

Editorial	Seite 2
Im Gespräch Dr. med. Lukas Merki	Seite 3
Weiterbildung	Seite 4
Diverses/Personelles	Seite 4
Kontaktadressen	Seite 4

## Effektive Schmerzbehandlung nach der Operation

Eine effiziente postoperative Schmerztherapie ist die wirksamste Prophylaxe gegen ein chronisches Schmerzsyndrom. Die Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin des St. Claraspitals setzt neben der konventionellen Schmerztherapie vor und nach kleineren Eingriffen bei grösseren Operationen auf die kontinuierliche Periduralanalgesie (PDA) oder alternativ auf die patientenkontrollierte Schmerztherapie (PCA).

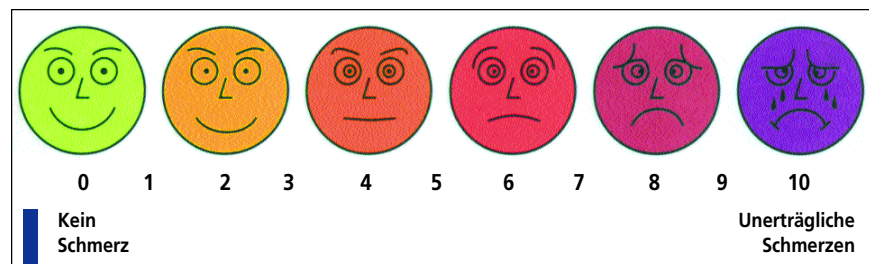
### Der 1000. Herzkathetereingriff

Ende des vergangenen Jahres konnte die Abteilung Kardiologie unter der Leitung von Prof. Dr. Burkhard Hornig bereits den 1000. Herzkathetereingriff am St. Claraspital vermelden. Nachdem der Bedarf für ein erweitertes Angebot an Herzkatheteruntersuchungen im Raum Basel zunächst von gewissen Kreisen in Frage gestellt worden war, hat die Tatsache, dass bis Oktober 2005 bereits mehr als 1000 solcher Untersuchungen durchgeführt worden sind, diese Frage wohl beantwortet.

An dieser Stelle sei sowohl den Kardiologen des Universitätsspitals Basel als auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Katheterlabors herzlich für die gute Zusammenarbeit gedankt. Insbesondere danken wir auch den zuweisenden Ärzten für das in uns gesetzte Vertrauen auf diesem Gebiet.



Prof. Hornig (l.) und Sr. Priska (r.) überreichen der 1000. Herzkatheter-Patientin einen Blumenstraus.



Mit der Visuellen-Analog-Skala (VAS) beschreiben Patienten ihren Schmerzzustand.

Viele Menschen haben Angst vor Schmerzen während und nach einer Operation. Diese Angst ist leider nicht unbegründet. Nahezu 50% der frisch Operierten in Westeuropa klagen über starke bis sehr starke Schmerzen, obwohl mittlerweile genügend Verfahren zur wirksamen Schmerzbehandlung existieren. Eine effektive Schmerztherapie ist nicht nur aus ethischen Gründen wichtig, sondern auch aus medizinischen: Verminderte Stress- und Kreislaufbelastung, weniger pulmonale Komplikationen und eine schnellere Genesung sind die Folgen. Eine effiziente postoperative Schmerztherapie ist ausserdem die wirksamste Prophylaxe eines chronischen Schmerzsyndroms.

Die Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin im St. Claraspital hat gerade die 20 alten Schmerzpumpen durch neue ersetzt. Am häufigsten werden die Pumpen zur kontinuierlichen Periduralanalgesie (PDA) nach Bauch- oder Lungenoperationen gebraucht. Nach sorgfältiger Aufklärung des Patienten durch den Anästhesiearzt wird vor der Einleitung einer Allgemeinanästhesie ein Katheter in den thorakalen Periduralraum eingeführt. Die Lokalisation der Operation be-

stimmt die Punktionshöhe. Eine Mischung verschiedener Schmerzmittel wird mit Hilfe der Pumpe gegeben. Die Dosierung ist unter anderem von Alter und gewünschter Ausbreitung abhängig. Sie wird individuell festgelegt und bei Bedarf durch den Anästhesiearzt angepasst.

Vor der Ära «kombinierte Anästhesie» musste der Patient häufig mehrere Stunden (oder länger) auf der Intensivstation beatmet bleiben und hatte dann ein paar mühsame, schmerzvolle Tage vor sich. Heutzutage bleiben sonst gesunde Patienten nach relativ grossen Operationen nur wenige Stunden im Aufwachraum und können dann problemlos auf die Pflegestation verlegt werden.

### Raschere Genesung

Die PDA ist eine äusserst effektive Methode, um Schmerzen zu behandeln. Sie erlaubt eine sehr schnelle Mobilisation und eine effektive Atemtherapie mit grossem Komfort für die Patienten. Durch die PDA wird die Darmtätigkeit gefördert, was eine frühe enterale Ernährung und schliesslich eine schnellere Genesung bedeutet.

(Fortsetzung Seite 2)



### Liebe Kolleginnen und Kollegen

*Die Schmerzbehandlung hat im Claraspital eine lange Tradition, sowohl bei der Behandlung von postoperativen Schmerzen als auch von Tumorschmerzen. So hat unser Spital bereits 2001 im Rahmen des Qualitätsförderungsprojektes der Schweizerischen Krebsliga «Gemeinsam gegen Schmerzen» eine entsprechende Auszeichnung erhalten.*

*Im Artikel von Dr. Jürgen Bläss und PD Dr. Staffan Sjöström wird nun auf die grossen Fortschritte der postoperativen Schmerzbehandlung eingegangen. Diese hat nicht nur einen verbesserten Komfort für die Patienten*



*zur Folge, sondern erlaubt auch eine schnellere Mobilisation, effektivere Atemtherapie und ein schnelleres Einsetzen der Darmtätigkeit. All dies ermöglicht auch bei grossen chirurgischen Eingriffen eine kürzere Aufenthaltsdauer im Spital und dürfte somit auch finanziell sinnvoll sein.*

*Die Zunahme komplexer chirurgischer Eingriffe sowie das erweiterte Angebot an invasiver Kardiologie hat eine Erweiterung der interdisziplinären Intensivstation notwendig gemacht. Der abgeschlossene Umbau der IPS ist optisch gut gelungen und hat zu schönen, grosszügigen Räumlichkeiten für Patienten und Personal geführt. Von der intensivmedizinischen Fachgesellschaft werden nicht nur minimale Grössen bezüglich IPS-Zimmer verlangt, sondern auch, dass die Leitung mehrheitlich durch einen Träger FMH Intensivmedizin geführt werden muss. Wir sind deshalb froh, dass wir in der Person von Dr. Lukas Merki einen auf dem Gebiet der Intensivmedizin und Anästhesie bestens ausgebildeten Mediziner als Leiter unserer IPS gewinnen konnten.*

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

## Effektive Schmerzbehandlung nach der Operation (Fortsetzung von Seite 1)

Die Methode ist recht komplex und setzt ausser grossem Fachwissen der Anästhesisten auch eine genaue Kontrolle und Betreuung der Patienten postoperativ voraus. Die Behandlung wird auf den chirurgischen Stationen mit liebevoller Unterstützung des Pflegepersonals, das zusammen mit dem zuständigen Anästhesiearzt die Patienten betreut, durchgeführt.

Die optimale Therapiedauer variiert, ist aber häufig um sechs Tage. Nebenwirkungen sind selten. Es kann zur Hypotonie und Schwindel bei Mobilisation kommen. Ganz selten sind motorische Schwäche oder Sensibilitätsausfälle in den Beinen. Eventuelle Sedation sowie Übelkeit sind auf den Opioid-Anteil in der Infusionslösung zurückzuführen. Alle Nebenwirkungen können in der Regel durch eine leichte Dosisreduktion behoben werden. Die extrem seltene peridurale Blutungskomplikation kann vermieden werden durch Ausschluss von Patienten mit Gerinnungsstörungen und eine atraumatische Punk-

tionstechnik. So können wir unseren Patienten mit gutem Gewissen sagen, dass eine postoperative Periduralanalgesie wesentlich mehr Nutzen als Risiko bedeutet.

### Patientenkontrollierte Therapie

Bei Vorliegen einer Gerinnungsstörung, Sepsis, lokalen Hautinfektionen am Punktionsort oder früheren Rückenoperationen ist es leider nicht immer möglich, einen Periduralkatheter zu legen. In diesen Fällen bietet sich alternativ die patientenkontrollierte Schmerztherapie (PCA oder patient-controlled analgesia) an. PCA kann nicht nur nach Bauch- und Lungenoperationen, sondern auch bei anderen schmerzhaften Operationen verwendet werden. Die gleichen Pumpen wie oben für die Periduralanalgesie beschrieben, können anders programmiert für PCA eingesetzt werden.

PCA wurde das erste Mal 1971 beschrieben und in den folgenden zwei Jahrzehnten als klinische Behandlungs-

## Interview mit Dr. Lukas Merki – Leiter der neuen Intensivstation

**Herr Dr. Lukas Merki, Sie leiten als Oberarzt der Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin seit Anfang Jahr die neu erweiterte Intensivstation (IPS) des St. Claraspitals. Sie sind im Besitz des Facharzttitels FMH für Anästhesie und Intensivmedizin. Können Sie uns kurz ihren Werdegang skizzieren?**

*Meine Ausbildung zum Anästhesisten habe ich am Kantonsspital Basel und zahlreichen Aussenstationen genossen, u.a. in Aarau und in Solothurn. Im Rahmen dieser Ausbildung konnte ich mich mit allen heute gängigen Anästhesieverfahren vertraut machen. Die intensivmedizinische Fortbildung ist parallel dazu gelaufen. Hierzu zählt u.a. eine eineinhalbjährige Tätigkeit auf den medizinischen und chirurgischen Intensivstationen des Basler Kantonsspitals. Mit Ausnahme der pädiatrischen Intensivmedizin habe ich während meiner Ausbildung sämtliche intensivmedizinischen Fragestellungen kennen gelernt.*

**Das St. Claraspital verfügt seit 1. Januar über eine neue, ausgebaute Intensivstation. Was hat sich verändert und was waren die Gründe für den Ausbau?**

*Vor dem Ausbau verfügte die Intensivstation des Claraspitals über sechs Betten.*

*Nach dem Anbau eines neuen Traktes und einer Umgestaltung der Räumlichkeiten können wir neu acht bis maximal neun Intensivpatienten betreuen.*

*Die alte Station war einerseits baulich überholungsbedürftig. Andererseits führte das zunehmende und sehr lebhaftes Operationsprogramm am St. Claraspital oft zu Platznot. Darüber hinaus wurden im Haus die Behandlungsmöglichkeiten wie bspw. in der Kardiologie erweitert. Das Angebot einer invasiven Kardiologie ist jedoch auf die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Nachbetreuung angewiesen. Mit dem Ausbau können wir den Chirurgen gewährleisten, dass sie weiter komplexe Eingriffe vornehmen können. Der Ausbau einer IPS bedeutet immer auch eine Verbesserung der chirurgischen Möglichkeiten.*

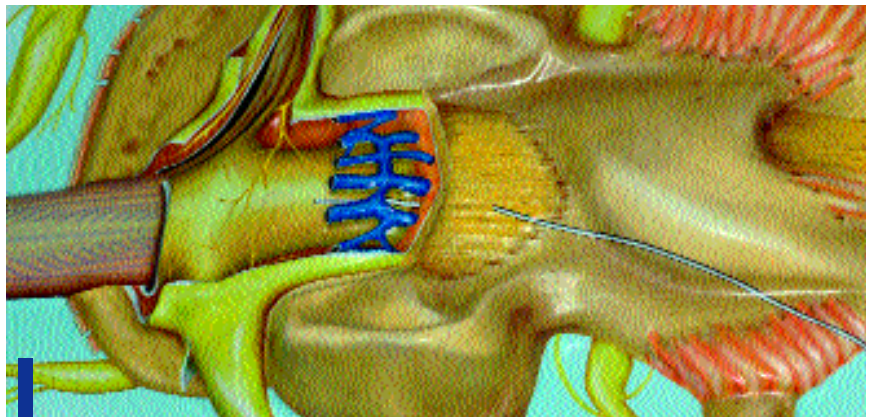
*Die Erweiterung der Intensivstation ist aber auch Teil der allgemeinen Modernisierungsmassnahmen, die derzeit am St. Claraspital umgesetzt werden oder schon umgesetzt worden sind.*

**Was sind die Besonderheiten der neuen Intensivstation?**

*Mit dem Anbau eines Zusatztraktes an die bestehende IPS sind schöne und grosszügige Räumlichkeiten für Patienten, Ange-*

methode etabliert. Der im Voraus aufgeklärte Patient darf sich mit PCA selber via die programmierbare Pumpe kleine intravenöse Morphindosen geben und kann so eine individuell abgestimmte und qualitativ gute Schmerzfreiheit erzielen. Die Patienten schätzen die Unabhängigkeit und sind meist sehr zufrieden. Der Effekt ist zwar nicht ganz so gut wie bei einer Periduralanalgesie, aber besser als die konventionelle Schmerztherapie. Die Nebenwirkungen sind die gleichen wie nach sonstiger Opioid-Gabe; der Patient braucht jedoch regelmässige Kontrollen und Betreuung durch den Anästhesisten und das Pflegepersonal. PCA kann nicht verwendet werden bei bewusstseingestörten oder betagten Patienten.

Als Alternative bleibt noch die konventionelle Schmerztherapie, die bei vielen Patienten mit akuten Schmerzen vor und nach kleineren Operationen zur Anwendung kommt. Im St. Claraspital wird eine balancierte Analgesie, d.h. eine fixe



Der rückenmarksnahen Periduralkatheter für postoperative Schmerzbehandlung.

Basistherapie mit Paracetamol oder einem nicht-steroidalen Antirheumaticum und eine zusätzliche Bedarfsmedikation mit einem Opioid intravenös verwendet. Gerade die intravenöse Opioid-Gabe auf der Station ist etwas, was im Claraspital mit grossem Erfolg seit mehreren Jahren praktiziert wird. Ein interdisziplinäres Be-

handlungskonzept, eine konsequente Schmerzerfassung, eine interessierte und informierte Belegschaft und eine kontinuierliche Weiterentwicklung haben dazu geführt, dass die akute Schmerztherapie im Claraspital bei unseren Patientenbefragungen sehr gut abschneidet.

PD Dr. Staffan Sjöström, Dr. Jürgen Bläss



Räumlichkeiten sind ausserdem ebenerdig zu den gegenüberliegenden OP-Räumen und dem Aufwachsraum. Mit anderen Worten: Die IPS entspricht in vorbildlicher Weise den heutigen Standardvorgaben.

#### Hatte der Ausbau auch personelle Auswirkungen?

Ja. Mit der Erweiterung wurde auch neues, intensivmedizinisch geschultes Personal eingestellt. Die Intensivmedizin benötigt einen viel grösseren Personalschlüssel als die normale medizinische Betreuung. Bei acht Betten brauchen wir für die Rund-um-Betreuung bspw. 25 Schwestern, einen leitenden sowie einen Assistenzarzt.

#### Hat das vor allem etwas mit der Überwachung und Bedienung der Geräte zu tun?

Nein. Natürlich ist die Überwachung und Bedienung der Geräte personalintensiv, aber die Intensivmedizin ist keine reine Apparatedizin. Das kann ich nicht genug betonen. Der grosszügige Personalschlüssel hat vor allem etwas mit der Betreuung zu tun. Wir wollen uns Zeit nehmen für die Patienten und für die Angehörigen. Eine Behandlung auf der IPS bedeutet immer für alle Stress. Die Patienten sind in einer Krisensituation. Auch für die Angehörigen ist dies eine Belastung. Gerade deshalb braucht es aber besondere, menschliche Zugänge zum Patienten. Die Apparate sind das eine, die Basis der intensivmedizinischen Betreuung ist jedoch die ganz normale Pflege.

#### Die Intensivmedizin hat sich jedoch zu einer eigenständigen Disziplin entwickelt?

Ja. Intensivmedizin war früher ein Fach, das man so nebenbei gemacht hat. Heute ist das ganz anders. Die Intensivmedizin ist nicht mehr einfach nur eine «Medizin forte». Der Intensivpatient ist ein Patient, der besondere Probleme hat, der anders und schneller abgeklärt werden muss als normale Patienten. Im weitesten Sinn besteht ein lebensbedrohendes Faktum für die Aufnahme auf die IPS. Irgendein Organ kann jederzeit aussteigen usw. Diesen besonderen Voraussetzungen versucht die moderne Intensivmedizin gerecht zu werden, insbesondere aber durch einen intensiveren Zugang zum Menschen.

Dies hat auch Auswirkungen auf die Ausbildung zum Intensivmediziner, wo der Umgang mit Medikamenten, das psychologische Gespräch mit dem Patienten gelernt wird, aber auch ethische Fragen erörtert werden, vor allem im Bereich der Spitzenmedizin. Wann soll eine Therapie abgebrochen werden, wie lange soll man behandeln, das sind schwierige, aber unumgängliche Fragen.

Wichtig scheint mir in jedem Fall dies: Eine Intensivstation ist definitiv keine Sterbestation. Eine Intensivstation soll sinnvolle Behandlungskonzepte als Teil einer Therapiestrategie anbieten.

Herr Dr. Merki, wir bedanken uns für das Gespräch.

hörige und das Personal entstanden. Neben den Patientenzimmern mit maximal zwei Betten gibt es freundliche, offene Arbeitsräume für die Schwestern und Besprechungsräume für die Angehörigen. Die Patientenzimmer sind alle sehr hell und bieten freien Blick auf den schönen Park des Claraspitals.

Tageslicht ist für Intensivpatienten äusserst wichtig. Das wird oft unterschätzt. Die Patienten sind Tag und Nacht einem gewissen, von den Apparaturen her rührenden Geräuschpegel ausgesetzt. Therapien erfolgen auch bei Nacht. Ohne genügend Tageslicht kann es da zu einer Tag-/Nachtumkehr beim Patienten kommen.

Darüber hinaus ist die neue IPS natürlich mit den modernsten Monitoring-/Beatmungsgeräten etc. ausgerüstet. Ihre

## Weiterbildung für Ärzte

St. Claraspital/Mehrzweckraum,  
5. Stock:

### Gastroenterologisches Kolloquium

Nächster Termin:  
10.4.2006

### Interdisziplinäre chirurgisch-internistische Fortbildung

Mittwochmorgen 7.45 h  
(Kaffee ab 7.30 h)

Nächster Termin:

22.3.2005: Thema: Anamnese versus  
Technology – Stellenwert für die  
Diagnosestellung kardiovaskulärer  
Erkrankungen; Dr. Ph. Weiss,  
Kardiologie

5.4.2006: Thema: Das Multiple  
Myelom; Dr. Ch Taverna, Oberarzt  
am USZ Zürich

Rapportraum im 1. Stock- Mittelbau:

### Chirurgisch-onkologisches Tumor-Board

Jeden Dienstag 7.40–8.15 h  
In Zusammenarbeit mit der  
Abteilung Radio-Onkologie des  
Universitätsospitals Basel-Stadt  
(Frau Prof. Dr. med. Ch. Landmann)

### Endokrinologisch-diabetologische Fallbesprechungen

Mittwoch 17.30–18.15 h  
Leitung:  
Prof. Dr. Th. Peters/Prof. Dr. J.J. Staub  
Nächste Termine:  
15.3.2006, 26.4.2006

Rapportraum Röntgenabteilung:

### Pneumologisch-onkologisches Tumorboard

Jeden Mittwoch 7.30–8.00 h

## Ausbau der Infrastruktur und des Angebots

# Das St. Claraspital stockt auf

Fortschritte im medizinischen und chirurgischen Bereich stellen ebenso wie die veränderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen laufend neue Anforderungen an Ärzteschaft und Pflegepersonal, aber auch an die Infrastruktur. Mit drei zeitlich zusammengefassten Erweiterungsbauten wird am St. Claraspital die dringend benötigte Fläche für infrastrukturelle und medizinische Anpassungen realisiert. Mit der neuen Bettenstation über dem 4. OG West wird es uns möglich, den derzeitigen Platzmangel zu beheben und den Aufenthaltskomfort für unsere Patienten mit Zusatzversicherung zu verbessern. Die neue Bettenabteilung umfasst 17 Zimmer. Die Gesamtzahl der Betten bleibt mit 229 unverändert.

### Ambulante Strahlentherapie

Im medizinischen Bereich wird die Onkologie durch die Einführung einer Strahlentherapie gestärkt. Ab 2008 können wir Betroffenen aller Versicherungsklassen eine umfassende onkologische Gesamttherapie anbieten: Tumorchirurgie, Chemotherapien sowie neu auch die ambulante Strahlentherapie.

Mit der unterirdischen Erweiterung des 1. UG ist nun eine optimale



Über dem 4. Obergeschoss West des Claraspitals entsteht eine neue Bettenabteilung. Sie soll im März 2007 bezugsbereit sein.

architektonische Lösung gefunden worden, um die Strahlentherapie flächenmässig und organisatorisch ideal zu integrieren; die geplante Tiefgarage wird einen direkten Zugang für ambulante Onkologiepatienten bieten.

In der näheren Umgebung des Spitals sind öffentliche Parkplätze rar, was die umliegenden Quartierstrassen mit hohem Suchverkehr belastet. Unter der Radioonkologie-Abteilung wird daher gleichzeitig eine zweistöckige Tiefgarage mit 91 kostenpflichtigen Parkplätzen realisiert, welche die Parksituation sowohl für

Patienten und Besucher als auch für die Nachbarschaft verbessert. Die Bauarbeiten werden konzentriert und zeitlich zusammengefasst. Mit strengen Auflagen werden Bauemissionen so weit wie möglich reduziert. Sie ganz zu vermeiden, wird jedoch nicht möglich sein.

Die Bauarbeiten starten im August 2006. Die Bettenstation im 5. OG ist im März 2007 bezugsfertig, die Radioonkologie und die Einstellhalle können nach 18 Monaten Bauzeit im Januar 2008 in Betrieb genommen werden.

Dr. Peter Eichenberger

## Personelles



### Macé Schuurmans

Am 1. Januar 2006 hat Dr. Macé Schuurmans seine Tätigkeit als Oberarzt Pneumologie am St. Claraspital aufgenommen. Der Nachfolger von Frau Dr. Dobler ist in Südafrika geboren, in Basel aufgewachsen und hat

hier sein Medizinstudium absolviert. Bereits als Unterassistent hat er das St. Claraspital erstmals kennen gelernt. Seine breite pneumologische Ausbildung erfolgte am Universitätsspital Basel, anschliessend während drei Jahren im südafrikanischen Kapstadt und zuletzt am Inselspital Bern.

## 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 83  
Fax ++41 61 685 86 37

### 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

Prof. 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:

Swiss Professional Media AG –  
Rittmann

### Redaktion:

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

### Druck:

Birkhäuser + GBC

© Nachdruck nur mit Nennung  
der Quelle