



Informationen aus der  
**Klinik Hirslanden**, Zürich  
**Klinik Im Park**, Zürich  
Nr. 1/2005

## Inhalt

Sinkende Brust-  
krebssterblichkeit  
in den westlichen  
Nationen

Seite 1

Operative Behand-  
lung der Schulter –  
ein junges Gebiet  
der Chirurgie

Seite 4

Operation von Gal-  
lensteinen: ein häu-  
figer Baueingriff  
mit kleinen Haut-  
schnitten

Seite 6

Vorsicht mit Spital-  
zusatzversicherun-  
gen/Vielen Dank  
fürs Mitmachen!

Seite 8/9

Vom Kropf und  
seiner Behandlung  
im Wandel der Zeit

Seite 10

Publikumsvorträge  
2005

Seite 12

## SINKENDE BRUSTKREBSSTERBLICHKEIT IN DEN WESTLICHEN NATIONEN

Von **PD Dr. med. Christoph Rageth**,  
Facharzt FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe

### Medizinische Erfolge in der Brustkrebs- abklärung und -behandlung

Vor 15 Jahren starben in der Schweiz jährlich ca. 1700 Frauen an Brustkrebs. Heute sind es dank den Erfolgen der modernen Medizin gut 200 Frauen weniger – ein Trend, der auch in den meisten anderen westlichen Nationen nachweisbar ist. Die sinkende Sterberate beruht unter anderem vor allem auf der früheren Erkennung des Brustkrebses und seiner Vorstufen dank häufigerer Durchführung der Mammografie, der röntgendiagnostischen Untersuchung der Brust also.

Weiter beigetragen zur verbesserten Situation haben die neuen medikamentösen Möglichkeiten, aber auch die optimierten Therapieabläufe. Diese sind sowohl auf die zunehmende Spezialisierung vieler Ärzte, welche sich mit der Abklärung und Behandlung des Brustkrebses befassen (Chirurgie, Gynäkologie, Medizinische Genetik, Onkologie, Pathologie, Plastische Chirurgie, Radiologie, Radioonkologie, Zytologie), zurückzuführen als auch auf die intensivere Zusammenarbeit unter den Disziplinen.

### Die Mammografie spielt eine Schlüsselrolle

Die Mammografie ist die wichtigste Untersuchungsmethode bei einer verdächtigen Veränderung der Brust. Damit lassen sich gutartige von bösartigen Veränderungen abgrenzen sowie kleine Knoten und auch deren Anzahl erkennen.

Die Vorsorgemammografie wird von der schweizerischen Krebsliga empfohlen. Frauen ohne familiäre Belastung 1. Grades, d.h. wenn weder Mutter, Schwester noch Tochter Brustkrebs aufweisen, sollten nach diesen Empfehlungen nach dem 40. Altersjahr eine Basis-Mammografie durchführen lassen. Vom 50. Altersjahr an werden regelmässige Mammografien alle zwei Jahre als sinnvoll erachtet.

Ein erhöhtes Brustkrebsrisiko tragen Frauen mit einer familiären Vorbelastung, insbesondere wenn bei weiblichen Verwandten 1. Grades bereits Brustkrebs aufgetreten ist. Hier ist eine individuelle Vorsorge unerlässlich, welche mit dem Hausarzt/der Hausärztin oder dem Frauenarzt/der Frauenärztin abgesprochen und geplant wird.

Fortsetzung Seite 2



Dr. Ole Wiesinger

Nicolaus Fontana

Von **Dr. Ole Wiesinger**, Direktor Klinik Hirslanden, und **Nicolaus Fontana**, Direktor Klinik Im Park

Liebe Leserinnen und Leser

Just die 13. Ausgabe des seit 1998 regelmässig publizierten Mittelpunktes haben wir am Ende des letzten Jahres zum Anlass genommen, Sie um Ihre Meinung zu unserem Magazin zu befragen. Insgesamt haben über 5250 Leserinnen und Leser die Gelegenheit genutzt, uns mit Hilfe eines Fragebogens ihre Meinungen und Anmerkungen mitzuteilen.

Wir bedanken uns für die unserer Publikation und unseren Kliniken entgegengebrachte Wertschätzung. Ihre motivierenden und spontanen Rückmeldungen, Ihre Anregungen und Verbesserungsvorschläge sowie Ihre Grussworte haben uns sehr gefreut.

2 Ihre Antworten bestätigen insbesondere unser redaktionelles Konzept, Ihnen mehrmals jährlich in kompakter Form medizinische Informationen, Gesundheitstipps und Klinik-Neuigkeiten zu bieten. Ihre Anregungen ermöglichen es uns nun, inhaltliche Erweiterungen oder Änderungen vorzunehmen. Das Redaktionsteam wird diese aufnehmen und bei der zukünftigen Entwicklung des Mittelpunktes einfließen lassen. Lesen Sie mehr zur Auswertung der Umfrage auf Seite 9.

Auch in dieser Ausgabe finden Sie einen ausgewählten Querschnitt an medizinischen und chirurgischen Themen. Mit einem Artikel über die Vorsorgeuntersuchung rund um die weibliche Brust ist das Brust-Zentrum erstmals im Mittelpunkt vertreten. Weitere Beiträge behandeln verschiedenste Themen – von der Gallensteinentfernung, über mögliche operative Eingriffe bei Schulterbeschwerden bis hin zu einem kurzen historischen Überblick über die Behandlung der Schilddrüsenvergrösserung (Kropfbehandlung).

Wir wünschen Ihnen gute Unterhaltung und eine spannende Lektüre!

Gelegentlich kann es zwar vorkommen, dass eine Mammografie Veränderungen zeigt, welche zu weiteren Abklärungen führen, obwohl sie nicht bösartig sind. Solche Resultate führen oft zu einer grossen psychischen Belastung, bis durch eine Gewebeentnahme der Verdacht auf Krebs ausgeschlossen werden kann. Dennoch



Abb. 1

überwiegen die positiven Aspekte des Verfahrens: Oft werden auch Vorstufen des Brustkrebses entdeckt, so genannte In situ-Karzinome, welche sich bei nicht rechtzeitiger Diagnose und Behandlung zu einem richtigen (invasiven) Brustkrebs entwickeln können.

### Moderne Abklärungsmethoden verhindern unnötige Operationen

Sehr oft wird zusätzlich zur Mammografie eine Ultraschalluntersuchung der Brust vorgenommen, um die diagnostische Sicherheit zu erhöhen. Mittels Ultraschall werden mammografisch unklare Zonen genauer untersucht und können

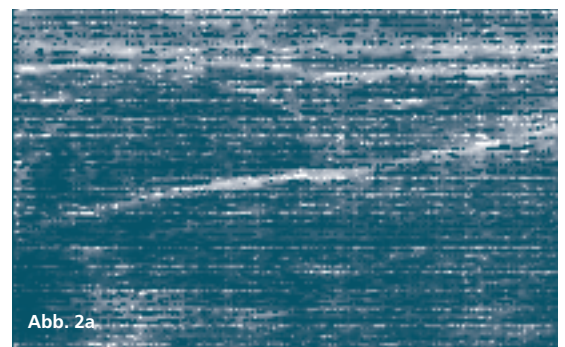


Abb. 2a

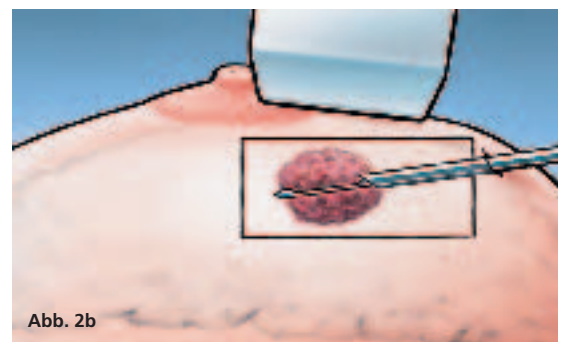


Abb. 2b

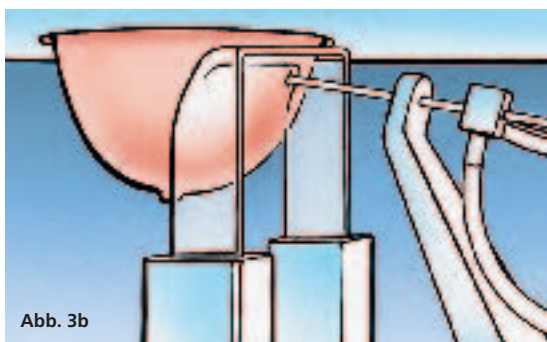
so des Öfteren als unverdächtig eingestuft werden. So können auch Veränderungen entdeckt werden, die mit der Röntgenuntersuchung nicht ohne weiteres darstellbar sind.

Bei wenigen Prozent der Vorsorgemammografien werden Befunde diagnostiziert, welche mittels einer Gewebeprobe (Biopsie) weiter abgeklärt werden müssen. Während in solchen Fällen früher oft eine Brustgewebeentfernung in Vollnarkose vorgenommen wurde, die einen Spitalaufenthalt mit sich brachte, verfügt man heute über moderne Methoden, die eine schonende und sichere ambulante Abklärung in Lokalanästhesie erlauben. Zu diesen Methoden gehören die Feinnadelpunktion, die Stanzbiopsie und die vakuumassistierte Biopsie.

### Feinnadelpunktion und Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle

Ein Grossteil der mammografisch entdeckten Befunde und die meisten Knoten, welche sich von Hand tasten lassen, können auch im Ultraschall dargestellt und mit einer feinen Nadel unter Ultraschallkontrolle gezielt punktiert werden. Die Feinnadelpunktion wie auch die Stanzbiopsie werden daher am besten direkt während der Ultraschalluntersuchung vorgenommen.

Während man mit der Feinnadelpunktion einzelne Zellen und Zellverbände gewinnen



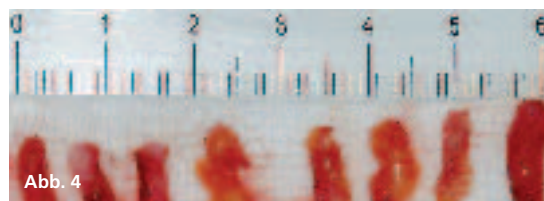
kann, erhält man mit Hilfe der Stanzbiopsienadel kleine Gewebezylinder, die eine noch genauere und sicherere Beurteilung zulassen. Gutartige, nicht störende Veränderungen werden nach einer solchen Abklärung in der Regel belassen.

### Schonende Entfernung von Gewebe mittels vakuumassistierter Biopsie

Ist eine Veränderung nur in der Mammografie, nicht aber im Ultraschall sichtbar, handelt es sich meistens um Verkalkungen, welche in der Mammografie nicht sicher als gutartig eingestuft werden können. Bei diesen Befunden musste früher meistens eine Brustgewebeentnahme in Narkose nach vorgängiger Drahtmarkierung der verdächtigen Stelle vorgenommen werden.

Heute steht mit der stereotaktischen vakuumassistierten Biopsie eine moderne, schonendere Abklärungstechnik zur Verfügung, die ambulant angewendet wird. Die Patientin liegt auf einem speziellen Tisch, welcher erlaubt, die Brust aus zwei Richtungen digital zu röntgen. Der Befund wird am Bildschirm markiert und eine Probe computergesteuert mit der Vakuumnadel in Lokalanästhesie entnommen. Zeigt sich anschliessend, dass das Ergebnis der Gewebeuntersuchung gutartig ist, ist die Abklärung abgeschlossen und es muss keine weitere Operation folgen.

Alle drei vorgestellten ambulanten Biopsiemethoden haben einen weiteren grossen Vorteil: Im Falle einer bösartigen Diagnose kann die Operation wesentlich besser geplant werden und es gelingt öfter, die Veränderungen komplett in einem einzigen Eingriff zu entfernen.



PD Dr. med. Christoph Rageth  
Facharzt FMH für  
Gynäkologie und Geburtshilfe,  
spez. Senologie

Brust-Zentrum  
Seefeldstrasse 214  
CH-8008 Zürich  
T 044 380 76 60  
F 044 380 76 61  
c.rageth@brust-zentrum.ch  
www.brust-zentrum.ch  
www.hirslanden.ch

Dr. Elisabeth Saurenmann  
Dr. Eliane Sarasin  
Dr. Beatrix Scholl  
PD Dr. med. Christoph Rageth

Abb. 1  
Ultraschall-Untersuchung

Abb. 2  
Hochgeschwindigkeits-Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle

a: Nadel im US-Bild zentral im Knoten

b: Schematische Darstellung der Punktion; Patientin in Rückenlage

Abb. 3  
a: Stereotaktische Vakuumbiopsie

b: Die Biopsienadel wird unter Röntgenkontrolle in die nach unten positionierte Brust der Patientin eingeführt

Abb. 4  
Entnommene Vakuumbiopsien

# OPERATIVE BEHANDLUNG DER SCHULTER

## EIN JUNGES GEBIET DER CHIRURGIE

**Dr. med. Jan Leuzinger**

Facharzt FMH Chirurgie

Viele Menschen leiden an Schmerzen, die vom Schultergürtel ausgehen seien es unfallbedingte Probleme bei jungen Patienten, seien es Schmerzen bei älteren Leuten, die durch Abnutzung oder degenerative Erkrankungen auftreten können. Früher wurden letztere oft in den Bereich der rheumatischen Erkrankungen eingeordnet und entsprechend behandelt. Es zeigt sich aber immer wieder, dass die Schmerzen und Funktionsstörungen der Schulter eher mechanisch bedingt sind und mit operativen Behandlungen verbessert werden können. Dank einem vertieften Verständnis von Anatomie und Funktion der Schulter ist es heute möglich, durch minimal invasive Eingriffe die Ursache dieser Erkrankungen zu behandeln und eine schmerzfreie Funktion der Schulter zu erreichen.

Unter der Voraussetzung einer guten präoperativen Diagnostik kann mittels minimal-invasiver Eingriffe (wie z.B. der Arthroskopie, bei welcher eine Kamera und benötigte Operationsinstrumente über 5–10 mm kleine Schnitte in die Schulter eingeführt werden) die körperliche Belastung des Patienten im Vergleich zu einer

offenen Operation – deutlich vermindert werden. Eine schmerz- und komplikationsarme Behandlung mit modernster Technik sowie kurze Hospitalisationszeiten stehen im Vordergrund, ist die Schulter doch kein lebenswichtiges Organ. Entsprechend muss auch die postoperative Rehabilitation so gestaltet werden, dass der Patient in seinem täglichen Leben möglichst wenig eingeschränkt wird.

Im Folgenden finden sind einige Beispiele von Schultererkrankungen und deren Behandlung kurz beschrieben.

### Die Schulterinstabilität

Eine typische Verletzung im jugendlichen Alter ist die Ausrenkung (lat. Luxation) der Schulter, die früher konservativ behandelt wurde. Genaue Analysen der Langzeitauswirkungen zeigen jedoch, dass ein Grossteil der Fälle operativ behandelt werden sollte. Nach heutigem Stand ist arthroskopisch durchgeführten Operationen der Vorzug zu geben, da im Vergleich zur offenen Operation die Prognose bezüglich der Entwicklung von späteren Folgeschäden deutlich besser ist.

Eine Kamera wird dabei ins Gelenk eingebracht, anschliessend werden die beschädigten Strukturen der Kapsel mittels kleiner, sich selbst auflösender Anker fixiert, so dass in der Folge die normale Anatomie wiederhergestellt ist. Eine intensive physiotherapeutische Nachbehandlung ist meistens nicht nötig. Die Schulter wird während ca. 3 Wochen ruhig gestellt und der Patient erreicht die Sportfähigkeit in der Regel nach etwa 3 Monaten.

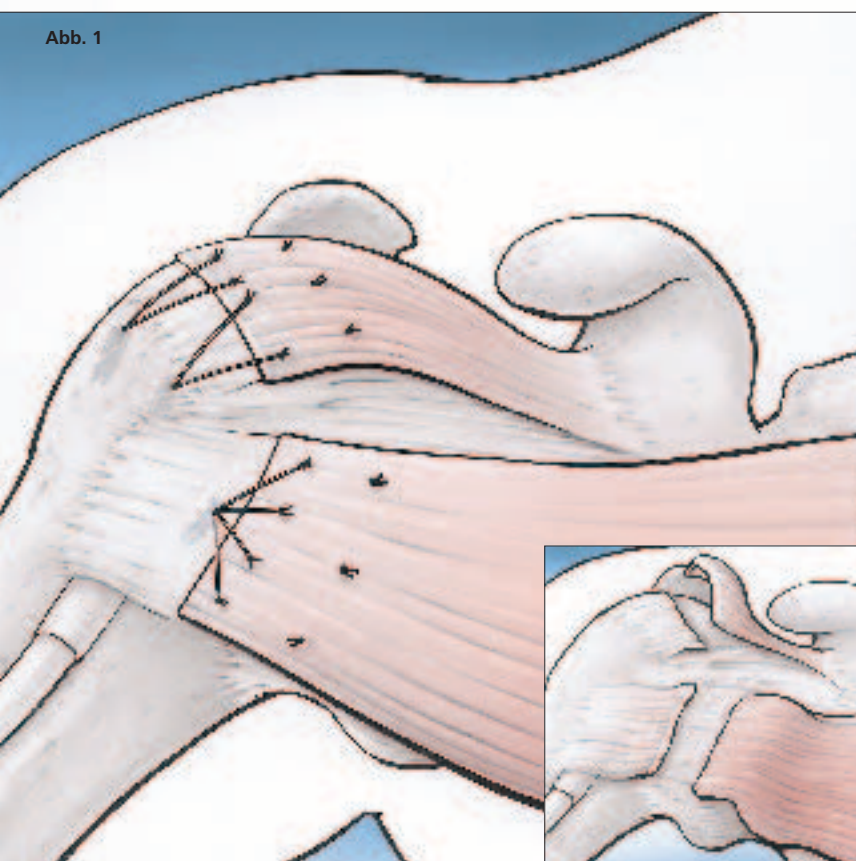
### Rotatorenmanschetten-Verletzungen

Einer der häufigsten Eingriffe der Schulterchirurgie ist die Behandlung der Rotatorenmanschette, jenes Muskelgürtels also, der die Schulter in der Tiefe umschliesst und zur Stabilisierung des Gelenkes beim Ausführen von Bewegungen notwendig ist. Verletzungen können einerseits durch einen Unfall (direkter Schlag oder Sturz), andererseits durch degenerative Erkrankungen auftreten. Ist die Rotatorenmanschette gerissen, leidet der Patient vor allem unter Nachtschmer-



4

**Abb. 1**  
Die abgerissene Sehne der Rotatorenmanschette (RM) wird mittels kleiner Knochenanker am vorbereiteten Knochen refixiert.



**Abb. 1**

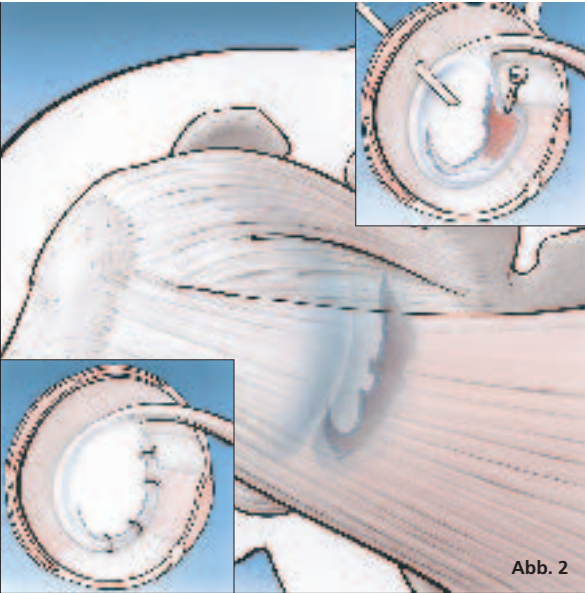


Abb. 2

zen und einer eingeschränkten Beweglichkeit beim Heben des Armes über die Schulterhöhe. Heute können Rotatorenmanschetten fast in jedem Fall arthroskopisch unter Einführen einer Kamera in die Schulter behandelt werden. Dabei wird die abgerissene Manschette durch kleine Arbeitskanäle wieder im Bereich des Oberarmkopfes angesetzt. Nur in den seltensten Fällen ist es notwendig, die Sehne durch ein Implantat zu ersetzen. Während der Nachbehandlung muss der Patient zunächst für 4–6 Wochen ein kleines Abduktionskissen tragen und anschliessend eine oft mehrmonatige Rehabilitation durchlaufen, um wieder volle Beweglichkeit und Kraft zu erreichen.

### Schulterarthrose

Genau wie im Bereich der Hüfte oder des Knies kann eine Arthrose auch an der Schulter auftreten. In solchen Fällen muss die Gelenkfläche durch eine Prothese ersetzt werden. Bis vor kurzem wurden ähnliche Prothesen wie im Bereich der Hüfte eingesetzt. Bei der Schulter ist die Problematik allerdings etwas anders gelagert, tritt ein Grossteil der Arthrosen doch wegen unbenutzt gebliebener ausgedehnter Verletzungen der Rotatorenmanschette auf. Wird in einem solchen Fall eine normale Prothese eingebaut, führt dies unweigerlich zu einer schlechten Führung der Prothese und damit mittelfristig wieder zu Schmerzen. Aus diesem Grund sind Umkehrprothesen entwickelt worden, die dieses Problem durch Verlagerung des Drehpunktes elegant lösen. Die Patienten sind so sehr schnell wieder beweglich und schmerzfrei.

Falls der Patient aber bei unverletzter Rotatorenmanschette an einer Arthrose leidet, kann heute im Gegensatz zur Hüfte allein die Gelenkfläche durch eine Titanschale ersetzt

werden. Dies ist ein sehr schneller, schmerzärmer Eingriff, der zu einer deutlichen Verbesserung der Bewegung und zu Schmerzfreiheit führt. Ca. sechs bis acht Wochen nach Einheilen der abgelösten Muskeln ist die Funktion der Schulter wiederhergestellt.

### Nerveneinklemmung

Lange Zeit kaum beachtet und oft übersehen waren Schmerzen aufgrund lokaler Einklemmungen der zuleitenden Nerven, welche die Muskeln der Schulter versorgen. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben jedoch gezeigt, dass ein beträchtlicher Anteil von Schulterbeschwerden oder Funktionsstörungen im Bereich der Rotatorenmanschette genau darauf zurückzuführen sind. Diese Beschwerden können – ähnlich wie im Bereich der Hand – durch einfache Entlastungsoperationen der Nerven behoben werden.

### Lang dauernde Schulterschmerzen müssen nicht mehr sein

Viele Schmerzen, die früher wegen der hohen Komplikationsraten der operativen Eingriffe in Kauf genommen wurden, können heute dank minimalinvasiven Techniken und der zu einem eigentlichen Spezialgebiet gewordenen Schulterchirurgie erfolgreich behandelt werden. Komplikationen sind selten geworden und im Normalfall dauert eine Hospitalisation nur ein bis drei Tage. Eine äusserst sorgfältige Planung sowie ein differenziertes Abwägen der dem Patienten dienlichsten Behandlungsmöglichkeiten sind aber auf jeden Fall unabdingbar.

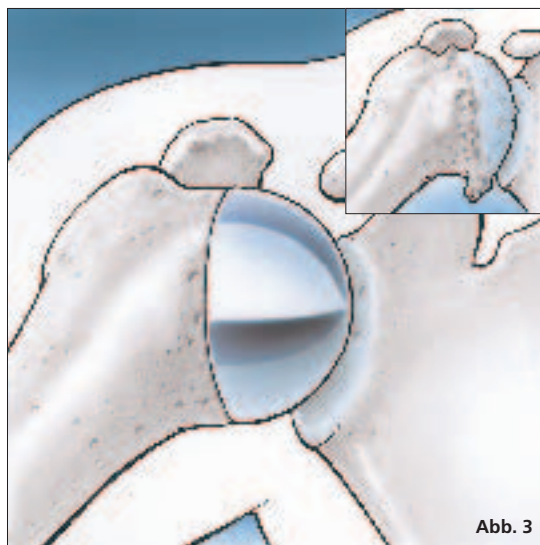


Abb. 3

Abb. 2  
Der beschädigte Kapselbandkomplex kann arthroskopisch wieder am Pfannenrand in anatomischer Lage adaptiert werden.

Dr. med. Jan Leuzinger  
Facharzt FMH für Chirurgie

Churerstrasse 43  
CH-8808 Pfäffikon  
T 055 415 80 20  
F 055 415 80 29  
citypraxis@citypraxis.ch  
www.citypraxis.ch  
www.hirslanden.ch

Abb. 3  
Die durch die Arthrose zerstörte Gelenkfläche des Oberarmkopfes wird durch eine Titanhaube ersetzt.



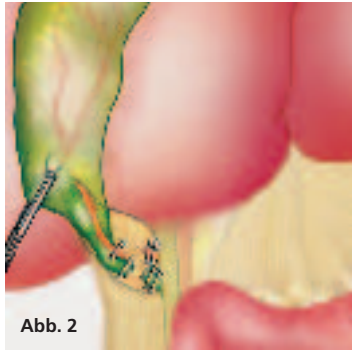


Abb. 2

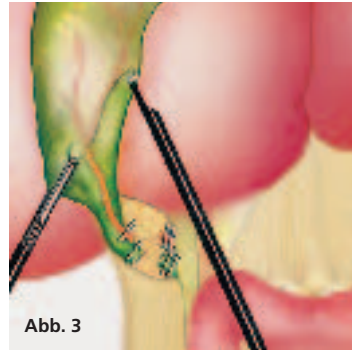


Abb. 3

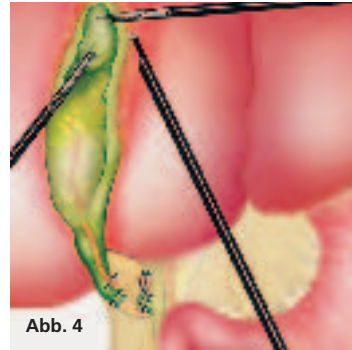


Abb. 4

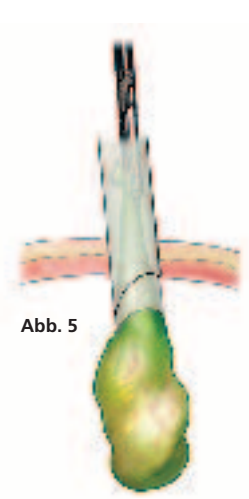


Abb. 5

zündung der Gallenblase leidet der Patient zusätzlich unter Fieber, im akuten Schub bis zu 38/39°. Viele Patienten wissen nach wiederkehrenden Koliken präzise, welche Speisen die Ursache sind – häufig fettreiche, wie Käse, Spiegeleier, oder kurz Gebratenes – und meiden diese oft über Jahre.

### Abklärung und Behandlung von Gallenblasen-Erkrankungen

Notwendig zur Abklärung einer möglichen Entzündung, von Leberproblemen und Gallenstauung sind eine vollständige Untersuchung des Bauches sowie spezielle Blutuntersuchungen. Die Ultraschalluntersuchung ist heute eine der wichtigsten Methoden, um nachzuweisen, ob Steine in der Gallenblase vorliegen, die Gallenwege gestaut sind oder die Gallenblasenwand als Zeichen einer Entzündung verdickt ist.

Bestehende Koliken werden mit Schmerzmitteln und krampflösenden Medikamenten behandelt, bei akuter Gallenblasenentzündung und Fieber müssen auch Antibiotika eingesetzt werden.

- Falls Gallensteine nachgewiesen werden, besteht ein grosses Risiko wiederholter Koliken. Eine Operation ist deshalb bei folgenden Gallenblasenveränderungen grundsätzlich angebracht:
- Im Ultraschall nachgewiesene Gallensteine nach durchgemachter Kolik oder Entzündung nach Abheilen der Beschwerden (sogenannte Operation «à froid»)
  - Akute Gallenblasenentzündung, die nach Behandlung mit Antibiotika nicht abheilt
  - Bereits durchgemachte Bauchspeicheldrüsenentzündung, die auf Gallensteine zurückzuführen ist
  - In den Gallengängen nachgewiesene Gallensteine

### Die laparoskopische Gallenblasenentfernung

Die Gallenblase wird heute in der Regel mittels einer minimalinvasiven Methode entfernt, der laparoskopischen Cholezystektomie. Sie hat den Vorteil, dass der Zugang zur Bauchhöhle über ganz kleine Schnitte erfolgen kann, wodurch auch die entstehenden Wunden kleiner sind. Das kosmetische Ergebnis ist eindeutig besser, die Schmerzen nach der Operation geringer und die Patienten sind nach 3–5 Tagen wieder zu Hause.

Bei der Operation wird zunächst der Bauchraum über eine spezielle Nadel mit Gas, meist Kohlendioxid, gefüllt, um die Bauchdecke von den inneren Organen abzuheben und Raum für die Instrumente zu schaffen. Anschliessend bringt der Chirurg eine kleine Kamera und – über zwei bis drei weitere kleine Bauchschnitte und Führungshülsen – zusätzliche Arbeitsinstrumente in den Bauchraum ein. Er sucht den zur Gallenblase führenden Gallengang sowie die kleine Arterie (Schlagader), durchtrennt beide und verschliesst sie mit Clips (Abb. 2). Diese verbleiben für den Rest des Lebens im Bauch und sind oft auf späteren Röntgenbildern erkennbar. Nach Herausschälen der Gallenblase aus dem Leberbett (Abb. 3) wird über eine grössere Hülse eine Faszange eingeführt, die Gallenblase am Abgang des Gallengangs gefasst und nach draussen gezogen (Abb. 4). Danach werden sämtliche Hülsen und das Gas entfernt und die kleinen Wunden mit einer Naht verschlossen.

### Der Alltag danach

Es ist äusserst selten, dass sich nach Entfernung der Gallenblase wieder neue Gallensteine im Hauptgallengang bilden. Die meisten Patienten haben nach einer Gallenblasenoperation nie mehr Gallenprobleme. Da nun jedoch das grosse Reservoir der Galle für die Fettverdauung fehlt, sollte beim Verzehr grosser Mengen von Fett Zurückhaltung geübt werden.

Abb. 2  
Gallenblasengang und -schlagader, zwischen Titanclips durchtrennt

Abb. 3  
Freipräparieren der Gallenblase von der Leber mit einem Elektrohäkchen

Abb. 4  
Vollständiges Auslösen der Gallenblase

Abb. 5  
Entfernung der Gallenblase aus dem Bauchraum über den Zugang am Nabel

Prof. Dr. med. Hans U. Baer  
Facharzt FMH für Chirurgie,  
spez. Viszeralchirurgie  
hans.baer@baermed.ch

ZentrumViszeralchirurgie Süd  
Klinik Hirslanden  
Witellikerstrasse 40  
CH-8032 Zürich  
T 044 387 30 70  
F 044 387 30 90  
hans.baer@baermed.ch  
www.baermed.ch  
www.hirslanden.ch

Prof. Dr. med. Claudio A. Redaelli  
Facharzt FMH für Chirurgie,  
spez. Viszeralchirurgie

# VORSICHT MIT EINSCHRÄNKENDEN SPITALZUSATZVERSICHERUNGEN

Drum prüfe, wer sich ewig bindet ... Zwar binden Sie sich mit dem Abschluss einer Zusatzversicherung nicht für ewig. Trotzdem ist Vorsicht angebracht, wenn Sie sich für ein günstigeres, dafür aber einschränkendes Versicherungsprodukt entscheiden. Sollte der Versicherungsfall eintreten, ist Ihnen unter Umständen der Zugang zum Spital Ihrer Wahl verwehrt.



Urs Brogli, Leiter  
Unternehmenskommunikation  
Hirslanden

Seit zusatzversicherten Patienten im öffentlichen Spital aufgrund eines Urteils des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes der Sockelbeitrag bezahlt werden muss (rund die Hälfte des auf die Grundversicherung entfallenden Rechnungsbetrages wird durch den Kanton übernommen), sind die Privatkliniken für viele Versicherer zu teuren Leistungserbringern geworden. Aufgrund des geltenden Krankenversicherungsgesetzes (KVG) sind zwar alle Bewohner dieses Landes obligatorisch grundversichert und haben die entsprechenden Prämien zu entrichten. Wenn es dann jedoch um die Leistungen geht, sind nicht mehr alle gleich gestellt. Jenen Patienten, welche sich in einer Privatklinik behandeln lassen, wird der Sockelbeitrag nicht ausgerichtet, so dass der Krankenversicherer die Rechnung (abzüglich allfälliger Franchisen und Selbstbehalte) vollständig zu übernehmen hat. Das hat die meisten Krankenversicherer dazu gebracht, die Privatkliniken aus ihren eigenen Spitallisten, welche für Versicherungsangebote mit eingeschränkter Spitalwahl gelten, zu verbannen.

## Wenn Sie sich ernsthaft mit einem solchen Prämiensparangebot beschäftigen, sollten Sie unbedingt folgende Fragen klären:

- Welche Kliniken/Spitäler sind auf der versicherungsinternen Spitalliste für das auszuwählende Versicherungsprodukt aufgeführt?
- In welchem Rhythmus erfolgt die Anpassung/Änderung der Liste?
- Kann ich den Entscheid für eine einschränkende Versicherung jederzeit problemlos rückgängig machen?

Je nach Krankenversicherer haben Sie vom Alter 50/55 an keine Möglichkeit mehr, erneut in eine «normale» Zusatzversicherung ohne Einschränkungen aufgenommen zu werden. Die Zusatzversicherungen sind nämlich nicht dem KVG, sondern dem VVG (Versicherungsvertragsgesetz) unterstellt. Das ermöglicht den Versicherern, anders als in der Grundversiche-

rung, Anträge abzulehnen oder nur mit Vorbehalt zu akzeptieren. Überdies müssen Sie sich bewusst sein, dass Sie mit einer einschränkenden Versicherung bei der Wahl eines vom Versicherer nicht gelisteten Spitals die Behandlung in der allgemeinen Abteilung akzeptieren müssen. Oft ist damit auch eine nicht medizinisch begründete<sup>1)</sup> ausserkantonale Hospitalisation verunmöglicht. Es stehen Ihnen in diesem Fall lediglich die Listenspitäler<sup>2)</sup> Ihres Wohnkantons zur Verfügung.

Wenn Sie sich die freie Spitalwahl und damit auch den Zugang zu den Privatkliniken erhalten wollen, trotzdem aber Prämien sparen möchten, sollten Sie sich für eine höhere Franchise entscheiden. Im Bedarfsfall haben Sie zwar einen grösseren Anteil an die Behandlungskosten zu entrichten, ein Spitalaufenthalt fällt jedoch glücklicherweise nicht jedes Jahr an. Sie haben so Gelegenheit, den im Ernstfall von Ihnen selbst zu bezahlenden Franchisebetrag problemlos beiseite zu legen.

## Hinweise zur Zusatzversicherung:

- Kündigen Sie Ihre alte Zusatzversicherung erst, wenn von der neuen Kasse eine vorbehaltlose Aufnahmebestätigung vorliegt. Ansonsten wird empfohlen, nur die Grundversicherung zu kündigen. Die Krankenkassen können bei Anträgen auf Zusatzversicherungen einen zeitlich befristeten oder unbefristeten Vorbehalt anbringen, wenn sie den Antragssteller in gesundheitlicher Hinsicht als ungünstiges Risiko beurteilen. Das bedeutet dann für diesen, dass er keinen Anspruch auf Leistungen für die Behandlung der im Vorbehalt aufgeführten Krankheit hat.
- Beantworten Sie die Fragen im Versicherungsantrag korrekt und vollständig. Die Krankenkassen haben das Recht, auch nachträglich Vorbehalte anzubringen, wenn sich herausstellt, dass jemand beim Ausfüllen des Versicherungsantrages unwahre oder unvollständige Angaben gemacht hat.

<sup>1)</sup>Medizinische Gründe zur Behandlung in einem ausserkantonalen Spital liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen im Wohnkanton nicht angeboten werden (KVG Art. 41, Abs. 2.)

<sup>2)</sup>Grundversicherte haben in der Regel nur Zugang zu den auf der kantonalen Spitalliste aufgeführten Institutionen.

# VIELEN DANK FÜRS MITMACHEN!

Liebe Mittelpunkt-Leserinnen und -Leser

In der letzten Ausgabe des Mittelpunktes haben wir Sie um Ihre Meinung zu unserem Magazin gebeten. Ihr Feedback ist gewaltig – in der Menge wie auch im Inhalt.

Bis Ende Januar sind über 5'250 Fragebogen ausgefüllt an uns retourniert worden und täglich treffen weitere ein. Im statistischen Vergleich kann der Rücklauf mit 8.8% als überdurchschnittlich hoch bezeichnet werden – vielen herzlichen Dank!

Für die äusserst spontanen, sympathischen Wortmeldungen, die sich nicht nur auf das Magazin, sondern auch auf unsere Kliniken beziehen, danken wir Ihnen im Namen der Direktionen, der Mitarbeiter und der Ärzteschaft.

Längst konnten wir noch nicht alle Fragebogen im Detail durchsehen, doch die ersten Auswertungen sind vorgenommen, und wir möchten Ihnen kurz die ersten Ergebnisse vorstellen:

- Das Magazin wird bezüglich Informationsgehalt, Themenauswahl, Verständlichkeit und Gestaltung insgesamt äusserst positiv bewertet: Auf der Skala von 1 (schlecht) – 10 (sehr gut) erzielt es eine Benotung von 8.66.
- Bezogen auf das Geschlecht, darf die Leserschaft des Mittelpunktes als sehr ausgeglichen angesehen werden. Die Fragebogen sind zu 52% von Männern, zu 48% von Frauen ausgefüllt worden.
- Auf rund 630 Fragebogen sind konkrete Änderungswünsche und Themenvorschläge eingebracht worden.

Anzahl Antworten:

5250

Bewertung:

8.66

Leserschaft:

**52% Männer**

**48% Frauen**

Ihre positiven Einschätzungen wie auch Ihre kritischen Bemerkungen und Anregungen sind für unsere Arbeit äusserst wertvoll und motivieren uns sehr. Diese Inputs werden wir nun im Detail auswerten und in der Folge Ihre Anregungen in das Magazin einfließen lassen.

Ihr Redaktionsteam

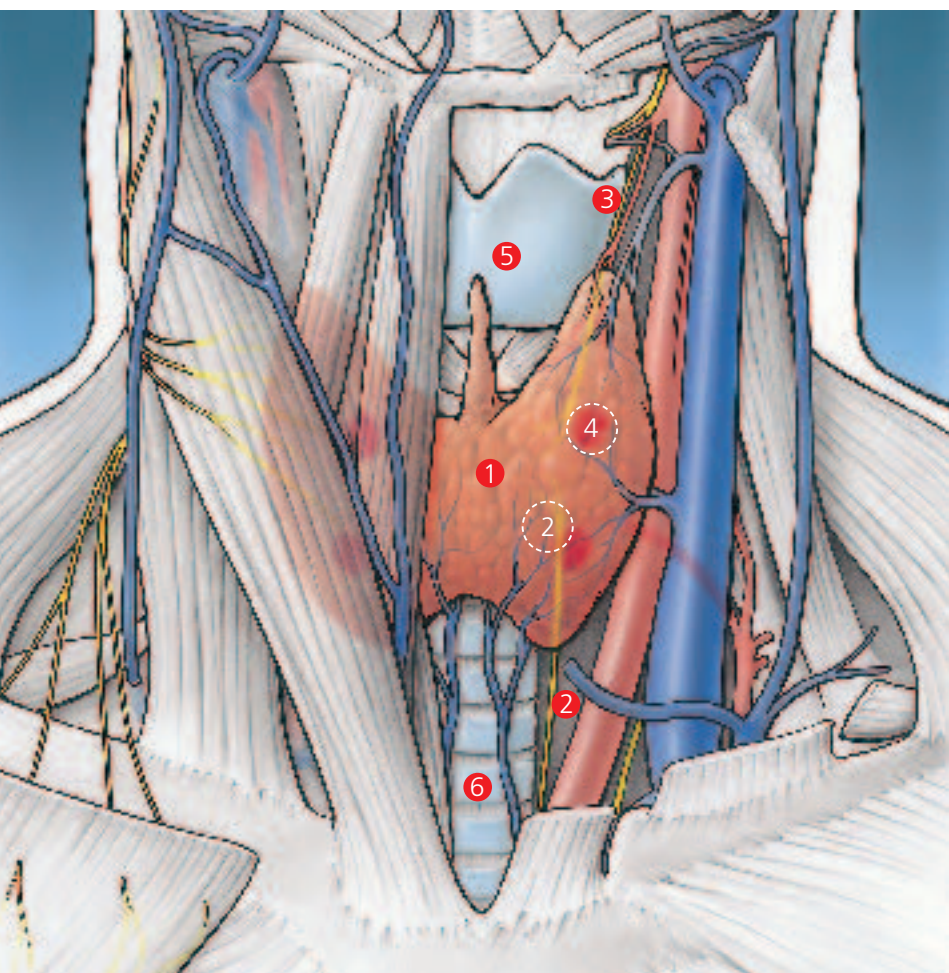
# VOM KROPF UND SEINER BEHANDLUNG IM WANDEL DER ZEIT

Von **Dr. med. Christian Roth, FMH**  
Facharzt FMH für Chirurgie

Am Anfang des letzten Jahrhunderts galt ein Kropf, d.h. eine Vergrösserung der Schilddrüse, in vielen Regionen als etwas Normales. 1512 malte Michelangelo in der sixtinischen Kapelle sogar Gott mit einem kleinen Kropf.

Auch in der Schweiz waren Kröpfe weit verbreitet: Zu Beginn des 19. Jahrhunderts dürften gebietsweise bis zu 50% aller 15-Jährigen und bis zu 80% der Erwachsenen einen gut sichtbaren Kropf aufgewiesen haben. Erst Ende des 19. Jahrhunderts wurde der Jodmangel als Hauptursache erkannt. Dies bewog 1922 Appenzell Ausserrhoden, als erster Kanton die Jodbeifügung zum Kochsalz gesetzlich vorzuschreiben. Diesem vorbildlichen Beispiel folgten die übrigen Schweizer Kantone. Die Zahl der grossen Kröpfe hat sich seither äusserst stark verringert.

- 1 Schilddrüse
- 2 Nervus recurrens = Stimmbandnerv
- 3 Nervus laryngeus superior (für die Stimme ebenfalls wichtiger Nerv)
- 4 Nebenschilddrüse/n
- 5 Kehlkopf
- 6 Luftröhre



## Kleine Knoten und homogene Vergrösserungen

Die Schilddrüse ist eine Hormondrüse, die – wie ein Schmetterling geformt – unterhalb des Kehlkopfes vor der Luftröhre liegt. Sie wiegt im Durchschnitt etwa 18 Gramm bei der Frau und circa 25 Gramm beim Mann und produziert das Schilddrüsenhormon, welches für die Steuerung des Stoffwechsels von grosser Bedeutung ist.

Ein Kropf kann sowohl homogen als auch knotig strukturiert sein. Häufig verursacht er keine oder nur geringe Beschwerden.

Auch heute finden sich noch bei knapp der Hälfte aller über 60-jährigen Personen kleine Schilddrüsenknoten. Erfahrungsgemäss sind nur Knoten, welche grösser als 1,5 cm sind, klinisch von Bedeutung und demzufolge abklärungsbedürftig. Normalerweise lassen sie sich in der Schilddrüse auch etwa ab dieser Grösse ertasten. Von 20 so gefundenen Knoten ist durchschnittlich einer bösartig. Eine Ultraschall-Vorsorgeuntersuchung, mit dem Ziel, viel kleinere Schilddrüsenknoten zu finden, ist also in der Regel nicht sinnvoll.

## Diagnose und Therapie mittels Bluttest, Ultraschall und Punktion

Ein Kropf kann mit einer normalen Schilddrüsenfunktion einhergehen, ist aber häufig mit einer Hormon-Über- oder -Unterfunktion verbunden. Deshalb wird bei jedem Kropfpatienten zuerst mit einer einfachen Blutuntersuchung die Funktion der Schilddrüse abgeklärt. Meistens wird anschliessend mit einer Ultraschalluntersuchung ermittelt, ob es sich um einen rein homogen aufgebauten Kropf handelt oder ob sich Knoten finden, die bösartig sein könnten. Auftretende Knoten werden mit einer feinen Nadel punktiert, um Zellen für die mikroskopische Untersuchung zu gewinnen. Der Pathologe kann bezüglich Bösartigkeit in knapp 80% aller Zellentnahmen eine verbindliche Aussage machen.

Die allermeisten Knoten müssen nicht therapiert werden und bedürfen lediglich der weiteren klinischen Kontrolle. Wo eine Therapie angebracht ist, wird heute vorwiegend medikamentös oder mit radioaktivem Jod behandelt. Nur ein kleiner Prozentsatz aller Kröpfe muss operiert werden. Zu den Hauptgründen für eine Schilddrüsenoperation zählen heute:

- ein bösartiger Knoten (Schilddrüsenkarzinom)
- der Verdacht auf ein Schilddrüsenkarzinom, basierend auf der Zellentnahme
- der medikamentös nicht beherrschbare Morbus Basedow (Autoimmunerkrankung mit Schilddrüsenüberfunktion, führt oftmals zu hervorquellenden Augen)
- das grosse toxische Adenom bei jungen Patienten (Schilddrüsenüberfunktion wegen eines gutartigen, Hormon produzierenden Tumors)
- der gewöhnliche Kropf mit Kompressionssymptomatik (Einengung der Luft- und Speiseröhre mit Engegefühl, Atemnot, Schluckstörungen)

### Schilddrüsenoperation – ein risikoarmer Eingriff

Bis ins 19. Jahrhundert wurde die Operation wegen tödlichen Ausgangs in über 40% der Fälle als sehr risikoreich beurteilt. 1848 kommentierte der Arzt Samuel Gross, dass sich kein verantwortungsbewusster Chirurg an die Schilddrüse wagen sollte!

Theodor Kocher, der an der Universität Bern lehrte, sorgte von 1870 an dafür, dass sich die Schilddrüsenchirurgie zu einem risikoarmen Eingriff wandelte.

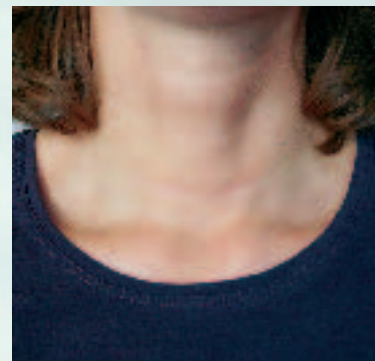
Die heute geltenden Operationsindikationen verlangen in der Regel die totale Entfernung einer Schilddrüsenhälfte oder sogar der gesamten Schilddrüse. Diese Eingriffe stellen hohe Anforderungen an den Operateur, sind für den Patienten aber kaum belastend. In der Regel verlässt dieser die Klinik schon drei bis vier Tage nach der Operation.

Ein wichtiger Operationsschritt ist die sichere Identifikation der ca. 1 mm dicken, an der Unterseite der Schilddrüse haftenden Stimmbandnerven, damit diese während der Operation geschont werden können. Heute wird dieser Schritt durch das so genannte Recurrensmontoring erleichtert: Der Nerv wird mit einem sehr schwachen Stromreiz stimuliert, die dadurch verursachte Stimmbandtätigkeit registriert. Damit lässt sich der Stimmbandnerv sicher identifizieren und leichter schonen. In geübten Händen ermöglicht diese Technik eine Reduktion von definitiven Stimmbandlähmungen, welche sich als Heiserkeit manifestieren, auf weniger als 2% aller operierten Patienten. Eine vorübergehende Stimmbandschwäche ist allerdings deutlich häufiger.

Ein zweiter heikler Operationsschritt ist die Identifikation und Schonung der Nebenschilddrüsen, die meistens eng mit der Schilddrüse verwachsen sind. Weil die Durchblutung der winzigen Nebenschilddrüsen bei ihrer Ablösung gestört wird, kommt es nach der totalen Schilddrüsenentfernung manchmal zu einer vorübergehenden Beeinträchtigung des Kalziumstoffwechsels. Dies kann jedoch medikamentös gut korrigiert werden, auch in den 3–5% der Fälle, bei denen sich die normale Durchblutung nicht mehr einstellt.

Nach vollständiger Entfernung der Schilddrüse muss das Schilddrüsenhormon medikamentös ersetzt werden, was allerdings einfach ist.

Das sehr geringe Risiko wenig handicapierender Komplikationen darf als akzeptabel bezeichnet werden, werden doch mit der radikalen Schilddrüsenchirurgie die allermeisten Schilddrüsenkarzinome geheilt, die Verschlimmerung der Augenprobleme beim Morbus Basedow definitiv gestoppt und sowohl die Schilddrüsenüberfunktion als auch die Kompressionssymptome für immer behoben.



Drei Monate nach Entfernung der ganzen Schilddrüse wegen eines bösartigen Tumors. Die Narbe «arbeitet» noch und ist deshalb noch stellenweise rot. Schon jetzt ist das kosmetische Resultat auch für eine junge Dame akzeptabel.

Dr. med. Christian Roth  
Facharzt FMH für Chirurgie,  
spez. Thorax- und Gefässchirurgie,  
Schilddrüsenchirurgie

Eisengasse 2  
Seefeldstrasse 55  
CH-8008 Zürich  
T 043 300 11 33  
F 044 252 33 40  
ch.roth@hin.ch  
www.hirslanden.ch

# PUBLIKUMSVORTRÄGE 2005

## Klinik Im Park

Datum	Thema	Referent
Mittwoch, 6. April 18.30–20.00 Uhr	Minimal invasive Wirbelsäulenstabilisation	Dr. med. Kurt Uehlinger, FMH Orthopädische Chirurgie
Dienstag, 12. April 18.30–20.00 Uhr	Erlebnis Geburt	Informationsabend zu Themen rund um die Geburt, Fachpersonal Geburtshilfe
Mittwoch, 11. Mai 18.30–20.00 Uhr	Prostatakarzinom: Therapieoptimierung beim häufiger werdenden Tumor!	Dr. med. Urs Huber und Dr. med. Fredi Furrer, FHH FMH Hämatologie und Onkologie, FMH Urologie
Mittwoch, 1. Juni 18.30–20.00 Uhr	Eingriffe am Herzen mittels Kathetertechnik: Machbarkeit und Grenzen	Prof. Dr. med. Wolfgang Kiowski, FMH Kardiologie
Mittwoch, 6. Juli 18.30–20.00 Uhr	Thrombose, Embolie, offene Beine	Prof. Dr. med. Jon Largiadèr, FMH Chirurgie, spez. Gefässchirurgie
Mittwoch, 7. September 18.30–20.00 Uhr	Erkrankungen des Darmausgangs – Aktuelle Therapiekonzepte	PD Dr. med. Hans Peter Klotz, FMH Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie

Die Publikumsvorträge finden im **Reformierten Kirchgemeindehaus**, Bederstrasse 25, 8002 Zürich, statt.  
Die Teilnehmerzahl ist beschränkt. Anmeldung für die Vorträge der Klinik Im Park: T 044 209 21 11

## Klinik Hirslanden

Datum	Thema	Referent
Dienstag, 5. April 18.30–20.00 Uhr	Osteoporose – eine heilbare Erkrankung	Dr. med. Philippe Beissner, Dr. med. David Infanger, ISCD certified MD, ZIM-Zentrum für Innere Medizin
Dienstag, 19. April 18.30–20.00 Uhr	Migräne aktuell	Dr. med. Reto Agosti, FMH Neurologie
Montag, 25. April 18.30–20.00 Uhr	Erlebnis Geburt	Informationsabend zu Themen rund um die Geburt
Dienstag, 10. Mai 18.30–20.00 Uhr	Neue Behandlungsmethoden in der Herzchirurgie – Qualitätssicherung!	Dr. med. Andreas Laske, FMH Herz- und Thorakale Gefässchirurgie
Dienstag, 24. Mai 18.30–20.00 Uhr	Erlebnis Geburt	Informationsabend zu Themen rund um die Geburt
Dienstag, 7. Juni 18.30–20.00 Uhr	Sodbrennen – ertragen oder reagieren?	Prof. Dr. med. J. Altorfer und Prof. Dr. med. R. Münch, FMH Innere Medizin, Gastroenterologie
Dienstag, 21. Juni 18.30–20.00 Uhr	Nierensteine: Abklärung – Therapie und Prophylaxe	Dr. med. Felix Trinkler, FMH Urologie Dr. med. Urs Bangarter, FMH Urologie
Dienstag, 28. Juni 18.30–20.00 Uhr	Erlebnis Geburt	Informationsabend zu Themen rund um die Geburt
Dienstag, 12. Juli 18.30–20.00 Uhr	Chemotherapie bei Krebs: Fluch oder Segen	Dr. med. Thomas von Briel, FMH Innere Medizin, spez. Hämatologie/Onkologie
Montag, 25. Juli 18.30–20.00 Uhr	Erlebnis Geburt	Informationsabend zu Themen rund um die Geburt

Die Publikumsvorträge finden in den Sitzungszimmern im **Stockwerk E der Klinik Hirslanden** statt.  
Die Teilnehmerzahl ist beschränkt. Anmeldung für die Vorträge der Klinik Hirslanden: T 044 387 21 11

# PATIENTENFORUM 2005

Datum	Thema	Referent	Ort
Montag, 4. April 17.30–19.00 Uhr	FEMARA	Dr. med. Djordje Filipovic	Hirslanden Head Office, Seefeldstrasse 214, Zürich
Dienstag, 12. April 17.30–19.00 Uhr	Arzt-/Patienten-Kommunikation	Dr. med. Balthasar Lohmeyer, Psychiater	Klinik Hirslanden, Witel- likerstrasse 40, Zürich
Donnerstag, 14. April 17.30–19.00 Uhr	Mut zum Frau sein	Ursula Kern, Kursleiterin der Krebsliga	Hirslanden Head Office, Seefeldstrasse 214, Zürich
Montag, 9. Mai 17.30–19.00 Uhr	Evidenced – based Kom- plementär-Medizin	Prof. Dr. med. Gerd Nagel, Gründer der Stiftung für Patientenkompetenz	Klinik Hirslanden, Witel- likerstrasse 40, Zürich
Donnerstag, 12. Mai 12.30–14.00 Uhr	Bewältigungsstrategien bei Brustkrebs	Dr. med. Eliane Sarasin	Hirslanden Head Office, Seefeldstrasse 214, Zürich
Dienstag, 7. Juni 12.45–14.00 Uhr	Medikamentöse Behandlung von Alzheimer/Demenz: Erleichterung für Betroffene und Angehörige	Referenten werden noch bekannt gegeben	Klinik Im Park, See- strasse 220, Zürich
Freitag, 24. Juni 17.30–19.00 Uhr	Müdigkeit und Schmerzen bei Krebs	Dr. Robert Olie und Claudio Bernardini	Klinik Hirslanden, Witel- likerstrasse 40, Zürich
Dienstag, 6. September 17.30–19.00 Uhr	Brustkrebs und Nachsorge	Dr. med. Eliane Sarasin	Hirslanden Head Office, Seefeldstrasse 214, Zürich

Anmeldung für die Vorträge des Patientenforums: T 043 344 56 13 oder [howdoesitfeel@patientenforum.ch](mailto:howdoesitfeel@patientenforum.ch)

Die Teilnahme an den Vorträgen ist kostenlos. Wir bitten um telefonische Voranmeldung bis 1 Tag vor dem Anlass. Kurzfristige Änderungen entnehmen Sie bitte der Tagespresse oder den Websites [www.hirslanden.ch](http://www.hirslanden.ch) oder [www.patientenforum.ch](http://www.patientenforum.ch).

## IMPRESSUM

**MITTELPUNKT 1/2005**  
Eine Publikation der  
**Klinik Hirslanden und  
der Klinik Im Park**

**Koordination**  
Beat Meier, Marketing und  
Kommunikation der Kliniken  
Hirslanden und Im Park

**Design**  
heusser.biz, Zürich

**Illustrationen**  
Marius Ott Illustrationen,  
Zürich

**Redaktion**  
j p GESER, Zürich

**Klinik Hirslanden**  
Witellikerstrasse 40  
CH-8032 Zürich  
T +41 (0)44 387 21 11  
F +41 (0)44 387 22 33  
[linik-hirslanden@  
hirslanden.ch](mailto:linik-hirslanden@hirslanden.ch)  
[www.hirslanden.ch](http://www.hirslanden.ch)

**Klinik Im Park**  
Seestrasse 220  
CH-8027 Zürich  
T +41 (0)44 209 21 11  
F +41 (0)44 209 20 11  
[linik-impark@hirslanden.ch](mailto:linik-impark@hirslanden.ch)  
[www.hirslanden.ch](http://www.hirslanden.ch)

Kliniken der Privatklinik-  
gruppe Hirslanden.

MITTELPUNKT erscheint zwei-  
bis dreimal jährlich und steht  
interessierten Kreisen  
kostenlos zur Verfügung.  
Weitere Exemplare sind  
über die Kliniken zu beziehen  
und als PDF-Datei unter  
[www.hirslanden.ch](http://www.hirslanden.ch) abrufbar.  
Die Verantwortung für den  
Inhalt der Artikel liegt beim  
jeweiligen Autor.

© Nachdruck, Vervielfältigung  
und jedwede Reproduktion  
des Inhaltes (ganz oder teil-  
weise) nur mit Quellenangabe  
und schriftlicher Erlaubnis  
der Kliniken Hirslanden und  
Im Park gestattet.