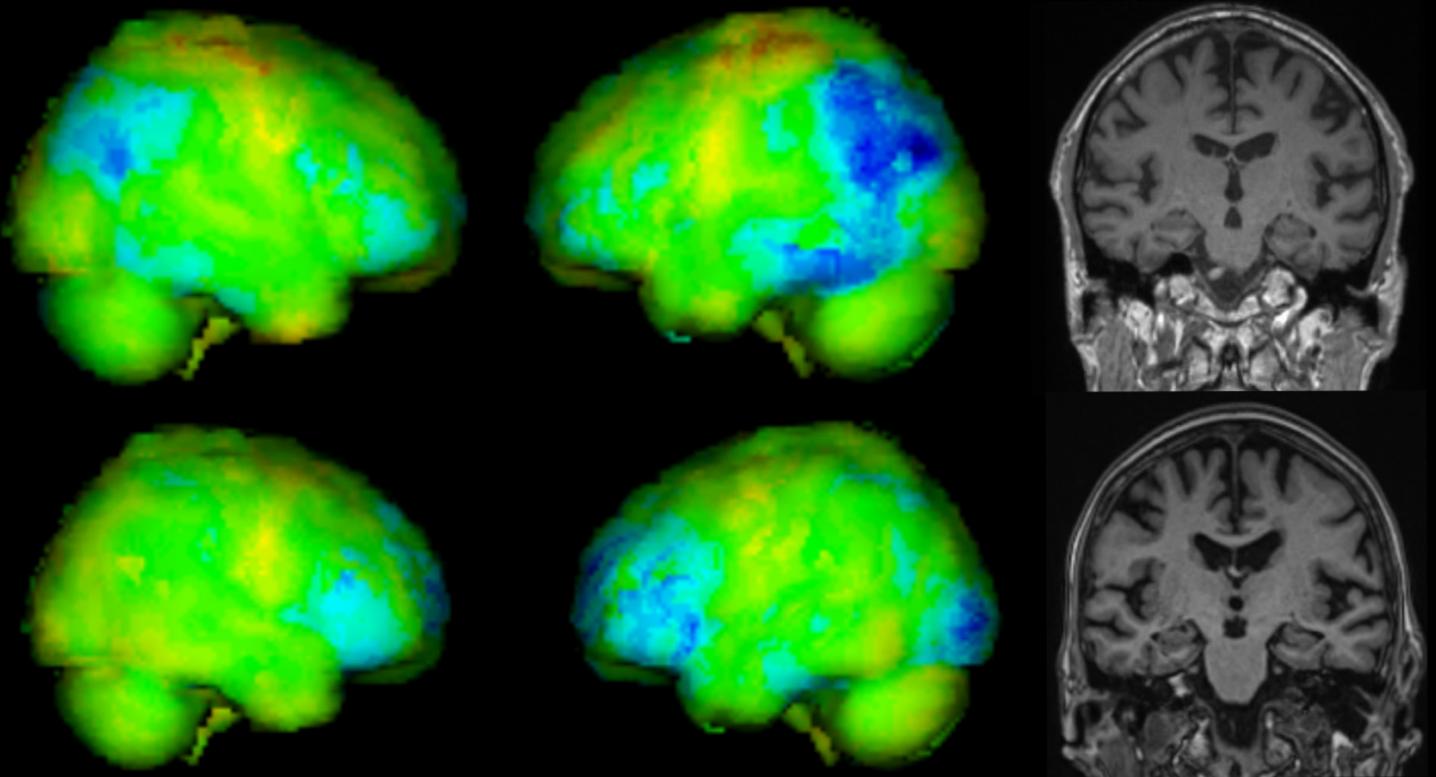


KSB-Update

Fachmagazin für Zuweisende

Ausgabe 17 1 | 2020



Gefässzentrum

Screening Bauchortenaneurysma 4

Nuklearmedizin / Neurologie

Moderne Demenzabklärung in der Memoryklinik 7

Klinik für Kinder und Jugendliche

Interview mit Guido Laube und Markus Wopmann 16



Kantonsspital Baden





COIFFURE
Grimm

Baden (Zentrum)

Badstrasse 4, 5400 Baden
Telefon 056 210 10 10
info@coiffure-grimm.ch

Mo	09.00 – 18.00 Uhr
Di, Do, Fr	08.00 – 18.00 Uhr
Mi	08.00 – 19.00 Uhr
Sa	07.00 – 17.00 Uhr

Kantonsspital Baden (KSB)

Im Ergel 1, 5400 Baden
Telefon 056 470 07 81
info@coiffure-grimm.ch

Mo	13.00 – 18.00 Uhr
Di – Fr	08.00 – 18.00 Uhr
Sa	07.30 – 16.00 Uhr

GUTSCHEIN
CHF 10.-

Einzulösen bei Ihrem nächsten Besuch bei uns.

HAVE A GOOD HAIR DAY.

www.coiffure-grimm.ch



Krisen-Management aus verschiedenen Perspektiven



Prof. Dr. med.
Jürg H. Beer
Chefarzt und
Departementsleiter
Medizin, Stv. CEO



Dr. med. Andreas Bürgi
Leitender Arzt
Innere Medizin /
Hausarztcurriculum

Liebe Zuweiserinnen und Zuweiser
Liebe Kolleginnen und Kollegen

In den letzten Monaten haben wir eine einzigartige Fokussierung auf die Corona-Pandemie erlebt. Wohl noch nie in den letzten Jahren hat eine Thematik Gesellschaft, Wissenschaft, Wirtschaft und Politik global dominiert wie COVID19.

Diese monothematische Ausrichtung birgt aber auch Gefahren: solange wir uns fast ausschliesslich mit der Risikoanalyse und dem Krisenmanagement der Pandemie beschäftigen, bahnen sich in deren Schatten unbemerkt weitere Krisensituationen an.

Im Gegensatz zur Makro-Problematik sind diese «Mikro-Krisen» individuell nicht weniger bedrohlich.

Sei es die alleinstehende Seniorin, welche nach monatelanger sozialer Isolation den Lebensmut verliert. Oder der Jungunternehmer, welcher von Existenzängsten geplagt wird, akkumuliert gesundheitliche Risiken und präsentiert sich verspätet mit einem Herzinfarkt.

Als Ärzte sind wir in dieser Thematik mittendrin. Der Spagat zwischen epidemiologischen und individuellen Aspekten gehört inzwischen zur täglichen Hirngymnastik. Und dazu kommen auch noch persönlichen Sorgen, z.B. in der Hausarztpraxis:

Lieferengpässe von Labor- und Schutzmaterial. Auch der eingebrochene Umsatz bei hohen Betriebskosten sind weitere Herausforderungen, die Spital und Praxis gemeinsam teilen.

Es wird uns aber auch täglich bewusst, dass wir im Gegensatz zu sehr vielen «Pandemie-Opfern» im Alltag der Sprechstunde und der Arbeit im Spital eine privilegierte Situation haben. Auch die Beobachtung neuer Verhaltensmuster macht Mut: Die Nachbarschaftshilfe beim Einkaufen, das Respektieren von teilweise mühsamen Vorschriften oder auch die spontanen Hilfsangebote von Praxiskolleginnen und -kollegen im Spital sind Zeichen, dass in der häufig als egoistisch eingeschätzten Gesellschaft doch mehr Solidarität steckt, oder eben: to care is human.

Noch besser als die Krise zusammen zu bewältigen ist aber zweifellos, die Krise zusammen zu verhindern. Und damit ist die Brücke zu den Themen des vorliegenden Magazines gebaut: Mit einer guten Zusammenarbeit zwischen Praxis und Spital lassen sich aus Patientensicht viele persönliche Krisensituationen vermeiden. Vigilanz in Bezug auf die Delir-Prophylaxe (S. 33) oder die präoperative Vorbereitung des Eisenspeichers (S. 36) sind gute Beispiele, wie wertvoll die Vorkenntnisse der langjährig betreuenden Hausärzte sind. Aber auch das Screening von Bauchaorten-Aneurysmen (S. 4) oder die Frühdiagnostik von Demenz (S. 7)

können persönliche oder familiäre Krisensituationen vorzeitig entschärfen.

Sowohl aus der Perspektive Hausarzt wie auch Spital möchten wir auf die Wichtigkeit hinweisen, dass bei Spitalaustritt die koordinative Verantwortung wieder dem Hausarzt übergeben wird. Mit einer individuell angepassten Nachsorge und klar definierten Zuständigkeiten im Netzwerk lassen sich «Wiedereintritts-Krisen» am zuverlässigsten verhindern.

In diesem Sinne sind wir überzeugt, dass wir auch viel Positives aus dieser aussergewöhnlichen Pandemie-Zeit mitnehmen: Mit Respekt und guter, intensiver Zusammenarbeit fahren wir – oder in diesem Fall speziell die Patienten – am besten.

Wir wünschen eine interessante Lektüre und freuen uns auf Ihre Rückmeldungen.

Prof. Dr. med. Jürg H. Beer
Direktor Departement Medizin
Chefarzt, Stv. CEO

Dr. med. Andreas Bürgi
Leitender Arzt Hausarztcurriculum

Braucht es ein Screening für das Bauchaortenaneurysma?

Dr. med. Stephan Engelberger, Leitender Arzt Gefässchirurgie

Das Bauchaortenaneurysma (BAA) bleibt trotz sinkender Prävalenz eine relevante Todesursache bei Männern über 65 Jahren. Entgegen der wissenschaftlichen Datenlage, welche für ein Screening sprechen würde, konnte sich in der Schweiz bisher kein derartiges Programm etablieren. Im folgenden Artikel möchte ich eine Lanze für das Screening des BAAs bei uns brechen.



Dr. med. Manuela Birrer, Leitende Ärztin Angiologie, bei der Ultraschalluntersuchung

Männer über 65 Jahre, allen voran Raucher, sind am häufigsten vom Bauchaortenaneurysma (BAA) betroffen. Die damit verbundene Gefahr einer Ruptur ist stark vom Aneurysmadurchmesser abhängig, welcher normalerweise über die Jahre zunimmt. Die Operationsindikation wird ab einem Durchmesser von 5.5 cm gestellt, bei Symptomen oder bei rascher Grössenzunahme (>1cm/Jahr) auch schon bei geringerem Durchmesser. Bei kleineren Aneurysmen ist die Gefahr einer Ruptur gering und rechtfertigt das Risiko eines Eingriffes nicht, weshalb man sonographische Kontrollen bevorzugt (1). Ein sinnvolles Screening-Programm sollte die folgenden Kriterien erfüllen (2):

- Die Erkrankung muss einen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität haben.
- Es müssen akzeptable Behandlungsmöglichkeiten vorhanden sein.
- Vorhandensein einer asymptomatischen Latenzzeit während derer die Diagnose und Behandlung der Erkrankung zu einer Reduktion der Morbidität und Mortalität führt.
- Die Behandlung der Erkrankung in der Latenzphase muss zu einem besseren Resultat führen als jene nach Auftreten der Symptome.
- Die Diagnosestellung muss kostengünstig und wenig aufwendig sein. Das Screening erfüllt diese Kriterien in idealer Weise. Vier grosse randomisierte

Studien haben sich in der Vergangenheit der Frage gewidmet, ob das Screening für das BAA die Aneurysma-spezifische und die Gesamtmortalität bei der Zielgruppe, Männern über 65 Jahren, verringern kann (3-6). Eine Metaanalyse der Cochrane Bibliothek konnte nach einer Nachsorge von drei bis fünf Jahren eine deutliche Reduktion um zirka 40% der Aneurysma-spezifischen Mortalität bei Männern in den Screening-Gruppen ausmachen (Odds Ratio 0.95, 95% CI 0.85-1.07)(7). Auf der Basis der grossbritannischen MASS (Multicentre Aneurysm Screening Study)-Studiendaten kann man folgendes Model erstellen: In der Annahme, dass 80% der aufgetretenen Patienten zum Screening erscheinen, und dass die postoperative Mortalität der elektiven Aneurysma-Operation 5% beträgt, was für heutige Verhältnisse eher hoch ist, muss man 240 Männer einladen, um einen frühzeitigen Aneurysma-bedingten Tod über 10 Jahre zu vermeiden (Number needed to Screen = 240) (8). Dies wurde von mehreren nationalen Gesundheitssystemen als kosteneffektiv angesehen (z. B. U. S. Preventive Services Task Force, NICE Guidelines).

Das Screening bei Frauen wurde nur in kleinen Studien analysiert und es gibt derzeit keine eindeutigen Empfehlungen hierzu. Alle randomisierten kontrollierten Landmarkstudien wurden im letzten Jahrhundert begonnen und wir wissen, dass die Prävalenz des BAAs (damals 4-7%) eher rückläufig ist. Doch auch neuere Studien belegen die positiven Effekte des Screenings. In Schweden konnte man dies zum Beispiel eindrücklich zeigen. Die Abnahme der Prävalenz des BAAs auf 1.5% (CI 1.5%-1.6%), wird durch eine Abnahme der perioperativen Mortalität in der Screening-Gruppe auf 0.9% sozusagen wettgemacht. Es wird so ein Mehrkosteneffektivitäts-

Kontakt

Sekretariat Gefässzentrum
Telefon +41 56 486 30 12
gefaesszentrum@ksb.ch

Dr. med. Stephan Engelberger
Telefon +41 56 486 30 21
stephan.engelberger@ksb.ch

Ausführlichere
Informationen unter
www.ksb.ch/portal026



What's new

- Das BAA-Screening bleibt aktuell
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit soll möglichst viele Kollegen sensibilisieren
- Es braucht zum BAA-Screening eine enge Zusammenarbeit mit den Grundversorgern

Take home messages:

- Das BAA eignet sich aufgrund der meist langjährigen asymptomatischen Latenzzeit, sowie der hohen Mortalität im Falle der Ruptur optimal für ein Screening.
- Screening Programme vermögen die Aneurysma-bezogene Mortalität signifikant zu vermindern.
- Bei Männern über 65 Jahren ist somit eine einmalige Ultraschalluntersuchung der Bauchaorta sinnvoll.

verhältnis von 7770.– Euro pro QUALY (Quality adjusted life year gain) errechnet, was für ein Screening Programm (<25'000.– Euro) als effektiv gilt (9). In der aktuellen dänischen VIVA-Studie konnte darüber hinaus eine Reduktion der Gesamtmortalität durch das Screening in der Bevölkerung nachgewiesen werden (10). Es gibt somit viele Hinweise auf eine gesundheitspolitische Relevanz des BAA-Screenings in der modernen Bevölkerung. Dreien Subgruppen gebührt spezielle Betrachtung: Seit Jahren werden familiäre Häufungen von BAA-Erkrankungen beschrieben. Wissenschaftlich belegt wurde diese Beobachtung von Emma Larsson und ihren Mitarbeitern, welche bei erstgradigen Verwandten eine Verdoppelung des Risikos einer Aneurysma Erkrankung festgestellt haben (11). Daraus resultiert für die Betroffenen die Empfehlung eines BAA Screenings ab dem Alter von 50 Jahren.

Wegen der häufigen Vergesellschaftung von BAAs mit peripheren arteriellen Aneurysmen ergeht die Empfehlung zum Screening bei Patienten mit poplitealen und peripheren Aneurysmen (12). Aufgrund der gemeinsamen Risikofaktoren wie Nikotinabusus, Hypertonie und Hypercholesterinämie liegt der Gedanke nahe, Patienten mit Karotisstenose, koronarer Herzkrankheit oder peripherer arterieller Erkrankung auf ein BAA zu untersuchen. Um den aufgeführten Fakten Rechnung zu tragen, orientiert sich das Gefässzentrum für das Screening in mehrere Richtungen.

- Wir 'screenen' die Risikogruppen in opportunistischer Weise; das heisst, wir suchen das Aortenaneurysma bei Patienten, welche bei uns in Behandlung sind und zur Risikogruppe gehören.
- Die seit kurzem geführte interdisziplinäre Männergesundheits-Sprechstunde widmet sich unter anderem auch der kardiovaskulären Vorsorge. Das Screening vom BAA ist Teil davon.
- Hausintern zielen wir auf die Sensibilisierung der Kollegen, welche dann die Risikopatienten bei uns abklären lassen können.
- Das Gefässzentrum strebt eine Zusammenarbeit mit den Grundversorgern an, um so die Risikogruppen so gut wie möglich erreichen zu können. In diesem Sinne planen wir, auch Screeninguntersuchungen in grösseren Hausarztpraxen anzubieten.

Fazit ist, dass es ein Screening für das BAA braucht. Ich empfehle Ihnen, bei männlichen Patienten über 65 Jahren eine einmalige Ultraschalluntersuchung der Aorta durchzuführen. Patienten mit Aorten von >5 cm im Durchmesser sollten direkt einem Gefässchirurgen vorgestellt werden. Bei normalkalibrigen Aorten von unter 2 cm im Durchmesser ergibt sich keine Empfehlung zur Kontrolle. Alle anderen sollten regelmässig sonographisch nachkontrolliert werden. Ein nationales Screening Programm hätte zweifelsohne das Potential einer Reduktion der Aneurysma-bezogenen Mortalität in unserem Land.

Literatur

1. Wanhainen A, Verzini F, Van Herzele I, Allaire E, Bown M, Cohnert T, et al. Editor's Choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2019 Clinical Practice Guidelines on the Management of Abdominal Aorto-iliac Artery Aneurysms. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2019;57(1):8-93.
2. Frame PS, Carlson SJ. A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. The Journal of Family Practice 1975;2(1):29-36.
3. Scott RA, Wilson NM, Ashton HA, Kay DN. Influence of screening on the incidence of ruptured abdominal aortic aneurysm: 5-year results of a randomized controlled study. Br J Surg. 1995;82:1066-70.
4. Scott RAP. The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomised controlled trial. The Lancet. 2002;360(9345):1531-9.
5. Lindholt JS, Juul S, Fasting H, Henneberg EW. Screening for abdominal aortic aneurysms: single centre randomised controlled trial. BMJ. 2005;330(7494):750.
6. Norman PE, Jamrozik K, Lawrence-Brown MM, Le MT, Spencer CA, Tuohy RJ, et al. Population based randomised controlled trial on impact of screening on mortality from abdominal aortic aneurysm. BMJ. 2004;329(7477):1259.
7. Cosford PA, Leng GC. Screening for abdominal aortic aneurysm. Cochrane Database Syst Rev. 2007(2):CD002945.
8. Thompson SG, Ashton HA, Gao L, Scott RA, Multicentre Aneurysm Screening Study G. Screening men for abdominal aortic aneurysm: 10 year mortality and cost effectiveness results from the randomised Multicentre Aneurysm Screening Study. BMJ. 2009;338:b2307.
9. Wanhainen A, Hultgren R, Linne A, Holst J, Gottsater A, Langenskiöld M, et al. Outcome of the Swedish Nationwide Abdominal Aortic Aneurysm Screening Program. Circulation. 2016;134(16):1141-8.
10. Lindholt JS, Søgaard R. Population screening and intervention for vascular disease in Danish men (VIVA): a randomised controlled trial. The Lancet. 2017;390(10109):2256-65.
11. Larsson E, Granath F, Swedenborg J, Hultgren R. A population-based case-control study of the familial risk of abdominal aortic aneurysm. J Vasc Surg. 2009;49(1):47-50.
12. Ravn H, Wanhainen A, Björk M. Risk of new aneurysms after surgery for popliteal artery aneurysm. British Journal of Surgery. 2008;95:571-5.

**Für Sie immer
up to date!**

**Kontoeröffnung
jetzt auch online.**



Ihre Bank am Puls der Region

www.sparkasse-dielsdorf.ch

**Bezirks-Sparkasse
Dielsdorf** Genossenschaft

Dielsdorf | Buchs | Niederglatt | Niederweningen | Rümlang



RehaClinic

Unternehmensgruppe für
Rehabilitation und Prävention

**«Hier erhalte ich
die Unterstützung, die
ich brauche.»**

Nach einem Unfall oder einer Erkrankung
des Bewegungsapparats unterstützen wir unsere
Patientinnen und Patienten umfassend und
individuell auf ihrem Weg zu Gesundheit
und Wohlbefinden.

Informationen unter: rehaclinic.ch



Moderne Demenzabklärung in der Memoryklinik – was kann die Nuklearmedizin beitragen?

PD Dr. med. Alexander Tarnutzer, Leitender Arzt Neurologie
 Dr. med. Annette Dietmaier, Oberärztin Neurologie
 PD Dr. med. Irene A. Burger, Chefärztin Nuklearmedizin
 Dr. med. Cristina Popescu, Oberärztin Nuklearmedizin

Was ist eine Demenz?

Demenz-Erkrankungen werden mit der zunehmenden Lebenserwartung unserer Gesellschaft immer häufiger. Charakterisiert ist eine Demenz durch den länger bestehenden Verlust einer oder mehrerer kognitiver Funktionen, wodurch der / die Erkrankte im Alltag eingeschränkt ist und welche im Verlauf zu einem Verlust der Selbstständigkeit führen. Es gibt viele Gründe für eine demenzielle Entwicklung. Wichtig ist es, in einem ersten Schritt die Erkrankung zu erkennen und anschließend heilbare / behandelbare Erkrankungen (sogenannte sekundäre Demenzen) gezielt zu suchen, wie beispielsweise metabolische, entzündliche, toxische oder vaskuläre Ursachen, einen Normaldruckhydrozephalus, ein Subduralhämatom oder auch eine Pseudodemenz bei einer Depression. In einem nächsten Schritt gilt es, die eigentliche neurodegenerative Demenz-Erkrankung weiter abzugrenzen. Als häufigste Ursache kann hierbei die Alzheimerdemenz genannt werden (60-80%), gefolgt von der Lewy-Body-Demenz, der Frontotemporalen Demenz oder auch der Parkinson-Demenz neben selteneren neurodegenerativen Erkrankungen.

Die neu aufgestellte Memory-Klinik

Am Kantonsspital Baden gibt es eine seit Januar 2020 neu aufgestellte interdisziplinäre Memory-Klinik, in welcher Neurologen, Neuropsychologen, Psychiater, Neuroradiologen und Nuklearmediziner eng zusammenarbeiten. Das Ziel ist eine möglichst frühe und korrekte Diagnosestellung zur Optimierung der weiteren Versorgung, Behandlung und Lebens-

planung. Dabei spielt die strukturelle und funktionelle Bildgebung eine wichtige Rolle.

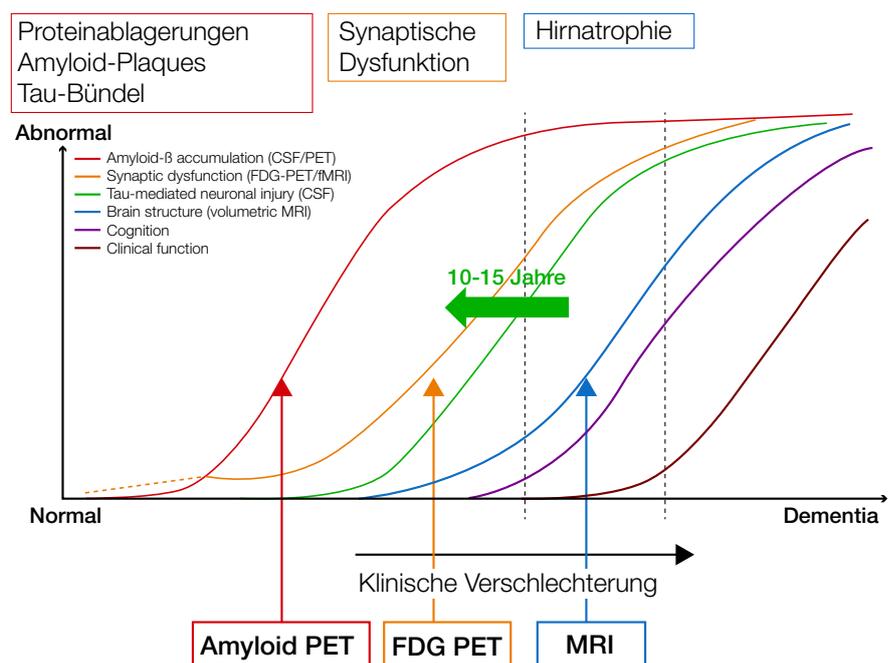
Nuklearmedizin

Die graduelle Entwicklung einer Demenz beginnt lange bevor erste Symptome erkennbar sind oder sich morphologische Veränderungen nachweisen lassen. Das heisst, auch wenn in der MRT noch keine Zeichen einer neurodegenerativen Erkrankung erkennbar sind, kann man bereits Veränderungen im Gehirn nachweisen mittels der Positronen Emissions Tomographie (PET). Die Untersuchung des Metabolismus des Hirnparenchyms mittels der ¹⁸F-Fluorodeoxy-Glucose (¹⁸F-FDG) PET erlaubt die Messung der Nervenzellaktivität des

Gehirns und kann somit eine Demenz-Erkrankung bis zu 10-15 Jahre vor den morphologischen Veränderungen nachweisen. Noch bevor es zu einer Reduktion des Metabolismus kommt, kann man bereits Proteinablagerungen nachweisen mittels eines gegen die β -Amyloide gerichteten PET Tracers. Diese Untersuchung wird seit dem 01.04.2020 unter bestimmten Voraussetzungen auch von den Krankenkassen übernommen.

¹⁸F-FDG PET/CT:

Die ¹⁸F-FDG-Hirn-PET/CT zur Abklärung einer Demenz erfolgt in schwierigen bzw. nicht eindeutigen Fällen, wenn die fachärztliche Vorabklärung kein konklusives



Verlauf einer Demenzerkrankung und mögliche diagnostische Schritte

Resultat ergibt. Die Diagnose der Erkrankung kann durch den Nachweis eines reduzierten Glukosestoffwechsels in spezifischen Regionen bereits in einem frühen Stadium erfolgen.

Die Integration dieser zusätzlichen Untersuchung in die klinischen Abläufe hat sich etabliert und wurde zu einem wichtigen Bestandteil für die Früherkennung der Alzheimer-Demenz und für die Abgrenzung zu anderen Demenzformen. Für die Abgrenzung der Alzheimer-Demenz zu funktionellen, kognitiven Störungen, wie sie im Rahmen von Depressionen auftreten können, ist diese Untersuchung sehr hilfreich. Bei dieser klinisch häufig schwer zu treffenden Differenzialdiagnose hat die ^{18}F -FDG PET/CT unmittelbare Auswirkungen auf die Behandlung des Patienten, denn die kognitiven Defizite bessern sich in der Regel markant unter adäquater antidepressiver Behandlung.

Auch bei der Abgrenzung zwischen verschiedenen Formen der Neurodegenerativen Erkrankungen spielt die ^{18}F -FDG PET/CT eine wichtige Rolle, so besteht bei einer Frontotemporalen Demenz keine Indikation für die Verwendung von Acetylcholinesterase-Inhibitoren, währenddessen diese bei der Alzheimer Demenz eine wichtige Rolle spielen.

Dank den unterschiedlichen Verteilungsmustern in der ^{18}F -FDG PET/CT kann man oft zwischen den verschiedenen Formen

der Demenz unterscheiden. Sind diese nicht eindeutig, kann eine Liquorpunktion oder eine Amyloid PET weiterhelfen.

Die ^{18}F -FDG PET/CT zur Demenzabklärung ist seit Januar 2016 kassenpflichtig als weiterführende bildgebende Diagnostik in unklaren Fällen, nach Vorabklärung durch Spezialärzte für Geriatrie, Psychiatrie oder Neurologie.

Weitere Voraussetzungen sind:

- Ein Alter bis 80 Jahre.
- ein Mini-Mental-Status-Test (MMST) von mindestens 10 Punkten und eine Dauer der Demenz von maximal 5 Jahren.
- keine vorausgegangene Untersuchung mit PET oder SPECT.

In enger Zusammenarbeit mit der Memory-Klinik konnten bereits über 120 Patienten am KSB von der ^{18}F -FDG-Hirn-PET/CT für die Demenzabklärung profitieren.

^{18}F -Amyloid PET/CT:

Ablagerungen des Eiweissmoleküls Amyloid im Gehirn stellen ein Kernmerkmal der Alzheimer-Krankheit dar. Diese sogenannten „Plaques“ bilden sich bereits viele Jahre vor den ersten klinischen Symptomen im Gehirn. Bisher konnten diese Veränderungen nur durch Analyse von Gehirngewebe oder Liquor nachgewiesen werden.

Die neu auch Kassenpflichtig zugelassene Amyloid PET/CT Untersuchung ermöglicht

heute erstmals den nicht-invasiven Nachweis oder Ausschluss dieser Amyloid-Ablagerungen im Gehirn, bereits Jahre bevor sich Einschränkungen des Hirnmetabolismus nachweisen lassen. Dies kann eine wichtige Rolle spielen in der Sicherung einer Alzheimer-Krankheit im frühen klinischen Stadium, also vor dem Eintreten einer manifesten Demenz und bei atypischen klinischen Erscheinungsbildern.

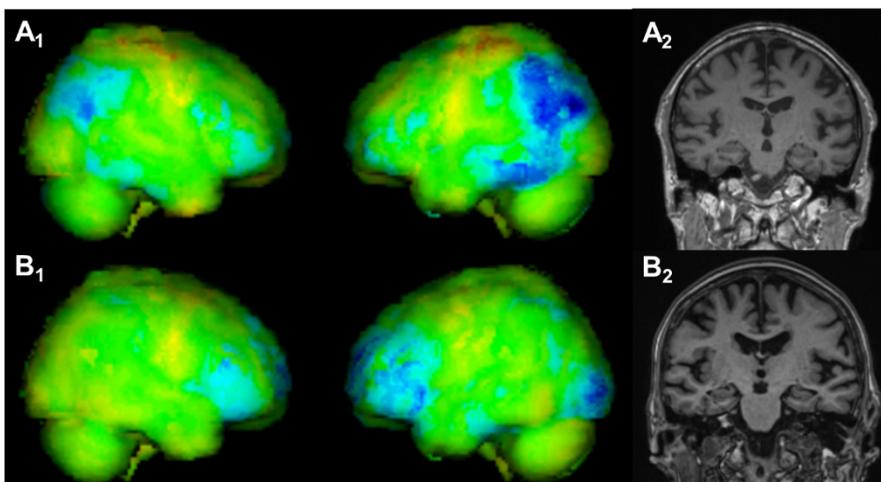
Amyloid-Plaques sind eines der wichtigsten Merkmale einer Alzheimer Demenz, sie können aber auch bei älteren Menschen ohne neurodegenerative Erkrankungen auftreten. Daher ist die Amyloid PET/CT eine gute Ausschlussmethode für eine Alzheimer Demenz, ein positives Resultat muss man aber im klinischen Kontext sehen und ggf. mit weiterführender Bildgebung kombinieren. Heutzutage wird die Amyloid-PET eingesetzt, wenn bereits erste klinische Zeichen einer Neurodegeneration vorhanden sind und das Muster des Hypometabolismus auf der ^{18}F -FDG PET/CT unklar ist.

Therapeutische Konsequenzen:

Mit der steigenden Lebenserwartung unserer Gesellschaft werden neurodegenerative Erkrankungen immer häufiger und damit zu einer zunehmenden medizinischen und sozioökonomischen Herausforderung. Auch wenn es aktuell keine kurativen therapeutischen Optionen gibt, ist eine korrekte Diagnostik zur Optimierung der weiteren Beratung, Behandlung und Lebensplanung wichtig. Hierbei kann die Nuklearmedizin im Sinne eines Biomarkers eine wichtige Rolle spielen. Darüber hinaus ist eine frühe und korrekte Diagnose auch prospektiv hinsichtlich ggf. in Zukunft bestehender neuer therapeutischer Optionen von Vorteil.

Konklusion:

Dank enger Zusammenarbeit und kurzen Wegen haben unsere Patienten den Vorteil von interdisziplinär abgestimmten Behandlungspfaden. Dies verhindert Doppelspurigkeiten und ermöglicht ein schnelles Finden der optimalen, individualisierten Diagnostik und Therapie.



Typische Muster des eingeschränkten Metabolismus bei Patienten mit einer Alzheimer Demenz (A) oder einer beginnenden Frontotemporalen Demenz (B), mit dem entsprechenden MRI Befund der in beiden Fällen eine altersentsprechende Morphologie zeigt

Kontakt

Sekretariat Nuklearmedizin
 Telefon +41 56 486 38 80
 nuklearmedizin@ksb.ch

Sekretariat Neurologie
 Telefon +41 56 486 16 10
 neurologie@ksb.ch

What's new

- **neues Team:** die Neurologie KSB ist nun Teil der neu aufgestellten Memory Klinik
- **mehr Erfahrung:** ¹⁸F-FDG PET/CT konnte am KSB bereits bei über 120 Patienten erfolgreich angewandt werden
- **neue Diagnostik:** ¹⁸F-Amyloid PET/CT wird seit 01.04.2020 bei bestimmten Fragestellungen vergütet



PD Dr. med. Alexander Tarnutzer,
 Leitender Arzt Neurologie



Dr. med. Annette Dietmaier,
 Oberärztin Neurologie



PD Dr. Irene Burger,
 Chefärztin Nuklearmedizin



Dr. med. Cristina Popescu,
 Oberärztin Nuklearmedizin

**Privat-Klinik Im Park –
 das ideale Umfeld für
 Ihre Genesung**

Begleitpersonen
 profitieren von
 Sonderkonditionen
 bei Übernachtung im
 Begleitbett oder im
 Kurhotel Im Park.



Die anerkannte Rehabilitationsklinik ist auf die Betreuung von Patienten mit akuten oder chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie neurologischen Beschwerden spezialisiert. Die Privat-Klinik Im Park liegt inmitten einer Parklandschaft und führt eine private, eine halbprivate sowie eine allgemeine Abteilung. Ambiente und Komfort mit Service eines Hotels erwarten die Patienten. Moderne Rehabilitations- und Therapieangebote werden von einem erfahrenen Team aus spezialisierten Ärzten und Therapeuten individuell auf die Patientenbedürfnisse abgestimmt, um bestmögliche Heilerfolge zu erzielen.

Im Therapiebad ist die Wirkung des Thermalwassers der stärksten Schwefelquelle der Schweiz spürbar. Mit Ausnahme der Neuropsychologie werden diese Therapien stationär und ambulant angeboten:

- Orthopädie
- Neurologie
- Physiotherapie
- Logopädie
- Neuropsychologische Therapie
- Ergotherapie
- Wassertherapie

Privat-Klinik Im Park
 Badstrasse 50
 CH-5116 Schinznach-Bad
 056 463 77 63
 patientenadmin@bs-ag.ch



Erfolgsfaktor Hygiene

Enzlerh-tec - Ihr Kompetenzzentrum für Hygiene

ENZLERh-tec
Angewandte
Hygienetechnologie



UNSERE DIENSTLEISTUNGEN

- Spitalreinigung
- H₂O₂ Biodekontamination
- Reinraumreinigung
- Hygieneberatung
- Hygiene-Monitoring

Seit 85 Jahren stehen wir für hochwertige Hygiene und Reinigung. Mit Enzlerh-tec erweitern wir unser Angebot und entwickeln individuelle Kundenlösungen für hygienisch anspruchsvolle Bereiche.

enzlerh-tec.com

Für Sie da im Partnerhaus des Kantonsspitals Baden

Balgrist PartnerOrtho

Orthopädie - Schuhtechnik

- Schuheinlagen
- Schuhzurichtungen
- Massschuhe

Orthopädie - Technik

- Prothesen
- Orthesen
- Bandagen

Sanitäts- und Schuhfachgeschäft

- Kompressionsversorgungen
- Komfortschuhe
- Alltagshilfen



Balgrist PartnerOrtho AG
Im Ergel 1, 5404 Baden
+41 56 486 18 90
www.bpOrtho.ch

Ihre Bewegungsfreiheit
Unsere Leidenschaft

Was macht eigentlich das Ethikforum?

Dr. med. Hans Rudolf Rätz, Chefarzt Nephrologie/Dialyse



Dr. med. Hans Rudolf Rätz

Das Ethikforum ging aus einer Arbeitsgruppe zur Patientenverfügung hervor

2009 berief unsere damalige Seelsorgerin Karin Klemm eine Arbeitsgruppe für die Regelung des Umgangs mit der Patientenverfügung im KSB ein. Dies getan, stellte die Gruppe fest, dass es neben der Patientenverfügung im KSB noch viele andere Themen gab, über die es sich nachzudenken lohnte. Deshalb schlug die Gruppe die Gründung eines Ethikforums vor.

Die Idee war, interprofessionelle ethische Fallbesprechungen zu moderieren, um so bei schwierigen Patientensituationen ethische Konflikte sichtbar zu machen und anschliessend darüber strukturiert zu reflektieren, sodass das Behandlungsteam ermächtigt wird, eine Lösung des Problems zu finden. Andererseits wollte man sich als Expertengruppe für ethische Fragen zur Verfügung zu stellen. Fragen können aus der Pflege, aus dem ärztlichen Kreis, aber auch von der Spitalleitung kommen, im Sinne eines Auftrages oder einer Fragestellung wie beispielsweise: «Sollen Angehörige in Reanimationssituationen dabei sein dürfen»? Das Konzept sah die Mitarbeit eines professionellen Ethikers sowie

einer Hausärztin vor und wurde von der Geschäftsleitung bewilligt. Mitglieder des Forums sind Personen, welche die grossen Kliniken des KSB repräsentieren und Patienten betreuen, aber auch Vertreter aus der Verwaltung und aus der Seelsorge.

Sollte man nicht eher von Wiederbelebungsversuch statt Reanimation sprechen?

Das erste Thema, mit dem wir uns vertieft auseinandersetzen, war die Reanimation. Damals wurden noch nicht routinemässig alle Patienten auf eine Patientenverfügung angesprochen und erst recht nicht auf etwaige Reanimationsmassnahmen.

Es kamen Fragen auf wie: «Darf der Patient wünschen, ob er reanimiert werden möchte?» «Wer ist eigentlich dafür verantwortlich, einen Reanimationsstatus festzulegen?» «Wie ist die Prognose einer Reanimation?» «Wie stellt sich ein Patient die Prognose einer Reanimation vor?» «Sollte man nicht eher von «Wiederbelebungsversuch» statt von Reanimation sprechen?» Uns wurde klar, dass man diese Fragen mit

Das erste Thema, mit dem wir uns vertieft auseinandersetzen, war die Reanimation.

jedem eintretenden Spitalpatienten in einer möglichst ruhigen Atmosphäre besprechen sollte.

Kommunikationschulung von neu eintretenden Assistenzärzt/innen

Weil wir das Kommunikationsverhalten vieler Ärzte und Ärztinnen als verbesserungsfähig beurteilten und weil das KSB ein Lehrspital ist, initiierte das Ethikforum ein Konzept für die obligatorische Schulung von neu eintretenden Assistenzärzten/-innen in Kommunikation. Frau Dr. Brigitta Wössmer, eine schweizweit anerkannte Kommunikationspsychologin, konnte dafür gewonnen werden. Die Schulung wurde von der Spitalleitung bewilligt und mit Hilfe unserer Abteilung «Bildung und Beratung» unter der Leitung von Edith Saner umgesetzt. Sie wird bis heute gelebt, läuft gelegentlich etwas besser, manchmal etwas harziger. Von Beginn weg waren aber die Rückmeldungen der Assistenzärzte immer sehr gut.

Fallbesprechungen zeigen auf, wie Ethik funktioniert

Immer wieder haben uns ethische Fallbesprechungen beschäftigt. Diese werden stets protokolliert. Das Protokoll wird in der Krankengeschichte des entsprechenden Patienten abgelegt, aber auch zur Nachbesprechung im Ethikforum verwendet.

Das dient zur Weiterbildung der Ethikforumsmitglieder und zur Qualitätssicherung der Besprechungen. Unser Ethiker Prof. Christof Arn hat für solche Fallbesprechungen ein eigenes Modell entwickelt, das «Sensormodel». Es hat den Vorteil, dass es für ethisch nicht speziell geschulte Personen, typischerweise die Teilnehmer der ethischen Fallbesprechungen, einfach angewendet werden kann. Diese Fallbesprechungen

zeigen beispielhaft auf, was Ethik ist: nämlich eine strukturierte Reflexion von Werten und Moralvorstellungen, mit denen versteckt oder offen argumentiert wird.

Ethik ist nicht ein Bauchgefühl, sie ist Knochenarbeit: das Klären und präzise Formulieren von Argumenten und schlüssigen

Argumentationsketten, die nach verschiedensten Gesichtspunkten bewertet werden müssen, bevor sie akzeptiert werden können. Das muss geübt werden, immer wieder, so wie man manuelle Fähigkeiten auch üben muss! Und das geht nur, wenn man sich zuvor die zugehörigen Fakten exakt erarbeitet hat. Ethik ist eine intellektuelle Angelegenheit. Trotzdem sind wir immer wieder erstaunt, wie oft es das ungute Bauchgefühl ist, das uns als Signal für das Vorhandensein eines ethisch-moralischen Konflikts alarmiert! Es kann ein guter Grund für die Einschaltung des Ethikforums sein!

**«Einüben ins Nachfragen»:
Café Kultur**

Der Umgang mit schwierigen oder auch einfach ungewohnten Personen im Spital hat uns intensiv beschäftigt.

Damit sind Personen gemeint, die auf Grund ihres Charakters, ihrer Kultur, ihrer Erwartungen etc. von uns Dinge verlangen, die wir nicht bereit sind zu erfüllen, die uns verletzen oder die uns in ein Dilemma führen. Für die Diskussion des Themas luden wir auch Personen aus fremden Kulturkreisen ein: Eine Muslimin, einen jüdischen Rabbi und eine Buddhistin.

Wir erkannten, dass man im Umgang mit ungewollten Personen möglichst einfache und klare Regeln kommunizieren und beachten muss. Es entstand das Leporello «Leitgedanken zur Vielfalt kultureller und persönlicher Hintergründe». Um im Umgang mit solchen Personen unvoreingenommen zu sein, hilft es, sich für konkrete Andersartigkeit genauer zu interessieren.

Diese Erkenntnis war der «Startschuss» für unser Projekt: «Einüben ins Nachfragen». Nachzufragen gilt es beim Umgang mit Menschen aus fremden Kulturen, beim Umgang mit Süchtigen, mit Übergewichtigen, mit Randständigen etc. Nachfragen sollten wir auch bei Patienten und Patientinnen, um uns ein Bild zu machen, was sie genau wollen.

Es darf nicht sein, dass jemand seiner Operation nur zustimmt, weil er eigentlich sterben will und für ihn die Operation der Weg ist, das nicht sagen zu müssen! Wir sollten auch bei Kollegen, Kolleginnen und Vorgesetzten nachfragen, wenn wir merken, dass ein Entscheid falsch oder zu risikoreich sein könnte! Aber wer getraut sich schon, seinem Chef auf die Finger zu klopfen! Das braucht viel Fingerspitzengefühl. Das Ethikforum hat im KSB Fortbildungen zu diesen Themen organisiert. Mit Erfolg konnte das sogenannte „Café Kultur“ bereits drei Mal durchgeführt werden. Diese Veranstaltungsreihe hat sich zum Ziel gesetzt, Mitarbeitenden sowie andern Interessierten eine Plattform zu bieten, um sich bei heiklen Themen im personenzentrierten Nachfragen zu üben. Sie findet mittlerweile im Caffè Orizzonte unter der Moderation von Christof Arn statt. So wurden bereits eine Expertin zum islamischen Fundamentalismus, zwei Personen mit Suchthintergrund

sowie zwei Damen mit Essstörungen eingeladen und befragt. Eine weitere Auflage des Café Kultur ist in Planung. Leider haben sich für die anderen beiden Themen zu wenig Teilnehmer gemeldet! Was das wohl zu bedeuten hat?

Ethik ist nicht ein Bauchgefühl, sie ist Knochenarbeit.

Nachfragen sollten wir auch bei Patienten und Patientinnen, um uns ein Bild zu machen, was sie genau wollen.



Wiederbelebungsversuch in Anwesenheit der Angehörigen

Kontakt

Ethikforum

Telefon +41 56 486 20 50
ethikforum@ksb.ch

Ausführlichere
Informationen unter
www.ksb.ch/portal027



What's new

- **Angehörigenpräsenz bei Wiederbelebungsversuchen**
- **Kommunikationsschulung für neu eintretende Assistenzärzt/innen**
- **Veranstaltungsreihe «Café Kultur»**
- **Angebot von ethischen Fallbesprechungen**

Aktuelle Mitglieder des Ethikforums:

- **Medizin:** Herr Dr. med. H.R. Rätz, Leitender Arzt Nephrologie/Dialyse, Co-Leitung Ethikforum
- **Therapien:** Frau Heike Rack Huser, Dipl. Logopädin, Co-Leitung Ethikforum
- **Care Management:** Frau Katherine Heimgartner, Care Managerin BSc, Chirurgie
- **Pflege:** Frau Helga Horstmann, MSc, Pflegeexpertin Medizin, APN Palliative Care und Onkologie
- **Interdisziplinäres Notfallzentrum:** Frau Barbara Tremp, Dipl. Expertin Notfallpflege
- **Kinderklinik:** Frau Martina Schmid, Dipl. Pflegefachfrau Neonatologie
- **Verwaltung:** Frau Sabina Romagnolo, Leiterin Human Resources
- **Seelsorge:** Herr Jürgen Heinze, Spitalseelsorger
- **Externe Grundversorgerin:** Frau Dr. Margot Enz, Hausärztin
- **Externer Ethiker:** Herr Dr. Christof Arn, Ethiker und Theologe
- **Intensivmedizin:** Herr Dr. med. Francois Fontana, Leitender Arzt
- **Chirurgie:** vakant
- **Frauenklinik:** Frau Marianne Wittwer, Dipl. Pflegefachfrau Gynäkologie

Angehörigenpräsenz bei «Wiederbelebungsversuchen» als Paradigmenwandel

2015 wurde das Ethikforum von der Pflege INZ angefragt, ob eine Anwesenheit bei «Wiederbelebungsversuchen» ethisch wünschenswert sei. Es war zuvor in einzelnen Fällen zu Konflikten im Schockraum gekommen, weil Angehörige von Ärzten des Reanimationsteams weggeschickt worden waren. Mit Hilfe von Dr. Gaston Voney, LA Anästhesie KSB, wurde ein Konzept für die Präsenz von Angehörigen während Wiederbelebungsversuchen erarbeitet. Ein echter Paradigmenwandel! Bisher wurden Angehörige immer weggeschickt, um dann nach langem Warten im Ungewissen meist mit einer schlechten Nachricht informiert zu werden. Dass das zu Misstrauen, zu Unverständnis und zu kritischem Nachfragen führt, kann man sich gut vorstellen. Inzwischen ist aus der Literatur und aus zahlreichen Erfahrungsberichten bekannt, dass Angehörige mit einem Todesfall viel besser zurecht kommen, wenn sie mit eigenen Augen gesehen haben, was man für ihre Liebsten alles getan hat und was ein «Wiederbelebungsversuch» wirklich bedeutet! Seit zwei Jahren werden nun im INZ Angehörige von den Pflegenden und den Ärzten eingeladen, bei Wiederbelebungsversuchen dabei sein zu können. Dieses Konzept wurde nun von der GL des KSB offiziell bewilligt und wird seit 2020 aktiv, aber mit Augenmass, im gesamten KSB umgesetzt. Es wird deshalb in unseren Reanimationskursen geschult. Sehr wichtig wird es jetzt sein, das Projekt in seiner Umsetzungsphase zu begleiten und positive und negative Erfahrungen, die man dabei machen wird, zu sammeln und zu diskutieren. Wir freuen uns, dass mit diesem Projekt ein Kulturwandel in einem ganz sensiblen Bereich angestossen werden kann.

Ein Gremium aus erfahrenen Fachpersonen zur Unterstützung

Die Covid Krise ist auch für uns eine ganz grosse Herausforderung. Durch die voraussehbare Verknappung der

Beatmungsplätze auf der IDIS werden voraussichtlich schwierige Triageentscheide nötig sein, um möglichst viele Leben zu retten. In einer solchen Situation sind Einzelfallbesprechungen, wie sie das Ethikforum bisher angeboten hat, nicht zielführend und auch zeitlich nicht durchführbar. Das Ethikforum hat deshalb mit der Gründung einer Expertengruppe aus erfahrenen Ärzten und Pflegenden sowie Caremanagerinnen aus dem KSB reagiert, welche in Dreier-Teams die Aufgabe übernehmen werden, die jeweils diensthabenden Ärzte/-innen in ihren Entscheidungen zu unterstützen, aber auch sicherzustellen, dass Triageentscheide korrekt und gemäss den Weisungen der SAMW gefällt werden. Eine weitere Aufgabe ist die Entlastung von Ärzten/innen und Pflegepersonen, z.B. durch Übernahme von Gesprächen mit Angehörigen. Wir hoffen sehr, dass die Massnahmen des Bundes greifen werden, damit niemand in die verzweifelte Lage kommt, verschiedene Menschenleben gegeneinander abwägen zu müssen.

Ethisch-moralische Konflikte im Spital rechtzeitig anpacken

Wir vom Ethikforum möchten durch unsere Aktivitäten dem KSB einen Mehrwert bringen. Wir sind überzeugt, dass es wichtig ist, ein Forum mit unabhängig denkenden Personen zu haben, die für die Spitalmitarbeiter ansprechbar sind und aufkeimende ethisch/moralische Probleme rechtzeitig für alle Seiten konstruktiv anpacken können. Wir danken den Mitarbeitern des Spitals für die Anfragen, die uns immer wieder stimulieren und beschäftigen. Wir danken der GL für die Unterstützung in den vergangenen Jahren, die es ermöglichte, Ideen, Texte, Konzepte einzubringen und umzusetzen. Wir erachten es als grosses Privileg, im Ethikforum mitarbeiten zu dürfen.

Neue Hoffnung für Ovarialkarzinompatientinnen: PARP-Inhibitoren in der ersten Therapielinie

med. prakt. Inessa Diomande, Oberärztin Gynäkologie

Prof. Dr. med. Martin Heubner, Direktor Departement Frauen und Kinder und Chefarzt Gynäkologie

Es tut sich aktuell viel in der Therapie des Ovarialkarzinoms. Auf dem ESMO-Jahreskongress 2019 in Barcelona wurden zwei Phase III-Studien mit überzeugenden Ergebnissen der PARP-Inhibition (PARPi) bei neu diagnostiziertem fortgeschrittenem Ovarialkarzinom vorgestellt: der PAOLA-1 Trial mit Olaparib (Lynparza®, AstraZeneca/MSD) und der PRIMA-Trial mit Niraparib (Zejula®, GlaxoSmithKline). In beiden zeigte sich in der Studienpopulation ein Überlebensvorteil durch die Prüfsubstanz.

Die Schweiz hat jährlich etwa 600 Neuerkrankungen an Ovarialkarzinom, davon die meisten leider im fortgeschrittenen Stadium (FIGO III-IV). Trotz gutem Ansprechen auf

die Erstlinien-Therapie erfahren mehr als 85% der Patientinnen einen Rezidiv mit einer 5-Jahres-Überlebensrate von 45%. Der Bedarf an neuen wirksamen Substanzen ist evident. Über die chemotherapeutische Behandlung hinaus besteht aktuell lediglich die Zulassung für die Erstlinien-Erhaltungstherapie mit dem VEGF-Antikörper Bevacizumab.

Die PARP-Inhibition kam bislang vor allem bei Patientinnen in der Rezidivsituation zum Einsatz. PARP steht für Poly(ADP-Ribose)-Polymerase, eine Enzymfamilie, welche in der DNA-Reparatur involviert ist. DNA ist sehr instabil: die Anzahl spontaner Einzelstrangbrüche

wird auf ca. 10000 pro Tag und Zelle geschätzt! PARP erkennt diese und aktiviert den BER (Basen-Exzision-Reparatur)-Reparaturmechanismus. Wird dieser durch PARP-Inhibitor blockiert, verwandelt sich der Einzel- in den Doppelstrangbruch. Die Doppelstrangbrüche sind komplizierter und kommen sonst deutlich seltener vor. Die fehlerfreie homologe Rekombination (HR) ist in diesem Fall der Hauptreparatur-Mechanismus, dabei spielen BRCA-1/2-Proteine eine führende Rolle. Ist die homologe Rekombination bei Vorliegen einer BRCA-Mutation oder anderweitig HR-defizienten Zellen (HRD) gestört, endet die Zelle in der Regel in der Apoptose. Mittlerweile wissen wir, dass bei sehr vielen Ovarialkarzinomen eine HR-Defizienz vorliegt. Dies macht man sich mit dem Einsatz des PARP-Inhibitors therapeutisch zu Nutzen (siehe Abbildung). Lynparza (Olaparib) ist als Erstlinientherapie erst seit dem 02.10.2019 zugelassen und wird analog der SOLO-1 Studie mit 2x150mg/Tag über 2 Jahre bei BRCA-positivem fortgeschrittenem high-grade serösem Ovarialkarzinom angewendet. Zejula (Niraparib) ist der zweite, bisher nur bei Rezidiv zugelassene PARP-Inhibitor (PARPi), der allerdings für die Gesamtpopulation erhältlich ist. In beiden vorgestellten Studien wurden PARP-Inhibitoren nun erstmals in einer grösseren Population in der Erstlinie getestet. Die Studien sind ähnlich, weisen jedoch Unterschiede auf, wie die Tabelle verdeutlicht. In beiden Studien konnte ein deutlicher positiver Effekt durch eine PARP-Inhibition in der Erstlinientherapie nachgewiesen werden.

PAOLA1- und PRIMA-Trial im Vergleich

PAOLA1-Trial	PRIMA-Trial
<ul style="list-style-type: none"> ■ Randomisierte, doppel-blinde, internationale Phase III-Studie ■ Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> - neu diagnostiziertes Ovarialkarzinom FIGO III und IV Ovarialkarzinom - zumindest partielle Remission nach platinbasierter CHT: 6-9 Zyklen - R0/R1, neoadj/interval + inoperable Tumore zugelassen - in über 95% dF high-grade seröser histologischer Subtyp ■ Primärer Endpunkt: das progressionsfreie Überleben (PFS) und sekundärer Endpunkt: Gesamtüberleben (OS) ■ Positiver und negativer HRD-Status 	<ul style="list-style-type: none"> ■ nur Prüfsubstanz in der Erhaltungstherapie
<ul style="list-style-type: none"> ■ neben Prüfsubstanz zusätzliche Therapie mit Bevacizumab (15mg/kgKG q3w über 15 Monate) 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Therapiedauer: 24 Monate 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Therapiedauer: 36 Monate
<p>Ergebnisse: PFS 22.1 vs 16.6 Monate (HR, 0.59; P < .0001)</p> <p>Rezidiv bis zum follow-up bei 22.9 Monaten: Gesamtkollektiv: 52 vs 75% (HR 0.59) Pos. HRD-Status: 34 vs 70% (HR 0.33)</p>	<p>Ergebnisse: PFS 13.8 vs 8.2 Monate (HR 0.62; P < .001)</p> <p>Rezidiv bis zum follow-up bei 24 Monaten: Gesamtkollektiv: 47.6 vs 63% (HR 0.62) pos. HRD-Status (ohne BRCA) 33 vs 60% (HR 0.50) neg. HRD-Status 65.7 vs 70%, (HR 0.68)</p> <p>Gesamtüberleben nach 24Monaten: Gesamtkollektiv 84% vs 77% negativer HRD-Status 81% vs 59%! (HR 0.51)</p>

Kontakt

Anmeldung zur Sprechstunde
 Gynäkologie
 Telefon +41 56 486 35 50
 fkl.anmeldung@ksb.ch

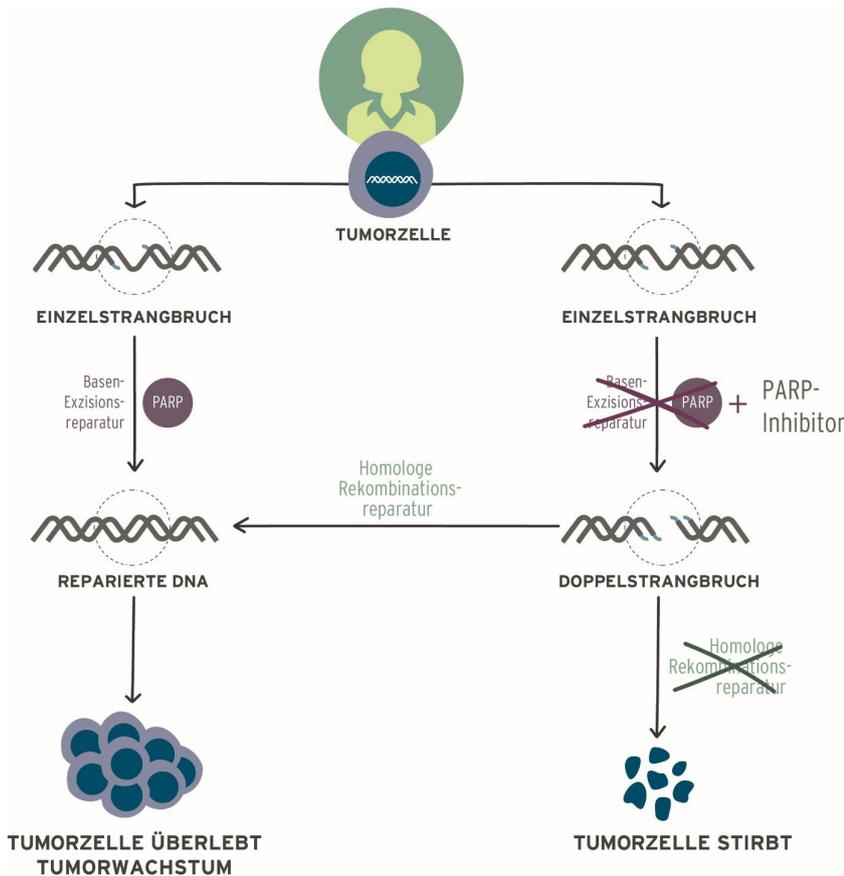


Abbildung: Wirkmechanismus der PARP-Inhibition

What's new

- PARP-Inhibition in der Erstlinientherapie beim Ovarialkarzinom als neue Therapieoption

Fazit

Beide PARPi verlängern das Überleben (PFS und OS) in der Gesamtpopulation. Das Ausmass des Effektes, insbesondere im Hinblick auf das Gesamtüberleben, kann aufgrund des kurzen Follow-Ups noch nicht genau beziffert werden.

Noch ist die Rolle des in diesen Studien getesteten HRD-Status unklar. Für das PFS ergibt sich ein besonders ausgeprägter Vorteil bei positivem HRD-Status, beim Gesamtüberleben ist ein positiver Effekt auch bei HRD-negativem Status zu erkennen. Dieser Effekt hat jedoch sein Preis: in beiden Studien wurde eine hohe Rate an Nebenwirkungen mit Studienabbrüchen beschrieben (PAOLA1-Studie: 20%, PRIMA-Studie: 12%).

Die aktuellen Ergebnisse können als Meilenstein in der Therapie des Ovarialkarzinoms angesehen werden. Die deutlichen und langanhaltenden Effekte der PARP Inhibition stellen eine grosse Chance für unsere Patientinnen mit Ovarialkarzinom dar.

Literatur

Ray-Coquard I et al: Phase III PAOLA-1/ENGOTov25: Maintenance olaparib with bevacizumab in patients with newly diagnosed, advanced ovarian cancer treated with platinum-based chemotherapy and bevacizumab as standard of care, N Engl J Med 2019; 381:2416-2428.

González-Martín et al: Niraparib in Patients with Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer, N Engl J Med 2019; 381:2391-2402.

Underhill C et al: A review of PARP inhibitors: from bench to bedside, Ann Oncol. 2011 Feb;22(2):268-79.

Wieser et al : Ovarian cancer in Switzerland: incidence and treatment according to hospital registry data. Swiss Med Wkly. 2018;148:w14647



med. prakt. Inessa Diomande,
 Oberärztin Gynäkologie



Prof. Dr. med. Martin Heubner,
 Direktor Departement Frauen und Kinder
 und Chefarzt Gynäkologie

Interview mit Dr. Markus Wopmann und Professor Guido Laube



Am 1. Mai hat Guido Laube die Leitung der Klinik für Kinder und Jugendliche von Markus Wopmann übernommen.

Frage an Markus Wopmann

Sie überblicken eine 30-jährige Tätigkeit am Kantonsspital Baden. Welches sind für Sie die wichtigsten Veränderungen in dieser Zeit?

Die kleine Kinderabteilung mit initial 4 Ärzten hat sich zu einer echten Klinik für Kinder und Jugendliche mit rund 30 Ärzten und vielen ärztlichen Fachspezialisten entwickelt. Was sich ebenfalls geändert hat, ist, dass die Eltern und Angehörigen viel mehr in die Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden und dass die Schmerzprophylaxe und Schmerztherapie bei Kinder jeglichen Alters einen viel höheren Stellenwert erlangt hat. Persönlich freut mich natürlich, dass sich die Kinderschutzarbeit am Kantonsspital Baden sehr gut etabliert hat, unsere Kinderschutzgruppe ist kantonale und auch national gut bekannt.

Frage an Guido Laube

Was ist für Sie persönlich die grösste Herausforderung in der neuen beruflichen Tätigkeit? Was stimmt Sie dabei zuversichtlich, was macht Ihnen evtl. Sorgen?

Stichworte für die grössten Herausforderungen sind der Kostendruck, sowie Fachkräftemangel vor allem in den Pflege- und Arztberufen. Die Digitalisierung in der Medizin wird zudem zunehmend und nachhaltig den Spitalalltag prägen, es gilt, diesen Wandel mit der nötigen Sorgfalt und mit sinnvollen Prozessen umzusetzen.

Kontakt

Ambulatorium und Sekretariat

Telefon +41 56 486 37 02

Zuversichtlich stimmt mich, dass der Teamgeist und das «Miteinander» eine der vielen und grossen Stärken des KSB sind. Dies ist ein ideales Umfeld, um junge Menschen für Pflegeberufe und Arztberufe zu begeistern und zu motivieren. Der zunehmende Kostendruck in der Medizin darf nicht dazu führen, dass unseren Patienten eine qualitativ hochstehende Medizin verwehrt wird.

Frage an M. Wopmann

Was würden Sie Ihrem Nachfolger als Wunsch auf den Weg geben?

Ich würde ihm empfehlen, die Kultur der Wertschätzung und des sorgfältigen Umgangs miteinander zu bewahren. Die Klinik für Kinder und Jugendliche des KSB hat einen hervorragenden Ruf in der Beurteilung der Weiterbildungsstätte, den man unbedingt pflegen muss. Dies gelingt am besten, wenn man den jungen Mitarbeitern in allen Bereichen Freude an der Kinder- und Jugendmedizin vorlebt und vermittelt.

Frage an G. Laube

Was sind für Sie Ihre wichtigsten Ziele und Visionen für die nächsten 5 bis 10 Jahre?

Gerne knüpfe ich hier an die guten Wünsche meines Vorgängers mir gegenüber an: In der Tat ist es mein Ziel und meine Vision, in einem wertschätzenden, motivierenden und stimulierenden Umfeld den Auftrag der Kinderklinik erfüllen zu können. Persönlich erachte ich es als ein Privileg, angehende Ärzte und Pflegenden für einen der schönsten Berufe, die es gibt, zu begeistern. Die Kinderklinik des KSB soll wachsen. Bereiche wie die Neonatologie, die Notfallstation und auch das Ambulatorium werden grösser und spezialisierter werden, und

somit soll das Angebot ausgebaut werden. Die Steigerung des Angebots soll dabei sinnvoll den Bedürfnissen einer zunehmenden Patientenzahl entsprechen, letztere begründet sich durch die stetige Bevölkerungszunahme des Einzugsgebietes des KSB.

Frage an M. Wopmann

Für Sie geht eine langjährige Tätigkeit als Chefarzt zu Ende. Wie geht es für Sie persönlich weiter?

Ich möchte gerne meine berufliche Tätigkeit auch nach der Pensionierung in einem Teilpensum weiter ausüben. Dies beinhaltet die Kinderschutzarbeit am Kantonsspital Baden sowie auf nationaler Ebene die Erarbeitung und Durchführung eines Moduls «Weiterbildung im Kinderschutz» für angehende Pädiaterinnen und Pädiater. Und was fast wichtiger ist: Viel Zeit für die Familie zu haben, viele interessante Reisen machen, noch mehr sportliche Aktivitäten aufnehmen.

Frage an G. Laube

Sie wechseln von einem universitären Betrieb in ein Kantonsspital. In welcher Form möchten Sie in Ihrem ausgewiesenen Spezialgebiet der Kindernephrologie auch am KSB tätig sein?

Die Kindernephrologie, also das ganze Spezialgebiet der Nierenkrankheiten bei Kindern und Jugendlichen, stellt ein breites und wichtiges Gebiet der Kinderheilkunde dar. Kinder mit Fehlbildungen der Nieren und ableitenden Harnwege, entzündlichen Nierenerkrankungen oder eingeschränkter Nierenfunktion können regelmässig ambulant von der neuen Sprechstunde im Partnerhaus profitieren. Ebenso Patienten, die zur Erstabklärung bei Blut oder Eiweiss im Urin, Bluthochdruck oder Nierensteinen

zugewiesen werden, werde ich gerne in dieser Sprechstunde betreuen. Selbstverständlich sind die Bereiche der Hochspezialisierten Medizin, also diejenigen eines Nierenersatzverfahrens (Dialyse/Nierentransplantation) im Kindesalter, den universitären Kliniken (Bern/Genf/Zürich) vorenthalten. Jedoch können Kinder vor und nach einem durchgeführten Nierenersatzverfahren gerne, gut und wohnortnahe am KSB in meiner Sprechstunde betreut werden.

Frage an M. Wopmann

Was werden Sie nach Ihrer Pensionierung wohl am meisten vermissen?

Die vielen engen und schönen Kontakte mit Mitarbeitern verschiedenster Berufe, den ausgeprägten Teamgeist und das loyale und wertschätzende Für- und Miteinander tagtäglich.

Frage an G. Laube

Auf was freuen Sie sich am meisten?

Auf's ganze KSB-Team und somit auf viele, stimulierende und motivierende Kontakte mit Berufskolleginnen, die das gleiche Ziel haben, nämlich Spitzenmedizin anzubieten zu Gunsten des Gesundheits-Netztes Aargau Ost. Als Pädiater freue ich mich zudem zusammen mit den niedergelassenen Haus- und Kinderärzten, pädiatrische Anliegen der wachsenden Region vertreten und erfüllen zu dürfen. Und natürlich würde ich mich auf einen gelegentlichen Besuch und Austausch mit meinem Vorgänger Markus Wopmann sehr freuen; Ihm wünsche ich für den wohlverdienten nächsten Lebensabschnitt alles erdenklich Gute, Erfüllung und vor allem gute Gesundheit.

Aktuell und umfassend informiert

KSB Newsletter

Am 9. April hat Ihnen das KSB einen elektronischen Newsletter zur Corona-Pandemie zugestellt. Damit konnten wir unsere Zuweisenden schnell und aktuell zu wichtigen Themen in diesem Zusammenhang informieren. Die Öffnungsrate lag bei hohen 65 Prozent, danke für Ihr Interesse.

Die Mail-Newsletter haben noch einen weiteren Vorteil: Der Versand von Video-Beiträgen ist problemlos möglich. Für den Newsletter zu COVID-19 wurden 4 Videos produziert.

Sollten Sie unsere Newsletter nicht erreichen, kann dies verschiedene Ursachen haben. Wichtig ist, dass bei uns eine persönliche Mailadresse von Ihnen hinterlegt ist, welche Sie regelmässig checken. Der Versand kann problemlos auch an mehrere Adressen erfolgen.

Ihre Anregungen nehmen wir gerne entgegen, bei Fragen können Sie uns auch telefonisch kontaktieren: 056 486 23 81



Newsletter verpasst?
Link zum letzten
Newsletter COVID-19

Newsletter jetzt abonnieren
E-Mail an myriam.gayret@ksb.ch

KSB-Update

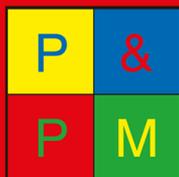
Geschätzte Zuweisende

Die Corona-Pandemie prägt unseren Alltag. Das Kantonsspital Baden (KSB) hat seine Abläufe und Prozesse an die neuen Anforderungen angepasst. Wir haben die Wege von COVID- und Nicht-COVID-Patienten konsequent getrennt, sodass wir in der Lage sind, unseren Leistungsauftrag weiterhin zu erfüllen. Gerne informieren wir Sie in diesem Newsletter über die Aspekte, welche für Sie als Ärztin und als Arzt wichtig sind. Wir freuen uns auf eine weiterhin gute Zusammenarbeit mit Ihnen und wünschen Ihnen frohe Ostern.

Beste Grüsse
Adrian Schmitter, CEO KSB AG

Hospitalisation von COVID-Patienten

Prof. Jürg Hans Beer, Direktor des Departements Innere Medizin, erklärt im Video, wie sich das KSB auf die Corona-Krise vorbereitet hat und was ihm Sorgen bereitet.



Ihre Werbung mit
grosser Wirkung
durch uns
RICHTIG platziert!

peyer & partner
media gmbh

im brühl 10
ch-8112 otelfingen
t +41 (0)43 388 89 73
m +41 (0)79 599 50 55
walter.peyer@peyermedia.ch
www.peyermedia.ch



ksb
Gesundheitsmagazin

Wir platzieren Ihre Werbung am
RICHTIGEN Ort



Alle Ihre Kontakte im Überblick

www.ksb.ch

Kantonsspital Baden



Chirurgie

- Prof. Dr. med. Antonio Nocito** Direktor Departement Chirurgie und CA, Tel. 056 486 30 01, antonio.nocito@ksb.ch
- Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefässchirurgie** Sekretariat, Tel. 056 486 30 02; Clinical Nurse, Tel. 056 486 30 06, chirurgie@ksb.ch; cherfarzt.chirurgie@ksb.ch
- Allgemein- und Viszeralchirurgie** Prof. Dr. med. Antonio Nocito, CA; Clinical Nurse, Tel. 056 486 30 06, cherfarzt.chirurgie@ksb.ch
- Ambulantes Operieren** Dr. med. Ulrich Schneider, LA, Sekretariat, Tel. 056 486 26 15
- Interdisziplinäres Darmzentrum** Prof. Dr. med. Antonio Nocito, CA; Dr. med. Andreas Keerl, LA, Tel. 056 486 30 17, andreas.keerl@ksb.ch, Sekretariat, Tel. 056 486 26 20, darmzentrum@ksb.ch
- Adipositaszentrum** Prof. Dr. med. Antonio Nocito, CA; Dr. med. Mark Mahanty, Stv. LA, Tel. 056 486 30 23, mark.mahanty@ksb.ch; Dr. med. Fabian Deichsel, OA, Tel. 056 486 30 52; Sekretariat Tel. 056 486 26 15
- Gefässzentrum, inkl. Wundberutung** Sekretariat, Tel. 056 486 30 12
- Angiologie** Dr. med. Manuela Birrer, LÄ, Tel. 056 486 25 81, manuela.birrer@ksb.ch; Dr. med. Daniel Hasselmann, LA, Tel. 056 486 10 54, daniel.hasselmann@ksb.ch; Dr. med. Robert Clemens, Tel. 056 486 10 51, robert.clemens@ksb.ch
- Gefässchirurgie** Dr. med. Christophe Rouden, LA, Tel. 056 486 30 53, christophe.rouden@ksb.ch; Dr. med. Ulrich Schneider, LA, Tel. 056 486 30 16, ulrich.schneider@ksb.ch; Dr. med. Stephan Engelberger, LA, Tel. 056 486 30 21, stephan.engelberger@ksb.ch
- Wirbelsäulen Chirurgie** Dr. med. Alexander Mameghani, LA, Tel. 056 486 30 73, alexander.mameghani@ksb.ch; Sekretariat Tel. 056 486 28 78, wirbel@ksb.ch
- Wundberutung** Doris von Siebenthal, MSc, Leitung Wund-Stomaberutung, Tel. 056 486 29 39, doris.vonsiebenthal@ksb.ch, wundberutung@ksb.ch
- Stomaberutung** Sandra Nemetz, Tel. 056 486 27 95, Stv. Tel. 056 486 29 38, stomaberutung@ksb.ch
- Klinik für Orthopädie und Traumatologie** PD Dr. med. Karim Eid, CA, Tel. 056 486 30 61, karim.eid@ksb.ch; Dr. med. Urs Neurauter, LA, Tel. 056 486 30 68, urs.neurauter@ksb.ch; Dr. med. Tobias Bühler, LA, Tel. 056 486 10 82, tobias.buehler@ksb.ch, Sekretariat Tel. 056 486 28 88, ortho@ksb.ch
- Urologie** Dr. med. Kurt Lehmann, CA, Tel. 056 486 30 83, kurt.lehmann@ksb.ch; PD Dr. Lukas Hefermehl, LA, Tel. 056 486 30 92, lukas.hefermehl@ksb.ch; Sekretariat Tel. 056 486 30 83, urologie.sekretariat@ksb.ch
- Kinderchirurgie** Dr. med. Andreas Dietl, LA; Dr. med. Robert Weil, LA; Dr. med. Jozef Bielek, LA, Tel. 056 486 37 04, kinderchirurgie@ksb.ch
- Departement Chirurgie Gesundheitszentrum Brugg** Sekretariat Tel. 056 486 34 60, chirurgie-brugg@ksb.ch
- Adipositas** Dr. med. Mark Mahanty, Stv. LA
- Proktologie** Dr. med. Andreas Keerl, LA; Dr. med. Mark Mahanty, Stv. LA
- Urologie** Dr. med. Kurt Lehmann, CA
- Wundberutung** Doris von Siebenthal, MSc, Leitung Wundberutung
- Departement Chirurgie, Ärztezentrum Limmatfeld** Tel. 044 745 17 50, info@azlf.ch
- Urologische Sprechstunde** Dr. med. Kurt Lehmann, CA

Medizin

- Prof. Dr. med. Jürg H. Beer** Direktor Departement Medizin und CA, Tel. 056 486 25 02, hansjuerg.beer@ksb.ch
- Akutgeriatrie** Dr. med. Otto Meyer, LA, Tel. 056 486 25 02, otto.meyer@ksb.ch
- Allgemeine Innere Medizin** Prof. Dr. med. Jürg H. Beer, CA, Tel. 056 486 25 02, hansjuerg.beer@ksb.ch
- Endokrinologie/Diabetologie** Dr. med. Michael Egloff, LA, Tel. 056 486 25 56, michael.egloff@ksb.ch
- Psychiatrischer Konsiliardienst PDAG** Dr. med. Rafael Serafin Meyer, Leiter Konsiliardienst PDAG, Tel. 056 486 34 81, rafaelserafin.meyer@pdag.ch
- Psychoonkologie PDAG** MSc. Claudia Matter, Tel. 056 486 28 65, claudia.matter@ksb.ch;
- Gastroenterologie** PD Dr. med. Matthias Froh, CA Tel. Tel. 056 486 25 83; matthias.froh@ksb.ch; Dr. med. Franz Eigenmann, Stv. CA, Tel. 056 486 25 83, franz.eigenmann@ksb.ch
- Hausarztmedizin** Dr. med. Andreas Bürgi, LA, Tel. 056 486 25 02, andreas.buergi@ksb.ch
- IMC (Intermediate Care)** Dr. med. Jolanda Contartese, LÄ, Tel. 056 486 25 02, jolanda.contartese@ksb.ch
- Infektiologie** Dr. med. Andrée Friedl, LÄ, Tel. 056 486 25 84, andree.friedl@ksb.ch
- Kardiologie** Dr. med. Urs Hufschmid, LA; Dr. med. Pascal Köpfl, LA, Tel. 056 486 26 36, kardiologie@ksb.ch
- Invasive Kardiologie** Dr. med. Ercüment Ercin, LA, Tel. 056 486 26 36, ercuement.ercin@ksb.ch
- Pneumologie** Dr. med. Andreas Gross, LA, Tel. 056 486 2582, andreas.gross@ksb.ch
- Memoryclinic** PD Dr. med. Alexander Tarnutzer, LA; Dr. med. Rafael Serafin Meyer, Tel. 056 486 16 00, memoryclinic@ksb.ch
- Nephrologie/Dialyse** Dr. med. Hans-Rudolf Rätz, CA, Tel. 056 486 26 96, hans-rudolf.raez@ksb.ch
- Standort Brugg** med. prakt. Isabel Spozio Züst, OÄ, Tel. 056 486 34 21, isabel.spozio@ksb.ch
- Standort Muri** Dr. med. Rahel Pfammatter, Stv. LÄ, Tel. 056 675 12 70, rahel.pfammatter@ksb.ch
- Ambulante Internistische Sprechstunde** Tel. 056 486 16 00, internistische.sprechstunde@ksb.ch
- Neurologie** PD Dr. med. Alexander Tarnutzer, LA, Tel. 056 486 16 10, alexander.tarnutzer@ksb.ch
- Onkologie/Hämatologie** Dr. med. Clemens B. Caspar, CA, Tel. 056 486 27 62, clemens.caspar@ksb.ch
- Standort Brugg** Dr. med. Stefanie Pederiva, LÄ, Tel. 056 486 34 11, stefanie.pederiva@ksb.ch
- Palliativmedizin** Dr. med. Annett Ehrentraut, LÄ; Dr. Priska Bützberger, LÄ, Tel. 056 486 25 02, palliativ@ksb.ch
- Pneumologie** Dr. med. Andreas Gross, LA, Tel. 056 486 25 86, andreas.gross@ksb.ch
- Radioonkologie** Dr. med. Kirsten Steinauer, LÄ, Telefon 056 486 18 30, radioonkologie@ksb.ch
- Gerinnungssprechstunde** Prof. Dr. med. Jürg H. Beer, CA, Tel. 056 486 25 02; hansjuerg.beer@ksb.ch; Dr. med. Christoph Aegerter, OA, Tel. 056 486 25 73, christoph.aegerter@ksb.ch
- Zentrallabor** Dr. sc. nat. Hans-Ruedi Schmid, Tel. 056 486 26 40, hans-ruedi.schmid@ksb.ch

Frauen und Kinder

Prof. Dr. med. Martin Heubner Direktor Departement Frauen und Kinder und CA, Tel. 056 486 35 02, martin.heubner@ksb.ch

Klinik für Gynäkologie Prof. Dr. med. Martin Heubner, CA, Tel. 056 486 35 02 martin.heubner@ksb.ch

Interdisziplinäres Brustzentrum PD Dr. med. Cornelia Leo, LÄ, Tel. 056 486 36 36 (Tel. direkt 056 486 35 14), brustzentrum@ksb.ch

Gynäkologisches Tumorzentrum Prof. Dr. med. Martin Heubner, CA, Tel. 056 486 35 02; Dr. med. Rüdiger Mascus, LA, Tel. 056 486 35 55 (Tel. direkt 056 486 35 10), frauenklinik@ksb.ch

Interdisziplinäres Blasen- und Beckenbodenzentrum Dr. med. Rüdiger Mascus, LA, Tel. 056 486 35 55 (Tel. direkt 056 486 35 10), beckenboden@ksb.ch

Endometriosezentrum Dr. Regula Grabherr, LÄ, Tel. 056 486 35 33, endometriose@ksb.ch

Klinik für Geburtshilfe & Pränataldiagnostik Prof. Dr. med. Leonhard Schäffer, CA, Tel. 056 486 35 07 (Tel. direkt 056 486 35 06), leonhard.schaeffer@ksb.ch

Klinik für Kinder und Jugendliche Prof. Dr. med. Guido Laube, CA, Tel. 056 486 37 02, guido.laube@ksb.ch

Notfall für Kinder und Jugendliche Dr. med. Dörthe Harms Huser, LÄ, Tel. 056 486 486 37 02, doerthe.harmshuser@ksb.ch

Neonatologie Dr. med. Elvire Ettel, LÄ, Tel. 056 486 37 02, elvire.ettel@ksb.ch

Kinderkardiologie Dr. med. Brian Stiasny, LA, Tel. 056 486 37 02, brian.stiasny@ksb.ch

Kidernephrologie Prof. Dr. med. Guido Laube, CA, Tel. 056 486 37 02, guido.laube@ksb.ch

Ambulatorium für Kinder und Jugendliche (Allgemeinpädiatrie, Kinderkardiologie, Kinderdermatologie, Entwicklungspädiatrie, Kinderpsychiatrie/-psychologie, Kinderorthopädie) Dr. med. Urs Lässer, LA, Tel. 056 486 37 02, urs.laesser@ksb.ch

Interdisziplinäres Notfallzentrum

Dr. med. Markus Schwendinger Direktor Departement Interdisziplinäres Notfallzentrum und CA, Tel. 056 486 33 02, markus.schwendinger@ksb.ch

Notfallpraxis Tel. 056 486 34 40

Gipszimmer Tel. 056 486 33 44

Intensivstation Tel. 056 486 32 02

Medizinische Dienste

Prof. Dr. med. Rahel Kubik Direktorin Departement Medizinische Dienste CÄ, Tel. 056 486 38 02, rahel.kubik@ksb.ch

Zentrum für Bildgebung Prof. Dr. med. Rahel Kubik, CÄ, Tel. 056 486 38 02, rahel.kubik@ksb.ch

Nuklearmedizin PD Dr. Irene A. Burger, CÄ, Tel. 056 486 38 80, irene.burger@ksb.ch

Neuroradiologie Prof. Dr. med. Frank Johannes Ahlhelm, LA, Tel. 056 486 38 15, frankjohannes.ahlhelm@ksb.ch

Pädiatrische Radiologie Dr. med. Olaf Magerkurth, LA, Tel. 056 486 38 12, olaf.magerkurth@ksb.ch

Abdominale und Onkologische Diagnostik Prof. Dr. med. Daniel Hausmann, LA, Tel. 056 486 38 22, daniel.hausmann@ksb.ch

Kardiovaskuläre und thorakale Radiologie PD Dr. med. Tilo Niemann, LA, Tel. 056 486 38 27, tilo.niemann@ksb.ch

Interventionelle Radiologie Prof. Dr. med. Christoph L. Zollikofer, Konsiliararzt, Tel. 056 486 38 04, christoph.l.zollikofer@ksb.ch; Dr. med. Reza Omid, LA, Tel. 056 486 38 13, reza.omidi@ksb.ch; Dr. med. Michael Kostrzewa, LA, Tel. 056 486 38 14, michael.kostrzewa@ksb.ch

Muskuloskeletale Radiologie Dr. med. Susanne Bensler, LÄ, Tel. 056 486 38 24, susanne.bensler@ksb.ch; Prof. (AUS) Dr. Suzanne Anderson, Konsiliarärztin, Tel. 056 486 38 58, susanne.anderson@ksb.ch

Female Imaging Prof. Dr. med. Rahel Kubik, CÄ, Tel. 056 486 38 02, rahel.kubik@ksb.ch

PET-CT Dr. med. Philippe Appenzeller, LA, Tel. 056 486 38 55, philippe.appenzeller@ksb.ch

Standort Brugg Dr. med. Martin Unterweger, LA, Tel. 056 486 38 10, martin.unterweger@ksb.ch

Standort Limmatfeld med. pract. Mahshid Sheikh, Stv. LÄ, Tel. 044 745 17 90, mahshid.sheikh-sarraf@ksb.ch

Institut für Pathologie Prof. Dr. med. Gad Singer, CA, Tel. 056 486 39 02, gad.singer@ksb.ch

Rehabilitation & Rheumatologie Dr. med. Andreas Thueler, Chef der Abteilung, Tel. 056 486 39 62, andreas.thueler@ksb.ch

Gesundheit & Bewegung MOVE Michael Phieler, Leiter Therapien, Tel. 056 486 39 70, michael.phieler@ksb.ch

Spitalapotheke Dr. pharm. Peter Wiedemeier, Chefapotheker, Tel. 054 486 39 41, peter.wiedemeier@ksb.ch

Anästhesie

Prof. Dr. med. Michael Heesen Direktor Departement Anästhesie und CA, Tel. 056 486 31 02, michael.heesen@ksb.ch; Leitende Ärzte Dr. med. Lorenzo Cerletti, Dr. med. Dominik Hufschmid, Dr. med. Janine Streich

Anästhesie Tel. 056 486 31 02

Operationsmanagement Tel. 056 486 31 10

Schmerztherapie Tel. 056 486 31 11

Rettungsdienst Tel. 056 486 31 80

Ärztzentrum Limmatfeld

Ärztzentrum Limmatfeld

Überlandstrasse 26 (Eingang Grünaustr.), Dietikon

Tel. 044 745 17 50, info@azf.ch, www.aerztezentrum-limmatfeld.ch

Diverse

Patientenbeschwerden beschwerdemanagement@ksb.ch

Patientenadministration Tel. 056 486 22 30

Care Management und Patientenberatung Beatrice Bähler, Tel. 056 486 30 15, beatrice.baebler@ksb.ch; Jasmina Filati Kinkela, Tel. 056 486 21 00, jasmina.filatikinkela@ksb.ch

Ökumenische Spitalseelsorge Jürgen Heinze, Tel. 056 486 21 48, juergen.heinze@ksb.ch; Edwin Rutz, Tel. 056 486 21 46, edwin.rutz@ksb.ch; Heiko Rüter, Tel. 056 486 21 45, heiko.rueter@ksb.ch; Ruth Stenger, Tel. 056 486 21 49, ruth.stenger@ksb.ch

Freie Stellen www.ksb.ch/jobs

AVOS in der Gefässchirurgie

Dr. med. Stephan Engelberger, Leitender Arzt Gefässchirurgie

Seit dem 01.01.2019 ist das Gesetz 'Ambulant vor Stationär' in Kraft. Dies bewirkt, dass bestimmte chirurgische Eingriffe nur noch unter ambulanten Bedingungen erfolgen können. Die vom Bund entschiedene Massnahme zur Kostensenkung in unserem Gesundheitswesen ist verschiedenen kleinen kantonalen Unterschieden unterworfen. Betroffen sind schweizweit Eingriffe der Allgemein- und Viszeralchirurgie, der Gefässchirurgie, der Orthopädie sowie weiterer chirurgischer Spezialgebiete. Zu den am häufigsten betroffenen Operationen zählen so zum Beispiel die einseitige Hernien- oder Krampfaderoperation. Natürlich gibt es Patienten, für welche eine ambulante Behandlung nicht möglich oder sinnvoll ist. So zum Beispiel kleine Kinder oder Patienten mit schweren oder instabilen Begleiterkrankungen. Weitere Ausnahmen stellen Patienten dar, die weit weg vom Spital wohnen oder die keine erwachsene Begleitperson haben. Für diese Patienten sind Ausnahmebestimmungen verfügt.

Das erlassene Gesetz hat somit weiter den Trend verstärkt, Patienten nach einer Operation gleichentags zu entlassen. Eine solche Praxis benötigt jedoch, um die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten, eigens entwickelte Prozesse, eine adäquate Infrastruktur sowie spezialisiertes und geschultes Personal. Das KSB ist an- und mit dieser Herausforderung gewachsen! Anhand der ambulanten Varizenchirurgie möchten wir Ihnen mehrere Aspekte der ambulanten Chirurgie näherbringen und nicht zuletzt auch die Zahlen dazu zeigen.

Ambulante Varizenchirurgie:

Alle einseitigen Krampfaderoperationen müssen seit dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes ambulant erfolgen. Ausgenommen sind wie oben erwähnt Patienten mit schweren Begleiterkrankungen oder einem sozialen Hintergrund, welcher eine

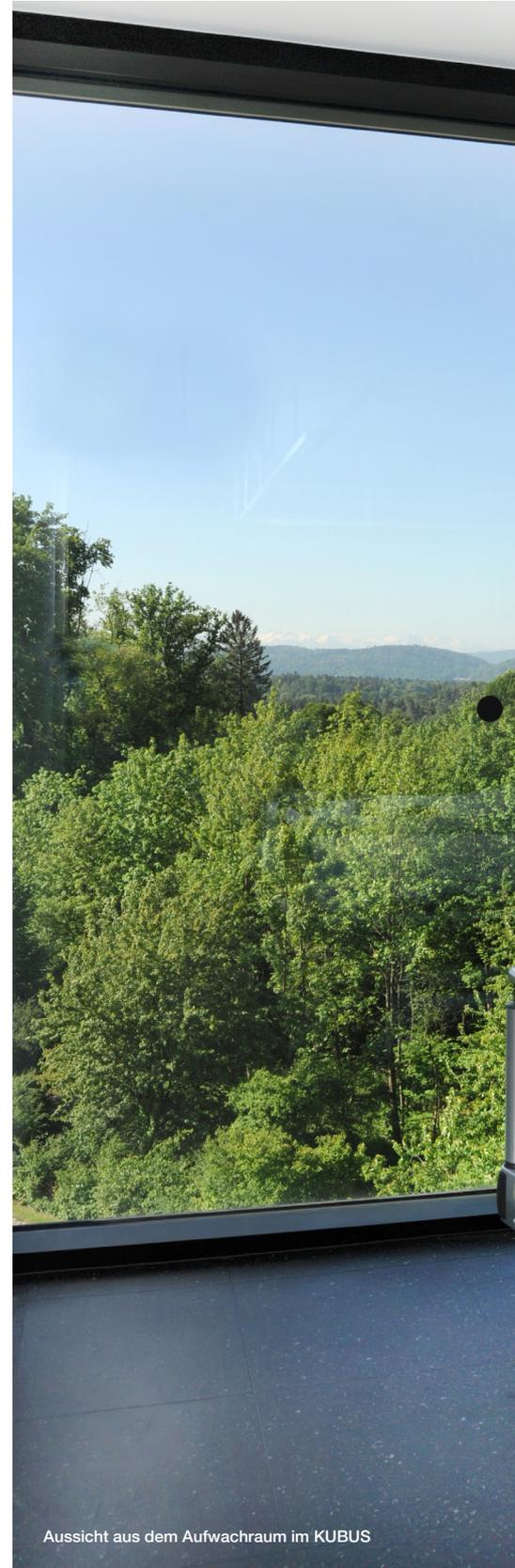
ambulante Behandlung nicht ermöglicht. Auch ausgenommen sind derzeit noch sogenannte 'Rezidivoperationen'.

Patienten, welche sich für eine Krampfaderoperation vorstellen, werden am Gefässzentrum gemäss unseren speziell entwickelten Prozessen behandelt. Es besteht so zum Beispiel die Möglichkeit der Konsultation in der interdisziplinären Varizensprechstunde, wo Angiologen und Gefässchirurgen gemeinsam die Diagnostik sowie die Behandlungsberatung kombinieren. Resultiert dann eine Operationsempfehlung, findet zur Vorbereitung zu einem zweiten Termin die Narkosesprechstunde statt um sicherzustellen, dass am Operationstag alles klar ist (IPAS). Um unnötige Wartezeiten am Tage der Operation zu verhindern, werden die Varizenseitenäste, also die eigentlichen Krampfadern, am Vorabend im Gefässzentrum eingezeichnet. Dies dient auch der Steigerung der intraoperativen Präzision.

Im Kubus des KSB, dem Nachbargebäude, ist seit einem Jahr die brandneue Abteilung 'ambulantes Operieren' in Betrieb. Die Infrastruktur sowie die organisatorischen und pflegerischen Abläufe sind speziell auf die ambulante Chirurgie eingestellt. So ist auch der Aufenthalt im Aufwachraum mit seiner eindrucklichen Aussicht auf den Dättwiler Wald ein Erlebnis. Selbst für ein kleines Geschenk ist gesorgt.

Natürlich steht auch das Ambulatorium im Hauptgebäude wie jeher für unsere ambulanten Patienten zur Verfügung, sollte der Kubus aus organisatorischen Gründen einmal nicht zur Verfügung stehen. Die Behandlungspfade sind für beide Strukturen dieselben.

Nach der Varizenoperation ist am ersten Tag nach der Operation eine Kontrollun-



Aussicht aus dem Aufwachraum im KUBUS

Kontakt

Sekretariat Gefässzentrum

Telefon +41 56 486 30 12
gefaesszentrum@ksb.ch

Dr. med. Stephan Engelberger

Telefon +41 56 486 30 21
stephan.engelberger@ksb.ch

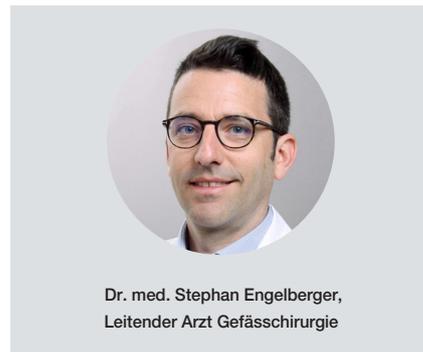


tersuchung vorgesehen. Diese soll zusätzlich Sicherheit schaffen und den Patientenkomfort verbessern. So können zum Beispiel die Verbände bereits am ersten Tag frisch gemacht und auch die berühmten Kompressionsstrümpfe schmerzlos angebracht werden.

Das Implizieren dieser Massnahmen hat am KSB zu einem Rückgang der stationär behandelten Patienten geführt, welche für eine Krampfaderoperation noch über Nacht im Spital bleiben mussten (stationärer Aufenthalt). Von zirka 40% im Jahre 2015 sind derzeit nur noch 20% der Patienten für 2 Tage stationär hospitalisiert. Die übrigen 80% können abends bereits wieder nach Hause entlassen werden. Der Patientenzufriedenheit scheinen diese neuen Prozesse zuträglich zu sein. Patienten, welche sich eine ambulante Operation nicht zutrauen, werden von unserem Team stets gut beraten und unterstützt. Laut unserer Erfahrung findet man immer eine Lösung, welche alle Seiten zufriedenstellt.

Unter dem finanziellen Aspekt bedeutet diese Umstellung für das Spital, dass ambulante Eingriffe über den sogenannten TARMED Tarif abgerechnet werden müssen. Es sieht leider derzeit so aus, als würde der Leistungserbringer für die ambulanten Eingriffe mit weniger Mitteln vergütet. Diese Rechnung ist jedoch sehr komplex und vielschichtig, und man kann unter dem Strich zusammenfassen, dass das KSB trotz dem AVOS Gesetz sehr gut dasteht und dass die ambulante Behandlung zu einer Ressourcenoptimierung geführt hat.

Unseren Patienten geht es am besten zu Hause und so sind wir nur glücklich, wenn sie nach einer Operation wieder sicher zu sich Heim zurückkehren können!



Dr. med. Stephan Engelberger,
Leitender Arzt Gefässchirurgie

KSB Update: Invasiv vs. nicht-invasiv

Dr. med. Patrick Buntschu, Oberarzt Gefässchirurgie
Dr. med. Urs Hufschmid, Leitender Arzt Kardiologie
Dr. med. Pascal Köpfli, Leitender Arzt Kardiologie
PD Dr. med. Alexander Tarnutzer, Leitender Arzt Neurologie
Dr. med. Stephan Engelberger, Leitender Arzt Gefässchirurgie

Die alternde Bevölkerung führt zu einem kontinuierlichen Anstieg an Behandlungen kardiovaskulärer Erkrankungen. Das Maximum an Behandlung ist nicht immer zwingend auch das Optimum. Im Folgenden ein Fallbeschrieb, der dies illustrieren soll.

Herr G. wird zugewiesen mit schwerer rechtsseitiger Beinclaudicatio. Die Duplexsonografie ergibt einen Verschluss der Femoralisgabel mit hochgradiger Stenose der A. iliaca communis. Herr G. ist 85-jährig, rüstig und lebt zusammen mit seiner Ehefrau zuhause. Es besteht eine gut eingestellte arterielle Hypertonie sowie eine Dyslipidämie. An unserem Gefässboard sprechen wir uns für einen Hybrideingriff mittels Thrombendarterektomie sowie Angioplastie der A. iliaca communis aus. Zur Risikostratifizierung veranlassen wir eine Duplexsonografie der hirnersorgenden Gefässe sowie eine kardiologische Standortbestimmung.

Die Carotis-Untersuchung ergibt eine 70-79%-ige Stenose der A. carotis interna links. Herr G. verneint neurologische Symptome in der Vergangenheit. Die Stenose ist im Schall echoreich; das CT bestätigt die ausgeprägte Kalzifikation. Fälle wie Herr G. besprechen wir mit unseren Kollegen der Neurologie. Die neurologische Abklärung einer Carotisstenose beinhaltet neben Anamnese und klinischer Untersuchung ein Schädel-MRI zur noch sensitiveren Darstellung stummer Infarkte. Dieses fällt bei Herr G. unauffällig aus. Es handelt sich somit um eine asymptomatische Stenose. Gemäss Guidelines kann eine chirurgische Therapie erfolgen, wenn der Patient eine Lebenserwartung >5 Jahre hat, das perioperative Schlaganfallrisiko <3% liegt und zusätzlich

Risikofaktoren für eine Embolisation bestehen (1). Die Plaque-Beschaffenheit spielt hier eine wichtige Rolle. Exulzerierte Plaques mit weichen Anteilen sind gefährlich. Auch stumme Infarkte im CT oder MRI, eine Zunahme des Stenosegrades über die Zeit oder Nachweis von Mikroembolien im transkraniellen Doppler gelten als Marker für vulnerable Plaques. In diesen Situationen empfiehlt sich eher eine Operation. Die Plaque von Herrn G. scheint stabil zu sein. Seine Crestor-Dosis wird erhöht. Aspirin cardio als Sekundärprophylaxe wurde im Vorfeld etabliert. Somit einigen wir uns

auf ein konservatives Vorgehen. Die Mortalität nach elektiven, nicht-herzchirurgischen Eingriffen beträgt in der Schweiz etwa 2% (2). Hierfür verantwortlich sind in erster Linie kardiovaskuläre Ereignisse. Jeder 6. Patient mit entsprechendem Risikoprofil erleidet im Rahmen des postoperativen stationären Aufenthaltes ein kardiovaskuläres Ereignis (3). Eine kardiologische Abklärung wird, wie bei unserem Patienten, eingefordert, wenn dieser <4 MET belastbar ist oder Angina pectoris-Beschwerden aufweist. Die Abklärung beinhaltet eine transthorax-



Eine Oszillografie mit ABI-Messung gehört standardmässig zur PAVK-Abklärung

Kontakt

Sekretariat Gefässzentrum

Telefon +41 56 486 30 12
 gefaesszentrum@ksb.ch

Nähere Informationen zur ArterioFit Rehabilitation finden Sie unter www.ksb.ch/ambulantereha. Die Patientenmeldung erfolgt via Sekretariat Gefässzentrum KSB.

What's new

- **Therapiekonzept «Stop smoking and keep walking» in der Behandlung der Claudicatio intermittens**
- **Geführtes Gehtraining für PAVK-Patienten am KSB (ArterioFit): 12-wöchiges ambulantes Rehabilitationsprogramm mit dem Ziel einer Verlängerung der schmerzfreien Gehstrecke**

kale Echokardiografie sowie eine Ergometrie. Letztere ist bei Herrn G. aufgrund der PAVK nicht möglich, weswegen eine Myokardszintigrafie herangezogen wird. Die Auswertung erfolgt durch den Kardiologen und Nuklearmediziner. Beim Nachweis einer relevanten Myokardischämie wird die Koronarangiografie diskutiert. Herr G. hat eine normale Herzfunktion ohne relevante Klappenvitien. Die Szintigrafie ist unauffällig. Somit bestehen keine Bedenken für die Operation.

Herr G. ist ein gutes Beispiel, welche Bedeutung der PAVK zukommt für das gesamte kardiovaskuläre Risiko. Bereits ein ABI < 0.9 geht mit einer doppelt so hohen kardiovaskulären Mortalität innerhalb von 10 Jahren einher (4). Nach 5 Jahren erleidet jeder 5. PAVK-Patient einen Herzinfarkt oder Schlaganfall; die Gesamtmortalität liegt bei 10-15% (5). Je fortgeschrittener das PAVK-Stadium, desto schlechter die Prognose. Diese Zahlen geben Aufschluss, wie wichtig eine optimale Einstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren ist. Patienten <75 Jahre profitieren zudem von der Gabe von Xarelto vascular (nach Prüfung der Ausschlusskriterien) (6). Der Patient selbst kann mit einer Nikotinabstinenz, einer gesunden Ernährung und ausreichend Bewegung beitragen.

Ein konservativer Therapieansatz der Claudicatio intermittens ist das geführte Gehtraining, welches nachweislich zu einer Verlängerung der Gehstrecke, einer damit einhergehenden besseren Lebensqualität und einer Senkung der kardiovaskulären Mortalität führt (siehe Infobox «What's new»).

Quellen

- (1). Naylor AR, et al. Editor's Choice - Management of Atherosclerotic Carotid and Vertebral Artery Disease: 2017 Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur J Vasc Endovasc Surg. 2018; 55: 3-81
- (2). Pearse RM, et al. European Surgical Outcomes (EuSOS) Study group for the trials groups of the European Society of Intensive Care Medicine and the European Society of Anesthesiology. Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. Lancet. 2012; 380: 1059-65
- (3). Puelacher C, et al. Perioperative myocardial injury after noncardiac surgery: Incidence, mortality, and characterization. Circulation. 2018; 137: 1221-32
- (4). Fowkes FG, et al. Ankle brachial index combined with Framingham Risk Score to predict cardiovascular events and mortality: a meta-analysis. JAMA 2008; 300: 197-208
- (5). Weitz JI, et al. Diagnosis and treatment of chronic arterial insufficiency of the lower extremities: a critical review. Circulation 1996; 94: 3026-49
- (6). Eikelboom JW, et al. Rivaroxaban with or without Aspirin in Stable Cardiovascular Disease. N Engl J Med. 2017; 377: 1319-30



Dr. med. Patrick Buntschu,
Oberarzt Gefässchirurgie

WWW.
WOHLER
DRUCK
.CH

PRIVATE *Care*

Ihre Spezialistin
für Pflege.

Pflege, Betreuung und Beratung seit 2008 –
zuverlässig, persönlich und anerkannt.

www.private-care.ch

private Care AG

Private Pflege | AG, SO, ZH, SH
+41 56 544 72 72 | info@private-care.ch

Stellenvermittlung | Deutschschweiz
+41 56 520 72 72 | recruiting@private-care.ch

Wir begrüßen Sie
am Puls der Region:

In Ihrer Filiale
in Niederweningen!

Dorfstrasse 2
8166 Niederweningen
Tel. 044 857 70 70



Ihre Bank

Bezirks-Sparkasse
Dielsdorf Genossenschaft

Filialleiter Curdin Toutsch

www.sparkasse-dielsdorf.ch

COVID-19: Herausforderungen im Alltag

PD Dr. med. Irene Burger, Chefärztin Nuklearmedizin
Prof. Dr. med. Jürg Hans Beer, Direktor und Chefarzt Departement Innere Medizin

Die vergangenen Wochen standen für uns alle im Zeichen der COVID-19 Pandemie. Vieles musste umgestellt werden, einige Probleme und Fragestellungen stellten uns alle vor Probleme, für die es keine Standard-Antworten gab. So zeigte sich früh, dass COVID-19 einen starken thrombogenen Effekt hat, d.h. Patienten vermehrt an Lungenembolien, Nieren- oder Herzproblemen leiden. In ersten Studien wurde gezeigt, dass bis zu 20% der COVID-19 Patienten Thrombosen haben, und v.a. dass Patienten mit letalem Verlauf davon häufiger betroffen sind (50%). Erschwerend kommt bei COVID-19 dazu, dass fast alle Patienten deutlich erhöhte D-Dimere aufweisen, auch wenn keine Embolien vorhanden sind. Man geht davon aus, dass eine Entzündung des Endothels (also der Gefäßwand) dafür verantwortlich ist. In einer Analyse von Gewebe bei drei an COVID-19 verstorbenen Patienten konnte am USZ gezeigt werden, dass COVID über den Angiotensin Converting Enzyme 2

(ACE2) Rezeptor in die Endothelzellen der Gefäße gelangt und dort eine Entzündungsreaktion auslöst (Abbildung 1). Zu wissen ob ein Patient Lungenembolien hat ist daher zentral für die weitere Behandlung. Bei den meisten Patienten kann man dies schnell und zuverlässig mit einer Kontrastmittel CT untersuchen. Es gibt aber Patienten, die nicht für eine Untersuchung mit Iod-haltigem Kontrastmittel qualifizieren, weil ihre Nierenfunktion eingeschränkt ist, oder weil der Körper allergisch auf das Kontrastmittel reagiert. Für diese Patienten ist eine Perfusions-SPECT/CT eine mögliche Alternative.

Die Meinungen, ob eine solche auch bei Patienten mit COVID-19 durchgeführt werden kann, gehen auseinander. Einige Fachgesellschaften empfehlen, dass Patienten mit Lungeninfiltraten auf einem Perfusions-SPECT/CT nicht schlüssig beurteilt werden können, weil die Infiltrate auch Defekte verursachen können. Wir waren der Meinung, dass die

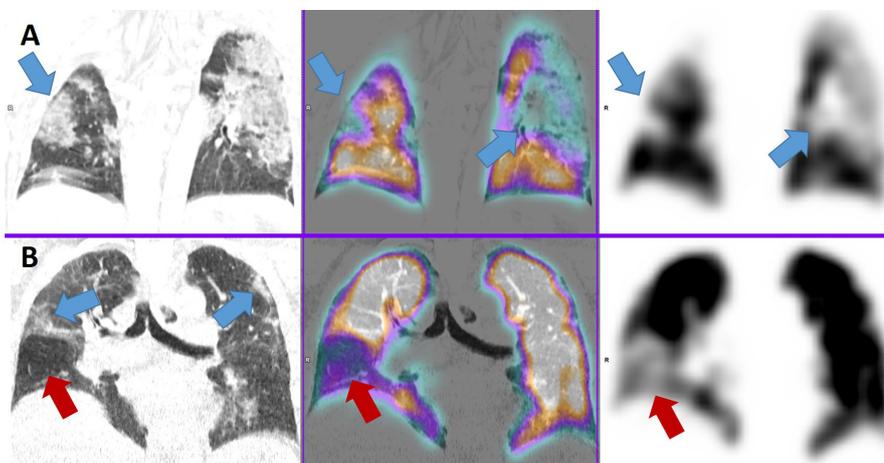
Kontakt

Sekretariat Nuklearmedizin
Telefon +41 56 486 38 80
nuklearmedizin@ksb.ch

What's new

■ Patienten mit Verdacht auf Lungenembolie und Unverträglichkeit für Jod-Kontrastmittel können am KSB mittels Perfusions SPECT/CT witer abgeklärt werden.

Kombination aus guter CT-Technologie mit dem Perfusions-SPECT diese Schwierigkeit überwinden lässt und haben am KSB bereits 3 Patienten mit Kontraindikationen für eine Kontrastmittel CT und bestätigtem COVID-19 mittels einer Perfusions-SPECT/CT untersucht. In einem Patienten konnte eine periphere Lungenembolie diagnostiziert werden, in 2 Patienten wurde diese ausgeschlossen. Die eindrücklichen Bilder der ersten Patientin wurden nun vom European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging als «Image of the month» mit einem zusätzlichen Editorial veröffentlicht (Abbildung 2).



A) Eine COVID-19 Patientin mit ausgedehnten Lungeninfiltraten (blaue Pfeile), welche zu Perfusionsdefekten führten, aber kein Hinweis auf Lungenembolien. B) Ein COVID-19 Patient mit nur milden Lungeninfiltraten (blaue Pfeile), welche keine Perfusionsdefekte verursachen, aber einer lokalen Minderperfusion bei fehlenden Infiltraten, vereinbar mit einer peripheren Lungenembolie (rote Pfeile)

Publikation

European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging
https://doi.org/10.1007/s00201-020-04814-4

EDITORIAL

Is there a role for lung perfusion (²⁰¹Tl-MAA SPECT/CT to rule out pulmonary embolism in COVID-19 patients with contraindications for iodine contrast?

Irene A. Burger¹ · Tilo Niemann¹ · Dimitri Patriki¹ · François Fontana¹ · Jürg Hans Beer^{1,2}

© Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2020

The recent pandemic of the 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) is challenging medical institutions around the world. Management of severe acute respiratory syndrome (SARS) caused by the novel coronavirus often includes intensive care and invasive ventilation. One important complication associated with COVID-19 disease and a potential differential diagnosis is sudden respiratory distress in pulmonary embolism (PE). A retrospective cohort study by Zhou et al. demonstrated respiratory failure to be the most common complication with 54% of the patients leading transfers to the Intensive Care Unit and death. Severe coagulopathy was present in 19%, but rates differed significantly between survivors (7%) and non-survivors (59%) [1]. This phenomenon is associated with reduced mortality [1]. Therefore, the International Society of Thrombosis and Hemostasis (ISTH) recently published the recommendation that all patients hospitalized for COVID-19 should receive a prophylactic dose of LMWH during hospitalization, in the absence of any contraindications such as active bleeding or platelet counts of less than 25 × 10⁹/L [2].

The current gold standard to rule out significant PE in patients with COVID-19 pneumonia is a contrast-enhanced CT-scan (ceCT). Several case reports have been published that could confirm PE in patients with typical COVID-19-associated pulmonary changes [3, 4]. However, in patients with contraindications for iodinated

Link zur Studie:



Kooperation wirkt.

Gesellschaft und Politik fordern zunehmend mehr Effizienz im Gesundheitswesen. Damit Wirtschaftlichkeit, Qualität, Sicherheit und Patientennähe rund um die Uhr keine leeren Worthülsen bleiben, lancieren regional verankerte Institutionen auf der Basis freiwilliger Kooperationen das «Gesundheits-Netz Aargau Ost».



Hausarztfortbildung am KSB

Jeweils am letzten Montag (ausser Symposium) des Monats im Hörsaal KSB.

Ablauf: ab 18.30 Uhr Apéro mit Präsenz von Referenten und Klinikleitern, anschliessend Fortbildung 19 bis ca. 20.30 Uhr

Datum	Klinik	Zeit	Thema	Referenten
Montag, 22.06.2020	Innere Medizin	18.30 – 20.30	Internistische Fallpräsentationen	■ Prof. Beer et al
Montag, 31.08.2020	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefässchirurgie	18.30 – 20.30	Neues aus der Gefässchirurgie	■ Dr. Rouden ■ Dr. Engelberger
Montag, 28.09.2020	Nephrologie/ Dialyse	18.30 – 20.30	Die schwer einstellbare arterielle Hypertonie	■ Dr. Rätz ■ Dr. Egloff ■ Dr. Camenzind
3. Badener Präventions-Symposium Donnerstag, 29.10.2020	Onkologie/ Hämatologie	16.00 – 19.00	Schwerpunkt: Das alternde Hirn Demenz-Delir-Depression: Wie lässt sich «triple D» vermeiden?	■ Dr. Meyer ■ Dr. Contartese ■ Referent PDAG ■ Dr. Dietmaier et al
Montag, 30.11.2020	Interdisziplinäres Notfallzentrum	18.30 – 20.30	Handverletzungen in der Praxis <i>Mit praktischer Befundung von Handröntgenbildern</i>	■ Dr. Schwendinger ■ Dr. Strub ■ Dr. Zehnder

Bestätigungen für die Fortbildungsdauer von 2 Stunden liegen am Schluss der Veranstaltung zusammen mit Ausfahrtickets auf. Das definitive Jahresprogramm der Hausarztfortbildungen am KSB wird jeweils Ende Jahr per Post zugestellt.

Fortbildungsveranstaltung für die Aargauer Kinderärzte

Datum	Klinik	Zeit	Thema	Referent
Donnerstag, 19.11.2020	Klinik für Kinder und Jugendliche	17.15 – 18.15	Alltags-Nephrologie in der kinderärztlichen Sprechstunde	■ Prof. Laube

Prof. Dr. med. Jürg Hans Beer

Direktor und Chefarzt Departement Innere Medizin

Dr. med. Andreas Bürgi

Leitender Arzt Innere Medizin / Hausarztcurriculum



Bitte beachten Sie die COVID-19 Regelung.

Die Juni Fortbildung findet online statt.

Nach den Sommerferien laufen die Fortbildungen voraussichtlich «normal» weiter, jedoch im Personalrestaurant statt wie gewöhnlich im Hörsaal.

Auf der KSB Webseite sind aktuelle Informationen zu finden: www.ksb.ch/hausarztfortbildung

1 Woche vor dem Termin folgt ein Mail-Reminder, bitte allfällige Programmänderungen beachten.



Impressum KSB Update 01/20

Herausgeber: Kantonsspital Baden AG, update@ksb.ch. **Auflage:** 1700 Exemplare / 2-mal jährlich.

Redaktionskommission: Prof. Dr. med. Jürg Hans Beer, Direktor und Chefarzt Departement Innere Medizin;

PD Dr. med. Karim Eid, Chefarzt und Leiter Orthopädie; Stefan Wey, Stv. Leiter Kommunikation / Marketing.

Produktion/Gestaltung: Stefan Wey, Stv. Leiter Kommunikation / Marketing KSB; Tanja Löffel, Grafikdesign KSB.

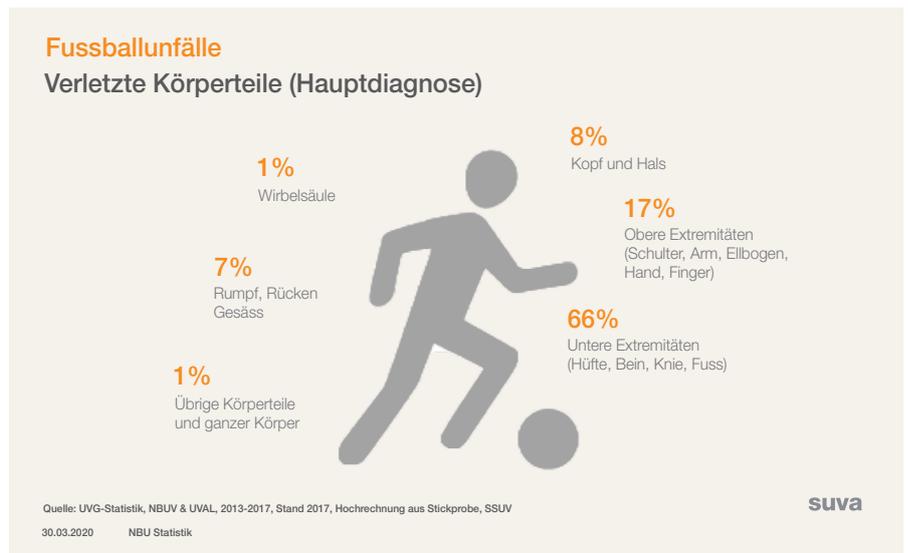
Fotos: Stefan Wey, KSB: Seiten 4, 11, 12, 16, 22, 24, 36; zur Verfügung gestellt: Seiten 30, 39.

Anzeigen: Walter Peyer, peyer & partner media gmbh

Fussball und Verletzungsprävention: Physiotherapie Limmatfeld

Dominique Meier, Dipl. Physiotherapeutin FH
Michael Phieler, Dipl. Physiotherapeut

Fussball ist laut den aktuellen Zahlen der SUVA die Sportart mit der dritthöchsten Verletzungswahrscheinlichkeit. Laut einer Nachbefragung im Auftrag von SuvaLiv (1) geschehen 70% aller Verletzungen im formellen Club-Fussball (20 % im Training, 50 % im Spiel). Besonders Knieverletzungen sind mit hohen Kosten verbunden. Im Seniorenfussball (30- bis 40-Jährige) ist grosses Präventionspotenzial vorhanden.



Krafttest für den M. Quadriceps am BTE Primus RS mit Leistungsdiagnostiker Jürgen Schreier

Kontakt

Physiotherapie
Heimstrasse 6
8953 Dietikon

Telefon +41 44 745 17 98
physio@azlf.ch
www.aerztezentrum-limmatfeld.ch

Weitere
Informationen unter
www.ksb.ch/portal028



What's new

- Integrierte ärztliche und sportphysiotherapeutische Betreuung
- Leistungsdiagnostik und Athletiktraining aus einer Hand
- Hochwertige Geräte für Test und Training
- Mentalcoaching

Mit Verletzungen haben auch die Spieler der 1. Mannschaft des FC Dietikon immer wieder zu kämpfen. Sie sind meist im Arbeits- und Vereinleben gleichermaßen eingebunden und haben wenig Zeit, um sich für die Belastungen auf dem Platz vorzubereiten.

João Paiva, Trainer der Mannschaft und Ex- Profispieler, liess in der Winterpause seine Spieler im Physiozentrum Limmatfeld testen, um mit den vorhandenen Möglichkeiten die Spieler optimal bei der Fitness- und Verletzungsprophylaxe zu unterstützen.

Zwölf Stationen durchlief jeder Spieler. Dabei wurde ein physiotherapeutischer Befund erhoben, eine Blut – und EKG Untersuchung durchgeführt und Tests betreffend Propriozeption, Sprungkraft und Kraft, Koordinative Fähigkeiten und der Ausdauerfähigkeit durchgeführt.

Mit der Auswertung der Testergebnisse konnte João Paiva gemeinsam mit den

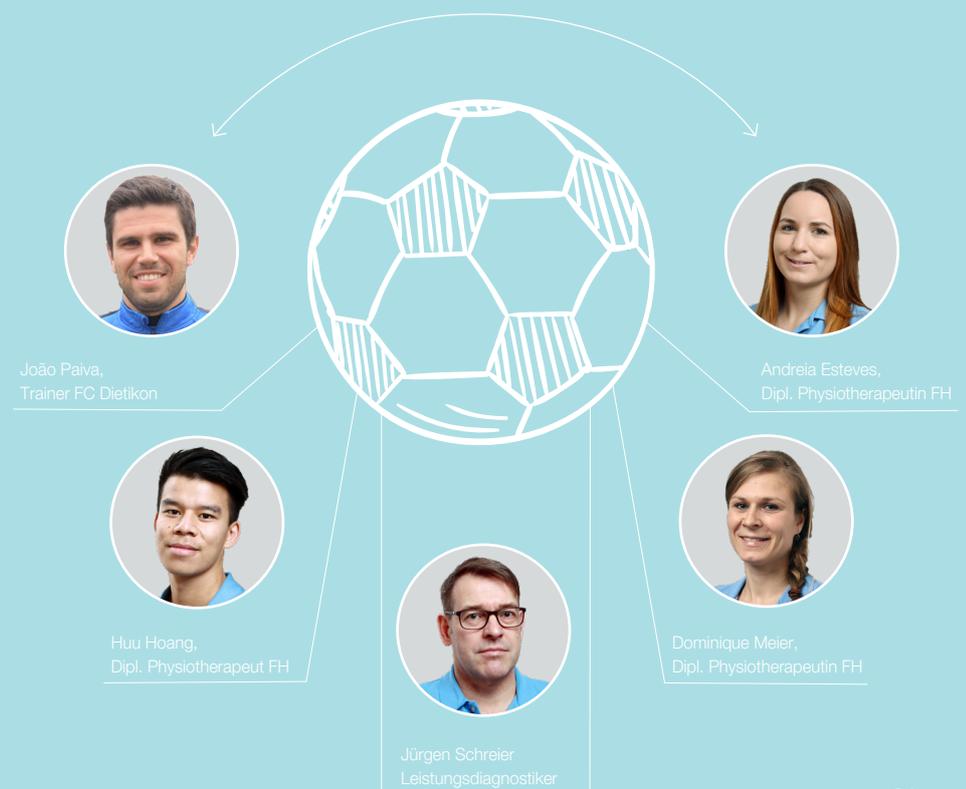
Experten des Physiozentrum Limmatfeld Massnahmen zur Förderung seiner Spieler planen, um die Leistungsentwicklung jedes einzelnen Mannschaftsmitglieds möglichst individuell zu fördern.

Und bei einer auftretenden Verletzung dienen die Testwerte der gesunden Spieler als wichtige Sollgrösse für die Planung der Rehabilitation und die Rückkehr zum Sport.

Quellen

1. A. Gebert et al. (2015): «Verletzungen im Schweizer Fussball: Eine retrospektive Befragung von beim Fussball-spielen verunfallten Personen». Lamprecht & Stamm Sozialforschung und Beratung AG. Zürich, Mai 2015, im Auftrag von SuvaLiv (Nachbefragung zu rund 800 Fussballunfällen bezüglich Verletzungsarten, Verletzungsursachen, Unfallsettings und präventivem Verhalten).
2. UVG-Statistik, NBUV & UVAL, 2013-2017, Stand 2017, Hochrechnung aus Stichprobe, SSUV

Rundumbetreuung im Fussball



Gutes bleibt bestehen.

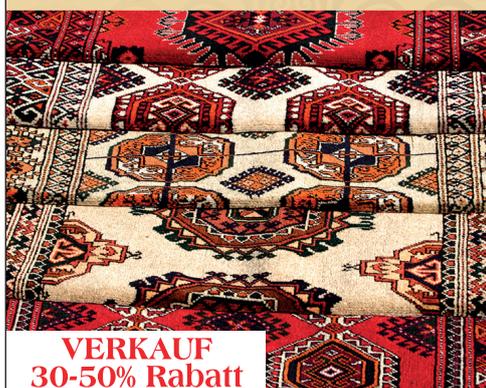


Sicherheit mit Zukunft.



AQUILANA
VERSICHERUNGEN

ORIENTTEPPICH



VERKAUF
30-50% Rabatt



REPARATUR
20% Rabatt



REINIGUNG
20% Rabatt

Nachher

- * Teppichwäsche (Milben- und Mottenschutz)
- * Teppichwäsche auf altpersische Art ab Fr. 19.90/m2
- * Teppichreparaturen
- * Kostenlose Beratung sowie Abhol- und Bringservice im Umkreis von 100 Km
- * Echte handgeknüpfte Orientteppiche
- * Grosse Auswahl mit vielen Angeboten und Aktionen

ORIENTTEPPICH-GALERIE TÄBRIZ

Stadtturmstr. 22, 5400 Baden
Tel. u. Fax 056 555 25 68
info@orientteppich-taebritz.ch
www.orientteppich-taebritz.ch

Zentralstrasse 57, 5610 Wohlen
Tel. u. Fax 056 544 35 46

Montag geschlossen

HELP

Dr. med. Jolanda Contartese, Leitende Ärztin Intermediate Care Unit und Stroke Unit
 Dr. med. Otto Meyer, Leitender Arzt Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie
 Prof. Dr. med. Jürg Hans Beer, Direktor und Chefarzt Departement Innere Medizin

Der Begriff Delir stammt ursprünglich aus dem lateinischen «de lira ire» und meint aus der Spur oder aus der Furche geraten. Seit der Einführung der beiden gebräuchlichen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV werden zuvor synonym verwendete Begriffe wie «akuter exogener Reaktions-Typus», «Durchgangssyndrom» oder «akute organische Psychose» unter dem Begriff Delir subsumiert.

Definition, Klinik und Prädilektionstypen:

Das Delir ist keine eigene Krankheitsentität, sondern ein ätiologisch unspezifisches hirnganisches Syndrom mit akut auftretender und stark fluktuierender Symptomatik. Typische Merkmale sind eine Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, verbunden mit Störungen der Wahrnehmung und des Denkens. Störungen des Schlaf/Wach-Rhythmus und der Psychomotorik sind weitere häufige Symptome. Die Heterogenität dieser Symptome in Bezug auf Intensität, Verlauf und klinischer Präsentation stellen für Diagnose und Therapie eine besondere Herausforderung dar.

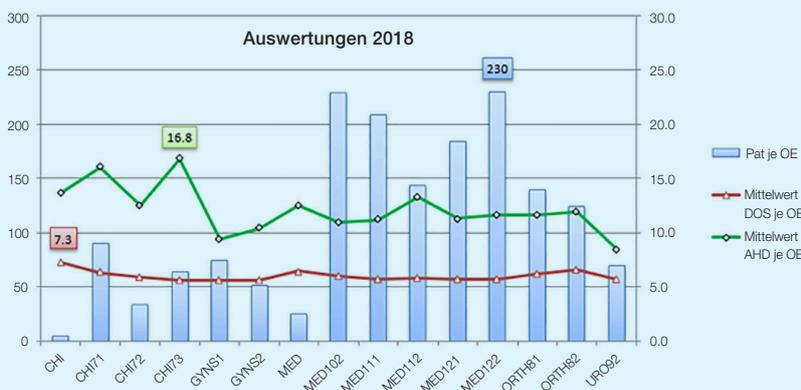
Anhand der psychomotorischen Symptomatik wird das Delir in 3 Subtypen unterteilt. Die hyperaktive Form ist aufgrund der gesteigerten Motorik, Rastlosigkeit bis hin zu aggressivem Verhalten und begleitenden vegetativen Symptomen in der Regel rasch erkennbar. Bei älteren Personen mit vorbestehender Kognitionsstörung präsentiert sich das Delir oft in seiner hypoaktiven Form, die als Passivität, depressives Syndrom oder Anpassungsstörung verkannt und oft übersehen werden kann. Bei der gemischten Form kommt es zu einem Wechsel von hyper- und hypoaktiven Phasen.

Hinzu kommt, dass das Delir gerade bei älteren Patienten erstes und einziges Symptom einer schweren Krankheit, beispielsweise einer Pneumonie oder einer Sepsis zeigen kann.

Zahlen und Fakten zum Delir:

Die Prävalenz ist hoch und beträgt in der Allgemeinbevölkerung 1-2%, bei den über 85-jährigen ist jede 6. Person betroffen. Besonders hoch ist die Prävalenz bei akut hospitalisierten Personen: mindestens jede 5. Person zeigt ein Delir, bei den über 65-jährigen sind es bis zu 30%. Die höchsten Inzidenzraten zeigen sich bei über 65-jährigen postoperativen und Intensivpflege Patienten (50-80%). Eine Auswertung am Kantonsspital Baden aus dem Jahr 2018 zeigte eine Prävalenz von 9% (DOS: Delirium Observation Scale >2). Dabei zeigte die «delirante Gruppe» im Vergleich zur «nicht deliranten Gruppe» eine Verdoppelung der Hospitalisationsdauer (11.8 vs 5.8 Tage) (siehe Abbildung 1).

Konkrete Folgen am KSB: 2018



Total Pat:	1688
Total Pat KSB (ohne Säuglinge):	18624
Anteil Delir:	9%
AHD Delir-Pat:	11.8 Tage
AHD ohne Delir:	5.8 Tage

* Erhebung der Daten aus «DOS» Delirium Observation Scale (Kisim)

(Abbildung 1)

	Delir (alle Formen)	Demenz komplett	davon Demenz mit Delir	Delir bei C2 Abhängigkeit	Delir bei operativen Partitionen
2013	401	423	60	44	146
2014	430	453	70	41	150
2015	520	576	116	54	159
2016	563	656	147	54	196
2017	603	595	109	56	190
2018	684	683	116	60	237
2019*	504 (HR 756)	479	70	49	166

(Abbildung 2)

Eine weitere Analyse zeigte, dass die Anzahl Delirien am KSB zwischen 2013 und 2018 um 70% zugenommen hat (siehe Abbildung 2)

Obwohl das Delir in der Mehrzahl der Fälle vollständig reversibel ist, ist die Prognose aufgrund einer erhöhten Morbidität und Mortalität, vermehrter Komplikationen, persistierender kognitiver Defizite (ca. 1/3 der Fälle), verlängerter Hospitalisationen, funktionellem Abbau und erhöhtem Unterstützungsbedarf insgesamt deutlich schlechter.

Medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie

Aus therapeutischer Sicht ist die zeitnahe Identifikation der präzipitierenden (auslösenden) und der prädisponierenden (vorbestehenden) Risikofaktoren essentiell, da die kausale Therapie wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist und langwierige und schwere Verläufe verhindern kann. Der Einsatz von Neuroleptika zeigt in Bezug auf die Dauer eines Delirs, die Mortalität und Morbidität keine signifikante Verbesserung. Ihr Einsatz ist somit auf die Behandlung delirassoziierter Verhaltensstörungen wie Agitation, psychotische Störungen oder bei Eigen- oder Fremdgefährdung beschränkt. Eine besondere Bedeutung kommt der nicht-medikamentösen Therapie zu, insbesondere bei der Delirprävention. Entsprechende Studien mit nicht pharmakologischen Interventions-Programmen bei delirgefährdeten Patienten zeigte eine Reduktion der Delirrate von 30-50%.

Herausforderung im Akutspital

Diese Entwicklung stellt Akutspitäler vor grosse Herausforderungen: Der Betreuungsaufwand deliranter Patienten ist hoch, und die latente Selbstgefährdung

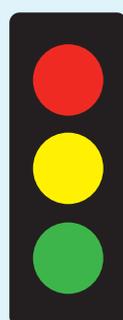
macht auch auf Normalstation häufig eine 1:1 Betreuung notwendig, gerade in den schlechter besetzten Spät- und Nachtdiensten. Bei oppositionellem oder aggressivem Verhalten müssen die Patienten in Einzelzimmer oder auf eine Überwachungsstation verlegt werden, was zu Kapazitätsengpässen führen kann. Nicht selten ist ein Delir auch für Angehörige und Mitpatienten belastend und es besteht ein hoher Klärungsbedarf. Regelmässige Gespräche und Informationen zum Krankheitsbild, Verlauf und möglicher Prognose sind notwendig und wichtig. Bei prolongierten deliranten Zuständen ist ein Austritt nach Hause oder in eine Rehabilitation oft nicht oder nur mit Verzögerung möglich, oder sie muss zugunsten einer temporären Institutionalisierung oder einer stationär psychiatrischen Einweisung aufgeschoben werden.

Delir Projekt am KSB:

Vor diesem Hintergrund hat die Spitalleitung des KSB am 5.11.2019 beschlossen, das bestehende Delirkonzept zu überarbeiten und zu vereinheitlichen, die Delirprävention zu stärken und Sofort-

massnahmen zur Entlastung und Unterstützung in der Betreuung deliranter Patienten zu erarbeiten. Zur Umsetzung wurde spitalintern ein interdisziplinäres Team bestehend aus den Bereichen Chirurgie, Intensivmedizin, Notfall, Innere Medizin, Pflege und Therapeutische Dienste zusammengestellt. Grundlage des Konzeptes ist die Einteilung stationärer Patienten im Alter 65+ in 3 Gruppen: Gruppe A: Patient 65+ ohne Risikofaktoren ohne Delir; Gruppe B: Patient 65+ mit Risikofaktoren, kein Delir, und Gruppe C: Patient mit Delir. Für jede Gruppe wurden diagnostische und therapeutische Interventionen erarbeitet. Ein einheitliches spitalweites Ampelsystem (grün für Gruppe A, gelb für Gruppe B, rot für Gruppe C) dient der einfachen Erkennbarkeit über alle Bereiche und alle Berufsgruppen hinweg, die in der Patientenbetreuung involviert sind (Abbildung 3). Eine besondere Bedeutung kommt der Delir-Risikogruppe B zu: In Anlehnung des aus den USA und Kanada bekannten HELP Programmes (Hospital Elderly Life Program) werden mehrmals täglich spezifische Interventionen durch geschulte Freiwillige durchgeführt mit

Lösungsansatz: KSB-Ampelsystem (Pat-Gruppe 65+)



Manifestes Delir:

Massnahmen gemäss Delirkonzept ergreifen



Gefahr eines Delirs:

Prävention gemäss HELP-Programm



Keine Delirgefährdung:

keine Massnahmen

(Abbildung 3)

Kontakt

Direktionssekretariat

Telefon +41 56 486 25 02
sekretariat.ca.medicin@ksb.ch

Akutgeriatrie

Telefon +41 56 486 28 20
geriatrie@ksb.ch

dem Ziel, die körperlichen und kognitiven Funktionen bestmöglich zu unterstützen. Je nach Bedarf werden folgende Interventionen angeleitet: Orientierungshilfen, frühe Mobilisation, therapeutische Aktivierung, Förderung der Wahrnehmung (Seh- und Hörhilfe), Unterstützung bei Essen und Trinken sowie Förderung von Schlafritualen. Die Freiwilligen werden durch das HELP-Team KSB, bestehend aus Ärzten, Pflegefachspezialisten, Fachtherapeuten und einer HELP-Koordinatorin begleitet und eingeteilt. Die Identifikation der Risikopatienten erfolgte bei Eintritt auf der Notfallstation. Bei elektiven Eintritten wäre eine Risiko-Evaluation durch den betreuenden Hausarzt wünschenswert. Die Erhebung der Kriterien dauert ca. 15 min., die Kriterien sind in Abbildung 4 aufgeführt. Mögliche Risikopatienten werden dann durch die

oben erwähnten Freiwilligen und das Delir-Team mitbetreut. Als Pilotstation dient die akutgeriatriische Abteilung mit 26 Betten (13 internistisch, 13 akutgeriatriisch), der für März 2020 geplante Start wurde aufgrund der Corona-Pandemie vorerst verschoben und wird voraussichtlich frühestens im Herbst stattfinden können. Die Pilotphase dauert 3 Monate, danach erfolgt eine erste Evaluation. Bei positivem Ergebnis möchten wir das Konzept auf die chirurgischen Disziplinen ausdehnen, hier sehen wir aufgrund der grösseren Anzahl elektiver Eintritte Potential für eine Kooperation mit ihnen als betreuende Hausärzte mit dem Ziel, die Versorgung delirgefährdeter Patienten gemeinsam zu verbessern. Gerne werden wir über den Verlauf des neuen Delirkonzeptes wieder berichten und freuen uns auf den gemeinsamen Austausch.

Delirprävention im stationären Bereich: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien: Alter ≥ 65 jährig **UND** ≥ 1 Kriterium

- leichte Kognitionsstörung: MMSE 20-26 Punkte
- Unterstützung bei der Mobilität oder ≥ 1 ADL
- Visusminderung (Kittelkarte < 20/70)
- Hörschwäche (Fingerreiben bds.)
- Status nach Delir

Ausschlusskriterien:

- Patient mit Delir oder Verdacht auf Delir (DOS ≥ 3)
- Patient komatös oder beatmet
- Fehlende oder schwer eingeschränkte Kommunikation (Aphasie u.a.)
- Schwere terminale Erkrankung
- Eigen und/oder Fremdgefährdung
- MMSE < 20 Punkte
- Isolation (nach Absprache)
- Neutropenie < 500
- Geplanter Austritt < 48h
- Fehlende Einwilligung (Patient, Angehörige, Behandlungsteam) (Abbildung 4)

What's new

- Durch die Kombination aus individueller Begleitung der Patienten durch Freiwillige und der Schulung und Beratung von Pflegefachkräften, Ärzten und Angehörigen bietet HELP einen umfassenden Ansatz zur Prävention des Delirs
- Erhaltung der physischen und kognitiven Funktion während der Hospitalisation durch tägliche Interventionen
- Unabhängigkeit nach Spitalentlassung
- Steigerung der geriatrischen Fähigkeiten



Dr. med. Jolanda Contartese
Leitende Ärztin Intermediate
Care Unit und Stroke Unit



Dr. med. Otto Meyer,
Leitender Arzt Innere Medizin
mit Schwerpunkt Geriatrie



Prof. Dr. med. Jürg Hans Beer
Direktor und Chefarzt
Department Innere Medizin

Präoperative Anämieabklärung: «Patient blood management»

Dr. med. Tobias Bühler, Leitender Arzt Orthopädie



Von links: Dr. med. Tobias Bühler mit Dr. med. Andreas Bürgi am Empfang der Orthopädie

Wir legen im Rahmen der Planung elektiver Eingriffe und insbesondere beim künstlichen Gelenkersatz von Knie- und Hüftgelenken immer mehr Gewicht auf die Optimierung des Gesundheitszustandes unserer Patienten. Das Augenmerk liegt hier neben der idealen Einstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren und der Blutzuckerkontrolle zunehmend auf der Identifikation und Behandlung von Anämien.

Dabei kommt Ihnen als Zuweiserinnen und Zuweiser eine entscheidende Rolle zu – Sie kennen Ihre Patienten und deren Risikofaktoren am besten und die Verbesserung dieser Faktoren im

Vorfeld operativer Eingriffe erfolgt am zuverlässigsten durch Sie.

Insbesondere bei geplanten Hüft- und Knieprothesen hat die präoperative Korrektur der Anämie in mehreren Untersuchungen zu einer eindrucklichen Reduktion der perioperativen Morbidität und Mortalität geführt. Dabei wurde gezeigt, dass eine tiefe präoperative Hämoglobinkonzentration die Hospitalisationszeit, den intra- und postoperativen Transfusionsbedarf sowie die Re-Hospitalisationsrate bis 3 Monate nach dem Eingriff signifikant erhöht. Ausserdem ist die präoperative Anämie direkt mit einer erhöhten 30-Tage Morbidität assoziiert. Zusätz-

lich steigt das Infektionsrisiko bei Patienten mit transfusionsbedürftiger perioperativer Anämie deutlich an. Eine frühzeitig erkannte Anämie kann durch Korrektur des meist vorhandenen Eisenmangels auch vier Wochen vor einem geplanten Ersatz von Knie- oder Hüftgelenken noch suffizient behandelt werden. Der Eisenmangel kommt bei diesen Patienten sehr oft durch ein Eisenpooling in entzündeten und inflammatorisch aktiven Gelenken zustande. Die Korrektur des Eisenmangels erfolgt abhängig von der Dringlichkeit peroral oder intravenös – dies findet idealerweise ambulant und präoperativ in der Hausarztpraxis statt. Wir werden in den nächsten Wochen

Kontakt

IPAS

Telefon +41 56 486 26 25
 ipas.chirurgie@ksb.ch

Sekretariat Klinik für Orthopädie und Traumatologie

Telefon +41 56 486 28 88
 ortho@ksb.ch

Dr. med. Tobias Bühler,
 Leitender Arzt Orthopädie

Telefon +41 56 486 10 82
 tobias.buehler@ksb.ch

Dr. med. Andreas Würzburg,
 Stv. Leitender Arzt Orthopädie

Telefon +41 56 486 30 70
 andreas.wuerzburg@ksb.ch

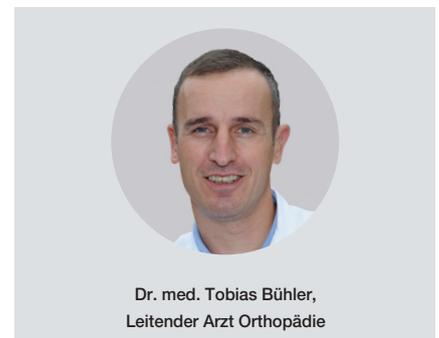
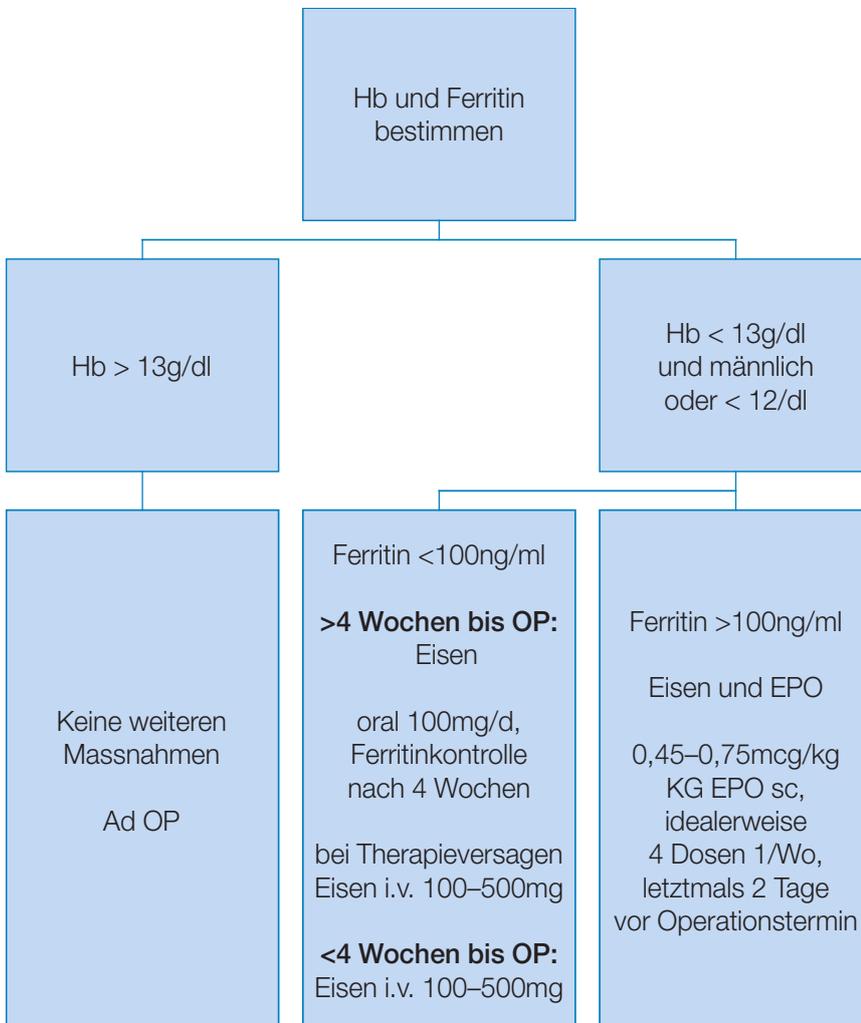
What's new

- Die Korrektur einer präoperativen Anämie senkt das perioperative Risiko
- Die Anämieabklärung und Behandlung erfolgt idealerweise 4 Wochen präoperativ in der Hausarztpraxis

ein detailliertes Konzept zur Klassifikation des Schweregrades der Anämie sowie deren Behandlung im Zusammenhang mit der zeitlichen Planung von Knie- und Hüftgelenkersatz auf der orthopädischen Klinik des Kantons-
 spitals Baden erstellen.

Wir werden Sie zu gegebenen Zeitpunkt und bei Interesse zu einer separaten Fortbildungsveranstaltung einladen und dieses Konzept dann im Detail vorstellen.

Möglicher Algorithmus zur Eisensubstitution bei Eisenmangelanämie





ANDI,

HOCHSTAPLER

**Auffällig effizient. Unsere Logistik.
Weil wir einfach mehr können.**

Ob Druck-, Verlags- oder Onlineleistung – mit der Effingermedien AG als Partner fallen Sie auf.

Weil wir nicht den Standard, sondern das Optimum bieten.

Weil unser Team niemals 08/15, sondern immer einzigartig ist. Und: weil Sie bei uns einfach viel mehr bekommen. Und das seit 150 Jahren.

effinger
medien

viel mehr als Druck.



aarReha
Schinznach

Weiterkommen.

Ein Ambiente zum Wohlfühlen, höchste Reha-Kompetenz und viel Empathie.

Herzlich willkommen in unseren Kliniken in Schinznach und Zofingen oder im neuen Ambulatorium am Campus Brugg-Windisch.

Wir sind für Ihre Patientinnen und Patienten da!

Jetzt am Campus Brugg-Windisch

www.aarreha.ch

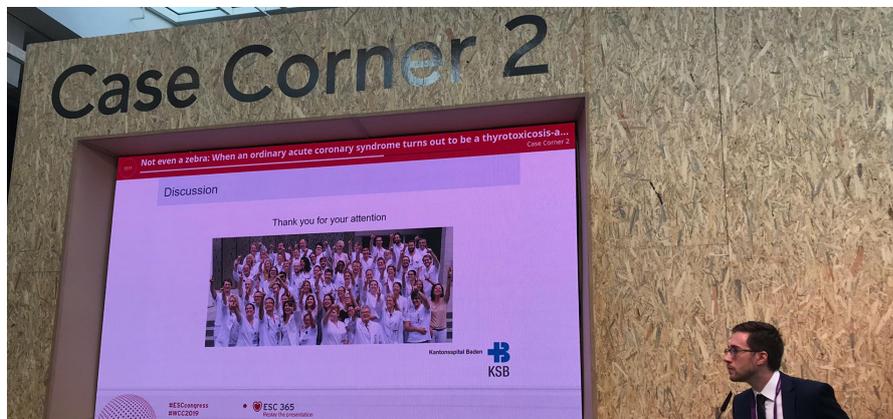
Kardiologie

Ehrenmeldung Dr. med. Stjepan Jurisic

Herzliche Gratulation!

«Not even a zebra» Mit diesem Titel wurde Dr. med. Stjepan Jurisic an den internationalen ESC-Kongress in Paris eingeladen, wo er einen Patientenfall zum Thema «wenn sich hinter einem akuten Koronarsyndrom ein Hyperthyreose-assoziiertes Takotsubo-Syndrom verbirgt» vorstellen durfte. Die Fallvorstellung wurde nun erfolgreich als Cardiovascular Flashlight im renommierten «European Heart Journal» publiziert. Wir gratulieren ganz herzlich zu diesem Erfolg.

Anbei der Link zur Publikation:



Von links: Prof. Jürg Beer, Dr. med. Jolanda Contartese, Dr. med. Stjepan Jurisic

Kardiologie

Preis für Dr. Lian Krivoshei

Am Wintermeeting der Arbeitsgruppe für interventionelle Kardiologie Schweiz in Neuchâtel wurde Dr. med. Lian Krivoshei mit dem 2. Platz ausgezeichnet.





KLINIK BARMELWEID: GEPFLEGT GESUND WERDEN



Unser neues,
modernes
Bettenhaus ist
eröffnet.

Die Klinik Barmelweid ist die führende Spezial- und Rehabilitationsklinik für **geriatrische, internistische, kardiovaskuläre** und **pulmonale Rehabilitation, psychosomatische Medizin** und **Psychotherapie** sowie **Schlafmedizin**.

- Dr. med. Bettina Hurni, Leiterin Geriatrie
- Prof. Dr. med. Ramin Khatami, Chefarzt Schlafmedizin
- Dr. med. Joram Ronel, Chefarzt Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Prof. Dr. med. Jean-Paul Schmid, Chefarzt Kardiologie
- Dr. med. Thomas Sigrist, Chefarzt Pneumologie/Innere Medizin

