

| | |
|---------------------------------|---------|
| Editorial | Seite 2 |
| Im Gespräch Pierre Brennwald | Seite 3 |
| Weiterbildung | Seite 4 |
| Diverses/Personelles | Seite 4 |
| Kontaktadressen | Seite 4 |

Projekt gegen Mangelernährung im Spital gestartet

Das Ernährungs- und Stoffwechsellabor des St. Claraspitals hat im Februar ein Projekt zur Verbesserung der Erfassung und Betreuung von Patienten mit klinischer Mangelernährung begonnen. Ziel des zunächst auf eine Station begrenzten Projektes ist die Verbesserung der ernährungsmedizinischen Betreuung unserer Patienten im gesamten Spital.

Mit einem Erfassungsbogen wird der Ernährungsstatus der Patienten bei Eintritt systematisch erfasst. Bei gesichertem Risiko erfolgen sofort ernährungsmedizinische Massnahmen. Ist das Risiko nur erhöht, wird die Nahrungsaufnahme des Patienten während des stationären Aufenthaltes überwacht.

Vielfältige Ursachen

Die Erfahrung hat gezeigt, dass 20 bis 60% aller hospitalisierten Patienten bei Spitaleintritt mangelernährt sind. 60% aller internistischen Patienten mit Apoplexie nehmen an Gewicht ab, bei allgemein-chirurgischen Patienten sind es sogar 90%.

Die Gründe für eine Mangelernährung im Spital sind vielfältig: Neben allgemeiner Appetitlosigkeit gibt es häufig mechanische Probleme bei der Nahrungsaufnahme. Sozioökonomische Faktoren, metabolische Störungen sowie die Umstände des Spitalaufenthaltes sind weitere Ursachen. Mit zunehmender Dauer des Aufenthaltes nimmt dieses Risiko zu. Nicht oder zu spät behandelte Mangelernährung erhöht die Komplikationsrate um das Vier- bis Fünffache, die Mortalität auf das Doppelte. Die Krankenhausverweildauer und die Krankheitskosten steigen damit deutlich an.

Fortschritte in der Therapie durch interdisziplinäres Teamwork

Das Oesophaguskarzinom

Die Behandlung des Oesophaguskarzinoms ist ein Paradebeispiel für die Notwendigkeit eines interdisziplinären Teams. Dazu gehören Anästhesie, Gastroenterologie, Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie und Viszeralchirurgie. Je nach Tumorstadium kommen multimodale Therapie-Konzepte in Frage.

Die Therapie des Oesophaguskarzinoms hat im Claraspital lange Tradition. In den letzten Jahren gab es einige neuere Entwicklungen, welche die Behandlungsmöglichkeiten erweitert haben.

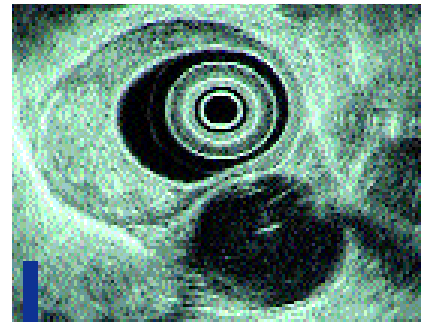
Das PET (Positronen-Emissions-Tomographie) hat zu einer verbesserten Erkennung von Fernmetastasen geführt. Das PET wird deshalb beim Oesophaguskarzinom regelmässig vor einem Therapieentscheid durchgeführt. Die PET-Untersuchung ergänzt die CT-Untersuchung von Thorax und Abdomen, welche weiterhin zur Erkennung von regionären Lymphknoten-Metastasen besser geeignet ist.

Die endoluminale Sonographie ermöglicht die bildliche Darstellung der Wandschichten des Oesophagus und der umgebenden Strukturen mit hoher Auflösung. Mit der Endosonographie kann ein submuköses Wachstum und eine Infiltration des Tumors in die Nachbarorgane präziser als mit anderen bildgebenden Verfahren festgestellt werden. Die Endosonographie erlaubt auch die Feinadelpunktion von vergrösserten perioesophagealen Lymphknoten.

Eine Laparoskopie (und gegebenenfalls laparoskopische Sonographie) kommt vor allem bei lokal fortgeschrittenen Karzinomen in der Kardiaregion in Frage. Sie erlaubt den Ausschluss einer Peritonealkarzinose und die ergänzende Beurteilung bezüglich Lebermetastasen.

Reduziertes Operationsrisiko

Als Standardeingriff beim Oesophaguskarzinom wird im St. Claraspital eine abdomino-thorakale Oesophago-Gastrektomie durchgeführt. Dies bedeutet in einem ersten Schritt eine mediane Oberbauchlaparotomie zur Resektion des proximalen Magens und Tubulierung des dis-



Endosonographisches Bild der Oesophaguswandschichten bei Karzinom uT3.

talen Magens zum Magenhochzug. In einem zweiten Schritt erfolgt eine Thorakotomie rechts zur Oesophagusresektion und Rekonstruktion mit hoch intrathorakaler Anastomose zwischen proximalem Oesophagus und hochgezogenem Magen (Operation nach Ivor Lewis). Abdominal und thorakal wird eine Lymphadenektomie «en-bloc» mit dem proximalen Magen und dem distalen Oesophagus durchgeführt (2-Feld-Lymphadenektomie).

Die Operation erfolgt immer in kombinierter Allgemeinnarkose und Periduralanästhesie, welche postoperativ für eine Woche belassen wird. Dies erlaubt trotz des grossen Eingriffs die Extubation unmittelbar postoperativ und die gute postoperative Mobilisation bei weitgehender Schmerzfreiheit.

Im St. Claraspital wurden von 1985 bis 2004 189 Patienten wegen eines Oesophaguskarzinoms mit einer abdomino-thorakalen Oesophago-Gastrektomie operiert. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 62 Jahre, der älteste Patient war 83-jährig. 70% der Patienten hat ein Adenokarzinom, 30% ein Plattenepithelkarzinom.

(Fortsetzung Seite 2)



Liebe Kolleginnen und Kollegen

In der vorliegenden Nummer von Clara Aktuell gilt es nun, Abschied zu nehmen von unserem Verwaltungsdirektor Pierre Brennwald, der die letzten 13 Jahre das St. Claraspital wesentlich mitgeprägt hat. Pierre Brennwald beantwortet in unserem Interview Fragen zu «Wie es einmal war und wie es kommen könnte».



Das fachliche Hauptthema dieser Ausgabe bildet das «Oesophaguskarzinom». Sowohl in der Diagnostik wie auch in der Therapie des Oesophaguskarzinoms konnten in den letzten Jahren wesentliche Fortschritte erzielt werden.

Durch Verfeinerung der Diagnostik können heute die Patienten, welche nicht von einer Operation profitieren, selektioniert werden. Die Anwendung neoadjuvanter Therapiekonzepte weist auch beim Oesophaguskarzinom eine positive Wirkung auf, indem durch ein so genanntes Downstaging primär fortgeschrittene Oesophaguskarzinome in einem hohen Prozentsatz resektabel werden. Auch wirkt sich dies positiv auf die lokale Rezidivrate aus. Dank interdisziplinärer Festlegung der Behandlungsstrategie, minuziöser präoperativer Vorbereitung und hoher Qualität von Anästhesie und Chirurgie sind die Resultate in den letzten Jahren wesentlich besser geworden.

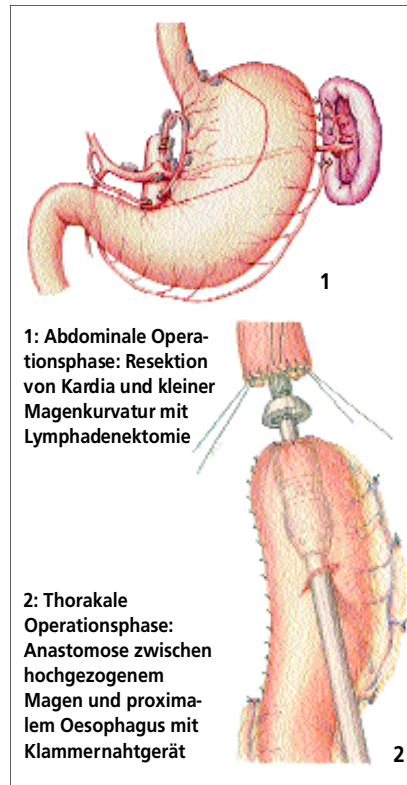
Das Ernährungs- und Stoffwechsellzentrum berichtet des Weiteren über einen neuen Ansatz zur Verbesserung der Erfassung und Betreuung von Patienten mit klinischer Mangelernährung – auch dies eine wesentliche Voraussetzung zur Optimierung der postoperativen Wundheilung.

Zum Schluss möchten wir Ihre Aufmerksamkeit noch auf die dieser Ausgabe beigelegte Leserumfrage lenken. Über eine rege Teilnahme und Ihre Rückantwort würden wir uns sehr freuen.

Wir wünschen Ihnen Kurzweil bei der Lektüre dieser Ausgabe von Clara Aktuell und bedanken uns bei Ihnen für Ihr Vertrauen in unser Team.

Prof. Dr. Markus von Flüe
Prof. Dr. Christian Ludwig

Das Oesophaguskarzinom



1: Abdominale Operationsphase: Resektion von Kardia und kleiner Magenkurvatur mit Lymphadenektomie

2: Thorakale Operationsphase: Anastomose zwischen hochgezogenem Magen und proximalem Oesophagus mit Klammernahtgerät

Die Spital-Mortalität betrug insgesamt 2,1%, bei den 89 Patienten der letzten 7 Jahre 1,1% (1 Patient mit progredienter Metastasierung). Ein Vergleich mit einer grossen Sammelstatistik aus den USA (Dimick et al., Arch Surg 2003;138:135) zeigt die Abhängigkeit der Mortalität von der Frequenz der durchgeführten Oesophagusresektionen pro Jahr («Volume»). Gemäss der Einteilung in dieser Untersuchung gilt das St. Claraspital (SCS) als «High volume»-Zentrum (vgl. Tabelle).

Die im St. Claraspital erreichte niedrige Letalitätsrate ist nicht nur das Ergebnis einer optimierten chirurgischen Technik, sondern auch Ausdruck einer guten interdisziplinären Patientenselektion und optimalen anästhesiologischen und intensivmedizinischen Betreuung.

In einer Nachuntersuchung von 100 Patienten nach Resektion des Oesophaguskarzinoms fanden wir eine Fünfjahres-Überlebensrate von 27%, ohne signifikanten Unterschied für Adenokarzinom und Plattenepithelkarzinom. Wichtigster prognostischer Faktor ist der Befall von Lymphknoten.

Neoadjuvante Chemo-/Strahlentherapie

Trotz der Fortschritte der Chirurgie des Oesophaguskarzinoms bleiben die Fünfjahres-Überlebensraten unbefriedigend. Die Ergebnisse einer neoadjuvanten Chemotherapie sind bei bisher 3 randomi-

sierten Studien kontrovers. In einer dieser Studien wurde durch die zusätzliche Chemotherapie eine signifikante Verbesserung der Zweijahres-Überlebensrate erreicht (43% statt 34%).

Zwei Studien mit kombinierter gleichzeitiger präoperativer Chemo- und Strahlentherapie zeigten, dass damit eindruckliche Tumorrückbildungen möglich sind: Bei circa einem Viertel der Patienten fand sich zum Zeitpunkt der Operation histologisch kein Tumor mehr (pathologisch komplette Remission). Patienten mit einer derartigen kompletten Remission haben eine signifikante Verlängerung der Überlebenszeit und Dreijahres-Überlebensraten von über 60%.

Aktuell wird nun versucht, durch eine primäre Chemotherapie, gefolgt von einer Strahlentherapie in Kombination mit Chemotherapie und schliesslich der Chirurgie (multi-modality-Therapieansatz), die Resultate weiter zu verbessern. Gemäss dem Therapieschema der SAKK werden zwei Durchgänge mit Taxotere (Docetaxel) und Cisplatin appliziert, dann folgt eine Strahlentherapie über 43 Tage mit gleichzeitig wöchentlich niedrig dosiertem Taxotere und Cisplatin, gefolgt vom chirurgischen Eingriff. Möglicherweise kann in Zukunft das Ansprechen auf die neoadjuvante Therapie noch während der Behandlung mit einem Kontroll-PET festgestellt werden (response evaluation).

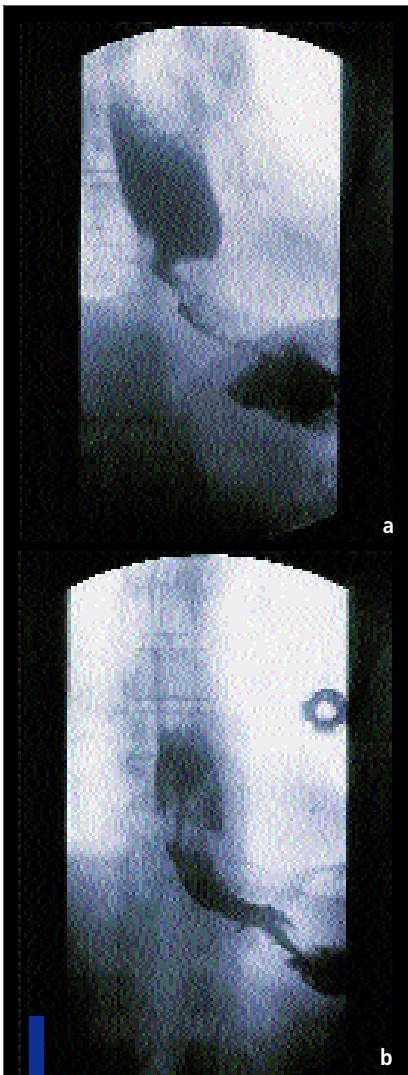
Palliative Massnahmen

Häufigste palliative Massnahme bei nicht operablem Oesophaguskarzinom ist die Radiotherapie bzw. die kombinierte Chemo- und Radiotherapie. In vielen Fällen kann damit eine passagere Tumorrückbildung und Besserung der Dysphagie erreicht werden.

Bei hochgradiger Tumorstenose und schwerer Dysphagie kann durch Einlage eines Stents eine rasche Palliation erreicht werden. Früher hat man starre Tuben implantiert, welche mit häufigen Komplika-

Mortalität der Oesophagusresektion: Literaturvergleich

| Periode | n | Op/Jahr | Volume | Mortalität | | |
|-----------|---|---------|-----------|------------|------|------|
| USA 95–99 | | <3 | low | 11,8% | | |
| | | 3–5 | medium | 10,2% | | |
| | | 6–16 | high | 6,4% | | |
| | | >16 | very high | 3,7% | | |
| | | Alle | 3023 | | 8,2% | |
| SCS 85–97 | | 100 | 1–16 | high | 3,0% | |
| | | 98–04 | 89 | 8–18 | high | 1,1% |
| | | Alle | 189 | | 2,1% | |



Tumorstenose vor (a) und nach (b)
Implantation eines selbstexpandierenden Stents

tionen behaftet waren. Die Palliation hat sich durch die Entwicklung von neuen selbstexpandierbaren Stents erheblich vereinfacht. Diese Stents können ohne aggressive Dilatation in die Tumorstenose eingeführt werden und eröffnen nach deren Freisetzung dank der selbstexpandierenden Kraft des Maschendrahtes das Lumen allmählich.

Die Behandlung des Oesophaguskarzinoms ist eine interdisziplinäre Aufgabe. Vor Behandlungsbeginn werden deshalb alle Patienten an der Tumorfallbesprechung (Tumorboard) diskutiert und das Prozedere bezüglich Abklärung und Therapieplan gemeinsam festgelegt. Unser Ziel ist es, durch individuell optimale Therapiemodalitäten ein verbessertes Langzeit-Überleben zu erreichen.

PD Dr. Christoph Ackermann
Prof. Dr. Christian Ludwig
PD Dr. Beat Meyer

Herr Brennwald? Sie gehen nach 30-jähriger Tätigkeit in der regionalen Spitallandschaft und 13 Jahren als Verwaltungsdirektor des St. Claraspitals in diesem Frühjahr in den Ruhestand. Können Sie uns rückblickend in wenigen Worten sagen, was sich in diesem Zeitraum in Ihrem Arbeitsbereich verändert hat?

Früher, d.h. vor circa 30 Jahren ist man im direkten Gespräch mit den Verantwortlichen, den Vertretern der Krankenversicherer und Behörden, schneller zu konkreten Lösungen gelangt als heute, das kann ich ohne Umschweife so sagen. In der Problemlösung stand früher mehr der Mensch und sein Sachverstand im Zentrum. Heute muss jegliche Forderung exakt belegt werden. Es müssen viele Auswertungen und Vergleiche gemacht werden, bevor man zu einer Lösung kommt. Die auf die 5. Kommastelle genaue Zahl in einer Excel-Tabelle spielt offenbar eine grössere Rolle als der Sachverstand eines Menschen, um es einmal überspitzt zu sagen.

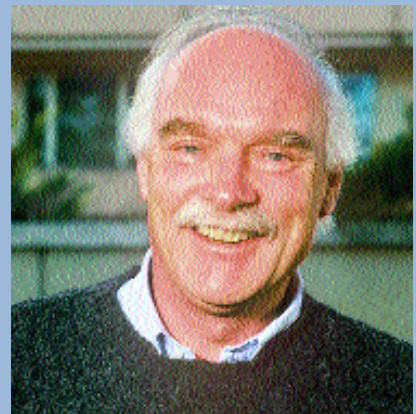
Wann hat diese, aus Ihrer Sicht negative Entwicklung begonnen und wie wirkt sie sich konkret aus?

Angefangen hat diese Entwicklung mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz vor zehn, elf Jahren. Es galten von da an neue, andere Spielregeln. Die Informatik spielte eine immer grössere Rolle. Es mussten entsprechende Planungsstäbe aufgebaut werden, alles wurde komplexer, und die Bürokratie hat seither massiv zugenommen. Der Verwaltungsapparat musste sich professionalisieren. Er wurde grösser, musste sowohl quantitativ wie qualitativ verstärkt werden.

Sehen Sie ein Ende dieser Entwicklung?

Ich versuche trotz meiner Kritik positiv zu denken, und es häufen sich die Zeichen, dass wir uns langsam wieder in realistischen und vernünftigen Bahnen zu bewegen beginnen. Das Pendel ist in den vergangenen Jahren zu weit ausgeschlagen. Die Verantwortlichen müssen begreifen, dass die Excel-Tabelle nicht das Mass der Dinge ist, sondern das Verständnis des Gesundheitssystems, und dass man nur durch Kommunikation zu einer Lösung kommt – dies alles im Rahmen des Wettbewerbs natürlich.

Wie beurteilen Sie die Entwicklung des Gesundheitswesens insgesamt – Stichwort Kostenexplosion?



Wir müssen davon ausgehen, dass aufgrund der Bevölkerungsstruktur (immer mehr ältere Menschen) die Gesundheitsleistungen weiter zunehmen. Gleichzeitig bringt der Fortschritt immer neue und mehr medizinische Möglichkeiten mit sich. Die Spitäler und die Medizin werden künftig mehr Geld beanspruchen, Gesundheit ist ein Wachstumsmarkt. Allerdings ist die Finanzierung dieser Leistungen und insbesondere eine sozial abgedeckte nicht gelöst. Auch ich habe keine solche. Problematisch aber ist auf jeden Fall, wenn aufgrund dieser Finanzierungsproblematik die staatlichen Behörden vermehrt in die spitalbetrieblichen Abläufe eingreifen.

Worauf sind Sie als Verwaltungsdirektor des St. Claraspitals besonders stolz, wenn Sie zurückblicken?

Dass sich das Claraspital trotz des Spitalbettenabbaus in der Region, bis und mit der Schliessung der Josefsklinik, äusserst positiv entwickelt hat. Mit 7100 stationär behandelten Patienten haben wir im letzten Jahr einen Rekord verzeichnet. Wir haben trotz Kündigung des Subventionsvertrags für basellandschaftliche Patienten heute mehr Patienten aus dem Baselland als vor dem Vertrag. Wir haben unser medizinisches Angebot laufend angepasst. In der Onkologie und Gastroenterologie sind wir regionale Spitze. Qualitativ stehen wir insgesamt auf einem sehr hohen Niveau. Letztes Jahr wurden wir mit Bestnoten zertifiziert. Auf diese Dinge bin ich persönlich sehr stolz.

Welchen Rat würden Sie Ihrem Nachfolger mit auf den Weg geben?

Konsequent, beharrlich mit viel Geduld und in kleinen Schritten dem angestrebten Ziel entgegengehen.

Weiterbildung für Ärzte

St. Claraspital/Mehrzweckraum,
5. Stock:

Gastroenterologisches Kolloquium
Nächster Termine:
4. 4. 2005, 6.6.2005

**Interdisziplinäre chirurgisch-
internistische Fortbildung**
Mittwochmorgen 7.45 h
(Kaffee ab 7.30 h)

Nächste Termine:
16. 3. 2004: Dr. S. Kneifel, Leiter
Nuklearmedizin St. Claraspital: Stel-
lenwert der Nuklearmedizin in der
Demenzdiagnostik

Rapportraum im 1. Stock- Mittelbau:

**Chirurgisch-onkologisches
Tumor-Board**
Jeden Dienstag 7.40–8.15 h
In Zusammenarbeit mit der
Abteilung Radio-Onkologie des
Universitätsspitals Basel-Stadt
(Frau Prof. Dr. med. Ch. Landmann)

**Endokrinologisch-diabetologische
Fallbesprechungen**
Mittwoch 17.30–18.15 h
Leitung:
PD Dr. Th. Peters/Prof. Dr. J.J. Staub
Nächste Termine:
2.3.2005, 20.4.2005, 25.5. 2005,
15.6.2005

Rapportraum Röntgenabteilung:

**Pneumologisch-onkologisches
Tumorboard**
Jeden Mittwoch 7.30–8.00 h

Neues Arbeitsgesetz

Zur Einführung der 50-Stunden-Woche

Die durch das neue Arbeitsgesetz vorgeschriebene Einführung der 50-Stunden-Woche für Assistenzärzte führt zu einer aufwändigen Neuorganisation des Arztsystems und der Arbeitsabläufe.

Ab 1. Januar 2005 gilt das Arbeitsgesetz auch für Assistenzärztinnen und -ärzte. Wichtigste Neuerung in diesem Zusammenhang ist die damit verbundene Einführung der 50-Stunden-Woche. Damit diese eingehalten werden kann, ist die Implementierung eines Nachtarzsystems notwendig und damit verbunden auch eine personelle Aufstockung (3,5 Assistentenstellen auf der Medizin und 3,5 Stellen auf der Chirurgie). Gleichzeitig müssen auch die Arbeitsabläufe optimiert werden, sowohl bezüglich Rapporte und Visiten als auch bezüglich Betreuung der Eintritte, einerseits während der normalen Arbeitszeit, andererseits auch während der Mittagspause und insbesondere während der Nacht.

Aufwändige Organisation

Da die maximale Arbeitszeit für den Nachtarzt auf 12 Stunden limitiert ist (20 Uhr 30 bis 08 Uhr 30), braucht es auch eine «Vorwache», die die Zeit zwischen regulärem Arbeitsende und Arbeitsantritt des Nachtarztes überbrückt. Gleichzeitig ist dieser «Vorwache»-Arzt z.T. auch für die Notfalleintritte während der Mittagspause zuständig.

Schon diese wenigen Angaben lassen erahnen, dass die Umsetzung der 50-Stunden-Woche organisatorisch sehr aufwändig ist. Eine Arbeitsgruppe hat sich deshalb im letzten Jahr intensiv mit deren Pla-

nung auseinander gesetzt und ist immer noch mit der Detailumsetzung beschäftigt. Die nächsten Monate werden nun zeigen, wo sich organisatorische Schwächen finden und wie diese eventuell behoben werden können.

Ansprechpartner wechseln

Für unsere Zuweiser ergibt sich daraus, dass der Ansprechpartner für Notfälle ausserhalb der regulären Zeiten mehrmals am Tag wechselt, was in etwas geringerem Masse schon bisher der Fall war. Anrufe betreffend Notfallzuweisungen während der regulären Zeiten werden weiterhin möglichst direkt an den zuständigen Assistenzarzt der Bettenstation weitergeleitet.

Wir sind uns bewusst, dass die Kommunikation z.T. komplizierter wird, können dies aber bedingt durch das Arbeitsgesetz nicht ändern. Wir werden jedoch sehr bemüht sein zu versuchen, die Kommunikation an den verschiedenen Schnittstellen so gut wie möglich zu optimieren.

Vor allem ist uns sehr daran gelegen, dass die neue Arbeitszeitregelung nicht zu Lasten der Betreuungskontinuität auf den Bettenstationen umgesetzt wird, wie dies an einigen Häusern offenbar geschehen ist. Bei Problemen sind wir für Rückmeldung von Seiten der zuweisenden Ärzte dankbar.

Prof Dr. Christian Ludwig

Personelles



Dr. Peter Eichenberger

Dr. Peter Eichenberger hat am 1. März 2005 die Nachfolge von Pierre Brennwald als Verwaltungsdirektor des St. Claraspitals angetreten. Peter Eichenberger bringt mehrere Jahre Führungserfahrung als Leiter der Spitex Basel mit. Es gelang ihm dort, acht Betriebe zu einem Unternehmen zusammenzuschweissen und mehr als 700 Mitarbeitende für die tägliche, nicht immer einfache Arbeit zu motivieren. Peter Eichenberger ist seit vielen Jahren Mitglied des Grossen Rats des Kantons Basel-Stadt und auch Mitglied der Gesundheitskommission.



Dr. Stefan Böck

Seit dem 1. Januar 2005 ist Dr. Stefan Böck Leitender Arzt am Röntgeninstitut des St. Claraspitals. Nach seinem Medizinstudium in Würzburg führte ihn sein Weg an das Universitätsspital Basel (KBS). Die Weiterbildung in Diagnostischer Radiologie schloss er 1996 erfolgreich mit der Facharztprüfung der Schweiz. Gesellschaft für Radiologie ab. Weitere Erfahrung sammelte er als Oberarzt im KBS und am Kantonshospital Aarau. Seit dem 1. September 1999 bekleidete er eine Oberarztstelle am Claraspital. Sein Schwerpunkt ist die MRI-Diagnostik, zunächst im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit dem KBS, und seit August 2004 im neu eingerichteten MRI des St. Claraspitals.

Kontaktadressen

Hauptzentrale

Telefon ++41 61 685 85 85
Fax ++41 61 691 95 18
E-mail scs@claraspital.ch

Allgemeinchirurgie

Prof. Dr. med. M. von Flüe
Telefon ++41 61 685 84 80
Telefax ++41 61 685 83 37

Medizin

Prof. Dr. med. Ch. Ludwig
Telefon ++41 61 685 84 70
Fax ++41 61 685 83 47

Anästhesie

Dr. med. J. Bläss
Telefon ++41 61 685 84 85
Fax ++41 61 685 87 63

Radiologie

Dr. med. Ch. Looser
Dr. med. A. Zynamon
Telefon ++41 61 685 82 85
Fax ++41 61 685 85 79

Urologie

PD Dr. med. M. Rist
Telefon ++41 61 685 85 23
Fax ++41 61 685 82 61

Nuklearmedizin

Telefon ++41 61 685 82 50
Fax ++41 61 685 82 55

Ernährungszentrum

PD Dr. Th. Peters
Telefon ++41 61 685 89 40
Fax ++41 61 685 89 41

Orthopädie

Dr. med. R. Mendelin
Telefon ++41 61 685 84 93
Fax ++41 61 685 86 57
Dr. med. J. Skarvan
Telefon ++41 61 685 84 90
Fax ++41 61 685 86 57

Lungenfunktion

Telefon ++41 61 685 84 74
Fax ++41 61 684 84 67

Gastroenterologische Endoskopie

Telefon ++41 61 685 84 76
Fax ++41 61 685 85 21

Stoma-Therapie

Telefon ++41 61 685 86 65
Fax ++41 61 685 86 59

Bronchoskopie

Telefon ++41 61 685 84 73
Fax ++41 61 685 84 69

Kardiologische Funktionsdiagnostik

Telefon ++41 61 685 83 80
Fax ++41 61 685 89 97

Bettendisposition Chirurgie

Telefon ++41 61 685 84 79
Fax ++41 61 685 84 66

Bettendisposition Medizin

Telefon ++41 61 685 86 70
Fax ++41 61 685 83 40

Notfallstation

Fax ++41 61 685 82 47

Impressum

Herausgeber:

St. Claraspital
Kleinriehenstrasse 30
Postfach
CH-4016 Basel
Telefon ++41 61 685 85 85
Fax ++41 61 691 95 18
E-mail scs@claraspital.ch

Konzeption, Prepress, Fotos:

Mosse Media Medizin

Redaktion:

PD Dr. Th. Peters, St. Claraspital
E-mail: stoffwechsel@claraspital.ch
Ralph Schröder, Mosse Fachmedien
E-mail: ralph.schroeder@rittman.ch

Druck:

Birkhäuser + GBC

© Nachdruck nur mit Nennung
der Quelle