



**Selbstständig bleiben
dank Altersmedizin im
Spital**

Seite 14

**Gebärmutterhalskrebs:
frühzeitig erkennen
durch Kontrollen**

Seite 10

**Refugium für
Demenzerkrankte im
dahlia Langnau**

Seite 19

Rotkreuz-Notruf

Sofort-Hilfe im Notfall

Der Rotkreuz-Notruf gibt Senioren und Seniorinnen mehr Sicherheit zuhause und unterwegs. Denn sie wissen, dass sie nur auf den Knopf drücken müssen, um einen Alarm auszulösen.

Pro Jahr stürzen über 88 000 ältere Menschen ab 65 – teils mit gravierenden Folgen. Leben diese Senioren allein oder sind sie ohne Begleitung unterwegs, kann es unter Umständen dauern, bis Hilfe eintrifft. Immer mehr Menschen entscheiden sich daher für den Rotkreuz-Notruf, mit dem sie im Falle eines Sturzes, eines Unfalls, eines Schwächeanfalls oder eines sonstigen Problems Hilfe anfordern können. «Der Rotkreuz-Notruf ermöglicht es älteren Menschen, möglichst lange selbstständig in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben, auch wenn sie alleinstehend, in ihrer Mobilität eingeschränkt oder chronisch krank sind», sagt Christine Mader, Fachverantwortliche des Rotkreuz-Notrufs beim Schweizerischen Roten Kreuz (SRK), Kanton Bern, Region Emmental. «Er vermittelt sowohl den Angehörigen als auch den älteren Menschen die Sicherheit, dass sie in einem Notfall rasch die benötigte Hilfe bekommen und nicht stundenlang hilflos irgendwo liegen müssen.»

Massgeschneiderte Lösungen

«Wir versuchen, für jeden Kunden eine individuelle Lösung und das richtige Gerät zu finden», so Christine Mader. Den Rotkreuz-Notruf gibt es in zwei Varianten: Das Notrufgerät wird entweder fest in der Wohnung oder im Haus installiert (Casa) oder als mobiles Gerät mitgeführt (Mobil). Über die Freisprechanlage am Notrufgerät und einen Sender mit Alarmknopf – er wird als Armband oder als Halskordel getragen – können die Kunden rund um die Uhr Kontakt mit der Notfallzentrale aufnehmen. In der Zentrale sind alle wichtigen Daten sowie die Kontaktpersonen hinterlegt, die im Falle eines Alarms angerufen werden, um Hilfe zu leisten. Je nach Situation wird auch weitergehende Hilfe wie der Rettungsdienst aufgeboten. Die Mitarbeitenden der Notrufzentrale bleiben über die Freisprechanlage des Notrufsystems solange mit den Kunden in Kontakt, bis Hilfe eingetroffen ist.

Option First Responder

Seit dem 1. Juli können die Kunden zudem auch die Option First Responder wählen (sie ist im



Der Rotkreuz-Notruf ermöglicht es älteren Menschen, möglichst lange selbstständig in ihrer gewohnten Umgebung zu wohnen. Bild: zvg

Grundpreis inbegriffen). First Responder sind geschulte und notfallerprobte Freiwillige, die bei einem nicht-medizinischen Notfall Sofort-Hilfe leisten, wenn die hinterlegten Kontaktpersonen nicht erreichbar sind.

Unterstützung in allen Lebensphasen

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) ist eine humanitäre Hilfsorganisation. Das SRK Kanton Bern, Region Emmental mit Hauptsitz in Burgdorf und einem Büro in Langnau, gehört dem Kantonalverband Bern an. 20 Mitarbeitende, 50 Tagesfamilien und über 400 Freiwillige erfüllen Aufgaben im Sinne des Rotkreuzgedankens wie Entlastung Angehörige SRK, Besuchs- und Begleitsdienst SRK, Rotkreuz-Fahrdienst, Rotkreuz-Notruf, Kinderbetreuung zu Hause SRK, Tagesfamilien SRK und weitere Dienstleistungen. Das Einzugsgebiet umfasst das gesamte Emmental. Das SRK Kanton Bern, Region Emmental feiert dieses Jahr das 120-Jahr-Jubiläum. Geschäftsstelle Burgdorf: Tel. 034 420 07 70; Büro Langnau: Tel. 034 402 14 11 info-emental@srk-bern.ch www.srk-bern.ch/emmental

Menschlich und technisch umsorgt

Die Kunden des SRK werden nicht nur menschlich, sondern auch technisch umsorgt. Die Notruf-Betreuerinnen installieren das Notrufgerät am besten geeigneten Standort und erklären die Handhabung des Notrufsystems. Christine Mader: «Wir legen Wert darauf, auch nach der Installation für unsere Kunden da zu sein und ihnen bei Fragen oder Problemen weiterzuhelfen.»

Die Installation des Rotkreuz-Notrufs kostet 150 Franken, die Monatsmiete beträgt 65 Franken.

Die Auskunftsperson



Christine Mader
Fachverantwortliche Rotkreuz-Notruf

Kontakt:

Schweizerisches Rotes Kreuz
Kanton Bern, Region Emmental
Lyssachstrasse 91, 3400 Burgdorf
Tel. 079 173 09 43 / 058 426 26 62
notruf-emental@srk-bern.ch



Editorial

«Wegen Corona sagt das Spital Emmental vorläufig alle öffentlichen Anlässe ab», war Anfang März in unserer ersten Medienmitteilung zum neuen Coronavirus zu lesen. Kurze Zeit später wurden der Spitalbetrieb auf Corona umgestellt, alle dringlichen Operationen und Behandlungen abgesagt, die Anzahl der Intensivbetten erhöht – und das Land in den Lockdown versetzt. Im April wurde dann der Betrieb nach den wochenlangen Einschränkungen langsam wieder hochgefahren, immer unter Einhaltung der Schutzmassnahmen für Patienten und Mitarbeitende. Inzwischen befinden wir uns bereits in der zweiten Welle der Pandemie; wir alle haben uns mittlerweile im Grossen und Ganzen an den neuen Corona-Alltag gewöhnt.

Bis Ende November wurden im Spital Emmental fast 130 COVID-19-Patientinnen und -Patienten behandelt und gepflegt, die insgesamt während gut 1200 Tagen auf Spitalpflege angewiesen waren. Momentan ist eine gewisse Entspannung festzustellen – wir hoffen, dass das so bleibt.

Die medizinische Versorgung des Spitals Emmental beschränkt sich aber nicht nur auf Corona-Patienten; das Spital ist der Grundversorger für alle Patientinnen und Patienten. Dies ist auch der Grund dafür, dass wir in diesem «Gesundheit Emmental» bewusst darauf verzichten, Corona in den Mittelpunkt zu stellen. Denn obwohl die Erkrankung oft schwerwiegende Folgen hat und viele Menschen betrifft, möchten sich viele unserer Leserinnen und Leser auch über andere Krankheiten informieren. So leiden sie vielleicht selber an der altersabhängigen Makuladegeneration (Seite 8), haben sich einen Kreuzbandriss zugezogen (Seite 4), sind versichert, ob sie bei schweren und müden Beinen einen Arzt, eine Ärztin aufsuchen sollen (Seite 6) oder fragen sich, ob sie ihren Teenager gegen eine Infektion mit dem HP-Virus impfen lassen sollen (Seite 10).

In diesem Sinne hoffen wir, Ihnen etwas Ablenkung von Corona zu bieten und wünschen Ihnen eine gute Lektüre. Bleiben Sie gesund!

Kerstin Wälti
Mitarbeiterin Kommunikation im
Spital Emmental

Inhalt

Kreuzbandriss – eine komplizierte und häufige Sportverletzung	4
Krampfadern: mehr als nur ein kosmetisches Problem	6
Die altersabhängige Makuladegeneration bewirkt einen Verlust des Sehvermögens	8
Regelmässige Kontrollen helfen, Zellveränderungen im weiblichen Genitalbereich frühzeitig zu erkennen	10
Spitex in Corona-Zeiten: Die Pandemie ist zum «neuen Alltag» geworden	12
Dank der geriatrischen Akutrehabilitation im Spital bleibt oft die Selbstständigkeit erhalten	14
Schwer Demenzerkrankte finden im «Refugium» des dahlia Lenggen eine spezielle Lebenswelt	16
Ein veränderter Schlaf im Alter muss nicht immer eine Schlafstörung sein	18
Digitale Kommunikation im Spital Emmental: erleichterte Zusammenarbeit mit der SUVA	20
Auch die Angehörigen von psychisch Erkrankten brauchen Unterstützung	23
Die Station für psychiatrische Krisenintervention hilft über 65-Jährigen, wieder Tritt zu fassen	24
Das Spital Emmental erhält gute Noten für die Ausbildung vom Ärzte- und Pflegenachwuchs	26
Neue Kaderpersonen im Spital Emmental, Vorträge rund um die Gesundheit	28

Impressum: Das Magazin «Gesundheit Emmental» entsteht in Zusammenarbeit der Regionalspital Emmental AG mit weiteren Gesundheitsinstitutionen der Region Emmental. Auflage: 62 500 Exemplare
Erscheinungsweise, nächste Ausgabe: Das Magazin erscheint zwei Mal pro Jahr, die nächste Ausgabe im Juni 2021.

Herausgeber: Regionalspital Emmental AG, Oberburgstrasse 54, 3400 Burgdorf, Tel. 034 421 21 21, info@spital-emmental.ch

Redaktion und Gestaltung: Regionalspital Emmental AG, Kommunikation, Kerstin Wälti, Rolf Gerber (Grafik).

Produktion: Merkur Druck AG, Langenthal

Spedition: DMB Direct Mail Biel Bienne AG, Biel

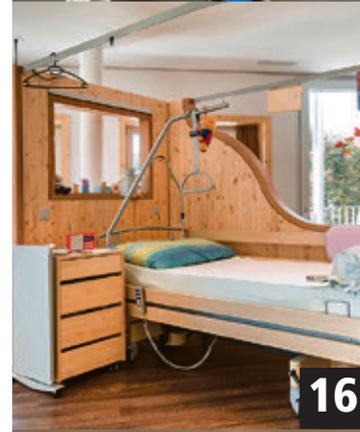
In den Magazinintexten sind stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermassen gemeint; aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird manchmal nur die männliche oder die weibliche Form verwendet.



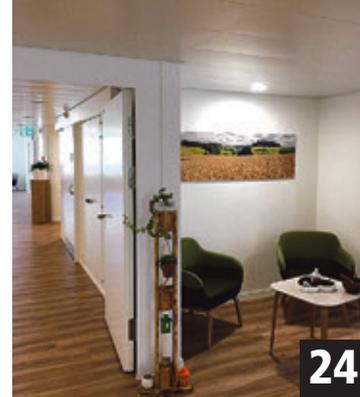
12



14

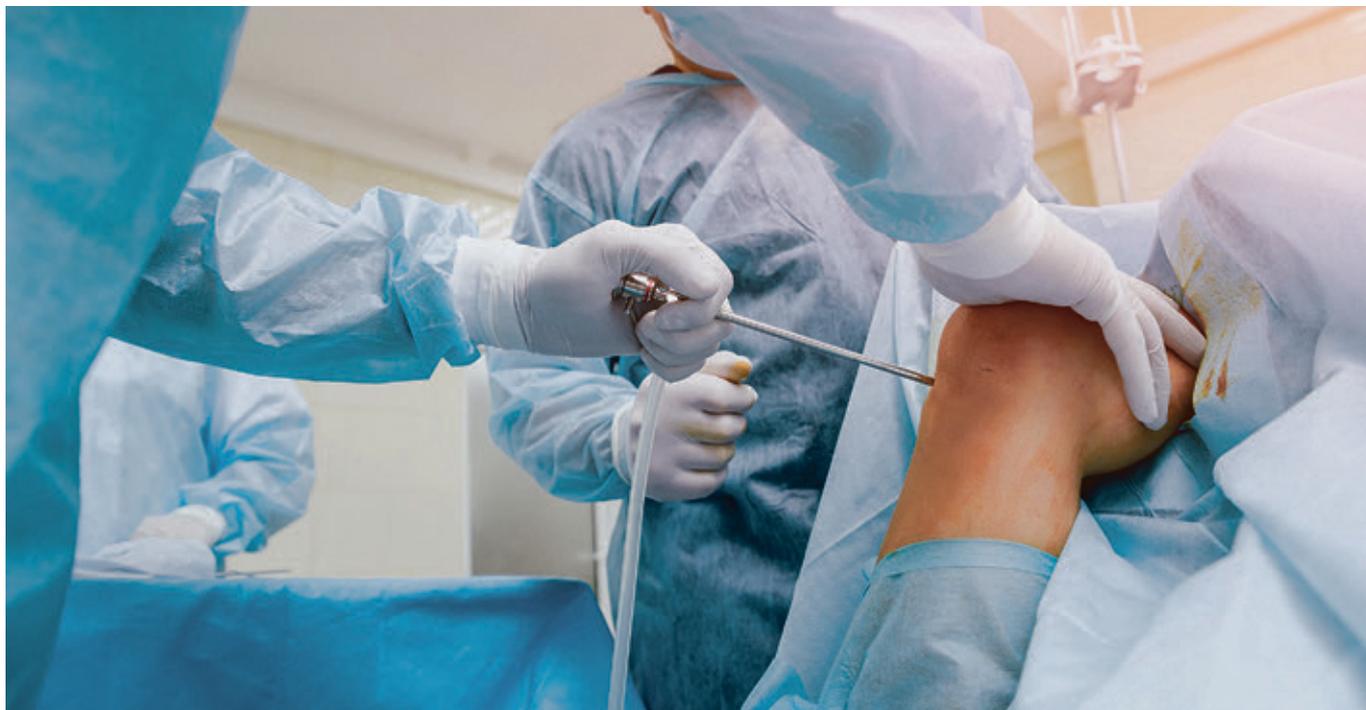


16



24

Behandlungsoptionen bei Kreuzbandriss



Der vordere Kreuzbandriss ist eine häufige Sportverletzung, welche allerdings nicht in jedem Fall operiert werden muss. Eine konservative Therapie verlangt viel Disziplin und Training. Aktiven sportlichen Menschen wird meist ein operativer Eingriff empfohlen. Gleiches gilt bei Begleitverletzungen wie beispielsweise Meniskusrissen oder traumatischen Knorpelschäden.

Das Kniegelenk ist das grösste Gelenk des menschlichen Körpers. Damit es einwandfrei funktioniert, ist ein Zusammenspiel von Muskeln, Sehnen und Bändern nötig. Zu den Bandstrukturen gehören hauptsächlich die Seitenbänder sowie ein vorderes und hinteres Kreuzband. Beide Kreuzbänder verhindern eine Verschiebung des Schienbeinkopfes nach vorne respektive nach hinten und schränken Drehbewegungen des Unterschenkels ein. Insbesondere beim Sport wird das Kniegelenk samt komplizierten Bandstrukturen stark belastet – beim schnellen Gehen um ein Drei- bis Vierfaches unseres Körpergewichts, beim Bergabgehen um ein Achtfaches, wenn wir rennen um ein Neun- bis Elfaches.

Anfällig auf Drehbewegungen

Der Kreuzbandriss gehört zu den häufigsten Sportverletzungen. Vor allem das vordere Kreuzband

wird besonders beansprucht und reisst durch indirekte Gewalteinwirkung etwa zehnmal häufiger als das hintere Kreuzband – meistens dann, wenn das Knie plötzlich verdreht wird und der Fuss dieser Bewegung aber nicht folgen kann, weil er am Boden fixiert ist. Ein erhöhtes Risiko für diese Verletzung bergen das Ski- und Snowboardfahren sowie Kontaktsportarten wie Handball, Fussball oder Kampfsport. Manchmal reicht allerdings auch schon ein Fehltritt auf der Treppe. Ein Kreuzbandriss stört die Gelenksabläufe empfindlich und kann somit einen höheren Verschleiss verursachen, was je nach Belastung früher oder später in der Zerstörung von Meniskus und Knorpelgewebe gipfelt und somit zu einer Arthrose führen kann.

Schwellung und Bluterguss

Nach einem Kreuzbandriss schwillt das Knie innert Stunden an. Es bildet sich ein blutiger Kniegelenkserguss – ein Hinweis darauf, dass eine strukturelle Verletzung vorliegt, wie ein Kreuzbandriss, eine Kniescheibenverrenkung oder im schlimmsten Fall ein Bruch, der ins Gelenk ausläuft. Starke Schmerzen können, müssen aber nicht zwingend auftreten.

Sofort ärztlich abklären lassen

Ein erfahrener Orthopäde und Sportmediziner kann einen Riss des vorderen Kreuzbands zuverlässig

diagnostizieren. Er untersucht das Kniegelenk mit speziellem Augenmerk auf Stabilität und Begleitverletzungen an Band, Meniskus und Knorpel und führt verschiedene klinische Funktionstests durch. Zur Diagnosesicherung dient die Magnetresonanztomografie (MRI).

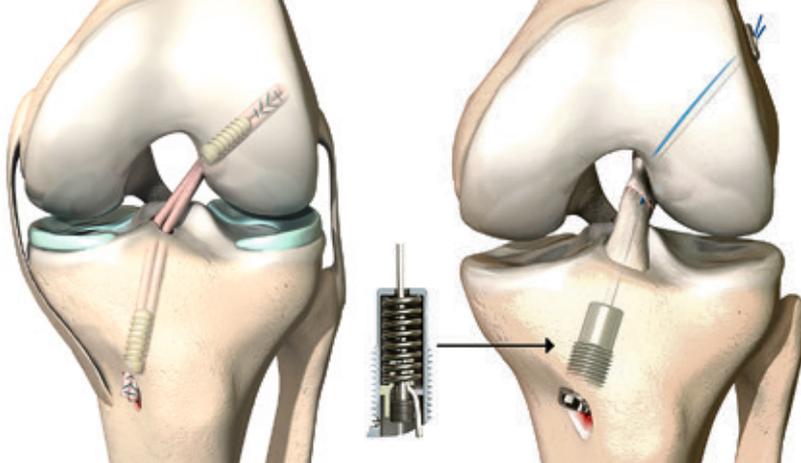
Physiotherapie und Muskelaufbau

Ohne Eingriff von aussen heilt das vordere Kreuzband nach einem Riss deutlich schlechter als andere Bandverletzungen im menschlichen Körper, wie beispielsweise die Innenbänder am Knie oder die Aussenbänder am Sprunggelenk. Die Gründe für dieses reduzierte Heilungspotenzial sind noch nicht vollständig geklärt. Möglicherweise ist die ständige Bewegung und Beanspruchung des verletzten Gewebes dafür verantwortlich. Die Tatsache, dass das vordere Kreuzband praktisch frei in der Gelenkflüssigkeit schwimmt und nicht durch umgebende Strukturen gesichert oder gehalten wird, ist potenziell ein weiterer Grund für die schlechte Heilung. Dennoch erfordert ein Kreuzbandriss nicht in jedem Fall eine Operation. Die Behandlung – ob konservativ oder operativ – richtet sich grundsätzlich nach der Art der Verletzung sowie den individuellen Ansprüchen und Bedürfnissen des Patienten. Weniger aktive Menschen können bei einer gering ausgeprägten Instabilität ohne Operation zurecht-

kommen und die herabgesetzte Kniestabilität muskulär kompensieren. In diesen Fällen muss während drei bis sechs Monaten intensiv in Physiotherapie investiert werden. Sollte trotz intensiver Bewegungstherapie langfristig keine ausreichende Kniestabilität vorliegen, kann ein operativer Eingriff auch zu einem späteren Zeitpunkt noch durchgeführt werden. Die Physiotherapiebehandlung umfasst sowohl Kräftigungsübungen der Oberschenkel- und Hüftmuskulatur sowie sogenanntes Propriozeptionstraining, das die Körperwahrnehmung schult und muskuläre Kompensationsmechanismen trainiert. Bestimmte Sensoren im Körper übermitteln hierbei über Leitungsbahnen des Nervensystems laufend Informationen über Körperhaltung, Muskelspannung und Gelenkstellung ans Gehirn, welches entsprechende «Befehle» zur An- oder Entspannung an die Muskulatur weitergibt.

Ersatz des Kreuzbands

Sportlich aktiven Menschen wird meistens ein Eingriff empfohlen, sobald sich das Kniegelenk etwas beruhigt, die Schwellung abgenommen hat und eine bessere Gelenkbeweglichkeit vorliegt. Auch wenn zusätzliche Begleitverletzungen vorliegen, sollte der Kreuzbandriss operativ behandelt werden, da Meniskusrisse und Knorpelverletzungen schlecht heilen, wenn das Kniegelenk nicht stabil ist. Für den Kreuzband-Ersatz (Rekonstruktion) wird ein Teil einer körpereigenen Sehne entnommen und als Ersatz für das vordere Kreuzband verwendet. Als Spendersehne können die Patellarsehne unterhalb der Kniescheibe, die Quadrizepssehne oberhalb der Kniescheibe oder die Hamstringssehne an der Knie Innenseite verwendet werden. Die beiden Letzteren haben sich als besonders verträglich herausgestellt und kommen deshalb im Spital Emmental als erste Wahl zur Anwendung. Durch den Kreuzbandersatz wird die mechanische Stabilität des Knies wiederhergestellt und genähte



Entweder wird das gerissene Kreuzband durch ein körpereigenes Transplantat ersetzt (links) oder mit dem Ligamys-Implantat geschient (rechts). Bild: © Mathys AG Bettlach

Meniskusrisse oder Knorpelschäden können in Ruhe ausheilen. Die eingesetzte Sehne braucht jedoch Zeit, um stabil einheilen zu können, weswegen eine Rückkehr zu Risikosportarten erst nach neun bis zwölf Monaten zu empfehlen ist. Je länger man auch nach einer Kreuzbandrekonstruktion in die Rehabilitation mit Muskelaufbau und Propriozeptionstraining investiert, desto weniger häufig kommt es zu einem erneuten Riss oder zu Folgeschäden.

Erhalt des eigenen Kreuzbands

In ausgewählten Fällen, nämlich wenn es sich um einen frischen proximalen Kreuzbandriss (Riss am Oberschenkelknochen) handelt, kann das Kreuzband mit einer Kreuzbandnaht erhalten werden. Hierbei kommt eine relativ neue Operationstechnik zur Anwendung, mit dem sogenannten Ligamys-Implantat. Das vordere Kreuzband wird mit feinen Fäden genäht und mit einem hoch reissfesten Polyethylenfaden und einem Federsystem im Unterschenkelknochen geschient. Das eigene Kreuzband kann somit erhalten und die Heilungschance deutlich erhöht werden. Unabhängig von der Technik erfolgen die Eingriffe arthroskopisch (mittels Kamera und feinen Instrumenten). Gleichzeitig erfolgt eine Versorgung von allfälligen Begleitverletzungen am Meniskus oder

Knorpel. Die Patientinnen und Patienten bleiben in der Regel eine Nacht im Spital. Nach Austritt ist eine regelmässige ambulante Physiotherapie notwendig.

Fazit

Bei einem Kreuzbandriss ist die sofortige Abklärung und Behandlung durch einen Facharzt notwendig. Dieser entscheidet zusammen mit dem Patienten in Abhängigkeit von Verletzungsform und Begleitverletzungen sowie den sportlichen Ansprüchen des Verletzten individuell über die Behandlungsart. Unabhängig von der Therapieform ist eine lange Rehabilitation einzurechnen.

Die Auskunftspersonen



Dr. med. Janosch Häberli
Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates
Oberarzt Orthopädie, speziell Kniechirurgie und Sportverletzungen



Dr. med. Taro Kusano
Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates
Leitender Arzt Orthopädie

Spital Emmental

Oberburgstrasse 54, 3400 Burgdorf
Tel. 034 421 22 70
janosch.haerberli@spital-emmental.ch
taro.kusano@spital-emmental.ch



Physiotherapiebehandlung nach einer Kreuzbandverletzung: Mit dem Y-Balance Test lassen sich Asymmetrien der Beinkraft/-stabilität zuverlässig erkennen und somit Folgeschäden vermeiden.

Der Krampf mit den Adern



Die Therapie der Krampfadern wird individuell auf jeden Patienten zugeschnitten. Bild: Shutterstock

Erkrankungen der Venen, insbesondere Krampfadern, sind weit verbreitet. Je früher sie behandelt werden, desto besser lassen sich Folgeerkrankung wie offene Beine oder Thrombosen verhindern.

Schwere, müde, juckende oder schmerzende Beine, nächtliche Waden- oder Fusskrämpfe, geschwollene Knöchel und Füsse oder Hautveränderungen – dies sind die typischen Anzeichen dafür, dass etwas mit den Venen nicht stimmt. Typischerweise verschlimmern sich die Beschwerden gegen Abend, nach langem Sitzen oder Stehen oder bei warmem Wetter und sie verbessern sich beim Umhergehen oder wenn die Beine hochgelagert werden. Venenerkrankungen sind weit verbreitet: Fast 60 Prozent der Erwachsenen weisen bereits geringe Veränderungen der Venen auf. Jede dritte Frau und jeder fünfte Mann leidet unter Krampfadern, der häufigsten chronischen Venenerkrankung.

Blutstau in den Beinen

Bei Krampfadern, in der Fachsprache auch Varizen (lat. Varix = Knoten) genannt, handelt es sich

um eine Erweiterung der oberflächlichen Venen, die am häufigsten durch eine Schwächung der Venenwand und aufgrund schlecht funktionierender Venenklappen hervorgerufen wird. Schliessen diese Venenklappen nicht mehr richtig, wird das Blut nicht mehr vollständig in Richtung Herz gepumpt. Stattdessen fliesst es zurück in die Beine, wo es in den oberflächlichen Venen, aus denen es eigentlich in das tiefe Venensystem abfliessen sollte, versackt. Durch diesen Blutstau entsteht ein grosser Druck in den Beinen, bis schliesslich Flüssigkeit ins umliegende Gewebe austritt, wodurch die Haut an der betroffenen Stelle schlechter mit Nährstoffen versorgt wird. Zudem erweitern und verformen sich die oberflächlichen Venen – dies zeigt sich oft in den typischen knotigen, geschlängelten, teilweise bläulich-violetten Adern an den Beinen.

Die Häufigkeit, an einem Venenleiden zu erkranken, steigt mit fortschreitendem Alter, doch auch junge Menschen leiden zunehmend an Krampfadern. Die Vererbung der Klappenschwäche spielt eine wesentliche Rolle – die allermeisten Betroffenen haben einen Elternteil, der schon an

Krampfadern litt. Dazu gibt es noch verstärkende Faktoren wie beispielsweise einen Beruf, bei dem man viel stehen muss, oder auch Schwangerschaften. Frauen sind häufiger betroffen als Männer, denn weibliche Geschlechtshormone beeinflussen die Struktur der Venenwand und Venenklappen.

Krampfadern können gefährlich werden

Unbehandelt können Krampfadern zu schweren Folgeerscheinungen und Gesundheitsschäden führen: Hautveränderungen oder Geschwüre an Unterschenkeln und Knöcheln bis hin zum sogenannten «offenen» Bein sind möglich, weitere Komplikationen können Venenentzündungen, Thrombosen oder Blutungen aus einer geplatzten Krampfader sein; schlimmstenfalls kann gar eine lebensgefährliche Lungenembolie auftreten. Deshalb sind Krampfadern nicht nur ein kosmetisches, sondern ein ernstzunehmendes medizinisches Problem. Grundsätzlich müssen nicht alle Krampfadern behandelt werden, doch wenn die Beine immer öfter anschwellen, Schmerzen oder ein Schweregefühl auftritt und die Varizen zunehmend sichtbar werden, ist ein Arztbesuch ratsam.

Mit Druck gegen Krampfadern

Der Therapieplan wird aufgrund der ärztlichen Untersuchung individuell auf jeden Patienten zugeschnitten. Die Behandlung hängt vor allem davon ab, welche Vene und welcher Venenabschnitt in welchem Ausmass betroffen sind. Einer der zentralen Pfeiler der konservativen Behandlung ist die Kompressionstherapie: Kompressionsstrümpfe

«Krampfadern sind nicht nur ein kosmetischer Makel, sondern ein ernstzunehmendes medizinisches Problem.»

oder -verbände üben Druck auf die Beingefässe aus und verbessern den Abtransport des Blutes. Dies kann besonders in einem frühen Stadium das Fortschreiten der Erkrankung aufhalten. Viel Bewegung fördert die Durchblutung ebenfalls und aktiviert die Muskelpumpe im Bein.

Veröden der Venen

Bei der Sklerotherapie wird ein Verödungsmittel in die erkrankte Vene eingespritzt. Das führt zu einer entzündlichen Reaktion der Venenwand und schliesslich zum Verschluss der Vene. Die verödete Vene wird vom Körper abgebaut, der Bluttransport erfolgt über benachbarte Venen. Diese minimalinvasive Therapie eignet sich vor allem bei kleinen Venen, Venennebenästen oder Besenreisern. Diese

letztgenannten kleinsten Venengeflechte sind harmlos, aber für manche Betroffene ein kosmetischer Makel.

Chirurgische Verfahren

Das Veröden von Venen eignet sich weniger, wenn grössere Venen betroffen sind – dann kommt ein chirurgisches Verfahren oder eine Lasertherapie zum Einsatz. Eine bewährte und seit Jahrzehnten angewandte Methode ist das Stripping (Herausziehen) der Stammvene in Verbindung mit einer Crossektomie. Bei dieser Operation wird die betroffene Vene mit einer Sonde, die durch die Leiste oder Kniekehle eingeführt wird, entfernt. Die Seitenvenen werden anschliessend mit einem Häkchen herausgezogen. Der Eingriff kann, genau wie die unten genannte Operation mit Laser, mit lokaler Betäubung erfolgen. Wegen der Menge an verwendetem Lokalanästhetikum (Mittel wie beim Zahnarzt) darf nur ein Bein auf einmal operiert werden. Deshalb bietet sich bei ausgeprägten Krampfadern beidseits der Eingriff unter einer Teil- oder Vollnarkose an. Je nach Schweregrad erfolgt die Operation ambulant oder stationär mit einem Spitalaufenthalt von zwei Tagen. Mögliche Operationsfolgen sind Blutergüsse, und es können kleine Narben zurückbleiben. Selten kommt es zu Empfindungsstörungen der Haut, weil kleine Hautnerven verletzt wurden.

Laserenergie zerstört Vene

Seit über zehn Jahren werden Krampfadern auch mit der sogenannten endovenösen Lasertherapie behandelt. Dabei handelt es sich um ein Verfahren, bei dem die erkrankte Stammvene nicht mit einer Sonde entfernt, sondern eine Laserfaser über

den Unterschenkel in die Vene eingelegt wird. Die Energie des Lasers führt dann dazu, dass die Vene schrumpft und sich schliesslich verschliesst. Auch hier werden anschliessend die Seitenäste «herausgehäkelt». Vor allem die grossen Stammvenen können gut mit Laser behandelt werden. Zu den sehr seltenen Komplikationen gehören eine vorübergehende lokale Taubheit oder Verfärbung der Haut. Der Eingriff wird seit 2016 von der Krankengrundversicherung bezahlt. Auch mit der Laserbehandlung kann nur ein Bein nach dem anderen saniert werden. Der Eingriff ist ambulant. Bei rund 25 Prozent der Fälle kommt es bei beiden Methoden innert zehn Jahren zu einem Wiederauftreten der Krampfadern.

Die Auskunftspersonen



Prof. Dr. med. Stephan Vorburger
Facharzt FMH für Chirurgie
Chefarzt und Leiter Chirurgische Kliniken

Kontakt:

Spital Emmental, Standort Burgdorf
Oberburgstrasse 54, 3400 Burgdorf
Tel. 034 421 22 12 (Sekretariat)
stephan.vorburger@spital-emmental.ch



Dr. med. Alexander Stupnicki
Facharzt FMH für Chirurgie
Chefarzt Chirurgie

Kontakt:

Spital Emmental, Standort Langnau
Dorfbergstrasse 10, 3550 Langnau
034 421 32 12 (Sekretariat)
alexander.stupnicki@spital-emmental.ch

Gefässzentrum: alles aus einer Hand

Das Spital Emmental plant fürs Jahr 2021 am Standort Langnau die Eröffnung eines Gefässzentrums. Es ist spezialisiert auf die Behandlung von medizinischen und kosmetischen Venenproblemen. Von der Beratung über die Abklärung bis zur Therapie und Nachsorge erfolgt die ganze Behandlung aus einer Hand. Jede Therapie wird individuell auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten angepasst. Angeboten werden sämtliche Methoden der modernen Krampfaderbehandlung, insbesondere auch die schonenden endovenösen Verfahren. Ein Team aus spezialisierten Fachkräften sorgt für einen effizienten Ablauf und eine qualitativ hochstehende Behandlung von Venenproblemen, angepasst an den Schweregrad des Befundes und die individuellen Bedürfnisse.

Schleichender Verlust der Sehschärfe



Bei einer AMD tritt in der Mitte des Sehfelds ein dunkler Fleck auf. Bild: Shutterstock

Die altersabhängige Makuladegeneration kann zu gravierenden Sehverlusten führen. Wichtig ist eine frühzeitige Diagnose, denn mit dem Vermeiden von ungünstigem Verhalten und einer frühzeitigen Therapie kann die Schädigung der Sehzellen oft verlangsamt werden.

Gerade Linien wie das Kachelmuster im Badezimmer oder Schriftzüge erscheinen plötzlich gewellt, die Mitte des Blickfeldes wird verschwommen oder als dunkler Fleck wahrgenommen, Bekannte auf der Strasse werden nicht mehr erkannt, Farben erscheinen schwächer, das Kontrastsehen wird schlechter und das Lesen fällt zunehmend schwer – dies sind die typischen Symptome, die bei der sogenannten altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) auftreten können. Die Makula ist verantwortlich für das scharfe Sehen, notabene für Sehleistungen wie Lesen, Erkennen von Gesichtern

oder Unterscheiden von Farben. Der kleine Fleck auf der Netzhautmitte mit einem Durchmesser von fünf Millimetern weist die höchste Dichte an Sehzellen auf. Die Erkrankung der Netzhaut ist die häufigste Ursache für eine irreversible Sehmindering bei Senioren – etwa ein Drittel der Menschen über 70 weisen zwar Veränderungen an der Netzhaut auf; gerade im Anfangsstadium sind diese aber noch so gering, dass sie keine Symptome verursachen.

Dunkler Fleck im Blickfeldmitte

Viele Betroffenen nehmen das abnehmende Sehvermögen zu Beginn gar nicht wahr, da das zweite Auge die Sehverschlechterung kompensiert. Die Erkrankung tritt aber in der Regel an beiden Augen auf. Das äussere Gesichtsfeld ist nicht betroffen. Die Patienten nehmen Umrisse und Hell-Dunkel-Kontraste noch wahr, auch die Orientierung im Raum bleibt meistens erhalten. Sie können aber

mit der Zeit nicht mehr lesen, die Zeit auf der Uhr oder Gesichter erkennen, weil in der Mitte des Sehfelds ein dunkler Fleck auftaucht. Dies bringt teilweise grosse Einschränkungen im täglichen Leben mit sich.

Risikofaktoren für eine Makuladegeneration

Für die Entstehung einer AMD gibt es eine Reihe von Risikofaktoren. Zu den nicht beeinflussbaren gehören das Alter und eine familiäre Veranlagung. Eine AMD tritt zudem eher bei Kaukasiern als bei anderen ethnischen Gruppen auf. Der am hauptsächlichsten beeinflussbare Risikofaktor ist das Rauchen, daneben sind auch Fettstoffwechselstörungen (hohes Cholesterin), Vorliegen eines Diabetes mellitus, erhöhter Blutdruck, eine unausgewogene Nährstoffversorgung sowie eine häufige ungeschützte Exposition gegenüber UV-Strahlung mögliche Ursachen. Die letztgenannten Risikofaktoren lassen sich positiv beeinflussen und können

allenfalls der Krankheit vorbeugen oder den Verlauf verlangsamen.

Trockene und feuchte Form

Es werden grundsätzlich zwei Formen der AMD unterschieden: die häufiger auftretende trockene Form sowie die seltenere, aber aggressiver verlaufende feuchte Form. Bei der trockenen AMD lagern sich Stoffwechselabfallprodukte in Form sogenannter Drusen unter der Netzhaut ab, wodurch die Makula zunehmend in ihrer Funktion beeinträchtigt wird. Bei der feuchten AMD bilden sich zusätzlich zum langsamen Absterben der Netzhautzellen noch neue, krankhafte Gefässe, aus denen Blut und Flüssigkeit austritt; mit der Zeit führt dies zu einer Vernarbung der Makula und einer Schädigung der Sehzellen. Die feuchte AMD schreitet sehr viel schneller voran als die trockene Makuladegeneration. 85 bis 90 Prozent der Betroffenen leiden unter der trockenen Form, 15 bis 10 Prozent unter der feuchten Form. Beide Formen laufen jedoch ineinander über und jede Degeneration beginnt zuerst trocken, wenn auch oft asymptomatisch. Daher sind die trockene und die feuchte AMD nicht immer strikt als zwei unterschiedliche Formen zu trennen.

Früher Start der Therapie ist wichtig

Wichtig ist die frühe Diagnose, denn das Tückische an der AMD ist, dass sie keine Schmerzen verur-

sacht und die Erkrankung lange nicht als solche erkannt wird. Eine frühe Diagnosestellung kann für den weiteren Verlauf der Makuladegeneration entscheidend sein, vor allem auch, um die feuchte AMD rasch behandeln zu können. Bei Einschrän-

«Bei vielen Patienten mit einer feuchten AMD kann die Erkrankung dank neuer Medikamente stabilisiert werden.»

kungen oder Veränderungen der Sehfähigkeit sollten Patienten deshalb eine Augenärztin, einen Augenarzt aufsuchen. Wenn bereits die Eltern, Grosseltern oder Geschwister an einer AMD leiden, sollten sie ab 50 Jahren kontrollieren lassen, ob bei ihnen die Netzhaut erste Anzeichen einer Veränderung aufweist.

Fortschritte in der Behandlung

Bei der trockenen Form der Makuladegeneration gibt es bis jetzt keine bekannte wirksame Therapie. Im Vordergrund steht die Vermeidung von Risiko-

faktoren, um das Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen. Bei der feuchten AMD wurde die Behandlung in den letzten zehn Jahren dank der Entwicklung neuer Medikamente revolutioniert. Heute gelingt es, die Folgen zumindest der feuchten Makuladegeneration einzuschränken und in vielen Fällen sogar wieder eine Sehverbesserung zu erzielen; dies dank der Injektion von Medikamenten, sogenannten VEGF-Inhibitoren, in den Glaskörper. Diese Substanzen hemmen das Wachstum der krankhaften Blutgefässe in der Makula, sodass die Blutungen aufhören, keine weiteren Sehzellen geschädigt werden und aus der feuchten eine trockene, langsamer fortschreitende Makuladegeneration wird. Der Eingriff erfolgt unter sterilen Bedingungen und mit einer lokalen Betäubung, er ist schmerzlos und dauert nur wenige Minuten. Die Wirkungsdauer der Medikamente ist unterschiedlich, die Injektionen müssen in für jeden Patienten individuell festgelegten Intervallen wiederholt werden. Bei vielen oder gar den meisten der Patienten mit einer feuchten AMD kann die Erkrankung stabilisiert werden, bei einigen Patienten verbessert sich sogar das Sehen.

Die Auskunftspersonen



Dr. med. Claudia Meier
Fachärztin FMH für Ophthalmologie



PD Dr. med. Gian-Marco Sarra
Facharzt FMH für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie
Belegarzt Spital Emmental

Kontakt:

Augenzentrum Burgdorf
Poststrasse 9, 3400 Burgdorf
Tel. 034 420 90 20
info@augenzentrum-burgdorf.ch

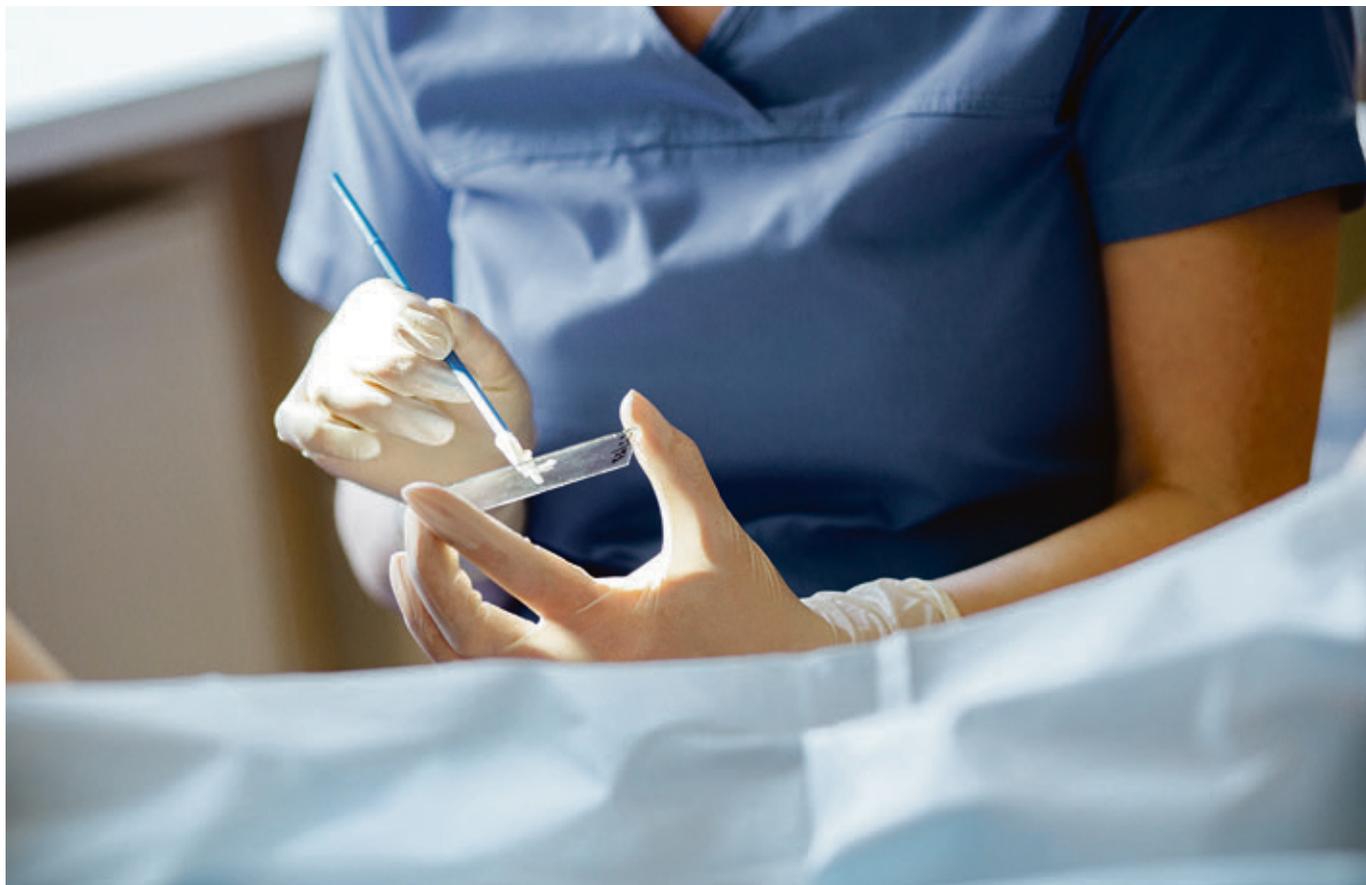
Beratung und Unterstützung

Retina Suisse, die Vereinigung von Patientinnen und Patienten mit Retinitis pigmentosa, Makuladegeneration, Usher-Syndrom und anderen Erkrankungen des Augenhintergrundes, informiert und berät betroffene Menschen, ihre Angehörigen und die Öffentlichkeit, unterstützt den Erfahrungsaustausch und die gegenseitige Hilfe ihrer Mitglieder und fördert die wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiet der Netzhautdegenerationen. In der Broschüre «Selbstständig im Alltag» zeigt Retina Suisse auf, welche Hilfsmittel den Alltag erleichtern. Dazu gehören unter anderen eine gut angepasste Brille, eine gute Beleuchtung, Blendschutz, vergrössernde Sehhilfen oder elektronische Geräte wie Bildschirm-Lesegerät, Tablet oder Vorlesegerät. So kann das vorhandene Sehpotenzial bestmöglich genutzt und das intakte äussere Gesichtsfeld besser ausgenutzt werden (www.retina.ch).

Die Beratungs- und Rehabilitationsstelle für Sehbehinderte und Blinde des Kantons Bern, Beraten B, bietet auch Beratungstermine in Burgdorf an. Patienten erhalten eine Sozialberatung bezüglich Ergänzungs- und Entschädigungsleistungen und können diverse vergrössernde Hilfsmittel testen/ausleihen (www.b-bern.ch/beratungstermin). Die Dienstleistungen der Sozialberatung und Rehabilitation werden in Kooperation mit dem Schweizerischer Blinden- und Sehbehindertenverband (SBV) geführt (www.sbv-fsa.ch).

Zellveränderungen im Genitalbereich

Regelmässige Kontrollen sind die beste Vorsorge



Regelmässige Krebsabstriche zeigen, ob Zellveränderungen auftreten und wie sich diese verhalten. Bild: Adobe Stock

Dank gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen können viele Zellveränderungen, die sich zu Gebärmutterhalskrebs entwickeln könnten, frühzeitig entdeckt werden. Einige dieser Zellveränderungen bilden sich sogar von selbst zurück – wichtig ist die genaue Kontrolle, um rechtzeitig behandeln zu können.

Der PAP-Abstrich ist nahezu jeder Frau geläufig, die bereits einmal eine gynäkologische Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen hat. Er kommt weltweit zur Anwendung und ist einer der Gründe, weshalb die Häufigkeit des Gebärmutterhalskrebses (Zervixkarzinom) in der Schweiz seit den späten 1960er-Jahren um mehr als 60 Prozent abgenommen hat. Zu diesem Zeitpunkt haben Hausärzte und Gynäkologinnen das Zervixkarzinom-Screening eingeführt und das nach dem griechischen Frauenarzt George Papanicolaou benannte Testverfahren eingesetzt, um Gebärmutterhalskrebs und seine Vorstufen frühzeitig zu

erkennen. Derzeit erkranken laut der Schweizerischen Krebsliga noch jährlich rund 250 Frauen an diesem bösartigen Tumor. Etwa 80 Frauen sterben daran.

Kaum eine andere Krebserkrankung kann durch eine Vorsorgeuntersuchung so effektiv verhindert werden wie das Zervixkarzinom. Denn der grosse Vorteil des PAP-Abstriches ist, dass Gewebeveränderungen in der Schleimhaut des Gebärmutterhalses und am Muttermund, die möglicherweise zu Krebs werden, frühzeitig entdeckt und entfernt werden können. Immerhin bei rund 5000 Frauen in der Schweiz werden jährlich verdächtige Zellveränderungen am Gebärmutterhals, sogenannte Zervixdysplasien, diagnostiziert.

Risikofaktor HPV

Eine bedeutende Rolle bei der Entstehung von Dysplasien im Genitalbereich und auch für Gebärmutterhalskrebs ist eine Infektion mit dem Humanen Papilloma Virus (HPV). HPV-Infektionen gehören zu den weltweit am häufigsten sexuell

übertragbaren Infektionen: 70 bis 80 Prozent der sexuell aktiven Männer und Frauen infizieren sich im Laufe des Lebens mit den Viren. Die Häufigkeit von Infektionen steigt mit der Zahl der Sexualpartner und mit einem frühen Beginn sexueller Aktivität.

Niedrig- und Hochrisiko-Viren

Es gibt rund 200 verschiedene HPV-Typen. Sie werden in zwei unterschiedliche Untergruppen eingeteilt: Niedrigrisiko-Viren verursachen eher Warzen im Genitalbereich, haben aber ein geringes Potenzial für eine Krebsentwicklung. Hochrisiko-Viren hingegen können Zellveränderungen am Gebärmutterhals, an der Scheide, am äusseren weiblichen Genitale (bei Männern am Penis) und am Anus bilden. Praktisch alle Zervixdysplasien werden durch HPV der Hochrisikogruppe ausgelöst. Die häufigsten Virustypen der HPV-Hochrisikogruppe sind Typ 16 und 18 – sie haben ein hohes Potenzial, eine Krebsvorstufe oder auch Krebs entstehen zu lassen.

In den meisten Fällen verläuft eine Infektion mit HP-Viren unbemerkt – das Immunsystem bekämpft die Viren und eliminiert diese. Besteht hingegen über längere Zeit eine Infektion mit einem Hochrisiko-Virus, kann es zu Gewebeveränderungen kommen. Es dauert allerdings mehrere Jahre bis zur Entstehung einer hochgradigen Dysplasie und in einigen Fällen eines Karzinoms. Und auch diese Dysplasien können – egal wie weit ausgeprägt sie sind – vom eigenen Abwehrsystem eliminiert werden und sich zurückbilden. HPV führt also nur in den wenigsten Fällen zu einer Dysplasie oder zu Krebsvorstufen, ist aber Voraussetzung, dass Gebärmutterhalskrebs überhaupt entstehen kann.

Vorbeugende Impfung

Seit einigen Jahren gibt es zwei Impfstoffe gegen HPV, die gegen die wichtigsten Virustypen schützen, die Dysplasien, Krebs, Haut- und Genitalwarzen auslösen können. Die HPV-Impfung verringert das Risiko für eine Ansteckung und Entwicklung einer Dysplasie und gegebenenfalls Gebärmutterhalskrebs-Erkrankung deutlich. In der Schweiz konnte seit der Einführung der HPV-Impfung eine deutliche Reduktion von Zervixdysplasien bewirkt werden. Der Bund empfiehlt heute allen jungen Menschen zwischen 11 und 26 Jahren die HPV-Impfung. Dabei ist der Nutzen am grössten, wenn vor dem ersten Geschlechtsverkehr geimpft wird, bevor es zu einer Infektion mit den krebsauslösenden HP-Viren 16 und 18 gekommen ist.

Auffälliger Krebsabstrich

Ist der Krebsabstrich auffällig, bedeutet das noch nicht, dass eine Frau an Krebs oder einer Krebsvorstufe erkrankt ist. Es kann sich auch um eine Infektion wie eine Pilzinfektion oder bakterielle Infektion handeln. Der wichtigste Unterschied zwischen einer Dysplasie und einer Krebserkrankung ist, dass bei der Dysplasie die abnormen Zellen in der Oberflächenschicht bleiben und nicht in die Tiefe wachsen. Daher ist eine Dysplasie keine Krebserkrankung.

Zellveränderungen im Genitalbereich

Dysplasien können auch an Vulva (Scheideneingang, äussere und innere Schamlippen, Schamhügel, Dammregion), Muttermund, Scheide oder Anus auftreten. Auch diese Gewebeveränderungen werden im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung der äusseren und inneren Geschlechtsorgane, an der auch der Krebsabstrich durchgeführt wird, entdeckt. Während die Krebsvorstufen am Gebärmutterhals oder an der Scheide keine oder kaum Frühsymptome zeigen, treten bei Dysplasien an den Schamlippen gelegentlich Juckreiz, Brennen, Schmerzen oder Hautveränderungen auf.

Je nach Befund des PAP-Tests können sich weitere Untersuchungen anschliessen. Eine der häufigsten Untersuchungen zur weiteren Abklärung ist die Kolposkopie. Dabei werden der Gebärmutterhals, die Scheide und die Vulva (Schamlippen) mit einer Lupe (Kolposkop) in einer 30-fachen Vergrösserung betrachtet, um eine Veränderung des Gewebes zu erkennen. Durch das Auftragen von verdünnter Essigsäure und Jodlösung werden krankhafte Veränderungen noch besser sichtbar gemacht. Das kann etwas brennen, ist aber schmerzlos. Von auffälligen Regionen werden erneut Zellabstriche gemacht, allenfalls wird auch eine Gewebeprobe

«Die HPV-Impfung verringert das Risiko für eine Ansteckung und Entwicklung einer Dysplasie.»

entnommen. Es besteht zudem die Möglichkeit, mit einem Test die Infektion mit humanen Papilloma Viren nachzuweisen und die verschiedenen HPV-Typen zu differenzieren.

Behandlung von Schweregrad abhängig

All diese Untersuchungen erlauben eine sichere Einschätzung der vorliegenden Situation und zeigen an, welchen Schweregrad die Dysplasie aufweist (leicht, mässig oder schwer). Viele Dysplasien werden abgeklärt und zunächst nicht als behandlungsbedürftig eingestuft, sondern regelmässig und engmaschig kontrolliert, um einen Verlauf der Veränderungen zu beobachten. Eine Therapie wird oft erst nötig, wenn es zu einer Verschlechterung kommt. Eine schwere Zellveränderung am Gebärmutterhals wird oft mit einer sogenannten Konisation behandelt. Dabei wird das erkrankte Gewebe in einem kleinen Kegel aus dem Gebärmutterhals ausgeschnitten – ein

Randsaum von gesundem Gewebe wird ebenfalls entfernt, um die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls niedrig zu halten. Die restliche Gebärmutter bleibt davon unberührt. Eine Schwangerschaft ist nach der Operation noch möglich.

Alle drei Jahre zur Untersuchung

Doch auch nach einer erfolgreichen Operation können erneute Veränderungen entstehen. Die regelmässigen Vorsorgeuntersuchungen sollten also weiterhin absolviert werden. Heute sind zwei Arten von Tests möglich in der Schweiz, der PAP-Test und/oder der HPV-Test. Die schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe empfiehlt Frauen von 21 bis 29 Jahren alle 3 Jahre einen PAP-Test zu machen. Ab 30 Jahren wird empfohlen, alle drei Jahre den PAP-Test oder den HPV-Test durchzuführen. Der HPV-Test wird allerdings als Vorsorgeuntersuchung von der Grundversicherung noch nicht übernommen. Ab 70 Jahren sind keine Vorsorgeuntersuchungen mehr nötig, wenn die bisherigen Screenings unauffällig waren.

Vortrag

Zellveränderungen im Genitalbereich: harmlos oder Krebs?

Mehr Informationen auf der letzten Seite

Die Auskunftsperson



Dr. med. Eva Kupietz
Fachärztin FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe
Spezialgebiet operative Gynäkologie, Dysplasie, Senologie und Schwangerschaftsbetreuung
Leitende Ärztin Gynäkologie und Geburtshilfe

Kontakt:

Spital Emmental
Oberburgstrasse 54, 3400 Burgdorf
Tel. 034 421 24 00
eva.kupietz@spital-emmental.ch

Spitex in Corona-Zeiten

Wichtige Arbeit gerade in der Pandemie



Bild: Spitex Schweiz/KESTONE/Gaëtan Bally

Die COVID-19-Pandemie bringt für die Mitarbeitenden der Spitex zahlreiche Herausforderungen mit sich. Mittlerweise leben sie und auch die Klienten mit der neuen «Normalität». Gerade während der Corona-Zeit sind die Spitex-Besuche noch wichtiger geworden.

«Mittlerweile ist Corona in der Spitex zum Alltag geworden», sagt Marius Muff, Geschäftsleiter der Spitex Region Konolfingen. Die zusätzlichen Schutz- und Hygienemassnahmen wie das Tragen einer Maske, das Einhalten der nötigen Distanz oder das Desinfizieren des Spitex-Autos sind den Mitarbeitenden in Fleisch und Blut übergegangen. Auch die Klienten haben sich zum grössten Teil daran gewöhnt, dass sich die Spitex-Mitarbeitenden häufiger als sonst die Hände desinfizieren, dass sie ihnen zur Begrüssung nicht mehr die Hand reichen und dass sie Handschuhe und Masken tragen. «Für einige war es vor allem zu Beginn der Coronakrise schwierig, mit dem Mundschutz zurechtzukommen», so Marius Muff. «Die Schutzmaske verdeckt viel vom Gesicht. Das erschwert die Kommunikation, besonders, wenn die Klienten

nicht gut hören und darauf angewiesen sind, die Lippen und die Mimik zu lesen.»

Viele neue Informationen

Wie in vielen anderen Betrieben hat das Coronavirus auch in der Spitex den Betrieb von einem Tag auf den anderen ziemlich auf den Kopf gestellt. Zwar haben die Spitex-Fachpersonen schon immer alle nötigen Hygienevorschriften befolgt; die Pandemie machte jedoch zusätzliche Massnahmen nötig, sowohl bei den Klienten als auch bei den

Mitarbeitenden und in den Büros. Die vielen neuen Informationen von Seiten der Behörden und der Gesundheitsdirektion mussten verarbeitet und umgesetzt, Mitarbeitende und Klienten laufend informiert werden. «Wir haben Abläufe geändert, die Mitarbeitenden in den zusätzlichen Hygienemassnahmen geschult, Homeoffice ermöglicht, die Teamsitzungen, an denen wir jeweils wichtige Fragen klären und an denen sich bis zu 60 Mitarbeitende beteiligen, digital organisiert und Weiterbildungen in kleinsten Gruppen durchge-

Die Spitexorganisationen in der Region Emmental

- Spitex Burgdorf-Oberburg: Farbweg 11, 3400 Burgdorf, Tel. 034 420 29 29, info@spitexburgdorf.ch, www.spitexburgdorf.ch
- Spitex Region Emmental: Burgdorfstrasse 25, 3550 Langnau, Tel. 034 408 30 20, info@spitex-re.ch, www.spitex-re.ch
- Spitex Region Konolfingen: Zentrum, Dorfstrasse 4c, 3506 Grosshöchstetten, Tel. 031 770 22 00, info@spitex-reko.ch, www.spitex-reko.ch
- Spitex Region Lueg: Rüeگاstrasse 8, 3415 Hasle-Rüeگا, Tel. 034 460 50 00, info@spitexlueg.ch, www.spitexlueg.ch
- Spitex AemmePlus AG: Solothurnstrasse 4, 3422 Kirchberg, Tel. 034 447 78 78, info@aemmeplus.ch, www.aemmeplus.ch

führt. Und natürlich waren die Pflegeeinsätze so aufwendiger als vor der Pandemie.» Oberste Priorität hatte dabei immer der Schutz der Klienten und der Mitarbeitenden.

Personalknappheit verhindern

Eine grosse Herausforderung stellte zu Beginn auch die Beschaffung des nötigen Schutzmaterials dar – heute hat es genug davon. «Es war damals schwierig, genügend Masken und Schutzkittel zu organisieren, da ja viele Transporte gar nicht mehr in die Schweiz reinkamen», blickt Marius Muff zurück. Herausfordernd war es auch, einen allfälligen Personal-mangel zu vermeiden. So mussten einerseits viele der Spitex-Mitarbeitenden während des Lockdowns die Betreuung ihrer Kinder organisieren, weil diese wegen der Pandemie nicht zur Schule gehen oder von den Grosseltern gehütet werden durften. «Deshalb haben wir angehende Lehrerinnen angestellt, die bei den Mitarbeitenden die Kinder unterrichteten und teilweise hüteten.» Andererseits konnten einige Mitarbeitenden nicht mehr in der Pflege arbeiten, da sie selber Risikogruppen angehörten oder an Vorerkrankungen litten. Für sie musste Ersatz gesucht werden. Ab Juni haben sich die Spitex-Organisationen des Emmentals gegenseitig mit Mitarbeitenden ausgetauscht, um die Personalknappheit aufzufangen.

Verunsicherte Klienten beruhigen

Eine weitere anspruchsvolle Aufgabe für die Spitex-Fachpersonen war es, mit der Verunsicherung ihrer Klientinnen und Klienten umzugehen, gehören doch diese aufgrund ihrer Gesundheit zu

den besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen. «Zu Beginn waren manche Klienten verunsichert und fürchteten sich vor Ansteckungen durch die Spitex-Mitarbeitenden», blickt der Geschäftsleiter zurück. Teilweise gab es gar Klienten, die auf die Dienste der Spitex verzichten wollten; vor allem die

«Wir verhalten uns zwar mit Respekt vor dem Coronavirus, wollen uns aber nicht von der Angst leiten lassen.»

hauswirtschaftlichen Leistungen waren in der ersten Zeit der Verunsicherung weniger gefragt. Einen starken Anstieg hat hingegen der Mahlzeitendienst verzeichnet. «Unsere Mitarbeitenden mussten erst wieder Vertrauen aufbauen, Aufklärungsarbeit leisten und die Klienten davon überzeugen, dass sie erfahren sind im Umgang mit Virenerkrankungen und wissen, wie sie die Klienten und sich selber vor dem Coronavirus schützen können – diese Gespräche waren teilweise sehr zeitintensiv.» Während der Pandemie war die Spitex für viele Menschen der zentrale Kontakt, sowohl für Alleinstehende wie auch für Menschen, die sich aufgrund ihrer besonderen Gefährdung isolieren mussten. «Manche haben sich gar nicht mehr getraut, das Haus zu verlassen und zum Einkaufen

zu gehen. Auch Seniorennachmittage, Mittagstische, Jassabende oder Ausflüge waren nicht mehr möglich», sagt Marius Muff. «Dadurch fehlten die sozialen Kontakte und es drohte eine Vereinsamung.» Der Besuch durch eine Spitexfachperson oder durch den Mahlzeitendienst war oft der einzige soziale Austausch, den die Klienten hatten.

Wichtiger Beitrag der Spitex

Die Spitex hat also während einer Pandemie wie der jetzigen in mehrerer Hinsicht eine wichtige Funktion, betont Marius Muff. Sie sorgt dafür, dass Pflegeleistungen in jeder Situation garantiert werden und verhindert in vielen Fällen, dass Patienten überhaupt ins Spital eingewiesen werden und die limitierten Betten in den stationären Einrichtungen besetzen. Gleichzeitig hilft sie ihren Klienten, sich optimal vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus zu schützen, indem sie sie beispielsweise anleitet, die Hygienemassnahmen korrekt umzusetzen. Des Weiteren beobachtet sie den physischen und psychischen Zustand der pflegebedürftigen Menschen, reagiert richtig auf erste Anzeichen einer Erkrankung und meldet eine allfällige Verschlechterung der Hausärztin oder dem Hausarzt. Und nicht zuletzt hilft sie durch ihre regelmässigen Besuche ein bisschen, die Einsamkeit der Klienten zu lindern.

Auch heute sind die Spitex-Mitarbeitenden immer noch stark gefordert durch die neue Arbeitssituation. «Inzwischen haben wir aber Lösungen und gut funktionierende Konzepte entwickelt, wie wir mit der Pandemie umgehen», sagt Marius Muff. «Wir verhalten uns zwar mit Respekt vor dem Coronavirus, wollen uns aber nicht von der Angst leiten lassen.»

Spitex bleibt auf Corona-Kosten sitzen

Aufgrund der pandemiespezifischen Richtlinien und Empfehlungen des BAG entstanden während der Pandemie namhafte Mehrausgaben, weil deutlich mehr Schutzmaterial besorgt werden musste. Überdies gestalteten sich die Pflegeeinsätze während der Pandemie aufwendiger, auch die Beratung und Beantwortung der Fragen verunsicherter Patientinnen, Patienten und Angehöriger nahm zusätzliche Zeit in Anspruch. Die Bevölkerung hat zudem aus Angst und Unsicherheit die Spitex weniger in Anspruch genommen, und es entfielen gleichzeitig Einsätze der Spitex für die Nachsorge, weil die Spitäler nur zwingend nötige Eingriffe vornehmen durften. «Die Spitex hat mit den Schutzmassnahmen und der Beratung einen wesentlichen Teil zum Schutz der besonders gefährdeten Bevölkerung beigetragen», sagt Marius Muff. «Die Zusatzaufwände und Mindereinnahmen der Spitex-Organisationen werden jedoch nicht gedeckt, dies im Gegensatz zu den Spitalern.» Dies hat der Berner Regierungsrat im August entschieden, als er eine dringliche Motion zur Nachbesserung der Verordnung zur Bewältigung der Coronavirus-Krise im Gesundheitswesen abgelehnt hat. Der SPITEX Verband Kanton Bern hält in einer Medienmitteilung fest, dass im Kanton Bern die verschiedenen Versorgungsbereiche unterschiedlich behandelt werden. Die Spitex werde nicht mit dem gleichen Stellenwert behandelt wie andere Leistungserbringer, heisst es. Bereits in den vergangenen Jahren wurden seitens des Kantons in der ambulanten Pflege, speziell bei der Nonprofit-Spitex mit Versorgungspflicht, bereits mehrfach massive Einsparungen vorgenommen.

Die Auskunftsperson



Marius Muff
Geschäftsführer Spitex Region
Konolfingen

Kontakt:

Spitex Region Konolfingen
Zentrum, Dorfstrasse 4
3506 Grosshöchstetten
Tel. 031 770 22 00
marius.muff@spitex-reko.ch

Früher Einsatz lohnt sich



Mit verschiedenen Tests klärt ein Team ab, welche Probleme, aber auch welche Ressourcen akutgeriatrische Patienten haben (im Bild Geriater Stefan Lauener). Bild: Nina Dick

Ein selbstbestimmtes Leben zu führen, kann für ältere Menschen zur Herausforderung werden – besonders, wenn sie nach einem Spitalaufenthalt wieder in ihr Zuhause zurückkehren möchten. Die geriatrische Akut-rehabilitation am Spital Emmental sorgt dafür, dass ältere Patienten von Beginn der Hospitalisierung an die notwendigen Therapie- und Behandlungs-interventionen erhalten, um Immobilität, Mangelernährung oder Verlust der Alltagskompetenz entgegen zu wirken.

Müssen ältere Menschen wegen einer akuten Erkrankung, eines Unfalls oder einer Operation ins Spital, sind sie gefährdet, dauerhaft pflegebedürftig zu werden. Denn oftmals leiden ältere Patienten unter mehreren chronischen Erkrankungen gleichzeitig (Multimorbidität); im Spital muss also nicht nur ein Knochenbruch, ein Herzinfarkt oder eine Lungenentzündung behandelt werden, sondern allenfalls sind noch gleichzeitig weitere gesundheitliche Problemfelder für die Erholung relevant, wie eine Herzkrankheit, eine Funktionsstörung der Nieren, ein Diabetes mellitus oder eine

Erkrankung des Nervensystems. Weitere Einschränkungen, die im höheren Alter häufig vorkommen, sind Muskelschwäche, Gang- und Gleichgewichtsstörungen, Sturzgefährdung, ein eingeschränktes Seh- und Hörvermögen, Schwindel, kognitive Defizite (verminderte Hirnleistung) oder Depressionen. Eine an und für sich gut behandelbare Akuterkrankung oder eine Routine-Operation kann aufgrund dieser zusätzlich vorliegenden geriatrischen Symptome zu bleibenden Einbussen in der Selbstständigkeit führen. So führt eine längere Bettlägerigkeit zu einem raschen Verlust von Muskelmasse, zu Gangunsicherheit oder gar zur Unfähigkeit, sich im häuslichen Alltag zurechtzufinden. Die Einweisung in ein Pflegeheim ist nicht selten die Folge.

Vermeidung von Pflegebedürftigkeit

Viele ältere Patienten profitieren daher von der geriatrischen Akut-rehabilitation. Diese beginnt bereits während des Spitalaufenthalts. Nebst der Behandlung der akuten Erkrankung verfolgt sie das Ziel, den betroffenen Patienten wieder zur grösstmöglichen Selbstständigkeit und Lebensqualität zu verhelfen, eine erneute Hospitalisation

zu vermeiden oder die Pflegebedürftigkeit zu vermindern. Durch eine intensive pflegerische und therapeutische Begleitung bereits im frühen Krankheitsstadium werden alltägliche Funktionen gefördert, die für den Erhalt der Selbstständigkeit erforderlich sind, sowie Kraft und Ausdauer gestärkt. Falls nötig, werden geeignete Hilfsmittel gesucht und frühzeitige Unterstützung in der Tagesstruktur organisiert. Zudem wird auf eine ausreichende Nahrungsaufnahme geachtet, um Mangelzustände zu vermeiden und die Regeneration zu fördern. Ein weiteres Ziel der geriatrischen Akut-rehabilitation ist das Klären und Organisieren einer eventuellen Anschlusslösung, wenn die Rückkehr nach Hause nicht – oder noch nicht – möglich ist. Doch oft ist eine Rückkehr nach Hause möglich, wenn die entsprechende Unterstützung im häuslichen Umfeld fortgesetzt werden kann. So werden auch Spitex-Angebote oder Mahlzeiten-dienste vom Spital aus organisiert.

Akutgeriatrie im Spital Emmental

Im Spital Emmental wird die geriatrische Akut-rehabilitation an beiden Standorten, in Langnau und Burgdorf, in einer spezialisierten Abteilung

angeboten. Die Zuweisung von Patienten erfolgt ausschliesslich durch die Ärztinnen und Ärzte des Spitals Emmental, wenn eine Operation geplant ist oder sie als Notfall ins Spital kommen. Alle Patienten ab 75 Jahren werden bei Notfalleintritten und in den präoperativen Sprechstunden von Orthopädie und Chirurgie standardmässig dahingehend untersucht, ob sie eine geriatrische Akutrehabilitation benötigen.

Eine solche ist angezeigt, wenn die akut erkrankten Personen an mehreren Krankheiten und geriatrischen Symptomen leiden und es sich abzeichnet, dass sie ohne zusätzliche Unterstützung nach dem Spitalaufenthalt nicht in der Lage sein werden, in ihr gewohntes Umfeld zurückzukehren und den Alltag selbstständig zu bewältigen. Voraussetzung ist allerdings, dass die Patienten motiviert sind, ein intensiveres Therapieprogramm zu absolvieren, und dass eine gewisse körperliche Belastung möglich ist. Um bei längerer Bettlägerigkeit den Muskel- und Knochenabbau und die damit verbundene Abnahme der Selbstständigkeit möglichst gering zu halten, ist es wichtig, dass geriatrische Patienten so früh wie möglich nach Eintritt mit der geriatrischen Akutrehabilitation beginnen.

Geriatrisches Assessment zu Beginn

Um den Zustand des Patienten zu erfassen und eine individuelle Therapie zu planen, erfolgt zu Beginn der Behandlung ein sogenanntes geriatrisches Assessment. Ein Team aus Pflegefachpersonen, Ärzten, Physiotherapeuten und Ernährungsberaterinnen erfasst nebst dem allgemeinen Gesundheitszustand die medizinischen, psychosozialen und funktionellen Probleme und Ressourcen des Patienten. Dazu stehen verschiedene Instrumente und Testverfahren zur Verfügung. Geprüft werden unter anderem Muskelkraft, Gang, Balance, Sturzrisiko, Hör- und Sehvermögen, kognitive Funktionen, das psychische Befinden, das soziale Umfeld, der Ernährungszustand und die Selbstständigkeit

in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Zu Letzteren gehören beispielsweise das Ankleiden, das Duschen/Baden und die Körperpflege.

Individueller Behandlungsplan

Für jeden Patienten ist eine medizinische Fachdisziplin zuständig (Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie). Bei Eintritt ins akutgeriatrische Programm kommen weitere Fachpersonen dazu: ein Facharzt für Geriatrie, speziell geschultes Pflegepersonal

«Bei vielen der akutgeriatrischen Patienten werden innerhalb kurzer Zeit grosse Fortschritte erzielt.»

sowie Fachpersonen aus Physiotherapie, Ergotherapie und Ernährungsberatung. Bei Bedarf werden zudem die Logopädie, die Alterspsychiatrie oder der Sozialdienst beigezogen.

Aufgrund des geriatrischen Assessments werden für jeden Patienten ein individualisierter Behandlungsplan erstellt und Behandlungsziele definiert. Auch diese sind individuell auf jeden Patienten abgestimmt. Während ein Patient wieder alleine seinen Haushalt erledigen möchte, muss ein anderer fähig sein, eine Strecke von 100 Metern zu gehen oder eine Treppe hochzusteigen. Zweimal pro Woche findet eine interdisziplinäre Besprechung statt, an der Fortschritte, Bedürfnisse und Schwierigkeiten im Heilungsverlauf unter die Lupe genommen werden.

Fortschritte dank intensiver Therapie

In einer Woche werden mindestens zehn Therapieeinheiten durchgeführt. Die Physiotherapie arbeitet

mit dem Patienten an der Verbesserung von Kraft, Ausdauer und Koordination zur Verbesserung der Mobilität und zur Reduktion der Sturzgefahr. In der Ergotherapie werden Selbsthilfefähigkeit, Geschicklichkeit und auch kognitive Fähigkeiten geübt. Eine weitere Domäne der Ergotherapie ist die Hilfsmittelabklärung. Ergänzend üben die Logopädinnen und Logopäden Sprechen und Schluckfähigkeit. Die Ernährungsberatung hat die Aufgabe, den Protein- und Energiebedarf abzuklären und mit dem Patienten nach Wegen zu suchen, eine ausreichende Zufuhr sicherzustellen. Dem Sozialdienst kommt eine zentrale Rolle bei der Austrittsplanung zu, insbesondere einer weiteren stationären Rehabilitation oder des Übertrittes in ein Alters- und Pflegeheim. Bei vielen der geriatrischen Patienten können so mit den richtigen Therapieeinheiten innerhalb kurzer Zeit grosse Fortschritte erzielt und eine Rückkehr in das gewohnte Umfeld ermöglicht werden.

Die Auskunftspersonen



pract. med. Stefan Lauener
Facharzt FMH für Allgemeine Innere
Medizin, Schwerpunkt Geriatrie
Oberarzt Geriatrie

Kontakt:

Spital Emmental
Oberburgstrasse 54, 3400 Burgdorf
Tel. 034 421 23 00 (Sekretariat)
stefan.lauener@spital-emmental.ch



Dr. med. Markus Anliker
Facharzt FMH für Allgemeine Innere
Medizin, Schwerpunkt Geriatrie
Leitender Arzt Geriatrie

Kontakt:

Spital Emmental
Dorfbergstrasse 10, 3550 Langnau
Tel. 032 421 33 00 (Sekretariat)
markus.anliker@spital-emmental.ch

Der geriatrische Patient

Die Geriatrie ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit den körperlichen, geistigen, funktionalen und sozialen Aspekten in der Behandlung älterer Patienten und Patientinnen beschäftigt. Zudem kommt ihr eine wesentliche Rolle in der Prävention und Rehabilitation akuter und chronischer Krankheiten im Alter zu. Der durchschnittliche geriatrische Patient ist über 70 Jahre alt, wobei neben dem Alter weitere Faktoren wie Multimorbidität und Gebrechlichkeit eine wesentliche Rolle bei der Identifizierung spielen. Für den geriatrischen Patienten sind folgende Symptome und Syndrome typisch: kognitive Einschränkung, Gefahr der Entwicklung eines Delirs, Immobilität, erhöhtes Sturzrisiko, Inkontinenz von Stuhl und/oder Urin, Mangelernährung, Abnahme von Muskelmasse und -kraft, Depression oder Angststörung, eingeschränkte Funktion der Sinnesorgane, chronische Schmerzen, die Einnahme mehrerer Medikamente (Polypharmazie) oder soziale Isolation.

Refugium für Demenzerkrankte



Das «Refugium» bietet Bewohnerinnen und Bewohnern ein gemütliches Zuhause in einem liebevollen und lebendigen Umfeld, auch wenn sie an Demenz erkrankt sind.
Bild: Michael Meier

Seit Kurzem bietet das dahlia in Lenggen schwer dementen und pflegebedürftigen Menschen eine spezielle Lebenswelt an. Im «Refugium» gehen der gemeinschaftliche Wohn- und Schlafbereich ineinander über. Diese Lebensform ermöglicht den Bewohnenden ein Gefühl der Geborgenheit und verkleinert das Risiko der Vereinsamung.

Es ist ruhig an diesem Herbstvormittag im neuen «Refugium» im dahlia Lenggen. Drei betagte Heimbewohnerinnen sitzen rund um einen grossen Tisch in der Mitte des lichtdurchfluteten Raums. Eine Seniorin spielt ein Brettspiel mit einer Pflegeperson, ihre Tischnachbarin verfolgt das Spiel zwar, macht aber selber nicht mit. Die dritte Seniorin scheint in ihrem Rollstuhl zu schlafen. Gesprochen wird nicht viel. Und doch findet in diesem grossen, hellen Raum mehr Interaktion statt als früher, als jede der drei Bewohnerinnen noch in einem Einer- oder Zweierzimmer wohnte. «Wir haben in den letzten Wochen erlebt, wie die Bewohnerinnen

aufgeblüht sind. Vorher waren sie bettlägerig, konnten ihre Bedürfnisse nicht ausdrücken und haben teilweise von sich aus keine Interaktion mehr ausgelöst, jetzt reagieren sie wieder verstärkt auf ihre Umwelt. Teilweise essen sie wieder selber, sie spielen mit oder gewinnen sogar eine gewisse Mobilität zurück», sagt Kornelia Steudler, Pflegedienstleiterin am Standort Lenggen. Gemeinsam mit ihrer Stellvertreterin Ursula Gerber und weiteren Beteiligten hat sie das Konzept für das «Refugium» entwickelt.

Alles in einem Raum

Im «Refugium» wohnen seit einigen Monaten stark pflegebedürftige Bewohnerinnen mit fortgeschrittener Demenz und eingeschränkter Mobilität – alle zusammen in einem grossen Wohn- und Schlafraum. Die Betten sind in flexiblen Nischen untergebracht, die durch originell und funktionell gestaltete Holzelemente voneinander abgetrennt sind und die individuell ausgeschmückt werden können. Für den Schutz der Privatsphäre

werden die Betten während der Körperpflege mit Paravants abgeschirmt. Wenn die Bewohnerinnen Besuch von Angehörigen erhalten, können sie sich in eine spezielle Besucherecke, auf den Balkon oder ins Restaurant zurückziehen, sie können aber auch im Refugium beim Bett, am Tisch oder an einem anderen Platz sitzen – die Angehörigen sollen sich als Teil der Gemeinschaft fühlen. In einer kleinen offenen Küche können Tee, Kaffee und Snacks zubereitet werden, die Mahlzeiten werden ebenfalls im «Refugium» eingenommen. Sobald die Bewohnerinnen am Morgen wach sind, ist ständig eine Pflegeperson präsent. Sie pflegt und betreut die Bewohnerinnen, unternimmt Spaziergänge und strukturiert den Tag. Ist die Pflegenden nicht in direktem Kontakt mit den Bewohnenden, ist sie an einem abgegrenzten, aber einsehbaren Arbeitsplatz beschäftigt.

Lebensgestaltung mit Demenz

Demenz wird immer mehr zum Alltag in Pflege- und Langzeitinstitutionen – bei rund 80 Prozent

der Heimbewohnerinnen und -bewohner besteht eine Demenzdiagnose oder ein Demenzverdacht. Das dahlia will allen Bewohnerinnen und Bewohnern ein gemütliches Zuhause in einem liebevollen und lebendigen Umfeld gestalten, auch wenn sie an Demenz erkrankt sind. Das standortübergreifende Konzept «Lebensgestaltung mit Demenz» definiert, wie das Unternehmen mit dem herausfordernden Thema umgeht und wie die Mitarbeitenden darin befähigt werden, das Krankheitsbild Demenz zu verstehen, die Bedürfnisse der Bewohner zu erkennen, auch wenn sie diese nicht von sich aus äussern können und mit ihnen eine Beziehung aufzubauen. Interne und externe Weiterbildungen vermitteln den dahlia-Mitarbeitenden das Rüstzeug im Umgang mit Demenz.

Die drei Erlebniswelten der Demenz

Das «Refugium» orientiert sich am «Drei-Welten-Modell» des Gerontopsychiaters Christoph Held. Der Leitgedanke dieses Modells besteht darin, dass an Demenz erkrankte Menschen drei grundsätzlich verschiedene Erlebniswelten durchlaufen, die mit dem Stadium der Erkrankung zusammenhängen und in deren Verlauf verschiedene Bedürfnisse in den Vordergrund treten. Je nach Bedürfnis muss dann auch die Wohnform angepasst werden. In der «Welt der Erfolglosigkeit» versuchen die Betroffenen, trotz der beginnenden Demenz, normal zu leben, scheitern aber immer häufiger im Alltag und reagieren mit Trauer, Angst oder Wut auf ihre Defizite.

In der Welt der Ziellosigkeit, also der mittelschweren bis schweren Demenz, haben die Menschen den grössten Teil ihrer Alltagskompetenz bereits verloren. Geplantes, absichtsvolles oder abstraktes Denken ist kaum mehr möglich. In dieser Phase laufen viele Demenzkranke ziellos und suchend umher, sind unruhig und verängstigt. Im dritten Stadium der Demenz, der Welt der Schutzlosigkeit, sind die Betroffenen vollkommen von anderen Menschen abhängig. Sie sind nicht mehr in der Lage, verbal zu kommunizieren und ihre Bedürfnisse mitzuteilen, auch Gestik und Mimik sind nur schwer zu entschlüsseln. Sie sind

körperlich immobil und den Aussenreizen schutzlos ausgeliefert. Der Lebensraum ist meistens auf das Bett konzentriert.

Stadium der Schutzlosigkeit

Die Bewohnerinnen und Bewohner des «Refugium» befinden sich in diesem Stadium der Schutzlosigkeit. Sie müssen vor einer Reizüberflutung und vor Vereinsamung geschützt werden, gleichzeitig geht es auch darum, Schmerzen zu lindern, das Wohlbefinden zu erhöhen, angenehme Reize und Interaktionsmöglichkeiten anzubieten und Geborgenheit und Sicherheit zu vermitteln. «Für diese Bewohnerinnen und Bewohner bedeutet die «Hektik» und das ständige Kommen und Gehen im Tagesraum auf der normalen Abteilung

«Für die Pflegenden stehen die betroffene Person und nicht ihre gesundheitlichen Probleme im Zentrum.»

oft Stress. Hier im «Refugium» ist es ruhiger, und der Raum wirkt heimelig, ohne allzu viel Ablenkung zu bieten», so Kornelia Stuedler und fährt fort: «Dennoch sollen die Demenzerkrankten an der Gemeinschaft teilhaben; dazu nehmen wir sie auch, wenn möglich, in den Wohnraum der angrenzenden Abteilung mit.»

Personenzentrierte Pflege

Die Pflegenden bauen eine Beziehung zu den Bewohnerinnen und Bewohnern auf und bieten nicht nur Pflege. «Wir arbeiten personen-zentriert, das heisst, an erster Stelle steht die betroffene Person und nicht ihre gesundheitlichen Probleme», sagt Kornelia Stuedler. Dieser Ansatz der personen-zentrierten Pflege wurde vom britischen Psychologen Tom Kitwood entwickelt. Das oberste Ziel in der Betreuung von Menschen mit Demenz ist der Erhalt und die Stärkung des Person-Seins.

Die Persönlichkeit von Menschen mit Demenz geht nicht verloren, sondern wird durch die Krankheit verschleiert. Auch ihre Bedürfnisse sind noch dieselben, sie können diese allerdings nur noch sehr eingeschränkt äussern oder befriedigen. Trost, Bindung, Einbezug, Identität und Beschäftigung überschneiden sich, so Tom Kitwood, in dem zentralen Bedürfnis nach grosszügiger, bedingungsloser, verzeihender Annahme – nach Liebe. «Mit dem Refugium können wir auf die zentralen Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz reagieren», sagt Kornelia Stuedler. Die kontinuierliche Präsenz in der Tagesbetreuung macht es möglich, dass die Pflegepersonen die Bedürfnisse der Erkrankten direkt wahrnehmen und darauf unmittelbar reagieren können. ««Wohl und geborgen» ist der Leitgedanke des dahlia und er kommt auch und gerade in diesem Stadium der Demenz im «Refugium» zum Tragen.»

Marte Meo: Bedürfnisse besser wahrnehmen

Um situationsbezogen mit schwerstementen Menschen zu kommunizieren, stützen sich die Pflegenden des dahlia auf verschiedene Konzepte. Eines davon ist Marte Meo. Diese videounterstützte Methode hilft den Pflegenden, die Bedürfnisse ihres Gegenübers besser wahrzunehmen, zu spüren, wo der pflegebedürftige Mensch mit seiner Aufmerksamkeit in dem Moment ist und welches Tempo ihm behagt. «Wenn ich Menschen mit Demenz helfen will, sich wahrzunehmen, muss ich im jetzigen Augenblick präsent sein und mich nicht von aussen oder von meinen Gedanken ablenken lassen», so Kornelia Stuedler. «Das heisst, ich arbeite langsam und passe mich dem Tempo des Bewohners an, nur so bemerke ich, was meine Interaktion an Positivem oder Negativem auslöst.»

Die Auskunftsperson



Kornelia Stuedler
Pflegedienstleiterin

Kontakt:

dahlia Verein
Asylstrasse 35, 3550 Langnau
Tel. 034 408 31 11
lenggen@dahlia.ch; www.dahlia.ch

Zahlen und Fakten

Demenz ist eine krankheitsbedingte Störung der kognitiven Leistungsfähigkeit des Gehirns. Sie führt zu einer Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit sowie der Handlungsfähigkeit, zu deutlichen Einbussen im Alltagsleben und zu Verhaltensstörungen (Depression, Apathie, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit usw.). Aktuell sind gemäss Bundesamt für Statistik schätzungsweise 131 300 Menschen in der Schweiz von Alzheimer oder einer anderen betroffen, alle 17 Minuten kommt eine neu erkrankte Person dazu. 73 Prozent der Menschen mit Demenz sind Frauen. Rund die Hälfte hat keine fachärztliche Diagnose. Bis 2050 werden voraussichtlich 315 600 Menschen erkranken, denn der grösste Risikofaktor ist das Alter.

Schlafstörungen im Alter

«Oft sind die Schlafgewohnheiten ungünstig»



Im Alter genügen sechs Stunden Schlaf, inklusive Mittagsschläfchen. Bild: Andrea Piacquadio/Pexels

Schlaflos im Alter: Ab 75 steigt das Risiko für Schlafstörungen. Es gibt aber Mittel dagegen. Dr. med. Markus Guzek, Bereichsleiter Alterspsychiatrie, gibt Auskunft.

Die Schlafprobleme nehmen mit fortschreitendem Alter zu. Weshalb?

Dr. med. Markus Guzek: Schlafstörungen im Alter nehmen zu, aber es liegt nicht immer eine Schlafstörung vor. Der Schlaf ändert sich während des Lebens. Dies wird deutlich, wenn man an die Schlafdauer eines Neugeborenen denkt. Manche Menschen empfinden diese «normalen» physiologischen Veränderungen als so unangenehm, dass es gelegentlich zu einer kontraproduktiven Behandlung kommt.

Das Alter selbst, aber auch im Alter häufiger werdende psychische und körperliche Erkran-

kungen führen aber tatsächlich dazu, dass Schlafstörungen häufiger werden. Eine Rolle spielen auch ungünstige soziale Umstände und Verhaltensweisen wie z.B. Vereinsamung, Bedeutungsverlust, Geldsorgen oder verminderte körperliche Aktivität.

Welche Schlafveränderungen im Alter sind normal?

Die benötigte Schlafdauer wird insgesamt kürzer; sie liegt bei etwa sechs bis sieben Stunden – das «Mittagsschläfchen» sollte man mitrechnen. Im Alter schläft man früher ein und wacht früher auf. Wenn man um 21 Uhr einschläft, dann sollte man es nicht für eine Schlafstörung halten, wenn man um 3 Uhr wach ist. Man erinnert sich an mehr Wachpausen, was fälschlicherweise für schlechten Schlaf gehalten wird.

Was ist denn eine Schlafstörung?

Es gibt unterschiedliche Formen von Schlafstörungen. Die häufigste ist die Insomnie. Dabei treten Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen oder frühes Erwachen auf, allein oder kombiniert. Eine Schlafstörung liegt vor, wenn diese Phänomene an mehr als drei Tagen nacheinander während mindestens 14 Tagen auftreten und das Befinden am Tag deswegen beeinträchtigt ist. Das kann man behandeln, man muss aber wissen, was behandelt werden soll. Vor dem Griff zur «Pille» ist daher eine sorgfältige Diagnostik notwendig.

Welche Ursachen können Schlafstörungen haben?

Wir unterscheiden primäre und sekundäre Schlafstörungen. Bei primären Schlafstörungen liegt keine auslösende Erkrankung vor,

die Ursachen sind sehr vielfältig. Das Alter, das Geschlecht und die Genetik spielen eine wichtige Rolle. Sehr häufig sind allerdings auch ungünstige Schlafangewohnheiten. Es ist belegt, dass Verhaltenstherapie gerade bei älteren Menschen sehr gut helfen kann. Sekundäre Schlafstörungen sind Folge psychischer Störungen und/oder körperlicher Erkrankungen wie z.B. chronische Schmerzen oder Herzerkrankungen. Nicht selten werden Schlafstörungen auch durch Medikamente ausgelöst.

Welche Rolle spielen psychische Erkrankungen im Alter?

Eine sehr wichtige. Bei der sogenannten nicht organischen, primären Insomnie handelt es sich um eine psychische Störung. Ausserdem bedingen beinahe alle psychischen Erkrankungen Schlafstörungen. Am häufigsten handelt es sich um Depressionen und Angststörungen. Ausserdem können Schlafstörungen bereits früh einsetzende Hinweise für sogenannte neurodegenerative Erkrankungen sein, zu denen beispielsweise die Parkinsonerkrankung oder demenzielle Erkrankungen gehören.

Wie gefährlich sind Schlafstörungen?

Ein erholsamer Schlaf ist für die psychische und körperliche Gesundheit sowie das allgemeine Befinden sehr wichtig. Wer zu wenig oder zu wenig gut schläft, hat eine schlechtere Lebensqualität, ist tagsüber oft unaufmerksam, leidet an Gedächtnisstörungen, hat ein höheres Unfallrisiko oder kann depressiv werden. Chronische Schlafstörungen schlagen sich in einer verkürzten Lebenserwartung nieder. Es ist deshalb wichtig, solche Chronifizierungen rechtzeitig zu erkennen und zu bekämpfen.

Gibt es Unterschiede zwischen Mann und Frau?

Ja. Frauen sind rund doppelt so häufig betroffen wie Männer. Gemäss internationalen Studien leidet etwa jede fünfte Frau und jeder zehnte Mann an Schlafstörungen. Männer leiden aber häufiger unter einer Schlafapnoe, also unter Schnarchen mit Atemaussetzern.

Wann ist denn ärztliche Hilfe angezeigt?

Wenn der Schlaf immer wieder unbefriedigend ist und vor allem bei Tagesmüdigkeit. Dann ist in erster Linie eine sorgfältige Abklärung notwendig. Anschliessend kann, wenn notwendig, die jeweils passende Behandlung begonnen werden.

«Schlafmittel dürfen nicht prinzipiell verteufelt werden.»

Viele Menschen greifen zu Schlafmitteln.

Was halten Sie davon?

Das Problem beginnt mit der Ursachenklärung. Eine Behandlung soll, wenn immer möglich, ursächlich sein. Schlafstörungen haben langfristig viele gefährliche Folgen, deswegen dürfen auch Schlafmittel nicht prinzipiell verteufelt werden. Am häufigsten werden Medikamente aus der Gruppe der sogenannten Benzodiazepine verordnet, die den Vorteil haben, dass sie sehr schnell wirken und gut vertragen werden. Aber wenn eine andere Ursache hätte behandelt werden sollen oder wenn gar keine echte Schlafstörung vorliegt, fallen die Nachteile stark ins Gewicht. Der Körper gewöhnt sich rasch daran, dies führt oft zu einer Abhängigkeit. Der erste Warnhinweis dafür ist der Wirkungsverlust. Bei jüngeren Patienten fällt dies auf, wenn die Dosis er-

höht werden muss. Im Alter fällt eine Abhängigkeit oft lange nicht auf, weil der Körper die Substanz immer langsamer abbaut. Dadurch sammelt sich die Substanz im Organismus, was einer unbemerkten Dosiserhöhung gleichkommt. Neben der Abhängigkeit verursachen diese Medikamente im Alter bei längerer Einnahme Gedächtnisstörungen, Schwindel und Gangunsicherheit. Sie sind eine häufige Ursache für Stürze, die bei einer Hüftfraktur den Verlust der Selbstständigkeit bedeuten können.

Gibt es Alternativen zu den Benzodiazepinen?

Ja, es gibt viele sehr gute Alternativen. In erster Linie ist hier die bereits erwähnte kognitive Verhaltenstherapie zu nennen. Ein Stichwort hierzu wäre Psychohygiene. In vielen Fällen sind gar keine Medikamente notwendig. Falls Medikamente benötigt werden – oft nur vorübergehend –, so können auch weniger riskante Mittel eingesetzt werden. Die Palette reicht von Baldrian und Hopfenpräparaten – die in leichten Fällen durchaus wirksam sein können – über Melatonin, eine körpereigene Substanz, bis hin zu niedrigdosiert eingesetzten Antidepressiva, die den Schlaf sehr gut unterstützen, ohne zu Abhängigkeit, Gedächtnisstörungen oder Stürzen zu führen.

Wie kann ich vorbeugen?

Wichtig ist eine ausgeglichene Lebensführung, die im Alter veränderte Bedürfnisse bewusst berücksichtigt. Hilfreich ist ein eingependelter Schlaf-Wach-Rhythmus, das heisst, wenn möglich immer um die gleiche Zeit schlafen gehen und aufstehen. Gegen einen kurzen Mittagsschlaf (30-45 Minuten maximal) ist nichts anzuwenden, wenn dieser hilft, später ins Bett zu gehen. Wichtig ist es auch, für eine geeignete Umgebung zu sorgen. Eine gemütlche, ruhige, gut belüftete und nicht zu warme Umgebung, ohne störende Lichtquellen (leichte Be-

Typische Symptome

Bei folgenden typischen Symptomen liegt ziemlich sicher eine Schlafstörung vor, die ärztlich abgeklärt werden soll:

- Tagesmüdigkeit
- gehäufte Einschlafstörungen
- häufiges Erwachen und Schwierigkeit, nach Toilettengang wieder einzuschlafen
- frühes Erwachen (mit verkürzter Schlafdauer)
- Einschlafen in wichtigen oder sozialen Situationen (im Gespräch, Wartezimmer beim Hausarzt, Schlafdruck am Steuer)

Vortrag

Schlafstörungen im Alter

Mehr Informationen auf der letzten Seite

leuchtung des Toilettenweges ist sinnvoll), ist empfehlenswert. Besonders wichtig sind warme Füsse, dies wurde in etlichen Untersuchungen gezeigt. Ausserdem sollte man bedenken: Schlafzimmer und Bett sind weder Bibliothek noch Kino. Eventuell kann es auch hilfreich sein, mit dem behandelnden Ärzte über Nebenwirkungen der eingenommenen Medikamente zu sprechen.

Welche Therapieangebote bietet das Spital Emmental an?

In der Alterspsychiatrie, aber auch in der Neurologie und der Pneumologie, können wir eine Vielzahl von Therapieangeboten zur Verfügung stellen. Das inter-

disziplinäre Angebot unter einem Dach ermöglicht massgeschneiderte individuelle Behandlungspläne. In der Alterspsychiatrie bietet sich die Möglichkeit einer ganzheitlichen primären Beurteilung. Dazu gehört die Erfassung der Symptome und ihrer Entwicklung und die Untersuchung, ob eine psychische Störung die Schlafstörungen verursacht. Dies ist wie erwähnt sehr häufig. Natürlich gehört dazu auch die Überprüfung der Medikamente und die Beleuchtung des Schlafverhaltens. Für offene Fragen ausserhalb unserer Zuständigkeit verweisen wir die Patientinnen und Patienten in Absprache und Zusammenarbeit mit dem Hausarzt oder der Hausärztin an Spezialisten. Nach Abschluss der

Diagnostik kann eine medikamentöse und verhaltenstherapeutische Behandlung eingeleitet werden. Oft sind unsere Patientinnen und Patienten bereits bei Beginn der Abklärungen durch anhaltende Schlafstörungen so belastet, dass eine geeignete, vorübergehende Medikation für eine erste Entlastung eingesetzt werden kann.

Die Auskunftsperson



Dr. med. Markus Guzek
Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie
Spez. Alterspsychiatrie und Psychotherapie
Spez. Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie
Leitender Arzt Psychiatrie
Bereichsleiter Alterspsychiatrie

Kontakt:

Spital Emmental
Oberburgstrasse 54, 3400 Burgdorf
Tel. 034 421 27 79
alterspsychiatrie@spital-emmental.ch

Tipps für gesunden Schlaf

- mindestens eine halbe Stunde pro Tag ins helle Licht gehen, wenn möglich am Morgen
- körperliche Aktivität am Tag: mindestens eine Stunde spazieren gehen
- kurzer Mittagsschlaf: 30-45 Minuten
- abends auf Koffein und Nikotin verzichten
- ruhige Umgebung
- warme Füsse
- Schlafrituale sind hilfreich
- regelmässig schlafen gehen und aufstehen
- realistische Erwartungen an die Gesamtschlafdauer

Digitale Kommunikation Spital Emmental

«Mit relativ einfachen Mitteln echten Mehrwert schaffen»

Das Spital Emmental digitalisiert die Kommunikation mit der Unfallversicherung SUVA: eine pragmatische Lösung mit grosser Wirkung – und mit spannenden Köpfen bei der Entwicklung und Umsetzung.

Dr. med. Felix Bauknecht ist von seiner Ausbildung her Chirurg. Seine hellen Augen mustern einen eindringlich unter den markanten Augenbrauen. Die Schutzmaske betont die Augenpartie. Die darunter versteckten Gesichtszüge finden dort ihr Echo. Wir sprechen an diesem Tag über... digitale Kommunikation. Bauknecht ist im Spital Emmental für das sogenannte Klinikinformationssystem (KIS) verantwortlich. Hier werden sämtliche Patientendaten und -informationen digital bewirtschaftet – von der Adresse bis hin zu behandlungsrelevanten Dokumenten. Das KIS ist das digitale

Kommunikationsherz des Spitals Emmental (RSE). Von hier aus fliessen die Patienteninformationen hausintern an alle Gesundheitsfachpersonen, die mit der individuellen Behandlung betraut sind, und zurück. Diese behandlungsrelevanten Dokumente sind auch für Gesundheitsfachpersonen wichtig, die ausserhalb des Spitals Emmental arbeiten – zum Beispiel für die Hausärzteschaft. Aber auch Versicherungen haben Anspruch auf bestimmte behandlungsrelevante Dokumente der Patientinnen und Patienten.

800 Unfälle pro Tag in der Schweiz

Dazu zählt auch die Unfallversicherung SUVA. Damit bestimmte medizinische Leistungen von ihr mitgetragen werden, müssen diese dokumentiert sein. «Das KIS ist in unserer immer stärker digital vernetzten Welt aber kein Selbstbedienungsladen

für Patienteninformationen», betont Bauknecht. Es ist ein hoch vertrauenswürdiges digitales Arbeitsinstrument des RSE. «Patientendaten werden ausschliesslich nach Recht und Gesetz herausgegeben.»

Die SUVA beurteilt im Wesentlichen die Gründe bestimmter gesundheitlicher Beschwerden, die Arbeitsfähigkeit, die medizinische und therapeutische Behandlung und die Langzeitfolgen eines Unfalls. Jeden Tag verunfallen bei der Arbeit mehr als 800 Personen. Sie werden unter anderem in einem der rund 280 Spitäler in der Schweiz behandelt. Diesen routinierten Informationsaustausch zu digitalisieren bringt Vorteile für alle Beteiligten.

Hohe Zufriedenheit bei den Mitarbeitenden

Im Prinzip funktioniert die digitale Kommunikation zwischen RSE und SUVA neu so: Im KIS des RSE



Felix Bauknecht, Arzt, Chirurg und KIS-Programmierer, ist verantwortlich für das digitale Kommunikationsherz des Spitals Emmental. Bild: zvg

und im IT-System der SUVA kann ein bestimmtes Formular aufgerufen werden. Darin kann die SUVA beim RSE zum Beispiel behandlungsrelevante Informationen zu einem bestimmten Patienten oder einer bestimmten Patientin einfordern.

Diese Anfrage wird dann im KIS halbautomatisch Spital-intern für die richtige Klinik abgelegt. Diese füllt die geforderten Informationen aus – beispielsweise in Form eines angehängten Dokuments – und legt das Formular einfach wieder ins KIS ab

Digitalisierung des RSE: Grosses Engagement für die Bevölkerung

Neben dem elektronischen Patientendossier (EPD) engagiert sich das Spital Emmental seit Jahren für eine sinnvolle Digitalisierung seiner Dienstleistungen. Seit Dezember 2018 sind im «Gesundheit Emmental» seit Dezember 2018 bis heute folgende Artikel dazu erschienen:

- **«Lasst uns Patienten mithelfen!»**
– Das elektronische Patientendossier
- **«Von Patienten erwartet und eine Notwendigkeit»**
– Digitalisierte Medikation
- **«Man kennt sich eben – persönlich und digital»**
– Digitale Unterstützung der Dialyse
- **«Digitalisierung gestern, heute, morgen:
«Diese Krise hat den Druck erhöht»**
– Neue digitale Angebote während der Corona-Krise

beziehungsweise schickt es an die SUVA zurück. Das SUVA IT-System verarbeitet die Antwort des RSE analog und schickt sie der entsprechenden internen Stelle zu. «Wir haben über diesen neuen, einzigen Kommunikationskanal mit der SUVA eine einwandfreie Übersicht über die offenen Anfragen und können immer nachvollziehen, welche Informationen wann an die SUVA gegangen sind.» Von der SUVA gehen durchschnittlich rund 10 Anfragen pro Tag ein. Die meisten davon zuhanden der Chirurgie und der Orthopädie.

Zufriedene Mitarbeitende

Dank der halbautomatischen RSE-internen Zuweisung der SUVA-Anfrage an eine der zahlreichen Kliniken und Abteilungen des RSE entfällt ein grosser Teil der bisher händischen Triage-Arbeit. «Damit gewinnen wir wirklich viel Zeit und wir erhöhen gleichzeitig die Sicherheit und die Qualität der Kommunikation», sagt Bauknecht. Der Zeitgewinn sei noch nicht präzise quantifizierbar. Der neue digitale Kommunikationskanal ist erst anfangs August 2020 in Betrieb genommen worden. Gradmesser für den Mehrwert solch digitalisierter Kommunikationskanäle sei die Zufriedenheit der direktbetroffenen Mitarbeitenden – «und die ist bereits nach kurzer Zeit sehr hoch», bilanziert Bauknecht. Die Qualität und die Sicherheit der Kommunikation mit der SUVA erhöht sich dadurch, dass fehlende Patienteninformationen – zum Beispiel eine Fall- oder Schadensnummer – direkt über das Formular ins KIS oder vom KIS direkt ins Formular übertragen werden können. «Damit erübrigt sich die teilweise sehr aufwendige Suche und Zuordnung einer SUVA-Anfrage zu einer Patientin oder umgekehrt von einem Patienten auf die SUVA-Anfrage – bisher alles von Hand erledigt.»

Arzt und Programmierer...

Bleibt noch die Frage nach einem Gesamtfazit dieses Digitalisierungsprojekts im RSE. «Spass», fasst Bauknecht zusammen. Spass? «Ja, die Freude über ein gelungenes Digitalisierungsprojekt. Und zwar nicht, weil es besonders komplex oder besonders teuer war» – Bauknecht hat dafür rund 200 Stunden eingesetzt. «Sondern weil wir mit relativ einfachen Mitteln einen echten Mehrwert für unsere Mitarbeitenden, für unsere Patientinnen und Patienten und für unsere Partner ausserhalb des RSE erreicht haben.»



Bild: Suwel/Sistain Romai

EPD: Neues Einführungsdatum für Spitäler – jetzt!

Rund um das elektronische Patientendossier (EPD) gibt es verschiedene Akteure: insbesondere die Bevölkerung, die das EPD eröffnen **darf**, die sogenannten Stammgemeinschaften, die das EPD anbieten **sollen** und die Spitäler, die sich an eine solche Stammgemeinschaft anschliessen **müssen**. Nur wenn ein Spital diese Vorgaben des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) erfüllt, belässt der Kanton dieses Spital weiterhin auf seiner Spitalliste. Die Spitalliste definiert, welche stationären medizinischen Leistungen das jeweilige Spital über die Krankenkassen und den Kanton abrechnen darf.

Das Spital Emmental erfüllt alle diese Vorgaben des EPDG termingerecht seit dem 15. April 2020. Nur: Das EPD wird selbst heute, über 6 Monate nach Ablauf der gesetzlichen Frist, von den meisten Stammgemeinschaften gar noch nicht angeboten; lediglich die Stammgemeinschaft eHealth Aargau wurde vor Kurzem zertifiziert. Ausgerechnet die Anbieter des EPD erfüllen bis heute die terminlichen Vorgaben des EPDG weitgehend nicht. Und die Kantone und der Bund schauen weg. Das kann ein Spital nicht. Wir sind seit über sechs Monaten bereit, halten die technische Infrastruktur à jour und beüben unser Personal rund um das EPD. Generieren also täglich zusätzliche Kosten, um die geltenden gesetzlichen Vorgaben zum EPD zu erfüllen.

Überdies versuchen einige gewiefte Stammgemeinschaften die «ausufernden» Entwicklungskosten nun den Spitälern aufzuerlegen, da die grosszügig zur Verfügung gestellten Bundes- und Kantonsbeiträge bereits aufgebraucht sind und die Fertigstellung des EPD ohne zusätzliche finanzielle Mittel nicht möglich ist.

Jetzt müssen die systemverantwortlichen Kantone zusammen mit dem Bund handeln. Glaubwürdig werden sie rund um das EPD erst dann wieder, wenn sie den Druck auf die Spitäler zurück- und sie erst wieder in die Pflicht nehmen, wenn das EPD tatsächlich auch von diversen Stammgemeinschaften angeboten und von der breiten Bevölkerung eröffnet werden kann – und zwar erst nach den heute geplanten Pilot- und Startphasen, die dafür da sind, den letzten Schliff an Technik und an Prozessen rund um das EPD vorzunehmen. Dies ist voraussichtlich in den nächsten Monaten nicht zu erwarten. Dafür sprechen all die bisher nicht eingelösten Ankündigungen von Bund und Kantonen, der Technologieanbieter und der Zertifizierungsstellen. Wenn sie ihre Hausaufgaben endlich schweizweit abgestimmt, möglichst flächendeckend sowie verbindlich erledigt haben, dürfen wieder die Forderungen mit Fristen an die Spitäler auf den Tisch kommen – keinen Tag früher!

Anton Schmid, CEO

Bauknechts Augen sprechen wieder mit: Sie leuchten bei der Frage, warum ein Oberarzt und Chirurg auch als KIS-Programmierer arbeitet. «Schon als Assistent war es mir zuwider, Routinearbeiten von Hand zu machen.» So sei die Automatisierung und Digitalisierung der Kommunikation in seinem

«Dank des neuen digitalen Kommunikationskanals gewinnt das Spital viel Zeit und erhöht gleichzeitig die Sicherheit und die Qualität der Kommunikation.»

beruflichen Umfeld immer ein persönliches, wichtiges Anliegen geblieben. «Als Arzt kenne ich die klinischen Anforderungen und Herausforderungen aus erster Hand.» Digitale Lösungen, die keine konkreten Probleme für die Direktbetroffenen lösen, seien eben reine Zeitverschwendung... Sagt's, verabschiedet sich mit einem Augenzwinkern und geht zum nächsten Meeting – «es geht jetzt um eine Gesundheits-App...».

Die Auskunftsperson



Dr. med. Felix Bauknecht
Verantwortlicher Klinikinformationssystem

Kontakt:

Spital Emmental
Oberburgstrasse 54, 3400 Burgdorf
Tel. 034 421 21 21
felix.bauknecht@spital-emmental.ch

Angehörigenberatung

Bei psychisch Erkrankten sind die Angehörigen mitbetroffen

Das Team der Angehörigenberatung der Psychiatrie im Spital Emmental berät und unterstützt Angehörige psychisch erkrankter Menschen.

Angehörige von psychisch Erkrankten tragen viel mit. Sie wollen den Erkrankten helfen und fühlen sich verpflichtet, stets stark und verständnisvoll zu sein. Oft sind sie allein mit ihren Sorgen und Ängsten, schämen sich oder fühlen sich mitschuldig. «Die psychische Erkrankung eines nahestehenden Menschen belastet viele Angehörige emotional sehr; bei vielen von ihnen ist der Leidensdruck hoch», sagt Verena Christen von der Angehörigenberatung der Psychiatrie im Spital Emmental. Durch die langandauernde Belastung und den damit verbundenen Stress können Angehörige selber in eine schwere Überlastung geraten. «Es ist deshalb wichtig, dass sie gut schauen, was sie brauchen, um trotz ihres hohen Engagements für die erkrankte Person gesund zu bleiben», so Verena Christen. Auch wissen sie oft nicht, wo sie Hilfe oder Beratung anfordern können.

Ein offenes Ohr bieten

Die Angehörigenberatung will eine niederschwellige Anlaufstelle bieten, wo Angehörige Fragen stellen, Sorgen deponieren oder Unterstützung anfordern können. «Manchmal warten Angehörige sehr lange, bevor sie Unterstützung holen», hat Verena Christen die Erfahrung gemacht, «dabei ist es wichtig, dass sie ihre eigenen Bedürfnisse nicht vernachlässigen.» Denn obwohl die Angehörigen nach Möglichkeit in den Behandlungsprozess miteinbezogen werden, liegt das Hauptaugenmerk auf den Erkrankten und nicht auf deren Angehörigen.

Zum Gespräch anmelden

Das Angehörigenberatungsteam der Psychiatrie Spital Emmental bietet kostenlose, individuelle Beratungen an – im persönlichen Gespräch, per Telefon oder Mail. Die Gespräche können im Spital in Langnau, in Burgdorf oder im Ambulantes Zentrum Buchmatt geführt werden. Die Anmeldung erfolgt via Tel. Nummer 034 421 27 27 oder per Mail an: triage.psychiatrie@spital-emmental.ch.

Wegen Corona verzichtet das Team der Angehörigenberatung der Psychiatrie momentan auf das Durchführen der regelmässigen öffentlichen Infoanlässe, an denen jeweils Informationen zu verschiedenen psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten und Krankheitsbildern vermittelt werden.



Das Angehörigenberatungs-Team der Psychiatrie Emmental: Verena Christen, Isabel Rüdüsühli, Jürg Dolder, Katrin Endtner, Katharina Egli (stehend), Alina Affolter, Stefanie Schnarwiler. Bild: Nina Dick

Informieren und unterstützen

Ein interprofessionelles Team von sieben Mitarbeitenden aus verschiedenen Bereichen der Psychiatrie hilft unbürokratisch, wenn Angehörige von psychisch Erkrankten bei ihnen anknöpfen, auch solche, deren Familienmitglieder nicht von der Psychiatrie Emmental betreut werden. «Angehörige haben viele Fragen», sagt die Beraterin. «Fragen zur Psychiatrie im Allgemeinen, zu psychischen Erkrankungen im Besonderen, zur Behandlung, zu Medikamenten, zur Prognose oder zum praktischen Umgang mit ihren psychisch erkrankten Partnern, Eltern oder Kindern.» Die Mitglieder der Angehörigenberatung sind da, um zuzuhören und Fragen zu beantworten. Sie

machen auf Selbsthilfegruppen aufmerksam oder informieren über Hilfs- und Beratungsangebote im Emmental.

«Wir bieten Angehörigen einen geschützten Rahmen, um über ihre Belastungen und Sorgen reden zu können», sagt Verena Christen, «und wir ermuntern sie, auf ihre Ressourcen zu achten und allenfalls für sich selber Unterstützung zu holen.»

Die Auskunftsperson



Verena Christen
Pflegefachfrau
Bereichsleiterin Ambulantes Zentrum
Buchmatt

Kontakt:

Spital Emmental
Ambulantes Zentrum Buchmatt
Angehörigenberatung
Kirchbergstrasse 97, 3400 Burgdorf
Tel. 034 421 27 70
verena.christen@spital-emmental.ch

Station für psychiatrische Krisenintervention bei über 65-Jährigen

«Den typischen Patienten gibt es nicht»



Eine ruhige, fürsorgliche Umgebung mit strukturiertem Tagesablauf: die psychiatrische Kriseninterventionsstation für über 65-Jährige in Burgdorf. Bild: Alina Affolter

Anfang September 2019 hat die psychiatrische Kriseninterventionsstation für über 65-Jährige in Burgdorf den Betrieb aufgenommen. Alina Affolter leitet die Station. Ihre Bilanz nach 15 Monaten ist positiv.

In welcher typischen Situation kommt eine Patientin, ein Patient auf die Kriseninterventionsstation «ü65»?

Alina Affolter: Die Patientinnen und Patienten kommen in der Regel nicht von selber; sie werden uns durch Hausärzte, Fachärzte der Psychiatrie oder psychotherapeutische Fachpersonen, durch das somatische Spital, den Notfall oder durch selbstständige Fachärzte zugewiesen. Die Anmeldung erfolgt aufgrund einer akuten Krise, wo stationäre Hilfe unumgänglich ist. Die Auslöser einer psychischen Krise oder Störung sind individuell unterschiedlich und höchst vielfältig: Ängste vor finanziellen Problemen, Einsamkeit, Verlust,

Krankheit und Tod, Sinnverlust durch fehlende Erfolgserlebnisse wegen Wegfall des Berufsalltags, aber auch die zunehmende Einschränkung der gewohnten Bewegungsfreiheit durch das physische Altern. Den «typischen Patienten» gibt es nicht. Gerade jetzt in der Corona-Krise stellen wir fest, dass viele alte Menschen einsam sind und wenig bis keine sozialen Kontakte haben. Trotz gewissen Vorurteilen gegenüber der Psychiatrie lassen sich die Patienten auf einen stationären Aufenthalt ein.

Dann gibt es auch keine «Normtherapie»?

Es gibt keine «Normtherapie», aber ein bewährtes Spektrum geeigneter Therapien. Zum Einsatz kommen individuell abgestimmte Einzel- und Gruppentherapien. Es gibt eine auf den Patienten individuell abgestimmte Therapie, die wir beim Eintrittsgespräch erfassen. Wir beziehen uns auf das SOK-Modell – Selektion, Optimierung, Kompensation – und arbeiten eng mit Angehörigen

und Institutionen zusammen, die viele Angebote für Unterstützung und Entlastung anbieten. Die wöchentliche Visite und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ergotherapie, Sozialarbeit und Psychologen runden die Therapie ab.

Wie lautet das Therapieziel?

Unser generelles Ziel ist, dass Patientinnen und Patienten das Leben in der gewohnten Umgebung sobald wie möglich wiederaufnehmen können. Das individuelle Therapieziel wird ebenfalls im Behandlungsplan mit den Patienten gemeinsam im Gespräch festgelegt. Im weiteren Verlauf werden Angehörige miteinbezogen, um zu besprechen, was erforderlich ist, damit der Patient nach dem Austritt weiterhin gut betreut ist.

Hat «Corona» die Probleme verstärkt?

Bei vielen Patienten zeigt sich eine grosse Einsamkeit und Angstsymptomatik bezüglich Corona.

Bei uns lernen sie wieder Kontakte zu knüpfen, gehen aufeinander ein, helfen einander. Es bilden sich sogar schon einzelne Gruppen, die nach dem Austritt zusammen noch etwas unternehmen. Das Zugehörigkeitsgefühl und der Zusammenhalt sind sehr ausgeprägt auf unserer Station.

Gilt «ambulant vor stationär» auch für die Psychiatrie?

Ja, das stationäre Angebot ist subsidiär. Es greift dann, wenn die ambulanten Angebote der Memory Clinic, der alterspsychiatrischen Ambulatorien in Langnau und Burgdorf, des alterspsychiatrischen Konsiliardienstes, der Spitex und der aufsuchenden Pflege der Alterspsychiatrie nicht ausreichen. Der stationäre Aufenthalt dauert meist vier bis sechs Wochen und dient der Entlastung der Erkrankten, aber auch ihrer Angehörigen. Die ruhige, fürsorgliche Umgebung mit strukturiertem Tagesablauf und einem auf die persönliche Situation zugeschnittenen Therapieangebot helfen den Patientinnen und Patienten dabei, wieder Tritt zu fassen und das Licht am Ende des Tunnels zu sehen. Das ermöglicht die anschliessende Aufnahme oder Fortsetzung ambulanter Therapien.

Welche Fachleute arbeiten im Stations-Team?

Das Team der Alterspsychiatrie besteht hauptsächlich aus Pflegefachpersonen aus verschiedenen Gebieten, aus Psychiatern, Ärzten, Psychotherapeuten sowie Fachleuten der Neuropsychologie, Sozialarbeit und Ergotherapie. Wir arbeiten konsiliarisch mit dem Spital und eng mit den Nachsorge-Institutionen Spitex, Langzeitpflege, Pro Senectute usw. zusammen.

Warum braucht es eine spezielle Psychiatristation für Menschen im Alter?

Das «Alter» ist sehr heterogen und es bestehen andere Themen im Alter als in der Jugend oder bei jungen Erwachsenen. Das Pensionsalter, bei vielen der Verlust der gewohnten Struktur und sozialer Beziehungen, kann zu einer Krise führen. Eine Depression von einer Demenz zu unterscheiden, ist eine Herausforderung, da braucht es einige Abklärungen, spezifisches Wissen und spezifische Therapien. Im fortgeschrittenen Alter tritt eine psychische Krise oder Störung zudem oft zusammen mit somatischen Erkrankungen oder Beschwerden

auf – viel häufiger und mit mehr Erkrankungen als bei jüngeren Patienten. Die Krankheiten beeinflussen sich zudem oft wechselseitig. Dieser speziellen Situation bei alten Menschen muss auf der Station Rechnung getragen werden.

Was heisst das konkret?

Beispielsweise, dass wir auf geeignete Medikamentenkombinationen achten und die Wechselwirkungen besonders gut im Auge behalten müssen.

«Die alterspsychiatrische Station ist Teil des vertrauten Spitals – das senkt die Hemmungen vor einem Eintritt und erhöht die Bereitschaft, sich psychiatrische Hilfe zu holen.»

Die Behandlung erfolgt interdisziplinär. Wir arbeiten eng mit der somatischen Medizin zusammen, damit die Patienten ganzheitlich behandelt werden können. Dass sich unsere Station im Spital befindet, ist natürlich ein enormer Vorteil.

Auch bezüglich «Schwellenangst»?

Unbedingt! Die alterspsychiatrische Station ist Teil des vertrauten Spitals. Das hilft Betroffenen, Bedenken und Ängste gegenüber psychischen Erkrankungen zu überwinden und es senkt auch oft die Hemmungen vor einem Eintritt. Die Bereitschaft, sich psychiatrische Hilfe zu holen, wächst.

Wie hat sich der Bedarf entwickelt?

Wir sind im September 2019 mit einer Patientin gestartet. Die Patientenzahl wurde bis Ende 2019 sukzessive erhöht auf 12. Mittlerweile sind wir meist sehr gut besetzt mit bis zu 17 Patienten.

Die Station ist offen; die Patienten werden nicht «eingesperrt». Passt dieses Modell für alle psychischen oder neurodegenerativen Erkrankungen?

Bei uns können sich alle Patienten tatsächlich ohne Einschränkungen selbstständig bewegen. Als Kriseninterventions-Station können wir deshalb weglaufgefährdete Menschen oder Patienten, welche einer Behandlung nicht zustimmen, nicht aufnehmen. Auch wenn die Pflegebedürftigkeit im Vordergrund steht, sind wir dafür nicht der richtige Therapieort. Wir bieten keine Langzeitbehandlung an – die Patienten treten wie gesagt meist nach vier bis sechs Wochen wieder aus.

Die alterspsychiatrische Station läuft jetzt rund 15 Monate. Gab es in dieser Zeit Veränderungen im Angebot oder in der Organisation?

Als lernende Organisation wachsen wir stetig und passen uns den Veränderungen an. Das Gruppenangebot wurde ausgebaut und wird laufend angepasst. Unser Generationenprojekt mit der Kita mussten wir wegen Corona verschieben, doch wir hoffen, dass wir nächstes Jahr starten können.

Was raten Sie den Angehörigen eines Menschen in einer akuten psychischen Krise?

Sich früh professionelle Hilfe zu holen. So können sie trotz starker emotionaler Belastung Atem schöpfen und die Batterien wieder aufladen. Das Leben mit psychischen Störungen belastet nicht nur die Betroffenen. Das familiäre Umfeld sowie Freunde, Kollegen und Nachbarn sind mit dem veränderten Verhalten und dem Leiden eines vertrauten Menschen immer wieder überfordert.

Die Auskunftsperson



Alina Affolter
Pflegefachfrau HF mit Nachdiplomkurs Psychiatriepflege
Abteilungsleiterin Krisenintervention für Menschen ab 65 Jahren

Kontakt:

Spital Emmental
Oberburgstrasse 54, 3400 Burgdorf
Tel. 034 421 27 00
alina.affolter@spital-emmental.ch

Spital Emmental erhält gute Noten



Gute Noten für den Ausbildungsbetrieb: Eine Ausbilderin instruiert Pflege-Studentinnen im Spital Emmental. Foto: BZ Pflege

Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung hat Dr. med. Martin Egger, Chefarzt Medizin am Standort Langnau, mit dem SIWF-Award 2020 ausgezeichnet. Nominiert haben ihn ehemalige Assistenzärztinnen und -ärzte.

«Martin Egger weiss ein Arbeitsklima zu schaffen, in dem man immer Fragen stellen und somit lernen kann. Die offene Lernkultur wird ausserdem dadurch unterstützt, dass man als Assistenzärztin oder Assistenzarzt ermuntert wird, Vorschläge oder Einwände einzubringen», begründen die jungen Ärzte ihre Wahl im Nominierungsschreiben.

Der Chefarzt Medizin in Langnau ist einer von 13 Prämierten im Jahr 2020.

Vielfältige Weiterbildung

Was hat die Assistenzärztinnen und -ärzte in der Weiterbildung in Langnau besonders beeindruckt? Im Nominierungsschreiben für den Weiterbildungspreis des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF werden Engagement und Vorbildfunktion hervorgehoben: «Martin organisiert ein vielfältiges Angebot an Weiterbildungen und lebt immer wieder vor, wie wichtig es auch in stressigen Momenten ist, sich Zeit dafür zu nehmen».

Das hausinterne Weiterbildungsangebot im Spital Langnau für angehende Fachärzte und -ärztinnen umfasst folgende Elemente:

- wöchentliche theoretische Weiterbildung
- wöchentlicher interaktiver Journal-Club (Vorstellung interessanter Fachartikel) plus Fallbesprechung oder Vortrag durch eine Assistenzärztin oder einen Assistenzarzt
- wöchentlich eine kurze praktische Übung (sog. «hands-on»)
- Tägliche Mini-Fortbildung nach dem Abendrapport
- Teilnahme an den ärztlichen Fortbildungsanlässen in Langnau oder Burgdorf

«Eine Freude fürs Team»

Was sagt das Spital zur Auszeichnung seines Chefarztes? PD Dr. med. Robert Escher, Leiter Medizinische Klinik: «Langnau geniesst seit je einen guten Ruf in der Ausbildung, und der jetzige Preis unterstützt diesen Ruf. Er fördert weiterhin die Rekrutierung von motivierten Nachwuchskräften.» Persönlich ist Robert Escher «stolz auf die Leistung von Martin Egger und ihre öffentliche Anerkennung. Ein Preis ist immer auch eine Freude fürs Team.»

«Neben diesen fix im Programm stehenden Weiterbildungen legt Martin ausserdem Wert auf individuellen Austausch über mögliche Therapiewege oder Lösungsansätze», heisst es im Nominierungsschreiben weiter.

Allround-Einsätze

Die Assistenzärztinnen und -ärzte sind in der Regel für eineinhalb Jahre in Langnau angestellt.

Sie starten in Langnau oft direkt nach dem Staatsexamen und werden zunächst in die Arbeit auf der Pflegestation eingeführt. Mit der gesammelten Erfahrung und Routine folgen zuerst Notfall-Einsätze im Spital und danach Nachtschichten, wo zusätzlich auch alle chirurgischen Patienten betreut werden. Ausserdem sind die Assistenten im Rotationsdienst jeweils für zwei Monate zu 50 Prozent und unter Aufsicht als Heimärztin oder -arzt in der Langzeitpflegeinstitution Lebensart Bärau oder einen Monat in einer Hausarztpraxis im Einsatz.

Verantwortung übernehmen

So lernen die angehenden Mediziner, im akuten Spitalalltag und im hausärztlichen Bereich Entscheidungen zu treffen und Verantwortung zu übernehmen. «Auf diese Art wird man als Ärztin oder Arzt flexibel und anpassungsfähig. Ausserdem lernt man an einer einzigen Ausbildungsstelle, dass die ärztliche Tätigkeit je nach Einsatzort ganz unterschiedlich sein kann und dass man seine medizinischen Entscheidungen an seinen aktuellen Arbeitsort anpassen muss», halten die ehemaligen Assistenzärztinnen und -ärzte fest. In Langnau werden auch menschliche, ethische und ökonomische Fragen angesprochen. Als Beispiel nennen die ehemaligen Assistenten «das Hinterfragen von Untersuchungen, sei dies eine Laboranalyse oder ein MRI». Zum Weiterbildungsplan gehört in Langnau auch die Erstellung eines Palliativnachsorgeplans. «Wenn es anfangs noch teils schwierig war, die Entscheidungen der willensstarken Emmentaler zu akzeptieren, sahen wir bald den grossen Mehrwert in der Lebensqualität und in der Ärzte-Patienten-Beziehung (...). Obwohl auch diese Dinge fester Bestandteil unserer ärztlichen Tätigkeit sind, werden sie oft unterschätzt – nicht so in der Weiterbildung bei Martin».



Lucienne Saxenhofer: «Die Praktika waren spannend, lehr- und abwechslungsreich.» (Foto: iae)



Katrin Pfister: «Ich wurde sehr herzlich und offen aufgenommen.» (Foto: zvg)

Pflege-Ausbildung

Fast 100% zufrieden

Eine wesentliche Aufgabe der Spitäler ist auch die Ausbildung des pflegerischen Nachwuchses. Mit der Abteilung Bildung Pflege verfügt das Spital Emmental über eine professionelle Struktur, um angehende Fachangestellte Gesundheit und Studierende Pflege der Höheren Fachschule (HF) sowie der Fachhochschule (FH) in der Praxis auszubilden.

Zwischen März 2019 und März 2020 befragte das Berner Bildungszentrum Pflege 503 Studierende HF Pflege aus verschiedenen Versorgungsgebieten über ihre Zufriedenheit mit dem Praktikumsbetrieb. Gefragt wurde online und anonym nach den verschiedenen Praktikums-Kriterien, unter anderem Praktikumeinführung, Lernbegleitung, Arbeitsklima und Organisation. An der Umfrage beteiligten sich Spitäler inklusive Psychiatrie, Spitex, Rehakliniken und Langzeitpflege-Institutionen.

Mit einer Gesamtzufriedenheit von 92% bei der Psychiatriepflege und von 87% bei der somatischen Pflege steht das Spital Emmental deutlich

über dem kantonalen Durchschnitt von 84%. Für die Ausbildungsverantwortlichen ist dieses gute Resultat der Ansporn, auf dem eingeschlagenen Weg der stetigen Optimierung und Weiterentwicklung der Ausbildungsqualität weiterzufahren. Die Umfrage erfolgte anonym. Für diesen Artikel hat das Spital Emmental zwei Studierende um eine Zusammenfassung ihrer Praktikums-Erfahrungen im Spital Emmental gebeten:

Lucienne Saxenhofer, Studierende Dipl. Pflegefachfrau HF: «In meiner Ausbildung zur Dipl. Pflegefachfrau HF absolvierte ich ein Praktikum in der Abteilung Medizin und eines in der Chirurgie in Langnau und Burgdorf. Beides spannende, lehrreiche und abwechslungsreiche Praktika. Begleitet von einer Berufsbildnerin und anderen diplomierten Pflegefachpersonen lernte ich, komplexe und teils auch herausfordernde Patientensituationen zu meistern. Im wöchentlichen LTT-Unterricht (Lernbereich Training und Transfer) konnte ich unter anderem anhand von erlebten Fallsituationen mein Wissen vertiefen, um es später in der Praxis anzuwenden. In beiden Praktika habe ich viel für meine berufliche Zukunft gelernt und fühlte mich stets von einem tollen Team unterstützt.»

Katrin Pfister, Studierende Dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie HF: «In meinem sechsmonatigen Praktikum im Spital Emmental wurde ich sehr herzlich und offen aufgenommen. Auf der psychiatrischen Abteilung konnte ich mein Wissen fachlich wie auch persönlich erweitern und vertiefen.»

Aus-, Weiter- und Fortbildung

Die Begriffe werden manchmal verwechselt. Die Definitionen:

- **Ausbildung:** Der Grundstein für die berufliche Karriere, Abschluss mit Diplom oder Staatsexamen. Dauert in der Regel sechs Jahre.
- **Weiterbildung:** Nach dem Abschluss der Ausbildung, endet z. B. bei den Ärzten mit dem Facharzttitel FMH. Berufsbegleitend, dauert mindestens fünf Jahre.
- **Fortbildung:** Z. B. bei den Ärztinnen und Ärzten lebenslang, um den Facharzttitel zu behalten. Berufsbegleitend und mit Nachweispflicht.

Neue Spitalkader



Dr. med. Markus Anliker

Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin,
Schwerpunkt Geriatrie
Leitender Arzt Geriatrie
Kontakt: Tel. 032 421 33 00
markus.anliker@spital-emmental.ch



Dr. med. Christiane Arnold Ferrari

Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin,
Fähigkeitsausweis Klinische Notfallmedizin
SGNOR, Fähigkeitsausweis Sonografie SGUM
Leitende Ärztin Medizin
Kontakt: Tel. 034 421 23 00
christiane.arnold@spital-emmental.ch



Prof. Dr. med. Marwan El-Koussy

Facharzt FMH für Radiologie mit Europäischer
Qualifikation für Neuroradiologie
Stv. Institutsleiter und stv. Chefarzt Radiologie
Kontakt: Tel. 034 421 26 00
marwan.el-koussy@spital-emmental.ch



Dr. med. Miriam Klimek-Kägi

Fachärztin FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe
Leitende Ärztin Gynäkologie (Wiedereintritt)
Kontakt: Tel. 034 421 34 00
miriam.klimek@spital-emmental.ch



Dr. med. Michael Strehlen

Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie
Leitender Arzt
Kontakt: Tel. 034 421 27 00
michael.strehlen@spital-emmental.ch



Margarete Römpler

Leiterin Qualitätsentwicklung und
Prozessmanagement
Kontakt: Tel. 034 421 21 96
margarete.roempler@spital-emmental.ch



Lesen Sie
«Gesundheit Emmental»
online im «Flipbook»

Nächste Publikumsanlässe



Die nächsten Publikumsvorträge werden coronabedingt als Videoübertragungen angeboten. Die Gelegenheit, Fragen zu stellen, gibt es aber trotzdem.

Seit 2010 informiert das Spital Emmental in öffentlichen Vorträgen über Krankheiten, Diagnosen und Therapiemöglichkeiten. Zahlreiche Emmentalerinnen und Emmentaler nutzten jeweils die Gelegenheit, sich persönlich im Spital über gesundheitsrelevante Themen zu informieren. Seit März wurden jedoch coronabedingt keine Publikumsvorträge mehr durchgeführt.

Wegen der anhaltenden Pandemie verzichtet das Spital Emmental auch in der nächsten Zeit darauf, die Vorträge live in den beiden Spitalgebäuden in Langnau und Burgdorf durchzuführen. Stattdessen werden die nächsten Publikumsvorträge weiterhin als Videoübertragung angeboten und nicht als Präsenzveranstaltung durchgeführt. Während der Übertragung besteht die Gelegenheit, per Chat Fragen an die Referentinnen und Referenten zu richten (19–20 Uhr). Diese werden schriftlich beantwortet. Die Vorträge werden nach der Übertragung auf der Homepage des Spitals aufgeschaltet und können so auch zu einem späteren Zeitpunkt angeschaut werden. Der Link zur Videoübertragung wird am Tag der Ausstrahlung auf der Homepage publiziert: www.spital-emmental.ch

25. Februar

Schlafstörungen im Alter

Referent: Dr. med. Markus Guzek, Leitender Arzt Psychiatrie, Bereichsleiter Alterspsychiatrie

28. April

Zellveränderungen im Genitalbereich: harmlos oder Krebs?

Referentin: Dr. med. Eva Kupietz, Leitende Ärztin Gynäkologie

Wer die letzten fünf Publikumsvorträge verpasst hat, kann dies nachholen und sie sich auf der Homepage nochmals anschauen: «Wege aus der Schmerzspirale» (Fachgebiet: Schmerztherapie); «Erkrankungen am Darmausgang werden oft stillgeschwiegen» (Fachgebiet Chirurgie); «Psychosomatik: Wenn Stress krank macht» (Fachgebiet Psychosomatik); «Vorbereitung auf die Wintersaison: Wie beugt man Unfällen vor?» (Fachgebiet Physiotherapie); «Adipositas – mehr als Übergewicht» (Fachgebiet Diabetologie/Endokrinologie)