

HIRSLANDEN

KLINIK HIRSLANDEN
KLINIK IM PARK



NR. 1 | 2024

MITTELPUNKT

PATIENTENZEITSCHRIFT DER KLINIK HIRSLANDEN UND DER KLINIK IM PARK, ZÜRICH



HALLUX VALGUS UND ARTHROSE DES OBEREN SPRUNGGELENKS - ZWEI HÄUFIGE ERKRANKUNGEN IN DER FUSSCHIRURGIE

DEMENZ - NEUE MEDIKAMENTE MACHEN HOFFNUNG

EIN EINBLICK IN DIE **NOTFALLSTATION DER KLINIK IM PARK**

COPD - FRÜHZEITIGE DIAGNOSE UND THERAPIE VERHINDERT
FORTSCHRITTEN DER KRANKHEIT



KLINIK IM PARK



KLINIK HIRSLANDEN



DOMINIQUE JÄGGI

Direktorin Klinik Im Park



MARCO GUGOLZ

Direktor Klinik Hirslanden

INHALT

- 3 HALLUX VALGUS UND ARTHROSE DES OBEREN SPRUNGGELENKS - ZWEI HÄUFIGE ERKRANKUNGEN IN DER FUSSCHIRURGIE**
- 5 «ES IST EINE KOMPLEXE DISZIPLIN» - INTERVIEW ZUR FUSS- UND SPRUNGGELENKCHIRURGIE**
- 6 DEMENZ - NEUE MEDIKAMENTE MACHEN HOFFNUNG**
- 8 NEUIGKEITEN AUS DER KLINIK HIRSLANDEN**
- 10 NEUIGKEITEN AUS DER KLINIK IM PARK**
- 12 EIN EINBLICK IN DIE NOTFALLSTATION DER KLINIK IM PARK**
- 14 COPD - FRÜHZEITIGE DIAGNOSE UND THERAPIE VERHINDERT FORTSCHRITTEN DER KRANKHEIT**
- 16 VERANSTALTUNGEN**

IMPRESSUM

MITTELPUNKT 1/2024

Eine Publikation der Klinik Hirslanden und der Klinik Im Park

Der MITTELPUNKT erscheint zweimal jährlich und steht interessierten Kreisen kostenlos zur Verfügung. Weitere Exemplare sind über die Kliniken zu beziehen und als PDF-Datei auf unseren Websites in der Rubrik «Über unsere Klinik» unter «Formulare & Broschüren» abrufbar. Die Verantwortung für den Inhalt der Artikel liegt beim jeweiligen Autor.

© Nachdruck, Vervielfältigung und jedwede Reproduktion des Inhalts (ganz oder teilweise) nur mit Quellenangabe und schriftlicher Erlaubnis der Kliniken Hirslanden und Im Park gestattet.

PROJEKTLEITUNG	Britta Seifried-Fedder
REDAKTION	Widmer Kohler AG, Zürich
REALISATION	bc medien ag, Münchenstein
ILLUSTRATIONEN	Janine Heers, Zürich
AUFLAGE	112 000 Exemplare
DRUCK	Kromer Print AG

KLINIK HIRSLANDEN

Witellikerstrasse 40, 8032 Zürich
T +41 44 387 21 11
klinik-hirslanden@hirslanden.ch, www.klinikhirslanden.ch

KLINIK IM PARK

Seestrasse 220, 8027 Zürich
T +41 44 209 21 11
klinik-impark@hirslanden.ch, www.klinikimpark.ch

KLINIKEN DER HIRSLANDEN-GRUPPE

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser

Die aktuellen Herausforderungen in unserem Gesundheitswesen sind medial sehr präsent und nicht von der Hand zu weisen. Davon zeugen etwa die Zürcher «Spitalkrise» oder die Auseinandersetzungen um die ambulanten Tarife.

Als Klinikdirektorin und Klinikdirektor nehmen wir an den Debatten über die Zukunft unseres Gesundheitssystems teil. Unsere Motivation ist dabei dieselbe, die uns auch im Klinikalltag antreibt: Wir setzen uns mit Leidenschaft für die Gesundheit und das Wohl unserer Patientinnen und Patienten ein. Unser oberstes Ziel ist es, ihnen individuell die jeweils beste Behandlung anbieten zu können und ihren Aufenthalt bei uns dank erstklassigem Service so angenehm wie möglich zu gestalten. Das gelingt uns nur dank einer hochqualifizierten Ärzte- und Mitarbeiterschaft, die sich Tag für Tag für unsere Patientinnen und Patienten einsetzt. Den Rahmen dazu bildet an der Klinik Im Park eine ausgesprochen familiäre Unternehmenskultur, die von vertrauensvollem Teamwork und kurzen Wegen geprägt ist. Aber auch an der Klinik Hirslanden ist der Slogan «Together We Care» keine Floskel, sondern gelebte Realität. Dies beweist nicht zuletzt die hohe Loyalität vieler langjähriger Mitarbeitenden.

Ein weiteres Kernelement unseres Selbstverständnisses als Klinikdirektorin und Klinikdirektor ist das Streben nach permanenter Verbesserung. Aus diesem Grund geht jede Patientenrückmeldung über unseren Direktorentisch, und alle Mitarbeitenden sind eingeladen, Kritik zu äussern und Verbesserungsvorschläge zu machen. So schaffen wir es, auch unter immer anspruchsvolleren Rahmenbedingungen die Bedürfnisse all jener zu erfüllen, die von uns betreut werden und die bei uns arbeiten.

Wie erfolgreich wir darin sind, belegt das neuste Spital-Ranking der Zeitschrift «Newsweek»: Danach gehört die Klinik Hirslanden zusammen mit vier Universitätsspitalern zu den Top-5-Spitälern der Schweiz. Die Klinik Im Park landete auf Platz 11, noch vor allen Kantonsspitalern.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

DOMINIQUE JÄGGI

Direktorin Klinik Im Park

MARCO GUGOLZ

Direktor Klinik Hirslanden

HALLUX VALGUS UND ARTHROSE DES OBEREN SPRUNGGELENKS – ZWEI HÄUFIGE ERKRANKUNGEN IN DER FUSSCHIRURGIE

Von **DR. MED. CHRISTOPHER LENZ**, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Fuss- und Sprunggelenkchirurgie

AUF DEN ERSTEN BLICK HABEN DER HALLUX VALGUS UND DIE ARTHROSE DES SPRUNGGELENKS NICHT VIEL GEMEINSAM. IN DER TAT SIND URSACHEN UND THERAPEUTISCHE HERANGEHENSWEISEN SEHR UNTERSCHIEDLICH. BEIDE ZÄHLEN SIE JEDOCH ZU DEN HÄUFIGSTEN KRANKHEITSBILDERN IN DER FUSS- UND SPRUNGGELENKCHIRURGIE. ZUDEM LASSEN SICH ANHAND VON IHNEN SOWOHL DIE VIELFALT DER KONSERVATIVEN BEHANDLUNGEN ALS AUCH DIE PRINZIPIEN DER OPERATIVEN THERAPIEN ANSCHAULICH BELEUCHTEN.

HALLUX VALGUS

Der Hallux valgus ist durch eine Achsenfehlstellung der Grosszehe (lat. Hallux) gekennzeichnet. Das Wort valgus («schief») beschreibt dabei die Fehlstellung weg von der Körpermitte. Zu den Gründen für die Entwicklung dieser Erkrankung herrscht keine Einigkeit. Man geht von vielen verschiedenen Faktoren aus, die eine solche Fehlstellung hervorrufen und dazu führen, dass der erste Mittelfussknochen in Richtung Fussinnenseite wandert.

Sehr häufig scheint eine genetische Ursache vorzuliegen; bis zu 90% der Patientinnen und Patienten berichten, dass ein Hallux valgus in der Familie bereits aufgetreten sei, oft mütterlicherseits. Entsprechend kann dieses Krankheitsbild schon bei Jugendlichen vorkommen. Eine falsche Schuhwahl kann die Entstehung eines Hallux valgus begünstigen, sie muss es aber nicht. Weitere Ursachen, die teilweise kontrovers diskutiert werden, sind der Knick-/Senkfuss und eine Instabilität im ersten Mittelfussgelenk. Seltener tritt ein Hallux valgus als Unfallfolge auf. Insgesamt sind Frauen deutlich häufiger betroffen als Männer (Verhältnis von 8:1).

Bei einem Hallux valgus werden die Muskeln und ihre Sehnen, die die Grosszehe und das Gelenk eigentlich stabilisieren, durch die Achsenabweichung zunehmend zur deformierenden Kraft. Die Gelenkkapsel auf der Innenseite wird zusätzlich geschwächt und begünstigt das Fortschreiten der Fehlstellung. Das wiederum bedeutet, dass der Hallux valgus mit der Zeit zunimmt.

BESCHWERDEBILD

Nicht immer verursacht ein Hallux valgus Beschwerden, und das Ausmass der Schmerzen korreliert nicht mit dem Schweregrad der Fehlstellung. Oft treten Symptome auch nur während des Tragens von Schuhen auf. Die typischen Beschwerden machen sich dann im Bereich der «Spitze» der Fehlstellung bemerkbar: beim Knochen, der am weitesten von der Körpermitte absteht, was dem Köpfchen des ersten Mittelfussknochens entspricht (vgl. Abb. 1, links).

Wissenswert ist zudem, dass die Schmerzen nicht immer nur durch den prominenten Knochen selbst auftreten, sondern auch eine Folgeerscheinung sein können der veränderten Belastung und Belastbarkeit des Fusses. So kann eine durch die Fehlstellung resultierende Überlastung der benachbarten Mittelfussknochen zu starken Schmerzen in diesem Bereich führen. Ein Hallux valgus begünstigt

zudem eine Fehlstellung der Kleinzehen, in erster Linie die Entstehung von sog. Hammerzehen, womit eine dauerhafte Beugefehlstellung einer oder mehrerer Kleinzehen bezeichnet wird.



Abb. 1: Hallux valgus vor der Operation (links) und danach (rechts). Die Schrauben verbleiben in der Regel für immer im Knochen versenkt und verursachen keine Probleme. (1 = Köpfchen des ersten Mittelfussknochens)

BEHANDLUNG

Für uns Spezialisten gibt es viele zu beurteilende Kriterien und Faktoren, weswegen das Gespräch mit den Betroffenen genauso wichtig ist wie die sorgfältige klinische Untersuchung und die Analyse von Röntgenbildern. Diese liefert in aller Regel ausreichend Informationen, um eine optimale Therapie einzuleiten.

Bei einem symptomatischen Hallux valgus ist die Therapie zunächst fast immer konservativ. Sie beinhaltet eine adäquate Schuhwahl und oft auch massangefertigte orthopädische Einlagen; auch die Physiotherapie kann helfen. Festzuhalten ist jedoch, dass keine konservative Therapie die eigentliche Fehlstellung zu korrigieren vermag. Ob scheinbar magische Tricks, die in Internetvideos als Heilungsversprechen präsentiert werden, oder diverse Schienen – keine Studie konnte je nachweisen, dass solche Methoden einen Hallux valgus heilen können. Sie sind in aller Regel Zeit- und Geldverschwendung.

Führen konservative Massnahmen zu keiner Verbesserung der Beschwerden, kommt die chirurgische Therapie ins Spiel. Hierfür gibt es verschiedene konventionelle, offene Verfahren, die nachgewiesenermassen sicher und



Abb. 2: Mit einer korrekt implantierten Totalprothese des oberen Sprunggelenks lassen sich die meisten Sportarten ausüben.

wirkungsvoll sind. Mittlerweile erweisen sich aber auch perkutane («durch die Haut hindurch») und minimalinvasive Techniken als erfolgversprechend und zeigen in den Studien sehr gute Ergebnisse.

Das Ziel einer chirurgischen Behandlung besteht darin, die Fehlstellung des Mittelfussknochens und des Zehenknochens zu korrigieren und die normale Anatomie wiederherzustellen. Dazu werden die betroffenen Knochen durchtrennt, neu gerichtet und mit kleinen Schrauben in der korrigierten Stellung fixiert (vgl. Abb. 1). In der Regel erfolgt gleichzeitig eine Korrektur der durch die Fehlstellung gedehnten Gelenkkapsel und der Hammerzehen.

Welche konkrete Operationstechnik dabei zur Anwendung kommt, ist weniger wichtig als die sorgfältige Analyse, Planung und Durchführung der Operation, denn mit vielen dieser Techniken lassen sich zufriedenstellende bis ausgezeichnete Resultate erzielen.

SPRUNGGELENKSARTHROSE

Die Ursachen für die Entstehung einer Arthrose des Sprunggelenks, d.h. eines Verschleisses seiner Knorpelschicht, sind weitaus klarer als bei einem Hallux valgus: 70 bis 80% der Sprunggelenksarthrosen sind die Spätfolge einer Verletzung, d.h. sie entwickeln sich über längere Zeit nach einem Knochenbruch oder einem Bänderriss. Grund dafür ist meist eine Gelenkinstabilität, die als Folge der Verletzung zu einem schnelleren Knorpelverschleiss führt. Weitere Risikofaktoren sind angeborene oder erworbene Fehlstellungen des Fusses.

Die Schmerzen und funktionellen Einschränkungen einer Sprunggelenksarthrose können sehr stark ausgeprägt sein und einen hohen Leidensdruck hervorrufen. Die gute Nachricht ist, dass es zahlreiche Therapieoptionen gibt, um solche Beschwerden zu lindern. Von Schienen und Orthesen (z. B. Knöchelmanschetten) über Schuheinlagen bis hin zu orthopädischen Serienschuhen stehen viele Hilfsmittel zur Verfügung, dank denen sich der Leidensdruck oft deutlich senken lässt. Auch gibt es mehrere Optionen, mittels Injektionen in das Gelenk eine Linderung zu erreichen. Sie können mit Kortison erfolgen, mit Hyaluronsäure oder autologem konditioniertem Plasma (ACP, «Eigenbluttherapie»). Jede dieser Optionen hat ihre Berechtigung und ihre je eigenen Vor- und Nachteile.

Wie bei fast jedem Krankheitsbild müssen operative Optionen dann in Erwägung gezogen werden, wenn alle konservativen Massnahmen nicht mehr helfen und die Schmerzen und Einschränkungen die Lebensqualität zu stark beeinträchtigen. Bei eher jüngeren Patientinnen und Patienten sind gegebenenfalls gelenkerhaltende Mass-

nahmen möglich, z.B. eine Knorpeltherapie bei einem abgrenzbarem Knorpelschaden oder Achsenkorrekturen bei entsprechenden Fehlstellungen.

Lässt sich das Gelenk aufgrund eines zu weit fortgeschrittenen Verschleisses nicht erhalten, kann es mit Schrauben und gegebenenfalls Metallplatten versteift werden (Arthrodese). Dieses Verfahren hört sich erstmal uncharmant an, es ist jedoch eine bis heute sehr zuverlässige und sichere Option, um die Schmerzen zu lindern. Mehr noch: Nach ausreichender Rehabilitation ist ein normales Gangbild wieder möglich, und sehr viele Aktivitäten lassen sich problemlos wieder aufnehmen.

Die Alternative ist der künstliche Gelenkersatz, die Totalprothese des oberen Sprunggelenks (vgl. Abb. 2). Welche Methode besser ist, ist das unter Experten wohl am häufigsten und heissesten diskutierte Thema. Das künstliche Sprunggelenk hat in den letzten Jahren zunehmend an Stellenwert gewonnen und weist bei der richtigen Indikation mindestens genauso gute Ergebnisse auf wie die Versteifung.

Die Nachbehandlung bei einer Prothese ist zudem unkomplizierter: Man darf früher wieder voll belasten und muss weniger lang schonen und ruhigstellen. Ausserdem zeigen sich in grossen (noch laufenden) Studien aufgrund der erhaltenen Beweglichkeit Vorteile im Gangbild. Ferner geht man davon aus, dass die angrenzenden Gelenke geschont werden, während sie nach einer Arthrodese im Verlauf der Jahre eher zu Verschleiss neigen und Beschwerden bereiten können. Beide Therapieoptionen sind jedoch sicher und bringen eine deutliche bis vollkommene Schmerzlinderung.

GLOSSAR

- **ARTHROSE:** verschleissbedingter Abbau von Gelenkknorpel, häufig aufgrund jahrelanger Überbelastung, als Alterserscheinung oder oft nach stattgehabtem Knochenbruch
- **HYALURONSÄURE:** vom Körper selbst produzierter Bestandteil von Bindegewebe, der viel Wasser bindet und in Gelenken als Schmiermittel wirkt
- **KNORPELTHERAPIE:** Oberbegriff für Verfahren, mit denen Knorpel regeneriert wird

KONTAKT

ORTHO CLINIC ZÜRICH

Seestrasse 315
8038 Zürich
T +41 44 201 40 04
christopher.lenz@hirslanden.ch

«ES IST EINE KOMPLEXE DISZIPLIN»

HERR DR. LENZ, IN DEN LETZTEN JAHREN HAT DIE FUSS- UND SPRUNGGELLENKCHIRURGIE STARK AN BEDEUTUNG GEWONNEN – DIES, NACHDEM DER FUSS VON DER MEDIZIN LANGE ZEIT ETWAS STIEFMÜTTERLICH BEHANDELT WORDEN WAR. WELCHES WAREN DIE WICHTIGSTEN FORTSCHRITTE?

Die Zahl der Studien zur Fuss- und Sprunggelenkchirurgie hat in den letzten 10 bis 15 Jahren enorm zugenommen. Sie brachten neue Erkenntnisse zur konservativen und zur operativen Therapie, zur Nachbehandlung nach Operationen und auch zu den Implantaten, die wir verwenden. Besonders hervorzuheben sind die Fortschritte in der minimalinvasiven Fusschirurgie, die zunehmend sehr guten Ergebnisse des künstlichen Sprunggelenkersatzes, aber auch moderne Implantate, die eine schnellere Rehabilitation und robustere Rekonstruktionen ermöglichen.

WO LIEGEN DIE BESONDEREN HERAUSFORDERUNGEN IN DER FUSSCHIRURGIE?

Wir beschäftigen uns mit 28 Knochen, die über zahlreiche Gelenke und Bänder miteinander verbunden sind. Jeder Schritt ist ein sensibles Zusammenspiel zwischen der Muskel-Sehnen-Einheit und dem Skelett. Der Fuss wird mit grosser Selbstverständlichkeit auf viele Arten beansprucht, vom normalen Gehen über Rennen und Springen bis zum Tanzen. Wie wichtig der Fuss und das Sprunggelenk sind, merkt man erst, wenn etwas nicht mehr gut funktioniert oder schmerzt. Hier liegt denn auch die Herausforderung: in der Analyse des Problems, im Verstehen der Zusammenhänge und der Ursachen, um die richtige Therapie einzuleiten. In den Operationen werden oft verschiedene Weichteil- und Knocheneingriffe kombiniert. Hier besteht die Herausforderung darin, die richtigen Teileingriffe für ein optimales Resultat miteinander zu verknüpfen.

WELCHE MISSVERSTÄNDNISSE GEGENÜBER DER FUSSCHIRURGIE MÜSSEN SIE HÄUFIG AUSTRÄUMEN?

Ich werde oft gefragt, ob denn eine Operation überhaupt etwas bringe, und es kursieren viele Anekdoten über schlechte Resultate und Komplikationen. Ich versichere meinen

Patientinnen und Patienten, dass alle Therapien, die ich durchführe, nachgewiesenermassen erfolgreich sind und es selten Komplikationen gibt. Das heisst, die Wahrscheinlichkeit, dass die Patientin oder der Patient nach der Heilungszeit zufrieden ist, ist sehr hoch. Früher hat man die Fusschirurgie oft so nebenbei mitgemacht. Das ist heute nicht mehr vertretbar. Es ist eine komplexe Disziplin. Für eine optimale Therapie empfiehlt es sich deshalb, einen Spezialisten oder eine Spezialistin aufzusuchen.

IST ES PROBLEMATISCH, EINE FUSSOPERATION AUFZUSCHIEBEN?

Es gibt Deformitäten, die fortschreiten, sodass man bei einer letztlich dann schweren Deformität eventuell andere OP-Techniken wählen muss, die ein paar Nachteile mit sich bringen können oder grössere Operationen darstellen. Jedoch verläuft dieses Fortschreiten über Jahre bis Jahrzehnte hinweg. Deswegen muss man sich nicht verrückt machen. Eine initiale Beurteilung ergibt sicher Sinn. Ich habe Patientinnen und Patienten mit Deformitäten, die noch gut ohne OP auskommen. In solchen Fällen vereinbaren wir z. B. halbjährliche Kontrollen, sodass es kein «zu spät» gibt. Akute Verletzungen, vor allem Brüche oder Bandverletzungen, die zur Instabilität führen, sollten hingegen so früh wie möglich behandelt werden.

HEUTE GIBT ES PRAKTISCH FÜR JEDES FUSSPROBLEM MEHRERE OPERATIONSTECHNIKEN. WIE KANN ICH ALS PATIENTIN ODER PATIENT DIE GEWISSHEIT HABEN, DASS ICH DIE RICHTIGE ERHALTE?

Für mich ist es sehr wichtig, dass die Patientinnen und Patienten ihr Fussproblem gut verstehen und die diversen Therapieoptionen nachvollziehen können. Diese Aufklärung ist meine Aufgabe. Oft gibt es nicht die eine richtige Therapie. Vielmehr gilt es, für jeden individuellen Fall die optimale Behandlung zu finden. Das setzt voraus, dass die Symptomatik sorgfältig analysiert und das Hauptproblem identifiziert wird. Ebenso wichtig ist es, gemeinsam ein Behandlungsziel zu definieren, und zwar auf Basis der Erwartungen und Ansprüche der Patientin oder des Patienten. Mit welcher Therapie können wir dieses Ziel am besten erreichen? Das ist ein

Prozess, der viel Kompetenz, Sorgfalt und Vertrauen erfordert. Ich möchte, dass meine Patientinnen und Patienten und ich ein Team sind und am selben Strang ziehen.

WIE LANGE DAUERT DER HEILUNGSPROZESS NACH EINER FUSSOPERATION, UND WIE GESTALTET SICH DIE REHABILITATION?

Viele versprechen, dass alles ganz schnell gehe. Das ist leider nicht die Realität, wobei es natürlich auch auf die Art des Eingriffs ankommt. Bei einer Vorfusskorrektur, z. B. bei einem Hallux valgus, ist die Nachbehandlung an sich unkompliziert. Man darf in einem Spezialschuh voll belasten. Dennoch reagiert der Fuss schnell und schwillt an. Man muss ihn viel hochlagern und kann nicht lange auf den Beinen sein. Dies bessert sich zwar stetig, und man kann in gewissem Ausmass auch aktiv sein, aber man muss mit drei bis sechs Monaten rechnen, bis man wieder lange und ohne Beschwerden auf den Beinen sein kann. Manchmal ist eine Ruhigstellung im Gips notwendig und man darf nur teilbelasten. Oft benötigt man dann einen physiotherapeutischen Aufbau. Wichtig ist, dass man dies vorher bespricht und zusammen einen Zeitplan mit realistischen Zielen erstellt. Ich begleite meine Patientinnen und Patienten während der Rehabilitation, damit sie diese gut meistern.

WIE KANN MAN ERKRANKUNGEN UND VERLETZUNGEN DES FUSSES VORBEUGEN?

Wichtig sind eine gesunde Ernährung, regelmässige körperliche Betätigung und die Vermeidung von Übergewicht. Spezifisch für den Fuss ist eine adäquate Schuhwahl hilfreich. Zur Vermeidung von Sportverletzungen ist ein neuromuskuläres Aufwärmprogramm sinnvoll, ebenso eine korrekte Ausrüstung und die Vermeidung von Überlastungen. Je nachdem sind für eine längere Zeit Schutzmassnahmen angezeigt wie eine stabilisierende Bandage nach einem Bänderriss am Sprunggelenk. Generell sind Empfehlungen und Massnahmen sehr individuell und variantenreich und können mit einer Spezialistin oder einem Spezialisten diskutiert werden.

DEMENZ - NEUE MEDIKAMENTE MACHEN HOFFNUNG

Von **PROF. DR. MED. ADAM CZAPLINSKI**, **PROF. DR. MED. NILS PETERS** und **DR. MED. MICHAEL LEHMANN**,
Fachärzte für Neurologie

IN DER SCHWEIZ LEBEN DERZEIT RUND 150 000 MENSCHEN MIT DER DIAGNOSE DEMENZ, UND JEDES JAHR KOMMEN GUT 33 000 NEUE FÄLLE DAZU. OBWOHL DIE ALZHEIMER-KRANKHEIT UND ANDERE ZUR DEMENZ FÜHRENDE ERKRANKUNGEN BEHANDELBAR SIND, EXISTIERT EIN HEILMITTEL FÜR SIE NOCH NICHT. ZUM ERSTEN MAL STEHEN DERZEIT ABER ZWEI MEDIKAMENTE FÜR DIE ALZHEIMER-DEMENZ KURZ VOR DER ZULASSUNG, DIE ANLASS ZUR HOFFNUNG GEBEN, DASS SICH MIT IHNEN DIE VERSCHLECHTERUNG DER KRANKHEIT VERLANGSAMEN LÄSST.

Demenz ist ein Oberbegriff für verschiedene Erkrankungen des Gehirns, die das Gedächtnis, das Denkvermögen und weitere geistige Fähigkeiten immer stärker beeinträchtigen, darunter die Orientierung, die Sprache und die Auffassungsgabe, was letztlich zu Einschränkungen im Alltag führt. Die häufigste Ursache einer Demenz ist mit rund zwei Dritteln aller Fälle die Alzheimer-Krankheit.

SCHÄDIGUNG VON GEHIRNZELLEN

Verursacht werden Demenzerkrankungen durch Schäden an Gehirnzellen, die deren Fähigkeit beeinträchtigen, miteinander zu kommunizieren. Bei der Alzheimer-Krankheit sind die Schäden darauf zurückzuführen, dass es zu Eiweissablagerungen zwischen den Gehirnzellen kommt. Bei einer vaskulären Demenz, der zweithäufigsten Demenzform, werden die Gehirnzellen durch einen Mangel an Blutfluss oder Einblutungen geschädigt, häufig aufgrund von Schlaganfällen.

Neben der Alzheimer-Erkrankung gibt es noch weitere neurodegenerative Erkrankungen, die mit einer Demenz einhergehen, wie z.B. die Lewy-Körper-Demenz und die frontotemporale Demenz. Bei der selteneren Lewy-Körper-Demenz finden sich Ablagerungen in den Gehirnzellen, aber an anderen Stellen als bei Alzheimer.

Als frontotemporale Demenz bezeichnet man eine Gruppe von Erkrankungen, die durch einen Abbau von Gehirnzellen in den frontalen und seitlichen (temporalen) Bereichen des Gehirns gekennzeichnet sind. Warum es dazu kommt, ist nicht vollständig geklärt. Man geht aber davon aus, dass die Krankheit in einigen Fällen durch bestimmte Genmutationen hervorgerufen wird. Das würde zum Teil auch erklären, warum diese Demenzform besonders häufig bei jüngeren Menschen unter 65 Jahren auftritt.

RISIKOFAKTOREN

Gewisse Genvarianten spielen auch bei der Entstehung von Alzheimer und anderen Demenzerkrankungen eine Rolle, allerdings nur selten als alleinige Auslöser. Bei einem Teil der Population erhöhen sie aber das Erkrankungsrisiko. Der weitest aus grösste Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz ist indessen das Alter: Ab 65 Jahren verdoppelt sich mit jedem Jahrzehnt das Risiko, an Demenz zu erkranken.

Daneben gibt es eine Reihe von Risikofaktoren, die massgeblich durch den Lebensstil bedingt und damit beeinflussbar sind. Dies gilt insbesondere für die vaskuläre

Demenz, aber auch für die Alzheimer-Demenz. Dazu gehören Bluthochdruck und ein hoher Cholesterinspiegel, starkes Übergewicht und Diabetes, Bewegungsmangel und eine unausgewogene Ernährung sowie Rauchen und Alkoholmissbrauch. Schliesslich können auch bestimmte Krankheiten wie Parkinson und Kopfverletzungen das Risiko für eine Demenz erhöhen.

UNTERSCHIEDLICHE SYMPTOMATIK

Welche Leitsymptome bei einer Demenz auftreten, hängt davon ab, welche Gehirnbereiche von den Schäden betroffen sind. Alzheimer beeinträchtigt vor allem das Gedächtnis, das Denken und das Ausführen komplexer Tätigkeiten sowie die räumliche Orientierung. Eine vaskuläre Demenz führt zu Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten, zu Schwierigkeiten bei der Handlungsplanung und -ausführung sowie zu Antriebs- und Teilnahmslosigkeit. Frontotemporale Demenzen gehen häufig einher mit Persönlichkeitsveränderungen und Verhaltensauffälligkeiten. Eine Vielzahl weiterer Symptome kann bei allen Demenzen dazukommen.

UMFASSENDE ABKLÄRUNG

Nicht jede Vergesslichkeit hat ihre Ursache in einer beginnenden Demenz. Sie kann beispielsweise auch durch eine gut behandelbare Altersdepression oder internistische Erkrankungen wie eine Schilddrüsenunterfunktion hervorgerufen werden. Auch andere Krankheiten können demenzähnliche Symptome verursachen. Aus diesem Grund schafft bei Verdacht auf Demenz nur eine umfassende Abklärung durch Spezialistinnen und Spezialisten Klarheit. Am Anfang der Diagnostik stehen Gespräche mit den Betroffenen und ihren Angehörigen zur Erhebung der Krankengeschichte. Anschliessend erfolgen standardisierte neuropsychologische Tests, um die Art und Schwere der kognitiven Beeinträchtigungen zu beurteilen. Dabei müssen die Patientinnen und Patienten verschiedene kognitive Aufgaben lösen. Zur Sicherung der Diagnose und zum Ausschluss anderer Krankheiten können schliesslich auch bildgebende Verfahren wie die Magnetresonanztomographie (MRT bzw. MRI) und Laboruntersuchungen durchgeführt werden. Häufig ist auch eine Untersuchung des Nervenwassers sinnvoll, um spezifische Eiweissveränderungen aufzudecken, wie sie etwa bei der Alzheimer-Erkrankung vorkommen.

Die Diagnostik von Demenz hat in den letzten Jahren grosse Fortschritte gemacht. Das ist vermutlich ein Haupt-

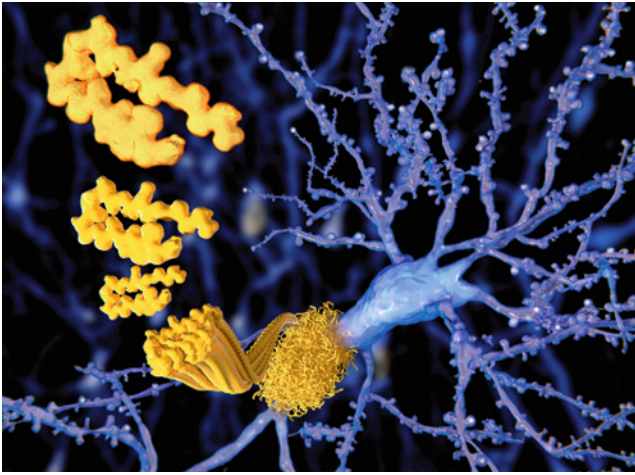


Abb. 1: Ein Hauptmerkmal der Alzheimer-Krankheit sind Eiweiss-Ablagerungen (gelb) zwischen Nervenzellen. (Bilder: Juan Gaertner/ Science Photo Library)

grund dafür, warum immer häufiger auch bei jüngeren Menschen unter 65 Jahren eine Demenz festgestellt wird. Früher wäre sie oft unerkannt geblieben.

KRANKHEITSVERLAUF

Eine Demenz entwickelt sich in der Regel in drei Phasen: Im Frühstadium sind Symptome wie leichte Vergesslichkeit oder Planungs- und Organisationsschwierigkeiten oft kaum bemerkbar. Im mittleren Stadium treten Gedächtnisverlust, Verwirrung und Persönlichkeitsveränderungen deutlicher zutage. Im Spätstadium sind die Betroffenen zum Teil rund um die Uhr auf Pflege und Betreuung angewiesen. Sie haben z.B. Probleme, ihre Umgebung und die Menschen um sie herum zu erkennen. Dazu kommen körperliche Beeinträchtigungen wie Gehschwäche und Schluckstörungen. Das häufige Verschlucken ist neben einer generell hohen Anfälligkeit für Infektionen der Hauptgrund, warum die Lungenentzündung zu den häufigsten Todesursachen bei Demenz zählt.

BEHANDLUNGSFORMEN

Demenzkrankungen sind bis heute nicht heilbar. Die damit einhergehenden Symptome lassen sich jedoch mit Medikamenten und anderen Therapieansätzen behandeln. Medikamentöse Behandlungen zielen darauf ab, die Symptome hinauszuzögern und abzumildern. Das heisst, sie sollen den kognitiven Einbussen entgegenwirken.

Hierfür gibt es zwei Gruppen von sogenannten Antidementiva: Cholinesterase-Hemmer und Glutamat-Antagonisten. Cholinesterase-Hemmer werden bei leichten bis mittelschweren Alzheimer-Erkrankungen und in einzelnen Fällen auch bei anderen Demenzkrankungen eingesetzt. Sie verlangsamen den Abbau des chemischen Botenstoffs Acetylcholin im Gehirn, der für das Gedächtnis und das Denken wichtig ist. Glutamat-Antagonisten gelangen bei der moderaten bis schweren Alzheimer-Krankheit zur Anwendung. Sie blockieren die Wirkung von Glutamat, einem chemischen Botenstoff im Gehirn, der bei hoher Konzentration Nervenzellen schädigen kann. Ergänzt werden solche Antidementiva durch Medikamente zur Behandlung von Verhaltenssymptomen, namentlich von Angst, Unruhe, Depressionen und Schlafstörungen.

Neben Medikamenten gibt es auch zahlreiche nicht medikamentöse Ansätze zur Behandlung von Demenz. Sie sollen den Betroffenen so lange wie möglich die Teilhabe am Alltag und am sozialen Leben erlauben. Gleichzeitig

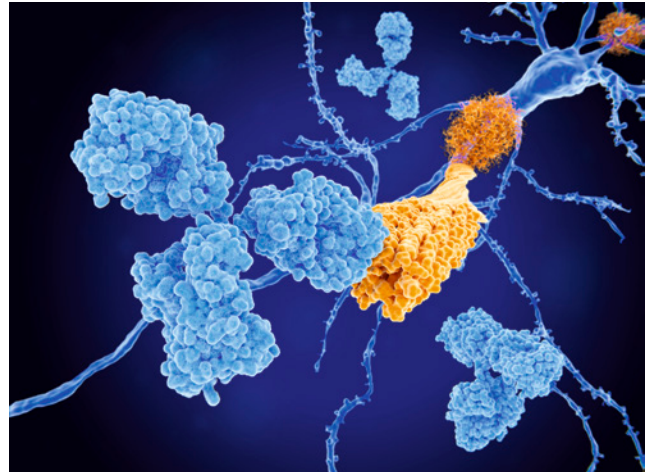


Abb. 2: In neuen Therapien setzen sich Antikörper (blau) auf die Ablagerungen (gelb-orange) und aktivieren die Immunzellen, die die Ablagerungen «wefressen».

steigern sie das allgemeine Wohlbefinden und vermögen herausfordernde Verhaltensweisen abzumildern, z. B. Bewegungsunruhe oder Schreien. Das Spektrum nicht medikamentöser Behandlungen reicht von Gedächtnistraining und Verhaltenstherapie über regelmässige Bewegung und Physiotherapie bis zu Kunst- und Musiktherapie. Dazu kommen eine gesunde Ernährung und soziale Aktivitäten wie Treffen mit Freunden oder gemeinsames Kochen, Singen und Tanzen. In der Demenz-Prävention stehen die oben genannten Lebensstil- und Gefäss-Risikofaktoren im Vordergrund.

NEUE HOFFNUNG

Mit den bisherigen Medikamenten gelingt es, die Symptome einer Demenz zu lindern. Sie sind aber nicht in der Lage, das Fortschreiten der Erkrankung, d.h. den Abbau von Gehirnzellen, zu verlangsamen. Mit modernen Antikörpertherapien könnte das bei der Alzheimer-Erkrankung in Zukunft zum ersten Mal gelingen. Konkret wird für zwei solche Medikamente eine baldige Zulassung erwartet, für Lecanemab von Eisai und für Donanemab von Eli Lilly. Beide Medikamente zielen auf die Eiweissablagerungen zwischen den Gehirnzellen ab, die die Ursache für die Alzheimer-Krankheit sind: Die Antikörper setzen sich auf diese Ablagerungen drauf und aktivieren die Immunzellen des Gehirns, die die Ablagerungen sodann «wefressen» (vgl. Abb. 2). Diese neuen Therapieansätze stellen einen potentiellen Fortschritt in der Behandlung der Alzheimer-Erkrankung dar. Die Indikationsstellung muss aber individuell nach gründlicher Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen, und die Patienten sind während der Behandlung in einem spezialisierten Zentrum engmaschig zu begleiten.

KONTAKT

KLINIK FÜR NEUROLOGIE HIRSLANDEN

Witellikerstrasse 40
8032 Zürich
T +41 44 387 39 93
neurologie@hirslanden.ch

Im Ranking der Handelszeitung «Beste Fachkliniken der Schweiz 2024» erzielte die Klinik für Neurologie Hirslanden den 3. Platz.

NEUIGKEITEN AUS DER KLINIK HIRSLANDEN

RAD-WM IN ZÜRICH: ANFAHRT ZUR KLINIK IST JEDERZEIT GEWÄHRLEISTET

Vom 21. bis zum 29. September 2024 finden die «UCI Rad- und Para-Cycling-Strassen-Weltmeisterschaften Zürich 2024» statt – mit rund 1300 Athletinnen und Athleten sowie etwa 850 000 Besucherinnen und Besuchern.



In dieser Zeit sind 53 Rennen angesetzt. Daher wird es in der Stadt Zürich zu Verkehrsbehinderungen kommen, und es ist mit Verzögerungen im täglichen Ablauf zu rechnen. Die Anfahrt zur Klinik Hirslanden wird aber selbstverständlich jederzeit gewährleistet sein.

Zu beachten sind folgende Angaben zu der Verkehrsführung und damit zur Anreise zur Klinik Hirslanden Zürich:

- Eine geregelte Zufahrt via Forchstrasse / Itschnacher-Kreuzung wird für die Anfahrt mit dem PW möglich sein, es muss jedoch mit Wartezeiten gerechnet werden.
- Die Forchbahn S18 wird gemäss regulärem Fahrplan verkehren.

Aktuelle und umfassende Informationen zur Rad-WM finden Sie unter: www.klinik-hirslanden.ch/rad-wm

HOSPITAL IN MOTION – GEFÜHRTE KUNSTSPAZIERGÄNGE

Im Durchschnitt verbringen Patientinnen und Patienten während ihres Spitalaufenthalts 97% des Tages im Bett oder im Sessel. Bewegung fördert die Genesung. Schon 900 Schritte pro Tag beugen vielen Komplikationen vor.

Darum bietet die Klinik Hirslanden Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen im Rahmen von «Hospital in Motion» geführte Kunstspaziergänge an. So können sie einen Teil der Kunstwerke, die in der Klinik Hirslanden ausgestellt sind, erkunden und gleichzeitig etwas Gutes für ihre Gesundheit tun. Durch die Ausstellung führt Verena Schmid, Kuratorin der Kunstsammlung Klinik Hirslanden.

Schon gewusst? Der Grundstein für die Kunstsammlung der Klinik Hirslanden Zürich wurde in den 1990er Jahren gelegt und ist bis heute auf einen Bestand von gut 1300 Kunstwerken aus den Bereichen Malerei, Grafik, Fotografie und Skulptur angewachsen. Dabei lag der Fokus immer auf der zeitgenössischen Schweizer Kunst, jedoch sind auch internationale Künstlerinnen sowie Künstler von Rang und Namen vertreten. So konnte sich die Sammlung im Laufe der Zeit ein unverwechselbares Profil aneignen und zu einem wertvollen Zusatzangebot im Spitalalltag werden.

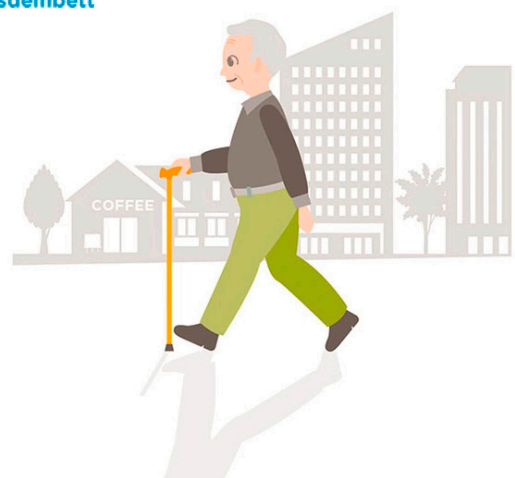
Die Termine für die geführten Touren finden Sie auf www.klinik-hirslanden.ch/kunst

AUFSTEHEN

ANZIEHEN

LOS GEHT'S

#rausausdembett



UMBAU UND ERWEITERUNG DES NOTFALLZENTRUMS ABGESCHLOSSEN

Seit Herbst 2023 wurde das Notfallzentrum der Klinik Hirslanden bei laufendem Betrieb ausgebaut und modernisiert. Inzwischen sind die Arbeiten abgeschlossen. Das Notfallzentrum verfügt neu über 19 Behandlungsplätze. Das sind 6 mehr als bisher. Diese Erweiterung um mehr als einen Drittel ist eine Antwort auf die seit Jahren wachsenden Patientenströme. Gleichzeitig ist sie ein starkes Bekenntnis zum öffentlichen Leistungsauftrag, den die Klinik Hirslanden als viertgrösstes Spital im Kanton Zürich innehat.

Im Notfallzentrum der Klinik Hirslanden werden erwachsene Patientinnen und Patienten ab 16 Jahren mit Erkrankungen und Verletzungen aus nahezu sämtlichen medizinischen Fachgebieten aufgenommen. Ausgenommen sind lediglich schwere Brandverletzungen, Polytraumata und Augenverletzungen. Je nach medizinischem Notfall stehen für die nahtlose Weiterbehandlung Spezialistinnen und Spezialisten aus allen medizinischen Fachrichtungen und eine umfassende Spitalinfrastruktur auf dem neusten Stand der Medizintechnik zur Verfügung.

Notfallzentrum Hirslanden Zürich

Witellikerstrasse 40

8032 Zürich

T +41 44 387 35 35

notfallzentrum.hirslanden@hirslanden.ch

STAMMZELLTRANSPLANTATION BEI MS

Seit Januar dieses Jahres können Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose in der Klinik für Neurologie Hirslanden mit der Blutstammzelltransplantation behandelt werden. Die Klinik Hirslanden ist eine von wenigen Kliniken in Europa, die diese Behandlung für MS-Patientinnen und -Patienten anbietet.

Die autologe Blutstammzelltransplantation ist eine innovative Therapie bei aggressiven Verläufen der Multiplen Sklerose, insbesondere bei Versagen anderer Therapien in Form von Durchbruch-Schüben oder MRI-Entzündungen. Die Stammzelltransplantation gilt als die bislang wirksamste Behandlungsform bei Multipler Sklerose.

Den Entscheid über die Durchführung der Therapie trifft ein interdisziplinäres MS-Stammzell-Transplantations-Board im Rahmen eines engen und regelmässigen Austausches zwischen der Klinik für Neurologie Hirslanden und der Klinik für Hämatologie & Onkologie Hirslanden Zürich.

Zentrum für Multiple Sklerose Klinik für Neurologie Hirslanden

Theaterstrasse 8
8001 Zürich
T +41 44 295 30 45
neurozentrum Bellevue@hin.ch

MIT DEM SPEZIALISIERTEN FAHRSERVICE KOMFORTABEL UNTERWEGS

Den Patientinnen und Patienten der Klinik Hirslanden wird in Zusammenarbeit mit dem Patientenservice Schweiz ein spezialisierter Fahrservice angeboten. Dieser Service garantiert eine sichere und komfortable Fahrt in neuen, hochwertig ausgestatteten und geräumigen Limousinen.

Es gibt verschiedene Fahrtoptionen:

- Von der Klinik nach Hause
- Von der Klinik zur Rehabilitationsklinik
- Von einer Klinik in die andere Klinik
- Individuelle medizinische Fahrten (Einige dieser Fahrten können von Ihrer Versicherung erstattet werden. Bitte erkundigen Sie sich frühzeitig bei Ihrer Krankenversicherung.)

Klinik Hirslanden

Witellikerstrasse 40
8032 Zürich
T +41 44 387 34 95
patientenservice@hirslanden.ch

NEUE PARTNER- ÄRZTINNEN UND PARTNERÄRZTE DEZEMBER 2023 BIS JUNI 2024

CHIRURGIE

DR. MED. ANNINA BÜSSER (seit 1.1.2024)
Fachärztin für Chirurgie, Schwerpunkt Viszeralchirurgie

GYNÄKOLOGIE

DR. MED. JULIA IHRIG (seit 1.5.2024)
Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

HALS-NASEN-OHREN-KRANKHEITEN

DR. MED. DOMINIK HINDER (seit 1.1.2024)
Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten,
Schwerpunkt Hals- und Gesichtschirurgie
Zentrum für Ohren-, Nasen-, Hals- und plastische
Gesichtschirurgie

HÄMATOLOGIE

**PROF. DR. MED. GABRIELA BAERLOCHER
(seit 15.12.2023)**
Fachärztin für Hämatologie und Allgemeine Innere Medizin
Klinik für Hämatologie & Onkologie Hirslanden Zürich

KARDIOLOGIE

PD DR. MED. MIRIAM BRINKERT (seit 1.1.2024)*
Fachärztin für Kardiologie
HerzGefässZentrum Zürich

ORTHOPÄDIE

PD DR. MED. PAUL BORBAS (seit 1.4.2024)
Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie
des Bewegungsapparates
SportClinic Zürich

UROLOGIE

DR. MED. SHARON WAISBROD (seit 1.5.2024)
Facharzt für Urologie
Zentrum für Urologie

* an beiden Kliniken akkreditiert

NEUIGKEITEN AUS DER KLINIK IM PARK

ONKOZENTRUM ZÜRICH: NEUE KOMPETENZEN, NEUES GEWAND

Krebs ist eine erschütternde Diagnose, die das Leben von Betroffenen und ihren Familien stark beeinflusst. Von Brustkrebs über Prostatakrebs bis hin zu Lungen- und Darmkrebs – jede Krebsart birgt ihre eigenen Herausforderungen und erfordert individuelle Behandlungsansätze. Das Onkozentrum Zürich begleitet gemeinsam mit einem starken Netzwerk Patientinnen und Patienten ebenso wie ihr Umfeld in allen Phasen der Behandlung.

Seit der Erweiterung des Fachbereichs «Hämato-Onkologie» durch Dr. med. Thilo Zander (seit Dez. 23) können Patientinnen und Patienten mit dem Multiplen Myelom (Knochenmarkkrebs) noch optimaler betreut und behandelt werden. Gemeinsam mit Prof. Dr. med. Christoph Renner (seit 2013), Dr. med. Panagiotis Samaras (seit 2017) und Dr. med. Saskia Hendrich (seit 2023) decken vier Fachärzte das ganze hämatoonkologische Spektrum ab.

Moderner Auftritt

Neben der Erweiterung des Dienstleistungsangebots hat das Onkozentrum Zürich im Mai auch einen neuen, modernen Auftritt erhalten. «Wie in der Krebstherapie versuchen wir uns auch als Unternehmen mit neuen Dienstleistungen, einem kompetenten Netzwerk und engagierten Mitarbeitenden kontinuierlich zu verbessern. Dies spiegelt sich nun auch in unserem neuen Auftritt wider», so Dr. med. Ulf Petrasch, Facharzt für Medizinische Onkologie. Mehr Informationen unter www.ozh.ch.

WORLD'S BEST HOSPITALS – RANKING DES MAGAZINS «NEWSWEEK»

Auch in diesem Jahr hat das US-Magazin «Newsweek» zusammen mit dem Datenforschungsunternehmen Statista weltweit 2400 Fachkliniken analysiert und die besten 250 Spitäler ermittelt. Die Klinik Im Park verbesserte sich im Vergleich zum Vorjahr um vier Plätze und belegte schweizweit den 11. Rang, noch vor allen Kantonsspitalern. Die Klinik Hirslanden wurde als das fünftbeste Spital der Schweiz bewertet und steht weltweit auf Rang 72.



GRUPPENTHERAPIE FÜR ARTHROSE-PATIENTINNEN UND -PATIENTEN AN DER KLINIK IM PARK

Ab Juli 2024 bietet die Abteilung Physiotherapie der Klinik Im Park eine Gruppentherapie für Arthrose-Patientinnen und -patienten nach dem GLA:D® Schweiz Arthrose Programm an – Anmeldungen werden ab sofort entgegen genommen.

Arthrose ist eine der häufigsten Erkrankungen in der Schweiz und weltweit. Als Behandlung empfehlen internationale Richtlinien von Fachgesellschaften (EULAR und OARSI) für Knie- und Hüftarthrose eine Kombination aus Patientenedukation, Übungen und – falls nötig – Gewichtskontrolle. Genau darauf zielt das GLA:D® Schweiz Arthrose Programm ab.



Arthrose gehört weltweit und auch in der Schweiz zu den häufigsten Erkrankungen.

FÜR PATIENTINNEN UND PATIENTEN ALLER VERSICHERUNGSKLASSEN

Unter der Leitung von Larissa Schindler, Physiotherapeutin FH, wird das Programm ab Juli 2024 auch an der Klinik Im Park in Zürich-Wollishofen angeboten. Es steht Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen offen.

Das Programm beinhaltet insgesamt vier Einzelsitzungen sowie 14 Gruppensitzungen (zwei Sitzungen wöchentlich während sieben Wochen). Das GLA:D® Schweiz Arthrose Programm ist ein Gesamtkonzept und wird von eigens dafür geschulten und zertifizierten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten angeboten und durchgeführt. Mehr Informationen zum Therapiekonzept: www.gladschweiz.ch

Für die Anmeldung und bei Fragen steht Larissa Schindler gerne zur Verfügung:

Physiotherapie Klinik Im Park

Larissa Schindler
T +41 44 209 26 40
imparktraining@hirslanden.ch

NEUE PARTNERÄRZTINNEN UND PARTNERÄRZTE DEZEMBER 2023 BIS JUNI 2024

ANGIOLOGIE

PD DR. MED. ROBERT CLEMENS (seit 1.6.2024)*

Facharzt für Angiologie und Allgemeine Innere Medizin
Gefässmedizin Amann

CHIRURGIE

DR. MED. ADRIENNE IMHOF (seit 1.4.2024)

Fachärztin für Chirurgie, Schwerpunkt Viszeralchirurgie

DR. MED. OLGA MEIER (seit 1.1.2024)*

Fachärztin für Chirurgie, Schwerpunkt Viszeralchirurgie
Swiss Surgery

Chirurgisches Zentrum Zürich

DR. MED. CRISTINA STRUB (seit 1.1.2024)

Fachärztin für Chirurgie

DR. MED. FABIO VON FABER-CASTELL (seit 1.5.2024)

Facharzt für Neurochirurgie, Interdisziplinäre Schwerpunkte Wirbelsäulenchirurgie und Interventionelle Schmerztherapie

GEFÄSSCHIRURGIE

DR. MED. PHILIPP GHIBU (seit 1.4.2024)

Facharzt für Gefässchirurgie, für Chirurgie (F) und für Herz- und thorakale Gefässchirurgie (F)

GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

DIPL. ÄRZTIN BARBARA FLEISCHER (seit 1.11.2023)

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

DIPL. ÄRZTIN BARBARA ERNI KRÜGER (seit 1.1.2024)*

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schwerpunkt Operative Gynäkologie und Geburtshilfe

DIPL. ÄRZTIN TATIANA KISSELEVSKY (seit 1.1.2024)

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

DR. MED. MIHAILO SEKULOVSKI (seit 1.4.2024)*

Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schwerpunkte Gynäkologische Onkologie und Operative Gynäkologie und Geburtshilfe

KARDIOLOGIE

PROF. DR. MED. STEFFEN GLOEKLER (seit 1.2.2024)

Facharzt für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin
Diagnostisches und therapeutisches Herzzentrum AG

DR. MED. MARCO GIACCHI (seit 1.3.2024)

Facharzt für Kardiologie
HerzGefässZentrum Im Park

PROF. DR. MED. MATTHIAS GREUTMANN (seit 1.4.2024)

Facharzt für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin
HerzGefässZentrum Im Park

MEDIZINISCHE ONKOLOGIE

DR. MED. THILO ZANDER (seit 1.1.2024)*

Facharzt für Medizinische Onkologie und
Allgemeine Innere Medizin
Onkzentrum Zürich

PÄDIATRIE

PD DR. MED. TANJA KAREN (seit 1.6.2024)

Fachärztin für Pädiatrie, Schwerpunkt Neonatologie

PLASTISCHE CHIRURGIE

DR. MED. JONATHAN REDEKER (seit 1.11.2023)

Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

DR. MED. RANIERI MAZZEI (seit 1.1.2024)

Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Operationszentrum Bellaria

DR. MED. KONSTANTINOS PILICHOS (seit 1.1.2024)

Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie,

Operationszentrum Bellaria

DR. MED. GAETANO MARINO (seit 1.3.2024)

Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Operationszentrum Bellaria

PD DR. MED. MATHIAS TREMP (seit 1.3.2024)

Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

DR. MED. CRISTINA ISAC (seit 1.4.2024)

Fachärztin für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Operationszentrum Bellaria

RADIOLOGIE

DR. MED. CLAUDIO BRUKER (seit 1.12.2023)*

Facharzt für Radiologie, Octorad AG

UROLOGIE

DR. MED. JÖRG HÄUFEL (seit 1.3.2024)

Facharzt für Urologie und Chirurgie

* an beiden Kliniken akkreditiert

EIN EINBLICK IN DIE NOTFALLSTATION DER KLINIK IM PARK

Von REDAKTION MITTELPUNKT

WER AN EINEM AKUTEN UND MÖGLICHERWEISE LEBENSBEDROHLICHEN MEDIZINISCHEN PROBLEM LEIDET, WILL SO RASCH WIE MÖGLICH AUF DEM NEUESTEN STAND DER MEDIZIN BEHANDELT WERDEN. GENAU DIES LEISTET DIE NOTFALLSTATION DER KLINIK IM PARK IN ZÜRICH-WOLLISHOFEN. SIE IST AN 365 TAGEN RUND UM DIE UHR FÜR ERWACHSENE PATIENTINNEN UND PATIENTEN ALLER VERSICHERUNGSKLASSEN GEÖFFNET. WIR DURFTEN OBERARZT DR. MED. BUJAR SOPI EINEN TAG BEGLEITEN.

7:45 UHR

Noch ist es ruhig auf der Notfallstation der Klinik Im Park, als Dr. med. Bujar Sopi seine Schicht als Tagesarzt antritt. Der Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Oberarzt löst seine Kollegin Dr. med. Maria Minola Berger ab, deren Schicht als Nachtärztin zu Ende geht. Die Übergabe findet am täglichen Morgenrapport statt, an dem auch eine Assistenzärztin und vier Pflegefachleute teilnehmen. Bis auf einen Patienten, dem in der Nacht der entzündete Blinddarm entfernt wurde und der nun auf der Normalstation der Klinik liegt, konnten alle Fälle abgeschlossen werden. Wie jeden Morgen endet der Rapport mit der Frage, ob es Dinge gibt, die man hätte besser machen können. Das ist heute nicht der Fall. Ansonsten hätte sich das Team gemeinsam auf eine Optimierung verständigt.

Nach dem Rapport fragen wir Dr. Sopi, was einen medizinischen Notfall eigentlich auszeichne. «Ein medizinischer Notfall liegt dann vor», so seine Antwort, «wenn eine Patientin oder ein Patient oder auch eine Drittperson zum Schluss kommt, dass eine plötzlich eingetretene Veränderung im Gesundheitszustand eine sofortige Behandlung erfordert. Dazu gehören beispielsweise brennende Schmerzen in der Brust, schwere Atemnot, stechende Bauchschmerzen oder starke allergische Reaktionen. Auch Bewusstseinsstörungen, Lähmungserscheinungen oder Panikattacken sind Beschwerden, mit denen wir häufig konfrontiert sind. Klassische Notfälle sind schliesslich auch heftige Schmerzen und/oder ein starker Blutverlust nach einem Unfall.»

Im Verlauf des Tages, an dem wir Dr. Sopi und sein Team begleiten, erhalten wir eine Vorstellung davon, wie breit das Spektrum der Notfallmedizin ist. Was sich dabei auch zeigt, sind die Vorteile einer im Vergleich zu anderen

NOTFALLSTATION KLINIK IM PARK

Erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte sowie Pflegefachpersonen der Notfallmedizin behandeln 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche sämtliche Krankheitsbilder der chirurgisch-operativen Disziplinen und der Inneren Medizin sowie das gesamte Spektrum der Kardiologie inkl. Herzchirurgie. Besonders hervorzuheben sind die breit abgestützte Expertise in der Traumatologie (Unfallmedizin), der Wirbelsäulenchirurgie und der Behandlung sämtlicher Beschwerden des Bewegungsapparates sowie die Kompetenzen rund um alle Fragestellungen der Sportmedizin. Je nach Krankheitsbild oder Verletzung stehen für die nahtlose Weiterbehandlung Spezialistinnen und Spezialisten aller Fachrichtungen sowie eine umfassende Spitalinfrastruktur inkl. Intensivstation, Radiologie, Herzkatheterlabor, Endoskopie und OP-Sälen zur Verfügung.

Spitälern eher kleinen Notfallstation: Die Wartezeiten sind kurz und die Versorgung erfolgt rasch – durch das eingespielte Notfallteam ebenso wie durch die je nach Fall beigezogenen Spezialistinnen und Spezialisten.

OBERSCHENKELHALSBRUCH

8:05 UHR

Eine 84-jährige Frau stolpert und stürzt morgens an der Türschwelle zur Küche. Sie fällt seitlich auf die Hüfte und schlägt mit dem Kopf auf dem Boden auf. Sie ist bei Bewusstsein und merkt sofort, dass jede Bewegung mit grossen Schmerzen verbunden ist. Auf der linken Kopfseite entdeckt ihr herbeigeeilter Mann eine Rissquetschwunde («Platzwunde»). Er ruft über die Nummer 144 die Ambulanz, die die Frau wenig später mit Verdacht auf einen Oberschenkelhalsbruch und ein Schädelhirntrauma auf die Notfallstation der Klinik Im Park bringt.

8:29 UHR

Dort erfolgt zuerst ein sogenannter Primary Survey nach dem ABCDE-Schema, um allenfalls lebensbedrohliche Verletzungen zu erkennen: Dr. Sopi untersucht die Atemwege (Airways), die Atmung (Breathing), den Kreislauf (Circulation), den neurologischen Zustand (Disability) und den ganzen Körper (Exposure). Aufgrund der Wunde am Kopf und weil die Patientin Kopfschmerzen und Schwindel hat, führt das Notfallteam darauf als Secondary Survey ein CT des Kopfes und eines der Wirbelsäule durch. Dadurch können eine Hirnblutung und eine Halswirbelsäulen-Verletzung ausgeschlossen werden. Nachdem die Patientin eine Schmerztherapie erhalten hat und die Wunde am Kopf versorgt wurde, wird ein Röntgenbild des Beckens und der Hüfte erstellt. Es zeigt links einen Oberschenkelhalsbruch.

9:50 UHR

Dr. Sopi bespricht sich mit dem inzwischen eingetroffenen Unfallchirurgen. Da der Bruch disloziert ist, d.h. die Knochenfragmente verschoben sind, besteht das Risiko, dass Blutgefässe beschädigt wurden und es zu einer inneren Blutung kommt. Aus diesem Grund wird zusammen mit der Anästhesistin eine zeitnahe Operation in die Wege geleitet. Nach dem Eingriff verbleibt die Patientin für acht Tage in der Klinik.

HERZINFARKT

10:10 UHR

Kurz nach dem Frühstück wird ein 66-jähriger Mann auf einmal von starken Druckschmerzen in der Brust heimgesucht, die linksseitig in die Schulter und den Arm ausstrahlen. Begleitet werden die Schmerzen von Atemnot und einem Schweissausbruch. Seine Frau alarmiert sofort den Rettungsdienst, der 12 Minuten später eintrifft. Im Ambulanzfahrzeug wird ein Elektrokardiogramm (EKG)



Teammitglieder der Notfallstation Klinik Im Park (von links nach rechts):
 Werner Enenkel
 Dr. med. Edin Zelihic
 Dr. med. Bujar Sopi
 Dr. med. Hanna Kende
 Dr. med. Cem Dinc
 Sarah Schneider
 Tanveer Ahmad
 Lilliane Bernet
 Dr. med. Silvia Thiessen
 Christina Felber
 Michiel Jongbloed
 Davide Perna

geschrieben, das einen akuten Herzinfarkt zeigt. Diese und weitere Informationen zum Patienten werden an die bereits avisierte Notfallstation der Klinik Im Park übermittelt. Das Team um Dr. Sopi stellt sicher, dass das Herzkatheterlabor und der interventionelle Kardiologe schon bereit sind, wenn die Ambulanz eintrifft.

10:47 UHR

Nach der Ankunft wird der Patient von Dr. Sopi umgehend beurteilt – anhand der Vitalparameter, einer Blutuntersuchung sowie erneut eines EKGs, um die Art des Herzinfarkts zu identifizieren. Der Mann hat einen Vorderwandinfarkt erlitten, verursacht durch den langstreckigen Verschluss einer der beiden Hauptäste der linken Koronararterie.

11:02 UHR

Er wird direkt ins Herzkatheterlabor gebracht, wo der interventionelle Kardiologe das verschlossene Gefäss mit einem Katheter wiedereröffnet und drei Stents einbringt, damit es offen bleibt. Anschliessend kommt der Patient für einen Tag auf die Intensivstation und dann für zwei Tage auf die Normalstation, bevor er in die ambulante Reha entlassen wird.

BANDSCHEIBENVORFALL

12:50 UHR

Ein 53-jähriger Mann stellt sich in der Mittagszeit auf der Notfallstation der Klinik Im Park mit unerträglichen Schmerzen in der Lendenwirbelsäule vor, die links bis in die Zehen ausstrahlen. Dazu kommen ein Kribbeln und ein Taubheitsgefühl sowie ein unfreiwilliger Harnabgang. Als Erstes erhält der Patient eine Schmerztherapie, worauf Dr. Sopi ihn körperlich untersucht. Dabei stellt er neben Kraftlosigkeit auch eine Fusshebeschwäche (Fusshebeparese) fest. Zusammen mit der Störung der Blasenfunktion deutet dies auf einen eingeklemmten Nerv und damit auf einen Bandscheibenvorfall hin.

13:14 UHR

Aufgrund der neurologischen Ausfälle ist rasches Handeln angezeigt, damit die Nerven nicht unwiederbringlich geschädigt werden. Es wird eine MRI-Untersuchung durchgeführt, die wie erwartet einen Bandscheibenvorfall zeigt.

13:45 UHR

Der inzwischen eingetroffene Wirbelsäulenchirurg beurteilt zusammen mit dem Notfallteam die Situation und

stellt die Indikation zur sofortigen Operation. Dabei legt er in einem mikrochirurgischen Eingriff die Nerven wieder frei («Dekompression»). Nach zwei Nächten in der Klinik kann der Patient nach Hause.

PLÖTZLICHE VERSCHLECHTERUNG EINER COPD

14:25 UHR

Der Rettungsdienst meldet der Notfallstation der Klinik Im Park am frühen Nachmittag eine 67-jährige Patientin mit akuter Atemnot. Bereits im Ambulanzfahrzeug wird sie mit Sauerstoff versorgt. Da die Frau seit Jahren an einer diagnostizierten COPD leidet (vgl. Seiten 14 und 15), liegt der Verdacht auf eine plötzliche Verschlechterung der COPD, eine sogenannte Exazerbation, nahe. Auf der Notfallstation werden sofort die Vitalparameter überwacht. Das Abhören der Lunge bestärkt den Verdacht auf eine exazerbierte COPD. Um Wasser in der Lunge auszuschliessen, untersucht Dr. Sopi diese auch noch mit Ultraschall. Als sich die Atemnot der Patientin weiter verschlechtert, wird sie über eine Atemmaske nichtinvasiv beatmet, worauf sich ihr Zustand rasch verbessert. Anhand eines CTs der Lunge kann die Diagnose einer exazerbierten COPD gesichert werden. Gleichzeitig zeigt es die Ursache dafür, nämlich eine Lungenentzündung.

15:55 UHR

Nachdem die Patientin auf der Notfallstation stabilisiert werden konnte, wird der diensthabende Pneumologe aufgebeten, um mit ihm das weitere Vorgehen zu besprechen. Die Patientin kommt auf die Normalstation, wo sie unter anderem mit Antibiotika und Kortison behandelt wird.

GLOSSAR

- **VITALPARAMETER:** Messgrössen wichtiger Körperfunktionen wie Herzfrequenz, Atemfrequenz, Blutdruck, Körpertemperatur und Sauerstoffsättigung im Blut
- **BANDSCHEIBENVORFALL:** Das gallertartige Innere einer Bandscheibe tritt durch einen Riss in ihrer äusseren Hülle aus und drückt auf nahegelegene Nervenwurzeln, was zu Schmerzen und Taubheitsgefühlen führt.

KONTAKT

NOTFALLSTATION KLINIK IM PARK

Seestrasse 220
 8027 Zürich
 T +41 44 209 28 50
 notfall.impark@hirslanden.ch
 Öffnungszeiten: 365 Tage / 24 Stunden

COPD – FRÜHZEITIGE DIAGNOSE UND THERAPIE VERHINDERT FORTSCHREITEN DER KRANKHEIT

Von **DR. MED. KARL KLINGLER**, Facharzt für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin

DIE CHRONISCH OBSTRUKTIVE LUNGENKRANKHEIT COPD IST DIE DRITTHÄUFIGSTE KRANKHEIT, DIE ZU EINEM FRÜHZEITIGEN TOD FÜHRT. DABEI WÄRE SIE IN DEN ALLERMEISTEN FÄLLEN VERHINDERBAR – DURCH EINEN RAUCHVERZICHT. WIRD DIE ERKRANKUNG ALLERDINGS FRÜH DIAGNOSTIZIERT UND EIN RAUCHSTOPP MIT EINER THERAPIE KOMBINIERT, KÖNNEN DIE BESCHWERDEN GELINDERT UND KANN DER VERLAUF VERLANGSAMT ODER SOGAR AUFGEHALTEN WERDEN.

COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) ist ein Sammelbegriff für Erkrankungen der unteren Atemwege. Sie umfasst die chronische Bronchitis, die chronisch verengten Atemwege und das Emphysem (zerstörte Lungenbläschen). Die frühzeitige Diagnosestellung wäre durch einen einfachen Lungenfunktionstest (Spirometrie) möglich. Dieser wird in der Hausarztpraxis aber zu selten durchgeführt. Die Diagnose erfolgt häufig erst im fortgeschrittenen Stadium durch den Lungenspezialisten. Grund dafür ist, dass die Symptome der COPD schleichend auftreten. Die Betroffenen passen sich an die Beschwerden an und erkennen die Ernsthaftigkeit der graduellen Abnahme ihrer Lungenfunktion oft erst im Spätstadium.

URSACHEN UND HÄUFIGKEIT

In mehr als 75% der COPD-Fälle ist das aktive oder passive Zigarettenrauchen verantwortlich für die Entwicklung der Krankheit. Andere Risikofaktoren sind gehäufte Atemwegsinfektionen in der Kindheit, die Rauchexposition bei Kohle- und Holzheizungen, Asthma, Luftverschmutzung oder die berufliche Exposition gegenüber Umweltgiften (z. B. Dieseldämpfe). Eine seltene Ursache (1–2%) ist eine angeborene Enzymmangelkrankheit (Alpha-1-Antitrypsin-Mangel).

20 bis 25% der regelmässigen Raucherinnen und Raucher entwickeln eine COPD. Insgesamt sind in der Schweiz rund 450 000 Personen von der Erkrankung betroffen. Etwa 4 000 Menschen sterben jedes Jahr frühzeitig an ihren Folgen. Die häufigsten Todesursachen sind dabei Atemversagen und Herzinfarkte.

ENTSTEHUNG

Tabakrauch enthält viele Schadstoffe, die in den Atemwegen und der Lunge chronische Entzündungen sowohl verursachen als auch verstärken. Sie tun dies zum einen, indem sie die dortigen Zellen direkt schädigen und damit Entzündungsreaktionen auslösen. Zum anderen stören sie die normale Immunreaktion und beeinträchtigen den natürlichen Reinigungsmechanismus der Lunge, was beides Entzündungen weiter fördert. Die Folgen sind eine vermehrte Schleimbildung (chronische Bronchitis), eine Störung der Mechanismen zur Gewebereparatur sowie eine Wandverdickung und Vernarbung der kleinen Atemwege (vgl. Abb. 1). Je nachdem kommt die Zerstörung von Lungenbläschen (Emphysem) dazu (vgl. Abb. 2).

Diese Vorgänge führen zu einer Reihe von krankhaft veränderten Körperfunktionen. Dazu zählen die Zunahme des Atemwegswiderstands, eine verminderte Elastizität des Lungengewebes, die ungleiche Luftverteilung in der Lunge und eine zunehmende Verengung der Atemwege.

Diese Veränderungen sind irreversibel – im Gegensatz zur reversiblen Verengung der Atemwege, wie sie beim klassischen Asthma bronchiale vorkommen, wo andere Vorgänge die Entzündung verantworten.

SYMPTOME UND DIAGNOSE

Eine COPD bleibt lange Zeit unentdeckt, da jede Raucherin und jeder Raucher gewisse «Rauchersymptome» beklagt. Wenn produktiver Husten (Husten mit Auswurf) jedoch nicht verschwindet und eine Atemnot unter körperlicher Anstrengung auftritt, sollte unbedingt eine lungenfunktionelle Untersuchung erfolgen. Sie erlaubt die Unterscheidung von COPD zu Asthma bronchiale, Herzinsuffizienz und Dekonditionierung durch Vernachlässigung körperlicher Aktivitäten.

In der Spirometrie erfolgt auf einfache, ungefährliche und kostengünstige Weise die Messung der Erstsekundenkapazität (FEV1) und der forcierten Vitalkapazität (FVC). Erstere bezeichnet die grösstmögliche Menge an Luft, die innerhalb einer Sekunde nach maximaler Einatmung ausgpustet werden kann. Letztere ist das Gesamtvolumen an Luft, das forciert ausgeatmet werden kann, ebenfalls nach maximaler Einatmung. Das Verhältnis von FEV1/FVC beträgt beim Lungengesunden 70–80%.

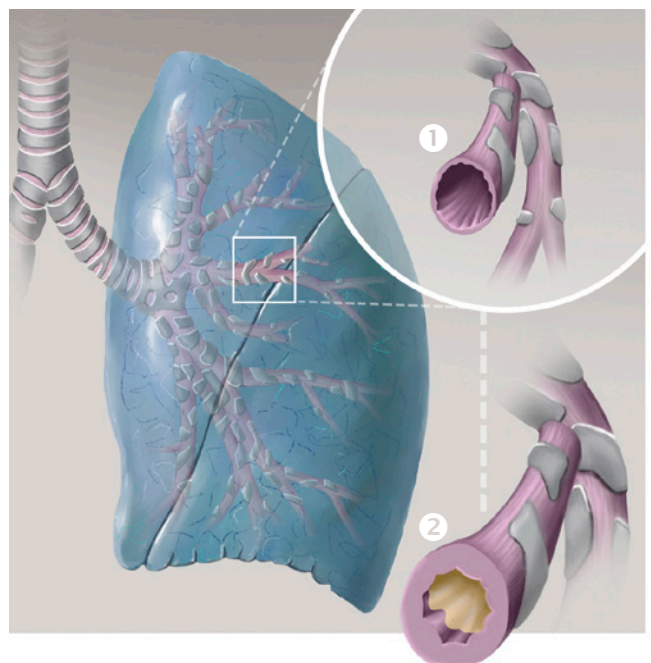


Abb. 1: Eine chronische Bronchitis führt zu einer Wandverdickung der unteren Atemwege (Bronchien) und zu vermehrter Schleimbildung (1 Gesunde Bronchie, 2 Bronchie bei chronischer Bronchitis)

Der Schweregrad der COPD folgt den Vorgaben der GOLD-Stadien 1–4 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease): Stadium 1: FEV1 \geq 80% des Sollwerts, 2: \geq 50–80%, 3: \geq 30–50%, 4: $<$ 30%.

Zur definitiven Etablierung der Diagnose COPD werden oft Zusatzuntersuchungen durchgeführt, wie Reversibilitätstest mit Ventolin (Asthmaspray), Allergietestung, Blutgasanalyse, 6-Minuten-Gehtest, CT des Brustkorbs, nächtliche Langzeitpulsoxymetrie (Messung der Sauerstoffsättigung im Blut) und selten auch Bronchoskopie (Lungenspiegelung). Besteht eine gewisse Reversibilität der Atemwegsverengung nach zwei Hüben Ventolin (Zunahme der FEV1 $>$ 15%), liegt eine asthmoide Komponente vor. Die Erkrankung ist eine Mischform und wird als Asthma-COPD-Overlap-Syndrom (ACOS) bezeichnet.

PROPHYLAXE UND THERAPIE

Die COPD ist weder heilbar noch reversibel. Die wirkungsvollste Prophylaxe ist die Meidung der Risikofaktoren, insbesondere der Rauchverzicht. Das Auftreten von wiederholten Atemwegsinfekten sollten durch regelmässige Impfungen gegen virale (Grippe, COVID) und bakterielle Erreger (Pneumokokken) vermieden werden. Im Vordergrund steht eine kompetente Beratung zur Aufgabe des Zigarettenkonsums. Neben einem verhaltenstherapeutischen Ansatz kommen dabei auch unterstützende Medikamente (Nikotinersatz, Bupropion) zum Einsatz.

In den Stadien 1 und 2 der COPD, wo häufig noch eine leichte reversible Komponente der Atemwegsverengung und der Entzündung vorliegt, kann eine inhalative Therapie zur Weitung der Bronchien nach erfolgreichem Rauchstopp eingesetzt werden. In den fortgeschrittenen Stadien 3 und 4 steht neben dem Rauchstopp aufgrund der zunehmend verminderten Leistungsfähigkeit des Herzens und der Lunge eine intensive ambulante und stationäre pulmonale Rehabilitation im Vordergrund, ergänzt durch eine intensiviertere inhalative Therapie. Die pulmonale Rehabilitation reicht von Atem- und Physiotherapie über Ausdauer- und Krafttraining bis zu Ernährungsberatung.

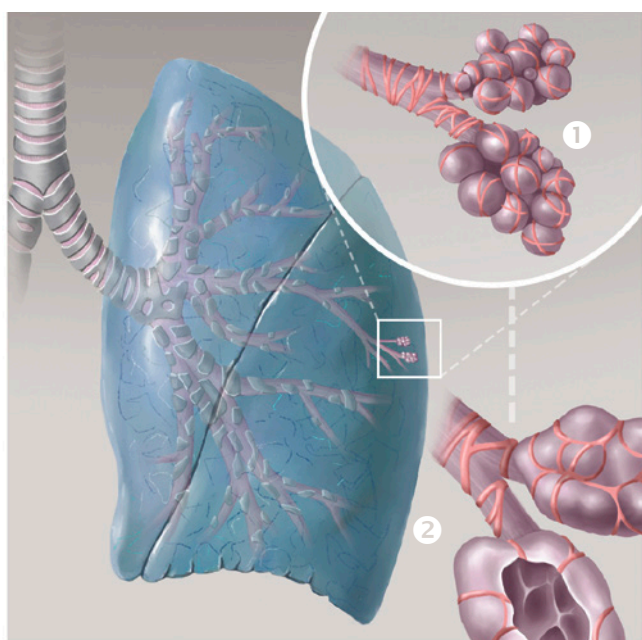


Abb. 2: Bei einem Lungenemphysem werden die Wände der Lungenbläschen ① zunehmend zerstört, worauf Hohlräume entstehen, sogenannte Emphysemblasen ②.

LUNGENEMPHYSEM – EINE SONDERFORM DER COPD

Rund 30% der COPD-Erkrankten entwickeln ein Lungenemphysem – mit oder ohne chronisch verengten Atemwegen. Die Lunge besteht aus 300 Millionen Lungenbläschen. Dort werden Sauerstoff-Moleküle aus der Luft ins Blut transportiert. Durch den oxidativen Stress aufgrund der eingeatmeten Schadstoffe entsteht ein zunehmender Verlust an Lungenbläschen, worauf in der Lunge Hohlräume entstehen (Emphysemblasen; vgl. Abb. 2). Der Sauerstofftransport aus der Luft ins Blut wird dadurch vermindert, und es entwickeln sich zunehmend eine Überblähung der Lunge und eine Störung der Atemmechanik mit verminderter Beweglichkeit des Zwerchfells, des wichtigsten Atemmuskels.

Fällt die Sauerstoffsättigung in Ruhe und unter Belastung unter 90%, ist eine Sauerstofftherapie angezeigt, die durch einen mobilen und/oder stationären Sauerstoffkonzentratoren über eine Nasenbrille verabreicht wird. Beim fortgeschrittenen Lungenemphysem kommt nach Ausschöpfen der konservativen Therapien auch eine bronchoskopische oder operative Lungenvolumenreduktion (LVRS) in Frage, bei der die überblähten Lungenteile entfernt werden (vgl. Abb. 3). Die Auswahl der Patienten erfolgt bei uns an einem interdisziplinären Emphysemboard.

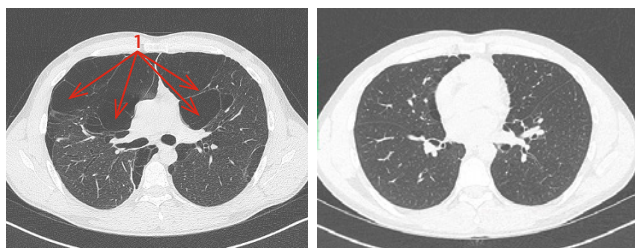


Abb. 3: Lunge mit grossen Emphysemblasen (1) vor einer LVRS (links) und danach (rechts)

FAZIT

Rauchen ist das grösste vermeidbare Gesundheitsrisiko in den westlichen Industrienationen. In der Schweiz sterben pro Jahr 9500 Personen an den Folgen des Tabakkonsums, 4000 davon an COPD. Für die Allgemeinheit entstehen gemäss BAG Kosten in Milliardenhöhe. Der Rauchstopp ist somit die wichtigste Einzelintervention in der Medizin.

GLOSSAR

- **KLEINE ATEMWEGE:** feinste Verzweigungen der Bronchien. Der Fachausdruck lautet Bronchiolen. An ihren Enden befinden sich die Lungenbläschen (Alveolen).
- **OXIDATIVER STRESS:** Ungleichgewicht zwischen freien Radikalen und Antioxidantien. Freie Radikale sind Moleküle mit einem ungepaarten Elektron. Sie können Gewebe schädigen, indem sie von anderen Molekülen Elektronen «stehlen». Antioxidantien sind Moleküle, die freie Radikale neutralisieren, indem sie ihnen eines ihrer Elektronen abgeben. Wenn die Menge der freien Radikalen die der Antioxidantien übersteigt, tritt oxidativer Stress auf.
- **BRONCHOSKOP:** flexibles optisches Instrument (Endoskop) zur Diagnose und Therapie von Lungenkrankheiten

KONTAKT

LUNGENZENTRUM HIRSLANDEN

Witellikerstrasse 40
8032 Zürich
T +41 44 387 30 00
klingler@lungenzentrum.ch
www.lungenzentrum.ch

VERANSTALTUNGEN JULI BIS DEZEMBER 2024

Die Teilnahme an den Vorträgen ist – wo nichts anderes vermerkt – kostenlos. Die Teilnehmerzahl ist bei allen Vorträgen beschränkt. Es kann vorkommen, dass es zu kurzfristigen Änderungen kommt. Deshalb bitten wir Sie, immer auch online nachzuschauen. Die aktuellsten Informationen zur Anmeldung, Teilnahme und Durchführung unserer Veranstaltungen erhalten Sie stets auf unserer Website unter: www.hirslanden.ch/veranstaltungen-zuerich.

KLINIK IM PARK

Anmeldung: www.hirslanden.ch/veranstaltungen-zuerich

Jeweils Do., 18.30–20 Uhr	VOR ORT INFORMATIONSABEND FÜR WERDENDE ELTERN 29.8.2024, 24.10.2024, 19.12.2024	HEBAMMEN DER GEBURTENABTEILUNG
Jeweils Do., 18.30–20 Uhr	ONLINE-INFORMATIONSABEND FÜR WERDENDE ELTERN 26.9.2024, 21.11.2024	HEBAMMEN DER GEBURTENABTEILUNG

KLINIK HIRSLANDEN

Anmeldung: www.hirslanden.ch/veranstaltungen-zuerich

Die Publikumsvorträge finden im Auditorium auf der Ebene 4 der Klinik Hirslanden statt.

Jeweils Mo., 18.30–20 Uhr	INFORMATIONSABEND FÜR WERDENDE ELTERN 26.8.2024, 23.9.2024, 21.10.2024, 18.11.2024, 16.12.2024	GYNÄKOLOGIN, ANÄSTHESISTIN, KINDERÄRZTIN, HEBAMME, PFLEGEFACHPERSON WOCHENBETT
Jeweils Di. oder Do., 17–21 Uhr	VOR ORT GROSSELTERNKURS 20.8.2024, 24.9.2024, 22.10.2024, 21.11.2024, 17.12.2024	PFLEGEFACHFRAUEN WOCHENBETT
18.9.2024 18.30–20 Uhr	PUBLIKUMSVERANSTALTUNG ZUM THEMA «FUSSCHIRURGIE»	FUSSZENTRUM HIRSLANDEN ZÜRICH PROF. DR. DR. MED. ARNO FRIGG DR. MED. GERARDO J. MAQUIEIRA DR. MED. ALEXANDRO PELLEGRINO
9.11.2024 9–12 Uhr	PUBLIKUMSVERANSTALTUNG ZUM THEMA «CANCER SURVIVORSHIP – DAS LEBEN NACH ABSCHLUSS DER KREBSTHERAPIE»	TUMORZENTRUM HIRSLANDEN ZÜRICH MIT DER GENOLIER FOUNDATION UND SELBSTHILFE ZÜRICH SOWIE U.A. MIT FACHÄRZT*INNEN UND PFLEGEFACHPERSONEN AUS DER MEDIZINISCHEN ONKOLOGIE, ONKO-REHA UND ALTERSMEDIZIN
14.11.2024 18–20 Uhr	PUBLIKUMSVERANSTALTUNG «PROSTATAKREBSBEHANDLUNG»	DR. MED. JEAN-LUC FEHR (ZENTRUM FÜR UROLOGIE ZÜRICH) DR. MED. REMO ANDRÉ LARGO (ZENTRUM FÜR UROLOGIE ZÜRICH) DR. MED. MICHAELA MACK (ZENTRUM FÜR UROLOGIE ZÜRICH) DR. MED. MARCIN SUMILA (INSTITUT FÜR RADIOTHERAPIE ZÜRICH) PROF. DR. MED. ANDRÉ REITZ (KONTINENZENTRUM AG)

KLINIK IM PARK UND KLINIK HIRSLANDEN

Anmeldung: www.hirslanden.ch/veranstaltungen-zuerich

25.–27.10.2024 11–19 Uhr	GESUNDHEITSMESSE «PRECURA» Wir freuen uns, Sie dieses Jahr an unserem Stand an der Präventionsmesse «Precura» am Hauptbahnhof Zürich begrüßen zu dürfen. Weitere Informationen zur Gesundheitsmesse finden Sie unter www.precura.ch	
5.11.2024 17–20 Uhr	PUBLIKUMSVERANSTALTUNG ONLINE-WEBINAR «FRÜHERKENNUNG BEI PROSTATAKREBS»	PD DR. MED. AURELIUS OMLIN (ONKOZENTRUM ZÜRICH) PD DR. THOMAS HERMANN (ZENTRUM FÜR UROLOGIE ZÜRICH)

ABO-ÄNDERUNGEN

Abbestellungen oder Adressänderungen nehmen wir gerne unter **T 0848 333 999** oder **MITTELPUNKT@HIRSLANDEN.CH** entgegen.

