medizin aktuell

Die regionale Gesundheitsinformation

Oktober 2016

Hämorrhoiden
Hilfe holen und nicht still leiden

Depression
Psyche im Ungleichgewicht

Schulterprobleme
Frühzeitig abklären und rasch behandeln

Venenschwäche

Der Krampf mit den Adern

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

In Sachen

Schwieriger Kampf gegen Übergewicht

«Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) haben sich in der Schweiz wie in vielen anderen Ländern zu einer Volkskrankheit entwickelt. Die zunehmende Verbreitung stellt eine grosse Herausforderung für das Gesundheitssystem und die Prävention dar», schreibt das Bundesamt für Gesundheit auf seiner Website. Rund 41 Prozent der erwachsenen Schweizerinnen und Schweizer sind heute bereits übergewichtig, 10 Prozent gar adipös. Zur Sorge Anlass gibt zudem, dass auch bereits jedes fünfte Kind übergewichtig oder sogar fettleibig ist.

Ein bisschen zu viel auf den Rippen zu haben mag ja nicht unbedingt dem heutigen (Mager-)Schönheitsideal entsprechen, könnte man sagen, doch leider ist Übergewicht heute nicht mehr nur ein persönliches, sondern ein wachsendes medizinisches, gesellschaftliches und wirtschaftliches Problem. So kann Übergewicht bereits in jungen Jahren zu einer Reihe von Begleiterkrankungen führen wie Bluthochdruck, Diabetes oder Gelenkproblemen, es erhöht zudem das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlafapnoe oder einige Krebsarten. Übergewicht reduziert die Lebenserwartung und verursacht enorme Kosten – alleine in der Schweiz acht Milliarden Franken jährlich (direkte und indirekte Gesundheitskosten).

Eine gigantische Diätindustrie zeugt davon, dass sich viele Übergewichtige dieser Gefahren durchaus bewusst sind und versuchen, Gewicht zu verlieren. Alleine bei der Schweizerischen Adipositas-Stiftung rufen pro Tag im Durchschnitt fünf Personen an, die schon verschiedenste Diätmethoden ausprobiert haben und nicht mehr weiterwissen.

Doch der Weg zum Idealgewicht ist steinig – «Übergewicht ist hartnäckig», sagen auch die beiden Chirurgen Beat Muggli und Yves Borbély vom Spital Tiefenau, «ohne eine langfristige und konsequente Umstellung von Ernährungs- und Lebensgewohnheiten lassen sich Übergewicht und Adipositas nicht behandeln.» Vielen übergewichtigen Menschen nützen aber weder Medikamente noch Diäten oder Sport – laut US-Studien sind nur zehn Prozent der Selbstbemühungen von Übergewichtigen dauerhaft erfolgreich. Für sie ist oft ein chirurgischer (bariatrischer) Eingriff an Magen oder Darm der letzte Ausweg. Im Jahr 2014 wurden in der Schweiz 4167 bariatrische Operationen durchgeführt – das sind fast sechs Mal mehr Eingriffe als noch im Jahr 2001.

Wer allerdings denkt, die Chirurgie sei eine einfache, schnelle Lösung, überflüssiges Fett loszuwerden, täuscht sich. Meist haben Menschen, die sich operieren lassen, einen jahre- beziehungsweise jahrzehntelangen Leidensweg hinter sich. Und sie müssen (richtigerweise) nachweisen, dass sie während zwei Jahren erfolglos versucht haben, abzunehmen. Am Spital Tiefenau werden Adipositaspatienten von einem interdisziplinären Team, bestehend aus Internisten, Ernährungsberatern, Psychologen, Endokrinologen und Chirurgen, sorgfältig, vor und nach der Operation beraten und betreut. Denn auch nach einem bariatrischen Eingriff müssen die Patienten ihren bisherigen Lebensstil und ihre Essgewohnheiten völlig umstellen, wie die beiden Chirurgen Muggli und Borbély betonen: «Die Chirurgie ist nur ein Aspekt eines Behandlungs-Gesamtkonzepts.» (Seite 15)

Kerstin Wälti, Chefredaktorin

Inhalt

Schulterprobleme: Sie gehören in frühzeitige Abklärung und Behandlung. → Seite 6

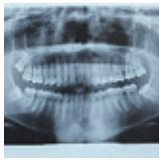
Krampfadern: Geschwollene, schmerzende Beine sind typisch für die häufigste Erkrankung der oberflächlichen Venen. Die Behandlung zielt darauf ab, Komplikationen wie Hautveränderungen und offene Beine zu verhindern. → Seite 8

Hand-Ergotherapie: Bei einem «Handgelenksbruch» sollte die Mobilisierung frühzeitig erfolgen. → Seite 10

Adipositas-Chirurgie: Übergewicht verursacht oft schwerwiegende Folgeerkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Beschwerden am Bewegungsapparat. In manchen Fällen ist eine Operation der richtige Behandlungsweg. → Seite 14

Hämorrhoiden: Eine individuell angepasste Therapie kann das stille Leiden meist rasch beenden. → Seite 16

Frauenpraxis Münsingen: Drei Frauenärztinnen haben eine neue Praxis eröffnet. → Seite 18



Weisheitszähne: Sollen die hintersten Backenzähne gezogen werden, um Problemen vorzubeugen? Diese Frage muss mit dem Zahnarzt individuell und nach genauen Untersuchungen besprochen werden. → Seite 20

Anästhesie im Alter: Das Alter muss nicht zwangsläufig das Risiko einer Anästhesie erhöhen. → Seite 24

Depressionen: Die Privatklinik Wyss ist unter anderem auf die Behandlung von Depressionen spezialisiert. → Seite 26

Spital Riggisberg: Seit Kurzem gibt es im Spital eine Abteilung für Neurorehabilitation. → Seite 28

Lebenshilfe: Hypnose ist eine effektive Methode, Ängste und Phobien zu überwinden. → Seite 30

Kinder-Osteopathie: Funktionsstörungen, die als Folge der Geburt zurückbleiben und die Atmung, Saugen, Schlucken, Haltung oder Bewegung bei Babys beeinträchtigen, können mit Osteopathie aufgelöst werden. → Seite 31

Agenda, News: Vortragsreihe «Forum medizinaktuell», Erfolg für Neurochirurgie. → Seite 32

Impressum: Das Magazin «medizinaktuell» entsteht in Zusammenarbeit mit den Spitälern Aarberg, Münsingen, Riggisberg und Tiefenau der Insel Gruppe sowie weiteren Gesundheitsinstitutionen der Stadt und Region Bern, die für den Inhalt ihrer Beiträge selber verantwortlich zeichnen.
Auflage: 120 000 Exemplare
Erscheinungsweise, nächste Ausgabe: Das Magazin erscheint zweimal pro Jahr, die nächste Ausgabe im April 2017.
Herausgeber: kummerundpartner gmbh, kommunikationsmanagement+medien, Dählenweg 6, 2503 Biel, Tel. 032 373 30 30, info@kplusr.ch, www.kplusr.ch
Redaktion und Gestaltung: kummerundpartner gmbh, Kerstin Wälti (Leitung), Marianne Kaiser, Bernhard Kummer, Silvia Stähli, Sabine Vontobel, Yves Zenger, Rolf Gerber (Grafik)
Redaktionsbeirat: Professor em. Dr. med. Hans Gerber (Konolfingen), Professor em. Dr. med. Benedikt Horn (Interlaken), Professor em. Dr. med. Henning Schneider (Kehrsatz), Professor em. Dr. med. Heinz Zimmermann (Thun), Fürsprecher Peter Bohnenblust, ehem. Staatsanwalt (Biel)
Produktion: Merkur Druck AG, Langenthal
Korrektorat: Rub Media AG, Wabern
Spedition: DMB Direct Mail Biel Bienne AG, Biel

Schilddrüsenerkrankungen: Hormone ausser Kontrolle

Funktioniert das kleine Organ nicht richtig, können Konzentrationsschwäche, Schlafstörungen, vermehrtes Schwitzen, Kälteempfindlichkeit, Antriebslosigkeit oder depressive Verstimmungen die Folge sein. Doch grundsätzlich können die meisten Schilddrüsenerkrankungen gut behandelt werden. → Seite 4

Psychiatriezentrum Münsingen: offene Stationen

Patienten sollen nicht hinter geschlossenen Türen, sondern auf offenen Stationen behandelt werden. «Denn Menschen, welche bei Spitaleintritt als Erstes erleben, dass hinter ihnen eine Tür abgeschlossen wird, werden Mühe haben, sich in der kommenden Therapie zu öffnen», sagt Psychiater Ingo Butzke, Chefarzt der Klinik für Psychose & Abhängigkeit. → Seite 12

Gesund im Alter: kardiovaskuläres Risiko tief halten

Mit zunehmendem Alter steigt auch das Risiko, an kardiovaskulären Erkrankungen wie Schlaganfall, Herzinfarkt oder Durchblutungsstörungen zu erkranken. Doch viele Risikofaktoren können behandelt oder von den Patienten positiv beeinflusst werden. → Seite 22

Schilddrüse

Hormone im Ungleichgewicht

Bei einer Überfunktion oder Unterfunktion produziert die Schilddrüse zu viele oder zu wenige Hormone. Das kann vielfältige Beschwerden auslösen, die von Haarausfall über psychische Störungen bis hin zu Herzschwäche reichen können.

Bei der Schilddrüse handelt es sich um ein schmetterlingsförmiges Organ, das sich unterhalb des Kehlkopfes an die Luftröhre schmiegt. Es nimmt Jod aus dem Blut auf und produziert daraus lebenswichtige Hormone für den Körperstoffwechsel, allen voran die Schilddrüsenhormone Trijodthyronin (T3) und Thyroxin (T4). Das Hormon TSH (Thyreotropin) wird in der Hirnanhangsdrüse gebildet und reguliert die Bildung von T3 und T4. Produziert das kleine Organ nicht mehr genügend T3 und T4, kommt es zu einer Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose). Dadurch verlangsamt sich der Stoffwechsel des Körpers. Bei einer Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose) werden zu viele dieser Schilddrüsenhormone gebildet. Bei einer Vergrösserung der Schilddrüse, die häufig mit einer Knotenbildung des Organs einhergeht, spricht man von einem Kropf oder Struma. Diese kann mit einer Schilddrüsenüber- als auch -unterfunktion verbunden sein.

Verschiedene Krankheiten als Auslöser

Krankheiten oder Veränderungen im Körper, welche die Schilddrüsentätigkeit beeinflussen, sind vielfältig. So können unter anderen Autoimmunerkrankungen, akute oder chronische Entzündungen, Schwangerschaft, Medikamente oder radioaktive Strahlung die Funktion des Organs beeinflussen. Auch Störungen in den Steuerzentren (beispielsweise durch einen Gehirntumor) wirken sich auf die Funktion der Schilddrüse aus. Eine Hypothyreose kann aber auch angeboren sein, weshalb in der Schweiz ein Neugeborenenscreening erfolgt.

Überfunktion

Bei einer Hyperthyreose werden zu viele Schilddrüsenhormone gebildet, die den Körper sozusagen «überschwemmen». Dieser Überschuss führt dazu, dass der Körper ständig auf Hochtouren läuft. Eine Überfunktion tritt beim Morbus Basedow oder beim Vorliegen von «autonomen» Bezirken in der Schilddrüse («toxisches» Adenom, Knotenstruma) auf. Beim Morbus Basedow, einer Autoimmunerkrankung, werden im Körper Antikörper gebildet, die wie das TSH die Schilddrüsenhormonproduktion unabhängig vom Bedarf stimulieren. Aber auch zu Beginn einer Schilddrüsenentzündung oder sehr selten während einer Schwangerschaft kann es zu einer Hyperthyreose kommen. Die Betroffenen sind oft unruhig, reizbar, nervös, ängstlich, deprimiert und leiden unter Schlaflosigkeit. Typisch sind ebenfalls ein schneller Puls, hoher Blutdruck, Zittern der Hände, Wärmeempfindlichkeit und eine Neigung zum Schwitzen. Weitere Beschwerden sind Gewichtsverlust trotz Appetitzunahme, Durchfall, Muskelschwäche, Haarausfall, Knochenschwund, Blutarmut sowie bei der Frau Zyklusstörungen und beim Mann Impotenz. Da das Zuviel an Schilddrüsenhormonen das Herz zu ständiger Höchstleistung antreibt, können ebenfalls schwerwiegende Herzprobleme wie Herzrhythmusstörungen (Vorhofflimmern) und eine Herzschwäche die Folge sein.

Unterfunktion

Ein Mangel an Schilddrüsenhormonen führt zu verlangsamten Körperfunktionen. Der gesamte Stoffwechsel läuft auf «Sparflamme», die Betroffenen sind zum Teil kälteempfindlich, frieren leicht, leiden oft unter starker Müdigkeit und Antriebsschwäche. Damit verbunden sind eine nachlassende Leistungsfähigkeit, ein verlangsamter Herzschlag und häufig auch eine Gewichtszunahme, obwohl die Betroffenen nicht anders essen als früher. Weitere Symptome sind Verstopfung, Vergesslichkeit, gedrückte Stimmung und eine Muskelschwäche. Zudem kommt es zu erhöhten Blutfettwerten. Auch die Hypothyreose kann zu Zyklusstörungen bei der Frau und zu Impotenz beim Mann führen.

Vergrösserte Schilddrüse: Kropf

Früher war die häufigste Ursache für eine vergrösserte Schilddrüse (Kropf) in der Schweiz eine ungenügende Jodaufnahme mit der Nahrung. Seit das Kochsalz jodiert wird, kommt diese Form des Kropfes in der Schweiz aber praktisch nicht mehr vor. Am häufigsten sind heute die sporadische Knotenstruma (Struma multinodosa) bei älteren sowie Schilddrüsenautoimmunerkrankungen bei jüngeren Patienten. Neben dem Risiko einer unkontrollierten Schilddrüsenhormonproduktion kann ein Kropf je nach Grösse durch Druck auf die Umgebung zu lokalen Komplikationen führen, zum Beispiel die Luftröhre einengen.

Blut und Ultraschall

Meist geben die Schilderungen der Patienten schon erste Hinweise auf die Erkrankung. Eine Vergrösserung der Schilddrüse lässt sich bereits beim Abtasten des Halses feststellen. Die Schilddrüsenfunktion wird durch die Untersuchung der Hormone im Blut bestimmt. Der Stellenwert der Schilddrüsenszintigrafie zur Bestimmung der Stoffwechselaktivität der Schilddrüse hat stark abgenommen; sie ist vor allem noch zur Diagnostik einer Schilddrüsenautonomie («toxisches» Adenom) von Bedeutung. Dabei werden radioaktiv markierte Substanzen gespritzt und ihre Einlagerung in das Schilddrüsengewebe mittels spezieller Kameras aufgenommen und farbig dargestellt. Eine zentrale Bedeutung bei der Diagnostik von Schilddrüsenerkrankungen kommt dem Ultraschall zu, da damit Grösse, Struktur und Durchblutung der Schilddrüse beurteilt werden können.

Medikamentöse Therapie

Fehlfunktionen der Schilddrüse sind medikamentös in der Regel gut zu therapieren. Wenn die Schilddrüse nicht genug eigenes Schilddrüsenhormon herstellen kann, muss das körpereigene Hormon Thyroxin durch Tabletten ersetzt werden. Dadurch werden dem Körper Hormone zugeführt, die er normalerweise selbst bilden würde. Unter dieser Therapie normalisiert sich die Stoffwechsellage wieder, was zur Folge hat, dass Lebenskraft, Aktivität und Lebenslust wieder zurückkehren. Da lediglich die fehlende Hormonmenge ersetzt wird, gibt es keine Nebenwirkungen durch das Medikament. Auch für die Behandlung der Überfunktion der Schilddrüse gibt es wirksame Medikamente. Dabei geht es in erster Linie darum, die Hormonproduktion zu bremsen. Sogenannte Schilddrüsenblocker (Thyreostatika) umfassen eine Gruppe von Medikamenten, die die Bildung der Schilddrüsenhormone verlangsamen oder ganz blockieren. Dadurch normalisiert sich die Hormonkonzentration im Blut und damit auch die Symptome der Überfunktion. In der Regel dauert es einige Wochen bis zur erfolgreichen Stoffwechselregulierung. Beim Morbus Basedow erfolgt die Einnahme dieser Medikamente meist über ein bis zwei Jahre. Kommt es nach dieser Behandlung zu einem Rückfall, besteht mit der Radiojodtherapie eine weitere Therapieoption.

Radiojodtherapie und Operation

Mit der Radiojodbehandlung wird Schilddrüsengewebe in seiner Funktion eingeschränkt und im Volumen reduziert. Radiojod ist eine besondere Form des Jods, die von der Schilddrüse genauso aufgenommen wird wie das natürlich vorkommende Jod und sich insbesondere in überaktiven Schilddrüsenzellen anreichert. Dort zerfällt es und sendet radioaktive Strahlung aus, mit der das krankhafte Schilddrüsengewebe zerstört werden kann. Nachteile dieser sehr wirksamen Behandlung sind die Notwendigkeit einer stationären Behandlung in einem abgeschirmten Zimmer und der langsame Wirkungseintritt. Als Folge dieser Behandlung kann eine Schilddrüsenunterfunktion auftreten, sodass schliesslich eine Substitutionstherapie erfolgen muss.
Die je nach Ursache vollständige oder teilweise Entfernung der Schilddrüse ist in der Regel dann notwendig, wenn die Schilddrüsenüberfunktion durch eine medikamentöse Therapie nicht kontrolliert werden kann, bei Schilddrüsenkrebs, bei sehr grossem Kropf und bei einem Rückfall eines Morbus Basedow bei gleichzeitig bestehendem Kinderwunsch.

Auf Repond folgt Oestmann

Dr. med. Fernand Repond hat während 28 Jahren als Chefarzt Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie im Spital Münsingen gearbeitet. Er hat in dieser Zeit die Medizinische Klinik als festen Bestandteil der medizinischen Grundversorgung im Aaretal verankert und einen überregionalen Bekanntheitsgrad erworben. Besonders geschätzt wurde er wegen seines hervorragenden Fachwissens, seines Engagements für die Ausbildung junger Nachwuchsärzte sowie seiner ethischen Grundhaltung auch in Grenzfragen der Medizin. Sein Nachfolger ab 1. Februar 2017 wird Dr. med. Andreas Oestmann. Er ist ein sehr breit ausgebildeter Internist mit dem Schwerpunkt in Ultraschalldiagnostik und weist eine lange universitäre Erfahrung als Kaderarzt auf.

Der Autor
Andreas Oestmann, Dr. med.
Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin
Stv. Chefarzt

Kontakt:
Spital Münsingen
Innere Medizin
Krankenhausweg 18/20, 3110 Münsingen
Tel. 031 682 82 82
andreas.oestmann@spitalmuensingen.ch

Schulterprobleme

Sie sind keine Altersfrage

Die Schulter ist das beweglichste menschliche Gelenk – allerdings auch das empfindlichste. Sie kann in jedem Alter Probleme bereiten. Diese nimmt man besser nicht auf die leichte Schulter.

Das Schultergelenk ist ein atypisches Gelenk. Der grosse, kugelförmige Kopf des Oberarmknochens trifft auf die viel kleinere, flache Gelenkpfanne des Schultergelenks. Der Vorteil: grosse Beweglichkeit. Voraussetzung, dass dieses Gelenk gut funktioniert, ist ein knöcherner Sockel und ein intakter Weichteilmantel. Zu Letzterem gehören sowohl die Gelenkkapsel mit den darin enthaltenen Bändern als auch die Sehnen und die umgebende Muskulatur. Diese verhelfen zusätzlich zu Stabilität. Vermehrter Bewegungsumfang und Komplexität der Schulter machen sie allerdings anfällig.

Auch junge, aktive Menschen betroffen

Im Alter nimmt die Häufigkeit von Schulterverletzungen – vor allem Arthrose – möglicherweise durch die langzeitige Beanspruchung zu. Aber auch junge Patienten sind klinischer Alltag. Bei ihnen stehen sportliche Aktivitäten als Ursache im Vordergrund: Aufpralle, Stürze, verdrehte Hebebewegungen bei Trendsportarten wie Mountainbiken und Snowboarden, Überkopfsportarten wie Handball oder Kontaktsportarten. Allerdings können auch Bagatellen zu Schulterproblemen führen. Schmerzen, vor allem im vorderen Schulterbereich, entstehen immer öfter auch als Folge falscher Haltung. Es gibt drei Gründe, eine Schulterspezialistin, einen Schulterspezialisten aufzusuchen: Die Schulter renkt aus oder ist instabil, sie tut weh oder sie lässt sich nicht mehr gut bewegen. Schulterverletzungen machen meistens, aber nicht immer relativ starke Schmerzen. Bei einem kompletten Sehnenriss fehlt plötzlich die Kraft.

Operation nicht erste Wahl

Allen Schulterproblemen gemeinsam ist, dass sie in frühzeitige Abklärung und Behandlung gehören. Eine klinische Untersuchung, ergänzt mit bildgebenden Verfahren (Röntgenbild, MRI), gibt gute Anhaltspunkte. Der Physiotherapie kommt – ausser bei frischen kompletten Rissen – bei der Therapie eine tragende Rolle zu. Die konservative Behandlung steht im Vordergrund: Schonung, Ruhigstellung, Physiotherapie und eventuell entzündungshemmende Spritzen in die Schulter. Erst am Schluss – wenn all das nicht hilft – wird eine Operation in Betracht gezogen. Moderne Schulteroperationen werden meistens mittels Knopflochtechnik beziehungsweise Arthroskopie minimalinvasiv durchgeführt.

Schmerzhaft: Luxation
Eine Instabilität der Schulter alleine ist in der Regel mit wenig Schmerzen verbunden. Die grosse Beweglichkeit erhöht jedoch das Risiko, dass sie ausrenkt oder auskugelt. Das passiert vor allem bei Sportunfällen und ist äusserst schmerzhaft. Wenn der Oberarmknopf aus der Pfanne springt, nennt man das Luxation. Ist es einmal passiert, besteht oft eine Tendenz für erneutes Auskugeln. Das betrifft vor allem Sportlerinnen und Sportler, die beim ersten Vorfall noch nicht 20-jährig sind. Überkopfsportarten, insbesondere auf Wettkampfniveau, und ein hyperflexibles Gelenk erhöhen die Wiederholungsgefahr massiv. Die frühzeitige Stabilisierung des Schultergelenks ist daher angezeigt. Dazu gibt es zwei Möglichkeiten: Gelenklippe und Bänder können wie eine gerissene Sehne mit der Knopflochtechnik wieder angenäht und gestrafft werden. Bei grösseren Knochendefekten und bei sportlichen Patienten kann ein Knochentransfer durchgeführt werden. Dabei wird ein Stück Knochen mit Sehnen unmittelbar oberhalb der Pfanne entnommen und in den Bereich der defekten Stelle der Gelenkpfanne verpflanzt.

Entzündung durch Überbelastung
Damit Sehnen nicht am Schulterdach reiben, erleichtern Schleimbeutel das Gleiten. Diese mit Flüssigkeit gefüllten Gewebekissen fungieren als eine Art Puffer zwischen Sehnen und Knochen. Sie können allerdings auch Probleme bereiten, sich beispielsweise entzünden, was sehr schmerzhaft ist. Meistens passiert das durch Überbelastung und Überanstrengung, aber auch Sehnenrisse in unmittelbarer Nachbarschaft können das beeinflussen. Betroffen sind vor allem Menschen, die beruflich viele Überkopfarbeiten durchführen (zum Beispiel Maler) oder exzessiv Sportarten betreiben, bei denen der Arm stark beansprucht wird. Bestimmte Rheuma-Erkrankungen sowie bakterielle Infektionen können die Schleimbeutel ebenfalls entzünden.

Riss ernst nehmen
Etwa die Hälfte der Eingriffe an der Schulter erfolgen nach einem Riss der Rotatorenmanschette, der Muskeln und Sehnen, welche die Schulter umgeben. Bei einem heftigen Sturz kann durch eine Überspannung ein Teil der Manschette traumatisch einreissen. Starke Schmerzen und eine Kraftminderung sind die Folge. Bei einem zunächst symptomlosen degenerativen Riss hingegen kann es auch aufgrund einer knöchernen Veranlagung, einer möglichen Durchblutungsstörung oder nach Bagatelltraumata zu einer schleichenden Abnützung der Sehne kommen, was schliesslich zu einem Defekt in der Sehnenmanschette führt. Eine frühzeitige Behandlung ist wichtig, denn nach einer gewissen Zeit lässt sich die Verletzung nicht mehr reparieren. Bei bestimmten Berufen droht gar eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit.

Arthrose: langsame Entwicklung
Ältere Menschen haben nach langjähriger Über- oder Fehlbelastung vermehrt mit Abnützungserscheinungen zu kämpfen. Der natürliche Stossdämpfer des Gelenks, die Knorpelschicht, wird dabei zerstört. Die Knochen reiben im Gelenk direkt aufeinander, sie nutzen sich ab und verformen sich, was sehr oft zu Schmerzen führt. Arthrose mit Defekten in der Rotatorenmanschette – das ist sehr oft der Fall – kann schmerzhaft sein und zu starken Einschränkungen der Funktion führen. Der Verschleiss ist irreparabel. Eine Arthrose kann einen Gelenkersatz, eine Prothese, nach sich ziehen. Der Zeitpunkt der Operation ist abhängig vom individuellen Leidensdruck und vom Ausmass der Beeinträchtigung der Lebensqualität. Ziele des Eingriffs sind die Schmerzreduktion, eine bessere Beweglichkeit beziehungsweise die Wiederherstellung einer guten Schulterfunktion für das tägliche Leben. Komplikationen können zwar vorkommen, sind insgesamt aber eher selten.

Training stabilisiert

Schwimmen (Crawlen) und sanftes Krafttraining können Verletzungen der Schulter zwar nicht komplett verhindern. Durch die Kräftigung der oberen Rücken- und Armmuskulatur wird die Rotatorenmanschette jedoch stabilisiert, das Gelenk wird weniger anfällig. Beim Krafttraining sind Bewegungen nach aussen zu empfehlen. Bewegungen nach innen verschlimmern die Beugehaltung, die Schulterprobleme verursachen kann. Wichtig ist, nicht einseitig zu trainieren und darauf zu achten, dass die Schulter in einer guten muskulären Balance ist. Es gibt auch einfache Programme für zu Hause.

Moderne Prothesen bestehen aus abriebfesten und körperverträglichen Hightech-Materialien. In der Regel halten Kunstgelenke 12 bis 15 Jahre und länger.

Evolutionsbedingte Sensibilitäten
Insbesondere Überkopfsportler und -arbeiter, aber auch Leute mit vermehrter gebeugter Haltung im oberen Rücken sehen sich häufig mit Schulterproblemen konfrontiert: Unspezifisch werden sie oftmals als sogenanntes Impingementsyndrom diagnostiziert. Gemeint sind eine entstandene Einengung des Muskel- und Sehnentunnels unter dem Schulterdach sowie die Entzündung der langen Bizepssehne. Auch das kann zu Verschleiss oder Reizzuständen führen. Eine korrekte Diagnose erfordert Erfahrung und wird vor dem MRI mit der genauen Untersuchung gestellt.

Die Auskunftsperson
Matthias Zumstein, PD Dr. med.
Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie
und Traumatologie des Bewegungsapparates
Teamleiter Schulter, Ellbogen und Sportorthopädie

Kontakt:
Inselspital
Universitätsklinik für orthopädische Chirurgie und Traumatologie
Freiburgstrasse 18, 3010 Bern
Tel. 031 632 37 46
matthias.zumstein@insel.ch

Bilder: Deutsche Venen-Liga

Krampfadern

Nicht nur ein kosmetisches Problem

Krampfadern sind die häufigste Erkrankung der oberflächlichen Venen. Nicht selten leiden die Betroffenen unter geschwollenen, schmerzenden Beinen. Um gefährliche Folgeerkrankungen zu vermeiden, ist in manchen Fällen eine Therapie nötig.

Feine violette Äderchen oder knotige, geschlängelte, bläuliche, dicke Adern in den Beinen – mehr als die Hälfte der Erwachsenen leiden unter einer Venenschwäche, Besenreisern oder Krampfadern in den Beinen. Während die feinen Besenreiser vor allem ein optisches Problem darstellen, verursachen Krampfadern in manchen Fällen – aber nicht immer – Beschwerden, die im schlimmsten Fall Komplikationen wie Hautgeschwüre im Sinne eines «offenen Beines» verursachen können.

Mit einem Krampf haben Krampfadern wenig zu tun; der Name leitet sich ab vom althochdeutschen Wort «krimpfan» (krümmen). Bei Krampfadern, in der Fachsprache auch Varizen (lat. Varix = Knoten) genannt, handelt es sich um eine Erweiterung der oberflächlichen Venen, die am häufigsten durch eine Schwächung der Venenwand und aufgrund schlecht funktionierender Venenklappen hervorgerufen wird. Statt Richtung Herz fliesst das Blut zurück in die Beine, wo es in den oberflächlichen Venen, aus denen es eigentlich in das tiefe Venensystem abfliessen sollte, versackt. Durch diesen Blutstau entsteht ein grosser Druck in den Beinen, die oberflächlichen Venen erweitern und verformen sich; Flüssigkeitsansammlungen (Ödeme) lassen die Beine anschwellen. Dieser erhöhte Druck führt schlussendlich zu Durchblutungsstörungen der Haut mit Entwicklung von Geschwüren.

Risikofaktoren und Beschwerden

Begünstigend auf die Entstehung von Krampfadern wirken sich folgende Risikofaktoren aus: ein höheres Alter, eine angeborene Bindegewebsschwäche, lang andauernd stehende oder sitzende Tätigkeiten, mangelnde Bewegung, hormonelle Einflüsse (Pille, Schwangerschaft), das weibliche Geschlecht – Frauen leiden vermehrt unter Krampfadern als Männer –, einengende Kleidung oder Unfälle, die zu einer Thrombose führen, welche ihrerseits wieder eine Abflussstörung des venösen Blutes begünstigt.

Je nach Ausprägung verursachen Krampfadern verschiedene Beschwerden. Diese reichen von Juckreiz, Hautreizungen oder einem Hitzegefühl in den Beinen bis hin zu schweren, müden, geschwollenen oder gar schmerzenden Beinen. Abends und bei warmen Temperaturen verstärken sich die Beschwerden, bei hochgelagerten

Beinen oder bei Bewegung bessern sie sich. Werden Krampfadern nicht behandelt, kann es im Verlauf der Jahre zu Hautveränderungen bis hin zum sogenannten «offenen Bein» kommen. Weitere Komplikationen, die auftreten können, sind Venenentzündungen, Thrombosen oder Blutungen aus einer geplatzten Krampfader.

Duplexsonografie sichert Diagnose

Auch wenn keine von aussen sichtbaren Venenveränderungen auftreten, ist ein Arztbesuch bei Symptomen wie schmerzenden, müden oder angespannten Beinen ratsam. Ein Notfall liegt vor, wenn der Unterschenkel oder das Bein plötzlich anschwillt und sich allenfalls verfärbt – dann könnte eine Thrombose vorliegen. Die wichtigsten Hinweise auf ein Krampfaderleiden ergeben die Befragung und körperliche Untersuchung des Patienten. Ein genauer Blick in die Gefässe mit bildgebenden Verfahren ist aber zusätzlich nötig, da das äussere Erscheinungsbild der Venen der effektiven Blutflussstörung nicht immer entspricht. Mittels Duplexsonografie (Bild Seite 8 rechts) können die Blutgefässe abgebildet und der Blutfluss ausgemessen werden. So wird festgestellt, welche Venenabschnitte erkrankt sind, ob das tiefe Venensystem intakt ist und welche Venenklappen ungenügend funktionieren. Die Untersuchung vermittelt einen aktuellen Zustand der Beinvenen – gewissermassen eine individuelle «Landkarte der Venen». Diese hilft, die optimal angepasste Therapie für den Patienten zu finden.

Nicht immer sind Krampfadern behandlungsbedürftig. Besenreiser, kleinste erweiterte Venen, die bläulich durch die Haut schimmern, sind vor allem ein ästhetisches Problem und verursachen keine Beschwerden. Wenn sich aber Hautveränderungen an den Knöcheln zeigen, die Beine regelmässig wegen der Krampfadern geschwollen sind oder eine Venenentzündung auftritt, ist eine Behandlung angezeigt. Die Massnahmen zielen darauf ab, die Krampfadern zu entfernen oder zu veröden und so den Blutfluss zu verbessern. Welche Therapie im Einzelfall am besten geeignet ist, hängt nebst dem individuellen Gesundheitszustand der Patienten davon ab, welche Venen betroffen sind und wie weit die Erkrankung fortgeschritten ist.

Kompression und Verödung

Einer der zentralen Pfeiler der Krampfadernbehandlung ist die Kompressionstherapie: Massgeschneiderte Kompressionsstrümpfe oder -verbände üben Druck auf die Beingefässe aus und verbessern den Abtransport des Blutes. Dies kann besonders in einem frühen Stadium das Fortschreiten der Erkrankung aufhalten. Viel Bewegung fördert die Durchblutung ebenfalls und aktiviert die Muskelpumpen im Bein. Allerdings muss man mindestens zehn Schritte am Stück gehen, um diesen Prozess in Gang zu setzen. Positiv wirken sich auch das Hochlagern der Beine sowie spezielle Salben oder Medikamente aus, die entweder die Gefässwände oder die Fliesseigenschaften des Blutes beeinflussen.

Die beste Vorbeugung gegen Krampfadern: Bewegung immer und überall, Kompression sowie genügend Flüssigkeit.

Eine minimalinvasive Behandlungsmöglichkeit, die häufig bei Besenreisern oder Erkrankungen der Venennebenäste angewendet wird, ist die Verödung (Sklerosierung). Dabei wird ambulant, wenn nötig unter örtlicher Betäubung und Ultraschallkontrolle ein Schaum in die betroffenen Venen gespritzt, der die Venenwände verkleben lässt, sodass die Venen schlussendlich langsam vom Körper vernarbt werden. Benachbarte Venen übernehmen anschliessend den Bluttransport. Das Veröden von Venen eignet sich auch bei Patienten, die nicht operiert werden können, weil sie zum Beispiel keine Narkosemedikamente vertragen. Dünne erkrankte Venen können auch mit Laserstrahlen verödet werden. Weniger geeignet ist die Verödung von Krampfadern, wenn grössere Venen erkrankt sind.

Operative Entfernung

Sind die Hauptvenenäste erkrankt oder liegt bereits ein offenes Bein vor, empfiehlt es sich, die Krampfadern chirurgisch zu entfernen. Das bekannteste Verfahren ist das Stripping. Durch einen kleinen Schnitt in der Leiste führt der Chirurg eine biegsame Sonde in die erkrankte Vene ein und zieht den krankhaft veränderten Abschnitt heraus. So bleibt der gesunde Teil der Vene erhalten und kann allenfalls später bei einer Herzoperation als Bypass (Umgehungsgefäss) verwendet werden. Bei einer Crossektomie werden die krankhaften Verbindungen zwischen dem oberflächlichen und dem tiefer liegenden Venensystem entfernt, der Zugang erfolgt über einen kleinen Schnitt in der Kniekehle oder der Leiste. Diese Eingriffe erfolgen unter Betäubung der Beine und bedingen einen Spitalaufenthalt von ein bis zwei

Reisetipps für die Venen

Lange Flug-, Bus- und Autoreisen mit wenig Bewegung können den Blutfluss des Venensystems extrem verschlechtern und bilden eine erhebliche Gefahr, eine Thrombose zu entwickeln. Mit der richtigen Vorbeugung kann dies verhindert werden.

- *Bequeme Kleidung tragen: Gürtel, Hosen oder Rockbund sollten nicht einschnüren.*
- *Bewegung: Im Flugzeug oder Bus einen Sitzplatz am Gang wählen, wo man die Beine bequem ausstrecken kann. Füsse im Fussgelenk des Öfteren auf und ab bewegen und im Kreis drehen. Nicht die Beine übereinanderschlagen. Möglichst oft aufstehen und einige Schritte hin- und hergehen. Während der Autofahrt öfter Pausen machen und die Beine bewegen.*
- *Bei längeren Flügen (über 4 Stunden): unbedingt eine Thromboseprophylaxe mit einer blutverdünnenden Spritze durchführen.*
- *Auf Flüssigkeitsaufnahme achten: viel Wasser trinken, auf alkoholische Getränke verzichten.*
- *Kompressionsstrümpfe: auf langen Reisen Kompressionsstrümpfe tragen.*
- *Frühzeitige Beratung: sofern Krampfadern oder andere Risiken für eine Thrombose vorliegen, sich beim Arzt Medikamente zur Thromboseprophylaxe besorgen.*

Tagen, es bleiben nur kleinste Narben zurück. Mögliche Operationsrisiken sind Blutergüsse, Wundheilungsstörungen, Thrombosen oder Taubheitsgefühle durch Verletzung kleiner Nerven im Unterschenkel; grössere Komplikationen treten aber selten auf. Weil sowohl nach einer Operation als auch nach der Verödung während drei bis sechs Wochen Kompressionsstrümpfe getragen werden müssen, werden die Behandlungen vorzugsweise in der kälteren Jahreszeit, sprich im Herbst und Winter, durchgeführt. Heute existiert eine Vielzahl von neueren Methoden, wie die Verödung von grösseren Venen mit einer Hitzesonde. Sprechen Sie Ihren behandelnden Arzt auf die verschiedenen Möglichkeiten an.
Die Neigung zur Krampfadernbildung bleibt aufgrund der angeborenen Bindegewebsschwäche bestehen, es können also trotz Operation neue Gefässe erkranken. Mit folgenden vorbeugenden Massnahmen lässt sich dieses Risiko aber senken: viel sportliche Bewegung, langes Sitzen oder Stehen vermeiden, Beinmuskulatur zwischendurch anspannen, Wechselduschen, häufiges Hochlagern der Beine, Tragen von Kompressionsstrümpfen.

Der Autor
Martin Jülke, Dr. med.
Facharzt FMH für Allgemeinchirurgie und Traumatologie
Belegarzt Spital Riggisberg

Praxis:
Gantrischpraxis
Gurnigelstrasse 18, 3132 Riggisberg
Tel. 031 802 15 55
gantrischpraxis@hin.ch

Hand-Ergotherapie

Therapie trotz Gips

Bei einem «Handgelenksbruch» sollte die Mobilisation möglichst rasch erfolgen, um die normale Beweglichkeit der Hand wiederherzustellen.

Die distale Radiusfraktur, im Volksmund oft «Handgelenksbruch» genannt, ist die häufigste Fraktur des Menschen und macht bis zu 25 Prozent aller Knochenbrüche aus. Besonders oft kommt sie bei Kindern und im Alter vor. Je nach Unfallhergang kommt es beim Bruch der Speiche (Radius) auch zu Begleitverletzungen wie zu einem Bruch des Ulnastyloides (Köpfchen der Elle) oder zu begleitenden Bandverletzungen. Wenn wir stürzen, versuchen die Arme und Hände reflexartig den Sturz aufzufangen – beim Aufprall wird die maximale Belastungsgrenze überschritten und es kann zu besagter Verletzung kommen. Eine Radiusfraktur erkennt man daran, dass die Hand schmerzt und das Handgelenk eventuell nach dem Sturz schlecht bewegt werden kann und anschwillt. Zudem wird später ein Hämatom sichtbar. Bei diesen Symptomen sollte auf alle Fälle unverzüglich die Hausärztin, der Hausarzt aufgesucht werden; eine Röntgenaufnahme gibt Klarheit über das Ausmass der Verletzung und allfällige Begleitverletzungen.
Je nachdem, wie sich der Knochendefekt zeigt, ob der Knochen verschoben oder abgekippt ist, entscheidet sich die behandelnde Ärztin für eine konservative Behandlung (Gips für etwa sechs Wochen) oder die operative Versorgung mittels Schrauben und/oder Metallplatten. In beiden Fällen wird eine Ruhigstellung der verletzten Strukturen bewirkt. Diese Heilungsruhe ist notwendig, damit der Knochen in korrekter Position verheilen kann.

Nachbehandlung in der Handtherapie
Bei offener Bruchbehandlung mit Schrauben oder Metallplatten (Osteosynthese) wird der stabilisierende abnehmbare Gips nach wenigen Tagen entfernt, damit das Handgelenk und die Finger mobilisiert werden können. In der Hand-Ergotherapie probieren die Patientinnen und Patienten aus, welche Bewegungen sinnvoll und erwünscht sind und auf welche Belastungen noch verzichtet werden muss (Gewichte heben, Krafteinsatz, starke unkontrollierte Bewegungen, zu viel Vibration, siehe Abbildung 2). Wichtig ist nebst dem Beugen und Strecken des Handgelenks vor allem auch die Pro- und Supination (Umwendbewegung) des Vorderarms: Wird diese zu lange nicht geübt, entstehen rasch Einschränkungen. Der «Münztest» (siehe Abbildung 3) zeigt rasch, ob eine Patientin, ein Patient den Arm genügend aufdrehen kann.
Ein vollständiger Faustschluss und die Streckung der Langfinger und des Daumens müssen ebenfalls zwei- bis dreimal pro Tag zu Hause trainiert werden. Ein gewisser leichter Zugschmerz, der durch die fehlende Elastizität des Gewebes ver-

ursacht wird, ist dabei normal. Hingegen dürfen die Bewegungen nicht stechend oder pulsierend schmerzen.
Wird der Bruch geschlossen mit einem zirkulären Gips versorgt, kann die Umwendbewegung zwar etwas eingeschränkt sein, muss aber unbedingt geübt werden. Einschränkungen der Finger in Streckung und Faustschluss müssen unbedingt vermieden werden. Entgegen der Vorstellung vieler Patienten, «solange Gips noch warten mit Therapie», ist gerade die Frühmobilisation ein paar Tage nach der Operation unumgänglich, um eine gute bis vollständige Beweglichkeit des Handgelenks wiederzuerlangen.

Aufgabe der Handtherapie
Die Patientinnen und Patienten werden von der Ergotherapeutin, dem Ergotherapeuten klar instruiert, wie viel gezielte Bewegung und wie viel Heilungsruhe im Alltag förderlich ist. Die Reduktion

Die Patientinnen lernen in der Ergotherapie, wie viel gezielte Bewegung und wie viel Heilungsruhe im Alltag förderlich ist.

der Schmerzen mittels sanfter Mobilisation und angepasster Aktivität ist eine erste Massnahme, gleichzeitig werden schwellungsreduzierende Tätigkeiten durchgeführt, um keine Ödeme (Wassereinlagerungen) entstehen zu lassen.
Die stundenweise Lagerung auf einer Ruheschiene entlastet das Gewebe und schützt vor ungünstigen Bewegungen. Alltagsaktivitäten werden gezielt geübt, damit die Patientinnen wissen und spüren, was erwünscht und erlaubt ist – es sollen keine Einsteifungen der Strukturen entstehen. Die regelmässige Mobilisation der Fingergelenke und das Üben der Umwendbewegung (siehe Abbildung 1) und – bei operativer Versorgung – die Mobilisation des Handgelenk sind eine tägliche Aufgabe der Patientinnen und Patienten. Nicht zu vergessen sind auch der Ellbogen und das Schultergelenk: Hier werden dank einfacher Bewegungsübungen Schonhaltungen vermieden. Erst in einer späteren Phase wird die Kraft wieder aufgebaut: Kraft, um schwerere Gegenstände zu halten, Drehbewegungen durchzuführen, Erschütterungen wie beim Velofahren abzufedern.

Heimprogramm, Bewegung und Sport
Die Hauptarbeit findet vor allem zu Hause statt. In der Therapie werden zwei bis drei aktive Übungen erprobt, fotodokumentiert und den Patienten als Heimprogramm mit nach Hause gegeben.
Ein Trainingsrhythmus von drei (kurzen) Einheiten pro Tag (Morgen/Mittag/Abend) ist gut in den Alltag einzubauen und schützt vor über- oder untertriebenem Heimprogramm.
Aufgrund eines Nachfolgeröntgens entscheidet der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin, ob der Knochen genügend verheilt ist, um sportliche Aktivitäten aufzunehmen. Ungünstig sind Sportarten, bei denen das Handgelenk stark aufgestützt werden muss oder erschüttert wird (Turnen, Mountainbike, Langlauf, Kontaktsportarten wie Fussball, Kampfsportarten). Hier lohnt es sich, genau nachzufragen, welche Sportarten bereits erlaubt sind. Aus versicherungstechnischen Gründen ist beispielsweise Autofahren mit dem Handgelenkgips nicht zu empfehlen, auch wenn sich die Patientin, der Patient «sicher» und schmerzfrei fühlt.

Ausblick und Prognose
Verläuft der Heilungsprozess komplikationsfrei, kann mit einer guten Handbeweglichkeit gerechnet werden, auch wenn diese unter Umständen im Vergleich zur Gegenhand etwas schwächer ausfällt. Je nach Alter verläuft jedoch der Kraftaufbau langsamer, die endgradigen Bewegungen können noch etwas Konzentration verlangen, und in den ersten Monaten ist eine rasche Ermüdung durchaus normal.

Die Auskunftsperson
Esther Bohli
Dipl. Ergotherapeutin HF
Leiterin Handtherapie Bern

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

Extra:
Link zur Website Handtherapie Bern

Psychiatriezentrum Münsingen

Offene Türen in der Psychiatrie

Ein zentrales Anliegen und strategisches Ziel des PZM ist die Öffnung aller Stationen. Menschen, die bei Spitaleintritt als Erstes erleben, dass hinter ihnen eine Türabgeschlossen wird, werden Mühe haben, sich in der kommenden Therapie zu öffnen. Das Verschliessen der Tür verschliesst sozusagen auch die Herzen der Betroffenen.

Dieses Vorhaben braucht jedoch konzeptuelle Vorarbeiten und bauliche Veränderungen, also Zeit und Geld. Geld für Weiterbildungen und für bauliche Massnahmen wie etwa den Einbau von Eingangsbereichen, die einladend sind, aber auch den nötigen Sicherheitsanforderungen genügen.
Es ist leicht, eine Psychiatrie offen zu führen, wenn man Patientinnen und Patienten, die suizidal oder gewaltbereit sind, ablehnen kann. Diese Möglichkeit hat das Psychiatriezentrum Münsingen nicht. Die offene Behandlung dieser Patientinnen und Patienten stellt eine grosse Herausforderung dar. Auch eine enge Zusammenarbeit mit den beteiligten Partnern (Gemeinde, KESB, Polizei usw.) ist in solchen Situationen zentral. Hier sind wir in regelmässigem Kontakt, um Polizei, Politik und Gemeinden die Konzepte unserer Öffnung näherzubringen. Mit dem Haus P – einer Station, die spezialisiert auf die Behandlung psychotisch erkrankter Menschen ist – konnte das PZM eine weitere Station dauerhaft öffnen.

Projekt «Haus P»
Im Rahmen der Angebotsprüfung und Neuausrichtung sämtlicher Therapieangebote des PZM wurde auch für das Haus P ein Projekt gestartet: Durch eine Fusion mehrerer Stationen zur Behandlung von psychotisch Erkrankten sollten Synergieeffekte genutzt und eine integrierte Behandlung ohne Verlegung ermöglicht werden. Zudem sollten die Türen stets offen sein.

Eine Umgebung aus Kontrolle, eingeschränkten persönlichen Freiheiten und Zwangsmassnahmen ist ein Risikofaktor, der eine erfolgreiche Therapie erschwert.

Erste Erfolge konnten rasch verzeichnet werden, indem die spezialisierte Milieusoziotherapie (MST) ausgebaut und die Synergieeffekte zwischen den Mitarbeitenden genutzt wurden. Die Fusion der Stationen sowie die Öffnung der Psychiatrie entpuppten sich jedoch als Herausforderungen, die nicht so schnell realisiert werden konnten.

Nach intensiver Vorbereitung konnte am 8. August 2016 auch das Ziel «offene Türen» erreicht werden. Dank baulichen und technischen Massnahmen sowie einem intelligenten Türkonzept erleben die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige nun eine offene, gastfreundliche und einladende Atmosphäre.

Bauliche Anpassungen

Im Haus P werden vor allem Patientinnen und Patienten mit Psychosen und in den meisten Fällen mit Schizophrenien aufgenommen. Diese Krankheiten gehen oft mit Verfolgungsgedanken einher und sind durch Ängste und Misstrauen geprägt. Deshalb wird dem Eingangsbereich eine besondere Rolle beigemessen. Die früheren Eingänge der Stationen mündeten in dunkle Korridore ohne Tageslicht, die Wohlfühlen nur schlecht zuliessen. Besonders für psychotisch Erkrankte wirken sich solche Gegebenheiten häufig negativ aus, da sie paranoide Zustände oder Ängste auslösen beziehungsweise verstärken können. Deshalb musste der neue Eingangsbereich, der sich nun zwischen den beiden Gebäuden befindet, hell, grosszügig und freundlich gestaltet sein. Um den Raum sinnvoll nutzen zu können, musste von aussen ein sichtbarer Eingriff in die Architektur vorgenommen werden. Im gleichen Zug wurde dabei ein modernes Türschliesssystem nach dem Vorbild der Klinik Heidenheim in Deutschland (www.kliniken-heidenheim.de) eingesetzt. Dieses erlaubt, die Eingangstür bei Notfällen elektronisch ferngesteuert zu schliessen.

Offene vs. geschlossene Türen

Aufnahmestationen wurden in den meisten psychiatrischen Kliniken bis vor einigen Jahren geschlossen geführt. Doch geschlossene Türen bringen oft nicht viele Vorteile, sondern schüren vielmehr auch Aggression, was nicht nur für das Personal, sondern auch für die anderen Beteiligten zum Problem werden kann. Eine Umgebung aus Kontrolle, eingeschränkten persönlichen Freiheiten und Zwangsmassnahmen ist demnach ein Risikofaktor, der eine erfolgreiche Therapie erschwert.
Auf offenen Stationen hingegen herrscht grundsätzlich eine andere Stimmung. Sie überträgt sich auf alle beteiligten Personen, seien es Patientinnen und Patienten oder das pflegende sowie das ärztlich-therapeutische Personal. So sind die Grundvoraussetzungen von beidseitigem Vertrauen, Sicherheit und Gefühlen der Anerkennung der Patientinnen und Patienten wie auch der Therapeutinnen und Therapeuten bei offenen Türen eher vorhanden als bei geschlossenen.
Die genannten Voraussetzungen sind jedoch nicht einfach gegeben, sondern müssen erarbeitet werden. Betroffene sollen sich beim Eintritt auf eine Station auf die empathische Beziehungsaufnahme konzentrieren können und sich nicht in erster Linie mit Sicherheitsaspekten oder gar mit disziplinierenden, auch einschüchternden Regeln konfrontieren müssen. So weist denn auch eine freiwillig angenommene Behandlung auf einer offenen Station eine grössere Nachhaltigkeit auf.

Integriertes Behandlungskonzept

Bevor die neue Grossstation ihren Betrieb aufnahm, wurden Patientinnen und Patienten mit Psychosen auf einer geschlossenen Station aufgenommen und später auf eine offene Station verlegt. Die Verlegung führte zu einem Unterbruch der therapeutischen Beziehungen, da sich die Patientinnen und Patienten danach an ein neues interdisziplinäres Team gewöhnen mussten. Dank dem neuen Konzept wird den Patientinnen und Patienten nun eine integrierte Behandlung ermöglicht, das heisst, eine Verlegung findet in der Regel nicht mehr statt. Ärztinnen und Ärzte, Psychologen und Psychologinnen, die Bezugspersonen aus der Pflege sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter befinden sich nun unter einem Dach. Dadurch wird der Therapieverlauf positiv beeinflusst.

Was ist eine Psychose?

In der Psychose sind Wahrnehmung, Denken und Empfinden tiefgreifend verändert. Davon betroffen ist die Beziehung des psychotisch Erkrankten zu sich selbst und zur Aussenwelt. Besonders charakteristisch sind Wahnvorstellungen und Halluzinationen (meist akustisch, aber auch Geruchs-, Geschmacks-, Tast- und optische (Gesichts-) Halluzinationen). Diese treten häufig in Form von Verfolgungswahn oder Beziehungswahn auf oder die Betroffenen haben den Eindruck, dass die Umwelt nicht mehr real sei oder sie selber nicht die Person seien, die sie zu sein scheinen. Es kann auch sein, dass die Betroffenen denken, dass ihre eigenen Gedanken auch von anderen wahrgenommen oder beeinflusst werden können.
Die Psychose löst nicht nur beim Betroffenen selber, sondern auch in der Familie und in der sozialen Umgebung tiefe Verunsicherung, Angst und Hilflosigkeit aus. Aggressives Verhalten in der Psychose ist meist ein Ausdruck von Angst. Die Krankheitseinsicht spielt bei psychotisch Erkrankten eine besondere Rolle: Sie erleben sich in der Regel nicht als krank und es ist nicht ihr Ziel, von der Psychose befreit zu werden. Daher stehen sie der psychiatrischen Behandlung meist misstrauisch bis offen ablehnend gegenüber. Die medikamentöse Behandlung erleben sie oft als eine sie zusätzlich verunsichernde Veränderung ihrer selbst.

Ausblick

Weiterhin setzt sich das PZM zum Ziel, alle Stationen offen zu führen. So wird während der Strategieperiode 2017–2020 überprüft, ob beziehungsweise wie die restlichen zwei geschlossenen Abteilungen in der Klinik für Alters- & Neuropsychiatrie geöffnet werden können. Eine Herausforderung stellt das Handling offener Türen für Patientinnen und Patienten mit einer Demenzerkrankung oder geistigen Behinderung dar.

Die Auskunftsperson
Ingo Butzke, Dr. med.
Facharzt FMH für Psychiatrie
und Psychotherapie
Chefarzt Klinik für Psychose & Abhängigkeit

Kontakt:
Psychiatriezentrum Münsingen PZM
Hunzigenallee 1, 3110 Münsingen
Tel. 031 720 81 11
info.pzm@gef.be.ch
www.pzm.gef.be.ch

Extra:
Link zur Website des Psychiatriezentrums Münsingen

Bariatrische Operationen

Über Nacht wie verwandelt

Übergewicht und Fettsucht nehmen zu. Dazu führt vor allem der moderne Lebensstil: zu wenig Bewegung, falsche Ernährung, psychische Probleme. In vielen Fällen verschafft eine Operation den Betroffenen ein neues Lebensgefühl.

Aktuell leben in Mexiko am meisten übergewichtige Menschen. Die Schweiz gehört nicht in die Gruppe der absoluten Spitzenreiter. Hierzulande bringen aber immerhin 2,5 Millionen Menschen zu viel auf die Waage. Die Zahl nimmt stetig zu. Übergewicht ist nicht mehr nur ein Erwachsenen-Problem. In den Schulen und Kindergärten zeigt sich, dass immer mehr Kinder betroffen sind. Etwa zehn Prozent der Übergewichtigen sind adipös (fettsüchtig). Dies ist der Fall, wenn der Body Mass Index (BMI) über 30 beträgt. Das ist dann nicht mehr einfach zu viel Gewicht, sondern eine veritable Krankheit – ein physischer und psychischer Teufelskreis. Adipositas ist einer der Hauptgründe für Krankheit, vorzeitigen Tod, psychische Probleme und steigende Gesundheitskosten.

Lebensstil und Genetik

Die Ursache der Adipositas liegt vor allem in unserem veränderten Lebensstil. Wir bewegen uns wenig – bereits in den Schulen –, essen zu viel: falsche Lebensmittel, zum falschen Zeitpunkt, am falschen Ort. Gegessen wird oft nicht mehr am Tisch, sondern vor dem Fernseher oder unterwegs. Statt zu Frischkost greift man zu Industrie-Lebensmitteln. Neben all dem können genetische Faktoren in manchen Fällen durchaus eine Rolle spielen. Die westliche Medizin sieht heute im Übergewicht vor allem einen Risikofaktor für bestimmte Krankheitsbilder. Das zeigt sich auch statistisch: Etwa 10 bis 15 Prozent der Gesamtkosten im Gesundheitswesen sind auf die Fettsucht zurückzuführen. Sie verursacht sehr oft langwierige Folgeerkrankungen und damit teure Behandlungen beziehungsweise Therapien. Durch das Übergewicht erhöht sich das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, einige Krebsarten und Schlafapnoe-Syndrom. Fettgewebe produziert eine stattliche Anzahl an Stoffwechselsignalen, die direkten Einfluss auf den Blutdruck, die Blutfette, die Entzündungsaktivität und die Blutgerinnung nehmen. Weil eine Zunahme der Fettmasse zu einer Steigerung der körpereigenen Insulinproduktion führt, entwickelt sich sehr häufig eine Insulinresistenz und damit ein Diabetes mellitus Typ 2, der oft verzögert erkannt wird und unbehandelt Gefässe und Nervensystem schädigen kann. Und auch Beschwerden am Stütz- und Bewegungsapparat, Hautprobleme und seelische Nöte sind bei Adipositas die Regel, nicht die Ausnahme.

Hartnäckig, aber behandelbar
Vor jeder konservativen Behandlung zur nachhaltigen Gewichtsreduktion steht die medizinische Abklärung über die Ursachen der Adipositas im Vordergrund: Stoffwechselerkrankungen wie die Unterfunktion der Schilddrüse oder eine Störung des Kortisonhaushalts sowie psychische Erkrankungen, die zu Übergewicht führen können, müssen dabei erkannt und behandelt werden. Übergewicht ist hartnäckig. Viele kennen das: Man macht strikt Diät, verliert Gewicht und beginnt wieder normal zu essen. Und plötzlich nimmt man wieder zu, wird vielleicht sogar noch schwerer als vorher. Der «Jo-Jo-Effekt» ist ein altbekanntes Problem. Erschwerend kommt hinzu, dass sich übergewichtige Menschen oft ausgegrenzt fühlen. Sie trauen sich nicht mehr ins Schwimmbad, gehen kaum mehr aus und ziehen sich zunehmend zurück. Depressionen rauben einem die innere Kraft, die für eine Therapie jedoch gebraucht wird. Klar ist: Ohne eine langfristige und konsequente Umstellung von Ernährungs- und Lebensgewohnheiten lassen sich Übergewicht und Adipositas nicht behandeln.
Allerdings hat die sogenannte bariatrische Chirurgie in den letzten Jahrzehnten gewaltige Fortschritte gemacht. Für eine Operation müssen bestimmte Voraussetzungen gegeben sein: ein BMI von über 35 und ein mindestens zwei Jahre währender, vergeblicher Versuch der Gewichtsreduktion unter ärztlicher Begleitung. Sind die Patienten darüber hinaus für eine solche Behandlung motiviert und lassen sich durch ein interdisziplinäres Team über die damit verbundenen Langzeitperspektiven sowie möglichen Folgen beraten, können sie für einen Eingriff evaluiert werden. Gerade Adipöse mit Diabetes profitieren von einer Operation erheblich. Die Zuckerkrankheit kann so praktisch über Nacht geheilt beziehungsweise für mehrere Jahre zum Verschwinden gebracht werden. Das ist vor allem dann der Fall, wenn die Betroffenen ohne Insulinspritzen ausgekommen sind oder der Diabetes vor weniger als fünf Jahren ausgebrochen ist.

Standardisierte Eingriffe
Den beiden im Fokus stehenden bariatrischen Operationsstrategien gemeinsam ist eine Verkleinerung des zur Verfügung stehenden Magenvolumens. Dadurch stellt sich früher ein Sättigungsgefühl ein, entsprechend verändern sich Nahrungszusammensetzung und -menge. Beide Operationstechniken können mehrheitlich mittels Knopflochchirurgie durchgeführt werden, mit kleinen Schnitten. Das erhöht die Sicherheit und reduziert die Komplikationsrate erheblich.
Der in den 1960er-Jahren erstmals angewendete und stetig weiterentwickelte laparoskopische Magenbypass bildet einen kleinen Magen und schaltet einen variablen Anteil des Dünndarms aus. Diese Operation war lange der Gold-Standard bei Adipositas. Dabei trennen die Chirurginnen, die Chirurgen den oberen Abschnitt des Dünndarms durch, es wird eine «Y-Form» gebildet. Der eine Schenkel wird mit der Magentasche verbunden, der Dünndarm, welcher vom blind verschlossenen Magen kommt und die Verdauungssäfte aus dem Zwölffingerdarm enthält, wird in die hochgezogene Dünndarmschlinge eingenäht. So wird die aufgenommene Nahrung an einem Grossteil des Restmagens und an einem Teil des oberen Dünndarms vorbeigeleitet, was zu einer reduzierten Kalorien- und Nährstoffaufnahme führt. Der Patient verspürt dasselbe Sättigungsgefühl wie früher. Die durchschnittliche Abnahme des Übergewichts beträgt 50 bis 60 Prozent. Allerdings sollten danach grössere Mengen von Kohlenhydraten lebenslang vermieden werden, und die Einnahme von Vitaminpräparaten und Spurenelementen wird zur Pflicht.

Reduktion der Magengrösse
Seit rund zehn Jahren wird wegen ihrer relativ einfachen Durchführbarkeit vermehrt die Schlauchmagenresektion angewendet. Am Tiefenauspital hat sie den Bypass als Technik der ersten Wahl abgelöst. Sie reduziert die Magengrösse um rund 80 Prozent. Dies geschieht, indem man in Längsrichtung, wenig oberhalb des Magenausgangs beginnend, den Magen über die gesamte Länge in einen schmalen Schlauch umwandelt. Der abgetrennte Magenanteil wird über einen kleinen Hautschnitt von zwei Zentimetern entfernt. Die Operation zählt zu den restriktiven Methoden, das heisst, die Menge der aufgenommenen Speisen wird verringert, ohne dass das einen Einfluss hat auf die Aufnahme von Nährstoffen aus dem Speisebrei. Neben der Einschränkung der Kalorienmenge wird durch die Entfernung der Magenteile, welche das «Hungerhormon» Ghrelin bilden, das Hungergefühl reduziert. Der therapeutische Effekt und das Empfinden beim Essen nach der Operation sind vergleichbar mit dem Magenbypass.
Die Chirurgie ist nur ein Aspekt eines Behandlungs-Gesamtkonzepts. Sie ist eine Hilfestellung, um den Fokus wieder aufs Leben zu richten. Normalerweise ist danach eine lebenslange Nachbetreuung an einem interdisziplinären Zentrum wie im Tiefenauspital nötig, wo Internisten, Ernährungsberater, Psychologen, Endokrinologen und Chirurgen eng zusammenarbeiten.

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

Yves Borbély, Dr. med.
Facharzt FMH für Chirurgie
Leitender Arzt Viszerale Chirurgie

Kontakt:
Spital Tiefenau
Klinik für Viszeralchirurgie
Tiefenaustrasse 112, 3004 Bern
Tel. 031 308 88 10 (Sekretariat)
beat.muggli@spitaltiefenau.ch
yves.borbely@spitaltiefenau.ch

Hämorrhoiden

Muss kein Tabuthema sein

Über kaum eine andere Krankheit wird so ungern gesprochen wie über Hämorrhoiden. Dabei kann eine individuell angepasste Therapie dem stillen Leiden meist ein rasches Ende setzen.

Blutungen beim Stuhlgang, Brennen, Nässen und Juckreiz am empfindlichen Gewebe um den After herum – das sind die typischen Symptome, die krankhaft veränderte Hämorrhoiden verursachen. Da die Beschwerden gesellschaftlich häufig tabuisiert werden, existiert vermutlich eine relativ hohe Dunkelziffer an Betroffenen, die den Weg zum Arzt aus falsch verstandener Scham meiden. Es wird angenommen, dass jeder dritte Mensch in der Schweiz unter Hämorrhoiden leidet. Wichtig: Je früher man zum Proktologen* (Spezialarzt) geht, desto besser sind die Prognosen. Denn die meisten Probleme können nach einem Besuch beim Proktologen bereits im Anfangsstadium gelöst werden. Wenn man länger wartet, ist eine Operation unumgänglich.

Krankhaft veränderte Blutgefässe

Der Begriff Hämorrhoiden (leitet sich von den altgriechischen Wörtern für «Blut» und «fliessen» ab) wird im Sprachgebrauch meist mit dem des Hämorrhoidalleidens gleichgesetzt. Nach wissenschaftlicher Definition handelt es sich bei Hämorrhoiden aber grundsätzlich um ein Gefässpolster, das aus einem Geflecht von Arterien und Venen gebildet wird und bei jedem gesunden Menschen vorzufinden ist. Der mit Blut versorgte Schwellkörper sorgt mit dem Schliessmuskel und weiteren muskulären Strukturen für den Verschluss des Analkanals.

Unterschiedliche Schweregrade

Beschwerden gehen von Hämorrhoiden in der Regel erst dann aus, wenn sich diese aufgrund einer auftretenden Blutstauung vergrössern oder in ihrer Lage abwärtssinken. Eine krankhafte Veränderung der Hämorrhoiden kann verschiedene Schweregrade aufweisen.
Grad I: Die Hämorrhoiden befinden sich am oberen Ende des Analkanals und treten auch unter Pressen nicht nach aussen. Sie können nur bei der proktologischen Untersuchung gesehen werden. Die Betroffenen leiden meist nicht unter spürbaren Symptomen, da die innere Afterschleimhaut beim I. Grad schmerzunempfindlich ist. Treten Beschwerden auf, so sind dies lokaler Juckreiz und gelegentliche Blutauflagerungen auf dem Toilettenpapier oder dem Stuhl.

Faktoren wie häufiges Sitzen, Übergewicht oder anlagebedingte Anfälligkeit wirken sich oft begünstigend auf die Entstehung von Hämorrhoiden aus.

Grad II: Die Hämorrhoiden treten beim Pressen nach aussen, ziehen sich aber spontan wieder in den Analkanal zurück. Aufgrund der hohen Schmerzempfindlichkeit der Afterhaut kann der Veränderungsgrad nun schmerzhaft sein. Dazu können Symptome wie ein Fremdkörpergefühl, Nässen im Afterbereich und schmerzfreie Blutun-

Ballaststoffreiche Ernährung

Eine ballaststoffreiche Ernährung ist die wichtigste Grundlage zur Vermeidung von Hämorrhoiden, da man auf diese Weise ständiger Verstopfung entgegenwirken kann. Besonders viele Ballaststoffe enthalten beispielsweise Vollkornbrot, Weizenkleie, Sesam, Obst, Gemüse und Haferflocken. Ebenso wichtig wie eine gesunde Ernährung ist jedoch regelmässige körperliche Bewegung. Sportarten wie Wandern, Schwimmen, Radfahren und Gymnastik belasten den Beckenboden nicht wesentlich. Zudem sollte Übergewicht abgebaut werden.

gen während der Stuhlausscheidung auftreten.
Grad III: Die Hämorrhoiden treten beim Pressen nach aussen, verschwinden jedoch nicht mehr spontan, sondern müssen mit dem Finger zurückgedrängt werden. Es kann zu Blutungen während des Toilettengangs sowie Schmerzen, Brennen und Juckreiz kommen. Auch treten etwa ein Stuhlschmieren (ein unkontrollierter Stuhlabgang) oder auch lokale Schleimabsonderungen auf.
Grad IV: Die Hämorrhoiden treten nach aussen und können nicht mehr zurückgedrängt werden. Die Symptome sind wie beim III. Grad, eventuell etwas stärker ausgeprägt.

Quälendes Afterjucken

Die Ursachen für ein Hämorrhoidalleiden sind vielfältig. Als Hauptgrund gilt jedoch ein langfristig vorliegender Druck auf den Analbereich, welcher beispielsweise die Folge einer anhaltenden Verstopfung und/oder eines sehr starken gewohnheitsmässigen Pressens während des Stuhlgangs sein kann. Auch eine Schwangerschaft kann das Leiden hervorrufen. Darüber hinaus können sich Faktoren wie häufiges Sitzen, Übergewicht oder anlagebedingte Anfälligkeit begünstigend auf die Entstehung von Hämorrhoiden auswirken.

Diagnosestellung und Abklärung

Für die Diagnosestellung wird der Darmausgang von aussen genau angesehen. Dazu werden die Gesässhälften leicht auseinandergespreizt. Entzündungen, Reizungen, Einrisse und äussere Hämorrhoiden können auf diese Weise bereits entdeckt werden. Danach folgt die Fingeruntersuchung, bei der der Darmausgang mit kreisförmigen Bewegungen abgetastet wird. Liegen Hämorrhoiden IV. Grades vor, so kann die Verdachtsdiagnose bereits bestätigt werden. Reichen diese Massnahmen zur Diagnosesicherung nicht aus, so stehen verschiedene Spezialuntersuchungen (Proktoskopie, Rektoskopie, Sigmoidoskopie usw.) zur Verfügung.

Frühzeitig zum Arzt gehen

Der Verlauf sowie die Dauer der Therapie krankhaft vergrösserter Hämorrhoiden hängt vom Grad des Leidens sowie vom Zeitpunkt des Therapiebeginns ab. Ein frühzeitiger Arztbesuch trägt zu einem positiven Verlauf bei. Gestaltet sich eine krankhafte Vergrösserung der Hämorrhoiden bei einem Patienten symptomfrei, so ist eine medizinische Behandlung nicht in jedem Fall erforderlich. In der Regel gilt: Hämorrhoiden I. und II. Grades werden meist konservativ behandelt, während Hämorrhoiden der Grade III und IV operiert werden. Parallel zur Behandlung sollten die Betroffenen jedoch dauerhaft ihre Lebensgewohnheiten umstellen (siehe Infobox). Damit werden die Erfolgsaussichten der Therapie verbessert und die Gefahr eines Wiederauftretens der Hämorrhoiden verringert.

Therapie des Leidens

Leichte bis mittlere Beschwerden werden meist konservativ mit entsprechenden Salben oder Zäpfchen gelindert. Diese Präparate enthalten einzeln oder in Kombination Wirkstoffe gegen Entzündungen und verbessern die Durchblutung.
Wenn das Hämorrhoidalleiden mittels konservativer Therapie nicht erfolgreich behandelt werden kann oder in seinem Schweregrad zunimmt, sind chirurgische Massnahmen nötig. Dabei hat sich die Anzahl der Verfahren in den letzten Jahren erheblich erweitert. Beim Verfahren nach Ferguson werden die Hämorrhoiden zusammen mit der Analhaut lappenförmig mit dem Skalpell entfernt. Die Wunde wird anschliessend mit einem selbstauflösenden Faden vollständig verschlossen. Nach der Operation muss die Analregion mehrmals täglich und nach jedem Stuhlgang sauber ausgeduscht werden. Die Wunde verheilt in der Regel nach drei bis vier Wochen.
Bei der offenen Hämorrhoidektomie nach Milligran-Morgan wird das Hämorrhoidalpolster ähnlich wie bei der Ferguson-Technik herausgeschnitten, an der Basis umstochen und die Wunde primär offen gelassen. Auch hier ist das regelmässige Ausduschen der Wunde sehr wichtig, wobei die Wundheilung zwischen sechs und acht Wochen dauert. Ebenfalls ein relativ neues Verfahren stellt die Stapler-Methode dar. Mithilfe eines Klammernahtgeräts – Staplers – können die Hämorrhoiden entfernt werden.

* Die Proktologie umfasst die Lehre von Erkrankungen des End- beziehungsweise Mastdarms (Rektum), des Beckenbodens sowie des Afters (Anus).

Proktologie-Sprechstunde

Im Spital Aarberg findet jeweils am Mittwoch von 8.30 bis 11.30 Uhr eine proktologische Sprechstunde bei Dr. Thomas Kapp statt. Abgeklärt werden unter anderem Patientinnen und Patienten mit Hämorrhoiden, Abszessen und Fisteln, Analfissuren, Stuhlinkontinenz oder Tumoren des Afters oder Enddarms.
Anmeldungen bei: Frau Marianne Roth, Sekretariat Chirurgie, Tel. 032 391 82 42.

Der Autor
Thomas Kapp, Dr. med.
Facharzt FMH für Chirurgie
Leitender Arzt

Kontakt:
Spital Aarberg
Chirurgie
Lyssstrasse 31, 3270 Aarberg
Tel. 032 391 82 25
thomas.kapp@spitalaarberg.ch

Frauenpraxis Münsingen

Vertrauen schaffen

Seit Anfang August bieten drei Ärztinnen in der neu eröffneten «Frauenpraxis Münsingen» das gesamte Spektrum der Gynäkologie und Geburtshilfe an.

«Wir sind sehr froh, haben sich drei junge Ärztinnen zu dieser Gemeinschaftspraxis im Spital Münsingen zusammengeschlossen», sagt Spitaldirektor Philippe Pellaton und fährt fort: «Sie können junge Frauen über längere Zeit hinweg medizinisch betreuen und sie während ihrer Schwangerschaften begleiten, sodass wir allenfalls unsere heutige Geburtenrate von 500 Babys pro Jahr leicht steigern können.» Die drei Gynäkologinnen Véronique Gassmann, Simone Hess-Marti und Nadine Schäffeler, alle drei Fachärztinnen FMH in Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt operative Gynäkologie und Geburtshilfe, führen seit dem 1. August dieses Jahres gemeinsam die «Frauenpraxis Münsingen» im neu renovierten zweiten Obergeschoss im Altbau des Spitals Münsingen. Gleichzeitig sind sie auch als Belegärztinnen des Spitals Münsingen tätig. «Zusammen mit ihnen wollen wir die Lücke schliessen, die durch die Pensionierung des langjährigen Chefarztes der Gynäkologie, Dr. med. Roger Rauch, entstanden ist. Die neue Praxis stellt keine Konkurrenz zu anderen Frauenärztinnen und -ärzten dar», so Philippe Pellaton, «im Gegenteil; wir brauchen die neuen Kolleginnen dringend, um weiterhin eine gute Rundumbetreuung unserer Patientinnen zu gewährleisten.»

Auf Patientinnen eingehen

Für die drei Praxisinhaberinnen, die sich am Spitalzentrum Biel kennengelernt, dort längere Zeit zusammengearbeitet haben und heute mit ihren Familien in Münsingen wohnen (oder demnächst hierher ziehen werden), ist die Gemeinschaftspraxis eine ideale Lösung. Sie ergänzen sich fachlich und persönlich optimal, wie sie während ihrer gemeinsamen Zeit am Spitalzentrum Biel feststellen konnten.

Seit Anfang August werden in den modernen, mit neusten Geräten ausgestatteten Praxisräumlichkeiten Patientinnen jeden Alters betreut. Besonders wichtig ist den Ärztinnen, dass sich die Patientinnen in der Praxis wohlfühlen und dass sie ihnen vertrauen können. Die individuellen Bedürfnisse, Erwartungen und Anliegen ihrer Patientinnen sind ihnen ebenso wichtig wie eine hohe Qualität der medizinischen Behandlung nach neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen und mit den modernsten Gerätschaften und Technologien. Sie legen grossen Wert auf gute Qualität und die Schaffung einer entspannten, angenehmen Atmosphäre.

Medizinische Informationen sollen klar und verständlich vermittelt werden, damit die Patientinnen verstehen, weshalb bestimmte Beschwerden auftreten und warum eine medizinische Untersuchung oder Therapie durchgeführt werden sollte. Da das Bedürfnis der Patientinnen nach Informationen berechtigterweise zunehmend steigt, ist es den Frauenärztinnen ausgesprochen wichtig, dass sie sich die Zeit nehmen und komplexe Fragen verständlich beantworten. Nur so kann eine Patientin das nötige Vertrauen aufbauen und die Praxis mit einem guten Gefühl verlassen.

Von der Geburtshilfe…
Frauen sicher durch die Schwangerschaft, die Geburt am Spital Münsingen und die Zeit danach zu begleiten ist den Praxisinhaberinnen eine Herzensangelegenheit. So ist es auch für die erfahrenen Geburtshelferinnen jedesmal ein Wunder, bei der Geburt eines Kindes dabei zu sein. Wichtig ist ihnen, dass die Schwangerschaftsbetreuung umfassend ist und sich die Frauen kompetent beraten fühlen. Dazu gehören nebst vielem anderem eine ausführliche Beratung und Einschätzung der vorgeburtlichen Tests, um genetische Erkrankungen oder Fehlbildungen beim ungeborenen Kind zu erkennen. Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es verschiedene Tests, die nichtinvasiv, das heisst mit einer Ultraschalluntersuchung und Blutentnahme der Schwangeren durchgeführt werden können. Die Gynäkologinnen beraten die Schwangeren ausführlich und besprechen Möglichkeiten, aber auch Limitationen dieser Tests. Schlussendlich soll das schwangere Paar befähigt werden, selber zu entscheiden, ob und welche pränatalen Tests durchgeführt werden sollen.

…zur klassischen Frauenheilkunde
Die ärztliche Beratung der Ärztinnen geht aber weit über die Geburtshilfe hinaus. Sie decken das gesamte Spektrum der Gynäkologie und Geburtshilfe ab und behandeln Mädchen und Frauen jeden Alters; das reicht vom Teenager, der die richtige Methode der Verhütung sucht, über Schwangere oder Paare mit unerfülltem Kinderwunsch bis zu Frauen in den Wechseljahren oder solchen mit Gebärmuttersenkungen. Die drei Praxisinhaberinnen empfinden es als sehr befriedigend, Frauen durch verschiedene Lebensphasen zu begleiten. Neben den Routinekontrollen führen die Ärztinnen auch Brustuntersuchungen durch, beraten bei Verhütungs- und Impffragen, bieten Abklärungen und Beratungen bei unerfülltem Kinderwunsch an oder behandeln Blutungsstörungen, Unterbauchbeschwerden, Entzündungen und weitere «typische» Frauenkrankheiten.

Nähe zum Spital Münsingen
Im Spital Münsingen führen die Gynäkologinnen zudem auch gynäkologische Routineoperationen durch. Dazu gehören sowohl Eingriffe an Gebärmutter und Eierstöcken, Operationen bei Organsenkungsproblemen als auch diagnostische oder therapeutische Gebärmutterspiegelungen. Die Betreuung und die Therapie von Tumorpatientinnen werden in enger Zusammenarbeit mit dem Zentrumsspital erfolgen.
Ob eine Geburt, ein Kaiserschnitt, eine gynäkologische Operation oder eine spezielle Abklärung ansteht – die Patientinnen profitieren in jedem Fall davon, dass die neue Frauenpraxis ins Spital Münsingen eingebettet ist und dass der Weg zu den Gebär- und Operationssälen nur kurz ist. Bei fachübergreifenden Problemstellungen können sie auf ein breites Netzwerk von Spezialisten zurückgreifen; sie stehen in engem Kontakt mit dem Spital Münsingen und dem Zentrumsspital, um die besten Lösungen für ihre Patientinnen zu finden.

Spital Münsingen: neue Chefärztinnen in der Gynäkologie

Die beiden Ärztinnen Dr. Monika Feusi-Schmid und Dr. Aglaia Schumacher besetzen seit 1. Juli 2016 den Chefarztposten Gynäkologie und Geburtshilfe für die kommenden zwei Jahre ad interim. Der langjährige Chefarzt, Dr. Roger Rauch, ging am 30. Juni 2016 in Pension. Ziel dieser Übergangslösung ist es, sich bei der Suche nach der passenden Nachfolge mit Praxis im Spital genügend Zeit lassen zu können. Dr. Schumacher ist seit Anfang 2006 als Belegärztin am Spital Münsingen tätig. Davor führte sie eine Praxis in Wabern mit Anbindung an das Spital Belp. Nach der Schliessung der Geburtsabteilung in Belp zog sie mitsamt Praxis nach Münsingen. Dr. Feusi ist seit Oktober 2008 als Belegärztin am Spital Münsingen und führt daneben die Praxis Imholz¦Feusi in Konolfingen. Davor war sie unter anderem Oberärztin am Spital Langenthal.
Mit Roger Rauch verlässt ein langjähriger, engagierter Chefarzt das Spital Münsingen, der rund um die Uhr für seine Patientinnen da war. Er übernahm seine Funktion am 1. Oktober 1985; von Beginn weg war er ebenso als Belegarzt mit eigener Praxis tätig. Rund 10 000 Kinder hat er während dieser Zeit auf die Welt gebracht.

Die Auskunftspersonen

Simone Hess-Marti, Dr. med.

Véronique Gassmann, Dr. med.

Nadine Schäffeler, Med. pract.

Fachärztinnen FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe
mit Schwerpunkt operative Gynäkologie und Geburtshilfe
Praxisinhaberinnen Frauenpraxis Münsingen
Belegärztinnen Spital Münsingen

Kontakt:
Frauenpraxis Münsingen
Krankenhausweg 18/20, 3110 Münsingen
Tel. 031 682 83 30
frauenpraxis-muensingen@hin.ch
www.frauenpraxis-muensingen.ch

Extra:
Link zur Website der Frauenpraxis

Weisheitszähne

Je früher, desto besser?

Die hintersten Backenzähne können viel Ärger verursachen und Schmerzen bereiten. Die Frage, ob sie vorbeugend entfernt werden sollen, um allfällige Komplikationen zu vermeiden, muss der Zahnarzt mit jedem Patienten individuell besprechen. Eine prophylaktische Entfernung erfolgt am besten vor dem 20. Altersjahr.

Am menschlichen Gebiss hat sich im Laufe der Evolution kaum etwas geändert – es zählt seit circa 200 000 Jahren 32 Zähne. Geändert hat sich allerdings unser Essverhalten: Weil die Menschen im Laufe der Zeit immer weniger kräftig zubeissen mussten, hat sich die Form des Kiefers verändert. Die Zahl der Zähne ist allerdings bei vielen Menschen gleich geblieben, sodass die hintersten Backenzähne, die Weisheitszähne, nicht immer genügend Platz im Kiefer haben. Nur bei wenigen Menschen reihen sich die «Spätzünder» – sie bilden sich erst im Alter von 13, 14 Jahren langsam heraus – lückenlos in die bestehende Zahnreihe ein. Bei der Mehrheit der jungen Erwachsenen hingegen bleiben sie ganz oder teilweise im Kiefer eingeschlossen und die Wahrscheinlichkeit, dass sie irgendwann im Laufe des Lebens Probleme bereiten, ist gross. Nicht umsonst gehört daher die operative Entfernung von Weisheitszähnen zu den häufigsten Eingriffen in der Zahnmedizin. Um Komplikationen zu vermeiden, werden sie zudem häufig vorbeugend entfernt.

Operation in jungen Jahren

Grundsätzlich gilt, dass eine Entfernung vor dem 20. Lebensjahr problemloser verläuft als im höheren Alter, bevor der Kieferknochen zu fest und die Wurzeln zu tief gewachsen sind. Auch ist die Wundheilungstendenz in jüngeren Jahren besser, es kommt zu einer schnelleren Ausheilung von Knochen und Schleimhaut, und das Risiko einer Nervenschädigung ist geringer als später. 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.

Dann ist Entfernung notwendig…

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. Nicht selten drücken sie dann auf die Wurzeln anderer Zähne, gefährden so unter Umständen das Zahnbett des Nachbarzahns oder verschieben das ganze Gebiss. Wenn ein Weisheitszahn nur teilweise in die Mundhöhle her-

auswächst, ist er schwer zu reinigen; Infektionen, vertiefte Zahntaschen, Karies, Parodontitis, Zahnwurzelschäden oder Zysten können die Folge sein. Unter Umständen kann es auch sinnvoll sein, Weisheitszähne zu ziehen, wenn ein längerer Auslandsaufenthalt in einer Region mit schlechter medizinischer Versorgung bevorsteht.
Gezogen werden können Weisheitszähne nur, wenn sie bereits in die Mundhöhle durchgebrochen sind. Bleiben sie ganz oder teilweise im Knochen eingeschlossen, müssen sie chirurgisch entfernt werden. Vor dem Eingriff wird der Kiefer geröntgt, damit der Oralchirurg beurteilen kann, 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 gezogen.

Risiken der Operation

In der Regel sind die Nachwirkungen der Weisheitszahnentfernung harmlos; oft schwillt die Backe an, manchmal gibt es blaue Flecken oder es kommt zu Nachblutungen. Leichte Schmerzen während einiger Tage nach dem Eingriff sind ebenfalls normal. Komplikationen treten sehr selten auf, dennoch birgt das Entfernen der Weisheitszähne gewisse Risiken. Beim Entfernen der unteren Weisheitszähne können, trotz umsichtiger Vorgehensweise, Nerven verletzt werden, was zu Gefühlsstörungen in der Unterlippe oder der Zunge führen kann – diese können sich aber wieder zurückbilden. Je älter der Patient ist, desto schwieriger wird es, denn die Wurzeln können sich mit dem Knochen verwachsen, was die Entfernung verkompliziert. Als sehr seltene Komplikation kann es bis zu sechs Wochen nach dem Eingriff zu einem Bruch des Unterkiefers kommen, denn je nach Lage vom Zahn kann der Eingriff den Kieferknochen vorübergehend schwächen. Gelegentlich entzündet sich die Wunde, dann muss der Patient, die Patientin Antibiotika einnehmen.

Kurzinterview mit Dr. med. dent. Pierre Magnin

«Die Angst vor dem Eingriff ist unbegründet»

Für den Laien ist es schwierig abzuschätzen, ob die Weisheitszähne vorbeugend entfernt werden sollen…

Dies ist immer eine individuelle Entscheidung, die sich auf die genauen Röntgenbefunde des Chirurgen abstützt. Die Kiefer von Heranwachsenden sollten allerdings mit einer Übersichtsröntgenaufnahme (OPT) kontrolliert werden, um früh festzustellen, wie die Weisheitszähne wachsen und ob sich Komplikationen abzeichnen. In diesem Zusammenhang empfehle ich eine dreidimensionale Röntgenaufnahme (digitale Volumentomografie, kurz DVT) bei unklaren Verhältnissen zwischen Zahn und wichtigen Nachbarstrukturen – mit Vorteil ebenfalls im Jugendalter. So können Nachbarzähne, Kieferstrukturen sowie der räumliche Verlauf eines wichtigen Nerves detailliert dargestellt werden, und ich kann beurteilen, ob Schwierigkeiten zu erwarten sind und ob in der Umgebung der Weisheitszähne krankhafte Veränderungen vorliegen oder Komplikationen zu erwarten sind. Wenn sich aufgrund dieser Befunde abzeichnet, dass die Weisheitszähne Probleme verursachen werden – und das tun sie meiner Erfahrung nach in den meisten der Fälle früher oder später sowieso –, dann empfehle ich jungen Menschen eine prophylaktische Entfernung.

Viele Menschen haben gerade vor der Entfernung der Weisheitszähne besonders Angst.

Es kursieren sicherlich viele Schauermärchen über die Weisheitszahn-Operationen, die oft verunsichern. Es stimmt, die Entfernung der Weisheitszähne ist nicht immer ein leichter Eingriff, weil diese Zähne aufgrund ihrer anatomischen Lagen in manchen Fällen nur schwer zugänglich sind. Doch bei einem routinierten Oralchirurgen ist die Angst vor der Operation unbegründet – er hat die nötige Erfahrung, um auch schwierigste Entfernungen komplikationslos durchzuführen. Wenn sie es wünschen, können die Patienten vor dem Eingriff zudem ein beruhigendes, angstlösendes Medikament erhalten. Unbegründet ist auch die Angst vor Schmerzen: Dank der lokalen Betäubung und mit guten Medikamenten nach der Operation können diese gut gelindert werden.

Wie müssen sich Patienten nach der Weisheitszahn-Operation verhalten?

Zwar schwillt die Backe in der Regel nach der Operation an, und es treten Schmerzen auf, doch mit dem richtigen Verhalten kann man viel dagegen tun. Dazu gehört das sofortige und längere Kühlen der Backe ebenso wie die Einnahme von Schmerzmitteln. Um Nachblutungen zu vermeiden, sollte man in den ersten Tagen nach dem Eingriff auf sportliche Aktivitäten und anstrengende körperliche Tätigkeiten verzichten. Das Risiko einer Entzündung der Wunde lässt sich verhindern, indem man keine heissen, belagsbildenden Speisen, keinen Alkohol oder Koffein zu sich nimmt und auf das Rauchen verzichtet. Eine schonende, konsequente Mundhygiene ist ebenfalls wichtig, starkes Spülen sollte man aber bleiben lassen.

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

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

Extra:
Link zur Website Oralsurgery

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Länger gesund leben

Die Lebensphase «Alter» bedeutet heute bei steigender Lebenserwartung und guter Gesundheit mehr aktive Lebenszeit. Voraussetzung: die kardiovaskulären Risikofaktoren sind gut.

Der demografische Wandel hat eine zunehmende Zahl älterer und ältester Patienten zur Folge. Dabei nimmt das Risiko sogenannter kardiovaskulärer Erkrankungen mit dem Alter signifikant zu; gemeint sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Bluthochdruck, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Koronare Herzerkrankung, Herzinfarkt oder Schlaganfall. Diese Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden begünstigt durch kardiovaskuläre Risikofaktoren, die mit zunehmendem Alter häufiger auftreten. Dabei existieren die kardiovaskulären Risikofaktoren nicht unabhängig voneinander, sondern verstärken sich synergistisch und erhöhen das kardiovaskuläre Risiko kontinuierlich und ohne erkennbaren Schwelleneffekt.
Je mehr Risikofaktoren gleichzeitig auftreten und je länger und intensiver der Mensch ihnen ausgesetzt war, desto wahrscheinlicher ist die Entstehung von Atherosklerose und ihren Folgeerkrankungen. Bei der Atherosklerose handelt es sich um eine krankhafte Verdickung und Verhärtung der Gefässwände von Arterien. Häufigste klinische Erscheinungsbilder der Atherosklerose sind Herzinfarkt und Schlaganfall. Beim Herzinfarkt verschliesst sich eines der durch Atherosklerose verengten Herzkranzgefässe komplett, beim Schlaganfall eines der Hirngefässe. Auch die Beine können von Durchblutungsstörungen betroffen sein, sodass es zur peripheren arteriellen Verschlusskrankheit kommen kann.

Viele Risikofaktoren sind beeinflussbar
Man unterscheidet zwischen beeinflussbaren und nicht beeinflussbaren Risikofaktoren. Das persönliche Risiko hängt von beiden ab. Zu den beeinflussbaren Risikofaktoren gehören Rauchen, Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, Übergewicht, Stress, Bluthochdruck, ungünstige Blutfettwerte (Cholesterin) und erhöhte Blutzuckerwerte (Diabetes). Unter diesen Risikofaktoren sind solche, die durch Veränderung des Lebensstils vermindert werden können, und solche, die heutzutage medikamentös behandelt werden können. Unter den nicht beeinflussbaren Risikofaktoren sind vor allem die Gene zu nennen, die uns in die Wiege gelegt werden; nicht beeinflussbar sind aber auch das Alter (Risiko steigt mit zunehmendem Alter), das Geschlecht (Risiko ist bei Männern höher), die familiäre Vorbelastung (bedeutet Herzinfarkt oder Hirnschlag bei

weiblichen Familienangehörigen ersten Grades vor dem 65. und bei männlichen vor dem 55. Lebensjahr).
Studien zufolge können mehr als 80 Prozent der Herz-Gefäss-Krankheiten durch ein gesundheitsbewusstes Verhalten günstig beeinflusst werden. Zu diesen «Freunden» des Herzens gehören: Nichtrauchen, regelmässige Bewegung, ausgewogene Ernährung, gesundes Körpergewicht, guter Umgang mit Stress sowie normale Blutdruck-, Blutfett- und Blutzuckerwerte.

Kardiovaskuläre Faktoren behandeln

Länger leben und dabei gesund bleiben, das ist heute für viele Menschen in unseren Breitengraden möglich. So hat eine 80-jährige Patientin heutzutage eine weitere Lebenserwartung von rund zehn Jahren. Und ein 90-Jähriger wird im Durchschnitt 95 Jahre alt. 60 bis 70 Prozent der über 90-jährigen Patienten wohnen noch selbstständig zu Hause. Noch vor 20 Jahren war das ganz anders.
Eine wichtige Voraussetzung für ein langes selbstständiges Leben ist, dass die beeinflussbaren kardiovaskulären Risikofaktoren bekannt sind, vermieden oder behandelt werden. Ist dem nicht so, laufen die betagten Patienten Gefahr, wegen einer körperlichen Beeinträchtigung nach einem Schlaganfall oder Herzinfarkt ihre Selbstständigkeit zu verlieren. Heute gilt: Das Risiko, vor dem Tod pflegebedürftig zu werden, kann mit dem richtigen Lebensstil, durch regelmässige Kontrollen beim Hausarzt und, im Falle eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts, mit guter Behandlung im Spital verringert werden. An der Geriatrischen Universitätsklinik am Standort Spital Tiefenau werden häufig Patienten nach einem Schlaganfall oder Herzinfarkt behandelt. Bei der Behandlung auf der Geriatrie geht es insbesondere darum, basierend auf einer umfassenden altersmedizinischen Beurteilung die ausgefallenen Körperfunktionen wieder gut zu trainieren, damit die Selbstständigkeit wiedererlangt werden kann und der Patient wieder in seine angestammten vier Wände zurückkehren kann.

Risikofaktoren selber beinflussen

Rauchen: Rauchen erhöht nicht nur das Risiko für einen frühzeitigen kardialen Tod um das Zwei- bis Vierfache und vermindert die mittlere Lebenserwartung um rund sechs Jahre; Rauchen gilt auch als führender Risikofaktor für eine Vielzahl von Krebs- und Lungenerkrankungen. Der Rauchverzicht führt zu einer deutlichen Verbesserung der Prognose: Das Risiko kardiovaskulärer Ereignisse halbiert sich innerhalb von circa drei Jahren, nachdem mit dem Rauchen aufgehört wurde.
Hypertonie: Zu hoher Blutdruck gilt als einer der wichtigsten Risikofaktoren für Hirnschlag oder Herzinfarkt. In der Schweiz leidet rund jede fünfte Person unter einer arteriellen Hypertonie. Mit zunehmendem Alter nimmt die Häufigkeit der arteriellen Hypertonie zu. Es wird geschätzt, dass rund 70 Prozent der über 70-Jährigen Hypertoniker sind. Ein zu hoher Blutdruck ist meist nicht spürbar. Wird er zu lange nicht bemerkt, entstehen durch die hohe Druckbelastung der Gefässwände Schäden an den Gefässen. Hoher Blutdruck ist ein häufiges Problem und kann unbehandelt zu ernsthaften gesundheitlichen Problemen führen. In den meisten Fällen findet sich keine spezifische Ursache, es besteht jedoch häufig eine familiäre Veranlagung.
Von hohem Blutdruck spricht man bei Blutdruckwerten von über 140/90 mm Hg. Salzarme Kost, ein moderater Alkoholkonsum (wenn möglich gänzlicher Verzicht) und ausreichend Bewegung wirken sich positiv auf den Blutdruck aus. Häufig werden aber Medikamente notwendig, welche heutzutage glücklicherweise verfügbar sind und meist gut toleriert werden.
Ungesundes Cholesterin: Erhöhte Blutfettwerte sind ebenfalls ein wichtiger Risikofaktor für die Atherosklerose. Die Blutfette werden zum grössten Teil (circa zu 90 Prozent) im Körper selber produziert. Wie viel ein Mensch produziert, ist genetisch festgelegt. Die Ernährungsweise spielt nur zu einem kleinen Teil eine Rolle, denn mit der Ernährung können nur die restlichen zehn Prozent beeinflusst werden. Unter den Blutfetten spielen insbesondere das Cholesterin und die Triglyzeride eine grosse Rolle. Beim Cholesterin gibt es sogar noch Unterarten, wie das LDL (englisch: **L**ow **D**ensity **L**ipoprotein) und das HDL (**H**igh **D**ensity **L**ipoprotein). Das LDL-Cholesterin sollte möglichst tief sein, damit das Risiko für Hirnschlag und Herzinfarkt gesenkt werden kann. Beim HDL-Cholesterin (auch «gutes» Cholesterin genannt) ist es genau umgekehrt, es sollte in hoher Konzentration vorhanden sein. Das HDL-Cholesterin ist nämlich für den Rücktransport des Cholesterins zur Leber verantwortlich, wo es dann abgebaut wird. Sind erhöhte Blutfettwerte vorhanden, empfiehlt sich ein gesunder Lebensstil. Da aber, wie gesagt, die Blutfette vor allem durch den Körper selbst produziert werden, werden heute zur Behandlung meist Medikamente, in der Regel sogenannte Statine, eingesetzt.
Diabetes: Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ist eine Erkrankung des Zuckerstoffwechsels und fördert die Atherosklerose. Beim Diabetes mellitus Typ 2 bildet der Körper zwar noch Insulin, die Zellen können jedoch darauf nicht mehr ausreichend reagieren. Etwa die Hälfte aller Typ-2-Diabetiker in der Schweiz wissen nichts von ihrer Krankheit! Um sie festzustellen, muss der Zuckerwert im Blut gemessen werden. Auch für diesen wichtigen Risikofaktor sind heute zahlreiche Medikamente für die Behandlung verfügbar.

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

Kontakt:
Spital Tiefenau
Geriatrische Universitätsklinik
Tiefenaustrasse 112, 3004 Bern
Tel. 031 308 81 11
andreas.schoenenberger@spitalnetzbern.ch

Anästhesie im Alter

Gefahren sind abschätzbar

Das Alter einer Patientin, eines Patienten muss nicht zwangsläufig das Risiko einer Anästhesie erhöhen. Dennoch ist die Narkose bei hochbetagten Menschen heikler, bedarf einer umfassenden Vorabklärung und sorgfältigen Überwachung.

Die operative Medizin hat in den letzten Jahrzehnten enorme Fortschritte gemacht. Gleichzeitig wird die Bevölkerung immer älter. Diese Entwicklung führt dazu, dass der Anteil von alten oder gar hochbetagten Patienten, die sich einer chirurgischen Behandlung unter Narkose unterziehen müssen, stetig ansteigt. Diese Patienten leiden häufig an einer Vielzahl von Nebenerkrankungen, die das Operations- und Anästhesierisiko beeinflussen. Dazu gehören etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenkrankheiten, Leber- und Nierenfunktionsstörungen oder eine Beeinträchtigung der Blutgerinnung, namentlich durch Blutverdünnungsmedikamente.

Anästhesie vorsichtig dosieren

Sowohl eine Vollnarkose wie auch eine rückenmarksnahe Teilnarkose greifen in die lebenswichtigen Funktionen des Körpers ein und können diesen destabilisieren: Narkosemittel reduzieren den Rückfluss des Blutes zum Herzen und dessen Pumpleistung, was zu erheblichen Blutdruckabfällen führen kann. Das Herz des jungen Menschen kompensiert derartige Flüssigkeitsverschiebungen durch eine Steigerung der Kontraktionskraft. Das Herz des Betagten tut dies in deutlich geringerem Mass. Wegen der häufigen Arteriosklerose mit Einengungen der Gefässe vieler Organe tolerieren die Betagten zudem tiefe Blutdruckwerte deutlich schlechter als Jüngere. Blutdruckabfälle während einer Operation müssen deshalb rasch behandelt werden. Aus den gleichen Gründen werden auch Blutverluste von Betagten schlechter ertragen als von Jungen und müssen rascher ersetzt werden. Der Narkosearzt muss die Anästhesie also sehr vorsichtig dosieren, den Eingriff aufmerksam begleiten, sofort reagieren und korrigierend eingreifen, wenn während der Operation etwas passiert.
Es ist wichtig, dass alle Patienten (junge übrigens genauso wie alte) vor der Operation von einem Anästhesisten nach ihrem Gesundheitszustand, nach durchgemachten Krankheiten und den regelmässig eingenommenen Medikamenten befragt sowie klinisch untersucht werden. Sehr hilfreich sind dabei mitgebrachte Medikamentenkarten, da es für die meisten Menschen schwierig ist, die Medikamentennamen auswendig zu wissen. Der Anästhesiearzt wird dann in Absprache mit dem Patienten das geeignete Narkoseverfahren auswählen, die nötigen Überwachungsme-

thoden festlegen und die Medikamente auswählen.

Delirium und kognitive Dysfunktion
Das sogenannte postoperative Delir ist ein akuter Zustand mit Bewusstseinsstörung und oft Unruhe, der in den ersten Tagen nach einer Operation auftritt und wieder vorübergeht. Der Patient weiss nicht mehr, wer er ist, wo er ist, wirkt verwirrt und verloren. Davon abzugrenzen ist die postoperative kognitive Dysfunktion, die meist erst etwas später auftritt und sich in Störungen des Gedächtnisses und anderer komplexer Funktionen des Gehirns äussert.
Welche Mechanismen zu diesen Störungen führen, ist bis heute noch nicht eindeutig geklärt. Sicher ist aber, dass die Häufigkeit mit steigendem Alter zunimmt. Patienten mit vorbestehender Gehirnleistungsstörung, insbesondere Demenzkranke, haben ein deutlich erhöhtes Risiko. Weitere Risikofaktoren sind zum Beispiel Sauerstoffmangel, Infektionen, Medikamente, Störungen des Schlafrhythmus sowie Symptome der Gebrechlichkeit wie etwa Dehydratation, schlechte Ernährung, Seh- und Hörstörungen, Gang- und Gleichgewichtsstörungen.

Inzwischen gibt es ein ganzes Bündel von Massnahmen, die einem postoperativen Delir vorbeugen können.

Mögliche Auslöser des postoperativen Delirs sind unter anderem die bei der Operation verwendeten Medikamente. Aber auch der Eingriff selbst, die ursprüngliche Erkrankung, der damit verbundene Stress, die Schmerzen und die allgemeine Entzündungsreaktion des Körpers auf eine Operation begünstigen ein mögliches Delirium beziehungsweise eine kognitive Dysfunktion. Dies mag ein Grund sein, weshalb es keinen Unterschied macht, ob ein Patient in Vollnarkose oder Teilnarkose operiert wurde.
Inzwischen gibt es ein ganzes Bündel von Massnahmen, die – jeweils individuell abgestimmt – einem Delirium vorbeugen können. Diese zielen darauf ab, die bekannten Risikofaktoren während des Spitalaufenthalts anzugehen: Korrektur eines Flüssigkeitsmangels, Behandlung von Infektionen, Anpassung der Medikamente. Während sich die Patienten von einem postoperativen Delir innert weniger Tage erholen, dauert es Wochen bis Monate, bis sich eine postoperative kognitive Dysfunktion normalisiert. Ein postoperatives Delirium kann den Genesungsprozess stören, das Wohlbefinden des Patienten beeinträchtigen und die Verweildauer im Spital verlängern.

Keine Altersgrenzen
Diese Überlegungen führen zum Schluss, dass es nicht sinnvoll ist, plan- und voraussehbare Eingriffe auf die lange Bank zu schieben. Menschen, die zum Beispiel eine Gelenkprothese benötigen, sollten also nicht zuwarten, bis sie über 80 Jahre alt sind. Die Komplikationsrate während einer OP ist bei hochbetagten Patienten höher. Zudem sind die allgemeinen Genesungschancen und somit die Aussicht auf aktive und erfüllte Lebensjahre nach einer Operation bei jüngeren Alten erheblich grösser als bei Hochbetagten. Das Ziel jedes operativen Eingriffs ist es, Beschwerden zu lindern und die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen. Nutzen und Risiken müssen individuell abgewogen werden.
Die meisten Operationen bei Hochbetagten sind jedoch nicht planbar, sondern müssen dringlich oder notfallmässig zur Behandlung von akuten gesundheitlichen Problemen durchgeführt werden; etwa Knochenbrüche nach Stürzen (das typische Beispiel ist der Oberschenkelhalsbruch), Darmverschlüsse, Nabel- oder Leistenbrüche mit Einklemmung von Darmschlingen oder Karzinome. Ungeachtet des Alters wird hier die Gesamtsituation des Patienten angeschaut und gemeinsam mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen entschieden, ob ein Eingriff sinnvoll ist und dazu beitragen kann, die Lebensqualität des Erkrankten zu verbessern oder mindestens die Pflege zu erleichtern. Bei einem rüstigen, ansonsten gesunden über 90-Jährigen ist es aus anästhesiologischer Sicht durchaus möglich, einen Eingriff mit entsprechend engmaschiger Überwachung, schonender Narkose und guter Begleitung nach der OP vorzunehmen. Die klinische Untersuchung gibt vorab Hinweise auf den allgemeinen Gesundheitszustand: Hauptindikator ist hier stets die körperliche Leistungsfähigkeit. Lebt der Patient noch alleine? Kann er Treppen steigen und längere Strecken zu Fuss zurücklegen? Ist dem so, sollte die Narkose und die Operation im Prinzip gut vertragen werden. Auch gebrechliche Hochbetagte können operiert und anästhesiert werden. Das erhöhte Risiko muss hier gegen den potenziellen Nutzen der Operation abgewogen werden.

Kernaufgabe der Anästhesie

Das Ziel der Allgemeinanästhesie oder Narkose ist es, Bewusstsein und Schmerzempfindung des Patienten auszuschalten, um diagnostische oder therapeutische Eingriffe (Operationen) durchführen zu können. Dazu werden ein oder mehrere Narkosemittel verabreicht, die im zentralen Nervensystem wirken. Der Patient ist nicht aufweckbar – im Unterschied zu Lokal- und Regionalanästhesie, bei denen die Schmerzausschaltung über die Blockade von Nervenfasern nur einzelne Regionen des Körpers betrifft.
Die Überwachung des Patienten während des Eingriffs stellt eine Kernaufgabe des Anästhesisten dar. Ziel ist es, die Sicherheit des Patienten zu gewährleisten, kritische Situationen sofort zu erkennen und die Steuerung der Anästhesie zu ermöglichen. Das Ausmass dieser Überwachung (oder Monitoring) wird dem Gesundheitszustand des Patienten, seinem Alter und dem Ausmass des operativen Eingriffs angepasst.

Der Autor
Martin Luginbühl, PD Dr. med.
Facharzt FMH für Anästhesiologie
Chefarzt

Kontakt:
Spital Tiefenau
Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin
Tiefenaustrasse 112, 3004 Bern
Tel. 031 308 84 44
martin.luginbuehl@spitaltiefenau.ch

Extra:
Link zur Informationsseite der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation

Depressionen

Psyche gerät ausser Tritt

Der Mensch kann auf dem «Hochseil des Lebens» das Gleichgewicht verlieren; äussere Veränderungen wirken auf Psyche und Körper. Der Schlüssel zu einer Depression steckt oft in unserer Vergangenheit.

Um zu überleben, haben die Menschen während der Evolution gelernt, sich an unterschiedliche Bedingungen anzupassen. Die archaischen Tätigkeiten zur Nahrungsaufnahme waren Sammeln, Jagen und Anbauen. Die Nahrung war in diesen früheren Zeiten und wechselnden klimatischen Bedingungen sehr unterschiedlich. Phasen mit Nahrungsmittelknappheit, wie die klimabedingte Hungersnot in der Schweiz 1816, brachten grosse Not und erforderten Anpassungsleistungen. Auch die Schlafgewohnheiten unterschieden sich deutlich von den heutigen.
Um unter diesen Bedingungen zu überleben, passten sich unsere Vorfahren an. Sie waren mit Jagen und Sammeln aktiv. Sie nahmen Nahrung auf und wandelten diese in Energie um. Sie erholten sich, gaben dem Körper also Zeit zum Schlafen, und regenerierten so ihre Muskeln und Sehnen. Um diese Bewegungs-, Energieaufnahme- und Erholungsvorgänge im Individuum zu koordinieren, entwickelte sich das autonome Nervensystem, welches die Organfunktionen steuert. Das autonome unterscheidet sich vom somatischen Nervensystem. Letzteres steuert zum Beispiel die willentlich beinflussbaren Bewegungen.

Ernährung, Bewegung und Erholung
Ferner haben unsere Vorfahren gelernt, in Gruppen zu leben. Sie teilten die Aufgaben auf und unterstützten sich gegenseitig. Es gelang, Erfahrungen und Erinnerungen zu sammeln und weiterzugeben. Zudem entwickelten sich raffinierte zwischenmenschliche Mechanismen. Freund und Feind wurden unterschieden, Techniken und Werkzeuge wurden getauscht und weitergegeben. Gefühle wie Freude und Trauer, Angst und Wut halfen, die Beziehungen untereinander zu gestalten und feinfühlig zu regulieren. Neugier und Interesse wurden benötigt, um die Umgebung zu erkunden und neue Lebensräume zu erforschen. Die Psyche ermöglichte es unseren Vorfahren, die Gruppe zusammenzuhalten, die körperlichen Vorgänge zu koordinieren und aus Erfahrungen zu lernen. So entstand über viele Jahre ein sensibles Gleichgewicht, welches durch die drei Hauptfaktoren «Ernährung, Bewegung und Erholung» positiv oder negativ beeinflusst werden kann.

Beschleunigte Gesellschaft
In den letzten zweihundert Jahren haben sich die Lebensbedingungen durch die Industrialisierung rasch und

grundlegend geändert. Vorgänge in der Gesellschaft haben sich beschleunigt. Zum Beispiel ist das Verrinnen der Zeit in einer Sanduhr sichtbar, das Innenleben der mechanischen Uhr gerade noch fassbar. Hingegen ist es für einen Laien kaum möglich, die Zeit im Computer zu begreifen. Die Arbeit wird schneller durchgeführt, mechanisiert und industrialisiert. Vorteile dieser organisierten Entwicklung sind die verbesserte Gesundheitsversorgung durch die Entwicklung der Hygiene und Fortschritte in der Medizin. Über mehrere Entwicklungsstufen bildete sich ab 1970 die Informationsgesellschaft. Diese Entwicklung ermöglicht es uns, zum Beispiel mithilfe der Informatik, Aufgaben gleichzeitig und an verschiedenen Orten auszuführen.
Psychiater, Psychologen, Mediziner und Biologen ringen genau zu dieser Zeit um einen Kompromiss, um die bedeutendste psychische Krankheit zu bezeichnen. Depression nennen sie die verminderte Fähigkeit zur Freude und des Interesses, des Selbstwertgefühls und Einbussen in der Konzentration. Zudem treten Antriebs- und Aktivitätsverminderung, eine erhöhte Erschöpfbarkeit, Appetitstörungen und Schlafstörungen auf.

Privatklinik Wyss, Münchenbuchsee

Die Privatklinik Wyss befindet sich in attraktiver Lage vor den Toren der Städte Bern und Biel und ist sowohl mit öffentlichen Verkehrsmitteln als auch mit dem Auto gut erreichbar. Die Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie behandelt seit 1845 Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen. Sie ist insbesondere auf die Behandlung von Depressionen, Angst, Zwang sowie stressbedingten Erkrankungen wie Burnout spezialisiert. Das stationäre Behandlungsangebot wird durch tagesklinische Angebote (in Münchenbuchsee) und ambulante Angebote in Biel (bei der Klinik Linde), im Münchenbuchsee und in Bern (am Hirslanden Salem-Spital) ergänzt.

Depression: gestörtes Gleichgewicht

Das oben erwähnte, sorgfältig entstandene Gleichgewicht kann an vielen Orten gestört werden. Wenn die Bewegungsvorgänge im Menschen ins Ungleichgewicht geraten, wie dies im Rahmen eines langen abgesessenen Arbeitstages im Büro passieren kann, werden Muskeln und Sehnen zu wenig und zu einseitig beansprucht. Das kann zu Schmerzen führen, welche die Fähigkeit zur Freude mindern können. Müssen mehrere Aufgaben gleichzeitig ausgeführt werden, wie dies mittels heutiger Kommunikation gut möglich ist, kann dies zu Konzentrationseinbussen führen. Wenn der Schlaf durch die pausenlosen Informationseindrücke verschlechtert oder verkürzt wird, bleibt für das autonome Nervensystem zu wenig Zeit zur Regulierung der Körpervorgänge und zur vollständigen Erholung. Dieser gedrängte Alltag erschwert es auch, sich bedarfsgerecht zu ernähren. Als Folge kann durch Fehlernährung die Balance verloren gehen, welche das Gleichgewicht der Botenstoffe im Körper und im Hirn empfindlich stören. In der Folge können Gefühle nicht mehr richtig interpretiert werden, was zu Verminderung des Selbstwertgefühls und der Konzentration wie auch zu erhöhter Erschöpfbarkeit bis zu lebensbedrohlichen Zuständen führen kann. Fällt gleichzeitig eine schicksalshafte Lebensaufgabe wie eine Trennung, ein Verlust oder eine Auseinandersetzung am Arbeitsplatz an oder treffen wir auf Konflikte oder Veränderungen im Umfeld, kann das die Kompensationsvorgänge des Körpers und der Psyche überfordern. Die Depression ist entstanden.

Balance wiederfinden

Es ist wichtig, die hier gezeigten psychischen Vorgänge zu kennen. So kann man sich oder Nahestehende beobachten und beim Auftreten von Zeichen von Ungleichgewicht rasch professionelle medizinische Hilfe aufsuchen. Eine Hausärztin oder ein Hausarzt kann die Situation beurteilen und helfen, eine Abklärung und Behandlung einzuleiten, sollte dies notwendig geworden sein. Je nach Ausprägung der Erschöpfung oder Depression muss auch eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie beigezogen werden.

Verschiedene Behandlungsformen

Die intensivste Behandlungsform kann in Form einer stationären psychiatrischen Behandlung notwendig werden. Hier wird nach eingehender Beurteilung mit medizinischer Abklärung eine auf die Patientin oder auf den Patienten abgestimmte Behandlung durchgeführt. Im Klinikrahmen können gleichzeitig eine Psychotherapie gemacht und antidepressive Medikamente angepasst werden. Zudem können begleitende medizinische Krankheiten therapiert werden. In psychotherapeutischen Einzelgesprächen oder in geleiteten Gruppengesprächen können die individuellen psychischen Belastungen bearbeitet werden. Bewegungs- und Körpertherapie reaktivieren verlernte Bewegungsmuster. In Gestaltungs- oder Malateliers können wichtige psychische Funktionen wie Kreativität wiederentdeckt werden.
Die tagesklinische Behandlung unterscheidet sich dadurch, dass Erkrankte über Nacht und am Wochenende in ihrem gewohnten Umfeld sind und tagsüber in Behandlung in die Klinik kommen. Es gibt verschiedene Behandlungsmodelle, die sich in der Intensität unterscheiden. In einer ambulanten Behandlungsform, mit regelmässigen, zum Beispiel wöchentlichen Terminen, steht das psychiatrisch-psychotherapeutische Einzelgespräch im Vordergrund. Es gibt auch ambulante Angebote mit geführten Gruppengesprächen.

Der Autor
Thierry de Meuron, Dr. med.
Chefarzt

Kontakt:
Privatklinik Wyss
Fellenbergstrasse 34, 3053 Münchenbuchsee
Tel. 031 868 33 33
t.demeuron@privatklinik-wyss.ch

Extra:
Link zur Website der Privatklinik Wyss

Neurorehabilitation

Neues Kapitel in Riggisberg

Nach der Schliessung der Geburtshilfe vor drei Jahren steht Riggisberg wieder auf drei Beinen: Das Akutspital der Insel Gruppe mit ambulantem Angebot, mit Chirurgie/Traumatologie und Medizin setzt seit September auf die Neurorehabilitation.

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 können bei geeigneter Therapie 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.

Wider die ungenutzte Zeit

Wegen mangelnder Betten – bislang ist man von gegen 100 fehlenden Betten im Kanton Bern ausgegangen – mussten hirnverletzte Patienten im Kanton Bern oft lange auf ein Bett in einer Neurorehabilitation warten. Ohne spezifisches Training und Therapie kann das zu einer verzögerten Erholung führen. Die Eröffnung der Abteilung für Neurorehabilitation in Riggisberg entschärft nun die Situation.

Um die Universitäre Neurorehabilitation der Insel Gruppe AG Standort Riggisberg für die neue Klientel startklar zu machen, wurden bis zur Eröffnung im September im Landspital diverse bauliche Anpassungen vorgenommen. Zwar sind noch nicht alle Erweiterungen abgeschlossen, sie werden aber im Verlauf der nächsten Monate beendet sein. Zudem wurden neue Geräte und Mobilien angeschafft, um die zahlreichen Therapien anbieten zu können. Weiter verlangte die Eröffnung der Neurorehabilitation bei laufendem Betrieb eine Reorganisation der Abläufe in der Akutabteilung.

Neue Stellen geschaffen

Mit der neuen Reha-Abteilung im Spital Riggisberg wurden per September dieses Jahres 50 neue Vollzeitstellen geschaffen. Nebst Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachpersonen sind dies Spezialisten aus Ergotherapie, Logopädie, Neurophysiologie und Physiotherapie, die in Neurorehabilitation erfahren sind. Für eine Neurorehabilitation bietet das Landspital der Insel Gruppe mit sehr guter Infrastruktur wie Notfallaufnahme, Chirurgie, Medizin und – wichtiger Pluspunkt für eine Neurorehabilitation – einer Computertomografie optimale Voraussetzungen. Auch deshalb ist

das voll ausgestattete Spital ausgewählt worden, damit diese Synergien genutzt werden können. Zumal demografische Veränderung der Bevölkerung mit längerer Lebenserwartung auch die Risiken eines Schlaganfalls ansteigen lassen (siehe Infobox unten). Dabei bleibt das Spital Riggisberg auch bei Vollausbau der Rehabilitation ab Frühjahr 2017 ein Akutspital: Die Neurorehabilitation wird rund ein Drittel des Spitalpersonals beanspruchen; der Akutbereich mit dem Rettungsdienst bleibt nach wie vor weit grösser als die Rehabilitation.

Ein Behandlungspfad

Mit dem Konzept der Neurorehabilitation der Insel Gruppe wird der Patient vom Eintritt über den Notfall im Inselspital bis zum Austritt im Spital Riggisberg 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 behandelt, welche ein intensives und multidisziplinäres Therapieangebot hat. Die ambulante Neurorehabilitation, wo Therapien so lange wie erforderlich ambulant 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 Akutrehabilitation der Universitären Neurorehabilitation auf dem Insel-Campus wird bis Anfang 2017 umgebaut und mit angepassten Räumlichkeiten erweitert, welche auch eine umfassende Überwachung der schwer betroffenen Patienten erlauben.

Zukunft für Riggisberg

Für das Spital Riggisberg mit seinen Abteilungen für Medizin und Chirurgie, mit medizinischen Spezialsprechstunden und einem 24-Stunden-Notfall plus Rettungsdienst ist die Neurorehabilitation ein wichtiges drittes Standbein, das als neues Angebot die ambulante und stationäre Grundversorgung der Bevölkerung im Gantrischgebiet, im Schwarzenburgerland und im Gürbetal sichert. Das zusätzliche Angebot unterstützt das Spital auch in finanzieller Hinsicht und hilft mit, die Akutmedizin langfristig zu stärken, zu erhalten und weiterzuentwickeln.

Ursachen einer Hirnverletzung

Jährlich erleiden etwa 20 000 Personen eine Hirnverletzung. Die häufigsten Hirnverletzungen entstehen aufgrund von Kreislauferkrankungen, die zu einem **Schlaganfall** führen. Die Mehrheit der Patienten 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.
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 SHT erleiden.
Weitere 600 Hirnverletzungen pro Jahr sind durch Hirntumoren verursacht.

Spezialcrews im Einsatz

Ärztinnen und Ärzte sind für Diagnostik und Behandlung der Folgen von Hirnverletzungen zuständig. Bei Eintritt des Patienten wird eine vollständige klinisch-neurologische Untersuchung durchgeführt, die auch eine verhaltensneurologische Abklärung einschliesst. Therapieplanung und medizinische Behandlungen werden regelmässig geprüft und angepasst.
Die **pflegerische Betreuung** basiert auf dem Konzept der Bezugspflege. Dies bedeutet, dass die Patienten während ihres Aufenthalts eine bestimmte Pflegefachperson als zuständige Ansprech- und Betreuungsperson erhalten.
Die **Ergotherapie** unterstützt und trainiert die Patienten, um die Selbstständigkeit in alltäglichen Verrichtungen wieder zu erreichen, zu verbessern und zu erhalten. In der **Logopädie** werden Störungen der Sprache, der Kommunikation und des Sprechens, der Stimme und der Gesichtsmuskulatur behandelt. Verletzungen und Krankheiten des Gehirns können kognitive Funktionsbereiche beeinträchtigen (Sprache, Gedächtnis, Aufmerksamkeit usw.). Solche Störungen der höheren Hirnfunktionen erfordern eine spezifische Behandlung durch die **Neuropsychologie**. Beratungsgespräche für Betroffene und Angehörige auf der Basis **psychotherapeutischer Methoden** ergänzen das Angebot. Während der Neurorehabilitation fokussiert sich die **Physiotherapie** auf Bewegungsübungen und intensives Training in Einzel- oder Gruppentherapien, um die Voraussetzungen für Gleichgewicht, Koordination, Beweglichkeit und Kraft wiederzuerlangen und zu erhalten.

Die Auskunftspersonen
René Müri, Prof. Dr. med.
Facharzt FMH für Neurologie
Abteilungsleiter Universitäre Neurorehabilitation

Kontakt:
Inselspital, Universitätsklinik für Neurologie
Freiburgstrasse, 3010 Bern
Tel. 031 632 30 81
rene.mueri@insel.ch

Extra:
Link zur Universitären Neurorehabilitation Insel Gruppe

Jörg Paul Isenegger, Dr. med.
Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin
Chefarzt

Kontakt:
Spital Riggisberg
Medizinische Klinik
Eyweg 2, 3132 Riggisberg
Tel. 031 808 72 20
joerg.isenegger@spitalriggisberg.ch

Hypnose

Ängste überwinden und auflösen

Ängste und Phobien schränken ein und führen bis zur sozialen Isolation. Eine effektive Methode, Ängste zu überwinden, ist die Hypnose. Die bedrückenden Gefühle werden im Unterbewusstsein durch positive Bilder ersetzt.

Angst ist eine Emotion, die jeder kennt und die häufig auch einen Sinn hat, für eine Fluchtreaktion oder ein anderes angemessenes Verhalten sorgt. Anders stellt sich die Situation dar, wenn Angstzustände ohne ersichtlichen Grund oder unverhältnismässig auftreten und vor allem, wenn sie zu Einschränkungen im Alltag führen. Bei Flugangst kann man allenfalls auf andere Verkehrsmittel umsteigen, schwieriger wird es aber, leidet man unter der Angst, aus dem Haus zu gehen, oder fürchtet sich vor Menschenbegegnungen, vor Kontakten und Beziehungen. «Gerade Ängste und Phobien lassen sich mit einer Hypnose gut auflösen», sagt Hypnosetherapeutin Doris Ayer.

Aktive Mitarbeit der Klienten

Immer mehr Menschen vertrauen als Behandlungsmethode der Hypnose, wenn sie unter Problemen wie Erschöpfung, Ängsten und Phobien leiden, wenn sie Gewicht reduzieren oder mit dem Rauchen aufhören möchten. Die therapeutische Hypnose hat allerdings nichts mit der Bühnenhypnose zu tun, bei der vor allem das Publikum in Staunen versetzt oder zum Lachen gebracht werden soll. «Bei der therapeutischen Hypnose ist der Klient, die Klientin aktiv und trägt so einen wichtigen Teil zur Hypnosearbeit bei», sagt Doris Ayer, «es ist nicht so, dass das Leiden von selbst verschwindet, weder mit einem kleinen ‹Schnipsen› noch mit dem Wort ‹Schlaf›.»

Durch Hypnose wird ein körperlicher und mentaler Zustand tiefer Entspannung erreicht (Trance). In diesem Zustand können Blockaden, Ängste und negative Programmierungen im Unterbewusstsein aufgelöst und durch positive Bilder, welche die Hypnosetherapeutin verbal «zeichnet» (Suggestionen), ersetzt werden. Bevor aber die Klienten in Trance versetzt werden, legen sie in einem Gespräch dar, warum sie welche Hilfe suchen, worunter sie leiden und wie sie sich ihren Wunschzustand vorstellen. «Das ist der entscheidende Einstieg in die Therapie», so Doris Ayer und fügt an: «Im Grunde ist jedermann hypnotisierbar, denn jeder Mensch befindet sich mehrmals täglich in einem leichten natürlichen hypnotischen Zustand, ohne dies bewusst wahrzunehmen.»

> Hypnose ist kein willenloser Zustand, sondern die Klientin, der Klient trägt selber aktiv zum Erfolg der Behandlung bei.

Ursprung der Probleme suchen

Bei einigen Menschen reichen ein bis zwei Sitzungen, um den Ursprung von belastenden Erlebnissen zu finden und zu eruieren, weshalb diese Ängste, Panikattacken oder Phobien auslösen. Ist der Ursprung gefunden, beginnt die befreiende Auflösung. In der Hypnose sind prinzipiell verschiedene Tiefen der Trance erreichbar. Die Therapie findet meist im Bereich einer leichten bis mittleren Hypnose statt. «Der Klient kann sich dabei jederzeit bewegen und mitteilen. Ein Trancezustand ist kein willenloser Zustand», sagt Doris Ayer und fährt fort: «Während der Trance streue ich wertvolle Metaphern ein und die ‹Reise› wird zu einem unvergesslichen Erlebnis. Das Ergebnis ist nachhaltig und wertvoll.» Eine wichtige Aufgabe der Hypnosetherapeutin ist es, den Klienten zu beobachten, anhand der Mimik, der Atmung oder des körperlichen Verhaltens zu führen und zu erkennen, wann die Sitzung behutsam ausgeleitet werden 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

Extra:
Link zur Website der praxis für coaching & hypnosetherapie

Osteopathie für Kinder

Asymmetrien nach der Geburt

Die Natur schützt Babys, trotzdem kann der Geburtsvorgang beim Neugeborenen Spuren hinterlassen. Falls sich Asymmetrien oder Funktionsstörungen nicht von selber auflösen, kann die Osteopathie helfend eingreifen.

Auch ganz natürliche, an und für sich komplikationsfreie Geburten können für die Babys Folgen haben. Die Gebärmutter drückt den kindlichen Schädel um bis zu zwei Zentimeter im Durchmesser kegelförmig zusammen. Bei der Drehung im Geburtskanal üben Beckenknochen und Beckenmuskulatur ebenfalls enormen Druck auf die Schädelknochen des Kindes aus. Durch die Schädelbasis verlaufen wichtige Nerven- und Gefässbahnen, die durch diesen starken Druck gestaucht werden können. Der Austritt der Schultern kann zudem zu extremen Drehungen und Seitenneigungen des Halses führen. Solche normalen Geburtsvorgänge haben Auswirkungen auf Faszien, Muskeln, Rippen oder Becken der Neugeborenen. Babys sind derweil erstaunlich stressresistent und von Natur aus gut auf den Geburtsprozess vorbereitet.
Im Normalfall rücken die körperlichen Strukturen von alleine innerhalb weniger Tage an ihren angestammten Platz zurück. Elternliebe, Geborgenheit, das Gefühl von Sicherheit und viel körperliche Nähe sind die wichtigsten Faktoren, die eine rasche Selbstheilung positiv beeinflussen. Regeneriert sich das Kind jedoch nicht von alleine, können die Körperstrukturen ihre ursprünglichen Funktionen nicht optimal wahrnehmen. Die Folge ist das Auftreten von unterschiedlichsten Asymmetrien und Funktionsstörungen: vom Schädel beginnend, die Wirbelsäule entlang bis hinab zum

kindlichen Becken. Eine Asymmetrie, bedingt durch intrauterine Positionen oder Geburten, die sich nicht selbstständig auflöst, kann sich im ganzen Körper widerspiegeln und Funktionen wie Atmung, Saugen, Schlucken, Haltung und Bewegung beeinträchtigen. Im Wachstum können sich diese Probleme noch verstärken.

Schwierige Geburtsverläufe
Jedes Kind erlebt seine Geburt anders. Es gibt allerdings Situationen während einer Geburt, die man mit grosser Wahrscheinlichkeit als traumatisch fürs Kind bezeichnen kann. Dazu gehören zum einen schwere Geburten – des Öfteren bereits begleitet von Komplikationen während der Schwangerschaft –, lange Geburtsverläufe oder gar Stillstände. Zum anderen gehören auch Geburten mit Zange oder Saugglocke sowie solche vor der 37. Schwangerschaftswoche dazu. Mögliche Symptome oder Auswirkungen eines solchen, nicht spontan aufgelösten Geburtstraumas können zu hohe oder zu geringe Körperspannung, Saug- und Trinkschwächen, Verdauungsbeschwerden, Unruhe und Schlafstörungen, motorische Entwicklungsverzögerungen, unregelmässige Gebissentwicklung oder eben Asymmetrien aller Art sein.

Auf Augenhöhe begegnen
In diesem Moment kann die Osteopathie mit ihrem ganzheitlichen Behandlungsprinzip sehr hilfreich sein. Ziel ist es immer, das fasziale, muskuläre und skeletäre Gleichgewicht der Kinder wiederherzustellen. Dabei soll das Gesundheitspotenzial jedes einzelnen kleinen Patienten optimiert und seine Selbstheilungskräfte mobilisiert werden. Die Osteopathen arbeiten eng mit den Kinderärzten zusammen und sind keinesfalls ein Ersatz für die regelmässigen Kontrollbesuche beim Pädiater. Es ist sinnvoll, einen Osteopathen aufzusuchen, der über einen gewissen Erfahrungsschatz im Umgang mit Babys und Kleinkindern verfügt. Denn die Untersuchung der Mini-Patienten verlangt viel Fingerspitzengefühl. Durch sanftes Abtasten von Wirbelsäule, Becken, Extremitäten, Schädelbasis, Schädelknochen sowie der Organsysteme erspürt der Osteopath Volumen und Druck. Die Körperflüssigkeiten stauen sich an und das Gewebe fühlt sich etwas fester an.
Mit dem Setzen gezielter Impulse findet das Körperchen in ein neues Gleichgewicht. Dabei ist es zentral, dass sich das Kind immer sicher und geborgen fühlt, indem es beispielsweise auf Mutters oder Vaters Schoss sitzt. Die Kommunikation zwischen dem Osteopathen und dem Kind läuft auf nonverbaler Ebene ab. Individuelle Grenzen müssen in jedem Fall respektiert werden. Der kindliche Körper erzählt nämlich nur dann seine ganze Geschichte, wenn man ihm auf Augenhöhe begegnet.

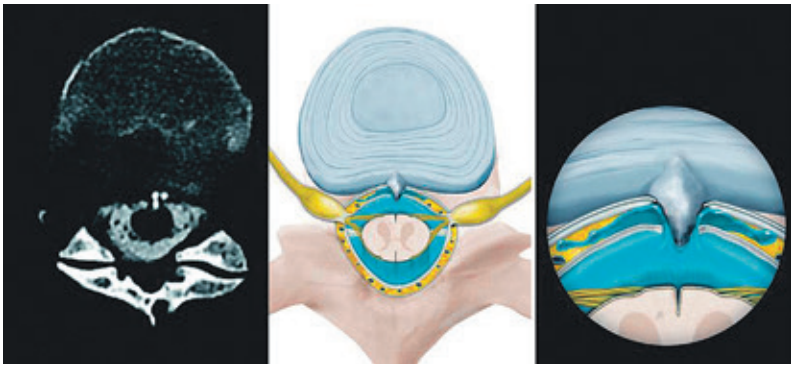
Die Auskunftsperson
Anna-Leena Guggisberg
Osteopathin D.O., GDK/CDS
Kinderosteopathin DPO

Praxis:
Bernstrasse 21, 3066 Stettlen
Tel. 031 932 06 14
info@osteopathie-guggisberg.ch

News, Agenda

Wenn das Hirn auf dem Trockenen liegt

Bisher lag die Ursache der Erkrankung oft im Dunkeln. Nun haben Berner Neurochirurgen gleichzeitig den Grund für den plötzlichen Hirnwasserverlust gefunden und die Lösung.



Wie ein scharfes Messer schneidet ein verkalkter Mikrosporn die Nervenhaut (Dura) auf. Links ein Computertomogramm, mittig und rechts eine schematische Darstellung. Neurochirurgie Inselspital

Die Patienten haben neu eine über 90-prozentige Chance auf Heilung. Flüssigkeit schützt unser Gehirn und Rückenmark. Geht diese verloren und kann nicht mehr genügend nachproduziert werden, liegt das Hirn buchstäblich auf dem Trockenen. Betroffene leiden dann unter starken Kopfschmerzen, die nur im Liegen bessern, unter Übelkeit, Nackensteife, Schwindelanfällen, Arbeitsunfähigkeit und bedrohlichen Blutungen. Immer wieder tritt dieser Zustand plötzlich und ohne offensichtliche Ursache auf.

Winzige Sporne verletzen die Nervenhaut

Neurochirurgen, Neuroradiologen und Neurologen des Universitären Neurozentrums Bern haben nun mit neuesten Bildgebungsverfahren und Mikrochirurgie winzige, verkalkte Bandscheibenfortsätze an der Wirbelsäule von Betroffenen gefunden. Diese Sporne bohren ein Loch in die Nervenhaut (Dura), welche das Hirnwasser schützt. Das so entstandene Leck befand sich bei den meisten Patienten in der Brustwirbelsäule oder unteren Halswirbelsäule. In einer Studie hatten die Ärzte 14 von 69 Patienten mit besonders hartnäckigen Verläufen der Erkrankung mittels Mikro-Neurochirurgie untersucht. Bei allen operierten Patienten konnte unmittelbar nach der Diagnosestellung der Sporn entfernt und das Leck geschlossen werden.

Diagnose und Heilung in einer Operation

Studienleiter Jürgen Beck bezeichnet die Entdeckung als Wende für die Patienten: «Die Erkrankung ist oft einschneidend und stark belastend. Nun konnten wir erstmals zeigen, wie die Lecks im System entstehen, und im selben Zug eine Lösung anbieten. Das zieht Patienten aus der ganzen Welt an.» Die Erfolgsrate der neuen Operationsmethode spricht für sich: Die Berner Neurochirurgen können 93 Prozent der Patienten mit Mikrospornen heilen. Ein Drittel der Zuweisungen erhalten sie daher bereits aus dem Ausland.

Forum «medizinaktuell»

Publikumsanlässe auch 2017

Die beliebte Vortragsreihe «medizinaktuell» wird auch 2017 fortgesetzt. Ärztinnen und Ärzte der Insel Gruppe AG informieren über Gesundheit und Krankheiten. Die Vorträge haben zum Ziel, die Bevölkerung in gesundheitlichen und medizinischen Fragen kompetent, verständlich und aus erster Hand zu informieren. Dabei wird über Krankheitsbilder, Ursachen und Symptome, Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten informiert, Tipps und Ratschläge zur Vorsorge vermittelt. Die Vortragsagenda 2017 finden Sie ab Anfang Dezember unter www.inselgruppe.ch (Rubrik «Veranstaltungen»). Diese Anlässe am Spital Tiefenau stehen bereits fest:

30. Januar
Adipositas – Speck weg, Diabetes weg, operieren statt Medikamente schlucken

6. Februar
Schmerz lass nach – «Rundreise» durch die moderne Schmerztherapie

13. März
Arteriosklerose (Gefässverkalkung) – wie schützt man sich davor, wie wird sie behandelt?

20. April
Volkskrankheit Verstopfung – moderne Diagnostik, medikamentöse Therapien, chirurgische Eingriffe

19. Juni
Wege aus dem Fussschmerz – Vorsorge, Operation

18. September
Demenz, Gedächtnisstörungen – welche Symptome auf Demenz hindeuten, wie Betroffene und Angehörige damit umgehen können

Im Anschluss an die Vorträge stehen die Referentinnen, Referenten dem Publikum jeweils zur Beantwortung von Fragen zur Verfügung. Die Vortragsabende beginnen um 19 Uhr und dauern bis circa 20 Uhr. Die Teilnahme ist kostenlos, die Voranmeldung nicht nötig.

Nächste Ausgabe

Das Magazin erscheint wieder im April 2017 unter anderem mit diesen Themen:

Vorhofflimmern erkennen, Hirnschlag vorbeugen • Diabetes: der K(r)ampf mit dem Zucker • Knieschmerzen: harmlos oder Arthrose? • Zu einem geruhsamen Schlaf gehört das richtige Bett