



Neue Wege in der Krebstherapie

Mit bildgesteuerten Verfahren therapieren die interventionellen Radiologen den Tumor minimal-invasiv.

Seite 15

Seite 19

Komplementärmedizin

Verschiedene Massnahmen können die Antitumortherapie sinnvoll ergänzen.

Seite 23

Kardiologie

Das Herz bei der Krebstherapie stets im Auge behalten.

Seite 26

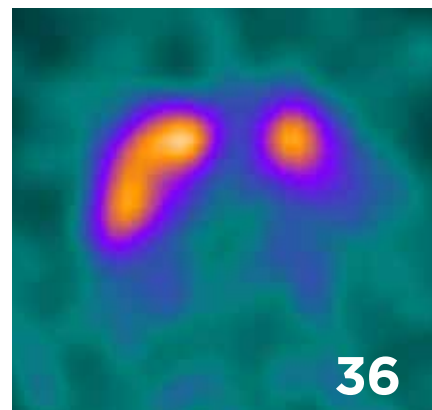
Gynäkologie

Stresstest bestanden: Das Gynäkologische Krebszentrum ist erneut zertifiziert.

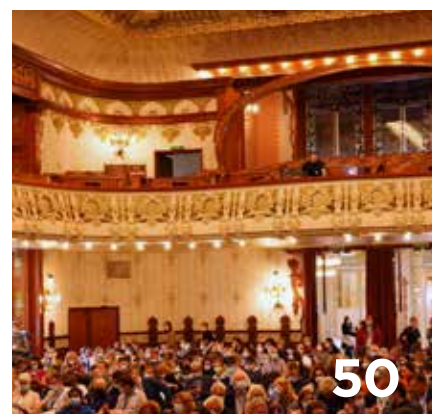
Inhalt



10



36



50

10

Corona

Wie fühlt sich Covid an? Ein Patient hat seine Erfahrungen für seinen Hausarzt dokumentiert.

- 04 Stabübergabe
- 15 Interventionelle Onkologie
- 19 Komplementärmedizin bei Krebs
- 23 Die Kardiologie in der Krebstherapie
- 26 Zertifiziert: Gyn. Krebszentrum

36

Morbus Parkinson

Wirkfluktuationen bei Parkinson-Patienten können mit invasiven Verfahren ausgeglichen werden.

- 28 Cytomegalievirus in der Schwangerschaft
- 33 Thoracic Outlet Syndrome
- 38 Netzwerk für diabetische Fussprobleme
- 41 Kardiovaskuläre Gendermedizin
- 45 Bewegungsprogramme am KSB

50

Medicine on Fire

#MehrVielfaltGibtsNirgends: Der SGAIM-Kongress zeigte neue Wege für die Innere Medizin auf.

- 48 Fünf Jahre Urologie am AZLF
- 52 Erste EPD-Patienten am KSB
- 54 Zuweiserbefragung
- 57 Hausarzt-Curriculum
- 58 Gesundheitspolitik

Cover: Angiographie der Leber im Rahmen einer selektiven internen Radiotherapie (SIRT) bei multifokalem hepatozellulärem Karzinom (HCC). Es kontrastieren sich deutlich die atypischen Tumorgefässe der multiplen HCC Herde, sowie feine Gefässe in einem grossen Tumorthrombus der rechten Pfortader.

Impressum KSB Update 02/21

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

Auflage: 1600 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.

Gestaltung: Tanja Löffel und Tanja Martin Grafikdesign KSB.

Fotos: Stefan Wey, KSB: S. 32, 45; Redact Kommunikation AG: S. 4, 7; Charly Hug: S. 8, 10; René Rötheli: S. 51, 54; zur Verfügung gestellt: S. 5, 6, 9, 16, 17, 27, 37, 39, 58, 59.

Anzeigen: Walter Peyer, peyer & partner media gmbh



Prof. Dr. med. Jürg Beer

Direktor Departement Innere Medizin und Mitglied Geschäftsleitung KSB

«The Future is Bright» – das Potential des KSB

Inzwischen ist es wissenschaftlich belegt: Ein gewisser Grundoptimismus ist mit längerer Lebenserwartung assoziiert! Das KSB hat allen Grund, zuversichtlich in die Zukunft zu blicken: Zusätzlich zur wachsenden stationären und mehr noch zur ambulanten klinischen Kerngeschäftsentwicklung sind viele und vielversprechende Projekte im Ideenstadium, in der Planung und in der Umsetzung. Nicht zu vergessen diejenigen, die bereits zur klinischen Routine geworden sind: Die neu und weiter auf- und ausgebauten Spezialitäten, die Angebote und Zusammenarbeiten und die neu eintretenden Kader zeugen davon.

Deutlich mehr Ideen als Projekte zu stemmen («more than 10:1») zeugt vom gesund wachsenden Betrieb, pflegte mein langjähriger Mentor Barry Collier zu sagen, immer noch Arzt und CMO an der Rockefeller Universität in New York, deren Prosperität nicht weiter ausgeführt werden muss. «Nid überlüpf» und «zersch ä chly luege» sagte das Pendant aus Bern. Beide haben auf ihre Art recht. Das Geheimnis ist die Balance dieser beiden Ratschläge, schneller, klüger, und umsichtiger/gescheiter, gleichzeitig nachhaltiger als die Konkurrenz in Kooperationen zu wachsen, wohl schon bald im Partnerhaus 3 (!), auf dem Campus mit Support (und Miete) von starken Partnern wie ETH, Uni, Reha, Privaten, warum nicht Gönnern. Unser Potential sind die Personen und Persönlichkeiten des KSB, Erfolg im Spital ist people's business, («don't forget the brain»! das Zitat des Kollegen aus Kalifornien...). Unsere Aufgabe ist es, unseren «Köpfen mit Ideen und Potential» «SPATIUM» (**Space, Time und Means**, für unsere Abkürzungsliebhaber) zu geben. Sie werden das Vertrauen vervielfacht zurückgeben und das EBITDA wird nach einem kurzen Investment-Dip wieder ansteigen.

Aber – und das gebe ich dem KSB gerne auf den Weg – Ihnen, den KollegInnen am Krankenbett, aber

auch den Leuten, die die patientennahe Arbeit erst möglich machen, ist Sorge zu tragen. Es ist daran zu denken, dass immer mehr Arbeit und Einsatz für weniger Ertrag nötig ist und entsprechende Massnahmen sind zu antizipieren.

Die vorliegende Ausgabe des Update zeigt die Umsetzung des Obengenannten, ganz in der Linie mit dem SPATIUM unseres VR-Präsidenten, Dr. Daniel Heller, der an den offenen Geist appelliert. Sie lernen eine Vielzahl von neuen Gesichtern und Ideen kennen mit Frauenpower, Prof. Maria Wertli als Direktorin für das Departement Innere Medizin, PD Andrea Kopp für das Departement Anästhesie, Intensivmedizin und IMC, Dr. Eva Hägler für die Kardio-Onkologie. Sie lesen über konkrete Umsetzungen des Interprofessionellen, z.B. die Integration der MPA am SGAIM Jahreskongress, der Ausbau der Gender-Medicine mit Prof. Catherine Gebhard einem KSB-Leuchtturm, der weit über die Kardiologie hinausgeht. Dazu kommen News zur Unterstützung von Startups, Private Public Partnerships wie mit Siemens, das elektronische Patientendossier uvam. Der Schwerpunkt ist und bleibt (plus que ça change...) aber das Kerngeschäft der klinischen Medizin, diesmal mit Angeboten und News zu Parkinson, diabetischem Fuss, dem gynäkologischen Krebszentrum, mit dem update über Cytomegalie-Virusinfekte in der Schwangerschaft, zur interventionellen Onkologie, der nicht medikamentösen Intervention bei Übergewicht uam.

Liebe Freunde des KSB, ich danke Ihnen für die gute und langjährige Zusammenarbeit, gebe den Stab mit Freude, Tempo und Zuversicht weiter und bin vom Erfolgskurs überzeugt.

Ihr Jürg H. Beer

Stabübergabe an Frau Prof. Maria Wertli: **Herzlichen Dank für die Zusammenarbeit!**

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Ich möchte mich mit diesen Zeilen herzlich bei Ihnen bedanken, die Zusammenarbeit war hervorragend, wertschätzend und stets stimulierend. Durch herausragende Kolleginnen und Freunde wie Kurt Kaspar, Guido Probst, Reiner Weisshaupt, Margot Enz, Walter Hess, Hannes Schindler und zahlreiche weitere Generalisten und Spezialisten wurde ich gleich zu Beginn sehr gut aufgenommen und unterstützt, was mir den Start enorm erleichterte. Dies schlug sich in stets zunehmenden Zuweisungen, Konsilien und Konsultation wieder und resultierte in einem persönlichen wohlwollenden Austausch. Oft war in den letzten Jahren auch ein Mentoring in beruflichen und persönlichen Fragen der Ausdruck eines grossen Vertrauens.



Die Mitgliedschaft und der Austausch in den Qualitäts-Zirkeln war besonders interessant und produktiv. Beim anschliessenden Glas Wein konnte ungeniert ausgesprochen werden, wo der Schuh drückte. Wir liessen es dann aber nicht mit der Problemnennung bewenden, sondern umgehend wurden Massnahmen zur Remedur beschlossen und gemeinsam an die Hand genommen. Diese kurzen Wege empfand ich als besonders befriedigend und erspriesslich. Oft entstanden daraus neue klinische Projekte und auch praxis-relevante, klinische Studien. Kurt Kaspar prägte den legendären Satz, das KSB und die Hausärzte sollten nie ohne eine laufende, gemeinsame Studie sein. Dies haben wir über die ganze Zeit beherzigt, z.B. mit Projekten zum Körpergewicht in der Praxis, dem Austrittsmanagement und zuletzt dem Projekt Hospital@Home zur Reduktion der Wiedereintritte. Äusserst bemerkenswert war die gemeinsame Entwicklung der vorgelagerten Hausarztpraxis, eine inzwischen längst bestens etablierte und akzeptierte «high-turnover»-Muster-Einrichtung mit über 25,000 Patienten pro Jahr. Mit Wolfgang Czerwenka wurde die «Charta der Zusammenarbeit» zwischen Zuweisern und KSB entwickelt, die noch heute Bestand hat und laufend erneuert wird. Vielfach kopiert und übernommen, zeigt sie die Wichtigkeit dieser Regeln auf.

*«Das KSB und die Hausärzte
sollten nie ohne eine laufende,
gemeinsame Studie sein.»*

Gemeinsam mit Andreas Bürgi und unseren Kamerärzten haben wir das Hausarzt-Curriculum und Mentoring-Programm für die Assistenzärzte aufgebaut und durch gezielte Karriere-Planungen Hausärztinnen und Hausärzte in grosser Zahl in der Region ansiedeln können, die wiederum für die Vernetzung zwischen Spital und Praxis besorgt sind.

Den Präsidenten Jürg Lareida und Daniel Jenni danke ich für den regen Austausch und die gute Zusammenarbeit im Aufbau des Netzwerkes Aargau Ost und überregional unter Einbezug von Leuggern, Muri, der Reha-Kliniken, der Pflegeinstitutionen und dem VR Andreas Häfeli für den Support.

Der stetige Auf- und Ausbau der allgemeinen Inneren Medizin und der Spezialitäten erlaubte, ein Komplettangebot für Sie und Ihre Patienten zu entwickeln, das mit laufend höheren Patientenzahlen honoriert wurde.

Prof. Dr. med. et phil. Maria Wertli wird neue Direktorin des Departements Innere Medizin am KSB.



Mit der Wahl von Frau Prof. Maria Wertli wird durch die Erfahrung, Kompetenz und Persönlichkeit der neuen Chefärztin ein nahtloser Übergang gewährleistet. Ich bin überzeugt, dass meine Nachfolgerin die gleiche, wertschätzende Philosophie in der Zusammenarbeit mit den Zuweisern verfolgen wird.

Ich freue mich, dass Ihr sie weiter tatkräftig unterstützen werdet.

Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, wünsche ich für die kommende Zeit das Beste, Gesundheit und viel Erfolg.

Ihr Jürg H. Beer



Kontakt

Direktionssekretariat
Telefon 056 486 25 02
Sekretariat.CA.Medizin@ksb.ch
ksb.ch

Anästhesie & Intensivmedizin:

Andrea Kopp Lugli wird Leiterin des neuen Departementes Anästhesie & Intensivmedizin



PD Dr. med. Andrea Kopp Lugli übernimmt als Direktorin die Leitung des neu geschaffenen Departementes Anästhesie & Intensivmedizin.

PD Dr. med. Andrea Kopp Lugli wird als Direktorin das neu geschaffene Departement Anästhesie & Intensivmedizin am KSB leiten. Für die 46-Jährige, die derzeit am Universitätsspital Basel tätig ist, handelt es sich um eine Rückkehr in die Heimat: Sie ist in Baden geboren und aufgewachsen, und ihre medizinische Karriere startete sie seinerzeit als Assistenzärztin auf der Inneren Medizin am KSB.

Andrea Kopp Lugli verfügt sowohl über den Facharztstitel für Intensivmedizin als auch für Anästhesie. Seit gut zehn Jahren ist sie am Universitätsspital Basel tätig, wo sie in der Klinik für Anästhesiologie im Sommer 2018 zur leitenden Ärztin ernannt wurde. Als medizinische Leiterin war sie dort die treibende Kraft hinter dem Ausbau der interdisziplinären Intermediate Care Unit von acht auf zwanzig Betten.

In der Forschung und Lehre ist sie in verschiedenen Bereichen tätig: Zum einen verfügt sie als Privatdozentin über die Lehrbefugnis für Anästhesie an der Universität Basel, zum anderen leitet sie an der Universität Bern den Zertifikatskurs «Klinische Ernährung». Zudem ist sie Forschungsgruppenleiterin im Gebiet «Perioperativer Metabolismus und klinische Ernährung».

«Frau Kopp Lugli bringt alle fachlichen Voraussetzungen mit, um die Intensivmedizin am KSB wie in unserer Strategie vorgesehen weiterzuentwickeln», sagt KSB-CEO Adrian Schmitter. Zudem habe sie am Universitätsspital Basel als charismatische und empathische Führungspersönlichkeit wesentlich dazu beigetragen, das Dienstleistungsangebot in der Intensivmedizin weiterzuentwickeln. «Da sie darüber hinaus als gebürtige Badenerin mit den Begebenheiten im Kanton Aargau und im Schweizer Gesundheitswesen bestens vertraut ist, erfüllt sie das Anforderungsprofil für die neu geschaffene Stelle vollumfänglich. Wir sind stolz, eine Schlüsselposition im KSB mit einer top-qualifizierten Persönlichkeit aus der Region besetzen zu können.»

Intensivmedizin wird ausgebaut

Wie das KSB im März dieses Jahres angekündigt hat, wird die Intensivmedizin im Hinblick auf die Inbetriebnahme des Neubaus im Herbst 2024 ausgebaut und weiter gestärkt. So wird die Kapazität der Intensivstation (IPS) im Neubau auf zwölf Betten erhöht werden. Im Vergleich zur heutigen Situation kommt dies einem Ausbau um 20 Prozent gleich. In einem ähnlichen Umfang wird auch die Überwachungsstation (IMC) erweitert: Ihre Kapazität wird auf 16 Betten erhöht.

Durch diesen Ausbau wird das KSB auf der Intensiv- und Überwachungsstation somit insgesamt 28 Betten betreiben. Das dafür notwendige medizinische Personal wird sukzessive rekrutiert, um bei der Inbetriebnahme des Neubaus im Jahre 2024 bereit zu sein.

Die IPS und die IMC werden im Neubau nebeneinander verortet sein. Da es zwischen diesen beiden Abteilungen viele Synergien gibt, werden sie per 1. Januar 2022 zusammengeführt. Im Verbund mit Anästhesie, Schmerztherapie und Rettungsdienst bilden die IPS und die IMC ein neues Departement. Geleitet wird dieses durch Andrea Kopp Lugli. Sie wird zudem auch als Mitglied der erweiterten Geschäftsleitung fungieren.

Geschäftsleitung:

Michèle Schmid in den Spitalrat des KSW gewählt



Grosse Ehre für Michèle Schmid: Der Regierungsrat des Kantons Zürich hat unsere Pflegedirektorin in den Spitalrat (Verwaltungsrat) des Kantonsspitals Winterthur (KSW) gewählt. «Michèle Schmid erfüllt mit ihrem umfangreichen Leistungsausweis und ihrer langjährigen Erfahrung im Bereich der Pflege sowie ihrer starken Führungspersönlichkeit das Anforderungsprofil als Spitalratsmitglied vollumfänglich», schreibt die Zürcher Regierung in ihrer Medienmitteilung.

Als Mitglied des Spitalrates des KSW nimmt Michèle Schmid in erster Linie Aufsichts-, Kontroll- und Beratungsfunktionen wahr. Der Aufwand hierfür ist überschaubar, sodass er ihre Haupttätigkeit als Direktorin Pflege im KSB nicht einschränkt. Die seit Jahren bestehende enge Zusammenarbeit zwischen dem KSB und dem KSW wird damit weiter vertieft.

KSB-Brustzentrum:

Cornelia Leo zur Professorin ernannt

Cornelia Leo, Leiterin des interdisziplinären Brustzentrums des Kantonsspitals Baden (KSB), hat in ihrer Karriere einen wichtigen Meilenstein erreicht: Die 48-jährige Gynäkologin ist von der Universität Zürich zur Titularprofessorin ernannt worden.

«Im Namen des KSB gratulieren wir Cornelia Leo herzlich zu dieser verdienten Auszeichnung», sagt KSB CEO Adrian Schmitter. «Es handelt sich um die formelle Bestätigung einer ausserordentlichen Kompetenz. Mit der Ernennung zur Professorin hat sie die höchsten akademischen Weihen für eine Ärztin erlangt.» Die Patientinnen schätzen Cornelia Leo nicht nur wegen ihres fachlichen Know-hows, sondern auch für ihren empathischen und einfühlsamen Umgang. Nicht von ungefähr verzeichnet das von ihr geleitete KSB Brustzentrum seit Jahren einen steigenden Zuwachs an Patientinnen.

Allein in der Schweiz erkranken jährlich über 6000 Frauen an Brustkrebs. «Brustkrebs kann jede Frau treffen. Es ist die häufigste Form von Krebs bei Frauen», sagt Prof. Martin Heubner, Direktor des Departementes für Frauen und Kinder am KSB. «Wir sind daher sehr froh und stolz, mit Cornelia Leo als Leiterin des Brustzentrums eine absolute Top-Besetzung zu haben.»



Neue Studie:

Gene können den Krankheitsverlauf von Covid-19 beeinflussen



Corona-Patient auf der Intensivstation: Der Verlauf einer Covid-Erkrankung ist auch von der genetischen Veranlagung des Patienten abhängig.

Ob jemand schwer an Covid-19 erkrankt, liegt auch an seinen Genen. Zu diesem Schluss kommt eine Studie mit über 400 erwachsenen Patienten aus Deutschland, Spanien und der Schweiz, an der auch ein interdisziplinäres Team des Kantonsspitals Baden (KSB) mitgewirkt hat. Die Studie ist im Fachjournal «EClinicalMedicine» der renommierten «Lancet»-Gruppe veröffentlicht worden.

Weshalb nimmt Covid-19 bei bestimmten Patienten einen milden Verlauf, während andere schwer erkranken? Diese Frage stellt Ärzte und Forscher seit dem Ausbruch der Pandemie vor Rätsel. Nun gibt es wichtige Erkenntnisse: Eine zentrale Rolle spielt die genetische Veranlagung des Patienten. Zu diesem Schluss kommt eine internationale Studie unter der Leitung von PD Dr. med. Bettina Heidecker von der Charité Berlin, an der auch verschiedene KSB-Ärzte und Laborfachspezialisten mitgewirkt haben.

Im Zentrum ihrer Beobachtungen standen das Humane Leukozytenantigen-System (HLA-System). Dabei handelt es sich um eine Gruppe menschlicher Gene, die für die Funktion des Immunsystems zentral sind. Die HLA-Moleküle helfen unter anderem dem Immunsystem, zwischen körpereigenem und körperfremdem Gewebe zu unterscheiden.

«Da die HLA-Merkmale genetisch veranlagt sind, konnten wir aufzeigen, dass es durchaus eine genetische Prädisposition für einen schweren Verlauf bei einer Covid-19-Erkrankung gibt», sagt KSB-Chefarzt Prof. Jürg H. Beer, Direktor des Departementes Innere Medizin.

Insbesondere ein HLA-Subtyp, nämlich HLA-C* 04:01, ist offensichtlich mit einem im Verlauf der Erkrankung doppelt so hohen Risiko für eine maschinelle Beatmung assoziiert. Diese Erkenntnis kann bei der Behandlung von Patienten von Bedeutung sein, bietet sie doch potenziell die Möglichkeit einer Identifikation von Patientengruppen mit erhöhtem Risiko für schwere Infektionen.

An der Studie mit dem Titel «HLA-C* 04:01 is a Genetic Risk Allele for Severe Course of Covid-19» wirkten neben den KSB-Forschern auch Vertreter des Klinikums Wels-Grieskirchen, der Charité in Berlin sowie Zentren in Spanien mit.

Die Studie kann unter folgendem Link eingesehen werden:



Radiologie:

Dr. Robert Hein-Kuhnt wird neuer Standortleiter in Brugg



Dr. med. Robert Hein-Kuhnt

Stv. Leitender Arzt / Ärztlicher Leiter Standort Brugg

Dr. Robert Hein-Kuhnt wird neuer Standortleiter Radiologie in Brugg. Der 63-jährige Facharzt Radiologie hat seine Aufgabe per 1.9.2021 angetreten und ist jeweils von Dienstag bis Donnerstag vor Ort. Robert Hein-Kuhnt ist seit zwei Jahren im KSB tätig. Zuvor arbeitete er in verschiedenen Positionen und Funktionen am Institut für Radiologie und Nuklearmedizin an der Knappschaftsklinik Saar in Deutschland. Seine Schwerpunkte lagen dort in der CT/MRI-Schnittbilddiagnostik und in der Nuklearmedizin.

Pädiatrische Radiologie:

Alexandra Pindur hat den Subtitel Pädiatrische Radiologie FMH erlangt



med. prakt. Ana Florina Alexandra Pindur

Oberärztin Radiologie

Seit Herbst 2020 ist die pädiatrische Radiologie am KSB vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) als Weiterbildungsstätte der Kategorie A anerkannt. Nun hat Alexandra Pindur, Oberärztin Radiologie, erfolgreich die Prüfung zum Subtitel Pädiatrische Radiologie FMH abgelegt. Somit können wir unser Angebot im Bereich der pädiatrischen Radiologie am KSB weiter ausbauen. Herzliche Gratulation!

Wirbelsäulenchirurgie:

Erste erfolgreiche OP per Augmented Reality

Per High-Tech-Brille «Smart Glass» haben die Wirbelsäulen-Chirurgen am KSB im Herbst erstmals eine AR-navigierte Operation an der Wirbelsäule durchgeführt. Die Brille ist mit einer zusätzlichen Projektionsfläche ausgestattet, auf der die Operateure hilfreiche Informationen ablesen können, ohne den Blick vom Situs abwenden zu müssen. So können die Operateure mittels Smart Glass genau sehen, in welche Richtung sie den Bohrer führen. Auf einem grossen Monitor können zudem alle Pflegenden und Ärzte im Saal in Echtzeit verfolgen, dass das grüne Fadenkreuz (Realität) und das blaue Fadenkreuz (Planung) übereinstimmen.

Was einfach aussieht, bedarf einer enormen Lernkurve in allen Bereichen. «Unsere ersten Erfahrungen mit der Navigation liegen bereits über vier Jahre zurück», sagt Alexander Mameghani, Leitender Arzt Wirbelsäulenchirurgie. «Auch unseren 3D-Bildwandler haben wir bereits seit mehr als zwei Jahren. Diese Investitionen lohnen sich wirklich, denn so ist der nächste Schritt zu Augmented Reality und Robotics für uns gar nicht mehr weit.»



Covid-Erfahrungsbericht

«Ausser meinem Atem war nichts zu hören»

70 Jahre alt, Asthmatiker, doppelt geimpft – dann kam die Schocknachricht: Der Covid-Test fiel positiv aus. Über die Behandlung im KSB, seine Erfahrungen auf der Isolationsstation und seine Rekonvaleszenz verfasste der Patient anschliessend einen Bericht für seinen Hausarzt. Wir publizieren das Dokument in anonymisierter und leicht gekürzter Version.



2. Oktober 2021: Seit die Pandemie im Frühjahr 2020 ausgebrochen ist, versuche ich nicht nur nach den Empfehlungen der Fachleute zu leben, sondern achte darauf, möglichst wenig Kontakte mit anderen Menschen zu haben. Da ich seit Jahren unter Asthma leide, gehöre ich zu jenen Personen, die stärker gefährdet sind als der Durchschnitt der Bevölkerung.

Im Januar und Februar 2021 wurde ich im KSB gegen Covid-19 geimpft. Meist arbeitete ich – soweit ich noch aktiv tätig bin – im Homeoffice. Im Büro trug ich immer Maske, wie alle andern auch. Im Juli verbrachten meine Lebenspartnerin und ich Ferien im Tessin, wo die Maskenpflicht besser eingehalten wurde als hier im Aargau.

Beginn

Am 21.8.21 begann ich zu husten und glaubte an eine Bronchitis, da ich am Vorabend lange bei kühlen Temperaturen draussen war. Am Sonntagabend hatte ich etwas Fieber und in der Nacht nahm der Husten zu. Am Montagmorgen meldete ich mich bei Professor Jürg H. Beer, dem Chefarzt Innere Medizin am KSB. Er vermittelte mir einen Termin im Ärztezentrum Limmatfeld in Dietikon, einer Aussenstelle des KSB. Die Untersuchung ergab, dass ich stark erkältet sei und die Gefahr einer Lungenentzündung bestehe. Ich erhielt deshalb auch ein Rezept für Antibiotika. Doch schöpfte man auch Verdacht auf eine Covid-Infektion. Deshalb musste ich einen Covid-Test machen.

Von Montag auf Dienstag erlebte ich eine sehr unruhige Nacht mit Fieber. Am Morgen um 8 Uhr erhielt ich Bericht vom KSB, ich sei positiv getestet. Man bat mich, baldmöglichst in den Notfall zu kommen.

Aufenthalt im KSB

Notfall

Den Notfall betrat ich durch den speziellen Eingang für Covid-Patienten. Am Empfang war man informiert, und ich wurde in ein Untersuchungs-zimmer gebracht. Innert Minuten wurde ich von einer Ärztin und vom Pflegepersonal untersucht, inkl. Blutprobe. Danach ging's zum Röntgen und CT und wieder zurück ins Untersuchungs-zimmer.

Nach rund zwanzig Minuten Warten erschien ein Oberarzt, der mir eröffnete, dass ich im Spital bleiben müsse. Grund: Anfang einer Lungenentzündung, starker Covid-Viren-Befall und Fieber. Meine Lebenspartnerin, die draussen wartete, fuhr nach Hause, um mir die nötigsten persönlichen Sachen ins Spital zu bringen.

Covid Station

Bereits im Bett im Spitalnachthemd wurde ich in ein Isolierzimmer gebracht. Auf der Covid-Abteilung trägt das Personal Spezialkleidung und neben der FFP2-Maske eine zusätzliche transparente Maske. Kaum angekommen, erhielt ich Sauerstoff mittels zweier Röhren in die Nase. Dann folgten die nächsten Tage alle zwei Stunden Kontrollen des Sauerstoffgehaltes des Blutes, Fieber und Blutdruck messen. In den ersten Tagen hatte ich noch eine Infusion mit verschiedenen Medikamenten. Der Medikamentenmix sei entstanden aufgrund der Erfahrungen der letzten 18 Monate und im Erfahrungsaustausch mit anderen Spitälern. Täglich gab es mindestens zweimal Arztvisite.

«Kaum angekommen, erhielt ich Sauerstoff mittels zweier Röhren in die Nase.»

Trotz der verschiedenen Medikamente hatte ich in den beiden ersten Tagen immer wieder Fieberschübe; das Fieber stieg innert zwei Stunden von 36,5 auf 39,2. Zudem machten mir die Kopfschmerzen zu schaffen, die trotz Schmerzmittel nicht verschwanden. Heute kann ich mich kaum noch an Einzelheiten dieser Tage erinnern. Ab dem zweiten Tag musste ich zuerst am Bettrand und dann später stehend oder gehend Übungen für die Lunge unter Anleitung einer Physiotherapeutin absolvieren. Damit wird die Lunge ange-regt, aber nicht überbeansprucht.

Beeindruckt bin ich von der ausgezeichneten Pflegeleistung. Obwohl verschiedene Nationalitäten, Frauen und Männer, wussten alle immer genau

Foto links

Dr. Jolanda Contartese, Leitende Ärztin beim Ankleiden für die Covid-Station

Bescheid über meinen Gesundheitszustand, verliefen die Pflegeabläufe praktisch identisch und trotzdem war eine individuelle Pflege spürbar: alle hatten immer einen Moment, um mit mir einige Worte zu wechseln. Ich bin erstaunt von der «Unité de Doctrine», die da alle leben. Ich habe auch erfahren, wie streng die Arbeit dieser Pflegepersonen ist. Infolge Covid gibt

«Alle hatten immer einen Moment, um mit mir einige Worte zu wechseln.»

es auf der Abteilung keinen eigentlichen Aufenthaltsraum mehr. Für jede Pause ist die Abteilung zu verlassen und damit verbunden auch das Wechseln von Teilen der Bekleidung. Es wird in drei Schichten von je 9 Stunden inkl. Pausen gearbeitet. Dasselbe gilt für das medizinische Personal, sei es die chinesische Assistenzärztin, sei es der Assistenzarzt aus der Romandie, der deutsche Oberarzt oder der schweizerische Professor: alle hatten immer Kenntnis der neusten Situation (elektronischer Erfassung aller Daten mit PC-Konsole fahrbar am Bett, sei Dank) und alle sprachen perfekt Deutsch. Nach 6 Tagen zeigte sich, dass die Delta-Version des Covid 19 aggressiver ist und auch die Leber angegriffen hat. Damit verbunden war eine Reduktion des Cortisons und des Antibiotikas, welche beide der Leber eher schaden. Das war denn auch der Grund, weshalb die Blutwerte in den darauffolgenden Tagen sich praktisch nicht verbesserten.

Subjektiv ging es mir besser, da das Fieber gewichen war, auch wenn ich bei jedem Gang zur Toilette mit Atmen Mühe bekundete. Ich bemerkte erst in jenen Momenten, wie still es in einem Isolierzimmer ist. War es anfänglich sehr angenehm, keine Stimmen draussen auf dem Gang zu hören, keinen Besuch zu haben und auch vom Baulärm draussen nichts zu hören, störte mich nun diese totale Ruhe. Ausser meinem eigenen Atem war nichts zu hören. Deshalb lief bei mir immer das Radio oder das TV-Gerät.

Zu Hause

Nach einer Woche konnte ich nach Hause gehen, da ich kein Fieber mehr hatte, und keinen Sauerstoff mehr benötigte und zudem die Abteilung praktisch voll war. Auch wenn ich die erste Woche meist im Bett verbrachte, war es doch viel angenehmer. Leider zeigte die erste Kontrolle im Spital vier Tage nach der Entlassung, dass die verschiedenen Werte sich nicht besonders bewegten. Trotzdem musste ich keine Medikamente mehr einnehmen, ausgenommen Schmerzmittel, wenn ich starke Kopfschmerzen hatte und die tägliche Spritze zur Blutverdünnung (Prophylaxe für Lungenembolie).

Weitere fünf Tage später war ich erneut zum Test im Spital. In der Röntgenaufnahme sah man einen kleinen Schatten in der Lunge. Erneut musste ein CT gemacht werden, welches nach wie vor Covidviren zeigte, die ca. 12% der Lunge befallen haben. Ein Tiefschlag für mich; denn selbst die Ärzte hatten gehofft, dass mehr Antikörper gebildet worden sind.

Nun sind es 5 Wochen seit dem positiven Test. Erst seit einer Woche fühle ich mich wirklich nicht mehr so krank. Ich muss mich immer noch während des Tages einmal hinlegen und über eine Stunde schlafen, da die Müdigkeit nur langsam weicht. Ich kann aber wieder 3-4 Stunden etwas arbeiten. Auch das Atmen hat sich verbessert. Täglich dehne ich den Spaziergang aus und bin nun schon bei 2 km flach.

Fazit und Persönliche Bemerkungen

Staunen

Meine Lebenspartnerin, die im Übrigen auch positiv getestet wurde, hatte kaum Symptome: Ein wenig Husten und grosse Müdigkeit. Wir waren beide erstaunt, lebten wir doch eher zurückgezogen, trugen immer Maske und trafen uns nur mit Personen, die geimpft waren. Nach der Ansteckung bestätigte der Check mit allen Personen, die wir in den letzten 3 Tagen vor dem positiven Bescheid getroffen hatten, dass alle negativ getestet sind und dies bis heute (contract tracing). Mit grosser Wahrscheinlichkeit haben wir uns trotz Maske im Zug angesteckt. Gemäss Aussagen des KSB-Chefarztes bin ich einer auf 50'000, also eine Ausnahme.

KSB

Wie bereits ausgeführt, war die medizinische und pflegerische Betreuung im KSB ausgezeichnet. Die Organisation und die Behandlungsmethoden sind auf den Covid-Patienten ausgerichtet. Das Personal nahm sich ausreichend Zeit, um mit den Patienten zu sprechen. Alle waren offen, gaben auch Persönliches von sich. Als Patient fühlte ich mich getragen, als kranker Mensch, der auch eine Seele hat. Zudem wurde meine Lebenspartnerin in der ersten Zeit von den Assistenzärzten informiert, wie es aus medizinischer Sicht aussieht, da keine Besuche möglich waren. Sie hat das sehr geschätzt.

Die Gespräche ergaben auch, welche Fragen und Probleme das Personal beschäftigt. Da vernimmt man Inhalte, die ansonsten nicht an die Öffentlichkeit kommen oder kommen dürfen. Viele der Angestellten haben ausländische Wurzeln und sind durchwegs von der Schweiz begeistert, nicht nur vom besseren Einkommen. Man hört die vielfältigsten Probleme. So beispielsweise der ÖV, der zwar gut sei, wenn man Normalarbeitszeit habe, bei Schichtarbeit aber fehle (morgens um 0600 Abfahrt zu Hause oder abends um 2400 ab KSB). Ein Thema ist auch der Arbeitsplatz: Die Einschränkungen auf der Covid Station, die hohe Belastung, weil praktisch immer alle Betten belegt sind.

«Als Patient fühlte ich mich getragen, als kranker Mensch, der auch eine Seele hat.»

Die vielen Teilzeitangestellten bedingen, dass immer wieder neues Pflegepersonal und neue Ärzte und Ärztinnen am Bett stehen. Auch wenn sie sich jeweils unaufgefordert vorstellen, ist man als Patient überfordert, alle namentlich zu kennen. Doch erstaunlich ist, wie gut sie jeweils über mich informiert waren. Ich liess mir das erklären. Dank der IT, die seit gut einem Jahr eingesetzt wird, finden sich alle Informationen, gut dargestellt auf dem Bildschirm. Die Pflege sieht beispielsweise rot

angestrichen, welche Medikamente abzugeben sind und quittiert. Dann wird diese Zeile grün. Es gibt Übersichten, und alle Details sind mit einem oder zwei Klicks abrufbar. Alles auf einem PC, der auf einer Konsole montiert ist. Gemessene Werte werden gleich aufgenommen, erledigte Arbeiten quittiert. Zusätzlich findet sich jegliches notwendige Material wie Gasen, Schere, Spritzen usw. sind auf dem Wagen fein säuberlich eingeordnet. Das hat überzeugt.

Auch die Kontrollen jetzt, da ich zu Hause bin, sind perfekt organisiert. Ich weiss genau, wann ich mich wo melden muss. Und da ist immer derselbe Arzt, der mich betreut, sodass die Kontinuität gewährleistet ist. Die Blutproben werden jeweils als erstes genommen. Erste Ergebnisse werden noch während der Konsultation bekannt. Am Tage darauf erhalte ich jeweils einen Anruf des Arztes, der mir die restlichen Werte und deren medizinische Bedeutung mitteilt.

Persönliches Fazit

Es ist für mich nach wie vor erstaunlich, dass trotz Impfungen eine Ansteckung mit so starker Wirkung möglich ist. Die ersten Tage im Spital waren eindrücklich und brachten Angst. Dank der ausgezeichneten Betreuung kam aber bald der Glaube an die Zukunft zurück.

Die lange Zeit der Genesung, die anfangs kaum Fortschritte brachte, ja auch Rückschritte (zB Verschlechterung der Blutwerte, Befall der Leber) war nicht einfach zu ertragen. Man muss sich vorstellen, dass ich auch in der dritten Woche nicht mehr als acht Seiten eines Buches lesen konnte. Danach konnte ich den Text nicht mehr verarbeiten und musste das Buch weglegen. Da kommen Zweifel, ob man je wieder wie vorher leben kann. Nun erhielt ich in der jüngsten Zeit nicht nur bessere medizinische Messwerte, sondern ich fühle mich auch besser. Ich kann wieder teilweise arbeiten, lesen, Filme schauen usw. Das Gehen macht noch einige Probleme, da die Lunge nach wie vor nicht ohne Befall ist. Aber die Besserung in den letzten Tagen stimmen mich positiv.



HAVE A
GOOD
HAIR
DAY!

COIFFURE
Grimm

coiffure-grimm.ch

Interventionelle Onkologie

Dem Krebs minimal-invasiv an den Kragen gehen

Die interventionelle Onkologie ist ein Teilbereich der interventionellen Radiologie und beschäftigt sich mit der minimalinvasiven, bildgesteuerten Behandlung von Tumorleiden. Dr. med. Michael Kostrzewa, Leiter interventionelle Radiologie am KSB, beantwortet die wichtigsten Fragen zu den Techniken und Verfahren.

INTERVIEW mit Dr. med. Michael Kostrzewa, Leiter interventionelle Radiologie

Wo liegen die Vorteile der interventionellen Onkologie?

Die Verfahren, die wir anwenden, sind minimal-invasiv und verhältnismässig schonend. Dies hat für die Patienten den Vorteil, dass sie in der Regel nur einen kurzen Krankenhausaufenthalt im Rahmen der Behandlung haben und meist auch nur wenige bis gar keine Schmerzen nach der Therapie. Manche Behandlungen führen wir sogar ambulant durch, d.h. der Patient kommt morgens ins Krankenhaus und geht abends nach Hause. Ausserdem können wir häufig einen Eingriff auch mehrfach durchführen. Dies ist v.a. für quasi «chronische» Tumorleiden, wie z.B. das hepatozelluläre Karzinom (HCC), von Vorteil.

Welche Tumorentitäten werden in der interventionellen Onkologie behandelt?

Wir haben ein relativ breites Spektrum, wobei am KSB ein Fokus auf die Leber besteht. Hier können wir primäre Lebertumore, wie z.B. das HCC, behandeln. Aber auch Lebermetastasen von anderen Tumoren, wie z.B. dem colorektalen Karzinom, können behandelt werden. Davon abgesehen behandeln wir auch Tumore der Lunge und Niere. In palliativen Situation können wir zudem Behandlungen zur Schmerzlinderung von z.B. Knochentumoren oder Metastasen anbieten. Wir arbeiten hier sehr eng mit unseren zuweisenden Ärzten zusammen, um für die Patienten das jeweils beste Konzept zu erarbeiten.

In welchen Fällen wird ein Patient mittels einem interventionell onkologischen Verfahren behandelt?

Diese Entscheidung wird bei uns im Rahmen interdisziplinärer Tumorboards getroffen. Hier sitzen verschiedenen Fachdisziplinen zusammen, jeder Patient wird einzeln besprochen und zusammen wird eine Empfehlung zur möglichst optimalen Behandlung gegeben.

Können Sie weiter ausführen, welche Techniken und Verfahren in der interventionellen Onkologie angewendet werden?

Generell muss zwischen sogenannten perkutanen und endovaskulären Verfahren unterschieden werden. Allen gemein ist, dass sie bildgesteuert erfolgen. Die perkutanen Verfahren sind in der Regel CT oder auch Ultraschall gesteuert, die endovaskulären Verfahren werden unter angiographischer Sicht angewandt.

Die Mikrowellennadel generiert ein Mikrowellenfeld, das den Tumor sprichwörtlich verkocht

Zu den perkutanen Verfahren gehört vor allem die sogenannte Tumorablation. Hierbei wird der Tumor in aller Regel thermisch zerstört,

wobei wir hier im Hause die Mikrowellenablation (MWA) verwenden. CT gesteuert, oder manchmal auch Ultraschall gesteuert, wird eine Nadel von aussen beispielsweise in einen HCC Herd eingebracht. Die Mikrowellennadel generiert dann an der Spitze ein Mikrowellenfeld, das den Tumor sprichwörtlich verkocht. So können wir Leberläsion bis ca. 3 cm behandeln, in speziellen Fällen auch manchmal grösser als das. Für manche Lokalisationen kommt jedoch die thermische Ablation nicht in Frage. Hier bietet die irreversible Elektroporation (IRE), bei der die Tumore mittels Stromfeldern mit sehr hoher Feldstärke behandelt werden, weitere Möglichkeiten.

Und welche endovaskulären Verfahren gibt es?

Endovaskulär behandeln wir vor allem Tumore der Leber, v.a. eben auch das hepatozelluläre Karzinom. Hierbei suchen wir mit nur wenigen Millimeter dünnen Kathetern die den Tumor versorgenden Gefässe auf und verschliessen diese mit einem sogenannten Embolisat, das manchmal noch eine Chemotherapie enthält (sog. «transarterielle Embolisation»). Ein weiteres Verfahren ist die sogenannte selektive interne Radiotherapie (SIRT). Bei der SIRT werden kleine Partikel, welche mit Yttrium-90 beladen sind, in die Lebergefässe appliziert, die dann die Leber quasi von innen bestrahlen. Diese Therapie ist relativ aufwendig und wird zusammen mit den Kollegen der Nuklearmedizin durchgeführt.

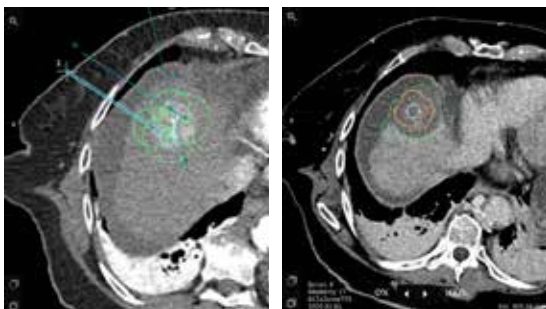
Was geschieht, nachdem ein Patient bei Ihnen in Behandlung war?

Die Nachsorge der Patienten ist extrem wichtig. Das heisst, dass die Patienten in gewissen zeitlichen Abständen wieder zu uns kommen und wir mittels Bild- und Labordiagnostik unseren Behandlungserfolg evaluieren. Dies ist wichtig, damit wir ein eventuelles erneutes Auftreten eines z.B. neuen HCC Herdes, oder auch einer neuen Lebermetastase, möglichst früh entdecken, da wir dann typischerweise noch mehr Behandlungsoptionen haben.

Was fasziniert Sie persönlich an der interventionellen Onkologie?

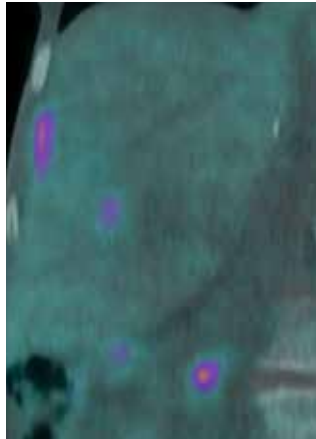
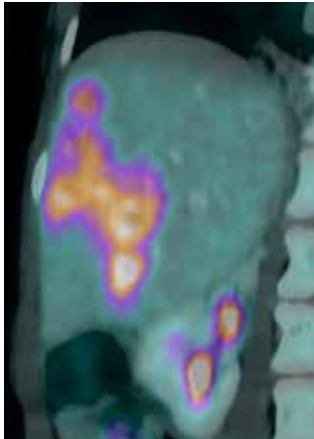
Mich fasziniert vor allem, dass wir mit nur sehr kleinen Zugängen oder Hautschnitten sehr viel erreichen können. Es ist immer wieder beeindruckend zu sehen, dass man beispielsweise mit einem 3mm grossen Hautschnitt, eine 3cm grosse Leberläsion verbrennen kann. Ausserdem finde ich schön, dass es den allermeisten unserer Patienten recht gut geht nach dem Eingriff, sie wenig Schmerzen haben und relativ bald nach Hause können – denn das ist im Endeffekt ja Lebensqualität. Es ist mir sehr wichtig, dass Patienten uns schnell wieder verlassen können. Denn zuhause ist es halt am schönsten.

Moderne Steuerungssysteme gewährleisten eine sichere Ablation



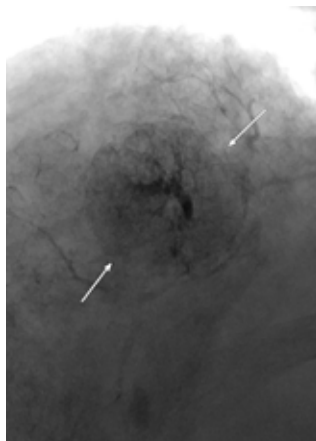
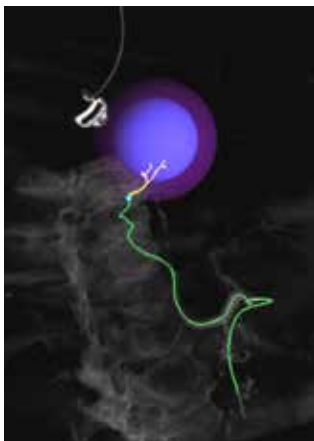
Planung einer Mikrowellenablation eines hepatozellulären Karzinoms (links) und Evaluation des Ablationsfeldes direkt nach der Ablation (rechts). Wir setzen moderne Steuerungssysteme ein, um eine möglichst gute, sichere und vollständige Ablation zu gewährleisten.

Behandlung einer Lebermetastase mittels SIRT



Behandlung einer Lebermetastase eines Ösophaguskarzinoms mittels selektive interne Radiotherapie (SIRT): links der grosse, initiale Befund im PET-CT mit einer ca. 5 x 10 cm messenden, stark FDG aktiven Läsion in der rechten Leber. Rechts das PET CT drei Monate nach der Therapie mit nur noch kleinen Restbefunden.

Behandlung eines HCC mittels transarterieller Embolisation



Links die Embolisationsplanung, welche auf einem intraprozeduralem Cone Beam CT basiert. Eine Software erkennt automatisch die verschiedenen, den Tumor versorgenden Gefässe («Feeder») und kann so helfen eine möglichst schnelle und komplette Embolisation zu erreichen. Rechts das Bild nach Embolisation: der Tumor (zwischen den Pfeilen) ist gut mit Lipiodol gesättigt.



KSB Blog

Sehen Sie im Video, wie es einem unserer Patienten nach erfolgreicher Ablationstherapie geht.



Dr. med. Michael Kostrzewa
Leiter interventionelle Radiologie

Kontakt

Chefarztsekretariat Radiologie
Telefon 056 486 38 02
radiologie@ksb.ch
ksb.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



BARRACUDA

HOTEL | BRASSERIE



ROTER TURM BADEN

restaurant | bar | bistro

FEIERN SIE MIT UNS!
OB FIRMENEVENT ODER
PRIVATER ANLASS.
STIMMUNGSVOLL UND SICHER.
WIR FREUEN UNS AUF SIE!
IHR TEAM VOM ROTEN TURM

ROTER TURM BADEN
RATHAUSGASSE 5
5400 BADEN
056 222 85 25
ROTERTURM-BADEN.CH

WO DIE
KÜCHE
IN ALLER
MUNDE IST.

Onkologie

Komplementärmedizinische Massnahmen im Überblick

Die Komplementärmedizin in der Onkologie versteht sich als eine multidisziplinäre und patientenfokussierte Behandlungsweise. Verschiedene Massnahmen und Therapiearten können sich positiv auf die Lebensqualität sowie die Linderung von krankheits- und therapiebezogenen Nebenwirkungen auswirken.

AUTORINNEN Dr. med. Tilly Nothhelfer, Stv. Leitende Ärztin Onkologie/Hämatologie und Prof. Dr. med. Cornelia Leo, Leiterin KSB Brustzentrum

Das Interesse von Patientinnen und Patienten mit einer Tumorerkrankung an komplementärer Medizin ist hoch. Im Durchschnitt nutzen ca. die Hälfte aller Erkrankten im Verlaufe ihrer Erkrankung und Therapie oder nach Abschluss der Therapie diese mindestens einmal (Horneber et al. 2012). Betroffene, die Komplementärmedizin nutzen, sind in der Regel jünger, haben einen höheren Bildungsstatus und zeigen einen aktiveren Umgang mit der Erkrankung (3), besonders interessiert sind die Brustkrebspatientinnen.

Das Ziel der Komplementärmedizin umfasst sowohl die gesundheitsfördernde Gestaltung des Lebensalltages, Stärkung der Selbstheilungskräfte aber auch die Verbesserung der Selbstwahrnehmung und Selbstfürsorge. Die Verbesserung der Lebensqualität und die Linderung von krankheits- oder therapiebezogenen Nebenwirkungen stehen dabei im Vordergrund.

Die Komplementärmedizin bietet eine Vielzahl von verschiedenen Massnahmen und Therapiearten. Hierzu gehören jede Art von Bewegung, Entspannungsverfahren (z.B. Yoga, Qi Gong), unterschiedlichste Therapiesysteme, wie z.B. die traditionelle chinesische Medizin (TCM) mit u.a. Akupunktur und Akupressur, aber auch Therapieformen, wie Mind-Body-Medizin, Achtsamkeitslehre (MBSR) sowie medikamentöse und phytotherapeutische Möglichkeiten (Cimicifuga, Mistel).

Patienten fragen: Was kann ich selbst tun?

Ziel ist es, die evidenzbasierte konventionelle (Schul-)Medizin mit komplementärmedizinischen Therapien zu kombinieren. Physische und psychische Beschwerden, die aus der Erkrankung oder ihrer Behandlung resultieren, sollen so gelindert und die Lebensqualität damit entscheidend verbessert werden. Von integrativen oder komplementären Therapieverfahren gilt es die Alternativmedizin abzugrenzen, sie schliesst den Einsatz der klassischen, evidenzbasierten Schulmedizin aus.

In der Beratung werden den Erkrankten komplementärmedizinische Möglichkeiten aufgezeigt. Durch eine umfassende Aufklärung über die Indikation, Kontraindikation und möglichen Wechselwirkungen werden sie befähigt, selbst Entscheidungen zu Methoden zu treffen, die zu ihrer Persönlichkeit, Krankheit und Therapie passen und die begleitend zur laufenden konventionellen Therapie ohne erhöhtes Risiko angewendet werden können. Wichtig ist die Bewahrung vor Schaden durch Nebenwirkungen, Interaktionen und unseriöse Angebote. Ziel einer Beratung zur integrativen Onkologie ist auch ein «Patienten-Empowerment» (2). Patienten werden aktiv in die Anti-Krebstherapie mit einbezogen. Auch geht die Perspektive über die Akutbehandlung hinaus: Ein gesundheitsfördernder Lebensstil soll auch in der Zeit nach der akuten Anti-Krebstherapie fortgeführt werden.

Nicht-medikamentöse Massnahmen wirken sich positiv aus

Vor allem für die nicht-medikamentösen Massnahmen, wie Bewegung, Yoga, Akupunktur und Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) liegt eine positive Evidenz vor. Sie können mit der Antitumorthherapie gut kombiniert werden und sie wirken sich auf verschiedenste Aspekte der tumortherapie-assoziierten Nebenwirkungen günstig aus. Medikamentöse komplementärmedizinische Therapien werden nur sehr eingeschränkt empfohlen. Das liegt einerseits an der mangelnden Evidenz für einen Nutzen der Substanzen und andererseits an deren Potential zu ungünstigen Interaktionen mit der Antitumorthherapie. Gemäss AGO können beispielsweise Mistellektine erwogen werden zur Reduktion therapie-assoziiierter Nebenwirkungen.

Literatur

- (1) Horneber, M., Bueschel, G., Dennert, G., Less, D., Ritter, E., & Zwahlen, M. (2012). How many cancer patients use complementary and alternative medicine: a systematic review and metaanalysis. *Integrative Cancer Therapies*, 11(3), 187-203
- (2) S3-Leitlinien Komplementärmedizin in der Onkologie Sept 2021
- (3) Molassiotis A. et al., *Annals of Oncology* 2005;16: 655 - 663.doi:10.1093/annonc/mdj110

Was ist erwiesen?

Die Evidenz und Studienlage zu verschiedenen Therapieformen und -arten werden in mittlerweile mehreren Leitlinien aufgeführt.

→ Hier finden Sie die jährlich aktualisierten Leitlinien der AGO (Arbeitsgemeinschaft gynäkologische Onkologie):



→ Ganz aktuell sind im September 2021 die S3-Leitlinien zur Komplementärmedizin erschienen:



→ Hier finden sich z.B. auch Hinweise zur Hilfe der Auswahl seriöser Berater und einen Link zu einer Kriterienliste zu seriösen Anbietern komplementärmedizinischer Verfahren:



Die Mistel hat das Potential Nebenwirkungen einer Chemotherapie zu reduzieren und Fatigue und Lebensqualität zu bessern.



Beispiel zu Fatigue aus den neuen S3-Leitlinien

Empfehlungsstärke	Intervention	Kapitel	Patienten	Kontext / Anmerkung
Soll	Körperliche Aktivität und Sport	6.7	Onkologische Patienten	
Sollte	Tai Chi/Qigong	5.4	Onkologische Patienten	während und nach Abschluss von Chemo-/Radiotherapie
Sollte	Yoga	5.5	Onkologische Patienten	während und nach Abschluss von Chemo-/Radiotherapie
Kann	Akupunktur		Onkologische Patienten	
Kann	Akupressur	4.2	Onkologische Patienten	
Kann	Ginseng	7.17.6	Onkologische Patienten	
Kann	(ärztlich geleitetes) individualisiertes, multimodales komplementärmedizinisches Therapieangebot	5.3	Brustkrebspatientinnen	während und nach onkologischer Therapie
Kann	Mindfulness-based Stress Reduction	5.2	Onkologische Patienten	nach adjuvanter Therapie
Kann	anthroposophische Komplexbehandlung	4.3	Überlebende nach Brustkrebs	
Sollte nicht	Bioenergiefeld-Therapien	6.1	Onkologische Patienten	

Was bieten wir am KSB an?

- Ärztliche Beratung zur Komplementärmedizin
- Pflegerische Beratung und Massnahmen zum Nebenwirkungsmanagement (z.B. Kühlung zur Prophylaxe der Polyneuropathie)
- Physiotherapie als Bewegungstherapie und zum Nebenwirkungsmanagement unter onkologischer Therapie
- Yoga (über externe Anbieterin)
- MBSR Mindfulness based Stress Reduction (über Krebsliga)
- Fussreflexzonenmassage (stationär)
- Ergänzende Leistungen des Tumorzentrums:
 - Psychoonkologie
 - Seelsorge
 - Sozialdienst
 - Ernährungsberatung



Dr. med. Tilly Nothhelfer
Stv. Leitende Ärztin Onkologie/Hämatologie



Prof. Dr. med. Cornelia Leo
Leiterin Interdisziplinäres Brustzentrum

Kontakt

Sekretariat Onkologie/Hämatologie
Telefon 056 486 27 62
onkologie.ksb@ksb.ch
ksb.ch



CHERNE

RESTAURANT
DELI

GESCHMACK VERBINDET IM KERN

Das Geschmackserlebnis in
Gebenstorf: Der CHERNE ist ein
kulinarisches Trio mit Restaurant,
Delikatessen-Shop und Bistro.
Geniessen Sie innerhalb eines
speziellen Ambientes unkomplizierte
Speisen über Mittag und abends
delikate Mehrgänger.

CHERNE
RESTAURANT
DELI-SHOP

DORFSTRASSE 4
5412 GEBENSTORF

CHERNE.CH
INFO@CHERNE.CH
056 201 70 70

Die Kardiologie

Ein wichtiger Baustein in der Behandlung von Krebspatienten

Wie können wir kardiovaskulären Nebenwirkungen im Rahmen von onkologischen Therapien vorbeugen? Welchen Stellenwert hat die Langzeitnachsorge? Dr. med. Eva Hägler-Laube stellt wichtige kardiologische Eckpfeiler bei der Betreuung von onkologischen Patienten vor.

AUTOR Dr. med. Eva Hägler-Laube, Oberärztin Kardiologie

Wussten Sie, dass auch 7 Jahre nach einer Chemotherapie mit Antrazyklin das Risiko für eine Herzinsuffizienz erhöht ist? Oder dass vor Therapie mit einem VEGF-Inhibitor der Blutdruck Ihres Patienten <140/85mmHg sein sollte?

Dies sind nur zwei Beispiele von onkologischen Therapien mit möglichen kardiovaskulären Nebenwirkungen. Das Gebiet der Cardio-Onkologie, einer Subspezialität der Kardiologie, beschäftigt sich mit eben solchen kardiovaskulären Komplikationen. Unsere Aufgabe besteht primär in der Mitbetreuung onkologischer Patienten. Das Ziel ist es, kardiovaskulären Nebenwirkungen wenn möglich vorzubeugen, ggf. frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, um so einen wichtigen Beitrag an die bestmögliche onkologische Therapie zu leisten.

Herzinsuffizienz unter Anthrazyklin ist wohl die bekannteste kardiovaskuläre Nebenwirkung einer onkologischen Therapie. Weitere weniger bekannte Nebenwirkungen sind beispielsweise hypertensive Krisen unter VEGF-Inhibitoren, Vorhofflimmern unter Ibrutinib, Thoraxschmerzen unter 5-FU oder Myocarditis unter Immuncheckpoint-Inhibitoren.

Eine individuelle Risikoevaluation sollte vor Therapiebeginn erfolgen

Um solche Nebenwirkungen abzuschätzen, ist eine individuelle Risikoevaluation eines Patienten vor Therapiebeginn wichtig. Besteht ein erhöhtes Risiko für eine kardiovaskuläre Nebenwirkung, sollte eine engmaschigere, kardiale Begleitung des

Patienten stattfinden. Wie häufig und mit welchen Untersuchungen dies stattfinden sollte, hängt einerseits vom generellen kardiovaskulären Risiko- profil bzw. dem Vorliegen einer kardiovaskulären Vorerkrankung des Patienten und andererseits der Kardiotoxizität einer bestimmten Therapie ab. So sollte z.B. vor einer VEGF-Inhibitoren Therapie der Blutdruck durchschnittlich <140/85mmHg sein, um eine unkontrollierbare Hypertonie während Therapie möglichst vorzubeugen. Ist dem nicht der Fall, sollte vor Therapiebeginn eine medikamentöse Blutdrucksenkung erfolgen.

Besteht ein erhöhtes Risiko für eine kardiovaskuläre Nebenwirkung, sollte eine engmaschigere, kardiale Begleitung des Patienten stattfinden.

Das Vorliegen einer koronaren Herzerkrankung vor Anthrazyklintherapie erhöht beispielsweise die Wahrscheinlichkeit für eine manifeste Herzinsuffizienz deutlich. Gleichzeitig erhöht sich ein solches Risiko auch mit steigender Anthrazyklindosis (das Risiko einer manifesten Herzinsuffizienz steigt ab einer kumulativen Doxorubicindosis >250mg/m² deutlich an und liegt bei einer Dosis>400mg/m² bei >5%). Generell sollte vor Anthrazyklintherapie ein EKG, eine Echokardiographie sowie eine einmalige Troponinbestimmung durchgeführt werden.

Kardiovaskuläre Aspekte beim onkologischen Patienten

Vor Therapie	Risikostratifizierung	Generelles Kardiovaskuläres Risiko	<ul style="list-style-type: none"> • Manifeste kardiovaskuläre Erkrankung? Optimale Therapie? • kvRF (DM, Dyslipidämie, Adipositas, Nikotin, positive Familienanamnese, art. Hypertonie) • Alter • Labor
		Therapiebezogenes kardiovaskuläres Risiko	z.B. <ul style="list-style-type: none"> • Herzinsuffizienz unter Anthrazyklin • Hypertensive Krisen unter VEGF-Inhibitoren • Thoraxschmerzen unter 5-FU • Vorhofflimmern unter Ibrutinib • Myocarditis unter Immuncheckpointinhibitoren
	Festlegung des FUP-Intervall	Zuweisung ad Kardio-Onkologie bei Verdacht auf erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Nebenwirkungen	
Während Therapie	Erkennen von kardiovaskulären Komplikationen	Anamnese, Klinik, Labor, EKG	z.B. Leistungsknick, kardiale Dekomp? Synkopen? Troponinerhöhung?
	Bezug zur onkologischen Therapie	Welche Therapie? Kummulative Dosis? Zeitpunkt der ersten Symptome?	z.B. ICI-assoziierte Myokarditis nach den ersten 1-2 Dosen
	Behandlung	Guideline konforme Therapie möglich?	Interaktion mit Antiemetika/ onkologischer Therapie?
Therapiefortführung?		Interdisziplinäre Diskussion	
Nach Therapie	Erkennen von möglichen Spätfolgen	Anamnese, Klinik, Labor, EKG	z.B. Leistungsknick, kardiale Dekomp? Synkopen? Troponinerhöhung?
	Festlegung des weiteren FUP (einige Beispiele)	Children Cancer Survivor?	Anthrazyklin +/-Radiatio (TTE alle 2-5 Jahre)
		St.n. mediastinaler Radiatio	Regelmässiges FUP > 10 Jahre nach Therapieende
	St.n. Anthrazyklintherapie	TTE 1, 5, 10 Jahre nach Abschluss (je nach Dosis/Risiko auch > 10 Jahre)	

Legende

kvRF= kardiovaskuläre Risikofaktoren

DM= Diabetes Mellitus

VEGF= Vascular Endothelial Growth Factor

5-FU= 5- Fluorouracil

ICI= Immuncheckpoint-Inhibitor

FUP= Follow-Up

TTE= Transthorakale Echokardiographie

Die nächste Echokardiographie sollte dann z.B. nach kumulativ $\geq 240\text{mg/m}^2$ Doxorubicin oder Äquivalent durchgeführt werden.

Kommt es im Verlauf einer onkologischen Behandlung trotz Vorsichtsmassnahmen z.B. zu einer manifesten Herzinsuffizienz, muss die ursächliche onkologische Therapie und deren Wirkung auf das Herz berücksichtigt werden. So macht es einen Unterschied, ob eine Herzinsuffizienz durch Anthrazyklin (irreversible Myokardschädigung) oder durch HER2-Inhibitoren ohne vorgängig Anthrazyklin (keine Myozytennekrose und somit potentiell reversibel) ausgelöst wurde. Dieser pathophysiologische Unterschied ist wichtig bei der interdisziplinären Diskussion, ob eine Therapie wiederbegonnen bzw. fortgesetzt werden kann oder nicht.

Die Langzeitnachsorge im Blick behalten!

Die Langzeitnachsorge nach abgeschlossener Krebstherapie wird häufig vernachlässigt. Die Nachsorge durch die Onkologie ist abgeschlossen und v.a. junge Patienten gehen dann kaum regelmässig in die hausärztliche Kontrolle. Dabei wird vergessen, dass es auch 7-10 Jahre nach der Be-

handlung mit Anthrazyklin zu einer Verschlechterung der LV-Funktion kommen kann. Dies gilt es frühzeitig zu erkennen, bevor es zu einer manifesten Herzinsuffizienz kommt. Frühzeitige Sklerosierung der Koronargefässe, degenerative Veränderungen der Herzklappen oder diastolische Dysfunktion können ≥ 10 Jahre nach abgeschlossener Radiatio bei Patienten u.a. zu Leistungsminderung führen. Kinderkrebsüberlebende, v.a. nach Anthrazyklin kombiniert mit Radiatio sind besonders gefährdet für kardiale Spätfolgen. Daher empfehlen internationale Guidelines eine lebenslange kardiale Nachsorge (je nach Dosis alle 2-5 Jahre).

Auch junge Frauen mit Kinderwunsch nach Anthrazyklin sollten vor der Schwangerschaft spätestens aber in der 20. SSW eine echokardiographische Verlaufskontrolle erhalten.

Die optimale Betreuung dieser Patienten funktioniert nur als interdisziplinäres Team. Dabei kommt den Hausärzten und Hausärztinnen vor allem in der Primärprävention und der Langzeitnachsorge eine wichtige Rolle zu. Eine regelmässige Teilnahme der Kardiologie an den verschiedenen Tumorboards schafft einen direkten Kontakt zu diversen Disziplinen wie Onkologie/Radio-Onkologie/Gynäkologie oder Hämatologie.

Informationen

Wir von der Kardiologie des KSB freuen uns, Ihnen bei kardio-onkologischen und allgemeinkardiologischen Anliegen zur Verfügung zu stehen. Weitere Informationen und Literatur zur Kardio-Onkologie finden Sie auf der Homepage www.ksb.ch.



Dr. med. Eva Hägler-Laube
Oberärztin Kardiologie

Kontakt

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

Gynäkologisches Krebszentrum

Spezialisierung auf hohem Niveau

Das Gynäkologische Krebszentrum am Kantonsspital Baden ist seit diesem Jahr eins von insgesamt zehn DKG-zertifizierten gynäkologischen Krebszentren in der Schweiz. Wir sprachen mit Professor Martin Heubner, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Leiter des Zentrums.

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

Herr Professor Heubner, was bedeutet die Zertifizierung für Sie persönlich?

Für mich ist die diesjährige Zertifizierung der DKG (Deutsche Krebsgesellschaft) eines der wichtigsten Ziele, auf die ich mit meinem Team seit meinem Amtsantritt im Oktober 2016 hingearbeitet habe. Gynäkologische Tumorerkrankungen und die operative Gynäkologie sind seit langem meine klinischen Schwerpunkte und es war mir ein wichtiges Anliegen, diese in Baden weiter zu etablieren. Die gute Versorgung von Patientinnen, insbesondere von Tumorpatientinnen, liegt mir sehr am Herzen.

Und was bedeutet es für Patientinnen, sich in einem zertifizierten Gynäkologischen Krebszentrum behandeln zu lassen?

Die Zertifizierung bestätigt letztlich, dass das fachliche Niveau vor Ort hochstehend ist, eine grosse Zahl an Therapien stattfindet und Behandlungen nach dem neuesten Stand der Medizin durchgeführt werden. Ferner bestätigt diese, dass die Infrastrukturen für die Patientenversorgung gut entwickelt sind. Interdisziplinarität, also das Zusammenarbeiten unterschiedlicher Fachdisziplinen, ist, ebenso wie Interprofessionalität,

das Zusammenarbeiten unterschiedlicher Berufsgruppen, ein wichtiges Thema. Nicht nur die Behandlung durch die Gynäkologen muss stimmen, sondern auch die Betreuung durch kooperierende medizinische Onkologen, Radioonkologen, Chirurgen, Physiotherapeuten, Psychologen, der gesamte Bereich der Pflege und viele andere. Und natürlich muss das Ganze im Zusammenspiel funktionieren und entsprechend geregelt und strukturiert sein. Nur als Teamplayer ist man gut aufgestellt.

Ist es schwierig, ein DKG-Label zu bekommen?

Der Aufwand ist in der Tat hoch. Aber glücklicherweise musste in unserem Fall nicht alles neu aufgelegt werden. Vieles bestand bereits und einige Strukturen sind auch übergreifend für das Tumorzentrum des KSB geregelt. Das Gynäkologische Krebszentrum ist als onkologisches Organzentrum Teil des Tumorzentrums. Was man allerdings betonen muss: Ein solches Konstrukt ist nicht starr, sondern entwickelt sich ständig weiter. Von daher ist ein kontinuierlicher Arbeitsprozess notwendig, um als spezialisiertes Zentrum zu bestehen. Auch unser Credo lautet: Nur wer mit der Zeit geht und sich ständig weiterentwickelt, kann auch in Zukunft Top-Leistungen liefern. Stillstand gibt es nicht.

DKG Zertifiziertes Gynäkologisches Krebszentrum

Dr. Rüdiger Mascus (Zentrumskoordinator) und Prof. Dr. Martin Heubner (Zentrumsleiter) freuen sich über die Auszeichnung durch die DKG.



Was sind Ihre Ziele für die Zukunft?

Gerne möchte ich das Gynäkologische Tumorzentrum sowohl zahlenmässig als auch qualitativ weiterentwickeln. In der operativen Therapie haben wir bereits einen sehr hohen Standard. Einen Grossteil unserer Patientinnen können wir minimalinvasiv, teils unter Zuhilfenahme des DaVinci-Roboters, operieren. Aber die Entwicklung geht weiter und im KSB werden wir hier sicherlich am Ball bleiben. Gleiches gilt für die medikamentöse Therapie, in der sich aktuell sehr viel tut. Die Teilnahme an klinischen Studien bietet Patientinnen häufig zusätzliche Chancen, diese Möglichkeiten wollen wir ausbauen. Weiter am Puls der Zeit zu bleiben, neueste Behandlungsstandards anzubieten und zusätzlich den Fokus auf der einzelnen Patientin und ihren individuellen Bedürfnissen zu behalten, das wären meine wichtigsten Ziele.



Prof. Dr. med. Martin Heubner

Direktor Departement Frauen und Kinder
und Chefarzt Gynäkologie

*«Nur wer mit der Zeit geht
und sich ständig weiter-
entwickelt, kann auch in Zukunft
Top-Leistungen liefern»*

Kontakt

Chefarztsekretariat Frauenklinik
Telefon 056 486 35 02
frauenklinik@ksb.ch
ksb.ch

Cytomegalievirus

Ein unterschätztes Problem in der Schwangerschaft

Das Cytomegalievirus (CMV) ist die häufigste kongenitale virale Infektion. Bei Infektion im ersten Trimenon besteht ein hohes Risiko für schwerwiegende neurokognitive und psychomotorische Entwicklungsstörungen des Feten. Entscheidend ist deshalb die Primärprävention durch Aufklärung der Schwangeren.

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

Infektionen mit dem Cytomegalievirus verlaufen bei immunkompetenten Menschen meist asymptomatisch und unbemerkt. Selten treten prolongiertes Fieber und ausgeprägte Abgeschlagenheit, begleitet von mononukleoseartigen Veränderungen im Blutbild mit Lymphozytose und atypischen Lymphozyten auf. Nach einer Primär-Infektion persistieren die Viren lebenslang im Körper (vorzugsweise in Speicheldrüsenzellen und Lymphozyten), was zu Reaktivierungen mit transientser Virämie führen kann. Auch Re-Infektionen mit einem anderen Virusstamm sind möglich.

CMV ist die häufigste kongenitale virale Infektion mit einer Prävalenz bei Geburt von ca. 0,5-1,3%. Wenn es zu einer fetalen Infektion im ersten Trimenon kommt, besteht ein hohes Risiko für schwerwiegende neurokognitive und psychomotorische Entwicklungsstörungen. Die CMV-Infektion ist zudem eine der häufigsten Ursachen für progressive Innenohrschwerhörigkeit. Die Seroprävalenz von Frauen im gebärfähigen Alter wird für die Schweiz auf ca. 40-50% geschätzt, d.h.

die Hälfte aller Schwangeren hat das Risiko für eine Primärinfektion. Die Serokonversionsrate von Schwangeren wird auf 0,5-1% geschätzt.

Die fetale Vulnerabilität beschränkt sich vorwiegend auf das erste Schwangerschaftsdrittel

Schwangere, die sich mit dem Cytomegalievirus infizieren, haben ein hohes Risiko, dass eine transplazentare Übertragung und Infektion des Feten stattfindet. Das Transmissionsrisiko steigt mit zunehmendem Schwangerschaftsalter. Das Risiko einer infektionsbedingten Schädigung des Feten ist im ersten Drittel der Schwangerschaft besonders hoch und führt danach nur noch selten zu relevanten Schädigungen, kann aber auch dann noch zu Wachstumsstörungen und Frühgeburtlichkeit führen (Tabelle 1). Auch Reaktivierungen und Reinfektionen können zur einer fetalen Infektion führen, das Risiko hierfür wird im Vergleich zur Primärinfektion aber deutlich geringer eingeschätzt (ca. 1/10).

Tabelle 1

Transmissionsrate und Risiko einer Beeinträchtigung in Abhängigkeit des Gestationsalters bei mütterlicher primärer CMV-Infektion.

Gestationsalter	Transmissionsrate	Fetale Schädigung
Präkonzeptionell (bis ca. 3 Monate)	ca. 5%	unklar
Perikonzeptionell (ca. 4 Wo. nach Konzeption)	ca. 21%	ca. 20 bis 30%
1. Trimenon	ca. 37%	
2. Trimenon	ca. 40%	
3. Trimenon	ca. 66%	< 1%

Infektionsweg - das höchste Risiko lauert im eigenen Haushalt und in Kindertagesstätten

Die Infektion mit CMV erfolgt über den Kontakt mit Körperflüssigkeiten und -sekreten infizierter Personen (Speichel, Urin, Samenflüssigkeit etc.). Eine Virusausscheidung infizierter Personen kann über Monate andauern. Insbesondere Kleinkinder unter 3 Jahren zählen zu den wichtigsten Überträgern von denen etwa 1/4 Virusausscheider sind. Mütter mit Kleinkindern in Kinderbetreuung haben ein bis zu 10-fach erhöhtes Risiko einer Seroconversion. Auch Kleinkindbetreuerinnen von Kindertagesstätten gehören zur Risikopopulation mit einem ca. 4-fach erhöhten Risiko einer mütterlichen CMV-Infektion. Mütter mit einem Kleinkind und einem Intervall von 1-3 Jahren zur nächsten Schwangerschaft zeigten in einer aktuellen Studie ein 26-fach erhöhtes Risiko für eine kongenitale CMV-Infektion und ein 6-fach erhöhtes Risiko einer fetalen Schädigung in der 2. Schwangerschaft.

Primärprävention - Schutz durch Aufklärung

Eine Information über die Risiken einer CMV-Infektion, deren Infektionswege und Instruktion zu Hygieneregeln bei Frauen mit Kinderwunsch und in der Frühschwangerschaft sollte zur ärztlichen Routine gehören. Die Hygieneempfehlungen sind in Abbildung 1 zusammengefasst.

Dass Hygienemassnahmen effektiv sein können, wurde verschiedentlich gezeigt. So konnte beispielsweise in einer randomisierten Studie bei seronegativen Schwangeren das Risiko einer mütterlichen CMV-Infektion um 85% gesenkt werden. Leider haben verschiedene Studien gezeigt, dass ein grosses Wissensdefizit bei Schwangeren zum CMV-Risiko besteht, gleichzeitig aber längst nicht alle Schwangeren im Rahmen der Schwangerenbetreuung auf diese Risiken hingewiesen werden.

Abbildung 1:

Hygieneempfehlungen zum Schutz vor mütterlicher CMV-Infektion

- Händehygiene mit Wasser und Seife nach Kontakt mit kindlichen Körpersekreten (Urin, Speichel, Tränenflüssigkeit, Nasensekret), Windeln
- Vermeiden einer Inokulation mit kindlichem Speichel (Nuggi, Essen, Besteck / Geschirr, Waschlappen / Handtücher etc, Küssen auf den Mund)
- Reinigung von Gegenständen und Oberflächen, die in Kontakt mit kindlichem Urin und Sekreten kommen
- Bei beruflichem Kontakt mit Kleinkindern oder Personen mit hohem Risiko für CMV-Ausscheidung (z.B. immunsupprimierte Patienten) strikte Einhaltung der Hygieneregeln, Verwendung von Handschuhen beim Wickeln, Desinfektionsmittel.
- Die Hygieneempfehlungen gelten ebenfalls für den Partner, da dieser sonst Überträger der Infektion werden kann.



Problem: Die meisten mütterlichen CMV-Infektionen werden nicht erkannt

Da die Mehrheit der CMV-Infektionen einerseits asymptomatisch verlaufen und andererseits eine Information über die CMV Risiken bei der ersten Schwangerschaftskontrolle bei 7-9 Schwangerschaftswochen für Hygienemassnahmen bereits zu spät sein können, besteht die Möglichkeit, durch Erhebung des Serostatus frühzeitig eine primäre mütterliche CMV-Infektion perikonzeptionell und im ersten Trimenon zu erkennen.

Die Erhebung des Serostatus gewinnt an Bedeutung, nachdem es in den letzten Jahren zunehmend Hinweise dafür gibt, dass bei einer früh erkannten mütterlichen Infektion das Risiko für eine fetale Transmission mit Hilfe von Virustatika bzw. mit Hyperimmunglobulinen signifikant vermindert werden kann. So konnte in einer randomisiert-kontrollierten, plazebo-kontrollierten Studie mit Valaciclovir das Risiko für eine fetale Infektion um 70% reduziert werden.

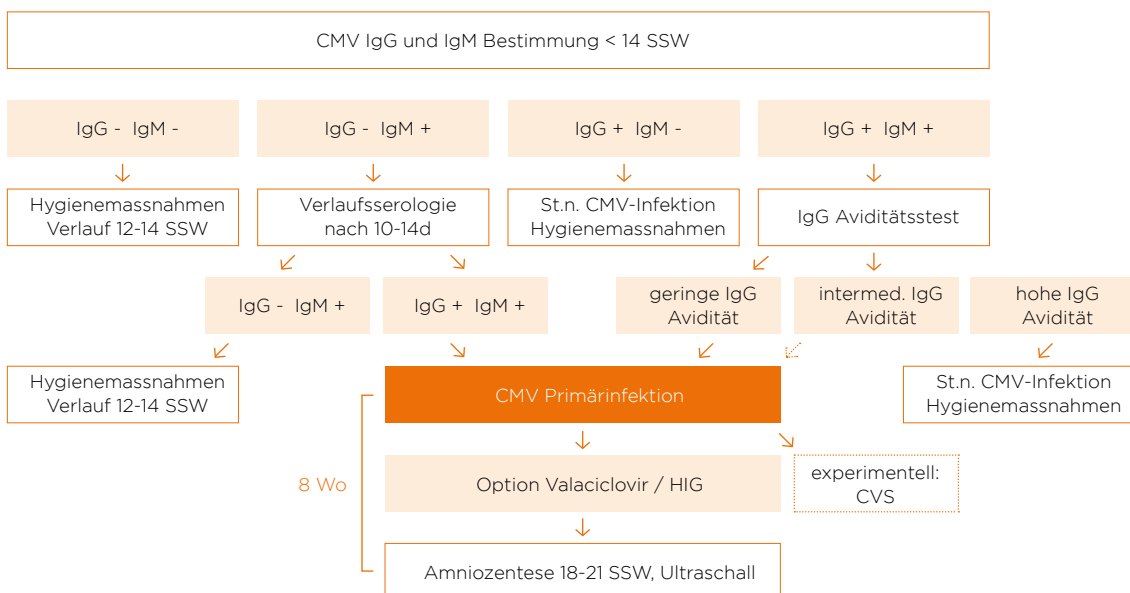
Die Möglichkeit einer Erhebung des Serostatus sollte daher mit der Schwangeren im Rahmen der CMV-Information besprochen werden.

Mütterlicher Serostatus – Interpretation nicht immer einfach

Wenn ein Serostatus erhoben wird, sollten sowohl CMV IgG und IgM bestimmt werden. Wenn nur IgG nachweisbar ist, ist von einer vorbestehenden CMV-Infektion auszugehen und keine weiteren Massnahmen sind angezeigt, allerdings ist die Schwangere vor Reinfektionen und Reaktivierungen nicht vollständig geschützt. Wenn alleine IgM nachweisbar ist, könnte es sich neben einer sehr frischen CMV Infektion auch um eine unspezifische IgM Kreuzreaktion handeln, daher sollte eine Verlaufsserologie nach 10-14 Tagen durchgeführt werden bevor weitere Massnahmen ergriffen werden. Wenn sowohl IgM als auch IgG nachweisbar sind, sollte die IgG Avidität bestimmt werden, welche als Mass für den Maturationsgrad des Antikörpers eine Abschätzung ermöglicht, ob es sich um eine kürzlich stattgefundene Infektion mit entsprechendem Risiko handelt. Die verschiedenen Serologiekonstellationen und das Management sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Ein Serostatus zur frühzeitigen Erkennung einer mütterlichen CMV-Infektion macht nur bis zu einem Schwangerschaftsalter von 12-14 SSW Sinn, da das Schädigungspotential sich vorwiegend auf Infektionen perikonzeptionell und im ersten Trimenon beschränkt.

Tabelle 2:

Serostatuskonstellationen und weiteres Management



Wie weiter? – Vorsicht vor unnötigen Schwangerschaftsabbrüchen

Falls der Verdacht auf eine frische CMV-Infektion perikonzeptionell und im ersten Trimenon besteht, sollte eine differenzierte Beratung hinsichtlich der Möglichkeiten weiterer Abklärungen, Diagnosesicherung, Behandlungsoptionen und der kindlichen Prognose stattfinden. Dies ist insbesondere deswegen unverzichtbar, da ein falsches Verständnis über die Risiken dazu führen können, dass voreilig unnötige Schwangerschaftsabbrüche aus Angst vor möglichen Schäden durchgeführt werden, ohne diagnostische und therapeutische Möglichkeiten auszuschöpfen.

Mit Hilfe der Ultraschallfeindiagnostik können wir eine weitere Prognoseeinschätzung machen.

Der Nachweis einer fetalen Infektion kann mittels Amniozentese ab 18 Schwangerschaftswochen (mindestens 8 Wochen nach Primärinfektion) stattfinden, neue Daten weisen darauf hin, dass bereits mit einer frühen Chorionbiopsie bei 12-14 SSW eine erste Einschätzung gemacht werden kann, insbesondere, wenn auf einen frühzeitigen Abbruch gedrängt wird. Wenn eine gesicherte mütterliche CMV-Infektion im ersten Trimenon vorliegt, besteht die Möglichkeit, das Risiko einer Transmission durch die Behandlung mit dem Virustatikum Valaciclovir oder Hyperimmunglobulinen bei frühzeitigem Beginn der Behandlung signifikant zu senken. Bei Nachweis einer fetalen Infektion kann mit Hilfe der Ultraschallfeindiagnostik eine weitere Prognoseeinschätzung nach 20 SSW gemacht werden mit insbesondere gutem negativen Vorhersagewert (Abb. 2).

Beratung und weiterführende Diagnostik

In unserem Zentrum für pränatale Diagnostik am KSB betreuen wir regelmässig diese in der Beratung schwierigen Fälle mit aktuellstem Fachwissen und Feingefühl und führen bei Bedarf weitere Diagnostik, kontinuierliche Prognoseeinschätzungen und ggf. Therapien i.S. der Sekundär- und Tertiärprophylaxe durch.



Prof. Dr. med. Leonhard Schäffer

Chefarzt für Geburtshilfe
und Pränataldiagnostik

Kontakt

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



Hilfe per Knopfdruck – rund um die Uhr. Zuhause und unterwegs.

Der **Rotkreuz-Notruf** ermöglicht älteren Patientinnen und Patienten, möglichst lange im eigenen Zuhause leben zu können.

Rotkreuz-Notrufbetreuerinnen **installieren und testen den Notruf vor Ort** bei der Kundin oder dem Kunden.

Neu stehen – abhängig vom persönlichen Sicherheitsbedürfnis und der Lebenssituation – **drei Alarmierungsvarianten** zur Auswahl.

Informationen: 0848 012 012
www.srk-aargau.ch/notruf

Schweizerisches Rotes Kreuz
Kanton Aargau



PRIVATE *Care*

Ihre Spezialistin
für Pflege.

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

www.private-care.ch

private Care AG

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

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



Ihre Werbung mit
grosser Wirkung
durch uns
RICHTIG platziert!

Wir platzieren Ihre Werbung am
RICHTIGEN Ort

peyer & partner
media gmbh

ksb
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



Thoracic Outlet Syndrome

Dem TOS auf der Spur

Neu gibt es am KSB eine Task-Force zur Diagnose und Behandlung vom Thoracic Outlet Syndrome TOS. Erfahren Sie mehr über die Behandlungsalgorithmen bei Verdacht auf neurovaskuläre Kompressionssyndrome der oberen Thoraxapertur (Thoracic Outlet Syndrome).

AUTOR Stephan Engelberger, Leitender Arzt Gefässchirurgie

Das 'Thoracic Outlet Syndrome', kurz 'TOS', ist ein Symptomkomplex, der durch die Kompression neurovaskulärer Strukturen im Bereich der oberen Thoraxapertur hervorgerufen wird. Man unterscheidet ein neurogenes, ein venöses und ein arterielles TOS, ganz in Abhängigkeit der betroffenen Strukturen. Selbstverständlich kommen Mischbilder vor.

Das neurogene TOS stellt mit über 90% die grosse Mehrheit der Fälle dar. Meist betrifft es Frauen im Alter zwischen 20 und 40 Jahren. Die Patientinnen und Patienten klagen über Schmerzen und Missempfindungen, Gefühlsverlust und Kraftminderung im Arm und in der Hand, ohne dass diese Symptome einem konkreten Dermatome zugeordnet werden könnten. Ein Ausdehnen der Symptome über die Nackenmuskulatur und zum Kopf ist nicht selten. Meist ist eine Symptomverschlechterung nach dem Arbeiten über Kopf oder nach langem Liegen vorhanden. Sollten Schwellungszustände oder gar Verfärbungen der Haut dazukommen, muss eine vaskuläre Beteiligung vermutet werden. Das venöse TOS ist eher seltener und findet sich häufiger bei Männern derselben Altersgruppe. Es präsentiert sich häufig als akute Thrombose der Vena subclavia (Paget von Schroetter Syndrom). Das arterielle TOS ist eine angiologische, und gefässchirurgische Seltenheit und manifestiert sich als arterielle Durchblutungsstörung infolge struktureller Arterienveränderungen im betroffenen Arm.

Während die Diagnose eines venösen oder arteriellen TOS unkompliziert ist, kann die Identifikation eines neurogenen TOS schwierig sein. Nicht selten haben die Patientinnen lange Leidensgeschichten und viele Arztbesuche hinter sich.

Abklärungsalgorithmus am KSB

Der mannigfaltige Symptomkomplex führt nicht selten zu Konsultationen bei diversen Spezialisten. Aus diesem Grund machen wir uns am KSB für einen standardisierten interdisziplinären Abklärungsalgorithmus stark, unabhängig davon in welcher Abteilung der Patient am KSB initial untersucht wird.

Klinische Untersuchung

Die sorgfältige Anamnese und die klinische Untersuchung sind von zentraler Bedeutung. Neben der Betrachtung der Körperhaltung werden Muskelatrophien, Druckdolenzen im Bereiche der scalenus und pectoralis minor-Muskulatur wie auch auffällige subkutane Venen im Schulterbereiche gesucht. Als Provokationstest verwenden wir den EAST (Elevated Arm Stress Test) wie auch das Adson Manöver, welches jedoch auch bei gesunden Probanden positiv sein kann. Wichtig ist uns eine Standardisierung der Untersuchung (Standard Reporting) mittels spezifischen Modulen (TOS first visit form und QuickDASH Score).

Weiterführende Abklärungen

Angiologie:

In der angiologischen Sprechstunde unter der Leitung von Dr. med. Manuela Birrer werden neben der konventionellen Oszillographie zur Dokumentation der arteriellen Perfusion Duplex-ultraschalluntersuchungen zur Darstellung der venösen und arteriellen Gefässe in Normal- und Provokationsstellung durchgeführt. Bei Bedarf können diese Untersuchungen mit einer Kapillarmikroskopie ergänzt werden. Beim venösen TOS spielt in gewissen Fällen die diagnostische Phlebographie, eine Rolle.

Radiologische Untersuchungen:

Nebst einer konventionellen Schultergürtelröntgenaufnahme (tangential 30°) ist beim neurogenen TOS die MRT-Diagnostik wichtig. Diese wird unter der Leitung Prof. Frank Johannes Ahlhelm, der auf die TOS Abklärung spezialisiert ist, durchgeführt. Gesucht wird spezifisch nach ossären oder musklotendinösen Abnormalitäten, Schäden am Plexus brachialis und natürlich der so darstellbaren venösen Kompression der Vena subclavia in Provokationsstellung.

Neurologische Abklärung:

Die Kollegen der Neurologie, unter der Leitung von PD Dr. med. Alexander Tarnutzer, erheben neben der klinischen Untersuchung neurophysiologische Daten, wie zum Beispiel die Messung der Nervenleitgeschwindigkeit und die Innervation der Muskulatur. Diese Untersuchungen sind zentral für den Ausschluss von anderen Nervenkompressionssyndromen wie zervikale Diskushernien, das Karpaltunnelsyndrom oder ulnare Kompressionssyndrome.

Schmerztherapie:

Häufig bringt eine diagnostische Infiltration des Plexus brachialis in der Skalenuslücke mit niedrigdosierter und -konzentrierter Lokalanästhe-

sie, die von den Kollegen des Schmerzdienstes unter Dr. med. Lorenzo Cerletti durchgeführt wird, temporär eine Verbesserung der Symptome, und somit eine gewisse Bestätigung der Diagnose mit sich.

Die Interpretation der erhobenen Befunde ist häufig nur dank der fachübergreifenden Zusammenarbeit möglich. Diese ist am KSB nicht zuletzt durch die kollegiale Spitalkultur und die kurzen Kommunikationswege gegeben.

Therapie:

Die Therapie des neurogenen TOS besteht zunächst in Physiotherapie sowie Haltungsübungen- und Korrekturen. Ansprechperson am KSB ist Herr André Kupferschmid. Meist kann damit eine Besserung erreicht werden. Nur in seltenen Fällen, bei fehlendem Ansprechen der konservativen Therapie oder bei drohenden Nervenschäden ist die chirurgische Therapie angezeigt. Sie besteht aus einer sogenannten Skalenektomie mit Lösen des Plexus brachialis aus der Kompression in der Halsmuskulatur und in einer Resektion der ersten Rippe. Akzessorische Rippen sollten bei Beschwerden operativ entfernt werden.

Beim selteneren venösen TOS liegt der Fokus auf dem Wiedereröffnen der Vena subclavia. Hierbei kommt häufig die kathetergestützte Thrombolysen zum Einsatz. Nachfolgend ist dann die Skalenektomie mit der Resektion der ersten Rippe indiziert. Gelegentlich muss zusätzlich noch eine Gefässrekonstruktion mit Patchplastik oder Stenting erfolgen.

Das arterielle TOS ist eine Seltenheit. Hier muss zur Behandlung nebst der Resektion der ersten Rippe und Skalenektomie ein gefässchirurgischer Ersatz der Arteria subclavia erfolgen.

Team Interdisziplinäres Gefässzentrum

Von links nach rechts: André Kupferschmid, Stephan Engelberger, Alexander Tarnutzer, Manuela Birrer, Frank Ahlhelm



Fazit

Der am KSB implementierte Abklärungs-Algorithmus, die Standardisierung der erhobenen Befunde (Standard Reporting), sowie die fachübergreifende Zusammenarbeit helfen Patienten mit Verdacht auf ein Thoracic Outlet Syndrom, schnell und unkompliziert zur richtigen Therapie zu gelangen.



Stephan Engelberger
Leitender Arzt Gefässchirurgie

Kontakt

Interdisziplinäres Gefässzentrum
Telefon 056 486 30 12
gefaesszentrum@ksb.ch

Bewegungsstörungen

Neue Therapieoptionen beim Morbus Parkinson

Treten bei Ihrem Patienten mit idiopathischem Parkinsonsyndrom nach einer mehrjährigen Phase mit zufriedenstellender medikamentöser Symptomkontrolle Wirkfluktuationen ein? Durch einen Ausbau der medikamentösen Therapie sowie den Einsatz invasiver Verfahren wie der tiefen Hirnstimulation, fokussiertem Ultraschall oder einer Duodopa-Pumpe können eine signifikant bessere Symptomkontrolle und Lebensqualität erreicht werden.

AUTOR PD Dr. med. Alexander Tarnutzer, Leitender Arzt Neurologie

Das idiopathische Parkinsonsyndrom («Morbus Parkinson») gilt als Prototyp einer neurologischen Bewegungsstörung. Mit einer Erstmanifestation meist zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr sowie einer Prävalenz von 1-2% bei den über 65-Jährigen stellt es die zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung dar. Dementsprechend häufig ist dieses Krankheitsbild sowohl in der Praxis wie auch im Spital anzutreffen.

Die Abgrenzung von sekundären und atypischen Parkinsonsyndromen ist entscheidend

Mit einem schleichenden Beginn und dem Kernsymptom einer Bewegungsarmut (Hypokinesie/Akinesie) sowie begleitend einem Ruhetremor, einem Rigor oder einer posturalen Instabilität erfolgt die Diagnosestellung oft erst mit Latenz oder anlässlich anderweitiger medizinischer Abklärungen/Behandlungen. Im Rahmen der neurologischen Erstabklärung ist die Abgrenzung von sogenannten sekundären oder atypischen Parkinsonsyndromen entscheidend, da diese sowohl bezüglich Prognose wie auch therapeutischer Ansätze erheblich abweichen. Dies setzt eine detaillierte klinisch-neurologische Untersuchung wie auch eine meist MR-gestützte bildgebende Diagnostik voraus. Daneben bieten sich mehrere nuklearmedizinische bildgebende Verfahren wie der DaTSCAN (siehe Abb. 1) an, um z.B. medikamentös-induzierte Parkinsonsyndrome oder einen essentiellen Tremor von einem idiopathi-

schon Parkinsonsyndrom abgrenzen zu können. Teil der diagnostischen Aufarbeitung ist die Durchführung eines Levodopa-Testes, wobei ein deutlicher Rückgang der Parkinson-assoziierten Beschwerden für das Vorliegen eines idiopathischen Parkinsonsyndromes spricht.

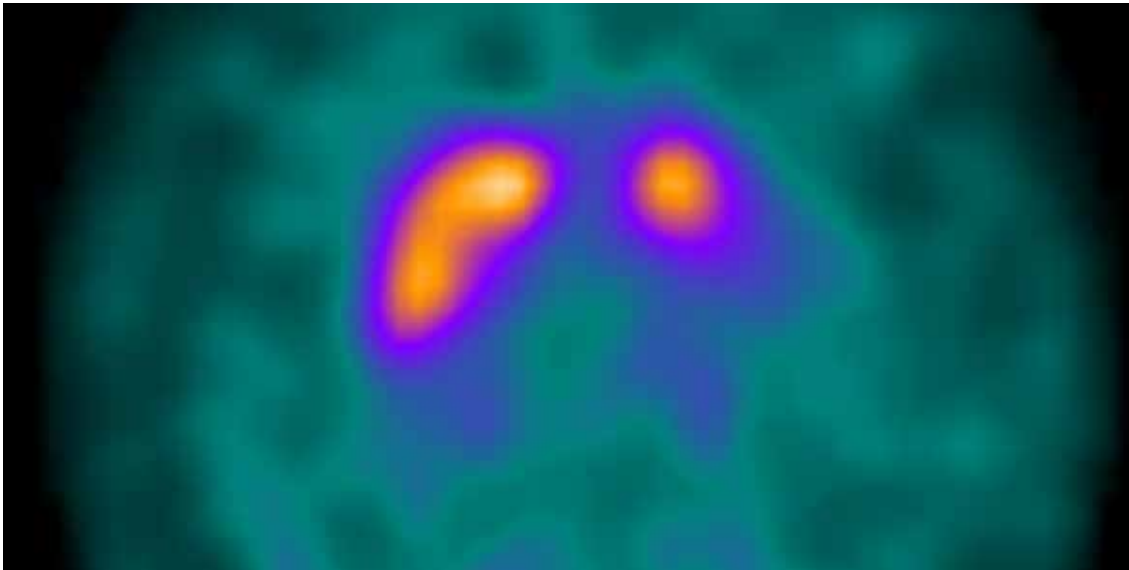
Aufbau der medikamentösen Behandlung des idiopathischen Parkinsonsyndroms

Verschiedene dopaminerge Substanzen stehen zur medikamentösen Behandlung des idiopathischen Parkinsonsyndromes zur Verfügung. Die Indikation zur medikamentösen Behandlung richtet sich dabei v.a. nach der Alltagsrelevanz der bestehenden Beschwerden und dem daraus resultierenden Leidensdruck des Patienten. Mehr und mehr rücken auch nicht-motorische Symptome wie z.B. neurokognitive Störungen, Schlafstörungen oder Miktionsstörungen sowie eine orthostatische Dysregulation in den Vordergrund.

Empfohlen ist in den meisten Fällen ein Therapiebeginn mit Levodopa aufgrund der hohen Wirksamkeit bei gleichzeitig guter Verträglichkeit, in einzelnen Fällen kann auch ein Dopaminagonist zur Anwendung kommen. Während früher ein Aufsparen von Levodopa propagiert wurde aus Sorge vor Langzeitnebenwirkungen, deuten jüngere Daten darauf hin, dass die unter Therapie auftretenden Dyskinesien vielmehr zum natürlichen Verlauf der Erkrankung gehören.

Abbildung 1

Beispiel eines abnormen DaTSCAN mit deutlich reduzierter Radionuklid-Belegung des Putamens linksbetont, passend zu einem rechtsbetonten Parkinsonsyndrom in der klinischen Untersuchung.



Bei zunehmenden Wirkfluktuationen folgende Therapieoptionen berücksichtigen

Das idiopathische Parkinsonsyndrom zeichnet sich dadurch aus, dass nach einer mehrjährigen Phase mit zufriedenstellender medikamentöser Symptomkontrolle und hoher Lebensqualität zunehmend Wirkfluktuationen mit einerseits Blockaden wie auch Phasen ausgeprägter Überbeweglichkeit auftreten. Mit einem Ausbau der medikamentösen Therapie, z.B. mittels Kombination von Levodopa und Dopaminagonisten oder auch einem zusätzlichen COMT-Hemmer lässt sich die Symptomkontrolle meist zumindest vorübergehend wieder verbessern.

Mit einem Ausbau der medikamentösen Therapie lässt sich die Symptomkontrolle zumindest vorübergehend wieder verbessern.

Nehmen die Wirkfluktuationen trotz ausgebauter medikamentöser Therapie zu, so kann heutzutage mittels verschiedener invasiver Verfahren wie der tiefen Hirnstimulation (DBS), dem fokussierten Ultraschall oder der Duodopa-Pumpe erneut eine signifikant bessere Symptomkontrolle und

Lebensqualität erreicht werden. Diesen Therapieoptionen ist aber gemeinsam, dass sie eine vertiefte Abklärung an einem Zentrumsspital erforderlich machen und zeitaufwändig sind. Dementsprechend sollte der Einsatz solcher invasiver Verfahren rechtzeitig ins Auge gefasst und mit dem Patienten besprochen werden. Am ambulanten Kompetenzzentrum Neurologie KSB und ZURZACHCare bieten wir sowohl die Erstabklärung wie auch die neurologische Betreuung betroffener Patienten im Längsschnitt und im Austausch mit einem Zentrumsspital an.



PD Dr. med. Alexander Tarnutzer
Leitender Arzt Neurologie

Kontakt

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

Alle für die Füsse

Neues Netzwerk für diabetische Fussprobleme

Am KSB engagieren wir uns interdisziplinär für Betroffene von Fussproblemen aufgrund von Diabetes mellitus. Erfahren Sie mehr über die Kollaboration zwischen dem Kompetenzzentrum für Technische Orthopädie Balgrist und Balgrist PartnerOrtho, dem Gefässzentrum und der Wundberatung bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit diabetischem Fussyndrom am KSB.

AUTOR Dr. med. Stephan Engelberger, Leitender Arzt Gefässchirurgie

Der Diabetes mellitus ist ein weltweit höchst brennendes Gesundheitsproblem. Schätzungen zufolge erwartet uns eine globale Prävalenz von 438 Millionen Patienten bis ins Jahr 2030! Fussprobleme sind sehr häufig bei Patienten mit Diabetes und nicht weniger als 15% aller Betroffenen erleiden im Laufe ihres Lebens eine chronische Wunde am Fuss. Fusswunden sind eine der häufigsten Hospitalisationsgründe bei Patienten mit Diabetes und verursachen neben einer erheblichen Morbidität und Mortalität nicht zuletzt auch hohe Kosten für unsere Gesellschaft. Alle 30 Sekunden verliert ein Mensch irgendwo auf der Welt aufgrund von Diabetes ein Bein. Trotz aller Bemühungen bleibt diese Amputationsrate hoch.

Ursache dieser häufigen Probleme ist die unheilige Allianz aus peripherer Neuropathie, Arterio-pathie und Alteration der Fuss-Statik sowie immuner Abwehrkraft.

Neben einer zielgerichteten und spezialisierten Therapie der Fussprobleme gilt es vor allem, weitere Ulzerationen und Wunden zu vermeiden. Dies wiederum ist eine aufwendige Aufgabe, die nur interdisziplinär, fachübergreifend und mit viel Engagement zu bewältigen ist.

Am KSB haben wir daher, einzigartig für die Region Ost-Aargau, ein ausgebautes, interaktives Netzwerk zur Behandlung diabetischer Fussprobleme geschaffen. Unser Ziel ist, die Lebensqualitätsverbesserung und Amputationsprävention beim Patienten mit Diabetes.

Wundberatung

Häufig steht eine bei einem Patienten chronische oder neu aufgetretene Fusswunde im Zentrum der Behandlung. Eine korrekte Wundversorgung ist eine der Kernkompetenzen unseres Wundberatungsteams. Wesentlicher Bestandteil der Wundberatung ist es, die Betroffenen selbst mit ihrer Sicht, ihrem Wissensstand und ihren Möglichkeiten der Alltagsbewältigung zu erfassen und in den Therapieplan zu integrieren. Die Leitung untersteht Doris von Siebenthal, M.Sc. Advanced Nursing Practice in Wound Healing and Tissue Repair. Derzeit ist sie Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung. Gemeinsame Sprechstunden mit der Orthopädie und der Gefässchirurgie sowie auch der Angiologie finden wöchentlich statt und sind nicht selten Ausgangspunkt der multidisziplinären Behandlung.

Gefässmedizin

Im Gefässzentrum kümmern wir uns um die Blutversorgung der Patienten. Eine vorbestehende periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK), die bei Diabetes oft dazu kommt, kompliziert den Verlauf bei diabetischen Fusswunden und führt zu einem höheren Amputationsrisiko. Eine solche zu diagnostizieren ist Aufgabe unseres Gefässzentrums. Die notfallmässige Wundbehandlung, allfällige Amputationen und natürlich die offene chirurgische oder endovaskuläre, interventionelle Gefässrekonstruktion zählt zu unseren Haupttätigkeitsfeldern.

Team

Vordere Reihe von links nach rechts: Jolanda Schatzmann, Manuela Birrer, Marsha Mele, Silvia Koch, Tobias Endres; Hintere Reihe von links nach rechts: Stephan Engelberger, Urs Neurauter, Martin Berli, Christopher Lenz, Philipp Stirnimann



Orthopädie

Seit 2018 sind Herr KD Dr. Th. Böni und Herr PD Dr. M. Berli von der Universitätsklinik Balgrist in Zürich regelmässig zur Konsultation im Partnerhaus. Ihr Fachwissen in der technischen Orthopädie verstärkt das Team der Fussorthopädie unter Herr Dr. U. Neurauter und ist wichtiger Bestandteil der Prävention und Behandlung der diabetischen Fussprobleme. Patienten, welche aufgrund eines Ulcus, einer Infektion oder Gangrän am KSB behandelt werden, profitieren vom ergänzenden Fachwissen der Kollegen des Kompetenzzentrums für technische Orthopädie. Die Gefässchirurgische Sprechstunde findet jeweils parallel zur Sprechstunde der technischen Orthopädie im Partnerhaus statt. Von dieser Nähe profitieren sowohl die Behandelnden wie auch unsere Patienten.

Zusammenarbeit

Dank standardisierter Behandlungspfade mit der Integration aller mitwirkenden Disziplinen am KSB versuchen wir das Möglichste um Amputationen bei unseren Patienten mit Diabetes zu vermeiden. Sollte es in gewissen Fällen doch zu einer (Teil-) Amputation im Bereiche der unteren Extremität kommen, setzen wir auf unsere Synergien um neben einer optimalen Behandlung in der Akutphase die weitere Versorgung sicherzustellen und die Prävention für die Zukunft zu leisten.

Orthopädie-Schuhtechnik und Orthopädietechnik

Das Team von Balgrist PartnerOrtho unter Philipp Stirnimann ist ebenso seit 2018 im Partnerhaus tätig. Ihr Fachwissen und die hohe Qualität Ihrer Beratung und Anfertigungen von orthopädischen Versorgungen ergänzen das medizinische Angebot in hochwertiger Weise. Die Produktpalette von Balgrist PartnerOrtho ist umfassend und reicht von orthopädischen Schuheinlagen bis hin zum Massschuh, von der Abgabe einer Bandage oder eines Kompressionsstrumpfes bis hin zu individuell gefertigten Orthesen und Prothesen für untere und obere Extremitäten. Eine eigene Werkstatt sowie ein Sanitäts- und Schuhfachgeschäft komplettieren das Angebot. Für die Patienten mit diabetischen Fussproblemen ist diese individuelle Betreuung und Beratung von grosser Wichtigkeit.

Kontakt

Interdisziplinäres Gefässzentrum
Telefon 056 486 30 12
gefaesszentrum@ksb.ch
ksb.ch

Long-COVID Behandlungsangebot

Nach einer Ansteckung mit COVID-19 können über eine längere Zeitdauer Beschwerden vorliegen. Diese sind als Folge der Viruserkrankung zu werten, nachdem die tatsächliche Infektion bereits abgeklungen ist.

ZURZACH Care bietet Ihnen eine interdisziplinäre Abklärung und Behandlung an.

Anmeldung unter:

badzurzach.ambulant@zurzachcare.ch oder +41 56 269 53 53

Stress und Herz

Kardiovaskuläre

Gendermedizin

Bisherige Erkenntnisse weisen darauf hin, dass Frauen mit Herzerkrankung einer unverhältnismässig hohen emotionalen Belastung ausgesetzt sind. Auf diese kardiovaskulären Risikofaktoren gilt es zu achten.

AUTORIN Prof. Dr. med. Catherine Gebhard, Leitende Ärztin Interventionelle Kardiologie

Todesursache Nr. 1 bei Männern und bei Frauen

Während die kardiovaskulären Sterblichkeitsraten bei Männern seit den 1980er-Jahren stetig gesunken sind, besteht bei Frauen eine Stagnation beziehungsweise eine gegensätzliche Tendenz. Dies hat dazu geführt, dass derzeit in Europa mehr Frauen als Männer an den Folgen kardiovaskulärer Erkrankungen sterben: 49% der Todesursachen bei Frauen und 40% der Todesursachen bei Männern sind den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zuzurechnen. Auch bei einem akuten Herzinfarkt sind die mittel- und langfristigen Überlebenschancen bei Frauen geringer als bei Männern. Alarmierend ist zudem ein Anstieg der Herzinfarkttraten bei jüngeren, prämenopausalen Frauen. Zudem wurde in den letzten Jahren eine Zunahme von Herzinfarkten bei schwangeren Frauen beobachtet.

Geschlechterunterschiede bei der Behandlung von Herzerkrankungen

Warum dieses Ungleichgewicht zwischen Männern und Frauen besteht, ist bislang unzureichend erforscht. Tatsache ist aber, dass die Besonderheiten des weiblichen Herzens, beispielsweise das häufige Vorkommen nichtobstruktiver Koronarstenosen oder die mikrovaskuläre Koro-

nardysfunktion, im klinischen Alltag nicht hinreichend berücksichtigt und behandelt werden. Zudem werden Frauen weniger häufig als Männer einer invasiven Diagnostik zugeführt, zum Beispiel einer Herzkatheteruntersuchung, erhalten weniger oft medikamentöse oder intensivmedizinische Therapien und nehmen seltener als Männer Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch.

*Mehr Frauen als Männer
sterben an den Folgen
kardiovaskulärer Erkrankungen*

Auch sind geschlechtsspezifische Unterschiede für Verteilung, Metabolisierung und Ausscheidung von Arzneistoffen nachgewiesen, die im klinischen Alltag jedoch kaum berücksichtigt werden. So zeigte ein kürzlich in der Zeitschrift The Lancet veröffentlichte Studie auf, dass Frauen mit Herzinsuffizienz von niedrigeren Dosierungen herzwirksamer Medikamente profitieren würden. Nach wie vor wird aber die Bedeutung des Geschlechts in vielen medizinischen Studien ignoriert: In herzbezogenen Studien liegt der Frauenanteil durchschnittlich nur bei 18-24 %.

Risikofaktoren für Krankheitsentstehung und -verlauf sind geschlechtsspezifisch

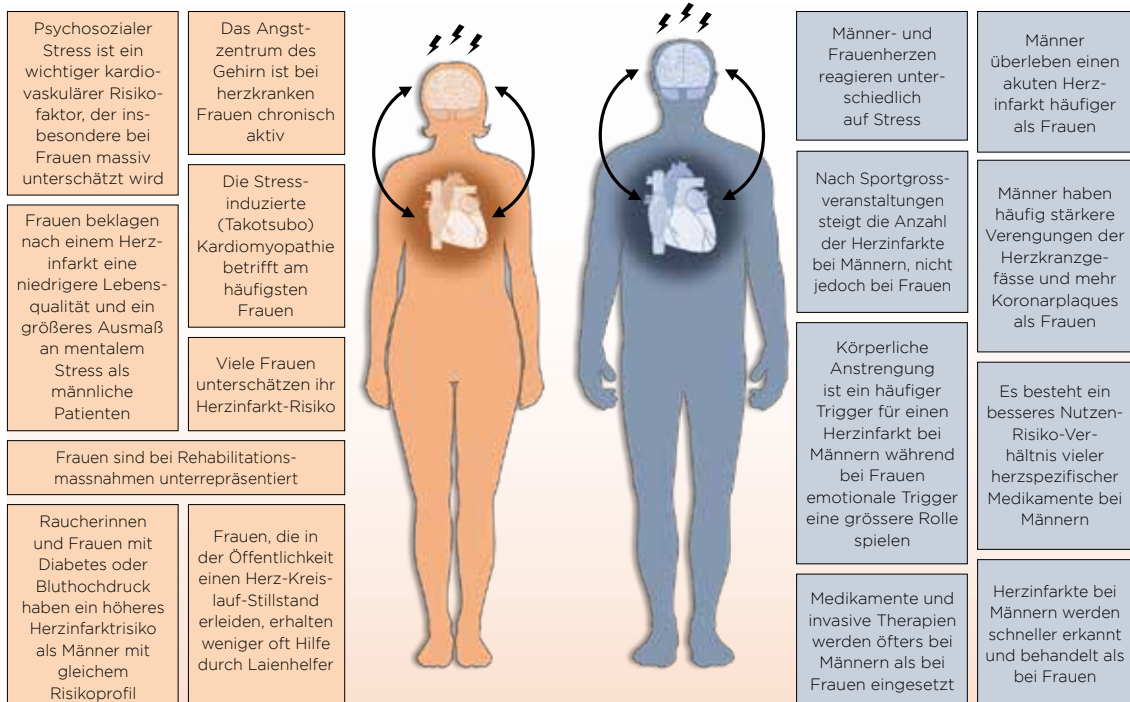
Dass in der kardiovaskulären Medizin ein Universal-konzept, das gleichermassen für Mann und Frau gilt, längst nicht mehr sinnvoll ist, zeigt auch die Tatsache, dass Männer und Frauen vielfach unterschiedliche Risikofaktoren für Krankheitsentstehung, Krankheitsverlauf und Behandlungsrisiken aufweisen. So gibt es bereits bei den traditionellen kardiovaskulären Risikofaktoren Geschlechterunterschiede: Zum Beispiel steigt das Risiko für einen Herzinfarkt bei Raucherinnen und Frauen mit Diabetes oder Hypertonus deutlich höher an als bei Männern mit gleichem Risikoprofil. Ferner haben Studien gezeigt, dass typisch weibliche Erkrankungen wie das polyzystische Ovarialsyndrom, ein Schwangerschaftshypertonus oder ein vorzeitiges Einsetzen der Menopause mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko einhergehen.

Auch spielen bei Frauen seelische Strapazen und Stress eine größere Rolle für das Herzinfarkt-risiko als bei Männern. In der Tat scheint das weibliche kardiovaskuläre System sensibler auf Stress zu reagieren als das männliche. Hierfür spricht unter anderem die höhere Prävalenz der stressinduzierten Tako-Tsubo-Kardiomyopathie bei postmenopausalen Frauen.

Das Angstzentrum des Gehirns ist bei herzkranken Frauen chronisch aktiv

Außerdem ist die Amygdala, ein Teil des Gehirns, das emotionale Reaktionen steuert – das sogenannte «Angstzentrum» –, bei Frauen mit koronarer Herzkrankheit hochaktiv, während dies bei Männern nicht der Fall ist. Laut einer kürzlich veröffentlichten Studie haben Menschen mit einer sehr aktiven Amygdala ein höheres kardiovaskuläres Risiko als Menschen mit niedriger Amygdala-Aktivität.

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



- Eine genormte Geschlechtszuordnung kann eine schnelle Diagnosestellung verhindern und gefährliche Folgen haben.
- Beide Geschlechter profitieren, wenn ihre Unterschiede wahrgenommen werden, wenn Präventionsangebote und Therapiemaßnahmen auf sie abgestimmt werden.

Aktuell

→ Catherine Gebhard führt in Zusammenarbeit mit dem Universitäts-Spital Zürich eine Studie durch, die den Einfluss von Stress auf das männliche und weibliche Herz untersucht. Die Probanden und Probandinnen sollen zwischen 50 und 70 Jahre alt sein.

Zum Projekt:



Welche zellulären Phänomene für die geschlechtsspezifischen Stressreaktionen bei kardiovaskulären Erkrankungen verantwortlich sind, ist bislang ungeklärt und Gegenstand aktueller Studien. Daten weisen jedoch darauf hin, dass die Stressreaktion im Gehirn durch eine chronisch erhöhte Entzündungsaktivität im Blut hervorgerufen wird.

Praxisrelevanz

Zusammenfassend weisen die bisherigen Erkenntnisse darauf hin, dass Frauen mit Herzerkrankung einer unverhältnismäßig hohen emotionalen Belastung ausgesetzt sind. Letzteres könnte für deren schlechtere Prognose mitverantwortlich sein. Daher sollten die auslösenden psychosomatischen Faktoren insbesondere bei der Nachsorge der Herzpatientinnen nicht ausser Acht gelassen werden. Individuell zugeschnittene Massnahmen zur Stressreduktion sollten eine zentrale Rolle bei der Behandlung spielen. Hierbei gilt es auch zu berücksichtigen, dass die psychosoziale Belastung von Frauen in den vergangenen Jahrzehnten stark zugenommen hat, bedingt durch die Mehrfachbelastung durch Beruf, Haushalt, Kindererziehung und Pflege von Angehörigen.

Artikel

Der Artikel erschien erstmals in «ÄrzteKrone 17/2020»



Sprechstunde Gendermedizin

Die Expertinnen und Experten der Kardiologie am KSB planen eine Sprechstunde 'Frau und Herz' mit speziellem Augenmerk auf geschlechts-spezifischen Risikofaktoren und Krankheitsverläufen von Frauen mit Herzkrankheiten.



Prof. Dr. med. Catherine Gebhard

Leitende Ärztin Kardiologie

Kontakt

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

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

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



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

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

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

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



megura.ch



ANDI,

HOCHSTAPLER

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

General-
Anzeiger
Rundschau
e-journal
aargau eins^A

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

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

effinger
medien
viel mehr als Druck.

Nicht nur Pillen Training mit Diabetes mellitus oder Übergewicht

Zu den Eckpfeilern einer erfolgreichen Diabetes- und Adipositas-Therapie gehören neben einer medikamentösen Therapie vor allem genügend Bewegung und eine ausgewogene Ernährung. Physiotherapeut André Kupferschmid zeigt auf, wie strukturierte Bewegungsprogramme am KSB die Patientinnen und Patienten anleiten und bei ihrer Therapie unterstützen.

AUTOR André Kupferschmid, Leitungsteam Physiotherapie; Nicole Kolb, Leitungsteam Physiotherapie und Dr. med. Michael Egloff, Leitender Arzt Diabetologie/Endokrinologie

Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2 sind Zivilisationskrankheiten, die wir in der Praxis immer häufiger antreffen. Die meisten Patienten wünschen sich eine einfache «Pillentherapie». Die Ursache des Problems liegt jedoch meist in einem ungesunden Lebensstil mit zu viel energiedichterer Ernährung und zu wenig körperlicher Aktivität.

Zur interprofessionellen Betreuung von Patienten mit Adipositas und Diabetes gehören auch die Ernährungsberatung und die Physiotherapie.

Entsprechend ist eine erfolgreiche Therapie nur möglich, wenn die Patienten eine Optimierung des Lebensstils anstreben. Zur umfassenden interprofessionellen Betreuung von Patienten mit Adipositas und Diabetes am KSB gehören deshalb auch die Ernährungsberatung und die Physiotherapie. Letztere bietet strukturierte Bewegungsprogramme unter fachkundiger Leitung an. Ziel dieser Programme ist es, die Patienten wieder an eine regelmässige körperliche Aktivität heranzuführen.

DIAfit

Das Kantonsspital Baden bietet seit mehreren Jahren ein Rehabilitationsprogramm unter dem Namen «Diafit» für Patientinnen und Patienten mit bestehendem oder neu diagnostiziertem Diabetes mellitus an.

Die Patienten nehmen dazu über zwölf Wochen zweimal pro Woche an einem Kraft- und Ausdauertraining teil. Zudem treffen sie sich zusätzlich einmal pro Woche zu einer gemeinsamen Lektion Nordic Walking im KSB Park. Daneben finden Einzelsitzungen bei der Ernährungs- und Diabetesberatung statt.

Systematische Reviews zeigen, dass regelmässige strukturierte Trainings, unabhängig ob Ausdauer- oder Krafttraining, den HbA1c bei Diabetes mellitus Typ 2 durchschnittlich um 0.6% senken können, was einer klinisch relevanten Reduktion entspricht. Geführte Trainingsprogramme von einer wöchentlichen Dauer von über 150 Minuten gehen mit einer höheren Reduktion des HbA1c einher, als weniger trainingsintensive Programme. Zudem zeigt sich, dass geführte Trainings wie unsere, im Gegensatz zu selbständigem Training, einen deutlich grösseren Effekt auf die Reduktion des HbA1c haben.

Ziel der 12-wöchigen Diafit-Rehabilitation ist, dass die Patienten ihren Blutzuckerspiegel positiv beeinflussen können und lernen, wie sie diesen auch selbständig durch regelmässige Bewegung in einem gesunden Bereich halten.

Das DiaFit-Programm wird von der Krankenkasse nach vorgängiger Kostengutsprache alle drei Jahre übernommen. Vor und nach dem Programm muss eine diabetologische Kontrolle sowie ein Leistungstest, bei uns in der Regel eine Ergometrie, durchgeführt werden.

Zentraler Bestandteil des Konzepts ist eine Gewichtsreduktion durch die Steigerung des Energieumsatzes und Erhöhung der Leistungsfähigkeit mittels Kraft- und Ausdauertraining.

Werden Ausdauer und Krafttraining kombiniert, ist die Gewichtsreduktion am effektivsten.

Adifit

In Zusammenarbeit mit dem interdisziplinären Adipositaszentrum bietet das KSB eine aktive Therapie für übergewichtige Patientinnen und Patienten im Rahmen der «Adifit» Rehabilitation an. Das Adifit richtet sich an Patienten mit Übergewicht, die durch regelmässiges Training und mit Hilfe der Ernährungsberatung ihr Gewicht reduzieren und ihre Lebensqualität verbessern möchten.

Die Patienten absolvieren dazu auf ärztliche Verordnung zwei bis dreimal pro Woche ein kombiniertes Kraft- und Ausdauerprogramm in den Räumlichkeiten der KSB Physiotherapie. Zusätzlich steht den Patienten ein effektives Heimübungsprogramm auf unserer Website (Link dazu untenstehend) zur Verfügung. Parallel besuchen sie die Ernährungsberatung, um die Gewichtsreduktion zu unterstützen.



Studien zeigen, dass eine Reduktion des Körpergewichts und Körperfettanteils sowie der viszeralen Fettmasse am besten mit einem aeroben Ausdauertraining mit mittlerer bis hoher Intensität gelingt. Krafttraining vermindert das Körpergewicht und die Fettmasse kaum, erhöht jedoch die Muskelmasse. Werden Ausdauer und Krafttraining kombiniert, ist die Gewichtsreduktion am effektivsten.

Neben Auswirkungen auf das Körpergewicht und die Körperzusammensetzung hat vermehrte körperliche Aktivität positive Auswirkungen auf eine Reihe von Risikofaktoren, Krankheiten und die Lebensqualität.

Ziel wäre es, dass die Trainierenden des Diafit und Adifit auch nach Ablauf der ärztlichen Verordnung ein regelmässiges Bewegungsprogramm aufrechterhalten können. Nur so kann langfristig eine erneute Gewichtszunahme verhindert werden. Dies wäre beispielsweise in unserem KSB-internen KSB MOVE möglich.

Interessiert sich Ihre Patientin oder Ihr Patient für das DiaFit- oder AdiFit-Programm?

Gerne können Sie sie/ihn uns zuweisen. Wir kümmern uns dann um die allenfalls notwendigen Vorabklärungen, Kostengutsprachen und die Anmeldung bei den beteiligten Partnern.

→ **DiaFit:** Anmeldung an die Abteilung für Endokrinologie/Diabetologie
endokrinologie@ksb.ch

→ **AdiFit:** Anmeldung an das Adipositas-Zentrum KSB
adipositas@ksb.ch

Verlinkungen

Genauere Informationen finden Sie auf unserer Webseite www.ksb.ch.

MOVE



Adifit



Diafit



André Kupferschmid
Leitungsteam Physiotherapie



Nicole Kolb
Leitungsteam Physiotherapie



Dr. med. Michael Egloff
Leitender Arzt Diabetologie/ Endokrinologie

Kontakt

Sekretariat Physiotherapie
Telefon 056 486 39 93
move@ksb.ch

Urologie am AZLF

Fünf Jahre, fünf Fortschritte

Seit fünf Jahren gibt es im Ärztezentrum Limmatfeld (AZLF) in Dietikon eine urologische Sprechstunde. Urologe Marc Hofmann zieht Bilanz und erklärt anhand von fünf Beispielen, in welchen Bereichen die Urologie in den letzten fünf Jahren die grössten Fortschritte erzielt hat.

INTERVIEW mit Dr. med. Marc Hofmann, Oberarzt Urologie

Herr Dr. Hofmann, nach fünf Jahren ist das AZLF in Dietikon etabliert. Welche Rückmeldung hören Sie von den Patienten am häufigsten?

Logischerweise dreht sich zunächst mal alles um den Gesundheitszustand. Bemerkenswert ist, dass danach oft Softfaktoren zur Sprache kommen, welche die Patienten sehr schätzen. Dazu gehört, dass sie kurzfristig oder sogar spontan Termine für die Sprechstunde bekommen und kurze Anfahrtswege haben. Bei Verlaufskontrollen höre ich oft auch die Bemerkung, dass die Patienten froh sind, im AZLF immer den gleichen Arzt anzutreffen.

Und was schätzen Sie selbst an Ihrem Job im AZLF am meisten?

Ich arbeite gerne im KSB-Aussenstandort im Limmatfeld. Das hat vor allem mit dem netten Team zu tun, dem kollegialen Austausch mit den Zuweisern und last but not least mit der guten Infrastruktur. So steht uns im AZLF neben der urologischen Diagnostik wie Zystoskopie, Uroflowmetrie und Sonographie beispielsweise auch ein CT-Gerät ohne grosse Wartezeiten zur Verfügung.

Zudem arbeiten Sie auch noch im KSB...

Richtig, so finden beispielsweise sämtliche operativen Eingriffe in Baden statt. In den letzten fünf Jahren hat sich auch operativ insgesamt viel verändert.

Da das AZLF sein fünfjähriges Bestehen feiert: Können Sie uns fünf Beispiele für diese operativen Fortschritte nennen?

Ja, das können wir: HOLEP, ATOMS, AMS, HIFU, DaVinci.

DaVinci – damit dürfte das roboterassistierte Operieren gemeint sein. Bei den übrigen Buchstabenkombinationen verstehen wir leider nur Bahnhof.

Das geht wohl vielen Nicht-Urologen so... (lacht). HOLEP beispielsweise steht für Holmium-Laserenukleation der Prostata. Mittels Laser können auch Männer transurethral operiert werden, bei denen eine herkömmliche transurethrale Resektion nicht mehr möglich wäre. Bei grossvolumiger Prostata wurde dies früher standardmässig offen via Laparotomie operiert. Mit dem Laser-Vorgehen hat sich nun die Hospitalisationsdauer auf lediglich drei Tage geradezu halbiert.

Damit wären wir bei AMS und ATOMS...

Bei diesen Begriffen handelt es sich um operative Verfahren, die dazu dienen, auch bei schwer inkontinenten Männern wieder eine Kontinenz herzustellen. Beim AMS wird ein künstlicher Schliessmuskel implantiert, welcher die Harnröhre umschliesst. Beim sogenannten ATOMS-System wiederum handelt es sich um ein «Kissen», welches unterhalb der Harnröhre implantiert wird und hierdurch den Widerstand erhöht.

Inzwischen haben wir das letzte Beispiel googelt: «HIFU ist ein hochintensiver fokussierter Ultraschall zur Gesichtstraffung und Faltenreduktion am Gesicht bzw. Facelifting», ist die erste Meldung, die aufpoppt.

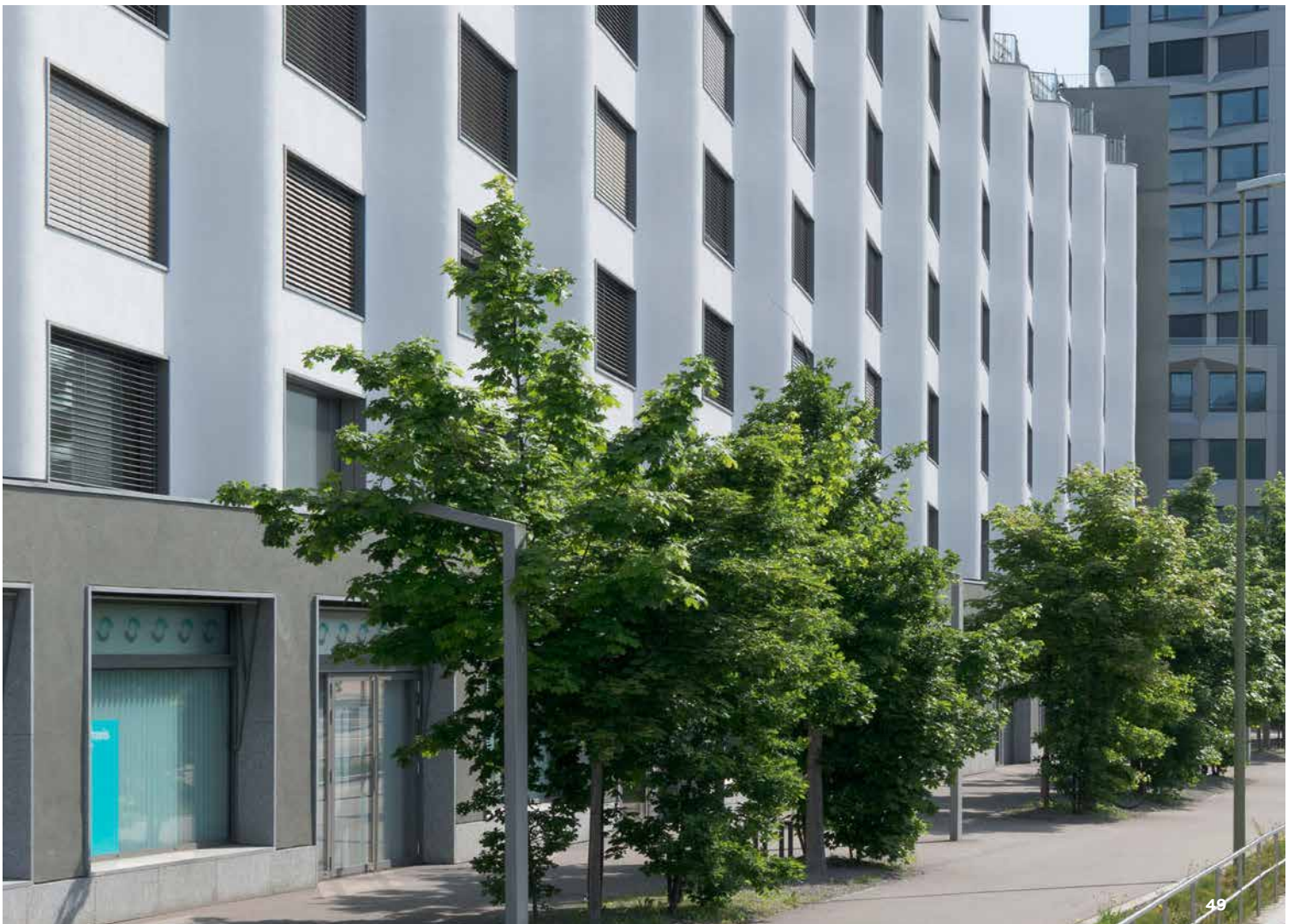
Das mag für die Dermatologie gelten. In der Urologie steht HIFU für «high intensity focused ultrasound», eine schonende, zielgerichtete Ultraschall-Therapie des Prostatakarzinoms. Bei der HIFU-Therapie erfolgt bei Patienten mit kleinerherdigen aber, signifikanten Prostatakarzinomen eine gezielte Behandlung der betroffenen Prostataregion mittels hochintensiven und fokussierten Ultraschall. Unsere positive Erfahrung zeigt, dass mit einer guten Patientenselektion die behandelten Männer von dieser schonenden und organerhaltenden Therapie profitieren können.



Dr. med. Marc Hofmann
Facharzt für Urologie, FMH

Kontakt

Fachverantwortlicher Urologe
im Ärztezentrum Limmatfeld.
marc.hofmann@ksb.ch



Innere Medizin

Herbstkongress der SGAIM

Ein abwechslungsreiches Programm mit vielen Highlights bot der Herbstkongress der SGAIM «Medicine on Fire» in Interlaken, der erstmals interprofessionell für MPA angeboten wurde.

Unter dem Motto «Medicine on Fire» führte die schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin SGAIM am 16. und 17. September 2021 ihren traditionellen Herbstkongress im Casino Interlaken durch. Gegen 700 Teilnehmende fanden sich zu einem intensiven und abwechslungsreichen Programm über zwei Tage ein.

Nebst Kontroversen, Keynote lecture und praxisnahen Workshops gab es neue Formate, wie das Eins-zu-eins Mentoring Programm für Nachwuchsteilnehmende durch erfahrene Kolleginnen und Kollegen.

Im wissenschaftlichen Komitee war mit den jungen Hausärzten Schweiz auch Dr. Nora Schaub, Assistenzärztin am KSB, vertreten. Sehr gute Übersichtsreferate wurden zudem von den «KSBlern» Dr. Andrée Friedl, Prof. Jonas Rutishauser und Dr. Michael Egloff gehalten.

Erstmals wurde der Kongress auch interprofessionell für MPA angeboten. Dieser Austausch fand unter dem Patronat der Präsidentin des Schweizerischen Verbands Medizinischer Praxis-Fachpersonen, Nicole Thönen, statt.



Die beiden Kongresspräsidenten Prof. Sven Streit und Prof. Jürg Beer



Die beiden Kongresspräsidenten, Prof. Sven Streit und Prof. Jürg Beer, nach der closing Session. Unter dem [#MehrVielfaltGibtsNirgends](#) wurde die neue Nachwuchskampagne lanciert, ebenso wurde das Baden-Video «die Internistinnen» zum ersten Mal gezeigt, welches auf sehr positiven Anklang stiess. Link zum Video:



Bei interessanten Kaminfeuergesprächen am Vorabend erfolgte ein individueller Austausch zu wichtigen standespolitischen Themen.

Die Kongresspräsidentschaft des diesjährigen Kongresses wurde von Prof. Sven Streit aus Bern und Prof. Jürg Beer aus Baden übernommen. Prof. Maria Wertli, die designierte Chefärztin und Departementsleiterin innere Medizin am Kantonsspital Baden, referierte über das wichtige Thema «Physician Well being». Der traditionelle frühmorgendliche Kongresslauf verzeichnete in diesem Jahr eine Rekordteilnahme. Der Kongress wurde unter einem strikten Schutzkonzept mit Zertifikatspflicht veranstaltet. Die Rückmeldungen waren sehr positiv, so dass die neuen Formate weitergeführt werden können.

Prof. Maria Wertli im Gespräch



Foto links

Voller Theatersaal im ehrwürdigen Kongress-Casino Interlaken

Kontakt

Direktionssekretariat
Telefon 056 486 25 02
Sekretariat.CA.Medizin@ksb.ch
ksb.ch

Elektronisches Patientendossier **Erste Patienten mit dem EPD im KSB behandelt**

Seit der Eröffnung des ersten EPDs der Schweiz am KSB im Dezember 2020 treten zunehmend Patienten ins KSB ein, die bereits über das Aargauer EPD «emedo» verfügen. Dies sollten Sie über das «emedo» wissen.

AUTOR Dr. rer. nat. Sönke Runge, Dipl. biol., MAS Business Information

Eröffnung des ersten EPD der Schweiz im Kantonsspital Baden

Von Links: Jean-Pierre Gallati (Regierungsrat Aargau), Nicolai Lütschg (Geschäftsführer Stammgemeinschaft eHealth Aargau), Adrian Schmitter (CEO KSB)



Im Dezember 2020 hat der Aargauer Regierungsrat Jean-Pierre Gallati im Kantonsspital Baden das erste elektronische Patientendossier (EPD) der Schweiz eröffnet. Seitdem eröffnen Poststellen in Aarau, Baden und Muri EPDs für interessierte Bürgerinnen und Bürger. Und so treten mittlerweile auch immer häufiger Patientinnen und Patienten ins KSB ein, die bereits über ein EPD verfügen. Mit dem EPD wurde eine gesetzlich geregelte, digitale Plattform für medizinische Informationen

für die Bürgerinnen und Bürger geschaffen. Sie können selber ihr EPD verwalten und die Zugriffsrechte nach ihren Wünschen einstellen.

Im Kanton Aargau heisst das EPD «emedo» und wird in allen stationären Einrichtungen wie Akutspitälern, Rehakliniken und Psychiatrien des Kantons Aargau ausgerollt. Pflegeinstitutionen müssen bis 2022 am EPD teilnehmen und werden aktuell schrittweise an das EPD herangeführt.

Fakten zum EPD

- Seit Mai 2021 können Bürgerinnen und Bürger in Aarau und Baden ihr Gesundheitsdossier «emedo» eröffnen
- Bis Ende 2022 übernimmt der Aargauische Ärzteverband jegliche Beitritts-Kosten zur Stammgemeinschaft eHealth Aargau (SteHAG)
- Die SteHAG unterstützt bei der Einführung und stellt umfangreiches Aufklärungsmaterial zur Verfügung
- Das KSB unterstützt die emedo Inhaberinnen und Inhaber, in dem die behandlungsrelevante Dokumente automatisch ins emedo hochgeladen werden

Seit dem 1. Juli 2021 können sich Mitglieder des Aargauischen Ärzteverbands (AAV) ans emedo anschliessen. Die Kooperation des AAV mit der Stammgemeinschaft eHealth Aargau ist ein wichtiger Meilenstein im Rollout des EPD, mit dem die niedergelassenen Ärzte niederschwellig Erfahrungen mit dem EPD gewinnen können.

Das KSB engagiert sich in der Stammgemeinschaft eHealth Aargau im Interesse der Ärzte und der Patientinnen und Patienten. Im Vordergrund steht dabei die Integration in die digitale Arbeitsumgebung und die Entlastung der Behandelnden. Die EPD-Inhaberinnen und Inhaber werden digital erkannt. Die behandlungsrelevanten Dokumente wie zum Beispiel Austritts-, Pflege- und OP-Berichten werden automatisiert ins emedo hochgeladen.

Am Berichtsversand an die Zuweiser ändert das emedo vorerst nichts. Die Berichte werden wie gewohnt an die Zuweisenden aller Patientinnen und Patienten, mit oder ohne emedo, versendet. Langfristig engiert sich das KSB für die digitale Zuweisung und den digitalen Berichtsversand via eHealthConnect. Wir berichteten ausführlich in der ersten Ausgabe des KSB Update 2021.

- Gerne beantworten wir Ihre Fragen zu eHealthConnect oder zum EPD im KSB via ehhealthconnect@ksb.ch.

Im Kanton Aargau heisst das EPD «emedo» und wird in allen stationären Einrichtungen wie Akutspitälern, Rehakliniken und Psychiatrien des Kantons Aargau ausgerollt.



Dr. rer. nat. Sönke Runge
MAS Business Information

Kontakt

Unternehmensentwicklung
ehhealthconnect@ksb.ch
ksb.ch

Zuweiserbefragung des KSB

Weiterempfehlungsrate: 100%

Im Sommer hat das KSB eine Zuweisebefragung durchgeführt. Wir freuen uns über die hohe Beteiligung von 66,9%. Erfahren Sie mehr über die wesentlichen Ergebnisse der Befragung.

AUTORIN Livia Feusi, Projekt- und Prozessofficer

Zuweisungsmanagement heisst Beziehungspflege. In diesem Fall die Beziehung und Zusammenarbeit mit den wichtigen Zuweisern eines Spitals. Im Rahmen des Projekts NETZplus (Nachhaltige Entwicklung des Zuweisungsmanagements am KSB) wird für das ganze Kantonsspital Baden das systematische Zuweisermanagement eingeführt. Ein erstes Pilotprojekt rund um den Chef-arztwechsel in der Urologie im Jahre 2020 hat sehr positive Ergebnisse gebracht.

Seit Anfang 2021 erfolgt nun die schrittweise Umsetzung im ganzen Haus - Klinik für Klinik. Unterstützung erhält das KSB durch die Strategieberatung rotthaus.com. Ein wichtigstes Instrument ist dabei das «Evidence Klinik-CRM», eine professionellen Zuweiserdatenbank der Firma GlauX Soft AG aus Bern, die gemeinsam mit 12 Spitälern entwickelt und auf die Bedürfnisse von Spitälern angepasst wurde.

Von Juni bis August 2021 hat rotthaus.com eine umfassende Optimierte Zuweiserbefragung bei mehreren hundert Haus- und Fachärzten durchgeführt. Ziel der Befragung war, Verbesserungspotentiale zu erkennen und zu priorisieren, Informationslücken bei den Zuweisenden aufzudecken und

Zuweisungshemmnisse zu identifizieren. Bei einer Beteiligungsquote von 66,9% erhielten wir zahlreiche wertvolle Einschätzungen und Anregungen.

Was sind die wesentlichen Ergebnisse der Befragung?

In der wichtigen Kategorie Therapiequalität liegt das KSB mit einer Note von 4,6 über dem Benchmark von mehr als 20 Schweizer Spitälern. Die Kategorien Fachliche Kompetenz der Ärzte, Diagnosequalität und Freundlichkeit am Telefon bewerten unsere Zuweiser jeweils mit der Note «sehr gut».

Neben vielen positiven Äusserungen hat die Befragung auch Verbesserungspotential aufgezeigt z.B. bei der Erreichbarkeit der Klinikärzte und der Qualität der Notfallversorgung. Ein weiteres Thema ist die neue Privatstation, die einem relevanten Teil der Zuweiser bisher nicht oder nur «vom Hörensagen» bekannt ist.

Anhand der vielen konstruktiven Rückmeldungen sind wir nun daran, konkrete Massnahmen zu ergreifen.

«Die Vielfältigkeit, mit der die Patienten behandelt werden. Gute Ergebnisse. Rasche Rückmeldungen.»

«Die Zusammenarbeit ist unkompliziert, die Patientinnen sind zufrieden, somit ist auch der zuweisende Arzt zufrieden.»

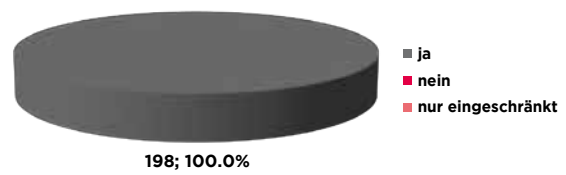
Frage 1

Kennen Sie unsere 2019 eröffnete Privatstation?



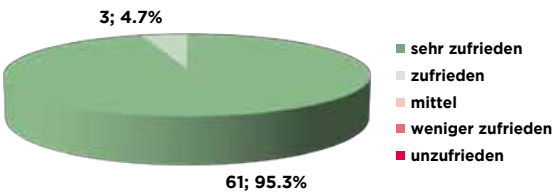
Frage 2

Würden Sie das KSB weiterempfehlen?



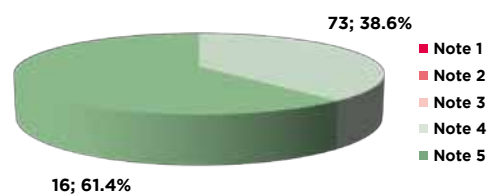
Frage 3

Wie zufrieden sind Sie mit der Servicequalität des Bauchzentrums (Termingeschwindigkeit, Kommunikation, Qualität?)



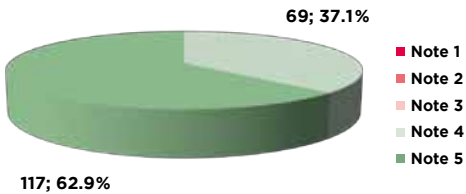
Frage 4

Wie ist die Diagnosequalität des Hauses?



Frage 5

Wie ist die Therapiequalität des Hauses?



Livia Feusi
Projekt- und Prozessofficer

«Das Kinderwunschzentrum wird auch sehr geschätzt. Sehr gute Verbindungen zu den Hebammen, die einen tollen Job machen.»

Kontakt

Unternehmensentwicklung
unternehmensentwicklung@ksb.ch
ksb.ch

Erfolgsfaktor Hygiene

Enzlerh-tec - Ihr Kompetenzzentrum für Hygiene

ENZLER**h-tec**
Angewandte
Hygienetechnologie



UNSERE DIENSTLEISTUNGEN

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

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

enzlerh-tec.com

Für Sie da im Partnerhaus des Kantonsspitals Baden

Balgrist PartnerOrtho

Orthopädie - Schuhtechnik

- Schuheinlagen
- Schuhzurichtungen
- Massschuhe

Orthopädie - Technik

- Prothesen
- Orthesen
- Bandagen

Sanitäts- und Schuhfachgeschäft

- Kompressionsversorgungen
- Komfortschuhe
- Alltagshilfen



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

Ihre Bewegungsfreiheit
Unsere Leidenschaft

Hausarztfortbildung 2021/2022

Datum	Thema	Zeit	Referenten
Montag, 29.11.2021	Internistische Fallpräsentationen	19.00 Uhr	→ Prof. J. H. Beer
Montag, 31.01.2022	Neuro-Symposium	19.00 Uhr	→ Prof. P. Sandor → PD Dr. A. Tarnutzer

Die Fortbildungen werden online präsentiert und je nach Pandemie-Situation auch wieder als Live-Veranstaltung im Hörsaal. Auf den vorausgehenden Apéro müssen wir vorläufig verzichten.

Über die aktuelle Situation werden wir Sie jeweils ca eine Woche im Voraus per Mail informieren. Dabei wird jeweils auch der online-link publiziert.

Prof. Dr. med. Jürg H. Beer, Chefarzt Medizinische Klinik
Dr. med. Andreas Bürgi, Leitender Arzt Hausarztmedizin

Aktuelle Informationen unter:
www.ksb.ch/hausarztfortbildung



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

THE SWISS
LEADING
HOSPITALS
Best in class.

Näher dran sein: **Spitäler brauchen Innovationsstrategien**

Spitäler, welche die Digitalisierung und Vernetzung proaktiv angehen, werden in der integrierten Gesundheitsversorgung die Nase vorne haben. Die im Raum stehenden technologischen Möglichkeiten stehen sowohl für ein effizienteres als auch auf den Patientennutzen ausgerichteteres Gesundheitswesen.

AUTOR Dr. Daniel Heller, Präsident des Verwaltungsrates der KSB AG

Durch die zunehmenden technologischen Innovationsprozesse wird die Gesundheitsbranche in einigen Jahren nicht mehr wiederzuerkennen sein. Sofern die Digitalisierung der Medizin und der Gesundheitsversorger gelingt, bringt diese viele Vorteile sowohl für die Patienten als auch für die Dienstleister. Der Weg dorthin birgt allerdings zahlreiche Herausforderungen – gerade auch für Spitäler. Aus einer Perspektive der Spitalführung genügt es in Zukunft nicht mehr, ein einfaches Krankenhaus zu sein, nach vorgegebenen Tarifen abzurechnen und den Wandel über sich ergehen zu lassen. Vielmehr geht es darum, die Herausforderungen proaktiv zu meistern.

Spitäler brauchen Innovationsstrategien. Das Spital als Arbeitgeber, welcher seine Mitarbeiter fachlich und persönlich auf den Wandel vorbereitet; das Spital als Innovationsplattform, wo neue Therapien und Behandlungen mit Bildungsinstitutionen und Jungunternehmen entwickelt, getestet und schliesslich angewendet werden; das Spital und seine Exponenten als Think Tank, welcher sich in Diskussionen einbringt und den Wandel mitgestaltet. Innovative Häuser werden den Anspruch, zum ganzheitlichen Dienstleistungszentrum rund um das Thema Gesundheit und Wohlbefinden zu werden, zum Nutzen der Patienten eher erfüllen und im Wandel der Spitallandschaft zu den Gewinnern gehören.

Bei der Frage nach dem «Wie und Warum» ergibt sich eine klare Antwort: Nähe. Durch die zunehmende Geschwindigkeit der technologischen Entwicklung muss die Spitalführung – will sie Schritt halten – näher am Geschehen sein als je zuvor. Als Gesundheitsversorger muss ein Spital auf dem Radar haben und präsent sei, wo der Wandel passiert, und wo disruptive Entwicklungen absehbar sind. Dazu müssen wir bereit sein, Veränderungen an uns herankommen zu lassen und nicht vor dem Wandel zurückzuschrecken.

*Wir müssen bereit sein,
Veränderungen an uns
herankommen zu lassen.*

Darüber hinaus können nur in enger Zusammenarbeit mit den eigenen Mitarbeitenden und externen Partnern aus verschiedensten Disziplinen neue Konzepte, Prozesse, Diagnosen und Behandlungswege zum Wohl der Patienten entwickelt werden. Ausserdem sollte ein Spital dort präsent sein, wo die Therapien und Diagnosen der Zukunft gestaltet und vorangetrieben werden, sprich in den Hochschulen, Forschungszentren und Startups unserer Gesellschaft.

Eine Innovationsstrategie sollte aus den folgenden Elementen bestehen: Zentral ist ein sogenanntes Innovations-Monitoring; es erlaubt, am Puls der neusten Entwicklung in den Gebieten Technologie, Diagnose und Therapie zu bleiben und Innovationen möglichst schnell aufgreifen und umsetzen zu können. Ein zweites Element sollte eine Plattform oder ein Art Laboratorium sein, das Kooperation mit Forschungs- und Bildungsinstitution sowie mit innovativen Firmen – darunter auch Startups – ermöglicht. Das Zusammenbringen verschiedenster Player im Gesundheitswesen und der bewusst aufgebaute Kontakt mit Startups ermöglicht es agilen Häusern, Innovationen zu erkennen, interessante Projekte zu fördern und so die eigene Gesundheitsversorgung zu verbessern. Dieses Zusammenwirken muss aber geführt werden: Es braucht ein Scouting der externen Partner

*Es braucht eine
Innovationskultur. Das ist
eine Führungsaufgabe.*

in die Expertenorganisation Spital hinein: Die richtige Expertise muss beurteilen, was der potentielle Nutzen eines Innovationsprojektes für beide Partner sein kann. Schliesslich braucht es eine Innovationskultur. Diese ist eine Frage der Führung: Verwaltungsrat und Geschäftsleitung müssen innovatives Verhalten fördern, richtige Anreize setzen, innovatives Verhalten selber vorleben und mittels interner Kommunikation dafür sorgen, dass Innovationen im ganzen Haus zur Kenntnis genommen werden. Awards, Recognition, Prämien und Auslobungen können dabei helfen.

Fest steht, dass der technologische Wandel und die Digitalisierung fortschreiten, unabhängig von der Art und Weise, wie Organisationen mit dem technologischen Wandel umgehen oder wie bereit sie für Veränderungen sind. Im täglichen Spitalbetrieb werden künftig wohl die meisten Prozesse davon erfasst: Medizinische Eingriffe, Diagnostik, Informationsmanagement, Verpflegung, Logistik, Administration und sogar das Management (wir sitzen heute vor iPads und nicht mehr vor Aktenbergen).

Gerade weil die Möglichkeiten unglaublich breit sind und tendenziell die Frage nach dem Zeitpunkt der Einführung einer Innovation das «ob» dominiert, müssen wir uns im gesamten Gesundheitssystem bewusst sein, dass wir nicht blind experimentieren sollten. Es reicht «Early Adopter» zu sein, denn das Ziel der proaktiven Gestaltung dieses Wandels und der Schaffung der erforderlichen Nähe ist, dass insbesondere die Patientinnen und Patienten davon profitieren. Dabei bleiben Gewährleistung der Patientensicherheit und Qualität zentrale Konstanten.



Dr. Daniel Heller
Präsident des Verwaltungsrates der KSB AG

Kontakt

Direktionssekretariat
Telefon 056 486 21 52
info@ksb.ch



KLINIK BARMELWEID: GEPFLEGT GESUND WERDEN



Die Klinik Barmelweid ist die führende Spezial- und Rehabilitationsklinik für geriatrische, internistische, kardiovaskuläre und pulmonale Rehabilitation, psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychokardiologie und Schlafmedizin. Neu hinzugekommen ist ein Angebot für Long-Covid-Erkrankungen.

- Dr. med. Dimitrios Iliakis, Chefarzt Geriatrie
- Prof. Dr. med. Ramin Khatami, Chefarzt Schlafmedizin
- Dr. med. Mirjam Löffel, Chefarztin Kardiologie
- PD Dr. med. Joram Ronel, Chefarzt Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Dr. med. Thomas Sigrist, Chefarzt Pneumologie/Innere Medizin



BARMELWEID

Klinik Barmelweid AG, 5017 Barmelweid, Telefon 062 857 21 11, www.barmelweid.ch

Folgen Sie uns auf   