ksb update

Fachmagazin für Zuweisende der Kantonsspital Baden AG



Inhalt

17 Covid-Spezial

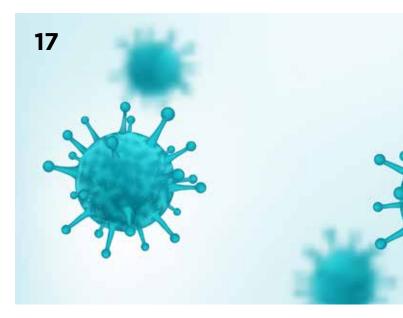
Diese Learnings ziehen die KSB-Ärzte aus der Pandemie: Die Erkrankung aus Sicht der Fachbereiche sowie Tipps für den Praxisalltag.

41 Risikogeburten

Risikokonstellationen, wie die Beckenendlage und Zwillingsgeburten, stellen eine geburtshilfliche Herausforderung für eine natürliche Geburt dar. Wir erklären, wie das KSB damit umgeht.

44 Vorfusskorrekturen

In Down Under gelernt, in Baden übernommen: Modernste Therapien zur Behandlung von symptomatischen Zehenfehlstellungen.





Impressum KSB Update 02/20

Herausgeber: Kantonsspital Baden AG, update@ksb.ch.

Auflage: 1300 Exemplare / 2-mal jährlich.

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

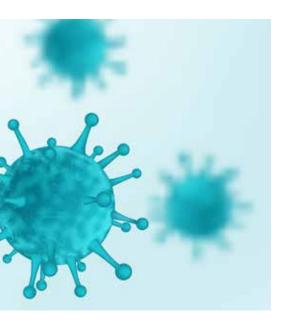
PD Dr. med. Karim Eid, Chefarzt und Leiter Orthopädie; Stefan Wey, Stv. Leiter Kommunikation / Marketing.

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

Fotos: Stefan Wey, KSB: Seiten 6, 27, 42; Redact Kommunikation AG: Seiten 9, 11, 37; zur Verfügung gestellt: Seiten 4, 5.

Anzeigen: Walter Peyer, peyer & partner media gmbh







04	Kooperation
06	Neues aus dem KSB
80	Bauchzentrum
36	Nephrologische Kindersprechstunde
49	Gendermedizin
52	Neu am KSB
56	Mentales Coaching
60	Hausarzt-Curriculum
61	Publikationen aus dem KSB
63	Prävention
66	Schlusswort



Prof. Dr. med. Antonio Nocito Direktor Departement Chirurgie und Mitglied Geschäftsleitung KSB

Es gibt Schätzungen, wonach sich das quantitative medizinische Wissen alle 73 Tage verdoppelt. Unabhängig davon, ob diese Zahl stimmt. Fakt ist: die Medizin macht laufend Fortschritte. Damit einhergeht die Spezialisierung. Und wo Spezialisten am Werk sind, besteht die Gefahr, dass man vor lauter Bäumen den Wald nicht mehr sieht.

Um das Know-how der Spezialisten zusammenzuführen, schaffen wir daher am KSB per 1. Januar 2021 ein Bauchzentrum. Ziel ist es, nicht nur die Behandlungsqualität weiter zu steigern, sondern auch die Abläufe und Ressourcenplanung zu vereinheitlichen und zu optimieren. Zudem können wir noch besser auf komplexe Anforderungen von akut erkrankten Patienten eingehen. Für Sie als Zuweiser hat diese Neuorganisation den Vorteil, dass Sie für jede Fragestellung rund um das Thema Bauch über einen einzigen Kontaktpunkt die beste Lösung erhalten. Mehr dazu erfahren Sie auf den folgenden Seiten.

In der Viszeralchirurgie und in der Gastroenterologie hat der Wissensstand über Jahre kontinuierlich zugenommen. Ganz im Gegensatz dazu stehen die Mediziner, die Covid-19-Patienten behandeln, oft noch vor Rätseln. Zu welchen Erkenntnissen sie bei der Behandlung von Patienten und im Austausch mit Kollegen gelangt sind, erzählen Ihnen unsere Pneumologen, Kardiologen, Nephrologen und Internisten im Corona-Spezial.

Wir hoffen, dass wir damit dem Titel des Magazins - Update - gerecht werden und einen Beitrag zur Wissensverbreitung geleistet haben. Für Anregungen, Rückmeldungen und Hinweise sind wir Ihnen dankbar, denn «der Fortschritt lebt vom Austausch des Wissens», wie es Albert Einstein einst sehr treffend formuliert hat.

Eine angenehme Lektüre wünscht Ihnen Prof. Dr. med. Antonio Nocito



Kooperationsvereinbarung: ETH Zürich und KSB vertiefen Zusammenarbeit

Die ETH Zürich verstärkt ihre Präsenz auf dem Gesundheitscampus des KSB. Sie wird im Partnerhaus II, dessen Bau im Jahr 2021 in Angriff genommen wird, zwei Etagen mit insgesamt 1600 Quadratmetern Fläche beziehen. Die beiden Institutionen haben die Kooperationsvereinbarung «Clinical Research ETH@KSB» unterzeichnet, um die akademische Zusammenarbeit weiter zu vertiefen.

Das KSB und die ETH arbeiten bereits seit 2017 eng zusammen. Der damals von der ETH neu lancierte Bachelor-Studiengang in Humanmedizin beginnt seitdem mit einer Startwoche im KSB, wo die Studierenden «Spitalluft» schnuppern können. Diese praxisbezogene Ausbildung im Spital geniesst Modellcharakter, wurde sie doch für den KITE-Award 2020 nominiert.

Darüber hinaus kooperieren die beiden Institutionen auch in der Forschung. Die ETH hat Räumlichkeiten im 2018 eröffneten Partnerhaus des KSB bezogen, in dem ETH-Wissenschaftlerinnen und -Wissenschaftler vor Ort forschen. Im KSB Health Innovation Hub werden dort gemeinsame Projekte vorangetrieben.

Diese bereits bestehende Zusammenarbeit wird nun weiter vertieft. Ziel der Kooperation «Clinical Research ETH@KSB» ist es, gemeinsame Initiativen und Forschungsprojekte zu forcieren und zu begleiten. Dabei geht es um klinische Studien und die gemeinsame Verwendung von biologischem Material und gesundheitsbezogenen Daten, was die medizinische Forschung erheblich voranbringen soll.

Untergebracht wird der ETH-Aussenstandort im KSB-Partnerhaus II, das gemäss aktueller Planung parallel zur Eröffnung des KSB-Neubaus im Jahr 2023 in Betrieb genommen wird. Die Kosten für das Partnerhaus II belaufen sich auf zwanzig Millionen Franken. Der Baubeginn ist im Verlauf des kommenden Jahres vorgesehen.

Visualisierung: So wird das Partnerhaus II auf dem KSB-Gesundheitscampus aussehen.



ETH@KSB: Das sagen die Beteiligten



Adrian Schmitter CEO Kantonsspital Baden AG

«Wir sind stolz, dass eine Institution wie die ETH eine Zusammenarbeit mit einem Zentrumsspital aus dem Aargau eingeht. Mit unserem Spitalbetrieb können wir den Forschern ein praxisbezogenes Umfeld bieten. Das KSB wird auch in Zukunft keine universitäre Grundlagenforschung betreiben. Uns geht es vielmehr darum, zusammen mit unseren Partnern Anwendungen zu entwickeln, die den Patienten einen direkten Nutzen bringen.»



Prof. Dr. Detlef Günther Vizepräsident Forschung ETH

«Die ETH Zürich leistet bereits heute wichtige Beiträge in der medizinischen Grundlagenforschung und möchte ihre Aktivitäten in der Zukunft mit weiteren klinischen Partnern ausbauen. Neben den universitären Spitälern wird auch die Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Baden neue Möglichkeiten für Kooperationen eröffnen.»



Prof. Dr. Christian WolfrumDelegierter Medizinische Forschung der ETH

«Es handelt sich um eine Win-Win-Situation. Die ETH Zürich möchte die bewährte Partnerschaft mit dem Kantonsspital Baden ausbauen. Die Zusammenarbeit im Health Innovation Hub des KSB bringt uns in der klinischen Forschung einen enormen Mehrwert.»



Daniel Heller VR-Präsident Kantonsspital Baden AG

«Unsere Immobilienstrategie sieht vor, das KSB vom Krankenhaus zum Gesundheitscampus zu entwickeln. Dazu vernetzen wir uns auf dem Areal mit vor- und nachgelagerten Gesundheitsversorgern. Das führt zu einem zunehmenden Bedarf an Räumlichkeiten, die wir an Dritte vermieten. Durch den KSB Health Innovation Hub wurden wir für die ETH zu einem interessanten Innovationspartner. Mit der ETH als Hauptmieter im Partnerhaus II haben wir einen Partner gefunden, mit dem wir gemeinsam Innovationsprojekte vorantreiben können.»

KSB und Spital Muri gründen gemeinsames Brustzentrum

Das KSB und das Spital Muri gehen bei der Bekämpfung von Brustkrebs gemeinsame Wege. Zu diesem Zweck haben die beiden Spitäler das interdisziplinäre «Brustzentrum Aargau» gegründet, das von PD Dr. med. Cornelia Leo geleitet wird. Die Gründung des Brustzentrums Aargau erfolgt im Rahmen der Kooperationsvereinbarung, die das KSB und das Spital Muri im Frühjahr 2019 unterzeichnet haben. Durch den Schulterschluss wird gewährleistet, dass die beiden Spitäler der Bevölkerung in ihrem Einzugsgebiet auch in Zukunft eine qualitativ hochstehende, wohnortnahe Versorgung bieten.



Pädiatrische Radiologie ist A-klassig

Die Pädiatrische Radiologie des KSB unter der Leitung von Dr. med. Olaf Magerkurth ist neu vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) als Weiterbildungsstätte der Kategorie A anerkannt. Somit kann das KSB im Anschluss an die Weiterbildung zum Facharzt Radiologie die gesamte Weiterbildung zum Erhalt der Schwerpunktsbezeichnung Pädiatrische Radiologie anbieten und die Attraktivität für Patienten, zuweisende Ärzte und den radiologischen Nachwuchs weiter steigern. Schweizweit verfügen bloss acht Kliniken über den A-Status.



Die Patienten haben das Wort

Das KSB leistet bei der Qualitätsmessung Pionierarbeit: Als eines der ersten Spitäler holt es bei allen stationär behandelten Patienten systematisch Online-Rückmeldungen ein. Die Erhebung der Patienten-Feedbacks erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Berner Unternehmen Swiss QualiQuest AG. Die Patienten entscheiden

selbst, ob sie ihr Feedback anonym oder mit Namen abgeben und veröffentlichen möchten. Die freigegebenen Kommentare werden auf der Webseite des KSB publiziert. Nach über 500 Bewertungen liegt die Weiterempfehlungsrate bei hohen 97 Prozent.



Sylvia Stadlmann zeichnet sich als Co-Autorin aus



PD Dr. med. Sylvia Stadlmann Leitende Ärztin am Institut für Pathologie

PD Dr. med. Sylvia Stadlmann, Leitende Ärztin am Institut für Pathologie des KSB, hat sich als Mitautorin des Standardwerks «Remmele» einen Namen gemacht. Die aktualisierte Neuauflage des Fachbandes «Leber, Gallenwege und Pankreas» ist Ende Juli 2020 im renommierten Springer Verlag erschienen. In ihrem Beitrag beschreibt Sylvia Stadlmann

medikamentös-toxische Leberschäden unter Einbezug von Epidemiologie, Ätiologie, Pathogenese, Genetik und Klinik. Bereits zuvor hatte sie zahlreiche Publikationen über seltene Lebererkrankungen veröffentlich und sich in den letzten Jahren insbesondere auf medikamentös verursachte Leberentzündungen fokussiert.

Philipp Rahm neuer Leiter Notfallpraxis



Dr. med. Philipp Rahm Leitender Arzt INZ

Dr. med. Philipp Rahm hat am 1. Oktober 2020 die Leitung der KSB-Notfallpraxis übernommen, in der mittlerweile über 23'000 Patienten pro Jahr behandelt werden. Philipp Rahm arbeitet seit über 15 Jahren im KSB und kennt die Notfallpraxis seit ihrer Entstehung. Im Interdisziplinären Notfallzentrum (INZ) ist er seit 2008 als Oberarzt und seit 2017 als stv. Leitender Arzt tätig. Er trägt den Facharzttitel für Allgemeine Innere Medizin, den Fähigkeitsausweis für manuelle Medizin und den Fähigkeitsausweis für klinische Notfallmedizin. Durch seine Engagements in der kantonalen Notfallkommission und der Notfallpraxiskommission ist Philipp Rahm im Gesundheitswesen breit vernetzt. Hausintern ist er in diversen interdisziplinären Projekten tätig.

Ausgezeichnete Radio-Onkologie



Dr. med. Kirsten Steinauer Leitende Ärztin Radio-Onkologie Standort KSB

Das Radio-Onkologie-Zentrum, das vom KSA und KSB gemeinsam betrieben wird, ist für das Qualitätsmanagement nach ISO-Norm 9001 spital-übergreifend zertifiziert worden. Das Qualitätssiegel ist eine Bestätigung für die erfolgreiche Kooperation der beiden Kantonsspitäler in der Strahlentherapie. Diese wird am KSB von Dr. med. Kirsten Steinauer geleitet.

KSB-Bauchzentrum Der Patient steht im Zentrum

Am 1. Januar 2021 beginnt im KSB eine neue Ära: Patienten mit Baucherkrankungen werden im neu geschaffenen interdisziplinären Bauchzentrum betreut. Dessen Kern bilden die Gastroenterologen und die Viszeralchirurgen. Ziel ist es, Patienten mit Bauchleiden eine rasche, effiziente und qualitativ hochwertige Behandlung zu bieten.

«Im Bauchzentrum gruppieren sich Spezialisten um ihre Patienten – und nicht umgekehrt. So können wir den Patienten eine einzige Anlaufstelle bieten, wo ihnen das gesamte Know-how der Ärzte gebündelt zur Verfügung steht», sagt KSB-CEO Adrian Schmitter. Dies entspreche auch der Strategie des KSB, die den Patienten ins Zentrum stelle.

Das KSB bricht somit als eines der ersten Kantonsspitäler die traditionellen Organisationsstrukturen auf, um seine Ressourcen in einem Bauchzentrum zu bündeln. Ziel ist es, nicht nur die Behandlungsqualität weiter zu steigern, sondern auch die Abläufe und Ressourcenplanung zu vereinheitlichen und zu optimieren. Nach den Zertifizierungen des Pankreastumor- und des Viszeralonkologischen Zentrums stellt die Gründung des Bauchzentrums den bisherigen Höhepunkt der

«Mit dieser Neuorganisation werden wir den höchsten Ansprüchen an eine moderne medizinische Behandlung gerecht. Zudem können wir noch besser auf komplexe Anforderungen von akut erkrankten Patienten eingehen», sagt Professor Antonio Nocito, Direktor des Departementes Chirurgie und Leiter des Bauchzentrums.

Transformation des KSB dar.

Unter dem Motto «Wir sind Bauch» hat sich das KSB in der jüngeren Vergangenheit bereits einen Namen als Anlaufstelle für Patienten mit komplexen Baucherkrankungen gemacht. Die Anzahl der Patienten stieg kontinuierlich an. Mittlerweile werden im KSB über dreitausend stationäre «Bauchfälle» pro Jahr behandelt – auch auf konservative Art und Weise, wie Antonio Nocito betont: «Ein chirurgischer Eingriff ist immer mit Risiken verbunden und stellt deshalb die Ultima Ratio dar. Im Bauchzentrum prüfen wir daher stets, ob ein Leiden auch konservativ behoben werden kann.»

Die Voraussetzungen für solch gesamtheitliche Abklärungen und Behandlungen sind gegeben, verfügt doch das KSB nebst dem medizinischen Know-how über eine Infrastruktur, die ideal auf die Bedürfnisse eines Bauchzentrums zugeschnitten ist. Dazu gehören zum einen Diagnoseinstrumente wie Laboruntersuchungen, Endoskopie, CT, MRI und PET-CT, zum anderen minimalinvasive Eingriffstechnologien in den acht OP-Sälen. «Auf den modern ausgestatteten Intensivpflegestationen können wir die Patienten nach schweren Eingriffen optimal behandeln», sagt Antonio Nocito.

Im KSB-Bauchzentrum werden vor allem Patienten und Patientinnen mit Tumorleiden und anderen komplexen Baucherkrankungen behandelt. Zuweisende Ärzte und Patienten haben die Gewähr, für jede Fragestellung über einen einzigen Kontaktpunkt die beste Lösung zu erhalten. «Eine enge Zusammenarbeit mit den Spezialisten und Hausärzten in der Region bleibt für das KSB von zentraler Bedeutung. Schliesslich verfolgen wir das gemeinsame Ziel, der Bevölkerung eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung zu bieten», sagt Antonio Nocito.

«Bauchschmerz ist eines der häufigsten Symptome, mit denen Patienten einen Arzt aufsuchen. Da die Ursachen jedoch vielfältiger Art sein können, stellt sich oft die Frage, welcher Facharzt am besten zu konsultieren ist. Tatsächlich

bedürfen Patienten mit akuten Bauchschmerzen oder unklaren Erkrankungen der Bauchorgane häufig der Kompetenz unterschiedlichster Fachabteilungen. Dieses Know-how haben wir im KSB-Bauchzentrum gebündelt.»

PD Dr. med. Matthias Froh, Chefarzt Gastroenterologie



KSB-Bauchzentrum

Neun Fragen, neun Antworten

1. Was wird neu?

Bisher waren mit der Inneren Medizin und der Chirurgie zwei medizinisch und administrativ getrennte Bereiche für das Thema «Bauch» zuständig. Daher kam es vor, dass Patienten mit gleichem Krankheitsbild je nach Triage unterschiedlich behandelt wurden. Mit der Bildung eines Bauchzentrums werden die Fachkompetenzen gebündelt, und durch den Wegfall von Schnittstellen werden die internen Abläufe optimiert. Notfall- sowie ambulante und stationäre Patienten erhalten künftig eine Anlaufstelle.

2. Kommt es zu personellen Veränderungen?

Nein. Prof. Antonio Nocito, Direktor des Departements Chirurgie, und PD Matthias Froh, Chefarzt Gastroenterologie, werden das KSB-Bauchzentrum gemeinsam weiterentwickeln und im Neubau, der voraussichtlich im Jahr 2023 in Betrieb genommen wird, verorten.

3. Wieso kommt es zu dieser Annäherung zwischen Chirurgen und Gastroenterologen?

Diese beiden Fachbereiche haben sich in den vergangenen Jahren stark weiterentwickelt. Während die Chirurgen kaum noch offene Eingriffe vornehmen und, zumindest im KSB, fast ausschliesslich minimalinvasiv tätig sind, sind die Gastroenterologen zunehmend invasiver geworden. So können sie heute beispielsweise mit ihren Geräten Tumore endoskopisch entfernen. Nicht zu vergessen ist auch die Radiologie, die nicht nur diagnostisch, sondern auch interventionell tätig ist. Es gibt also nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der technischen Entwicklung gute Gründe, die Kompetenzen aus diesen Fachbereichen zusammenzufassen.

4. Ist das KSB das erste Spital mit einem Bauchzentrum?

Nein, auch im Inselspital, um ein universitäres Beispiel zu nennen, gibt es ein Bauchzentrum. Auf der Stufe Kantonsspitäler nimmt das KSB mit der Bildung eines Bauchzentrums jedoch eine Vorreiterrolle ein.

5. Über welche USP verfügt das KSB?

Das Alleinstellungsmerkmal des KSB kann man mit folgender Formel auf den Punkt bringen: Interdisziplinarität+Bauchzentrierte Prozesse+ Bauchliche Abbildung=KSB Bauchzentrum.

6. Welche strategische Rolle spielt das Bauchzentrum für das KSB?

Die Thematik «Bauch» spielt für die Zukunftssicherung des Spitals eine zentrale Rolle. Das Bauchzentrum wird daher auch im KSB-Neubau, der voraussichtlich 2023 eröffnet wird, entsprechend zentral verortet werden.

7. Welche Vision steckt hinter dem KSB Bauchzentrum?

Das KSB Bauchzentrum soll ein interdisziplinäres und interprofessionelles Bauchzentrum mit einem Leistungsangebot entlang der Bedürfnisse des Patienten und definierten Behandlungspfaden unter effizientem Ressourceneinsatz zum Nutzen von Patient, Gesellschaft und Spital sein.

8. Welche Eingriffe und Behandlungen fallen unter das Thema «Bauch»?

Mit einer detaillierten Auflistung könnte man ein Buch füllen... Die Bandbreite reicht von Hernien über Krebserkrankungen der Bauchorgane bis hin zum Themenbereich Adipositas. Selbstverständlich gehören auch akute Erkrankungen wie Blinddarm- oder Gallenblasenentzündung, Darmverschluss oder gastrointestinale Blutungen zum Behandlungsspektrum.

9. Ist das KSB-Bauchzentrum eine Konkurrenz für die niedergelassenen Ärzte?

Nein. Die Zusammenarbeit, insbesondere mit den Gastroenterologen der Region, soll auch in Zukunft kollegial und unkompliziert erfolgen. So sind niedergelassene Gastroenterologen bereits heute Partner im Darmkrebszentrum. Ähnliches gilt für den fachlichen Austausch, dessen Pflege weiterhin höchste Priorität geniesst – ebenso wie die Aus- und Weiterbildung. Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Zuweisern und Zuweiserinnen rund um die Uhr ist für das Team des Bauchzentrums eine Selbstverständlichkeit und entscheidend für die gezielte Behandlung der Patienten.

Zuweisung:

Das KSB Bauchzentrum verfügt über eine zentrale Anlaufstelle. Diese ist unter Telefon 056 486 30 06 oder per E-Mail bauchzentrum@ksb.ch erreichbar.

«Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Zuweisern und Zuweiserinnen rund um die Uhr ist für das Team des Bauchzentrums eine Selbstverständlichkeit und entscheidend für die gezielte Behandlung der Patienten.»

Prof. Dr. med. Antonio Nocito



Zwanzig Spezialisten

Ein Team



Dr. med. Fabian Deichsel OA, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefässchirurgie



med. prakt. Katharina Dwertmann Stv. OÄ, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefässchirurgie



Dr. med. Franz EigenmannStv. Chefarzt ad personam
Gastroenterologie



PD Dr. med. Matthias Froh Chefarzt Gastroenterologie



Dr. med. Simone Hasler-Gehrer OÄ, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefässchirurgie



Dr. med. Boris Jenni OA, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefässchirurgie



Dr. med. Andreas Keerl LA, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefässchirurgie



Dr. med. Claudia Keerl OÄ Gastroenterologie



Dr. med. Lena Kelterborn OÄ Stv. Gastroenterologie



Dr. med. Matthias Kösters OA, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefässchirurgie



Christian Lutz Stv. OA, Gastroenterologie



Dr. med. Mark Mahanty Stv. LA Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefässchirurgie



Prof. Dr. med. Antonio NocitoDirektor Departement Chirurgie und
Chefarzt Chirurgie



Dr. med. Tina Runge OÄ, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefässchirurgie



Dr. med. Juliette Slieker OÄ Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefässchirurgie



Dr. med. Ulrich Schneider LA, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefässchirurgie



Med. prakt. Sebastian Soppe Stv. OA



Dr. med. Dominique Sülberg LÄ, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefässchirurgie



Dr. med. Andrea Viertel OÄ, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefässchirurgie



Dr. med. Andrea Wirsching OÄ, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefässchirurgie

KSB-Bauchzentrum

So werden Patienten behandelt

Elektiver Patientenpfad

An wen muss ich mich wenden? Diese Frage stellt sich für Patienten nicht mehr. Denn sie haben eine einzige Anlaufstelle. Im zentralen Empfang werden die Sprechstundentermine und das weitere Vorgehen organisiert.



Notfall Patientenpfad

Das Notfall-Team, das von Chefarzt Markus Schwendinger geleitet wird, nimmt die Erstversorgung der Patienten vor. Für eine klinische Beurteilung von «Bauch-Patienten» steht Konservative jederzeit ein Arzt aus dem Bauchzentrum zur Verfügung. Therapie Triage Notfall 1. Klinische Diagnostik 2. Klinische Spezielle Beurteilung Beurteilung . Diagnostik Operation Arzt Notfallarzt Bauchzentrum

Kontakt

Keine

Interdisziplinäres Bauchzentrum Telefon 056 486 16 00 bauchzentrum@ksb.ch bauch.ksb.ch

Gönnen Sie sich eine Auszeit und Ihrer Gesundheit Urlaub im VitalBoutique Hotel Zurzacherhof

Nicht mehr krank, aber noch nicht fit – so lässt sich der Schwebezustand nach einem längeren Spitalaufenthalt, einem operativen Eingriff oder einer schweren Krankheit zusammenfassen. Während der mehrtägigen Bettruhe bauen sich Muskeln rasch ab, der Appetit bleibt für gewöhnlich auf der Strecke und manch einem raubt ein seelisches Tief die Motivation, sich aufzurappeln. Der Ausgleich zwischen Aktivität und Ruhe, Spannung und Entspannung sind der Schlüssel, um Ihren Körper zu regenerieren und um wieder zu Kräften zu kommen.

Die RehaClinic und das VitalBoutique Hotel Zurzacherhof***S bieten in einer engen Symbiose die perfekte Kombination von aktivem Gesundheitsprogramm und angenehmer körperlicher und geistiger Entspannung. Beginnen Sie Ihr Entspannungs- und Gesundheitserlebnis mit einem Aufenthalt im ersten Präventionshotel der Schweiz in einer Oase der Ruhe und Erholung. Erkunden Sie die schönen Rheinufer auf dem Fahrrad und entdecken Sie die vielseitigen Wälder-, Hügel- und Flusslandschaften im Zurzibiet. Erholen Sie sich wie zu Hause: Geniessen Sie die entspannte Hotelatmosphäre und lassen Sie sich während Ihres gesamten Aufenthaltes von gelebter Gastfreundschaft und Herzlichkeit verwöhnen.



Profitieren Sie von inspirierenden Kurund Erholungsangeboten, von Regenerationsprogrammen für Angehörige sowie von innovativen Präventionsprogrammen wie FLOWfit und MINDfit. Zur Steigerung Ihres Wohlbefindens sowie um Ihren Aufenthalt noch angenehmer zu gestalten, bietet Ihnen Reha-Clinic zusätzlich zu den massgeschneiderten Therapien, diverse Extraleistungen an. Diese beinhalten die kostenlose Übernachtung einer Begleitperson am Wochenende, ein kostenloses Abendessen für weitere zwei Personen pro

Aufenthalt für Gäste des Erholungsprogramms. Zusätzlich kommen Sie während des gesamten Aufenthaltes in den Genuss von abwechslungsreichen, kostenlosen Unterhaltungs- und Freizeitmöglichkeiten.

Unterhaltungs- und Freizeitmöglichkeiten für Erholungsgäste

- Jederzeit freier Eintritt zum
 Thermalbad und SPA von Bad Zurzach
- 1× Elektrolyse Fussbad zur Entschlackung
- 1× Entspannungsmassage
- Thermalbad Aquatherma RehaClinic
- Medizinisches Trainingscenter (MTT)
- 1-2 Vorträge rund um das Thema
 Gesundheit pro Aufenthalt (z.B. gesunde Ernährung, guter Schlaf, Bewegung etc.)
- Grillieren mit unserem Küchenchef «Gesunde Kost einfach vorbereiten»

Mehr Informationen unter: www.rehaclinic.ch/kuren

Die wunderschöne und erholsame Umgebung von RehaClinic Bad Zurzach und dem VitalBoutique Hotel Zurzacherhof***S am Hochrhein und an den Ausläufern des Schwarzwaldes ist der ideale Ort um Kraft zu tanken und sich von Strapazen zu erholen – ein Plus für Ihre Gesundheit.

Kontaktieren Sie uns über Telefon 056 269 54 20 oder über Email bd@rehaclinic.ch.









aarReha_{Schinznach}

Weiterkommen.

Unsere Kliniken in Schinznach und Zofingen bieten ein Ambiente zum Wohlfühlen, höchste Reha-Kompetenz und viel Empathie. Herzlich willkommen.

Sich wohlfühlen und gesund werden gehören zusammen.



www.aarreha.ch

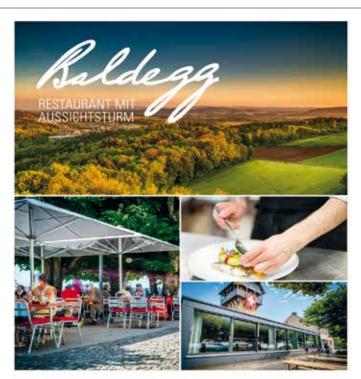




media gmbh

Gesundheitsmagazin

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



RESTAURANT BALDEGG

FAMILIE SCHENDEL BALDEGG 1, 5400 BADEN

T +41 (0)56 222 57 35 INFO@BALDEGG.CH WWW.BALDEGG.CH

OFFEN 9-23 UHR APRIL - SEPTEMBER: DIENSTAG - SONNTAG OFFEN 10-23 UHR OKTOBER - MÄRZ: MITTWOCH BIS SONNTAG



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.

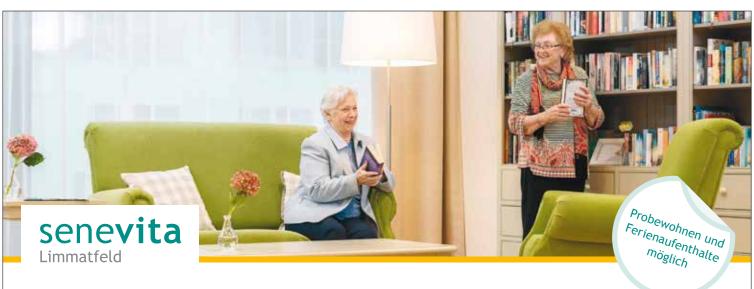
Im Therapiebad ist die Wirkung des Thermalwassers der stärksten Schwefelquelle der Schweiz spürbar. Mit Ausnahme der Neuropsychologie werden diese Therapien stationär und ambulant angeboten:

- 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





Wohnen und leben im Alter

Unsere Seniorenwohnungen sind nicht nur grosszügig, sondern verfügen auch über einen sonnengeschützten Balkon und lichtdurchflutete Räume im Herzen des modernen Dietiker Stadtteils Limmatfeld. Individuelle Dienstleistungen, ein vielfältiges Veranstaltungsprogramm sowie eine ausgezeichnete Gastronomie in unserem öffentlichen Restaurant «Lilie» sind bei uns ebenso selbstverständlich.

Überzeugen Sie sich selber und vereinbaren Sie noch heute einen individuellen Besichtigungstermin mit unserer Beraterin für Wohnformen bei der Senevita Limmatfeld, Frau Annette Ebert, unter Telefon-Nr. 056 417 66 69.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

COVID-19

Update und Spätfolgen



Prof. Dr. med. Jürg Beer Direktor Departement Innere Medizin und Mitglied Geschäftsleitung KSB

Das severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ist die Ursache der aktuellen Coronavirus disease-19 (COVID-19) Pandemie. Die Manifestationen der Erkrankung sind vielseitig und komplex. Sie betreffen grundsätzlich alle Organe, insbesondere Lunge, Gehirn, Herz, Niere und Gefässe und führten zu respiratorischem Versagen, Schlaganfällen, Herzinfarkten, Nierenversagen und venösen Thromboembolien. Die Lunge scheint dabei das vulnerabelste Organ darzustellen und ein respiratorisches Versagen kann eine nicht-invasive oder maschinelle Beatmung auf einer Überwachungs- oder Intensivstation bedingen. Dies stellt uns weltweit auf Grund von Ressourcenknappheit nicht nur vor medizinische, logistische, personelle und finanzielle, sondern auch vor ethische und gesellschaftspolitische Herausforderungen. Neben den akuten Auswirkungen einer COVID-19 Erkrankung gewinnen auch die Langzeitfolgen, die erst seit kurzem bekannt wurden, zunehmend an Bedeutung.

In dieser Ausgabe sind nebst der aktualisierten Gesamtübersicht die Spät-Komplikationen einer SARS-CoV-2 Infektion konzis zusam-

mengestellt, nach einer allgemeinen Übersicht (S. 18 Dr. Andrée Friedl) folgen die arteriellen und venösen Thrombosen (Dr. Martin Reiner, S. 21), die Wirkungen auf das Gehirn inkl chronischer Ermüdung und Gedächtnisprobleme (S. 33 Dr. Oliver Schmidlin), auf die Nieren (Dr. Hans Rudolf Räz), das Herz (Dr. Dimitri Patriki und Dr. Hufschmid) und natürlich die Lungen (Dr. Andreas Gross).

Wir möchten Ihnen damit ein aktuelles, ausgewogenes und übersichtliches Update über den Stand des Wissens geben. Wir hoffen, dass es für Sie nützliche Hinweise bringt und freuen uns auf Ihre Rückmeldungen über alle untenstehende Kanäle.

Wir wünschen Ihnen alles Gute und gute Gesundheit, besonders während der aktuellen zweiten Welle.

Herzlich, Ihr Jürg H. Beer

Die virologische Sicht Covid-19: Der Steckbrief

Über kein Virus wurde mehr berichtet als über Covid-19.

Dr. med. Andrée Friedl, Leiterin Infektiologie und Spitalhygiene im KSB, hat die wichtigsten Erkenntnisse in einem Steckbrief zusammengefasst. Ihr Fazit: Wir wissen bereits viel über Covid-19. Aber das Virus hat noch viele blinde Flecken. So lange diese nicht aufgedeckt sind, wird bei der Therapie kein durchschlagender Erfolg möglich sein.

Erreger

Stammt aus der Gruppe der Coronaviren: Familie von Viren, u.a. mit Alphacoronavirus HCoV-229E (Erkältung), HCoV-NL63 Croup/Bronchiolitis in Kindern und Betacoronavirus mit HCoV-OC43, HCoV-HKU1 (Erkältung), SARS-CoV, MERS-CoV und COVID-19 (SARS-CoV-2)

Inkubationszeit

2-14 Tage, Median 5 Tage

Manifestationsindex

55-85% der Infizierten scheinen zu erkranken (Schätzung).

Ansteckungsfähigkeit

Am ansteckendsten ist die Zeit um den Symptombeginn. Ca. 45% der Übertragungen finden in den 1-2 Tagen vor Symptombeginn statt.

Häufige Symptome

Anosmie, Ageusie, Fieber, Husten, Halsschmerzen, Schwäche/Müdigkeit, Inappetenz, Gliederschmerzen, Schnupfen, Diarrhoe, Nausea, Hautausschläge.

Übertragungsweg

Tröpfchen. Zusätzlich bei Aerosolgenerierenden Prozeduren wie z.B. Bronchoskopie oder Intubation. Superspreader-Events sind Ereignisse, bei denen eine infektiöse Person eine Anzahl an Menschen ansteckt, die deutlich über der durchschnittlichen Anzahl an sekundären Infektionen liegt. Z.B. beschrieben bei Clubs, Chören, Fitnesstudios, Gottesdiensten etc. Kurz: erhöhtes Risiko bei Treffen in geschlossenen Räumen bei schlechter Belüftung, Menschenansammlungen und Gespräche ohne Mund-Nasen-Bedeckung.

Risikogruppen

Vorerkrankte, Senioren, Schwangere

Schwere der Erkrankung

81% milde, 14% schwerer und ca. 5% kritischer Verlauf.

Akute Komplikationen

Verschlechterung des Verlaufs mit Auftreten von Komplikationen (v.a. ARDS) häufig um den 7. Tag herum. ARDS, Hepatitis, Myocardschaden, Herzrhythmusstörungen, Thromboembolien, Stroke, dialysepflichtige Niereninsuffizienz, Hyperinflamatinssyndrom Insulinresistenz.

Diagnostik

SARS-CoV2 PCR im naso- oder oropharyngealen Abstrich. Serologie ca. Tag 14-21 nach Symptombeginn i.d.R. positiv, Bedeutung des Resultates bezüglich Immunität noch unklar. Antigen-Schnelltests: drängen aktuell auf den Markt. Können eingesetzt werden bei Personen ohne Risikofaktoren, welche nicht im Gesundheitswesen arbeiten in den ersten 4 Tagen nach Symptombeginn. Thorax-CT: zeigt v.a. in schwereren Fällen ein typisches Bild.

Tod

Tritt median um den Tag 19 ein. Männer sterben eher als Frauen. Umso höher das Alter, umso höher das Risiko an COVID-19 zu versterben.

Letalität

(=Anzahl verstorbener Fälle/Anzahl Infizierter) keine gesicherten Zahlen, da nicht bekannt ist, wie viele Infizierte es in der Bevölkerung gibt.

Impfung

Es gibt noch keine, welche nach den bei uns üblichen Standards getestet und zugelassen ist.

Therapie

Symptomatisch und supportiv. Remdesivir wird v.a. im Rahmen von Studien eingesetzt und scheint einen gewissen aber keinen durchschlagenden Effekt zu haben. Steroide zeigen etwas Erfolg bei schwerst Kranken.



Dr. med. Andrée Friedl Leitende Ärztin Infektiologie/Spitalhygiene

Kontakt Sekretariat Infektiologie Telefon 056 486 25 84 infektiologie@ksb.ch ksb.ch





Die angiologische Sicht Thrombosen/Embolien

Das Risiko einer venösen Thromboembolie ist trotz einer medikamentösen Prophylaxe deutlich erhöht. So demonstrierten wir am KSB in einem Case Report das Auftreten einer Dialyse-pflichtigen Niereninsuffizienz und einer Lungenembolie in Assoziation mit einer COVID-19-Erkrankung.

Häufige Komplikation einer SARS-CoV-2 Infektion stellen arterielle und venöse Thrombosen dar. Die Bildung und/oder Verschleppung von Blutgerinnseln in der arteriellen Strombahn führt zu Herzinfarkten, Schlaganfällen, Beinarterienverschlüssen und Ischämien des Verdauungstraktes; die Bildung von Thromben im Venensystem hingegen zu tiefen Venenthrombosen und im Falle einer Verschleppung u.a. zu Lungenembolien.

Das Risiko einer venösen Thromboembolie ist trotz einer medikamentösen Prophylaxe deutlich erhöht (1) und mit einer erhöhten Mortalität assoziiert. In einem rezenten case report aus dem KSB demonstrierten wir das Auftreten einer Dialysepflichtigen Niereninsuffizienz und einer Lungen-

embolie in Assoziation mit einer COVID-19 Erkrankung. (2) Die erhöhte Thrombogenität ist nach aktuellen Erkenntnissen auf den Verlust anti-thrombotischer Eigenschaften des Gefässendothels (3), einer Aktivierung der Blutgerinnung und der Blutplättchen zurückzuführen. (4) Ein erhöhtes Risiko für thromboembolische Komplikationen besteht nicht nur für hospitalisierte und genesene Patientinnen nach Spitalaustritt, sondern auch für ambulante COVID-19 Erkrankte. Eine medikamentöse Thromboembolieprophylaxe ist daher während und nach einer Hospitalisation von Bedeutung. (4) Die Relevanz einer medikamentösen Thromboseprophylaxe in ambulanten COVID-19 Patientinnen wird aktuell in einer Schweizerischen randomisierten und multizentrischen Studie untersucht. (5)

Literatur:

- (1) Lodigiani C, Iapichino G, Carenzo L, Cecconi M, Ferrazzi P, Sebastian T, Kucher N, Studt JD, Sacco C, Alexia B, Sandri MT, Barco S, Humanitas C-TF. Venous and arterial thromboembolic complications in COVID-19 patients admitted to an academic hospital in Milan, Italy. Thrombosis research. 2020; 191: 9-14. 10.1016/j. thromres.2020.04.024.
- (2) Saeedi Saravi SS, Barbagallo M, Reiner MF, Schmid HR, Rutishauser J, Beer JH. Acute kidney injury associated with COVID-19: a prognostic factor for pulmonary embolism or co-incidence? European heart journal. 2020. 10.1093/eurheartj/ehaa637.
- (3) Libby P, Luscher T. COVID-19 is, in the end, an endothelial disease. European heart journal. 2020; 41: 3038-44. 10.1093/eurheartj/ehaa623.
- (4) Hadid T, Kafri Z, Al-Katib A. Coagulation and anticoagulation in COVID-19. Blood reviews. 2020: 100761. 10.1016/j.blre.2020.100761.
- (5) Barco S, Bingisser R, Colucci G, Frenk A, Gerber B, Held U, Mach F, Mazzolai L, Righini M, Rosemann T, Sebastian T, Spescha R, Stortecky S, Windecker S, Kucher N. Enoxaparin for primary thromboprophylaxis in ambulatory patients with coronavirus disease-2019 (the OVID study): a structured summary of a study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2020; 21: 770. 10.1186/s13063-020-04678-4.



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



Dr. med. Martin ReinerOberarzt Innere Medizin

Kontakt

Direktionssekretariat Innere Medizin Telefon 056 486 25 02 sekretariat.ca.medizin@ksb.ch ksb.ch

Die kardiologische Sicht Krankes Herz, schwere Infektion

Während anfänglich noch Atemwegs- und Lungensymptome im Vordergrund standen, stellte sich bald schon heraus, dass COVID-19 auch andere Organe – bis hin zum Multiorganversagen – und vor allem auch das kardiovaskuläre System angreift. Kardiale Vorerkrankungen wie Hypertonie, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, Kardiomyopathien, aber auch Diabetes und Adipositas erhöhen das Risiko deutlich für schwere Verläufe der Infektion, erklärt **Dr. med. Urs Hufschmid.**

Wie kommt es zum Angriff auf das kardiovaskuläre System?

Verschiedene Pathomechanismen werden postuliert. Die Infektion führt zu einer überschiessenden Immunabwehr mit einer unkontrollierten Ausschüttung grosser Mengen an Entzündungsund Immunmediatoren, dem sogenannten Zytokinsturm. Dieser betrifft den ganzen Körper also auch das Herz, die Gefässe und das Gerinnungssystem. Organschädigungen mit Zellnekrose und Funktionseinschränkung sind die Folge.

Das Virus selber dockt an den ACE2-Rezeptor der Gefässe und des Myokardes an und hat somit Zugang ins Gewebe. Eine Vasculitis, Instabilliät der Gefässwand und konsequtive Plaqueruptur mit Verschluss der Koronargefässe und Myokardinfarkt können die Folge sein. Anderseits kann aber auch eine virale Myokarditis oder infolge des Zytokinsturmes ein «myocarditis-like syndrom» mit Nekrose der Myocyten auftreten. Die Pumpleistung des Herzens nimmt ab, Rhythmusstörungen können auftreten, Troponin- und NT-pro-BNP-Werte steigen an, was alles als schlechtes prognostisches Zeichen zu werten ist.

Die COVID-19 Infektion führt zu einer Hyperkoagulation, was vermehrt zu Lungenembolien mit deutlicher Rechtsherzbelastung als auch zu Myokardinfarkten führen kann. Bei ausgeprägter Lungenerkrankung besteht zudem ein Ungleichgewicht des Sauerstoffbedarfs und Versorgung im Herzen.

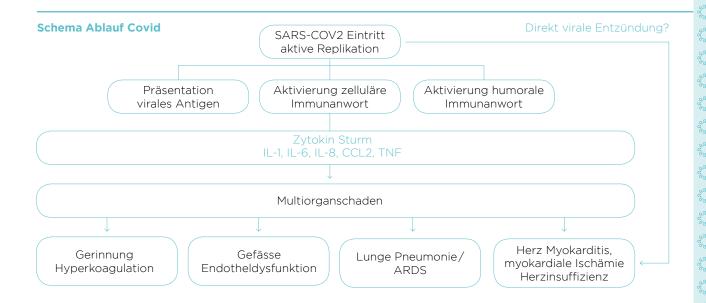
Inwiefern sind Menschen mit und ohne kardiovaskuläre Vorerkrankungen betroffen?

Vor allem bei Menschen mit vorbestehender Herzerkrankung sind solche ablaufenden Pathomechanismen fatal. Jedoch auch beim ursprünglich gesunden Herz werden gehäuft kardiovaskuläre Ereignisse gefunden. Selbst bei infizierten Patienten, die keine oder nur milde Symptome aufweisen, wurden im Verlauf mittels Herz-MRI kardiale Veränderungen festgestellt.

Ausserdem zeigt sich ein Phänomen, das nur indirekt mit dem Virus, aber sicherlich mit der Furcht davor einhergeht. Aus Angst von einer möglichen Ansteckung mieden viele den Arzt oder das Spital, auch wenn kardiale Symptome auftraten. Die Anzahl der Koronarangiographien waren weltweit rückläufig. Es ist davon auszugehen, dass dadurch vermehrt Patienten zu Schaden kamen, da ihnen nicht unmittelbar geholfen werden konnten.

Welche kardiovaskulären Therapieoptionen bieten sich an?

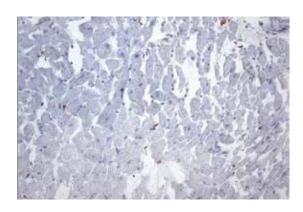
Leider zeigte sich bis anhin keine erfolgreiche spezifische Therapie für COVID-19. Eine gute Kontrolle des Blutdruckes, der Herzinsuffizienz und der koronaren Herzerkrankung mit ACE-Hemmern, Statinen, eine zumindest prophylaktische Antikoagulation und bei Bedarf aber auch unter-



stützender intensivmedizinische Massnahmen bis hin zur ECMO scheinen am ehesten erfolgsversprechend.

Zusammenfassend sind ein erhöhtes kardiovas-kuläres Risikoprofil und vorbestehende Herzer-krankungen Prädiktoren für einen schweren Verlauf der Infektion. Ein Ansteigen der Herzenzyme (Troponin, NT-Pro-BNP) während der Erkrankung hat sich als schlechter prognostischer Faktor erwiesen. Da die COVID-Infektion erst seit kurzer Zeit besteht, ist es noch völlig offen, welche Spätfolgen für das Herz auftreten können. Herzinsuffizienz, Leistungsintoleranz und eine damit verbundene erhöhte Mortalität sind nach abgelaufener Infektion denkbar.

Myokarditis/Entzündung des Herzmuskels





Dr. med. Urs Hufschmid Leitender Arzt Kardiologie

Kontakt Sekretariat Kardiologie Telefon 056 486 31 02 kardiologie@ksb.ch ksb.ch

Die neurologische Sicht Angriff auf das Nervensystem

Immer stärker wird sichtbar, dass eine COVID19-Infektion in verschiedensten neurologischen Krankheitsbildern resultieren kann.

Diese weisen ein mannigfaltiges Spektrum auf – von verminderter Gedächtnisleistung bis hin zu Schlaganfällen bei Jüngeren. Ebenso ist mit einem erhöhten Risiko posttraumatischer Belastungsstörungen nach dem Spitalaufenthalt zu rechnen. Eine erhöhte Vigilanz aller Beteiligten gegenüber neurologischen Krankheitsbildern ist deshalb entscheidend, schreibt **PD Dr. med Alexander Tarnutzer**, Leitender Arzt Neurologie.

Während das SARS-CoV2 Virus am häufigsten die Atemwege betrifft, steigt die Zahl der Berichte über eine Mitbeteiligung des peripheren und/oder zentralen Nervensystems. Zwar wird aktuell von einer geringen, einstelligen Prozentzahl betroffener COVID19-Patienten mit neurologischen Komplikationen ausgegangen, in absoluten Zahlen (bei mittlerweile mehr als 40 Millionen COVID 19 Fällen weltweit) führt dies jedoch trotzdem zu einer erheblichen Fallzahl mit teils schweren Krankheitsbildern und bleibenden Defiziten

Dabei scheinen einerseits direkte Effekte des SARS-CoV2 Virus auf das Nervensystem eine Rolle zu spielen, andererseits aber auch auto-immun vermittelte (para-/post-infektiöse) Erkrankungen und neurologische Komplikationen systemischer Erkrankungen von Bedeutung zu sein

Die resultierenden neurologischen Krankheitsbilder sind mannigfaltig. Diese können sowohl primär höhere Hirnleistungen wie das Bewusstsein und/oder die Gedächtnisleistung betreffen oder zu psychiatrischen Ausnahmezuständen führen, wie auch fokale neurologische Ausfälle

durch zerebrale Ischämien oder Hämorrhagien oder eine Schädigung des peripheren Nervensystems (z.B. im Sinne eines Guillain-Barré-Syndromes) bedingen. Ein Verlust des Geruchsund/oder Geschmackssinnes im Rahmen von COVID-19 Infektionen wurde in über 80% der Patienten beobachtet und wird seither auch als diagnostischer Marker eingesetzt.

Zunehmend sind auch jüngere Patienten von Schlaganfällen betroffen

Noch fehlen exakte Zahlen zum Risiko, im Rahmen einer COVID19 Infektion an einem Schlaganfall zu erkranken, die Wahrscheinlichkeit scheint aber um ein Mehrfaches höher zu sein als bei einer Influenza-Infektion und könnte bis zu 6% aller COVID19 Patienten betreffen. Dabei spielt eine vermehrte Neigung als Folge der COVID19 Infektion im gesamten Körper Blutgerinnsel zu bilden, eine zentrale Rolle, wie sie auch in anderen Organsystemen (z.B. der Lunge) beobachtet wurde.

Dies erklärt weshalb im Rahmen einer COVID19 Infektion auch zunehmend jüngere Patienten -

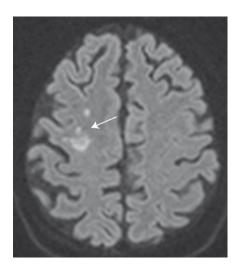
ohne klassische vaskuläre Risikofaktoren - von Schlaganfällen betroffen sind. Erschwerend kommt hinzu, dass betroffene Patienten durch die erforderlichen Isolationsmassnahmen teils nur unter erschwerten Bedingungen untersuchbar sind und nicht selten über Wochen beatmungspflichtig sind.

Dementsprechend lassen sich gewisse neurologische Komplikationen manchmal erst mit grosser Verzögerung überhaupt erkennen. Es ist als Folge hiervon wenig erstaunlich, dass eine Mitbeteiligung des peripheren und/oder zentralen Nervensystems meist eine Anpassung und häufig auch eine Intensivierung / Verlängerung der rehabilitativen Massnahmen erforderlich macht.

Erhebliches Risiko post-traumatischer Belastungsstörungen

Ein langer Krankenhausaufenthalt, teils über Wochen eine Behandlung auf einer Intensivstation einschliesslich mechanischer Beatmung meist aus voller Gesundheit heraus - birgt auch ein erhebliches Risiko posttraumatischer Belastungsstörungen. Dies konnte bei früheren Corona-Epidemien (MERS, SARS) beobachtet werden und könnte sehr wohl auch auf COVID-19 Überlebende zukommen. Entsprechende Zahlen hierzu fehlen aktuell noch und es wird sich zeigen, inwiefern psychiatrische Langzeitfolgen auftreten werden. Gerade in einem Umfeld, in welchem noch viele Unklarheiten über die Häufigkeit und Schwere der zu erwartenden neurologischen Komplikationen bestehen, ist eine erhöhte Vigilanz aller Beteiligten entscheidend, um behandlungsbedürftige neurologische Krankheitsbilder so früh wie möglich zu erkennen.

Bei diesem Patienten kam es während der Behandlung am KSB zu einem Schlaganfall mit akuter Durchblutungsstörung im Versorgungsgebiet der A. cerebri media rechts, wie anhand der Signalanhebung (Pfeil) erkennbar ist.





PD Dr. med. Alexander Tarnutzer Leitender Arzt Neurologie

Kontakt Sekretariat Neurologie Telefon 056 486 16 10 neurologie@ksb.ch ksb.ch

Die nephrologische Sicht Wenn die Nieren versagen

Covid-19 kann auch die Nieren angreifen. **Dr. med. Hans Rudolf Räz, Dr. med. Erwin Grüter** und **Dr. med. Massimo Barbagallo** berichten vom akuten Nierenversagen bei einem 81-jährigen Patienten. Ob in Zukunft grössere Kapazitäten an Nierenersatzverfahren notwendig sein werden, wird sich zeigen. Zu viele Fragen rund ein akutes Nierenversagen bei einer Covid-19-Erkrankung sind noch offen.

Aus China wurde über ein gehäuftes Auftreten von akutem Nierenversagen (AKI) im Rahmen einer COVID-19 Erkrankung berichtet. Dieses scheint, wie üblich bei Infektionen, besonders bei schweren Krankheitsverläufen aufzutreten. Während in 5-10% aller wegen COVID-19 hospitalisierten Patienten eine AKI beobachtet wurde, lag die Rate bei COVID-Patienten auf einer Intensivstation zwischen 25-30%. Dementsprechend häufig mussten Nierenersatzverfahren eingesetzt werden.

Auch am KSB konnten wir 2020 in den Monaten zwischen März und Mai bei mehreren Patienten beobachten, wie diese innerhalb von Tagen zusätzlich zur Beatmungsbedürftigkeit eine AKI entwickelten. Exemplarisch hierzu stellte sich Ende März ein 81-jähriger Patient mit Fieber, Husten und Verschlechterung des Allgemeinzustandes vor. In der Vorgeschichte wies er einen Diabetes mellitus Typ 2, arteriellen Bluthochdruck und höhergradige Herzrhythmusstörungen auf, weswegen er einen Herzschrittmacher implantiert hatte. Am sechsten Tag nach Hospitalisation kam es beim Patienten zu einer akuten Verschlechterung der Atmung, so dass eine Verlegung auf die Intensivstation und der Beginn einer künstlichen Beatmung notwendig wurde. Am Tag 14 dann kam es zum AKI und der Patient brauchte eine Nierenersatzbehandlung (Dialyse). Es folgten Gerinnungsstörungen mit einerseits spontanen diffusen Blutungen in

der Luftröhre und im Verdauungstrakt, andererseits mit mehreren Lungenembolien. Nach Einleitung einer damals zwar üblichen, aber im Grunde noch experimentellen Therapie, besserte sich der Allgemeinzustand sukzessiv, so dass der Patient von der Beatmungsmaschine unabhängig wurde und auf Normalstation verlegt wurde. Bis zur Entlassung blieb er dialysebedürftig, danach aber erholte sich die Nierenfunktion und die Dialyse konnte gestoppt werden.

Ob und wie genau eine SARS-CoV-2 Infektion mit einem AKI zusammenhängt, bleibt unklar. Da die Inzidenz eines AKI gemäss einer Arbeit von 2015 unter allen intensivpflegebedürftigen Patienten auch ohne COVID-19 etwa 32% beträgt, muss man das Nierenversagen bei schwerer COVID-19 Erkrankung eher im Rahmen des schweren Krankheitsverlaufes denn als direkte Folge der COVID-19 Infektion sehen. Als möglicher Mechanismus scheint der sogenannte «Zytokinsturm», also eine massive ungeregelte Freisetzung von Entzündungsmediatoren mit damit einhergehender Störung des Gerinnungssystems, wie das unser Patient erlitten hatte, eine zentrale Rolle zu spielen. Als Resultat zeigen sich Durchblutungsstörungen, welche insbesondere auf zellulärer Ebene zu vermehrtem Gewebsuntergang führen. Weitere mögliche Mechanismen sind im Rahmen der schweren Infektion auftretende Salz- und Wasserverluste, ein Rechtsherzversagen als Folge der schweren Lungenerkrankung mit damit einhergehender reduzierter Nierendurchblutung, sowie die toxischen Nebenwirkungen der eingesetzten Medikamente.

Andererseits ist auch bekannt, dass das Sars-CoV2 Virus Nierenzellen direkt über den ACE2 Rezeptor befällt und so eine direkte Schädigung gewisser Nierenzellen verursachen kann. Bisher ist aber nicht klar, ob dieser Mechanismus zum eigentlichen AKI beiträgt oder lediglich verantwortlich ist für Zeichen der Nierenschädigung wie Proteinurie und Hämaturie, die man gelegentlich bei COVID-19 Erkrankten findet, wenn man sie sucht.

Aktuell sind bei COVID-19 noch viele Fragen offen. Gemäss unseren eigenen Erfahrungen tritt ein AKI eher selten und nur bei schweren Krankheitsverläufen auf und erholt sich in der Regel wieder. Über die Langzeitfolgen an der Niere wissen wir aber noch wenig und werden in Zukunft wohl noch einiges dazu lernen müssen.

Hämofiltrationsmaschine





Dr. med. Massimo Barbagallo Assistenzarzt Innere Medizin



Dr. med. Hans Rudolf Räz Chefarzt ad personam Nephrologie/Dialyse



Dr. med. Erwin Grüter Leitender Arzt Nephrologie/Dialyse

Kontakt Direktionssekretariat Innere Medizin Telefon 056 486 25 02 sekretariat.ca.medizin@ksb.ch ksb.ch

Die pneumologische Sicht Langzeitfolgen mit Fragezeichen

Eben erst sahen wir uns erstmals mit der SARS-CoV2-Virus-Erkrankung (COVID) konfrontiert, schon mehren sich Hinweise auf mögliche Langzeit-Effekte davon. Wie viele Publikationen zu den akuten Aspekten der Corona-Erkrankung entbehren auch diejenigen über die Spätfolgen der neuen Viruserkrankung oft einer soliden wissenschaftlichen Basis. Dementsprechend sind die Unsicherheiten diesbezüglich gross und die Prognose ein Blick in die Glaskugel, schreibt Pneumologe **Dr. med. Andreas Gross.**

Dass Langzeiteffekte möglich sind, hat uns die SARS-Epidemie von 2002 /2003 gelehrt. Bei diesem Patientengut zeigte sich, dass bei ca. 30% der Betroffenen auch nach 2 Jahren noch eine signifikante Einbusse der Arbeitskapazität nachweisbar war.

Lang anhaltende lungenfunktionelle Einschränkungen (Restriktionen und pulmonale Gasaustauschstörungen) sind auch nach einem «acute respiratory distress syndrome» (ARDS) hinlänglich bekannt und häufig. Dessen pathoanatomisches Korrelat, ein diffuser Alveolarschaden (DAD), wurde auch bei COVID-Patienten mit schwerem Lungenbefall nachgewiesen.

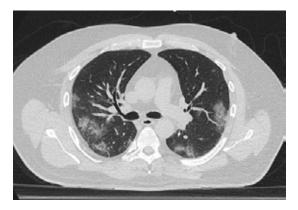
Gemäss verschiedenen Kohortenstudien beklagten COVID-Patienten im Verlauf am häufigsten Dyspnoe, eine Fatigue-Symptomatik, Husten und länger anhaltende Geschmacks-/Geruchsstörungen. Zumindest in Einzelfällen wurden länger dauernde Krankheitszustände auch bei jungen Patienten und nach milden Verläufen beschrieben.

Eine persistierende Dyspnoe rückt Fragen nach verbleibenden strukturellen Atemwegs- oder Lungenparenchymveränderungen ins Zentrum. Computertomographsich fanden sich in einer Studie aus Innsbruck bei 56% der COVID-bedingt hospitalisierten Patienten 12 Wochen nach Spitalentlassung noch immer streifig-retikuläre Residuen. Gleichzeitig konnte aber auch gezeigt werden, dass diese sich im weiteren Verlauf zurückbilden können. Eine früh einsetzende pulmonale Rehabilitation dürfte die Ausheilung begünstigen. Die Lungenveränderungen scheinen eher durch das SARS-CoV2-Virus selbst und weniger durch die medikamentöse resp. intensivmedizinische Therapie bedingt zu sein.

Ein postinfektiös-prolongierter Husten, welcher eine Husten-Persistenz von mindestens acht Wochen nach einem vorgängigen respiratorischen Infekt beschreibt, ist häufig und in der Regel selbstlimitierend. In Analogie dürfte auch bei COVID die Dauer des Hustens durch inhalative Kortikosteroide verkürzt werden.

Nicht nur über die Art und die Häufigkeit dieser vermuteten Langzeit-Folgen wissen wir wenig, sondern insbesondere auch über deren Ursache und Pathophysiologie. Gerade auch für die Prävention und Therapie wäre ein Verständnis der zugrundeliegenden Mechanismen wichtig.

COVID-typische, subpleurale «ground glass opacities»



Antworten auf die vielen offenen Fragen, die uns im Zusammenhang mit der neuen SARS-Erkrankung beschäftigen, müssen gute Forschungsarbeiten mit klaren Einschlusskriterien, definierten Endpunkten sowie systematischen Verlaufsbeobachtungen liefern. Diese sollten zudem multinational abgestützt sein, um die verschiedenen Gesundheitssysteme, die diversen epidemiologischen Interventionen und die unterschiedlichen Therapiestrategien zu berücksichtigen.

Bis dahin müssen wir mögliche Langzeitfolgen nach COVID als wahrscheinlich annehmen und diese auf der Basis von korrekten Befunderhebungen, Plausibilitäten und Analogien behandeln.

Literatur

Persisting pulmonary impairment following severe SARS-CoV-2 infection. Sabina Sahanic. New Release 06.09.2020 European Lung Foundation



Dr. med. Andreas Gross Leitender Arzt Pneumologie

Kontakt Sekretariat Pneumologie Telefon 056 486 25 86 pneumologie@ksb.ch ksb.ch

Der neue Alltag für Hausärzte **Praxistaugliche Tipps**

Trotz 8 Monaten Erfahrung mit COVID-19 stellt uns die zweite Pandemiewelle vor grosse Herausforderungen. Es kann daher hilfreich sein, die Praxisabläufe noch einmal neu zu überdenken. Was hat sich geändert? Sind meine Standards noch effizient und sinnvoll? **Dr. med. Andreas Bürgi** und **Dr. med. Benedikt Wiggli** listen Ihnen einige Dos & Don'ts auf, die sich bewährt haben.

Dazu raten wir Ihnen

- 1. Kontaktieren Sie Ihre Patienten kurz vor dem vereinbarten Termin und machen Sie sie darauf aufmerksam, dass Patienten mit akuten respiratorischen Symptomen diese unbedingt von Anfang an bekanntgeben. Z.B. können die MPA's die Patienten 24-48 Stunden vorher telefonisch kontaktieren, oder es können SMS versandt werden. Alternativ bringen Sie gut sichtbare Hinweis-Schilder an und instruieren Sie die MPA's, immer nach Symptomen zu fragen.
- 2. Bestellen Sie Patienten mit akuten respiratorischen Symptomen zu Randzeiten ein, z.B. kurz vor Mittag oder zum Ende des Tages. So haben Sie genügend Zeit, um den Raum anschliessend zu lüften und ggf. zu desinfizieren. Zudem können Sie, wenn Sie mehrere Verdachtspatienten hintereinander ansehen, den gleichen Schutzmantel und die gleiche Schutzmaske anlassen (sofern Sie keine anderen Handlungen dazwischen vornehmen. Brille soll desinfiziert und Handschuhe gewechselt werden).
- 3. Sofern aus Platzgründen umsetzbar: Benutzen Sie einen (befensterten) Raum ausschliesslich für Patienten mit akuten respiratorischen Symptomen (alle Erkältungen, Schnupfen, Husten, etc). Sie können den Raum spartanisch einrichten und erleichtern sich so die Oberflächen-Desinfektion. Dies ist übrigens auch vorteilhaft für alle anderen Erkältungskrankheiten.

- 4. Schaffen Sie eine abgetrennte Wartezone (durch Distanz oder physikalische Barriere) für Patienten mit akuten respiratorischen Symptomen. Falls dies nicht möglich ist, lassen Sie die Patienten direkt im Untersuchungszimmer warten. Auch diese Massnahme ist für alle anderen Erkältungskrankheiten sinnvoll.
- **5.** Für Heimpatienten und falls Sie Hausbesuche machen: Bieten Sie den Patienten an, dass Sie den Abstrich bei ihnen zu Hause machen. Sie verhindern so das Ansteckungsrisiko sowohl für den betroffenen Patienten wie auch für Ihre Mitpatienten.
- **6.** Erkundigen Sie sich bei Ihrem Labor, ob diese eine elektronische Befundabfrage von Seiten des Patienten anbieten (z.b. via Login oder SMS). Sie können sich hiermit viel Zeit und Aufwand mit der Befundübermittlung ersparen.
- 7. Helfen Sie dem Contact-Tracing. Informieren Sie oder Ihre MPA die positiv Getesteten über den Befund, die Isolationsmassnahmen und die Notwendigkeit einer Kontaktliste (alle Personen innerhalb 48 Stunden vor Ausbruch der Symptome, welche ungeschützt mehr als 15 Minuten in weniger als 1.5 Meter Abstand waren). Auch die Patienten können hier mithelfen: die Benachrichtigung dieser Kontakte können diese meist selber übernehmen. Lieber eine «inoffizielle» Quarantäne als gar keine Vorsichtsmassnahmen.

- **8.** Überlegen Sie sich die Anschaffung von wiederverwendbaren Schutzmänteln (z.B. aus Stoff). Diese können analog zu üblichen medizinischen Textilien gewaschen werden (mind. 60°C). Sie sparen sich Lager- und Beschaffungsprobleme.
- **9.** Falls Sie den Antigen-Schnelltest in Ihrer Praxis verwenden, beachten Sie bitte die Indikationen dazu gemäss BAG und verwenden Sie nur die offiziell empfohlenen Produkte.

Hier finden Sie die aktuellen Informationen des BAG:



- 10. Beschaffen Sie sich ein paar einfache Spritz-Schutzbrillen aus Plastik. Diese lassen sich problemlos mit einem Oberflächen-Desinfektionsmittel reinigen und sind sofort wiederverwendbar.
- **11.** Denken Sie bei sekundärer Verschlechterung nach diagnostizierter COVID-19 Infektion an die Differentialdiagnosen: Lungenembolie, sekundär bakterielle Infektionen,

Das lassen Sie besser sein

- 1. Machen Sie KEINE COVID-19-Serologien. In der Diagnostik haben die Serologien keinerlei Bedeutung und sollen ausschliesslich für epidemiologische Fragestellungen benutzt werden. Die Aussagekraft ist zudem weiterhin unklar und es existieren nach wie vor grosse Qualitäts-Unterschiede
- 2. Machen Sie KEINE COVID-Abstriche bei asymptomatischen Patienten, auch nicht bei Personen in Quarantäne (Ausnahme: auf Anordnung des Kantonsarztes oder am Tag 5 bei einer Kontakt-Meldung via Covid-App). Ein negatives Test-Resultat hat in dieser Situation keinerlei Aussage-Kraft.
- **3.** Machen Sie 3 Monate nach positivem Testbefund keine weiteren Abstriche zur Verlaufsbeurteilung oder bei sich ändernder Klinik. Das virale Shedding kann lange persistieren und muss nicht einer Infektiosität entsprechen. Ein positives Abstrich-Ergebnisse nach deutlicher Symptombesserung verwirrt lediglich und hilft nicht weiter.
- 4. Investieren Sie NICHT in FFP-Masken. Trotz anfänglicher Unsicherheiten ist die Evidenz immer klarer: COVID-19 ist eine Tröpfchen-übertragene-Erkrankung und eine korrekt getragene chirurgische Maske ist ein absolut adäquater Schutz. Die einzigen Ausnahmen sind aerosol-produzierende Massnahmen (z.B. Bronchoskopie).



Dr. med. Andreas Bürgi Leitender Arzt Innere Medizin



Dr. med. Benedikt Wiggli Stv. Leitender Arzt Infektiologie/Spitalhygiene

Kontakt

Direktionssekretariat Innere Medizin Telefon 056 486 25 02 sekretariat.ca.medizin@ksb.ch ksb.ch

Chronic Fatique Syndrom **«Was bleibt, ist die Müdigkeit»**

Zahlreiche Covid-Patienten beklagen sich nach überstandener Erkrankung über Müdigkeit und Schlaffheit. Über die Gründe für das Chronic Fatigue Syndrom könne man derzeit nur Mutmassungen anstellen, schreiben **Dr. med. Massimo Barbagallo, Dr. med. Oliver Schmidlin** und **Prof. Dr. med. Jürg Hans Beer.**

Wie unser Patient, Marc Halter, 48-jähriger Primarlehrer, in einem Interview gegenüber «20 Minuten» erklärte, spüre er selbst im Abstand von ca. 9 Monaten noch immer die Folgen der CO-VID-19 Erkrankung und der damit einhergehenden Komplikationen: Konzentrationsstörungen, Belastungsintoleranz und eine generalisierte Müdigkeit seien nach wie vor Teil seines Alltags. Zur Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag war im Juli ein Arbeitspensum von 20% vorgesehen, wobei er bereits nach drei Unterrichtsstunden «leere Batterien» verspüre. Die Erkrankung scheint, trotz negativem Nasenrachenabstrich und normalisierten Entzündungsparametern im Blut, weitere Folgen mit sich bringen zu können.

Was Herr Halter im Interview beschreibt, ist mit ein Chronic Fatigue Syndrom (CFS), auch unter den Begriffen chronisches Erschöpfungssyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom oder myalgische Enzephalomyelitis bekannt, vereinbar. Die Patienten klagen über ein meist plötzlich beginnendes, persistierendes und im Verhältnis zur geleisteten Arbeit übermässiges Müdigkeitsgefühl, häufig auch einhergehend mit depressiven Verstimmungen. Zudem werden die Pausen bzw. der Schlaf als nicht ausreichend erholsam empfunden. Die Diagnosestellung ist dabei nicht so trivial wie sie tönt: Beim CFS handelt es sich um eine Ausschlussdiagnose. Das heisst also, dass zuerst andere Ursachen (wie bspw. neurologische, hormonelle oder psychiatrische) ausgeschlossen werden müssen, bevor ein CFS diagnostiziert werden kann. Die National Academy of Medicine hat zur diagnostischen Hilfestellung verschiedene klinische Kriterien zusammengestellt, welche in der Auflistung rechts zusammengefasst sind.

Die genauen Ursachen sowie Entstehungsmechanismen des CFS sind zurzeit noch Gegenstand aktueller Forschung. Im Moment wird ein multifaktorielles Geschehen diskutiert, wobei v.a. virale Infektionskrankheiten eine Schlüsselrolle zu spielen scheinen. Das CFS wurde gehäuft bei Patienten mit durchgemachten Epstein-Barr-Virus- (Mononukleose) und Röteln-Infektionen sowie nach Ansteckungen mit verschiedenartigen Herpes-Viren beobachtet. Laut aktuellen Beobachtungen triggert die SARS-CoV-2 Infektion gehäuft ein CFS. In einer chinesischen Beobachtungsstudie zeigten unter insgesamt 218 untersuchten COVID-19 Patienten 77 (35%) ähnliche Erschöpfungserscheinungen. Ob schliesslich eine Fehlfunktion des Immunsystems, ein Nährstoffmangel, Toxine, eine mitochondriale Funktionsstörung (also eine Funktionsstörung der «Kraftwerke» unserer Zellen) oder doch eine psychiatrische Problematik zum CFS führt, ist noch nicht bekannt.

Therapeutisch wird entsprechend ein multimodaler, symptomorientierter Ansatz empfohlen. Die Patienten könnten einerseits von einer psychologischen Begleitung profitieren, mit kognitiven Verhaltenstherapien, Entspannungsübungen und Instruktion bezüglich optimaler Schlafhygiene. Andererseits werden Antidepressiva, dies insbesondere bei schwerwiegenden depressiven Verstimmungen, eingesetzt. Zudem wird mittels gezielter Physiotherapie in kleinen und kontrollierten Schritten versucht, ein höheres Leistungsniveau zu erreichen. Nichtsdestotrotz zeigen sich verschiedenartige Krankheitsverläufe. Die meisten Patienten berichten über einen zyklischen Krankheitsverlauf mit undulierendem Leistungsniveau.

Zusammenfassend scheint eine COVID-19 Erkrankung gehäuft mit einem CFS als Spätmanifestation einherzugehen. Als weitere Spätfolge der Erkrankung ist dabei mit wirtschaftlichen (bei zu erwartenden gehäuften Arbeitsunfähigkeiten) und sozialen Folgen zu rechnen.

Auflistung

Diagnostische Kriterien für CFS/ME*

Die drei folgenden Symptome sind für die Diagnosestellung erforderlich:

- Substantielle Beeinträchtiung in der Fähigkeit, alltägliche, berufliche, soziale und persönliche Aktivitäten zu absolvieren unter einer neu aufgetretenen, starken Müdigkeit, die mindestens 6 Monate anhält und nicht als Folge übermässiger Anstrengung oder durch Ruhe aufhebbar ist.
- Unwohlsein nach Anstrengung
- Unerholsamer Schlaf

Mindestens 1 der folgenden Symptoma muss vorhanden sein:

- Orthostatische Intoleranz
- Kognitive Einbussen

Schlafbezogene Bewegungs- und Atmungsstörungen müssen ausgeschlossen werden.

*Diagnostische Kriterien für das Chronic Fatigue Syndrom (CFS) und die myaigische Enzephalomyelitis (ME) durch ein von dem U.S.-amerikanischen Institut für Medizin ernanntes Komitee zusammengestellt unter Berücksichtigung der Literatur der letzten Jahrzehnte (modifiziert nach Institute of Medicine 2015).



Dr. med. Massimo BarbagalloAssistenzarzt Innere Medizin



Dr. med. Oliver Schmidlin Leitender Arzt Innere Medizin



Prof. Dr. med. Jürg Hans BeerDirektor und Chefarzt Innere Medizin

Kontakt

Direktionssekretariat Innere Medizin Telefon 056 486 25 02 sekretariat.ca.medizin@ksb.ch ksb.ch

Erfolgsfaktor Hygiene

Enzlerh-tec - Ihr Kompetenzzentrum für Hygiene











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

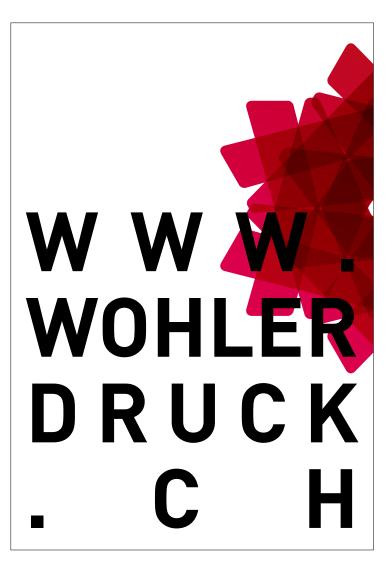


Ihre Bank am Puls der Region

www.sparkasse-dielsdorf.ch

Dielsdorf | Buchs | Niederglatt | Niederweningen | Rümlang







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

Haargenau, was ich mir wünsche.

Vier von fünf Menschen leiden unter Haarverlust. Demnach ist eine Haarpracht die in jeder Situation perfekt sitzt, der Wunsch vieler Personen. Im The Hair Center in Aarau werden diese Damen, Herren und Kinder ganz ohne Hektik betreut. In privater Atmosphäre kümmert sich ein kompetentes Team um jedes ihrer Anliegen. Alles für das Haar, das zu der eigenen Persönlichkeit passt.

Perücken | Halbperücken | Oberkopfhaarteile | Toupets Haarteile | Individuelle Anfertigungen in Echt- und Kunsthaar | Augenbrauen | Pflege- und Befestigungsprodukte | Turbane | Accessoires



Ihr Spezialist für Zweithaarlösungen, seit über 48 Jahren. The Hair Center | Graben 8 | 5000 Aarau T: 062 824 88 88 | www.thehaircenter.ch



«Wir behandeln Kinder nicht. Wir betreuen sie.»

Kinder mit nephrologischen Erkrankungen können neu am KSB diagnostiziert und abgeklärt werden. Prof. Dr. med. Guido Laube, Chefarzt der Klinik für Kinder und Jugendliche, bietet hierfür zweimal wöchentlich eine nephrologische Kindersprechstunde an. Im Interview erklärt er die Möglichkeiten einer optimalen konsiliarischen Betreuung, die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie die Therapie des steroidresistenten nephrotischen Syndroms.

INTERVIEW Vivien Wassermann

Welche Krankheitsbilder sehen Sie in der nephrologischen Sprechstunde am häufigsten?

Mir werden vor allem Kinder mit Harnwegsinfekten, Enuresis, Nierensteinen oder arterieller Hypertonie sowie Patienten mit Blut oder Eiweiss im Urin zur Abklärung zugewiesen. Zudem betreue ich Kinder mit eingeschränkter Nierenfunktion und führe Abklärungen vor und nach Nierentransplantationen durch.

Behandeln Sie auch Neugeborene?

Ja. Kinder, die mit Fehlbildungen der Nieren zur Welt kommen und beispielsweise bei erweiterten Harnwegen regelmässige Ultraschallkontrollen benötigen, können uns selbstverständlich ebenfalls zugewiesen werden. Ebenso kann ich den Kinderarzt aber auch konsiliarisch beraten, wenn dieser den Ultraschall selbst in seiner Praxis durchführt

Übrigens würde ich nicht davon sprechen, dass wir Kinder mit chronischen Nierenerkrankungen behandeln. Denn behandeln heisst: Untersuchen, Medikamente verordnen und heimschicken. Am KSB betreuen wir die Kinder hingegen. Und auch deren Eltern.

Inwiefern betreuen Sie sie?

Wir schauen individuell, welchen Einfluss die chronische Erkrankung auf andere Aspekte wie das Wachstum, die Schule oder das soziale Miteinander mit Freunden und der Familie hat. Bei Kindern nach Transplantationen oder mit schweren nephrologischen Beeinträchtigungen leiden die Eltern und auch Geschwisterkinder häufig sehr stark darunter und benötigen ebenfalls eine Betreuung. Diese Probleme versuchen wir bestmöglich in der Sprechstunde abzufangen und darüber offen zu sprechen. Wenn eine Situation sehr schwierig ist, holen wir zudem eine Kinderpsychiaterin oder Psychologin hinzu, diese schaut sich das familiäre Gefüge an und vermittelt die Eltern weiter an die richtigen Fachpersonen. Diese psychosozialen Aspekte sind nicht zu unterschätzen. Denn chronische Nierenerkrankungen haben einen gewaltigen Impact auf die ganze Familie.

Wie sieht die weitere interdisziplinäre Zusammenarbeit am KSB aus?

Im ambulanten Bereich besteht im Rahmen der fachspezifischen Sprechstunde die Möglichkeit, jenen Patienten, die mehrere Fachspezialisten benötigen, in Zusammenarbeit mit einem Kinderkardiologen, Kinderdermatologen, Kinderorthopäden oder neu auch Kinderneurologen zu betreuen. Wir sind am KSB in der glücklichen Situation, kurze Wege zu haben und in den meisten Situationen den passenden Fachspezialisten vor Ort zu haben. Ebenso arbeiten wir Hand in Hand mit unseren Kollegen der Erwachsenenmedizin, was umso wertvoller ist, da unsere Patienten im Erwachsenenalter dann einfacher in die Erwachsenenbetreuung wechseln können.

«Chronische Nierenerkrankungen haben einen gewaltigen Impact auf die Familie.»

Prof. Dr. med. Guido Laube





Wie erfolgt die Zuweisung der Patienten an Sie?

Die Zuweisung erfolgt über unser Ambulatorium. Wichtig ist mir dabei, dass man in Zusammenarbeit mit den Kinder- und Hausärzten die Kinder gemeinsam konsiliarisch betreut. Sprich, wenn ein Kind zur Beurteilung ans KSB geschickt wird, kann die Weiterbetreuung selbstverständlich weiter in der hausärztlichen Praxis stattfinden und man kann mich konsiliarisch per Telefon hinzuziehen. Andernfalls ist es aber auch möglich, dass ich die Betreuung von komplexeren Fällen komplett übernehme. Je nachdem, was der Hausarzt individuell bevorzugt.

Sie sind seit 17 Jahren Kindernephrologe. Gibt es Schicksale, die Ihnen dennoch besonders an die Nieren gehen?

Wenn in einer Familie drei Personen eine Nierentransplantation hatten, ist das natürlich schon hart. Auch Gespräche, in denen ich den Eltern eines bis vor Kurzem völlig unauffälligen knapp zweijährigen Patienten mitteleilen muss, dass ihr Kind unter einem steroidresistenten nephrotischen Syndrom leidet, gehören zu den Herausforderun-

gen meines Berufs. Solch eine Diagnose beeinflusst das ganze Leben des Patienten und seiner Familie und bringt eine chronische Betreuung bis Erwachsenenalter mit sich.

Wie wurde die Erkrankung bei dem Patienten diagnostiziert?

Aufgrund der geschwollenen Augen und Beine des Jungen suchten die Eltern zunächst den Kinderarzt auf. Infolgedessen wurde eine Proteinurie festgestellt, die allerdings nicht, wie in 90 Prozent der Fälle, auf Kortison ansprach. Deshalb führte ich bei diesem Kind eine Nierenbiopsie durch. Diese ergab die histologische Diagnose einer diffus mesangialen Sklerose.

Wie sieht die Therapie des steroidresistenten nephrotischen Syndroms aus?

Der Patient wird in diesem Fall mit Immunsuppressiva behandelt. Da dies bekanntlich zu Nebenwirkungen führt, bedarf es regelmässiger Kontrolluntersuchungen. Dennoch benötigen betroffene Kinder im weiteren Verlauf häufig ein Nierenersatzverfahren oder eine Nierentransplantation.

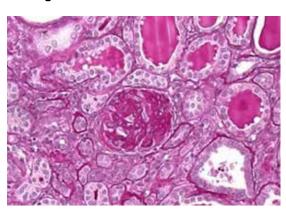
Führen Sie selbst Nierentransplantationen durch?

In meiner vorherigen Funktion als Abteilungsleiter Nephrologie am Kinderspital habe ich jährlich sieben bis acht Transplantationen durchgeführt. Da die Jahresquote schweizweit bei etwa zwölf liegt, werden solche hochspezialisierten Eingriffe nur in den Zentren in Zürich, Bern und Lausanne durchgeführt. Wir arbeiten hier mit dem Kinderspital Zürich zusammen.

Irgendwann entwachsen Ihre kleinen Patienten der Kindermedizin. Wie gestalten Sie die Transition am KSB?

Wenn Patienten das Erwachsenenalter erreichen und weiter fachärztliche Betreuung benötigen, arbeite ich mit Hans Rudolf Räz, dem Chefarzt unserer Erwachsenen-Nephrologie, zusammen. Viele Kinder können auch in der hausärztlichen Praxis weiterbetreut werden, sofern es die Fachexpertise nicht mehr benötigt. Es ist wichtig, dass die Transition gut organisiert wird und dass der Patient, der es gewohnt ist, regelmässig zu Kontrollen zu kommen, auch als Erwachsener ein gutes Setting vorfindet. Mit einem abschliessenden Brief und «Aus den Augen, aus dem Sinn», ist es eindeutig nicht getan. Dies gilt selbstverständlich auch für die anderen Fachgebiete an der Kinderklinik. Entsprechend gestalten wir einen gut organisierten Übergang bereits in der Kardiologie und wir werden auch in unserem neuen kinderneurologischen Angebot so vorgehen.

Lichtmikroskopisches Bild einer diffus mesangialen Sklerose



In Kürze

- In der nephrologischen Kindersprechstunde werden vom Neugeborenen bis zum Jugendlichen alle Patienten mit Störungen der Nieren und ableitenden Harnwegen betreut:
 - Harnwegsinfektionen
 - Angeborene Fehlbildungen
 - Einnässen und Bettnässen
 - Nierensteine
 - Störungen des Knochen- und Mineralstoffwechsels
 - · Bluthochdruck
 - Genetische Krankheiten
 - Eingeschränkte Nierenfunktion



Prof. Dr. med. Guido Laube Chefarzt Kinder- und Jugendmedizin, spez. Pädiatrische Nephrologie

Kontakt

Chefarztsekretariat Klinik für Kinder und Jugendliche Telefon 056 486 37 00 paediatrie@ksb.ch ksb.ch



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

Risikogeburten

Das Management am KSB

Risikokonstellationen für eine natürliche Geburt wie die Beckenendlage und Zwillingsgeburten stellen eine geburtshilfliche Herausforderung dar. Die klinischen Befunde, die Wünsche der Mutter, die aktuelle wissenschaftliche Datenlage sowie die geburtshilfliche Erfahrung müssen in die Beratung sorgfältig mit einbezogen werden, damit eine solide Abwägung hinsichtlich des «besten» Geburtsmodus erfolgen kann.

AUTOREN Dr. med. Amr Hamza, Leitender Arzt, und Prof. Dr. med. Leonhard Schäffer, Chefarzt Geburtshilfe und Pränataldiagnostik

Beim Management einer Risikogeburt spielen die ärztliche Erfahrung, Klinikorganisation, defensive Praxis und Grundhaltung der Patientin eine wichtige Rolle. Am KSB achten wir auf eine besonders professionelle präpartale Geburtsberatung und eine 24-stündige Verfügbarkeit eines erfahrenen Teams.

Mehrlingsgeburten

Insgesamt haben in der Schweiz im Jahr 2019 1448 Mehrlingsgeburten stattgefunden. Am KSB haben 31% der Mütter mit Mehrlingsschwangerschaft vaginal geboren. Eine besondere Herausforderung ist die Beratung der Patientin, um herauszuarbeiten, welcher angestrebte Geburtmodus für die individuelle Sitation am besten ist.

Mehrere aktuelle Studien konnten bei Schädellage des 1. Zwillings unabhängig von der Position des 2. Zwillings und des Gestationsalters keinen Unterschied zwischen einer geplanten Sectio und einer geplanten Vaginalgeburt im kurzfristigen oder langfristigen (2 Jahre nach der Geburt) fetalen Outcome feststellen. Beim zweiten Zwilling muss

in ca. 4 % mit einer Notfallsectio gerechnet werden. Ein verlängertes Zeitintervall zwischen der Entbindung des 1. und 2. Zwillings spielt für die Entwicklung einer fetalen Hypoxie oder die Notwendigkeit eines Kaiserschnitts beim zweiten Zwilling eine gewisse Rolle. Das Vorgehen bei Schädellage des ersten, aber Quer- oder Beckenendlage des 2. Zwillings erfordert daher eine besondere Expertise.

Am KSB bieten wir sowohl die fachliche Expertise als auch die Infrastruktur für die vaginale Mehrlingsgeburt. Dabei erfolgt eine Vorstellung zwischen der 32–36. SSW zur Erstberatung durch einen erfahrenen Geburtshelfer. Die Entscheidung über den Geburtsmodus erfolgt nach dem Algorithmus in Abbildung 1. Die Geburtsleitung erfolgt immer durch einen langjährig erfahrenen Geburtshelfer (Chefarzt und leitender Arzt). Üblicherweise wird eine PDA mit Beginn der aktiven Phase der Geburt empfohlen, um eventuell erforderliche Geburtsmanöver zur Entwicklung des 2. Zwillings schmerzlos zu ermöglichen. Kinderärzte und Anästhesie stehen für mögliche Einsätze in unmittelbarer Nähe immer bereit.

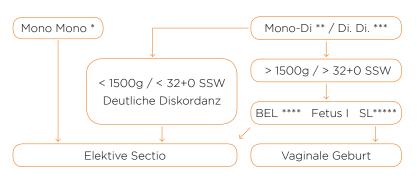


Abbildung 1

Behandlungsalgorithmus nach Barret et al.

- (* Monochorial monoamniotische Gravidität,
- ** Monochorial diamniotische Gravdität,
- *** dichorial diamniotische Gravidität,
- **** Beckenendlage, ***** Schädellage)



Die Geburt aus Beckenendlage - eine besondere Herausforderung

Im Vergleich zur Mehrlingsgeburt entbinden signifikant weniger Frauen vaginal aus Beckenendlagen. Grund dafür sind meistens die mütterliche Verunsicherung und Angst, die sich im Verlauf der Schwangerschaft bildet, aber auch weitere medizinische Gründe, z.B. fetale Kopf/ Thorax Disproportion, die im Rahmen der Erstevaluation durch einen erfahrenen Geburtshelfer untersucht werden. Daher achten wir am KSB besonders auf die präpartale Beratung durch einen Geburtshelfer mit langjähriger Erfahrung in Beckenendlagengeburten, um den Müttern die unterschiedlichen Alternativen unter Berücksichtigung der aktuellen, vielversprechenden Datenlage einer normalen Geburt auch aus Beckenendlage oder nach äusseren Wendung gut erklären zu können.

Als Folge der randomisierten prospektiven Studie von Hannah et al. aus dem Jahr 2000, in welcher festgestellt wurde, dass eine vaginale Geburt aus Beckenendlage am Termin die neonatale Mortalität (13/1000 vs. 3/1000 Geburten) und Morbidität (3,8 vs. 1,4%) erhöht, bei einem vergleichbaren maternalen Outcome, ist die Rate an spontan geborenen Kindern aus BEL in den letzten 20 Jahren stark zurückgegangen. In der Hannah-Studie wurden allerdings eine nicht standardisierte Vorgehensweise und Expertisen, Kopfextentension sowie eine präpartale Pelvimetrie bei Erstgebärenden nicht berücksichtigt und somit von Experten in Frage gestellt. Zudem hatten die meisten Fälle mit perinataler Mortalität keinen kausalen Zusammenhang zum Geburtsmodus. Bei der Nachuntersuchung nach 2 Jahren von 920 Kindern zeigten sich trotz erhöhter kurzfristiger neonataler Morbidität keine signifikanten Unterschiede in der neurologischen Entwicklung. Dass die klinische Erfahrung und klinische Protokolle eine grosse Rolle spielen, zeigt sich auch in weiteren Publikationen, in denen keine Unterschiede zwischen der vaginalen und operativen Geburt festgestellt wurden. Daher wurde die «Hannah»-Studie von Fachexperten neuerlich in Frage gestellt.

Bei Erstgebärenden führen wir eine MR-gestützte Pelvimetrie zur Beurteilung der Beckenmasse durch. Die maternale Gebärposition scheint einen Einfluss auf die Länge der Austreibungsperiode, maternale/fetale Verletzungen, die Notwendigkeit manueller Eingriffe und vor allem die Kaiserschnittrate zu haben. Je nach Situation und Wohlbefinden der Patientin wird eine Position im Vierfüsslerstand oder in sitzend aufrechter Position eingenommen. Laut der aktuellen PREMODA Studie ist eine Geburtseinleitung bei Beckenendlage nicht mit einer vermehrten neonatalen Mortalität oder Mortalität assoziiert und scheint daher sicher zu sein.

Äussere Wendung als Alternative zur Beckenendlagengeburt

Als Alternative zur vaginalen Geburt aus Beckenendlage wird die Möglichkeit der äusseren Wendung besprochen, um somit den Müttern eine vaginale Geburt aus Schädellage ermöglichen zu können. Studien zeigen, dass bei einer Geburt nach äusserer Wendung die Erfolgsraten einer vaginalen Geburt höher sind als bei einer Geburt aus Beckenendlage. Eine prospektiv randomisierte Studie, die beide Modalitäten direkt vergleicht, existiert allerdings nicht. Die Erfolgschance einer Wendung beträgt je nach Ausgangssituation zwischen 50% und 80%. Die äussere Wendung wird am KSB seit einigen Jahren erfolgreich praktiziert.

Im Rahmen der Beratung am KSB wird in einem umfassenden Gespräch die Mutter über die verschiedenen Optionen bei vorliegender Beckenendlage beraten. Dabei wird einerseits erfahrene klinische Expertise angeboten, andererseits werden die Ängste, Sorgen und Bedenken der Eltern ernst genommen und nach einer eingehenden Beratung der für die Patientin beste Entbindungsmodus gemeinsam geplant.

Ein erfahrenes geburtshilfliches Team steht für Ihre Patientinnen rund um die Uhr einsatzbereit zur Verfügung, um komplexe geburtshilfliche Abläufe sicher und professionell anbieten zu können.

In Kürze

- Am KSB legen wir grossen Wert auf eine einfühlsame und kompetente Beratung bei der Planung von Risikogeburten.
- Bei Zwillingsschwangerschaften mit Schädellage des führenden Zwillings sollte unabhängig von der Position des zweiten Zwillings die Möglichkeiten der vaginalen Geburt besprochen werden.
- In der Hand des Erfahrenen ist die vaginale Geburt bei Mehrlingsschwangerschaften und bei Beckenendlagen eine sichere Alternative zur primären Sectio.



Prof. Dr. med. Leonhard Schäffer Chefarzt für Geburtshilfe und Pränataldiagnostik



Dr. med. Amr Hamza Leitender Arzt Geburtshilfe und Pränataldiagnostik

Kontakt

Chefarztsekretariat Geburtshilfe & Pränataldiagnostik Telefon 056 486 35 07 geburtshilfe@ksb.ch ksb.ch

Vorfusskorrekturen Learnings aus Australien

Im Rahmen eines Fellowships in Melbourne (Melbourne Orthopaedic Group) konnte ich viele Inspirationen sammeln und operative Therapien von Erkrankungen aus dem Bereich Fuss/ Sprunggelenk erlernen. Einige der Techniken waren so überzeugend, dass wir sie nun auch im Kantonsspital Baden anbieten können.

AUTOR Dr. med. Christopher Lenz, Oberarzt Orthopädie

Kommt es zu einer symptomatischen Fehlstellung der Zehen, typischerweise die Hammerzehendeformität einer oder mehrerer Zehen, kann dies für Patienten einen erheblichen Leidensdruck bedeuten. Häufig findet sich begleitend eine Metatarsalgie, die mit starken, belastungsabhängigen Schmerzen plantar am Vorfuss einhergeht und vor allem bei der Propulsion während des Gangzyklus auftritt, wo die MTP-Gelenke und Köpfchen maximal beansprucht werden und der Fuss vom Boden abgestossen wird.

Hammerzehen gehen mit einer Hyperflexion im PIP-Gelenk und einer Hyperextension im MTP-Gelenk einher. Bei der Krallenzehe ist zusätzlich das DIP-Gelenk hyperflektiert, häufig besteht hier eine neurologische Ätiologie. Prinzipiell wird das Gelenk mit der grössten Fehlstellung chirurgisch adressiert, was in der Regel das PIP-Gelenk darstellt. Der häufig knöcherne Eingriff wird mit einem sehnenchirurgischen Eingriff kombiniert. Hier wird die deformierende Kraft adressiert. Die Metatarsalie 2 his 4 hervorgerufen

Die Metatarsalgie wird oft durch eine Längendiskrepanz der Metatarsalia 2 bis 4 hervorgerufen, wobei diese eine Überlänge aufweisen. Dadurch kommt es zu einer unphysiologischen Belastung und zur Überlastung und Schmerzen unterhalb der Metatarsaleköpfchen.

Hammerzehenkorrektur

Wie schon erwähnt, wird das PIP-Gelenk bei der Hammerzehenkorrektur adressiert. Die Hyperflexionsfehlstellung wird korrigiert, indem das Gelenk in Neutralstellung arthrodesiert wird. Dabei wird das Gelenk entknorpelt und die resultierenden spongiösen Knochenflächen in gewünschter Position reponiert und stabilisiert. Zur Stabilisation wird klassischerweise ein 1.4mm dicker Spickdraht eingebracht, der vorne an der Zehe herausschaut und nach 5 Wochen wieder entfernt wird. Das Problem hierbei ist die fehlende Stabilität und Möglichkeit der Kompression der Knochenflächen. Dadurch, dass der Draht vorne herausragt, besteht ein erhöhtes Infektionsrisiko. Insgesamt funktioniert diese Technik jedoch sehr gut. Die Alternative besteht darin, intramedulläre Implantate zu verwenden, die zahlreich und in verschiedenen Varianten auf dem Markt angeboten werden. Das Prinzip ist das gleiche, jedoch stehen die Knochenflächen besser in Kontakt und werden so von dem Implantat gehalten. So soll eine bessere knöcherne Durchbauung erreicht werden. Die Implantate müssen nicht entfernt werden. Abbildung 1 zeigt den postoperativen Befund, Abbildung 2 ein Beispiel solch eines Implantats.

Metatarsalgie

Das Prinzip der Behandlung der Metatarsalgie besteht in einer Verkürzung der betroffenen Metatarsalia. Meist ist der zweite Mittelfussknochen (MFK) betroffen, häufig auch der dritte MFK, seltener der vierte. Für die Art und Weise der Verkürzung sind viele Techniken beschrieben. Keine dieser Techniken ist optimal und gilt als Goldstandard, jede hat ihre Vor- und Nachteile. In Australien habe ich die minimal-invasive Technik erlernen können. Diese habe ich im KSB bereits häufig durchgeführt und konnte die positiven Eindrücke bestätigen.

Abbildung 1

Postoperativer Befund nach Hammerzehenkorrektur der zweiten und dritten Zehen auf Höhe des PIP-Gelenks



Abbildung 2

Beispiel eines intramedullären Implantats für die Hammerzehenkorrektur, das es in verschiedenen Grössen und Krümmungen gibt (gerade, leicht gebogen)

©Wright-Tornier, PHALINX™ Surgical Technique Supplement



Zum Vergleich

Typischerweise verwenden wir die Weil-Osteotomie für die Verkürzung. Hier wird distal am Vorfuss auf Höhe des betroffenen MFK (ein Hautschnitt für z.B. MFK 2 und 3, zwei Hautschnitte für MFK 2, 3 und 4) eine etwa 4-5cm grosse Hautinzision vorgenommen. Die MTP-Gelenke und ca. das distale Drittel der MFK wird dargestellt. Die Weil-Osteotomie ist eine intraartikuläre Schrägosteotomie, die also das Gelenkköpfchen involviert. Jeder Eingriff am Gelenk hat potenzielle Nachteile wie Degeneration und bei dem MTP-Gelenk in erster Linie eine postoperative Steife oder zumindest Bewegungseinschränkung. Im Anschluss an die Osteotomie wird der durchtrennte Knochen in der Achse um die gewünschte Länge verkürzt und dann mit einer 2.0mm Schraube fixiert. Der Eingriff dauert 20-40 Minuten, je nach Anzahl der durchgeführten Osteotomien. Die Patienten sind in der Regel zwei Nächte stationär und werden in einem flachen postop. Schuh mit harter Sohle für 6 Wochen nachbehandelt, in dem sie nach Massgabe der Beschwerden belasten dürfen. Der «floating toe» ist dabei die häufigste Komplikation, d.h. dass die betroffene Zehe bei Belastung nicht den Boden berührt und etwas hochsteht.

Bei der distalen minimal-invasiven metatarsalen Osteotomie (DMMO) wird unter dem Bildwandler die Stelle direkt proximal der Metatarsaleköpfchen identifiziert und dann medial davon eine Inzision (3-4mm) gesetzt. Der MFK wird mit dem Skalpell palpiert. Mit einer speziellen Fräse (Abbildung 3) wird dann der MFK schräg durchtrennt. Dies sollte nie an nur einem MFK erfolgen, sondern mindestens an zwei, eher an drei MFK (2.-4. MFK). Entsprechend erfolgt jeweils eine Stichinzision. Der durchtrennte Knochen wird nicht fixiert. Der Eingriff dauert 10-15 Minuten und kann ambulant durchgeführt werden. Die Nachbehandlung erfolgt auch hier im flachen postop. Schuh mit harter Sohle, der jedoch nach 2-3 Wochen nicht mehr getragen muss, je nach Komfort. Das Prinzip ist, dass die Köpfchen der MFK unter der Belastung selbst ihre optimale Position finden und in dieser Stellung verheilen, so dass ein möglichst optimales Belastungsmuster und eine harmonische, sogenannte Vorfussparabel entsteht (Abbildung 4). Die Ergebnisse haben mich von der Technik überzeugt. Dank der unkomplizierten Nachbehandlung und einer ambulanten OP ist die Patientenzufriedenheit sehr hoch.

Anekdotisch sei noch erwähnt, dass diese Technik von meinem Supervisor Tim Schneider in Melbourne modifiziert wurde und für ein anderes Krankheitsbild angewendet wurde. Die inverse (englisch «reverse») distale minimal invasive metatarsale Osteotomie (R-DMMO) stellt das gleiche Prinzip dar, jedoch führt man die Osteotomie entgegengesetzt durch, so dass es eher zu einer Elevation des MFK Köpfchens kommt als zu einer Verkürzung. Dies wiederrum verringert die Translationskraft auf Höhe der TMT-Gelenke und wird zur Behandlung bei TMT-Arthrose eingesetzt. Auch dies funktioniert! So kann unseren Patienten oftmals eine Operation mit Arthrodese der TMT-Gelenke und 6 Wochen Teilbelastung im Gips erspart bleiben und alternativ ein minimal-invasiver, ambulanter Eingriff mit ähnlich guten Erfolgsaussichten in Erwägung gezogen werden.

Glossar

MTP: Metatarsophalangeal DIP: distal interphalangeal PIP: proximal interphalangeal

Abbildung 3

Nach Stichinzision der Haut wird die Fräse von medial her an das Metatarsale angesetzt und schräg, extraartikulär osteotomiert. Die Osteotomie dauert wenige Sekunden.

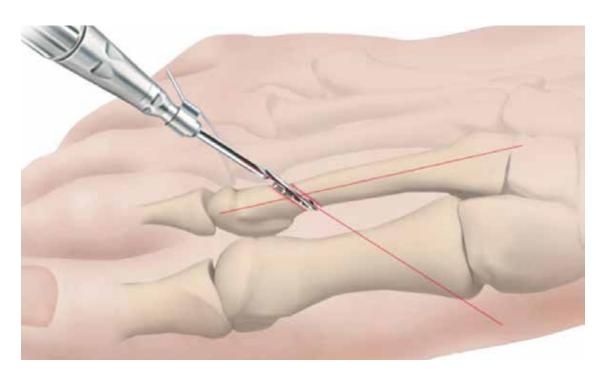


Abbildung 4

Präoperativer Befund bei Metatarsalgie, wobei hier auf die Überlänge der Metatarsalie II und III zu achten ist.



Intraoperativer Befund unter dem Bildwandler nach erfolgreicher Durchführung der DMMO der Metatarsalia II bis IV.



Radiologischer Befund drei Monate postoperativ mit harmonischer Vorfussparabel und verheilten Osteotomien.



In Kürze

- Intramedulläre Implantate zur Hammerzehenkorrektur stellen eine attraktive Alternative zur Spickdrahtversorgung dar
- Mittels minimal-invasiver Verfahren kann sowohl eine Metatarsalgie als auch eine Arthrose im Mittelfuss adressiert werden
- Die minimal-invasiven Verfahren k\u00f6nnen ambulant durchgef\u00fchrt werden
- Die Nachbehandlung ist unkompliziert und erlaubt unseren Patienten, schnell wieder mobil und aktiv zu sein



Dr. med. Christopher Lenz Oberarzt Orthopädie

Kontakt

Sekretariat Klinik für Orthopädie und Traumatologie Telefon 056 486 18 88 ortho@ksb.ch

ORIENTTEPPICH



- * 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-taebriz.ch www.orientteppich-taebriz.ch Zentralstrasse 57, 5610 Wohlen Tel. u. Fax 056 544 35 46

Montag geschlossen



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.



viel mehr als Druck.

Die kleinen Unterschiede haben grosse Auswirkungen

Mit Prof. Dr. med. Dr. sc. nat. Catherine Gebhard kommt eine der führenden Wissenschaftlerinnen in der Schweiz auf dem Gebiet der Gendermedizin ans KSB. Im Interview erklärt sie, weshalb Genderaspekte in der klinischen Forschung oft vernachlässigt werden, bei welchen Erkrankungen auch Männer in der Praxis benachteiligt sind und warum es sie zurück ans KSB zieht.

INTERVIEW Vivien Wassermann

Frau Professor Gebhard, schlagen Frauenherzen anders?

Das tun sie tatsächlich. Was den Herzmuskel angeht, entwickelt dieser sich mit dem Alter bei Frauen und Männern unterschiedlich. Frauenherzen reagieren sensibler auf Stress und werden beispielsweise im Alter eher kleiner und schlagen schneller, wohingegen Männerherzen sich mit dem Alter eher vergrössern. Diese Unterschiede wirken sich natürlich auf die Entstehung und Therapie von Herzkrankheiten aus, werden jedoch im klinischen Alltag kaum berücksichtigt. Bei Frauen kommt es deshalb öfter zu diagnostischen Ungenauigkeiten. Erkrankungen werden später erkannt als bei Männern. Insgesamt kann man sagen, dass diese kleinen Unterschiede recht grosse Auswirkungen haben.

Mehr als die Hälfte der Bevölkerung ist weiblich, Gleichberechtigung ist in aller Munde. Warum gilt dennoch der Mann als Prototyp der Medizin?

Es ist leider in der Medizin so, dass der junge männliche Körper als Norm gilt und die meisten Forschungsergebnisse an Männern und männlichen Tieren erhoben werden. Auch werden nur etwa 5% der Zell-Experimente an weiblichen Zellen durchgeführt. Die Unterrepräsentation von Frauen in der Forschung ist auch im 21. Jahrhundert ein grosses Problem. Bei den Studien hat dies historische Gründe: So hat man nach dem

Contergan-Skandal Anfang der 60er Jahre ungeborenes Leben schützen wollen. Auch wurde fälschlicherweise davon ausgegangen, dass viele Krankheiten, wie der Herzinfarkt, typische Männerkrankheiten sind, was nicht stimmt. Zudem wurde angenommen, dass Frauen aufgrund ihres Hormonzyklus eine höhere Variabilität in Studien einbringen. Deshalb wurden Frauen in klinischen Studien aber auch in der Grundlagenforschung kaum untersucht und es fehlen entsprechend Daten über Krankheitsmanifestation und Effizienz von Therapien im weiblichen Organismus. Fairerweise muss man aber auch sagen, dass Frauen weniger oft als Männer bereit sind, an einer Studie teilzunehmen. Es ist daher wichtig, die Gründe zu untersuchen, die eine Studienteilnahme von Frauen erschweren.

Deshalb wählt man auch heute noch in der Grundlagenforschung zu 90 Prozent männliche Tiere aus?

Es ist teurer, wenn man beide Geschlechter untersucht. Auch geht man bei der Grundlagenforschung davon aus, dass dies aufgrund des Hormonzyklus bei weiblichen Tieren schwieriger sei. Diese Annahme wurde aber schon widerlegt. Durch dieses Versäumnis gehen bereits in einem frühen Stadium der Forschung wichtige Erkenntnisse verloren. Bedenklich ist, dass der Geschlechts-Bias zulasten der weiblichen Tiere in den letzten Jahren noch zugenommen hat. Die Gründe hierfür sind unklar.

Welche Folgen hat dieses Vorgehen?

Die Folge dieser Praxis sind schon lange bekannt: die Kinetik der Medikamente ist im weiblichen Organismus nur lückenhaft erfasst, obwohl man weiss, dass sich der Abbau im weiblichen Organismus aufgrund von Geschlechterunterschieden bei der Nierenfunktion, Fett, Wasser und Muskelanteil deutlich unterscheidet. Aus diesen Gründen treten unerwünschte Nebenwirkungen bei Frauen 1,5-2x mal häufiger auf als bei Männern. Dementsprechend zeigte eine kürzlich veröffentlichte Studie, dass die Sterblichkeit bei Frauen mit Herzinsuffizienz sinkt, wenn sie eine geringere Dosis mancher herzwirksamen Medikamente nehmen.

Die Frauen sind also in der Medizin in der Opferrolle?

Nein, das kann man so nicht sagen. Gender-Medizin ist keine Frauen-Medizin, sondern untersucht vielmehr die Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Deshalb widmet sie sich vor allem jenen Gruppierungen, die bislang benachteiligt wurden: so ist die Osteoporose beim Mann eines der am meisten vernachlässigten Krankheitsbilder Europas. Da Osteoporose als typische Frauenkrankheit gesehen wird und Diagnostik und Therapie auf eine weibliche Population ab-

gestimmt sind, wird die Erkrankung bei Männern unterdiagnostiziert und/oder nicht adäquat behandelt. Dies steht im deutlichen Gegensatz zu dem erheblichen Frakturrisiko, das bei Männern infolge des Knochenschwundes auftritt. Auch werden Essstörungen beispielsweise als typische Frauenkrankheit angesehen. Dabei sind bis zu 25 Prozent der Erkrankten männlich. Hierzu gibt es aber kaum Daten und auch die Therapien sind auf die weibliche Population ausgerichtet.

Wie kommt es, dass Sie nun ein 25%-Pensum am KSB antreten?

Am KSB habe ich meine medizinische Laufbahn von 2007 bis 2009 als Assistenzärztin in der Inneren Medizin begonnen und habe hier sehr viel Unterstützung erfahren. Ich wusste schon immer, dass ich gerne ans KSB zurückkehren möchte. Ich habe hier eine extrem lehrreiche Zeit erlebt und mich hat das angenehme Betriebs- und Arbeitsklima schon damals beeindruckt. Ich freue mich auch, dass so viele bekannte Gesichter von früher immer noch hier arbeiten. Das spricht sehr für das KSB. Denn wenn Mitarbeitende so lange an einem Arbeitsort bleiben, scheinen sie sich dort wohlzufühlen. Momentan ist es mir nur möglich, eine 25 Prozent-Stelle anzutreten, da ich noch eine SNF-Professur an der Universität Zürich habe und dort ein Forschungsteam leite.

Herz-Kreislauferkrankungen sind die Todesursache Nr. 1 bei Männern UND Frauen

Frauen-spezifische kardiovaskuläre Risikofaktoren (Schwangerschaftskomplikationen, vorzeitige Menopause u.a.) werden kaum erhoben und unterschätzt²

Die Stressinduzierte (Takotsubo) Kardiomyopathie betrifft am häufigsten Frauen¹ Das Angstzentrum des Gehirns (Amygdala) ist bei herzkranken Frauen chronisch aktiv^{4,6}

Frauen beklagen nach einem Herzinfarkt eine niedrigere Lebensqualität und ein größeres Ausmaß an mentalem Stress als männliche Patienten¹

Frauen, die in der Öffentlichkeit einen Herz-Kreislauf-Stillstand erleiden, erhalten weniger oft Hilfe durch Laienhelfer

Raucherinnen und Frauen mit Diabetes oder Bluthochdruck haben ein höheres Herzinfarktrisiko als Männer mit gleichem Risikoprofil² Viele Frauen unterschätzen ihr Herzinfarkt-Risiko

Frauen sind bei kardiovaskulären Studien stark unterrepräsentiert (<24%) ¹⁶ Männer- und
Frauenherzen
altern unterschiedlich⁵

Herzinfarkte
werden bei
Männern
schneller
erkannt und
behandelt als

Körperliche Anstrengung ist ein häufiger Trigger für einen Herzinfarkt bei Männern während bei Frauen emotionale Trigger eine grössere Rolle spielen¹

Medikamente und invasive Therapien werden öfters bei Männern als bei Frauen eingesetzt 'Yentl Syndrom' ^{1,2}

Männer, die eine Stressinduzierte (Takotsubo) Kardiomyopathie erleiden, haben eine schlechtere Prognose als Frauen mit dieser Erkrankung¹ Männer überleben einen akuten Herzinfarkt häufiger als Frauen²

Männer haben häufig stärkere Verengungen der Herzkranzgefässe und mehr Koronarplaques als Frauen²

Es besteht ein besseres Nutzen-Risiko-Verhältnis vieler herzspezifischer Medikamente bei Männern¹

Das Risiko von Komplikationen bei Koronarinterventionen ist bei Männern geringer als bei Frauen¹

Nach Sportgrossveranstaltungen steigt die Anzahl der Herzinfarkte bei Männern, nicht jedoch bei Frauen⁶

ightarrow Eine genormte Geschlechtszuordnung kann eine schnelle Diagnosestellung verhindern und gefährliche Folgen haben.

hei Frauen¹

Beide Geschlechter profitieren, wenn ihre Unterschiede wahrgenommen werden, wenn Präventionsangebote und Therapiemaßnahmen auf sie abgestimmt werden.

Werden Sie am KSB ausschliesslich weibliche Patienten mit kardiovaskulären Beschwerden behandeln?

Ich werde in der Kardiologie tätig sein. Und dort behandele ich keineswegs nur Frauen, ich behandele gern auch die Männer. Beides unter Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Unterschiede.

aufgenommen wird. Zudem wird im März 2021 ein erster Weiterbildungsstudiengang (CAS) in Gendermedizin starten, den wir für medizinisches Personal und Forschende anbieten. Dieser sollte eigentlich schon in diesem Frühjahr beginnen, musste jedoch wegen Corona um ein Jahr verschoben werden.

Wodurch wurde ursprünglich Ihr Interesse an der Gender-Medizin geweckt?

Vor zehn Jahren hat mich mein damaliger Chef in der Echokardiografie darauf aufmerksam gemacht, dass die Herzen älterer Frauen stärker pumpten. Dies haben wir daraufhin systematisch in einer Studie untersucht und wir wurden bestätigt. Seitdem hat mich das Thema fasziniert und ich habe die Entwicklung des weiblichen Herzens im Alter noch weiter untersucht und viele Unterschiede gefunden, die bislang keine Berücksichtigungen in den Leitlinien und der klinischen Routine gefunden hatten.

Inwiefern fehlen die gendermedizinischen Aspekte in der bisherigen Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte?

Wir arbeiten derzeit sehr daran, dass Gendermedizin verstärkt auch im medizinischen Curriculum

Welche Inhalte werden Sie im neuen CAS vermitteln?

In insgesamt elf Modulen werden geschlechtsspezifische Aspekte in den unterschiedlichen
medizinischen Fachrichtungen aber auch allfällige Forschungslücken und ihre Konsequenzen
im klinischen Alltag gelehrt. Wir hoffen, dass wir
mit dem CAS vor allem Leute ansprechen, die
bereits im Gesundheitswesen tätig sind, wie zum
Beispiel niedergelassene Ärztinnen und Ärzte,
Kolleginnen und Kollegen in den Spitälern, Pflegepersonal und die Industrie. Unser Hauptziel
ist, dass den Geschlechterunterschieden in der
klinischen Routine mehr Beachtung geschenkt
wird, so dass jeder Mann und jede Frau die entsprechende personalisierte und evidenzbasierte
Therapie erhält.

Weiterführende Literatur/Referenzen

- Haider A, Bengs S, Luu J, Osto E, Siller-Matula JM, Muka T, Gebhard C. Sex and gender in cardiovascular medicine: presentation and outcomes of acute coronary syndrome. Eur Heart J 2020;41(13):1328-36.
- Gebhard C. Women and acute coronary syndromes: still up to no good. Eur Heart J 2017;38(14):1066-8.
- Steck N, Marxt L, Candinas D, Beck Schimmer B, Gebhard C. Gendermedizin: Patientinnen unterscheiden sich von Patienten. Schweiz Ärztezta 2020:101(06):169-71.
- 4. Fiechter M, Roggo A, Burger IA, Bengs S, Treyer V, Becker A, Maredziak M, Haider A, Portmann A, Messerli M, Patriki D, Mühlematter UJ, von Felten E, Benz DC, Fuchs TA, Gräni C, Pazhenkottil AP, Buechel RR, Kaufmann PA, Gebhard C. Association between resting amygdalar activity and abnormal cardiac function in women and men: a retrospective cohort study. Eur Heart J Cardiovasc Imaging 2019;20(6):625-32.
- Gebhard C, Buechel RR, Stähli BE, Gransar H, Achenbach S, Berman DS et al. Impact of age and sex on left ventricular function determined by coronary computed tomographic angiography: results from the prospective multicentre CONFIRM study. Eur Heart J Cardiovasc Imaging 2017;18(9):990-1000.
- 6. Gebhard C. Kardiovaskuläre Gendermedizin: Stress und Herz, Wissenschaft & Praxis AEK 2020;17:22-4.



Prof. Dr. med. Catherine Gebhard Leitende Ärztin Kardiologie

Kontakt Sekretariat Kardiologie Telefon 056 486 26 36 kardiologie@ksb.ch ksb.ch

Unsere neuen Ärzte stehen Rede und Antwort



med. pract. Anja Gerstenberg Stv. Leitende Ärztin Handchirurgie

Was hat Sie zu einem Wechsel vom Kinderspital Zürich ans KSB bewogen?

Nach fünf Jahren der ausschliesslichen Arbeit mit Kindern und ihren Familien wollte ich mich gerne wieder erwachsenen Händen zuwenden, mein Erlerntes aber auch integrieren und so nehme ich die neuen Aufgaben hier am KSB gerne an.

«Mich begeistert die Hand als solche in ihrer Komplexität.»

med. pract. Anja Gerstenberg

Wie hat sich die Handchirurgie in den letzten Jahren weiterentwickelt?

Nachdem sich die Mikrochirurgie mit der Möglichkeit von Replantationen und Zehentransfers etabliert hat, kam in den letzten Jahrzehnten noch die Arthroskopie ins Boot. Auch sie entwickelt sich stetig weiter und so ist es inzwischen in vielen Zentren gang und gäbe, auch Fingergelenke zu arthroskopieren. Ausserdem entwickelt sich die Prothetik stetig weiter, was vor allem in der Therapie rheumatischer und degenerativer Erkrankungen immer bessere Perspektiven aufweist.

Was begeistert Sie an der Handchirurgie?

Mich begeistert die Hand als solche in ihrer Komplexität. Und die Möglichkeit, dieses mechanische Meisterwerk zu erhalten, reparieren und manchmal auch optimieren zu können, bringt mir Freude. Die Herausforderungen in der Fehlbildungschirurgie betreffen überwiegend die Integration von Funktion und Ästhetik und neben feinem Arbeiten ist auch ein hohes Mass an Kreativität gefordert.



Dr. med. Michael KostrzewaLeitender Arzt Radiologie mit dem Schwerpunkt
Interventionelle Radiologie

Was hat Sie zu einem Wechsel ans KSB bewogen?

Ich hatte zuletzt in Frankreich eine eher forschungslastige Position inne. Allerdings hatte ich im Verlauf meiner Karriere auch viel Herzblut in meine klinische Ausbildung gesteckt, unter anderem auch mit diversen Auslandsaufenthalten. Dementsprechend wollte ich gerne wieder vermehrt klinisch arbeiten. Mit Prof. Zollikofer arbeitet eine international bekannte Koryphäe der interventionellen Radiologie am KSB, so fiel mir die Wahl zugunsten des KSB nicht schwer. Prof. Zollikofer und ich haben eine enge und extrem angenehme, produktive Zusammenarbeit, wobei Old School auf New School trifft, wovon, denke ich, beide Seiten profitieren.

Welche Eingriffe führen Sie in der Interventionellen Radiologie am KSB durch?

Meiner Meinung nach sind wir in der interventionellen Radiologie am KSB breit aufgestellt. Perkutan führen wir bildgesteuerte Eingriffe wie Gewebebiopsien, Abszessdrainagen und Schmerztherapien durch. Aber auch speziellere Eingriffe wie die Schmerztherapie mit Ozon oder auch die bildgesteuerte Ablation von Tumoren, z.B. der Leber, bieten wir an. Auch endovaskulär haben wir ein breites Spektrum. In enger Kooperation mit den Kollegen der Angiologie und der Gefässchirurgie behandeln wir zum Beispiel Engen

oder Verschlüsse in Gefässen. Ausserdem können wir Tumore endovaskulär behandeln. Hierbei werden kleine Embolisatpartikel. Chemotherapien oder auch radioaktiv beladene Partikel direkt in die Tumorgefässe appliziert. Ebenso können wir gutartige Geschwülste, wie z.B. Uterusmyome, auf diese Art behandeln. Für viele Erkrankungen stellt die Chirurgie bzw. auch die Onkologie zwar den Goldstandard dar. Aber für ältere, multimorbide Patienten können wir mit unseren schonenden Therapien eine Alternative darstellen. Gerade wenn man bedenkt, dass viele Krebserkrankungen heute ja keine Todesurteile mehr sind, sondern vielmehr chronische Erkrankungen. Zu guter Letzt sind interventionelle Radiologen ein essentieller Bestandteil der Notfallversorgung. Wenn es z.B. aus einem Gefäss blutet, können wir dieses zielgenau aufsuchen und von innen verschliessen. Insgesamt stellt die interventionelle Radiologie eine spannende Disziplin dar, welche sich momentan weltweit enorm entwickelt. Am KSB haben wir in 2019 über 1800 Eingriffe dieser Art durchgeführt - Tendenz steigend.

> «Endovaskulär bieten wir ein breites Spektrum an.»

> > Dr. med. Michael Kostrzewa

Haarausfall durch Chemotherapie?









Wir beraten Sie gerne!



Kantonsspital 5400 Baden 056 470 07 81

www.coiffure-grimm.ch





Dr. med. David-Alexander Wille Leitender Arzt Kinder- und Jugendmedizin, spez. Pädiatrische Neurologie

Im östlichen Aargau ist das kinderneurologische Angebot bisher nicht so stark vertreten. Wo sehen Sie mit der neuen neuropädiatrischen Sprechstunde am KSB die Vorteile für die kleinen Patienten und ihre Eltern?

Vorteilhaft für die Familien der Region ist sicherlich, dass die Wege zu einem Neuropädiater nun kurz sind. Ich kann in der neuropädiatrischen Sprechstunde ein breites Spektrum an neurologischen Krankheiten abdecken und biete den Patienten und deren Familien, wenn gewünscht und sinnvoll, eine langfristige Betreuung an. Auch die Transition, sprich der Wechsel von der Kinder- zur Erwachsenenmedizin, kann nun unter einem Dach in Zusammenarbeit mit dem Leitenden Arzt der Erwachsenen-Neurologie Herrn PD Dr. Tarnutzer erfolgen. Hier sehe ich einen grossen Vorteil, da oft in anderen Zentren die Transition nur erschwert möglich ist.

Kinder mit welchen Erkrankungen können Ihnen zugewiesen werden?

In der neuropädiatrischen Sprechstunde bieten wir zum Beispiel Abklärungen für Kinder mit Epilepsien, Hirnfehlbildungen, Kopfschmerzen, Schwindel, Entwicklungsverzögerungen, Entwicklungsstörungen und anderweitigen neurologischen Krankheitsbildern an. Besonders spezialisiert habe mich im Bereich der kindlichen Kopfschmerzen, der Cerebralparese und der Myelomeningocele.

Was bewog Sie zu einem Wechsel vom Kinderspital in Zürich nach Baden?

Ich war zuvor elf Jahre im Kinderspital Zürich tätig und konnte dort meine Ausbildung zum Kinderarzt und Neuropädiater machen. Während dieser Zeit durfte ich das gesamte Spektrum der Neuropädiatrie kennenlernen; entsprechend verfüge ich jetzt über eine gewisse Erfahrung in den verschiedenen Bereichen der Kinderneurologie. Mit Anfang 40 reizte es mich sehr, etwas Neues und Spannendes aufzubauen. Von verschiedenen Seiten konnte ich erfahren, dass der Bedarf nach einer Kinderneurologie in der Region um Baden sehr gross ist. Ich freue mich über einen persönlichen Austausch und die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kinderärzten in der Region!

«Auch die Transition kann unter einem Dach erfolgen.»

Dr. med. David-Alexander Wille

Mentales Coaching Erfolg beginnt im Kopf

Neu bietet das Physiozentrum Limmatfeld ergänzend zum Gesundheitstraining ein mentales Coaching an. So wird eine Vielfalt von Methoden bezeichnet, die das Ziel verfolgen, die soziale und emotionale Kompetenz, die kognitiven Fähigkeiten, die Belastbarkeit, das Selbstbewusstsein, die mentale Stärke und das Wohlbefinden zu fördern.

AUTOR Monika Suter, Mental Coach und Sporttherapeutin

Mentales Coaching entwickelt die Sensibilität dafür, dass eigene Grenzen weit über der bewussten Wahrnehmung liegen. Erzwingen und hartes Training alleine reichen manchmal nicht, um ein persönliches Ziel zu erreichen. Innere Blockaden erschweren das Aufbrechen ungeliebter, aber alt bekannter Muster. Hier unterstützt das mentale Coaching. Es geht um das «Hier und Jetzt», Regulierung, Entspannung, Loslassen, um dann wieder zu fokussieren. Es ist ein Prozess. Mehrwert zu schaffen heisst, gemeinsam Ressourcen nutzenstiftend in der Arbeit einzusetzen und mit einem gesunden Mass an optimistischer Gelassenheit die Herausforderungen, die das Leben uns stellt, zu meistern.

Fitnesstraining mit begleitendem mentalen Coaching

Ein Beispiel aus der Praxis beschreibt anschaulich diesen Prozess: Eine Kundin erlebt seit vielen Jahren rezidivierende Episoden mit starken Rückenschmerzen. Regelmässiges Training hilft ihr, mit weniger Beschwerden ihren Alltag zu meistern. Jedoch scheitert sie immer wieder daran, ihren Alltag dauerhaft aktiv zu gestalten und die nützlichen Übungen durchzuführen. Nach einer Phase der Inaktivität kehren die bekannten Beschwerden zurück. Ihr ist bewusst, dass sie ihr Verhalten ändern sollte, schafft das aber nicht alleine. Sie nimmt erneut ihr Fitnesstraining auf. Da sie im Physiozentrum Limmatfeld dabei von Physiotherapeuten unterstützt wird, wählt sie diesmal diese Einrichtung für ihr Training. Sie erzählt beim Einführungstraining von ihrem Problem, kontinuierlich für ihre Gesundheit aktiv zu sein und ihre Therapeutin empfiehlt ihr ein begleitendes mentales Coaching. Ein Erstgespräch mit dem Mental Coach findet statt.

Die Prozessentwicklung

Phase eins ist Rollenbildung und Klärung. Der Coach ist zuständig für die Prozessführung und die Leitplanken, die Kundin für den Inhalt des Prozesses. In Phase zwei wird die Zielsetzung herausgearbeitet und spezifisch, messbar, attraktiv und realistisch definiert: Die Kundin kennt bei einem auftretenden unerwünschten Verhalten aufgrund ihres positiven «mind sets» Optionen, mit der Situation zu ihrem eigenen Nutzen umzugehen. In der letzten Phase drei, der Visualisierung, entwickelt die Kundin ihr eigenes, sehr handlungsspezifisches Drehbuch unter Berücksichtigung aller fünf Sinne, bezogen auf eine konkrete Situation. Beim Phasenabschluss werden die Gedanken überprüft und die Abrufbarkeit mit regelmässigem, mentalen Training während verschiedenen Alltagssituationen gefestigt.

Positives Feedback

Einige Wochen nach Beginn des mentalen Coachings geriet die Kundin in eine typische Situation, die ihren aktiven Lebensstil unterbrach und zuvor stets dazu geführt hatte, dass sie infolge in Inaktivität verfallen wäre. So sei sie stark erkältet gewesen und brauchte einige Tage Ruhe. Aufgrund ihres neuen «positiven mind set», dass sie in dieser Situation jetzt abrufen könne, habe sie ihr gewohntes Verhalten erkannt und das Training direkt wiederaufgenommen. Diese Erkenntnis, welchen Einfluss ihre eigenen Gedanken auf bestimmte Situationen haben können, erlebte sie schon vor Prozessabschuss als klaren Mehrwert.

In Kürze

- Mentales Coaching ist ein Selbstzahlerangebot
- → Mögliche Teilfinanzierung durch Krankenkasse
- → Erstgespräch ist kostenfrei

So gehen wir ein Mentaltraining mit unseren Kunden an

Phase 1: Kontaktaufnahme und Erstgespräch

Das kostenlose Erstgespräch besteht aus einem persönlichen Termin, an dem die Kundin oder der Kunde und ich uns gegenseitig kennenlernen können. Mentales Training ist Vertrauenssache. Dass es zwischen beiden passt, ist für eine erfolgreiche Zusammenarbeit unabdingbar. Die Kundin/der Kunde schildert mir ihre oder seine Situation, und ich zeige Möglichkeiten auf, wie wir an der mentalen Stärke arbeiten und diese verbessern können. Wenn es für beide stimmt, gehen wir über in Phase 2.

Phase 2: Analyse der persönlichen Situation

Das eigentliche Coaching beginnt mit einer ausführlichen Analyse der Ist-Situation. Wo steht man momentan? Wo liegen die Probleme? Wo möchte die Kundin/der Kunde hin? Was möchte man erreichen? Wo liegt der Fokus? Anschliessend definieren wir gemeinsam die Ziele, die wir während unserer Zusammenarbeit erreichen wollen. Diese Auftragserklärung dient als Grundlage und ist die Basis für ein erfolgreiches Mentaltraining.

Phase 3: Mit zielführenden Massnahmen zum Erfolg

In der dritten Phase geht es darum, mit den richtigen Massnahmen vorwärts zu kommen. Je nach Art des Anliegens gibt es verschiedene Techniken, welche wir anwenden können. Wir besprechen, planen und entscheiden gemeinsam. Wir setzen um, kontrollieren und nehmen bei Bedarf Anpassungen vor. So stellen wir sicher, dass die Kundin/der Kunde auf dem richtigen Weg ist. Mental stark zu werden ist ein Prozess, der Geduld, Wille und Mitarbeit erfordert.



Monika SuterMental Coach und Sporttherapeutin

- → Dipl. Coach SCA (Swiss Coaching Association)
- → Dipl. Sport Mental Coach
- Betriebliche Mentorin eidg. Fachausweis



Kontakt

Physiotherapie Heimstrasse 6 8953 Dietikon Telefon 044 745 17 98 physio@azlf.ch aerztezentrum-limmatfeld.ch



HAVE A GOOD HAIR DAY.

www.coiffure-grimm.ch





SICHER FEIERN & GENIESSEN

OB PRIVATE ANLÄSSE ODER FIRMENEVENTS

MIT FESTLICHEN MENÜS EXKLUSIVEN WEINEN UND WINTERLICHEN GERICHTEN

GEMÜTLICH, STIMMUNGSVOLL FEIERLICH.

HOTEL | BAR | BRASSERIE ATELIERGASSE 3 5600 LENZBURG +41 62 888 00 10 BARRACUDA.CH



Hausarztfortbildung am KSB

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Unsere Arbeitsabläufe und unsere Fortbildungsaktivtäten mussten aufgrund der Pandemiesituation bereits im laufenden Jahr angepasst werden. Wir gehen davon aus, dass dies auch 2021 so bleiben wird und uns in unserem Alltag viel Flexibilität abverlangt.

Die Online-Präsentationen haben auch in der ärztlichen Fortbildung einen wichtigen Stellenwert erhalten. Wir sind natürlich überzeugt, dass der persönliche Austausch, die Vernetzung aber auch der Erwerb von praktischen Skills nicht vollständig mit Online-Veranstaltungen ersetzt werden kann. Deshalb organisieren wir beide Formen soweit korrekt mit dem Sicherheitskonzept vereinbar. Wir arbeiten an Hybrid-Fortbildungen in Varianten, sobald möglich.

Die letzte in diesem Jahr geplante Fortbildung (30. November 2020, «Handverletzungen in der Praxis») fällt aus.

Ab Januar 2021 starten wir das Fortbildungsprogramm am KSB als Videokonferenz (Hybrid-FB). Sobald möglich und erlaubt, werden wir wieder die Teilnahme im Hörsaal ermöglichen. Diesbezüglich werden wir uns wieder melden.

Weiterhin finden die Fortbildungen am letzten Montagabend im Monat mit Beginn um 18.30 Uhr statt. Auf vielseitigen Wunsch arbeiten wir auch laufend an Video-Fallbesprechungen, die wir Ihnen als anerkannte Fortbildung anbieten möchten.

Das detaillierte Programm werden wir Ihnen Ende Jahr zustellen und Sie über die aktuelle Lage informieren.

Mit freundlichen Grüssen

Prof. Dr. med. Jürg Hans Beer
Dr. med. Andreas Bürgi
Direktor und Chefarzt Departement Innere Medizin
Leitender Arzt Innere Medizin/Hausarztcurriculum

Geplante Fortbildungen 2021

Datum	Klinik	Zeit	Referenten
Montag, 25.01.2021	Neurologie (stroke mimics)	18.30 - 20.30	→ Prof. Dr. Sandor
			→ PD Dr. Tarnutzer
Montag, 22.02.2021	Gynäkologie	18.30 - 20.30	→ Prof. Dr. Heubner und Team

Aktuelle Informationen unter: www.ksb.ch/hausarztfortbildung



Dysphagie und Ernährungsstörung bei Demenz: Herausforderung für Betroffene und Umfeld



Nicole Bruggisser Leiterin Logopädie

Die Veränderungen des Ess- und Trinkverhaltens im Verlauf einer Demenz, die auch schwere Schluckstörungen umfassen können, stellen eine besondere Herausforderung für die Betroffenen und ihr Umfeld dar und erfordern eine behutsame Betreuung mit manchmal schwierigen Entscheidungen. Ein Überblick über therapeutische Interventionen auf Basis der aktuellen Studienlage. Die Evidenz spricht gegen den

Einsatz von PEG-Sonden und die nicht hinterfragte Anwendung von Konsistenzanpassungen.

Schweizer Zeitschrift für Ernährungsmedizin 4|2020



Den Erregern auf der digitalen Spur



Dr. med. Benedikt Wiggli Leitender Arzt Stv., Infektiologie und Spitalhygiene

In Zusammenarbeit mit Anna Hitz, Partnerin Health, Indema.

Die Spitalhygiene ist eine relativ junge Disziplin, die viel Potenzial für Digitalisierung birgt. Viele Prozesse zur Prävention von Infektionen werden noch manuell ausgeführt. Das Erreger-Monitoring könnte hier Abhilfe schaffen.

netzwoche.ch, online 09.09.2020



What about an Apelin Therapy for COVID-19?



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

Switzerland-based researchers from the Center for Molecular Cardiology at the University of Zurich and the Cantonal Hospital Baden suggest that finding new therapeutic strategies for patients with lung injury or cardiovascular challenges associated with COVID-19 should attract significant attention from the research community.

TrialSiteNews, online 28.09.2020





Hautkrebs ist es egal, wer du bist. Schütz dich.

In der Schweiz erkranken jährlich 2800 Menschen an schwarzem Hautkrebs. Denk daran: Schatten, Kleider und Sonnencreme senken dein Risiko.



Wie schädlich sind Fructose und gesättigte Fette?

Prävention wird am KSB grossgeschrieben. Drei Experten nehmen Stellung zu drei aktuellen Themen: Fructosegehalt von Lebensmitteln, Kaffeekonsum und gesättigte Fette.



Dr. med. Michael Egloff Leitender Arzt Endokrinologie/Diabetologie

Dr. Egloff, der Zucker Fructose ist aufgrund des möglichen Zusammenhangs mit Adipositas und Diabetes in Verruf geraten. Ist Fructose wirklich «the bad guy», wie viele behaupten?

Es ist tatsächlich so, dass Diabetes und Adipositas stark zugenommen haben. Gemäss Daten des amerikanischen «Centers for Disease Control and Prevention» nahm die Prävalenz für Adipositas von 1999/2000 bis 2017/2018 von 30.5% auf 42.4% zu (1). Während 2004 in den verschiedenen US-Bundesstaaten noch durchschnittlich 7.8% der Patienten mit Diabetes diagnostiziert wurden, stieg die Prävalenz 2016 auf 13.1% an (2). In der Schweiz waren 2017 5.4% der Männer und 3.5% der Frauen betroffen. Auch hier konnte eine Zunahme seit 2007

(4% der Männer und 2.9% der Frauen) festgestellt werden. Interessanterweise hat auch die Verwendung von Fructose in dieser Zeitspanne stark zugenommen (3).

Soll also im Alltag gänzlich auf fructosehaltige Produkte verzichtet werden?

Zwar weisen gewisse Studien darauf hin, dass beispielsweise der Konsum von fructose-gesüssten Getränken mit einer Gewichtszunahme zusammenhängt. Häufig ist jedoch in diesen Studien der Gesamt-Energiegehalt zu hoch. Entsprechend ist das Gleichgewicht zwischen Energiekonsum und -verbrauch wahrscheinlich entscheidender als der gänzliche Verzicht auf gewisse Produkte.



Prof. Dr. med. Jürg Hans BeerDirektor und Chefarzt Innere Medizin

Prof. Beer, in den letzten Jahren hat sich in der Ernährungsforschung wieder vermehrt die Meinung durchgesetzt, dass Milchprodukte und die darin enthaltenen «sat fats» weniger schädlich als einst angenommen sind und auch durchaus einen positiven, gesundheitlichen Nutzen haben können, wenn massvoll genossen.

Dies ist richtig. Dies zeigen auch die Daten der 2018 im Lancet publizierten PURE-Studie (4). Der Verzehr von Milchprodukten (mehr als 2 Portionen pro Tag) war mit einem hochsignifikant geringeren Risiko für Mortalität und schwere kardiovaskuläre Ereignisse (HR 0.84, 95% CI 0.75-0.94; ptrend=0.0004) assoziiert verglichen mit keinem Verzehr. Ebenso sank das Risiko für Hirnschlag und nicht-kardiovaskuläre Erkrankungen.

Das heisst, es besteht kein Grund, Milch, Butter und Käse gänzlich aus den Kühlschränken zu verbannen?

Nein, wichtig ist jedoch das Muster der gesamten Nahrungszufuhr, nicht einzelne Nahrungskomponenten. Die AGLA-Guidelines zu «Ernährung und kardiovaskulärer Prävention» nennen gesättigte Fettsäuren, wie tierische Fette aus Fleisch und pflanzliche Fette wie Kokosnuss-, Palm- und Palmkernöl unter den zu vermeidenden Lebensmitteln (5). Diese sollten wo immer möglich durch einfach- (z.B. Olivenöl) respektive mehrfach ungesättigte Fettsäuren (z.B. Rapsöl, Fisch, etc.) ersetzt werden. Trans-Fette (vorkommend in z.B. Chips, Popcorn etc.) sollten in möglichst geringen Mengen konsumiert werden.



Welchen Zusammenhang haben Darmflora und Übergewicht?

Lesen Sie hierzu den Artikel von Prof. Mirko Trajkovski von der Universität Genf, welcher anlässlich des letzjährigen Präventionssymposiums am KSB verfasst wurde und in Primary & Hospital Care erschienen ist.

Artikel online





Dr. med. Oliver Schmidlin Leitender Arzt Innere Medizin

Dr. Schmidlin, die meisten von uns trinken eine oder auch mehrere Tassen Kaffee täglich als Muntermacher zum Frühstück, in Zeiten erhöhter Beanspruchung oder zur Verdauungsförderung nach einem reichhaltigen Essen am Abend. Gerüchte über negative Auswirkungen von Kaffee halten sich bis heute. Ist Kaffee wirklich so ungesund?

Hinweise auf diese Frage gibt die Umbrella-Studie (6), eine Zusammenfassung der bestehenden systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen zu Kaffee-Konsum. Der Konsum von 3 Tassen pro Tag führte zu einem um 17% geringeren Risiko für Gesamtmortalität und einem 19% geringeren Risiko für kardiovaskuläre Mortalität. Ebenfalls vorteilhaft wirkte sich Kaffeekonsum auf das Risiko auf Darmkrebs, Harninkontinenz, Alzheimer-Erkrankung, Lebererkrankungen und chronische Nierenerkrankungen aus (Chancenverhältnis 0.83-0.61). Einzig in der Schwangerschaft und bei Frauen mit erhöhtem Frakturrisiko ist Vorsicht geboten. Da einige der einbezogenen Studien jedoch von geringer Qualität sind, braucht es für eine Schlussfolgerung sicherlich noch weitere Daten.

Referenzen:

- (1) https://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html
- (2) https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/ national-diabetes-statistics-report.pdf
- (3) https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/ gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/ diabetes.html
- (4) Dehghan M et al. Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study investigators. Association of dairy intake with cardiovascular disease and mortality in 21 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. Lancet; 392(10161): 2288-2297, 2018.
- (5) https://www.agla.ch/empfehlungen/ernahrung
- (6) Poole R. et al. Coffee consumption and health: umbrella review of meta-analyses of multiple health outcomes. BMJ. 2017 Nov 22;359:j5024.

Kontakt

Direktionssekretariat Innere Medizin Telefon 056 486 25 02 sekretariat.ca.medizin@ksb.ch ksb.ch

Chefärzte verdienen höchsten Respekt

Von Halbgöttern in Weiss zu Buhmännern der Nation: Die Schweiz täte gut daran, den Ärzten wieder mehr Wertschätzung entgegen zu bringen. Sonst finden Spitäler bald keine Chefärzte mehr.

AUTOR Adrian Schmitter, CEO Kantonsspital Baden AG

Nach den Bankern und Managern werden nun die Chefärzte der Spitäler an den Pranger gestellt. Geldgierig, skrupellos und selbstherrlich sind einige der Adjektive, die man oft liest, wenn es um die Machenschaften der Gilde geht, die einst als Halbgötter in Weiss verehrt wurde. So übertrieben diese Überhöhung war, so Unrecht tut man den Ärzten, wenn man sie nun mit dem Prädikat Abzocker brandmarkt. Diese Pauschalverurteilungen rühren auch daher, dass vielen Kritikern gar nicht bewusst ist, was es eigentlich bedeutet, als Chefarzt an einem Universitäts- oder Zentrums-

spital tätig zu sein. Mit dem Dauerbashing riskieren wir, für diese verantwortungsvollen Aufgaben keine qualifizierten Mediziner mehr zu finden. Denn für die Leitung von Kliniken oder Departementen mit oftmals über hundert Mitarbeitenden kommen nur die Besten infrage – Leute, die einen langen, anspruchsvollen Ausbildungsweg hinter sich haben. Zu dessen Meilensteinen gehören ein sechsjähriges Medizinstudium, gefolgt von der Weiterbildungszeit als Assistenzarzt bis zur Erlangung des Facharzttitels, worauf in der Regel die Beförderung zum Oberarzt erfolgt.



Danach spitzt sich die Pyramide immer steiler zu. Nur wenige werden zu Leitenden Ärzten oder Chefärzten berufen. Wer mit diesen höheren Aufgaben betraut wird, steht extrem unter Beobachtung respektive in der Verantwortung – nicht nur führungsmässig, sondern auch medizinisch. Denn für Fehler (und wo Menschen arbeiten, geschehen nun mal Fehler) haftet der Kaderarzt. Dies ist insofern bemerkenswert, als man heute viel rascher in ein juristisches Verfahren oder in den administrativen Fokus gerät als noch vor ein paar Jahren. Eine Verurteilung oder ein Verweis bedeuten meist das Karriereende.

Auf Stufe Chefarzt ist man noch mehr gefordert, weil die akademische Verpflichtung hinzukommt. Wer ein Departement mit mehreren Kliniken oder ein Spital leiten will, braucht den Professorentitel, zumindest in einem Zentrums- oder Unispital. Das Anforderungsprofil ist enorm: Der Chefarzt muss akademisch auf höchstem Niveau sein, jahrelange Forschungs- und Dozententätigkeit vorweisen, regelmässig Forschungsergebnisse publizieren und strenge Vorgaben in der Fortbildung erfüllen. Und selbstverständlich wird von ihm auch Führungs- und Finanzkompetenz erwartet. Dass er überdies ein brillanter Kommunikator ist, der stets ein Ohr für die Sorgen und Nöte der Patienten und Mitarbeitenden hat, wird vorausgesetzt.

Vergessen Sie also das Klischee vom Chefarzt, der über Mittag Golf spielt und sich am Freitag in sein Feriendomizil verabschiedet. In einem öffentlichen Spital ist volle Präsenz und vor allem Bereitschaft während 24 Stunden an 365 Tagen gefordert. Wenn um zwei Uhr nachts nach einem

schweren Unfall ein Patient eingeliefert wird, muss der Chef verfügbar sein, auch wenn die Operation vom Oberarzt oder Leitenden Arzt ausgeführt wird. Dafür erhält der Chefarzt je nach Fachbereich eine angemessene Entschädigung in der Grössenordnung von einer halben Million Franken.

Das neue Lohnsystem, welches wir am KSB am 1. Januar 2019 eingeführt haben, wurde von unseren Kaderärzten ohne grosses Aufheben akzeptiert. Wir haben die Honorare (patientenabhängige Vergütungen) gestrichen und den Fixlohn-Anteil zulasten des variablen Teils erhöht. Bei den variablen Komponenten sind Aspekte wie Patientenzufriedenheit, Qualität der Behandlung, Projekterfolge oder der Gesamterfolg des Unternehmens massgebend. Insofern ist es nachvollziehbar, wenn sich unsere Chefärzte vermehrt die Frage stellen, weshalb sie sich diesen Job noch antun sollen, wenn sie wieder einmal eine Schlagzeile über vermeintliche Abzocke, Selbstbedienungsmentalität oder Vetternwirtschaft lesen und medial in Sippenhaft genommen werden. Für Aussenstehende mag das nach Phantomschmerz tönen. Aber all denjenigen Chefärzten, die ihren Job mit Herzblut erfüllen und rund um die Uhr für die Patienten da sind, geht dieses Bashing unter die Haut. Ihre Leistung darf man nicht nur monetär entschädigen. Diese Ärzte verdienen auch unseren höchsten Respekt.

Dieser Kommentar erschien am 6. November 2020 in der NZZ.

«Volle Präsenz und Bereitschaft während 24 Stunden an 365 Tagen.»

Kontakt

Sekretariat CEO Telefon 056 486 21 52 info@ksb.ch ksb.ch



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

