

verlagdermediziner

Ausgabe 3/2011

facharzt

DERMATOLOGIE

P.b.b. • 0470358829 info • Verlagspostamt: 9300 St. Veit/Glan • 20. Jahrgang





Bi-Oil® ist ein spezielles Kosmetikum zur Hautpflege, entwickelt, um das Erscheinungsbild von Narben, Dehnungsstreifen und ungleichmäßiger Hauttönung zu verbessern. Die Formulierung beinhaltet wertvolle Öle, Vitamin A und den speziellen Bestandteil PurCellin Oil™. Für weitere Informationen zum Produkt und Detailinformationen zu Wirkungsstudien besuchen Sie bitte bi-oil.com. Bi-Oil® ist das Erfolgsprodukt bei Narben und Dehnungsstreifen in 22 Ländern.

COVERSTORY

4 Das diabetische Fußsyndrom
Von der Bagatelle zum Supergau
Heilen statt Amputieren
 Dr. Elisabeth Krippel



Impressum

Verleger: Verlag der Mediziner gmbh. **Herausgeber und Geschäftsführer:** Peter Hübler
Projektleitung: Peter Abromeit **Redaktion:** Elisabeth Abromeit-Wagner, Jutta Gruber, Eva Pirker
Anschrift von Verlag und Herausgeber: A-9375 Hüttenberg, Reifentanzplatz 20, Telefon: 04263/ 200 34, Fax: 04263/ 200 74
Layout: Eva Pirker **E-Mail:** office@mediziner.at
Homepage: www.mediziner.at **Einzelpreis:** € 3,- **Erscheinungsweise:** periodisch.

FORTBILDUNG

Reisethrombose 10
 Priv. Doz. Dr. Barbara Binder

Vitiligo – Altes und Neues 14
 OA. Doz. Dr. Paul Sator

Neurodermitis 16
 Prim. DDr. Peter Voitl, MBA

FORUM MEDICUM

Enbrel® MYCLIC® Fertigen – NEUE Packung 21

Bi-Oil, das „Hautpflege-Geheimnis“! 21

Fachkurzinformationen 8, 12, 20

Offenlegung nach § 25 Mediengesetz: Medieninhaber: Verlag der Mediziner gmbh. **Richtung der Zeitschrift:** Medizinisch-pharmazeutisches Informationsjournal für österreichische Ärztinnen und Ärzte. Soweit in diesem Journal eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Ausgabe dem Wissenstand bei Fertigstellung des Journals entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebenen Empfehlungen für Dosierung oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Heft abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die mit FB (Firmenbeitrag) gekennzeichneten bzw. als Produktbeschreibung erkenntlichen Beiträge sind entgeltliche Einschaltungen und geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Es handelt sich somit um „entgeltliche Einschaltungen“ im Sinne § 26 Mediengesetz.

Sehr geehrte Leserinnen und Leser! Auf vielfachen Wunsch verzichten wir für eine bessere Lesbarkeit auf das Binnen-I und auf die gesonderte weibliche und männliche Form bei Begriffen wie Patient oder Arzt. Wir hoffen auf Ihr Verständnis und Ihre Zustimmung!

Einladung in den Goldenen Club



und



&



gratis für die Dauer des Abos

Wer für ein Jahres-Abo € 39,- investiert, wird mit „Goodies“ nahezu überschüttet.

Siehe www.dinersclub.at

Nähere Informationen auf Seite 23 und www.mediziner.at

Das diabetische Fußsyndrom

Von der Bagatelle zum Supergau

Heilen statt Amputieren

Dr. Elisabeth Krippel



Die Zahl der Diabetiker steigt stetig – und damit auch die Zahl derer, die an Spätschäden erkranken. Bedrohliche, aber meist vermeidbare Folgeerkrankungen, steigende Behandlungskosten und dadurch eine enorme gesundheitsökonomische Belastung sind die Folge. Das Diabetische Fußsyndrom (DFS) ist die Hauptursache für Hospitalisierung und verursacht ein Viertel der Behandlungskosten aller Diabetiker!

- Pro Jahr werden 2.400 (!) Amputationen bei Diabetikern österreichweit durchgeführt (ÖDG 7/07).
- Alle 30 Sekunden fällt irgendwo auf der Welt ein Bein dem Diabetes zum Opfer (IDF und IWGDF 6/05).

Die Prophylaxe hat deshalb einen extrem hohen Stellenwert. Dies setzt ausführliche Schulung und Aufklärung, aber auch Interesse am eigenen Körper der Patienten voraus. Leider scheitert es oft am mangelnden Willen zur Eigenverantwortung und am mangelnden Verstehen und Einsehen der Erkrankten. Schon 1989 wurde in der St.-Vinzent-Deklaration das Ziel gesetzt, dass **50% aller durch Diabetes bedingten Amputationen innerhalb von fünf Jahren verhindert werden könnten!** Diese Tatsachen machen das DFS zur großen Herausforderung, und ich bin der Meinung, dass es dringend an der Zeit ist, sich mit diesem Thema intensiv auseinanderzusetzen

Ich bin Spezialistin auf diesem Gebiet, habe eine Schwerpunktpraxis für chronische Wundheilung, dennoch fühle ich mich oft wie Don Quijote im Kampf gegen Windmühlen. Aber wenn

Wunden heilen an Füßen, die eigentlich schon zur Amputation ausgeschrieben waren, dann weiß ich wieder, wofür ich kämpfe und dass es sich auszahlt.

Meine Erfahrung der letzten Jahre hat mich gelehrt, dass sich mit diesem Thema nur ganz wenige auseinandersetzen und daraus resultierend werden die Patienten wie Ping-Pong-Bälle von einem zum anderen geschickt (Fußpflege, Chirurgen, Orthopäden, Internisten Dermatologen etc.). Das eigentliche Problem wird größer und größer und nichts geschieht, bis sich eine Sepsis oder Osteomyelitis dazugesellt und es dann heißt: Amputation! Oft wird gar nicht solange gewartet und gleich amputiert.

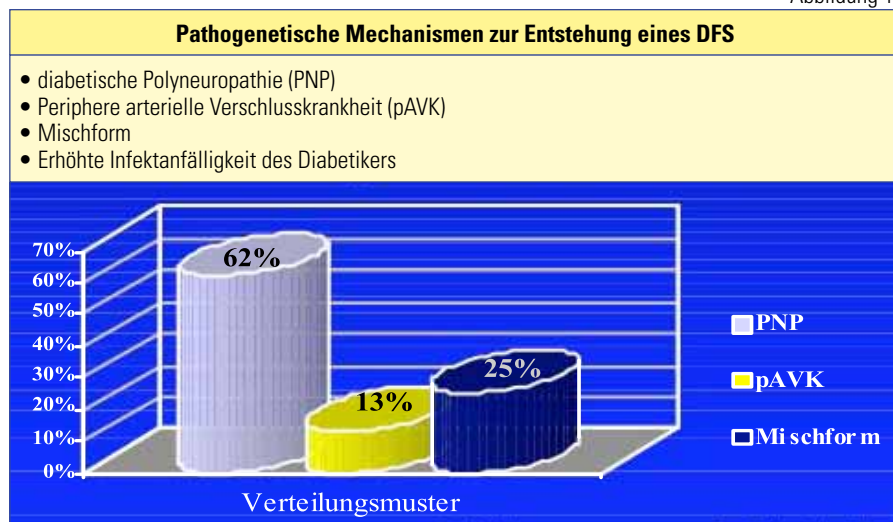
Ein interdisziplinäres Zusammenspiel all derer ist schon wichtig und sinnvoll, jedoch kein Weiterreichen an den nächsten aus Unwissenheit und Hilflosigkeit heraus.

Epidemiologie

Neuropathie und/oder pAVK sind meist zusammen mit unpassendem Schuhwerk, kleinen Bagatellverletzungen oder unsachgemäßer Fußpflege Verursacher bzw. Auslöser dieser heimtückischen Erkrankung. Leider werden manche Läsionen und Ulcera nur als Hühnerauge oder Hornhaut abgetan und es wird nicht erkannt, um welches schwerwiegende Problem es sich tatsächlich handelt und dass rasches und vor allem richtiges Handeln von äußerster Wichtigkeit ist, um aus einer Bagatelle keinen Supergau werden zu lassen.

Diabetische Polyneuropathie oder pAVK oder auch beides gemeinsam sind verantwortlich für die Entstehung des diabetischen Fußsyndroms und der daraus resultierenden Probleme.

Abbildung 1



Motorische Neuropathie verändert die Biomechanik, führt zur Deformierung, Krallenzehenbildung und Druckmaximierung plantar im Fußballenbereich und zur Ausbildung von Druckulcera – den sogenannten Mal perforans.

Autonome Neuropathie führt zu einem Verlust der Schweißsekretion und dadurch bedingt zu trocken schuppender Haut und zur Bildung von Hyperkeratosen, zur Vasodilatation durch Ausfall der sympathischen Nervenfasern und zur Öffnung arteriovenöser Shunts; dadurch wiederum zur Hyperperfusion – die Füße sind typischerweise warm, rosig und trocken.

Sensible Neuropathie ist verantwortlich für das Vorliegen von Par- und Hypästhesien, die Patienten haben entweder vermindertes bis gar kein Schmerzempfinden oder Ruheschmerzen in allen Qualitäten. Das Erstere ist für Patienten wenig belastend jedoch gefährlich, das Zweite äußerst unangenehm bis nahezu unerträglich. Gefährlich deshalb, weil die Warnfunktion der Schmerzen ausfällt und z.B. zu enges Schuhwerk, zu heißes Wasser etc. Verletzungen, die von Patienten un bemerkt bleiben, verursachen können. Diese wiederum können zur Amputation oder sogar septischem Nierenversagen oder dem Tod führen.

Bei zusätzlichem Vorliegen einer pAVK Claudicatio intermittens bleiben die klassischen Symptome aus, da aufgrund der Neuropathie das Schmerzempfinden deutlich reduziert oder gar nicht mehr vorhanden ist. Deshalb wird die Diagnose viel zu spät gestellt und eine Revaskularisierung ist oft nicht mehr oder nur erschwert möglich – die Amputation bleibt als einzige Möglichkeit übrig. Deshalb muss frühzeitig daran gedacht werden, Gefäßscreenings durchzuführen und einen Gefäßstatus zu erheben. Erschwerend ist, dass aufgrund der mangelnden Durchblutung auch das Infektionsrisiko erhöht, die Immunabwehr deutlich reduziert ist.

Wir sollten den Patienten ein paar wichtige **Tipps zur Prävention** mit auf den Weg geben:

- Tägliches Inspizieren des gesamten Fußes und auch der Zehenzwischenräume gegebenenfalls mit Spiegel oder durch Zweitperson.
- Tägliche Fußhygiene mit lauwarmem Wasser (35–37° C) ohne Badezusätze, sorgfältiges Abtrocknen – auch der Zehenzwischenräume. Eincremen – aber **nicht** in Zehenzwischenräumen (warmes feuchtes Milieu weicht die Haut auf, mazeriert und ist idealer Nährboden für Keime und Pilze).
- Täglich frische ungestopfte Socken ohne Einschnürungen (Nähte nach außen) anziehen.
- Bei Fußpflege keine scharfen Gegenstände (z.B. Hornhauthobel) verwenden, statt Nagelschneiden besser feilen – bei Sehschwäche nur durch Hilfsperson.
- Hühneraugen, Hornhautschwielen und eingewachsene Zehennägel nur von geschultem Personal behandeln lassen – keine unsachgemäße Selbstbehandlung!
- Tägliche Bewegungsübungen der Fuß- und Zehengelenke.
- Peinlichster Schutz vor Fußschädigungen und Verletzungen. Integrität der Hautoberfläche erhalten.
- Keine heißen Fußbäder oder Heizkissen, keine heiße Wärmflasche.
- Vermeiden von Barfußgehen
- Adäquate Schuhversorgung in Hinblick auf Größe, Material und Luftdurchlässigkeit. Individuell angepasstes Schuhwerk.
- In den Schuh hineingreifen, den Schuh umdrehen vor dem Anziehen, auf Fremdkörper überprüfen.
- Bagatellverletzungen können zu einem lebensbedrohlichen Notfall werden.

Diagnostik

- Anamnese (Diabetesdauer, Missempfindungen, etc.), Fußinspektion, Form (Deformierung)
- Beschaffenheit der Haut, Entzündungszeichen, Frakturen (Charcot-Fuß)
- Beurteilung der Schuhversorgung

Erweiterte Diagnostik

- Röntgen, MRT (Goldstandard bei Osteomyelitis)
- Bakterienkultur, Labor

Diagnostik der PNP

einfache orientierende neurophysiologische Tests: Reflexe mittels Reflexhammer; Schmerz: Nadel; Berührung: Wattebausch; Temperatur: Tiptherm; Druck: Monofilament (Semmes-Weinstein); Vibration: Stimmgabel (Rydell-Seiffer).
EMG, NLG, evozierte Potentiale

Diagnostik der pAVK

Anamnese, Fußinspektion, Fußpulse, ABI, Dopplerindex, Duplex, Angiographie

Therapieoptionen

Vorweg – eine erfolgreiche Therapie benötigt vor allem die entsprechende freiwillige Kooperation des Patienten. Ganz wichtig ist meiner Meinung nach auch **ein Blick über den Wundrand hinaus**.

Wir haben eine Wunde und einen Menschen vor uns. Dazu kommen noch die Psyche und ein soziales Umfeld, die gerade im Bereich der chronischen Erkrankungen ein ganz wesentlicher Faktor sind, denn es dreht sich nicht um eine kurzfristige Behandlung sondern vermutlich begleitet sie die Patienten ein Leben lang. Das heißt, man muss auch die nächsten Angehörigen oder Lebenspartner miteinbeziehen und die Therapie muss mit dem Alltag, manchmal auch dem Berufsalltag vereinbar sein. Sonst fehlt die notwendige Compliance. Es muß gewährleistet sein, dass die Patienten ihr Leben weiterleben und ihren Lebensunterhalt bestreiten können.

Wir behandeln den Menschen und nicht nur die Wunde!

Wundmanagement bedeutet mehr als die fachgerechte Versorgung einer Wunde.

Für die Behandlung selbst gibt es kein Patentrezept. Nach Abklärung von Ursache und Auswirkung sollte für jeden Patienten ein individuelles Therapiekonzept erstellt werden. Wichtige Grundvoraussetzung ist eine ausführliche Anamnese. Die Ursachen sind multifaktoriell, daher muss auch die Therapie aus verschiedenen Ansatzpunkten bestehen.

Im Grunde genommen setzt sich die Therapie aus **3 Eckpfeilern** plus Hausverstand zusammen

Die Behandlung der Grundkrankheiten

Blutzuckereinstellung optimieren

Nach eingehender Anamnese und ausführlichem Studium von Vorbefunden lasse ich mir über ein paar Tage ein Blutzuckerprofil erstellen und adaptiere die Therapie wenn nötig.

Wie ist die Durchblutungssituation? Bei Vorliegen einer pAVK

Gefäßrevaskularisierung
konservativ
regelmäßiges Gehtraining
nächtliches Tieflagern der Extremitäten ab Stadium IIb
Hämorrhheologische Maßnahmen mit vasoaktiven Substanzen (z.B. Prostavasin i.v.)
Antikoagulation (Acetylsalicylsäure)
Lokale Lyse
interventionell oder gefäßchirurgisch
Perkutane transluminale Angioplastie (PTA), Dilatation
Pedale Bypässe
Profundplastik
Blutdruckeinstellung (<135/80 mm Hg)
Fettstoffwechsel (LDL < 100, HDL > 40, TG < 150)
Gewichtsreduktion
Nikotinkarenz

Behandlung der Zusätzlichen Faktoren

- **Therapie der PNP** hier gibt es mehrere Therapieoptionen durch Verbesserung der Blutzuckerprofile, Therapie mit Alphaliponsäure (Thioctacid), Vitamin B Präparate etc.
- **Druckentlastung** durch Versorgung mit Spezialschuh durch Orthopädie-schuhmacher (z. B. individuell angefertigte Einlagen, orthopädischer Maßschuh, Orthesen)
- **Patientenschulung** und Lifestyleänderung
- Beseitigung vorliegender Ödeme durch **Lymphdrainage**. Die Lymphe ist das Abflusssystem des Körpers und entsorgt schädigende Abbauprodukte. Dieses System kann bei Diabetikern, bei Patienten mit Krampfadern etc. defekt sein, ebenso werden bei offenen Wunden manchmal die Lymphkapillaren zerstört und es kommt zum Stau. Dieser muss manuell behoben und die „Schlacke“ abtransportiert werden.
- Bei Infektion **systemische Antibiotikatherapie (niemals lokale Antibiotika!** Schafft nur Resistenzen, das Keimspektrum ist gering), bei Osteomyelitis knochengängige Antibiotika und über viele Wochen bis Monate behandeln!

Abbildung 2



- **Beseitigung von Ernährungsdefiziten** Zusatzstoffe (Zink, Selen, Aminosäuren, Vitamine, Elektrolyte verabreichen, z.B. Pro Wund)

- **Thromboseprophylaxe** bei immobilen Patienten

Die Lokale Wundtherapie

- Am Beginn der Behandlung steht die richtige Einschätzung der Wundsituation (Durchblutung, Neuropathie, Infektion, Ausmaß, Wundbeschaffenheit, Druck, Ursache?)
- Die wichtigste Grundvoraussetzung ist das **Débridement**, - man muß einen sauberen Wundgrund schaffen durch Entfernen avitaler Gewebeanteile. Wundbeläge stören die Mikrozirkulation nachhaltig und können sie zum völligen Erliegen bringen. Dadurch wird die Bildung des Granulationsgewebes beeinträchtigt, es bildet sich vermehrt Exsudat, was zu weiterer Belagsbildung führt. Eine andauernde funktionelle Störung der Mikrozirkulation führt an der Wundoberfläche und am Wundrand zum Untergang von intaktem Gewebe. Es hat keinen Sinn auf abgestorbenes Gewebe Wundaufgaben zu geben, zuerst „saubermachen“ mittels Skalpells, biochirurgischer Maßnahmen (Maden-therapie), enzymatisch oder mit niederfrequentem Ultraschall oder Wasserstrahl-dissektor. Am schnellsten und kosteneffektivsten ist es mit dem Skalpells. Innerhalb von ein paar Minuten sind Hyperkeratosen, Nekrosen oder Beläge entfernt. Hier ist es für den Behandler von Vorteil wenn eine Neuropathie vorliegt.

Abbildung 3



- **Feuchte Wundbehandlung** durch Wundkonditionierung mit interaktiven Wundverbänden. Der gewebeschonende, atraumatische Verbandwechsel ist für einen optimalen Heilungsverlauf von grundlegender Bedeutung. Hierbei werden so genannte hydroaktive Verbände oder Pflaster (z.B. Mepilex®) mit einer speziellen Wundaufgabe auf die Wunde aufgebracht. Diese verhindert das Austrocknen. Für die Wundheilung wesentliche Substanzen wie Enzyme, Hormone und Wachstumsfaktoren können in der Wunde wirksam werden und die Neubildung von Zellen anregen. Die Bildung von Wundschorf, der wie eine mechanische Barriere die Einwanderung neu gebildeter Zellen hemmt, wird unterbunden. Die Auflage des Verbands verklebt nicht mit dem Wundbereich. Es wird somit beim Abnehmen des Pflasters nicht bereits neu gebildetes Gewebe zerstört.
- **Antimikrobielle Wundverbände** (Aktivkohle, Silber) Einzelne Keime werden möglicherweise in hohen Konzentrationen vom Wirt toleriert, das ändert

sich aber, wenn zwei oder mehr Keime vorliegen und symbiotisch voneinander profitieren. Dann können schon viel niedrigere Keimzahlen pathogen wirken.

Von der Kontamination einer Wunde bis hin zur tatsächlichen Infektion durchlaufen die Mikroorganismen eine Reihe von Stadien. Dabei kann die Entstehung von Biofilmen, Enzymen oder Toxinen durch die Bakterien eine Rolle spielen, die als sogenannte Virulenzfaktoren ihre Ausbreitung in der Wunde fördern. Die Aufgabe antimikrobiell wirkender Verbände ist es, diesem Prozess entgegenzuwirken. Diese können das **„mikrobische Kontinuum“** unterbrechen und das Gleichgewicht zugunsten des Wirts wiederherstellen.

Die antiseptische Wirkung von Silber ist seit Jahrtausenden bekannt, es wurden Silbermünzen ins Wasser geworfen und unsere Urgroßmütter gaben es in die Milchkanne um sich vor Infektionen zu schützen. Mit der Entwicklung von Antibiotika geriet dies allerdings in Vergessenheit. Nun wurde diese Tatsache verwendet um Verbandstoffe mit Nanokristallinem Silber (z.B. Acticoat®) zur Bakterienbekämpfung herzustellen. Z.B. sind Silber-Ionen als antimikrobieller Wirkstoff bereits im Wundverband enthalten und werden nach Aufnahme von Natrium-Ionen aus dem Wundsekret freigesetzt und wirken im Wundgebiet bakterizid.

Infektionskontrolle durch regelmäßige neuerliche Evaluierung der Wundsituation ist ein weiterer wesentlicher Faktor. Dazu sollte man Infektionszeichen nicht übersehen: Stagnieren der Wunde, Schmerz, Rötung, Schwellung, Überwärmung, Fieber. Therapeutische Folge sollte sein Antibiotikaregime nach Antibiogramm (Wundabstrich) und cave: Antibiotikatherapie nur systemisch – niemals lokal!

Aufgaben des Wundverbandes
• Wundschutz - Schutz vor mechanischen Einflüssen, vor Verschmutzung und chemischen Irritationen
• Schutz vor Austrocknung und Verlust von Körperflüssigkeiten (Elektrolytverlusten) durch feuchtes Wundmilieu
• Schutz vor Sekundärinfektionen
• Aktive Beeinflussung der Wundheilung
• Reinigung der Wunde

• Schaffung eines wundheilungsfördernden Mikroklimas
• Entfernung ohne Traumatisierung der Wunde
• Möglichkeit des Wundmonitorings
• Anpassungsfähigkeit und geringer Platzverbrauch im Schuh
• Kosteneffektivität und leichte Verfügbarkeit
Erweiterte Wundtherapie: zur Beschleunigung der Wundheilung z.B. Low Level Laser-, VAC-Therapie, HBO-Therapie, Elektrostimulation etc
die plastische Deckung birgt einen hohen Aufwand mit Spitalsaufenthalt etc.

Verbandswechsel sollten in der Regel – sofern keine massive Infektion vorliegt – 2-3x pro Woche erfolgen. Die Wunde braucht auch „Wundruhe“ zur Heilung.

Wichtig: Keine Betaisodona- oder sonstigen Fußbäder! Die Wundränder mazerieren, was neuerliche Keimeintrittspforten darstellt und das sonst gute bakterizide Betaisodona ist so verdünnt, dass die Keime nicht mal davon betäubt werden.

Diabetische Füße mit offenen Wunden dürfen in kein Fußbad!

Aus meiner Erfahrung gibt es nur 2 Grenzen an die wir stoßen: Einerseits der inkompliante Patient selber und andererseits eine unzureichende Durchblutung die auch nicht mehr wiederherstellbar ist.

Conclusio

- Die Einbindung des Patienten in die Arbeit des Behandlungsteams verbessert die Ergebnisse des Heilungsprozesses.
- Die Folgen einer diabetischen Fußkrankung auf das physische, emotionale, soziale und psychologische Wohlbefinden des Patienten müssen erkannt und im Behandlungskonzept berücksichtigt werden.
- Eine Wunde, die nicht nur aufgrund einer Verletzung oder mechanischen Einwirkung entstanden ist, sondern weil irgendetwas in unserem ausgeklügelten System aus dem Gleichgewicht geraten ist, sollte man auch behandeln, indem man dieses Gleichgewicht wiederherstellt und die fehlenden Parameter ergänzt. Die Wundheilung erledigt

Abbildung 4



Fuß einer 51-jährigen Diabetikerin – sollte amputiert werden – Verlauf

Debridement mittels Maden

Danach Therapie mit VAC® System

(Fast) nach Ende der Behandlung

Abbildung 5

Diabetiker nach Vorfußamputation – sollte Unterschenkel amputiert werden



Nach der Behandlung



möchte ich enden und wünsche mir ein bisschen das Interesse für dieses Thema geweckt und ein paar Kollegen wach gerüttelt zu haben.

„I marvel that society would pay a surgeon a large sum of money to remove a patient’s leg……but nothing to save it.“
George B. Shaw

„Aus des Diabetikers Fuß soll kein Diabetischer Fuß werden!“
Elisabeth Krippel



dann unser Körper selber, wir schaffen nur die Voraussetzungen dafür.

- Nicht nur Symptome behandeln, sondern die Ursachen beheben.
- Nur gut organisierte und vernetzte medizinische Versorgung und interdisziplinäre Zusammenarbeit (Diabe-

tologen, Angiologen, interventionelle Radiologen, Chirurgen, Wundmanager, Fußpfleger, Orthopädienschuhmacher, Heilmassage od. Physiotherapeuten etc.) ergibt eine optimierte Patientenbetreuung.

Mit einem Ausspruch von mir und einem Zitat von George Bernhard Shaw

Dr. Elisabeth Krippel
FÄ für Innere Medizin
Ärztin für Allgemeinmedizin
Zertifizierte Wundmanagerin®
Speisingerstrasse 57-61/6
1130 Wien
Tel.: +43 664 146 40 82
Fax: +43 1 804 71 64
www.krippel.info
ordination@krippel.info

Skinoren® 20 % - Creme, Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 g Skinoren Creme enthält 200 mg (20 %) Azelainsäure, 125 mg (12,5 %) Propylenglykol und 2 mg (0,2 %) Benzoesäure. Liste der sonstigen Bestandteile: Arlatone 983 S (Polyoxyethylen Fettsäureester), Cutina CBS (Mischung aus Mono-Diglyceriden, Fettalkoholen, Triglyceriden und Wachsenestern), Cetearyl-Octanoat, Propylenglykol, Glycerol 85%, Benzoesäure, Gereinigtes Wasser. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Andere Aknemittel zur topischen Anwendung, ATC Code: D10AX03. **Anwendungsgebiete:** Topische Behandlung der leichten bis mittelschweren Akne vulgaris. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Inhaber der Zulassung:** Intendis Austria Handels GesmbH, Herbststraße 6-10, 1160 Wien. **Rezeptpflicht-/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: Oktober 2010.**

Skinoren® 15% Gel - Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 g Skinoren Gel enthält 150 mg (15%) Azelainsäure. Sonstige Bestandteile: 1 mg Benzoesäure/g Gel, 0,12 g Propylenglycol/g Gel. Liste der sonstigen Bestandteile: Lecithin, Mittelkettige Triglyceride, Polysorbat 80, Propylenglycol, Carbomer 980, Natriumhydroxid, Dinatriummedetat, gereinigtes Wasser, Benzoesäure (E210). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Andere Aknemittel zur topischen Anwendung. **ATC-Code:** D10A X03. **Anwendungsgebiete:** Zur Linderung bei leichter bis mittelschwerer papulo-pustulöser Akne des Gesichtes. Zur äußerlichen Behandlung der papulopustulösen Rosazea. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Inhaber der Zulassung:** Intendis Austria Handels Ges.m.b.H. 1160 Wien. **Verschreibungs-/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: Oktober 2010.**

1. Mastrofrancesco, A. et al. Azelaic acid modulates the inflammatory response in normal human keratinocytes through PPARγ activation. *Exp Dermatol* 2010; 19(9): 813 - 820.
2. Cunliffe, W.J. & Holland, K.T. Clinical and laboratory studies on treatment with 20% azelaic acid cream for acne. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 1989; 143: 31 - 34.
3. Maple, P.A. et al. Comparison of the in-vitro activities of the topical antimicrobials azelaic acid, nitrofurazone, silver sulphadiazine and mupirocin against methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Antimicrob Chemother* 1992; 29(6): 661 - 668.
4. Ortonne, J.P. & Lacour, J.P. Assessment of the phototoxicity of azelaic acid using the modified method of Kaidbey and Klugman. *Nouv Dermatol* 1992; 11: 490 - 495.

V.A.C. VIA™ System

Mit einem Gesamtgewicht von 300 Gramm wiegt das neue V.A.C.VIA™ System von KCI nicht mehr als eine Digital-Kamera und ist auch kaum größer. Seine reduzierte Größe und das geringe Gewicht bedeuten für den Patienten und den Anwender erhöhten Komfort und zusätzlich Bewegungsfreiheit. Die patentierte Weltneuheit Vortis™ Technologie sorgt für den leisen Betrieb, da sie auf der Grundlage einer akustischen Resonanzpumpe funktioniert. Zwei dieser 2-Euro-Stück großen Pumpen im V.A.C.VIA™ System liefern den benötigten Unterdruck für die V.A.C.VIA™ Therapie.

Trotz seiner minimalen Größe hat die Systemeinheit eine Akku-Speicherkapazität von neun Stunden, die in sechs Stunden wieder aufgeladen ist.

Der Anwender kann bei V.A.C.VIA™ zwischen den zwei Therapieoptionen kontinuierlicher Unterdruck und DPC (Dynamic Pressure Control) wählen. Als erstes System der V.A.C.® Therapy Familie bietet das V.A.C.VIA™ System die Weiterentwicklung der intermittierenden Therapie DPC an. In dieser Therapieeinstellung senkt und hebt sich der Unterdruck im Verband in einem Intervall von sechs Minuten von den ausgewählten Sogwerten. Durch die dynamische Drucksteuerung bleibt auch in der intermittierenden Therapie

immer ein Mindestunterdruck im Verband erhalten. Da das V.A.C.VIA™ aus allen Richtungen in einem Bereich von 360 Grad horizontal wie vertikal voll funktionsfähig ist, können damit auch Wunden versorgt werden, die früher als zu klein oder nicht schwerwiegend genug angesehen wurden.

Das V.A.C.VIA™ System ist ein Einmalsystem, das für die mobile Therapie in allen klinischen und ambulanten Situationen gedacht ist. V.A.C.VIA™ erleichtert dem Anwender die Geräteverwaltung und reduziert das finanzielle Risiko bei einem eventuellen Systemverlust.

V.A.C.VIA™

Produktbeschreibung:

Unterdrucksystem zur Wundbehandlung. Gesamtgewicht 300 Gramm, Größe 16 x 9 cm plus einem Kanister mit 250 ml Fassungsinhalt. Kontinuierlicher Unterdruck oder DPC (Dynamic Pressure Control) als Therapieoptionen, die Vortis™ Technologie sorgt für extrem leisen Betrieb der Pumpen. V.A.C.VIA™ ist ein Einmalsystem.

Anwendung:

Alle für V.A.C Therapie geeigneten Wunden, vor allem bei mobilen Patienten.

Informationen:

KCI Austria GmbH
Lemböckgasse 49/Stiege A
1230 Wien
Tel.: 01/86 330-0, Fax: 01/86 330-5010
Internet: www.kci-medical.com

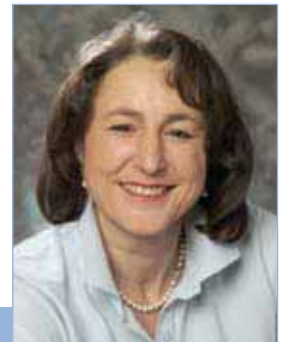
V.A.C.Via™. Einmalig klein.



Diese Revolution ist leicht und leise.
Das neue V.A.C.Via™ Einmalsystem für die Wundheilung.

V.A.C.Via™. Einmalig klein.

Reisethrombose



Priv. Doz. Dr. Barbara Binder

Erkrankungen in Zusammenhang mit lange dauernden Reisen gewinnen im Zeitalter des Ferntourismus immer mehr an Bedeutung. Vor allem lange Reisen in vorwiegend sitzender Position bergen das Risiko eines venösen thromboembolischen Ereignisses, wobei dieses Risiko eher als gering eingestuft werden kann, wenn keine zusätzlichen Risikofaktoren vorliegen. Bei einer Reisedauer von mehr als fünf Stunden mit Risikokonstellation kann von einem zwei- bis dreifach erhöhten Thromboserisiko ausgegangen werden (Mulac K: J Kardiologie 2007; 14:329-332). Die sogenannte Reisethrombose – auch Sitzthrombose genannt – betrifft die untere Extremität mit der Gefahr einer Pulmonalarterienembolie. Auftreten kann sie sowohl nach Flug, als auch nach langen Bahn-, Bus- und Autoreisen; der ausschlaggebende Faktor ist die dauernde sitzende Position, verbunden mit Bewegungsmangel und auch oft geringer Flüssigkeitszufuhr. Erstmals beschrieben wurde die Reisethrombose 1954 von Homans.

Definition

Definiert wird die Reisethrombose als Auftreten einer Thrombose des tiefen Venensystems der unteren Extremität (mit/ohne pulmonal-embolische Komplikationen) in zeitlichem Zusammenhang mit einer vielstündigen Reise in vorwiegend sitzender Position bei Personen, die bei Antritt der Reise keinen Hinweis auf eine akute venöse Thrombembolie aufwiesen (Konsensuspapier Reisethrombose Phlebologie 2001; 30:101-103).

Pathogenese/Risikofaktoren

Eine zentrale Rolle in der Entstehung einer Thrombose stellt die sog. Virchow'sche Trias dar:

1. die Verlangsamung des venösen Blutflusses (Stase),
2. eine Venenwandschädigung und
3. eine erhöhte Blutgerinnungsneigung.

In der speziellen Situation der Reisethrombose stellt die venöse Stase durch längerfristige, gleichbleibende Körperhaltung mit absolutem Bewegungsmangel einen Hauptfaktor in der Entwicklung einer TVT dar. Vermehrter Flüssigkeitsverlust, v.a. beim Fliegen, und verringerte Flüssigkeitszufuhr erhöhen die Blutviskosität und können ebenfalls zu einer erhöhten Thromboseeignung führen. Neben der erhöhten Blutgerinnungsneigung (angeboren oder erworben) stellen vorbestehende Erkrankungen (Malignome, Herzinsuffizienz, Adipositas, stattgehabtes thromboembolisches Geschehen) sowie Schwangerschaft und Hormontherapie ebenso wie erhöhtes Lebensalter einen thrombogenen Risikofaktor dar (Braun S, Jünger M: Hautarzt 2003;54:518-523; Watson HG; Baglin TP: Br J Haemat 2010; 152: 31-34).

Abhängig von diesen vorbestehenden Erkrankungen des Reisenden ergeben sich daraus verschiedene Risikoprofile (Tabelle 1).

Klinik

Eine tiefe Beinvenenthrombose wird oft erst symptomatisch, wenn der Thrombus den Blutfluss erheblich behindert.

Das klinische Vollbild der TVT zeigt dann eine ausgeprägte Beinschwellung, später Beincyanoose, Wadenschmerz beim Ballotement der Wade, bei Dorsalflexion im Sprunggelenk und Schmerzen der Fußsohle bei Kompression derselben. Im Anfangsstadium sind diese Zeichen oft nur teilweise vorhanden. Vor allem die Schwellung ist initial nur subfascial, was sich klinisch als pralle Wade darstellt, und erst bei Fortbestehen der Thrombose entsteht ein zusätzliches epifasciales Ödem, welches das gesamte Bein umfassen kann. Der Schmerz kann aber auch nur an einem umschriebenen Druckpunkt an der Wade lokalisiert sein, der vor allem bei Bewegung verstärkt wird. In seltenen Fällen führt erst das Ereignis einer symptomatischen Pulmonalarterienembolie zur Diagnosestellung einer Beinvenenthrombose.

Diagnostik

Die Diagnostik der TVT umfasst eine genaue, gezielte Anamnese inklusive Vorerkrankungen und eventuell bestehenden Risikofaktoren, die klinische Untersuchung, die Durchführung eines D-Dimer-Tests sowie als bildgebendes Verfahren die Untersuchung mittels farbkodierter Duplexsonographie (FCDS) bzw. Kompressionssonographie und/oder einer Phlebographie.

Die Bestimmung des D-Dimers, ein Fibrinogenspaltprodukt, im Plasma stellt ein zusätzliches Hilfsmittel dar. Das D-Dimer hat zwar keine hohe Spezifität für eine TVT, da es auch bei akuten Entzündungen, malignen Prozessen, in der Gravidität sowie bei st.p. Operation und Trauma erhöht ist, aber es weist eine Sensitivität

Tabelle 1

Reisethrombose-Risikogruppen
Wiener Konsensuskonferenz 2001 der phlebologischen und angiologischen Fachgesellschaften Deutschland, Österreich, Schweiz
Gruppe 1: Niedriges Risiko
Personen mit vielstündiger Reisedauer in vorwiegend sitzender Position, die ansonsten keine der in den weiteren Risikogruppen angeführten persönlichen Risikofaktoren haben.
Gruppe 2: Mittleres Risiko
Zusätzlich zur vielstündigen Reisedauer sind gegeben <ul style="list-style-type: none"> • Schwangerschaft oder postpartale Phase • Alter > 60 Jahre • klinisch relevante Herzerkrankung • nachgewiesene Thrombophilie/familiäre Thromboseneigung • größere Varizen, chronisch venöse Insuffizienz • Ovulationshemmer, postmenopausale Hormonersatztherapie • Adipositas (BMI > 30) • Exsikkose
Gruppe 3: Hohes Risiko
Zusätzlich zur vielstündigen Reisedauer sind gegeben <ul style="list-style-type: none"> • anamnestisch bekannte venöse Thromboembolien, auch länger zurückliegend • manifeste maligne oder sonstige schwere Erkrankungen • gelenkübergreifende Ruhigstellung einer unteren Extremität • kurz zurück liegender operativer Eingriff mit hohem Thrombosereisiko

Tabelle 2

Prophylaxe der Reisethrombose:
Wiener Konsensuskonferenz 2001 der phlebologischen und angiologischen Fachgesellschaften Deutschland, Österreich, Schweiz
Gruppe 1: Niedriges Risiko
Allgemeine Maßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> • Bewegungsübungen, z.B. Fußwippen; isometrische Übungen; im Auto wiederholte Pausen einlegen und einige Schritte gehen • Ausreichende Flüssigkeitszufuhr (Zurückhaltung mit Alkohol) • Zurückhaltung beim Gebrauch von Sedativa und Hypnotika
Gruppe 2: mittleres Risiko
<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Maßnahmen (s. Gruppe 1) • Wadenstrümpfe im Druckbereich der Kompressionsklasse 1, bei Patienten mit venöser Insuffizienz medizinische Kompressionsstrümpfe je nach Indikation • Im Einzelfall, z.B. bei Schwangerschaft oder Thrombophilie, kann niedermolekulares Heparin gegeben werden (s. Gruppe 3)
Gruppe 3: hohes Risiko
<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Maßnahmen (s. Gruppe 1) • Kompression (s. Gruppe 2) • Niedermolekulares Heparin • Subkutane Applikation knapp vor Reiseantritt • Vor jeder Reise mit erhöhtem Thrombosereisiko (Definition siehe oben), bei Rundreisen daher eventuell einmal täglich Hochrisikodosisierung (in Analogie zur Prophylaxe bei internistischen Risikopatienten)



SANOFI

Reisethrombose?
Nein danke!



All you need is
www.reisethrombose.at

DIE Serviceseite mit Informationen zu
Reisethrombose und Vorsorge & Beratung
rund ums Thema „gesunder Urlaub“
– denn das Wichtigste ist Ihre Gesundheit!

Erfahrung macht sicher.

LOVENOX®
Das starke Antithrombotikum.

von bis zu über 90% auf. Ein negatives D-Dimer schließt ein thrombembolisches Geschehen mit großer Wahrscheinlichkeit aus; ein positives D-Dimer ist hingegen nicht beweisend für eine TVT.

Therapie

Die Therapie der TVT beinhaltet zwei bedeutende Säulen: die Antikoagulation und die Kompression.

Nach Ausschluss der üblichen Kontraindikationen erfolgt initial eine Antikoagulation mittels niedermolekularem Heparin (NMH) in sogenannter therapeutischer Dosie-

rung; überlappend wird eine orale Antikoagulationstherapie eingeleitet.

Gleichzeitig wird mit einer Kompressionstherapie mittels Kompressionsverband begonnen, unter der absoluten Voraussetzung, dass keine eingeschränkte arterielle Durchblutung besteht (Tasten der Fußpulse! Gehstrecke!); nach vollständigem Abschwellen des Beines kann auf einen Kompressionsstrumpf der Kompressionsklasse II gewechselt werden.

Prophylaxe

Die prophylaktischen Maßnahmen zur Verhinderung einer Reisethrombo-

facharzt

se umfassen allgemeine und spezifische Maßnahmen, abhängig vom individuellem Risikoprofil.

Zu den Allgemeinmaßnahmen zählen weite, nicht beengende Kleidung und regelmäßige Bewegungsübungen während der Reisezeit. Das Betätigen der Wadenmuskelpumpe in der unteren Extremität bewirkt eine Beschleunigung des Blutflusses, außerdem sollte regelmäßig aufgestanden werden. Für Autoreisende sollten regelmäßig Pausen eingeplant werden. Ausreichende Trinkmenge in Form von Wasser und Säften ist notwendig; unbedingt zu meiden ist Alkohol. Außerdem sollte auf Sedativa verzichtet werden.

Prädisponierte Reisende sollten zusätzlich Kompressionsstrümpfe tragen bzw. sollte bei hohem Risiko eine Thromboseprophylaxe mit niedermolekularem Heparin durchgeführt werden. Niedermolekulares Heparin wird etwa zwei Stunden vor Reiseantritt verabreicht. Zu berücksichtigen sind noch geplante Rundreisen, so dass in einem solchen Fall eine tägliche Thromboseprophylaxe entsprechend dem Risikoprofil notwendig wird (Tabelle 2). Von Acetylsalicylsäure ist keine Wirkung zur Thromboseprophylaxe zu erwarten. Ebenso sind orale Venentherapeutika in dieser Indikation nicht evaluiert.

Fazit für den Alltag

Reisende ohne erhöhtes Thromboseisiko sollten folgende allgemeine Maßnahmen durchführen: keine beengende Kleidung, ausreichend Flüssigkeitszufuhr und regelmäßige Betätigung der Wadenmuskulatur. Bestehen zusätzliche

Risikofaktoren, so ist zu den allgemeinen Maßnahmen eine zusätzliche Thromboseprophylaxe mit Kompressionsstrümpfen (Knöcheldruck zwischen 15 und 30 mmHg) und niedermolekularem Heparin zu empfehlen (ACCP Recommendations 2008). Insgesamt sollte im Vorfeld zusammen mit dem behandelnden Arzt eine individuelle Risikoabschätzung vorgenommen werden, um den Reisenden die sinnvollsten prophylaktischen Maßnahmen empfehlen zu können.

*Priv. Doz. Dr. Barbara Binder
Univ.-Klinik für Dermatologie und Venologie
Medizinische Universität, Graz.
Auenbruggerplatz 8, 8036 Graz
Tel.: +43 316 385 124 23
barbara.binder@klinikum-graz.at*

Enbrel 25 mg Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung, Enbrel 25mg/ml Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen, Enbrel 25 mg Injektionslösung in Fertigspritze, Enbrel 50 mg Injektionslösung in Fertigspritze, Enbrel 50 mg Injektionslösung im Fertigen, Enbrel 10 mg Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Durchstechflasche enthält 10mg/25mg, eine Fertigspritze enthält 25mg/50mg Etenarcept, ein Fertigen enthält 50mg Etenarcept. Liste der sonstigen Bestandteile: Enbrel 25 mg Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung & Enbrel 10 mg Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen: Pulver: Mannitol (E421), Sacrose und Trometamol. Lösungsmittel: Wasser für Injektionszwecke. Enbrel 25 mg Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen: Die Lösung enthält 9 mg Benzylalkohol pro ml als Konservierungsmittel. Pulver: Mannitol (E421), Sacrose und Trometamol. Lösungsmittel: Wasser für Injektionszwecke, Benzylalkohol. Enbrel 25 mg Injektionslösung in Fertigspritze, Enbrel 50 mg Injektionslösung in Fertigspritze, Enbrel 50 mg Injektionslösung im Fertigen: Sacrose, Natriumchlorid, Argininhydrochlorid, Natriumdihydrogenphosphat-Dihydrat, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Wasser für Injektionszwecke. Anwendungsgebiete: Enbrel 25 mg Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung, Enbrel 25 mg Injektionslösung in Fertigspritze: Rheumatoide Arthritis, Polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis, Psoriasis-Arthritis (Arthritis psoriatica), Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans), Plaque-Psoriasis, Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen. Enbrel 25 mg Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen & Enbrel 10 mg Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen: Polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis, Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen. Enbrel 50 mg Injektionslösung in Fertigspritze, Enbrel 50 mg Injektionslösung im Fertigen: Rheumatoide Arthritis, Psoriasis-Arthritis (Arthritis psoriatica), Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans), Plaque-Psoriasis, Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen. (Detaillierte Angaben hierzu sind der Fachinformation zu entnehmen) Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Sepsis oder Risiko einer Sepsis. Eine Behandlung mit Enbrel sollte bei Patienten mit aktiven Infektionen, einschließlich chronischer oder lokalisierter Infektionen, nicht begonnen werden. Zusätzlich für Enbrel 25 mg/ml Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen: Enbrel darf nicht bei Früh- oder Neugeborenen angewendet werden, weil das Lösungsmittel Benzylalkohol enthält. Pharmakotherapeutische Gruppe: Immunsuppressiva, Tumornekrosefaktor-alpha (TNF- α)-Inhibitoren. ATC-Code: L04AB01. Inhaber der Zulassung: Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Vereinigtes Königreich. Stand der Information: 08/2011. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Lovenox 20 mg / 40 mg / 60 mg / 80 mg / 100 mg / 120 mg / 150 mg-Spritzampullen, Lovenox 10 x 20 mg Pen / 10 x 40 mg Pen, Lovenox 100 mg/1 ml Ampullen, Lovenox 100 mg/10 ml Stechampullen, Lovenox 100 mg/ml Durchstichflasche Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Lovenox 20 mg / 40 mg / 60 mg / 80 mg / 100 mg / 120 mg / 150 mg Spritzampullen: 1 Fertigspritze zu 0,2/0,4/0,6/0,8/1,0/0,8/1,0 ml enthält Enoxaparin-Natrium (niedermolekulares Heparin-Natrium; mittleres Molgewicht ca. 4500) 20,00 mg / 40,00 mg / 60,00 mg / 80,00 mg / 100,00 mg / 120,00 mg / 150,00 mg, entsprechend ca. 2.000 / 4.000 / 6.000 / 8.000 / 10.000 / 12.000 / 15.000 IE Anti-Faktor Xa* (ca. 500-1.000 / 1.000-2.000 / 1.500-3.000 / 2.000-4.000 / 2.500-5.000 / 3.000-6.000 / 3.750-7.500 aPTT). - Lovenox 10 x 20 mg Pen / 10 x 40 mg Pen: 1 Pen zu 3,0 ml enthält Enoxaparin-Natrium (niedermolekulares Heparin-Natrium; mittleres Molgewicht ca. 4500) 200,00 mg / 400,00 mg, entsprechend ca. 20.000 / 40.000 IE Anti-Faktor Xa* (ca. 5.000-10.000 / 10.000-20.000 aPTT), entsprechend 10 Einzeldosen zu 20 mg / 40 mg Enoxaparin-Natrium. Sonstiger Bestandteil: Benzylalkohol 45 mg/3 ml. - Lovenox 100 mg/1 ml Ampullen: 1 Ampulle zu 1,0 ml enthält Enoxaparin-Natrium (niedermolekulares Heparin-Natrium; mittleres Molgewicht ca. 4500) 100,00 mg, entsprechend ca. 10.000 IE Anti-Faktor Xa* (ca. 2.500-5.000 aPTT). - Lovenox 100 mg/10 ml Stechampullen / Lovenox 100 mg/ml Durchstichflasche: 1 Durchstichflasche zu 10,0 ml / 3 ml enthält Enoxaparin-Natrium (niedermolekulares Heparin-Natrium; mittleres Molgewicht ca. 4500) 100,00 mg / 300,00 mg, entsprechend ca. 10.000 / 30.000 IE Anti-Faktor Xa* (ca. 2.500-5.000 / 7.500-15.000 aPTT). - *Die aPTT ist ein Maß für die gerinnungshemmende Wirkung, während die Anti-Xa-Aktivität die antithrombotische Wirkung widerspiegelt. Die Aktivität liegt zwischen 90 und 125 I.E. Anti-Faktor-Xa-Aktivität je Milligramm, berechnet auf die getrocknete Substanz. Das Verhältnis der Anti-Faktor-Xa-Aktivität zur Anti-Faktor-IIa-Aktivität liegt zwischen 3,3 und 5,3. Liste der sonstigen Bestandteile: Lovenox 20 mg / 40 mg / 60 mg / 80 mg / 100 mg / 120 mg / 150 mg Spritzampullen, Lovenox 100 mg/1 ml Ampullen, Lovenox 100 mg/10 ml Stechampullen: Wasser für Injektionszwecke. - Lovenox 100 mg/10 ml Stechampullen: zusätzlich Natriumchlorid. - Lovenox 10 x 20 mg Pen / 10 x 40 mg Pen / Lovenox 100 mg/ml Durchstichflasche: Benzylalkohol, Wasser für Injektionszwecke. • Anwendungsgebiete: Lovenox 10 x 40 mg Pen; Lovenox 40 mg / 60 mg / 80 mg / 100 mg / 120 mg / 150 mg Spritzampullen, Lovenox 100 mg/ml Durchstichflasche; Lovenox 100 mg/1 ml Ampullen: Zur Behandlung tiefer Venenthrombosen und zur Therapie der Pulmonalembolie. Zur Behandlung der instabilen Angina pectoris und des nicht-transmurales Myokardinfarkts. Zur Behandlung des akuten Myokardinfarkts mit ST-Streckenhebung (STEMI). • Zusätzlich für Lovenox 100 mg/1 ml Ampullen: Zur Antikoagulation bei Hämodialyse und Hämofiltration. • Zusätzlich für Lovenox 40 mg Spritzampullen / Lovenox 10 x 40 mg Pen: Zur Prophylaxe thromboembolischer Komplikationen bei Hochrisikopatienten. Zur Reisthromboseprophylaxe bei Personen mit hohem Risiko zur Entwicklung einer tiefen Venenthrombose, die nicht mit anderen Antikoagulantien behandelt werden. • Lovenox 20 mg Spritzampullen / Lovenox 10 x 20 mg Pen: Zur Prophylaxe thromboembolischer Komplikationen bei Patienten mit mittlerem Thromboembolierisiko. • Lovenox 100 mg/10 ml Stechampullen: Zur Antikoagulation bei der Hämodialyse und Hämofiltration. • Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, Heparin oder Heparinderivate, einschließlich anderer niedermolekularer Heparine, oder einen der sonstigen Bestandteile; Thrombozytopenie mit positivem In-vitro-Aggregationstest in der Gegenwart dieses niedermolekularen Heparins; Hämorrhagische Diathese, z.B. Purpura, Hämphilie. Patienten mit erhöhter Kapillarpermeabilität; aktive starke Blutungen und Zustände mit einem hohen Risiko für unkontrollierte Blutungen; Hämorrhagischer Insult, Enzephalomalazie, akute intrakranielle Blutungen; Operationen am Zentralnervensystem sowie am Auge, proliferative Retinopathie diabetica; Ulcus pepticum, Blutungen im Gastrointestinaltrakt; Blutungen in der Lunge, aktive Tuberkulose; schwere Leberinsuffizienz, Pankreatitis; Blutungen der Niere und der ableitenden Harnwege; unkontrollierte schwere Hypertonie; Endocarditis lenta; Abortus imminens. • Zusätzlich für Lovenox 10 x 20 mg Pen / 10 x 40 mg Pen / Lovenox 100 mg/ml Durchstichflasche: Anwendung bei Säuglingen und Kindern bis 3 Jahren: Lovenox 10 x 20 mg Pen / 10 x 40 mg Pen / Lovenox 100 mg/ml Durchstichflasche beinhaltet Benzylalkohol als Konservierungsmittel und darf daher nicht bei Säuglingen und Kindern bis 3 Jahren angewendet werden. Benzylalkohol kann bei Säuglingen und Kindern bis zu 3 Jahren toxische und allergische Reaktionen hervorrufen (die Verabreichung von Medikamenten, die Benzylalkohol beinhalten, wurde mit tödlichen Fällen von „Gassing Syndrome“ assoziiert). • Zulassungsinhaber: sanofiaventis, Wien. • Rezeptpflicht / Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig. • Pharmakotherapeutische Gruppe: Antithrombotische Mittel, Heparingruppe (ATC-Code B01AB05). • Stand der Information: 04/2011, 03/2011, 09/2010, 08/2010. Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie den Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

ENBREL®

Das Rundum-Versorgt-Paket

WELLCOME WIRBUNG UND PH.

JAHRELANG. JAHREGUT.



WIRKSAMKEIT
hohe PASI Responseraten¹

VERTRÄGLICHKEIT
auch für Kinder mit Plaque-Psoriasis ab 6 Jahren zugelassen²

COMPLIANCE
flexibles Dosierschema¹



Working together for a healthier world™

1. Van de Kerkhof et al. Br J Dermatol. 2008 Nov; 159(5): 1177-85. 2. EULAR-Fachkongress 2011
Pfizer Corporation Austria GmbH, Wien

Dr. Chaurzi

ENBREL-11/09/10/11/12

Vitiligo – Altes und Neues

OA. Doz. Dr. Paul Sator

Vitiligo – auch Weißfleckenkrankheit genannt – ist weder eine ansteckende noch eine bedrohliche Erkrankung, aus kosmetischer Sicht jedoch eine bedeutsame Hauterkrankung, die für den einzelnen Menschen oft psychisch sehr belastend sein kann. Diese Erkrankung wurde erstmals vor ca. 3500 Jahren beschrieben und kommt relativ häufig vor (0,5–2%).

Die Betroffenen, Männer und Frauen gleich häufig, entwickeln im Laufe ihres Lebens (bei 50% im Alter zwischen 10 und 30 Jahren) charakteristische weiße, scharf begrenzte Flecken, oft symmetrisch an den Handrücken und im Gesicht, die mit unterschiedlicher Geschwindigkeit fortschreiten. Es finden sich ein größerer Befall bei früherem Auftreten und keine Korrelation zwischen Dauer und Ausmaß. Man unterscheidet Formen mit nur einigen weißen Flecken bis hin zur vollständigen, generalisierten Depigmentierung.

Generalisierte Vitiligo:

die häufigste Form, meist symmetrisch an mehreren Körperstellen, vor allem an druckbelasteten Stellen (z.B. Knie, Ellenbogen, Finger), aber auch an zugbelasteten Stellen (z.B. Augenlider, Mundwinkel, Achseln). Auch das Auftreten von weißen Haaren ist möglich. Der Verlauf ist schubweise über 10 bis 20 Jahre und individuell sehr unterschiedlich – von ständigem Fortschreiten, über Stillstand bis zur Repigmentierung.

Lokalisierte Vitiligo:

es sind nur wenige Körperareale betroffen, die Anordnung ist nicht symmetrisch. Die Prognose ist hierbei meist viel besser.

Universelle Vitiligo:

hier findet sich eine mehr als 80%-ige Depigmentation.

Pathogenese

Die weißen Flecken entstehen durch eine Zerstörung der Melanozyten. Bis heute ist die Ursache allerdings nicht völlig klar. Man findet bei ca. 30% ein gehäuftes familiäres Auftreten. Die Inzidenz in erstgradiger Verwandtschaft beträgt 7%, Geschwister von Patienten mit frühem Erkrankungsbeginn haben ein doppeltes Erkrankungsrisiko. Es zeigt sich ein multifaktorielles, polygenes Vererbungsmuster.

Weiters zeigen sich Zusammenhänge mit psychischer Belastung, intensiver Sonnenbestrahlung, Verletzungen der Haut (Köbner-Phänomen) sowie auch im Zuge einer Hormonumstellung (z.B. Schwangerschaft, Pubertät).

Drei Hypothesen werden diskutiert:

Autoimmunhypothese:

bedingt durch zelluläre und humorale Autoimmunreaktionen. Gestützt wird diese Hypothese durch die Assoziation mit autoimmunologischen Erkrankungen, die Wirksamkeit von immunmodulierenden Therapien, ein CD4+/CD8+-Infiltrat in paräläsionaler Haut, erhöhte Serum- und Gewebespiegel von sIL-2R, ICAM1- und HLA-DR-Expression an Melanozyten, heterogene Auto-Ak (IgG 1, 2, 3) gegen melanozytäre und nicht-melanozytäre Antigene, zytotoxische CLA+/CD8+-T-Zellen in Apposition zu apoptotischen Melanozyten.

Autoaggressionshypothese:

Ein Ungleichgewicht von bestimmten Enzymen in den Pigmentzellen und toxische Produkte führen zur Zerstörung der Melanozyten; so führen z.B. ein metabolischer Defekt in der Tetrahydrobiopterin-Homöostase oder eine verringerte intrazelluläre Ca-Konzentration zu einer verminderten Tyrosinase-Aktivität.

Neurogene Hypothese:

bei der ein Stoff von den Hautnerven die Melanozyten zerstört. Dies könnte die Wirkung von Stress auf die Erkrankung erklären. Gestützt wird diese Hypothese durch folgende Beobachtungen: innerverierungsabhängiger Pigmentverlust bei transverser Myelitis, Repigmentierung bei diabetischer Neuropathie und Denervation beeinflussen Pigmentierung im Tiermodell.

Möglich ist auch eine Kombination der drei Theorien. Derzeit wird die Autoimmunhypothese favorisiert, bedingt durch die häufige Assoziation mit anderen Autoimmunerkrankungen [z.B.: der Schilddrüse, besondere Formen der Blutarmut (perniziöse Anämie), juveniler Diabetes mellitus, Nebennierenfunktionsstörungen (Morbus Addison) oder Nebenschilddrüsenunterfunktionen] und die Wirksamkeit immunmodulatorischer Therapien.

Ein bis zwei Drittel aller Patienten leiden an einer Fehlfunktion der Schilddrüse, die der Vitiligo sowohl vorausgehen als auch nachfolgen kann. Daher ist eine regelmäßige Kontrolle der Schilddrüsenfunktion sinnvoll. In den weißen Flecken entwickeln die Patienten leicht

Sonnenbrände, paradoxerweise jedoch nur selten Hautkrebs und auch keine schnellere Hautalterung. Es wird vermutet, dass ein Tumorsuppressorgen namens „p53“ dafür verantwortlich sein dürfte.

Therapie

Obwohl die Behandlung der Vitiligo meistens eine langwierige, zeitaufwendige und oft nur eine mit temporärem Erfolg ist, sollten wir heute den Patienten diese wirksamen Therapien anbieten und nicht vorenthalten. Bei vielen Behandlungen handelt es sich um „Off-label“-Anwendungen, da viele Präparate nur für andere Indikationen zugelassen sind. Betont muss jedoch werden, dass oft aus kosmetischer Sicht störende Körperstellen, wie z.B. Hände, schlecht ansprechen. Dies wird darauf zurückgeführt, dass in diesen Regionen nur wenig feine Körperhaare vorhanden sind, aus denen nicht zugrunde gegangene Melanozyten wieder auswandern können.

Topische Therapien

Kortikosteroide:

sehr gut geeignet für lokalisierte Formen

Calcineurininhibitoren:

Tacrolimus (Protopic®) oder Pimecrolimus (Elidel®), welche zweimal täglich angewendet werden sollten. Sie stellen besonders für die Gesichtsregion eine gute Alternative zu den topischen Kortikosteroiden dar.

Vitamin-D-Analoga:

Calcipotriol (Psorcutan®). Ein Wirkungsansatz dürfte über einen speziellen Vitamin-D-Rezeptor erfolgen. Es greift in den gestörten Kalzium-Stoffwechsel der Pigmentzellen in den Vitiligoarealen ein. Besonders vielversprechende Resultate finden sich in der Kombination mit einer Photo(chemo)therapie.

Targeted Phototherapie:

Excimer-Laser oder Lampe (308 nm) zeigt vielversprechende Erfolge.

Systemische Therapien

Photo(chemo)therapie:

Vermehrt wird die Schmalspektrum-UVB-Therapie (2 x/Woche) eingesetzt. Ein angenehmer Nebeneffekt ist, dass hierbei der Bräunungseffekt geringer ist als bei der PUVA-Therapie und damit der Kontrast zwischen pigmentierter

und weißer Haut nicht so groß wird. Aktuelle Studien zeigen auch, dass ein früher Therapiebeginn zu besseren Ergebnissen führt, als wenn die Erkrankung schon länger besteht. In einer Nachbeobachtung von fünf Jahren kommt es bei 2/3 der Patienten zu keinem Rückfall. Nachteilig an diesen Therapien ist jedoch eine sehr lange Behandlungsdauer. Sie verlangt vom Patienten, bis er Behandlungserfolge erkennen kann, eine große Ausdauer.

Kortikosteroide:

systemisch.

Antioxidantien:

siehe Alternativmedizin.

Depigmentierung:

Bei generalisierten Erkrankungsformen können die Restherde normal pigmentierter Haut gebleicht werden. Verwendet wird 20%-iger Monobenzyläther von Hydrochinon über mehrere Monate. Wichtig ist es, die Patienten auf konsequenten Sonnenschutz hinzuweisen.

Camouflage:

wasserstabile Schminken, die der Hautfarbe angepasst werden können. Eine keinesfalls unvernünftige Lösung. Diese sollte jedem Patienten als Basis angeboten werden. Aber auch die lokale Anwendung von Selbstbräunungscremen kann zur kosmetischen Verbesserung eingesetzt werden.

Melanozyten-Transplantation:

Es sollten nicht mehr als 30% depigmentiert sein und es kommen nur Patienten mit einer stabilen Vitiligo in Frage.

Neues

Alpha MSH:

Es handelt sich um das potenteste pigmentinduzierende Peptidhormon. Es moduliert die L-Phenylalanin-Konversion zu L-Tyrosin, die Adhäsion von Melanozyten und wirkt antioxidativ und immunsuppressiv. Bei Vitiligopatienten finden sich verringerte Plasma- und Hautkonzentrationen. Laufende Studien scheinen vielversprechend zu sein.

Biologika:

Als sogenannte Off-label-Anwendungen zeigen sie teilweise Verbesserungen.

Alternativmedizin

Eine große Anzahl von Möglichkeiten wird von der Alternativmedizin angeboten. Die einzelnen Möglichkeiten setzen teilweise an den vorher erwähnten Hypothesen an. Ein Ansatz ist z.B. die orthomolekulare Therapie, bei der unter anderem Vitamine, Spurenelemente und Aminosäuren eingesetzt werden, die bei der Synthese von Melanin eine Rolle spielen sollen, bei degenerativen Nervenerkrankungen eingesetzt werden oder z.B. eine antioxidative Wirkung haben. Vitamin C wirkt als Entgiftungssubstanz und Antioxidans. Vitamin B und Folsäure haben einen Einfluss auf das Nervensystem und unterstützen die neurale Hypothese. Versucht kann auch das „Modevitamin“ Vitamin D werden, welches eine immunregulatorische Wirkung haben soll und in letzter Zeit bei vielen Hauterkrankungen Einsatz findet. Die Daten bezüglich all dieser Therapien sind sehr widersprüchlich. Eine Studie konnte z.B. für Vitamin B12 und Folsäure keinen zusätzlichen Effekt bei einer Phototherapie zeigen. Eine gesunde Ernährung mit viel Vitaminen als Radikalfänger sollte aber sowieso zu unserem Alltag gehören.

Jeder Patient sollte auch psychisch betreut werden und Begleiterkrankungen, wie z.B. der Schilddrüse, sollten auf jeden Fall ausgeschlossen werden. Hilfe finden Patienten in Österreich auch in einer Selbsthilfegruppe. Vitiligo ist nicht nur ein kosmetisches Problem.

OA. Doz. Dr. Paul Sator
KH Hietzing,
Dermatologische Abteilung
Wolkersbergerstraße 1, 1130 Wien
Tel.: +43 1 801 10-0, Fax: DW -21 09
paul.sator@wienkav.at

Neurodermitis



Prim. DDr. Peter Voitl, MBA

Neurodermitis (atopisches Ekzem, atopische Dermatitis oder endogenes Ekzem) ist eine häufige Hauterkrankung aus der Gruppe der Atopien (mit Allergien assoziierte Krankheiten). Trockene Haut mit zeitweise starkem Juckreiz ist typisch, das Krankheitsbild kann aber je nach Patient und Alter sehr unterschiedlich verlaufen. Im Säuglingsalter zeigt sie sich vor allem an den Wangen als Rötung, manchmal mit gelblich-bräunlichen Krusten, aber auch an Armen und Beinen oder am Körper (Rumpf). Ab dem zweiten Lebensjahr treten die Veränderungen meist als trockene Stellen an Ellenbeugen und Kniekehlen sowie am Nacken und an den Handgelenken auf. Man sieht oft deutliche Kratzeffekte bis zu blutenden Hautläsionen.

Die Ursache ist noch weitgehend unbekannt, wahrscheinlich spielen mehrere Faktoren zusammen auf Basis einer erblichen Veranlagung. In den meisten Fällen bessert sich die Erkrankung mit zunehmendem Lebensalter, ein Teil der Patienten kann aber eine andere Erkrankung des atopischen Formenkreises (z.B. Asthma) entwickeln.

Häufigkeit

Etwa 2,5 Prozent der Bevölkerung sind betroffen, Schulkinder bis zu 10%. Laut einer deutschen Studie liegt das Risiko für ein Neugeborenes, Neurodermitis zu bekommen, in Familien ohne Hinweise auf Allergiegefährdung bei etwa 10 Prozent, bei einem erkrankten Elternteil bei 15% und wenn beide Elternteile erkrankt sind bei etwa 45%. Man nimmt heute an, dass Gene zu einer Atopieveranlagung führen können und letztendlich Umwelt-

faktoren darüber entscheiden, ob aus einer Veranlagung eine Erkrankung wird. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Mutter Neurodermitis vererbt, ist etwas höher als die des Vaters.

Neurodermitis ist aber keine Allergie, da es im Regelfall keine klaren auslösenden Allergene gibt wie beispielsweise beim allergischen Asthma.

Risikofaktoren

Die Ernährung der Mutter während der Schwangerschaft hat keinen Einfluss auf den Verlauf einer Neurodermitis, sehr wohl aber die Ernährung der Mutter während der Stillzeit und die Ernährung des Säuglings während des ersten Lebensjahres. Rauchen während der Schwangerschaft und Stillzeit gilt als Risikofaktor, ebenso klimatische Bedingungen und psychische Faktoren.

Allergien in der Familie spielen eine Rolle, häufiger betroffen sind Kinder in kleineren Familien (ein oder zwei Kinder), Kinder älterer Mütter und höherer sozialer Schichten. Es gibt Hinweise dafür, dass das seltenere Auftreten von Infektionserkrankungen in den ersten Lebensjahren das Immunsystem in Richtung Allergie verlagert und so die Zunahme atopischer Erkrankungen fördert.

Neurodermitis und Impfungen

Impfungen verschlechtern Neurodermitis nicht und können die Erkrankung auch nicht auslösen. Bei akuten Entzündungen sollte die Impfung jedoch verschoben werden.

Symptome

Im Vordergrund steht der zeitweise starke Juckreiz und trockene Haut. Im Säuglingsalter sieht man vor allem an Wangen und behaartem Kopf, bei Schüben am ganzen Gesicht und Rumpf Rötungen mit Bläschen und Krusten. Durch das Kratzen kommt es zu entzündlich-nässenden Ekzemen mit Kratzspuren. Bei Kindern sind typischerweise Ellbeugen und Kniekehlen sowie der Nacken betroffen. Die Erkrankung verläuft schubweise, Auslöser sind psychische Belastungen, Wetterveränderungen, Reaktionen auf Waschmittel oder Nahrungsmittel wie z.B. Nüsse, Milch etc. Eine Besserung ist oft bei Klimawechsel (Gebirgsklima über 1500 m oder Meeresklima) möglich.

Verlauf

Bei einem Großteil der betroffenen Kinder verschwinden die Hautveränderungen bis zum Erwachsenenalter wieder, mit einer längeren Krankheitsdauer muss aber beim Vorhandensein einer erblichen Belastung, Beginn der Erkrankung vor dem dritten Lebensmonat, schwerwiegendem Verlauf oder dem Auftreten von Allergien gerechnet werden.

Komplikationen

Vor allem Infektionen der offenen Hautstellen mit Bakterien (Staphylokokken) oder mit Herpes (Ekzema herpeti-catum).

Ernährung bei Neurodermitis

Die Stillzeit

Stillen ist die beste Ernährung für Säuglin-

Neue
Daten

3+2

Die Gräser-Tablette.

Anhaltender Effekt nach Therapieende.



Die einzige Gräser-Tablette mit fortgesetzter
Wirksamkeit zwei Jahre nach Therapieende.

- Nasen- und Augensymptome¹⁻³
- Kombierter Score (Symptome und Bedarf an Symptomatika)⁵
- Blockierende IgG₄-Antikörper^{2,4}
- Lebens- und Schlafqualität¹⁻³

... anhaltend und signifikant besser. Und das ab
dem ersten Tag der Gräserpollensaison.

Grüne Box

Frei verschreibbar
für Fachärzte
(Dermatologie, Podiatrie,
HNO, Pneumologie)

OP-II Verschreibung¹
möglich

BEHANDELT DIE URSACHE.
BEKÄMPFT DIE SYMPTOME.

GRAZAX

Literatur: 1. Dahl R. et al.; J Allergy Clin Immunol 2006; 118: 434-440. 2. Durham SR et al.; J Allergy Clin Immunol. 2010 Jan; 125(1): 131-8.e1-7. 3. Frakul L et al.; Allergy 2010 Jun 1; 65(6): 753-7. 4. Emminger W et al.; Allergy 2010; 65 (Suppl 92): 1874. 5. Durham SR et al.; Allergy 2010; 65 (Suppl 92): 1875. 6. ALK-Abelló Data on file. 7. Schreiben zur Änderung der Verwendung der Arzneispezialität Grazax® des Hauptverbandes, 2 Juni 2009

GRAZAX® 75.000 SQ-T – Lyophilisat zum Einnehmen. Zusammensetzung: Standardisierter Allergenextrakt aus Gräserpollen vom Wiesenschnegras (Pileum Pratense) 75.000 SQ-T* pro Lyophilisat zum Einnehmen.
*Standardisierte Qualitätseinheiten-Tablette (SQ-T) **Hilfsstoffe:** Gelatine (aus Fisch gewonnen), Mannitol, Natriumhydroxid. **Anwendungsgebiete:** Eine langfristig wirksame Therapie (basise-modifying treatment) der Gräserpollen-induzierten Rhinitis und Konjunktivitis bei Erwachsenen und Kindern ab 5 Jahren mit klinisch relevanten Symptomen und einer durch einen positiven Pricktest und/oder einen für Gräserpollen spezifischen IgE-Test gesicherten Diagnose. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen der sonstigen Bestandteile. Maligne Erkrankungen und systemische Erkrankungen, die das Immunsystem beeinträchtigen wie z.B. Autoimmunerkrankung, Immunkomplexkrankung oder HIV-Infektion. Entzündliche Zustände in der Mundhöhle mit schweren Symptomen wie z.B. großer Leichen planus mit Ulzerationen oder schwere orale Mykose. Patienten mit unkontrolliertem oder schwerem Asthma (bei Erwachsenen: FEV₁ < 70% des Vorhersagewerts nach adäquater pharmakologischer Therapie, bei Kindern: FEV₁ < 60% des Vorhersagewerts nach adäquater pharmakologischer Therapie) sollten nicht mit der Grazax®-Immuntherapie behandelt werden. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Allergenextrakte, Gräserpollen. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Stand der Information:** September 2009. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und Nebenwirkungen sind der Austria-Codex-Fachinformation zu entnehmen. Packungsgröße:** 30 Stück Lyo-Tabletten **Zulassungsinhaber:** ALK-Abelló A/S Bage Alle 6-8 De 2970 Hørsholm Dänemark

ge, auch zur Vorbeugung der Entstehung von Neurodermitis. Es sollte in Familien mit Allergiebelastung wenn möglich mindestens vier, besser aber sechs Monate ausschließlich gestillt werden; wenn das nicht möglich ist, sollte Babynahrung mit dem Zusatz HA (=“hypoallergen“) verwendet werden.

Allergie auf Muttermilch

Muttermilch löst keine Allergie aus. Es kann aber sein, dass die stillende Mutter Stoffe mit der Nahrung oder Medikamenten zu sich nimmt, die in die Milch übergehen und beim Säugling zu Reaktionen führen können, beispielsweise Kuhmilch oder Zitrusfrüchte.

Die Ernährung der stillenden Mutter

In der Stillzeit benötigt der Körper viel Energie, es sollte also auf eine Gewichtsreduktion während der Stillzeit verzichtet und auf eine ausgewogene, vitaminreiche Ernährung geachtet werden. Vermeiden Sie aber hochallergene Nahrungsmittel wie zum Beispiel Kuhmilch, Fisch, Meeresfrüchte, Nüsse oder rohes Hühnerei.

Nach dem 6. Monat

Nach dem sechsten Lebensmonat kann man Beikost anbieten. Geben Sie neue Nahrung einzeln und im Abstand von mehreren Tagen, damit Sie sehen, ob Ihr Kind das neue Lebensmittel verträgt. Im ersten Lebensjahr sollte Ihr Kind keine Kuhmilch erhalten, achten Sie aber auf ausreichende Kalziumzufuhr; zum Beispiel durch kalziumreiches Mineralwasser. Hochallergene Nahrungsmittel wie Fisch, Eier, Nuss und Zitrusfrüchte sollte man erst nach dem ersten Geburtstag anbieten.

Ab dem ersten Lebensjahr

Es gibt keine generelle Neurodermitisdiät, achten Sie aber besonders auf Unverträglichkeiten und besprechen Sie die Ernährung mit Ihrem Kinderarzt. Sinnvoll ist es, die Wirkung bestimmter Nahrungsmittel auf die Haut zu beobachten, z.B. Zitrusfrüchte, Obstsaft und Gewürze. Auch eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr spielt eine wichtige Rolle, da die Schweißabgabe bei Neurodermitis gestört ist.

Hautpflege

Neurodermitis-Haut braucht besondere Pflege. Die Haut ist trocken, juckt, und der Fettsäuremantel ist dünn, weshalb die Rückfettung der Haut von besonderer Bedeutung ist. Kratzende und zu warme Kleidung z.B. aus Wolle sollte gemieden

und beim Waschen sollte kein Weichspüler verwendet werden.

Tipps
• Der pH-Wert der Pflegemittel sollte möglichst dem der Haut entsprechen und bei etwa 5,5 liegen
• Nehmen Sie sich für die Hautpflege Zeit
• Behandeln Sie nicht jede Körperregion gleich
• Verwenden Sie mehrmals täglich rückfettende Salben
• Fette Cremes und Salben sollten Sie nur auf die betroffenen Hautstellen auftragen
• Tragen Sie die Präparate nicht zu dick auf
• Regelmäßiges Nägelschneiden ist wichtig
• Beachten Sie die Ablaufdatendaten der Pflegeprodukte
• Bei einem nässenden oder eitrigem Ekzem sollten Sie den Arzt aufsuchen
• Erklären Sie Ihrem Kind die Hauterkrankung so gut wie möglich
• Bei Schmerzen helfen kalte Umschläge mit schwarzem Tee oder sanftes Klopfen auf die schmerzende Haut
• Achten Sie auf mögliche Auslöser
• Kleinkinder können in der Nacht Baumwollfäustlinge tragen
• Bettwäsche mit Baumwollfüllung ist besser verträglich
• Raumtemperatur etwa 20°C, Luftfeuchtigkeit mindestens 55%
• Suchen Sie Kontakt zu Selbsthilfegruppen
• In Problemsituationen sollten Sie auch professionelle psychologische Unterstützung in Anspruch nehmen, da die Situation zu einer großen Belastung für die ganze Familie werden kann

Das Baden

Üblicherweise bessert sich der Hautzustand, wenn die Kinder nicht mehr als zweimal pro Woche gebadet werden und die Temperatur nicht über 36 Grad liegt. Baden Sie etwa 10 Minuten lang und verwenden Sie Badezusätze wie z.B. Mandelöl; man kann aber auch einen Esslöffel kalt gepresstes Olivenöl mit einem viertel Liter Milch mischen und ins Badewasser geben. Trocknen Sie die Haut nach dem Baden vorsichtig ab und cremen Sie anschließend mit Fettcreme ein.

Der Juckreiz

Der oft sehr starke Juckreiz selbst kann durch Maßnahmen wie Kälte (feuchte Umschläge mit zum Beispiel schwarzem Tee oder Zinnkraut), Verwendung von rückfettenden Cremes und durch juck-

reizstillende Medikamente gelindert werden. Verwenden Sie Kleidung aus Baumwolle und achten Sie darauf, dass die Raumtemperatur nicht zu hoch ist. Eine Möglichkeit ist eine mit Eiswürfeln gefüllte Blumenspritze, um abzukühlen.

Behandlung

Die Behandlung von Neurodermitis ist schwierig, weil die unterschiedlichen Auslöser und Hauttypen kein einheitliches Therapieschema zulassen. Basis der Therapie ist die Hautpflege. Im Folgenden ein kurzer Überblick über verschiedene Therapien: Für die Einteilung der Behandlung kann man sich ein Stufenprogramm zurechtlegen, wobei man bei Verschlimmerung jeweils eine Stufe hinaufsteigt:

1. Stufe:

Cremen und Salben (z.B. Ultrabas/Ultrasicc) mit einer fettigen Grundlage für die tägliche Basispflege der Haut, diese Salben dienen der Basispflege und enthalten im Prinzip kein Medikament. Auch bei im Intervall schöner Haut sollte weiter gecremt werden.

2. Stufe:

Salben mit einer speziellen Fettgrundlage (z.B. Nachtkerzenölsalbe oder Mandelölsalbe) bei sehr trockener und rissiger Haut mit Rötungen, eventuell auch feuchte Umschläge bei nässender Haut.

3. Stufe:

Cortisonfreie entzündungshemmende Salben bei stärkerem Juckreiz und beginnenden Schüben. Folgende Präparate sind erhältlich:

• **Cardiospermum**

Die Pflanze Cardiospermum hat eine cortisonähnliche Wirkung und lindert den Juckreiz. Es sind keine wesentlichen Nebenwirkungen bekannt.

• **Farbstoffe**

Verschiedene medizinische Farbstoffe können bei Neurodermitis und auch bei Hautinfektionen eingesetzt werden. Der Nachteil ist, dass die Haut entsprechend gefärbt wird.

• **Harnstoff**

Harnstoffhaltige Cremes helfen in der Behandlung trockener Haut; sie verbessern die Fähigkeit der Haut, Wasser zu binden, lindern den Juckreiz und sind gut verträglich. Der Einsatz von Harnstoff hat aber nichts mit der Gabe von Eigenurin zu tun.

• **Ichthyol**

Ichthyol besteht aus Schwefelsalzen und wird aus Schieferöl gewonnen. Es wirkt sowohl juckreizstillend als auch entzündungshemmend, riecht aber nach Teer.

• **Tacrolimus**

Tacrolimus (Protopic®) ist eine Substanz, die vom Pilz *Streptomyces* produziert wird und seit Kurzem für die Behandlung erhältlich ist. Beim Auftragen brennt die Haut kurz, danach verschwindet jedoch der Juckreiz.

Erste europäische Studien zeigen, dass bei Patienten mit mittlerer bis schwerer Neurodermitis bereits innerhalb von drei Tagen signifikante Verbesserungen zu verzeichnen sind. Am Ende einer dreiwöchigen Behandlung konnte im Mittel eine Verbesserung der Hautzustände um bis zu 83% erreicht werden. Tacrolimus war gut verträglich und vor allem ist ein cortisonsparender Effekt zu erwarten.

4. Stufe

Cortisonsalben (z.B. Advantan®) bei akuten Entzündungen, sie sollte gering dosiert und so kurz wie möglich eingesetzt werden. Cortison ist im akuten Stadium der Erkrankung ein wichtiges Therapeutikum, da es rasch die Entzündung hemmt, allerdings sind die eventuellen Nebenwirkungen zu beachten. Cortison kann nur die ablaufende Entzündungsreaktion beeinflussen, nicht aber den Auslöser bekämpfen, wie zum Beispiel eine allergische Reaktion oder psychischen Stress. Nebenwirkungen (vor allem älterer Präparate) sind: Eine Verdünnung der Haut, eine Erweiterung der kleinen Blutgefäße, eine Verstärkung des Haarwachtums, eine Veränderung der Verteilung des Fettgewebes und erhöhte Infektionsanfälligkeit.

Die neuen Salben sind aber gut verträglich. Studien haben ergeben, dass etwa 100 Gramm cortisonhaltige Salbe (Klasse 1) im Jahr unbedenklich aufgetragen werden können. Wenn Sie zeitweise Cortisonsalben verwenden müssen, sollten Sie einen Kalender über die Häufigkeit der Anwendung führen.

Juckreizstillende Medikamente

Vor allem abends kann die Verwendung von Antihistaminika als Tropfen (z.B. Fenistil®) den Juckreiz lindern.

Phytotherapie

Bei der Phytotherapie werden pflanzliche

Extrakte als Medikament, Umschlag, Tee oder Diät angewendet.

• **Nachtkerzen- und Borretschsamenöl**

Natürliche Gamma-Linolensäure ist in hohen Konzentrationen zum Beispiel in Nachtkerzen- oder Borretschsamenöl enthalten. Besonders im frühen Kindesalter spielt es in der Hautpflege eine große Rolle. Gamma-Linolensäure kann auch in Form von Kapseln eingenommen werden.

• **Eichen- und Buchenrinde**

Die Extrakte der Rinde von Eiche und Buche hemmen Entzündungen und lindern den Juckreiz. Außerdem werden Infektionen mit Hautbakterien besser vermieden.

• **Ringelblume**

Die Blüten von Ringelblumen wirken entzündungshemmend, allerdings kommt es nicht selten zu allergischen Reaktionen.

• **Schwarzer Tee**

Schwarzer Tee enthält Gerbstoffe, kann das Eindringen von Bakterien in die Haut vermindern und hilft auch bei Juckreiz gut (kalt!).

• **Teer**

Teer ist eine sehr komplexe Natursubstanz und ein



HYPOALLERGENE SCIT.
IMMUNOLOGISCH VERSTÄRKT.



DER NEUE
THERAPIEKOMFORT
IN DER SCIT.

SCHNELLE AUFDOSIERUNG
IN **5 SCHRITTEN**.

HYPOALLERGENE SCIT.

- > Deutlich reduzierter Allergengehalt¹
- > Aufdosierung in nur 4 Wochen
- > Gute Verträglichkeit

IMMUNOLOGISCH VERSTÄRKT.

- > Optimiertes Verhältnis von Allergen zu Adjuvans
- > Rascher Anstieg der IgG₄ Antikörper^{2,3}
- > SQ+ standardisierte, verstärkte Allergene

Literatur: 1. Raak C et al. Allergy 2010;65(Suppl. 92):175. 2. Wolf H et al. Allergy 2010;65(Suppl. 92):134. 3. Jung K. et al.: Subcutaneous immunotherapy with a preparation with optimized allergen/aluminium hydroxide ratio. A randomized parallel group clinical trial investigating safety and tolerability. Allergy 2010; 65 (Suppl. 92): S. 4.



ALK-Abelló Allergie-Service GmbH
Bäckermühlweg 59, 4030 Linz
Tel. 0732-38 53 72-0, Fax: 0732-38 53 72-677
E-Mail: office_at@alk-abello.com, www.alk-abello.at

gutes Mittel in der Behandlung der Neurodermitis. Teer hemmt Entzündungen und verhindert Verdickungen der Haut, stört aber durch Geruch, Farbe und Verfärbung der Wäsche.

• Murneltierfett und Nerzöl

Murneltierfett enthält natürliches Cortison, sodass es bereits nach einer einwöchigen Behandlung zu einer Verdünnung der Haut kommen kann. Aus diesem Grund ist es nicht ungefährlich.

Alternative Therapien

Es werden zahlreiche alternativmedizinische Maßnahmen angeboten, die man ergänzend einsetzen kann. Allerdings sollte man auch der Alternativmedizin genauso kritisch wie der Schulmedizin gegenüberstehen und bei ausbleibendem Erfolg die Behandlung überdenken. Im Folgenden ein kurzer Überblick über häufig angewandte Therapien:

• Akupunktur

Die Wirkungsweise der Akupunktur beruht darauf, dass die oberflächlichen Körperschichten wie Haut und Muskulatur mit den inneren Organen in Beziehung stehen. Mit dünnen Nadeln werden die Akupunkturpunkte gestochen und damit die den Hautstellen zugeordneten Organe beeinflusst, „der freie Fluss der Lebenskraft wieder hergestellt“. Bisher gibt es keine wissenschaftliche Untersuchung, die einen Hinweis auf die Wirksamkeit bei Neurodermitis im Kindesalter hätte zeigen können, allerdings gibt es dokumentierte Berichte über deutlich gebesserte Einzelfälle.

• Homöopathie

Die Homöopathie beruht auf der Annahme, dass sich Krankheiten heilen lassen, wenn dem kranken Organismus in ganz geringen Mengen die Stoffe zugeführt werden, die in einer höheren Dosierung beim Gesunden ähnliche Symptome hervorrufen (Ähnliches mit Ähnlichem heilen). In der klassischen Homöopathie sind bereits zahlreiche Studien durchgeführt worden, die bei einer zusammenfas-

senden Bewertung (Meta-Analyse) eher positive als negative Ergebnisse zeigten. Homöopathie ist eine gute Ergänzung einer umfassenden Neurodermitistherapie.

• Symbioselenkung

In der Therapie durch Symbioselenkung wird davon ausgegangen, dass im Darm eines Patienten mit Neurodermitis eine Überwucherung mit Pilzen oder Bakterien vorliegt. Eine Veränderung der Darmbesiedlung mit für den Patienten günstigen Keimen soll die Neurodermitis kurieren; diese Theorie konnte aber in der Praxis nicht bestätigt werden.

• Urintherapie

Die Verwendung von Eigenurin findet auch in der Neurodermitis-Behandlung Verwendung, um die Abwehrreaktionen des Körpers zu stärken und den Harnstoffanteil zu erhöhen. Der Nachweis, dass Eigenurin innerlich angewendet das Immunsystem des Körpers stärkt, fehlt aber völlig.

• Elektroakupunktur nach Voll

Im Körper kommt es ständig zu sehr kleinen elektrischen Spannungsänderungen, die an der Körperoberfläche gemessen werden können. Bei der Elektroakupunktur hält der Patient eine Elektrode, während mit einer zweiten Elektrode die Akupunkturpunkte stimuliert werden. Eine Wirkung dieses Verfahrens konnte nicht belegt werden.

• Kinesiologie

Die Kinesiologie basiert auf der Vorstellung, dass Störungen im Energiefluss des Körpers (z.B. durch Allergene) zu Veränderungen in der Muskelspannung führen können. Es gibt aber oft keine Übereinstimmungen solcher „Allergietests“ mit den Beschwerden des Patienten.

• Bioresonanztherapie

Die Bioresonanztherapie unterscheidet im Menschen zwischen gesunden und kranken Schwingungen, wobei ein eigenes Gerät die krankhaften Schwingungen löschen soll. Oft zeigen verschiedene Untersucher aber auch verschiedene Resul-

tate an. Erfolge gab es nur in Einzelfällen. In der Therapie der Neurodermitis spielt Bioresonanz keine ernst zu nehmende Rolle.

Psychische Aspekte

Verschlechterungen der Haut können in Phasen psychischer Belastung gehäuft auftreten, aber auch die Neurodermitis selbst bringt Belastungen mit sich, da die Kinder die Erfahrung machen, dass die Berührung der Haut schmerzhaft sein kann.

Kinder, die früh Neurodermitis entwickeln, drücken Gefühle wie Traurigkeit oder Schmerz oft durch Beschäftigung mit der Haut aus. Auch die mit der relativ aufwändigen Pflege des Kindes verbundene Belastung der Eltern spielt eine große Rolle. Neurodermitispatienten haben aber keine „besondere Persönlichkeitsstruktur“, welche die Krankheit begünstigt.

An Neurodermitis erkrankte Kinder sind genauso intelligent wie Kinder mit gesunder Haut, sie werden eher als besonders aufmerksam beschrieben. Die Zusammenhänge zwischen Psyche und Haut sollte man im Einzelfall mit einem Kinderpsychologen besprechen.

Pediatrics 2009;123:1003-1010

Prim. DDr. Peter Voitl, MBA
Ambulatorium für
Kinderkardiologie
Donaucitystrasse 1
1220 Wien
Tel: +43 1 263797-999
Fax: +43 1 263797-979
www.kinderkardiologie.at
www.kinderarzt.at
office@kinderarzt.at



AVANZ® Zusammensetzung: AVANZ® SQ+ Präparate zur s.c. Injektion sind standardisierte und immunologisch verstärkte Allergenpräparate in Depotform zur spezifischen Immuntherapie. Die empfohlene Erhaltungsdosis beträgt 15.000 SQ+ Einheiten. **Weitere Bestandteile:** Aluminiumhydroxid, Natriumchlorid, Natriumhydrogencarbonat, Phenol, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Kausale Behandlung von allergischer Rhinosinuskitis, verursacht durch die entsprechenden Allergene, bei Patienten mit oder ohne begleitenden leichter bis mittelschwerem Asthma bronchiale. **Gegenanzeigen:** Unzureichend behandeltes Asthma bronchiale (FEV₁<70% trotz Medikation), irreversible Schädigung der Atemwege, akute Erkrankungen mit Beeinträchtigungen des Allgemeinzustandes, schwere chronisch-entzündliche Erkrankungen, schwere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Behandlung mit Betablockern (auch Augentropfen), Autoimmun-erkrankungen, Immundefekterkrankungen, Immunsuppressivbehandlung, Tumorerkrankungen, schwere Nierenfunktionsstörungen, Überempfindlichkeit gegenüber einem der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Nach Injektion können lokale oder systemische allergische Reaktionen auftreten. Patienten mindestens 30 Minuten nach Injektion ärztlich überwachen! Schwere Reaktionen bedürfen einer schnellen Notfallbehandlung. An der Einstichstelle können Knötchen auftreten. In seltenen Fällen Müdigkeit nach der Injektion. Packungsgrößen: Anfangsanalyse je 1 x Flasche A und B zu je 2,5 ml, Fortsetzungsbildung: 1 x Flasche B zu 2,5 ml. Rezept- und apothekenpflichtig. **Stand:** Januar 2011. ALK-Abeto Allergie Service GmbH, Bäckernhofweg 59, 4030 Linz, Tel. 0732 38 33 720, www.alk-abeto.at

Enbrel® MYCLIC® Fertigpen – NEUE Packung

Ab sofort präsentiert sich die Enbrel® MYCLIC® Fertigpen 50mg Packung in einem schlankeren Design. Dieser neue Enbrel® MYCLIC® Slim Pack bietet folgende Vorteile:

- Die Packungsgröße reduziert sich um ca. 40% und ermöglicht eine bequeme und platzsparende Handhabung.
- Aufgrund der Perforation des neuen praktischen Papierdeckels kann das Slim Pack vom Patienten leicht geöffnet werden.
- Es befinden sich jetzt in nur einem Tray die gewohnten vier Fertigpens zur sicheren Injektion für die Patienten.
- Die Einsparung an Verpackungsmaterial bedeutet zusätzlich einen wertvollen Beitrag zum Umweltschutz.

Unverändert bleiben natürlich das Medikament Enbrel® an sich (Inhalt und Zusammensetzung) und die Handhabung des praktischen Fertigpens. Pfizer bietet

somit weiterhin die gewohnte patientennahe Anwendung des Enbrel® MYCLIC® Fertigpens. Dazu gehört der innovative Sperrmechanismus, der das ungewollte Auslösen des Fertigpens verhindert. Das große Sichtfenster des Fertigpens, das sich zur Kontrolle nach der Injektion blau färbt. Zusätzlich kennzeichnen zwei hörbare Klicks den Anfang und das Ende der Injektion.

Enbrel® (Etanercept) bietet durch die zwei verfügbaren Wirkstärken (25mg und 50mg) und die fünf unterschiedlichen Darreichungsformen (Lyophilisat 25mg für Erwachsene und 25mg/ml für Kinder und Jugendliche, Fertigspritze 25mg und 50mg und der besonders anwendungsfreundliche Enbrel® MYCLIC® Fertigpen 50mg) sowie einem flexiblen Dosierschema eine individuelle und effiziente Behandlung für die betroffenen Patienten. Die kontinuierliche, wöchentliche Gabe sorgt für Routine im Patientenalltag.



Broschüren und Merkblätter zur richtigen Anwendung des Fertigpens und weitere Informationsbroschüren können Sie jederzeit unter michaela.walzl@pfizer.com anfordern.

Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H, Wien
ENB-145-11/1/27.07.2011

Vor allem jetzt, wenn der Sommer sich zu Ende neigt, die Haut aber dringend Erholung braucht: Bi-Oil, das „Hautpflege-Geheimnis“!



Es ist erst seit Mai erhältlich – aber bereits jetzt der „heiße Tipp“ von Frau zu Frau: Bi-Oil!

Das Erfolgsprodukt mit den Vorteilen eines Pflegeöls und den Eigenschaften einer Lotion hilft dank des speziellen Inhaltsstoffes PurCellin optimal bei Narben und Dehnungsstreifen. Aber nicht nur das, Bi-Oil sorgt für ein gleichmäßiges Hautbild

Bi-Oil

- Hautpflege-Spezialist für Narben Dehnungsstreifen, unregelmäßige Hauttönung, reife und trockene Haut
- Reichhaltig wie ein Öl, leicht wie eine Lotion
- Schnell einziehend und nicht fettend - dank des speziellen Bestandteils PurCellin Oil
- Wertvolle Wirkstoff-Kombination mit Vitamin A, Ringelblumenextrakt, Öl der römischen Kamille, Lavendel- und Rosmarinöl
- Für Gesicht und Körper
- Für alle Hauttypen geeignet
- Erhältlich in Drogeriefachmärkten, Apotheken und im Lebensmitteleinzelhandel

Bi-Oil

(wertvolle Inhaltsstoffe wie Vitamin A, Ringelblumenextrakt, die pflanzlichen Öle Lavendel und Rosmarin sowie das Öl der römischen Kamille werden besonders effektiv von der Haut aufgenommen) – besonders wichtig, wenn sich die Haut durch Sonne, Wind, Wetter, aber z.B. auch trockener Zentralheizungs-luft „mitgenommen“ fühlt.

Diese Wirkweise hat nicht nur weltweit die Verwenderinnen von Bi-Oil überzeugt, auch oder vor allem wissenschaftliche Anwendungsstudien belegen die positive Wirkung. Das Ergebnis: In Untersuchungen äußert die Mehrheit der Verwenderinnen, dass sich das Erscheinungsbild ihrer Haut

bei Narben, Dehnungsstreifen oder ungleichmäßiger Hauttönung innerhalb weniger Wochen verbessert hat.

Bi-Oil ist in Drogeriefachmärkten, Apotheken und im Lebensmitteleinzelhandel erhältlich. UVP: ca € 12,95



DIE DINERS CLUB GOLD CARD: JETZT KOSTENLOS FÜR SIE.

ABONNENTEN DER AUSGABEN DES VERLAGES DER MEDIZINER ERHALTEN DIE DINERS CLUB GOLD CARD JETZT FÜR DIE GESAMTE DAUER DES ABONNEMENTS KOSTENLOS.

- Kostenloser Zutritt zu mehr als **140 Diners Club Lounges** weltweit*
- **Umfassendes Reiseversicherungspaket**
- **Business-Class-Check-In** in Wien und Graz bei AUA
- **10 kg Übergepäck** bei Linienflügen der AUA**
- **Bonus Selection** – mit jedem Umsatz sammeln Sie Bonuspunkte, die Sie gegen exklusive Angebote oder gegen **Cash Back** einlösen können. Für 500 Bonuspunkte erhalten Sie € 20,- auf Ihr Diners Club Konto gutgeschrieben
- Weitere Vorteile unter www.dinersclub.at



* Einzige Voraussetzung ist ein Diners Club Umsatz in den letzten 60 Tagen, ansonsten werden die aktuell kommunizierten Spesen verrechnet. **Zusätzlich zu der in Ihrem Ticket eingetragenen Gepäckfreigrenze bei Gewichtskonzept. Gilt nicht auf Flügen nach USA und Kanada und nur auf österreichischen Flughäfen. Diese Freigepäcklerlaubnis kann nicht zusätzlich zu anderen bereits gewährten erhöhten Freigepäckergrenzen (z. B. aufgrund eines Vielfliegerstatus) hinzugerechnet werden.

Schicken Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Kartenantrag bitte per Post an den **Verlag der Mediziner, Steiner Straße 24, 9375 Hüttenberg** oder per Fax an **04263/200 74**.

IHR KARTENANTRAG DINERS CLUB GOLD CARD

Ich beantrage eine **Diners Club Gold Card** – gratis für die Dauer des Abos „**facharzt**“ bzw. „**DER MEDIZINER**“. Nach Abo-Kündigung beträgt die Jahresgebühr € 40,- (statt € 80,-).

Privatadresse Frau Herr

Nachname _____

Vorname _____ Titel _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon tagsüber _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Nationalität _____

Beschäftigt bei (bitte auch ausfüllen, wenn selbstständig):

Angestellter Arbeiter selbstständig

Beamter Pensionist

Geschäftsadresse

Firmenname _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Beschäftigt seit _____ Position _____

Netto-Monatslohn _____

Bitte senden Sie die monatliche Abrechnung an:

Privatadresse Geschäftsadresse

Ich begleiche die Monatsrechnung mittels Abbuchungsauftrag. Hiermit ermächtige ich AirPlus widerruflich, alle im Zusammenhang mit der Diners Club Card von mir zu entrichtenden Beträge mittels Lastschrift von meinem nachstehenden Konto einzuziehen, und erteile meiner kontoführenden Bank dazu einen Abbuchungsauftrag.

Geldinstitut _____ Konto-Nr. _____

BLZ _____ Konto lautet auf _____

Ich ermächtige mein kontoführendes Kreditinstitut Daten und Unterlagen zur Feststellung und Überprüfung meiner Identität – gegebenenfalls auch Daten und Unterlagen zur Feststellung und Überprüfung der Identität meines wirtschaftlichen Eigentümers – der AirPlus Air Travel Card Vertriebsgesellschaft m.b.H. zur Verfügung zu stellen und befreie mein Kreditinstitut desbezüglich gemäß § 38 Abs. 2 Z 5 BWG vom Bankgeheimnis. Ich nehme zur Kenntnis, dass AirPlus meine Daten im Rahmen des Vertragsverhältnisses automatisch unterstützt verarbeitet und an mein kontoführendes Kreditinstitut, an die Gesellschaften der Diners Club Kreditkartenorganisation und an ihre Partnerunternehmen übermittelt. AirPlus sichert die Einhaltung aller Datenschutzvorschriften zu. Im Sinne von § 38 Abs. 2 Z 5 BWG und § 8 Abs. 1 Z 2 DSGVO 2000 stimme ich zu, dass AirPlus meinem kontoführenden Kreditinstitut und dem Kreditkartenverband 1870 alle Daten übermittelt, die für die Erstellung von Auskünften über meine Bonität erforderlich sind, und dass diese Auskünfte über meine Bonität erteilt. Sofern die Datenübermittlung nicht auch ohne meine Zustimmung zulässig ist, kann ich diese Zustimmung jederzeit widerrufen. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für den Gebrauch der Diners Club Card stellen Sie mir vor Vertragsabschluss zur Verfügung. Gemäß § 8 FernFinG besteht eine Rücktrittsfrist vom Vertrag von 14 Tagen. Ich erteile die ausdrückliche Zustimmung zur Erfüllung des Vertrages bereits innerhalb der Rücktrittsfrist gem. § 8 Abs. 5 FernFinG.

Mit der Unterschrift am Kartenantrag bestätigt der Antragsteller, die AGB gelesen zu haben und diese anzuerkennen.

Datum _____ Unterschrift des Antragstellers _____

Die Identität des Kunden wurde von uns gemäß § 40 BWG festgestellt und auf Ersuchen stellen wir AirPlus unverzüglich die Identitätsunterlagen/Ausweisdaten zur Verfügung.

Name des Sachbearbeiters und Telefonnummer bei Bonitätsrückfragen _____

Ort und Datum/bankmäßige Fertigung (Stempel & 2 Unterschriften)

ABONNEMENT

- Ich bestelle den **facharzt Dermatologie** zusammen mit **DER MEDIZINER** zum 1-Jahres-Abonnement-Preis von € 39,- inkl. Porto.
- Ich bestelle den **facharzt Dermatologie** zusammen mit **DER MEDIZINER** zum 2-Jahres-Abonnement-Preis von € 76,- inkl. Porto.

Falls ich mein Abonnement nicht verlängern will, werde ich dies bis spätestens sechs Wochen vor Auslaufen des Abos per Einschreiben oder E-Mail mitteilen. Erhalten Sie keine Nachricht von mir, verlängert sich mein Abonnement automatisch um ein Jahr.

Um die **DINERS CLUB GOLD CARD** zu erhalten, ist es erforderlich, dem **MEDIZINER-Club** (s.u.) beizutreten (Beitritt und Mitgliedschaft sind kostenlos).

Titel, Name, Vorname

Straße

PLZ/Ort

Datum

Unterschrift und Stempel (falls vorhanden)

CLUB-ANMELDUNG

- Ja, ich möchte dem **MEDIZINER-Club** beitreten. Es entstehen für mich dabei keine Kosten.

Als Abonnent des **facharzt** und des **MEDIZINERs** erhalte ich nach Einsendung dieser Karte ein spezielles Antragsformular auf Ausstellung einer **DINERS CLUB GOLD CARD** von **AIR-PLUS**, Rainerstraße 1, A-1040 Wien.

- Ich möchte für die Dauer meines Abonnements kostenlos die **Diners Club Gold Card** beziehen.

Mir ist klar, dass mein Antrag den üblichen Kriterien für Privatkarten entsprechen muss und gegebenenfalls auch abgelehnt werden kann.

Datum: _____

Unterschrift

facharzt

Dermatologie

3/2011



Durch Ankreuzen des gewünschten Produktes können Sie bequem Literatur bzw. ein Informationsgespräch bestellen. Das ausgefüllte und unterschriebene Blatt schicken oder faxen Sie einfach an die untenstehende Adresse. Wir leiten Ihre Anfrage sofort weiter.

Anzeige +	Literatur	Informationsgespräch
Avanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bi-Oil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enbrel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grazax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lovenox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skinoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V.A.C. VIA™ System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wichtig!

Bei Literaturanforderung bitte unbedingt hier (Absender) signieren!

Titel, Name, Vorname

Straße, PLZ/Ort

Datum

Fax: 04263/200 74

verlagdermediziner gmbh Reifanzplatz 20 A-9375 Hüttenberg

facharzt

Keine
bakterielle
Resistenz-
bildung³

Anti-
mikro-
biell²

Kein
phototoxisches/
photoallergisches
Potential⁴

Leichte
bis mittel-
schwere Akne

 Skinoren[®]

Ent-
zündungs-
hemmend¹