

AMPULS

DER MEDIZIN

SCHMERZEN UND EINSCHRÄNKUNGEN MÜSSEN NICHT SEIN

Krampfadern

Revisionsoperationen am Kniegelenk

Adipositaschirurgie

Hallux valgus

Computertomographie der Herzgefässe

Bezugspflege





Adrian Dennler
Direktor Klinik Beau-Site
COO Region West

Daniel Freiburghaus
Direktor Klinik Permanence
und Salem-Spital

INHALT

- 3 News aus den Kliniken
- 4 Krampfadern: Wie sieht eine zeitgemässe Behandlung aus?
- 6 Wenn's nach Jahren wieder schmerzt – Revisionsoperationen am Kniegelenk
- 8 Adipositaschirurgie: Band oder Bypass?
- 10 Hallux valgus – früh operieren oder möglichst lange warten?
- 12 Computertomographie der Herzgefässe
- 14 Eine neue Website für Hirslanden
- 15 Bezugspflege für mehr Sicherheit und Kontinuität
- 16 Publikumsvorträge

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser

Der Bundesrat hat per Anfang 2011 die Gewichts-Mindestlimite für Magenband- oder Bypass-Operationen auf einen BMI 35 gesenkt (vorher 40) und die Altersbeschränkungen aufgehoben. Studien haben gezeigt, dass eine Operation längerfristig oft die kostengünstigere Lösung ist. Ab einem Body-Mass-Index von 35 geht man von einer erblich bedingten Adipositas aus, dabei liegen meist mehrere Gendefekte vor. Je nach Verteilung und Ausmass tritt das krankhafte Übergewicht bereits im Kindes- oder erst im Erwachsenenalter auf. Übergewichtige Menschen haben – nebst den gesundheitlichen Problemen – in unserer Gesellschaft oft mit Vorurteilen zu kämpfen. Diese können zu Einsamkeit und Depressionen führen.

Im Stoffwechsellzentrum Bern diagnostiziert und behandelt ein Team von Spezialisten Menschen mit Adipositas. Dank dem umfassenden Angebot der Intensivpflege und der spezifischen Infrastruktur ist die Klinik Beau-Site seit Anfang dieses Jahres im Programm für ein «Center of Excellence» für Übergewichtschirurgie.

Lesen Sie mehr zum Thema Adipositaschirurgie und weitere spannende Artikel in dieser Publikation. Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen in die Hirslanden Kliniken Bern und wünschen Ihnen eine spannende Lektüre. Gerne begrüssen wir Sie an einem unserer Publikumsvorträge. Das aktuelle Programm finden Sie auf der Rückseite.

Adrian Dennler

Direktor Klinik Beau-Site
COO Region West

Daniel Freiburghaus

Direktor Klinik Permanence
und Salem-Spital

IMPRESSUM

«Am Puls der Medizin»

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

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

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

Auflage: 31 000 Ex.
Redaktion: Marketing und Kommunikation, Hirslanden Bern
Gestaltung: THREESOLUTION.CH, Zürich
Druck: KROMER PRINT AG, Lenzburg

ABONNENTEN-SERVICE

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

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



NEWS AUS DEN KLINIKEN

Hirslanden Bern

Internet Relaunch www.hirslanden.ch

Die Privatklinikgruppe Hirslanden hat einen neuen Internetauftritt. Die Website ist informativ und dynamisch aufgebaut und spricht die Besucher emotional an. Dank einer übersichtlichen Struktur in der Navigation sind alle wichtigen Informationen mit wenigen Klicks abrufbar. Gerne laden wir Sie auf eine virtuelle Tour in die Berner Hirslanden Kliniken ein.

Kochkurs für Übergewichtige

Die Weihnachtszeit stellt übergewichtige Menschen oft vor eine besondere Herausforderung. Die Ernährungsberaterinnen und Köche der Hirslanden Kliniken Bern zeigen Ihnen eine leichte und genussvolle Festtagsküche.

Datum: 10. November 2011,
18.00 – 22.00 Uhr
Ort: Salem-Spital, Bern
Thema: Weihnachtsmenüs –
leicht und lecker

Weitere Informationen und
Anmeldungen bis 31. Oktober 2011
unter T 031 337 68 09 oder
ernaehrung.bern@hirslanden.ch

Klinik Beau-Site

Die steilste Baustelle von Bern

Das ist zurzeit der Neubau des Betten- und Ärztehauses der Klinik Beau-Site. Das Gefälle und die knappen Platzverhältnisse stellen die Bauarbeiter immer wieder vor neue Herausforderungen. Der Neubau wird im Herbst 2011 eröffnet und bietet Platz für die onkologische Bettenabteilung und acht Arztpraxen der Fachgebiete Urologie und Viszeralchirurgie. Im Anschluss werden Teile des bestehenden Klinikgebäudes renoviert. Wir freuen uns, unseren Patienten bald zusätzlichen Komfort zu bieten.

Die Privatklinikgruppe Hirslanden ist der festen Überzeugung, dass nachhaltige Investitionen der solide Weg zu noch mehr Leistung und Qualität im Gesundheitswesen sind.



Salem-Spital

Neue direktdigitale Röntengeräte

Die herkömmlichen Röntgenfilme verschwinden mehr und mehr – digitales Röntgen wird immer häufiger eingesetzt. Die neuesten Geräte funktionieren direktdigital: Sie speichern das Bild auf einem modernen, hochauflösenden Flachdetektor.

Das Salem-Spital hat die Radiologie umgebaut und setzt seit diesem Frühling zwei neue digitale Röntengeräte ein. Die modernste direktdigitale Technologie bietet unseren Patienten wesentliche Vorteile:

- Die Strahlendosis ist bis zu 30 % niedriger als bei früheren Röntgenaufnahmen.
- Die Aufnahmen können direkt nach der Untersuchung auf einem Monitor betrachtet werden. Dies verkürzt die Wartezeiten erheblich.
- Die deutlich höhere Bildqualität und die Möglichkeit zur nachträglichen Bildverarbeitung verbessern die Aussagekraft der Aufnahmen.
- Die digitale Auswertung optimiert die Präzision und Reproduzierbarkeit von radiologischen Messmethoden, z.B. in der orthopädischen Diagnostik.





KRAMPFADERN: WIE SIEHT EINE ZEITGEMÄSSE BEHANDLUNG AUS?

Dr. med. Gereon Jachertz

Facharzt FMH für Angiologie, Beinleiden/Venenleiden SGP,
Belegarzt Hirslanden Kliniken Bern

Krampfadern sind die häufigste Erkrankung der oberflächlichen Beinvenen: Die Venen sind erweitert und der Blutfluss gestört. Das Blut fliesst – anstatt Richtung Herz – zurück in die Beine und verursacht dadurch Blutstauungen, die zu einer Flüssigkeitsansammlung im Gewebe führen, einem sogenannten Ödem. Krampfadern bilden sich nicht von alleine zurück. Es gibt aber zahlreiche, unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten für die verschiedenen Ausprägungen der Krampfadern.

Die Ursache einer Veneninsuffizienz (Blutflussstörung) ist meist eine erbliche Bindegewebsschwäche. Krampfadern kommen bei rund der Hälfte der Schweizer Bevölkerung vor, Frauen und Männer sind gleichermassen davon betroffen. In vielen Fällen lösen Krampfadern keine Symptome aus, nur 20 % der Patienten leiden an Beschwerden. Diese sind Juckreiz, Hautreizungen, geschwollene und schwere Beine, manchmal auch Hitze- oder Kältegefühl. Weit seltener sind Schmerzen, Krämpfe oder gar ein offenes Bein.

Der Schein kann trügen

Das äussere Erscheinungsbild der Venen entspricht oft nicht der effektiven Blutflussstörung. Deswegen ist eine rein klinische Beurteilung der Beine mit blossen Auge nicht zuverlässig. Um das Ausmass von Krampfadern abzuklären, wird eine farbkodierte, funktionelle Doppler-Ultraschalluntersuchung (Duplexsonographie) durchgeführt. Dank der diagnostischen Überlegenheit dieser Untersuchung sind klinische Funktionstests sowie die teurere röntgenologische Darstellung der Venen mittels Kontrastmittel (Phlebographie) praktisch nicht mehr nötig.

Krampfadern unterscheiden sich stark in Ausmass, Verlauf und Durchmesser. Deshalb ist es wichtig, aus den verschiedenen Behandlungsmethoden die für den Patienten geeignete auszuwählen. Die Erfahrung des Arztes in den einzelnen Therapiemöglichkeiten ist entscheidend für eine kompetente Beratung.

Individuelle Therapie – vom Stützstrumpf bis zur Operation

Bei einer zeitgemässen Behandlung von Krampfadern stehen das Erfassen der Beschwerden und eine genaue Untersuchung der Venen durch einen Venenspezialisten (Angiologen) im Vordergrund. Im anschliessenden Gespräch mit dem Patient wird die individuell am besten geeignete Therapieform festgelegt.

Grundsätzlich kann jedes Venenleiden mit einfachen Mitteln und ohne chirurgischen Eingriff, d. h. konservativ behandelt werden. Die Kompression des oberflächlichen Venensystems durch Stützstrümpfe oder Einbinden der Beine ist von zentraler Bedeutung. Dadurch werden der venöse Blutrückfluss in die Beine und die Schwellung deutlich vermindert.

Ambulante, minimal invasive Eingriffe

Der Vorteil der minimal invasiven Methoden liegt darin, dass das Gewebe nur geringfügig verletzt wird und dass die Eingriffe unter örtlicher Betäubung ambulant in der Arztpraxis durchgeführt werden können.

Eine kostengünstige, minimal invasive Behandlung ist die Schaumverödung der Venen. Unter Ultraschallkontrolle wird der betroffene Venenabschnitt gezielt mit einer Nadel angestochen und ein hochaktiver Schaum eingespritzt. Dieser bewirkt eine Entzündung der Gefässwand und damit eine Einengung der Gefässlichtung. Oft entsteht auch ein Thrombus (Blutpfropf im Gefäss), der den Blutfluss in die falsche Richtung vollständig blockiert und das



Abb. 1
Duplexsonographie der Beinvenen



Abb. 2
Schaumsklerotherapie



Abb. 3
Endoluminale Laserbehandlung
grosser Venen



Abb. 4
Ambulante Chirurgie der Venen

ursprüngliche Gefäss vernarben lässt. Der Behandlungserfolg kann mittels Ultraschall sofort überprüft werden. Diese Methode ist allerdings nicht geeignet für junge, sportliche Patienten mit einer Venenerweiterung auf über acht Millimeter, da bei diesen nach zwei bis fünf Jahren häufig Rückfälle auftreten.

Kleine, oberflächliche Venenäste können unter örtlicher Betäubung mit einem Häkchen herausgezogen werden. Dieses ambulante Verfahren wird Häkchenmethode oder Phlebektomie genannt. Die Hautschnitte sind nur ein bis zwei Millimeter lang, sodass sich in der Regel keine Narben bilden.

Auch insuffiziente grössere Venenabschnitte, sogenannte Stammvarizen, können unter ausgedehnter örtlicher Betäubung ambulant verschlossen werden. Dies geschieht mittels Radiofrequenz-Kathetertherapie oder endoluminaler Laserbehandlung. Über einen in die Vene eingeführten Katheter wird mit Radiofrequenzwellen oder Laserstrahlen lokal Hitze produziert, welche die Gefässwand schädigt und so die Gefässlichtung veröden lässt. Wenn zu wenig Wärme in die Venen abgegeben wird, können Rückfälle auftreten. Diese sind aber einfach zu behandeln, da im Vergleich zur klassischen Chirurgie weniger Narben entstehen. Beide Methoden sind gleich effizient. Die Erfolgsrate fünf Jahre nach der Behandlung ist vergleichbar mit jener der chirurgischen Eingriffe. Da mit den Krankenkassen bisher kein Tarif ausgehandelt wurde, müssen allerdings die Behandlungskosten weitgehend vom Patienten selbst übernommen werden.

Neue ambulante Methoden, wie die Verödung von grossen oberflächlichen Venen mit Wasserdampf, sind vielversprechend, Langzeitergebnisse stehen aber noch aus.

DIE URSACHE IST OFT ERBLICH BEDINGT.

Chirurgische Eingriffe

Im Zentrum der klassischen Chirurgie steht die Crossektomie, die operative Entfernung der sogenannten «Crosse», des Einmündungsstücks der grössten oberflächlichen Vene des Beins in die Beinhauptvene im Bereich der Leiste – mit oder ohne anschliessendem Herausziehen der insuffizienten Venen (Stripping).

Nach dem Eingriff muss der Patient ein bis zwei Nächte im Spital bleiben und ist für rund zwei Wochen arbeitsunfähig. Ein Vorteil der klassischen Chirurgie ist, dass auch grosse insuffiziente Venen nachhaltig behandelt werden können. Zudem sind die Eingriffe heute deutlich weniger gewebverletzend (invasiv) als früher. Sie sind sogar praktisch narbenfrei möglich, da die zu strippenden Venenabschnitte gezielt angegangen werden können, falls sie vorgängig mittels Duplexsonographie genau lokalisiert und auf der Haut markiert wurden. Im Vergleich zu den minimal invasiven Behandlungsmethoden ist die klassische Chirurgie von Krampfadern aber kostspieliger.

PUBLIKUMSVORTRAG

Krampfadern: Wie sieht eine zeitgemässe Behandlung aus?

Mittwoch, 24. August 2011, 19.00–20.30 Uhr
Diaconis Tagungszentrum beim Salem-Spital, Bern

Dr. med. Gereon Jachertz
Facharzt FMH für Angiologie, Beinleiden/Venenleiden SGP,
Belegarzt Hirslanden Kliniken Bern



WENN'S NACH JAHREN WIEDER SCHMERZT – REVISIONSOPERATIONEN AM KNIEGELENK

Dr. med. Thomas-Oliver Schneider

Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spezialist für Kniechirurgie, Belegarzt Klinik Permanence

Der heutigen modernen Kniechirurgie stehen viele exzellente, den Patienten zufriedenstellende Operationsmethoden zur Verfügung. Die Schmerzfreiheit nach einer erfolgreichen Operation kann jedoch, je nach Schädigung des Kniegelenks, zeitlich limitiert sein: Manchmal kehrt der vergessen geglaubte Schmerz nach Jahren zurück. Dann sind individuelle Abklärungen durch einen Knie spezialisten nötig, um die Schmerzursache genau zu erkennen und anschliessend zu behandeln.

Revisionsoperationen sind anspruchsvoll, eine erneute Schmerzbefreiung ist mit den heutigen Methoden jedoch meist möglich. Durch die genaue Analyse der Schmerzursache, eine sorgfältige Technik und den Einsatz modernster Materialien werden auch mit Revisionsoperationen sehr gute Langzeitergebnisse erzielt.

Meniskusschaden

Bei einem Meniskusriss wird in der Regel nur ein kleiner, nämlich der verletzte Anteil des Meniskus entfernt. So schützt der Operateur das Gelenk vor der schnellen Entwicklung einer Arthrose. Der verbliebene Meniskus ist allerdings immer noch anfällig für einen erneuten Riss. In diesem Fall kann eine Teilentfernung wieder Abhilfe schaffen. Falls der Meniskusriss in der ersten Operation genäht wurde (anstelle einer teilweisen Entfernung), ist eine zweite Naht nur bedingt möglich. Moderne Therapieverfahren, wie das Einbringen von Wachstumsfaktoren in den genähten Meniskus, erhöhen die Heilungschancen.

Meniskustransplantation

Der Ersatz eines entfernten Meniskus befindet sich noch im Entwicklungsstadium, die ersten Resultate sind jedoch vielversprechend. Der Knie spezialist bietet dem Patienten, je nach Bedarf, eine Transplantation eines Spendermeniskus oder den Einbau eines künstlichen Meniskus an. Solche Eingriffe werden in der Schweiz noch selten durchgeführt, dies auch, weil die Kosten für die Operation von den Versicherungen nur in Einzelfällen übernommen werden.

Bandverletzungen

Die Kenntnisse über die anatomische Wiederherstellung von Bändern am Kniegelenk, das heisst, über den Ersatz eines gerissenen Bandes in seiner ursprünglichen Art, haben in den letzten Jahren stark zugenommen. Früher wurde der Bandersatz oft ungenau platziert, was im Anschluss durch Einklemmen oder Überbeanspruchung zum Versagen der Bänder geführt hat. Ein erneuter Riss, beispielsweise eines Kreuzbandersatzes, 10 bis 15 Jahre nach der Operation, ist daher keine Seltenheit. Dann wird das Band mit modernen Methoden (Doppelkanaltechnik) erneut ersetzt und die Beschwerden sind gestoppt.

WEG FREI FÜR
JAHRE OHNE
SCHMERZEN.

Knorpelschäden

Ein Grossteil der Patienten, die Monate oder Jahre nach einem Eingriff am Kniegelenk über Schmerzen klagen, leidet an Knorpelschäden. Diese sind teilweise bereits seit einem Unfall vorhanden, beginnen aber erst Jahre später zu schmerzen. Sie können auch als Folge einer Operation entstehen, zum Beispiel nach der Teilentfernung eines Meniskus. Noch vor wenigen Jahren bedeutete die Diagnose Knorpelschaden unweigerlich das ständige Einnehmen von Schmerzmitteln. Wurde die Kniearthrose mit der Zeit zu schmerzhaft und einschränkend, hat der Chirurg eine Knieprothese implantiert.

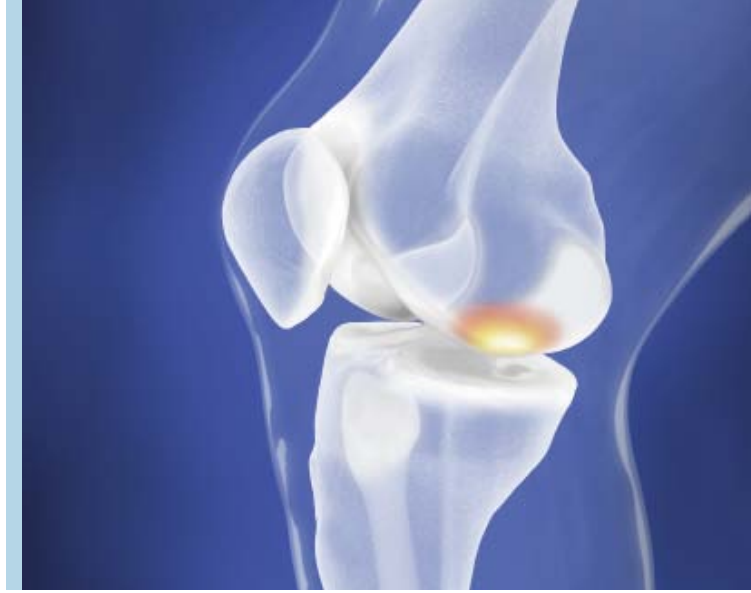


Abb. 1
Schmerzen im Kniegelenk

Dank neuen Verfahren kann heute ein Knorpelregenerat erzeugt werden, bevor eine komplett ausgebildete Arthrose entsteht. Bei vielen Arten von Knorpelschäden kann der Facharzt entweder neuen Knorpel einpflanzen (Knorpelzelltransplantation) oder sogenannten Knorpelfliesen einsetzen. Weiter können Knorpel-Knochentransplantationen oder Knorpelersatzbohrungen helfen. Ist der Ersatz des Knorpels mit allen zur Verfügung stehenden Methoden nicht möglich, kann eine zusätzliche Korrektur der Beinachse das Selbstheilungspotenzial des Kniegelenks optimieren.

Arthrose nach Meniskus- oder Bandoperation

Bei einer Arthrose im Kniegelenk muss nicht zwingend das ganze Gelenk ersetzt werden (Totalendoprothese). Wenn immer möglich ersetzt der orthopädische Chirurg nur den durch die Arthrose beschädigten Teil der Gelenkfläche (Teilprothese, Oberflächenersatz). Hat sich nach einer länger zurückliegenden Entfernung des Innenmeniskus eine Arthrose der Innenseite des Kniegelenks gebildet, wird nur diese Stelle mit einem Oberflächenersatz behandelt. Dies ist genauso für die Aussenseite des Kniegelenks und die Kniescheibe möglich. Ist die Arthrose weiter fortgeschritten, muss eine Knieendoprothese eingesetzt werden. Die Operationen werden heute minimal invasiv (gewebeschonend) und mit Unterstützung von Computernavigation durchgeführt, um eine optimale Platzierung der Prothese zu erreichen. Teilweise verwendet man auf den Patienten persönlich zugeschnittene, sogenannte Custom-made-Prothesen.

Ersatz einer bestehenden Knieprothese

Die modernen Knieprothesen halten heute meist bedeutend länger als zehn Jahre. Vereinzelt wird nach Jahren dennoch ein Auswechseln der Knieprothese nötig: Teilprothesen werden zu Totalprothesen umgewandelt oder Totalprothesen durch sogenannte Revisionsprothesen ersetzt. Mögliche Gründe für einen Prothesenwechsel sind Lockerungen, Infekte, Materialverschleiss oder ein unsachgemässer Einbau der Knieprothese.

Schmerzfrei in die Zukunft

In einer Privatklinik betreut der Kniespezialist den Patienten von der Beratung und Diagnosestellung über eine mögliche Operation bis zur Nachsorge persönlich. Sollte sich der Patient gemeinsam mit seinem Arzt für einen erneuten Eingriff am Kniegelenk entscheiden, ist der Weg frei für weitere Jahre ohne Schmerzen.

PUBLIKUMSVORTRAG

Wenn's nach Jahren wieder schmerzt – Revisionsoperationen am Kniegelenk

Mittwoch, 14. September 2011, 19.00–20.30 Uhr
Diaconis Tagungszentrum beim Salem-Spital, Bern

Dr. med. Thomas-Oliver Schneider

Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, Spezialist für Kniechirurgie,
Belegarzt Klinik Permanence



ADIPOSITASCHIRURGIE: BAND ODER BYPASS?

PD Dr. med. Rudolf Steffen

Facharzt FMH für Viszeralchirurgie, StoffwechselZentrum Bern, Berner Viszeralchirurgie, Belegarzt Klinik Beau-Site

Zur bariatrischen oder Adipositaschirurgie zählen Operationen zur Reduktion von krankhaftem Übergewicht (Adipositas). Die Grenze zu diesem liegt bei einem Body-Mass-Index von 35. Weder Diät noch Sport helfen, das Gewicht dauerhaft zu senken – krankhaftes Übergewicht ist nur chirurgisch therapierbar. Die Betroffenen leiden körperlich und seelisch: Oft werden sie sozial ausgegrenzt oder am Arbeitsplatz benachteiligt, zudem sterben sie früher an Folgekrankheiten, wie Diabetes Typ II, Herzinfarkt und Krebs.

Bei uns ist Essen überall vorhanden, günstig und schmackhaft – aber leider häufig auch ungesund. Durch die Industrialisierung ist die körperliche Arbeit in vielen Berufen gleich null und der Energieverbrauch entsprechend gering. Die Motorisierung senkt den Kalorienbedarf noch weiter. Menschen mit besonderen Speichergenen wären eigentlich im Stande, Hungerperioden zu überleben, werden aber durch die veränderten Lebensumstände zunehmend übergewichtig.

Arzt und Patient müssen wissen, dass krankhaftes Übergewicht nicht heilbar ist und dass der Chirurg an einem an sich gesunden Organsystem, dem Magen-Darm-Trakt, operiert. Eine Methode ohne Komplikationen oder unerwünschte Nebenwirkungen gibt es bislang genauso wenig wie den gesicherten und dauerhaften Erfolg. Korrekturingriffe nach Übergewichtschirurgie sind nicht selten.

WEDER DIÄT
NOCH SPORT
HELFEIN.

Die Geschichte der Übergewichtschirurgie geht in die 60er-Jahre zurück. Die damaligen Techniken waren sehr gefährlich und wurden im Laufe der Zeit immer wieder von neuen Methoden abgelöst: Auf feste, nicht anpassbare Magenbänder folgten anpassbare Magenbänder, der Magenbypass in all seinen Variationen und schliesslich der Schlauchmagen.

Anpassbares Magenband

Nach drei Jahren mit festen Bändern begannen wir 1994 in der Klinik Beau-Site mit der laparoskopischen Magenbandoperation – damit wurde die Übergewichtschirurgie in der Schweiz populär. Bis 1992 waren die Klinik Beau-Site in Bern und das CHUV in Lausanne schweizweit die einzigen Zentren für dieses Spezialgebiet der Chirurgie. 1998 implantierten über 100 Chirurgen in 50 Spitälern Magenbänder. Die Viszeralchirurgen der Klinik Beau-Site haben inzwischen über 2000 Magenbänder eingelegt und die Patienten anschliessend korrekt nachbetreut. Die Langzeitergebnisse sind in einer wissenschaftlichen Publikation dokumentiert: Nach sieben Jahren hatten 75 % aller Patienten noch ein Magenband und die meisten hatten genügend abgenommen.

Allerdings mussten insgesamt 54 % der Patienten ein- oder mehrmals reoperiert werden und bei 26 % musste vom Magenband zum Magenbypass gewechselt werden.

Die Belastung der Speiseröhre ist das Hauptproblem beim Magenband. Wegen der geringen Erfolgsquote und der erweiterten technischen Möglichkeiten ist seit 2002 der laparoskopische Magenbypass die Therapie der Wahl; Magenbänder werden nur noch bei ausgewählten, meist jungen Patienten implantiert.

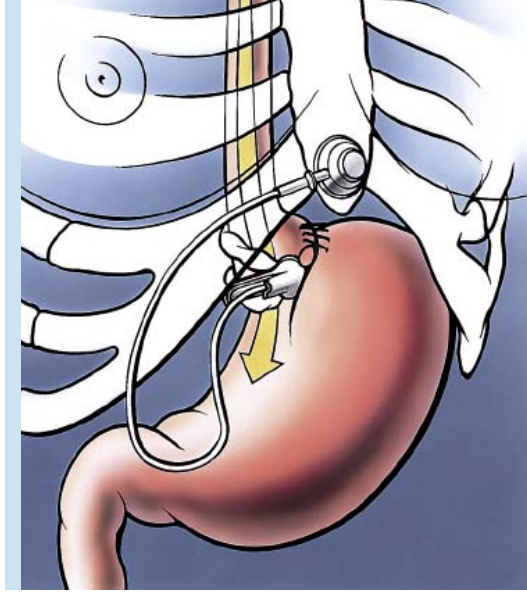


Abb. 1
Magenband



Abb. 2
Magenbypass

Laparoskopischer Magenbypass

Der laparoskopische Magenbypass ist in der Klinik Beau-Site, aber auch international, die häufigste Operation der Übergewichtschirurgie. Dank der geringen Komplikationsrate, der hohen Gewichtsreduktion und der Möglichkeit zur Wiederherstellung des normalen Speiseweges bietet sie ein sehr gutes Risiko-Nutzen-Verhältnis. In der Klinik Beau-Site wurden bereits über 1000 derartige Magenbypass-Operationen durchgeführt.

Erfahrung und Nachsorge

Neben der Erfahrung der Spezialisten ist vor allem die lebenslange Nachsorge der Patienten von zentraler Bedeutung. Nach der Operation werden die Patienten vom bekannten Adipositas-Arzt PD Dr. med. Fritz Horber weiter betreut. Nach mehr als zehn Jahren gehen über 90 % der operierten Patienten regelmässig zur Kontrolle.

Die Klinik Beau-Site blickt auf 20 Jahre Übergewichtschirurgie zurück. Die Viszeralchirurgen operierten über 3000 Patienten und kennen die Vor- und Nachteile aller gängigen Techniken. Derzeit werden jährlich rund 250 bariatrische Operationen durchgeführt. Seit Mitte der 90er-Jahre erfolgen die Eingriffe prinzipiell laparoskopisch, das heisst, mit Hilfe eines optischen Instruments durch kleine Schnitte in der Bauchdecke. Dies ist für die Patienten weniger belastend, und die Sterblichkeit in unserem Haus bei solchen laparoskopischen Eingriffen ist bis heute null. Bei rund 1% der Operierten traten allerdings gravierende Komplikationen auf, die sie und ihre Angehörigen durchstehen mussten. Damit auch solche Patienten überleben, werden sie auf der Intensivstation rund um die Uhr von allen beteiligten Ärzten und dem Pflegepersonal überwacht und versorgt.

Dank ihrem umfassenden Angebot der Intensivpflege und der spezifischen Infrastruktur ist die Klinik Beau-Site seit Anfang 2011 im Programm für ein «Center of Excellence» für Übergewichtschirurgie.

Ziele der Adipositaschirurgie

- Langfristige, nachhaltige Gewichtsreduktion (mind. 50 % des Übergewichtes)
- Prophylaxe und Therapie der Folgeerkrankungen, wie Bluthochdruck oder Zuckerkrankheit, und damit
- Erlangen der normalen Lebenserwartung
- Bessere soziale Kontakte und Wiedereingliederung im Berufsleben
- Steigerung der Lebensqualität

PUBLIKUMSVORTRAG

Adipositaschirurgie: Band oder Bypass?

Mittwoch, 19. Oktober 2011, 19.00–20.30 Uhr
Diaconis Tagungszentrum beim Salem-Spital, Bern

PD Dr. med. Rudolf Steffen

Facharzt FMH für Viszeralchirurgie, Stoffwechsellabor Bern,
Berner Viszeralchirurgie, Belegarzt Klinik Beau-Site

Dr. med. Markus Naef

Facharzt FMH für Viszeralchirurgie, Adipositaschirurgie, Stoffwechsellabor Bern,
Berner Viszeralchirurgie, Belegarzt Klinik Beau-Site

KOCHKURS FÜR ÜBERGEWICHTIGE

Weihnachtsmenü – leicht und lecker

Die Ernährungsberaterinnen und Köche der Hirslanden Kliniken Bern zeigen eine leichte und genussvolle Festtagsküche.

Donnerstag, 10. November 2011, 18.00–22.00 Uhr
Salem-Spital, Bern

Weitere Informationen und Anmeldungen bis 31. Oktober 2011
unter T 031 337 68 09 oder ernaehrung.bern@hirslanden.ch



HALLUX VALGUS – FRÜH OPERIEREN ODER MÖGLICHTST LANGE WARTEN?

Dr. med. Josef Strehle

Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Belegarzt Salem-Spital

Hallux valgus ist der medizinische Fachausdruck für eine deformierte Grosszehe. Dabei weicht die Grosszehe in Richtung Fussaussenrand ab. Neben der Verformung sind Schmerzen, Beeinträchtigung der Nachbarzehen mit Hammerzehenbildung und chronische Entzündungen die Folge. Oft ist eine Operation notwendig, um die Patienten von den Schmerzen zu befreien. Die Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten erfordert eine genaue Abklärung und Beratung durch den Spezialisten.

Schmerzen im Grosszehen-Grundgelenk und Schwierigkeiten, passende Schuhe zu finden, sind die häufigsten Klagen der Betroffenen. Ausgeprägte Schmerzen werden eher in einem frühen Stadium mit geringer Verformung beobachtet. Nach einer monatelangen Schmerzphase kann es zum völligen Verschwinden der Schmerzen kommen. Nicht selten folgt darauf aber eine rasche, massive Zunahme der Fehlstellung. Oft kommt es an jener Stelle, wo der Schuh auf den vorstehenden Ballen drückt, zu schmerzhaften Schleimbeutelentzündungen. Später führt die Fehlstellung zum Verschleiss des Grundgelenks (Arthrose) und zur Deformierung der Nachbarzehen: Normales Gehen oder sportliche Aktivitäten werden immer mühsamer, Fehlbelastungen des Vorfusses und Probleme beim Tragen von geschlossenen Schuhen sind die Folge.

Sind die hohen Absätze schuld?

In vielen Fällen ist die Ursache eine angeborene Bänder- und Bindegewebsschwäche, oft familiär bedingt. Diese begünstigt das Entstehen des Spreiz-/Senkfusses: Das Längsgewölbe sinkt unter Belastung ein und beim Abrollen wird der Vorfussballenbereich auseinandergedrückt. Die Spannung der Sehnen auf und unter dem Fuss nimmt zu, bis die Grosszehe schliesslich zur Seite kippt.

Vier von fünf Betroffenen sind Frauen. Schuhe mit zu kleinem Zehenraum und hohe Absätze können eine bestehende Fehlstellung der Füsse verstärken. In Ländern, in denen die Menschen viel barfuss gehen, kommt Hallux valgus nur selten vor.

Konservative, nicht operative Therapie

Bereits bevor sie einen Arzt aufsuchen, haben die meisten Patientinnen breite Schuhe mit weichem Obermaterial gekauft, um Schmerzen im Bereich des Knochenwulstes zu vermeiden. Allerdings kann sich dadurch der Mittelfuss unter Belastung ungehindert verbreitern, was die Krümmung der Grosszehe weiter verstärkt.

SPORT WIRD IMMER MÜHSAMER.

In einem frühen Stadium kann Physiotherapie – insbesondere Spiraldynamik – helfen, die Füsse zu stabilisieren und die Muskeln zu kräftigen. Auf Dauer ist es aber nur selten möglich, einen insuffizienten Kapsel- und Bandapparat durch eine muskuläre Stabilisierung zu kompensieren. Einlagen sind sinnvoll, da sie das Längsgewölbe des Fusses stützen. Hallux-Schienen hingegen sind bei ausgeprägten Formen nicht wirksam, können aber vereinzelt kurzzeitig nach Operationen angezeigt sein.

Die Aussicht auf Heilung einer etablierten Deformität mit einer nicht operativen Therapie ist gering, allenfalls kann das Fortschreiten der Erkrankung zeitweilig aufgehalten bzw. verlangsamt werden.

Wann ist eine Operation sinnvoll?

Dies ist eine nicht immer einfach zu beantwortende Frage, da die Verformung meist nicht mit dem Ausmass der Schmerzen übereinstimmt. In vielen Fällen ist nicht der Hallux valgus selbst schmerzhaft, sondern die Folge davon, z.B. eine Hammerzehe. Bei mittelschweren und schweren Deformierungen, die von Beschwerden begleitet sind, ist eine Operation in der Regel angebracht. Aber auch geringe Deformierungen können erhebliche Schmerzen verursachen, die ein chirurgisches Vorgehen rechtfertigen.



Abb. 1
Fuss mit Hallux

Abb. 2
Hallux vor Korrektur

Abb. 3
Hallux-Korrektur

Abb. 4
Fuss nach
Hallux-Korrektur

Oft drängen Patientinnen mit geringer Verformung und minimalen Schmerzen auf eine Operation. Andererseits zögern Patientinnen mit fortgeschrittenen Stadien oder lehnen einen sinnvollen chirurgischen Eingriff ab. Der Grund dafür ist eine in der Bevölkerung weit verbreitete Verunsicherung bezüglich der Erfolgchancen der Hallux-Chirurgie. Deshalb dient das persönliche Gespräch mit dem Fusschirurgen nicht nur dazu, das Ausmass der Beschwerden herauszufinden, sondern auch dazu, die Erwartungen der Patientin zu klären. Es ist wichtig, dass diese frühzeitig über den zu erwartenden Verlauf einer konservativen oder chirurgischen Therapie – und, im Falle einer Operation, über den Eingriff, die damit verbundenen Risiken und den zu erwartenden postoperativen Verlauf – informiert wird.

Wahl der Operationstechnik

Es gibt über hundert Operationstechniken zur Behandlung des Hallux valgus. Meist beinhalten sie eine Knochendurchtrennung (Osteotomie) und Korrektur des ersten Mittelfussknochens und des Grundgliedes der Grosszehe. Welche Methode bei welchem Patienten angewendet wird, hängt von den anatomischen Gegebenheiten, aber auch von der Erfahrung des Chirurgen mit den einzelnen Methoden ab. Aufgrund der Resultate der klinischen und radiologischen Untersuchungen legt der Chirurg die individuell optimale Operationstechnik fest. Da der Hallux valgus eine variantenreiche Deformierung ist, muss der Chirurg verschiedene Operationstechniken beherrschen. Bei fortgeschrittener Arthrose des Grosszehen-Grundgelenks ist in der Regel nur eine Arthrodese, das heisst, eine operative Versteifung des Gelenks sinnvoll.

Nachbehandlung

Unabhängig von der Operationstechnik sollte der Fuss nach dem Eingriff möglichst früh wieder belastet werden. Dies bedingt eine stabile Fixierung der durchgeführten Korrektur und eine vorübergehende Vorfussentlastung durch einen Vorfussentlastungsschuh oder einen speziellen Stiefel. Physiotherapie ist sinnvoll, wenn sich eine Gelenksteifigkeit und eine anhaltende, ausgeprägte Schwellung abzeichnen. Bei einem verzögerten Heilungsverlauf mit länger andauernden Schmerzen und Bewegungseinschränkungen sind regelmässige Kontrollen, eventuell Physio- oder Ergotherapie und die Mitarbeit der Patientin wichtig.

Neue Methoden

In letzter Zeit häufen sich die Berichte über minimal invasive Operationsmethoden oder Hallux-Korrekturen mittels Laser. Für diese Verfahren liegen aber noch zu wenig gesicherte Daten betreffend Resultaten und Komplikationen vor. Bei wirklich behandlungsbedürftigen Deformationen wird man auch in Zukunft nicht um «echte» chirurgische Eingriffe herumkommen.

PUBLIKUMSVORTRAG

Hallux valgus – früh operieren oder möglichst lange warten?

Mittwoch, 16. November 2011, 19.00–20.30 Uhr
Diaconis Tagungszentrum beim Salem-Spital, Bern

Dr. med. Josef Strehle

Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, Belegarzt Salem-Spital



COMPUTERTOMOGRAPHIE DER HERZGEFÄSSE

Dr. med. Peter Christian Burger

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

Dr. med. Bernhard Stolz

Facharzt FMH für Radiologie, Institut für Radiologie,
Belegarzt Klinik Beau-Site

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache in der Schweiz. Es gibt verschiedene Untersuchungen, um eine Erkrankung der Herzgefässe frühzeitig zu erkennen. Neu können die Gefässe auch mit der Computertomographie dargestellt und anschliessend beurteilt werden. Die Untersuchung ist wenig belastend und wird ambulant durchgeführt. Sie eignet sich besonders für Patienten mit Risikofaktoren und/oder unklaren Brustschmerzen.

Die koronare Herzkrankheit, also die Verkalkung (Atherosklerose) der Herzkranzgefässe, ist verantwortlich für das Auftreten von Herzinfarkten. Ein Herzinfarkt kann das erste Zeichen einer Erkrankung der Herzgefässe sein. Weitere mögliche Symptome sind Brustschmerzen unter Belastung, eine sogenannte Angina pectoris, oder verstärkte Anstrengungsatemnot.

Risikofaktoren reduzieren

Alle Menschen entwickeln im Alter Veränderungen an den Gefässen. Risikofaktoren, wie Übergewicht, Zuckerkrankheit, Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Rauchen oder eine genetische Veranlagung (Vater, Mutter, Geschwister mit Gefässerkrankungen), begünstigen das Entstehen einer Atherosklerose. Doch mit regelmässiger körperlicher Aktivität und dem Minimieren der Risikofaktoren können wir im positiven Sinn Einfluss auf die Entwicklung einer Erkrankung der Herzgefässe nehmen.

Untersuchungen der Herzgefässe

Um eine Erkrankung der Herzgefässe frühzeitig zu erkennen, sind verschiedene Untersuchungen entwickelt worden. Die häufigste, das Belastungs-EKG (Ergometrie), dient einerseits als Vorsorgeuntersuchung, andererseits als Verlaufskontrolle nach einem Herzinfarkt oder einem Eingriff an den Herzgefässen. Es ist ein einfach durchzuführender Test, der viele wichtige Informationen liefert: Leistungsfähigkeit, Hinweise auf eine Durchblutungsstörung unter Belastung, Rhythmusstörungen usw. Leider ist er nicht immer sehr zuverlässig. Zudem sind in der Frühphase der Atherosklerose die Veränderungen an den Herzgefässen nicht so stark ausgeprägt, dass sie zu Durchblutungsstörungen führen müssen. Deshalb werden sie unter Umständen bei einem Belastungstest nicht wahrgenommen.

Der Blick ins Herz

Die bildgebenden Techniken, wie Ultraschall, Magnetresonanz- und Computertomographie, werden heute auch zur Untersuchung des sich ständig bewegenden Herzes eingesetzt. Mit der neuesten Generation von Computertomographen (CT) gelingt es, das ganze Herz in einem Bruchteil eines einzigen Herzzyklus abzubilden (ca. 0,3 Sekunden). Wenn gleichzeitig intravenös Röntgenkontrastmittel gespritzt wird, können damit die Herzgefässe direkt dargestellt werden. Dieses Verfahren ermöglicht es, unter bestimmten Voraussetzungen, den Zustand der Herzgefässe ohne Eingriff mit einem Herzkatheter zu beurteilen.

Wann sollte eine Herz-CT-Untersuchung durchgeführt werden?

Bei Patienten mit Risikofaktoren und bei einigen Patienten mit unklaren Brustschmerzen bleibt oft auch nach der Durchführung des Belastungstests eine gewisse Unsicherheit bezüglich des Gesundheitszustandes der Herzgefässe. Hier kann eine Computertomographie hilfreich sein: Zeigen sich in der Untersuchung normale, gesunde Herzgefässe, kann mit nahezu 100 % iger Gewissheit Entwarnung gegeben werden. Zeigen sich leichtgradige Verkalkungen ohne hochgradige Einengung der Gefässe, weiss man, dass Handlungsbedarf besteht und dass die Risikofaktoren aggressiv behandelt werden müssen.

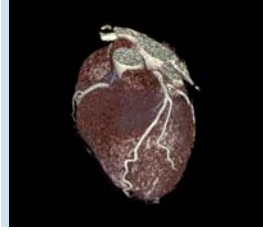


Abb. 1
Volumenbild des Herzes



Abb. 2
Volumenbild der Herzgefäße



Abb. 3
Herzgefäss im Längsschnitt

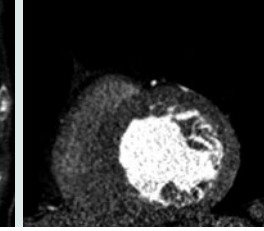


Abb. 4
Herz im Querschnitt

Ablauf der Untersuchung

Die Herz-CT-Untersuchung wird ambulant durchgeführt und dauert mit Vorbereitung und Nachbetreuung rund zwei Stunden. Um eine optimale Bildqualität zu erhalten und die Strahlenbelastung zu minimieren, wird ein Ruhepuls von 60 Schlägen pro Minute angestrebt. Dazu muss manchmal vor der Untersuchung ein Medikament (Betablocker) eingenommen werden. Unmittelbar vor der Gabe des Kontrastmittels wird zudem noch Nitroglycerin verabreicht, um die Herzgefäße weit zu stellen. Für das Röntgenkontrastmittel wird ein intravenöser Zugang am Arm gelegt.

Die Herz-Computertomographie selbst dauert nur einige Sekunden. Während dieser Zeit muss der Atem angehalten werden, um Bewegungen des Herzes mit dem Zwerchfell zu vermeiden. Die Herz-CT-Untersuchung wird in der Klinik Beau-Site von einem Röntgen- und einem Herzspezialisten gemeinsam durchgeführt und ausgewertet, um eine fachgerechte Beurteilung der Bilder und die richtigen Schlussfolgerungen daraus sicherzustellen.

Einschränkungen der Herz-CT-Untersuchung

Das Röntgenkontrastmittel hat eine ähnliche Dichte wie allfällige Verkalkungen der Herzgefäße. Deshalb ist es bei stark verkalkten Gefässen, wie sie bei Patienten mit bereits bekannter Atherosklerose in der Regel vorliegen, manchmal schwierig zu beurteilen, wie durchgängig ein Gefäss tatsächlich ist. Bei Patienten mit einem Stent (Gefässstütze) wird die Untersuchung in der Regel nicht durchgeführt, da das Metallgerüst die Beurteilung des Stent-Innenraumes erschwert.

Falls in der Herz-CT-Untersuchung tatsächlich eine relevante Verengung der Herzgefäße gefunden wird, muss zur weiteren Behandlung eine Herzkatheter-Untersuchung angeschlossen werden. Deshalb wird auf die Computertomographie verzichtet, wenn aufgrund der Voruntersuchungen und der Beschwerden eine relevante Herzkrankheit zu erwarten ist.

Die Strahlenbelastung durch die Computertomographie wird häufig als negativer Punkt erwähnt. Mit den modernen Geräten gelingt es jedoch, diese Belastung sehr gering zu halten. In der Regel kann die Untersuchung mit rund einem Drittel weniger Strahlenbelastung als die übliche Herzkatheter-Untersuchung durchgeführt werden. Zur flächendeckenden Vorsorge-Untersuchung ist die Herz-Computertomographie wegen der Strahlenbelastung allerdings nicht geeignet.

PUBLIKUMSVORTRAG

Der Blick ins Herz

Mittwoch, 14. Dezember 2011, 19.00–20.30 Uhr
Diaconis Tagungszentrum beim Salem-Spital, Bern

Dr. med. Peter Christian Burger
Facharzt FMH für Kardiologie, Herzzentrum Bern,
Belegarzt Klinik Beau-Site



EINE NEUE WEBSITE FÜR HIRSLANDEN

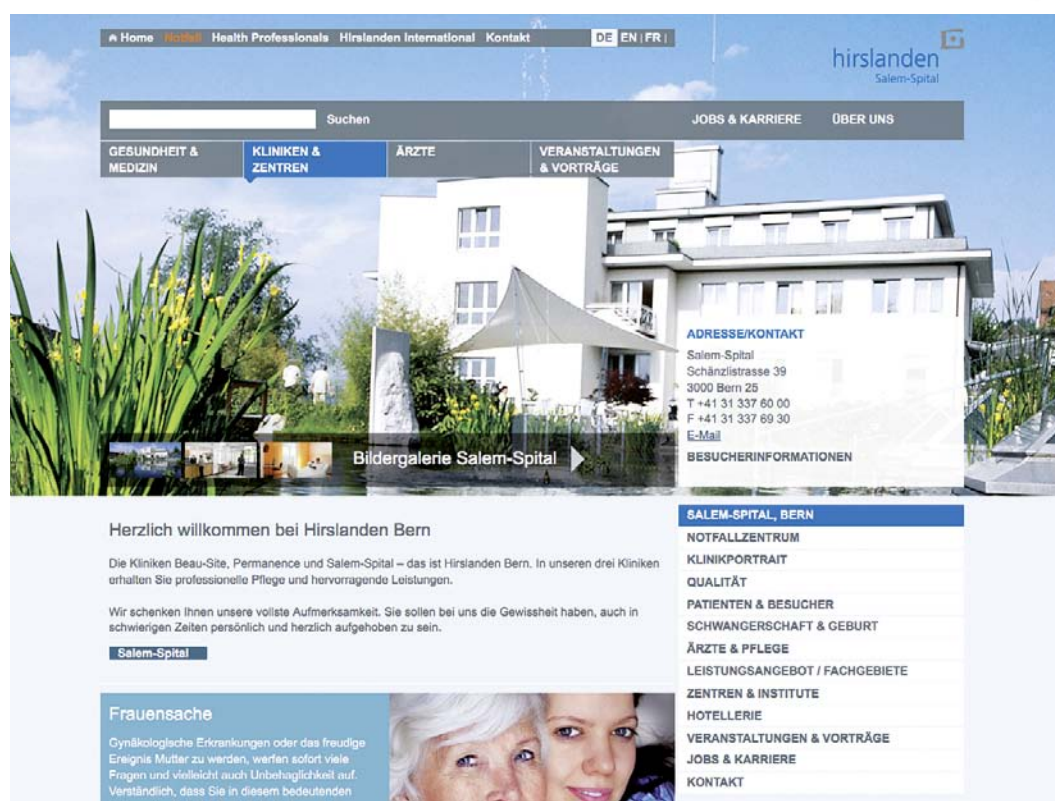
Am 15. März 2011 ging die neue Website der Privatlinikgruppe Hirslanden online und zeigt das Unternehmen in einem frischen Kleid.

Nach etwas mehr als einem Jahr Vorarbeit steht die neue Website www.hirslanden.ch den Benutzern und an Hirslanden Interessierten zur Verfügung. Die Seite ist attraktiver und benutzerfreundlicher geworden und lädt zum Verweilen ein. Durch die intuitive und verständliche Struktur hat sich die Suchfunktion vereinfacht, Informationen sind mit wenigen Klicks abrufbar. Grosser Beliebtheit erfreuen sich zudem die Visitenkarten der Ärzte. Diese haben eine technische Auffrischung erfahren und sind dynamischer verlinkt. So erscheinen neben den Kontaktdaten, Spezialitäten, Praxisinformationen und dem Bild auch die Ankündigung von Publikumsvorträgen und Publikationen sowie

Informationen zur Online-Beratung. Nicht auf Anhieb sichtbar ist das effiziente und in der Anwendung einfache System im Hintergrund. Dies ermöglicht den Kliniken zeitnah Aktualisierungen vorzunehmen. Die Website der Privatlinikgruppe Hirslanden ist somit immer aktuell und auf dem neuesten Stand.

Ihre Meinung interessiert uns

Wie gefällt Ihnen der neue Auftritt? Bitte melden Sie Ihre Meinung, Vorschläge oder Fragen an das Team Webservice unter webmaster@hirslanden.ch. So helfen Sie mit, die Website der Privatlinikgruppe Hirslanden im Dienste unserer Kunden ständig zu verbessern. Es soll auch weiterhin heissen: www.hirslanden.ch – ein Besuch, der sich lohnt!





BEZUGSPFLEGE FÜR MEHR SICHERHEIT UND KONTINUITÄT

Lukas Buser

Pflegeexperte Höfa II, Qualität & Entwicklung, Hirslanden Bern

Dank den Fortschritten in der Medizin bleiben auch schwer kranke Menschen zunehmend nur kurz im Spital. Mit der Organisationsform der Bezugspflege kann diese Zeitspanne intensiv genutzt werden, um mit den Patienten abzuklären, welche Pflege sie benötigen und welche Informationen, Beratungen und Schulungen für die Zeit nach dem Austritt erforderlich sind. Mit der Bezugspflege bekommen die Patienten, die sich einem grösseren Eingriff unterziehen müssen, eine definierte Ansprechperson. Das schafft Vertrauen und erhöht die Kontinuität der Betreuung.

Dank neuen Techniken sind viele Operationen für die Patienten weniger belastend als noch vor zehn oder zwanzig Jahren. Die Dauer des Spitalaufenthaltes hat sich dadurch ebenfalls stark gesenkt. Beispielsweise war vor einigen Jahren bei Bauchoperationen oft ein langer Schnitt durch die Bauchdecke nötig, heute erwacht der Patient nach dem Eingriff mit ein paar kleinen Schnitthen im Bauch und kann die Klinik bereits am nächsten Tag verlassen. Die medizinischen Fortschritte erlauben es zudem, viele Krankheiten zu behandeln, die früher nicht therapierbar waren.

Neuaustrichtung der Pflege

Mit dieser Entwicklung hat sich auch die Pflege verändert. Die Pflegefachpersonen betreuen zunehmend schwerer kranke Menschen, die trotz ihrer Diagnose oft nur für kurze Zeit im Spital bleiben. Um den veränderten Bedürfnissen gerecht zu werden, haben die Berner Hirslanden Kliniken Beau-Site, Permanence und Salem-Spital in den letzten Jahren die Bezugspflege eingeführt.

Ab einer definierten Aufenthaltsdauer erhält der Patient eine Pflegefachperson als Bezugspflegende. Sie ist für die Planung von Pflege und Austritt verantwortlich und führt den Patienten und seine Angehörigen als persönliche Ansprechperson und verlässliche Begleiterin durch den Klinikaufenthalt. Falls sie frei hat, informiert sie den Patienten und teilt ihm mit, wann sie wieder im Dienst ist.

Pflege ist Teamarbeit

Die Pflegenden arbeiten in Teams, zusammengesetzt aus Mitarbeitenden mit verschiedenen Aus- und Weiterbildungen, wie diplomierte Pflegefachpersonen, Fachangestellte Gesundheit (FaGe), Pflegeassistenten. Je nach Ausbildung und Erfahrung haben die Pflegenden unterschiedliche Kompetenzen und die Pflegearbeit muss entsprechend aufgeteilt werden. Das führt dazu, dass der Patient während des Klinikaufenthaltes von mehreren Pflegenden betreut wird. Hinzu kommen die Ablösungen von Früh-, Spät- und Nachtschicht.

Die Bezugspflegende hat die Verantwortung für die ihr zugeteilten Patienten und betreut sie mit ihrem Team. Nach dem Eintritt stellt sie sich persönlich als Bezugspflegende vor, so weiss der Patient, wer seine direkte Ansprechperson ist. Zusammen mit dem Patienten – und gegebenenfalls auch mit den Angehörigen – plant sie den Klinikaufenthalt. Sie legt fest, was der Patient bis zum Austritt erreichen muss (z.B. Treppensteigen mit Gehstöcken) und welche Informationen nötig sind, damit der Genesungsprozess nach dem Austritt reibungslos weitergehen kann.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

An der Behandlung sind meistens mehrere Berufsgruppen beteiligt: Ärzte, Pflegenden, Physiotherapeuten, Ernährungsberaterinnen usw. Die Bezugspflegende koordiniert auch die Zusammenarbeit aller Fachbereiche während des Klinikaufenthaltes.

Die neue Organisationsform der Bezugspflege erhöht die Sicherheit und die Kontinuität in der Pflege und hilft, den Klinikaufenthalt für die Patienten angenehmer zu gestalten.



PUBLIKUMSVORTRÄGE 2011

Wissen fördert die Gesundheit

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

Auf vielseitigen Wunsch beginnen die Vorträge etwas früher. Bitte beachten Sie die neuen Zeiten!

VORTRAGSPROGRAMM

DATUM	THEMA	REFERENTEN
Mittwoch, 24. August 19.00 – 20.30 Uhr	Krampfadern: Wie sieht eine zeitgemässe Behandlung aus?	Dr. med. Gereon Jachertz Facharzt FMH für Angiologie, Beinleiden/Venenleiden SGP, Belegarzt Hirslanden Kliniken Bern
Mittwoch, 14. September 19.00 – 20.30 Uhr	Wenn's nach Jahren wieder schmerzt – Revisionsoperationen am Kniegelenk	Dr. med. Thomas-Oliver Schneider Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Belegarzt Klinik Permanence
Mittwoch, 19. Oktober 19.00 – 20.30 Uhr	Adipositaschirurgie: Band oder Bypass?	PD Dr. med. Rudolf Steffen Facharzt FMH für Viszeralchirurgie, Stoffwechselzentrum Bern, Berner Viszeralchirurgie, Belegarzt Klinik Beau-Site Dr. med. Markus Naef Facharzt FMH für Viszeralchirurgie, Adipositaschirurgie, Stoffwechselzentrum Bern, Berner Viszeralchirurgie, Belegarzt Klinik Beau-Site
Mittwoch, 16. November 19.00 – 20.30 Uhr	Hallux valgus – früh operieren oder möglichst lange warten?	Dr. med. Josef Strehle Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Belegarzt Salem-Spital
Mittwoch, 14. Dezember 19.00 – 20.30 Uhr	Der Blick ins Herz	Dr. med. Peter Christian Burger Facharzt FMH für Kardiologie, HerzZentrum Bern, Belegarzt Klinik Beau-Site

hirslandenbaby

ERLEBNIS GEBURT

DATUM	THEMA	REFERENTINNEN
1. Donnerstag im Monat 18.30 – 19.30 Uhr	Erlebnis Geburt – Besichtigung der Maternité	Hebammen Salem-Spital
7. Juli, 4. August, 1. September, 6. Oktober, 3. November, 1. Dezember		

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

Klinik Beau-Site

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

Klinik Permanence

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

Salem-Spital

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

