
- Niedrigere Blutdruckwerte unter Therapie führen vermehrt zu Nebenwirkungen und zum Absetzen einer medikamentösen Therapie.
- Derzeit erreichen weniger als 50 % der behandelten Patienten den Zielwert < 140 mmHg SBP
- Die Evidenz für niedrigere Blutdruckzielwerte ist bei wichtigen Patientengruppen (Ältere, Diabetiker, Patienten mit Niereninsuffizienz) weniger stark.

Die neue Empfehlung 2018 lautet

- erstes Ziel: $< 140/90$ mmHg (Office-Blutdruck) für alle Patienten
- bei guter Verträglichkeit: Zielwert $130/80$ mmHg oder niedriger für die meisten Patienten
- DBP < 80 mmHg für alle hypertensiven Patienten (schwächerer Empfehlungsgrad)

SBP-Ziele bei besonderen Patientengruppen

- Alter < 65 Jahre: 120 bis < 130 mmHg
- Alter > 65 Jahre: 130 bis < 140 mmHg (Nebenwirkungen beachten)
- Diabetes: 130 mmHg oder niedriger (wenn vertragen)
- KHK: 130 mmHg oder niedriger
- chronische Niereninsuffizienz: 130 bis < 140 mmHg
- nach Insult/TIA: 120 bis < 130 mmHg (schwächerer Empfehlungsgrad)

Eine medikamentöse Blutdrucksenkung unter $120/70$ mmHg wird nicht empfohlen.

Zielwerte für Out-of-office-Messungen sind weiterhin nicht evidenzbasiert verfügbar, eine randomisierte Outcome-Studie, basierend auf Out-of-Office-Blutdruckmessungen, ist erst im Laufen (MASTER-Studie). Ein Office-BD-Zielwert von 130 mmHg SBP dürfte etwa einem 24-Stunden-Durchschnitt von 125 mmHg und einem Durchschnitt in der Selbstmessung von < 130 mmHg entsprechen.

Die Rolle der Lebensstilmaßnahmen

Lebensstilmaßnahmen können das Auftreten einer Hypertonie sowie die Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie bei Grad-1-Hypertonie verhindern oder verzögern. Sie können die Effektivität einer medikamentösen Therapie steigern, sollten bzw. dürfen eine solche – wenn nötig – aber nicht verzögern.

Folgende Lebensstilmaßnahmen werden empfohlen

- Kochsalzrestriktion: < 5 g pro Tag
- Einschränkung des Alkoholkonsums: weniger als 14 Einheiten pro Woche für Männer, weniger als 8 Einheiten pro Woche für Frauen (1 Einheit = 125 ml Wein oder 250 ml Bier)
- reichlich Zufuhr von frischem Obst, Gemüse, Nüssen, Olivenöl; Verwendung von fettarmen Milchprodukten; Einschränkung bei rotem Fleisch
- Gewichtsreduktion, Vermeidung eines BMI > 30 / Bauchumfang > 102 cm (M) bzw. > 88 cm (F); Anstreben eines BMI $20–25$ bzw. Bauchumfang < 94 cm (M) bzw. < 80 cm (F)
- regelmäßige aerobe sportliche Betätigung (zumindest 30 min mäßige dynamische Betätigung an $5–7$ Tagen der Woche)
- Nikotinkarenz

Medikamentöse antihypertensive Therapie – Durchführung

Weniger als 50 % der behandelten Hypertoniker erreichen die Therapieziele. Unter einem Stufenschema bleiben viele Patienten bei der Monotherapie stehen („therapeutic inertia“). Initiale Kombinationstherapie führt zu rascher, effektiver, gut verträglicher Blutdruckkontrolle. Die Kombination mehrerer Wirkstoffe in einer Tablette („single-pill combination“) führt zu besserer Compliance.

- Für die meisten Patienten wird eine initiale medikamentöse 2-fach-Kombinationstherapie empfohlen (Ausnahmen sind gebrechliche ältere Patienten oder Grad-1-Hypertonie bei niedrigem kardiovaskulären Risiko).
- Diese enthält bevorzugt einen ACE-Hemmer/ARB und einen Kalziumantagonisten oder ein Diuretikum.
- Betablocker sollten mit ACE-Hemmern/ARBs, Kalziumantagonisten oder Diuretika, insbesondere aus kardialen Indikationen (Angina Pectoris, post MCI, Herzinsuffizienz, Herzfrequenzkontrolle) kombiniert werden.
- Falls eine 2-fach-Kombination nicht ausreicht, ist eine 3-fach-Kombination (meist ACE-I/ARB + CCB + Diuretikum) als Single-Pill-Kombination empfehlenswert.
- Falls die 3-fach-Kombination nicht ausreicht, wird als vierte Substanz Spironolacton empfohlen. Falls dies nicht vertragen wird, anstelle dessen Amilorid, höhere Dosen eines Diuretikums, Betablocker, oder Alpha-blocker.
- ACE-I und ARB dürfen nicht kombiniert werden.

Resümee aus österreichischer Sicht

Die neuen europäischen Hypertonie-Empfehlungen sind gut ausgewogen und durch Belassen der Definition für Hypertonie ab 140/90 mmHg etwas weniger „aggressiv“ (oder „konsequent“, je nach Standpunkt) als die US-amerikanischen. Da beide letztlich auf derselben Studienlage beruhen, ist eine Tendenz zu niedrigeren Zielwerten in beiden Empfehlungen erkennbar.

In Österreich haben wir schon lange eine Tradition in der Out-of-Office-Blutdruckmessung. In den neuen ESH/ESC-Guidelines wird nun erstmals die Möglichkeit der Diagnosestellung „Hypertonie“ mittels Out-of-Office-Blutdruckmessung (24-Stunden-Messung, Selbstmessung) anerkannt, dies ist aus unserer Sicht ein Schritt in die richtige Richtung. □

Literatur beim Verfasser



Jahreshauptversammlung des Berufsverbandes Österreichischer Internisten

am Dienstag, den 17. September 2019, 18:30 Uhr

Ort: BÖI, Treustraße 43/Stiege 4/4.Stock, 1200 Wien

Sekretariat/ Fr. B. Teuschl u. Fr. S. Bachtrog
Berufsverband Österreichischer Internisten
Treustr. 43/4/4
1200 Wien
Tel + FAX:01/ 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 umseitigen Geschäftsbedingungen zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass meine zum Zweck der Abwicklung der Kursorganisation erforderlichen Daten vom BÖI verarbeitet werden.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Sie haben sicherlich bemerkt, dass in den letzten Jahren das öffentliche Interesse an vollständiger Dokumentation der Ärztefortbildung zunimmt. Daraus resultiert nun eine **Novelle des Ärztegesetzes, wodurch nun österreichische Ärztinnen und Ärzte erstmals am September 2016 ihre ausreichenden Fortbildungen nachweisen müssen.**

Der **Berufsverband Österreichischer Internisten unterstützt** Sie hierbei, indem wir seit 2015 automatisch Ihre Fortbildungen, die bei uns besucht wurden, **direkt auf Ihr Fortbildungskonto buchen.** Sie können diese dann direkt auf Ihrem DFP Konto der Akademie der Ärzte einsehen.

Alle Informationen zu dieser Novelle finden Sie unter www.arztakademie.at/fortbildungsnachweis oder **auf der Fortbildungsseite auf unserer Homepage.**

Klinisch orientierte Schilddrüsen-sonographie inkl. Schilddrüsenfunktionsstörungen

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

Der Kursleiter ist berechtigt, die Fähigkeit zur Schilddrüsen-Sonographie der Kollegen zu beurteilen und zu bestätigen

Kurstermin: 11. Oktober 2019 Fr. 13.00-19.00 Uhr
Kursort: 1210 Wien, Kürschnergasse 6B (bei labors.at)
Kursbeitrag: 250 Euro für Mitglieder des BÖI
350 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 8

Pulmonale Funktionsdiagnostik inkl. Spirometrie, Ergo- und Spiroergometrie

Leitung: Univ.-Prof. Dr. Paul Haber

Kurstermin: 28. Juni 2019 Fr. 13.00-19.30 Uhr
Kursort: 1210 Wien, Kürschnergasse 6B (bei labors.at)
Kursbeitrag: 250 Euro für Mitglieder des BÖI
350 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 8

Carotissonographie - Salzburg

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

Grundkurs 1

Kurstermin: 27. - 28. September 2019 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 8.00 - 12.00 Uhr
Kursort: LKH Salzburg, 5020 Salzburg
Kursbeitrag: 275 Euro für Mitglieder des BÖI
375 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 9

Grundkurs 2

Kurstermin: 11. - 12. Oktober 2019 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 8.00 - 12.00 Uhr
Kursort: LKH Salzburg, 5020 Salzburg
Kursbeitrag: 275 Euro für Mitglieder des BÖI
375 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 9

Abschlusskurs

Kurstermin: 24. - 25. Januar 2020 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 8.00 - 12.00 Uhr
Kursort: LKH Salzburg, 5020 Salzburg
Kursbeitrag: 275 Euro für Mitglieder des BÖI
375 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 9

focus hepatogastroenterologie 2019

Freitag, 4. Oktober 2019
Schloss Schönbrunn Tagungszentrum



Kurstermin: 4. Oktober 2019
Kursort: Schloss Schönbrunn
Kursanmeldung: über die Homepage des Veranstalters

Mitglieder des BÖI erhalten um 40% ermäßigten Eintritt

Focus Hepatogastroenterologie 2019 wird unter der Schirmherrschaft der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie, sowie des Berufsverbandes der Österreichischen Internisten veranstaltet.



Echokardiographiekurse

Leitung: Dr. Gustav Huber

Grundkurs I + II inklusive Notfallsonographie und mit praktischen Übungen

Kurstermin: 10. – 12. Oktober 2019
Do. 14:00 - 20:00 Uhr
Fr. 08:30 - 18:30 Uhr
Sa. 08.30 - 18.30 Uhr

Kursort: 1210 Wien, Kürschnergasse 6B (bei labors.at)

Kursbeitrag: 790.- Euro für Mitglieder des BÖI
990.- Euro für Nichtmitglieder des BÖI

DFP: 30

Bei diesen Kursen gibt es die Möglichkeit, an einer exklusiven Spezialexkursion in einem der modernsten Labors in Europa teilzunehmen.

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)

in den
Berufsverband Österreichischer Internisten

Jahresmitgliedsbeiträge:

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

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

Name, Titel

Adresse

Tel.

e-mail

Unterschrift