

# Mittelpunkt

Seit Herbst 2000 an der Klinik Im Park

## Zentrum für Handchirurgie

Die Frage, weshalb sich ein Spezialgebiet für Handchirurgie entwickelt hat, wird häufig gestellt. Anders als in anderen Fachgebieten, wo vor allem rasche Fortschritte der Medizin in Diagnostik und Therapie zu einer immer stärkeren Spezialisierung führen, sind es die Komplexität der funktionellen und ästhetischen Anforderungen der Hand und die konsekutiv einschneidenden

Behinderungen infolge von Funktionsausfällen, welche spezielle Anforderungen an die behandelnden Chirurgen stellen.

Die ausschnittsweise Darstellung der Teilfunktionen in der Grafik veranschaulicht diese Komplexität der Hand.

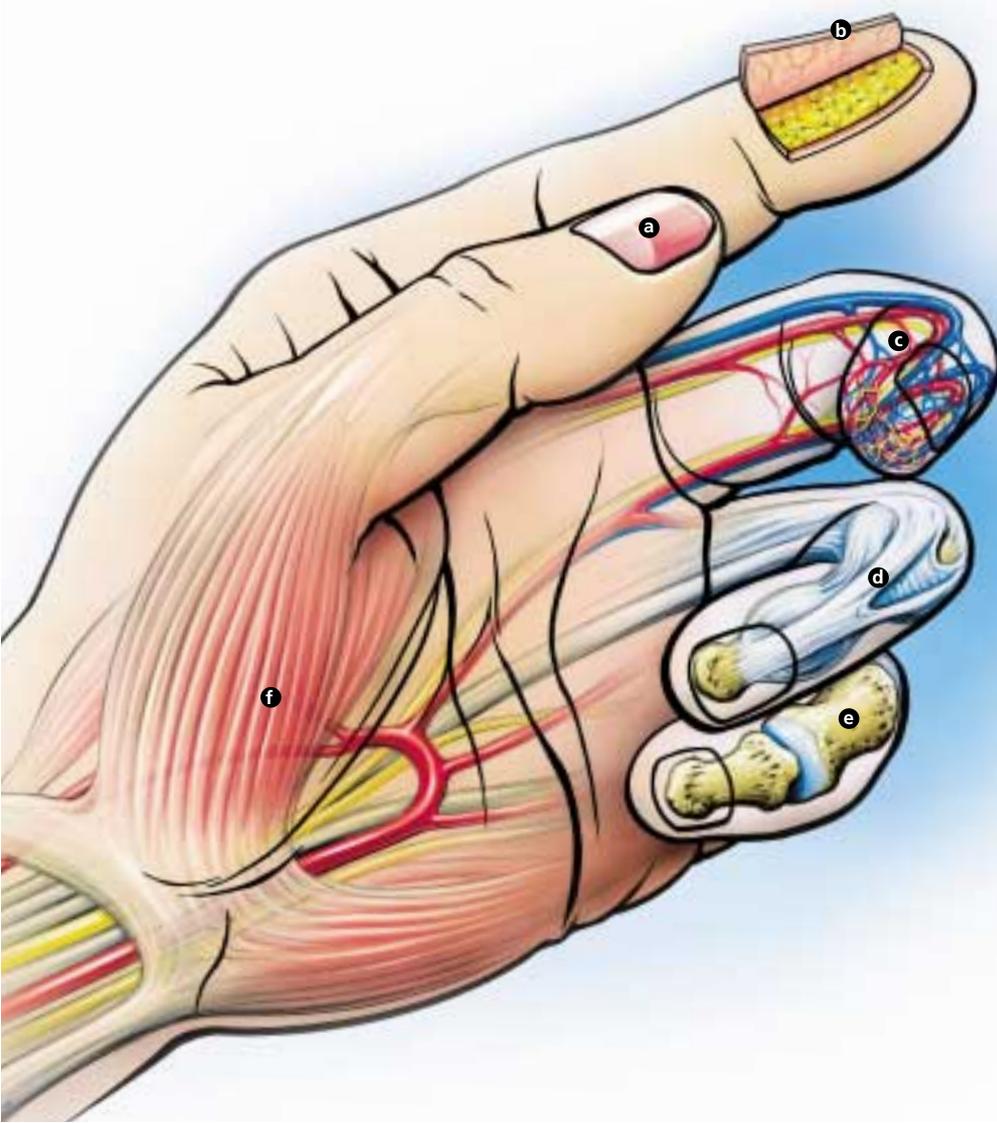


Abb. 1

- a** Nagel: Schutz
- b** Haut: Temperatur, Tastsinn, Schwitzen
- c** Blutbahnen und Nerven: Durchblutung, Gefühl
- d** Sehnen: Beugen, Strecken
- e** Knochen: Stabilität  
Gelenke: Beweglichkeit
- f** Muskulatur: Kraft

Zwei Beispiele aus der handchirurgischen Praxis

3

Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten bei Nierenerkrankungen in der Klinik Im Park

5

Die Entwicklung der laparoskopischen Chirurgie am Beispiel der Dickdarmchirurgie

7



Martin Rauber



Nicolaus Fontana

## Editorial

*Ein lateinisches Sprichwort aus dem ersten Jahrtausend sagt: Tempora mutantur et nos mutamur in illis – die Zeiten ändern sich, und wir ändern uns mit ihnen. Das Sprichwort trifft auch auf die Privatklinikgruppe Hirslanden mit ihren sieben Kliniken in der ganzen Schweiz zu. Um sich optimal auf die laufenden Veränderungen in Gesellschaft, Gesundheitswesen und Medizin einzustellen, hat Hirslanden nicht nur ihre Strukturen angepasst. Auch das äussere Erscheinungsbild der Holding sowie der Kliniken wurde auf die Anforderungen des heutigen und künftigen Gesundheitswesens ausgerichtet.*

*In diesem Sinne symbolisiert das neue Logo mit dem nach oben geöffneten Rechteck menschliche Nähe, Geborgenheit und individuelle Pflege. Die präzise Kontur des Punktes in der Mitte steht für Effizienz und Kompetenz – Eigenschaften, welche die Privatklinikgruppe Hirslanden in der Vergangenheit schon immer ausgezeichnet haben und auch in der Zukunft unverwechselbare Merkmale bleiben werden.*

*Die neue Organisationsform von Hirslanden hat auch personell einige Änderungen zur Folge. Es zeichnen für die Kliniken auf dem Platz Zürich neu Martin Rauber, Klinik Hirslanden, und Nicolaus Fontana, Klinik Im Park, verantwortlich.*

*Martin Rauber (40 Jahre, Buchhalter mit eidg. Fachausweis) war in den vergangenen zwei-einhalb Jahren bei Hirslanden als Bereichsleiter Finanzen für den Platz Zürich tätig. Er möchte die Klinikdienstleistungen auf ihrem hohen Niveau erhalten sowie die heutigen und künftigen Kapazitäten optimal einsetzen.*

*Nicolaus Fontana (36 Jahre, eidg. dipl. Buchhalter/Controller) ist schon seit mehreren Jahren im Bereich des Gesundheitswesens tätig. In den letzten knapp vier Jahren als Leiter Controlling/Tarife in der Hirslanden Holding. Er sieht als eine seiner wichtigsten Aufgaben den Erhalt und die Förderung der fachlich hohen Kompetenz aller Mitarbeiter/-innen, des Teamgedankens zwischen Ärzten und Klinikmitarbeiter/-innen und der Dienstleistungsqualität gegenüber den Patienten.*

*Wir wünschen Ihnen mit der vorliegenden Broschüre eine interessante Lektüre mit den Schwerpunkten Handchirurgie, Nephrologie und Viszeralchirurgie.*

Martin Rauber  
Direktor der Klinik Hirslanden

Nicolaus Fontana  
Direktor der Klinik Im Park

# Zwei Beispiele aus der handchirurgischen Praxis

Von Dr. med. M. Bardola und Dr. med. R. Buchmann, FMH Handchirurgie

Dank neuer Operationsmethoden können heute erkrankte, verletzte oder missgebildete anatomische Strukturen so behandelt und rekonstruiert werden, wie es noch vor wenigen Jahrzehnten undenkbar erschien. Die Entwicklung in der Handchirurgie führte letztlich dazu, dass einst alltägliche Eingriffe heute viel differenzierter und damit effizienter geworden sind. Zwei Beispiele aus der Alltagspraxis illustrieren die verfeinerten Eingriffsmethoden der modernen Handchirurgie.

## «Skidaumen»

Der so genannte «Skidaumen» ist eine Verletzung, die sich Skifahrer häufig zuziehen, wenn sie mit dem Daumen in der Stockschleife hängen bleiben und der Daumen dadurch extrem abgепrezt wird. Dabei kann das Seitenband unterschiedlich verletzt werden.

Die Palette reicht von der Überdehnung bis zu verschiedenen Formen des Bänderrisses. Wenn die Verletzung nicht erkannt oder nicht behandelt wird, führt sie zur Instabilität: Ein volles Glas kann beispielsweise nur mit Mühe oder gar nicht mehr gehalten werden. Die Behandlungsarten eines «Skidaumens» sind je nach Art der Bänderverletzung unterschiedlich.

### Die Überdehnung

Wenn das Band lediglich überdehnt wurde (Abb. 1), ist kein chirurgischer Eingriff nötig. In solchen Fällen genügt eine Ruhigstellung mit einer Schiene (Abb. 2).



Abb. 1



Abb. 2

### Das in sich gerissene Band

In den Fällen, in denen das Band in sich gerissen ist (Abb. 3), wird der Handchirurg die Rissstelle mit einer Bandnaht zusammennähen (Abb. 4).



Abb. 3

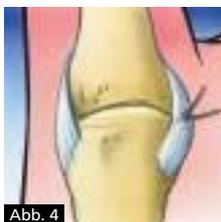


Abb. 4

## Der Abriss vom Knochen

In diesem Beispiel ist der Bandansatz vom Knochen abgerissen (Abb. 5). Der Bandansatz wird mit einem speziellen Minianker wieder am Knochen befestigt (Bandreinsertion, Abb. 6).



Abb. 5



Abb. 6

## Bandabriss mit Knochenschuppe

Hier hat der Bandansatz beim Abriss ein Stück vom Knochen (Knochenschuppe) mitgerissen (Abb. 7). Beim chirurgischen Eingriff werden heute Bandansatz und Knochenschuppe mit einer Minischraube fixiert (Abb. 8).



Abb. 7



Abb. 8

Bei den drei chirurgischen Eingriffen wird die Rekonstruktion durch eine kleine Schiene geschützt. Nach sechs Wochen erfolgt der schrittweise Belastungsaufbau.

**Gefühlsstörungen an der Hand**  
(Karpaltunnel-Syndrom)

Fast jeder Mensch kennt das Gefühl von eingeschlafenen Händen oder Füßen. Im Normalfall ist dies kein Grund zur Beunruhigung und hat auch nichts mit einer Erkrankung zu tun. Anders ist die Situation dann, wenn diese Gefühlsstörungen regelmässig auftreten, typischerweise nachts, und manchmal mit mehr oder weniger heftigen Schmerzen verbunden sind. Die häufigste Ursache für diese regelmässigen Gefühlsstörungen an der Hand ist die beeinträchtigte Funktion des

des Mittelarmnervs mit vorübergehenden oder bleibenden Schäden. Beim Verdacht auf ein Karpaltunnel-Syndrom wird die Diagnose durch eine zusätzliche neurologische Abklärung abgesichert.

In leichten Fällen können die Störungen mit einer Nachtschiene und/oder Kortisoninjektionen in den Karpaltunnel behandelt werden. In den anderen Fällen wird der Karpaltunnel mit einem chirurgischen Eingriff gespalten (Abb. 2). Das «Ameisengefühl» und die Schmerzen können so zum Verschwinden gebracht werden.

Ein vorher eingetretener Gefühlsverlust in den Fingern kann sich nach dem Eingriff ganz oder teilweise erholen. In jedem Fall bringt die Spaltung des Karpaltunnels das Leiden zum Stillstand.

Die Schmerzbefreiung bedeutet für den betroffenen Patienten einen Wiedergewinn an Lebensqualität. Die Druckentlastung trägt dazu bei, die Gebrauchsfähigkeit der Hand zu erhalten oder einer Beeinträchtigung vorzubeugen.

Abb. 1  
Karpaltunnel  
a Nervus medianus

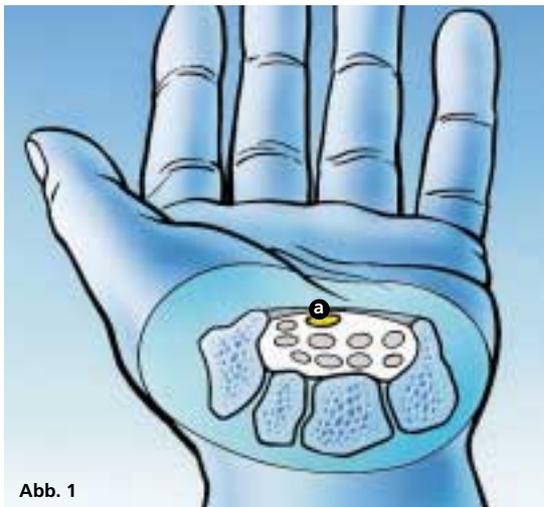


Abb. 1

Mittelarmnerv (Nervus medianus – a) auf der Höhe des Handgelenks. Dort verläuft er in einem Tunnel (Abb. 1), dem Karpaltunnel.

Der Boden dieses Tunnels wird durch die Knochen gebildet, das Dach durch ein straffes Band (Retinaculum flexorum – b). Der Tunnel ist ein anatomischer Engpass, in dem es aus verschiedensten Gründen zu Platzproblemen kommen kann. Die Folgen sind eine Minderdurchblutung

Abb. 2  
Detailansicht  
a Skalpell  
b Retinaculum flexorum  
c Nervus medianus  
d Beugesehnen



Abb. 2

**Zentrum für Handchirurgie**

Dr. med. Madeleine Bardola-Furrer  
FMH Handchirurgie

Dr. med. Regula Buchmann  
FMH Handchirurgie

Frau Marina Sponga, Sekretariat

Zentrum für Handchirurgie  
Seestrasse 247  
CH-8038 Zürich  
Tel. 01-485 60 00  
Fax 01-485 60 01

# Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten bei Nierenerkrankungen in der Klinik Im Park

Von Dr. med. Claudia Kell, Leitende Ärztin der Fachrichtung Nephrologie und Dialyse

**Der medizinische Fortschritt sowie neue Diagnose- und Behandlungsverfahren führen zu einer immer höheren Lebenserwartung der Menschen. Die Zahl der über 70-Jährigen hat stark zugenommen. Daneben ist auch die Zahl der Zivilisationskrankheiten angestiegen und in der Folge davon auch das Nierenversagen (Niereninsuffizienz). Immer mehr Menschen sind auf ein Nierenersatzverfahren angewiesen. Allein in Europa zählt man jährlich 45 000 neue, schwer nierenkrankte Patienten/-innen, wobei sich das Durchschnittsalter immer weiter nach oben verschiebt. Über 80-jährige Patienten/-innen, die sich erfolgreich einem Nierenersatzverfahren unterziehen, sind keine Seltenheit mehr.**

## Wenn die Nieren ihren Dienst versagen

Die Abnahme der physiologischen Funktionen der Nieren führt zu verschiedenen Störungen im menschlichen Körper: Die Stoffwechselabbauprodukte werden nur noch reduziert ausgeschieden, die Ausscheidung von Elektrolyten und Wasser ist vermindert und die Bildung von spezifischen Hormonen und Vitaminen ist beeinträchtigt. In schweren Fällen kommt es zur so genannten Urämie (Harnvergiftung). Die betroffenen Patienten/-innen klagen über eine ausgeprägte Leistungsschwäche, Müdigkeit, Übelkeit.

Die Ursachen der schweren Niereninsuffizienz sind angeborene oder erworbene Nierenerkrankungen, wobei vor allem die Zunahme schwerer diabetischer Nierenerkrankungen und die Folgeschäden durch langjährigen Bluthochdruck zu erwähnen sind.

## Die Behandlungsmöglichkeiten bei Niereninsuffizienz

Die beste und auch kostengünstigste Form eines Nierenersatzverfahrens ist die Nierentransplantation. Seit mehreren Jahren gibt es neben der Leichennierenspende (z.B. Unfallopfer) die Möglichkeit der Lebendspende durch Verwandte und Angehörige. Dank verbesserter (zum Teil minimalinvasiver) Operationstechniken und dank neuer spezifischer Medikamente gegen Abstossungsreaktionen ist die Nierentransplantation heute ein risikoarmes und äusserst erfolgreiches Verfahren mit einem 5-Jahre-Transplantat-Überleben von 85–90 %.

Die Zahl geeigneter Transplantate, die zur Verfügung stehen, ist zurzeit immer noch kleiner als der Bedarf. Jährlich werden in der Schweiz



Patientin während Hämodialyse-Behandlung

250 Patienten/-innen nierentransplantiert, rund 70 allein in Zürich. Bis zur Transplantation, bei einem eventuellen Transplantatversagen oder bei Patienten/-innen, bei denen eine Transplantation nicht durchgeführt werden kann, stehen verschiedene Dialyseverfahren zur Überbrückung der Wartezeit oder zur Dauerbehandlung zur Verfügung.

## Die Dialyseverfahren

Die Hämodialyse ist ein Verfahren, bei dem die Patienten/-innen dreimal pro Woche während 4 Std. in einem entsprechenden Zentrum behandelt werden. Bei diesem Verfahren wird das Blut über einen speziellen Gefässzugang («Shunt», meist am Arm lokalisiert) aus dem Körper durch einen Filter gepumpt, wo die harnpflichtigen Substanzen grösstenteils eliminiert werden. Das so gereinigte Blut wird dann wieder dem Körper zurückgeführt. Gleichzeitig wird auch die Flüssigkeit aus dem Körper entfernt, die sich seit der letzten Dialyse wieder angesammelt hat.

Nachteile der Hämodialyse sind der feste Behandlungsrhythmus, die Zeitdauer, das Einhalten

von Diätvorschriften und Komplikationen, die eventuell während (Kreislaufprobleme) oder zwischen (Probleme mit dem Shunt) den Behandlungen auftreten können.

Zurzeit gibt es in der Schweiz rund 70 Dialysezentren, in denen rund 1900 Patienten/-innen mit der Hämodialyse behandelt werden.

Eine andere Form der Nierenersatzbehandlung ist die Peritonealdialyse. Dabei lässt der Patient selbst mehrmals täglich über einen permanenten Peritonealdialysekatheter ca. zwei Liter Dialyselösung in die Bauchhöhle und lässt sie während einer gewissen Zeit verweilen. In dieser Zeit werden die harnpflichtigen Substanzen und Flüssigkeiten über das Bauchfell (Peritoneum) eliminiert. Der Austausch der Dialyselösung kann praktisch an jedem Ort durchgeführt werden. Dank der technologischen Entwicklung ist es sogar möglich, diesen Wechsel automatisch zu steuern. Die Peritonealdialyse bietet den Patienten/-innen

tet für den Patienten zusätzliche Sicherheit und auch eine Vereinfachung bei eventuell nötigen Abklärungen.

Bei akut auftretenden Nierenversagen (z.B. nach schwerer Operation) ist die Intensivstation der Klinik Im Park für eine Akutbehandlung mit kontinuierlicher, venovenöser Hämodiafiltration eingerichtet. Notwendige Akutdialysen bei chronischer Dialyse können ebenfalls auf der Intensivstation durchgeführt werden.

### Praxis für Nierenkrankheiten in der Klinik Im Park

Um zu wissen, ob und welche Nierenerkrankung vorliegt, muss eine fachärztliche Abklärung erfolgen. Diese kann in der nephrologischen Praxis, die der Klinik Im Park angeschlossen ist, durchgeführt werden. Notwendige Spezialuntersuchungen wie Labor, Ultraschall, Kontrastmitteluntersuchungen, CT- und MRI-Untersuchungen sowie

Abb. 1

Gesunde Niere

- a zuführendes Gefäss
- b abführendes Gefäss
- c Nierenkörperchen
- d tubuläres System
- e Sammelrohr
- f Nierenbecken

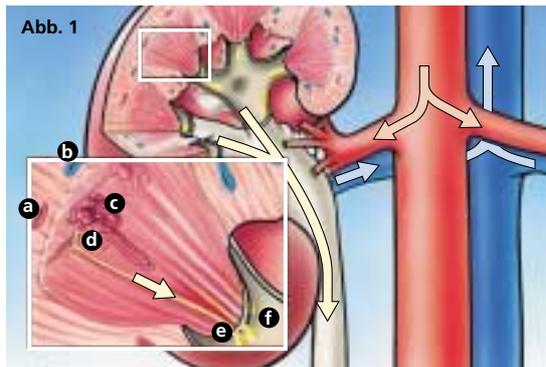
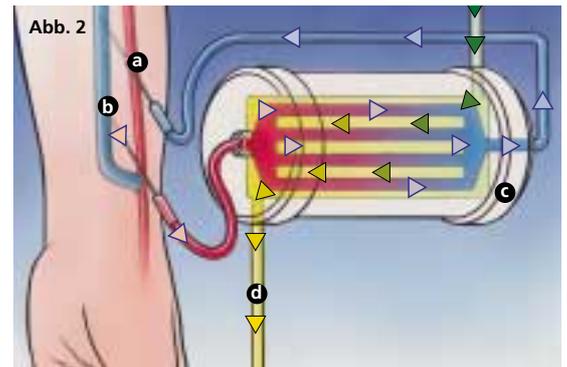


Abb. 2

Schematische

Darstellung einer Hämodialyse-Behandlung

- a Arterie
- b Shunt
- c Dialysator/Filter
- d Filtrat



eine grössere räumliche und zeitliche Unabhängigkeit. Das Verfahren ist sehr schonend und die Diätvorschriften können etwas gelockert werden. Nachteile sind Infekt komplikationen beim permanenten Peritonealdialysekatheter und Platz für die Lagerung der notwendigen Materialien. Im vergangenen Jahr wählten in der Schweiz ca. 270 Patienten/-innen diese Form der Nierenersatztherapie.

### Die Dialysestation der Klinik Im Park

Seit Ende 1999 verfügt die Klinik Im Park in Zürich über eine Dialysestation, die beide Formen der Dialysebehandlung anbietet. Dank der Anbindung an die Klinik können alle notwendigen Vorbereitungen zum jeweilig durch den Patienten gewählten Dialyseverfahren (Shuntanlage oder Peritonealdialyse-Kathetereinlage) durch Spezialisten (Gefässchirurgie/Viszeralchirurgie) in der Klinik durchgeführt werden. Die Anbindung der Dialysestation an die Klinik Im Park bie-

eventuell notwendige Nierenbiopsien werden direkt und ambulant in der Praxis und/oder Klinik bei Patienten/-innen aller Versicherungsklassen durchgeführt. Damit sichert und deckt die Klinik Im Park auch auf dem Gebiet der Nierenheilkunde ein wichtiges Bedürfnis ihrer Patienten/-innen ab.

### Dialysestation / Nephrologische Praxis

Dr. med. Claudia Kell, FMH Nephrologie

Dialysestation Klinik Im Park

Bellariastrasse 38

8038 Zürich

Dialysestation: Tel. 01-209 20 70 (werktags)

Praxis: Tel. 01-209 20 77

Fax 01-209 20 78

E-Mail: ckell@bluewin.ch

# Die Entwicklung der laparoskopischen Chirurgie am Beispiel der Dickdarmchirurgie

Von Dr. med. Heinz Wehrli, FMH für Chirurgie, Viszeralchirurgie

Die laparoskopische oder minimalinvasive Chirurgie, landläufig auch «Schlüsselloch-Chirurgie» genannt, war zweifellos ein Meilenstein in der Entwicklung der Chirurgie des ausgehenden 20. Jahrhunderts. Zu diagnostischen Zwecken wurde die Laparoskopie schon zu Beginn des letzten Jahrhunderts eingesetzt. Als Operationsmethode wurde sie erstmals 1970 in der Gynäkologie eingesetzt. Der eigentliche, revolutionäre Durchbruch erfolgte 1987 mit der Entwicklung der ersten miniaturisierten Videokameras. Bereits ein Jahr später wurden in Frankreich, Deutschland und in der Schweiz erste Gallenblasen laparoskopisch entfernt und Blinddarmoperationen ohne Öffnung der Bauchdecke durchgeführt.

In der Folge verbreitete sich die neue Operationstechnik weltweit sehr rasch. Nicht zuletzt deshalb, weil sie präzise und für den Patienten sehr schonend ist. Ausserdem verursacht sie kaum Wunden und Narben, sodass die Schmerzen für den Patienten nur gering sind. Der Klinikaufenthalt ist kurz und die Patienten/-innen sind rasch wieder körperlich, sportlich und beruflich aktiv.

## Fachgesellschaft für diese neue Technik

1989 wurde in der Schweiz die weltweit erste Fachgesellschaft auf diesem Gebiet gegründet, die Schweizerische Arbeitsgesellschaft für laparoskopische und thorakoskopische Chirurgie. Ihr Ziel ist es, diese moderne Operationstechnik standardisiert und auf einem hohen Qualitätsniveau an interessierte, erfahrene Bauchchirurgen und an jüngere Kollegen weiterzugeben. Innerhalb dieser Fachgesellschaft wird jeder laparoskopisch operierte Patient – selbstverständlich anonym – mit einem Datenblatt erfasst.

Bis heute sind so mehrere Millionen Daten von über 40 000 operierten Patienten/-innen zusammengetragen worden. Im Sinne der Qualitätskontrolle tragen sie dazu bei, die Qualität der Operationsresultate permanent zu verbessern.

## Stetige Weiterentwicklung

Weitere Impulse erhielt die laparoskopische Chirurgie durch die Weiterentwicklung der laparoskopischen Instrumente und durch die Verbesserung der elektronischen Ausrüstung (Abb. 1).



Abb. 1

- a Videoturm
- b Bildschirm
- c CO<sub>2</sub>-Gas
- d CO<sub>2</sub>-Insufflator
- e Hochfrequenzschneidegerät
- f Videoaufnahmegerät
- g Video

So erweiterten einzelne Pioniere dieser Operationstechnik zu Beginn der 90er-Jahre die Einsatzmöglichkeiten auf Operationen bei Leistenbruch und Darmverschluss, auf Operationen der Gallenwege, des Magens und der Leber, auf die Entfernung der Milz, das Lösen von Verwachsungen im Bauchraum und schliesslich auch auf Eingriffe am Dickdarm. Die Dickdarmchirurgie gilt wegen der Infektionsgefahr als eine Risikochirurgie, die neben einer eindeutigen Indikation auch eine grosse Erfahrung des Chirurgen erfordert. Zu den Indikationen gehören namentlich die in der modernen Zivilisation weit verbreiteten, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (vor allem die Divertikelkrankheit).

Erfahrene laparoskopische Chirurgen entfernen heute auch von gutartigen Tumoren (Polypen, Adenome usw.) befallene Dickdarmsegmente, wenn der Gastroenterologe diese Tumore nicht mit dem Kolonoskop durch den After entfernen kann. Laparoskopische Eingriffe sind heute auch angezeigt bei unfallbedingten Dickdarmperforationen, Stieldrehungen des Darms (Volvolus), Blutungen aus lokalisierbaren Quellen oder bei Darmvorfall mit der oft damit verbundenen Stuhlinkontinenz. Die erzielten Resultate lassen sich mit jenen der offenen Chirurgie absolut vergleichen. Wundinfekte gibt es nur noch selten und der Klinikaufenthalt der Patienten/-innen konnte praktisch halbiert werden.

ten nicht zu berühren, eine hohe Unterbindung der zum Tumor führenden Blutgefäße vorzunehmen, die Wahrung der Sicherheitsabstände zum Tumor und die gleichzeitige Entfernung von Lymphknoten und -bahnen.

Die Frage, ob mit der Laparoskopie die gleichen Heilungsraten erzielt werden können wie mit der konventionellen Chirurgie, wird durch die neuesten, abgeschlossenen wissenschaftlichen Studien bejaht. Dennoch sollte die laparoskopische Chirurgie bei bösartigen Dickdarmtumoren noch nicht generell, sondern eher zurückhaltend und im Rahmen sorgfältiger wissenschaftlicher und prospektiver Studien angewendet werden. Dies umso mehr, als bei bösartigen Tumoren die Heilungschancen im Vordergrund stehen und nicht unbedingt die Kosmetik oder die möglichst rasche Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit.

Abb. 2  
**a** Mastdarmstumpf  
**b** Dickdarmstumpf  
**c** Klammernahtgerät

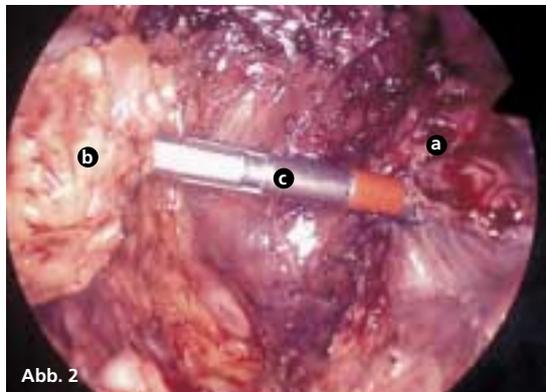


Abb. 2

Abb. 3  
 Klammernahtgerät für Darmnähte



Abb. 3

Grundsätzlich kann heute jeder Teil des Dickdarms, ja sogar der ganze Dickdarm selbst, auf laparoskopischem Weg entfernt werden, wenn es das Krankheitsbild erfordert. Je nach Lage des entfernten Darmsegments kann die Darmrekonstruktion (Darmnaht) mit manueller Technik innerhalb der Bauchhöhle erfolgen, bei einem vor die Bauchdecke vorgelagerten Darm über eine kleine Wunde, oder häufig mit Hilfe eines Klammernahtgerätes durch den After (Abb. 2 + 3).

**Auch bei bösartigen Dickdarmtumoren?**

Grundsätzlich ist die Operation bösartiger Dickdarmtumore auch auf laparoskopischem Weg möglich. Die laparoskopische Chirurgie erfüllt heute ebenfalls die strengen Kriterien einer tumorgerechten Chirurgie. Dies betrifft vor allem die Bedingung, den Tumor mit den Instrumen-

**GastroZentrum**

Gastroenterologen  
 Prof. Dr. med. J. Altdorfer  
 Prof. Dr. med. R. Münch  
 Dr. med. A. P. Müller  
 Tel. 01-387 39 55, Fax 01-387 39 66

Viszeralchirurgen  
 Prof. Dr. med. H. U. Baer  
 Dr. med. Chr. Krayenbühl  
 Dr. med. Th. P. Ricklin  
 Dr. med. H. Wehrli  
 Tel. 01-387 30 60, Fax 01-387 30 61

**Klinik Hirslanden**  
 Witellikerstrasse 40  
 CH-8029 Zürich  
 Telefon 01-387 21 11  
 Fax 01-387 22 33  
 www.hirslanden.ch

**Klinik Im Park**  
 Seestrasse 220  
 CH-8027 Zürich  
 Telefon 01-209 21 11  
 Fax 01-209 20 11  
 www.hirslanden.ch

Kliniken der Hirslanden Holding

Redaktion/Koordination: Beat Meier, Beaufragter für Marketing und Kommunikation, Kliniken Hirslanden und Im Park  
 Konzept: Brendlin & Partner AG, Oberwil-Lieli Gestaltung: heuser.biz, Zürich

Nachdruck, Vervielfältigung und jegliche Reproduktion des Inhaltes (ganz oder auch nur teilweise) nur mit Quellenangabe und vorheriger schriftlicher Erlaubnis der Kliniken Hirslanden und Im Park gestattet.