

AMPULS

DER MEDIZIN



CHRONISCHE KRANKHEITEN FRÜHZEITIG ERKENNEN

Bandscheibenvorfall

Alzheimer

Herzklappenersatz

Chirurgie von Leber und Pankreas

Rheumatoide Arthritis



INHALT



3 Editorial

4 Bandscheibenvorfall –
Ursachen und Behandlung



6 Alzheimer –
was nehmen Betroffene wahr?

8 Ersatz einer Herzklappe ohne Operation –
eine hoffnungsvolle Therapie



10 Chirurgie von Leber und Pankreas –
Herz und Seele der Verdauung

12 Rheumatoide Arthritis –
früh erkennen, modern behandeln



14 News aus den Kliniken

15 Engagement für die Schweizerische Herzstiftung
und die Krebsliga Schweiz

16 Publikumsvorträge

IMPRESSUM

«Am Puls der Medizin»

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

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

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

Auflage: 30 000 Ex.

Redaktion: PR/Marketing Hirslanden Bern

Gestaltung: THREESOLUTION.CH, Zürich

Druck: KROMER PRINT AG, Lenzburg

ABONNENTEN-SERVICE

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

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



Adrian Dennler
Direktor Klinik Beau-Site
COO Region West

Daniel Freiburghaus
Direktor Klinik Permanence
und Salem-Spital

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser

Viel zu oft nehmen wir es als gegeben hin, dass wir gesund sind. Meist wird uns der echte Wert der Gesundheit erst bewusst, wenn wir nicht mehr 100% leistungsfähig sind. Wieder genesen, nehmen wir uns vor, ausgewogen zu essen, nicht mehr von einem Termin zum anderen zu hasten und die Freuden des Lebens zu geniessen. Das gelingt uns meistens auch – zumindest für die nächsten paar Tage oder Wochen.

Nicht selten ist unsere Lebensweise über einen langen Zeitraum geprägt von hohen Anforderungen im Berufs- und Privatleben, unregelmässigen Mahlzeiten und wenig Ausgleich zur Arbeit. Körper und Geist brauchen aber auch Momente der Entspannung, um sich zu regenerieren und leistungsfähig zu bleiben.

Chronische Krankheiten beginnen oft schleichend. Erste Beschwerden werden kaum wahrgenommen oder ignoriert, bis sie den Alltag negativ beeinträchtigen oder zu starken Schmerzen führen. Dank modernen Medikamenten kann das Fortschreiten vieler chronischen Erkrankungen heute erfolgreich abgeschwächt oder gar gestoppt werden. Hierfür muss die Behandlung in einem frühen Krankheitsstadium beginnen. Deshalb ist es wichtig, bereits erste Symptome wahr und vor allem ernst zu nehmen und diese von einem Facharzt abklären zu lassen.

Auch in der Therapie von Alzheimer und rheumatoider Arthritis spielt die Früherkennung eine bedeutende Rolle. Lesen Sie hierzu die beiden Artikel in dieser Zeitschrift. Erfahren Sie mehr über Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten eines Bandscheibenvorfalles, über die hoffnungsvolle Therapie des operationsfreien Herzklappenersatzes sowie über die Chirurgie von Leber und Pankreas.

«Am Puls der Medizin» erscheint erstmals im neuen Kleid. Der visuelle Auftritt der gesamten Hirslanden Privatlinikgruppe kommt leichter und frischer daher. Es freut uns natürlich, wenn es auch Ihnen gefällt.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre und danken Ihnen für Ihr Vertrauen in die Hirslanden-Kliniken Bern. Gerne begrüssen wir Sie an einem unserer Publikumsvorträge im Tagungszentrum Blumenberg beim Salem-Spital. Das aktuelle Programm finden Sie auf der Rückseite dieser Publikation.

Hirslanden Bern

Adrian Dennler

Daniel Freiburghaus

Direktor Klinik Beau-Site
COO Region West

Direktor Klinik Permanence
und Salem-Spital

GESUNDHEIT
IST EINE DER
WICHTIGSTEN
RESSOURCEN.



BANDSCHEIBENVORFALL – URSACHEN UND BEHANDLUNG

Prof. Dr. med. Dr. h.c. FRCSC Max Aebi

Direktor Institut für Evaluative Forschung in der Medizin,
Universität Bern

Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, Spezialist für Wirbelsäulenchirurgie,
Orthopädische Klinik Bern am Salem-Spital

Mit zunehmendem Alter leiden immer mehr Menschen unter Bandscheibenproblemen, vorwiegend im Bereich der Lenden- und an der Halswirbelsäule. Ein Bandscheibenvorfall, auch Diskushernie genannt, ist der häufigste Grund für eine Operation an der Wirbelsäule. Und doch muss nur ein kleiner Teil der Bandscheibenvorfälle chirurgisch behandelt werden. Meistens führen die konservative Therapie und Geduld zum Erfolg.

Die Bandscheiben bestehen aus einem Ring aus Bindegewebe und einem weichen, gallertartigen Kern, der für die Beweglichkeit der Wirbelsäule sorgt und als Stossdämpfer wirkt. Beim Bandscheibenvorfall verrutscht der Kern und durchbricht den schützenden Bindegewebsring. Dabei tritt Gallertmasse aus und drückt gegen das Rückenmark oder die Nervenwurzeln (Abb. 1).

Auftreten und Häufigkeit

Ein Bandscheibenvorfall tritt vorwiegend zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr auf. Männer sind fast doppelt so oft davon betroffen wie Frauen. Auf eine Diskushernie an der Halswirbelsäule kommen zehn an der Lendenwirbelsäule. Letztere sind der häufigste Grund für eine Wirbelsäulenoperation, auch wenn nicht alle Diskushernien chirurgisch behandelt werden müssen. Rund 50% der Eingriffe erfolgen zwischen dem 5. Lenden- und dem 1. Kreuzwirbel (L5/S1). Am zweithäufigsten ist die nächstobere Bandscheibe betroffen (L4/5).

In der Schweiz werden jährlich rund 4800 Bandscheibenoperationen durchgeführt, in den USA im Verhältnis zur Einwohnerzahl zweieinhalb Mal mehr.

Ursachen und Formen

Hauptursache von Bandscheibenvorfällen sind degenerativ bedingte Veränderungen in den Bandscheiben. Durch den normalen Alterungsprozess der Bandscheibe kann es zu Einrissen des Bindegeweberinges kommen. Tritt der gallertartige Kern der Bandscheibe, wie eingangs beschrieben, durch einen solchen Einriss in den Wirbelkanal aus, lautet die Diagnose Diskushernie bzw. Bandscheibenvorfall.

Löst sich der Kern vollständig aus der Bandscheibe, spricht man von einem sequestrierten Bandscheibenvorfall (Sequester, Abb. 4). Ist der Ring nicht vollständig eingerissen, aber geschwächt, kann es zu einer Vorwölbung der Bandscheibe (Protrusion, Abb. 2) kommen, ohne dass Gewebe in den Wirbelkanal austritt. Das Gewebe aus der Bandscheibe kann einerseits mechanisch auf die im Wirbelkanal austretenden Nervenwurzeln drücken und/oder chemisch durch Abbaustoffe die Nervenfasern reizen und so Schmerzen erzeugen.

**GEDULD
FÜHRT ZUM
ERFOLG.**

Der Zeitpunkt und das Ausmass der Abnützung sind überwiegend genetisch bestimmt. Die bekannten Risikofaktoren, wie häufiges Heben von schweren Lasten, Verdrehen des Rückens, Übertragung von Vibrationen auf den Körper (z.B. beim Lastwagenfahren), sitzende Tätigkeiten und Nikotinkonsum spielen nur eine Nebenrolle.

Symptome

Das typische Merkmal einer Diskushernie ist der sogenannte radikuläre (von den Nervenwurzeln ausgehende) Schmerz: Armschmerz von der Halswirbelsäule und Beinschmerz – auch bekannt als «Ischias» – von der Lendenwirbelsäule ausstrahlend.



Abb. 1
Nervenwurzelkompression
durch Bandscheibenvorfall

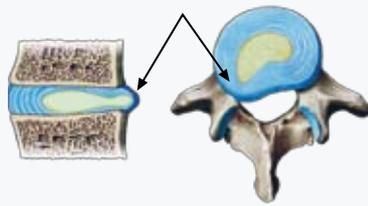


Abb. 2
Bandscheibenprotrusion

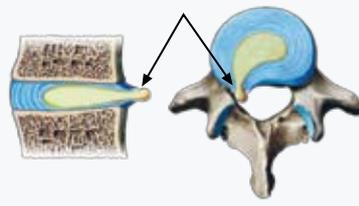


Abb. 3
Bandscheibenextrusion

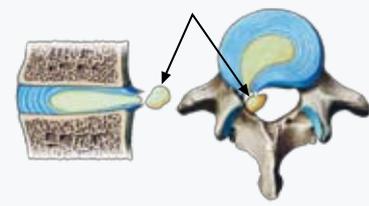


Abb. 4
Bandscheibensequester

Bei einem akuten Bandscheibenvorfall an der Lendenwirbelsäule ist der Rückenschmerz meist im Hintergrund oder geht dem Beinschmerz voraus. Entsprechend verhält es sich bei einer Diskushernie an der Halswirbelsäule: Der Armschmerz dominiert den Nackenschmerz. Mit dem Schmerz können neurologische Ausfälle auftreten. Gefühlsstörungen im Bein oder im Arm sowie Schwächung oder Lähmung einzelner Muskeln beeinträchtigen die Gehfähigkeit bzw. die Hand- und Armfunktionen. Aufgrund der neurologischen Störungen kann der Arzt die Diskushernie bereits mit hoher Wahrscheinlichkeit lokalisieren.

Bei einem grossen Vorfall in der Lendenwirbelsäule kann das sogenannte Cauda-equina-Syndrom auftreten, das durch eine Blasen- und/oder Afterlähmung mit einer Urin- und/oder Stuhlinkontinenz charakterisiert ist. Hierbei handelt es sich meistens um einen chirurgischen Notfall, während isolierte Muskelschwächen oder Gefühlsstörungen in den Beinen oder in den Armen nicht zwingend eine chirurgische Behandlung erfordern.

Der radikuläre Schmerz kann durch Husten, Niesen oder durch Druck bzw. Pressen in der Rücken-Bauch-Gegend ausgelöst oder verstärkt werden. Eine Schmerzminderung hingegen wird durch gleichzeitiges Beugen der Hüfte und der Knie in Rückenlage erreicht.

Diagnose

Das bildgebende Verfahren zur Bestätigung der Diagnose Bandscheibenvorfall ist das MRI (Magnetic Resonance Imaging). Auf einem herkömmlichen Röntgenbild ist ein Bandscheibenvorfall nicht ersichtlich. Im MRI werden die Lokalisation und das Ausmass der Diskushernie bestimmt und die beeinträchtigten Nervenwurzeln dargestellt. Die Untersuchung erfolgt ohne Röntgenstrahlen. Der Befund ist aber nur dann von Bedeutung, wenn er die Symptome des Patienten erklärt. Weniger geeignet ist das MRI zum Nachweisen knöcherner Deformationen.

Die seltenen Bandscheibenvorfälle bei Jugendlichen können sich wesentlich anders präsentieren.

Stellt der untersuchende Arzt neurologische Störungen fest, wird eine MRI-Untersuchung durchgeführt, um die Diagnose zu bestätigen und den Bandscheibenvorfall präzise zu lokalisieren.

Konservative Behandlung

Die Behandlungsziele sind einerseits die Schmerzlinderung und die Behebung des neurologischen Ausfalls (wenn vorhanden), andererseits die Rückkehr zur Arbeit und zu den täglichen Aktivitäten.

Die meisten Bandscheibenvorfälle haben einen günstigen Spontanverlauf. Dementsprechend ist eine Operation nur dort angezeigt, wo eine konservative (nicht chirurgische) Behandlung und Abwarten nicht zum Erfolg führen.

Gute Voraussetzungen für eine konservative Behandlung:

- bestimmte Formen von sequestriertem Bandscheibenvorfall
- kleine Diskushernie
- keine oder milde neurologische Symptome
- wenig ausgeprägter Ischias-Schmerz
- milde Bandscheibenabnütungen
- junges Alter

Die konservative Therapie einer Diskushernie an der Lendenwirbelsäule besteht je nach Schwere der Symptome aus maximal drei Tagen Bettruhe – meist in Böcklilagerung – begleitet von schmerz- und entzündungshemmenden Medikamenten sowie Physiotherapie.

Operation

Wenn die konservative Behandlung keine Besserung bringt oder bei ausgeprägten Lähmungen ist eine Operation zu empfehlen. Der Bandscheibenvorfall wird über einen kleinen Zugang hinten in der Mitte des Kreuzes mikrochirurgisch entfernt. Für einen Eingriff an der Halswirbelsäule wird meist ein Zugang vorne am Hals gewählt.

Die Operation ist mit einem stationären Spitalaufenthalt von drei bis sechs Tagen verbunden. Die Rückkehr zu den normalen Aktivitäten sollte innert drei Monaten möglich sein. Die neurologische Erholung einer Lähmung kann leider auch mit einem chirurgischen Eingriff nicht garantiert werden.

Sogenannte endoskopische oder auch Laserentfernungen von Diskushernien sind nur beschränkt anwendbar und wissenschaftlich nicht schlüssig belegt.

PUBLIKUMSVORTRAG

Bandscheibenvorfall – Ursachen und Behandlung

Mittwoch, 8. September 2010, 19.30 – 21 Uhr
Tagungszentrum Blumenberg beim Salem-Spital, Bern

Prof. Dr. med. Dr. h.c. FRCS Max Aebi

Direktor Institut für Evaluative Forschung in der Medizin,
Universität Bern

Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, Spezialist für Wirbelsäulenchirurgie,
Orthopädische Klinik Bern am Salem-Spital



ALZHEIMER – WAS NEHMEN BETROFFENE WAHR?

Dr. med. Thomas Baumann

Facharzt FMH für Neurologie, Neurozentrum Bern

Das Bewusstsein für die Folgen der Alzheimer-Krankheit ist in der Öffentlichkeit in den letzten Jahren gestiegen. Wenig bekannt hingegen ist, wie die direkt Betroffenen ihre krankheitsbedingten Einschränkungen wahrnehmen. Oft können die Gedächtnisstörungen in Alltagssituationen zu grossen Spannungen führen.

Die Alzheimer-Krankheit ist eine altersabhängig auftretende Abbauerkrankung, die typischerweise zuerst Hirnregionen befällt, die für das Lernen neuer Informationen zuständig sind. Als Ursache wird eine Störung der Bildung und Faltung von bestimmten Eiweissen angenommen.

Es gibt nur wenige detaillierte Beschreibungen von Alzheimer-Patienten, wie sie ihre Symptome wahrnehmen und wie sehr sie sich ihrer Erkrankung bewusst sind.

Gemäss der wissenschaftlichen Literatur ist davon auszugehen, dass bei rund der Hälfte der Betroffenen das Krankheitsbewusstsein eingeschränkt oder aufgehoben ist. Das heisst, Lebenspartner und enge Freunde können oft besser einschätzen, ob die betroffene Person vergesslich geworden ist und wie ausgeprägt die Vergesslichkeit ist. Andererseits kann gelegentlich die subjektive Wahrnehmung von zunehmenden Gedächtnisschwierigkeiten der erste Hinweis auf eine Alzheimer-Erkrankung sein. Wenn die Umgebung zu dieser Zeit aber keine Veränderung bemerkt, steckt häufiger eine Überlastung oder Depression dahinter.

PATIENTEN ERLEBEN DIE KRANKHEIT UNBEWUSST.

Abwehrreaktion oder Krankheitsfolge?

Die Annahme, dass Alzheimer-Kranke mit eingeschränktem Störungsbewusstsein ihre Krankheit verdrängen und deshalb Schwierigkeiten verneinen, liegt nahe. Forschungsergebnisse weisen aber darauf hin, dass die verminderte Wahrnehmung der krankheitsbedingten Defizite nur selten eine Abwehr darstellt, sondern vielmehr eine biologische Grundlage hat. Bedeutend scheint die krankheitsbedingte Abnahme der Leistungsfähigkeit vorderer Hirnareale zu sein. Das Ausmass der Gedächtnisschwäche hingegen ist von untergeordneter Bedeutung. Man kann also nicht einfach sagen, Alzheimer-Patienten würden vergessen, dass sie an Alzheimer erkrankt sind.

Rechte oder linke Hirnhälfte

Vermutlich spielt – neben dem Einfluss der vorderen Hirnareale – auch eine Rolle, welche Hirnhälfte stärker betroffen ist. Bekanntlich ist die linke Hirnhälfte in erster Linie für die Verarbeitung von sprachlicher Information zuständig, die rechte hingegen für die Verarbeitung von nicht-sprachlichem Material, also z.B. für das räumliche Denken, das räumliche Gedächtnis und für das Sozialverhalten. Stoffwechsel-Untersuchungen haben gezeigt, dass Alzheimer-Patienten, welche die Einbussen ihrer geistigen Leistungsfähigkeit weniger gut wahrnehmen, eine geringere Aktivität in bestimmten Arealen der rechten Hirnhälfte aufweisen.

Ein ähnliches Phänomen ist auch von der Halbseitenlähmung und der halbseitigen Sehstörung bekannt: Beeinträchtigungen, wie zum Beispiel eine Halbseitenlähmung als Folge eines Schlaganfalls, werden von den betroffenen Personen häufiger nicht bemerkt oder verneint, wenn die Schädigung in der rechten Hirnhälfte eingetreten ist.



Spannungen im Alltag

Man könnte meinen, dass ein vermindertes Bewusstsein für die Krankheitszeichen hilft, mit den Einschränkungen besser fertig zu werden. Leider ist dies häufig nicht der Fall: Das Nichtbeachten der Schwierigkeiten kann zu Spannungen zwischen dem Kranken und seiner Umgebung führen, z.B. wenn der/die Betroffene überzeugt ist, keine Gedächtnisschwierigkeiten zu haben und problemlos alle Alltagsaufgaben bewältigen zu können.

Dies kann zu ernsthaften Konflikten führen, wenn etwa die Geschäftsfähigkeit oder die Fahreignung angesprochen wird. Schon die einfache Frage, ob etwas Bestimmtes in einem Gespräch geäußert wurde oder nicht, kann zu Unstimmigkeiten führen. In solchen Situationen ist es meist ungünstig, die betroffene Person von der «Wahrheit» überzeugen zu wollen. Bevor es zu einer Eskalation kommt, empfiehlt sich ein Themawechsel oder eine andere Ablenkung.

Es braucht Forschung – aber auch Verständnis

Je mehr man sich mit der sogenannten Anosognosie, dem krankheitsbedingten Nichterkennen einer neurologischen Störung beschäftigt, umso mehr wird klar, dass dieses Phänomen eine therapeutische Herausforderung darstellt. In Bezug auf die Alzheimer-Krankheit muss geklärt werden, ob dieses Symptom durch die übliche medikamentöse Behandlung günstig beeinflusst werden kann. Dasselbe gilt auch für die in Entwicklung stehenden Substanzen.

Alzheimer ist bis heute nicht heilbar und wird wegen der steigenden Lebenserwartung weiter zunehmen. Immens wichtig ist das Verständnis für die Betroffenen, insbesondere die Einsicht, dass Alzheimer-Patienten in der Regel ihre Schwierigkeiten nicht absichtlich verneinen, sondern diese mindestens teilweise als direkte Krankheitsfolge nicht wahrnehmen können.

Beobachtungen von Angehörigen sind ernst zu nehmen und im Rahmen einer frühzeitigen Gedächtnisabklärung für die Diagnosestellung zu berücksichtigen. Es lohnt sich, zur entsprechenden Untersuchung eine Person des Vertrauens mitzunehmen. Sie kann dem Arzt bzw. der Ärztin wertvolle Zusatzinformationen liefern.

PUBLIKUMSVORTRAG

Alzheimer – was nehmen Betroffene wahr?

Mittwoch, 27. Oktober 2010, 19.30 – 21 Uhr
Tagungszentrum Blumenberg beim Salem-Spital, Bern

Dr. med. Thomas Baumann
Facharzt FMH für Neurologie, Neurozentrum Bern



ERSATZ EINER HERZKLAPPE OHNE OPERATION – EINE HOFFUNGSVOLLE THERAPIE

Dr. med. Martin Fluri

Facharzt FMH für Kardiologie, HerzZentrum Bern,
Belegarzt Klinik Beau-Site

Die sogenannte Aortenklappenstenose – eine Verengung und Verkalkung der Aortenklappe – ist die häufigste Herzklappenerkrankung in Europa. Sie tritt vorwiegend bei Menschen über 60 Jahren auf. Mit der wachsenden Zahl älterer Menschen in der Bevölkerung hat die Erkrankung in den letzten Jahren deutlich zugenommen, Tendenz weiter steigend.

Die linke Herzkammer pumpt mit jedem Herzschlag Blut durch die Aortenklappe in die Hauptschlagader (Abb. 1). Ist die Aortenklappe gesund, beträgt die Öffnung bei Erwachsenen etwa 3 – 4 cm².

Liegt eine Verengung der Aortenklappe vor (Abb. 2), muss der Druck zunehmend erhöht werden, um die gleiche Menge an Blut zu fördern. Je weiter die Verengung fortschreitet, umso höher wird die Druckbelastung für die linke Herzkammer. Dies schwächt den Herzmuskel, was wiederum die Pumpleistung reduziert und für die Betroffenen spürbar wird – in Form von einengenden Brustschmerzen (Angina pectoris), Schwindel oder kurzen Ohnmachten (Synkopen) sowie Luftnot (Dyspnoe).

Diagnose durch Herzultraschall

Der Schweregrad einer Aortenklappenstenose lässt sich mit dem Herzultraschall bestimmen. In leichten Fällen und bei beschwerdefreien Patienten ist noch keine Behandlung notwendig. Bei schweren Fällen ist hingegen eine operative Therapie angezeigt. Studien belegen, dass von den Patienten mit einer schweren Aortenklappenstenose mit Symptomen ohne Operation nach drei Jahren nur noch 20% leben.

Konventionelle operative Therapie

Beim konventionellen chirurgischen Aortenklappenersatz wird der Brustkorb geöffnet und das Herz stillgelegt, sodass die defekte Herzklappe über die eröffnete Hauptschlagader ersetzt werden kann. Die Funktion des Herzes wird für die Dauer der Operation von einer Herz-Lungen-Maschine übernommen, die den Blutkreislauf aufrechterhält.

Dieser grosse Eingriff wird auch an älteren Patienten mit Erfolg durchgeführt und zeigt gute Langzeitergebnisse. Leider können Begleiterkrankungen das Risiko während der Operation und die Sterberate bei älteren Patienten deutlich erhöhen, sodass Nutzen und Risiko einer offenen Herzklappenoperation häufig gegeneinander abgewogen werden müssen.

Minimalinvasiver Herzklappenersatz: Über die Leiste oder die Herzspitze

Das neu zugelassene minimalinvasive, kathetertechnische Verfahren stellt für ältere Patienten mit einer hochgradigen Aortenklappenstenose und schweren Begleiterkrankungen eine hoffnungsvolle therapeutische Option dar. Für Patienten ohne erhöhtes Operationsrisiko bleibt zum jetzigen Zeitpunkt allerdings die offene Herzchirurgie die Therapie der Wahl.

Seit dem ersten kathetertechnischen Einsatz einer künstlichen Aortenklappe sind verschiedene Zugangswege entwickelt worden. Durchgesetzt haben sich vor allem zwei Techniken, die heute praktiziert werden (Abb. 3): Einerseits kann der Aortenklappenersatz über die Leiste erfolgen (transfemoraler Zugang). Andererseits ist es möglich, die neue Klappe direkt über die Spitze der linken Herzkammer einzuführen (transapikaler Zugang). Bei beiden Verfahren wird die künstliche Aortenklappe auf einen Ballonkatheter montiert und mit Hilfe dieses Ballons implantiert. Dabei ist weder eine Längseröffnung des Brustkorbes noch der Einsatz der Herz-Lungen-Maschine notwendig.

Transfemorale Implantation (von der Leiste her)

Der Eingriff erfolgt meistens unter Vollnarkose im Herzkatheterlabor. Als zusätzliches Überwachungsmittel liegt eine Echokardiographiesonde in der Speiseröhre und liefert kontinuierliche Bilder vom Operationshergang.

Nach der Desinfektion werden die Vene und die Arterie in der Leiste punktiert und vom Herzchirurgen freipräpariert. Anschliessend wird eine provisorische Schrittmachersonde in die rechte Herzkammer gelegt. Danach wird die verengte Aortenklappe gegen den Blutfluss (retrograd) über die Hauptschlagader mit einem feinen Führungsdraht passiert. Im nächsten Schritt wird die verengte Aortenklappe mit einem Ballonkatheter aufgedehnt, damit später genügend Raum vorhanden ist, um die künstliche Aortenklappe einzusetzen.

Die neue Aortenklappe (Abb. 4) ist auf einem Ballonkatheter montiert und wird nun von der Leiste her über die Hauptschlagader zur verengten Aortenklappe vorgeschoben. Während der Klappensprengung und der eigentlichen Klappenimplantation wird das Herz mit Hilfe eines externen Schrittmachers so schnell stimuliert, dass die Herzbewegung vorübergehend reduziert wird, damit die Herzklappe exakt positioniert werden kann. Liegt die Herzklappe am richtigen Ort, was mit der Röntgendarstellung kontrolliert werden kann, wird der Ballon aufgeblasen und die Herzklappe aufgedehnt (Abb. 5). Durch den Dehnungsdruck des Ballons wird die Herzklappe in den Klappenrand gepresst, wobei die eigene, defekte Aortenklappe zusammengedrückt wird.

Eine erneute Röntgenkontrolle zeigt anschliessend, ob die Herzklappe gut sitzt, sich vollständig entfaltet hat oder ob Undichtigkeiten bestehen. Ist das Ergebnis gut, werden alle Drähte und Katheter entfernt, und die Punktionsstelle im Bereich der Leiste wird vom Herzchirurgen wieder verschlossen.

Bei diesem minimalinvasiven Verfahren ist die verlässliche Zusammenarbeit von Anästhesie, Kardiologie und Chirurgie sowie die kontinuierliche Kontrolle aller Einzelschritte unerlässlich.

Konventionell oder minimalinvasiv

Die positiven Erfahrungen mit der neuen, minimalinvasiven Behandlung ermöglichen es, dieses Verfahren künftig vermehrt Hochrisikopatienten mit Aortenklappenstenose anzubieten. Weitere Forschungsarbeiten werden in den nächsten Jahren zu einer Verfeinerung der Methodik und damit wahrscheinlich auch zu einer breiteren Anwendung des kathetergestützten Klappenersatzes beitragen.

Für die Mehrzahl der Patienten mit Aortenklappenstenose bleibt jedoch, aufgrund fehlender Langzeitresultate, die bewährte konventionelle Operation am offenen Herz vorderhand die Therapie der Wahl.

PUBLIKUMSVORTRAG

Ersatz einer Herzklappe ohne Operation – eine hoffnungsvolle Therapie

Mittwoch, 25. August 2010, 19.30 – 21 Uhr
Tagungszentrum Blumenberg beim Salem-Spital, Bern

Dr. med. Martin Fluri

Facharzt FMH für Kardiologie, HerzZentrum Bern,
Belegarzt Klinik Beau-Site

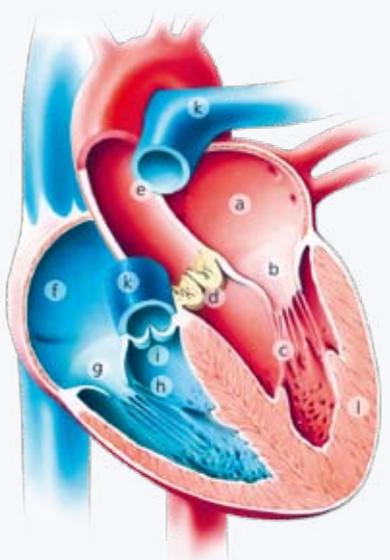


Abb. 1
a) Linker Vorhof
b) Mitralklappe
c) Linke Herzkammer
d) Kranke Aortenklappe
e) Aorta (Hauptschlagader)
f) Rechter Vorhof
g) Trikuspidalklappe
h) Rechte Herzkammer
i) Lungenarterienklappe
k) Pulmonalarterie (Lungenarterie)
l) Herzmuskel

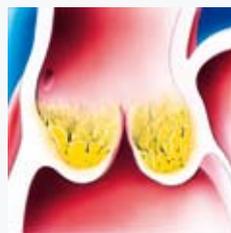


Abb. 2a
Kranke Aortenklappen können die Durchflusskapazität bis zu 60% reduzieren.



Abb. 2b
Gesunde oder künstliche Aortenklappen haben eine Durchflusskapazität von 100%.

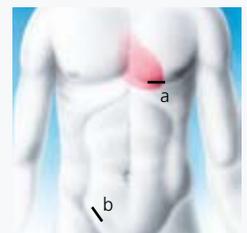


Abb. 3
a) Transapikaler Zugang
b) Transfemoraler Zugang



Abb. 4
Künstliche Aortenklappe



Abb. 5
Implantation einer Aortenklappe von der Leiste her (transfemoral).



CHIRURGIE VON LEBER UND PANKREAS – HERZ UND SEELE DER VERDAUUNG

Prof. Dr. med. Kaspar Z'graggen

Facharzt FMH für Chirurgie und Viszeralchirurgie,
Berner Viszeralchirurgie Klinik Beau-Site,
Vizepräsident der Schweizerischen Pankreasstiftung

Die Leber und das Pankreas (Bauchspeicheldrüse) erfüllen wichtige Funktionen bei der Verdauung: Die Leber ist das grösste Stoffwechselorgan des Körpers und die Bauchspeicheldrüse produziert mehr als 20 verschiedene Verdauungsenzyme, welche die Nahrung in kleinste Bausteine zerlegen. Tumore dieser Organe können sich aus einer chronischen Entzündung entwickeln. Die Therapie setzt neben der fachlichen Kompetenz der Ärzte vor allem ein gutes Zusammenspiel aller Betreuenden voraus, wie dies in einem spezialisierten Zentrum gewährleistet ist.

Nach einer vorzüglichen Mahlzeit sollen die lebensnotwendigen Bestandteile der Nahrung vom Körper aufgenommen werden – die Verdauung setzt ein: Eiweisse, Zucker und Fette, aber auch Vitamine und Spurenelemente werden zerkleinert, über das Blut aufgenommen und im Körper je nach Bedarf umgebaut. Um dies zu bewirken, braucht es ein komplexes Zusammenspiel zwischen den Verdauungssäften und der Nahrung. Die wichtigsten beteiligten Organe sind die Leber und das Pankreas. Die Leber produziert die Galle, damit Fette oder fettlösliche Vitamine aufgenommen werden können. Die Bauchspeicheldrüse produziert ihr eigenes Sekret (Verdauungssaft), um Eiweisse, Zucker und Fette zu zerkleinern und verdaulich zu machen.

Beim gesunden Menschen ist die Nahrungsaufnahme durch die Leistungsfähigkeit von Leber und Galle nicht eingeschränkt und der Körper kann bei einem Überangebot fast unendlich viel Nahrung verdauen.

Chirurgische Krankheiten der Leber und des Pankreas

Wenn ein Patient eine Gelbsucht entwickelt, sagt der Volksmund, dass er es auf der Leber hat. Die Augen und die Haut verfärben sich gelb, die Haut beginnt zu jucken, der Urin verfärbt sich dunkel und der Stuhlgang ist geprägt durch Blähungen, Bauchkrämpfe, stinkenden Windabgang und eine helle Verfärbung mit Fettauflagerungen. Dies ist die Folge einer mangelhaften Verdauung, bei der die Verdauungssäfte nicht fließen.

Die chirurgischen Erkrankungen sind häufig Tumore von Leber, Gallenwegen und Pankreas, die sich manchmal heimtückisch und ohne viele Symptome entwickeln. In der Leber sind es Lebertumore (hepatozelluläre Neubildungen), die meistens aus einer chronischen Entzündung entstehen. Häufiger als diese

primären Tumore der Leber sind aber Metastasen bzw. Ableger, beispielsweise eines Dickdarm-, Lungen- oder Brustkrebses. Im Pankreas sind die bösartigen Tumore ebenfalls in der Mehrzahl und verlaufen meist aggressiv. Daneben gibt es aber in der Leber wie auch im Pankreas zahlreiche, mehr oder weniger seltene Tumorerkrankungen, die mit einer Operation geheilt werden können.

WIE DIE BESTEIGUNG DER EIGER- NORDWAND.

Chirurgie der Leber und des Pankreas

Die Spezialisierung schreitet in allen Bereichen unseres Lebens voran. Die Medizin schafft immer neue Fachgebiete – in der Bauchchirurgie nimmt die Subspezialisierung zu. Aufgrund der Lage im Körper und der komplizierten Anatomie der Leber und des Pankreas braucht der Arzt eine intensive Ausbildung und Erfahrung – am besten in einem grossen Zentrum, das jedes Jahr hunderte dieser Patienten abklärt, behandelt und operiert.



Abb. 1 und 2
Gutartiger Lebertumor in seitlicher Ansicht und im Querschnitt, der aufgrund der Lage und Grösse zu Beschwerden im Oberbauch einer jungen Patientin führte. Der Tumor wurde mittels einer laparoskopischen Leberresektion entfernt.



Abb. 3 und 4
Zystischer Tumor in Körper und Schwanz (sogenanntes IPMN) der Bauchspeicheldrüse bei einem betagten Patienten. Eine laparoskopische Pankreaslinksresektion war die chirurgische Therapie.

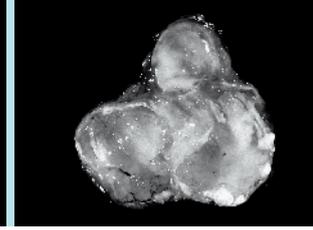
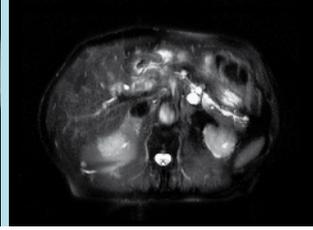


Abb. 5
Ein anderer potentiell bösartiger Tumor des Pankreas, sogenannte muzinös zystische Neoplasie (MCN).

Der hochspezialisierte Chirurg oder besser mehrere solcher Chirurgen reichen aber noch nicht aus, um die Sicherheit der Patienten zu garantieren. Neben der fachlichen Kompetenz der Ärzte braucht es vor allem ein gut funktionierendes Zusammenspiel der verschiedenen Betreuenden im Operationstrakt, auf der Intensivstation, auf Pflegeabteilungen, in der Physiotherapie, der Ernährungstherapie, der Diabetesberatung usw.

Schweizerisches Pankreaszentrum der Klinik Beau-Site

Das schweizerische Pankreaszentrum in der Klinik Beau-Site in Bern ist seit über fünf Jahren spezialisiert auf Bauchspeicheldrüsenerkrankungen. Alle notwendigen Fachdisziplinen, um die hohen Anforderungen von Diagnose, Therapie, Chirurgie und Nachbehandlung zu erfüllen, sind vor Ort.

Viele der jährlich weit über hundert Patienten werden vom Hausarzt oder einem Gastroenterologen (Magen-Darm-Spezialisten) an das Pankreaszentrum zugewiesen. Immer häufiger melden sich die Patienten aus dem In- und Ausland auch über das Internet selber an. Auf der Seite www.pancreas.ch finden die Betroffenen Informationen zur Erkrankung und den entsprechenden Therapiemöglichkeiten. Fragen wie «Was passiert, wenn Leber und Pankreas erkranken? Kann der Mensch immer noch in genügendem Masse verdauen, wenn ein grosser Teil der Leber oder des Pankreas entfernt sind?» werden ausführlich beantwortet.

Fachkompetenz und Erfahrung

Trotz den Bemühungen des schweizerischen Pankreaszentrums und anderen Institutionen, die Patienten auf die Möglichkeit der spezialisierten Behandlung im Bereich des Pankreas, aber auch der Leber aufmerksam zu machen, werden immer noch mehr als die Hälfte der Betroffenen in nicht spezialisierten Institutionen behandelt.

Dieses weltweite Phänomen ist gut belegt durch Statistiken in der Schweiz und durch verschiedene Studien in England und den USA. Eine Pankreasoperation ist für viele Chirurgen, was für Bergsteiger die Eigernordwand. Dies sollte nicht sein. Und doch werden immer noch mehr als die Hälfte der Patienten von Chirurgen behandelt, die solche Operationen jährlich nur fünfmal oder weniger vornehmen.

Schweizerische Pankreasstiftung

Unabhängig vom Pankreaszentrum haben Persönlichkeiten aus Politik und Wirtschaft die schweizerische Pankreasstiftung ins Leben gerufen. Sie bietet den Betroffenen eine neutrale Anlaufstelle, bei der sie sich informieren können, wo sie kompetent beraten und behandelt werden. Weiter will die Stiftung das Wissen über Pankreaserkrankungen im Rahmen von wissenschaftlichen Veranstaltungen und Kongressen steigern sowie Forschungsprojekte unterstützen.

Weitere Informationen: www.pancreasstiftung.ch.

PUBLIKUMSVORTRAG

Chirurgie von Leber und Pankreas – Herz und Seele der Verdauung

Mittwoch, 1. Dezember 2010, 19.30 – 21 Uhr
Tagungszentrum Blumenberg beim Salem-Spital, Bern

Prof. Dr. med. Kaspar Z'graggen

Facharzt FMH für Chirurgie und Viszeralchirurgie,
Berner Viszeralchirurgie Klinik Beau-Site,
Vizepräsident der Schweizerischen Pankreasstiftung



RHEUMATOIDE ARTHRITIS – FRÜH ERKENNEN, MODERN BEHANDELN

Dr. med. Stefan Oertle

Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin,
Belegarzt Salem-Spital

Die rheumatoide Arthritis – früher Polyarthritits genannt – ist die häufigste entzündliche Erkrankung der Gelenke. In der Schweiz sind rund 70 000 Personen davon betroffen. Die Krankheit beginnt oft plötzlich, meist mit Schmerzen in den Finger- oder Zehengelenken. Da die Ursachen noch unbekannt sind, kann die Erkrankung zwar behandelt, aber nicht geheilt werden. In den letzten Jahren wurden insbesondere in der Früherkennung und Behandlung grosse Fortschritte erzielt.

Der Rheumatologe behandelt als Spezialist des Bewegungsapparates Entzündungen und Schmerzen der Wirbelsäule und der Gelenke, ohne zu operieren. Zudem diagnostiziert und therapiert er verschiedene, zum Teil seltene Entzündungskrankheiten wie Polymyalgia rheumatica, Lupus erythematoses, Morbus Wegener und andere Autoimmunerkrankungen.

Arthrose oder Arthritis?

Für den Laien ist es oft schwierig, den Unterschied zwischen Arthrose und Arthritis zu kennen. Die Arthrose ist eine langsam verlaufende Erkrankung mit Abnützung der Gelenke, beispielsweise der Knie- oder Hüftgelenke. Im Gegensatz dazu ist die Arthritis eine rasch verlaufende, entzündliche Gelenkerkrankung, die unbehandelt die betroffenen Gelenke – vor allem Grundgelenke der Finger und der Zehen – innerhalb weniger Jahre zerstört und die Funktionsfähigkeit stark einschränkt. Die Entzündung führt zu einer Schwellung der Gelenke, zu Schmerzen

bei Bewegung und zu einer Verformung. Wird die Entzündung, die sich typischerweise im Blut nachweisen lässt, nicht medikamentös unterdrückt, führt sie zur Zerstörung des Gelenkknorpels und letztlich des Gelenks.

Rheumatoide Arthritis: Ursache und Diagnose

Die Ursache der rheumatoiden Arthritis ist bis heute nicht bekannt. Es dürften sowohl genetische, hormonelle wie auch Umwelteinflüsse eine Rolle spielen. Die Diagnose wird durch Befragung und Untersuchung des Patienten gestellt. In der Blutuntersuchung lassen sich Entzündungswerte, Rheumafaktoren und Antikörper gegen das Peptid Citrullin (CCP) nachweisen. Röntgenbilder der Hände und der Füße liefern dem Arzt Informationen über Veränderungen an den Knochen. Ergänzend dazu werden Ultraschallgeräte eingesetzt, welche Weichteile und eine allfällige Entzündung ohne Strahlenbelastung darstellen können.

Therapie

Die Entzündung zu hemmen und die Schmerzen zu lindern, sind die Hauptziele der Therapie. Um Gelenkschäden zu vermeiden, muss möglichst rasch mit einer effektiven Behandlung begonnen werden. Setzt diese frühzeitig ein, kann das Fortschreiten der Erkrankung meist gestoppt werden. Eckpfeiler der Therapie sind Medikamente, wie Kortison (Prednison), ferner auch sogenannte Basis-Therapeutika. Die Basis-Therapie dient dazu, den Kortisongebrauch tief zu halten und die Entzündung zu unterdrücken. Zusätzlich zu den Basis-Medikamenten sind dank molekularbiologischer Forschung eine wachsende Zahl von sogenannten Biologika entwickelt worden, welche die Entzündung sehr wirksam, gezielt und schnell unterdrücken können.

70 000
BETROFFENE
IN DER
SCHWEIZ.



Abb. 1
Eine normale Hand.



Abb. 2
Die rheumatoide Arthritis zerstört die normale Gelenkstruktur.



Abb. 3
Langjährige rheumatoide Arthritis: Verformung der Gelenke durch Entzündung, mit einer intensiven Therapie heute vermeidbar.

Kortison

Die Bedenken vieler Patienten bezüglich einer Kortison-Behandlung sind in der Regel unbegründet. Kortison ist ein Hormon, das der Körper auch selber herstellt. Therapeutisch wird Kortison allerdings in leicht veränderter Form und in höherer Dosierung eingesetzt. Die Problematik liegt vor allem in der langfristigen und hoch dosierten Anwendung über mehrere Monate. Unerwünschte Nebenwirkungen sind vor allem Osteoporose und eine Gewichtszunahme durch Wassereinlagerung. Eine Kortisonbehandlung sollte deshalb nie ohne Rücksprache mit dem Arzt begonnen bzw. abgesetzt werden. Kortison-Spritzen in einzelne Gelenke sind – fachgerecht durchgeführt – sehr effektiv. Nebenwirkungen wie bei der regelmässigen Einnahme von Tabletten kommen nicht vor.

Basis-Therapeutika

Die klassischen Basis-Therapeutika gegen die rheumatoide Arthritis enthalten Substanzen, die oft auch in anderen Bereichen der Medizin eingesetzt werden. Diese Medikamente sind unverändert sehr wirksam und werden meist als Erste eingesetzt. Bei Patienten, die auf einzelne Medikamente nicht genügend ansprechen, können mehrere Substanzen in Kombination verabreicht werden.

Biologika

Die sogenannten Biologika sind Eiweisse, die mit modernen, aufwendigen molekularbiologischen Methoden hergestellt werden. Sie greifen direkt und zielgerichtet in die Signalübertragung des Entzündungsprozesses ein. Biologika müssen als Infusion oder mittels Spritze verabreicht werden. Aufgrund der aufwendigen Forschung und Produktion sind sie allerdings um ein Vielfaches teurer als die Basis-Medikamente.

Erste Anzeichen ernst nehmen

Je eher mit der Therapie begonnen werden kann, desto besser können Gelenkschäden vermieden werden. Deshalb sind die folgenden Symptome ernst zu nehmen und von einem Rheumatologen abzuklären:

- nächtliche Gelenkschmerzen
- geschwollene Hand-, Fuss- oder Kniegelenke
- starke, plötzliche Schmerzen an Schulter oder Hüfte
- steife Gelenke am Morgen
- Hände, die sich nur langsam und unter Schmerzen zur Faust schliessen lassen

PUBLIKUMSVORTRAG

Rheumatoide Arthritis – früh erkennen, modern behandeln

Mittwoch, 10. November 2010, 19.30 – 21 Uhr
Tagungszentrum Blumenberg beim Salem-Spital, Bern

Dr. med. Stefan Oertle

Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin,
Belegarzt Salem-Spital



NEWS AUS DEN KLINIKEN

Klinik Beau-Site

Moderne Diagnostik im HerzZentrum



Ein neues Herzkatheterlabor und eine neue Computertomographie-Anlage in der Radiologieabteilung der Klinik Beau-Site optimieren die Diagnosemöglichkeiten für Herzpatienten. Die Vorteile liegen auf der Hand: kürzere Wartezeiten, höhere Präzision, geringere Strahlenbelastung. Der neue Dual-Source-Computertomograph ist extrem schnell – das Scannen des Brustkorbes dauert nur noch 0,6 Sekunden. Das bedeutet, dass die Patienten nicht immer wieder den Atem anhalten müssen, damit scharfe Bilder entstehen. Vor allem in der Diagnostik von Herzkrankheiten bietet die hohe Geschwindigkeit grosse Vorteile: Kleine Veränderungen werden exakt dargestellt, obwohl das Herz während der Untersuchung dauernd in Bewegung ist. Zudem sind die Patienten mit dem neuen Gerät viel geringeren Strahlendosen ausgesetzt als früher.

Neubau des Betten- und Ärztehauses

Ende November 2009 sind bei der Klinik Beau-Site die Bagger aufgefahren. Bis im Jahr 2011 entsteht ein neues Betten- und Ärztehaus. Der Neubau schafft einen deutlichen Mehrwert für die Patienten, denn die Klinik Beau-Site wird ihre medizinischen Leistungen in einer top-modernen Infrastruktur anbieten können. Durch bauliche Optimierungen entstehen im bestehenden Klinikgebäude zusätzliche Kapazitäten: So kann die Intensivpflegestation von acht auf zwölf Betten ausgebaut werden.

Klinik Permanence

Verbesserte Infrastruktur für Patienten und Pflegende

Die Infrastruktur in der Klinik Permanence wurde ausgebaut und den wachsenden Bedürfnissen von Patienten und Mitarbeitenden angepasst. Der Empfangsbereich des Notfalls, wo früher oft Platzmangel herrschte, ist deutlich kundenfreundlicher geworden. Die angenehme Gestaltung bietet den Patienten und ihren Angehörigen eine beruhigende Atmosphäre.



Salem-Spital

Moderne Bettenstation

Im Salem-Spital haben 13 Privat- und zwei Allgemeinzimmer ein neues Gesicht erhalten: Angenehme Kork-Böden, furnierte Bettenrückwände – hinter denen sich die Kabel der elektrischen Medizingeräte verstecken –, rollstuhlgängige Duschen und eingebaute Lüftungen erhöhen den Komfort und das Wohlbefinden der Patienten. Auch die Empfangs- und Sitzbereiche der Radiologie sind umgestaltet worden: Sie präsentieren sich nun heller und freundlicher und schaffen so ein angenehmes Ambiente.





ENGAGEMENT FÜR DIE SCHWEIZERISCHE HERZSTIFTUNG UND DIE KREBSLIGA SCHWEIZ

Hirslanden unterstützt die Schweizerische Herzstiftung

Viele Menschen kennen die Anzeichen eines Herzinfarktes, eines Hirnschlags oder eines Herz-Kreislauf-Stillstandes nicht. Sie reagieren zu spät und wissen nicht, was im Notfall zu tun ist. Dagegen will die Schweizerische Herzstiftung etwas unternehmen. Die Privatlinikgruppe Hirslanden unterstützt die Stiftung finanziell und geht mit ihr ab 2010 eine Projektpartnerschaft ein.

Die Schweizerische Herzstiftung fördert die Forschung im Bereich von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und steht Herzkranken, Hirnschlagbetroffenen und ihren Angehörigen zur Seite.

Die Privatlinikgruppe Hirslanden unterstützt die Schweizerische Herzstiftung bei der Umsetzung folgender Projekte:

- Mit dem HELP-Lebensrettungsprogramm lernen Jugendliche und Familien mit Risikopatienten, einen Herz-Kreislauf-Notfall zu erkennen und richtig zu handeln. Dank dem Selbstlernset «MiniAnne» (aufblasbares Übungsmodell) lernen Schüler, wie eine Herzdruckmassage oder das Beatmen auszuführen ist.
- Mit Heart@Work können Unternehmen ihre Mitarbeitenden über die Herz-Kreislauf-Risikofaktoren aufklären.

Die Privatlinikgruppe Hirslanden hilft mit ihrer Unterstützung, dass diese Projekte realisiert werden können. Hirslanden leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Prävention und markiert so ihre Präsenz im schweizerischen Gesundheitsmarkt.

Hirslanden ist Medical Partner des «race against cancer» – dem Charity-Radrennen der Krebsliga Schweiz

Seit 100 Jahren hilft die Krebsliga Schweiz Krebskranken und ihren Angehörigen und fördert die Krebsforschung. In ihrem Jubiläumsjahr lanciert die Krebsliga im Zeichen der schweizweiten Solidarität mit Krebskranken mehrere Projekte. Darunter auch das Charity-Radrennen «race against cancer». Die Privatlinikgruppe Hirslanden ist als offizieller Medical Partner für die medizinische Versorgung der Fahrer zuständig.

Mit dem Charity-Radrennen «race against cancer» macht die Krebsliga am 28. August 2010 auf die Anliegen von Menschen mit Krebs und ihren Angehörigen aufmerksam und sammelt Geld zugunsten eigener Projekte. Während zwölf Stunden fahren die Teilnehmenden gegen Krebs – und für Betroffene. Jeder fährt, sooft er kann, die Strecke Airolo–Gotthardpass.

Die Privatlinikgruppe Hirslanden begleitet diese Rundtour als offizieller Medical Partner. Die medizinische Betreuung vor, während und nach dem Rennen verlangt diverse medizinische Kompetenzen. Erfahrene Fachärzte von Hirslanden übernehmen an der Rennstrecke verschiedene medizinische Aufgaben wie Herzfrequenzmessung, Notfallversorgung und Funktionstests. Die Privatlinikgruppe Hirslanden stellt zudem Teams für das Rennen und demonstriert auch damit ihre Solidarität mit Krebskranken und Angehörigen.

Fahren Sie mit – als Betroffene, Angehörige oder Menschen, die sich für andere stark machen möchten. Anmeldungen für das Charity-Radrennen werden unter race@krebsliga.ch oder Telefon 031 380 65 13 gerne entgegengenommen. Weitere Information finden Sie unter www.krebsliga.ch.



Schweizerische Herzstiftung

Aktiv gegen Herzkrankheiten und Hirnschlag



race against cancer 2010



100 Jahre
krebsliga
Gemeinsam gegen Krebs



PUBLIKUMSVORTRÄGE 2010

Wissen fördert die Gesundheit

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

VORTRAGSPROGRAMM

DATUM	THEMA	REFERENTEN
Mittwoch, 11. August 19.30 – 21 Uhr	Nordic Walking – Prävention und Rehabilitation	Mathias Thierstein Turn- und Sportlehrer, Ryffel Running Event GmbH, Gümligen Angela Niklaus dipl. Sportphysiotherapeutin, Therapie- und TrainingsZentrum Bern
Mittwoch, 25. August 19.30 – 21 Uhr	Ersatz einer Herzklappe ohne Operation – eine hoffnungsvolle Therapie	Dr. med. Martin Fluri Facharzt FMH für Kardiologie, HerzZentrum Bern, Belegarzt Klinik Beau-Site
Mittwoch, 8. September 19.30 – 21 Uhr	Bandscheibenvorfall – Ursachen und Behandlung	Prof. Dr. med. Dr. h.c. FRCS Max Aebi Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spezialist für Wirbelsäulenchirurgie, Orthopädische Klinik Bern am Salem-Spital
Mittwoch, 27. Oktober 19.30 – 21 Uhr	Alzheimer – was nehmen Betroffene wahr?	Dr. med. Thomas Baumann Facharzt FMH für Neurologie, Neurozentrum Bern
Mittwoch, 3. November 19.30 – 21 Uhr	Hüftprothese nach Mass – auch für jüngere Patienten	Prof. Dr. med. Hans-Ulrich Stäubli Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Belegarzt Salem-Spital
Mittwoch, 10. November 19.30 – 21 Uhr	Rheumatoide Arthritis – früh erkennen, modern behandeln	Dr. med. Stefan Oertle Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, Belegarzt Salem-Spital
Mittwoch, 1. Dezember 19.30 – 21 Uhr	Chirurgie von Leber und Pankreas – Herz und Seele der Verdauung	Prof. Dr. med. Kaspar Z'graggen Facharzt FMH für Chirurgie und Viszeralchirurgie, Berner Viszeralchirurgie Klinik Beau-Site, Vizepräsident der Schweizerischen Pankreasstiftung

hirslandenbaby

ERLEBNIS GEBURT

DATUM	THEMA	REFERENTINNEN
1. Donnerstag im Monat 18.30 – 19.30 Uhr	Erlebnis Geburt – Besichtigung der Maternité	Hebammen Salem-Spital
1. Juli, 5. August, 2. September, 7. Oktober, 4. November, 2. Dezember		

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

Klinik Beau-Site

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

Klinik Permanence

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

Salem-Spital

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

