

# newsletter 5/2010



## Liebe Leserinnen, liebe Leser

Berichte über das Gesundheitswesen erscheinen täglich in den Medien. Die Probleme damit scheinen global umspannend zu sein. Dabei ist es relativ einfach. Es gibt drei Formen des Gesundheitswesens:

Das nicht Existente. Ein Gros der dritten Welt lebt mit diesem Problem. Medizinische Leistungen sind nicht vorhanden. Selbst mit einer zusätzlichen Finanzierung können diese Leistungen im eigenen Land nicht eingekauft werden. Diese Form des Gesundheitswesens ist äusserst günstig aber für die Menschen die damit leben müssen sicher nicht befriedigend.

Die zweite Form ist diejenige, die vermutlich in den meisten Ländern existiert und dies ist auch die Form, in die hineinzurutschen wir Gefahr laufen. In diesem System existieren zwei Klassen. Die öffentlichrechtliche Versorgung ist miserabel und ungenügend, man kann sich aber problemlos medizinische Leistungen selber finanzieren. Dieses System ist aber nicht nur in Schwellenländern gang und gäbe. Leider existiert es bereits in diversen Erstweltländern wie den Vereinigten Staaten oder Italien.

Das dritte System ist ein Einklassengesundheitswesen, welches für alle Bürger eine volle medizinische Versorgung mit allen Leistungen garantiert. Eigentlich könnten wir uns glücklich schätzen dieses System zu haben aber es ist uns zu teuer.

Was heisst zu teuer? Das Gesundheitswesen ist ein Segment unserer Volkswirtschaft mit Wachstum. Anders als in Segmenten wie Telekommunikation oder Tourismus wird dieses Wachstum aber nicht als positiv erkannt sondern ähnlich den Steuern als eine schmerzhafteste Verteuerung empfunden. Es wird seit Jahren suggeriert, dass diese Verteuerung nur auf Grund unnötiger Leistungen aufgetreten sei. Wenn wir aber eine etwas genauere Analyse der Situation vornehmen ist relativ schnell klar, dass diese Argumentation kaum haltbar ist. Mit der Einführung des KVG's wurde das Gesundheitswesen verpflichtet, Leistungen zu erfassen um statistische Analysen der Qualität und der Preise durchführen zu können. Leider kann bis heute noch nicht gesagt werden, ob ein neues, teures Verfahren volkswirtschaftlich nicht günstiger ist. Dies im Hinblick auf Hospitalisationszeiten oder anschliessende Arbeitsunfähigkeit. Ein weiterer Punkt, dass mehr Ärzte zu mehr Leistungen führen, konnte ebenfalls nicht bestätigt werden. Durch den Praxisstopp konnte die Leistungsausweitung nicht eingedämmt werden.

Nüchtern betrachtet ist es relativ klar wieso ein Wachstum besteht. Einerseits ist die demografische Entwicklung in den Industrienationen richtungsweisend. Durch die immer älter werdende Bevölkerung werden mehr Leistungen benötigt.

Zweitens zeigt die Bevölkerung eine vermehrte Konsummentalität. Das heisst, dass Eigenverantwortung im Gesundheitswesen möglichst eliminiert wird. Auf Grund der vollumfänglichen medizinischen Abdeckungen wird die Gesundheit zur Selbstverständlichkeit. Kleinste Symptome werden sofort vorgebracht und wehe dem Arzt, der sie nicht behandelt. Hochrisiko- Sportarten florieren ohne Rücksicht auf unfallbe-

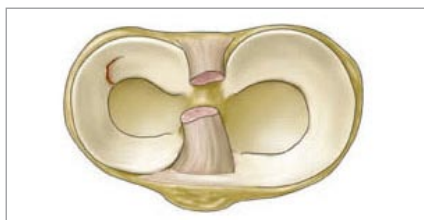
dingte Arbeitsfähigkeiten und unabhängig vom Alter wird eine körperliche Funktion und Mobilität erwartet, die diverse operative oder medizinische Leistungen verlangt. Auf Grund dieser Situation müssen wir eigentlich glücklich sein, ein funktionierendes Gesundheitswesen zu haben, welches auf Grund der demografischen Daten ein mehrprozentiges jährliches Wachstum aufweist. Will man dies nicht akzeptieren wird ein Sparen im Gesundheitswesen nur möglich sein, wenn man Leistungen einschränkt. Da dies keine politische Partei auf ihre Banner schreiben will, ist die einzige Möglichkeit bei den Leistungserbringern zu sparen, auch wenn dies nur einen sehr kurzfristigen Effekt hat. Den Nebeneffekt von solchen Aktionen sieht man nun in der Presse. Das Gesundheitswesen, vormals prestigebeladen, bekommt einen dermassen unangenehmen Beigeschmack, dass wir heute Mühe haben junge Generationen motivieren zu können in diesem Bereich zu arbeiten. Im Bereich Pflegedienst besteht dieses Problem seit Jahren. Nun sehen wir es aber zum ersten Mal auch bei den Ärzten. Wir bilden weit weniger Ärzte aus als wir auf Grund der Daten in den nächsten 20 Jahren benötigen. Mit dem Rückgang der Ärzte wird das Sparen einfacher. Einerseits wird sich das Zweiklassen-System sehr schnell entwickeln. Wer gut ausgebildet ist wird selbstzahlende Patienten behandeln. Somit wird die Belastung für den Staat und die Krankenkassen bestimmt kleiner.

Die Belastung für den einzelnen Haushalt wird aber ansteigen. Im öffentlichen Gesundheitswesen werden Leistungen später erbracht, die Wartezeiten verlängern sich. Dies ist nicht nur eine Qualitätsverschlechterung, dies führt auch dazu, dass diverse Krankheitsbilder nicht mehr behandelt werden müssen weil der natürliche Verlauf (der Tod) dieses Problem vorgängig löst. Ist es wirklich das, was wir wollen?

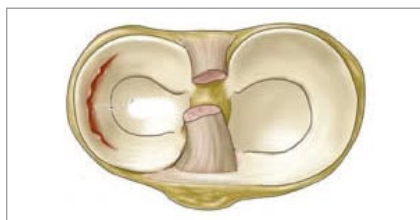
*Dr. med. Jan Leuzinger*

## Die Verletzungen des Meniskus Teil II

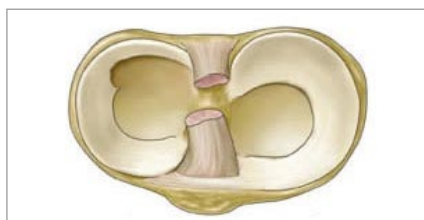
Wie in der letzten Ausgabe dargelegt sind die häufigsten Risse des Meniskus lappenförmig, gefolgt von den sogenannten Korbhenkelrissen. Die Lappen (Bild 1) sind in der Regel klein und können ohne nachteilige Spätfolgen entfernt werden, wobei meistens nicht einmal 20% des Meniskus entfernt (Bild 2) werden muss. Bei den Korbhenkelrissen verläuft der Riss häufig nahe an der Gelenkkapsel und bei einer Entfernung eines solchen Korbhenkels (Bild 3) würden weit über 60% des Meniskus entfernt werden müssen. Diese Risse werden wenn immer möglich genäht (Bild 4), um die Funktion des Meniskus zu erhalten. Diese Funktion besteht in der gleichmässigen Druckverteilung auf den Knorpel im Kniegelenk. Bei einer Entfernung von 80% des Meniskus steigt der Druck auf den Knorpel um einen Faktor 2 bis 3, was zum frühzeitigen Auftreten einer Arthrose führt. Mit dem Aufkommen moderner Nahtgeräte beobachtet man eine grössere Anzahl der Meniskusnähte im Vergleich zu früheren Jahren. Trotzdem sind nur etwa 10 bis 15% der Meniskusrisse für eine Naht geeignet. Während nach der Entfernung eines Lappenrisses der Patient das Bein sofort voll belasten darf und 3 bis 4 Wochen nach dem Eingriff wieder sportfähig ist muss nach einer Meniskusnaht (Bild 3) 6 Wochen an Stöcken entlastet werden. Sport ist erst nach 3 bis 6 Monaten, je nach Sportart, möglich. Das Risiko, dass ein genähter Meniskus innerhalb des ersten Jahres nach Operation erneut reisst beträgt heutzutage etwa 20 bis 30%.



*Bild 1: Lappen*



*Bild 3: Korbhenkel*



*Bild 2: Meniskusresektion*



*Bild 4: Meniskusnaht*

## Aktuelles von der Versicherungsfront:

Die SUVA hat beschlossen, die Kosten eines Fremdtransplantates als Kreuzbandersatz (sogenannter Allograft) bei erstmaligen Kreuzbandoperationen grundsätzlich nicht mehr zu übernehmen. Bei einer Zweit- oder gar Drittoperation wird der Allograft weiterhin übernommen, allerdings nicht mehr automatisch wie bis anhin sondern nur nach Rücksprache mit dem Operateur. Dazu muss man wissen, dass die Entnahme der eigenen Sehne während der Operation gesondert abgerechnet werden kann und die OP Zeit bei der Verwendung eines Allograftes wesentlich kürzer ist sodass beide Methoden in den Gesamtkosten in etwa gleich teuer sind, die Allograft Methode allerdings für den Patienten wesentlich angenehmer. Sie wird aber vorderhand nur der Medizin erster Klasse vorbehalten bleiben, denn die Privatversicherungen übernehmen die Kosten immer.

*Dr. med. Michael Borsky*

# Die Behandlung des flexiblen Knick- / Senkfusses

*Knick- / Senkfüsse sind in ca. 15 – 20 % der Population vorhanden, in der Umgangssprache wird bei Kindern und Jugendlichen die eine solche Deformität aufweisen, vom Plattfuss gesprochen. Meist ist aber nicht nur ein Abflachen des Längsgewölbes des Fusses vorhanden, sondern auch ein Einknicken der Ferse und eine vermehrte Umwendbewegung nach Aussen im unteren Sprunggelenk (Hyperpronation). Aus dieser Fehlstellung ergeben sich multiple Folgen für Fussgelenke, Muskeln und Sehnen am Unterschenkel und folglich auch für Knie, Hüften und Wirbelsäule.*

Bei der Geburt haben alle Kinder flexible Plattfüsse und die normale Höhe des Längsgewölbes entwickelt bis zum Alter von 7 – 10 Jahren. Danach spricht man vom Knick- / Senkfuss und unterscheidet zwischen fixierten und flexiblen Fehlstellungen. Bei der fixierten Fehlstellung bleibt das Längsgewölbe des Fusses flach, auch wenn der Patient nicht belastet.

Mit der Zeit entstehen strukturelle Schäden an den Weichteilen, am Knochen und Arthrose in den kleinen Fussgelenken (Abnutzung des Gelenknorpels). Eine symptomatische fixierte Plattfuss-Fehlform muss deshalb meist mit grösseren Operationen und Gelenkversteifungen behandelt werden.

Beim flexiblen Knick- / Senkfuss bestehen verschiedene Schweregrade und die Patienten können je nach dem das Längsgewölbe und die Rückfussstellung noch aktiv mit ihren eigenen Muskelkräften und mit Hilfe von Schuheinlagen aufrichten.

Die erste Behandlung des Knick- / Senkfusses bei Patienten ohne Beschwerden wird sich daher auf eine regelmässige Fussgymnastik konzentrieren und evtl. zusätzlich stimulierende Einlagen. Diese sollen den Fuss dazu bringen, aus eigener Kraft eine bessere Form und Stellung zu erreichen.

Das Tragen von Einlagen kann durchaus effektiv sein, jeder Patient muss aber wissen, dass die Einlagen lediglich eine Stütze und Stimulationshilfe von Aussen darstellen. Das heisst sie wirken nur dann, wenn sie getragen werden, nicht beim Barfuss Gehen. Zudem ist auch die Auswahl der Schuhformen durch die Einlagen mehr oder weniger begrenzt. Anzumerken ist auch, dass die Kosten für Orthopädische Einlagen nicht von allen Krankenkassen übernommen werden, teilweise wird dies nur durch Zusatzversicherungen gedeckt.

Wenn die flexible Fehlstellung ein stärkeres Ausmass zeigt oder beim Patienten zunehmend Beschwerden durch den Knick- / Senkfuss auftreten, wird die Untersuchung beim Fuss- und Sprunggelenkschirurgen empfohlen. Sind die Veränderungen noch nicht fixiert und die Gelenke und Sehnen noch nicht abgenutzt, so kann heute mit einem minimal-invasiven Verfahren die Fussstellung operativ verbessert werden.

Auf der Suche nach einem für den Patienten wenig belastenden Eingriff für dieses Problem, wurde man bei einer 40 Jahre alten Methode fündig, der Arthroereisis. Bei dieser Operation wird an einer bestimmten Stelle unter dem Sprungbein ein kleiner zusätzlicher „Knochen“ eingefügt, der das Abknicken und Einsinken des Fussgewölbes verhindert und die Funktion der Bänder und Sehnen stabilisiert. Die Weiterentwicklung dieses Verfahrens führte zum HyProCure™ - Implantat aus Titan.

Dieses passt durch seine anatomische Form genau in den Hohlraum zwischen den Fusswurzelknochen, wodurch es zu keiner Beschädigung der existierenden Strukturen kommt und weshalb das Implantat auch nicht wieder entfernt werden muss. Der Eingriff wird dadurch kleiner, viel weniger schmerzhaft und der Patient kann den Fuss sofort wieder belasten.

**Die Kosten der Operation wird von den meisten Krankenkassen übernommen.**

Fortsetzung nächste Seite...



Knick- / Senkfuss links



Röntgen Rückfuss-Versteifung

HyProCure™



Links: Implantat aus Titan,  
Rechts: Implantat im Sinus tarsi von oben



Fuss mit Sinus tarsi-Implantat

## Fortsetzung: Die Behandlung des flexiblen Knick- / Senkfusses



Vor der Operation



Nach der Operation



Operationsnarbe

Hier weitere Bilder zur Illustration der wiedergestellten Fussachse und des Fussgewölbes nach der Operation mit HyProCure™:



Flexibler Knick- / Senkfuss



Röntgen vorher



Nach der Operation



Röntgen nachher

Das Behandlungsschema wird individuell angepasst, grundlegend gestaltet es sich folgendermassen:

- meistens ambulante oder kurzstationäre Operation, die Patienten gehen ohne Gips, mit Gehstöcken nach Hause.
- Nach 7 – 10 Tagen sollte es möglich sein normal zu Gehen.
- Für 2 – 4 Wochen nach der Op ist eine Angewöhnungsphase normal bei der die Region des Aussenknöchels empfindlich ist, je nachdem ob der Patient aktiver ist oder mehr belastet.
- Nach 6 – 8 Wochen sollte in der Regel auch die Wiederaufnahme belastender Sportarten wie Jogging möglich sein.

**Dr. med. Alex Pellegrino**

## Personelles

Ab 1. September 2010 wird unser Team erneut verstärkt. Dr. med. Christoph Sternberg, Facharzt für Orthopädie, Traumatologie und Sportmedizin wird ab diesem Zeitpunkt das Schulterteam 2 übernehmen. Frau Dr. Kirsten Böhm musste die etzelclinic aus familiären Gründen etwas früher als geplant verlassen. Für die aus diesem Grund entstandenen längeren Wartezeiten möchten wir uns im Nachhinein entschuldigen. Wir wünschen Frau Dr. Böhm für ihren weiteren Lebens- und Berufsweg viel Erfolg.

Dr. Sternberg war bis zum heutigen Zeitpunkt Oberarzt auf der Orthopädie in Baden. Hier erhielt er eine ausgezeichnete Ausbildung in Unfallchirurgie, Arthroskopie sowie prothetischer Gelenkschirurgie. Wir freuen uns sehr, unseren neuen Partner in der Praxis willkommen zu heissen und sind überzeugt, dass wir mit diesem Zuwachs erneut eine Verbesserung der Qualität der etzelclinic erreichen können.



*Dr. med. Christoph Sternberg*

**CHIRURGISCHE PRAXIS**

**DR. MED. T. CARSTENSEN**



**Dr. med. Thorsten Carstensen**  
 Facharzt für Allgemein- und Bauchchirurgie  
 Spezialist für Dick- und Enddarmkrankungen

Alte Jonastrasse | 48 8640 Rapperswil  
 Telefon: 055 / 210 50 52 | Fax: 055 / 210 50 57  
 E-Mail: praxis@dr-carstensen.ch | www.dr-carstensen.ch