

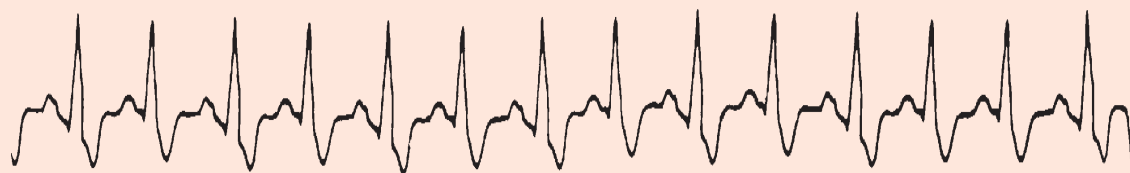
INTERN

Das Journal des Berufsverbandes Österreichischer Internisten

Patienten mit hohem Hypoglykämierisiko

von

Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Susanne Kaser



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

32. Jahrgang - 3 / 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
Patienten mit hohem Hypoglykämierisiko	5
Kurskalender	9



Priv.-Doz.Mag.
Dr. Bonni Syeda

Präsidentin
des
Berufsverbandes
Österreichischer
Internisten

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Die ersten KollegInnen, die ihre Ausbildung nach der neuen Ausbildungsordnung 2015 absolvieren, werden demnächst ihre Ausbildung abschließen. Somit werden sie erstmals die Möglichkeit haben, einen Teil ihrer Ausbildung im Rahmen einer Lehrpraxis zu absolvieren (eine Lehrpraxis kann nämlich ausschließlich erst im 6. Ausbildungsjahr erfolgen). Aus diesem Grund möchte ich heute einige Fakten zum Thema Lehrpraxis zusammenfassen, denn diese Möglichkeit der Ausbildung ist leider noch nicht wirklich bekannt.

Das Wichtigste ist natürlich, dass die ausbildende Praxis (=Lehrpraxis) eine Ausbildungsberechtigung für das gewünschte Fach besitzt. Meistens haben Allgemein-Internisten eine Ausbildungsberechtigung für das Fach „Innere Medizin“, Kardiologen meist sowohl für das Fach „Innere Medizin“ als auch „Innere Medizin und Kardiologie“ oder Gastroenterologen für das Fach „Innere Medizin“ sowie „Innere Medizin und Gastroenterologie“. Die Gesamtliste aller Lehrpraxen österreichweit kann auf der Homepage der österreichischen Ärztekammer aufgerufen werden (<https://www.aerztekammer.at/ausbildungsstaetten-verzeichnis>).

Die Ausbildung im Rahmen einer Lehrpraxis kann ausschließlich im letzten Ausbildungsjahr im Ausmaß von maximal zwölf Monaten erfolgen. Es müssen dabei mindestens 30 Wochenstunden absolviert werden, damit eine vollzeitäquivalente Ausbildung seitens der Ärztekammer anerkannt werden kann. „Fallzahlen“ (div. im Rahmen der Ausbildung erforderliche Untersuchungen), die vielleicht während der Ausbildungszeit im Spital noch nicht erreicht wurden, können in der Lehrpraxis nachgeholt werden (z.B. Ergometrie, Echokardiographie, Gastroskopie etc.). Hier liegt sicher auch der wichtigste Vorteil einer Lehrpraxis: die Ausbildungsärzte lernen nicht nur die Patientenbetreuung außerhalb des

Brief der Präsidentin

Spitals kennen, sie haben vor allem die Möglichkeit, eine gewisse Routine bei Untersuchungen zu erwerben (z.B. bei diversen Ultraschalluntersuchungen). Schließlich fallen bei 20.000-30.000 Patientenkontakten im Jahr (in einer mittelgroßen internistischen Gruppenpraxis) ausreichend Untersuchungen an, sodass die Ausbildungsärzte genügend Möglichkeit haben, ihre Skills zu perfektionieren.

Die Finanzierung des Ausbildungsarztes während der Lehrpraxis erfolgt durch die Lehrpraxis selbst. Für das Fach Innere Medizin und Zusatzfächer liegt das monatliche Bruttogehalt üblicherweise bei mindestens 4.000 Euro (auf Basis Vollzeitäquivalent). Während des Zeitraumes der Lehrpraxis kann der Ausbildungsarzt entweder ausschließlich nur in der Lehrpraxis angestellt sein, oder, falls erwünscht, kann auch weiterhin die Anstellung im Spital bestehen bleiben (z.B. für Nachtdienste).

Die Möglichkeit der Ausbildung „Innere Medizin“ im Rahmen der Lehrpraxis gilt auch für KollegInnen aus anderen Fächern (z.B. Radiologie oder Anästhesie), die das Gegenfach „Innere Medizin“ absolvieren müssen. Dieses Gegenfach kann also nicht nur im Spital, sondern auch im Rahmen der Lehrpraxis beim niedergelassenen Internisten absolviert werden.

Bei Unklarheit oder weiteren Fragen wird Ihnen Ihre zuständige Landesärztekammer oder Ihre Wunsch-Lehrpraxis gerne weiterhelfen können.

Mit kollegialen Grüßen

Bonni Syeda

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

Patienten mit hohem Hypoglykämierisiko

Patienten ohne CV/CKD-Vorerkrankung mit hohem Hypoglykämierisiko

- Hypoglykämien sind kurz- und mittelfristig mit **erhöhter Morbidität und Mortalität** verbunden.
- Patienten mit kardiovaskulärer und renaler Vorerkrankung ebenso wie ältere Patienten und jene mit kognitiver Einschränkung sind **besonders hypoglykämiegefährdet**.
- **Das Risiko** für schwere Hypoglykämien ist unter Metformin, DPP-4-Inhibitoren, GLP-1-Rezeptor-Agonisten, SGLT2-Inhibitoren und Pioglitazon **gering**.

Von
Assoz. Prof. Priv.-Doz.
Dr. Susanne Kaser

Korrespondenzadresse:

Department für Innere Medizin 1 und
Christian-Doppler-Labor für Insulinresistenz
Medizinische Universität Innsbruck

Quelle: Diabetes Forum 1/19

Hypoglykämien führen nicht nur zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen, sondern sind auch mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität vergesellschaftet. Die Gefahr von Hypoglykämien ist mit Normalisierung der Blutzuckerwerte nicht gebannt, durch Hypoglykämien ausgelöste prokoagulatorische und proinflammatorische Effekte halten bis zu einer Woche an, Ähnliches gilt für die sympathoadrenale Aktivierung (Frier BM, Nat Rev Endocrinol 2014). Die kardiovaskuläre Mortalität bleibt nach Auftreten einer schweren Hypoglykämie längerfristig erhöht (Pieber TR et al., Diabetologia 2018). Die neuen EASD/ADA-Guidelines schlagen nun erstmals für besonders hypoglykämiegefährdete Patienten einen eigenen Therapiealgorithmus vor. Dieser gilt allerdings nur für kardiovaskulär und renal gesunde Patienten.

Wer ist besonders hypoglykämiegefährdet?

Kardiovaskuläre Vorerkrankte sowie Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz gelten als besonders hypoglykämiegefährdet. Auf dieses Patientenkollektiv wird in den aktuellen Guidelines in einem eigenen Therapiealgorithmus eingegangen.

Unter jenen Patienten, bei denen zum Behandlungszeitpunkt keine kardiovaskuläre oder renale Vorerkrankung bekannt ist, sind vor allem Diabetiker mit langer Krankheitsdauer, geriatrische Patienten und auch Patienten mit kognitiver Einschränkung bis hin zur Demenz besonders anfällig für Hypoglykämien. Einige Studien legen nahe, dass Patienten mit Demenzerkrankung nicht nur besonders gefähr-

Patienten mit hohem Hypoglykämierisiko

det für Hypoglykämien sind, sondern dass auch das Auftreten von schweren Hypoglykämien das Demenzrisiko deutlich erhöht (Whitmer RA et al., JAMA 2009). Auswertungen der ACCORD-Studie zeigten zudem, dass jene Patienten, bei denen eine Insulindefizienz (gekennzeichnet durch eine verminderte C-Peptid-Konzentration) oder ein positiver Autoantikörperbefund vorliegt, ebenfalls ein erhöhtes Hypoglykämierisiko aufweisen.

Aktuelle Therapieempfehlungen

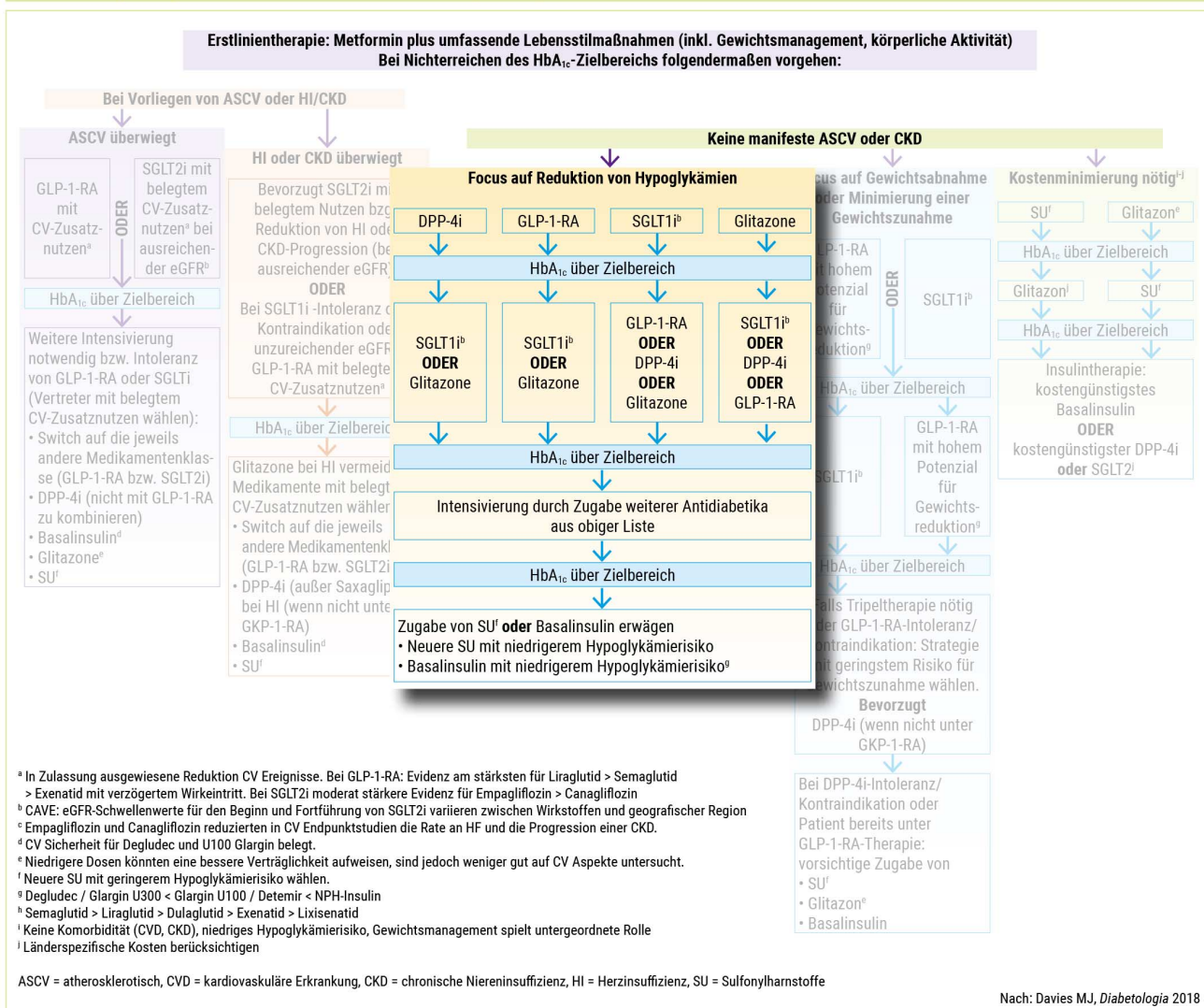
Die aktuellen EASD/ADA-Empfehlungen sehen für Patienten mit hohem Hypoglykämierisiko vor, dass bei unzureichender glykämischer Kontrolle unter Metforminmonotherapie und entsprechender Lebensstilmodifikation die Zugabe eines DPP4-Hemmers, eines GLP-1-Rezeptor-Agonisten (RA), eines SGLT2-Inhibitors oder eines Glitazons vor. Sollte sich auch darunter keine ausreichende Blutzuckersenkung erzielen lassen, sind mit Ausnahme einer gleichzeitigen Gabe eines DPP-4-Hemmers und eines GLP-1-RA alle Kombinationen machbar. Nur wenn unter einer solchen Mehrfachkombinationstherapie (DPP-4-Hemmer oder GLP-

1-RA + SGLT2-Inhibitor + Glitazon zusätzlich zu Metformin) keine ausreichende glykämische Kontrolle erreicht werden kann, soll die Gabe eines Sulfonylharnstoffes höherer Generation oder eines Basalinsulins mit niedrigem Hypoglykämierisiko erwogen werden (Abb.).

Hypoglykämierisiko der verschiedenen Substanzklassen

Welches orale bzw. injizierbare Antidiabetikum vorrangig nach einer Metformintherapie eingesetzt wird, hängt im Wesentlichen von den Patientencharakteristika und vor allem den Begleiterkrankungen ab. Generell ist das Risiko für schwere Hypoglykämien unter einer Monotherapie mit DPP-4-Inhibitoren, GLP-1-RA, SGLT2-Inhibitoren oder Pioglitazon sehr gering bzw. vernachlässigbar. Anders verhält es sich bei den Sulfonylharnstoffen, die daher auch nur dann bei diesem Patientenkollektiv eingesetzt werden sollen, wenn mit einer Mehrfachkombination von anderen oralen Antidiabetika bzw. GLP-1-RA (Abb.) keine ausreichende glykämische Kontrolle erzielt werden kann.

Abb.: Therapievorgehen nach aktuellen ADA/EASD-Empfehlungen



Sulfonylharnstoffe können zu allen Arten von Hypoglykämien, also auch schweren Hypoglykämien führen, wobei innerhalb der Wirkstoffklasse eine große Heterogenität besteht. Die Häufigkeit für das Auftreten von schweren Hypoglykämien wurde in einer britischen Studie (UK Hypoglycemia Study Group, Diabetologia 2007) mit 0,1 Episode/Patientenjahr angegeben. Die Erstgenerations-sulfonylharnstoffe Tolbutamid und Chlorpropamid sind obsolet und zumindest in Österreich seit langem nicht mehr in Verwendung. Aber auch unter den Zweitgenerations-sulfonylharnstoffen besteht eine große Heterogenität hinsichtlich Hypoglykämierisiko. Das in Österreich vorwiegend eingesetzte Gliclazid weist bei gleicher Effizienz im Vergleich zu anderen Sulfonylharnstoffen ein deutlich geringeres Hypoglykämierisiko auf (Chan et al., Diabetes Res Clin Pract 2015; Schernthaner G et al., Eur J Clin Invest 2004).

Zweitlinientherapie nach Metformin für hypoglykämiegefährdete Patienten

Wie in der Abbildung dargestellt, wird in den aktuellen EASD/ADA-Guidelines eine Zweitlinientherapie mit einem DPP-4-Hemmer, GLP-1-RA, SGLT2-Inhibitor oder Glitazon gleichwertig dargestellt. Dies erlaubt eine individualisierte Zweitlinientherapie unter Berücksichtigung der Patientencharakteristika und etwaiger Begleiterkrankungen.

DPP-4-Inhibitoren

eignen sich besonders bei Menschen mit Typ-2-Diabetes mellitus und vorrangigem Insulinsekretionsdefekt. Durch Suppression von Glukagon kommt es zu einer Verbesserung des Nüchternblutzuckers, durch die verstärkte glukoseabhängige Insulinsekretion wird auch die postprandiale Glykämie günstig beeinflusst. Aufgrund des günstigen Nebenwirkungsprofils und der guten Studienlage bei älteren Patienten ist diese Substanzklasse auch bei geriatrischen Patienten als sicher anzusehen.

In Österreich stehen Sitagliptin, Linagliptin, Alogliptin, Saxagliptin und Vildagliptin zur Verfügung. Mit Ausnahme von Vildagliptin liegen für alle anderen Wirkstoffe neutrale Resultate aus kardiovaskulären Outcomestudien vor (Green JB et al, N Engl J Med 2015; Rosenstock J et al., JAMA 2018; White WB et al., N Engl J Med 2013, Scirica BM et al, N Engl J Med 2013). Für Alogliptin und Saxagliptin besteht eine FDA-Warnung hinsichtlich eines erhöhten Herzinsuffizienzrisikos. Kein erhöhtes Risiko hingegen besteht für Sitagliptin (McGuire DK et al, JAMA Cardiol 2016) und Linagliptin (Rosenstock J et al, JAMA 2018). Diskutiert wird ein leicht erhöhtes Pankreatitisrisiko unter DPP-4-Inhibitoren, sodass bei Patienten mit stattgehabter Pankreatitis diese Wirkstoffklasse nicht bevorzugt eingesetzt werden sollte.

GLP-1-RA

Die subkutan zu applizierenden GLP-1-RA stellen eine sehr heterogene Substanzklasse dar. Die täglich zu applizierenden Wirkstoffe Exenatid und Lixisenatid führen vor allem zu einer Senkung der postprandialen Glykämie, während die mittellang (Liraglutid) oder längerwirksamen Substanzen (Dulaglutid, Exenatid LAR, Semaglutid) sowohl zu einer Senkung des Nüchternblutzuckers als auch zu einer postprandialen Hyperglykämie führen. GLP-1-RA führen zu einer Gewichtsreduktion, sodass sich diese Substanzklasse besonders für übergewichtige bzw. adipöse Patienten

eignet. Für die Substanzen Liraglutid (Marso SP et al., N Engl J Med 2016) und Semaglutid (Marso SP et al., N Engl J Med 2016) konnte in bereits publizierten kardiovaskulären Outcomestudien ein günstiger kardiovaskulärer bzw. renaler Effekt gezeigt werden. Dies erklärt auch, warum diese Medikamentengruppe neben den SGLT2-Hemmern (Empagliflozin, Canagliflozin) speziell für Patienten mit kardiovaskulärer bzw. renaler Vorerkrankung empfohlen wird (Zinman B et al., N Engl J Med 2015). GLP-1-RA eignen sich in Kombination besonders mit Metformin und SGLT2-Hemmern bzw. auch mit basaler Insulintherapie.

Als häufige Nebenwirkung dieser Substanzklasse zeigt sich meist eine auf die ersten Therapietage beschränkte Übelkeit, ähnlich für die Klasse der DPP-4-Hemmer wird ein erhöhtes Pankreatitisrisiko für diese Substanzklasse diskutiert.

SGLT2-Hemmer

(Empagliflozin, Canagliflozin, Dapagliflozin, Ertugliflozin) führen zu pleiotropen Effekten wie Gewichtsabnahme, Senkung des systolischen Blutdrucks oder auch der Harnsäure. Für Empagliflozin (Zinman B et al., N Engl J Med 2015) und Dapagliflozin (Neal B et al., N Engl J Med 2017) konnte gezeigt werden, dass eine entsprechende Therapie mit einer Reduktion von kardiovaskulärem Tod, nichttödlichem Schlaganfall und nichttödlichem Myokardinfarkt verbunden ist. Trotz der gezeigten renoprotektiven Effekte sind SGLT2-Hemmer bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz (Kreatinin Clearance [CreaCl] < 45 ml/min) kontraindiziert (Dapagliflozin bei CreaCl < 60 ml/min). Während sich diese Substanzklasse ähnlich wie GLP-1-RA für übergewichtige Patienten mit metabolischem Syndrom eignen, ist bei Patienten mit Zeichen des Insulinmangels bzw. Vorliegen von spezifischen Autoantikörpern Vorsicht geboten, da bei diesen Patienten mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten einer euglykämischen Ketoazidose zu rechnen ist. SGLT2-Hemmer können abgesehen von Metformin auch mit DPP-4-Inhibitoren, GLP-1-RA und Pioglitazon effizient kombiniert werden.

Pioglitazon

Aus der Gruppe der Thiazolidinedione ist ausschließlich Pioglitazon in Österreich erhältlich. Pioglitazon ist ein klassischer Insulinsensitizer, weswegen eine Gabe aus pathophysiologischer Sicht auch besonders bei Patienten mit ausgeprägter Insulinsensitivität erwogen werden soll. Pioglitazon weist zudem einen signifikanten triglyzerid-senkenden Effekt auf und hat langfristig günstigen Einfluss auf den Verlauf einer nichtalkoholischen Fettlebererkrankung (Cusi K et al., Ann Intern Med 2016; Musso G et al., JAMA Intern Med 2017). Als unerwünschte Nebenwirkung zeigt sich meist eine moderate Gewichtszunahme und Flüssigkeitsretention, weswegen auch eine Kontraindikation bei manifester Herzinsuffizienz besteht. Zudem zeigten verschiedene Studien ein erhöhtes Frakturrisiko unter Glitazontherapie

(Zhu ZN., Bone 2014; Viscoli CM et al, J Clin Endocrinol Metabol 2017). Die Kontraindikation bei Herzinsuffizienz und das erhöhte Frakturrisiko limitieren den Einsatz von Pioglitazon speziell bei geriatrischen Patienten.

Resümee

Unter den kardiovaskulär und renal Gesunden sind geriatrische Patienten, Diabetiker mit langer Krankheitsdauer, Patienten mit kognitiver Einschränkung und Typ-2-Diabetiker mit positivem Autoantikörperbefund besonders hypoglykämiegefährdet.

In den neuen EASD/ADA-Guidelines werden für diese Patientengruppe als Zweitlinientherapie nach Metformin DPP-4-Hemmer, GLP-1-RA, SGLT2-Inhibitoren und Pioglitazon gleichwertig empfohlen.

Sulfonylharnstoffe und Insuline sollen bei diesem Patientenkollektiv erst nach Versagen anderer Mehrfachkombinationstherapien eingesetzt werden.

□



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: 27. März 2020 Fr. 13.00-19.30 Uhr
Kursort: 1210 Wien, Kürschnergasse 6B (bei labors.at)
Kursbeitrag: 295 Euro für Mitglieder des BÖI
395 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.

Echokardiographie - Refresherkurs

Leitung: Dr. Gustav Huber und René Prancil

Kurstermin: 22. November 2019
Fr. 14.00 - 19.00 Uhr

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

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

DFP: 7

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

Notfallsonographie - Basiskurs

Leitung: Dr. Gustav Huber und Univ.-Prof. Dr. Gebhard Mathis

Kurstermin: 22. - 23. November 2019
Fr. 9.00 - 17.00 Uhr,
Sa. 9.00 - 17.00 Uhr

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

Kursbeitrag: 495 Euro für Mitglieder des BÖI
595 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

DFP: 20