



DAS CLARASPITAL

Das erfolgreiche, regionale Privatspital, das allen offensteht
und einen exzellenten Ruf genießt.



Geschäftsleitung (von links): Prof. Dr. med. Christian Ludwig, Leiter Medizinische Klinik; Stephan Ebner, lic. rer. pol., Leiter Zentrale Dienste; Dr. rer. pol. Peter Eichenberger, Direktor; Prof. Dr. med. Markus von Flüe, Leiter Chirurgische Klinik; Monika Berger, Leiterin Pflegedienst & Hotellerie; Dr. med. Christian Looser, Leiter Querschnittbereich

INHALT



PFLEGEDIENST & HOTELLERIE 8

Vom Papier in den Computer: der Pflegeprozess im Claraspital.



CHIRURGISCHE KLINIK 16

Eine Operation kann der letzte Ausweg sein. Bariatrische Chirurgie – ein multidisziplinäres Fachgebiet.



ZENTRALE DIENSTE 24

Im Rücken ein Kloster – gelebte Unternehmenskultur.



MEDIZINISCHE KLINIK 12

Ein Zentrum für Krebskranke.



QUERSCHNITT-BEREICH 20

Dreidimensional und in Farbe: moderne nuklearmedizinische Diagnostik.

Verwaltungsrat 4

Geschäftsleitung 6

Pflegedienst & Hotellerie 8

Medizinische Klinik 12

Chirurgische Klinik 16

Querschnittsbereich 20

Zentrale Dienste 24

Organe des Claraspitals 28

Funktionsträger des Claraspitals 29

Daten und Fakten 32

Zugunsten der Lesbarkeit verwenden wir in den Texten nur eine Geschlechtsform.

EDITORIAL



Raymond R. Cron
Präsident des Verwaltungsrates

Neben der Bewältigung des Tagesgeschäftes standen im Jahr 2011 einige wichtige strategische Fragestellungen auf der Agenda der Führungsorgane unserer Gesellschaft.

Bevor ich auf diese für die Zukunft des Claraspitals entscheidenden Themen eingehe, möchte ich kurz auf das letzte Geschäftsjahr zurückblicken. Auch im Jahre 2011 haben unsere Mitarbeitenden wieder qualitativ sehr hochstehende medizinische und pflegerische Leistungen auf der Grundlage unserer Clara-Kultur erbracht. Für diese enorme Arbeit zum Wohl unserer Patienten möchte ich sehr herzlich danken und meine grosse Anerkennung aussprechen.

Das Jahr 2011 stand im Zeichen der Überprüfung der Strategie unseres Spitals. Primär ging es darum, die Aktualität und Richtigkeit unserer Unternehmensstrategie zu hinterfragen. Das Gesundheitswesen befindet sich in einem dynamischen Veränderungsprozess. Aus diesem Grund ist es angezeigt, periodisch zu hinterfragen, ob das Umfeld in der Strategie noch zweckmässig abgebildet ist. Das Claraspital ist seit Jahren erfolgreich unterwegs. Es bestand somit kein grundlegender strategischer Handlungsbedarf. Auch hat die Strategieüberprüfung klar gezeigt, dass die bisherige Ausrichtung des Spitals grundsätzlich richtig ist und sich keine grundlegenden Veränderungen aufdrängen.

Die Kernaussagen der überarbeiteten Strategie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- > Das Claraspital ist ein privat geführtes Akutspital und unverzichtbarer Teil der Gesundheitsversorgung der Nordwestschweiz. Es zeichnet sich durch eine hervorragende Behandlung und umfassende medizinische Kompetenzen aus, welche mit dem Betreuungsstandard eines Privatspitals erbracht werden. Das Claraspital wird als Chefarztspital geführt und fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit.
- > Um die Wettbewerbsfähigkeit des Claraspitals zu erhalten und auszubauen, werden die medizinischen, pflegerischen und hotelleriebezogenen Kernleistungen sowie die übrigen Leistungen «exzellent», d.h. sowohl menschlich wie auch fachlich in sehr hoher Qualität, erbracht.
- > Das Claraspital betreibt zwei ausgeprägte Schwerpunkte sowie ausgewählte Spezialitäten und leistet dadurch eine erweiterte Grundversorgung inkl. Notfallversorgung. Dazu betreibt es rund 230 Betten.
- > Das Claraspital nimmt seine universitäre Ausbildungsfunktion sowie seine Funktion in der ausseruniversitären Weiterbildung wahr.
- > Zur Sicherung einer soliden finanziellen Basis wird das Claraspital nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen geführt.

Das Claraspital betreibt also wie bisher die beiden Schwerpunkte Magen-Darm und Onkologie. Diese werden mit den Spezialitäten Urologie, Kardiologie und Pneumologie ergänzt. Als qualifiziertes Basisangebot, sprich als erweiterte Grundversorgung, betreiben wir die Innere Medizin/Endokrinologie mit Ernährungszentrum sowie die Orthopädie/Traumatologie ebenfalls als Spezialitäten.

Im Rahmen der überarbeiteten Strategie sollen die beiden Schwerpunkte weiter gestärkt werden. Zu diesem Zweck werden einzelne Disziplinen neu gemäss Indikation organisiert. Per 1. Januar 2012 entstanden so ein Bauch- und ein Tumorzentrum, das in die Chirurgische bzw. Medizinische Klinik integriert ist. Das Claraspital ist schweizweit eines der ersten Häuser, das die strategische Fokussierung so konsequent organisatorisch abbildet. Wir sind überzeugt, dass wir mit der Zentrumsbildung die Voraussetzung für eine weitere Steigerung der Qualität sowie der Attraktivität für Patienten, niedergelassene Ärzte und Mitarbeitende schaffen.

Trotz dieser klaren Ausrichtung unseres Spitals auf zwei Schwerpunkte ist und bleibt das Claraspital mit seinen Spezialitäten und der Grundversorgung ein Haus, das allen Patienten offensteht, unabhängig vom jeweiligen Krankheitsbild. Das Claraspital ist wie bisher auf den Gesundheitsmarkt in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft sowie auf die übrigen Gebiete der Nordwestschweiz und den südbadischen Raum ausgerichtet.

Ein weiterer unveränderter Punkt unserer Strategie ist die Wertschätzung und die Sorgfalt, die wir allen Menschen und damit natürlich insbesondere auch unseren Patienten entgegenbringen. So wird in unserer Strategie explizit auf den Umgang mit unseren Patienten und deren Angehörigen, aber auch den Mitarbeitenden verwiesen: «Im Zentrum aller Bemühungen steht der Patient. Wir betreuen alle Patienten in einer Atmosphäre des Vertrauens und der Geborgenheit mit menschlicher Wärme. Alle Patienten erhalten eine gute, sichere und moderne Behandlung sowie Betreuung. Unsere Auf-

merksamkeit gilt auch den Anliegen Angehöriger. Die Leistungen, insbesondere der Hotellerie, werden nach Versicherungskategorien differenziert.» «Das Claraspital ist die erste Adresse für qualifizierte Mitarbeitende aus Medizin und Pflege. Wir wollen aussergewöhnliche Mitarbeitende gewinnen, begeistern und sie in ihrer Entwicklung unterstützen.»

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Claraspital eine hohe strategische Kontinuität aufweist und wir klare Akzente setzen: Wir fokussieren auf unsere zwei Schwerpunkte Magen-Darm und Onkologie. In diesen Bereichen gehören wir zu den Marktführern und wollen diese Position nachhaltig ausbauen. Gleichzeitig legen wir für die Spezialitäten klare Wachstums- und Profitabilitätsvorgaben fest.

Im vergangenen Jahr durfte ich das Präsidium des Verwaltungsrats von Herrn Josef Zeltner übernehmen. Er hat während unzähliger Jahre die Geschichte unseres Spitals massgebend mitgeprägt, zuletzt als Präsident des Verwaltungsrats. Ich danke ihm für seinen unermüdelichen Einsatz zugunsten unseres Hauses und wünsche ihm weiterhin alles Gute.

Das Jahr 2012 bringt mit der Einführung der Fallkostenpauschalen grundlegende Umwälzungen im Gesundheitswesen. Das Claraspital hat sich in den letzten Jahren konsequent auf diese Neuerungen vorbereitet. Wir sind überzeugt, dass wir uns nun aus einer Position der Stärke den zahlreichen Neuerungen stellen können.

Abschliessend möchte ich mich bei unseren Patienten sowie bei den zuweisenden Ärzten für ihr grosses Vertrauen bedanken. Wir werden auch in Zukunft alles daran setzen, dieses Vertrauen durch exzellente Leistungen zu honorieren!



Raymond R. Cron

DIE PATIENTENZAHLEN BESTÄTIGEN DIE GUTE QUALITÄT

2011 haben wiederum mehr Patienten das Claraspital für ihre stationäre Behandlung aufgesucht als im Vorjahr. Es waren etwas über drei Prozent. Nach dem fulminanten Jahr 2010 darf dieser Zuwachs als grosse Bestätigung gewertet werden. Ebenfalls kräftig entwickelt hat sich der ambulante Bereich. Obwohl dieser aus strategischer Sicht nicht das prioritäre Aktionsfeld des Claraspitals darstellt, haben vor allem der technologische Fortschritt bzw. die kürzere Aufenthaltsdauer sowie die mehr und mehr genutzte Notfallstation zu diesem Verlauf beigetragen.

Das Claraspital hat insgesamt seine Stellung als Spital der spezialisierten Versorgung gefestigt. In den Schwerpunkten Bauch und Tumor sowie insbesondere in den Spezialitäten Urologie und Kardiologie hat die Zahl stationärer Patienten zum Teil stark zugenommen. Aufgrund dieser Entwicklung darf davon ausgegangen werden, dass der Marktanteil des gemeinnützigen Privatspitals Ende 2011 in der Onkologie und der Viszeralchirurgie mindestens 30%, in der Gastroenterologie mindestens 20% beträgt, bezogen auf die Gesamtzahl aller jeweiligen Fälle in der Nordwestschweiz.

Die im Berichtsjahr vom Verwaltungsrat beschlossene Strategie verlangt, dass diese Position weiter ausgebaut wird. Mit exzellenten Leistungen sollen eine positive Patientenzahlentwicklung im Bauch- und im Tumorbereich, aber auch in der Urologie, der Pneumologie und der Kardiologie angestrebt werden. Die Innere Medizin und die Orthopädie/Traumatologie sind wichtige Stützen des Leistungsangebotes des gesamten Claraspitals. Sie gilt es mit guter Qualität zu halten.

Dass die Behandlungsqualität bereits heute ausgewiesen ist, zeigt die im März des Berichtsjahres bestandene SanaCert-Rezertifizierung. Die Experten dieses auf Kliniken ausgerichteten Qualitätslabels stellten dem Claraspital bezüglich seines Qualitätssystems ein sehr gutes Zeugnis aus. Verbesserungspotenzial wird insbesondere bei der Ausweitung einzelner Standards auf sämtliche Abteilungen und Stationen des Spitals gesehen (z.B. Ernährungsstandard). Erfreulich ist insbeson-

dere die Würdigung unseres «Critical Incident Reporting System» (CIRS). Das Claraspital verfügt gemäss Expertensicht über ein gut funktionierendes Meldesystem. Speziell beauftragte interne Fachleute triagieren und bewerten die eingehenden Meldungen und entwickeln wo nötig Massnahmenvorschläge. Ein Grossteil der erfassten Meldungen weist auf Verbesserungspotenzial bei der Patientenidentifikation und der Abgabe von Medikamenten hin. Dieses in der Spitalbranche nicht unübliche Ergebnis hat zur Folge, dass diese beiden Bereiche im Rahmen eines neuen SanaCert-Standards im Claraspital vertieft analysiert werden und dass nach Verbesserungsansätzen gesucht wird.

Diese für das Jahr 2011 aufgezeigten Entwicklungen und Ergebnisse erfolgten vor dem Hintergrund des sich auf den 1.1.2012 angekündigten Fallpauschalenzeitalters. Das Claraspital hatte sich in den letzten Jahren intensiv auf diesen Moment vorbereitet. Insbesondere wurden die wesentlichen Abläufe neu definiert, die Organisation darauf ausgerichtet und ein modernes Klinikinformationssystem inklusive Pflegeplanung zur Unterstützung eingeführt. Dank all dieser Massnahmen reduzierte sich einerseits die Aufenthaltsdauer auf DRG-Niveau. Andererseits konnten die Fallkosten substantiell gesenkt werden. Und grundversicherte Patienten konnten gegenüber dem Kanton Basel-Stadt bereits seit 2 Jahren auf Basis von Fallpauschalen abgerechnet werden.

Erwartungsgemäss aufwendig und teilweise schwierig erwiesen sich im Berichtsjahr die DRG-Verhandlungen mit einzelnen Versicherungen. In Zusammenarbeit mit den Kantonsspitalern Liestal und Bruderholz sowie der Merian Iselin-Klinik konnten immerhin noch vor Ende Jahr erste Verträge mit den Versicherungen Helsana, KPT und Sanitas abgeschlossen werden. Die vom Kanton Basel-Stadt provisorisch verfügte Baserate von CHF 9970.– reduzierte das Spitalinkassorisiko bei Versicherungen, mit denen noch kein Vertrag abgeschlossen wurde.

Dank den im Berichtsjahr beschlossenen Spitallisten können sich neu auch ausserkantonale grundversicherte Patienten, welche über keine Zusatzversicherung verfü-

Dr. Peter Eichenberger
Direktor



gen, im Claraspital behandeln lassen. Dass das Claraspital zusätzlich zur städtischen Spitalliste auch auf der Liste des Landkantons steht, zeigt die Versorgungs- bzw. Planungsrelevanz des Spitals auch für den Kanton Basel-Landschaft und ist Ausdruck des gegenseitigen Vertrauens.

Jetzt gilt es abzuwarten und zu analysieren, wie stark ausserkantonale Patienten die neue Freizügigkeit nutzen. Netzwerke stellen einen Ansatz dar, um das Patientenverhalten zu beeinflussen. Erfreulicherweise konnten auch im Berichtsjahr bestehende Partnerschaften intensiviert und neue geknüpft werden. Die neue Kooperation mit dem Gesundheitszentrum Fricktal ist insofern bemerkenswert, als diese die Achse dem Rhein entlang Richtung Fricktal verstärkt.

Verbessertes Zuweisermarketing oder die Überprüfung und Aktualisierung des Brands «Claraspital» können ebenfalls zur besseren Erschliessung von Patientenströmen dienen. Beide Anliegen wurden in der Berichtsperiode an die Hand genommen. Zusammen mit einer ebenfalls gestarteten Überprüfung der bestehenden Leistungsdifferenzierung zwischen den Versichertenklassen soll insbesondere auch die Attraktivität des Claraspitals für zusatzversicherte Patienten hochgehalten werden.

Bei all den vielen im Jahr 2011 behandelten Patienten oder getätigten Projekten und Entwicklungen konnte auf die grosse Arbeit und die Unterstützung der Mitarbei-

tenden und der Führungskräfte des Claraspitals gezählt werden. Die Geschäftsleitung dankt herzlich für deren grossen Einsatz. Vielen Dank. Der Dank richtet sich ebenso an die Trägerschaft, den Verwaltungsrat und die Partner, die zuweisenden Ärzte und Behörden, welche unsere Arbeit zugunsten der Patienten unterstützen.

Dr. Peter Eichenberger



PFLEGEDIENST & HOTELLERIE

Vom Papier in den Computer: der Pflegeprozess im Claraspital

Seit den 1980er-Jahren wird in der Schweiz mit dem sogenannten Pflegeprozess gearbeitet. Nach einer intensiven Entwicklungsphase hat das Claraspital als eines der ersten Spitäler in der Schweiz eine IT-basierte Lösung eingeführt, welche den gesamten Pflegeprozess umfasst, den Patienten noch gezielter einbezieht und die verfolgten Ziele für alle beteiligten Personen klar abbildet.

Die papierene Kardex kennen wir alle, sei es aus Filmen, Besuchen oder einem Aufenthalt im Spital. Diese Dokumente beinhalten wichtige Informationen über den Patienten, seine Krankheit, seine Medikation, die Art der Pflege und vieles mehr. Als eines der ersten Spitäler in der Schweiz hat das Claraspital ab Mitte August 2011 den gesamten Pflegeprozess von der Papierversion in die elektronische Form überführt. «Heute lebt der Pflegeprozess nicht mehr nur im Stationsbüro, wo die Kardex standen, sondern ist dank mobilen Notebooks auch auf

der Visite oder im Patientenzimmer und von jedem PC im Haus abrufbar», freut sich Barbara Dübendorfer, Informatikbeauftragte Pflegedienst. «Bereits kurz nach der Einführung konnten wir feststellen, dass der Pflegeprozess dank der Umstellung auf den Computer reger verfolgt wird und in der Arbeit präsenter ist denn je.»

Der Pflegeprozess. Als Pflegeprozess wird in der professionellen Pflege eine systematische Arbeitsmethode für Einschätzung, Planung, Durchführung und

Beurteilung pflegerischer Massnahmen bezeichnet. Diese auch Pflegeregelkreis genannte Methode basiert auf der Tatsache, dass Pflege ein dynamischer Problemlösungs- und Beziehungsprozess ist. Der Pflegeprozess ermöglicht eine organisierte und ganzheitlich orientierte, individuelle Pflege. Da die medizinischen und pflegerischen Probleme mit den Jahren immer komplexer und vielschichtiger geworden sind und die Patienten ihre Selbstständigkeit in kürzerer Zeit erreichen müssen, ist der Pflegeprozess wichtiger denn je.

«Der Vorteil des elektronischen Pflegeprozesses gegenüber jenem auf Papier liegt darin, dass durch den klar strukturierten Aufbau und die vom System zur Verfügung gestellten Hilfestellungen das Erstellen einer durchgängigen Dokumentation deutlich vereinfacht wird», erzählt Barbara Dübendorfer. «Da beispielsweise alle Pflegediagnosen vorgeschlagen werden oder hinterlegt sind und per Mausklick ausgewählt werden können, ist eine Bandbreite an Möglichkeiten vorgegeben und keine Massnahme kann so aus Zeitdruck vergessen gehen. Andererseits muss sich niemand um die Lesbarkeit der unterschiedlichen Handschriften kümmern. Ein einfacher, wenn auch nicht zu unterschätzender Punkt.»

Die vier Schritte des Pflegeprozesses werden seit August IT-unterstützt geplant und dokumentiert. «Das Ziel eines jeden Pflegeprozesses ist es, mit einer patientenbezogenen, möglichst genauen und einheitlichen Planung von Zielen und Massnahmen die erkannten Defizite zu beheben und Risiken zu vermindern und dadurch eine Besserung des Zustandes des Patienten zu erreichen.» Der gesamte Pflegeprozess und seine Dokumentation dienen also in erster Linie der professionellen Pflege und stellen zweitens ein Dokument zur rechtlichen Darstellung der geleisteten Pflege dar.

Vorteil für die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Auch in der interdisziplinären Zusammenarbeit hat der Pflegeprozess einen wichtigen Stellenwert und die gemeinsame Zielerreichung erlangt höhere Transparenz. Alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen, zum Beispiel Ärzte, Therapeuten, Case Management, können von überall her, an jedem PC, den Pflegeprozess einsehen und die Ziele und Massnahmen abrufen. Da

die Begrifflichkeiten (Konzepte) verbindlich definiert sind, bildet sich eine einheitliche Fachsprache aus, welche auch die interdisziplinäre Kommunikation vereinfacht. Den Mitarbeitenden der Codierung geben die exakten Pflegediagnosen wichtige Informationen zur Erfassung der Leistung zu Händen der Krankenkassen.

Datenschutz. Da mit der Einführung des Klinikinformationssystem (KIS) und des elektronischen Pflegeprozesses die Einsichtnahme in Patientendaten für alle Beteiligten vereinfacht wurde, hat das Claraspital einen Datenschutzleitfaden erstellt, der die wichtigsten Punkte zum Umgang mit elektronischen Patientendaten festhält. «Wir behandeln und betreuen alle unsere Patienten mit der höchsten Aufmerksamkeit. Dies wird auch im Umgang mit den elektronischen Patientendaten so gehandhabt. Die personenbezogenen Daten aller Personen, ob Personen des öffentlichen Lebens oder hospitalisierte Mitarbeitende, werden bei uns mit gleich hoher Priorität behandelt», betont Barbara Dübendorfer.

Der Zugriff auf Patientendaten darf nur von Personen durchgeführt werden, die in den Behandlungs-, Betreuungs- und Administrationsprozess involviert sind. Jede Person erhält entsprechend ihren Aufgaben eine persönliche Zugangsberechtigung.





Dank des elektronischen Pflegeprozesses können sich alle involvierten Fachpersonen jederzeit über die aktuellen Pflegediagnosen und die Pflegeziele informieren.

Mindestens zwei Mal pro Jahr überprüft die Datenschutzbeauftragte die Einhaltung dieser Vorgaben. Dabei liegt das Augenmerk auf ungerechtfertigten Zugriffen auf Patientendaten. Überschreitungen werden umgehend der Geschäftsleitung gemeldet.

Auf die internen Bedürfnisse zugeschnitten. Mit der Entscheidung, den Pflegeprozess neu IT-basiert zu erfassen, wurde ein völlig neues Produkt geschaffen. Die gesamte Entwicklung des Inhaltes, der Programmfunktionen und der Benutzeroberfläche erfolgte in Zusammenarbeit mit einer externen Firma und einem Team aus dem Claraspital. Die Entwicklungsphase dauerte mehrere Monate und erfolgte unter Einbezug von Mitgliedern aus der Praxis. «Dank des engen Praxisbezugs wurde es uns möglich, die IT-Anforderungen schrittweise mit jenen der Pflegenden zu kombinieren. Das System sollte so einfach wie möglich sein, damit es eine gute Unterstützung im Alltag bietet», erklärt Barbara Dübendorfer. «Nach einer ausgiebigen Testphase und einer Pilotphase merkten wir, dass einige weitere Anpassungen notwendig waren. Darum haben wir die flächendeckende Einführung etwas nach hinten verschoben.» Das sei eine gute Entscheidung gewesen und hätte auch viel zur Akzeptanz der elektronischen Form beigetragen. Letztlich dauerte dann die gesamte Einführungsphase auf allen Stationen lediglich vier Wochen.

«Heute möchte niemand mehr zur Papierversion zurückkehren», sagt Barbara Dübendorfer. «Rückmeldungen aus der Praxis zeigen, dass der Pflegeprozess genauer, mit grösserer Motivation, bewusster und häufiger angewendet wird.» Denn mit dem elektronischen Pflegeprozess haben die Pflegenden ein Instrument in der Hand, mit dem sie effizient, professionell und zielgerichtet mit dem Patienten zusammenarbeiten können. Der Patient erhält die Pflege, die er benötigt und die ihn besser in die Pflege mit einbezieht.

Blick in die Zukunft. Ein Folgeprojekt ist bereits geplant. «Als nächstes soll die Leistungserfassung in die bestehende Pflegemassnahmenplanung integriert werden. Das heisst, dass es möglich sein wird, die pflegerischen Handlungen direkt mit der Rückmeldung der Massnahmen als Pflegeleistung zu erfassen», erzählt Barbara Dübendorfer. «Die dazu benötigten Funktionen sind im System bereits angedacht und teilweise vorhanden.» Und noch etwas später soll es möglich sein, auch die Abrechnung von Material mit der Pflegemassnahmenplanung zu kombinieren.

Ein Beispiel

Eine Patientin mit Jahrgang 1921 tritt mit hohem Blutdruck, Schwäche und Schwindel ins Claraspital ein.

Bereits beim Erfassen der Pflegeanamnese, dem 1. Schritt im Pflegeprozess, erfährt die Pflegefachperson, dass die Patientin für die Körperpflege und als Unterstützung bei der Vorbereitung der Medikamenteneinnahme wöchentlich zwei Mal durch die Spitex betreut und die Wohnung von einer Putzfrau gereinigt wird. Diese Informationen geben Anhaltspunkte über die zu erwartende Hilfe im Spitalalltag und sind wichtig für die Austrittsplanung. Deshalb werden sie im PC eingetragen und stehen nun dem gesamten Pflege team jederzeit zur Verfügung.

Im Anschluss daran schätzt die zuständige Pflegefachperson den Zustand und die Beeinträchtigungen der Patientin ein, in der Fachsprache «ergebnisorientiertes Pflege-Assessment – Acute Care» (ePA-AC) genannt, schlägt entsprechende Pflegediagnosen vor und plant diese. Die Pflegediagnosen sind dank dem elektronischen System standardisiert und werden nach einer einheitlichen Struktur (Problemtitle, Einflussfaktoren und Symptome) dokumentiert. Im vorliegenden Fall entscheidet sich die Pflegefachperson für die folgenden drei Pflegediagnosen: Selbstpflegedefizit Waschen/Kleiden, beeinträchtigte Gehfähigkeit und Risiko eines Sturzes.

Zu jeder Diagnose werden realistische Ziele ausgewählt und Massnahmen zur Zielerreichung geplant. Sowohl die zur Diagnose gehörenden Ziele als auch die Massnahmen werden der Pflege vom elektronisch hinterlegten Leistungserfassungskatalog Pflege (LEP®) vorgeschlagen. Die Massnahmen, die rein pflegerischer oder interdisziplinärer Art sein können (z.B. ärztlich verordnet), müssen täglich überprüft und entsprechend den aktuellen Bedürfnissen des Patienten angepasst, ausgewählt und geplant werden. Um das zu veranschaulichen, wählen wir die Diagnose Selbstpflegedefizit Waschen/Kleiden. Das bedeutet, dass die Patientin sich nicht selbstständig waschen und ankleiden kann.

In unserem Fall entscheidet sich die Pflege für das Ziel «Führt die Körperpflege entsprechend den eigenen Möglichkeiten durch». Damit sollte gewährleistet sein, dass die Patientin die Fähigkeit, sich selbst zu pflegen, nicht verliert und die benötigten Hilfestellungen dazu erhält. Das Ziel «Wendet Methoden an oder verändert die Lebensweise, um die Anforderungen der persönlichen Pflege zu

erfüllen» hätte auch zur Auswahl gestanden, wäre in der beschriebenen Situation aber unrealistisch. Eine Patientin, die aufgrund ihrer Diagnosen und Vorgeschichten schon eine Einschränkung hat, wird nicht wieder selbstständig werden. Dieses Ziel ist bei Patienten, die nach einer Operation vorübergehend in der Körperpflege eingeschränkt sind, zu wählen.

Nach Festlegen des Ziels wird aufgrund des Zustandes des Patienten und nach Gesprächen mit den Patienten die Pflegemassnahmenplanung erstellt. Dabei werden alle Massnahmen aufgeführt, bei deren Ausführung die Patientin Hilfe benötigt. In unserem Fall sind dies: Teilkörperwäsche durchführen, Unterkörper ankleiden und Unterkörper auskleiden. Den Rest der Körperpflege kann die Patientin selber, am Lavabo, ausführen. Das Festhalten der einzelnen Massnahmen in der Pflegedokumentation dient dazu, dass alle am Behandlungsprozess beteiligten Personen wissen, welche Unterstützung und Hilfe die Patientin braucht. Zudem wird durch diese gezielte Pflege verhindert, dass die Patientin ihre vorhandenen Fähigkeiten verliert.

Durch die tägliche Überarbeitung der Pflegediagnosen wird der Zustand der Patientin laufend beurteilt und es werden gegebenenfalls Anpassungen bei den Zielen und der Massnahmenplanung vorgenommen.

Die Pflegenden jeder Schicht notieren genau, welche Massnahmen umgesetzt wurden, und kommentieren bei Bedarf Veränderungen am Gesundheitszustand der Patientin. Damit wird eine lückenlose, nachvollziehbare und rückverfolgbare Dokumentation der Pflege sichergestellt. Zusätzlich werden im Pflegebericht alle relevanten Informationen aufgeschrieben, welche nicht in der Pflegemassnahmenplanung ersichtlich sind, aber für die professionelle Betreuung der Patientin wichtig sind. Dieser Pflegeverlauf dient einerseits als wichtige Informationsquelle für die nachfolgenden Dienste und andere Berufsgruppen – so z.B. Spitex oder Rehabilitationszentren – andererseits der Aufzeichnung der geleisteten Pflege.

Alle diese Schritte und Einschätzungen sind wichtig für eine ausreichende, professionelle Pflege und dienen der Erhaltung der Fähigkeiten der Patientin, sei dies im Spital oder ausserhalb des Spitals.



MEDIZINISCHE KLINIK

Ein Zentrum für Krebskranke

Mit den beiden Schwerpunkten Magen-Darmleiden und Onkologie erreicht das Claraspital in der Nordwestschweiz gemäss Versorgungsbericht Basel-Stadt und Nordwestschweiz eine Abdeckung von 30%. Nun hat das Claraspital entschieden, die beiden Schwerpunkte weiter zu stärken und zu fördern. Aus diesem Grund wurde per Anfang 2012 die Organisation des Claraspitals den Indikationen angepasst: Das Claraspital wird neu zwei Zentren bilden. Zum einen wird das Bauchzentrum mit den Fachgebieten Viszeralchirurgie und Gastroenterologie geschaffen, zum anderen das Tumorzentrum mit den Bereichen medizinische Onkologie inklusive des medizinisch-onkologischen Ambulatoriums und der Radioonkologie.

Ganzheitliche Abklärung und Behandlung. Das am Claraspital angebotene Spektrum rund um die Behandlung und die Betreuung von Krebserkrankungen ist umfassend und geht weit über die eigentliche medizinische Betreuung hinaus. Von der Diagnose über die Primärtherapie – mit den Eckpfeilern Chemotherapie, Strahlentherapie und Chirurgie – beinhaltet das

Angebot auch Psychoonkologie, Kunst- und Musiktherapie sowie die Behandlung fortgeschrittener Krebserkrankungen bis hin zu einer Palliativstation für komplexe schmerzlindernde Therapien und auch Sterbebegleitung. Jährlich werden rund ca. 1 500 Krebspatienten ambulant und stationär am Claraspital behandelt.

Bereits in den vergangenen Jahren wurde dieser integrativ-umfassende Zentrumsansatz praktiziert. Besonders die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem Tumorboard ist ein zentraler Bestandteil bei der Behandlung von Krebspatienten. Zwei Mal wöchentlich treffen sich Chirurgen, Onkologen, Radioonkologen, Radiologen, Nuklearmediziner sowie Pathologen, um alle onkologischen Fälle zu besprechen und die optimale Behandlung festzulegen. «Zur Beschlussfähigkeit muss pro Disziplin ein Arzt vertreten sein», erläutert der Onkologe und Leitende Arzt PD Dr. Martin Andreas Buess, «damit sämtliche Aspekte und Behandlungsoptionen in die Fallbesprechung einfließen können. Die onkologische Behandlung ist äusserst komplex, da die Therapieleitlinien immer an die individuellen Gegebenheiten angepasst werden müssen und im Verlauf der Therapie auch einer fortwährenden Überprüfung unterliegen.»

Chemotherapie – Strahlentherapie – Operation.

Die grössten Fortschritte in der Krebsbehandlung wurden in den letzten Jahrzehnten durch eine optimale Kombination von Chirurgie, medikamentöser Therapie (Chemotherapie/Zytostatikatherapie) und Radioonkologie (Strahlentherapie) erzielt. Dadurch können die Heilungschancen der Patienten deutlich erhöht, die Nebenwirkungen gesenkt und die Lebensqualität verbessert werden. Prof. Dr. Wolfgang Harms, Chefarzt der Radio-

onkologie, berichtet: «Im Spital sind fünf Onkologen, eine Hämatologin und zwei Radioonkologen tätig. So verfügen wir über ein breites Wissen und eine optimale Grösse, um eine ausgezeichnete interdisziplinäre Zusammenarbeit zu gewährleisten. Das gesamte Spektrum onkologischer Erkrankungen wird abgedeckt, angefangen bei Erkrankungen der Blutbildung sowohl gutartiger als auch maligner Tumoren inklusive der vielfältigen Therapieverfahren.» Oft könne man die Diskussionen im Tumorboard auch als intensives Ringen um die beste Therapie für den einzelnen Patienten bezeichnen, so Prof. Dr. Harms. In welcher Dimension und Reihenfolge eine Chemotherapie, eine Strahlentherapie oder eine Operation erfolge, sei zwar in Leitlinien und Therapiestandards formal für jedes Tumorstadium festgelegt, müsse aber für jeden Patienten individuell indiziert und ggf. an Begleiterkrankungen, die persönliche Lebenssituation sowie die Wünsche des Patienten angepasst werden. «Durch dieses interdisziplinäre Vorgehen wird für unsere Patienten sehr viel Zeit gespart, da nicht alle Spezialisten nacheinander konsultiert werden müssen und bereits im Tumorboard das weitere Vorgehen festgelegt und häufig der erste Therapieschritt initiiert werden kann.»

Umsetzung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse. Als Beispiel sei die Behandlung eines Patienten mit einem Mastdarmkrebs (Rektumkarzinom) beschrieben.



Im Tumorboard entscheiden die Spezialisten gemeinsam, ob zuerst operiert, bestrahlt oder eine Chemotherapie verabreicht wird.

Ein Rektumkarzinom ist ein bösartiger Tumor, der von der Schleimhaut des unteren Darmabschnitts ausgeht. Vor der Therapie muss immer erst eine Probe des Tumors entnommen werden, um mit einer feingeweblichen Untersuchung des Pathologen die Diagnose zu sichern. Im Anschluss erfolgen verschiedene Untersuchungen (Endosonographie, Computertomographie, PET/CT), um die Ausbreitung der Erkrankung (Tumorstadium) genau zu erfassen und Fernabsiedelungen auszuschliessen. «Je nach Befundlage und Allgemeinzustand des Patienten wird im Tumorboard der Therapieplan festgelegt. Bei kleineren Tumoren, die keine Lymphknotenabsiedelung aufweisen, kann der Tumor direkt operiert werden. Das weitere onkologische Vorgehen wird wiederum im Tumorboard besprochen. Häufig ist keine weitere Therapie notwendig und die Tumornachsorge kann in Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten organisiert werden. Bei der Mehrzahl der Tumoren des Enddarms liegt zum Zeitpunkt der Diagnose jedoch ein etwas fortgeschrittenes Tumorstadium vor und grosse Studien haben gezeigt, dass dann durch eine vorgeschaltete kombinierte Radio- und Chemotherapie die Behandlungsergebnisse signifikant verbessert werden können. Dies mit dem Ziel, den Tumor so weit als möglich zu verkleinern und somit gerade bei tief sitzenden Tumoren die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, das bei der Operation der Schliessmuskel und somit die Kontinenz erhalten werden kann»,

erläutert Prof. Dr. Harms. Dies sind für das weitere Leben und die Lebensqualität wichtige Fragen und Entscheidungen, die aufgrund ihrer Tragweite immer interdisziplinär besprochen werden sollten. «Diese Strategie der Vorbehandlung hat sich in den letzten Jahren immer weiter durchgesetzt und wird auch bei anderen Tumoren wie Speiseröhren- oder Lungenkrebs erfolgreich angewendet», fährt Prof. Harms fort. Daher erfordern einerseits die komplexen onkologischen Entscheidungen, aber andererseits auch der rasant verlaufende medizinische Fortschritt eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit. Möglicherweise ergibt sich auch bei Bauchspeicheldrüsenkrebsen durch eine Vorbehandlung eine Verbesserung der Therapieergebnisse. Dank neuen und sehr ausgefeilten Bestrahlungsmöglichkeiten werden Bestrahlungen immer präziser, besser verträglich und die Chance, auch bei zunächst nicht operablen Tumoren eine Operation durchzuführen, steigt. «So grenzt beispielsweise das Bestrahlungsgebiet bei einem Bauchspeicheldrüsenkrebs direkt an strahlungsempfindliche Organe wie Dünndarm, Nieren, Leber oder Rückenmark. Durch den Einsatz von neuen Bestrahlungstechniken wie IMRT und IGRT ist es möglich, die Dosis im Tumorbereich zu erhöhen, ohne die Nebenwirkungen wesentlich zu steigern.» Erste Studienergebnisse zeigen, dass bei ca. 20–30% der Patienten mit fortgeschrittenen Bauchspeicheldrüsenkrebsen doch operiert werden und somit eine deutlich verbesserte Prognose erzielt werden kann.



Präzision und höchste Qualitätsanforderungen: cato®. Präzision wird nicht nur in der Strahlentherapie grossgeschrieben, sondern auch in der Onkologie und bei der Herstellung von Zytostatika. Zytostatika sind toxische, chemische Substanzen, die im Rahmen der Chemotherapie eingesetzt werden. Vielfach unbekannt ist, dass die am Claraspital verwendeten Zytostatika in der eigenen Apotheke für jeden einzelnen Patienten speziell zubereitet werden. Im Rahmen einer Prozess- und Qualitätsoptimierung führte das Claraspital das Programm cato® (Computer-Aided Therapy for Oncology) ein. Dieses Computerprogramm unterstützt die Verordnung, die Herstellung und die Verabreichung von Zytostatikatherapien.

In einem aufwendigen interdisziplinären Prozess erfolgten die Erfassung, die Ausarbeitung und die Stan-



standardisierung der Protokolle. Im System ist hinterlegt, welches Chemotherapeutikum und welche Begleitmedikamente zu welchem Zeitpunkt und in welcher Dosierung verabreicht werden müssen. Kommt der Patient am Morgen zur ambulanten Behandlung, wird im onkologischen Ambulatorium sein Blut getestet und weitere Laborwerte überprüft. Diese Daten werden zusammen mit Grösse und Gewicht ins System eingegeben. Das System errechnet die Dosierung automatisch und schlägt diese dem Arzt vor, der sie freigeben oder modifizieren kann. Die klinische Apothekerin greift ebenfalls auf diese elektronische Verordnung zu, wobei sie die Dosierung auf ihre Plausibilität hin überprüft, bevor mit der Produktion begonnen wird. Anschliessend wird die Chemotherapie zusammen mit dem Verabreichungsprotokoll auf die Station geliefert und dem Patienten verabreicht. PD Dr. Buess erklärt: «Vom Eintritt des Patienten bis zur Verabreichung der Chemotherapie erfolgen in kurzer Zeit viele Einzelschritte, die nun komplett im System erfasst und von verschiedenen Stellen mehrfach überprüft werden. Alle Informationen sind hinterlegt, es können keine handschriftlich verfassten Notizen vergessen gehen. Mit cato® ist unsere Zytostatikatherapie qualitativ besser und sicherer geworden.»

Das Tumorzentrum: ein offenes System. Die Behandlung von Krebspatienten bedarf einer engen und gut abgestimmten Zusammenarbeit im Team. Mit der Bildung eines eigentlichen Tumorzentrums entsteht nicht nur die Möglichkeit, Prozesse und Behandlungsabläufe

weiter zu optimieren, sondern diese im Sinne einer Qualitätssicherung zu standardisieren. Eine erste organisatorische Änderung ist, dass Ärzte und Pflegefachkräfte des Onkologischen Ambulatoriums neu in einem Team zusammengefasst werden, mit direkter hierarchischer Unterstellung. Mit der Zentrumsbildung resultiert eine positive Ausstrahlung in die ganze Region. Eine breite Vernetzung ist den Tumorspezialisten des Claraspitals wichtig. «Unser Tumorzentrum steht allen niedergelassenen Onkologen oder Hausärzten für eine Fallbesprechung offen», sagt Prof. Dr. Harms. «Das Tumorboard bietet somit ein kompetentes Forum für eine Therapieempfehlung oder eine Zweitmeinung.» Diese Durchlässigkeit sei gewünscht und wichtig, auch wenn diese Dienstleistung bis anhin noch wenig genutzt werde.

Auszeichnung für cato®

Anlässlich des internationalen Kongresses «Patientensicherheit – avanti» vom 28. bis 30.11.11 in der Messe Basel hat unsere klinische Pharmazeutin Petra Strub in der Kategorie «Forschungsprojekt» mit ihrer Arbeit unter über hundert eingereichten Postern den 1. Preis gewonnen! «Elektronische Verordnung, Standardisierung Klinische Pharmazie – ein Trio für erhöhte Patientensicherheit in der Onkologie» von P. Strub, M. Buess, C. Cescato-Wenger, M. Lampert, C. Ludwig, I. Carlen-Brutsche.



CHIRURGISCHE KLINIK

Eine Operation kann der letzte Ausweg sein. Bariatrische Chirurgie – ein multidisziplinäres Fachgebiet

Lange hat das Ringen der Berufsverbände um die Anerkennung der bariatrischen Chirurgie gedauert. Seit Anfang 2011 zählt diese zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen. Am Claraspital wird seit über 25 Jahren bariatrische Chirurgie betrieben. Das Spital fungiert dank seiner grossen Erfahrung als Referenzzentrum.

Die bariatrische Chirurgie umfasst die operativen Massnahmen, die darauf abzielen, im Falle von krankhaftem Übergewicht (Adipositas) Gewicht zu reduzieren. Mit der definitiven Aufnahme in den Leistungskatalog der Krankenkassen ist auch die Grenze des Body Mass Index (BMI) den internationalen Gegebenheiten angepasst worden. Ein chirurgischer Eingriff darf neu ab einem BMI von 35 vorgenommen werden, auch wenn noch keine Folgeschäden offenkundig sind. Gleichzeitig wurden von der Swiss Society for the Study of morbid Obesity (SMOB), in deren Vorstand auch PD. Dr. Ralph Peterli, Leitender Arzt der viszeralchirurgischen Abteilung am Claraspital, Einsitz hat, strenge Qualitätsricht-

linien festgelegt. Diese umfassen Anforderungen an die Vorabklärung und die Nachsorge des Patienten und an die Teamzusammensetzung, um ein anerkanntes Zentrum für bariatrische Chirurgie zu werden. Ob es sich um ein Basis- oder ein Referenzzentrum handelt, ist abhängig von den Fallzahlen und der Erfahrung des leitenden Chirurgen. Um als Referenzzentrum zu bestehen, müssen jährlich mindestens 50 Eingriffe durchgeführt werden, ein Basiszentrum muss deren 20 vornehmen. Das Claraspital ist mit seinen gut 180 bariatrischen Eingriffen ein anerkanntes Referenzzentrum und erfüllt die international anerkannten Kriterien eines European Center of Excellence.

Steigende Patientenzahlen bewältigen. Mit der Indikationserweiterung durch die Senkung des BMI von 40 auf 35 und dem Wegfall der Kantongrenzen aufgrund der Einführung von Fallpauschalen werden die Patientenzahlen am Claraspital steigen. PD Dr. Ralph Peterli erläutert: «Wir gehen davon aus, dass die Patientenzahlen im Jahr 2012 deutlich zunehmen werden. Verzeichneten wir im Jahr 2011 etwa 180 Eingriffe, rechnen wir in den folgenden Jahren mit jährlich etwa 300 Patienten.» Heute werden zwei bis drei Eingriffe pro Woche durchgeführt, künftig werden es zirka fünf bis sechs Eingriffe sein. Aus diesem Grund hat das Claraspital sämtliche Prozesse überprüft, von der präoperativen Phase über den Eingriff und vom stationären Aufenthalt bis hin zur postoperativen Phase. Diese Prozessoptimierungen werden ergänzt durch zusätzliches Personal im ärztlichen Bereich, darunter mittlerweile vier Stoffwechselspezialisten, mehrere Ernährungsberaterinnen, einen Ausbau des Case Management sowie eine Erweiterung der Räumlichkeiten der bariatrischen Chirurgie.

Übergewichtschirurgie ist gelebte Teamarbeit. Alle zwei Wochen trifft sich das gesamte Team zum Bariatrierapport, um gemeinsam die einzelnen Fälle zu besprechen. «Dieser Rapport steht auch anderen bariatrisch tätigen Kliniken offen, um ihre komplexen Fälle zu demonstrieren», erläutert PD Dr. Peterli. «Dies ist

ganz im Sinne einer Netzwerkstrategie, wie sie von den SMOB-Richtlinien gewünscht wird – und sie wird auch genutzt.» Zum multidisziplinären Team zählen Ernährungsberaterinnen, Ärzte des Stoffwechsellabors, Psychiater und Viszeralchirurgen. Je nach Folgeschäden und Erkrankungen des Patienten werden auch Gastroenterologen, Radiologen, Kardiologen und Pneumologen für die Abklärung zugezogen.

In der Bariatrie bedarf es einer eingehenden Vorabklärung des Patienten, einer sorgfältigen Planung der Operation sowie einer zumeist langjährigen Nachbehandlung. Zur Vorabklärung zählt die richtige Patientenselektion, da nicht jeder krankhaft Übergewichtige ein guter Kandidat für die chirurgische Behandlung ist. Ziel aller Abklärungen ist es, den Eingriff so sicher wie möglich durchzuführen. Nebst dem bereits erwähnten BMI muss der Patient mindestens zwei Jahre erfolglos mit konservativen (klassischen) Massnahmen versucht haben abzunehmen, und Suchtkrankheiten sind auszuschliessen. Auch muss der Patient ein Verständnis seiner Krankheit entwickelt haben und lernen, mit der zu erwartenden Umstellung der Ernährungsweise nach einem Eingriff umzugehen. Jeder Patient sollte mindestens drei Monate Bedenkzeit haben, ob er sich einem Eingriff unterziehen lassen will oder nicht.

Erst nach eingehenden, sehr sorgfältigen Abklärungen und einem im interdisziplinären Team gefällten Entscheid, werden krankhaft übergewichtige Patienten operiert.





«Am Claraspital sind wir sehr konsequent», sagt PD Dr. Peterli. «Unsere Patienten durchlaufen ein ‹psychologisches Assessment› beim Psychiater, um sicher zu gehen, dass sie seelisch und körperlich in der Lage sind, ihre Mitverantwortung wahrzunehmen.» Mediziner und Chirurgen prüfen die physischen Voraussetzungen, denn es sei existenziell, dass die psychischen Voraussetzungen ebenfalls durch Fachleute abgeklärt würden. «Wir können nicht beides machen. Auch wenn sich unsere Wahrnehmungen häufig decken, gibt es immer wieder Patienten, die nach umfassender Vorabklärung von einer Operation ausgeschlossen werden müssen.»

Nicht nur das Übergewicht im Visier. «Die Erfolgsquote, krankhaftes Übergewicht mit konservativen Massnahmen in den Griff zu bekommen, liegt unter 4%. Bei der Chirurgie liegt die Erfolgsquote über 90%», verweist PD Dr. Peterli auf aktuelle Untersuchungen. «Das Ziel ist, nebst einer Gewichtsabnahme, die erfolgreiche Behandlung der Folgeschäden wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Gicht und muskuloskelettale Beschwerden sowie die Senkung der damit verbundenen Sterblichkeit und die Steigerung der Lebensqualität.» Rund 80% der Patienten, die sich einer Magenbypassoperation unterziehen, können nach einiger Zeit mit sehr wenigen oder ganz ohne Diabetesmedikamente leben. Aus diesem Grund wird diese Chirurgie auch metabolische Chirurgie genannt. Vergleicht man nach 10 Jahren krankhaft übergewichtige Patienten mit solchen, die sich einer Operati-

on unterzogen haben, wurde die Sterblichkeit signifikant reduziert und die Lebensqualität gesteigert. Nach 15 Jahren verringert sich die Sterblichkeit um fast die Hälfte, von 13% auf 8%!

Ursache von Adipositas. Die Ursache der Adipositas ist wahrscheinlich mehrheitlich genetisch bedingt. Der Mensch hat eine grosse Zahl an Genen, die es ermöglichen, Hungersnöte zu überleben, nicht aber, mit dem heutigen Überfluss umgehen zu können. Fehlernährung während der Schwangerschaft, falsche Ernährungsgewohnheiten in der Kindheit und die mangelnde Bewegung tragen zur kontinuierlichen Gewichtszunahme bei. Im Erwachsenenalter ist der Lebenswandel ausschlaggebend.

«Während der letzten 15 Jahren haben wir am Claraspital etwa 1 000 Patienten chirurgisch behandelt», so PD Dr. Peterli. «Viele von ihnen haben schon unzählige, vorübergehend auch sehr erfolgreiche Versuche abzulegen hinter sich. Ein paar haben bis zum Eingriff ihr eigenes Körpergewicht bereits etwa zwei Mal abgenommen. Um zwei Mal zirka 180 Kilo abzunehmen, braucht es viel Durchhaltevermögen!» Diese Personen haben meist einen langen Leidensweg hinter sich und erfahren im alltäglichen Leben etliches an Demütigung. Viele von ihnen kennen sich mit der Ernährung aus, wissen, was es bedeutet, vernünftig und gut, im Sinne von gesund, zu essen. Doch ist der Stoffwechsel zu geschädigt, helfen konservative Massnahmen nicht mehr, das

Gewicht in vernünftigem Rahmen zu halten. Eine Operation kann der letzte Ausweg sein und ist häufig Balsam für die Seele des Einzelnen. Am Claraspital werden sämtliche international gängigen OP-Techniken durchgeführt. Hierzu zählen der Roux-Y-Magenbypass, die Schlauchgastrektomie, die biliopankreatische Diversionsoption und heutzutage selten mehr die Magenbandoperation. Praktisch alle Eingriffe werden laparoskopisch durchgeführt.

Forschung am Claraspital. Das Team um PD Dr. Peterli ist seit Jahren in der klinischen Forschung der Adipositas-Chirurgie tätig und publiziert regelmässig Resultate in internationalen Journals. Zu Beginn waren es Arbeiten über die Magenbandoperation, die Weiterentwicklung der Operationstechnik, das Patientenmanagement, aber auch die Entwicklung von eigenen Behandlungsstrategien. Daneben wurden auch Fragestellungen zur Grundlagenforschung aus dem Gebiet der Adipositas und des Diabetes in Zusammenarbeit mit dem Departement Biomedizin des Universitätsspitals bearbeitet. Zurzeit läuft eine vom Claraspital initiierte, vom Nationalfonds finanzierte Multizenterstudie, bei welcher prospektiv randomisiert der Bypass mit der neueren Schlauchgastrektomie verglichen wird. «Das Ziel der Studie ist es, die Wirksamkeit und die Sicherheit beider Methoden sowie den zusätzlichen Effekt auf den Zu-

ckerstoffwechsel zu untersuchen», erklärt PD Dr. Peterli. Weltweit hat die Publikation der ersten Resultate grosse Beachtung gefunden. Die Studie belegt, dass nebst einer Reduktion der Nahrungsmenge, die sich positiv auf das Gewicht auswirkt, gleichzeitig auch Hormonänderungen eintreten, welche das Hungergefühl reduzieren und das Sättigungsgefühl erhöhen. Diese Hormone haben aber auch einen direkten Effekt auf die Bauchspeicheldrüse, was sich positiv auf den Zuckerstoffwechsel, also auf den Diabetes, auswirkt. Diese Fortschritte sind für PD Dr. Peterli sehr erfreulich. Konsequenterweise hat der Nationalfonds weitere Forschungsgelder für die kommenden drei Jahre bewilligt. «Für uns als private Institution ist dies eine einmalige Gelegenheit! Häufig gehen die Gelder an universitäre Einrichtungen.»

Doch nicht nur die Forschung ist PD Dr. Peterli wichtig, sondern auch die Ausbildung von jungen Ärzten. «Auch wenn dies wenig wahrgenommen wird, so sind wir als Privatspital engagiert in der Ausbildung. Wir bilden seit Jahren Oberärzte in der bariatrischen Chirurgie aus und führen mehrmals jährlich internationale Workshops durch. Diese gestalten sich zum Teil auch als «Hands-on-Workshops», wo die Eingriffe an Modellen geübt werden können. Das Claraspital ist diesbezüglich ein europäisches Center of Excellence.»

Vor der Operation finden zwei Mal Gruppengespräche in der Ernährungsberatung statt, um die Patienten auf die Ernährungsumstellung und andere Veränderungen (Bewegung, Sport) nach der OP vorzubereiten.





QUERSCHNITTBEREICH

Dreidimensional und in Farbe: moderne nuklearmedizinische Diagnostik

Das Claraspital verfügt seit Kurzem über ein SPECT/CT der neusten Generation. Dieses Gerät liefert hochpräzise diagnostische Aufnahmen bei Stoffwechselstörungen, von Organfunktionen, Tumoren und Metastasen. Selbst Ursachen können gezielt im dreidimensionalen Raum abgebildet werden.

Generell werden nuklearmedizinische Methoden angewandt, um die Funktion eines Organs (z.B. der Niere oder der Schilddrüse) zu messen, die Durchblutung darzustellen (z.B. am Herz oder am Gehirn) oder um ver-

änderte Strukturen (Tumoren, Entzündungsherde im Knochen, Metastasen) aufzuspüren. Zu den gängigen Verfahren zählen Szintigraphie, SPECT und PET. Das Grundprinzip aller dieser Verfahren ist dasselbe: Radio-

aktiv markierte Stoffe, sogenannte Tracer, werden in den Körper eingebracht. Sie konzentrieren sich an der Stelle, an der die meiste Energie verbraucht wird. «Abhängig von der diagnostischen Fragestellung wählen wir die geeignete Substanz aus», so PD Dr. Freimut Jüngling, Leiter der Nuklearmedizin des Claraspitals. «Diese ist so beschaffen, dass sie sich im gewünschten Zielorgan funktionsabhängig ansammelt. Durch die regionale Radioaktivitätsverteilung erhalten wir Aufschluss über die Funktion oder die Struktur. Je stärker z.B. der Stoffwechsel eines Organs oder eines Bereiches ist, desto mehr Substanz wird dort angereichert.»

dreidimensional. Die Computertomographie (CT) zählt zu einem der wichtigsten bildgebenden Verfahren in der Radiologie. Sie dient dazu, Veränderungen von Strukturen wie Knochenbrüche, Blutungen, Schwellungen, Knoten und Entzündungen zu diagnostizieren. Für die Abklärung von Nervengewebe, Knorpel und Bändern ist die MRT die Methode der Wahl. Auch Tumoren und Metastasen können mittels beider Methoden erkannt werden. Ist ein Tumor diagnostiziert, kann jedoch eine weitere Untersuchung notwendig werden, um zu eruieren, wie ausgeprägt das Tumorgewebe aktiv ist oder ob es nach einer Chemotherapie oder einer Strahlen-



Eine Untersuchung mit dem neuen Gerät dauert nur noch 15 bis 20 Minuten, was für die Patienten eine grosse Erleichterung ist.

Mit modernster Technik und kernphysikalischer Verfahren wird die Strahlung aufgefangen, die von dem sich nun im Körper verteilenden Tracer ausgeht, über eine spezielle Kamera sichtbar gemacht und mittels Hochrechnerleistung als Bild auf dem Monitor dargestellt. Die Verfahren unterscheiden sich primär durch die verabreichten Substanzen und die physikalischen Gesetzmässigkeiten.

Konventionelle Röntgenverfahren bilden anatomische und damit statische Strukturen ab, und dies zwei- oder

therapie abgestorben ist. Eine nuklearmedizinische Untersuchung zeigt auch kleine Metastasen und Tumoren auf, die schlecht von den übrigen Gewebestrukturen abgegrenzt werden können. «Gerade bestimmte Pankreas- kopftumoren und andere, sogenannt neuroendokrine Tumoren sind sehr aktiv, aber auch sehr klein. In diesem Fall ist eine Diagnose mit einem SPECT/CT sehr effektiv.»

Stoffwechselstörungen im dreidimensionalen Raum. Das SPECT/CT ist ein eigentliches Kombi-Gerät. Es erlaubt die gleichzeitige Durchführung einer SPECT



SPECT/CT einer Hand aufgrund von Schmerzen im Bereich der Handwurzel. Der Befund lässt sich auf ein Gelenk einschränken.

und einer Röntgen-Computertomographie (CT). Die SPECT-Funktion ermöglicht es, Stoffwechselstörungen und Organfunktionen, Tumoren oder Metastasen dreidimensional darzustellen. PD Dr. Jüngling erläutert mit Blick auf eine SPECT/CT: «Während derselben Untersuchung können CT-Bilder angefertigt werden, welche die exakte Lage und Grösse der Organe in einer dreidimensionalen Darstellung abbilden. Auffälligkeiten im SPECT lassen sich damit noch besser bestimmten Organregionen zuordnen, was für die Therapie von enormer Bedeutung ist!»

Durch die Kombination von SPECT und CT entfällt die Verschiebung des Patienten von einem Gerät zum anderen. Das bringt gewichtige Vorteile: Durch die Umlagerung kommen im Bereich der Extremitäten schnell Lageveränderungen zustande, die sich rechnerisch nicht mehr ausgleichen lassen – von der unterschiedlichen Lage der Bauchorgane bei verschiedenen angewinkelten Beinen, sowie von der natürlichen Beweglichkeit der Bauchorgane und der Atmungsorgane einmal ganz abgesehen. Solch bewegungsbedingte Abweichungen der Patientenposition zwischen beiden Verfahren lassen sich durch ein integriertes Gerät weitgehend vermeiden und sind zudem für den Patienten deutlich komfortabler, da er nicht mehr an zwei unterschiedlichen Geräten untersucht werden muss. Um den Patientenkomfort weiter

zu verbessern, wurde zudem ein spezielles Lichtsystem («Ambilight») im Untersuchungsraum installiert, welches den Raum in eine Farblandschaft verwandelt und durch sanfte Farbübergänge entspannend auf die Patienten wirkt.

Im Dezember 2011 hat das Claraspital das neue SPECT/CT-Gerät in Betrieb genommen. Das neue High-tech-Gerät wird primär zur Suche von Metastasen und bestimmten Tumoren eingesetzt. Knochenmetastasen beispielsweise seien auf einem SPECT/CT gut 6 Monate früher als auf einem Röntgenbild zu erkennen, sagt PD Dr. Jüngling. Des Weiteren wird das Gerät zur Bewertung von Tumorerkrankungen und zu deren Verlaufskontrolle nach einer Strahlentherapie und/oder einer Chemotherapie, zur Darstellung entzündlicher und degenerativer Veränderungen im Skelettsystem sowie in der Kardiologie zum Nachweis belastungsabhängiger Durchblutungsstörungen am Herzen bei koronarer Herzkrankheit benutzt.

«Die Technik des neuen SPECT/CT erlaubt höchstpräzise Diagnosen bei stark verminderter Strahlendosis und in viel kürzerer Zeit als mit dem bisherigen Gerät. Letzteres ist ein wichtiger Aspekt für den Patientenkomfort, denn nuklearmedizinische Untersuchungen dauern mit 30–60 Minuten eher lang. Dauerte mit dem

alten Gerät beispielsweise eine Herzuntersuchung etwa 45 Minuten, so können die Aufnahmen mit dem neuen SPECT/CT in 20 Minuten durchgeführt werden. Dies ist eine grosse Erleichterung für die Patienten, denn während der Bilderstellung müssen sie so ruhig wie möglich liegen bleiben. «Das neue Gerät kann zudem durch die Kombination mit dem integrierten CT die Abschwächung der Radioaktivität durch die verschiedenen Körperschichten kompensieren, sodass wir bis zur Hälfte der bisher gegebenen radioaktiven Dosis einsparen können. Damit liefert es nicht nur präzisere und schnellere Bilder, sondern trägt auch dem an Bedeutung gewinnenden Strahlenschutz Rechnung.» Dazu kommt, dass die neue SPECT/CT-Kamera eine modernste Flachdetektortechnologie verwendet, bei der für die Belange der Nuklearmedizin bis zu 90% der bei Spiral-CTs verwendeten Röntgenstrahlendosis eingespart werden können. Durch die Kombination mit der zusätzlichen CT steigt somit nicht die Strahlenexposition des Patienten, wie man zunächst meinen könnte, sondern sie kann im Einzelfall sogar deutlich gesenkt werden.

Präzise Schmerzlokalisation. Ein weiterer, besonderer Vorteil der Flachdetektortechnologie findet sich in der Bildgebung von Knochenprozessen, zum Beispiel bei rheumatischen und orthopädischen Fragestellungen respektive bei Schmerzsyndromen des Skelettsystems.

Mit dem CT wird die zugrunde liegende Knochenstruktur beurteilt. Während bei konventioneller Spiral-CT die Schichtdicke bei 0,5–2 mm liegt, lässt sich mit den hier verwendeten Flachdetektoren eine Auflösung von 0,1 mm erreichen, sodass bei Knochen z.B. feinste Haarrissfrakturen sichtbar werden und sogar Veränderungen der inneren Knochenfeinstruktur dargestellt werden können. Die diagnostische Zuordnung der Schmerzen zum entsprechenden Gelenk und dessen anatomische Situation sind ausserdem für die Behandlung entscheidend. «Nehmen wir einen typischen Rückenpatienten. Häufig ist er mehrfach voroperiert und er hat degenerative Veränderungen aufgrund seines Alters. Mit einer MRT werden die degenerativen Veränderungen sichtbar, doch man kann nicht immer definieren, welche Stelle nun die ausschlaggebende für die Schmerzen ist. Mit dem neuen SPECT/CT kann die Stelle exakt lokalisiert werden! Wir können nicht nur das Segment bestimmen, sondern auch den betreffenden Teil vom Gelenk!»

Diagnostische Verfahren im Überblick

Die bildgebenden Verfahren in der diagnostischen Radiologie umfassen die Projektionsradiographie und die Schnittbildverfahren: konventionelles Röntgen, CT, Sonographie und MRT. Szintigraphie, SPECT und PET sind bildgebende Verfahren der nuklearmedizinischen Diagnostik. Dabei werden radioaktiv markierte Stoffe in den Körper eingebracht und anschliessend mit einer speziellen Kamera sichtbar gemacht. Dieses Verfahren wird als Lokalisationsdiagnose (z.B. Entzündungsherd im Skelett) oder zur Information über die Funktion des Organs eingesetzt. Ermittelt wird ein Farbwert. Die Szintigraphie ergibt ein zweidimensionales Bild, das SPECT ein dreidimensionales Bild, so wie bisher bereits die PET.

Bei der Szintigraphie werden radioaktiv markierte Stoffe in den Körper eingebracht, die sich im zu untersuchenden Zielorgan an-

reichern und anschliessend mit einer speziellen Kamera, von der die abgegebene Strahlung aufgefangen wird, sichtbar gemacht werden. Da der zeitliche Ablauf von Aufnahme und Ausscheidung der strahlenden Substanz aufgezeichnet werden kann, lassen sich auch Informationen über die Funktion von Organen gewinnen.

Die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) erzeugt Schnittbilder von lebenden Organismen, indem sie die Verteilung von besonders kurzlebigen Positronenemittern (typische Halbwertszeit: 2 Stunden), radioaktiv markierter Substanz, im Organismus sichtbar macht und damit biochemische und physiologische Funktionen quantitativ abbildet, und dies mit besonders hoher räumlicher Auflösung, die sich aus den physikalischen Eigenschaften des Positronenzerfalls ableitet.



ZENTRALE DIENSTE

Im Rücken ein Kloster – gelebte Unternehmenskultur

Sie sind nur noch selten anzutreffen auf den Gängen des Claraspitals, die Ordensschwester des Instituts Ingenbohl, Mutterprovinz Schweiz. Vormalig hatten sie die Pflege der Patienten inne und haben mit ihrem Werteverständnis das Claraspital geprägt. Ihre Ausstrahlung und ihr Geist sind auch heute noch für Patienten und Besucher erleb- und spürbar – und sollen es auch in Zukunft bleiben. Hierfür beschreitet die Personalentwicklung des Claraspitals als Teil der Zentralen Dienste zusammen mit den Ordensschwestern neue Wege.

Manch einer der vielen langjährigen Mitarbeitenden, welcher über 10 oder gar 20 Jahre im Claraspital arbeitet, fragt sich, wie der Geist der Ingenbohl-Ordensschwestern in die neue Zeit mit Fallpauschalen, Konkurrenzkampf und Ressourcenknappheit überführt werden kann. Wie kann die von so vielen Patienten oder Besuchern um-

schriebene besondere Atmosphäre, die diesem Spital eigen ist, und der menschliche Umgang oder – ganz allgemein – die bestehende Kultur des Claraspitals weiterleben? Eine Frage, mit der sich auch das Management des Claraspitals auseinandergesetzt hat.

Die Frage nach der Unternehmenskultur. «Eine Unternehmenskultur darf mit einem Mosaik verglichen werden, das sich aus vielen unterschiedlich grossen Steinen mit vielfältigen Farben zusammensetzt», erklärt Direktor Dr. Peter Eichenberger. «Im Claraspital sind dies das Leitbild als zentrales Element, welches vieles vom Selbstverständnis der Organisation beschreibt, die Führungsrichtlinien, Werte und Verhaltensweisen sowie die Informationsgrundsätze und das Selbstverständnis des Klosters Ingenbohl. Letzteres ist zentral.» Die Werte des Klosters sind nach wie vor eng mit den Werten des Claraspitals verbunden, auch wenn die Schwestern nicht mehr so zahlreich im Haus anzutreffen sind. Dennoch nehmen die Schwestern auch heute noch zentrale Funktionen in der Organisation wahr: Zwei Ordensschwestern haben

schäftsleitung wurde die Durchführung von zwei Seminaren beschlossen, das eine zum Thema Führung für die Kadermitarbeitenden, das andere zum Thema gelebte Unternehmenskultur für alle Mitarbeitenden des Claraspitals.

Begrüssung im Kloster Ingenbohl. Normalerweise werden Seminare in eigenen Gebäudekomplexen oder in einem Businesshotel durchgeführt, doch nicht so im Claraspital. Die Seminare finden im Kloster Ingenbohl statt! «Für die Mehrheit der Teilnehmer ist dies keine alltägliche Erfahrung; die meisten waren noch nie in einem Kloster», sagt Stephan Ebner, Leiter Zentrale Dienste und Mitglied der Geschäftsleitung. Und Andreas Thomma, externer Unternehmensberater, der die Semi-



Der franziskanische Weg, dem die Ingenbohler Schwestern folgen, zeichnet sich aus durch eine grosse Aufmerksamkeit für jeden Menschen und für die Zeichen der Zeit.

Einsatz im Verwaltungsrat, eine weitere Ordensschwester ist Leiterin des Personaldienstes und damit in einer Schlüsselposition tätig, und sie sind immer wieder redaktionell in der Mitarbeiterzeitung präsent.

Eine Investition in die Unternehmenskultur muss immer vom obersten Management getragen werden, um erfolgreich zu sein. Die Frage nach der Unternehmenskultur ist zwar in aller Munde, doch nicht in jeder Firma so präsent wie im Claraspital. Gemeinsam mit der Ge-

nare durchführt, ergänzt: «Auch für mich war das eine neue Erfahrung! Die Offenheit der Ordensfrauen, ihr Charme und ihr Witz ebenso wie ihr Zusammenhalt und das Klosterleben haben mich stark beeindruckt!» Die Trägerschaft hat das Kloster sozusagen für die Mitarbeitenden des Claraspitals geöffnet. Normalerweise werden Besucher, auch enge Familienmitglieder der Ordensschwestern, in klar definierten Räumen empfangen, gelangen aber nicht ins Innere des Klosters. Für die Mitarbeitenden des Claraspitals hat die Leitung des Klos-



Im Institut Ingenbohl bei Brunnen wohnen heute noch rund 400 Schwestern.

ters beschlossen, die Türen zu öffnen und sie in Bereiche zu führen, die sonst keinem Aussenstehenden zugänglich sind. Ein einmaliges Erlebnis, wie die meisten der Seminarteilnehmer bestätigen, und gleichzeitig eine wunderbare Wertschätzung der Klostergemeinschaft den Mitarbeitenden des Claraspitals gegenüber. So sehen die Seminare nicht nur Übernachtungen im Kloster vor, sondern teilweise auch eine Teilnahme am Klosterleben.

Erlebtes fliesst in den Alltag ein. Um 12.15 Uhr wird gemeinsam zu Mittag gegessen, und nicht etwa um 12.20 Uhr oder um 12.25 Uhr – eine Pünktlichkeit, die heute selten geworden ist. Nach dem Gebet wird die Suppe serviert, die in absoluter Stille genossen wird. Erst beim Hauptgang kommen rege Gespräche in Gang unter den Ordensschwestern und mit den Mitarbeitenden des Claraspitals. «Eine erfrischende Begegnung und eine Bereicherung», findet Leonie Lüthi, Mitarbeiterin des Pflegedienstes. Die Idee, das Seminar ins Kloster zu verlegen, sei gut gewesen. «In diesen drei Tagen, die das Seminar «gelebte Unternehmenskultur» dauert, wird vieles von der Kultur der Besitzer vermittelt. Es wird ganz automatisch persönlich erlebt und nicht theoretisch transportiert.»

Übernachtet wird in einfachen Zimmern mit sanitären Anlagen auf dem Gang, wie sie auch die Pilger nutzen,

die auf dem Jakobsweg am Kloster Ingenbohl in Brunnen vorbeikommen. Wer will, kann frühmorgens, um 6.45 Uhr, am Morgengebet, den Laudes, teilnehmen. Heute sind im Claraspital neben den langjährigen Mitarbeitenden, die noch die eine oder andere Ordensschwester von der gemeinsamen Arbeit im Spital her kennen, viele neue Mitarbeitende in der Organisation tätig. Für sie werden mit solch einem Erlebnis die Geschichte und der Geist des Klosters Ingenbohl personifiziert und vor Ort erlebbar. «Im Feedback zeigen sich viele der Seminarteilnehmer beeindruckt von der Gastfreundschaft und der Offenheit der Ordensschwestern, sich auf etwas Neues einzulassen. Viele haben das grosse Interesse der Schwestern an ihrer Arbeit erwähnt und auch als sehr schön empfunden», erzählt Stephan Ebner.

Pro Jahr können rund 75 Mitarbeitende das Seminar «gelebte Unternehmenswerte» besuchen und das Klosterleben erfahren. Das Interesse der Mitarbeitenden, am Seminar teilzunehmen, sei gross, so Dr. Peter Eichenberger. «Die positiven Eindrücke und die Begeisterung über das Erlebte machen viele Mitarbeitende neugierig. Damit erhält die Trägerschaft mit ihren Werten und Prinzipien auch einen neuen Stellenwert im Alltag. Ihre Gesinnung kann in die Arbeit einfließen und damit auch eine Stärkung erfahren.» Viele dieser Werte können mit dem Intellekt nur schwer erfasst werden, denn es

sind erlebbare Werte wie Menschlichkeit und Würde – beide zentral für das Claraspital.

Vom geschriebenen Wort zur gelebten Kultur.

Der gegenseitige Austausch und das Erleben des Klosters mit seinen verschiedenen Angeboten standen in den drei Tagen im Vordergrund. Im inhaltlichen Teil des Seminars wurden Methoden der zielorientierten Zusammenarbeit erprobt, die Arbeit und die Verantwortlichkeiten im Team ebenso thematisiert wie die Herausforderungen der Kommunikation. Es wurde intensiv mit dem Leitbild sowie den Führungs- und Informationsgrundsätzen gearbeitet, die bereits existierten oder in Teilen niedergeschrieben waren. «Wir wissen alle, dass Papier bekanntlich geduldig ist», sagt Andreas Thomma, «zur Realität wird schriftlich Festgehaltenes erst, wenn es seine Anwendung findet. Wir haben uns mit den Inhalten der Dokumente auseinandergesetzt und überprüft, was es ganz praktisch für den Alltag und die Tätigkeit des Einzelnen bedeuten kann. Damit konnten wir auch zeigen, dass die tägliche Umsetzung beispielsweise im Operationssaal von jener an der Rezeption ab-

weichen kann oder im Interesse der Arbeit auch muss. Oder dass an verschiedenen Orten verschiedene Schwerpunkte gesetzt werden.»

«Es ist faszinierend, dass die Leute im Laufe des Seminars entdecken, dass sie Teil der Unternehmenskultur sind und damit auch mitverantwortlich, dass sie sich in die gewünschte Richtung entwickelt. Die Unternehmenskultur wird am Ende des Tages geprägt, und zwar von jedem Einzelnen!», sagt Stephan Ebner. Indem man Führungskräften und Mitarbeitenden Raum gibt, um über Unternehmenskultur zu diskutieren und sie erlebbar zu machen, wird bereits wieder ein Stück Unternehmenskultur geschrieben. Die Mitarbeitenden erleben, dass Unternehmenskultur nichts Abstraktes ist, sondern dass sie mit ihrem Verhalten und mit ihrer Arbeit dazu beitragen. So ist einer der ganz einfachen Werte des Claraspitals, dass man sich grüsst auf den Gängen. Ein Grundsatz, der bei den meisten Mitarbeitenden im Alltag gelebt wird und verinnerlicht ist, auch wenn der Arbeitsdruck gross ist.



ORGANE DES CLARASPITALS

Trägerschaft

Institut der Barmherzigen Schwestern
vom heiligen Kreuz, Ingenbohl

Ehrenpräsident

Dr. Hans-Rudolf Widmer

Verwaltungsrat

Raymond R. Cron, Präsident

Dr. Claude Janiak, Vizepräsident

Sr. Marie-Marthe Schönenberger, Provinzoberin, Institut Ingenbohl

Sr. Lucie Wildhaber, Provinzrätin, Institut Ingenbohl

Pierre Brennwald

Dr. Andreas Flückiger

Dr. Leonz Meyer

Dr. Beat Oberlin

Felix Rudolf von Rohr

Dominik C. Walter

Revisionsstelle

Ernst & Young AG

FUNKTIONSTRÄGER DES CLARASPITALS

Geschäftsleitung

Direktor	Dr. rer. pol. Peter Eichenberger
Leiter Medizinische Klinik	Prof. Dr. med. Christian Ludwig
Leiter Chirurgische Klinik	Prof. Dr. med. Markus von Flüe
Leiterin Pflegedienst & Hotellerie	Monika Berger
Leiter Querschnittbereich	Dr. med. Christian Looser
Leiter Zentrale Dienste	Stephan Ebner, lic. rer. pol.

Direktion

Direktor	Dr. rer. pol. Peter Eichenberger
VR-/Direktionsassistentin	Sylvia Rysler Barbara Thürkuf (ab 1.5.12)

Kommunikation

Kommunikationsbeauftragte	Beatrix Sonderegger, lic. phil. I
---------------------------	-----------------------------------

Qualitätsmanagement

Leiterin	Dr. phil. Gabriele Hlavacek
----------	-----------------------------

Medizinische Klinik

Tumorzentrum

Onkologie

Chefarzt	Prof. Dr. med. Christian Ludwig
Leitende Ärzte	Dr. med. Claudio Knüsli PD Dr. med. Martin A. Buess
Oberärzte	Dr. med. Corinne Cescato-Wenger Dr. med. Monika Ebnöther Dr. med. Bernward Niemann

Radioonkologie

Chefarzt	Prof. Dr. med. Wolfgang Harms
Leitende Ärztin	Dr. med. Branka Asadpour
Medizinphysiker	Dr. rer. nat. Karl-Heinz Grosser
Leitende MTRA	Marion Chiesa

Onkologisches Ambulatorium

Leiterin Pflege	Carmen Rabe
-----------------	-------------

Psychoonkologie

Konsiliarärzte	Dr. med. Andreas C. Schmid Dr. med. Heinz Oppliger
----------------	---

Kunsttherapie

Leiterin	Lucia Stäubli
----------	---------------

Musiktherapie

Leiterin	Jacqueline Stohler
----------	--------------------

Spezialitäten

Innere Medizin / Endokrinologie mit Ernährungszentrum

Chefarzt	Prof. Dr. med. Thomas Peters
Leitende Ärztin	Dr. med. Caroline E. Christoffel-Courtin
Oberärzte	Dr. med. Martina Gebhart Dr. med. Marc Slawic (ab 1.7.12)
Leiterin Ernährungsberatung	Jennifer Lenhard

Interdisziplinärer Notfall

Leitender Arzt	Dr. med. Christoph Grädel
Spitalfachärzte	Dr. med. Fabian Schauer Dr. med. Klaus Vetter
Leiterin Pflege	Anna-Maria Geppert

Kardiologie

Chefarzt	Prof. Dr. med. Burkhard Hornig
Oberärzte	Dr. med. Christoph Grädel Dr. med. Hansmartin Jetter (ab 1.4.12) Dr. med. Christoph Kohler
Leiterin Pflege	Susanne Nietfeld

Palliativabteilung

Spitalfachärztinnen	Dr. med. Eva Balmer Dr. med. Nina Rogge
---------------------	--

Pneumologie

Chefarzt	Prof. Dr. med. Markus Solèr
Oberärzte	Dr. med. Paul Buser PD Dr. med. Ladina Joos Zellweger

Infektiologie

Oberärztin	Dr. med. Chloé Kaech
------------	----------------------

Ambulantes Case Management

Leiterin	Isabelle N'Gunza
----------	------------------

Chirurgische Klinik**Bauchzentrum****Viszeralchirurgie**

Chefarzt	Prof. Dr. med. Markus von Flüe
Leitende Ärzte	PD Dr. med. Christoph Ackermann Dr. med. Beatrice Kern PD Dr. med. Ralph Peterli
Oberärzte	Dr. med. Ida Füglistaler Dr. med. Marc-Olivier Guenin Dr. med. Lea Stoll Dr. med. Rolf von Aarburg
Spitalfachärzte	Dr. med. Jörg Moldenhauer Dr. med. Silke Urban

Gastroenterologie

Chefärztin	PD Dr. med. Miriam Thumshirn
Leitende Ärzte	Dr. med. Michael Manz PD Dr. med. Beat Meyer
Leiter Pflege Endoskopie	Frank Bieger

Spezialitäten**Orthopädie/Traumatologie**

Chefarzt	Dr. med. Daniel Weber
Leitender Arzt	Dr. med. Rolf Kernen
Oberärztin	Dr. med. Katja Jaeggi

Urologie

Chefarzt	PD Dr. med. Tobias Zellweger
Leitender Arzt	Dr. med. Robin Ruszat
Oberärzte	Dr. med. Oliver Passera Dr. med. Waltraud Remmele Dr. med. Marc Vedana (ab 16.4.12)

Anästhesiologie

Chefarzt	Dr. med. Jürgen Bläss
Leitende Ärzte	Dr. med. Guido Kunz Dr. med. Lukas Merki
Leiter OP	PD Dr. med. Staffan Sjöström
Oberärzte	Dr. med. Marco Bassi Dr. med. Irmgard Germann Dr. med. Ursula Peter Dr. med. Harald Schepperle
Spitalfachärztin	Dr. Susanne Redle
Leiterin Aufwachsaaal	Ana-Mari Marti
Leiter Pflege Anästhesie	Benno Rolwes

IPS

Leiter	Dr. med. Lukas Merki
Leiter Pflege	Henry Ehrecke

OP-Bereich und Zentralsterilisation

Leiter	PD Dr. med. Staffan Sjöström
Leiterin Pflege OP	Marianna Känel
Leiterin Zentralsterilisation	Andrea Kiefer

Ambulantes Case Management

Leiterin	Nicole Simon
----------	--------------

Pflegedienst & Hotellerie

Leiterin	Monika Berger
Informatikverantwortliche	Barbara Dübendorfer

Pflege Bettenstationen

Leiterin	Bärbel Haigh
Stationsleitung 1. West	Denise Landolf
Stationsleitung 2. West	Daniela Roniger
Stationsleitung 3. West	Esther Glur
Stationsleitung 4. West	Jörg Wagner
Stationsleitung 5. West	Thorsten Althun
Stationsleitung 2. Mitte	Ulrich Pfeiffer
Stationsleitung 4. Mitte	Sebastian Adelmann
Stationsleitung 3. Ost	Birgit Mahr
Stationsleitung 4. Ost, inkl. Palliativstation	Ilse Sturzenegger
Tagesstation / Stoma- und Wundtherapie	Denise Landolf

Stationäres Case Management & Sozialdienst

Leiterin	Andrea Nörenberg
----------	------------------

Seelsorge

Evangelisch-reformiert	Pfarrerin Christine Ballmer-Hofer Pfarrer Volker Schulz
Römisch-katholisch	Andrea Gross-Riepe

Bildung – Beratung – Entwicklung

Leiterin	Judith Abt, MNS
Berufsbildungsverantwortliche	Gabriela Hardmeier-Casanova
Weiterbildung Pflege	
Verantwortliche	Charlotte Wyss

Hotellerie

Leiter	Roland Reinhard
Küchenchef	Jacques Navarro
Leiterin Services	Ljubica Schreiber
Leiterin Hauswirtschaft	Catrin Esser
Leiterin Rezeption	Carol Pellegrino

Querschnittsbereich**Röntgeninstitut**

Co-Chefarzt	Dr. med. Christian Looser
Co-Chefarzt	Dr. med. Anatol Zynamon
Leitende Ärzte	Dr. med. Susanne Klug Dr. med. Stefan Sonnet
Oberärzte	Christian Bieg Dr. med. Angelika Meurer Dr. med. Caroline Oursin
Leitende MTRA	Claudia Moramarco

Nuklearmedizin

Leitender Arzt	PD Dr. med. Freimut Jüngling
----------------	------------------------------

Apotheke

Chefapothekerin	Dr. pharm. Ingrid Carlen Brutsche
-----------------	-----------------------------------

Labor

Leiterin	Ruth Hager
----------	------------

Spitalhygiene

Leiterin	Astrid Salvelli
----------	-----------------

Physiotherapie

Leiter	Patrick Frich
--------	---------------

Zentrale Dienste

Leiter	Stephan Ebner, lic. rer. pol.
--------	-------------------------------

Finanzen & Controlling

Leiter	Niklaus Weiss, lic. rer. pol.
Leiterin Finanz- buchhaltung	Gabriela Kovacs
Leiterin Codierung	Katharina Utz

Informatik

Leiter	Yves Laukemann, dipl. phil. II
--------	--------------------------------

Patientendienste

Leiterin	Claudia Schweikert, lic. rer. pol.
Leiterin Patienten- aufnahme	Michèle Simon
Leiterin Patienten- abrechnung	Ruth Plattner

Personaldienst

Leiterin	Sr. Rebekka Breitenmoser
Leiterin Sekretariats- dienst	Sandra Tschudin

Technischer Dienst

Leiter	Hanspeter Rohrbach
--------	--------------------

Materialbewirtschaftung und Logistik

Leiterin	Monika Stalder
----------	----------------

Konsiliarärzte

Dermatologie	Dr. med. Ruedi Flückiger Dr. med. Sabine Langauer
Gynäkologie	Dr. med. Markus Schneider Dr. med. Rafael Stricker
Neurologie	Dr. med. Irène Barone-Kaganas Dr. med. Martin Landolt Dr. med. Sandra Thomann
Ophtalmologie ORL	Dr. med. Frank Michael Sens Dr. med. Alexander Wyttenbach Dr. med. Andreas Zehnder
Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Nicolas Lüscher PD Dr. med. Roland de Roche
Psychiatrie	Dr. med. Heinz Oppliger Dr. med. Andreas Schmid
Rheumatologie Thoraxchirurgie	Dr. med. Dieter Frey Dr. med. James Habicht

DATEN UND FAKTEN

Stationäre Patienten

Total der behandelten Patienten 9 705

Wohnort der Patienten	
Basel-Stadt	5 929
Basel-Landschaft	2 369
Aargau	220
Solothurn	252
Übrige Schweiz	175
Total Schweiz	8 945
Deutschland	664
Frankreich	61
Übriges Ausland	35
Total Ausland	760
Gesamttotal	9 705

Klassen	
Privat	2 015
Halbprivat	2 424
Allgemein	5 266
Summe	9 705

Aufnahmeart	
Reguläre	5 349
Notfälle	4 356
Summe	9 705

Klinische Abteilung		
	Patienten	Tage
Medizin	4 691	35 589
Chirurgie	5 014	36 029
Total	9 705	71 618
Total Betten		229

Austritte	9 275
Todesfälle	298
Zwischentotal	9 573
Bestand am 31. Dezember 2011	132
Total	9 705

Ambulante Patienten

Total der behandelten Patienten 26 216

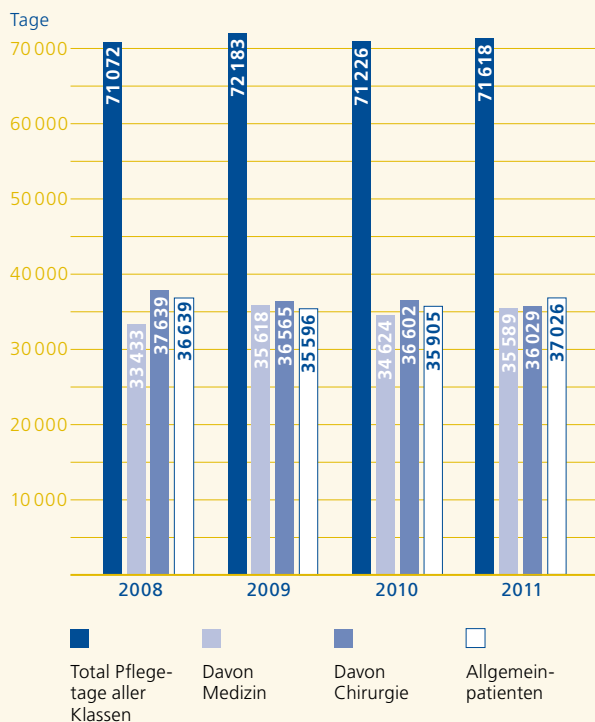
Wohnort der Patienten	
Basel-Stadt	17 243
Basel-Landschaft	5 918
Aargau	740
Solothurn	482
Übrige Schweiz	575
Total Schweiz	24 958
Deutschland	946
Frankreich	204
Übriges Ausland	108
Total Ausland	1 258
Gesamttotal	26 216

Patienten nach Altersgruppen		
	stationär	ambulant
0–15	5	87
16–20	74	699
21–30	283	1 725
31–40	365	1 946
41–50	800	3 418
51–60	1 319	4 414
61–70	2 190	5 791
71–80	2 546	5 191
81–90	1 832	2 660
Über 90	291	285
Total	9 705	26 216

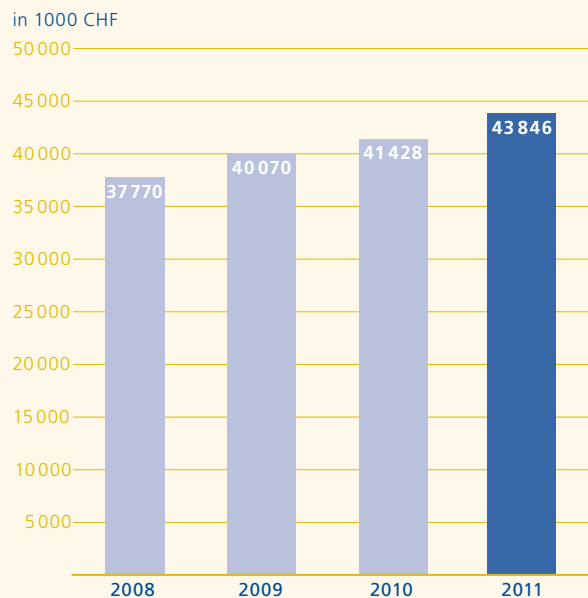
Personalstatistik (Anzahl Beschäftigte)

Ärzte und andere Akademiker	108
Pflegepersonal im Pflegebereich, inkl. Stundenlohn und Mitarbeitende in Ausbildung	456
Hotellerie	75
Personal medizinische Fachbereiche	189
Administratives Personal	113
Personal der technischen Berufe	19
Gesamtes Personal	960

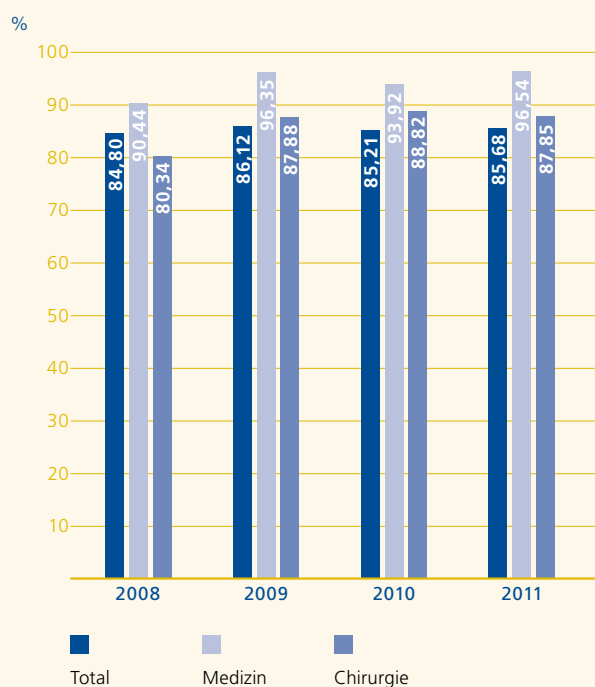
Entwicklung der Anzahl Pflagetage



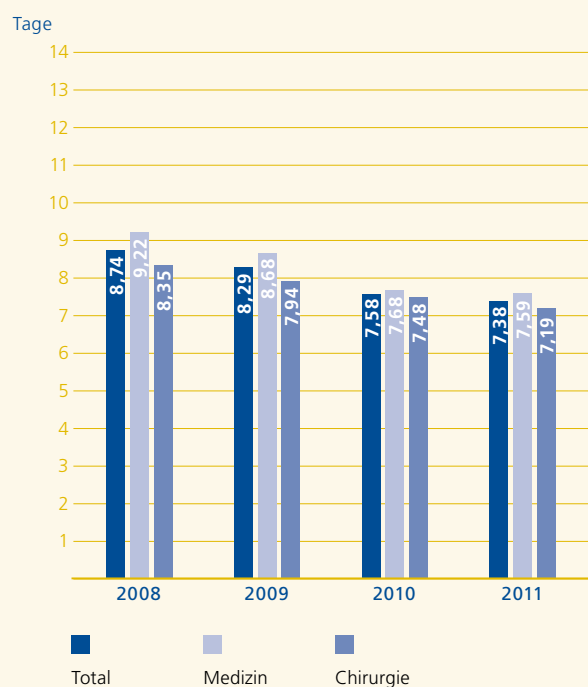
Pflagekosten und Pflegepauschalen (Ertrag)



Bettenbelegung im Jahresmittel

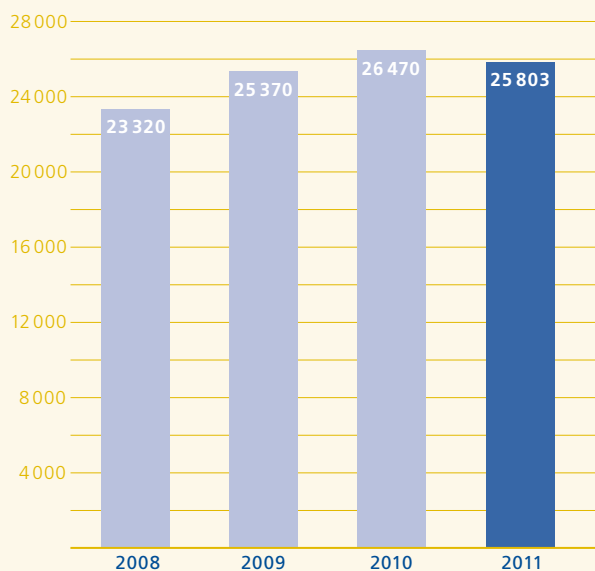


Durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Patient



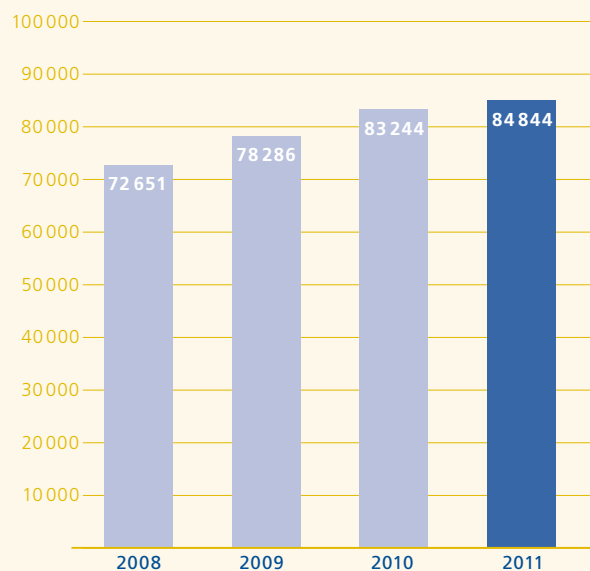
Medizinischer Bedarf (Aufwand)

in 1000 CHF



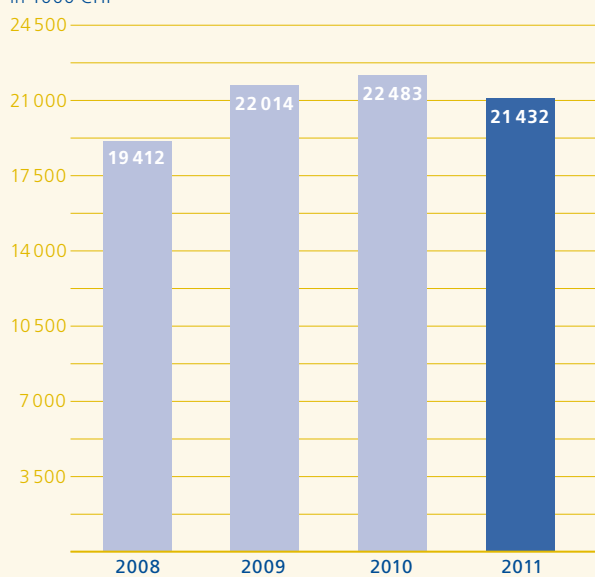
Personalkosten (Aufwand)

in 1000 CHF



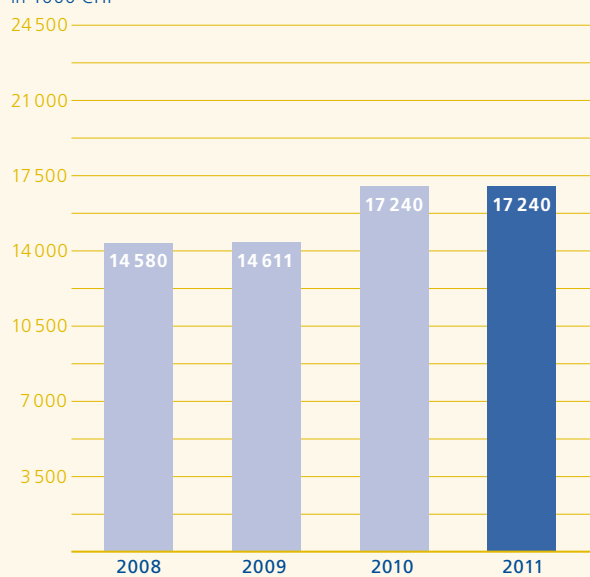
Medizinischer Bedarf (Ertrag)

in 1000 CHF



Beiträge BS inkl. Leistungseinkauf (Ertrag)

in 1000 CHF



Impressum

Inhaltskonzeption: St. Claraspital AG, Basel

Redaktion: St. Claraspital AG/id-one AG, Zürich

Konzeption/Gestaltung: Althaus & Weil AG, Basel

Fotografie: Pino Covino, Basel

Fotolithos/Druck/Ausrüsten: Kreis Druck AG, Basel



St. Claraspital AG
Kleinriedenstrasse 30
Postfach
4016 Basel
Tel. 061 685 85 85
Fax 061 691 95 18
www.claraspital.ch