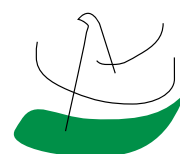




Spital Zollikerberg Jahresbericht 2011



Spital Zollikerberg
Ihr Schwerpunkthospital im Grünen

- 3 Spital Zollikerberg**
Vielschichtige Arbeit am
Fundament für die Zukunft
- 6 Chirurgie**
Die Schnitte werden immer kleiner
- 8 Innere Medizin**
Medizinische Diagnostik –
Entwicklung am Spital Zollikerberg
- 10 Frauenklinik**
Den Notfall-Kaiserschnitt neu organisieren
- 12 Neonatologie**
Sanfte Pflege von Neugeborenen
- 14 Dienstleistungszentrum OP/IS**
Akute und chronische Schmerztherapie
- 16 Nephrologie**
Nierenersatzverfahren beim älteren Patienten
- 18 Radiologie**
Rückenschmerzen – MRI oder CT?
- 20 Orthopädie**
Endoskopische Diskushernien-Operation
- 21 Ophtalmologie**
Makuladegeneration: Schulmedizin und TCM
- 22 Urologie**
Prostata – ein Schwerpunkt der Urologie
- 23 Qualitätsbericht**
Qualitätsentwicklung im Spital Zollikerberg
- 24 Statistik Spital**
- 26 Publikationen**
- 27 Beleg- und Konsiliarärzte**
Prisma / Praxiszentrum /
Beleg- und Konsiliarärzte



Vielschichtige Arbeit am Fundament für die Zukunft

Auf dem Weg zum Jahr 0

2011 war in verschiedener Hinsicht geprägt von Bemühungen, eine gute Ausgangslage für das Spital Zollikerberg bei Umstellung der Spitalfinanzierung Anfang 2012 zu schaffen.

Die Bewerbung um einen Platz auf der Spitalliste des Kantons Zürich – bereits 2010 eingereicht – durchlief mehrere Runden. Der definitive Entscheid des Regierungsrates, der im September erging, gab einerseits Anlass zur Freude – über neue Leistungsaufträge in Palliative Care und Geriatrie. Andererseits sorgte er für eine gewisse Enttäuschung, weil zahlenmässig nicht häufige, aber fachlich herausfordernde Operationen nicht mehr durchgeführt werden dürfen. Alles in allem überwog die Genugtuung über einen breiten, unbefristeten Leistungsauftrag.

Spital und Stiftung engagierten sich für ein wettbewerbsorientiertes Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG), indem im Vernehmlassungsverfahren grundsätzliche Änderungsvorschläge eingebracht wurden. Ein Teil davon floss in den Gesetzesentwurf zuhanden der kantonsrätlichen Kommission ein. Nicht übernommen hat der Regierungsrat die auch von uns favorisierte Ablehnung eines Fonds zur Rettung von Spitälern in finanziellen Schwierigkeiten, gespeist aus Erträgen aus der Behandlung von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten. Im Kantonsrat fand sich zum Glück – nach intensiver Überzeugungsarbeit – keine Mehrheit für den Fonds. Definitiv entscheidet das Stimmvolk 2012.

Die Einführung von SwissDRG, dem neuen Entschädigungssystem für grundversicherte Spitalpatienten, musste 2011 fachlich-inhaltlich, organisatorisch und IT-mässig vorbereitet werden. Es gelang, die Abteilung Medizincontrolling, die bei der Abrechnung nach SwissDRG die zentrale Rolle spielt, personell qualifiziert zu verstärken.

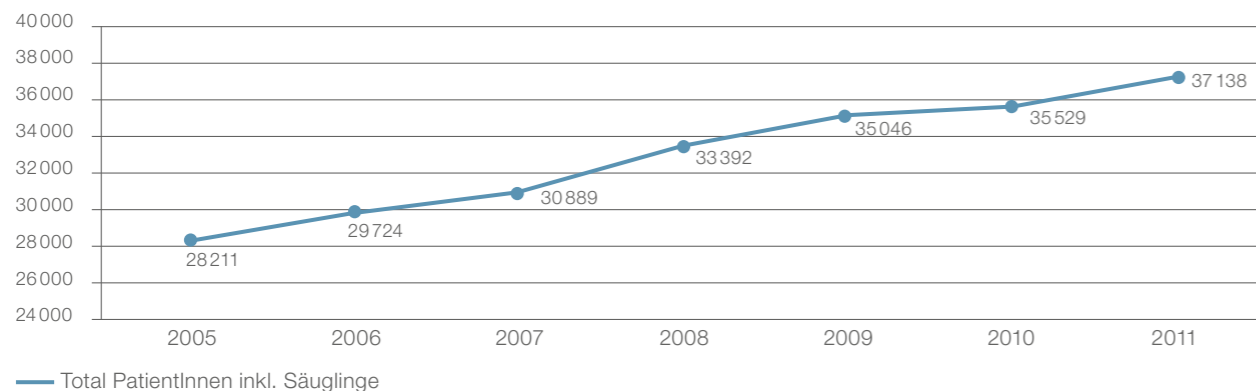
Im Zeichen des Bauens

Die Lärm- und Provisorien-Toleranz von Patientinnen und Patienten sowie von Mitarbeitenden wurde im vergangenen Jahr auf eine harte Probe gestellt. Zeitweise sah es aus wie im Hauptbahnhof Zürich.

Der neue Westflügel (Therapien, Betten-geschosse Spital und RehaClinic) und die neue Cafeteria wurden Ende November abgeschlossen und sorgten für Freude bei Spital, Stiftung und über 3000 Besucherinnen und Besuchern am Tag der offenen Tür. Der neue Westflügel bezeugt mit seiner markanten Glasfas-sade, den modernen, lichtdurchfluteten Patientenzimmern und der Photovoltaik-Anlage auf dem Dach, dass das Spital sich auch baulich für die Zukunft rüstet.

Die Radiologie-Abteilung war von den verschiedenen Bauvorhaben speziell betroffen. Sie lag direkt über der Umbau-zone für die neue Cafeteria und musste ihre eigenen Räumlichkeiten wegen des Ersatzes wichtiger Geräte (Mammographie, Angiographie) baulich verändern. Zu «guter» Letzt beschädigte ein Feuer in einem mobilen Klimagerät das Computertomographiegerät so schwer, dass es ersetzt werden musste, was wieder mit

Entwicklung Patientenzahl gesamt



Bauarbeiten und einem Provisorium verbunden war. Belohnt wurde das Radiologie-Team für sein Stehvermögen unter erschwerten Bedingungen mit einem vollständig digitalen Gerätepark auf dem neuesten Stand der Technik und patientenfreundlichen Räumen.

Neue Stationsteams – beständiges Kader

Der Umzug in den neuen Westflügel in den letzten Tagen des Jahres 2011 brachte es mit sich, dass sämtliche Stationen (mit Ausnahme der Maternité) neu zusammengesetzt werden mussten. Die Klinikleitungen der Inneren Medizin und der Chirurgie stellten durch einen transparenten Prozess, der Präferenzen berücksichtigte, sicher, dass der grösste Teil der bisherigen Mitarbeitenden den Schritt in die neuen Teams wagte. Zum Glück konnten sämtliche Leitungsfunktionen aus dem bestehenden Kader besetzt werden. Damit konnte eine gute Voraussetzung für eine erfolgreiche «Migration» geschaffen werden.

Auch im übrigen Kader konnte das Spital auf viel Konstanz zählen. Einzig die Klinik für Chirurgie verzeichnete einen Wechsel bei den Leitenden Ärzten. Dr. Philipp Lenzlinger wurde zum Chef der Unfallchirurgie des Limmattalspitals gewählt. Er wurde ersetzt durch Dr. Martin Gerber, der aus dem Kantonsspital Chur, einem der wichtigen Zentren für Unfallchirurgie in der Schweiz, zum Team der Chirurgie stiess.

Das Jahr 2011 in Zahlen

37 100 Patientinnen und Patienten wurden behandelt (Darstellung). Das entspricht einer Zunahme von 4,5 %. Die 9 581 stationären Patienten (inkl. Säuglinge) weilten durchschnittlich 6,9 Tage im Spital (Vorjahr 7,0). Konsolidiert erzielte das Spital mit all seinen Bereichen ein ausgeglichenes Ergebnis. Der Ertrag stieg um 2 %, der Aufwand um 3,7 %.

Kinderboom

Fast 1 600 Kinder erblickten im Spital Zollikerberg das Licht der Welt (1 589, Vorjahr 1 514). Das Angebot der Frauenklinik, ergänzt durch die Neonatologie, erfreut sich weiterhin grosser Beliebtheit.

Ein wichtiger Schritt Richtung integrierte Versorgung

975 Menschen wählten das Spital Zollikerberg für einen orthopädischen Eingriff (Vorjahr 875). Dies zeugt von der Kompetenz der akkreditierten Belegärztinnen und -ärzte für orthopädische Chirurgie sowie der Fachleute im Operationssaal und auf der Intensivstation, ergänzt durch eine hochstehende Betreuung auf den Bettenstationen. Zusammen ergibt dies ein überzeugendes Dienstleistungspaket in Sachen Eingriffe am Bewegungsapparat. Mit der Eröffnung von RehaClinic Zollikerberg am 1. Dezember 2011 erfuhr das Ganze eine weitere Attraktivitätssteigerung. Als Novität am Platz Zürich können Patienten die

Spitaldirektion

T 044 397 21 02
info@spitalzollikerberg.ch

Spitaldirektorin

Dr. Orsola L. Vettori

Akut- und die Rehabilitationsphase unter einem Dach verbringen. Dies ist ein wichtiger Schritt in Richtung integrierte Versorgung. RehaClinic Zollikerberg, ein Betrieb von RehaClinic Zürich AG, hat den zweiten Stock des neuen Westflügels gemietet und bietet 36 Betten für muskuloskeletale Rehabilitation an. Im Erdgeschoss des Gebäudes verfügt RehaClinic Zollikerberg über ein Therapiebad und Therapieräumlichkeiten, die zum Teil gemeinsam mit dem Spital genutzt werden.

Ambulante Leistungen auf dem Vormarsch

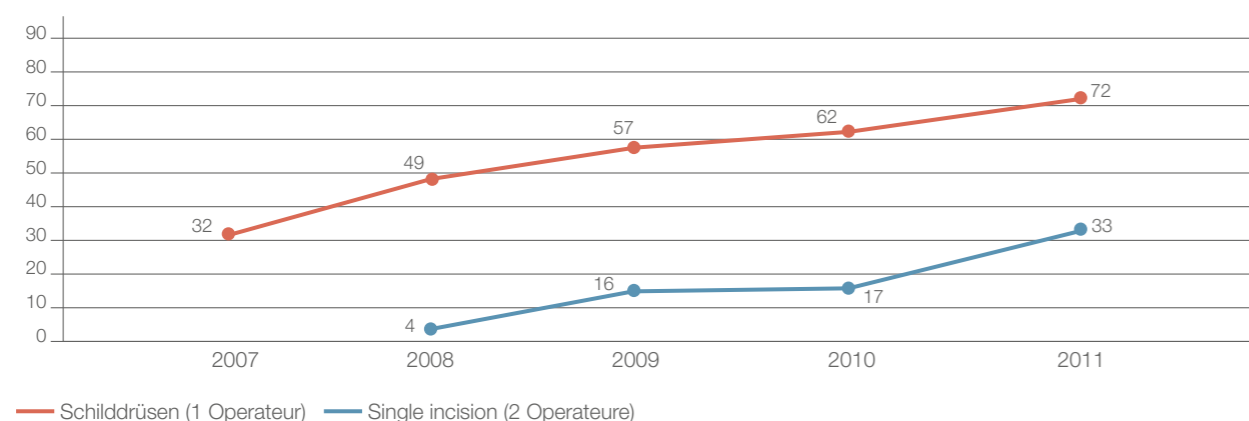
Zugenommen hat auch die Zahl der behandelten ambulanten Patienten. Am meisten zugelegt haben die ambulanten Operationen, die gegenüber dem Vorjahr um 15 % auf 2 262 angestiegen sind. Weniger stark (+3 %) fiel der Anstieg in der Notaufnahme aus. Gewisse fachärztliche Leistungen werden immer stärker nachgefragt. So konnte die medizinische Diagnostik (Gastroenterologie und Kardiologie) einen Zuwachs von 7 % verzeichnen, die gynäkologischen Konsultationen stiegen um 10 % an und die Schmerzsprechstunde legte gar um 18 % zu.

Gut verankert für die Zukunft

Auf Ende 2011 löste sich die Spitalkommission auf. Sie war das Organ, mit dem die Gemeinden auf die Investitionen des Spitals, die sie mitfinanzieren mussten, Einfluss nahmen. Nachdem ab 2012 – neben den Krankenkassen – nur noch der Kanton für die Spitalfinanzierung zuständig ist, entfällt ein Gemeindegremium. In Zukunft trägt die Stiftung Diakoniewerk Neumünster – Schweizerische Pflegerinenschule das gesamte unternehmerische Risiko des Spitals, inklusive Investitionsfinanzierung. Das Spital ist eingebettet in ein gemeinnütziges Werk, das eigenwirtschaftlich, aber nicht gewinnorientiert und seit über 150 Jahren erfolgreich arbeitet.

Die Schnitte werden immer kleiner

Anzahl Operationen an Schilddrüsen resp. single incision Operationen



Die Entwicklung der chirurgischen Operationstechniken bringen den Patienten spür- und messbare Vorteile. Beispielsweise wird mit immer kleineren und schonenderen Schnitten operiert.

Single incision laparoscopic surgery SILS

Bisher wurden bei laparoskopischen Operationen meist mehrere Schnitte vorgenommen. Eine Weiterentwicklung erlaubt es nun, laparoskopische Operationen über einen einzigen Schnitt durchzuführen. Typischerweise erfolgt dieser Schnitt im Bereich des Nabels für das Zugangsinstrument. Darüber können alle benötigten Instrumente und die Kamera in die Bauchhöhle eingebracht werden. In steigender Anzahl führen wir solche Eingriffe seit 2008 am Spital Zollikerberg durch. 2011 war jede zweite bis dritte Cholecystektomie eine «single incision laparoskopische Cholecystektomie». Auch laparoskopische Appendektomien,

endoskopische Inguinalhernienoperationen und vereinzelt laparoskopische Colonteilresektionen wurden mit dieser Technik erfolgreich vorgenommen.

Anterior minimally invasive surgery AMIS bei Hüftprothesen

Seit 2008 reduzieren wir bei der Operation einer Schenkelhalsfraktur das Zugangstrauma durch einen neuen Zugangsweg. Im gleichen Jahr präsentierten wir am Jahreskongress der Chirurgen unsere ersten Erfahrungen. Der wesentliche Vorteil ist die Schonung aller Strukturen, insbesondere der Muskulatur, die bei AMIS nicht mehr durchtrennt werden muss. Diese Methode verursacht weniger Schmerzen, einen viel geringeren Kraftverlust und ermöglicht schneller eine gute Funktion der Hüfte.

Minimal invasive Plattenosteosynthese MIPO

Die MIPO vermindert bei einer Fraktur ebenfalls das Zugangstrauma. Über einen

Klinik für Chirurgie

T 044 397 21 32
chirurgie@spitalzollikerberg.ch

Klinikleitung

Dr. med. Stephan Müller MHA, Chefarzt
Kathrin Hillewerth MSN, Pflegeexpertin

Kaderärzte

Dr. med. Willi Schmid, Co-Chefarzt
Dr. med. Martin Gerber, Leitender Arzt
Dr. med. Andreas Schierz, Leitender Arzt
Dr. med. René Spalinger, Leitender Arzt

kleineren Schnitt wird die Platte eingeführt. Anschliessend werden über Stichinzisionen die einzelnen Schrauben gesetzt. Die Reposition und Fixation der Fraktur wird mit dieser Technik ohne zusätzliches Gewebetrauma durchgeführt. Diese Methode wird oft bei Frakturen des proximalen Humerus angewendet.

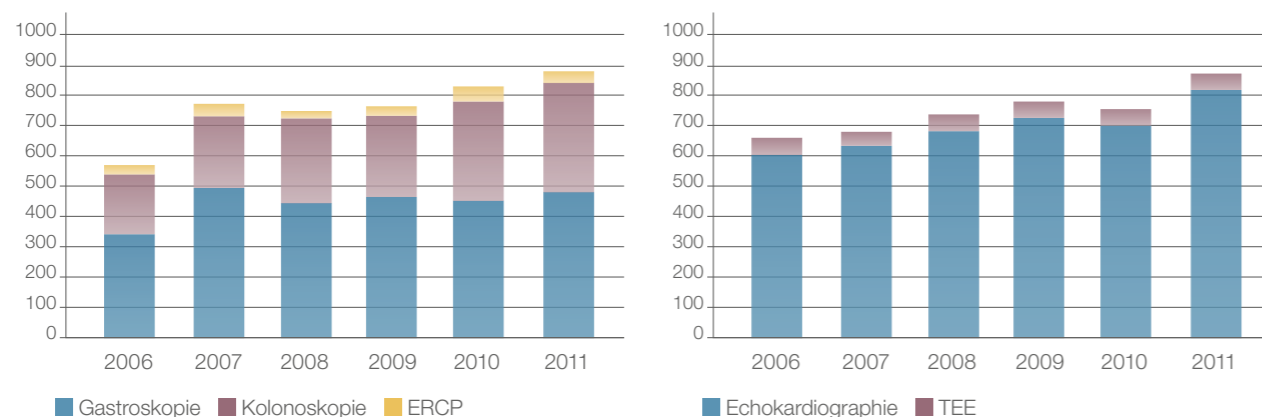
Schilddrüsen-Operationen

Hingegen hat sich die endoskopische Operation der Schilddrüse noch nicht durchgesetzt. Mit der Reduktion des Halsschnittes auf zirka 4 bis 5 cm sind wir im Bereich von spezialisierten Kliniken, die über minimal invasive (halbendoskopische) Zugangswege an der Schilddrüse operieren (Schilddrüsen < 30 ml Gesamtvolumen). Die kurze Inzision und das Weglassen traumatisierender Haken verringern die postoperativen Schmerzen und damit die Aufenthaltsdauer auf zirka 2 Tage.



Medizinische Diagnostik – Entwicklung am Spital Zollikerberg

Entwicklung Medizinische Diagnostik: Anzahl Untersuchungen



Leistungen der Med. Diagnostik

- Gastroscopie
- Koloskopie
- Proktoskopie
- Rektosigmoidoskopie
- ERCP
- PEG-Anlage oder -Wechsel
- Leberbiopsie
- Bronchoskopie
- H2-Atemtest
- Transthorakale Echokardiographie
- Transösophageale Echokardiographie
- Dobutamin Stressechokardiographie
- Tilt Test
- Carotis Sinus Massage
- Schellong Test
- Schrittmacher-Kontrolle
- Ascitespunktion
- Pleurapunktion
- KM-Punktion
- Kleine Lungenfunktion
- EKG
- Belastungs-EKG
- 24/48h EKG
- R-Test (7 Tage EKG)
- 24h BD
- Kurzinfusionen

Eine Medizinische Klinik mit ihren Bettenstationen sollte man nicht nach Fachgebieten aufteilen. Sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte erwarten zurecht eine umfassende Betreuung. Unser überzeugtes Bekenntnis zu einer integralen Inneren Medizin schliesst jedoch das Angebot spezialisierter Dienstleistungen nicht aus.

Wachsende Nachfrage

Ein grosser Anteil unseres Angebotes ist in der Abteilung Medizinische Diagnostik zusammengefasst, die in den vergangenen Jahren eine wachsende Nachfrage nach stationären und ambulanten Untersuchungen verzeichnet. Das Schwergewicht der Leistungen liegt bei den kardiologischen und gastroenterologischen Untersuchungen mit EKG, Echokardiographie und oberen und unteren Endoskopien. Aber auch Bronchoskopien und speziali-

sierte Leistungen wie ERCP, Leberbiopsien, Kipptischabklärungen oder H2-Atemtests werden durch das erfahrene und immer hilfsbereite Team um Karolina Zdrnja routiniert assistiert.

Ärztliches Team wurde erweitert

Neben dem Chefarzt und seiner Stellvertreterin, die hier jeweils eine ambulante Spezialsprechstunde führen, ist in enger Zusammenarbeit mit dem Stadtspital Triemli neu ein kardiologischer Oberarzt bei uns tätig. Im endoskopischen Bereich wurde die enge und bewährte Zusammenarbeit mit den Konsiliarärzten Dres. Peter Meier-Gräub und Jiri Havelka sowie bei der Bronchoskopie mit Dr. Beat Walder und in seiner Vertretung Dr. Christine Eich-Wanger weiter intensiviert. Die Medizinische Diagnostik als eigene, zentrale Funktionseinheit unserer Klinik wird in Zukunft ihr Angebot weiter erweitern und die Vielseitigkeit des Angebotes à jour halten.

Klinik für Innere Medizin

T 044 397 20 12
inneremedizin@spitalzollikerberg.ch

Klinikleitung

PD Dr. med. Ludwig Theodor Heuss, Chefarzt
Margit Schneider, Intensivpflegefachfrau

Leitende Ärztinnen / Ärzte

Dr. med. Renata Fatio, Chefarzt Stv.
Dr. med. Basil Bättig
Dr. med. Thierry Brunschwig
Dr. med. Dominique Holy

Oberärztinnen / Oberärzte

Gurpreet Anand
Dr. med. Konstantin Burgmann
Dr. med. Claudia Capelleri
Dr. med. Sibylle Kohler
Dr. med. Manfred Müller
Dr. med. Felicitas Nabholz
Dr. med. Mario Hoffmann

Geschätzte Diabetesberatung

Daneben gehört die Diabetesberatung ebenfalls zur Medizinischen Klinik. Seit Jahren leistet hier Andrea Kautz eine wertvolle und geduldige Beratungstätigkeit, die von ambulanten und stationären Patienten sehr geschätzt wird. Im laufenden Jahr ist es uns gelungen, unser ärztliches Kader mit Frau Dr. Sibylle Kohler um eine Fachärztin für Endokrinologie und Diabetologie zu erweitern, womit dieser inhaltliche Schwerpunkt zusätzlich gestärkt wird.



Den Notfall-Kaiserschnitt neu organisieren

Kaiserschnitte im Spital Zollikerberg 2000 – 2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Geburten gesamt	852	871	904	998	1072	1151	1225	1304	1465	1528	1519	1589
Primäre Sectio (Sectio vor Geburtsbeginn)	128 (15%)	159 (18%)	172 (19%)	208 (20.8%)	232 (21.6%)	257 (22.3%)	257 (21%)	322 (24.7%)	340 (23.2%)	342 (22.4%)	327 (21.5%)	351 (22.1%)
Sekundäre Sectio (Sectio nach Geburtsbeginn)	88 (10.3%)	103 (11.8%)	86 (9.5%)	95 (9.5%)	129 (12%)	157 (13.6%)	159 (13%)	168 (12.9%)	206 (14.1%)	186 (12.2%)	224 (14.7%)	262 (16.5%)

2011 zählte unsere Frauenklinik rund 1600 Geburten. Ein bis zehn Prozent der Geburten sind gemäss Literatur Notfall-Kaiserschnitte. Neu hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich die Entscheid-Entwicklungszeit (E-E-Zeit) für Notfall-Kaiserschnitte auf 15 Minuten festgelegt. Ab 2012 müssen Kliniken mit einem Leistungsauftrag für Geburtshilfe diese E-E-Zeit garantieren. Deshalb hat eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe einen neuen Algorithmus für unsere Notfall-Kaiserschnitte erarbeitet.

Algorithmus für E-E-Zeit von 15 Minuten

In bisherigen Konzepten waren E-E-Zeiten von bis 30 Minuten hinterlegt. In der Tat gibt es keine evidenzbasierten Fakten, die zeigen, dass kürzere E-E-Zeiten das «Outcome» von Mutter oder Kind verbessern. Allerdings gibt es Hinweise, dass eine E-E-Zeit von 15 Minuten, die eine Notfallintubation nötig macht, die Morbi-

dität der Mutter durch Aspirationskomplikationen erhöht. Somit war es unsere Aufgabe, einen «sicheren» Algorithmus zu erstellen. Wir kamen zum Schluss, dass die E-E-Zeit je nach Dringlichkeit der vorliegenden Pathologie segmentiert werden muss.

Dringlichkeit nach Farbcodes

Farbcode gelten im Risk-Management als zuverlässige Träger von Dringlichkeitsstufen, da sie auch im multikulturellen Umfeld eindeutig sind. Deshalb definieren wir vier Dringlichkeitsstufen mit der jeweiligen E-E-Zeit zusammen mit der Liste typischer Pathologien:

- Sectio ROT: E-E-Zeit 15 Minuten, z.B. Nabelschnurvorfal
- Sectio GELB: E-E-Zeit 30 Minuten, z.B. fetale Bradykardie, die sich auf intrauterine Reanimation erholt hat
- Sectio GRÜN: E-E-Zeit 60 Minuten, z.B. Präeklampsie
- Sectio BLAU: E-E-Zeit nach Vereinbarung, z.B. Geburtsbeginn vor geplantem Sectiotermin

Frauenklinik

T 044 397 24 14
frauenklinik@spitalzollikerberg.ch

Klinikleitung

Dr. med. Eduard Vlajkovic, Chefarzt
Brigitte Mercado, Pflegeexpertin

Leitende Ärztinnen / Ärzte

Beatrice Ueberschlag
Dr. med. Michael Winter
Dr. med. Teelke Beck

Oberärztinnen / Oberärzte

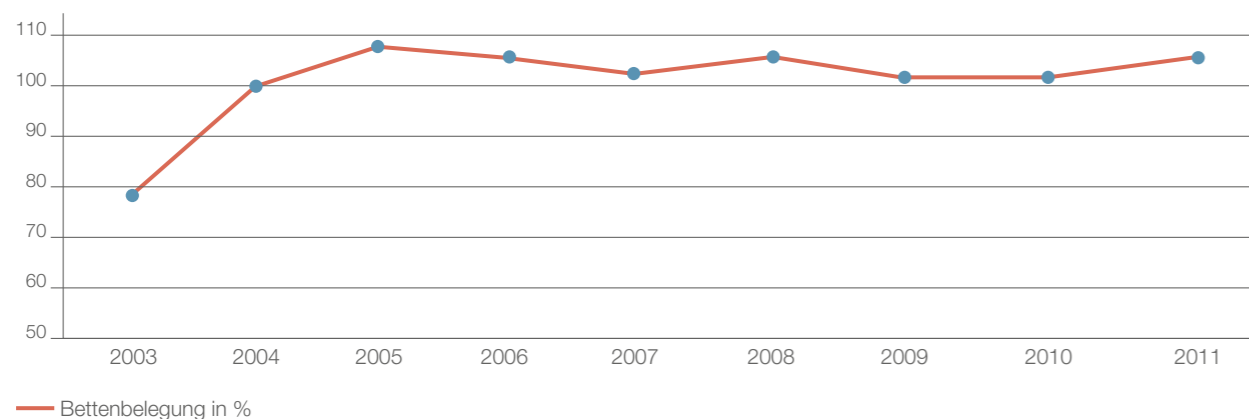
Ursula Schmid
Denise Beck
Dr. med. Andrés Uzeda
Dr. med. Andrea Bürki
Ulrich Schram
Dr. med. Peter Stech

Sectio ROT und GELB sind Notfall-Kaiserschnitte und werden durch Drücken des in jedem Gebärsaal vorhandenen roten oder gelben Notfallknopfes ausgelöst. Der Alarm geht automatisch an Geburtshelfer, Anästhesie, OP-Pflegende und an die Neonatologie. Alle Akteure kennen die genaue Handlungsanweisungen, sodass im Notfall eine klare Rollenzuteilung besteht und jeder weiss, was zu tun ist. Bei einer Sectio ROT wird immer eine Intubationsnarkose durchgeführt, das Team zieht sich nicht um und es erfolgt keine Desinfektion. Bei Sectio GELB wird prioritär eine Spinalanästhesie angelegt, das Team zieht sich um und es wird desinfiziert. Wenn immer möglich sollte ein Notfall-Kaiserschnitt als Sectio GELB durchgeführt werden.



Sanfte Pflege von Neugeborenen

Bettenbelegung Neonatologie 2003 – 2011



Im Spital Zollikerberg kamen 2011 rund 1600 Kinder zur Welt. Die Ärzte unserer Neonatologie-Abteilung betreuen all diese Kinder im Gebärsaal, im Wochenbett und wenn nötig in unserer Neonatologieklinik. Hier pflegen wir auch extern zugewiesene Babys. Vor allem Frühgeborene haben bis zur Entlassung oft eine lange Hospitalisationszeit vor sich. Sie sind in einer Phase ihres Lebens von der Mutter getrennt, in der die körperliche Nähe wichtig wäre und das Stillen eine zentrale Rolle spielt. Zudem sind ihre Schutzmechanismen noch unreif. Deswegen wurde das Konzept der «Sanften Pflege» entwickelt, das unserer grundlegenden Philosophie entspricht.

Was die «Sanfte Pflege» beinhaltet

- Wir fördern den Eltern-Kind-Kontakt: Bei der Känguru-Methode liegt das Kind bei der Mutter oder dem Vater auf der Brust und zwar Haut auf Haut. Unter fachgerechter Anleitung fördern wir zudem das Stillen. Für den intensiven

Kontakt mit den Eltern und Geschwistern ermöglichen wir Besuchszeiten rund um die Uhr. Seit 2010 stellen wir den Eltern grosszügige Räumlichkeiten mit einer Spielecke für Geschwister zur Verfügung.

- Wir schaffen eine kindgerechte Umgebung: Wir vermindern Reize wie Lärm und grelles Licht, dafür ist die konstante Wärmezufuhr für den Stoffwechsel und das Wohlbefinden bedeutend. Besonderen Wert und Aufmerksamkeit legen wir auf die Schmerzreduktion bei jeder ärztlichen wie pflegerischen Handlung.
- «Minimal handling»: Wir stören die Kinder so wenig wie möglich.
- «Infant handling»: Nach den Grundsätzen der Kinästhetik fördern wir physiologische Bewegung und Haltung und geben den Früh- und Neugeborenen Orientierung sowie Sicherheit.
- Kommunikation ist für uns zentral: Jedes Kind hat eine Bezugsschwester und -pflegende, die Kontinuität in der Betreuung schaffen und gemeinsam die wesentlichen Gespräche mit den Eltern führen.

Klinik für Neonatologie

T 044 397 22 25
neonatologie@spitalzollikerberg.ch

Klinikleitung

Dr. med. Marion Mönkhoff, Chefärztin
Gabi Büeler, Leitung Pflege

Oberärztinnen/Oberärzte

Dr. med. René Burger
Dr. med. Tatjana E. Schaad
Sandra J. Arri
Catinca Bardea

Trotz hoher Auslastung eine hervorragende Betreuungsqualität

Unsere Abteilung ist sehr gut ausgelastet. Wir bieten trotz Spitzenauslastung eine optimale, patientengerechte Betreuung. Dies ist möglich, weil wir je nach Bedarf unsere räumlichen Kapazitäten und vor allem auch die personellen Ressourcen erweitern können. Unser Pflegeteam steht im Pikettdienst zur Verfügung und unsere Fachärztinnen und Fachärzte koordinieren ihren Einsatz gemeinsam und flexibel mit der Maternité. Unsere Neonatologieklinik verfügt über beste medizinische Kompetenzen, die wir in Zusammenarbeit mit dem UniversitätsSpital Zürich auf dem aktuellen Stand halten.



Akute und Chronische Schmerztherapie

Leistungszahlen Dienstleistungszentrum OP/IS 2011

Operationen Gesamt	6607
Allgemeinanästhesien	3290
Regionalanästhesien	2575
Patienten Intensivstation	700
Pflegetage Intensivstation	1718
Beatmungstage Intensivstation	491
Zentralsterilisation: Sterileinheiten	18156

Die postoperative Schmerztherapie durch die Anästhesie hat in den letzten Jahren einen Wandel erfahren. Von der Behandlung akuter, nach einer Operation auftretender Schmerzen, hat sich die Schmerztherapie zu einem Teil des perioperativen Behandlungskonzeptes entwickelt, um das operative Ergebnis zu verbessern.

- Thorakale Periduralanästhesien (zur Verbesserung der Analgesie und Darmfunktion) führten wir bei 192 Patienten durch: u.a. postoperativ nach grossen viszeralchirurgischen oder gynäkologischen Operationen, nach Thoraxeingriffen, bei Rippenfrakturen, bei Patienten mit Pankreatitis.
- Bei elektiven orthopädischen und traumatologischen Eingriffen kamen insgesamt 80 kontinuierliche periphere Regionalanästhesien postoperativ zur Anwendung (mehrheitlich Interskalenusblockaden nach Schulter- sowie Femoralisblockaden nach grossen Knieoperationen).

- In der postoperativen Schmerztherapie ist die patientenkontrollierte Analgesie (PCA) wichtig, wenn Katheterverfahren nicht angewendet werden können.

In der geburtshilflichen Anästhesie führten wir 2011 insgesamt 487 lumbale Periduralanästhesien durch. Ergänzend zu dieser Analgesieform wurde im Gebärsaal mit der Einführung der PCA mittels intravenösem Remifentanyl (sehr starkes und sehr kurz wirkendes μ -Opioid) begonnen. Der schnelle und kalkulierbare Wirkeintritt sowie die aufgrund des Abbaus durch Esterasen kurze kontextsensitive Halbwertszeit macht diese Substanz in ausgewählten Situationen zum idealen Analgetikum für die Geburtshilfe.

Dienstleistungszentrum OP/IS

T 044 397 24 36
anaesthesie@spitalzollikerberg.ch

Klinikleitung

Prof. Dr. med. Dr. phil. Adrian Reber, Chefarzt
Marlies Müllhaupt, Leiterin DLZ OP/IS

Leitende Ärzte

Dr. med. Thomas Ursprung
Dr. med. Lukas Hauenstein

Oberärztinnen/Oberärzte

Dr. med. Eva-Maria Borner
Frank Dürsel
Dr. med. Stefan Fatzer
Dr. med. Lars Jansen
Dr. med. Stefanie Laubach
Dr. med. Henner Niebergall
Dr. med. Anita Ruckstuhl
Dr. med. Luminita Stocker
Dr. med. Laura Valenti

Schmerzsprechstunde für chronische Schmerzen

In unserem Anästhesie-Team leitet Dr. med. Henner Niebergall die Schmerzsprechstunde für Patienten mit chronischen Schmerzen. Um die Interdisziplinarität zu fördern, wurde die Sprechstunde durch Dr. med. Livia Granata erweitert. Unser Behandlungskonzept beruht primär auf einer multidimensionalen Schmerzdiagnostik und einer sich anschliessenden Therapie, ergänzt durch die Methoden der interventionellen Schmerztherapie. Hierzu zählen Interventionen unter CT und Durchleuchtung sowie die Testung und Implantation von epiduralen Nervenstimulationssystemen (SCS) und Baclofenpumpen zur Spastiktherapie. Im Jahr 2011 erfolgten 191 Erst- und 764 Wiedervorstellungen sowie über 300 interventionelle Behandlungen. 30 Patienten wurden stationär wegen Medikamentenmissbrauch (Kopfschmerzmittel, Opioide) behandelt – ein weiterer Behandlungsschwerpunkt.



Nierenersatzverfahren beim älteren Patienten

Statistik / Leistungszahlen

	2009	2010	2011
Dialysezentrum			
Hämodialysen (Total)	10029	10101	10069
Hämodialysen (auf Intensivstation)	62	35	98
Hämodialysen (akute Niereninsuffizienz)	68	36	131
Nephrologie-Praxen			
Konsultationen	884	992	1000
TPL-Sprechstunde	206	199	222
Peritonealdialyse-Kontrollen	11	25	47
Sonographien (Doppler/Duplex)	0	30	299
Hospitalisationen			
Patienten/-innen mit Nierenersatzverfahren oder Niereninsuffizienz	152	168	162

Die Anzahl älterer Patienten, die mit einem Nierenersatzverfahren behandelt werden, nimmt stetig zu. Vor knapp 20 Jahren war keiner unserer chronischen Dialysepatienten über 80 Jahre alt, aktuell sind dies zirka 20%. Weltweit spricht man von der «Epidemie» der diabetischen Nephropathie und der hypertensiv-arteriosklerotischen Nephropathie. Eine Nierenersatztherapie sollte dem Patienten ermöglichen, mit einer vernünftigen Lebensqualität weiterzuleben. Zur Verfügung stehen primär die Hämodialyse (HD) oder Peritonealdialyse (PD). Eine Nierentransplantation kann einem >75-jährigen Patienten nur im Einzelfall angeboten werden. Betreffend Lebenserwartung und Lebensqualität können PD und HD als gleichwertig angesehen werden. Da in der Schweiz genügend Hämodialysezentren vorhanden sind, wählen die Patienten und deren Angehörigen oft dieses Verfahren. Dabei hat die Lebensqualität höchste Priorität und Studien belegen auch, dass die Le-

bensqualität von betagten Hämodialysepatienten verglichen mit jüngeren Hämodialysepatienten subjektiv als besser empfunden wird.

In unserem Zentrum hat sich in den letzten Jahren die Online-Hämodiafiltration durchgesetzt. Die 23 Dialyseplätze sind mit diesen technischen Möglichkeiten ausgerüstet. Die Technik der gleichzeitigen Hämodiafiltration verbessert die Kreislaufstabilität während der Dialysebehandlung deutlich, ebenso urämische Symptome (Pruritus, Appetitlosigkeit).

Die Peritonealdialysebehandlung unterscheidet sich bezüglich Mortalität nicht von der Hämodialysebehandlung. Diese kann auch bei älteren Patienten durchgeführt werden, hingegen ist die Heimhämodialysebehandlung als Möglichkeit einer aktiven Selbstbehandlungsmethode im hohen Alter kaum möglich. Die Peritonealdialyse kann von Patienten selbst

Nephrologie und Dialysezentrum

T 044 397 24 20
nephrologie@spitalzollikerberg.ch

Leitung

Dr. med. Jörg Bleisch, Chefarzt

Leitende Ärztin

Dr. med. Martina Pechula Thut

Oberärztinnen/Oberärzte

Dr. med. Brigitte Bergamin-Brunner
Dr. med. Robert Schorn

durchgeführt werden und ist damit im Vergleich zur Hämodialyse kostengünstiger. Eine Alternative ist die delegierte Peritonealdialyse (durch Angehörige oder Pflegefachkräfte). In dieser Situation sind von der Kostenseite her die Peritonealdialyse und Hämodialyse gleich teure Verfahren (ca. 75000 CHF/Jahr). Der Entscheid, ob ein Dialyseverfahren eingeleitet wird und welches, ist immer ein wegweisender Entscheid, welcher in Zusammenarbeit mit den Hausärzten, den Angehörigen und den Pflegefachkräften gestellt wird. Damit ein solcher Entscheid reifen kann, muss der Patient alle Informationen und genügend Zeit zur Verfügung haben.



Rückenschmerzen – MRI oder CT?

Statistik / Leistungszahlen

	2001	2010	2011
Angiographie/Durchleuchtung	867	604	509
Computertomographie	2 206	4 107	4 029
konv. Radiologie	15 166	15 580	14 640
Magnetresonanztomographie (MRT)	0	1 896	2 229
Ultraschall	3 329	4 155	3 679
Total	21 568	26 342	25 086

Bei Rückenschmerzen ist die radiologische Diagnostik bedeutend. Vor 40 Jahren stand nur die Röntgendiagnostik, kombiniert mit Funktionsaufnahmen und der Myelographie zur Verfügung. Mit der Einführung der CT wurde ein Quantensprung erzielt. Nun konnte man mit dem Schnittbildverfahren die dem Rückenschmerz zugrundeliegenden Pathologien direkt darstellen. Allerdings erschwerten der schlechte Weichteilkontrast die Differenzierung von degenerativen Veränderungen, selbst mit Kontrastmitteln waren Entzündungen erst im fortgeschrittenen Stadium abgrenzbar.

Enormer Fortschritt

Neue Techniken minimieren sowohl die Untersuchungszeit auf wenige Sekunden als auch die Strahlendosis. Mit der Einführung der MRT konnte auch das Problem des schlechten Weichteilkontrasts gelöst werden. Heute sind ein exzellenter Weichteilkontrast ohne ionisierende Strahlung möglich, jedoch liegt die Untersuchungs-

zeit mit 20 Minuten wieder höher.

An speziellen «offenen» Geräten sind, mit Einschränkungen, auch Funktionsaufnahmen der Wirbelsäule möglich.

Bestens ausgerüstet

Das Spital Zollikerberg betreibt seit 2008 einen MRT-Scanner (1,5T, mit besonders weiter Gantry). Damit kann bei Rückenschmerzen das gesamte diagnostische Spektrum vor und nach konservativer oder operativer Behandlung abgedeckt werden. Dennoch bleibt die Röntgenaufnahme der Wirbelsäule in zwei Ebenen, kombiniert mit Funktionsaufnahmen, die Basis jeder radiologischen Diagnostik. Indikationen für die Myelographie bestehen bei der Abklärung funktioneller, postoperativer oder rezidiver Beschwerden. Da das Interface zwischen Implantaten und Knochen hier besser beurteilbar ist, ist die CT postoperativ sowie bei Kontraindikationen für den MRT-Einsatz indiziert, als auch zum Guiding bei Schmerzinterventionen an der Wirbelsäule.

Radiologie

T 044 397 23 11
radiologie@spitalzollikerberg.ch

Leitung

Dr. med. Hans Fischer, Chefarzt

Leitende Ärztinnen/Ärzte

Michael Gerber, Chefarzt Stv.
Ulrike Bauerfeind
Dr. med. Karen Schuster

Wichtig: die gute Zusammenarbeit

Für die Diagnostik ist unbestritten die MRT entscheidend, denn damit erkennt man sicher discale, ligamentäre und ossäre Ursachen des Rückenschmerzes. Auch entzündliche, maligne und postoperative Befunde können mit hoher Sensitivität und Spezifität diagnostiziert werden. Die Diagnostik der bei betagten Patienten häufigen Insuffizienzfrakturen ist mit der MRT sicherer als mittels CT.

Basis jeder erfolgreichen bildgebenden Diagnostik bleibt die gute Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Wirbelsäulenorthopäden und Radiologen, wie sie am Spital Zollikerberg seit langem praktiziert wird.



Endoskopische Diskushernien-Operation

Neben der bewährten mikrochirurgischen Operation ist die endoskopische Bandscheibenchirurgie eine optimale Alternative. 2011 wurde diese Operationstechnik bei über 80 Patienten durchgeführt. Bereits einen Tag nach dem Eingriff konnte die Mehrheit der Patienten das Spital in deutlich gebesserem Zustand verlassen und nach kurzer Erholungszeit den Alltag wieder bewältigen.

Kleiner Schnitt

Nach vorgängiger Betäubung der Haut wird mit Hilfe eines Röntgendurchleuchtungsgerätes eine feine Nadel gezielt und in sicherer Entfernung zur Nervenwurzel in den Bandscheibenvorfall vorgeschoben. Diese Nadel dient als Führungsschiene für dünne Rohre, die schrittweise über die Führungsschiene eingeschoben werden, bis die Dicke der Führungshülse des Endoskopes erreicht ist. Jetzt wird die Führungshülse des Endoskopes beim Bandscheibenvorfall platziert. Über das Endoskop, mit seiner integrierten Optik, erfolgt die Operation auf einem Bildschirm. Mit feinen Instrumenten wird der Bandscheibenvorfall abgetragen bis die Nervenwurzel entlastet ist und kein Druck mehr wirkt. Das Endoskop mit seiner Führungshülse wird entfernt, die Einstichstelle zugenäht. Die Vorteile der endoskopischen Technik sind offensichtlich: Schonung der Rückenmuskulatur, eine bedeutend kleinere Narbe, weniger Schmerzen, frühe Spitalentlassung und schnelle Integration in den Alltag.

Akkreditierte Ärztinnen/Ärzte Wirbelsäulenchirurgie

Prof. Dr. med. Norbert Boos
Dr. med. Christian Etter
Dr. med. Beat Wälchli
Dr. med. Markus Wiesli

Orthopädische Chirurgie

Dr. med. Judith Fellmann
Dr. med. René Hauser
Dr. med. Thomas Ledermann
Dr. med. Marc Marty
Dr. med. Urs Munzinger
Dr. med. Felix Rapp

Minimale Risiken

In geübten Händen ist die endoskopische Bandscheibenchirurgie eine sehr sichere Methode zur Entfernung eines Bandscheibenvorfalles. Die Risiken der Operation sind minimal. Wie in der mikrochirurgischen Bandscheibenchirurgie erleiden jedoch von 100 Patienten zirka fünf bis acht Personen einen erneuten Bandscheibenvorfall, ausgehend von der operierten Bandscheibe, was zu Schmerzen führt und eventuell eine Folgeoperation mit sich ziehen kann. Je nach Beschwerden der Patienten erfolgt eine erneute Operation oder die Schmerzen werden durch nicht-operative Therapien behandelt.

Nicht jeder Bandscheibenvorfall soll endoskopisch operiert werden. Nach der genauen Analyse der Magnetresonanzbilder (MRI) kann man entscheiden, welche Operationstechnik am sinnvollsten eingesetzt wird.

Makuladegeneration: Schulmedizin und TCM

Die altersabhängige Makuladegeneration (AMD) ist die Hauptursache für eine schwere Sehbehinderung nach dem 65. Lebensalter in den Industrieländern. Betroffene sind zu Beginn der Erkrankung oft beschwerdefrei. Sowohl die feuchte als auch die trockene AMD sind bis heute nicht heilbar und beide Formen können eine schwere Beeinträchtigung der Sehschärfe zur Folge haben.

Schulmedizin

Der Augenarzt diagnostiziert die Makuladegeneration mit dem Mikroskop in der Praxis, in bestimmten Fällen sind weitere Zusatzuntersuchungen (Fluoreszenzangiografie oder optische Kohärenztomografie) notwendig. Bei der trockenen AMD ist der Verlauf meist «gutartig», bzw. langsam verlaufend, dennoch kann es auch hier zu schweren Visusbeeinträchtigungen kommen. Behandlungsmöglichkeiten gibt es keine, es sollte aber auf eine sorgfältige Einstellung der allgemeinen Risikofaktoren für das Herz-Kreislauf-System, auf eine «gesunde» Ernährung (Antioxidantien) und auf einen guten Sonnenschutz geachtet werden.

Die feuchte AMD ist viel seltener und verläuft aggressiver. Wichtig ist, den Übergang von einer trockenen in eine feuchte AMD frühzeitig zu erkennen. Seit einigen Jahren kann man die feuchte AMD mittels Injektionen von VEGF-Hemmern in den Glaskörperraum «austrocknen» (in der Schweiz hierfür zugelassen ist das Medika-

Akkreditierte Ärztinnen/Ärzte

Dr. med. Thomas Hoppeler
Dr. med. Fabio Meier
Dr. med. Brigitte Meli

ment Lucentis®). Diese Therapie ist aufwändig und erfordert eine hohe Bereitschaft des Patienten für die monatlichen Kontrollen und weiteren Injektionen: Diese müssen je nach Verlauf bis zu 8- bis 10-mal jährlich wiederholt werden, um die Situation zu stabilisieren. Insgesamt ist die Therapie sicher, schwere Nebenwirkungen treten selten auf.

Traditionelle Chinesische Medizin

Unter der Leitung des Chefarztes Dr. med. univ.(A) Sandi Suwanda ist die TCM-Akademie ein spezieller Fachbereich des Spital Zollikerberg. Nach dem Konzept der TCM beeinflussen der Funktionskreis «Niere – Blase» (Nierenmeridian) und «Leber – Gallenblase» (Lebermeridian) die Gesundheit des Auges. Bei AMD-Patienten können mit den Methoden der TCM – Akupunktur, chinesische Kräutertherapie, Ernährung und Bewegung – der Stoffwechsel und die Durchblutung verbessert werden. Ziel der TCM-Behandlung ist bei der trockenen wie feuchten AMD eine Verlangsamung und ein Aufhalten der degenerativen Erkrankung.

Prostata – ein Schwerpunkt der Urologie

Seit Mai 2008 führt das Spital Zollikerberg eine Urologie-Abteilung. Die bestehende urologische Versorgung im Belegarzt-system wird jedoch parallel weitergeführt. Der Entscheid für die interne Urologie-Abteilung war mit einer erweiterten Akquisition diagnostischer Geräte und einem Ausbau der chirurgischen Gerätschaften verbunden. Somit können wir ein grosses Spektrum moderner diagnostischer und therapeutischer Optionen anbieten. So hat sich insbesondere das Inkontinenzmanagement in sämtlichen Bereichen etabliert, die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Urogynäkologie erfolgreich gestaltet, und das Therapiespektrum des Steinleidens wurde erweitert. Bei der Betreuung uro-onkologischer Patienten können wir auf eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zurückgreifen.

Verunsicherte Patienten beraten

Schwerpunktmässig widmen wir uns dem Thema Prostata. Dies nicht zuletzt aus demographisch begründeter Notwendigkeit. Die benigne Prostatohyperplasie (BPH) manifestiert sich oft mit zunehmendem Lebensalter, das Thema Prostatakrebs bleibt ein Dauerbrenner. Die Schlagzeilen häufen sich derzeit betreffend Prostatacarcinom-Vorsorge mittels PSA (Prostata Spezifisches Antigen) und stiften Verunsicherung bei der Ärzteschaft und den Patienten. Umso wichtiger ist uns die individuell ausgerichtete Beratung des Patienten und die enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten.

Urologie

T 044 397 24 10
urologie@spitalzollikerberg.ch

Leitende Ärztin

Dr. med. Isabel Reilly

Oberärztin

Dr. med. Sharmistha Guggenbühl-Roy

Akkreditierte Ärzte

Dr. med. Urs Egli
Dr. med. Andrea Zoelly

Ambulante Behandlung

Den therapeutischen Bereich haben wir mit einer ambulanten, nicht chirurgischen Prostatabehandlung, genannt Prostiva ausgebaut. Dabei handelt es sich um eine Thermoerapie mittels Hochfrequenzwellen. Das Verfahren wird minimalinvasiv durchgeführt und ist eine sichere und wirksame Behandlung bei refraktären BPH-Symptomen. Endoskopisch wird in Lokal- oder Sedoanalgesie unter Sicht über zwei intraprostatistische Nadeln das umliegende Gewebe interstitiell auf 115° C erhitzt. Es resultiert durch die Denaturierung von Alpha Rezeptoren eine «Operative Alpha Blockade».

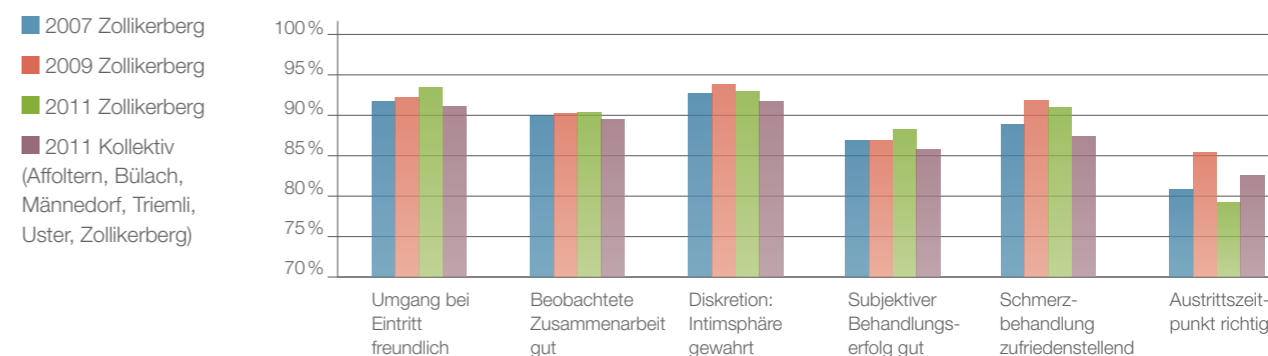
Prostiva zeichnet sich durch ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis auch beim geriatrischen oder polymorbiden Patient aus. Bei jüngeren Männern wird die ambulante Behandlung und der mehrheitliche Erhalt der anterograden Ejakulation geschätzt. Gesamthaft stellt es im Vergleich zu langjähriger Pharmakotherapie oder chirurgisch konventionellen Operationen eine wirtschaftliche Einsparung dar.

Qualitätsentwicklung im Spital Zollikerberg

Leiterin Entwicklung und Koordination

Susanne Hentsch, MPH
T 044 397 22 18

Patientenbefragung 2011: Anteil positive Antworten



Permanentes Ziel des Spitals ist die Sicherstellung und Weiterentwicklung der medizinischen und pflegerischen Leistungen für die uns anvertrauten Patienten. Deshalb werden seit 2003 kontinuierlich Qualitätsmessungen mit unterschiedlichen Fragestellungen und Indikatoren erhoben. Dabei stellt sich das Spital dem Benchmark mit weiteren Zürcher Spitälern, seit 2011 auch schweizweit. Das Spektrum der Mess-themen reicht von der Spitalhygiene über die Analyse ärztlicher und pflegerischer Prozesse bis zu ausführlichen Patientenbefragungen zur Zufriedenheit über den Spitalaufenthalt. Übergeordnet werden die Messungen durch hcri (ehem. Verein Outcome) und den ANQ koordiniert.

Hohe Patientenzufriedenheit

Die Messergebnisse werden in der Steuerungsgruppe Qualitätsentwicklung des Spitals präsentiert und diskutiert, allfällige Massnahmen im Anschluss daran von den Kliniken abgeleitet und zu einem späteren Zeitpunkt rapportiert. 2011 hat das Spital Zollikerberg über die Messergebnisse unter Beweis gestellt, dass bei den Patienten eine hohe Zufriedenheit über die ärztliche und pflegerische Leistung besteht.

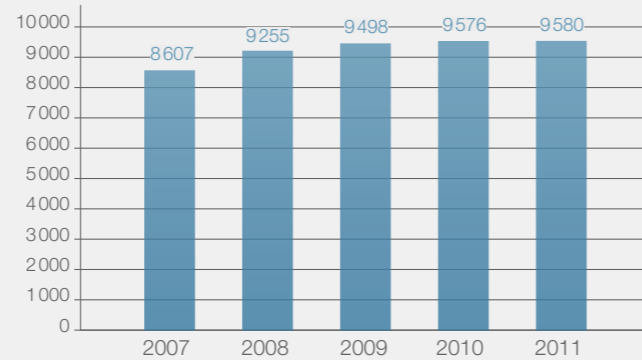
- Das Spital Zollikerberg schneidet bei den Themen wie medizinischer Informationsbedarf für Patienten und Angehörige, Vertrauen zu den behandelnden Ärzten, deutlich (um Prozentpunkte) besser ab als die an der Messung beteiligten Vergleichsspitäler.
- Ebenso empfinden die Patienten die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen und Bereiche im Spital als sehr gut. Auch hier schneidet das Spital Zollikerberg besser ab als die Vergleichsspitäler.
- Der subjektive Behandlungserfolg wird von den Patienten als sehr hoch eingeschätzt: Dies ist eindeutig ein Vertrauensbeweis der Patienten gegenüber den Leistungen des Spitals.

Potenziale zur Verbesserung werden durch Messungen der Qualitätsindikatoren ebenso aufgezeigt. Im DRG-Zeitalter wird es noch wichtiger sein als bisher, den Patientinnen und Patienten klar und gut nachvollziehbar den Zeitpunkt ihres Spitalaustrittes zu erläutern.

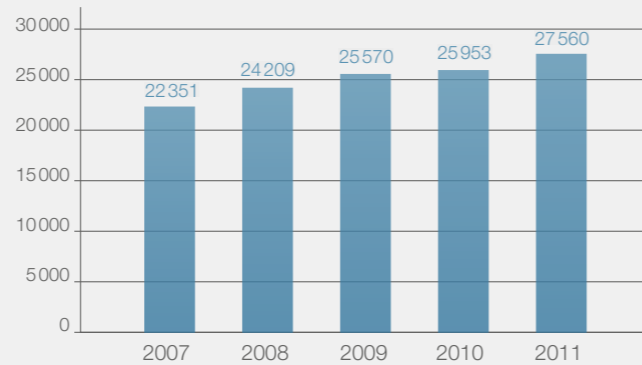
Statistik Spital

Leiter Finanzen
 Georges Rieder
 Stv. Spitaldirektor
 T 044 397 21 10

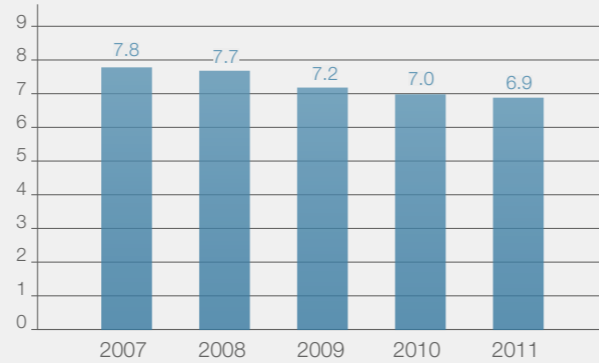
Entwicklung Anzahl stationäre Patienten



Entwicklung Anzahl ambulante Patienten

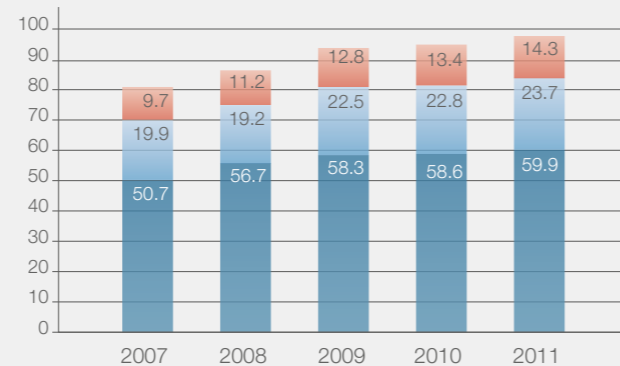


Entwicklung Aufenthaltsdauer in Tagen



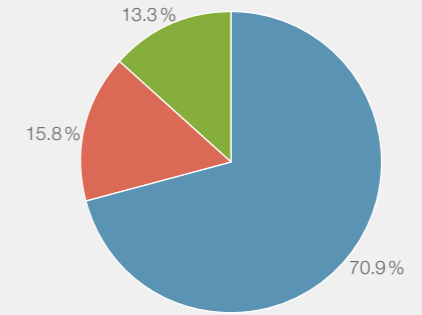
Entwicklung Umsatz in Mio. CHF

- ambulant
- öffentliche Hand
- stationär



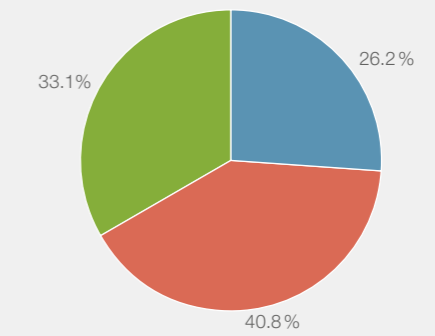
Patientenklassen stationär 2011 in % inkl. Säuglinge

- Allgemein
- Halbprivat
- Privat



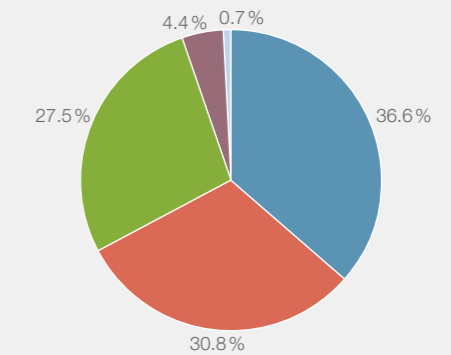
Ambulante Patienten 2011

- Notfälle
- Ambulatorium
- Sprechstunden



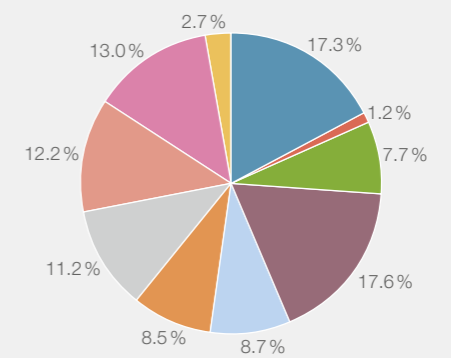
Stationäre Patienten nach Wohnort 2011

- Stadt Zürich
- Vertragsgemeinden
- Kanton Zürich
- übrige Kantone
- Ausland



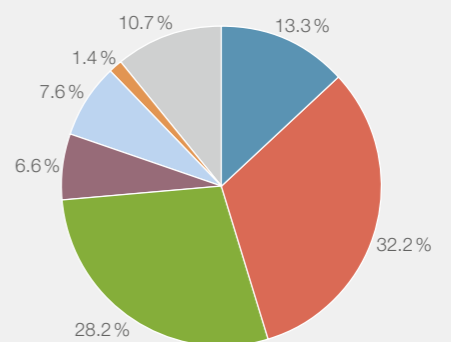
Stationäre Patienten nach Alter 2011

- 0 – 10
- 11 – 20
- 21 – 30
- 31 – 40
- 41 – 50
- 51 – 60
- 61 – 70
- 71 – 80
- 81 – 90
- über 90



Personal nach Kategorie

- Ärzte
- Pflege
- Med. Techn.
- Verwaltung
- Oekonomie/Hotellerie
- Techn. Dienst
- Lernende



Publikationen

- **Reber A.:** Atemwegsmanagement beim sedierten Patienten. (2011) Anaesthesist 60: 259–264
- Echternach Menke T./Richter B./**Reber A.:** Laryngeale Veränderungen nach endotrachealer Intubation und Anwendung der Larynxmaske. (2011) HNO 59: 485–498
- **Reber A./**Scheidegger D./Babst R.: Präoperative Risikoabschätzung (2011). in: Siewert Jr: Praxis der Viszeralchirurgie, Gastroenterologische Chirurgie 151–156, Springer-Verlag
- **Schorn R./**Beck B. B./Cohen C. D. et al: Rezidivierende Urolithiasis mit progredienter Niereninsuffizienz. Der Nephrologe 2011; 6(3): 270–273
- **Schorn R./**Gaspert A./**Bleisch J. A.:** Sattelnase und steigendes Kreatinin Schweiz. Med Forum 2011; 11(15): 281–282
- **Heuss L. T.** et al.: Propofol sedation alone or in combination with pharyngeal lidocaine anesthesia for routine upper Glendoscopy: a randomized, double-blind, placebo-controlled, non-inferiority trial. Gastrointest Endosc. 2011 Dec; 74(6): 1207–14
- Inauen W./Külling D./**Heuss L. T.** / Bauerfeind P.: Propofol sedation in der gastrointestinalen Endoskopie – eine Schweizer Erfolgsgeschichte. Schweiz Med Forum 2011; 11(51/52): 961–962
- Külling D./Bauerfeind P./**Heuss L. T.:** How many personnel and how much monitoring are really necessary for nonanesthesiologist administration of propofol for gastrointestinal endoscopy? Endoscopy. 2011 Jul; 43(7): 636

Prisma/Praxiszentrum/ Beleg- und Konsiliarärzte

Assoziierte Fachärztinnen und Fachärzte mit Praxis im Spital, Trichtenhauserstrasse 20

Schilddrüsenpraxis Zürich
Dr. med. Hermann Engel
Schilddrüsenerkrankungen

Prof. Dr. med. Jürg Kunz
Gynäkologie und Geburtshilfe

Fachärztezentrum Prisma

Dr. med. Hans-Caspar Grossmann
Dermatologie und Venerologie

Dr. med. René Hauser
Orthopädische Chirurgie

Dr. med. Nicole Hitz-Küng
Ophthalmologie

Dr. med. Thomas Hoppeler
Ophthalmologie

Dr. med. Peter Semle
Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. med. Beat Wälchli
Orthopädische Chirurgie
spez. Wirbelsäulenchirurgie

Prof. Dr. med. Walter Waespe
Neurologie

Dr. med. Franziska Weinmann
Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. med. Claudia Yattara-Baratti
Chirurgie und Phlebologie

Praxiszentrum Zollikerberg, Trichtenhauserstrasse 2 (direkt bei der Forchbahnstation)

Dr. med. (A) Sandi Suwanda
Chefarzt Akademie für Traditionelle Chinesische Medizin

Dr. med. Beat Walder
Pneumologie und Innere Medizin

Häufig bei uns tätige Beleg- und Konsiliarärztinnen und -ärzte mit Praxis in Zürich und Umgebung

PD Dr. med. Michael Bajka, Volketswil
Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. med. Patrick Bischofberger, Zürich
Psychiatrie und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Norbert Boos, Zürich
Orthopädische Chirurgie,
spez. Wirbelsäulenchirurgie

Dr. med. Fabrice Buff, Zürich
Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. med. Peter Custer, Zürich
Ohren-, Nasen-, Halskrankheiten
spez. Hals- und Gesichtschirurgie

Dr. med. Gerhard Eich, Zürich
Infektiologie

Dr. med. Judith Fellmann, Zürich
Orthopädische Chirurgie

Dr. med. Ivrea Florio, Zürich
Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. med. Helen Fontana, Zollikon
Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. med. Marie-Christine Guldin, Zürich
Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. med. Peter Haesler, Zürich
Angiologie

Dr. med. Thomas Hauser, Zürich
Immunologie

Dr. med. Jiri Havelka, Zürich
Gastroenterologie

Dr. med. Hans Peter Kern, Zürich
Plastisch-Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Dr. med. Thomas Lang, Zürich
Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. med. Thomas Ledermann, Zürich
Orthopädische Chirurgie

Dr. med. Hagen Luft-Wüthrich, Zürich
Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. med. Christoph Manzanell, Dübendorf
Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. med. Donato Marangi, Wetzikon
Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. med. Marc Marty, Zürich
Orthopädische Chirurgie

Dr. med. Fabio Meier, Zürich
Ophthalmologie

Dr. med. Peter Meier-Gräub, Zürich
Gastroenterologie

Dr. med. Brigitte Meli-Eisenberg, Küsnacht
Ophthalmologie

Dr. med. Felix Rapp, Zürich
Orthopädische Chirurgie

Dr. med. Peter Rüegg, Dübendorf
Gynäkologie und Geburtshilfe

PD Dr. med. Ursula Schreiter Gasser, Zürich
Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. med. René Simeon, Zürich
Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. med. Kurt-Aurel Stoessel, Zürich
Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. med. Eva Thaler, Zürich
Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. med. Pierre Villars, Zürich
Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. med. Vera Schnyder Grätz, Zürich
Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. med. Bettina von Seefried, Zürich
Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. med. Markus Wiesli, Zürich
Neurochirurgie

Dr. med. Andrea Zoelly, Zollikon
Urologie

Danke für
Ihr Vertrauen

Spital Zollikerberg

Trichtenhauserstrasse 20

8125 Zollikerberg

T 044 397 21 11

F 044 397 21 12

info@spitalzollikerberg.ch

www.spitalzollikerberg.ch

Stiftung Diakoniewerk Neumünster –
Schweizerische Pflegerinnenschule