

April 2015

Diagnostik und Therapie von Nierensteinen auf hohem Niveau

Die Urologie am Spital Männedorf ist für die Behandlung von Nierensteinleiden hervorragend gerüstet. Patientinnen und Patienten profitieren dabei nicht nur vom aktuellen Know-how und der modernen Medizintechnik. Auch die enge Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und -ärzten trägt wesentlich zur Versorgungsqualität bei.

2 Editorial

3 Im Fokus

7 Plattform

8 Aktuell

10 Persönlich

12 In Kürze



Spital Männedorf



«Die Kommunikation ist unabdingbar, damit unsere regionale Gesundheitsversorgung tagtäglich funktioniert.»

Kultur der Wertschätzung

Liebe Leserin
Lieber Leser

Der Männedorfer Hausarzt Dr. med. Ernesto Peter schliesst seinen Kolumnenbeitrag (S. 7) mit der Feststellung, dass für ihn eine «enge, auf kurzen und oft informellen Kommunikationswegen basierende Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, niedergelassenem Spezialisten und Spital von unschätzbarem Wert» sei. Denn, so meint der erfahrene Hausarzt, die Patientinnen und Patienten am rechten Zürichseeufer könnten davon nur profitieren. Diese Einschätzung teile ich. Die Kommunikation, sei sie nun informell oder formell, ist unabdingbar, damit unsere regionale Gesundheitsversorgung tagtäglich funktioniert.

Diesem Umstand möchten wir in Zukunft verstärkt Rechnung tragen. In unserem neuen Leitbild Unternehmenskultur ist die Kommunikation deshalb ein wichtiges Element. Weitere Elemente sind unter anderem die Dienstleistungs- und Kundenorientierung, der Umgang mit Konflikten und die Diversität. Gemeinsam bilden sie die Grundpfeiler unserer Kultur der Wertschätzung.

Damit reiht sich das neue Leitbild in eine Anzahl von Massnahmen ein, mit denen wir die aktuellen Herausforderungen angehen. Dies immer mit dem Ziel, dass unsere gemeinsamen Patientinnen und Patienten auch künftig - wie Dr. Peter es formuliert - «auf ein eingespieltes und effizientes Netz der medizinischen Keyplayer treffen».

Dr. med. Stefan Metzker

CEO Spital Männedorf

s.metzker@spitalmaennedorf.ch

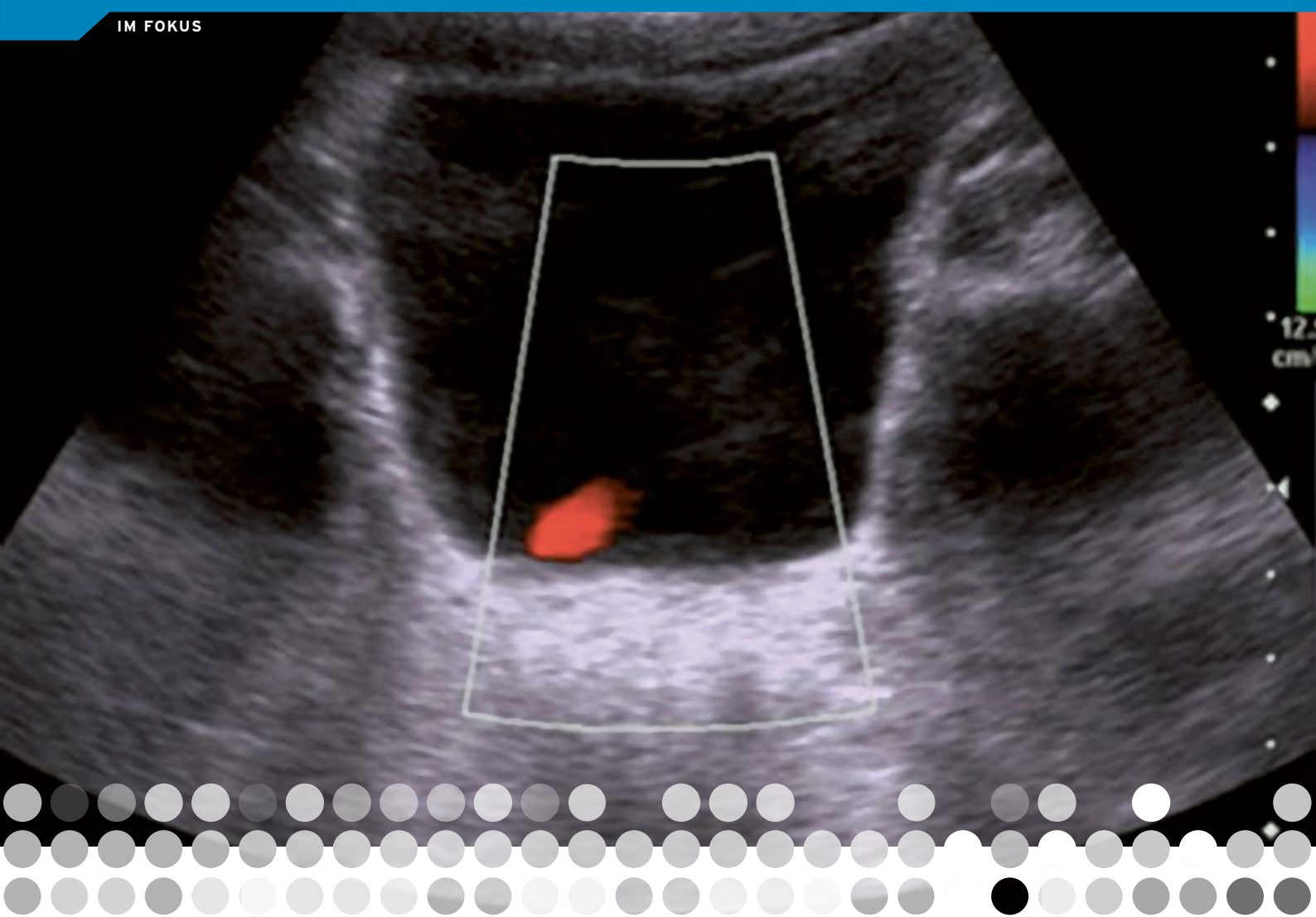


Bild 1: Jet-Phänomen beim Einfluss von Urin in die Blase (Sonographie).

Fortsetzung von Seite 1

Diagnostik und Therapie von Nierensteinen auf hohem Niveau

Die Krankheitshäufigkeit bei Nierensteinen liegt in den westlichen Industriestaaten bei 4-6 Prozent. Bei Menschen aus anderen Weltregionen (Asien, Balkan) kann sie jedoch wesentlich höher sein. Ursächlich für die Entwicklung von Nierensteinen ist in erster Linie die Ernährung, wobei die Aufnahme tierischer Proteine und eine zu geringe Flüssigkeitseinnahme die Steinbildung wesentlich begünstigen. Etwa 75 Prozent aller Steine bestehen aus Calciumoxalat, weitere 5 Prozent aus Calciumphosphat. Die restlichen 20 Prozent verteilen sich auf Struvit-,

Harnsäure- und Cystinsteine. Die Analyse des Steines ermöglicht es, die Patientinnen und Patienten nach der Behandlung bezüglich der Nachsorge richtig zu beraten. Auch hilft die Steinanalyse dabei, allfällige Stoffwechselstörungen (Harnsäuresteine, Cystinsteine) zu erkennen und allenfalls präventive Massnahmen zu empfehlen. Patientinnen und Patienten mit Kelchsteinen zeigen meistens keine Symptome. Gegebenenfalls lässt sich im Urin eine mit blosssem Auge nicht erkennbare Ausscheidung von Blut (Mikrohämaturie) feststellen. Steine, die jedoch in den

Harnleiter abrutschen, lösen bisweilen massive Koliken aus und benötigen oft eine umfangreiche und aufwändige Behandlung.

Diagnostik

In der diagnostischen Abklärung der asymptomatischen Mikro- aber auch Makrohämaturie (unsichtbares und sichtbares Blut im Urin) hat die Suche nach Steinen im Urogenitaltrakt neben dem Ausschluss von bösartigen Veränderungen (Malignomen) den höchsten Stellenwert. Klinisch findet sich neben dem asymptomatischen Patienten eben

derjenige, welcher sich mit akuten Flanken- oder Unterleibsschmerzen beim Arzt meldet. Übelkeit, Erbrechen und allenfalls eine gesteigerte Frequenz beim Harnlassen (Pollakisurie) sowie erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen (Dysurie) können bisweilen ein dramatisches Bild zeigen.

Im Urin findet sich häufig eine Mikrohä-maturie und der Anteil der weissen Blutkörperchen ist oft erhöht (Leukozyturie). Der Grund dafür ist die Reibung des Steines an der Schleimhaut des Harntrakts (Urothel). Vor allem bei Patientinnen und Patienten, die oral Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung einnehmen, kann es zu einer Makrohämaturie kommen. Im Blut finden sich häufig ebenfalls ein erhöhter Anteil von weissen Blutkörperchen (Stressleukozytose) und allenfalls eine Kreatininerhöhung bei akuter Stauung und vorbestehender Niereninsuffizienz.

Ultraschall und CT

Radiologisch kommt dem Ultraschall in der Primärdiagnostik eine führende Rolle zu (Bild 1). Die Sonographie der Nieren und der Blase erlaubt es, schnell und unkompliziert eine Stauung und allfällige Steine in der Niere zu erkennen. Bei guten Schallverhältnissen und schlanken Personen gelingt der Steinnachweis bisweilen sogar im Harnleiter. Auch vor der Harnblase liegende Verkalkungen werden so erkannt. Und mit der Duplexsonographie lässt sich der Abfluss des Urins beziehungsweise dessen Fehlen nachweisen (Jet-Phänomen).

Als sekundäre bildgebende Diagnostik ist das Computertomogramm (CT) der Gold-Standard. Mit ihm lässt sich eine eindeutige Aussage über das Ausmass der Urolithiasis machen. Die Lokalisation, Anzahl und Grösse der Steine kann genau beziffert und eine Abflussbehinderung kann so nachweisen werden. Weiter erlaubt ein CT eine Dichtemessung der Verkalkungen und liefert damit erste Informationen zur möglichen Zusammensetzung des Steines.

Therapieentscheid

Die Ergebnisse der bildgebenden Diagnostik bilden den Dreh- und Angelpunkt für die Wahl der Behandlungsmethode beziehungsweise den Therapieentscheid. Die Lage, Grösse und Symptomatik spielen dabei eine wichtige Rolle. Aber auch Risikofaktoren wie Immunsuppression, Diabetes, Niereninsuffizienz, Ein-Nierigkeit oder Schwangerschaften beeinflussen den Entscheid mit. Weiter sind andere Gründe zu beachten. Beispielsweise dürfen Flugzeugpiloten bei einem Steinnachweis nicht mehr fliegen, bis der Stein entfernt ist. Auch bevorstehende längere Reisen können den Grund für eine Behandlung auch von asymptomatischen Steinen darstellen.

Konservative Therapie

Steine bis zu einer Grösse von 5 Millimetern können spontan abgehen. Man wird versuchen, diese konservativ mit Analgetika, das heisst mit nicht-steroidalen Antirheumatika und Alpha-Blockern, zu behandeln und einen spontanen Abgang



Bild 2: Auf dem Computertomogramm ist in der Bildmitte (vertikal) der Katheter zwischen Niere und Harnblase erkennbar.

abzuwarten. Dies kann gut ambulant in der hausärztlichen Praxis durchgeführt werden. Allerdings sind in diesem Fall engmaschige Ultraschall-Kontrollen nötig. Mehr als zwei bis drei Wochen sollte aber nicht zugewartet werden. Reicht jedoch die orale Medikation nicht aus, oder zeigen sich Anzeichen für Komplikationen (Infekte, Fieber, Schüttelfrost), so ist ein aktives urologisches Vorgehen notwendig. Wie eingangs erwähnt, sollten auch Risikopatienten

erkannt und frühzeitig behandelt werden. Denn eine steinbedingte Infektion mit Bakterien aus dem Urogenitaltrakt (Urosepsis) hat unbehandelt auch heute noch eine hohe Mortalität. Asymptomatische Nierenkelchsteine bedürfen einer regelmässigen Kontrolle, falls man sie nicht behandeln will. Nierenbeckenausgusssteine sind heutzutage zwar selten, aber wo sie vorhanden sind, kann die Nierenfunktion mittelfristig darunter leiden.

Invasive Therapie

Als akute Entlastung bei einem obstruierenden Ureterstein kommt in erster Linie die Harnleiterschienung, auch Pigtail-Einlage oder Doppel-J-Einlage genannt, zum Zuge. Dabei wird während einer kurzen Narkose (Allgemein- oder Spinalanästhesie) ein feiner Katheter zwischen Harnblase und Niere platziert und so die Niere von der schmerzhaften Stauung entlastet (Bild 2). So erreicht man eine rasche Beruhigung der Situation und die weiteren Massnahmen können geplant werden.

Zur Entfernung des Steines kommen verschiedene Massnahmen in Frage:

- **Extrakorporelle Stosswellenbehandlung (ESWL)**

Die früher sehr populäre Methode der extrakorporellen Stosswellentherapie (ESWL) ist in den letzten Jahren zunehmend in den Hintergrund getreten. Dies wegen der schlechten Resultate bezüglich Steinfreiheit, aber



Bild 3: - Das flexible Video-Ureteroskop liefert klare Bilder für eine effiziente Diagnostik.

auch weil nach einer Zertrümmerung die Steinrümmer doch noch spontan weg müssen, was wiederum Koliken auslösen kann. Nichtsdestotrotz ist diese Methode in gewissen Fällen gut anzuwenden. Da das Spital Männedorf keine eigene ESWL-Maschine unterhält, arbeiten wir in solchen Fällen eng mit der Klinik Hirslanden in Zürich, der Klinik Uroviva in Bülach und dem Spital Wetzikon zusammen.

- **Ureterorenoskopie (URS) und perkutane Lithotripsie (Mini-PNL)**

Durch die Verbesserung und Miniaturisierung der endoskopischen Techniken Ureterorenoskopie (Bild 3) und perkutane Lithotripsie sind diese heutzutage die Therapiemassnahmen der Wahl bei der Entfernung von Nierensteinen.

Vielfältiges Angebot

Im Spital Männedorf stehen sowohl konventionelle starre, aber auch moderne digitale flexible Instrumente zur Verfügung. Damit lassen sich alle Steine sowohl im Harnleiter wie auch



Bild 4: Der Holmium-Laser wird zum Zerschneiden von Nierensteinen eingesetzt.

in der Niere bestens und effizient behandeln. Neben dem konventionellen ballistischen Lithotripter, der wie ein kleiner Presslufthammer funktioniert (Behandlung der Harnleitersteine), steht uns ein Holmium-Laser der neuesten Generation zur Verfügung (Bild 4). Mit diesem Lasergerät lassen sich die Steine in kleinste Teile zerschneiden, damit sie entfernt werden können.

Grössere Steine, sogenannte Ausgusssteine (Bild 5), können mit der sogenannten Mini-PNL perkutan angegangen werden. Die Mini-PNL eignet sich für sehr grosse Steine in der Niere. In Kombination mit dem Steinlaser ist diese minimalinvasive Technik äusserst effizient und zeigt eine sehr geringe Morbidität. In ganz seltenen Fällen müssen Steine operativ angegangen werden. Auch hier sind die minimalinvasive Technik mittels Laparoskopie und die robotergestützte DaVinci-Technik wegweisend. Beide Technologien sind am Spital Männedorf vorhanden und bestens durchführbar.

Effizientes Teamwork

Die Urologie am Spital Männedorf ist für die Behandlung akuter, aber auch asymptomatischer Nierensteine bestens ausgerüstet. Durch die Zusammenarbeit mit der interdisziplinären Notfallstation, dem 7d/24h-Dienst der urologischen Praxis und mit der Operationsabteilung lassen sich praktisch alle Situationen beherrschen. Viele Situationen bedingen eine enge Zusammenarbeit von Hausarzt, Klinik und Urologen. Durch eine Konzentration am Zentrum, in engster Zusammenarbeit mit den betreuenden Hausärzten, dürfte eine ausgezeichnete und hochstehende Versorgung der regionalen Patientinnen und Patienten vollumfänglich gewährleistet sein.

Dr. med. Aron Cohen

Uroviva - Urologie Spital Männedorf



Bild 5: Das Computertomogramm zeigt grössere Nierensteine, die als Ausgusssteine bezeichnet werden.

Ergänzende Spezialitäten am Spital Männedorf

- Minimalinvasive Laser-Steinbehandlungen (Dornier-Holmium-Laser)
- DaVinci-Operationsroboter (Prostatakrebs, Nierenkrebs)
- Minimalinvasive Laparoskopie
- TUE-Prostata (Enukleationsresektion bei massiver Prostatahyperplasie)
- No-scalpell-Vasektomie ambulant im Praxis-OP
- Penisbegradigung analog Lahme (keine Verkürzung)
- Urodynamik-Abklärungen bei Inkontinenz und Blasenschwäche

Kontakt und Sprechstunden

Uroviva -

Urologie am Spital Männedorf

Dr. med. Aron Cohen

Asylstrasse 10

CH - 8780 Männedorf

Haus 1, Praxis im Stock C

Sprechstunden nach Vereinbarung

T: 044 922 30 40

F: 044 922 30 41

maennedorf@uroviva.ch

www.uroweb.ch, www.uroviva.ch



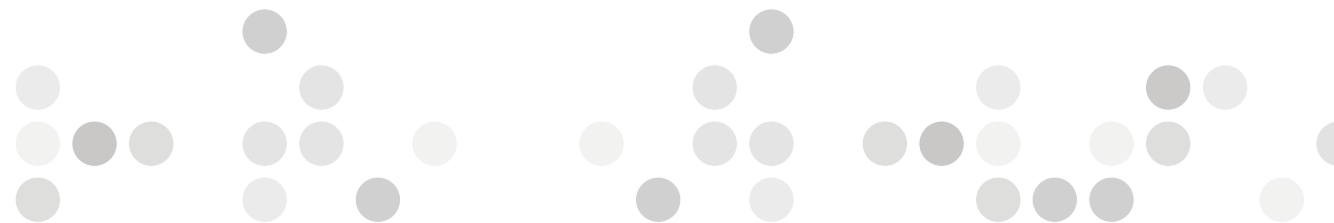
Dr. med. Aron Cohen

Facharzt FMH Urologie, Praxisinhaber



Dr. med. Amir Daneshpour

Facharzt FMH Urologie, Leitender Arzt



Hausarzt? Hausarzt!



Dr. med. Ernesto Peter

Arztpraxis «auf Dorf»
 Allenbergstrasse 2
 8708 Männedorf
 Tel. 043 843 30 35
 E-Mail: ernesto.peter@hin.ch

Das Verfassen dieses Artikels fällt in etwa zusammen mit meinem zehnjährigen Jubiläum als niedergelassener Hausarzt in Männedorf. Zeit, diese Dekade aus beruflicher Sicht Revue passieren zu lassen.

Um meine Tätigkeit (und sinngemäss diejenige meiner Kolleginnen und Kollegen) zu umschreiben, sei auszugsweise die FMH zitiert: «Hausärztinnen und -ärzte sind in erster Linie für eine umfassende und kontinuierliche Betreuung aller Personen verantwortlich, die der medizinischen Hilfe bedürfen, und zwar unabhängig von deren Alter, Geschlecht und Erkrankung. Sie betreuen Menschen im Rahmen ihrer Familie, ihrer Gemeinschaft und ihrer Kultur...».

Es ist offensichtlich, dass sich zum Beispiel ein Ophthalmologe (das Beispiel ist rein zufällig) mit Ausnahmen nicht dafür interessieren kann oder muss, was sich im beruflichen, familiären oder sozialen Umfeld eines Kataraktpatienten so tut.

Wer aber eine ganze Familie mit drei Generationen gleichzeitig betreuen darf, zum Beispiel dem nicht immer schadlos Skateboard fahrenden Sohn zum x-ten Mal eine Wunde näht, dem Vater die Pneumonie ambulant behandelt und der Grossmutter mit der Betreuung des an Alzheimer erkrankten Ehegatten beratend zur Seite steht (nicht zuletzt weil er die häuslichen Verhältnisse kennt), der ist in der Hausarztmedizin angekommen. Sie hat ihre traurigen, lustigen, spannend-fordernden, subtilen und handfesten Seiten, ist aber - Versicherungsberichte ausgenommen - nie langweilig. In Zeiten zunehmender medizinischer Fragmentierung (und nicht selten der Verunsicherung durch Scheininformation aus dem Internet) schätzen die meisten Patientinnen und Patienten einen «Lotsen», der in der Lage ist, im Spannungsfeld zwischen Spital/Spitzenmedizin und den diversen niedergelassenen Spezialisten eine für alle Beteiligten vorteilhafte, einheitliche, therapeutische Stossrichtung aufzuzeigen.

Es ist eine Tatsache, dass gerade ältere, zunehmend polymorbide Patientinnen und Patienten sich mit ihren gesundheitlichen Problemen in den meisten Fällen zuerst an ihren Hausarzt wenden. Hier ist eine enge, auf kurzen und oft informellen Kommunikationswegen basierende Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, niedergelassenem Spezialisten und Spital von unschätzbarem Wert. Patientinnen und Patienten am rechten Zürichseeufer können sich glücklich schätzen, dass sie hier auf ein eingespieltes und effizientes Netz der medizinischen Keyplayers treffen.



Charlotte Münch in einer Schulung zum Thema Händehygiene.

Spitalinfektionen gezielt vorbeugen

Die Prävention von Infektionen stellt für alle Spitäler eine grosse und kontinuierliche Herausforderung dar. Mit der Einführung zusätzlicher Interventionsmodule, einer neuen Kooperation mit dem USZ und der Optimierung von Prozessen verstärkt das Spital Männedorf seine diesbezüglichen Massnahmen weiter.

Postoperative Wundinfektionen (Surgical Site Infection - SSI) stehen laut Swissnoso nach den Harnwegsinfektionen an zweiter Stelle aller im Spital erworbenen Infektionen (Nosokominale Infektionen). Bei den zusätzlichen Hospitalisationstagen und den dadurch entstehenden Mehrkosten stehen sie sogar an erster Stelle.

Erfassen und überwachen

Dies zeigt deutlich, wie bedeutend die Überwachung und Erfassung der entsprechenden Infektionen ist. Der nationale Verein zur Qualitätssicherung (ANQ) hat dazu in Zusammenarbeit mit

Swissnoso ein praxistaugliches Instrument geschaffen. Es ermöglicht den teilnehmenden Spitälern, postoperative Wundinfektionen strukturiert zu erfassen und zu überwachen. Auf drei Faktoren, welche die Spitäler direkt beeinflussen können, wird dabei ein besonderes Augenmerk gelegt: die korrekte Antibiotikaprophylaxe (Medikament, Dosierung, Verabreichungszeitpunkt), die korrekte präoperative Hautdesinfektion und die korrekte präoperative Haarentfernung. Swissnoso hat angekündigt, dass ein zusätzliches Interventionsmodul für Spitäler zu diesen drei zentralen Themen angeboten werden wird.

Nebst den drei erwähnten operationsbezogenen Massnahmen ist laut Swissnoso eine korrekte Händehygiene im gesamten Spital essenziell, um Spitalinfektionen zu verhindern. Für diesen Präventionsbereich stellt Swissnoso den Spitälern seit kurzem ein vom Kantonsspital St. Gallen übernommenes Modul (Swissnoso CLEANHANDS) zur Verfügung. Das Spital Männedorf wird mit diesem Modul in den nächsten Wochen ebenfalls starten.

Neuerungen adaptieren

Die Spitalleitung ist sich der Wichtigkeit einer wirkungsvollen Infektionsprävention bewusst. Im interprofessionellen Teamwork werden deshalb die Massnahmen der Infektionsprävention laufend überprüft, angepasst und wo nötig erweitert. So wurde zum Beispiel die Richtlinie für die präoperative Antibiotikaprophylaxe überarbeitet und die Umsetzung erfolgte mit hoher Priorität.

«Um die Übertragungskette bei der indirekten Kontaktübertragung sichtbar zu machen, arbeite ich in Schulungen mit Fingerfarben. Dies führt fast immer zu Aha-Erlebnissen.»

Charlotte Münch

Ebenfalls wurde die Richtlinie für die präoperative Hautantiseptik aktualisiert und beinhaltet auch das Vorgehen bei der Haarentfernung vor der Operation: Die Haare im Operationsgebiet werden neu nur bei Bedarf entfernt, wobei nicht rasiert wird, sondern die Haare unmittelbar vor der Operation mit einem sogenannten Clipper entfernt werden. Diese Methode ist deutlich hautschonender und verhindert infektionsanfällige Mikroläsionen.

Kooperation mit dem USZ

Um die Infektionsprävention kontinuierlich zu verbessern, braucht es sowohl genügend personelle Ressourcen als auch aktuelles und hochspezialisiertes Fachwissen. Die Ressourcen in der Infektionsprävention & Spitalhygiene des Spitals Männedorf wurden deshalb deutlich verstärkt. Dies ermöglicht nun unter anderem ein zeitnahes, internes Reporting und eine raschere Einzelfallanalyse. Um vom aktuellen Fachwissen eines Zentrums- und Forschungsspitals profitieren zu können, hat das Spital Männedorf in diesem Frühjahr einen Kooperationsvertrag mit der Infektiologie und Spitalhygiene des Universitätsspitals Zürich abgeschlossen. Mit all diesen Massnahmen wurde eine hervorragende Basis sowohl für interne und externe Auditierungen geschaffen, und das Spital Männedorf profitiert zudem von zusätzlichen Ressourcen im Bereich Weiterbildung.

Prozesse einbeziehen

Eine wirkungsvolle Infektionsprävention beschränkt sich jedoch nicht nur auf

medizinische Themen im engeren Sinn. Auch durchdachte Abläufe, etwa optimale Patientenpfade und verbesserte, standardisierte Arbeitsprozesse, leisten einen deutlichen Beitrag zur Vermeidung von Infektionen. Dies, indem sie zu einer geringeren Arbeitsbelastung führen, was das Einhalten von Hygienerichtlinien fördert. Die Abteilung Prozess- und Qualitätsmanagement überprüft deshalb die internen Prozesse intensiv, zeigt Verbesserungspotenzial auf und unterstützt die Teams bei der Formulierung und Umsetzung der Massnahmen. All die genannten Aktivitäten, und nicht zuletzt der Abschluss der langjährigen baulichen Teilerneuerung in diesem Sommer, tragen dazu bei, Infektionen im Spital Männedorf bestmöglich vorzubeugen.

Charlotte Münch, Beraterin für Infektionsprävention & Spitalhygiene

Dr. med. Anouk Chuffart
Hygienebeauftragte Ärztin



«Eine korrekte Antibiotikaprophylaxe, eine fachgerechte Hautdesinfektion und eine schonende Haarentfernung sind nebst der Händehygiene die wichtigsten Massnahmen, um postoperative Wundinfektionen zu vermeiden.»

Dr. med. Anouk Chuffart

Viszeralchirurgische Eingriffe

Es liegt in der Natur der Sache, dass bauchchirurgische Eingriffe, bei welchen ein viszerales Organ eröffnet wird, einem erhöhten Infektrisiko unterliegen. Dabei wird das Operationsgebiet zwangsläufig kontaminiert und trotz der respektablen Immunkompetenz der Bauchhöhle (im Gegensatz zum Beispiel zu einer Gelenkhöhle) kann ein Infekt resultieren.

Notfalleingriffe

Besonders relevant ist das Infektionsrisiko bei Notfalleingriffen (Appendizitis, Divertikulitis perforata, Cholezystitis, Ileus, Pankreatitis), aber auch bei geplanten kolorektalen Eingriffen und bei der komplexen Viszeralchirurgie (Speiseröhren-, Bauspeicheldrüsen- und Leber-Operationen).

Infektprävention

Bei der komplexen Chirurgie ist nötigenfalls Tage oder Wochen zuvor die Immunkompetenz durch *Zusatzernährung* zu optimieren. Die *Planung des optimalen Zeitpunkts* ist zum Beispiel bei Operationen wegen rezidivierender Divertikulitis oder bei Tumorerkrankungen nach neoadjuvanter Therapie ausschlaggebend. Die *zeitgerechte Antibiotika-Prophylaxe* (30 Min. vor Schnitt) ist genauso wichtig wie eine sorgfältige, *atraumatische Operationstechnik* und der *Verzicht auf unnötige Drainagen*. Postoperativ sind heute die *Prinzipien der ERAS* (enhanced recovery after surgery) Standard.



Prof. Dr. med. Rolf B. Schlumpf
Chefarzt, Leiter Viszeralchirurgie

Dr. med. Barbara Kleeb

Oberärztin Gynäkologie
und Geburtshilfe



Ich machte meine Ausbildung im Stadtspital Triemli (Chirurgie) und arbeitete gynäkologisch als Assistenzärztin in Zofingen, im Limmattalspital, in Frauenfeld und in Interlaken. Als Oberärztin begann ich in Thun, war kurzzeitig in Zug und arbeitete anschliessend lange in Olten. Dort war ich neben meiner operativen Tätigkeit, der klinischen Tätigkeit mit Ultraschall und der Betreuung der urogynäkologischen Sprechstunde eng in die Prozessarbeit (Mitarbeit bei der ISO-Zertifizierung, Gruppe Behandlungspfad, CIRS-Gruppe, Auditorin ISO) involviert. Letztes Jahr wurde ich als Lean Six Sigma Green Belt ausgebildet und zertifiziert.

Im Limmattalspital bin ich ein halbes Jahr als Oberärztin eingesprungen. Bevor ich hierher nach Männedorf kam, war ich zwei Jahre im Spital Zollikerberg tätig. Die Stelle als Oberärztin in Männedorf reizte mich, da mich die operative Tätigkeit interessiert, aber auch wegen des freundlichen Teams und der vorteilhaften Lage des Spitals.

Nebst meinem Medizinstudium und meiner Promotion habe eine sechsjährige Ausbildung in Approche sexocorporel in Zürich und Paris abgeschlossen. In meiner Freizeit beschäftige ich mich mit verschiedenen Hobbys: Fotografieren, Filmen (ich habe vor meinem Studium eine Lehre als Fotografin abgeschlossen), Sport, Sologesang (Jazz) und Songwriting (Pop). Im Januar habe ich in Kuba, zusammen mit kubanischen Musikern, eine CD mit eigenen Songs aufgenommen.

Dr. med. Titus Cirebea

Oberarzt Chirurgische Klinik



Geboren und aufgewachsen bin ich in Siebenbürgen, Rumänien. 1994 habe ich an der Universität Cluj-Napoca in Rumänien das Studium der Medizin beendet und meine Dissertation im Gebiet Herzchirurgie verfasst.

Nach dem Staatsexamen bin ich aus familiären Gründen nach Deutschland umgezogen. Mein beruflicher Werdegang umfasst bislang eine breit angelegte chirurgische Ausbildung in vier Kliniken in Deutschland (Freiburg, Ehingen, Aachen und Sigmaringen). Zudem bin ich Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Allgemein- und Unfallchirurgie. Vor acht Jahren habe ich meine oberärztliche Tätigkeit im Klinikum des Landkreises Sigmaringen angefangen und dann, nach drei Jahren, im Spital Uznach unter die Leitung von Chefarzt Dr. Baumgartner und Dr. Fuhrmann fortgeführt. Meine speziellen Interessen sind die Behandlung von Unfallfolgen und Sportverletzungen sowie die minimal invasive Chirurgie (Arthroskopie, Laparoskopie). Ich wohne in Schmerikon, bin verheiratet und Vater eines Sohnes.

Dr. med. Dominik Schneider

Leitender Arzt
Innere Medizin/Palliative Care



Geboren in den USA, verschlug es mich über Deutschland in die Schweiz nach Feldmeilen, was mein erster Kontakt mit der Region war. Nach einem Umzug nach Bern wurde die Hauptstadt zu meiner Heimat. Als Heimweh-Berner habe ich jedoch am rechten Zürichseeufer meine zweite Heimat gefunden und fühle mich hier sehr wohl. Ich bin Vater von zwei kleinen Kindern, welche nun als waschechte Zürcher aufwachsen werden.

Nach dem Studium an der Universität Bern sammelte ich während zwei Jahren meine ersten Erfahrungen in der Inneren Medizin am Stadtspital Triemli. Anschliessend verbrachte ich ein Jahr auf der Neurologie des Inselspitals Bern, bevor ich für ein Jahr auf die Innere Medizin des USZ wechselte, wo ich 2008 meinen Facharzt für Innere Medizin erlangte. Die folgenden drei Jahre durfte ich am Kantonsspital Aarau meine ersten Erfahrungen als Oberarzt sammeln. Hier kam es auch zu ersten Kontakten mit dem Gebiet der medikamentösen Schmerztherapie, was mir den Einstieg in die Palliativmedizin ermöglichte. 2011 kehrte ich als Oberarzt an das USZ zurück und beschäftigte mich auch intensiver mit den Themen Schmerztherapie und Palliative Care. Ich freue mich, nun Teil des Teams am Spital Männedorf zu sein und mich hier zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten einbringen zu können.

Personelle Änderungen ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

1. Januar bis 31. März 2015 (ausgenommen Unterassistierende)

Medizinische Klinik

Eintritte

1.1.2015	Dr. med. Dominik Schneider Leitender Arzt
1.2.2015	med. pract. Andrea Michael Isler Assistenzarzt
1.3.2015	med. pract. Konstantin Godly Assistenzarzt

Austritte

31.1.2015	med. pract. Tanja Haller Assistenzärztin
28.2.2015	med. pract. Nastassja Scheidegger Assistenzärztin
31.3.2015	med. pract. Tina Elvira Trachsel Assistenzärztin

Chirurgische Klinik

Eintritte

1.1.2015	med. pract. Florence Bühler Assistenzärztin
1.1.2015	med. pract. Nicolas Philippe Glasson Assistenzarzt
1.1.2015	Dr. med. Titus Cirebea Oberarzt
16.2.2015	med. pract. Markus Angerer Assistenzarzt

Austritte

31.3.2015	med. pract. Sylwia Dahl Assistenzärztin
31.3.2015	med. pract. Stefanie Hosemann Assistenzärztin

Klinik für Gynäkologie & Geburtshilfe

Eintritte

20.1.2015	med. pract. Eva Haller Assistenzärztin
1.2.2015	Dr. med. Rebekka Zündorf Assistenzärztin
1.2.2015	Dr. med. Barbara Kleeb Oberärztin

Austritte

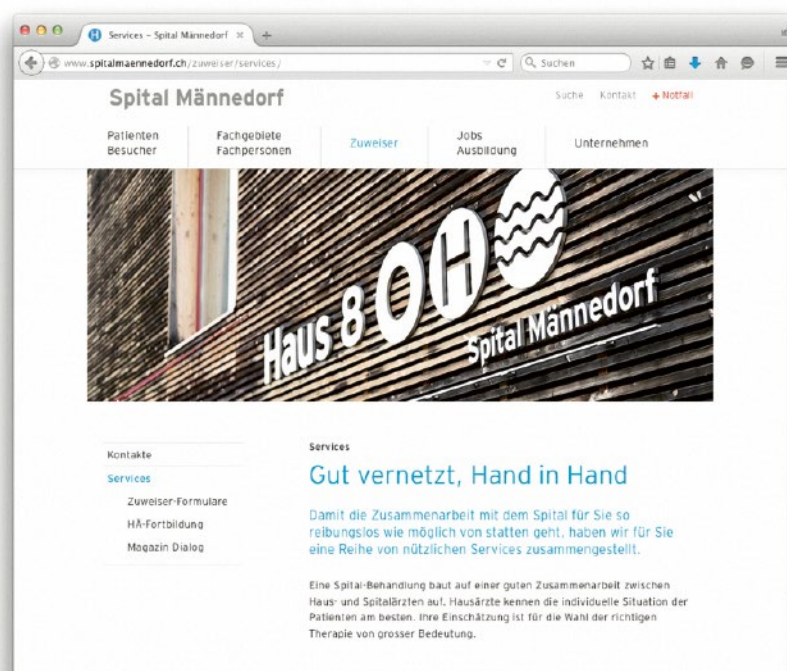
31.1.2015	Dr. med. Carin Holmberg-Klotz Assistenzärztin
31.3.2015	Dr. med. Dalia Balsyte Assistenzärztin
31.3.2015	Dr. med. Margarethe Rossmannith Oberärztin

Frisch, funktional und informativ

Seit Anfang Jahr ist das Spital Männedorf mit einer komplett neuen Website (www.spitalmaennedorf.ch) präsent. Das frisch anmutende Design verkörpert den Grundsatz «reduce to the max» und vermeidet jeglichen unnötigen Ballast. Das erfreut nicht nur das Auge, sondern kommt auch der Funktionalität zugute. So bietet die neue Website eine intuitive Benutzerführung und orientiert sich an den Bedürfnissen der verschiedenen Benutzergruppen: Patienten und Besucher finden rasch die für sie wichtigen Informationen. Und im Bereich Fachgebiete/Fachpersonen wird das medizinische Angebot des Spitals übersichtlich präsentiert und die leitenden Mitarbeitenden werden kurz vorgestellt. Um der engen Zusammenarbeit mit den Zuweisern des Spitals Rechnung zu tragen, bietet die Website neu bereits auf der Einstiegsseite einen direkten Link zum Zuweiser-Bereich. Hier stehen zahlreiche Formulare zum Download bereit, wichtige Kontakte sind angegeben und

auch eine Übersicht über die aktuellen Hausarzt-Fortbildungen steht zur Verfügung. Die neue Website wird kontinuierlich weiterentwickelt und ausgebaut.

Anregungen und Wünsche dazu nimmt Adrian Kübler, Marketing & Kommunikation, gerne entgegen (E-Mail: a.kuebler@spitalmaennedorf.ch).



Weniger Haarverlust bei Chemotherapie

Seit Ende 2014 setzt das Onkologie Zentrum des Spitals Männedorf ein sogenanntes Dignicap-System ein. Mit diesem System zur Kopfhautkühlung steht das derzeit modernste Gerät zur Verfügung, um einen chemotherapiebedingten Haarverlust zu reduzieren. Durch die Kühlung wird die Aufnahme der Chemotherapie lokal verringert und

deren unerwünschte Aktivität an den Haarwurzeln reduziert. Beides führt dazu, dass die Patientinnen und Patienten weniger Haare verlieren. Der Einsatz des Systems eignet sich bei einer medikamentösen Therapie gegen bösartige, solide Tumore, etwa bei Darm-, Lungen- oder Brustkrebs. Insbesondere Patienten mit fortgeschrittenen Tumorer-

krankungen können vom neuen System profitieren, stellt doch der Haarverlust gerade für sie oftmals eine grosse Belastung dar. Die ersten Erfahrungen am Onkologie Zentrum zeigen eine gute Verträglichkeit und dank der Beratung und Betreuung durch die Pflegefachpersonen eine hohe Akzeptanz bei den Patientinnen und Patienten.