

Innovative Gynäkologie

Schnell und schonend zum Ziel
ab Seite 22



Seite 14

An die Nieren

PD. Dr. med. Harald Seeger ist
neuer Chefarzt Nephrologie.

Seite 30

Unterm Mikroskop

Revolution der konventionellen
Zytopathologie.

Seite 40

Unter die Haut

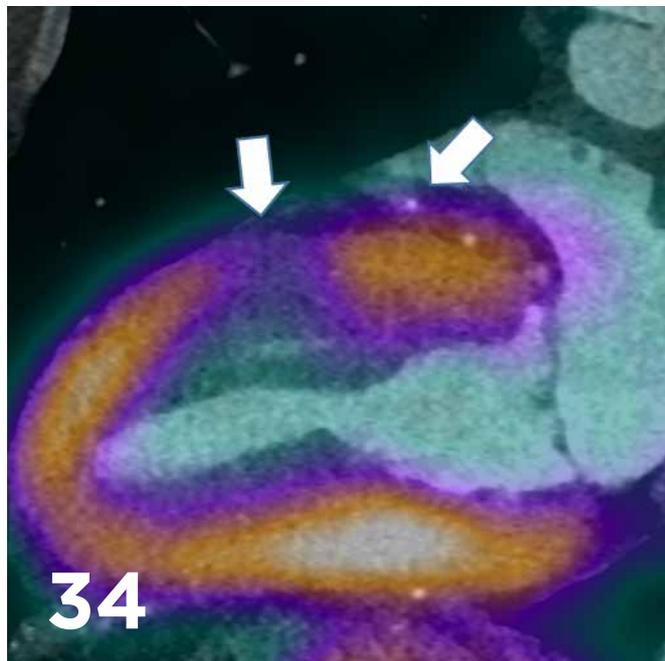
Eine Frau mit seltsamen Wunden.
Was steckt dahinter?

Das Wichtigste in Kürze



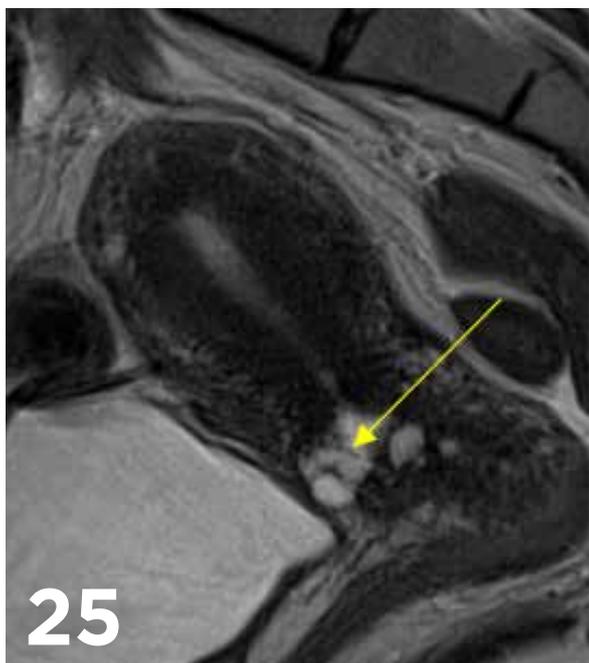
Die Sicht der Patientinnen

Im Brustzentrum gibt PROMs der Lebensqualität aus Patientinnensicht mehr Relevanz.



Rubidium-Herz-PET/CT

Neu bietet das KSB die innovative Methode in einer Kooperation zwischen Nuklearmedizin, Kardiologie und Radiologie an.



Schwangerschaft in der Sectionarbe

Warum die Früherkennung essenziell ist.

Impressum KSB Update 02 / 23

Herausgeber: Kantonsspital Baden AG, update@ksb.ch

Auflage: 1000 Exemplare

Redaktion: Stefan Wey, Stv. Leiter Kommunikation/Marketing;
Vivien Wassermann, Redaktorin

Gestaltung: Tanja Banjo und Tanja Martin Grafikdesign KSB

Anzeigen: Walter Peyer, peyer & partner media gmbh

KSB News 04

Hospital@Home: Innovation per Telefon 10

An die Nieren 14

PD. Dr. med. Harald Seeger ist neuer Chefarzt Nephrologie. Was ihn zu einem Wechsel nach Baden bewogen hat und welche Pläne er für das KSB hat, verrät er im Interview. Ausserdem stellt er die neuesten Entwicklungen vor und zeigt auf, wieso die Gesetzgebung zu den Orphan Diseases zu einem massiven Aufschwung in der Nephrologie geführt haben.

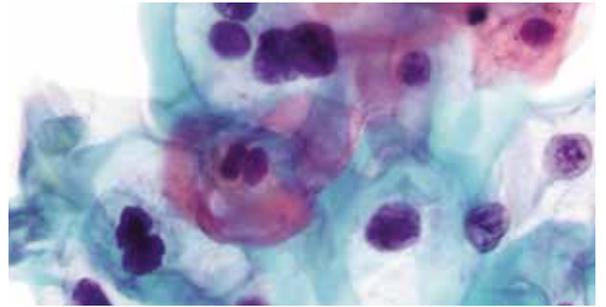


Minimal-invasive neue OP bei Senkungszuständen 28

Seit letztem Jahr führen wir am KSB die unilaterale pectinale Suspension (UPS) als schonende und zeitsparende Alternative zur Sakrokolpopexie (SKP) durch.

Künstliche Intelligenz in der Pathologie 30

Wie die konventionelle Zytopathologie im KSB revolutioniert wird, erklärt PD Sylvia Stadlmann.



Neu im KSB 36

- Prof. Dr. med. Alexander Sauter
- KD Dr. med. Alice Köhli
- Dr. med. Sonja Schauer
- Dr. med. Vesna Stojanovic

«Die Haut ist wie ein Fenster zur Diagnostik». 40

Im Interview spricht Dr. med. Paul Scheidegger über sein Aufgabengebiet im Bereich der komplexen allergologisch-immunologischen Fälle als Leitender Arzt am KSB.



Calciphylaxie 43

Eine Frau mit seltsamen Wunden. Was steckt dahinter? Dr. med. Paul Scheidegger und Dr. med. Katharina Gut Fischer stellen den spannenden Fall einer Patientin mit Wunden und Dekubitus vor.

Hausarztfortbildung 47

Weniger ist manchmal mehr:

KSB engagiert sich gegen Über- und Fehlversorgung



Manchmal ist weniger mehr: François Fontana und Maria Wertli.

Das KSB ist neuer Partner des Vereins smarter medicine Schweiz, der gegen Über- und Fehlversorgung eintritt. Es bekräftigt damit den Grundsatz, dass eine Behandlung nur dann angewendet wird, wenn diese tatsächlich zur Gesundheit und dem Wohle der Patientinnen und Patienten beiträgt. Der gemeinnützige Verein smarter medicine knüpft an die erfolgreiche amerikanische Initiative «Choosing Wisely» an, welche zum Ziel hat, die offene Diskussion zwischen der Ärzteschaft, den Patientinnen und Patienten sowie der Öffentlichkeit zu fördern.

Es gibt Behandlungen und Untersuchungen, die für Patientinnen und Patienten keinen Mehrwert darstellen. Hier setzt smarter medicine an. Nach dem Motto «Weniger ist manchmal mehr» will der gemeinnützige Verein die begrenzten Ressourcen in der Gesundheitsversorgung zum Wohle der Patientinnen und Patienten effizient und gewinnbringend einsetzen.

Das KSB setzt sich seit Jahren mit diesem Thema auseinander. «Mit dem Beitritt zum Verein smarter medicine setzen wir ein Zeichen und bekräftigen unsere Haltung»,

sagt Prof. Maria Wertli, die Direktorin des Departementes Innere Medizin am KSB. «In einem Akutspital sind wir täglich mit der Frage konfrontiert, welche Untersuchungen und Behandlungen wirklich zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten beitragen. Mitunter muss man auch den Mut aufbringen, um 'Nein' zu sagen. Dies bedingt einen regelmässigen Austausch unter der Ärzteschaft sowie eine gute Kommunikation mit den Patienten und deren Angehörigen.»

Adrian Schmitter:

Der «beliebteste Spitaldirektor» der Schweiz

Glückwunsch an unseren CEO! Adrian Schmitter wurde an der von Santemedia.ch und Medinside veranstalteten Gala in Bern mit dem Viktor Award für den «beliebtesten Spitaldirektor» ausgezeichnet. Über alle Kategorien verteilt, gingen insgesamt 35'000 Votings ein. Bei der Wahl zum «beliebtesten Spitaldirektor» entschieden ausschliesslich die Stimmen des Publikums. Ein herzliches Dankeschön an all diejenigen, die online für Adrian Schmitter gestimmt hatten. Von seinen Wählern wird ihm eine hervorragende Führung des Spitals, Loyalität und Wertschätzung gegenüber seinen Mitarbeitenden attestiert», schreibt Medinside.



Nachhaltigkeitsbericht:

Wie das KSB seinen ökologischen Fussabdruck verringert

Mehr Energieeffizienz, weniger Food-Waste, eine Reduktion der CO₂-intensiven Narkosegase und wiederverwertbare Patiententaschen statt Plastiksäcke: Diese Beispiele zeigen auf, wie sich das Kantonsspital Baden für mehr Nachhaltigkeit einsetzt. Die Aktivitäten werden erstmals in einem Nachhaltigkeitsbericht dargelegt, den das KSB im Rahmen der erweiterten Berichterstattungspflicht für Publikumsgesellschaften nebst dem traditionellen Geschäftsbericht erstellt hat.



«Uns ist es ein Anliegen aufzuzeigen, dass das KSB nicht nur einen wichtigen Beitrag für die medizinische Grundversorgung leistet, sondern mit zahlreichen nachhaltigen Bestrebungen auch dazu beiträgt, die Lebensqualität von Patienten, Mitarbeitenden und der Bevölkerung Schritt für Schritt zu steigern», schreiben Daniel Heller, Präsident des Verwaltungsrates der KSB AG, und CEO Adrian Schmitter im Editorial des KSB-Nachhaltigkeitsberichts.

Beispiel Anästhesie: Klimaschädliche Anästhesiegase wie Isofluran oder Desfluran wurden aus dem Sortiment genommen und durch intravenöse Narkosemittel oder durch weniger klimaschädliche Narkosegase ersetzt. Sevofluran, das im KSB zum Einsatz kommt, weist das geringste umweltschädigende Potential auf. Es kann mit Filtern aufgefangen werden, sodass es nicht in die Atmosphäre gelangt.

Das KSB wird es indes nicht bei den im Nachhaltigkeitsbericht 2022 aufgeführten Massnahmen belassen. «Nachhaltigkeit ist ein Dauerauftrag. Wir werden unser Spital Schritt für Schritt weiterentwickeln», sagt KSB-CEO Adrian Schmitter. Nachhaltigkeit dürfe aber nicht zu Qualitätseinbussen bei der medizinischen Behandlung führen: «Die Qualität der Leistung, die wir gegenüber den Patienten erbringen, genießt auch in Zukunft oberste Priorität.»

Den Jahres- und Nachhaltigkeitsbericht finden Sie hier:
www.ksb.ch/jahresbericht



Diagnostische Bildgebung

Virtual Cockpit am KSB City

Mithilfe des Virtual Cockpits kann eine Radiologiefachperson neu drei MRI-Untersuchungen gleichzeitig steuern. Das Pilotprojekt, das Antworten auf die Herausforderungen des Fachkräftemangels und die ansteigenden Untersuchungszahlen gibt, ist im KSB City in Zusammenarbeit mit Siemens Healthineers erfolgreich lanciert worden.

Im Februar 2023 hat das Kantonsspital Baden (KSB) im Rahmen seiner Technologiepartnerschaft mit Siemens Healthineers das Virtual Cockpit installiert. Eine erfahrene Radiologiefachperson steuert dort neu vom Virtual Cockpit aus bis zu drei an weiteren Aussenstandorten stehende MRI Scanner. Aktuell befinden sich diese im Gesundheitszentrum Brugg und am neu eröffneten Standort im Asana Spital Leuggern.

Verbesserte Arbeitsteilung

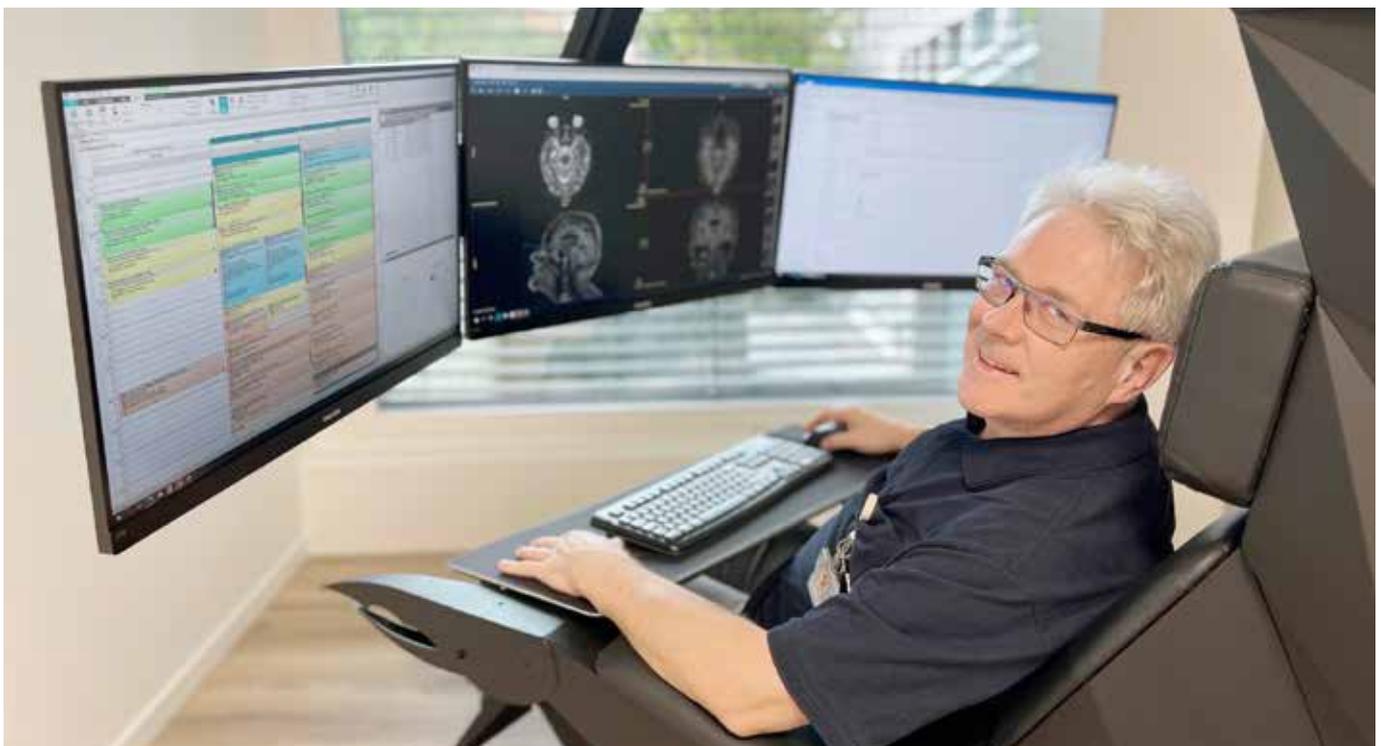
Die Vorteile liegen für Dr. med. Roman Rotzinger, den medizinischen Leiter des KSB City und stv. Leitenden Arzt Radiologie, auf der Hand: «Mithilfe des Virtual Cockpits entlasten wir unser Fachpersonal vor Ort. Es kann sich stattdessen anderen Aufgaben zuwenden, um so bestmöglich auf die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten einzugehen.»

Im Gegenzug kann sich die Radiologiefachperson im Scan-Cockpit ganz auf die Erstellung der diagnostischen Bilder konzentrieren. Hierdurch können innerhalb der gleichen Zeit mehr Patientinnen und Patienten untersucht werden. Zudem verkürzen sich die Wartezeiten.

Mit neuen Arbeitsmodellen zusätzliche Anreize für Mitarbeitende schaffen

«Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass bei selten vorkommenden oder schwierigen Untersuchungen Spezialisten herbeigezogen werden können, die sich remote einloggen und das Personal vor Ort unterstützen», sagt Roman Rotzinger.

Die Möglichkeit des ortsunabhängigen Arbeitens bietet darüber hinaus schwangeren Radiologiefachfrauen die Option, bis zur Entbindung im Beruf weiter zu arbeiten.



Radiologiefachmann Gregor Skupinski (Power User MRI) an seinem neuen Arbeitsplatz im Virtual Cockpit.

Anästhesie und Intensivmedizin (DAIM)

Reorganisation DAIM – Neue ärztliche Co-Leitung



Von links nach rechts: PD Dr. med. Andrea Kopp Lugli, Dr. med. Dominik Hufschmid, Dr. med. Janine Härtli und Dr. med. Gaston Pascal Voney

Das Departement Anästhesie und Intensivmedizin (DAIM) hat sich seit April des Jahres neu aufgestellt: Prof. Dr. med. Michael Heesen, bisheriger Chefarzt Anästhesie, hat sich entschieden, eine neue Herausforderung anzunehmen. Er bleibt dem KSB mit seinem Fachwissen jedoch insofern erhalten, als er in Kooperation mit der Klinik Barmelweid eine Schmerz-Tagesklinik aufbauen wird. Im betrieblichen Alltag werden die Bereiche Anästhesie, OP, AOZ und NORA fortan von einer ärztlichen Co-Leitung bestehend aus Dr. med. Dominik Hufschmid und Dr. med. Janine Härtli geführt. Dr. med. Gaston Voney bleibt für die Ausbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte zuständig. Die drei Leitenden Ärzte

unterstehen der Direktorin des Departementes Anästhesie und Intensivmedizin, PD Dr. med. Andrea Kopp Lugli, die gleichzeitig als Chefarztin Anästhesie fungiert.

Weitere Infos rund ums
Kantonsspital Baden:
www.ksb.ch



Prix Lumière 2023

KSB für innovatives Notfall-Training ausgezeichnet

Das KSB ist für sein Notfall-Training auf den Bettenstationen von der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) mit dem Innovationspreis «Prix Lumière» ausgezeichnet worden. Mit diesem neu geschaffenen Preis werden Ideen prämiert, welche die Arbeitsbedingungen in der Allgemeinen Inneren Medizin verbessern.



Seit März 2023 simulieren Ärzte und Pflegefachkräfte des Departements Innere Medizin Notfallsituationen auf den Bettenstationen. Die Szenarien reichen von Hirnschlägen über akute allergische Reaktionen bis hin zu Herzinfarkten. Die Trainings dauern jeweils fünfzehn Minuten und wurden interprofessionell entwickelt, getestet und laufend optimiert.

Ziel ist es, bei geringem zeitlichem Aufwand das Verhalten in Akutsituationen, die Abstimmung im Team, die Kommunikation, die Feedback- und Fehlerkultur sowie die gegenseitige Wertschätzung über Berufs- und Hierarchiegrenzen hinweg zu schulen. Das Notfall-Training hat sich im KSB rasch etabliert und hat schon in kurzer Zeit zu mehr Routine und Sicherheit im klinischen Alltag geführt.

SGAIM Foundation

Forschungsprojekt wird gefördert

Für das Forschungsprojekt «Impact of standardized patient handoff to prevent avoidable diagnostic and therapeutic adverse events» hat das KSB einen von insgesamt vier Förderbeiträgen der Forschungsstiftung SGAIM Foundation in der Höhe von 50'000 Franken erhalten. Der kompetitive

Forschungsgrant der grössten medizinischen Fachgesellschaft der Schweiz steht dieses Jahr unter dem Motto «Diagnostische Qualität und Exzellenz». Wir gratulieren unserem wissenschaftlichen Mitarbeiter Fabian Brennecke zu dieser Auszeichnung!



Wissenschaftliche Studie

Ärzte verschreiben bei Bagatellfällen zunehmend Opiode



Leichte Verletzung, starke Medikamente: Schweizer Ärzte und Ärztinnen verschreiben auch bei Bagatellfällen zunehmend starke Schmerzmittel wie Opiode. Zu diesem Schluss kommt eine Studie unter der Leitung von Prof. Maria Wertli, Chefärztin Innere Medizin am KSB.

Dass die Verschreibung von Opioiden in den vergangenen 20 Jahren in der Schweiz stark zugenommen hat, ist bekannt. Diese Medikamente werden jedoch nicht nur bei Tumorschmerzen, sondern zunehmend auch bei geringfügigen Verletzungen des Bewegungsapparates verschrieben. Dieser Trend lässt sich aus den Daten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) herauslesen.

Frau Wertli, es erstaunt, dass in der Schweiz in Anbetracht der Opioid-Krise in den USA weiterhin freizügig starke Schmerzmittel verschrieben werden. Was muss geschehen, um die Situation zu ändern?

Alarmismus ist nicht angebracht, die Situation hier ist nicht vergleichbar mit den USA. Aber unsere Studie zeigt klar, dass die Hemmschwelle, starke Opiode zu verschreiben, deutlich gesunken ist, auch bei medizinischen Banalitäten. Und das ist keine gute Entwicklung. Es ist in der Schweiz nötig, dass dieses Problem in der Ausbildung der Mediziner und Medizinerinnen angegangen wird. Wenn man ein starkes Opioid verschreiben muss – und das muss ich manchmal auch – braucht es einen klaren Plan, wie es wieder gestoppt wird. Es darf nicht sein, dass man beim Spitalaustritt planlos einfach eine ganze Packung mitgibt. Denn mit jedem Patienten, den man länger als zwei oder drei Monate mit starken Opioiden behandelt, riskiert man, dass er abhängig wird.

Insgesamt hat das Forschungsteam 1'921'382 Arbeitsunfälle ausgewertet, die in die Rubrik «muskuloskelettale Verletzungen» fallen. Sowohl bei den leichten (+91,4%) als auch bei den schweren (+88,3%) Verletzungen gab es eine deutliche Zunahme von starken Opioiden. Das ist insofern bedenklich, als Opiode bei muskuloskelettalen Schmerzen nicht wirksamer sind als andere Schmerzmittel, jedoch oft unerwünschte Nebenwirkungen nach sich ziehen. Diese reichen von kognitiven Beeinträchtigungen über Übelkeit und Hyperalgesie (Schmerzüberempfindlichkeit) bis hin zur Gefahr der Opioidabhängigkeit.

«Dies steht im Widerspruch zu aktuellen, evidenzbasierten Praxisempfehlungen», sagt Prof. Maria Wertli. «Es gilt daher, die Ärzteschaft und die politischen Entscheidungsträger zu sensibilisieren, damit diese Entwicklung gestoppt wird.»

Im KSB werden die Ärztinnen und Ärzte an interdisziplinären Besprechungen sowie an Weiterbildungskursen konsequent auf die Praxisempfehlungen bzw. auf die Opioid-Problematik aufmerksam gemacht. Zudem wird den Patientinnen und Patienten beim Spitalaustritt erklärt, wann sie ihre Dosis an Opioiden reduzieren oder das Medikament ganz absetzen können.

An der Studie, die im Journal of Occupational Rehabilitation veröffentlicht wurde, haben Vertreter der Universität Bern, des Inselspitals, der Berner Fachhochschule, der SUVA sowie des KSB mitgewirkt.



Prof. Dr. med. et phil. Maria Wertli
Direktorin Departement Innere Medizin
und Chefärztin Innere Medizin

Kontakt

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

Hospital@Home

Innovation per Telefon

Und täglich grüsst das KSB. Im Rahmen des Pilotprojekts Hospital@Home untersucht das Kantonsspital Baden die Möglichkeiten einer Nachbetreuung. Nicht im Spital, sondern zu Hause.

AUTORIN Katrin Montiegel, Redact Kommunikation AG

Guten Morgen, hier spricht Manuela Werner vom Kantonsspital Baden. Wie geht es Ihnen heute?» Nein, Sie haben sich nicht verlesen, und ja, Manuela Werner ist ein echter Mensch. Kein Chatbot, keine Stimme vom Band, sie ist aus Fleisch und Blut. Gerade spricht sie mit einer Patientin, die vor drei Tagen aus dem Spital entlassen wurde. Wie schon die Tage zuvor fragt sie nach ihrem gesundheitlichen Zustand, Blutdruck, Appetit, Schlaf, den Medikamenten – alles okay so weit? Manchmal, wenn noch etwas Zeit ist, erkundigt sie sich auch nach dem Wohlbefinden von Kater Milo. Der freut sich riesig, dass Frauchen wieder zu Hause ist.

Beim täglichen Anruf erkundigen sich die klinischen Fachspezialistinnen nach dem Gesundheitszustand der Patienten.



Eine Million Franken vom Kanton

Der Bedarf an Spitalbehandlungen steigt. Alter und Multimorbidität, also das gleichzeitige Bestehen mehrerer Krankheiten bei einem Patienten, erfordern in Zukunft nicht nur mehr Fachkräfte, sondern auch mehr Betten. Gleichzeitig steigt für die Spitäler der Kostendruck. Das Kantonsspital Baden testet nun im Rahmen der Pilotstudie Hospital@Home ein alternatives Szenario, um ungeplante Wiedereintritte möglichst zu vermeiden. Der Ansatz ist so simpel wie komplex: Patienten mit einem hohen Risiko für eine Rehospitalisation

werden beim Austritt aus dem Spital engmaschig begleitet und während fünf Tagen zu Hause weiter betreut. Aber was genau braucht es, damit die Regeneration im Zuhause so gut gelingt, dass es nicht zum schnellen Wiedereintritt kommt? Für die Studie hat der Kanton Aargau dem KSB eine Million Franken bereitgestellt.

Erfolgreicher Start mit 12 Patienten

Stefanie Brown ist diplomierte Pflegefachfrau mit einem Master in Nursing und eine von derzeit vier Advanced Practice Nurses (APN) bzw. klinischen Fachspezialistinnen, die gemeinsam mit Ärzten und Mitarbeitern des Care-Managements das Pilotprojekt Hospital@Home am KSB betreuen. «Von Vorteil für die Patienten ist nicht nur, dass sie dann im vertrauten Umfeld sind. Bereits der Austritt wird umfangreich organisiert und koordiniert.» Heisst konkret: Auch Pflegedienste, Hausärzte, Apotheken und natürlich die Angehörigen werden von Beginn an mit ins Boot geholt. «Nach dem Spitalaustritt rufen wir die Patienten fünf Tage lang jeden Tag an, um zu schauen, ob alles in Ordnung ist, ob alle Medikamente und medizinischen Hilfsmittel vorhanden sind oder ob etwas fehlt», erzählt sie. «Das ist z.B. bei Herz-Kreislauf-Problemen sehr wichtig, aber auch bei chronischen Erkrankungen oder Patienten, die mit Infusionen oder Kathetern nach Hause gehen.» Erste Erfahrungen hätten gezeigt, dass gerade bei der Einstellung der Medikamente noch nachjustiert werden müsse. In solchen Fällen gehen die klinischen Fachexperten auch zu den Patienten nach Hause.

Professionelle Zusammenarbeit auf Vertrauensbasis

Das Projektteam ist multiprofessionell. Verordnungen gehen von den Ärzten aus, die klinischen Fachspezialistinnen und das Care-Management sind verantwortlich für die Koordination des

Austritts, das Follow-up durch Telefonate oder Visiten, den Austausch mit Nachversorgern (Apotheke, Ärzte, Spitex), aber auch für medizinisch-pflegerische Tätigkeiten. «Wir sind im Arztdienst angestellt. Das heisst, wir machen nicht per se pflegerische Sachen, wie sie eine diplomierte Pflegefachfrau auf der Station macht, oder Dienstleistungen, wie sie die Spitex anbietet. Wir übernehmen ärztliche Tätigkeiten in Delegation», sagt Sabrina Hardmeier. Sie ist Pflegefachfrau mit Zusatzausbildung (Herzinsuffizienz) und arbeitet aktuell an ihrem Masterabschluss. «Zu unseren Aufgaben gehören Anamnesegespräche, also die systematische Befragung über den Gesundheitszustand des

Spezialistin für den Spitalalltag zuständig ist und eine für die Versorgung der Patienten zu Hause. «Hospital@Home ist etwas Nachhaltiges», so Stefanie Brown. «Es entsteht immer eine Lücke von einer Institution in die nächste, sei das vom Spital nach Hause, vom Spital in die Reha oder vom Spital ins Altersheim. Und diese Lücke ist anfällig für Fehler. Wenn wir die Brücke nach Hause oder in die andere Institution besser schlagen und die Kommunikation so funktioniert, dass die Menschen weniger schnell wieder eingeliefert werden müssen, hilft das dem gesamten Gesundheitswesen und letztlich der Gesellschaft.

«Wir begleiten medizinisch komplexe Patienten auf dem Weg vom Spital nach Hause und weitere fünf Tage.»

Stefanie Brown, klinische Fachspezialistin

Patienten, sowie körperliche und psychologische Untersuchungen. In Rücksprache mit dem zuständigen Arzt leiten wir auch Untersuchungen in die Wege. Und grösstenteils sind wir es, die die Patienten falls nötig zu Hause besuchen. Ein Arzt ist während dieser Visite immer für Rückfragen erreichbar.» Der Austausch im Team ist intensiv, das gegenseitige Vertrauen gross. «Die Funktion in dieser Konstellation ist neu und sehr spannend», erzählt Seraina Neurauder, die ebenfalls zum Team gehört und gerade ihr Masterstudium absolviert. «Ich habe gemerkt, dass vieles von dem, was ich gelernt habe, in genau solch einer Funktion, wie ich sie bei Hospital@Home einnehme, etwas bewegen kann. Es gibt den klinischen Teil der Ausbildung, aber auch Selbstmanagementschulungen, die man in diesem Setting vielseitig anwenden kann. Hier kann ich all das Gelernte verbinden und einbringen.»

Wie geht es in Zukunft weiter?

1360 teilnehmende Patienten benötigt die Studie, um repräsentativ zu sein. Massgeblich verantwortliche Wissenschaftlerin der Pilotstudie ist Professorin Maria Wertli, Direktorin Departement Innere Medizin und Chefärztin Innere Medizin am KSB. Die finanzielle Unterstützung des Kantons Aargau ermöglicht es dem KSB, weiteres Personal einzustellen, sodass idealerweise eine Fach-

Helpen nicht nur beim Spitalaustritt:

(v.l.) Sabrina Hardmeier, Stefanie Brown, Seraina Neurauder und Manuela Werner. Prof. Dr. Maria Wertli (Mitte) leitet das Pilotprojekt.



Kontakt

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

Kooperation wirkt.

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



- aarReha Schinznach
- ÄRZTE DES BEZIRKS BADEN
- ÄRZTEVEREIN BEZIRK BRUGG
- ASANA Spital Leuggern
- Hospiz Aargau
- rehaklinik bellikon
- NOTFALL APOTHEKE
- SPITAL MURI
- KSB Kantonsspital Baden
- Medizinisches Zentrum Brugg
- süssbach FÜR MENSCHEN MIT GESICHT
- PDAG Für Ihre psychische Gesundheit
- PRIVAT-KLINIK IM PARK BAD SCHINZNACH
- pflégimuri
- Regionales Pflegezentrum Baden (St. Otten)
- ZURZACHCare
- REUSSPARK ZENTRUM FÜR PFLEGE UND BETRÜGUNG
- SPITEX Überall für alle Limmat-Aare-Beass
- SPITEX Überall für alle Region Brugg AG



Erfolgsfaktor Hygiene

Enzlerh-tec - Ihr Kompetenzzentrum für Hygiene

ENZLERh-tec
Angewandte
Hygienetechnologie



UNSERE DIENSTLEISTUNGEN

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

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

enzlerh-tec.com

Für Sie da im Partnerhaus des Kantonsspitals Baden

Balgrist PartnerOrtho

Orthopädie - Schuhtechnik

- Schuheinlagen
- Schuhzurichtungen
- Massschuhe

Orthopädie - Technik

- Prothesen
- Orthesen
- Bandagen

Sanitäts- und Schuhfachgeschäft

- Kompressionsversorgungen
- Komfortschuhe
- Alltagshilfen



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

Ihre Bewegungsfreiheit
Unsere Leidenschaft

Neuer Chefarzt Nephrologie

Harald Seeger

INTERVIEW Vivien Wassermann

Was hat Sie überzeugt, ans KSB zu wechseln?

Das KSB besitzt einen exzellenten Ruf und die Nephrologie ist mit den Standorten Baden, Brugg und Muri hervorragend aufgestellt. Die Nephrologie verfügt zudem über eine der grössten Dialyseabteilungen in der Schweiz mit einem gut eingespielten Ärzte- und Pflgeteam. Auch besitzt das KSB die notwendige Grösse und alle wichtigen Spezialdisziplinen, um eine zeitgemässe nephrologische Therapie gewährleisten zu können. Überzeugt hat mich weiterhin der innovative Geist, der im KSB «weht». Einrichtungen wie der Health Innovation Hub, das Konzept der Partnerhäuser und die in-house Rehabilitation sind Ausdruck davon. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Vernetzung des KSB mit akademischen Institutionen und das Interesse an der Durchführung medizinischer Forschung. Die interdisziplinäre Clinical Trials Unit und die enge Kollaboration mit der ETH mit drei Professuren auf dem KSB Campus sind für ein nicht universitäres Spital aussergewöhnlich.

Worauf freuen Sie sich bei Ihrer neuen Tätigkeit am meisten?

Auf den neuen Gestaltungsspielraum und die intensive Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen im KSB sowie den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten. Es ist eine spannende Herausforderung, eine ganze Region nephrologisch «abzudecken».

Wo sehen Sie die Stärken der Nephrologie am KSB? Wo gibt es noch Optimierungspotenzial?

Die Stärke der Nephrologie sind vor allem die hochmotivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Damit meine ich nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch die KollegInnen aus der Pflege, unsere Care Managerin, die MPAs und die Mitarbeitenden der Fachdienste. Weiterhin hervorzuheben ist die hochmoderne technische und bauliche Infrastruktur. Neben der Hämodialyse in Baden, Muri und Brugg ist vor allem das grosse und sehr pro-

fessionell organisierte Bauchfelldialyseprogramm zu erwähnen, das seinesgleichen sucht. Durch die drei Standorte und die verschiedenen Softwaresysteme, die im Spital und in der Dialyse eingesetzt werden, ergibt sich noch Optimierungspotenzial, was die digitale Infrastruktur betrifft. Hier sind wir jedoch schon auf einem sehr guten Weg.

Die frühe Therapie einer chronischen Nierenerkrankung kann nur mittels enger Kollaboration mit den zuweisenden Ärzten gelingen.

Was ist Ihnen bei der Zusammenarbeit mit externen Partnern, insbesondere den Zuweisenden, besonders wichtig?

Die Entwicklung geht weg von der Fokussierung auf Nierenersatzbehandlung und Transplantation hin zur möglichst frühen Therapie von Nierenerkrankungen mit dem Ziel der Heilung der Erkrankung oder der Progressionsverlangsamung. Dies gelingt nur durch eine enge Zusammenarbeit mit den Grundversorgenden. Patienten, welche sich im Anfangsstadium einer Nierenerkrankung befinden, müssen zunächst vom Hausarzt oder anderen Spezialisten identifiziert werden. Hierzu braucht es klare und umsetzbare Leitlinien, die wir als Nephrologen liefern müssen. Auch die frühe Therapie einer chronischen Nierenerkrankung kann nur mittels enger Kollaboration gelingen, da die Kapazität der Nephrologie nicht ausreicht, alle betroffenen Patienten selbst zu betreuen. Um eine gute Zusammenarbeit zu gewährleisten, sind mir eine gute Erreichbarkeit, ein regelmässiger und unkomplizierter Austausch sowie eine klare und zielführende Kommunikation mit den zuweisenden Kolleginnen und Kollegen wichtig.



Zur Person

Der 49-jährige war vor seinem Wechsel ans KSB 16 Jahre am USZ tätig, wo er seine Karriere als Assistenzarzt begann und zuletzt als stellvertretender Direktor der Klinik für Nephrologie amtierte. Seit Juni 2019 verfügt Harald Seeger über die Venia legendi der Universität Zürich für das Fach Nephrologie. Daneben ist er auch in der Schweizerischen Gesellschaft für Nephrologie sehr engagiert, wo er in den Arbeitsgruppen für diabetische Nephropathie sowie für seltene Nierenerkrankungen tätig ist. Ausserdem ist er Präsident der FMH-Prüfungskommission für das Fach Nephrologie.

Im Um- und Aufbruch Nephrologische Entwicklungen

Die wachsende soziale und ökonomische Belastung durch chronische Nierenerkrankungen, die Gesetzgebung zu den Orphan Diseases und wissenschaftliche Fortschritte haben in den letzten Jahren zu einem massiven Aufschwung in der Nephrologie geführt. Ein Rück- und Ausblick von PD. Dr. med. Harald Seeger.

AUTOR PD Dr. med. Harald Seeger, Chefarzt Nephrologie/Dialyse

Ursprung der Nephrologie

Die Nephrologie ist ein verhältnismässig junges Fachgebiet. Sie entwickelte sich Mitte des vergangenen Jahrhunderts als Subdisziplin aus der Inneren Medizin. Interessanterweise fand der erste Internationale Nephrologiekongress in der Schweiz, nämlich 1960 in Genf, statt.

Drei massgebliche Entwicklungen führten zur Evolution der Nephrologie als eigenständiges Fach. Die bedeutendste war mit Sicherheit die Hämodialyse. Die Hämodialyse ist bis heute die einzige maschinelle Therapie, die es ermöglicht, die Funktion eines lebenswichtigen Organs dauerhaft zu übernehmen und den betroffenen Individuen ein fast normales Leben zu bieten. Die zweite bahnbrechende Entwicklung war die Nierentransplantation. Die Steuerung der immunsuppressiven Therapie sowie die Behandlung der Komplikationen der Nierentransplantation benötigte entsprechend spezialisierte Ärzte. Die dritte entscheidende Neuerung war die Nierenbiopsie und die hochdifferenzierte histologische Diagnostik, welche schon früh die Elektronenmikroskopie und immunistochemische Verfahren beinhaltete. Durch diese diagnostische Methode war es erstmals möglich, Nierenerkrankungen histologisch eindeutig zu diagnostizieren und mögliche Ursachen zu differenzieren.

Die Nephrologie als Opfer des eigenen Erfolges

Die Nierenersatztherapie wurde in den folgenden Jahrzehnten immer weiter optimiert, stan-

dardisiert und vereinfacht. Die Filterentwicklung führte zur zunehmenden Effizienz der Blutreinigung und besseren Verträglichkeit des extrakorporalen Verfahrens.

Die Entwicklung immer wirksamerer und besser verträglicher Immunsuppressiva und Antiinfektiva erlaubte es, das Transplantatüberleben deutlich zu verlängern und die Nebenwirkungen und Komplikationen der Immunsuppression zu reduzieren.

Trotz immer besserer Therapien wird es auch in Zukunft Patienten geben, die ein chronisches Nierenversagen entwickeln.

Während die Therapiemöglichkeiten für die Komplikationen der fortgeschrittenen Niereninsuffizienz und Transplantation immer besser wurden, gab es im Bereich der Progressionsverlangsamung der chronischen Niereninsuffizienz kaum Innovationen. Die Einführung der Renin-Angiotensin Blocker in den 1980er Jahren ist hier als einziges erfolgreiches Paradigma zu nennen. In darauffolgenden 25 bis 30 Jahren erfolgten keine signifikanten medikamentösen Entwicklungen, was die Therapie der CKD Progression betrifft. Erst die genaue Definition des Begriffes «chronische Nierenerkrankung» oder

CKD (Chronic Kidney Disease), durch die KDOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) der amerikanischen Gesellschaft für Nephrologie um das Jahr 2000 änderte das Bewusstsein für die Erkrankung grundsätzlich. Nach der Etablierung des Begriffes CKD und der Standardisierung der Diagnosekriterien, kam es zu einem Zuwachs der Forschungsbemühungen in diesem Bereich, was sich in einem massiven Anstieg der Publikation zur CKD seit der Jahrtausendwende widerspiegelt. Hierdurch sowie durch die Screening Empfehlungen wurde klar, dass die CKD eine häufige Erkrankung ist, welche parallel zu deren Hauptursachen, dem Diabetes mellitus (DM) und der arteriellen Hypertonie (AH), sowie der kontinuierlich steigenden Lebenserwartung rasant zunahm. Die immer grösser werdende gesundheitsökonomische Bedeutung der CKD, welche durch die teuren Nierenersatztherapien verursacht wurde, motivierte schliesslich staatliche und nichtstaatliche Einrichtungen in die Erforschung der Ursachen der CKD und deren Behandlung zu investieren.

Eine andere Ursache des fehlenden Interesses der pharmazeutischen Industrie an der Nephrologie war, dass fast alle renalen Erkrankungen, ausser der diabetischen und hypertensiven Nierenerkrankung, selten oder ultraselten sind (sogenannte orphan diseases). Dieses Problem wurde durch den Gesetzgeber erkannt. In den USA (orphan drug act), aber auch in Europa wurden Gesetze erlassen, welche der pharmazeutischen Industrie eine erleichterte Zulassung, einen höheren Vermarktungspreis und einen längeren Patentschutz für orphan disease Indikationen zusicherte. Diese Initiativen haben dazu geführt, dass die «orphan diseases» neben den Onkologika heute das am stärksten steigende Segment bei verschreibungspflichtigen Medikamenten sind.

Jüngster Aufschwung in der Nephrologie

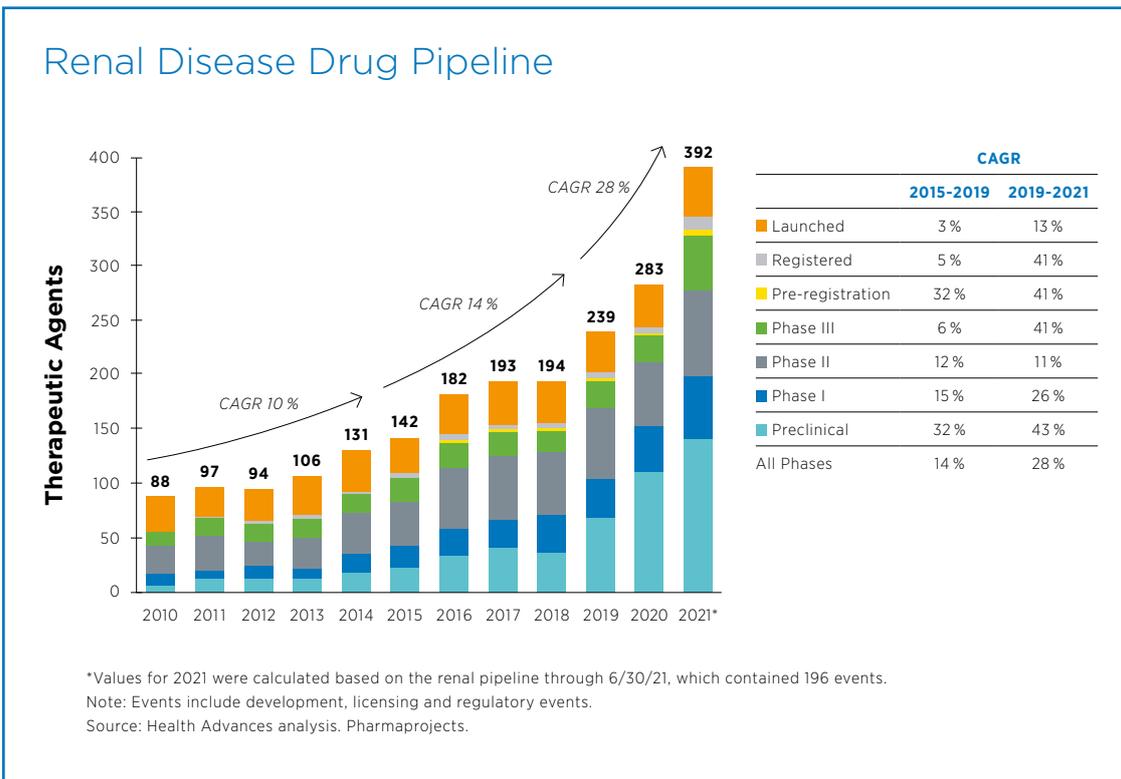
Zusammengefasst hat die wachsende soziale und ökonomische Belastung durch die CKD, die Gesetzgebung zu den orphan diseases und wissenschaftliche Fortschritte zu einem massiven Aufschwung in der Nephrologie geführt. In den letzten Jahren hat die Entwicklung bei der CKD und anderen Nierenkrankheiten ein viel-

versprechendes Wachstum erfahren, wobei die Zahl der randomisierten klinischen Studien in der Nephrologie von 2015 bis 2019 jährlich um 53 % zunahm. Die verstärkte Entwicklungstätigkeit trägt Früchte, wie die Zulassung der SGLT2 Inhibitoren Canagliflozin für die diabetische Nierenerkrankung und Dapagliflozin für die Indikation CKD diabetischer und nichtdiabetischer Genese zeigt. Zudem wurde vor kurzem die CKD-Behandlung bei Diabetikern um einen neuen Wirkstoff erweitert, den nicht-steroidalen Mineralokortikoidrezeptor-Antagonisten Finerenon. Weiter stehen die oralen Hypoxie-induzierbaren Faktor-Prolylhydroxylase-Inhibitoren (HIF-PHIs) zur enteralen Therapie der renalen Anämie kurz vor der Zulassung oder wurden bereits zugelassen (Daprodustat; Japan).

*Alles deutet also darauf hin,
dass sich die Situation für
unsere lange benachteiligten
CKD-Patienten weiterhin positiv
entwickeln wird.*

Erfreulicherweise wurden aber auch für die Therapie sehr seltener Nierenerkrankungen wie das atypische HUS (Eculizumab), die adulte polyzystische Nierenerkrankung (ADPKD) (Tolvaptan), die Lupus Nephritis (Belimumab, Voclosporin), die ANCA assoziierte Glomerulonephritis (Avacopan) und die IgA Nephritis (targeted release budesonid, Sparsentan) in den letzten wenigen Jahren zahlreiche Medikamente zugelassen.

Erfreulich ist auch, dass die Entwicklung noch nicht am Ende zu sein scheint. Das Wachstum der Pipeline für Nierenmedikamente begann in der Mitte des letzten Jahrzehnts und beschleunigt sich aktuell weiter (s. Abbildung auf der Folgeseite). Die jüngste Zunahme übertrifft die historischen Wachstumsraten und es wird ein anhaltendes Wachstum erwartet. Die Zahlen zeigen, dass die Nephrologie einen Wendepunkt in der klinischen Entwicklung erlebt.



Weiterhin weisen rezente Firmenübernahmen mit dem Ziel, das nephrologische und orphan disease Portfolio des Käufers zu stärken auf einen anhaltenden Trend hin. Jüngste Beispiele sind die Übernahme von Vifor durch CSL, Alexion durch AstraZeneca und Chemocentryx durch Amgen jeweils für Milliardenbeträge.

Die Erfolge spiegeln sich auch im Outcome für den Patienten wieder. Erleidet ein Patient mit einer schweren diabetischen Nierenerkrankung im Jahr 1980 z.B. noch einen durchschnittlichen eGFR Verlust von circa 10 ml/min pro Jahr, kann dieser durch den optimalen Einsatz moderner medikamentöser Therapien im Jahr 2023 auf einen Verlust von 2 ml/min pro Jahr reduziert werden. Dies entspricht einem fast «physiologischen» also durch die Alterung bedingten jährlichen Verlust.

Was bringt die Zukunft?

Wissenschaftliche Fortschritte in der Methodik

Auch für die Zukunft darf man durchaus positiv gestimmt sein. In den kommenden Jahren werden wahrscheinlich weitere neue Zielmoleküle auftauchen, da z.B. die Exom-Sequenzierung die Identifizierung von 66 monogenen Störungen, die mit CKD assoziiert sind, ergab. Ein wesentliches Hindernis, das die Erforschung und Entwicklung von Nierenkrankheiten lange Zeit behindert hat, war das Fehlen eines übertragbaren Modells der menschlichen Niere und das damit verbundene begrenzte Verständnis der molekularen Mechanismen, die der Krankheit zugrunde liegen. Die Entwicklung des Glomerulus-on-a-Chip-Modells im Jahr 2019 wird die Forschung revolutionieren, da es die Filtration in der menschlichen Niere nachbilden kann. Die Aufklärung der molekularen Mechanismen, die

einer Nierenschädigung zugrunde liegen, wird auch durch Fortschritte in der Multiomik, Bioinformatik und immer mehr durch die künstliche Intelligenz (AI) unterstützt. Die methodischen Fortschritte haben die Hürden für Forschung und Entwicklung im Bereich der Nephrologie verringert und zu einem deutlich besseren Verständnis der Pathophysiologie von Nierenerkrankungen beigetragen, was sich in Zukunft in hoffentlich neuen Therapien widerspiegeln wird.

Fortschritte bei der Xenotransplantation und tissue engineering

Trotz immer besserer Therapien wird es auch in Zukunft Patienten geben, die ein chronisches Nierenversagen entwickeln. Unter anderem, da Nierenerkrankungen bis ins präterminale Stadium typischerweise asymptomatisch sind und daher oft zu spät erkannt werden. Für diese Individuen wird weiterhin ein optimal verträglicher Nierenersatz benötigt. Leider sind Spendernieren rar. Aber auch hier gibt es Grund zum Optimismus. 2021 und 2022 wurden «proof of principle» Studien publiziert, bei denen genetisch modifizierte Schweinenieren in menschliche Empfänger transplantiert wurden. Auch wenn das Verfahren aktuell noch nicht reif für die klinische Anwendung ist, konnte gezeigt werden, dass gewisse Hürden, wie die hyperakute Abstossung oder die Übertragung von porcinen Retroviren, überwunden sind. Weitere klinischen Studien sind in diesem Bereich unterwegs.

Noch etwas weiter in der Ferne liegt die Herstellung einer Ersatzniere aus körpereigenen Stammzellen des betroffenen Patienten mittels «tissue engineering». Unter anderem aufgrund der anatomischen Komplexität der Niere ist dieser Ansatz noch nicht so weit fortgeschritten wie die Xenotransplantation. Er hat jedoch den Vorteil, dass keine lebenslange Immunsuppression benötigt wird, da die Niere aus körpereigenen Zellen besteht. Zentral für den Nachbau einer Niere «im Reagenzglas» ist das Bindegewebsgerüst, welches als Grundlage dient, damit Nieren- und Gefässzellen darin geordnet wachsen können. Mithilfe der neuen 3D-Druckertechnologie gibt es bereits vielversprechende Ansätze, wie dieses Problem in Zukunft gelöst werden kann.

Schlussfolgerung und Ausblick

Nach einer langen Durststrecke befindet sich die Nephrologie aktuell in einer erfreulichen Phase des Um- und Aufbruchs. Zahlreiche neue wirksame Therapien sind verfügbar. Weitere Substanzen stehen kurz vor der Zulassung oder befinden sich in der klinischen Entwicklung. Viele Firmen im Bereich der pharmazeutischen Industrie, Biotechnologie und regenerativen Medizin haben sich auf nephrologische Fragestellungen fokussiert und zum Teil enorme finanzielle und personelle Ressourcen in die Erforschung und Entwicklung zukünftiger Therapien für Nierenerkrankungen investiert. Alles deutet also darauf hin, dass sich die Situation für unsere lange benachteiligten CKD-Patienten weiterhin positiv entwickeln wird. Erfreulicherweise ist bereits jetzt zu erkennen, dass sich der Fokus der nephrologischen Therapie weg bewegt von Dialyse und Transplantation hin zur Prophylaxe und Verhinderung einer Nierenersatzbedürftigkeit.



PD Dr. med. Harald Seeger
Chefarzt Nephrologie/Dialyse

Kontakt

Nephrologisches Ambulatorium
Telefon 056 486 26 96
nephrologie@ksb.ch

Der modernste Optiker weit und breit
bietet Ihnen eine Weltneuheit, welche begeistert!

Diese Brille kann fast alles!

Modul
ist
cool!

Brille mit Fernkorrektur

Sonnen-Clip

Zum Beispiel
Lese-Modul

Zum Beispiel
Gleitsicht-Modul

Zum Beispiel
Büro-Modul



SWISS  CLIP
Modular für moderne Menschen

Dank dem patentierten Magnet-Clip wird Ihre modische Fernbrille automatisch und passgenau zur korrigierten Wunschbrille!

Egal ob für Beruf oder Freizeit – dieses neue Brillenkonzept erfüllt alle Ihre Wünsche! Mit «SwissClip modular» ist gutes Sehen mit bloss einer Brille wunderbar, weil beliebig ausbaubar!

100%
WIR

stadtoptik
Das Haus der lupenreinen Optik

Stadtoptik O. Mühlethaler GmbH
Hauptgasse 33, 4500 Solothurn
Telefon 032 623 24 30

www.stadtoptik.ch

Haar- verlust?

Wir helfen ...



Haargenau, was ich mir wünsche.

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



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

Seit über 50 Jahren Ihr Zweithaarspezialist in der Schweiz.

**The Hair Center | Graben 8 | 5000 Aarau
062 824 88 88 | www.thehaircenter.ch**



« Wir sind in der Lage, jedes einzelne Haar und jede Strähne in jeder Farbe an den richtigen Ort und in der richtigen Form / Wellung zu setzen und auf jede nur erdenkliche Kopfform anzupassen. »



Seit 2008
DIN EN
ISO 9001
zertifiziert

PROMs

Die Patientenperspektive im Fokus

Das interdisziplinäre Brustzentrum ist an einem Pilotprojekt zur Einführung von Patient Reported Outcome Measures (PROMs) am KSB beteiligt. Durch den Einbezug der Patientinnensicht möchten wir Behandlungen und Abläufe so optimieren, dass sich die Lebensqualität unserer Patientinnen verbessert.

AUTORINNEN Prof. Dr. med. Cornelia Leo, Leitende Ärztin Gynäkologie, Leiterin Interdisziplinäres Brustzentrum;
Dr. med. Liliana Castrezana, Oberärztin Brustzentrum

Mit dem medizinischen Fortschritt durften wir in den letzten Jahren eine bedeutsame Zunahme der Behandlungsoptionen in der Medizin beobachten. Die Qualität der Behandlung im Spital wird traditionell anhand von Fallzahlen bzw. Patientenvolumen, Anzahl der durchgeführten Interventionen sowie Qualitätsindikatoren, wie z.B. Infektions- oder Mortalitätsraten, gemessen. Die Wahrnehmung einer Behandlung aus Patientensicht wird dabei kaum berücksichtigt. Uns bleibt somit unbekannt, inwiefern unsere Behandlungen, Interventionen und Operationen tatsächlich den Gesundheitszustand, die Funktionsfähigkeit sowie die Lebensqualität aus Perspektive der Patienten verändern bzw. beeinträchtigen.

Mit PROMs zur patientenzentrierten Rückmeldung

PROMs steht für Patient Reported Outcome Measures. Dabei handelt es sich um wissenschaftlich validierte Fragebögen, welche zu bestimmten Zeitpunkten von Patienten beantwortet werden. Mit Hilfe dieser Fragebögen ist es möglich, eine patientenzentrierte Rückmeldung mit Informationen zum Gesundheitszustand sowie zu den Folgen und Auswirkungen unserer Behandlungen und Interventionen zu gewinnen. Anhand dieser patientenrelevanten Ergebnisparameter können wir den Genesungsprozess, die Bedürfnisse, die Werte sowie die Präferenzen unserer Patienten adäquater und spezifischer beurteilen und ggf. anpassen. Die patientenorientierte Behandlung, die Patienten-Arzt-Kommunikation und das Patientenmanagement (Monitoring,

Qualität der Behandlungskette, Nachhaltigkeit der Behandlung, erreichter Gesundheitszustand) werden dadurch optimiert. Die wiederholten PROMs-Messungen zeigen Veränderungen über die Zeit oder aufgrund einer Intervention auf. Die Auswertung von PROMs erlaubt uns eine messbare Darstellung des subjektiv empfundenen Nutzens einer medizinischen Intervention. Dabei kann die Versorgungsqualität implementiert und die Gesundheit sowie das System können dementsprechend gesteuert werden.

Regelmässiger Einsatz von PROMs im Brustzentrum

Im Brustzentrum des KSB sollen nun routinemässig PROMs zum Einsatz kommen. Das Lebenszeitrisko einer Frau an einem Mammakarzinom zu erkranken beträgt 12%. In der Schweiz werden im Jahr ca. 6200 Frauen mit Brustkrebs diagnostiziert. Dank der Screening-Programme und einer gesteigerten Brustkrebs-Awareness wird ein Grossteil der Fälle in Frühstadien erkannt. Die Therapie des Mammakarzinoms hat sich in den letzten Jahren sowohl in chirurgischer Hinsicht, aber vor allem auch durch Innovationen in der medikamentösen Therapie stark weiterentwickelt. So können heutzutage die meisten Frauen brusterhaltend operiert werden. Durch onkoplastische Operationstechniken gelingt es, auch bei ausgedehnten Resektionen oder Mastektomien ein gutes kosmetisches Resultat zu erzielen. Die früher übliche Axilladisektion kommt nur noch selten zur Anwendung, in den meisten Fällen ist eine Sentinellymphonodektomie ausreichend.

Der Lebensqualität aus Patientinnensicht mehr Relevanz geben

Auch bei den medikamentösen Therapiekonzepten hat sich viel getan. Eine neoadjuvante Chemotherapie kommt bei bestimmten Brustkrebs-Subtypen, wie dem triple-negativen und HER2-positiven, zur Anwendung. Je nach Subtyp werden verschiedene Behandlungen kombiniert bzw. sequentiell verabreicht. Neben der Antihormontherapie und der konventionellen Chemotherapie kommen auch Antikörpertherapien und immunonkologische Substanzen zum Einsatz. Insgesamt hat sich dadurch die Prognose des Mammakarzinoms deutlich verbessert und der Grossteil der Patientinnen wird langfristig geheilt. Dementsprechend ist die Messung der Lebensqualität aus Patientensicht extrem wichtig und sollte unbedingt berücksichtigt werden.

Breast-Q als brustchirurgie-spezifisches PROM

Das Breast-Q ist ein brustchirurgie-spezifisches PROM. Es wurde gemäss internationaler Richtlinien für PROMs-Instrumente entwickelt. Ursprünglich wurde dieser Fragebogen 2009 zur Beurteilung bei plastischen Operationen der Brust angewendet. Im Verlauf wurden die Fragebögen für Brustkrebspatientinnen angepasst. Hiermit kann die Lebensqualität sowie die Zufriedenheit der Patientinnen nach Brustkrebsoperationen mit oder ohne Rekonstruktion oder Radiotherapie evaluiert werden.

Die Messung der Lebensqualität aus Patientensicht ist extrem wichtig und sollte unbedingt berücksichtigt werden.

Die Fragen werden in 6 Module eingeteilt: Erwartungen bezüglich Ablauf und Resultaten, psychosoziales Wohlbefinden, physisches Wohlbefinden, sexuelles Wohlbefinden, Zufriedenheit mit kosmetischem Resultat sowie Zufriedenheit mit der Betreuung und Behandlung. Die Fragen variieren je nach chirurgischem Verfahren. Die Fragebögen beinhalten ca. 70 bis 80 Fragen, der

Zeitaufwand beträgt zwischen 15 und 20 Minuten. Die Auswertung wird in Prozentzahlen und einer graphischen Darstellung angegeben und dient in der Nachsorge der Patientinnen dazu, deren Bedürfnisse besser zu verstehen und entsprechend zu berücksichtigen.

Anpassungen in der Behandlung dank PROMs zeitnah erkennen

Das interdisziplinäre Brustzentrum ist an einem Pilotprojekt zur Einführung von PROMs am KSB beteiligt. In die digitale Anwendung der Firma Sublimd wurden die Breast-Q-Fragebögen integriert. Unsere Patientinnen werden entweder in der Sprechstunde am Tablet oder bereits zuhause den zugehörigen Fragebogen beantworten können. Die Ergebnisse werden wir mit ihnen im Rahmen der Tumornachsorge durchgehen und können damit zeitnah erkennen, falls Anpassungen in der Behandlung vorgenommen werden müssen. Durch den Einbezug der Patientinnensicht sollen die PROMs helfen, Behandlungen und Abläufe so zu optimieren, dass sich die Lebensqualität unserer Patientinnen verbessert.



Prof. Dr. med. Cornelia Leo
Leitende Ärztin Gynäkologie,
Leiterin Interdisziplinäres Brustzentrum



Dr. med. Liliana Castrezana
Oberärztin Brustzentrum

Kontakt

Interdisziplinäres Brustzentrum
Telefon 056 486 36 36
brustzentrum@ksb.ch

ZURZACH Care

50 JAHRE 1973–2023

Umfassende Gesundheitsversorgung

ZURZACH Care steht für innovative Behandlungsmethoden und eine lückenlose Versorgungskette im Bereich der Rehabilitation – und das in der ganzen Deutschschweiz. In Rehakliniken, Ambulanten Zentren, Kliniken für Schlafmedizin und dem Zentrum für Schmerz, Schlaf und Psyche begleiten wir Menschen auf ihrem Weg zurück in ein aktives Leben.

Sectionarbenschwangerschaft

Die Früherkennung ist essenziell

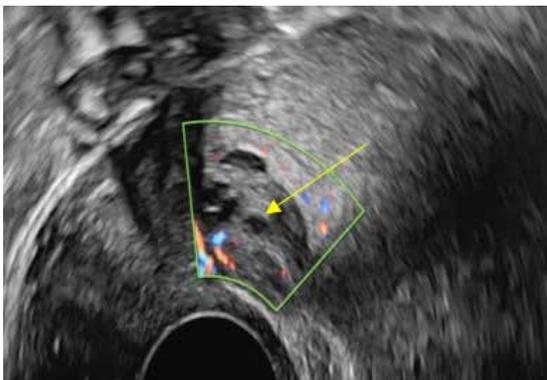
Eine in die Sectionarbe implantierte Schwangerschaft kommt in etwa 1:1800 Schwangerschaften (1) vor und kann bei nicht frühzeitiger Erkennung mit schwerwiegenden kindlichen und mütterlichen Komplikationen wie vaginale Blutungen, Bauchschmerzen, Uterusruptur oder hämodynamischer Schock verbunden sein. Eine verlässliche Diagnose kann nur in der sehr frühen Schwangerschaft gestellt werden.

AUTOREN Dr. med. Franziska Lenz, Oberärztin Gynäkologie und Geburtshilfe;
PD Dr. med. Amr Hamza, Leitender Arzt Geburtshilfe und Pränataldiagnostik;
Prof. Dr. med. Leonhard Schäffer, Chefarzt für Geburtshilfe und Pränataldiagnostik

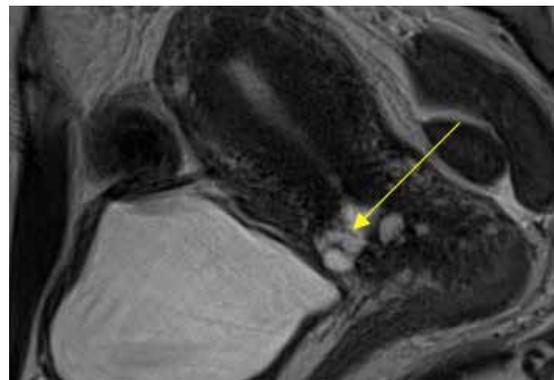
Am KSB betreuen wir seit 2019 fünf Fälle von Schwangerschaften in der Sectionarbe. Ein Kasus handelte von einer 34-jährigen II. Gravida, die sich in der 6+4 SSW mit Frischblutabgang und Unterbauchschmerzen auf dem Notfall vorstellte. Sonographisch wurde sich ein hochaufgebautes Endometrium und eine 2cm durchmessende Raumforderung im Bereich der uterinen Narbe eines stattgehabten Kaiserschnitts dargestellt (a). In der Verlaufskontrolle nach zwei Tagen zeigte sich trotz Verdopplung des HCG im Serum ein avitaler Embryo in der Sectionarbe. Nach Aufklärung der Therapieoptionen entschied sich die Patientin für eine Therapie mit Methotrexat, welches direkt intrauterin

verabreicht wurde. In den wöchentlichen HCG-Verlaufskontrollen zeigte sich eine Befundregredienz, und schon am 21. Tag nach der Therapie lag das HCG unter der Nachweisgrenze. Drei Monate später wurde bei ihr eine ausgedehnte Isthmozele diagnostiziert (b). Bei bestehendem Kinderwunsch wählte die Patientin ein operatives Vorgehen. Zur exakteren Darstellung der Isthmozele wurde präoperativ ein MRI-Abdomen angefertigt und anschliessend ein Isthmozelenrepair per Da Vinci Roboter komplikationslos durchgeführt. Eineinhalb Jahre später stellte sich die Patientin erneut vor, diesmal mit unauffälligem Schwangerschaftsverlauf und komplikationsloser elektiver Re-Sectio.

a) Gestationssack im Bereich der Sectionarbe



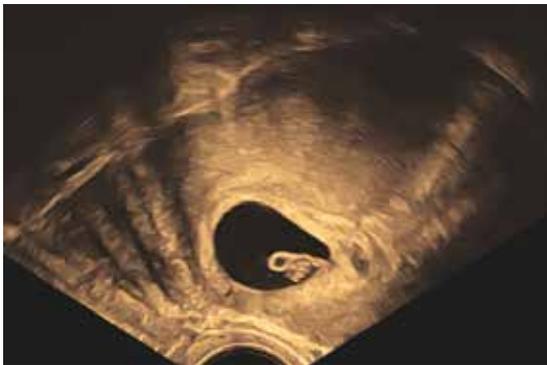
b) Ausgedehnte Isthmozele im MRI



Prognostisch besserer Verlauf, wenn die Schwangerschaft auf der Narbe anstatt in einer Nische liegt

Ein zweiter im KSB betreuter Fall betraf eine 29-jährige IV. Gravida mit vorausgegangener zweimaliger Sectio, welche sich notfallmässig mit vaginaler Blutung in der Frühschwangerschaft vorstellte. Sonographisch zeigte sich eine intakte Gravidität, der intrauterine Gestationssack war aber kaudal im Bereich der Sectionarbe positioniert und das Myometrium bereits schon zu diesem Zeitpunkt sehr ausgedünnt (1.5mm), welches ein Risikofaktor für eine Implantationsstörung darstellt (c). Da der Hauptimplantationsbereich jedoch relativ kranial ausserhalb des Narbenbereichs lag, wurden auf Wunsch der Patientin ein exspektatives Vorgehen gewählt und weitere Verlaufskontrollen vereinbart, denn prognostisch zeigt sich ein besserer Verlauf, wenn die Schwangerschaft «auf der Narbe» (Typ 1) und nicht «in einer Nische» (Typ 2) implantiert ist (2).

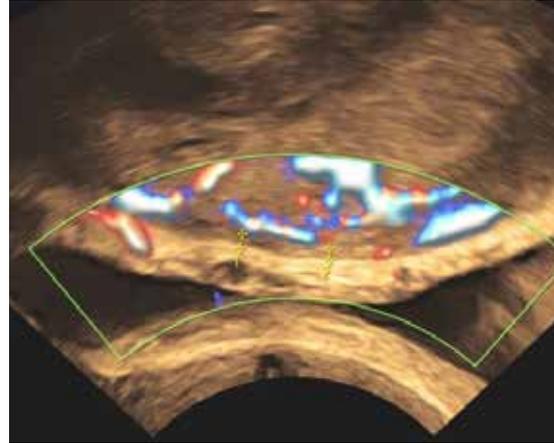
c) Hauptimplantationsbereich kranial ausserhalb des Narbenbereichs



Entbindung am Zentrumsspital mit entsprechender Infrastruktur empfohlen

Im weiteren sonographischen Verlauf konnte ein zeitgerecht entwickelter Fetus mit unauffälliger fetoplazentarer Hämodynamik beobachtet werden. Das Restmyometrium war dünn (1mm) aber weiterhin vorhanden (d). Die Gefässarchitektur im Narbenbereich retrovesikal zeigte keine Hinweise für eine Plazentationsstörung (PAS) oder weitere Auffälligkeiten. Im Geburtsprocederegespräch wurde eine Entbindung mit entsprechender Infrastruktur (Uterusarterienembolisation, Transfusionsbereitschaft) empfohlen, um im Falle von potenziell verstärkten uterinen Blutungen und daraus erforderlichen Massnahmen entsprechend handeln zu können.

d) Narbenbereich retrovesikal mit gut darstellbarer clear-zone bei ausgedünntem Myometrium



Aufgrund der vorliegenden sonographischen Befunde mit einem ausgedehnten Plazentaareal im Bereich der Sectionarbe mit möglicher Dehiszenz war von einer erschwerten Sectio, ggf. Sectio-Hysterektomie, auszugehen. Intraoperativ bestätigte sich eine ausgedehnte Dehiszenz von ca. 8x10cm (e). Die Plazenta war nur noch durch das Peritoneum bedeckt. Nach problemloser Kindsentwicklung nach lateral versetzter schräger Uterotomie konnte die Placenta rasch gelöst sowie der dehiszente Bereich reseziert werden. Der uterine Defekt wurde zweischichtig vernäht und der Uterus konnte erhalten werden.

e) Ausgedehnte Narbendehiszenz



Postoperativer Verlauf ohne Komplikationen

Erwartungsgemäss kam es zu einer vermehrten Blutung aus dem unteren Uterinsegment, es folgten hämostatische Massnahmen (Einlage

einer Celox Tamponade), Transfusion eines Erythrozytenkonzentrates und Re-Transfusion von Eigenblut aus dem Cell Saver, sowie die Optimierung der Gerinnungsfaktoren. Der postoperative Verlauf war komplikationslos, die Mutter konnte bereits am 4. postoperativen Tag aus dem Spital entlassen werden.

Massgeblich: Eine frühzeitige intrauterine Diagnosestellung

Jede Patientin mit Status nach Sectio sollte in der Frühschwangerschaft diesbezüglich evaluiert werden. Eine Narbenschwangerschaft kann zuverlässig mit transvaginaler Sonographie und Farbdoppler im ersten Trimenon erkannt werden. Der beste Diagnosezeitraum befindet sich zwischen 7.-9. Schwangerschaftswoche. Nach 10-12 Schwangerschaftswochen ist eine Narbenschwangerschaft häufig nicht mehr gut von einer Plazenta praevia / Plazentatiefsitz zu unterscheiden. Eine frühzeitige Diagnosestellung ist essenziell zur Verhinderung schwerwiegender mütterlicher und fetaler Morbidität, und um Mortalität als Folge von Uterusruptur, Blutungen und Hysterektomien zu verhindern. Zudem sollte eine sorgfältige Aufklärung hinsichtlich der Risiken und möglichen Optionen durchgeführt werden, damit die Patientin eine informierte Entscheidung treffen kann.

Zwei Typen von Narbenschwangerschaften

Es werden zwei Typen von Narbenschwangerschaften differenziert, wobei prognostisch günstiger die Implantation der Schwangerschaft auf der Narbe (Typ 1–mehrheitlicher Teil ausserhalb des Myometriums im Cavum liegend) verglichen zur Einnistung in einem bestehenden Defekt, also einer Nische (Typ 2–d.h. mehrheitlicher Teil im Myometrium liegend), zu bewerten ist. Zur zuverlässigen Diagnosestellung gelten eine tiefsitzende Anlage des Gestationssacks, ein ausgedünntes (< 3 mm) Myometrium im vorderen Kompartiment oder eine Hypervaskularisierung zwischen Plazenta und Harnblase, Placentatiefsitz und Placentalakunen als charakteristisch (3). Im Falle einer im ersten Trimenon diagnostizierten Narbenschwangerschaft stehen als mögliche Therapieoptionen sowohl ein expektatives Management, als auch medikamentöse (systemische oder intrauterine Injektion von Methotrexat (4) und chirurgischen Verfahren (Curettag), laparoskopische Exzision zur Verfüngung.

Quelle

- 1 Rotas MA et al.. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol.* 2006 Jun;107(6):1373-81. doi: 10.1097/01.AOG.0000218690.24494.ce. PMID: 16738166.
- 2 Kaelin Agten A et al.. The clinical outcome of cesarean scar pregnancies implanted «on the scar» versus «in the niche». *Am J Obstet Gynecol.* 2017 May;216(5): 510.e1-510.e6. doi: 10.1016/j.ajog.2017.01.019. Epub 2017 Jan 20. PMID: 28115056.
- 3 Cali Get al.. Changes in ultrasonography indicators of abnormally invasive placenta during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018 Mar;140(3):319-325. doi: 10.1002/ijgo.12413. Epub 2018 Jan 9. PMID: 29197083.
- 4 Timor-Tritsch IE et al.. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2012 Jul;207(1):44.e1-13. doi: 10.1016/j.ajog.2012.04.018. Epub 2012 Apr 16. PMID: 22607667.



Dr. med. Franziska Lenz

Oberärztin Gynäkologie und Geburtshilfe



PD Dr. med. Amr Hamza

Leitender Arzt Geburtshilfe und Pränataldiagnostik



Prof. Dr. med. Leonhard Schäffer

Chefarzt für Geburtshilfe und Pränataldiagnostik

Kontakt

Anmeldung zur Sprechstunde
Geburtshilfe
Telefon 056 486 35 50
fkl.anmeldung@ksb.ch

Effizient, schonend, effektiv

Minimal-invasive OP bei Senkungszuständen

Seit letztem Jahr führen wir am KSB die unilaterale pectinale Suspension (UPS) als schonende und zeitsparende Alternative zur Sakrokolpopexie (SKP) durch.

AUTOREN Dr. med. Rüdiger Mascus, Leitender Arzt Gynäkologie und Leiter Blasen- und Beckenbodenzentrum;
Dr. med. Markus Schmidt, Stv. Leitender Arzt Gynäkologie;
Prof. Dr. med. Martin Heubner, Direktor Departement Frauen und Kinder und Chefarzt Gynäkologie

Die operative Behandlung von Senkungszuständen des weiblichen Genitales wird weltweit bereits seit längerem erfolgreich mit der Sakrokolpopexie (SKP) durchgeführt. Dieser Eingriff erzielt regelmässig gute Resultate und wird daher unter den descensuschirurgischen Operationsverfahren zu Recht als «Gold-Standard» angesehen. Ein feines Polypropylen-Netz wird hierbei verwendet, um den Beckenboden zu unterstützen und am Promontorium zu fixieren. Obwohl der Eingriff meist minimal-invasiv durchgeführt werden kann, ist eine aufwendige Präparation retroperitonealer Räume notwendig. Auch wenn die grosse Mehrheit der Patientinnen mit dieser Methode sehr zufrieden ist: sie ist deutlich aufwendiger und Komplikationen wie Harninkontinenz, Defäkationsstörungen oder netzbedingte Beschwerden sind möglich.

*Der Eingriff ist in etwa
einem Drittel der Operations-
zeit durchführbar.*

Attraktive Alternative: Eingriffe, die ohne Fremdmaterial auskommen

Auch wenn sich die kontrovers geführte Diskussion über die Verwendung von Netzen in der Descensuschirurgie vor allem auf solche bezieht, die transvaginal implantiert werden, muss auch der abdominale Einsatz von alloplastischem Material kritisch indiziert werden. Eingriffe, die ohne Fremdmaterial auskommen, gewinnen dabei zunehmend an Attraktivität.

Vor diesem Hintergrund könnte eine neue Operationsmethode, die an einigen Kliniken bereits mit viel Erfolg durchgeführt wird, eine vielversprechende Alternative zur SKP sein. Bei der unilateralen pectinealen Suspension (UPS) wird die Zervix uteri mit einem nicht-resorbierbaren Faden am rechten Cooperschen Ligament (Ligamentum ileopectineum) fixiert. Das Verfahren kommt ohne alloplastisches Netzmaterial aus. Das ileopectineale Band hat sich als stabile Haltestruktur bereits bestens bei der netzunterstützten beidseitigen Pectopexie bewährt. Das Auffinden dieser Struktur ist ohne grosse Präparationsarbeit mühelos möglich, ebenso das Setzen der Naht im Bereich des isthmo-zervikalen Übergangs am Uterus.

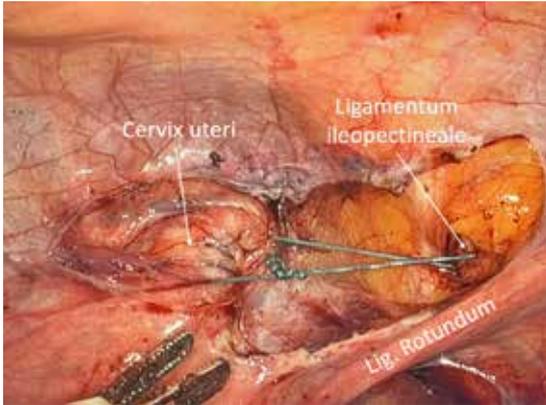
Das Knüpfen der Naht erfolgt unter gleichzeitiger Kontrolle mit einer vaginalen Speculumeinstellung bis zur gewünschten spannungsfreien Suspension des Genitales.

Zeitsparender Eingriff mit einem geringeren Operationstrauma

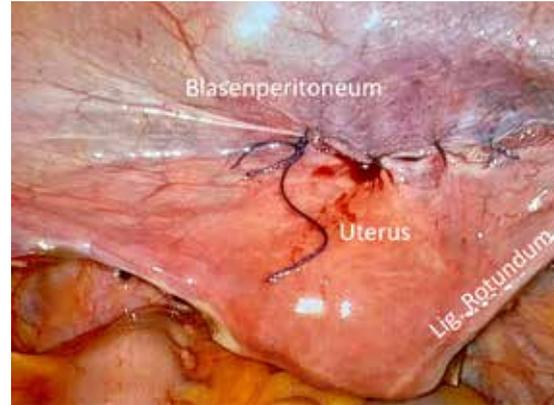
Aufgrund der deutlich geringeren Präparationsarbeit im Vergleich zur SKP ist der Eingriff in etwa einem Drittel der Operationszeit durchführbar und das Operationstrauma entsprechend gering. Zudem ist bei der UPS, anders als bei der SKP, keine ausgeprägte intraoperative Kopftieflagerung notwendig, was vor allem bei adipösen oder kardial-pulmonal vorbelasteten Patientinnen einen deutlichen Vorteil darstellt.

Nach Miktionskontrolle kann die Patientin somit am nächsten Tag bereits das Spital verlassen, weswegen der Eingriff auch eine gute Indikation für die Behandlung unserer betagten und/oder multimorbiden Patientinnen darstellt.

Fixierung am Lig. ileopectineum rechtsseitig



Abschlussbefund



Aber auch junge Patientinnen eignen sich für diese innovative Operationsmethode, wenn sie bei gering ausgeprägtem Descensus trotzdem symptomatisch sind und hier eine SKP eine Übertherapie darstellen würde. Ein weiterer Vorteil gerade für die jungen Patientinnen: Während die SKP in aller Regel die Hysterektomie erfordert, wird der Uterus bei der UPS belassen.

In naher Zukunft ist die Teilnahme des KSB-Beckenbodenzentrums an einer deutsch-schweizerischen Multicenterstudie vorgesehen.

Positiver Outcome und zufriedene Patientinnen

Da wir den Eingriff seit vergangenem September am KSB durchführen, überblicken wir einen ersten Nachbeobachtungszeitraum von 6 Monaten mit durchweg zufriedenen Patientinnen und stabiler Suspension des Genitales im Rahmen der urogynäkologischen Nachuntersuchungen.

In naher Zukunft ist die Teilnahme des KSB-Beckenbodenzentrums an einer deutsch-schweizerischen Multicenterstudie vorgesehen, in der insbesondere weitere Langzeitdaten zu dieser innovativen Operationstechnik erhoben werden.



Dr. med. Rüdiger Mascus
Leitender Arzt Gynäkologie und
Leiter Blasen- und Beckenbodenzentrum



Dr. med. Markus Schmidt
Stv. Leitender Arzt Gynäkologie



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

Kontakt

Blasen- und Beckenbodenzentrum
Sekretariat Untersuch
Telefon 056 486 35 55
beckenboden@ksb.ch

Künstliche Intelligenz Auf dünnen Schichten zur präzisen Diagnose

In der Pathologie des KSB werden täglich zytologische Proben im Rahmen der Krebsvorsorge, zur Tumordiagnostik sowie in der Tumornachsorge untersucht. Wie die konventionelle Zytopathologie im KSB revolutioniert wird, erklärt die Pathologin PD Sylvia Stadlmann.

AUTORIN PD Dr. med. Sylvia Stadlmann, Leitende Ärztin Pathologie, Bereichsleiterin Zytopathologie

Was ist eine Dünnschichtzytologie-Untersuchung?

Die Dünnschichtzytologie oder auch flüssigkeitsbasierte Zytologie ist ein besonderes Verfahren zur Beurteilung von Zellabstrichen oder Punktionen. Sie hat bei der Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs in vielen Ländern bereits die konventionellen Pap-Abstriche als Standardverfahren abgelöst. In der KSB-Pathologie soll die Dünnschichtzytologie nun auch in der extragenitalen zytologischen Diagnostik eingeführt werden. Dafür wird ein neu entwickelter Autoloader-Prozessor eingesetzt, der ein automatisiertes Verarbeiten aller zytologischer Proben ermöglicht. Als mögliche Option bietet dieser Prozessor zudem die Voraussetzung für den Einsatz von künstlicher Intelligenz (KI) bei der zytopathologischen Befundung.

Wie funktioniert die Dünnschichtzytologie mit dem automatisierten Prozessor?

Bei dem Verfahren werden Zellen unmittelbar nach der Gewinnung vom zuweisenden Arzt direkt in ein Probengefäß mit Fixiermedium überführt. Im Zytologielabor der Pathologie werden die Zellproben dann mittels des Autoloader-Prozessors in einem automatisierten Verfahren als dünne Schicht auf einen Objektträger aufgetragen. Im ersten Schritt werden die Zellen auf der Aussenfläche einer spezifischen Filtermembran gesammelt. Danach wird der Filter umgedreht und auf den Objektträger gedrückt, wodurch die Zellen in einem abgegrenzten Kreis verteilt am Objektträger hängenbleiben. Dadurch erhält man eine gleichmässige dünne Zellschicht, die eine repräsentative Zellpopulation aus der Patientenprobe darstellt.

Was sind die Anwendungsbereiche?

Das Verfahren kann im Rahmen der Krebsvorsorge (z.B. Pap-Abstrich), in der Tumordiagnostik (z.B. Primärdiagnostik und Staging von Lungenkarzinomen) und auch in der Tumornachsorge (z.B. bei Harnblasenkrebs) angewandt werden. Gerade in der extragenitalen Punktionszytologie gibt es eine Vielzahl von Indikationen zur Abklärung von benignen oder malignen Tumoren. Dafür eignen sich Urin, Liquor sowie Feinnadelpunktionen, Bürstenabstriche oder Spülflüssigkeiten aus verschiedensten Organen wie z.B. Schilddrüse, Lunge, Pankreas, Lymphknoten oder Speicheldrüse.

Der zuweisende Arzt kann Zellproben einfacher und rascher für die zytopathologische Beurteilung gewinnen.

Welche Vorteile hat die automatisierte Dünnschichtzytologie?

Mittels des Autoloader-Prozessors ist ein voll automatisiertes Dünnschichtzytologie-Verfahren möglich, welches die Herstellung von Objektträgern mit den diagnostischen Zellen in kürzester Zeit und höchster Qualität ermöglicht. Durch das Verfahren werden nahezu alle Zellen vom Entnahmeinstrument gelöst und bleiben für die Untersuchung erhalten. Die unmittelbare Fixierung und Beseitigung störender Bestandteile

Dünnschichtzytologie in der Diagnostik



Kombination von automatisierter Probenverarbeitung mit Künstlicher Intelligenz unterstützt die ärztliche Diagnostik in der Zytopathologie.

wie Blut oder Schleim durch besondere Filter verbessert die Zellqualität und damit die Sensitivität der Untersuchung erheblich. Ein wesentlicher Vorteil ist auch, dass dem Facharzt Pathologie in der Konservierungsflüssigkeit der Probe noch Zellen für erweiterte Untersuchungen zur Verfügung stehen. So kann er mittels immunhistochemischer oder molekularpathologischer Untersuchungen präzisere Aussagen zur Diagnose, Therapieoptionen und Prognose treffen.

Was ist so besonders an dem Autoloader-Prozessor?

Mittels des automatisierten Prozessors ist das Zytologielabor in der Lage, in einem einzigen Durchlauf bis zu 300 Patientenproben für die mikroskopische Befundung durch den Pathologen vorzubereiten. Die präzise und standardisierte Bearbeitung führt zu einer deutlich kürzeren Bearbeitungs- und Screeningzeit pro Präparat durch die zytotechnische Assistentin und damit zur Einsparung von personellen Ressourcen. Zudem kann das System optional mit einem KI-Modul erweitert werden, was ein computerassistiertes Screening von zytologischen Proben ermöglicht und somit Zeit bei der Suche nach auffälligen Zellen spart.

Wer profitiert von der automatisierten Dünnschichtzytologie?

Prinzipiell profitieren sowohl Patienten als auch Ärzte von der automatisierten Dünnschichtzytologie. Der zuweisende Arzt kann Zellproben einfacher und rascher für die zytopathologische Beurteilung gewinnen. Durch die sofortige Fixierung der Zellen im Transportmedium bleiben die Zellen unabhängig von der Transportzeit

in das Zytologielabor der Pathologie perfekt erhalten. Der Facharzt Pathologie wird durch die Computer-assistierte Auswahl an auffälligen Zellen die mikroskopische Beurteilung der Zellpräparate erheblich erleichtert und er kann dieselbe Probe für notwendige weitere Untersuchungen verwenden. Dem Patienten bleiben dadurch oft weitere Punktionen erspart und er profitiert von einer schnelleren und präziseren Diagnosestellung.



PD Dr. med. Sylvia Stadlmann
Leitende Ärztin Pathologie,
Bereichsleiterin Zytopathologie

Kontakt

Sekretariat Pathologie
Telefon 056 486 39 03
pathologie@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.

ORIENTTEPPICH



VERKAUF
30-50% Rabatt



REPARATUR
30% Rabatt



Vorher

REINIGUNG
30% Rabatt

Nachher

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

ORIENTTEPPICH-GALERIE TÄBRIZ

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

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

Montag geschlossen

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



Rubidium-Herz-PET/CT

Bessere Darstellung der Herzdurchblutung

Am KSB wird diese Methode seit Anfang Februar in einer Kooperation zwischen Nuklearmedizin, Kardiologie und Radiologie angeboten.

AUTOR Prof. Dr. med. Alexander Sauter, Leiter PET/CT

Verbesserte Darstellung der Herzdurchblutung mittels quantitativem Rubidium-Herz-PET/CT

Das Rubidium-Herz-PET/CT ist eine moderne bildgebende Technologie zur Abklärung der koronaren Herzkrankheit, die sowohl die Perfusion des Herzmuskels als auch den Grad der

(PET) und Computertomografie (CT). Bei der Untersuchung wird Rubidium-82 injiziert, ein radioaktives Isotop mit sehr kurzer Halbwertszeit, das sich im Herzmuskel anreichert und von der PET-Kamera aufgezeichnet wird. Die Anreicherung im Muskel korreliert sehr gut mit dem Blutfluss, weshalb man aus der Kombination dieser beiden Technologien, eine Ischämie und/oder einen Myokardinfarkt erkennen kann.

Beim Rubidium-Herz-PET/CT handelt es sich um eine Kombination aus Positronen-Emissions-Tomografie und Computertomografie.

Weniger Strahlenbelastung beim Rubidium-Herz-PET/CT

Einer der Vorteile der Rubidium-Herz-PET/CT gegenüber anderen bildgebenden Verfahren wie dem MIBI-SPECT/CT ist, dass sie eine deutlich geringere Strahlenbelastung (ca. 6x weniger) mit sich bringt. Ein weiterer Vorteil ist eine schnelle Untersuchung, die innerhalb von einer halben Stunde durchgeführt werden kann. Die SPECT/CT dauert pro Untersuchung gut 2h und muss an zwei aufeinanderfolgenden Tagen durchgeführt werden, damit man in Ruhe und unter Belastung

Verkalkungen der Koronararterien beurteilen kann. Es handelt sich hierbei um eine Kombination aus Positronen-Emissions-Tomografie

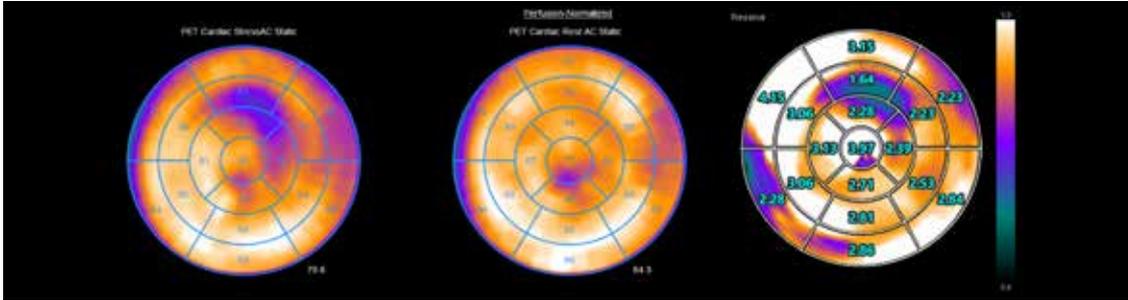
1) CT Herz

57-Jähriger Patient mit V. a. KHK bei Druckgefühl thorakal. Im CT Herz hochgradige Stenose im Diagonalast 1 der LAD (CAD-RADS 4a).



2) Rubidium-Herz-PET/CT

In der Rubidium-Herz-PET/CT Ischämie anterior unter Stress (A) im Vergleich zur Ruhe-Aufnahme (B), sowie reduzierte myokardiale Flussreserve im betroffenen Areal (C).



untersuchen kann. Die körperliche Belastung wird mit einem Vasodilatator simuliert (Adenosin oder Regadenoson bei bekanntem Asthma), weshalb vorher keine Methylxanthine (Kaffee, Schokolade, Tee) eingenommen werden dürfen. Eine echte körperliche Belastung mit Laufband oder Velo ist bei der PET/CT nicht möglich, in Fällen die mechanisch belastet werden müssen führen wir daher immer noch eine MIBI-SPECT/CT durch. Während bei der MIBI-SPECT/CT nur eine relative Aussage gemacht werden kann, kann die absolute Quantifizierung mit Bestimmung des myokardialen Blutflusses insbesondere eine balancierte Ischämie ausschliessen. Bei ausgewählten Patienten kann die Untersuchung mit einem CT Herz kombiniert werden, wie in folgendem Beispiel gezeigt:

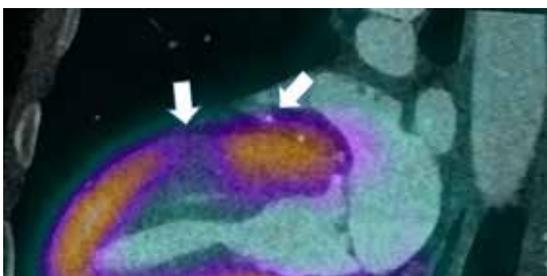
Abbildung 1 zeigt das Herz CT von einem 57-jährigen Patienten mit hochgradiger Stenose des Diagonalast 1 der LAD. Abbildung 2 zeigt die PET-Untersuchung in Ruhe und unter Belastung mit Nachweis einer Ischämie, die in der Fusion mit dem betroffenen Gefäss sehr gut korreliert werden kann (Abbildung 3).

Quantitative Informationen zum myokardialen Herzfluss

Ein weiterer Vorteil der Rubidium-Herz-PET/CT ist, dass sie quantitative Informationen über den myokardialen Blutfluss liefert, die für eine präzise Diagnostik von grosser Bedeutung sind, gerade auch für die Differentialdiagnosen wie INOCA (Ischemia with No Obstructive Coronary Arteries) bzw. die koronare mikrovaskuläre Dysfunktion (CMD) (Schindler TH et al., JACC Cardio Vas 2023).

3) Fusion

Beide Befunde (Stenose und Ischämie) sind in der Fusion aus CT Herz und Rubidium-Herz-PET sehr gut erkennbar.



Prof. Dr. Alexander Sauter

Doppelfacharzt für Radiologie und Nuklearmedizin mit Zertifizierung in der kardiovaskulären Bildgebung. Seit Februar 2023 leitet er das PET/CT am KSB.

Kontakt

Sekretariat Nuklearmedizin
Telefon 056 486 38 80
nuklearmedizin@ksb.ch

Unsere neuen Ärztinnen und Ärzte stehen Rede und Antwort



«Ich freue mich, dass ich am KSB in beiden Welten der Radiologie und Nuklearmedizin unterwegs sein kann»

Prof. Dr. med. Alexander Sauter

Leitender Arzt Radiologie/Nuklearmedizin, Leiter PET/CT

Was hat Sie überzeugt, ans KSB zu wechseln?

Die Möglichkeit, hier noch innovativer und vernetzter arbeiten zu können und vor allem, mit dem Rubidium-PET/CT eine neue Methode mit einzuführen. Ich verfüge über je einen Facharzt-titel in Radiologie und Nuklearmedizin, beide kann ich hier gut miteinander verbinden. Gerade für das PET/CT-Verfahren sind beide Facharzt-titel von Vorteil, denn es handelt sich dabei um zwei Modalitäten, die man eigenständig befunden kann und ansonsten jeweils einen Nuklear-mediziner und einen Radiologen bräuchte.

Mit dem Rubidium konnten Sie vor Kurzem erstmals die Herzbeschwerden eines Patienten im Aargau abklären. Welche Vorteile bietet die Methode?

Die Strahlenexposition ist im Rubidium viel geringer als bei der Myokardszintigraphie mit dem SPECT. Bei der alten Methode ist der Patient nicht nur einer höheren Strahlenexposition ausgesetzt, sie ist auch aufwendiger, weil sie an zwei Tagen durchgeführt wird. Im PET/CT können wir im Idealfall beide Untersuchungen zusammen durchführen und erhalten absolute Zahlen über den Blutfluss anstelle nur eines relativen Vergleichs. Gerade bei Patienten mit drei verkalkten Herzkranzgefäßen oder Diabetes kann man mit dem quantitativen Verfahren genauer arbeiten. (Mehr dazu erfahren Sie im Artikel auf Seite 34, Rubidium-Herz-PET/CT.)

Wie ist Ihr erster Eindruck vom KSB?

Sehr positiv. Aus dem Team spüre ich, dass man hier sehr vernetzt und auf Augenhöhe miteinander arbeitet.

Worauf freuen Sie sich im neuen Job besonders?

Auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit, den Austausch mit den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten und dass ich am KSB in beiden Welten der Radiologie und Nuklearmedizin unterwegs sein kann.

Medizinischer Fokus:

Kardiothorakale, hybride und onkologische Bildgebung

Beruflicher Werdegang:

2017-2023

Oberarzt und Forschungsgruppenleiter, Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin, Universitätsspital Basel

2014-2017

Weiterbildung Nuklearmedizin, Universitätsspital Basel

2008-2014

Weiterbildung Radiologie, Forschungsgruppenleiter Translational Imaging, Universitätsklinikum Tübingen

Akademische Ausbildung

2021 MHBA, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

2020 apl. Professur

2014 Habilitation, Eberhard Karls Universität Tübingen

2008 Promotion

2007 Staatsexamen, Universität Regensburg



«Es fühlt sich an wie heimkommen»

KD Dr. med. Alice Köhli

Leitende Ärztin Kinder- und Jugendmedizin, spez. Allergologie

Was hat Sie zu einem Wechsel ans KSB bewogen?

Ich erhoffe mir kürzere Wege, die Möglichkeit mehr am Patienten zu arbeiten und Ideen schnell umzusetzen. Übrigens bin ich im KSB bereits zur Welt gekommen und habe meine ersten sechs Lebensjahre in Nussbaumen verbracht, ich bin also eine gebürtige Badenerin. Zudem kannte ich das KSB bereits aus meiner Zeit als Assistenzärztin, damals noch in der Chirurgie unter Prof. Säuberli. Der KSB-Chefarzt der Klinik für Kinder und Jugendliche Professor Guido Laube ist auf mich zugekommen und ich muss sagen, es fühlt sich an wie heimkommen.

Was gefällt Ihnen besonders an Ihrem neuen alten Arbeitsort?

Die interprofessionelle Zusammenarbeit mit der Pflege, der Ernährungsberatung, der Diätküche, dem Labor und der Apotheke ist sehr gut angelaufen und wir werden diese stetig weiter ausbauen. Auch die neuen Räumlichkeiten im Partnerhaus gefallen mir sehr. Ich habe das Gefühl, man ist hier als Mitarbeiter etwas wert. Diesen Eindruck hatte ich schon an der Eintrittsveranstaltung im Hörsaal gewonnen.

Was begeistert Sie an der Kinderallergologie?

Bereits als Neunjährige wollte ich Kinderärztin werden. Fast hätte ich mich im Verlauf meiner Ausbildung zwar für die Chirurgie entschieden, doch am Ende bin ich meinem Kindheitstraum treu geblieben. Gerne wollte ich mich in einem pädiatrischen Fachgebiet spezialisieren, um Kindern bestmöglich helfen zu können. Ausserdem muss ich bei meiner Arbeit als Allergologin ein bisschen wie Sherlock Holmes vorgehen, es braucht viel Liebe zum Detail, man muss viel nachfragen, Dinge ausschliessen, um schliesslich die richtige Diagnose zu stellen – das gefällt mir.

Treten Allergien bei Kindern in den letzten Jahren gehäuft auf?

Ja, inzwischen hat jedes sechste Kind eine Pollenallergie und die Inhalationsallergien haben sich auf sehr hohem Niveau eingependelt. Auch Nahrungsmittelallergien treten bei Kindern häufiger auf, beispielsweise Allergien auf Milch-Ei oder Erdnüsse.

«Verwachsen» sich Allergien tatsächlich mit der Zeit?

Ja, das trifft auf die meisten Nahrungsmittelallergien zu. Und es ist auch wichtig, dass man die Nahrungsmittel schnellstmöglich für die Kinder wieder freigeben kann. Für Nüsse und Erdnuss gilt dies leider meist nicht, sodass eine gute Betreuung der Patientinnen/Patienten sehr wichtig ist. Denn es hat sich gezeigt, dass eine schwere genuine primäre Nussallergie sehr einschränkend ist für den Alltag. Die Lebensqualität betroffener Kinder ist sogar niedriger als bei Diabetes-Typ 1-Patienten.

Welches sind die häufigsten Fragen und Sorgen von Eltern in Ihrer Sprechstunde?

Die meisten erkundigen sich nach der Prognose, wie es langfristig weitergeht. Auch haben viele Angst vor neuen Reaktionen. Deshalb ist es wichtig, die Kinder und Eltern regelmässig zu schulen, wie sie im Fall einer allergischen Reaktion richtig reagieren. Wenn der Auslöser einer allergischen Reaktion zunächst noch unklar ist, ist daher auch eine professionelle allergologische Abklärung wichtig, um diesen Auslöser einerseits strikt zu meiden und andererseits unnötige Diäten zu verhindern.

Ich freue mich auf eine gute Zusammenarbeit mit allen Zuweisenden.

Sprechstunde Kinderallergologie:

Jeweils am Dienstag und Donnerstag

Telefon 056 486 37 03

kinderallergologie@ksb.ch



«Wir sind jederzeit offen sind für Ihre Anfragen per Mail oder Telefon.»

Dr. med. Sonja Schauer

Stv. Leitende Ärztin Kinderchirurgie

Was hat Sie überzeugt, ans KSB zu wechseln?

Mit meinem Vorgänger Andreas Dietl arbeite ich seit Jahren für das Swiss Surgical Team in einem kinderchirurgischen Projekt in Tadschikistan. Im Rahmen unserer gemeinsamen Einsätze hat er mehrfach sehr begeistert von seiner Arbeit im KSB gesprochen. Zudem kenne ich den KSB-Kinderchirurgen Robi Weil seit vielen Jahren. Auch mit ihm war der Austausch über die Kinderchirurgie am KSB sehr rege und positiv. Bei meiner Hospitation hat mich schliesslich das ganze Team mit seiner Herzlichkeit und harmonischen Zusammenarbeit überzeugt. Auch die MPAs haben mich so nett aufgenommen, das Arbeiten in dem kleinen harmonischen Team macht einfach Spass.

Worauf freuen Sie sich bei Ihrer neuen Tätigkeit am meisten?

Selbst gestalten zu können und die Möglichkeit, das Bisherige weiterzuentwickeln. Auch schätze ich die enge Zusammenarbeit mit der Pädiatrie und den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten. Zudem freue ich mich auf das breite Spektrum an Erkrankungen und operativen Eingriffen, die wir kinderchirurgisch anbieten. Von der Fraktur zum Hodenhochstand, vom Säugling bis zum 16-Jährigen – dies macht den Alltag sehr abwechslungsreich und spannend.

Was ist Ihnen bei der Zusammenarbeit mit den Zuweisenden besonders wichtig?

Mir liegt ein vertrauensvoller Austausch am Herzen, wir jederzeit offen sind für Ihre Anfragen per Mail oder Telefon. Wir geben zum Beispiel auch zu Verlaufsfragen gern Feedback und versuchen stets, die Anfragen zeitnah zu beantworten. Im Herbst werden wir übrigens für «Kinderärzte Schweiz» eine kinderchirurgische Fortbildung in Form eines Hands On-Gipskurses durchführen. Weitere Infos folgen in Kürze.

Wie kam es zu Ihrer Spezialisierung auf Kinderchirurgie?

Mir war bereits während meines Studiums klar, dass ich in einem chirurgischen Fach tätig sein möchte. Zudem stamme ich aus Tuttlingen, der Weltstadt der chirurgischen Instrumente (lacht). Als ich im Unispital Basel auf dem Notfall gearbeitet habe, wurden damals pädiatrische chirurgische Schockraumpatienten auf der Erwachsenen-notfallstation betreut. Dadurch entwickelte sich meine Faszination für die Kinderchirurgie. Bereits als Teenager hat mir der Umgang mit Kindern und Jugendlichen bei meiner Arbeit im Kinder- und Jugendclub sehr gefallen.

Worüber haben Sie zuletzt gelacht?

Nach einer geschlossenen Reposition einer Vorderarmfraktur im Gipszimmer in Lachgassedation sagt der Zehnjährige, der zuvor sehr ängstlich war: «Isch mega cool gsi, chasch es no emol mache.» Alle Beteiligten mussten herzlich lachen.

Sekretariat Kinderchirurgie

Telefon 056 486 37 04

kinderchirurgie@ksb.ch



«Die Autonomie der alten Menschen wird zu wenig respektiert.»

Dr. med. Vesna Stojanovic

Leitende Ärztin Innere Medizin, Leiterin Akutgeriatrie

Sie waren bereits von 2009–2013 und erneut von 2015 bis 2017 am KSB tätig, zuletzt als Leitende Ärztin Akutgeriatrie und Innere Medizin. Was zieht Sie immer wieder nach Baden zurück?

Alle guten Dinge sind drei! Ich schätze das Arbeitsklima und den schnellen Arbeitsrhythmus sowie den ausgezeichneten Teamgeist in Baden sehr.

Was begeistert Sie an der Geriatrie?

In der Geriatrie kommen die Patientenintegrität, die Selbstbestimmung und der Patientenwille sehr zur Geltung. Nach der individuellen Einschätzung der eigenen Ressourcen und der Funktionalität im Alltag entwickeln wir entsprechende Behandlungskonzepte. Hinzu kommen die Komplexität durch die Polymorbidität sowie der Einfluss durch das psychosoziale Umfeld, welches ebenfalls in das Betreuungskonzept einfließt. Es tönt sehr kompliziert, ist aber sehr einfach, weil unsere Patientinnen und Patienten sehr dankbar sind, wenn sie zusammen mit uns einen vernünftigen Entscheid treffen können. Unabhängig davon, ob es um die Behandlung oder die Entlassung ins Altersheim oder nach Hause geht. Für so eine Betreuung ist eine koordinierte Arbeit durch ein interdisziplinäres und interprofessionelles Team nötig. Diese auf verschiedenen Ebenen vorhandene Zusammenarbeit hat mich immer fasziniert und motiviert.

Worauf freuen Sie sich bei Ihrem neuen, «alten» Job im KSB am meisten?

Ich freue mich sehr auf das Team (mit einigen bekannten Gesichtern) und auf die Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Geriatrie in der ganzen Region. Ich sehe dort ein grosses Potenzial und bin gerne bereit, meine Erfahrungen, welche ich in den Solothurner Spitälern machen konnte, einfließen zu lassen. Ich freue mich aus diese kreative Arbeit.

Wo sehen Sie die grössten Herausforderungen in Ihrem Fachgebiet?

Wir brauchen neue Konzepte, nicht nur für die stationäre Versorgung der alten Menschen, sondern auch ein speziell angepasstes ambulantes Angebot sowie eine gute Prävention. Wenn die

geriatrischen Patienten in der ihr vertrauten Umgebung durch die präventiven Massnahmen lang noch selbständig und gut leben können, dann werden die stationäre sowie die ambulante Betreuung besser organisierbar. Die Prävention in der Geriatrie sehe ich als grosse Herausforderung. Die zweite grosse Herausforderung ist die Behandlung und die Betreuung der Menschen mit Demenz. Aktuell sind die Demenzen in mehr als 60 Prozent durch Angehörige betreut.

Die ETH wird im Partnerhaus II u.a. die Forschung zur Altersmedizin vorantreiben. Wo sehen Sie in diesem Bereich das grösste Potenzial?

An der Altersmedizin-Forschung werde ich mich sehr gerne beteiligen und bin sehr interessiert. Die Demenz-Forschung wird immer spannender, aber es gibt noch viel andere Bereiche in der Geriatrie, die noch wenig erforscht sind, z.B. Sarkopenie, Frailty....

In der Geriatrie erleben Sie die Schattenseiten des Altwerdens. Haben Sie Angst vor dem Altern?

Ich habe keine Angst, alt zu werden. Es kann sehr schön sein, man wird nach so viel Erfahrungen überlegter und reifer. Die Wertschätzung gegenüber anderen und die Dankbarkeit sind intensiver und die Selbsteinschätzung besser. Auch Zeit hat einen anderen Wert.

Welches ist das am meisten verbreitete Missverständnis rund um die Geriatrie?

In der Medizin tendieren wir dazu, alte Menschen zu entmündigen. Die Autonomie der alten Menschen wird zu wenig respektiert. Häufig werden sie generell bevormundet, ohne dass man auf ihre Bedürfnisse eingeht und die Urteilsfähigkeit genau differenziert. Auch ein dementer Mensch darf immer noch selbst entscheiden in den Bereichen, in denen er urteilsfähig ist. Grundsätzlich gewichten wir in der Medizin die biologische Seite zu fest. Die Geriatrie berücksichtigt neben den medizinischen auch die psychosozialen Aspekte in den Behandlungskonzepten.

Die Haut

Ein Fenster zur Diagnostik

Ob im Spital oder mittels verschiedener Online-Kommunikationsformate: Dr. med. Paul Scheidegger fokussiert sich auf komplexe allergologisch-immunologische Fälle und ist seit Herbst 2022 neu als Leitender Arzt in Teilzeit am KSB tätig. Mehr über sein Aufgabengebiet, Detektivarbeit bei Medikamenteninteraktionen und lebensgefährliche Hauterkrankungen lesen Sie im Stichwortinterview.

INTERVIEW Vivien Wassermann

Paul Scheidegger über...

...sein Aufgabengebiet am KSB

Ich bin als Konsiliararzt für mehrheitlich komplexe dermatologische, allergologische und immunologische Fälle zuständig. Auch gebe ich mein Wissen gern an die Assistenzärztinnen und Ärzte weiter. So teache ich jeweils zwei Assistenz- und teils auch Oberärztinnen und Ärzte aus der Inneren Medizin. Jeden ersten Dienstag im Monat findet zudem eine gemeinsame Sprechstunde mit der Rheumatologie statt. Häufig leiden Rheumapatienten zum Beispiel unter Psoriasis.

...die Herausforderungen bei der Behandlung von allergologisch-immunologischen Fällen

Spitalspezifisch sind die vielen Arzneimittel, die zu verschiedensten Medikamenteninteraktionen führen, die grösste Herausforderung. Multimorbide Patienten nehmen häufig zehn, zwanzig Arzneien ein, die zu entsprechenden Hautreaktionen führen können. Die Schwierigkeit besteht darin, das Medikament zu identifizieren, welches zu der Reaktion geführt hat. Die weitere Crux liegt in der Frage, welches Medikament kann ich absetzen, welche sind die Must-Haves? Um die bestmögliche Entscheidung zu treffen, ist es massgeblich,

V.l.n.r. Frau Xhemlie Mazreku (MPA), Dr. Paul Scheidegger (LA Dermatologie), Dr. Katharina Gut-Fischer (LAe Innere Medizin), Frau Maria Kränzlin (MPA), Dr. Petra Ferrari Pedrini (LAe Innere Medizin)



die Anamnese in richtiger Chronologie zu erfassen sowie viele interdisziplinäre Gespräche zu führen. Wir fühlen uns dabei fast wie Detektive.

Biologicals haben die Dermato-Onkologie, Allergologie und Dermatologie revolutioniert.

...lebensgefährliche Hautablösungen

Im Rahmen von Medikamenteninteraktionen kann es zu Hautablösungen wie beim Steven Johnson Syndrom kommen, bei welchen die Mortalität bis zu 50 Prozent beträgt! Pro Monat erleben wir einen Fall, bei welchem wir aktiv werden müssen. Auch die Erythrodermie, ein Arzneimittel ekzem auf Antibiotika, ist eine schwere Entzündung, die zu einer grossflächigen Rötung der Haut führt. Jedoch können wir hier mit relativ einfachen Mitteln rasch zum Überleben des Patienten beitragen.

...massgebliche Entwicklungen der Dermatologie

Biologicals haben die Dermato-Onkologie, die Allergologie und Dermatologie revolutioniert. Dies ermöglicht uns ganz andere Therapien als noch vor sechs Jahren. Dadurch sind die Spitalbetten auf der Dermatologie überflüssig geworden, auch wenn die Behandlungen natürlich recht teuer sind.

...eine häufige Fehldiagnose

Urtikaria ist keine Nahrungsmittelallergie! Deshalb bedingt die Therapie keine Steroidgabe, jedoch eine Hochdosis an Antihistaminika. Beispielsweise macht Cetirizin, ein Antihistaminika, welches häufig bei Heuschnupfen verordnet wird, noch müder.

...die Rolle der Dermatologie in der Hausarztpraxis

Die Haut ist wie ein Fenster zur Diagnostik. Das ist der grosse Vorteil an der Dermatologie. Denn dank diesem Fenster kann man beispielsweise niederschwellig eine Biopsie machen, man benötigt kein MRI oder CT. Zudem sagt der optische Eindruck oft mehr als 1000 Worte. Übrigens schätze ich die Zusammenarbeit und den wertvollen Austausch mit den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten sehr und freue mich auf weitere spannende Diskussionen. Gern begutachte ich komplexe dermatologische, allergologische und immunologische Sachverhalte auch online.



Dr. med. E. Paul Scheidegger
Leitender Arzt Medizin

Zuweisung

Paul Scheidegger begutachtet am KSB dermatologische, allergologische oder immunologische Sachverhalte auf Zuweisung über die internistische Sprechstunde – meistens **dienstagsvormittags von 8:30 bis 11:00 Uhr**.

Kontakt

Anmeldung:

internistische.sprechstunde@ksb.ch

Telefon 056 486 16 00

Handy 076 424 19 62

paul.scheidegger@ksb.ch



HAVE A
GOOD
HAIR
DAY!

COIFFURE
Grimm

coiffure-grimm.ch

Calciphylaxie

Eine Frau mit seltsamen Wunden

Ein Fall
der Derma-
tologie

Eine 73-jährige multimorbide Patientin, die zudem seit einem Monat unter Durchfall litt, wurde dem KSB zugewiesen. Innerhalb weniger Tage entwickelte die Patientin mehrere Wunden sowie Dekubitus. Was steckt hinter dem plötzlich auftretenden Befund und wie sieht die weitere Vorgehensweise aus?

AUTOREN Dr. med. E. Paul Scheidegger, Leitender Arzt Medizin, und Dr. med. Katharina Gut Fischer, Leitende Ärztin Innere Medizin

Eine 73-jährige Patientin wurde notfallmässig durch die hausärztliche Praxis bei Allgemeinzustandsreduktion mit Dysarthrie, Vigilanzminderung und Hypotonie überwiesen. Seit ca. einem Monat besteht ein chronischer Durchfall. Bei der Patientin sind noch bekannt:

- Chronische Niereninsuffizienz Stadium G2Ax nach KDIGO
- Hypertensive Kardiopathie mit HFpEF (EF 45%) ED 06/2022
- Duktales Mammakarzinom (NST) links, pT2 (m), pN2a (6/16), MO
- Für Mamma-K erfolgte vor ca. 2 Wochen noch eine perkutane Radiotherapie.
- Polymyalgia rheumatica, ED 09/2010 mit Status nach MTX- und PDN-Therapie 2010-2011

- Stent nach tiefer Venenthrombose
- Adipositas per magna und Alkoholabusus

Bei Eintritt war die Patientin hämodynamisch instabil (Blutdruck 76/37mmHg) und wurde auf der IMC aufgenommen, da eine Katecholamintherapie notwendig war.

Aufgrund der anamnestisch über längere Zeit bestehenden massiven Diarrhoe, der intravasalen Hypovolämie und Hypalbuminämie interpretierten wir den Schockzustand am ehesten i.R. eines distributiven hypovolämen Schocks. Die Ursache der Diarrhoe blieb offen. Als die Patientin sich stabilisierte erfolgte die Verlegung auf Normalstation.

Fallvorstellung:

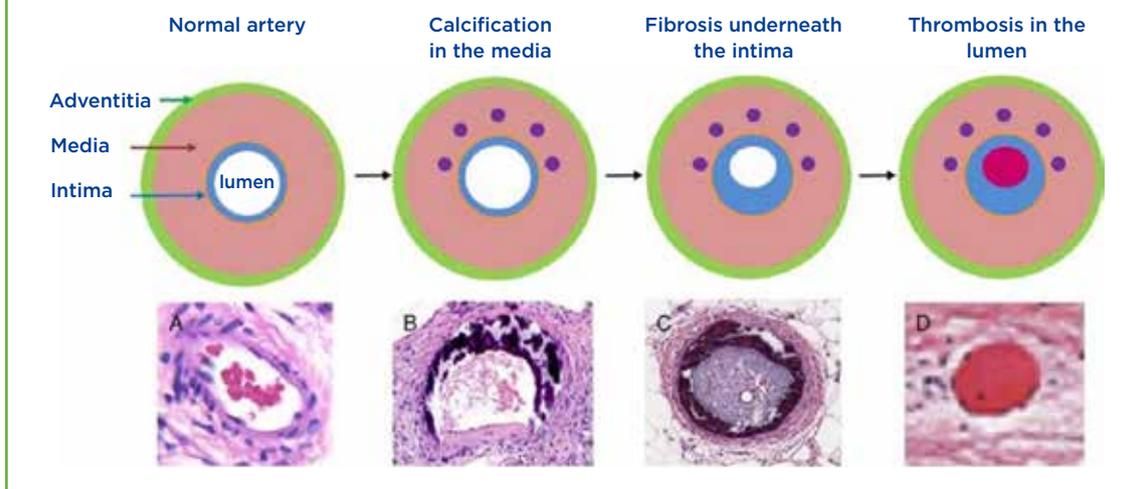
Eine Frau mit seltsamen Wunden

10x5cm grosse Wunde proximal des Trochanter major links mit tiefer, subkutaner Verkalkungsplaque.



Calciphylaxie: Pathophysiologie

Alle diese Faktoren triggern die Transformation von glatten Muskelzellen in Osteoblasten-ähnliche Zellen und initiieren so den Prozess der Kalzifizierung.



Woher kommen die plötzlichen Wunden?

Doch im kurzen Verlauf entwickelte die Patientin mehrere Wunden sowie Dekubitus, trotz Wechsellagerungsmatratze und regelmäßiger Körperpflege. Auch hatte sich eine kleine Druckstelle der Patientin im Verlauf von zehn Tagen stark vergrößert. Es erfolgte ein Debridement durch die Kollegen der Chirurgie mit VAC-Einlage.

Eine kleine Druckstelle hatte sich im Verlauf von zehn Tagen stark vergrößert.

Wegen des Durchfalls erfolgten im Rahmen der Hospitalisierung auch eine Koloskopie (unauffällige Histologie), eine Serologie (t-Transglutaminase IgA, Gliadin IgG/IgA: negativ) sowie Stuhluntersuchungen auf Antigen/Toxin (negativ) sowie Calprotectin (erhöht (1322 µg/g, Norm <50 µg/g)).

Aufgrund der Mangelzustände wurde auf der Station eine perorale Ernährung mittels Nasenmagensonde durchgeführt. Die Patientin entwickelte daraufhin ein Refeeding-Syndrom, so dass letztlich von einem Ansprechen der Ernährung ausgegangen werden konnte.

Eine lebensbedrohliche Erkrankung

Eine Biopsie erwies sich auch in diesem Fall als Fenster zur Diagnostik: Calciumablagerungen in der Haut haben dazu geführt, dass die Wunden nicht abgeheilt sind. Diese Calciphylaxie oder auch urämisch-kalzifizierende Arteriopathie ist eine sehr schmerzhaft, seltene, aber lebensbedrohliche Erkrankung der kleinen Gefäße in der Dermis und Fettgewebe.

Diese führt zu einem verminderten Blutfluss und Thrombosierung. Es folgen starke Schmerzen, subkutane Verhärtungen, eine retiforme Purpura bis hin zu Nekrosen und Ulzerationen.

Die Mortalität beträgt je nach Studie 30-80 % in den ersten sechs Monaten, vor allem aufgrund potenzieller Infektionen. Epidemiologische Daten

gehen von einer Prävalenz von ein bis vier Prozent aller dialysepflichtigen Patienten aus.

Die genaue Ursache ist unklar. Dem Prozess liegt am ehesten eine Fehlregulierung von Faktoren zugrunde, die in der Transformation der Gefäßmuskelzellen zu einem Knochenphänotyp und somit in der Osteogenese involviert sind. Zu den Risikofaktoren zählen Nierenversagen, Dialysepflicht, Vitamin-K-Defizit (wie unter Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten).

Therapieoptionen

Es gibt weder eine etablierte Therapie der Calciophylaxie noch liegen bis dato keine prospektiven Studien mit erfolgreichen Therapiekonzepten vor.

Die erste Wahl ist die Infusion von Natriumthiosulfat: in der Regel 3x pro Woche mit 25g. Der genaue Wirkmechanismus ist zwar nicht bekannt. Es wird jedoch angenommen, dass Natriumthiosulfat lösliche Komplexe mit Kalzium formt. Zu den relevanten Nebenwirkungen zählen Metabolische Azidose, QTc-Verlängerung, Nausea und Vomitus.

Von zentraler Bedeutung wird als weitere Therapie ein operatives Wund-/Nekrosen-Debridement empfohlen.

Von zentraler Bedeutung als weitere Therapie wird ein operatives Wund-/Nekrosen-Debridement empfohlen. Gute Erfahrungen gibt es in Kombination mit einer Unterdrucktherapie (McCarty et al. Mayo Clin Proc 2016). Die Patientin wurde schliesslich mit einer Magensonde ins Pflegeheim entlassen. Da die chronischen Wunden und die Malabsorption die Lebensqualität der Patientin stark eingeschränkt hatten, war es wichtig, die Ursache dahinter herauszufinden. Mittels unseres therapeutischen Konzeptes konnte die Patientin wieder an Lebensqualität gewinnen.



Dr. med. E. Paul Scheidegger
Leitender Arzt Medizin



Dr. med. Katharina Gut Fischer
Leitende Ärztin Innere Medizin

Kontakt

Anmeldung:

internistische.sprechstunde@ksb.ch

Telefon 056 486 16 00

Handy 076 424 19 62

paul.scheidegger@ksb.ch



aarReha
Schinznach

Weiterkommen.

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

Sich wohlfühlen und gesund werden gehören zusammen.

www.aarreha.ch

THE SWISS
LEADING
HOSPITALS
Best in class.



Wohnen. Leben. Zuhause sein.
Alterszentrum am Buechberg


Alterszentrum
am Buechberg

Alterszentrum am Buechberg AG
Bernardastrasse 3 · 5442 Fislisbach · Tel. 056 484 83 83 · www.buechberg.ch

Hausarztfortbildung «Chirurgisches Symposium»

Save
the
Date

**Donnerstag 26. Oktober 2023,
17.00 bis 20.00 Uhr im Hörsaal KSB**

Einladung mit Detail-Programm folgt.



**Richtig versichert –
unbeschwerter leben.**



KLINIK BARMELWEID: ZURÜCK INS LEBEN



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

- 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. Mathias Schlögl, Chefarzt Geriatrie
- 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   