



Der Salzburger Arzt

Mitteilungen der Ärztekammer für Salzburg



★
*Erohe Weihnachten
und ein glückliches
neues Jahr*
★

Round-Table-Diskussion

**Medikamentenvereinbarung:
pro und contra**

Seite 6f.

**Turnusärzte:
Wer bildet Famulan-
tanen aus?**

Seite 13



Präsident Dr. Karl Forstner

Das Jahr 2009 war global durch eine gigantische Wirtschaftskrise gekennzeichnet. Vor dem Hintergrund dieser schwierigen Bedingungen am Finanzmarkt ist es hochehrlich, dass sowohl unser Wohlfahrtsfonds erfolgreich bilanzieren wird, als

auch die Ärztekammer für das Jahr 2010 ohne Beitragserhöhungen ein ausgeglichenes Budget vorlegen kann. Ich bedanke mich wohl im Namen all unserer Mitglieder bei den verantwortlichen Funktionären und dem Kammeramt für das professionelle Management unserer Finanzen.

In bundesweiter Dimension war das Jahr 2009 für die Ärzteschaft ebenfalls ergebnisreich. So wurden bereits in der ersten Jahreshälfte in vier Arbeitsgruppen mit dem HV wesentliche Festlegungen für die verantwortungsvolle Weiterentwicklung unserer Ge-

sundheitssystems vereinbart. Dabei ist die Ärzteschaft mehrfach über ihren eigenen Schatten gesprungen. Aber eines ist festzuhalten: eine Zusage zu summenmäßig definierten Einsparungen wurde weder vereinbart noch nachträglich akzeptiert.

Möglich waren all diese Entwicklungen auf Basis eines wiedererreichten Vertrauens zwischen den Partnern im Gesundheitswesen. Im besonderen ist diese Entwicklung auch dem positiven, wertschätzenden Kommunikationsstil von BM Stöger geschuldet.

Aber auch in unserem Bundesland verschließt sich die Ärzteschaft keinesfalls den Herausforderungen der sich ändernden Rahmenbedingungen. Ganz im Gegenteil: besonders in Salzburg hat diese neue und breite ärzt-

Positive Entwicklungen

liche Bereitschaft, Verantwortung für das Gesundheitssystem zu übernehmen und aktiv an Reformen mitzuwirken, zu sichtbaren Ergebnissen geführt, z.B bei den Reformpoolprojekten „Diabetes Disease Management“, „Präoperative Befundung“, weiters bei der Implementierung des Mammographiescreenings sowie letztlich bei einer Vereinbarung zwischen SGKK und ÄK zu einer patientenorientierten und effizienten Medikamentenversorgung in einem einjährigen Pilotprojekt. Der Dank gebührt an dieser Stelle den niedergelassenen Ärzten für ihre Geschlossenheit

in der Umsetzung. Es bestehen Bemühungen, die Medikamenten-Vereinbarung auch in den Spitälern zu verwirklichen, was zu einer weiteren stärkeren Vernetzung zwischen intra- und extramuraler Versorgung führen kann und soll. Es freut mich Ihnen hier auch mitteilen zu können, dass es in den letzten Wochen gelungen ist, mit der SGKK wesentliche Bürokratierleichterungen für uns Ärzte zu vereinbaren. Ich kann Ihnen hier nur einen Ausschnitt der vielen anderen Aktivitäten der ÄKS im Jahr auflisten: die Projekte „Ärztegesundheit“, „Karriereentwicklung für Ärztinnen“, „Ärzteausbildung“, „Männergesundheit“ und weitere wurden bereits im Laufe des Jahres dargestellt.

Ich wünsche mir mit den Funktionären und Mitarbeitern der ÄKS, dass Sie

das Engagement und die Leistungen für die Ärztekammer positiv wahrnehmen. Ihnen, sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, wünsche ich eine gesegnete Weihnacht und ein gutes erfolgreiches Jahr 2010.

Ihr

Dr. Karl Forstner

Präsident der Ärztekammer für Salzburg

Anregungen und Kritik immer erwünscht unter: k.forstner@salk.at

SGKK

Der letzte Schrei – le dernier cri

Bezüglich der zwischen ÄK und SGKK abgeschlossenen ÖKO Vereinbarung möchte ich festhalten, dass die Mitteilungen der Pharmig in den letzten beiden Wochen absolut falsch sind und man dies eigentlich nur als Verleumdung bezeichnen kann.

- Die Vereinbarung bleibt.
- Der Arbeitsbehelf (Liste) bleibt.
- Die dazugehörige EDV Version ist das aktuelle Ökotool des HVB.
- Bereits umgestellte Medikationen brauchen nicht mehr umgestellt werden, falls das Präparat jetzt nicht das günstigste ist.

- Medizinische Gründe für Nichtumstellungen gibt es weiterhin (z. B. Biologics).
- In erster Linie sind Neueinstellungen (z.B. Biosimilars) betroffen.

Detailverbesserungen werden zurzeit erarbeitet.

- Zorzio ist ein neues Biosimilar für Filgrastim in beiden Dosierungen.
- Fluvastatin Stada 40 mg ist nun Fluvastatin in beiden Dosen (nach Fluvastatin Actavis 80 mg) generisch in der grünen Box.

Mit kollegialen Grüßen
Dr. Renato Kasseroller

Das **Allgemeine öffentliche Krankenhaus Mittersill des Landes Salzburg** sucht ab sofort einen

OBERARZT/-ÄRZTIN für ANÄSTHESIE
auch Teilzeitbeschäftigung möglich!

Das Krankenhaus Mittersill befindet sich im Zentrum des Nationalparks Hohe Tauern und verfügt über 105 Betten (Interne, Chirurgische und Gynäkologische/Geburtshilfliche Abteilung, Fachabteilung für Orthopädie).

Von dem Institut für Anästhesie und Intensivmedizin werden jährlich ca. 2000 Narkosen auf dem Gebiet der Gynäkologie, allgemeinen Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie durchgeführt. Weitere Tätigkeiten beinhalten die perioperative Betreuung auf der IMCU, Behandlung von Schmerzpatienten und Notarztdienst.

Wir wünschen uns eine/n engagierte/n gut ausgebildete/n Kollegin/Kollegen, die/der gerne im Team aber auch selbständig und verantwortungsvoll arbeitet.

Die Entlohnung erfolgt nach dem Salzburger Gemeinde-Vertragsbedienstetengesetz.

Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte bis 31. Dezember 2009 an den Leiter des Institutes für Anästhesie und Intensivmedizin

Herrn Prim. Dr. Cada, D.E.A.A.

Felberstraße 1, 5730 Mittersill.

Nähere Auskünfte erhalten Sie unter der
Tel.-Nr. 0043/(0)6562/4536.

Ausbildungs- kommission



Dr. Walter Brunner

Die **nächste Sitzung der Ausbildungskommission** der Ärztekammer für Salzburg finden am

2. Februar 2010
jeweils um **15.30 Uhr**

statt. Wir ersuchen, Ansuchen möglichst jeweils bis längstens zwei Wochen vor dem jeweiligen Termin einzubringen. Für Rückfragen steht Ihnen unsere Mitarbeiterin Frau Andrea Grubinger, zur Verfügung.

mail: grubinger@aeksbg.at, Tel.: 0662/87 13 27 – 127

Turnus-Helpdesk

Termine immer am Mittwoch, jeweils um 18.30 Uhr,
Ärztchamber für Salzburg, Bergstraße 14,
5020 Salzburg, Sitzungszimmer 1. Stock



Dr. Florian Connert

- 13. 01. 2010
- 17. 02. 2010
- 17. 03. 2010
- 21. 04. 2010
- 19. 05. 2010
- 16. 06. 2010



Dr. Veronika Stierle

Prüfungstermine 2010 „Arzt für Allgemeinmedizin“

Termin	Anmeldeschluss
08. 02. 2010	04. 01. 2010
10. 05. 2010	05. 04. 2010
28. 08. 2010	19. 07. 2010
08. 11. 2010	04. 10. 2010

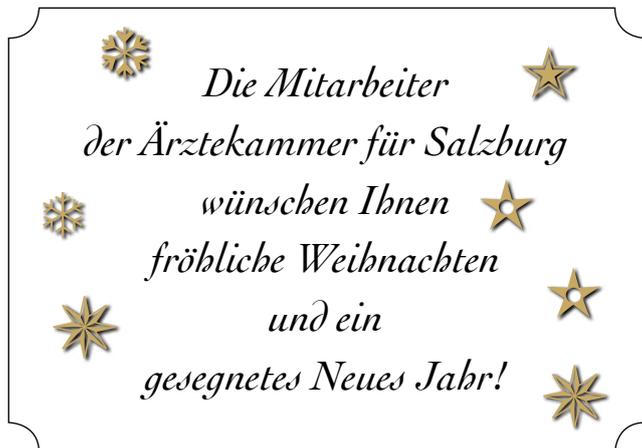
Für alle Fragen zur Ausbildungsordnung sowie für die Anmeldung zur Arztprüfung steht unsere Mitarbeiterin, Fr. Claudia Matzek unter Tel. 0662 871327-112 DW sowie unter matzek@aeksbg.at zur Verfügung.



Der Salzburger Arzt

Mitteilungen der Ärztekammer für Salzburg

Nr. 12 / Dezember 2009



Wir danken allen Lesern,
Kunden und Inserenten
für die gute Zusammenarbeit.
Die Redaktion

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

Der Präsident

Karl Forstner 3

Round-Table-Diskussion

Julia Heuberger-Denkstein
Medikamentenvereinbarung,
pro und contra 6f

Versicherung ohne Schutz

Julia Heuberger-Denkstein
Gekündigt ohne Begründung 10/11

Turnusärzte

Florian Connert
Wer bildet Famulanten aus? 13

SVA-Kündigung

Der Countdown läuft 14/15

Medizin in Salzburg

Heike Egger
Radiologisch-klinische Visite 17f.
Lucie Rambauske-Martinek
Psychoonkologie an der III. Medizin 20f.
Alexander Schmelz, Alois Karlbauer
Das Beckentrauma 23f.
Seminar und Workshop
Gastrointestinale Frühkarzinome 26f.

AVOS

WarmUp statt Kaltstart 35
Elternarbeit in der Kariesprophylaxe 36

Serviceseiten

Bücher für Mediziner 37
Termine, Tagungen & Kongresse 38f.
Standesmeldungen 41
Fortbildung 44

**GESUNDHEIT
GEWINNT**
Ihr Arzt weiß WIE.



Pro und Contra

Bei der Round-Table-Diskussion „Medikamente zwischen Medizin, Ökonomie, Konsumdruck und wirtschaftlichen Interessen“ brachten die Diskutanten Licht ins Dunkel zur neuen ökonomischen Verschreibeweise in Salzburg.

Wenn so scharf geschossen wird, dann muss es etwas auf sich haben, konstatierte Dr. Michael Mair, Moderator der Diskussionsrunde am 1. Dezember im ORF Landesstudio Salzburg. Er meinte damit die bundesweite PR-Kampagne der Pharmig, gegen die Salzburger Ökonomievereinbarung zwischen Gebietskrankenkasse und Salzburger Ärzteschaft. Demnach sollen alle Ärzte ab 1.1.2010 nur noch das günstigste Medikament bei gleicher Wirkung verschreiben.

Anlässlich der Verunsicherung durch die Slogans der Pharmaindustrie, aber auch um Ungereimtheiten bei Ärzten, Pharmazeuten und Patienten aus dem Weg zu räumen, luden die Salzburger Ärztekammer gemeinsam mit der Gebietskrankenkasse zur öffentlichen Diskussion. Auf das Podium geladen waren alle von der Salzburger Vereinbarung Betroffenen: Gen.Dir.-Stv. des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, Dr. Christoph Klein; Obmann der Salzburger Gebietskrankenkasse, Siegfried Schluckner; der Präsident der Ärztekammer für Salzburg, Dr. Karl Forstner; PMU-Universitäts-Professor, Dr. Andreas Sönnichsen; Mag. Hans Jakesz von der Apothekerkammer und Dr. Mercedes Zsifkovics, Salzburger Patientenvertretung.

Souverän und kompetent durch den anregenden Abend im großen Studio des ORF Salzburg führte Dr. Michael Mair,



ORF-Diskussionsrunde am 1. 12. 09 zur Medikamentenvereinbarung: (v. l. n. r.) Mag. Hans Jakesz (Apothekerkammer), Dr. Christoph Klein (Hauptverband der Sozialversicherungsträger), Obmann Siegfried Schluckner (SGKK), Dr. Michael Mair (Moderation), Präs. Karl Forstner (Ärzttekammer), Dr. Mercedes Zsifkovics (Patientenvertretung), Prof. Andreas Sönnichsen (PMU);

der zu dem kontroversiellen Thema alle Beteiligten inklusive Publikum gekonnt zu Wort kommen ließ.

Vertreter der Pharmig waren zur Teilnahme zwar geladen, doch fand leider keiner von ihnen den Weg zu der ebenso anregenden wie informativen.

Gleich zu Beginn strich SGKK Obmann Siegfried Schluckner den tatsächlichen Sinn des Vertrages zwischen SGKK und Ärztekammer Salzburg noch einmal hervor: „Wir wollen das beste und gleichzeitig das günstigste Medikament für unsere Patienten. Das Geld, das eingespart wird, legen wir nicht auf die Seite, damit finanzieren wir neue und teure Medikamente.“ Ebenso legte er Wert darauf zu betonen, dass die Aktion in Salzburg, die inoffiziell bereits angelaufen ist, nicht gegen die Pharmaindustrie gerichtet, sondern bereits seit Jahrzehnten Gesetz sei.

In dasselbe Horn stieß auch ÄKS-Präsident Karl Forstner: „In Salzburg passiert tatsächlich weder etwas Außergewöhnliches noch etwas Spektakuläres. Wir Ärzte tragen täglich Verantwortung für unsere Patienten, und deswegen müs-

sen wir auch Verantwortung für unser Gesundheitssystem tragen.“ Neue Medikamente wollen finanziert sein, und der Preisunterschied bei vollkommener Wirkstoff-Gleichheit sei mitunter erheblich, so Oberarzt Forstner.

Ein Kritikpunkt, der sofort aufs Tapet gebracht wurde, ist die Therapiefreiheit, die manche Ärzte durch den Zwang, das jeweils günstigste Medikament verschreiben zu müssen, in Gefahr sehen. „Ärzte haben nach wie vor die Möglichkeit auch teure Medikamente einzusetzen, wenn sie das für notwendig erachten,“ präzisierte Forstner. SGKK-Obmann Schluckner betonte auch, dass vorerst keine Strafen für Verstöße vorgesehen seien. Mit Ärzten jedoch, die sich „justament nicht an die Ökonomierichtlinien halten wollen,“ werde ein Gespräch unter Kollegen geführt werden, so Schluckner. Präsident Forstner sagte weiters, dass es sich um ein Pilotprojekt von einem Jahr handle, wobei es nach Ablauf sicherlich zu Nachschärfungen in Maßnahmen und Praktikabilität kommen werde.

Auf die Frage des Moderators, wie denn der Hauptverband den Salzburger Vorstoß sehe, meinte Stv. Generaldirektor Christoph Klein klar und deutlich: „Wir stehen absolut hinter dem Modell.“ Er griff zu einem anschaulichen Beispiel und meinte, dass die Salzburger Aktion mit Tempo 130 auf der Autobahn verglichen werden könne. „Die 130 km/h-Beschränkung besteht bereits seit Jahrzehnten, jedoch nicht alle Autofahrer halten sich daran. Wenn nun Radargeräte oder die Section Control eingeführt werden, regen sich die Autofahrer auf. Doch der Effekt ist, dass sich die Leute vermehrt an die Beschränkung halten.“ Er machte klar, dass der Arzt zuerst und in absoluter Therapiefreiheit das beste Medikament für seinen Patienten auswählt und dann erst, in einem zweiten Schritt, das günstigste Präparat aus der Ökonomieliste des Hauptverbandes verschreibt. Gänzlich neu war seine Aussage, dass sich der Hauptverband das Salzburger Modell flächendeckend für ganz Öster-

reich wünscht. „Gespräche mit einzelnen Ländern dazu sind bereits seit Monaten im Laufen,“ so Klein. Erhebliche Lacher entlockte Moderator Michael Mair dem Publikum mit seiner Frage, warum denn die Ärzte österreichweit so vergesslich seien und oft nicht das günstigste Medikament verschreiben? Die Antwort von Christoph Klein dazu war ebenso diplomatisch wie ehrlich: Einerseits sei manchen Patienten eine Umstellung auf das günstigste Präparat nicht zuzumuten – etwa im Bereich der Psychopharmaka. Er verwies auch darauf, dass drei Prozent aller Original-Präparate, laut Food and Drug Administration (FDA) in den USA, „sinnvoller sind als deren Generika-Produkte.“ Darüber hinaus vermutet Stv. Generaldirektor des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger einen gewissen Schlendrian der Ärzte, bei jeder Verschreibung in der Öko-Liste nachzusehen. Er verheimlichte aber auch nicht seine Vermutung, dass wohl auch der

eine oder andere Besuch eines Pharmareferenten den Ausschlag für eine bestimmte Verschreibung geben kann – auch wenn dieses Präparat nicht das günstigste ist.

Die Unterstützung der gesamten Apothekerschaft zu der neuen Verschreibweise bekräftigte auch Mag. Hans Jakesz, von der Apothekerkammer Salzburg. „Es ist ein sehr pragmatischer Zugang und sicherlich kein Fehler, bei Arzneimitteln zu sparen,“ meint Jakesz. Er unterstrich die Wichtigkeit der Apotheken als Logistikzentren und betonte, dass logistische Schwierigkeiten, da Medikamente der neuen Ökoliste teils nicht bekannt und teils nicht lieferbar seien, von den Apotheken als Herausforderung betrachtet und angegangen werden. Wichtig war ihm auch zu sagen, dass: „Aut-idem für die Apotheker absolut kein Thema ist und die Abgabe anderer Medikamente als auf der Verordnung nur mit Zustimmung des Arztes und mit genauer Dokumentation



ALLES IST NEU IN DER SALZBURGER ÄRZTEKAMMER

- + Präsentation des neuen Erscheinungsbildes – Corporate Designs – und des neuen Magazins für Ärztinnen und Ärzte in Salzburg
- + Abendveranstaltung mit Buffet und Rahmenprogramm
- + Wir freuen uns auf Ihr Kommen.

Salzburger Ärztekammer

durch die Apotheker möglich ist,“ so Jakesz wörtlich: „Ziel ist es, immer, auch in Ausnahmesituationen die Versorgung der Patienten sicher zu stellen.“

Große Erleichterung löste Frau Dr. Mercedes Zsifkovics von der Salzburger Patientenvertretung aus: „Derzeit gibt es trotz der Kampagnen der Pharma-Lobby keinen großen Aufschrei bei den Patienten, die Leute nehmen das hin.“ Lediglich einige chronisch Kranke seien verunsichert, ob sie das Präparat, das sie seit Jahren erhalten auch weiterhin bekommen könnten. Allerdings wies Frau Zsifkovics auf ein Problem hin, das auch anwesende Ärzte im Publikum als eine der größten Schwachstellen identifizierten: die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und dem Niedergelassenem Bereich.

„Was ist, wenn der Patient aus dem Krankenhaus kommt, dort ein bestimmtes Präparat eingenommen hat und vom Hausarzt dann ein anderes, günstigeres Medikament verschrieben bekommt. Wenn er wieder zurück ins Krankenhaus muss, hat er wieder ein neues Medikament vor sich – das kann nicht sein,“ echauffierte sich Zsifkovics. Sie forderte deshalb eine Regelung für diese Schnittstellen-Problematik.

ÄKS-Präsident Forstner ergriff das Wort und umriss die Hintergründe des Problems: „Krankenhäuser werden von der Pharmaindustrie teils erheblich unterstützt. Diese Medikamente werden dann natürlich auch den Patienten verabreicht und in den Arztbrief bei der Entlassung hineingeschrieben.“

PMU-Professor Dr. Andreas Sönnichsen wies darauf hin, dass diese Schnittstellen-Problematik keinesfalls neu und eine Verbesserung längst wünschenswert sei. Allerdings gebe es auch jetzt schon den Hinweis auf jedem Arztbrief zu lesen, dass „Dieses oder ein gleichwertiges Medikament abgegeben werden kann,“ so Sönnichsen. Zu finden ist der Vermerk allerdings nur im klein Gedruckten.

Spitalsarzt Forstner sieht in der neuen Salzburger Regelung die Herausforderung und Chance, am Gesamt-System etwas zu ändern. Für ihn ist es vollkommen klar, dass die Spitäler ebenfalls in die ökonomische Verschreibeweise mit einbezogen werden müssen. „Allerdings muss das praktikabel und lebbar sein,“ betont er und verweist darauf, dass die Hilfsmittel übersichtlich und leicht zugänglich gemacht werden müssten. Obmann Schluckner versichert darauf, gemeinsam mit der Ärztekammer die

Partner zu betrachten sei. Die PMU ist dafür zuständig, die Qualität für die Patienten sicher zu stellen. „Empfehlungen von Seiten der PMU finden keinen Eingang in die Ökoliste, das wäre rechtswidrig,“ ergänzte Christoph Klein.

Sehr wichtig war Professor Sönnichsen, dass die Wirkung eines Medikamentes zu einem großen Teil auch auf Art und Weise ankommt, wie der Arzt das Medikament dem Patienten vermittelt. „Es gibt auch den Nocebo-Effekt, der besagt, dass auch mehr Nebenwirkungen



Intensive Diskussionsbeiträge forderte Dr. Michael Mair u. a. von Präs. Karl Forstner ein.

Oberärzte und Primarii darüber verständigen zu wollen, dass auch im Entlassungs- und Arztbrief, das jeweils günstigste Medikament zu anzuführen und zu verschreiben ist.

Was die daraus entstehenden, zusätzlichen Kosten für die Krankenhäuser betrifft, weiß Forstner, dass Unterstützung gefordert ist: „Wenn wir zwei Systeme zusammenführen, dann können die Krankenhäuser kostenseitig nicht allein gelassen werden, das ist klar,“ sagte er. Professor der PMU Dr. Andreas Sönnichsen, der für die wissenschaftliche Begleitung des Projekts zuständig, wies darauf hin, dass er als absolut neutraler

bei derselben Substanz auftreten können,“ zitiert der Sönnichsen aus einer Studie.

Womit die Diskussionsrunde beim nächsten Kritikpunkt angelangt war. Sofort erhob sich ein Praktischer Arzt aus dem Publikum und beklagte: „Für uns Ärzte ist der Aufwand tatsächlich erheblich. Die Liste ist unübersichtlich, die Preisunterschiede spielen sich im Cent-Bereich ab. Hinzu kommt, dass unser Aufwand, mit dem Patienten zu reden beträchtlich gestiegen ist.“ Darauf antwortet Dr. Forstner, das Problem sehr wohl anerkennend, dass das Sprechen mit den Patienten nun einmal zum Arztberuf dazu gehöre.

Auf ein weiteres Negativ-Beispiel, das aber zum Glück entkräftet werden konnte, verwies eine Fachärztin der Psychiatrie aus dem Publikum: „Ich fühle mich ausgesprochen unwohl mit der Regelung und erhalte auch bis zu dreimal täglich Anrufe von Patienten, die auf ein neues Medikament umgestellt wurden.“ Sie bemerke sehr wohl Wirkungs-Verluste, mehr Nebenwirkungen und viele Probleme mit Dauerpatienten. Dr. Arnberger, Vizepräsident der Ärztekammer Salzburg und Kurienobmann der NG Ärzte stellte darauf in vehementen Worten klar: „Genau das soll nicht passieren. Wenn dem Patienten – etwa Alten oder chronisch Kranken - eine Umstellung nicht zugemutet werden kann, muss diese auch nicht erfolgen.“ Ein überaus wichtiger Hinweis, der bei vielen Ärzten so noch nicht angekommen sein dürfte. Eine Pharmareferentin im Plenum mel-

dete sich als einzige Vertreterin ihrer Zunft couragiert zu Wort: Einerseits fürchte sie um ihren Berufsstand und zudem sei sie sich sicher, dass es Lieferengpässe bei Pharmaherstellern geben werde. „Entweder die Unternehmen sind zu klein für den Lieferansturm oder der österreichische Markt ist für manche kein Geschäft mehr.“ Ein Argument, das Stv. Generaldirektor Klein sofort entkräftete indem er sagte: „Österreich ist immerhin ein drei Milliarden Euro Markt für Pharmaunternehmen, wenn sich ein Konzern wirklich zurückziehen möchte, wird diese Lücke sicher ein anderer gerne schließen.“ Auf Lieferengpässe anderer Art, nämlich durch den Apotheker-Großhandel, wies auch Apotheker Hans Jakesz hin. Eine mögliche Erklärung dafür lieferte der Pharmazeut gleich mit: die Medikamentenpreise in Österreich seien vergleichsweise gering und so würden Kontin-

gente, die ursprünglich für Österreich vorgesehen waren teurer im europäischen Ausland – etwa nach Deutschland – verkauft.

Ein Hinweis, den Christoph Klein vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger sofort aufgriff: „Ich bitte Sie uns das mitzuteilen, denn jene Präparate werden wir dann umgehend aus dem Erstattungskodex nehmen.“

Aus dem großen Studio des ORF Salzburg berichtete für Sie:



Die Autorin:
Julia Heuberger-Denkstein
„Der Salzburger Arzt“



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

Auswahl vieler Produkte durch Preis- und Leistungsvergleiche hilfreich sein. Auch die Versicherungswirtschaft nutzt dieses neue Medium und so findet sich mittlerweile eine Vielzahl von Versicherungen mit den unterschiedlichsten Produkten im Internet. Der Konsument sollte sich dabei aber bewusst sein, dass zum einen nicht alle Versicherer im Internet vertreten sind und zum anderen nicht alle Produkte eines Versicherers dort beworben werden. So kann das vermeintlich günstigste und passendste Angebot unter Umständen eben gerade nicht das Beste sein. Komplizierte Bedingungen, etwaige Überschneidungen mit anderen Versicherungsprodukten sowie die Prämienunterschiede machen es einem Laien nicht gerade leicht, sich für den richtigen Anbieter zu entscheiden. Oftmals sind wichtige Deckungs-

Versicherungsabschluss via Internet?

Das Internet bietet dem Konsumenten eine Unmenge von Informationen und kann bei der

erweiterungen standardmäßig nicht versichert und nur durch Zusatzbausteine gegen Mehrprämie einschließbar. Ein „Online-Vertragsabschluss“ heißt aber auch, dass Sie auf eine persönliche Beratung zur Ermittlung Ihres tatsächlichen Bedarfs verzichten. Selbst wenn Sie die Versicherungsbedingungen auf den Websites der Versicherer finden, eine persönliche Erklärung dazu werden Sie nicht bekommen. Haben Sie im Schadensfall auch an Ihren Aufwand gedacht und wollen Sie wirklich selbst mit der gegnerischen Versicherung den Schaden an Ihrem KFZ oder einen Personenschaden abwickeln? Billig bedeutet nicht gleichzeitig auch günstig!

Unser Tipp:

Bevor Sie sich für den Abschluss einer Versicherung über das Internet entscheiden, sollten Sie auch Angebote von einem unabhängigen Makler einholen, denn dieser ermittelt Ihren Bedarf, beantwortet Ihre Fragen und steht Ihnen im Schadensfall auch unterstützend zur Verfügung.



Immer öfter werden Ärzte teils ohne Grund von ihrer Versicherung gekündigt. Die Folgen sind oft gravierend.

Der Versicherungs-Vertrag des Salzburger Röntgenologen verlief über Jahre hinweg schadenfrei. Dennoch wurde der Arzt zum Ablauf seiner Betriebsunterbrechungsversicherung (BUFT) gekündigt. Das neue Angebot, das die Basler Versicherung AG dem Arzt stellte war für ihn leider nicht akzeptabel: gleiche Prämie, jedoch nur noch unter Ausschluss bestimmter Erkrankungen.

Ebenso unliebsam verlief der BUFT-Vertrag eines niedergelassenen Salzburger HNO-Spezialisten: dieser wurde von der Basler Versicherung drei Jahre vor Ablauf aufgekündigt – ebenfalls ohne je einen Schaden verursacht zu haben. Das Pech des HNO-Arztes war, ein wechselseitiges Kündigungsrecht vereinbart zu haben. Ähnlich erging es einem Gynäkologen, der schon über fünfzig Jahre alt ist und damit ein massives Problem hat, überhaupt eine neue Versicherung zu finden. „Diese Liste ließe sich schier endlos fortsetzen“, sagt Gerald Buchmayer, Versicherungsexperte von PBP, dem Partner für Versicherungen der Salzburger Ärztekammer, „allein aus unserem eigenem Bestand gab es an die 200 Kündigungen, hinzu kommen noch all die Verträge die nicht über PBP abgeschlossen und ebenfalls von der Basler gekündigt wurden.“

Das Aufkündigen von - vor allem personenbezogenen – Versicherungen wie etwa der BUFT, kann gravierende Kon-

Versicherung ohne Schutz

sequenzen für den einzelnen Arzt oder die Ärztin nach sich ziehen. Da sich die Prämie anhand des Alters, des Gesundheitszustandes und den bereits abgewickelten Schadensfällen einer Person berechnet, bedeutet ein Neuabschluss, einige Jahre später, eine entsprechend höhere Prämie. „Die Prämienhöhung kann hier bis zu 100 Prozent und darüber liegen“, weiß Versicherungsexperte Buchmayer. Die Rechnung bei personenbezogenen Versicherungen lautet also: je älter eine Person beim Abschluss ist, desto teurer wird die Versicherung. „Es ergeben sich aber möglicherweise auch Ausschlüsse diverser Erkrankungen beziehungsweise Zuschläge für ein erhöhtes Risiko,“ sagt Gerald Buchmayer.



Die BUFT bezahlt bei Krankheit oder Unfall den nicht erwirtschafteten Betriebsgewinn während der Unterbrechung und die fortlaufenden Kosten wie Miete oder Personal bis zur Wiederherstellung des Praxisbetriebes. Nicht nur teuer, sondern dramatisch wird es für Personen, die über 55 Jahre alt sind: „Da gibt es ganz massive Schwierigkeiten überhaupt noch einen Versicherer zu finden“, sagt der Experte.

Bei der Unfallversicherung ist eine Kündigung zwar nicht ganz so bedrohlich, aber meist ebenso kostenintensiv. „Es kommt immer wieder vor, dass „alte“ Produkte tarif- und leistungsmäßig besser sind als aktuelle. Dies schlägt sich oftmals auch in den Gliedertaxen nieder,“ sagt Gerald Buchmayer. Zur Erklärung: Wenn ein Unfall zu einer bleibenden Beeinträchtigung bzw. Invalidität führt, erbringt die Versicherung Leistungen. Die Bemessung der Entschädigungsleistung erfolgt anhand der so genannten „Gliedertaxe“. Diese Gliedertaxe definiert den Grad der Invalidität nach dem Verlust oder der dauernden Gebrauchsunfähigkeit eines Körperteils. Bei einem Chirurgen beispielsweise kann es deshalb durchaus sein, dass im alten Vertrag jeder Finger mit 100 Prozent der Versicherungssumme versichert war, im neuen aber vielleicht nur mehr folgende Regelung gilt: Daumen und Zeigefinger 70 Prozent, Mittel- und Ringfinger 50 Prozent, kleiner Finger 20 Prozent.

www.gesund-in-salzburg.at



Die Basler Versicherung hingegen bestreitet, dass sie zahllose Verträge mit Ärzten aufkündigt. „Ärztinnen und Ärzte sind für uns eine wichtige Klientel, dass viele Verträge von uns gekündigt werden stimmt schlicht nicht,“ sagt Karen Reiners, Leiterin für Marketing bei der Basler Versicherungs AG. Was sie jedoch einräumt ist, dass bei bestimmten Verträgen immer wieder ein „Risikoausgleich“ stattfindet und „Sanierungsmaßnahmen“ getroffen werden müssten. Eine Erklärung dafür, warum Verträge auch ohne Schaden und teilweise noch vor Ende der Laufzeit aufgelöst werden, hat sie nicht. Nur so viel: „Es kommt vor, dass es einzelnen Versicherungspartnern so erscheint, als ob Verträge massenhaft gekündigt werden, doch das ist lediglich ein subjektives Empfinden“, sagt Reiners.

Der Experte jedenfalls empfiehlt, in Zukunft vor allem bei BUFT-Verträgen nur mehr Verträge mit Kündigungsverzicht des Versicherers im Schadenfall abzuschließen. „Die am Markt gängige Pra-

xis, schadensbelastete Verträge zu kündigen kann dadurch ausgeschlossen und die Konsequenzen aus einer Schadenskündigung vermieden werden,“ sagt Gerald Buchmayer. Einige Versicherer, wie etwa die Donau Versicherung, Generali oder Helvetia, würden solche Verträge bereits anbieten, so der Experte von PBP. Weiters sollte auf den Einschluss eines jährlichen Kündigungsrechtes des Versicherungsnehmers verzichtet werden, da dieses – wie die Praxis ja jetzt zeigt – auch vom Versicherer ausgeübt werden kann.



Die Autorin:
Julia Heuberger-Denkstein
„Der Salzburger Arzt“

15. LINZER REISE-MEDIZINISCHE TAGUNG

... und hab auch was schönes mitgebracht ...

Krankheiten als Reisesouvenirs

Samstag, 10. April 2010
09.00 – 18.00 Uhr

Ort:
Redoutensäle, Promenade 39
4020 Linz

Tagungssekretariat:
Bettina Aumüller-Cellnigg
Mengerstraße 6
4040 Linz
Telefon: 0676/9433429
Fax: 0732/943636
E-Mail:
reisemedizin.ooe@liwest.at

www.sparkasse.at

Informationen aus erster Hand: **Ein Arzt, der jetzt investiert, verschafft sich einen Vorsprung für die Zukunft.**

Herausfordernde wirtschaftliche Rahmenbedingungen beinhalten auch viele Chancen für die Zukunft. Die Sparkassen bieten Ärzten besonders flexible Finanzierungslösungen. Legen Sie mit gezielten Investitionen einen Grundstein für Ihre Zukunft. Ein erster Schritt: Wir zeigen Ihnen, wie Sie das aktuelle Zinsniveau optimal nutzen und sich dabei gegen steigende Zinsen absichern können. Mehr über Ihren maßgeschneiderten Finanzierungsmix erfahren Sie bei den Kundenbetreuern für Freie Berufe der Sparkassen.

SPARKASSE 
In jeder Beziehung zählen die Menschen.

KURZMELDUNG

Schutzbestimmungen für ältere Spitalsärzte gefordert – Studie belegt: Journaldienste erhöhen Herzinfarktrisiko

Wie belastend die Arbeitsbedingungen im Spital sind, belegt erstmals eine Studie der Medizinischen Universität Innsbruck. Vor allem für ältere Spitalsärztinnen und -ärzte ist der Schichtbetrieb körperlich und psychisch belastend. Daher will die Bundeskurie Angestellte Ärzte diese in Zukunft verstärkt schützen – durch beschränkte Arbeitszeiten und ein dem Alter entsprechendes Arbeitsmodell.

„Wir sprechen uns für eine Beschränkung der wöchentlichen Arbeitszeit sowie der Dienstdauer von Spitalsärzten ab 50 Jahren aus. Sie sollen im Schnitt nicht mehr als 48 Stunden pro Woche arbeiten und nur Dienste mit einer Maximaldauer von bis zu 25 Stunden leisten dürfen,“ erklärt der Obmann der

Mit 50 krank und ausgepowert

Bundeskurie Angestellte Ärzte, Harald Mayer. Dies solle verhindern, dass ältere Spitalsärztinnen und -ärzte ausbrennen oder durch massive Erkrankungen, wie Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen oder Schlaganfälle, ausfallen.

Zahlen einer aktuellen Studie der Medizinischen Universität Innsbruck untermauern die Forderungen der Bundeskurie. Wichtige Erkenntnis: Journaldienste erhöhen eindeutig das Herzinfarktrisiko. Die Nachtdienste gehen mit enormem Stress, Bluthochdruck und Herzrhythmusstörungen einher. Auch während der Ruhephasen gelingt keine Entspannung, da der Körper sich während des ganzen Dienstes in Alarmbereitschaft befindet. Hinzu kommt, dass das Erkrankungsrisiko mit der Anzahl der Berufsjahre, die Schichtdienste beinhalten, steigt. Jene Ärztinnen und Ärzte, die schon mehrere Jahre Nachtdienste leisten, zeigten ein höheres Herzinfarktrisiko als jene, die erst wenige Jahre Nacht-

dienste absolvierten.

Die Autoren der Studie, Markus Rauchenzauner und Florian Ernst, untersuchten unter der Leitung von Univ.-Prof. Michael Joannidis, an der Innsbrucker Klinik die Herz-Kreislauf-Belastung für Ärztinnen und Ärzte während des Journaldienstes mit einer 24-stündigen Rufbereitschaft.

Mayer: „Je älter die Kolleginnen und Kollegen sind, umso mehr zeigen sich Burn-Out-Symptome. Sie sind schlichtweg an ihre körperlichen Grenzen und an den Rand der psychischen Belastbarkeit gebracht. Viele ältere Ärztinnen und Ärzte brennen aus und steigen in der Folge aus.“

Man solle jedoch das Erfahrungspotenzial älterer Ärzte nicht durch unzumutbare Dienstzeitregelungen verschleifen. Es gehe vielmehr darum, das langjährig erworbene Wissen und die Routine für die Spitäler und vor allem für die ärztliche Ausbildung zu sichern. (ÖÄK)

ARGE Landmedizin.at

Unter dem Motto „Versorgung. Vielfalt. Vertrauen.“ wurde die ARGE Landmedizin.at als Informations- und Kommunikationsplattform zur Absicherung und Stärkung der Rolle der österreichischen Landärzte ins Leben gerufen. Sie tritt für die Gesundheitsversorgung in ländlichen Strukturen ein und ist einzige Arbeitsgemeinschaft in Österreich, die speziell die Interessen der Landmedizin, der Landärzte und ihrer Patienten vertritt.

- Die Ziele:**
- Die Rolle der Landmediziner in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung absichern und entsprechend in den Vordergrund stellen.
 - Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Strukturen.
 - Verbesserung der Kommunikation der Landmediziner untereinander sowie der Einflussnahme auf Gesetzgebung, Politik und Meinungsbildner.
 - Mediale Bewusstseinsbildung der durch die Landmediziner erbrachten Leistungen.
 - Das Anbieten von Dienst- und Serviceleistungen, die die ärztliche Tätigkeit und das wirtschaftliche Überleben erleichtern.
 - Allen Vertretern im Gesundheitswesen bewusst machen, dass die medizinischen Strukturen, die über Jahrzehnte gewachsen sind, auch gut funktionieren und finanzierbar sind.

AUS DEM TURNUSÄRZTEREFERAT

Wer bildet Famulanten aus?

Immer nur TurnusärztInnen?

Problemstellung

Häufig ist es üblich, dass an Kliniken und Abteilungen (nicht nur an den SALK sondern z.B. auch an den anderen Lehrkrankenhäusern der PMU) Famulanten von Turnusärzten ausgebildet werden bzw. die notwendige Anleitung und Aufsicht bei den Famulanten von Turnusärzten ausgeübt wird.

Dürfen Turnusärzte Famulanten überhaupt ausbilden ?

Grundsätzlich können auch Turnusärzte (in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin sowie in Ausbildung zum Facharzt) Anordnungen erteilen und mit der Anleitung und Aufsicht beauftragt werden, wenn sie dazu ermächtigt wurden. Verantwortlich sind die Leiter der Kliniken bzw. Abteilungen, die die Gesamtverantwortung für den ärztlichen Dienst haben. Die ärztegesetzliche Regelung der Famulatur in § 49 Abs. 4 und Abs. 5 sieht grundsätzlich vor, dass die in Ausbildung stehenden Studenten der Medizin (Famulanten) unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärzte stehen. Unter ausbildenden Ärzten werden Ärzte mit selbstständiger Berufsbezeichnung verstanden (Ärzte für Allgemeinmedizin sowie Fachärzte). Eine Vertretung dieser Ärzte durch selbst in Ausbildung stehende Turnusärzte wird

für zulässig erachtet, wenn der Abteilungsvorstand diese Turnusärzte beauftragt und die Turnusärzte selbst für geeignet hält diese Tätigkeit wahrzunehmen. Die Turnusärzte müssen also selbst über die hierfür erforderlichen medizinischen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen. Rechtlich gesehen reicht es nicht aus wenn der Abteilungsvorstand pauschal erklärt, dass alle an seiner Abteilung tätigen Turnusärzte und Turnusärzte Famulanten (Studenten) anleiten und beaufsichtigen dürfen. Zu empfehlen ist eine individuelle schriftliche Beauftragung und Ermächtigung.

Erweiterung der Famulaturregelung

Die 12. Ärztegesetz-Novelle (BGBl I Nr. 62/2009) hat die Famulaturregelung erweitert. Es können ab sofort auch einzelne weitere ärztliche Tätigkeiten, sofern deren Beherrschung zum erfolgreichen Abschluss des Studiums der Medizin zwingend erforderlich ist und die in Ausbildung stehenden Studenten der Medizin nachweislich bereits über die zur gewissenhaften Durchführung erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen verfügen, an die Famulanten delegiert werden. Welche einzelnen weiteren ärztlichen Tätigkeiten das sind, ergibt sich aus den jeweiligen Studienplänen. Letztlich haben die medizinischen Universitäten (in Salzburg im Regelfall die PMU) mit den Lehrkrankenhäusern ent-

sprechende Vereinbarungen zu treffen, welche weiteren ärztlichen Tätigkeiten gemeint sind. Darüber hinaus hat bei Beschäftigung der Famulanten eine Überprüfung des Ausbildungsstandes stattzufinden um festzustellen, ob die Famulanten bereits über die zur gewissenhaften Durchführung erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen im Hinblick auf den Schwierigkeitsgrad der zu übertragenden Tätigkeiten verfügen. Die Abteilungs- bzw. Klinikvorstände tragen die Organisationsverantwortung für den Einsatz der Famulanten und für die Sicherstellung einer geordneten Anleitung und Aufsicht.

Für allfällige Fragen steht Ihnen gerne unser Mitarbeiter KAD-Stv. Dr. Johannes Barth unter 0662/871327-0 bzw. HYPERLINK „mailto:barth@aeksbg.at“ barth@aeksbg.at zur Verfügung.

Euer Turnusärztereferent



Dr. Florian Connert

www.gesund-in-salzburg.at

SVA-KÜNDIGUNG

Ab Frühjahr könnten SVA-Patienten zu Privatpatienten werden. Reformkompromiss der niedergelassenen Ärzte scheiterte am Widerstand der SVA-Spitze – Ärzte sparten zuletzt 38 Millionen für Unternehmer-Kasse ein

Rund 7.200 niedergelassene SVA-Vertragsärztinnen und -ärzte sorgen bundesweit für die Betreuung der Patientinnen und Patienten der Sozialversicherung der Gewerblichen Wirtschaft (SVA). Dieses wohnortnahe medizinische Netz wird gern genutzt: 3,6 Millionen Mal benötigen SVA-Patientinnen und -Patienten jährlich niedergelassene Ärzte. Im kommenden Jahr müssen die Versicherten nun möglicherweise ihre Behandlungen in der Ordination bezahlen und bekommen nur einen Teil refundiert, denn 2010 droht ein vertragsloser Zu-

Der Countdown läuft 2010 droht vertragsloser Zustand mit SVA

stand. Damit würden die SVA-Patienten zu Privatpatienten.

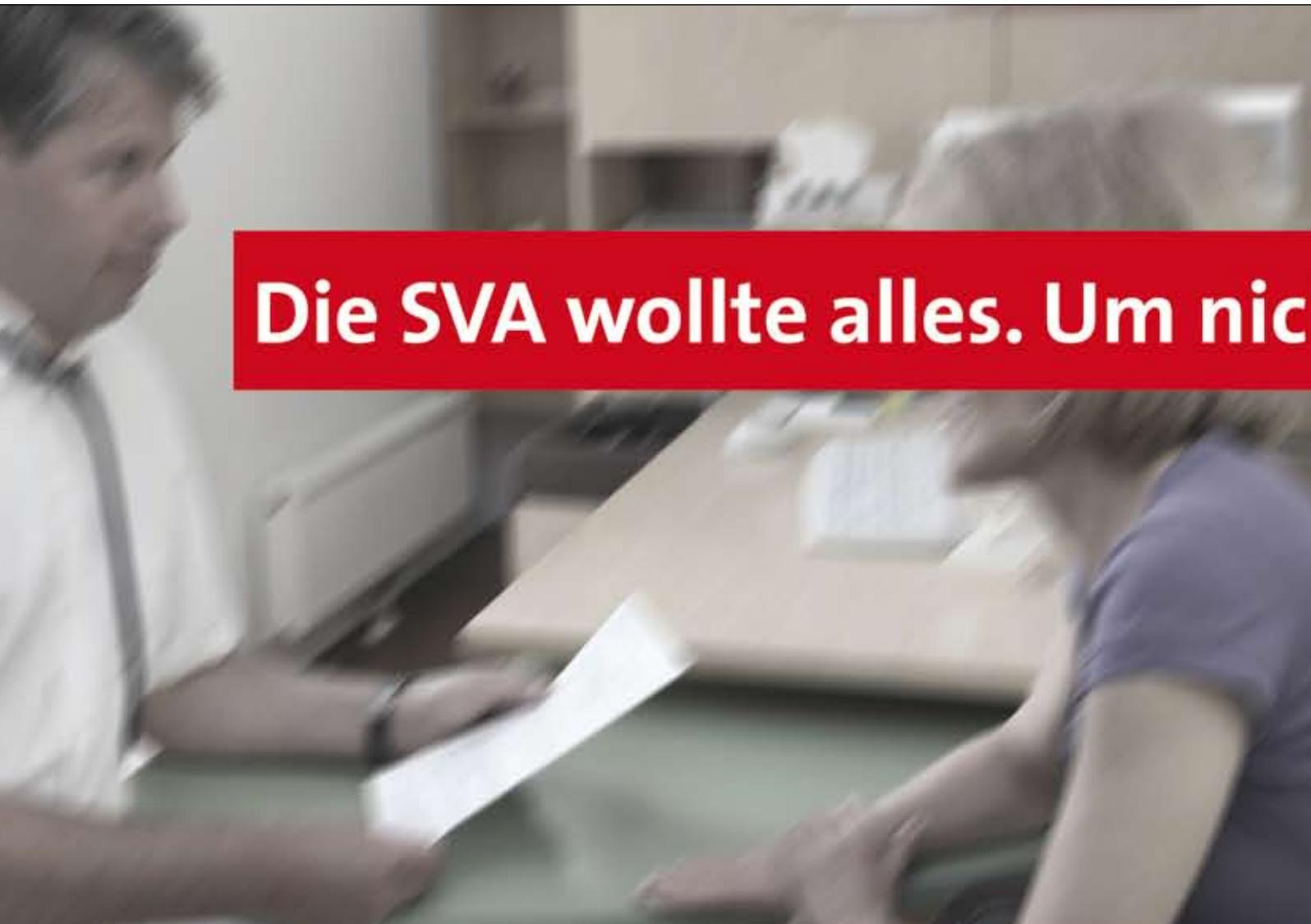
Der Hintergrund: Der SVA-Vorstand hatte Ende September eine fast ein Jahr lang zwischen Kassen-Vertretern und niedergelassenen Ärzten verhandelte Vereinbarung gekippt. Die SVA-Spitze lehnte sie ab, obgleich sie Verbesserungen für die Patienten vorsah. Die Bundeskurie Niedergelassene Ärzte kündigte daraufhin den Gesamtvertrag.

Reformvertrag von SVA verworfen – trotz Goodwill der Ärzte

In der ursprünglich vorgesehenen Vereinbarung hatten die Ärzte Entgegenkommen gezeigt: Eine neue Gruppenpraxenregelung und Verbesserungen beim individuellen Patientenservice wä-

ren über interne Umschichtungen von den Ärztinnen und Ärzten weitgehend selbst finanziert worden. Nach intensiver Abstimmung der Fachgruppen waren die technischen Fächer bereit, zugunsten von Verbesserungen in den genannten Bereichen und der Einführung der modernen Gruppenpraxis eine deutliche Absenkung ihrer Tarife in Kauf zu nehmen.

Dies eingerechnet hätte der Vertragskompromiss die SVA real nur eine einprozentige Honorarerhöhung gekostet. In den vier Jahren zuvor hatten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für die SVA bereits rund 38 Millionen Euro durch ein Honorarmoratorium eingespart. Insgesamt ist der Anteil der ärztlichen Honorare an den Gesamtausgaben der SVA von 85 Prozent im Jahr



Die SVA wollte alles. Um nic

1997 auf 62 Prozent im Jahr 2008 stark abgesunken. Die SVA erklärte jedoch, man strebe generell eine Absenkung des SVA-Angebots auf GKK-Level an.

„Wir wollen im Interesse der Patienten keinen Rückschritt, sondern eine Fortentwicklung des medizinischen Angebots. Wir möchten, dass auch SVA-Versicherte in den Genuss von Innovationen wie Gruppenpraxen kommen, wo es verschiedene Leistungen unter einem Dach gibt. Wo das aber nicht möglich ist und der Vertragspartner stattdessen das medizinische Angebot ebnen will, ziehen wir im Interesse der Patienten die Notbremse“, erklärte der Obmann der Bundeskurie niedergelassene Ärzte und ÖÄK-Vizepräsident Günther Wawrowsky.

Auch für ÖÄK-Präsident Walter Dorner tut die SVA-Spitze ihren Versicherten mit ihrer Vorgangsweise keinen Gefallen. Dorner: „Die niedergelassenen Ärz-

tinnen und Ärzte haben in den vergangenen Jahren alles Erdenkliche getan, um zur Kostendämpfung der SVA beizutragen. Aber auch die SVA-Versicherten fragen jedes Jahr mehr medizinische Leistungen ab. Lifestyle-Erkrankungen und höhere Morbidität machen auch vor dieser gesundheitsbewussten Klientel keinen Halt. Dem Sparen sind damit natürliche Grenzen gesetzt. Und es ist nicht zuviel erwartet, wenn die niedergelassenen Ärzte nach Jahren des Stillstands eine Weiterentwicklung der Medizin für die Versicherten andenken und eine moderate Honorarerhöhung fordern. Warum hat die SVA 2008 ihre Beiträge abgesenkt, wenn sie jetzt nicht wissen, woher mit dem Geld?“

Die SVA hat schon öffentlich angekündigt, die Bundesschiedskommission bis Ende des Jahres anzurufen. Mit einer Schlichtung durch dieses Verfahren würde sich das Eintreten des vertragslosen Zustandes etwa bis April 2010 verschieben.

„Wir sind für jeden Fall gerüstet, gehen jedoch aufgrund der öffentlichen Äußerungen der SVA von Frühjahr aus. Ab dann müssten Patientinnen und Patienten selbst zahlen, wenn wir keine Einigung erzielen.“ Da es sich um Privatarife handelt, würden SVA-Patienten im vertragslosen Zustand weniger als 80 Prozent des ausgelegten Barbetrags von ihrer Kasse zurückerhalten. Diese Refundierung könnte länger dauern. Denn der Verwaltungsaufwand einer Kasse ist im Fall eines vertragslosen Zustandes hoch, da alle eingehenden Rechnungen bearbeitet werden müssen.

(Pressestelle der ÖÄK, apm)

Fast ein Jahr haben Verhandlungsteams der Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft und der Österreichischen Ärztekammer an der Zukunft des SVA-Gesamtvertrages gearbeitet.

Und sind letztendlich zu einem für die Ärzteschaft gerade noch vertretbaren Ergebnis gekommen. Nach vier Jahren ohne Honorarerhöhung stimmte die Bundeskurie niedergelassene Ärzte einer **moderaten Honorarerhöhung** nur deshalb zu, weil damit strukturelle Verbesserungen wie etwa eine Einführung der Gruppenpraxis oder eine Aufwertung der Zuwendungsmedizin verknüpft waren. Dem ging ein **ausführlicher Interessenausgleich** der unterschiedlichen Arztgruppen voraus.

Aber selbst diesen Minimalkonsens hat der Vorstand der SVA verweigert – gegen das eigene Verhandlungsteam.

Eine radikale Umstellung des SVA-Vertrages auf das Niveau der Gebietskrankenkassen – wie es sich der SVA-Vorstand wünscht – und gleichzeitig die Erhaltung einer SVA mit eigenem Verwaltungsapparat **ist unlogisch und unwirtschaftlich.**

Sie schadet den SVA-Versicherten und den SVA-Vertragsärzten, die schon auf viel verzichtet haben.

Wenn das SVA-Beispiel Schule macht, droht der Kassenmedizin das Aus. Die Vertragskündigung* war leider ein Muss.

** Die Bundesschiedskommission kann nach einer Anrufung durch die SVA die Vertragsdauer um bis zu 3 Monate ab ihrer Entscheidung verlängern. Dann droht der Vertragslose Zustand.*


ÖSTERREICHISCHE
ÄRZTEKAMMER

BUNDESKURIE
NIEDERGELASSENE ÄRZTE

SOZIALVERSICHERUNG

Sozialversicherungspflicht der ärztlichen Sondergebühren

Die Sozialversicherungspflicht für ärztliche Sondergebühren (Klassengelder) besteht auf Grundlage einer konkreten gesetzlichen Bestimmung (FSVG) seit 2002. Seit diesem Zeitraum sind die ärztlichen Sondergebühren als Einkünfte aus selbständiger Arbeit der Sozialversicherungspflicht nach dem FSVG unterzogen.

Dies betrifft einerseits die Sozialversicherungspflicht betreffend Unfallversicherung (Jahresbeitrag) und die Sozialversicherungspflicht nach der Pensionsversicherung. In der Krankenversicherung sind die Ärzte generell „herausoptiert“. Diese Sozialversicherungspflicht wurde mit Gesetz eingeführt. Lediglich in dem Jahr, in dem es vonseiten der Finanz zu einer Lohnbesteuerung der ärztlichen Sondergebühren kam, Unterlagen diese ärztlichen Sondergebühren nicht der Sozialversicherungspflicht bei der gewerblichen Wirtschaft, sondern über ASVG bei der SGK. Diese Regelung gilt bei einem Bezug der ärztlichen Klassengelder als selbständig berufsberechtigter Arzt/Ärztin (FachA, AfAM). ÄrztInnen in Ausbildung (TÄ, AssÄ) werden über die Lohnsteuer veranlagt und zahlen ASVG-Beiträge auch für die Klassengelder.

Ganz grundsätzlich sind Sozialversicherungsbeiträge nur bis zur sog. Höchst-

beitragsgrundlage zu bezahlen. Dies betrifft auch die ärztlichen Sondergebühren. Sofern eine Vorschreibung von der SV der gewerblichen Wirtschaft (SVA) einlangt, ist für das jeweilige Beitragsjahr, das veranlagt wird, ein Lohnzettel mit den bereits abgeführten Sozialversicherungsbeiträgen bei der SVA einzureichen und die „Differenzbeitragsvorschreibung“ zu beantragen. Es sind dann nur jene zusätzliche Beiträge zu bezahlen, wo noch nicht die Höchstbeitragsgrundlage erreicht worden ist. Naturgemäß ist dies bei vollbeschäftigten Spitalsärzten bzw. Fachärzten in Spitälern lediglich beim 13. und 14. Monatsgehalt der Fall. Dies deshalb, da beim 13. und 14. Gehalt die üblichen Zulagen und Nebengebühren nicht ausbezahlt werden und daher regelmäßig beim 13. und 14. Bezug die Höchstbeitragsgrundlage noch nicht erreicht ist. Bis zur Höchstbeitragsgrundlage kann daher die SVA weitere Beiträge für Pensionsversicherung und Unfallversicherung vorschreiben.

Die ÄrztInnen erhalten die Vorschreibungen der SVA verspätet, weil die Steuerdaten erst nach der einkommenssteuerlichen Veranlagung vom Bundesrechenzentrum den Sozialversicherungsträgern zur Verfügung stehen. Deswegen kann die SVA Landesstelle Salzburg die

entsprechenden Beitragsvorschreibungen immer erst für zurückliegende, bereits veranlagte Jahre vornehmen. An sich besteht eine Meldepflicht des jeweiligen Arztes vorab. Da allerdings die verspätete Entrichtung nicht strafbar ist und auch keine Säumniszuschläge erhoben werden, raten wir auf die Vorschreibung der gewerblichen Wirtschaft (SVA) zu warten.

Für Fragen wenden Sie sich bitte an unseren Mitarbeiter KAD-Stv. Dr. Johannes Barth unter Tel. 0662-871327-0 oder barth@aeksbg.at oder an die Landesstelle der SVA Salzburg, Tel. 0662-879451-7218 (Herr Scheliessnig).



KAD-Stv.
Dr. Johannes Barth

www.gesund-in-salzburg.at



SERIE, TEIL XVIII

■ von Ass. Dr. Heike Egger
 Universitätsinstitut für Radiodiagnostik
 Leiter: Prof. Dr. Klaus Hergan
 St. Johannis-Spital
 Paracelsus Universität Salzburg

Appendagitis Epiploica – eine relevante Differentialdiagnose bei akutem Unterbauchschmerz

Einführung

Die primäre Evaluierung akuter Unterbauchschmerzen erfolgt meist durch die Sonographie. Im rechten Unterbauch muss in erster Linie die akute Appendizitis ausgeschlossen werden. Ähnliche Symptomatik kann rechts- wie linksseitig durch eine akute Sigmoiddivertikulitis oder eine akute Appendagitis epiploica hervorgerufen werden. Neuere Daten belegten, dass 2–7 % der Patienten mit klinischem Verdacht auf Divertikulitis bzw. 1 % mit Verdacht auf Appendizitis, die zur weiteren Differenzierung eine Computertomographie erhielten, an einer akuten Appendagitis erkrankt waren. Die Appendagitis epiploica stellt somit die häufigste Differentialdiagnose zur akuten Divertikulitis dar.

Appendagitis Epiploica

Appendices epiploicae sind kleine, mit Fettgewebe ausgefüllte Peritonealtaschen, die durch 2 Arterien und 1 Vene versorgt werden, durch die sie mit dem Dickdarm verbunden sind.

Sie kommen in einer Zahl von 50–100 vom Coecum bis zum Colon sigmoideum vor und sind zweireihig angeordnet. Ihre Länge beträgt 0,5 cm bis 5 cm, die Dicke 1 cm bis 2 cm, wobei die sigmoidal gelegenen am größten sind. Im CT sind die Appendages nur sichtbar, wenn sie entzündlich verändert oder von Flüssigkeit umgeben sind, da sonst eine Unterscheidung vom angrenzenden Fettgewebe nicht möglich ist. Patho-

Radiologisch-klinische Visite



Abb. 1a und 1b: Querschnitt (a) und Längsschnitt (b) einer akuten Appendagitis epiploica am descendentosigmoidalen Übergang

genetisch führt bei der Appendagitis die Stieldrehung einer Appendix epiploica zur vaskulären Okklusion, die in weiterer Folge eine Ischämie/Nekrose bewirkt. Die Erstbeschreibung des Krankheitsbildes der Appendagitis erfolgte 1956 (Lynn et al), die Erstbeschreibung seiner Merkmale im CT 1986 (Danielson et al). Vor Einführung der Computertomographie wurde die Diagnose zumeist intraoperativ gestellt.

Als bevorzugte Lokalisationen der Appendagitis epiploica sind in absteigender Häufigkeit das Colon sigmoideum, Colon descendens sowie das rechte Hemicolon zu nennen, wobei eine Lokalisation entlang des gesamten Colonrahmens bis nahe des Rektums möglich ist. Am häufigsten sind männliche Personen in der 4. und 5. Lebensdekade betroffen, wobei die Appendagitis grundsätzlich in jedem Alter auftreten kann. Als Risikofaktoren gelten Hyperalimentation, ungewohnte körperliche Belastung oder rezent begonnenes körperliches Training, sowie seltener, vorbestehende Hernien.

Klinik

- heftiger, nicht wandernder, lokaler Druckschmerz im Unterbauch
- lokal leichte Abwehrspannung
- Entzündungslabor meist im Normbereich, die Fettgewebnekrose kann jedoch zu einem minimalen CRP/Leukozyten-Anstieg führen
- unauffällige Stuhlanamnese, keine Übelkeit oder Erbrechen

- kein Fieber
- kein wesentliches subjektives Krankheitsgefühl des Patienten

Sonographie (Abb. 1a, 1b):

- bikonvexe echoreiche Herdbildung
- 1,5 cm–3,5 cm Größe (maximal 5 cm)
- echoarmer Randsaum
- keine Kompressibilität
- Atemverschieblichkeit gegenüber der Bauchdecke
- Kolonwand nur minimal oder nicht verbreitert
- keine Perfusion im Farbdoppler
- in der signalverstärkten Sonographie zentrales Areal ohne Kontrastmittelaufnahme und periläsional verstärktes Enhancement (nach etwa 20 sec)



Abb. 2: CT/koronare Rekonstruktion mit i.v.-Kontrastmittel sowie kontrastmittelmarkiertem Darm: hypodense Läsion mit hyperdensem Ring

Computertomographie (Abb. 2,3):

- ovaläre Läsion von fettäquivalenter Dichte
- ringförmig hyperdenser Randsaum (verdicktes Peritoneum viscerale)
- punktförmig hyperdenses Zentrum (thrombosiertes Gefäß)
- moderate Infiltration des Umgebungsfettgewebes



Abb 3: CT/axial: ovaläre Läsion, Infiltration des Mesocolons

treten eines freien intraperitonealen Fettgewebekörpers, Invagination, Ileus und Peritonitis sowie die Abszedierung.

Therapie

Als Therapie der Wahl gelten nichtsteroidale Antirheumatika. In seltenen Fällen ist eine antibiotische Absicherung indiziert. Grundsätzlich ist die Appendagitis selbstlimitierend. Die Symptome verschwinden zumeist innerhalb von 1–4 Wochen, die CT-Befunde sind nach 6 Monaten nicht mehr nachweisbar. Eine

Komplikationen

Zu den äußerst selten auftretenden Komplikationen zählen Adhäsionen, das Auf-

DIFFERENTIALDIAGNOSTISCHE MERKMALE		
	APPENDAGITIS EPIPLOICA	DIVERTIKULITIS
KLINIK:		
Alterskorrelation:	am häufigsten zwischen 30–50 J., v.a. Männer	v.a. ältere Patienten
Lokalisation:	in allen Abschnitten möglich, v.a. Colon sigmoideum/descendens	Colon sigmoideum (95 %) Coecum/Colon ascendens (<4%)
Entzündungsparameter:	fast immer im Normbereich	gering- bis mäßiggradig erhöht
Symptome:	heftiger lokaler UB-Schmerz	UB-Schmerz ist diffus, Übelkeit, Erbrechen, Hämatochezien, Stuhlnunregelmäßigkeiten
Komplikationen:	sehr selten	Abszesse im perikolischen Fettgewebe Fisteln (v.a. sigmoideovesikale), Perforation, freie Luft
SONOGRAPHIE:		
Konfiguration:	ovalär, bikonvex nicht kompressibel	rundlich
Echogenität:	echoreiche Herdbildungen echoarmer Randsaum	echoarme Läsion (Divertikel) echodichte Netzkappe (Fettgewebe) echoarmer Randsaum (Exsudat)
Größe:	1,5 cm – 5 cm	0,5 cm – 1,5 cm (Divertikelgröße)
Kolonwand:	nicht oder minimal verbreitert	Wandverdickung auf > 4 mm meist über 5 – 8 cm Länge
Farbdoppler:	keine Vaskularisation	Entzündungshyperämie
SIGNALVERSTÄRKTE SONOGRAPHIE:		
KM-Aufnahme:	zentral keine KM-Aufnahme periläsional verstärktes Enhancement nach etwa 20 sec	verstärkte KM-Aufnahme der Kolonwand
COMPUTERTOMOGRAPHIE:		
Läsion:	ovalär mit fettäquivalenter Dichte	hypodens
zentroläsional:	meist punktförmiges hyperdenses Zentrum („central dot sign“)	–
Rand:	ringförmiger hyperdenser Saum	hyperdens
Peripherie:	moderates Fat-Stranding (meist)	deutliches Fat-Stranding
Kolonwand:	nur diskret verdickt	verdickt mit verstärkter KM-Aufnahme
blande Divertikel:	zusätzlich möglich	zusätzlich fast immer sichtbar
Spezielle Zeichen:		„Arrowhead-Sign“ (fehlender KM-Übertritt ins Divertikel durch geschwollene Div.hälse) „Centripede-Sign“ (vergrößerte mesenteriale Gefäße/Vasa recta)

mögliche Rezidivneigung wird kontroversiell diskutiert, scheint aber eher selten zu sein.

Differentialdiagnosen

Die wichtigste Differentialdiagnose ist die Divertikulitis (siehe Tabelle), gefolgt von der Appendizitis sowie dem selteneren akuten Infarkt des Omentums (typischerweise im rechten Unterbauch lokalisiert und größer, die Läsion haftet meist am Peritoneum parietale, auch diese Entität ist selbstlimitierend). Sehr selten können fetthaltige Tumoren (Liposarkom, exophytisches Angiomyolipom), Metastasen, die sklerosierende Mesenteritis oder die mesenteriale Panniculitis eine Appendagitis vortäuschen.

Die Divertikulitis als wichtigste Differentialdiagnose

Die Häufigkeit der Divertikulose steigt mit zunehmendem Alter deutlich. So kommen Divertikel in industrialisierten Ländern bei <40jährigen in nur 10 %, bei >70jährigen bereits in 50 % und bei >85jährigen in 85 % der Bevölkerung vor. Bis zu 80 % der Divertikelträger bleiben asymptomatisch. Kommt es zur akuten Divertikelkrankheit, so präsentiert sich der Bauchschmerz meist diffuser als bei der Appendagitis. Zusätzlich können Fieber, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Stuhlunregelmäßigkeiten und Hämatochezien auftreten. Weitere Unterscheidungskriterien werden in der Tabelle aufgelistet.

In der westlichen Welt werden von der Divertikulitis vor allem das Colon sigmoideum (95 %) und Colon descendens betroffen, die Inzidenz der Rechtsdivertikulitis liegt bei unter 4 %. Im Gegensatz dazu überwiegt in Ländern mit hohem asiatischem Bevölkerungsanteil der Befall von Coecum und Colon ascendens mit 70 %.

Ultraschall ist auch bei der Divertikulitis als primäres diagnostisches Verfahren gut geeignet, wobei die starke Limitierung der Beurteilbarkeit bei Darmgasüberlagerung und Fettleibigkeit berücksichtigt werden muss. Die Computertomographie wird insbesondere in diesen Fällen sowie bei mangelnder Korrelation zwischen Klinik und Sonographiebefund und zum Ausschluss von Komplikationen herangezogen.

Zusammenfassung

Unterbauchschmerzen sind unspezifisches Symptom multipler zugrunde liegender Pathologien. Mittels B-Bild-Sonographie ist es meist möglich die Differentialdiagnosen deutlich einzugrenzen. Bei Verdacht auf Divertikulitis bzw. Appendizitis sollte insbesondere bei 30- bis 50-jährigen Männern ohne Entzündungslabor die Appendagitis epiploica als mögliche Beschwerdeursache in Betracht gezogen werden. Bei unklaren Läsionen im B-Bild kann die signalverstärkte Sonographie zur Bestätigung der Appendagitis hilfreich sein. Bei ausgeprägten klinischen Symptomen ohne schlüssigen Sonographie-Befund ist die

Computertomographie gut geeignet, behandlungspflichtige Differentialdiagnosen zu detektieren und mögliche Komplikationen zu erfassen.

Literatur

- 1 Ajay K Singh et al: Acute Epiploic Appendagitis and its Mimics, *RadioGraphics* 2005; 25:1521-1534
- 2 Görg C et al: Contrast Enhanced Ultrasound of Epiploic Appendagitis, *Ultraschall in Med* 2009; 30:163-167
- 3 Keng Sin Ng et al: CT features of primary epiploic appendagitis, *European J of Radiology* 2006; 59: 184-288
- 4 A.C. van Breda Vriesmann et al: Epiploic appendagitis and omental infarction: pitfalls and look-alikes, *Abdominal Imaging* 2002; 27:20-28
- 5 Mauch M, Seitz K: Divertikulitis, *Ultraschall in Med* 2007, 28:346-371
- 6 Valentino M, Serra C: Sonographic Features of Acute Colonic Diverticulitis, *Journal of Clinical Ultrasound* 2009
- 7 Pereira J M et al: Disproportionate Fat Stranding: A Helpful CT Sign in Patients with Acute Abdominal Pain, *RadioGraphics* 2004;24: 703-715
- 8 Almeida et al: Epiploic Appendagitis: An Entity Frequently Unknown to Clinicians, *AJR* 2009; 193:1243-1251

Weitere Literatur beim Verfasser



Die Autorin:
Ass. Dr.
Heike Egger

www.gesund-in-salzburg.at

Univ. Klinik für Innere Medizin III, mit Hämatologie, Internistischer Onkologie, Hämostaseologie, Infektiologie, Rheumatologie und Onkologisches Zentrum; Labor für Immunologische und molekulare Krebsforschung; LKH-Universitätsklinikum Salzburg (Vorstand: Prof. Dr. Richard Greil)

■ von Mag. Dr. Lucie Rambauske-Martinek

Der wesentliche Bestandteil in der Definition von „Psychoonkologie“ ist ein interdisziplinäres Be-Handeln mit dem Ziel, eine umfassende medizinische und psychosozialen Behandlung und Betreuung von KrebspatientInnen sowie deren Angehörigen zu gewährleisten. Die psychoonkologische Behandlung bzw. Psychotherapie bei KrebspatientInnen ist inzwischen in ihrer Wirksamkeit wissenschaftlich anerkannt und in den Behandlungsablauf unserer Klinik integriert (Schumacher, 2004; Söllner & Keller, 2007; Jacobsen & Jim, 2009). Was bedeutet es, an Krebs zu erkranken? Bei einer Krebserkrankung handelt sich oftmals um eine chronische Krankheit, deren Verlauf auch durch psychologische und soziale Faktoren mitbestimmt wird. Obwohl primär der Körper erkrankt, ist es jedoch auch die Psyche, die im Verlauf der Behandlung Wunden abbekommen kann, häufig auch bereits vor Ausbruch der Erkrankung. Das subjektive Krankheitserleben bei Krebs kann auf unterschiedliche Art und Weise geprägt sein – die Patienten sind mit der veränderten Lebensperspektive aber

Psychoonkologie an der III. Medizin

auch Todesbedrohung konfrontiert, die Lebensqualität ist in vielen Fällen (vorübergehend) beeinträchtigt, es kann zu körperlichen (Verlust von Organen, Körperteilen und Funktionen) und/oder psychischen (Angst, Hilflosigkeit, Verzweiflung, ...) Veränderungen kommen. Aber auch soziale Veränderungen können eine wichtige Rolle spielen. Die PatientInnen befinden sich zumeist eine Zeit lang im Krankenstand, der in manchen Fällen in eine befristete Berufsunfähigkeit übergehen kann, so dass z. B. Angst vor sozialer Isolierung und/oder Stigmatisierung auftauchen können.

Hinzu kommt, dass häufig längst vergessene (oder verdrängte) alte seelische Wunden im Gefolge der Krebserkrankung aufbrechen und so zusätzlich das psychische Erleben der PatientInnen negativ beeinflussen. Die psychologische Therapie von KrebspatientInnen ist neben der Krankheitsakzeptanz und -verarbeitung immer auch auf die Bearbeitung dieser alten Belastungserfahrungen auszurichten.

Auf der Univ. Klinik für Innere Medizin III werden ca. 1500–2000 Beratungseinheiten pro Jahr bei ca. 500–700 PatientInnen durchgeführt. Der Patient wird durch den behandelnden Arzt oder das Pflegepersonal zugewiesen. Zudem besteht für den Patienten sowie Angehörigen die Möglichkeit einer Selbstzuweisung. Bei stationären PatientInnen

werden im Durchschnitt 2–3 Sitzungen á 30 Minuten, bei ambulanten PatientInnen 7–8 Sitzungen á 50 Minuten geführt. Art und Frequenz der psychoonkologischen Interventionen richten sich dabei immer nach den Bedürfnissen und den Ressourcen der PatientInnen.

Die Inhalte der psychoonkologischen Versorgung reichen von einer psychosozialen Basisversorgung (Erstgespräch, Information über das psychoonkologische Angebot, klinisch-psychologische Diagnostik, ...) über psychologische Beratung und Behandlung (siehe Tabelle 2) bis zur Psychotherapie (ambulante psychotherapeutische Nachsorge). Die PatientInnen sowie deren Angehörige können im Einzel-, Paar- oder Familiensetting, im stationären und/oder ambulanten Bereich behandelt werden. Darüber hinaus stehen den PatientInnen sowie deren Angehörigen Gruppenangebote zur Verfügung.

Aber nicht jeder an Krebs erkrankter Mensch benötigt eine professionelle psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung. Um die richtige Hilfe anzubieten, ist es wichtig, die individuellen Belastungen und eventuell vorhandenen psychischen Symptome richtig einzuschätzen und zu diagnostizieren. Auch Angehörige (Lebenspartner, Kinder) von KrebspatientInnen machen im Verlauf der Erkrankung einer ihr nahe stehender Person einschneidende Erfahrungen,

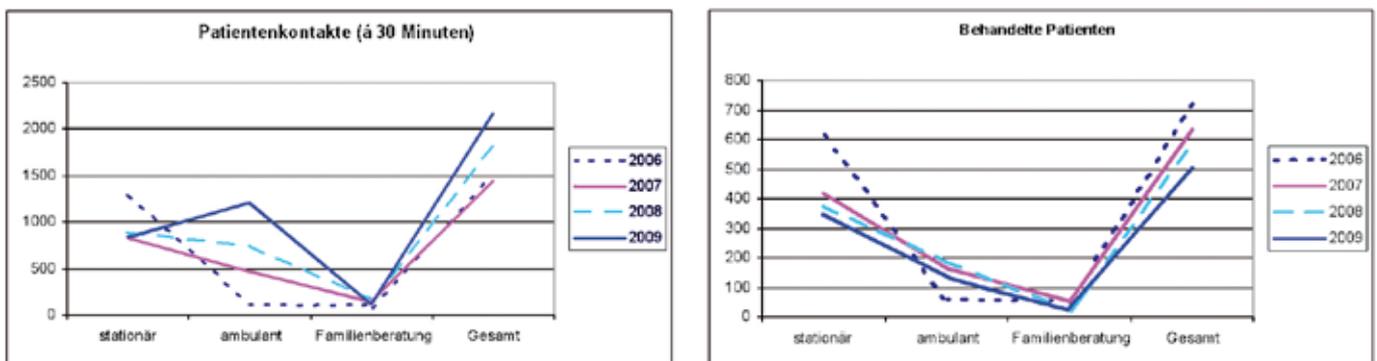


Abbildung 1: Psychoonkologische Statistik (2006-11/2009)

deren Bewältigung sie zeitweise überfordern kann, sodass Bedarf nach professioneller Unterstützung entstehen kann. Um diese Bedarfserhebung zu ermitteln, stellt die wissenschaftliche Forschung teststatistisch und empirisch gut abgesicherte Methoden zur Ermittlung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs zur Verfügung. So haben sich in der Psychoonkologie u.a. Verfahren wie HADS-D / Deutsche Adaptation der Hospital Anxiety and Depression Scale von R.P.Snaith & A.S. Zigmond (Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2005) oder der Hornheider Fragebogen (Strittmatter, Mawick & Tilkorn, 1998) gut integrieren lassen. Nach der Schwere der Belastung und dem Bedarf nach Hilfe (eigene Motivation für eine psychologisch-psychotherapeutische Begleitung) richtet sich dann das Angebot. Neben der „psychologisch-psychotherapeutischen Krücke“ ist es bei manchen Patienten indiziert, eine begleitende „medikamentöse Krücke“, d.h. psychopharmakologische Unterstützung, in Anspruch zu nehmen.

In verschiedenen Studien zeigen zwischen 15% und 40% der KrebspatientInnen eine krankheitswertige psychische Störung.

Ein erhöhtes Suizidrisiko findet sich bei Patienten mit stark entstellenden Tumorerleiden, bei ungenügender Symptomkontrolle (z. B. Schmerz), bei ausgeprägter depressiver Symptomatik, bei psychiatrischer Prämorbidität, bei positiver familiärer Suizidanamnese (Wilson et al. 2007). Ein Jahr nach der Diagnose besteht ein ca. 15-fach höheres Suizidrisiko (Stenager & Stenager, 2001).

Ambulante psychoonkologische Behandlung

In einem umfassenden onkologischen Behandlungskonzept sollte für Krebspatienten in jeder Krankheitsphase adäquate psychoonkologische Unterstützung zur Verfügung stehen.

Während der stationären Aufnahme des Patienten hat die somatische Medizin, Diagnostik und Therapie ihren Vorrang. Die psychoonkologische Arbeit ist durch die Rahmenbedingungen des Settings und die körperliche Verfassung des Pa-

Tabelle 1: Epidemiologie psychischer Störungen bei KrebspatientInnen (Mehnert et al., 2006)

Störung (ICD 10)	Prävalenz
Angststörung (ICD 10: F40-41)	Gesamtprävalenz: 1–49% (bei terminal Kranken 50–80%)
Depressive Störung (ICD 10: F32-33)	Gesamtprävalenz: 0–58% (bei terminal Kranken 9–77%)
Anpassungsstörung (ICD 10: F43.2)	Gesamtprävalenz: 2–52%
Posttraumatische Belastungsstörung	Gesamtprävalenz: 0–35%

tienten beeinflusst. Sie ist nur begrenzt planbar, erfordert ein hohes Maß an Flexibilität und erfolgt im interdisziplinären Ansatz. In dieser Phase liegt der psychoonkologische Schwerpunkt, neben der Krisenintervention, in der supportiven (nicht aufdeckenden) psychologisch-psychotherapeutischen Arbeit.

Ist der Patient aus der stationären in die ambulante onkologische Behandlung entlassen, heißt es nicht, dass er keine psychoonkologische Unterstützung mehr bräuchte. In vielen Fällen meldet sich die Psyche gerade in dieser Zeit vermehrt zu Wort, so dass psychische Symptome wie Trauer, Ängste, Depressivität oder auch Störungen auf der somatischen Ebene wie z.B. Schlafstörung oder Appetenzstörung für den Patienten stärker spürbar werden und die Lebensqualität beeinträchtigen kön-

nen. Diese – oftmals verspätete – Präsenz der psychischen Symptomatik erleben viele Patienten als irritierend, denn statt der in dieser Krankheitsphase erwarteten psychischen Stabilisierung kommt es oft zu einer Symptomverschlechterung. Psychotherapeutisch kann an dieser Stelle, neben dem unterstützenden und stabilisierenden Aspekt, auch konfrontativ und aufdeckend angesetzt werden. Nicht zuletzt zeigt das Auftauchen psychischer Symptome auch die Lockerung der Verdrängung, und die Bereitschaft der PatientInnen, sich auch psychologisch/ psychotherapeutisch unterstützen zu lassen, steigt in dieser ambulanten Behandlungsphase, was wiederum den somatischen Heilungsprozess fördert (Söllner & Keller, 2007; Jacobsen & Jim, 2009).

Wenn im Anschluss an die ambulante psychologisch-psychotherapeutische Be-

Tabelle 2: Auszug von psychoonkologischen Interventionen aus dem ambulanten Setting

Supportive Maßnahmen:	– Unterstützung bei der Verarbeitung und Bewältigung der Diagnose „Krebs“ – Stärkung der individuellen Copingstrategien – Förderung der Compliance – Angstbewältigung
Psychoedukative Methoden:	– Vermittlung von Informationen über psychische Reaktionen im Krankheitsverlauf
Kognitive Ansätze:	– Kognitive Ansätze bei Tumorschmerzen – Abbau von intensiven Durchhaltestrategien trotz Schmerz (begleitend zur medikamentösen Behandlung)
Entspannungsverfahren:	– PMR nach Jacobson
Krisenintervention:	– v.a. bei der Diagnosemitteilung und/oder bekannt werden des Rezidivs
Beratung von Angehörigen:	– emotionale Entlastung und Unterstützung – Förderung der Kommunikation in der Familie
Ambulante Kurzpsychotherapie	– u.a. konfrontatives und aufdeckendes psychotherapeutisches Arbeiten

handlung (ca. 7 Sitzungen á 50 Minuten) eine Indikation für eine weiterführende Psychotherapie besteht, wird der Patient über die verschiedenen Modelle der Kostenrückerstattung bzw. -übernahme der Krankenkassen informiert und anschließend an einen niedergelassene(n) PsychotherapeutIn überwiesen.



Die Autorin:
Mag. Dr. Lucie
Rambauske-Martinek

■ von Mag. Franz Wendtner

Psychoonkologie stationär

Im stationären Bereich liegt der psychoonkologische Schwerpunkt auf der supportiven Arbeit am Bett, zu der es überwiegend nach Zuweisung durch die behandelnden Ärzte, aber auch durch das Pflegepersonal kommt. Darüber hinaus besteht sowohl für die Patienten als auch ihre Angehörigen die Möglichkeit zur Selbstzuweisung. Sie wird zunehmend genutzt.

Die psychoonkologische Begleitung kann je nach Bedarf der Patienten mit der Diagnosestellung beginnen und sich dann über die gesamte, in der Regel mehrmonatige Dauer der medizinischen Behandlung mit wiederholten Kontakten pro stationärem Aufenthalt erstrecken. In dieser Zeit sind auch Psychotherapie, Termine für die Angehörigen, sowie Familiengespräche möglich und werden oft in Anspruch genommen. Diese Leistungen stehen den Patienten und ihren Angehörigen auch zwischen den stationären Aufenthalten zur Verfügung. Bei vielen unserer Patienten handelt es sich um Palliativpatienten. So entstehen oft mehrjährige Begleitungen, die von Remissionen und Therapiepausen unterbrochen, immer wieder auch in eine Lebensbegleitung zum Sterben münden. Gerade dann ist die Arbeit mit den Angehörigen wesent-

licher Bestandteil unserer Tätigkeit und besonders, wenn Kinder da sind, ein überaus sensibles Feld. Hinterbliebenenbetreuung ist ebenfalls wesentlicher Bestandteil unserer Tätigkeit. Besonders hier entstehen immer wieder länger dauernde Begleitungen während der Trauer.

Gruppenangebote

Ein wesentlicher Bestandteil der Psychoonkologie an der Univ.-Klinik für Innere Med. III sind die seit 1993 angebotenen, regelmäßig wöchentlich geführten Gruppenangebote für die Patienten und ihre Angehörigen.

Entspannung

Im Rahmen der einstündigen Entspannungsgruppe wird die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson vermittelt. Bei dieser Methode werden sukzessive einzelne Muskelgruppen erst angespannt und nachfolgend entspannt. Vor allem in Verbindung mit Musik und folgenden Phantasiereisen kommt es so zu einer tiefen Entspannung und zur Stressreduktion. Die psychischen Belastungen im Rahmen der Krankheitsbewältigung, Schmerzen und Schlafstörungen können wirksam reduziert werden. Durch tägliches Üben zu Hause setzt bereits nach wenigen Tagen eine wohlthuende, selbst herbeigeführte Wirkung der Entspannungsreaktion ein, Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitserwartung werden gestärkt und damit die eigenen Bewältigungskompetenzen, die persönliche Autonomie, gefördert.

Qigong

Qigong, eine Jahrtausende alte chinesische Bewegungsmeditation, wird seit 1999 angeboten. Durch achtsames, bewußtes Üben in sanften, langsamen Bewegungen und in Stillen Übungen werden Zuviel und Zuwenig reguliert, der Energiefluß optimiert und so die körperlich-geistig-seelischen Energien ins Gleichgewicht gebracht. Dabei sind Visualisierung und Vorstellungskraft wichtig. Die Bereitschaft wahrzunehmen, Sensibilität für sich selbst zu entwickeln wird gefördert. Tatsächlich gibt es – sowohl in der Kurativ- als auch in der Palliativsituation – kaum einen Zu-

stand, der sich nicht durch bewegtes oder stilles Qigong lindern oder bessern ließe. Qigong kann nachhaltig dazu beitragen, körperliche und psychische Belastungen zu reduzieren und so die Lebensqualität fördern. Immer mehr unserer Patienten nutzen diese Möglichkeit der Selbstregulation.

Literatur beim Verfasser



Der Autor:
Mag. Franz
Wendtner

Psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung für KrebspatientInnen und deren Angehörige:

Psychoonkologie stationär Gruppenangebote

Mag. Franz Wendtner
0662-4482/58707

Psychoonkologie ambulant

Mag. Dr. Lucie Rambauske-Martinek
0662-4482/58735



Der Vorstand:
Prof. Dr. Richard Greil

Universitätsklinik für Innere Medizin III,
mit Hämatologie, internistischer Onkologie,
Hämatostasiologie, Infektiologie,
Rheumatologie u. Onkologisches Zentrum
Landeskrankenhaus
Müllner Hauptstraße 48, A-5020 Salzburg
Tel.: +43(0)662 4482-2879
Fax: +43(0)662 4482-2898
Email: onkologie@salk.at

■ von Dr. Alexander Schmelz und Prim. Dr. Alois Karlbauer

Das Beckentrauma

TEIL 2

Therapie von Becken- und Hüftpfannenverletzungen

Beckenfrakturen des **Typ A**, welche die überwiegende Anzahl (> 50 %) darstellen, werden in der Regel **konservativ** behandelt. Zu dieser Gruppe gehören die (osteoporotischen) Schambeinastfrakturen des älteren Menschen, Frakturen der Darmbeinschaukel sowie Kreuzbeinfrakturen caudal des ISG-Gelenkes.

Beckenfrakturen des **Typ B** werden aufgrund der partiellen Instabilität in der Regel **operativ** behandelt, wobei hier die Stabilisierung des vorderen Beckenringes (Fixateur – Platte) ausreicht.



Abb. 18 Symphysenruptur



Abb. 19 oper. versorgte Symphysenruptur

Beckenringfrakturen des **Typ C** sind gekennzeichnet durch die komplette Instabilität des vorderen und hinteren Beckenringes, wobei sich hier immer eine **zwingende und dringliche Operationsindikation** ergibt, da sowohl der ventrale wie auch der dorsale Anteil stabilisiert werden müssen.

In bis zu 65 % der Patienten mit dislozierten Beckenfrakturen (Typ B/C) liegt ein Volumenmangelschock vor, bedingt durch Blutung aus dem frakturierten spongiosen Beckenknochen sowie aus den venösen praesacralen und paravesicalen Plexus.

Neben aggressiver Schockbekämpfung muss das Beckenvolumen sofort durch Reposition und Retention reduziert werden, was durch das Anlegen einer Beckenzwinge oder eines Fixateur extern, gegebenenfalls nur durch einen Beckengurt notfallmäßig erreicht wird. Innerhalb der nächsten Tage kann die Notfallfixation durch offene Reposition und Verplattung bzw. Schraubenosteosynthese ersetzt werden.



Abb. 20: Beckenringfraktur, Acetabulum-Luxationsfraktur rechts

Besteht trotz Notfallstabilisierung weiterhin Kreislaufinstabilität oder liegt eine offene Beckenverletzung vor, wird notfallmäßig laparotomiert, intraabdominell revidiert, Haematome ausge-



Abb. 21: Notfallversorgung, Laparatomie

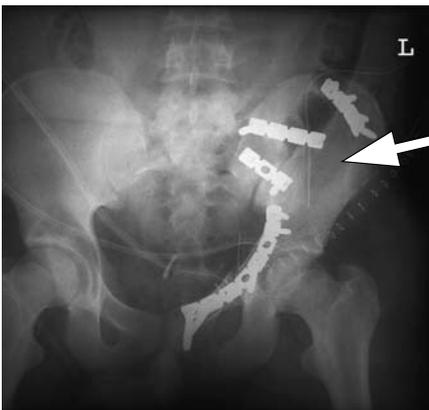


Abb. 22: Beckenzwinge, Fixateur-Extern



Abb. 23: Definitive Stabilisierung

räumt und gegebenenfalls tamponiert (Package); bei begleitenden Darmverletzungen werden betroffene Abschnitte reseziert, die Anlage eines temporären Anus praeter wird großzügig gestellt.



Acetabulumfraktur links mit begleitender Darmbeinschaufelluxationsfraktur links (Crescent-Fraktur)

Akute Indikationen zur Operation am Acetabulum stellen nicht reponierbare Verrenkungssituationen im Hüftgelenk dar (Repositions Hindernis, Fragmentinterposition).

Eine besondere Entität stellt heute der geriatrische Patient mit Acetabulumfraktur dar; hier hat bei entsprechenden Vorschäden der Einsatz der sicherlich nicht einfachen primären oder frühsekundären Versorgung mit TEP seine Berechtigung, um eine möglichst frühzeitige Mobilität des alten Menschen zu erreichen.

Fazit für die Praxis

Die Unterscheidung in eine stabile bzw. instabile Beckenverletzung ist essentiell. Durch zielorientiertes Ineinandergreifen diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen wird die Behandlungszeit minimiert und die Prognose des Verletzten damit durch den Zeitfaktor verbessert. Die definitive Versorgung sollte in einem frühen Zeitintervall postprimär



Abb. 27



Abb. 28
Acetabulum-Trümmerbruch links bei 90jährigem Patienten, operative Versorgung mittels Totalendoprothese und Stützschale

– abgesehen von vital bedrohlichen Zustandsbildern – ausgeführt werden.

Die anatomische Wiederherstellung des Beckenringes bzw. der Hüftpfanne ist dabei Voraussetzung für ein gutes Ausheilungsergebnis und eine günstige Langzeitprognose und sollten einem traumatologischen Zentrum mit Erfahrung in der Beckenchirurgie vorbehalten sein.

Im Zeitraum vom 2003 bis 2008 wurden im Unfallkrankenhaus etwa 250 Beckenoperationen durchgeführt, wobei gut zwei Drittel Beckenringfrakturen und etwa ein Drittel Acetabulum-Frakturen darstellten.

Abb. 24

Acetabulumfrakturen

Unverschobene Acetabulumfrakturen werden grundsätzlich konservativ versorgt (laut Multicenter-Studien 50 % der Frakturen).

Dislozierte Frakturen werden anfänglich mittels Oberschenkelextension behandelt und nach exakter radiologischer und insbesondere computertomographischer Abklärung operativ versorgt.

Sollte die Entscheidung zur Operation gefallen sein, sollte das Ziel immer die anatomische Rekonstruktion des Hüftgelenkes darstellen, da die Langzeitprognose wesentlich von der Qualität des Repositionsergebnisses abhängt.



Abb. 25: Acetabulum-Fraktur rechts bei liegender Totalendoprothese, Darmbeinschaufeltrümmerbruch und Luxationsfraktur im rechten Iliosacralgelenkes



Abb. 26: Operativ versorgt, anatomisches Repositionsergebnis nach Verplattung der Darmbeinschaufel, des Iliosacralgelenkes sowie des rechten vorderen Pfeilers

Dank der guten Zusammenarbeit mit der hiesigen anaesthesiologisch-intensivmedizinischen Abteilung sowie der im Hause befindlichen Physiotherapie gelang es in über 80% der Fälle ein gutes bzw. sehr gutes Outcome zu erreichen. Unverzichtbaren Beitrag leistet hierfür auch das mehrwöchige Anschlussheilverfahren in einem Rehab-Zentrum.

In unserer Beckenambulanz, welche routinemäßig am 1. Mittwoch des Monats nachmittags stattfindet, werden die Patienten regelmäßig hinsichtlich ihres Behandlungsfortschrittes nachkontrolliert bzw. nachbehandelt. Dieses Nachsorgeangebot dient natürlich auch Patienten, die auswärts behandelt wurden.

Die Autoren:



Dr. Alexander Schmelz



Prim. Dr. Alois Karlbauer

Ärztlicher Leiter des UKH Salzburg,
Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5, 5010 Salzburg,
Tel. 0662/65 80, www.auva.at

Hier zu lesen ab 2010

**„ZENTRALE THEMEN
DER PSYCHIATRIE“**

von Herrn Univ.-Prof. Prim.
Dr. Christoph STUPPÄCK
Vorstand der Univ. Klinik für
Psychiatrie und Psychotherapie
an der Christian Doppler Klinik
und seinem Team Universitäts-
klinikum der Paracelsus Medizi-
nischen Privatuniversität,
Ignaz-Harrer-Straße 79,
A-5020 Salzburg,
Tel.: 0662 4483-0

EINLADUNG

zur

25. Regionalen Jahrestagung

am 15. Januar 2010, 18.20 Uhr

von

EUROPEAN HEART INSTITUTES

der Europäischen Akademie der Wissenschaften und Künste

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR HERZCHIRURGIE SALZBURG

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR INNERE MEDIZIN II SALZBURG

KARDIOLOGIE DES KLINIKUMS TRAUNSTEIN

Interventionen am Herzen in der EuRegio

Salzburg – Traunstein – Berchtesgadener Land – Altötting – Braunau/Simbach – Schwarzach

Ort:

Salzburger Landeskliniken, St. Johannis-Spital
Großer Hörsaal (Nähe Parkhaus), Müllner Hauptstraße 48, 5020 Salzburg

Information und Organisation:

Universitätsklinik für Herzchirurgie Salzburg
Tel. +43-662-4482-3352, Fax +43-662-4482-3374, E-mail: c.greco@salk.at

DFP-Anrechenbarkeit: 4 Punkte

Fortschritte der endoskopischen Diagnostik und Therapie

Bericht eines Seminars und Workshops
8.–11.7. 2009, PMU Salzburg

■ von Daniel Neureiter¹, Gernot Wolkersdörfer², Thomas Haas², Tobias Kiesslich², Dietmar Öfner³, Anton Kreuzmayr⁴, Frieder Berr²

¹Institut für Pathologie, ²Innere Medizin I und ³Viszeralchirurgie, Univ.-Klinikum Salzburg und ⁴Abteilung Innere Medizin/Gastroenterologie, Klinikum Traunstein

Zusammenfassung

Mukosale Karzinome werden durch hochauflösende Videoendoskope (Zoom bis 120-fach), Färbetechniken und Wellenlängenfilterung (z.B. narrow band imaging = NBI bzw FICE) endoskopisch früher erkennbar, die Dignität winziger mukosaler Neoplasien wird besser einschätzbar. Die endoskopischen Kriterien von mukosalen Läsionen wurden in den letzten Jahren enorm verfeinert. Sie eröffnen nun eine neue Dimension in der Behandlung von gastrointestinalen Frühkarzinomen. Dignität, submuköser Invasionsgrad und laterale Ausdehnung mukosaler Neoplasien können endoskopisch mit hoher Treffsicherheit beurteilt werden. Neue endoskopische Operationsverfahren – die endoskopische Submukosadissektion (ESD) – erfordern eine hohe Sicherheit in der endoskopischen Beurteilung mukosaler Neoplasien und eine akribisch verfeinerte Technik der Geräteführung zur exakten en-bloc Resektion der mukosalen Neoplasien. Diese Neuentwicklungen waren im Juli (8. bis 10.7.09) Thema eines ESD-Workshops und eines Seminars in Diagnostischer Endoskopie an der PMU unter Schirmherrschaft der European Society of Gastrointestinal Endoscopy, organisiert von der Gastroenterologie des Univ.-Klinikums Salzburg und des Städtischen Klinikums Traunstein, im Folgenden kurz berichtet.

Gastrointestinale Frühkarzinome

Ziel beider Veranstaltungen war die **Weiterbildung in der endoskopischen Karzinomvorsorge und -therapie** auf überregionaler Ebene durch internationale Referenten und Tutoren (T. Oyama und N. Yahagi / Japan; T. Ponchon / Frankreich; J Haringsma / Niederlande; H. Messmann, G. Kähler, A. Tannapfel, H. Manner / Deutschland; M. Häfner, F. Berr / Österreich). Vor dem Endoskopie-Seminar fand ein zweitägiger **ESD-Workshop** zum „hands-on“ Training der aus Japan kommenden endoskopischen OP-Technik (ESD-Technik) statt. An dem Experten Workshop nahmen 18 Teilnehmer mit ESD-Grundkenntnissen teil, alle waren Endoskopieleiter an Schwerpunktkliniken in Österreich und Deutschland.

Das **Seminar** (10.07.09) übte interaktiv die endoskopische Analyse mukosaler Neoplasien mit dem weit verbreiteten Geräte-Standard (Videoendoskope mit Vergrößerungsoptik, Option der Spektrallichteinschränkung [NBI, alternativ FICE])

zur Strukturabbildung der Mukosaoberfläche und des Submukosa-Kapillarbetts – und der korrelierenden Histopathologie. Neben der Detektion und Bildanalyse (Dignität/Malignität/Invasion/Ausdehnung) der Neoplasien anhand von Fallbeispielen und Videos wurde die Indikationsstellung für die Abtragungsmethode der Wahl trainiert – z. B. für die endoskopische Mukosaresektion (EMR) mittels Schlingenabtragung, die endoskopische Submukosa-Ausschälung in Messtechnik (ESD) und die chirurgische (vorzugsweise laparoskopische) Resektion. Die Vorträge des Seminars stehen audiovisuell auf der **Website der UK für Innere Medizin I (www.salk.at/M1)** zur Weiterbildung zur Verfügung.

Vorsorge- und Überwachungs-endoskopie

Indikationen. Zur Vorsorge gegen Dickdarmkrebs wurde 2005 in Österreich für die asymptomatische Bevölkerung –

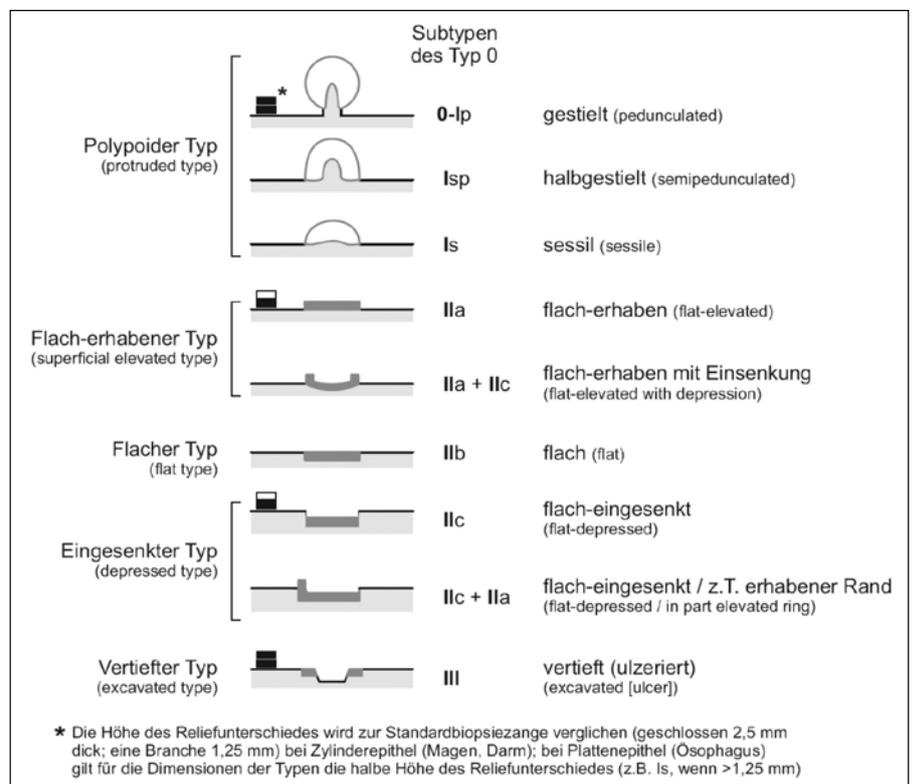
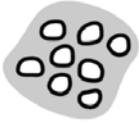


Abb. 1: Endoskopische Klassifikation oberflächlicher Neoplasien des Gastrointestinaltrakts (Internationale Japanische Klassifikation = Paris Classification)

Typ	Beschreibung der Grübchen	Histopathologisches Korrelat
	I rund (einheitliche Grübchen)	normale Mukosa (oder entzündlich, hyperplastisch)
	II sternförmig / papillär	hyperplastische Mukosa (z.B. hyperplastischer Polyp)
	III^s klein-tubulär oder rund	Adenome oder Karzinome, eingesenkt (pp III ^s → V)
	III^l groß-tubulär oder rund	Adenome, oft polypoid (pp III ^l → IV → V)
	IV sulcus- oder gyrus-ähnlich	Adenome, flach oder polypoid, oft villös (pp → V)
	V¹ irregulär (unstrukturiert)	Karzinome (Früh-) in flachen → eingesenkten Läsionen (0-IIc)

¹ III^s und V erscheinen amorph (d.h. asymmetrische Grübchen, irregulär in Anordnung und Größe, zum Teil destruiert) und sind hochverdächtig für Malignität (pp V: invasives Karzinom?)

Abb. 2: Grübchenmuster (pit pattern) der normalen und neoplastischen Mukosa des Kolons (nach S.-E. Kudo). (Analoges PP-Muster für den Magen, siehe K. Tanaka et al, GI Endosc 2008;67:430-37.)

ohne familiäres Tumorrisiko – eine Koloskopie im Alter von 50 Jahren eingeführt, die bei normalem Befund nach 10 und nach 20 Jahren zu wiederholen ist. Falls unerwünscht, wird der jährliche Hämoccult-Test mit obligater Koloskopie bei positivem Test empfohlen. Die Vorsorge-Koloskopie setzt eine Vorsorge-Anamnese und -Beratung voraus, da bei erhöhter familiärer Krebsbelastung frühzeitigere und engmaschigere Vorsorgeuntersuchungen indiziert sind (Tab. 1). Der Nutzen der Vorsorgekoloskopie ist durch zwei große einarmige Studien belegt, in deren Verlauf 10 Jahre nach Vorsorgekoloskopie (mit Polypektomie) weit seltener, als zu erwarten gewesen wäre, kolorektale Karzinome aufgetreten waren. Demnach könnte die Vorsorgekoloskopie ca. 90% aller Dickdarmkarzinome infolge Abtragung von Vorläuferläsionen vermeiden oder im kurablen Stadium diagnostizieren –

vorausgesetzt die Qualitätskriterien werden eingehalten: eine Intubationsrate des Caecums bei >97% der Vorsorgekoloskopien, eine gründliche Inspektion des Colons (unter Butylscopolamin) von mindestens 6 min Dauer im Rückzug, und ein Adenomnachweis bei mindestens 25% (Männer) bzw 15% (Frauen) der Vorsorgekoloskopien. Studienergebnisse werden aber oft in der alltäglichen Routine nicht gut reproduziert. Retrospektiv analysierte Koloskopie-Serien schätzten die Rate der übersehenen Adenome (Größe 6–10 mm) bzw. kleinen Karzinome auf ~15% bzw. 5% – ein Grund mehr, die Bemühungen um eine subtile endoskopische Diagnostik zu verstärken.

Die Karzinome des oberen Magen-Darm-Traktes sind in der westlichen Welt zu selten für die Empfehlung einer generellen Vorsorge-Endoskopie. Aber für einige Risikogruppen ist das Krebs-

risiko hoch genug, um eine endoskopische Überwachung zu empfehlen (s. Tab. 1, Empfehlungen der American Society of Gastrointestinal Endoscopy). Qualitätskriterien sind sicher nötig, wurden aber für die Überwachungs-Gastrooskopie noch nicht definiert.

Endoskopische Diagnostik

Ziel ist die sensitive **Detektion** selbst winziger neoplastischer Läsionen (minute lesions, <5mm groß) und die treffsichere **endoskopische Analyse** von Bignität/Malignität, vertikaler Invasion und lateraler Extension der neoplastischen Läsionen. In Japan und auch Europa wurden hierzu in den letzten Jahren wesentliche Fortschritte erzielt.

Die endoskopische Beurteilung wird verfeinert durch die **neuen Klassifikationen**

- des Wachstumstypes einer Neoplasie – Internationale Klassifikation (Abb.1),
- der mukosalen Oberflächenstruktur – pit pattern (Typ I–V) am Colon, bzw. Magen) (Abb. 2) und
- der submukösen mikrovaskulären Struktur an Ösophagus, Magen (Abb. 3), Kolon (Nakayoshi T, et al., Endoscopy 2004; Sano Y, et al., Dig Endosc 2006).

Experten können anhand dieser Kriterien die maligne Entartung mukosaler Neoplasien in Ösophagus, Magen und Kolon mit sehr hoher Treffsicherheit (~90%) vorhersagen. Sie entnehmen nur noch sehr wenige, aber gezielte Biopsien aus dem suspekten Areal (z.B. 1 Biopsie) und im Sicherheitsabstand von 5mm aus nicht-neoplastisch imponierender Mukosa (z.B. 4 Biopsien allseits). Abb. 3 und 4 zeigen winzige Frühneoplasien (minute lesions) im Magen (vor kompletter kurativer endoskopischer Submukosa-Dissektion) bzw. im Kolon.

Endoskopische Therapie

Ziel des Workshops war, die Endoskopische Submukosadissektion (ESD) an großen Schwerpunkt-Endoskopien rascher zu etablieren. Mittels ESD werden mukosale Neoplasien nach submuköser

Unterspritzung zur Anhebung der Läsion (lifting sign) elektrochirurgisch mit speziellen endoskopischen Elektromessern (Flex- oder Dual-knife, Hook knife und Hybrid-knife) erst in der normalen Mukosa umschneiden, der Schnitt bis in die unterste Schicht der Submukosa vertieft und sodann die Neoplasie in der untersten Submukosaschicht über der Muscularisschicht komplett abgetragen (Abb. 5).

Die Feinbewegungen des jeweiligen Elektromessers werden akribisch mit dem Endoskop durchgeführt, eine endoskopische Feinmotorik, die bisher in der europäischen Endoskopie nicht praktiziert wurde. Wie bei chirurgischen Operationen wird eine minutiöse elektrochirurgische Hämostase durchgeführt, vorbeugend und bei Schnittblutungen, so dass die „trockene“ Durchführung der ESD erreicht wird. Dies ist schon für ein gutes Sichtfeld im Hohlorgan bzw. bei submuköser Untertunnelung Voraussetzung. In Details unterscheiden

sich die drei Messertechniken in gewissem Umfang in der Strategie der Schnittführungen (partieller Randschnitt und submuköses Abpräparieren vom Rand her oder zirkulärer Randschnitt und submuköse Untertunnelung), grundsätzlich nutzen aber alle Schnitt-Techniken das Ablösen des Präparates vom Gewebebett mittels Schwerkraft, und die ggf. nötige Umlagerung des Patienten. Grundkenntnisse in der Gewebepreparation (Unterscheidung von Fibrosefasern bzw. submukösem Bindegewebe und Muskulatur) sind vorauszusetzen.

Das Resekta wird exakt auf Korkplatte aufgespannt und topisch orientiert zur histologischen Aufarbeitung gegeben (Abb. 5f). Somit ist die ESD eine onkochirurgisch präzise en-bloc Resektion, die histopathologisch hinsichtlich Tumorausdehnung, vertikaler Submukosa-Invasion, Lymph- und Blutgefäßinvasion und Resektionsstatus (R0, R1, R2) befundet wird. Die prognostische Signi-



Abb. 3: winziges Magenkarzinom, diffuser Typ, vaskuläre Atypie (NBI, 120x)(Oyama)

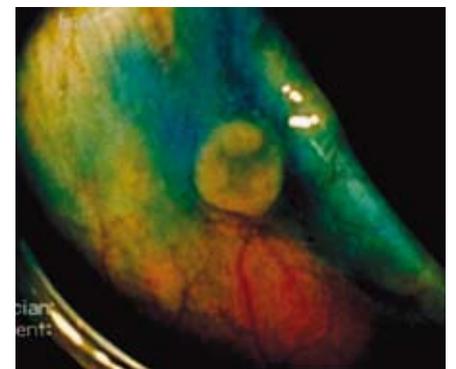


Abb. 4: winzige (2.5mm) Typ 0-IIa+c Frühneoplasie im Kolon transversum (Berr)

Tab. 1: Empfehlungen für die Vorsorgekoloskopie bei hohem Darmkrebsrisiko

Risiko Faktor	Vorsorgekoloskopie	
	Beginn im Alter von	Intervalle
<u>Positive Familienanamnese:</u>		
1. Ein Verwandter 2. oder 3. Grades (Cousin) mit Darmkrebs (CRC)	50 Jahre	10 Jahre
2. Ein Verwandter 1. Grades mit CRC oder Adenom > 60 J alt or > two SDR with CRC	40 Jahre	10 Jahre
3. Ein Verwandter 1. Grades mit CRC oder Adenom < 60 J alt	40 J. bzw. 10 J vor Manifestation beim Verwandten	5 Jahre
<u>Monogene hereditäre Syndrome:</u>		
4. Familiäre Adenomatöse Polyposis (FAP) – klassische Form der FAP – attenuierte Formen (> 100 Adenome)	12 Jahre 25 Jahre / 10 Jahre vor frühester Manifestation	1 oder 2 Jahre 1 oder 2 Jahre
5. HNPCC (hereditäre Non-Polyposis Coli Ca)	20 oder 25 Jahre / 10 Jahre vor frühestem CRC bei I° Verw.	1 oder 2 Jahre
6. Peutz-Jeghers Syndrom (PJS)	18 Jahre	2 Jahre
7. Familiäre Juvenile Polyposis (>10 Pol.)	12 Jahre	3 – 5 Jahre
<u>Chronische Entzündungen:</u>		
8. Colitis ulcerosa, Crohn's Colitis	Pan-/Colitis seit 8–10 J.	2 (–1) Jahre

fikanz der Invasionstiefe (in die Submukosa) von Frühkarzinomen ist für das Metastasierungsrisiko nach R0-Resektion an großen chirurgischen Serien definiert worden; das Risiko einer Lymphknotenmetastasierung ist <3% und das Risiko eines Lokalrezidivs ist 0 - 3% in 3 Jahren für kurativ resezierte mukosale Karzinome mit klassischer ESD-Indikation (Tab. 3).

Die **ESD-Technik** hat somit zwei entscheidende Vorteile gegenüber dem bisherigen Verfahren der Mukosaresektion mittels Elektroschlinge (EMR) zumindest bei Neoplasien über 2 cm Durchmesser. Die ESD ist

- 1) **onkochirurgisch exakt** (mit präzisiertem pathohistologischem Staging), denn
 - a) die Abtragung der gesamten Neoplasie erfolgt en-bloc mit einem 5mm breiten, normalen Sicherheitsrand und
 - b) die scharfe Abtragung zur Tiefe zeigt keine thermische Verkohlung des vertikalen Schnitttrandes

(im Gegensatz zur Elektroschlingenresektion).

- 2) **fast rezidivfrei** (Risiko 0 - 3% nach R0-Resektion). Nach piece meal EMR von Frühkarzinomen lag die Rezidivrate hingegen über 30% binnen 3 Jahren.

Die ESD ist in geübten Händen ein **risikoarmes, minimal invasives OP-Verfahren**. Gegenüber chirurgischen Resektionen an Magen, Speiseröhre und Colon hat die ESD den Vorteil der **geringen Morbidität** (1–2% [8%] postop. Blutungen; 6% Mediastinalemphysem [Ösophagus-ESD]; 5–6% Perforationen

am Colon; insgesamt nur 1 Fall OP-befähigt [Colon]) und **Mortalität** (0% an Magen, Colon und Ösophagus), sowie an Magen und Speiseröhre den Vorteil der erhaltenen Organfunktion. Deshalb ist die korrekt durchgeführte ESD die Therapie der ersten Wahl für die in Tab. 3 genannten Indikationen.

An dem ESD Workshop zum „hands-on“ Training nahmen insgesamt 18 Endoskopieleiter von Schwerpunktkliniken in Österreich und Deutschland teil. Sie trainierten die ESD-Technik zwei Tage lang in Dreier-Teams unter direkter Anleitung von sechs ESD-erfahrenen Tu-

toren, unter ihnen die Erfinder der ESD in Flex / Dual knife-Technik (N Yahagi) und Hook knife-Technik (T Oyama). Dabei zeigte sich: Die ESD-Technik erfordert ein hohes Mass an endoskopisch-technischer Perfektion zur präzisen Messerführung mit den Bewegungen des Endoskops. Daher ist die ESD sogar für interventionelle Endoskopiker mit großer Erfahrung in der Mukosa-Schlingenresektion (EMR) und basaler Erfahrung in der Messerdissektions-Technik schwierig. Sie sollte in der Einführungsphase der ESD-Technik auch von hiesigen Experten unter Anleitung von Top-Tutoren geübt werden. Jeder Teil-

Tab 2: ASGE-Empfehlungen für die Vorsorgeendoskopie bei Hochrisikogruppen

	Vorsorge-Ösophagogastroskopie	
	Beginn (Alter)	Intervalle
Hochrisiko für Ösophagus-PLECA: PLECA in HNO-Organen/Atemwegen Syn-/metachrone Ösophagus-PLECA (~10% d F) Magenkrebs (Risiko des Doppelkrebses) Achalasie (16-fach ↑ Risiko nach 14 J.) Strikturen durch Laugen/Verbrennung/Radiatio Partielle Gastrektomie (chron. Gallereflux~itis) Hereditary Plattenepithelkrankheiten, z.B. Tylosis Chron. human papilloma Virus Infektion	Indexendoskopie individualisieren 1 Indexendoskopie 15 J nach Beginn 15 [10] Jahre nach 15 J nach PGE 30 Jahre individualisieren (Hochrisiko Immigrant?)	unbekannt unbekannt unbekannt unbekannt 1 – 3 Jahre 2 – 3 Jahre 1 – 3 Jahre
Hochrisiko für Adeno-Ca des Ösophagus/ gastroösophagealen Übergangs: Barrett's Ösophagus (chronischer GERD) Alkohol, Rauchen, abdom. Adipositas	Indexendoskopie Indexendoskopie	3 J. ohne LGD 1 Jahr mit LGD individualisieren
Hochrisiko für Magenkarzinom a) Intestinaler Typ: <ol style="list-style-type: none"> Chron. atrophe Gastritis Typ B mit IM* (+H. pylori) Polypoide chronische Gastritis mit IM* Chron. autoimmune Gastritis (type A) mit IM Intestinale Metaplasie (IM) und low grade IEN IM and high grade IEN (HGIEN) im Magen Billroth-II Gastrektomie (chron. Gallereflux) <ol style="list-style-type: none"> Magenadenom (30% ••karzinomatös) FAP (inkl. Duodenum) und HNPCC 	Indexendoskopie → individualisiere Indexendoskopie 3 Mon (multiple Bx) ESD/ Operation Indexendoskopie → 15 J nach B-II-GE EMR or ESD Indexendoskopie individualisiere	H. pyl. Eradikat. unbekannt unbekannt 3 Mon/ 1Jahr <1 J. – 1 J. H. pyl. Eradik. 2 – 3 Jahre 1 – 3 Jahre 6 Mon – 3 J.
b) Diffuser Typ nach Laurén Hereditäres diffuses Magen-Ca (30% CDH1 Mutation)	prophylaktische Gastrektomie	
Abkürzung: * IM = intestinale Metaplasien		

Abb. 5 a-d Dual knife ESD eines LST-G im Rektum



5a: LST-G des Rektums (lateral spreitender Tumor vom granulären Typ) in Inversion (Berr)



5b: Dual knife ESD an der Linea dentata (über Hämorrhoidalvene) (Berr)



5c: Submucosadisektion antegrad von anal (Blick auf die Muscularis) (Berr)



5d: Submucosadisektion von rostral (in Inversion) (Yahagi)



5e: ESD-Abtragungsbett des LST (bis an die Hämorrhoidalvene), sm-Arterie mit Clips



5f: orientiertes Präparat des LST-G für die Pathohistologie

Tab. 3: Indikationen für Endoskopische Resektion im Gastrointestinaltrakt

<p>Magen</p> <p>Schlingen-EMR Indikationen Adenome (Typ 0-Is, 0-Isp, 0-IIa oder 0-IIb) Mukosale Adenokarzinome (T1m) < 2 cm, intestinaler Typ (0-Is, 0-IIa/b) ohne Ulcus Mukosale Adenokarzinome (T1m) intestinaler Typ < 1 cm, wenn „depressed“ Typ 0-IIc</p> <p>ESD klassische Indikationen Mukosales Adenokarzinom (T1m), intestinaler Typ jeglicher Größe, ohne Ulcus Gering invasive Adeno-Ca, T1sm1 (< 500 µm sm-Invasion) und < 3cm Größe Adenokarzinom vom diffusen Typ < 2cm Größe und ohne Ulzeration</p> <p>ESD erweiterte Indikationen Adenokarzinome vom intestinalen Typ, T1m mit Ulzeration und < 3 cm Größe Adenokarzinomrezidive T1m vom intestinalen Typ ohne Ulzeration</p>
<p>Ösophagus</p> <p>ESD klassische Indikationen Intraepitheliale PLECA Typ 0-II bis 5cm Größe (HG1EN, G1 oder G2 und L0) Gering invasive PLECA T1m3 (=muscularis mucosae, G1/G2, L0) Typ 0-II Mukosales Barrett-Ca T1m bis sm1, Grading G1 oder G2, Typ 0-II ohne Ulcus</p> <p>ESD relative Indikation Oberflächlich invasive PLECA T1sm1 (< 200 µm sm; G2, L0) Typ 0-II (10-20% N+)</p>
<p>Kolon</p> <p>ESD Indikationen Lateral spreading tumors (LSTs-NG) vom nicht-granulären Typ, jeglicher Größe LST-Gs vom granulären Typ (villöse Adenome +/- HG1EN), jeglicher Größe * Mukosale Karzinome (T1 m bis sm [< 1000 µm]; G1/G2; L0; V0), Typ 0-I und 0-II</p>
<p>Anmerkung: *LST-G alternativ mit piece meal EMR (großer Knoten zuerst) abtragbar</p>

nehmer führte im Workshop rund 5 ESDs selbst durch. Alle Teilnehmer haben in hohem Maße die Feinheiten der drei Messerpräparationstechniken (Dual / Hook / Hybrid knife) gelernt, ebenso die Bewertung des Schwierigkeitsgrades einer ESD (bedingt durch anatomisch ungünstige Lage und Organ [Magen < Ösophagus ≤ Kolon]), die Strategie der ESD-Operation und die aktuellen Risiken des Eingriffes. Der Workshop wurde von allen Teilnehmern und Tutoren erstklassig bewertet.

Danksagung

Wir danken Herrn Dr. Peter Wild und der Leonie-Wild Foundation, als Hauptsponsoren dieses Endoskopie-Seminars und ESD-Workshops, sowie den zahlreichen Sponsoren der Endoskopie-/Zubehör-Industrie und der pharmazeutischen Industrie und dem Land Salzburg, ohne die diese Veranstaltungen nicht möglich gewesen wären.

Literatur beim Verfasser (F.Berr)

Fachkurzinformation Aranesp® Aranesp® 10, 20, 30, 40, 50, 60, 80, 100, 150, 300 und 500 Mikrogramm (µg) - Injektionslösung in einer Fertigspritze. Aranesp® 20, 40, 60, 80, 100, 150, 300 und 500 Mikrogramm (µg) - Injektionslösung in einem vorgefüllten Injektor (Sure-Click™). Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:

Jede Fertigspritze enthält 10 (20, 30, 40, 50, 60, 80, 100, 150, 300, 500) Mikrogramm Darbepoetin alfa in 0,4 ml (25 µg/ml), 0,5 ml (40 µg/ml), 0,3 ml (100 µg/ml), 0,4 ml (100 µg/ml), 0,5 ml (100 µg/ml), 0,3 ml (200 µg/ml), 0,4 ml (200 µg/ml), 0,5 ml (200 µg/ml), 0,3 ml (500 µg/ml), 0,6 ml (500 µg/ml), 1 ml (500 µg/ml). Jeder vorgefüllte Injektor enthält 20 (40, 60, 80, 100, 150, 300, 500) Mikrogramm Darbepoetin alfa in 0,5 ml (40 µg/ml), (0,4 ml (100 µg/ml), 0,3 ml (200 µg/ml), 0,4 ml (200 µg/ml), 0,5 ml (200 µg/ml), 0,3 ml (500 µg/ml), 0,6 ml (500 µg/ml), 1 ml (500 µg/ml). Darbepoetin alfa, das gentechnologisch mit Hilfe von Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO-K1) hergestellt wird.

Liste der sonstigen Bestandteile:

Natriumdihydrogenphosphat, Dinatriumhydrogenphosphat, Natriumchlorid, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke.

Anwendungsgebiete: Zur Behandlung der symptomatischen Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz bei erwachsenen und pädiatrischen Patienten. Zur Behandlung der symptomatischen Anämie bei erwachsenen Tumorkranken mit nicht-myeloischen malignen Erkrankungen, die eine Chemotherapie erhalten.

Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegenüber Darbepoetin alfa, r-HuEPO oder einem der sonstigen Bestandteile. Schwer kontrollierbarer Bluthochdruck.

Pharmakotherapeutische Gruppe:

Antianämikum, ATC Code: B03XA02. Inhaber der Zulassung: AMGEN Europe B.V., Breda, NL, Vertreter in Österreich: AMGEN GesmbH, 1040 Wien, AT.

Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:

Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Angaben zu Dosierung, Weitere Angaben zu Dosierung, Art und Dauer der Anwendung, besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie zu Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Stand der Information: 28.10.2008

Referenzen:

1. Biggar P et al. Clin Nephrol 2008;68(3):185-192. 2. Jenkins KJ et al., J Am Soc Nephrol. 2003; 14: 498A. 3. Fachinformation Aranesp®, Stand September 2008. 4. Locatelli F et al, Kidney International. 2001; 60: 741-747. 5. Agarwal AK et al., J Intern Med. 2006; 260(6): 577-585. 6. Agarwal AK et al., Abstract & Poster presented at ASN 2007, SU-P0784. 7. Urena P et al., Abstract and Poster presented at ERA-EDTA Congress, Barcelona, Nephrol Dial Transplant, 2007; Abstract FP 513. 8. Bock HA et al. Nephrol Dial Transplant. 2008;23(1):301-308.

Aranesp®
 Von der Prädialyse bis in die Hämodialyse

1x pro Woche
 1x alle 2 Wochen
 1x pro Monat*

- **Effektiv** mehr Patienten im Hb-Zielbereich^{1,2,3*}
- **Flexibel** in der Anwendung³⁻⁶
- **Wirtschaftlich** dosieren^{7,8}

AMGEN

Aranesp®
 (Darbepoetin alfa)

* i.e. in der Erhaltungsprüfung der Prädialyse, wenn der Hb-Zielwert mit Q2W erreicht wurde.
 ** im Vergleich zu rHuEPO
 Fachkurzinformation und Referenzen siehe Seite.



HILFE BEI SUCHT IM ALTER

■ von Primar Univ.-Prof.

**Dr. med. Friedrich Martin Wurst,
Mag. Isabella Kunz**

Universitätsklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie II – Paracelsus Medizi-
nische Privatuniversität Salzburg (PMU)
Christian Doppler Klinik (Vorstand: Primar
Univ.-Prof. Dr. med. Friedrich Martin Wurst)

Bei älteren Menschen wird Sucht im Gegensatz zu Jugendlichen und zu Erwachsenen im mittleren Lebensalter kaum thematisiert. Dies ist um so überraschender als der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung durch den demographischen Wandel kontinuierlich ansteigt. So liegt der Anteil der über 60jährigen in der Stadt Salzburg aktuell bei 24.8 Prozent, in den Salzburger Gemeinden bei bis zu 26.3 Prozent und im benachbarten Landkreis Berchtesgadener Land bei 28.6 Prozent. Gleichzeitig ist die Prävalenz und Relevanz der Thematik hoch: Verschiedene Studien berichten von 0,5–3 Prozent alkoholabhängiger Menschen im Alter von über 65 Jahren in der Allgemeinbevölkerung. Der Prozentsatz in Altenwohn- und Pflegeeinrichtungen wird mit 7–10 Prozent angegeben. Bei weiteren 5–20 Prozent in der Altersgruppe über 65 Jahren liegt schädlicher Gebrauch von Alkohol vor. Darüber hinaus weisen 5–10 Prozent der über 60 Jährigen einen problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente bzw. von Schmerzmitteln auf. Hinzu kommt, dass Menschen über 60 Jahre durch die physiologischen Veränderungen des Alterungsprozesses weit stärker unter den negativen Auswirkungen regelmäßigen Suchtmittelkonsums leiden als jüngere Konsumenten. Folgen sind unter anderem kumulative Organschädigungen, vermehrte Unfälle und Stürze, psychische Probleme, rascherer kognitiver Abbau und Veränderungen in der Toleranz für Medikamente. Spezielle therapeutische Angebote im Bereich der Abhängigkeitserkrankung von

Sucht und Alter

Senioren und Pflegebedürftigen sind wenig beschrieben.

Vor diesem Hintergrund hat ein Team unter der Leitung von Primar Prof. Dr. med. Friedrich Martin Wurst, Vorstand des Universitätsklinikums für Psychiatrie und Psychiatrie II an der Christian Doppler Klinik in Kooperation mit der Caritas Berchtesgadener Land das INTERREG-Projekt *Alter und Sucht* konzipiert, das zwischenzeitlich genehmigt wurde. INTERREG ist ein Förderprogramm des



Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) zur Unterstützung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit. Sechzig Prozent der Projektkosten (Maximalförderquote) werden von der EU getragen, die restlichen 40 Prozent werden durch Eigenmittel bzw. durch eine Kofinanzierung des bayerischen Staatsministeriums respektive der SALK finanziert. Die Projektdauer beläuft sich auf 3 Jahre.

Das am 1. November 2009 initiierte Projekt gliedert sich in 4 Phasen. In der ersten Phase des Projekts erfolgt die Erhebung des Ist-Zustandes. Durch die Befragung niedergelassener Allgemeinmediziner, Internisten, Pflegedienstleiter der Seniorenheime und alter Menschen im Salzburger Land und den benachbarten Landkreisen Berchtesgadener Land und Traunstein sowie durch die Analyse objektiver Biomarker für Substanzkonsum soll das tatsächliche Ausmaß der Problematik erhoben werden. Geplant ist die Befragung durch die Projektmitarbeiter von 2000 Patienten sowie 1000 Ärzten und Pflegekräften in Salzburg und Bayern.

In Phase 2 wird eine statistische Auswertung und eine Interpretation der Daten

durchgeführt. Je nach Ergebnis und dem daraus resultierenden Bedarf werden Interventionsschritte der Phase 3 geplant, umgesetzt und evaluiert. Auf die Evaluierung folgt die Implementierung eines standardisierten, kostenfreien Manuals, mit dem die Nachhaltigkeit des Projekts gewährleistet werden soll. Weiters ist eine spezifische Schulung in Form eines Seminars für Pflegekräfte und Ärzte Ziel des Projekts. In der Projektphase 4 werden die gewonnenen Ergebnisse in wissenschaftlichen aber auch einer breiten Öffentlichkeit zugänglichen Medien publiziert um die Wahrnehmung der Problematik in der Öffentlichkeit zu schärfen. Als Hauptziel wird die Reduktion des schädlichen Konsums und somit eine Verbesserung der Lebensqualität betroffener, alter Menschen angestrebt. Um die Repräsentativität der Daten gewährleisten zu können sind wir auf die Unterstützung auch der Salzburger Ärzte angewiesen. In den nächsten Tagen werden sich die Projektmitarbeiter bei Allgemeinmediziner und Internisten der Regionen mit dem höchsten Bevölkerungsanteil über 60jähriger telefonisch für eine Terminvereinbarung zur Durchführung eines Interviews melden. Die Interviewdauer beträgt 5–10 Minuten. Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Unterstützung und das Entgegenkommen bei der Untersuchung.

Die Autoren:



Prim. Univ.-Prof.
Dr. med Friedrich
Martin Wurst



Mag. Isabella
Kunz



Camila Meija wartet auf die Operation...

Jungwirth Brothers Charity proudly present:

Einladung zum
BENEFIZKONZERT

mit

„Der Berg –
neue Klänge aus Innergebirg“



FÜR DAS PROJEKT HERZKRANKER KINDER IN BOLIVIEN

Liebe Freunde !

Zum 2. Mal ist der Spruch **Rettest du ein Leben, rettest du die ganze Welt!** das Motto für unser gemeinsames Benefizkonzert.

Nachdem wir 2009 mit den Lungauer Querschlägern sensationelle 10.000,- € für unser Herzkinderprojekt nach Bolivien überweisen konnten, haben wir auch für 2010 Spitzenmusiker um **Maximilian Steiner** für dieses Konzert gewinnen können. **Mag. Leitner vom Hofbräuhaus Kaltenhausen stellt den großen Festsaal zur Verfügung** und **Frau Haas, Chefin vom Braugasthof Kaltenhausen** wird auch wie letztes Jahr unentgeltlich für unser leibliches Wohl sorgen.

Mehr Informationen zum Projekt unter:

<http://fci-bolivia.org> – zur Musik unter: www.derberg.innergebirg.at

Euch darf ich wieder bitten, Freunde und Bekannte einzuladen und Werbung für unser Konzert zu machen – jeder Euro wird gespendet !!!

Termin: **Freitag 26. Februar 2010, Beginn um 19.30 Uhr**

Ort: **Festsaal des Hofbräuhauses Kaltenhausen**

Spende: **25,- € pro Karte (Reservierung unter: 0664/4533622)**

Danke für Eure Mühe!!

Walther, Andi und Doris Jungwirth





In einer Studie der Universitäten Harvard in Boston und Carleton in Ottawa, veröffentlicht in der wissenschaftlichen Zeitschrift Neuron, gelingt die Ausschaltung von „Wachstumsblocker“-Proteinen.

(Salzburg, 10. Dezember 2009.)

Wie ticken Zellen? Diese Geheimnis zu identifizieren ist derzeit nicht nur für die Krebsmediziner, sondern besonders auch für die Rückenmarksforscher eine der zentralen Herausforderungen. Denn je besser Signalketten und Stoffwechselfvorgänge in Nervenzellen erforscht sind, desto größer werden die Chancen, die Zellbiologie zu beeinflussen und damit auch Heilungsprozesse in Gang setzen zu können.

Eine dieser Studien, die neue Hoffnung auf die Regeneration von Zellen im Zentralnervensystem macht, wird dieser Tage in „Neuron“, dem führenden Wissenschaftsmagazin der Neurowissenschaften, veröffentlicht. Forschern der Universitäten Harvard (Boston, USA) und Carleton (Ottawa, CAN) gelang es mit finanzieller Unterstützung der Wings for Life Stiftung, im Tierversuch einen Weg aufzuzeigen, wie über die Manipulation von Wachstumsfaktoren adulte (erwachsene) Nervenzellen wieder regenerieren können.

Das Grundproblem, vor dem die Wissenschaftler stehen, ist: Adulte Zellen des Zentralnervensystems verlieren ihre Fähigkeit zu wachsen. Das betrifft vor allem auch die Axone - lange, faserartige Fortsätze der Nervenzellen, die für die Weiterleitung elektrischer Impulse im Nervensystem verantwortlich sind.

Regeneration verletzter Nervenzellen



Prof. Dr. Zhigang He

In bisherigen Studien wurden „blockierende“ Wachstumsfaktoren im Zentralnervensystem identifiziert. Die Wissenschaftlergruppe der Universitäten Harvard und Carleton rund um Prof. Dr. Zhigang He entdeckte schließlich vor einem Jahr, dass mit dem Ausschalten zweier Proteine (PTEN und TSC1) „Bremsklötze“ aus dem Weg geräumt werden können. Damit konnte eine robuste Regeneration adulter Nervenzellen, wie die Forscher das bezeichnen, erreicht werden. Auch diese Untersuchungen waren von Wings for Life gefördert und finanziert worden.

In der jüngsten wissenschaftlichen Arbeit ging es Zhigang He und seinem Team nun darum, weitere Faktoren zu identifizieren, die im Verlauf des erneut angeschalteten Regenerationsprozesses eine Schlüsselrolle spielen.

Die Forscher konzentrierten sich dabei auf ein ganz bestimmtes Zytokin (als Zytokine werden Glykoproteine bezeichnet, die das Wachstum und die exakte Ausdifferenzierung in den Zellen regulieren). Die Forscher isolierten SOCS3 (Suppressor of Cytokine Signaling 3), das bestimmte Aktivitäten in den Zellen blockiert, und schalteten es aus. Der Erfolg im Mausversuch: Der Regenerationsprozess von Nervenzellen der Augen, besonders im Hinblick auf ihre Fähigkeit, wieder elektrische Impulse weiter zu leiten, konnte damit kräftig angekurbelt

werden. Verstärkt wurde dieser Prozess durch die Injektion eines anderen Zytokins (CNTF, Ciliary Neurotrophic Factor) direkt in das Auge.

Diese sehr komplexen Abläufe in den Zellen zusammenfassend: Bisherige Studienergebnisse legen nahe, dass die natürliche Regeneration von adulten (erwachsenen) Nervenzellen auch deshalb scheitert, weil durch die Verletzung nicht genügend Wachstumsfaktoren erzeugt werden, um den Wiederherstellungsprozess richtig in Schwung zu bringen bzw. einzelne Wachstumsfaktoren diesen zum Teil sogar lahm legen.

Die Wissenschaftler setzen ihre Hoffnungen nun verstärkt auf die Entwicklung weiterer Strategien, um genau jene Regulatoren in den Nervenzellen in den Griff zu bekommen, die als Bremsen wirken. Wie wichtig das ist, belegen auch die bisher mäßig erfolgreichen Regenerationserfolge mit Zytokinen, die nur simpel von außen zugeführt wurden, ohne in die Schaltmechanismen der einzelnen Zellen einzugreifen.

Über Wings for Life:

Die gemeinnützige Forschungstiftung Wings for Life wurde 2004 ins Leben gerufen und hat sich der Heilung des verletzten Rückenmarks verschrieben. Wings for Life evaluiert und fördert die weltweit aussichtsreichsten medizinisch-wissenschaftlichen Forschungsprojekte, und gewährleistet den notwendigen Fortschritt auf dem Gebiet der Nervenregeneration.

Das wissenschaftliche Beratergremium der in Salzburg ansässigen Stiftung besteht aus den führenden Wissenschaftlern der Universitäten Harvard, Yale, McGill, der Charité und Medizinischen Universität Wien.

Weitere Informationen auf HYPERLINK „<http://www.wingsforlife.com>“ www.wingsforlife.com

Richtig aufgewärmt zum Skisaison – Start auf die Piste

Fachleute sind sich einig: Skifahren und Snowboarden sind gesund! Die Bewegung im Freien, die frische Gebirgs-luft, die alpine Landschaft und die – je nach Können – mehr oder weniger schwungvoll-elegante Abfahrt heben die Stimmung und beleben Geist und Körper in vielfacher Hinsicht. Ebenso einig sind sich sämtliche ExpertInnen darüber, dass eine gewisse Vorbereitung nötig ist, um eventuelle Risiken so gering wie möglich zu halten. AVOS setzt hier mit seinen PartnerInnen an: mit dem WinterWarmUp und der WinterWarmUp-Tour für die SalzburgerInnen direkt in den Ski-gebieten. Denn schlechte körperliche Verfassung, Selbstüberschätzung und mangelhafte Ausrüstung sind die Zutaten für einen Unfall auf der Ski- oder Snowboard-Piste. Nach dem Motto „WarmUp statt Kaltstart!“ hat AVOS die optimale Wintersport-Vorbereitung in drei Stufen aufgestellt:

- Training für eine bessere Kondition, mindestens ein bis zwei Monate vorher beginnen
- Aufwärmen direkt auf der Piste vor der ersten Abfahrt
- Sicherheit auf der Piste durch vorausschauendes Verhalten, Einhalten der Pistenregeln und sichere Ausrüstung.

Studie bestätigt: Skiurlaub wirkt positiv auf die Gesundheit

Die hohe Beliebtheit des Wintersports ist ein klarer Hinweis darauf, wie positiv sich alpiner Wintersport auf das seelische und körperliche Wohlbefinden sowie auf die Gesundheit auswirkt. Eine neue Studie der Universität Salzburg und dem Christian-Doppler-Labor „Biomechanics in Skiing“ zum Thema alpiner Skisport bestätigt damit auch die Empfehlungen sämtlicher GesundheitsexpertInnen. Unabhängig vom körperlichen und skitechnischen Leistungsvermögen, absolvierte der überwiegende Teil der Testpersonen die Abfahrten in einer Intensi-

WarmUp statt Kaltstart!



tät, die laut World Health Organisation (WHO) als positiv für Fitness und Gesundheit definiert ist. Sogar während der Liftfahrten blieb bei 40 Prozent der SkifahrerInnen die Herzfrequenz in einem Bereich, der noch einen positiven Effekt auf die allgemeine Ausdauerfähigkeit und das Herz-Kreislauf-System bewirkt.

Einen besonders positiven Effekt hat Skifahren außerdem auf das generelle Wohlbefinden. Beim Skifahren steigt die positive Grundstimmung tagsüber signifikant an. Die Testpersonen ordneten den Eigenschaften „Fröhlichkeit“, „Kontaktbereitschaft“, aber auch „Selbstsicherheit“, „Aktivitätsgrad“ und „Aufmerksamkeit“ sehr hohe Bewertungen während des Skitages zu. Im Gegenzug wurden negative Gemütszustände wie „Unruhe“, „Müdigkeit“, „Gereiztheit“ oder „Niedergeschlagenheit“ überhaupt nicht genannt. „Die wichtigste Erkenntnis: Skifahren wirkt positiv auf die physische und psychische Verfassung der WintersportlerInnen und somit ihrer Gesundheit“, so der Bergbahnen-Chef über die gute Nachricht für alle Skisport-Fans.

AVOS-Leitmotiv: Vorsorge und Prävention – auch beim Wintersport

Die positiven Auswirkungen auf die Gesundheit der WintersportlerInnen betont auch OMR Dr. Rudolf John. Der erfahrene Allgemeinmediziner betreut seit gut 25 Jahren den Skiclub Elsbethen mit rund

350 Mitgliedern. Als Club-Arzt war er ständig bei den Trainings und Rennveranstaltungen auf der fixen Strecke in Neuberg bei Filzmoos dabei. Entsprechend dem Vorsorge- und Präventionsgedanken – das AVOS-Leitmotiv - ist ihm die Sicherheit und das Vermeiden von Verletzungen der Ski- und Snowboard-Begeisterten ein Anliegen: „Wie wichtig eine gewisse Grundkondition beim Skifahren und Snowboarden ist, hat kürzlich Prof. Pirker vom Alpinmedizinischen Institut der Universität Innsbruck nachgewiesen. Seine Untersuchungen belegen, dass körperliche Fitness plus das häufig vernachlässigte Aufwärmen vor der ersten Abfahrt deutlich weniger Verletzte auf der Piste bedeuten“, betont Dr. John.

VORSCHAU

AVOS-WinterWarmUp – Tour in den Wintersportgebieten

Beginn jeweils 9:00 Uhr

Fr.	4.12.2009	Flachau
Sa.	5.12.2009	Reiteralm
Sa.	12.12.2009	Mühlbach
So.	13.12.2009	Wagrain
Sa.	19.12.2009	Maria Alm
So.	20.12.2009	Gastein
So.	17. 1.2010	Dorfgastein

Besser informierte Eltern bedeuten mehr Kinder mit viel weniger Karies

Verstärkte und vor allem möglichst frühzeitige Information der Eltern über Zahngesundheit ist das Ziel der intensiven Kariesprophylaxe in den Elternberatungsstellen. „Die Bewusstseinsbildung über die Wichtigkeit der Zahnpflege bereits im Kleinkindalter ist das Um und Auf“, betont Dr. Wolfgang Vorauer, ärztlicher AVOS-Programmleiter Zahngesundheits-erziehung. AVOS betreut seit 1986 Kinder zwischen drei und sechs Jahren zweimal jährlich - mittlerweile flächendeckend - im gesamten Bundesland in den Kindergärten und anschließend in den Volksschulen. Trotzdem zeigen die Ergebnisse der bundesweiten Zahnstatus-erhebung der Sechsjährigen, dass es in Salzburg noch viel zu tun gibt. „Die Betreuung der Kinder ab drei erweist sich zwar als äußerst wichtig für die Motivation zur Zahnpflege, scheint aber lange nicht ausreichend zu sein. Das Augenmerk muss zusätzlich auf die Eltern und Betreuungspersonen gerichtet werden, die mit der Zahnpflege ab dem Durchbruch des ersten Zahns betraut sind. Eine Erweiterung der Zahngesundheits-erziehung auf die Altersgruppe der bis Dreijährigen ist zudem unbedingt nötig“, bekräftigt Dr. Vorauer. „Mit drei Jahren ist es sehr oft schon zu spät und Probleme mit der Zahngesundheit sind nur mehr mit großem Aufwand und demnach hohen Folgekosten zu beheben“, warnt er. Salzburger ExpertInnen haben auf die zwei Zahnstatus-erhebungen mit unbefriedigenden Ergebnissen für Salzburg mit einer Reihe von Angeboten und zusätzlichen Projekten (finanziert von GKK und Land Salzburg) reagiert.

ANGEBOT FÜR ELTERN IN DEN KINDERGÄRTEN

Zu den bereits bestehenden zwei Besuchen erfolgt zusätzlich ein dritter Termin im Kindergarten, bei dem speziell die El-

Intensive Elternarbeit in der Kariesprophylaxe

tern erreicht werden sollen. Den passenden Rahmen dazu bieten Elternabende, Informationsveranstaltungen, Einladungen bei Kindergarten – Festen etc.

In Orten/Stadtteilen mit hohem MigrantInnen-Anteil kommt eine der muttersprachlichen Gesundheitserzieherinnen zum Einsatz.

AUSBAU PILOTPROJEKT ELTERNBERATUNGSSTELLEN

Das im Jahr 2008 gestartete Pilotprojekt der Zahngesundheits-erziehung in vier Elternberatungsstellen wird derzeit auf 18 Beratungsstellen mit zwei bis drei Besuchen pro Jahr ausgeweitet.

AUSBAU DER ARBEIT MIT MULTIPLIKATORINNEN, UM ELTERN BESSER ZU ERREICHEN

Die Arbeit mit MultiplikatorInnen ist sowohl in der Ausbildung als auch in Fortbildungsveranstaltungen geplant. Als MultiplikatorInnen werden in die Arbeit mit einbezogen:

- MitarbeiterInnen in Elternberatungsstellen (ab Beginn der Arbeit in den Elternberatungsstellen Herbst 2009, 1x pro Jahr),
- Hebammen (bei Tagungen / Fortbildungen),
- KindergärtnerInnen und –helferInnen (in der Ausbildung BAKIP sowie Fortbildungen im Zentrum für Kindergartenpädagogik)

Weiters sind geplant:

- Tageseltern
- Mutter-Kind-Gruppen - LeiterInnen
- Krabbelstuben / KrabbelgruppenleiterInnen und –betreuerInnen
- MitarbeiterInnen in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen



„RUCKSACK-ELTERN-PROJEKT“ (FÜR MIGRANTINNEN)

Die Salzburger Integrationsbeauftragte Mag. Anja Hagenauer hat AVOS dazu eingeladen, beim erfolgreichen „Rucksack-Eltern-Projekt“ mitzuarbeiten. Das Projekt wurde von der Regionalen Arbeitsstelle zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien (NRW) entwickelt und wird in Deutschland bereits seit 1999 mit großem Erfolg umgesetzt. Die RAA stellte das Projekt kostenlos auch der Stadt Salzburg zur Verfügung, die damit österreichweit eine Vorreiterrolle einnimmt. Seit September 2007 läuft das Programm „Rucksack-Eltern“ als Pilotprojekt im Kindergarten Salzburg-Gebirgsjägerplatz. Seit Herbst 2008 wurde es auf 15 Kindergärten in Salzburg Stadt ausgeweitet. Ziel ist es, Kindern aus fremdsprachigen Familien sowohl ihre Muttersprache als auch die deutsche Sprache durch Aufarbeitung verschiedener Themen zu öffnen. In wöchentlichen, zweistündigen Treffen erarbeiten Frauen aus unterschiedlichsten Kulturkreisen gemeinsam Themen und Aktivitäten, die sie mit ihren Kindern während der Woche zu Hause durchführen. Eine Gruppenteilnehmerin leitet als „Stadtteil-Mutter“ die Frauen an und organisiert die Treffen. Zum Thema „Gesundheit“ gibt AVOS Informationen zur richtigen Zahnpflege, Mundhygiene, Entstehung von Karies und dessen Vermeidung sowie Ernährung und Bewegung weiter.

LEDOCHOWSKI
Klinische Ernährungsmedizin

2010, 1.300 Seiten, € 110,-



In der medizinischen Versorgung bekommt die Ernährung einen immer größeren Stellenwert. Zum einen sind heute Nahrungsmittelunverträglichkeiten häufiger anzutreffen, andererseits wird eine Ernährungstherapie bei mehr Krankheitsbildern als adjuvante Therapie eingesetzt. Dieses Buch bietet einen umfassenden Überblick zu klinischen Aspekten der Ernährungsmedizin und deckt zudem bisher wenig beschriebene Themenbereiche (z. B. Metabolische Programmierung, Ernährung und Schlaf, Schizophrenie ...) ab. Ein weiterer Schwerpunkt wurde bei Stoffwechselerkrankungen und deren Bedeutung in der Pädiatrie gesetzt. Neben den (patho)physiologischen Erklärungen zu den einzelnen Themen wurde durch Zusammenarbeit von Ärzten und Diätologen auf die praktische Durchführung einer Ernährungstherapie Wert gelegt.

SCHNABEL E.A.
Handbuch ärztliche Fertigkeiten

2010, 527 Seiten, € 34,90



Wer kennt das nicht? Plötzlich ist eine orientierende Funktionsprüfung der Augen gefordert, soll eine Magensonde gelegt oder ein 12-Kanal-EKG abgeleitet werden - und man steht da und fragt sich: Wie war das jetzt noch mal? 40 Kliniker und niedergelassene Ärzte haben dazu einen Schatz an praktischem Wissen zusammengetragen: Anamnese, Ganzkörper- und Notfalluntersuchung; Organ- und fachspezifische Untersuchungen von der Kinderheilkunde bis zur Geriatrie; praktische Fertigkeiten von Arterienpunktion, EKG-Anlegen bis Nahttechniken; Vorgehen in konkreten Fällen wie Atemnot, Herzrhythmusstörungen, Bewusstlosigkeit; Ob Student, Berufsanfänger oder schon mitten drin im Medizineralltag - es begegnen Ihnen immer wieder Situationen, in denen Sie schnell noch mal nachschlagen möchten.

KRAPPLITZ
Reisemedizinische Gesundheitsberatung

2010, 677 Seiten plus CD-ROM, € 92,50



Reisemedizinische Fragestellungen gehören zum Praxisalltag eines jeden Arztes. Profitieren Sie vom vorhandenen Beratungsbedarf und erweitern Sie Ihr Angebot bewusst um dieses attraktive Tätigkeitsfeld. Das vorliegende Handbuch entspricht dem Curriculum der 32-stündigen Fortbildung „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“ der deutschen Bundesärztekammer und deckt dessen kompletten Inhalt ab. Darüber hinaus erfahren Sie, wie Sie Ihr Beratungsangebot praxisgerecht umsetzen und extrabudgetär abrechnen können. Mallorca, Mexiko oder Malawi – Immer das richtige Reise-Know-How parat.

*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

TERMINE VOM 15. 1. – 8. 5. 2010

■ 15. bis 16. Jänner 2010

am Semmering

WINTERSYMPOSIUM 2010

„IMPLANTOLOGIE UND FORENSIK“

Information: ÖGZMK NÖ,

Frau Helga Hofinger, Tel.: 0664/4248426,

E-mail: oegzmknoe.office@kstp.at

■ 16. Jänner 2010, Salzburg

4. PSYCHIATRISCHES WINTER-SYMPOSIUM

Information: Fr. Renate Stockinger,

Univ.Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Salzburg, Tel.: 0662/4483-4301,

E-mail: r.stockinger@salk.at

■ 16. Jänner 2010, Wien

PNEUMO-HIGHLIGHTS 2010 – NEUERUNGEN IN DER KLINISCHEN PNEUMOLOGIE

Information: Nycomed Pharma GmbH,

Frau Nina Mitteregger,

Tel.: 01/815/0202-201, E-mail:

nina.mitteregger@nycomed.com

■ 16. bis 23. Jänner 2010, Lech

ÖSTERREICHISCHE WINTERTAGUNG FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Information: Wiener medizinische

Akademie, Herr Linzbauer,

Tel.: 01/4051383-17, E-mail:

christian.linzbauer@medacad.org

■ 21. Jänner 2010, Wien

6. LANGZEITBEATMUNGS-SYMPOSIUM „ORGANBETEILIGUNG UND ORGANVERSAGEN BEI LANGZEITBEATMUNG“

Information: Ärztezentrale med.info,

Tel.: 01/53116-70,

E-mail: azmedinfo@media.co.at

■ 21. Jänner 2010, Linz

2. LINZER GESUNDHEITSPOLITISCHES GESPRÄCH

Information: MedAk – Medizinische

Fortbildungsakademie OÖ Fr. Sandra

Haindorfer, Tel.: 0732/778371-314,

E-mail: haindorfer@medak.at

■ 24. bis 30. Jänner 2010, Lech

24. ARLBERGER GYNÄKOLOGIE-LEHRGANG: NEUERUNGEN, SCHWERPUNKTE UND LEITLINIEN

Hotel Sonnenburg, Oberlech,

Tel.: 05583/2147,

E-mail: hotel@sonnenburg.at

■ 26. Jänner 2010, Salzburg

INFORMATIONSNACHMITTAG „KOMPLEMENTÄRMEDIZINISCHE METHODEN“

Information: Frau Heidrun Weichenberger,

Tel.: 0664/4138498, E-Mail:

heidrun.weichenberger@myelom.at

■ 27. bis 30. Jänner 2010,

Bad Hofgastein

14. JAHRESTAGUNG DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR MUND-, KIEFER- UND GESICHTS-CHIRURGIE

Information: Frau Renate Lingg,

Abtlg.für Mund-,Kiefer-und Gesichtschirurgie, Universitäre Lehrkranken-

kasse Feldkirch, Carinagasse 47,

6800 Feldkirch, Tel.: 05522/303 1500,

E-mail: mkg-chirurgie@lkhf.at,

Internet: lkhf.at/kieferchirurgie

■ 29. und 30. Jänner 2010, Wien

7. JAHRESTAGUNG „KARDIOLOGIE INTERAKTIV WIEN 2010“

Information: Med. Ausstellungs-

und Werbegesellschaft,

Frau Sonja Chmella

Tel.: 01/53663-32,

E-mail: maw@media.co.a

■ 30. Jänner 2010, Wien

MEDIZIN IN WIEN

Information: x3projekts, PR Agentur,

Tivologasse 31, 1120 Wien,

Tel.: 01/532 27 58,

E-mail: medizinwien@x3projects.com

■ 30. bis 31. Jänner 2010, Graz

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER HIRNVERSORGENDEN ARTERIEN – TRANSC. DOPPELSONOGRAPHIE UND TCD-MONITORING

Information: Univ.-Prof.Dr. Kurt Niederkorn, Reitschulgasse 18, 8010 Graz
Tel.: 0316/318208

■ 10. bis 13. Februar 2010, Wien

WIT 2010-WIENER INTENSIV-MEDIZINISCHE TAGE

„STOFFWECHSEL UND ERNÄHRUNG DES INTENSIVPATIENTEN“

Information: Wissenschaftliches

Sekretariat, Prof. Dr. W. Druml,

Wien, Fax: 01/40400-4534, E-mail:

wilfred.druml@meduniwien.ac.at

■ 12. und 13. Februar 2010, Hamm, Westfalen

POST KONGRESS – FACHBEITRÄGE AUF KONGRESSEN PRÄSENTIEREN UND POSITIONIEREN

Information: info@dtppp.com

(Sekretariat des DTPPP e.V.)

■ 18. bis 25. Februar 2010, Ägypten

GYN ALLROUND „ WINTERFORTBILDUNG UNTER SÜDLICHER SONNE“

Ägypten – Rotes Meer

Information: Conventive Veranstal-

tungsGmbH, Wien, Tel.: 01/890-3802,

E-mail: gynallround@conventive.at

■ 23. Februar 2010, Salzburg

INFORMATIONSNACHMITTAG „LYMPHOME“

Information: Frau Heidrun Weichenberger,

Tel.: 0664/4138498, E-mail:

heidrun.weichenberger@myelom.at

■ 26. bis 27. Februar 2010,

Innsbruck

KARDIOLOGIE KONGRESS 2010

Information: PCO Tyrol Congress,

Innsbruck, Tel.: 0512/575600, E-mail:

kardiologie2010@come-innsbruck.at

■ 27. Februar, 20. März 17. April 2010, Linz

CURRICULUM „VORSORGE- UND GESUNDHEITSMANAGEMENT“ 2010

Information: Medizinische Fortbildungs-

akademie OÖ, Frau Sandra Haindorfer

Tel.: 0732/778371-314, E-mail:

haindorfer@medak.at

■ **8. bis 11. März 2010,
Bad Hofgastein**

FORUM FÜR GERIATRIE UND
GERONTOLOGIE

Information: Lud.Boltzmann Institut
Wien, Fr. Ilse Howanietz,
Tel.: 01/52103-5770, E-mail:
ilse.howanietz@wienkav.at

■ **13. bis 14. März 2010, Graz**

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER
HIRNVERSORGENDEN ARTERIEN –
DUPLEXSONOGRAPHIE (FORTGE-
SCHRITTENEN-ABSCHLUSSKURS)

Information: Univ.-Prof. Dr. Kurt Nie-
derkorn, Reitschulgasse 18, 8010 Graz,
Tel.: 0316/318208

■ **17. bis 19. März 2010, Salzburg**

ÖGUM-ULTRASCHALL-GRUNDKURS
ABDOMEN

Information: Frau Patrizia Dick, Tel.:
0662/8088-2050, E-mail: patrizia.
dick@bbsalz.at

■ **7. bis 10. April 2010, Oberlech**

RADIOLOGIE OBERLECH 2010 –
24. RÖNTGENSEMINAR –
POSTGRADUELLER WORKSHOP
„KARDIOVASKULÄRE RADIOLOGIE“

Information: Zentrales Radiologie
Institut (Fr. Wünschek, G. Persche)
Tel.: 01/71165-3107,
E-mail: post.zri@wienkav.at.

■ **8. bis 10. April 2010, Bregenz**

FRÜHJAHRSTAGUNG 2010 DER
ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT
FÜR HÄMATOLOGIE U. ONKOLOGIE

Information: Medizinische Aus-
stellungs- und Werbeges., Wien,
Tel.: 01/53663-32,
E-Mail: maw@,media.co.at

■ **24. April 2010, Linz**

2. LINZER BESTAGING-KONGRESS
2010

Information: MedAk-Med. Fortbildungs-
akademie OÖ, Tel.: 0732/778371-314,
Email: haindorfer@medak.at,
www.medak.at

■ **26. bis 28. April 2010, Wien**

HÄMATOLOGIEKURS 2010

Information: Univ.-Doz. Dr. M. Pfeil-
stöcker und Univ.-Prof. Dr. U. Jäger,
E-mail: michael.pfeilstoecker@wgkk.at

■ **6. bis 8. Mai 2010, Graz**

11. INTERDISZIPLINÄRER WORKSHOP
„ANATOMIE IN DER REGIONAL-
ANÄSTHESIE / SCHMERZTHERAPIE“

Information: Medizinische Univ. Graz,
Frau Renate Zöhrer,
Tel.: 0316/385-12829,
E-mail: renate.zoehrer@medunigraz.at



4. Psychiatrisches Wintersymposion

16. Jänner 2010 · Salzburg

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie I Salzburg

Spezielle Herausforderungen in der Psychiatrie

Ort:

Universität Salzburg – Wallistrakt, Franziskanergasse 1, A-5020 Salzburg

Information - Kongressekretariat:

Frau Renate Stockinger

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie I Salzburg Ignaz-Harrer-Straße 79, 5020 Salzburg

Tel. +43 662/4483-4301, Fax +43 662/4483-4304 E-mail: r.stockinger@salk.at

Dieses Symposion ist mit 8 Fortbildungspunkten für das Fach „Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin“
(Diplom-Fortbildungsprogramm der ÖÄK) anrechenbar.

JAHRESTAGUNG DER ÖSTERREICHISCHEN LYMPH-LIGA

17. April 2010
Salzburg, Castellani Parkhotel
09.00 bis 17.00 Uhr

Information und Anmeldung:

Tagungssekretariat und Industrieausstellung
Tagungsmanagement Partsch-Brokke
PF 41, 2560 Berndorf
Tel/Fax: 0 26 72/88 996

E-mail: office@tagungsmanagement.org
Homepage: www.tagungsmanagement.org



SALZBURGER ÄRZTEGESELLSCHAFT

EINLADUNG zur WISSENSCHAFTLICHEN SITZUNG

am Mittwoch, dem 13. Jänner 2010, um 19.00 Uhr s. t. im großen Hörsaal des Universitätsklinikums der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität / SALK, Salzburg, Müllner Hauptstraße 48

Programm: Evidenz-basiertes Management der COPD

Bernd Lamprecht	Diagnostik
Alexandra Kostbra-Steinbrecher	Psychosomatik
Christina Imlinger	Pharmakotherapie
Lea Schirnhofner	Beatmung
Markus Lobendanz	Rehabilitation
Michael Studnicka	COPD Leitlinie des BM f. Gesundheit

Moderation: Michael Studnicka (UK für Pneumologie)

G. Schimpl, 1. Sekretär

M. Pichler, Präsident

Im Anschluss kleines Buffet

Wird von der Ärztekammer als Fortbildungsveranstaltung anerkannt (2 Modulstunden)

Sportärztereferat der Ärztekammer für Salzburg Jahresprogramm 2010

Datum:	Thema:	Ort:
16.04. – 18.04.2010	Slalom-Seminar	Zauchensee
29. 05. 2010	Fahrtechniktraining (Auto / Motorrad)	Straßwalchen
11.06. – 13.06.2010	Orthopädischer Grundkurs II	Salzburg
26. 06. 2010	Salzburger-Ärzte-Golf-Meisterschaft	Salzburg
17.09 – 19.09.2010	Int.Grundkurs II	Salzburg-Rif
24.09. – 27.09.2010	Segel-Vital-Turn	Kroatien
26.11. – 28.11.2010	Traum(a)tage 2010	Kaprun

Information & Anmeldung:

Sportärztereferat der Ärztekammer für Salzburg
Tel. 0662 / 87 13 27-120 (Hr. Böhm)
E-Mail: boehm@aeksbg.at

STANDESMELDUNGEN

■ DIE POSTPROMOTIONELLE AUSBILDUNG HABEN BEGONNEN:

Dr. Paul FRIESENBIHLER, TA, LKH Salzburg

Dr. Eveline GUGGENBERGER, TÄ, CDK Salzburg

Dr. Heribert LECHNER, TA, LKH Salzburg

Dr. Sabine Anna Maria RICHTER, TÄ, LP Dr. Werner Aufmesser

Dr. Teresa Valerie SCHACHNER, TÄ, UKH Salzburg

■ ZUGÄNGE AUS ANDEREN BUNDESLÄNDERN BZW. AUSLAND:

Dr. Bernhard BACHER, FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin, LKH Salzburg

Dr. Franz BRUNNER, FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin, UKH Salzburg

Dr. Katharina DOPPLER, FÄ für Innere Medizin, Caritas Salzburg

Dr. Friedrich MACK, Arzt für Allgemeinmedizin, Wohnsitzarzt

Dr. Lukas OBERZAUCHER, Arzt für Allgemeinmedizin, LKH Salzburg

Dr. Susanne SPEISER, TÄ, LKH Salzburg

Dr. Dan VERDES, FA für Innere Medizin, KH Tamsweg

Dr. Eva WALDENBERGER, TÄ, KH Mittersill

■ ORDINATIONSERÖFFNUNGEN:

Dr. Thomas KRANABETTER, Arzt für Allgemeinmedizin, 5451 Tenneck, Neue Heimat 15

OSR Dr. Wolfgang ZSCHOCK, FA für Augenheilkunde und Optometrie, 5020 Salzburg, General-Arnold-Straße 6

■ NEUE ORDINATIONSANSCHRIFTEN:

a.o. Univ.-Prof. Dr. Franz BERGHOLD,

Arzt für Allgemeinmedizin, 5710 Kaprun, Wilhelm-Fazokas-Straße 21

Dr. Alexander GEORGOULOPOULOS, FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 5020 Salzburg, Sebastian-Stöllner-Straße 4

HR Univ.-Prof. Dir. Prim. Dr. Gunther LADURNER, FA für Neurologie und Psychiatrie (Intensivmedizin), 5020 Salzburg, Prälat-Winkler-Straße 8

Dr. Johannes LEIMGRUBER, Arzt für Allgemeinmedizin, 5020 Salzburg, Santsnergasse 2

Dr. Matthias WAGNER, FA für Chirurgie, 5081 Anif, St. Oswaldweg 20

■ EINSTELLUNGEN DER ORDINATION BZW. DER ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT:

Dr. Wilhelm UNTERLUGGAUER, FA für Innere Medizin (Einstellung der ärztlichen Tätigkeit)

Dr. Angelika KRIFTER, Ärztin für Allgemeinmedizin (Einstellung der ärztlichen Tätigkeit)

■ DIPLOM ARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN:

Dr. Franjo JURIC

Dr. Clemens MANTINGER

Dr. Hannes SEGL

■ DIPLOM FACHARZT:

Dr. Alexander AUFFARTH, FA für Unfallchirurgie

Dr. Hubert KÖCK, FA für Unfallchirurgie
Dr. Florian ÜBERBACHER, FA für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

■ BESTELLUNGEN, VERLEIHUNGEN UND SONSTIGES:

Dr. Wolfgang BÜCHLMANN, Arzt für Allgemeinmedizin: Beendigung der Tätigkeit als Schularzt an der allgem. Sonderschule St. Johann i. P.

Dr. Hubert GRIESSMAYER, FA für Kinder- und Jugendheilkunde: Anerkennung der Ordination als Lehrpraxis für die Ausbildung zum Fach Kinder- und Jugendheilkunde, 5760 Saalfelden, Ritzenseestraße 25

Dr. Markus HOPFERWIESER, Arzt für Allgemeinmedizin: Anerkennung der Ordination als Lehrpraxis für die Ausbildung in Allgemeinmedizin, 5201 Seekirchen, Mühlbachstraße 52

Dr. Roswitha LEDERER, FÄ für Allgemeinmedizin: Anerkennung der Ordination als Lehrpraxis für die Ausbildung in Allgemeinmedizin, 5204 Straßwalchen, Roidwalchnerstraße 5

Dr. Peter RIHA, FA für Augenheilkunde und Optometrie: Anerkennung der Ordination als Lehrpraxis für die Ausbildung zum Fach Augenheilkunde und Optometrie, 5020 Salzburg, Stelzhammerstraße 3

Dr. Gottfried TRATTNER, Arzt für Allgemeinmedizin: Bestellung zum Schularzt an der allgem. Sonderschule St. Johann i. P.

Frau Dr. Irene Schütz-Seidl 

und ihr Therapeutenteam vom

Institut für Physikalische Therapie Herrnau

wünscht allen überweisenden Ärzten/innen 

ein gesegnetes Weihnachtsfest

und ein erfolgreiches Neues Jahr. 

KLEINANZEIGEN

ÄRZTEHAUS MEDICENT in Salzburg vermietet für einen fixen Zeitraum im Monat (stundenweise, tageweise) **voll eingerichtete Arztordinationen** für konservative und chirurgische Tätigkeiten! Weiters sind einzelne **Räumlichkeiten für interessierte** Ärzte als Hauptmieter noch frei (95–160 m²); wir unterstützen Sie auch bei einer Standortverlegung! Unverbindliche Kontaktaufnahme direkt mit dem Vermieter (keine Provision!) unter 0676/88 901 518 od. 0662/90 10 1000.

St. Johann/Pg.: zentral/Pöllnhof, 100m² **WOHNUNG/REIHENHAUS** mit Grünfläche (+ gr. Wiese zur allgem. Nutzung) unmöbliert, langfristig zu vermieten 0664/3101325. Flexible Raumeinteilung möglich z.B. auch für Arztpraxis, Büro, Physio- oder Psychotherapie, Rechtsanwalt bestens geeignet. Barrierefreier, ebenerdiger Eingang, großer öffentlicher Parkplatz ca. 10 m entfernt. Info unter: 0664/3101325.

(WAHL-)ARZTPRAXEN/GEMEINSCHAFTSPRAXIS (1. OG, Lift) im neuen „Haus für Gesundheit“ in Hof bei Salzburg mit Apotheke und Bandagist (ab Herbst 2010) zu vermieten. Raumgrößen von 30 bis 270 qm individuell wählbar, gute Frequenzlage, Parkplätze, provisionsfrei. Kontakt: w.beindl@salk.at

**19. Ärztetage
GRADO**

30. 5. – 5. 6. 2010

Detailinformationen und Anmeldung:
www.arztakademie.at/grado

**13. Ärztetage
VELDEN**

15.–21. 8. 2010

Detailinformationen und Anmeldung:
www.arztakademie.at/velden

Ärzttekammer verleiht Stipendium

Das diesjährige „Dr. Reiner-Brettenthaler-Stipendium“ geht an OA Dr. med. univ. Hermann Salmhofer an der Salzburger Universitätsklinik für Innere Medizin I.

(Salzburg, am 11.12.09) – Die Ärztekammer für Salzburg freut sich mitteilen zu können, dass das diesjährige „Dr. Reiner-Brettenthaler-Stipendium“ an Dr. med. univ. Hermann Salmhofer, Oberarzt an der Salzburger Universitätsklinik für Innere Medizin I, Leiter des Schwerpunkts Nephrologie und Dialyse, der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität in der Höhe von € 8.000,- vergeben werden konnte. Mit diesem Stipendium wird die Forschungstätigkeit von Dr. Salmhofer im Bereich „Nachweis und Funktion des Hedgehog Signalweges bei Kalzifizierung, im besonderen bei Calciphylaxie-Patienten“ gefördert. Diese Forschung widmet sich der Problematik gefährlicher Kalkablagerungen bei Nierenpatienten. Ziel ist es, die Entstehungsweise der Verkalkungen zu verstehen, damit neue Therapiemöglichkeiten entwickelt werden können. Das Stipendium wird jährlich unter Mitgliedern der Ärztekammer für Salzburg projektbezogen vergeben, wo-



OA Dr. Hermann Salmhofer

bei Projekte aller Fachgebiete der Medizin und der medizinischen Forschung förderbar sind, sofern diese gänzlich oder überwiegend an den Salzburger Gesundheitseinrichtungen durchgeführt werden. Eine Zusammenarbeit mit in- oder ausländischen Universitäten bzw. Forschungseinrichtungen wird begrüßt. Das Stipendium ist benannt nach dem langjährigen Präsidenten der Ärztekammer, Dr. Reiner Brettenthaler, in Anerkennung seines Einsatzes um die Einrichtung der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg.

ÖGUM-Ultraschall-Grundkurs

Abdomen

17. 3. – 19. 3. 2010

Ort:

KH Barmherzige Brüder Salzburg

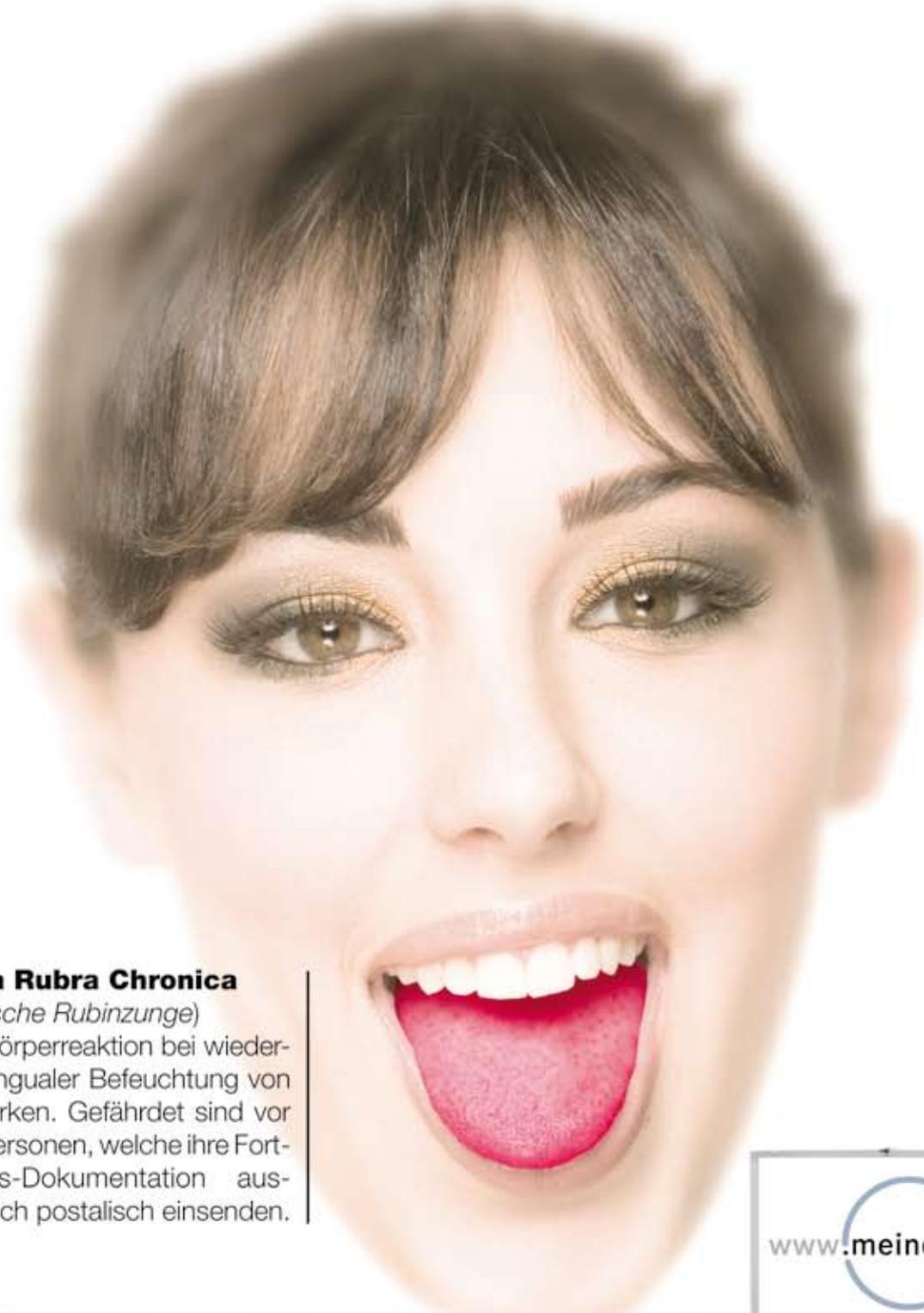
Kursleiter:

OA Dr. Alois Hollerweger, Homepage: www.bhb-sonokurse.at

Anmeldung:

Tel.: 0662 8088 2050, e-mail: patrizia.dick@bbsalz.at

Achtung: Fortbildung von gestern kann Ihre Gesundheit gefährden!



Lingua Rubra Chronica

(chronische Rubinzunge)

Fremdkörperreaktion bei wiederholter linguale Befeuchtung von Briefmarken. Gefährdet sind vor allem Personen, welche ihre Fortbildungs-Dokumentation ausschließlich postalisch einsenden.

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



powered by



sanofi aventis
Online-Akademie



Abendfortbildung Dezember 2009 bis April 2010

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. 12.01.2010	Schwarzach	Atopische Dermatitis und
Mi. 13.01.2010	Salzburg	Husten im Kleinkindes-
Di. 19.01.2010	Zell am See	alter
Di. 02.02.2010	Schwarzach	Läuse, Würmer und
Mi. 03.02.2010	Salzburg	ähnliches Ungeziefer
Di. 09.02.2010	Zell am See	
Di. 02.03.2010	Schwarzach	Fehlermanagement
Mi. 03.03.2010	Salzburg	
Di. 09.03.2010	Zell am See	
Di. 06.04.2010	Schwarzach	Colon Irritabile
Mi. 07.04.2010	Salzburg	
Di. 13.04.2010	Zell am See	
Mi. 05.05.2010	Salzburg	Antibiotika-Update
Do. 06.05.2010	Schwarzach	
Fr. 07.05.2010	Zell am See	
Di. 01.06.2010	Schwarzach	Zivilschutz und
Mi. 02.06.2010	Salzburg	Katastrophenmedizin
Di. 08.06.2010	Zell am See	

Medizinische Fortbildung für Ordinationsassistentinnen

Beginn für alle Veranstaltungen jeweils 19.30 Uhr,
Keine Anmeldung notwendig

Infos auch unter: www.arzthilfe.at

Mo. 25.01.2010	Tamsweg	Erste Hilfe & Notfall in der Praxis
Di. 16.03.2010	Schwarzach	Verbandlehre

BILDUNGSPARTNERSCHAFT Frühjahr 2010

Dienstag, 4. Februar 2010
ARZTHAFTUNG UND AUFKLÄRUNG

Dienstag, 25. Februar 2010
**DER ANGESTELLTE ARZT
UND SEINE NEBENEINKÜNFTLE**

Samstag, 20. März 2010
„BURN OUT-PROPHYLAXE“

Mittwoch, 24. März 2010
WIRTSCHAFTLICHE QUALITÄTSSICHERUNG

Freitag, 23. April 2010
**PROFESSIONELLES MARKETING
FÜR DIE ARZTPRAXIS**

Informationen in der Ärztekammer bei:

Frau Irene Esser
Tel.: 0662/87 13 27-141
esser@aeksbg.at

www.sparkasse.at

Zufrieden mit Ihrer Finanzierung?

Wir prüfen für Sie ob's besser geht! Der kostenlose Finanzierungs-Check der Salzburger Sparkasse deckt Optimierungspotenzial auf:

- Entsprechen Ihre Konditionen der aktuellen Marktsituation?
- Nutzen Sie Steuervorteile?
- Wie schützen Sie sich vor steigenden Zinsen?
- Welche Vorteile bieten Abstattungskredite gegenüber Kontoüberziehungen?
- Kreditlaufzeit bis ins Pensionsalter – so gewollt?

Information und Terminvereinbarung im Beratungszentrum für Freie Berufe unter 05 0100 - 47237.



Mag. Bernd Ebner
Kundenbetreuer
für Ärzte
Tel.: 05 0100 - 47301



Mathäus Sporrer
Kundenbetreuer
für Ärzte
Tel. 05 0100 - 47237

SPARKASSE
In jeder Beziehung zählen die Menschen.