

AMPULS

DER MEDIZIN

«VERNETZT» – FACHKOMPETENZ UND ENGAGEMENT FÜR IHRE GESUNDHEIT

Mehr Behandlungsqualität dank Register

Multiple Sklerose

Chronischer Husten

Infektiologie und Reisemedizin

Prostatakrebs

Teil- und Miniprothesen am Kniegelenk



Dr. med. Christoph Egger, M.B.A.
Direktor Klinik Beau-Site

Daniel Freiburghaus
Direktor Klinik Permanence
und Salem-Spital

INHALT

- 3 Mehr Behandlungsqualität dank Register
- 4 Multiple Sklerose –
Krankheit der tausend Gesichter
- 6 Chronischer Husten
- 8 Zentrum für Infektiologie und Reisemedizin
- 10 Veränderungen im Schweizer
Gesundheitswesen: Ein Überblick
- 11 Neue HirslandenBaby Homepage:
www.hirslandenbaby.ch
- 12 Prostatakrebs –
Abklärung und Therapie im Jahr 2012
- 14 Teil- und Miniprothesen als
Alternative zur Knie-totalprothese
- 16 Publikumsvorträge

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser

Das aktuelle «Am Puls der Medizin» widmen wir dem Thema «Vernetzt – Fachkompetenz und Engagement für Ihre Gesundheit». Durch die enge Vernetzung der verschiedenen Fachbereiche in Kompetenzzentren ist der Austausch unter den Spezialisten jederzeit möglich. So können die Patienten – auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmt – optimal behandelt werden. Dank den kurzen Wegen erhalten sie die benötigten Therapien rasch und unkompliziert. Vor allem bei der Behandlung von Krebspatienten oder bei Infektionskrankheiten ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit entscheidend. Um die Behandlungsqualität zu sichern und weiter zu optimieren, werden die medizinischen Daten von Tumorpatienten in Registern erfasst und über die Landesgrenzen hinaus ausgewertet und verglichen. Die informativen Beiträge unserer Belegärztinnen und Belegärzte bieten Ihnen einen kleinen Einblick in die vernetzte Welt der Medizin. Erfahren Sie zudem mehr über die Nervenkrankheit Multiple Sklerose, über die Ursachen und die Behandlung von chronischem Husten sowie über Teil- und Miniprothesen am Kniegelenk.

Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen in die Hirslanden Kliniken Bern und wünschen Ihnen eine spannende Lektüre. Gerne begrüssen wir Sie an unseren Publikumsvorträgen. Das aktuelle Programm finden Sie auf der Rückseite.

Dr. Christoph Egger
Direktor Klinik Beau-Site

Daniel Freiburghaus
Direktor Klinik Permanence
und Salem-Spital

IMPRESSUM

«Am Puls der Medizin»

ist eine Publikation der Hirslanden Kliniken Bern und erscheint zweimal jährlich.

Die Zeitschrift ist als PDF-Datei auf www.hirslanden.ch aufgeschaltet.

Die Verantwortung für den Inhalt der Artikel liegt bei den jeweiligen Autoren. Nachdruck, Vervielfältigung und Reproduktion des Inhaltes (ganz oder teilweise) sind nur mit Quellenangabe und schriftlicher Erlaubnis der Hirslanden Kliniken Bern gestattet.

Auflage: 30 000 Expl.
Redaktion: Marketing und Kommunikation, Hirslanden Bern
Gestaltung: THREESOLUTION.CH, Zürich
Druck: KROMER PRINT AG, Lenzburg
Titelbild: Neuronale Nervenverbindungen im Gehirn, www.fotolia.com

ABONNENTEN-SERVICE

Möchten Sie die Zeitschrift «Am Puls der Medizin» abonnieren bzw. abbestellen? Oder sind Sie umgezogen?

Änderungen nehmen wir unter
marketing.bern@hirslanden.ch oder
Telefon 031 335 73 62 gerne entgegen.



MEHR BEHANDLUNGSQUALITÄT DANK REGISTER

Dr. med. Julia Beel

Leiterin Klinische Bereiche Hirslanden Bern, Qualitätsbeauftragte

Beatrice Ryf

Study Nurse Klinische Bereiche Hirslanden Bern

Um die Behandlungsqualität von Tumorpatienten zu sichern, wurden in einem interdisziplinären medizinischen Netzwerk systematische Behandlungsprogramme erstellt. Diese gelten über die ganze Behandlungskette, sind international anerkannt und beruhen auf evidenzbasierten Daten – das heisst, ihre Wirkung ist wissenschaftlich nachgewiesen. In der Brustkrebsbehandlung haben sich einige Schweizer Kliniken dem Qualitäts-Kontrollsystem der Westdeutschen Brust Centrum GmbH (WBC) angeschlossen.

Zu den wichtigsten Punkten eines solchen Programms zählen die Festlegung von Minimalstandards für die Behandlung (Guidelines) und die Erhebung bzw. Auswertung der Behandlungsdaten in einem Qualitätsregister. Zudem treffen sich die an der Therapie beteiligten Fachpersonen regelmässig an sogenannten Tumorboards. Sie erarbeiten und koordinieren Behandlungspläne und besprechen komplexe Fälle.

Qualität in der Brustkrebsbehandlung

Brustkrebs ist eine der häufigsten Krebsarten bei Frauen in der Schweiz. Etwa jede zehnte Frau wird in ihrem Leben mit der Diagnose Mammakarzinom konfrontiert und zur Brustkrebspatientin. Erfreulicherweise ist die Heilungsrate der Brustkrebspatientinnen in den letzten Jahren gestiegen, was vor allem auf die Früherkennung und die bessere Ausdehnung der postoperativen onkologischen Therapie zurückzuführen ist.

Gebündeltes Fachwissen in Brustkrebszentren

Damit die Versorgung der Patientinnen bestmöglich koordiniert werden kann und im operativen wie onkologischen Therapiebereich abgedeckt ist, sind weltweit zahlreiche zertifizierte Brustkrebszentren entstanden. Diese Zentren haben sich auf Prävention, Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms spezialisiert.

Die zwanzig gynäkologischen Belegärzte des Salem-Spitals Bern betreuen ihre Patientinnen im hiesigen Zentrum. Am Tumorboard Hirslanden Bern werden die im Salem-Spital behandelten Brustkrebspatientinnen systematisch besprochen. Dieses Tumorboard setzt sich neben den behandelnden Ärzten aus Onkologen, Radioonkologen, Pathologen, Radiologen und weiteren Fachärzten zusammen. Es dient dazu, interdisziplinär die bestmögliche Therapie für jede Patientin individuell festzulegen, und sie an die Hirslanden-internen wie auch an die externen Onkologen bzw. Radioonkologen zur Behandlung weiterzuverweisen.

Qualitätssteigerung dank WBC-Register

Um die Prozess- und Ergebnisqualität der Brustkrebsbehandlungen zu messen und untereinander zu vergleichen (Benchmarking) wurde im 2005 in Deutschland die Westdeutsche Brust Centrum GmbH (WBC) gegründet. Da in der Schweiz bisher kein eigenes, mit dem WBC vergleichbares Qualitäts-Kontrollsystem besteht, haben sich einige Schweizer Kliniken zur Kooperation mit dem WBC entschlossen.

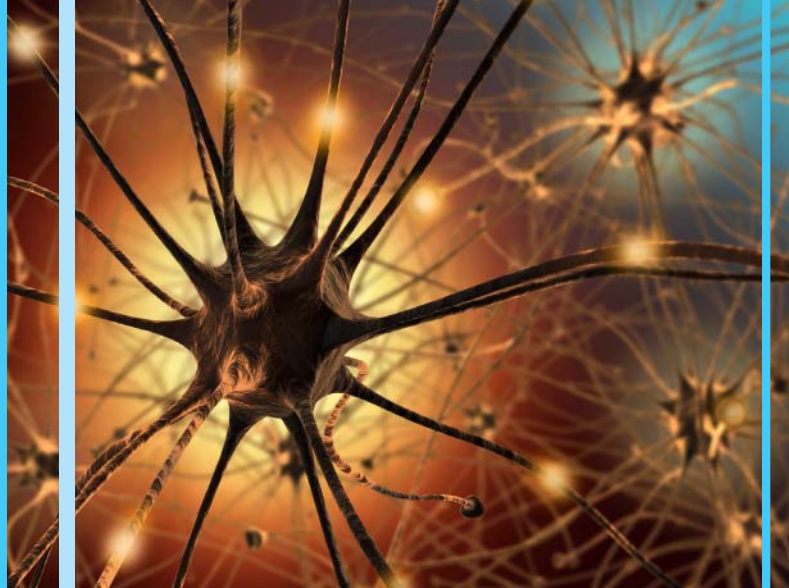
Die gewünschten Qualitätskontrollen zur Überprüfung und Sicherung der Behandlungsqualität stellt das WBC mittels eines Registers sicher. Es ermöglicht die systematische Sammlung von Informationen der betroffenen Patientinnen und damit zahlreicher Brustkrebsfälle. Die dem WBC zugrunde liegende Datenbank bietet anschliessend die Möglichkeit, die jeweiligen Brustkrebsbehandlungen abzubilden und auszuwerten. Der Hauptschwerpunkt wird auf die Beurteilung der Behandlung der primären (erstmaligen) bösartigen Brustkrebserkrankungen gelegt.

Zur Aufnahme ins WBC-Register muss die Patientin folgende Kriterien aufweisen:

- Ersterkrankung an einem (primären) malignen Brustkrebs
- Erfolgreicher operativer Eingriff der Mamma (Tumorektomie)
- Stattgefundene Fallbesprechung am Tumorboard für das weitere Behandlungsprozedere

Konsequente Datenerfassung

Der betreuende Gynäkologe hat die Aufgabe, die Daten bezüglich der präoperativen Abklärung (vor dem Eingriff) sowie die Operationsdaten in der Datenbank einzutragen. Hier wird vor allem auf die präoperativen Abklärungen grossen Wert gelegt. Sofern angezeigt, werden auch alle onkologischen Behandlungsdaten seitens der Onkologie/Radioonkologie festgehalten. Die Study Nurse von Hirslanden Bern holt all diese Informationen ein, sammelt sie zentral und gibt sie anonymisiert in eine Datenbank ein. Zweimal jährlich werden die Daten dem WBC übermittelt, um mittels bestimmter Indikatoren die Qualität der geleisteten Behandlungen zu überprüfen. Die daraus entstandenen Resultate werden ausgewertet und fliessen in die Verbesserung der Behandlungsabläufe ein.



MULTIPLE SKLEROSE – KRANKHEIT DER TAUSEND GESICHTER

Dr. med. Sebastian Humpert

Facharzt FMH für Neurologie,
Belegarzt Klinik Permanence und Salem-Spital

Multiple Sklerose, kurz MS, ist die häufigste chronisch-entzündliche Erkrankung des Nervensystems. Als Autoimmunerkrankung richtet sich das körpereigene Abwehrsystem gegen die eigenen Nervenzellen. In den meisten Fällen verläuft die Krankheit in Schüben, wobei die Symptome und der Verlauf bei jedem Patienten individuell betrachtet werden müssen. Man spricht daher auch von der Krankheit der tausend Gesichter. Bis heute ist die Multiple Sklerose nicht heilbar. Mit modernen Medikamenten lassen sich die Häufigkeit und die Schwere von MS-Schüben aber reduzieren, und eine mögliche Behinderung kann herausgezögert werden. Entgegen einer weitverbreiteten Annahme, landen MS-Erkrankte nicht zwangsläufig im Rollstuhl.

In der Schweiz leiden pro 100 000 Einwohner etwa 110 Menschen an MS, weltweit sind es 2,5 Millionen Patienten. Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer. Oft beginnt die Erkrankung im jungen Erwachsenenalter zwischen dem 20. und dem 45. Lebensjahr, nur sehr selten vor der Pubertät oder nach Sechzig.

Im Kampf gegen den eigenen Körper

Bei MS-Patienten ist die körpereigene Immunabwehr fehlgeleitet und richtet sich gegen körpereigene Strukturen im Bereiche des zentralen Nervensystems, also gegen das Gehirn, das Rückenmark und die Sehnerven. Es kommt zu einer Entzündung, welche gegen die Hüll- und Isolierschicht der Nervenfasern (Myelinscheide) gerichtet ist. Bei einem Verlust der Myelinschicht können die Nervenfasern elektrische Impulse nicht mehr schnell genug weiterleiten. Die Folge sind Ausfälle der betroffenen Nervenfasern, zurück bleibt vernarbtes Gewebe.

Ungewisse Ursachen

Die Ursachen von MS sind bislang nicht vollständig geklärt. Die Multiple Sklerose ist aber keine Erbkrankheit, bestimmte Variationen treten bei Betroffenen lediglich häufiger auf als bei Gesunden. Menschen in nördlichen Breitengraden haben ein höheres Erkrankungsrisiko als jene in südlichen Regionen. Weiter werden Infektionen als mögliche Krankheitsursache diskutiert. Die Hypothesen zur Entstehung von MS sind zahlreich, es scheinen viele Faktoren dazu beizutragen.

Symptome und Krankheitsverlauf

Welche Symptome beim jeweiligen Patienten auftreten, hängt davon ab, welche Körperareale von den betroffenen Entzündungsherden im zentralen Nervensystem (ZNS) versorgt werden. Häufige Erstsymptome sind Sehstörungen mit Verschwommen- und Nebelsehen, als Ausdruck einer Entzündung des Sehnervs, und Gefühlsstörungen wie Taubheit. Sind die Beine betroffen, wird das Gehen oft unsicher. Weitere Krankheitszeichen können Schwindel, Doppelsehen und Lähmungen sein. Besonders stark beeinträchtigt ist die Lebensqualität, wenn die Blasen- oder die Sexualfunktion in Mitleidenschaft gezogen wurden. Manche Patienten entwickeln begleitend behandlungsbedürftige Depressionen.

Nicht nur die Symptome sind vielfältig, auch der Krankheitsverlauf unterscheidet sich individuell, vor allem im Bezug darauf, wann und wie stark die Beschwerden auftreten. Man unterscheidet zwei wesentliche Verlaufsformen: Einerseits den schubförmig remittierenden Verlauf, bei dem die Symptome sich rasch verschlechtern und sich mehr oder weniger zurückbilden. Andererseits den chronisch progredienten Verlauf, bei dem die Symptome ohne Schübe nach und nach zunehmen. 85–90 % der Patienten leiden an einer schubförmigen Verlaufsform.



Abb. 1
Neurophysiologische Untersuchung
der Nervenbahnen

Abb. 2
Magnetresonanztomographie (MRI)
des Schädels

Mehrstufige Diagnosestellung

Für eine gesicherte Diagnose von Multipler Sklerose sind verschiedene Abklärung nötig: Die Magnetresonanztomographie (MRI) liefert Schnittbilder von Gehirn und Rückenmark, sodass sich ermitteln lässt, wo genau die Vernarbungsherde sitzen und wann sie auftreten. Eine Untersuchung des Nervenwassers (Liquor) stützt die entzündliche Ursache der bildlich dargestellten Vernarbungen. Elektrophysiologische Untersuchungen der einzelnen Hirnfunktionen können Schäden in den Nervenbahnen von Gehirn und Rückenmark aufzeigen.

Bewährte Therapieformen

Die Multiple Sklerose ist bis heute nicht heilbar. Die Therapie zielt darauf ab, die Unabhängigkeit der Patienten und deren Lebensqualität zu erhalten. Seit der Entschlüsselung der MS als Autoimmunerkrankung spielen – neben der Symptombehandlung – auch in das Immunsystem eingreifende (immun-modulierende) Therapien eine wesentliche Rolle. Sie können die Schwere und die Häufigkeit der Krankheitsschübe eindämmen und eine Behinderung der Patienten nach Möglichkeit abwenden. Hierfür stehen seit Anfang der 90er-Jahre sogenannte Beta-Interferone und die Eiweisssubstanz Glatirameracetat zur Verfügung. Diese Substanzen vermögen den Krankheitsverlauf effektiv zu mildern. Gefährliche Nebenwirkungen bestehen nicht, jedoch sind die Behandlungen nicht selten unkomfortabel: Die Substanzen müssen gespritzt werden und als lästige Begleiterscheinungen können nach der Injektion grippeähnliche Beschwerden auftreten.

Neue Hoffnung für MS-Patienten

Patienten mit einer sehr aktiven MS können nur unzureichend von den oben erwähnten Substanzen profitieren. Für sie stellt das seit 2006 zugelassene Medikament Natalizumab eine Therapiealternative dar. Es wird einmal im Monat als Infusion verabreicht und verhindert den Übertritt von Abwehrzellen ins Gehirn. Die Behandlung ist beeindruckend effektiv, sie beeinträchtigt jedoch die Abwehrfunktion des Immunsystems im Gehirn, sodass in seltenen Fällen eine durch einen Virus ausgelöste, schwere Hirnentzündung auftreten kann (Progressive

multifokale Leukenzephalitis). Diese Komplikation ist zwar mit 111 Fällen bei 75 000 behandelten Personen sehr selten, aber schwerwiegend.

Seit 2011 ist mit Fingolomid die erste «MS-Tablette» auf dem Markt. Die neue Substanz, welche die Abwehrzellen in den Lymphknoten zurückhält, hat sich in Studien mit über 4 000 Patienten als wirksam erwiesen. Da durch die Behandlung das Immunsystem unterdrückt wird, besteht aber ein erhöhtes Risiko für Infektionen, Hautkrebs oder Komplikationen am Auge sowie zu Behandlungsbeginn Herzrhythmusstörungen, sodass die Patienten diesbezüglich regelmässig untersucht werden müssen. Langzeitrisiken sind noch nicht ausreichend bekannt.

Vielversprechende Forschung

Multiple Sklerose ist Gegenstand intensiver Forschungen. Zahlreiche weitere, vielversprechende Substanzen sind in Studien in Erprobung, sodass davon auszugehen ist, dass in den nächsten Jahren weitere Medikamente zur Verfügung stehen werden. Somit kommt die Medizin dem Ziel näher – unter Berücksichtigung von Wirksamkeit, Verträglichkeit und Risiken – jedem Patienten eine individuell angepasste Therapie zu bieten, um das Schicksal einer zunehmenden Behinderung abzuwenden und die Lebensqualität zu erhalten.

PUBLIKUMSVORTRAG

Multiple Sklerose – Krankheit der tausend Gesichter

Mittwoch, 12. September 2012, 19.00 – 20.30 Uhr
Diaconis Tagungszentrum beim Salem-Spital, Bern

Dr. med. Sebastian Humpert

Facharzt FMH für Neurologie,
Belegarzt Klinik Permanence und Salem-Spital



CHRONISCHER HUSTEN

Dr. med. Jörg Salomon

Facharzt FMH für Pneumologie, FA Schlafmedizin SGSSC, LungenZentrum Bern, Belegarzt Hirslanden Bern

Husten ist einer der häufigsten Gründe für einen Arztbesuch. Akuter Husten dauert meist nicht länger als vier Wochen. Er wird vorwiegend durch virale Infekte der Atemwege ausgelöst und klingt gewöhnlich spontan ab. Ein mehr als acht bis zwölf Wochen anhaltender chronischer Husten hingegen, kann verschiedene Ursachen haben und muss von einem Arzt genauer untersucht werden. Oft stellt der chronische Husten für Patient und Arzt ein frustrierendes Problem dar, da die Ursache schwierig zu finden ist und die Behandlung teilweise kurzfristig wenig Besserung bringt.

Bei neun von zehn Patienten ist einer der folgenden vier Gründe für den chronischen Husten verantwortlich: Chronische Entzündungen der Nase und der Nasennebenhöhlen, Asthma bronchiale, Rückfluss von Magensäure in die Speiseröhre oder Zigarettenrauch (aktiv und passiv). Diese Ursachen sollten sorgfältig abgeklärt werden oder Behandlungsversuche in diese Richtung erfolgen. Ausserdem ist es wichtig, andere seltene, aber potentiell wichtige Erkrankungen auszuschliessen.

Entzündungen der Nase und der Nasennebenhöhlen

Entzündungen der Nase und der Nasennebenhöhlen sind eine der häufigsten Hustenursachen. Eine beeinträchtigte Nasenatmung, eine laufende Nase, häufiges Niesen oder ein verschleimtes Gefühl im Hals- und Rachenbereich können auf eine Erkrankung in diesem Bereich hindeuten. Häufig nimmt der Patient aber ausser dem Husten keine oder nur leichte Beschwerden im Bereich der Nase wahr. Oft können unspezifische Substanzen oder Allergene die Hustenrezeptoren in der Nase reizen und zu Husten führen, ohne dass sich in den Untersuchungen Auffälligkeiten zeigen.

Bei chronischen Entzündungen der Nase und der Nasennebenhöhlen (chronische Rhinosinusitis) kommt es zu einer Überproduktion von Schleim in der Nase und den Nasennebenhöhlen. Dieser fliesst in den Rachenraum und wird dort als störend wahrgenommen. Hier kann eine zusätzliche Untersuchung bei einem Hals-Nasen-Ohren-Spezialisten sinnvoll sein. Die Behandlung mit Nasenspülungen, Nasensprays (z. B. mit topischen Steroiden) muss hoch dosiert und über einen längeren Zeitraum erfolgen.

Asthma bronchiale

Asthma bronchiale ist eine chronische Entzündung, gepaart mit einer Überempfindlichkeit der Bronchien. Die genauen komplexen Mechanismen, die zur Entstehung von Asthma führen, sind noch nicht hinreichend geklärt und Gegenstand intensiver Forschung. Patienten mit Asthma zeigen oft sehr unterschiedliche Beschwerden und Krankheitsverläufe. Asthma kann durch Untersuchungen der Lunge sowie deren Funktion und gegebenenfalls mittels Provokationstests diagnostiziert oder ausgeschlossen werden.

Neben den bekannten Asthmabeschwerden mit chronischer oder episodenhaft auftretender Atemnot, gibt es auch Asthmaformen, die sich allein mit chronischem Husten äussern, wie das sogenannte «Cough-Variant-Asthma». Auch äussere Einflüsse und Allergene, wie beispielsweise Pollen, Hausstaub oder kalte Luft, können die Beschwerden verstärken und zum Teil zu leichter Atemnot bei körperlichen Belastungen führen.

Reflux

Der Rückfluss von Magensäure in die Speiseröhre, ein sogenannter gastro-oesophagealer Reflux, ist vielen Menschen durch die typischen Symptome des Sodbrennens bekannt. Durch undichte Verschlussmechanismen zwischen Speiseröhre und Magen, oft verstärkt nach üppigen Mahlzeiten oder beim Hinlegen, kommt es zum Rückfluss von Magensäure und zu brennenden Schmerzen im Magen oder hinter dem Brustbein.

Bei einigen Patienten äussert sich der Rückfluss lediglich durch einen Hustenreiz, der sich beim Hinlegen verstärkt – verursacht durch eine Reizung der Speiseröhre. Auch kann es zu einem Übertritt von Speichel, Speisebrei und Magensäure in die Lunge kommen. Keine üppigen Mahlzeiten vor dem Zubettgehen und ein leichtes Anheben des Kopfteils im Bett können präventiv wirken. Oft ist aber zusätzlich eine hoch dosierte und über einen längeren Zeitraum (6–8 Wochen) andauernde medikamentöse Behandlung mit sogenannten Säureblockern nötig. Tritt danach keine Besserung ein, sind gegebenenfalls weitere Abklärungen (z. B. eine Magenspiegelung) angezeigt.

Raucherhusten

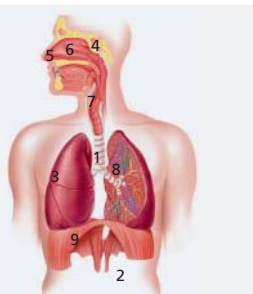
Raucher leiden häufig an einem «Raucherhusten», bedingt durch eine Reizung und die chronische Schädigung der Bronchien (chronische Bronchitis). Husten bei Rauchern kann auch das erste Anzeichen einer chronisch obstruktiven Bronchitis (COPD) sein. Durch die anhaltende Schädigung der Bronchien verlieren diese an Stabilität und sind dauernd verengt. Verändert sich der Charakter oder die Stärke des Hustens eines Rauchers aussergewöhnlich stark sowie bei einem raschen Fortschreiten der Symptome sind weitere Untersuchungen zwingend, um eine allfällige Lungenkrebserkrankung auszuschliessen oder zu diagnostizieren und entsprechend zu behandeln.

URSACHEN VON CHRONISCHEM HUSTEN

	BEI ERWACHSENEN	BEI KINDERN
HÄUFIG	Rauchen	Erkältungskrankheiten / Virusinfekte
	Post-Nasal-Drip Überproduktion von Schleim in der Nase und den Nasennebenhöhlen, der in den Rachenraum fliesst	Asthma bronchiale
	Rückfluss von Magensäure in die Speiseröhre Reflux	
	Asthma bronchiale	
SELTENER	Lungenkrebs	Eindringen von Fremdkörpern in die Atemwege
	Tuberkulose bakteriell ausgelöste Infektion der Atemwege	Zystische Fibrose genetisch bedingte, angeborene Stoffwechselerkrankung
	Ausweitungen der Bronchien Bronchiektasen	
	Lungenentzündung	
	Interstitielle Lungenerkrankungen z. B. Lungenfibrose	
	Medikamente wie z. B. ACE-Hemmer	

Lokalisation von Hustenrezeptoren

- 1 Bronchien/Luftröhre
- 2 Magen
- 3 Rippenfell
- 4 Innenohr
- 5 Nase
- 6 Nasennebenhöhlen
- 7 Rachen/Kehlkopf
- 8 Herzbeutel
- 9 Zwerchfell



PUBLIKUMSVORTRAG

Chronischer Husten

Mittwoch, 22. August 2012, 19.00 – 20.30 Uhr
Diaconis Tagungszentrum beim Salem-Spital, Bern

Dr. med. Jörg Salomon

Facharzt FMH für Pneumologie, FA Schlafmedizin SGSSC,
LungenZentrum Bern, Belegarzt Hirslanden Bern



ZENTRUM FÜR INFEKTILOGIE UND REISEMEDIZIN

Interview mit Frau **Dr. med. Claudine Zellweger**,
Fachärztin FMH für Infektiologie und Innere Medizin,
Zentrum für Infektiologie und Reisemedizin Hirslanden Bern

In erster Linie kümmert sich Dr. med. Claudine Zellweger, Leiterin des Zentrums für Infektiologie und Reisemedizin Hirslanden Bern, um ambulante und stationäre Patienten mit Infektionskrankheiten. Auch die Spitalhygiene fällt in ihren Verantwortungsbereich. Die Infektiologin arbeitet eng mit anderen Ärzten und medizinischen Berufsgruppen zusammen – die multidisziplinäre Betreuung ist entscheidend für den Therapieerfolg.

Frau Dr. Zellweger, welche Leistungen werden am Zentrum für Infektiologie und Reisemedizin angeboten?

Das Zentrum für Infektiologie und Reisemedizin bietet ein breites Spektrum an ambulanter und stationärer Patientenversorgung und -beratung an. In der «Infektiologischen Sprechstunde» werden Patienten mit diversen Infektions- und Entzündungszuständen untersucht und behandelt. Mit einem persönlichen Gespräch und einer klinischen Untersuchung sowie bedarfsgerechten Zusatzuntersuchungen wie Blutanalyse, Röntgen, Ultraschall usw. wird nach der Krankheitsursache gesucht. Liegt eine durch Bakterien, Pilze oder Viren hervorgerufene Erkrankung vor, so wird diese mit den entsprechenden Medikamenten behandelt. Die Therapien erfolgen nach Möglichkeit ambulant, wenn nötig auch stationär in einer unserer drei Kliniken.

Für wen empfiehlt sich eine reisemedizinische Beratung und was beinhaltet sie?

Reisende in die Tropen sollten sich rechtzeitig, das heisst, vier bis acht Wochen vor der Abreise beraten und impfen lassen. Je nach Aufenthaltsort, -dauer und Reiseart werden die notwendigen resp. empfohlenen Impfungen (z. B. Hepatitis A/B, Diphtherie, Starrkrampf, Kinderlähmung, Masern, Typhus, Tollwut, Meningitis,

Japanische Enzephalitis, Gelbfieber usw.) besprochen und verabreicht. Weitere wichtige Themen sind, je nach Reiseziel, Malaria-schutz, -prophylaxe und -selbsttherapie sowie Prävention und Therapie von Reisedurchfall, Vorsichtsmassnahmen bei Reisen in Höhen über 4000 Meter über Meer und die Zusammenstellung einer angepassten Reiseapotheke.

Was genau umfasst Ihre Aufgabe bei hospitalisierten Patienten?

Auf Zuweisung eines Arztes übernehme ich die primäre Verantwortung für die Abklärung und die Behandlung eines Patienten während des gesamten Spitalaufenthaltes. Häufig werde ich von den behandelnden Ärzten beratend (konsiliarisch) zugezogen, beispielsweise, wenn es während der Hospitalisation zu einer Infektion oder einem unklaren Fieber-/Entzündungszustand kommt. In diesen Situationen wird die Behandlung in enger Zusammenarbeit interdisziplinär fortgesetzt. Dazu gehören auch regelmässige Visiten der Patienten auf der Intensivstation.

Welche Infektionen werden am häufigsten abgeklärt?

Die Schwerpunkte bilden die Abklärung und die Behandlung von Infektionen der Haut (Abszesse, Herpes simplex, Herpes zoster/ Gürtelrose), der Knochen (Osteomyelitis), häufig in Assoziation mit Prothesen/Fremdmaterial, der Lunge (Pneumonien, Tuberkulose), der Herzklappen (Endokarditis), des Magen-/Darmtraktes sowie der Nieren, der ableitenden Harnwege und der Blase (gehäufte Blaseninfekte).

Im Speziellen behandeln wir auch Patienten mit HIV/AIDS, Hepatitis B und C, mit zeckenübertragenen (v. a. Lyme Borreliose) oder systemischen Infektionen wie Syphilis oder anderen Geschlechtskrankheiten und insbesondere auch Patienten mit multiresistenten Erregern.

Welche Behandlungsformen gibt es bei Infektionen?

Durch Bakterien verursachte Infektionen werden mit Antibiotika behandelt. Dabei ist es wichtig, die Antibiotika sehr gezielt, nur wenn wirklich angebracht und nur so lange wie nötig, zu verschreiben. Unnötige Antibiotikabehandlungen fördern die Resistenzentwicklung der Bakterien und verursachen Kosten und unerwünschte Nebenwirkungen.

Infektionen, die durch Viren verursacht sind, wie zum Beispiel eine Hepatitis B, C oder eine HIV-Infektion können mit speziellen antiviralen Medikamenten behandelt werden. Nicht immer ist eine Therapie dringend erforderlich. In solchen Situationen sind aber regelmässige Kontrollen sehr wichtig, um den richtigen Moment für einen Therapiestart nicht zu verpassen. Pilzinfektionen werden mit Pilzmitteln therapiert.

Wieso besteht ein erhöhtes Risiko für eine Infektion nach einem grösseren Eingriff wie beispielsweise einer Herz- oder Bauchoperation?

Jede medizinische Handlung beinhaltet ein Komplikationsrisiko. Unter diesen Komplikationen gehören die nosokomialen, das heisst, die im Spital erworbenen Infektionen seit jeher zu den wichtigsten. Das Risiko ist nach grossen, komplexen chirurgischen Eingriffen besonders erhöht und wird durch die Operationsdauer, die Operationsart, die Einlage von Fremdmaterial, die diversen notwendigen Katheter (Venenkatheter, Blasenkathe- ter) und Beatmungsschläuche und deren Liegedauer erheblich mitbeeinflusst. Das Risiko ist aber auch wesentlich vom Patientenprofil abhängig – fortgeschrittenes Alter, ein abgeschwächtes Immunsystem und Begleiterkrankungen bergen ein erhöhtes Infektionsrisiko.

Mit welchen Massnahmen halten die Hirslanden Kliniken Bern die Infektionsrate gering?

Durch konsequente Präventionsmassnahmen, strikte Richtlinien, Handlungsanweisungen sowie regelmässige Schulungen der Mitarbeitenden durch das Team der Spitalhygiene und das Einhalten einer rationalen Antibiotikapolitik minimieren wir das Infektionsrisiko in unseren Kliniken.

Die Infektraten werden zudem regelmässig erfasst, kritisch begutachtet und mit anderen Schweizer Spitälern verglichen (Swiss Noso Surveillance). Im Falle von vermehrten Infekten werden umgehend die Abläufe analysiert und es wird ein Massnahmenplan ergriffen.

Was empfehlen Sie zum Schutz vor zeckenübertragenen Infektionen?

Zur Vorbeugung gegen die Frühsommer-Meningoenzephalitis (Erreger: FSME-Virus) steht eine sichere und gut wirksame Impfung zur Verfügung. Diese ist für alle Personen empfohlen, die in Gegenden mit Naturherden (Endemiegebieten) wohnen oder sich zeitweise dort aufhalten.

Gegen Borreliose (Erreger: Borreliose Bakterien) kann man sich nicht impfen. Daher sollten die vorbeugenden Schutzmassnahmen wie abschliessende Kleidung, Meiden von Unterholz oder die Anwendung von Zeckenschutzmittel beachtet werden. Nach einem Aufenthalt im Wald sind der ganze Körper und die Kleidung auf Zecken zu untersuchen und gefundene Zecken möglichst schnell zu entfernen. Bei Fieber, einer grösser werdenden Rötung um die Einstichstelle oder bei anderen Symptomen nach einem Zeckenstich sollte ein Arzt aufgesucht werden.

Besten Dank für das Gespräch.



VERÄNDERUNGEN IM SCHWEIZER GESUNDHEITSWESEN: EIN ÜBERBLICK

Am 1. Januar 2012 trat schweizweit die neue Spitalfinanzierung in Kraft. Die Spitalplanung wurde revidiert und die Spitäler rechnen neu nach leistungsabhängigen Fallpauschalen ab. Das sind drei grosse Veränderungen. Dies ist die grösste Reform im Schweizer Gesundheitswesen seit Jahren. Ein Überblick.

Fallpauschale: Fixe Preise

Neu werden bei Behandlungen (zum Beispiel bei einer Blinddarmoperation) nicht mehr die direkt anfallenden Kosten verrechnet, sondern ein fixer Preis. Deswegen wird dieses System Fallpauschalen bzw. DRG genannt. DRG heisst Diagnosis Related Groups. Die Fallpauschalen enthalten einen Basispreis, der mit der Fallschwere multipliziert wird. Mit diesen fixen Preisen werden Kostenvergleiche zwischen den Spitälern einfacher möglich sein. Zum Vergleich: Wenn wir früher bei der Auto-Reparatur das Material und die Arbeitsstunden nach Verbrauch und Aufwand bezahlt haben, wird uns heute eine Pauschale für eine bestimmte Leistung wie z. B. den Ersatz des Getriebes verrechnet. Die Kosten dahinter interessieren uns als Kunden nicht mehr. Das macht die Garage – oder in unserem Fall die Spitäler – über weite Strecken wirtschaftlicher, weil sie mit einem fixen Preis arbeiten müssen, und es wird einfacher, die Qualität zu vergleichen. Den wirtschaftlichen Unterschieden der einzelnen Kantone und Spitäler wird mit leicht unterschiedlichen Basispreisen Rechnung getragen.

Spitallisten: Öffentliche und private Spitäler

Die Kantone müssen die Spitalversorgung für die Bevölkerung sichern. Sie erstellen dafür sogenannte Spitallisten, auf denen jene medizinischen Fachbereiche der Spitäler aufgeführt sind, welche zur Erstellung der Grundversorgung in einem Kanton nötig sind. Dabei verlangt das Gesetz die Gleichbehandlung von privaten

und öffentlichen Spitälern. Alle Behandlungen in Spitälern auf der Spitalliste – ob privat oder öffentlich – sind durch den Kanton und die Versicherung finanziell abgedeckt. Wichtig ist jedoch, dass nur jene Leistungen pro Spital abgerechnet werden können, die explizit auf der Spitalliste aufgeführt sind. In einigen Kantonen, wie beispielsweise Bern, ist die definitive Spitalliste noch nicht in Kraft getreten. Die Privatklinikgruppe Hirslanden hat sich mit ihren 14 Kliniken in allen Standort-Kantonen um einen Listenplatz beworben.

Finanzierung: Krankenversicherer und Kantone

Neu bezahlen die Kantone maximal 55 Prozent an die Behandlung, die Krankenversicherungen 45 Prozent. Das betrifft Eingriffe, die stationär durchgeführt und die über die Grundversicherung abgerechnet werden können – eben gemäss der oben erläuterten Spitalliste. Wichtig: Die privaten Zusätze haben mit dieser neuen Finanzierung nichts zu tun, diese Kosten werden von den Zusatzversicherungen gedeckt und kommen hinzu.

Übrigens: Seit 1. Januar 2012 gilt zudem schweizweit die freie Spitalwahl. Voraussetzung ist, dass das Spital auf der Spitalliste des Wohn- oder Standortkantons aufgeführt ist. Zu beachten gilt: Ist der Eingriff im ausserkantonalen Spital teurer als im eigenen Kanton, müssen die Patienten die Differenz selber berappen oder dafür eine Zusatzversicherung abschliessen.



NEUE HIRSLANDENBABY HOMEPAGE: WWW.HIRSLANDENBABY.CH



Seit Mai 2012 ist die neue Hirslandenbaby Website online. Auf www.hirslandenbaby.ch finden werdende Eltern und Angehörige viele wertvolle Informationen rund um die Themen Schwangerschaft, Geburt und Baby.

Schwangerschaft und Geburt sind gefühlsbetonte Themen. Die neue Website nimmt diesen speziellen Moment im Leben werdender Eltern auf. Die Seiten sind mit emotionalen Grafiken gestaltet und erscheinen in zeitgemäßem Design. Zu den neuen Inhalten gehört ein Film über Hirslandenbaby, die Baby-Galerie mit der neuen E-Card-Versandmöglichkeit und die neue Papi-Ecke mit laufend aktualisierten Artikeln unseres Profi-Papis.

Viele bewährte Inhalte der bisherigen Baby-Website sind auch auf der neuen Website weiterhin verfügbar. Dazu gehören Portraits über die acht Hirslanden Geburtskliniken. Ebenso bietet die Website umfassende Informationen unserer Fachpersonen rund um die Themen Kinderwunsch, Schwangerschaft, Geburt und Baby. Der A-bis-Z-Ratgeber, die Namens-Hitliste, der Geburtstermin-Rechner und Kochrezepte für Schwangere sind weitere Highlights.

Hirslandenbaby gehört zu den attraktivsten Schweizer Internetplattformen mit den Themen Schwangerschaft und Geburt. Die Website wird laufend mit interessantem und aktuellem Wissen erweitert. Ein Besuch ist lehrreich und lohnt sich immer.

Wir wünschen Ihnen viel Spass beim Entdecken von www.hirslandenbaby.ch



Gratis: Bestellen Sie jetzt Ihr digitales Profi-Tool für werdende Väter unter www.hirslandenbaby.ch



PROSTATAKREBS – ABKLÄRUNG UND THERAPIE IM JAHR 2012

Dr. med. Esther Bärtschi

Fachärztin FMH für Onkologie und Innere Medizin,
Belegärztin Klinik Beau-Site und Salem-Spital

Dr. med. Stephan Holliger

Facharzt FMH für operative Urologie, Belegarzt Klinik Beau-Site

Dr. med. Armin Thöni

Facharzt FMH für Radioonkologie/Strahlentherapie

Prostatalkrebs ist in der Schweiz die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Er ist ein ausgeprägter «Alterskrebs»: Sechs von zehn der jährlich rund 5800 Betroffenen sind bei der Diagnose über 70. Die Früherkennung spielt eine wichtige Rolle für die nachfolgende Behandlung und die Heilungsaussichten. In den letzten Jahren und Monaten wurden in der Therapie von Prostatalkrebs entscheidende Fortschritte erzielt.

Häufig wird Prostatalkrebs zufällig bei einer Früherkennungsuntersuchung entdeckt, wie das Abtasten der Prostata oder die Bestimmung des PSA-Wertes im Blut. Ziel dieser Untersuchungen ist es, eine Krebserkrankung in einem so frühen Stadium zu lokalisieren, dass sie noch auf die Prostata beschränkt ist und mit guten Heilungsaussichten behandelt werden kann.

Früherkennung mittels PSA und Gewebeprobe

Mit dem PSA, dem «Prostata spezifischen Antigen», steht ein Tumormarker zur Verfügung, der Veränderungen in der Prostata anzeigt – aber leider auch nicht mehr. Zu PSA-Veränderungen können Entzündungen in der Prostata, das Grössenwachstum der Prostata oder ein Krebs der Prostata führen. Von grosser Bedeutung sind die Veränderung des PSA-Wertes über die Zeit und allfällige Beschwerden bei der Blasenentleerung. Liegt eine PSA-Erhöhung vor, die nicht eindeutig zugeordnet werden kann, sind die nächsten Schritte die klinische Untersuchung der Prostata mittels Finger und Ultraschall sowie allenfalls die Entnahme einer Gewebeprobe. Unter Ultraschall-Kontrolle werden

schmerzfrei in der Regel zwölf Biopsien aus der Prostata entnommen und vom Pathologen unter dem Mikroskop beurteilt. Hier ist der sogenannte Gleason-Score, die Aggressivität des Prostatalkrebses, entscheidend. Den Prostatalkrebs als solchen gibt es nicht, es bestehen viele unterschiedliche Formen von Prostatalkrebs, die in der Wahl der Behandlungsstrategie beachtet werden müssen.

Individuelle Therapieempfehlung

Liegen alle Details vor, kann eine Therapiestrategie erarbeitet werden. Grundsätzlich unterscheidet man, ob der Tumor auf die Prostata begrenzt ist oder ob er bereits Ableger gebildet hat. Liegt ein Frühstadium vor, besteht die Möglichkeit, den Tumor zu überwachen, ihn chirurgisch zu entfernen oder zu bestrahlen. Bei den operativen Eingriffen wurden in den vergangenen Jahren grosse Fortschritte hin zu den minimalinvasiven Techniken erzielt (Laparoskopie, Robotik und neu die 3D-Laparoskopie).

Man unterscheidet zwei Arten von Strahlentherapie: Die Bestrahlung von aussen mit Linearbeschleunigern und die Bestrahlung von innen, die Brachytherapie. Zusammen mit der operativen Entfernung der Prostata bilden sie die drei Standardverfahren zur Behandlung von Prostatalkrebs mit dem Ziel der Heilung.

Die Bestrahlung von aussen hat in den letzten Jahren riesige Fortschritte erzielt. Heute kann die Bestrahlungsdosis sehr genau auf die Prostata gerichtet und somit umliegendes Gewebe geschont werden. Bei der zweiten Form der Strahlentherapie, der Brachytherapie, werden millimetergrosse radioaktive Metallkapseln, sogenannte Seeds in der Prostata positioniert. Diese Therapie wird bei einem noch kleinen und wenig aggressiven Tumor empfohlen. Sie bietet verschiedene Vorteile, insbesondere kann, vergleichend zur Prostataentfernung, die Potenz besser erhalten und die Behandlungsdauer verkürzt werden.



Abb. 1
Minimalinvasive Operation
an der Prostata



Abb. 2
Durchleuchtungsbild
bei der Brachytherapie:
Seeds in der Prostata

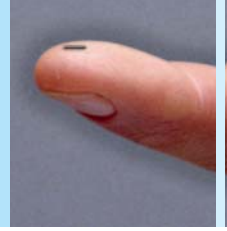


Abb. 3
Seeds im
Grössenvergleich

Alle drei Behandlungsformen haben ihre Vor- und Nachteile. Bezüglich Heilungsaussicht ist keine besser als die andere. Jeder Patient sollte deshalb zusammen mit seinem Arzt die für ihn individuell beste Therapieform wählen können. Dazu gehören neben der Operation die beiden Formen der Strahlentherapie und auch der Hinweis, dass nicht jeder Prostatakrebs sofort behandelt werden muss.

Falls der Tumor bei der Erstdiagnose bereits Ableger gebildet hat, oder es nach einer primären Therapie zu einem Therapieversagen kommt, ist der nächste Schritt die Hormontherapie. Damit kann man die Krankheit längere Zeit aufhalten, aber nicht mehr heilen. Wenn auch diese Behandlung nicht mehr hilft, spricht man von «Hormonresistenz».

Medikamentöse Therapien bei «Hormonresistenz»

Seit 2004 steht das Chemotherapie-Medikament Taxotere® zur Verfügung, welches erstmals das Überleben verlängern konnte, wenn die Hormontherapie nicht mehr wirksam war. Taxotere® führte aber auch zu einer klaren Schmerzreduktion und einer besseren Lebensqualität. Wenn der Prostatakrebs resistent gegen Taxotere® wurde, gab es lange Zeit keine wirksame Standardbehandlung mehr. In dieser späten Phase der Erkrankung musste man sich oft darauf konzentrieren, die Symptome der Erkrankung zu lindern, ohne die Krankheit aufhalten zu können.

In den letzten Monaten sind nun gleich zwei neue Medikamente zugelassen worden, die eine weitere Verbesserung der Überlebenszeit und der Symptome zeigen konnten: Jevtana® (Cabazitaxel) und Zytiga® (Abirateronacetat). Jevtana® ist eine neue Chemotherapiesubstanz, mit welcher nach zwei Jahren doppelt so viele Patienten am Leben sind, wie mit der Vergleichstherapie. Zytiga® ist eine neuartige antihormonelle Substanz, die den Testosteronspiegel weiter senkt. Zytiga® konnte das Überleben ebenfalls verlängern und das PSA sank häufiger. Das Fortschreiten der Krankheit konnte länger unterdrückt werden und die Schmerzen nahmen deutlich ab.

Unterstützende Therapie bei Knochenmetastasen

Knochenmetastasen führen zu einem Abbau der Knochen-substanz, zu brüchigeren Knochen und verursachen häufig Schmerzen. Neben den Schmerzmedikamenten und einer schmerzlindernden Bestrahlung wurde bisher das Bisphosphonat Zometa® eingesetzt. Dieses stärkt den Knochen und reduziert Knochenbrüche. Zometa® kann Nierenprobleme auslösen und durfte bei Nierenfunktionsstörungen nur reduziert eingesetzt werden. Auch hier steht ein neuartiges Medikament zur Verfügung, welches zu einer noch besseren Knochenstabilisierung führt, ohne Nierenprobleme zu verursachen: XGEVA® (Denosumab). Im Gegensatz zur Infusion mit Zometa® kann XGEVA® zudem unter die Haut gespritzt werden.

Schlussfolgerung

Jeder Mann ist anders und jeder Prostatakrebs hat seine spezifischen Charakteristika. Das Ziel muss daher sein, für jeden einzelnen Patienten die für ihn geeignetste Therapieoption zu bestimmen. Dies gelingt am besten in der Zusammenarbeit von Patient, Hausarzt, Urologe, Onkologe und Radioonkologe.

PUBLIKUMSVORTRAG

Prostatakrebs – Abklärung und Therapie im Jahr 2012

Mittwoch, 24. Oktober 2012, 19.00 – 20.30 Uhr
Diaconis Tagungszentrum beim Salem-Spital, Bern

Dr. med. Esther Bärtschi

Fachärztin FMH für Onkologie und Innere Medizin,
Belegärztin Klinik Beau-Site und Salem-Spital

Dr. med. Stephan Holliger

Facharzt FMH für operative Urologie, Belegarzt Klinik Beau-Site

Dr. med. Armin Thöni

Facharzt FMH für Radioonkologie/Strahlentherapie



TEIL- UND MINIPROTHESEN ALS ALTERNATIVE ZUR KNIETOTALPROTHESE

Dr. med. Thomas-Oliver Schneider

Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Sportmedizin SGSM, Orthopädische Klinik Bern, Belegarzt Klinik Permanence

«Warum nicht nur das ersetzen, was auch kaputt ist?» Diese Frage stellt sich auch bei Eingriffen am Kniegelenk. Seit Jahren wird bei Arthrose des Kniegelenks meistens der Einbau einer Knie totalprothese empfohlen. Unabhängig vom Ausmass der Schädigung wird dabei das ganze Kniegelenk ersetzt. Gerade bei aktiven Patienten mit hohen Alltags- und Freizeitanforderungen erfüllt das Ergebnis oft die Erwartungen nicht. In der letzten Zeit haben sich Konzepte zum Einbau von Teil- oder Miniprothesen am Kniegelenk etabliert. Diese ersetzen lediglich den defekten (arthrotischen) Teil des Kniegelenks durch künstliche Materialien, der intakte Anteil des Gelenks bleibt erhalten.

Verschiedene technische Details führen dazu, dass das Knie durch den Einbau einer Teilprothese weniger belastet wird als mit einer Totalprothese. Die Gelenkreflexe und die Bänder bleiben erhalten und der minimalinvasive Zugang beim Eingriff ist gewebe- und weichteilschonend.

Insbesondere jüngere Patienten profitieren

Die weltgrösste, schwedische Prothesendatenbank gibt für ältere Patienten (> 75 Jahre) die Haltbarkeit einer Totalprothese mit 97 % nach zehn Jahren an. Jüngere Patienten jedoch benötigen in 10 % der Fälle nach zehn Jahren bereits wieder eine neue Knie totalprothese. Für Teilprothesen hingegen werden in dieser Alterskategorie Haltbarkeitswerte von bis zu 98 % nach zehn Jahren angegeben. Nicht nur die Haltbarkeit, sondern auch die Beweglichkeit und die Sportfähigkeit sind bei der Teilprothese wesentlich besser als bei einer Vollprothese.

Teilersatz des inneren Kniebereichs

Die meisten Teilprothesen werden auf der Innenseite des Kniegelenks implantiert. Oftmals wurde bei diesen Patienten vor vielen Jahren (unfallbedingt) ein Teil des Innenmeniskus entfernt. Dies oder andere Faktoren haben dann zu einer Arthrose-Entwicklung auf der Knieinnenseite geführt. Nicht wenige der Patienten haben zudem ausgeprägte O-Beine. Wenn die konservativen Massnahmen wie Schmerzmittel, Schuheinlagen, Physiotherapie und Spritzen nicht mehr nützen, sollte auf der Knieinnenseite eine Teilprothese eingesetzt werden. Durch einen in der Regel nur zehn Zentimeter grossen Hautschnitt werden der Knorpel des Ober- und des Unterschenkels und der Meniskus der Knieinnenseite ersetzt. Der Spitalaufenthalt dauert nur wenige Tage, eine stationäre Rehabilitation ist meist nicht notwendig. Das Kniegelenk kann sofort voll belastet und komplett bewegt werden. Im Gegensatz zur Totalprothese können die meisten Patienten ihre gewohnten sportlichen Aktivitäten nach einigen Wochen wieder aufnehmen.

Teilersatz des äusseren Kniebereichs

Die Erfahrungen zum Ersatz des äusseren Anteils des Kniegelenks sind bei Weitem nicht so hoch wie jene auf der Knieinnenseite. Dies liegt zum einen daran, dass weniger Patienten von einer alleinigen Arthrose der Knieaussenseite betroffen sind, zum anderen auch am komplexeren Aufbau der Knieaussenseite. Bis vor wenigen Jahren waren die Ergebnisse wenig ermutigend, jedoch hat der technische Fortschritt auch hier gerade für jüngere Patienten zuverlässigere Implantate hervorgebracht. Idealerweise liegt ein moderates X-Bein vor, eventuell wurde früher der Aussenmeniskus entfernt.

Teilersatz der Kniescheibe

Zunehmend werden auch Teilprothesen hinter der Kniescheibe eingesetzt. Viele der betroffenen Patienten klagen seit Jahren über einen vorderen Knieschmerz, entweder als Unfallfolge oder durch eine Fehlanlage des Kniescheibengleitlagers (Trochleadysplasie, Patellaluxationen). Über eine lange Zeit wurde ein

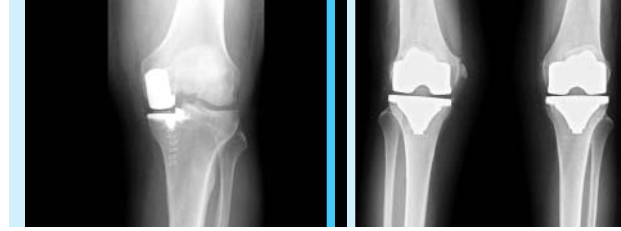


Abb. 1
Kniетeilprothese

Abb. 2
Kniетotalprothese

Oberflächenersatz hinter der Kniescheibe nur in Ausnahmefällen eingesetzt oder es wurde eine Totalprothese des Kniegelenks empfohlen, obwohl weder auf der Knieinnenseite noch auf der Knieaussenseite ein Schaden bestand. Vor allem grosse, klobige Implantate, welche die Kniescheibenbewegung nicht respektieren, führten zu unvorhersehbaren Resultaten. Mit schlanken und individuell einstellbaren Teilprothesen erreicht man heute unmittelbar ein sehr gutes Resultat. Langzeitergebnisse liegen allerdings noch nicht vor.

Arthrose auf der Knieinnenseite und hinter der Kniescheibe

Gelegentlich liegt die Arthrose nicht nur in einem der drei Teile des Kniegelenks, sondern gleichzeitig in mehreren Bereichen vor. Sind sowohl die Innen- als auch die Aussenseite befallen, wird eine Kniетotalprothese eingesetzt. Sind hingegen die Innenseite und das Areal hinter der Kniescheibe befallen, kann eine Kombination von zwei Teilprothesen eingesetzt werden.

Sonderfall Miniprothese

Wenn keine generalisierte Arthrose vorliegt, sondern nur der Knorpel in einem umschriebenen Areal des Kniegelenks zerstört ist, bieten sich Mini- oder Knopfprothesen als Lösung an. Solche Prothesen können heutzutage nur in den Oberschenkelanteil des Kniegelenks implantiert werden. Der Meniskus und der Knorpel des Unterschenkels des Kniegelenks müssen noch intakt sein. Die Miniprothesen sind nur wenige Zentimeter gross und beeinträchtigen die natürliche Kniebewegung nicht.

Wer eignet sich für eine Teilprothese?

Grundsätzlich kann jeder Patient mit einer Arthrose in nur einem der drei Teile des Kniegelenks (Innenseite, Aussenseite oder Kniescheibe) eine Teilprothese anstelle einer Vollprothese erhalten. Am besten geeignet für eine Teilprothese sind sicherlich sportliche oder ehemals sportliche Patienten mit gehobenen Ansprüchen an das Kniegelenk.

In fortgeschrittenem Alter – mit daraus resultierender schlechterer Knochenqualität – wird öfters eine Kniетotalprothese eingesetzt als bei jüngeren Patienten. Liegen Knorpelschäden oder Meniskusrisse in den nicht von Arthrose betroffenen Arealen vor, erhält der Patient ebenfalls eine Kniетotalprothese. Bei Systemerkrankungen wie Rheuma wird der Einbau einer Kniетeilprothese nicht empfohlen.

Vorteile der Teilprothese im Vergleich zur Vollprothese:

- niedrigere Komplikationsrate
- schnellere Genesung
- bessere Gelenkbeweglichkeit sowie ein nahezu normales Gangbild
- geringere Infektionsrate
- geringerer Verlust von körpereigenem Gewebe
- geringerer Blutverlust

PUBLIKUMSVORTRAG

Teil- und Miniprothesen als Alternative zur Kniетotalprothese

Mittwoch, 7. November 2012, 19.00 – 20.30 Uhr
Diaconis Tagungszentrum beim Salem-Spital, Bern

Dr. med. Thomas-Oliver Schneider

Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Sportmedizin SGSM,
Orthopädische Klinik Bern, Belegarzt Klinik Permanence



PUBLIKUMSVORTRÄGE 2012

Wissen fördert die Gesundheit

Gerne laden wir Sie zu den Informationsveranstaltungen der Hirslanden Kliniken Bern ein. Erleben Sie namhafte Referentinnen und Referenten mit interessanten Vorträgen. Die Teilnahme ist kostenlos und eine Anmeldung nicht notwendig. Kurzfristige Änderungen finden Sie in der lokalen Tagespresse oder unter www.hirslanden.ch > Veranstaltungen & Vorträge.

VORTRAGSPROGRAMM

DATUM	THEMA	REFERENTEN
Mittwoch, 22. August 19.00 – 20.30 Uhr	Chronischer Husten	Dr. med. Jörg Salomon Facharzt FMH für Pneumologie, FA Schlafmedizin SGSSC, LungenZentrum Bern, Belegarzt Hirslanden Bern
Mittwoch, 12. September 19.00 – 20.30 Uhr	Multiple Sklerose – Krankheit der tausend Gesichter	Dr. med. Sebastian Humpert Facharzt FMH für Neurologie, Belegarzt Klinik Permanence und Salem-Spital
Mittwoch, 24. Oktober 19.00 – 20.30 Uhr	Prostatakrebs – Abklärung und Therapie im Jahr 2012	Dr. med. Esther Bärtschi Fachärztin FMH für Onkologie und Innere Medizin, Belegärztin Klinik Beau-Site und Salem-Spital Dr. med. Stephan Holliger Facharzt FMH für operative Urologie, Belegarzt Klinik Beau-Site Dr. med. Armin Thöni Facharzt FMH für Radioonkologie/Strahlentherapie
Mittwoch, 7. November 19.00 – 20.30 Uhr	Teil- und Miniprothesen als Alternative zur Kniegelenkprothese	Dr. med. Thomas-Oliver Schneider Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Sportmedizin SGSM, Orthopädische Klinik Bern, Belegarzt Klinik Permanence

hirslandenbaby

ERLEBNIS GEBURT

DATUM	THEMA	REFERENTINNEN
1. Donnerstag im Monat 18.30 – 19.30 Uhr	Erlebnis Geburt – Besichtigung der Maternité	Hebammen Salem-Spital
5. Juli, 2. August, 6. September, 4. Oktober, 1. November, 6. Dezember		

Alle Veranstaltungen finden im Diaconis Tagungszentrum beim Salem-Spital, an der Schänzlistrasse 33 in Bern statt.

Klinik Beau-Site

Schänzlihalde 11
3000 Bern 25
T 031 335 33 33
F 031 335 37 72
klinik-beausite@hirslanden.ch

Klinik Permanence

Bümplizstrasse 83
3018 Bern
T 031 990 41 11
F 031 991 68 01
klinik-permanence@hirslanden.ch

Salem-Spital

Schänzlistrasse 39
3000 Bern 25
T 031 337 60 00
F 031 337 69 30
salem-spital@hirslanden.ch

