



FÜR SIE AUSGESUCHT

Neues zur Dickdarmdivertikulose/Divertikulitis

Die vorliegenden Empfehlungen stützen sich auf die S2k-Leitlinie Divertikelkrankheit/ Divertikulitis der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) sowie auf eigene Publikationen.

Anatomie / klinische Präsentation

Kolondivertikel sind erworbene Ausstülpungen der Mukosa und Submukosa durch Muskellücken der Darmwand. Diesen Veränderungen liegen strukturelle Darmwandveränderungen in Form von Bindegewebs-, muskulären und nervalen Veränderungen sowie Lifestyle-Faktoren wie Bewegungsmangel und Übergewicht zugrunde. Die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter und hat innerhalb der letzten Jahre zu zunehmenden Hospitalisierungsraten geführt.

Bei Auftreten von Symptomen spricht man von einer Divertikelerkrankung, die sich als Divertikulitis (unkompliziert/kompliziert) oder als Divertikelblutung manifestieren kann. Chronische Verläufe und/oder Kombinationen aus Entzündungen und Blutungen sind Teil des natürlichen Verlaufes der Erkrankung.

Diagnostik

Zur Basisdiagnostik gehören nach der klinischen Untersuchung Schnittbildverfahren (Sonographie und/oder Computertomographie), ein Labor inklusive C-reaktives Protein im Serum sowie ein Urinstatus zum Ausschluss von Sigma-Blasenfisteln. Mit diesen Untersuchungen lässt sich eine therapierelevante Differenzierung zwischen unkomplizierter und komplizierter Divertikulitis treffen. Im akuten Entzündungsschub sollte eine Sigmoidoskopie/Koloskopie nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden, vor elektiven Sigmaresektionen jedoch immer, ebenso nach Ausheilung der Indexdivertikulitis. Bei Divertikelblutungen ist die Koloskopie obligatorisch, ebenso die Dokumentation von angeborenen oder erworbenen Blutungsneigungen.

Prävention und konservative Therapie

Gewichtskontrolle, ballastreiche Ernährung und ausreichende Bewegung dienen der Primärprophylaxe. In der Therapie kann bei einer unkomplizierten Linksdivertikulitis (i. e. Divertikulitis des linken Hemikolons inkl. Sigmas) bei enger, klinischer Verlaufsbeobachtung gegebenenfalls auf eine Antibiotikatherapie verzichtet werden. Dies gilt nicht bei Patienten mit allgemeinen Risiken oder Risikoindikatoren für einen komplizierten Verlauf. Nach erfolgreicher Behandlung einer unkomplizierten Divertikulitis ist eine chirurgische Therapie nur bei Risikokonstellation (z. B. Organtransplantation und/oder Immunsuppression, längerem fehlendem Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung z. B. bei Reisen/Auslandsaufenthalten) indiziert. Bei Patienten mit erfolgreich behandelter, komplizierter Divertikulitis sollte im Intervall, bei nicht erfolgreich konservativ behandelter, komplizierter Divertikulitis im Indexaufenthalt operiert werden. Dazu gehören auch Patienten mit einer freien Perforation in die Peritonealhöhle. In den neusten Deutschen Leitlinien werden allerdings Patienten mit einem Mikroabszess (gedeckte Perforation, kleiner Abszess ≤ 1 cm, minimale parakolische Luft) als separate Gruppe beurteilt. Diese Patienten müssen nicht zwingend operiert werden, auch nicht im entzündungsfreien Intervall.

Operative Therapie

Ziel der modernen chirurgischen Therapie ist die operative Entfernung des erkrankten Darmabschnittes mit Erhaltung der Darmkontinuität in einem einzeitigen Verfahren. Einzige Ausnahme sind frei perforierte Divertikulitiden bei Patienten mit intraoperativ instabilen Kreislaufverhältnissen, erheblichen kardialen Komorbiditäten oder nach Organtransplantationen, bei welchen zweizeitige Resektionen mit Schutzstomata durchgeführt werden können.

Die chirurgische Resektion sollte das gesamte Sigma umfassen, bis einschliesslich der obersten Zentimeter des Rektums. Die Operation erfolgt in aller Regel minimal invasiv, wobei neben dem Zugangstrauma (d. h. Zahl und Länge der Inzisionen) das Gesamttrauma, sprich die Gesamtzahl der Interventionen, sowie die zeitliche Länge zur Erzielung des oben aufgeführten Ergebnisses in Betracht gezogen werden müssen. Die Entfernung des Resektates erfolgt über kleine Inzisionen, wobei die Mobilisation offen oder endoskopisch gestützt durchgeführt werden kann. Die Operation im Perforationsstadium kann in erfahrenen Händen als einzeitige Sigmaresektion mit primärer Anastomose durchgeführt werden (siehe u. a. Literatur).

Divertikelblutungen sollten möglichst endoskopisch lokalisiert und endoskopisch therapiert werden. Bei Therapieversagen mit persistierendem Transfusionsbedarf kann bei ansonsten kreislaufstabilen Verhältnissen eine Angiographie mit Embolisation durchgeführt werden. Bei fortgesetzter Blutung sollte eine segmentale Resektion des blutenden, Divertikel tragenden Darmsegmentes erfolgen. Ohne genaue Zuordnung von rechts- oder linksseitigen Divertikeln können erweiterte Resektionen bis hin zu einer (sub)totalen Kolektomie erforderlich werden. Auch dabei sollte die Kontinuität mittels Ileo-Rektostomie oder Coeco-Rektostomie erhalten werden.

Literatur

- L. Leifeld, C. T. Germer, S. Böhm, et al. S2k-Leitlinie Divertikelkrankheit/Divertikulitis. Z Gastroenterol 2014;52:663–710.
- Dis Colon Rectum. 2001;44(5):699–703.
- World J Surg. 2006;30(6):1027–32.



Autor:

Prof. Dr. med. Martin
Schilling
Facharzt Viszeralchirurgie

[E-Mail](#)
[Zur Online Visitenkarte](#)



Autor:

PD Dr. med. Stephan M. Wildi
Facharzt Gastroenterologie

[E-Mail](#)
[Zur Online Visitenkarte](#)

Kopf-Hals-Tumoren im Spotlight: vielseitig, anspruchsvoll und interdisziplinär

Das Zentrum für Kopf-Hals-Chirurgie an der Hirslanden Klinik St. Anna ist der individuellen Behandlung von Patienten mit gutartigen und bösartigen Tumoren des Kopf- und Halsbereichs gewidmet. Eine anspruchsvolle, vielseitige Herausforderung.

Unterschiedliche Tumorarten im Kopf- und Halsbereich

Der ORL-Chirurg ist mit einer Vielzahl an unterschiedlichen gut- oder bösartigen Neubildungen, aber auch funktionellen Störungen wie z. B. dem Zenker-Divertikel konfrontiert. Epidemiologisch werden weltweit ca. 500'000 neue mukosale Malignome diagnostiziert. Die betroffenen anatomischen Organe/Einheiten können geografisch in der Häufigkeit, aber auch in der Entstehung variieren. Während in Asien Epstein-Barr-Virus-(EBV-)assoziierte Nasopharynxkarzinome gehäuft therapiebedürftig sind, werden in Europa und in den USA immer vermehrt Humane-Papillomavirus-(HPV-)assoziierte Rachenkarzinome diagnostiziert. Letzteres scheint die klassischen Risikofaktoren wie Nikotin- und Alkoholabusus zu verdrängen. Insgesamt nimmt die Anzahl Mundhöhlen- und Larynxkarzinome eher ab, während die HPV-assoziierten Oropharynxkarzinome in der Zahl deutlich zunehmen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat reagiert und bietet neu den Schulkindern entsprechende Impfungen gegen einzelne verantwortliche HPV-Arten an.

Nebst den mukosalen Tumoren beschäftigt sich der spezialisierte ORL-Chirurg auch mit den meist gutartigen Neoplasien der Speicheldrüsen und Schilddrüse. Dabei wird das gesamte Spektrum der Diagnostik inkl. Ultraschall, Punktionen, fiberoptischer und starrer minimal-invasiver Endoskopien (u. a. auch der Sialendoskopie der Speicheldrüsenengänge in Lokalanästhesie) angeboten. Bei der Abklärung und operativen Therapie von Schilddrüsenpathologien besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Endokrinologen und dem Nuklearmediziner. In diesem Zusammenhang soll an der Hirslanden Klinik St. Anna ein Kompetenzzentrum entstehen mit dem Fokus eines vollumfänglichen interdisziplinären Therapieangebotes.

Last but not least befinden sich zwischen dem Hals und dem Hirn auch die Nase und die Nasennebenhöhlen, Letztere als Zugang zur Schädelbasis. Dieser mehrheitlich endoskopisch-chirurgische Bereich wird an der Klinik St. Anna ebenfalls abgedeckt. Dabei kommen modernste Navigationshilfen zum Einsatz.

Weitere navigations-unterstützte Abklärungen/Therapieformen beinhalten die Sentinellymphknotenbiopsie bei Haut- oder auch ausgewählten mukosalen Tumoren sowie in Zukunft die transorale roboterassistierte Tumorchirurgie.

Anspruchsvolle Chirurgie

Das duale Prinzip der onkologischen Chirurgie mit dem Erhalt der Funktion einerseits und der onkologischen Sicherheit andererseits stellt gerade im Kopf-Hals-Bereich hohe Anforderungen an den Chirurgen. Moderne Hilfsmittel wie die metabolische Bildgebung (PET/CT, SPECT/CT), aber auch endoskopische Informationen erleichtern die Planung eines anspruchsvollen Eingriffs entscheidend. Zudem wird jeder Fall vor einer geplanten Intervention am wöchentlichen, interdisziplinären Tumorboard besprochen und diskutiert. Intraoperativ wird der Chirurg durch das Neuromonitoring im Rahmen von Speichel- und Schilddrüseneingriffen unterstützt.

Bei grossen Tumoreingriffen, welche nebst der Ablation der Neoplasie eine Rekonstruktion zur Wiederherstellung der funktionellen Einheit beinhalten, kommen modernste OP-Instrumente und -Mikroskope zum Einsatz. Diese hochkomplexe Art der Chirurgie dauert oftmals mehrere Stunden und bedarf eines eingespielten Teams zwischen den Chirurgen, Anästhesisten, dem OP-Staff und letztlich auch der IPS und Pflegestation. Hierbei erleichtern angefertigte Checklisten und Casemaps die Zusammenarbeit und das Verständnis der anspruchsvollen Patientenversorgung.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Das Teamwork beginnt bereits bei der Zuweisung des Patienten an den jeweiligen Spezialisten mit dem gegenseitigen Vertrauen als wichtigster Voraussetzung. Gerade bei den immer älter werdenden Patienten spielen Vernunft, Angebot und Durchführung einer komplexen Behandlung gepaart mit einfacher und direkter Kommunikation eine wichtige Rolle. Letztere soll auch nach der Behandlung durch den Spezialisten nicht abbrechen. Wie oben bereits erwähnt, werden die Patienten interdisziplinär besprochen, bevor eine chirurgische Intervention geplant wird. Beim Eingriff selbst werden je nach Komplexität ebenfalls weitere Spezialisten dabei sein, um so für eine möglichst rasche und optimale Versorgung garantieren zu können. Während der postoperativen Phase werden Fachkollegen zur gemeinsamen Betreuung des Patienten hinzugezogen. Hierbei zeigt sich klar: Je eingespielter das Team, desto besser die Patientenversorgung. Zuletzt soll erwähnt werden, dass nebst der klinischen Zusammenarbeit auch die wissenschaftliche Zusammenarbeit und die Aufarbeitung der eigenen Daten eine wichtige Rolle in der Vorwärtsbewegung einer modernen, angepassten, wissenschaftlich belegten Patientenversorgung spielen.

Beispiele

Abb. 1-3: Rekonstruktion der Zunge nach Tumorentfernung mit Hilfe eines freien Vorderarmtransplantats (radial forearm free flap), welches autonom mit Hilfe mikrochirurgischer Anastomosierung blutversorgt wird und in diesem Falle zusätzlich mittels eines radialen Nervenastes für eine sensible Versorgung der Zunge sorgt (sensate flap).



Abb. 1



Abb. 2

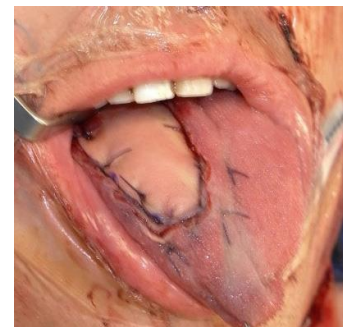


Abb. 3

Abb. 4-5: Einer nach retrotracheal und nach intrathorakal gewachsene Struma multinodosa. Der Zugang erfolgte rein zervikal, ohne dass eine Sternotomie notwendig wurde. In der Struma fand sich zusätzlich ein gut-differenziertes papilläres Schilddrüsenkarzinom, so dass eine adjuvante Radiojodtherapie mittels ¹³¹I indiziert war.



Abb. 4



Abb. 5



Autor:

Prof. Dr. med. Stephan Haerle
Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten, speziell Hals- und
Gesichtschirurgie

Zentrum für Kopf-Hals-Chirurgie
Lützel mattstrasse 3
6006 Luzern
Schweiz

T +41 41 544 07 08

F +41 41 544 07 16

[E-Mail](#)

[Zur Online Visitenkarte](#)

<https://kopf-hals-chirurgie.ch/wp/>

WIR HEISSEN HERZLICH WILLKOMMEN

Neue stellvertretende Leiterin Nuklearmedizin und Leiterin PET-CT am Institut für Radiologie und Nuklearmedizin an der Klinik St. Anna

Wir heissen Frau PD Dr. med. Dorothee Rita Fischer als neue Klinikärztin ab Mai 2016 herzlich willkommen. Sie ist stellvertretende Leiterin der Abteilung Nuklearmedizin und Leiterin des PET/CT-Zentrums. Sie freut sich, als Doppelfachärztin Radiologie und Nuklearmedizin die Kombination beider Fächer zusammen mit einem zweiten Doppelfacharzt in einem Team erfahrener Radiologen weiter in der Klinik St. Anna etablieren zu können. Sämtliche Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie können hier auf höchstem Niveau durchgeführt werden. Dabei wird sie insbesondere ihr Fachwissen auf dem Gebiet der PET/CT und onkologischen Bildgebung, Hybridbildgebung mit Schwerpunkt muskuloskeletale Hybridbildgebung (SPECT/CT), sowie auch der Senologie und Kardiologie einbringen. Die Wertschätzung und kollegiale, herzliche Atmosphäre am St. Anna sind dabei sehr motivierend, ebenso wie die von Beginn an gute Zusammenarbeit mit den zuweisenden Kollegen.

Berufliche Tätigkeiten während der letzten Jahre:

Mai 2016 – heute	Stellvertretende Leiterin Nuklearmedizin, Leitung PET/CT, Klinik St. Anna, PD. Dr. Sebastian Kos
2015	Oberärztin, Institut für Radiologie, Spital Männedorf AG, PD Dr. med. C. Stoupis
2014	Senior Consultant Nuclear Medicine, HMC Doha, Katar, Dr. Ahmed Omar
2011 – 2013	Oberärztin Nuklearmedizin/Radiologie, UniversitätsSpital Zürich, Prof. Dr. G. K. von Schulthess und Prof. Dr. J. Hodler

Zusätzliche Tätigkeiten

Mitgliedschaften in folgenden Institutionen:

- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
- Schweizerische Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM)
- Deutsche Gesellschaft für Radiologie

Sprachen

- Deutsch
- Englisch
- Französisch
- Spanisch
- Italienisch



Autor:

PD Dr. med. Dorothee Rita Fischer
Fachärztin Radiologie und Nuklearmedizin

Institut für Radiologie und Nuklearmedizin
Klinik St. Anna
St. Anna-Strasse 32
6006 Luzern

T +41 41 208 30 30

F +41 41 208 30 26

[E-Mail](#)

Neuer Arzt am Fusszentrum im St. Anna im Bahnhof

Wir heissen Dr. med. Stefan Brunner als neuen Klinikarzt ab Juni 2016 herzlich willkommen. Er ergänzt das Team im FussZentrum St. Anna im Bahnhof der Klinik Hirslanden St. Anna.

Dr. med. Stefan Brunner freut sich auf die kollegiale interdisziplinäre Arbeit im FussZentrum und in der Hirslanden Klinik St. Anna. Er interessiert sich im Speziellen für die biomechanische Beurteilung von Knie- und Hüftproblemen in unserem Labor für orthopädische Biomechanik.

Seine Kernkompetenzen sind:

- Arthroskopische Eingriffe
- Endoprothetik inkl. Revisionsendprothetik der unteren Extremität
- Sportorthopädie
- Fusschirurgie
- Kinderorthopädie

Berufliche Tätigkeiten während der letzten Jahre:

2016 – heute	Klinikarzt FussZentrum St. Anna, Hirslanden St. Anna im Bahnhof
2015 – 2016	Belegarzt Klinik Seeschau, Kreuzlingen selbständige Praxistätigkeit in den santémed Gesundheitszentren Frauenfeld und Kreuzlingen
2013 – 2014	Oberarzt Orthopädie Kantonsspital Aarau
2015	Zertifikat Kinderorthopädie VKO

Zusätzliche Tätigkeiten

Mitgliedschaften in folgenden Institutionen:

- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
- Thurgauer und Luzerner Ärztesgesellschaft
- Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkschirurgie (AGA)
- Verbindung Schweizer Assistenz- und Oberärzte (VSAO)

Sprachen

- Deutsch
- Englisch
- Französisch
- Portugiesisch
- Italienisch



Autor:

Dr. med. Dr. med. Stefan Brunner
Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des
Bewegungsapparates

FussZentrum St. Anna im Bahnhof
Zentralstrasse 1
6003 Luzern

T +41 41 556 62 16

F +41 41 556 62 18

[E-Mail](#)

Neuer Belegarzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, speziell operative Gynäkologie und Geburtshilfe an der Hirslanden Klinik St. Anna

Wir heissen Dr. (NL) Frank Bouwmeester als neuen Belegarzt ab Juni 2016 herzlich willkommen. Er führt seine Frauenpraxis Bouwmeester Luzern als Praxisgemeinschaft mit Frau Dr. med. Loretta Marques.

Dr. Bouwmeester legt grossen Wert auf ein ehrliches, deutliches und persönliches Behandlungsverhältnis, bei der eine respektvolle, freundliche und fürsorgliche Betreuung von Frauen allen Alters im Mittelpunkt steht. Neben der Geburtshilfe und operativer Gynäkologie ist sein besonderer Schwerpunkt Beckenbodenbeschwerden, wie zum Beispiel Senkungsprobleme mit oder ohne Harninkontinenz. Eine weitere Kernkompetenz ist starker Blutverlust während der Menstruation. In vielen Fällen ist es möglich, dieses Problem auf einfache Weise zu lösen.

Da er eine komplett neue Praxis eröffnet, gibt es keine Wartezeiten, und Sie können sich sofort mit Ihren Fragen an ihn wenden. Er freut sich auf eine gute Zusammenarbeit mit allen Kolleginnen und Kollegen.

Seine Kernkompetenzen sind:

- Operative Gynäkologie und Geburtshilfe
- Beckenbodenbeschwerden
- Menopause-Probleme
- Harninkontinenz
- Starke Blutungen

Berufliche Tätigkeiten während der letzten Jahre:

2016 – heute	Frauenpraxis Bouwmeester Luzern in Praxisgemeinschaft mit Frau Dr. med. Loretta Marques, Belegarzt an der Hirslanden Klinik St. Anna
2011 – Mai 2016	Gemeinschaftspraxis für Gynäkologie und Geburtshilfe im „Waterlandziekenhuis“ in Purmerend, NL
2011 – 2016	Private Frauenklinik „Gynos“, Gesellschafter, NL
2008 – 2015	Leiter der Abteilung Gynäkologie/Geburtshilfe „Waterlandziekenhuis“, NL

Zusätzliche Tätigkeiten

Mitgliedschaften in folgenden Institutionen:

- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
- Ärztegesellschaft des Kantons Luzern
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)
- Niederländischer Gynäkologen Verein (NVOG)
- Dutch Menopause Society
- Gesellschaft der St. Anna Ärzte (GAL)

Sprachen

- Deutsch
- Englisch
- Niederländisch



Autor:

Dr. (NL) Frank Bouwmeester
Facharzt Gynäkologie und Geburtshilfe, speziell operative
Gynäkologie und Geburtshilfe

Frauenpraxis Bouwmeester Luzern
Hofstrasse 1
6006 Luzern

T +41 41 410 36 55

T (direkt) +41 41 410 36 08

F +41 41 410 36 00

[E-Mail](#)

[Zur Online Visitenkarte](#)

Klinik St. Anna baut provisorische Operationssäle für roboterassistierte Chirurgie

Die Hirslanden Klinik St. Anna startete im Mai mit dem Bau von zwei zusätzlichen provisorischen Operationssälen. Die Kapazitäten müssen aufgrund der stark angestiegenen Patientenzahlen im Bereich der roboterassistierten Chirurgie ausgebaut werden. Das Provisorium wird voraussichtlich Ende September 2016 in Betrieb genommen.

Im Innenhof der Klinik St. Anna werden zwei zusätzliche Operationssäle als Provisorium in Modulbauweise realisiert. Voraussichtlich wird Ende September 2016 der operative Betrieb in den zwei Sälen aufgenommen. Nach Abschluss der aktuell geplanten Erweiterungsbauten der Klinik St. Anna werden diese neuen, provisorischen Operationssäle wieder abgebaut.

„Wir investieren konsequent in modernste Medizintechnik“

Die zusätzlichen zwei Operationssäle sind nötig, da immer mehr chirurgische Disziplinen die Robotertechnik für Operationen nutzen. Die neuen Kapazitäten bringen für Patienten und Mitarbeitende viele Vorteile: Die Infrastruktur wird moderner und die Planung der Eingriffe wird vereinfacht.

Klinikbetrieb von der Bautätigkeit nicht eingeschränkt

Die Bautätigkeit wird vor allem ausserhalb der Klinik im Innenhof stattfinden. Für die Patienten wird es kaum zu Beeinträchtigungen kommen. Die Zufahrt zur Klinik kann für Privattransporte teilweise eingeschränkt sein. Nicht betroffen davon sind alle Fahrten der Ambulanzfahrzeuge und andere Notfälle.

13 FRAGEN AN

Langjährige St. Anna-Belegärzte im persönlichen Gespräch

Seitenwechsel – Klinikmitarbeiter im persönlichen Gespräch

1. **Wann wurden Sie Belegärztin im St. Anna und wie kam es dazu?**
Ich habe mich spontan beworben und wurde 1999 als Belegärztin gewählt.
2. **Wie war damals Ihre Tätigkeit im St. Anna organisiert?**
Als gewählte Belegärztin hatte ich meine Praxis für Onkologie und Hämatologie ausserhalb der Klinik, in der Stadt Luzern an der Obergrundstrasse 44, eingerichtet. Dort sah ich meine Patienten für Erstuntersuchungen, für weitere Abklärungen und Therapien in meinem Onkologieambulatorium. Im St. Anna betreute ich meine stationären Patienten selber, sei es wegen onkologischer Notfälle, Chemotherapien, Palliativsituationen oder zur Sterbebegleitung. Es standen wöchentlich viele onkologische Konsilien an.
3. **Wie haben Sie mit den St. Anna-Schwestern zusammengearbeitet?**
Es war eine positive Zusammenarbeit. Ich habe die St. Anna-Schwestern stets als hilfsbereit, kompetent, zielorientiert erlebt, ob dies auf dem Notfall, auf den Abteilungen oder im Sozialdienst war. Die Patienten und auch ich schätzten ihre liebevolle und tatkräftige Unterstützung.
4. **Wie organisieren Sie heute Ihre Tätigkeit im St. Anna?**
Täglich mache ich frühmorgens Visite bei den eigenen stationären Patienten. Pneumo- und Tumorboardsitzungen finden jeweils am Dienstagabend in der Klinik statt. Meist bin ich vorgängig noch im Labor Bioanalytica für Knochenmarkbeurteilungen mit der Laborantin verabredet, um mit ihr zusammen die wöchentlich anfallenden Knochenmarkausstriche zu beurteilen.
5. **Was ist der grösste Unterschied für Sie zwischen den zwei Zeitperioden?**
 - a) *Das Management der Notfallpatienten, das jeder zuweisende Belegarzt früher selber machen musste, d.h. sofort auf die Notfallstation eilen, untersuchen, verordnen etc., kann ich heute an die stetigen, 24 Stunden zur Verfügung stehenden Notfallärzte auf der neuen Notfallstation delegieren. Dies ist viel effizienter, spart mir Zeit, da man nicht sofort (und manchmal im grössten Stadtverkehr) in die Klinik gehen muss. Ausserdem läuft das aktuelle Praxisprogramm mit den Chemotherapien geordnet und unter meiner Aufsicht weiter.*
 - b) *Ursprünglich fanden die morgendlichen Visiten noch öfters mit den Pflegenden bei den Patienten auf den Stationen statt, dies ist heute nur noch selten der Fall.*
 - c) *Heute werden alle Verordnungen der Ärzte im Klinik-Computer-System erfasst, was früher noch handschriftlich auf Verordnungsblättern erfolgte.*
 - e) *Früher hatten wir viel mehr Konsilien im St. Anna, was heute vermehrt durch die Inhouse-Onkologen erledigt wird.*
 - f) *Früher hatten wir zu jeder Röntgenanmeldung die Röntgendossiers mitzubringen, was heute dank Digitalisierung und Back-ups zum Glück entfällt.*
6. **Wie unterschiedlich ist die Patientenbehandlung zwischen früher und heute?**
 - a) *In der Onkologie haben ganz allgemein Behandlungen an Kürze gewonnen (kaum mehr mehrtägige Dauerinfusionstherapien). Das Meiste sind Infusionen, die innert 30 Minuten oder in wenigen Stunden verabreicht werden. Sogar subkutane oder perorale Tumorthérapien stehen häufig zur Verfügung, dadurch sind die Behandlungszeiten bedeutend kürzer.*
 - b) *Patientenverfügungen sind zum Teil vorhanden, aber nur bedingt brauchbar, da Stellungnahmen z. B. gegen eine Chemotherapie oft wieder umgestossen werden, falls sich*

eine Verbesserung gerade nur mit Chemotherapie erreichen liesse. Information und Aufklärung des Patienten sind nach wie vor sehr wichtig.

c) Dank molekular-biologischer bzw. genetischer Untersuchungen werden Tumoren immer differenzierter unterteilt und Therapien immer präziser.

d) Patienten schätzen allgemein die Betreuung durch ein eingespieltes konstantes Team, dem sie Vertrauen entgegenbringen, den Pflegenden und dem Arzt oder der Ärztin.

7. Was denken Sie: Wie sieht die Spitalorganisation in 20 Jahren aus?

Vielleicht wie in grossen universitären Spitälern mit hierarchisch aufgebauten Teams, keine Belegärzte mehr? Wo die Patienten lediglich als eine Summe von unterschiedlich zu gewichtenden Diagnose-Codes und Therapie-Codes erfasst werden, und Leistungen nur noch unter dem Gesichtspunkt der Ökonomie getätigt werden? Ich hoffe, dass die Entwicklung nicht in diese Richtung geht. Vielleicht gelingt es der Forschung, Heilungen in wichtigen Tumorentitäten zu erzielen, und mehr Informationen zur sicheren primären Prävention zu gewinnen. Dies wären echte Erfolge. Was meine persönliche Erfahrung nun über x Jahre in der Onkologie zeigt, ist, dass die Patienten kurze Behandlungswege in ihrer Nähe und ein eingespieltes Netzwerk von Hausarzt und Fachärzten sehr schätzen.

8. Wenn Sie nochmals 20 wären – würden Sie wieder Medizin studieren?

Ja, sicher. Arzt/Ärztin sein ist einer der schönsten, erfüllendsten Berufe, weil er mit Menschen in einer schwierigen Lebenssituation zu tun hat. Die Medizin hat viel erforscht und kann heute vieles anbieten. Speziell das Fachgebiet der Onkologie ist hochinteressant, zeigte eine rasante Entwicklung im diagnostischen und therapeutischen Bereich. Man ist rundum gefordert, bekommt aber auch viel Anerkennung durch die Patienten. Im Gegensatz zu früher, noch vor 30 Jahren, sind die Erfolgchancen einer Tumorbehandlung heute grösser, sei es in kurativer Hinsicht, sei es mit palliativem Behandlungsziel.

9. Welchen Einfluss hat der Arztberuf auf Ihr Privatleben?

Manchmal einen übermässig erdrückenden, aufgrund der dichten Agenda und der Tatsache, dass Tumorpatienten meist keinen Aufschub tolerieren. Mein Privatleben spielt sich tatsächlich an einem kleinen Ort ab. Andererseits erfüllt mich meine Arbeit mit einer grossen Dankbarkeit und Zufriedenheit. Sie ist sinnstiftend und daher Motivation, weiterzumachen.

10. Welchen Beruf hätten Sie auch gerne ausgeübt? Warum?

Fremdsprachen liegen mir, deswegen liebäugelte ich auch mit Dolmetschen, Bücher übersetzen. Physik faszinierte mich in der Schule. Gerne wäre ich auch Pianistin geworden. Zudem verspürte ich immer wieder die Verlockung, zu reisen und fremde Länder zu entdecken.

11. Work-Life-Balance ist ein viel gehörtes Schlagwort. Sind Sie in der Balance und was tun Sie dafür?

In meinem Alter habe ich gemerkt, dass ich etwas für die Gesunderhaltung meines Körpers tun muss, deshalb gehe ich zwei Stunden pro Woche ins Pilates. Ich liebe Bewegung in der Natur, Spaziergänge, Wanderungen. Besuche in Gewächshäusern und Zoos faszinieren mich immer wieder. Ich pflege soziale Kontakte vor allem in der Familie, in einem engen Bekanntenkreis, liebe Musik, habe KKL-Symphonie-Abo und Theater-Abo und lese gerne, wenn ich Zeit und Musse dazu habe.

12. Welches kulturelle Angebot Luzerns nutzen Sie am häufigsten?

Musik im KKL

13. Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

Das Tagebuch der Anne Frank und GEO-Zeitschriften.



Autor:

Dr. med. Theresia Hardegger
Fachärztin Medizinische Onkologie

Onkologie-Praxis Luzern AG
Obergrundstrasse 44
6003 Luzern

T +41 41 240 41 12
F +41 41 204 41 12

[E-Mail](#)
[Zur Onlinevisitenkarte](#)