

med.ium



URLAUB ZU CORONAZEITEN

ARBEITSRECHTLICHE RISIKEN

CORONAVIRUS
Salzburger Experte in der
Taskforce Seite 6

RISIKEN
Urlaubsreisen zu
Coronazeiten Seite 16

JOBSHARING,
die vielen
Möglichkeiten Seite 24

**TERMINE, STELLEN,
WISSENSWERTES
& CO** Seite 40

Was uns auszeichnet? Eine preisgekrönte Beratung.



Das Fazit der Tester

„Das Bankhaus Spängler liefert ein in allen Aspekten überzeugendes Gesamtpaket ohne jegliche Schwächen. Mit dieser Leistung etabliert sich Spängler als Top-Anbieter im Private Banking.“

Bankhaus Carl Spängler & Co. AG
T: +43 662 8686-0
M: bankhaus@spaengler.at
W: www.spaengler.at

BANKHAUS SPÄNGLER
BEST IN FAMILY BANKING



Vom scharfen Profil

EDITORIAL

Ärztækammern sind Zwitterwesen. Einerseits sind sie idealtypische Interessensvertretungen ihrer Mitglieder. Wenngleich die Pluralität und die teilweise weit divergierenden Positionen von Ärztegruppen diese Aufgabe nicht immer leicht machen, ist die Vermittlung interessenspolitischer Zielsetzungen zumeist nicht allzu schwierig.

Gänzlich anders verhält es sich mit der zweiten Rolle der Ärztekammer, nämlich ihrer Funktion als Behörde. Die hier zusammengefassten Aufgaben sind durch einschlägige Verordnungen und Gesetze streng und ohne wesentlichen Interpretationsspielraum festgelegt. Entscheidungen der Landesvertretung als Behörde entlang dieser Rechtsnormen sind den Mitgliedern bisweilen nur schwer vermittelbar.

Um diese behördlichen Aspekte soll es im Kommenden kurz gehen. Die Führung der Ärzteliste mit Eintragungs- und Austragungskompetenz, die Beurteilungen und Bewilligungen von Ausbildungsstätten, die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich und die Arztprüfungen am Ende der Ausbildung sind hier nur eine plakative Aufzählung zentraler Aufgabenbereiche in diesem Segment. Aufgrund verfassungsrechtlicher Bedenken in Bezug auf die föderalen Kompetenzen in unserer Bundesverfassung stehen diese Bereiche derzeit in Diskussion.

Aus unserer Erfahrung wissen wir, dass die Kammer ihre Mitglieder oder solche, die sich etwa neu in die Ärzteliste eintragen wollen, durch rigorose Forderungen nach Beibringung von Dokumenten durchaus auch verärgert. Aber glauben Sie mir, die Eintragung in die Ärzteliste durch eine Bezirksverwaltungsbehörde wäre nicht der bequemere Weg. Ganz abgesehen davon müssten hier in den Bundesländern Fachkompetenzen etwa zur Beurteilung ausländischer Ausbildungszeiten neu aufgebaut werden. Die Durchführung der Qualitätsüberprüfung unserer Ordinationen könnte natürlich auch durch Bundes- und Landesinstitutionen erfolgen. Mutmaßlich würden diese allerdings eine Auslagerung an externe Firmen bevorzugen. Keinesfalls würde der Entfall der Kammerkompetenz in diesem Bereich einen Verzicht auf Qualitätssicherung insgesamt bedingen, nur die Kosten für die Ordinationen wären wohl höher.

Auch Kosten für Arztprüfungen – heute von manchen als viel zu teuer gesehen – wären bei Organisation durch Dritte nicht auf diesem niedrigen Preisniveau zu halten. Beispiele aus anderen Ländern legen diese Vermutung sehr nahe.



Die Bewilligung

und die Verwaltung von Ausbildungsstellen in Krankenhäusern und in Lehrpraxen durch die Ärztekammer wird immer wieder von der Gesundheitspolitik, welche gleichzeitig auch die Trägerschaft über diese Spitäler innehat, äußerst kritisch gesehen, denn in deren Betrachtung steht nicht Ausbildungsqualität, sondern die Erfüllung von Stellenplänen und ökonomischen Zielsetzungen im Krankenhaus im Vordergrund.

In den nächsten Monaten soll für all diese Themen eine neue Rechtsbasis geschaffen werden. Zweifelsfrei wird es die Entscheidung der Politik sein, ob sie diese Aufgaben weiterhin in der inhaltlichen Verantwortung der Ärztekammern belässt oder diese neu verortet.

Die Übertragung dieser Aufgaben an Bundes- und Landesbehörden, beziehungsweise an externe Dienstleister, wäre für die Ärzteschaft wohl kaum wünschenswert. Sie würde sicherlich das Konzept der Selbstverwaltung beschädigen. Sie würde aber auch das Profil der Ärztekammer als Interessenvertretung stärken. ■

> **Präsident Dr. Karl Forstner,**
Ärztækammer für Salzburg

Kurz aus der Kammer

AUS DER KAMMER

„Glückwunsch an Österreich!“

WHO-Europa-Regionaldirektor

Hans Kluge gratuliert im Gespräch mit der APA: „Österreich und Länder wie Deutschland haben einen guten Job gemacht.“ Die Lage sei recht stabil und es ließe sich feststellen, dass in Ländern, wo es eine gute medizinische Primärversorgung gibt und wo man es geschafft hat, die Spitäler zu schützen, man COVID-19 besser managen konnte, denn Krankenhäuser sind oft ein Multiplikationsfaktor für Seuchen.“

Konträr dazu stehen die geplanten Maßnahmen der Österreichischen Gesundheitskasse, denn laut einer Presseaussendung der Bundeskurie der ngl. Ärzte soll die ÖGK ihre Kernaufgaben nicht wahrnehmen. So soll die Telemedizin, die während der Corona-

Zeit stark in Anspruch genommen wurde, ab Oktober limitiert werden, anstatt sie für die zweite Corona-Welle auszubauen. Unterstützung der ÖGK fehle auch bei der Problematik von Ausgleichszahlungen für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für die Zeit des Shutdown. Im Unklaren sei zudem eine verantwortungsvolle Planung und Vorbereitung für die Beschaffung von ausreichend Schutzausrüstung für den Gesundheitsbereich.

Ebenso gehe die ÖGK beim Thema Impfen, insbesondere in Hinblick auf die gefährliche Kombination der jährlichen Influenza-Saison mit einer zweiten Corona-Welle, in Deckung – da fehlen ebenso Überlegungen für die Zukunft. Auch Corona-Tests sollen weiter Privatsache oder Sache der Länder bleiben und werden nicht zu den Kassenleistungen aufgenommen, obwohl eine umfangreiche Testung der Bevölkerung im allgemeinen Interesse liegt.

> [orf.at//stories/3171410](https://orf.at/stories/3171410)
www.aekwien.at/presseaussendungen/-/asset_publisher/G1Wljyo3fxB1/content/id/647698

Mehr als 48 Stunden

Mit Ende Juni 2021 ist Schluss mit dem Opt-out, einer Ausnahmeregelung der EU-Richtlinie, die ursprünglich die maximale Wochenarbeitszeit für ÄrztInnen mit 48 Stunden in Spitälern festgelegt hat. Dieses ermöglichte, auf freiwilliger Basis diese vorgegebenen Arbeitszeiten auf 60 bzw. 55 Arbeitsstunden auszuweiten.

Während LH-Stellvertr. Christian Stöckl die Verlängerung des Opt-outs befürwortet, spricht sich die Ärztekammer für Salzburg dagegen aus: „Damit soll Schluss sein, übermüdete Ärzte stellen eine Gefährdung dar“, so Vizepräsident Dr. Jörg Hutter. Er verwies auf eine Umfrage im Jahre 2017, in der mehr als 70 Prozent der ÄrztInnen in allen Altersgruppen die Frage verneinten, ob KollegInnen ab 2021 länger als 48 Stunden arbeiten wollen. Er riet, Schichten und Arbeitszeiten zu flexibilisieren, Arbeitszeiten effizienter zu nutzen und erinnerte an das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz für Pflege, in dem es verboten sei, Überstunden zu leisten.

> www.aeksbg.at
www.sn.at/salzburg/politik/salzbürger-spitalsaerzte-sollen-weiter-mehr-als-48-stunden-pro-woche-arbeiten-89477464



INFO

SARS-CoV-2-Abstriche in Ordinationen

Eine Liste der Ordinationen im Bundesland Salzburg, in denen private (kostenpflichtige) SARS-CoV-2-Abstrichnahmen und die Veranlassung einer PCR-Testung in einem fachärztlichen Labor durchgeführt werden, finden Sie auf unserer Homepage:

> www.aeksbg.at/fuer-patienten/wissenswertes/sars-cov-2-abstriche-in-ordinationen



„Wir haben die Verantwortung, die Ärztinnen und Ärzte Salzburgs gut zu vertreten.“

INHALT



Aktueller Stand COVID-19 Medizin

Eine Rückschau mit Zusammenfassung der wissenschaftlichen und klinischen Erkenntnisse der letzten drei bis vier Monat



Mobile Visitentams

Unterwegs, um PatientInnen in Quarantäne zu helfen



(Kassen-)Ärztliche Kooperationsformen

Jobsharing – eine Zusammenarbeitsform in der Allgemeinmedizin mit vielen Möglichkeiten

AUS DER KAMMER

- > **Kurzmeldungen** 4
- > **Als Experte in der Coronavirus-Taskforce** 6
- > **Aktueller Stand COVID-19 Medizin** 8
- > **Urlaubsreisen zu Corona-Zeiten und arbeitsrechtliche Risiken** 16
- > **Von Angesicht zu Angesicht mit COVID-19 – unterwegs, um PatientInnen in Quarantäne zu helfen** 20
- > **(Kassen-)Ärztliche Kooperationsformen** 24
- > **Saisonales Jobsharing**
Unterstützung, wenn sich die PatientInnen verdreifachen 28
- > **Jobsharing und Mutterschutz/Kinderbetreuung** 29

AUS DEN KURIEN

- > **Wahlärzte-Tipp** 30

MEDIZIN IN SALZBURG

- > **Kapillarmikroskopie**
an den Salzburger Landeskliniken 31

WISSENSWERTES

- > **AVOS: „Gesunde Ernährung“**
selbstverständlich machen 38
- > **OrdinationsassistentInnen am Weg zu OrdinationsmanagerInnen** 41

AUS- UND FORTBILDUNG

- > **Fortbildung aktuell: Fortbildungsakademie** 42

SERVICE

- > **Service aktuell: Termine, Kongresse, Standsmeldungen und mehr** 44

Als Experte in der Coronavirus-Taskforce

Univ.-Prof. Dr. Leonhard Thun-Hohenstein
ist Mitglied im Beraterstab des Gesundheitsministeriums

Brigitte Feichtenschlager

AUS DER KAMMER

Im Februar wurde ein Krisenstab im Innenministerium sowie ein Krisenstab im Gesundheitsministerium eingerichtet - die so genannte Coronavirus-Taskforce. Sie besteht aus einem Beraterstab mit renommierten Expertinnen und Experten verschiedenster Disziplinen, deren Aufgabe es vorwiegend ist, medizinisch-wissenschaftlich zu beraten und für ein Krisenmanagement gerüstet zu sein.

Ein Mitglied dieses Beraterstabes ist Univ.-Prof. Dr. Leonhard Thun-Hohenstein, Vorstand der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der SALK/PMU. Als Präsident der Österr. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP) erhielt er eine Anfrage des Bundesministeriums. „Meine Tätigkeiten umfassen die Teilnahme an den wöchentlichen Besprechungen, dem Sichten von Literatur, die Übermittlung wesentlicher wissenschaftlicher Informationen an den Beraterstab sowie das Erstellen von Berichten an Bundesminister Rudolf Anschober.“

Die nicht öffentlichen Sitzungen werden bevorzugt in Form einer Videokonferenz abgehalten. „Die Online-Konferenz erfolgt unter Leitung und Moderation des Herrn BM Anschober, es werden dann die vom Minister und seinem Team eingebrachten Fragen und Themen diskutiert. Dabei versuche ich, die psychosozialen Aspekte insbesondere die Folgen der Pandemie auf Kinder und Jugendliche einzubringen. Die Taskforce ist ein äußerst kompetent besetztes Gremium, es herrscht ein offener und sachlicher Diskussionsstil und die Moderation ist ausgezeichnet.“

EIN VORSICHTIGER BLICK IN DIE ZUKUNFT

Nicht nur in der Taskforce, sondern auch beruflich und privat war Univ.-Prof. Dr. Leonhard Thun-Hohenstein von COVID-19 betroffen. „Nach einem anfänglichen Schock - ich gehörte ja der ersten Definition nach einer Risikogruppe an - widmete ich mich einem intensiven Studium der vorhandenen Literatur und gleichzeitig der Umsetzung der Erkenntnisse und Empfehlungen der resp. Anordnungen in ein verträgliches und sinnvolles Klinikmanagement. Ich habe unglaubliche Patientinnengeschichten erlebt, sowohl in positiver als auch belastender Weise.“



Wie sich die Pandemie weiterentwickeln wird, schätzt Univ.-Prof. Dr. Leonhard Thun-Hohenstein folgendermaßen ein: „Nach Einschätzung der Viro-/EpidemiologInnen ist mit einer zweiten Welle zu rechnen, eventuell schon relativ bald. Der Lockdown muss unbedingt vermieden werden, das heißt, ‚Contact-tracing‘ soll ausgebaut und konsequent umgesetzt werden. Die Kliniken und Praxen müssen für alle offenbleiben und das muss besser kommuniziert werden, auch Schutzmaterial muss ausreichend vorhanden sein. Im Moment herrscht große Erleichterung über das glimpfliche Davonkommen in Österreich, leider artet diess teilweise in Leichtsinnigkeit aus - bis wir über eine Impfung oder gar Therapie verfügen wird noch einige Zeit vergehen, weswegen die Schutzmaßnahmen der physischen Distanz (nicht der sozialen Distanz) und Hygiene unbedingt weiterhin konsequent eingehalten werden müssen.“



DER BERATERSTAB DER CORONAVIRUS-TASKFORCE IM BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT, PFLEGE UND KONSUMENTENSCHUTZ (BMSGPK)

Der 28-köpfiger Beraterstab setzt sich aus zehn Mitgliedern aus dem Gesundheitsministerium sowie 18 externen Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen zusammen, wie beispielsweise AGES, Österreichische Ärztekammer, Österreichische Gesellschaft für Infektiologie, Technische und Medizinische Universität Wien, Graz und Innsbruck, Bioethikkommission, Österreichisches Rotes Kreuz, Österreichische Apothekerkammer, Tropeninstitut, Krankenhaushygiene, u.v.m. „Der Beraterstab berät das BMSGPK in fachlichen Fragen. Er dient dem



Univ.-Prof. Dr. Leonhard Thun-Hohenstein

Vorstand der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der SALK/PMU, Präsident der Österr. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP)
© SALK

„*Nach Einschätzung der Viro-/Epidemiolog*innen ist mit einer zweiten Welle zu rechnen, eventuell schon relativ bald. Der Lockdown muss unbedingt vermieden werden ...*“

Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und dem Krisenstab des BMSGPK als „sounding board“, d.h. zur kritischen Reflexion und zusätzliche Informationsquelle für eine Auswahl von anstehenden Entscheidungen, Fragestellungen oder zu veröffentlichenden Dokumenten. Diese wissenschaftliche und aus der Erfahrung begründete Expertise kann in eine Adaptierung von geplanten Vorgehensweisen oder die Überarbeitung von Dokumenten münden.“ Die Funktionsperiode beträgt vorerst sechs Monate und kann natürlich bei Bedarf verlängert werden. Die Mitgliedschaft sowie die Tätigkeit zusätzlich beigezogener ExpertInnen erfolgt ehrenamtlich und unentgeltlich.

AUFGABEN DES BERATERSTABES

- > Information zur Einschätzung der aktuellen Situation im jeweiligen Tätigkeitsbereich
- > Information zu aktuellen Entwicklungen und über neue wissenschaftliche Erkenntnisse aus dem jeweiligen Tätigkeitsbereich
- > Rückmeldung zu verbal oder schriftlich vorgetragenen bzw. vorgelegten Maßnahmen, Fragestellungen oder Dokumenten

Die Ergebnisse der Beratungen des Beraterstabs sind nicht bindend für den Bundesminister. Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz kann zur Behandlung spezifischer Fragestellungen zusätzlich befristete Arbeitsgruppen einrichten. In diese Arbeitsgruppen können bei Bedarf zusätzlich zu Mitgliedern des WBSC auch weitere Personen, die zur konkreten Fragestellung einen wesentlichen Beitrag leisten können, aufgenommen werden.

> **Quelle:** www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Taskforce.html

Aktueller Stand COVID-19 Medizin

Eine Rückschau mit Zusammenfassung der wissenschaftlichen und klinischen Erkenntnisse der letzten drei bis vier Monate von Univ. Prof. Alexander Egle

AUS DER KAMMER

In der ersten Woche dieses Jahres wurde – von der Welt weitestgehend unbemerkt – eine neue Virussequenz in den Datenbanken deponiert. Das damit definierte neue Coronavirus, seither SARS-CoV2 benannt, hat seither die Welt in seiner pandemischen Verbreitung in einem Ausmaß verändert, wie dies wohl im vergangenen halben Jahrhundert kaum geschehen ist.

Nichts scheint mehr so zu sein wie vorher. Mehr als neun Millionen Menschen sind weltweit dokumentiert erkrankt, fast eine halbe Million Menschen ist mittlerweile dokumentiert verstorben, über Dunkelziffern wird spekuliert und die Kurve bleibt global steil und ohne klaren Trend zur Abflachung. Nach einer Phase mit mehreren Zusammenbruchs-Szenarien in lokalen Gesundheitssystemen in Europa sind aktuell in großen Teilen Europas – und im speziellen in Österreich und Deutschland – die Fallzahlen seit Wochen rückläufig und haben sich auf niedrigem Niveau eingependelt. Parallel dazu lässt aktuell die Vorsicht in vielen Bereichen nach und es kommt zu neuen, teilweise beträchtlichen Clustern in Österreich und Deutschland. Eine rasch

platzgreifende allgemeine Sorglosigkeit, getrieben vom großen Wunsch nach der Rückkehr zu einer ersehnten Normalität, lässt befürchten, dass ein Wiederaufflammen der Epidemie mit anhaltender, initial nicht detektiert Transmission in der Bevölkerung, gefolgt von einer neuerlichen exponentiellen Erkrankungswelle, kaum zu vermeiden sein könnte.

Nach einer atemlosen Zeit der Reaktion auf die Erkrankungswelle mit vielen Lerneffekten zur Epidemiologie, zu Symptomatik und Verlauf der eigentlichen Viruserkrankung (nun unter dem Namen COVID-19), zur Organisation der nötigen Versorgungsstruktur, zur Verwahrung von Versorgungsmängeln mit Schutzkleidung und Testressourcen und nicht zuletzt zum persönlichen Preis von PatientInnen, Angehörigen und dem versorgenden Gesundheitspersonal, besteht aktuell die Möglichkeit einer kurzen Rückschau mit Zusammenfassung der wissenschaftlichen und klinischen Erkenntnisse der letzten drei bis vier Monate (das für die kurze Zeit ist ebenso bemerkenswert, wie es Memoiren eines Kindes wären).

Vorausgeschickt sei, dass das enorme Tempo der Entwicklung, die akute Notwendigkeit für raschen Erkenntnisgewinn sich dermaßen zugespitzt hatte, dass viele normale Reflexe der evidenzbasierten Medizinentwicklung von vielen weitgehend über Bord geworfen wurden. Die klinische Definition der Erkrankung und ihrer Symptomatik (ebenso wie die behördliche Definition des Verdachteten) entwickelte sich im Wochentakt. Die akute Notwendigkeit, in der Konfrontation mit einer neuen, unbekannteren und teils ungewöhnlich schwer verlaufenden Erkrankung im Sinne der PatientInnen zu agieren, führte weltweit zu einer ungekannten Welle von „individuellen Heilversuchen“ (teilweise sogar von Staatspräsidenten in problematischer Weise propagiert) mit den

unterschiedlichsten verfügbaren Medikamenten. Die Anzahl von Manuskripten, die ohne peer-review auf öffentlichen Portalen abgelegt wurden und teilweise die Stoßrichtung von Versorgung und Politik beeinflussten, hat sprunghaft zugenommen. Teilweise führten bloße Presseausendungen zur Verkündung neuer Therapiestandards. Das führt einerseits zu einer enorm raschen Verbreitung von Information – nie haben wir in so kurzer Zeit so viel über eine Erkrankung gelernt – aber andererseits verunsichert es die Entscheidungsträger in Hinblick auf die Qualität der Entscheidungsgrundlagen, auf denen wir alle stehen. Wie erwähnt ist es daher wohl ein guter Zeitpunkt, aktuell belastbare Erkenntnisse zusammenzufassen.

VON VIRUS UND EPIDEMIOLOGIE

Trotz eines hohen Sequenz-Homologie-Grades mit dem SARS Virus hat das SARS-CoV2 Virus ein deutlich anderes Vermehrungsmuster mit einer sehr viel deutlicheren Vermehrungsfähigkeit im oberen Respirationstrakt. Diese Replikation führt zu einer frühen Infektiosität in Infektionsverlauf durch hohe Virustiter im oberen Respirationstrakt bereits am Anfang der Infektion. Unglücklicherweise stellte sich aus virologischen Messungen und durch aus epidemiologischen Daten errechneten Modellen heraus, dass die höchste Infektiosität der Erkrankung wohl in den ein bis zwei Tagen vor und den zwei bis drei Tagen nach dem Beginn einer



a.o. Univ. Prof. Alexander Egle

FA für Hämatologie und Onkologie

FA für Infektiologie und Tropenmedizin

3. Universitätsklinik für Innere Medizin mit Hämatologie, internistischer Onkologie, Hämostaseologie, Infektiologie und Rheumatologie

© SALK

Symptomatik besteht – diese Zeit treibt den Großteil der Epidemie. Dabei kann die Initial Symptomatik (s.u.) sehr unterschiedlich stark sein und es gibt auch unterschiedliche Raten an berichteten asymptomatischen Infektionen. Für Letztere ist allerdings nicht ganz klar, welchen effektiven Beitrag sie zur epidemiologischen Verbreitung des Virus beitragen – der Beitrag könnte aber nach einigen Schätzungen limitiert sein und etwas genauere Untersuchungen finden bei mindestens 80 Prozent der Infizierten eine irgendwie symptomatische Phase.

Ähnlich unklar bleibt der Beitrag der Kinder zur Epidemiologie. Es gibt aber zunehmende Hinweise, dass sie bei sehr niedriger Rate an klinisch detektierter Erkrankung, aber deutlicher Viruslast als rele-

vante Vektoren der Epidemie gelten könnten. Im Gegensatz zu SARS, wo die Infektiösität meist erst bei Schwerkranken hoch war, ist bei SARS-CoV2 die Infektiösität am größten in einer Phase von teilweise noch milden Symptomen, was die Schwierigkeiten das Virus allein durch Kontaktracing einzudämmen erklärt, da man damit oft zu spät kommt.

Insgesamt ergibt sich unter unseren gewohnten sozialen Strukturen ein sogenanntes R_0 von etwa 2-3 – d.h. in etwa, dass ein/e PatientIn in seiner infektiösen Zeit etwa 2-3 PatientInnen ansteckt. Eine diesbezüglich unter Umständen günstige Erkenntnis ist dabei die bereits bei SARS beobachtete deutliche sogenannte Dispersion die auch bei SARS-CoV2 beträchtlich sein dürfte – das beschreibt die statistische Streuung des R_0 Wertes zwischen einzelnen PatientInnen – so stecken manche PatientInnen deutlich mehr als zwei bis drei andere an und andere wohl deutlich weniger oder gar keine. Dafür wird gelegentlich auch der Begriff des „Super-

Spreading“ verwendet – der aber deutlich irreführend ist, weil in gewisser Weise er eine hauptsächlich biologische Ursache suggeriert („der Super-Spreader“). Die Datenlage weist aber eher darauf hin, dass dieses Phänomen durch Sozialverhalten entsteht, das zu sogenannten Super-Spreading-Ereignissen führt. Mittlerweile entsteht zunehmend der Eindruck, dass besonders laute Vokalisierung mit entsprechender Aerosolbildung zu solchen Ereignissen führen, wie sie bei Chorproben, bei Glaubensgemeinschaften, in lauten Bars, Restaurants und Diskotheken und in lauter Umgebung an kühlen Arbeitsplätzen (z.B. Fleischindustrie) und bei Sportveranstaltungen durch entsprechend große Cluster dokumentiert sind.

Demgegenüber ist in den letzten Wochen die Idee der Übertragung durch Oberflächen etwas mehr in den Hintergrund getreten. Eine solche sozial-bedingte Dispersion würde deutliche Chancen für die Gesellschaft bergen, durch Interventionen an solchen Super-spreading Szenarien und rasche Isolation von Clustern die Epidemie auch über längerfristige Zeiträume zu begrenzen, da außerhalb der Superspreading Events allenfalls ein R_0 besteht, das keine langfristige Transmission aufrecht erhält. Das würde aber entsprechende Disziplin von Bevölkerung und Gesundheitsbehörden verlangen und es ist nicht klar, ob sich solche Szenarien vor dem Druck der Gesellschaft in Richtung Normalität halten lassen.





Leider ist aus serologischen Untersuchungen in vielen Ländern zu erkennen, dass selbst schwer von der initialen Epidemie betroffene Länder nur wenige Prozent der Bevölkerung exponiert sahen. In fast allen Teilen der Welt ist die susceptible Population weiter größer als 80 Prozent, meist grösser als 90 Prozent und in Österreich wohl größer als 97 Prozent, sodass ohne gravierende bevölkerungsweite Verhaltensänderungen mit allenfalls auch sehr großen zweiten (und leider auch dritten und vierten) Infektionswellen zu rechnen ist. Das Erreichen einer Herdenimmunität (optimistisch ab etwa 60 Prozent Immunität angenommen) durch echte „Durchseuchung“ könnte laut Modellen aus Harvard mehrere Jahre dauern, wenn dabei durch entsprechende

episodische soziale Maßnahmen kein Zusammenbruch des Gesundheitssystems riskiert werden soll. Diese Aussicht macht die **Dringlichkeit einer effektiven Impfung** besonders klar. Bisherige Erfahrungen aus der Infektion zeigen, dass mit einer protektiven Immunität aus der Bildung von neutralisierenden Antikörpern durchaus zu rechnen ist und dass auch relevante T Zellimmunität entstehen dürfte.

Eine sehr rasche Entwicklung vieler verschiedener Impfansätze, rasche Implementierung klinischer Studien und erste kolportierte Ergebnisse, geben Hoffnung, dass effektive Impfungen zur Verfügung stehen werden. Es bleibt aber schwer, diesbezügliche Zeitvorstellungen zu schätzen. Bis dahin sind die Gesellschaften auf disziplinierte Umsetzung von Konzepten sozialer Distanzierungsmaßnahmen angewiesen, um die Infektionszahlen niedrig zu halten und eine exponentielle Phase von „community transmission“ zu verhindern, die wohl nicht ohne neuerliche „Lockdown“-Maßnahmen durchzustehen wäre. Dabei ist auch wirtschaftswissenschaftlich unterlegt, das Virus selbst ist das Substrat der Katastrophe und nicht die frühe gesellschaftliche Reaktion. Die weitere wichtige Vorbereitung der Gesundheitssysteme ist dabei ebenso essentiell, es ist aber klar, dass die Größe der Epidemie vor den Toren der Kliniken bestimmt wird.

DIE ERKRANKUNG:

Die Virusinfektion führt in der überwiegenden Mehrheit der Infizierten nach einer medianen Inkubationszeit von etwa fünf Tagen (mit einem praktikablen oberen Limit von 14 Tagen) initial zu einer unterschiedlich schweren allgemeinen Virussyptomatik mit buntem Bild in unterschiedlicher Ausprägung und Zusammensetzung: Fieber ($>37,5^{\circ}\text{C}$), Husten, Halsschmerzen oder Katarrh der oberen Atemwege aber auch gastrointestinale Symptome wie Diarrhöen.

Keine der genannten Symptome kommt bei allen Erkrankten vor. Leider ist die initiale klinische Präsentation dadurch mit einer sehr kleinen Spezifität für die Vorhersage einer COVID-19 Erkrankung ausgestattet und lässt viele Differentialdiagnosen offen. Relativ spezifischer, aber auch nicht so häufig sind Geruchs- und Geschmacksstörungen. Die Diagnose muss daher, oft bei mäßigem klinischen Verdacht, immer über eine Testung mit RT-PCR Nachweis des Virus, überwiegend aus respiratorischen Materialien (meist tiefer Nasopharynxabstrich) gestellt werden und schließt in vielen Algorithmen auch eine CT Untersuchung des Thorax ein. Die Serologie ist dagegen für die Diagnostik der Erkrankung nur im Ausnahmefall sinnvoll.

Klinisch ist der initiale Verlauf meist nicht bedrohlich. Bei etwa 80 Prozent der nachgewiesenen Infektionen ist auch eine Ausheilung nach leichter bis mäßiger Symptomatik spontan zu erwarten.

Für etwa 20 Prozent sind die Verläufe schwer und erfordern neben stationären Aufnahmen, in bis zu fünf Prozent intensivmedizinische Versorgung mit mechanischer Ventilation. Diese hohen Zahlen definieren den enormen Stress, dem sich Gesundheitssysteme rund um den Globus, in besonders schlecht kontrollierten Epidemien, auseinandersetzen mussten.

Die Erkrankung scheint dabei in zwei Phasen zu verlaufen – eine initiale vom Virus getriebene



Viruserkrankung, die nach etwa einer Woche im Rahmen der beginnenden Immunreaktion eine klinische Veränderung erfährt. Dabei löst das Virus eine ausgeprägte Inflammation über Aktivierung des „innate“ Immunsystems aus, was besonders bei Replikation in den unteren Atemwegen zu beeindruckenden, beidseitigen, inflammatorischen interstitiellen Pneumonien führen kann.

Kommt es dabei zu besonders hochinflammatorischen Verläufen, entsteht ein respiratorisches Versagen durch eine exzessive lokale Inflammation einerseits und wohl auch durch intravasale Thrombosierung im Lungengefäßsystem. Letzteres wird wohl auch durch die überschießende Inflammation und die daraus resultierende Gerinnungsaktivierung mit ausgelöst. Insgesamt entsteht dabei eine äußerst unangenehme Form des Lungenversagens, die bei teilweise erhaltener Compliance der Lunge ein Oxygenierungsversagen bedingt und im Mittel ungewöhnlich lange Beatmungszeiträume bedingt, welche manchmal nur mit ECMO Unterstützung zu bewältigen sind. Die Mortalität dieser intubationspflichtigen

Pneumonien ist in unterschiedlich kompensierten Gesundheitssystemen hoch verschieden (bis >80 Prozent bei Gesundheitssystemen im Ausnahmezustand), ist aber selbst bei vollständig erhaltener Versorgung bei mindestens 25-30 Prozent anzusiedeln. Das Risiko für schwere Verläufe steigt dabei mit dem Alter und mit einer Reihe von Komorbiditäten großteils aus dem Bereich des metabolischen Syndroms (Hypertonie, Diabetes Mellitus, Adipositas und kardiale Erkrankungen) - dieser Erkrankungskomplex wird ja mechanistisch auch als inflammatorisches Geschehen gesehen. Zusätzlich sind natürlich vorbestehende Lungenerkrankungen und auch Tumorerkrankungen, vor allem bei rezenter Therapie als Risikofaktoren für schwere Verläufe definiert.

Es wird diskutiert, dass der Übergang von der viralen ersten Phase in die meist schwerere inflammatorische Phase durch eine teilweise inkompetente Antikörperreaktion zustandekommen könnte. Dabei dürfte das Virus zwar allenfalls limitiert, aber nicht neutralisiert werden und dadurch die Stimulation der Immunreaktion bis zur Hyperinflammation (analog zur Hämophagozytischen Lymphohistiozytose) weiter vorantreiben. Basierend auf solchen Konzepten zielen aktuell untersuchte Therapieansätze einerseits auf der Limitierung der Virusreplikation durch virustatische Prinzipien, aber auch durch passive Immunisierung mit Plasma von konvaleszenten COVID-19

PatientInnen und andererseits auf eine Limitierung der überschießenden Inflammation.

THERAPIE DER COVID-19 INFEKTION

Aktuell existiert, abgesehen von medizinisch indizierten, supportiven Maßnahmen (von symptomatischer Therapie, über die Behandlung von nicht sehr häufigen bakteriellen Superinfektionen und supplementierender Sauerstofftherapie bis zur intensivmedizinischen Beatmungstherapie) kein klarer evidenzbasierter Standard. Wenige gut strukturierte Studienansätze mit randomisierten Kohorten stehen bislang zur Verfügung - der Bedarf an qualitativ hochwertiger Evidenz ist riesig.

Eine Reihe von virustatischen Versuchen wurde unternommen. Aus initialen Berichten aus China herrührende Hoffnungen auf eine Wirksamkeit der bei HIV zugelassenen Proteaseinhibitor-Kombination aus Lopinavir/Ritonavir oder der für Malaria und rheumatologisch zugelassenen Substanzen Chloroquin oder Hydroxychloroquin haben mittlerweile in größeren Analysen keine Hinweise auf echte Vorteile gezeigt oder sogar mögliche Nachteile dokumentiert. Entsprechend Studienarme großer internationaler randomisierter mehrarmiger Studien, wie der RECOVERY, der SOLIDARITY oder der DISCOVERY Studie (letztere ist am Zentrum in Salzburg zur Rekrutierung offen) werden gerade in den Studienzentralen zur Schließung (und Auswertung) vorbereitet.

Positive Resultate gibt es zu Remdesivir, das in einer amerikanischen randomisierten Studie einen signifikanten Vorteil in der Zeit zu einer klinischen Verbesserung bei COVID-19 PatientInnen erbrachte. Allerdings sind härtere Endpunkte, wie das Überleben, nicht signifikant beeinflusst worden, sodass bei einem Signal für eine prinzipielle Wirksamkeit weitere Daten zum optimalen Einsatz nötig sind – dazu besteht im Rahmen der, in Salzburg offenen, DISCOVERY Studie im experimentellen Remdesivir Arm Gelegenheit zur Rekrutierung. Wir haben mit der Substanz positive Erfahrung bei Immunsupprimierten gemacht – die nicht zugelassene Substanz ist aber außerhalb von Studien in Österreich aktuell praktisch nicht verfügbar.

Ein weiteres Prinzip der Virustherapie ist die pharmakologische Blockade des ACE2 Rezeptors, der als Eintrittspforte des Virus in die Zelle durch Bindung über das sogenannte Spike Protein dient. Eine Therapiestrategie mit Blockade dieser Interaktion ist im Rahmen einer in Salzburg offenen, internationalen, randomisierten Studie in Testung. Ergebnisse sind aber noch nicht verfügbar. Eine Diskussion über die Rolle von ACE und RAS-Inhibitoren als mögliche Risikofaktoren für schwere Erkrankungen ist durch mehrere, große in den letzten Wochen publizierte Analysen entschärft worden. Es gibt insgesamt keine Hinweis auf einen, vom Risikofaktor Hypertonie unabhängigen, Effekt und es wird nicht empfohlen, antihypertensive Therapien umzustellen.



Eine weitere Maßnahme um die Virusvermehrung zu bekämpfen besteht in passiven Immunisierungsstrategien mit sogenanntem konvaleszentem Plasma – also Plasma von Spendern mit entsprechenden Antikörpern nach abgelaufener COVID-19 Infektion. Diese Strategie ist für einige andere Viruserkrankungen bereits erfolgreich verwendet worden und hat ein bekanntes Sicherheitsprofil. Auch hier fehlen aber noch kontrollierte Studien und die Plasmatherapie könnte allenfalls für PatientInnen, die sich bereits in die kritische, inflammatorische Phase der Erkrankung bewegen, zu spät kommen. In jedem Fall ist das Plasma aber eine essentielle Option für schwer immunsupprimierte COVID-19 PatientInnen, wie auch unsere eigenen Erfahrungen zeigen.

Für die Behandlung der Hyperinflammation war natürlich die Verwendung von Cortikosteroiden eine logische Option. Allerdings bestand initial die Furcht vor der Immunsuppression und Einschränkung der antiviralen Immunantwort und initiale WHO Empfehlungen warnten explizit vor dem Einsatz. Eine randomisierte Analyse aus der RECOVERY Studie scheint nun einen positiven Effekt auf das Überleben durch Dexamethason, vor allem bei sehr schweren Verläufen, zu zeigen. Allerdings basiert dies bislang auf einer Presse-Aussendung – es liegt noch kein tieferer Datensatz



zur Beurteilung der Studienergebnisse vor. Steroide wurden aber bereits breit in entsprechenden Situationen außerhalb von Studien verwendet.

Andere anti-inflammatorische

Therapien mit möglicherweise weniger breiter Immunsuppression als Steroide und gezielteren Eingriffen in die Inflammationssignale sind mit IL-6 signalinhibierenden Strategien (z.B. Tocilizumab), IL1 Signalinhibitoren (Anakinra) oder Signaltransduktionsinhibitoren unterhalb der Rezeptorebene, wie Jak2 oder BTK Inhibitoren in Testung. Dazu gibt es allerdings

bislang bestenfalls kleine Fallserien (interne Erfahrungen in individuellen Heilversuchen haben teils deutliche Verbesserungen gezeigt) und randomisierte Vergleiche müssen erst zeigen, dass gegenüber Steroiden Vorteile bestehen.

Im Bereich der intensivmedizinischen Versorgung der Schwerstkranken sind ebenfalls viele Erfahrungswerte gewonnen worden – von der ungewöhnlich langen Zeit mechanischer Ventilation über die ausgeprägte Wirksamkeit von Bauchlagerung (das sogenannte „Proning“ scheint sogar für nicht intubierte PatientInnen einen deutlichen Vorteil zu bringen), bis hin zur Definition von unterschiedlichen Typen des Lungenversagens bei COVID-19 (z.B. high vs low compliance). Aber für eine genauere Einschau dazu fehlt der Raum.

Insgesamt bleibt die Therapie ein weit offenes Feld für bessere Evidenz, aber erste positive Ergebnisse liegen vor, wenn wir auch noch weit von einer Lösung entfernt sind, die Hilfe für den Einzelnen und ausgeprägte Ressourcenschonung für alle erreicht.

AUSBLICK

In Zusammenschau haben wir als Infektiologen aus der ersten Welle in Europa sehr rasch viel Information gewonnen, viele Lehren gezogen und viel für das Management dazugelernt.

Wie oben skizziert, könnte uns der starke Wunsch der Bevölkerung nach einer Normalität wie vor COVID-19 leider rasch in Richtung auf eine zweite Welle führen. Es ist daher wichtig, dass alle im Gesundheitssystem höchst wachsam bleiben, um bei eigener Symptomatik durch Testung Einträge ins Gesundheitssystem zu verhindern und bei der Patientenbetreuung in wachsender Art ebenfalls frühzeitig Diagnosen zu stellen. Die rasche Reaktion der Behörden extramural im

Kontaktmanagement und der Politik in der gemessenen aber gegebenenfalls raschen Vorgabe von Maßnahmen ist dabei ebenso wichtig, wie das Bewusstsein der Entscheidungsträger im Gesundheitssystem, dass eine adäquate (in der Dimension wohl nicht ganz schmerzfreie) Vorbereitung auf leider zu erwartende weitere Erkrankungswellen unabdingbar nötig ist, um nicht bei entsprechender Dynamik einer epidemiologischen Situation rasch den Zusammenbruch des Systems, wie in mehreren europäischen Regionen erfahren, zu riskieren. Mit einer Kombination aus guter Vorbereitung, neuen Erkenntnissen, und etwas Glück sollte uns das aber hoffentlich erspart bleiben. Das dazu erwähnenswerten nötige Quäntchen Glück wünsche ich uns allen von Herzen!



„In Zusammenschau haben wir als Infektiologen aus der ersten Welle in Europa sehr rasch viel Information gewonnen, viele Lehren gezogen und viel für das Management dazugelernt.“

Urlaubsreisen zu Corona-Zeiten und arbeitsrechtliche Risiken

Dieser Beitrag ist sowohl für angestellte Spitalsärztinnen und Spitalsärzte von Interesse, als auch für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als Arbeitgeber.

Dr. Johannes Barth

AUS DER KAMMER

Im Sommer 2020 stellt sich die Frage, ob Urlaubsreisen (vor allem ins Ausland) mit arbeitsrechtlichen Risiken verbunden sein können. Von Interesse ist insbesondere, wenn es nach einer Urlaubsreise bei der Rückkehr zu Problemen kommt, die dazu führen, dass ein zeitgerechter Arbeitsantritt nicht möglich ist. In Frage kommen hier Umstände, bei denen im Ausland beispielsweise eine Bewegungseinschränkung erfolgt (örtliche Quarantäne im Ausland), dass bestimmte Verkehrsmittel wegen oder in Folge von COVID-Maßnahmen nicht zur Verfügung stehen, um rechtzeitig heimzukehren (z.B. Ausfall von Flugverbindungen odgl.), wie auch Selbstisoliations-Verpflichtungen bei der Rückkehr aus dem Urlaubsland nach Österreich, die zum Antritt der Reise noch nicht bekannt waren. Möglicherweise ist es erst während der Dauer des Auslandsaufenthaltes zu einer behördlichen Maßnahme/Verordnung gekommen mit einer neuen Reisewarnung oder gar Reisebeschränkung. Diese muss noch

nicht zu Beginn des Auslandsaufenthaltes bestanden haben. An der hier vorgenommenen – nicht vollständigen – Aufzählung von möglichen Sachverhalten wird bereits ersichtlich, dass unterschiedliche Fallkonstellationen nicht zwingend dieselben Rechtsfolgen nach sich ziehen müssen.

Wenn eine Arbeitsleistung nicht bzw. nicht rechtzeitig möglich ist, und das ist hier der zentrale Punkt, stellt sich die Frage, wer die Verantwortung dafür zu tragen hat bzw. das Risiko trägt. Bei Urlaubsreisen ist das üblicherweise der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin, in deren „Sphäre“ es liegt, wenn die Arbeit nach Ablauf des genehmigten Erholungsurlaubes (oder Zeitausgleiches) nicht rechtzeitig angetreten werden kann. Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass dies oftmals nicht in die „Sphäre“ des Arbeitgebers fällt.

Zur Abgrenzung: Im Zuge der gesetzlichen Anpassungen bei Ausbruch der COVID-19-Pandemie in Österreich wurde u.a. auch § 1155 ABGB angepasst. Damit wurde ermöglicht, dass es trotz einer Epidemie zu einer Entgeltfortzahlungspflicht des Arbeitgebers kommt, wenn Maßnahmen auf Grundlage des COVID-19-Maßnahmengesetzes zum Verbot oder zu Einschränkungen des Betretens von Betrieben führen und daher die Dienstleistungen der Arbeitnehmer ausfallen. In einem solchen Fall haben aber die Arbeitnehmer in dieser Zeit unter den gesetzlichen Voraussetzungen und Grenzen über Anordnung des Arbeitgebers gegebenenfalls Urlaubs- und Zeitguthaben zu verbrauchen. Die anlassbezogene COVID-Regelung sieht also vor, dass trotz einer Situation, bei der im Regelfall voraussichtlich keine Entgeltfortzahlungspflicht besteht, ausdrücklich eine Entgeltfortzahlungspflicht festgelegt wird (bei Betriebssperren bzw. Betretungsverboten von Betrieben), jedoch gleichzeitig die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ge-

zwungen sind, über Anordnung des Arbeitgebers im gesetzlich vorgesehenen Ausmaß für diese Zeit bestehende Urlaubs- und Zeitguthaben zu verbrauchen.

An dieser Regelung wird deutlich, dass nicht alle Risiken in Zusammenhang mit entfallenden Arbeitsleistungen auf Basis von Maßnahmen des COVID-19-Gesetzes oder der COVID-19-Pandemie in die „Sphäre“ der Arbeitgeber fallen. Risiken im Zusammenhang mit Urlaubsreisen (vor allem ins Ausland) und nicht rechzeitigem Antreten der Arbeit fallen oftmals in die „Sphäre“ der Arbeitnehmer.

MÖGLICHE FALL-KONSTELLATIONEN

Reisewarnung(en):

Relativ einleuchtend erscheint der Fall einer offiziellen, durch die Bundesregierung ausgesprochenen Reisewarnung bzw. Information seitens des Außenministeriums. Wer sich trotz einer solchen Reisewarnung in ein solches Land begibt, um dort seinen Urlaub zu genießen, wird die Risiken, die mit einer solchen Urlaubsreise verbunden sein können, auch selbst verantworten müssen. Verwirkt sich dann solch ein Risiko und wird dadurch beispielsweise der rechzeitige Wiederantritt der Arbeit nicht möglich, könnte das unter Umständen auch eine Dienstpflichtverletzung bedeuten, die der Arbeitnehmer zu verantworten hat. Es könnte daher sogar eine Beendigung des Dienst-



verhältnisses durch z.B. eine Kündigung drohen (Beurteilung im Einzelfall nach den jeweiligen arbeits- bzw. dienstrechtlichen Bestimmungen). Dann geht es nicht nur um die Frage der Entgeltfortzahlung, sondern um den Bestand des Arbeitsverhältnisses selbst.

> **Link Reisewarnungen der Bundesregierung:**
www.bmeia.gv.at/reise-aufenthalt/reisewarnungen/

Auslandsreise ohne Reisewarnung:

Anders gelagert ist die Fallkonstellation, wenn eine Auslandsreise in ein Land erfolgt, für das zum Zeitpunkt des Reiseantritts keine Reisewarnung besteht. Es kann sich aber dennoch im Zuge des Auslandsaufenthaltes in diesem Urlaubsland die Lage verändern und könnte zu einer später eintretenden Reisewarnung führen bzw. kann der konkrete Aufenthalt in einem Gebiet des Urlaubslandes in eine Risikoregion führen, die beispielsweise unter behördliche Quarantäne gestellt wird. Dann könnte der rechtzeitige Wiederantritt der Arbeit fraglich sein. Des Weiteren könnte eine Selbstisoliationsregelung im Heimatland dazu führen, dass die Arbeit nicht rechtzeitig angetreten werden kann. Zunächst leuchtend ein, dass den Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin bei der Planung und bei der Durchführung der Reise kein Verschulden trifft. Unter Umständen trifft den Arbeitnehmer auch hier das Entgeltrisiko, wenn die Gefahrenlage bzw. Quarantäne



absehbar bzw. vorhersehbar war und der Arbeitnehmer nicht alles unternommen hat, um eine Rückreise zu bewerkstelligen. Mit anderen Worten hat der Arbeitgeber unter Umständen auch in einem solchen Fall keine Entgeltfortzahlungspflicht. Diesfalls bedeutet das für den Arbeitnehmer, dass man entweder seinen Urlaub verlängern oder Zeitausgleichsguthaben verbrauchen muss oder andernfalls keine Gehaltsfortzahlung erfolgt. Der Bestand des Arbeitsverhältnisses wäre allerdings im Regelfall nicht gefährdet.

Behördlich angeordnete Quarantäne gem. § 32 Epidemiegesetz:

Wird ein Arbeitnehmer behördlich unter Quarantäne gestellt, dann ist er entweder mit dem Corona-Virus infiziert oder es besteht zumindest der Verdacht auf eine Infektion mit dem Corona-Virus (z.B. Kontaktperson). In einem solchen Fall wird von der Bezirksverwaltungsbehörde ein Bescheid ausgestellt. In diesem Fall hat der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer das Entgelt solange in vollem Ausmaß weiter zu bezahlen, bis die Quarantäne beendet ist und der Arbeitnehmer den Dienst wieder antreten kann. Dafür kann der Arbeitgeber binnen längstens sechs Wochen nach Ende der Quarantäne bei der Bezirksverwaltungsbehörde einen Antrag auf Erstattung des weitergezählten Entgelts stellen. Diesem Antrag muss der Arbeitgeber den Bescheid, den der

Arbeitnehmer von der Behörde nach dem Epidemiegesetz über die Quarantäne erhalten hat, als Nachweis beilegen.

Wenn sich ein Arbeitnehmer freiwillig – also ohne behördliche bzw. bescheidmäßige Anordnung – in Quarantäne begibt oder begeben möchte, ohne dass zumindest der Verdacht einer Infektion besteht, begründet dies keinen Anspruch auf Weiterzahlung des Entgeltes. In einem solchen Fall empfiehlt es sich im Vorfeld, mit dem Arbeitgeber den Abbau von Urlaub bzw. von Zeitguthaben zu vereinbaren. Der Arbeitnehmer darf jedenfalls nicht ohne eine solche Vereinbarung – also keinesfalls einseitig – von der Arbeit fernbleiben oder die Arbeitsleistung verweigern.

> Was passiert bei einem positivem SARS-CoV-2 Test?

Nach Vorlage eines positiven SARS-CoV-2 Befundes ist der Arbeitnehmer gemäß den bekannten gesetzlichen Bestimmungen arbeitsunfähig und es besteht dann die ganz gewohnte Entgeltfortzahlung wie in jedem anderen Falle von Erkrankung/Verletzung (EFZG).

„Selbstüberwachte Heimquarantäne“ bei Wiedereinreise:

Durch die Verordnung des Gesundheitsministeriums über Maßnahmen bei der Einreise aus bestimmten Nachbarstaaten (u.a. BGBl. II Nr. 87/2020 idF BGBl. II Nr. 242/2020) wird geregelt, dass eine Wiedereinreise voraussetzt, ein Formular zu unterfertigen über die Verpflichtung zum Antritt einer 14-tägigen „selbstüberwachten Heimquarantäne“. Die Ausreise aus Österreich wird, bei den zu diesen Zeitpunkt betroffenen Staaten, somit nicht explizit ausgeschlossen. Der wesentliche Unterschied zur behördlich angeordneten Quarantäne auf Grundlage des Epidemiegesetzes besteht darin, dass es hier keine Ersatzan-

sprüche gibt und keinen gesetzlichen Anspruch auf Lohnfortzahlung. Die Reisebeschränkungen bzw. die gewählte Vorgangsweise wird auch vereinzelt kritisiert (A.o. Univ.Prof. Dr. Muzak, Institut für Staats- und Verwaltungsrecht Universität Wien, in „Die Presse“ am 02. Juni 2020).

> Ausweg, um eine „Selbstüberwachte Heimquarantäne“ bei Wiedereinreise zu vermeiden: Negativer SARS-CoV-2 Befund. Zitat aus der Verordnung: „Wenn ein währenddessen durchgeführter molekularbiologischer Test auf SARS-CoV-2 negativ ist, kann die 14-tägige selbstüberwachte Heimquarantäne beendet werden.“

> Aktuelle Rechtslage: Mit Stand ab 16. Juni ist bei der Einreise aus insgesamt 31 europäischen Ländern keine 14-tägige Quarantäne oder Testung notwendig (gemäß der Verordnung vom 11. Juni

BGBl. II. Nr. 263/2020). Für die italienische Region Lombardei gilt weiterhin eine partielle Reisewarnung.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Auswahl eines Urlaubszieles im Ausland in Corona-Zeiten (COVID-19-Pandemie) kann mit arbeitsrechtlichen Folgen verbunden sein. Die Entscheidung für ein bestimmtes Urlaubsland kann daher möglicherweise auch mit einem arbeitsrechtlichen Risiko verbunden sein. Zu berücksichtigen sein wird, dass man damit rechnen muss, dass sich Reisewarnungen und amtliche Definitionen von Risikoregionen rasch ändern können. Auch im Ausland kann jederzeit eine Änderung der Situation eintreten, die dann dazu führen kann, dass der rechtzeitige Wiederantritt der Arbeit nicht möglich ist. Dies kann zu Lasten des Arbeitnehmers zu arbeitsrechtlichen Konsequenzen führen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass bei verspätetem Arbeitsantritt in den überwiegenden Fällen vielfach kein Entgeltfortzahlungsanspruch besteht.

Einige Dienstgeber haben ihre Arbeitnehmer bereits über diese Risiken informiert (z.B. die SALK in einem internen Email vom 19. Mai 2020). Der Beurteilung eines einzelnen, konkreten Sachverhaltes soll und kann durch diesen Beitrag nicht vorgegriffen werden. Die Ausführungen versuchen die möglichen Risiken für die Arbeitnehmer aufzuzeigen. Ähnlich vorsichtig einschätzend hat der in



Dr. Johannes Barth
Rechtsabteilung



FRAGEN AN



Dr. Christian Mahringer
Rechtsanwalt

Kann der Dienstgeber von seinem Dienstnehmer die Auskunft verlangen, ob er seinen Urlaub in einem Risikogebiet verbracht hat?

Diese Frage muss im Hinblick auf die dem Dienstnehmer obliegende Treuepflicht klar mit JA beantwortet werden.

Darf der Dienstgeber dem Dienstnehmer eine Urlaubsreise in ein Corona-gefährdetes Gebiet verbieten (trotz Reisewarnung)?

Diese Frage wird man rechtlich wohl mit NEIN beantworten müssen. Erkrankt allerdings der Dienstnehmer in der Folge an Coronavirus oder muss er sich anschließend an den Urlaub beispielsweise in Quarantäne etc. begeben, sind damit im Regelfall arbeitsrechtliche Konsequenzen (Entfall Entgeltfortzahlung, etc.) verbunden.

> Link: www.msb-anwaelte.at



„Corona hat unsere Arbeitswelt in den letzten Monaten gehörig durcheinandergewirbelt. Ob in der Praxis tätig oder in der Klinik angestellt – wir haben uns dieses Jahr den Urlaub redlich verdient.“

Österreich renommierte Rechtsprofessor, Univ.Prof. Dr. Mazal, Universität Wien, in der ORF ZIB 1 am 30. Mai 2020 im Interview geäußert.

Schönen Sommerurlaub
und bleiben Sie gesund!

> **Nützliche Reiseinformationen**
der Bundesregierung:

[www.bmeia.gv.at/
reise-aufenthalt/
reiseinformation/faqs/](http://www.bmeia.gv.at/reise-aufenthalt/reiseinformation/faqs/)

[www.bmeia.gv.at/
reise-aufenthalt/
reisewarnungen/](http://www.bmeia.gv.at/reise-aufenthalt/reisewarnungen/)



KOMMENTAR



VP PD. Dr.
Jörg Hutter,
Kurienobmann
Angestellte
Ärzte

„Corona hat unsere Arbeitswelt in den letzten Monaten gehörig durcheinandergewirbelt. Ob in der Praxis tätig oder in der Klinik angestellt – wir haben uns dieses Jahr den Urlaub redlich verdient. Auch wenn das Damoklesschwert einer Infektion offensichtlich schon ein wenig stabiler über uns hängt, sollten uns arbeitsrechtliche Aspekte von Urlaubsreisen

auch unabhängig von Pandemien regelmäßig in Erinnerung gebracht werden. Arbeitgeber haben ein hohes Interesse daran, dass sich MitarbeiterInnen im Urlaub erholen und dann wieder mit voller Kraft ihrer Arbeit nachgehen können. Dass dies auch im Interesse der Angestellten ist, erklärt sich wohl von selbst. Unter Beachtung der hier dargestellten rechtlichen Empfehlungen – ohne erhobenen Zeigefinger – wünsche ich Ihnen einen erholsamen Sommerurlaub und bleiben Sie gesund.“



EXPERTENTIPP

Todesfall – was passiert mit den Versicherungen?

Ein Todesfall in der Familie ist immer traurig und man muss von einem geliebten Menschen Abschied nehmen. Das Durchforsten von persönlichen Unterlagen und Versicherungen des Verstorbenen sollte dennoch eine der ersten Tätigkeiten sein und möglichst unverzüglich vorgenommen werden. Grundsätzlich gilt: nicht alle Versicherungen enden automatisch mit dem Tod des Versicherungsnehmers!

Bei Versicherungen auf den Todesfall (= personenbezogene Versicherung), endet mit dem Tod nicht nur die Prämienzahlung, sondern es wird auch die vereinbarte Versicherungssumme an die bezugsberechtigten Erben ausbezahlt. Personenversicherungen wie z.B. Kranken-, Unfall-, Berufsunfähigkeits-, private Pensions-Versicherungen sind an die Person des Versicherungsnehmers gebunden. Diese erlöschen automatisch aufgrund Wegfalls des versicherten Risikos mit dem Todesfall. Der Versicherer hat jedoch so lange Anspruch auf die Prämie, bis dieser vom Tod der versicherten Person Kenntnis erlangt. Daher sollte auch unverzüglich eine entsprechende Mitteilung an

den Versicherer gemacht werden. In jedem Fall aber ist für die Meldung die Übermittlung der Sterbeurkunde nötig. Sachversicherungen hingegen, wie z.B. Haushalts-, Eigenheim-, KFZ-Versicherungen beziehen sich nicht auf eine Person, sondern auf eine Sache und enden nicht automatisch mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Diese Gegenstände fallen zunächst einmal in die Verlassenschaft und können die Erben nach Einantwortung über die weitere Vorgangsweise (Kündigung oder Weiterführung) des Versicherungsschutzes entscheiden.

UNSER TIPP:

Jede Situation ist individuell anders zu behandeln, da es einen Unterschied macht, ob es sich um private oder betriebliche Versicherungen handelt. Kontaktieren Sie Ihren unabhängigen Versicherungsmakler, der Sie in dieser schwierigen Zeit gerne unterstützt.



TEL +43 662 43 09 66
WWW.PBP.AT

Von Angesicht zu Angesicht mit COVID-19 – unterwegs, um PatientInnen in Quarantäne zu helfen

Mobile Visitentteams besuchten ausschließlich COVID-19-PatientInnen im gesamten Bundesland, die entweder mittelschwere Symptome oder ein anderes medizinisches Problem hatten

AUS DER KAMMER

Von 22. März bis 10. Mai 2020

waren drei mobile Visitentteams im Bundesland Salzburg – in den drei Regionen Flachgau/Tennengau/Stadt Salzburg (Region Nord), Pongau/Lungau sowie Pinzgau – im Einsatz. Sie besuchten PatientInnen, die gesicherte COVID-19-Erkrankte waren sowie gemeldete Menschen unter COVID-19-Verdacht, bei denen das Abstrichergebnis noch ausständig war und Erkrankte, die unter behördlich verordneter Heimquarantäne standen. Ziel war es auch, durch den Corona-Visite-Dienst Krankentransporte reduzieren zu können.

Ein Visitentteam bestand immer aus einer Ärztin oder einem Arzt und einem Sanitäter des Roten Kreuzes. Insgesamt waren 30 Ärztinnen und Ärzte im Dienstplan eingeteilt, davon 21 Frauen und neun Männer, 26 waren ÄrztInnen der Allgemeinmedizin, vier FachärztInnen für Innere Medizin. In der ersten „heißen“ Phase rückten sie zu zirka elf Einsätzen pro Tag aus, die sich auf durchschnittlich sechs pro Tag reduzierten, ab Mitte April waren es drei Einsätze täglich mit letztendlicher Abflachung. Die meisten Einsätze erfolgten – beinahe identisch – im Pongau und in der Region Nord.

Die Vereinbarung des Corona-Visite-Dienstes wurde zwischen dem Land Salzburg, der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), der Ärztekammer für Salzburg und dem Roten Kreuz Salzburg abgeschlossen. Die Aufwendungen



Dr. Claudia Dietz beim Visitedienst



Dr. Thomas Wurm

wurden durch das Rote Kreuz organisiert und von der ÖGK finanziert, auch das Land Salzburg beteiligte sich daran.

Ab 11. Mai 2020 gab es nur mehr ein Team für das ganze Bundesland aufgrund der geringen Fallzahlen und Anforderungen, seit 12. Juni ist der Visiten dienst ruhend gemeldet.

Dr. Thomas Wurm war der erste diensthabende Arzt beim Visiten team und hat von Beginn an auch bei der Organisation und dem Aufbau mitgeholfen. „Für den Visiten-Dienst war ich im Pongau eingeteilt, da sammelten sich so einige Kilometer Wegstrecke, insgesamt besuchte ich 16 PatientInnen. Sie waren wahnsinnig freundlich und haben uns immer super empfangen, ältere Menschen waren oft verunsichert und machten sich Sorgen.“ Vor dem Kontakt mit den PatientInnen mussten immer exakte Schutzmaßnahmen getroffen werden, ein anfänglicher Lernprozess, der sich schnell in Routine wandelte (siehe auch nachfolgende Interviews).

Der Kontakt zu positiv bzw. möglich positiv getesteten COVID-PatientInnen stellte für Dr. Wurm kein Problem dar: „Darüber habe ich mir keine Gedanken gemacht. Wir waren gut ausgerüstet und geschützt, ich betrieb zusätzlich meine Ordination und auch da wusste ich nicht, ob ich Kontakt zu infizierten PatientInnen habe, beim Visiten-Dienst fühlte ich mich sogar sicherer. Zusätzlich habe ich täglich meine Körpertemperatur gemessen.“

Aus dem Arbeitsalltag im Visitenteam

Dr. Claudia Dietz, Dr. Martina Ramsauer und Dr. Brigitte Schulz waren ebenfalls für das Visitenteam im Einsatz. Im Interview erzählen sie über ihre Eindrücke, Arbeit u.v.m.

med.ium: Wie gestaltete sich ein Arbeitstag/Einsatz im Visitenteam?

Dr. Schulz: Um 9.00 Uhr trafen alle drei diensthabenden Visitenärzte (je einer für Stadt/Flachgau, Tennengau/Pongau und Pinzgau) mit den für uns zuständigen Zivildienern in einem eigens für uns reservierten Dienstzimmer ein. Wir checkten die Visitenkoffer durch, im Bedarfsfall wurde aufgefüllt und wir vergewisserten uns, dass vor allem Pulsoxymeter, Stethoskop und Blutdruckmessgerät immer vorhanden waren.

Mit einem über die ELEKTRA-App eintreffenden Auftrag am Zieldiener-Diensthandy, der über den jeweiligen Hausarzt und die RK-Leitstelle übermittelt wurde, machte sich das jeweilige Team mit einem RK-Poolauto auf den Weg.

Wir gingen alleine zu den PatientInnen, machten uns einen Eindruck über den Allgemeinzustand, maßen die Sauerstoffsättigung, Puls und Blutdruck und horchten die Lunge ab. Anhand der Ergebnisse mussten wir die Entscheidung treffen, ob der Patient zu Hause bleiben konnte, oder er ins Krankenhaus transferiert werden musste. In den meisten Fällen war aber ein aufklärendes Gespräch ausreichend.

Der Dienst endete um 18.00 Uhr. Anfangs waren für mich etwa fünf Visiten täglich zu fahren, in den folgenden Wochen wurden es

aber aufgrund der positiven Entwicklungen weniger.

Dr. Dietz: Während der Zivildienerei zur angegebenen Adresse fuhr, erfolgte die telefonische Kontaktaufnahme mit den PatientInnen, damit vorab die wichtigsten Dinge geklärt wurden, um die Zeit bei ihnen möglichst kurz zu halten und auch, um nicht den ganzen Visitenkoffer mitnehmen zu müssen (alles, was man in einen Haushalt mit infizierter Person mitnimmt, muss anschließend wieder desinfiziert werden). Nach der Visite, während der Fahrt zum nächsten Patienten, erfolgte wiederum die Kontaktaufnahme mit dem Arzt, der die Visite angefordert hatte und der auch die weiterführenden Maßnahmen (Rezepte ausstellen, etc.) übernahm – oder, falls erforderlich, die Organisation eines Infektionstransportes zur stationären Aufnahme ins Krankenhaus.

Dr. Ramsauer: Nach dem Einsatz wurden Dokumentationsblätter zur Fallerfassung und Beschreibung ausgefüllt.

med.ium: Welche Vorkehrungen mussten Sie dafür treffen?

Dr. Dietz: Wir wurden mit einem Visitenkoffer ausgestattet, der die wichtigsten medizinischen Geräte und alle notwendigen Medikamente enthielt, um rasch vor Ort eine Therapie zu beginnen, bis der Patient vom Hausarzt mit Medikamenten versorgt wird. Spezielle Vorkehrungen musste ich deshalb keine treffen.



„Die PatientInnen und ihre Angehörigen waren durchwegs sehr froh und erleichtert, dass sich jemand zu ihnen ‚traute‘. Viele waren psychisch überlagert, sehr in Sorge und in ihrer aktuellen Situation teils überfordert.“

Dr. Schulz: Für uns war alle das korrekte und optimale An- und Ausziehen der Schutzkleidung wichtig, welches sich oftmals auch aufgrund der nicht optimalen Qualität als eine kleine Herausforderung herausstellte.

med.ium: Wie funktionierte die Versorgung mit Schutzkleidung, usw.?

Dr. Dietz: Die Visitenfahrzeuge waren mit Schutzrüstung ausgestattet. Vor der Haustüre der PatientInnen hat mir der Zivildienstler geholfen, den Plastikmantel ordentlich zu verschließen, dann wurde das erste Paar Handschuhe am Mantel angeklebt und ein zweites Paar darüber gezogen. Zusätzlich musste ich Haarnetz, FFP3-/FFP2-Maske und Schutz-

brille anlegen sowie Plastiküberzüge über die Schuhe ziehen. Knifflig war die Lagerung der Maske (davon hatten wir pro Tag nur eine) ohne Kontamination auf der Fahrt von einer Visite zur nächsten, aber auch dieses Problem wurde gelöst. Nach der Visite musste die Schutzkleidung wieder in Müllsäcke verpackt werden und die benutzten medizinischen Equipments (Blutdruckmesser, Fieberthermometer, Sauerstoffsättigung, Stethoskop, usw.) desinfiziert werden. Die Zivildienstler haben großartige Arbeit geleistet.

Dr. Ramsauer: Die Versorgung war gut, denn gerade zu Beginn der Einsätze war Schutzrüstung ja in ganz Österreich Mangelware. In Spitälern wurden simple Mund-Nasen-Schutzmasken teilweise nur mehr per Unterschrift ausgegeben.

Wir hatten stets FFP3-Masken und wurden natürlich auch angewiesen, sorgsam umzugehen, da das Kontingent beschränkt war.

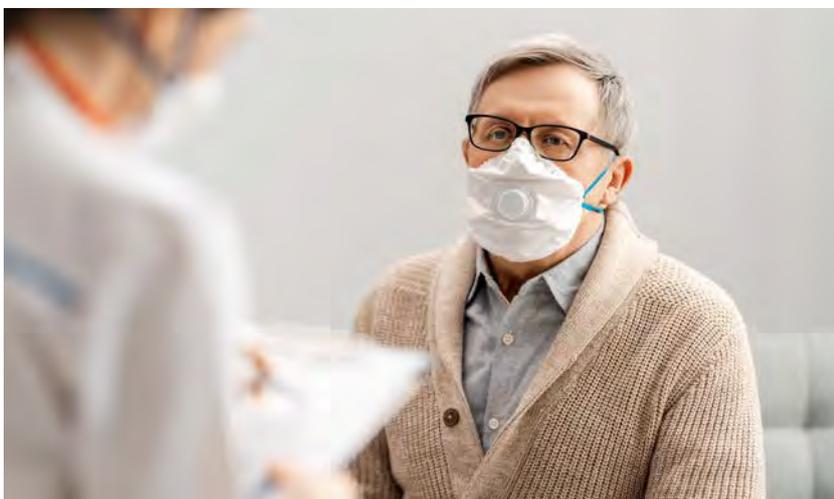
Teilweise waren wir auch sehr kreativ, z.B. beim Lagern von verwendeten Masken oder zum Abdecken von freier Kleidung zwischen Schutzmantel und Handschuhe. Die Fachhochschule Salzburg hat uns auch Gesichtsschilder mit einem 3D-Drucker angefertigt und die Ärztekammer noch zusätzlich welche besorgt.

Dr. Schulz: Jeder von uns hatte pro Tag nur zwei FFP3-Masken zur Verfügung. Wir mussten sie daher mehrmals benutzen. Das war sicher nicht ideal, aber aufgrund der prekären Situation diesbezüglich in den Krankenhäusern war ich froh, dass wir zumindest diese zwei hatten. Von Seiten der Ärztekammer wurde alles versucht, uns bestmöglich zu versorgen.

med.ium: Wie reagierten die PatientInnen?

Dr. Ramsauer: Die PatientInnen waren mehrheitlich sehr froh über unser Eintreffen, herrschte doch gerade zu Beginn der Pandemie eine große Verunsicherung in der Bevölkerung. Man wurde zu einem Harnwegsinfekt genauso gerufen, wie zu einer plötzlichen Zustandsverschlechterung im Rahmen der COVID-19-Erkrankung, die zu einer Spitalweisung führte.

Dr. Dietz: Gerade durch die Isolation haben sich viele sehr im Stich gelassen gefühlt. Wenn man krank ist, sehnt man sich nach Fürsorge und besonders alleinstehende Personen haben oft sehr gelitten. Viele konnten beruhigt werden, nachdem man sie abgehört hat



und die Sauerstoffsättigung gut war. Andere wiederum mussten überredet werden, wegen ihres schlechten Zustandes einer stationären Aufnahme zuzustimmen.

Dr. Schulz: Die PatientInnen und ihre Angehörigen waren durchwegs sehr froh und erleichtert, dass sich jemand zu ihnen „traute“. Viele waren psychisch überlagert, sehr in Sorge und in ihrer aktuellen Situation teils überfordert.

med.ium: Wie geht man selbst mit dem Kontakt zu möglich infizierten PatientInnen um?

Dr. Dietz: Man weiß ja, dass die Person erkrankt ist, man ist aber auch gut geschützt und verhält sich entsprechend. Ich habe mich nie gefährdet gefühlt, sonst hätte ich mich aber auch nicht für den Visiten dienst gemeldet. Natürlich hört man bei jeder kleinen Befindlichkeitsstörung in sich hinein, und fragt sich, ob man sich nicht doch angesteckt hat. Um meine Gesundheit habe ich mir nie Sorgen gemacht, aber die eigene Familie möchte man selbstverständlich auch nicht gefährden. Ein kleinwenig mulmiges Gefühl bleibt.

Dr. Ramsauer: Ich denke, jeder praktisch tätige Arzt kommt im Zuge seiner Arbeit regelmäßig mit infektiösen PatientInnen in Kontakt und ist/sollte sich der Wichtigkeit von Selbstschutz und Fremdschutz durch Hygienemaßnahmen im Klaren sein. Natürlich stellt eine Pandemie eine besondere Herausforderung dar und ich habe versucht, möglichst gefahr-

frei zu handeln. Ich habe mich im Visiten dienst aber nie gefürchtet, schließlich meldete ich mich ja freiwillig dafür.

Dr. Schulz: Ich hatte eigentlich keine Angst, mich selbst zu infizieren. Wir sind ja als ÄrztInnen sonst auch mit möglichen unvorhergesehenen Infektionen konfrontiert. Der nötige Respekt war aber da.

med.ium: Welche Erfahrungen nehmen Sie aus der Visitenzeit mit?

Dr. Dietz: Innerhalb kürzester Zeit gab es eine Whatsapp-Gruppe der teilnehmenden ÄrztInnen und alle haben gemeinsam versucht, auftretende Probleme schnell und unkompliziert zu lösen. Es war schön zu sehen, dass die Zusammenarbeit so gut funktionieren kann. Auch der Kontakt und der Erfahrungsaustausch mit den zuweisenden niedergelassenen KollegInnen waren bereichernd und positiv. Außerdem bin ich in alle Ecken des Bundeslandes gekommen und war wieder einmal begeistert, wie schön es bei uns ist.

Dr. Ramsauer: Durch den Visiten dienst lernte ich neue KollegInnen (mehrheitlich) aus dem niedergelassenen Bereich kennen und wir führten viele nette und interessante Gespräche. Gerade diesen Austausch fand ich sehr positiv.

Dr. Schulz: Ich war froh, in dieser durchaus sehr herausfordernden Zeit meinen Beitrag als Ärztin leisten zu können und auch den PatientInnen das Gefühl vermitteln zu können, dass sich jemand persönlich um sie kümmert. ■



Dr. Claudia Dietz



Dr. Martina Ramsauer



Dr. Brigitte Schulz

(Kassen-)Ärztliche Kooperationsformen

Jobsharing - eine Zusammenarbeitsform in der Allgemeinmedizin mit vielen Möglichkeiten

AUS DER KAMMER

Im Bundesland Salzburg gibt es für die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten die im Überblick nachstehend dargestellten Möglichkeiten.

Befristete Teilung einer Vertragsstelle – „Jobsharing“

(siehe §10 Abs. 5 GV. iVm. Anhang A zu §10 GV)

Bei dieser Form handelt es sich um eine erweiterte Stellvertretung und bedarf es keiner Vergesellschaftung. Es gibt folgende Varianten:

1. BEFRISTETE TEILUNG IN BESTIMMTEN LEBENSITUATIONEN

Bei vorübergehender Einschränkung der persönlichen vertragsärztlichen Tätigkeit kann unter zeitlicher Begrenzung für die Fortführung des Kassenvertrages ein Vertreter hinzugezogen werden.

Voraussetzungen:

Um diese Zusammenarbeitsform in Anspruch zu nehmen, muss der Kassenvertragsinhaber den Einzelvertrag drei Jahre innehaben. Weiters müssen die Ordinationszeiten mindestens 20 Stunden pro Woche betragen bzw. sind diese darauf anzuheben. Der Einzelvertragsinhaber ist für die Dauer der



Vertretung zur persönlichen, ärztlichen Tätigkeit von mindestens 50 Prozent der Ordinationszeiten pro Quartal verpflichtet. Durch die Inanspruchnahme des Modells darf der Kassenvertragsinhaber keine neue ärztliche Nebenbeschäftigung aufnehmen bzw. ausdehnen (nicht mehr als zehn Stunden pro Woche).

Der Vertreter kann nur Arzt desselben Fachgebietes sein und muss bei einem speziellen Zusatzfach ebenfalls diese Ausbildung vorweisen, ansonsten er die Leistung nicht erbringen kann. Weiters darf der Vertreter für die Dauer der Stellvertretung keine eigene Vertragsarztordination führen und auch keine Wahlarztordination am Ordinationssitz des Kassenvertragsinhabers innehaben.

Dauer:

Der Start dieser Variante muss mit Quartalsbeginn erfolgen.

a. Bei der Angabe ohne Gründe kann das Modell für höchstens zwei Jahre in Anspruch genommen werden; dies kann auch in zwei Teilen erfolgen.

b. Bei der Kinderbetreuung kann das Modell bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr maximal drei Jahre pro Kind erfolgen (siehe Besonderheiten Anhang A zu § 10 GV)

c. Bei Vertretung von Ehegatten bzw. Lebensgefährten kann das Modell für maximal fünf Jahre, für die gesamte Zeit des Einzelvertrages, in Anspruch genommen werden.

d. Bei der Vertretung wegen Mandatsausübung oder Funktionärstätigkeit ist die Vertretungstätigkeit auf die Dauer dieser Funktion beschränkt.

e. Bei Beanspruchung der Variante von Sprengelärzten ist die Vertretungstätigkeit auf die Dauer dieser Tätigkeit beschränkt.

2. BEFRISTETE MITARBEIT VON ÄRZTEN MIT IUS PRACTICANDI – „JOB SHARING FÜR JUNGÄRZTE“

Ärzte mit ius practicandi sowie Fachärzte in sogenannten „Mängelfächern“ sollen die Möglichkeit haben, den Betrieb einer Kassenvertragspraxis für das jeweilige Fach kennenzulernen, um dadurch zeitnah eine frei werdende Kassenplanstelle übernehmen zu können.

Voraussetzungen:

Um diese Zusammenarbeitsform in Anspruch zu nehmen, muss der Kassenvertragsinhaber den Einzelvertrag drei Jahre innehaben. Weiters müssen die Ordinationszeiten mindestens 20 Stunden pro Woche betragen bzw. sind diese darauf anzuheben. Der Einzelvertragsinhaber ist für die Dauer der Vertretung zur persönlichen, ärztlichen Tätigkeit von mindestens 50 Prozent der Ordinationszeiten pro Quartal verpflichtet. Durch die Inanspruchnahme des Modells darf der Kassenvertragsinhaber keine neue ärztliche Nebenbeschäftigung aufnehmen bzw. ausdehnen (nicht mehr als zehn Stunden pro Woche).

Der Vertreter kann nur Arzt desselben Fachgebietes sein und muss bei einem speziellen Zusatzfach ebenfalls diese Ausbildung vorwei-

sen, ansonsten er die Leistung nicht erbringen kann. Weiters darf der Vertreter für die Dauer der Stellvertretung keine eigene Vertragsarztordination führen und auch keine Wahlarztordination am Ordinationssitz des Kassenvertragsinhabers innehaben.

Dauer:

Der Start dieser Variante muss mit Quartalsbeginn erfolgen und kann erst im Folgequartal nach Zustimmung der Kasse beginnen. Bei dieser Variante ist die Vertretung grundsätzlich für die Dauer von einem Jahr vorgesehen. Eine Verlängerung auf ein weiteres Jahr ist jedoch möglich, wenn sich der Vertreter nicht aufgrund des Nachbesetzungsbedarfs bereits auf eine freigewordene Kassenplanstelle bewerben kann bzw. muss.

3. BEFRISTETE MITARBEIT AUFGRUND TEMPORÄRER ÜBERBELASTUNG

Gibt es noch keinen hinreichenden Bedarf zur Schaffung einer zusätzlichen Planstelle, sind jedoch die Fallzahlen überdurchschnittlich hoch, soll durch Mitarbeit eines Arztes die Überlastung ausgeglichen werden.

Voraussetzungen:

Um diese Zusammenarbeitsform in Anspruch zu nehmen, muss der Kassenvertragsinhaber den Einzelvertrag drei Jahre innehaben. Weiters müssen die Ordinationszeiten mindestens 24 Stunden pro Woche betragen bzw. sind diese darauf anzuheben. Nach Ablauf dieser Vertretungsvariante haben die Ordinationszeiten mindestens 20 Stunden pro Woche zu betragen. Der Einzelvertragsinhaber ist für die Dauer der Vertretung zur persönlichen, ärztlichen Tätigkeit von mindestens 50% der Ordinationszeiten pro Quartal verpflichtet. Durch die Inanspruchnahme des Modells darf der

Kassenvertragsinhaber keine neue ärztliche Nebenbeschäftigung aufnehmen bzw. ausdehnen (nicht mehr als zehn Stunden pro Woche).

Der Vertreter kann nur Arzt desselben Fachgebietes sein und muss bei einem speziellen Zusatzfach ebenfalls diese Ausbildung vorweisen, ansonsten er die Leistung nicht erbringen kann. Weiters darf der Vertreter für die Dauer der Stellvertretung keine eigene Vertragsarztordination führen und auch keine Wahlarztordination am Ordinationssitz des Kassenvertragsinhabers innehaben.

Dauer:

Der Start dieser Variante muss mit Quartalsbeginn erfolgen und kann erst im Folgequartal nach Zustimmung der Kasse beginnen. Bei dieser Variante erfolgt die Vertretung befristet bis auf Widerruf einer temporären Ausweitung des Leistungsumfanges. Zeitlich ist diese Variante grundsätzlich auf ein Jahr begrenzt. Jedenfalls endet diese Variante mit der Erweiterung des Stellenplanes, da in der Folge eine zwingende Ausschreibung vorgenommen wird.

4. BEFRISTETE TEILUNG AUFGRUND SPEZIELLER ZUSÄTZLICHER LEISTUNGEN

Die Mitarbeit eines Arztes soll die Möglichkeit bieten, dass der Kassenvertragsinhaber dadurch die Ressourcen erlangt, spezielle, zusätzliche Leistungen anzubieten.

Voraussetzungen:

Um diese Zusammenarbeitsform in Anspruch zu nehmen, muss der Kassenvertragsinhaber den Einzelvertrag drei Jahre innehaben. Weiters müssen die Ordinationszeiten mindestens 24 Stunden pro Woche betragen bzw. sind diese darauf anzuheben. Nach Ablauf dieser Vertretungsvariante haben die Ordinationszeiten mindestens 20 Stunden pro Woche zu betragen.

Der Einzelvertragsinhaber ist für die Dauer der Vertretung zur persönlichen, ärztlichen Tätigkeit von mindestens 50 Prozent der Ordinationszeiten pro Quartal verpflichtet. Durch die Inanspruchnahme des Modells darf der Kassenvertragsinhaber keine neue ärztliche Nebenbeschäftigung aufnehmen bzw. ausdehnen (nicht mehr als zehn Stunden pro Woche).

Der Vertreter kann nur Arzt desselben Fachgebietes sein und muss bei einem speziellen Zusatzfach ebenfalls diese Ausbildung vorweisen, ansonsten er die Leistung nicht erbringen kann. Weiters darf der Vertreter für die Dauer der Stellvertretung keine eigene Vertragsarztordination führen und auch keine Wahlarztordination am Ordinationsstz des Kassenvertragsinhabers innehaben.

Dauer:

Der Start dieser Variante muss mit Quartalsbeginn erfolgen und kann erst im Folgequartal nach Zustimmung der Kasse beginnen.

5. BEFRISTETE MITARBEIT BEI SAISONALER SPITZENBELASTUNG

Um die saisonale Spitzenbelastung auszugleichen und die Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, soll dem Kassenvertragsinhaber die Möglichkeit eingeräumt werden, auf die Mitarbeit eines legitimierten Vertreters zurückgreifen zu können.

Voraussetzungen:

Um diese Zusammenarbeitsform in Anspruch zu nehmen, muss der Kassenvertragsinhaber den Einzelvertrag drei Jahre innehaben. Weiters müssen die Ordinationszeiten mindestens 20 Stunden pro Woche betragen bzw. sind diese darauf anzuheben.

Der Einzelvertragsinhaber ist für die Dauer der Vertretung zur persönlichen, ärztlichen Tätigkeit von mindestens 50 Prozent der Ordinationszeiten pro Quartal verpflichtet. Durch die Inanspruchnahme des Modells darf der Kassenvertragsinhaber keine neue ärztliche Nebenbeschäftigung aufnehmen bzw. ausdehnen (nicht mehr als zehn Stunden pro Woche).

Der Vertreter kann nur Arzt desselben Fachgebietes sein und muss bei einem speziellen Zusatzfach ebenfalls diese Ausbildung vorweisen, ansonsten wird er die Leistung nicht erbringen kann. Weiters darf der Vertreter für die Dauer der Stellvertretung keine eigene Vertragsarztordination führen und auch keine Wahlarztordination am Ordinationsstz des Kassenvertragsinhabers innehaben.

Dauer:

Bei dieser Variante können Beginn und Ende der Vertretung abweichend vom Quartalsbeginn bzw. -ende festgelegt werden.

Ablauf

(§§ 3 und 4 Anhang A zu §10 GV)

Der Einzelvertragsinhaber hat den Vertreter namhaft zu machen. Weiters hat er die gewünschte erweiterte Stellvertretung grundsätzlich mindestens ein Monat vor dem Beginn bekannt zu geben. Nur bei den beiden Varianten der temporären Überbelastung und bei speziellen zusätzlichen Leistungen muss die Bekanntgabe mindestens ein Quartal vor Beginn erfolgen. Die Vertretungsgründe sind genau darzulegen und auch die erforderlichen Nachweise sind beizulegen. Das Anschreiben im Sinne einer Meldung ist in schriftlicher Form an die Ärztekammer Salzburg, z. H. Frau Renate Riß, zu richten:

Frau Renate Riß

Mitarbeiterin der Kurie der niedergel. Ärzte
Telefon +43 662 871327-125
Fax +43 662 871327-10
riß@aeksbg.at

Darin müssen jedenfalls folgende Angaben enthalten sein:

- > Name und Adresse des Einzelvertragsinhabers
- > Name, Anschrift, allfälliger Ordinationsstz und tabellarischer Lebenslauf des Vertreters
- > Bei der Variante der speziellen zusätzlichen Leistungen ist die qualitative Verbesserung und der Versorgungsnutzen darzulegen
- > beabsichtigte Dauer der Vertretung

- > aktuelle Nebenbeschäftigung des Einzelvertragsinhabers

Liegen nach Bekanntgabe gegen den Vertreter begründete Einwände vor, können diese seitens Kammer und/oder Kasse binnen eines Monats erhoben werden. Folglich ist ein anderer Vertreter bekannt zu geben, ansonsten wird die Stellvertretung nicht zugelassen. Beginn und Ende der Stellvertretung sowie Wechsel der Person des Stellvertreters sind jeweils nur zu Beginn und Ende eines Quartals möglich.

Honorierung

(§7 Anhang A zu §10 GV)

Die Honorierung der aufgrund des Einzelvertrages und im Rahmen der Vertretung erbrachten Leistungen erfolgt grundsätzlich gemäß dem GV und der geltenden Honorarordnung. Eine angemessene Honorierung des Vertreters wird vorausgesetzt und ist Vereinbarungssache zwischen Kassenvertragsinhaber und seinem Vertreter. Bei Missachtung gibt es ein Überwachungs-Widerspruchsrecht seitens der Kammer.

Der Kassenvertragsinhaber kann die Abrechnungsposition 051 im Sinne des Honorartarifs (Anhang A zu §25 GV) bei Vorliegen der dort genannten Gründe (Urlaub, Fortbildung, Arbeitsunfähigkeit, Mutterschaft) nur dann verrechnen, wenn eine Vertretung durch den legitimierten Dauervertreter – Jobsharingnehmer – nicht möglich

ist und deshalb ein zusätzlicher Vertreter in der Ordination eingesetzt werden muss.

Um Leistungen dementsprechend abrechnen zu können, müssen Kassenvertragsinhaber und Vertreter über dieselbe ärztliche Ausbildungsbefugnis verfügen. Dies gilt auch entsprechend der Sonderberechnungsbefugnis des Kassenvertragsinhabers.

Bei der Patientenbehandlung gilt der Grundsatz, dass dieser in einem Quartal entweder Kassenvertragsarztpatient oder Wahlarztpatient ist, es ist jedenfalls keine Doppelverrechnung möglich.

Beendigung

(§6 Anhang A zu §10 GV)

- > **Zeitablauf** (Erschöpfen der Höchstdauer, Fristablauf, Widerspruch)
- > **grundsätzlich Vollendung** des 67. Lj. des Kassenvertragsinhabers
- > **Tod** des Kassenvertragsinhabers / Tod des Vertreters
- > **Beendigung** des Einzelvertrages
- > **Wegfall** der jeweils oben ausgeführten Voraussetzungen des Kassenvertragsinhabers
- > **durch Erklärung** des Kassenvertragsinhabers (spätestens ein Monat vor beabsichtigtem Ende)
- > **aus wichtigen** und dringlichen Gründen, welche die Weiterführung des Jobsharings unzumutbar machen

> **Für nähere Informationen steht Ihnen Ihre Ärztekammer für Salzburg jederzeit gerne zur Verfügung.**

Mag.^a Isabell Feil
Telefon +43 662 871327-126
feil@aeksbg.at



Mag.^a
Isabell Feil

ACHTUNG:

Das bestehende Einzelvertragsverhältnis des Kasseninhabers bleibt durch die erweiterte Stellvertretung unberührt und es haftet der Kassenvertragsinhaber weiterhin für die Einhaltung aller vertraglichen Bestimmungen! Für den Vertreter besteht bei keinem der Jobsharingvarianten ein Rechtsanspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages mit der Kasse. Dies ist gegenüber der Kasse schriftlich zu erklären.

Alle die sich aus dem Innenverhältnis zwischen dem Kassenvertragsinhaber und dem Vertreter zu regelnden Punkte (Ordinationsabläufe, Honorierung, etc.) sind zwischen diesen beiden selbst abzuklären, es wird empfohlen, diesbezüglich die Expertise eines Steuerberaters einzuholen.

Die gesamten obigen Ausführungen gelten grundsätzlich zwingend, doch gibt es Einzelfälle, die einer gesonderten Ausführung bedürfen. In diesem Fall hat der jeweilige Arzt einen Antrag an die Ärztekammer zu stellen und es kann im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse eine abweichende Regelung getroffen werden.

Saisonales Jobsharing – Unterstützung, wenn sich die PatientInnen verdreifachen

Im Sommer füllt sich die Ordination von Dr. Harald Breitfuß hauptsächlich mit PatientInnen aus der Gemeinde, in der Wintersaison kommen noch die Skitourismus-Gäste und SaisonarbeiterInnen hinzu

Brigitte Feichtenschlager

AUS DER KAMMER

In der Gemeinde Flachau mit einer Einwohnerzahl von mehr als 2.600 kommt Dr. Harald Breitfuß als Allgemeinmediziner prinzipiell gut allein zurecht. Doch das Ganze ändert sich schlagartig, wenn in der Wintersaison die Touristen massenweise anreisen, um hier ihren wohlverdienten Skiurlaub zu verbringen. Es stehen zirka 11.000 Gästebetten zur Verfügung, die meist ausgebucht sind, hinzukommen noch an die 2.000 SaisonarbeiterInnen. Vor allem von Weihnachten bis Ostern verdreifacht sich dann die Patientenzahl, die von einem einzigen Arzt dann nicht mehr zu stemmen ist.

„**In dieser Zeit** bin ich für das saisonale Jobsharing mehr als dankbar, denn auch Gäste benötigen medizinische Versorgung“, sagt Dr. Breitfuß. Er nutzt diese Zusammenarbeitsform seit ihrem Bestehen. „Es ist ideal, um diese enormen, meist kurzfristigen Schwankungen und die logistischen Herausforderungen auszugleichen und Arbeit fällt mehr als genug an, von der Patientenversorgung bis hin zu Hausvisiten, Bürokratie u.v.m.“ Neben der Arbeitsteilung sieht er zudem den fachlichen Wissensaustausch und die soziale Komponente als wesentlichen Vorteil – „zu zweit fällt vieles leichter!“ Als Nachteil nennt Dr. Breitfuß die Kosten, beispielsweise Gehalt, usw. – die dadurch natürlich entstehen.

Seine Ordination, die er seit 2013 betreibt, verfügt über eine dementsprechende Ausstattung mit mehreren Behandlungsräumen, einem zusätzlichen Eingriffsraum, eigener Labordiagnostik, EKG, Ultraschall- und Röntgengerät, einer Hausapotheke, u.v.m. Von der Unfall- und Notfall-, bis hin zur Allgemein- und Familienmedizin bietet sich für die ärztlichen VertreterInnen ein umfangreiches Versorgungsgebiet. Die gemeinsamen Arbeitszeiten werden den Stoßzeiten angepasst. Voraussetzung ist das *l'us practicandi*. „Die Kollegin oder der Kollege muss selbständig arbeiten und sollte bereits Erfahrung mitbringen.“

Jobsharing bietet die Möglichkeit, Erfahrungswerte auszutauschen, Neues zu lernen und in die Arbeitswelt eines Allgemeinmediziners einzutauchen. Der erste Arzt, der diese Zusammenarbeitsform bei Dr. Breitfuß durchführte, war Dr. Christian Bacheitner. Er betreibt seit 2016 eine Kassenpraxis für Allgemeinmedizin in der Stadt Salzburg.



„In dieser Zeit bin ich für das saisonale Jobsharing mehr als dankbar, denn auch Gäste benötigen medizinische Versorgung.“



Dr. Harald Breitfuß

Jobsharing und Mutterschutz/Kinderbetreuung

Dr. Claudia Schützinger-Griessner berichtet über ihre Erfahrungen mit Jobsharing

Brigitte Feichtenschlager

AUS DER KAMMER

Dr. Claudia Schützinger-Griessner betreibt eine Ordination für Allgemein-, Sport- und Notfallmedizin sowie Homöopathie in Kaprun. Aufgrund von Mutterschutz bietet sie Jobsharing in Form von „befristeter Teilung einer Vertragsstelle“ an. Sie berichtet über ihre Erfahrungen:

Mein persönlicher Grund das Jobsharing zu starten war die Geburt meines Sohnes. Nachdem ich bei Offenhalten der Ordination ja keinen Anspruch auf Karenzgeld habe, wollte ich natürlich sobald als möglich wieder zurück in den Ordinationsalltag und bin somit nach drei Monaten wieder eingestiegen und hab mich nach Zusammenarbeitsmöglichkeiten erkundigt. Eine regelmäßige Vertretung erschien demnach sinnvoll.

Vorteile sehe ich in der Kontinuität für die PatientInnen, da immer entweder ich oder dieselbe Kollegin als Vertretung da sind. Des Weiteren finde ich auch den kollegialen Austausch, auch wenn man nicht gemeinsam in der Ordinati-

on tätig ist, bei Übergaben und Gesprächen über Behandlungskonzepte für PatientInnen als sehr positiv und auch erfrischend in unserem sonst doch eher Einzelkämpferdasein. Zudem ermöglicht das Konzept eine längerfristige kontinuierliche Vereinbarung zur Zusammenarbeit, was auch für den Dienstnehmer eine gewisse Sicherheit darstellt. Ein weiterer Vorteil ist auch die Möglichkeit des erweiterten Angebots: z.B. biete ich neben Sportmedizin auch Homöopathie an, wobei das jetzt durch manuelle Medizin und Akupunktur ergänzt wird.

Nachteile kann ich bis jetzt keine benennen. Als Dienstnehmer ist auf alle üblichen Dinge der selbstständigen ärztlichen Tätigkeit zu achten (z.B. Haftpflichtversicherung, Selbstversicherung, Rechnungslegung, usw.)

Der Ordinationsalltag hat sich für mich nicht wirklich geändert im Sinne des Ablaufs; momentan beschränkt sich das Jobsharing auf einen halben Tag die Woche, wobei ich an dem Tag am frühen Nachmittag die Ordination verlasse und entweder noch vor Ort meine Kollegin antreffe oder ihr telefonisch übergebe, was sie am Nachmittag erwartet.

Für meine Angestellten ist die Patienteneinteilung etwas differenzierter geworden, da wir beide eben unterschiedliche Dinge anbieten, aber einmal adaptiert, ist es eine große Repertoire-Erweiterung. Ich habe tatsächlich kein „Auswahlverfahren“, aber kann nach gesamt zwei verschiedenen Jobsharing-PartnerInnen sagen, dass es sehr wichtig ist, zu harmonieren und die gleiche Herangehensweisen an PatientInnen zu haben. Speziell in der allgemeinmedizinischen Praxis geht es sehr viel um Vertrauen seitens der PatientInnen, sodass ich ein gegenseitiges „Beschnuppern“ vor Festlegung der Zusammenarbeit – sollte man sich nicht von früherer gemeinsamer Tätigkeit kennen – nur empfehlen kann.



Dr. Claudia Schützinger-Griessner

Voraussetzungen sind Ius practici und im besten Fall schon einschlägige Vertretungserfahrung. Seit meiner Rückkehr in den Berufsalltag 2018 betreibe ich das Jobsharing im Ausmaß von einem Nachmittag pro Woche. Das ist sicher sehr individuell auf die persönlichen und wirtschaftlichen Praxisgegebenheiten anzupassen. Nachdem ich in Bälde mein zweites Kind erwarte, plane ich nach der Babypause das Praxissharing wieder aufzunehmen.

Die verschiedenen Zusammenarbeitsformen werden in Zukunft jedenfalls zunehmend interessant, da der zeitliche Aufwand im Praxisalltag nicht weniger wird und das schon erwähnte Einzelkämpferdasein vor allem mit Familie und entsprechend gewünschter Lebensqualität und auch Qualität der kontinuierlichen Patientenversorgung sonst nur schwer auf Dauer in Einklang zu bringen ist.



„Jobsharing bietet die ideale Unterstützung bei einem Kassenvertrag, um diesen auch mit Mutterschutz oder Kinderbetreuung zu vereinbaren.“

Wahlärzte- Tipp



Dr. Michael Sigmund

Wahlärztereferent
der Ärztekammer
für Salzburg

AUS DEN KURIEN

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

COVID-19 hat uns in den letzten Monaten beherrscht und vieles Andere unwichtig werden lassen. Die langsame Normalisierung lässt einen Rückblick auf Vergangenes zu, man zieht Bilanz und beurteilt retrospektiv die Ereignisse.

Ein großer Dank gebührt hier der Ärztekammer Salzburg, die sich als Anlaufstelle und Informationszentrale in Krisenzeiten bewährt hat.

Auch wenn die Organisation von Unterstützungsgütern sehr schwierig bis unmöglich war, so wurde trotz aller Widrigkeiten den KassenärztInnen und uns WahlärztInnen, die wir alle aufgefordert waren, unsere Ordinationen offen zu halten und im Bedarfsfall die Krankenhausambulanzen zu entlasten, nach Möglichkeit geholfen.

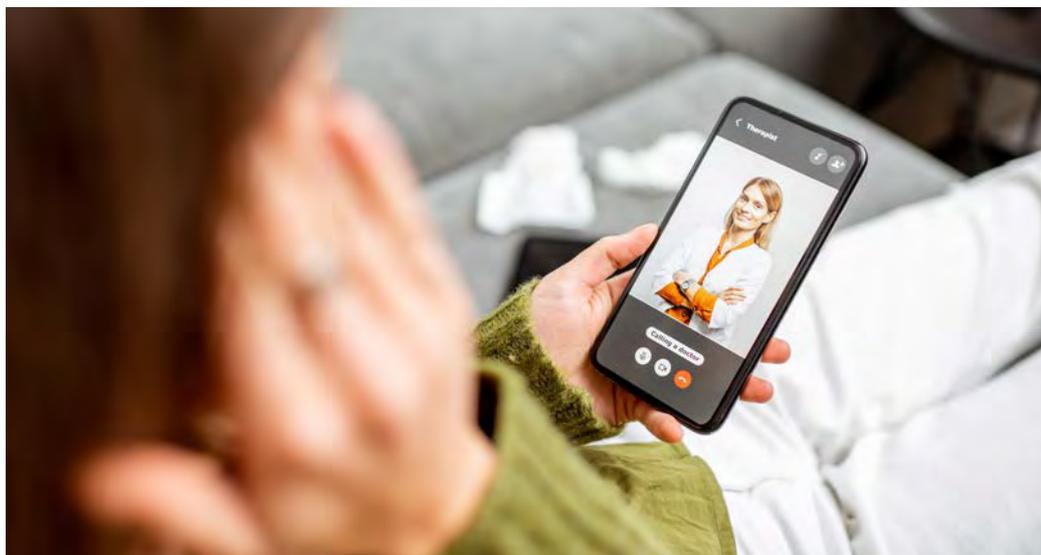
Essenziell war zu dieser Zeit die Kommunikation mit den PatientInnen, betreffend die Öffnungszeiten der Ordination, die Erreichbarkeit über Telefon und E-Mail sowie interaktive Telemedizin.

Für uns WahlärztInnen aus unternehmerischer Sicht ist wichtig, keine Gratisleistungen anzubieten! Wir bieten hochwertige freiberufliche Leistungen, an und alle ärztlichen Leistungen wie Rezeptausstellungen, Krankmeldungen, aber auch neue Angebote, wie telemedizinische Beratungen (Telefonordinationen), sollten verrechnet werden.

Bedenken Sie, dass pandemiebedingt für KassenärztInnen die Verrechnung telemedizinischer Leistungen ermöglicht wurde und einzelne Verrechnungsbeschränkungen bei Kassenleistungen gelockert wurden bzw. werden. Diese Lockerungen wirken sich natürlich auf den Rückersatz für unsere Wahlarztpatientinnen und -patienten aus.

Viele Gesundheitssysteme stehen nun vor einem Scherbenhaufen, verursacht durch kurzfristige, teils populistische Sparmaßnahmen. Eine flächendeckende, wohnortnahe Gesundheitsversorgung bei der wir WahlärztInnen eine wichtige Säule bilden, ist essentiell. ■

> In diesem Sinne,
bleiben Sie gesund!



Kapillarmikroskopie an den Salzburger Landeskliniken

OA Dr. Oskar Psenak berichtet unter anderem über Ursachen und Pathologie des „Raynaud-Syndroms“, dessen Diagnostik mittels Kapillarmikroskopie, u.v.m.

MEDIZIN IN SALZBURG

Systemische Autoimmunerkrankungen, insbesondere Kollagenosen, gehen oft mit einer Vaskulopathie einher. Symptome, die aus einem autoinflammatorischen Prozess in den Gefäßen resultieren, können den Symptomen, die einer Manifestation in einem anderen Organsystem entsprechen, vorausgehen. Daher ist es von essentieller Bedeutung, die ersten Alarmanzeichen rechtzeitig zu erkennen und ggf. zu behandeln.

Das Leitsymptom einer Beteiligung der peripheren Gefäße stellt eine rot-weiß-rote Verfärbung der akralen Körperregionen, wie Finger, Zehen oder Nase, bedingt durch eine Vasokonstriktion der muskulären Arterien, präkapillaren Arteriolen und arteriovenösen Shunts, ausgelöst oft durch eine Kälteexposition, Stress oder Nikotinkonsum, dar (Abb. 1). Dieses Phänomen ist als „Raynaud-Syndrom“ (RS) bekannt, betrifft vier bis 15 Prozent der Bevölkerung, beginnt oft bereits in der Adoleszenz und hauptsächlich bei jungen Frauen. Typischerweise werden makroskopisch drei Phasen der Hautverfärbung unter Einfluss der oben genannten Auslöser beobachtet:

1) weiße Phase (Ischämie)

Vasokonstriktion, funktioneller Spasmus der peripheren Gefäße

2) blaue Phase (Zyanose)

Hypoxie des peripheren Gewebes durch die Vasokonstriktion, akrale Zyanose

3) rote Phase (Hyperämie)

kompensatorische Durchblutung durch eine Vasodilatation



Abb. 1: Tricolore-Phänomen beim Raynaud-Syndrom



Abb. 3: Physiologisches Bild des Nagelbettes



Abb. 2: Kapillarmikroskop

Dieser dreiphasische Verlauf (Tricolore Phänomen) kommt nicht immer vor, manche Betroffene weisen einen zweiphasischen (rot-weiß-rot) oder einphasischen (weiß) Verlauf auf. Diese klinischen Bilder werden oft als atypische Raynaud-Phänomene bezeichnet und streng gesehen erfüllen die Kriterien für ein echtes Raynaud-Phänomen nicht. Entwickeln sich progressive strukturelle Veränderungen in der Gefäßwand, wird der Blutstrom beeinträchtigt, was zur protrahierten Raynaud-Symptomatik und Entwicklung von digitalen Ulzerationen bzw. Infarkten führen kann.

Wenn eine Raynaud-Symptomatik ohne Beteiligung der inneren Organe vorliegt, reden wir von einem primären Raynaud-Syndrom bzw. Morbus Raynaud. Dies macht ca. zwei

Drittel aller Raynaud-Syndrome aus. Wenn die Raynaud-Symptomatik eine systemische Erkrankung begleitet, spricht man von einem sekundären Raynaud-Syndrom. Ursächlich können verschiedene Grunderkrankungen vorliegen (Tabelle 1).

Diese Problematik kann auch apparativ untersucht werden. Dazu dient die akrale Oszillographie, bei der mittels laser- bzw. lichtgesteuerter Impulse in Zusammenhang mit einem Provokationstest, in dem die Patientin/der Patient einem Wärme- und/oder Kältebad ausgesetzt wird, die Minderdurchblutung objektiviert werden kann.



OA Dr. Oskar Psenak, PhD

FA für innere Medizin/Rheumatologie

- > Universitätsklinik für Innere Medizin III mit Hämatologie, internistischer Onkologie, Hämostaseologie, Infektiologie und Rheumatologie,
- > Onkologisches Zentrum, Salzburg Cancer Research Institute – Labor für immunologische und Molekulare Krebsforschung (SCRI/LIMCR),
- > Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, Cancer Cluster Salzburg

Rheumatische Erkrankungen	Chemikalien oder Medikamente
<ul style="list-style-type: none"> > Systemische Sklerose > Mischkollagenose > Undifferenzierte Kollagenose > Systemischer Lupus erythematosus > Dermatomyositis, Polymyositis > Rheumatoide Arthritis > Sjögren Syndrom > Takayasu Arteriitis > Großgefäßvaskulitis > Thromboangiitis obliterans > Primäre biliäre Zirrhose 	<ul style="list-style-type: none"> > Bleomycin > Vinblastin > Polyvinylchlorid > β-Blocker > Ergotamine > Methysegid > Interferon α > Interferon β > Tegafur
Mechanische Traumata	Hämatologische Abnormitäten
<ul style="list-style-type: none"> > Vibrationen: Hypothenar-Hammer-Syndrom Thenar-Hammer-Syndrom Arbeit mit den Fingern (Sekretäre, Pianisten) Arbeit mit vibrierenden Werkzeugen > Erfrierung 	<ul style="list-style-type: none"> > Kryoglobuline > Kryofibrinogenämie > Kälteagglutinine > Paraproteinämie > Polycythaemia vera > Essentielle Thrombozythämie
Rezidivierende Traumata oder Läsionen der großen Gefäße	Endokrinologische Erkrankungen
<ul style="list-style-type: none"> > Druck durch Krücken > Thorax-Kompressionssyndrom 	<ul style="list-style-type: none"> > Karzinoid-Syndrom > Phäochromozytom > Hypothyreose
Arterielle Erkrankungen	Maligne Erkrankungen
<ul style="list-style-type: none"> > Brachiozephalische Atherosklerose 	<ul style="list-style-type: none"> > Ovarialkarzinom > Angiozentrisches Lymphom
Vasospastische Erkrankungen	Infektionen
<ul style="list-style-type: none"> > Migräne oder vaskuläre Cephalaea > Prinzmetal-Angina 	<ul style="list-style-type: none"> > Parvovirus B19 > Helicobacter pylori

Tabelle 1: Ursachen für ein sekundäres Raynaud-Syndrom.

Eine präzisere Diagnostik stellt die Kapillarmikroskopie dar, bei der die Morphologie der Kapillaren im Nagelbett mittels Mikroskop (Abb. 2), projiziert auf einen Bildschirm vom Notebook, unter einer Vergrößerung von 200- bis 600-fach detektiert werden kann. Obligatorisch ist die Verwendung eines für die Untersuchung geeigneten Öles auf das Nagelbett. Je mehr Finger untersucht werden, desto aussagekräftiger wird das Untersuchungsergebnis. Optimal sollen die Hände mindestens 20 Minuten vor der Untersuchung in Ruhezustand gehalten werden. Auch sollte in den letzten zwei Wochen vor der Untersuchung eine Manipulation, wie z. B. Maniküre, am Nagelfalz vermieden werden. Untersucht werden zumeist die Finger 2 bis 5, die beste Sichtbarkeit besteht in der Regel an den Fingern 4 und 5 der nicht dominanten Hand. Das Mikroskop soll so kalibriert werden, dass das Bild am Notebook-Bildschirm einem Millimeter am Nagelbett entspricht.

Zuerst wird ein physiologisches Bild der Nagelbettkapillaren beschrieben. Die Kapillardichte beträgt 9–14 Kapillaren pro Millimeter. Die Kapillaren sind regelmäßig, haarnadelförmig und parallel angeordnet (Abb. 3). Die Kapillarschenkel sollten unter 20 μm breit sein, optimal 8–10 μm für afferenten Schenkel und 10–14 μm für efferenten Schenkel. Die physiologische Länge der Kapillaren beträgt 200–300 μm . Morphologische Abweichungen der Kapillaren bzw. extrakapilläre



Abb. 4: Primäres Raynaud-Syndrom. Normale Kapillardichte und Morphologie, einige Ektasien (Durchmesser 21 und 30 µm). 20-jährige Patientin.



Abb. 7: Elongation bei Sicca-Syndrom, Raynaud-Symptomatik und positiven ANA. Kapillar-Durchmesser 18 und 23 µm. 71-jährige Patientin.

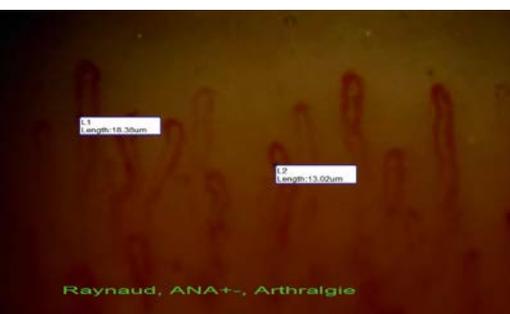


Abb. 5: Kaliberschwankungen bei Raynaud-Symptomatik, Arthralgien und ANA-Positivität. Kapillar-Durchmesser 13 und 18 µm. 45-jährige Patientin.



Abb. 8: Torquierung bei limitierter kutaner Sklerodermie, coup de sabre und Raynaud-Syndrom. Kapillar-Durchmesser 21 µm. 65-jährige Patientin.



Abb. 6: Ektasien (gemessen 23 und 29 µm) bei limitierter kutaner Sklerodermie, reduzierter DLCO, Raynaud-Symptomatik und Arthritis. 71-jährige Patientin.



Abb. 9: Verzweigung bei Raynaud-Symptomatik, Arthralgien und positiven ANA (undifferenzierte Kollagenose). Kapillar-Durchmesser 27 und 35 µm. 57-jährige Patientin.

Veränderungen werden als pathologisch gesehen.

Die Kapillarmikroskopie wird u.a. zur Differenzierung zwischen primärem und sekundärem Raynaud-Syndrom verwendet. Das primäre Raynaud-Syndrom zeichnet sich im anfallsfreien Intervall durch einen kapillarmikroskopischen Normalbefund aus (Abb. 4). Im Anfall, z. B. durch Kältereiz provoziert, kommt es umgehend zu einem passageren „Verschwinden“ der Schlingen und zu einem Abblassen. Geringe Kaliberschwankungen und eine leichte Dichteminderung sind bei langjährigen Verläufen möglich, Mikroblutungen bei starker Schubfrequenz. Darüber hinausgehende Veränderungen schließen ein primäres Raynaud-Syndrom aus und sollten eine eingehendere Diagnostik nach Ursachen für ein sekundäres Raynaud-Syndrom einfordern, da die sekundäre Form bei 90 Prozent aller PatientInnen mit systemischer Sklerose vorkommt.

Wenn die Kriterien für ein primäres RS erfüllt sind und im weiteren Verlauf entwickeln sich keine klinischen oder laborchemischen Zeichen einer Kollagenose, dann ist diese auch sehr unwahrscheinlich. Zirka 15 Prozent der PatientInnen mit RS, die initial eine negative bzw. unspezifische Kapillarmikroskopie aufwiesen, können im Durchschnitt 4,4 Jahre später ein sekundäres RS entwickeln. Aus diesem Grund erscheint bei unspezifischen Veränderungen in der Kapillarmikroskopie eine regelmäßige (mindestens jährliche)

klinische und laborchemische Kontrolle notwendig zu sein. Es wurde von den ExpertInnen der Begriff „early“ Sklerodermie definiert, die vorliegt, wenn die Patientin der Patient/eine Raynaud-Symptomatik, Sklerodermie-spezifische Antikörper und/oder eine pathologische Kapillarmikroskopie aufweist. 66 Prozent der PatientInnen mit „early“ Sklerodermie entwickeln eine klinisch manifeste systemische Sklerose binnen fünf Jahren, 80 Prozent im längeren Zeitraum. Dagegen entwickelt eine klinisch manifeste systemische Sklerose lediglich 1,8 Prozent jener PatientInnen mit RS, die weder Sklerodermie-spezifische Antikörper, noch pathologische Kapillarmikroskopie aufweisen. Der Stellenwert der Kapillarmikroskopie wurde angehoben, nachdem sie als eines der Klassifikationskriterien für systemische Sklerose eingeführt wurde und mit zwei Punkten bewertet wird.

PATHOLOGISCHE BEFUNDE BEI KAPILLARIKROSKOPIE

Kaliberschwankungen: Persistierende umschriebene kurzstreckige Einengungen und Aufweitungen eines Schenkels um >50 Prozent, bedingt durch intraluminale inflammatorische Prozesse, die zu fokalen Architekturstörungen bzw. Variationen des Lumens führen. Dies kann bei Kollagenosen sowie Virusinfektionen gesehen werden (Abb. 5).

Ektasie: Aufweitung des Lumens >50 Prozent des Scheitels oder eines Schenkels, wobei das Lumen zwischen 20 und 50 µm breit

ist. Ektasien des Scheitels sind bei Gesunden ungewöhnlich. Eine Ektasie des efferenten Schenkels weist auf eine venöse Stauung hin. Diese Pathologie kann ein frühes Zeichen einer Sklerodermie sein (Abb. 6).

Elongation: Verlängerung einzelner oder mehrerer Kapillaren um 50 Prozent bzw. 350 µm. Diese Veränderung ist bei Psoriasis, Kollagenosen und Vaskulitiden zu sehen (Abb. 7).

Torquierung: Afferenter und efferenter Schenkel kreuzen sich an mindestens zwei Stellen korkenzieherartig. Bei Gesunden kommt dies nicht selten als Normvariante zur Darstellung. Häufig sind bei PatientInnen mit Psoriasis vulgaris alle Kapillaren torquiert. In Kombination mit anderen Veränderungen findet man dieses Phänomen bei Kollagenosen (Abb. 8).

Verzweigung: Abnorme Verbindungen zwischen afferentem und efferentem Schenkel, verschiedenen Kapillaren oder Gefäßneubildungen, gesehen bei SLE oder Overlap-Syndrom mit akraler Vaskulitis. Verzweigungen sind fast immer unphysiologisch, dh. auch bei früher Erkrankung können erste Verzweigungen der Kapillaren Hinweise auf die Grunderkrankung geben. Ausgeprägte Verzweigungen werden auch Büschelkapillare genannt. Sie können auch vereinzelt als reparativer Prozess bei Gesunden nach Verletzungen dokumentiert werden (Abb. 9).

Megakapillare: Aufweitung des Kapillarlumens über 50 µm, sichtbar sogar mit geschultem Auge. Als physiologisch werden Kapillaren mit einer Lumenbreite bis 20 µm bezeichnet. Bei einer Lumenbreite zwischen 20 und 50 µm sprechen wir von einer Ektasie, die nicht unbedingt als pathologisch bewertet wird. Megakapillaren kommen bei Sklerodermie, Myositiden und Overlap-Syndromen vor (Abb. 10).

Avaskuläres Areal: Fokaler oder diffuser Verlust von Kapillaren. Diffuse Lücken zwischen unauffälligen Kapillaren legen stattgehabten Thrombosierungen, z. B. im Rahmen

einer Gerinnungsstörung, nahe. Scheinbar avaskuläre Areale können funktionell durch verminderte Rekrutierung der Kapillaren, Druck von außen oder Ödem bedingt sein, daher wird immer eine Verlaufskontrolle empfohlen. Bei gleichzeitigem Nachweis pathologischer Kapillaren und Thrombosen ist eine Kollagenose wahrscheinlich (Abb. 11).

Sludge: Sichtbare Aggregation der Erythrozyten bis zum reversiblen Abbruch des Flusses in der überwiegenden Zahl der eingesehenen Kapillaren. Dieses Phänomen entsteht durch eine Dysbalance zwischen Endothel, korpuskulären Bestandteilen und Plasma und führt dazu, dass sich die aggregierten Erythrozyten wie „Klumpen“ mit dazwischen durchsichtigem Plasma durch die Kapillare bewegen. Dadurch ändert die Kapillare ständig ihre Gestalt und ist deshalb im Rahmen einer Online-Untersuchung zu detektieren, da sie sonst von Kaliberschwankungen nicht unterschieden werden kann. Sludge kommt z. B. bei SLE vor (Abb. 12).

Thrombose: Irreversibler akuter Verschluss einer Kapillare mit livider bis bräunlicher Verfärbung des Lumens und fehlendem Flussnachweis. Thrombosen entstehen durch Flussverlangsamung, Aktivierung des Gerinnungssystems lokal (Verletzung oder Vaskulitis) oder systemisch (Antiphospholipidsyndrom, Verbrauchskoagulopathie). Bei Verlangsamung des Blutflusses und Stase wird das Blut livide, zunehmend dann bräunlich und die Gefäßgrenze löst sich auf. Die Unterscheidung zur Blutung ist dann durch das fehlende (blutende) Gefäß möglich (Abb. 13).



Abb. 10: Megakapillaren bei limitierter kutaner Sklerodermie, pulmonaler Hypertonie, peripherer Polyneuropathie und primärer biliärer Zirrhose. Kapillar-Durchmesser 24, 38 und 80 µm. 59-jährige Patientin.



Abb. 13: Thrombose bei limitierter kutaner Sklerodermie, Raynaud-Syndrom, GAVE (gastric antral vascular ectasia), Polyarthrit, pulmonaler Hypertonie, Ösophagus-Beteiligung und Colitis. Kapillar-Durchmesser 25, 36 und 76 µm. 77-jährige Patientin.



Abb. 16: „Late pattern“ der systemischen Sklerose mit Raynaud-Syndrom, Ösophagus-Beteiligung, Lungenfibrose, Arthritis und deformierten, bizarren und desorganisierten Kapillaren im Nagelbett (Neo-Vaskularisation). 68-jähriger Patient.



Abb. 11: Avaskuläres Areal. Rarefizierung der Kapillaren bei diffuser kutaner Sklerodermie, Raynaud-Syndrom, digitalen Ulzerationen, Myokarditis, Insulten und Niereninsuffizienz. Kapillar-Durchmesser 52 µm. 41-jähriger Patient.



Abb. 14: Hämorrhagie bei Mischkollagenose, Raynaud-Syndrom, digitalen Ulzerationen und Myositis. 49-jährige Patientin.



Abb. 12: Sludge bei idiopathischer thrombozytopenischer Purpura und Raynaud-Syndrom. 61-jährige Patientin.

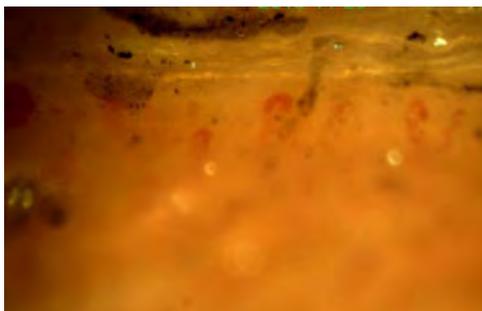


Abb. 15: Ödem bei limitierter kutaner Sklerodermie, Raynaud-Syndrom, GAVE und arteriellen Stenosen. 77-jährige Patientin.

Die kapillarmikroskopische Diagnostik

wird an der rheumatologischen Ambulanz der Salzburger Landeskliniken seit Februar 2017 durchgeführt.

Es werden, wenn möglich, alle PatientInnen mit einer Raynaud-Symptomatik, positiven ANAs oder Kollagenosen untersucht. Bis dato wurden Befunde von ca. 70 PatientInnen erfasst, davon erwiesen sich etwas mehr als 70 Prozent als pathologisch.

Es sind im Artikel ausschließlich Fotos unserer PatientInnen angeführt.

Stadium I	Fokale Ektasien, Einblutungen, mögliches Begleitödem. Die Kapillardichte ist normal.
Stadium II	Zunehmendes Ödem, Rarefizierung der Kapillardichte, Zunahme der ektatischen Kapillaren bis zur Megakapillare.
Stadium III	Zunehmende Megakapillaren, Gefäßdeformierungen, Ödem, Rarefizierung.
Stadium IV	Geringe Kapillardichte, deformierte, teils bizarre Kapillaren als Zeichen einer Gefäßneubildung (Neovaskularisation), ausgeprägtes Ödem, gefäßfreie Abschnitte.

Tabelle 2: Stadien des Kapillarbefalls bei systemischer Sklerose.

Hämorrhagie: Extravasaler Nachweis von Erythrozyten oder deren Abbauprodukten. Traumatisierungen und Vaskulitiden können zur kapillären Blutung führen. Aus Ektasien und Megakapillaren kommt es oft zu Zwiebelchalenartigen Blutungen, bei florider Vaskulitis, z. B. Sklerodermie oder SLE, eher zu punktartigen Blutungen. Die Farbe und Lokalisation lässt auf das Alter der Blutung zurückschließen (Abb. 14).

Ödem: Extrakapilläre dermale Flüssigkeitszunahme sichtbar in der hellen Papille bis zur verwachsenen Struktur der Kapillare mit hellem Schimmer, typischerweise bei Sklerodermie oder Overlap-Syndrom nachzuweisen (Abb. 15).

Je nach Ausmaß der Veränderungen unterscheiden wir vier Stadien der systemischen Sklerose im kapillarmikroskopischen Bild (Tabelle 2). In der angelsächsischen Literatur werden drei Kapillarmuster beschrieben. „Early pattern“ entspricht dem Stadium I, „active pattern“ den Stadien II und III, und „late pattern“ dem Stadium IV (Abb. 16).

2009 wurde der CSURI-Score (capillary-scapic skin ulcer risk index) für die Einschätzung des Risikos einer Entwicklung von digitalen Ulzerationen bei Sklerodermie etabliert. Die Spezifität beträgt 81,4 Prozent und Sensitivität 92,9 Prozent. Dabei wird die Gleichung $M \times D/N^2$ verwendet, wobei M der maximalen Anzahl der Megakapillaren von allen untersuchten acht Fingern entspricht, D dem maximalen gemessenen Durchmesser der Megakapillaren und N der geringsten Anzahl der Kapillaren pro mm von allen untersuchten acht Fingern. Es wurde ein Cutoff-Wert von 2,96 definiert. Ab diesem Wert steigt das Risiko für die Entwicklung von digitalen Ulzerationen signifikant an.

ANDERE URSACHEN FÜR EINE PATHOLOGISCHE KAPILLARIKROSKOPIE

> **Scleroderma-like pattern:** Ähnliche morphologische Veränderungen an Kapillaren können auch bei Dermatomyositis oder bei der undifferenzierten Kollagenose gefunden werden.

> **Hämosiderinablagerungen** um die Kapillarschlingen, bedingt durch Mikroblutungen, oder auch Kapillar thrombosen finden sich beim Antiphospholipid-Syndrom.

> **Außerhalb der Rheumatologie** kann die Kapillarmikroskopie auch in anderen Bereichen der Medizin eingesetzt werden, ist jedoch in der Praxis (noch) nicht etabliert und ihre Interpretation durch

Langzeitdaten nicht ausreichend belegt. Unspezifische Kapillarveränderungen finden sich auch beim Diabetes mellitus und bei der arteriellen Hypertonie. Prognostische oder therapeutische Konsequenzen sind aber daraus noch nicht abzuleiten.

> **Die Veränderungen** bei peripherer arterieller Verschlusskrankung werden in drei Stadien unterteilt: Im Stadium A finden wir Dilatationen und apikale Micropools, im Stadium B ein Ödem und im Stadium C eine Rarefizierung der Kapillaren bis hin zu avaskulären Feldern. Diese Stadien korrelieren mit der Prognose und spiegeln das Amputationsrisiko wider.

> **Eine verzögerte Wundheilung** und Auftreten von Ulzerationen im Rahmen der chronischen venösen Insuffizienz korrelieren oft mit einer reduzierten Kapillardichte und morphologischen Veränderungen.

Es stellt sich die Frage, ob man durch die Behandlung der Grunderkrankung eine Besserung oder Remission des pathologischen Kapillarbefundes erreichen kann. Es liegen diesbezüglich keine prospektiven, randomisierten, doppelblind-, Placebo-kontrollierten Studien vor. Manche Arbeitsgruppen haben jedoch zwölf Monate nach dem Einsatz der vasodilatierenden Substanzen Iloprost und Bosentan eine Reduktion der Megakapillaren gesehen; eine Vermehrung der Anzahl der Kapillaren wurde lediglich nach Bosentan beobachtet.



Lungenhochdruck

ERKENNEN. ABKLÄREN. ÜBERWEISEN.

UNKLARE DYSPNOE? Ist es Pulmonal-arterielle Hypertonie?¹



Beeinflussen SIE frühzeitig den Krankheitsverlauf²

Referenzen: 1. Galiè N, et al. European Heart Journal. 2016; 37: (4): 67-119. 2. Lau EMT, et al. Eur Heart J. 2011; 32:2489-2498.



ACTELION

A JANSSEN PHARMACEUTICAL COMPANY
OF **Johnson & Johnson**

Janssen-Cilag Pharma GmbH
Vorgartenstraße 206b, A-1020 Wien



„Gesunde Ernährung“ selbstverständlich machen

Mit Schüler*innen, Lehrer*innen, Eltern und nichtpädagogischem Personal im Blick setzt der „Fokus Ernährung“ auf Änderungen der Verhältnisse, um nachhaltig das Verhalten zu ändern.



WISSENSWERTES



„Ernährung ist eine der Grundsäulen der menschlichen Gesundheit und in jedem Alter ganz wichtig – für Kinder auch in Bezug auf ihr Essverhalten, das sie dann ein Leben lang begleitet.“

Wenn die Verhältnisse stimmen, ist die Chance groß, dass sich langfristig auch das Verhalten ändert.

Seit fünf Jahren gibt es beim AVOS den „Fokus Ernährung“ in seiner aktuellen Form. AVOS-Ernährungsexpertin Cornelia Seitlinger-Schreder ist als Mitinitiatorin von Anfang an dabei: „Begonnen haben wir mit einem Grundgerüst rund um Schulbuffets und Automaten und das dann bis zur Gemeinschaftsverpflegung weiterentwickelt“, erzählt sie über die Idee hinter der Initiative. Im Vordergrund steht die Verhältnisprävention, die nachhaltig über mehrere (Schul-)Klassen und Jahre hinweg etabliert wird. Gefördert wird die Initiative, die sich an den

Mindeststandards der Gemeinschaftsverpflegung der ÖGK orientiert, vom Gesundheitsförderungsfonds Salzburg. Aktuell sind 87 Schulen Teil des Fokus-Ernährung-Netzwerks.

„ESSVERHALTEN BEGLEITET EIN LEBEN LANG“

„Ernährung ist eine der Grundsäulen der menschlichen Gesundheit und in jedem Alter ganz wichtig – für Kinder auch in Bezug auf ihr Essverhalten, das sie dann ein Leben lang begleitet“, sagt AVOS-Vize-Vorstandsvorsitzender Dr. Holger Förster, der 2017 die ärztliche Leitung der Initiative übernommen hat. Und „falsche“ Ernährung könne neben der sichtbarsten Folge – Adipositas – noch weitere

Probleme mit sich bringen. So seien etwa Mangelzustände einzelner Stoffe gerade bei guter kalorischer Versorgung für (Kinder-) Ärzt*innen wesentlich schwieriger zu entdecken, hätten aber mitunter durchaus weitreichende Folgen. Im Großen und Ganzen würden sich die Menschen aber heutzutage mehr darum kümmern, was sie mit der Nahrung aufnehmen – sowohl im Guten, als auch im Schlechten. „Allerdings muss man hier auch bedenken, dass viele leider weder die zeitlichen, noch die finanziellen Ressourcen dafür haben“, so Förster.

Gesundheitsreferentin
Cornelia Seitlinger-Schreder,
 BEd, MSc., hat den
 „Fokus Ernährung“ initiiert.
 © Markus Huber



Kinderarzt und AVOS-
 Vizevorstandsvorsitzender
Dr. Holger Förster
 ist ärztlicher Leiter der
 Initiative „Fokus Ernährung“
 © Markus Huber.



VERHÄLTNISSWEISE SCHLAGEN VERHALTEN

Dementsprechend ist das Schulumfeld perfekt dafür geeignet, um hier Wissen zu vermitteln. „Doch das alleine reicht nicht aus, um die Verzehrgewohnheiten zu optimieren“, ist Seitlinger-Schreder überzeugt, weshalb der „Fokus Ernährung“ auf Verhältnisprävention setzt. „Generell ist bislang häufig mehr Wert auf Verhaltensprävention gelegt worden, was allerdings oft auf Widerstände trifft und viel psychologische Begleitung erfordert“, sagt Förster. „Dass im „Fokus Ernährung“ auf Verhältnisprävention gesetzt wird, hat den großen Vorteil, dass durch geänderte Strukturen fast unmerklich und mit weit weniger Widerstand die gewünschten Veränderungen erzielt werden – für mich ein super Weg.“

Ohnehin müsste das Angebot des „Fokus Ernährung“ zur jeweiligen Einrichtung passen und sowohl attraktiv, als auch aktuell sein. „Wenn wir am Puls der Zeit sind, wird die gesündere bzw. bessere Wahl auch gut von den Schüler*innen angenommen“, erklärt Seitlinger-Schreder. Dabei gibt es zwischen den verschiedenen Altersklassen – und teils auch zwischen den Geschlechtern – Unterschiede, die es zu beachten gilt. „Kleine Kinder wollen etwa ihre Beilagen extra haben und mischen sich dann selbst Fleisch, Reis und Gemüse zusammen. In einer HBLA habe ich gesehen, dass Mädchen dort eher auf Qualität und vegetarische Gerichte

geachtet haben, während Burschen eher Quantität im Sinne von größeren Portionen bevorzugt haben.“

VOM HOCHBEET BIS ZUR GROSSKÜCHE

Den Auftakt der Fokus-Ernährungs-Maßnahmen bildet dabei ein Erstgespräch inklusive Fachaustausch mit Schulleiter*innen, Lehrer*innen, Schülervertreter*innen und Elternvertreter*innen. Auch ein Begehungsprotokoll mit Informationen zu den zentralen Anbieter*innen – vom Buffet über Getränke- und Snackautomaten, bis hin zu externen Anbieter*innen – wird dabei erstellt und passende Lösungsansätze geschnürt. Diese sind so individuell, wie die teilnehmenden Schulen selbst. Sie reichen von „kreativen“ Maßnahmen, wie einer eigenen „Kräuterschnecke“ oder einem Hochbeet im Sinne des „Urban Gardening“, über die Installation eines Wasserbrunnens, bis hin zu umfangreichen Fragebögen und der Optimierung der

Küchenabläufe im Rahmen einer Speiseplan-Optimierung in Großküchen, bei denen täglich 500 Mahlzeiten über die Theke wandern. In einem Zweitgespräch werden die geplanten Maßnahmen präsentiert, bevor es an die Umsetzung und die Evaluierung geht. Auch nach Abschluss der Maßnahmen werden die teilnehmenden Schulen weiterhin betreut – etwa mit optionalen Angeboten, wie Elternabenden oder Workshops, die extra buchbar sind. Wie gut diese angenommen werden, hat am Jahresanfang ein Beispiel aus Oberndorf gezeigt: „Hier haben sich Schüler*innen vermehrt Informationen zur noch recht jungen Disziplin „Sporternährung“ gewünscht – und nach einer Anforderung der Schule an AVOS auch direkt durch Seitlinger-Schreder erhalten.“



Auch heimische Kräuter und Pflanzen sind ein wichtiger Teil der gesunden Ernährung. © AVOS/Manuel Bukovics

ÖSTERREICHWEITE BEACHTUNG

Generell seien Schulen sehr dankbar über Unterstützung auf dem Gebiet der Ernährung. Und sowohl der hohe Bekanntheitsgrad in Stadt und Land Salzburg, als auch die laufende Nachbetreuung haben den „Fokus Ernährung“ binnen kürzester Zeit etabliert. Schulen melden sich selbstständig, wenn sie vor Ort Veränderungspotenzial bemerken. „Wir gelten auf diesem Gebiet mittlerweile als zentraler und wichtiger Ansprechpartner – und darauf können wir als AVOS richtig stolz sein“, freut sich Seitlinger-Schreder. Und der Erfolg gibt dem Modell Recht, das Interesse an „Fokus Ernährung“ ist auch österreichweit groß. Anfang März 2020 hat die AGES nach Wien eingeladen, wo die Initiative im Rahmen der Dialogveranstaltung „Kinder- und Jugendverpflegung“ als eines von österreichweit fünf „Good-Practice-Projekten“ vor rund 180 Menschen offiziell vorgestellt wird. „Mit einem so großen Erfolg des „Fokus Ernährung“ habe ich selbst nicht gerechnet“, sagt Förster und ergänzt: „Aber es freut mich um so mehr und liefert natürlich auch einen Ansporn, weiterzumachen.“



Zum 25-Jahr-Jubiläum der ClownDoctors Salzburg ist „saatGUT“ im Rahmen des „Fokus Ernährung“ ins Leben gerufen worden. © AVOS/Manuel Bukovics

SUB-PROJEKT „SAATGUT“ FÜR DEN GUTEN ZWECK

Mit der Expertise des „Fokus Ernährung“ und mitgefördert durch das Gesundheitsressort des Landes Salzburg haben Schüler*innen hierzulande die Chance gehabt, für den guten Zweck Produkte aus selbst angebauten Pflanzen herzustellen und gegen freiwillige Spenden abzugeben. Der Reinerlös des Projektes „saatGUT – kleines Säen und großes Ernten“ ist dabei – passend zum 25-Jahr-Jubiläum – komplett an die ClownDoctors Salzburg gegangen. „saatGUT ist

„learning by doing“. Durch das praktische Arbeiten erleben die Kinder hautnah, was sich mit heimischen Kräutern und Wildpflanzen alles machen lässt – ein super Wissenszuwachs“, freut sich AVOS-Gesundheitsreferentin Cornelia Seitlinger-Schreder. Zudem sei das Projekt auch eine gute Möglichkeit gewesen, mit weiteren Schulen in Kontakt zu treten und diese in weiterer Folge ebenfalls für den „Fokus Ernährung“ zu gewinnen.



OrdinationsassistentInnen am Weg zu OrdinationsmanagerInnen

Die Ausbildung am BFI Salzburg bereitet auf die Herausforderungen in der Praxis gut vor

WISSENSWERTES



Fachliche Kompetenz, Stressresistenz und Teamwork sind wesentliche Voraussetzungen, damit eine Praxis gut läuft.

27 OrdinationsassistentInnen haben an der Schule für Medizinische Assistenzberufe am BFI Salzburg die Ausbildung nach dem MAB-Gesetz im Mai abgeschlossen. Sie zeigten sich engagiert und interessiert an den Entwicklungen in der Praxis und leisteten in ihrer praktischen Ausbildung Enormes in der Pandemiezeit, um die Krankenhäuser zu entlasten.

Der persönliche Einsatz der OrdinationsassistentInnen, die Fähig-

keit, sich in der Thematik zentrieren zu können sowie die kommunikative Kompetenz wurden bei komplexen Arbeitsaufträgen schon trainiert und sind wesentliche Werkzeuge in dieser Krisenzeit. Qualitätsarbeit in der Ausbildung ist Voraussetzung für professionelles Arbeiten in diesem Beruf.

Die Schule für medizinische Assistenzberufe der AK Salzburg am BFI Salzburg wird in enger Kooperation mit der Ärztekammer geführt. Es werden die Ausbildungen in der Labor-/Ordinations- und Gipsassistenten angeboten, durchgeführt wurde 2019/2020 die Ordinationsassistenten. Partner der MAB-Schule ist ein gut ausgebautes Netzwerk von Anbietern für Gesundheitsdienstleistungen im gesamten Bundesland Salzburg, welche für eine gute praktische Ausbildung zeichnen.

Seit 2019 ist Frau Mag.^a Christine Platajs Direktorin der Schule für Medizinische Assistenzberufe und erste Ansprechpartnerin für die Ausbildung zur Ordinationsassistenten. Die Grundlagen der Erwachsenenbildung und eine qualitativ hochwertige Ausbildung mit dem Ziel, professionelle MitarbeiterInnen im Gesundheitsbereich auszubilden, sind der Gesundheitswissenschaftlerin und Qualitätsmanagerin wichtig.

Die Schule für medizinische Assistenzberufe der AK am BFI Salzburg mit der langjährigen Erfahrung in der MAB-Ausbildung ist kompetenter Partner der Ärztekammer und Garant für eine zeitgemäße Ausbildung, um den Herausforderungen der Gegenwart professionell begegnen zu können. Am **9. September 2020** startet die nächste Ausbildung. Eine Anmeldung ist über die Ärztekammer oder über das BFI Salzburg bereits möglich.



Mag.^a Christine Platajs

Fortbildungsakademie der Salzburger Ärztekammer



AUS- UND FORTBILDUNG

Zu Redaktionsschluss können wir noch nicht sagen, was der heurige Herbst bringen wird. Wir haben unsere Veranstaltungen in der Annahme gestaltet, dass diese stattfinden werden können. Auf etwaige Maßnahmen werden wir kurzfristig reagieren und informieren.

ABENDFORTBILDUNG OKTOBER BIS DEZEMBER 2020

Sämtliche Veranstaltungen im Rahmen der Abendfortbildung werden mit jeweils zwei Punkten für das Diplomfortbildungsprogramm der Österreichischen Ärztekammer angerechnet.

Aufgrund der epidemiologischen Situation werden alle Veranstaltungen auch LIVE aus der Salzburger Ärztekammer als **Webinar** übertragen. Nach vorheriger Anmeldung ist eine virtuelle Teilnahme möglich und wird ebenfalls mit jeweils 2 DFP Punkten angerechnet.

Beginn für alle Veranstaltungen jeweils um 19.30 Uhr.

Wenn Sie an der Fortbildung in den Räumlichkeiten der Salzburger Ärztekammer persönlich teilnehmen wollen, ist eine **vorherige Anmeldung unbedingt erforderlich!***

- > **„IMPFFEN“**
Mittwoch, 7. Oktober 2020
Salzburg
- > **„SCHUSS- & EXPLOSIONS-
VERLETZUNGEN“**
Mittwoch, 4. November 2020
Salzburg
- > **„NEPHROLOGIE“**
Mittwoch, 2. Dezember 2020
Salzburg
- > **INFORMATION & ANMELDUNG:**
Dr. Klaus Kubin (Fortbildungsreferent)
oder Mag. Cornelia Ruhland
Telefon +43 662 871327-120, Fax DW -10
fortbildung@aeksbg.at

SEMINAR

Schulungsseminar zur/
zum sachverständigen
Ärztin/Arzt ent-
sprechend dem FSG

**Freitag, 9. Oktober bis
Samstag, 10. Oktober 2020**
Ärzttekammer für Salzburg

> **Anmeldung & Information:**
Fortbildungsakademie der
Ärzttekammer Salzburg,
Mag. Cornelia Ruhland,
Telefon +43 662 871327-120,
fortbildung@aeksbg.at



SALZBURGER SPORTÄRZTETAGE



INTERNISTISCH-PHYSIO- LOGISCHER-GRUNDKURS IV

Praxisseminar – Ärztesport
11. bis 13. September 2020, ULSZ in Rif

> **Information & Anmeldung:**
Ärzttekammer für Salzburg, Sportärzte-
referat, Telefon +43 662 871327-120,
fortbildung@aeksbg.at



SALZBURGER SPORTÄRZTETAGE



ORTHOPÄDISCH-TRAUMA- TOLOGISCHER GRUNDKURS IV

Praxisseminar – Ärztesport
27. bis 29. November 2020, Piesendorf

> **Information & Anmeldung:**
Ärzttekammer für Salzburg, Sportärzte-
referat, Telefon +43 662 871327-120,
fortbildung@aeksbg.at

* Die TeilnehmerInnenanzahl ist aus Sicherheitsgründen bis auf Weiteres begrenzt.
Wir vergeben die Sitzplätze nach dem *First come – first serve* Prinzip.

” TERMIN



REFRESHER-SEMINAR FÜR FÜHRERSCHEIN-ÄRZT/INNEN

Freitag, 9. Oktober 2020, 16.30 – 20.00 Uhr

> Anmeldung & Information:
Fortbildungsakademie der Ärztekammer Salzburg, Mag. Cornelia Ruhland, Telefon +43 662 871327-120, fortbildung@aeksbg.at

WEBINAR

” SEMINAR

SPRENGELARZTSEMINAR

3. Oktober 2020, 10.00 – 15.00 Uhr
Hubertushof Anif

- > Rechtliche Grundlagen – Verkehrsrecht, Suchtmittelrecht und Gutachtenerstellung
- > Kenntnisse über Drogen-Substanzen, der derzeitigen Marktsituation und Stoffkunde
- > Kenntnisse über Drogen, Alkohol- und Medikamentenwirkung
- > Ärztliche Untersuchung und Gutachtenerstellung

Salzburger **SPARKASSE** Was zählt, sind die Menschen.

Schon ab 5.000 Euro



Geld einfach anlegen.

Der Invest Manager

Dies ist eine Werbemittlung. Das Veranlagen in Wertpapiere birgt neben Chancen auch Risiken. Nähere Informationen unter sparkasse.at/investmanager

George. Das modernste Banking Österreichs.

Termine aktuell 2020

ACHTUNG!
TERMIN-
ÄNDERUNGEN
WEGEN COVID-19
MASSNAHMEN
SIND MÖGLICH

SERVICE

> **GRAZER GERINNUNGSTAGE – 15. SAILERSYMPOSIUM & JAHRESTAGUNG DER ÖGIA**
3. bis 4. September 2020, Graz
Anmeldung & Information:
www.isiort2020.at

> **RHYTHMOLOGIE – UPDATE 2020**
4. September 2020, Linz
Anmeldung & Information:
Telefon: +43/1 531 16-68
azmedinfo@media.co.at

> **CEMIC SYMPOSIUM 2020**
4. September 2020, Wien
Online Anmeldung:
reg.azmedinfo.co.at/cemic2020

> **FORTBILDUNGEN UND REFRESHER ZUR REISEMEDIZIN**
2020 bis 2021, versch. Orte
Anmeldung & Information:
handbuch-reisemedizin.de/seite/fortbildungen

> **ÖSTERREICHKONGRESS FÜR RADIOLOGIETECHNOLOGIE**
4. bis 5. September 2020, Graz
Anmeldung & Information:
Telefon: +43/1 531 16-39
azmedinfo@media.co.at

> **27. ATHEROSKLEROSE JAHRESTAGUNG – AAS**
4. bis 5. September 2020, Linz
Anmeldung:
www.aas.at

> **BURGENLÄNDISCHER ÄRZTETAG: „DIABETES MELLITUS“ – DIABETES IM BLICKPUNKT**
5. September 2020, Deutschkreutz
Anmeldung & Information:
Telefon: 02682/62 521-10
fortbildung@aekbgld.at

> **EKG SEMINAR FÜR KARDIOLOGISCHES ASSISTENZ- UND PFLEGEPERSONAL UND ÄRZTE IN AUSBILDUNG**
ab 5. September 2020, Salzburg Congress
Online Anmeldung:
registration.maw.co.at/ekg20

> **SENOLOGIE 2020 JAHRESTAGUNG DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR SENOLOGIE**
10. bis 12. September 2020, Wien
Anmeldung & Information:
Telefon: +43/1 405 13 83-25, -17
Fax: +43/1 407 82 74
senologie2020@wma.co.at

> **FRÜHJAHRESTAGUNG 2020 ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR KLINISCHE PATHOLOGIE UND MOLEKULARPATHOLOGIE/ÖSTERREICHISCHE ABTEILUNG DER IAP**
11. bis 12. September 2020, Wien
Information:
Telefon: +43/1 536 63-33
Fax: +43/1 535 60-16
maw@media.co.at

> **8. INTENSIV- UND NOTFALLMEDIZINISCHES SYMPOSIUM AM WÖRTHERSEE**
11. bis 12. September 2020, Pörtlach am Wörthersee
Online Anmeldung:
registration.maw.co.at/intensivklag20

> **2. GRAZER HERZKREISLAUFTAGE**
11. bis 13. September 2020, Graz
Information:
Telefon: +43/1 531 16-32
Fax: +43/1 531 16-61
azmedinfo@media.co.at

> **KARDIOLOGIE NETZWERK BURGENLAND 2020**
12. September 2020, Eisenstadt
Online Anmeldung:
registration.maw.co.at/netzwerk20

> **FOCUS: VALVE 2020 12TH TRAINING COURSE FOR MINIMALLY INVASIVE HEART VALVE SURGERY**
13. bis 16. September 2020, Innsbruck
Online Anmeldung:
registration.maw.co.at/valve20

> **64. ÖSTERREICHISCHER HNO-KONGRESS 2020 (ALS E-CONFERENCE)**
14. bis 18. September 2020, e-Conference
Anmeldung & Information:
hno.at/hno-kongress-2020/

> **LYMPHOMA 2020 – THE EUROPEAN CONGRESS ON CONTROVERSIES IN LYMPHOMA**
14. bis 15. September 2020, Wien
Anmeldung:
lymphoma2020.com/

- > **HYGIENE FORTBILDUNGSTAGE 2020**
16. bis 17. September 2020, Wien
 Anmeldung:
registration.azmedinfo.co.at/hygienefort20
- > **23. JAHRESTAGUNG DER DEUTSCHEN FACHGESELLSCHAFT FÜR REISEMEDIZIN**
18. bis 19. September 2020, Coburg
 Anmeldung:
handbuch-reisemedizin.de/seite/fortbildungen
- > **3. PSYCHONEUROIMMUNOLOGIE-KONGRESS**
18. bis 20. September 2020, Innsbruck
 Anmeldung:
psychoneuroimmunologie-kongress.at/
- > **PRIMÄRVERSORGUNG IN ZEITEN EINER PANDEMIE – ÖSTERREICHISCHER PV KONGRESS 2020**
19. September 2020, kostenloser Online-Kongress
 Anmeldung & Information:
allgemeinmedizin.medunigraz.at
- > **HERZSCHRITTMACHER CURRICULUM 2020 THEORETISCHER SACHKUNDEKURS**
21. bis 23. September 2020, Wien
 Online Anmeldung:
registration.maw.co.at/schrittmacher20
- > **6. EASIE-BLUTUNGEN**
24. bis 25. September 2020, Innsbruck
 Online Anmeldung:
azmedinfo.co.at/argeendoskopie
- > **51. JAHRESTAGUNG DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR INNERE MEDIZIN (ÖGIM)**
24. bis 26. September 2020, Salzburg Congress
 Anmeldung & Information:
www.oegim.at
- > **AUSBILDUNGSZYKLUS II/2020 ÖÄK-DIPLOM ERNÄHRUNGSMEDIZIN ab 25. September 2020, Wien**
 Information:
 Telefon: +43/1 402 64 72
 Fax: +43/1 405 88 76
office@oeaie.org
www.oeaie.org
- > **ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR DERMATOLOGISCHE KOSMETIK UND ALTERSFORSCHUNG (ÖGDKA) UND ARBEITSGRUPPE FÜR ÄSTHETISCHE DERMATOLOGIE UND KOSMETOLOGIE DER ÖGDV**
25. bis 26. September 2020, Wien
 Information:
 Telefon: +43/1 531 16-33, - 82
 Fax: +43/1 531 16-61
azmedinfo@media.co.at
- > **25TH ANNIVERSARY CONGRESS EMN 2020 SALZBURG**
27. bis 30. September 2020, Hof bei Salzburg
 Online Anmeldung:
www.conventiongroup.at/preamble-emn-2020-salzburg.html
- > **ADANO 2020 ARBEITSGEMEINSCHAFT DEUTSCHSPRACHIGER AUDIOLOGEN, NEUROOTOLOGEN UND OTOLOGEN**
1. bis 2. Oktober 2020, Krems
 Anmeldung & Information:
www.adano2020.com
- > **37. JAHRESTAGUNG DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGISCHE ONKOLOGIE ACO-ASSO**
1. bis 3. Oktober 2020, St. Wolfgang
 Anmeldung & Information:
www.aco-asso.at/
- > **ÖSTERREICHISCHES CROHN COLITIS SYMPOSIUM DER ARBEITSGRUPPE FÜR CED DER ÖGGH**
2. bis 3. Oktober 2020, Bad Ischl
 Anmeldung & Information:
www.oecco-ced.at
- > **AUB – JAHRESTAGUNG 2020**
2. bis 3. Oktober 2020, Innsbruck
 Anmeldung & Information:
www.urogyn.at
- > **START DER AUSBILDUNG HOMÖOPATHIE FÜR ÄRZT*INNEN UND MEDIZINSTUDENT*INNEN**
2. bis 4. Oktober 2020, Linz und Gmunden
 Anmeldung & Information:
www.aekh.at

- > **PRAXISGRÜNDUNGS-,
-FÜHRUNGS- UND
-SCHLUSSEMINAR**
**3. Oktober 2020,
ÄK Burgenland**
Anmeldung & Information:
Telefon: +43/1 531 16-85
Fax: +43/1 531 16-61
azmedinfo@media.co.at
- > **KRAFTTRAINING BEI CHRO-
NISCHEN WIRBELSÄULEN-
PROBLEMEN – DIE BIOME-
CHANIK LÜGT NIE!**
3. Oktober 2020, Wien
Online Anmeldung
www.gamed.or.at
- > **52. JAHRESTAGUNG DER
ÖSTERREICHISCHEN GESELL-
SCHAFT FÜR GEFÄSSCHIRUR-
GIE UND 62. WELTKONGRESS
COLLEGE OF ANGIOLOGY**
7. bis 9. Oktober 2020, Wien
Anmeldung & Information:
registration.maw.co.at/ica20
- > **KARDIOLOGIE IM ZENTRUM**
9. bis 10. Oktober 2020, Linz
Anmeldung & Information:
www.kardiologieimzentrum.at
- > **HÄMOSTASEOLOGIEKURS
2020**
13. bis 14. Oktober 2020, Wien
Online Anmeldung:
registration.azmedinfo.co.at/
haemostaseologiekurs2020
- > **28. ÖSTERREICHISCHES
OSTEOPOROSEFORUM**
**15. bis 17. Oktober 2020,
St. Wolfgang**
Anmeldung & Information:
oegkm.at/osteoporoseforum
- > **44. BADENER RHEUMATOLOGISCHER
FORTBILDUNGSTAG UND 11. BURGEN-
LÄNDISCHER RHEUMATAG**
16. Oktober 2020, Baden
Anmeldung & Information:
registration.azmedinfo.co.at/
rheumatagbaden2020
- > **32. EKG SEMINAR – HERZRHYTHMUS-
STÖRUNGEN, KARDIOLOGISCHE
FORTBILDUNGSSEMINARE**
16. bis 17. Oktober 2020, Wien
Anmeldung & Information:
registration.maw.co.at/ekgwien20
- > **FOCUS HEPATOGASTROENTEROLOGIE
2020**
23. Oktober 2020, Wien
Anmeldung & Information:
www.focushepatogastroenterologie.at
- > **XVIII. HÄMATOLOGIEKURS 2020**
27. bis 29. Oktober 2020, Wien
Anmeldung & Information:
registration.azmedinfo.co.at/
haematologiekurs2020
- > **KURS DER DEUTSCHSPRACHIG-
EUROPÄISCHEN SCHULE
FÜR ONKOLOGIE (DESO)**
28. bis 29. Oktober 2020, Villach
Anmeldung & Information:
www.oegro2020.at
- > **EUROPALL – CONTROVERSIES
IN PALLIATIVE CARE**
29. bis 30. Oktober 2020, München
Anmeldung: europall2020.com/
- > **JAHRESTAGUNG 2020 DER ÖSTERREI-
CHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR RADIO-
ONKOLOGIE, RADIOBIOLOGIE UND
MEDIZINISCHE RADIOPHYSIK (ÖGRO)**
30. bis 31. Oktober 2020, Villach
Anmeldung & Information:
www.oegro2020.at
- > **ÖKG JAHRESTAGUNG 2020**
**1. bis 3. November 2020,
Salzburg Congress**
Anmeldung & Information:
www.atcardio.at
- > **ÖSKIM 2020 ÖSTERREI-
CHISCHES SYMPOSIUM
FÜR KARDIOVASKULÄRE
INTENSIVMEDIZIN**
**6. bis 7. November 2020,
Salzburg Congress**
Anmeldung unbedingt
erforderlich: registration.
maw.co.at/oeskim20
- > **11TH ISIORT CONFERENCE
INT. SOCIETY OF INTRA-
OPERATIVE RADIATION
THERAPY**
**6. bis 7. November 2020,
PMU Salzburg**
Anmeldung & Information:
registration.maw.co.at/isiort20
- > **EUROPEAN STROKE ORGANI-
SATION AND WORLD STRO-
KE ORGANIZATION CONFE-
RENCE ESO-WSO**
**7. bis 9. November 2020,
Austria Center Vienna**
Anmeldung & Information:
www.eso-wso-conference.org
- > **20. WIENER RHEUMATAG
ÄRZTLICHE FORTBILDUNG
UND INFORMATIONSTAG**
**11. November 2020,
Wiener Rathaus**
Online Anmeldung:
registration.azmedinfo.co.at/
rheumatagwien2020

> **11. JAHRESTAGUNG DER ÖSTERREICHISCHEN VEREINIGUNG FÜR NOTFALLMEDIZIN**
16. bis 17. November 2020, Tech Gate Vienna
 Anmeldung & Information:
www.aaem.at/

> **51. KONGRESS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND KOSTENFREIER WEBKONGRESS**
26. bis 28. November 2020, Graz
 Anmeldung & Information:
www.stafam.at/

> **GASTRO KNOW HOW 2020**
4. Dezember 2020, St. Pölten
 Anmeldung:
registration.maw.co.at/gastroknowhow20

> **EUROPEAN MUSCULO-SKELETAL ONCOLOGY SOCIETY (EMSOS) 33RD ANNUAL MEETING**
16. bis 18. Dezember 2020, Graz
 Anmeldung & Information:
www.emsos2020.org



BILDGEBUNG MIT HERZ

25. bis 26. September 2020, Salzburg

Programm Freitag, 25. September:

- > 09.00 bis 10.30 Uhr – BmH1, RT1
- > 10.30 bis 11.00 Uhr – Pause
- > 11.00 bis 12.30 Uhr – BmH2, RT2
- > 12.30 bis 14.00 Uhr – Pause/WS
- > 14.00 bis 15.30 Uhr – BmH3, WS1+NF1
- > 15.30 bis 16.00 Uhr – Pause
- > 16.00 bis 17.30 Uhr – BmH4, WS2+NF2
- > 18.00 Uhr – Dinner

Programm Samstag, 26. September:

- > 08.30 bis 10.00 Uhr – BmH5
- > 10.00 bis 10.15 Uhr – Pause
- > 10.15 bis 11.45 Uhr – BmH6
- > 11.45 bis 12.30 Uhr – Pause
- > 12.30 bis 14.00 Uhr – BmH7
- > 14.00 bis 14.15 Uhr – Pause
- > 14.15 bis 15.45 Uhr – BmH8
- > 15.45 bis 16.00 Uhr – Verabschiedung

> **Anmeldung unter:**
www.herzdiagnostik.at

Aktuelle Kassen-Stellenausschreibungen

PER 1. OKTOBER 2020
WIRD AUSGESCHRIEBEN

> **FACHÄRZTIN/-ARZT FÜR KINDER- UND JUGENDHEILKUNDE**

(Stelle Dr. Hubert GRIESSMAYER)
Einzelvertrag ÖGK
mit dem Berufssitz und der Ordinationsstätte
in 5760 Saalfelden

> **FACHÄRZTIN / -ARZT FÜR FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE**

(Stelle Dr. Peter SCHWEGEL)
Einzelvertrag ÖGK
mit dem Berufssitz und der Ordinationsstätte
in 5020 Salzburg Stadt

> **ÄRZTIN /ARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN**

(Stelle Dr. Gotho Kerstin GEISHOFER)
alle Kassen
mit dem Berufssitz und der Ordinationsstätte
in 5020 Salzburg

> **FACHÄRZTIN / -ARZT FÜR PSYCHIATRIE**

(Stelle Dr. Christoph EGGER)
alle Kassen
mit dem Berufssitz und der Ordinationsstätte
in 5500 Bischofshofen

> **FACHÄRZTIN / -ARZT FÜR LUNGENKRANKHEITEN**

(Stelle Dr. Susanne COLLAUD)
alle Kassen
mit dem Berufssitz und der Ordinationsstätte
im Raum Radstadt/Altenmarkt (Hauptordination)
und Tamsweg (Zweitordination)

> **FACHÄRZTIN/-ARZT FÜR PHYSIKALISCHE MEDIZIN UND ALLGEMEINE REHABILITATION**

(neue Stelle)
alle Kassen
mit dem Berufssitz und der Ordinationsstätte
in 5400 Hallein

> **FACHÄRZTIN/-ARZT FÜR PHYSIKALISCHE MEDIZIN UND ALLGEMEINE REHABILITATION**

(neue Stelle)
alle Kassen
mit dem Berufssitz und der Ordinationsstätte
in 5500 Bischofshofen

> **FACHÄRZTIN/-ARZT FÜR ORTHOPÄDIE UND ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE**

(Stelle MR Dr. Gert PIERER)
Einzelvertrag mit SVS und BVAEB
mit dem Berufssitz und der Ordinationsstätte
in 5020 Salzburg Stadt

> **FACHÄRZTIN / -ARZT FÜR ORTHOPÄDIE UND ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE**

(Stelle Dr. Alexander HENHAPL)
Einzelvertrag SVS und BVAEB
mit dem Berufssitz und der Ordinationsstätte
in 5020 Salzburg Stadt

Die schriftliche Bewerbung muss bei der Ärztekammer für Salzburg bis **längstens 17. August 2020** einlangen.

BITTE BEACHTEN SIE:

Die exakte Ausschreibung von Kassenstellen mit allen für die Bewerbung erforderlichen Formularen erfolgt auf der Homepage der Salzburger Ärztekammer unter www.gesundinsalzburg.at. Die ausgeschriebenen Stellen werden dort zeitnah aktualisiert.



Renate Riß
Kurie nieder-
gelassene Ärzte

> **Alle Informationen zu Bewerberlisten, Reihungsrichtlinien und Ausschreibungs-konditionen erhalten Sie bei Renate Riß unter Telefon +43 662 871327-125 oder riss@aeksbg.at**



Die Pensionsversicherungsanstalt,
Landesstelle Salzburg, sucht

Ärzte/Ärztinnen der Allgemeinmedizin oder Fachärzte/Fachärztinnen

für die Erstellung von Pflegegeldgutachten im
Rahmen von Hausbesuchen auf Honorarbasis
im Raum Pinzgau.

Interessenten werden gebeten die üblichen
Unterlagen an die Direktion der Pensions-
versicherungsanstalt, Landesstelle Salzburg,
5021 Salzburg, Schallmooser Hauptstraße 11,
zu senden.

Für Rückfragen steht die
Chefärztin der Landesstelle,
Frau Dr.ⁱⁿ Gudrun Schuler,
unter der Telefon-Nr. 050303 / 37200
zur Verfügung.

entgeltliche Einschaltung



Die Pensionsversicherungsanstalt,
Landesstelle Salzburg, sucht für das
Kompetenzzentrum Begutachtung einen/eine

Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin oder Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin

in Teilzeit

zur Begutachtung von Invalidität, Berufsunfähigkeit und
Überprüfung der Notwendigkeit von Heilverfahren.

Work-Life-Balance und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie
sind uns wichtige Anliegen. Wir bieten neben einem angenehmen
Betriebsklima familienfreundliche und planbare Arbeitszeiten.

Auf das Dienstverhältnis findet die Dienstordnung B für die Ärzte
bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs, Gehaltsgruppe A,
Anwendung.

Die Entlohnung erfolgt bei Teilzeitbeschäftigung (24 Wochen-
stunden) mit einem Bruttomonatsentgelt von € 3.615,93 für
Fachärzte/-innen und € 3.469,67 für Ärzte/-innen für Allgemein-
medizin. Durch Anrechnung von Vordienstjahren kann sich ein
höherer Bezugsanspruch ergeben.

Interessenten werden gebeten, ihre Bewerbung unter Beischluss
des Lebenslaufes an die Direktion der Pensionsversicherungs-
anstalt, Landesstelle Salzburg, 5021 Salzburg, Schallmooser
Hauptstraße 11, zu richten.

Für Rückfragen steht die Chefärztin der Landesstelle,
Frau Dr.ⁱⁿ Gudrun Schuler, unter der Tel.-Nr. 050303 Dw. 37200
zur Verfügung.

entgeltliche Einschaltung



**„Weil ich meine Berufung und meine Familie
so gut vereinbaren kann. Darum bin ich
Arbeitsmedizinerin beim ASZ.“**

Dr. Claudia Knoll

Menschen liegen Ihnen mehr am Herzen als ein Krankheitsbild? Gesunde Impulse setzen, finden Sie spannender als medizinische Routineaufgaben? Dann ist Ihre Bewerbung für unser Team in Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Kärnten, Tirol gefragt. Wir suchen:

Ärzte für Allgemeinmedizin / Arbeitsmediziner mit Herz und Verstand (m/w, ab 15 Std. / Woche)

Unsere gemeinsame Aufgabe wird es sein, die vielfältige Arbeitswelt der Menschen nachhaltig zu verbessern und unser gesamtes medizinisches Wissen dafür einzusetzen, dass Menschen körperlich und mental gesund in Pension gehen können. Wir sind das größte privatwirtschaftlich geführte Präventivzentrum und sehen uns als Impulsgeber für vitale Unternehmen in Österreich. Unser konkretes Angebot in einem fixen Dienstverhältnis finden Sie unter www.asz.at. Darüberhinaus bieten wir eine wohnortnahe Tätigkeit, frei planbare Zeiteinteilung und eine kostenlose Zusatzausbildung im Bereich der Arbeitsmedizin, vor allem aber sinnvolle menschliche Erfahrungen und persönliche Wertschätzung in einem großartigen Team.

Das alles spricht Sie an? Dann kontaktieren Sie noch heute Frau Mag. Renate Krenn und vereinbaren ein persönliches Gespräch: Telefonisch unter +43 664 2138284 oder schicken uns Ihre Bewerbung per Mail an renate.krenn@asz.at.

**Gesundheitsbegleitung
von Mensch zu Mensch**



Österreichs erstes Zentrum
für Prävention in der Arbeitswelt



**BARMHERZIGE BRÜDER
KRANKENHAUS SALZBURG**

www.bbsalz.at

Der weltweit tätige Orden der Barmherzigen Brüder betreibt in Österreich Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens in sieben Bundesländern. Für unser KRANKENHAUS IN SALZBURG suchen wir zur Verstärkung unseres Teams der Abteilung für Innere Medizin ab sofort eine/n

Ärztin/Arzt in Ausbildung für Innere Medizin (Vollzeit)



Das im Zentrum der Stadt Salzburg gelegene Ordensspital der Barmherzigen Brüder ist ein Akutkrankenhaus mit allgemeinem öffentlichem Versorgungsauftrag und verfügt über 233 Betten. Die etwa 500 Mitarbeitenden sind in den Abteilungen Innere Medizin, Allgemeinchirurgie, Radiologie und Nuklearmedizin, Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Gynäkologie, Anästhesie und Intensivmedizin sowie im Fachschwerpunkt Urologie tätig und erbringen medizinische und pflegerische Versorgung auf hohem Qualitätsniveau. Diese ist gepaart mit ethischer und religiöser Verantwortung.

IHR AUFGABENGEBIET

Die Abteilung für Innere Medizin verfügt über insgesamt 109 Betten mit Schwerpunkten in den Additivfächern Hämatologie & Internistische Onkologie, Endokrinologie & Stoffwechsel, Gastroenterologie & Hepatologie, Kardiologie und internistische Intensivmedizin sowie über eine Internistische Notaufnahme (24/7).

IHRE KOMPETENZEN

- abgeschlossenes Medizinstudium, idealerweise wurde die Basisausbildung bereits abgeschlossen
- Sie sind eine partizipative, teamfähige und zuverlässige Persönlichkeit
- Identifizierung mit der Werthaltung der Barmherzigen Brüder und deren Ethik, wie sie sich im Ethik-Codex ausdrückt (siehe <https://barmherzige-brueder.at/ethik/codex>)

UNSER ANGEBOT AN SIE

Die Barmherzigen Brüder bieten umfangreiche Aus- und Fortbildungen sowie günstige Verpflegungs-, Wohn- und Parkmöglichkeiten. Wir verfügen über neue und modern ausgestattete OP-, Intensiv und Ambulanzräumen. Das Jahresmindestbruttogehalt beträgt € 64.868,36 - je nach Höhe der anrechenbaren Vordienstzeiten - zuzüglich der Abgeltung etwaiger Nachdienste und der Beteiligung an Sonderklassegebühren.

Weitere Informationen zu dieser Stelle und den Barmherzigen Brüdern finden Sie unter www.bbsalz.at

Für fachliche Auskünfte steht Ihnen gerne der Leiter der Inneren Medizin und Ärztliche Direktor Prim. Univ.-Prof. Dr. Friedrich Hoppichler unter der Telefonnummer +43 (0)662 8088-8442 (Sekretariat) zur Verfügung.

Ihre vollständigen, schriftlichen Bewerbungsunterlagen inkl. Foto und Angabe Ihrer Gehaltsvorstellung richten Sie bitte per E-Mail an: bewerbung@bbsalz.at oder per Post an das A.ö. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg, Personalmanagement, Kajetanerplatz 1, 5010 Salzburg.

© Luigi Caputo



Das Amt der Salzburger Landesregierung sucht auf Basis eines Werkvertrages eine/-n: Schulärztin / Schularzt

ab sofort - für folgende Schulen:

Salzburg Stadt	Polytechnische Schule Salzburg VS/NMS/ZIS Aribonenstraße Volksschule Lieferung 2 Neue Mittelschule Lehen
Bezirk Salzburg Umgebung	ZIS Köstendorf, Neue Mittelschule Thalgau, ZIS Thalgau, Polytechnische Schule Thalgau
Bezirk Hallein	Neue Mittelschule Golling Polytechnische Schule Hallein Volksschule Annaberg Volksschule Lungötz Volksschule St. Jakob am Thurn
Bezirk St. Johann im Pg.	Volksschule Forstau Neue Mittelschule Bad Hofgastein Volksschule Bad Gastein Skimittelschule Bad Gastein
Bezirk Zell am See	Volksschule St. Martin/Lofer Neue Mittelschule Lofer Volksschule Bramberg Neue Mittelschule Bramberg Volksschule Hollersbach Volksschule Mittersill Polytechnische Schule Mittersill ZIS Stuhlfelden
Bezirk Tamsweg	Volksschule Ramingstein Volksschule Muhr, Volksschule Thomatal

Voraussetzungen:

- Abgeschlossene medizinische Ausbildung
- Anerkennung durch die österreichische ÄK als Arzt für Allgemeinmedizin od. FA für Kinder- und Jugendheilkunde

wünschenswert:

- Erfahrung/Ausbildung im schulärztlichen Bereich

Für weitere Auskünfte steht Ihnen Frau Brigitte Maier in der Landessanitätsdirektion gerne zur Verfügung. brigitte.maier@salzburg.gv.at, Tel. 0662 8042-2734



**LAND
SALZBURG**



Im Bereich der **Bildungsdirektion für Salzburg** gelangt die Stelle einer/eines

Schulärztin/Schularztes

am Bundesgymnasium Tamsweg
und an der BHAK/BHAS Tamsweg

mit einem **Gesamtbeschäftigungsausmaß von derzeit 10 Wochenstunden** zur Besetzung.

Die Entlohnung beträgt monatlich brutto € 208,80 (14 x jährlich) für jede Wochenstunde. Die Bewerbungsunterlagen sind **bis längstens 08.07.2020** per Mail bei der Bildungsdirektion für Salzburg (office@bildung-sbg.gv.at) einzubringen, wo auch weitere Auskünfte eingeholt werden können.

Weitere Informationen bezüglich der Kenntnisse und Erfahrungen für die Bewerbung um diese Stellen sowie eine Liste für die erforderlichen Unterlagen sind auf der Homepage der Bildungsdirektion für Salzburg (www.bildung-sbg.gv.at) und in der Jobbörse des Bundes (www.jobboerse.gv.at) zu finden.

” NACHFOLGE GESUCHT

Wahlarztordination für Gynäkologie und Geburtshilfe, zentrale Lage, **200 m²**, 6 Tiefengaragenplätze, **voll ausgestattet**, ortsübliche Miete. Die Räumlichkeiten sind als Krankenanstalt gewidmet, daher auch für andere Fachrichtung bzw. Praxisgemeinschaften geeignet. Übernahme ohne Eigenkapital möglich.

Bei Interesse freuen wir uns über Ihren Anruf unter:
0664 408 55 01 oder praxis@moosburger.at

” VERMIETE

In den **MEDICENT Ärztezentren (Innsbruck, Salzburg, Linz und Baden)** haben Sie die Möglichkeit stunden- oder tageweise Ordinationsräumlichkeiten anzumieten. In den **hauseigenen Operationszentren** können Sie über die MEDICENT-Praxis tageschirurgische Eingriffe durchführen und über die M'Management-Plattform mit den **privaten Krankenzusatzversicherungen direkt abrechnen**. Selbstverständlich können auch einzelne Flächen als Vollordination angemietet werden. Wir unterstützen Sie gerne bei einer Standortverlegung in eines der MEDICENT-Häuser!

Wir haben Ihr Interesse geweckt?

Dann kontaktieren Sie die **M'Management GmbH** - Ihren Partner im Gesundheitswesen. Für unverbindliche und vertrauliche Kontaktaufnahme.

info@mmanagement.at, Telefon +43 512 9010-1001
www.medicent.at und www.mmanagement.at

” VERMIETE

Für Arzt/Ärztin mit Familie in **Hof bei Salzburg** ab **Ende 2020** zu vermieten. **Ordination ca. 120 m²** in schönem Haus mit **Wohnung ca. 300 m²** und Garten. Zentrale Lage mit guter öffentlicher Verkehrsanbindung. Miete netto 3.600,- Euro zuzüglich MWST. und Betriebskosten.

Auch kleinere Mietflächen möglich. Provisionsfrei und ohne Maklergebühr, auch Kaufoption.

Bei Interesse freuen wir uns auf Ihren Anruf unter:
0664 860 60 16 oder 0664 25 066 71

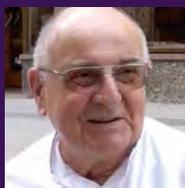
” VERMIETE

Ordination in der Stadt Salzburg/Riedenburg-Maxglan, **200 m²**, gute Verkehrslage, Parkplätze vorhanden. Auf Wunsch möbliert.

Bei Interesse freuen wir uns über Ihren Anruf unter:
0664 967 09 01



NACHRUFE



Herr MR Dr. Manfred Schneller, Arzt für Allgemeinmedizin, ist am 28. Februar 2020 im 72. Lebensjahr verstorben.

Herr MR Dr. Manfred Schneller wurde am 5. März 1948 in Wien geboren. Er studierte an der Leopold-Franzens-Universität in Innsbruck, wo er am 17. Dezember 1977 zum Doktor der gesamten Heilkunde promovierte. Seine Turnusausbildung absolvierte Herr Dr. Schneller im Krankenhaus Mittersill und in der Landeskrankenanstalt Salzburg. Mit 1. Jänner 1983 eröffnete er eine Praxis als praktischer Arzt in Ebenau. Herr Dr. Schneller arbeitete seit 1. September 1985 als Sprengelarzt für den Gesundheitssprengel Ebenau. Weiters absolvierte er 1991 die Notarztausbildung und 1992 die Ausbildung für den Umweltschutzarzt. Herr MR Dr. Manfred Schneller war auch als Schul-, Mutterberatungs- und Feuerwehrarzt tätig. Am 18. Mai 2003 wurde ihm der Berufstitel „Medizinalrat“ verliehen. Mit 1. Jänner 2013 stellte er seine ärztliche Tätigkeit ein.



Herr Dr. Thomas Irnberger, Facharzt für Radiologie, ist am 14. Mai 2020 im 73. Lebensjahr verstorben.

Herr Dr. Irnberger wurde am 30. Juli 1947 in Salzburg geboren. Er studierte an der Leopold-Franzens-Universität in Innsbruck, wo er am 14. April 1973 zum Doktor der gesamten Heilkunde promovierte. Seine Turnusausbildung absolvierte Herr Dr. Irnberger im a.ö. Krankenhaus St. Vinzenz in Zams und im Landeskrankenhaus in Salzburg. Er war seit 10. Oktober 1986 ärztlicher Leiter in der privaten Krankenanstalt für digitale Bilddiagnostik – Ambulatorium für Computertomographie in Salzburg. Am 7. Jänner 2019 eröffnete Dr. Irnberger seine Privatordination für Magnetresonanztomographie im Diagnosezentrum in Salzburg.

Herr Dr. Irnberger hinterlässt seine Frau und ein erwachsenes Kind.

Herr Dr. Eduard Böhler, Facharzt für Urologie, ist am 15. Juni 2020 im 86. Lebensjahr verstorben.

Herr Dr. Böhler wurde am 21. August 1934 in St. Georgen geboren. Er studierte an der Universität in Wien, wo er am 20. April 1961 zum Doktor der gesamten Heilkunde promovierte. Seine Turnusausbildung absolvierte Herr Dr. Böhler im Landeskrankenhaus in Salzburg. Mit 31. Oktober 1972 schied Herr Dr. Böhler aus dem Salzburger Landeskrankenhaus aus und eröffnete am 1. November 1972 in Salzburg seine Praxis. Mit 1. Oktober 1996 stellte er seine ärztliche Tätigkeit ein.

Herr Dr. Eduard Böhler hinterlässt zwei erwachsene Kinder.

Wir werden den Verstorbenen stets ein ehrendes Gedenken bewahren.



FACHINFORMATION S. 11

LAFENE 12 (25; 50; 75; 100) MIKROGRAMM/H TRANSDERMALES PFLASTER

Zusammensetzung: 1 Lafene transdermales Pflaster enthält 1,375 (2,75; 5,5; 8,25; 11) mg Fentanyl in einem Pflaster von 5 (10; 20; 30; 40) cm², mit einer Freisetzungsrate von 12,5 (25; 50; 75; 100) Mikrogramm Fentanyl pro Stunde. **Hilfsstoffe:** Schutzfolie: Poly(ethylenterephthalat)folie mit Fluorkohlenstoff-Freisetzungsbeschichtung. **Trägerfolie:** Pigmentierter Poly(ethylenterephthalat)/Ethylenvinylacetat-Copolymerfilm. **Wirkstoffhaltige Klebeschicht:** Silikonklebstoff (Dimeticon, Silikatharz), Dimeticon. **Kontrollmembran:** Ethylenvinylacetat-Copolymerfilm. **Hautklebeschicht:** Silikonklebstoff (Dimeticon, Silikatharz), Dimeticon. **Trennfolie:** Poly(ethylenterephthalat)folie mit Fluorkohlenstoff-Freisetzungsbeschichtung. **Drucktinte:** Rote Tinte. **Anwendungsgebiete:** **Erwachsene:** Dieses Arzneimittel wird angewendet zur Behandlung starker chronischer Schmerzen, die eine kontinuierliche Langzeitanwendung von Opioiden erfordern. **Kinder:** Langzeitbehandlung von schweren chronischen Schmerzen bei Kindern ab 2 Jahren, die bereits eine Opioidtherapie erhalten. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Akute oder postoperative Schmerzzustände, da eine Dositration bei kurzzeitiger Anwendung nicht möglich ist und weil dies zu einer schweren oder lebensbedrohlichen Hypoventilation führen kann. Schwere Atemdepression.

Pharmakotherapeutische Gruppe: Nervensystem; Analgetika; Opiode; Phenylpiperidin-Derivate. ATC-Code: N02AB03

Packungsgrößen: Packung mit 5 (10) einzeln versiegelten transdermalen Pflastern

Abgabe: Suchtgift, Abgabe nur auf Suchtgiftrezept, apothekenpflichtig. **Kassenstatus:** Green-Box

Zulassungsinhaber: Gebro Pharma GmbH, 6391 Fieberbrunn, Österreich. **Stand der Information:** September 2019

Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.



FACHINFORMATION S. 11

**ASTEC 35 (52,5; 70) MIKROGRAMM/H
TRANSDERMALES PFLASTER**
Zusammensetzung:

Ein transdermales Pflaster enthält 20 (30; 40) mg Buprenorphin. Wirkstoffhaltige Fläche: 25 (37,5; 50) cm². Nominale Abgaberate: 35 (52,5; 70) Mikrogramm Buprenorphin pro Stunde (über einen Zeitraum von 72 Stunden). Hilfsstoffe: Sojaöl. Adhäsive Matrix mit Wirkstoff: Styren-Butadien-Styren (SBS) und Styren-Butadien Blockcopolymer, Kolophonium Harz, Antioxidans (2,4-Bis(1,1-Dimethylethyl)phenyl phosphit (3:1); Tris(2,4-Di-Tert-Butylphenyl)phosphate), Aloe Vera Blätterextrakt Öl (enthält auch raffiniertes Sojaöl und all-rac- α -Tocopherolacetat (Ph.Eur.)). Trägerschicht: Pigmentiertes Polyethylen, thermoplastisches Harz und aluminiumbedampftes überzogenes Polyester, blaue Beschriftungstinte. Abziehfolie mit Abziehhilfe: Polyesterfilm, einseitig silikonisiert (wird vor dem Aufkleben abgezogen).

Anwendungsgebiete:

Mäßig starke bis starke Tumorschmerzen und starke Schmerzen bei ungenügender Wirksamkeit nicht-opioider Schmerzmittel. Astec ist für die Behandlung von akuten Schmerzen nicht geeignet.

Gegenanzeigen:

Astec darf nicht angewendet werden:

- > bei Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff Buprenorphin, Soja, Erdnuss oder einen der sonstigen Bestandteile
- > bei opioidabhängigen Patienten und zur Behandlung bei Drogensubstitution
- > bei Krankheitszuständen, bei denen eine schwergradige Störung des Atemzentrums und der Atemfunktion vorliegt oder sich entwickeln kann
- > bei Patienten, die MAO-Hemmer erhalten oder innerhalb der letzten 2 Wochen erhalten haben
- > bei Patienten mit Myasthenia gravis
- > bei Patienten mit Delirium tremens
- > in der Schwangerschaft

Pharmakotherapeutische Gruppe: Opiode, Oripavin-Derivate.

ATC-Code: N02AE01

Packungsgrößen: Die Packungen enthalten 4, 5, 8, 10, 16 oder 24 (6x4) einzeln versiegelte transdermale Pflaster. Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht.

Abgabe: Suchtgift, Abgabe nur auf Suchtgiftrezept, apothekenpflichtig

Kassenstatus: Green-Box

Zulassungsinhaber: Gebro Pharma GmbH, 6391 Fieberbrunn, Österreich

Stand der Information: September 2018

Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.



FACHINFORMATION S. 49

**AROSUVA PLUS EZETIMIB 5 MG/10 MG (10 MG/10 MG; 20 MG/10 MG;
40 MG/10 MG) FILMTABLETTEN**
Zusammensetzung:

Jede Filmtablette enthält 5,20 (10,40; 20,80; 41,60) mg Rosuvastatin-Calcium (entsprechend 5 (10; 20; 40) mg Rosuvastatin und 10 mg Ezetimib. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Jede Filmtablette enthält 200,50 mg Lactose Monohydrat und Natrium. Hilfsstoffe: Tablettenkern (alle Stärken): Mikrokristalline Cellulose (E460), hochdispere Siliciumdioxid (E551), Magnesiumstearat (E572), Povidon (E1201), Croscarmellose-Natrium (E468), Natriumdodecylsulfat (E487), Lactose Monohydrat, Hypromellose, Filmüberzug: Opadry gelb (5 mg/10 mg): Hypromellose (E464), Titandioxid (E171), Macrogol (E1521), Eisenoxid gelb (E172), Talkum (E553b), Eisenoxid rot (E171). Opadry beige (10 mg/10 mg): Hypromellose (E464), Titandioxid (E171), Talkum (E553b), Macrogol (E1521), Eisenoxid gelb (E172). Vivacoat gelb (20 mg/10 mg): Hypromellose (E464), Titandioxid (E171), Macrogol (E1521), Eisenoxid gelb (E172), Talkum (E553b). Opadry weiß (40 mg/10 mg): Lactose-Monohydrat, Hypromellose (E464), Titandioxid (E171), Macrogol (E1521).

Anwendungsgebiete: Arosuva plus Ezetimib ist begleitend zu einer Diät zur Substitutions-Behandlung von primärer Hypercholesterinämie bei erwachsenen Patienten indiziert, die mit den individuellen Substanzen, die gleichzeitig in derselben Dosierung wie in der Fixdosiskombination, aber als getrennte Produkte verabreicht werden, adäquat kontrolliert sind.

Gegenanzeigen: Arosuva plus Ezetimib ist kontraindiziert:

- > Bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe (Rosuvastatin, Ezetimib) oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile.
- > Bei Patienten mit aktiver Lebererkrankung, einschließlich einer ungeklärten, andauernden Erhöhung der Serum-Transaminasen sowie jeglicher Erhöhung der Serum-Transaminasen auf mehr als das Dreifache des oberen Normalwertes (ULN).
- > Während der Schwangerschaft und Stillzeit und bei gebärfähigen Frauen, die keine geeigneten kontrazeptiven Maßnahmen verwenden.
- > Bei Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung (Creatinin-Clearance <30 ml/min).
- > Bei Patienten mit Myopathie.
- > Bei Patienten, die gleichzeitig Ciclosporin einnehmen.

Arosuva plus Ezetimib 40 mg/10 mg Filmtabletten sind bei Patienten mit prädisponierenden Faktoren für Myopathie/Rhabdomyolyse kontraindiziert. Solche Faktoren beinhalten:

- > mäßige Nierenfunktionsstörung (Creatinin-Clearance < 60 ml/min)
- > Hypothyreose
- > erbliche Muskelerkrankungen in der Eigen- / Familienanamnese
- > bereits in der Anamnese mit einem anderen HMG-CoA-Reduktase-Hemmer oder einem Fibrat aufgetretene muskuläre Toxizität
- > Alkoholmissbrauch
- > Situationen, in denen erhöhte Plasmakonzentrationen von Rosuvastatin auftreten können
- > Patienten asiatischer Abstammung
- > gleichzeitige Anwendung von Fibraten (siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.2 der FI).

Pharmakotherapeutische Gruppe: Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen; HMG-CoA-Reduktasehemmer in Kombination mit anderen Mitteln, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen. **ATC-Code:** C10BA06.

Packungsgrößen: Packungen zu 30 Filmtabletten in Blistern

(OPA/AL/PVC/AL). **Abgabe:** Rezeptpflichtig, apothekenpflichtig

Kassenstatus: No-Box

Zulassungsinhaber: Gebro Pharma GmbH, 6391 Fieberbrunn, Österreich

Stand der Information: August 2019

Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.



FACHINFORMATION S. 49

AROSUVA 5 (10, 20, 40) MG FILMTABLETTEN**Zusammensetzung:**

Jede Tablette enthält 5 (10, 20, 40) mg Rosuvastatin (als Rosuvastatin-Calcium). Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: 16,6 (33,3, 66,5, 133,0) mg wasserfreie Laktose, Gelborange S (E110), Tartrazin (E102), Indigokarmin (E132). Bei 10, 20, 40 mg zusätzlich Allurarot AC (E129). Hilfsstoffe: Tablettkern: Kalzium Citrat, Mikrokristalline Cellulose, Hydroxypropylcellulose, Mannitol, wasserfreie Laktose, Crospovidone, Magnesium-Stearat. Tablettenhülle: Arosuva 5 mg: Polyvinylalkohol, Titanium Dioxid (E171), Macrogol 3350, Talk, Tartrazin (E102), Gelborange (E110), Indigokarmin (E132). Arosuva 10 mg, 20 mg und 40 mg: Polyvinylalkohol, Titanium Dioxid (E171), Macrogol 3350, Talk, Tartrazin (E102), Allurarot AC (E129), Gelborange (E110), Indigokarmin (E132).

Anwendungsgebiete:

Behandlung von Hypercholesterinämie: Erwachsene, Jugendliche und Kinder ab 6 Jahren mit primärer Hypercholesterinämie (Typ IIa einschließlich heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie) oder gemischter Dyslipidämie (Typ IIb), zusätzlich zu einer Diät, wenn das Ansprechen auf eine Diät und andere nicht pharmakologische Maßnahmen (z.B. Bewegung, Gewichtsreduktion) nicht ausreichend sind. Erwachsene, Jugendliche und Kinder ab 6 Jahren mit homozygoter familiärer Hypercholesterinämie zusätzlich zu einer Diät und anderen lipidsenkenden Maßnahmen (z.B. LDL-Apherese) oder wenn solche Maßnahmen nicht geeignet sind. Vorbeugung von kardiovaskulären Ereignissen: Vorbeugung signifikanter kardiovaskulärer Ereignisse bei Patienten mit einem hohen Risiko für ein erstmaliges kardiovaskuläres Ereignis (siehe Abschnitt 5.1), in Verbindung mit der Behandlung von anderen Risikofaktoren.

Gegenanzeigen:

Rosuvastatin ist kontraindiziert:

- > bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten, sonstigen Bestandteile,
- > bei Patienten mit aktiver Lebererkrankung, einschließlich einer ungeklärten andauernden Erhöhung der Serum-Transaminasen sowie jeglicher Erhöhung der Serum-Transaminasekonzentration auf mehr als das Dreifache des oberen Normalwertes (ULN),
- > bei Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung (Creatinine Clearance <30 ml/min),
- > bei Patienten mit Myopathie,
- > bei Patienten, die gleichzeitig Ciclosporin erhalten,
- > während der Schwangerschaft und Stillzeit und bei Frauen im gebärfähigen Alter, die keine geeigneten kontrazeptiven Maßnahmen anwenden.

Die 40 mg Dosis ist bei Patienten mit prädisponierenden Faktoren für Myopathie/Rhabdomyolyse kontraindiziert. Solche Faktoren beinhalten:

- > mäßige Nierenfunktionsstörung (Creatinine Clearance < 60 ml/min)
- > Hypothyreose
- > erbliche Muskelerkrankungen in der Eigen-/Familienanamnese
- > bereits in der Anamnese mit einem anderen HMG-CoA-Reduktase-Hemmer oder einem Fibrat aufgetretene muskuläre Toxizität
- > Alkoholmissbrauch
- > Situationen, in denen erhöhte Plasmakonzentrationen auftreten können
- > asiatische Patienten
- > gleichzeitige Anwendung von Fibraten (siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.2 der FI).

Pharmakotherapeutische Gruppe: HMG-CoA-Reduktase-Hemmer. ATC-Code: C10A A07

Packungsgrößen: 5, 10, 20, 40 mg: Blisterpackungen zu 14, 28 Stück.

Abgabe: Rezeptpflichtig, apothekenpflichtig

Kassenstatus: 14 Stück: No-Box. 28 Stück: Green-Box

Zulassungsinhaber: Gebro Pharma GmbH, 6391 Fieberbrunn, Österreich

Stand der Information: Mai 2019

Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Standes- meldungen

SERVICE

ZUGÄNGE AUS
ANDEREN BUNDES-
LÄNDERN BZW.
AUSLAND:

- > **Priv.-Doz. Dr.med.habil. Andriy ABRAMYUK**
Christian-Doppler-Klinik
Salzburg
- > **Dr. Marwan ALAARAJ**
LKH Salzburg
- > **Dr.med. Melanie ALGRAN**
LKH Salzburg
- > **Dorota BOCK**
LKH Salzburg
- > **Rachel BORTNICK**
LKH Salzburg
- > **Christian FRANZEN**
Tauernklinikum
- > **Dr.med.univ. Georg HAGN**
LKH Salzburg
- > **Dr. Hanaa HASAN**
Wohnsitzärztin
- > **Univ.-Doz. Dr. Markus HAISJACKL, MBA**
Landesklinikum Tamsweg
- > **Prof. Dr.med. Hans-Peter HORNY**
LKH Salzburg
- > **Nicole KREMER**
Wohnsitzärztin
- > **Mag. d-r Dilyan Swaroop Reddy MAJJIGA**
LKH Salzburg

> **Dr.med.univ. Renate Anna MARZI**
Institut für Sportmedizin des
Landes Salzburg

> **Dott. Matteo MAURO**
LKH Salzburg

> **Dr.-medic Adela MESTER**
LKH Salzburg

> **Flora-Magdalena PISO**
LKH Salzburg

> **a.o.Univ.-Prof. Mag. DDr. Kurt Alexander SCHICHO**
Landesklinikum Tamsweg

> **Dr. Giulia SESSA**
LKH Salzburg

> **Julian STAPPENBECK**
LKH Salzburg

> **Dr.med.univ. Victoria STEFANITSCH**
Kardinal Schwarzenberg Klinikum

> **Dr.rer.nat. Dr.med. Jens STEPAN**
LKH Salzburg

> **Mag. phil. Dr.med.univ. Susanne TENTSCHERT**
Caritasverband der Erzdiözese

> **Univ.-Prof. Dr. Klemens TRIEB**
LKH Salzburg

> **Dr.med.univ. Iurii VELENCHUK**
LKH Salzburg

> **Dr.med.univ. Katharina ZEMAN-KUHNERT**
KH Barmherzige Brüder

ORDINATIONS- ERÖFFNUNGEN

> **Univ.-Prof. Dr. Andreas JUNGWIRTH**

Facharzt für Urologie
5424 Bad Vigaun,
Karl-Rödhammer-Weg 91

> **Dr. Marlene KNAUR**

Fachärztin für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
5360 St. Wolfgang, Au 64

> **Dr. Helmut MAIER**

Facharzt für Neurochirurgie
5020 Salzburg,
Augustinergasse 22

> **Priv.-Doz. Dr. Daniel NEUMANN**

Facharzt für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie
5026 Salzburg,
Guggenbichlerstraße 20

> **Dr. Martina RAMSAUER**

Fachärztin für Innere Medizin
5020 Salzburg,
Innsbrucker Bundesstraße 47a

> **Dr. Philipp SCHULTES**

Facharzt für Orthopädie und
Traumatologie
5020 Salzburg,
Schallmooser Hauptstraße 51

Bild: fotolia



ORDINATIONS- SCHLIESSUNGEN

- > **Dr. Franz BRAUN**
Facharzt für Innere Medizin
5020 Salzburg,
Kugelhofstraße 7
- > **Dr. Nina Samira Valeria
BUCHINGER**
Ärztin für Allgemeinmedizin
5201 Seekirchen,
Moosstraße 52
- > **Univ.-Doz. Dr. Walter FRIEDL**
Facharzt für Innere Medizin
5020 Salzburg,
Innsbrucker Bundesstraße 47a
- > **Dr. Gerhard HIRSCHLEHNER**
Arzt für Allgemeinmedizin
5440 Golling, Markt 8
- > **Priv.-Doz. Dr. Florian HOHLA**
Facharzt für Innere Medizin
5020 Salzburg, Haydnstraße
- > **Univ.-Prof. Dr. Andreas
JUNGWIRTH**
Facharzt für Urologie
5422 Bad Dürrenberg,
Martin-Hell-Straße 7-9
- > **Dr. Lukas KRALER, MSc**
Facharzt für Orthopädie
und Traumatologie
5542 Flachau, Alter Dorfplatz 1
- > **Priv.-Doz. Dr. Daniel
NEUMANN**
Facharzt für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie
5422 Bad Dürrenberg,
Martin-Hell-Straße 7-9
- > **Dr. Mahmud SWEILEM**
Arzt für Allgemeinmedizin
5400 Hallein, Schwarzstraße 8

> **Dr. Walter TITZE**

Facharzt für Unfallchirurgie
Arzt für Allgemeinmedizin
5061 Elsbethen, Johann-Herbst-Straße 9

NEUE ORDINATIONS- ANSCHRIFTEN

- > **Dr.med. Gabrielle
DIENHART-SCHNEIDER**
Ärztin für Allgemeinmedizin
5412 Puch bei Hallein,
Vollererhofstraße 158
- > **Dr. Ingrid HÄUSLER**
Fachärztin für Allgemeinchirurgie
und Viszeralchirurgie
5023 Salzburg, Eichstraße 72/4
- > **Dr. Arthur HEIDER**
Facharzt für Innere Medizin
5700 Zell am See, Sonnengarten 1b
- > **Dr.med. Dipl.-Biol. Michael Ulrich
HUESMANN**
Facharzt für Haut- und
Geschlechtskrankheiten
5400 Hallein, Vogelwaidweg 1
- > **Dr. Carolin SCHIEFER**
Fachärztin für Psychiatrie und
psychotherapeutische Medizin
5541 Altenmarkt im Pongau,
Untere Marktstraße 21

EINSTELLUNG DER ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

- > **Dr. Franz BRAUN**
Facharzt für Innere Medizin
- > **Univ.-Prof. Dr. Karl Heinz BRISCH**
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapeutische Medizin
Facharzt für Psychiatrie und psychothera-
peutische Medizin

> **Priv.-Doz. Dr. Roman GOTTARDI, MBA**

Facharzt der Herzchirurgie
und Intensivmedizin

> **Dr. Hans Georg GRÜNERBL**

Facharzt Anästhesiologie
und Intensivmedizin

> **Dr. Barbara Anna HÄUSLER**

Ärztin für Allgemeinmedizin

> **Suzana ISAKOVIC-VIDOVIC**

Fachärztin für Radiologie

> **Dr. Ahmad KITKANI**

Facharzt für Allgemeinchirurgie
und Viszeralchirurgie

> **Dr. Michael Karl**

LANDEGGER
Facharzt für Augenheilkunde
und Optometrie

> **Dr. Daniel MILLER**

Facharzt für Urologie
Arzt für Allgemeinmedizin

> **Dr. Walter TITZE**

Facharzt für Unfallchirurgie
Arzt für Allgemeinmedizin

DIPLOM ALLGEMEIN- MEDIZIN

- > **Dr. Benedikt HAAS**
- > **Dr. Lisa Maria HUBER**
- > **Dr. Clara-Anna
WINTERSTELLER**

DIPLOM FACHARZT

- > **Dr. Sophina BAUER**
Fachärztin für Urologie

- > **Dr. Schian DJALILI**
Facharzt für Augenheilkunde
und Optometrie
- > **Dr. Georg Johann EDER**
Facharzt für Unfallchirurgie
- > **Priv.-Doz. Dr. Katja EMMANUEL**
Fachärztin für Orthopädie
und Traumatologie
- > **Dr. Cornelia HIRTENFELDER**
Fachärztin für Innere Medizin
- > **Dr. Andreas HOFER**
Facharzt für Orthopädie
und Traumatologie
- > **Dr. Christina Juliana IMLINGER**
Fachärztin für Innere Medizin
und Pneumologie
- > **Priv.-Doz. Dr. Stefan LEIS**
Additivfachdiplom
Intensivmedizin
- > **Dr. Alexandra PAWLIK**
Fachärztin für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
- > **Dr. Richard REINOLD**
Additivfachdiplom Gastro-
enterologie und Hepatologie
- > **Dr. Karl Georg VANAS**
Facharzt für Orthopädie
und Traumatologie
- > **Dr. Matthias Gabriel VAVROVSKY**
Facharzt für Innere Medizin
- > **Dr. Georg Leopold WAGENHOFER**
Facharzt für Orthopädie
und Traumatologie

ZULASSUNGEN ZU DEN §-2-KRANKENKASSEN:

- > **Dr. Judith BUCHTA**
Ärztin für Allgemeinmedizin
5161 Elixhausen, Dorfstraße 1
- > **Dr. Peter HERBST**
Facharzt für Allgemeinchirurgie
und Viszeralchirurgie
5020 Salzburg, Auerspergstraße 2
- > **Dr. Rita KAMMERZELL**
Fachärztin für Innere Medizin
5020 Salzburg, Bayernstraße 17
- > **DDr. Reinhard LANZINGER**
Facharzt für Anästhesiologie
und Intensivmedizin
5754 Saalbach-Hinterglemm,
Dorfstraße 260
- > **Dr. Andreas STADLMAYR**
Facharzt für Innere Medizin
5020 Salzburg, Ginzkeyplatz 10/3
- > **Univ.-Doz. Dr. Rickard WEGER**
Facharzt für Klinische Pathologie
und Molekularpathologie
5020 Salzburg, Strubergasse

ZURÜCKLEGUNGEN DER §-2-KRANKENKASSEN:

- > **Dr. Gerhard HIRSCHLEHNER**
Arzt für Allgemeinmedizin
5440 Golling, Markt 8

BESTELLUNGEN UND VERLEIHUNGEN

- > **Dr.med. Monika PHILIPP**
Bestellung zur ärztlichen Leiterin
im Bärenhof am Felsenbad

” FACHINFO S. 50

LASEA 80 MG WEICHKAPSELN

Qualitative und quantitative Zusammensetzung:

Wirkstoff: Jede Weichkapsel enthält 80 mg Lavendelöl (Lavandula angustifolia Mill., aetheroleum). **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** Sorbitol, etwa 12 mg/Weichkapsel. **Kapselinhalt:** Rapsöl, raffiniert. **Kapselhülle:** Succinylierte Gelatine; Glycerol 85%; Sorbitol 70%, flüssig (nicht kristallisierend); Karminsäure-Aluminiumsalz (E 120); Patentblau V, Aluminiumsalz (E 131); Titandioxid (E 171).

Anwendungsgebiete: Pflanzliches Arzneimittel zur Behandlung temporärer ängstlicher Verstimmung. Lasea wird angewendet bei Erwachsenen.

Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Leberfunktionsstörung (siehe Abschnitt 5.2).

Pharmakotherapeutische Gruppe:

Andere Anxiolytika. ATC-Code: N05BX05 (Lavandulae aetheroleum)

Inhaber der Zulassung:

Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Str. 4, 76227 Karlsruhe, Deutschland.

Abgabe: Rezeptfrei, apothekenpflichtig.

Weitere Angaben zu Dosierung, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen und Haltbarkeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.



Aus dem Notärztereferat

Anmeldung „ÖÄK Abschlussprüfung Notarzt“

PRÜFUNGSTERMIN 2020:

Freitag, 11. Dezember 2020, Graz
(Anmeldeschluss: 2. Oktober 2020)

Die Anmeldung zur ÖÄK Abschlussprüfung erfolgt bei Ihrer zuständigen Ärztekammer und gilt im Falle einer positiven Ablegung als automatischer Antrag zur Ausstellung des Diploms Notärztin/Notarzt.

Für die Anmeldung erforderlich sind:

- > das ausgefüllte und unterschriebene Anmeldeformular,
- > die Bestätigung (Rasterzeugnis) über die Absolvierung der 33-monatigen notärztlichen Qualifikation,
- > die Bestätigung über die Absolvierung des notärztlichen Lehrgangs sowie
- > das ausgefüllte Logbuch über 20 supervidierte Einsätze.

Die kompletten Unterlagen senden Sie bitte schriftlich an Ihre zuständige Ärztekammer, in der Sie gemeldet sind. Diese prüft die Antrittsvoraussetzungen und erteilt die Zulassung.

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat spätestens 10 Wochen vor dem in Aussicht genommenen Prüfungstermin zu erfolgen (§ 22 NA-V).

Die Bestätigung über die Zulassung in Form einer Anmeldebestätigung erhalten Sie von der Österreichischen Akademie der Ärzte bis spätestens 2 Wochen vor dem Prüfungstermin.



Dr. Bernhard Ziegler

*Referent für
Notfall- und
Rettungsschutz sowie
Katastrophenmedizin*

> Weitere Informationen erhalten Sie unter
[www.arztakademie.at/pruefungen/
oeaek-abschlusspruefung-notarzt/
abschlusspruefung-notarzt/](http://www.arztakademie.at/pruefungen/oeaek-abschlusspruefung-notarzt/abschlusspruefung-notarzt/)