P. b. b. Verlagspostamt 5020 Salzburg
02Z032725 M

21. Jahrgang / Nummer 10 / Oktober 2008

Der Salzburger Arzt

Mitteilungen der Ärztekammer für Salzburg

Die Wirtschaft im Banne der Finanzmarktkrise

Auswirkungen auf die Veranlagung im Wohlfahrtsfonds

Seite 6 / 7

Forum Medizin 21

Arztberuf – quo vadis?

Seite 36 / 37

Typ-2-Diabetiker Schulungen

Seite 39

© Titelbild: Stockxpert.com

WAS AUCH IMMER SIE UNTER WOHLSTAND VERSTEHEN – WIR SORGEN DAFÜR, DASS ER NICHT SCHWINDET, SONDERN SICH VERMEHRT. DAHER VERWALTEN WIR DAS VERMÖGEN UNSERER KUNDEN SO, ALS WÄRE ES UNSER EIGENES.
MEHR DAZU AUF WWW.SPAENGLER.AT

SEIT 1828
BANKHAUS SPÄNGLER
HÖREN SIE AUF IHR GELD.

Harte Fakten und halbe Wahrheiten

VP Dr. Jörg Hutter

Der unverblümte SALK-Bericht des Landesrechnungshofs erregte beträchtliches Aufsehen. Er kritisiert nämlich nicht die Höhe der jährlichen Zuschüsse des Landes an die Spitäler, sondern dokumentiert auf 140 Seiten gravierende Fehler im Management der SALK.

Erstmals wird also nicht – wie in manchen Salzburger Medien üblich – den ÄrztInnen die Schuld an bestehenden Problemen angelastet. Vielmehr deckt der Rechnungshof auf, mit welchen Problemen SpitalsärztInnen zu kämpfen haben.

Erstmals konstatiert eine unabhängige Instanz die mögliche Gefährdung der Patienten durch Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz – wie von uns seit Jahren aufgezeigt. Dies wiegt umso schwerer, als die Stellungnahmen der Häuser (und daher auch die Medienberichte) diesen Aspekt stets heruntergespielt haben. Konstant wurde dagegen gehalten, ÄrztInnen seien in ausreichender Zahl eingestellt worden, um den gesetzlichen Vorgaben zu genügen. Und da windet sich der SALK-Geschäftsführer aus der Verantwortung mit der Behauptung, dass die von einem Fünftel der Ärzteschaft pro Monat begangenen Übertretungen des Arbeitzeitgesetzes auf Notsituationen zurückzuführen seien.

Ernste Besorgnis löst die Idee des Rechnungshofs aus, dass man die nicht mit der Versorgung ihrer Patienten verbundene Arbeit der ÄrztInnen in jene Zeiten verschieben solle, in denen sie bereits zu müde für konzentrierte ärztliche Tätigkeit sind. Es ist eine grundsätzliche Schwäche des Berichts, dass er nicht auf die wachsenden bürokratischen Aufgaben unseres Berufes eingeht. Sie beanspruchen zunehmend jene Zeit, die man den Patienten widmen müsste.

Zum Thema „Nebenbeschäftigungen“ fällt dem Rechungshof kein besserer Vorschlag ein, als diese noch stärker zu beschränken, um ja nicht gegen das Arbeitszeitgesetz zu verstoßen.

Das zeugt nur von Hilflosigkeit gegenüber dem Problem, dass die Schere zwischen Norm und Realität des Arbeitszeitgesetzes weiter aufgeht. Fehlt noch, dass ÄrztInnen künftig dokumentieren müssen, wie viel Schlaf sie in der Freizeit „konsumieren“.

Bedenklich ist auch, dass der SALK-Geschäftsführer beständig die Aufstockung des ärztlichen Personals hervorkehrt. Hingegen verschweigt die SALK-Hauszeitung den massiven Personalzuwachs in der Verwaltung – in Zeiten des politisch geforderten Bürokratieabbaus. Besonders ärgerlich ist auch der wiederholt einseitige Verweis auf die Gehaltserhöhungen bei ÄrztInnen – obwohl die durchschnittlichen Personalkosten in der Verwaltung um 20,3 % und bei ÄrztInnen um 10,1% angestiegen sind. Dies führt der Rechnungshof auf die „überdurchschnittlich hohen Bezüge“ oder auf „überdurchschnittliche Steigerungen der bisherigen Bezüge“ in der Verwaltung zurück. Das hat nichts mit Neid, aber alles mit Ehrlichkeit zu tun.

Wer beantwortet die Frage, warum in manchen Häusern eine derart starke Personalfluktuation besteht? Warum KollegInnen gerne nach Salzburg kommen, wurde schon erhoben; warum sie uns aber wieder verlassen, bleibt ein Geheimnis.

Qualifiziertes Personal bekommt man nicht nur mit finanziellem Anreiz, sondern vor allem auch mit verbesserten Arbeitsbedingungen. Warum wohl bewerben sich in Deutschland und in Österreich auf Ausschreibungen häufig keine ausreichend qualifizierten KollegInnen mehr? Dieses Problem wird bald alle Häuser beschäftigen.

Ihr

VP Dr. Jörg Hutter
Kurienobmann der angestellten Ärzte

Anregungen und Kritik immer erwünscht unter: j.hutter@aon.at

Impfdokumentation

Aus gegebenem Anlass darf Sie das Vorsorgereferat auf Folgendes hinweisen: Nach der Bestimmung des § 51 ÄrzteG ist bei der Anwendung von Arzneispezialitäten auch die jeweilige Chargen-Nummer zu dokumentieren. Das bedeutet im Rahmen von Impfungen, dass nicht nur die Anwendung der Impfung zu dokumentieren ist, sondern auch die jeweilige Charge in der Arztdokumentation festzuhalten ist, auch wenn üblicher Weise die Chargen-Nummer in den Impfausweis der PatientInnen eingetragen bzw. eingeklebt wird. Diese durchaus zweckmäßige Dokumentation befreit aber den Arzt nicht von der Dokumentation der Chargen-Nummer auch in seiner Kartei bzw. Ordinationssoftware.
Für allfällige Rückfragen steht Ihnen unser Mitarbeiter KAD-Stv. Dr. Johannes Barth unter 0662/871327-0 bzw. barth@aeksbg.at gerne zur Verfügung.

Achtung: „Keilerei“ und Insertionen in Spartenmedien

Derzeit treten Akquisiteure dubioser Verlage und Agenturen an die Salzburger Ärzteschaft per Fax heran, sich finanziell an Einträgen in „Branchenverzeichnissen“ und „Ärztelisten“ zu beteiligen.
Die Ärztekammer für Salzburg warnt davor, formularähnliche „Aufträge“ oder „Stornierungen“ unterschrieben zurückzuschicken, ohne die – oft sehr klein gedruckten – Inhalte des Auftrages genau zu prüfen. Mit der Unterfertigung der Anhänge zu diesen Formularen kann es erst zu einem rechtsgültigen Vertragsabschluss kommen, wobei hier Auftragssummen von bis zu € 2.000,– per anno keine Seltenheit und nachträgliche Kündigungen der Verträge schwierig sind.
Es steht natürlich jedem Arzt frei, im Rahmen der Werberichtlinien für Ärzte im Bundesland Salzburg in diversen Medien Inserate und Einschaltungen zu platzieren. Allerdings empfiehlt die Ärztekammer, die Druckauflage, die Art der Verteilung und die Einschaltkosten genau mit dem Nutzen der Werbung abzuwägen.
Für nähere Informationen steht Ihnen unsere Pressestelle unter Telefonnummer: 0662/87 13 27-0 oder unter e-mail: presse@aeksbg.at zur Verfügung.

GKK

Der letzte Schrei – le dernier cri

Losartan (Cosaar) ist als

Losartan Hexal 50 mg FT
Losartan ratiopharm 50mg FT, 25mg FT und 100 mg FT

Losartan Sandoz 50mg FT

generisch in der grünen Box mit einem Preisvorteil von bis zu 59% pro Packung, wobei die Packungen 30 Tabletten enthalten.
Ratiopharm bietet Losartan in drei Dosierungen, wobei die 100mg FT eine Bruchrille hat und durch den „fast-flat Preis“ dadurch einen weiteren Vorteil enthält.
Abschließend möchte ich auch noch auf die generische Verfügbarkeit von Fosinopril hinweisen, welche leider nur sehr gering genützt wird bei einem 40%igen Preisvorteil.
Wir ersuchen dies bei Ihrer Verschreibungspraxis zu berücksichtigen

Mit kollegialen Grüssen
Dr. Renato Kasseroller

Kundmachung der Ärztekammer für Salzburg gemäß § 13 des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 - AVG

Zur Einbringung von Schreiben an die Ärztekammer für Salzburg stehen folgende Adressen zur Verfügung:

Postadresse:
Ärztekammer für Salzburg
Bergstraße 14 (oder Postfach 65)
5020 Salzburg

Telefax-Nummer:
+43 (0) 662/871327 - DW 10

E-Mail-Adresse:
aeksbg@aeksbg.at

Persönliche Abgabe:
Empfang der Ärztekammer für Salzburg
4. Stock

Amtsstunden und Parteienverkehr:
Montag bis Mittwoch: 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr und Donnerstag: 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr sowie Freitag: 8.00 Uhr bis 14.00 Uhr, ausgenommen gesetzliche Feiertage sowie 24. Dezember, 31. Dezember und Karfreitag.

Eine eigene Homepage für jeden Arzt?
Und kostenlos?
Das gibt's nicht?
Doch, am Site-Creator der Ärztekammer für Salzburg!

www.gesund-in-salzburg.at

Haben Sie schon Ihre E-mail-Adresse bei uns angegeben?
So erhalten Sie alle aktuellen Nachrichten schnell und unkompliziert.

Der Salzburger Arzt

Mitteilungen der Ärztekammer für Salzburg

Nr. 10 / Oktober 2008

Wahlärzte-Beratung

Sprechstunde:
jeden 1. Mittwoch im Monat
um 15.00 Uhr in der
Ärztekammer für Salzburg.

Anmeldung erbeten bei
Frau Alexandra Heindl
Tel. 0662/87 13 27-113
heindl@aeksbg.at

Dr. Susanne Katholnigg, Wahlarztreferentin

Impressum

Mitteilungen der Ärztekammer für Salzburg.
Erscheint monatlich.
Medieninhaber (Verleger), Herausgeber und Redaktion:
Ärztekammer für Salzburg, Körperschaft öffentlichen Rechts,
5020 Salzburg, Bergstraße 14.
Namentlich gezeichnete Beiträge sind als persönliche Meinung des Autors aufzufassen.

Produktion und Anzeigenverwaltung:
Pressestelle der Ärztekammer für Salzburg,
Bergstraße 14, 5020 Salzburg,
Tel. 0662/ 87 13 27-137, e-mail: presse@aeksbg.at
Herstellung:
Satz und Repro: MEDIA DESIGN: RIZNER.AT, Salzburg.
Druck: Druckerei Roser, Hallwang.
Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Umweltschutzpapier.
Verlags- und Herstellungsort: Salzburg

ÖFFENTLICHES MEDIUM
Dieses Medium liest der
»OBSERVER«
Österreichs größter Medienbeobachter
Tel. (01) 213 22 0

I N H A L T

Aus dem Präsidium

Jörg Hutter
Harte Fakten und halbe Wahrheiten 3

Thema Finanzmarktkrise

Helmut Wartner, Werner Zenz
Die Wirtschaft im Banne
der Finanzmarktkrise 6/7

niedergelassene Ärzte

Pflegecoaching vs. Pflegeberatung,
Meningokokken-C-Impfaktion 8

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen,
Rezeptgebührenbefreiung 10

Medizin in Salzburg

Bernhard Paulweber
Aktuelle Themen in der Lipidologie 13f.

Martin Emesz, Andreas Redlberger
Lid-, Orbita- und Tränenwegschirurgie 20f.

Matthias Heigert, Matthias Hammerer
Erste Katheterinterventionelle Implantationen
von Aortenklappenprothesen in Salzburg 24f.

Olaf Stanger
Bypass oder Stents? Das aktuelle Interview 30f.

Dietmar Payrhuber
Berichte aus der Homöopathie 32f.

Forum Medizin 21

Arztberuf – quo vadis? 36/37

Ärzteführer 2009,
Ehrungen 41

Serviceseiten

Bücher für Mediziner 44
Tagungen & Kongresse 50/51
Fortbildung 56

Auswirkungen auf die Veranlagung im Wohlfahrtsfonds

Die Wirtschaft im Banne der Finanzmarktkrise

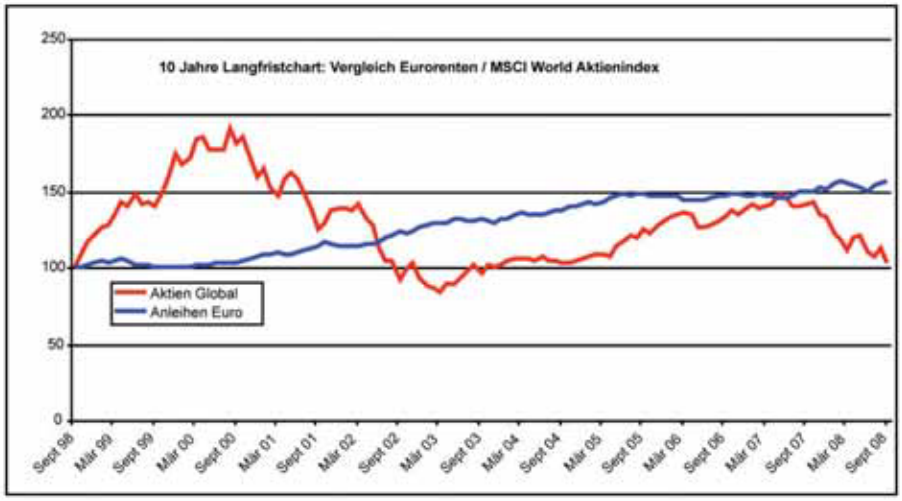
Eine Zusammenfassung der Ereignisse aus der Sicht der Salzburger Sparkasse und der Spängler Bank als die zentralen „Veranlager“ unseres Wohlfahrtsfonds

Helmut Wartner, Leiter Private Banking, Salzburger Sparkasse Bank AG

Dr. Werner Zenz, Mitglied des Vorstandes der Bankhaus Carl Spängler & Co. AG

Im ersten Halbjahr 2007 gab es erste warnende Stimmen, gehört wurden sie aber – wie wir heute wissen – nicht. Die durch die „Subprime-Krise“ ausgelöste Schwäche der Kapitalmärkte hat Fragen zu Stabilität des Finanzsystems aufgeworfen und das Vertrauen vieler Anleger tief erschüttert. Der Zusammenbruch der zweitgrößten US-Investmentbank Lehman Brothers ist der bisherige Tiefpunkt dieser Entwicklung.

Die wirklichen Verlierer dieser Finanzkrise sind zweifellos die international tätigen Investmentbanken. Neben dieser Finanzkrise sind Anleger im heurigen Jahr zusätzlich mit einer Phase rückläufiger Konjunkturdaten konfrontiert. Die Investitionsfreudigkeit lässt global nach und ist in einem deutlich gebremsten Wirtschaftswachstum spürbar. Die Unsicherheiten werden wohl noch weit ins Jahr 2009 spürbar sein.



In einem solchen Umfeld ist es wichtig, dass man als Anleger nicht den Kopf in den Sand steckt, sondern sich anhand der tatsächlichen Gegebenheiten ein realistisches Bild macht. Dazu gehört auch die Frage, welche Wertpapiere im Portfolio durch die Krise noch stärker betroffen sein können (und deshalb trotz Verlust verkauft werden sollen) und welche – trotz schwierigem Umfeld – attraktiv sind. Eines ist sicher: die Entwicklung in den einzelnen Branchen wird stark zu differenzieren sein. Mehr denn je wird es auch darauf ankommen, bei Anlageentscheidungen Sektoren und Unternehmen zu finden, die weitgehend unabhängig von der zu befürchtenden Konjunkturschwäche in den Industriestaaten sind und ihre Gewinne auch in solchen Phasen steigern können.

Den allzu großen Pessimisten freilich sei entgegengehalten, dass das Finanzsystem schon viele Krisen erlebt und überstanden hat. Einen Weltuntergang wird es auch dieses Mal nicht geben – wenngleich die Situation an den Kapitalmärkten derzeit mehr als angespannt ist. Der Rat an die Anlegerschaft lautet, sich bewusst zu sein, dass die Krise höchstwahrscheinlich länger dauern kann und unter Umständen auch noch einige negative Überraschungen zu Tage fördert. Gerade so schwierige Marktphasen eröffnen immer aber auch Chancen, die der Anleger nutzen kann. Selbst wenn die Krise einzigartig erscheint – letztendlich folgt die Konjunktur immer einem wiederkehrenden Muster von Auf und Ab. Das ist tröstlich. Denn nach dem Ab

wird wieder ein Auf kommen – für die Wirtschaft, für die Finanzindustrie und damit auch für die Anleger. Vorerst aber bleiben wir bei unseren Anlageempfehlungen vorsichtig und empfehlen nur Wertpapiere bester Bonität zu halten.
So dominieren auch in der Veranlagung des **Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Salzburg** Anleihen bester Bonität, die laufende Erträge erwirtschaften.
In der **Grundleistung** befinden sich keine Aktien und somit wird auch das Ergebnis 2008 positiv sein.
Die Aktienquote in der **Zusatzleistung** wurde deutlich reduziert und dadurch konnte der negative Aktienmarkt abgefedert werden. Jedoch kann man sich den Marktturbulenzen nicht ganz entziehen und es ist mit keinem Zuwachs in der Zusatzleistung 2008 zu rechnen. Im Fokus der nächsten Monate steht die Kapitalsicherung.

STATEMENT

Salzburger Wohlfahrtsfonds stabil

OMR Dr. Hans Richter, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses

Unser Salzburger Wohlfahrtsfonds ist konservativ veranlagt. Seit gut einem Jahr sogar sehr konservativ. Diese Vorsicht macht sich nun bezahlt!
Die uns selbst auferlegte vorgegebene Richtlinie des Pensionskassengesetzes würde uns einen Spielraum von bis zu 40% Aktienquote erlauben. Das haben wir in Salzburg nie ausgeschöpft. Unsere Aktienquote liegt im Schnitt bei maximal 20%, derzeit – bereits seit vor dem aktuellen Börsencrash – bei ca. 8%.
Unser Portfolio ist generell gesplittet in festverzinsliche Anleihen (Staatsanleihen, Pfandbriefe, Unternehmensanleihen), in Immobilien (Mietzinshäuser), Rentenfonds (gebündelte Einzelanleihen), Aktienfonds, Einzelaktien und Hedgefonds. Alle Veranlagungen und Veränderungen werden von unseren beauftragten Banken verwaltet und unserem Versicherungsmathematiker Prof. Chini laufend überwacht und kontrolliert.
Ziel des Wohlfahrtsfonds ist und bleibt es, sich stetig und risikoarm zu entwickeln. Im Schnitt liegt die „Performance“ langfristig bei 5% jährlichem Ertrag. Das bedeutet, dass wir in „guten“ Zeiten Reserven aufbauen, um in Zeiten wie diesen die schlechte Marktsituation ausgleichen zu können.

DER EXPERTEN-TIPP

Basler-Versicherung kündigt Ärzte

Von links nach rechts: Gerald Buchmayer MAS, Herbert Pichler, Manfred Buchmayer

Die Basler-Versicherung war jahrelang Partner der „Ärztekammer für Salzburg“ im Bereich der „Ärztehaftpflichtversicherung“. Im Februar 2006 wurde diese Kooperation beendet und eine neue Kooperation in Form einer Rahmenvereinbarung mit der GENERALI-Versicherung geschlossen. Die bis dahin bei der Basler-Versicherung abgeschlossenen Verträge sind Einzelverträge mit 10-jähriger Vertragslaufzeit und waren von dieser Änderung natürlich nicht betroffen. Die Basler-Versicherung teilt nun in einem Rundschreiben mit, dass sich die Anforderung an den Deckungsumfang der Ärztehaftpflichtversicherung gerade in den letzten Jahren stark verändert hat und sie bereit ist, die Verträge auch vor Ablauf der 10-jährigen Vertragslaufzeit freizugeben.

Zudem macht die Basler-Versicherung nun jedenfalls von ihrem Recht Gebrauch, die Ärztehaftpflichtverträge zum Vertragsablauf zu kündigen.

Die Kunden erhalten rechtzeitig ein Kündigungsschreiben. Dahinter steht die geschäftspolitische Entscheidung, sich vom Kundensegment der „Ärzteschaft“ – und insbesondere der Sparte „Ärztehaftpflichtversicherung“ – zu trennen.

Unser Tipp: Lassen Sie sich ein Angebot zur „Ärztehaftpflichtversicherung“ auf Basis der neuen Rahmenvereinbarung mit der GENERALI-Versicherung erstellen. Wenden Sie sich hierzu an die Ärztekammer für Salzburg oder an den Versicherungsmakler PBP Salzburg Financial Services, Tel. 0662/43 09 66, e-mail: office@pbp.at

PBP SALZBURG
Tel. 0662/43 09 66
www.pbp.at

Pflegecoaching vs. Pflegeberatung

Pflegecoaching durch das Rote Kreuz versus Pflegeberatung durch das Land Machen zwei das Gleiche oder gibt es Unterschiede?

Sowohl das Land (Soziales) als auch das Rote Kreuz bieten seit neuestem (wir haben an gleicher Stelle darauf hingewiesen) Pflegeberatungen an, wobei man auf den ersten Blick den Eindruck haben könnte, dass es sich hiebei um ein und dasselbe handelt. Es gibt aber folgende Unterschiede.

Das **Rote Kreuz** bietet den behandelnden Personen die Handhabe und den Umgang mit den zu pflegenden Personen, vor allem nach einer Krankenhausentlassung zu Hause und vor Ort an, wobei vor allen Dingen entsprechende Techniken im Umgang mit den Pflegehilfen- und mitteln direkt an der zu pflegenden Person vermittelt werden. Dafür gibt es einen so genannten Pflegescheck, welcher von der entlassenden Krankenhausabteilung oder auch von den dabei teilnehmenden Gemeinden ausgegeben wird und vom behandelnden Hausarzt unterschrieben werden muss.

Bei der **Pflegeberatung des Landes** werden vor allem allgemeine Themen zur Pflege zu Hause durch pflegende Angehörige wie z.B. Pflegegeld, Beihilfen, Hauskrankenpflege, Haushaltshilfen, Essensdienste, Seniorenpflegeheime, Tagesbetreuung und Kurzzeitpflege angeboten. Dies ist ebenso kostenlos und auf Wunsch können auch Hausbesuche mit den einzelnen Beratungsstellen sowie unter pflege-beratung@salzburg.gv.at angefordert werden.

Somit sind die Unterschiede eigentlich klar: Das Rote Kreuz bietet mehr eine Pflegeschulung im praktischen Umgang mit zu pflegenden Personen zu Hause an, dies nur in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, während das Land Salzburg eher eine Beratung und Unterstützung mit allen Fragen rund um das Thema Pflege anbietet.

IMPFAKTION

Verlängerung der österreichweiten Meningokokken C-Impfaktion mit NeisVac-C

vom 1. 10. bis 31. 10. 2008

Aufgrund der regen Nachfrage wird die Meningokokken C-Impfaktion mit **NeisVac-C** bis Ende des Jahres verlängert.

Im Aktionszeitraum ist **NeisVac-C** weiterhin zum **ermäßigten Publikumspreis von € 53,60 (inkl. MwSt.)** statt zum regulären Preis von € 60,30 (inkl. MwSt. erhältlich.

NeisVac-C ist der einzige absorbierte Meningokokken Serogruppe C-Konjugatimpfstoff auf dem österreichischen Markt, der **gebrauchsfertig als Fertigspritze (Injektionssuspension)** zur Verfügung steht.

Der Konjugatimpfstoff schützt Kinder (ab dem vollendeten 2. Lebensmonat), Jugendliche und Erwachsene zuverlässig und sehr lange vor MeningokokkenC.

Alle Informationen zu den Salzburger Impfwochen bis Jahresende finden Sie unter www.gesundinsalzburg.at.

Dr. Ernst Wenger, Impfreferent

Fachkurzinformation zu Seite 9

NeisVac-C 0,5 ml Injektionssuspension in einer Fertigspritze adsorbierter Meningokokken Serogruppe C - Polysaccharid-Konjugatimpfstoff
Pharmakotherapeutische Gruppe: Meningokokken-Impfstoff, ATC-Code: J07AH. **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** 1 Dosis (= 0,5 ml) enthält: *Neisseria meningitidis* Gruppe C (Stamm C11) Polysaccharid (de-O-acetyliert) 10 Mikrogramm; konjugiert an Tetanustoxoid 10–20 Mikrogramm; adsorbiert an hydratisiertes Aluminiumhydroxid 0,5 mg Al^{3+}. **LISTE DER SONSTIGEN BESTANDTEILE:** Natriumchlorid, Wasser für Injektionszwecke. **ANWENDUNGSGEBIETE:** Aktive Immunisierung von Kindern ab dem vollendeten 2. Lebensmonat, Jugendlichen und Erwachsenen zur Prävention einer invasiven, durch Neisseria meningitidis der Serogruppe C verursachten Erkrankung. Hinsichtlich der Anwendung von NeisVac-C wird auf die aktuelle österreichische Impfempfehlung (www.gesundheitsministerium.at) verwiesen. **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen Bestandteile des Impfstoffs, einschließlich Tetanustoxoid. Bei akuten schweren fieberhaften Erkrankungen soll, wie bei jeder anderen Impfung, die Gabe von NeisVac-C verschoben werden. **INHABER DER ZULASSUNG:** Baxter AG, Industriestraße 67, A-1221 Wien. **STAND DER INFORMATION:** November 2007. **VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** Rp-, apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen und zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Sie sind betroffen!

Meningokokken C Infektion – eine lebensbedrohende Erkrankung

Impfen schützt!

- Eine Meningokokken-Infektion kann innerhalb weniger Stunden zum Tod führen[2, 3]
- Kinder und Jugendliche sind besonders betroffen[2, 3]
- Impfen kann Leben retten
- Durch den modernen Konjugat-Impfstoff sind Kinder, Jugendliche und Erwachsene lange geschützt[1, 4]

Referenzen:
1 CliniCum Supplementum Vaccination Dez. 2007
2 CliniCum Supplementum Vaccination Nr. 7 - 8, 2006
3 Konsensus Statement Meningokokken und Meningokokken Impfung, medical-news, 1, 2003
4 AGES Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH, Meningokokken Folder 2007

WARNUNG!

Rückwirkende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen

Zur allgemeinen Erinnerung: Arbeitsunfähigkeitsbestätigungen **dürfen nur einen Werktag** rückwirkend ausgestellt werden, außer man kann nachweisen (!), dass der tatsächliche Behandlungstermin des betroffenen Patienten anlässlich der betreffenden Erkrankung bereits früher stattfand.
Dazu gab es in letzter Zeit immer mehr Rückfragen von Seiten der Dienstgeber – in anderen Bundesländern gehäuft, jetzt auch bei uns in vermehrtem Ausmaß. Ein Dienstgeber kann durchaus über die Wirtschaftskammer die Rechtmäßigkeit der Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeit über die SGKK/chefärztlicher Dienst überprüfen lassen – nicht erst seit der Einführung der E-Card! Natürlich werden dabei den Dienstgebern keine Diagnosen vom chefärztlichen Dienst mitgeteilt.
Der Nachweis eines früher als einen Werktag stattgefundenen Behandlungsbeginns ist nun sehr leicht über das Datum der ersten bzw. vorhergehenden E-Card-Anspruchsprüfung zu führen!
Es sind in manchen Bundesländern schon einige KollegInnen, welche es bei der Ausstellung von rückwirkenden AU-Bescheinigungen nicht so genau genommen haben, dadurch „zum Handkuss“ gekommen.
Unsere dringliche Empfehlung lautet daher: Halten Sie sich bei der Ausstellung des DOKUMENTES „Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung“, wofür Sie letztlich haften, unbedingt an die gesetzlichen Vorgaben, auch wenn dies manche ihrer PatientInnen nicht wissen (können) und nicht verstehen können (wollen)!

ACHTUNG!

Rezeptgebührenbefreiung – Obergrenze (REGO)

Wie allgemein bekannt – wir erinnern an das diesbezügliche Rundschreiben an alle ÄrztInnen vom November und Dezember 2007 – wurde seit Beginn dieses Jahres die Rezeptgebührenbefreiung novelliert: Bei Überschreitung von 2% des durchschnittlichen Monatseinkommens erfolgt die Rezeptgebührenbefreiung und können somit Patienten **auch während des Quartals bzw. Abrechnungszeitraums** in den Genuss der Rezeptgebührenbefreiung kommen.
Rezeptierende ÄrztInnen können dies nur an Hand der tagesaktuellen (!) E-Card- bzw. O-Card Anspruchsprüfung sehen. Andere Institutionen wie Apotheken, Krankenhäuser und vor allem Altersheime haben diesen Zugang zumindest derzeit noch nicht!
Damit Ihre PatientInnen eine Rezeptgebührenbefreiung auch tatsächlich genießen können, ist es unbedingt notwendig, dass Sie sich über den jeweiligen Status der Rezeptgebührenbefreiung jedes einzelnen Patienten, vor allem auch bei Altersheimpatienten, am laufenden halten!
Das heisst: Sie müssen bei jedem (!) zu visitierenden Patienten in Altersheimen – wenn möglich vor dem Krankenhausbesuch – eine O-Card Überprüfung bezüglich des Status der Rezeptgebührenbefreiung durchführen, damit Sie auch ein korrektes Rezept ausstellen können.
Auch PatientInnen, welche Ihre Ordination aufsuchen, müssen den Status ihrer Rezeptgebührenbefreiung durch Stekken und Abfragen der E-Card nachweisen.
Es ist damit de facto das Stecken der E-Card bzw. O-Card bei JEDEM Patientenkontakt schon vor dem 1.1.2009 realiter eingeführt.
Patienten und deren Angehörige haben selbstverständlich die Möglichkeit, über eine Hotline den aktuellen Stand der Rezeptgebührenbefreiung abzufragen und kommt es auch bereits zu Rückfragen – vor allem von Altersheimpatienten/Angehörigen – bei uns, warum behandelnde ÄrztInnen die Rezeptgebührenbefreiung noch immer nicht korrekt vermerkt haben!
Das alles entlässt jedoch die Kassen bzw. den Hauptverband nicht aus ihrer Verantwortung, dass die Rezeptgebührenbefreiung auch korrekt und rechtzeitig am E-Card Server eingetragen wird. In diesem Fall, wenn also Patienten nach korrekter tagesaktueller E-Card Überprüfung meinen, dass sie eigentlich schon befreit sein müssten, ist die jeweilige Sozialversicherung für Auskünfte zuständig und sind die Versicherten an diese zu verweisen!

MR Dr. Josef Lohninger
Referent Arzt für Allgemeinmedizin

Univ.-Doz. Dr. Bernhard Paulweber
Universitätsklinik für Innere Medizin I Sonderauftrag f. Stoffwechselerkrankungen und Medizinische Molekularbiologie (Vorstand: Prim. Prof. Dr. Frieder Berr)

Aktuelle Themen in der Lipidologie

Im folgenden Beitrag möchte ich folgende Themen diskutieren, die derzeit in der Lipidologie von hoher Aktualität sind: *(Die Punkte 1. bis 3. sind bereits im Teil A in der September-Ausgabe des Salzburger Arztes erschienen.)*

1. Übersicht über klinische Endpunktstudien in der Lipidtherapie, in denen eine LDL-C Senkung im Ausmaß zwischen 30 und 40% erzielt wurde
2. Übersicht über klinische Studien (mit Surrogat- oder klinischen Endpunkten), in denen eine stärkere LDL-C-Senkung mit Statinen erreicht wurde
3. Darstellung der bisher abgeschlossenen klinischen Studien, in denen Ezetimib oder Nikotinsäure in Kombination mit einem Statin eingesetzt wurde
4. Übersicht über verfügbare lipidmodifizierende Medikamente und aktuelle Therapiestandards für die Lipidtherapie in der Primär- und Sekundärprävention atherosklerotischer Gefäßkrankheiten

Teil B

Ein weiterer möglicher Kombinationspartner für Statine ist die Nikotinsäure. Wegen seines Nebenwirkungsprofil (besonders Flushing) hat sich diese Substanz aber bisher nicht durchsetzen können. Allerdings gibt es bereits einige Studien, die klar darauf hinweisen, dass sie günstige Effekte auf das kardiovaskuläre Risiko hat. Im Coronary Drug Project erhielt eine Therapiearm (n = 1119) durch 6 Jahre Nikotinsäure. Im Vergleich zum Placebo-Arm konnte dadurch die Inzidenz an nicht-tödlichen Myokardinfarkten signifikant (–27%) gesenkt werden. Neun Jahre nach Beendigung der Studie war die Gesamtmortalität in der Niacingruppe signifant niedriger als in der Placebogruppe (–11%).

In der FATS-Studie (Familial Atherosclerosis Treatment Study, n = 146), in der Patienten mit KHK, erhöhtem Apo-B Spiegel und positiver Familienanamnese durch 2 Jahre mit Niacin + Colestipol, Niacin + Lovastatin oder Placebo behandelt wurden, konnte durch die Gabe von Niacin eine signifikante Senkung der Progression der Koronarsklerose und auch der klinischen Endpunkte erreicht werden. Ein Teil der Studienteilnehmer (n = 75) wurde in einer 8-jährigen „open-label“ Phase mit einer 3-fach Kombination (Lovastatin + Niacin + Coestipol) weiterbehandelt. Gegenüber der Kontrollgruppe zeigte sich in diesem Studienarm eine signifikante Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse um 68% (p = 0,03) und eine Senkung der Gesamtmortalität um 93% (p = 0,001).

In der HATS Studie (n = 146) wurde durch die kombinierte Gabe von Niacin (2-4g) und Simvastatin (10-20mg) bei Patienten mit KHK und niedrigem HDL-C Spiegel die Progression der Koronarsklerose über 3 Jahre gestoppt und die Inzidenz klinischer Ereignisse um 70% gesenkt (28,8% vs 8,8%). Das Ausmaß der Risikoreduktion korrelierte gut mit der Summe aus der prozentuellen LDL-C Senkung (- 42%) und der prozentuellen HDL-C Steigerung (+ 26%).

In der ARBITER 2 Studie, in der die Progression der Carotis-IMT bei 167 Patienten mit bekannter KHK und niedrigem HDL-C über 2 Jahre untersucht wurde, konnte durch die zusätzlich Gabe von 1000mg Niaspan zu einer laufenden Statintherapie die IMT-Progression gestoppt werden, während sie bei Kontrollpatienten, die zusätzlich zur Statintherapie ein Placebo erhielten, signifikant zunahm. In einer einjährigen Verlängerungsphase (ARBITER 3) dieser Studie kam es in der Niaspangruppe sogar zu einer Regression der Carotis-IMT. Ob die zusätzliche Gabe von Niaspan auch klinische Endpunkte günstig zu beeinflussen vermag, soll in einer großen klinischen Endpunktstudie (AIM-HIGH) geprüft werden. In diese Studie sollen etwa 3300 Patienten mit manifester atherosklerotischer Gefäßerkrankung eingeschlossen werden, die alle Simvastatin erhalten sollen mit dem Ziel das LDL-C unter 80mg/dl zu senken. Die Hälfte der Studienteilnehmer soll zusätzlich Niacin erhalten, das nach Möglichkeit bis 2000mg hochdosiert werden soll. Die andere Hälfte wird zusätzlich zur LDL-C senkenden Therapie ein Placebo erhalten.

Auf der Suche nach wirksameren Medikamenten zur HDL-C Steigerung wurden Inhibitoren des sog. Cholesterolester Transferproteins (CETP) entwickelt. CETP katalysiert den Austausch von Cholesterinestern gegen Triglyceride zwischen triglyceridreichen Lipoproteinen (VLDL-Remnants und IDL) und

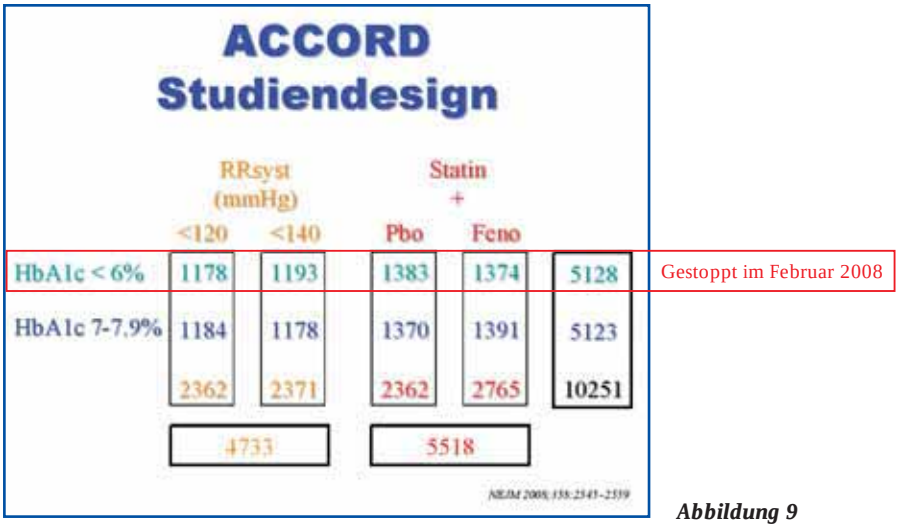


Abbildung 9

cholesterinreichen Lipoproteinen (HDL und LDL). Durch Hemmung der Aktivität dieses Proteins kommt es zu massiven Steigerung des HDL-C Spiegels, da dadurch die Abgabe von Cholesterinestern von HDL an triglyceridreiche Lipoproteine unterbunden wird. Torcetrapib ist der erste Vertreter dieser Medikamentengruppe. Die Gabe von Torcetrapib zusätzlich zu einer Statintherapie führt zu einer eindrucksvollen Steigerung des HDL-C Spiegels um 70–100% und zu einer ausgeprägten LDL-C Senkung um etwa 25%. Leider erfüllte die Substanz in einer klinischen Endpunktstudie (Investigation of Lipid Level Management to Understand its Impact on Atherosclerotic Events, ILLUMINATE), in der 15,067 Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risiko entweder mit Atorvastatin-Monotherapie oder mit einer Kombinationstherapie aus Atorvastatin und Torcetrapib behandelt wurden, nicht die in sie gesetzten Erwartungen. Die Studie mußte vorzeitig abgebrochen werden, da im Torcetrapib-Arm signifikant mehr kardiovaskuläre Eeignisse aufgetreten waren (+25% $p<0{,}001$) und auch die Gesamtmortalität um 58% ($p=0{,}006$) höher lag als im Placebo-Arm. Im Torcetrapib-Arm war es auch zu einer signifikanten Steigerung des systolischen Blutdrucks (+5,4mmHg) und des Serumaldosteronspiegels gekommen ($p<0{,}001$). Die genauen Ursachen für die Übersterblichkeit in der Verum-Gruppe sind noch unklar und Gegenstand heftiger Spekulationen. Das gesamte Torcetrapib-Entwicklungsprogramm wurde jedenfalls sofort gestoppt. Andere CETP-Inhibitoren, die keinen Einfluß auf Blutdruck und Aldosteron-Spiegel haben, sind weiter in Entwicklung (Anacetrapib, JTT-705).

Leider gibt es noch keine Studien über den Effekt einer Statin-Fibrat Kombinationstherapie auf das kardiovaskuläre Risiko. Eine große Endpunktstudie ist derzeit noch im Laufen. Es handelt sich um die ACCORD Studie (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes), die zu Beginn dieses Jahres bereits großes Aufsehen erregt hat, weil der intensive Blutzucker-Kontrollarm wegen einer erhöhten Gesamtmortalität gestoppt werden musste. Das Design der Studie ist in Abbildung 9 schematisch dargestellt. In dieser Studie wurden 10,251 Patienten mit Typ 2 Diabetes (mittleres Alter 62,2 Jahre, mittleres HbA1c 8,1%, mittlere Diabetesdauer 10 Jahre) nach einem faktoriellen Design in mehrere Studienarme randomisiert.

Der intensive Blutzucker-Therapiearm (HbA1c Ziel < 6%) musste um 17 Monate vor dem geplanten Studienende gestoppt werden, da in diesem Arm mehr Todesfälle aufgetreten waren als im konventionellen Blutzucker-Therapiearm (HbA1c Ziel 7-7,9%) (257 vs 203, + 22%, $p=0{,}04$). Im intensivierten Therapie-Arm wurde ein mittleres HbA1c von 6,4% erreicht, im konventionellen Arm lag das mittlere HbA1c bei 7,5%. Es ist noch völlig unklar, wodurch diese Übersterblichkeit verursacht wurde. Ein Zusammenhang mit einem bestimmten Medikament oder einer bestimmten Medikamenten-Kombination scheint aber nicht zu bestehen. Auch durch die höhere Rate an Hypoglykämien im intensivierten Arm scheint diese völlig überraschende Beobachtung nicht erklärbar zu sein. Die höhere Mortalität wurde besonders bei Patienten mit HbA1c Ausgangswerten über 8% und mit einer Vorgeschichte an kardiovaskulären Ereignissen gefunden.

In der ADVANCE-Studie (Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicron Modified Release Controlled Evaluation), die eine ähnliche Fragestellung untersuchte und deren Ergebnisse wie die Daten der ACCORD Studie am diesjährigen Kongress der American Diabetes Society in San Francisco Anfang Juni vorgestellt wurden, konnte keine erhöhte Mortalität im intensivierten Therapiearm gefunden werden. Allerdings wurde in der ADVANCE Studie keine so aggressive und rasche Blutzuckersenkung (HbA1c Ausgangswert war 7,2%; in intensivierter Gruppe wurde es gesenkt auf 6,4%, in der konventionellen Gruppe auf 7,0%) angestrebt wie in der ACCORD Studie, in der man eine normoglykämische Blutzuckkerkontrolle erreichen wollte. In der ADVANCE Studie konnte allerdings auch keine Senkung des makrovaskulären Risikos durch die bessere Blutzuckerkontrolle erreicht werden. Die Rate des Neuauftretens einer Mikroalbuminurie konnte durch die bessere Bltzuckerkontrolle in dieser Studie aber signifikant reduziert werden. Dies bestätigt die bereits etablierte Tatsache, dass eine gute glykämische Kontrolle besonders für die Verhinderung des Auftretens mikrovaskulärer Komplikationen wichtig ist. Um eine Senkung des makrovaskulären Risikos von Patienten mit Typ 2 Diabetes zu erreichen ist es aber nötig die anderen Risikofaktoren (besonders Dyslipidämie und Hypertonie) optimal unter Kontrolle zu bringen. Die Blutdruck- und die Lipidstudie von ACCORD wurden nicht gestoppt und man kann gespannt auf die Ergebnisse dieser Studien warten, die Anfang 2010 vorliegen sollen. Eine Gegenüberstellung wichtiger Eckdaten der ACCORD und ADVANCE-Studie ist in Tabelle 1 zu sehen.

Unterschiede zwischen ACCORD und ADVANCE Studie

Merkmal	ACCORD	ADVANCE
Studienteilnehmer, n	10,251	11,140
Mittl. Alter, J	62	66
Diabetesdauer, J	10	8
Mittleres HbA1c, %	8.1	7.2
Makrovask. Erkr. in Anamnese	35	32
Ziel HbA1c, %	< 6.0	< 6.5
Mittl. Studiendauer, J	3.4	5.0
Ergebnis (Intensiv vs. Standard)		
Mittl. HbA1c zu Studienende, %	6.4 vs. 7.5*	6.4 vs. 7.0*
Gesamtmortalität, %	5.0 vs. 4.0*	8.9 vs. 9.6
Kardiovask. Mortalität, %	2.6 vs. 1.8*	4.5 vs. 5.2
Nicht-tödl. Myokardinfarkt, %	3.6 vs. 4.6*	2.7 vs. 2.8
Nicht-tödl. Schlaganfall, %	1.3 vs. 1.2	3.8 vs. 3.8
Schwere Hypoglykämie,%	3.1 vs. 1.0*	0.7 vs. 0.4
Gewichtszunahme, kg	3.5 vs. 0.4	0.0 vs. -1.0*
Rauchen, %	10 vs. 10	8 vs. 8

* Unterschied zwischen Intensiver und Standard-Gruppe signifikant

NEJM 2008; 358:2630-2633

Tabelle 1

Wirkmechanismen lipidsenkender Medikamente

vorw. Cholesterin ⇓

1.) Statine:
Hemmung der Cholesterin-Synthese
⇓ zelluläres Cholesterin
⇑ LDL-Rezeptoren

2.) Gallensäurebinder:
Hemmung der intestin. Gallensäure-Rex.
⇓ Gallensäure-Pool
⇑ Hepatische Gallensäure Synth.
⇑ Hepatische Cholesterin Synth.
⇑ LDL-Rezeptoren

3.) Sel. Chol. Resorp. Hemmer/Sitostanol:
Hemmung der intestinalen Cholesterin-Rex.
Verdr. von Chol. durch Sitost. in Micellen
⇓ Cholesterin-Pool
⇑ Hepatische Cholesterin Synth.
⇑ LDL-Rezeptoren

vorw. Triglycerid / HDL-C ⇑

4.) Fibrate/teilw. Omega-3-FS:
Aktivierung von PPARα
⇑ Apo-AI/II
⇓ Apo-CIII
⇑ LPL
⇑ ABCA1, SRB1

5.) Niacin (ext. release Form):
Hemmung der hepatischen VLDL-Prod.
⇓ Freisetz. von FFS aus Adipocyten
⇓ VLDL-Synthese in der Leber
⇑ VLDL Clearance
⇓ HDL-Clearance, ABCA1 ⇑

6.) PPARγ Agonisten:
Aktivierung von PPARγ
⇓ Freisetz. von FFS aus Adipozyten
⇑ Insulin Sensitiviät (Adiponectin ⇑)

Tabelle 2

Lipideffekte der wichtigsten Lipidsenker

Med. - Klasse	LDL-C	TG	HDL-C
GS-Binder /Chol. Res. H	⇓ 15-20%	⇔	⇑ 5%
Statine	⇓ 20-60%	⇓ 10-30%	⇑ 5-14%
Fibrate	⇔ , (⇑) , ⇓ 0-5%*	⇓ 20-50%	⇑ 5-10%
Niacin	⇓ 10-15%*	⇓ 20-40%	⇑ 15-30%
O-3-FA	⇔ , (⇑)	⇓ 10-30%	⇔ , ⇑ 5%

⇔ variabler Effekt, * Zunahme der LDL-Größe

Tabelle 3

4. Übersicht über verfügbare lipidmodifizierende Medikamente und aktuelle Therapiestandards für die Lipidtherapie in der Primär- und Sekundärprävention atherosklerotischer Gefäßkrankheiten

In Tabelle 2 sind die Wirkmechanismen der verschiedenen verfügbaren lipidmodifizierenden Medikamente zusammengefasst.
Nicht in der Tabelle aufgeführt ist der Cannabinoid-Rezeptor-Antagonist Rimonabant (Acamplia®), der neben einer Gewichtsreduktion auch eine signifikante HDL-C Steigerung (10–15%) bewirkt. Dieser Lipideffekt ist nur zum Teil durch die Gewichtsreduktion erklärbar. Eine mögliche Erklärung für den HDL-C steigernden Effekt ist die stimulierende Wirkung von Rimonabant auf die Adiponectin Synthese und Sekretion im Fettgewebe.

Tabelle 3 zeigt die durchschnittlich zu erwartenden Effekte der verschiedenen Medikamentenklassen auf das Lipidprofil.
Die verschiedenen Statine unterscheiden sich im wesentlichen nur in ihrer Pharmakinetik. Je länger die Halbwertszeit der Substanz, desto stärker ist der lipidsenkende Effekt. Deshalb sind Atorvastatin (HWZ 14h) und Rosuvastatin (HWZ 20h) die am stärksten wirksamen Statine. Außerdem unterscheiden sich die Statine in ihrem Metabolismus. Simvastatin, Lovastatin und Atorvastatin werden hauptsächlich über das Cytochrom P450 Isoenzym 3A4 abgebaut, Fluvastatin über 2C19 und Rosuvastatin über 2C19 und 2C9. Pravastatin trägt bereits eine Hydroxylgruppe und braucht daher nicht über eines dieser Enzyme hydroxyliert werden. Pravastatin und Rosuvastatin sind hydrophile Moleküle, alle übrigen Statine sind lipophil. In Tabelle 4 sind die wichtigsten pharmakokinetischen Eigenschaften der verschiedenen Statine zusammengefasst.
Die Äquivalendosen der verschiedenen Statine sind in Tabelle 5 aufgelistet. Bei Hochrisikopatienten sollte mit einer Statindosis begonnen werden, mit der man zumindest eine LDL-C Senkung von 35% erwarten kann. Das Ausmaß der Triglyceridsenkung durch Statine korreliert sehr gut mit ihrer LDL-senkenden Wirkung. Dies trifft nicht für den HDL-C steigernden Effekt der Statine zu. Da in dieser Hinsicht keine Beziehung zur LDL-Senkung besteht und die HDL-C Steigerung auch mechanistisch wahrscheinlich nichts mit der LDL-C Senkung gemeinsam hat, kann die HDL-C Steigerung als pleiotroper Effekt der Statine betrachtet werden. Rosuvastatin hat unter allen verfügbaren Statinen die am stärksten ausgeprägten HDL-C steigernde Wirkung, Atorvastatin hat in den hohen Dosierungen keinen wesentlichen Effekt auf das HDL-C.

Eigenschaften von Statinen

	Ferment.	Ferment. modif.		Synthetisch		
	Lov	Pra	Sim	Flu	Ato	Ros
Halbwertszeit, h	2	2	3	1-2*	14	20
Metabolismus	3A4	Sulfat.	3A4	2C9	3A4	2C9 2C19
P-Glycoprot. Transport	+++	+	+++	-	+++	+
biliäre Exkr. via OATP	+	+	+	+	+	+
% Bioverfügbarkeit	< 5	17	< 5	24	12	20
Lipophilie	1.3	-0.8	1.6	1.2	1.1	-0.3
Proteinbindung, %	> 95	~ 50	> 95	> 99	> 98	88
% Renale Elimination	10	20	13	5	< 2	10
Aktive Metaboliten	+	-	+	-	+	-
Penetration in ZNS	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
Akt. Form/Prodrug	PD	Akt.	PD	Akt.	Akt.	Akt.

Tabelle 4

Äquivalenzdosen der verfügbaren Statin

Dosis (mg) der Substanz						% Reduktion
Atorva	Simva	Lova	Prava	Fluva	Rosuva	LDL-C
-	10	20	20	40		27
10	20	40	40	80*	5	36
20	40	80			10	42
40	80				20	48
80					40	54
						60

Tabelle 5

Zwei neue Entwicklungen auf dem Gebiet der lipidmodifizierenden Medikamente sind erwähnenswert. Seit Frühjahr dieses Jahres ist in Österreich eine neuer Gallensäurebinder verfügbar, der besser verträglich und wirksamer ist als bisher am Markt befindliche Substanzen (wie Cholestyramin = Quantalan®) Es handelt sich um die Substanz Colesevelam, die unter der Handelsnamen Cholestagel® erhältlich ist. Das Medikament steht in Tabletten zu 625 mg zu Verfügung. Die empfohlene Tagesdosis liegt bei 4-6 Tabletten. Beginnen sollte man mit 6 Tabletten, die man auf einmal oder aufgeteilt auf 2 Portionen verabreichen kann. Bei ausreichender Wirksamkeit kann die Dosis dann auf 4 Tabletten reduziert werden. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass Cholestagel die Resorption anderer Medikament beeiflussen könnte, sollten andere Medikamente nicht weniger als 1h vor oder mindestens 4h nach Einnahme von Cholestagel genommen werden. Cholestagel kann dann verordnet werden, wenn bei Patienten mit primärer Hypercholesterinämie herkömmliche Medikamente nicht vertragen werden oder wenn damit das LDL-C oder Nicht-HDL-C Therapieziel nicht erreicht werden kann. Es kann mit einer zusätzlichen LDL-C Senkung im Ausmaß von etwa 15 bis 18% gerechnet werden. Cholestagel hat auch eine leichten HDL-C steigernden Effekt und scheint sich auch auf die glykämische Kontrolle günstig auszuwirken.

Die zweite neue Entwicklung bei den lipidwirksamen Medikamenten ist Tredaptive®, das kurz vor der Markteinführung steht. Wie bereits erwähnt, verhindert das häufige Auftreten eines Flushings den breiteren Einsatz von Nikotinsäure-Präparaten. Besonders stark war die Flush-Neigung bei den ursprünglichen, rasch anflutenden Präparaten. Bei den sogenannten sustained-release Präparaten war zwar das Flushing deutlich geringer ausgeprägt, aber diese Substanzen wiesen eine erhöhte Lebertoxizität auf. Niaspan stellt einen Mittelweg dar (sogenanntes extended release Präparat), das praktisch keine Lebertoxizität aufweist und bei dem auch die Flushingneigung deutlich reduziert ist. Diese ist leider immer noch

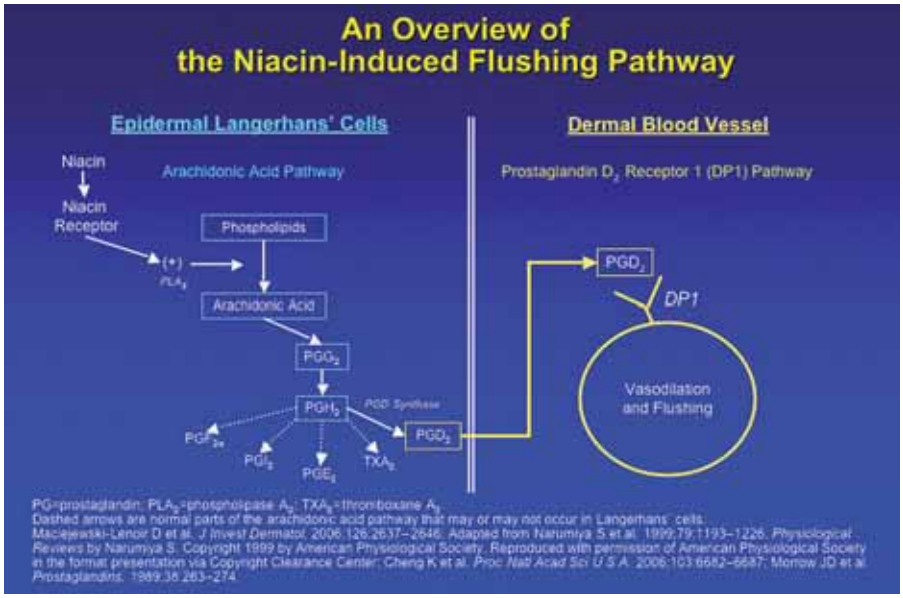


Abbildung 10

in einem relevaten Ausmaß vorhanden. Deshalb wurden intensive Bemühungen unternommen um erstens den dem Flushing zugrunde liegenden Mechanismus besser zu verstehen und zweitens auf Basis dieses Wissens eine Substanz zu entwickeln, die diesen Mechanismus unterdrücken kann. Der Mechanismus konnte weitgehend aufgeklärt werden (Abbildung 10).

Niacin bindet an einen spezifischen Rezeptor an Langerhans'schen Zellen der Epidermis. Dies führt in diesen Zellen zur Bildung und Freisetzung von Prostaglandin D2 (PGD2) und in geringerem Maß wahrscheinlich auch PGE2 aus Arachidonsäure. Die Substanz PGD2 bindet ihrerseits an spezifische Rezeptoren an Gefäßen der Haut (PD2 Rezeptor 1 = DP1). Dies führt zur massiven Gefäßerweiterung und damit zum Flushing.

Laropiprant ist ein selektiver Inhibitor des DP1 Rezeptors. Durch die gemeinsame Gabe mit Niacin kann die Rate des Flushings um 50–70% reduziert werden. In den bisher durchgeführten Studien lag die Flushing-Rate nach etwa einem halben Jahr unter der Kombinationstherapie aus Niacin und Laropiprant praktisch auf Placebo-Niveau. Ein Kombinationspräparat aus einem Extended Release Niacin und Laropiprant (Tredaptive®) wurde in Europa bereits zugelassen und steht in Österreich kurz vor der Markteinführung. Es ist zu erwarten, dass dies bei Hochrisiko-Patienten ein idealer Kombinationspartner für Statine sein wird, wenn ein niedriges HDL-C vorliegt oder wenn unter einer Statintherapie der LDL-C oder Nicht-HDL-C Zielwert nicht erreicht wurde. Eine Endpunktstudie, in der dieses Kombinationspräparat gegen Placebo getestet wird, ist bereits im Laufen (HPS2-THRIVE). In diese Studie, die 4 Jahre dauern soll, sollen etwa 20,000 Patienten mit einer Anamnese von Herzinfarkt, Schlaganfal, PAVK oder Typ 2 Diabetes eingeschlossen werden, deren LDL-C mittels einer Statintherapie bereits optimiert ist.

Die aktuellen Lipidziele für die Primär- und Sekundärprävention sind in Tabelle 6 dargestellt.

Es werden 4 Risikokategorien unterschieden. Wenn die Serum-Triglyceride unter 200mg/dl liegen, gilt das LDL-C als Zielparameter. Wenn die Triglyceride aber über 200mg/dl liegen, sollte das sogenannte Nicht-HDL-C (Gesamt-Cholesterin-HDL-Cholesterin) als Zielparameter betrachtet werden. Der Nicht-HDL-C Zielwert liegt immer um 30mg/dl höher als der LDL-C Zielwert. Der theoretische Hintergrund für dieses Vorgehen ist in Abbildung 11 erläutert. Liegen die Triglyceride unter 200mg/dl, so befindet sich der überwiegende Teil des „atherogenen", mit ApoB assoziierten Cholesterins in der LDL-Fraktion. Das LDL-C ist deshalb in dieser Situa-

weiter auf Seite 18

Lassen Sie doch einfach Ihr Geld arbeiten!

direktanlage.at – Vermögensverwaltung
in einer exklusiven Zusammenarbeit mit der Dr. Jens Ehrhardt Kapital AG und den Fonds ihrer Tochtergesellschaft DJE Investment S.A., wie etwa dem DJE – Dividende & Substanz.

Mehr Infos unter 0810 201221 und unter www.direktanlage.at oder in den Filialen

Bregenz	Graz	Innsbruck	Klagenfurt	Linz	Salzburg	Wien
Rathausstr. 11	Burgg. 8	Salurnerstr. 8	St. Veiter Str. 85	Gärtnerstr. 3	Gabelsbergerstr. 29	Spiegelg. 3

DJE Investment S.A.

direktanlage.at
Die Bank für Wertpapieranleger.

Marketingmitteilung

Lipidziele abhängig vom abs. Risiko

Risikokategorie	LDL-C Ziel	Nicht-HDL-C Ziel	Therapie-Beginn bei LDL-C
sehr hohes Risiko # • ACS • stabile KHK + DM/MS • ASKL-Progredienz	< 70mg/dl	< 100mg/dl	> 70mg/dl
hohes Risiko # • stabile KHK – DM/MS • manif. extrakoronare ASKL • Typ 2 Diabetes • 10-Jahresrisiko > 20%	< 100mg/dl	< 130mg/dl	> 100mg/dl *
mäßig erhöhtes Risiko ≥ 2 Risikofaktoren (10-Jahresrisiko 10-20%)	< 130mg/dl (< 100**)	< 160mg/dl	> 130mg/dl
niedriges Risiko 0-1 Risikofaktor 10-Jahresrisiko < 10%	< 160mg/dl	< 190mg/dl	> 190mg/dl

unabhängig vom Ausgangswert LDL-C Senkung um mindestens 35% anstreben
* bei Ausgangs LDL-C zwischen 70 und 100mg/dl → LDL-C Senkung unter 70mg/dl
** bei Vorliegen eines ausgeprägten met. Syndroms oder von „emerging risk factors"

Tabelle 6

tion das wesentliche atherogene Lipoprotein. Erhöhte Triglyceride sind ein Indiz dafür, dass im Blut auch andere atherogene Lipoproteine vorhanden sind (VLDL-Remnants, Chylomikronen-Remnants, IDL). Diese Lipoproteine werden alle mit dem Nicht-HDL-C erfasst, das deshalb in dieser Situation der bessere Zielparameter für die Therapie ist. Anti-atherogen sind nur die Lipoproteine, die ApoAI oder ApoAII enthalten, also die HDL-Partikel. Bei Serum-Triglyceriden unter 200mg/dl stimmt das mit der Friedewald-Formel (LDL-Cholesterin = Gesamtcholesterin – (HDL-Cholesterin + Triglyceride/5) berechnete LDL-C sehr gut mit dem direkt bestimmten LDL-C überein. Das mit dieser Formel errechnete LDL-C enthält auch jenes Cholesterin, das in Lipoprotein(a) Partikeln vorliegt (sofern in relevanter Menge vorhanden). Ein Lipoprotein(a) Partikel besteht zu etwa einem Drittel aus Cholesterin. Bei einem Lipoprotein(a) Spiegel von 120mg/dl und einem nach der Friedewald-Formel errechneten LDL-C von 150mg/dl, beträgt das LDL-C somit eigentlich nur 110mg/dl, der Rest, also 40mg/dl ist Lipoprotein(a) Cholesterin.

Bei Personen mit niedrigem Risiko (10-Jahres-Risiko für harte klinische Endpunkte (nicht-tödlicher Herzinfarkt, Koronartod und Sekundenherztod) sollte das LDL-C unter 160mg/dl gesenkt werden. Eine medikamentöse Therapie sollte dann eingeleitet werden, wenn das LDL-C über 190mg/dl liegt. Bei Personen im mittleren Risikobereich (2 oder mehr der folgenden Risikofaktoren: (1) Alter bei Männern > 45 Jahre, bei Frauen über 55 Jahre oder prämature Menopause, (2) positive Familienanamnese für prämature KHK (erstgradiger männlicher Verwandter unter 60 Jahren, erstgradige weibliche Verwandte unter 65 Jahren), (3) arterielle Hypertonie (> 140 +/oder > 90mmHg oder laufende antihypertensive Therapie), (4) niedriges HDL-C (< 40mg/dl), (5) Zigarettenrauchen. Bei Vorliegen eines hohen HDL-C Spiegels (> 60mg/dl) kann bei der Risikoabschätzung ein vorliegender Risikofaktor abgezogen werden. Bei Vorliegen von zwei oder mehr dieser Risikofaktoren sollte eine genauere Risikoabschätzung mittels Risikotabellen oder eines Risikokalkulationsprogramms erfolgen (www.AAS.at oder www.chd-taskforce.com). Bei Personen mit mittlerem Risko sollte das LDL-C unter 130mg/dl gesenkt werden. Personen mit metabolischem Syndrom sollten zumindest der mittleren Risikokategorie zugerechnet werden. Der Hochrisiko-Kategorie werden folgende Patienten zugeordnet: Personen mit manifester KHK oder einem KHK-Äquivalent (1. St. p. ischämischem Insult, 2, relevante Atherosklerose an den Carotiden, 3. abdominelles Aortenanurysma, 4. symptomatische PAVK, 5. Typ 2 Diabetes, (6) Typ 1 Diabetes mit Nephropathie). Auch Personen mit augeprägtem metabolischem Syndrom können als Hochrisiko-Patienten betrachtet werden. Das LDL-C sollte bei Hochrisiko-Patienten zumindest um 35% gesenkt werden und es sollte zumindest unter 100mg/dl liegen. Bei Hoch-Risiko Patienten, deren Ausgangs-LDL-C zwischen 70 und 100mg/dl liegt, sollte ebenfalls eine Statin-Therapie begonnen werden (siehe Abbildung 2). Meist handelt es sich dabei um Patienten, mit sehr niedrigem HDL-C, erhöhten Triglyceriden und einer Prädominanz von small-dense LDL-Partikeln, einer sehr atherogenen Form der Dyslipidämie („Atherogene Dyslipidämie"). Als Patienten mit sehr hohem Risiko werden folgende Gruppen angesehen: (1) KHK-Patienten mit Diabetes und/oder metabolischem Syndrom, (2) Patienten nach akutem Koronarsyndrom, (3) Patienten mit progredienter atherosklerotischer Gefäßerkrankung (trotz eines LDL-C unter 100mg/dl). Bei diesen Patienten sollte das LDL-C unter 70mg/dl abgesenkt werden.

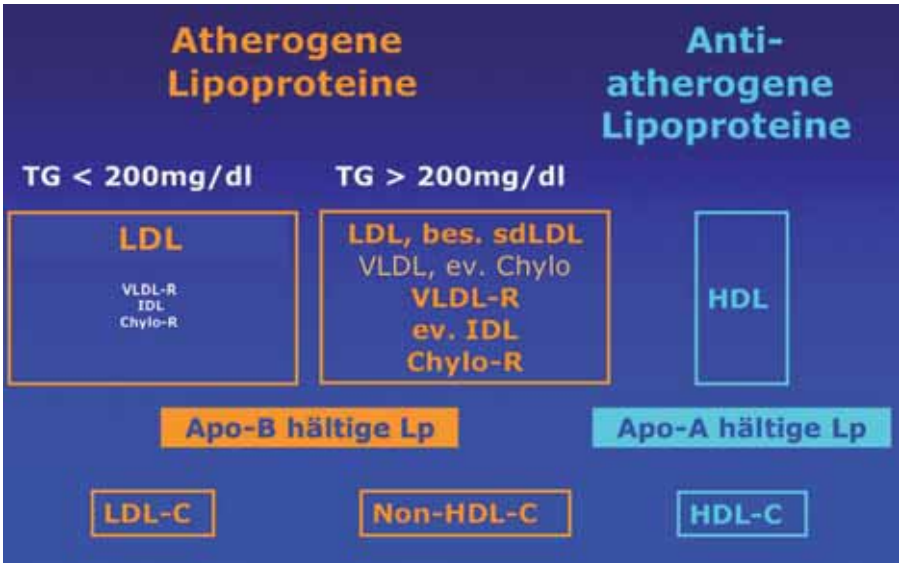


Abbildung 11

Bei allen Patienten, deren Ausgangs-Triglyceridewerte unter 500mg/dl liegen, sollte initial mit einer Statin-Monotherapie (Statin aus der grünen Box) begonnen werden. Bei Triglyceriden, die deutlich über 500mg/dl liegen, sollte zunächst ein Medikament mit einem stärker triglyceridsenken Effekt (vorzugsweise Fenofibrat) eingesetzt werden. Wenn die Triglyceride damit unter 500mg/dl gesenkt worden sind, soll entschieden werden, ob zusätzlich ein Statin gegeben werden soll. Bei einem Triglycerid-Wert zwischen 200 und 500mg/dl solte sich dies am gemessenen Nicht-HDL-C Wert orientieren, bei einem Triglycerid-Wert unter 200mg/dl hingegen am LDL-C Wert. Wenn eine Fibrat nicht ausreicht, um die Triglyceride unter 500mg/dl zu senken, können weitere triglyceridsenkende Medikamente dazugefügt werden (3-4g Omega-3-Fettsäuren, 1-2g Niacin, bei Typ 2 Diabetes ev. Pioglitazon).

In Tabelle 7 ist das Vorgehen bei der Lipidtherapie von Patientem mit hohem oder sehr hohem Risiko zusammengefasst.

Erstes Therapieziel ist es, das LDL-C bzw. das Nicht-HDL-C in den Zielbereich zu bringen. Wie bereits erwähnt, sollte die Initialdosis eines Statins so gewählt werden, dass ein LDL-C Senkung mindestens 35% erwartet werden kann. Sollte dies nicht ausreichen, kann man die Statindosis erhöhen. Dies ist dann sinnvoll, wenn der LDL-C Spiegel weniger als 10% über dem Zielwert liegt. Sollte der LDL-C Spiegel um mehr als 10% über dem Zielwert liegt, sollte man auf ein potenteres Statin umsteigen, sofern dies toleriert wird. Bei Unverträglichkeit dieser Therapie sollte eine Kombinationstherapie mit Ezetimib begonnen werden. Wenn trotz maximal verträglicher Dosis eines potenteren Statins der Zielwert für das LDL-C oder Nicht-HDL-C (bei TG > 200mg/dl) nicht erreicht werden kann, sollte eine Kombinationstherapie begonnen werden. Bei normalem HDL-C sollte man sich eher für Ezetimib entscheiden, bei niedrigem HDL-C eher für Niacin. Sollte man auch mit dieser Therapie nicht ans Ziel kommen, ist die zusätzliche Gabe von Cholestagel zu erwägen. Wenn LDL-C bzw. Nicht-HDL-C im Zielbereich liegen, aber dennoch ein sehr niedriges HDL-C vorliegt, sollte man versuchen dieses anzuheben. Am besten gelingt dies mit Niacin. Bei Unverträglichkeit von Niacin kann man auch Fenofibrat versuchen. Auf das erhöhte Myopathie-Risiko ist dabei zu achten. Bei Patienten mit Typ 2 Diabetes, kann es sinnvoll sein, Pioglitazon zur Verbesserung des Lipidprofils einzusetzen. Es ist damit eine HDL-C Steigerung um bis zu 20% möglich, eine Senkung der Triglyceride um 15-30% ist ebenfalls zu erwarten. Sollte das HDL-C trotz dieser Bemühungen noch sehr niedrig bleiben, sollte versucht werden, durch weitere LDL-C Senkung das Verhältnis von LDL-C zu HDL-C unter 1,5 zu senken.

Therapieziele bei Hochrisiko Patienten

Lipidparameter	Therapieziel	Medikament
1. LDL-C	< 100mg/dl* < 70mg/dl**	Statin aus grüner Box # Statindosis ↑, stärkeres Statin, + Ezetimibe
2. Nicht HDL-C (wenn TG > 200mg/dl)	< 130mg/dl* < 100mg/dl**	Statindosis ↑, stärkeres Statin, + Ezetimibe, + NA od. (+Fibrat ?, + O-3-FS ?)
3. HDL-C	M > 45mg/dl F > 50mg/dl	+ NA od. (+ Fibrat ?), + Pioglitazon bei T2DM

* unabhängig vom Ausgangswert LDL-C Senkung um mindestens 35%
** für Pat. mit progr. ASKL-Erkrankung, mit KHK + Diabetes / met. Syndrom oder nach ACS
# wenn TG => 500mg/dl primär Fibrat od. NA (TG-Senkung, um Pankreatitis zu verhindern)

Tabelle 7

Zusammenfassung:

Eine Erhöhung atherogener ApoB-hältiger Lipoproteine und eine Senkung anti-atherogener ApoA-I hältiger Lipoproteine sind die wichtigsten Risikofaktoren für atherosklerotische Gefäßerkrankungen. Statine stellen die Basis der lipidmodifizierenden Therapie in der Primär- und Sekundärprävention dieser Erkrankungen dar. Je höher das kardiovaskuläre Risiko liegt, desto weiter sollte das LDL-C gesenkt werden. Bei Patienten mit sehr hohem Risiko sollte eine Senkung unter 70mg/dl angestrebt werden. Wenn mit Statinen, das LDL-C Ziel (bei Triglyceridwerten < 200mg/dl) bzw. das Nicht-HDL-C Ziel (bei Triglyceridwerten > 200mg/dl) nicht erreicht werden kann, ist eine Kombinationstherapie sinnvoll. Zur weiteren LDL-C Senkung bietet sich Ezetimib als Kombinationspartner an. Sollte auch dies nicht ausreichen oder die angeführten Medikamente nicht toleriert werden, ist die zusätzliche Gabe von Colesevelam (Cholestagel®) zu überlegen. Bei Patienten mit hohem oder sehr hohem Risiko, die ein niedriges HDL-C aufweisen, ist die zusätzliche Gabe eines modernen Nikotinsäurepräparates sinnvoll. Ein Kombinationspräparat (Tredaptive®) aus einem „extended release" Niacin mit dem selektiven Prostaglandin D2 Rezeptor 1 Antagonisten (Laropiprant), das eine deutlich niedrigeres Flushing-Potential aufweist als die Niacin-Monotherapie, steht in Österreich kurz vor der Markteinführung. Durch die zusätzliche HDL-C Steigerung ist eine stärkere Senkung des kardiovaskulären Risikos zu erwarten als durch alleinige LDL-C senkende Therapie erreicht werden kann. Dadurch kann das trotz einer effektiven LDL-C Senkung immer noch bestehende hohe kardiovaskuläre Residualrisiko von Hochrisiko-Patienten weiter reduziert werden.

Der Autor:

Univ.-Doz. Dr. Bernhard Paulweber

Der Vorstand:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Frieder Berr

von OA Dr. Martin Emesz und Ass. Dr. Andreas Redlberger
Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie, (Vorstand: Primar Univ.-Prof. Dr. Günther Grabner)

Lid-, Orbita- und Tränenwegschirurgie

Das Team der okuloplastischen Ambulanz: Ass. Dr. Andreas Redlberger, Ass. Dr. Patrick Marvan, OA Dr. Wolfgang Zschock, OA Dr. Martin Emesz (v.l.n.r.).

Rund eintausend aller jährlich durchgeführten Operationen an der Universitätsaugenklinik Salzburg sind Eingriffe, die nicht eigentlich das Auge sondern die umgebenden Strukturen, die „Adnexen", betreffen. Die Lider haben eine wichtige Schutzfunktion für das Auge. Eine fehlerhafte Lidstellung kann das Sehen beeinträchtigen. Zu den chirurgischen Eingriffen im Lidbereich zählen die Korrektur von angeborenen und erworbenen Lidfehlstellungen, die Rekonstruktion der Lider nach Tumorexzision und nach Verletzungen, aber auch die kosmetische Lidchirurgie. Über dieses Spektrum hinaus gehend sind Operationen in der Orbita und an den Tränenwegen. Zur Orbitachirurgie zählt man alle Eingriffe, die das Weichteilgewebe der Augenhöhle sowie deren knöcherne Begrenzung betreffen. Bei Tränenwegsoperationen wird versucht, ein funktionsfähiges tränenableitendes System wieder herzustellen.

Lidfehlstellungen

Eine häufige angeborene Lidfehlstellung ist die Ptosis (Lidheberschwäche), bei der das Sehvermögen durch das herabhängende Lid beeinträchtigt werden kann. Bei ausgeprägtem Befund besteht bei Kindern wegen drohender Amblyopiegefahr eine dringende Operationsindikation. In den meisten Fällen wartet man mit der Operation bis zur Pubertät zu, dann kann dieser Eingriff, wie bei einer erworbenen Ptosis im Erwachsenenalter, in Sedoanalgesie durchgeführt werden. Das ermöglicht die Mitarbeit der Patienten intraoperativ, um für eine bestmögliche Lidstellung und Lidkontur zu sorgen. Bei ausreichender Funktion des Lidhebermuskels wird eine Levatorvorverlagerung zum Anheben des Lidrandes durchgeführt (Abb.1), fehlt die Muskelfunktion, ist die Brauensuspension die Methode der Wahl.

Abb. 1: Kongenitale Ptose vor und nach Levatorchirurgie

Die häufigsten erworbenen Lidfehlstellung entstehen altersbedingt. Im Bereich des Unterlides kommt es durch horizontale und vertikale Liderschlaffung zum Entstehen eines Ek- oder Entropiums. Tränenträufeln (Epiphora) und Scheuern der Wimpern (Trichiasis) sind die Folge. Beides wird von den Patienten als sehr unangenehm empfunden. Die nach innen gerichteten „schleifenden" Wimpern können die Hornhaut sogar dauerhaft schädigen. Bei der Entropiumoperation wird durch horizontale und vertikale Straffung des Unterlides die einwärts gedrehte Zilienreihe nach außen gedreht (Abb.2). Im Gegensatz dazu wird zur Korrektur des Ektropiums neben einer horizontalen Straffung des Lides das Tränenpünktchen mit einer invertierenden Naht nach innen gedreht (Abb.3).

Rekonstruktive Lidchirurgie

Der häufigste bösartige Tumor im Lidbereich ist das Basaliom (Basalzellkarzinom). Therapeutisch wird bei einem heute üblichen zweizeitigen Vorgehen vorerst eine vollständige Tumorexzision in sano angestrebt. Erst nach histo-

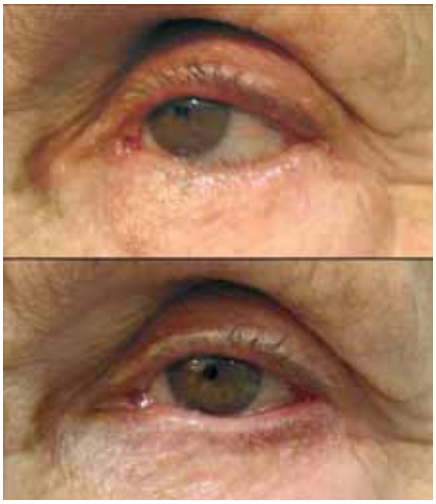


Abb. 2: Entropium mit Trichiasis prä- und postoperativ

Abb. 3: Ektropium prä- und postoperativ

logisch gesichertem Befund erfolgt in einem zweiten Schritt die Lidrekonstruktion. Kleinere Defekte können im Rahmen einer Keilexzision meist direkt verschlossen werden, nach der Entfernung größerer Tumore sind oft aufwändige Rekonstruktionen nötig.
Ein Standardverfahren zur Unterlidrekonstruktion ist die Hughesplastik, bei der ein gestieltes und somit durchblutetes Tarsustransplantat aus dem Oberlid in den Unterliddefekt eingenäht wird. Das vordere Lidblatt wird dann durch ein freies Hauttransplantat vom Oberlid ersetzt.
Die Verwendung von Gaumenschleimhaut eignet sich besonders gut einen destruierten Tarsus im Oberlid zu rekonstruieren (Abb.4). Neben der Tumorchirurgie kommt diese Technik vor allem nach Verätzungen oder Verbrennungen zum Einsatz, um im Rahmen der Rehabilitation die Lidstellung zu verbessern. Oft wird bei diesen Verletzungen auch die Transplantation von

Abb. 4: Transplantierter Gaumenschleimhaut als Tarsusersatz

Mundschleimhaut zur Bindehautrekonstruktion angewendet.

Orbitachirurgie

Die häufigsten Tumore der Orbita sind Dermoide, Lymphome, Hämangiome und Tumore die aus der Tränendrüse entstehen. Plattenepithelkarzinome die ihren Ausgang von den Nasennebenhöhlen nehmen, infiltrieren nicht selten die Orbita. Wichtigen Aufschluss über Ausdehnung und Dignität der Tumore gibt neben anderen bildgebenden Verfahren die Echographie. Neben herkömmlichen Schallköpfen steht der Klinik ein Farbdopplerultraschallgerät zur Verfügung, mit dem Raumforderungen

Abb. 5: Tränendrüsentumor nach Exzision und Wundverschluss

in der Orbita auf ihre Durchblutung untersucht werden können. Auch die dreidimensionale Darstellung von Tumoren ist dabei möglich und dient der Diagnostik und zielgerichteten Operationsplanung. Das chirurgische Vorgehen reicht von minimal invasivem Vorgehen zur Gewinnung einer Gewebsprobe bis zur Exzision des Tumors in toto (Abb.5). Da diese Raumforderungen häufig retrobulbär liegen, ist ein interdisziplinäres Vorgehen anzustreben, um durch geeignete Zugänge zur Orbita einen übersichtlichen intraoperativen Situs zu schaffen. Zur Orbitachirurgie gehört auch die Rehabilitation nach Entfernung des Auges (Enukleation) oder Entfernung des gesamten Weichteilgewebes der Orbita (Exenteration).

Trockenes Auge und Tränenwegschirurgie

Die Gründe für ein tränendes Auge liegen nicht immer am mangelnden Abfluss der Tränen, sondern hängen häufig mit einem trockenen Auge zusammen. Durch fehlerhafte Zusammensetzung des Tränenfilms trocknet die Augenoberfläche aus, reflexartig wird zu viel Tränenflüssigkeit in einem Schwall produziert, die dann auch von einem normal konfigurierten ableitenden Tränenwegssystem nicht aufgenommen werden kann. In diesen Fällen ist die Therapie mit Tränenersatzmitteln indiziert, die individuell auf den Patienten abgestimmt werden.
Sollte die Ursache für das Tränenträufeln (Epiphora) tatsächlich an einer Stenose im Bereich der ableitenden Tränenwege liegen, ist für die Operationsplanung und Prognose die Art und Lage der Engstelle von Relevanz (Abb.6). Bei Stenosen im Bereich der Mündung des Ductus nasolacrimalis in die Nase entsteht häufig eine chronische Dakryocystitis mit der Gefahr einer Dakryophlegmone. In diesen Fällen ist eine Dakryocystorhinostomie nach Toti indiziert, bei der die Tränenwege über ein angelegtes Knochenfenster zur Nase hin rekanalisiert werden. Die Erfolgsrate liegt bei über 90 Prozent. Schlechter ist

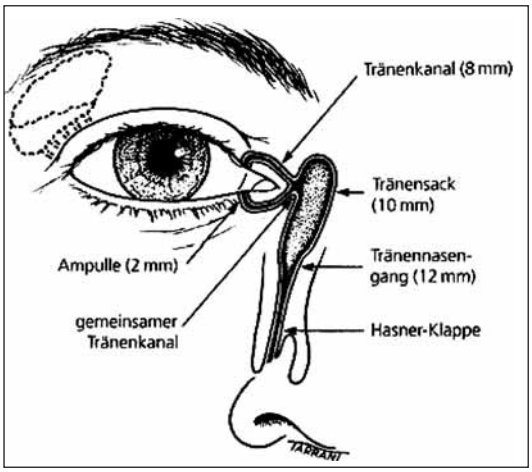


Abb. 6: Die ableitenden Tränenwege

Abb. 7: Ästhetische Lidchirurgie – „Schlupflider", die Patientin vor und nach Oberlid-Blepharoplastik

die Prognose für Patienten mit Stenosen im Bereich der Canaliculi, wo versucht wird, Engstellen mittels Ballondilatation zu behandeln.

Ästhetische Lidchirurgie

Im Alter zunehmende Schlupflider führen nicht selten zu einer Gesichtsfeldeinschränkung, die eine Operationsindikation aus medizinischer Sicht darstellen kann. An der Universitätsaugenklinik Salzburg wird jenen Patientinnen und Patienten, bei denen medizinischen Kriterien nicht zutreffen, und die aus rein kosmetischen Gründen diesen „elektiven" Eingriff wünschen, die Blepharoplastik als „Selbstzahler" angeboten. Bei der Oberlidblepharoplastik wird der überschüssige Haut- und Muskelstreifen exzidiert, prolabiertes präaponeurotisches Fettgewebe wird ebenfalls entfernt (Abb.7). Zeigt sich zusätzlich eine tiefer stehende Braue (Brauenptose), kann auch diese chirurgisch gehoben werden. Zur Korrektur der Unterliddermatochalasis (fälschlicherweise spricht man in diesem Zusammenhang auch von „Tränensäcken") werden ebenfalls ein überschüssiger Hautmuskelstreifen und Fettgewebe entfernt. Hier ist besonders auf eine sorgfältige Dosierung zu achten, um das Entstehen eines iatrogenen Ektropiums zu vermeiden.

Zur Operationsvorbereitung sind uns in allen Fällen eine umfassende Anamnese, Diagnostik und Fotodokumentation wichtig. Hoher Wert wird auf eine ausführliche präoperative Aufklärung und Beratung gelegt, genauso wie auf eine postoperative Betreuung, insbesondere im sensiblen Bereich der ästhetischen Lidchirurgie.

Die Autoren:

OA Dr. Martin Emesz

Ass. Dr. Andreas Redlberger

Der Vorstand:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Günther Grabner, Vorstand der Universitätsaugenklinik Salzburg

In der nächsten Ausgabe lesen Sie
ITRAOKULARLINSEN-IMPLANTATION HORNHAUT und HORNHAUTBANK

ÄRZTINNENSTAMMSTISCH

3. Dezember 2008, 19.30 Uhr
im Grafik Atelier Uiberreither

Thema:
Vorstellung des österreichischen Ärztinnenbundes durch Wiener Kolleginnen

Atelier Volker Uiberreither, 5020 Salzburg, Reichenhallerstr. 14 (Nähe Mülln), Tel. 0662/846680-0

anzeige

Grippe und Erkältung: Ernährungsmedizinische Strategien

Ein intaktes Immunsystem ist Voraussetzung für einen potenten Schutz gegen Bakterien, Pilze und Viren. Aus ernährungsmedizinischer Sicht sind ausreichende Körperbestände an Vitaminen, Mineralstoffen, Spurenelementen und insbesondere antioxidativen Substanzen elementar für ein intaktes Immunsystem. Schon in der Antike wurde die graubehaarte Zistrose (Cistus incanus ssp. tauricus) naturmedizinisch gegen entzündliche Beschwerden verschiedenster Art eingesetzt. Die Zistrose ist eine anpassungsfähige Pflanze, die vom Kaukasus bis zum Mittelmeer beheimatet ist. Neueste Erkenntnisse haben gezeigt, dass bestimmte Zistrosen-Arten nicht nur Entzündungen lindern, sondern auch antivirale Aktivität zeigen. In jahrelanger Forschungsarbeit wurde nun ein Spezial-Extrakt (Cystus®052) mit antiviraler Aktivität entwickelt.

Cystus®052: Ein Pflanzenextrakt blockiert Viruspartikel an der Zelloberfläche

Ein spezieller, polyphenolreicher Pflanzenextrakt aus Cistus incanus (Cystus®052) macht Viren inaktiv und hemmt deren Wachstum und Vermehrung. Forscher der Universität Münster behandelten Lungen- und Nierenepithelzellen mit unterschiedlichen Konzentrationen des Cistus-Extraktes. Anschließend wurden die Zellen mit dem Vogelgrippe- Virus sowie mit dem humanen Influenza-Stamm H1N1 infiziert. In beiden Zell-Linien konnte die Virenvermehrung – sowohl des Vogelgrippe- als auch des humanen Influenza-Stammes – deutlich reduziert werden. Dabei war die antivirale Wirkung des Extraktes dosisabhängig. Dröbner et al. untersuchten die antivirale Wirksamkeit einer Aerosol-Formulierung von Cystus®052-Extrakt an Zellkulturen und im Mäusemodell. Bei Zellkulturen, die einem Influenza-„Virennebel“ ausgesetzt wurden, reduzierte der Cistus-Extrakt die Infektionsrate deutlich. Mäuse, die vor der Infektion mit dem Extrakt behandelt wurden, entwickelten keine Krankheitssymptome. Der Wirkungsmechanismus des Extraktes ist noch unklar. Man vermutet, dass der Extrakt direkt auf die Oberflächenproteine der Viren wirkt, so dass deren Aufnahme in die Wirtszelle blockiert wird.

Antioxidantien schützen vor immunbelastenden Radikalen

Der menschliche Organismus hat für die Entgiftung freier Radikale und Sauerstoffspezies ein wirksames antioxidatives Abwehrsystem, das sich aus verschiedenen endogenen und exogenen Komponenten zusammensetzt, entwickelt. Neben speziellen radikalabbauenden Enzymen wie der Glutathionperoxidase der Superoxiddismutase und der Katalase wirken insbesondere Carotinoide, Flavonoide und die Vitamine C und E antioxidativ. Die endogenen enzymatischen Scavenger sind in ihrer Funktionsfähigkeit obligat abhängig von essentiellen Spurenelementen wie Selen, Kupfer, Zink, Mangan und Eisen. Alle Antioxidantien wirken synergistisch. Durch ihre gegenseitige Regeneration (Recycling) üben sie jeweils auf die anderen einen Spareffekt aus, ohne sich gegenseitig ersetzen zu können.

Vitamine und Spurenelemente stärken die Immunabwehr

Da das Immunsystem, verglichen mit anderen Körpersystemen, aus überwiegend schnell proliferierenden Zellen besteht, ist es besonders empfindlich gegenüber einer unzureichenden Nährstoffzufuhr. Bevor klinische oder subklinische Symptome einer defizitären Nährstoffversorgung zu erkennen sind, können bereits funktionelle Beeinträchtigungen der Immunantwort beobachtet werden. Die immunstabilisierende Wirkung von Vitamin C zeigt sich in der Stimulierung der Phagozytoseaktivität und Chemotaxis von neutrophilen und eosinophilen Granulozyten. Vitamin E wirkt entzündungshemmend und erhöht sowohl die humorale als auch die zelluläre Immunität. Beta Carotin beeinflusst die Proliferation der T- und B-Zellen und die Anzahl der T-Helferzellen. Selenmangel beeinträchtigt die humorale und zelluläre Immunität und erhöht die Infektanfälligkeit. Zink wird u.a. für die Aktivierung der Thymushormone benötigt, die die Reifung der Lymphozyten im Thymus regulieren. Im Zinkmangel ist die Proliferation der Lymphozyten und die Phagozytoseleistung der Monozyten eingeschränkt. Chandra et al. konnten in ihren Untersuchungen zeigen, dass das Immunsystem von älteren Personen durch die umfassende Zufuhr von Vitaminen und Spurenelementen im ernährungsphysiologischen Bereich gestärkt werden kann.

Die ernährungsmedizinische Lösung: Immun44®

Die Salzburger Ökopharm GmbH, Mitglied der vis vitalis-Firmengruppe, betreibt seit 1985 biochemische Forschung auf dem komplexen Gebiet ernährungsbedingter Krankheiten und entwickelte aus den Ergebnissen zahlreiche Produkte zur Prävention und Behandlung von Erkrankungen, die auf Mikronährstoffmangel beruhen.
Entwickelt, produziert und vertrieben werden Nahrungsergänzungsmittel (NEM) und Ergänzende bilanzierte Diäten (EBD) ausschließlich über Apotheken. Alle Präparate werden in der hauseigenen Produktion hergestellt, dadurch ist der hohe Standard und die stets gleich bleibende Qualität garantiert.
Das österreichische Produkt Immun44® Kapseln mit Cystus®052, Vitaminen, Mineralsstoffen und Spurenelementen ist in jeder Apotheke Österreichs erhältlich. Jetzt NEU auch als Immun44® Saft für Kinder ab dem 1. Lebensjahr.
Falls Sie Informationen oder Proben von dem Produkt Immun44® haben wollen, steht lhnen Bernd Edler, jederzeit gerne (06476/805-352 bzw. 0664/ 811 9774 oder bernd.edler@oekopharm.com) zur Verfügung.

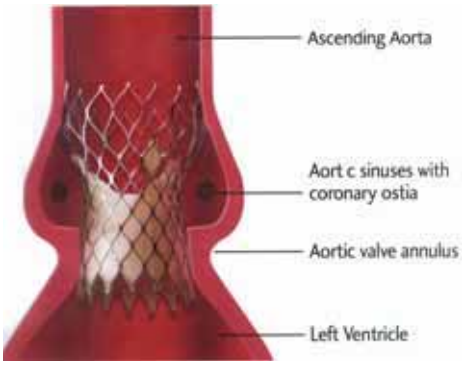
Die Autoren:

Mag. pharm.
Bernd Edler
Product Management
Ökopharm GmbH
Moosham 29
5585 Unternberg

Dr. med.
Leonore Sauer
Institut für Nährstofftherapie Lungau
Moosham 29
5585 Unternberg

Erste katheterinterventionelle Implantationen von Aortenklappenprothesen in Salzburg

Am 1. April 2008 wurden erstmals in Salzburg an der UK für Innere Medizin II Aortenklappenprothesen katheterinterventionell implantiert. Seither kam diese Methode bei insgesamt 11 Patienten aus dem Bundesland Salzburg zur Anwendung. Es handelt sich dabei im wesentlichen um einen bioklappentragenden Stent, welcher nach Ballonvalvuloplastie der stenosierten Nativklappe an deren Stelle implantiert wird und deren Funktion ersetzt. Über die historische und zukünftige Entwicklung, internationale Studiendaten und unsere eigenen Resultate soll hier kurz berichtet werden.



von OA Dr. Matthias Heigert und FA Dr. Matthias Hammerer

Universitätsklinik für Innere Medizin II, Kardiologie und internistische Intensivmedizin der PMU, Landeskliniken Salzburg
Vorstand: Prim. Univ.-Prof. Dr. Max Pichler

Hintergrund und historische Entwicklung

Die degenerativ kalzifizierte Aortenklappenstenose (AS) ist in unseren Breiten der häufigste Herzklappenfehler im Erwachsenenalter. Kriterien für eine schlechte Prognose sind das Auftreten von Angina pectoris (mittlere Überlebenszeit: ca. 5 Jahre), Dyspnoe, Synkopen (mittlere Überlebenszeit: ca. 3 Jahre) sowie die Entwicklung einer valvulären Kardiomyopathie (mittlere Überlebenszeit: ca. 2 Jahre) (Fig 1).

Aufgrund von Pathogenese und Risikofaktoren mit Parallelen zur Arteriosklerose sind vor allem Patienten mit höherem Lebensalter und häufig auch beträchtlicher Komorbidität betroffen. Als Therapie erster Wahl bei symptomatischer AS mit ausgezeichneten Resultaten hinsichtlich Symptomfreiheit und Langzeitüberleben ist der kardiochirurgische Klappenersatz (AKE) mittels biologischer oder mechanischer Prothesen seit Jahrzehnten etabliert.

Wie man aber aus dem klinischen Alltag sowie auch aus internationalen Registerdaten (z.B. Euro Heart Survey mit 5001 Patienten aus 25 europäischen Ländern) weiß, wird bei über 30% aller Patienten mit indiziertem Klappenersatz dieser aufgrund von Alter und Komorbiditäten nicht durchgeführt, da das OP-Risiko als zu hoch eingeschätzt wird.

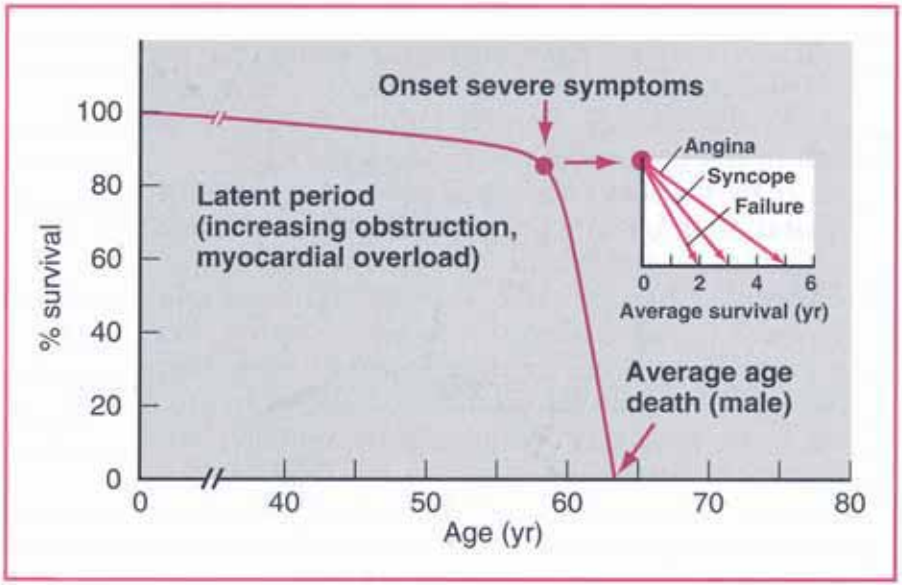
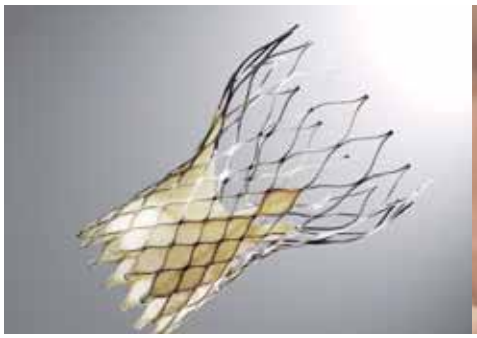


Fig. 1: Prognose der Aortenstenose je nach Symptom Braunwald 1968

Fig. 2: etwa 82% der Aortenstenosen in Europa sind vom senil verkalkenden Typ (EHJ 2003)

Schon früh wurde daher nach alternativen Therapieoptionen gesucht. Die Mitte der 1980er Jahre in Analogie zu kongenitalen Klappenstenosen entwickelte Ballonvalvuloplastie konnte sich wegen der fehlenden Nachhaltigkeit dieser Maßnahme mit schnell auftretender Restenosierung und fehlender

A



B

Fig. 3 : A Sapien Bioprothese der Firma Edwards Lifesciences; B CoreValve Bioprothese der Firma CoreValve

Lebenszeitverlängerung nicht durchsetzen. Erst die revolutionären Entwicklungen in der Stenttechnologie ermöglichten schließlich die erste perkutane Aortenklappenimplantation im Jahre 2002 (Alain Cribier, Rouen, Frankreich). Derzeit sind ca 30 verschiedene Prothesen für den transkutanen Aortenklappenersatz in Entwicklung und Testung durch 24 verschiedene Firmen. Mittlerweile haben zwei implantierbare Klappensysteme alle präklinischen und klinischen Testphasen durchlaufen und sind für den klinischen Gebrauch in Europa zugelassen (CoreValve von der Firma CoreValve; Sapien-Bioprothese der Fa. Edwards Lifesciences) (Fig 3). In Österreich wird der Eingriff bereits an fast allen großen Interventionszentren mit angeschlossener Herzchirurgie aber bereits auch an etlichen Zentren ohne Herzchirurgie durchgeführt.

Zugangswege für die perkutane Aortenklappenimplantation

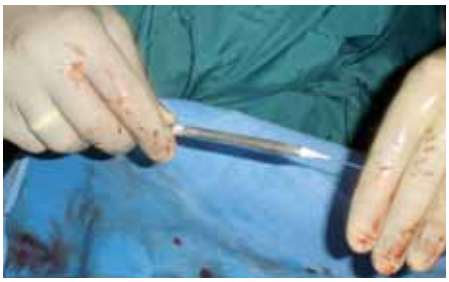
Ein wesentliches Problem stellt naturgemäß die Dimension der Einführungssysteme dar, wobei hier entscheidende Fortschritte von Seiten der Firma CoreValve in den letzten Jahren erzielt werden konnten mit Reduktion des Katheterdurchmessers auf 18 French (= 6mm), wofür lediglich ein maximaler Gefäß-Querdurchmesser von 6mm erforderlich ist (Fig 4). Punktionen dieser Größenordnung können in der Regel durch spezialisierte katheterbasierte Nahtsysteme ohne gefäßchirurgische Beteiligung wieder verschlossen werden.

Es stehen derzeit im Prinzip zwei unterschiedliche Zugangswege für die Implantation der zwei oben genannten Prothesen zur Verfügung: antegrad und retrograd (Fig. 5). Der auch bei uns am häufigsten gewählte unkomplizierteste und den Patienten am wenigsten belastende Zugang ist der retrograde transfemorale Zugang – analog dem der Linksherzkatheteruntersuchung. Unter antegradem Zugangsweg versteht man eine chirurgische Minithorakotomie in Höhe der Herzspitze mit anschliessendem transapikalen Katheterzugang. Hierzu ist jedoch im Gegensatz zum transfemoralen Zugang eine Allgemeinnarkose mit Intubation erforderlich. Welcher Zugangsweg gewählt wird hängt von der individuellen Anatomie der Klappe und der Gefäße ab, als auch von der Verfügbarkeit der jeweils geeigneten Klappenprothese.

Patientenselektion

Der perkutane Klappenersatz bleibt wegen der bislang noch fehlenden Daten über Langzeitergebnisse vorerst Patienten vorbehalten, deren Komorbidität und Lebenserwartung eine konventionelle Operation entweder überhaupt nicht oder nur mit einem sehr hohen Risiko möglich erscheinen lassen. Neben dem Lebensalter des Patienten bedingen insbesondere folgende Begleiterkrankungen ein erhöhtes intra- und postoperatives Risiko: COPD, Niereninsuffizienz, kardiale Voroperation, zerebrale oder periphere Arteriosklerose, neurologische Vorerkrankungen, Tumorerkrankungen mit unsicherer Langzeitprognose, massive Verkalkung der Aorta („Porzellanaorta“).

Eine Hilfestellung zur Risikostratifizierung stellt der EuroSCORE (**E**uropean **S**ystem for **C**ardiac **O**perative **R**isk **E**valuation; www.euroscore.org) dar, in



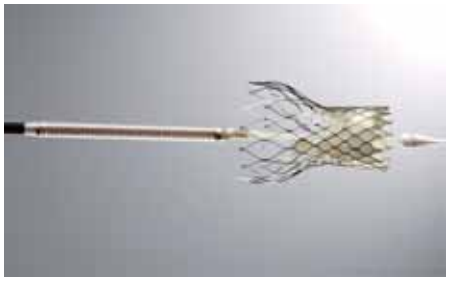


Fig. 4: Einführungssysteme der derzeit verfügbaren transkutanen Klappen: links oben die auf einen Ballon gefaltete Sapien-Edwards-Klappe (ballondilatierbar), darunter und rechts die in einer 18F-Hülse (ca 6mm) gefalteten selbst-expandierbare Klappe der Firma CoreValve und darunter die entfaltete Klappe im Vergleich zum Einführungskatheter

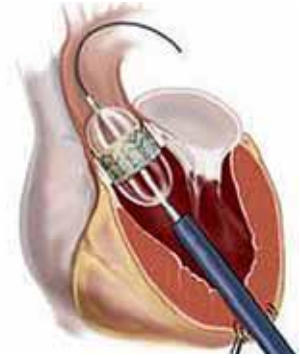


Fig. 5: transapikaler-antegrader Zugangsweg (li) und transfemoraler-retrograder Zugangsweg (re)

welchen nach einem Punktesystem die häufigsten Komorbiditäten (außer Diabetes und leichtgradiger Niereninsuffizienz) einfliessen. Aus ihm wird der sogenannte logistische EuroSCORE berechnet, der das individuelle Mortalitätsrisko für den operativen herzchirurgischen Eingriff in Prozent berechnet. Die endgültige Beurteilung über die Möglichkeit und Art des Klappenersatzes erfolgt stets durch ein Team aus einem Kardiochirurgen und einem erfahrenen interventionellen Kardiologen.

Studienlage

Insgesamt wurden weltweit bis heute bei ungefähr 1500–2000 Patienten perkutan eine Aortenklappe implantiert mit in diesem Jahr stark ansteigender Häufigkeit. Hämodynamische und klinische Parameter zeigen beeindruckende Ergebnisse:
Mittlerweile liegen eine Reihe von klinischen Studien sowie – teils noch unveröffentlichte – Daten aus rasch anwachsenden Registern zum katheterinterventionellen Aortenklappenersatz vor. Die prozeduralen Erfolgsraten sind hoch mit 86% für den retrograden Zugang mit der Cribrier-Edwards-Prothese und 92 % bei der CoreValve-Prothese. Die 30-Tage-Mortalität liegt bei der Cribrier-Edwards-Prothese für den retrograden Zugang bei 12% und für den transapikalen Zugang bei 200 Patienten bei 14%, bei der CoreValve-Prothese liegt die 30-Tage-Mortalität in ähnlicher Größenordnung bei 15%. Der längste klinische Verlauf mit dem derzeit gebräuchlichen 3-Generations-18-F-Device der Firma CoreValve liegt aktuell bei ca. 3 Jahren. In der Zusammenschau aller Datenverläufe zeichnen sich beträchtliche Lernkurven ab, d.h. Erfolgs- und Komplikationsraten verbessern sich in den jeweiligen Zentren mit zunehmender Anzahl der Fälle.

Komplikationen

Es gibt teils schwerwiegende Komplikationen bei beiden der zugelassenen Systeme: Zerebrovaskuläre Ereignisse (in 2–10%), periphere Gefäßkomplikationen (vermeidbar durch sorgfältige Prädiagnostik), Myokardinfarkte durch verkalkte Anteile der Nativklappe (selten bei korrekter Prädiagnostik und Implantationstechnik), AV-Blockierungen infolge der Dilatation des Aortenringes mit der Nähe zum linken Tawara-Schenkel.

Eigene Erfahrungen

Die Aortenklappenimplantation erfolgt im Herzkatheterlabor der UK für Innere Medizin II in Sedoanalgesie durch den Herzanästhesisten unter Intubationsbereitschaft. Eine solche war jedoch bislang in keinem Fall erforderlich. Der Eingriff wird über den schonenden retrograden – und aktuell international bevorzugten – Zugang mithilfe des 18-French-Systems der Fa. CoreValve durchgeführt. Die Bildgebung während der Klappenimplantation geschieht mittels der Röntgendurchleuchtungsanlage des Herzkatheterlabors. Für zusätzliche Fragestellungen steht ein transösophageales echokardiographisches Stand-by zur Verfügung. Die Patienten werden nach dem Eingriff 48-96 Stunden auf der CCU überwacht.

Unsere 11 Patienten wiesen folgende Charakteristika auf:

mittleres Alter	80 a (71–90)
Geschlecht	6 weiblich 5 männlich
COPD III–IV	2
PAVK oder Carotisstenosen	5
St.p. TIA/PRIND	4
pumonalarterielle Hypertonie	9
moderat eingeschränkte LV-Funktion	4
stark eingeschränkte LV-Funktion	1
KHK (vor der Klappen-Intervention saniert)	9
St.p. Bypass-OP	1
mittlerer EuroSCORE logistisch	31,2 % (16–49)

Anzumerken bleibt, dass der durchschnittliche EuroSCORE unserer Patienten (31%) erheblich über dem der internationalen Register (23%) lag. Auch sämtliche unserer Implantationen werden zentral in einem Register erfasst und nachverfolgt. Alle Klappen konnten erfolgreich perkutan katheterinterventionell implantiert werden. Die postoperative Prothesenfunktion war in allen Fällen regelrecht mit völliger Aufhebung des Stenosegradienten. Eine Transformation in einen offenen herzchirurgischen Eingriff war in keinem Fall notwendig. Die ambulanten echokardiographischen Kontrolltermine zeigten durchwegs sehr gute Klappenfunktionen ohne Rest- oder Rezidivstenosen und nur geringe Insuffizienzen. Langzeitdaten für unsere Patienten liegen naturgemäß noch nicht vor.
Allerdings führten die erheblichen Komorbiditäten bei diesem sehr selektionierten Krankengut leider auch bei uns zu etlichen klinischen Komplikationen:
Zwei Patientinnen erlitten einen immobilisierenden Schlaganfall, in dessen Fol-

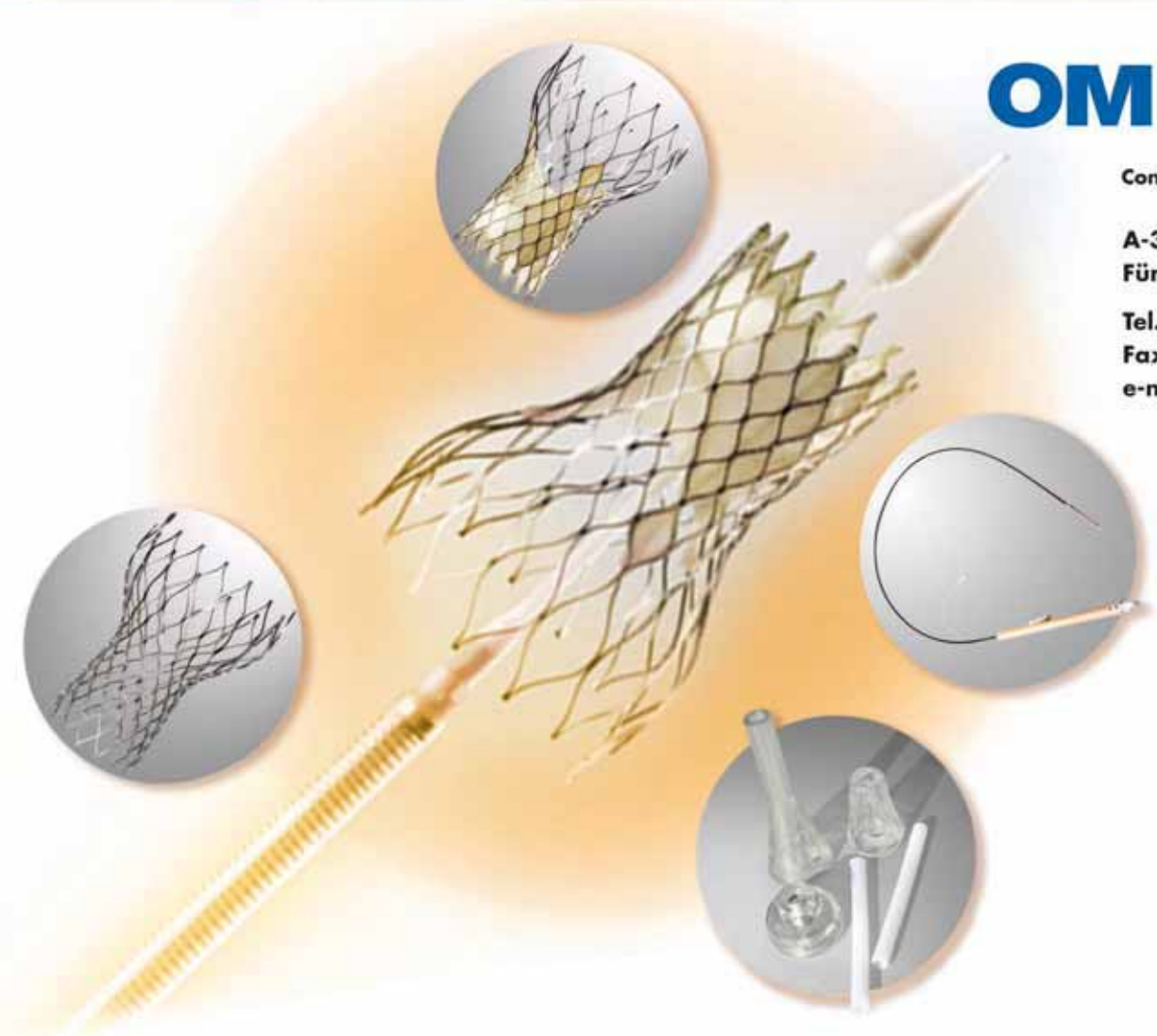
weiter auf Seite 28

CoreValve

THE REVALVING™ TECHNOLOGY

www.corevalve.com

Aortic Valve Replacement without Surgery



OMNIMED
Technologies
Consulting & Development GmbH

A-3021 Pressbaum
Fünkhgasse 25

Tel.: 02233/54009
Fax: 02233/54009-9
e-mail: office@omnimed.co.at

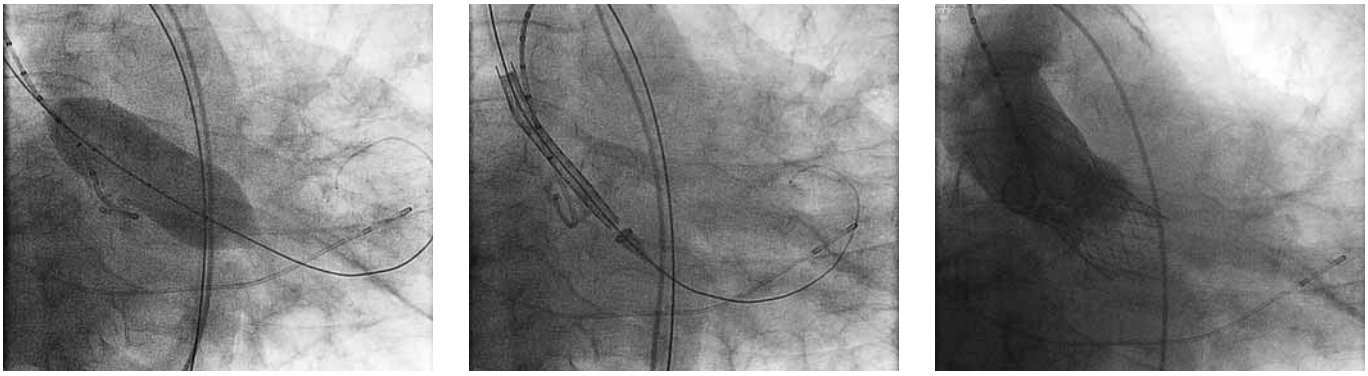


Fig. 6: Durchleuchtungs-Sequenz der Implantationsschritte Ballon-Valvuloplastie der Aortenklappe (li), Einbringen des klappentragenden Stents mit dem Katheter (Mitte), freigesetzter Stent in Aortenposition mit darin entfalteter funktionierender Bioklappe (re)

ge sie binnen ein bis zwei Monaten nach dem Eingriff bei funktionierender Klappenprothese verstarben. Eine Patientin war durch ein prolongiertes kontrastinduziertes Nierenversagen so lange ans Intensivbett gebunden, dass sie zwei Wochen nach dem Eingriff bei vorbestehender Obesitas-Hypoventilation und pulmonalarterieller Hypertonie an Lungen- und Rechtsherzversagen verstarb.
8 der 11 Patienten konnten jedoch den Eingriff trotz erheblicher, teils extremer Komorbidität gut überstehen und sind nach kurzer Zeit (meist eine Woche) wieder in ihr selbstständiges Leben nach Hause entlassen worden. Davon verstarb mittlerweile ein Patient nach unkompliziertem Verlauf und vollständiger Besserung der kardialen Symptomatik einige Monate nach der Entlassung nachts aus unklarer Ursache im Seniorenwohnheim.

Kooperation Herzchirurgie – Interventionelle Kardiologie

In der Phase der Patientenselektion, aber auch periinterventionell ist ein kurzer Draht und eine unkomplizierte Tür-an-Tür-Kooperation zwischen Herzchirurgen und interventionellen Kardiologen für ein erfolgreiches interventionelles Klappenprogramm unabdingbar. An den Landeskliniken Salzburg hat sich ein interdisziplinäres Herzteam der leistungstragenden Oberärzte etabliert, welches in enger fachlicher Kooperation den besten Behandlungsweg für den individuellen Klappenpatienten festlegt. Ein solches Team hat sich in unserem Haus bereits erfolgreich bei der Durchführung von Studien zur Behandlung der koronaren Mehrgefäßerkrankung bewährt.

Konklusion

- Der perkutane Herzklappenersatz stellt für diejenigen symptomatischen Patienten eine Option dar, für welche der herzchirurgische Klappenersatz aus medizinischen Gründen nicht-, oder nur mit sehr hohem Risiko in Frage kommt. Insofern handelt es sich hierbei um eine Patientengruppe, für welche bisher keine kausale Therapiemöglichkeit bestand.
- Der Vorteil dieser Methode liegt in der minimalen Invasivität und in der raschen Mobilisierbarkeit der Patienten unmittelbar nach dem Eingriff.
- Nur eine optimale internistische Patientenvorbereitung, die sorgfältige präinterventionelle Bildgebung (Echo, ggf. auch TEE, diagnostischer Herzkatheter, kardiales MSCT) sowie ein intensives Teamwork im Herzkatheterlabor und danach erlauben es, ein derartiges Projekt zum dauerhaften Erfolg zu führen.
- Die Methode stellt trotz ihrer offensichtlichen Vorzüge beträchtliche Herausforderungen an das interventionelle und postinterventionelle Prozedere und ist bei den polymorbiden Patienten mit nicht unerheblichen Risiken verbunden.
- In Anbetracht der rasch fortschreitenden Forschung und technologischen Entwicklung ist nicht auszuschliessen, dass der perkutane Klappenersatz in Zukunft auch als Alternative zum operativen Klappenersatz für konventionell operable Patienten in Frage kommt. Randomisierte Studien und Langzeitdaten werden hierüber mehr Klarheit verschaffen, da sich der perkutane Klappenersatz dann selbstverständlich mit den exzellenten Resultaten der Herzchirurgie messen muss.

Die Autoren:

OA Dr. Matthias Heigert, II. Medizin Herzkatheterlabor

FA Dr. Matthias Hammerer, II. Medizin Herzkatheterlabor

Der Vorstand:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Max Pichler

Universitätsklinik für Innere Medizin II, Kardiologie und internistische Intensivmedizin der PMU, Müllner Hauptstr. 48, 5020 Salzburg, Tel.: 0662/4482-3401

Achtung: Fortbildung von gestern kann Ihre Gesundheit gefährden!

Pes Flammatus
(Brennender Fuß)
Werden Einreichungen postalisch erledigt, folgt die Strafe auf dem Fuße: Häufige Wege zum Briefkasten führen zu brennenden Schmerzen in den unteren Extremitäten. Heißer Tipp: Füße hochlagern und auf moderne Fortbildung setzen.

Gesünder: Das online Fortbildungskonto! Mit einem Klick zur übersichtlichen Fortbildungsdokumentation ohne Stress und Papierkrieg: **www.meindfp.at**

akademie der ärzte

powered by Pfizer *Working for a healthier world®*

DAS AKTUELLE INTERVIEW

Bypass oder Stents?

Syntax-Studie liefert Antworten

Interview mit OA Univ.-Doz. Dr. Olaf Stanger, Universitätsklinik für Herzchirurgie

Mehr als 3000 Patienten aus 85 europäischen und amerikanischen Zentren waren an der Syntax-Studie beteiligt. Es ging um die Frage, ob eine Bypass-Operation oder die Implantation von Stents bessere Ergebnisse innerhalb des Beobachtungszeitraumes von einem Jahr bringt. Eine weitere Neuerung stellte die Rekrutierung der untersuchten Patienten dar. Über das und die Ergebnisse im Detail sprach „Der Salzburger Arzt" mit Univ.-Doz. Dr. Olaf Stanger, Oberarzt an der Universitätsklinik für Herzchirurgie im Landeskrankenhaus Salzburg.

Der Salzburger Arzt: *Warum wurde die Studie von allen mit so großer Spannung erwartet?*

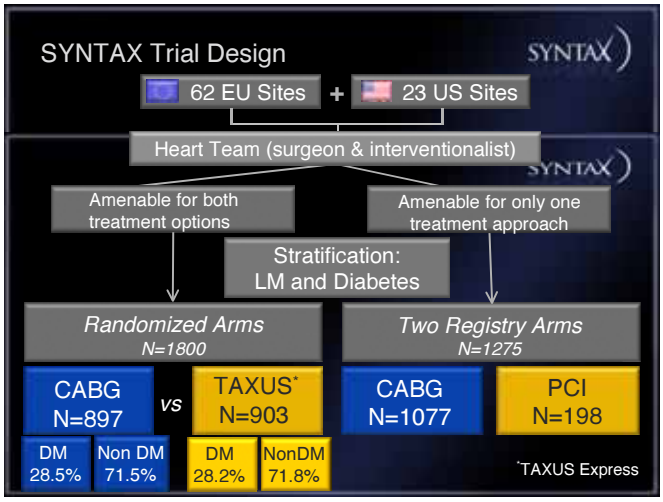
Dr. Stanger: Es gibt bereits ähnliche Studien, welche die Ergebnisse der Koronarchirurgie mit denen der perkutanen Koronarintervention (PCI) mit diversen Stents miteinander verglichen haben. Ein Problem war aber stets die Selektion der Studienteilnehmer durch zahlreiche Ein- und Ausschlußkriterien, denn das könnte theoretisch ein Ergebnis bereits vorab beeinflussen. Das Besondere an der Syntax-Studie ist tatsächlich das elegante Design mit einer besonders „wirklichkeitsnahen" Einbeziehung möglichst aller Patienten unter interdisziplinären Bedingungen. Dabei entschieden jeweils Herzchirurgen und Kardiologen gemeinsam, ob für den Patienten die Bypass-Operation (CABG) oder die Behandlung mit drug eluting stent (DES) gleichermaßen in Frage kamen. Erst wenn beide Verfahren uneingeschränkt angeboten werden konnten, wurden die Patienten für eine der beiden Varianten randomisiert und es entschied der Zufall. Daher ist eine optimale Vergleichbarkeit der Verfahren ohne Vorauswahl gegeben.

OA Univ.-Doz. Dr. Olaf Stanger

Der Salzburger Arzt: *Was sind nun die wesentlichen Ergebnisse?*

Dr. Stanger: Die beiden Methoden schnitten nach einer Beobachtungsdauer von 12 Monaten bei dem gemeinsamen Endpunkt Sterblichkeit (all-cause), Myokardinfarkt und zerebrale Ischämie (stroke) mit 7,6% vs. 7,7% gleich ab. Kleine Unterschiede glichen sich praktisch aus, so die höhere Gesamtsterblichkeit (+1,8%) und vermehrte Myokardinfarkte (+1,6%) in der PCI-Gruppe mit dem häufigeren Schlaganfall (+1,6%) bei CABG. Einen sehr großen Unterschied gab es jedoch bei der Häufigkeit von notwendigen Wiederholungseingriffen. Innerhalb von nur 12 Monaten mussten sich 5,9% der Patienten nach CABG einer neuerlichen Koronarintervention unterziehen, aber insgesamt 13,7% nach einer Stentbehandlung! Dadurch ergab sich auch ein signifikanter Unterschied zwischen sämtlichen (gemeinsamen) Endpunkten (MACCE) von 17,8% vs. 12,1% zu Gunsten der Herzchirurgie.
Bereits aus anderen ähnlichen Studien ist ebenfalls bekannt, dass innerhalb von bis zu drei Jahren zehn bis dreißig Prozent der Patienten nach PCI/DES mindestens eine neuerliche Koronarintervention erleben. D.h., dass ein relativ großer Teil der Patienten mit Stents ist nicht definitiv behandelt und muss sich auch häufig dennoch einer Bypass-Operation unterziehen. Damit wurde er praktisch „doppelt" behandelt, dann auch mit etwas schlechteren Ergebnissen und unnötiger finanzieller Doppelgleisigkeit. Eine Konsequenz müsste also in der optimalen Selektion derjenigen Patienten liegen, die sinnvoller Weise gleich einer CABG zugeführt werden. Nach internationalen Standards sollte das etwa ein Drittel aller Patienten sein. Das wird aber derzeit nicht überall erreicht.

Der Salzburger Arzt: *Gibt es aus heutiger Sicht Indikationen, die von vornherein eine Bypass-Operation zulassen?*



Die Syntax-Studie fand in den Jahren 2004 und 2007 in Europa und Amerika mit mehr als 3000 Patienten statt

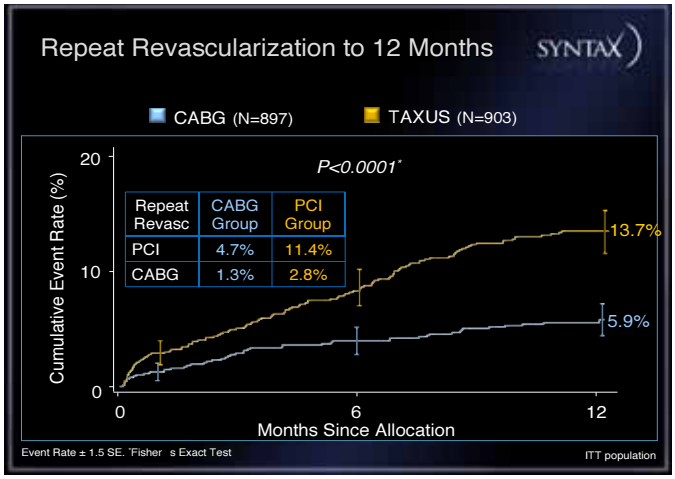
Dr. Stanger: Ja, grundsätzlich und auch jetzt wieder nach den Ergebnissen der Syntax-Studie sollten Diabetiker und Patienten mit Hauptstammbeteiligung und ganz besonders bei Mehrgefäßbefall primär dem Herzchirurgen vorgestellt werden.

Der Salzburger Arzt: Danke für das informative Gespräch.

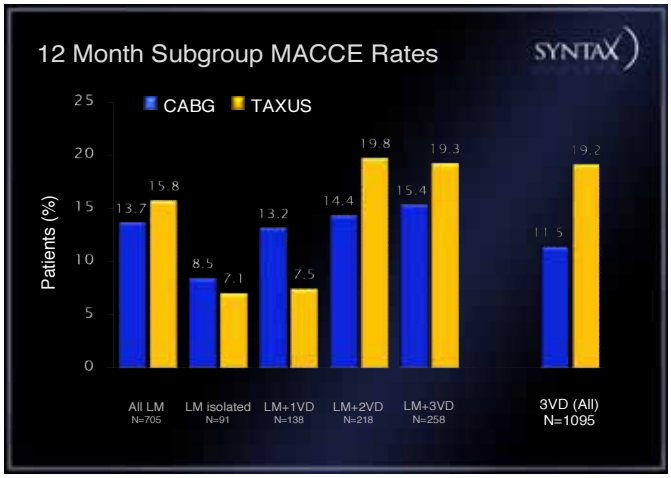
Der Vorstand:

Univ.-Prof.
Dr. Dr. h.c. Felix Unger
Universitätsklinik für Herzchirurgie,
Landeskrankenhaus Salzburg – Universitätsklinikum der Paracelsus Medizinischen Universität
Müllner Hauptstr. 448, 5020 Salzburg
Tel. 0662/44 82-33 52 bis 33 54
Fax 0662/44 82-33 74
e-mail: sekretariat@herzchirurgie.at

Weitere Berichte aus der
Herzchirurgie
lesen Sie in den nächsten Ausgaben des „Salzburger Arztes".



Innerhalb von nur 12 Monaten mussten sich 5,9 % der Patienten nach CABG einer neuerlichen Koronarintervention unterziehen, aber insgesamt 13,7 % nach einer Stentbehandlung



Direkter MACCE-Vergleich zwischen CABG und PCI bei Hauptstamm- und/oder Mehrgefäßbefall

Medtronic
Alleviating Pain · Restoring Health · Extending Life

SERIE, TEIL VI

Berichte aus der Homöopathie

von Dr. Dietmar Payrhuber

Autoimmun-Erkrankungen

Morbus Crohn

Silicea

In einer kürzlich veröffentlichten Studie wurde die Pathophysiologie chronisch entzündeter Darmerkrankungen (CED) anhand des Morbus CROHN und der Colitis ulcerosa gegenübergestellt (COLOMBEL et al., 2008). Die Autoren halten fest: … *Modern therapy, especially biological therapy, is both expensive and potentially dangerous, and yet only a subgroup of inflammatory bowel disease (IBD) patients gain significant clinical benefit. We have little idea how to select and predict response to therapy in individual patients. We believe that in answering our 10 questions, significant advances will be made towards making personalized medicine for IBD a clinical reality. IBD research is now exceptionally dynamic, and we hope that in 10 years time the true answers to our questions will become available.* Dies gibt uns Gelegenheit den weitaus umfassenderen Ansatzpunkt der homöopathischen Medizin zu erörtern.

Wie bereits bei den vorhergehenden Falldarstellungen wird nochmals darauf hingewiesen, dass in der Homöopathie der Ausgangspunkt der Krankheit auf einer räumlich wesentlich tiefer liegenden, hierarchisch aber übergeordneten Ebene der Natur zu finden ist als auf der Ebene der Molekularbiologie oder der Genetik. Durch die potenzierte Arznei kann auf der Informationsebene (subatomar) eingegriffen werden.

Falldarstellung[1]

Es handelt sich um eine Patientin, bei der nach einer Südeuropareise heftige Durchfälle begonnen hatten. Drei Jahre später Ileocoecal-Resektion wegen Morbus CROHN. Zwei Monate später bereits wieder Perforation des Dünndarms mit starker Eiterung. Die zweite Operation zieht schwere Narbenprobleme nach sich. Nach einigen Monaten kam es wieder zu heftigen Durchfällen, Gewichtsverlust, Schwächezuständen, Inappetenz, großem Durst; abermals wurden Teile des Dünn- und Dickdarms reseziert (ein Jahr nach der letzten Operation). Bald darauf wiederum Perforation des Dünndarms. Bei dieser vierten Operation musste eine Colostomie angelegt werden. Wochen später fand ich die Patientin bei der Visite erschöpft, stark abgemagert, unfähig, das Bett zu verlassen, um für ihre Familie zu sorgen. Das Colostoma war stark entzündet und zeigte keinerlei Hellungstendenz.

Anamnese:

Als Kind Mittelohrentzündungen; wiederkehrende Entzündungen der Nebenhöhlen (zuletzt vor zehn Jahren); Brillenträgerin seit dem dreizehnten Lebensjahr (Astigmatismus); Fieberblasen; öfter Risse in den Mundwinkeln; chronisch entzündetes Zahnfleisch; Zahnwurzelabszesse; wiederholt Anginen; Entfernung eines fibrösen Knotens aus der linken Brust; Völlegefühl nach dem Essen; früher Verstopfung, Hämorrhoiden; Nierenerkrankung während der Schwangerschaft; die Regel zu früh, stark, dunkel und mit Krämpfen; Schweiße an Kopf und Füßen; Verfolgungs- und Fallträume; Verlangen nach Sonne; schlimmer bei feuchtkaltem Wetter und bei Nässe; keine besonderen Modalitäten bezüglich Digestiva.

Die Patientin beschreibt ihren Charakter als eigenwillig, stur, widerspenstig. Sie ist eine grazile Person, zur Zeit stark abgemagert, im Charakter offen und umgänglich.

Hervorstechend sind die Empfindlichkeit auf Kälte, die starke Tendenz zur Eiterung mit Zerstörung von Gewebe, die Kachexie.

Repertorisation:

Wenn man in herkömmlichen Repertorien (KENT, FLURY) die oben aufgelisteten Symptome in den entsprechenden Rubriken nachschlägt, findet man, dass

Repertorium FLURY

Mittelohr	(Karte) 774	Durchfall	878
Sinusitis	801	Mandeln, eitrig	840
Herpes labialis	808	Fibrosis, Sklerosis	543
Mundwinkel, Affinität	38	Constipation, habituell	887
Zahnfleisch	822	Hämorrhoiden	899
Mundecken	817	etc.	

KENT-Repertorium (englischer KENT)

ear, inflammation, media	p 291 34 AM (Arzneimittel) davon sil im 3. Grad (Es wäre zu umfangreich, eine Differentialdiagnose aller dieser Mittel hier anzuführen.)
eye, astigmatism	p 235 tub (im 2. Grad als einziges Mittel)
face, herpes	p 368 58 AM, davon sil im 2. Grad
face, cracked lips, corners of mouth	p 357 22 AM, davon sil im 3. Grad
mouth, inflammation, gums	p 406 36 AM, davon sil im 3. Grad
teeth, abcess of roots	p 430 16 AM, davon Silicea wieder im 3. Grad
etc.	

sich Silicea mit hoher Wertigkeit durchzieht.
In den **Repertorien** sind meist drei Grade angegeben, dabei bezeichnet der dritte Grad eine besonders intensive Affinität zur Arznei.
Auch die **Modalitäten** passen: hier in unserem Fall ist die Patientin empfindlich auf nasskaltes Wetter. In ihrer **Veranlagung** handelt es sich um eine fragile, sensitive Persönlichkeit. Auch finden sich in den Repertorien die **körperlichen Symptome der Patientin in allen Rubriken** hervorragend: Nasen-Nebenhölen, Zahnfleisch, Nägel, fibröser Knoten, Abszesse, typische Schweiße. Also eine Arznei die umfassend die Gesamtsymptomatik der Patientin ausdrückt.
Das Lebens-Thema korreliert mit der psychologischen Verfassung, wie sie J. SCHOLTEN systematisch für das Periodensystem der Elemente (PS) für die Mineralien angegeben hat. Silicea steht für die Familie, hat intensive familiäre Bindungen (ebenso der Fall des CHURG STRAUSS Syndroms) und ist überfordert. Silicea ist eine Säure, welche zwei Phasen aufweisen. Eine erste Phase hoher Aktivität, unter Umständen auch Aggression, in einer zweiten Phase kommt es zu einem Erschöpfungszustand und Isolation. Diese Überforderung mit Erschöpfung bezieht sich auf die Familie. Silicea ist sehr akribisch, genau, hat hohe Anforderungen; in seiner Position im PS bezieht sich das auf die Familie. Die Familie ist bei der Anamnese zugegen, die Schwester war angereist, um zu helfen.

Ergebnisse:

Auf Silicea in täglichen Gaben kommt es in den ersten Tagen zu äußerst stinkenden und eitrigen Absonderungen aus dem Dickdarm und großen Stuhlmengen. Die Entzündung am Colostoma heilt aus. Nach einer Woche ist die Patientin fähig, das Bett zu verlassen und kleine Mahlzeiten für die Familie zu bereiten. Es treten keine neuen Schübe auf. Bei der Untersuchung im Krankenhaus, wenige Wochen später, erklären die Internisten, „dass der Crohn zum Stillstand gekommen ist“.
Nach knapp einem Jahr konnte das Colostoma rückoperiert werden, und die Patientin berichtet, dass sie sich bei bester Gesundheit befindet.

Diskussion:

Dieser Fall illustriert, auf welch unterschiedlichen Systemen die Schulmedizin und die Homöopathie beruhen. Schulmedizinisch gesehen ist die Prognose ob des progressiven Verlaufes sehr schlecht, eigentlich infaust. Trotz mehrerer Operationen und konservativer Therapie ist es zu einer raschen Progredienz des Krankheitsprozesses gekommen. Aus homöopathischer Sicht (die Diagnose Morbus CROHN wird bei der Arzneimittelfindung hier vorläufig völlig beiseite gelassen) zeigt der Fall eine gute Prognose, weil sich ein Mittel durch alle Ebenen durchzieht: Die Lokalsymptome (chronische Entzündung, Tendenz zur Eiterung, Otitis, Parodontose usw.), die Modalitäten (große Kälteempfindlichkeit) und das Erscheinungsbild einer eher grazilen Frau von sanguinischem Temperament, einer gewissen Eigenwilligkeit, weisen alle auf Silicea. Die (homöopathische) Diagnose bezieht sich auf die Lokalsymptome und auf konstitutionelle Zeichen (Körperbau, Charakter, Temperament). In der Konstitution liegen hier letzten Endes die entscheidenden Schwächen, auf welcher erst die Krankheitserscheinungen zustande kommen können.
Hier sei vor allem wiederholt, dass man bei derart chronischen und progressiven Erkrankungen über das Syndrom und die Krankheitsbegriffe hinausgehen und der konstitutionellen Verfassung des Betroffenen gerecht werden muss. Die Konstitution ist der Boden, auf dem sich Krankheitsprozesse entwickeln. - Andererseits entspricht dieser Fall auch dem Charakter der Patientin und ihrer psychischen Konstellation (angeführt sei die starke Beziehung zu Familienangehörigen, Beruf, Ehrgeiz, Image).[2]
Die herkömmliche Behandlung und vier Operationen, zuletzt Anlegung eines künstlichen Ausganges, hat sich als ungenügend erwiesen – die Krankheit schritt weiter fort, es bestanden weiterhin Entzündung, Eiterung, zuletzt eine ausgesprochene Schwäche und Kachexie. Hingegen hat ein einziges homöopathisches Arzneimittel, das auch der Konstitution der Patientin entspricht, der Progredienz des Krankheitsprozesses Einhalt geboten und diesen Fall in Kürze kuriert.
Gezeigt werden soll auch, dass hier zwei unterschiedliche Krankheitsbilder – ein CHURG STRAUSS Syndrom (Teil V) und ein Morbus CROHN – personenbezogen die selbe Arznei verlangen. Beide stellen Krankheitsbilder mit ausgeprägtem autoaggressiven Charakter dar und werden von ein und derselben Arznei geheilt. Beide Patienten spiegeln das Arzneimittelbild von Silicea wieder, unabhängig davon an welcher Krankheit sie leiden. Das bedeutet, dass wir in erster Linie Bezug auf den Patienten nehmen und nicht auf seine Krankheit. Wiederum sei das Schachspiel als Parabel herangezogen, wo einzig und allein der König von Interesse ist – alle anderen Parameter (Figuren, Schachzüge) sind seiner Wichtigkeit untergeordnet. Die Homöopathie fasst in holistischer Art und Weise Lokalsymptome (Organe), Modalitäten, Lebensthemen, ja die gesamte Konstitution in einer Arznei zusammen (lebenslange Zeichen und Symptome). Man darf aber nicht vergessen, dass hier allein aus dem Periodensystem über 1000 Mineralien und Säuren/Basen zur Anwendung kommen können, ganz zu schweigen von der ungeheuren Anzahl an pflanzlichen oder tierischen Präparaten.
Um bei chronisch entzündlichen Darmkrankheiten zu bleiben, mag zum Vergleich ein Fall erwähnt sein, in welchem ein personenbezogens Ammoniumnitricum eine ursprünglich therapieresistente Colitis ulcerosa (konservative Therapie) innerhalb weniger Monate zur Abheilung brachte. Der Charakter des Patienten, seine Kindheitsgeschichte und die Lokalsymptome führten zur Arznei, wobei der Charakter ausschlaggebend ist,

dieser ermöglichte erst eine Differentialdiagnose. Ursprünglich waren vier große Geschwüre vorhanden, die täglich mehrere Blutstühle verursachten. Obwohl der Patient bereits seit Wochen jede Medikation (auch die homöopathische) abgesetzt hatte, zeigte sich bei der Irrigoskopie nur ein kleines Ulcus, das keinerlei Beschwerden verursacht.

1 Falldarstellung aus PAYRHUBER (1997).
2 Damals habe ich den Fall noch in der Nacht repertorisiert und habe nachgelesen: FARRINGTON kommentiert in einer ausgezeichneten, aber noch völlig organisch gehaltenen Arzneimittellehre die Beziehungen zwischen Silicea und Calcium fluoricum bzw. Acidum fluoricum als komplementäre Arzneimittel bei Eiterungen und Fisteln. Aber wenn man die psychische Dimension dieser beiden Mittel betrachtet, ergeben sich große Unterschiede: Silicea ist familiär gebunden, Calcium fluoricum und noch viel mehr Acidum fluoricum drängt es hinaus, denn Fluor will ungebunden sein.

Literatur

ALLEN T. F.; The Encyclopedia of pure Materia Medica (reprint) Vol. 9; B. Jane Publisher PVT Ltd (New Delhi 1986)
BOERICKE W.; Homeopathic Materia Medica 9th rev. ed.; Boericke & Runyon (Philadelphia 1927);
CLARKE J. H.; Der Neue Clarke – eine Enzyklopädie für den Homopatischen Praktiker Bd. 8; Dr. Grohmann GmbH (Bielefeld 1994);
COLOMBEL J. F. WATSON A. J. M., NEURATH M. F.; 2008; The 10 remaining mysteries of inflammatory bowel disease; GUT online 57: 429-433; http://gut.bmj.com/cgi/content/full/57/4/429
FLURY R.; Realitätserkenntnis und Homöopathie (mit Karten-Repertorium), Resch G.& Flury-Lemberg M. (Bern 1979);
KENT J. T.; Repertory of the Homeopathic Materia Medica and a Word Index, Homeopathic Book Service (London 1986);
PAYRHUBER D.; Dimensionen der homöopathischen Medizin; Eigenverlag des Verfassers (Salzburg 1997);
SCHOLTEN J.; Homöopathie und die Elemente; Stichting Alonissos (Utrecht 1997);

Der Autor:

Dr. Dietmar Payrhuber
Eduard-Baumgartner-Str. 8, 5020 Salzburg
Tel. 0662/84 99 25
Fax: 0662/84 40 54
Payrhuber@gmx.net
www.payrhuber.at

Auch in der nächsten Ausgaben lesen Sie die verschiedensten Berichte aus der Homöopathie.

Vorträge und Diskussion am 22. November 2008 zum Thema Psychopharmaka: Therapie und / oder Freiheitsbeschränkung?

Das HeimAufG ist seit Juli 2005 in Kraft und regelt im Wesentlichen die Voraussetzungen für Grundrechtseingriffe in Form von Freiheitsbeschränkung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen für alte Menschen und für Menschen mit Behinderung, sowie, eingeschränkt, in Krankenanstalten mit Ausnahme der Psychiatrie. Grundrechtseingriffe unterliegen in Österreich gesetzlichen Regelungen und die betroffenen Personen haben Anspruch auf Rechtsschutz. Diesen Rechtsschutz gewährt im Falle des HeimAufG die Bewohnervertretung. Während inzwischen ein sehr reflektierter und reduzierter Umgang mit mechanischen Freiheitsbeschränkungen festgestellt werden kann, sind Freiheitsbeschränkungen, die durch die Verabreichung von Medikamenten bedingt sind, ein bisher noch eher wenig beachteter Aspekt des HeimAufG.

Die Freiheitsbeschränkung durch medikamentöse Maßnahmen wird im § 3 Abs 1 des HeimAufG explizit erwähnt. Die Frage, warum man bei einer medikamentösen Behandlung von einer Freiheitsbeschränkung sprechen kann und wann gegebenenfalls eine freiheitsbeschränkende Auswirkung gegeben oder gewünscht ist, hat seit Inkrafttreten des Gesetzes immer wieder zu Diskussionen zwischen den verschiedenen Experten geführt. Feststellbar war in den vergangen drei Jahren auch, dass die infrage kommenden Medikamente, in erster Linie Neuroleptika und Sedativa, häufig in Alten- und Pflegeeinrichtungen verabreicht werden. Diesen Eindruck bestätigen auch internationale Studien. In der Zwischenzeit liegen auch oberstgerichtliche Entscheidungen zu diesem Thema vor, die Orientierung bei der Einschätzung von medikamentösen Freiheitsbeschränkungen geben. So hat der OGH z.B. festgestellt, dass eine therapeutische Indikation allein das Vorhandensein einer Freiheitsbeschränkung durch dieses Medikament nicht ausschließt.

Bei der angekündigten Veranstaltung besteht die Möglichkeit, sich gemeinsam mit Experten aus Medizin, Justiz und Bewohnervertretung mit diesem Thema konstruktiv auseinander zu setzen und auch Löschungsvorschläge zu diskutieren die einer qualifizierten medizinischen Behandlung aber auch dem Rechtsschutz der Bewohner dieser Einrichtungen entsprechen.

DDr. Randolf Messer

Einladung

Vorträge und Diskussion
zum Thema

Psychopharmaka: Therapie und/oder Freiheitsbeschränkung?

Am: 22. November 2008
09:00 s.t. bis 12:00 Uhr

In der Pause Buffet

Ort: Ärztekammer für Salzburg
Vortragssaal / Bergstr. 14

Begrüßung:
Dr. Eugen Zadra
Ärztekammer für Salzburg
Es referieren:
DDr. Randolf Messer
Ärztlicher Leiter der Seniorenheime der Stadt Salzburg
Dr. Erich Wahl
Bereichsleiter Salzburg/Tirol, VertretungsNetz – Bewohnervertretung
Mag. Alexander Mänhardt
Richter des Landesgerichts Salzburg
Prim. Dr. Marc Keglevic
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie KH Schwarzach,
Leiter der psychiatrischen Sonderpflege der Landesklinik St. Veit

DFP-Anrechenbarkeit (3 Punkte Psychiatrie)

Eine Veranstaltung
der Salzburger Ärztekammer, Magistratsabteilung 4/00 - Seniorenheime
VertretungsNetz – Sachwalterschaft, Patientenanwaltschaft, Bewohnervertretung

Arztberuf – quo vadis?

„Erwartung – Selbstbild – Realität“

FORUM MEDIZIN 21, die neue Kongressreihe der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität, setzt sich mit dem Arztberuf im 21. Jahrhundert auseinander

Die Ausbildung zum Arzt, zur Ärztin, ist durch die Vermittlung einer ungeheuren Wissensmenge gekennzeichnet. Nach dem Studium erfolgt die praktische Ausbildung in klinischen Einrichtungen, die Weiterbildung zum selbständig tätigen Arzt in eigener Praxis beruht traditionellerweise auf Berufserfahrung. Dieser herkömmliche Weg wird den heutigen beruflichen Anforderungen zunehmend weniger gerecht. Zu unüberschaubar und komplex ist die Menge medizinischen Wissens geworden, zu schnelllebig sind Erkenntnisse und Technik. Die traditionelle wissensbasierte Lehre an den Universitäten verliert Gewicht zugunsten der Vermittlung von Fertigkeiten, aktuelles Wissen jederzeit abrufbar zu machen.

forum medizin 21
PARACELSUS MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT

Die Informationsflut

Doch was geschieht tatsächlich mit den Ärzten im so genannten Informationszeitalter? Wie werden jene 50.000 medizinischen Fachpublikationen, die monatlich weltweit neu hinzukommen, verarbeitet? Wie gehen Ärzte mit der Flut an Informationen um, die – von unterschiedlichsten Interessengruppen beeinflusst, um nicht zu sagen manipuliert – den beruflichen Alltag beherrschen? Wie wirkt es sich auf das berufliche Selbstverständnis aus, dass der Patient mit Ausdrucken aus dem Internet in die Praxis kommt und über ein bestimmtes Krankheitsbild vielleicht besser und aktueller informiert ist als der Arzt selbst?

Arzt – Patient

Die allgemeine Verfügbarkeit von Information hat auch zu einem Wandel der Arzt-Patient-Beziehung geführt. Während diese früher eher patriarchalische Züge trug, fordert der mündige Patient heute in zunehmendem Maße ein Mitspracherecht ein. Gleichzeitig wünscht sich der Patient jedoch mehr persönliche Zuwendung und Empathie. Ärzte befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen Erwartungen und Forderungen von Patienten – wie wird sich diese Tendenz weiterentwickeln?

Gesundheit und Ökonomie

Und dann ist da noch das ökonomische Argument, das wie das Schwert des Damokles über der Tätigkeit des Arztes schwebt. Die Notwendigkeit, immer stärker ökonomische Überlegungen in das ärztliche Tun einfließen zu lassen, wird zum Zwang unter dem Druck von außen, Kosten zu sparen und Reglementierungen einzuhalten. Die optimale Versorgung der Patienten scheint bei ökonomisch begründeten Maßnahmen oft nicht im Vordergrund zu stehen. Aber dass teurer nicht immer besser ist, ist hinlänglich bekannt. Neue Medikamente sind oft wesentlich kostspieliger, aber ohne zusätzlichen Nutzen und zudem mit dem Risiko aller neuen Medikamente behaftet: es gibt noch keine breite Erfahrung in der längerfristigen Anwendung.

Balanceakt gefordert

Der Arzt muss heute also einen Balanceakt vollführen: Aus der Flut an medizinischen Informationen müssen die entscheidenden Erkenntnisse herausgefiltert werden. Diese sind dann dem vorinformierten Patienten zu verdeutlichen, so dass eine von Arzt und Patient gemeinsam getragene Entscheidung möglich wird. Und dann müssen die ergriffenen Maßnahmen gegenüber dem Kostenträger gerechtfertigt werden. Ein schwieriges Unterfangen, das nicht

ohne Einfluss auf das Berufsbild und Selbstverständnis des Arztes bleiben wird.

Arzt/Ärztin sein im 21. Jahrhundert

Wie diese komplexe Problematik zukünftig zu bewältigen ist und wie sich der Arztberuf im 21. Jahrhundert unter diesen Vorgaben weiter entwickeln wird, ist Thema des ersten internationalen Kongresses der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität, der im Januar in Salzburg stattfinden wird. Mit dem FORUM MEDIZIN 21 wird eine jährlich stattfindende Kongressreihe zu den wichtigsten medizinischen Herausforderungen unserer Zeit aufgelegt. Die erste Veranstaltung in Salzburg vom 29. bis 31. Jänner 2009 wird sich unter dem Titel „Ärztin/Arzt sein im 21. Jahrhundert: Erwartung – Selbstbild – Realität“ dezidiert auseinander setzen mit „Umgang mit Information und Informationsflut“, „Gesundheit und Ökonomie“ sowie „Arzt-Patient-Beziehung“.

Namhafte Vortragende – kreative Workshops

Namhafte Vortragende wie Prof. Dr. med. Dietrich Grönemeyer (Lehrstuhl für Radiologie, Universität Witten-Herdecke), Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig (Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft), Prof. Ilkka Kunnamo (Herausgeber der finnischen Evidence Based Medicine - Guidelines) u. a. werden die Thematik aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchten und die Kongressteilnehmer zur aktiven Mitarbeit in verschiedenen Workshops motivieren, in denen kreativ an der Weiterentwicklung des ärztlichen Berufsbildes und Selbstverständnisses gearbeitet werden soll.

Die Kongressreihe möchte richtungweisende Signale für Ärzte und andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen geben, um medizinische Tätigkeit und Gesundheitssystem unter den Bedingungen unserer Zeit zum Wohle der Patienten nachhaltig zu optimieren.

Forum Medizin 21
Ärztin / Arzt sein im 21. Jahrhundert: Erwartung - Selbstbild - Realität.
29.-31.1.2009 Salzburg,
Salzburger Residenz
Alle Informationen und Anmeldung
www.forummedizin21.at

Univ.-Prof. Dr. Andreas Sönnichsen, Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität

29. – 31. Jänner 2009, Salzburg

Ärztin/Arzt sein im 21. Jahrhundert: Erwartung – Selbstbild – Realität

forum medizin 21
PARACELSUS MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT

Die Paracelsus Medizinische Privatuniversität will mit dem FORUM MEDIZIN 21 ein Fachsymposium für MedizinerInnen etablieren, das aktuelle Entwicklungen im Bereich der Medizin i.w.S. thematisiert und diskutiert. Die Auseinandersetzung mit aktuellen fachspezifischen Themen aus Medizin und Gesundheit soll auf hohem Niveau erfolgen und dem Wissenstransfer zwischen Theorie und Praxis Rechnung getragen werden.

Als Ausbildungs- und Forschungsstätte ist sich die Veranstalterin ihrer wichtigen Rolle in der Wechselwirkung zwischen Ausbildung und beruflicher Praxis bewusst. Sie will der Veränderungsdynamik des Berufsfelds insofern Rechnung tragen, als Erkenntnis aus dem Forum u.a. bei der (Weiter)Entwicklung von Lehrinhalten im universitären Bereich einfließen sollen.

Information:
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Frau Mag. Barbara Klingsbigl
Strubergassse 21, 5020 Salzburg
Tel.: 0662 / 44 2002 12 15, Mobil: 0699 / 144 200 45
E-Mail: barbara.klingsbigl@pmu.ac.at, Internet: www.pmu.ac.at

Kurtherme Badehospiz

Als traditionsreiche Kurtherme im Gasteinertal mit Schwerpunkt Bewegungsapparat/Rheumatologie erweitern wir mit 1.1.2008 unser Ärzteteam und suchen dafür in Vollzeitbeschäftigung eine Kollegin/einen Kollegen mit:

– ius practicandi
– guten allgemeinmedizinischen Kenntnissen
– Interesse an Kurmedizin
– sozialer Kompetenz

Von Vorteil sind weiters:

– Notarztdiplom bzw. Bereitschaft, dieses nachzuholen
– Ausbildungen in einem der Bereiche manuelle Medizin, Akupunktur, Neuraltherapie, Ernährungsmedizin, Psychotherapie oder Psychosomatik

Wir bieten Ihnen:
– selbständiges Arbeiten
– hervorragende Verpflegung im Hause
– günstige Wohnmöglichkeit in Bad Gastein
– Gehalt nach Vereinbarung

Zur Bewerbung benötigen wir:
– Lebenslauf
– Promotionsurkunde
– Diplom zum Arzt für Allgemeinmedizin od. Facharztdiplom
– Staatsbürgerschaftsnachweis

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:
Stiftung Kurtherme Badehospiz
Badbergstraße 1, 5640 Bad Gastein
Tel. 0 64 34 / 20 06-0, e-mail: stiftung@badehospiz.at

Für nähere Informationen kontaktieren Sie bitte Herrn Karl Kletzmayer (Verwalter), Tel. 0 64 34/20 06-0

Jobchancen in der EU

Informationsabend mit der Jobbörse der Österreichischen Ärztekammer

29. Oktober 2008, 19.00 Uhr
Ärztekammer – Saal Erdgeschoß

Gemeinsam mit dem Internationalen Büro der Österreichischen Ärztekammer (Jobbörse „Alle Chancen der Welt“) gestalten wir einen Informationsabend für die Salzburger Ärztinnen und Ärzte zu den Jobchancen in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union, wie auch in der übrigen Welt. Die Veranstaltung richtet sich sowohl an Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung, als auch an selbständig berufsberechtigte Ärztinnen und Ärzte, insbesondere FachärztInnen, die Interesse an der Erweiterung ihrer Berufserfahrung im Ausland haben.

Programm

- Dr. Peter Gschaider (Leiter der Jobbörse der ÖÄK) – Überblick und Moderation
- Mag. Irene Podest (Hauptamtliche Beraterin der ÖÄK) – EU-Rechtliche Voraussetzungen für migrationswillige Ärzte
- Mag. Franz Kaiser (externer Berater der ÖÄK, docanddoc.at) – Konkreter Überblick über Angebot und Nachfrage in Europa

Die Veranstaltung ist mit 2 DFP-Punkten (freie Fortbildung) akkredidiert. Anmeldung unbedingt erforderlich!
Frau Irene Esser, esser@aeksbg.at oder Tel. 0662/871327-141

Schulungen für Typ 2-DiabetikerInnen im Bundesland Salzburg

Die Zufriedenheits-erhebung

Im Schulungsprogramm für Menschen mit Diabetes Typ II bildet AVOS die Drehscheibe für alle daran Beteiligten: Ärztinnen und Ärzte, DiabetesberaterInnen und Krankenhäuser, sowie die DiabetikerInnen selbst. Damit die PatientInnen zu einer Schulung kommen können, gibt es für die niedergelassene ÄrztInnenschaft fünf Möglichkeiten:

1. Der Arzt/die Ärztin hat eine Zusatzausbildung und führt die Schulung in der eigenen Ordination mit Unterstützung einer/s DiabetesberaterIn durch.
2. Der Arzt/die Ärztin hat eine ausreichende Zahl an PatientInnen für eine Schulung gesammelt und holt sich ein **mobiles Schulungsteam** – bestehend aus einer Schulungsärztin und einer Diabetesberaterin - in die Ordination.
3. Es besteht auch die Möglichkeit in Räumlichkeiten der Gemeinde durch ein mobiles Schulungsteam eine Schulung durchzuführen, zu der mehrere niedergelassene Ärzte/Ärztinnen zuweisen.
4. Der Arzt/die Ärztin kann die PatientInnen auch in die Schulungen schikken, die regelmäßig in den AVOS-Therapiestellen (nächste Termine siehe Kasten) angeboten werden.
5. Der Arzt/die Ärztin kann die PatientInnen in die Krankenhäuser zur Schulung schicken.

Im Jahr 2004 wurden im Bundesland Salzburg die Typ 2 – Diabetesschulungen neu organisiert. Seither hat sich in manchen Regionen ein sehr dichtes Netz an Schulungseinrichtungen herausge-bildet. „Im Jahr 2004 haben wir 23 Schulungen bei niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen gezählt, im Jahr 2007 waren es bereits fast doppelt so viele. Dazu kommen noch einmal so viele Schulungen im Bereich der Krankenhäuser“, freut sich der ärztliche Programmleiter, **Univ.Doz. Dr. Raimund Weitgasser,** und ergänzt „durch die gute Zusammenarbeit von Krankenkassen und Land Salzburg konnte der Selbstbehalt für die Betroffenen auf EUR 10,- gesenkt und die Abwicklung für alle Beteiligten erleichtert werden.“

Positives Bild bei der Zufriedenheitserhebung

Eine von AVOS im September 2008 durchgeführte Zufriedenheitserhebung in der niedergelassenen ÄrztInnenschaft ergab ein durchaus positives Bild. Bei den schulenden Ärzten/Ärztinnen war die Rücklaufquote von 75 % erfreulich hoch. Die Zusammenarbeit mit AVOS im Bereich Organisation, Abrechnungsabwicklung und Kommunikation läuft für fast alle gut oder sogar sehr gut. Erfreulicherweise zeigte sich auch, dass die Schulungsärzte/-ärztinnen großteils auch noch freie Kapazitäten haben.
Bei der Zufriedenheitserhebung unter den AllgemeinmedizinerInnen und InternistInnen zeigte sich knapp die Hälfte noch zuwenig informiert. Überdies wird Großteils eine Rückmeldung gewünscht, wenn ihr/e Patient/in die Schulung besucht hat. AVOS wird in den nächsten Wochen in diesen beiden Themenbereichen weitere Entwicklungsschritte setzen. Von der regionalen Verteilung her zeigt sich, dass in der Region Flachgau und im Saalachtal noch Angebotslücken bestehen. Im Herbst stehen in der Ärztekammer noch zwei Termine zur Betreuung von **Diabetes Disease Mangament-PatientInnen,** sowie ein Fortbildungstermin für Ärzte/Ärztinnen, um selbst Schulungen durchführen zu können, auf dem Programm.

Univ.-Doz. Dr. Raimund Weitgasser, ärztlicher Programmleiter

Kontakt, Informationen, Termine:
Anmeldung unbedingt erforderlich bei AVOS, Arbeitskreis für Vorsorgemedizin, Salzburg
Tel.: 0662/887588-0
Leonore Bacher oder Barbara Mettler
E-Mail: avos@avos.at; www.avos.at

Schulungstermine bei AVOS, Elisabethstraße 2, 5020 Salzburg
Mittwoch, 12.–24. November 2008

Schulungstermine bei AVOS, Außenstelle Flachgau, 5201 Seekirchen
19.–27. November 2008,
8.–21. Jänner 2009

Original „SALZBURGER ADVENT“

St. Andrä Kirche am Mirabellplatz

10% Ermäßigung auf alle Karten von

„’S ist Weihnacht überall!“

Termine 2008

Freitag
05. Dezember, 18.30 Uhr
12. Dezember, 18.30 Uhr
Samstag
29. November, 15.30 und 18.30 Uhr
06. Dezember, 15.30 und 18.30 Uhr
13. Dezember 15.30 und 18.30 Uhr
Sonntag
30. November, 17.00 Uhr
07. Dezember, 17.00 Uhr
14. Dezember 17.00 Uhr
Montag
08. Dezember 15.30 und 18.30 Uhr

Kartenbestellung:
per Email: holzmann@salzburgeradvent.at
oder telefonisch unter der Nummer 0662/ 629192.
Nähere Informationen zum Programm und den einzelnen Ensembles: www.salzburgeradvent.at

Selbstverständlich genießen Sie wieder die Vorteile einer persönlichen Zustellung der Karten und den Entfall jeglicher Bearbeitungsgebühren und Versandspesen. Ein kurzes Email oder Telefonat genügt, wir nehmen die Bestellungen unter dem Kennwort „ÄRZTINNEN“ auf. Selbstverständlich gilt dieses Angebot auch für Angehörige und Freunde.

Wir freuen uns sehr auf Ihren Besuch 2008 beim Original „Salzburger Advent®“!

Krankenhaus Vinzentinum
Ruhpolding Oberbayern
Fachklinik für Innere Medizin

BARMHERZIGE SCHWESTERN
VOM HL. VINZENZ VON PAUL

Das Krankenhaus Vinzentinum ist ein sehr gut ausgestattetes und modernes internistisches Fachkrankenhaus in Trägerschaft einer katholischen Ordensgemeinschaft.

Wir suchen für unsere Medizinische Abteilung (Schwerpunkte: Gastroenterologie, Angiologie und Kardiologie) ab sofort eine/n

Assistenzärztin/-arzt

Im Krankenhaus Vinzentinum werden sämtliche diagnostische Verfahren der Inneren Medizin und Radiologie angewendet (Sonographie, Endoskopie, Echokardiographie, TEE, Duplex-Verfahren, Nuklearmedizin, Kernspintomographie). Das Krankenhaus verfügt über eine Intensivstation mit Beatmungsmöglichkeit und ein Schlaflabor.

Wir suchen eine/n engagierte/n aufgeschlossene/n Ärztin/Arzt, die/der in die menschliche, dem Patienten zugewandte Atmosphäre des Krankenhauses passt und an einer breiten internistischen Ausbildung interessiert ist. Die frühe Einbindung in die einzelnen Funktionen wird garantiert. Die volle Weiterbildung zur/zum Fachärztin/-arzt für Innere Medizin ist möglich.

Ruhpolding, in der Nähe des Chiemsees gelegen, bietet Sommer wie Winter einen hohen Erholungs- und Freizeitwert.

Die Vergütung erfolgt nach AVR mit den im öffentlichen Dienst üblichen Zusatzleistungen.
Bei der Wohnungssuche sind wir gerne behilflich.

Für Rückfragen steht Ihnen der ärztliche Direktor Herr Chefarzt Dr. Thomas Koch unter der Ruf-Nummer: 0049-8663-52243 gerne zur Verfügung.
Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte an:

Krankenhaus Vinzentinum
Herrn Chefarzt Dr. Thomas Koch / Herrn Chefarzt R. M. Behnke
Hauptstraße 24, 83324 Ruhpolding
www.krankenhaus-ruhpolding.de

www.gesund-in-salzburg.at

Doc-Shots

Die Salzburger Nachrichten luden zur Präsentation des „Salzburger Ärzteführers 2009“ ins Panorama-Museum am Residenzplatz. Im Bild (v.l.n.r.): Dr. Erich Marx (Direktor Salzburg Museum), SN-Chefredakteur Manfred Perterer, Fr. Andrea Ausweger (SN-Projektbeauftragte „Ärzteführer“), Präs. Dr. Karl Forstner, Dr. Gerhard Schwischei (SN-Ressortleiter Wissenschaft/Gesundheit)

Im Rahmen des diesjährigen HNO-Kongresses in Graz bekam Dr. Josef Plewka die Karl Storek-Josef Gruber-Medaille von der Österreichischen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie verliehen. Im Bild (v.l.n.r.): Prof. Dr. Gerhard Friedrich (ÖG HNO) und Dr. Josef Plewka;

Rege Teilnahme fand das 4. Alpenländisches Angiologiesymposium im KH Schwarzach am 4.10.08. Im Bild (v.l.n.r.): Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Lenzhofer und Univ.-Prof. Dr. Erich Minar

Internationale Auszeichnung für Salzburger Mediziner: Prim. Univ.-Prof. Dr. Dr. Josef Niebauer ist der erste Nicht-Amerikaner, der von der American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation ausgezeichnet wurde. Ausschlaggebend war seine Forschung, die nach Meinung der Gesellschaft von übergeordneter Bedeutung für den klinischen Alltag im Bereich der Rehabilitation von PatientInnen mit kardiovaskulären Erkrankungen ist.

Projekt zur Stimulierung körpereigener stammzell-vermittelter Heilungskräfte

Wings for Life Stiftung für Rückenmarksforschung

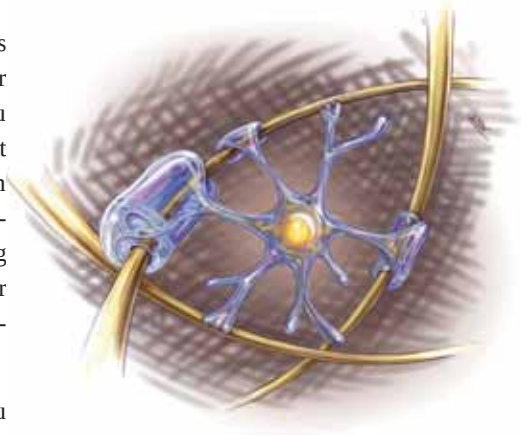
Wirbelsäulenverletzungen führen oftmals zu einer komplexen Schädigung großer Areale des Rückenmarks. Das tatsächliche Ausmaß der Verletzung und seine funktionellen Konsequenzen hängen von der Schwere des Traumas ab. Rund 2,7 Millionen Menschen weltweit sind nach einer schweren Rückenmarksverletzung – Hauptunfallursache sind Straßenverkehrsunfälle – an den Rollstuhl gefesselt.

Die in Salzburg ansässige *Wings for Life*-Stiftung fördert Forschungsprojekte zur Heilung des verletzten Rückenmarks. Nach eingehender Prüfung der eingereichten Projekte durch Spezialisten von den Universitäten Harvard, McGill, Yale und der Charité werden die besten Projekte von *Wings for Life* unterstützt. DDr. Mark Kotter von der Medizinischen Universität Wien leitet eines der geförderten Forschungsprojekte, das sich mit dem Thema „Remyelinisierung“ befasst. Sein Ziel ist es, durch Stimulation adulter neuraler Stammzellen körpereigene Heilungsmechanismen zu aktivieren.

Während im peripheren Nervensystem „Schwann-Zellen“ sich auf die Bildung von Myelinscheiden spezialisiert haben, werden diese im zentralen Nervensystem von „Oligodendrozyten“ gebildet.

Der Verlust von Myelinscheiden wird als Demyelinisierung bezeichnet. Dieser Prozess führt im schlechtesten Fall zu einem vollständigen Informationsverlust zwischen dem Gehirn und der in dem Versorgungsgebiet der betroffenen Fasern liegenden Körperteile. Bewegung und Empfindung in einem mehr oder weniger ausgedehnten Bereich des Körpers gehen somit verloren.

Wirbelsäulenverletzungen führen oft zu einer komplexen Schädigung großer Areale des Rückenmarks. Axone, die während des eigentlichen Traumas durchtrennt werden, verlieren ihre Verbindungen und werden abgebaut. Häufig bleiben jedoch Nervenfasern erhalten, die aufgrund der Zerstörung ihrer Myelinscheiden ihre Fähigkeit verloren haben Informationen weiterzuleiten. Da diese Fasern zunächst noch intakt sind, wäre theoretisch „nur“ die Regeneration ihrer Myelinscheiden notwendig, um ihre Funktion wiederherzustellen und sie vor weiteren Schäden zu schützen. Dies ist jedoch ein komplexer Vorgang. Körpereigene Stammzellen können auf die Zerstörung von Myelinscheiden durch die Bildung neuer Oligodendrozyten reagieren. Aus bisher unbekannten Gründen wird dieser Prozess jedoch häufig behindert und die Regeneration von Myelinscheiden bleibt unvollständig. Weltweit arbeiten Wissenschaftler unermüdlich daran, die der Remyelinisierung zugrunde liegenden zellulären und molekularen Prozesse zu erforschen. Bisherige Versuche dieses Wissen zu nutzen, um die Reparatur von Myelinscheiden zu stimulieren, zeigten allerdings nur geringen Erfolg.



Demgegenüber konnte DDr. Kotter zeigen, dass in Wirklichkeit Abbauprodukte zerstörter Myelinscheiden, die in der Folge von Rückenmarksverletzungen entstehen, die Stammzellen daran hindern neues Myelin zu bilden. Ziel seines Forschungsprojektes ist es die dafür verantwortlichen Mechanismen zu erforschen. Die Entschlüsselung dieser Mechanismen wird neue Möglichkeiten eröffnen Reparaturprozesse im ZNS zu aktivieren. Dadurch würden die in jedem von uns angelegten Heilungskräfte freigesetzt.

Das Projekt von DDr. Kotter ist eines von insgesamt 22 Forschungsprojekten, die *Wings for Life* seit seinem Bestehen unterstützt. „Es ist keine Frage mehr *ob*, sondern **wann** Querschnittslähmung heilbar sein wird“, sieht Prof. DDr. Jan Schwab, wissenschaftlicher Direktor von *Wings for Life*, der Zukunft optimistisch entgegen.

Wings for Life Spendenkonto:
Bankhaus Carl Spängler & Co.
Salzburg
Kontonummer 1000 11911
BLZ 19 530

STELLENAUSSCHREIBUNG

Im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Salzburg wird von der Salzburger Gebietskrankenkasse, Betriebskrankenkasse Austria Tabak, Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau und der Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft die Stelle für eine/einen

FACHÄRZTIN/-ARZT für UROLOGIE

mit dem Berufssitz und der Ordinationsstätte in
Saalfelden (neue Stelle)

per 1. 1. 2009 ausgeschrieben.

Die schriftliche Bewerbung muss bei der Ärztekammer für Salzburg bis **längstens 21. November 2008** einlangen.

Dem Bewerbungsschreiben sind beizufügen (Original oder beglaubigte Kopie/bei ordentlichen Mitgliedern der Ärztekammer für Salzburg ist die Vorlage von Kopien ausreichend):

1. Lebenslauf
2. Österreichischer Staatsbürgerschaftsnachweis oder Staatsbürgerschaftsnachweis eines EWR-Landes oder der schweizerischen Eidgenossenschaft oder die Staatsangehörigkeit eines Vertragsstaates eines Abkommens mit den europäischen Gemeinschaften und ihren Mitgliedsstaaten, welches die Mitgliedstaaten zur Inländergleichbehandlung hinsichtlich des Niederlassungsrechts und des Dienstleistungsverkehrs verpflichtet (Assoziationsstaaten).
3. Doktordiplom
4. Anerkennung zum Facharzt des betreffenden Faches
5. Für den Fall, dass der Bewerber noch nicht in die Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer eingetragen ist:
   a) Nachweis der gesundheitlichen Eignung durch ein ärztliches Zeugnis
   b) Nachweis der Vertrauenswürdigkeit durch eine Strafregisterbescheinigung oder eine vergleichbare Bescheinigung, in der keine Verurteilung aufscheint, die eine verlässliche Berufsausübung nicht erwarten lässt.

Staatsangehörige der übrigen Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum können den Nachweis der Vertrauenswürdigkeit und der gesundheitlichen Eignung auch durch von den zuständigen Behörden des Heimat- oder Herkunftsstaates ausgestellte entsprechende Bescheinigung (§ 27 Abs.4 Ärztegesetz 1998) erbringen.

Die unter a) und b) genannten Nachweise dürfen nicht älter als 3 Monate sein und sind, sofern sie nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, auch in beglaubigter Übersetzung vorzulegen.

Für Flüchtlinge, denen nach dem Asylgesetz Asyl gewährt worden ist, entfällt der unter Punkt 2. genannte Nachweis. Der Nachweis gemäß Punkt 3. und 4. entfällt, sofern eine im Ausland absolvierte ärztliche Aus- oder Weiterbildung glaubhaft gemacht wird.

Die Reihung erfolgt nach den zwischen der Salzburger Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Salzburg vereinbarten Richtlinien, die von Interessenten jederzeit über die Ärztekammer für Salzburg, Bergstraße 14, 5024 Salzburg (Tel.Nr.: 0662/871327 bzw. E-Mail: aeksbg@aeksbg.at) angefordert werden können. Die für die Reihung nach den Reihungsrichtlinien erforderlichen Unterlagen und Nachweise sind mit den übrigen Bewerbungsunterlagen an die Ärztekammer für Salzburg zu übersenden.

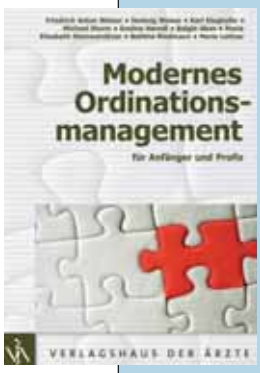
Die Berufung als Vertragsarzt erfolgt unter der weiteren Voraussetzung ausreichender Kenntnisse der deutschen Sprache durch den Abschluss eines Einzelvertrages zwischen den vorher angeführten Krankenversicherungsträgern und dem sich bewerbenden Arzt.

Die Rechte und Pflichten des in Vertrag genommenen Arztes und seine Honorierung sind im Gesamtvertrag sowie der Honorarordnung geregelt.

Das **für die Bewerbung erforderliche Formular** finden Sie

- auf unserer Homepage www.gesundinsalzburg.at – Reihungsrichtl./BewerberInnenliste
- im Salzburger Arzt (Ausgabe: Juli/August 2004)

und kann Ihnen auf Wunsch selbstverständlich auch zugesandt werden.



F. A. WEISER / H. WEISER-PINGL u.a.

Modernes Ordinations-management

2008, 136 Seiten, € 17,80

Die Zeiten, da man als Mediziner mal so eben irgendwo eine Praxis aufmachen und dann mit sicheren Einnahmen rechnen konnte, die die Investitionen rasch einspielten, sind angesichts der gestiegenen Praxenzahl vorbei. Innovative Ideen und eine klare Positionierung sind gefragt, wenn man heute eine Ordination neu und erfolgreich betreiben möchte. Wer den Überblick behalten und sich finanziell nicht übernehmen will, braucht solide Informationen. Das Autorenteam stellt alle notwendigen Grundlagen vor und reichert sie mit vielen Praxistipps und Erfahrungsberichten an. Vom Arzt, der vor kurzem seine Praxis aufgemacht hat, über Finanz- und Kommunikationsberatung bis hin zur Organisation des Arbeitsablaufs.

GREY / HARDING

Ärztliche Wundversorgung

Das ABC der Wundheilung

2008, 110 Seiten, € 30,80

Diagnose, Klassifikation, Therapie und Prognose aller wichtigen Wund-Formen sowie konkreten Anleitungen zur Beurteilung von Wunden, der Verwendung von Wundauflagen sowie nicht-chirurgischer Maßnahmen. Mehr als 160 Abbildungen, Tabellen und Merksätze verdeutlichen die Inhalte.

ERDMANN, ERLAND (Hrsg.)

Klinische Kardiologie

2009, 581 Seiten, 249 Abb., € 102,80

Erfahrene Kliniker führen übersichtlich, zusammenfassend und gewichtet durch das größte Gebiet der Inneren Medizin. Komplexe Inhalte werden anschaulich, klar und gut verständlich dargestellt.

Differenzierte Diagnostik und Therapie:
Was – Wann – Warum

- Neueste diagnostische und therapeutische Konzepte
- Rasche, präzise Information
- Konzentration auf unmittelbar krankheitsbezogene klinische Informationen
- Maximal praxisrelevant, wichtige Kernaussagen und Fehlermöglichkeiten werden hervorgehoben
- Mit EbM-Angaben entsprechend der aktuellsten Studien und Leitlinien aller wichtigen deutschen, europäischen und amerikanischen Fachgesellschaften

Bücher für ein gesundes Leben

Bücher für ein schöneres Leben

BUCHHANDLUNG SORGER KG.

Medizin – Psychologie – Recht – Esoterik – Belletristik

AM LANDESKRANKENHAUS · Müllner Hauptstraße 28 + 34, A-5020 Salzburg · Tel. 0662/43 24 13
www.sorger-buch.at · Bestell-E-mail: order@sorger-buch.at

Fachkurzinformation zu Seite 11

Bezeichnung: MEPRIL 5 mg - Tabletten; MEPRIL 10 mg - Tabletten; MEPRIL 20 mg - Tabletten
Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): 1 Tablette enthält 5 mg, 10 mg bzw. 20 mg Enalaprilmaleat. **Anwendungsgebiete:** – Behandlung der Hypertonie – Behandlung der symptomatischen Herzinsuffizienz – Prävention der symptomatischen Herzinsuffizienz bei Patienten mit asymptomatischer linksventrikulärer Dysfunktion (linksventrikuläre Ejektionsfraktion [LVEF] ≤ 35 %). **Gegenanzeigen:** • Überempfindlichkeit gegenüber Enalapril, einem der Bestandteile dieses Arzneimittels oder einem anderen ACE-Hemmer – anamnestisch bekanntes, durch vorhergehende Therapie mit einem ACE-Hemmer ausgelöstes angioneurotisches Ödem – hereditäres oder idiopathisches Angioödem – 2. und 3. Trimenon der Schwangerschaft. **Hilfsstoffe:** Lactose, vorverkleisterte Stärke, Talcum, Hydroxypropylcellulose (5 mg-Tabletten), Natriumhydrogencarbonat, Magnesiumstearat, Eisenoxid rot (E172; 10 und 20 mg-Tabletten), Eisenoxid gelb (E172; 20 mg-Tabletten). **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Kwizda Pharma GmbH, 1160 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Wirkstoffgruppe:** Antihypertensiva. Die Informationen zu den Abschnitten *Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen* sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. **Stand der Information:** 05/2006.

Bezeichnung des Arzneimittels: Co-Mepril-Tabletten. **Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge):** 20 mg Enalaprilmaleat und 12,5 mg Hydrochlorothiazid. **Anwendungsgebiete:** Essentielle Hypertonie, die mit einem ACE-Hemmer als Monotherapie nicht ausreichend behandelt werden kann. **Gegenanzeigen:** – Anurie – Überempfindlichkeit gegenüber einem Bestandteil dieses Arzneimittels. – Angioneurotisches Ödem in der Anamnese in Zusammenhang mit einer früheren Behandlung mit einem ACE-Hemmer. – Überempfindlichkeit gegenüber Sulfonamidabkömmlingen. – Stenose der Nierenarterien – Schwangerschaft – Stillzeit. **Hilfsstoffe:** Natriumhydrogenkarbonat, Laktose, Maisstärke, Maisquellstärke, Magnesiumstearat, rotes und gelbes Eisenoxid (E172). **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Kwizda Pharma GmbH, 1160 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Wirkstoffgruppe:** ACE-Hemmer. Die Informationen zu den Abschnitten **Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen** sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. **Stand der Information:** 1/2006.

Fachkurzinformation zu Seite 12

Pantoloc® 20 mg - Filmtabletten: *Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:* 1 magensaftresistente Tablette enthält: 20 mg Pantoprazol (entsprechend 22,6 mg Pantoprazol-Natrium Sesquihydrat). *Sonstige Bestandteile:* Natriumcarbonat, Mannitol, Crospovidon, Povidon K90, Calciumstearat, Hypromellose, Povidon K25, Propylenglycol, Methacrylsäure-ethylacrylat-Copolymer (1:1), Polysorbat 80, Natriumlaurylsulfat, Triethylcitrat, Titandioxid E 171, Eisenoxid gelb E 172, Drucktinte (Schellack, rotes, schwarzes und gelbes Eisenoxid E 172, Sojalecithin, Titandioxid E171, Entschäumer DC 1510). *Anwendungsgebiete:* Zur Behandlung der milden Refluxkrankheit und damit verbundener Symptome (z. B: Sodbrennen, Säureregurgitation, Schmerzen beim Schlucken); Langzeittherapie und Rezidivprävention der Refluxösophagitis; Prävention von gastrointestinalen Ulcera, die durch nichtselektive, nichtsteroidale antiinflammatorisch wirksame Substanzen (NSAID) induziert werden, bei Risikopatienten, die eine andauernde NSAID-Therapie benötigen. *Gegenanzeigen:* Pantoloc® 20 mg - Filmtabletten dürfen nicht angewendet werden bei bekannter Überempfindlichkeit gegen Pantoprazol oder einen der sonstigen Bestandteile; Pantoprazol sollte, wie andere Protonenpumpenhemmer, nicht zusammen mit Atazanavir verabreicht werden.

Pantoloc® 40 mg - Filmtabletten: *Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:* 1 magensaftresistente Filmtablette enthält: 40 mg Pantoprazol (als Pantoprazol-Natrium Sesquihydrat). *Sonstige Bestandteile:* Natriumcarbonat, Mannitol (entspr. 0,0036 BE), Crospovidone, Polyvidon K90, Polyvidon K25, Calciumstearat, Propylenglycol, Methylhydroxypropylcellulose, Eudragit L 30 D-55, Triethylcitrat, Farbstoffe E 171, E 172 und Drucktinte Opacode S-1-26514 braun (E 171, E 172). *Anwendungsgebiete:* Zur Kombinationstherapie für die Eradikation von Helicobacter pylori mit zwei geeigneten Antibiotika (siehe Dosierung) bei Patienten mit peptischem Ulkus; Ulcus duodeni; Ulcus ventriculi; moderate und schwere Refluxösophagitis; Zollinger-Ellison Syndrom und andere pathologisch hypersekretorische Zustände. *Gegenanzeigen:* Pantoloc® 40 mg - Filmtabletten dürfen nicht angewendet werden bei Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe; zur Kombinationstherapie zur Eradikation von Helicobacter pylori bei Patienten mit mittelgradiger bis schwerer Leberinsuffizienz oder renaler Dysfunktion, da zur Zeit noch keine Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit dafür vorliegen; Pantoprazol sollte, wie andere Protonenpumpenhemmer, nicht zusammen mit Atazanavir verabreicht werden.

Pantoloc® 40 mg - Trockenstechampulle: *Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:* 1 Durchstechflasche enthält 40 mg Pantoprazol (als Pantoprazol-Natrium). *Sonstige Bestandteile:* Dinatriumedetat-Dihydrat, Natriumhydroxid. *Anwendungsgebiete:* Ulcus duodeni; Ulcus ventriculi; Mittelschwere und schwere Refluxösophagitis; Zollinger-Ellison Syndrom und andere pathologisch hypersekretorische Zustände. *Gegenanzeigen:* Pantoloc® 40 mg - Trockenstechampulle darf nicht angewendet werden bei Überempfindlichkeit gegen Pantoprazol oder einen der sonstigen Bestandteile; Pantoprazol sollte, wie andere Protonenpumpenhemmer, nicht zusammen mit Atazanavir verabreicht werden. **Pharmakodynamische Eigenschaften:** Protonenpumpeninhibitoren. ATC-Code: A02BC02. **Inhaber der Zulassung:** Nycomed Pharma GmbH, 1120 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. *Informationen zu Besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.* [0508]

Fachkurzinformation zu Seite 45

Bezeichnung des Arzneimittels: Dancor 10 mg-Tabletten; Dancor 20 mg-Tabletten
Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Dancor 10 mg – Tabletten: 1 Tablette enthält 10 mg Nicorandil. Dancor 20 mg - Tabletten: 1 Tablette enthält 20 mg Nicorandil. **Anwendungsgebiete:** Zur Dauerbehandlung der koronaren Herzkrankheit, insbesondere wenn Calciumantagonisten und Betablocker nicht gegeben werden dürfen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff Nicorandil oder einen der sonstigen Bestandteile – Kardiogener Schock – Schwere Hypotonie (systolischer Blutdruck unter 100 mm Hg) – akute Linksherzinsuffizienz mit niedrigem Füllungsdruck, z.B. bei akutem Myokardinfarkt – Hypovolämie – Akutes Lungenödem – Glucose-6-phosphat-Dehydrogenasemangel – Patienten, die Phosphodiesterase-5-hemmer, wie z.B. Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil (Potenzmittel), einnehmen, da die gleichzeitige Anwendung von Nicorandil zu einer gefährlichen Blutdrucksenkung führen kann.**Pharmakotherapeutische Gruppe:** Vasodilatatoren bei Herzerkrankungen, ATC – Code: C01DX16. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Maisstärke, Croscarmellose-Natrium, Stearinsäure, Mannit. **Inhaber der Zulassung:** MERCK Gesellschaft mbH, Zimbagasse 5, 1147 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Informationen zu den Abschnitten „Dosierung, Art und Dauer der Anwendung“, „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“, „Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und sonstige Wechselwirkungen“ und „Nebenwirkungen“ entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: April 2008.

HERZ UND GERINNUNG

EINLADUNG ZUR 9. JAHRESTAGUNG
der Österreichischen Arbeitsgruppe
zur Selbstkontrolle der oralen Antikoagulation [ÖASA]

7. und 8. November 2008, Salzburg

Ort: Renaissance Hotel Salzburg

Organisationskomitee:
OA Dr. Hermann Krüttner, Univ.-Prof. Dr. Max Pichler,
Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke, Prim. Dr. Harald Rubey

Information:
Roche Diagnostics GmbH
z.H. Frau Gabriele Fassl
Engelhorngasse 3, 1211 Wien
Tel.: 01/277 87-588, Fax: 01/277 87-17

8. SALZBURGER RHEUMATAG

7. November 2008

Ort:
Castellani Parkhotel Salzburg

Referenten:
Dr. F. Aglas, Prim. Dr. Ch. Czerwenka,
D. Loisl, Dr. F. Niksic, OA Dr. T. Ramsauer,
G. Schaffer, OA Dr. A. Studnicka-Benke,
Dr. A. Vesenmayer, Prim.Univ.-Prof. Mag. DDr. A. Wicker

Anmeldung:
Ärztezentrale med.info
z.Hd. Frau Ablinger
Postfach 155, 1014 Wien
per Fax: 01/53663-61
oder Internet: www.rheuma2000.at

SALZBURGER ÄRZTEGESELLSCHAFT

Wissenschaftliche Sitzungen

jeweils Mittwoch von 19.00 bis 21.00 Uhr
im großen Hörsaal des Universitätsklinikums / SALK

Mittwoch, 15. Oktober 2008

„EVIDENZBASIERTE MEDIZIN“

Moderation:
A. Sönnichsen, Institut für Allgemein-,
Familien- und Präventivmedizin PMU

Information:
Eva Klein
Salzburger Ärztegesellschaft
Müllner Hauptstraße 48
5020 Salzburg
Tel. und Fax: 0662/44 82-44 27
e-mail: g.klein@salk.at

ÄRZTINNENSTAMMSTISCH

3. Dezember 2008, 19.30 Uhr
im Grafik Atelier Uiberreither

Thema:
Vorstellung des österreichischen Ärztinnenbundes durch Wiener Kolleginnen

Atelier Volker Uiberreither, 5020 Salzburg,
Reichenhallerstr. 14 (Nähe Mülln), Tel. 0662/846680-0

Fachkurzinformation zu Seite 46

LYRICA 25 mg/50 mg/75 mg/100 mg/150 mg/200 mg/300 mg Hartkapseln
Zusammensetzung: 1 Hartkapsel enthält 25 mg / 50 mg / 75 mg / 100 mg / 150 mg / 200 mg / 300 mg Pregabalin. Lyrica Hartkapseln enthalten auch Lactose-Monohydrat. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Kapselinhalt: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Talkum. Kapselhülle: 25 mg, 50 mg und 150 mg: Gelatine, Titandioxid (E 171), Natriumdodecylsulfat, Hochdisperses Siliciumdioxid, Gereinigtes Wasser. Kapselhülle: 75 mg, 100 mg, 200 mg und 300 mg: Gelatine, Titandioxid (E 171), Natriumdodecylsulfat, Hochdisperses Siliciumdioxid, Eisen(III)-oxid (E 172), Gereinigtes Wasser. **Drucktinte:** Schellack, Eisen(II,III)-oxid (E 172), Propylenglycol, Kaliumhydroxid. **Anwendungsgebiete:** *Neuropathische Schmerzen:* Lyrica wird angewendet zur Behandlung von peripheren und zentralen neuropathischen Schmerzen im Erwachsenenalter. Epilepsie: Lyrica wird angewendet zur Zusatztherapie von partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung im Erwachsenenalter. *Generalisierte Angststörungen:* Lyrica wird angewendet zur Behandlung von generalisierten Angststörungen bei Erwachsenen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antiepileptika, ATC-Code: N03AX16. **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Vereinigtes Königreich. **Stand der Information:** März 2008. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Informationen zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sind der Austria-Codex-Fachinformation zu entnehmen.**

Traum[a]tage 2008

Die Hand

27. bis 30. November 2008
Europa-Sportregion Zell am See - Kaprun

Die Europa Sportregion ZellamSee Kaprun
Für den Menschen. Unsere Verantwortung.
Ärztekammer

Veranstaltet vom Krankenhaus Zell am See und dem Sportärztereferat der Ärztekammer für Salzburg

Anmeldung und Information:
Sportärztereferat der ÄK für Salzburg (Herr Böhm)
Bergstraße 14, 5024 Salzburg
Tel. 0662 / 871327-120, Fax: 871327-10
E-Mail: boehm@aeksbg.at

Das „Salzburger Ärzteforum für das Leben“ erlaubt sich, auf die Fortsetzung seiner Vortragsreihe in der Salzburger Ärztekammer hinzuweisen.

SALZBURGER ÄRZTEFORUM FÜR DAS LEBEN

Prof. Dr. Lukas Kenner
Molekularpathologe
Institut für klinische Pathologie an der Medizinischen Universität Wien

hält am Mittwoch den 12. November 2008 um 19:00 in der Ärztekammer Salzburg, Bergstraße 14 einen Vortrag mit dem Thema:

„Heute klonen – morgen heilen?“

Fragen zur Stammzellenforschung und Einsatzmöglichkeiten in der Therapie

Anschließende Diskussion und Buffet (Fa. Amgen)

Univ. Prof. Dr. Lukas Kenner ist Molekularpathologe und lehrt an der Universität Wien. Er arbeitet in der Krebsforschung mit Hilfe embryonaler Stammzellen. Bei der Anhörung des Deutschen Bundestages zur Stammzellenforschung war er als Experte geladen.

TERMINE VOM 5. 11.2008–31. 1. 2009

■ **5. – 9. November 2008, Wien**
INNERE MEDIZIN, update – refresher
Information: Forum für medizinische Fortbildung, 2500 Baden bei Wien, Tel. u.Fax: 0810-000288, Internet:www.fomf.at, e-mail:info@fomf.at

■ **5. – 7. November 2008, Wien**
ONKOLOGIE IN KLINIK UND PRAXIS
Information: 1. Medizinische Abtlg. Zentrum für Onkologie und Hämatologie, Wilhelminenspital, Fr. Eva Maria Szabo, Montlearstr. 37, 1160 Wien, Fax: 01/49150/2109, e-mail: eva.maria.szabo@wiendav.at

■ **7. – 8. November 2008, Linz**
FORTBILDUNGSTAGUNG DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR UROLOGIE
Information: convention.group, Rotenhausgasse 6/8, 1090 Wien, Tel.: 01/4068340, Fax: 01/4068343, e-mail: office@conventiongroup.at, Internet: www.conventiongroup.at

■ **8. November 2008, Going/Stanglwirt**
25. UNTERINNTALER SPORTMEDIZINISCHES SEMINAR
Information: MR Dr. Erwin Zanier, Kinkstr. 15, 6330 Kufstein, Tel.: 05372/63515, Fax: 05372/61971, e.mail: d.e.zanier@kufnet.at

■ **8. November 2008, Linz**
10. MEDIZINRECHTLICHE SEMINAR
Information. Univ.-Prof. Dr. Christoph Brezinka, UniFrauenKlinik Innsbruck, Anichstr. 35, 6020 Innsbruck, Fax: 05050423055, e-mail: christoph.brenzinka@i-med.ac.at

■ **8. November 2008, Wien**
3. GEOPS SCHMERZKONGRESS „RÜCKENSCHMERZEN NEU VERSTEHEN – AKTIV AB 40“
Information: Kongress Sekretariat Frau Mag. (FH) Katharina Gernesch.Hadhri, Tel.: 01/80182269, e-mail: katharina.gernesch@oss.at

■ **13. – 14. November 2008, Wien**
10. ÖSTERREICHISCHE PRÄVENTIONSTAGUNG
Information: Agentur EvOTION, Bachofengasse 8, 1190 Wien, Tel.: 01/3288660-657, e-mail: gesundheitsfoerderung@evotion.at

■ **14. November 2008, Anif**
NLS-TECHNOLOGIE IN DER NICHT-INVASIVEN DIAGNOSTIK
Information: Vitascanning Österreich, Frau Andrea Höll, Grabenbauerweg 19, 5020 Salzburg, Tel.: 0662/660939, e-mail: info@vitascanning.at

■ **14. – 15. November 2008, Hall**
UPDATE GASTROENTEROLOGIE
Information: Ärztezentrale medinfo, Helferstorferstrasse 4, 1010 Wien, Tel.: 01/53116-70, Fax:01/53116-61, e-mail: azmedinfo@media.co.at

■ **14. – 15. November 2008, Bregenz**
BODENSEESYMPOSIUM 2008
Information: Ärztezentrale medinfo, Helferstorferstrasse 4, 1010 Wien, Tel.: 01/53116-70, Fax:01/53116-61, e-mail: azmedinfo@media.co.at

■ **15. November 2008, Wien**
GANZHEITSMEDIZIN – MOBILFUNK und GESUNDHEIT
Information: Akademie für Ganzheitsmedizin, Otto Wagner Spital, Sanatoriumstr. 2, 1140 Wien, Tel.: 01/6887507, e-mail: office@gamed.or.at

■ **17. – 21. November 2008, Zypern**
HORMONELL – AKTUELL
Information: Conventive VeranstaltungsGmbH, Am Heumarkt 7/7/91b, 1030 Wien, Tel.: 01/8903802, Fax: 01/8903802-15, e-mail: hormonell-aktuell@conventive.at

■ **November 2008 bis Jänner 2010, Irdning**
ORTHOMOLEKULARMEDIZIN
Informationen im Internet unter: www.dieplattform.info, Tel.: 0664/1659065, e-mail: office@dieplattform.info

■ **20. – 22. November 2008, Baden**
36. JAHRESTAGUNG DER ÖDG
INNOVATIONEN IN DER DIABETOLOGIE – FORTSCHRITT ODER STAGNATION?
Information: Mondial Congress & Events, Operngasse 20B, 1040 Wien, Tel.: 01/58804-158, Fax: 01/58804-185, e-mail: oedg08@mondial-congress.com

■ **28. November 2008, Klagenfurt**
SYMPOSIUM „SPRECHEN SIE GESUNDHEIT“
Information: Eva Maria Artner, Kierlingerstrasse 87, 3400 Klosterneuburg, Tel.: 02243/31661, e-mail: emartner@oeapg.at

■ **28. – 29. November 2008, Wien**
ENDOSKOPIE 2008 POSTGRADUIERTENKURS
Information: Ärztezentrale medinfo, Helferstorferstrasse 4, 1010 Wien, Tel.: 01/53116-70, Fax:01/53116-61, e-mail: azmedinfo@media.co.at

■ **28. – 30. November 2008, Wien**
JAHRESTAGUNG DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR DERMATOLOGIE UND VENEROLOGIE
Information: Mondial Congress & Events, Operngasse 20B, 1040 Wien, Tel.: 01/58804-158, Fax: 01/58804-185, e-mail: oedg08@mondial-congress.com

■ **28. – 29. November 2008, Wien**
JAHRESTAGUNG DER ÖSTERR. GESELLSCHAFT FÜR RHEUMATOLOGIE UND REHABILITATION
Information: Österr. Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation, Frau Michaela Lederer, Boergaavergasse 3/1/2, 1030 Wien, Fax: 01/8039880, Internet: www.rheumatologie.at

28. – 29. November 2008, Wien
ENDOSKOPIE POSTGRADUIERTEN-KURS
Information: Ärztezentrale medinfo, Helferstorferstrasse 4, 1010 Wien, Tel.: 01/53116-70, Fax:01/53116-61, e-mail: azmedinfo@media.co.at

28. November 2008, Linz
HERZINSUFFIZIENZ-UPDATE 2008
Information: OA DR. Christian Ebner, KH Elisabethinen – Abtlg. für Kardiologie, Fadingerstgrasse 1, 4010 Linz, Tel.: 0732/7676-4900, FaxDW 4936, e.mail: christian.ebner@elisabethinen.or.at

29. November 2008, Salzburg
ZEITGEMÄSSE WUNDTHERAPIE-KONZEPTE FÜR DIE PRAXIS
Information: Frau Claudia Kradel, Tel.: 01/7079102-21, Homepage: www.curriculum-wundtherapiekonzepte.com

29. – 30. November 2008,Graz
DUPLEXSONOGRAPHIE
(Einführungs-Aufbaukurs)
Information: Univ.-Prof. Dr. Kurt Niederkorn, Reitschulgasse 18, 8010 Graz, Tel.: 0316/31 82 08, Fax: 0316/318208-24

AUSBILDUNGSLEHRGANG FÜR ARBEITSMEDIZINER
ab Jänner 2009
Information: Herr Hörtl, Tel.: 02243-243110, e-mail: oeaam@aam.at, Internet: www.aam.at, Akademie für Areitsmedizin, Kierlingerstrasse 87, 3400 Klosterneuburg,

7. – 12. Dezember 2008, Zell am See
SPORTÄRZTEWOCHE 2008
Information: x3 Projects, Tivoligasse 31, 1120 Wien, Tel.: 01/5322758, e-mail: office@x3projects.com

23. – 24. Jänner 2009, Linz
TRAUMAVERSORGUNG IM NEUEN JAHRTAUSEND
Information: DI Helena Weiss, AUVA, Adalbert-Stifter-Strasse 65, 1200 Wien, Tel.: 01/33111-527, e-mail: helena.weiss@auva.at

25. – 31. Jänner 2009, Arlberg
23. ARLBERGER GYNÄKOLOGIE-LEHRGANG – NEUERUNGEN, SCHWERPUNKTE UND LEITLINIEN
Information: LKH Feldkirch, Carinagasse 47, 6800 Feldkirch, Tel.: 05522/303-2200, e-mail: gynaekologie@lkhf.at

28, – 31. Jänner 2009, Bad Hofgastein
13. JAHRESKONGRESS DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR MUND-, KIEFER- und GESICHTS-CHIRURGIE
Information: LKH Klagenfurt, Frau Judith Schauer, St.-Veiter-Strasse 47, 9020 Klagenfurt, Tel.: 0463/538-22421, e-mail: mkg.abteilung@lkh-klu.at

Programm:

08.00 Uhr	Anmeldung / Begrüßung
08.15 Uhr	Wertigkeit des Ausdauertrainings für Autofahrer (J. Niebauer)
09.15 Uhr	Überlastungen des Bewegungsapparates (N. Grössing)
10.15 Uhr	Typische Verletzungsmuster bei Unfällen (R. Woidke)
11.15 Uhr	Fahrtheorie (ÖAMTC-Trainer)
12.00 Uhr	Mittagspause
13.00 Uhr	Fahrtechnik: PKW-Kompakttraining (ÖAMTC-Trainer)
16.30 Uhr	Veranstaltungsende

Seminargebühr: EUR 180,–

Anmeldung & Information:
Sportärztereferat der Ärztekammer für Salzburg
Tel. 0662 / 871327-120 DW (Hr.Böhm)
Fax: 0662 / 871327-10 DW, E-Mail: fortbildung@aeksbg.at
Verbindliche Anmeldung
auf Grund der begrenzten Teilnehmeranzahl unbedingt notwendig

Universitätsklinik für Dermatologie der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg (PMU) / Salzburger Landeskliniken (SALK)

Semesterprogramm Wintersemester 2008 /2009

Täglich 12.00 Uhr bis 12.30 Uhr Ambulanzvisite.
Jeden Mittwoch 15.00 Uhr bis 16.00 Uhr Fallbesprechungen, Seminare und Diskussion klinisch relevanter Publikationen. Die Universitätsklinik für Dermatologie ist als ärztlicher Veranstalter im Rahmen des Diplom – Fortbildungsprogramms der ÖÄK akkreditiert. Für den Besuch dieser Veranstaltungen werden von der Ärztekammer für Salzburg Diplom-Fortbildungsstunden anerkannt. Das jeweilige Wochenprogramm und der etwaige Ausfall von Veranstaltungen kann im Chefsekretariat der Klinik (0662/4482-3001) erfragt werden.

5.11.2008, 14:00 Uhr
KLINIKKONFERENZ (Bibliothek der Klinik)

7.11. – 8.11.2008
Jahrestagung der österreichischen Gesellschaft für Dermatologische Kosmetik und Altersforschung, Linz

10.11.2008 – 9.3.2009
Paracelsus Medizinische Privatuniversität: Unterricht Pathophysiologie der Haut (mit Praktikum)

12.11.2008, 15:00 Uhr
Seminar Dr.Gunther Rigger (Ärztezentrum Neumarkt am Wallersee), Dr.Ulrike Lanner: „Dermatologie in der traditionellen chinesischen Medizin“ (Seminarraum eb-haus Austria)

14.11. – 15.11.2008
Gemeinsame Jahrestagung der österreichischen Gesellschaft für Angiologie, Internistische Angiologie, Phlebologie und dermatologische Angiologie, Wien

19.11.2008, 15:00 Uhr
DIAKLINIK (Seminarraum eb – haus Austria)

26.11.2008, 15:00-17:00 Uhr
Dr.Günther Vorhofer (Univ.-Klinik für Anästhesie)
Megacode-Training (für Klinikangehörige)

27.11.2008
6. Resident’s Forum der Österreichischen Akademie für Dermatologische Fortbildung, Alte Aula, Akademie der Wissenschaften, Wien

28.11. – 30.11.2008
Jahrestagung der österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie, Akademie der Wissenschaften, Wien

3.12.2008, 15:00 Uhr
Seminar OA Dr. Jörg Hutter (Univ.-Klinik f. Chirurgie): „Sympathikusblokade zur Behandlung palmarer, axillärer und facialer Hyperhidrose“ (Seminarraum eb – haus Austria)

10.12.2008, 15:00 Uhr
Seminar OA Dr.Thomas Hawranek: „Analgetika-Unverträglichkeiten“

17.12.2009, 15:00 Uhr
Seminar OÄ Dr. Helga Maria Schuckall (Interdisziplinäre Schmerzambulanz Salzburg): „Angewandte Schmerztherapie“ (Seminarraum eb-haus Austria)

14.1.2009, 15 Uhr
DIAKLINIK (Seminarraum eb – haus Austria)

21.1.2009, 15:00 Uhr
Seminar Dr.Markus Hell (SALK) “Update C-MRSA und Clostridium difficile” (Seminarraum eb – haus Austria)

21. – 23.1.2009
EADV Training Course Genodermatoses Salzburg

28.01.2009, 15:00 Uhr
Seminar Univ.-Prof. Dr. Till Voigtländer (Klinisches Institut für Neurologie, AKH Wien): „Genodermatosen in Österreich“ (Seminarraum eb-haus Austria)

Dr. Christoph Lanschützer — *Univ.-Prof.Dr.H.Hintner (Primararzt)*

STANDESMELDUNGEN

DIE POSTPROMOTIONELLE AUSBILDUNG HABEN BEGONNEN:

Dr. Alexander Wolfgang BACHER-NEGG, TA, SJS Salzburg.

Dr. Astrid BAUMANN, TÄ, KH Oberndorf.

Dr. Rainer BERNAUER, TA. SJS Salzburg.

Dr. Eva-Maria DÖLZLMÜLLER., TÄ, SJS Salzburg.

Dr. Christiane FINK, TÄ, SJS Salzburg.

Dr. Heidemarie FUCHS, LP Dr. Sinnißbichler Neumarkt.

Dr. Sarah Stephanie HUBER, TÄ, KH Schwarzach.

Dr. Theresa HUTTER, TÄ, LP Dr. Tafatsch, Saalfelden.

Dr. Arne ILLMER, TA, KH Schwarzach.

Dr. Christina OBRIST, UKH Salzburg.

Dr. Johanna Barbara PIRCHNER, TÄ, LP Dr. Vockner, Saalfelden.

Dr. Saadia Yadira TIPAN VILLARREAL, TÄ, SJS Salzburg.

Dr. Stefanie Katharina WEBER, TÄ, UKH Salzburg.

Dr. Carina WEINGARTNER, TÄ, KH Mittersill.

ZUGÄNGE AUS ANDEREN BUNDESLÄNDERN BZW. AUSLAND:

Dr. Florian ERNST, TA, UKH Salzburg.

Dr. Peter KOVACS, FA für Radiologie, Saalfelden, Thorerstraße.

Dr. YVONNE KRENN,. TÄ, SJS Salzburg.

Dr. Veit KRÖSSLHUBER, TA, SJS Salzburg.

Dr. Kathrin LANGEGGER, Ärztin FA für Allgemeinmedizin, CDK Salzburg.

Dr. Georg Emmerich MAYER, TA, SJS Salzburg.

Dr. Ernst TOFERER, TA, SJS Salzburg.

PRAXISERÖFFNUNGEN:

Dr. Wolfgang FARKAS, Arzt für Allgemeinmedizin, 5721 Piesendorf, Dorfstr. 342.

Dr. Elisabeth HILLEBRAND, Ärztin für Allgemeinmedizin, 5084 Großgmain, Poststr. 264.

Dr. Veronika SCHABUS, FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 5570 Mauterndorf, Markt 107.

Dr. Gerlinde SCHNEIDER, FÄ für Augenheilkunde und Optometrie, 5020 Salzburg, Gstättengasse 21/2.

Dr. Jörg Andreas STEIN, FA für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, 5020 Salzburg, Franz-Josef-Straße 21.

Dr. Petra STEINER, FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 5020 Salzburg, Schrannengasse 10.

Dr. Peter STRASSER, Arzt für Allgemeinmedizin, 5020 Salzburg, Siebenstädterstraße 22.

NEUE ORDINATIONSANSCHRIFTEN:

Dr. Mohammad-Mehdi DJALILI, Arzt für Allgemeinmedizin, 5061 Elsbethen, Gizollweg 14.

apl.-Prof. Dr. Harald EFFENBGERGER, MBA, FA für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, 5500 Bischofshofen, Salzburgerstraße 47.

Dr. Markus GÄBLER, Arzt für Allgemeinmedizin, 5020 Salzburg, Imbergstraße 31.

Dr. Thomas KASTNER, Arzt für Allgemeinmedizin, 5020 Salzburg, Neutorstraße 57.

Univ.-Prof. Dr. Christoph PAPP, FA für Plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie, 5020 Salzburg, Sinnhubstraße 2, Sanatorium Dr. Pierer.

Dr. Hannelore RAUTER, Ärztin für Allgemeinmedizin, 5020 Salzburg, Franz-Gruber-Straße 11/4.

Dr. Mahtab SAIDI-ZECHA, Ärztin für Allgemeinmedizin, 5020 Salzburg, Kuglhofstraße 7.

Dr. Dirk STEIN, FA für Innere Medizin (Kardiologie) 5020 Salzburg, Franz-Josef-Straße 17.

Dr. Johannes STROBL, Arzt für Allgemeinmedizin, 5424 Bad Vigaun, Landstraße 34.

Dr. Tanja WALCHER, Ärztin für Allgemeinmedizin, 5600 St. Johann, Industriestraße 26.

EINSTELLUNGEN DER ORDINATION BZW. DER ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT:

apl.-Prof. Dr. Harald EFFENBGERGER, MBA, FA für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, 5550 Radstadt, Judenbühel 3 (2. Ordination)

Dr. Wolfgang HEINERMAN, FA für Chirurgie, 5020 Salzburg, Franz-Josef-Straße 33/1 (Einstellung der ärztlichen Tätigkeit).

MR Dr. Heinz SCHMID, Arzt für Allgemeinmedizin, 5721 Piesendorf Nr. 342 (Ordinationseinstellung).

MR Dr. Gerhard SCHREDER, Arzt für Allgemeinmedizin, 5020 Salzburg, Neutorstraße 57 (Ordinationseinstellung).

Dr. Waclaw SUCHOCKI, Arzt für Allgemeinmedizin, Badehospiz Badgastein (Einstellung der ärztlichen Tätigkeit).

Dr. Dieter WÖRTHER, FA für Augenheilkunde und Optometrie, 5020 Salzburg, Gstättengasse 21.

ZULASSUNGEN ZU DEN §-2 KRANKENKASSEN:

Dr. Wolfgang FARKAS, Arzt für Allgemeinmedizin, 5721 Piesendorf, Dorfstraße 342.

Dr. Thomas KASTNER, Arzt für Allgemeinmedizin, 5020 Salzburg, Neutorstraße 57.

Dr. Gerlinde SCHNEIDER, FÄ für Augenheilkunde und Optometrie, 5020 Salzburg, Gstättengasse 21/2.

Dr. Barbara SCHNELL, FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde, 5600 St. Johann, Hauptstraße 67.

Dr. Peter STRASSER, Arzt für Allgemeinmedizin, 5020 Salzburg, Siebenstädterstraße 22.

Dr. Tanja WALCHER, Ärztin für Allgemeinmedizin, 5600 St. Johann, Industriestraße 26.

ZURÜCKLEGUNGEN DER §-2-KRANKENKASSEN:

Dr. Mohammad-Mehdi DJALILI, Arzt für Allgemeinmedizin, 5020 Salzburg, Siebenstädterstraße 22.

DIPLOM ARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN:

Dr. Günter GOIGINGER

DIPLOM FACHÄRZTE:

Dr. Jörg GRIESSMAYER, FA für Unfallchirurgie

a.o.Univ.-Prof. Dr. Hans-Werner WACLAWICZEK, FA für Chirurgie (Viszeralchirurgie).

BESTELLUNGEN, VERLEIHUNGEN UND SONSTIGES:

Dr. Hannes BACHER, FA für Psychiatrie: Bestellung zum ärztlichen Leiter des Landesverbandes für Psychohygiene.

Dr. Peter Klaus CONNERT, Arzt für Allgemeinmedizin: Verleihung des Berufstitels „Medizinalrat“.

Dr. Jörg GRIESSMAYER: Eintragung in die Ärzteliste als FA für Unfallchirurgie und als Arzt für Allgemeinmedizin.

Dr. Wolfgang KOFLER, FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe: Verleihung des Berufstitels „Medizinalrat“.

Dr. Susanne LANGER, Ärztin für Allgemeinmedizin: Bestellung zur Schulärztin an der Haupt- und Sporthauptschule in Hallein-Neualm.

Prim. Dr. Wilfried LEEB, FA für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin und Psychiatrie und Neurologie: Verleihung des Berufstitels „Medizinalrat“.

Univ.-Prof. Dr. Christoph PAPP. FA für Plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie: Bestellung zum ärztlichen Leiter der Abteilung Plastische-, Ästhetische- und Wiederherstellungschirurgie im Sanatorium Dr. Pierer in Salzburg.

Dr. Alban PERFLER, Arzt für Allgemeinmedizin: Verleihung des Berufstitels „Medizinalrat“.

App. Andrea RAINER, FÄ für physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation: Bestellung zur ärztlichen Leiterin des Rheumaambulatoriums mit assoziierter Physiotherapie, Röntgen und klinisch- chemischer Labordiagnostik an der EMCO Privatklinik.

Dr. Raimund SCHIEFER, Arzt für Allgemeinmedizin: Verleihung des Berufstitels „Medizinalrat“.

Dr. Michael SCHUBERT, FA für Unfallchirurgie: Bestellung zum Stellvertreter des ärztlichen Leiters der Privaten Krankenanstalt Ambulatorium für physikalische Therapie Dr. Schocklitsch, Mauterndorf.

Dr. Johannes STROBL, Arzt für Allgemeinmedizin: Beendigung der schulärztlichen Tätigkeit an der Haupt- und Sporthauptschule in Hallein-Neualm.

Dr. Franz VITAL, FA für Psychiatrie und Neurologie und Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin: Anerkennung der Ordination, 5020 Salzburg, Ulrich-Schreier-Str. 17, als Lehrpraxis für das Fach Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin.

Dr. Johannes WALTER, FA für Chirurgie (Gefäßchirurgie): Bestellung zum Stellvertreter des ärztlichen Leiters des Medizinischen Zentrums Klinik St. Barbara in Bad Vigaun.

Dr. Ernst WENGER, FA für Kinder- und Jugendheilkunde: Anerkennung der Ordination in Hallein, Ederstraße 5, als Lehrpraxis für die Ausbildung zum FA für Kinder- und Jugendheilkunde.

KLEINANZEIGEN

Zu vermieten: ORDINATIONSHÄLFTE im Borromäuspoint ab Jänner 2009. 2 Räume zur alleinigen Nutzung, ca 40m², gemeinsamer Wartebereich und Nebenräume, optimal für Wahlarzt oder Therapeuten, sehr gute Infrastruktur, Klimaanlage. Info: Dr. Gudrun Pichler Tel. 0662/ 88 74 53 od. 0664 2828 110

PRAXIS-/BÜRORAUM (ca. 20 m²) für Ärzte, Physiotherapeuten, sowie Interessenten aus dem Bereich Gesundheit und Wellness zu vermieten. Information: Paracelsus Bad&Kurhaus, Auerspergstraße 2, 5020 Salzburg, Tel.: 0662/883544, e-mail: kurhaus@paracelsusbad.at

---

Zu verkaufen: ORDINATIONSRÄUME in 1A-Lage Andräviertel, 80 m², solide Ausstattung, sofort beziehbar, € 180.000,–. Information: Immobilien Aust, Salzburg, Tel.: 0662/434205.

Zu verkaufen: ORDINATIONSRÄUME ca. 80 m², eingerichtet, beste Lage Sbg. Andräviertel, Auskunft und Terminvereinbarung zur Besichtigung: Tel.: 0676/ 9369845.

WEITERBILDUNGSASSISTENTIN/-ASSISTENT und **AUGENÄRZTIN/-ARZT** gesucht für Vertretung/Teilzeit/Assoziation. Große operative Praxis in Südostbayern, Nähe Salzburg. Telefon: +49/ 8679/911600, Privat: +49/8683/894993.

Sie haben Interesse daran das Therapiespektrum Ihrer Praxis um die **KLASSISCHE HOMÖOPATHIE** zu erweitern? Ich (HP) 50 J. alt (21 J. Praxiserfahrung, Veröffentl. in Fachzeit., Buch herausgegeben) möchte mich verändern und nach Österreich umsiedeln. Darum suche ich eine Anstellung in Praxis oder Praxisgemeinschaft, am liebsten im Pinzgau oder Stadt Salzburg.
Info: Eckart von Seherr-Thohs, Tel: (0049) 5723 749086, E-mail: praxis@seherr-thohs.de

---

Die **PATIENTENINITIATIVE,** ein ehrenamtlicher Verein, bittet um Spende von nicht mehr verwendeten Reflotron-Geräten für einen länderübergreifendes Förderprojekt. Tel.: Dieter Zapletal, 0664/2204558.

Nach Todesfall günstig 2 **NEUWERTIGE ÄRZTELIEGEN** abzugeben. Tel. 06566/ 7002 oder 0720406036.

Verkaufe komplette optische GASTROSKOPIEAUSRÜSTUNG. 2 Olympus Gastroskope, 2 Lichtquellen, Sauger Olympus, Endoskopiewagen, Endoskopwaschmaschine BHT, 1 Olympus Rectoskop. Preis nach Vereinbarung. Auskunft und Terminvereinbarung zur Besichtigung unter Tel.: 0676/9369845

www.sparkasse.at

Jetzt Steuervorteile für selbstständige Freiberufler nutzen!

Informieren Sie sich über lukrative Formen des Steuersparens. Verzichten Sie nicht auf diese Vorteile und nützen Sie die Möglichkeiten, die Ihnen 2008 zur Verfügung stehen.

„Abfertigung Neu für Freiberufler"

Seit 1. Jänner 2008 können auch Freiberufler nach dem „Betrieblichen Mitarbeiter- und Selbstständigenvorsorgegesetz (BMSVG)" vorsorgen. Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Rechtsanwälte, Wirtschaftstreuhänder, Notare und Patentanwälte haben bis 31.12.2008 die Möglichkeit, in das neue System einzusteigen.

Ihre Vorteile auf einen Blick:

- volle Anrechnung der geleisteten Beiträge als Betriebsausgabe
- KESt-freie Veranlagung
- Bruttokapitalgarantie für alle einbezahlten Beiträge
- lebenslange, steuerfreie Rente oder steuerbegünstigte Einmalauszahlung bei Pensionsantritt (mit 6 % Lohnsteuer)
- Hinterbliebenenvorsorge, wonach im Todesfall der Ehegatte bzw. die Kinder, wenn für diese Familienbeihilfe bezogen wird, den Kapitalbetrag beziehen

Um an der neuen Selbstständigenvorsorge teilnehmen zu können, müssen Sie einen Vertrag mit einer Vorsorgekasse abschließen. Wir empfehlen die VBV-Vorsorgekasse. Diese wurde mehrfach national ausgezeichnet und ist mit rund 35 % Marktanteil Marktführer in Österreich. Sie besticht durch nachhaltiges Investment, hervorragende Datenverwaltung, Offenheit und Transparenz.

Freibetrag für investierte Gewinne

Freiberufler, die ihren Gewinn mit der Einnahmen-Ausgaben-Rechnung ermitteln, werden bereits seit dem Verrechnungsjahr 2007 steuerlich gefördert. Das KMU-Förderungsgesetz 2006 ermöglicht, dass 10 % des Unternehmensgewinns bei entsprechender Veranlagung steuerfrei bleiben – der maximale Freibetrag beträgt 100.000 Euro. Gefördert sind Investitionen in bestimmte Anlagegüter oder Wertpapiere.

Um diesen Steuervorteil zu nützen, ist die Anschaffung bestimmter Wertpapiere geeignet, die mindestens vier Jahre gehalten werden müssen – wie zum Beispiel der ESPA Portfolio Target 4, ein gemischter Dachfonds mit Wertsicherungskonzept. Dessen Ziel ist es, bei geringen Wertschwankungen eine Rendite von ca. 4–6 % p. a. zu erreichen.

Informieren Sie sich bei Ihrem Steuerberater über diese steuerlichen Möglichkeiten und besprechen Sie mit Ihrem Kundenbetreuer für Freie Berufe der Sparkasse geeignete Umsetzungsvarianten.

Hierbei handelt es sich um eine Marketingmitteilung. Bitte beachten Sie, dass eine Veranlagung in Wertpapiere neben Chancen auch Risiken birgt. Diese Unterlage dient zur Erstinformation und stellt keinerlei Empfehlung für eine bestimmte Handlung dar. Fonds der ERSTE-SPARINVEST Kapitalanlagegesellschaft: Die Prospekte (sowie allfällige Änderungen) wurden entsprechend den Bestimmungen des InvFG 1993 in der jeweils geltenden Fassung im „Amtsblatt zur Wiener Zeitung" veröffentlicht und stehen Interessenten kostenlos am Sitz der ERSTE-SPARINVEST Kapitalanlagegesellschaft m.b.H. sowie am Sitz der Erste Bank der oesterreichischen Sparkassen AG (Depotbank) zur Verfügung. Das genaue Datum der jeweils letzten Veröffentlichung sowie allfällige weitere Abholstellen sehen Sie auf der Website der ERSTE-SPARINVEST KAG unter www.sparinvest.at.

SPARKASSE

In jeder Beziehung zählen die Menschen.

Fortbildungsakademie der Salzburger Ärztekammer

Abendfortbildung

November 2008 bis Februar 2009

Sämtliche Veranstaltungen im Rahmen der Abendfortbildung werden jeweils mit zwei Punkten für das Diplomfortbildungs-Programm der Österreichischen Ärztekammer angerechnet. Beginn für alle Veranstaltungen jeweils 19.30 Uhr. Keine Anmeldung erforderlich.

Datum	Ort	Thema
Di. 04.11.2008 Mi. 05.11.2008 Di. 11.11.2008	Schwarzach Salzburg Zell am See	Glaukom / Makulopathie / unverträgliches Licht
Di. 02.12.2008 Mi. 03.12.2008 Di. 09.12.2008	Schwarzach Salzburg Zell am See	HNO-Thema
Mi. 07.01.2009 Di. 13.01.2009 Di. 20.01.2009	Salzburg Schwarzach Zell am See	Niereninsuffizienz (Prävention und Therapie)
Di. 03.02.2009 Mi. 04.02.2009 Di. 10.02.2009	Schwarzach Salzburg Zell am See	Parkinson

Medizinische Fortbildung für Ordinationsassistentinnen

Beginn für alle Veranstaltungen jeweils 19.30 Uhr
Keine Anmeldung notwendig

Di. 25.11.2008 Mi. 26.11.2008	Schwarzach Salzburg	Vorsorgeuntersuchung (VU-Neu)
Di. 27.01.2009 Mi. 28.01.2009	Zell am See Salzburg	HNO-Thema

Ärzte-Fortbildung im Internet:

www.gesund-in-salzburg.at
„Fortbildung“

„Bildungspartnerschaft“ Seminarvorschau Herbst 2008

Donnerstag, 23. Oktober 2008, 19.30 bis 22.00 Uhr
INFO ABEND:
ÄNDERUNGEN DER REIHUNGSRICHTLINIEN 2009

Dienstag, 28. Oktober 2008, 18.00 bis 22.00 Uhr
WAHLARZT UND KASSENVERRECHUNG

Freitag/Samstag-Seminar: Freitag, 14. November 16.00 Uhr bis Samstag. 15.November 2008, 17.00 Uhr
Ort: Gersbergalm
DIE PRAXISGRÜNDUNG
Basisinformationen für die Praxisgründung

Donnerstag, den 20. November 2008,
INFO ABEND zu 2 THEMEN
18.00 – 19.30 Uhr
Teil A: Wie bringe ich meine Arztpraxis in Schwung?
20.00 – 22.00 Uhr
Teil B: Steuerrisiken in der Arztpraxis – die 7 häufigsten Steuerfallen

Dienstag, 11. November 2008
KONFLIKMANAGEMENT
für angestellte Ärzte
Referent: Primar Dr. Manfred Stelzig, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie

Informationen: Ärztekammer für Salzburg, Fortbildungsreferat
Fr. Irene Esser, Tel.: 0662/87 13 27-141, Fax DW-35, esser@aeksbg.at

www.s-versicherung.at

s Pflegevorsorge
Damit professionelle Pflege erschwinglich wird

Pflege ist keine Frage des Alters, sondern des Geldes. Mit der s Pflegevorsorge in ausreichender Höhe kann für Pflegekosten schon ab Pflegestufe 1 vorgesorgt und damit der Lebensstandard abgesichert werden.

Das heißt: Im Pflegefall steht eine Pflegerente zur Verfügung, die für Unabhängigkeit durch Liquidität sorgt.

Für Detailfragen oder ein Beratungsgespräch steht Ihnen im Beratungszentrum Freie Berufe unser Ärztebetreuer Helmut Meixner unter 05 0100 - 47233 jederzeit gern zur Verfügung.

SPARKASSE VERSICHERUNG