

NR. 2 | 2013

AM PULS DER MEDIZIN

INFORMATIONEN AUS DER KLINIK BEAU-SITE, DER KLINIK PERMANENCE UND DEM SALEM-SPITAL

INTEGRIERTE MEDIZINISCHE VERSORGUNG

PRAXISZENTRUM AM BAHNHOF

CHIRURGISCHE BEHANDLUNG
VON ÜBERGEWICHT

20 JAHRE LAPAROSKOPISCHE
DICKDARMCHIRURGIE

OPERATIVE
THERAPIEMÖGLICHKEITEN
BEI BRUSTKREBS

BESSERE BILDQUALITÄT
MIT DEM 3-TESLA-MRT





DR. CHRISTOPH EGGER
Direktor Klinik Beau-Site



DANIEL FREIBURGHHAUS
Direktor Klinik Permanence



NORBERT SCHNITZLER
Direktor Salem-Spital

INHALT

- 3 INTEGRIERTE MEDIZINISCHE VERSORGUNG AN ZENTRALER LAGE**
- 4 «DIE SCHWEIZ BRAUCHT NEUE MEDIZINISCHE VERSORGUNGSMODELLE»**
- 6 CHIRURGISCHE THERAPIE VON ÜBERGEWICHT – FAKTEN UND TRENDS**
- 8 20 JAHRE LAPAROSKOPISCHE DICKDARMCHIRURGIE AN DER KLINIK BEAU-SITE**
- 10 OPERATIVE THERAPIEMÖGLICHKEITEN BEI BRUSTKREBS**
- 12 BESSERE BILDQUALITÄT MIT DEM 3-TESLA-MAGNETRESONANZTOMOGRAFEN**
- 14 STRATEGISCHE PARTNERSCHAFTEN**
- 15 HIRSLANDEN BIBLIOTHEK**
- 16 PUBLIKUMSVORTRÄGE AUGUST BIS DEZEMBER 2013**

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser

Im August 2013 eröffnet Hirslanden in Bern das Praxiszentrum am Bahnhof – ein ambulantes Gesundheitszentrum, zentral gelegen auf der Parkterrasse im Berner Hauptbahnhof. Damit erreichen wir einen weiteren Meilenstein in der Geschichte der Berner Hirslanden Kliniken. Das patientenorientierte Konzept umfasst ein integriertes Angebot mit Grundversorgern, Spezialisten und einer Walk-in-Sprechstunde. Es ermöglicht eine umfassende, lückenlose Versorgungskette unter einem Dach.

Patientinnen und Patienten profitieren damit über den gesamten Zeitraum der Behandlung von den unterschiedlichen Kompetenzen unserer interdisziplinären Teams. Sie werden dabei als wichtiges Teammitglied verstanden. Im Interview mit Dr. Susanne Choinowski Gaschen, Ärztliche Leiterin Grundversorgung des Praxiszentrums am Bahnhof, erfahren Sie dazu mehr. Und falls Sie sich das Praxiszentrum von innen ansehen möchten, sind Sie am Tag der offenen Tür herzlich eingeladen.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch am Samstag, 17. August 2013, zwischen 11.00 und 18.00 Uhr.

Ein weiterer Schwerpunkt dieser Ausgabe liegt auf der Bauchchirurgie. Mit dem Zentrum der Berner Viszeralchirurgie führt die Klinik Beau-Site eines der grössten extrauniversitären chirurgischen Zentren im Espace Mittelland und ist zudem die grösste Schweizer Referenzklinik für Übergewichtschirurgie. Unsere Autoren PD Dr. Rudolf Steffen und Dr. Markus Naef, beides Spezialisten an der Klinik Beau-Site, berichten in ihren Fachartikeln über Fakten und Trends aus der bariatrischen Chirurgie und der minimalinvasiven Chirurgie bei Darmkrankheiten.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre und danken für Ihr Vertrauen in die Berner Hirslanden Kliniken. Gerne begrüssen wir Sie an unseren Publikumsvorträgen. Das aktuelle Programm finden Sie auf der Rückseite.

IMPRESSUM

AM PULS DER MEDIZIN 2/2013
ist eine Publikation der Hirslanden Bern AG und erscheint zweimal jährlich. Die Zeitschrift ist als PDF-Datei auf www.hirslanden.ch aufgeschaltet. Die Verantwortung für den Inhalt der Artikel liegt bei den jeweiligen Autoren. Nachdruck, Vervielfältigung und Reproduktion des Inhaltes (ganz oder teilweise) sind nur mit Quellenangaben und schriftlicher Erlaubnis der Hirslanden Kliniken Bern gestattet.

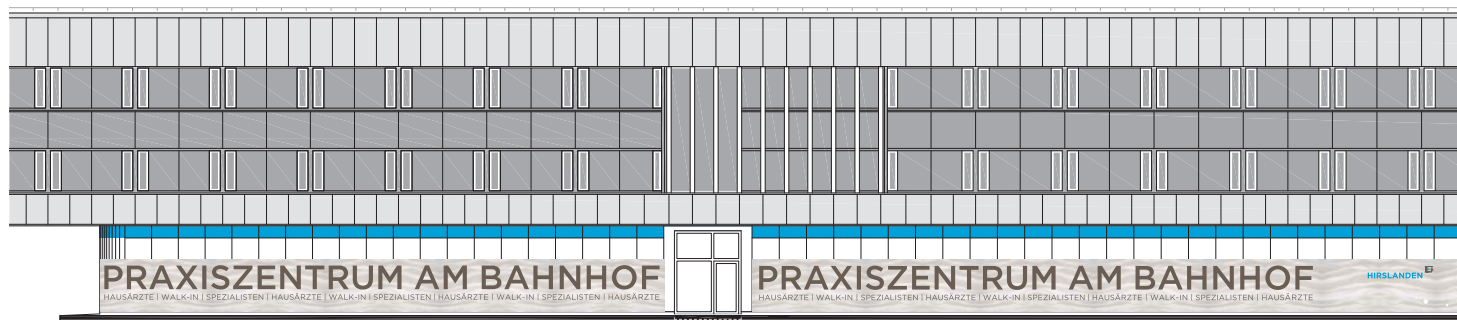
Auflage: 30 000 Exemplare
Redaktion: Marketing und Kommunikation, Hirslanden Bern
Gestaltung: THREESOLUTION.CH, Zürich
Druck: Kromer Print AG, Lenzburg

DR. CHRISTOPH EGGER
Direktor Klinik Beau-Site

DANIEL FREIBURGHHAUS
Direktor Klinik Permanence

NORBERT SCHNITZLER
Direktor Salem-Spital

INTEGRIERTE MEDIZINISCHE VERSORGUNG AN ZENTRALER LAGE



IM SINNE DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG ERÖFFNET HIRSLANDEN IM HAUPTBAHNHOF BERN AUF 1100 QUADRATMETERN EIN AMBULANTES GESUNDHEITZENTRUM MIT ERWEITERTEN ÖFFNUNGSZEITEN. DAS PATIENTENORIENTIERTE KONZEPT UMFASST HAUSÄRZTE, SPEZIALISTEN UND EINE WALK-IN-SPRECHSTUNDE.

Im August 2013 eröffnet Hirslanden das Praxiszentrum am Bahnhof – eine Gruppenpraxis mit einem breiten Angebot und den folgenden medizinischen Schwerpunkten:

- Grundversorgung für die ganze Familie, bestehend aus Allgemeinmedizin, Gynäkologie sowie Kinder- und Jugendmedizin
- Sprechstunden von Spezialisten der Berner Hirslanden Kliniken (z.B. Orthopädie, Kardiologie)
- Eine Walk-in-Sprechstunde für medizinisch dringliche Fälle (ohne Voranmeldung)

Ein physiotherapeutisches Zentrum und eine Röntgen- und Labordiagnostik ergänzen das umfassende Leistungsspektrum des Praxiszentrums am Bahnhof.

Das Angebot richtet sich mit den erweiterten Öffnungszeiten und der zentralen Lage an die städtische Bevölkerung, insbesondere an Berufstätige und Pendler. Mit der Gynäkologie und der Pädiatrie bietet das Praxiszentrum eine erweiterte Grundversorgung an und berücksichtigt so die ganze Familie. Es steht Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen offen.

Im Praxiszentrum am Bahnhof sind sowohl angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie Spezialisten aller drei Berner Hirslanden Kliniken (Klinik Beau-Site, Salem-Spital und Klinik Permanence) tätig. Gemeinsam mit einem Team von ausgebildeten Fachpersonen behandeln diese voraussichtlich weit über 100 Patientinnen und Patienten pro Tag.

Das Praxiszentrum am Bahnhof hat eine der insgesamt 13 kantonalen Lizenzen für Brustströntgenaufnahmen erhalten. Damit ermöglicht es seinen Patientinnen eine professionelle Mammografie-Untersuchung an verkehrstechnisch optimaler Lage. Frauen über 50 Jahre bezahlen für die Untersuchung dank dem kantonalen Brustscreening-Programm nur 20 Franken.

Am Samstag, 17. August 2013, öffnet das Praxiszentrum am Bahnhof Besucherinnen und Besuchern erstmals seine Tore. Nutzen Sie die Möglichkeit, sich das Praxiszentrum von innen anzusehen und erleben Sie den Tag der offenen Tür mit einem vielseitigen Programm für Gross und Klein.

**EINLADUNG
ZUM TAG
DER OFFENEN
TÜR**

**PRAXISZENTRUM
AM BAHNHOF**

**Samstag,
17. August 2013,
11.00 bis 18.00 Uhr**

**Parkterrasse 10,
3012 Bern
(beim Kurzparking)**

**Weitere Informationen
erhalten Sie unter
www.hirslanden.ch/pzb
oder Telefon
031 335 50 00.**

**Wir freuen uns
auf Ihren Besuch!**

«DIE SCHWEIZ BRAUCHT NEUE MEDIZINISCHE VERSORGUNGSMODELLE»

Interview mit **DR. MED. SUSANNE CHOINOWSKI GASCHEN**, designierte Ärztliche Leiterin Grundversorgung des Praxiszentrums am Bahnhof

DR. SUSANNE CHOINOWSKI GASCHEN IST LEITENDE GRUNDVERSORGERIN DES NEUEN GESUNDHEITZENTRUMS IM BERNER HAUPTBAHNHOF, DAS IM AUGUST SEINE TORE ÖFFNET. IM INTERVIEW ERKLÄRT SIE, WARUM IN DER MEDIZINISCHEN GRUNDVERSORGUNG NEUE MODELLE NÖTIG SIND UND WELCHE VORTEILE SICH DARAUSS FÜR PATIENTINNEN UND PATIENTEN ERGEBEN.



Dr. med. Susanne Choinowski Gaschen ist ab August Ärztliche Leiterin Grundversorgung des Praxiszentrums am Bahnhof.

FRAU DR. CHOINOWSKI GASCHEN, WIE GEHT DIE SCHWEIZER BEVÖLKERUNG MIT DEM THEMA GESUNDHEIT UM?

Unser Umgang mit Gesundheit wird immer komplexer: Innovation und moderne Technologie erlauben es heute, eine Vielzahl einst schwerer Krankheiten zu heilen. Patienten und Fachpersonen sind über neue Krankheiten, deren Behandlungsmöglichkeiten und Präventionsmethoden besser informiert. Das Thema Gesundheit gewinnt sowohl für Einzelpersonen, die Gesellschaft als auch für Wirtschaft, Technologie und Politik an Bedeutung.

INWIEFERN BEEINFLUSSEN DEMOGRAFISCHE FAKTOREN UNSERE GESUNDHEIT?

Unsere Gesellschaft wird älter, doch Altern ist keine von anderen Lebensphasen abgetrennte Kategorie mehr. Der Übergang ins Alter ist fließend. Mit der demografischen Alterung nimmt aber auch der Anteil an Personen mit chronischen Krankheiten zu. Viele leiden unter Schmerzen, Schlafstörungen, Herz-Kreislauf-Problemen, Atemschwierigkeiten oder eingeschränkter Mobilität. Und praktisch alle sind auf Medikamente angewiesen.

WELCHE AUSWIRKUNGEN HABEN CHRONISCHE KRANKHEITEN AUF DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG?

Chronische Krankheiten sind heute die Hauptursache für Tod und Morbidität weltweit. In den nächsten zehn Jahren werden diese Krankheiten die Ursache 60% aller Erkrankungen ausmachen; 43% der Gesamtbevölkerung und 70% der über 65-Jährigen werden daran leiden. Schon heute betreffen 80% aller Beratungen in der Hausarztpraxis chronische Erkrankungen. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass Patienten – trotz unbestreitbarer Fortschritte in der Therapie dieser Krankheiten – häufig nicht die Versorgung erhalten, die sie mit einer chronischen Erkrankung benötigen.

WELCHE HERAUSFORDERUNGEN STELLEN SICH BEI DER BEHANDLUNG CHRONISCH KRANKER PATIENTEN?

Patientinnen und Patienten erwarten kompetente Beratung zu Themen wie Umgang mit Symp-

tomen, Emotionen, komplexer Medikation, Anpassung des Lebensstils und Behandlungsoptionen. Selten erhalten Betroffene effektive Hilfen wie Patientenschulung und Selbstmanagement. Häufig sind unterschiedliche Akteure in die Behandlung involviert, die unzureichend kommunizieren und somit eine Fragmentierung der Versorgung und Mehrfachbehandlungen verursachen. Die Fokussierung auf die Akutmedizin vernachlässigt das systemische Beobachten der Behandlungsergebnisse.

WELCHE LÖSUNGSANSÄTZE TRAGEN DIESER SITUATION IN DER MEDIZINISCHEN GRUNDVERSORGUNG RECHNUNG?

Ein prominentes Modell, das inzwischen auf grosse Beachtung stösst, ist das «patientenzentrierte medizinische Zuhause» (Patient Centered Medical Home). Dieser Ansatz beinhaltet die umfassende Betreuung Erwachsener, Jugendlicher und Kinder in der Grundversorgung. Die umfangreichen Aufgaben der Koordination der Betreuung eines Patienten im Sinne eines «medizinischen Zuhauses» kann allerdings von einem einzelnen Arzt, so motiviert, hingebungsvoll und kompetent er auch sein mag, kaum erfüllt werden. Wir benötigen deshalb neue medizinische Versorgungsmodelle.

WAS VERSTEHEN SIE UNTER EINEM «MEDIZINISCHEN ZUHAUSE»?

Ein «medizinisches Zuhause» ist kein Gebäude, kein Haus und auch kein Pflegeheim, sondern ein Konzept für die umfassende medizinische Grundversorgung. Es ist als Versorgungsmodell definiert, in dem jeder Patient eine fortlaufende Beziehung mit seinem Arzt hat und dabei eine aktive Rolle spielt. Die Verantwortung für die Patientenversorgung wird im Team, das der Arzt leitet, getragen.

WIE SETZEN SIE DIESES KONZEPT IM PRAXISZENTRUM AM BAHNHOF UM?

Im Praxiszentrum am Bahnhof Bern gewährleisten wir eine kontinuierliche Beziehung zu einer persönlichen Ärztin oder einem Arzt. Diese leitet das Team, das die Verantwortung für die Kontinuität der Betreuung des Patienten

WIR VERSTEHEN DEN PATIENTEN ALS WICHTIGES TEAMMITGLIED.

übernimmt. Es besteht aus Ärzten, Spezialisten, Medizinischen Praxisassistentinnen, Physiotherapeuten und Fachpersonen bei Fragen zu Diabetes und Raucherentwöhnung. Hausärzte und Spezialisten arbeiten Hand in Hand. Somit profitieren Patienten von raschen Überweisungen und kurzen Wartezeiten. Sprechstundenzeiten ausserhalb der üblichen Bürozeiten erleichtern die Behandlung – dank der Walk-in-Sprechstunde auch in dringenden Fällen.

WARUM IST PATIENTENZUFRIEDENHEIT SO WICHTIG?

Sie widerspiegelt nicht nur den Betrieb, sondern auch zwischenmenschliche Aspekte der Behandlung. Das ist unentbehrlich, um die komplexen Sachverhalte von Krankheit und Therapie zu verarbeiten. Unser Ziel ist es, auf die Bedürfnisse der Patienten im Langzeitverlauf der Behandlung oder bei akuten Problemen individuell eingehen zu können.

AM PULS DER MEDIZIN SERVICE KONTAKT (AB 19. AUGUST 2013)

DR. MED. SUSANNE CHOINOWSKI GASCHEN
Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, Psychosomatische und Psychosoziale Medizin

PRAXISADRESSE:
PRAXISZENTRUM AM BAHNHOF
Parkterrasse 10
3012 Bern
T +41 31 335 50 00
dr.choinowski@hin.ch

CHIRURGISCHE THERAPIE VON ÜBERGEWICHT-FAKTEN UND TRENDS

Von **DR. MED. MARKUS NAEF**, MBA, Facharzt FMH für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie, Belegarzt Klinik Beau-Site



Abb. 1: Magenbypass

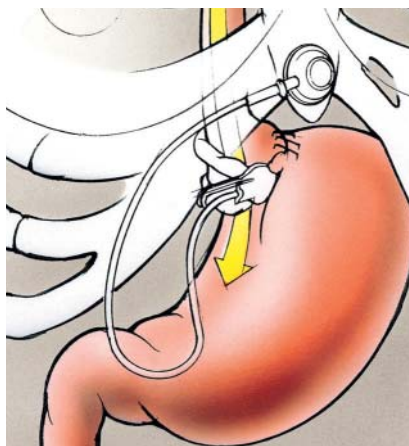


Abb. 2: Magenband

ÜBERGEWICHT IST EINES DER GRÖSSTEN GESUNDHEITLICHEN PROBLEME DER WESTLICHEN WELT. IN DEN INDUSTRIALISIERTEN LÄNDERN SIND 30 BIS 60% DER BEVÖLKERUNG ÜBERGEWICHTIG, IN DER SCHWEIZ 37,3%; WELTWEIT SIND RUND 1,6 MILLIARDEN PERSONEN BETROFFEN. IN GEWISSEN FÄLLEN HELFEN WEDER DIÄT NOCH SPORT, DAS GEWICHT DAUERHAFT ZU SENKEN; NUR DIE CHIRURGISCHE THERAPIE FÜHRT ZU LANG ANDAUERNDEM GEWICHTSVERLUST UND EINER ABNAHME ODER VERBESSERUNG GEWICHTSBEZUGTER FOLGEKRANKHEITEN.

In letzter Zeit häufen sich in der Wissenschaft Berichte, die auf genetisch determinierte Gründe für die Entstehung des Übergewichts hindeuten. Andererseits spielen die Änderung der Essgewohnheiten und eine verminderte körperliche Aktivität, wie sie gerade in westlichen Industrienationen sehr häufig sind, eine entscheidende Rolle. Zunehmende Bewegungsarmut und veränderte Arbeitsformen führen zu einer deutlichen Abnahme der durchschnittlich pro Tag notwendi-

gen körperlichen Arbeitsleistung und damit zu einer Abnahme des täglichen Energiebedarfs. Dieser Prozess führt zusammen mit einer übermässigen Nahrungszufuhr bei mehr als einem Drittel der westlichen Bevölkerung zu einer Anhäufung überflüssiger Energie in Form von Körperfettgewebe. Bei 15 bis 20 Prozent der erwachsenen Bevölkerung sind bereits die Kriterien für eine Adipositas (Fettleibigkeit) erfüllt: Diese Personen haben einen Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 30 kg/m².

GEFÄHRLICHE FOLGEKRANKHEITEN

Durch Übergewicht bedingte Krankheiten wie erhöhter Blutdruck, Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfette, Herzinfarkt, Hirnschlag, Schlafapnoe-Syndrom, Leberverfettung, Arthrose und Tumore haben ein deutlich erhöhtes Todesfallrisiko und damit eine Verkürzung der Lebenserwartung zur Folge. Konservative Behandlungsprogramme wie Diät, Ernährungsberatung, Sport und Medikamente können die Fettmasse bei der Mehrzahl der Betroffenen weder ausreichend noch anhaltend senken.

Drei bis fünf Prozent der Bevölkerung weisen deshalb bereits einen BMI von mehr als 35 kg/m² auf. Für diese Patientengruppe ist die moderne chirurgische Behandlung ihrer Krankheit die einzige Möglichkeit. Arzt und Patient müssen jedoch wissen, dass krankhaftes Übergewicht eine chronische Krankheit und damit nicht heilbar ist. Der Chirurg operiert an einem an sich gesunden Organsystem, dem Magen-Darm-Trakt. Eine Methode ohne Komplikationen oder unerwünschten Nebenwirkungen gibt es bisher genauso wenig, wie den gesicherten und dauerhaften Erfolg bei allen Patienten.

CHIRURGISCHE VERFAHREN

Operationen zur chirurgischen Behandlung von Übergewicht werden seit mehr als 50 Jahren erfolgreich durchgeführt. Erst die laparoskopische Chirurgie, auch Schlüsselloch-Chirurgie genannt, machte die Übergewichtschirurgie aber zur bisher wirksamsten, zweckmässigsten und wirtschaftlichsten Behandlungsform der Adipositas sowie zwei ihrer wichtigsten Folgeerkrankungen, Diabetes (Zuckerkrankheit)



Ziele der Übergewichtschirurgie sind die langfristige Gewichtsreduktion und Abnahme von Folgekrankheiten.

und Dyslipidämie (Fettstoffwechselstörung). Bevor ein solcher Eingriff geplant werden kann, müssen einige wichtige Abklärungen durchgeführt werden. Die Krankenkassen bezahlen einen Eingriff nur, wenn ein Body-Mass-Index von mindestens 35 kg/m^2 vorliegt und eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion zuvor erfolglos war. Eine Altersgrenze für die Operation gibt es nicht mehr; bei Patienten über 65 Jahre sind jedoch Operationsrisiken und Rest-Lebenserwartung aufgrund der Begleiterkrankungen sorgfältig abzuwägen.

MAGENBAND ODER BYPASS?

Fachpersonen unterscheiden grundsätzlich drei verschiedene Eingriffsarten:

Es gibt Eingriffe, denen man eine überwiegend restriktive Rolle zuschreibt: Sie beschränken die Menge der Nahrungszufuhr durch den Einbau einer «Essbremse». Dazu gehören das Magenbanding (Einbau eines Magenbandes) sowie der Schlauchmagen (Verkleinerung des Magens).

Andere Eingriffe kombinieren diesen Effekt mit einer Malabsorption, bei der eine leichte «Mangelernährung» erwirkt wird. Dazu gehören der Standard-

Magenbypass (Umgehungsoperation) oder die biliopankreatische Diversion (Verkleinerung des Magens kombiniert mit einem Magenbypass, mit oder ohne «Duodenal Switch», d.h. Umgehung des Zwölffingerdarms).

Der dritte Wirkungsmechanismus ist der enterohumorale, bei dem der komplexe Regelkreislauf der Aufnahme und Verwertung von Nährstoffen beeinflusst wird (zum Beispiel durch das Fehlen des im Magen sezernierten Hungerhormons Ghrelin beim Magenschlauch). Die Belastung der Speiseröhre ist eines der Hauptprobleme nach einer Magenband-Implantation. Deshalb hat sich in der Klinik Beau-Site wie auch international der Magenbypass als häufigste Operation in der Übergewichtschirurgie durchgesetzt.

LEBENSBLANGE NACHSORGE

Neben der Erfahrung der Spezialisten ist vor allem die lebenslange Nachsorge der Patienten von zentraler Bedeutung. Dazu gehören Bandfüllungen (beim Magenband), Ernährungsberatung, Physiotherapie und medizinische Kontrollen. Besonders wichtig sind die Blutkontrollen zur Diagnose einer Mangelerkrankung (Vitamine, Eiweisse, Calcium, Eisen).

PUBLIKUMSVORTRAG

von Dr. med. Markus Naef

CHIRURGISCHE BEHANDLUNG VON ÜBERGEWICHT - FAKTEN UND TRENDS

Mittwoch, 18. September 2013,
19.00 - 20.30 Uhr
Diaconis Tagungszentrum
beim Salem-Spital, Bern



AM PULS DER MEDIZIN SERVICE KONTAKT

DR. MED. MARKUS NAEF, MBA

Facharzt FMH für Chirurgie,
spez. Viszeralchirurgie
Belegarzt Klinik Beau-Site

PRAXISADRESSE:

Bauchchirurgie Thun
Frutigenstrasse 16
3600 Thun
T +41 33 223 03 03
info@bauchchirurgie-thun.ch

20 JAHRE LAPAROSKOPISCHE DICKDARMCHIRURGIE AN DER KLINIK BEAU-SITE

Von **PD DR. MED. RUDOLF STEFFEN**, Facharzt FMH für Viszeralchirurgie, Belegarzt Klinik Beau-Site

DER ZUGANG BEI DICKDARMOPERATIONEN HAT SICH ENTSCHEIDEND VERÄNDERT. WÄHREND FRÜHER BAUCHSCHNITTE DIE REGEL WAREN, IST DIE LAPAROSKOPIE (AUCH SCHLÜSSELLOCH-CHIRURGIE GENANNT) HEUTE NICHT MEHR WEGZUDENKEN. IN DER DICKDARMCHIRURGIE FÜHRT DIE KLINIK BEAU-SITE DIESES VERFAHREN NUN SEIT 20 JAHREN DURCH UND DIE ERFOLGSRATE SPRICHT FÜR SICH.

Wann genau die Meinung über die Laparoskopie von «muss das sein» zu «darf das sein» gewechselt hat, kann ich heute nicht mehr sagen. Es waren die vielen kleinen Fortschritte, die mit der Zeit zur Selbstverständlichkeit dieses schonenden Zugangs geführt haben. Am Anfang stand die Erfahrung mit einfacheren laparoskopischen Operationen, wie der Gallenblasenentfernung. Das war die Zeit, als sich Pioniere für ein eigenes Spezialgebiet der laparoskopischen Chirurgie stark machten. Doch im Grunde genommen ist die Laparoskopie bloss eine Zugangsvariante zum kranken Organ. Aber welche Vorteile! Es ist meistens der Bauchschnitt, und nicht der Eingriff am Organ selbst, der die Schmerzen verursacht. Die kleinen Schnitte für die Laparoskopie bluten weniger, Wundinfekte und Narbenbrüche sind viel seltener und die Laparoskopie führt im operierten Bauch nicht zu Verwachsungen. Verletzungen von Nachbarorganen sind auch seltener, da man nicht mehr ziehen und zerren muss, sondern zum Zielorgan hinreichen kann.

MOTIVIERENDE ANFÄNGE

1993 lernte ich im Kantonsspital Freiburg bei Dr. Petropoulos die Anwendung der Laparoskopie am Dickdarm kennen. Noch im selben Jahr operierten wir zusammen die ersten Patienten in der Klinik Beau-Site. Zu sehen, wie sehr diese vom neuen Zugang profitierten, war stark motivierend. Die Eingriffe waren aber schwieriger und dauerten viel länger. Die Bildtechnik steckte noch in den Kinderschuhen, genauso wie die medizintechnischen Apparate und Instrumente. Der Umstieg vom laparoskopischen zum offenen Zugang war schon zur Vermeidung langer Operationszeiten häufig. Auch zur Sicherheit der Patienten haben wir damals oft offen fertig operiert. Keinesfalls wollten wir Komplikationen wegen der Laparoskopie riskieren. Damals operierten wir nur Patienten mit gutartigen Krankheiten am Dickdarm, die Krebschirurgie war noch tabu.

FORTSCHRITTE IN DER KREBSCHIRURGIE

Wir machen nun einen Zeitsprung ins Jahr 2005. Irgendwann zuvor kam es zum Wechsel der Einstellung und

der Gefühle: Nicht mehr die Laparoskopie war das Mühsamere, Aufwändigere, sondern die Schnittchirurgie. Dieses Niveau kann nur erreichen, wer sehr viel operiert und eine konsequente Strategie verfolgt. Ausserdem wurde auch die Krebschirurgie des Dick- und Mastdarms für die Laparoskopie in internationalen Studien als sicher beurteilt. Diese Indikationserweiterung konnten wir ohne Probleme umsetzen und die Schnittchirurgie hat auch bei Krebs ihre historische Bedeutung verloren.

SYSTEMATISCHE QUALITÄTSKONTROLLE

Seit 2005 erfassen wir – anonymisiert – im Rahmen der internen Qualitätskontrolle alle am Darm operierten Patienten mit Diagnose, Operation und Komplikationen. Zu diesem Zeitpunkt war die Technik bereits gefestigt, das Chirurgenteam grösser und die bedeutenden Entwicklungsschritte getan.

Von 2005 bis 2012 wurden an der Klinik Beau-Site 1624 Operationen am Mast- und Dickdarm durchgeführt, davon wurden 1355 oder 83,4% laparoskopisch operiert. 1,5% der operierten Patienten verstarben nach dem Eingriff. Es handelte sich dabei fast ausschliesslich um Patienten mit gravierenden Nebenerkrankungen oder fortgeschrittenem Tumorleiden. Die unangenehmste lokale Komplikation, ein Leck an der Darmaht, trat nur in 4,6% der Operierten auf. Dabei sind auch die Lecks an den tiefen Mastdarmlinien eingeschlossen. Lecks an dieser Stelle sind allgemein häufiger und diese Patienten werden in aller Regel durch eine vorübergehende Dünndarmableitung geschützt. Lecks bei Nähten oberhalb des Beckenbodens sind seltener.

INGESPIELTES TEAM

Heute operieren acht Viszeralchirurgen an der Klinik Beau-Site*. Das Klima unter uns ist freundschaftlich und von gegenseitigem Respekt und Vertrauen geprägt. Dieser erfreuliche Umstand erlaubt eine Vereinheitlichung der Technik und der Abläufe. Unter diesen günstigen Bedingungen ist der Dienstbetrieb rund um die Uhr gewährleistet und Abwesenheiten von einzelnen Chirurgen fallen nicht negativ ins Gewicht. Kurz: Man ist

Wir verdanken die Bilder Dr. Christian Klaißer

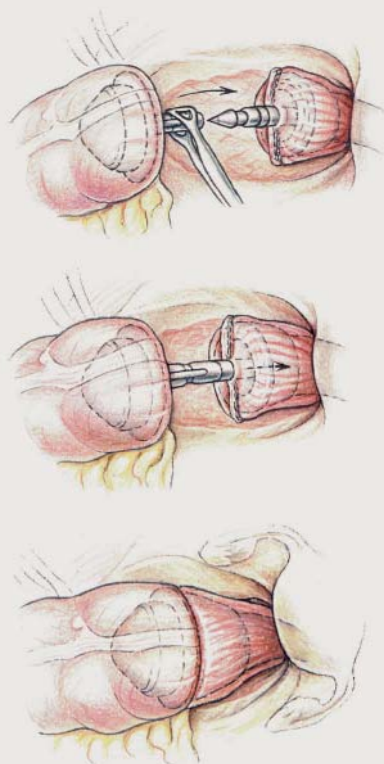


Abb. 1: Der erkrankte Teil des Darmes wird operativ entfernt (Resektion) und die verbleibenden Darmteile in einer Anastomose wieder zusammengenäht.

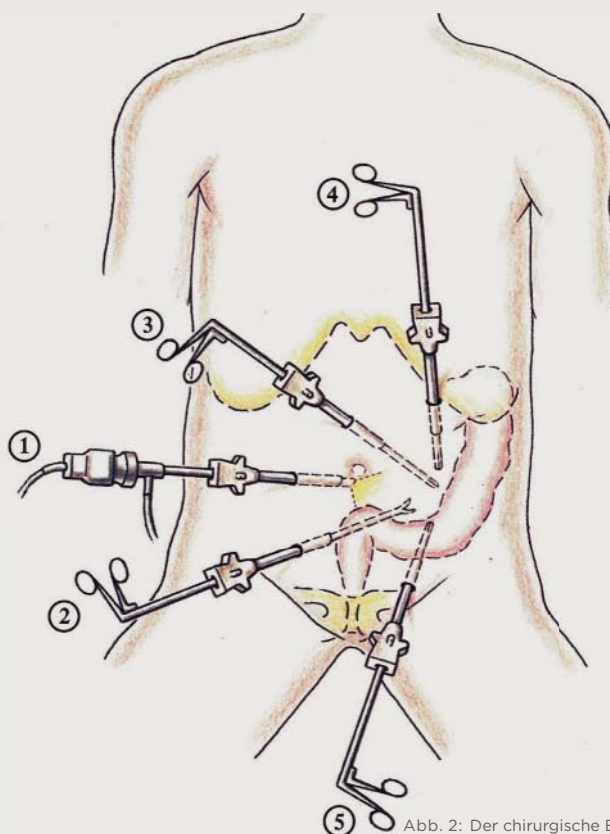


Abb. 2: Der chirurgische Eingriff erfolgt über 5-10 mm kleine Zugänge, die zum Einführen der Instrumente verwendet werden.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total	Total in %
Kolonrektale Eingriffe	160	180	222	222	193	201	230	216	1624	100
Davon laparoskopisch	127	143	178	191	162	169	196	189	1355	83.4

füreinander da. Das bringt Sicherheit und Effizienz. Die Arbeitsbedingungen sind dank grosszügiger apparativer und personeller Aufrüstungen vorzüglich, was sich in der niedrigen Fluktuation äussert. Auch dieser Umstand kommt letztendlich den Patienten zugute. Dank der Zentrumsinfrastruktur können wir ohne Einschränkungen auch alte und gebrechliche Menschen operieren, unabhängig ihrer Versicherungsklasse.

TIEFE KOMPLIKATIONSRATE

Innerhalb einer Chirurgengeneration hat eine Zugangsrevolution begonnen, die sich durchsetzt. Viele «alte» Komplikationen, wie Platzbauch, vereiterte Wunden, Milzverletzungen und schmerzbedingte Lungenentzündungen sind fast gänzlich verschwunden. Laparoskopisch operierte Patienten können im Durchschnitt bereits fünf Tage nach dem Eingriff wieder nach Hause. Die Rekonvaleszenz wird um mehr als die Hälfte auf rund einen Monat verkürzt, da der Wund- oder Narbenschmerz schon nach zwei Wochen verschwunden ist. Während sich vor 20 Jahren noch die Laparoskopie rechtfertigen musste, ist es heute klar der Bauchschnitt.

* Dr. med. Andreas Glättli, PD Dr. med. Beat Künzli, Dr. med. Alejandro Metzger, Dr. med. Markus Naef, Dr. med. Stefan W. Schmid, PD Dr. med. Rudolf Steffen, Dr. med. Jürg Teuscher, Prof. Dr. med. Kaspar Z'graggen

PUBLIKUMSVORTRAG

von PD Dr. med. Rudolf Steffen

VORTEILE DER LAPAROSKOPISCHEN DICKDARMCHIRURGIE

Mittwoch, 11. Dezember 2013,
19.00 - 20.30 Uhr
Diaconis Tagungszentrum beim
Salem-Spital, Bern



AM PULS DER MEDIZIN SERVICE KONTAKT

PD DR. MED. RUDOLF STEFFEN

Facharzt FMH für Viszeralchirurgie,
Belegarzt Klinik Beau-Site

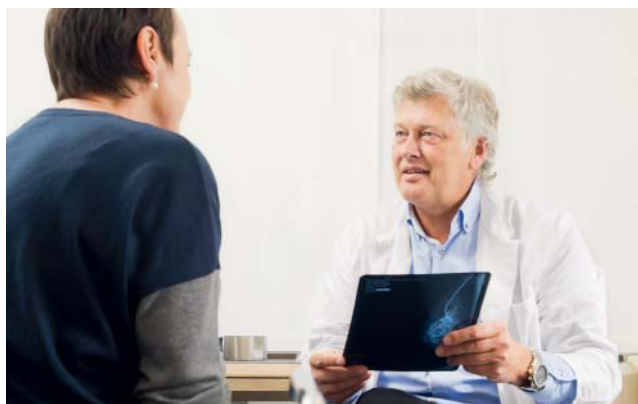
PRAXISADRESSE:

Ärztelhaus der Klinik Beau-Site
Schänzlihalde 1
3013 Bern
T +41 31 312 61 12
steffen.rudolf@bluewin.ch

OPERATIVE THERAPIEMÖGLICHKEITEN BEI BRUSTKREBS

Von **DR. MED. STEFAN SPÖRRI**, Facharzt FMH für Geburtshilfe und Gynäkologie, Belegarzt Salem-Spital

IN DER SCHWEIZ MÜSSEN JÄHRLICH RUND 5000 FRAUEN INFOLGE EINER BRUSTKREBSERKRANKUNG OPERIERT UND BEHANDELT WERDEN. DIE HEUTE ANERKANNTEN CHIRURGISCHEN THERAPIEMÖGLICHKEITEN UMFASSEN DREI VERFAHREN. NACH BEHANDLUNGSABSCHLUSS ZEIGEN ALLE DREI METHODEN EINE VERGLEICHBARE UND GUTE PROGNOSE BEZÜGLICH LEBENSERWARTUNG.



Patientinnen werden vor dem chirurgischen Eingriff umfassend informiert.

BRUSTERHALTENDE OPERATION

Bei der brusterhaltenden Operation, der sogenannten Tumorektomie, wird lediglich der Tumor und ein dünner Saum des umliegenden gesunden Brustdrüsengewebes entfernt. Gleichzeitig werden einer oder mehrere Lymphknoten im Achselhöhlenbereich entnommen. Dabei kommt die Technik der Sentinel-Lymphonodektomie, das heisst, die Identifizierung und Entfernung des «Wächter-Lymphknotens» zur Anwendung (siehe Kasten). Mit Hilfe der Sentinel-Technik kann bei vielen Frauen auf die Entfernung der gesamten Achsellymphknoten verzichtet werden. So können mögliche Früh- und Spätkomplikationen (zum Beispiel Nerven- und Gefässverletzungen, Infektionen, Nachblutungen, Lymphödem des Armes oder Funktionseinschränkungen) vermieden werden. Nach erfolgter Tumorektomie ändert sich das Äussere der Brust meistens nur wenig. Im weiteren Verlauf müssen sich die betroffenen Patientinnen einer Bestrahlung der operierten Brust unterziehen. Eine Nachbestrahlung kann das Risiko eines Wiederauftretens des Tumors deutlich senken und das Überleben signifikant verlängern. Um die Heilungsaussichten zusätzlich zu verbessern, ist in einigen Fällen eine systemische Nachbehandlung, das heisst Chemo-, Hormon- und/oder Antikörpertherapie, sinnvoll.

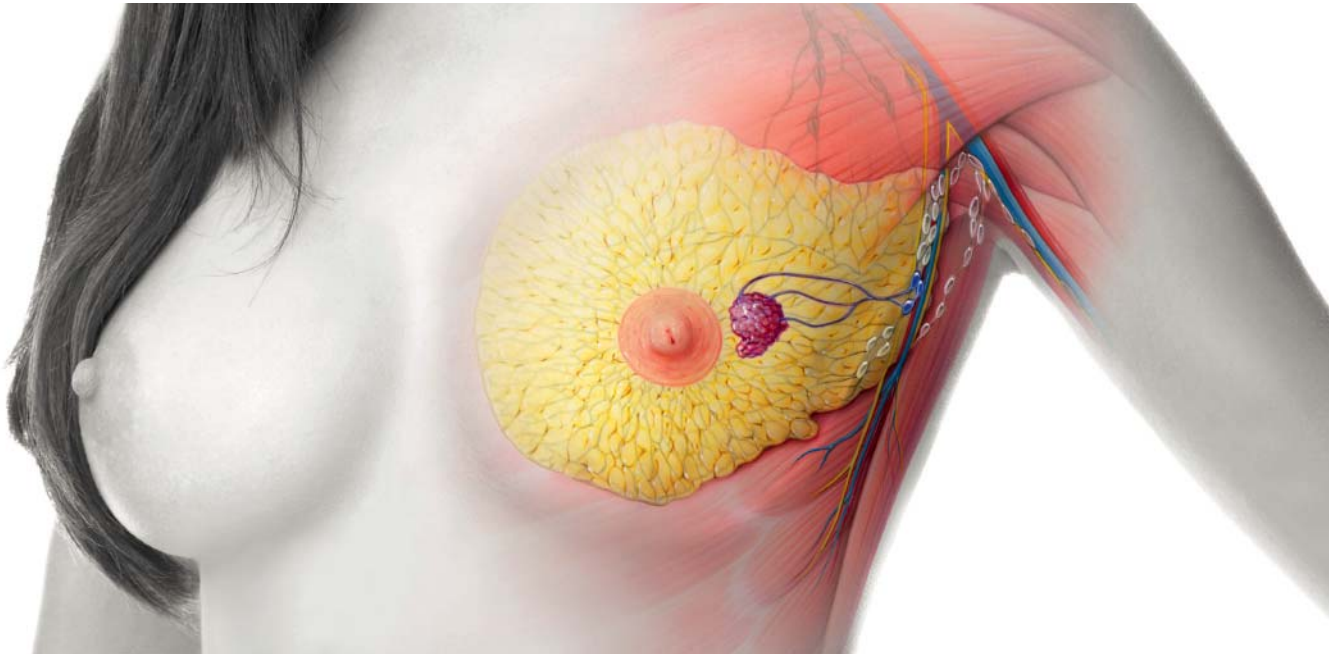
CHIRURGISCHE ENTFERNUNG DER BRUST

In gewissen Fällen ist eine brusterhaltende Operation nicht möglich und die chirurgische Entfernung der Brust, die sogenannte Mastektomie, wird ein notwendiger Teil der Behandlung. Dabei muss die gesamte tumorbehaftete Brust inklusive einem oder mehreren Lymphknoten (je nach Resultat der Sentinel-Lymphonodektomie) im Achselhöhlenbereich entfernt werden. Im Anschluss an die Operation ergibt sich auch hier je nach Tumorausdehnung und Beschaffenheit die Notwendigkeit zur Nachbehandlung mittels Strahlen-, Chemo-, Hormon- und/oder Antikörpertherapie. Nach erfolgter Mastektomie können Einlagen und Prothesen für den Büstenhalter oder verschiedene Operationsverfahren mit Hilfe von Implantaten oder Eigengewebe zur plastisch-chirurgischen Brustrekonstruktion verwendet werden.

BRUSTREKONSTRUKTION

Bei der Implantatrekonstruktion erfolgt in einem ersten chirurgischen Schritt die Einlage eines Gewebeexpanders unter den grossen Brustmuskel. Dieser Expander wird schrittweise über Wochen bis Monate mit einer Kochsalzlösung gefüllt. Auf diese Weise werden die verbliebene Haut und das Unterhautfettgewebe gedehnt. Das schafft Platz für ein permanentes Implantat, das in seiner Form der weiblichen Brust nachempfunden ist. Zum gegebenen Zeitpunkt wird der Expander im Rahmen eines chirurgischen Eingriffs durch das eigentliche Implantat ersetzt. Die chirurgische Rekonstruktion der Brustwarze und des Warzenhofs erfolgt meist später.

EINE WIEDERHERSTELLUNG
DER BRUSTFORM IST
IN DEN MEISTEN FÄLLEN
MÖGLICH.



Die Identifikation des Sentinel-Lymphknotens ist für die Behandlung zentral.

Das Prinzip der Eigengewebsrekonstruktion besteht darin, dass ein Gewebelappen, bestehend aus Haut, Fettgewebe und Muskel als Einheit entweder vom Bauch oder vom Rücken entnommen, in die Brustregion transferiert und dort zu einer neuen Brust geformt wird. Alternativ kann ein Gewebelappen auch als Ganzes entnommen und mikrochirurgisch angeschlossen werden. Damit ein einheitliches Gesamtbild entsteht, muss die gesunde Brust häufig chirurgisch der rekonstruierten Brust angepasst werden. Die in den letzten Jahren erzielten Fortschritte der plastisch-chirurgischen Operationstechniken ermöglichen heute nahezu jeder betroffenen Patientin die Wiederherstellung einer entsprechenden Brustform mit befriedigendem Ergebnis.

Die Brustrekonstruktion nach einer Mastektomie kann grundsätzlich mit der Brustentfernung kombiniert erfolgen oder zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden. Vorteil der Sofortrekonstruktion ist die Reduktion der psychischen Folgen nach einer operativen Entfernung der Brust. Nachteile sind eine mögliche Verzögerung der allenfalls notwendigen Nachbehandlung, zum Beispiel beim Auftreten von postoperativen Komplikationen sowie mögliche Beeinträchtigungen des ästhetischen Ergebnisses durch die eventuell notwendige postoperative Bestrahlung. Bei der Wahl des Rekonstruktionszeitpunktes müssen deshalb tumorspezifische Faktoren, körperliche Voraussetzungen der betroffenen Patientinnen und deren Wünsche mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt besprochen und berücksichtigt werden.

SENTINEL-LYMPHONODEKTOMIE

Bei diesem Vorgehen wird vor der eigentlichen Brustoperation eine radioaktiv markierte Substanz um den Tumorknoten in die Brust eingespritzt. Diese Substanz reichert sich nach einigen Stunden über die Lymphbahnen im Lymphknoten an, in den sich der Tumor absiedeln würde. Mit Hilfe einer Sonde, die sehr geringe radioaktive Substanzen messen kann, wird dieser Sentinel-Lymphknoten identifiziert, selektiv durch einen kleinen Hautschnitt in der Achselhöhle entfernt und feingeweblich aufgearbeitet. Die restlichen Lymphknoten werden belassen. Sollten im untersuchten Gewebe keine Tumorzellen gefunden werden, wird auf die Entfernung der übrigen Lymphknoten verzichtet. Bei einem Tumornachweis im Sentinel-Lymphknoten wird der Hautschnitt vergrößert, damit die restlichen Lymphknoten entfernt werden können.

PUBLIKUMSVORTRAG

von Dr. med. Stefan Spörri

OPERATIVE THERAPIEMÖGLICHKEITEN BEI BRUSTKREBS

Mittwoch, 28. August 2013,
19.00 - 20.30 Uhr

Diaconis Tagungszentrum beim Salem-Spital, Bern



AM PULS DER MEDIZIN SERVICE KONTAKT

DR. MED. STEFAN SPÖRRI
Facharzt FMH für Geburtshilfe und
Gynäkologie
Belegarzt Salem-Spital

PRAXISADRESSE:

Bollwerk 19
3011 Bern
T +41 31 312 15 21
spoerri.stefan@bluewin.ch

BESSERE BILDQUALITÄT MIT DEM 3-TESLA- MAGNETRESONANZTOMOGRAFEN

Von **MARC VOUTAT**, Bereichsleiter Institute, Hirslanden Bern AG

AB SEPTEMBER 2013 ARBEITET DAS INSTITUT FÜR RADIOLOGIE DES SALEM-SPITALS MIT EINEM 3-TESLA-MAGNETRESONANZTOMOGRAFEN (MRT). FÜR PATIENTINNEN UND PATIENTEN ENTSTEHEN DAMIT ENTSCHEIDENDE VORTEILE. IM VERGLEICH ZUM AKTUELLEN 1,5-TESLA-MRT IST DIE UNTERSUCHUNGSZEIT KÜRZER UND DIE BILDQUALITÄT BEDEUTEND BESSER.



Die Magnetresonanztomografie kann alle Organe des menschlichen Körpers darstellen.

Die moderne Medizintechnik ermöglicht faszinierende Einblicke ins Innere des Menschen. Die wichtigsten aktuellen Techniken sind die Tomografien (Schnittbildverfahren), vor allem der Computertomograf (CT) und der Magnetresonanztomograf (MRT). Letzterer ermöglicht insbesondere die Darstellung von Weichteilen und Gewebestrukturen. Radiologen und Fachärzte treffen die Entscheidung, welches Bildgebungsverfahren sich am besten eignet, gemeinsam. Dadurch erhalten Patienten das bestmögliche Resultat und Antworten auf gezielte Fragen.

UNGEFÄHRLICHES MAGNETFELD

Untersuchungen in einem MRT finden ohne Röntgenstrahlung statt und sind für den menschlichen Körper bei den klinisch verwendeten Magnetfeldstärken ungefährlich. Die MRT-Technik basiert auf dem Phänomen des sogenannten Kernspins. Als Kernspin wird der Eigendrehimpuls der positiv geladenen Teilchen im Atomkern, der Protonen, bezeichnet. Protonen rotieren wie die Erde ständig um ihre eigene Achse und erzeugen dabei ein kleines Magnetfeld. Bei der Magnetresonanztomografie werden die normalerweise rein zufällig ausgerichteten Protonen des menschlichen Körpers durch ein starkes Magnetfeld wie winzige Kompassnadeln in eine Richtung ausgerichtet.

Anschliessend sendet der MRT elektromagnetische Wellen (Hochfrequenzimpulse) aus, welche die Protonen von ihrer künstlich festgelegten Position ablenken. Sobald die elektrischen Wellen abgeschaltet werden, kippen die Protonen in die vom Magnetfeld vorgegebene Position zurück. Das geschieht je nach Gewebetyp unterschiedlich schnell. Die Protonen senden beim Zurückkippen Signale aus. Das so entstehende Signal wird von Antennen (Spulen) aufgefangen, von einem Hochleistungscomputer berechnet und zu zweidimensionalen Bildern verarbeitet. Daraus errechnet der Computer eine Darstellung von detailgenauen dreidimensionalen Bildern. Die sehr hohe Spulendichte, kombiniert mit der höchstmöglichen Anzahl an Empfangskanälen, ermöglicht die hervorragende Bildqualität, die sich individuell auf jeden Patienten abstimmen lässt.

DOPPELTE MAGNETFELDSTÄRKE

Die Magnetfeldstärke ist in der Einheit Tesla angegeben. Sie wirkt sich unmittelbar auf die Signalstärke der gemessenen Daten aus. Dies ermöglicht mit einem 3-Tesla-Gerät eine noch höhere örtliche Auflösung der Bilddaten und damit bei der Bildgebung von kleinsten anatomischen Strukturen eine bessere Qualität. Bei dynamischen Kontrastmitteluntersuchungen garantiert der MRT eine deutlich schnellere zeitliche Auflösung, was besonders in der Gefässdiagnostik von Vorteil ist. Feinste Strukturen im Körper – beispielsweise Sehnen, Bänder, Nerven und Gefässe – werden dadurch besser und schneller sichtbar.

DER 3-TESLA-MRT
MACHT AUCH FEINSTE
GEFÄSSSTRUKTUREN
SICHTBAR.



Der 3-Tesla-MRT verkürzt die Untersuchungszeit deutlich.

VIELZAHL MÖGLICHER UNTERSUCHUNGEN

Mit Hilfe des MRT werden Schnittbilder des menschlichen Körpers erstellt, die eine sehr gute Beurteilung bei strukturellen Veränderungen zulassen. Der MRT kann alle Organe des menschlichen Körpers darstellen. Besonders detaillierte und genaue Bilder ermöglicht das Gerät bei Untersuchungen von Gelenken (zum Beispiel Schulter, Hüfte, Knie), inneren Organen, Blutgefässen, Gallenwegen sowie Untersuchungen des Hirns, der Wirbelsäule und des Rückenmarks, der Prostata oder der Harnleiter.

Der MRT eignet sich auch für die Ganzkörper-Bildgebung, die beispielsweise bei einer Tumorsuche oder einer Ganzkörper-Gefässdarstellung zum Einsatz kommt. Selbst kleinste Gefässmissbildungen, Tumore oder strukturelle Ursachen von Epilepsie oder Schlaganfall sind in einer sehr hohen Auflösung darstellbar.

Grosse Vorteile bietet der 3-Tesla-MRT bei Mammografie-Untersuchungen. Vorläufer des invasiven Brustkrebses und diverse weitere Krebsformen der Brustdrüse werden einwandfrei dargestellt und sind damit für das Team der Radiologie frühzeitig erkennbar.

WAS IST BEI EINER MRT-UNTERSUCHUNG ZU BEACHTEN?

Aufgrund des starken Magnetes ist bei Patientinnen und Patienten mit implantierten Herzschrittmachern oder Defibrillatoren und Cochlea- oder Gehörknöchelchenimplantaten eine MRT-Untersuchung nicht möglich. Schmuck, Uhren, Hörgeräte und anderes metallhaltiges Material müssen vor der Untersuchung abgelegt werden.

Die breite Öffnung des neuen Geräts vermittelt ein grosszügiges Raumgefühl und eignet sich deshalb auch für klaustrophobische Personen. Die komfortable Lagerung hilft, die Untersuchung so entspannt wie möglich zu erleben. Patienten können über einen Kopfhörer Musik hören und sind während der ganzen Untersuchung immer mit einer kompetenten Fachperson verbunden.

PUBLIKUMSVORTRAG

von Dipl. Phys. Roland Simmler

STRALENSCHUTZ IN DER RADIOLOGIE

mit anschliessender Besichtigung des MRT/CT im Salem-Spital

Mittwoch, 23. Oktober 2013, 19.00 – 20.30 Uhr
Diaconis Tagungszentrum beim Salem-Spital, Bern



AM PULS DER MEDIZIN SERVICE KONTAKT

MARC VOUTAT

Bereichsleiter Institute

Hirslanden Bern AG
Salem-Spital
Schänzlistrasse 39
3013 Bern
T +41 31 337 61 80
marc.voutat@hirslanden.ch

STRATEGISCHE PARTNERSCHAFTEN: ZUSAMMENARBEIT ZUM WOHL UNSERER PATIENTEN

DIE GROSSEN FORTSCHRITTE IN ALLEN GEBIETEN DER MEDIZIN WAREN UND SIND OHNE DIE ENTWICKLUNGEN IN DER MEDIZIN-TECHNOLOGIE NICHT DENKBAR.

Bahnbrechende Erfolge sind sowohl bei den Standardprodukten (z.B. Injektions- und Verbandsmaterial) als auch bei den Hochtechnologien (z.B. im Bereich der Elektrophysiologie zur Abklärung und Behandlung von Herzrhythmusstörungen) zu verzeichnen. Medizinprodukte werden von innovativen kleinen Firmen, von mittleren Unternehmen und von weltweit operierenden Konzernen hergestellt und spielen eine wichtige Rolle im Gesundheitswesen - von der Prävention über die Diagnostik und die Behandlung bis hin zur Therapie und Rehabilitation. Hirsländen mit seinem grossen Netz von spezialisierten und anwendungsorientierten Belegärzten sowie den über das ganze Land verteilten interdisziplinären Kompetenzzentren ist ein wichtiger Verhandlungs- und Gesprächspartner dieser Industrie. Kontakte zwischen Hersteller und Anwender sind in jeder Phase der Produktentwicklung wichtig, da nur so der grösstmögliche Nutzen zugunsten der Patienten und Ärzte erzielt werden kann.

WIR SIND STOLZ AUF DIE ZUSAMMENARBEIT MIT FÜHRENDEN FIRMEN, DIE MIT IHREN INNOVATIVEN PRODUKTEN INTERNATIONALE SPITZENPLÄTZE EINNEHMEN.

3M

B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

MEDLINE

Abbott
Vascular

MF HARTMANN AG **IVF**

BIOMET
Europe

CSL Behring
Biotherapies for Life™

Alcon

Fresenius Kabi
Caring For Life

mediconsult
THE WORLD OF OPHTHALMOLOGY

Boston Scientific

medilas ag

BAIRD
CENTRAL EUROPE

GHX

MÖLNLYCKE
HEALTH CARE

smith&nephew

ST. JUDE MEDICAL
MORE CONTROL. LESS RISK.

Zimmer

Baxter

Guerbet | **CONTRAST**
Contrast for Life

Dräger

Abbott
Medical Optics

Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Lima Corporate
Orthopaedic **motion**

Johnson & Johnson
AG

elo BIOTRONIK

SIEMENS

Anklin

GE Healthcare
Medical Diagnostics

PHILIPS

BRACCO

Medtronic
What a Gift Depends on a Patient's Dilemma

bichsel

COVIDIEN
positive results for life™

HIRSLANDEN BIBLIOTHEK - IHR ZUGANG ZU UNSEREM FACHWISSEN

HIRSLANDEN BIBLIOTHEK - AUSGEWÄHLTES FACHWISSEN DER PRIVATKLINIKGRUPPE HIRSLANDEN

DIE PRIVATKLINIKGRUPPE HIRSLANDEN UMFASST 14 KLINIKEN IN 10 KANTONEN. SIE ZÄHLT GUT 1600 BELEGÄRZTE UND ANGESTELLTE ÄRZTE UND GEGEN 7200 MITARBEITENDE. HIRSLANDEN IST DIE FÜHRENDE PRIVATKLINIKGRUPPE UND DAS GRÖSSTE MEDIZINISCHE NETZWERK DER SCHWEIZ UND STEHT FÜR ERSTKLASSIGE MEDIZINISCHE QUALITÄT, GEWÄHRLEISTET DURCH HOCHQUALIFIZIERTE FACHÄRZTE MIT LANGJÄHRIGER ERFAHRUNG.

Gerne lassen wir Sie an unseren zahlreichen Publikationen teilnehmen. Besuchen Sie deshalb unsere Bibliothek im Internet unter www.hirslanden-bibliothek.ch und finden

Sie ausgewähltes Fachwissen aus allen Patientenzeitungen und Filmbeiträgen der Privatlinikgruppe Hirslanden in digitaler Form - kostenlos und praktisch zugänglich. Dank dem Internet kann jederzeit ortsunabhängig darauf zugegriffen werden.

Neu stehen Ihnen auch Filmbeiträge aus verschiedenen Gesundheitssendungen zur Verfügung. Lassen Sie sich auf dieser Plattform von unseren Fachärzten über modernste Therapien und Behandlungen verschiedener Krankheiten informieren. Die Hirslanden Bibliothek wird laufend durch aktuelle Berichte und interessante Filmbeiträge erweitert und bietet Ihnen so stets aktuelles Fachwissen aus der gesamten Privatlinikgruppe Hirslanden.

The screenshot shows the homepage of the Hirslanden Bibliothek website. At the top, there is a navigation bar with the title 'Startseite - Hirslanden Bibliothek' and a search bar. Below the navigation bar, the main heading reads 'HIRSLANDEN BIBLIOTHEK - AUSGEWÄHLTES FACHWISSEN DER PRIVATKLINIKGRUPPE HIRSLANDEN'. To the right of the heading, there is a logo for 'HIRSLANDEN' with the text 'Zur offiziellen Hirslanden-Website'. Below the heading, there are several menu items: 'THEMEN', 'MEIST GELESEN', 'MEIST GESEHEN', 'ZEITSCHRIFTEN', and 'CHECKUP'. A search button labeled 'Suchen' is also present. The main content area is titled 'Neueste Artikel und Videos' and features a grid of 10 article and video thumbnails. Each thumbnail includes a play button icon and a title. The articles shown are: 'Demenz' (Demenz und Bewegungsstörungen im Alter - Nutzen der modernen Bildgebung), 'Herzfehler' (Gesundheitssendung CheckUp - ...), 'Herz' (Defekte Herzschrittmacher ...), 'Bandscheibenvorfall' (Minimalinvasive endoskopische ...), 'Nierensteine' (Gesundheitssendung CheckUp - ...), 'Magen-Bypass' (Gesundheitssendung CheckUp - ...), 'Augen' (Die Graue Star-Operation - ...), 'Inkontinenz' (Gesundheitssendung CheckUp - ...), and 'Hüftgelenk' (Rekonstruktion der ...). At the bottom of the grid, there is a button labeled 'Weitere Artikel anzeigen'.

ENTDECKEN SIE DIE HIRSLANDEN BIBLIOTHEK UNTER: WWW.HIRSLANDEN-BIBLIOTHEK.CH

BESUCHEN SIE UNSERE ÖFFENTLICHEN VERANSTALTUNGEN

VORTRAGSPROGRAMM

DATUM	THEMA	REFERENTEN
Mittwoch, 28. August 19.00 – 20.30 Uhr	OPERATIVE THERAPIEMÖGLICHKEITEN BEI BRUSTKREBS	DR. MED. STEFAN SPÖRRI , Facharzt FMH für Geburtshilfe und Gynäkologie, Belegarzt Salem-Spital
Mittwoch, 18. September 19.00 – 20.30 Uhr	CHIRURGISCHE BEHANDLUNG VON ÜBERGEWICHT – FAKTEN UND TRENDS	DR. MED. MARKUS NAEF , MBA, Facharzt FMH für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie, Belegarzt Klinik Beau-Site
Mittwoch, 23. Oktober 19.00 – 20.30 Uhr	STRAHLENSCHUTZ IN DER RADIOLOGIE UND BESICHTIGUNG MRT/CT	MARC VOUTAT , Leiter Institute, Hirslanden Bern DIPL. PHYS. ROLAND SIMMLER , Hirslanden Medical Center Aarau
Mittwoch, 11. Dezember 19.00 – 20.30 Uhr	VORTEILE DER LAPAROSKOPISCHEN DICKDARMCHIRURGIE	PD DR. MED. RUDOLF STEFFEN , Facharzt FMH für Viszeralchirurgie, Belegarzt Klinik Beau-Site

ERLEBNIS GEBURT

DATUM	THEMA	REFERENTINNEN
1. Donnerstag im Monat 18.30 – 20.00 Uhr	ERLEBNIS GEBURT – BESICHTIGUNG DER MATERNITÉ 4. Juli, 8. August, 5. September, 3. Oktober, 7. November, 5. Dezember	HEBAMMEN SALEM-SPITAL



ALLE VERANSTALTUNGEN FINDEN IM DIACONIS TAGUNGSZENTRUM BEIM SALEM-SPITAL AN DER SCHÄNZLISTRASSE 33 IN BERN STATT.

ABONNENTEN-SERVICE

Möchten Sie «Am Puls der Medizin» kostenlos abonnieren?
Sind Sie umgezogen oder möchten Sie die Zeitschrift abbestellen?
Änderungen nehmen wir gerne unter
marketing.bern@hirslanden.ch
oder Telefon **031 335 34 75** entgegen.



HIRSLANDEN BERN AG
KLINIK BEAU-SITE
SCHÄNZLIHALDE 11
3013 BERN

T 031 335 33 33
F 031 335 37 72

KLINIK-BEAUSITE@HIRSLANDEN.CH

HIRSLANDEN BERN AG
KLINIK PERMANENCE
BÜMPLIZSTRASSE 83
3018 BERN

T 031 990 41 11
F 031 991 68 01

KLINIK-PERMANENCE@HIRSLANDEN.CH

HIRSLANDEN BERN AG
SALEM-SPITAL
SCHÄNZLISTRASSE 39
3013 BERN

T 031 337 60 00
F 031 337 69 30

SALEM-SPITAL@HIRSLANDEN.CH

