

HIRSLANDEN BERN
KLINIK BEAU-SITE
KLINIK PERMANENCE
SALEM-SPITAL
PRAXISZENTRUM AM BAHNHOF

HIRSLANDEN 

NR. 1 | 2017

AM PULS DER MEDIZIN

INFORMATIONEN AUS DEN BERNER KLINIKEN UND PRAXISZENTREN

CHIRURGIE: FACHGEBIETE MIT VIELEN FACETTEN

**BLEIBENDE SCHMERZEN TROTZ
KÜNSTLICHEM GELENK - WAS TUN?**

**PLASTISCHE CHIRURGIE NACH
MASSIVEM GEWICHTSVERLUST**

**WENN DIE WEGE ZU LANG WERDEN UND
DIE WADEN SCHMERZEN, BRAUCHT ES BLUT**

**VORHOFFLIMMERN -
EISIGE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN**





DR. CHRISTOPH EGGER
Direktor Klinik Beau-Site



DANIEL FREIBURGHHAUS
Direktor Klinik Permanence



NORBERT SCHNITZLER
Direktor Salem-Spital

INHALT

- 4 BLEIBENDE SCHMERZEN TROTZ KÜNSTLICHEM GELENK - WAS TUN?**
- 6 HAUTÜBERSCHUSS NACH MASSIVEM GEWICHTSVERLUST: KÖRPERFORMENDE PLASTISCHE CHIRURGIE**
- 8 WENN DIE WEGE ZU LANG WERDEN UND DIE WADEN SCHMERZEN**
- 10 VORHOFFLIMMERN - EISIGE BEHANDLMÖGLICHKEITEN**
- 12 DIE KINDERÄRZTLICHE PRAXIS**
- 13 «JEDER BESTIMMT SELBST, WAS EIN NOTFALL IST»**
- 14 ERHÖHUNG DES PATIENTEN-NUTZENS ALS OBERSTES ZIEL**
- 16 PUBLIKUMSVORTRÄGE**

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser

«Die Chirurgie löst Zusammenhängendes, verbindet Getrenntes und entfernt Überflüssiges.» So formulierte der Arzt Guy de Chauliac im 14. Jahrhundert treffend die wichtigsten Aufgaben der Chirurgie. In seiner Zeit des tiefen Mittelalters entstanden die ersten Hospitäler, in denen Ärzte Operationen mit Knochen-sägen und scharfen Klingen durchführten.

Die «handwerkliche Kunst», so der Begriff aus dem Altgriechischen, hatte damals aber noch nichts mit Präzisionsarbeit unter sterilen Bedingungen zu tun. Dank heutiger Standards in den Bereichen Hygiene, Anästhesie und Technik hat sich die Chirurgie in rasantem Tempo weiterentwickelt. Heute verfügen wir über erstaunliche Mittel, Krankheiten und Verletzungen mit hohen Erfolgsraten unter besten Bedingungen und mit Unterstützung hochspezialisierter Instrumente zu operieren.

Im Schwerpunktthema dieser Ausgabe entführen wir Sie in chirurgische Spezialgebiete der Kliniken von Hirslanden Bern. Dr. Martin

Rotter operiert Patienten mit Vorhofflimmern erfolgreich durch den Einsatz von Wärme und Kälte. Dr. Bettina Marty macht bei der sogenannten «Schaufensterkrankheit» Arterien mit kleinsten Ballons und Stents wieder durchgängig. Die plastischen Chirurgen Dr. Andreas Tschopp und Dr. David Kiermeir verhelfen Patienten zu mehr Lebensqualität, indem sie ihre überschüssige Haut durch den Einsatz ausgefeilter Techniken entfernen. Dass Operationen nicht immer im ersten Anlauf zum vollen Erfolg führen, erläutert Dr. Stefan Joss in seinem Beitrag zum Thema Schmerzen trotz künstlichem Gelenk. Er zeigt auf, dass die Chirurgie keine in sich geschlossene Disziplin ist, sondern immer in Wechselwirkung steht mit äusseren Umständen sowie mit der individuellen Konstitution und Lebensweise des Patienten.

Zudem begrüßen wir Sie wie immer gerne an unseren Publikums-vorträgen. Das aktuelle Programm finden Sie auf der Rückseite. Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

IMPRESSUM

AM PULS DER MEDIZIN

ist eine Publikation der Hirslanden Bern AG und erscheint zweimal jährlich. Die Zeitschrift ist als PDF-Datei auf www.hirslanden-bibliothek.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 von Hirslanden Bern gestattet.

Auflage: 28000 Exemplare
Redaktion: Unternehmenskommunikation, Hirslanden Bern
Gestaltung: neuzeichen, Lenzburg
Druck: Kromer Print AG, Lenzburg

DR. CHRISTOPH EGGER
Direktor Klinik Beau-Site

DANIEL FREIBURGHHAUS
Direktor Klinik Permanence

NORBERT SCHNITZLER
Direktor Salem-Spital

NEWS AUS DEN KLINIKEN UND PRAXISZENTREN

ERWEITERUNG PRAXISZENTRUM AM BAHNHOF



Für die medizinische Rundumversorgung im Praxiszentrum am Bahnhof stehen uns ab sofort 1100 m² Praxisfläche zur Verfügung. Neu sind die Bereiche Walk-in Notfall und Sprechstunden mit Grundversorgern räumlich voneinander getrennt. Ausgewählte Bilder von Berner Künstlern zieren ausserdem die Wände und sorgen für eine freundliche Atmosphäre.

www.hirslanden.ch/pzbb

ANERKENNUNG FÜR PROF. DR. CHRISTOPH MAURER



«Prophylactic intraperitoneal onlay mesh reduces the risk of incisional hernia after laparotomy – two year follow-up results from a randomized controlled trial». Nicht weniger lang ist der Titel der Forschungsarbeit unseres Belegarztes Prof. Dr. Christoph Maurer. Sie wurde von der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie als beste klinische Arbeit ausgezeichnet. Wir gratulieren herzlich!

www.hirslanden.ch/beau-site

MODERNISIERTE STERILISATION IN DER KLINIK PERMANENCE



Mit einer Betriebszeit von 20 Jahren waren die Sterilisatoren und Reinigungsmaschinen der Klinik Permanence in die Jahre gekommen. Nach einer Umbauphase in diesem Sommer verfügt die Klinik nun wieder über eine topmoderne Sterilisation. Den Ausfall überbrückte das Salem-Spital und sorgte mit internen Transporten zuverlässig für sterile OP-Instrumentarien in Bümpliz.

www.hirslanden.ch/permanence

CHIRURGISCHE SPRECHSTUNDE IN DÜDINGEN



Das Praxiszentrum Düringen hat sein Angebot mit der Chirurgischen Sprechstunde erweitert. Dr. med. Katharina Luzia Linder ist spezialisiert auf Hernienchirurgie (Leisten-, Nabel- und Narbenbrüche), Gallenblasenentfernungen, Erkrankungen des Dick-, Dün- und Enddarmes (Hämorrhoiden, Marisken usw.) sowie Venenleiden.

www.hirslanden.ch/pzd

HIRSLANDEN BERN BEGRÜSST FOLGENDE NEU AKKREDITIERTEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

KLINIK BEAU-SITE

PD Dr. med. Beatrix Hokschi,
Fachärztin für Thoraxchirurgie

KLINIK PERMANENCE

Dr. med. Christian Giger Tobler,
Facharzt für Neurochirurgie
Dr. med. Alain Richard,
Facharzt für Anästhesie

SALEM-SPITAL

Dr. med. Maziar Shafiqhi,
Facharzt Plastische Chirurgie
Dr. med. Heinz Striffeler,
Facharzt für Chirurgie,
spez. Gefässchirurgie
Dr. med. Ariane Cavelti,
Fachärztin für Neurologie

BLEIBENDE SCHMERZEN TROTZ KÜNSTLICHEM GELENK – WAS TUN?

von **DR. MED. STEFAN JOSS**, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie

DIE OPERATION WAR NÖTIG: SIE HATTEN SCHMERZEN, DIE SITUATION VOR DEM EINSETZEN EINES KÜNSTLICHEN GELENKES WAR NICHT MEHR AUSZUHALTEN! ENTSPRECHEND GROSS WAREN DIE ERWARTUNGEN. ABER IST ES NORMAL, WEITERHIN SCHMERZEN ZU VERSPÜREN, TÄGLICH TABLETTEN EINNEHMEN ZU MÜSSEN, NICHT MEHR TREPPEN GEHEN ZU KÖNNEN? IST ES NORMAL, WENN MAN SICH NICHT MEHR WIE FRÜHER BEWEGEN ODER FAHRRAD FAHREN KANN? MIT DIESEN FRAGEN SIND SIE NICHT ALLEIN.

Jährlich werden in der Schweiz mehr als 36 000 künstliche Hüft- und Kniegelenke eingesetzt (SIRIS Prothesenregister 2014). 50 Prozent davon sind Hüftimplantationen, 40 Prozent betreffen das Knie. 10 Prozent sind sogenannte Revisionsoperationen – also Operationen, bei denen Gelenke nochmals verbessert oder ausgetauscht werden müssen. Das sind immerhin 3 600 Gelenke pro Jahr. Mit der jährlichen Zunahme der Prothesenimplantationen steigt auch die Zahl dieser Revisionsoperationen jährlich um rund 5 Prozent. Bis 2030 wird eine überproportionale Zunahme von Revisionsoperationen erwartet. Doch woran liegt es, dass implantierte künstliche Gelenke nochmals operiert werden müssen?

LÄNGERFRISTIGE BESCHWERDEN ABKLÄREN

Künstliche Gelenke im Knie- und Hüftbereich werden glücklicherweise sehr erfolgreich vorwiegend bei Gelenkverschleiss, d.h. bei Arthrose und Knochenbrüchen, implantiert. Diese Operationen

gehören zu den erfolgreichsten überhaupt. In den allermeisten Fällen ist eine deutliche Besserung der Beschwerden bis hin zum «vergessenen Gelenk» zu erwarten. In jedem Fall braucht es nach einer Operation eine Regenerationszeit von ein bis zwei Jahren bis zur vollständigen Erholung. Die Lebensdauer eines künstlichen Gelenkes ist abhängig von der Beanspruchung, der Implantationsqualität sowie von kaum beeinflussbaren Faktoren wie rheumatische Erkrankungen, Knochen- und Muskelqualität, Unfälle oder Infektionen. Über die Jahre kann ein künstliches Gelenk instabil werden, zu schmerzen beginnen oder die Gehfähigkeit wird wieder eingeschränkt.

GRÜNDE FÜR REVISIONSOPERATIONEN

Lockerungen

- Lockerungen von künstlichen Gelenken sind häufig die Folge von Kunststoffabrieb oder Bandinstabilitäten. Die Kunststoffpartikel lösen eine Entzündung im Gelenk aus, die ein künstliches Gelenk

allmählich vom Knochen lösen kann. Die Folge sind Schmerzen und Instabilitäten. Lockerungen sind der häufigste Grund von Revisionsoperationen in Knie- und Hüftgelenken.

Infektionen

- Im Rahmen einer Prothesenimplantation kann eine Infektion erfolgen (Primärinfektion). Antibiotika erreichen ein infiziertes künstliches Gelenk via Blutbahn nur ungenügend. In diesen Fällen müssen die Bakterien bei operativen Revisionen entfernt werden. Infektionen können auch zum künstlichen Gelenk verschleppt werden (Sekundärinfektion), etwa bei einer Zahninfektion oder einem chronischen Harnwegsinfekt.

Instabilitäten

- Knie: Normalerweise werden künstliche Kniegelenke durch Muskulatur, Gelenkkapsel und Seitenbänder stabilisiert. Wenn diese Strukturen beschädigt sind oder der Kunststoff abgerieben ist, kann das Knie nicht mehr genügend stabilisiert werden und ein sicheres Gehen ist nicht mehr möglich. Selten ist eine suboptimale Implantation des künstlichen Gelenkes dafür verantwortlich.
- Hüfte: Während bei gesunden Hüftgelenken eine Auskugelung (Luxation) fast nie vorkommt, tritt diese bei künstlichen

**AKUTE SCHMERZZUNAHMEN IN
VORGÄNGIG FUNKTIONIERENDEN
KÜNSTLICHEN GELENKEN MÜSSEN
ABGEKLÄRT WERDEN.**



künstliches Hüftgelenk



Gelenken häufiger auf. Die Folge sind notfallmässige Spitaleintritte zur Einrenkung (Reposition) der schmerzhaften Luxationen – oftmals verbunden mit Kurz-narkosen. Treten Auskugelungen wiederholt auf, muss die Positionierung des künstlichen Gelenkes überprüft und wenn nötig korrigiert werden.

Fehlstellungen der Implantate

- Fehlstellungen von künstlichen Gelenken können Schmerzen, Gehschwierigkeiten, Instabilitäten und Schwellungen zur Folge haben. Medikamente, Physiotherapie und das geduldige Abwarten bringen keine Verbesserung. Mit angepassten, teilweise grösseren Revisionsoperationen werden diese Fehler korrigiert oder kompensiert.

Knochenbrüche (Frakturen)

- Stürze können folgenschwere Knochenbrüche in der Nähe von künstlichen Gelenken verursachen. Es kann zu unmittelbaren oder verspäteten Lockerungen sowie Fehlbelastungen von benachbarten künstlichen Gelenken kommen. Revisionsoperationen sind anspruchsvoll und benötigen meistens Spezialimplantate.

Muskelschwäche

- Fehlende Kraft, bleibendes Hinken und Schmerzen können Anzeichen für einen Muskelabriss sein.

In der Regel muss eine Naht der Sehne/Muskulatur vorgenommen werden. Im Hüftbereich ist dazu manchmal die temporäre Entfernung des künstlichen Gelenkes am erfolgversprechendsten, damit die Muskulatur wieder am Knochen anwachsen kann. Nach acht Wochen wird das Gelenk wieder eingebaut – eine normale Mobilität ist wieder möglich.

Bewegungseinschränkungen

- Künstliche Gelenke sollen den Alltag erleichtern und Schmerzen beseitigen. Eine gewisse Einschränkung der Beweglichkeit ist völlig normal. Sportliche Aktivitäten sind nur in begrenztem Ausmass möglich. Falls der Bewegungsumfang stark vermindert ist, muss dieser genau analysiert werden. Die Behandlung reicht vom Lösen von Vernarbungen bis hin zu grösseren Revisionsoperationen mit längerer, physiotherapeutisch begleiteter Rehabilitation.

Beinlängendifferenzen

- Insbesondere nach Hüftgelenkoperationen kann es zu Differenzen der Beinlängen kommen. Differenzen bis zu zwei Zentimetern können ohne Folgeschäden kompensiert werden. Grössere Differenzen oder Differenzen mit anhaltenden Schmerzen müssen operativ korrigiert werden.

Falls Sie trotz künstlichem Gelenk über lange Zeit Beschwerden haben oder diese neu auftreten, wenden Sie sich an Ihren Arzt, um die Ursache und die möglichen Behandlungsschritte abzuklären.

PUBLIKUMSVORTRAG

von Dr. med. Stefan Joss

BLEIBENDE SCHMERZEN TROTZ KÜNSTLICHEM GELENK - WAS TUN?

Mittwoch, 24. Mai 2017
18.30-19.30 Uhr
Tagungszentrum beim Salem-Spital

KONTAKT



DR. MED. STEFAN JOSSE
FMH Orthopädische Chirurgie/
Traumatologie

PRAXISADRESSE

Bundesgasse 16
3011 Bern
T +41 31 311 70 00
ortho-joss@hin.ch
www.ortho-joss.ch

HAUTÜBERSCHUSS NACH MASSIVEM GEWICHTSVERLUST: KÖRPERFORMENDE PLASTISCHE CHIRURGIE

Von **DR. MED. ANDREAS TSCHOPP** und **DR. MED. DAVID KIERMEIR**,
Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, FMH, Klinik im Spiegel

MASSIVE GEWICHTSSCHWANKUNGEN UND SCHWANGERSCHAFTEN HINTERLASSEN IHRE SPUREN AM KÖRPER. DIE PLASTISCHE CHIRURGIE HAT IN DEN VERGANGENEN JAHREN EINE VIELZAHL VON TECHNIKEN ENTWICKELT UND VERFEINERT, UM DEN HAUTÜBERSCHUSS AN VERSCHIEDENEN KÖRPERSTELLEN SCHONEND ZU ENTFERNEN. DIE FUNKTIONELL WIE AUCH ÄSTHETISCH GUTEN RESULTATE STEIGERN DIE LEBENSQUALITÄT DEUTLICH.

In den letzten zwei Jahrzehnten haben sich verschiedene Eingriffe zur Behandlung von Adipositas durchgesetzt, in erster Linie der Magenbypass und das Magenband. Durch die drastische Gewichtsreduktion kann sich das Körpergewicht der Patienten in extremen Fällen halbieren. Zurück bleiben oft eine Fettschürze am Bauch, ein Hautüberschuss an den Oberschenkelinnenseiten, am Gesäss und im Bereich der Oberarme. Ebenfalls durch den Gewichtsverlust kann sich eine vorgängig grosse Brust entleeren und als Hängebrust weit nach unten treten. Die Haut im Gesicht erschlafft und es bilden sich Schlupflider.

KRANKHEIT VERSUS KOSMETIK

In einer ausführlichen Konsultation erhebt der Arzt den Befund an den verschiedenen Körperregionen und schätzt das Korrekturpotenzial ab. Wie gross der Leidensdruck ist, hängt von vielen Begleitfaktoren ab. Für eine allfällige Kostenübernahme durch die Krankenkasse ist entscheidend, ob ein sogenannter Krankheitswert vorliegt. Dies ist dann der Fall, wenn die Patienten funktionell beeinträchtigt sind und beispielsweise unter Einklemmungserscheinungen mit chronischen Schmerzen oder chronischen Entzündungen in den Hautfalten leiden, die nicht durch herkömmliche Behandlung mit Crèmes ausheilen. Um einen Krankheitswert geltend zu machen, braucht es eine sorgfältige Dokumentation der Beschwerden über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten. Dies gelingt am besten in enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt und den Fachspezialisten im Adipositaszentrum.

BAUCHSTRAFFUNG: NARBE LÄSST SICH GUT KASCHIEREN

Die Bauchstraffung ist der mit Abstand am häufigsten durchgeführte plastisch-chirurgische Eingriff nach massivem Gewichtsverlust: Der Chirurg legt dabei einen Schnitt in der sogenannten Bikinilinie und löst den Bauchhautlappen von der Bauchwand ab. Der Bauchnabel wird in der Regel umschnitten und die Ablösung bis an den Rippenbogen und den Brustbeinansatz fortgesetzt. Danach kann der Arzt den Hautüberschuss entfernen und den Bauchhautlappen straffen. Anschliessend setzt er den Bauchnabel wieder ein. In der gleichen Sitzung wird meist auch die Faszie in der Mittellinie gerafft, um die Bauchwand zu stabilisieren und bei Frauen die Taille zu betonen. Die tief liegende Narbe kann durch den Slip gut verdeckt werden (vgl. Abb. 1). Eine erweiterte Variante dieses Eingriffes ist das sogenannte Body Lifting: Hierbei entfernt der Chirurg auch den Hautüberschuss in der Flankenregion und am Gesäss, wodurch sich die Gesässpartie anheben und straffen lässt.

Die Oberschenkelstraffung wird nach massivem Gewichtsverlust meist mit einer Längsnarbe entlang der Oberschenkelinnenseite durchgeführt, häufig kombiniert mit einer Fettabsaugung (Liposuktion). Auf dieselbe Weise werden auch die Oberarme gestrafft, wobei der Chirurg die Narbe an der Innenseite unscheinbar in das hintere Drittel legt (vgl. Abb. 2).

Bei der Bruststraffung wird nicht nur die Haut gestrafft und der Brustwarzenkomplex höhergesetzt. Der Arzt strafft auch die Brustdrüse und formt diese neu. Nicht selten hat die Brust durch die Gewichtsreduktion so stark an Volumen verloren, dass der Einsatz eines Brustimplantates sinnvoll ist. Dieser Eingriff nennt sich kombinierte Bruststraffung-Brustvergrösserung (Abb. 3).



Abb. 1:
Vorher-nachher-Beispiel einer Bauchstraffung
mit Nabelversetzung



Abb. 2:
Vorher-nachher-Beispiel einer Oberarmstraffung



Abb. 3:
Vorher-nachher-Beispiel einer Bruststraffung mit
gleichzeitiger Brustvergrößerung

PUBLIKUMSVORTRAG

von Dr. med. Andreas Tschopp und
Dr. med. David Kiermeir

HAUTÜBERSCHUSS NACH MASSIVEM GEWICHTSVERLUST: KÖRPERFORMENDE PLASTISCHE CHIRURGIE

Mittwoch, 31. Mai 2017

18.30–19.30 Uhr

Tagungszentrum beim Salem-Spital

KONTAKT



DR. MED. ANDREAS TSCHOPP

Facharzt für Plastische, Rekonstruktive
und Ästhetische Chirurgie, FMH
andreas.tschopp@klinikimspiegel.ch



DR. MED. DAVID KIERMEIR

Facharzt für Plastische, Rekonstruktive
und Ästhetische Chirurgie, FMH
david.kiermeir@klinikimspiegel.ch

PRAXISADRESSE

Klinik im Spiegel
Bellevuestrasse 15
3095 Spiegel bei Bern
T +41 31 970 30 70

WENN DIE WEGE ZU LANG WERDEN UND DIE WADEN SCHMERZEN

Von **PD DR. MED. BETTINA MARTY**, Fachärztin für Gefässchirurgie und Chirurgie

ATHEROSKLEROSE IST DER ALTERUNGSPROZESS DER ARTERIEN MIT AUSBILDUNG VON VERENGUNGEN. OFT SIND DIE BECKEN- UND BEINARTERIEN BETROFFEN. DIE BLUTZUFUHR ZU DEN BEINEN WIRD BEHINDERT UND BEIM GEHEN KOMMT ES ZU SCHMERZEN. DANK DEM HEUTIGEN STAND DER GEFÄSSMEDIZIN KANN DEN PATIENTEN MIT ENDOVASKULÄREN UND OPERATIVEN VERFAHREN EFFIZIENT GEHOLFEN WERDEN.

Im Alter verlieren die Blutgefässe bzw. die Arterien ihre Elastizität. Die Wand der Arterien wird zunehmend dicker, Cholesterin und Triglyceride lagern sich ein, wodurch sie sogar verkalken kann. Durch die Wandverdickung wird der innere, vom Blut durchströmte Hohlraum kleiner und es fließt weniger Blut durch – die Arterien werden eingeengt (Stenosen) oder sogar verschlossen. Dieser Prozess wird Atherosklerose genannt und schreitet mit zunehmendem Alter voran. Wenn nur wenige Stenosen vorliegen, spürt der Patient noch nichts. Ungefähr ab dem 70. Altersjahr können Beschwerden auftreten. Bei Diabetes, übermässigem Zigarettenkonsum oder erhöhtem Blutdruck kann die Atherosklerose schon ab dem 40. Lebensjahr Probleme verursachen.

DER BEGRIFF DER SCHAUFENSTERKRANKHEIT

Meistens treten die Wandverdickungen und Verkalkungen an der Bauchaorta, den Becken- und Beinarterien auf. Die Muskulatur der Beine und manchmal auch des Gesässes wird dabei ungenügend mit Blut versorgt und es kommt bei Aktivität zu typischen Beschwerden. Zuerst beginnt meist die Wadenmuskulatur nach längerem Gehen zu schmerzen. Die Schmerzen zwingen den Patienten, einen Moment stehen zu bleiben und zu warten, bis sie abgeklungen sind. Die Verlegenheit über dieses unfreiwillige Stehenbleiben kann die Patienten dazu bewegen, sich währenddessen die Schaufenster anzusehen – daher der etwas altmodische Name Schaufensterkrankheit. Viele Patienten sind dadurch in ihrem täglichen Leben und jüngere sogar in ihrem Beruf eingeschränkt.

SORGFÄLTIGE ABKLÄRUNG WICHTIG

Jetzt ist es wichtig, die Durchblutung der Beine abzuklären. Am Anfang jeder guten Behandlung steht das ausführliche Gespräch mit dem Patienten, damit sich der behandelnde Arzt ein gutes Bild von seinem Gesundheitszustand und seiner Lebenssituation machen kann. Später untersucht der Arzt den Bauch und die Beine, tastet die Pulse und hebt das Bein hoch um zu sehen, ob die Fusssohle abbläut. Er testet

den Blutfluss mit einer hörbaren Doppler-Sonde und führt einen Ultraschall der Arterien durch. Die computertomografische Angiographie (Angio-CT) bildet die genaue Position der Stenosen und Verschlüsse ab und dient als Grundlage für den Behandlungsplan. Diese bildliche Darstellung trägt dazu bei, dass der Patient seine Erkrankung genau versteht.

Grundsätzlich kommen in der Gefässchirurgie alle drei therapeutischen Massnahmen (konservativ, endovaskulär und operativ) in Frage. Zuerst wird immer die Möglichkeit einer konservativen Therapie ins Auge gefasst. Dazu gehört, das Rauchen aufzugeben sowie einen Diabetes und einen hohen Blutdruck möglichst gut einzustellen. Aspirin und Cholesterinsenker helfen, die Atherosklerose zu stabilisieren oder einzudämmen. Wenn das Ausmass der Erkrankung relativ gering ist und die Lokalisation der Stenosen es ermöglicht, empfiehlt der Arzt dem Patienten ein diszipliniertes Gehtraining. Zu Fuss soll er täglich eine bestimmte Wegstrecke zurücklegen und diese über Monate stetig verlängern. Damit regt er das Wachstum von kleinen Gefässen an, die den Verschluss einer grösseren Arterie bis zu einem gewissen Grad kompensieren können. Besteht hingegen eine hochgradige Einengung oder ein Verschluss der grossen, zentralen Gefässe, profitiert der Patient von einer Intervention. Ihre Art hängt davon ab, wie stark die Gefässe verkalkt sind. Der Eingriff sollte für den Patienten wenig belastend, effizient und nachhaltig sein.

GEFÄSSCHIRURGISCHE BEHANDLUNG

Im günstigen Fall ist nur die Beinarterie des Oberschenkels verengt und kann mittels Angioplastie (Ballondilatation) und wenn nötig mit einem Stent wieder durchgängig gemacht werden. Die Arterie wird in der Leiste unter Lokalanästhesie punktiert und ein Katheter in die Beinarterie eingeführt. Unter Durchleuchtungskontrolle wird die Arterie anschliessend dilatiert und eventuell gestentet. Die Abbildung 1 zeigt eine erfolgreiche Ballondilatation der rechten Oberschenkelarterie.

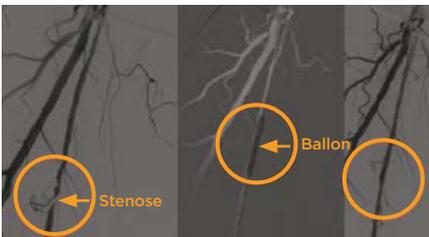


Abb. 1: Erfolgreiche Dilatation einer sehr engen Stenose der rechten Oberschenkelarterie mit einem Ballonkatheter.

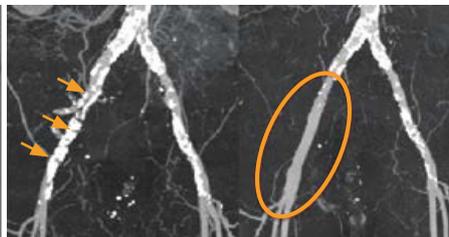


Abb. 2: Ausschälplastik der rechten Beckenarterie: Die massiven Verkalkungen (weisse Flecken) sind operativ entfernt worden und die Arterie ist in diesem Bereich vollständig durchgängig.

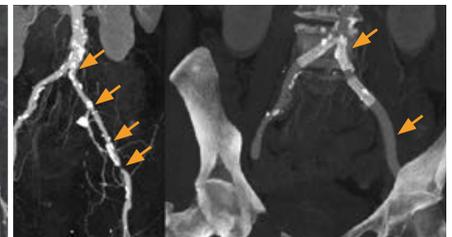


Abb. 3: Ausschälplastik der linken Beckenstrombahn und Stentimplantation weiter oben in der Aufteilung der Bauchschlagader (Hybridoperation): Die linke Beckenstrombahn ist auf ihrer ganzen Länge wieder eröffnet. Alle Verkalkungen links sind entfernt worden.

Bei ausgedehnten Stenosen, Verschlüssen und massiven Verkalkungen ist eine Operation unumgänglich. In Narkose werden die Verkalkungen und atherosklerotischen Ablagerungen via Femoralarterie in der Leiste herausgenommen (sog. Ausschälplastik). Der grosse Vorteil besteht darin, dass die natürliche Strombahn vollständig und ohne Implantation eines Fremdkörpers wieder hergestellt werden kann (Abbildung 2). Bei zusätzlichen, höher gelegenen Stenosen im Bereich der Becken- und Hauptschlagader (Aorta) wird zusätzlich kathederteknisch vorgegangen, um den chirurgischen Eingriff relativ klein zu halten. Abbildung 3 zeigt ein solches kombiniertes Vorgehen (Hybrideingriff) bei Stenosen und Verschlüssen der gesamten Beckenarterie. Leidet der Patient an einer sehr schweren Atherosklerose mit einem Verschluss der Bauchschlagader, ist eine Operation mit Öffnen der Bauchhöhle und Implantation einer Gefässprothese oft die beste Lösung.

Die oben genannten Eingriffe verbessern die Lebensqualität der Patienten erheblich und sie können wieder ihren alltäglichen Beschäftigungen nachgehen, Treppensteigen und längere Strecken gehen.

PUBLIKUMSVORTRAG

von PD Dr. med. Bettina Marty

WENN DIE WEGE ZU LANG WERDEN UND DIE WADEN SCHMERZEN

Mittwoch, 21. Juni 2017

18.30-19.30 Uhr

Tagungszentrum beim Salem-Spital

KONTAKT



PD DR. MED. BETTINA MARTY

Fachärztin für Gefässchirurgie und Chirurgie

PRAXISADRESSE

Praxis für Gefässchirurgie Marty&Striffeler
Schänzlihalde 1

3013 Bern

T +41 31 335 78 01

bettina.marty@hirslanden.ch

heinz.striffeler@hirslanden.ch

VORHOFFLIMMERN - EISIGE BEHANDLUNGS- MÖGLICHKEITEN

von **DR. MED. MARTIN ROTTER**, Facharzt für Kardiologie

VORHOFFLIMMERN IST DIE HÄUFIGSTE RHYTHMUSSTÖRUNG UND GEHT OFT MIT STARKEN BESCHWERDEN EINHER, DIE MEDIKAMENTE MANCHMAL NUR UNGENÜGEND LINDERN KÖNNEN. IN DIESEM FALL KOMMEN KATHETEREINGRIFFE ZUM ZUG. SIE WURDEN IN DEN LETZTEN JAHREN DURCH DIE CRYOTHERAPIE (VERÖDUNG MITTELS KÄLTE) ERWEITERT.

Vorhofflimmern kommt je nach Altersgruppe bei bis zu einem Fünftel der Bevölkerung vor. Dabei kommt es zu sehr raschen und unregelmässigen Aktivierungen der Vorkammern des Herzens, die wiederum auf die Hauptkammern übergeleitet werden. Die Hauptkammern pumpen ihrerseits das Blut durch den Körper. Beim Vorhofflimmern erfolgt dies sehr unregelmässig – mal zu rasch, mal zu langsam.

AUCH JUNGE SIND BETROFFEN

Vorhofflimmern gilt als normale Alterungserscheinung. Es kann aber auch schon bei jüngeren Menschen vorzeitig auftreten – besonders bei hohem Blutdruck, Übergewicht oder übermässigem Alkoholkonsum. Die Folgen sind vielfältig: Oft kommt es zu einer Verschlechterung der Pumpleistung des Herzens, was zu Schwäche, Atemnot und Flüssigkeitsansammlungen in den Beinen führen kann. Die gefährlichste Folge sind Gerinnselbildungen im Kreislaufsystem und die Verstopfung von Gefässen. Vorhofflimmern ist die häufigste Ursache des Schlaganfalles, weshalb meistens eine Blutverdünnung notwendig ist.

Das Wichtigste bei der Behandlung des Vorhofflimmerns ist, die Risikofaktoren zu minimieren – also den hohen Blutdruck optimal einzustellen sowie Übergewicht und übermässigen Alkoholkonsum zu reduzieren. Zudem gilt es zu prüfen, ob aufgrund des Risikoprofils eine Blutverdünnung nötig ist (zu berechnen unter www.shrs.ch). Zur Behandlung der Beschwerden kommen vor allem Rhythmus stabilisierende Medikamente zum Einsatz. Wenn diese Medikamente keine Wirkung zeigen oder schlecht vertragen werden, kommt die Katheterablation zum Zug.

HEISS ODER KALT - DER ARZT ENTSCHEIDET

Die Ablationstherapie verfolgt das Ziel, die Störimpulse, die das Vorhofflimmern erzeugen, elektrisch zu isolieren. Da die meisten Störimpulse im Bereich der Lungenvenen der linken Vorkammer entstehen, wird das Gewebe um die Mündungen der Lungenvenen verödet, damit die elektrischen Störimpulse den normalen Taktgeber nicht mehr beeinflussen (vgl. Abb. 1). Das Gewebe wird dabei entweder erhitzt oder mit Kälte behandelt. Beide Techniken haben ihre Vor- und Nachteile. Welches Verfahren bei einem Patienten angewendet wird, entscheidet der Arzt aufgrund der Voruntersuchungen.

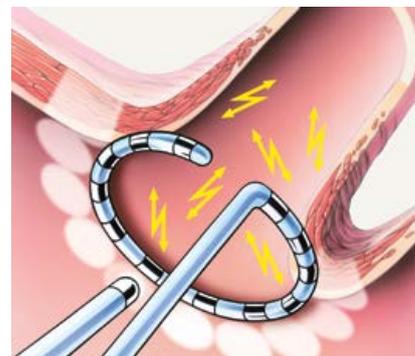


Abb. 1: Bei der Katheterablation von Vorhofflimmern werden die Stellen, die für die Fehlzündungen in den Pulmonalvenen verantwortlich sind, isoliert und ausgeschaltet.

Bei der Cryoablation wird die Öffnung einer Lungenvene mit Hilfe eines Ballons komplett verschlossen (vgl. Abb. 2). Der aufgeblasene Ballon steht überall mit der Herzwand in Kontakt, wodurch eine komplette elektrische Isolationslinie um das Gefäss gezogen werden kann. Die Gewebeerödung erfolgt bei diesem System mit Kälte: Der Ballon wird auf rund -50° Celsius abgekühlt. Nach 3 bis 4 Minuten kann so eine Lungenvene isoliert werden. Bei der Verödung werden die gefrorenen Muskelzellen so weit zerstört, dass sie die elektrischen Ströme nicht mehr weiterleiten. Die Struktur an sich bleibt aber intakt. Mit der kompletten Isolation aller Lungenvenen können bis zu 9 von 10 Patienten vom Vorhofflimmern befreit werden. Ein möglicher Vorteil der Cryoablation gegenüber der



Abb. 2



1) Einführung des Spiralkatheters in die Lungenvene / Ausmessung



2) Aufblasen des Ballonkatheters, Einführung in die Lungenvene, welche komplett verschlossen wird und anschliessend Kühlung des Ballons



3) Rückzug des Ballonkatheters, Dokumentation der elektrischen Isolation



4) Ablassen des Ballonkatheters und Umpositionierung oder Entfernung aus dem Vorhof

Radiofrequenzablation könnte die höhere Erfolgsrate nach bereits einem Eingriff sein (bei der Radiofrequenzablation ist bei rund einem Drittel der Patienten ein zweiter Eingriff nötig). Um dies nachzuweisen, fehlt aber momentan die Erfahrung.

HOHE ERFOLGSQUOTE

Für den Eingriff ist ein Spitalaufenthalt von zwei bis drei Tagen nötig. Der Eingriff erfolgt bei einer oberflächlichen Narkose, dauert rund eine Stunde und wird vom Patienten nicht bemerkt. Der Zugang zum Herzen erfolgt mit einer Sonde von der Leiste aus, wo ein Gefäss angestochen wird, das bis ins Herz führt. Nach dem Eingriff folgt eine Überwachungsphase von mindestens 12 bis 24 Stunden, um allfällige Komplikationen wie Blutungen oder einen Schlaganfall sofort zu entdecken und behandeln zu können. Nach dem Spitalaufenthalt muss sich der Patient eine Woche körperlich schonen – dies nicht wegen dem Herz, sondern wegen der Einstichstelle in der Leiste, um Nachblutungen zu verhindern.

Mit der Cryoablation verfügt der behandelnde Arzt über eine weitere Möglichkeit, die häufigste Rhythmusstörung zu behandeln und den Patienten von seinen Beschwerden zu befreien – mit hoher Sicherheit und besten Erfolgschancen.

PUBLIKUMSVORTRAG

von Dr. med. Martin Rotter

VORHOFFLIMMERN – EISIGE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Mittwoch, 15. März 2017

18.30-19.30 Uhr

Tagungszentrum beim Salem-Spital

KONTAKT



DR. MED. MARTIN ROTTER

Facharzt für Kardiologie

PRAXISADRESSE

Schänzlistrasse 33

3013 Bern

T +41 31 335 46 46

DIE KINDERÄRZTLICHE PRAXIS: ROLLE, AUFGABEN UND SELBSTVERSTÄNDNIS VON UNS PÄDIATERN

Von **DR. MED. KATAYUN HOJAT WÜTHRICH** und **BURKARD BODE**,
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

NEBEN AUFGESCHÜRFTEN KNIEEN, HUSTEN UND FIEBER BEURTEILEN PÄDIATER GANZHEITLICH DIE KÖRPERLICHE, SOZIALE, PSYCHISCHE UND INTELLEKTUELLE ENTWICKLUNG DES KINDES. SIE BERATEN ZU THEMEN WIE GESUNDHEIT, ERNÄHRUNG UND SEXUALITÄT UND SIND DAFÜR SENSIBILISIERT, VERHALTENS- UND LEISTUNGSSTÖRUNGEN, ABER AUCH KINDESMISSHANDLUNG UND VERNACHLÄSSIGUNG ZU ERKENNEN.

Ein wichtiger Teil der Arbeit eines Pädiaters in der Praxis sind die Vorsorgeuntersuchungen mit den Impfungen. Dabei geht es sowohl um Früherkennung von angeborenen oder erworbenen Erkrankungen als auch um Hilfestellung zur gesunden Lebensführung. Wir beraten die Eltern in Bezug auf Ernährung, Pflege, Schlafgewohnheiten und Erziehung.

Häufig begegnen uns die Familien mit Unsicherheiten und Ängsten. Neben der medizinischen Beratung braucht es dann gute kommunikative Fähigkeiten, Zeit und ein offenes Ohr. Der Zugang zum Kind in der pädiatrischen Praxis ist – anders als beim Arzt für Erwachsene – häufig nur spielerisch möglich. Im Gegensatz dazu stehen die Erwartungen der Eltern an ein professionelles Auftreten. Ein Widerspruch, den es zu überwinden gilt.

BESONDERE AUFMERKSAMKEIT FÜR BESONDERE PATIENTEN

Medizinische Informationen über das Kind erhalten wir in den meisten Altersgruppen vor allem von den Eltern und Grosseltern. Indem wir das Kind während des Aufenthaltes in der Praxis aufmerksam beobachten, können wir diese Informationen ergänzen. Erst danach führen wir Untersuchungen durch. Diese müssen wir mit grosser Sorgfalt auswählen, da insbesondere kleine Kinder nicht beliebig lange mitarbeiten. Deshalb erfordert der Beruf des Kinderarztes viel Einfühlungsvermögen, Geduld und Ruhe.

Wir begleiten die Kinder über alle Entwicklungsschritte – vom Tag der Geburt bis zum Eintritt ins Berufsleben mit all den verschiedenen Bedürfnissen und Ansprüchen. Dabei sehen wir die Kinder nicht als Einzelperson, sondern immer auch als Teil einer Familie. Auch dies macht die Tätigkeit eines Kinderarztes zu einer facettenreichen und interessanten Herausforderung.



Kinder sind die Lehrmeister des Lebens

KONTAKT



DR. MED. KATAYUN HOJAT WÜTHRICH
Fachärztin für Kinder-, Jugend- und
Intensivmedizin
Katayun.hojatwuethrich@hirslanden.ch



BURKARD BODE
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
BurkhardPeter.Bode@hirslanden.ch

PRAXISADRESSE

Praxiszentrum am Bahnhof Bern
Parkterrasse 10
3012 Bern
T +41 31 335 50 00

«JEDER BESTIMMT SELBST, WAS EIN NOTFALL IST»

NICOLE HELM LEITET DIE NOTFALLSTATION IN DER KLINIK PERMANENCE. ALS MEDIZINISCHE PRAXIS-ASSISTENTIN (MPA) KAM SIE 2012 AUS DEUTSCHLAND UND LEGTE BEI HIRSLANDEN EINEN BLITZSTART ZUR ABTEILUNGSLEITERIN HIN. DEN SCHRITT HAT SIE NIE BEREUT.

Frau Helm, die Klinik Permanence ist auf Orthopädie spezialisiert. Gilt dies auch für den Notfall?

Theoretisch ja. In der Praxis behandeln wir jeden Notfallpatienten unabhängig davon, welche Beschwerden er hat. Das reicht vom Hautausschlag über den Husten bis hin zu Brustschmerzen oder Herzanfällen.

Gehören Hautausschlag und Husten in den Notfall?

Grundsätzlich bestimmt jeder selbst, was ein Notfall ist. Unsere Patienten kommen zu uns, wenn sie keine andere Möglichkeit sehen, sich behandeln zu lassen. Natürlich gibt es Fälle, die nicht unbedingt hierhergehören.

Wie viele Patienten nehmen Sie jährlich auf?

Wir zählen rund 7000 bis 8000 Patienten pro Jahr, die wir im 24-Stunden-Betrieb versorgen. In Spitzenzeiten stossen wir damit an unsere Kapazitätsgrenzen.

Worauf führen Sie die vielen Notfälle zurück?

Die grösste Nachfrage besteht, wenn mehrere Hausärzte gleichzeitig in den Ferien sind. Ich führe die hohen Zahlen auch auf die heutige Gesellschaftsstruktur zurück. Früher lebten mehrere Generationen unter einem Dach, pflegten sich gegenseitig und wussten sich zuerst mit Hausmitteln zu helfen. Diese gegenseitige Sorge fällt bei den Kleinfamilien von heute weg.

Wie bewahren Sie als Abteilungsleiterin da den Überblick?

Zu meiner Aufgabe gehört, auf vielen Diensten selbst mitzuarbeiten und die Mitarbeiterinnen sehr nah bei der Arbeit zu begleiten. Ich frage nach, was gut funktioniert und was wir verbessern sollten. Durch diese Nähe zum Personal und zu den Patienten bin ich immer à jour. Meine Bürozeit beschränkt sich auf etwa zwei Stunden am Tag. Daneben nehme ich an Kadersitzungen teil, rekrutiere neue Mitarbeitende, organisiere Weiterbildungen für Mitarbeitende oder suche Ersatz, wenn jemand krank ist.

Sie sprechen von den Mitarbeiterinnen – sind Sie ein reines Frauenteam?

Tatsächlich, unser Team besteht aus rund 25 Frauen, aufgeteilt in vier Teams. An den Wochenenden und in der Nacht sind die MPAs auch fürs Röntgen, das Labor und die Rezeption zuständig. Natürlich arbeiten wir auch eng mit der Ärzteschaft zusammen.



Nicole Helm, Abteilungsleiterin der Notfallstation in der Klinik Permanence

Welche Ausbildung haben Sie als Abteilungsleiterin mitgebracht?

Ich habe bereits in Deutschland den Beruf der MPA gelernt. 2012 habe ich eine Stelle in der Permanence angenommen. Schon nach zwei Monaten erhielt ich das Angebot, die Leitung des Notfalls zu übernehmen. Ich habe sofort zugesagt und mich später zur diplomierten Abteilungsleiterin im Gesundheitswesen HF weiterbilden lassen.

Sie tragen viel Verantwortung. Wollten Sie schon mal mit einem Bürojob tauschen?

Keine Sekunde. Ich kann mir einen «normalen Job» mit festen Tagesstrukturen nicht vorstellen. Nicht zu wissen, was einen erwartet, empfinde ich als Bereicherung. Zudem werde ich hier in der Schweiz in meinem Beruf sehr wertgeschätzt. Hier lässt ein Arzt gerne auch die Erfahrung der Pflegefachpersonen einfließen.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft?

Ich hoffe, dass wir ein so eingespieltes und harmonisches Team bleiben, und dass der Fachkräftemangel sowohl in der Pflege als auch auf Seite der Ärzte nachlässt.

ERHÖHUNG DES PATIENTENNUTZENS ALS OBERSTES ZIEL

BEI ALLEM, WAS DIE PRIVATKLINIKGRUPPE HIRSLANDEN UNTERNIMMT, HAT SIE STETS EIN ZIEL VOR AUGEN: DIE ERHÖHUNG DES PATIENTENNUTZENS. WAS DAS KONKRET BEDEUTET, ERLÄUTERT DR. DANIEL LIEDTKE IM GESPRÄCH. ER IST CHIEF OPERATING OFFICER DER GRUPPE.

DR. DANIEL LIEDTKE, DER PATIENTENNUTZEN IST EIN SCHLÜSSELBEGRIFF IN DEN DEBATTEN ÜBER DAS GESUNDHEITSWESEN UND STEHT AUCH BEI HIRSLANDEN IM FOKUS. WAS IST DARUNTER ZU VERSTEHEN?

Eingeführt wurde der Begriff, um ökonomische Kosten-Nutzen-Überlegungen in die Diagnostik- und Therapieentscheidung einfließen zu lassen. So bezeichnet der Patientennutzen das Verhältnis zwischen der medizinischen Qualität und den Kosten für die Leistungserbringung. Wir bei Hirslanden sind allerdings der Ansicht, dass in dieser Definition eine wichtige Dimension fehlt und deshalb zu ergänzen ist: die Patientenzufriedenheit.

«PATIENTEN WÜNSCHEN SICH EINE TRANSPARENTE AUFKLÄRUNG ÜBER DIE CHANCEN UND RISIKEN EINES EINGRIFFS.»

WAS KENNZEICHNET EINEN ZUFRIEDENEN PATIENTEN?

Als Patient hat man eine Reihe von Bedürfnissen und erwartet, dass im Spital auf sie eingegangen wird. So wünschen sich Patienten beispielsweise eine transparente Aufklärung über die Chancen und Risiken eines Eingriffs, eine verständliche Erklärung von Untersuchungsergebnissen oder eine rasche Hilfe bei plötzlich auftretenden Schmerzen. Darüber hinaus sind ihnen auch das Essen, die

persönliche Betreuung und der Service im Allgemeinen wichtig. Wie zufrieden ein Patient nach dem Spitalaustritt ist, hängt davon ab, inwieweit das Spital solche Erwartungen erfüllt hat.

WELCHEN UNTERSCHIED MACHT ES DABEI, OB MAN ALS PATIENT ALLGEMEIN- ODER ZUSATZVERSICHERT IST?

Unabhängig von ihrer Versicherungsklasse haben Patienten grundsätzlich die gleichen Bedürfnisse. Gemeinsam ist ihnen auch die wichtigste aller Erwartungen: nämlich dass bei höchster Patientensicherheit das bestmögliche Behandlungsergebnis erzielt wird. Wer aber Monat für Monat Prämien für eine Zusatzversicherung bezahlt, erwartet zu Recht, dass ihm auch individuelle Zusatzwünsche erfüllt werden. Es ist wie beim Fliegen: Die Passagiere aller Klassen kommen gleich sicher am Ziel an. Beim Komfort und Service sowie bei der Erfüllung von Extrawünschen gibt es aber je nach Versicherungsklasse unterschiedliche Leistungen. Im Spital betrifft das etwa die Facharztbetreuung bzw. freie Wahl des Arztes und des Behandlungstermins, die Mitsprache beim Einsatz bestimmter Markenprodukte und Technologien oder die Hotellerie. Entscheidend für die Zufriedenheit der Patienten ist es deshalb, dass sie wissen, was sie erwarten können und dürfen. Das setzt voraus, dass eine Klinik ihr Leistungsangebot für die verschiedenen Versicherungsklassen klar kommuniziert. Man nennt dies auch Erwartungsmanagement.

FÜHRT DIE ORIENTIERUNG AN DEN INDIVIDUELLEN PATIENTENBEDÜRFNISSEN NICHT ZU EINER KOSTENTREIBENDEN MENGEN-AUSWEITUNG?

Das ist eine verbreitete, aber falsche Annahme. Das oberste Bedürfnis der Patienten ist eine möglichst hohe Lebensqualität. Vielfach ist dazu eine medizinische Behandlung notwendig. Es gibt aber auch Fälle, wo der selbstbestimmte Verzicht auf das medizinisch maximal Machbare der Lebensqualität zuträglicher ist. Als Beispiel dafür sei die zunehmende Zahl der Patientenverfügungen erwähnt, in denen Menschen noch bei Gesundheit schriftlich festhalten, auf welche lebensverlängernden Massnahmen sie dereinst verzichten möchten. Ein solcher Entscheid setzt natürlich voraus, dass sie im Bild sind über die Vor- und Nachteile der therapeutischen Möglichkeiten.

DIE PRIVATKLINIKGRUPPE HIRSLANDEN ENTWICKELT SICH ZU EINEM INTEGRIERTEN GESUNDHEITSKONZERN. WAS BEDEUTET DAS, UND INWIEFERN ERHÖHT SICH DADURCH DER PATIENTENNUTZEN?

Die Integration findet auf zwei Ebenen statt: Zum einen wollen wir die Kliniken von vielen administrativen Aufgaben entlasten, indem wir diese gruppenweit vereinheitlichen und zentralisieren. Das ermöglicht es den Kliniken und ihrem Management, sich ganz auf ihr Kerngeschäft zu konzentrieren: die Betreuung der Patienten. Zum anderen haben wir damit begonnen, um unsere Kliniken herum regionale Versorgungsnetzwerke aufzubauen. Im Vordergrund steht dabei die Erweiterung unseres ambulanten



Dr. Daniel Liedtke, Chief Operating Officer der Privatlinikgruppe Hirslanden

und diagnostischen Netzwerkes möglichst nahe zum Wohnort des Patienten. Bereits heute betreibt Hirslanden vier Praxiszentren sowie 14 Radiologieinstitute. Weitere derartige Einrichtungen sind in Planung, ebenso ambulante Operationszentren in Kliniknähe.

WELCHE ZIELE VERFOLGEN SIE DAMIT?

Mit den ambulanten Angeboten reagieren wir einerseits auf ein wachsendes Patientenbedürfnis und die weiter voranschreitende Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich. Gleichzeitig stärken wir damit die sektorenübergreifende Versorgung aus einer Hand. Das heisst, wir können unsere Patienten künftig ohne Zeit- und Informationsverlust über alle ambulanten und stationären Versorgungsstufen hinweg betreuen. Das Leistungsspektrum einer solchen Versorgungsregion reicht dabei von der Grundversorgung über die Diagnostik bis hin zur hochspezialisierten Medizin.

WIE LÄSST SICH DER PATIENTEN-NUTZEN AN DEN KLINIKEN SELBST ERHÖHEN?

Dank des medizinischen Fortschritts stehen heute für viele Krankheiten mehrere Behandlungsmöglichkeiten

zur Verfügung, die von spezialisierten Fachärzten aus unterschiedlichen Disziplinen angeboten werden. Von überragender Bedeutung für den Patientennutzen ist es deshalb, dass für jeden Patienten die individuell beste Therapieoption gewählt wird. Diese Entscheidungen werden heute mehr und mehr in sogenannten Indikationsboards gefällt. Das sind regelmässig stattfindende Sitzungen, an denen Spezialisten verschiedener Fachrichtungen gemeinsam festlegen, bei welchem

«ES GIBT FÄLLE, WO DER SELBSTBESTIMMTE VERZICHT AUF DAS MEDIZINISCH MAXIMAL MACHBARE DER LEBENSQUALITÄT ZUTRÄGLICHER IST.»

Patienten welche Therapie oder welche Kombination von Therapien am sinnvollsten ist. Ein Beispiel ist das Tumorboard für Krebserkrankungen. Eingebettet ist diese enge

interdisziplinäre Zusammenarbeit der Ärzte in eine Organisationsform der Kliniken, die wir Systemanbieteransatz nennen. Dieser Ansatz beruht auf einer klaren Arbeitsteilung zwischen den ärztlichen Querschnittsfunktionen wie etwa der Inneren Medizin, der Notfallmedizin, der Anästhesie, der Radiologie und der Intensivmedizin auf der einen Seite und den Ärzteteams der immer stärker spezialisierten Fachgebiete wie Orthopädie, Kardiologie, Urologie usw. auf der anderen. Dank dieser Arbeitsteilung können die Spezialisten darauf vertrauen, dass alle medizinischen Basisleistungen jederzeit rasch und kompetent erbracht werden und dadurch ein Maximum an Patientensicherheit gewährleistet ist. Das wiederum erlaubt es ihnen, sich ganz auf ihre spezialisierten Fachaufgaben zu konzentrieren.

DR. DANIEL LIEDTKE (46)

ist seit April 2015 Chief Operating Officer der Privatlinikgruppe Hirslanden. Zuvor war er während sieben Jahren Direktor der Klinik Hirslanden in Zürich. Er ist verheiratet und Vater von vier Kindern.

BESUCHEN SIE UNSERE ÖFFENTLICHEN VERANSTALTUNGEN

VORTRAGSPROGRAMM 2017

DATUM	ORT	THEMA	REFERENTEN
Mittwoch 15. März 18.30 - 19.30 Uhr	Tagungszentrum beim Salem-Spital, Schänzlistrasse 33, 3013 Bern	VORHOFFLIMMERN - EISIGE BEHANDLUNGS- MÖGLICHKEITEN	DR. MED. MARTIN ROTTER Facharzt für Kardiologie
Mittwoch 24. Mai 18.30 - 19.30 Uhr	Tagungszentrum beim Salem-Spital, Schänzlistrasse 33, 3013 Bern	BLEIBENDE SCHMERZEN TROTZ KÜNSTLICHEM GELENK - WAS TUN?	DR. MED. STEFAN JOSS Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie
Mittwoch 31. Mai 18.30 - 19.30 Uhr	Tagungszentrum beim Salem-Spital, Schänzlistrasse 33, 3013 Bern	KÖRPERFORMENDE PLASTISCHE CHIRURGIE	DR. MED. ANDREAS TSCHOPP DR. MED. DAVID KIERMEIR Fachärzte für Plastische, Rekon- struktive und Ästhetische Chirurgie
Mittwoch 21. Juni 18.30 - 19.30 Uhr	Tagungszentrum beim Salem-Spital, Schänzlistrasse 33, 3013 Bern	WENN DIE WEGE ZU LANG WERDEN UND DIE WADEN SCHMERZEN, BRAUCHT ES BLUT	PD DR. MED. BETTINA MARTY Fachärztin für Gefässchirurgie und Chirurgie

PUBLIKUMSVORTRAG

Mittwoch 15. Februar 18.30 - 19.30 Uhr	Tagungszentrum beim Salem-Spital, Schänzlistrasse 33, 3013 Bern	SPEISERÖHRENKREBS: CHRONISCHER REFLUX ALS KREBSGEFAHR?	DR. MED. JÖRG ZEHETNER Facharzt für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie
--	---	---	---

ERLEBNIS GEBURT - BESICHTIGUNG DER MATERNITÉ DES SALEM-SPITALS

DATUM	ORT	REFERENTINNEN
1. Donnerstag im Monat* 18.30 - 20.00 Uhr	Tagungszentrum beim Salem-Spital, Schänzlistrasse 33, 3013 Bern	HEBAMMEN SALEM-SPITAL
*5. Januar, 2. Februar, 2. März, 6. April, 4. Mai, 1. Juni 2017		



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 **0848 333 999** entgegen.



KLINIK BEAU-SITE
SCHÄNZLIHALDE 11
3013 BERN

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
3013 BERN

T 031 337 60 00
F 031 337 69 30

SALEM-SPITAL@HIRSLANDEN.CH

PRAXISZENTRUM AM BAHNHOF
PARKTERRASSE 10
3012 BERN

T 031 335 50 00
F 031 335 50 80

PZB.BERN@HIRSLANDEN.CH