Ausgabe Oktober 2018

Gesundheit

Bern

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

Orthopäde Johannes Bastian:

«Knochenbrüche im Alter sind anspruchsvoll»

Morbus Dupuytren

Gutartig – aber mühsam

Zuerst bilden sich Knoten, dann krümmt sich der Finger nach innen: Morbus Dupuytren kann über Jahre langsam fortschreiten – oder die Funktion der Hand innert weniger Monate einschränken.

Morbus Dupuytren ist eine Verhärtung der Bindegewebestränge der Handinnenfläche und Finger. Nach und nach produzieren die Bindegewebszellen zu viel Kollagen (Protein). Ein oder mehrere Finger – meist der Ringfinger und der kleine Finger, oft an beiden Händen – werden dadurch zur Handinnenfläche hin sichtbar gekrümmt, es bilden sich Knoten und strangartige Verhärtungen. Ein Vorgang, der sich über Jahre hinzieht, manchmal aber auch nur über wenige Monate. Die Erkrankung manifestiert sich im Alter zwischen 40 und 60 Jahren, mehrheitlich bei Männern. Die Ursachen dafür liegen noch weitgehend im Dunkeln; bekannt ist aber eine starke familiäre Häufung und angeborene Neigung zur Erkrankung. Was diese aber letztlich zum Ausbruch bringt, ist unklar. Beobachtet wird, dass Morbus Dupuytren gehäuft bei Diabetikern vorkommt und dass in Skandinavien fast die Hälfte aller Männer über 50 davon betroffen ist.

Operation, wenn Funktion eingeschränkt

Da Morbus Dupuytren gutartig ist und selten zu Schmerzen führt, ist eine chirurgische therapeutische Behandlung erst notwendig, wenn die fehlende Streckmöglichkeit im Alltag lästig wird; etwa, wenn man nicht mehr in die Hosentasche greifen kann oder bei der Begrüssung der Händedruck behindert wird. Im Rahmen der Operation wird das erkrankte Gewebe entfernt oder auch nur der Strang durchtrennt (Bild oben), der die Streckung des Fingers behindert. Seit wenigen Jahren gelangt auch ein Verfahren zur Anwendung, bei dem ein Medikament mit dem Wirkstoff CCh (Collagenase Clostridium histolyticum, ein Enzym, das Kollagen abbaut) in die verhärteten Bindegewebsstränge gespritzt wird, sodass die Verhärtungen dadurch «aufgeweicht» werden. Die Methode wird allerdings in Fachkreisen kontrovers diskutiert und weist auch eine im Vergleich zur Operation merklich höhere Rückfallquote auf.

Die richtige Nachbehandlung ist wichtig

In den ersten Tagen nach der Operation gelingt es den Patienten meist recht gut, die Finger wieder zu strecken und die Hand zur Faust zu ballen – doch mit der fortschreitenden Narbenbildung und -dichte steigt die Gefahr zur erneuten Einschränkung der Finger- und Handbeweglichkeit. Dem wirkungsvoll entgegen wirkt eine gezielte ergotherapeutische Behandlung, die idealerweise drei, vier Tage nach dem Eingriff einsetzt. Dabei wird zunächst eine Lagerungsschiene (Bild Mitte) angepasst, welche Hand und Finger als «Ruhekissen» dient, das betroffene Gewebe in günstiger Position hält. Auch wird die Patientin, der Patient darin angeleitet, wie die operierte Hand dem Heilungsverlauf entsprechend richtig eingesetzt, die Finger gestreckt und gebeugt werden, schonend nach Gegenständen gegriffen wird. In einer nächsten Phase, wenn die Wunde verheilt ist, benötigt die Hand eine konsequente Ergotherapie mittels Mobilisation und spezieller Narbenpflaster, dann wird sukzessive die natürliche Handbeweglichkeit eingeübt (Bild unten). Diese Rehabilitation beansprucht mehrere Wochen und verlangt viel Geduld, lohnt sich aber sehr: In den allermeisten Fällen wird die frühere Handfunktion nahezu vollständig zurückerlangt, können die Finger wieder gestreckt und auch Handkraft erfordernde Tätigkeiten erneut ausgeübt werden.

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

Editorial

Jedes Jahr erkranken in der Schweiz rund 4300 Personen neu an Darmkrebs, etwa 1200 Menschen sterben jährlich daran – weil rund die Hälfte der Erkrankungen in einem späten Stadium entdeckt wird. Das müsste nicht sein, sagt Prof. Dr. med. Manfred Essig, Chefarzt der Gastroenterologie im Spital Tiefenau. «Dickdarmkrebs ist der einzige Krebs, den man durch Vorsorge wirklich verhindern kann», ergänzt Dr. med. Beat Muggli, Chefarzt Chirurgie. Die Experten – und die Krebsliga – empfehlen daher Männern und Frauen über 50 eine Darmkrebsfrüherkennung, also eine Darmspiegelung oder einen «Blut-im-Stuhl-Test». Dank neuer Therapien sind zudem heute auch die Aussichten für Patienten mit fortgeschrittenem Darmkrebs besser als noch vor Jahren oder Jahrzehnten (Seite 16).
Eine Krebsart, die sich ebenfalls langsam entwickelt, ist der Prostatakrebs. «Das Heimtückische ist, dass ein Prostatakrebs bei den meisten Männern lange Zeit keinerlei Beschwerden verursacht, weshalb eine gezielte Vorsorgeuntersuchung ratsam ist», sagt Dr. med. Tobias Gross. Spätestens ab 50 Jahren, für Risikogruppen auch schon früher, empfehlen Urologen deshalb eine regelmässige Prostata-Untersuchung. Im Gegensatz zum Darmkrebs ist allerdings Prostatakrebs in vielen Fällen weniger aggressiv. Zwar handelt es sich mit fast 30 Prozent um die häufigste Krebsart bei Männern, doch nur rund drei Prozent sterben tatsächlich an Prostatakrebs. Und nicht jeder Prostatakrebs muss therapiert werden – gerade bei älteren Männern es wahrscheinlicher, dass sie nicht an Prostatakrebs, sondern an irgendeiner anderen Krankheit sterben (Seite 6).

Viel Spass beim Lesen dieser Ausgabe.
Kerstin Wälti, Chefredaktorin

Inhalt

Angepasste Operationsmethoden bei betagten Menschen 4
Prostatakrebs muss nicht immer behandelt werden 6
Rauchstopp gelingt mit Unterstützung besser 8
Psychiatriezentrum Münsingen: Behandlung von Psychosen auf spezialisierter Station 10
Rettungsdienste spannen zusammen 12
Der Notfall im Spital Münsingen setzt auf Interdisziplinarität 14
Darmkrebs: Früherkennung rettet Leben 16
Dank Hypnose Kränkungen überwinden 19
Individuell abgestimmte Therapien bei Knieschmerzen 20
Wann sollen Weisheitszähne raus? 22
Neurorehabilitation in Riggisberg ist eine Erfolgsgeschichte 24
Ein tränendes Auge kann verschiedene Ursachen haben 26
Vorträge rund um die Gesundheit 28

Impressum: Das Magazin «Gesundheit Bern» 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 2019.
Herausgeber: Kummer + Partner GmbH, kommunikationsmanagement+medien, Dählenweg 6, 2503 Biel, Tel. 032 373 30 30, info@kplusr.ch, www.kplusr.ch
Redaktion und Gestaltung: Kummer + Partner GmbH, Kerstin Wälti (Leitung), Marianne Kaiser, Bernhard Kummer, Silvia Stähli, Thomas Uhland, Rolf Gerber (Grafik)
Produktion: Merkur Druck AG, Langenthal
Korrektorat: Rub Media AG, Wabern
Spedition: DMB Direct Mail Biel Bienne AG, Biel

In den Magazintexten sind stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermassen gemeint; aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im Folgenden vor allem die männliche Form verwendet.

Unfälle im Alter

«Knochenbrüche bei betagten Menschen sind ein einschneidendes Erlebnis»

Der demografische Wandel in der Schweiz ist im Klinikalltag bereits Realität, die Patienten werden immer älter. «Diese medizinisch adäquat zu versorgen, stellt auch die Unfallchirurgie vor eine anspruchsvolle Aufgabe», erklärt der Hüft- und Beckenchirurg PD Dr. med. Johannes Bastian.

Mit zunehmendem Alter nimmt das Risiko zu stürzen stark zu. Dabei handelt es sich oft um ein Ereignis mit weitreichenden Folgen.

PD Dr. med. Johannes Bastian: Ja, das ist richtig. Das Risiko für einen Sturz nimmt bis zum 90. Lebensjahr um das Vierfache zu. Hierbei lauert die Gefahr oft im Alltag. Bei betagten Menschen ist der Sturz aus dem Stand heraus eine sehr häufige Unfallursache. Knochenbrüche sind allerdings erfreulicherweise nur bei etwa jedem 20. Sturz nachweisbar. Kommt es jedoch zu einem Knochenbruch, so ist das tatsächlich ein einschneidendes Ereignis, weil dies in der Regel einen Spitalaufenthalt nötig macht und einen Verlust an Selbstständigkeit bedeuten kann. Bei komplizierten Verläufen überlebt sogar nur bis zu jeder zweite Patient das erste Jahr nach einem Knochenbruch. Sehr häufig ist das Hüftgelenk und zunehmend das Becken betroffen.

Warum stürzen betagte Menschen so viel häufiger als jüngere?

Im Alter liegt häufiger eine Gangstörung vor, die zu einem Sturz führen kann. Die Gründe für eine Gangstörung sind vielfältig und komplex. Im Alter nehmen die Muskelmasse und Koordinationsfähigkeit ab, Arthrosen der Gelenke schränken die Beweglichkeit ein. Störungen des Gleichgewichtssinns, Gefühlsstörungen wie bei Zuckerkrankheit an der Fusssohle oder auch eine eingeschränkte Sehfähigkeit können ebenfalls zur Gangstörung führen. Auch Erkrankungen der Organe (wie Herzschwäche) oder des Nervensystems (wie Morbus Parkinson) können ursächlich sein. Das Tückische hierbei ist, dass sich die Gangstörung schleichend entwickelt. Daher ist eine Gangstörung den Betroffenen häufig nicht bewusst und wird zumeist erst nach einem Sturz festgestellt. Leider kommt es in der Hälfte der Sturzfälle innert einem Jahr zu einem weiteren Sturz. Auch psychische Folgen sind nicht zu unterschätzen, weil betagte Menschen sich nach einem Sturz aus Angst vor einem weiteren Sturz zurückziehen.

Welche Faktoren führen dazu, dass die Knochen im Alter schneller brechen?

Wenn die Belastung des Knochens dessen Belastbarkeit übersteigt, dann bricht er. Hierbei ist eine häufige Ursache für eine reduzierte Belastbarkeit die Abnahme der Knochendichte. Diese Erkrankung wird als Osteoporose bezeichnet und betrifft ab dem 60. Lebensjahr jede fünfte Frau, ab dem 80. Lebensjahr sogar jede zweite Frau. Daher brechen die Knochen bei Vorliegen von Osteoporose «schneller» respektive es braucht weniger Energie, wie beispielsweise eine Fallhöhe nur aus dem eigenen Stand.

Welches sind die häufigsten Frakturen beim älteren Patienten mit Osteoporose?

Bei betagten Patienten bei Vorliegen von Osteoporose sprechen wir von der sogenannten «Osteoporose-Karriere». Das bedeutet, bestimmte Frakturen treten in einem bestimmten Alter auf. So ist die zeitlich erste Fraktur am Handgelenk um das 60. Lebensjahr, danach sind es Kompressionsbrüche der Wirbelkörper um das 70. Lebensjahr, diesen folgen Hüftgelenkbrüche und Beckenbrüche ab

dem 80. Lebensjahr. Ein ebenfalls häufiger Bruch ist jener des Oberarmkopfes. Zudem sehen wir zunehmend Knochenbrüche um künstliche Gelenke, wie zum Beispiel nach Implantation einer Hüfttotalprothese. Besonders diese Knochenbrüche sind anspruchsvoll, weil unfallchirurgische und orthopädische Kenntnisse vorhanden sein müssen für deren Behandlung.

Gibt es individuell an die Bedürfnisse der Patienten angepasste Operationstechniken, die zum Einsatz kommen?

Ja, Operationsverfahren wurden und werden weiterhin an die Gewebeeigenschaften betagter Menschen angepasst. So sind weichteilschonende Techniken in den letzten Jahren stark weiterentwickelt worden. Wir haben in Bern eine neue Operationsmethode bei Hüftpfannenbrüchen entwickelt, mit der sich neue Bruchformen bei betagten Menschen optimaler behandeln lassen (siehe Bild oben). Weiterhin stehen bei schlechtem Knochen moderne Implantate zur Stabilisierung von Knochenbrüchen oder auch Methoden zur Augmentation des Knochens zur Verfügung.

Eine Operation ist für einen älteren Menschen mit mehr Risiken verbunden, als dies bei einem jüngeren Patienten der Fall ist. Wie gehen Sie in der Unfallchirurgie damit um?

Verunfallte, betagte Menschen im Akutspital adäquat zu versorgen, ist eine sehr anspruchsvolle Aufgabe. In der Unfallchirurgie haben wir uns auf die «Persönlichkeit des Knochenbruches» durch ein Umdenken in der Operationsmethodik eingestellt. Neu ist für uns Chirurgen jedoch die Komplexität der «Persönlichkeit der Patienten». Betagte Menschen haben häufig mehrere Begleiterkrankungen und benötigen eine Vielzahl an Medikamenten. Dies ist eine sehr hohe fachliche und organisatorische Herausforderung, bei welcher wir auf unsere Kollegen der Altersmedizin angewiesen sind. Unsere gemeinsame Behandlung zielt darauf ab, die Knochenbrüche unserer Patienten schnellstmöglich operativ zu stabilisieren – ohne Komplikationen und mit einer frühestmöglichen Rehabilitation. Wichtig ist auch die Anbindung an die Osteoporose-Medizin zur weiteren Abklärung und Therapie.

Das heisst, Therapie, Rehabilitation und Prävention sollten idealerweise fast zur selben Zeit beginnen?

Unbedingt und sozusagen «Alles aus einer Hand». Die Therapie von Knochenbrüchen bei betagten Menschen ist Teamarbeit und hat immer zum Ziel, längere Bettlägerigkeit zu vermeiden und den Zustand vor dem Unfall rasch wieder zu erreichen. Wir wollen unsere Patienten in ihr gewohntes soziales Umfeld zurückführen und bei ihnen weitere Knochenbrüche möglichst vermeiden. Eine Akutrehabilitation beginnt heute bereits bei Spitaleintritt. Hierbei ist eine enge Zusammenarbeit der Unfallchirurgie mit der Altersmedizin, der Osteoporose-Medizin sowie mit der Physio- und Ergotherapie, der Ernährungsberatung, der Pflege und den sozialen Diensten sehr wichtig. Anhand von definierten sogenannten «orthogeriatrischen» Behandlungspfaden und einer klaren Verteilung von Aufgaben und Zuständigkeiten werden Patienten bereits früh zur Selbstständigkeit angehalten. Komplikationen können so vermieden oder rechtzeitig erkannt und die Aufenthaltsdauer im Spital verkürzt werden.

Sie haben sowohl im Inselspital wie auch im Tiefenauspital diese orthogeriatrische Kooperation ins Leben gerufen …

Unsere Aufgabe ist die ständige Verbesserung der Versorgung dieser anspruchsvollen «orthogeriatrischen» Patienten, dies mitunter, indem man sogenannte spezialisierte «Chirurgische Alterszentren» einrichtet. Durch eine Kooperation der Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie mit der Universitätsklinik für Altersmedizin haben wir in der Inselgruppe ein ebensolches, spezialisiertes Angebot etabliert. Unser Behandlungsansatz geht sogar weiter, da wir unser Kooperationsmodell nicht auf betagte Unfallpatienten beschränken. So schliessen wir auch solche Patienten ein, die eine orthopädische Operation – wie beispielsweise die Implantation oder den Wechsel einer gelockerten Hüfttotalprothese – erhalten.

Und bei Ihrer Fachgesellschaft «Swiss Orthopaedics» haben Sie eine Expertengruppe gegründet, die sich für die Bedürfnisse von betagten Patienten in der Orthopädie und Unfallchirurgie einsetzt…

Das ist richtig. Die Expertengruppe «Orthogeriatrie und Alterstraumatologie» ist interdisziplinär, wir konnten Kollegen der Altersmedizin und Rehabilitationsmedizin für diese Idee gewinnen. Wir haben somit die Möglichkeit, Empfehlungen aufzubauen, uns auszutauschen, Problemfälle zu besprechen und uns in der Forschung zu organisieren sowie Fortbildungen anzubieten. Ende dieses Monats findet für das Fachpersonal der «1. Orthogeriatrie-Tag» in Bern am Inselspital statt. Diese Formate sind bisher einzigartig, wir leisten hier sozusagen Pionierarbeit.

Die Auskunftsperson

PD Dr. med. Johannes Dominik Bastian
Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates
Teamleiter Hüfte, Leiter Orthogeriatrie

Kontakt:
Spital Tiefenau, Insel Gruppe
Tiefenaustrasse 112, 3004 Bern
Tel. 031 308 88 14
info@orthogeriatrics.ch

Prostatakrebs

Es gibt keine Standardlösung

Prostatakrebs betrifft viele Männer, er ist eine der häufigsten Krebsarten. Doch längst nicht jeder Patient braucht sich einer Therapie zu unterziehen.

Die Prostata oder Vorsteherdrüse umschliesst die Harnröhre gleich unterhalb der Harnblase. Das normalerweise etwa kastaniengrosse Organ besitzen nur Männer. Es produziert ein Sekret, das etwa einen Viertel der Samenflüssigkeit ausmacht und die Samen auf ihrem Weg zur Eizelle mit allem versorgt, was sie zum Leben brauchen. In der zweiten Lebenshälfte fängt sie häufig an sich zu vergrössern, was zu den typischen Beschwerden beim Wasserlassen führt.

Doch die Prostata kann auch Krebs entwickeln. In der Schweiz erkranken jährlich etwa 6000 Männer an Prostatakrebs; er ist somit bei Männern die häufigste Krebserkrankung, gefolgt vom Lungenkrebs. Das Lebensrisiko, an Prostatakrebs zu erkranken, liegt bei rund 18 Prozent. Dass dennoch nur 3 Prozent der Männer an der Krankheit sterben, zeigt einerseits, dass es sich insgesamt um keine besonders aggressive Krebsform handelt; andererseits, dass die Therapien gut wirken. Das Heimtückische jedoch ist, dass ein Prostatakrebs bei den meisten Männern lange Zeit keinerlei Beschwerden verursacht, weshalb eine gezielte Vorsorgeuntersuchung ratsam ist.

Oft langsame Entwicklung

Spätestens ab 50 Jahren, für Risikogruppen auch schon früher, empfehlen Urologen deshalb eine regelmässige Prostata-Untersuchung. Das ist eine kleine Sache, die auch der Hausarzt im Rahmen der üblichen Vorsorgeuntersuchung durchführen kann: Sie besteht in einer Fingeruntersuchung, bei welcher der Arzt die Prostata über den Enddarm ertastet, um allenfalls Veränderungen der Oberfläche oder Beschaffenheit zu spüren, und einem Bluttest (PSA). Die Untersuchung ist harmlos und schmerzfrei. Diese Untersuchungen sollten jedoch bei einem beschwerdefreien Patienten nur durchgeführt werden, wenn seine Lebenserwartung noch mindestens zehn Jahre beträgt. Denn Prostatakrebs ist eine Krebsart, die sich in der Regel langsam entwickelt. Gerade bei älteren Männern ist es unter Umständen viel wahrscheinlicher, dass sie an irgendeiner anderen Krankheit sterben.

Es gilt also abzuwägen zwischen dem Risiko eines Mannes, ernsthafte Symptome zu entwickeln, und den Unannehmlichkeiten, die eine weitere Untersuchung oder eine Behandlung mit sich bringt. Hierher gehören auch Überlegun-

gen zur Analyse des prostataspezifischen Antigens, kurz PSA. Dieses Enzym zeigt generell die Aktivität der Prostata an, demzufolge ist es auch bei einem Prostatakrebs erhöht – meist jedenfalls. Doch der PSA-Wert ist trügerisch: Er kann normal sein, obwohl Krebs vorliegt, er kann umgekehrt aber auch bei einem gesunden Mann erhöht sein. Anders gesagt: Stellt ein Arzt allein auf die PSA-Untersuchung ab, wiegt sich sein Patient möglicherweise in falscher Sicherheit oder er ist umsonst beunruhigt. Hier ist deshalb ein Zwischenhalt angesagt, bei dem der Patient überlegt, zu welchen weiteren Untersuchungen er bereit ist, sollte der PSA-Wert tatsächlich zu hoch sein.

Ergeben die genannten Untersuchungen den Verdacht auf Prostatakrebs und ist der Patient zu weitergehenden Untersuchungen bereit, erfolgt eine Abklärung mittels eines speziellen MRI. Aus den auffälligen Arealen des MRI werden ultraschall-gesteuert Gewebeproben entnommen, nachdem die Bilder des MRI mit dem Ultraschall kombiniert wurden. Dazu wird über den Enddarm eine Hohlnadel in die Prostata eingebracht. Die entnommenen Biopsien werden dann im Labor auf Krebszellen untersucht.

Überwachung statt Therapie

Selbst wenn tatsächlich ein Prostatakrebs vorliegt, bedeutet dies nicht in jedem Fall eine Therapie mit all den damit verbundenen Unannehmlichkeiten. In vielen Fällen ist keine Therapie beziehungsweise eine aktive Überwachung zielführender als eine Operation oder eine Strahlentherapie. Ein älterer Patient etwa, dessen Prostatakrebs sich langsam entwickelt, wird bis zu seinem Tode mit der Krankheit leben können, ohne etwas von ihr mitzubekommen. Eine Behandlung wäre dann nur eine belastende und überflüssige Strapaze.

Anders ist die Situation bei aggressiveren Krebsformen, besonders bei jüngeren Männern mit einer langen Lebenserwartung. Hat der Krebs noch keine Metastasen gebildet, kommen hier als Therapien entweder eine Bestrahlung oder ein chirurgischer Eingriff – offen oder minimalinvasiv – in Frage. Beide Therapien haben ihre Vor- und Nachteile, und die optimale Therapie muss individuell festgelegt werden. Um zu einer akzeptablen Entscheidung zu kommen, müssen einerseits die gesundheitliche Situation des Patienten, andererseits aber auch seine Erwartungen an seine künftige Lebensführung berücksichtigt werden.

Hat der Krebs bereits Metastasen gebildet, kommt man um eine Chemo- oder Hormontherapie in vielen Fällen nicht herum. Das Hormon Testosteron ist nicht nur das Männlichkeits-Hormon, das Geschlechtstrieb und männlichen Habitus steuert, sondern auch ein Wachstumstreiber des Prostatakrebses; um ihn zu bremsen, kann die Testosteronproduktion medikamentös oder chirurgisch unterbunden werden. Kastration ist zwar kein schönes Wort, aber letztlich geht es genau darum: Dem Körper jenes Hormon zu entziehen, das für das Wachstum des Krebses verantwortlich ist – dies allerdings zum Preis des Geschlechtstriebs und anderer männlicher Eigenschaften.

Risikofaktor Alter

Der grösste Risikofaktor für das Prostatakarzinom ist das Alter. Bei Männern unter 50 ist Prostatakrebs selten, im hohen Alter hingegen gehört er schon fast dazu. Einen grossen Einfluss hat die familiäre Vorbelastung. Wessen Vater, Grossvater oder Bruder an Prostatakrebs erkrankt ist, tut gut daran, sich ab 50 Jahren regelmässig untersuchen zu lassen. Dasselbe gilt für Männer, bei denen früher schon einmal ein zu hoher PSA-Wert gemessen wurde. Offenbar spielt auch die Rasse eine Rolle. So erkranken Afrikaner weit häufiger an Prostatakrebs als Europäer, Asiaten hingegen viel seltener.

Anders als bei anderen Krebsarten gibt es beim Prostatakrebs kaum riskantes Verhalten, andererseits aber auch keine Prävention. Zwar werden im Internet allerhand Tipps von gesunder Ernährung bis zu häufigem Sex herumgeboten, die das Risiko senken sollen. Ihnen ist gemeinsam, dass sie sicherlich nicht schaden, aber auch kaum einen messbaren Nutzen haben. Die wichtigste Prävention ist deshalb die regelmässige urologische Untersuchung.

Urologie am Spital Riggisberg

Das Spital Riggisberg der Insel Gruppe bietet ab September 2018 eine wöchentliche Urologie-Sprechstunde an. Hier können Fragen rund um die Harnorgane beider Geschlechter und um die männlichen Geschlechtsorgane besprochen werden. Patientinnen und Patienten melden sich entweder selber an oder sie werden vom Hausarzt oder der Hausärztin zugewiesen. Ab dem nächsten Jahr sollen am Spital Riggisberg auch kleinere urologische Operationen durchgeführt werden, wie etwa Vasektomien (Sterilisationen des Mannes) oder die Entnahme von Biopsien.

Die Auskunftsperson

Dr. med. Tobias Gross
Stv. Oberarzt Urologie Inselspital

Kontakt:
Inselspital, Universitätsspital Bern
Anna-Seiler-Haus, 3010 Bern
Tel. 031 632 20 45
tobias.gross@insel.ch

Nikotinabhängigkeit

Ein Rauchstopp lohnt sich immer

Raucherinnen und Raucher tragen ein höheres gesundheitliches Risiko als Nichtrauchende. Rund 60 Prozent der Rauchenden versuchen daher auch, von ihrer Sucht loszukommen. Am besten gelingt dies mit fachlichem Rat und allenfalls medikamentöser Unterstützung.

Ein Viertel der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren raucht – das sind rund zwei Millionen Menschen, die regelmässig nikotinhaltige Produkte konsumieren. Wer täglich raucht, bringt es auf durchschnittlich 13 bis 14 Zigaretten pro Tag. Gemäss Statistik rauchen Männer mehr als Frauen, mit dem Alter nimmt der Anteil der Rauchenden ab. Die meisten der täglich Rauchenden konsumieren Tabak in Form von Zigaretten (88,8 Prozent), dieser Anteil liegt bei den Frauen sogar noch höher (97 Prozent). Zigarren, Zigarillos, Wasserpfeifen und Pfeifen werden von vergleichsweise wenigen Personen geraucht, und wenn, dann meist in Kombination mit Zigaretten.

Tabak gefährdet Gesundheit

Nikotin stimuliert Herz und Kreislauf, regt die Dopamin-Produktion an, was mit einem Wohlgefühl einhergeht, steigert die Wahrnehmungsfähigkeit und Gedächtnisleistung und hemmt den Appetit. Doch Nikotin macht sehr rasch süchtig – es ist einer der am stärksten abhängig machenden Stoffe überhaupt – und die gesundheitlichen Folgen des Nikotinkonsums sind schwerwiegend. Alleine in der Schweiz werden jährlich ungefähr 9500 Sterbefälle dem Rauchen zugeschrieben. Im Zigarettenrauch finden sich nebst anderen schädlichen Giftstoffen mindestens 70 krebserregende Stoffe, die sich über Lunge und Blutbahn im ganzen Körper verteilen. Rund 90 Prozent der Lungenkrebsfälle sind auf den Tabakkonsum zurückzuführen, bei Mundhöhlenkrebs sind es 80 Prozent, bei Speiseröhrenkrebs 60 Prozent. Raucher haben ein 14- bis 18-fach höheres Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken als Nichtraucher.

Doch auch seltenere Krebsarten wie beispielsweise am Kehlkopf, im Magen, in der Blase oder der Niere, können auf das Rauchen zurückzuführen sein. Rauchen ist aber auch einer der wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und verursacht Atemwegserkrankungen und -infektionen. Besonders die chronisch-obstruktive Lungenkrankheit (COPD) mit den typischen Anzeichen des «Raucherhustens» und Auswurf ist in über acht von zehn Fällen dem Tabakkonsum zuzuschreiben. Die Lebenserwartung eines Rau-

«Alternatives» Rauchen

Eine Alternative zur herkömmlichen Zigarette, die gesünder sein soll, ist der elektronische Tabakstick «IQOS» (I quit ordinary smoking, übersetzt: Ich habe das normale Rauchen aufgegeben). Bei diesem Stick wird der Tabak nicht verbrannt, sondern auf 350 Grad erhitzt. Der dabei entstehende Tabakdampf enthält laut Hersteller Philip Morris International deutlich weniger schädliche Stoffe als Zigarettenrauch. Das stimmt aber nur bedingt, denn auch beim Tabakerhitzen werden krebserregende Stoffe wie Acetaldehyd, Benzopyren sowie Kohlenmonoxid freigesetzt. Zudem besteht auch bei den nikotinhaltigen «IQOS» ein Suchtpotenzial, das vergleichbar ist mit dem von Zigaretten.

Rauchstoppberatung

Im Spital Tiefenau Bern unterstützen Fachpersonen Rauchende, die aufhören möchten, professionell. Diese können sich in einem Erstgespräch hilfreiche Informationen einholen und sich, falls gewünscht, während des Rauchstopps begleiten lassen. Sie werden informiert über medikamentöse Therapien und Nikotinersatzprodukte, erfahren, welche Probleme während des Rauchstopps auftreten können und wie sie diese in den Griff bekommen. Während der Beratungen werden auch Strategien zur Verhaltensänderung erarbeitet und konkrete Pläne festgelegt, um das Ziel zu erreichen. Die Anzahl sowie zeitlichen Abstände zwischen den Beratungen sind individuell.

Bei Interesse oder Fragen melden Sie sich bei der Klinik für Pneumologie, Spital Tiefenau, Insel Gruppe, Tel. 031 308 87 17.

chers vermindert sich um zehn bis zwölf Jahre gegenüber der eines Nichtrauchers, und bei Jugendlichen kann Nikotin unter anderem die Entwicklung des Gehirns beeinträchtigen.

Auch E-Zigarette nicht unbedenklich

Seit etwas über zehn Jahren sind in der Schweiz auch neuere, tabakfreie, Produkte wie E-Zigaretten oder E-Shishas (Wasserpfeife) im Umlauf. Beinahe die gesamte Bevölkerung (97,6 Prozent) hat schon einmal von der E-Zigarette gehört, 14 Prozent der Menschen ab 15 Jahren haben sie schon einmal ausprobiert. Am meisten genutzt werden sie von jungen Menschen. E-Zigaretten bestehen aus einem Mundstück, einem Akku, einem Verdampfer und einer Kartusche, in welcher sich eine Flüssigkeit befindet. Dieses sogenannte Liquid wird durch Ziehen am Mundstück verdampft und inhaliert; es wird in den unterschiedlichsten Geschmacksrichtungen mit und ohne Nikotin angeboten. E-Zigaretten haftet der Ruf an, sie seien weniger gesundheitsschädigend. Die langfristigen Gesundheitsschäden von E-Zigaretten und den Schadstoffen, die sie im Körper freisetzen, sind (noch) nicht bekannt. So kann Propylenglykol, die Grundsubstanz des Liquids, akute Irritationen der Atemwege hervorrufen, auch sind Entzündungen in den Bronchien durch längerfristigen Konsum möglich. In einigen Liquids wurden krebserregende Stoffe festgestellt; ein Teil der Aromastoffe kann zudem allergische Reaktionen provozieren.

Problematisch ist vor allem, dass die im Internet bestellten Liquids Inhaltsstoffe enthalten, die nicht immer richtig deklariert und die auch nicht überprüfbar sind. Der Verkauf von E-Zigaretten ohne Nikotin unterliegt zudem keinen Altersbegrenzungen; dank der süssen Aromastoffe sind diese Produkte vor allem für Kinder und Jugendliche ansprechend und sind so als möglicher Einstieg in das Rauchen von herkömmlichen Tabakwaren anzusehen.

Viele langjährige Rauchende nutzen E-Zigaretten als «Entwöhnungsmittel». Ob diese Art des Rauchstopps langfristig erfolgreich ist, ist noch nicht erwiesen, allerdings kann der Umstieg auf E-Zigaretten bei manchen ausstiegswilligen Rauchern das kleinere Übel sein und die gesundheitlichen Risiken vermindern. Wenig positive Effekte hat die Reduktion des Zigarettenkonsums oder der Konsum von «Light»-Zigaretten, da die Raucher tiefer inhalieren, um zur gewünschten Nikotinmenge zu kommen und somit eine vergleichbare Menge an Schadstoffen wie «Normalrauchende» zu sich nehmen.

Gewinn von Lebensjahren

Am besten für die Gesundheit ist nach wie vor der völlige Rauchstopp. Dieser macht in jedem Alter Sinn – so gewinnt beispielsweise ein Raucher, der noch vor dem Alter von 64 Jahren aufhört, vier zusätzliche Lebensjahre, wer zwischen 35 und 44 Jahren rauchfrei wird, gewinnt neun Lebensjahre. Bereits ein bis neun Monate nach dem Stopp nehmen Raucherhusten und Atemnot ab, innert der ersten zwei Jahre danach hat sich das Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung halbiert.

60 Prozent aller Rauchenden wollen denn auch aufhören, die meisten haben bereits mehrere Versuche hinter sich. Pro Jahr schaffen dies allerdings nur gerade vier Prozent selbstständig, d.h. ohne Hilfe. Die Erfolgsquote steigt jedoch markant bei Einholung von fachlichem Rat und mit zusätzlicher medikamentöser Unterstützung. Beratungen, motivierende Gespräche und verhaltenstherapeutische Interventionen helfen, die gefühlsmässige Bindung zu den Zigaretten und die psychische Abhängigkeit vom Rauchen zu durchbrechen und Strategien zu entwickeln, um bestehende Gewohnheiten zu verändern. Um die körperlichen Entzugssymptome in den Griff zu bekommen und/oder die Freude am Rauchen zu mindern, kann eine medikamentöse Therapie unterstützend wirken. Auch Nikotinersatzprodukte sind hilfreich – in der Schweiz stehen diese in verschiedenen Ausführungen zur Verfügung: Pflaster, Kaugummis, Mundsprays, Inhalatoren oder Lutschtabletten werden je nach Art mehrere Male pro Tag angewendet; sie können auch gut kombiniert werden. Die Wahl des Ersatzes ist von der individuellen Situation abhängig – es ist daher ratsam, sich von Spezialisten beraten und unterstützen zu lassen. Nach dem Rauchstopp kommt es zu einer durchschnittlichen Gewichtszunahme von vier bis fünf Kilo, doch der Gewinn für die Gesundheit gleicht diesen «Nebeneffekt» um ein Vielfaches aus.

Die Auskunftsperson

Dr. med. Franziska Rytz
Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin
Stv. Oberärztin Pneumologie

Kontakt:
Spital Tiefenau, Insel Gruppe
Tiefenaustrasse 112, 3004 Bern
Tel. 031 308 87 17
franziska.rytz@spitaltiefenau.ch

Link zum Test, der zeigt, wie stark nikotinabhängig jemand ist

Psychose

Die andere Wirklichkeit

Psychose ist ein Überbegriff für psychische Erkrankungen, bei denen sich Wahrnehmung und Denken verändern. Manche Betroffene hören Stimmen. Andere riechen oder spüren Dinge, die in der Realität nicht existieren. Dadurch leiden sie an starken Ängsten und misstrauen anderen Menschen. In der Offenen Psychosestation Münsingen OPM werden an Psychose erkrankte Menschen nach neuesten Erkenntnissen behandelt.

«Mit achtzehn begann ich zu kiffen. Bald darauf hörte ich Stimmen», schildert Frederik Schlunegger* seine ersten Symptome. An einer Psychose kann jeder Mensch erkranken – unabhängig von Geschlecht, Kultur oder Einkommensschicht. Keine psychotische Erkrankung lässt sich mit einer anderen vergleichen: Jede ist anders und hochkomplex. Die Symptome einer Psychose äussern sich bei jedem Betroffenen unterschiedlich und kommen in verschiedenen Schweregraden und Ausprägungen vor. So klingen die Symptome bei einem Drittel der Fälle bereits nach kurzer Zeit wieder ab. Bei einem anderen Drittel entwickeln sich chronische Krankheitsverläufe. Ursache und Entstehung von psychotischen Erkrankungen sind bis heute nicht vollständig geklärt. Sicher ist, dass bei deren Entwicklung mehrere Faktoren zusammenwirken: Stress, Stoffwechselstörungen im Gehirn, Belastung, erbliche Veranlagung und Drogenkonsum.

Halluzinationen und Wahnvorstellungen

«Die männliche Stimme sagte dauernd zu mir: Du bist nichts, du kannst nichts,

Psychose und Schizophrenie

Psychose ist ein Überbegriff für Erkrankungen, bei denen es zu einer Veränderung in der Wahrnehmung und dem Denken kommt. Die bekannteste Form dieser Erkrankung ist die Schizophrenie. Psychotische Symptome treten unter anderem auch bei schweren Depressionen, infolge von Drogenkonsum oder organischen Erkrankungen wie Demenz oder Tumoren auf.
Die Psychose ist eine Krankheit mit einem häufig wiederkehrenden Verlauf. Mit einer konsequenten Therapie kann jedoch eine grosse Lebensqualität erreicht werden. Der grosse Teil der Therapien findet ambulant statt, es kann aber zu wiederholten Hospitalisationen von mehreren Wochen kommen.

Offene Psychosestation Münsingen

Die offene Psychosestation Münsingen OPM ist eine spezialisierte Station zur Behandlung von psychotisch erkrankten Menschen. Sie bildet gemeinsam mit der Therapiestation für psychotisch Erkrankte (STEP) den Behandlungsbereich Therapie und Rehabilitation für psychotisch Erkrankte (TRePE). Das Angebot ist auf Personen zwischen 18 und 65 Jahren ausgerichtet. Die PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG gehört zu den grössten psychiatrischen Kliniken in der Schweiz. Jährlich werden rund 2700 psychisch erkrankte Erwachsene behandelt. Die Therapieschwerpunkte liegen in den Fachgebieten Depression und Angst, Psychose, Abhängigkeit sowie Alters- und Neuropsychiatrie.

bring dich um!» Nachdem diese vernichtenden Einschüchterungen Frederik Schlunegger beinahe in den Suizid getrieben hatten, kam es zum ersten Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik. Die Psychotherapie und die medikamentöse Behandlung linderten seine Symptome. «Ganz weg geht es bei mir nicht, aber die Medikamente bewirken, dass ich es aushalte und damit leben kann», beschreibt Frederik Schlunegger seinen Behandlungserfolg.

Akustische Halluzinationen, wie er sie beschreibt, sind charakteristisch für eine psychotische Erkrankung. Die Halluzinationen können sich aber auch optisch oder im Geruchs- und Geschmackssinn äussern. Wahnvorstellungen treten häufig in Form von Verfolgungswahn oder Beziehungswahn auf. Andere Betroffene haben den Eindruck, ihre Umwelt sei nicht mehr real oder ihre Gedanken würden von anderen wahrgenommen und beeinflusst.

Eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen

Die Psychose löst nicht nur bei den Betroffenen, sondern auch in deren Familie und in der sozialen Umgebung tiefe Verunsicherung, Angst und Hilflosigkeit aus. Trotzdem erleben sich an Psychose erkrankte Menschen häufig nicht als krank. Daher nehmen sie zu Beginn gegenüber der psychiatrischen und medikamentösen Behandlung oft eine skeptische bis offen ablehnende Haltung ein. Das Ziel der Behandlung ist es, so schnell wie möglich einen stabilen Zustand herzustellen, der eine bessere Lebensqualität bietet, so wie es bei Frederik Schlunegger gelungen ist. Dieses Ziel ist nur zu erreichen, wenn das Behandlungsteam das Vertrauen des Patienten gewinnt. Dazu tragen eine akzeptierende Grundhaltung, ein geringes Machtgefälle und eine fürsorgliche Begleitung bei. Die Offene Psychosestation Münsingen OPM sucht deshalb die Kooperation mit den Patienten und gestaltet jede Behandlung individuell. Neben der medikamentösen Behandlung arbeitet die OPM mit Psychotherapien im Einzel- und Gruppensetting, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist. Die Patienten werden während der gesamten Behandlungsdauer von denselben Fachpersonen betreut.

Offenheit fördert das gegenseitige Vertrauen

Bis vor wenigen Jahren wurden Aufnahmestationen in den psychiatrischen Kliniken geschlossen geführt. Doch geschlossene Türen flössen den Patienten noch mehr Angst ein und schüren Aggressionen. Die angstreduzierende Architektur auf der Offenen Psychosestation Münsingen OPM erleichtert den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses als Basis für eine erfolgsversprechende Therapie. Der zentrale Eingangsbereich ist gross, offen und hell, ähnlich einer Hotellobby. An einer einladend wirkenden Empfangstheke ist eine Pflegefachperson jederzeit für Auskünfte und kurze Gespräche bereit. Die Patienten werden in übersichtlichen und weitläufigen Räumlichkeiten behandelt. Eine Bücherecke, Rückzugsorte, der grosse Park sowie der freie Zugang zu Verpflegung und Getränken tragen zu einer positiven Stimmung bei.

Angehörige einbeziehen

Auch für Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist das soziale Netz enorm wichtig. Angehörige tragen oft wesentlich zum positiven Verlauf einer psychischen Erkrankung bei. Die belastende Situation bringt aber manchmal auch Angehörige an ihre Grenzen. Das PZM bietet unentgeltlich telefonische Beratung, Gruppenangebote und individuelle Gespräche für alle Angehörigen.

* Name geändert

Die Auskunftsperson

Dr. med. Ingo Butzke
Chefarzt Klinik für Psychose und Abhängigkeit
PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG

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

Bilder: Sven Graf, Insel Gruppe

Rettungsdienste

Drei Standorte – ein Dienst – ein Team

Seit Januar sind die Rettungsdienste von Aarberg, Münsingen und Riggisberg der Insel Gruppe in einer gemeinsamen Organisation zusammengefasst. Das zahlt sich mittels Synergien bei Rettung, Krankentransport und einheitlichen Prozessen aus.

Sie leisten hochstehende medizinische Erstversorgung, sind oft die Ersten am Unfallort und müssen bei Nacht und Nebel innert Sekunden die richtigen Entscheide treffen: Rettungssanitäter oder Rettungssanitäterinnen (was früher ein reiner Männerberuf war, ist heute zu 50 Prozent in Frauenhand) und Transportsanitäter tragen eine grosse Verantwortung. Umso wichtiger ist es, dass die Erstversorger auf klar festgelegte Abläufe und überall gleich zu handhabende Instrumente verfügen. Etwas, worauf die Berufsleute des Rettungsdienstes Insel Gruppe, stationiert in Aarberg, Münsingen und Riggisberg, zählen können.

Notwendiger Zusammenschluss

Die drei Standorte bleiben mit ihren Einsatzfahrzeugen als Einheiten erhalten, gehören aber seit Anfang Jahr zum «Rettungsdienst Insel Gruppe». Mit der Neuorganisation – die bis Ende Jahr umgesetzt sein wird – schaffen die Landspitäler die nötigen Voraussetzungen, damit die Rettungsdienste die wachsenden Anforderungen an eine schnelle und sachgemässe Betreuung am Notfallort auch in Zukunft jederzeit erfüllen können. Die Arbeit der drei Standorte mit ihren Einsatzfahrzeugen und Equipen ist für die Erstversorgung und -behandlung in den ländlichen Regionen zentral. Im Rahmen des Zusammenschlusses haben die über 70 Mitarbeitenden der Rettungsdienste neue Verträge erhalten und sich dabei verpflichtet, bei Engpässen auch an anderen Orten auszuhelfen. Das soll insofern einfacher werden, als dass nicht nur das Equipment der Fahrzeuge und Gerätschaften vereinheitlicht wird, sondern auch Weiterbildungen gemeinsam angegangen und organisiert werden. So ist sichergestellt, dass die gesamte Crew der drei Rettungsdienste über denselben Wissensstand verfügt und dieselben Instrumente zu bedienen weiss.

Die Insel Gruppe verfügt so über drei Rettungsdienste, die jeweils an den Landspitälern Aarberg, Münsingen und Riggisberg stationiert sind. Diese stehen jederzeit für insgesamt 75 Gemeinden mit rund 122 000 Einwohnern bereit. Die primäre Aufgabe ist die schnelle, professionelle Versorgung und Stabilisierung von Patienten und deren Transport in das Spital. Dafür stehen moderne Rettungswagen mit den neusten medizinischen Geräten zur Verfügung. Sekundär führt der Rettungsdienst planbare Krankentransporte in der Region durch. Dabei hat ein grösserer Rettungsdienst nicht nur mehr Gewicht als drei kleine, sondern kann gegen aussen auch einheitlich erkennbar auftreten. Mit dem Zusammenschluss wird die bereits gut funktionierende Zusammenarbeit in der neuen Organisation gestärkt.

Weichenstellend für Patienten

Die Anforderungen an die Rettungsteams haben zugenommen und den Beruf anspruchsvoller gemacht. Noch vor 20 Jahren bestand die Aufgabe der Rettungssanitäter in erster Linie darin, an den Unfallort zu gelangen, den Patienten ins Ambulanzfahrzeug zu laden und ins nächste Spital zu fahren. Diese Zeiten sind längst vorbei. Durch das Wissen und die Erkenntnis, dass die Zeit vor der Hospitalisation die Genesung

massiv beeinflusst, ist heute jede vorgelagerte Fachkraft um bestmögliche und schnellstmögliche Versorgung bemüht. Wie im Rettungswagen interveniert wird, ist weichenstellend für den Patienten. Der Einsatzleiter muss in kürzester Zeit entscheiden, ob beispielsweise der Flug ins Zentrumsspital unumgänglich ist, um den Versorgungsweg zu verkürzen. Welche Therapie vor Ort ist angesagt, welche Medikamente sind zu verabreichen, muss eine Fachperson aufgeboten werden mit einer Narkose-Ausbildung (in zwei Prozent der Einsätze ist eine Narkose zwingend) oder bedarf es einer Infusion? Die Rettungsdienste werden dabei nicht nur bei Auto- oder Skiunfällen avisiert, sondern zu einem grossen Teil auch für medizinische Rettungen.

Vom Geburtsnotfall bis zum im Sterben liegenden Patienten: Der Rettungsdienst wird in ganz unterschiedlichen Situationen gerufen und arbeitet mit Fachpersonen Anästhesie und ausgebildeten Notärzten zusammen. Das ist dann unumgänglich, wenn der Tod eines Patienten festzustellen oder bei einer psychisch instabilen Person eine fürsorgliche Unterbringung zu veranlassen ist.

Gemeinsame Weiterbildung

Vor dem Zusammenschluss hat jeder Standort separate Weiterbildungskurse eingekauft und durchgeführt, was logistisch und ökonomisch ins Gewicht gefallen ist. Neu können Kurse als Gruppe erworben und je nach Themenwahl und Teilnehmerzahl hier oder dort angeboten werden. Das bringt Kontinuität ins Team und sichert einen einheitlichen und aktuellen Wissensstand der Rettungssanitäter und Transportsanitäter. Etwas, das in einer schnelllebigen Medizin- und Pharmawelt äusserst wichtig ist. Folgen doch Studien im Bereich Medikation schier Schlag auf Schlag. Neben Standardkursen werden auch spezifische Kurse in den Bereichen Lebensrettung bei Herzkrankheiten, Kindernotfall, Kindertrauma, Schwangerschaft oder Notgeburt durchgeführt.

Rettungskräfte brauchen taktisches Wissen und müssen gleichzeitig improvisieren können. Denn medizinisches Fachwissen alleine reicht oft nicht aus in schwierigen Situationen, wo unklar ist, was die nächsten fünf Minuten bringen werden. So müssen sich die Berufsleute jeden Tag neu auf Unvorhergesehenes einlassen und dabei das Optimale im Bereich medizinischer Erstversorgung herausholen. Eine Wissensüberprüfung findet dabei regelmässig durch den ärztlichen Leiter des Rettungsdienstes statt. Der in Münsingen und Riggisberg stationierte ärztliche Leiter ist tageweise mit dem Rettungsdienst unterwegs. Dann werden nicht nur Einsatzprotokolle kontrolliert, sondern auch die Fähigkeiten der Mitarbeitenden getestet in Form von Prüfungen, Medikations-Tests oder Einsatznachbesprechungen. Anhand hiervon erfolgt seine Einschätzung, ob die getestete Person entsprechende Medikamente verabreichen und/oder spezifische medizinische Interventionen vornehmen darf.

Mehr als «nur» Erstversorgung

Zu den ausserklinischen Handlungen vor Ort gehören für die Rettungssanitäter das Bergen von Personen und medizinische Handlungen wie Beatmen, Herzmassage, Defibrillieren, Verabreichen von Infusionen und Medikamenten. Die Tätigkeit am Einsatzort erfordert eine laufende Beurteilung und Überwachung der Vitalfunktionen der Patientin durch Blutdruckmessung, EKG oder weitere Untersuchungen. Anschliessend wird der Patient ins Spital transportiert. Während der Fahrt wird er medizinisch versorgt und überwacht.

Für die optimale Versorgung des Patienten arbeiten Rettungssanitäter in einem eingespielten Team intensiv mit Ärzten, Pflegefachleuten, Polizisten und anderen Fachpersonen zusammen. Die jeweiligen Verantwortlichkeiten sind aufeinander abgestimmt und greifen wie Kettenglieder ineinander. Rettungssanitäter sichern die Qualität und Kontinuität in der Rettungskette. Ist ein Notarzt anwesend, obliegt ihm die medizinische Führung, und die Rettungssanität ist für die technische und organisatorische Führung zuständig.

Nach dem Einsatz bringen Rettungssanitäter den Rettungswagen in Ordnung, reinigen und desinfizieren Geräte und Instrumente, füllen Verbrauchsmaterial auf, kontrollieren und bewirtschaften die gesamte Infrastruktur, Technik und Logistik.

Medi, Zentrum für medizinische Bildung, Bern, www.medi.ch/rettungssanitaet

Die Auskunftsperson

Matthias Volken
Gesamtleiter Rettungsdienst Insel Gruppe

Kontakt:
Spital Münsingen, Insel Gruppe
Krankenhausweg 18/20, 3110 Münsingen
Tel. 031 682 83 73
matthias.volken@insel.ch

Notfallstation Spital Münsingen

Gut gerüstet für den Notfall

Auf der interdisziplinären Notfallstation des Spitals Münsingen werden Menschen, die dringend ärztliche Hilfe benötigen, kompetent versorgt.

Ob Unfall oder akute Krankheit – ein Notfall ist immer eine Ausnahmesituation. Umso wichtiger, dass die Anlaufstellen für Menschen, die medizinische Hilfe benötigen, rasch erreichbar sind – und dies Tag und Nacht. Die Notfallstation Münsingen bietet den Menschen in ihrem Einzugsgebiet eine qualitativ hochstehende medizinische Grund- und Akutversorgung rund um die Uhr an. «Wir können uns hier in Münsingen um das ganze Spektrum der Notfälle kümmern, in den meisten Fällen eine erste Diagnose erstellen und viele Notfälle auch direkt hier behandeln», sagt Dr. med. Raban Bellmann, seit 1. Oktober medizinischer Leiter des Notfalls Münsingen, «einzig mehrfachverletzte Patienten, Patienten mit einem Hirnschlag, Patienten mit einem bereits diagnostizierten Herzinfarkt oder Patienten, welche direkt auf einer Intensivstation behandelt werden müssen, werden direkt von der Ambulanz in das Inselspital gebracht.»

Von Freizeit-, Verkehrs- oder Arbeitsunfällen über Lungenentzündungen und Frakturen bis zu Lungenembolien deckt das interdisziplinäre Notfallteam mit seinem breitgefächerten Know-how die ganze Vielseitigkeit der Notfallmedizin ab, führt Abklärungen durch und sorgt dafür, dass die Patienten entweder stationär aufgenommen, von Fachspezialisten vor Ort (oder in Bern) weiterversorgt oder mit einer Diagnose und abschliessender Erstbehandlung nach Hause geschickt werden. Auch viele komplexe Untersuchungen, Behandlungen und Operationen können dank der räumlichen Nähe zu Radiologie, Operationsräumen sowie zur ganzen Infrastrukur des Spitals rasch und rund um die Uhr erfolgen.

Erste Einteilung nach Dringlichkeit

Eine wichtige Aufgabe und eine erste Herausforderung für das Team einer

Wo anrufen im Notfall? Hier!

- *Lebensbedrohlich und im Zweifelsfall: Tel. 144 (Sanitätsnotrufzentrale)*
- *Keine Lebensgefahr: Wenden Sie sich, wenn möglich, an die Kinderärztin, den Kinderarzt oder die Hausärztin, den Hausarzt. Die interdisziplinäre Notfallstation im Spital Münsingen ist an 365 Tagen rund um die Uhr geöffnet. Melden Sie sich nach Möglichkeit vorgängig an: Tel. 031 682 82 82.*
- *www.notfall-finder.ch: Mit der Notfall-Finder-App lässt sich einfach und schnell die nächste Notfallstation finden – schweizweit.*

Triage der Patienten: Prinzipien

Die Ersteinschätzung der Patienten geschieht im Notfall Münsingen nach dem Prinzip des Emergency Severity Index (ESI). Bei diesem Triagesystem, das Ende der 90er-Jahre an der Harvard Medical School, Boston (USA) entwickelt wurde, werden zunächst Patienten mit hoher Behandlungsdringlichkeit identifiziert, für die anderen wird nachfolgend eine Gruppenzuordnung aufgrund des voraussichtlichen Ressourcenbedarfes festgelegt. Ist der Patient instabil und benötigt sofortige lebensrettende Massnahmen, wird er der Kategorie 1 zugeordnet und die Behandlung beginnt sofort. Der zweite Entscheidungspunkt prüft, ob es sich um eine Hochrisikosituation handelt, der Patient akut verwirrt, lethargisch oder desorientiert ist bzw. starke Schmerzen hat – diese Patienten werden der Kategorie 2 zugeordnet. Für Patienten, die nicht unter die ersten beiden Kategorien fallen, wird im dritten Entscheidungsschritt geprüft, wie viele Ressourcen (Röntgenuntersuchung, Labor, EKG usw.) der Patient während seiner Behandlung in der Notaufnahme in Anspruch nehmen wird. Entsprechend der benötigten Ressourcen wird er der Kategorie 5, 4 oder 3 zugeordnet. Schliesslich werden die Vitalzeichen des Patienten überprüft und nach altersentsprechenden Grenzen bewertet. Die Pflegefachkraft prüft dann, ob sie den Patienten aufgrund der Ergebnisse höher (in Kategorie 2) eingruppiert.

Notfallstation ist die Triage, die Einschätzung der Dringlichkeit eines medizinischen Problems (siehe Infobox). «Wichtig bei einem Notfall ist das rasche Erkennen einer dringenden, allenfalls lebensbedrohlichen Situation», so Dr. Bellmann. Also abzuklären, ob der Patient mit den zur Verfügung stehenden materiellen (z. B. Labor, Röntgen) und personellen Mitteln vor Ort behandelt werden kann oder ob er sofort ins Zentrumsspital weiterverlegt werden muss. Auch stellt sich die Frage, ob der Zustand des Patienten bei einer akuten Gefährdung vor einer Verlegung stabilisiert werden muss. Zudem sollte die zeitliche Dringlichkeit sofort beantwortet werden können, um entsprechende Behandlungsprioritäten festzulegen.

Interdisziplinäre Behandlung

In vielen Notfallstationen erfolgt die Einstufung durch geschultes Pflegepersonal anhand definierter Kriterien, anschliessend werden die Patienten dem entsprechenden Fachbereich zugeordnet. In der Notfallstation Münsingen wird dieses Vorgehen leicht angepasst, um die Interdisziplinarität zu fördern. Die ersten Personen, die beim neu eintreffenden Patienten eine Triage vornehmen, sind immer noch die Pflegenden. Anhand dieser Ersteinschätzung wird anschliessend ein Assistenzarzt beigezogen, der auf der Notfallstation als Teil seiner Ausbildungsrotation tätig ist. «Bei uns arbeiten die Assistenzärzte interdisziplinär, das heisst, sie kümmern sich nicht nur um Patienten des Fachgebiets, für welches sie angestellt sind, sondern erstellen bei allen Patienten eine Erstdiagnose», so der medizinische Leiter. Ein chirurgischer Assistenzarzt, der auf der Notfallstation seinen Dienst absolviert, muss sich also nicht nur mit Verletzungen und Bauchproblemen auseinandersetzen, sondern auch Patienten mit internistischen Problemen behandeln und umgekehrt.

Steht die Diagnose fest, wird die Behandlung dann von den Spezialisten vor Ort – Spitalfachärzten aus den Bereichen Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie, Innere Medizin, HNO (Hals-Nasen-Ohren) oder Neurochirurgie – weitergeführt oder die Assistenzärzte werden von ihnen angeleitet. «Ein erfahrener Facharzt jeder Fachdisziplin ist immer im Dienst oder steht auf Abruf bereit, tagsüber sind die Spitalärzte schnell auf der Station und in der Nacht oder an den Wochenenden sind sie telefonisch erreichbar, sodass die diensthabenden Ärzte jederzeit ein Problem besprechen können», sagt. Dr. Bellmann. Diese Fachärzte müssen auch in der Nacht innerhalb einer definierten Zeit vor Ort sein, wenn es die Situation erfordert.

Es sind also nicht nur die Fachärzte der verschiedenen Fachrichtungen aus dem Spital, die für Interdisziplinarität sorgen, sondern vor allem auch die Assistenzärzte, die auf der Notfallstation in erster Linie als Notfallärzte und Generalisten und erst in zweiter Linie als sich spezialisierende Ärzte tätig sind. «Dank dieser Interdisziplinarität lernen natürlich die Assistenzärzte sehr viel, und wir können gleichzeitig das gesamte Angebot des Spitals auf der Notfallstation abdecken, obwohl wir mit sechs Untersuchungskojen ein eher kleiner Notfall sind.»

Wartezeiten beschränken

Prinzipiell sind Notaufnahmen primär für schwerwiegende Erkrankungen und Verletzungen sowie für lebensbedrohliche Fälle zuständig. Wie bei praktisch allen Notfallstationen nimmt aber auch beim Notfall Münsingen die Anzahl der «Selbsteinweiser», der Personen, die nicht vom Hausarzt überwiesen oder von der Ambulanz eingeliefert werden, ständig zu. Solche «Walk-in»-Patienten kommen auch mit leichtgradigen Krankheitsbildern wie Übelkeit, leichtem Fieber, Verstauchungen, verstopften Ohren oder einer laufenden Nase. Selbstverständlich werden alle Patienten möglichst rasch versorgt. Weil die schweren Fälle aber absoluten Vorrang haben, kann dies bei den anderen je nach Patientenandrang wiederum zu längeren Wartezeiten führen. Dazu Dr. Bellmann: «Unser Ziel ist es, die Zeit des Aufenthalts auf ein Minimum zu beschränken und unsere Arbeitsabläufe so zu gestalten, dass der Notfall möglichst wenig verstopft ist», sagt der medizinische Notfallleiter, «zudem erklären wir den Patienten, weshalb sie warten müssen.»

Die Auskunftsperson

Dr. med. Raban Bellmann
Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin
Fähigkeitsausweis Sonographie (SGUM)
und Klinische Notfallmedizin (SGNOR)
Stv. Chefarzt Innere Medizin
Medizinischer Leiter Notfall

Kontakt:
Spital Münsingen, Insel Gruppe
Krankenhausweg 18/20
3110 Münsingen
Tel. 031 682 82 93
raban.bellmann@spitalmuensingen.ch

Darmkrebs
Vorsorge rettet Leben

Rechtzeitig erkannt ist Darmkrebs in den meisten Fällen heilbar. Vorsorgeuntersuchungen können Leben retten und empfehlen sich im Alter ab 45 bis 50 Jahren. Unterstützung erhalten sie zum Beispiel im zertifizierten Darmzentrum des Tiefenauspitals.

Der menschliche Darm ist ein grosses, kleines Wunder. Er ist ganze vier bis sieben Meter lang und hat verschiedene lebenswichtige Funktionen. Der längere (drei bis sechs Meter) Dünndarm schliesst an dem Magen an und dient der Aufnahme der Nahrungsbestandteile wie Eiweiss, Fett, Kohlehydrate, Vitamine und Spurenelemente. Seine Resorptionsfläche beträgt etwa 180 Quadratmeter. Der etwa ein Meter lange Dickdarm hat vor allem die Aufgabe, den unverdaulichen Nahrungsbestandteilen das Wasser zu entziehen. Am Ende des Dickdarms folgt der Mastdarm, der als Reservoir für den Stuhl dient und für die geregelte Stuhlentleerung wichtig ist.

Darmkrebs wächst langsam

Darmerkrankungen sind häufig. Sie äussern sich etwa als Entzündungen (z. B. Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa) und funktionelle Störungen (z. B. Reizdarm). Oft sind sie allerdings auch bösartig: Darmkrebs ist bei uns die dritthäufigste Krebsart. Etwa einer von 20 Menschen (4300 Neuerkrankungen pro Jahr) erkrankt im Verlauf des Lebens in der Schweiz an Darmkrebs. Etwa jeder Dritte stirbt daran, weil die Hälfte der Erkrankungen zu spät entdeckt wird. Dabei ist Darmkrebs nahezu zu 100 Prozent heilbar, wenn er im Frühstadium erkannt und behandelt wird. Darmkrebs bildet sich fast immer im Dickdarm oder Mastdarm. Im Dünndarm kann zwar auch Krebs entstehen, doch der ist zum Glück äusserst selten.

Dickdarmkrebs wächst langsam, über fünf bis 15 Jahre. Das macht Vorsorgeuntersuchungen umso wichtiger. Darmtumoren gehen in der Regel von den Drüsenzellen der Schleimhaut aus, die das Darminnere auskleidet. Sie entstehen aus blumenkohlartigen Auswüchsen der Darmschleimhaut, sogenannten Darmpolypen, die bis ins hohe Alter bei etwa der Hälfte der Menschen entstehen, bei den meisten aber ohne zu Krebs zu werden. Entartet ein Polyp, vermehren sich die Krebszellen. Sie durchdringen die Darmwand. Im fortgeschrittenen Stadium erreicht der Krebs die Blut- und Lymphbahn, es kann zu Metastasen kommen – vorwiegend in Leber und Lunge. Fast alle Patienten sind über 50 Jahre alt. Bei jüngeren Betroffenen besteht fast immer eine familiäre Häufung von Darmkrebsfällen oder -polypen, etwa bei nahen Verwandten. Darmkrebs tritt überwiegend in den Industriestaaten auf. Als mögliche Risikofaktoren gelten neben einer genetischen Vorbelastung eine fleischreiche, fettreiche und faserarme Kost, Nikotinkonsum, Alkoholkonsum, Übergewicht und Bewegungsmangel. Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa und Morbus Crohn) und das Auftreten bestimmter anderer Krebsarten wie Gebärmutterkrebs und Eierstockkrebs erhöhen das Darmkrebsrisiko.

Darmkrebs ist heimtückisch

Dickdarmpolypen machen keine Beschwerden, Dickdarmkrebs lange auch keine. Sobald Symptome auftreten, befindet sich der Krebs meist schon in einem fortgeschrittenen Stadium. Anzeichen können sein: veränderte Stuhlgewohnheiten, Wechsel von Verstopfung und Durchfall, veränderte Stuhlform, häufiger Stuhldrang ohne erfolgreiche Entleerung, Blut im oder am Stuhl, wiederholte, krampfartige Bauchschmerzen und Allgemeinsymptome wie Leistungsabfall, Müdigkeit und Gewichtsabnahme. Sichtbares Blut im Stuhl ist ein Alarmsignal und sollte immer mit dem Hausarzt besprochen werden. Das kann zwar andere Ursachen haben als Krebs, sollte aber unbedingt genauer untersucht werden.

Untersuchung nicht schmerzhaft

Weil Darmkrebs so langsam wächst, kann er im Frühstadium geheilt werden, ohne dass aggressive Krebstherapien erduldet werden müssen. Vor der Entartung kann er sogar ganz verhindert werden. Fachleute empfehlen deshalb zu periodischen Vorsorgeuntersuchungen ab 50 Jahren. Bei familiären Häufungen oder bei Personen aus anderen Risikogruppen ist es ratsam, das Vorgehen schon viel früher mit dem Hausarzt zu besprechen. Die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen – einen Stuhltest auf Blut alle zwei Jahre oder eine Dickdarmspiegelung (Koloskopie) alle zehn Jahre – bezahlt die Krankenkasse für alle Personen im Alter von über 50 Jahren. Bei der ungefähr 30-minütigen Dickdarmspiegelung wird die Darm-Innenseite mit einem flexiblen schlauchförmigen Gerät aus Fiberglas untersucht. Durch die integrierte Kamera kann der Arzt auf seinem Monitor die Bilder beurteilen. Nicht nur Darmkrebs wird entdeckt, sondern auch kleine Polypen. Im Falle einer Polypen-Abtragung kann die Krebsentstehung sogar verhindert werden.

Die Untersuchung ist etwas unangenehm, aber weitgehend schmerzarm. Der Darm muss im Voraus gründlich mithilfe eines Abführmittels gereinigt werden. Auf Wunsch kann ein Schmerz- oder Beruhigungsmittel verabreicht werden, sodass die Patienten nichts von der Darmspiegelung spüren. Das Komplikationsrisiko ist äusserst gering. Werden während der Untersuchung verdächtige Veränderungen festgestellt, entnimmt der Arzt winzige Gewebsproben, um sie durch einen Pathologen mikroskopisch untersuchen zu lassen. Polypen werden meistens sofort mit einer Schlinge entfernt.

Der Test nach Blutspuren im Stuhl erfasst im Gegensatz zur Darmspiegelung die Darmkrebsvorstufen meistens nicht und kann die Entstehung von Darmkrebs ergo nicht verhindern. Er ist nur zur Früherkennung von bereits bestehendem, aber noch symptomlosem Dickdarmkrebs zuverlässig und sollte daher alle zwei Jahre wiederholt werden. Der Test kann durch Medikamente oder Nahrungsmittel wie Obst und Gemüse verfälscht werden und falsch positiv ausfallen. Bei Menschen mit positivem Stuhltest-Befund sollte unbedingt eine Dickdarmspiegelung durchgeführt werden, um abzuklären, ob Darmkrebs die Ursache sein könnte.

Personalisierte Krebstherapie

Die aufwendige veränderte Krebsdiagnostik und -behandlung erfordert viel Erfahrung seitens des behandelnden Spezialistenteams. Eine individuelle (personalisierte) Krebstherapie erfordert nicht nur wie früher eine Therapiewahl nach Art, Grösse und Stadium der Krebserkrankung; zusätzlich muss das individuell genetische Biomarkerprofil eines Tumors in der Therapieplanung berücksichtigt werden und eine Anpassung an das Alter, das Körpergewicht sowie an eventuell vorhandene Begleiterkrankungen und die soziale Situation des Patienten gemacht werden. Hauptsächlich kommen drei Behandlungsformen zur Anwendung: die Operation, die Chemotherapie und die Bestrahlung sowie die Behandlung mit zielgerichteten, modernen Medikamenten mit geringeren beziehungsweise anderen Nebenwirkungen im Vergleich zu einer klassischen Chemotherapie.

In vielen früh erkannten Fällen ist nur eine operative Entfernung des betroffenen Darmabschnitts nötig, aber keine Chemotherapie und Bestrahlung. Das ist etwa dann der Fall, wenn bildgebende Untersuchungen zeigen, dass der Krebs noch nicht in Lunge oder Leber gestreut hat und sich nach der Operation bei weiteren Gewebeuntersuchungen keine Krebszellen mehr nachweisen lassen. Ansonsten werden die Operation, eine mögliche Chemotherapie und im Falle des Mastdarmkrebses auch eine allfällige Bestrahlung eng miteinander verzahnt. Man spricht deshalb von einer multimodalen Therapie. Wichtig und gut zu wissen: Ein dauerhafter künstlicher Darmausgang kann heute fast immer vermieden werden, ausser der Tumor befindet sich im äussersten Abschnitt des Mastdarms mit Kontakt zum Schliessmuskelapparat.

Umfassende Hilfe am Spital Tiefenau

Häufig sind insbesondere Beschwerden im Bereich des Darmausgangs ein Tabuthema und für Betroffene eine grosse Belastung. Das ISO-zertifizierte Darmzentrum am Spital Tiefenau Bern bietet in diskreter Atmosphäre eine umfassende Betreuung bei verschiedenen Problemen des Darms an, insbesondere zur Vorsorge, Diagnose und Behandlung von Darmkrebs, funktionellen und entzündlichen Darmerkrankungen sowie Erkrankungen des Beckenbodens und des Afters. Hier finden Patienten alle Fachdisziplinen vor Ort: Chirurgie, Gastroenterologie, Medizin, Onkologie, Intensivmedizin, Radiologie, Ernährungsberatung, Physiotherapie, Sozialberatung, Wundsprechstunde usw. Das hat den Vorteil, dass eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine individuelle Betreuung möglich sind. Dadurch, dass die Spezialisten eng zusammenarbeiten, ergeben sich kurze Informations- und Kommunikationswege. Die Patienten profitieren von kürzeren Wartezeiten und massgeschneiderten Therapiekonzepten. Die Zertifizierung des Darmzentrums gewährt qualitativ hochwertige Abläufe und Strukturen, um die Risiken möglichst gering zu halten. Patienten können sich jederzeit auf der Notfallstation melden.

Zusammenarbeit im Tumorboard
Ebenso wichtig wie die Behandlung selbst, ist eine interdisziplinäre Betrachtung der Erkrankung. Sie ist zentral, um eine massgeschneiderte Therapie für jeden einzelnen Patienten sicherzustellen. Zentraler Mittelpunkt ist das wöchentliche Tumorboard, an dem alle involvierten Spezialisten aus Onkologie, Chirurgie, Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie und gegebenenfalls aus weiteren betroffenen medizinischen Fachgebieten ihre Expertise abgeben, sodass für jeden Patienten individuell die beste Behandlung und Therapie gewählt werden kann. Dabei steht aber nicht nur die rein medizinische Krebsbehandlung im Vordergrund, sondern auch die psychosoziale Betreuung der Patienten sowie deren Angehörigen durch die Psychoonkologin. Diese begleitet die Patienten sowie deren Angehörige vor und nach der Operation, bei Bedarf über einen längeren Zeitraum. Nach der erfolgreichen Behandlung sind regelmässige Kontrollen, auch Spiegelungen, unabdingbar. Einmal an Darmkrebs Erkrankte haben ein erhöhtes Risiko für einen Rückfall.

Kurzinterview mit Dr. med. Beat Muggli

«Es ist gefährlich, auf Symptome zu warten»

Wann sollte jemand wegen einer möglichen Darmkrebserkrankung zum Arzt?
Die gute Nachricht ist: Dickdarmkrebs ist der einzige Krebs, den man durch Vorsorge wirklich verhindern kann. Das hat damit zu tun, dass er aus Polypen entsteht, die lange gutartig sind, bevor sie irgendwann zu Krebs entarten. Sie werden bei der Darmspiegelung direkt abgetragen. Es gilt also, alles dafür zu tun, den Krebs in einem Stadium zu erkennen, in dem er heilbar ist oder sich in einer Vorstufe befindet.

Warum nicht erst, wenn man Beschwerden hat?
Wenn Darmkrebs Symptome macht, ist er meistens leider schon fortgeschritten und die Heilungschancen sind markant gesunken. Auf spezifische Symptome zu warten, ist also gefährlich. Und unnötig, weil er mit Vorsorgeuntersuchungen verhindert werden kann.

Ist die Stuhluntersuchung auf Blut nicht ausreichend?
Die Darmspiegelung ist der Goldstandard. Der Test auf Blut im Stuhl alle zwei Jahre ist zwar durchaus eine Option. Er ist allerdings wesentlich ungenauer, da die Tumoren und Polypen nicht dauernd bluten. Und man kann nicht direkt intervenieren. Falls der Test positiv ist, muss man dennoch eine Darmspiegelung machen.

Was raten Sie Menschen mit familiärer Vorbelastung?
Nur ein kleiner Teil der Darmkrebsfälle ist familiär bedingt. Wenn bei jemandem in der Familie im Alter vor 40 oder 45 Jahren ein solcher Krebs auftritt, ist das ein Hinweis, dass das genetisch sein könnte. Weil diese Tumore früher auftreten und auch schneller wachsen, ist eine engmaschige und frühzeitige Begleitung angebracht, eine Spiegelung alle zwei Jahre, und zwar schon ab 20 bis 25 Jahren.

Wie schütze ich mich vor Darmkrebs?
Leider wissen wir noch viel zu wenig über die möglichen Zusammenhänge. Da Darmkrebs aber vor allem in den Industrieländern auf dem Vormarsch ist, nehmen wir aufgrund verschiedener Studien stark an, dass die Ernährung und der Lebensstil eine entscheidende Rolle spielen. Das heisst: reichlich Gemüse und Obst essen, die Zufuhr von Zucker und tierischen Fetten, insbesondere von rotem Fleisch tief halten. Günstig sind offenbar Omega-3-Fettsäuren, die zum Beispiel in Leinöl, Rapsöl gehäuft vorkommen oder in Form von Algenöl-Tabletten gekauft werden können. Den Konsum von Alkohol sollte man einschränken, das Rauchen aufgeben. Unterschätzt wird ganz allgemein, wie wichtig regelmässige Bewegung ist. Unabhängig vom Lebensstil: Der beste Schutz ist und bleibt die Vorsorgeuntersuchung.

Die Auskunftspersonen

Prof. Dr. med. Manfred Essig
Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin und für Gastroenterologie
Chefarzt Innere Medizin und Chefarzt Gastroenterologie

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

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

Hypnose

Kränkungen entspannt überwinden

Kränkungen verletzen und können krank machen – sowohl körperlich als auch seelisch. Das Selbstwertgefühl wird angegriffen, man fühlt sich verletzt, empfindet Rachegedanken und zieht sich zurück. Mithilfe der Hypnose gelingt es, Haltungen zu verändern und so Verletzungen zu lindern.

Jeder Mensch erleidet in seinem Leben Verletzungen verschiedener Art. Im Kindesalter wie im Erwachsenenleben, beim mutigen Spiel, im Sport oder während der täglichen Arbeit. Schmerzhafte Hautabschürfungen, Stauchungen und Knochenbrüche heilen in der Regel meist innerhalb weniger Tage bis Wochen. Auch von körperlichen Verletzungen, die uns durch Unachtsamkeit von anderen Personen zugefügt werden, erholt man sich. Die Haut repariert und erneuert sich regelmässig, neugebildetes Knochengewebe wächst nach, Knochen wachsen wieder zusammen. Bei grösseren Verletzungen holen wir uns selbstverständlich Hilfe beim Arzt und Therapeuten. Pflegende Cremes, Coolpacks, warme Wickel oder eine Physiotherapie geben dem Körper die Beweglichkeit und Muskelkraft wieder zurück. Auch Ruhe und Entspannung sorgen für Heilung und Regeneration.

Jahrelange Verletzungen

Doch wie steht es mit Kränkungen, die uns verletzen? Im Büro, in der Schule, sie dringen tief unter die Haut und brennen sich in der Psyche ein. Sie lassen sich mit Cremes oder einem schmerzlindernden Medikament nicht einfach so heilen. Manche verletzen das Ego, das Selbstwertgefühl und die Seele so sehr, dass man bei einer Zurückweisung, Zurechtweisung, Demütigung oder Benachteiligung nur noch an Rache und Vergeltung denkt, sich verletzt, gedemütigt oder herabgesetzt fühlt. «Solche Gefühle verstärken eine Verletzung zusätzlich; der Schmerz kann sich in Wut und Hass umwandeln oder aber das Selbstbewusstsein angreifen», sagt Doris Ayer, Hypnosetherapeutin und -coach. Immer wieder erlebt sie in ihrer Praxis, dass sich gekränkte Menschen zurückziehen, still vor sich hinleiden – oft über Jahre hinweg.

Jeder Mensch erlebt Kränkung und deren Verletzung anders und geht individuell damit um. «Kränkungen und Verletzungen können unseren Körper und unsere Seele krank machen. Gleichzeitig können wir auch selber andere Menschen verletzen, bewusst oder unbewusst, – mit einer einfach dahingesagten Äusserung, Bemerkung oder Handlung», so Doris Ayer. Manche Kränkungen bleiben über Jahre erhalten, führen zu Verbitterung, belasten die Beziehungen. Hypnose kann ein Weg sein, Kränkungen zu heilen. «Wir nutzen die Wechselwirkung von Psyche und Körper, um zu gesunden», so die Hypnosetherapeutin und fährt fort: «Mithilfe der Hypnose begeben wir uns auf die individuelle Reise, schauen von aussen auf die verletzende Situation oder lassen uns hineinführen.» Mit etwas Abstand und aus einer neuen Perspektive kann die Kränkung so auf einer sachlichen Ebene angesehen und verarbeitet werden.

Zugang zu Selbstheilung

Dabei wird der Klient, die Klientin von der Hypnosetherapeutin in einen körperlich entspannten, mental ruhigen Zustand (Alphazustand) geführt. «In der Hypnose eröffnet sich den Menschen der volle Zugang zu ihren Ressourcen, Potenzialen und zur Selbstheilung. Die Betroffenen können selbstständige Entscheidungen treffen und eigene Lösungen finden», erklärt Doris Ayer, die ihre Klienten in diesem Zustand respektvoll begleitet. So lässt sich das Geschehene zwar nicht rückgängig machen, doch die Haltung, die Einstellung und die Sichtweise können mithilfe der Hypnose verändert werden, sagt die Hypnosetherapeutin. «Das führt zu einem starken Selbstbewusstsein, das die Kränkung überwinden kann.»

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

Link zur Website der praxis für coaching & hypnosetherapie

Kniegelenk

Wenn der «Schwerarbeiter» schmerzt

Das Kniegelenk ist täglich grossen Belastungen ausgesetzt. Dies kann zu Abnützungserscheinungen und zu erhöhter Verletzungsgefahr führen. Mit individuell abgestimmten Therapiemassnahmen lassen sich die Schmerzen eindämmen und die Beweglichkeit wiederherstellen.

Das Kniegelenk ist ein sogenanntes Dreh-Scharniergelenk und bildet eine bewegliche Verbindung zwischen dem Oberschenkelknochen, der Kniescheibe sowie dem Schienbein. Dadurch wird es erst möglich, das Knie zu beugen, zu strecken oder Drehbewegungen auszuführen. Das grösste Gelenk im menschlichen Körper verrichtet täglich Schwerstarbeit. Beim Laufen, Treppensteigen und sogar beim Sitzen wirken starke Kräfte darauf ein. Kein Wunder also, dass das Knie vielen Menschen gesundheitliche Probleme bereiten kann.

Akute und chronische Knieschmerzen

Knieschmerzen können verschiedene Ursachen haben, zeigen sich an unterschiedlichen Stellen und können auch vom Schmerzcharakter her stark variieren. Manche Knieprobleme zeigen sich in bestimmten Situationen, beispielsweise beim Treppensteigen, nach dem Joggen oder auch nachts. Grundsätzlich unterscheidet man zwischen akuten und chronischen Kniegelenksschmerzen.

Akute Knieschmerzen sind vom Charakter her oft einschiessend, stechend, drückend, dumpf, krampfartig oder ziehend. Hinzu kommen oft Bewegungseinschränkungen des Knies, beziehungsweise Blockierungs- oder Instabilitätsgefühle im Kniegelenk. Äusserliche Anzeichen können entzündliche Schwellungen, Rötungen oder Ergüsse im Bereich des Kniegelenks sein. Auch chronische Schmerzen äussern sich durch ähnliche Symptome, entwickeln sich aber über einen Zeitraum von mehreren Monaten oder sogar Jahren. Zudem nehmen die Schmerzen mit der Zeit an Intensität zu.

Stelle lokalisieren

Wenn die Knie schmerzen, so bemerken die Betroffenen häufig eine ganz bestimmte Stelle, an der sie den Schmerz lokalisieren können. Auch wann die Schmerzen auftreten, kann Aufschluss darüber geben, was im Gelenk nicht in Ordnung ist. Damit die Beschwerden vom behandelnden Arzt besser behandelt beziehungsweise diagnostiziert werden können, werden folgende Krite-

rien beurteilt: Tritt der Schmerz an der Vorder- oder Rückseite bzw. an der Aussen- oder Innenseite des Knies auf (Ort)? Ist der Schmerz akut oder hat er einen eher chronischen Charakter (Dauer)? Kann ein Zusammenhang mit Aktivitäten (Belastung wie Treppensteigen, Joggen oder in Ruhe) hergestellt werden?

Verschiedene Ursachen

Schmerzen am Knie gehen häufig auf Verletzungen und/oder Verschleissprobleme zurück. Bei jüngeren Menschen überwiegen verletzungsbedingte Knieprobleme, bei älteren Menschen kann eine Abnützung der Gelenke zu Problemen führen. Das Kniegelenk besteht aus vielen anatomischen Strukturen, die für Verletzungen anfällig sind. Häufige Verletzungen sind Defekte an den Seitenbändern (Aussen- oder Innenband), Verletzung des Kreuzbandes, Verletzungen der Menisken (Innen- beziehungsweise Aussenmenisken), Verrenkung der Kniescheibe oder ein Knochenbruch. Besonders Sportarten wie Fussball, Squash oder Skifahren bergen ein hohes Risiko für Knieverletzungen.

Das Kniegelenk ist enormen Belastungen ausgesetzt, was dazu führt, dass sich mit der Zeit Abnützungserscheinungen zeigen können. Dieser Verschleiss geht mit einem Abbau der Knorpelmasse einher, was zu einer Knieartrose führen kann. Da der Knorpel seine Stossdämpferfunktion verliert, können Steifigkeitsgefühle und Schmerzen auftreten.

Neben Abnutzungs- und Verschleisserscheinungen können auch einige Krankheiten und Faktoren wie Rheuma, Gicht, bakterielle Entzündungen des Kniegelenks, Schleimbeutelentzündungen oder Sehnenentzündungen als Ursache für Schmerzen am Knie in Frage kommen.

Wo tut es weh?

Besonders wichtig für die Diagnosestellung ist es, die Stelle lokalisieren zu können, an dem die Knie schmerzen. Knieschmerzen an der Innenseite (medialer Knieschmerz) treten besonders häufig auf, was beispielsweise auf eine Verletzung des Innenbandes oder auf einen Schaden am Innenmeniskus hindeuten kann. Aber auch bei Kniearthrosen, O-Beinen oder bei einer Schleimbeutelentzündung kann der Knieschmerz auf der Innenseite auftreten.

Wenn sich die Knieschmerzen aussen am Kniegelenk bemerkbar machen, kann dies mit einer Fehlstellung zusammenhängen (beispielsweise X-Beine) oder auch auf Verletzungen des Aussenbandes oder Aussenmeniskus hindeuten.

Von vorderen Knieschmerzen spricht man, wenn die Schmerzen im Bereich der Kniescheibe beziehungsweise darüber oder darunter auftreten. Insbesondere bei jungen Menschen sind Schmerzen vorne am Knie (speziell während der Wachstumsphase) relativ häufig. Oder aber sie sind Folge einer Fehl- oder Überbelastung.

Wenn die Kniekehlen schmerzen, so kann dies diverse Ursachen haben. Oft liegen Verletzungen des Kapsel-Band-Apparates zugrunde. Aber auch verschleissbedingte Veränderungen, eine sogenannte Baker-Zyste (mit Gelenksflüssigkeit gefüllte Ausstülpung) oder eine Thrombose können diese Schmerzen auslösen.

Zusätzlich zu den Knieschmerzen können sich in Abhängigkeit der zugrunde liegenden Ursachen weitere Symptome einstellen wie etwa Schwellungen, Blutergüsse, Rötungen, verminderte Belastbarkeit oder ein Gefühl der Instabilität.

Diagnose mit Tests

Nach der Erhebung der Krankengeschichte (Anamnese), bei der sich der Arzt nach der genauen Stelle sowie dem zeitlichen Auftreten der Schmerzen sowie deren Charakter erkundigt, werden verschiedene Bewegungstests durchgeführt. Um eine gesicherte Diagnose stellen zu können, kommen auch bildgebende Verfahren wie Röntgen, Ultraschall (Sonografie) oder die Magnetresonanztomografie (MRT) zum Einsatz. Besteht der Verdacht auf eine Entzündung des Kniegelenks, kann eine Gelenkpunktion durchgeführt werden.

Konservative oder chirurgische Therapie

In den meisten Fällen erfolgt die Behandlung von Knieschmerzen zuerst konservativ, das heisst, nicht mit chirurgischen Massnahmen. Dazu gehören die medikamentöse Therapie, bei der entzündungs- und schmerzstillende Medikamente verabreicht werden sowie die Physiotherapie. Bei beiden Massnahmen wird die Therapie individuell auf die Bedürfnisse des Patienten angepasst. Speziell angefertigte orthopädische Schuheinlagen können – insbesondere bei Fehlstellungen der Füsse – zur Entlastung der Kniegelenke beitragen.

Wenn konservative Massnahmen keine Besserung der Beschwerden bringen, kann eine Knieoperation in Betracht gezogen werden. Die Kniegelenksspiegelung (Arthroskopie) gehört zu den minimalinvasiven Verfahren, bei der mit der sogenannten Schlüssellochtechnik eine Kniescheibenfehlstellung, beschädigte Bänder oder Menisken im Knie behoben werden können. Bei der sogenannten Knorpelzelltransplantation werden Knorpelzellen aus einem körpereigenen Knorpel gezüchtet und in den Kniegelenkknorpel eingebracht.

Gelenkersatz bei Arthrose

Wenn all diese gelenkerhaltenden Therapiemassnahmen versagen, kann schliesslich die Implantation eines künstlichen Kniegelenks in Erwägung gezogen werden. Insbesondere bei der Arthrose des Kniegelenks kommt ein Gelenkersatz, eine sogenannte Knie- Endoprothese, zum Einsatz. Dabei kann es sich um eine Teilprothese (beispielsweise ein Schlittengelenk) oder eine Vollprothese (auch Totalendoprothese TEP genannt) handeln. Damit werden die Oberflächen des Kniegelenks am Ober- und Unterschenkel im Sinne eines Oberflächenersatzes ausgewechselt.

Die Auskunftsperson

Med. pract. Kordula Pia Stolzenburg
Fachärztin Chirurgie
Leitende Ärztin Chirurgie

Kontakt:
Spital Aarberg, Insel Gruppe
Lyssstrasse 31, 3270 Aarberg
Tel. 032 391 82 82
kordula-pia.stolzenburg@spitalaarberg.ch

Weisheitszähne

«Spätzünder» machen oft Probleme

Die frühzeitige Entfernung von Weisheitszähnen – bevor sie Beschwerden und Schäden verursachen – ist in vielen Fällen sinnvoll. Die Entscheidung bleibt aber immer eine individuelle.

Weisheitszähne sind ein Überbleibsel der Evolution, als unsere Vorfahren kräftiger zubeissen mussten und einen längeren Kiefer hatten. Im Laufe der Zeit hat sich unsere Ernährung geändert, als Folge hat sich auch der Kiefer verkürzt – die Anzahl der Zähne ist jedoch mit 32 Stück dieselbe geblieben. In unserem kleineren Kiefer haben aber die hintersten vier Backenzähne, die sogenannten Weisheitszähne, nicht immer genügend Platz, um normal zu wachsen. Nicht jeder Mensch hat Weisheitszähne, bei einigen bilden sich auch nicht die üblichen vier heraus, sondern weniger, seltener auch mehr. Die Weisheitszähne werden als letzte Zähne gebildet, die Anlagen dazu sind in der Regel erst ab 14 Jahren oder noch später auf dem Röntgenbild sichtbar. Es empfiehlt sich, die Zähne im Teenageralter regelmässig zu begutachten, beispielsweise durch eine Röntgenaufnahme des Kiefers, um zu sehen, wie viele Weisheitszähne angelegt sind und in welche Richtung diese wachsen könnten.

Schwierig zu putzen

Die Weisheitszähne reihen sich nur selten lückenlos in die bestehende Zahnreihe ein. In der Regel haben sie gesundheitliche Auswirkungen auf das Gebiss und den Kiefer des jungen Erwachsenen. Sie können andere Backenzähne überlagern, verdrängen, schräg im Knochen wachsen, die Wurzel des benachbarten Zahnes beeinträchtigen und das ganze Gebiss verschieben. In vielen Fällen stossen die «Spätzünder» auch nur teilweise, mit einem Anteil der Zahnkrone, in die Mundhöhle vor. Da sie in diesen Fällen mit einer Zahnbürste nicht gut erreicht werden können, können hier auch bei guter Mundhygiene Entzündungen, Karies oder Zahnwurzelschäden entstehen. Häufig bleiben Weisheitszähne sogar ganz im Kieferknochen eingeschlossen (retiniert) – dies ist bei bis zu 80 Prozent der jungen Erwachsenen bei mindestens einem Zahn der Fall. Im Bereich der retinierten Weisheitszähne kann es im Raum zwischen Zahnkrone und Knochen zu Infektionen, Abszessen und Zysten kommen, da hier ein idealer Schlupfwinkel für Bakterien besteht. Und nicht zuletzt stellt der Weisheitszahn eine «Schwachstelle» im Knochen dar – die Gefahr von Unterkieferbrüchen ist an dieser Stelle erhöht.

Entfernen oder drin lassen?

Die Entscheidung, die Weisheitszähne entfernen zu lassen, ist immer eine individuelle Entscheidung, doch es gibt gewisse Situationen, in denen ein Eingriff unumgänglich ist: bei Infektionen, Karies, Wurzelzahnentzündung oder Zysten am Weisheitszahn, wenn der Zahn das Zahnbett des Nachbarzahns gefährdet, wenn Weisheitszähne das Zusammenbeissen der Zähne stören oder wenn sie schmerzen. Wenn eine kieferorthopädische Behandlung durch die Weisheitszähne erschwert wird oder ein längerer Aufenthalt in einer Region ohne moderne medizinische Versorgung bevorsteht, sollte die vorsorgliche Entfernung überprüft werden. Weil viele Weisheitszähne früher oder später Probleme bereiten, hat sich in den letzten Jahren deren prophylaktische Entfernung – bevor sie Beschwerden und Schäden verursachen – immer mehr verbreitet. Die

Operation gehört mittlerweile denn auch zu den häufigsten chirurgischen Eingriffen in der Zahnmedizin.
Mit zunehmendem Alter wird die Entfernung schwieriger, weil die Wurzeln immer tiefer wachsen, sich im Kieferknochen festhaken und der Knochen sich zunehmend verdichtet. Darum empfehlen die Experten die prophylaktische Entfernung im jungen Erwachsenenalter – wenn die Zahnwurzeln noch nicht ganz ausgewachsen sind, das Risiko der Nervenschädigung deutlich geringer, ein Eingriff weniger belastend und die Wundheilungstendenz besser ist. Mehrere internationale Studien haben zudem gezeigt, dass ein Abwarten häufiger zu Komplikationen sowie Schäden an den benachbarten Zähnen führt und dass bei einer prophylaktischen Entfernung seltener Komplikationen auftreten als bei einer späteren, allenfalls notfallmässigen Operation.

Komplikationen treten selten auf

Die Art, wie ein Weisheitszahn entfernt wird, ist abhängig davon, ob der Zahn durch die Schleimhaut durchgebrochen ist oder ob er ganz oder teilweise im Kiefer eingeschlossen ist. Gezogen werden kann er im ersten Fall, ansonsten muss er chirurgisch entfernt werden. Anhand eines Röntgenbilds kann der Oralchirurg beurteilen, wie der Zahn liegt und wie seine Wurzeln verlaufen. Nach einer örtlichen Betäubung wird die Schleimhaut über dem betroffenen Zahn weggeklappt, der Weisheitszahn freigelegt und mit speziellen Instrumenten entfernt. Wenn der Zahn noch komplett im Kiefer steckt, muss etwas Knochen abgetragen werden; dieser bildet sich in den nächsten Monaten wieder nach. Anschliessend wird die Wunde sorgfältig gereinigt und vernäht, die Fäden werden nach fünf bis sieben Tagen entfernt.
Bei Weisheitszahnentfernungen treten zwar selten Komplikationen auf, dennoch gibt es gewisse Operationsrisiken. Die Gefühlsnerven der Unterlippe oder der Zunge können trotz umsichtiger Vorgehensweise bei der Entfernung der unteren Weisheitszähne geschädigt werden; diese Gefühlsstörung kann sich aber wieder zurückbilden. Extrem selten kann es auch bis zu sechs Wochen nach dem Eingriff zu einem Bruch des Unterkiefers kommen.

Kurzinterview mit Dr. med. dent. Pierre Magnin

«Zähne von Teenagern im Auge behalten»

Sollen die Weisheitszähne prophylaktisch entfernt werden oder nicht?

Wenn sich Weisheitszähne normal in die Zahnreihe einstellen oder wenn sie tief im Knochen stecken bleiben und andere Zähne nicht gefährden, können sie bleiben. Die Entfernung kann allerdings erforderlich sein, wenn es im Kiefer für das ordnungsgemässe Einordnen dieser Zähne in die Zahnreihe zu wenig Platz hat. Darum empfehle ich Teenagern ab dem 16. Lebensjahr, die Entwicklung der Weisheitszähne zu beobachten. Mit einer Röntgenuntersuchung lässt sich feststellen, ob die Anlagen für Weisheitszähne überhaupt da sind, in welche Richtung sie wachsen, wie die Nerven im Kiefer verlaufen und ob sich Probleme und Durchbruchstörungen abzeichnen. Denn die Wahrscheinlichkeit, dass Weisheitszähne irgendwann im Laufe des Lebens Probleme bereiten, ist gross – jedenfalls nach meiner jahrelangen Erfahrung. Die Entscheidung, sich die Weisheitszähne entfernen zu lassen, ist aber individuell.

Welche Untersuchungen sind nötig, um eine Entscheidung zu treffen?

Nebst der zahnärztlichen Untersuchung braucht es eine Übersichtsröntgenaufnahme (OPT), um alle Zähne darzustellen. In manchen Fällen kann auch eine dreidimensionale Röntgenaufnahme (digitale Volumentomografie, kurz DVT) sinnvoll sein, besonders bei unklaren Verhältnissen zwischen Zahn und wichtigen Nachbarstrukturen. So können Zähne, Zahnwurzeln, wichtige Nervenbahnen und Kieferstrukturen detailliert erfasst und in Form dreidimensionaler Bilder, in hoher Auflösung und mit grosser Genauigkeit, am Computer dargestellt werden. So erkenne ich mögliche Schwierigkeiten bereits vor und nicht erst während einer Operation.

Wer an Weisheitszahnoperationen denkt, hat gleich die geschwollene Backe vor Augen ...

In der Regel sind die Nachwirkungen der Weisheitszahnentfernung harmlos. Zwar schwillt die Backe nach dem Eingriff manchmal an, es gibt blaue Flecken oder es kommt zu Nachblutungen und Schmerzen, doch mit der Einnahme von Schmerzmitteln und dem Auflegen von Kühlkissen lässt sich die Zeit nach der Operation gut überstehen.

Die Auskunftspersonen

Dr. med. dent. Pierre Magnin
Fachzahnarzt SSO für Oralchirurgie und Master of Science in oraler Implantologie und Parodontologie

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

Link zur Website von Oralsurgery

Dr. med. dent. Dieter Stuck
Dentiste du EHC Biel

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

Link zur Website von Dr. Stuck

Bild: Pascal Gugler, Insel Gruppe

Stationäre Neurorehabilitation

Nahtlose Behandlung in einer Klinik

Die im September 2016 eröffnete Universitäre Neurorehabilitation im Spital Riggisberg ist eine Erfolgsgeschichte. Die Anfragen für einen neurologischen Reha-Platz reichen zwischenzeitlich bis ins Berner Oberland.

86 Milliarden Nervenzellen sind in unserem Gehirn durch 100 Billionen Kontaktstellen miteinander verbunden. Dank dieser engen Verbundenheit nehmen wir wahr, haben ein Bewusstsein, können denken, fühlen und handeln. Das Gehirn steuert nahezu alle wichtigen Körperfunktionen. Ist das Gehirn durch eine Hirnverletzung geschädigt, wird das Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen von Grund auf verändert: Vieles ist nicht mehr so, wie es war. Doch bei geeigneter Therapie können sehr viele der zunächst verloren gegangenen Fähigkeiten wiedererlangt werden. Dazu brauchen die Betroffenen aber entsprechende Anleitungen, Möglichkeit zum Üben, entsprechende Hilfsmittel und viel, viel Geduld.

Gründe des Erfolges

Eine abgestufte und integrierte Versorgung zeigt sich bestens am Beispiel der Universitären Neurorehabilitation: Im Konzept der nahtlosen Behandlung ist sie eingebettet zwischen dem neurologischen Notfallzentrum und der Früh- und Akut-Neurorehabilitation (Anna-Seiler-Haus) sowie der ambulanten Neurorehabilitation am Standort Inselspital, welche den Weg zurück in Alltag und Berufsleben ebnet. Die enge Vernetzung der Abteilungen ermöglicht eine maximale Behandlungskontinuität. Während sie das abgestufte Reha-Modell durchlaufen, profitieren die Patienten von einem «Tapetenwechsel» in schönster Umgebung, indem sie neue Impulse erhalten. Riggisberg läutet so symbolisch auch eine neue Phase der Rehabilitation ein.

Das Behandlungsspektrum in Riggisberg erstreckt sich auf Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma, Hirnblutung, Schlaganfall, Hirnentzündungen, Sauerstoffmangel oder nach einer Hirntumor-Operation. Innerhalb der ersten Monate konnte nicht nur die Bettenkapazität sukzessiv auf 36 Betten ausgebaut werden, auch die hochmotivierten spezialisierten Teams (spezialisierte Reha-Pflege, Logopädie, Neuropsychologie, Ergo- sowie Physiotherapie, Sozialberatung, Neurologen) formierten sich rasch zu einem interdisziplinären Ganzen. Dabei werden die Therapien individuell den biopsychosozialen Patientenbedürfnissen angepasst und modernste Ansätze angewendet. Zum erfolgreichen Start haben auch die Willkommenskultur in Riggisberg und Wissenstransfer aus dem Anna-Seiler-Haus beigetragen. Auch die Kulisse der Voralpen bietet optimale Voraussetzungen für eine individuelle Genesung. Gleichzeitig ist das Spital Riggisberg ein Akutspital mit umfangreicher diagnostischer Ausstattung inklusive Neuro-CT und Konsiliartätigkeit durch Innere Medizin sowie Chirurgie. Die gute Ausstattung kommt Schlaganfallpatienten in verschiedener Hinsicht zugute, zumal sie das vaskuläre Risikoprofil mit Herzinfarkt-Patienten teilen und häufig internistische Begleiterkrankungen haben. Die konsiliarische Mitbehandlung durch Chirurgie und Innere Medizin reicht von Frakturbehandlung bis Langzeit-EKG-Ableitung. Möglich ist auch, dass Schlaganfallpatienten neben u. a. Blutdruckeinstellung, Herzecho usw. bereits konsiliarisch erste Rehabilitationsangebote auf der Abteilung für Innere Medizin erhalten, während sie ausnahmsweise auf einen Platz im Neurorehabereich warten.

Nahtlose Behandlung

Mit dem Konzept der Neurorehabilitation der Insel Gruppe wird der Patient vom Eintritt über den Notfall im Inselspital bis zum Austritt im Spital Riggisberg mit ambulanter Neurorehabilitation im Anna-Seiler-Haus von einer Klinik behandelt. Dabei bietet das sogenannte abgestufte Versorgungsmodell drei Behandlungsbereiche an zwei Standorten an: Im Akutspital Inselspital beginnen als Frührehabilitation die ersten Therapien. Nachdem hirnverletzte Patienten keine akutmedizinische Betreuung mehr benötigen und entsprechende Fortschritte gemacht haben, werden sie in der weiterführenden Stationären Neurorehabilitation im Spital Riggisberg weiterbehandelt, welche ein intensives und interziplinäres Therapieangebot vorhält. Die Ambulante Neurorehabilitation, wo Therapien solange erforderlich weitergeführt werden, erfolgt wieder im Inselspital oder einer sonstigen wohnortsnahen Einrichtung. Patienten mit einer weniger schwerwiegenden Hirnverletzung werden nach der Akutbehandlung von Anfang an im Spital Riggisberg rehabilitiert. Die Früh- und Akutrehabilitation der Universitären Neurorehabilitation auf dem Insel-Campus wurde 2017 umgebaut und erweitert mit angepassten Räumlichkeiten, welche auch eine umfassende Überwachung der schwer betroffenen Patienten erlauben. Dank diesem Ausbau konnte die Wartezeit auf einen neurologischen Reha-Platz im Bereich der Insel Gruppe deutlich reduziert werden. Auch ausserhalb der Insel Gruppe hat sich die Neurorehabilitation in Riggisberg einen Namen gemacht, der weit über die Region hinausreicht und zu Anfragen aus der ganzen Schweiz führt.

Menschen statt Maschinen

Im Spital Riggisberg wird ein Schlaganfallpatient in der Regel während drei bis vier Wochen rehabilitiert. Dabei sorgen spezialisierte Teams aus Pflege, Logopädie, Neuropsychologie, Ergo- sowie Physiotherapie, Sozialberatung und Neurologen mit regelmässigen und individuell abgestimmten Einzel- und Gruppentherapien für eine raschmögliche Gesundung. Sei das beispielsweise im grossen Physiotherapieraum, wo sich Betroffene gegenseitig motivieren, auf Geräten zum Eigentraining wie dem Ergometer, im PC gestützten Training im eigens hergerichteten Computerraum der Neuropsychologie oder in der Therapieküche. In verschiedenen Einheiten erlernen die Patienten ihren Weg zurück ins normale Leben wie beispielsweise bei Gartenarbeiten im dafür präparierten Spitalgarten. Verkehrs- und Einkaufstraining im Dorf Riggisberg werden als Ausflug Ausflug mit dem Postauto als gemeinschaftliches Erlebnis wahrgenommen und stellen eine weitere positive Verbindung mit der Dorfbevölkerung dar. Auch die spitaleigene Werkstätte wird zum Wiedererlernen spezifischer Fähigkeiten besonders vor Festivitäten im Spital zum gern aufgesuchten Therapieort.

Für all diese Therapien stehen motivierte und initiative Menschen im Einsatz. Menschen, die mit grosser Geduld und Anteilnahme stützend zur Seite stehen. Und auf Augenhöhe von Mensch zu Mensch auch mal einen Match am «Töggeli-Kasten» oder Zug um Zug Schach mitspielen, das auf der Terrasse in Eigenregie des Therapeutenteams hergerichtet wurde.

Hirnverletzungen, Wissenswertes

Jährlich erleiden etwa 20 000 Personen eine Hirnverletzung. Eine Hirnverletzung kann verschiedene Ursachen haben – krankheits- oder unfallbedingt. Die häufigsten Hirnverletzungen geschehen durch Kreislauferkrankungen, die zu einem Schlaganfall führen. Die Mehrheit der Betroffenen überlebt, einige leben danach mit bleibenden Beeinträchtigungen.

Pro Jahr erleiden in der Schweiz etwa 16 000 Personen einen Schlaganfall.

Etwa drei Viertel der Schlaganfälle treffen Menschen, die über 65 Jahre alt sind.

Mit 75 Jahren ist das Risiko bereits drei Mal so hoch wie mit 65 Jahren.

Jeder fünfte Schlaganfall-Patient wird vorgewarnt durch eine transitorisch ischämische Attacke (TIA), auch bekannt als Streifung oder «Schlägli». Dies sind temporäre neurologische Defizite, die durch Mangeldurchblutung eines bestimmten Hirnareals verursacht werden. Die Symptome dauern meist nur kurz an und werden oft verkannt.

Keine Gesamtzahlen sind zum Schädel-Hirn-Trauma zu finden, allerdings liefern Einzelstudien einen Überblick. Davon ausgehend schätzt FRAGILE Suisse, dass jährlich 3000 bis 5000 Menschen ein mittleres bis schweres Schädel-Hirn-Trauma erleiden.

Weitere 600 Hirnverletzungen pro Jahr sind durch Hirntumore verursacht.

Die Auskunftspersonen

Dr. med. Oliver Höfle
Facharzt für Neurologie
Leitender Arzt Neurorehabilitation

Beatrice Meier
Standortleiterin

Kontakt:

Spital Riggisberg, Insel Gruppe
Eyweg, 3132 Riggisberg
Tel. 031 808 72 25 (Dr. Oliver Höfle)
Tel. 031 808 71 20 (Beatrice Meier)
oliver.hoefle@spitalriggisberg.ch
beatrice.meier@spitalriggisberg.ch

Tränendes Auge

Wenn zu viele Tränen fliessen

Infektionen, Lidfehlstellungen oder trockene Augen: Ein tränendes Auge kann verschiedene Ursachen haben. Dies ist nicht nur lästig, sondern beeinträchtigt auch die Sehkraft. Meist lässt sich aber das Problem gut behandeln.

Nicht nur Freude, sondern auch Leid kann Tränen provozieren. Und Zwiebeln. Und Pollen. Und viele andere Faktoren. Die menschlichen Tränendrüsen stellen in einer Minute zwischen ein bis zwei Mikroliter Tränenflüssigkeit her. Das entspricht 1 bis 2 Millionstel eines Liters. Diese sogenannte basale Tränenproduktion kann durch Reizung der Augenoberfläche oder durch emotionale Einflüsse um ein Mehrfaches gesteigert werden. Gleichzeitig hat jedoch das Ableitsystem der Tränen keine Möglichkeit, diesen Überschuss an Flüssigkeit zu kompensieren. Die Tränen kullern folglich die Wange herunter. Beim Kind, beim Krokodil und genauso im Rahmen verschiedener Erkrankungen des komplexen Tränensystems. Die Tränenflüssigkeit dient primär der Ernährung und Befeuchtung der Augenoberfläche, aber auch der Immunabwehr und dem Schutz des Auges. Zudem trägt sie durch Ausgleichen von Unregelmässigkeiten der Hornhaut auch einen wichtigen Beitrag zur Sehschärfe bei.

Verschiedene Ursachen

Der Überschuss an Tränen, der vom Auge nicht konsumiert wird oder verdunstet, fliesst über den Tränenkanal via Nase in den Hals und wird daraufhin unbemerkt geschluckt. Die überschüssige Flüssigkeit fliesst allerdings nicht einfach so diesen Kanal hinunter, sondern wird durch ein höchst komplexes System aktiv transportiert. Im Fachjargon wird von der sogenannten Tränenpumpe gesprochen. Dabei wird die Flüssigkeit mit jedem Mikro-Sekunden dauernden Augenzwinkern an einem Ende vorwärts gepumpt und am anderen Ende durch Entstehung eines Unterdrucks angesogen und durch viele feine Klappen an diversen Stellen in die richtige Richtung geleitet.

Das faszinierende Zusammenspiel von Kanälen, Ventilen, mikroskopisch kleinen Muskeln und anderen Strukturen ist ein wahres Wunder der Natur. Kleinste Ungereimtheiten in den Strukturen oder Funktionen dieser Tränenpumpe führen unweigerlich zum Überlaufen der Tränen. Ein plötzlicher Anstieg der Tränenproduktion oder eine Störung des Transportes der Flüssigkeit in Richtung Tränenkanal oder auch eine Verengung der ableitenden Tränenkanäle können zu einem nassen und tränenden Auge führen. Das ist nicht nur lästig, sondern kann sich auch sehr hinderlich auf die Sehkraft auswirken. Lesen, Fernsehen, Velo- oder Autofahren und vieles mehr werden teilweise verunmöglicht.

Trockene Augen oder Entzündungen

Die weitaus häufigste Ursache des tränenden Auges ist das trockene Auge.

Im fortschreitenden Alter nimmt die Ölproduktion in den sogenannten Meibom-Drüsen in den Lidern ab. Infolgedessen verdunstet die Tränenflüssigkeit auf der Augenoberfläche schneller, diese trocknet deswegen rascher aus, was wiederum die Tränendrüse zu einer vermehrten Tränenproduktion ankurbelt. Dieses zusätzliche Volumen jedoch vermag der Tränenkanal nicht zu bewältigen, weshalb das Auge tränt. Stimulation der Meibom-Drüsen mit warmen Umschlägen sowie anderen Massnahmen und vor allem Tränenersatzmittel vermögen die Augenoberfläche wieder zu benetzen und die eigene Tränenproduktion zu drosseln. Weiter führen Verletzungen, Entzündungen oder Infektionen der Bindehaut und/oder Hornhaut zu einer Stimulierung der Tränendrüse mit entsprechendem Tränenträufeln. Dies ist zum Beispiel bei Pollenallergie, einem Bindehaut-Infekt oder einem Fremdkörper im Auge der Fall.

Lidfehlstellungen als Ursache

Damit die oben erwähnte Tränenpumpe korrekt funktioniert, müssen Position und Funktion der Lider aufeinander abgestimmt sein. Beim Ektropium ist das Unterlid nach aussen rotiert, weshalb die Tränen den Weg zum Tränenkanal nicht finden. Es entsteht meist durch im Alter zunehmende Gewebserschlaffung und kann in der Regel mit sehr einfachen chirurgischen Mitteln korrigiert und wieder funktionstüchtig gemacht werden. Weitere Ursachen sind Narbenbildung im Bereich des Unterlides oder eine Lähmung des Gesichtsnervs. Diese Facialis-Parese hat viele unterschiedliche Einflüsse auf die Produktion und den Transport der Tränen. Einerseits ist der Lidschluss stark eingeschränkt, was ein Austrocknen des Auges zur Folge hat. Das wiederum ist ein Stimulus für die Tränendrüse, die Flüssigkeitsproduktion wird angekurbelt. Des Weiteren ist nicht nur die Fehlstellung des Unterlides nach aussen ein Hindernis beim Transport der Tränen. Die fehlende Muskel-Aktivität aufgrund der eingeschränkten Nervenfunktion führt zu einer Einschränkung des oben erwähnten Pumpmechanismus sowohl im Lid als auch im Tränenkanal. Somit ist auch die Behandlung ein wenig komplexer und beinhaltet nicht nur eine Korrektur der Fehlstellung des Unterlides, sondern auch eine Optimierung des Lidschlusses und des Pumpmechanismus. In den meisten Fällen jedoch können solche Eingriffe relativ unkompliziert ambulant und in Lokalanästhesie durchgeführt werden.

Beim Entropium ist das Unterlid nicht wie oben beschrieben nach aussen, sondern nach innen gedreht. Die Ursachen sind dieselben, die Folgen ebenso. Zusätzlich drehen mit dem Lid aber auch die Wimpern nach innen und reizen die Augenoberfläche durch Reibung daran. Das führt zusätzlich zu einer Reflex-Stimulation der Tränendrüsen.

Das im Alter zunehmende und sehr oft beobachtete Schlupflid ist ebenso eine bekannte Ursache von nassem oder tränendem Auge. Dabei sammeln sich die Tränen eher im äusseren Lidwinkel an, fliessen die Wange hinab und führen regelmässig zu einem Ekzem in den Hautfalten. Schliesslich können gut- oder bösartige Tumore auf der Lidkante den Transport der Tränenflüssigkeit ebenso hindern und ein lästiges Tränenträufeln verursachen. Diese Lid-bedingten Ursachen können in den allermeisten Fällen mit relativ einfachen Methoden chirurgisch korrigiert werden.

Tränenabfluss wird behindert

Der ableitende Tränenkanal beginnt mit einem sehr kleinen Eingang, dem Tränenpunkt, jeweils am inneren Winkel des Ober- und Unterlides. Dieser Eingang führt in die sogenannten Tränenkanälchen, welche horizontal in Richtung Nase verlaufen. Der obere und untere Kanal vereinigen sich, ehe sie sich in den vertikalen Tränensack und danach den Tränengang ergeben. Das Ende des Tränengangs befindet sich in der Nase, von wo aus die Tränen in den Hals hinunterlaufen. Jede Unregelmässigkeit, Verengung oder jeder Verschluss dieses Kanalsystems hat unweigerlich ein Überlaufen der Tränenflüssigkeit zur Folge.

Beim oben beschriebenen Ektropium steht auch der Eingang in den Tränenkanal, der Tränenpunkt nach vorne vom Augapfel ab. Das normalerweise im Tränensee befindliche Gewebe trocknet aus und schrumpft in seiner Grösse. Diese Tränenpunkt-Stenose verhindert oder verunmöglicht einen Abfluss der Tränenflüssigkeit in die ableitenden Tränenwege. Die Behandlung setzt meist eine Korrektur der Lidfehlstellung voraus. Die Erweiterung des Tränenpunktes ist sehr einfach und kann unkompliziert in der Sprechstunde durchgeführt werden. Dabei muss jedoch unbedingt beachtet werden, dass nicht zu aggressiv vergrössert wird. Ein zu grosser Tränenpunkt ist genauso problematisch wie eine zu kleine Öffnung.

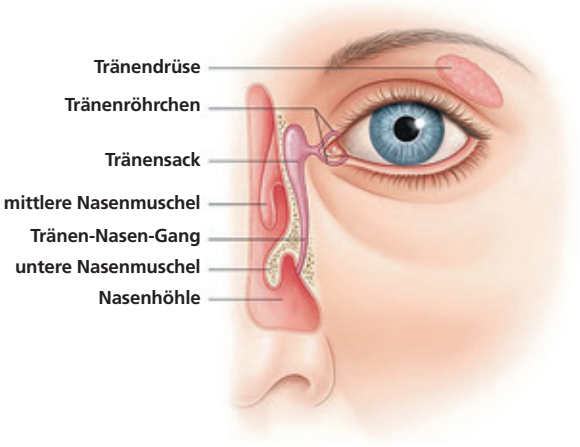
Immer wiederkehrende Infekte und Entzündungen der Bindehaut, regelmässiges Benutzen diverser Augentropfen, aber auch gewisse Medikamente können zu einer unterschiedlich ausgeprägten Vernarbung der feinen Tränenkanälchen mit entsprechenden Folgen führen. Mit kurzen, minimalinvasiven Eingriffen können solche Verschlüsse meist gut er-

Die Auskunftsperson

Dr. med. Armin Koestinger
Facharzt FMH für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie

Praxis:
AugenCentrum Zytglogge
Zytglogge 1, 3011 Bern
Tel. 031 311 58 33
praxis@augencentrum.com
www.augencentrum.com

Link zur Website AugenCentrum Zytglogge Bern



öffnet werden. Die Erfolgschancen hängen dabei sehr stark von der Lokalisation innerhalb des Kanalsystems ab. Es muss dabei zwischen anatomischem und funktionellem Erfolg unterschieden werden. In fast allen Fällen ist eine Eröffnung und Re-Kanalisation möglich. Da es sich hier aber um ein höchst komplexes System und Zusammenspiel zwischen feinsten Kanälchen und zartesten Geweben und Muskeln handelt, funktioniert der Abfluss trotz offenem System manchmal nicht. In solchen Fällen müssen andere therapeutische Massnahmen in Erwägung gezogen werden.

Enger Tränenkanal

Der grösste Teil der ableitenden Tränenwege, der sogenannte Tränensack (saccus lacrimalis) und Tränengang (ductus nasolacrimalis), befindet sich unmittelbar im inneren Lidwinkel und führt entlang der äusseren Nasenwand durch ein kleines Knochenfenster in die Nase hinein. Im Zusammenhang rezidivierender Entzündungen und Infekte der Nasenschleimhaut, oder nach chirurgischen Eingriffen im Nasenbereich oder nach Verletzungen und Frakturen der umliegenden Strukturen, verschliesst sich insbesondere der Anteil des Tränenkanals, der durch die enge Stelle des Knochenfensters führt. Diese Passage ist bei Frauen häufig etwas enger als bei Männern. Dies könnte auch ein Grund sein, weshalb Frauen häufiger an Verschlüssen dieses Kanals leiden als Männer. Die Häufigkeit steigt zudem mit zunehmendem Alter.

Bei jüngeren Patienten sind oft Dacryolithen, also Tränenweg-Steine, der Grund für Störungen des Tränenabflusses. Auch hier sind Frauen häufiger betroffen. Je nach Ursache und Ausprägung der Erkrankung resp. der Verengung kann der Kanal in einzelnen Fällen mittels Ballonkatheter-Dilatation erweitert werden. In den meisten Fällen jedoch muss eine etwas umfangreichere Operation durchgeführt werden. Diese erfolgt in der Regel in Vollnarkose. Der Eingriff beinhaltet unter anderem eine Erweiterung des kleinen Knochenfensters sowie eine Verbindung der Schleimhaut des Tränenkanals mit der Nasenschleimhaut durch dieses Knochenfenster hindurch. Bei gegebener Indikation und korrekter Durchführung ist diese Operation äusserst erfolgreich.

Publikumsanlässe

29. Oktober, Spital Aarberg, 18.30 Uhr
«Problemzonen» Schulter- und Sprunggelenk
Referentin: Med. pract. Kordula-Pia Stolzenburg,
Leitende Ärztin Chirurgie

7. November, Spital Münsingen, 19 Uhr
Müde, abgespannt, ausgebrannt
Referenten: Dr. med. Andreas Oestmann, Chefarzt Innere Medizin;
lic. phil. Philipp Schmutz, Pychologe, Psychiatriezentrum Münsingen

12. November, Spital Tiefenau, 19 Uhr
«Blick in den Körper»
Referenten: Prof. Dr. med. Andreas Christe, Chefarzt Allgemeine Radiologie; PD Dr. med. Christoph Ozdaba, Chefarzt Neuroradiologie

19. November, Spital Riggisberg, 19 Uhr
Polypen, Divertikel im Darm
Referent: Dr. med. Oliver Rittmeyer, Chefarzt Chirurgie

28. November, Spital Tiefenau, 19 Uhr
«Jungbrunnen» bis Alter 100
Referent: Prof. Dr. med. Manfred Essig, Chefarzt Innere Medizin und Chefarzt Gastroenterologie

3. Dezember, Spital Riggisberg, 19 Uhr
Herzinfarkt, Hirnschlag
Referent: Dr. med. Jörg Isenegger, Chefarzt Innere Medizin

Im Anschluss an die Vorträge stehen die Referenten dem Publikum jeweils zur Beantwortung von Fragen zur Verfügung.
Die Teilnahme ist kostenlos, Anmeldung erforderlich via Tel. 032 385 36 31 oder per E-Mail an info@kplusr.ch.
Allfällige kurzfristige Programmänderungen werden unter www.inselgruppe.ch bekannt gegeben.

Publikumsanlässe auch 2019

Die beliebten Publikumsanlässe werden auch 2019 fortgesetzt. Ärztinnen und Ärzte der Insel Gruppe 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. Die Vortragsagenda 2019 finden Sie ab Anfang Dezember unter www.inselgruppe.ch (Rubrik «Veranstaltungen»).