

ClaraAktuell

Ausgabe 75, Mai 2021

Das Claraspital ist SAKK-Zentrum

Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK) hat an ihrer letzten Generalversammlung das Claraspital zum SAKK-Zentrum gewählt. Damit wird anerkannt, dass sich das Tumorzentrum im Claraspital seit Jahren aktiv an der patientenbezogenen Forschung beteiligt.

Screening Coronavirus vor dem Spitaleintritt

Elektiv stationäre Patienten müssen bei Eintritt einen weniger als 72 Stunden alten negativen Corona-Test vorweisen. Diese Regelung gilt auch für Patienten, die bereits eine Coronavirus-Infektion gehabt haben oder gegen das Coronavirus geimpft sind. Ohne Vorweisen eines negativen Corona-Tests wird die Behandlung/der Eingriff abgesagt. Wir akzeptieren den Antigen-Schnelltest im Nasenrachenabstrich oder einen PCR-Test. Der Corona-Test kann in Ihrer Praxis, in einer Apotheke, in einem Corona-Testzentrum oder in der Covid-Test-Unit des Claraspitals (Terminvereinbarung unter 061 685 33 50) gemacht werden. Bitte informieren Sie Ihre Patienten entsprechend. Herzlichen Dank.

Tumorzentrumsymposium: Herausforderung in der Onkologie/Hämatologie

1. Juli 2021, 16.00–17.30 Uhr, anschließend Führung
Anmeldung marita.collings@claraspital.ch

Impulsreferate

- Jenny Strahm: Herausforderung Ernährung bei Krebspatienten
- Rolf Huck, Verwaltungsrat Begegnungszentrum CURA: Psychosoziale Betreuung
- Andreas Dörner: Psychoonkologie

Round Table

Teilnehmer: Prof. Dr. Andreas Zeller, Beate Schindler, Rolf Huck, Prof. Dr. Martin Buess, Dr. Monika Ebnöther, Prof. Dr. Wolfgang Harms

Moderation: Prof. Dr. Dieter Köberle

Besichtigung

Ambulant vor Stationär

Invasive Kardiologie im Wandel

Unter dem Titel «AVOS – Ambulant vor Stationär» sind bereits in den vergangenen Jahren Eingriffe verschiedener Fachdisziplinen definiert worden, die grundsätzlich ambulant erfolgen müssen. Neu finden sich seit diesem Jahr auch «diagnostische Herzkatheteruntersuchungen» sowie «Implantation und Wechsel von Herzschrittmachern» auf dieser kantonalen «16er-AVOS-Liste». Nicht unter den AVOS-pflichtigen Prozeduren finden sich die interventionellen Therapien, z.B. PTCA und Stentimplantation und die Implantation von implantierbaren Defibrillatoren (ICDs).



Seit Anfang 2021 sind auch diagnostische Herzkatheteruntersuchungen auf der AVOS-Liste.

Zur Ergänzung der 16er-AVOS-Liste mit obligat ambulant durchzuführenden Eingriffen wurde von den kantonalen Behörden im Herbst auch ein «Ausnahmekriterienraster» veröffentlicht, das aufzeigt, unter welchen Bedingungen diese Eingriffe ausnahmsweise dennoch stationär erfolgen dürfen. Diese Kriterien müssen jetzt in jedem Einzelfall vor der Planung eines Eingriffs kontrolliert und ggf. dokumentiert werden.

Die neuen Vorschriften erforderten die Planung und Umsetzung vollständig neuer Abläufe in

der invasiven Kardiologie. Von der Anmeldung der Patienten über eine neu geschaffene Indikations-Sprechstunde zur Vorbereitung bis zur ambulanten Untersuchung selbst und der Nachbetreuung der Patienten unmittelbar nach dem Eingriff und auch im weiteren Verlauf wurden alle Prozessschritte neu organisiert.

Neuer Ablauf

Konkret führt das zu folgendem Ablauf:

1. Ihre Anmeldung des Patienten wird vom Kardiologen geprüft und Dringlichkeit und die Art des Eingriffs festgelegt.

Editorial



Liebe Kolleginnen Liebe Kollegen

Die zunehmende Verlagerung der stationären zur ambulanten Leistungserbringung ist gesamtwirtschaftlich gewünscht und auch sinnvoll. Im Kanton Basel-Stadt trat bereits per 1. Juli 2018 eine Liste mit insgesamt 13 Eingriffen in Kraft, die seither ambulant durchzuführen sind. Der Bund folgte am 1. Januar 2019 mit einer Liste mit sechs Eingriffen und garantiert seither eine einheitliche Regelung dieser Eingriffe schweizweit. Im Januar 2021 wurde die Anzahl der Eingriffe in der gemeinsamen Gesundheitsregion beider Basel auf sechzehn erweitert. Stationäre Eingriffe für die Listeneingriffe sind nur noch möglich, wenn mindestens ein definiertes Ausnahmekriterium gemäss einer Kriterienliste vorliegt.

Die Umstellung von stationär auf ambulant erfordert von den Spitälern viele prozessuale Anpassungen und hat auch uns bzw. die betroffenen Abteilungen, vor einige Herausforderungen gestellt. In dieser Ausgabe des ClaraAktuell lassen wir unsere Kollegen der Kardiologie zu Wort kommen, welche die neuen Abläufe, die Vor-, aber auch die Nachteile der sich neu auf der 16er-AVOS-Liste befindlichen Therapien beschreiben. Ihre ersten Erfahrungen mit den ambulanten Abläufen sind durchaus positiv. Sehr erfreulich ist die hohe Patientenzufriedenheit. Wermutstropfen sind, wie bei jeder stärkeren Regulierung, der höhere administrative Aufwand und die längeren Wartezeiten.

Sehr erfreut sind wir, dass wir Ihnen dieser Tage die Einladung für das Symposium des Tumorzentrums am 1. Juli 2021 zustellen können. Das Programm und der Kontakt für die Anmeldung finden Sie auch auf Seite 1. Wir sind zuversichtlich, dass die Lockerungen für Anlässe, die der Bundesrat im April beschlossen hat, weiterhin gültig sein werden und freuen uns sehr über einen Austausch ad personam mit Ihnen.

Wir wünschen Ihnen eine gute Lektüre.

Prof. Dr. med. Dieter Köberle

Prof. Dr. med. Markus von Flüe



Sonografie des Herzens

2. Der Patient wird in die Indikationssprechstunde aufgebeten.
3. In der Indikationssprechstunde werden die Ausnahmekriterien überprüft und entschieden, ob der Eingriff ambulant erfolgen kann oder stationär durchgeführt werden muss. Die Aufklärung erfolgt persönlich durch den interventionellen Kardiologen. Der Termin wird festgelegt.
4. Im ambulanten Fall tritt der Patient wenige Tage später direkt im Überwachungsraum unseres Herzkatheterlabors ein. Der Eingriff wird durchgeführt, danach erfolgt eine Nachüberwachung für einige Stunden, bevor der Patient wieder nach Hause austritt. Ein kurzer Bericht über den Eingriff und den Verlauf inklusive Prozedere und Medikation wird gleichentags erstellt und Ihnen zugesandt.
5. Am Folgetag wird der Patient nach einer Herzkatheteruntersuchung für ein telefonisches Follow-up kontaktiert, nach einer Herzschrittmacherimplantation muss der Patient nochmals für ein Röntgen-Thorax und eine Herzschrittmacherkontrolle in die Schrittmachersprechstunde des Claraspitals kommen.

Diverse Herausforderungen

Technisch betrachtet sind diagnostische Herzkatheteruntersuchungen im ambulanten Setting problemlos machbar. Die Herausforderung bei ambulanten Herzkatheteruntersuchungen liegt im Resultat der Untersuchung und damit der fehlenden Planbarkeit der Indikation für eine perkutane Koronarintervention. So weiss man vor einer diagnostischen Herzkatheteruntersuchung nicht, ob aus dieser Untersuchung die Indikation zu einer Koronarintervention (PCI) oder gar zu einer aortokoronaren Bypass-Operation folgt.

Wurden bisher im stationären Setting Koronarinterventionen meist ad hoc, das heisst unmittelbar im Anschluss an die diagnostische Koronarangiografie, durchgeführt, ist dies jetzt nicht mehr in jedem Falle möglich, da für ambulante Herzkatheteruntersuchungen kein stationäres Bett vorgehalten werden kann. Im Falle einer Indikation zur PCI versuchen wir im

Rahmen des Möglichen natürlich trotzdem, dem Patientenwunsch für eine sofortige PCI nachzukommen, was jedoch nicht garantiert werden kann.

Auch die als Resultat einer Herzkatheteruntersuchung gegebenenfalls notwendige Vorbereitung zu einer Bypassoperation oder einem Herzklappenersatz, die bisher stationär an einem einzigen Tag erfolgen konnte, benötigt neu die Koordination mehrerer, jetzt ebenfalls ambulant durchzuführender Untersuchungen, was einen grösseren logistischen und administrativen Aufwand bedeutet und sich über einen viel längeren Zeitraum erstreckt, als bisher gewohnt. Darüber hinaus ist es weniger gut möglich, einen Patienten im ambulanten Setting vollumfänglich über einen solchen bevorstehenden Eingriff zu informieren. Bisher erfolgte dies in mehreren Gesprächen am Patientenbett, wobei der Patient auch die Zeit zum Verarbeiten von Informationen dieser Tragweite hatte. Das geht durch das ambulante Setting verloren.

Eine weitere grosse Herausforderung ist die Dringlichkeit, mit welcher die invasive Diagnostik und damit ggf. auch die Therapie erfolgen soll. Der ambulante Ablauf wie oben beschrieben benötigt mindestens eine Woche Vorlauf bis zur Herzkatheteruntersuchung oder Schrittmacherimplantation und eignet sich nicht für sehr dringende oder gar notfallmässige Indikationen. Die Dringlichkeit ist jedoch keines der vom Kanton vordefinierten Ausnahmekriterien. Wir rechnen daher mit einer höheren Zahl an notfallmässigen Einweisungen, da die AVOS-Vorgabe ein «dringlich-elektiv», wie es bisher häufig vorkam, nicht mehr zulässt. Wir möchten Sie als Zuweiser daher auch gerne um eine Angabe zur Dringlichkeit des Eingriffs bei der Anmeldung zur Herzkatheteruntersuchung oder zur Herzkatheteruntersuchung bitten.

Notfallmässige Untersuchungen bei instabilen Krankheitsbildern erfolgen im Claraspital natürlich weiterhin zu jeder Tages- und Nachtzeit durch unseren 24h-Pikettbetrieb des Herzkatheterlabors.

Die Liste der zu prüfenden Ausnahmekriterien ist lang und reicht vom Alter unter 16 oder über 75 Jahre, über eine Herzinsuffizienz > NYHA II, die Einschränkung der Nierenfunktion (GFR < 60), einen unzureichend eingestellten Diabetes, die Notwendigkeit einer oralen Antikoagulation und instabilen psychischen Störungen bis hin zu sozialen Kriterien wie dem Fehlen einer Betreuungsperson im Haushalt.

Wenn aus Ihrer Sicht bei einer Zuweisung bereits klar ist, dass ein Eingriff nicht ambulant erfolgen kann, sind wir für einen Vermerk dazu mit Angabe des Grundes sehr dankbar.

Interview

mit Dr. Christoph Kohler, Leitender Arzt Kardiologie



Herr Dr. Kohler, wie viele ambulante im Vergleich zu stationären Eingriffen führen Sie im Moment auf der interventionellen Kardiologie durch?

Hier muss man unterscheiden zwischen der Implantation von Schrittmachern und den Herzkatheteruntersuchungen. Die Implantation von Schrittmachern haben wir vorher noch nicht ambulant durchgeführt, sondern erst jetzt durch die kantonalen Vorgaben damit begonnen. In der Vorbereitung hatten wir damit gerechnet, dass zukünftig ungefähr die Hälfte der Schrittmacher-Implantationen ambulant und die andere Hälfte stationär erfolgen wird. In diesem Jahr haben wir bis jetzt aber nur ein Viertel davon ambulant durchgeführt. Aufgrund einer kurzfristigen Änderung der Ausnahmekriterien sind drei Viertel stationär gelaufen. Bei den Herzkatheteruntersuchungen, die wir häufiger durchführen, waren bisher etwa 20% ambulant. Detaillierte Statistiken fehlen aber bisher noch.

Was hat sich im Hinblick auf Diagnose, Patientenklintel sowie der Art der ambulanten Eingriffe in den letzten Jahren verändert?

In den letzten Jahren hat sich viel getan, was die bildgebende Diagnostik in der Kardiologie angeht. Seit einiger Zeit können wir mit dem Kardio-MRI eine ausgefeilte Ischämiediagnostik betreiben und wir haben zudem die Möglichkeit, Herzkranzgefässe auch mit dem Koronar-CT zu beurteilen. Bei vielen jungen Patienten, die keine sehr hohe Wahrscheinlichkeit für eine koronare Mehrgefässerkrankung haben, wählen wir zunächst nichtinvasive bildgebende Verfahren wie das Koronar-CT, um eine koronare Herzerkrankung auszuschliessen. Diese einfacheren Fälle kommen gar nicht erst ins Katheterlabor. Die Patienten, die wir tatsächlich invasiv untersuchen, sind zumeist schwerere Fälle, bei denen wir eine koronare Mehrgefässerkrankung mit Behandlungsbedarf erwarten. Dies beisst sich ein wenig mit den kantonalen Vorgaben, diagnostische Herzkatheteruntersuchungen grundsätzlich ambulant durchzuführen. Die Diagnostik ist zwar ambulant möglich, aber die daraus folgende Therapie erfordert ein stationäres Umfeld.

Was sind für Sie die wichtigsten Vor- und Nachteile von vermehrt ambulant durchgeführten Interventionen?

Es handelt sich um eine grosse Herausforderung für die Spitäler. Grundsätzlich führt es zu Mehraufwand, wenn man die Diagnostik von der Therapie trennt. Dazu zwingen uns aber die kantonalen Vorgaben im Moment. Von der Planbarkeit her ist dies ein Nachteil, denn stationäre Betten für ambulante Patienten vorzuhalten, ist finanziell nicht machbar. Unterschätzt haben wir auch die Schwierigkeit, die Dringlichkeit der Anmeldungen abzuschätzen und entsprechend zu triagieren, also zu entscheiden, wie eilig der Eingriff ist und ob dieser elektiv ambulant erfolgen kann. Der Vorteil des ambulanten Systems ist, dass der Patient den Untersucher im Rahmen der vorbereitenden Sprechstunde vorher kennenlernt und genauer weiss, was auf ihn zukommt. Die Patientenzufriedenheit ist dadurch sowohl bei ambulantem als auch bei stationärem Vorgehen sehr hoch.

Wir haben versucht, den Aufwand für die zuweisenden Kollegen nicht grösser zu machen. Für sie ändert sich nichts. Wir sind dankbar, wenn bei der Anmeldung für eine diagnostische Herzkatheteruntersuchung oder eine Herzschrittmacher-Implantation bereits mitgeteilt wird, ob der Eingriff ambulant oder stationär erfolgen soll.

Ändert sich mit den vermehrt ambulanten Eingriffen etwas für die Zuweiser?

Wir werden zunehmend mehr und einfache Massnahmen ambulant durchführen – auch therapeutische koronare Eingriffe – und den Standard an Nachüberwachung senken. Das ist in anderen Ländern bereits üblich. Auf der anderen Seite werden die kardiologischen Patienten auch immer älter und haben häufig relevante Erkrankungen. Stationäre Aufenthalte wird es also parallel weiterhin brauchen, bei zunehmender Komplexität. Zudem müssen wir uns darauf einstellen, dass wir die Entscheidung «ambulant oder stationär» weiterhin individuell treffen müssen.

Wie sehen Sie die zukünftige Entwicklung in der ambulanten interventionellen Kardiologie?

Wir werden zunehmend mehr und einfache Massnahmen ambulant durchführen – auch therapeutische koronare Eingriffe – und den Standard an Nachüberwachung senken. Das ist in anderen Ländern bereits üblich. Auf der anderen Seite werden die kardiologischen Patienten auch immer älter und haben häufig relevante Erkrankungen. Stationäre Aufenthalte wird es also parallel weiterhin brauchen, bei zunehmender Komplexität. Zudem müssen wir uns darauf einstellen, dass wir die Entscheidung «ambulant oder stationär» weiterhin individuell treffen müssen.

Besten Dank für das Gespräch.

Erste, positive Erfahrungen, hohe Patientenzufriedenheit

Seit Beginn dieses Jahres sammeln wir nun mit diesen neuen ambulanten Abläufen Erfahrungen, die ich im Folgenden kurz zusammenfasse:

- Sehr erfreulich ist die hohe Patientenzufriedenheit. Die neugeschaffene Indikationssprechstunde wird sehr geschätzt, das Vor-Gespräch mit dem Interventionalisten führt zu deutlich weniger Nervosität vor dem Eingriff. Das freundliche Team des Herzkatheterlabors, welches jetzt vom Eintritt bis zum Austritt die Patienten betreut, trägt ebenfalls stark dazu bei, dass unsere Patienten sich

auch in dieser etwas technisch geprägten Umgebung wohl fühlen.

- Auch bei mehrzeitig (nicht ad hoc) erfolgten Koronarinterventionen führt die dadurch entstehende gute Planbarkeit zu einer hohen Zufriedenheit der Patienten.
- Dem Patientenwunsch bezüglich ambulanter oder stationärer Behandlung kann erfreulich oft entsprochen werden, da z.B. gerade bei betagten Patienten ein gewisser Entscheidungsspielraum besteht und jüngere Patienten oft das ambulante Vorgehen bevorzugen.
- Der administrative Aufwand steigt durch die zusätzlichen Abklärungen, die nötige Dokumentation von Ausnahmekriterien und durch die Indikationssprechstunde deutlich.

- Die Dauer von der Anmeldung eines Patienten bis zur Intervention / Therapie hat durch AVOS deutlich zugenommen.

Insgesamt sind unsere ersten Erfahrungen mit AVOS in der Kardiologie also durchaus positiv, wobei es auch noch Prozesse gibt, die im Laufe der Zeit und mit zunehmender Erfahrung verbessert werden können. Durch die hohe Patientenzufriedenheit können wir auch mit den etwas umständlicheren Abläufen gut leben. Für eine Bewertung der finanziellen Auswirkungen auf den Betrieb unseres Herzkatheterlabors ist es derzeit jedoch noch zu früh.

Dr. med. Christoph Kohler, Leitender Arzt Kardiologie

Kontakte

	Telefon/E-Mail
Zentrale	061 685 85 85
Diagnostik / Therapie	
Radiologie / Nuklearmedizin	roentgen@claraspital.ch
Prof. Dr. Martin Hoffmann	061 685 82 85
Dr. Susanne Klug	061 685 82 85
Dr. Kwadwo Antwi	061 685 82 85
Dr. Franz Büttner	061 685 82 85
Dr. Frank-Günther Füchsel	061 685 82 60
Dr. Caroline Oursin	061 685 82 85
Dr. Stefan Sonnet	061 685 82 85
Dr. Jan Reichmann	061 685 82 85
Dr. Christian Bieg	061 685 82 85
Dr. David Fasler	061 685 82 85
Dr. Angelika Meurer	061 685 82 85
Dr. Andrea Solèr	061 685 82 85
Dr. Philippe Vogel	061 685 82 85
PET/CT	061 685 82 60
Physiotherapie	physiotherapie@claraspital.ch
	061 685 83 90
Operative Klinik	
Gynäkologie / Gynäkologische Onkologie	
	gynäkologie@claraspital.ch
Prof. Dr. Rosanna Zanetti Dällenbach	061 685 89 09
Dr. Matthias Siebert	061 685 89 09
Dr. Martina Machacek	061 685 89 09
PD Dr. Verena Geissbühler	061 685 89 09
Urologie	urologie@claraspital.ch
PD Dr. Tobias Zellweger	061 685 85 23
Dr. Robin Ruszat	061 685 85 22
Dr. Martin Bosl	061 685 85 18
Dr. Waltraud Remmele	061 685 85 56
Dr. Peter Ardelit	061 685 84 33
Dr. Raphael Gehrler	061 685 85 24
Dr. Karsten Reinhart	061 685 85 20
Dr. Julia von Bidder	061 685 85 56
Anästhesie	anaesthesie@claraspital.ch
	061 685 84 63
Schmerzsprechstunde	061 685 84 63
Intensivmedizin	intensivmedizin@claraspital.ch
	061 685 85 65
Clarunis – Universitäres Bauchzentrum Basel	
	061 777 75 75
Viszeralchirurgie	viszeralchirurgie@clarunis.ch
Prof. Dr. Markus von Flüe	061 777 75 05
Prof. Dr. Otto Kollmar	061 777 73 20
PD Dr. Martin Bolli	061 777 75 08
Prof. Dr. Ralph Peterli	061 777 75 01
Dr. Beatrice Kern	061 777 75 06
PD Dr. Daniel Steinemann	061 777 75 09
Dr. Ida Füglistaler	061 777 75 09
Dr. Marc-Olivier Guenin	061 777 75 04
Dr. Bernard Descoudres	061 777 75 00
Dr. Belma Dursunoglu	061 777 75 00
Dr. Sonja Feichter	061 777 75 00
Dr. Béatrice Haas	061 777 75 00
Dr. Christina Manke	061 777 75 00
PD Dr. Marco von Strauss	061 777 75 30
Stomaberatung	061 777 75 76
Selbstständige Sprechstunde	
PD Dr. Ch. Ackermann	061 777 75 02
Gastroenterologie	gastroenterologie@clarunis.ch
PD Dr. Miriam Thumshirn	061 777 76 01
Dr. Michael Manz	061 777 76 02
Dr. Maja Gruber	061 777 76 04

	Telefon /E-Mail
Zentrale	061 685 85 85
Notfall	
Dr. Stephn Steuer	061 685 83 70
Dr. Luzia Meier	061 685 83 70
Dr. Rico Ehms	061 685 83 33
Dr. Sibylle Felber	061 685 83 33
Dr. Friedemann Roos	061 685 83 33
Tagesarzt Chirurgie	061 685 80 20
Tagesarzt Medizin	061 685 80 30
Telefonzeiten	Mo–Fr 8.00–17.00 Uhr übrige Zeit über Zentrale

Medizin

Tumorzentrum	tumorzentrum@claraspital.ch 061 685 84 00
---------------------	--

Onkologie/Hämatologie

Prof. Dr. Dieter Köberle	061 685 84 70
Prof. Dr. Martin Buess	061 685 84 75
Dr. Corinne Cescato	061 685 84 39
Dr. Monika Ebnöther	061 685 88 65
Dr. Bernward Niemann	061 685 84 39
Dr. Stefani Parmentier	061 685 88 65
Dr. Thomas Schmid	061 685 88 65
PD Dr. Arnaud Templeton	061 685 84 39
Dr. Melanie Löffler	061 685 84 39
Dr. Catherine Schill	061 685 84 75
Dr. Claudio Thurneysen	061 685 88 65

Onkologisches

Ambulatorium	061 685 81 95
---------------------	---------------

Radioonkologie

radioonkologie@claraspital.ch	
Prof. Dr. Wolfgang Harms	061 685 82 00
Dr. Branka Asadpour	061 685 82 00
Dr. Katarzyna Mosna-Firlejczyk	061 685 82 00
Dr. Klemens Neppach	061 685 82 00

Psychoonkologie

061 685 84 00

Kardiologie

kardiologiesekretariat@claraspital.ch

PD Dr. Lukas Altwegg	061 685 83 80
Dr. Christoph Grädel	061 685 83 80
Dr. Christoph Kohler	061 685 83 80
Dr. Martin Schläpfer	061 685 83 80
Dr. Daniel Périat	061 685 83 80

Pneumologie/Thoraxchirurgie

pneumologie@claraspital.ch

PD Dr. Sebastian Ott	061 685 84 73
Dr. Anna-Maria Balestra	061 685 84 73
Dr. Paul Buser	061 685 84 73
PD Dr. Ladina Joos Zellweger	061 685 84 73
Dr. James Habicht	061 685 84 73
Dr. Mirjam Osthoff	061 685 84 73
Dr. Oliver Tanneberger	061 685 84 73
Dr. Silvan Vesenbeckh	061 685 84 73
Lungenfunktion	061 685 84 74
Bronchoskopie	061 685 84 73

Infektiologie

Dr. Chloé Kaech	061 685 82 92
Dr. Mario Kurz	061 685 82 51

Allgemeine Innere Medizin/ Endokrinologie mit Ernährungszentrum

innere-medizin-endokrinologie@claraspital.ch

Prof. Dr. Thomas Peters	061 685 89 40
Dr. Martina Gebhart	061 685 89 40
Dr. Marc Slawik	061 685 89 40
Dr. Andrea Egger	061 685 89 40
Dr. Thanh-Trúc Ngô Bá	061 685 89 40
Dr. Davide Spica	061 685 83 79

Palliativstation

Dr. Eva Balmer	061 685 84 00
Dr. Nina Rogge	061 685 84 00
Dr. David Hutter	061 685 84 00

Langzeiteffekte der bariatrischen Chirurgie

Die gewichtsreduzierende Chirurgie ist der konservativen Therapie überlegen: Es gelingt, das Gewicht dauerhaft zu senken und zu stabilisieren, die Folgeerkrankungen zu vermindern, die Lebensqualität zu verbessern und überdies die Lebenserwartung zu verlängern. Die St. Clara Forschung präsentiert diverse Folgestudien zu Langzeitresultaten nach bariatrischen Eingriffen

In einer von Prof. R. Peterli initiierten und international vielbeachteten, randomisierten Studie¹, bei der die zwei Operationstypen Magenbypass und Schlauchmagen verglichen wurden, konnte gezeigt werden, dass nach fünf Jahren bezüglich des Gewichtes sehr ähnliche Resultate zu erreichen sind. In der gleichen Ausgabe des Fachjournals JAMA wurde eine ebenfalls randomisierte Studie² aus Finnland publiziert, bei der auch diese zwei Operationstypen verglichen wurde.

Die St. Clara Forschung nahm mit den finnischen Kollegen Kontakt auf. Die Daten beider Studien wurden durch weitere Parameter ergänzt und gemeinsam ausgewertet. Durch die höhere Patientenzahl gewann die Auswertung an statistischer Aussagekraft und es konnte gezeigt werden, dass Magenbypass-Patienten tatsächlich einen höheren Gewichtsverlust sowie öf-

ters eine Verbesserung der Blutfett- und Blutdruckwerte erfahren. Etwas häufiger waren hingegen Komplikationen nach Magenbypass. In der Zwischenzeit wurde die Operationstechnik allerdings verfeinert und eine typische Komplikation nach Magenbypass-OP («innere Hernie») kommt inzwischen deutlich seltener vor.

Zwei weitere Studien, die sich ebenfalls mit den Langzeitresultaten nach bariatrischen Eingriffen befassten, konnten in den letzten Monaten abgeschlossen werden.

Vergleichsstudie zu Knochenstoffwechsel und Körperzusammensetzung

Bei stark übergewichtigen Patienten besteht oft ein Vitamin-D-Mangel. Gewichtsreduzierende Massnahmen können bestehende Mängel verstärken.

Zwar werden nach operativen Eingriffen routinemässig Vitamine und Spurenelemente verabreicht, dennoch zeigen Untersuchungen, dass sich der Knochenstoffwechsel nach gewichtsreduzierenden Eingriffen verändert und es zu einer Abnahme der Knochendichte kommt.

In einer Vergleichsstudie³ mindestens fünf Jahre nach Operation wurde untersucht, ob es bezüglich Knochendichte und Körperzusammensetzung Unterschiede zwischen den beiden Operationstypen gibt. Bei beiden Gruppen konnte bei 45% eine leicht reduzierte Knochenmasse gefunden werden (Osteopenie), wobei es keinen Unterschied zwischen den OP-Typen gab. Die lebenslange Substitution mit Vitaminen und Spurenelemente ist somit bei beiden Eingriffen ein Thema. Bei der Änderung der Körperzusammensetzung zeigt sich tendenziell ein

günstigeres Bild beim Magenbypass mit einem grösseren Verlust an Fettmasse.

Vergleichsstudie zu Sodbrennen und Reflux

Bei bereits vorhandenem Sodbrennen scheint die Magenbypass-OP häufiger zu einer Verbesserung der Symptome zu führen im Vergleich zur Schlauchmagen-OP. In einer Studie⁴ wurden 169 Patienten, die am Claraspital operiert wurden, durchschnittlich sieben Jahre nach der Operation kontrolliert. Die Diagnose Barrett wird in diesem Kollektiv weit weniger häufig als in anderen Studien beschrieben und kommt sowohl bei Schlauchmagen- als auch bei Magenbypass-Patienten vor. Hingegen wurde bei Schlauchmagen-Patienten viel häufiger eine Refluxösophagitis beschrieben, auch wurden öfters subjektive Beschwerden und die Einnahme von säurehemmenden Medikamenten berichtet.

PD Dr. med. Bettina Wölnerhanssen, Leiterin St. Clara Forschung AG

Referenzen:

¹**Effect of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy vs Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass on Weight Loss in Patients With Morbid Obesity: The SM-BOSS Randomized Clinical Trial.** *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Jan 2018. R. Peterli; B. K. Wölnerhanssen; T. Peters; D. Vetter; D. Kröll; Y. Borbély; B. Schultes; C. Beglinger; J. Drewe; M. Schiesser; P. Nett; M. Bueter.

²**Effect of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy vs Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass on Weight Loss at 5 Years Among Patients With Morbid Obesity: The SLEEVEPASS Randomized Clinical Trial.** *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Jan 2018. P. Salminen; M. Helmiö; J. Ovaska; A. Juuti; M. Leivonen; P. Peromaa-Haavisto; S. Hurme; M. Soinio; P. Nuutila; M. Victorzon.

³**Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass versus laparoscopic sleeve gastrectomy: 5-year outcomes of merged data from two randomized clinical trials (SLEEVEPASS and SM-BOSS).** *British Journal of Surgery (BJS)*, Dec 2020. B. K. Wölnerhanssen; R. Peterli; S. Hurme; M. Bueter; M. Helmiö; A. Juuti; A.C. Meyer-Gerspach; M. Slawik; P. Peromaa-Haavisto; P. Nuutila; P. Salminen.

⁴**Long-Term Effects of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy and Roux-en-Y Gastric Bypass on Body Composition and Bone Mass Density.** *Obesity Facts*, Dec 2020. J. Bühler; S. Rast; C. Beglinger; R. Peterli; T. Peters; M. Gebhart; A. C. Meyer-Gerspach; B. K. Wölnerhanssen.

Weiterbildung für Ärzte

Claraspital / Rapportraum, 5. Stock Tumorboard

Gastrochirurgisches und allgemeines Tumorboard: jeweils Dienstag, Mittwoch und Donnerstag 7.30–8.15 Uhr
Senologisches Tumorboard: jeweils Dienstag 16.45 Uhr
Urogenitales Tumorboard: jeweils Freitag 12.30 Uhr
Thoraxtumorboard (NEU): jeweils Mittwoch 17.00 Uhr

Claraspital, Sitzungszimmer, 5. Stock

Fort- und Weiterbildung Gynäkologie

19.08.2021: 15.30–18.15 Uhr
Referenten: Prof. Dr. R. Zanetti Dällenbach, Dr. C. Engmann, Prof. Dr. W. Harms, Prof. Dr. T. Peters, Prof. Dr. V. Geissbühler, Dr. M. Siebert, Prof. Dr. D. Köberle
Anmeldung: gynäkologie@claraspital.ch

Claraspital, Sitzungszimmer, 5. Stock, neu auch per Livestream

Clarunis – Gastroforum

18.00–20.00 Uhr

26.05.2021: Neue Standards bei Rektumkarzinom, Prof. Dr. med. Markus von Flüe

16.06.2021: Leberzirrhose – ein Update, Prof. Dr. med. Markus Heim, PD Dr. med. Christine Bernsmeier

Impressum

Herausgeber

St. Claraspital, Basel
www.claraspital.ch

Konzeption, Prepress

swissprofessionalmedia AG
Medical Tribune

Gestaltungskonzept

Multiplikator AG, Basel

Redaktion

dieter.koerberle@claraspital.ch
thomas.peters@claraspital.ch
beatrix.sonderegger@claraspital.ch
petra.genetzky@medical-tribune.ch

Druck

Tanner & Bosshardt AG, Basel

© Nachdruck nur mit
Nennung der Quelle