medizin aktuell

Die regionale Gesundheitsinformation

Oktober 2017

Diabetes
Gefahr für die Netzhaut

Leistenbruch
Nur die Operation bringt Heilung

Parodontitis
Blutendes Zahnfleisch ist ein Warnsignal

Schlafapnoe-Syndrom

Maske hilft beim Atmen

Entstanden in Zusammenarbeit mit der Insel Gruppe sowie weiteren Gesundheitsinstitutionen der Stadt und Region Bern

SPITAL AARBERG INSELGRUPPE
SPITAL MÜNSINGEN INSELGRUPPE
SPITAL RIGGISBERG INSELGRUPPE
SPITAL TIEFENAU INSELGRUPPE

Epicondylitis

Stechender Schmerz im Ellbogen

Die Epicondylitis – umgangssprachlich «Tennis-» oder «Golferellbogen» genannt – ist ein erworbener, schmerzhafter Reizzustand der Sehnenansätze von Muskeln des Unterarms im Bereich des Ellbogens.

Die Epicondylitis humeri radialis («Tennisellbogen») ist auf eine Überbeanspruchung der Streckmuskulatur von Handgelenk und Hand zurückzuführen. Ist die Beugemuskulatur betroffen, spricht man dagegen vom «Golferellbogen», der Epicondylitis humeri ulnaris. Die so bezeichneten Krankheitsbilder werden aber nur in der Minderheit der Fälle durch den Tennis- beziehungsweise Golfsport ausgelöst. Vor allem der Tennisellbogen kann durch verschiedene repetitive Tätigkeiten ausgelöst werden; etwa durch das Hantieren mit der Computermaus, das Schneiden der Gartenhecke oder das Tragen schwerer Kisten beim Wohnungsumzug. Dass diese an sich harmlosen Tätigkeiten zur schmerzhaften Erkrankung führen können, mag den Laien erstaunen, lässt sich aber gut erklären.

Brennende, stechende Schmerzen

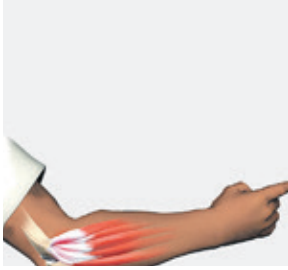
Die betroffenen Muskeln sind beim Ellbogengelenk durch ihre Sehnen mit dem Oberarmknochen verbunden – eine anfällige Stelle des Bewegungsapparates, an der sich eine Überlastung bald einmal bemerkbar macht. Es kommt zu einer Reizung des Gewebes, brennenden bis stechenden Schmerzen im Ellbogen, manchmal auch im Ruhezustand. Die Hand zur Faust zu ballen oder eine schwere Last zu heben fällt zunehmend schwer oder wird unmöglich.

Das lässt sich dagegen tun

Wichtig ist, dass das betroffene Handgelenk und die Hand angepasst eingesetzt werden – meistens bedingt dies, dass schmerzauslösende Bewegungen möglichst reduziert, besonders belastende Tätigkeiten für gewisse Zeit ganz unterlassen werden. In der Ergotherapie gelangt eine Kombination verschiedener hilfreicher Methoden zur Anwendung: Die verhärtete, druckempfindliche und schmerzhafte Muskulatur wird mittels Dehnungsübungen (zweitunterstes Bild rechts) und ausstreichenden Massagebewegungen mobilisiert, der Muskel-Sehnen-Strang damit wieder elastischer. Die Patientinnen und Patienten werden durch die Ergotherapeutin, den Ergotherapeuten instruiert, sind somit in der Lage, die Dehnungsübungen und Massagebewegungen selbstständig vorzunehmen. Bei manuell belastenden Tätigkeiten hilft eine kleine Unterarmmanschette. Haltung, Stellungen am Arbeitsplatz oder bei anderen Tätigkeiten werden durch die Ergotherapeutin, den Ergotherapeuten erfragt, überprüft und analysiert. Die Patienten und Patientinnen erhalten praktische Anleitungen zur Verbesserung und lernen, wie der betroffene Arm so einzusetzen ist, dass er weder übermässig geschont noch belastet wird. Bei Bedarf werden von der Patientin benutzte Werkzeuge, Griffe usw. individuell ergonomisch angepasst, um weitere Reizungen der betroffenen Armmuskulatur zu vermeiden. Verschiedentlich hilft auch die gezielte Ultraschall-Behandlung in niedrigen Frequenzen.

Gute Prognose

Eine Epicondylitis kann hartnäckig sein; je konsequenter aber die Dehnungsübungen durchgeführt und auf gute Haltung und Stellung am Arbeitsplatz und bei anderen Tätigkeiten geachtet wird, desto rascher tritt der Heilungserfolg ein. Trotzdem ist mit mehreren Wochen bis Monaten zu rechnen, bis die Beschwerden restlos verschwunden sind. Der chirurgische Eingriff zur Behandlung des Tennisellbogens, das Herausschneiden des degenerierten Sehnenstrangs, wird erst dann erwogen, wenn eine über mehrere Monate durchgeführte «konservative» Therapie nicht zum Erfolg führt.



Die Auskunftsperson
Esther Bohli
Dipl. Ergotherapeutin HF
Leiterin Handtherapie Bern

Praxis:
Handtherapie Bern, Praxis für Ergotherapie
Monbijoustrasse 73, 3007 Bern
Tel. 031 371 03 31
info@handtherapie-bern.ch; www.handtherapie-bern.ch

Extra:
Link zur Website Handtherapie Bern

Inhalt

Nächtliche Atemaussetzer: Eine ungewöhnliche Tagesmüdigkeit oder ein nächtliches Erstickungsgefühl könnten auf eine Schlafapnoe hinweisen. → Seite 4

Diabetische Retinopathie: Wird der Diabetes zu spät erkannt oder ungenügend behandelt, kann die Netzhaut permanent geschädigt werden. → Seite 6

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Dank intensiver rehabilitativer Massnahmen gelingt es oft, bei älteren, akut erkrankten Patienten die Selbstständigkeit zu erhalten. Sie werden durch ein interdisziplinäres Ärzteteam behandelt. → Seite 12

Hüftimpingement: Wenn die Teile des Hüftgelenks nicht genau zusammenpassen, kann das Schmerzen verursachen – und später eine Hüftarthrose begünstigen. → Seite 14

Endometriose: Die Therapie dieser teilweise äusserst schmerzhaften Erkrankung richtet sich oft danach, ob ein Kinderwunsch besteht. → Seite 16

Prostatabeschwerden: Mit zunehmendem Alter wächst auch die Prostata. Dies macht sich bei vielen Männern mit einem häufigen Harndrang und Beschwerden beim Wasserlassen bemerkbar. → Seite 18

Leistenbruch: Um Komplikationen zu vermeiden, sollte ein Leistenbruch früher oder später operiert werden. → Seite 22

Anästhesie: Bei Operationen kommt der Anästhesie eine zentrale Bedeutung zu. Begleiten doch die Anästhesisten die Patienten sicher durch den Eingriff und sorgen dafür, dass sie auch danach schmerzfrei sind. → Seite 24

Psyche und Nahrung: Depressionen können mit der richtigen Ernährung positiv beeinflusst werden. In der Privatklinik Wyss wird diese Erkenntnis auch in den Therapien eingesetzt. → Seite 26

Lebenshilfe: Hypnose kann helfen, Zugang zu den eigenen Ressourcen zu schaffen. → Seite 28

Röntgendiagnostik: Erkrankungen können heute immer schneller erkannt und beurteilt werden. → Seite 29

Agenda, News: Vortragsreihe «Forum medizinaktuell». Blutvergiftungen bei Kindern → Seite 32

Impressum: Das Magazin «medizinaktuell» entsteht in Zusammenarbeit mit den Spitälern Aarberg, Münsingen, Riggisberg und Tiefenau der Insel Gruppe sowie weiteren Gesundheitsinstitutionen der Stadt und Region Bern, die für den Inhalt ihrer Beiträge selber verantwortlich zeichnen.
Auflage: 120 000 Exemplare
Erscheinungsweise, nächste Ausgabe: Das Magazin erscheint zweimal pro Jahr, die nächste Ausgabe im April 2018.
Herausgeber: kummerundpartner gmbh, kommunikationsmanagement+medien, Dählenweg 6, 2503 Biel, Tel. 032 373 30 30, info@kplusr.ch, www.kplusr.ch
Redaktion und Gestaltung: kummerundpartner gmbh, Kerstin Wälti (Leitung), Marianne Kaiser, Bernhard Kummer, Silvia Stähli, Sabine Vontobel, Rolf Gerber (Grafik)
Produktion: Merkur Druck AG, Langenthal
Korrektorat: Rub Media AG, Wabern
Spedition: DMB Direct Mail Biel Bienne AG, Biel

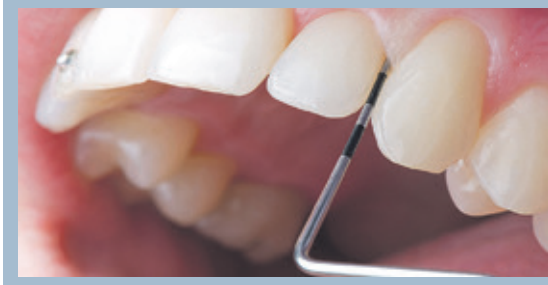
Vorhofflimmern: Chaos im Vorhof

Die häufigste Herzrhythmusstörung ist zwar nicht unmittelbar lebensbedrohlich, allerdings lässt sie das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden, ansteigen. Daher muss ein Vorhofflimmern abgeklärt und behandelt werden. → Seite 8

Depressionen: neue Behandlungsmöglichkeit in Münsingen

Ende Oktober eröffnet die PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG eine auf die Behandlung akuter und chronischer Depressionen spezialisierte Station. Die Integrierte Depressionsbehandlung Münsingen (IDM) begleitet depressiv erkrankte Menschen mit modernsten Therapieverfahren zurück ins Leben. → Seite 10

Parodontitis: Unbehandelt droht Zahnverlust



Rechtzeitig entdeckt, kann eine beginnende Parodontitis, die bakterielle Entzündung des Zahnhalteapparats, gestoppt und der Zahnverlust vermieden werden. Parodontitis wird durch eine ungenügende oder falsche Mundhygiene begünstigt und entwickelt sich meist über einen längeren Zeitraum. → Seite 20

© Foto Lungenliga Schweiz

Schlafapnoe

Wenn die Atmung nachts stoppt

Einer von 15 Erwachsenen leidet an einer mittelschweren Form des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms. Männer sind von den kurzen Atemaussetzern häufiger betroffen als Frauen. Doch ein Grossteil der Erkrankten weiss nichts davon.

Als Schlafapnoe bezeichnet man das kurzzeitige Aussetzen der Atmung im Schlaf. Treten mehrere solcher Atemaussetzer in einer Nacht auf, spricht man vom Schlafapnoe-Syndrom. Bei Frauen sind die Symptome meist weniger spezifisch; die Krankheit wird oft als solche nicht erkannt. Zwar betreut die Lungenliga nach offiziellen Zahlen um die 65 000 Schlafapnoe-Patienten in der Schweiz, doch laut Schätzungen sind mehr als 150 000 Menschen von der Krankheit betroffen. Dabei liegt der Anteil der diagnostizierten Schlafapnoen bei Frauen bei rund 13 Prozent.

Ursachen der Schlafapnoe

Grund für ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom ist die Erschlaffung der Muskulatur im Mund- und Rachenbereich im Schlaf, insbesondere der Muskulatur des Mundbodens, der Zunge und des Rachens. Der Rachen-Querschnitt verengt sich, bis schliesslich der beim Einatmen erzeugte Unterdruck dazu führt, dass die oberen Atemwege kollabieren, das weitere Einatmen verhindern und so Atempausen entstehen. Neben Atemaussetzern (Apnoen) kann es im Schlaf auch nur zu einer Verminderung des Atemflusses (Hypopnoen) kommen. Die Apnoen und Hypopnoen dauern zwischen zehn Sekunden und zwei Minuten an und führen dazu, dass der Sauerstoffgehalt im Blut sinkt, begleitet von einem Anstieg des Pulses. Das Gehirn reagiert darauf mit einer Stressreaktion und schickt ein Aufwecksignal an den Körper, die Atmung wieder aufzunehmen, womit die Schlafqualität beeinträchtigt wird. Gewöhnlich wacht der Betroffene aber dabei nicht ganz auf, sondern schläft weiter. Folgende Faktoren begünstigen das Auftreten der Schlafapnoe: Fettleibigkeit (Adipositas) mit einem BMI (Body Mass Index) von mehr als 30 kg/m² oder zuweilen auch Übergewicht mit einem BMI zwischen 25 und 30 kg/m², vergrösserter Halsumfang, vergrösserte Rachen- und Gaumenmandeln, Kieferfehlstellung (vor allem des Unterkiefers), vergrösserte Zunge, Verformung der Nasenscheidewand, erschwerte Nasenatmung, Alkohol, Nikotin, Medikamente (Beruhigungsmittel, Schlafmittel), Schlafentzug, Schichtarbeit, Schilddrüsen-Unterfunktion, familiäre Veranlagung, Schlafen in Rückenlage sowie das Geschlecht. Schlafapnoen kommen häufiger bei Männern vor als bei Frauen. Bei Frauen steigt das Risiko hingegen während der Schwangerschaft (vor allem bei übergewichtigen Frauen) und nach der Menopause.

Erkennen eines Schlafapnoe-Syndroms

Typische Symptome eines obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms sind lautes, unregelmässiges Schnarchen (93 Dezibel im «Guinness-Buch der Rekorde»), beobachtete Atempausen während des Schlafs, ungewöhnliche Tagesmüdigkeit, Tagesschläfrigkeit, Erschöpfung und nächtliches Erstickungsgefühl. Weitere mögliche Schlafapnoe-Symptome sind ein unruhiger Schlaf, nächtliches Schwitzen, Bluthochdruck und Herzrhythmusstörungen, Durchschlafstörungen, Konzentrations- und

Gedächtnisstörungen, Persönlichkeitsveränderungen, depressive Verstimmung, Libidoverlust und Potenzstörungen sowie vermehrter nächtlicher Harndrang und/oder Bettnässen, aber auch trockener Mund am Morgen und morgendliche Kopfschmerzen.
Eine unbehandelte Schlafapnoe kann zu Bluthochdruck und einer Erhöhung der Anzahl roter Blutkörperchen führen. Weitere mögliche Folgen sind Schlaganfall, Diabetes, Herzinfarkt sowie Unfälle am Arbeitsplatz oder im Strassenverkehr durch Einschlafen am Steuer.

Diagnose der Schlafapnoe
Im Patientenerstgespräch werden das Ausmass der Beschwerden, Lebensgewohnheiten (Medikamente, Alkohol, Rauchen, Schlafverhalten usw.) sowie Vorerkrankungen erfragt, gefolgt von einer körperlichen Untersuchung. Im Mund-Rachen-Raum lassen sich Einengungen wie vergrösserte Mandeln oder Zunge erkennen. Der Body Mass Index wird bestimmt und der Halsumfang gemessen. Zur Erfassung einer Tagesschläfrigkeit erhalten die Patienten einen spezifischen Fragebogen (sogenannte Epworth Sleepiness Scale). Dabei wird die subjektive Einschätzung einer Person hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit abgefragt, in acht vorgegebenen Situationen einzuschlafen.
Zur weiteren Abklärung wird eine Schlafuntersuchung empfohlen, die ambulant zu Hause in der gewohnten Umgebung durchgeführt werden kann. Diesbezüglich erhält die betroffene Person im Rahmen der Schlafsprechstunde ein tragbares Gerät (sogenannte respiratorische Polygrafie), welches Atembewegungen, Sauerstoffversorgung, Luftfluss durch die Nase und die Herzaktivität aufzeichnet. Am Folgetag werden die Daten der letzten Nacht ausgewertet und die Patienten über die Befunde und, falls nötig, weitere Behandlungsschritte informiert. Bei unschlüssigen Befunden in der respiratorischen Polygrafie, welche beispielsweise bei der Abklärung eines milden bis leichten Schlafapnoe-Syndroms auftreten können, wird die Durchführung einer komplexeren Schlafuntersuchung, einer sogenannten Polysomnografie, im Schlaflabor des Inselspitals Bern empfohlen. Mit der Ableitung der Hirnstromkurve (EEG) kann in dieser Untersuchung zusätzlich beurteilt werden, ob und wie viel der Patient geschlafen hat und wie viele Aufwachreaktionen infolge der Schlafapnoe aufgetreten sind. Daneben können mit der Audio-Videografie die Art des Schnarchens und Verhaltensauffälligkeiten aufgezeichnet werden.

Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms
Die bekannteste und wirksamste Therapie ist die Atemhilfe mittels Überdruckmaske, CPAP-Therapie (engl. continuous positive airway pressure) genannt. Dabei wird beispielsweise mit einer Nasenmaske ein kontinuierlicher Überdruck in den oberen Atemwegen erzeugt. Man bezeichnet diese Methode auch als «pneumatische Schienung», da die eingeblasene Luft verhindert, dass der Rachenraum im Schlaf zusammenfällt. Diese Therapie der Schlafapnoe erfordert eine gewisse Eingewöhnungszeit und muss in der Regel ein Leben lang angewendet werden. Aus diesem Grund lehnen viele Betroffene die CPAP-Therapie ab, obwohl sie sehr wirksam ist. In diesem Fall werden mit den betroffenen Personen alternative Therapieoptionen besprochen, zu denen die Anpassung einer speziell vom Zahnarzt angefertigten Zahnspange (sogenannte Protrusionsschiene), chirurgische Eingriffe und Verhaltensempfehlungen zählen.
Die Protrusionsschiene verschiebt den Unterkiefer nach vorne, was die oberen Atemwege mechanisch offen hält. Allerdings führt diese Therapie nicht bei allen Betroffenen mit Schlafapnoe zum Erfolg. Ausserdem können Nebenwirkungen wie übermässiger Speichelfluss, Mundtrockenheit, Schmerzen im Kiefergelenk und Zahnschmerzen auftreten.
Mit den Betroffenen werden ergänzend Verhaltensmassnahmen bezüglich der Lebensumstände besprochen. Handelt es sich um ein mildes bis leichtes Schlafapnoe-Syndrom, das ausschliesslich in Rückenlage auftritt, können die Betroffenen versuchen, nachts die Rückenlage zu vermeiden. Hier hilft zum Beispiel das Tragen eines kleinen Rucksacks oder der Einsatz eines Schlaf-Positions-Trainer-Geräts (sogenannte NightBalance). Oftmals treten dennoch Atemaussetzer in der Seitenlage auf, sodass es nicht genügt, lediglich auf der Seite zu schlafen.

Schlafapnoe-Risikotest für Patienten auf:
www.lungenliga.ch/schlafapnoe-test

Universitäres Schlaf-Wach-Epilepsie-Zentrum Bern

Am interdisziplinären Schlaf-Wach-Epilepsie-Zentrum (SWEZ) des Inselspitals arbeiten unter anderen Neurologen, Pneumologen und Psychiater für Erwachsene und Kinder eng zusammen und führen gemeinsame Sprechstunden. Die Resultate der Untersuchungen im Schlaflabor werden gemeinsam diskutiert, damit die Patientinnen und Patienten und deren zuweisenden Ärztinnen und Ärzte von der Fachkompetenz aller Disziplinen profitieren. Am SWEZ werden viele verschiedene Sprechstunden (z.B. neuro-pneumologische und neuro-psychiatrische Schlafsprechstunde, CPAP-Sprechstunde oder interdisziplinäre Schlafsprechstunde für Kinder) und ganz unterschiedliche ambulante und stationäre Schlafuntersuchungen für Erwachsene und Kinder zu allen Arten von Schlaf-/Wachstörungen angeboten.
Kontakt: Universitäres Schlaf-Wach-Epilepsie-Zentrum Bern SWEZ, Inselspital, Universitätsspital Bern, 3010 Bern, Tel. 031 632 30 54, www.insel.ch/swez, schlafmedizin@insel.ch

Die Auskunftsperson
Dr. med. Franziska Spycher
Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin und für Pneumologie
Oberärztin Pneumologie

Kontakt:
Spital Tiefenau
Tiefenaustrasse 112, 3004 Bern
Tel. 031 308 81 11
franziska.spycher@spitaltiefenau.ch

Diabetische Augenerkrankungen

Wenn der Zucker ins Auge geht

Eine der häufigsten Begleiterkrankungen von Diabetes ist die Beeinträchtigung der Sehfähigkeit aufgrund einer Schädigung der Netzhaut. Um diese zu verhindern, sollten sich Diabetiker so früh wie möglich und regelmässig von einem Augenarzt untersuchen lassen.

Übermässiger Durst, vermehrtes Wasserlassen, Leistungsminderung oder erhöhte Infektanfälligkeit – dies sind nur einige der typischen Anzeichen der Volkskrankheit Diabetes mellitus, auch als «Zuckerkrankheit» bekannt. Alleine in der Schweiz leiden schätzungsweise rund 500 000 Menschen an der Stoffwechselerkrankung – Tendenz steigend. Über 90 Prozent davon sind dem Typ 2 zuzuordnen, bei dem der Körper zwar noch Insulin produziert, dieses aber nicht mehr wirksam verwenden kann (Insulinresistenz). Risikofaktoren dafür sind genetische Veranlagung, Übergewicht, Bewegungsmangel und fettreiche Ernährung. Die erhöhten Blutzuckerwerte verursachen erst ab einer gewissen Höhe Symptome, darum dauert es durchschnittlich sieben Jahre, bis die Diagnose Diabetes gestellt wird. Ein zu spät erkannter oder ungenügend behandelter Diabetes kann zu schweren Folgeerkrankungen führen wie Arteriosklerose (Arterienverkalkung), Herzinfarkt und Schlaganfall, diabetischem Fuss, diabetischer Nephropathie (Nierenerkrankung), diabetischer Neuropathie (Nervenschädigung) oder diabetischer Retinopathie (Netzhauterkrankung).
Die typische Augenveränderung beim Diabetes verläuft zwar meistens relativ langsam. Zu Beginn eines noch unbekannten und/oder nicht behandelten Diabetes kann aufgrund der Überzuckerung die Linse quellen und akut zu einer Sehminderung führen. Die diabetische Retinopathie ist in der westlichen Welt die häufigste Erblindungsursache bei Menschen im Erwerbsalter. Alleine in der Schweiz sind 20 Prozent der Erblindungen auf diese Netzhauterkrankung zurückzuführen. Rund ein Drittel der Patienten, die an Diabetes Typ 2 leiden, haben bereits zum Zeitpunkt der Diabetesdiagnose eine Retinopathie, nach 20 Jahren sind es bereits über 60 Prozent. Bei den Typ-1-Diabetikern entwickeln 90 Prozent nach 20 Jahren eine Retinopathie.

Geschädigte Gefässwände

Ein erhöhter Blutzuckerspiegel bewirkt, dass sich Fett- und Eiweissstoffe in den Gefässwänden einlagern und diese verdicken, so auch in den kleinen Blutgefässen der Netzhaut (Retina). Mit der Zeit wird die Netzhaut immer schlechter durchblutet, es bilden sich Gefässausbuchtungen (Mikroaneurysmen), die der Augenarzt als kleine, rötliche Punkte auf der Netzhaut sieht. Aus den geschädigten Gefässwänden kann es zu Blutungen und zum Austritt von Flüssigkeit, Fetten und Eiweissen in die Netzhaut kommen und später zu Ödemen (Ansammlung von Gewebswasser) und Fettablagerungen. Dieses Stadium wird fachsprachlich als nicht-proliferative (nicht wuchernde) Retinopathie bezeichnet. Solange sich diese Veränderungen auf die periphere Netzhaut beschränken, verursachen sie in der Regel keine Beschwerden. Ist hingegen die Makula, die zentrale Netz-

haut und der Bereich des schärfsten Sehens, betroffen (diabetische Makulapathie), verschlechtert sich das Sehvermögen. Ein Makulaödem (Schwellung) tritt etwa bei jedem zehnten Patienten mit diabetischer Retinopathie auf; es ist ein akutes Ereignis und kann den dauerhaften Verlust der Lesefähigkeit bewirken.
Kommt es aufgrund der verringerten Durchblutung der Netzhaut zu einer Neubildung (Proliferation) von Blutgefässen, spricht man von einer proliferativen Retinopathie. Bei dieser Form der diabetischen Retinopathie platzen mitunter die neuen Blutgefässe, die in den Glaskörper eingewachsen sind. Bei den Betroffenen tritt plötzlich ein verschwommenes Sehen auf. Bei einem kleinen Teil der Diabetiker und nach einer längeren Phase der Diabeteserkrankung kann dies bis zur Erblindung führen. Nebst den Blutungen in den Glaskörperraum kann es zudem zu einer Netzhautablösung kommen, was zur Erblindung führen kann. Die nichtproliferative Retinopathie kann in eine proliferative Retinopathie übergehen.

Eine der wichtigsten Behandlungs- und Präventionsmassnahmen ist die optimale Blutzucker- und Blutdruckeinstellung.

Früherkennung und Kontrollen

Das Tückische an der diabetischen Retinopathie ist, dass sie zu Beginn praktisch keine Symptome verursacht und die Veränderungen an der Netzhaut schleichend und schmerzlos verlaufen. Um schwere Netzhautschädigungen zu vermeiden, sollten Diabetiker darum so früh als möglich einen Augenarzt konsultieren, am besten sofort, nachdem die Diagnose Diabetes gestellt wurde. Regelmässige Kontrolluntersuchungen sind wichtig, um allfällige Netzhautveränderungen zu diagnostizieren und sofort mit einer Behandlung beginnen zu können – bei Diabetikern ohne Netzhautveränderungen alle zwölf Monate, bei bestehender Retinopathie häufiger. Denn einmal aufgetretene Schädigungen der Netzhaut sind nach einer gewissen Zeit meist nicht mehr reversibel. Bei Hinweisen auf Veränderungen der Netzhautmitte erfolgt zur Beurteilung der Netzhautschichten ein OCT (Optische Kohärenztomografie). Im Falle einer fortgeschrittenen Retinopathie können die Gefässe mittels einer Fluoreszenzangiografie untersucht werden. Dafür wird ein sehr gut verträglicher Farbstoff (Fluoreszein) in die Vene der Ellenbeuge gespritzt. Areale mit mangelhafter Durchblutung und allenfalls undichte Gefässe können so dargestellt werden.

Verschiedene Therapieformen

Gerade bei Diabetes ist eine enge Zusammenarbeit von Spezialisten – Hausärzte, Diabetologen, Augenärzte – sehr wichtig. Eine der wichtigsten Behandlungsmassnahmen ist die optimale Blutzucker- und Blutdruckeinstellung, denn dies kann die diabetische Retinopathie verhindern oder das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen. Je nach Entwicklungsstadium der Erkrankung, dem Ausmass der Schäden und dem betroffenen Areal kommen verschiedene Therapiemöglichkeiten zum Zuge. In einem Frühstadium wird meist nur engmaschig kontrolliert und noch nicht behandelt. Bei schweren Fällen einer nicht wuchernden Retinopathie und bei Gefässneubildungen wird vor allem die Lasertherapie (Laserkoagulation) eingesetzt: Der Laser verödet undichte Gefässe auf der Netzhaut. Ziel der Behandlung ist es, die Bildung neuer Gefässe und Einblutungen zu verhindern und die vorhandene Sehschärfe zu erhalten. Das diabetische Makulaödem kann ebenfalls mit Laser behandelt werden. Seit einiger Zeit gibt es zudem Medikamente, die direkt in den Glaskörper des Auges gespritzt werden. Diese müssen allerdings im Abstand von einem bis mehreren Monaten mehrmals injiziert werden.
Bei stark fortgeschrittener Erkrankung, bei Glaskörperblutungen oder einer drohenden Netzhautablösung kann ein operativer Eingriff notwendig sein, um das Augenlicht zu retten. Bei der sogenannten Vitrektomie wird der Glaskörper mitsamt den gefährlichen Gewebsproliferationen entfernt und durch eine physiologische Flüssigkeit respektive das im Augeninnern kontinuierlich produzierte Kammerwasser ersetzt. So ist es oft möglich, die Sehschärfe zu erhalten und die Retinopathie zu stabilisieren.

Das können Sie selber tun

Ein gewissenhafter Umgang mit der Diabeteserkrankung schützt die Netzhaut und das Auge am besten. Dazu gehört auch, dass Risikofaktoren vermieden oder behandelt werden müssen.

- Blutzucker optimal einstellen; Diabetes mit Medikamenten oder Insulin behandeln
- erhöhte Blutdruckwerte (Cholesterin) allenfalls mit Medikamenten in den Normbereich bringen, denn Bluthochdruck erhöht das Risiko für eine Retinopathie
- erhöhte Blutfettwerte durch Diät und/oder Medikamente senken
- regelmässige Bewegung und eine Reduktion des Übergewichts verbessern die Blutzucker- und die Blutdruckwerte
- Rauchstopp
- regelmässige Kontrolle der Augen durch den Augenarzt

Die Auskunftsperson
Dr. med. Matthias Baumann
Facharzt FMH für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie

Praxen:
AugenCentrum Zytglogge
Zytglogge 1, 3011 Bern
AugenCentrum Kerzers
Murtenstrasse 2, 3210 Kerzers
AugenCentrum Bahnhof Belp
Belpbergstrasse 2, 3123 Belp
Tel. 031 311 58 33
praxis@augencentrum.com; www.augencentrum.com

Extra:
Link zur Website des AugenCentrums Zytglogge

Vorhofflimmern

Herz aus dem Takt

Die Rhythmusstörung ist zwar nicht lebensbedrohlich, dennoch sollte sie wegen der möglichen Komplikationen (Hirnschlag oder Herzschwäche) behandelt werden.

Unregelmässige Herzschläge und Pulsaussetzer kommen bei praktisch jeder Person irgendwann im Leben vor, für einen Augenblick oder auch für längere Zeit. Es gibt wohl kaum jemanden, der nicht schon mal Herzstolpern bei sich wahrgenommen hätte – nach einem intensiven Sporttraining, nach einem Schreckerlebnis oder bei einem Streit. Solche Rhythmusstörungen können bei Herzgesunden auftreten und völlig harmlos sein, sie können aber auch auf eine ernst zu nehmende Erkrankung hinweisen. Lebensbedrohliche Rhythmusstörungen wie zum Beispiel das Kammerflimmern sind zum Glück sehr selten. Weit verbreitet ist dagegen das Vorhofflimmern, insbesondere bei älteren Menschen – es handelt sich dabei um die häufigste Herzrhythmusstörung.

Elektrisches Chaos

Damit sich der Herzmuskel zusammenzieht, muss er durch einen kleinen elektrischen Reiz angestossen werden. Die wichtigste elektrische Steuerung dabei, sozusagen der «Taktgeber» des Herzens, ist der Sinusknoten, der im rechten Vorhof liegt. Die elektrischen Impulse aus dem Sinusknoten fliessen über die Vorhöfe und bewirken deren Kontraktion. Danach passiert der Impuls den sogenannten AV-Knoten (Atrioventrikularknoten) und wird in beide Herzkammern weitergeleitet. Diese ziehen sich zusammen – 60 bis 80 Mal pro Minute – und transportieren so das Blut in die Lunge. Beim Vorhofflimmern ist der normale Herzrhythmus gestört. Es kommt zu einem elektrischen Chaos in den Vorhöfen mit vielen kleinen Flimmerwellen, was eine geordnete Kontraktion der Vorhöfe unmöglich macht. Diese geraten also aus dem Takt und können die Herzkammern nicht mehr in der Füllung unterstützen, die Gesamtleistung nimmt ab. Ob das Herz dabei langsam oder schnell schlägt, hängt davon ab, wie viele Flimmerwellen über den AV-Knoten auf die Herzkammern gelangen. Sind es zu viele und ist der Herzschlag der Kammern dadurch zu hoch, kann das Herz mittelfristig ermüden. Dies führt dann zur Herzschwäche, daher ist eine gute Kontrolle der Herzfrequenz unerlässlich.

Gefürchtete Komplikation: Schlaganfall

Bis zu 20 Prozent der Schlaganfälle werden durch ein unentdecktes Vorhofflimmern verursacht. Weil der Blutfluss in den flimmernden Vorhöfen des Herzens verlangsamt ist, können sich leicht Blutgerinnsel bilden, die weggeschwemmt werden und Gefässe im Hirn verstopfen. Abgesehen vom erhöhten Hirnschlagrisiko ist das Vorhofflimmern aber nicht unmittelbar lebensbedrohlich. Besonders bei älteren Menschen tritt die Krankheit häufig auf, bei den 60- bis 70-Jährigen sind rund drei Prozent davon betroffen, bei den über 80-Jährigen bereits rund zehn Prozent. Der Grund, dass das Vorhofflimmern in höherem Alter öfter auftritt, sind die in diesem Alter vermehrt auftretenden Begleiterkrankungen des Herzens oder der Gefässe, wie beispielsweise Bluthochdruck oder die koronare Herzkrankheit. Weitere Risikofaktoren, die Vorhofflimmern begünstigen, sind Erkrankungen der Herzklappen, Übergewicht, Schilddrüsen-Überfunktion, erhöhter Alkoholkonsum oder Bewegungsmangel. Vorhofflimmern kann

aber auch bei herzgesunden Personen auftreten, ohne dass eine organische Ursache festzustellen ist.

Unterschiedliche Symptome

Viele Patienten klagen über Symptome wie Herzstolpern oder Herzrasen, einen plötzlichen Leistungsknick, Atemnot, insbesondere bei Anstrengung, und oft auch ein Beklemmungs- und Angstgefühl, wenn die Rhythmusstörung kommt. Manche Menschen sind so stark betroffen, dass der Alltag beeinträchtigt wird, sobald sich die Rhythmusstörung meldet. Andere, besonders ältere Menschen verspüren gar keine Symptome und leiden an «stillem» Vorhofflimmern. Entdeckt wird es dann eher «zufällig» im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung oder wenn sich im Blutdruckgerät Anzeichen eines unregelmässigen Pulses zeigen. Grundsätzlich werden drei Arten von Vorhofflimmern unterschieden. Zu Beginn tritt die Rhythmusstörung anfallsartig auf und verschwindet nach kurzer Zeit von selbst wieder. Man spricht dann von paroxysmalem (anfallsartigem) Vorhofflimmern. Das anhaltende (persistierende) Vorhofflimmern dauert länger als sieben Tage; mit Medikamenten oder einem starken elektrischen Stromstoss kann aber der normale Herzrhythmus (Sinusrhythmus) wiederhergestellt werden. Das permanente Vorhofflimmern kann weder durch Medikamente noch durch einen Elektroschock beendet werden.

Das wichtigste Diagnoseverfahren, um ein Vorhofflimmern festzustellen, ist das Elektrokardiogramm (EKG). Oft braucht es auch ein Langzeit-EKG, um die Rhythmusstörung überhaupt zu erwischen, weil sie im Anfangsstadium immer wieder verschwindet. Am häufigsten ist Vorhofflimmern durch langjährigen Bluthochdruck verursacht. Aber auch andere Erkrankungen können Vorhofflimmern auslösen, daher ist es wichtig, ein neu entdecktes Vorhofflimmern weiter abzuklären. Laboruntersuchungen oder eine Ultraschalluntersuchung des Herzens liefern dabei wichtige Hinweise.

Blutverdünnung

Die Therapie des Vorhofflimmerns ist individuell unterschiedlich und richtet sich nach den Beschwerden, der Dauer und Form der Erkrankung, dem Leidensdruck und dem Alter der Patientin, des Patienten. Unterschieden wird zwischen der Rhythmuskontrolle, bei der auf unterschiedlichen Wegen der Sinusrhythmus wiederhergestellt wird, oder der Frequenzkontrolle. Bei letzterer wird versucht, die Herzfrequenz in einen normalen Bereich zu senken – diese Behandlung eignet sich vor allem für diejenigen Betroffenen, die unter ihren Symptomen nicht oder nur wenig leiden. Um Embolien oder einem Schlaganfall vorzubeugen, muss zudem das Blut verdünnt werden. Die Mehrheit der Patienten kann dabei mit einem direkten Blutverdünner (DOAC), ohne die früher obligaten Quickkontrollen, behandelt werden.

Zurück in den Sinusrhythmus

Die Wiederherstellung des Sinusrhythmus (Kardioversion) kann durch Medikamente (Antiarrhythmika), einen elektrischen Impuls (elektrische Kardioversion) oder eine Verödung spezieller Bereiche im Herz erfolgen. Welche Therapie oder welches Medikament sich eignet, hängt von den Begleiterkrankungen und von den Nebenwirkungen ab, die gelegentlich auftreten können. Bei der elektrischen Kardioversion wird unter Kurznarkose und EKG-Kontrolle ein Stromstoss verabreicht, der dem Sinusknoten die Chance geben soll, wieder als Taktgeber zu arbeiten.

Mittlerweile gibt es auch die Möglichkeit – besonders bei hohem Leidensdruck der Patienten, aber auch bei schlechtem Ansprechen auf Medikamente oder schwerwiegenden Nebenwirkungen –, eine Verödung am Herzen vorzunehmen. Bei der sogenannten Pulmonalvenenisolation (Ablation) werden die Mündungen der vier Lungenvenen, die Störimpulse aussenden, mit einem speziellen Herzkatheter verödet. Das Vorhofflimmern wird in einen elektrischen Käfig gesperrt und kann nun nicht mehr auf die Vorhöfe übergreifen, wobei bis zu drei Sitzungen hierfür nötig sein können. Der Eingriff gilt als risikoarm und die Chancen, dass das Vorhofflimmern so beendet wird, stehen gut – immer unter der Voraussetzung, dass er an spezialisierten Zentren von erfahrenen Ärzten durchgeführt wird. So kann immerhin drei von vier Patienten mittelfristig geholfen werden. Allerdings bleibt die Blutverdünnung auch nach einer erfolgreichen Verödung Teil der medikamentösen Behandlung.

Herzschlag runterbringen

Entscheiden Arzt und Patient, das Vorhofflimmern zu akzeptieren, gilt es den oft zu schnellen Herzschlag in einen vernünftigen Bereich zu senken. Dafür gibt es verschiedene Medikamente, heute kommen meist Betablocker zum Einsatz. Ist der Puls gar nicht zu bremsen, kann schlussendlich die elektrische Schaltstelle zwischen Vorhöfen und Kammern mit einem Kathetereingriff unterbrochen werden (AV-Knoten-Ablation). Vor dem Eingriff muss allerdings ein Herzschrittmacher eingesetzt werden.

Vorhofflimmern kann sehr störend sein, ist aber meist gutartig. Trotzdem sind Blutverdünnung und Pulskontrolle sowie eine Ursachenabklärung unerlässlich. Auch bei guter Behandlung kann das Vorhofflimmern erneut auftreten, manchmal muss auch die Behandlungsstrategie angepasst werden. Um dem Vorhofflimmern vorzubeugen oder einen Rückfall zu vermeiden, sollte ein «herzgesunder» Lebensstil gepflegt (ausgewogene Ernährung, genügend Bewegung) und Risikofaktoren vermieden werden (Übergewicht reduzieren, Rauchverzicht, Alkohol mit Mass geniessen, Bluthochdruck und andere begünstigende Erkrankungen behandeln).

Die Auskunftsperson
Dr. med. Carolin Rogge
Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie
Leitende Ärztin Innere Medizin

Kontakt:
Spital Münsingen,
Krankenhausweg 18/20, 3110 Münsingen
Tel. 031 682 82 82
carolin.rogge@insel.ch

Integrierte Depressionsbehandlung

Zurück ins Leben begleiten

Die Depression gehört zu den häufigsten und am meisten unterschätzten Erkrankungen. Ende Oktober eröffnet die PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG eine auf die Behandlung akuter und chronischer Depressionen spezialisierte Station. Die Integrierte Depressionsbehandlung Münsingen (IDM) begleitet depressiv erkrankte Menschen mit modernsten Therapieverfahren zurück ins Leben.

Depressive Erkrankungen nehmen zu und immer mehr Betroffene sind bereit, über ihre Depression zu sprechen und sich ärztliche Hilfe zu holen. Gleichzeitig nimmt das Wissen über evidenzbasierte Behandlungen zu und verlangt nach spezialisierten Stationen. Da nicht alle Psychiater und Psychotherapeuten alle psychiatrischen Störungen gleich gut behandeln können, eröffnet das PZM eine Spezialabteilung, in welcher die modernsten Erkenntnisse optimal umgesetzt werden. Das Psychiatriezentrum Münsingen übernimmt eine Zentrumsfunktion für den Kanton Bern und bietet mehrere spezialisierte Behandlungen an. Die Depressionsstation IDM (Integriertes Depressionsbehandlung Münsingen) ist die neueste davon.
Die neue Depressionsstation bietet für verschiedene Formen der Depression eine integrierte Behandlung an, wobei wir «integriert» im doppelten Sinne verstehen: Einerseits werden verschiedenartige evidenzbasierte Therapiemethoden miteinander verbunden. Andererseits ist eine spezialisierte Nachbehandlung in einer ambulanten Gruppentherapie möglich. So können die Patienten nach ihrem Austritt die gleichen Gruppen wie während des Aufenthaltes besuchen. Damit wird die Umsetzung der Therapieergebnisse in den Alltag verbessert.

Vielschichtige Ursachen
Eine Depression entwickelt sich aus dem Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren. Oft lösen Trennungen, der Tod eines Angehörigen oder berufliche und private Überlastung eine Depression aus. Erstaunlicherweise kann auch eine positive Lebensveränderung, beispielsweise ein Wohnortswechsel, eine depressive Episode auslösen. Manchmal findet sich jedoch keine Erklärung für die Entstehung der Depression. Genetisch bedingte Faktoren sind ebenso relevant wie der Stoffwechsel im Gehirn und psychosoziale Faktoren. Bei einer Depression sind die Stresshormone überaktiviert und Nervenbotenstoffe wie Serotonin, Noradrenalin und Dopamin geraten aus dem Gleichgewicht. Lange hat man in der Fachsprache von einer «endogenen Depression» gesprochen. Im klinischen Alltag werden aber meistens Mischformen gefunden.

Wie wird die Depression behandelt?
Zuerst werden in ausführlichen Gesprächen die Krankheitsgeschichte sowie die lebensgeschichtlichen Hintergründe und Vorbehandlungen erfragt.

Nach einer körperlichen Untersuchung planen die Therapeuten mit den Betroffenen eine massgeschneiderte individuelle Therapie. Auch der Einbezug von Angehörigen und Vertrauenspersonen spielt dabei eine wichtige Rolle.
Die Behandlung der Depression basiert auf zwei Säulen: Mit einer individuellen medikamentösen Behandlung wird versucht, die Krankheitsepisode zu verkürzen und das Wiederauftreten der Erkrankung in Zukunft zu verhindern. Licht- und Wachtherapie ergänzen das Angebot der modernen biologisch-somatischen Therapieverfahren. Gleichzeitig werden spezielle psychotherapeutische Methoden angewandt, um die Wurzeln der Depression zu verstehen und depressionsbegünstigende Denk- und Verhaltensmuster zu verändern. Dazu werden Psychotherapieverfahren verwendet, die speziell zur Behandlung von Depressionen entwickelt wurden. Dies sind insbesondere bei akuten und wiederkehrenden Depressionen die IPT (Interpersonelle Therapie) und CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) bei chronischen Verläufen. Achtsamkeitsbasierte Therapien wie MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction), Sporttherapie und kreative Therapien (Musik- und Kunsttherapie) sind wertvolle Zusatzangebote, die zur Gesundung beitragen können.
Während des Aufenthalts finden in der Regel zwei therapeutische Einzelgespräche pro Woche statt. Diese werden ergänzt durch Gruppensitzungen. Speziell geschultes Pflegepersonal steht rund um die Uhr zur Verfügung und hilft bei der Krankheitsbewältigung und der Tagesstrukturierung. Sozialarbeitende kümmern sich bei Bedarf um Fragen der Wohnsituation, Arbeitsplatz, Finanzen oder rechtliche Angelegenheiten. Der Wiedereinstieg in den Alltag ausserhalb der Klinik wird optimal vorbereitet.
Die neue Depressionsstation wird offen geführt. In aktuen Krisen kann sie für kurze Zeit geschlossen werden. Sie beherbergt 17 Betten, überwiegend in Zweierzimmern.

Interpersonelle Psychotherapie (IPT)
IPT ist eine besonders wirksame und speziell auf die Behandlung von akuten Depressionen zugeschnittene Kurzzeittherapie, die die psychosozialen Faktoren intensiv miteinbezieht. Im Gegensatz zu Therapiemethoden, die nach traumatisierenden Situationen in der Vergangenheit suchen, richtet die IPT den Fokus auf das aktuelle soziale Umfeld der Betroffenen. Belastende Lebensereignisse wie der Tod einer nahestehenden Person, eine Trennung, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz oder permanente Streitigkeiten können depressiver Symptome auslösen. Umgekehrt kann die Depression zu Problemen im sozialen Gefüge führen. Das Verstehen und die Veränderung dieser Zusammenhänge sind entscheidend für das Nachlassen der depressiven Symptome und für die Prävention eines Rückfalls.

CBASP-Therapie
CBASP ist die bisher einzige störungsspezifische Psychotherapie bei chronischen Depressionen. Chronisch depressive Patientinnen und Patienten haben in Kindheit und Jugend häufig belastende prägende Beziehungserfahrungen und Traumatisierungen erlebt und fühlen sich im Kontakt mit anderen Menschen oft hilflos, überfordert, störend und nicht wahrgenommen.
Ein wichtiges Ziel der Therapie ist das Erkennen, was das Verhalten der Patienten bei ihren Mitmenschen auslöst. In einer Situationsanalyse lernen Betroffene den direkten Zusammenhang zwischen ihren Verhaltens- und Denkmustern und den jeweiligen Konsequenzen herzustellen. Die Therapie hilft ihnen, zwischen den altvertrauten schädigenden Beziehungsmustern und dem Verhalten anderer Personen zu unterscheiden. Durch eine persönliche, offene und vertrauensvolle therapeutische Beziehung können die Betroffenen neue positive Beziehungserfahrungen machen und ihren Mitmenschen wieder Vertrauen entgegenbringen.

Was ist eine Depression?

Private Enttäuschungen, berufliche Schwierigkeiten, Beziehungsprobleme, anhaltend schlechtes Wetter: Jeder Mensch kennt Phasen im Leben, in denen man keine Freude mehr empfindet, alles schwarz sieht und «deprimiert» ist. Aber eine echte Depression aus medizinisch-therapeutischer Sicht ist nicht nur eine vorübergehende Phase der Niedergeschlagenheit, wie sie die meisten Menschen im Laufe ihres Lebens ein- oder mehrmals durchleben. Eine Depression ist eine ernst zu nehmenden, affektive Erkrankung, die das Denken, Fühlen und Handeln der Betroffenen beeinflusst, mit Störungen von Körperfunktionen einhergeht und erhebliches Leiden verursacht. Sie gehört zu den häufigsten, am meisten unterschätzten Erkrankungen. Laut Statistiken erkrankt jeder fünfte Mensch einmal im Leben an einer Depression, Frauen doppelt so häufig wie Männer.

Überregionales Kompetenzzentrum gegen Depression

Die Integrierte Depressionsbehandlung Münsingen IDM ist ein Partner des multiprofessionellen Netzwerks «Stepped Care Bern». Dieser Zusammenschluss von Hausärzten, Psychotherapeuten, Psychiatern und stationären Einrichtungen setzt sich für eine evidenzbasierte Behandlung depressiver Erkrankungen ein und will den Betroffenen durch niederschwellige Interventionen den Zugang zu einer angemessenen Behandlung erleichtern.

Die Auskunftspersonen
Dr. med. Oliver Cloot
Oberarzt Integrierte Depressionsbehandlung Münsingen IDM
Klinik Depression und Angst

Prof. Dr. med. Thomas Reisch
Ärztlicher Direktor
Chefarzt Klinik Depression und Angst

Kontakt:
PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG
Hunzigenallee 1, 3110 Münsingen
Tel. 031 720 81 11
info@pzmag.ch; www.pzmag.ch

Extra:
Link zur Website des Psychiatriezentrums Münsingen

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Früher Einsatz lohnt sich

Ältere Menschen sind gefährdet, wegen akuter Erkrankung dauerhaft pflegebedürftig zu werden. Denn der Verlust von Muskelmasse ist schon nach wenigen Tagen Bettlägerigkeit und reduzierter Nahrungsaufnahme enorm. Entsprechende Behandlung lohnt sich.

Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung beginnt deshalb so früh wie möglich, weil bei älteren und alten Patientinnen und Patienten aufgrund verminderter Reserven schon eine vergleichsweise harmlose und gut behandelbare Akuterkrankung mit kurzem Spitalaufenthalt zu bleibenden Autonomie-Einbussen führen kann. Resultiert doch eine längere Bettlägerigkeit in einem Muskel- und Knochenabbau mit entsprechendem Kräfteverlust. Dies kann zur Abnahme der Selbstständigkeit und Alltagskompetenz führen, beispielsweise zu bleibender Gangunsicherheit oder gar zur Unfähigkeit, im häuslichen Bereich weiterzuleben. Je eher rehabilitative Massnahmen greifen, desto besser kann dies abgewendet werden. So werden unter frührehabilitativen Gesichtspunkten schwer betroffene Patienten nach einem Akutereignis (z.B. Schlaganfall) oder nach Knochenbruch (z.B. hüftgelenksnahe Fraktur des Oberschenkels), aber auch Patienten, die im Rahmen einer anderen Akuterkrankung eine längere Bettlägerigkeit erfahren haben, behandelt.

Medizinische Behandlung

Die Patientinnen und Patienten sind akut erkrankt, beispielsweise an einem Infekt, an einem Knochenbruch nach einem Sturz oder an einem Schlaganfall. Im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung wird die akute Erkrankung medizinisch durch ein Ärzteteam behandelt. Je nach Bedarf werden im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung weitere diagnostische und therapeutische Massnahmen durchgeführt.

Aktivierende Pflege

Ebenso ist eine spezielle pflegerische Unterstützung (sogenannte aktivierende Pflege) erforderlich, um baldmöglichst wieder Alltagskompetenz einzuüben und zu erlangen. Die Pflegefachpersonen führen eine aktivierende Pflege durch, das heisst, die Patienten werden ermuntert und angeleitet, möglichst viele Tätigkeiten selbst auszuführen. Dabei wird besondere Aufmerksamkeit auf die bestehenden Defizite gelegt. Liegt zum Beispiel nach einem Schlaganfall eine Halbseitenlähmung vor, wird aktiv versucht, insbesondere die erkrankte Seite zu fordern und zu fördern. Dies erfolgt bei allen Alltagstätigkeiten wie Körperpflege, Essen, Ankleiden usw. Ist die Mobilität eingeschränkt, wird in Begleitung zum Beispiel der Gang zur Toilette geübt. Eine solche aktivierende Pflege ist zeitaufwendig. Die Förderung der Aktivität und der Selbstständigkeit eines jeden Menschen steht in der Akutgeriatrie am Spital Tiefenau im Vordergrund und ist für das weitere Leben des betroffenen Menschen von grosser Bedeutung.

Begleitende Therapien

So früh wie möglich sollte bereits im Akutspital mit strukturierten Behand-

lungsmassnahmen wie Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie begonnen werden. So üben beispielsweise die Mitarbeitenden der Physiotherapie mit den Patienten Mobilität und Kraft. In der Ergotherapie werden je nach Bedarf Selbsthilfefähigkeit, Geschicklichkeit und auch geistige Tätigkeiten geübt. Ergänzend üben die Logopädinnen und Logopäden Sprechen und Schluckfähigkeit. Durch diese Massnahmen wird vermieden, dass die durch bestimmte Erkrankungen bedingte Bettruhe zu einem zusätzlichen Abbau von Leistungsfähigkeit führt.

Defizite beheben

Das Hauptziel der umfassenden Massnahmen des interdisziplinären geriatrischen Teams ist es, ganz gezielt die funktionellen Defizite so weit wie medizinisch möglich zu beheben. Um die funktionellen Defizite festzustellen, wird zu Beginn der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung zusätzlich zu den sonst üblichen medizinischen Abklärungen ein geriatrisches Assessment durchgeführt, wo verschiedene, funktionell wichtige Bereiche geprüft werden. Beispielsweise erfolgt standardmässig bei jedem Patienten eine Überprüfung der Hirnfunktion, der Gehfähigkeit und der Selbstständigkeit. Auf der Grundlage des Assessments und der sonstigen Befunde wird ein detaillierter Behandlungsplan aufgestellt, an dem das ganze interdisziplinäre geriatrische Team gemeinsam arbeitet.

Die funktionellen Defizite werden vom ersten Tag des Spitalaufenthalts an mittels Frührehabilitation behandelt. Die Voraussetzungen für eine spätere Selbstständigkeit sind damit meist deutlich besser, als wenn erst später mit einer Rehabilitation begonnen würde. In wöchentlichen Besprechungen des gesamten Behandlungsteams werden alle relevanten Untersuchungsergebnisse, Entwicklungen und Beobachtungen für jeden Patienten besprochen und das weitere Vorgehen wird geplant. Das Ziel der umfassenden Massnahmen ist in der Regel die Rückkehr in die bisherige Wohnsituation, in den meisten Fällen also zurück nach Hause in die angestammten vier Wände. Ist dies nicht möglich, wird evaluiert, ob durch eine anschliessende Rehabilitation in einer spezialisierten Klinik die Rückkehr nach Hause doch noch ermöglicht werden kann.

Sorgfältige Austrittsplanung

Bei allen Patientinnen und Patienten erfolgt eine sorgfältige Austrittsplanung – ein wichtiges Merkmal der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung. In aller Regel wird während des Aufenthalts ein Standortgespräch durchgeführt, zu dem, nach Möglichkeit, auch die Angehörigen eingeladen werden. Anlässlich des Gesprächs wird umfassend über den Krankheitszustand und die weitere Planung informiert. Geht es nach dem Spitalaufenthalt wieder nach Hause, wird genauestens geplant, was für die Rückkehr in die vertrauten vier Wände zur Unterstützung und Hilfe alles organisiert werden muss. Beispielsweise wird der Bedarf nach Spitex-Unterstützung oder nach einem Mahlzeitendienst abgeklärt und dies gegebenenfalls organisiert.

Dank der frührehabilitativen Komplexbehandlung können ältere Menschen oft weiterhin selbstständig leben.

Selbstständigkeit erhalten

Insgesamt hilft die Durchführung einer frührehabilitativen Komplexbehandlung vielen älteren Menschen mit einer Akuterkrankung, dass diese ihre Selbstständigkeit erhalten und möglichst wieder in der bisherigen Aktivität und Selbstständigkeit leben können. Und es profitieren auch jene älteren Menschen, die sich zum Beispiel bei einem Sturz den Oberschenkel oder den Arm gebrochen haben. Kann doch dank einer frührehabilitativen Komplexbehandlung häufig auch diesen schwer belasteten und mobilitätseingeschränkten Patienten im weiteren Verlauf eine Rückkehr in die häusliche Umgebung wieder ermöglicht werden

Hauptmerkmale der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Schwerpunktweiterbildung im Bereich Geriatrie erforderlich)
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal
- Teamintegrierter Einsatz verschiedener Therapiebereiche, z.B. Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie, fazioorale Therapie
- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in unterschiedlichen Bereichen (z.B. Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion)
- Soziales Assessment zum bisherigen Status in verschiedenen Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/ausserhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen)
- Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele (sogenannte Ziel-Koordination)
- Sorgfältige Austrittsplanung

Die Auskunftsperson
Prof. Dr. med. Andreas Schönenberger
Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, Schwerpunkttitel Akutgeriatrie
Chefarzt Geriatrie

Kontakt:
Geriatrische Universitätsklinik, Spital Tiefenau
Tiefenaustrasse 112, 3004 Bern
Tel. 031 308 83 65
andreas.schoenenberger@spitaltiefenau.ch

Hüftimpingement

Disharmonie im Hüftgelenk

Beim Hüftimpingement passen die Teile des Hüftgelenks nicht optimal zusammen. Die Folge sind Schmerzen und Bewegungseinschränkungen – und allenfalls Arthrose. Betroffen sind vor allem jüngere, sportliche Menschen.

Das Hüftgelenk ist nach dem Kniegelenk das zweitgrösste Gelenk des Menschen. Als Kugelgelenk ermöglicht es Bewegungen des Beines in alle Richtungen, gleichzeitig ist es an sehr vielen Bewegungsphasen beteiligt und meist grossen Belastungen ausgesetzt, wodurch es besonders häufig zu Abnutzungserscheinungen und Schmerzen an diesem Gelenk kommt. Die Hüfte ist denn auch eines der am häufigsten orthopädisch behandelten Gelenke. Die wohl bekannteste und auch häufigste Erkrankung des Hüftgelenks ist die Arthrose, der abnutzungsbedingte Gelenkverschleiss, der sich meist erst mit zunehmendem Alter manifestiert und der nicht selten nur noch mit einem künstlichen Gelenkersatz behandelt werden kann.
Als Risikofaktoren für eine Arthrose-Entstehung gelten Alter, Geschlecht (Frauen sind mehr betroffen als Männer), Veranlagung, akute Verletzungen, Überbelastung des Hüftgelenks beispielsweise durch starke sportliche Belastungen oder durch Übergewicht sowie angeborene oder erworbene Formstörungen des Gelenks. Zu den häufigsten Formstörungen gehören die bei Geburt bereits bestehende Hüftdysplasie, bei der die Gelenkpfanne den Gelenkkopf zu wenig abdeckt, sowie das Hüftimpingement (Einklemmung zwischen Hüftkopf und Pfanne). Gerade in den letzten Jahren hat sich in der Medizin die Erkenntnis etabliert, dass das Hüftimpingement eine der häufigsten Ursachen für eine Arthrose in der Hüfte ist; viele der früher als primäre Arthrose eingestuften Erkrankungen sind darauf zurückzuführen.

Abweichung von der Normalform

Beim Hüftimpingement, fachsprachlich femoro-acetabuläres Hüftimpingement genannt, ist das natürliche Bewegungsspiel im Hüftgelenk gestört. Dies, weil die Formen des Hüftkopfs und der Hüftpfanne nicht genau zueinander passen. In der Folge schlägt der Oberschenkelknochen an den Rand der Pfanne (Impingement = Anschlag, Zusammenstoss) oder klemmt ein, was nach Jahren zu Schäden im Gelenk, am Pfannenrand, an der Gelenklippe und am Gelenkknorpel und noch später zu einer Hüftarthrose führen kann. Hat der Hüftkopf knöcherne Anlagerungen am Rand und sitzt dadurch nicht passgenau in der Pfanne, spricht man vom Cam-Impingement oder Nockenwellenimpingement. Ein solcher Knochenvorsprung an einer Seite kann bei bestimmten Bewegungen den Oberschenkelkopf in der Hüftpfanne einklemmen und zu Veränderungen am Gelenkknorpel führen. Beim Pincer-Impingement, auch «Beisszangenimpingement» genannt, ist die Hüftgelenkpfanne fehlgebildet, das heisst deutlich vertieft, die Hüftkopfform jedoch normal. In den meisten Fällen handelt es sich um eine Kombination des Cam- und des Pincer-Impingements.
Die Erkrankung macht sich vor allem bei jüngeren, sportlichen Menschen bemerkbar, weil diese ihre Gelenke stärker beanspruchen und Bewe-

gungseinschränkungen auch eher wahrnehmen. Wie viele Menschen von einem Hüftimpingement betroffen sind, ist nicht bekannt. Auch die Ursachen sind noch nicht gänzlich geklärt. Eine gewisse genetische Veranlagung spielt sicherlich eine Rolle. Auch Patienten, die im Jugendalter sportlich sehr aktiv waren (zum Beispiel Eishockey, Fussball), leiden später eher unter einem Hüftimpingement, da die heftigen Rotationsbewegungen dem jugendlichen Hüftgelenk leicht zusetzen können.

Oft Schmerzen nach Aktivitäten

Typische Symptome sind Schmerzen an der Hüftvorderseite oder in der Leistengegend, die vor allem nach sportlicher Aktivität oder intensiven körperlichen Belastungen bei starker Hüftbeugung und Innendrehung des Hüftgelenks auftreten. Es können aber auch Schmerzen auf der Seite oder im Gesäss auftreten. Auch langes Sitzen oder Stehen, Treppensteigen oder Bergaufgehen kann Schmerzen verursachen. Typisch sind auch Bewegungseinschränkungen der Hüfte und das Gefühl, dass die Hüfte blockiert ist; bei Abspreizung oder Innenrotation des Oberschenkels können stechende Schmerzen ausgelöst werden.

Es dauert eine Weile, bis das Hüftgelenk beim Impingement derart geschädigt wird, dass man von Arthrose spricht. Wird aber frühzeitig erkannt, dass Hüftschmerzen auf ein Impingement zurückzuführen sind, kann die Behandlung allenfalls weitere Schäden und einen späteren Gelenkverschleiss vermeiden oder hinauszögern. Die Diagnose eines Hüftimpingements wird durch eine genaue klinische Untersuchung, bei der unter anderem die Beweglichkeit der Hüfte getestet wird, und bildgebende Verfahren (Röntgen, MRI) gesichert. Dadurch können die Veränderungen im Gelenk und in den Weichteilen gut dargestellt werden.

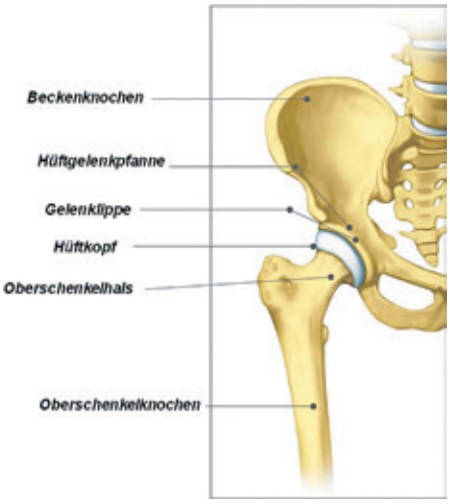
Operative Behandlung

Die Therapie des Hüftimpingements hängt von dessen Ausmass ab. Kann mit konservativen Methoden wie entzündungshemmenden Medikamenten, Physiotherapie oder einer Anpassung der körperlichen Tätigkeiten (sprich Vermeiden von gewissen Bewegungen) keine Besserung erzielt werden, bleibt meist nur noch die Operation. Dieser Eingriff, die chirurgische Hüftluxation, wird über einen offenen Zugang durchgeführt. Dabei wird die Hüftkugel aus der Gelenkpfanne sorgfältig gelöst, anschliessend werden die Gelenkteile so angepasst, geglättet, verkleinert oder angenäht, dass die Gelenkmechanik verbessert und das Impingement, also das Einklemmen, behoben wird. Diese offene Technik kommt vorzugsweise bei grossen Formschädigungen oder bei schweren Schäden an der Gelenklippe zum Zuge, denn nur die chirurgische Hüftluxation bietet eine vollständige Sicht auf alle am Gelenk beteiligten Strukturen und damit auch eine bessere Möglichkeit für optimale Korrekturen.

Dank neuer Zugangstechniken und der Weiterentwicklung der Instrumente können kleinere Deformitäten und Schädigungen heute auch arthroskopisch behandelt werden. Zurück bleiben kleinere Narben als bei der offenen Operation, auch sind die Wundschmerzen kleiner und die Rehabiliationszeit ist tendenziell kürzer. Bei der Hüftarthroskopie (Gelenkspiegelung) erfolgt der Zugang zum Gelenk in der Regel über drei kleine Schnitte seitlich und über der Hüfte. Mit einer speziellen Vorrichtung (dem sogenannten Extensionstisch) wird der Hüftkopf etwas aus der Pfanne gezogen. Das Arthroskop und die Instrumente werden dann in diesen vergrösserten Gelenkspalt eingeführt, um die für das Impingement verantwortlichen Veränderungen operativ anzugehen, ähnlich wie bei der chirurgischen Hüftluxation.

Wenn jedoch die degenerativen Veränderungen des Hüftgelenks zu weit fortgeschritten sind beziehungsweise der Gelenkknorpel zu sehr beschädigt ist, sollte der Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks in Betracht gezogen werden.

Die Formveränderungen im Hüftgelenk haben sich als eine wichtige Ursache für eine Hüftarthrose erwiesen.



Die Auskunftspersonen
Dr. med. Andreas Fischer
Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates
Belegarzt Spital Riggisberg

Praxis:
ORTHOMOTION City Klinik Thun
Marktgasse 17, 3600 Thun
Tel. 033 533 80 90
info@orthomotion.ch

Dr. med. Bernhard Aebi
Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates
Belegarzt Spital Riggisberg

Praxis:
Seilerstrasse 22, 3011 Bern
Tel. 031 381 02 64
mail@orthoaebi.ch

Endometriose

Menstruation ausser Kontrolle

Die chronische entzündliche Erkrankung kann sehr schmerzhaft sein und die Lebensqualität der betroffenen Frauen oft massiv beeinträchtigen. Die Therapie richtet sich unter anderem danach, ob ein Kinderwunsch besteht oder nicht.

Schmerzen oder Bauchkrämpfe während des Eisprungs oder der Periode sind für viele Frauen ein wiederkehrendes Übel. Bei einigen dieser Frauen ist jedoch nicht allein der weibliche Zyklus schuld an den Schmerzen, sondern eine Besonderheit der Gebärmutterschleimhaut, auch Endometriose genannt. Vier bis sechs Prozent der Frauen leiden unter dieser zweithäufigsten gutartigen gynäkologischen Erkrankung, bei der die Gebärmutterschleimhaut – das Endometrium – auch ausserhalb der Gebärmutterhöhle wächst. Diese Wucherungen beschränken sich meist auf den Unterleib und treten beispielsweise an Eierstöcken, Eileitern, Gebärmuttermuskulatur, Scheide, Blase, Darm oder Bauchfell auf. Sie können aber auch, wenn auch seltener, in anderen Organen wie Lunge, Zwerchfell oder Leber vorkommen. Die genauen Endometriose-Ursachen sind noch nicht geklärt, eine genetische Veranlagung ist aber möglich. Man vermutet, dass bei der Menstruation Zellen des Endometriums über die Eileiter in die Bauchhöhle gelangen und dort anwachsen können, was bei der Monatsblutung zu einer lokalen Entzündungsreaktion führt, welche die Schmerzen verursacht. Die Krankheit ist in der Regel gutartig, aber sie ist chronisch und sie schreitet fort.

Hauptsymptom: Schmerzen

Das verlagerte Gewebe ist so wie die normale Gebärmutterschleimhaut am Menstruationszyklus beteiligt, es wächst und blutet am Ende des Zyklus. Allerdings kann dieses Blut nicht durch die Scheide abfliessen, sondern sammelt sich im Körperinnern und muss langsam abgebaut werden. Dabei können Entzündungen, Zysten, Vernarbungen und Verwachsungen entstehen. Mit der Zeit bilden sich immer mehr Endometrioseherde, die je nach Lokalisation zu verschiedenen, unterschiedlich stark ausgeprägten Beschwerden führen können. Typisch sind schmerzhafte Regelblutungen, wiederkehrende Schmerzen im Unterbauch sowie Zyklusunregelmässigkeiten. Auch Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Blutungen oder Schmerzen während des Stuhlgangs oder beim Wasserlassen sowie Rückenschmerzen können auf eine Endometriose hinweisen.

Die Stärke der Beschwerden stimmt aber nicht in jedem Fall mit der Schwere der Krankheit überein: Kleine Herde können enorme Schmerzen verursachen, während wiederum grosse Wucherungen nicht unbedingt schmerzhaft sein müssen. Eine Endometriose kann auch der Grund für eine Sterilität sein, wenn Verwachsungen zwischen Eileiter und Eierstöcken den Eisprung verhindern oder die Embryowanderung beeinträchtigen. Die ständig auftretenden Schmerzattacken führen bei manchen Frauen zu einem Gefühl der Hilfslosigkeit oder des Ausgeliefertseins, zu einem sozialen Rückzug oder einer zunehmenden Fokussierung auf den Körper und die Schmerzen. Dies kann die Lebensqualität enorm beeinträchtigen und die psychische Befindlichkeit negativ beeinflussen.

Diagnose oft schwierig

Da die mit einer Endometriose verbundenen Beschwerden oft vielfältig und nicht immer zyklusabhängig sind, ist es nicht leicht, eine Diagnose zu stellen. Kommt hinzu, dass viele der Symptome sich auch bei anderen Erkrankungen manifestieren können. Nebst einem ausführlichen Gespräch über die Beschwerden kann auch die gynäkologische Untersuchung Hinweise auf eine Endometriose geben, wenn der Arzt, die Ärztin Endometrioseherde in der Scheide ertasten kann. Eventuell lassen sich grössere Endometrioseherde oder Zysten an den Eierstöcken auch bei einer Ultraschalluntersuchung durch die Scheide feststellen. Kleinere Endometrioseherde sind allerdings bei Tast- und Ultraschalluntersuchungen nicht nachzuweisen. Sicher diagnostizieren lässt sich aber eine Endometriose einzig durch eine Bauchspiegelung (Laparoskopie).
Bei dieser Operation unter Vollnarkose werden Instrumente sowie eine Kamera durch kleine Schnitte in den Bauchraum eingeführt, um die befallenen Organe zu beurteilen und um eine Gewebeprobe zu entnehmen. So können auch winzig kleine Herde entdeckt werden; zudem können diese sowie allfällige Zysten und Verwachsungen im selben Zug entfernt werden. Eine Bauchspiegelung wird in der Regel bei unklaren Beschwerden durchgeführt, um allenfalls andere oder bösartige Erkrankungen auszuschliessen, wenn die betroffenen Frauen unter starken Schmerzen leiden, beim Vorliegen von Zysten oder Endometrioseherden in Scheide, Darm oder Blase sowie wenn ein unerfüllter Kinderwunsch besteht. Bei Verdacht auf Endometriose und bei weniger stark ausgeprägten Symptomen kann versucht werden, mit Medikamenten eine Besserung zu erzielen. Schlagen diese nicht an, wird weiter abgeklärt.

Familienplanung bestimmt Therapie

Die Therapie der Endometriose richtet sich bis zu einem gewissen Grad vor allem nach dem Behandlungsziel: Steht die Bekämpfung der Schmerzen im Vordergrund oder soll die Kinderlosigkeit behandelt werden? Die Therapieangebote werden individuell mit den jeweiligen Patientinnen besprochen, zur Auswahl stehen medikamentöse oder chirurgische Massnahmen, möglich ist auch eine Kombination beider Methoden. Entzündungshemmende, krampflösende Medikamente können den Schmerz lindern. Bei fehlendem Kinderwunsch können auch moderne Antibabypillen oder Hormonpräparate eingesetzt werden.
Durch die Einnahme der Pille wird der Eisprung unterdrückt, bei einer Einnahme ohne Pause (Langzyklus) bleibt auch die Menstruation aus. So können häufig die Beschwerden gelindert werden. Durch die Einnahme von Gelbkörperhormonen wird die Gebärmutterschleimhaut stark zurückgebildet, was ebenfalls zu einem Ausbleiben der Menstruation führt. Daneben werden auch die Endometrioseherde im Bauchraum und den anderen Organen zurückgebildet. Falls diese Behandlungen nicht helfen, kann die Frau auch mittels Hormonpräparaten in die Menopause versetzt werden, was ebenfalls zu einer Rückbildung der Endometriose führt. Allerdings werden diese Medikamente heute nur noch in Einzelfällen eingesetzt, da sie starke Nebenwirkungen haben (Wallungen, Kopfschmerzen, Osteoporoserisiko).

Die Stärke der Schmerzen stimmt nicht mit dem Ausmass der Endometriose überein.

Chirurgische Massnahmen

Wird hingegen eine Schwangerschaft angestrebt, ist eine chirurgische Therapie meist unumgänglich. Allenfalls wird vor einer Operation eine Hormontherapie durchgeführt, um die Herde zu verkleinern. Erkennbare Endometrioseherde, Zysten oder Verwachsungen können bereits im Rahmen einer diagnostischen Bauchspiegelung entfernt werden; bei diesem Eingriff kann gleichzeitig die Durchgängigkeit der Eileiter geprüft werden. Bei ausgedehnten oder ungünstig gelegenen Herden kann allenfalls ein grösserer Bauchschnitt nötig werden. Bei älteren Patientinnen, die unter starken Schmerzen leiden, kann die Entfernung der Gebärmutter in Betracht gezogen werden; so wird die weitere hormonelle Stimulierung der Endometrioseherde endgültig gestoppt. Eine operative Entfernung der Endometrioseherde führt oft zu Beschwerdefreiheit und ermöglicht in manchen Fällen eine Schwangerschaft, die Rückfallquote ist aber dennoch relativ hoch. Während einer Schwangerschaft und der Stillzeit nehmen die Schmerzen häufig ab, nach Beginn der Wechseljahre treten keine Symptome mehr auf.

Neue Chefärztin im Spital Münsingen

Dr. med. Monika Feusi-Schmid ist seit dem 1. August 2017 Chefärztin Gynäkologie/Geburtshilfe im Spital Münsingen. Sie hat damit die Nachfolge von Dr. med. Roger Rauch angetreten, dem langjährigen Chefarzt Gynäkologie/Geburtshilfe, nachdem sie bereits ein Jahr, gemeinsam mit Dr. Aglaia Schumacher, als stellvertretende Chefärztin tätig gewesen war. Monika Feusi-Schmid verfügt über langjährige Erfahrung als Oberärztin, unter anderem in Männedorf und Langenthal. Seit 2008 führte sie eine eigene Praxis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Konolfingen und war als Belegärztin am Spital Münsingen tätig. Ihre Praxis hat sie bereits ins Spital Münsingen verlegt. Dr. Feusi-Schmid ist verheiratet, zweifache Mutter und wohnt in der Region.

Die Auskunftsperson
Dr. med. Monika Feusi-Schmid
Fachärztin FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe
Chefärztin Gynäkologie/Geburtshilfe

Kontakt:
Spital Münsingen
Krankenhausweg 18/20, 3110 Münsingen
Tel. 031 682 82 82
monika.feusi-schmid@spitalmuensingen.ch

Prostatabeschwerden

Wasserlassen wird zur Qual

Bei mehr als 70 Prozent der über 60-jährigen Männer hat die Prostata eine Grösse erreicht, die Probleme macht. Sobald die Symptome die Betroffenen zu stark einschränken, sollten sie behandelt werden.

Die Prostata ist eine kastaniengrosse Geschlechtsdrüse, die vor dem Enddarm und unmittelbar unter dem Blasenausgang liegt. Bei einem gesunden, jungen Mann wiegt sie rund 20 Gramm. Die Prostata – auch Vorsteherdrüse genannt – produziert ein Sekret, das als Hauptbestandteil der Samenflüssigkeit vor allem fürs Überleben und den Transport der Samenzellen verantwortlich ist. Bereits ab der Pubertät eines jungen Mannes beginnt sich die Prostata, einem ganz natürlichen Vorgang gleich, zu vergrössern. Etwa zehn Prozent aller über 40-Jährigen, 50 Prozent der über 50-Jährigen sowie 70 bis 80 Prozent der über 60-Jährigen leiden an einer solch gutartigen Vergrösserung der Prostata. Nur die Hälfte davon spürt derweil Symptome.
Das Wachstum der Prostata verengt und komprimiert die mitten durchs Organ führende Harnröhre. Der Harnstrahl wird in der Folge immer schwächer, schliesslich lässt die bisweilen zu Pfirsichgrösse angewachsene Drüse den Urin nur noch tröpfchenweise hinaus und ein Teil des Wassers bleibt in Form von Restharn bei jedem Wasserlassen in der Blase zurück. Am Ende droht bei unbehandelter Krankheit der komplette Harnverhalt. In diesem Fall kann der Mann überhaupt nicht mehr urinieren, weil die Prostata die Harnröhre völlig abdrückt – ein akuter Notfall, der eine sofortige Katheterableitung und im späteren Verlauf meist eine Operation erfordert.

Wenn es nur noch tröpfelt

Der Zeitpunkt, ab dem sich ein Mann von seinen Beschwerden massiv gestört fühlt, ist sehr individuell. Sobald seine Lebensqualität jedoch beeinträchtigt ist, nachts mehrere Toilettengänge nötig werden und auch bei alltäglichen Aktivitäten ständig ein WC in der Nähe sein muss, ist es ratsam, sich untersuchen zu lassen. Bei Verdacht auf eine gutartige Prostatavergrösserung besteht der erste Schritt zur Diagnose darin, dass der Arzt einen Finger in den Mastdarm einführt, um die Prostata zu ertasten (rektale Untersuchung). Zudem kann der Arzt per Ultraschall die Menge des Restharns nach vorheriger Entleerung der Blase feststellen. Diese liegt bei einem gesunden Mann bei circa 20 bis 30 Millilitern. Ebenfalls gemessen wird die Stärke des Urinstrahls, um herauszufinden, in welchem Ausmass der Abfluss bereits behindert ist. Dabei uriniert der Mann in einen über der Toilette angebrachten Trichter, in dem sich eine

Messvorrichtung befindet. Die Resultate all dieser Untersuchungen entscheiden über die Wahl der geeigneten Therapie. Zur Linderung von Prostatabeschwerden stehen verschiedene Arten von Medikamenten und Arzneimittel-Kombinationen zur Verfügung. Wie bei jeder medikamentösen Behandlung gilt es, zusammen mit dem Arzt mögliche Vor- und Nachteile abzuwägen sowie speziell auf Wechselwirkungen mit anderen Mitteln zu achten. Viele Männer probieren als Erstes pflanzliche Präparate aus – vor allem dann, wenn die Symptome noch nicht so stark ausgeprägt sind. Diese sind rezeptfrei erhältlich und basieren beispielsweise auf Substanzen aus Sägezahnpalme, Kürbissamen oder Brennesselwurzel. Studien, die zweifelsfrei belegen, dass diese Präparate helfen, fehlen bis heute allerdings.

Wann wird operiert?

Darüber hinaus gibt es eine Anzahl von pharmazeutischen Produkten, die die Harnröhre öffnen und den Urin wieder besser fliessen lassen. Einige davon lindern nicht nur die Beschwerden, sondern können auch das Prostatagewebe um bis zu 30 Prozent verringern. Sie können jedoch vorübergehend Nebenwirkungen wie Blutdruckerniedrigung, Erektionsstörungen oder trockene Orgasmen verursachen. Wenn Medikamente nicht mehr ausreichen, häufig Harnweginfekte auftreten oder sich die Nierenfunktion zusehends verschlechtert, hilft in der Regel nur eine Prostata-Operation weiter. Beim klassischen Verfahren wird die Prostata unter Narkose durch die Harnröhre mithilfe einer elektrischen Schlinge ausgeschält. Bei einer «offenen Operation» wird das Organ durch einen Einschnitt in der Bauchdecke operiert. Dies wird allerdings nur sehr selten gemacht und ist hauptsächlich dann nötig, wenn die Prostata sehr stark vergrössert ist.

Nach dem Eingriff bleibt der Patient drei Tage im Spital. Auch wenn er danach keine Schmerzen mehr verspürt, braucht es einige Zeit, bis die Operationswunde vollständig verheilt. Deshalb ist in den ersten zwei bis drei Wochen nach der Operation Schonung angesagt: körperliche Anstrengung, Velofahren, ruckartige Bewegungen und schweres Heben sollten unterlassen werden. Wasserlösen ist bereits nach wenigen Tagen wieder möglich. Beim sexuell aktiven Mann kann es nach dem Eingriff wegen des Rückflusses des Ejakulats in die Blase zu trockenen Orgasmen kommen. Das ist im Prinzip nicht weiter problematisch, nur die Familienplanung sollte optimalerweise vorher abgeschlossen sein. Je nach Alter des Patienten kann Jahre später eine erneute OP nötig werden, weil das Prostatagewebe nachwächst. Dies kommt nur in circa fünf bis zehn Prozent der Fälle vor.

Risikofaktor Alter

Der Hauptrisikofaktor, an einer gutartigen Prostatavergrösserung zu erkranken, ist schlicht das Alter. Und dagegen ist bisher glücklicherweise kein Kraut gewachsen. Was «Mann» allerdings präventiv tun kann: einen gesunden Lebensstil pflegen, mit viel Bewegung an der frischen Luft und gesunder, ausgewogener Ernährung. Fettleibige Männer haben in der Regel eine grössere Prostata. Trotz intensiver Bemühungen von Forschern ist die genaue Ursache der Prostatavergrösserung nach wie vor nicht vollständig geklärt. Eine wichtige Rolle scheint das Sexualhormon Testosteron zu spielen. Zudem existieren auch familiäre Veranlagungen für die Krankheit – gibt es bereits Fälle von gutartigen Prostatavergrösserungen in der nahen Verwandtschaft, steigt das eigene Erkrankungsrisiko deutlich an.

Ambulante Urologie-Sprechstunde im Spital Aarberg

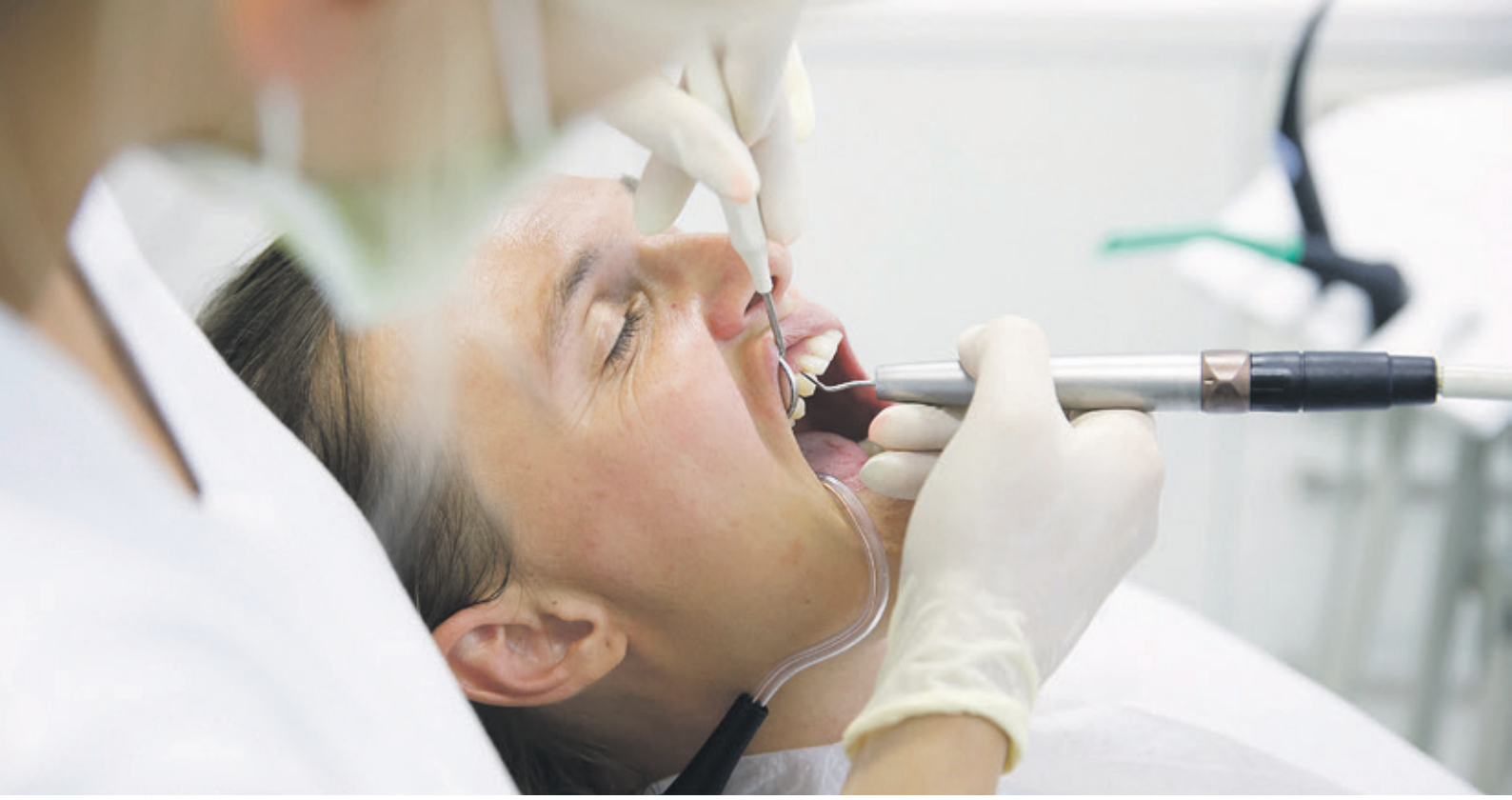
Seit Kurzem wird im Ambulatorium des Spitals Aarberg eine Urologie-Sprechstunde angeboten. Das Angebot steht vorerst zwei Mal pro Monat zur Verfügung, jeweils am Freitagnachmittag. Die Sprechstunde wird in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik für Urologie des Inselspitals realisiert. Als Ärzte stehen PD Dr. med. Beat Roth und Dr. med. Silvan Boxler zur Verfügung. Das Angebot umfasst: ambulante urologische Abklärungen für Männer und Frauen inkl. Hämaturieabklärungen / Zystoskopien / Blaseninstillationen, Inkontinenzabklärungen / urodynamische Untersuchungen, Prostataabklärungen / Prostatastanzbiopsien, Unfruchtbarkeitsabklärungen (Mann) / erektile Dysfunktion (Erektionsstörungen), Steinsprechstunde (Metaphylaxe / Therapie), Zweitmeinungen.

Achtung: Prostata-Krebs

Der Prostata-Krebs hat nichts mit der gutartigen Prostatavergrösserung zu tun! Er ist auch keine Folge davon, kann jedoch gleichzeitig oder völlig unabhängig davon auftreten. Prostata-Krebs ist das häufigste Karzinom des Mannes über 40 Jahre. Im Frühstadium ist der Prostata-Krebs meist symptomlos; im fortgeschrittenen Stadium können Beschwerden wie Blasenentleerungsstörungen, Knochenschmerzen und später Gewichtsverlust oder Blutarmut auftreten. Die Diagnostik basiert auf der rektalen Untersuchung sowie der Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA) im Blut. Bei erhärtetem Verdacht wird nach vorgängigem MRI eine Prostatabiopsie durchgeführt. Die Therapieformen sind unterschiedlich: Operiert und bestrahlt wird heute vorwiegend bei lokalisiertem oder bereits fortgeschrittenem Prostata-Krebs. Alternativ dazu können Patienten im Frühstadium durch engmaschige Kontrolluntersuchungen aktiv überwacht werden («active surveillance»). So soll sichergestellt werden, dass ein Fortschreiten des Tumors rechtzeitig erkannt wird und entsprechende Behandlungen eingeleitet werden können. Grund: Die Prostata-Entfernung oder alternativ die Bestrahlung bedeutet einen groben Einschnitt ins Leben der Betroffenen. Es besteht das Risiko von Impotenz und – wenn auch nur sehr selten – von Inkontinenz.

Die Auskunftsperson
PD Dr. med. Beat Roth
Facharzt FMH für Urologie
Leitender Arzt Urologische Universitätsklinik Bern

Kontakt:
Uro-Onkologie und Prostatazentrum
Urologische Universitätsklinik
Inselspital, 3010 Bern
Tel. 031 632 20 45
urology.berne@insel.ch



Parodontitis

Gefahr aus dem Mund

Zahnbeläge enthalten schädliche Bakterien, die nach und nach zu Entzündungen des Zahnhalteapparats führen können. Rechtzeitig entdeckt, kann eine beginnende Parodontitis gestoppt und Zahnverlust vermieden werden.

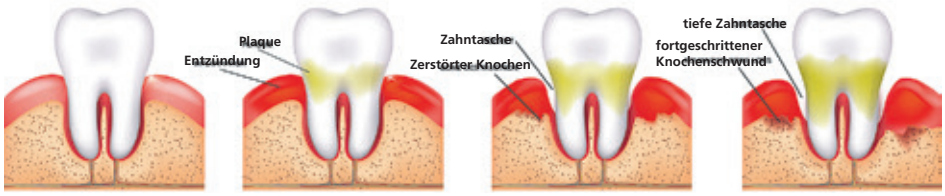
Zahnfleischbluten wird oft nicht ernst genommen, dabei könnte es ein wichtiges Warnzeichen für die sogenannte Parodontitis sein. Diese bakterielle Entzündung des Zahnhalteapparats (Parodontium) kann in allen Lebensaltern auftreten, betrifft aber meistens Menschen ab 50 Jahren. Sie entwickelt sich über Jahre oder gar Jahrzehnte, dies oft unbemerkt, und ist die häufigste Ursache für Zahnverlust im Alter. Rund vier von zehn Menschen erkranken einmal in ihrem Leben daran.

Gefahr für Zähne und Körper

Parodontitis wird durch eine ungenügende oder falsche Mundhygiene begünstigt. Allgemeine Faktoren wie die beispielsweise genetische Veranlagung, ein geschwächtes Immunsystem, wie es im höheren Lebensalter häufig vorkommt, starkes Rauchen oder schlecht kontrollierter Diabetes beeinflussen den Krankheitsverlauf negativ. Die entzündeten Zahnfleischtaschen verursachen aber nicht nur Schäden in der Mundhöhle, sondern sind gleichzeitig auch Eintrittspforten für Bakterien in die Blutbahn, welche Entzündungen auslösen oder schwere Allgemeinerkrankungen begünstigen können. Es ist wissenschaftlich belegt, dass eine unbehandelte Parodontitis das Risiko für Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, wie beispielsweise Arteriosklerose oder Herzinfarkt, erhöht. Zudem kann eine aktive, unbehandelte Parodontitis eine Schwangerschaft negativ beeinflussen. Auch zwischen Mundgesundheit und Atemwegserkrankungen besteht ein Zusammenhang: Bakterien aus dem Zahnfleischbelag und den Zahnfleischtaschen können eine Lungenentzündung hervorrufen. Eine Parodontitis kann des Weiteren einen Diabetes verschlimmern, sodass es für Diabetespatienten schwieriger ist, ihren Blutzuckerspiegel zu kontrollieren.

Langsame Entwicklung

Parodontitis entsteht dadurch, dass sich im Übergangsbereich von Zahn und Zahnfleisch Beläge bilden, welche schädliche Bakterien enthalten. Werden die Ablagerungen (Plaques) nicht regelmässig entfernt – durch Zähneputzen und professionell durch Zahnärztin oder Dentalhygienikerin –, entsteht unter dem Zahnfleischrand Zahnstein, der mit der Zahnbürste nicht mehr beseitigt werden kann. Es kann zu einer Entzündung der Zahnfleischregionen kommen – in der Fachsprache Gingivitis (Zahnfleischentzündung) genannt. In diesem Vorstadium der Parodontitis blutet das Zahnfleisch vermehrt beim Berühren oder Zähneputzen und es ist rot und geschwollen. Die Behandlung der Gingivitis besteht im professionellen Entfernen der Plaque und einer anschliessenden guten Mundhygiene. Denn wird der Zahnbelag mehrmals täglich gründlich entfernt, verschwinden Entzündung und Blutung nach wenigen Tagen.
Erfolgt hingegen keine Behandlung, dringt die Entzündung nach und nach



Gesunder Zahn **Gingivitis** **Parodontitis** **Fortgeschrittene Parodontitis**

der Zahnwurzel entlang in tiefere Schichten des Zahnhalteapparats. Es werden sogenannte Zahnfleischtaschen zwischen Zahn und Zahnfleisch gebildet, in welchen die chronische Entzündung anhält und sich zusätzliche Bakterien ansammeln. Aus der Gingivitis ist eine Parodontitis geworden. Wird diese nicht behandelt, zerstören die Bakterien allmählich das Bindegewebe und mit der Zeit den Kieferknochen, sodass die Zähne keinen Halt mehr finden und ausfallen. Eine Parodontitis verläuft oft unbemerkt und über Jahre hinweg, da sie im Allgemeinen völlig schmerzfrei ist. Neben dem typischen Zahnfleischbluten kann es auch zu einem unangenehmen Mundgeruch kommen, auch wirken die Zähne oft länger, weil sich das Zahnfleisch zurückgezogen hat.

Bei häufigem Zahnfleischbluten, gerötetem und geschwollenem Zahnfleisch oder einem Rückgang des Zahnfleisches ist ein Zahnarztbesuch ratsam.

Prüfung der Taschentiefe

Bei Symptomen wie häufigem Zahnfleischbluten, deutlich gerötetem und geschwollenem Zahnfleisch oder einem Rückgang des Zahnfleisches ist ein Zahnarztbesuch ratsam. Regelmässige Kontrolluntersuchungen lassen zudem eine Parodontitis frühzeitig erkennen. Je eher eine Parodontitis vom Zahnarzt behandelt wird, desto wirksamer lässt sie sich behandeln und umso weniger aufwendig ist das Vorgehen. Zur Diagnosestellung einer Parodontitis untersucht der Zahnarzt mit einer sogenannten Parodontalsonde, wie tief die Zahntaschen sind. Normalerweise stösst dieses spezielle Gerät nach zwei bis drei Millimetern im Zwischenraum zwischen Zahnfleisch und Zahn auf Widerstand, bei einer Parodontitis kann es tiefer vordringen. Ein Röntgenbild zeigt zudem, wie weit fortgeschritten der Abbau des Knochens ist. Seit einigen Jahren gibt es zudem Tests, mit denen der Zahnarzt die besonders schädlichen Bakterien im Mund nachweisen kann. Bei schweren Fällen einer Parodontitis können die Ursachen der Entzündung gezielt mit Antibiotika behandelt werden.

Parodontal-Behandlung

In einem frühen Stadium besteht die Behandlung im Wesentlichen darin, sämtliche Beläge von den Zahnoberflächen zu entfernen. Dies kann eine recht zeitintensive Prozedur sein, die entweder die Zahnärztin oder die Dentalhygienikerin durchführt, falls nötig in lokaler Betäubung. Die Arbeit ist umso aufwendiger, je tiefer die Taschen sind. Allenfalls können Zahnstein und entzündetes Gewebe in den Zahnfleischtaschen auch mit dem Laser entfernt werden. Nach einigen Monaten überprüft der Zahnarzt, ob die Entzündungszeichen zurückgegangen sind, die Patienten die richtige Zahnputztechnik anwenden und die Zahnzwischenräume mit Zahnseide oder Interdentalbürsten gründlich reinigen.
In fortgeschrittenen Fällen und bei grosser Taschentiefe ist manchmal ein chirurgischer Zugang erforderlich, um die Konkremente (harte Ablagerungen) vollständig zu entfernen und die Wurzeloberfläche zu desinfizieren. Der Zahnarzt klappt dazu das Zahnfleisch auf, um an die entzündete Stelle zu kommen, und entfernt das krankhafte Gewebe. In ausgesuchten Fällen wird versucht, das verlorene Gewebe mit der sogenannten gesteuerten Geweberegeneration wieder aufzubauen, um den Zähnen besseren Halt zu geben. Durch das chirurgische Einsetzen von Knochenersatzmaterial werden Kieferknochen und Zahnhalteapparat dazu angeregt, sich neu zu bilden.

Ohne Beläge keine Parodontitis

In jedem Fall ist ein Erfolg über lange Zeit nur dann gewährleistet, wenn die Patientin, der Patient zuhause mit täglicher gründlicher Zahnreinigung verhindert, dass sich neue Bakterienbeläge bilden. Die wichtigste Aufgabe haben also die Patienten selber. Eine gute Mundhygiene sowie die regelmässige Entfernung hart gewordener Beläge durch den Zahnarzt oder die Dentalhygienikerin sind denn auch der beste Schutz vor Parodontitis. Regelmässige zahnärztliche Kontrollen mehrmals pro Jahr sind unabdingbar, damit neu auftretende Probleme rechtzeitig erkannt und behoben werden können.

Die Auskunftspersonen
Dr. med. dent. Pierre Magnin
Fachzahnarzt SSO für Oralchirurgie und Master of Science in Oral Implantology

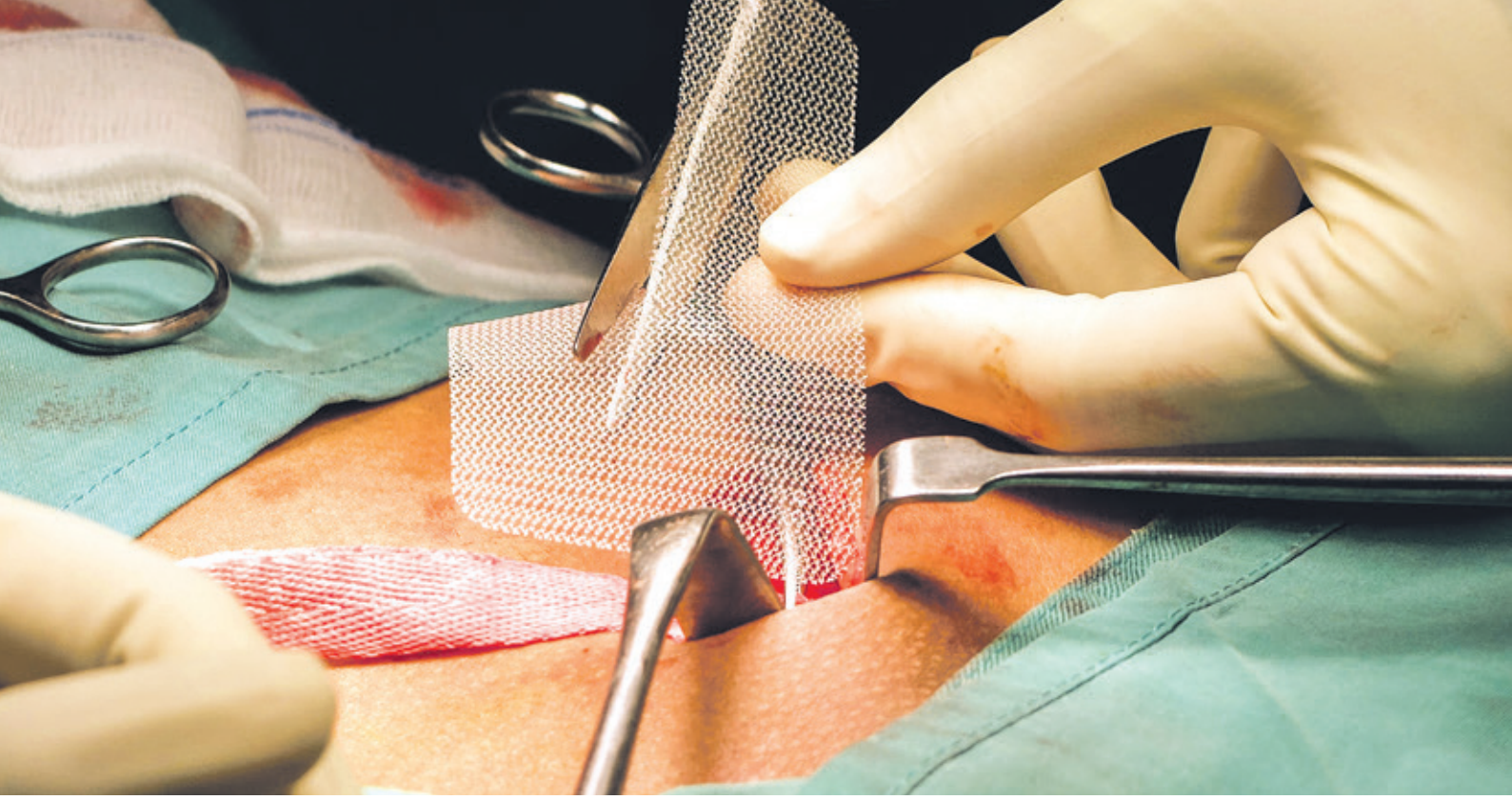
Praxis:
Oralsurgery
Blumenrain 91, 2503 Biel
Tel. 032 365 33 44
info@oralsurgery.ch, www.oralsurgery.ch

Extra:
Link zur Website Oralsurgery

Dr. med. dent. Dieter Stuck
Vereinszahnarzt des EHC Biel-Bienne

Praxis:
Florastrasse 32, 2501 Biel
Tel. 032 329 30 30
info@zahnarzt-biel.ch, www.zahnarzt-biel.ch

Extra:
Link zur Website von Dr. Stuck



Leistenbruch

Operation ist Mittel der Wahl

Leistenbrüche sollten operiert werden, sobald sie Beschwerden verursachen. Bei der Operation handelt es sich um einen Routineeingriff, der heute meist minimalinvasiv mit einem Endoskop durchgeführt wird.

Ein Ziehen oder Zwicken in der Leistengegend, das sich bei Bewegung und Anstrengung verstärkt und bei Entspannung nachlässt, könnte auf einen Leistenbruch hinweisen. Ein weiteres Symptom ist eine weiche Vorwölbung beziehungsweise Beule, die im Liegen verschwindet oder die man wegdrücken kann. Spätestens dann ist der Zeitpunkt gekommen, die Schwellung von einem Arzt untersuchen zu lassen.

Lücke im Bauchraum

Der Leistenbruch oder Leistenhernie ist die häufigste Hernie (Eingeweidebruch) überhaupt. Pro Jahr werden gemäss Schätzungen der internationalen Herniengesellschaft weltweit 20 Millionen Leistenbrüche operiert. Männer sind neunmal mehr davon betroffen als Frauen. Unter einer Hernie versteht man eine Lücke («Bruch») in der Bauchwand, durch die sich das Bauchfell und Teile der Eingeweide wie der Darm stülpen können. Bei Leistenhernien liegt die Öffnung im Bereich des Leistenkanals. Lücken in der Bauchwand sind eine Folge von Schwachstellen im Bindegewebe oder in der Muskulatur. Diese Schwachstellen sind angeboren oder – in drei Vierteln der Fälle – im Laufe des Lebens erworben. Angeborene Leistenbrüche treten häufig bereits im Säuglings- und Kindesalter auf, erworbene Brüche entstehen meist erst im höheren Alter. Ursachen sind vorangegangene Bauchoperationen, die zu Vernarbungen führen, oder eine angeborene Bindegewebsschwäche. Bestehen solche Schwachstellen in der Bauchwand, kann ein erhöhter Druck im Bauchraum – beim Husten, Pressen, Heben von schweren Lasten, bei Schwangerschaft, Übergewicht oder Prostatavergrösserung – dazu führen, dass ein Leistenbruch entsteht. Demzufolge zeigen sich denn auch die Leistenbruch-Symptome beziehungsweise die typische Beule besonders ausgeprägt beim Schreien, Husten, Niesen, beim Stuhlgang oder bei körperlicher Anstrengung, wenn sich der Druck im Bauchraum erhöht und die beweglichen Eingeweide durch die vorhandene Lücke gepresst werden.

Gefahr der Einklemmung

Ein Leistenbruch ist in den meisten Fällen ungefährlich, doch werden die ausgetretenen Darmteile im Bruchsack eingeklemmt, kann es zu Komplikationen kommen. Denn so wird die Durchblutung des Gewebes vermindert

oder unterbrochen, und es besteht die Gefahr, dass die eingeklemmten Organe absterben oder dass es zu einem Darmverschluss kommt. Diese Einklemmung ist mit starken Schmerzen, mitunter sogar Übelkeit und Erbrechen verbunden – die Betroffenen müssen notfallmässig operiert werden.
Die Diagnose eines Leistenbruchs erfolgt meist aufgrund der Beschreibung der Symptome und der körperlichen Untersuchung. Neben der typischen Schwellung können auf der von der Hernie betroffenen Seite auch ein Druckgefühl und leichte, ziehende Schmerzen in der Leistenregion auftreten, die sich beim Abtasten durch den Arzt, die Ärztin noch verstärken. Ungefähr jeder zehnte Betroffene präsentiert sich mit beidseitigen Brüchen. Nicht immer aber treten bei einem Leistenbruch Schmerzen auf, und es ist auch nicht immer eine Schwellung zu sehen. Um weitere Erkrankungen auszuschliessen, kann gegebenenfalls auch eine Ultraschalluntersuchung oder Magnetresonanztomografie nötig sein.

Nur chirurgisch behandelbar

Ein Leistenbruch bildet sich nicht von selber wieder zurück, sondern muss, vor allem wenn er Beschwerden bereitet, früher oder später operiert werden. Kann der Arzt den Bruchinhalt bei der körperlichen Untersuchung noch in die normale Lage zurückbringen, kann mit der Operation bis zu einem halben Jahr zugewartet werden. Ist dies nicht mehr möglich, sollte so rasch als möglich operiert werden, um Komplikationen wie eine Einklemmung oder einen Darmverschluss zu vermeiden und um eine wesentlich risikoreichere Notfalloperation zu vermeiden. Früher oder später werden aber die meisten Leistenbrüche Beschwerden verursachen, denn die Lücke in der Bauchwand wird immer grösser.
Bei der Operation wird der Bruchinhalt in den Bauchraum zurückverlagert, die Bruchlücke geschlossen und das Gewebe stabilisiert. In den letzten Jahren wurden die Operationsmethoden ständig verfeinert und erweitert. Wurde früher die Bruchlücke durch das Vernähen der körpereigenen Gewebeschichten verschlossen, wird heute meistens ein Kunststoffnetz zwischen Bauchfell und Muskulatur eingesetzt, um das Gewebe zu verstärken. So wird das Risiko verringert, dass sich die Naht bei hoher Belastung wieder öffnet. Welches Verfahren zum Einsatz kommt, hängt von der Art, Lage und Grösse des Leistenbruchs, dem Alter und den Begleiterkrankungen der Patienten ab. Ein Leistenbruch kann in einem offenen Verfahren durch einen Schnitt in der Leistengegend oder minimalinvasiv verfolgen. Dabei werden die Instrumente, die Kamera und das Netz durch drei kleine Hautschnitte unterhalb des Nabels bis zum Leistenbruch vorgeschoben. Damit der Chirurg eine gute Übersicht hat, muss der Bauch mit Kohlenstoffdioxid aufgebläht werden; der Eingriff erfolgt unter Vollnarkose. Die Vorteile des minimalinvasiven Verfahrens sind die geringeren Gewebeverletzungen, weniger Schmerzen und die schnellere körperliche Belastbarkeit. Unter bestimmten Bedingungen – insbesondere wenn der Patient keine Vollnarkose verträgt – sollte eine offene Operation durchgeführt werden, da sie in Regionalanästhesie durchgeführt werden kann.

Ein Leistenbruch ist meist ungefährlich, doch es besteht immer die Gefahr der Einklemmung.

Rückfall bei 1 von 100

Die Leistenbruch-Operation ist ein sehr häufig vorgenommener, risikoarmer Eingriff. Komplikationen wie Verletzungen von Nerven oder Darm, Thrombose, Wundinfektionen oder chronische Schmerzen im Operationsbereich treten selten auf, können aber nicht ausgeschlossen werden. Bei manchen Patienten kommt es aber trotz Operation zu einem erneuten Bruch (Rezidiv), allerdings sinkt auch die Rezidivrate dank den modernen Operationsmethoden und der verbesserten Qualität des Kunstnetzes ständig. Von 100 minimalinvasiv operierten Patienten muss in der Regel ein Patient erneut operiert werden.
Einem Leistenbruch kann man nur beschränkt vorbeugen, indem man allenfalls Übergewicht vermeidet und auch auf das Heben von schweren Lasten verzichtet, vor allem bei angeborener Bindegewebsschwäche.

Weitere Eingeweidebrüche

75 Prozent aller Eingeweidebrüche (Hernien) entstehen an der Leiste. Brüche treten aber auch an anderen Schwachstellen der Bauchwand auf. Oft müssen auch diese operiert werden, da auch bei ihnen die Gefahr der Einklemmung besteht. **Zwerchfellbrüche** entstehen am Durchtritt der Speiseröhre vom Brustkorb in den Bauch durch das Zwerchfell. Die Folge sind Schluckstörungen, Entzündungen, Sodbrennen oder das Absterben von Gewebe. **Nabelbrüche** treten häufig direkt nach der Geburt auf, oft bilden sie sich innerhalb des ersten Lebensjahres von selbst zurück. Von **Schenkelbrüchen** (Vorwölbung auf der Oberschenkelinnenseite) betroffen sind vor allem Frauen. Risikofaktoren sind neben dem weiblichen Geschlecht ein höheres Lebensalter, Schwangerschaft(en) in der Vorgeschichte sowie Übergewicht. Bei der **Nabelhernie** (Hernia umbilicalis) zeigt sich die Vorwölbung an der Nabelöffnung; sind Säuglinge betroffen, bildet sich die Nabelhernie oft innerhalb des ersten Lebensjahres von selbst zurück (Spontanverschluss). Die meisten Betroffenen verspüren keine Beschwerden. Beim **Narbenbruch** entsteht der Bruch im Bereich einer Operationsnarbe; er tritt als Komplikation bei bis zu 10 Prozent aller grossen Bauchoperationen auf und ist Folge einer gestörten Wundheilung oder einer allgemeinen Bindegewebsschwäche.

Die Auskunftsperson
Dr. med. Beat Muggli
Facharzt FMH für Chirurgie
Klinikleiter und Chefarzt Chirurgie

Kontakt:
Spital Tiefenau
Tiefenaustrasse 112, 3004 Bern
Tel. 031 308 88 10
beat.muggli@spitaltiefenau.ch

Anästhesie

Akribisch überwachter Tiefschlaf

Die Sicherheit von Patientinnen und Patienten steht bei Operationen an oberster Stelle. Vor einem Eingriff werden die Patientinnen und Patienten deshalb sorgfältig auf ihre Operationstauglichkeit untersucht.

Ob ein Eingriff am Darm oder am Herzen, am Hüftgelenk oder am Fuss – vor einer Operation haben viele Angst. Doch nicht nur ihre Erkrankung und die möglichen Folgen des Eingriffs bereiten den Patientinnen und Patienten Sorgen. Auch vor der Narkose selber fürchten sich viele, vor allem vor dem Kontrollverlust, der Machtlosigkeit. Dabei ist den Betroffenen oft nicht so bewusst: Während die Chirurgin, der Chirurg den Eingriff durchführt, kümmert sich die Anästhesistin, der Anästhesist um sie und ihr Wohlergehen. Darum, dass sie tief schlafen und keine Schmerzen haben.

Dreh- und Angelpunkt Anästhesie

Ins Spital geht man zum Kardiologen. Zur Neurologin. Zur Diabetologin. Selten aber, um alleine die Anästhesistin, den Anästhesisten zu sehen. Die Anästhesie ist eine Querschnitts-Fachdisziplin. Gerade bei Spitalaufenthalten, bei Operationen kommt ihr jedoch eine zentrale Bedeutung zu. Das Anästhesieteam begleitet Operationen mit Allgemein-, Regional- oder Kombinationsanästhesien. Die Anästhesistinnen und Anästhesisten sorgen während des Eingriffs für die Ausschaltung des Schmerzes, beobachten und halten die Vitalfunktionen wie Atmung und Kreislauf stabil. Auch nach dem Eingriff sind sie noch auf der Überwachungsstation präsent. Und bei grösseren Eingriffen gehen sie täglich zur Besprechung der Schmerztherapie mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten auf der Station vorbei. Die Aufgaben der Anästhesistin, des Anästhesisten beginnen aber schon vor der Operation.

Planbare Sicherheit

In Münsingen werden viele Wahleingriffe durch Belegärztinnen und -ärzte durchgeführt. Das sind sogenannte elektive und planbare Operationen mit einer gewissen Vorlaufzeit. Kurzfristige Notfälle hat vor allem die Chirurgie zu bewältigen. Elektive Operationen sind grosse Operationen, beispielsweise am Rücken oder zum Einsetzen eines Gelenkersatzes. Sie werden eine gewisse Zeit im Voraus anberaumt und können daher gut und sorgfältig angegangen werden. Das ist wichtig und dient der Sicherheit. Wichtig ist das präoperative Gespräch bei der Fachärztin, beim Facharzt der Anästhesie, einige Tage oder am Tag vor dem Spitaleintritt. Dieses vertrauensbildende Treffen dient zur Evaluation, Befragung, Aufklärung und Information. Anhand eines standardisierten Fragebogens wird die Krankenvorgeschichte erhoben. Welche Vorerkrankungen liegen vor? Welche Medikamente werden eingenommen? Traten bei früheren Narkosen Probleme auf? Gemeinsam legen die Anästhesie-Ärztin, der Anästhesie-Arzt mit der Patientin, dem Patienten das geeignete Verfahren fest. Hier können diese Fragen stellen, ihre Ängste thematisieren. Verwandte, Freunde oder bei ausländischen Betroffenen auch Übersetzerinnen, Übersetzer sind als Begleitpersonen willkommen.
Die Narkosemittel können heutzutage ganz genau dosiert und somit auch die Tiefe der Narkose sehr exakt gesteuert

werden. Moderne Geräte im Operationssaal messen die Hirnströme und die Narkosetiefe. Vor einer Narkose muss sich also niemand fürchten. Kommt hinzu, dass längst nicht alle Eingriffe unter Vollnarkose stattfinden, dem durch Narkosemittel über die Blutbahn und Atmung herbeigeführten schlafähnlichen Zustand, bei dem das Schmerzempfinden ausgeschaltet wird. Im Gegenteil, meistens reicht eine regionale Teil-Anästhesie. Dabei werden zum Beispiel die Schmerznerven, die zum Rückenmark führen, durch eine sogenannte Leitungsblockade vorübergehend ausgeschaltet, was das Schmerzempfinden in der operierten Körperregion betäubt. Die Peridural- und Spinalanästhesie sind bestimmte Verfahren der Regionalanästhesie, die insbesondere bei Eingriffen an der unteren Körperhälfte zur Anwendung kommen. Dabei ist die Patientin, der Patient während der Operation wach, empfindet aber keine Schmerzen. Sie können deshalb während der Operation entspannt Musik hören oder mit einem leichten Beruhigungsmittel «dösen». Zentrales Anliegen ist es, den Patientinnen und Patienten den Klinikaufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten.

Blutwerte und Herzströme

Kern der präoperativen Untersuchung ist die Aufnahme des Gesundheitszustandes. Die körperliche Untersuchung wird oft bereits vorher und wenn immer möglich von der Hausärztin, vom Hausarzt einige Wochen vor dem Eingriff durchgeführt. Sie beinhaltet eine Blutabnahme zur Kontrolle der wichtigsten Blutwerte: rote und weisse Blutkörperchen, Gerinnungswerte, Elektrolyte, Nierenwerte. Und ein Ruhe-EKG zur Evaluation der Herzgesundheit. Das sind die Parameter, die für die Spitalärztinnen und -ärzte relevant sind, auch in Bezug auf eine spätere Medikamentenabgabe. Darüber hinaus wird bei entsprechender Vorerkrankung in einer ersten Phase eine schützende medikamentöse Therapie zum Beispiel mit Blutdrucksenkern evaluiert. Mehr wird nicht gemacht, ausser bei bestimmten Vorerkrankungen oder wenn sich im Gespräch spezielle Gegebenheiten herauskristallisieren. Mehr Kontrollen führen erfahrungsgemäss zu mehr falsch-positiven Befunden ohne Krankheitswert. Die Blutwerte werden in Münsingen insbesondere bei Patientinnen und Patienten von über 50 Jahren erhoben.

Blutarmut vorher behandeln

Einer der wichtigsten Blutwerte ist das Hämoglobin. Eine unbehandelte Blutarmut (Anämie), auch wenn nur in geringem Ausmass, ist im Rahmen einer Operation mit einem erhöhten Risiko für Komplikationen assoziiert. Das macht die Früherkennung und Behandlung der Anämie zu einem essenziellen Faktor im Vorfeld einer Operation. Oft steckt dahinter lediglich ein Eisenmangel, der rasch und unkompliziert mittels oraler oder intravenöser Eisentherapie behoben werden kann. Heute werden Anämie und Eisenmangel schon vor der Operation behandelt, sodass die Patienten mit möglichst gestärkten Kräften in den Operationssaal kommen. Früher war die Gabe von Fremdblutkonserven Standard – trotz erhöhtem Risiko für Herz- und Nieren-Komplikationen oder Infektionen. Die neue Vorgehensweise ist auch vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung sinnvoll: In den nächsten Jahren zeichnen sich erhebliche Engpässe bei der Versorgung mit Blutkonserven ab. Immer mehr älteren Patientinnen und Patienten mit einem wachsenden Bedarf an Fremdblutprodukten stehen immer weniger potenzielle Blutspendende gegenüber. Die Blutreserven werden knapp.

> Dank modernem Schmerz-Management muss sich heute niemand mehr vor Schmerzen nach einer Operation fürchten.

Akute Schmerzen gut behandelbar

Operationen sind in den letzten Jahren viel sanfter geworden. Daher können auch grössere Operationen bei älteren und kränkeren Patienten sicher durchgeführt werden. Jeder Mensch empfindet Schmerzen unterschiedlich. Niemand muss sich heute mehr vor Schmerzen nach dem Aufwachen fürchten. Wichtig ist, dass die Patientin, der Patient sich meldet, wenn sie, er Schmerzen hat. Schmerzen sind nicht objektiv messbar und nur die Betroffenen selber können sagen, wann etwas weh tut. Dank modernem Schmerz-Management findet man aber immer eine passende Schmerztherapie. Manchmal ist es sogar möglich, die schmerzlindernde Medikamentenabgabe selbst zu steuern. Wissen gibt Sicherheit. Je mehr die Anästhesistin, der Anästhesist im präoperativen Gespräch mit den Patientinnen und Patienten von diesen erfährt, umso besser kann auf sie eingegangen werden, umso besser geht es ihnen vor und nach dem Eingriff.

Neue Chefärztin im Spital Münsingen

Dr. med. Monika Stibal ist per 1. Oktober 2017 zur neuen Chefärztin Anästhesie an den beiden Standorten Münsingen und Riggisberg gewählt worden. Sie folgt auf Dr. med. Marc Dubler. Monika Stibal war zuvor stellvertretende Chefärztin und ist seit über 15 Jahren als Fachärztin für Anästhesie tätig – unter anderem im Inselspital und im Spital Emmental in Burgdorf. Mit ihrer neuen Funktion wird sie in die Standortleitung Einsitz nehmen.

Die Auskunftsperson
Dr. med. Monika Stibal
Fachärztin FMH für Anästhesiologie und für Allgemeine Innere Medizin
Notarzt SGNOR
Chefärztin

Kontakt:
Spital Münsingen
Krankenhausweg 18/20, 3110 Münsingen
Tel. 031 682 80 08
monika.stibal@spitalmuensingen.ch

Ernährung und Depressionen

Nahrung unterstützt Behandlung

Welchen Einfluss hat die Ernährung auf die Psyche? Es gibt zwar keinen spezifischen Nährstoff, der Depressionen verhindert, dennoch kann eine depressive Erkrankung mit einer «gesunden Ernährung» günstig beeinflusst werden.

In der Schweiz erkranken innerhalb eines Jahres rund sieben Prozent der Bevölkerung erstmals oder wiederholt an einer depressiven Erkrankung. Eine Depression liegt vor, wenn folgende Symptome längere Zeit vorhanden sind: getrübte Stimmung, Verminderung des Antriebs und der Aktivität, erhöhte Erschöpfbarkeit, Verminderung der Fähigkeit zur Freude und des Interesses, Schlafstörungen und verminderter Appetit. Typisch für depressive Erkrankungen ist, dass sie oft chronisch verlaufen und eine Tendenz zu wiederholtem Auftreten haben, somit auch für die Betroffenen und ihr Umfeld sehr belastend sind. Wissenschaftlich ist die Wirksamkeit von Psychotherapie und Pharmakotherapie gut belegt. Auch werden andere Behandlungsverfahren, zum Beispiel aus dem Fundus der Alternativmedizin, erfolgreich eingesetzt. Dennoch lassen sich nicht immer befriedigende Verbesserungen oder gar eine Abheilung der Symptome erreichen. Wegen der grossen Not der Erkrankten und der hohen gesellschaftlichen Krankheitskosten ist es unerlässlich, dass zusätzliche Behandlungswege gesucht werden: Neue Vorstellungen über die «optimale Ernährung» gibt es viele, genannt sind beispielsweise der Verzicht auf gewisse Ernährungsbestandteile, wie bei der vegetarischen Ernährungsweise, oder Modeströmungen wie «Clean Eating».

Ernährung wirkt auf die Psyche

Ganz neu sind diese Fragen nicht. Hippokrates (ca. 450 v. Chr.) wird zugeschrieben, dass er Behandlungen der Melancholie mit Nahrungsmitteln durchführte. Galen (um 200 n. Chr.) verwies auf die Wichtigkeit, Nahrungsmittel zu meiden, welche die Galle schwärzen würden.

Folgende Faktoren können im Zusammenhang mit Ernährung und psychischem Befinden unterschieden werden: Zu den externen Faktoren ist vor allem die Nahrung zu zählen. Unvertrauter und weniger bekannt ist das Mikrobiom. Das ist die Gesamtheit der Bakterien und Pilze, welche auf und im Menschen leben. Für den Einfluss auf die Psyche sind vor allem die Bakterien im Dickdarm, also das Dickdarmmikrobiom, relevant. Hier besteht ein enges Kommunikationsnetz, auch «Darm-Hirn-Achse» genannt. Liegt eine verminderte Anzahl unterschiedlicher Bakterien im Dickdarm vor, so besteht eine verminderte Stresstoleranz (wie dies im Tierversuch nachgewie-

Privatklinik Wyss AG, Münchenbuchsee
Die Privatklinik Wyss befindet sich in attraktiver Lage vor den Toren der Städte Bern und Biel. Das in die ländliche Umgebung eingebettete Dorf Münchenbuchsee ist sowohl mit öffentlichen Verkehrsmitteln als auch mit dem Auto gut erreichbar. Die Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie behandelt seit 1845 Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen. Die Klinik ist auf die Behandlung von Depressionen, Burnout, Angst- und Zwangserkrankungen spezialisiert. Weiter gibt es eine Kriseninterventionsabteilung zur kurzzeitigen Unterstützung bei akuten Krisensituationen. Die Angebote der Klinik eignen sich auch für Menschen mit mehreren Erkrankungen, z.B. Depression mit Abhängigkeit, Depression bei Essstörungen und psychische Erkrankungen bei Tumorleiden (Psychoonkologie). Das stationäre Behandlungsangebot wird durch tagesklinische Angebote (in Münchenbuchsee) und ambulante Angebote in Biel (bei der Klinik Linde), in Münchenbuchsee und in Bern (am Salem-Spital) ergänzt.

Neues Patientengebäude: Lärchen Haus
Das im April 2017 neu eröffnete Patientengebäude «Lärchen Haus» bietet mit den 25 Ein-Bett-Zimmern modernsten Ausbaustandard für Patientinnen und Patienten, die Komfort und absolute Diskretion suchen. Im Erdgeschoss des Hauses befindet sich ein grosszügiger Fitness- und Physiotherapiebereich. Die weitläufige Dachterrasse bietet einen Weitblick über das Dorf Münchenbuchsee bis hin zum Jura. Die grosszügige Gartenterrasse ist eine weitere Oase mit direkter Anbindung an den klinikeigenen Park. Geschäftliche Sitzungen können die Patientinnen und Patienten diskret im dafür vorgesehenen Sitzungszimmer abhalten. Kleine Zwischenverpflegungen mit Angehörigen können stilvoll im hauseigenen Café genossen werden. Das Gebäude soll im Aussen- wie im Innenbereich eine angenehme, gediegene und ruhige Atmosphäre verbreiten.

sen werden konnte). Die Bakterien im Dickdarm haben also einen gewichtigen Einfluss auf unser Verhalten. Weitere Faktoren finden wir im Stoffwechsel. Verdauungsprobleme wie Verstopfung stören die Ausscheidung von im Darm liegenden Schadstoffen (Nahrungsabbauprodukten) durch deren Wiederaufnahme, was zu erhöhter Schadstoffbelastung im ganzen Körper führen kann. Diese Schadstoffbelastung kann zu erhöhten Entzündungsprozessen in unterschiedlichen Organen führen, was eine erhöhte Aktivität des Blut-Lymph-Systems, das für diese Aufräumaufgaben verantwortlich ist, bedingt. Diese chronischen Entzündungsprozesse stehen in direktem Zusammenhang mit Entstehung und Verschlechterung von depressiven Symptomen. Als psychischer Faktor ist das Belohnungs-System zu nennen, also das archaische System, das bei Sättigung ein «gutes Gefühl im Bauch» vermittelt. Als Vermittler dieser Informationen im Körper sind die Botenstoffe zu nennen.

Natürliche, wenig verarbeitete Lebensmittel wirken sich günstig auf depressive Erkrankungen aus, Nährstoffmängel hingegen können gewisse Symptome verschlimmern.

Nährstoffmängel und Symptome
Die Analyse von Ernährungsmustern hat gezeigt, dass die Mittelmeer-Diät günstigen Einfluss auf die Entstehung von Herz-Kreislauf-Krankheiten hat. Hinsichtlich der Beeinflussung der depressiven Erkrankungen gibt es heute Hinweise auf günstige Einflüsse durch eine «gesunde Ernährung», verallgemeinert im Sinne von Ernährung mit natürlichen, wenig verarbeiteten Lebensmitteln. Allerdings gibt es keinen spezifischen Nährstoff, der Depressionen verhindert.
Mängel einzelner Nährstoffe hingegen stehen sehr wohl im Zusammenhang mit dem Entstehen von depressiven Symptomen. Zum Beispiel finden sich Vitamin-C-Mängel häufig bei Patienten, die an Angsterkrankungen und Depressionen leiden; hier ist ein erhöhter Verbrauch dieses Vitamins anzunehmen. Vitamin-D-Mangel kann depressive Symptome auslösen oder verstärken. Zink-Mangel kann Angst und depressive Symptome auslösen. Magnesium-Mangel und unausgewogene Fettsäuren (Mangel an Omega-3-Fettsäuren) können ebenfalls depressive Symptome verschlimmern. Und es ist wichtig, die Grundlage für das Funktionieren dieser Kommunikationsnetze zu beachten: Ausreichend Bausteine für die Botenstoffe müssen als Aminosäuren aufgenommen werden.
In modernen psychiatrischen Institutionen werden diese Erkenntnisse als Ergänzung zur psychotherapeutischen und medikamentösen Therapie bewusst eingesetzt. Idealerweise leistet eine spezifische, individualisierte Ernährungsberatung einen wertvollen Beitrag zur Optimierung der Ernährung und damit auch zu zusätzlicher Unterstützung der konventionellen Behandlung.

Der Autor
Dr. med. Thierry de Meuron, EMBA
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Chefarzt Ambulante Dienste

Kontakt:
Privatklinik Wyss AG
Fellenbergstrasse 34, 3053 Münchenbuchsee
Tel. 031 868 33 33
info@privatklinik-wyss.ch
www.privatklinik-wyss.ch

Extra:
Link zur Website der Privatklinik Wyss AG

Hypnose

Arbeit mit Ressourcen

Oftmals ist Menschen gar nicht bewusst, über welches Potenzial sie verfügen. Die Hypnose hilft, den Zugang zu diesen Fähigkeiten zu öffnen.

In Worten benennen, was sie nicht mehr möchten, gelingt den meisten Menschen sehr gut. Sie können relativ schnell sagen was sie nicht mehr haben wollen, zum Beispiel: «Ich möchte in engen Räumen keine Angst mehr haben», «ich möchte keine Angst vor Spritzen haben» oder «ich möchte nicht mehr unsicher sein, wenn ich auf etwas Ungewohntes stosse.» Auch die damit verbundenen Gefühle und Emotionen, die sie im belastenden Zustand erleben, können sie gut beschreiben – sie nehmen häufig Gefühle von Enge, Druck, Unbehagen, Schwindel, oft auch verbunden mit Schweissausbrüchen, wahr.

Bereits im Kern vorhanden

«Wenn ich diese Menschen dann aber frage, wie sie sich fühlen möchten, dann braucht es oft ein mehrmaliges Nachfragen, bis sie klar äussern, welche positiven Gefühle sie spüren möchten», sagt Hypnosetherapeutin Doris Ayer. «Dies ist häufig auch so bei der Frage nach den Ressourcen. Viele meiner Klientinnen und Klienten haben Mühe zu sagen, was sie besonders gut können, was ihre Stärken, ihre Fertigkeiten, ihre Talente und Geschicke sind.» In der Hypnose arbeitet Doris Ayer mit ihren Klienten heraus, wie sie den Zugang zu vorhandenen Ressourcen finden und diese dann für sich nutzen können. «Denn oftmals sind sich Menschen gar nicht bewusst, welches Potenzial sie haben», hat die Hypnosetherapeutin die Erfahrung gemacht, «doch im Kern ist bereits alles, was die Pflanze zum Blühen braucht, vorhanden. Allem, was sie in die Behandlung mitbringen, ihrer Lebenssituation, ihren Haltungen, ihrer Eigenart, begegnen wir mit Wertschätzung; gleichzeitig kann dies auch alles für den Therapieerfolg eingesetzt werden.»

«Ich möchte mich frei, entspannt, gelassen und locker fühlen», kann ein Ziel sein. Nachdem Doris Ayer die Klienten in einen körperlichen und mentalen Zustand tiefster Entspannung (Trance) geführt hat, gehen sie gemeinsam auf die Suche nach einem oder mehreren Erlebnissen, wo sie solche positiven, entspannten Gefühle und Emotionen bereits erlebt haben. In Trance tauchen die Klienten erneut in dieses Erlebnis ein, fühlen die kraftvollen Emotionen und objektivieren diese. So können sie die positiven Gefühle wieder abrufen und auch in problembehafteten Situationen aktivieren.

«Die Trance-Reise wird auf jeden einzelnen Menschen angepasst. So, dass sie in tiefe Ruhe sinken können, wo sie Konflikte und Ängste mit all ihren bestehenden, aktivierten und neuen Ressourcen bewältigen können. Die Entspannungs-Trance ist das zentrale Rückgrat. Trance ist der Zustand, Hypnose die Arbeit», sagt Doris Ayer.

Mehr Lebensqualität

Die Arbeit mit Ressourcen eignet sich für viele Themen des alltäglichen Lebens: So können Unsicherheiten, Ängste, Selbstzweifel angegangen werden. Raucher schaffen es, zu Nichtrauchern zu werden. Körperliche und seelische Einschränkungen oder Schmerzen können gelindert werden. Die neu aktivierten, bewusst gewordenen Fähigkeiten und Ressourcen können auch helfen, einen neuen beruflichen Weg einzuschlagen. «Hypnose eignet sich für Kinder, Jugendliche und Erwachsene», sagt Doris Ayer und fährt fort: «In meiner über 30-jährigen Tätigkeit als Hörakustikerin mit Zusatzausbildungen für Pädakustik und meiner langjährigen Tätigkeit als Hypnosecoach durfte ich schon viele Kinder, Eltern und Erwachsene im Prozess zu mehr Lebensfreude und -qualität begleiten.»

Die Auskunftsperson
Doris Ayer
Hypnosetherapeutin und -coach
Motivations- und Veränderungscoach

Kontakt:
praxis für coaching & hypnosetherapie
Bälliz 40, 3600 Thun
Tel. 079 209 32 06
doris.ayer@bluewin.ch
www.doris-ayer.ch

Extra:
Link zur Website der praxis für coaching & hypnosetherapie

Röntgendiagnostik

«Präzisere Diagnostik trotz geringerer Röntgenstrahlung»

In der radiologischen Diagnostik wurden in den letzten Jahren grosse Fortschritte erzielt. Dadurch können Erkrankungen schneller und präziser erkannt und beurteilt werden. «medizinaktuell» sprach mit den Fachärzten Christoph Ozdoba und Andreas Christe über den Wandel und die Zukunft in der Radiologie.

Die Bedeutung der konventionellen Röntgendiagnostik hat in den letzten Jahren weiter stark abgenommen. Die rasante Entwicklung der modernen Radiologie hat zu einem Wandel in der Diagnostik vieler Erkrankungen geführt ...

Andreas Christe: Die konventionelle Thoraxröntgenuntersuchung ist zum Beispiel nach wie vor eine hervorragende Diagnostik. Da der ganze Brustkorb, inklusive Herz, Lungen und Rippen abgebildet wird, gewinnen wir einen guten Eindruck des Gesundheitszustandes des Patienten. Will man allerdings eine Lungenembolie nachweisen, eine Lungenfibrose oder einen Lungenkrebs abklären, muss man schon zum Schichtröntgen – auch Computertomografie (CT) genannt – greifen. Mit diesem Schnittbildverfahren können wir die Krankheiten früher erkennen und präziser klassieren. Einige Krankheiten konnte man früher mit nur konventionellem Röntgenverfahren gar nicht finden.

Welches sind die am häufigsten zum Einsatz kommenden diagnostischen Verfahren im Klinikalltag?

Andreas Christe: Es gibt prinzipiell drei Arten von Bildgebung. Wir können Bilder generieren mit Röntgenstrahlen (X-Rays), mit Ultraschallwellen und mit Magnetresonanz. Alle drei Verfahren werden im klinischen Alltag eingesetzt. Röntgenstrahlen braucht man im konventionellen Skelett-Röntgen, Durchleuchten und im Schichtröntgen (CT). Der Ultraschall ist geeignet, um Weichteile wie Abdomen, die Muskeln und die Gefässe abzuklären. Die Magnetresonanzbildgebung (MR) wird vor allem in der Abklärung von Gelenken, Wirbelsäule, Hirn und Weichteilen eingesetzt.

Die Magnetresonanzuntersuchung (MR) nimmt in der radiologischen Diagnostik einen sehr hohen Stellenwert ein. Bei welchen Erkrankungen ist diese Untersuchung unabdingbar?

Christoph Ozdoba: Herr Christe hat bereits auf die Bedeutung der MR in der Weichteil- und Gelenkdiagnostik hingewiesen. In der Neuroradiologie ist die MR aufgrund des hervorragenden

Weichteilkontrastes bei entzündlichen Erkrankungen und Tumoren im Gehirn unentbehrlich geworden. Wir nutzen dabei die nur mit dieser Methode gegebenen Möglichkeiten, neben der reinen Anatomie (Wo liegt der Tumor? Wie gross ist er? Wächst er in andere Hirnbereiche ein?) auch Informationen zur Durchblutung (Perfusion) und zum Stoffwechsel des Tumors (MR-Spektroskopie) zu erhalten. Diese Informationen sind heute unverzichtbar zur Planung der Therapie und zur Verlaufskontrolle. Ein weiteres Anwendungsgebiet, in dem die MR allen anderen Methoden weit überlegen ist, ist die Diagnose und Verlaufskontrolle der Multiplen Sklerose. Auch bei Schlaganfällen ist die MR diejenige Methode, die am frühesten einen Infarkt anzeigt; in Kombination mit der Perfusion erlaubt diese Methode eine frühzeitige, optimal an den jeweiligen Patienten angepasste Therapie mit, wie wir heute wissen, sehr guten Ergebnissen bei frühzeitiger Behandlung in einem spezialisierten Schlaganfallzentrum.

Viele Menschen haben Platzangst, wenn sie in «die Röhre» geschoben werden. Oder sie lassen sich aus diesem Grund gar nicht erst untersuchen. Wie kann man diesen Patienten helfen?

Andreas Christe: In der Tat hat etwa jede zehnte Person Angst vor der MR-Röhre. Bei leichten Fällen hilft die Installation eines Spiegels, damit man nach aussen blicken kann. Zudem erhält jeder Patient einen Alarmknopf in die Hand, um die Untersuchung jederzeit abbrechen zu können. Unsere neuen MR-Geräte haben einen grösseren Innendurchmesser und machen auch weniger Angst. Wir bieten diesen Patienten auch ein Probeliegen an. Oft hilft aber alles nicht, und es braucht ein starkes Beruhigungsmittel. Ab und zu wird auch eine Narkose eingesetzt, zum Beispiel bei lebensbedrohlichen Krankheiten oder bei Patienten, die nicht ruhig liegen können. Alternativ gibt es auch die Möglichkeit, in die kurze Röhre (CT) zu liegen, aber bei Gelenk- und Hirnabklärungen ist das MRI schon das Mass aller Dinge.

Die Magnetresonanztomografie (MR oder MRI) wie auch die Mehrzeilen-Spiral-Computertomografie (CT) sind bei der Tumordiagnostik nicht wegzudenken. Wo liegen die wichtigsten Vorteile dieser Verfahren?

Christoph Ozdoba: Wie bereits erwähnt, gibt es nur mit der MRI die Möglichkeit, über die reine Morphologie (das Erscheinungsbild) des Tumors hinaus auch Informationen zu seiner Durchblutung und zum Tumor-Stoffwechsel zu erhalten. Ebenfalls nur mit der MRI lassen sich Ausmass und Umfang von funktionellen Störungen im Gehirn erfassen. Das geht mit heutigen Methoden bis hin zur Darstellung von einzelnen Nervenbahnen im Gehirn; die MRI kann feststellen, ob diese verlagert oder vom Tumor infiltriert sind. Dies erlaubt den Neurochirurgen eine optimale Planung und Durchführung von Operationen und den Strahlentherapeuten (Radio-Onkologen) eine gezielte Behandlung. Die Computertomografie (CT) kommt im Neuro-Bereich immer dann zum Einsatz, wenn Infiltrationen von knöchernen Strukturen beurteilt werden müssen, da sie dort der MRI überlegen ist, also bei Tumoren an der Schädelbasis und dem Gesichtsschädel sowie an der Wirbelsäule.

Mit der Entwicklung des ersten Computertomografen (CT) Anfang der siebziger Jahre wurde es möglich, überlagerungsfreie Schnittbilder des lebenden Körpers zu Diagnosezwecken herzustellen. Was hat sich in Bezug auf diese Methode bis heute verändert?

Christoph Ozdoba: Im Neuro-Bereich ist die CT aus der akuten Diagnostik bei Unfällen und Verletzungen (Schädel-Hirn-Trauma) nicht wegzudenken. Der wohl wichtigste Fortschritt ist die immer schnellere Gewinnung von besser aufgelösten Bildern, die immer feinere Details zeigen. Wir können heute etwa bei einem Patienten nach einem Verkehrsunfall oder einem Sturz schon mit der ersten Untersuchung nicht nur sagen, ob eine Blutung vorliegt – das konnten wir schon vor zwanzig Jahren –, sondern auch eine subtile Verletzung, zum Beispiel im Bereich der Gehörknöchelchen im Mittelohr, verlässlich diagnostizieren. Gleichzeitig ist es gelungen, die Strahlendosis immer weiter zu verringern, ohne dass wir deswegen Kompromisse bei der Qualität machen müssen.

Stichwort Strahlendosis: Ein Kriterium, das nicht nur die Ärzte, sondern auch die Patienten beschäftigt …
Andreas Christe: Es ist uns kürzlich im Inselspital gelungen, mit der Dosis eines normalen konventionellen Röntgenbilds eine Computertomografie der ganzen Lunge zu machen. Dank der immer höheren Rechenleistung der Computer wurde es möglich, auch mit wenig Strahlung noch Schnittbilder zu rekonstruieren. Zudem hat die Detektorforschung riesige Fortschritte gemacht, sodass mit weniger Strahlendosis Bilder mit gleichbleibender Bildqualität generiert werden können. In den letzten zehn Jahren konnte so die Röntgenbelastung der radiologischen CT-Routine um den Faktor 2,5 gesenkt werden. Andererseits braucht es eine gewisse Strahlenmenge, damit die Bilder angefertigt werden können. Um einen besseren Eindruck von dieser Strahlenbelastung zu bekommen, hilft der Vergleich mit der kosmischen Strahlung im Flugzeug: Eine Thoraxröntgenuntersuchung entspricht etwa der Strahlenbelastung von einem Flug nach New York.

Wo sehen Sie in den nächsten zehn Jahren die bahnbrechendsten Fortschritte? Welche Rolle werden künftig Ihrer Meinung nach Maschinenlernen (ML) und künstliche Intelligenz (KI) in der Radiologie spielen?
Andreas Christe: Von der Entdeckung eines bildgebenden Verfahrens bis zur klinischen Applikation einer radiologischen Untersuchung vergingen in der Regel immer etwa zehn Jahre. Sowohl die Entwickler des Schichtröntgens als auch des Magnetresonanztomografen wurden mit Nobelpreisen ausgezeichnet. Zurzeit ist aber nichts in der Pipeline, somit müssen wir uns in naher Zukunft mit den oben beschriebenen Modalitäten abfinden. Die Forschung zielt vor allem auf die Verbesserung der vorhandenen bildgebenden Verfahren und auf die künstliche Intelligenz, welche den Radiologen helfen soll, die Bilder auszuwerten, um zu einer präziseren Diagnose zu kommen. Manchmal sind die Krankheitsmuster so komplex, dass wir nicht zu einer klaren Diagnose finden. Hat aber der Computer Zugang zu einer Datenbank mit Bildern von allen Krankheiten, findet er zukünftig das ähnlichste Bild und kann uns Angaben machen zu verwandten Diagnosen. Im Prinzip geht es um nichts anderes als um Gesichtserkennung von Krankheiten. In Bern lernt ein spezieller Computer gerade die verschiedenen Muster der Lungenfibrose zu detektieren, weil alle medizinischen Disziplinen Mühe haben, diese richtig einzuteilen. Der Computer ist dem Radiologen schon heute in gewissen Teilaspekten der korrekten Klassifikation von Lungenfibrosen überlegen. Ich denke, dieses Prinzip wird sich unaufhaltsam auf den ganzen Körper und auf die ganze Medizin ausbreiten und den Ärzten und Patienten Hilfe leisten in der täglichen Routine.

In den letzten Jahren ist es gelungen, die Strahlendosis immer weiter zu verringern, ohne dass wir deswegen Kompromisse bei der Qualität machen müssen.

Wird die persönliche Befundung eines Untersuchungsergebnisses durch den Radiologen in Zukunft überflüssig werden?
Christoph Ozdoba: Die Einführung computergestützter Bildanalyse ist ein schrittweiser Prozess, der schon längst begonnen hat. Nehmen wir zur Verdeutlichung ein Beispiel aus der Alltagserfahrung: Sie haben heute an Ihrem Auto vielleicht einen Tempomat und eine Warnfunktion, wenn Sie die Spur verlassen. Das Auto fährt damit noch nicht allein, aber für das «autonome Fahren», von dem so viel geredet wird, sind das wichtige Voraussetzungen.
Ähnlich ist es mit der «automatischen Bildauswertung»: Wir haben den Computern bereits beigebracht, verschiedene Gewebe zu unterscheiden. Dazu können wir das Volumen etwa einer Blutung oder eines Tumors mit dem Rechner viel präziser und viel schneller bestimmen, als wenn in jeder einzelnen Schicht eine Messung gemacht werden muss. So können wir heute unter Heranziehung verschiedener Techniken bereits mit hoher Sicherheit sagen, ob zum Beispiel ein Hirntumor eher gutartig oder eher bösartig ist.
Die Herausforderung liegt darin, die Vielzahl von Informationen zu einem Modell zu verknüpfen, das am Ende eine präzise Zuordnung eines Befundes erlaubt. Da wird sicher in den nächsten zehn Jahren viel passieren, aber Radiologen werden noch lange nicht überflüssig werden: Diese Systeme müssen trainiert und in der Anfangsphase (die allein Jahre dauern wird) noch überwacht werden. Ich sehe sie noch für lange Zeit eher in der Rolle eines Assistenten, eines Werkzeugs, aber noch nicht beim «autonomen Befunde schreiben».

Die Auskunftspersonen
Prof. Dr. med. Andreas Christe
Facharzt FMH für Radiologie
Chefarzt Allgemeine Radiologie
Chefarzt und Co-Institutsleiter Radiologie Stadt- und Landspitäler der Inselgruppe

PD Dr. med. Christoph Ozdoba
Facharzt für Radiologie (D), European Qualification in Neuroradiology
Chefarzt Neuroradiologie
Chefarzt und Co-Institutsleiter Radiologie Stadt- und Landspitäler der Inselgruppe

Kontakt:
Spital Tiefenau
Tiefenaustrasse 112, 3004 Bern
Tel. 031 308 84 51 (Prof. Dr. med. Christe)
Tel. 031 308 84 69 (PD Dr. med. Ozdoba)

andreas.christe@insel.ch
christoph.ozdoba@insel.ch

News, Agenda

Sepsis bei Kindern in der Schweiz

Blutvergiftungen gehören zu den häufigsten Todesursachen bei Kleinkindern. Viele dieser Infektionen entstehen im Spital. Zu diesen Ergebnissen kommt die nationale Sepsisstudie, welche die Schweizer Kinderkliniken abgeschlossen haben.

Eine Sepsis kann beispielsweise durch Meningokokken entstehen. (Elektromikroskopische Aufnahme: Universitätsklinik für Kinderheilkunde, Inselspital, Universitätsspital Bern)

Die zehn grössten Kinderspitäler der Schweiz erforschten über vier Jahre gemeinsam die Ursachen und Auswirkungen von schweren Infektionen (sogenannter Sepsis oder im Volksmund «Blutvergiftung») bei Kindern. Die nationale Studie zeigt erstmals, welche Kinder erkranken, an welchen Keimen sie erkranken, wie schwer die Infektionen verlaufen und was die Folgen sind. Die Studie erschien diesen Juli im Fachjournal «The Lancet Child & Adolescent Health».

Verschiedene Risikofaktoren

Über 1200 Kinder erkrankten in der Schweiz im Untersuchungszeitraum. «Sepsis betrifft einerseits vorher gesunde Kinder mit zum Teil sehr schweren Verläufen. Andererseits entstand ein Drittel aller Sepsisfälle durch Bakterien, welche die Kinder bei einem Spitalaufenthalt erwarben», fasst Dr. med. Philipp Agyeman, Oberarzt an der Universitätsklinik für Kinderheilkunde am Inselspital Bern, zusammen. Besonders häufig kam dies bei Frühgeborenen, Kindern unter Chemotherapie und schwer kranken Kindern vor, die auf einer Intensivstation hospitalisiert waren. Sieben Prozent der Kinder verstarben trotz bestmöglicher medizinischer Versorgung.

Prävention als entscheidender Ansatzpunkt

Die Erfahrungen anderer Länder zeigen, dass ein Teil der Schweizer Sepsisfälle vermutlich durch bessere Prävention vermeidbar wäre. «Besonders bei Früh- oder Neugeborenen oder bei Kindern mit einer Grunderkrankung muss hier angesetzt werden», sagt Prof. Dr. Christoph Berger, Co-Leiter Infektiologie und Leiter Spitalhygiene am Kinderspital Zürich. Häufige Spitalbesuche oder ein Venenkatheter würden ein erhöhtes Risiko darstellen, an einer Spitalinfektion zu erkranken.
Weitere Hinweise lieferte auch eine im Zuge der Studie aufgebaute nationale Datenbank mit Blutproben zur kindlichen Sepsis. «Durch eine genetische Analyse des Erbguts der betroffenen Kinder können wir Immundefekte identifizieren, die Kinder besonders anfällig für eine Sepsis machen», erklärt Studienleiter Prof. Dr. med. Luregn Schlapbach vom Inselspital Bern. In Zusammenarbeit mit der EPFL Lausanne sind weitere Untersuchungen zu den genetischen Ursachen, die eine Sepsis bei Kindern begünstigen, in Planung. Die Erkenntnisse sollen Prävention und Therapie der Sepsis verbessern.

Forum medizinaktuell

Forum «medizinaktuell»

Publikumsanlässe auch 2018

Die beliebte Vortragsreihe «medizinaktuell» wird auch 2018 fortgesetzt. Ärztinnen und Ärzte der Insel Gruppe AG informieren über Gesundheit und Krankheiten. Die Vorträge haben zum Ziel, die Bevölkerung in gesundheitlichen und medizinischen Fragen kompetent, verständlich und aus erster Hand zu informieren. Dabei wird über Krankheitsbilder, Ursachen und Symptome, Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten informiert, Tipps und Ratschläge zur Vorsorge werden vermittelt. Im Anschluss an die Vorträge stehen die Referentinnen und Referenten dem Publikum jeweils zur Beantwortung von Fragen zur Verfügung. Die Vortragsabende beginnen um 19 Uhr und dauern bis circa 20 Uhr. Die Teilnahme ist kostenlos, eine Voranmeldung nicht nötig. Die Vortragsagenda 2018 finden Sie ab Anfang Dezember unter www.inselgruppe.ch (Rubrik «Veranstaltungen»).

Nächste Ausgabe

Das Magazin erscheint wieder im April 2018 unter anderem mit diesen Themen:

Blinddarmentzündung – Zeitbombe im Bauch? • Arthrose des oberen Sprunggelenks • Wenn die Leber erkrankt