

NR. 1 | 2013

FORUM

INFORMATIONEN AUS DER ANDREASKLINIK

GUEST RELATIONS - DAS BESONDERE PLUS

**BRILLE NACH OPERATION
DES GRAUEN STAR?**

VORFUSSPROBLEME

DIVERTIKULOSE UND DIVERTIKULITIS

BRACHYTHERAPIE



ANDREASKLINIK CHAM ZUG



DR. URS KARLI

Direktor AndreasKlinik Cham Zug

INHALT

- 3 GUEST RELATIONS – DAS BESONDERE PLUS
- 4 DIE OPERATION DES GRAUEN STAR – BRAUCHT ES DIE BRILLE NOCH?
- 6 RISS DES VORDEREN KREUZBANDES – MODERNER UND GEWEBESCHONENDER ERSATZ
- 8 DIVERTIKULOSE UND DIVERTIKULITIS DES DICKDARMES
- 10 MINI-IMPLANTATE BEI PROSTATAKREBS
- 12 HÄUFIGE VORFUSSPROBLEME UND DEREN THERAPIEMÖGLICHKEITEN
- 14 ZUSAMMENARBEIT MIT FÜHRENDEN UNTERNEHMEN UND SOCIAL MEDIA
- 16 NEWSFLASH

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser

Unser neuer Claim lautet: «Kompetenz, die Vertrauen schafft.» Er verkörpert für uns die Quintessenz in all unseren Handlungen. Wir bieten unseren Patienten exzellente, persönliche Betreuung, der Ärzteschaft eine ideale Infrastruktur und stellen für jegliche Anspruchsgruppen einen wertvollen Partner dar. So geniessen wir Ihr Vertrauen und sind Ihre erste Wahl vor Ort.

Unser gemeinsames Ziel ist es, eine ausgezeichnete Verbindung von hochstehender Medizin, menschlicher Pflege und ausnahmsloser Gastfreundschaft zu schaffen. Hier gilt es mit grösster Gewissenhaftigkeit, die unterschiedlichsten Fähigkeiten zu harmonisieren, Wissen überlegt anzuwenden, Innovationen zu ermitteln und in die Praxis umzusetzen sowie ausführlich und transparent zu informieren. Und letztlich ist die daraus resultierende positive Resonanz unser Ansporn, stets mit Herz und Verstand vollen Einsatz zu leisten. Wir lieben unsere Arbeit und den Umgang mit Menschen.

Ich bin der Überzeugung, dass wir mit dieser Publikation der AndreasKlinik Cham Zug ebenfalls einen Funken Menschlichkeit zu vermitteln vermögen. So lesen Sie, neben vielen aktuellen medizinischen Themen, über innovative Behandlungsmöglichkeiten und schauen in einem Interview mit unserer Guest-Relations-Betreuerin Doris Perracini – unserer Gastgeberin in Perfektion – auch hinter die Kulissen.

DR. URS KARLI

DIREKTOR ANDREASKLINIK CHAM ZUG

IMPRESSUM

FORUM 1/2013

ist eine Publikation der AndreasKlinik Cham Zug.

Die Zeitschrift ist als PDF-Datei auf www.hirslanden.ch aufgeschaltet. Die Verantwortung für den Inhalt der jeweiligen Artikel liegt bei der Autorin/dem Autor.

Nachdruck, Vervielfältigung und Reproduktion des Inhaltes (auch teilweise) sind nur mit Quellenangabe und schriftlicher Genehmigung der AndreasKlinik Cham Zug gestattet.

Auflage: 20000 Exemplare
Redaktion & Koordination: Soraya von Wyl, Marketing
Gestaltung: THREESOLUTION.CH, Zürich
Druck: Kromer Print AG, Lenzburg

ANDREASKLINIK CHAM ZUG

Rigistrasse 1, 6330 Cham
T 041 784 07 84, F 041 784 09 99
info.andreasklinik@hirslanden.ch, www.hirslanden.ch/andreasklinik

KLINIK DER PRIVATKLINIKGRUPPE HIRSLANDEN

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der gesamten Patientenzeitschrift auf die doppelte Schreibweise (männlich/weiblich) für Berufsbezeichnungen verzichtet.

GUEST RELATIONS – DAS BESONDERE PLUS DER ANDREASKLINIK CHAM ZUG

BESTE MEDIZIN UND TECHNOLOGIE, KOMPETENTE UND EINFÜHLSAME PFLEGE, EINE GESUNDE UND VIELFÄLTIGE KÜCHE. ALL DAS IST IN DER ANDREASKLINIK CHAM ZUG SELBSTVERSTÄNDLICH.

HIRSLANDEN *Privé*

Mit Hirslanden Privé gehen wir einen Schritt weiter – Hirslanden Privé ist eine Kombination aus bestem Service, angenehmem Ambiente und attraktiven Dienstleistungen. Ihre Zusatzversicherung ermöglicht Ihnen die freie Arzt- und Spitalwahl, den raschen Zugang zu den gewünschten und notwendigen medizinischen Leistungen sowie diverse Annehmlichkeiten im Krankheitsfall oder bei einem Unfall. Neben dem Pflegepersonal steht Ihnen unsere Guest-Relations-Betreuerin, Frau Doris Perracini, zur Verfügung. Sie kümmert sich um Ihre persönlichen Belange und besucht Sie während Ihres Klinikaufenthalts. Die Forum-Redaktion sprach mit ihr über ihre spezielle Aufgabe:

FRAU PERRACINI, WELCHE TÄTIGKEIT MUSS MAN SICH UNTER GUEST RELATIONS VORSTELLEN?

Ich sage gerne individuelle Gästebetreuung, d.h. unsere Privé-Gäste werden vom Ein- bis zum Austritt persönlich betreut. Bei meinen täglichen Besuchen habe ich ein offenes Ohr für Wünsche und Anliegen individueller Natur und erfülle diese im Rahmen der Möglichkeiten. Gerne nehme ich mir auch Zeit für ein Gespräch. Hier ist allerdings viel Fingerspitzengefühl gefragt, es soll eine Bereicherung für den Patienten sein. Ist es also angezeigt, sich zurückzuziehen, so tue ich das auch.

WAS STELLT DAS PLUS FÜR DIE PATIENTEN DER ANDREASKLINIK CHAM ZUG DAR?

Nicht zuletzt mit vielen kleinen saisonalen Aufmerksamkeiten bieten wir unseren Privé-Patienten einen Spitalaufenthalt mit speziellem und diskretem Wohlfühlambiente. Unsere Patienten spüren den positiven Synergieeffekt zwischen Behaglichkeit und Genesung.

«KOMPETENZ, DIE VERTRAUEN SCHAFFT.» LAUTET DER NEUE SLOGAN DER HIRSLANDEN GRUPPE. WIE SETZEN SIE DIE EINZELNEN ELEMENTE – PRAKTISCH, EXAKT, GEWISSENHAFT, ABGESTIMMT UND MENSCHLICH – IN IHRER TÄGLICHEN ARBEIT UM?

Absolute Diskretion, Rücksichtnahme und viel Empathie sind sicher Grundvoraussetzungen. Die gewissenhafte Weiterleitung und -verfolgung von Patientenangelegenheiten, interdisziplinäre Informationsbeschaffung und Absprachen – beispielsweise mit dem Pflegepersonal oder dem Ernährungsberater – dienen dem Wohle des Patienten.

WAS FÜR EIN TYP MENSCH MUSS EINE GUEST-RELATIONS-BETREUERIN SEIN?

Man muss Menschen gerne mit viel Herz, Feingefühl und Bedachtsamkeit begegnen.

UND ABSCHLIESSEND: WORÜBER FREUEN SIE SICH AM MEISTEN BEI IHRER TÄGLICHEN ARBEIT?

Über die zahlreichen persönlichen Kontakte und Begegnungen und das positive Echo, wenn man sich auf der Strasse begegnet. Besonders freue ich mich natürlich, wenn ich weitestgehend genesene und über den Klinikaufenthalt zufriedene Patienten beim Austritt begleiten darf.

Vielen Dank!

EINE PRIVATE ZUSATZVERSICHERUNG ZAHLT SICH AUS:

VOR DEM KLINIKEINTRITT

- Begrüssungsmappe mit Hirslanden-Privé-Broschüre und Unterlagen zur Klinik
- Hirslanden-Privé-Leistungsübersicht
- Hirslanden-Privé-Visitenkarten für Besucher

IN DER KLINIK

- Hirslanden-Privé-Guest-Relations-Betreuung durch Doris Perracini oder ihre Vertretung
- Ansprechperson für alle persönlichen Fragen und speziellen Anliegen
- Schneller Zugang zu allen medizinischen Versorgungen
- Exklusive Belegarztbetreuung mit persönlicher Visite, Austrittsgespräch und Nachbetreuung
- Sicherstellung der durchgängigen ärztlichen Betreuung durch den Belegarzt oder seinen Stellvertreter
- Diplomiertes Pflegefachpersonal als Ansprechpersonen bei Behandlung und Pflege
- Nach Möglichkeit Ausrichtung der Terminplanung von Beratungen, Therapien, Diagnostik etc. auf die persönlichen Wünsche
- Vereinfachung der administrativen Belange
- Persönliche Begleitung beim Zimmerbezug (Eintritt)
- Komfortables, schön ausgestattetes Einzelzimmer
- Willkommensgeschenk auf dem Zimmer
- Necessaire mit Louis Widmer-Pflegeprodukten
- Hirslanden-Privé-Bademantel und -Pantoffeln
- Kostenloser Internetzugang (auf Anfrage: Laptop und mobile Druckerstation)
- Interner Service beim Versenden von privater Briefpost
- Flexible Besuchszeiten
- die Neue Zuger Zeitung, bzw. die Sonntagszeitung
- coop@home.ch-Gutschein im Wert von CHF 50.- für Ihre Erstbestellung

ZUSÄTZLICH IN DER GEBURTENABTEILUNG

- Hirslanden-Rossi-Wickeltasche mit Inhalt
- Gutschein für ein Hirslanden-Privé-Probeabo von «wir eltern»
- Geburten-Menü im Klinik-Restaurant

DIE OPERATION DES GRAUEN STAR – BRAUCHT ES DIE BRILLE NOCH?

Von **DR. MED. ALEXANDER HERRMANN**, Facharzt FMH für Ophthalmologie,
Spezialist für Ophthalmochirurgie

DIESE FRAGE STELLEN SICH WOHL VIELE PATIENTEN, DIE VOR EINER KATARAKT-OPERATION STEHEN. DER GRAUE STAR (MEDIZINISCH: KATARAKT) IST EINE TYPISCHE ALTERSERKRANKUNG ODER BESSER GESAGT EINE ALTERSERSCHEINUNG, DIE DURCH EINE TRÜBUNG DER SONST KRISTALLKLAREN AUGENLINSE VERURSACHT WIRD. DIE LINSENTRÜBUNG GEHÖRT BIS ZU EINEM GEWISSEN GRAD ZUM NATÜRLICHEN ALTERUNGSPROZESS DES AUGES. NEBST DEM ALTER KÖNNEN ABER AUCH NOCH ANDERE FAKTOREN DIE LINSENTRÜBUNG HERBEIFÜHREN. WICHTIG IST BEIM GRAUEN STAR, DASS JEDES AUGE FÜR SICH BETRACHTET UND ENTSPRECHEND BEHANDELT WIRD.

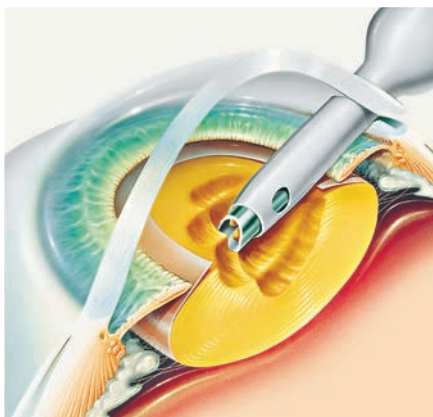


Abb. 1

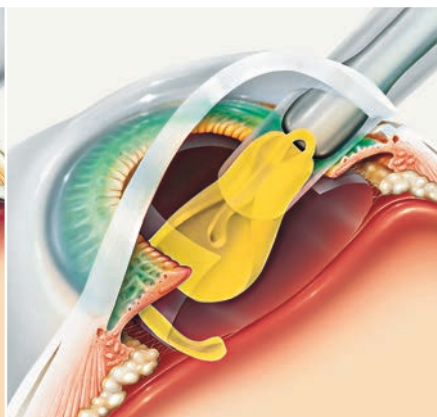


Abb. 2

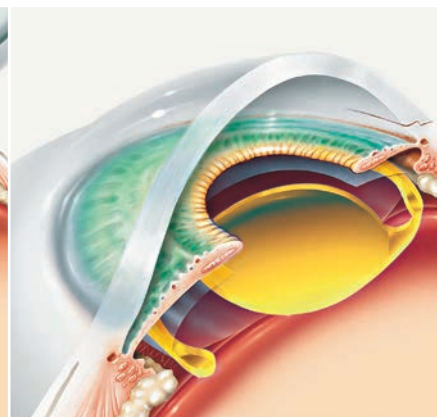


Abb. 3

DIE VERSCHIEDENEN FEHLSICHTIGKEITEN

Mit den heutigen Kunstlinsen, die bei der Grauen-Star-Operation eingesetzt werden, kann gleichzeitig auch eine bestehende Fehlsichtigkeit ausgeglichen werden. Dazu gehören die Kurz- und Weitsichtigkeit, die Hornhautverkrümmung und die Alterssichtigkeit. Spezielle Kunstlinsen ermöglichen nach der Katarakt-Operation eine gute Fern- und Nahsicht – ohne zusätzliche Brille.

BESCHWERDEN BEIM GRAUEN STAR

Mit einer getrübten Linse sieht man schlecht. Erste Anzeichen des Grauen Star sind:

- Erhöhte Blendempfindlichkeit mit Lichthöfen um Lichtquellen, hervorgerufen durch Lichtstreuung in den getrübten

Linsenbereichen. Dies bereitet insbesondere nachts Schwierigkeiten (speziell Autofahren).

- Farben verlieren ihre Leuchtkraft und verblassen, Kontraste werden schwächer.
- Das Lesen bei schwachem Licht wird zunehmend schwieriger.
- Zunehmend verschwommenes und unscharfes Sehen, wie durch einen Nebelschleier.
- Auch das Sehen von Doppelbildern ist möglich. Die Doppelbilder verschwinden beim Schliessen oder Abdecken des anderen Auges nicht.
- Entwicklung oder Zunahme von Kurzsichtigkeit; Brillenträger gehen wiederholt zum Augenarzt mit der Bitte um eine neue Brille, da die alte zu «schwach» sei.

Nebst dem Alter gibt es weitere Faktoren, respektive Erkrankungen, die eine Katarakt-Entstehung

begünstigen: so beispielsweise Stoffwechselerkrankungen, Grüner Star (medizinisch: Glaukom), chronische Entzündungen der Regenbogenhaut (Iris) und unzählige mehr.

WANN WIRD DIE GRAUE-STAR- OPERATION NOTWENDIG

Früher wartete man mit der Katarakt-Operation, bis der graue Star «reif» war. Heute steht der Leidensdruck des Patienten im Vordergrund.

HEUTE STEHT
DER LEIDENS-
DRUCK DES
PATIENTEN IM
VORDERGRUND.

DIE GRAUE-STAR-OPERATION – GESTERN UND HEUTE

Die Operation des grauen Star ist eine der ältesten Operationen überhaupt und auch heute noch die einzige Behandlungsmöglichkeit. Die trübe Linse wird entfernt und durch eine künstliche Linse (Intraokularlinse) ersetzt. Schwere Komplikationen mit bleibenden Funktionsschäden sind äusserst selten.

GRAUE-STAR-OPERATION IN 4 SCHRITTEN

1. Schritt: Die Betäubung des Auges erfolgt mit Tropfen, in manchen Fällen mit Spritze oder gar als Vollnarkose. Um Augenbewegungen zu vermeiden, muss der Patient einen Lichtpunkt fixieren.
2. Schritt: Die Linsenentfernung erfolgt mit dem sogenannten «Phakotip» – die getrübbte Linse wird durch Ultraschall zerkleinert und gleichzeitig abgesaugt (Abb.1). Dazu ist nur ein sehr kleiner Einschnitt von knapp über 2mm am Hornhautrand notwendig. Dieser ist am Ende der Operation selbstdichtend, sodass in der Regel nicht genäht werden muss.
3. Schritt: Die gefaltete Kunstlinse wird über den gleichen Schnitt in den verbliebenen Kapselsack eingeführt (Abb.2).
4. Schritt: Im Kapselsack entfaltet sich die Kunstlinse von selbst und sitzt genau an der gleichen Stelle wie vorher die eigene Linse (Abb.3). Zum Schutz wird das Auge schliesslich mit einem Verband geschützt.

IST NACH EINER OPERATION DES GRAUEN STAR NOCH EINE BRILLE NÖTIG?

Die Stärke (Brechkraft) der Kunstlinse, die eingesetzt werden soll, muss individuell für jeden Patienten und für jedes Auge berechnet werden. Dabei kann auch eine zuvor bestehende Fehlsichtigkeit – Weitsichtigkeit, Kurzsichtigkeit und eine Hornhautverkrümmung – ganz oder teilweise mit ausgeglichen werden. Die Lesebrille aufgrund der Alterssichtigkeit wird nach der Operation weiterhin benötigt.

WELCHE LINSEN STEHEN ZUR WAHL?

Heute stehen dem Arzt drei verschiedene Linsen zur Wahl:

Sphärische Linsen:

Nah- oder Fernfunktion

Die sphärischen Linsen gehören heute zu den Standardlinsen. Sie ermöglichen entweder eine scharfe Fernsicht oder eine scharfe Nahsicht und sind heute mit einem UV-/Blaulicht-Filter ausgestattet, um die Netzhaut vor dem potenziell schädlichen UV-Licht zu schützen. Kosten: Die sphärische Linse wird komplett von der Grundversicherung übernommen.

Torische Linsen: Nah- oder Fern-Funktion plus Hornhautverkrümmung

Die torischen Linsen kommen bei einer zusätzlichen Hornhautverkrümmung ab einer Höhe von 1 Dioptrie zum Einsatz, die auch mit einem UV-Filter ausgestattet sind. Gegen die Alterssichtigkeit wird weiterhin eine Lesebrille benötigt. Kosten: Da es sich hier um eine Speziallinse handelt, werden die Kosten (etwa CHF 1000 pro Linse) nicht von der Grundversicherung getragen.

Multifokale Linsen: Nah- und Fernfunktion plus Alterssichtigkeit

Mit diesen Linsen werden sowohl die Kurz- als auch die Weitsichtigkeit plus die Alterssichtigkeit korrigiert. Der Patient erreicht damit also eine absolute Brillenfreiheit. Dafür müssen aber einige Nachteile in Kauf genommen werden: Einsatz bei einer zusätzlichen höheren Hornhautverkrümmung nicht empfohlen, da höhere Blendungsempfindlichkeit bei Dämmerung und in der Nacht auftreten kann; z.B. Arbeit am Computer oder Autofahren werden erschwert. Kosten: Eine Linse kostet rund CHF 1800 und wird nicht von der Grundversicherung übernommen.

Alternative zu den multifokalen Linsen: Monovision

Bei der Monovision wird jedes Auge separat auf eine Distanz eingestellt. Ohne Brille sieht ein Auge Gegenstände in der Ferne scharf und das andere Auge solche in der Nähe. Üblicherweise wird das dominantere Auge auf die Ferne scharf eingestellt. Das Gehirn führt die beiden unterschiedlichen Bilder zusammen, sodass man sowohl in der Ferne als auch in der Nähe ein immer ausreichend scharfes Bild sieht. Nachteil: Das räumliche Sehen wird dadurch leicht eingeschränkt.

DIE OPERATION DES GRAUEN STAR IST EINE DER ÄLTESTEN OPERATIONEN ÜBERHAUPT.

ZUSAMMENFASSUNG: WELCHE LINSE IST FÜR WEN GEEIGNET UND WANN IST WEITERHIN EINE BRILLE NÖTIG?

Ohne Hornhautverkrümmung

- Standardlinsen: Es ist weiterhin eine Lesebrille notwendig
- Multifokale Linsen: keine zusätzliche Brille notwendig. Achtung: nicht geeignet für Nachtautofahrer (z.B. Taxifahrer)
- Monovision

Mit Hornhautverkrümmung

- Torische Linsen: erfordert weiterhin eine Lesebrille
- Monovision: Hier kommen torische Linsen zum Einsatz

FORUM SERVICE KONTAKT



DR. MED. ALEXANDER HERRMANN
Facharzt FMH für
Ophthalmologie, spez.
Ophthalmochirurgie

PRAXISADRESSE
Bahnhofstrasse 13
6300 Zug
Schweiz
T 041 711 70 56
F 041 711 70 20

RISS DES VORDEREN KREUZBANDES - MODERNER UND GEWEBESCHONENDER ERSATZ

Von **DR. MED. ANDREAS HUBER**, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

VERLETZUNGEN DES VORDEREN KREUZBANDES SIND SEHR HÄUFIG. DURCH DIE ZUNEHMENDEN SPORT- UND FREIZEITAKTIVITÄTEN SIND KNEIVERLETZUNGEN OFT VERTRETEN. DABEI SIND MENISKEN, DIE SEITENBÄNDER WIE AUCH DIE KREUZBÄNDER AM MEISTEN BETROFFEN.

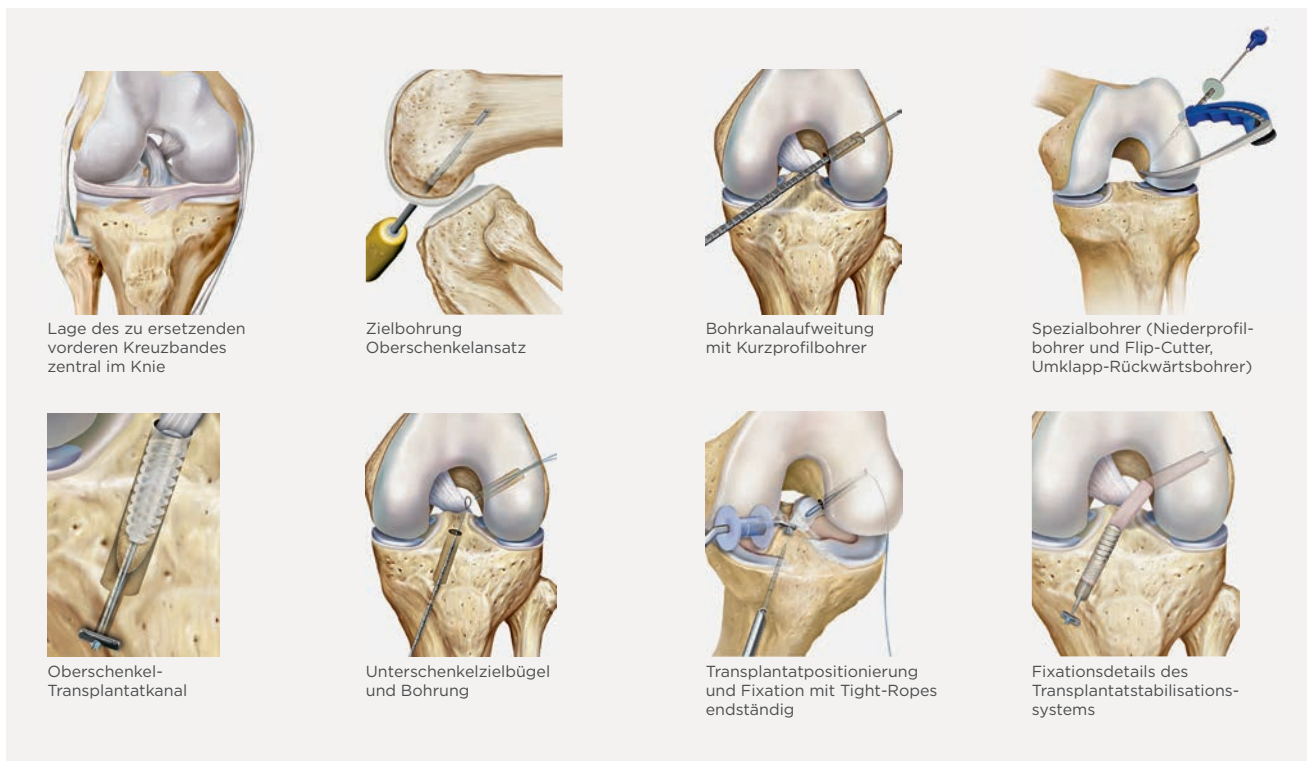
Eine schwerere Gelenkverletzung stellt der Riss des vorderen Kreuzbandes dar. Durch die hohen Belastungen der Knie (Fussball, Handball, Skifahren, Squashen) sind die Strukturen entsprechend stark gefährdet. Mittlerweile sind in der Schweiz jährlich über 1000 Personen jeden Alters betroffen. Die beiden Kreuzbänder befinden sich mittig im Knie und bilden den Zentralpfeiler. Sie stabilisieren den Oberschenkel mit dem Unterschenkel und verhindern ein Vor- oder Zurückgleiten des Schienbeins gegenüber dem Oberschenkel. Verletzungen des vorderen Kreuzbandes sind gegenüber dem hinteren wesentlich häufiger. Meist führt eine belastete, kombinierte Verdreh-/ Einknickbewegung mit starken seitlichen Kräften zum Riss des vorderen Kreuzbandes. Die Risszone ist im Erwachsenenalter häufig ansatznah am Oberschenkel. Bei Kindern können auch knöcherne Bandausrisse vorkommen. Begleitverletzungen sind allgemein nicht selten.

Die ärztliche Diagnostik beinhaltet neben einer genauen Befragung bezüglich des Unfallhergangs natürlich eine klinische Untersuchung des Gelenks. Zusätzlich müssen Begleitverletzungen mittels Röntgenbild und MRI ausgeschlossen werden. Nachdem die vollständigen Verletzungsfolgen bekannt sind, muss entschieden werden, welche Therapiemassnahmen notwendig sind. Bei wenig aktiven, älteren Patienten ohne Begleitverletzungen kann mit einem intensiven Physiotherapieprogramm wieder eine gute Kniefunktion erreicht werden (muskuläre, aktive Gelenkstabilisation). Bei sportlich sehr ambitionierten Personen oder jüngeren Patienten sollte eine Stabilisationsoperation ins Auge gefasst werden. Die Dringlichkeit dazu ist abhängig von den Begleitverletzungen. Die Entscheidung, welcher Therapiepfad eingeschlagen wird, muss nach Berücksichtigung aller Fakten in aller Ruhe und im Dialog getroffen werden.

KREUZBANDERSATZ

Das gerissene Kreuzband wird durch eine Sehne ersetzt, wobei sich dafür das mittlere Drittel der Strecksehne zwischen Kniescheibe und dem Unterschenkelansatz (mit endständigen Knochenblöckchen) eignet. Ähnlich ist auch die Entnahme des mittleren Sehnenanteils oberhalb der Kniescheibe zur Oberschenkelmuskulatur hin möglich. Immer häufiger werden in den letzten Jahren die freien Beugesehnen-transplantate (Semitendinosus- oder Gracilissehne) benutzt und mehrfach gefaltet als Kreuzbandersatz eingesetzt. Bei diesem Bandersatz entfallen die oft belastungsschmerzhaften Entnahmestellen (beim Knien) am Schienbein. Nach neuer Methode wird die ideal geeignete innere Beugesehne (Semitendinosus) über einen kleinen Hautschnitt in der Kniekehlen-Beugfalte, welcher direkt über der spürbaren Sehne durchgeführt wird, entfernt. Dazu wird ein spezieller, offener Sehnenstripper benötigt, um das Transplantat nach oben Richtung Oberschenkel vom Muskel abzulösen. Nach unten wird ein kurzer Sehnenstripper verwendet und die befreite Sehne ohne zusätzliche Hautöffnung am Ansatz abgelöst und entnommen. Sie wird nun ausgemessen, drei oder vierfach zu einem kräftigen Transplantat gefaltet und mit eigenständigen Schlingensystemen (Tight-Rope) versehen.

NACH NEUSTER METHODE WIRD DIE BEUGESEHNE ALS TRANSPLANTAT EINGESATZT.



Der Hauptanteil des Bandersatzes wird über die Kniegelenksspiegelung (Arthroskopie) durchgeführt. Dabei werden über zwei Hautschnitten von je circa 1cm vorne auf Gelenkhöhe schlüssellochmässig kleine Zugänge angelegt. Über den äusseren Zugang wird dann das Arthroskop (optisches System mit Kamera am äusseren Ende) eingebracht. Der zweite Schnitt stellt den Instrumentenzugang dar. Von hier werden die Bearbeitungen im Gelenk durchgeführt und auch das Sehnenransplantat eingebracht. Mit Stanzen und Saugfräsern werden die Bandreste entfernt und die Ansatzstellen festgelegt. Über Zielbügel und Führungsdrähte werden die Bohrkanäle definiert. Neu können nun mit den Flip-Cutter-Bohrern nach dem Einbringen die Bohrspitzen umgeklappt werden. Durch das Zurückziehen des dadurch verbreiterten Bohrers auf den Transplantatdurchmesser kann der Aufnahmekanal vorbereitet werden. Je ein Kanal wird in den äusseren Oberschenkelgelenksteil und ins Zentrum des Schienbeinkopfs vorgebohrt. Danach werden Fadeneinzugschlingen vorgelegt. Damit können nun die Tight-Rope-Fäden durch die Kanäle und die Weichteile bis aus der Haut nach oben und unten herausgezogen werden. Durch den inneren Instrumentenzugang werden das vorbereitete Sehnenransplantat ins Knie gezogen und danach die Flip-Buttons durch die Knochenkanäle gezogen, sodass sich die Fadenschlingen durch das Umklappen stabilisieren. Mit dem raffinierten Schlingen-Zusammenzug-System kann nun das Sehnenransplantat in die vorbereiteten Kanäle eingebracht und gespannt werden. Dabei kann das Knie mehrfach durchbewegt und das Transplantat, falls gewünscht, nochmals nachgespannt werden. Nun können die Einzugsfäden entfernt und die Spannfäden gekürzt werden. Der Verschluss der kleinen Zugänge mit feinen Nähten ergibt letztlich ein kosmetisch ausgezeichnetes, und später oft kaum mehr sichtbares, Resultat. Nach dreimonatiger Einheilungszeit besitzt das operierte Knie die nötige Alltagsstabilität. Nach weiteren drei Monaten sind auch sportliche Aktivitäten wieder problemlos möglich.

NACH DREI MONATEN
IST DIE ALLTAGS-
STABILITÄT WIEDER
HERGESTELLT.

FORUM SERVICE KONTAKT



DR. MED. ANDREAS HUBER
ist Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Er hat sich zusätzlich auf die Sporttraumatologie spezialisiert und ist Belegarzt der AndreasKlinik Hirslanden Cham Zug. Seine Praxis befindet sich in Baar. Er leitet das Ortho-Center Baar, dem ein Wundambulatorium angeschlossen ist.

PRAXISADRESSE
Ortho-Center Baar
Gubelstrasse 1
6340 Baar
T 041 766 33 90
F 041 766 33 91
praxis@ortho-center.ch
www.ortho-center.ch

DIVERTIKULOSE UND DIVERTIKULITIS DES DICKDARMES

Von **DR. MED. PHILIPP MEYER**, Facharzt FMH für Chirurgie, spezialisiert auf Viszeralchirurgie

DEFINITION

Divertikel sind Ausstülpungen der Darmwand und treten vor allem im Bereich des Dickdarms auf. Liegen viele Divertikel vor, spricht man von einer Divertikulose. In den Divertikeln kann sich Stuhl ablagern. Die Divertikel können sich dadurch entzünden. Dabei spricht man von einer Divertikulitis. Am häufigsten werden Divertikel im Sigmabereich (80%) angetroffen. Sie können jedoch im gesamten Magen-Darm-Trakt auftreten.

HÄUFIGKEIT

Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit der Divertikel. In Europa sind etwa 60% der 70-Jährigen betroffen. Das Auftreten der Divertikelkrankheit vor dem 40. Lebensjahr ist relativ selten, jenseits des 70. Lebensjahres wird sie mit 70–80% angegeben.

URSACHEN

Der genaue Entstehungsmechanismus ist noch nicht bekannt. Vermutet wird ein erhöhter Innendruck im Darm, bedingt durch ballaststoffarme Ernährung. Aufgrund der Verteilung der Muskelschichten

in der Darmwand kommt es zu sogenannten «Muskel-Lücken». Durch den erhöhten Druck im Darm kommt es zur Ausstülpung der Darmschleimhaut (Abb. 1: Divertikel).

SYMPTOME

Die Divertikulose macht bei ca. 70–80% der Fälle keine Beschwerden (sogenannte asymptomatische Divertikulose). Bei manchen verursacht sie Bauchschmerzen und Stuhlnunregelmässigkeiten (Verstopfung, Blähungen und Durchfälle). Die Divertikulitis äussert sich in der Regel mit starken Schmerzen, typischerweise im linken Unterbauch, Fieber und Verstopfung oder Durchfall.

DIAGNOSTIK

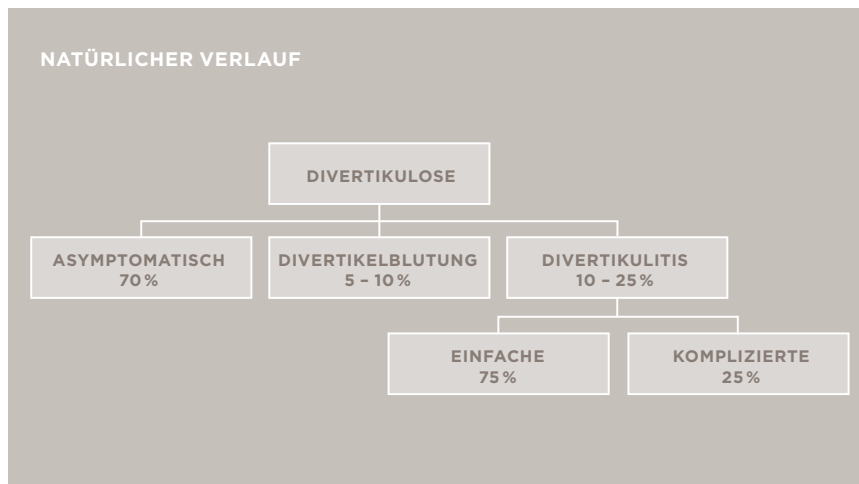
Neben dem persönlichen Gespräch (Anamnese), körperlichen Untersuchungen und der Laboranalyse erfolgt häufig eine Computertomografie des Bauches. Anhand der Resultate und des Allgemeinzustandes erfolgt die entsprechende Therapie.

THERAPIE

Die Therapie der Divertikulitis richtet sich nach folgender Stadieneinteilung:

- 0. asymptomatische Divertikulose
- 1. akute unkomplizierte Divertikulitis
- 2. akute komplizierte Divertikulitis
 - a. ausgedehnte Umgebungsentzündung
 - b. gedeckter Durchbruch
 - c. freier Durchbruch

Die asymptomatische Divertikulose (Stadium 0) benötigt keine Therapie. Eine Divertikulitis in leichten Fällen (Stadium 1) kann mit Einnahme von Antibiotika und Schmerzmittel ambulant behandelt werden. Schwere Formen müssen im Spital behandelt werden. Es erfolgt eine Hospitalisation mit entsprechender Therapie per Infusion (Antibiotika, Nahrungskarenz). Bei gutem Ansprechen auf die medikamentöse Therapie ist keine unmittelbare Operation nötig (Stadium 2a und b). In schweren Fällen, z. B. beim Darmdurchbruch (Stadium 2c) oder Nichtansprechen der Therapie erfolgt die notfallmässige oder beschleunigte Operation. Nach erfolgter medikamentöser



DER GENAUE ENTSTEHUNGSMECHANISMUS IST NOCH NICHT BEKANNT.

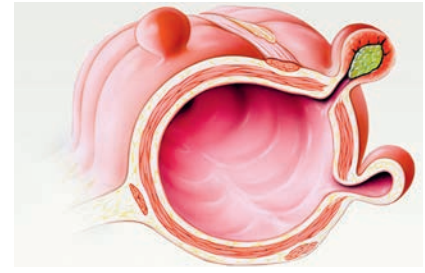


Abb. 1

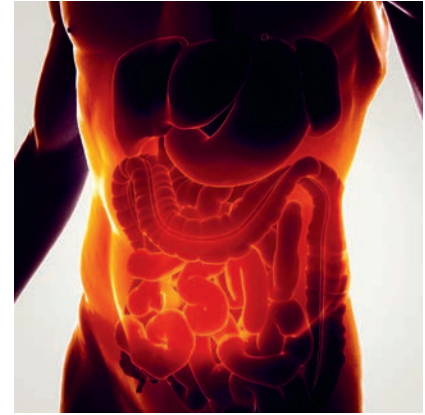


Abb. 2

Therapie (Stadien 1 und 2a bis 2c) ist nach Abheilung der Entzündung (ca. nach 6 Wochen) eine Dickdarmspiegelung notwendig.

WANN MUSS OPERIERT WERDEN?

Wie bereits erwähnt, erfolgt die Operation notfallmässig bei freiem Durchbruch oder Nichtansprechen auf die konservative Therapie. Bei folgenden Indikationen erfolgt eine geplante Operation nach entsprechenden Abklärungen:

- Mindestens zwei dokumentierte Entzündungen einer unkomplizierten Divertikulitis
- Zustand nach gedecktem Durchbruch
- Durch immer wiederkehrende Entzündungen bedingte, narbige Verengung im Dickdarm
- Verbindung von Dickdarm in ein umgebendes Organ (z. B. Blase)

CHIRURGISCHE VERFAHRENSWAHL

A) Die offene Operation:

Die Operation erfolgt über einen Bauchschnitt. Der betroffene Dickdarmabschnitt wird entfernt und die beiden Enden werden in der Regel mit spez. Klammernahtgeräten wieder zusammengefügt. Zum Schluss erfolgt der Bauchdeckenverschluss.

B) Die laparoskopische Operation:

Die sogenannte minimalinvasive Chirurgie (Schlüssellochchirurgie) gilt heute als Methode der Wahl.

Es erfolgen kleine Schnitte, über die Kohlendioxid in den Bauchraum gepumpt wird, und wie bei der offenen Operation erfolgt die Entfernung des betroffenen Darmabschnittes. Zur Entfernung des krankhaften Darmabschnittes bedarf es eines Schnitts (ca. 5–7cm) im Bereich der Schamhaargrenze. Bei Frauen besteht die Möglichkeit, diesen Darmabschnitt über die Scheide zu bergen. Die Darmabschnitte werden mit einem speziellen Klammernahtgerät zusammengefügt.

Im Einzelfall kann es je nach Situation notwendig sein, vorübergehend einen künstlichen Darmausgang (Stoma) anzulegen. Dieser wird je nach Situation nach 6 Wochen bis 3 Monaten rückverlegt.

ERGEBNISSE DER OPERATION

Nach erfolgter Operation ist mit einem erneuten Auftreten einer Divertikulitis von etwa 2% zu rechnen.

PROPHYLAXE

Neben ballaststoffreicher, fettarmer Nahrung und genügendem Trinken gehört die körperliche Bewegung dazu, die Divertikulitis zu verhindern.

Abb 1: Divertikel
Abb 2: Darm

FORUM SERVICE KONTAKT



DR. MED. PHILIPP MEYER
Facharzt FMH für
Chirurgie, spez.
Viszeralchirurgie

PRAXISADRESSE
Baarerstrasse 11
6300 Zug
T 041 711 88 42

MINI-IMPLANTATE BEI PROSTATAKREBS

Von **DR. MED. STEFAN SUTER** und **DR. MED. HEINRICH GREENER**, Fachärzte FMH für Urologie, spez. operative Urologie

DIE INTERSTITIELLE LDR-BRACHYTHERAPIE MIT IMPLANTIERTEN IOD-125-SEEDS IST EINE MODERNE FORM DER STRAHLENTHERAPIE BEIM LOKAL BEGRENZTEN PROSTATAKARZINOM. SIE ERMÖGLICHT DEM PATIENTEN EINE GLEICH BLEIBENDE LEBENSQUALITÄT. DIE THERAPIE IST BEISPIELHAFT FÜR DIE ENGE ZUSAMMENARBEIT ZWEIER SPEZIALGEBIETE (UROLOGIE UND RADIO-ONKOLOGIE) IN DER HIRSLANDENGRUPPE, UM DEM PATIENTEN DIE BESTMÖGLICHE THERAPIE ZU BIETEN.

Die zunehmende Verbreitung der routinemässigen PSA-Wert-Bestimmung (Prostata-spezifisches Antigen) im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen beim Mann hat dazu geführt, dass deutlich mehr Prostatakreberkrankungen in einem lokal begrenzten Stadium entdeckt werden. Für die Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms steht eine effiziente Therapiepalette zur Verfügung. Die Kontroverse um die beste Behandlungsform besteht seit Jahren, insbesondere weil keine prospektiven randomisierten Studien die einzelnen Therapieformen verglichen haben. Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass die radikale Prostatektomie – sowohl offen, wie auch roboterassistiert laparoskopisch – sowie die perkutane (durch die Haut hindurch wirkend) Radiotherapie und die Brachytherapie vergleichbare Behandlungsoptionen darstellen. Bei der Wahl der endgültigen Behandlungsform stehen also individuelle Tumorphasenfaktoren, die Nebenerkrankungen des Patienten, aber auch das Risiko des Auftretens einer Therapie Nebenwirkung zur Diskussion. Entsprechend ist es für den Patienten wichtig, dass ihm alle Therapieoptionen zur Verfügung stehen. Neben der radikalen Prostatektomie wird daher an der AndreasKlinik Cham Zug seit dem Frühjahr 2013 in enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Radiotherapie des Hirslanden Medical Center Aarau die interstitielle LDR-Brachytherapie angeboten. «Brachy» bedeutet aus dem Griechischen übersetzt «kurz». Bei der Brachytherapie werden radioaktive Strahler (Seeds) mittels Hohlnadeln direkt in die Prostata eingebracht. Sie bestrahlen den Tumor aus kurzer Distanz. Die Implantation der Seeds geschieht unter laufender Kontrolle mittels transrektalen Ultraschalls (TRUS), was eine sehr präzise Platzierung ermöglicht. Computergestützte Online-Bestrahlungsplanungsprogramme haben zu einer weiteren Verfeinerung der Methode beigetragen.

Die LDR-Brachytherapie wird von einem Team aus Spezialisten durchgeführt: Urologe, Radio-Onkologe und Medizinphysiker bestimmen in interdisziplinärer Zusammenarbeit Dosierung, Anzahl und Position der Seeds in der Prostata. Ein Seed ist ein etwa reiskorn-kleiner, titanummantelter Stift, der im Inneren radioaktives

Jod-125 enthält (Abb. 1). Die Seeds verbleiben nach der Implantation lebenslang in der Prostata, während die Strahlung mit der Zeit abnimmt.

DIE IMPLANTATION

Sie dauert ungefähr 2 Stunden und wird in Vollnarkose durchgeführt. In der Regel ist ein Spitalaufenthalt von 3 Tagen notwendig.

- Ein bis zwei Monate vor der Implantation wird eine Volumenstudie der Prostata durchgeführt, bei der neben der Grösse der Prostata auch die anatomische Eignung für die Implantationstechnik bestimmt wird. Entsprechend dem Prostatavolumen errechnet sich die Anzahl benötigter Seeds, normalerweise zwischen 50 und 90.
- Während der Implantation wird eine Ultraschallsonde im Enddarm platziert, um die Prostata auf einem Monitor sichtbar zu machen.
- Auf Basis der Ultraschallbilder wird direkt im Operationssaal vom Medizinphysiker der Bestrahlungsplan erstellt (Abb. 2). Dieser Plan gibt die genaue Lage der Iod-Seeds für eine optimale Bestrahlung der Prostata vor.
- Durch die Haut am Damm werden anschliessend Hohlnadeln in die Prostata vorgeschoben, durch die die Seeds platziert werden können (Abb. 3). Bei der an der AndreasKlinik durchgeführten «Real-Time-Methode» wird der Bestrahlungsplan während der Implantation kontinuierlich an die tatsächlichen Seedpositionen angepasst, was diese Methode besonders präzise macht. Durch die Platzierung der Seeds direkt in der Prostata wird eine optimale Dosiskonzentration in der tumortragenden Prostata erreicht, bei gleichzeitiger Schonung der unmittelbar angrenzenden Organe wie Harnblase, Harnröhre und Enddarm.

PARALLELE SCHONUNG
DER UNMITTELBAR
ANGRENZENDEN ORGANE.

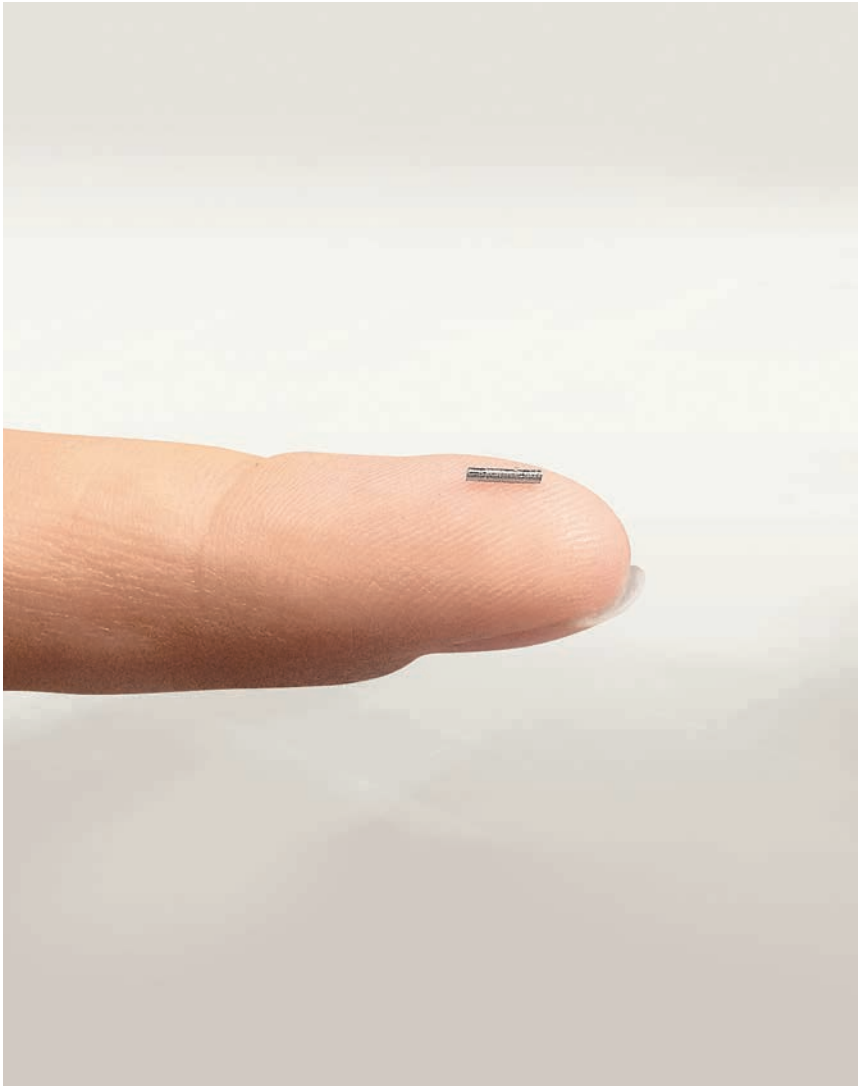


Abb. 1

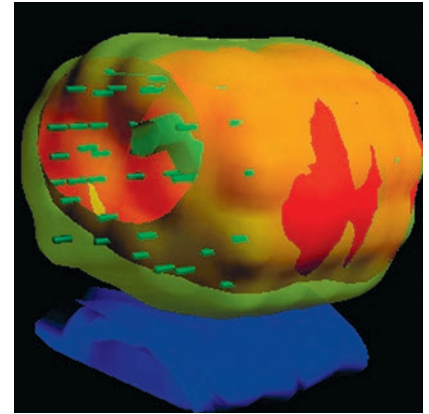


Abb. 2

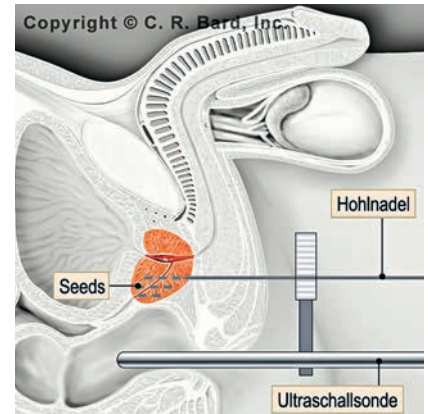


Abb. 3

Abb. 1: Ein Seed ist ein etwa reiskorn-kleiner, titanummantelter Stift.

Abb. 2: Intraoperative Bestrahlungsplanung in 3D-Ansicht

Abb. 3: Platzierung der Seeds in der Prostata

NACH DER IMPLANTATION

Anhand einer Röntgenaufnahme kann die korrekte Lage der Seeds kontrolliert werden. Wenngleich sich der Patient unmittelbar nach der Implantation etwas schonen sollte, kann er doch bereits nach wenigen Tagen wieder in seinen normalen Alltag zurückkehren.

Die LDR-Brachytherapie weist bei korrekter Indikationstellung sehr gute Langzeitergebnisse auf: Das Inkontinenzrisiko (unbeabsichtigter Urinabgang) ist minimal und die Erektionserhaltung gut. Häufigste Nebenwirkungen sind irritative Blasenprobleme für einige Wochen, seltener für Monate. Vorübergehende Blutbeimengungen im Urin und Sperma treten unmittelbar nach der Implantation häufig auf und sind harmlos.

Vereinzelt kommt es zu postoperativen Harnverhaltungen.

Die endgültige Entscheidung, welche Therapieform für einen betroffenen Patienten die beste ist, muss immer individuell unter Berücksichtigung der Tumorsituation, der körperlichen Verfassung und der Lebensumstände gefällt werden. Dabei sollte sich der Patient genügend Zeit lassen und sich bei seinem Arzt ausführlich über alle Therapiemöglichkeiten informieren.

FORUM SERVICE KONTAKT



DR. MED. STEFAN SUTER
Facharzt FMH für Urologie,
spez. operative Urologie

PRAXISADRESSE
Gubelstrasse 11
6300 Zug
T 041 710 11 25
www.urologiezug.ch



DR. MED. HEINRICH GRETENER
Facharzt FMH für Urologie,
spez. operative Urologie

PRAXISADRESSE
Rigistrasse 1
6330 Cham
T 041 784 08 48
www.uro-gretener.ch

HÄUFIGE VORFUSSPROBLEME UND DEREN THERAPIEMÖGLICHKEITEN

DR. MED. REINHARDT WEINMANN, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Chirurgie und Sportmedizin

DR. MED. ANDREAS HUBER, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

UNSER FUSS BESITZT EINE IDEALE DREIPUNKTEKONSTRUKTION. EIN DREIBEIN STEHT IMMER STABIL UND WACKELT KAUM. DESHALB HAT SICH DIESBEZÜGLICH DIE NATUR BEIM FUSS EINER KUPPELKONSTRUKTION, MIT EINEM LÄNGS- UND QUERGEWÖLBE, BEDIENT. DIES ERMÖGLICHT PRINZIPIELL EINEN GUTEN UND SICHEREN STAND. DIE HAUPTAUFLAGEPUNKTE SIND DABEI DER RÜCKFUSS (FERSE) UND IM VORFUSS DAS GROSSZEHENGRUNDGELENK WIE AUCH DAS GLEICHE GELENK AN DER KLEINZEHE.

Die häufigsten Vorfussbeschwerden stellen sich beim Abflachen des niedrigen Quergewölbes im Vorfussabschnitt ein. Durch das Nachlassen des Bandgefüges kommt es zur Fehlbelastung des Vorfusses mit Überlastung der längeren, mittleren Strahlen. Gleichzeitig drückt das Nachgeben der Spannung die Randstrahlen in die Breite. Die Folge ist ein Spreizfuss mit einer Hallux valgus-Fehlstellung des Grosszehenstrahls. Analog kann aussen, in entgegengesetzter Richtung, die Kleinzehe rausgedrückt werden, was zu einem Digitus quintus varus führt. Durch diese Veränderung des Vorfusses stellt sich auch eine Sehnenspannung der Zehen ein, was sich typischerweise in Hammerzehen-Deformitäten und durch das Hochziehen zu den bekannten Druckstellen über den kleinen Gelenken (Hühneraugen) äussert. Solche Veränderungen kommen oft familiär gehäuft vor. Zudem sind die Frauen wesentlich häufiger als Männer betroffen.

Daneben sind aber, wie in den anderen Gelenken, auch Abnutzungen oder Überlastungen mögliche Ursachen. Diesbezüglich ist das Grosszehenrundgelenk am meisten betroffen (Hallux rigidus).

HALLUX VALGUS

Geringe Deformitäten mit wenig Beschwerden können mit Fussgymnastik, Schuhanpassungen oder häufig mit einer spreizfusskorrigierenden Schuheinlage, welche der Orthopädietechniker oder -schuhmacher anfertigt, korrigiert, respektive verbessert werden. Größere Verformungen bedürfen einer operativen Korrektur. Es gibt verschiedene Operationsverfahren. Ziel ist es, die Vorfussverbreiterung zu reduzieren und die Zehen wieder besser auszurichten. Die sanfteste operative Korrektur ist die Gelenks- oder Mittelfussköpfchen-Remodellierung. Hier wird das durch Verknöcherungen deformierte Köpfchen oder das gesamte Gelenk wieder in die ursprüngliche Form gebracht. Mit grösserem Aufwand werden Fehlstellungen durch Verschiebekorrekturen auf verschiedenen Höhen des Grosszehen-Mittelfussknochens sowie der Zehenglieder durchgeführt (Abb.1).

Diesbezüglich sind sehr viele verschiedene Operationsverfahren möglich. Ziel all dieser Korrekturen ist es, dass die ursprüngliche Fussform mit den physiologischen Auflageorten und der Kraftverteilung wieder hergestellt wird. Die aktuell meistgenutzte Korrekturoperation mit guten Möglichkeiten ist die Methode nach SCARF (Abb. 2), welche vom französischen Orthopäden Dr. Samuel Barouk entwickelt wurde. Sie beinhaltet eine seitliche, Z-förmige Mittelfussdurchtrennung mit Parallelverschiebung des vorderen Gelenksfragments zur 2. Zehe hin. Die Korrekturstellung wird anschliessend mit Spezialschrauben fixiert, und zur Entlastung des operierten Vorfusses wird ein Spezialschuh während 6 Wochen getragen.

DIE AKTUELL MEISTGENUTZTE KORREKTUROPERATION MIT GUTEN MÖGLICHKEITEN IST DIE METHODE NACH SCARF.

HAMMERZEHEN

Die Hammerzehenbildung ist ebenfalls eine Veränderung im Rahmen des Spreizfusses. Hier plagt meist das Hühnerauge über dem ersten kleinen Zehengelenk der mittleren Zehen im Schuh. Milde Formen können auch hier mittels spreizfusskorrigierenden Einlagen verbessert werden. Stärkere Verformungen bedürfen operativer Massnahmen. Am wirkungsvollsten sind leichte Strahlverkürzungen mit Versteifung des prominent stehenden Gelenks. Oft sind danach keine Sehnenverlängerungen zusätzlich notwendig.



Abb 1: Hallux valgus

Abb 2: Methode nach SCARF

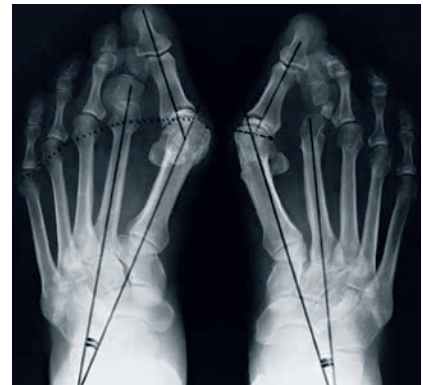


Abb. 1



Abb.2

GROSSZEHENARTHROSE

Sind die knorpeligen Gelenkgleitflächen abgenutzt, hilft zur Schmerzreduktion im Frühstadium eine aussteifende Fussbettung, allenfalls kombiniert mit einer Abrollrampe der Sohle. Genügt dies nicht, können die Schmerzen durch eine Gelenksversteifung eliminiert werden. Alternativ können auch Kunstgelenke am Grosszehengrundgelenk eingesetzt werden.

DIGITUS QUINTUS VARUS

Analog zum Hallux valgus können auch an der Kleinzeh durch die Vorfussverbreiterung zu Druckstellen an der Fusssohle oder von aussen mit Schmerzen und Zehen- deformitäten führen. Diese müssen ebenfalls oft operativ korrigiert werden. Sie werden in etwas einfacherer Weise durch schräg verlaufende Schnitte und Verschiebungen behandelt. Die optimierte Stellung wird mit starren Drähten oder Schrauben in der druckentlasteten Stellung gehalten und so zur Ausheilung gebracht.

Neben diesen häufigen, obenerwähnten Vorfussproblemen gibt es natürlich noch unzählige weitere, eher seltenere Schmerzursachen, welche es primär abzuklären gilt. Auch für die Sanierungsmassnahmen müssen vorerst alle Möglichkeiten evaluiert und zusammen mit dem Patienten ausführlich diskutiert werden. Allenfalls bedarf es ergänzender Abklärungsmassnahmen. Nur nach klarer Diagnostik und Berücksichtigung aller Fakten wie Beschwerdeintensität, Funktions- und Belastungseinschränkung, Aktivitätsbeeinträchtigung und Leidensdruck können im Dialog mit dem Betroffenen die besten Verbesserungsmöglichkeiten evaluiert und durchgeführt werden.

FORUM SERVICE KONTAKT



DR. MED. ANDREAS HUBER

ist Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Er hat sich zusätzlich auf die Sporttraumatologie spezialisiert und ist Belegarzt der AndreasKlinik Hirslanden Cham Zug. Seine Praxis befindet sich in Baar.

PRAXISADRESSE

Ortho-Center Baar
Gubelstrasse 1
6340 Baar
T 041 766 33 90
F 041 766 33 91
praxis@ortho-center.ch
www.ortho-center.ch



DR. MED. DIPL. ING. REINHARDT WEINMANN

ist Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Chirurgie und Sportmedizin. Er ist Belegarzt der AndreasKlinik Hirslanden Cham Zug, wo er auch eine Praxis betreibt.

ANDREASKLINIK CHAM ZUG

Rigistrasse 1
6330 Cham
Schweiz
T 041 554 40 00
F 041 554 40 04

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. Hirslanden 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.



HIRSLANDEN LANCIERT OFFIZIELLE SOCIAL-MEDIA-AUFTRITTE



NUTZEN SIE DIE SOCIAL-MEDIA-KANÄLE, UM DIREKT MIT HIRSLANDEN IN KONTAKT ZU TRETEN

Ende Mai 2013 hat die Privatklinikgruppe Hirslanden ihre offiziellen Social-Media-Auftritte auf Facebook, Xing, Twitter und YouTube lanciert. Im Schweizer Spitalwesen ist Hirslanden somit das erste Unternehmen, das einen Social-Media-Auftritt in diesem Umfang betreibt. Die Social-Media-Kanäle ermöglichen transparente Dialoge mit den verschiedenen Zielgruppen.

Ziel der Lancierung ist neben dem Austausch mit Patienten, Gesundheitsinteressierten und Stellensuchenden auch die Vermittlung von ausgewähltem Fachwissen. Zusätzlich gewährt Hirslanden regelmässig einen Blick hinter die Kulissen des Klinikbetriebs und stellt interessante Bereiche, spannende Projekte oder Jobs vor.

Wir laden Sie ein, sich mit uns zu verlinken, und freuen uns auf Ihren Besuch sowie einen offenen und konstruktiven Austausch!

WEITERE INFORMATIONEN

www.hirslanden.ch/socialmedia

facebook.com/hirslanden

facebook.com/hirslandenbaby

facebook.com/hirslandenjobs



HIRSLANDEN baby

FÜR DAS HIRSLANDENBABY-FACEBOOKPROFIL ARBEITEN FACHSPEZIALISTEN FÜR SIE IM HINTERGRUND

Stellen Sie uns Ihre Fragen rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auf unserem Hirslandenbaby-Facebookprofil, unsere Fachspezialisten beantworten sie gerne. Oder treten Sie ganz einfach mit anderen Eltern in Kontakt und tauschen Sie wertvolle Erfahrungen und Erlebnisse aus.

Besuchen und liken Sie uns:

facebook.com/hirslandenbaby

ANDREASKLINIK CHAM ZUG – NEWSFLASH

MIT DEN ZENTREN, PRAXEN UND INSTITUTEN BIETEN WIR UNSEREN PATIENTINNEN EINE FACHÜBERGREIFENDE BETREUUNG. DIE ÄRZTE, SPEZIALISTEN UND THERAPEUTEN DER ANDREASKLINIK CHAM ZUG STELLEN TEAMS MIT FUNDIERTEM WISSEN, MEDIZINISCHER ERFAHRUNG UND INDIVIDUELLEN DIENSTLEISTUNGEN. DAS IST FÜR SIE MEDIZIN AUS EINER HAND.

DIE ANDREASKLINIK CHAM ZUG HIESS IN DEN LETZEN MONATEN FOLGENDE ÄRZTE, TEILWEISE MIT NEUEN SPEZIALITÄTEN, WILLKOMMEN:

PD DR. MED. NIKOLAUS AEBLI

Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie & Traumatologie des Bewegungsapparates,
spez. Wirbelsäulenchirurgie

AndreasKlinik Cham Zug | Rigistrasse 1 | 6330 Cham | Schweiz | T 041 554 40 00

PROF. DR. MED. ADAM CZAPLINSKI

Facharzt FMH für Neurologie

Neurozentrum Bellevue | Theaterstrasse 8 | 8001 Zürich | Schweiz | T 044 295 30 45

DR. MED. ALEXANDER HERRMANN

Facharzt FMH für Ophthalmologie, spez. Ophthalmochirurgie

Bahnhofstrasse 13 | 6300 Zug | Schweiz | T 041 711 70 56

DR. MED. FERNANDO HOLZINGER

Facharzt FMH für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie, Allgemein- & Unfallchirurgie

Klinik St. Anna | Haus Lützelmatte L | St. Anna-Strasse 32 | 6006 Luzern | Schweiz | T 041 208 32 42

DR. MED. YVONNE HUMMEL

Fachärztin FMH für Innere Medizin & Onkologie

Bahnhofstrasse 3 | 5643 Sins | Schweiz | T 041 787 09 77

DR. MED. MARKUS KELLER

Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie & Traumatologie des Bewegungsapparates

Seestrasse 3 | 6330 Cham | Schweiz | T 041 780 16 60

DR. MED. PHILIPP MEYER

Facharzt FMH für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie

Baarerstrasse 11 | 6300 Zug | Schweiz | T 041 711 88 42

DR. MED. DENT. ENRICO MARIA NALDI

Facharzt für Zahnmedizin SSO

Baarerstrasse 12 | 6300 Zug | Schweiz | T 041 711 77 25

PD DR. MED. BORIS EUGEN SCHLEIFFENBAUM

Facharzt FMH für Hämatologie und Innere Medizin

AndreasKlinik Cham Zug | Rigistrasse 1 | 6330 Cham | Schweiz | T 041 784 08 84

DR. MED. STEFAN SUTER

Facharzt FMH für Urologie, spez. operative Urologie

Gubelstrasse 11 | 6300 Zug | Schweiz | T 041 710 11 25

DR. MED. JAN WEISERT

Facharzt FMH für Hals-, Nasen- & Ohrenkrankheiten, spez. Hals- & Gesichtschirurgie

HNO Praxis Zug | Gartenstrasse 2 | 6300 Zug | Schweiz | T 041 711 26 44

DR. MED. URS IWAN ZUBERBÜHLER

Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie & Traumatologie des Bewegungsapparates,
spez. Wirbelsäulenchirurgie

AndreasKlinik Cham Zug | Rigistrasse 1 | 6330 Cham | Schweiz | T 041 554 40 00