

Jahresbericht 2013

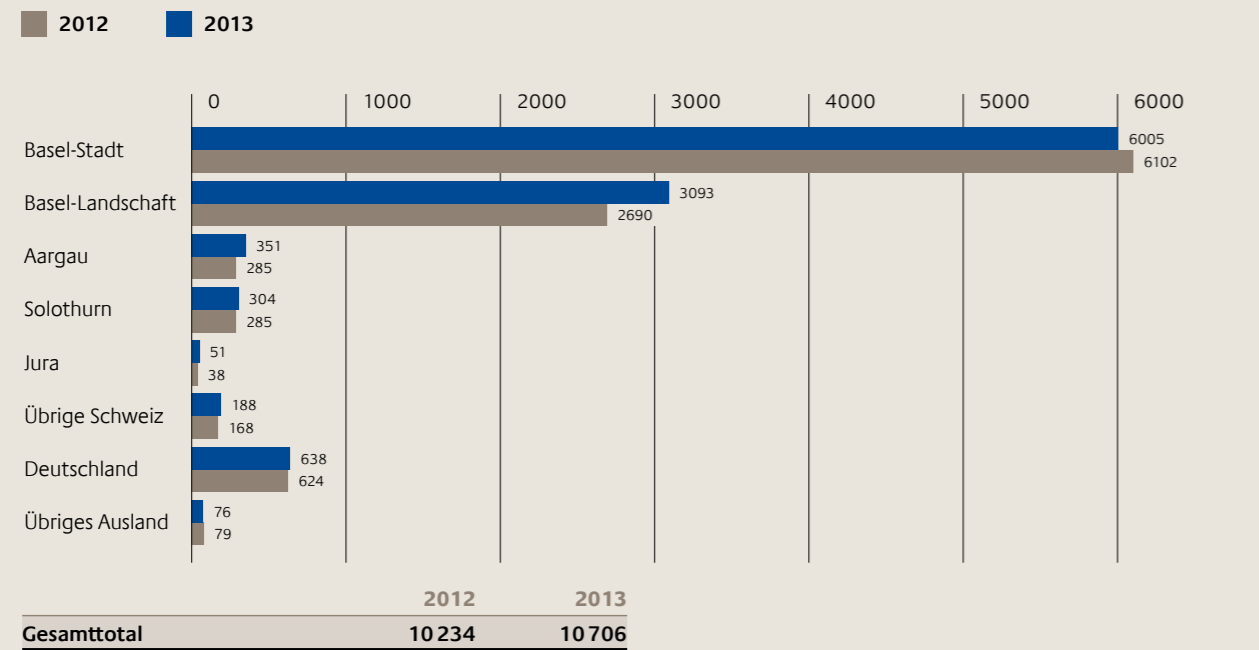
Ein Jahr im Zeichen von Innovation und Verbesserung



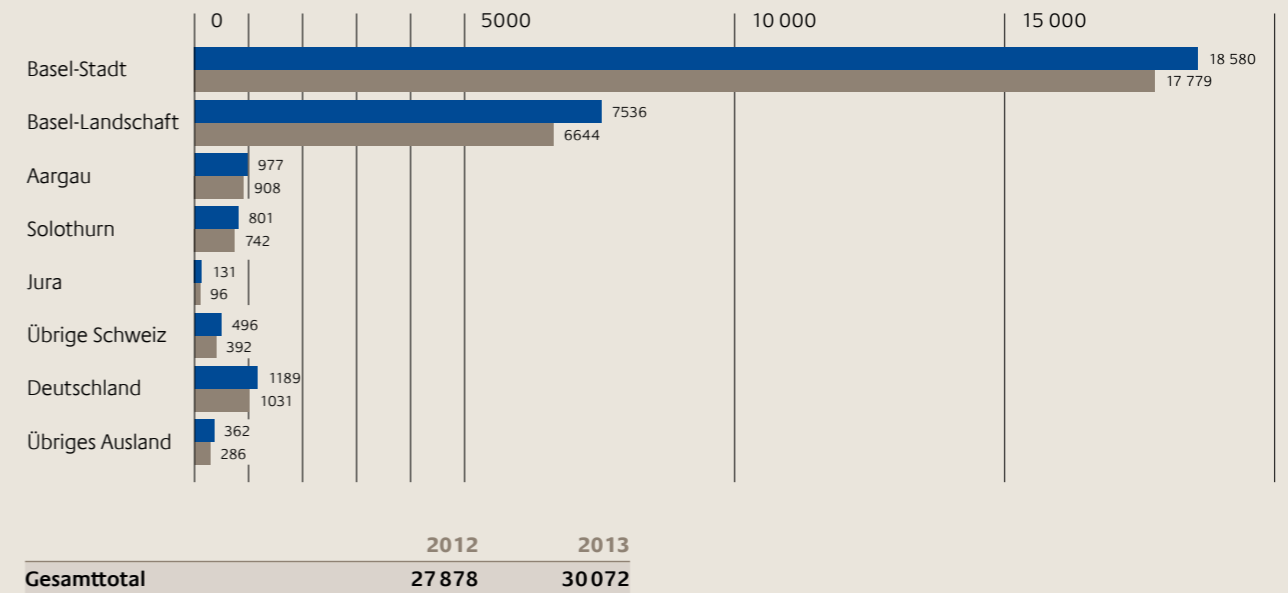
Inhalt

Seite 4	Daten und Fakten
Seite 5	Qualitätszahlen
Seite 6	Mitglieder der Geschäftsleitung
Seite 8	Verwaltungsrat
Seite 10	Geschäftsleitung
<hr/>	
Seite 13	Pflegedienst & Hotellerie Delir – dem Zustand akuter Verwirrtheit optimal vorbeugen
Seite 17	Medizinische Klinik Innovationen in der Onkologie: Wo Wissenschaft, Medizin und Technik Hand in Hand gehen
Seite 21	Chirurgische Klinik Partnerschaften, Kooperationen und Netzwerke Neue 3-D-Technologie im Operationsaal
Seite 25	Querschnittbereich Gemeinsam gegen den Brustkrebs: Mammografiescreening am Claraspital
Seite 29	Zentrale Dienste Erfolgreicher Pilotbetrieb des neuen Ärzteportals
<hr/>	
Seite 32	Publikationen
Seite 35	Organe des Claraspitals
Seite 36	Funktionsträger des Claraspitals

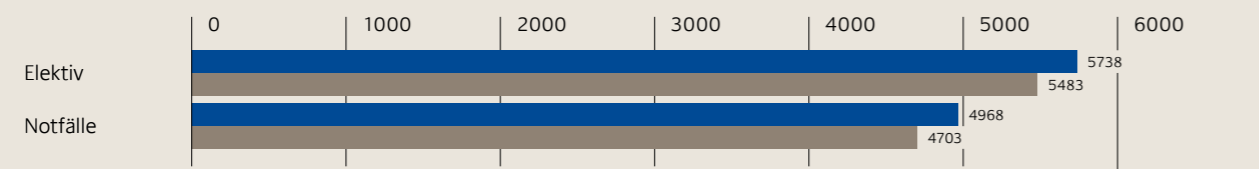
Anzahl stationär behandelte Patienten



Anzahl ambulant behandelte Patienten



Aufnahmeart stationäre Patienten



Qualitätszahlen

	2012	2013		2012	2013
Gesamtzufriedenheit	96%	97%	Wundinfektionsrate nach SwissNoso		
Gesamtzufriedenheit Zusatzversicherte	96,5%	96,7%			
Rehospitalisationsrate	4,2%	4,8%	Cholozystektomie	0,3%	0,8%
Sturzrate / 1000 Pflage tage	4,9	4,3	Colon OP	3,5%	2,3%
Mortalitätsrate (ohne palliativ)	1,9%	2,1%	Rektum OP	3,4%	4,0%

Anzahl Mitarbeitende

	2012	2013
Ärzte und andere Akademiker	102	129
Pflegepersonal	508	527
Hotellerie	77	87
Medizinisch-technische Fachbereiche	176	182
Zentrale Dienste/Administration	106	109
Technische Berufe	16	20
Total	985	1054

Auszüge aus der Erfolgsrechnung

in Mio. Franken

	2012	2013
Personalaufwand	95,38	98,44
Medizinischer Bedarf (Aufwand)	25,75	26,63
Medizinischer Bedarf (Ertrag)	19,05	17,42

Mitglieder der Geschäftsleitung

Stephan Ebner, lic. rer. pol., Leiter Zentrale Dienste; Prof. Dr. med. Markus von Flüe, Leiter Chirurgische Klinik; Beate Schindler MBA, Leiterin Pflegedienst & Hotellerie; Dr. rer. pol. Peter Eichenberger, Direktor; Dr. med. Christian Looser, Leiter Querschnittbereich; PD Dr. med. Dieter Köberle, Leiter Medizinische Klinik (v.l.)



Entwicklung entlang der Strategie



Raymond Cron
Präsident des Verwaltungsrates

Mitte September 2013 wurden im Rahmen der nationalen Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin die Zuteilungsentscheide bezüglich Viszeralchirurgie veröffentlicht. Dabei erhielt das Claraspital aufgrund seiner qualitativen und räumlichen Voraussetzungen sowie aufgrund der Patientenzahlen definitive Leistungsaufträge für die Ösophagusresektion, die Pankreasresektion und die komplexe bariatrische Chirurgie sowie provisorische für die Leberresektion und die tiefe Rektumresektion. Bei den definitiven Zuteilungen ist das Claraspital im Bereich der hochspezialisierten Bauchchirurgie das einzige Privatspital, das berücksichtigt wurde.

Diese Zulassungsentscheide belegen unsere herausragende Kompetenz im Bereich der Viszeralchirurgie und

erlauben uns, wie geplant unsere Strategie der Zentrumsbildung voranzutreiben. Trotz diesen für das Claraspital positiven Entscheiden stehen wir der ganzen Thematik der hochspezialisierten Medizin und den damit verbundenen Entscheidmechanismen kritisch gegenüber und begrüssen deshalb den sich abzeichnenden Marschhalt bei diesen Fragestellungen.

Ein weiterer wichtiger Schritt bei der konsequenten Ausrichtung unseres Spitals auf die beiden Schwerpunkte Bauch und Tumoren war die Übergabe des Alters- und Pflegeheimes Hirzbrunnenhaus an die Adullam Stiftung per 1. April 2013. Nun können wir uns noch stärker auf unsere Kernkompetenzen konzentrieren. Die Übergabe verlief absolut reibungslos und wir sind sehr froh, die verbleibenden Bewohnerinnen und Bewohner des Hirzbrunnenhauses gut aufgehoben zu wissen.

Langfristige Bauprojekte – Masterplanung

In den vergangenen 10 Jahren hatten wir eine Patientenzunahme von ca. 60 Prozent im stationären Bereich. Über die nächsten 10 Jahre verteilt rechnen wir mit einem weiteren Patientenanstieg von insgesamt 20 Prozent. In Anbetracht dieses Wachstums haben wir uns in den letzten beiden Jahren intensiv mit der räumlichen Entwicklung des Spitals befasst. Das Resultat dieses Prozesses ist der im Laufe des Jahres 2013 verabschiedete Masterplan. Er schafft die baulichen Voraussetzungen für die nächsten 20 bis 30 Jahre.

Durch die Übergabe der Alterspflege an die Adullam Stiftung entsteht Entwicklungsspielraum an der Hirzbrunnenstrasse. Wir planen dort einen Ersatzbau, der Raum für einen neuen modernen Operationstrakt, die neue Onkologie/Hämatologie u.a., eine Rochade-Bettenstation sowie für eine internistisch-onkologische Rehabilitation bie-

tet. Die Umsetzung dieser Pläne ermöglicht uns eine weitere Steigerung unserer medizinischen und pflegerischen Qualität zum Wohle unserer Patienten sowie eine zusätzliche vertikale Integration unserer Dienstleistungen.

Solide Finanzen

Die erste Etappe unserer Bauvorhaben, die Umgestaltung der Zone Nord, wird bereits dieses Jahr in Angriff genommen. Im Dezember 2013 hat der Verwaltungsrat den entsprechenden Baukredit von rund 40 Mio. Franken bewilligt. Das gesamte Investitionsvolumen der geplanten Bauvorhaben beläuft sich auf ca. 200 Mio. Franken. Die Finanzierung dieser Investition ist sichergestellt. Einziger Wermutstropfen im finanziellen Bereich ist die allgemein schlechte Kostendeckung im ambulanten Bereich, die nun angesichts der Tarmed-Absichten des Bundesrates noch verschärft wird.

Solche und andere Risiken und der Umgang damit waren im vergangenen Jahr ein wichtiges Thema im Verwaltungsrat. Das Claraspital bekennt sich vollumfänglich zu den Grundsätzen des freien Wettbewerbes im Gesundheitswesen. Voraussetzung dafür sind gleich lange Spiesse aller Akteure sowie ein regulatorisches Umfeld, das Rechtssicherheit schafft und einen angemessenen unternehmerischen Spielraum gewährleistet. Leider laufen die aktuellen Tendenzen und Entwicklungen auf der politischen Ebene teilweise in eine andere Richtung, was Anlass zur Sorge ist. Unsere politischen Vertreter auf Bundes- und Kantons Ebene sind gefordert, für eine Regulierung mit Augenmass zu sorgen!

Personelles

Im personellen Bereich möchte ich zwei Punkte erwähnen. Der Stiftungsrat der St. Clara-Stiftung, der Pensionskasse der St. Clara-Gruppe, hat im vergangenen Jahr eine neue

Finanzierung der Personalvorsorge und eine Umstellung zum Beitragsprimat per 1.1.2014 beschlossen. Wir sind überzeugt, damit eine gute und zukunftsorientierte Lösung gefunden zu haben, um die Renten unserer Mitarbeitenden langfristig sichern zu können.

Am 4. April 2014 konnten wir Frau Beate Schindler als neue Leiterin Pflegedienst und Hotellerie und als neues Geschäftsleitungsmitglied begrüßen. Frau Schindler ist ausgebildete Pflegefachfrau, hat einen Master in Business Administration und verfügt über viel Erfahrung als Pflegedienstleiterin. Wir freuen uns, mit Frau Schindler eine Persönlichkeit gewonnen zu haben, die menschlich und fachlich sehr gut zum Claraspital passt.

Dank

Insgesamt war das Jahr 2013 ein positives und erfreuliches Jahr für die St. Clara-Gruppe. Dass dies wiederum gelungen ist, dafür danke ich allen, die mit uns verbunden sind: unseren Patientinnen und Patienten sowie den zuweisenden Ärzten für ihr grosses Vertrauen, unseren Mitarbeitenden für ihren unermüdlichen Einsatz und ihre ausgezeichnete Leistungen sowie unserer Trägerschaft – dem Kloster Ingenbohl – für die Unterstützung und das Vertrauen in unsere Arbeit.

Raymond Cron

Ein Kreislauf aus Herausforderung, Innovation und Verbesserung



Dr. rer. pol. Peter Eichenberger
Direktor

Das Claraspital erfreute sich auch 2013 grosser Beliebtheit. Der Zuwachs an stationären Patienten lag etwas über 5 Prozent. Er konzentrierte sich vor allem auf das strategisch bedeutsame Bauch- und das Tumorzentrum. Dies ist insofern erfreulich, als dass sich die Stabsübergabe der Leitung der Medizinischen Klinik bzw. der Tumorzentrums-Chefarztposition an PD Dr. Dieter Köberle somit ohne Leistungseinbusse realisieren liess. Auch der Chefarztwechsel bei der Kardiologie verlief problemlos.

Die ambulanten Konsultationen stiegen – wie gewohnt – noch stärker an als der stationäre Bereich. Obwohl sie aus strategischer Sicht weniger im Fokus stehen, haben vor allem der medizinische Fortschritt, aber auch das Patientenwachstum auf der Notfallstation zu diesem Verlauf bei-

getragen. Beim Tumorzentrum bzw. der Radioonkologie musste als Folge des Patientenzuwachses und der bereits mehrjährigen Betriebsdauer des heutigen Linearbeschleunigers mit dessen Ersatzplanung begonnen werden. Angesichts des grossen Patientenaufkommens könnten betriebsdauerbedingte Unterbrüche nicht mehr ordentlich organisiert werden.

Der grösste Teil des stationären Patientenzuwachses stammt aus den umliegenden Kantonen. Die Patientenfreizügigkeit ist also spürbar. Ebenfalls positiv wirken sich die verschiedenen Kooperationen mit Partnerinstitutionen aus. Im Berichtsjahr wurden neue Partnerschaften mit dem Hôpital du Jura im Bereich der hochspezialisierten Viszeralchirurgie sowie mit der Merian Iselin-Klinik bei der Orthopädie und Kardiologie beschlossen. Die Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Jura sichert einerseits die Versorgung der Bevölkerung des Kantons Jura im Bereich der hochspezialisierten Viszeralchirurgie. Andererseits können dadurch am Standort Basel die schweizweit geforderten Mindestfallzahlen in der Bauchchirurgie weiter abgesichert werden.

Stete Verbesserung

Hinsichtlich der geleisteten Qualität zeigen die Patientenzufriedenheitsrückmeldungen sowie die internen Qualitätsindikatoren ein stabiles, gutes Bild. Der allergrösste Teil der Patienten verlässt das Claraspital zufrieden und würde diese Institution auch seinen Angehörigen als Behandlungsort empfehlen. Die Helsana-Versicherung bewertet das Claraspital aufgrund von Patientenzufriedenheitsrückmeldungen ihrer Versicherten aus dem Jahr 2013 sogar als Nummer 1. Dies ist erfreulich – bei allen berechtigten Vorbehalten gegenüber solchen Rankings. Verbesserungspotenziale gibt es im Claraspital aber weiterhin, insbesondere im Bereich der Patientenidentifikation sowie der Medikation. Beide wurden im Berichtsjahr mittels diverser Massnahmen angegangen, aber noch nicht voll realisiert.

Ein weiteres Verbesserungspotenzial zeigte sich bei den Bettenkapazitäten, dies als Folge des seit Jahren anhaltenden Patientenzustroms. Trotz sinkender Aufenthaltsdauer stösst das Claraspital immer häufiger an räumliche Grenzen, sowohl im Bereich der normalen Bettenstationen als auch der Intensivmedizin. Dank der räumlichen Tagesstationsauslagerung ins ehemalige Pflegeheim Hirzbrunnhaus konnten im Mitteltrakt acht zusätzliche stationäre Betten geschaffen werden. Weiter wurde ein neues Konzept für die Intensivmedizin entwickelt. Dieses sieht zusätzlich zur bestehenden intensivmedizinischen Station (Intensive Care Unit – ICU) mit 8 Betten neu eine 4-Betten-Überwachungsstation (Intermediate Care Unit – IMCU) vor. Diese im Januar 2014 eröffnete Bettenstation entlastet sowohl die ICU als auch die Pflegestationen von mittelschweren Pflegesituationen. Weitere Kapazitätsausbauten am Standort lassen sich im Rahmen der Realisierung des Masterplanes umsetzen. Ausserhalb des Claraspitals wird die Kooperation mit der Merian Iselin-Klinik (MIK) das lokale Bettenangebot erhöhen. 40 Prozent der bislang am Claraspital durchgeführten orthopädischen Behandlungen werden ab 2014 in der MIK realisiert, mit dem bestehenden Clara-Orthopädenteam. Dadurch werden Bettenkapazitäten am Claraspital frei, primär für die Behandlung von Bauchpatienten.

Wie stark die Teilnahme am kantonalen Mammascreeing-Projekt zu einer Stärkung der Schwerpunkte des Spitals führen wird, ist noch nicht absehbar. Dank der Kompetenzen unserer Radiologie sowie der Schwerpunkte hat sich eine Teilnahme des Claraspitals an diesem Programm aufgedrängt. Die internen Vorbereitungsarbeiten wurden im Berichtsjahr zu einem wesentlichen Teil abgeschlossen.

Die Planungsarbeiten für die Realisierung des Masterplanes sind so weit fortgeschritten, dass 2014 mit dem Bau

der neuen Küche, des Eingangsbereiches inklusive des neuen Cafés, der neuen Garderoben, der erweiterten Notstrom- und Technikanlagen sowie der neuen Kapelle begonnen werden kann. Gleichzeitig wurden und werden die Pläne für die übrigen Bereiche entwickelt, insbesondere für den Ort des heutigen Hirzbrunnhauses.

Dank

Auch 2013 konnte auf das grosse Engagement der Mitarbeitenden und der Führungskräfte des Claraspitals gezählt werden. Herzlichen Dank dem gesamten Team für den grossen Einsatz. Wiederum richtet sich der Dank aber auch an die Trägerschaft, den Verwaltungsrat und die Partner, niedergelassene Ärzte und Behörden. Die Geschäftsleitung weiss um deren Bedeutung für die Entwicklung des Spitals und für zufriedene Patienten!

Dr. rer. pol. Peter Eichenberger



Delir – dem Zustand akuter Verwirrtheit optimal vorbeugen

Das Wort Delirium stammt aus dem lateinischen «de lirara ire», was so viel heisst wie «aus der Spur/dem Gleis geraten». Dies ist ein gutes Bild für den Verwirrheitszustand Delir, ein nach ICD10 definiertes Krankheitssyndrom, das bei älteren Personen nach einem Spitaleintritt spontan auftreten kann.

Es ist 17.30 Uhr, kurz vor Feierabend. Da geht das Telefon von Ilona Kaufmann, Pflegeexpertin Bildung – Beratung – Entwicklung im Pflegedienst, sie nimmt es ab. Sie wird auf den 3. Stock gerufen. Herr M., der sich bislang völlig unauffällig verhalten hat, sei aggressiv. Er habe sich die Infusion aus dem Arm gerissen und «tigere» im Zimmer auf und ab. Ilona Kaufmann tritt ins Zimmer, begrüsst den älteren Herrn freundlich und spricht beruhigend auf ihn ein. Herr M., der vor drei Tagen auf die medizinische Abteilung eingetreten ist, ist im Delir. «Ein Delir beschreibt einen Zustand akuter Verwirrtheit und ist meist eine vorübergehende Reaktion auf eine ungewohnte Situation. «Es passiert plötzlich, häufig gegen Abend», erklärt Ilona Kaufmann. Sie ist eine der beiden Pflegeexpertinnen, die eine Weiterbildung zu diesem Thema absolviert haben. «Ein Delir tritt nach einem chirurgischen Eingriff oft in den ersten Tagen nach der Operation ein, auf der medizinischen Abteilung in der Regel erst ab dem 3. Tag nach einem Eintritt.»

Häufig klingt das Delir nach einigen Tagen wieder ab, doch die möglichen Langzeitfolgen dürfen nicht unterschätzt werden. Patienten, die schwer krank sind und ein Delir erleiden, müssen mit anhaltenden kognitiven Defiziten rechnen. Die Pflegenden des Claraspitals setzen alles daran, potenziell gefährdete Delirpatienten frühzeitig zu er-

kennen. «Früher war man der Ansicht, dass ein Delir sozusagen vom Patienten durchgestanden werden muss. Heute versucht man, diesen Zustand gar nicht erst entstehen zu lassen oder den Verlauf mit geeigneten Massnahmen günstig zu beeinflussen und stark abzuschwächen.» Die Langzeitfolgen, so weiss man heute, können vor allem für ältere Patienten immens sein. Wenn sich ihre geistige Leistungsfähigkeit verschlechtert, ist ein Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim oft unumgebar. «Ich habe Patienten erlebt, die sich während der Nachmittagsvisite des Arztes völlig normal unterhalten und verhalten haben. Zwei Stunden später wussten sie nicht mehr, wo sie waren, welcher Tag war oder was geschehen ist. Das ist das Tückische an einem Delir», berichtet Ilona Kaufmann. In den letzten Jahren wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital Basel auf einigen Stationen die Stationsleitung und eine Pflegenden speziell in Delir ausgebildet und ein standardisiertes Delirmanagement eingeführt. Geplant ist, dass bis 2015 alle Stationen das Delirmanagement umsetzen. Dieses hat zum Ziel, Patienten mit einem erhöhten Risiko frühzeitig zu identifizieren, auslösende Faktoren zu erkennen und rasch dagegen vorzugehen. Das Fachwissen erleichtert den Pflegenden den Umgang mit den teilweise schwierigen Patientensituationen. Ursachen werden erkannt, ein schnelles und sicheres Handeln ist die Folge.

Vielfältige Ursachen

«Heute weiss man», so Ilona Kaufmann, «dass bestimmte Schlafmittel, Medikamente, Schmerzen oder beispielsweise vorhandene Infektionen ein Delir auslösen können. Aber auch Verständigungsprobleme aufgrund einer eingeschränkten Wahrnehmung – seien das ein fehlendes Hörgerät oder eine fehlende Brille –, eine Operation oder eine Verletzung bzw. Krankheit können eine akute Verwirrtheit auslösen.» Bekannt sind über 100 verschiedene Ursachen. Je höher das Grundrisiko eines Patienten ist, wie z.B. Alter und Multimorbidität, desto weniger auslösender Faktoren bedarf es. Sie fährt fort: «Die Pflege muss auf die Ursachen rasch, ruhig und sicher pflegerische Massnahmen einleiten. Dazu gehören z.B. die Überprüfung, ob der Patient seine Seh- und Hörhilfen benutzt, sowie das Anpassen der Medikamente in Zusammenarbeit mit dem Arzt.» Wenn möglich, wird der Patient von derselben Pflegefachperson betreut, denn Vertrautes wirkt beruhigend.

Uhrentest: einfach und effektiv

Dass ein guter Test nicht teuer sein muss, beweist der Uhrentest, der zum Delirmanagement am Claraspital zählt. Der Uhrentest kann auf erste kognitive Verluste wie auf eine beginnende Demenz oder Delir hinweisen. «Aufgrund seiner Einfachheit wird er zuweilen etwas belächelt, doch die ersten Ergebnisse sind in ihrer Aussagekraft bestechend. Es kommt nicht von ungefähr, dass dies einer der anerkanntesten Tests in der Demenzabklärung ist.» Patienten ab dem 70. Lebensjahr werden bei Eintritt gebeten, den Uhrentest zu machen. Freiwillig, versteht sich. «Die meisten Patienten machen den Test, wenn wir ihnen erklären, was es mit dem Delir auf sich hat und welche Auswirkungen es auf ihre Genesung hat. Ganz selten lehnen Patienten den Uhrentest ab», erläutert Ilona Kaufmann. Die Aufgabe besteht darin, eine Uhr zu zeichnen und die vorgeschlagene Zeit in Ziffern darzustellen (10.25 h). Ist die

Uhr auffällig, wird die «Delirium Observation Scale», ein Screeninginstrument für das Delir, durchgeführt. Aufgrund der Beobachtungen der Pflegenden schätzt man mit dem Instrument ein, ob ein Patient korrekte Antworten auf Alltagsfragen gibt, seine Antworten emotional mit dem Gefragten stimmig sind und ob er komplexere Handlungen durchführen kann. Ist dies nicht möglich, findet durch die speziell geschulten Pflegenden eine vertiefte Delirabklärung statt. Sind die Werte des Uhrentests unauffällig, werden keine weiteren Massnahmen ergriffen.

Einbezug von Angehörigen

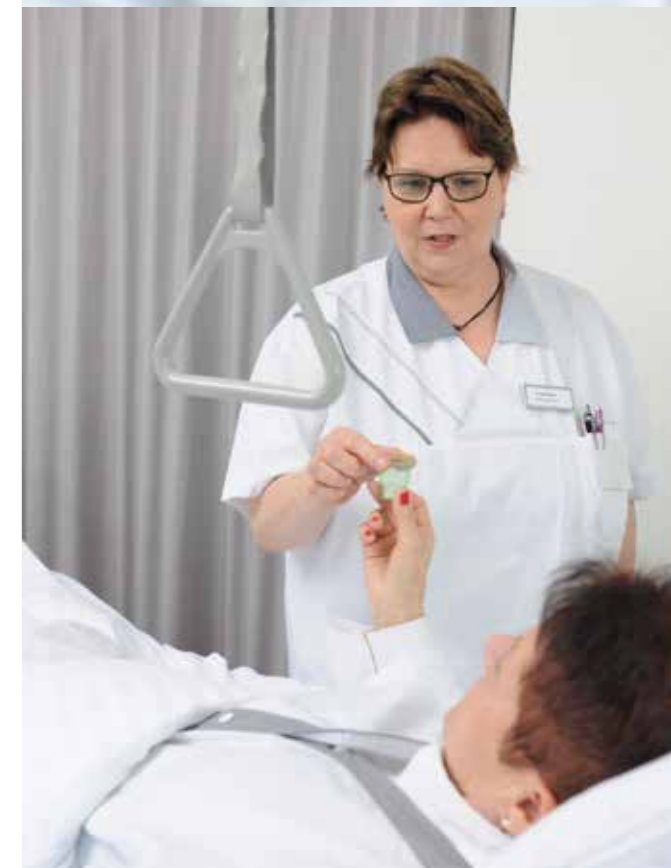
Die Unterscheidung zwischen einer Demenz und einem Delir ist nicht immer ganz einfach. Deshalb ist auch die Unterstützung der Angehörigen wertvoll. Sie kennen die typischen Verhaltensweisen oder Gewohnheiten des Patienten und haben ein feines Sensorium, wenn etwas nicht stimmt und sich Verhaltensänderungen einstellen. Ilona Kaufmann meint: «Wir sind froh über frühe Rückmeldungen, da sie uns helfen, präventiv zu handeln. Das bedingt unsererseits auch, dass wir die Angehörigen am Anfang einbeziehen und gut informieren, falls ein erhöhtes Risiko besteht. Die von der Pflege erstellte Delir-Informationsbroschüre gibt wertvolle Auskünfte, worauf es zu achten gilt und wie ein Delir zustande kommt.»

Verständnis schafft Klarheit

Zum umfassenden Delirmanagement des Claraspitals zählt auch ein Psychiater, der durch den behandelnden Arzt hinzugezogen werden kann. «Nach den ersten drei Jahren ziehen wir eine positive Bilanz. Das Delirmanagement ermöglicht eine professionellere Behandlung der Patienten und sie hat den Pflegenden viel Sicherheit im Umgang mit Delir gebracht», resümiert die Pflegeexpertin und fährt fort. «Dank einem klaren Bewertungsraster wurde eine professionellere Sprache geschaffen. Die Aus-

sage «Der Patient war gestern Abend etwas verwirrt» ist weniger präzise als «Das Risiko des Patienten ist gemäss Test sehr hoch einzustufen. Wir haben gestern erste Anzeichen einer Verwirrtheit entdeckt». Dank dem standardisierten Vorgehen und dem engen Austausch mit den Ärzten findet sich die Diagnose Delir nicht nur im Pflegedossier, sie wird auch im Arztdossier aufgeführt. So ist sie für den zuweisenden Arzt oder bei künftigen Spitalaufenthalten für die behandelnden Ärzte ersichtlich. Eine frühe Diagnose und Behandlung verbessern die Prognose enorm. Ilona Kaufmann meint: «Für unsere Patienten ist es wichtig, dass sie nicht «aus der Spur geraten», und falls doch, so helfen wir ihnen mit Gesprächen, medizinischer Begleitung und medikamentöser Behandlung möglichst schnell wieder in die Spur.»

Von einem Delir können alle Patienten betroffen sein, besonders gefährdet sind allerdings ältere Patienten, die bereits an einer demenziellen Erkrankung leiden. Es gibt verschiedene Formen von Delir, einige Patienten werden hyperaktiv und aggressiv, andere ziehen sich zurück (hypoaktiv). Als Drittes treten Mischformen auf. Gemeinsam ist allen Formen, dass sie Veränderungen der geistigen Leistungsfähigkeit, des Denkens und des Handelns nach sich ziehen. Typisch sind Orientierungslosigkeit, Gedächtnislücken, Aufmerksamkeits- oder Wahrnehmungsdefizite, Probleme mit dem Wach-Schlaf-Rhythmus, manchmal auch Sprachstörungen oder Wahnvorstellungen. Diese Symptome können plötzlich auftreten und innerhalb eines Tages in der Stärke variieren.





Innovationen in der Onkologie: Wo Wissenschaft, Medizin und Technik Hand in Hand gehen

Die Krebsmedizin ist ein Fachgebiet, das sich in den letzten 10 Jahren in atemberaubender Geschwindigkeit weiterentwickelt hat. Neue Medikamente, verbesserte Analyse- und Diagnoseverfahren sowie innovative Bestrahlungsmethoden verbessern kontinuierlich die Heilungschancen einer Krebserkrankung.

Ein Blick auf die Strahlentherapie

Prof. Wolfgang Harms, Chefarzt Radioonkologie, zählt auf dem Gebiet der Strahlentherapie die weitere Optimierung der Sicherheit und die Entwicklung von äusserst präzisen Bestrahlungstechniken zu den grossen Meilensteinen: «Die heutige Strahlentherapie ist mit der Radioonkologie von vor 20–30 Jahren nicht mehr vergleichbar. Mit der Entwicklung der ersten Personalcomputer um 1980 erfolgte in der Radioonkologie eine Initialzündung, da vorher alle Dosisverteilungen kompliziert per Hand ausgerechnet werden mussten. Heute verfügen wir über die technischen Möglichkeiten, um jeden Tumor im Körper optimal behandeln zu können.»

Die Entwicklungen verliefen auf zwei Ebenen: Die eine Ebene ist der medizinische Fortschritt mit einem immer fundierteren Wissen über Krebs; die zweite Ebene ist der technische Fortschritt mit immer ausgefeilteren Bestrahlungstechniken. So wird heutzutage für jeden Patienten individuell eine massgeschneiderte Strahlentherapie angefertigt. Dieser Prozess ist vergleichbar mit den verschiedenen Arbeitsschritten zur Anfertigung eines Massanzuges. Eine wichtige Weiterentwicklung dieser sogenannten dreidimensionalen Bestrahlungsplanung ist die Intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT), die es ermöglicht, eine Dosisverteilung noch präziser und somit schonender

an einen Tumor anzupassen. Hierdurch können höhere Bestrahlungsdosen bei häufig sogar reduzierten Nebenwirkungen appliziert und die Heilungschancen verbessert werden. Bei den neusten Entwicklungen werden die Tumoren vor jeder Bestrahlung sichtbar gemacht (bildgeführte Strahlentherapie) und bei jeder Behandlung zielgerichtet bestrahlt. Auch durch Atembewegungen verursachte Tumorbewegungen können durch eine atemgesteuerte Bestrahlung (Atemgating) berücksichtigt werden. Durch den Einsatz dieser Methoden ist es möglich, die Bestrahlungsfelder zu verkleinern und die Nebenwirkungen weiter zu verringern.

Radiochirurgie – messerscharfe Strahlen

Mit welcher unglaublichen Präzision heute bestrahlt wird, zeigt sich in der Präzisionsstrahlentherapie, auch Stereotaxie oder Radiochirurgie genannt. Dazu Prof. Harms: «Das Ziel ist es, kleine Tumoren oder Metastasen mit wenigen, sehr hochdosierten Bestrahlungen komplett abzutöten. Wird hierzu nur eine einzige Bestrahlung mit einer für den Tumor tödlichen Strahlendosis verwendet, spricht man von Radiochirurgie.» Eine Stereotaxie erfolgt beispielsweise bei frühen Lungenkarzinomen anstelle einer Operation. Rein statistisch gesehen sind die Erfolgsaussichten auf eine Heilung identisch wie bei einer OP. Der grosse Vorteil ist aber, dass bei der Stereotaxie drei bis fünf Mal



ambulant bestrahlt wird. Es findet keine offene Operation statt, bei der ein Teil der Lunge herausgeschnitten wird. Weiter wird die Stereotaxie bei der Bestrahlung von Metastasen im Gehirn oder in der Leber angewandt. Bei ein bis drei Metastasen im Gehirn seien die Ergebnisse ebenso gut wie bei einer Operation, erläutert Prof. Harms.

Erst zielen, dann strahlen

Absolute Voraussetzung für den Einsatz der Radiochirurgie ist, dass mit 100%iger Sicherheit der Tumor millimetergenau getroffen wird. Prof. Harms hierzu: «Das ist in der Theorie vollkommen klar, wird aber in der Praxis deutlich erschwert, da wir die Tumoren von aussen nicht sehen können.» Bei modernen Linearbeschleunigern wird dieses Problem elegant gelöst, indem ein Cone Beam CT baulich direkt mit dem Beschleuniger verbunden wird. «Als Teil des Linearbeschleunigers fährt das Cone Beam CT um den Patienten herum und liefert exakte Bilder über das Innere des Patienten. Hierdurch werden Tumor und gesunde Organe exakt lokalisiert. Dann wird das Planungs-CT mit dem aktuellen CT verglichen. Weichen die Aufnahmen voneinander ab, wird der Patient seitlich und in der Höhe per Fernbedienung verschoben und neu positioniert, bis die beiden Bilder präzise übereinander liegen», erklärt Prof. Harms den Vorgang. «So stellen wir sicher, dass die Strahlendosis punktgenau dort einwirkt, wo sie geplant wurde».

Ein Blick auf die personalisierte Medizin

Das Konzept der personalisierten Medizin basiert auf der Idee, dass ein Krebs seiner genetischen Veränderung entsprechend zielgerichtet mit spezifischen Medikamenten behandelt wird. In diesem Ansatz liegt ein ungeheures Potenzial, das noch in den Kinderschuhen steckt, aber bei einigen Krebsarten bereits wesentliche Erfolge erzielt hat.

Von Genen und ihren Mutationen

Die ursprüngliche Idee der Onkologie war, den Krebs seinem anatomischen Ursprung entsprechend zu behandeln. Brust-, Lungen- oder Darmkrebs wurden mit der jeweils gleichen, auf den Krebstyp zugeschnittenen Chemotherapie behandelt. Dank intensiver Grundlagenforschung ist das Wissen, wie Tumoren auf Zellebene gesteuert werden, deutlich gestiegen. «Wir wissen heute, dass innerhalb einer Krebsart Untergruppen mit spezifischen genetischen Veränderungen vorkommen. Diese für das Tumorwachstum entscheidenden Veränderungen von Schlüsselmolekülen können mit präzise darauf ausgerichteten Substanzen blockiert werden», erläutert PD Dr. med. Martin Buess, stellvertretender Chefarzt Medizinische Onkologie. «Interessanterweise kommen die gleichen genetischen Veränderungen bei unterschiedlichen Krebsarten vor, z.B. die BRAF-Mutation beim Darmkrebs, beim schwarzen Hautkrebs, aber auch beim Lungenkrebs. Damit verlassen wir zunehmend die Einteilung aufgrund des Ursprungs des Tumors und gehen über zu einer Einteilung der Krebsarten basierend auf genetischen Veränderungen mit therapeutischer Bedeutung.»

Die von der Pharmaindustrie neu entwickelten Medikamente, meist Blocker dieser für das Tumorwachstum entscheidenden Schlüsselmoleküle, werden entsprechend genetischen Veränderungen eingesetzt. Daher kann beispielsweise ein Lungenkrebs mit einer bestimmten genetischen Veränderung mit demselben zielgerichteten Medikament behandelt werden wie ein schwarzer Hautkrebs mit der gleichen genetischen Veränderung. «Vor 30–40 Jahren hatten die Onkologen eine Handvoll verschiedener Chemotherapien zur Verfügung, heutzutage gibt es weit über 100 anerkannte Therapieschemata mit unterschiedlichen Substanzen», führt PD. Dr. Buess aus.

Vielschichtige Analysen, kürzere Behandlungszeit

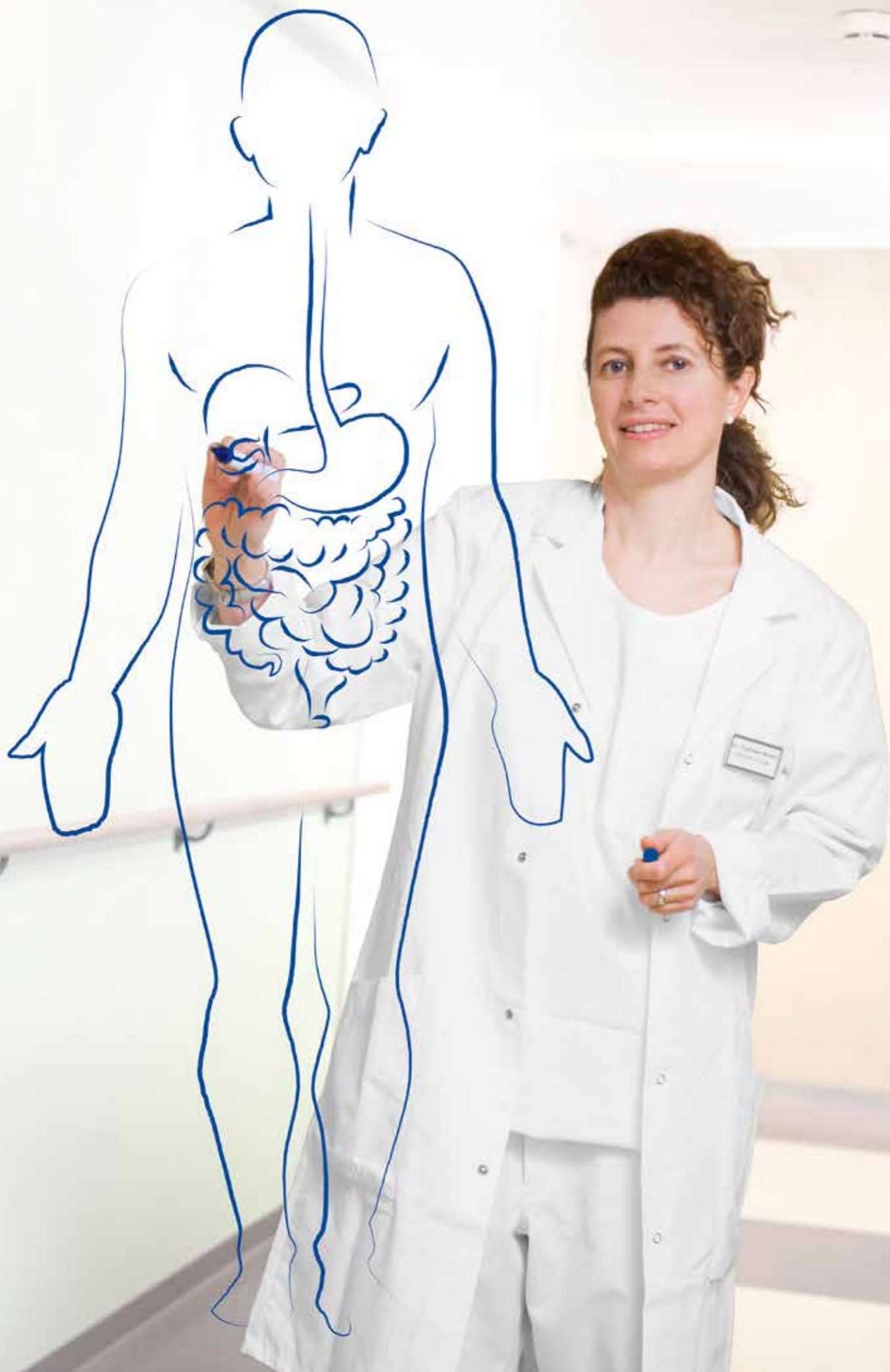
Für eine exakte Analyse des Tumors bedarf es einer kleinen Gewebeprobe. Daran können verschiedene molekulare Tests durchgeführt werden. Dr. Buess erläutert: «Eine solche komplexe Analyse kann bis zu 14 Tage dauern und liefert qualitativ hochwertige und aussagekräftige Informationen zum Tumor und seiner genetischen Veränderung. Dank diesem Wissen kann der Tumor zielgerichtet behandelt werden. Mit modernen bildgebenden Methoden wie dem PET-CT kann in kürzester Zeit festgestellt werden, ob eine Therapie anschlägt oder ob das Therapieschema verändert werden muss. Früher erfolgte eine Chemotherapie über 2–3 Monate, bis ein erstes Fazit gezogen werden konnte.»

Weniger Nebenwirkungen

Die neuen Substanzen bringen erfreulicherweise insgesamt weniger Nebenwirkungen mit sich. Es sind beispielsweise Hautausschläge oder Durchfall, die jedoch von der Mehrheit der Patienten deutlich besser vertragen werden als die altbekannten Chemotherapie-Nebenwirkungen. Insbesondere treten weniger gefährliche Infektionen auf. Damit kann auch älteren Patienten eine effektive Therapie mit gleichzeitig guter Lebensqualität angeboten werden.

Wissen à jour halten

«Eine Person alleine ist nicht mehr in der Lage, die Vielzahl an Neuerungen und Studienergebnissen zu verfolgen oder in onkologischen, chirurgischen oder radioonkologischen Fragestellungen gleichermassen bewandert zu sein. Hier verfügt das Claraspital aufgrund seiner gewachsenen Strukturen und überschaubaren Grösse über eine beispielhafte Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Ärzte. So können wir den Patienten die bestmögliche Therapie nach den neusten Erkenntnissen gewährleisten», so Prof. Harms.



Partnerschaften, Kooperationen und Netzwerke

Bereits seit einigen Jahren besteht eine enge Kooperation zwischen dem Gesundheitszentrum Fricktal und dem Claraspital. 2013 haben wir auch mit anderen Spitälern eine fachliche und infrastrukturelle Zusammenarbeit intensiviert. Im Bereich der hochspezialisierten Viszeralchirurgie wurde eine enge Partnerschaft mit dem Hôpital du Jura aufgebaut, mit der Merian Iselin Klinik in den Fachgebieten Orthopädie, Urologie und Kardiologie.

Das Bauchzentrum des Claraspitals hat vom interkantonalen Beschlussorgan für hochspezialisierte Medizin einen Leistungsauftrag für das gesamte Spektrum der hochspezialisierten Viszeralchirurgie erhalten. Von dieser Fachkompetenz können nun auch die Patienten aus dem Jura profitieren. «Unsere neue Partnerschaft mit dem Hôpital du Jura in Delémont sieht vor, dass dieses bei hochspezialisierten viszeralchirurgischen Eingriffen einen Spezialisten aus dem Claraspital beziehen kann. Die präoperative Abklärung und die postoperative Betreuung finden in Delémont statt, der Eingriff wird am Claraspital durchgeführt», erläutert Prof. Dr. med. Markus von Flüe, Leiter Chirurgische Klinik und Chefarzt der Viszeralchirurgischen Abteilung. «Das ist eine Win-win-Situation für beide Parteien.» Das jurassische Spital stärkt seine Viszeralchirurgie, das Claraspital steigert sein Know-how und seine Fallzahlen im hochspezialisierten Bereich. Die Zusammenarbeit, die gemäss Prof. von Flüe gut angelaufen ist, geht über den hochspezialisierten Bereich hinaus und umfasst auch komplexe gastroenterologische Fragestellungen. So beispielsweise die Abklärungen von Gallen- oder Bauchspeicheldrüsenerkrankungen, Gallengangeingriffen oder Steineinlagen in den Gallengang, die das Hôpital du Jura nicht selber durchführt.

Ein Mehrwert für Arzt und Patient

Eine zweite Partnerschaft besteht mit der Merian Iselin Klinik und betrifft die Fachgebiete Orthopädie, Urologie und Kardiologie. Die unterschiedlichen Ausrichtungen der beiden Spitäler bieten eine ideale Grundlage, um vorhandene Synergien nutzen zu können: Das Claraspital, zunehmend auch in der spezialisierten, punktuell hochspezialisierten Versorgung tätig, nutzt Kapazitäten der Grundversorgung der Merian Iselin Klinik und die Merian Iselin Klinik Kapazitäten in der spezialisierten Versorgung des Claraspitals. So werden Eingriffe im Rahmen der Grundversorgung in der Merian Iselin Klinik durchgeführt und komplexe Fälle, die eine absehbare Überwachung auf der Intensivpflegestation bedürfen, im Claraspital. «Konkret stehen uns in der Merian Iselin Klinik seit Oktober 2013 zwei OP-Tage pro Woche für elektive orthopädische Eingriffe zur Verfügung», erklärt Prof. von Flüe. «Ausgewählte orthopädische und urologische Belegärzte der Merian Iselin Klinik erhalten ihrerseits die Möglichkeit, komplexe Fälle mit IPS-Bedarf im Claraspital zu operieren und zusammen mit den Verantwortlichen im Claraspital zu betreuen. Dieses Vorgehen bietet nicht nur den Patienten einen Mehrwert, sondern auch den behandelnden Ärzten.» Zudem betreibt das Claraspital seit Januar 2014 in den Räumlichkeiten der Merian Iselin Klinik einen kardiologischen Konsiliardienst für Belegärzte.



Neue 3-D-Technologie im Operationssaal

Die Mehrheit der Systeme, die für minimalinvasive Eingriffe verwendet werden, erzeugt ein zweidimensionales Bild ohne räumliche Darstellung der Anatomie. Ein neues 3-D-System bietet die Möglichkeit, laparoskopische Eingriffe noch präziser und sicherer durchzuführen.

Bis vor Kurzem war die laparoskopische Operationstechnik auf ein zweidimensionales Sehen am Monitor beschränkt. Die Distanz der Instrumente zum Ort des Eingriffs musste vom Chirurgen kraft seiner Erfahrung, seines Könnens und seiner Routine abgeschätzt werden. Im Herbst 2013 konnte das Claraspital erstmals ein neues 3-D-Laparoskopiesystem testen, das bei chirurgischen Eingriffen hochauflösende, dreidimensionale Bilder des Körperinneren darstellen kann. Dr. med. Beatrice Kern, Leitende Ärztin Viszeralchirurgie, schätzt die Vorzüge des neuen Geräts: «Die räumliche Darstellung ist hervorragend und die Tiefenwahrnehmung bestechend. Diese neue Technik erlaubt es uns, laparoskopische Eingriffe neu an schwierig zugänglichen Stellen auszuführen, so beispielsweise Operationen am tiefen Rektum, also im Übergang vom Dickdarm zum After, oder bei Eingriffen im Übergang von der Speiseröhre zum Magen. Bislang mussten solche Eingriffe meist mit einer offenen Operation durchgeführt werden, da es unmöglich war, mit den

laparoskopischen Instrumenten an die richtige Stelle zu gelangen.» Um die Bilder in 3-D sehen zu können, tragen die Chirurgen während der Operation nun spezielle Brillen.

Veränderung der Blickwinkel

Nicht nur die räumliche Darstellung sei besser, auch können anatomische Strukturen besser erkannt werden. Die spezielle Kamera lässt sich in alle vier Richtungen bis 100 Grad abwinkeln. Man könne damit um die Ecke schauen und die Sicht sei klarer, so Dr. Kern. «Gerade bei Operationen im Bauchraum arbeiten wir mit Strom. Die Kombination von stromerzeugter Hitze und Feuchtigkeit des Gewebes hatte zur Folge, dass die Kameras immer wieder beschlagen waren. Wir mussten die Kameras während der Operation regelmässig herausnehmen, reinigen lassen und anschliessend neu einführen. Je nach Operation gut 20 bis 30 Mal. Die neuen 3-D-Kameras beschlagen nicht mehr, wir haben während der gesamten Operationsdauer ein klares Bild.»

Gewichtige Vorteile für die Patienten

Im Vergleich zur offenen Operation führt die Schlüssellochtechnik, wie das laparoskopische Operieren auch genannt wird, zu kleineren Wundflächen mit weniger Schmerzen und insgesamt zu einer rascheren Erholungszeit der Patienten. Durch die 3-D-Technik wird die etablierte laparoskopische Chirurgie in puncto Sicherheit, Präzision und Einsatzmöglichkeiten ergänzt. «Wir haben eine Patientin mit diesem neuen Gerät am Mastdarm operiert. Mit der konventionellen Laparoskopie wäre der Eingriff tief im kleinen Becken kaum durchführbar gewesen. Dank der 3-D-Technik war dies möglich. Sie konnte bereits nach 8 Tagen nach Hause gehen; bei einer offenen Operation hätte die Verweildauer im Spital zirka 14 Tage betragen», führt Dr. Kern aus. «Sie wird zudem weniger Verwachsungen davortragen, als dies bei einer offenen Operation der Fall gewesen wäre.»

Aufgrund der guten Erfahrungen und dem erweiterten Einsatzgebiet, das den Patienten zugute kommt, hat sich die Geschäftsleitung des Claraspitals entschieden, das Gerät für die 3-D-Laparoskopie zu erwerben. «Geplant ist, den neuen 3-D-Turm für viszeralchirurgische Eingriffe im Magen-Darm-Bereich einzusetzen. Ein weiteres Einsatzgebiet sehen wir aber auch in der Urologie», erklärt Dr. Kern. Das Gerät wurde Anfang Januar 2014 in Betrieb genommen.

Hochspezialisierte Medizin

Die Kantone haben ihre Planungskompetenz für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) einem interkantonalen Beschlussorgan übertragen. Dieses Gremium hat den Auftrag, Spitäler nach definierten Kriterien für die Erbringung von Leistungen im Bereich der HSM auszuwählen und zu verpflichten. Die hochspezialisierte Medizin umfasst diejenigen medizinischen Bereiche und Leistungen, die durch ihre Seltenheit, durch ihr hohes Innovationspotenzial, durch einen hohen personellen oder technischen Aufwand oder durch komplexe Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind. (Quelle: Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin, 2008)

Zur hochspezialisierten Viszeralchirurgie zählen folgende Eingriffe:

- Entfernung der Speiseröhre bei Speiseröhrenkrebs
- Teilweise oder vollständige Entfernung der Bauchspeicheldrüse bei Karzinom/Entzündung
- Teilweise oder vollständige Entfernung des Mastdarms, besonders bei Tumoren
- Eingriffe an der Leber mit Entfernung von Tumoren oder Metastasen
- Komplexe bariatrische Operationen bei krankhaftem Übergewicht

Das Claraspital hat für alle fünf Eingriffe einen Leistungsauftrag erhalten.



Gemeinsam gegen den Brustkrebs: Mammografiescreening am Claraspital

Holland kennt es, Deutschland kennt es, Australien kennt es: ein landesweites Mammografiescreening-Programm für Frauen ab 50. In der Schweiz wurden kantonal erste Programme eingeführt, ab 2014 wird ein neues in Basel-Stadt lanciert. Ziel ist es, eine mögliche Erkrankung an Brustkrebs frühzeitig zu entdecken und so die Heilungschancen zu erhöhen. Die Radiologie des Claraspitals wurde als Partnerspital für das Programm akkreditiert.

Auch heute noch ist das Mammakarzinom mit einem Anteil von 32% aller Krebsneuerkrankungen die häufigste Tumorerkrankung der Frau. Jede 8. Frau erkrankt im Verlauf ihres Lebens an Brustkrebs und die Sterberate ist nach wie vor hoch. Aufgrund der vorliegenden Resultate anderer Länder, die zum Teil über 10 bis 20 Jahre Erfahrung mit solchen Programmen haben, geht man davon aus, dass mit einem systematischen Screening die Mortalität um bis zu 20% gesenkt werden kann.

Der Aufbau des Screeningprogramms wird im Kanton Basel-Stadt von der Krebsliga beider Basel geleitet. Baselland hat den Entscheid für eine Teilnahme verschoben. Das Programm beinhaltet die Einladung, die Motivation und die Information der Frauen, die Erstellung der Mammografie sowie die Befundung der Bilder. Notwendige Weiterabklärungen bei einer Verdachtsdiagnose sind nicht mehr Bestandteil des Programms.

Das Claraspital ist eines von 6 Spitälern und privaten Instituten, welches künftig Screening-Untersuchungen im Rahmen des Präventionsprogramms durchführt. «Bevor wir als Partnerspital für das Screeningprogramm akkreditiert wurden, mussten wir einen entsprechenden Leis-

tungsnachweis erbringen und die geforderten Qualitätskriterien erfüllen», erklärt Dr. med. Caroline Oursin, Leitende Ärztin Radiologie. «Dabei mussten eine Mindestanzahl an Untersuchungen, Fortbildungsnachweise der ausgewählten medizinisch-technischen Röntgenassistentinnen sowie des designierten Radiologen in Mammascreeing erfüllt werden. Die Gestaltung der Untersuchungsräume unterliegt ebenfalls speziellen Kriterien. Der Wartesaal und die Untersuchungsräume für die Mammografie müssen von anderen Räumlichkeiten des Instituts und damit von den Patienten getrennt sein. Die Frauen sollen sich für die Untersuchung in angenehmer Umgebung wiederfinden.»

Das Claraspital hatte bereits vor der Akkreditierung geplant, ein neues Mammografie-Gerät anzuschaffen. Die baulichen Massnahmen wurden um die Anforderungen des Programms ergänzt und zeitlich vorgezogen. «Seit Januar 2014 verfügen wir über moderne Untersuchungsräume mit einem Gerät der neusten Generation sowie einen schönen Wartebereich mit Sitzgruppe und einer Getränkecke», freut sich Dr.med. Christian Looser, Chefarzt Radiologie und Leiter Querschnittbereiche.



Mitwirkung aus Überzeugung

Als Screeningmethode bietet sich die Röntgenmammografie aus mehreren Gründen an: Bis ein Tumor getastet werden kann, ist dieser meist schon grösser als 2 cm und hat häufig Metastasen gebildet. Mittels Mammografie können Tumoren bereits ab einer Grösse von 5 mm entdeckt werden. Und wie für die meisten Tumorarten gilt auch hier: Je früher ein Krebsbefall entdeckt wird, umso höher sind die Heilungschancen. Die Mammografie zählt zu den etablierten, nicht invasiven Methoden, die wenig zeitaufwendig ist und sich für Reihenuntersuchungen eignet. Die Strahlenbelastung hat sich dank moderner Technik in den letzten Jahren fortlaufend reduziert, sodass der Nutzen der Untersuchung deutlich höher eingestuft wird als deren Belastung. «Wir sind überzeugt, dass das Screening einen wertvollen Beitrag zur Prävention des Brustkrebs leistet. Als Spital mit onkologischem Schwerpunkt fühlen wir uns der Tumurvorsorge, ob im Rahmen eines systematischen Screeningprogramms oder auf individueller Basis, besonders verpflichtet. Eine Vorsorge auf hohem Niveau ist genau so entscheidend wie die eigentliche interdisziplinäre Tumorbehandlung», führt Dr. Oursin weiter aus.

Screening ja oder nein?

Screeningprogramme sind seit über 20 Jahren umstritten. Zwischen den Befürwortern und Gegnern besteht ein eigentlicher Glaubenskrieg. Dieser rühre daher, erläutert Dr. Looser, dass Frauen zuweilen mit einem verdächtigen Befund konfrontiert würden, der sich bei einer weiteren Untersuchung als gutartig erweise. Man spricht von den sogenannten falsch positiven Ergebnissen. Das bedeute für die betroffene Frau, dass sie ca. zwei Wochen unbegründet Angst vor Brustkrebs habe. Das zweite Argument der Gegner sei die Überdiagnose: In diesem Fall sei die Krebsdiagnose gegeben, die betroffene Frau wäre jedoch ohne diese Diagnose nicht an dem Brustkrebs, sondern an einer

anderen Erkrankung gestorben. «Doch allen Diskussionen zum Trotz spricht die Datenlage dafür, dass mittels Screening weibliche Lebensjahre erhalten werden können», schliesst Dr. Looser.

Das Screening wird allen Frauen zwischen 50 und 69 Jahren angeboten, da sich in dieser Altersgruppe Neuerkrankungen häufen. Gleichzeitig steigt die Aussagekraft der Mammografie wegen der natürlichen Rückbildung des Brustdrüsenkörpers. Die gesamte organisatorische Arbeit erfolgt durch die Krebsliga, vom Erstkontakt mittels Anschreiben über die Fallerfassung bis zur gesicherten Diagnosestellung. Eine Arbeit, die mit einer halben Million Franken pro Jahr vom Kanton unterstützt wird. Ab Januar 2014 werden die Frauen erstmals und dann im Rhythmus von 2 Jahren von der Krebsliga angeschrieben und zu einem Screening eingeladen. «Die Teilnahme am Präventionsprogramm ist selbstverständlich freiwillig», erklärt Dr. Oursin. «Möchten die Frauen teilnehmen, können sie sich für eines der sechs am Screeningprogramm teilnehmenden Institute entscheiden und sich telefonisch oder per Internet anmelden. Mit flexiblen Arbeitszeiten und Angeboten in Randzeiten versuchen wir bei uns am Haus, berufstätigen Frauen entgegenzukommen.»

Anspruchsvolle Qualitätsstandards

Eine MTRA führt das Screening durch, die Befundung erfolgt durch den Radiologen. Jede Untersuchung wird von einem weiteren Radiologen eines anderen Röntgeninstituts zweigesehen. Ist die Beurteilung unterschiedlich, erfolgt eine Drittlung. Die Frau sowie der Vertrauensarzt ihrer Wahl werden über das Ergebnis schriftlich informiert. Untersuchung und allfällig notwendige Weiterabklärung sind klar voneinander getrennt. Die Kosten für das Screening werden unabhängig von einem allfälligen Selbstbehalt von der Krankenkasse bezahlt, notwendige Weiterabklärungen wer-

den in üblicher Art vergütet. Im Claraspital nimmt Frau Dr. Oursin die Bewertung der Bilder vor. Als Institut musste man sich sowohl für eine Erst-, Zweit- oder Drittlung akkreditieren lassen. Gefordert sind mindestens 2000 Mammografiebefunde pro Jahr als Zweitleser. «Das Claraspital ist für alle drei Stufen gelistet», freut sich Dr. Oursin, «und es ist wichtig und richtig, dass die Teilnahmekriterien streng definiert wurden. Wir bewegen uns in einem sehr sensiblen Bereich und nur dank höchsten Qualitätsstandards und strengen Kriterien kann der Erfolg eines solchen Programms sichergestellt werden.»

Einführung der dezentralen Falleröffnung

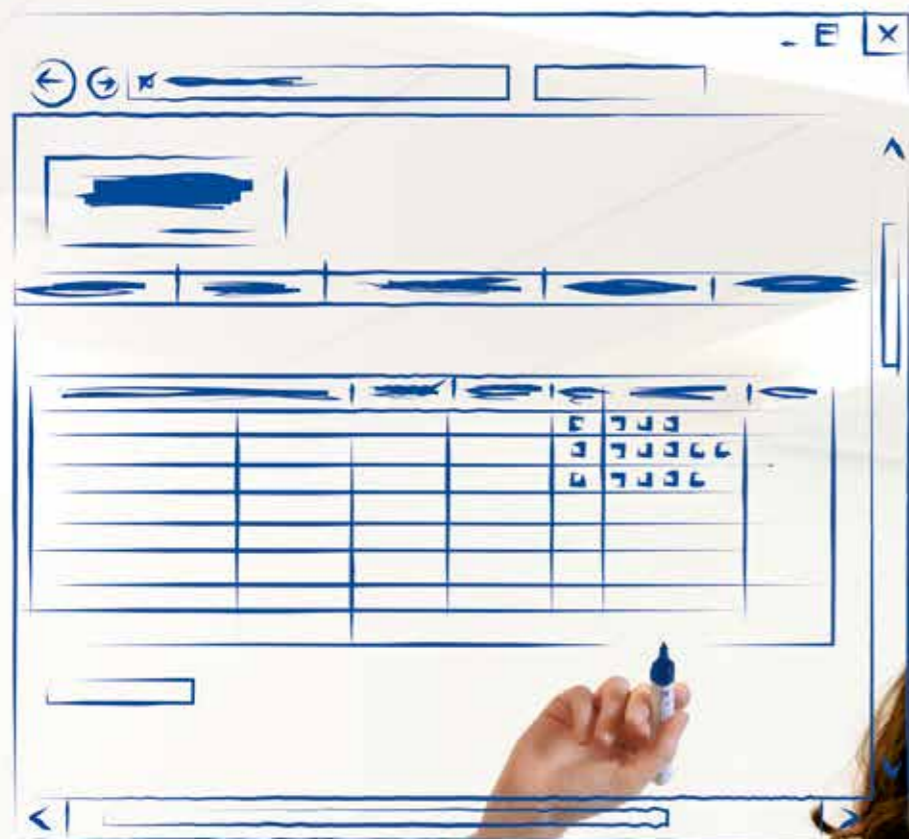
Das Radiologische Institut verfügt über den höchsten Anteil an ambulanten Patienten im Claraspital. Hier werden täglich zirka 80 Patienten untersucht, rund die Hälfte davon weisen niedergelassene Ärzte zur ambulanten Abklärung zu. Für eine rasche Aufnahme dieser Patienten wurde der radiologische Empfang Anfang 2013 umgebaut und mit zwei Schaltern sowie einer grosszügigen Wartzone versehen. Neu können sich alle radiologischen Patienten mit einem Aufgebot direkt in der Radiologie melden und die für die Aufnahme notwendigen Daten an einem der beiden Schalter erfassen lassen. Für den Einzelnen bedeutet dies kurze und unkomplizierte Wege sowie einen hohen Komfort, musste bis anhin zuerst die zentrale Patientenaufnahme aufgesucht werden. Die dezentrale Patientenaufnahme haben ebenfalls die Notfallstation, Gastroenterologie, Pneumologie, Nuklearmedizin, Physiotherapie und das Ernährungszentrum realisiert.

Das Projekt ist auf mehrere Jahre ausgelegt. Je länger so ein Programm laufe, umso höher werde die Beteiligung, so Dr. Looser. Die langfristige Zielgrösse ist eine 70-prozentige Teilnahme der angeschriebenen Frauen.

Adendum

Die jüngsten Veröffentlichungen des Swiss Medical Board sowie auch einer kanadischen Studie vom Februar dieses Jahres haben die kontrovers geführte Diskussion über den Nutzen des Mammografie-screensings erneut entfacht.

Wir sind im Gegensatz zur Aussage dieser Veröffentlichungen nach wie vor vom Nutzen eines systematischen Screenings überzeugt. Die Senkung der Sterberate ist wiederholt belegt worden, diese Tatsache hält einer kritischen sowie unvoreingenommenen Prüfung der Daten stand. Das Angebot eines systematischen Screenings ist ein wichtiger Baustein in der Diagnostik des Brustkrebses und wird in Zukunft im Röntgeninstitut des Claraspitals angeboten wie auch die weiterführende Diagnostik der Erkrankungen der weiblichen Brust.



Erfolgreicher Pilotbetrieb des neuen Ärzteportals

In nur 11 Monaten realisierte das Claraspital sein «ClaraPortal», das Zuweisern die Möglichkeit bietet, Informationen über den Behandlungsstand ihrer Patienten online abzurufen. Das Portal wird nun in den ordentlichen Betrieb überführt.

Diese Umsetzung ist eine reife Leistung, die Innovationsgeist, Motivation und Ehrgeiz bedingt. Mit Stolz präsentiert Yves Laukemann, Leiter Informatik am Claraspital, das neue Ärzteportal, das unter der Ägide von Dr. med. Pia-Cristina Zimmermann, Projektleiterin Unternehmensentwicklung, im Jahr 2013 in fünf Monaten entwickelt und in einer sechsmonatigen Pilotphase mit ausgewählten Zuweisern erfolgreich getestet wurde. In der Pilotphase sollten 10 Ärzte die Portallösung testen, gemeldet und mitgewirkt haben schliesslich deren 35! «Mit dem neuen Ärzteportal geben wir jedem Zuweiser die Möglichkeit, gebündelte Informationen über seine im Claraspital hospitalisierten Patienten online abzurufen. Schnell, rasch, umfassend und vollständig», erklärt Yves Laukemann.

Schweizweite Standards, individuelle Lösung

Das Claraspital führt regelmässig Umfragen bei Patienten und Zuweisern durch. Im Rahmen der letzten Umfrage wurde von Zuweisern der Wunsch geäussert, Behandlungsinformationen, Berichte und Befunde elektronisch zu erhalten. Diese Umfrageergebnisse legten – zusammen mit der von Bund und Kantonen 2007 erarbeiteten «Strategie eHealth Schweiz» – die Grundlage für die Entwicklung des Ärzteportals. Ziel der bundesweiten eHealth-Strategie ist die Einführung eines elektronischen Patientendossiers. In diesem sollen Patientinnen und Patienten Untersuchungen und Eingriffe des Spitals ebenso wie jene des

Hausarztes oder Spezialisten einsehen können.

Hierfür wurde eine sogenannte Informatikarchitektur definiert und es wurden Standards festgelegt, wie künftig der Austausch sensibler Patientendaten zu erfolgen hat. «Die Portallösung des Claraspitals richtet sich klar an diesen Kriterien und Standards aus. Unsere im Alleingang realisierte Lösung kann zu jedem Zeitpunkt an ein übergeordnetes System an- oder eingebunden werden. Wir haben uns ganz besonders verpflichtet gefühlt, die Anforderungen des Datenschutzes zu erfüllen.» Viel schwieriger, so Yves Laukemann, war es, die unterschiedlichen Informatiksysteme, die bereits im Haus verwendet wurden, miteinander zu verknüpfen und einzubinden. Die ausgewählte Portallösung wird in Deutschland bereits in vielen Spitälern verwendet. Für die Anforderungen des Claraspitals wurden individuelle Zusatzlösungen im Klinik-Informationssystem programmiert.

Hohe Transparenz

Welche Daten präsentiert werden sollen, wurde zusammen mit einer internen Kommission bestehend aus Chef- und Oberärzten festgelegt. Um die definierten Anforderungen erfüllen zu können, war ein grosser Programmierungsaufwand erforderlich: Heute können Diagnosen, Bewegungs- und Verlegungsdaten des Patienten innerhalb der Klinik, Informationen zum Patienten, Laborwerte, EKG und radiologische Befunde abgerufen werden. «Die Inte-

gration der radiologischen Bildgebung war eine besondere Knacknuss, da die verschiedenen Geräte nicht nur unterschiedliche, sondern auch sehr grosse Bilddaten verarbeiten. Diese mussten so eingebunden und dargestellt werden, dass sie einen Mehrwert schaffen.» Für die Laborwerte wurde ein zeitsparendes Ampelsystem entwickelt, das den Hausärzten auf einen Blick zeigt, welche Werte im kritischen Bereich liegen. Werden mehr Details gewünscht, kann der Arzt die einzelnen Werte detailliert einsehen.

Für Zuweiser ist die rasche Verfügbarkeit des Austrittsberichts wichtig, um eine optimale Nachbetreuung in der Arztpraxis zu gewährleisten. Doch kann nur elektronisch verfügbar sein, was auch erstellt wurde. Dazu Yves Laukemann: «Wird eine Austrittsdiagnose im Klinikinformationssystem KIS erfasst, so kann diese von den zuweisenden Ärzten 5 Minuten später angesehen werden – sozusagen in Realtime. Damit schaffen wir eine sehr hohe Transparenz, was unsere Arbeit betrifft. Jeder Zuweiser kann die Diagnosen einsehen, die verordneten Untersuchungen überprüfen sowie Röntgenbilder und Befunde aufrufen.» Für die Ärzte am Claraspital bedeutet das, dass alles, was sie intern in Auftrag geben, von Zuweisern extern eingesehen wird. Jeder Hausarzt kann sich folglich überlegen, ob die durchgeführten Untersuchungen notwendig waren oder nicht. «So viel Transparenz ist ein Novum im Gesundheitswesen und für alle Beteiligten neu. In der Kommission wurde eingehend diskutiert, welche Informationen auf das Portal gestellt werden und welche nicht. Es war eine bewusste Entscheidung, diese Transparenz zuzulassen. Ich finde das mutig und keinesfalls selbstverständlich!»

Die Frage nach dem Datenschutz

Wo immer es um die Übermittlung sensibler Daten geht, steht die Frage nach dem Datenschutz im Raum. «Spannenderweise», so Yves Laukemann, «ist der Datenschutz

im elektronischen Bereich viel strenger geregelt als im Papierbereich. Wird ein Austrittsbericht an den Arzt gefaxt oder per Brief geschickt, ist das selbstverständlich und es bedarf keiner Einwilligungserklärung des Patienten. Sobald es sich aber um ein E-Dokument handelt, benötigen wir das schriftliche Einverständnis des Patienten. Der Patient muss jeden Arzt seines Vertrauens angeben, damit wir diesem Zugriff auf die Daten gewähren können.» Letzteres ist ein im gesamten E-Health-System inhärentes Problem: Wie sollen alle Ärzte erfasst werden, die künftig Zugriff auf die Daten benötigen? Ist der Hausarzt in den Ferien, muss sein Stellvertreter ebenfalls erfasst werden. Wie verhält es sich bei einer grösseren Praxisgemeinschaft oder im Falle eines Notfalls? Wie kann der zu diesem Zeitpunkt aufgebotene Arzt an die vorhandenen Daten gelangen? Hier wird es schweizweite Standards und praktikable Lösungen brauchen, ist sich Yves Laukemann sicher.

Datensicherheit als zentrales Thema

Bei Informatikprojekten ergeben sich während einer Testphase kleinere und grössere Anpassungen. Im Fall des Portals fiel das Feedback der involvierten Hausärzte äusserst positiv aus: Das System sei praktikabel, einfach zu handhaben und biete die gewünschten Informationen. Einige neue Anregungen sind dazugekommen, grössere Anpassungen sind auf der technischen Seite vorzunehmen, was mit den unterschiedlichen Systemanbietern von Tablets und Smartphones zu tun hat. Das Ärzteportal soll nicht nur an der Feststation in der Arztpraxis funktionieren.

Technisch greift der zuweisende Arzt über ein individuelles Passwort via Internet auf das System des Claraspitals zu. «Das Internet ist dabei nur das Transportmedium und nicht die Oberfläche. Wir legen in das Transportmedium sozusagen einen geschützten Tunnel, über den auf die ausschliesslich bei uns gespeicherten Daten zugegriffen werden kann.»

Für die Pilotphase hat das Claraspital den involvierten Ärzten die Mitarbeitenden der Informatikabteilung zur Verfügung gestellt. So wurde die sichere und saubere Installation des notwendigen Sicherheitszertifikats auf dem gewünschten Endgerät realisiert. Für den regulären Betrieb wird hierfür nach einer neuen Lösung gesucht.

Die Augen von Yves Laukemann leuchten, wenn er über mögliche Ausbauschritte des ClaraPortals spricht. Ob E-Medikation, direkte Rückfragen an den behandelnden Arzt oder Onlineeinweisungen: Ausbaumöglichkeiten gäbe es viele und die Zukunft wird für ihn und sein Team bestimmt nicht langweilig.

E-Health

Der Bundesrat hat den Entwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier im Mai 2013 ans Parlament überwiesen.

Die Förderung elektronischer Gesundheitsdienste und insbesondere des elektronischen Patientendossiers ist ein wesentliches Element der Strategie «Gesundheit2020» des Bundesrates. Mit dem elektronischen Patientendossier sollen die Qualität der Behandlungsprozesse verbessert, die Patientensicherheit erhöht und die Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert werden.

Die Patientinnen und Patienten entscheiden selber, ob sie ein elektronisches Patientendossier wollen oder nicht. Niemand kann dazu verpflichtet werden. Die Freiwilligkeit des Erstellens eines elektronischen Patientendossiers gilt auch für die Gesundheitsfachpersonen im ambulanten Bereich. ((Quelle: BAG))



Medizinische Klinik

Onkologie

Hitz F., Ribl K., Li Q., Klingbiel D., Cerny T., Koeberle D.: **Predictors of satisfaction with treatment decision, decision-making preferences, and main treatment goals in patients with advanced cancer.** Support Care Cancer. 2013; 21(11): 3085–3093.

Worni M., Guller U., White R.R., Castleberry A.W., Pietrobon R., Cerny T., Gloor B., Koeberle D.: **Modest improvement in overall survival for patients with metastatic pancreatic cancer: a trend analysis using the surveillance, epidemiology, and end results registry from 1988 to 2008.** Pancreas. 2013; 42(7): 1157–1163.

Mueller F., Büchel B., Köberle D., Schürch S., Pfister B., Krähenbühl S., Froehlich T.K., Largiader C.R., Joergler M.: **Gender-specific elimination of continuous-infusional 5-fluorouracil in patients with gastrointestinal malignancies: results from a prospective population pharmacokinetic study.** Cancer Chemother Pharmacol. 2013; 71(2): 361–370.

Barone C., Koeberle D., Metselaar H., Parisi G., Sansonno D., Spinzi G.: **Multidisciplinary approach for HCC patients: hepatology for the oncologists.** Ann Oncol. 2013; 24 Suppl 2: ii15–23.

Knüsli C., Walter M.:

Update – Gesundheitsrisiken durch ionisierende Strahlung in der medizinischen Diagnostik. Therapeutische Umschau 2013; 70 (12): 746–751.

Bontognali S., Pless M., Brutsche M.H., Fischer C., Rochlitz C., Buess M.: **Analysis of the EGFR mutation status in head and neck squamous cell carcinoma before treatment with Gefitinib.** Onkologie 2013; 36(4): 161–166.

Schlumpf M., Fischer C., Naehrig D., Rochlitz C., Buess M.: **Results of concurrent radio-chemotherapy for the treatment of head and neck squamous cell carcinoma in everyday clinical practice with special reference to early mortality.** BMC Cancer 2013; 13: 610.

Buess M.: **Pazopanib, Kurzbewertung.** Internistische Praxis 2013; 53(4): 887–890.

Radioonkologie

Harms W.: **Prognosis of pregnant women with primary breast cancer.** Strahlenther Onkol 2013; 189: 980–981.

Sedlmayer F., Sautter-Bihl M.L., Budach W., Dunst J., Fastner G., Feyer P., Fietkau R., Haase W., Harms W., Souchon R., Wenz F., Sauer R.: **Breast Cancer Expert Panel of the German Society of Radiation Oncology (DEGRO). DEGRO practical guidelines: radiotherapy of breast cancer I: radiotherapy following breast-conserving therapy for invasive breast cancer.** Strahlenther Onkol 2013; 189: 825–833.

Sedlmayer F., Sautter-Bihl M.L., Budach W., Dunst J., Feyer P., Fietkau R., Haase W., Harms W., Rödel C., Souchon R., Wenz F., Sauer R.: **Breast Cancer Expert Panel of the German Society of Radiation Oncology (DEGRO). Is the simultaneously integrated boost (SIB) technique for early breast cancer ready to be adopted for routine adjuvant radiotherapy? Statement of the German and the Austrian Societies of Radiooncology (DEGRO/ÖGRO).** Strahlenther Onkol 2013; 189: 193–196.

Hof H., Freund U., Harms W.: **Mammakarzinom.** In Strahlentherapie, 2. Auflage 2013. Eds: Wannemacher, Debus, Wenz, Springer Verlag, pp. 517–555.

Bahnsen J., Hänsgen G., Harms W.: **Weibliches Becken.** In Strahlentherapie, 2. Auflage 2013. Eds: Wannemacher, Debus, Wenz, Springer Verlag, pp. 759–797.

Kardiologie

Riwanto M., Rohrer L., Roschitzki B., Besler C., Mocharla P., Mueller M., Perisa D., Heinrich K., Altwegg L., von Eckardstein A., Lüscher T.F., Landmesser U.: **Altered activation of endothelial anti- and proapoptotic pathways by high-density lipoprotein from patients with coronary artery disease: role of high-density lipoprotein-proteome remodeling.** Circulation. 2013; 127(8): 891–904.

Ghadri J.R., Jaguszewski M., Sacron A., Srikantharupam S., Pfister P., Siddique A., Kaufmann P.A., Wyss C.A., Gaemperli O., Landmesser U., Altwegg L., Maier W., Corti R., Lüscher T.F., Templin C.: **Current outcome of acute coronary syndromes: data from the Zurich-Acute Coronary Syndrome (Z-ACS) Registry.** Cardiovascular Medicine. 2013; 16(4): 115–122.

Stähli B.E., Tasnady H., Lüscher T.F., Gebhard C., Mikulicic F., Erhart L., Bühler I., Landmesser U., Altwegg L., Wischnewsky M.B., Grünenfelder J., Falk V., Corti R., Maier W.: **Early and late mortality in patients undergoing transcatheter aortic valve implantation: comparison of the novel EuroScore II with established risk scores.** Cardiology. 2013; 126(1): 15–23.

Stähli B.E., Tasnady H., Altwegg L., Bühler I., Grünenfelder J., Landmesser U., Tanner F.C., Wischnewsky M.B., Falk V., Lüscher T.F., Corti R., Maier W.: **Outcomes after transcatheter aortic valve implantation: a single centre registry of 350 consecutive cases.** Cardiovascular Medicine. 2013; 16(9): 235–242.

Nguyen-Kim T.D., Sahin A., Sündermann S.H., Winklehner A., Grünenfelder J., Emmert M.Y., Maier W., Altwegg L., Frauenfelder T., Falk V., Plass A.: **Evaluation of calcium loss after transcatheter aortic valve implantation.** Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2014; 18(1): 67–72.

Innere Medizin, Endokrinologie mit Ernährungszentrum

Carobbio S., Hagen R.M., Lelliott C.J., Slawik M., Medina-Gomez G., Tan C.Y., Sicard A., Atherton H.J., Barbarroja N., Bjursell M., Bohlooly-Y M., Virtue S., Tuthill A., Lefai E., Laville M., Wu T., Considine R.V., Vidal H., Langin D., Oresic M., Tinahones F.J., Fernandez-Real J.M., Griffin J.L., Sethi J.K., López M., Vidal-Puig A.: **Adaptive changes of the Insig1/SREBP1/SCD1 set point help adipose tissue to cope with increased storage demands of obesity.** Diabetes. 2013 Nov; 62(11): 3697–3708. Epub 2013 Aug 6.

Betz M.J., Slawik M., Lidell M.E., Osswald A., Heglind M., Nilsson D., Lichtenauer U.D., Mauracher B., Mussack T., Beuschlein F., Enerbäck S.: **Presence of brown adipocytes in retroperitoneal fat from patients with benign adrenal tumors: relationship with outdoor temperature.** J Clin Endocrinol Metab. 2013 Oct; 98(10): 4097–4104. Epub 2013 Jun 6.

Lidell M.E., Betz M.J., Dahlqvist Leinhard O., Heglind M., Elander L., Slawik M., Mussack T., Nilsson D., Romu T., Nuutila P., Virtanen K.A., Beuschlein F., Persson A., Borga M., Enerbäck S.: **Evidence for two types of brown adipose tissue in humans.** Nat Med. 2013 May; 19(5): 631–634. Epub 2013 Apr 21.

Poster

Lenhard J., Christoffel-Courtin C., Peters T., Gebhart M., Bärtschi D., Peterli R.: **Erfassung und Dokumentation des Ernährungsstatus nach bariatrischer Operation.** St. Claraspital, Basel, Institut DiaMon, Ärztezentrum Täfernhof, Baden. Nutrition Kongress 4.6.2013, Zürich.

Chirurgische Klinik

Bauchzentrum

Steinert R.E., Peterli R., Keller S., Meyer-Gerspach A.C., Drewe J., Peters T., Beglinger C.:

Bile acids and gut peptide secretion after bariatric surgery: A 1-year prospective randomized pilot trial.

Obesity (Silver Spring). 2013 Dec; 21(12): E660–668. Epub 2013 Aug 13.

Peterli R., Borbély Y., Kern B., Gass M., Peters T., Thurnheer M., Schultes B., Laederach K., Bueter M., Schiesser M.:

Early results of the Swiss Multicentre Bypass or Sleeve Study (SM-BOSS): a prospective randomized trial comparing laparoscopic sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass.

Ann Surg. 2013 Nov; 258(5): 690–694; discussion 695.

Sieber P., Gass M., Kern B., Peters T., Slawik M., Peterli R.:

Five-Year Results of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy.

Surg Obes Relat Dis. 2013 Jul 10. [Epub ahead of print].

Gass M., Zynamon A., von Flüe M., Peterli R.:

Drain-site hernia containing the vermiform appendix: report of a case. Case Rep Surg. 2013; 198783. Epub 2013 Jun.

Manz M., Schoepfer A.M.:

Therapie der CED bei Steroidversagen. Immunsuppressiva oder Biologika?

Gastroenterologie 8, April 2013: 205–210.

Burri E., Manz M., Rothen C., Rossi L., Beglinger C., Lehmann F.S.:

Monoclonal antibody testing for fecal calprotectin is superior to polyclonal testing of fecal calprotectin and lactoferrin to identify organic intestinal disease in patients with abdominal discomfort.

Clin Chim Acta. 2013 Feb 1; 416: 41–47.

Timper K., Grisouard J., Sauter N.S., Herzog-Radimerski T., Dembinski K., Peterli R., Frey D.M., Zulewski H., Keller U., Müller B., Christ-Crain M.:

Glucose-dependent insulinotropic polypeptide induces cytokine expression, lipolysis, and insulin resistance in human adipocytes.

Am J Physiol Endocrinol Metab. 2013 Jan 1; 304(1): E1–13. Epub 2012 Oct 23.

Urologie

Shaikh Ibrahim Z., Menon R., Braun M., Offermann A., Queisser A., Boehm D., Vogel W., Rüenauber K., Ruiz C., Zellweger T., Svensson M., Andren O., Kristiansen G., Wernert N., Bubendorf L., Kirfel J., Biskup S., Perner S.:

MED15, encoding a subunit of the mediator complex, is overexpressed at high frequency in castration-resistant prostate cancer.

Int J Cancer. 2013 Dec 3.

Rüesch P., Schaffert R., Fischer S., Feldman-Stewart D., Ruszat R., Spörri P., Zurkirchen M., Schmid H.P.:

Information needs of early-stage prostate cancer patients: within- and between-group agreement of patients and health professionals.

Support Care Cancer. 2013 Nov 28. [Epub ahead of print].

Vedana M., Geisler S., Zellweger T., Gasser T.:

Renal masses and indication to nephrectomy: preoperative assessment and clinical presentation of five cases.

Rev Med Suisse. 2013 Nov 20; 9(407): 2184–2188.

Le Magnen C., Bubendorf L., Rentsch C.A., Mengus C., Gsponer J., Zellweger T., Rieken M., Thalmann G.N., Cecchini M.G., Germann M., Bachmann A., Wyler S., Heberer M., Spagnoli G.C.:

Characterization and clinical relevance of ALDHbright populations in prostate cancer.

Clin Cancer Res. 2013 Oct 1; 19(19): 5361–5371.

Zellweger T., Stürm S., Rey S., Zlobec I., Gsponer J.R., Rentsch C.A., Terracciano L.M., Bachmann A., Bubendorf L., Ruiz C.:

Estrogen receptor β expression and androgen receptor phosphorylation correlate with a poor clinical outcome in hormone-naive prostate cancer and are elevated in castration-resistant disease.

Endocr Relat Cancer. 2013 May 21; 20(3): 403–413.

Vortrag

Däster S., Lea Stoll L., Looser C., Knüsli C., von Flüe M., Ackermann C.:

Hiatal hernia after Ivor-Lewis esophagectomy: incidence and operative approach.

SGC Kongress 2013, 12.06.2013.

Organe des Claraspitals

Trägerschaft

Institut der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Kreuz, Ingenbohl

Verwaltungsrat

Raymond Cron, Präsident

Dr. Claude Janiak, Vizepräsident

Sr. Marie-Marthe Schönenberger, Provinzoberin, Institut Ingenbohl

Sr. Matthia Honold, Provinzrätin, Institut Ingenbohl

Pierre Brennwald

Dr. Andreas Flückiger

Dr. Leonz Meyer

Dr. Beat Oberlin

Felix Rudolf von Rohr

Dominik C. Walter

Ehrenpräsident

Dr. Hans-Rudolf Widmer

Revisionsstelle

Ernst & Young AG

Funktionsträger des Claraspitals

Geschäftsleitung

Direktor	Dr. rer. pol. Peter Eichenberger
Leiter Medizinische Klinik	PD Dr. med. Dieter Köberle
Leiter Chirurgische Klinik	Prof. Dr. med. Markus von Flüe
Leiterin Pflege & Hotellerie	Beate Schindler (ab 7.4.2014)
Leiter Querschnittsbereich	Dr. med. Christian Looser
Leiter Zentrale Dienste	Stephan Ebner, lic. rer. pol.

Direktion

Direktor	Dr. rer. pol. Peter Eichenberger
Direktions- und VR-Assistenz	Barbara Thürkauf

Kommunikation

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

Qualitätsmanagement

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

Unternehmensentwicklung

Projektleiterin	Dr. med. Pia-Cristina Zimmermann
Unternehmensentwicklung	

Medizinische Klinik

Tumorzentrum

Onkologie

Chefarzt	PD Dr. med. Dieter Köberle
Leitende Ärzte	Dr. med. Claudio Knüsli
	PD Dr. med. Martin A. Buess
	Dr. med. Monika Ebnöther
Oberärzte	Dr. med. Corinne Cescato-Wenger
	Dr. med. Bernward Niemann
Leiterin Studienkoordination	Dr. rer. nat. Heike Störmer

Radioonkologie

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

Onkologisches Ambulatorium

Leiterin Pflege	Beatrice Moser
-----------------	----------------

Selbstständige Sprechstunde

	Prof. Dr. med. Christian Ludwig
--	---------------------------------

Psychoonkologische Dienste

Ärztlicher Leiter	Dr. med. Andreas C. Schmid
Nicht ärztlicher Teamleiter	Andreas Dörner

Palliativabteilung

Oberärztin	Dr. med. Eva Balmer
Spitalfachärztin	Dr. med. Nina Rogge

Spezialitäten

Kardiologie

Chefarzt	PD Dr. med. Lukas Altwegg
Leitende Ärzte	Dr. med. Christoph Grädel
	Dr. med. Christoph Kohler
Oberarzt	Dr. med. Daniel Périat
Leiterin Pflege	Susanne Nietfeld

Pneumologie

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

Innere Medizin / Endokrinologie mit Ernährungszentrum

Chefarzt	Prof. Dr. med. Thomas Peters
Leitende Ärztin	Dr. med. Martina Gebhart
Oberarzt	Dr. med. Marc Slawic
Oberärztin Infektiologie	Dr. med. Chloé Kaech
Leiterin Ernährungsberatung	Jennifer Lenhard

Interdisziplinärer Notfall

Leitender Arzt	Dr. med. Christoph Grädel
Oberarzt	Dr. med. Fabian Schauer
Spitalfachärztin	Dr. med. Geraldine Bach
Leiter Pflege	Gerhard Zepf

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

Leitender Oberarzt	Dr. med. Marc-Olivier Guenin
Oberärzte	PD Dr. med. Martin Bolli
	Dr. med. Ida Füglistaler
	Dr. med. Markus Gass
	Dr. med. Lea Stoll
Spitalfachärzte	Dr. med. Jörg Moldenhauer
	Dr. med. Silke Urban
	Dr. med. Rolf von Aarburg

Gastroenterologie

Chefärztin	PD Dr. med. Miriam Thumshirn
Leitende Ärzte	Dr. med. Michael Manz
	PD Dr. med. Beat Meyer
Oberarzt	Dr. med. Beat Gysi
	Dr. med. Felix Schulte (ab 1.2.14)
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
	Marc Vedana

Anästhesiologie

Chefarzt	Dr. med. Jürgen Bläss
Leitende Ärzte	Dr. med. Lukas Merki
	Dr. med. Harald Schepperle
	PD Dr. med. Staffan Sjöström
Oberärzte	Dr. med. Dörte Bassi
	Dr. med. Marco Bassi
	Dr. med. Irmgard Germann
	Dr. med. Adriana Lambert (ab 1.2.14)
	Dr. med. Laura Panozzo Collarile (ab 1.1.14)
	Dr. med. Ursula Peter
	Dr. med. Clemens Popp
Spitalfachärztin	Dr. med. Susanne Redle
Leiterin Aufwachsraum	Ana-Mari Marti
Leiter Pflege Anästhesie	Benno Rolwes

Intensivmedizin

Leiter	Dr. med. Lukas Merki
Oberarzt	Dr. med. Marco Bassi
Spitalfachärzte	Dr. med. Michael Albrecht (ab 1.3.14)
	Dr. med. Mairi Ziaka (ab 1.3.14)
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	Beate Schindler (ab 7.4.14)
Informatikverantwortliche	Barbara Dübendorfer

Pflege Bettenstationen

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	Maria Seitz
Stationsleitung 3. Mitte	Eveline Münch
Stationsleitung 4. Mitte	Sebastian Adelman
Stationsleitung 3. Ost	Birgit Mahr
Palliativstation	Erika Büttler
Tagesstation	Denise Landolf

Stationäres Case Management und 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
Leiterin Berufsbildung	Gabriela Hardmeier-Casanova
Leiterin Fortbildung	Charlotte Wyss
Leiterinnen Pflegeexpertise	Ilona Kaufmann
	Doris Würmli

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. Caroline Oursin Dr. med. Stefan Sonnet
Oberärzte	Christian Bieg David Fasler Dr. med. Angelika Meurer
Leitende MTRA	Claudia Moramarco

Nuklearmedizin

Leitender Arzt	PD Dr. med. Freimut Jüngling
Oberärztin	Dr. Ines Valenta-Schindler

Apotheke

Chefapothekerin	Petra Strub Henz
-----------------	------------------

Labor

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

Spitalhygiene

Leiter	Manfred Reinarz
--------	-----------------

Physiotherapie

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

Zentrale Dienste

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

Finanzen und Controlling

Leiter	Niklaus Weiss, lic. rer. pol
Leiterin Finanzbuchhaltung	Gabriela Kovacs
Leiterin Codierung	Katharina Utz

Informatik

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

Patientendienste

Leiter	Andreas Tanner
Leiterin Patientenaufnahme	Michèle Simon
Leiterin Patientenabrechnung	Ruth Plattner

Personaldienst

Leiterin	Sr. Rebekka Breitenmoser
----------	--------------------------

Technischer Dienst

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

Materialbewirtschaftung und Logistik

Leiter	Jan Säuberlich (ab 1.5.14)
--------	----------------------------

Konsiliarärzte

Dermatologie	Dr. med. Ruedi Flückiger Dr. med. Sabine Langauer
Gynäkologie	Dr. med. Dieter Müller Dr. med. Markus Schneider
Neurologie	Dr. med. Irène Barone-Kaganas Dr. med. Martin Landolt Dr. med. Sandra Thomann
Nuklearmedizin	Prof. Dr. med. Peter Reuland
Ophtalmologie	Dr. med. Frank Michael Sens
ORL	Dr. med. Alexander Wytttenbach Dr. med. Andreas Zehnder
Orthopädie	Dr. med. Roman Lusser
Plastische Chirurgie	PD Dr. med. Roland de Roche
Psychiatrie	Dr. med. Heinz Oppliger
Rheumatologie	Dr. med. Dieter Frey
Thoraxchirurgie	Dr. med. James Habicht
Zahnarzt	Dr. med. dent. Hanspeter Kilcher

Impressum

Inhaltskonzeption: St. Claraspital AG, Basel
 Redaktion: St. Claraspital AG/id-one AG, Basel
 Konzeption/Gestaltung: Continue AG, Basel
 Fotografie: Pino Covino, Basel
 Druckvorstufe/Druck: Steudler Press AG, Basel

stClaraspital

In besten Händen.