

medizin aktuell

Die regionale Gesundheitsinformation

April 2015

Grüner Star

Schleichender «Dieb»
des Sehvermögens

COPD

Neue Therapien
schaffen Linderung

Herz und Diabetes

Diabetiker sind doppelt
herzinfarktgefährdet

Wirbelsäulenerkrankungen

Mit massgeschneiderter Therapie gegen Schmerz



Entstanden in Zusammenarbeit mit Gesundheitsinstitutionen der Stadt und Region Bern

Schmerzfrei leben, richtig bewegen

Das spezielle «Schmerzfrei-Programm» ist ein Bewegungskonzept, das Betroffenen hilft, ihre Schmerzen zu beseitigen oder zu lindern – unter Anleitung von zertifizierten «Schmerzfrei-Coaches».



Bis zu zwei Drittel aller Menschen haben Schmerzen. Zu den häufigsten Formen zählen Rücken-, Nacken- und Schulterschmerzen. Weitere «schmerzhafte Spitzenreiter» sind Muskel- und Gelenkschmerzen, Kopfschmerzen und Migräne.

Schmerzen müssen nicht sein

Unser Körper ist perfekt konstruiert, somit gehört auch der Schmerz in dieses Konzept, das die Natur geschaffen hat. Es hat einen Sinn und einen Grund, wenn uns unser Körper Schmerz signalisiert. «Betroffene sollten aber wissen, dass uns viele Schmerzen auf unsere eingeschränkte Lebensart aufmerksam machen und kein naturgegebenes Schicksal sind.» So beschreibt es Valentin Oehen, erfahrener Fitness- und Gesundheitstrainer sowie Begründer der Fitotal Fitnesscenter. Das «Schmerzfrei System» wurde über die letzten 18 Jahre entwickelt und auf seine Wirksamkeit überprüft.

Gezielt bewegen

Viele Menschen bewegen sich vollkommen unzureichend und verbringen ihr Leben sitzend oder schlimmstenfalls liegend. Und auch die Hochaktiven bewegen sich oft sehr einseitig. Joggen, Gehen, Schwimmen oder andere Sportarten mobilisieren ganz bestimmte Muskelpartien, nutzen aber selten bis gar nie das vollständige Bewegungsrepertoire. So bleiben viele Gelenkwinkel und Muskelbereiche inaktiv.

Um ein langfristig schmerzfrees Leben führen zu können, müssen Betroffene aktiv werden. «Painfree Systems» bietet hier ein systematisiertes Konzept an. Dieses aus einer Vielzahl von therapeutischen Dehnungs-, Kräftigungs- und Muskel-Achtsamkeitsübungen bestehende System dient der Wiederherstellung des vollen Bewegungsspektrums. Die auf die jeweiligen Probleme individuell konzipierten Übungen sind auf Schmerzfreiheit ausgerichtet.

Gehirnbereiche reaktivieren

Es handelt sich um Bewegungen, für die der Körper genetisch und evolutiv vorgesehen ist. Dabei geht es um die Erhöhung der Durchblutung und den Stoffwechsel in den Kapillaren. Und weiter werden durch genau diese sehr speziellen Bewegungen jene Schmerzrezeptoren angesprochen, die für die Schmerzhemmung zuständig sind. Regelmässig praktiziert, werden so bereits «verkümmerte» Reaktionen und Bereiche des Gehirns nachweislich reaktiviert. Die geniale Wirkung entsteht also durch die Dehnung der Gelenkkapseln, der Bänder und der Faszien (und nicht der Muskulatur), vor allem, wenn sie – wie bei den Übungen von «Painfree Systems» – bis in ihren Grenzbereich bewegt werden. Das ist das wirklich Neue und Spezielle dieses «Schmerzfrei Systems», weil genau aus diesen (Grenz-)Bereichen die Informationen kommen, die das Gehirn braucht, um Schmerzen hemmen zu können.

Gutschein

für eine kostenlose Beratung
in unseren Schmerzfrei-Studios



Die Auskunftsperson

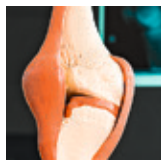
Valentin Oehen
Fitness- und Gesundheitstrainer

Kontakt:

Fitotal Fitness- und Gesundheitscenter
Talstrasse 9, 3053 Münchenbuchsee, Tel. 031 869 19 86
Waldeggrasse 27c, 3097 Liebefeld/Köniz, Tel. 031 972 77 27
Ladyfitness, Hauptstrasse 20, 3250 Lyss, Tel. 032 384 04 06
fitotal@tchnet.ch, www.fitotal.ch

Inhalt

Wundpflege: Bei chronischen Wunden hilft nur die fachgerechte Behandlung. → Seite 5



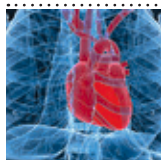
Kniearthrose: Die Abnutzung des Kniegelenks lässt sich nicht rückgängig machen, doch mit verschiedenen Therapieansätzen können Schmerzen gelindert werden. → Seite 8

Buchtipps: Gerade im Gesundheitsbereich erscheinen regelmässig interessante Bücher. → Seite 11

Swiss Sportsclinic: Im anerkannten Kompetenzzentrum für Sport werden Spitzenathleten ebenso wie Sporteinsteiger medizinisch betreut und psychologisch begleitet. → Seite 12

Wirbelsäulenerkrankungen: Eine frühzeitige Behandlung von Rückenschmerzen ist wichtig, damit diese nicht chronisch werden. → Seite 13

Herz und Diabetes: Die Zuckerkrankheit kann das Herz schädigen und bis zum Herzinfarkt führen. → Seite 15



Angina Pectoris: Ein plötzlich auftretendes Engegefühl hinter dem Brustbein ist ein ernst zu nehmendes Warnzeichen des Herzens. → Seite 18

Guter Schlaf: Ein ergonomisches Bettsystem stützt die Wirbelsäule optimal und beugt häufig Schmerzen vor. → Seite 20

Psychischer Notfall: Die Kriseninterventionsstation am Psychiatriezentrum Münsingen unterstützt Menschen, die in aussergewöhnlichen Lebenssituationen Hilfe brauchen. → Seite 22



COPD: Die auch als «Raucherhusten» bekannte chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist nicht heilbar, doch verschiedene Therapien verschaffen den Betroffenen Linderung. → Seite 26

Adipositas: In manchen Fällen ist eine Operation die einzige Möglichkeit, das Körpergewicht zu reduzieren. → Seite 28

Personen und Agenda: Neue Kaderpersonen der Spital Netz Bern AG, Vortragsreihe «medizinaktuell» → Seite 32

Impressum: Das Magazin «medizinaktuell» entsteht in Zusammenarbeit mit Gesundheitsinstitutionen der Stadt und Region Bern, die für den Inhalt ihrer Beiträge selber verantwortlich zeichnen.

Auflage: 117 000 Exemplare.

Erscheinungsweise, nächste Ausgabe: Das Magazin erscheint zwei Mal pro Jahr, die nächste Ausgabe im Oktober 2015.

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, Thomas Uhland, 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).

Korrektorat und Produktion: Vogt-Schild Druck AG, Derendingen.

Spedition: DMB Direct Mail Biel Bienne AG, Biel.

Grüner Star: Früherkennung rettet Sicht



Tückisch an der Augenerkrankung grüner Star ist, dass die Betroffenen keine Schmerzen verspüren. Treten aber Sehschäden auf, sind diese irreversibel – eine Früherkennung ist daher entscheidend, um ein Fortschreiten der Krankheit zu verhindern. → Seite 6

«Spitalkäfer»: Hartnäckig, unerwünscht



Weil das Immunsystem der Patienten im Spital bereits durch Krankheit oder Operation geschwächt ist, haben manche bösartigen Keime leichtes Spiel. Fakt ist aber: Die meisten Keime werden von den Patienten selber in die Klinik getragen. → Seite 24

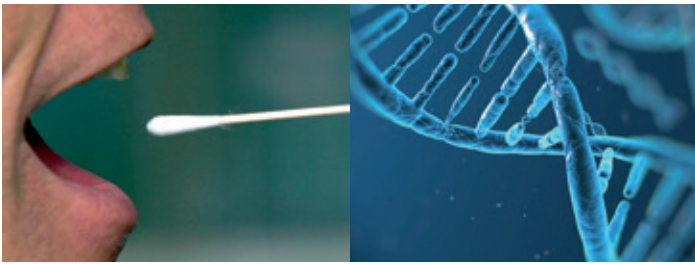
Spital Aarberg: Um- und Neubau



Der Operations- und Behandlungs-trakt des Spitals Aarberg wird bis im Oktober 2017 für 20 Millionen Franken renoviert oder neu gebaut. «Wir sind überzeugt, dass das Spital Aarberg in seinem Einzugsgebiet einem ausgewiesenen Bedürfnis entspricht», begründet Daniel Hoffet, VR-Vizepräsident der Spital Netz Bern AG, den Investitionsentscheid. → Seite 30

Gene – wie sie uns steuern und wir sie

Was denken Sie, gibt es das «Arthrose-Gen», das «Diabetes-», «Depressions-», «Kettenraucher-» und «Fettleibigkeits-Gen»? Das «Gen für schlechtes Autofahren» oder jenes, das uns 100 Jahre und älter werden lässt? Was ist dran am Glauben an die biologische Vorbestimmung, dass unsere Erbanlage kontrolliert, ob wir dumm oder schlau, froh oder depressiv, dick oder dünn, nervös oder gelassen sind?



Hype und Datenberg

Nach genetischen Erklärungen, schuldigen Genen für alles und jedes zu suchen, in Mode gekommen ist. Im Internet werden «Testkits» zum Kauf angeboten mit Slogans wie «wenn Sie mehr über Ihre Gene wissen, dann wissen Sie auch, was Ihnen gut tut». Da schabt man dann zu Hause mit einem Wattestäbchen ein paar Hautzellen ab, schickt diese ins Labor und bekommt wenig später per Post ein Genprofil mit Tipps und Voraussagen zugestellt. Experten warnen vor derartigen Tests, bezeichnen diese als fragwürdig bis unseriös, gewisse gar als gefährlich.

Wissenschaftlich fundiert mit der Genfrage beschäftigen sich dagegen Forscher weltweit, durchforsten dabei das Erbgut und die Lebensdaten von abertausenden Menschen auf der Suche nach angeborenen Verwundbarkeiten, nach Zusammenhängen und Verbindungen zwischen Genen, Krankheiten, menschlichem Verhalten und charakterlichen Eigenschaften. Und sie sind gut vorangekommen, haben einen gewaltigen Datenberg zusammengetragen – doch

abgesehen von einigen Ausnahmen, wie etwa den Brustkrebs-Genen BRCA1/2 und bestimmter Gendefekte, die nachweislich krank machen können, wurden bislang keine wirklichen Hochrisikogene entdeckt.

Prägestempel

Sicher, in den Genen ist festgeschrieben, welche Haar- und Augenfarbe wir bekommen und auch, wofür wir besonders anfällig sind. Doch bereits im Bauch der Mutter kommt es aufgrund von Umwelteinflüssen zu Veränderungen am Erbgut. Da entscheiden Moleküle, ob sich ein Gen «aktiviert» oder «abschaltet», also die Information aus dem Erbgut vom Körper erkannt wird oder eben nicht. So hinterlässt zum Beispiel ständiger Stress, anhaltender Konsum von Suchtmitteln, Drogen oder die Exposition gegenüber Umweltschadstoffen Spuren im Erbgut von Nervenzellen. Dieser Vorgang – die sogenannte Epigenetik – bestimmt wesentlich unsere körperliche Entwicklung. Babys etwa, die durch die Mutter liebevoll gestreichelt werden, sind als Erwachsene besser gegen Belastungen gefeit. Menschen, die meditieren, verändern damit in gewisser Weise die «Architektur» ihres Gehirns. Und bestimmte solche epigenetische Veränderungen können an die nächste Generation weitergegeben werden, sind also Teil des Geheimnisses «Vererbung», dessen Verständnis nach wie vor sehr unvollständig ist. Darum liegt der Schluss nahe, dass Gene nicht allein unabänderliches, vorbestimmtes Schicksal darstellen, sie nicht die absolute Kontrolle über uns haben, sondern durchaus wandelbar sind. Auch an ihnen nagt der Zahn der Zeit und gewisse Dinge und Erfahrungen, die wir tun und machen oder denen wir ausgesetzt sind, unser Lebensstil, wie wir uns ernähren, bewegen, hinterlassen eben Spuren in unserer Erbanlage.

Bernhard Kummer, Herausgeber

Wundbehandlung

Umfassend versorgt

Chronische Wunden entstehen nicht von heute auf morgen. Die Patienten haben meist eine lange Leidensgeschichte hinter sich. Nur eine fachgerechte Behandlung hilft.

Wenn eine Körperwunde nach vier bis sechs Wochen nicht vollständig abgeheilt ist, sprechen Spezialisten von einer chronischen Wunde. Verursacht wird sie fast immer durch Krankheiten, die mit Durchblutungsstörungen einhergehen. Die mangelhafte Versorgung des Gewebes mit Sauerstoff verhindert das Abheilen der verletzten Körperstelle. Typische Beispiele für solche Ursprungserkrankungen sind Diabetes, Venenschwächen oder eine periphere arterielle Verschlusskrankheit – etwa bedingt durch Arteriosklerose. Die drei häufigsten chronischen Wundarten sind das «offene Bein» (Ulkus cruris), Druckgeschwüre durch Wundliegen (Dekubitus) sowie das diabetische Fuss-syndrom – offene Stellen an den Füßen von zuckerkranken Patienten. Mit zunehmendem Alter verkleinert sich das Heilungspotenzial unserer Haut. Dies liegt zum einen an der Summe der vorbestehenden Krankheiten, zum anderen auch an einer einseitigen Ernährung (zu wenig Eiweiss, Vitamine oder Spurenelemente wie Selen oder Zink). Ältere Menschen leiden deshalb viel häufiger an chronischen Wunden als junge.

Behandlung

Betroffene müssen sich unbedingt so früh als möglich in die erfahrenen Hände von Wundexperten (siehe Infobox) begeben. Nur so können mögliche Komplikationen wie Infekte oder Ekzeme verhindert werden. Die Spezialisten begutachten die Wunde und klären ihre Ursachen ab. Nach Rücksprache mit dem Hausarzt oder dem chirurgischen

Facharzt werden gegebenenfalls weitere diagnostische Untersuchungen in die Wege geleitet. Patienten mit «offenen Beinen» etwa, die ihren Ursprung in einem venösen Leiden haben, müssen häufig einer Kompressionstherapie unterzogen werden: Hochrote, entzündete, nässende Unterschenkel-Wunden werden mit speziellen Verbänden versorgt. Diese helfen, das Wasser aus den Beinen wegzutransportieren. Im besten Fall heilen Wunden dank dieser Ent-

Strikte Hygiene, ausgewogene Ernährung und Bewegungstraining beschleunigen den Heilungsprozess.

stauungstechnik erstaunlich schnell ab. Gute Aufklärungsarbeit ist in der Folge zentral, damit die Patienten weiterhin konsequent angepasste Stützstrümpfe tragen.

Ein anderes Beispiel: Nach einem Motorradunfall zog sich ein Patient einen grossen Bluterguss am Unterschenkel zu. Das Hautareal entzündete sich, und der Patient musste mit Antibiotika behandelt werden. Die Blutkugel musste zudem aus der Wundhöhle herausgelöst werden. Eine eingesetzte Vakuumpumpe sog unter dem Folienverband die Wundsekrete kontinuierlich ab. Der Patient ging zwei Mal wöchentlich zum Verbandwechsel ins Wundambulatorium – innert weniger Wochen hatte sich die Wunde verschlossen.



Der Autor

Jürg Willen

Wundexperte SAfW (Swiss Association for Woundcare)

Kontakt:

Spital Riggisberg, Spital Netz Bern

Wundambulatorium Spital Riggisberg und Belp

Eyweg 2, 3132 Riggisberg

Tel. 031 808 71 77

juerg.willen@spitalnetzbern.ch



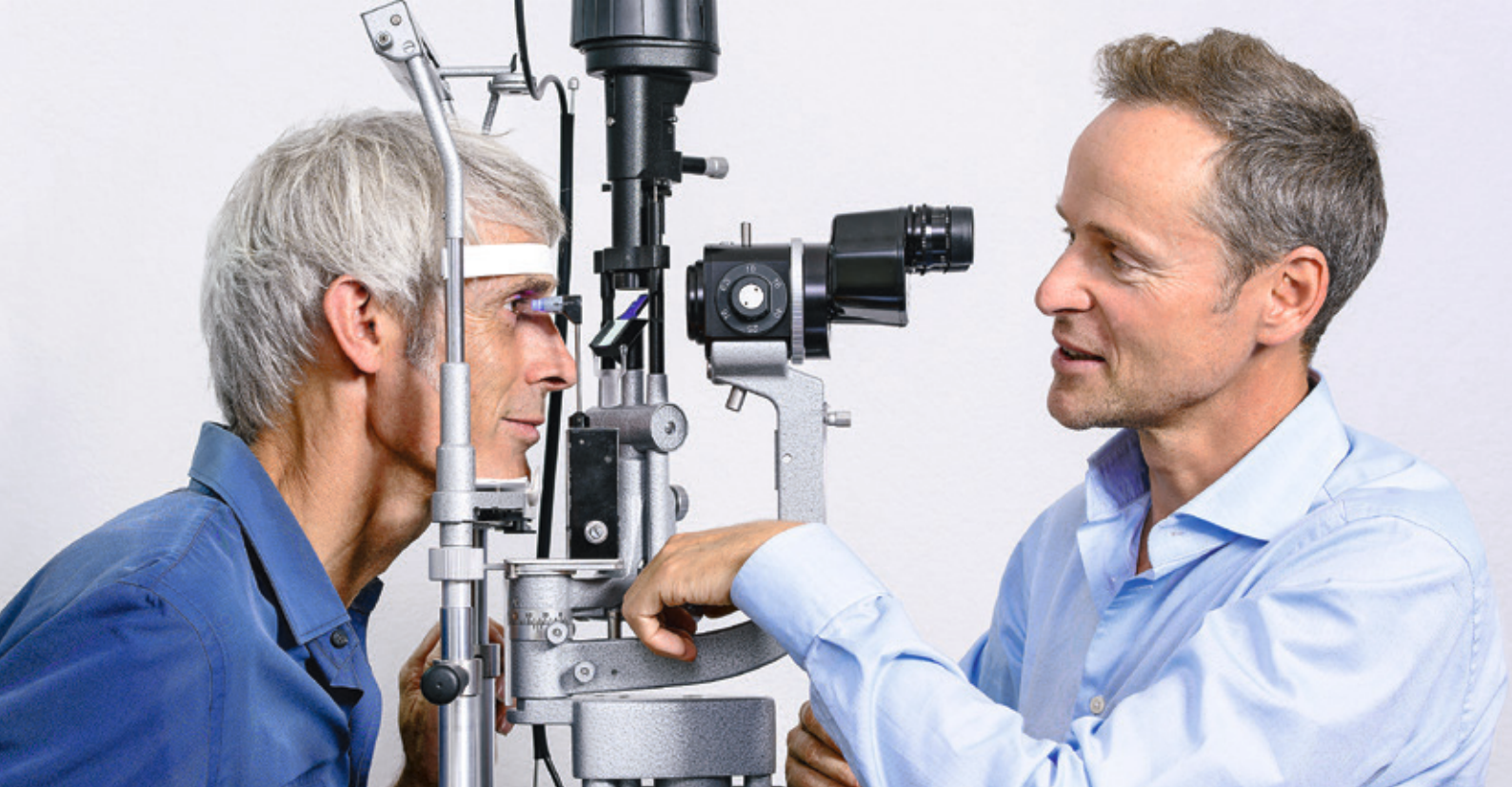
Wundsprechstunde in Riggisberg und Belp

Wundexperte Jürg Willen sowie Christiane Acorlor (Wundmanagerin in Ausbildung) sind auf Wunden aller Art spezialisiert. Dazu gehören unter anderem «offene Beine», Wunden durch Durchliegen, Wundheilungsstörungen nach Operationen oder Wunden in Zusammenhang mit Diabetes. Die Wundsprechstunde findet jeweils am Montag- und Donnerstagmorgen im Spital Riggisberg sowie nachmittags im Spital Belp statt.

Anmeldungen für beide Standorte werden von Montag bis Freitag (9–12 Uhr; 13–16 Uhr) unter 031 808 71 77 entgegengenommen.

Hygiene ist wichtig

Das strikte Einhalten der hygienischen Vorschriften, eine ausgewogene Ernährung mit wundheilungsfördernden Vitaminkomplexen, der Einsatz von Arnikaprodukten sowie regelmässiges Geh- und Krafttraining können dem Entstehen von chronischen Wunden einerseits vorbeugen und andererseits deren Heilungsprozess beschleunigen. Im Normalfall gelingt es den Fachleuten, die Patienten von der Wichtigkeit dieser Massnahmen zu überzeugen. Etwas schwieriger kann sich die Situation bei psychisch kranken Menschen gestalten. Da sind die Wundfachleute noch stärker als sonst auf die enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Spitex-Verbänden angewiesen.



Grüner Star

Schleichenden Sehverlust stoppen

Das Glaukom ist eine chronische Augenkrankung, die keine Schmerzen, dafür aber irreversible Sehschäden verursacht. Mit Medikamenten und Operationen kann aber ein Fortschreiten der Erkrankung und vollständiges Erblinden verhindert werden.

Das Glaukom, auch grüner Star genannt, ist eine der häufigsten Erkrankungen des Sehnervs, die unentdeckt und unbehandelt bis zur Blindheit führen kann. Am weitest häufigsten treten die sogenannten Offenwinkelglaukome auf. Charakteristisch dabei sind Gesichtsfeldausfälle und blinde Flecken, die sich allmählich ausbreiten. Diese Symptome nehmen Betroffene aber erst wahr, wenn die Krankheit schon fortgeschritten und der Sehnerv irreversibel geschädigt ist. Tückisch am Glaukom ist auch, dass es keine Schmerzen verursacht.

Zwei von Hundert Menschen, die das 40. Lebensjahr überschritten haben, leiden an einem Glaukom. Die Erkrankungshäufigkeit steigt mit zunehmendem Alter deutlich an – von den 70-Jährigen ist bereits jeder 14. betroffen. Als wichtigster Risikofaktor wird ein zu hoher Augeninnendruck angesehen; ein hohes Lebensalter, starke Kurz- oder Weitsichtigkeit, ein zu tiefer Blutdruck, allgemein schlechte Durchblutung und vor allem die genetische Veranlagung (familiäre Belastung) sind weitere ungünstige Faktoren.

Entstehung eines Glaukoms

Das Auge braucht zur Erhaltung von Form und Sehfunktion einen bestimmten Innendruck. Dieser wird im normalen Auge erzeugt durch ein Gleichgewicht zwischen dem produzierten und abfließenden Augenwasser, dem Kammerwasser, welches im Ziliarkörper des Auges entsteht. Von dort fließt es in die vordere Augenkammer und schliesslich durch eine Art Schwamm (Trabekelwerk) und einen feinen Abflusskanal in den Blutkreislauf. Als ein Entstehungsmechanismus des Glaukoms wird ein Missverhältnis von Augeninnendruck und Durchblutung der Sehnerven angesehen, infolge dessen die Sehnervenfaser geschädigt werden. Je höher der Augeninnendruck ist, desto besser muss die Durchblutungssituation im Auge und insbesondere im Sehnerv sein. Umgekehrt heisst das auch, dass ein normaler Augendruck bei einer schlechten Durchblutungssituation zu hoch sein kann. Jeder Patient hat somit einen individuellen Augendruckgrenzwert, ab dem eine Schädigung des Sehnervs auftreten kann.

Untersuchungen durch den Arzt

Häufig wird ein Glaukom in Zusammenhang mit einem erhöhten Augeninnendruck festgestellt, doch es kann auch trotz normalen Augendruckwerten und guter Durchblutung des Sehnervs zu einer Glaukombildung kommen. Die alleinige Messung des Augeninnendrucks genügt also nicht, um eine Diagnose zu stellen oder um den Verlauf der Erkrankung zu beurteilen. Entscheidend ist die Untersuchung des Augenhintergrundes und des Sehnervs durch den Augenarzt. Mit einem Mikroskop kontrolliert er, ob Sehnerv und Netzhaut gesund sind. Mithilfe des OCT (Optical Coherence Tomograph) kann er zudem die Nervenfaserschichtdicke und den Grad der Schädigung erfassen. Um Funktionsausfälle zu erkennen, wird eine Gesichtsfelduntersuchung (Perimetrie) durchgeführt. All diese Untersuchungen sind absolut schmerzfrei.

Früherkennung minimiert Schäden

Das Glaukom ist nicht heilbar und die bereits entstandenen Schäden lassen sich auch nicht wieder beheben. Je früher die Therapie beginnt, desto besser kann das Voranschreiten der Erkrankung aufgehalten und das restliche Sehvermögen erhalten werden – wichtig sind daher regelmässige Früherkennungsuntersuchungen, um ein Glaukom schon im Anfangsstadium zu entdecken. Die Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft empfiehlt ab Alter 40 regelmässige Kontrollen alle drei Jahre, ab 50 alle zwei Jahre und ab Alter 60 sogar jedes Jahr. Leiden nahe Verwandte am grünen Star, sollten die Kontrollen bereits früher beginnen, auch Diabetiker, Bluthochdrucker oder hochgradig Kurzsichtige sollten sich früher untersuchen lassen.

Medikamentöse Therapie

Die Behandlung des Glaukoms zielt darauf ab, weitere Nervenzellen vor dem Absterben zu retten, indem der Augeninnendruck auf ein normales Niveau gesenkt oder die Durchblutung des Auges verbessert wird. Den meisten Glaukompatienten kann mit Augentropfen, die den Augendruck senken, geholfen werden. Je nach Alter der Patienten, Höhe des Augeninnendrucks sowie Vorschädigung des Auges stimmt der Augenarzt die zur Verfügung stehenden Wirkstoffe individuell ab. In vielen Fäl-

len kann der Augendruck so über Jahre hinweg gut eingestellt werden. Die Augentropfen müssen allerdings meistens ein- bis zweimal täglich für den Rest des Lebens angewendet werden, nur so kann ein Fortschreiten des Glaukomschadens vermieden werden.

Laserbehandlung und Operation

Als Alternative zur Augentropftherapie kann auch eine Laserbehandlung des Kammerwinkels, eine sogenannte Selektive Laser-Trabekuloplastik (SLT), erwogen werden. Dabei wird der Abfluss des Kammerwassers verbessert und der Augeninnendruck gesenkt. Die Behandlung kann ambulant durchgeführt werden und dauert wenige Minuten. Die SLT ist eine sanfte, nicht-invasive und gewebeschonende Behandlung,

Je früher die Therapie beginnt, desto mehr Nervenfasern können gerettet werden.

die bedenkenlos wiederholt werden kann.

Sollten weder Augentropfen noch Laserbehandlung die gewünschten Resultate erzielen, können die Abflusswege chirurgisch verbessert werden. In den letzten Jahren hat sich die Glaukom-Chirurgie immens weiterentwickelt; die neuen Verfahren sind gewebeschonend, gut verträglich und komplikationsarm. Dazu gehört auch die neue mikrochirurgische, minimal-invasive Operationstechnik namens Kanaloplastik. Mithilfe eines Mikrokatheters wird der dünne Abflusskanal des Auges aufgedehnt und mit zwei feinen Stents langfristig offen gehalten. Der Vorteil der Kanaloplastik gegenüber



Der Autor

Matthias Baumann, Dr. med.
Facharzt FMH für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie

Praxis:

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

Unterarten des grünen Stars

Am häufigsten tritt das primäre **Offenwinkelglaukom** auf. Hier liegt die Ursache in einer Abflussbehinderung im Kammerwinkel durch degenerative Veränderungen, wodurch sich der Augendruck über Jahre hinweg erhöht. Ein Sonderfall ist das **Normaldruckglaukom**, bei dem der Augeninnendruck keineswegs zu hoch ist, sondern andere Faktoren wie eine nicht ausreichende Durchblutung des Auges (beispielsweise wegen tiefem Blutdruck) zur Sehnervschädigung führen. Diese beiden Glaukomarten machen zusammen weit über 90 Prozent aller Glaukome aus.

Das Engwinkelglaukom entsteht durch eine Abflussstörung des Kammerwassers als Folge einer Engstelle zwischen Regenbogenhaut (Iris) und Hornhaut vor dem Trabekelwerk (im Kammerwinkel). Menschen mit höherer Weitsichtigkeit und fortgeschrittenem grauen Star neigen eher zum **Engwinkelglaukom**. Wesentlich seltener kommt es zu einem akuten **Glaukomanfall**; er tritt auf, wenn der Abfluss des Kammerwassers plötzlich blockiert ist. Dadurch kommt es zu einer drastischen Druckerhöhung mit tastbar steinhartem Augapfel. Die Symptome reichen von geröteten Augen über Augen- und Kopfschmerzen bis zu Übelkeit, Erbrechen und einem plötzlichen Sehverlust des betroffenen Auges. Jeder Glaukomanfall ist ein Notfall, der einer unverzüglichen Therapie bedarf.

herkömmlichen Operationsmethoden besteht darin, dass kein künstlicher Abflussweg geschaffen wird, sondern die natürlichen Strukturen gestärkt und erhalten bleiben. Die Patienten erholen sich vergleichsweise schneller von dem Eingriff, der ebenfalls ambulant unter Lokalanästhesie durchgeführt wird. Auch die Katarakt-Operation (grauer Star) führt oft zu einer Senkung des Augeninnendrucks, sodass unter Umständen auf eine Glaukom-Operation verzichtet werden kann.

Extra:
Video-Interview
mit Dr. Baumann
zum Thema
grüner Star





Kniearthrose

Gelenkerhalt so lang wie möglich

Die Kniearthrose ist eine häufige Abnutzungserscheinung des Kniegelenks. Helfen konservative Therapiemassnahmen nur ungenügend, können operative Eingriffe oder ein Gelenkersatz eine nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität bringen.

Das Kniegelenk ist eines der grössten und kompliziertesten Gelenke unseres Körpers. Es verbindet über verschiedene Bänder, Muskeln und Sehnen den Oberschenkelknochen mit dem Unterschenkelknochen. Der Gelenkknorpel überzieht als elastische Gleitschicht die knöchernen Gelenkflächen des Ober- und Unterschenkels sowie die Rückfläche der Kniescheibe, um eine ungestörte, möglichst reibungsarme und schmerzfreie Beweglichkeit zu gewährleisten. Baut sich diese schützende Knorpelgleitschicht allmählich ab, nimmt der Arthroseprozess seinen Lauf. Er ist gekennzeichnet durch eine zunehmende Zerstörung des Gelenkknorpels unter Mitbeteiligung der benachbarten Strukturen wie Menisken (degenerative Meniskusschäden), Knochen, Gelenkkapsel und Muskulatur. Durch Auffaserung und Abrieb aus dem Verbund herausgelöste Teilchen können wie Fremdkörper im Gelenkinnern stören und so zu begleitender Überreizung der Gelenkschleimhaut führen. Die entzündete Schleimhaut bildet dann vermehrt Gelenksflüssigkeit; es kommt zu einem Gelenkserguss. Man spricht dann von einer «aktivierten Arthrose».

Ist der Knorpel einmal zerstört, kann er sich nicht mehr wieder aufbauen. Im Endstadium ist der Knorpelbelag vollständig aufgebraucht und die knöchernen Gelenkflächen reiben direkt und schmerzhaft aufeinander. Es kommt zu knöchernen Veränderungen mit Randwülsten und Deformierungen, welche die Beweglichkeit des Gelenks weiter einschränken.

Schädigende Faktoren

Die Ursachen einer Kniearthrose (Gonarthrose) sind sehr vielfältig und bis heute noch nicht hinreichend geklärt. Oftmals sind mehrere Faktoren an deren Entstehung beteiligt. Als erstes ist der natürliche «normale» Abnutzungs- und Alterungsprozess zu erwähnen, der jeden Menschen betrifft. Nach Schätzungen sind ab einem Alter von etwa 75 Jahren bei fast allen Menschen arthrotische Gelenkveränderungen nachweisbar. Kommen schädigende Faktoren hinzu, wird dieser Abnutzungsprozess beschleunigt. Zudem besteht eine gewisse erbliche Veranlagung der Knorpelzellen: So beginnt der natürliche Knorpelverschleiss bei manchen mit 40 und bei anderen erst

mit 70 Jahren. Eine familiäre Häufung kann auch beobachtet werden. Eine Gonarthrose kann ausgelöst oder begünstigt werden durch mechanische Faktoren wie Über- und Fehlbelastung während Arbeit, Freizeit und Sport, angeborene Achsenfehlstellungen (X-Beine oder O-Beine), Übergewicht, Verletzungen, chronisch-entzündliche Rheumaerkrankungen, infektiöse Gelenkentzündungen, Stoffwechselerkrankungen und Durchblutungsstörungen.

Diagnostik

Zur Diagnoseerhebung sollte unbedingt ein Röntgenbild in verschiedenen Ebenen angefertigt werden. Hier kann der Grad der Abnutzung sehr gut beurteilt werden. Weiterhin kann zur genauen Beurteilung des Knorpelzustandes ein MRI angefertigt werden, insbesondere dann, wenn das Röntgenbild für die vom Patienten beklagten Beschwerden noch keine eindeutigen Veränderungen zeigt. Hier können frühe Knorpelschäden entdeckt und der Beginn einer Arthrose festgestellt werden. Zudem



normales Kniegelenk



Gonarthrose



Teilprothese



Totalprothese

lassen sich Veränderungen an den Weichteilen wie Menisken, Gelenkkapsel, Sehnen und Bändern nachweisen.

Konservative Behandlungsmöglichkeiten

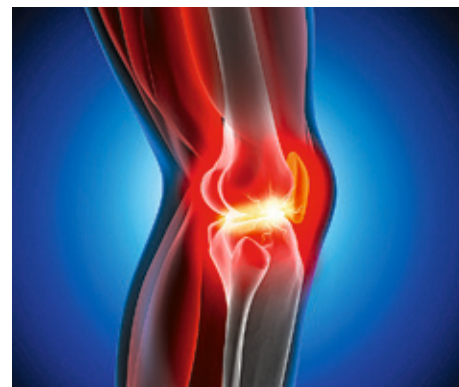
Die therapeutischen Möglichkeiten sind bei einer Kniegelenksarthrose beschränkt. Arthrose ist nicht heilbar, Schäden und Verformungen der Gelenkstrukturen lassen sich nicht rückgängig machen. Alle konservativen und gelenkerhaltenden operativen Massnahmen sind darauf ausgerichtet, das Fortschreiten der Arthrose aufzuhalten und die Beschwerden zu lindern. Die Wahl der jeweiligen Therapie richtet sich nach der individuellen Ausprägung der Arthrose und vor allem nach den Beschwerden des Patienten. Manchmal

steht der Schmerz, manchmal aber auch die Bewegungseinschränkung im Vordergrund. Die Patienten empfinden ihre Krankheit äusserst unterschiedlich und differenziert. Deshalb versuchen wir in einem ausführlichen Gespräch herauszufinden, welcher Therapieansatz in ihrem speziellen Fall geeignet ist. Begleitend bei jeder Therapieform wird die Physiotherapie eingesetzt. Zunächst gilt es die Lebensführung anzupassen unter Vermeidung von Über- und Fehlbelastung durch gewisse Sportarten oder schwere körperliche Arbeiten sowie durch Abbau von Übergewicht. Weitere Möglichkeiten zur Entlastung eines arthrotisch geschädigten Kniegelenkes stellen orthopädietechnische Hilfsmittel wie Rollatoren, Wanderstöcke, Pufferabsätze oder Schuhranderrhöhungen dar, um leichtere Fehlstellungen auszugleichen. Belastungen anzupassen heisst aber nicht, auf Bewegung zu verzichten. Belastungsarme, runde, gleichmässige Bewegungsabläufe wie beim Schwimmen, Aquajogging oder Radfahren sind bei Arthrose von grossem Nutzen,

denn dadurch wird der Knorpel besser ernährt und das Fortschreiten der Arthrose verlangsamt. Weiterhin wird das Kniegelenk durch eine gut ausgebildete Muskulatur entlastet.

Medikamente, Infiltrationen

Begleitend kann eine zeitlich beschränkte Gabe von entzündungshemmenden Medikamenten sinnvoll sein. Als weitere Therapiemöglichkeit sind Gelenksinfiltrationen zu erwähnen. Hierbei kommen vor allem Cortison- oder Hyaluronsäurepräparate («Gelenkschmiere»), welche direkt ins Gelenk injiziert werden, zur Anwendung. Linderung verschaffen können auch Medikamente aus der Gruppe der Chondroprotektiva. Darunter versteht man Substanzen, die dem Abbau von



Wichtigstes Symptom: Schmerz

Die Arthrose geht, je nach Schweregrad, mit verschiedenen Symptomen einher, wobei der Schmerz das Leitsymptom darstellt. Zu Beginn macht sich ein Spannungsgefühl bemerkbar. Ein Schmerz tritt vorerst nur bei längerer oder stärkerer Belastung auf, beispielsweise beim Treppensteigen, Bergablaufen oder längeren Wanderungen. Hingegen sind fließende Bewegungen, wie zum Beispiel beim Radfahren, oft noch lange Zeit schmerzfrei möglich. Typisch ist der sogenannte «Anlaufschmerz», der sich morgens beim Loslaufen oder beim Aufstehen nach längerem Sitzen bemerkbar macht. Mit der Zeit verspüren die Patienten auch in Ruhe und nachts Schmerzen. Typischerweise wechseln sich stärkere und schwächere Schmerzepisoden ab. Hinzu können Schwellungen und Ergüsse im Bereich des Knies auftreten, besonders nach Belastung. Im Laufe der Zeit stellt sich eine Bewegungseinschränkung ein, die einerseits durch Schonhaltung, andererseits durch knöcherne Umbauvorgänge im Gelenk hervorgerufen wird.

Gelenkknorpel entgegenwirken und vorhandenen Knorpel stabilisieren. Ein Knorpelaufbau – wie es oft fälschlicherweise durch die Werbung propagiert wird – findet dabei nicht statt. Chondroprotektiva enthalten Stoffe, die im normalen Gelenkknorpel vorhanden sind oder gebraucht werden, um diesen aufrecht zu erhalten. Eine weitere Option stellt die Infiltration mit Eigenblut dar (PRP-Therapie – platelet rich plasma). Nach einer Blutentnahme aus der Armvene wird das gewonnene Blut zentrifugiert. Das dadurch gewonnene Plasma enthält eine hohe Konzentration an Thrombozyten, die wiederum Wachstumsfaktoren ausschütten können. Dieses Plasma wird in das arthrotische Gelenk gespritzt. Das Resultat ist eine Schmerzreduktion und die Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit.

Wärme- und Kälteanwendungen

Schliesslich können das Warmhalten der Gelenke, warme Bäder, Moorbäder, Fangopackungen, Diathermie, Rotlichtbestrahlung, durchblutungsfördernde und schmerzlindernde Salben hilfreich sein. Bei Schwellung und Überwärmung als Zeichen einer «aktivierten Arthrose» sollte aber keine Wärme appliziert werden, dann sind Kälteanwendung und entzündungshemmende, kühlende Präparate angezeigt. Bei starker Ergussbildung kann eine Gelenkpunktion und eventuell eine Gelenksinfiltration mit Cortison helfen.

Gelenkerhaltende Massnahmen

Bei fortschreitender Gonarthrose und nach Ausschöpfung der konservativen Therapiemöglichkeiten sind operative Therapiemassnahmen in Betracht zu ziehen. Bei der Kniearthroskopie (Gelenkspiegelung) können mechanisch störende, instabile Knorpel- oder Meniskusfragmente entfernt, Abriebpartikel herausgespült, Knorpelunebenheiten geglättet oder störende Knochenanbauten abgetragen werden. Im fortgeschrittenen Arthrostadium sind die Resultate oft unbefriedigend oder der Nutzen ist nur von kurzer Dauer. Bei einem O-Bein ist der innere Gelenkabschnitt einseitig überlastet und damit früher von einer Arthrose befallen. Umgekehrt ist bei einem X-Bein die Arthrose im äusseren Gelenkabschnitt stärker ausgeprägt. Durch Umstellungsosteotomien werden diese Beinachsenfehlstellungen korrigiert und dabei die Gewichtslast auf den noch gesunden Gelenkanteil umverteilt. Damit kann eine Schmerzlinderung erzielt und das Fortschreiten der Arthrose im betroffenen Gelenkabschnitt gebremst werden. Der Einbau eines Kunstgelenks lässt sich dadurch oft um einige Jahre hinausschieben, was vor allem bei normalgewichtigen Patienten unter 60 Jahren eine gute Option darstellt.

Gelenkersatz: gute Resultate

Die erfolgreiche Implantation eines künstlichen Kniegelenks gehört, wie die künstliche Hüfte, zu den wertvollsten Massnahmen in der modernen Medizin. Sind alle konservativen und gelenkerhaltenden Therapieversuche fehlgeschlagen oder ausgeschöpft, die Arthrose zu weit fortgeschritten und leidet die Lebensqualität durch

Einschränkungen im Alltag sowie bei sportlichen Aktivitäten, verbleibt als letzte Möglichkeit das Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks. Hierbei handelt es sich um einen Oberflächenersatz, weil nur die zerstörten, gelenkbildenden Knorpeloberflächen am Oberschenkel und Unterschenkel entfernt und durch Oberflächen aus Metall ersetzt werden. Zwischen diese beiden Metallkomponenten wird eine fixe oder mobile Scheibe aus Polyäthy-

Die Arthrose ist eine progressive Erkrankung und braucht eine stufengerechte Therapie, welche konservativ beginnt und operativ endet.

len eingebaut (Inlay). Wir arbeiten mit den neusten Generationen von Knieendoprothesen und entscheiden individuell, welche Art von Knieprothese wir im Einzelnen verwenden. Je nachdem, ob das ganze Kniegelenk oder nur ein Teil von der Arthrose betroffen ist, wird entweder die ganze Gelenkoberfläche mit einer Totalprothese ersetzt oder nur die erkrankten Gelenkanteile mit einer Teilprothese, damit noch intakte Gelenkstrukturen möglichst erhalten bleiben. Bei dieser Operation ist mit einem Spitalaufenthalt von circa 5 bis 10 Tagen zu rechnen. Die Patienten stehen am ersten Tag auf und können

einige Schritte an Gehstöcken bewältigen. Unter Anleitung von Physiotherapeuten erhalten sie ein detailliertes Rehabilitationsprogramm, welches tägliche Übungen zur Steigerung der Kniebeweglichkeit, Muskelkräftigung und Instruktion zu Alltagsaktivitäten umfasst. Nach der Spitalentlassung wird die Physiotherapie ambulant fortgesetzt. Die Gesamtrehabilitation dauert etwa drei Monate.

Bewegung ein Muss

Im Rahmen regelmässiger Nachkontrollen wird die Prothese auf Verschleiss und Lockerung geprüft. Die Haltbarkeit eines künstlichen Kniegelenks liegt im Schnitt bei 15 bis 20 Jahren. Wie lange eine Prothese beim Einzelnen funktionsfähig bleibt, hängt von verschiedenen individuellen Einflussfaktoren, insbesondere vom Aktivitätsgrad des Patienten, ab. Schwere körperliche Arbeiten sowie jede sportliche Aktivität führen zu zusätzlichem Abrieb und vermindern die Lebensdauer einer Prothese. Wegen den positiven gesundheitlichen Auswirkungen sind dennoch angemessene sportliche Aktivitäten zu befürworten. Geeignet sind «low-impact» Sportarten wie Schwimmen, Aquajogging, Radfahren, stabilisierende Krankengymnastik, Wandern und Power-Walking in der Ebene. Bergaufgehen ist besser als Abwärtslaufen und Stöcke reduzieren die Belastung um circa 20 Prozent. Bei übermässigem Verschleiss oder Lockerung der Knieprothese kann diese oder Teile davon ausgewechselt werden, was heutzutage dank ausgereifter Revisionssysteme ohne grössere Schwierigkeiten möglich ist.



Die Autoren

Urs Hefti, Dr. med.
Facharzt FMH für Chirurgie und
Facharzt FMH für Orthopädie und
Traumatologie des Bewegungsapparates



Milan Jovanovic, Dr. med.
Facharzt FMH für Orthopädie und
Traumatologie des Bewegungsapparates
Belegärzte Spital Münsingen, Spital Netz Bern

Kontakt:

Orthopädisches Zentrum Münsingen
Krankenhausweg 18 A, 3110 Münsingen
Tel. 031 720 23 23
ozm@ozm.com
www.ozm.ch

Extra:
Link zur Website
des Orthopädischen
Zentrums
Münsingen



Bücher sind eine gute Medizin



Gesundheitswesen

Für eine menschliche Medizin

Der medizinische Fortschritt wird immer spezialisierter. Der Patient, der Mensch mit seinem konkreten Leiden, gerät dabei oft aus dem Blick. Unser Gesundheitswesen wird aufwendiger, aber die Beziehung von Mensch zu Mensch kommt immer öfter zu kurz – zum Leidwesen auch derer, die eigentlich heilen wollen. Vertrauen, Zuwendung auf Augenhöhe, Respekt vor der Würde und Freiheit des Einzelnen sind für den Mediziner Dietrich Grönemeyer Schlüssel zu einem neuen Klima im Medizinbetrieb. Leidenschaftliches, provozierendes Manifest eines Arztes, der Hightech und Naturheilkunde sowie psychosoziales Handeln im Dienst der Menschen verbindet.

Dietrich Grönemeyer: Gesundheit!
Herder Buchverlag, 2015, 304 Seiten,
28.90 Franken.

Krebs

Eine Art «Biografie»

Seit über fünftausend Jahren lebt die Menschheit mit Krebs. Ebenso lange stirbt sie daran. Und doch gilt Krebs als eine «moderne» Erkrankung. In seiner perfiden Perfektion, in seiner Anpassungsfähigkeit und seiner Widerstandskraft nimmt der Krebs beinahe menschliche Züge an. Seine Geschichte gleicht einer Biografie: Es ist die Geschichte von Leid, von Forscherdrang, Ideenreichtum und Beharrlichkeit – aber auch von Hochmut, Arroganz und unzähligen Fehleinschätzungen. Krebsforscher Siddhartha Mukherjee wirft einen faszinierenden Blick in die Zukunft der Krebsbehandlung und

liefert eine brillante neue Perspektive auf die Art, wie Ärzte, Wissenschaftler, Philosophen und Laien den kranken – und den gesunden – Körper während Jahrtausenden begriffen haben.

Siddhartha Mukherjee: Der König aller Krankheiten. Dumont Buchverlag, 2015, 672 Seiten, 21.90 Franken.

Gesundheit

Krankheiten aktiv vermeiden

Können wir bis ins hohe Alter fit und gesund bleiben? Sind körperlicher Verfall und Krankheit wirklich unausweichlich? David B. Agus, amerikanischer Mediziner sowie vielfach ausgezeichnete Wissenschaftler und Krebsforscher, zeigt uns, wie eine neue Sichtweise auf unsere Gesundheit uns den Weg ebnet zu jenem bisher unerreichbaren Ziel: einem langen und gesunden Leben. Wir müssen nur unseren Körper genau beobachten, ihn besser kennenlernen und können so Krankheiten aktiv vermeiden.

David B. Agus: Leben ohne Krankheit.
Piper, 2015, 397 Seiten, 24 Franken.

Psychosomatik

Auf Signale des Körpers hören

Was bedeutet «psychosomatisch»? Ist man da «psychisch» krank? Wie läuft das Wechselspiel zwischen Körper und Seele? Stress, Ärger, Angst: Starke Belastungen, die jeder kennt. Doch wie kommt es, dass sie zu körperlichen Symptomen führen? Von Kopfschmerz, Herzbeschwerden bis Reizdarm: Jedes Organ stellt sich selbst vor und erzählt, warum und wie es auf die psychischen Belastungen reagiert. Und was das wiederum für das seelische Wohlbefinden

bedeutet. Am Beispiel von vier Betroffenen zeichnet der Autor sehr anschaulich den Weg zur Heilung nach.

Hans Lieb: Der kranke Gesunde.
Trias Buchverlag, 2015, 191 Seiten,
32.90 Franken.

Demenz

Plädoyer für ein Umdenken

Sabine Bode besuchte Alters- und Pflegeheime, sprach mit Pflegepersonal, Wissenschaftlern und porträtierte Helfer, die unermüdlich Demenzerkrankten helfen, in Würde zu altern. Sie vollführt einen Perspektivenwechsel, bringt festgefahrene Ängste zum Einsturz und zeigt unzählige gute Ansätze und Mut machende Erfahrungen.

Sabine Bode: Frieden schliessen mit Demenz. Klett-Cotta, 2014, 299 Seiten,
31.90 Franken.

Alkoholabhängigkeit

Nicht länger ignorieren

Lange Zeit gehörte das Trinken so selbstverständlich zu Daniel Schreibers Leben wie die Arbeit. Manchmal fragte er sich, ob er nicht dabei war, eine Schwelle zu übertreten, doch meistens war die Rechtfertigung so griffbereit wie das nächste Glas Wein. Bis ihm irgendwann klar wurde, dass er längst dabei war, sein Leben zu zerstören und sich Hilfe suchte. Mit grosser Aufrichtigkeit und literarischer Kraft erzählt Schreiber von den Mechanismen der Selbsttäuschung, die es so vielen Menschen erlauben, ihr Alkoholproblem zu ignorieren.

Daniel Schreiber: Nüchtern. Über das Trinken und das Glück. Hanser, 2014,
159 Seiten, 27.90 Franken.

Für Cracks und Hobbysportler

Die Swiss Sportclinic ist anerkanntes Kompetenzzentrum («Sport Medical Base approved») von Swiss Olympic, dem Dachverband aller Schweizer Sportverbände. Hier werden Spitzenathleten ebenso wie Sparteinsteiger medizinisch betreut und psychologisch begleitet.

In der Swiss Sportclinic, einer Spezialarztpraxis im Stade de Suisse Bern, werden unter der Leitung von Dr. med. Urs Hefti (Facharzt FMH für Orthopädie, Höhenmediziner, Expeditionsarzt, Bergsteiger) Spitzenathleten und -teams, Nachwuchs- und Hobbysportler durch erfahrene Fachleute verschiedener Fachrichtungen gleichermaßen kompetent, hoch individuell, interdisziplinär und umfassend betreut. Dazu gehören etwa sportmedizinische und labortechnische Untersuchungen, leistungsdiagnostische Abklärungen, Trainings- und Ernährungsberatungen, Gang- und Laufberatung, Sportpsychologie, Höhenmedizin, Physiotherapie und orthopädische Medizin. Und dank modernster technischer Möglichkeiten sowie bildgebender Untersuchungsverfahren lassen sich nötige diagnostische Abklärungen rasch, unkompliziert und vor Ort durchführen, Massnahmen exakt feststellen und planen. Dieser «Alles-unter-einem-Dach-Service» wird von den Patientinnen und Patienten der Swiss Sportclinic sehr geschätzt.



Sportmedizinische Behandlung

Die Swiss Sportclinic ist spezialisiert auf Sportverletzungen und -schäden, auf die rasche Therapie oder Operation dieser Verletzungen sowie die anschliessende spezialisierte Nachbehandlung. Das umschliesst sowohl die weiterführende ärztliche Betreuung, die hausinterne Physiotherapie als auch die orthopädietechnischen Möglichkeiten wie Schuheinlagen, Orthesen (Stützen) für alle Gelenke oder Bandagen. Zu den typischen sportmedizinischen Verletzungen, die hier konservativ wie auch operativ behandelt werden, gehören Muskelzerrungen, Verletzungen des Kniegelenkes, schmerzhafte Bewegungseinschränkungen des Hüftgelenkes, Sehnen- oder Instabilitätsprobleme im Bereich der Schulter, chronische Instabilitäten im Fussgelenk und anderes mehr. Das Spektrum der orthopädischen Eingriffe reicht dabei von Hüft- und Kniearthroskopie (Spiegelung) über Achsenkorrekturen bei Instabilitäten der Kniescheibe, offene Rekonstruktionen bei frischen Achillessehnenrupturen oder die Behandlung von geschädigtem oder fehlendem Knorpel bis hin zum minimalinvasiven Einbringen einer Teil- oder Totalpro-

these bei Hüfte und Knie – alle Eingriffe basieren auf modernsten, patientenschonenden Operationsmethoden.

Leistungsdiagnostik und Coaching

Nebst der Behandlung von Sportverletzungen werden in der Swiss Sportclinic auch präventive Untersuchungen sowie Leistungsmessungen durchgeführt, denn eine fundierte Leistungsdiagnostik ist die Grundvoraussetzung für ein effizientes und korrektes Training. Dazu gehören Abklärungen zur Funktion der sportlichen Leistungsfähigkeit und der Sporttauglichkeit (Ruhe-EKG, Messung der Körperzusammensetzung, Erfassung der Blutwerte), um zum Beispiel Anstrengungsasthma, Übertraining, Herzrhythmusstörungen, Mangelerscheinungen bei Eisenmangel und anderes mehr rechtzeitig erkennen und behandeln zu können. Orthopädische Untersuchungen, eine Spiroergometrie (siehe Bild, mit oder ohne Laktatmessungen), eine Laufanalyse, labortechnische Untersuchungen oder Rumpfkraftmessungen erlauben weitere Aussagen zur aktuellen Leistungsfähigkeit und zum gezielten Trainings- und Kraftaufbau. Sparteinsteiger oder Leistungssportler profitieren auch von einer personalisierten Trainingsberatung und psychologischen Begleitung, um optimal zu trainieren; hilfreich dabei ist auch die Ernährungsberatung, um dem Körper die richtige Energie in passender Form und zum optimalen Zeitpunkt anbieten zu können. An der Swiss Sportclinic lassen sich zudem auch Hobby- und ambitionierte Berggänger aus dem In- und Ausland medizinisch untersuchen und beraten.



Kontakt:

Swiss Sportclinic
Spezialarztpraxis im Stade de Suisse
Sempachstrasse 22, 3014 Bern
Tel. 031 332 66 77
ssc@swiss-sportclinic.ch
www.swiss-sportclinic.ch

Extra:

Link zur Website
der Swiss Sportclinic
Bern





Wirbelsäulenerkrankungen

Individuell angepasste Therapiekonzepte

Rückenleiden sind oft auf Wirbelsäulenerkrankungen zurückzuführen, welche viele Menschen im Alltag stark beeinträchtigen. Mit einer individuell angepassten Therapie können die Schmerzen auf ein erträgliches Mass reduziert oder sogar ganz beseitigt werden.

Etwa jeder sechste Mensch in der Schweiz leidet an akuten oder chronischen Schmerzen. Häufig handelt es sich dabei um Rückenschmerzen, die nicht selten von einer Wirbelsäulenerkrankung ausgehen. Durch eine rechtzeitige Behandlung kann chronischen Leiden und dauerhaften Schädigungen vorgebeugt werden.

Degenerative und entzündliche Formen

Bei Wirbelsäulenerkrankungen wird zwischen degenerativen und entzündlichen Formen unterschieden. Die degenerative Wirbelsäulenerkrankung beschreibt Veränderungen an Bändern, Muskeln, Wirbelgelenken, Wirbelkörpern und Bandscheiben durch zunehmenden Verschleiss. Bei den entzündlichen Wirbelsäulenerkrankungen sind Bänder, Muskeln, Bandscheiben oder Wirbelkörper entzündet. Dies tritt häufig in Zusammenhang mit Rheumakerkrankungen auf. Auch bakterielle Entzündungen von Wirbelkörpern und Bandscheiben sind möglich, kommen aber seltener vor.

Symptome und Ursachen

Typische Symptome, die auf eine

Wirbelsäulenerkrankung hinweisen, sind Rückenschmerzen mit oder ohne Ausstrahlung in Arme oder Beine, Schwindel, Kopf- und Nackenschmerzen, Verspannungen, Beinschmerzen bei längerem Gehen, Übelkeit und Fieber. Aber auch Appetitlosigkeit, allgemeine Erschöpfung, übermässiges Schwitzen oder Lähmungserscheinungen deuten auf die Erkrankung hin. Die Ursachen für Wirbelsäulenerkrankungen können sehr unterschiedlich (u. a. durch Verletzungen der Wirbelsäule, Wirbelkörperentzündungen, Bandscheibenschaden, Tumore) sein.

Häufige Krankheitsbilder

Beim **Bandscheibenvorfall** handelt es sich um eine plötzliche oder langsam zunehmende Verlagerung des Gallertkerns durch den Faserring in den Wirbelkanal hinein. Dabei können die Bandstrukturen, die die Bandscheibe vom Rückenmarkskanal trennen, erhalten oder auch durchbrochen sein. Diese Verlagerung kann nur eine Vorwölbung oder aber einen echten Vorfall darstellen. Das **Meningeom** ist einer der häufigsten Hirntumore. Dabei handelt es sich um eine gutartige Geschwulst, welche von

den Hirnhäuten ausgeht, die das ganze zentrale Nervensystem umgeben und die von aussen auf das Gehirn drückt. Das Astrozytom sowie das Glioblastom sind ebenfalls relativ häufig. Sie können überall im zentralen Nervensystem auftreten.

Die **Spinalkanalstenose** bezeichnet eine degenerative Verschleisserkrankung der Wirbelsäule mit Verengung des Wirbelsäulenkanals und einer hierdurch verursachten Bedrängung des darin liegenden Rückenmarks beziehungsweise der darin verlaufenden Nervenwurzeln. Diese Erkrankung betrifft häufig die Lendenwirbelsäule.

Wirbelfrakturen (unter anderem bedingt durch die im Alter entstehende Osteoporose) sind äusserst schmerzhaft und können je nach Ausprägung zu neurologischen Ausfällen führen.

Alle **bösartigen Tumore** des Körpers können Tochtergeschwülste (Metastasen) im Kopf und noch häufiger in der Wirbelsäule bilden. Die Behandlung von Metastasen muss im Zusammenhang mit der gesamten Tumorerkrankung stehen. Im Vordergrund stehen die Reduktion von Schmerzen und das Verhindern von Instabilitäten oder Rückenmarksschäden.

Neben der Spinalkanalstenose können Abnutzungserscheinungen an der Lendenwirbelsäule auch zu weitergehender **Instabilität** führen. Lockert sich dabei die Verbindung zwischen den Wirbelkörpern oder kommt es sogar zur Ablösung der kleinen Wirbelgelenke unter Belastung (Spondylolyse) kann ein Wirbelgleiten (Spondylolisthese) auftreten.

Vorgeschichte ist entscheidend

Geht ein Patient oder eine Patientin mit den Beschwerden einer Wirbelsäulenerkrankung zum Arzt, so erhält dieser durch die Krankengeschichte sowie durch gezielte Fragen nach Schmerzen, Symptomen wie Muskelschwäche oder Blasen-/ Darmstörungen oft bereits wertvolle Hinweise für die Diagnosestellung. Bei der körperlichen Untersuchung wird zunächst auf äussere Veränderungen wie eine Fehlstellung der Wirbelsäule oder eine sichtbare Vorwölbung im Bereich der Muskulatur geachtet. Ein Klopfschmerz über einem bestimmten Bereich gibt Aufschlüsse über den entzündeten Bereich. Meist ist auch die Beweglichkeit der Wirbelsäule erheblich eingeschränkt. Beim Ste-

hen oder Gehen können aufgrund von Schmerzen oder einer Muskelschwäche Unsicherheiten festgestellt werden. Um die Diagnose einer Wirbelsäulenerkrankung sicher zu stellen, sind häufig ergänzende Untersuchungen wie eine Röntgenaufnahme des entsprechenden Wirbelsäulenabschnitts nötig. Darauf lässt sich der Entzündungsherd innerhalb eines Wirbelknochens gut erkennen. Zur weiterführenden Abklärung werden oft eine Computertomografie (CT) und/oder eine Magnetresonanztomografie (MRT) durchgeführt.

.....
Eine exakte Diagnose und frühzeitige Therapie sind wichtig, um chronische Schmerzen gar nicht erst aufkommen zu lassen.
.....

Liegt der Verdacht auf eine entzündliche Wirbelkörpererkrankung vor, wird auch das Blut untersucht, da sich beim Vorliegen einer Entzündung einige Blutwerte (Blutbild, Blutsenkung, C-reaktives Protein, Nieren- und Leberwerte) charakteristisch verändern. Bei tumorbedingten Erkrankungen der Wirbelsäule erfolgt die Diagnose mittels Computertomografie, Knochenszintigramm oder Kernspintomografie.

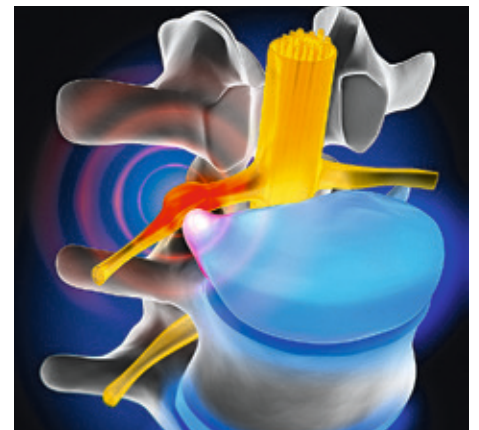
Frühzeitige Behandlung

Um den maximalen Erfolg für die Behandlung gewährleisten zu können, muss eine exakte individuelle Einschätzung des Patienten erfolgen. Die Entscheidung, welche Therapie infrage kommt, richtet sich nach der Ursache, dem Ausmass der Erkrankung, den klinischen Beschwerden, den radiologischen Veränderungen sowie den Ansprüchen des Patienten an Leistung und Lebensumstände. Grundsätzlich gilt: Wirbelsäulenerkrankungen sollten frühzeitig behandelt werden, da sich unter Umständen schwerwiegende Folgen wie dauerhafte Einschränkungen der Beweglichkeit, Haltungsschäden, chronische Schmerzen, Missempfindungen sowie dauerhafte Lähmungen einstellen können.

Konservative Therapie, Medikamente
Akute Beschwerden sind meist mit

Reizung der Bindegewebe und schmerzhafter Verspannung der Muskulatur verbunden. Wärme, kurzzeitige Ruhigstellung, entspannte Lagerung sowie muskelentspannende Medikamente können die Symptome lindern. Da mit der Gewebereizung entzündliche Veränderungen verbunden sind, helfen oft auch nicht-steroidale Entzündungshemmer. Elektrotherapie sowie Massagen sorgen für muskuläre Entspannung. Es ist wichtig, möglichst rasch wieder in die Aktivität zurückzufinden. Denn durch die körperliche Aktivierung wird die Durchblutung der Muskulatur angeregt.

Häufig leiden Patienten unter einer Störung der Schmerzverarbeitung. Durch eine gezielte Injektion von Lokalanästhetika kann dieser Schmerzkreislauf unterbrochen werden. Wenn die Weiterleitung des Schmerzes unterbrochen wird, kann sich die Muskulatur ent-



Multimodale Schmerztherapie

Diese spezialisierte Schmerzbehandlung zielt darauf ab, die Schmerzzustände auf ein für die Patienten erträgliches Mass zu reduzieren oder falls möglich ganz zu beseitigen, sodass der Patient im Alltag wieder normal funktionieren kann. Dies kann medikamentös, mittels gezielter Infiltrationen oder aus einer Kombination dieser beiden Varianten geschehen. In einigen Fällen muss die Behandlung durch mehrere Fachrichtungen angegangen werden, was auch als multimodale Therapie bezeichnet wird. Wichtig ist es, für jeden Schmerzpatienten das passende, individuelle Behandlungskonzept zu finden.

In der Neuropraxis Münsingen findet eine spezielle Schmerztherapeutische Sprechstunde statt, geleitet von Dr. med. Stefan Stöckli, Spezialist für konservative, invasive und multimodale Schmerztherapie.

spannen, was wiederum zur Verbesserung der Beweglichkeit führt. Physiotherapeutische Behandlungen und Übungen können Fehlhaltungen entgegenwirken und die wirbelsäulenstabilisierende Muskulatur gezielt fördern. Zudem können durch physikalische Massnahmen Schmerzen gemildert und Verspannungen gelöst werden.

Liegen schwere Fehlhaltungen vor oder lässt sich eine Fehlstellung (Spinalstenose, Spondylolisthese) nicht ausreichend korrigieren, kommen Orthesen zum Einsatz. Diese heben den Bauch an und sorgen für eine Entlastung der Lendenwirbelsäule. Mieder grenzen zudem den Bewegungsspielraum der Wirbelsäule ein. Da diese Hilfsmittel einen geringen Tragekomfort haben, werden sie meist nur kurzzeitig eingesetzt.

Chirurgische Therapie der Bandscheibe
Neun von zehn Bandscheibenvorfällen bessern sich unter kurzzeitiger Schonung spontan, bei extrem starken und unerträglichen Schmerzen, hochgradigen Lähmungserscheinungen oder Störungen der Blasen- oder Darmentleerung muss aber operiert werden. Die Verkleinerung oder Entfernung eines

Bandscheibenvorfalls kann auf verschiedene Weise erfolgen. Vertebroplastie/Kyphoplastien bei Wirbelfrakturen: Zur Wiederherstellung der Wirbelhöhe und Stabilität wird eine schonende Aufrichtung und Verstärkung des Wirbelkörpers mit Knochenzement vorgenommen. Unter

Röntgenkontrolle wird der Wirbelkörper punktiert, aufgerichtet und mit Spezialzement aufgefüllt. Facettendeneration: Werden die Beschwerden vor allem durch die Wirbelgelenke hervorgerufen, kann eine Verödung der die Gelenke versorgenden Nervenfasern erfolgen.



Die Autoren

Alexander Stibal, Dr. med.
Facharzt FMH für Neurochirurgie



Thilo Graupner, Dr. med.
Facharzt FMH für Neurochirurgie



Ulrich Seidel, Dr. med.
Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie
und Traumatologie des Bewegungsapparates

Belegärzte Spital Münsingen, Spital Netz Bern

Kontakt:

Neuropraxis Münsingen
Krankenhausweg 18, 3110 Münsingen
Tel. 031 682 83 00
alexander.stibal@npm.ch
thilo.graupner@npm.ch
ulrich.seidel@npm.ch
www.npm.ch

Extra:
Link zur Website
der Neuropraxis
Münsingen



Diabetes und Herz

Blutzucker normalisieren, Herz retten

Ein erhöhter Blutzuckerspiegel schädigt Blutgefässe; besonders betroffen sind die Herzkranzgefässe. Diabetiker haben demzufolge ein erhöhtes Risiko für Erkrankungen des Herzens und sind besonders infarktgefährdet.

Wichtig ist eine gute Blutzucker-Einstellung.

Trotz grosser Fortschritte in der Medizin und in der Diabetologie erleiden Diabetiker viel häufiger Herzinfarkte und Schlaganfälle als Nichtdiabetiker (circa 2-4-mal höheres Risiko). Besonders häufig sind ältere Typ-2-Diabetiker betroffen, der Herzinfarkt liegt aber auch bei Diabetikern vor dem 50. Lebensjahr an erster Stelle der Todesursachen. Eine möglichst gute Blutzucker-Einstellung ist deshalb nicht nur zur Verhinderung von Augen-, Nieren- und Nervenschäden, sondern auch zur Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten notwendig.

Was bewirkt Diabetes im Körper?

Der hohe Zuckergehalt (Hyperglykämie) schädigt die Blutgefässe und führt dazu, dass das Blut schneller gerinnt. Die Anzahl der Blutplättchen nimmt zu und die Mechanismen, die kleinste

Blutgerinnsel auflösen und die Blutgerinnung hemmen, werden gestört. Das Blut ist zähflüssiger und klebriger als normalerweise (erhöhte Blutviskosität). Die Zusammensetzung des Blutes wird verändert; es werden mehr Fette aus den Körperzellen freigesetzt (Anstieg der Blutfettkonzentration) und die Konzentration der Elektrolyte (Natrium und Kalium) verschiebt sich.

Diese Mechanismen führen dazu, dass bei Diabetikern die Arteriosklerose (Gefässwandschädigung) bis zu zehn Jahre früher auftritt als bei Nichtdiabetikern. Durch die gleichzeitige erhöhte Blutgerinnungsneigung und die erhöhte Blutviskosität erhöht sich die Gefahr eines Arterienverschlusses, was im Bereich des Herzens im schlimmsten Fall zu einem Herzinfarkt führt. Das Risiko eines Herzinfarktes und/oder Schlaganfalles steigt mit der Höhe des Blutzucker-



Manchmal ist weniger mehr!

Allgemein gesehen gilt der Leitsatz, dass je tiefer der Blutzucker- beziehungsweise der HbA1c-Wert ist, desto geringer das Herzinfarkttrisiko. Aus verschiedenen Studien haben wir allerdings gelernt, dass eine individualisierte Diabetestherapie erforderlich ist, wonach eine scharfe Diabetes-Einstellung mit HbA1c-Werten um 6,5 Prozent vor allem zu Beginn des Diabetes beziehungsweise nach der Diagnose angebracht ist. Ältere, kardiovaskulär geschädigte Langzeitdiabetiker können durchaus mit Werten um 7,5 Prozent eingestellt werden. Festzuhalten ist, dass zu häufige Hypoglykämien (Unterzuckerung) ebenso die Arteriosklerose fördern können wie die Hyperglykämie (erhöhter Blutzuckerwert).

Diabetische Nervenschädigung

Der hohe Zuckergehalt schädigt nebst den Gefässen auch die Nerven – die diabetische Neuropathie ist die Folge. Erste Anzeichen dieser Schädigung sind

beziehungsweise HbA1c-Wertes an. Die Sterblichkeit ist bei Diabetikern direkt oder indirekt von der Stoffwechselkontrolle abhängig. Eine grosse englische Studie (UKPDS) zeigte, dass das Risiko umso geringer ist, je tiefer das HbA1c und je tiefer die Blutzuckerwerte sind. Ein wesentlicher Risikoindikator für die erhöhte kardiovaskuläre Sterblichkeit bei Diabetikern ist eine erhöhte Eiweissausscheidung im Urin (Mikroalbuminurie). Sie ist ein wichtiger Indikator für eine vorzeitige Arteriosklerose.

Risikofaktoren

Wesentliche Risikofaktoren für den Herzinfarkt und Schlaganfall sind Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte), Bluthochdruck, Rauchen, Alter, Übergewicht und Bewegungsmangel sowie eine genetische Veranlagung (familiäre Häufung). Kommt dazu ein

Diabetes, verstärken sich die negativen Auswirkungen der anderen Risikofaktoren auf das Gefässsystem. Da das Risiko für einen Herzinfarkt bei Vorhandensein mehrerer Risikofaktoren exponentiell ansteigt, ist nebst einer optimalen Einstellung der Blutzuckerwerte auch das Angehen der übrigen Risikofaktoren entscheidend. Dazu gehören absolute Nikotinabstinenz, Behandlung eines erhöhten Blutdrucks (Zielwert <140/85 mmHg), Therapie der erhöhten Blutfette mit einem Cholesterinsenker (Statin), viel Bewegung und Umstellung der Ernährung auf eine mediterrane Kost (frische Salate, Gemüse und Früchte, Fisch, Getreideprodukte sowie Olivenöl und etwas Rotwein). Durch die Kombination aus gesunder Ernährung und regelmässiger Bewegung kann ein weiterer wichtiger Risikofaktor, nämlich das Übergewicht, angegangen werden.

Je früher ein Diabetes diagnostiziert wird und die Behandlung einsetzt, desto besser die Prognose für das Herz.

strumpfförmige Missempfindungen an den Füssen und Unterschenkeln und im Verlauf ein zunehmend taubes Gefühl bis hin zur vollständigen Schmerzempfindlichkeit. Da auch die sensorischen Nerven des Herzens geschädigt werden, können die typischen Warnsymptome eines drohenden Herzinfarktes, zum Beispiel Angina pectoris, fehlen. Es besteht das Risiko eines schmerzlosen Herzinfarktes, eines sogenannten «stummen Infarkt». Nebst der Schädigung der sensiblen und motorischen Nerven werden auch die Nervenfasern des autonomen Nervensystems (Sympathikus und Parasympathikus) in Mitleidenschaft gezogen. Diese Nervenfasern sind für die Herz-Kreislauf-Regulation von zentraler Bedeutung. Sie regulieren die Herzfrequenz und Schlagkraft des Herzens und dadurch die Menge Blut, die pro Minute durch den Körper gepumpt

Kardiovaskuläre Risikofaktoren

Diabetes
Fettstoffwechselstörung (Dyslipidämie)
Bluthochdruck
Rauchen
Alter
Übergewicht
Bewegungsmangel
Genetische Veranlagung

Massnahmen

Blutzuckereinstellung (Tabletten/Insulin)
Cholesterinsenker (Statine)
Blutdrucksenker (Antihypertensiva)
Rauchstopp
Nicht beeinflussbar
Ernährungsumstellung
«Treppe statt Lift»
Nicht beeinflussbar

Verschiedene Typen von Diabetes

Der **Diabetes mellitus Typ 1**, früher auch als jugendlicher Diabetes bezeichnet, ist eine Autoimmunerkrankung, die häufig bei Kindern und jungen Erwachsenen auftritt, aber Personen jeden Alters treffen kann. Da die für die Regulierung des Blutzuckers zuständigen Betazellen vom eigenen Immunsystem zerstört werden, kann der Körper schliesslich überhaupt kein Insulin mehr produzieren. Typische Symptome sind unter anderem grosser Durst, häufiges Urinieren, Gewichtsverlust, Müdigkeit, Übelkeit und Erbrechen oder schlecht heilende Wunden. Menschen mit Diabetes mellitus Typ 1 müssen lebenslang Insulin spritzen, Heilungsmöglichkeiten bestehen bisher noch nicht.

Mit über 90 Prozent der Fälle ist der **Diabetes mellitus Typ 2**, auch bekannt als «Altersdiabetes», die häufigste Diabetesform. Während dieser Diabetes früher meist erst im fortgeschrittenen Alter auftrat, leiden heute zunehmend auch jüngere Erwachsene daran. Viele der Betroffenen sind übergewichtig, Erbfaktoren und Bewegungsmangel begünstigen die Erkrankung zusätzlich. Bei Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 produziert die Bauchspeicheldrüse zwar noch Insulin, doch entweder nicht ausreichend oder das Insulin kann vom Körper nicht mehr wirksam verwendet werden, um Blutzucker in Energie umzuwandeln (Insulinresistenz), sodass der Blutzuckerspiegel ansteigt. Im Frühstadium treten kaum äusserliche Anzeichen und Symptome auf, häufig wird die Erkrankung erst diagnostiziert, wenn sich Symptome wie allgemeine Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Leistungsminderung, Sehstörungen oder schlecht verheilende Wunden manifestieren. Eine Normalisierung der erhöhten Blutzuckerwerte kann zu Beginn eines Diabetes häufig durch eine Umstellung der Lebens- und Ernährungsgewohnheiten sowie verstärkte körperliche Aktivität erreicht werden. Reichen diese Massnahmen nicht, stehen verschiedene blutzuckersenkende Tabletten zur Verfügung, allenfalls wird eine Therapie mit Insulin notwendig.

wird. Dadurch kann sich der Körper den verschiedenen Alltagssituationen anpassen und zum Beispiel beim Sport die Förderleistung des Herzens steigern. Im Gegenzug wird diese im Schlaf gesenkt.

Ist das autonome Nervensystem geschädigt, passt sich die Herzfrequenz nicht mehr an die benötigte Beanspruchung an und es schlägt auch in Ruhephasen relativ schnell. Eine Situation, etwa vergleichbar mit einem an der Ampel stehenden Auto, bei dem der Fahrer zwar auskuppelt, aber vergisst, den Fuss vom Gaspedal zu nehmen. Die Folge ist eine unnötige und übermässige Abnutzung des Motors. Zusätzliche wichtige Steuerungsaufgaben des autonomen Nervensystems sind unter anderem die Blutdruckregulation und das Schwitzen. Bei einem Funktionsausfall führt dies zu einer fehlenden Anpassung des Blutdrucks an die verschiedenen Körperpositionen mit Schwindel beim Aufstehen (Orthostase) und zu einem gestörten Wärmehaushalt.

Therapie des Herzinfarktes

Diabetiker mit einem akuten Herzinfarkt müssen genauso wie Nichtdiabetiker möglichst rasch behandelt werden. Je früher es gelingt, das verschlossene Gefäss zu eröffnen, desto besser ist die

Prognose. Die dabei angewendeten Medikamente und das invasive Verfahren zur Wiedereröffnung des Gefässes (Koronarangiografie mit Ballondilatation), meist mit Einlage eines Drahtgeflechtes (Stent), sind bei Diabetikern und Nichtdiabetikern identisch. Allerdings ist bei Patienten mit Diabetes das Risiko für eine erneute Gefässverengung nach dem Eingriff höher als bei Nichtdiabetikern.

Bei multiplen und schwerwiegenden Koronarverengungen ist die chirurgische koronare Bypass-Operation das Mittel der Wahl. Bei Diabetikern, welche vor dem Herzinfarkt mit Tabletten ungenügend eingestellt waren, muss im Anschluss an den Herzinfarkt

häufig auf Insulin umgestellt werden. Die Prognose ist umso besser, je rascher die Blutzuckerwerte normalisiert werden. Gelegentlich wird ein Diabetes bei einem Patienten erstmalig im Rahmen eines erlittenen Herzinfarktes diagnostiziert. Diese Patienten haben bis zu diesem Zeitpunkt häufig keine Medikamente eingenommen. Hier ist nebst der optimalen Akutbehandlung eine umfassende Aufklärung des Patienten notwendig. Es gilt zu erklären, wieso häufig mehrere Medikamente (Blutzuckertabletten und/oder Insulin, Cholesterinsenker, Blutverdünner, Blutdrucksenker) notwendig sind, um die bestmögliche Langzeitprognose zu erhalten.

Langzeitprognose verbessern

Diabetiker haben ein deutlich höheres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, speziell Herzinfarkte, als Nichtdiabetiker. Dieses Risiko kann durch eine gute Blutzuckereinstellung und das Angehen der verschiedenen Risikofaktoren stark gesenkt werden. Je frühzeitiger es gelingt, einen Diabetes zu diagnostizieren, desto frühzeitiger kann eine gezielte Behandlung einsetzen und die Langzeitprognose dadurch verbessert werden.



Der Autor

Ernst Lipp, Dr. med.
Facharzt FMH für Innere Medizin und
Facharzt FMH für Kardiologie
Chefarzt

Kontakt:

Spital Aarberg, Spital Netz Bern
Innere Medizin
Lysstrasse 31, 3270 Aarberg
Tel. 032 391 82 43
ernst.lipp@spitalnetzbern.ch



Angina pectoris

Gefahr durch Nikotin, Übergewicht und Stress

Angina-pectoris-Anfälle werden in der Regel durch körperliche Belastung ausgelöst, aber auch eine Kälteexposition, eine üppige Mahlzeit oder emotionaler Stress können einen Anfall begünstigen. Patienten sollten über ihre Erkrankung und die Selbstbehandlung beim Anfall daher umfassend informiert sein.

Die koronare Herzkrankheit (KHK) ist in der westlichen Welt die Zivilisationskrankheit schlechthin. Mit diesem Begriff werden alle Herzleiden umschrieben, die durch krankhaft veränderte Herzkranzgefäße hervorgerufen werden. Grund für diese Veränderungen ist meist eine Arteriosklerose. Infolge von Blutfettablagerungen kommt es zu Verengungen in den Blutgefäßen, was die Elastizität sowie den Blutfluss massgeblich stört. Die Folge: Das Herz kann nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt werden. Die häufigsten Erscheinungsformen der KHK sind die Angina pectoris (Verengung der Herzkranzgefäße, welche zu einer verminderten Blutversorgung des Herzens unter Belastung führt) sowie der Herzinfarkt (akuter Verschluss eines Herzkranzgefässes). In der Schweiz sind etwa 5 bis 10 Prozent der Bevölkerung davon betroffen, Männer etwa dreimal so häufig wie Frauen.

Nikotin und andere Risikofaktoren

Zu den Faktoren, die das Entstehen einer Arterienverkalkung der Herzkranzgefäße und damit einer Angina pectoris oder eines Herzinfarktes begünstigen, gehören ein erhöhter Blutdruck, ein ungünstiger Blutfettspiegel (vor allem

erhöhtes LDL- und niedriges HDL-Cholesterin), Übergewicht sowie die Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus). Als Hauptrisikofaktor gilt jedoch Rauchen. Nikotin verengt die Blutgefäße, erhöht den Blutdruck, die Cholesterinwerte sowie die Neigung des Blutes zur Gerinnselbildung und trägt dadurch massgeblich zur vorzeitigen Arteriosklerose der Herzkranzgefäße bei. Aber auch psychosoziale Faktoren wie beruflicher und familiärer Stress können zur Entstehung einer KHK führen.

Engegefühl in der Brust

Typisch für das Vorliegen einer Angina pectoris ist das anfallsartige Auftreten der Symptome, welche wenige Sekunden bis Minuten andauern können. Dabei treten druckartige Schmerzen hinter dem Brustbein auf. Viele Patienten verspüren zudem ein starkes Engegefühl im Brustbereich. Die Beschwerden können auch in den Kiefer, den Oberbauch, in den Hals oder den (meist linken) Arm ausstrahlen. Die Symptome können von Luftnot, Schweissausbrüchen und Angst begleitet sein. Meist treten sie bei raschem Gehen, beim Bergaufgehen oder beim Treppensteigen auf.

Herzinfarkt ausschliessen

Die Abgrenzung der Symptome der Angina pectoris von jenen anderer Krankheiten ist nicht immer einfach. Primär gilt es aber, einen Herzinfarkt auszuschliessen. Nachdem in einem Gespräch die Krankengeschichte erhoben und die Beschwerden des Patienten eingeschätzt werden, folgen weitere Untersuchungsschritte. Zur Standard-Diagnostik gehören das Elektrokardiogramm (EKG) in Ruhe sowie die Bestimmung der Herzenzyme im Blut.

Sobald ein Herzinfarkt ausgeschlossen ist, werden sich weitere Untersuchungen zum Nachweis eines verminderten Blutflusses der Herzkranzgefässe anschliessen. In der Regel wird ein EKG unter Belastung durchgeführt, um einerseits für eine Durchblutungsstörung typische EKG-Veränderungen festzustellen, andererseits um die Angina-pectoris-Beschwerden zu reproduzieren. Die Referenzmethode, um schliesslich das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit zu beweisen sowie vor allem auch das Ausmass der Arterienverkalkungen zu bestimmen, ist die Herzkatheteruntersuchung. Dabei handelt es sich um ein Kontrastmittel-Röntgen der Herzkranzgefässe, durch das Verengungen der Blutgefässe bildlich dargestellt werden können.

Nitrospray beim Anfall

Die Therapie der Angina pectoris richtet sich nach dem individuellen Erkrankungsbild des Patienten und hat das Ziel, Beschwerdefreiheit zu erlangen und Komplikationen, die zum Tod führen können, zu verhindern.

Zur schnellen Linderung im Anfall werden sogenannte Nitrosprays oder -kapseln eingesetzt. Nitroglycerin hat die Fähigkeit, die Herzkranzgefässe innerhalb sehr kurzer Zeit vorübergehend zu erweitern. Eine medikamentöse Behandlung über längere Zeit sollte aber in jedem Fall mit dem Ziel einer Symptomkontrolle und der Verhinderung des Voranschreitens der Gefässverkalkungen erfolgen. Zur symptomatischen Behandlung der stabilen Angina pectoris (siehe Info-Box) sind Betablocker und Kalziumkanalblocker die Medikamente der ersten Wahl. Die wichtigste Behandlung, um das Fortschreiten der Arteriosklerose zu verhindern, ist die Therapie mit Acetylsalicylsäure (ASS). ASS

verdünnt das Blut und soll unter anderem verhindern, dass sich an verkalkten Herzkranzgefässen Blutzellen ablagern, verklumpen und so die Gefässe weiter verengen und verstopfen. Betablocker entlasten das Herz, indem sie Stresshormone hemmen. Sie verlangsamen den Herzschlag und senken den Blutdruck. Statine (Cholesterinsenker) helfen, hohe Blutfettwerte zu senken und die Gefässwände zu stabilisieren.

Können die Symptome mit Medikamenten nicht befriedigend behandelt werden, sollte eine sogenannte Revascularisierung in Betracht gezogen und den Betroffenen eine Koronarangiografie als Basis zur Planung der weiteren Behandlungsstrategie angeboten werden. Sind die Gefässe stark verengt, können folgende invasive Verfahren/Untersuchungsmethoden nötig sein.

Dilatation und Bypass

Bei der Koronarangioplastie (Ballon-Dilatation) wird mit dem Herzkatheter ein Kontrastmittel in die Herzkranzgefässe gespritzt. Falls eine verengte Stelle zum Vorschein kommt, wird ein Gefässkatheter mit einem Ballon durch das betroffene Gefäss geschoben. An der verengten Stelle wird der Ballon mit hohem Druck aufgeblasen und das Engnis aufgedrückt. Um zu verhindern, dass sich die betroffene Stelle wieder verengt, wird häufig gleichzeitig ein sogenannter Stent eingelegt. Das Röhrchen aus Metallgeflecht stützt das erweiterte Gefäss und hält es dauerhaft offen. Eine Bypass-Operation wird meist notwendig, wenn der Hauptstamm der Herzkranzgefässe verengt ist oder alle drei grossen Herzkranzgefässe betroffen sind. Bei diesem Eingriff wird für das Blut eine Umleitung zum Herzen gelegt, indem es durch eine neu gelegte Verbindung neben der blockierten Gefässstelle vorbeifliesst und diese überbrückt.



Der Autor

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

Kontakt:

Spital Münsingen, Spital Netz Bern
Innere Medizin
Krankenhausweg, 3110 Münsingen
Tel. 031 682 82 91
andreas.oestmann@spitalnetz.ch

Bei «neuen» Beschwerden sofort Arzt aufsuchen

Eine Angina pectoris, die in ihrem Beschwerdebild und ihrer Ausprägung lange Zeit gleich bleibt und immer bei denselben körperlichen und seelischen Belastungen auftritt, wird als stabile Form bezeichnet. Dabei ist der innere Zellteppich, der die Herzkranzgefässe auskleidet, prinzipiell intakt, und es kommt zu keiner plötzlichen Gerinnselbildung in den Blutgefässen. Die stabile Angina pectoris hat – bei individuell gut angepasster Behandlungsstrategie – ein relativ geringes Risiko für schwerwiegende kardiovaskuläre Komplikationen.

Beschwerden, die sich neu innert weniger Stunden oder Tagen entwickeln, rasch zunehmen, länger als 15 Minuten anhalten, nachts oder in Ruhe auftreten, weisen auf eine instabile Angina pectoris hin. Dann ist sofortige ärztliche Hilfe angezeigt, da die Beschwerden in gewissen Fällen in einen Herzinfarkt übergehen können und die Situation lebensbedrohlich wird. Im Gegensatz zur stabilen Form ist bei der instabilen Angina pectoris die Oberfläche der Koronargefässe an einigen Stellen aufgebrochen, sodass es zur Bildung von Blutgerinnseln kommt mit dem entsprechenden Risiko eines Gefässverschlusses.

Risikofaktoren eindämmen

Die beste Vorbeugung gegen die KHK beziehungsweise die Angina pectoris ist ein gesunder Lebensstil. Regelmässige körperliche Bewegung (20 bis 30 Minuten pro Tag), der Verzicht auf Nikotin, eine herzgesunde, «mediterrane» Ernährung sowie die Reduktion von psychosozialen Stress verbessern die Prognose beziehungsweise die Herzgesundheit massgeblich.

Das Mitmachen in einer Herzgruppe (www.herzstiftung.ch) kann die Betroffenen mit bekannter KHK anspornen, ihren Lebensstil zu überprüfen und möglicherweise zu verändern.

Guter Schlaf

Richtig gebettet durch die Nacht

Damit der Schlaf erholsam ist, muss unter anderem das Bett so beschaffen sein, dass sich der Körper entspannt und erholt. Wichtig ist, dass ein ergonomisches Bettssystem die Wirbelsäule in allen Schlaflagen gleichmässig stützt.

Ein Drittel unseres Lebens verbringen wir im Bett. Während der Nachtruhe regeneriert sich der Körper, die Eindrücke des Tages werden verarbeitet. Dafür ist ein erholsamer Schlaf nötig. Rund 60 Prozent aller Menschen leiden jedoch zumindest gelegentlich an Schlafstörungen und sind trotz acht Stunden im Bett müde oder gereizt. Und nicht selten wachen sie mit Verspannungen, Rücken- oder Nackenschmerzen auf. «Die Nacht ist eigentlich die beste Zeit, damit sich Muskeln und Wirbelsäule entspannen können», sagt Thomas Rindlisbacher, Inhaber des Schlafhaus Lyssach. «Wer sich nach dem Aufstehen aber wie gerädert oder verspannt fühlt, sollte einmal sein Bett genauer unter die Lupe nehmen. Denn Schmerzen am Morgen deuten darauf hin, dass die Körperhaltung während der Nachtruhe nicht rückengerecht war.»

Mehrere Faktoren beeinflussen Schlaf

Ein schlecht stützender, durchhängender Lattenrost in Kombination mit der falschen Matratze ist Gift für die Wirbelsäule und beeinträchtigt die Schlafqualität enorm. Moderne Bettssysteme aus aufeinander abgestimmter Matratze und Lattenrost stützen den Körper optimal an den genau richtigen Stellen, lassen sich individuell an die Körperform und allfällige Problemzonen anpassen, verteilen das Druckgewicht des Körpers gleichmässig und entlasten die Wirbelsäule in allen Schlaflagen. «Ein optimales,



rückengerechtes Bettssystem liefert gute Voraussetzungen für einen erholsamen Schlaf, es sind aber auch noch andere Faktoren zu berücksichtigen», sagt der Schlafexperte. Dazu gehört ein optima-

Schmerzen am Morgen deuten darauf hin, dass das Bett nicht rückengerecht ist.

les Klima im Schlafzimmer – «frische Luft im Schlafzimmer ist enorm wichtig, zehn Minuten vor dem Zubettgehen durchlüften ist perfekt» – ebenso wie die Wahl des Duvets, des Kissens und der Bettwäsche. «Bei einem optimalen Duvet schwitzt und friert man im Schlaf nicht, es ist wärme- und feuchtigkeitsregulierend», so Thomas Rindlisbacher. Wer stark schwitzt, braucht also ein anderes Duvet als jemand, der ständig friert. Wichtig sei auch, nicht auf synthetische Bettwaren, sondern auf

Naturmaterialien wie Leinen, Bambus oder Bio-Baumwolle zu setzen: «Wir lassen schliesslich nichts so nah an uns heran wie das Bett und die Bettwaren.»

Rituale zum Abschalten

Schlafstörungen können aber auch durch zu reichhaltige, schwer verdauliche Mahlzeiten vor der Nachtruhe, durch zu viel Alkohol oder Kaffee verursacht werden, auch Medikamente sorgen manchmal für einen unruhigen Schlaf (beispielsweise Mittel gegen Epilepsie, Antidepressiva oder Appetitzügler) ebenso wie Stress, körperliche Anspannung, gewisse Krankheiten (Herz-Kreislauf-Leiden, Diabetes, Übergewicht, Depressionen) oder zu viele eingeschaltete elektrische Apparate. «Rituale am Abend können helfen, besser abzuschalten; auch ein heisses Entspannungsbad, ein Kräutertee oder ein angenehmer Duft können wirkungsvoll sein», rät der Fachmann, «oder man kann seine Gedanken in einem Tagebuch aufschreiben, das schliesst den Tag ab und man kann entspannter einschlafen.»

«Anlaufstelle bei Schlafproblemen»

Schlafhaus Lyssach

Entscheidungshilfe: Das Schlafhaus Lyssach ist AGR-zertifiziert. Dieses streng kontrollierte Gütesiegel, welches von der deutschen «Aktion Gesunder Rücken AGR» verliehen wird, zeichnet rückengerechte Erzeugnisse aus und soll Verbrauchern beim Kauf von ergonomischen Alltagshilfen wie beispielsweise Büromöbel, Autositze, Betten, Fahrräder, Polstermöbel, Schuhe, Schulranzen, Sportgeräte usw. als Orientierungshilfe dienen. Alle Schlafhaus-Beraterinnen und -Berater haben sich von der AGR schulen lassen und profitieren von den medizinischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen, welche die AGR weitervermittelt.

Nachhaltigkeit: Nebst rückengerechten Produkten legen die Inhaber des Schlafhauses auch höchsten Wert darauf, dass die angebotenen Waren ihren ethischen und moralischen Grundsätzen gerecht werden. Nachhaltigkeit, Anbauverfahren, Herkunft und Tierschutz stehen dabei im Vordergrund. Das beinhaltet Holz aus nachhaltigem Anbau ebenso wie schadstofffreie Stoffe oder eine Daunenerzeugung, die auf Lebendrupf verzichtet, aber auf einer tiergerechten Zucht basiert. Auch das gezielte Recycling der Abfälle gehört zum Konzept der Nachhaltigkeit, deshalb verpflichtet sich das Schlafhaus mit dem Label «myclimate», mittelfristig möglichst CO₂-neutral zu arbeiten.

Vom 24. April bis 3. Mai ist das Schlafhaus Lyssach an der BEA. Halle 3.2, Stand C 006.

Sie sehen sich als Schlafanwalt, der für das Recht auf erholsamen Schlaf kämpft. Was bedeutet das?
Wer besser schläft, ist fitter und leistungsfähiger. Wir finden, man sollte diesem Teil des Lebens genügend oder mehr Beachtung schenken – immerhin verbringen wir einen Drittel unserer Zeit im Bett. Zudem erleben wir in unseren Beratungen oft, dass Kunden über Rücken- oder Nackenschmerzen klagen. Diese können natürlich auch durch falsche Körperhaltung oder einseitige Belastung tagsüber, wegen zu langen Sitzens oder zu wenig Bewegung entstanden sein. Fühlt man sich aber am Morgen verspannter oder schlapper als am Abend, kann man diese Beschwerden mit der richtigen Unterfederung und der dazu passenden Matratze sicher lindern oder gar wegbringen. Diesen Beschwerden haben wir vom Schlafhaus den Kampf angesagt.

Nicht jedem Schlafproblem kann man aber mit einem guten Bett, mit einer optimalen Matratze und der entsprechenden Unterfederung zu Leibe rücken. Richtig?

Ja, man muss den Schlaf ganzheitlich betrachten; es müssen mehrere Faktoren zusammenspielen, damit die Nacht wirklich erholsam ist – Bett, Raumklima, psychische Verfassung, gesundheitlicher Zustand,

Schlafhygiene. Wer zum Beispiel spät abends eine fettige Mahlzeit zu sich nimmt und dazu noch reichlich Alkohol konsumiert, muss sich nicht wundern, wenn er schlecht schläft. Meine Vision ist, dass das Schlafhaus Lyssach ein Ort wird, den man bei Schlafproblemen aufsucht. Einerseits, weil wir mit unserer Beratung dazu verhelfen können, dass jeder ein rückengerechtes Bettsystem findet und so entspannt schlafen kann. Andererseits weil wir über ein Netzwerk an Partnern verfügen, die bei den Schlafproblemen weiterhelfen können, die nicht in unser Gebiet fallen. Das sind beispielsweise Therapeuten, Physiotherapeuten, Sitzberater, Hypnosefachleute, Atemspezialisten, komplementärmedizinisch tätige Drogisten, Ernährungsberater oder Fachleute für Elektrosmog – sie alle sind Ansprechpartner für Probleme, die keinen mechanischen Ursprung haben.

Die Auswahl an Betten und Matratzen ist heutzutage enorm gross und als Kunde verliert man leicht den Überblick. Worauf muss man denn beim Bettenkauf achten?

Es ist wichtig, dass man ein Bettsystem findet, das individuell auf die jeweilige Person abgestimmt ist, also zu Körpergrösse, Gewicht, Schulter- und Hüftbreite, Schlafgewohnheiten, eventuellen körperlichen Beschwerden und Lebensgewohnheiten passt. Leider ist es so, dass man ein solches System nicht gefühlsmässig, instinktiv aussuchen kann, denn meistens spürt ein Kunde beim Probeliegen auf einer Matratze nicht, ob dieses nun die richtige oder falsche Unterlage ist. Man muss sich also Zeit für eine ausführliche, etwa zweistündige Rücken- und Schlafberatung nehmen. Mit genauen Vermessungen des Körpers und gezielten Fragen können wir Berater die Kunden schlussendlich an ein Bettsystem heranführen, das zu ihnen passt, auf Wünsche und Bedürfnisse eingehen und auch unrealistische Vorstellungen ausräumen.

Die Auskunftspersonen

Britta Heimgartner
Thomas Rindlisbacher
Schlafberater und Inhaber Schlafhaus

Kontakt:

Schlafhaus GmbH
Bernstrasse 3/5, 3421 Lyssach
Tel. 034 445 77 78
info@schlafhaus.ch
www.schlafhaus.ch

Extra:
Link zur Website
Schlafhaus Lyssach





Psychiatriezentrum Münsingen

Eine Brücke über psychische Krisen hinweg

In einer akuten psychischen Krise ist eine schnelle, unkomplizierte Behandlung entscheidend. Auf der Kriseninterventionsstation im Psychiatriezentrum Münsingen kommen Patienten zur Ruhe.

Psychische Erkrankungen treten oft unvermittelt auf. Ein Todesfall, eine Trennung, der Verlust einer Arbeitsstelle oder sonst eine traumatische Lebenssituation kann eine Störung auslösen, und dies keineswegs nur bei psychisch labilen Personen – im Gegenteil! Betroffene sind normalerweise gut integriert, gehen einer geregelten Arbeit nach und verfügen über ein stabiles soziales Netz. Doch dieses kann überfordert oder aus anderen Gründen nicht in der Lage sein, die betroffene Person ausreichend zu unterstützen.

In einem solchen Fall ist es wichtig, dass der Patient oder die Patientin so schnell wie möglich unterstützt wird. Genügt ambulante Hilfe nicht, ist es zentral, dass er oder sie schnell und unbürokratisch in eine geeignete Institution eintreten kann. Denn die Erfahrung zeigt: Erhalten Betroffene

rasch und unkompliziert Unterstützung, stabilisiert sich die Situation oft innerhalb weniger Tage, es kehrt Ruhe ein und eine länger dauernde Betreuung ist nicht mehr nötig.

Tage oder wenige Wochen

Aus diesem Grund hat das Psychiatriezentrum Münsingen eine Kriseninterventionsstation (KIM) eröffnet. Sie ist an jedem Tag des Jahres rund um die Uhr besetzt. Patientinnen und Patienten können von acht Uhr morgens bis acht Uhr abends eintreten. Sie werden von Haus- oder Fachärzten und -ärztinnen, von Spitälern, von Therapeutinnen oder Therapeuten überwiesen, sie können aber auch auf eigenen Wunsch eintreten. Wie lange ein Patient oder eine Patientin bleibt, wird individuell bestimmt; erfahrungsgemäss ist aber selten eine Behandlung von mehr als

zwei oder drei Wochen nötig. Wenn doch, kann die Behandlung ohne grossen bürokratischen Aufwand stationär weitergeführt werden. Auch eine ambulante Nachbehandlung zur Überbrückung ist bei Bedarf möglich. Die KIM wird konsequent offen geführt, die Türen stehen jederzeit offen. Betroffene, die akut suizidgefährdet sind, die umfassende körperliche Pflege brauchen, ein Suchtproblem oder aus anderen Gründen spezielle Bedürfnisse

Psychische Erkrankungen sind kein Makel mehr

Akute, aber auch chronische psychische Erkrankungen sind heute weit weniger mit einem Makel behaftet als früher. Während sich Betroffene früher versteckten, von ihrem Umfeld oft gemieden wurden und sich womöglich noch allerhand dumme Sprüche anhören mussten, hat sich inzwischen die Erkenntnis durchgesetzt: Psychische Erkrankungen können «passieren», so wie körperliche Erkrankungen auch. Während noch vor wenigen Jahren in den Augen der Öffentlichkeit ein Herzinfarkt einen Beweis für den «Einsatzwillen» einer Person darstellte, hat sich die Wahrnehmung heute gewandelt. So ist es auch möglich geworden, ein Burnout, eine Depression oder eine andere psychische Krise zu haben und darüber zu sprechen.

Diese Einsicht hilft Patientinnen und Patienten, denn sie wagen den Schritt in eine Therapie früher, und eine Krise kann aufgefangen und behandelt werden, bevor sie chronisch wird oder die Betroffenen keinen Ausweg mehr sehen. Bis vor wenigen Jahren mussten Personen, die an einer akuten psychischen Erkrankung litten, häufig lügen, wenn sie sich in psychiatrische Behandlung begaben. Für einen Klinikaufenthalt mussten beispielsweise Ferien genommen werden, weil psychische Erkrankungen als Versagen und nicht als Erkrankung gewertet wurden. Heute ist auch ein Klinikaufenthalt von einigen Wochen meist ohne Weiteres gegen Vorlage eines Arztzeugnisses möglich.

Die Erkenntnis macht es auch leichter, Angehörige in die Behandlung miteinzubeziehen. Arbeitgeber, Vermieter oder weitere wichtige Bezugspersonen und Institutionen reagieren bei einem Aufenthalt in der Klinik offener und mit mehr Verständnis. Dies erleichtert es, Lösungen für die aktuelle Krise, aber auch darüber hinaus zu finden.

haben, können an eine andere Abteilung innerhalb des Psychiatriezentrums Münsingen verwiesen werden. So ist in der Kriseninterventionsstation für eine ruhige, konstruktive Atmosphäre gesorgt, welche den Patientinnen und Patienten hilft, ihre Krise möglichst schnell wieder in den Griff zu bekommen.

Eigene Ressourcen unterstützen

Häufig können sich Krisenpatientinnen und -patienten gut ausdrücken. Die KIM trägt dem Rechnung, indem unter anderem Gruppengespräche und -therapien durchgeführt werden, sodass die Patienten voneinander profitieren können. Daneben sind aber auch regelmässige Einzelgespräche mit dem Therapeuten oder der Therapeutin, Bewegungs-, Kunst- und Musiktherapie vorgesehen. Einen grossen Stellenwert wird auch dem Einbezug des sozialen Umfelds, besonders der Familie, eingeräumt. Dies alles mit dem Ziel, die eigenen Ressourcen zur Krisenbewältigung zu unterstützen.

Zentral ist dabei, dass der Patient oder die Patientin sich bewusst ist, dass er oder sie in erster Linie für die Gesundheit verantwortlich ist. Die Behandlungsziele, die voraussichtliche Dauer des Aufenthalts und die Art der Behandlung wird deshalb von ihm oder ihr, einer Psychologin oder einem Psychologen und der Pflegeperson gemeinsam festgelegt. Je nachdem wird die Zeit in der KIM aber auch genutzt, um die Situationen zu klären, welche die Krise ausgelöst hatten, etwa in der Familie, in der Beziehung oder am Arbeitsplatz.

Kostenneutral umgesetzt

Die Kriseninterventionsstation KIM wurde im vergangenen Dezember eröffnet,

nachdem festgestellt wurde, dass eine solche Station einem grossen Bedürfnis entspricht. Gemäss dem Sparauftrag, den der Grosse Rat des Kantons Bern den drei kantonalen psychiatrischen Kliniken erteilte, musste sie kostenneutral umgesetzt werden. Nach einer Angebotsprüfung wurde deshalb eine Rehabilitationsstation geschlossen, welche in diesem Umfang nicht mehr gebraucht wurde.

Erhalten Betroffene rasch Unterstützung, stabilisiert sich die Situation oft innerhalb weniger Tage.

Gerade in einer Krisensituation ist es wichtig, dass sich die Betroffenen in ihrem Umfeld wohlfühlen. Die KIM ist deshalb in einer schönen Altbau-Villa in einem romantischen Park untergebracht, mit etwas Abstand vom üblichen turbulenten Klinik-Alltag. Die Einzel- und Zweierzimmer mit total 19 Betten sind geräumig und geschmackvoll eingerichtet.



Die Auskunftspersonen

Thomas Reisch, Prof. Dr. med.
Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Psychiatriezentrum Münsingen



Stefan Bleuer, Dr. med.
Oberarzt
Kriseninterventionszentrum Münsingen KIM

Kontakt:

Psychiatriezentrum Münsingen PZM
Hunzingenallee 1, 3110 Münsingen
Tel. 031 728 81 11
info.pzm@gef.be.ch
www.pzm.gef.be.ch

Extra:
Video-Interview
mit Prof. Dr. Reisch
zum Thema
seelische Krise





Spitalhygiene

Den Keimen den Kampf angesagt

Rund 2000 Menschen sterben in der Schweiz jährlich an Infektionen, die sie sich im Spital zugezogen haben. Denn hier besteht ein erhöhtes Ansteckungsrisiko, gleichzeitig ist das Immunsystem der Patienten geschwächt. Mit entsprechenden Vorsichtsmassnahmen lassen sich solche Infektionen senken.

Wo viele Menschen auf engem Raum zusammenkommen – im Tram, in der Kinderkrippe, im Sportverein –, besteht ein erhöhtes Risiko, dass Krankheitskeime von einer Person auf andere übertragen werden. Verbreitet werden Viren und Bakterien durch Tröpfchen in der Luft oder – häufiger – durch Körperkontakt oder verunreinigte Gegenstände.

Gute und böse Bakterien

Die gefährlichen Keime in Spitälern sind meistens Bakterien, selten Viren. Bakterien sind jedoch nicht grundsätzlich schlecht. In und auf jedem erwachsenen Menschen leben Bakterien im Gewicht von rund 1,5 Kilogramm; die meisten sind im Darm angesiedelt. Es kann sogar geschehen, dass einem Patienten nach einer starken Antibiotikakur künstlich Bakterien verabreicht werden. Hoch im Kurs stehen auch «probiotische» Lebensmittel wie Joghurts, durch die dem Magen-Darm-Trakt zusätzlich Bakterien zugefügt werden. Nun gibt es aber nicht nur «gute», sondern auch «schlechte» Bakterien. Viele dieser «Schädlinge» sind für den gesunden Menschen ungefährlich:

Sie tummeln sich sogar auf der Haut, verursachen dem Gesunden aber keine Probleme. Dies kann sich jedoch ändern, wenn sich der oder die Betreffende verletzt oder krank wird. Durch eine offene Wunde oder aufgrund des geschwächten Immunsystems können die bisher ungefährlichen Bakterien in den Körper eindringen und dort Schaden anrichten. «Die meisten Spitalinfektionen», so Dr. Marianne Blatter, Leitende Ärztin am Ziegler- und Tiefenauspital, Fachärztin für Innere Medizin und Infektiologie, «entstehen durch Bakterien, die der Patient, die Patientin selber in die Klinik getragen hat.»

Risikominderung im Spital

Zusätzlich zu den bereits im Alltag bestehenden Ansteckungsmöglichkeiten kommen in einer Klinik weitere Infektionsrisiken hinzu: Eine Gefahr geht beispielsweise von jenen Geräten aus (Kanülen, Katheder usw.), die bei einer Behandlung in den menschlichen Körper eingeführt werden müssen. Weil die Erfahrung gezeigt hat, dass das Risiko umso grösser ist, je länger sich ein solches Objekt im Körper des Befindlichen befindet, wird heute darauf geachtet, die

Anwendungsdauer auf ein Minimum zu beschränken. Weitere Vorsichtsmassnahmen, wie sie im Spitalalltag schon seit langer Zeit praktiziert werden, sind das regelmässige Waschen und Desinfizieren der Hände.

Selten kommt es vor, dass in einer Klinik eine ganze Etage von einer Infektion betroffen ist. Geschieht dies dennoch, werden in der betroffenen Abteilung die Hygienemassnahmen noch verstärkt: Die Zimmer der Betroffenen werden isoliert, es werden keine neuen Patientinnen und Patienten aufgenommen und keine in andere Abteilungen verlegt. Das Personal benutzt Handschuhe und Mundschutz auch ausserhalb der Zimmer, muss auf Garderobe und Kantine verzichten und sich stattdessen auf der Abteilung umziehen und verpflegen. Ausserdem werden die Pflegefachleute aufgefordert, nach Dienstschluss auf direktem Weg nach Hause zu gehen.

Dem Schimmelpilz sei Dank

Bakterien, die in den meisten Fällen für Spitalinfektionen verantwortlich sind, werden durch Antibiotika bekämpft. Dass es solche «Gegenmittel» überhaupt gibt, verdankt die Menschheit dem britischen Wissenschaftler Alexander Fleming. Dieser hatte 1928 zufälligerweise entdeckt, dass ein Schimmelpilz namens «*Penicillium notatum*» einen Stoff produzierte, der für Bakteri-

en tödlich ist. Damit war das Penicillin geboren. Später, so die Ärztin Marianne Blatter, wurden – insbesondere in der tropischen Pflanzenwelt – noch weitere antibiotische Substanzen gefunden.

Keime werden resistent

Im Verlauf der Zeit geschah es jedoch, dass sich einerseits Bakterien entwickelten, die gegen die bekannten Antibiotika resistent waren. Andererseits wurden seitens der Pharmaindustrie geringere Forschungsanstrengungen unternommen, da die aufwendige Suche nach Alternativen nicht genügend rentabel schien.

Antibiotikaresistenz ist demzufolge ein weiterer Grund für teilweise lebensbedrohende Infektionen im Spital. Nicht jedes Antibiotika-Produkt wirkt gegen alle Bakterien, zudem verändern sich die Keime durch Mutation fortwährend. Andererseits muss eine Infektion sehr schnell behandelt werden, um die drohende Gefahr abzuwenden. Geht zu viel Zeit verloren bei der Suche nach dem richtigen beziehungsweise wirksamen Antibiotikum, kann es für die Patienten kritisch werden.

Gründe für die Antibiotikaresistenz

Dass Antibiotika nicht mehr wirksam sind, kann mehrere Ursachen haben: Zum einen verändern sich Bakterien ständig, sodass ein Mittel, das früher effizient war, plötzlich keine Wirkung mehr aufweist. Resistenzen können auch dadurch entstehen, dass bei banalen Infektionen zu häufig Antibiotika eingesetzt werden. Einen gewissen Einfluss hat laut der Infektiologin aber auch die Ernährung, insbesondere in Bezug auf die Tiermast: Häufig werden dem Vieh und dem Geflügel Antibiotika als «Wachstumsförderer» verabreicht, um die Tiere gegen drohende Krankhei-

ten zu schützen. Die Medikamente werden anschliessend durch das verzehrte Fleisch vom Menschen aufgenommen. Die Folge davon ist, dass immer mehr Antibiotika ihre Wirksamkeit verlieren.

Die meisten Spitalinfektionen entstehen durch Keime, die der Patient selber in die Klinik getragen hat.

Kliniken vernetzen sich

Damit die für die Spitalhygiene verantwortlichen Fachleute untereinander gut vernetzt sind und aktuelle Informationen schnell abrufbar sind, wurden Institutionen geschaffen wie das «Schweizerische Zentrum für Antibiotikaresistenzen» (Anresis) oder die «Swissnoso», die sich der Reduktion von nosokomialen (im Spital erworbenen) Infektionen und multiresistenten Keimen widmet. Auch das Zieglerspital beteiligt sich an den Bemühungen der Swissnoso. Dies bedeutet zum Beispiel – neben einer fortlaufenden Schulung des Personals –, dass Patientinnen und Patienten über längere Zeit hinweg befragt werden, um allfällige Infektionen festzustellen. Bei orthopädischen Operationen erfolgt die letzte Befragung sogar erst ein Jahr nach Spitalaustritt. Dass im internationalen Vergleich in der Schweiz teilweise mehr Spitalinfektionen festgestellt werden als im Ausland, wird darauf zurückgeführt, dass sich die Kontrollen und Befragungen hierzulande nicht nur auf die Zeit des Spitalaufenthalts beschränken, sondern dass mögliche Infektionen auch später noch im Auge behalten werden.

Hartnäckiges Norovirus

Noroviren sind für die meisten infektiös, aber nicht bakteriell bedingten Durchfälle verantwortlich. Zu Ansteckungen kommt es vor allem dort, wo Menschen auf engem Raum zusammenleben. Die Infektion erfolgt hauptsächlich durch Kontakt mit der Haut (zum Beispiel durch verunreinigte Hände) oder mit kontaminierten Objekten wie Türfallen. Auch verunreinigte Lebensmittel können die Krankheit übertragen. In der Schweiz erkranken pro Jahr schätzungsweise 400 000 Menschen an einem durch Noroviren verursachten Brechdurchfall. Um einer Ansteckung vorzubeugen, wird eine gute Händehygiene empfohlen, das heisst: gründliches Waschen mit Seife, insbesondere nach jedem Toilettengang. Ausserdem müssen kontaminierte Gegenstände und Oberflächen gereinigt und desinfiziert werden. Erkranktes Spitalpersonal sollte auch nach Abklingen der Symptome mindestens zwei Tage der Arbeit fernbleiben.



Die Auskunftsperson

Marianne Blatter, Dr. med.
Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin und
Fachärztin FMH für Infektiologie
Leitende Ärztin

Kontakt:

Spital Ziegler, Spital Netz Bern
Klinik für Innere Medizin
Morillonstrasse 75, 3001 Bern
Tel. 031 970 73 42
marianne.blatter@spitalnetzbern.ch

Mehr Lebensqualität dank neuer Therapien

In der Schweiz leiden zwischen 300 000 und 400 000 Menschen an der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Durch neue Therapien können Betroffene ihre Symptome lindern und mehr Lebensqualität erreichen.

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist neben dem Bronchialasthma die häufigste Lungenerkrankung in der Schweiz. Zwischen 300 000 und 400 000 Menschen leiden an der «Raucherlunge», wie COPD (chronic obstructive pulmonary disease) im Volksmund auch genannt wird. Mit einleuchtendem Grund: Langjähriger Nikotinkonsum gilt als Hauptursache für die Entstehung der chronisch verlaufenden Erkrankung. 25 Prozent der COPD-Patienten haben jedoch nie geraucht.

Lungengewebe wird zerstört

Die COPD ist ein Oberbegriff für die chronische Bronchitis und das Lungenemphysem. Beides sind dauerhafte, fortschreitende Erkrankungen der Atemwege, die dadurch gekennzeichnet sind, dass das Ausatmen durch eine Verengung der Bronchien behindert wird. Im Verlauf kommt eine Zerstörung des Lungengewebes hinzu, was den Gasaustausch zunehmend beeinträchtigt und zur Folge hat, dass nicht mehr genügend Sauerstoff in den Organismus kommt.

Auf AHA-Symptome achten

Als Hauptmerkmal der Erkrankung gelten die sogenannten AHA-Symptome: Atemnot, Husten, Auswurf. Von chronischem Husten sind COPD-Patienten meist am Morgen stark betroffen. Durch die zunehmende Atemnot – vor



allem bei Belastung – können sie selbst kurze Wegstrecken nicht mehr bewältigen, da sich im Verlauf der Erkrankung die Atemwege zunehmend verengen und die Atmung behindert wird. Vor allem beim Ausatmen ist der Luftstrom eingeschränkt. Neben der Atemnot kommt mit der Zeit ein Gefühl der «Überblähung» der Lunge dazu.

Gefahr durch Nikotinkonsum

Im Gegensatz zu Asthma, das durch eine plötzlich einsetzende Atemnot gekennzeichnet ist, kann sich die COPD oft über Jahre beziehungsweise Jahrzehnte schleichend entwickeln. Viele Raucher leiden an Husten, den sie dann aber als Folge des Rauchens als «normal» ansehen.

Grundsätzlich gilt: Jeder Husten, der länger als acht Wochen dauert, kann auf eine COPD hindeuten, insbesondere dann, wenn der Betroffene raucht, da die Erkrankung in 9 von 10 Fällen Folge des Nikotinkonsums ist. Andere Ursachen wie zum Beispiel Infektio-

nen, Luftverschmutzung sowie berufsbedingte Risikofaktoren (Staub, Chemikalien) können eine COPD jedoch ebenfalls begünstigen. Schwere und Verlauf der Erkrankung sind zudem von genetischen Faktoren abhängig.

Frühe Diagnose ist wichtig

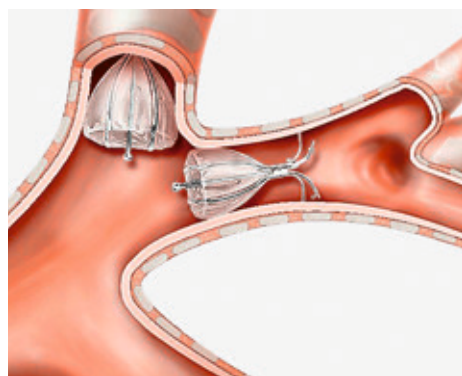
Je früher eine COPD diagnostiziert wird, desto eher kann der behandelnde Lungenarzt eine entsprechende Therapie einleiten. Eine sichere Diagnose ist unerlässlich, um eine angemessene Behandlung durchführen zu können. Neben dem Erheben der Krankengeschichte sowie der körperlichen Untersuchung wird eine Lungenfunktionsprüfung (Spirometrie) durchgeführt. Damit können Einschränkungen der Lungenkapazität erfasst werden. Als weiterführende Untersuchungen werden bildgebende Verfahren (Röntgen oder Computertomographie der Lunge) durchgeführt.

Da es sich bei COPD beziehungsweise dem Lungenemphysem um eine chro-

nische, fortschreitende Erkrankung handelt und diese das Resultat von zerstörtem Gewebe ist, existieren leider keine Heilmethoden. Es gibt jedoch verschiedene Behandlungsoptionen, um die Symptome zu lindern und das Atmen zu erleichtern.

Sofortiger Rauchstopp

Die erste Massnahme nach der Diagnose ist der sofortige Rauchstopp. Damit wird eine Verschlimmerung der Erkrankung verhindert. Auch wird auf diese Weise die Häufigkeit von Exazerbationen (akute Anfälle von Atemnot, vermehrtem Husten mit Auswurf) reduziert und so das Risiko für Lungenkrebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen gesenkt. Im Laufe der Zeit lässt der Husten nach, die Bronchien bilden weniger Schleim und die Patienten können wieder besser atmen. Die Nikotinentwöhnung ist nicht nur die beste Präventions-, sondern gleichzeitig eine effektive und sehr wichtige Therapiemassnahme. Die Krankheit kommt dadurch nicht zum Stillstand, kann aber verlangsamt werden.



Behandlung

Seit ein paar Jahren wird ein neues endoskopisches Verfahren eingesetzt, um eine weitere Linderung der Symptome zu erreichen. Dabei gilt es, das Lungenvolumen zu verkleinern. Dazu werden Ventile in die Bronchien des am meisten betroffenen Lungenlappens eingesetzt. Hierdurch soll eine Schrumpfung des erkrankten Lungenbereichs erreicht werden. Das noch gesündere Lungengewebe hat dann wieder mehr Platz zum Atmen. Damit lässt sich eine Verbesserung der Lungenfunktion erreichen und es wird zudem eine bessere körperliche Belastbarkeit des Patienten erzielt, was die Lebensqualität deutlich steigert. Dieser Eingriff wird in Zusammenarbeit mit Spezialisten im Inselspital Bern durchgeführt.

Die medikamentöse Behandlung

Als medikamentöse Basistherapie bei COPD-Patienten werden sogenannte Bronchodilatoren eingesetzt. Diese Medikamente erweitern die Bronchien, womit die Lungenüberblähung abnimmt. Eine zweite Substanzgruppe in der Therapie der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung sind die inhalativen Kortikosteroide – synthetische Abkömmlinge des körpereigenen Hormons Cortison. Sie besitzen in

Rauchstopp und körperliche Betätigung sind wichtige Massnahmen, um den Verlauf einer COPD zu verlangsamen.

erster Linie eine entzündungshemmende Wirkung. Die Inhalationstherapie mit Kortikosteroiden ist jedoch nur bei schwer betroffenen COPD-Patienten angezeigt, da diese ein erhöhtes Risiko für Lungenentzündungen haben. In einer Exazerbationsphase werden auch Antibiotika sowie Kortikosteroide in Tablettenform eingesetzt, damit der Patient stabilisiert werden kann. Diese Verschlechterungsepisoden müssen aggressiv behandelt werden, damit die Lungenfunktion nicht noch mehr eingeschränkt wird und sich die Prognose noch verschlechtert. Es ist wichtig, dass die Patienten regelmässig gegen Grippe und Pneumokokken geimpft werden.

Körperliches Training ist zentral

Vor allem bei der längerfristigen Behandlung eines COPD sind noch andere Massnahmen wie beispielsweise die Atemphysiotherapie sehr wichtig.



Der Autor

Christophe von Garnier, PD. Dr. med.
Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin
und Facharzt FMH für Pneumologie
Chefarzt und Klinikleiter

Kontakt:

Spital Tiefenau, Spital Netz Bern, Pneumologie
Tiefenaustrasse 112, 3004 Bern
Tel. 031 308 87 80
christophe.vongarnier@spitalnetzbern.ch

COPD Selbsttest

Die Lungenliga Schweiz hat einen Selbsttest zu COPD lan-

ciert. Dieser Risikotest kann Aufschluss darüber geben, wie hoch das Risiko ist, an einer COPD zu erkranken oder zu leiden.

- Rauche ich oder habe ich früher geraucht?
- Huste ich häufig, auch wenn ich keine Erkältung habe?
- Habe ich am Morgen Husten mit Auswurf?
- Leide ich an Atemnot, besonders bei körperlicher Belastung?
- Habe ich eine pfeifende Atmung?
- Bin ich über 45 Jahre alt?
- Leide ich an Asthma?

Weitere Infos:

www.lungenliga.ch/copd

Zudem gibt es spezielle Rehabilitationsprogramme (werden im Tiefenau Spital Bern ambulant angeboten), in denen die Patienten während mehrerer Wochen kontinuierlich körperliche Aktivität aufrechterhalten müssen und im Umgang mit der Erkrankung geschult werden. Zudem hilft man den Rauchern, ihren Nikotinkonsum einzustellen und mit der auftretenden Atemnot umzugehen, wenn sie sich körperlich betätigen. COPD-Patienten vermeiden körperliche Anstrengung, da diese zu Atemnot führt, und werden mit der Zeit untrainiert. Eine körperliche Betätigung hilft, den entstehenden Teufelskreis aus Atemnot, Abnahme der Muskelkraft, Dekonditionierung, Angst und sozialer Isolation zu durchbrechen. Durch die regelmässige körperliche Aktivität verringert sich ausserdem das Risiko für Exazerbationen.

Extra:
Video-Interview
mit PD Dr. von
Garnier zum
Thema COPD





Adipositas

Operation kann Chance sein

Steigt das Körpergewicht weit über das gesunde Mass, sprechen wir von Adipositas. Wenn die Betroffenen es nicht auf eigene Faust schaffen abzunehmen, hilft oft nur der Gang zum Chirurgen, um schlimme Folgeerkrankungen zu vermeiden.

37,3 Prozent aller Erwachsenen sind übergewichtig, immer häufiger sind es bereits junge Menschen, die stark in die Breite gehen. Mit der Gewichtszunahme gehen auch hohe Krankheitskosten durch Übergewicht und Adipositas (krankhaftes Übergewicht) einher; seit 2004 haben sie sich von 2548 Millionen auf 5755 Millionen Franken pro Jahr verdoppelt. Übergewicht und Adipositas ziehen auch eine ganze Reihe unterschiedlicher Folgeerkrankungen nach sich, wie Koronare Herzkrankheiten, Diabetes und Bluthochdruck sowie Schlafapnoe.

Adipositas gilt als Ungleichgewicht von Energiezufuhr und -verbrauch und wird durch mehrere Faktoren begünstigt; eine Kombination von falscher, zu fettreicher Ernährungsweise, kombiniert mit einem Mangel an körperlicher Aktivität. Psychische Faktoren wie Stress und/oder Depressionen begünstigen diese Lebensweise sowie eine Chronifizierung der Adipositas, was häufig in einem Teufelskreis wieder zu psychischen Problemen wie Minderwertigkeitskomplexen und mangelndem Selbstwertgefühl führt. Diskutiert wird ebenso eine erbliche Anlage mit einer familiären Prädisposition. Einige Krankheiten können Adipositas ebenfalls begünstigen,

beispielsweise die Unterfunktion der Schilddrüse (Hypothyreose) oder eine Störung des Cortisonhaushaltes (Cushing-Syndrom).

Ist Übergewicht eine Krankheit?

Die westliche Medizin versteht Adipositas primär als Risikofaktor für bestimmte Krankheitsbilder, weniger als eigenständige Krankheit. Langfristig gesehen erhöht Fettleibigkeit das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko (Erkrankungshäufigkeit sowie Sterbeziffer) der Patienten und gefährdet vor allem bei adipösen Jugendlichen deren psychosozialen Werdegang. Adipositas ist oft mit als «Zivilisationskrankheiten» angesehenen Begleiterkrankungen assoziiert wie Arterielle Hypertonie (Bluthochdruck), Schlaganfall (grössere Fettansammlungen und arterielle Hypertonie erhöhen das Schlaganfallrisiko), Schlafapnoe-Syndrom (die einzig erfolgversprechende Behandlung des kurzzeitigen Atemstillstands ist die Gewichtsreduktion), Diabetes mellitus (eine Gewichtszunahme bei Erwachsenen von mehr als fünf Kilogramm innerhalb weniger Jahre birgt ein deutliches Diabetesrisiko), Lebersteatose (Verfettung der Leber), Arthrose (Übergewicht begünstigt die Entstehung abnutzungsbedingter

Gelenkveränderungen), Malignome (vor allem Dickdarm- und Prostatakarzinom und Gebärmutterkrebs) sowie Erkrankungen während der Schwangerschaft und Geburt (Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck, Harnwegsinfektionen oder Venenthrombosen).

Lebensgewohnheiten umstellen

Um Übergewicht und Adipositas erfolgreich behandeln zu können, müssen die Betroffenen ihre Ernährungs- und Lebensgewohnheiten lebenslang und konsequent umstellen. Dabei ist das Ziel der Ernährungsumstellung zunächst, das Verhältnis zwischen Energiezufuhr und Energieverbrauch umzukehren. Zu einer solchen Behandlung gehören eine Ernährungsberatung und regelmässige körperliche Aktivität. Die psychologische Betreuung der Patienten spielt ebenso eine wichtige Rolle, denn das übermässige Essen kann zur Konfliktbewältigung oder zum Abbau von Frustrationen nach schlechten Erlebnissen eingesetzt werden. Deswegen kann eine Verhaltenstherapie durch einen Psychologen die Behandlung unterstützen. Adipositas kommt familiär gehäuft vor. Dabei spielen erlernte familiäre Verhaltensmuster und Fehlerernährung eine wichtige Rolle bei der Entstehung von starkem Übergewicht. Eine konservative Behandlung sollte auch immer das familiäre Umfeld miteinbeziehen.

Effektive Adipositaschirurgie

Adipositas mit Body Mass Index (BMI) über 30 kg/m² wird vorwiegend mit konservativer Therapie angegangen. Bei morbidem Adipositas mit BMI über 35 kg/m² helfen meist nur noch chirurgische Massnahmen. Ist eine mindestens zwei Jahre lang durchgeführte konservative Therapie zur Gewichtsreduktion erfolglos geblieben, kann der Patient für eine allfällige bariatrische Operation evaluiert werden. Dies soll jedoch nur dann geschehen, wenn der Patient für eine solche Behandlung motiviert ist und durch ein interdisziplinäres Team aus Internisten, Ernährungsberatern, Psychologen/Psychiatern und Chirurgen über die damit verbundenen Langzeitperspektiven sowie mögliche Folgen beraten werden kann. Bei morbidem Adipositas ist die bariatrische Chirurgie (Übergewichtschirurgie) sehr effektiv und nach gescheiterten konservativen Therapieversuchen zur Gewichtsreduk-

tion als Behandlung der Wahl. In den USA ist die bariatrische Chirurgie mittlerweile die häufigste chirurgische Intervention überhaupt. Allen bariatrischen Operationen ist eine Verkleinerung des zur Verfügung stehenden Magenvolumens gemeinsam. Sie beeinflusst die auf einmal konsumierbare Nahrungsmenge durch ein früher einsetzendes Sättigungsgefühl und dementsprechend das Essverhalten und die Nahrungszusammensetzung.

Operiert wird nur, wenn der Patient motiviert ist und sich ausführlich beraten lässt.

Das bekannte Magenband wird heute kaum mehr angewandt. Der Magenbypass hingegen kommt sehr häufig zum Einsatz, ebenso der Schlauchmagen bei BMI über 50kg/m². Erstere Operation schränkt nicht nur die Nahrungsmengeaufnahme, sondern auch die Aufnahme von Nährstoffen durch den Darm ein.

Magenbypass

In den frühen 1960er-Jahren wurde das Prinzip des Magenbypass entwickelt; dies ist seither mit dem sogenannten proximalen Roux-Y-Magenbypass die am häufigsten durchgeführte Operation. («Roux» nach einem französischen Chirurgen und «Y» wegen der Y-Form der umgeleiteten Dünndarmschlingen.) Ein kleiner Pouch (Reservoir), circa von der Grösse eines kleinen Pingpongballen, wird vom obersten Magenanteil abgetrennt. Aus dem Dünndarm wird eine «Y-Form» gebildet, welche an den

neugebildeten Magenpouch angeschlossen wird. So wird die aufgenommene Nahrung an einem Grossteil des Magens und an einem Teil des oberen Dünndarmes vorbeigeleitet («bypass»), was zu einem früheren Sättigungsgefühl und somit zu einer reduzierten Kalorien- und Nährstoff-Aufnahme führt. Diese Operation zählt zu den restriktiven und malabsorptiven Methoden.

Sleeve-Gastrektomie

Seit rund zehn Jahren wird wegen ihrer relativ einfachen Durchführbarkeit vermehrt die Sleeve-Gastrektomie (Schlauchmagenresektion, Magenverkleinerung) angewendet. Beim Magenschlauch wird der Magen um rund 80 Prozent verkleinert. Dies geschieht, indem man in Längsrichtung, wenig oberhalb des Magenausgangs beginnend, den Magen über die gesamte Länge mit einem mechanischen Nahtapparat (Stapler) 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 eine Malabsorption (mangelhafte Aufnahme von Substraten aus dem bereits vorverdauten Speisebrei) stattfindet. Neben der Einschränkung der Kalorienmenge wird durch die Entfernung der Magenteile, welche das «Hungerhormon» Ghrelin bilden, das Hungergefühl reduziert.

Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass wie beim Roux-Y-Magenbypass der Gewichtsverlust zwischen 20 und 30 Prozent des Ausgangsgewichtes liegt, und dass die Nebenerkrankungen ähnlich positiv wie beim Magenbypass beeinflusst werden.

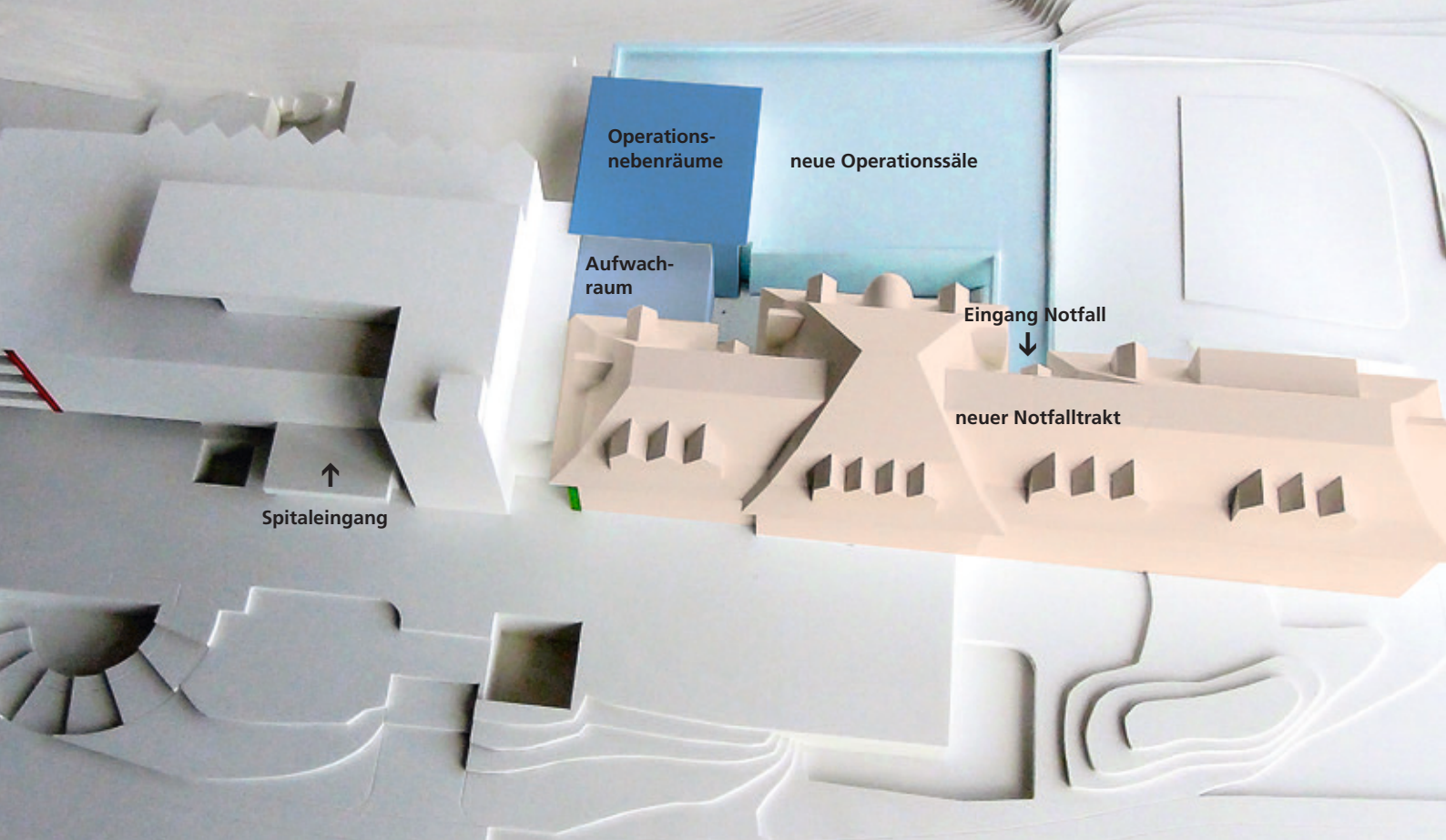


Der Autor

Philipp C. Nett, Dr. med.
Facharzt FMH für Chirurgie, Schwerpunkt Viszeralchirurgie
Leiter bariatrische und metabolische Chirurgie

Kontakt:

Spital Tiefenau, Spital Netz Bern
Adipositasambulanz
Tiefenaustrasse 112, 3004 Bern 4
Tel.031 308 88 10
philipp.nett@insel.ch



Erneuerung Spital Aarberg

Investition in die Zukunft

In den nächsten zwei Jahren werden Operations- und Behandlungstrakt sowie der Notfallbereich des Spitals Aarberg renoviert oder neu gebaut. Der Spitalbetrieb wird während der ganzen Bauzeit vollumfänglich aufrecht erhalten.

Das Spital Aarberg versorgt im Seeland mit gut 300 Mitarbeitenden ein Gebiet von rund 70 000 Menschen. Pro Jahr werden rund 3600 stationäre Patienten medizinisch versorgt. Seit Anfang April haben die Um- und Neubauarbeiten des Operations- und Behandlungstrakts sowie des Notfalls begonnen. 20,7 Millionen Franken investiert die Spital Netz Bern AG in diese Arbeiten, die voraussichtlich im Oktober 2017 abgeschlossen sein werden. Mit dieser Investition setzt die Spital Netz Bern AG ein deutliches Zeichen. Dazu Daniel Hoffet, VR-Vizepräsident aus Kappelen: «Wir sind überzeugt, dass das Spital Aarberg in seinem Einzugsgebiet einem ausgewiesenen Bedürfnis entspricht. Zudem möchten wir die Notfallbehandlung rund um die Uhr weiterhin gewährleisten und auch die baulichen Voraussetzungen für ein Wachstum im ambulanten und tagesklinischen Bereich schaffen; der Spitalbetrieb soll sich vor allem in der Orthopädie und Chirurgie weiterentwickeln können.»

Mehr Platz in OP und Notfall

«Diese Sanierungsarbeiten sind dringend notwendig», sagt Alfred Hirschi, Projektverantwortlicher der Spital Netz Bern AG und fasst kurz zusammen: «Die Operationssäle aus dem Jahr 1956 sind gemäss heutigen Qualitätsstandards zu klein, auch die Notfallstation platzt aus allen Nähten. Die Patientenzimmer mit vier bis sechs Betten ohne eigene Nasszelle sind bei den Patienten nicht sehr beliebt und einfach nicht mehr zeitgemäss.» In der Tat: Als die drei Operationssäle vor fast 60 Jahren in Betrieb genommen wurden, benötigten die damaligen technischen Operationsgeräte noch deutlich weniger Platz als heute. «Hinsichtlich der medizintechnischen Ausstattung sind die OP-Säle zwar auf neuestem Stand, aber mit dreissig Quadratmetern Fläche deutlich zu klein, die Platzverhältnisse zwischen all den Anästhesie-, Überwachungs- und Operationsgeräten zu eng», sagt der Projektverantwortliche. Ähnlich präsentieren sich die Verhältnisse auf der Spital-Notfallstation, die

praktisch von Jahr zu Jahr steigende Patientenzahlen aufweist – alleine im letzten Jahr gab es 2300 stationäre Notfalleintritte, 6100 Fälle wurden ambulant behandelt. «Die Patienten werden aber auch heute, trotz der beengten räumlichen Verhältnisse, gut und nach neusten medizinischen Standards behandelt.»

Mehr Komfort für Patienten

Das vom Berner Architekturbüro Itten + Brechbühl AG ausgearbeitete Projekt sieht einen Umbau in vier Etappen vor. Die bisherigen sechs Mehrbettzimmer im ersten bis dritten Stock kommen als erste an die Reihe, sie werden in zwei Etappen umgebaut und sind im Oktober 2015 bezugsbereit. Neu entstehen je sechs Ein- und Zweibettzimmer mit jeweils integrierten Nasszellen (Dusche/WC). «Dies wird den Komfort der Patienten deutlich steigern», so Alfred Hirschi. Durch den Umbau werden etwa 20 Betten abgebaut, doch weil die Spitalaufenthaltsdauer heute deutlich kürzer ist, besteht auch ein geringerer Bedarf an Betten.

Neuer Notfalltrakt

Nach Fertigstellung der Patientenzimmer folgen im Jahr 2016 die Umbauarbeiten des der Lyssstrasse zugewandten Altbauflügels. Im Erdgeschoss werden die Räume, in denen momentan die Administration und die Station 4 untergebracht sind, für den neuen Notfalltrakt vorbereitet. Nebst vier Notfall-Untersuchungseinheiten umfasst dieser unter anderem Zimmer für die Eintrittsbesprechung, ein Notfalllabor, einen Schockraum zur Behandlung von Patienten in Lebensgefahr, zwei Räume für endoskopische Untersuchungen, eine Isolationskoje sowie mehrere Räume für die Medikamenten- und Materialaufbewahrung. Flächenmässig erhält der Notfalldienst in Aarberg 300 Quadratmeter mehr (und wird sich neu über 800 Quadratmeter erstrecken). In den neuen Notfalltrakt werden auch die Behandlungsräume des hausärztlichen Notfalldienstes HANS+ (siehe Infobox) integriert. Der Notfalldienst wird während der ganzen Umbauzeit in den bisherigen Räumlichkeiten aufrecht erhalten.

Neuer Operationstrakt

Anschliessend wird, voraussichtlich im Jahr 2017, mit der Umwandlung der leergewordenen Räume des heutigen Notfalls in Operationsnebenräume begonnen. Dazu gehören unter anderem Geräte-, Lager-, Entsorgungs- und Garderobenräume sowie ein Aufwachraum, der Platz für zehn Betten bietet. «Ein Teil des Aufwachraums ist zudem so konzipiert, dass hier bei Bedarf

Durch den Umbau wird der Patientenkomfort gesteigert und die Wege zwischen Notfall und Operationsbereich werden verkürzt.

auch eine Intermediate Care-Station mit vier Betten eingerichtet werden kann, die den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin entspricht», sagt Alfred Hirschi. Hier könnten Patienten mit komplexen Krankheitsbildern betreut werden, deren Pflege und Überwachung die gängigen personellen und materiellen Ressourcen übersteigt. Der neue, einstöckige Operationstrakt mit drei Operationssälen von je rund 47 Quadratmetern Fläche sowie den Räumen zur Ein- und Ausleitung wird direkt im Anschluss ans bestehende Gebäude gebaut, er kommt gewissermassen im Hinterhof des Spitals zu stehen. «Die Anordnung der neuen Räumlichkeiten ermöglicht einen noch effizienteren Betrieb durch kurze Wege zwischen Notfall/Ambulatorium, Radiologie, Aufwachraum und Operationsbereich», so Alfred Hirschi.



Die Auskunftsperson

Bruno Haudenschild
Leiter Portalspitäler, Rehabilitation, Langzeitpflege

Kontakt:

Spital Netz Bern AG
Leitung Portalspitäler
Morillonstrasse 77, 3001 Bern
Tel. 031 970 79 88
bruno.haudenschild@spitalnetzbern.ch

Hausärztlicher Notfall HANS+

In die Planung der Umbauarbeiten einbezogen wurde auch das Seeländer Notfalldienstsystem HANS+ (Hausarzt Notfall Seeland), das zwar unabhängig vom Spital ist, aber eng mit ihm zusammenarbeitet. Die Räumlichkeiten von HANS+ werden in den neuen Notfall des Spitals integriert. Durch diese Integration wird die Zusammenarbeit weiter intensiviert und ergeben sich Vorteile wie zum Beispiel kürzere Patientenwege für Hospitalisationen, Röntgenuntersuchungen usw. Am Konzept der seit sechs Jahren erfolgreichen hausärztlichen Betreuung ambulanter Patienten im Spital Aarberg ausserhalb der Öffnungszeiten der Hausarztpraxen kann damit festgehalten werden: Die Behandlung umfasst vor allem leicht verletzte oder erkrankte Patienten. Die Infrastruktur erlaubt einfache Laborabklärungen, EKG- und Ultraschalluntersuchungen vor Ort, für Wundversorgungen, Fixationen (Gipse) und Röntgenuntersuchungen oder Behandlung komplexer Fälle kann jederzeit auf das Spital zurückgegriffen werden. Das Spital Aarberg stellt die Räumlichkeiten und seine Infrastruktur den Hausärzten unentgeltlich zur Verfügung. Die Seeländer Patienten können so gemeinsam ausserhalb der Praxisöffnungszeiten durch die Hausärzte und das Spital Aarberg behandelt werden.

Das ganze Um- und Neubauprojekt soll im Oktober 2017 abgeschlossen sein. «Dank dieses gestaffelten Vorgehens müssen keine Provisorien erstellt werden und der alltägliche Spitalbetrieb wird so normal wie möglich weiterlaufen können», sagt der Projektleiter. Lärmerzeugende Arbeiten werden zeitlich begrenzt und so koordiniert, dass sie erst nach Beendigung des OP-Programms stattfinden.

Personen und Agenda

Neue Kaderpersonen an der Spital Netz Bern AG



Spital Aarberg:

Thomas Mössinger ist neuer Standortleiter

Der Verwaltungsrat der Spital Netz Bern AG hat Thomas Mössinger (51) zum Standortleiter des Spitals Aarberg gewählt. Bis zu seinem Stellenantritt war der diplomierte Spitalexperte doppelter Departements-Manager im Inselspital (Departemente Herz und Gefässe sowie Kopfor-gane und Neurosystem), er verfügt somit über langjährige praktische Führungs- und Organi-sations-Erfahrung. Vor seiner Kader-Tätigkeit im Universitätsspital Bern arbeitete Mössinger als Geschäftsführer der Privatklinik Hohmad in Thun, als Leiter Sicherheit und Umwelt der Universitären Psychiatrischen Dienste in Bern und davor als Berufsunteroffizier, Admini-strator der Fourierschulen und Organisator von Ausbildungslehrgängen der Armee. Thomas Mössinger wohnt in Kirchberg BE, ist verhei-ratet und hat zwei erwachsene Kinder. Er folgt per 1. Mai auf Sofie Perll, die aus privaten Gründen zurück in die Region Zürich zieht.



Spital Münsingen:

Jürg Bründler ist Chefarzt Chirurgie

Der Verwaltungsrat der Spital Netz Bern AG hat Dr. med. Jürg Bründler-Krebs zum Chefarzt und Leiter der Abteilung Chirurgie im Spital Münsingen gewählt; er setzt mit dieser Wahl ein Zeichen der Kontinuität. Dr. Bründler war bisher stellvertretender Chefarzt Chirurgie und hat die Abteilung als interimistischer Chefarzt bereits im zweiten Halbjahr 2014 geleitet. Sein Vorgänger Dr. med. Marc Mettler wechselte in eine Privatpraxis. Jürg Bründler-Krebs ist Facharzt FMH für Chirurgie mit Zusatz-Schwerpunkt Allgemein Chirurgie und Traumatologie (Unfall-Verletzungen). Er verfügt über eine langjährige, breite klinische und operative Erfahrung in Traumatologie und Viszeralchirurgie (Bauch-Operationen). Unter anderem ist er als Notarzt, klinischer Notfallme-diziner und interventioneller Schmerztherapeut ausgebildet. Jürg Bründler-Krebs ist 47-jährig, verheiratet, hat zwei schulpflichtige Kinder und wohnt in Wattenwil.

Vortragsreihe «medizin aktuell» –

29. April, Spital Tiefenau Bern
Rauchen Shisha, Luftverschmutzung:
alles (gleich) schädlich für die Lunge?
Referent: PD Dr. med. Christophe von Garnier

6. Mai, Spital Riggisberg
Sausen, Pfeifen, Tinnitus und andere Hörbeschwerden
Referent: Dr. med. Jeroen B. van Rijswijk

27. Mai, Spital Münsingen
Geburtsschmerz: was nun?
Referentinnen: Dr. med. Andrea A. Melber
und Dr. med. Aglaia Schumacher Tobler

8. Juni, Spital Aarberg
Diabetes und das Herz
Referent, Referentinnen: Dr. med. Ernst Lipp,
Sylvie Monnat, Dipl. Ernährungsberaterin FH,
und Renate Salzmann, Diabetesfachberaterin

22. Juni, Spital Tiefenau Bern
Bruchleiden
Referent: Professor Dr. med. Daniel Inderbitzin

26. August, Spital Aarberg
Kleine und grössere Notfälle: was tun?
Referentin: Mary Friederich-Schwab,
Anästhesiepflegefachfrau und Rettungssanitäterin

14. September, Spital Münsingen
Hüftgelenknahe Frakturen
Referent: Dr. med. Jürg Bründler-Krebs

21. September, Spital Riggisberg
Gallensteine: wie vorbeugen, wie behandeln?
Referent: Dr. med. Rudolf Bachmann

5. Oktober, Zentrum «Tell», Ostermundigen
Arthrose in Hüfte und Knie
Referenten: Dr. med. Urs Hefti, Dr. med. Milan Jovanovic
und Dr. med. Thomas Breuhahn

12. Oktober, Spital Tiefenau Bern
Reflux, Sodbrennen
Referent: Professor Dr. med. Radu Tutuiian

9. November, Spital Aarberg
Chronische Wunden, «offenes Bein»:
Ursachen und Behandlungen
Referent: Dr. med. Marcel Baschung

Die Teilnahme an den Vortragsabenden mit Beginn jeweils um 19 Uhr, Dauer bis circa 20 Uhr, ist kostenlos, eine Voranmeldung ist nicht notwendig. Der Veranstalter: kummerundpartner gmbh kommunikationsmanagement+medien Dählenweg 6, 2503 Biel, Tel. 032 385 36 31, info@kplusr.ch

Nächste
Ausgabe

Das Magazin erscheint wieder im Oktober 2015 mit folgenden Themen:

Bauchschmerzen und Darmentzündungen • Häufige Sportverletzungen und deren Behandlung • Arteriosklerose und drohender Gefässverschluss • Parkinson • Stürze und Knochenbrüche im Alter •