

Hohe Qualität im Claraspital bestätigt

Am 24. und 25. Januar stellten sich Spitalleitung und Mitarbeitende des Claraspitals nach 2004 erneut dem Expertenteam der Stiftung sanaCERT zur Überprüfung der Qualität umgesetzter Standards. Geprüft wurden insbesondere Standards bzgl. Führung des Qualitätsmanagements, Spitalhygiene, Pflege, Chirurgie, Umgang mit kritischen Zwischenfällen, Ernährung, Patientenbefragungen und Umgang mit Beschwerden und Anregungen.

Nach eineinhalb Tagen Audit bescheinigte der Berichterstatter des Expertenteams dem Claraspital für alle überprüften Bereiche, dass die Anforderungen der sanaCERT gut bis sehr gut erfüllt worden sind.

Kurz zuvor hatte das Claraspital unter der Federführung des Spitaldachverbandes «H+» als eines der schweizweit ersten zehn Pilotspitäler einen umfassenden Qualitätsbericht veröffentlicht. Dieser Qualitätsbericht «H+ qualität» ist unter der Internetadresse www.spitalinformation.ch abrufbar.

80 Jahre Claraspital

Das Claraspital feiert in diesem Jahr sein 80-jähriges Bestehen und würdigte das Jubiläum mit zwei Anlässen: Am 28. Januar 2008, dem Eröffnungstag, waren alle, die auch im Januar 2008 80 Jahre alt wurden, zu einem Geburtstagsapéro eingeladen. Eine beachtliche Zahl Jubilare freute sich über das aussergewöhnliche Zusammentreffen.

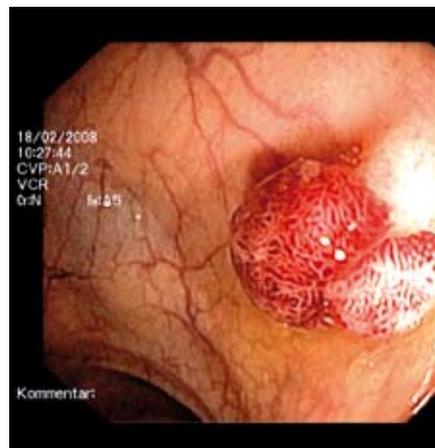
Am 6. Februar, dem Tag der ersten Patienteneintritte, wurde unter dem Titel «80 Jahre Claraspital – eine Zeitreise» eine Ausstellung in der ehemaligen Eingangshalle im 1. Stock des Claraspitals eröffnet. Die Ausstellung zeichnet anhand von Bildern und Textausschnitten aus den Gründungsjahren ein Bild der damaligen Zeit und Umstände.

| | |
|--------------------------------|----------|
| Editorial | 2 |
| Interview | 3 |
| Prof. Dr. med. Markus von Flüe | |
| Diverses/Personelles | 4 |
| Weiterbildung | 4 |
| Kontaktadressen | 4 |

Interdisziplinäre Prävention des Kolonkarzinoms

Die laparoskopisch assistierte, endoskopische Polypektomie

Das kolorektale Karzinom lässt sich in den meisten Fällen durch eine rechtzeitige endoskopische Polypektomie verhindern. Dank der laparoskopisch assistierten Polypektomie können heutzutage Polypen minimal-invasiv entfernt werden, die früher eine Laparotomie und Teilresektion des Darmes erforderten.



Kolonpolyp (links) und endoskopische Resektion.

Das kolorektale Karzinom ist in den industrialisierten Ländern bei der Frau nach dem Mammakarzinom die zweithäufigste und beim Mann nach dem Bronchial- und Prostatakarzinom die dritthäufigste Tumorerkrankung. In der Schweiz muss pro Jahr mit rund 3500 Neuerkrankungen und 1900 durch das kolorektale Karzinom bedingten Todesfällen gerechnet werden. Die meisten Dickdarmtumoren treten sporadisch auf ohne zusätzliche Risiken wie langjährige Colitis ulcerosa oder familiäre Tumorsyndrome. So haben 75% der Betroffenen, die an einem Kolonkarzinom erkranken, keinerlei Magen-Darm-Probleme und keine Angehörigen, die bereits ein Karzinom hatten.

Entstehung weitgehend geklärt

Der Entstehungsmechanismus dieser sporadischen Tumoren ist heute weitgehend geklärt. Der Tumor entwickelt sich langsam aus benignen Vorstufen, so genannten adenomatösen Polypen. Hierzu braucht es eine Reihe von Mutationen verschiedener regulatorisch wirkender Gene, die das Zell-

wachstum und die Apoptose der Zellen steuern. Der Zeitraum zur Entwicklung eines kolorektalen Karzinoms über die Adenom-Karzinom-Sequenz wird auf etwa 10 Jahre geschätzt. Das Risiko, dass aus einem Polypen ein kolorektales Karzinom entsteht, ist erhöht, wenn mehr als 1 Polyp vorhanden ist, bei einer Polypengrösse >1 cm, beim Vorliegen einer tubulovillösen bzw. villösen Histologie oder einer höhergradigen Zeldysplasie. Das biologische Verhalten der Adenome und die schrittweise Entstehung des sporadischen Kolonkarzinoms gibt uns die Möglichkeit, das Karzinom nicht nur früh, in noch heilbarem Stadium zu entdecken (Screening zur Früherfassung), sondern auch seine Entstehung durch Entfernung adenomatöser Polypen zu verhindern (Tumorvorsorge). So konnte in mehreren Studien gezeigt werden, dass mittels endoskopischem Screening und Abtragen von Adenomen die Karzinom-bedingte Mortalität und die Tumorzinzidenz signifikant gesenkt werden.

Fortsetzung Seite 2

Editorial



Liebe Kolleginnen und Kollegen

Die Tatsache, dass durch ein endoskopisches Screening des Dickdarms und die Abtragung allfälliger Adenome die Karzinominzidenz und Mortalität signifikant gesenkt werden kann, ist heute wohl unumstritten. Neu ist die Möglichkeit, durch eine laparoskopisch assistierte Koloskopie («Rendez-vous-Verfahren») gewissen Patienten einen minimal invasiven, Organ erhaltenden Eingriff offerieren zu können, wo früher nur die Kolonresektion möglich war. Bei dieser Methode handelt es sich um ein Verfahren, bei dem die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Viszeralchirurgen und Gastroenterologen eminent wichtig ist. Dies ist unter anderem auch der Grund für die Schaffung einer interdisziplinären medizinisch-chirurgischen Abklärungs- und Behandlungsstation für Patienten mit Baucherkrankungen. Prof. M. von Flüe erläutert im Interview das Konzept der neuen Station. Es ist erfreulich, dass bei der erneuten Beurteilung der Qualität des Claraspitals durch sanaCERT Anfang dieses Jahres wieder gute Noten verteilt worden sind. Im Rahmen einer weiteren Prozess- und Qualitätsoptimierung der vielen täglichen zytostatischen Therapien sind wir daran, ein Computerprogramm einzuführen, welches die Zytostatikatherapie von der Verordnung über die Herstellung bis zur Verabreichung unterstützt. Die Umsetzung dieses Projekts ist mit einem grossen Arbeitsaufwand verbunden und wird von den Apothekerinnen zusammen mit den Onkologen interdisziplinär umgesetzt.

Sehr froh sind wir ausserdem, dass wir mit Dr. Martin Buess unser onkologisches Team verstärken können. Er verfügt über eine grosse Erfahrung sowohl in Grundlagenforschung als auch in klinischer Onkologie. Wir heissen ihn in unserem Team herzlich willkommen.

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

Titel von S.1 (Fortsetzung)

| Risikokategorie | Charakterisierung des/der Polypen (Histologie, Zusatzkriterien) | Koloskopie-Intervall | Koloskopie-Intervall, sobald Befund bland |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| I | Tubuläres Adenom • 1-2 Polypen und • 1cm gross und • keine hochgradige Dysplasie und • Familienanamnese negativ | 5 Jahre | Stopp der Surveillance |
| II | Tubuläres Adenom • >2 Polypen oder • >1 cm Grösse oder • hochgradige Dysplasie oder • Familienanamnese positiv (erstgradige Verwandte) (Tubulo-)villöses Adenom oder gezahntes («serrated») Adenoma • jede Anzahl oder Grösse • jeder Dysplasie-Grad | 3 Jahre | 5 Jahre |
| III | pT1-Karzinom im Polyp • Polypektomie endoskopisch vollständig und • Resektionsrand histologisch karzinomfrei und • Differenzierung G1-2 und • keine Angioinvasion | ≤3 Monate zur Kontrolle der Resektionsstelle, dann 3 Jahre | 5 Jahre |
| IV | pT1-Karzinom im Polyp • Polypektomie endoskopisch unvollständig oder • Resektionsrand histologisch nicht karzinomfrei oder • Differenzierung G3 oder • eindeutige Angioinvasion | → <u>chirurgische Resektion grundsätzlich indiziert</u> | |
| Hyperplastischer Polyp oberhalb des Rektosigmoids oder >1 cm gross oder >20 Polypen | | 3 Jahre | 5 Jahre |
| im Rektosigmoid und ≤1 cm gross | | keine Surveillance | |

Tabelle 1: Nachsorgeschema nach Polypektomie

Das Risiko für adenomatöse Polypen und das kolorektale Karzinom steigt mit zunehmendem Lebensalter an. Typischerweise treten die sporadischen kolorektalen Tumoren erst nach dem 50. Lebensjahr auf, so dass ein Screening von Personen mit einem durchschnittlichen Risiko ab diesem Alter zu empfehlen ist.

Personen mit einer positiven Familienanamnese für kolorektale Karzinome haben ein zwei- bis sechsfach erhöhtes Risiko an einem Dickdarmtumor zu erkranken. Das Risiko steigt mit näherem Verwandtschaftsgrad, zunehmender Anzahl betroffener Familienmitglieder und tieferem Erkrankungsalter der betroffenen Angehörigen. Die Zunahme der kolorektalen Karzinominzidenz beginnt bei Personen mit positiver Familienanamnese rund 10 Jahre früher als bei Personen mit einem durchschnittlichen Risiko.

Laparoskopisch-koloskopisches Rendez-vous-Verfahren

In der Regel sollten alle kolorektalen Polypen reseziert werden, entweder auf endoskopischem Wege oder chirurgisch. Die endoskopische Schlingenresektion von Kolonpolypen kann bei grossen, breitbasigen

Polypen an schwer einsehbaren Stellen des Kolons, insbesondere im Bereich des Colon sigmoideum, technisch nicht machbar sein. Zudem ist die endoskopische Resektion solcher Polypen mit einer hohen Komplikationsrate wie Perforation und Blutung verbunden. Bis anhin war in diesem Fall eine Kolonsegmentresektion erforderlich. Die laparoskopisch assistierte Koloskopie stellt eine neue, minimal invasive Therapieoption für Patienten mit derartigen Polypen dar. Sie ermöglicht die sichere koloskopische Abtragung von Polypen, die sonst nur über eine Kolotomie oder Kolonsegmentresektion entfernt werden könnten. Die zusätzliche Belastung durch die Laparoskopie ist für die Patienten minimal.

Im Claraspital wird diese neue Technik der Polypektomie gemeinsam von Gastroenterologen und Viszeralchirurgen in einem endoskopisch-laparoskopischen Rendez-vous-Verfahren durchgeführt. In Allgemeinnarkose und modifizierter Steinschnittlage erfolgt dabei zunächst die Laparoskopie und anschliessend intraoperativ die Koloskopie. Nach Identifikation wird der Polyp unter laparoskopischer Überwachung abgetragen. Dabei wird die Kolonwand lapa-

| | Monate p.op. | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|----|--------------------------------|----|----|----|----|
| | 6 | 12 | 18 | 24 | 36 | 48 | 60 |
| Klinische Untersuchung und CEA-Titer | vierteljährlich im 1. Jahr | | halbjährlich im 2. und 3. Jahr | | | + | + |
| Koloskopie | | + | | | | + | |
| CT Thorax-Abdomen | | + | | + | + | + | + |
| <u>beim Rektum-Karzinom:</u> Rektosigmoidoskopie & Endosonographie | + | + | + | + | | | |

Tabelle 2: Nachsorgeschema nach kolorektalem Karzinom

roskopisch stabilisiert, hinderliche Verwachsungen gelöst und gegebenenfalls können auftretende Wandläsionen unmittelbar chirurgisch behandelt werden.

Da nach der Polypektomie innerhalb 3 bis 5 Jahren bei rund 35% der Patienten mit Rezidivpolypen zu rechnen ist, wird eine koloskopische Post-Polypektomie-Nachsorge empfohlen. Besonders wichtig ist die Nachkontrolle nach endoskopischer Resektion grosser Polypen, um verbliebene Polypenreste frühzeitig zu erfassen und vollständig zu entfernen. Das Rezidivrisiko nach kurativer Operation eines kolorektalen Karzinoms ist bekanntlich abhängig vom initialen Tumorstadium. Die Mehrheit der Rezidive tritt innerhalb der ersten 2 bis 3 Jahre auf; nur noch knapp 1% aller Rezidive manifestiert sich später als 5 Jahre nach der Operation. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass eine intensive Nachsorge nach kurativ operiertem kolorektalem Karzinom die 5-Jahresmortalität um rund 20% senkt.

Empfehlungen zur Nachsorge

1996 schuf die Fachgesellschaft der Schweizerischen Gastroenterologen FMH (FAGAS) erstmals Empfehlungen zur Nachsorge nach koloskopischer Polypektomie sowie nach kurativer Resektion des kolorektalen Karzinoms. Diese Empfehlungen haben eine breite Akzeptanz gefunden. In regelmässigen Abständen wurden diese Empfehlungen von einem interdisziplinären Gremium (Gastroenterologen, Chirurgen, Onkologen, Radiologen, Pathologen) überarbeitet und die revidierte Version der Nachsorgeschemata in einer Konsensuskonferenz verabschiedet. Im Frühjahr 2007 ist die dritte Revision der Nachsorgeempfehlungen erfolgt. Diese aktuellen Versionen der Nachsorgeschemata (s. Tabelle 1 und 2) sind auf der Website der FAGAS (www.fagas.ch) aufgeschaltet. Sie bezwecken eine praktische Hilfestellung für die Planung der Nachsorge in Standardsituationen. Im Einzelfall ist das Vorgehen den individuellen Gegebenheiten anzupassen. Im Vergleich zu früheren Nachsorgeempfehlungen beinhaltet die neue Version des Karzinom-Nachsorgeschemas engmaschigere klinische und CEA-Titerkontrollen in den ersten 3 postoperativen Jahren, eine erste Nachsorge-Koloskopie nach einem (statt nach 3 Jahren) sowie die Bevorzugung der CT-Abdomen plus CT-Thorax gegenüber der Alternative Abdomen-Sonographie plus Thorax-Röntgen. Falls mit der sensitiveren CT-Untersuchung eine solitäre Leber- oder Lungenmetastase entdeckt wird, ist durch die Kombination von Chemotherapie und Operation eine kurative Therapie möglich.

PD Dr. Miriam Thumshirn
Dr. Claudio Lang
PD Dr. Beat Meyer

Interview mit Prof. Dr. Markus von Flüe



Prof. Dr. med. Markus von Flüe

Herr Prof. von Flüe, das Claraspital plant eine interdisziplinäre medizinisch-chirurgische Abklärungs- und Behandlungsstation für Patienten mit Baucherkrankungen. Wie sieht das Konzept aus und wann wird die Station eröffnet?

Das Claraspital pflegt schon seit Jahren eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Viszeralchirurgen und Gastroenterologen, um die Patienten im Schwerpunkt Magen-Darmerkrankungen optimal und ganzheitlich abzuklären und zu behandeln. Nachdem die medizinischen Rapporte schon gemeinsam durchgeführt werden, entsteht nun eine gastroenterologisch-viszeralchirurgische Abteilung, wo Patienten mit komplexen Krankheiten im Magen-Darmtrakt gemeinsam betreut werden. Die Abteilung sieht vorerst 28 Betten vor, und der Start erfolgt ab Mitte 2008.

Welche Vorteile wird die neue Einrichtung am Claraspital für die Patienten bringen? Was waren die Beweggründe für die Planung einer solchen Station?

Die neue Einrichtung soll noch mehr Professionalität, Kontinuität in der Betreuung und Optimierung der Prozesse, d.h. Abbau von Schnittstellen bringen. Zusammenfassend soll der Patient mit einem komplexen Magen-Darmproblem vom ersten Moment seines Spitalaufenthalts an von denjenigen Spezialisten betreut werden, die am meisten von seinem Krankheitsbild verstehen. Die spezialisierte, interdisziplinäre Abteilung soll auf gemeinsam erar-

beiteten Behandlungspfaden basieren, kontinuierliche Verfügbarkeit der Spezialisten garantieren und Verlegungen von Patienten von einer Abteilung auf eine andere reduzieren.

Ein weiterer Grund für diese Abteilung ist der Umstand, dass immer häufiger Patienten gemeinsam durch Viszeralchirurgen und Gastroenterologen entweder laparoskopisch assistiert, endoskopisch (siehe Hauptartikel) oder endoskopisch assistiert operiert werden. Für diese Patienten bringt die gemeinsame Abteilung auch Vorteile in der Nachbetreuung.

Welche Erkrankungen können auf der Station abgeklärt und behandelt werden?

Die Abteilung kommt besonders Patienten mit komplexen Erkrankungen im Magen-Darmbereich zugute, bei welchen letztlich die Indikation zur konservativen oder operativen Behandlung interdisziplinär gestellt werden muss. Dazu gehören Patienten mit spezifisch entzündlichen Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), d.h. Erkrankungen, welche eine komplexe Diagnostik erfordern. Auch Patienten mit gastrooesophagealen Refluxerkrankungen sowie Neoplasien im Oesophagus, Magen, Leber, Pankreas und Rektum profitieren davon. Letztgenannte Gruppe erfordert ein aufwändiges Staging, wonach stadienbedingt entweder eine neoadjuvante Onkotherapie oder eine primäre Operation entschieden werden muss.

Wie wird die Organisation der neuen Station aussehen? Welche Zuweisungsmodalitäten ergeben sich für die zuweisenden Ärzte?

Organisatorisch werden die Patienten auf dieser interdisziplinären Abteilung durch ein verantwortliches Team, bestehend aus einem Gastroenterologen und einem Viszeralchirurgen, gemeinsam behandelt. Zudem können ein internistischer und ein viszeralchirurgischer Assistenzarzt ausgebildet werden. Die Zuweisungsmodalität für Ärzte ändert nicht. Patienten mit einer komplexen Magen-Darmerkrankung können einerseits auf die Notfallstation zugewiesen oder direkt über die Betten-disposition für die interdisziplinäre Magen-Darmabteilung angemeldet werden.

Bringt die neue Einrichtung auch ökonomische Vorteile?

Durch Optimierung der Prozesse und Reduktion der Schnittstellen können sicherlich auch Einsparungen erreicht werden.

Kontaktadressen

| | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| | Telefon / FAX |
| Telefonzeiten | Mo–Fr 8–12, 14–17 Uhr, übrige Zeit über Zentrale |
| Zentrale scs@claraspital.ch | 061 685 85 85 / 061 691 95 18 |
| Chirurgie | |
| Bettendispositionen | |
| Chirurgie | 061 685 84 79 / 061 685 84 66 |
| Orthopädie | 061 685 84 93 / 061 685 86 57 |
| Urologie | 061 685 85 23 / 061 685 82 61 |
| Tagesarzt Chirurgie | 061 685 80 20 / 061 685 82 47 |
| Aufnahmebüro (Kostengutsprachen, etc.) | 061 685 83 87 / 061 685 85 90 |
| Ambulatorium | 061 685 83 70 / 061 685 82 47 |
| Anmeldungen für Sprechstunden | |
| Allgemeinchirurgie | |
| Prof. Dr. M. von Flüe | 061 685 84 80 / 061 685 83 37 |
| PD Dr. Ch. Ackermann | 061 685 84 85 / 061 685 87 63 |
| Dr. R. Peterli | 061 685 84 84 / 061 685 84 81 |
| Dr. M.O. Guenin | 061 685 84 85 / 061 685 87 63 |
| Frau Dr. B. Kern | 061 685 84 84 / 061 685 84 81 |
| Frau Dr. I. Montali | 061 685 84 83 / 061 685 86 37 |
| Dr. U. Pfefferkorn | 061 685 84 83 / 061 685 86 37 |
| Anästhesie | 061 685 84 83 / 061 685 86 37 |
| Austrittsberichte | 061 685 84 83 / 061 685 86 37 |
| Orthopädie | |
| Dr. R. Mendelin | 061 685 84 93 / 061 685 86 57 |
| Dr. J. Skarvan | 061 685 84 90 / 061 685 86 57 |
| Urologie | |
| PD Dr. T. Zellweger | 061 685 85 23 / 061 685 82 61 |
| Dr. J. Moldenhauer | 061 685 85 23 / 061 685 82 61 |
| Physiotherapie | 061 685 83 90 / 061 685 89 93 |
| Stomaberatung | 061 685 86 65 / 061 685 86 59 |
| Telefonzeiten: | Mo – Fr 8.30 – 11.30 Uhr |
| Medizin | |
| Bettendisposition | 061 685 86 70 / 061 685 83 40 |
| Tagesarzt Medizin | 061 685 80 30 / 061 685 83 40 |
| Aufnahmebüro (Kostengutsprachen etc.) | 061 685 83 87 / 061 685 85 90 |
| Ambulatorium | 061 685 83 70 / 061 685 82 47 |
| Austrittsberichte | 061 685 87 83 / 061 685 83 40 |
| Anmeldungen für Sprechstunden | |
| Onkologie | |
| Prof. Dr. Ch. Ludwig | 061 685 84 70 / 061 685 83 47 |
| Dr. C. Knüsli | 061 685 84 75 / 061 685 83 86 |
| Frau Dr. C. Cescato | 061 685 81 74 / 061 685 81 72 |
| Frau Dr. N. Mutter | 061 685 81 74 / 061 685 83 66 |
| Dr. M. Buess | 061 685 83 68 / 061 685 85 94 |
| Onkologisches Ambulatorium | |
| Anmeldung | 061 685 81 74 / 061 685 81 72 |
| Auskünfte | 061 685 85 37 / 061 685 82 83 |
| Kardiologie | |
| Prof. Dr. B. Hornig | 061 685 83 80 / 061 685 89 97 |
| Dr. Ch. Grädel | 061 685 83 80 / 061 685 89 97 |
| Dr. Ch. Kohler | 061 685 83 80 / 061 685 89 97 |
| Gastroenterologie | |
| Dr. C. Lang | 061 685 84 76 / 061 685 84 58 |
| PD Dr. B. Meyer | 061 685 84 76 / 061 685 85 21 |
| Frau PD Dr. M. Thumshirn | 061 685 84 76 / 061 685 84 57 |
| Pneumologie | |
| Prof. Dr. M. Solèr | 061 685 84 73 / 061 685 84 69 |
| Dr. M. Schuurmans | 061 685 84 73 / 061 685 84 69 |
| Lungenfunktion | 061 685 84 74 / 061 685 84 67 |
| Bronchoskopie | 061 685 84 73 / 061 685 84 69 |
| Ernährungszentrum | |
| Prof. Dr. Th. Peters | 061 685 89 40 / 061 685 89 41 |
| Frau Dr. C. Cristoffel | 061 685 89 40 / 061 685 89 41 |
| Telefonzeiten: | Mo–Fr 8–12 Uhr |
| Palliativstation | |
| Frau Dr. E. Balmer | 061 685 84 75 / 061 685 83 86 |
| Frau Dr. S. Weibrecht | |
| Anmeldungen für Untersuchungen | |
| Radiologie/Röntgen | 061 685 82 85 / 061 685 85 79 |
| Telefonzeiten: | Mo–Fr 7.30–18 Uhr |
| Nuklearmedizin | |
| PD Dr. F. Jüngling | 061 685 82 50 / 061 685 82 55 |
| PET | 061 685 82 52 / 061 685 82 62 |
| Telefonzeiten: | Mo–Fr 8–17 Uhr |

Diverses

Computerunterstützter Qualitätsstandard in der Zytostatiktherapie

Mit der Einführung des Computerprogramms cato® wird durch Standardisierung und Interdisziplinarität die Sicherheit der Zytostatiktherapie verbessert.

Sicherheits- und Qualitätsanforderungen bei der Zytostatiktherapie stellen eine besondere Herausforderung dar. Im Rahmen einer Prozess- und Qualitätsoptimierung zur reibungslosen Zytostatiktherapie führt das Claraspital schrittweise das Programm cato® ein. cato® steht für «Computer Aided Therapy for Oncology» und ist ein Computerprogramm, welches die Zytostatiktherapie von der Verordnung über die Herstellung bis zur Verabreichung unterstützt.

Standardisierte Protokolle

Im Computerprogramm können Therapieprotokolle standardisiert hinterlegt werden. Die Erfassung, Ausarbeitung und Standardisierung der Protokolle erfolgt interdisziplinär durch eine Onkologin und eine Spitalapothekerin. Im Programm wird hinterlegt, welches Chemotherapeuticum und welche Begleitmedikamente zu welchem Zeitpunkt und in welcher Dosierung verabreicht werden müssen. Gleichzeitig werden wichtige Informationen wie Indikationen, Nebenwirkungen und andere Besonderheiten hinterlegt. Die Validierung und Freigabe der einzelnen Protokolle erfolgt von Prof. Christian Ludwig in Zusammenarbeit mit Onkologen, Apothekerinnen und Pflege.

Der verordnende Arzt kann als Programmierer ein Protokoll am PC aufrufen. Nach Eingabe patientenindividueller Parameter wie

Körpergewicht, Körpergrösse und Nierenfunktion wird die patientenindividuelle Dosis automatisch vorgeschlagen. Der Arzt kann die Dosis akzeptieren oder modifizieren.

Auftrag direkt an Apotheke

Zeitgleich erscheint in der Apotheke der Auftrag, die Chemotherapie herzustellen. Die elektronische Verordnung wird von der Apothekerin nochmals auf Plausibilität überprüft und zur Produktion freigegeben. Auch in diesem Schritt wird die Apothekenmitarbeiterin von cato® unterstützt und durch die Herstellung navigiert. So gibt das Programm zum Beispiel genau vor, welche Packungsgrösse eines Zytostatikums verwendet werden muss, wie viele ml des Zytostatikums einer Infusion beigefügt werden müssen und überprüft, ob die festgelegte Dosierungsgenauigkeit eingehalten wird. Falls dies nicht der Fall ist, wird der weitere Herstellungsvorgang blockiert. Im Hintergrund läuft eine umfassende Dokumentation, so dass jederzeit jede Manipulation nachvollziehbar ist. Auch im Verabreichungsschritt unterstützt cato® das Pflegepersonal. Es wird genau vorgegeben, zu welchem Zeitpunkt, in welcher Reihenfolge und über welche Zeitdauer Prämedikationen, Chemotherapien und Begleitmedikamente verabreicht werden müssen.

P. Strub, Dr. I. Brutsche
Dr. N. Mutter

Weiterbildung für Ärzte

Claraspital/Mehrzweckraum,

5. Stock:

Gastroenterologisches Kolloquium

Nächste Termine: 7.4.2008, 2.6.2008

Interdisziplinäre Fortbildung am

Claraspital

Mittwochmorgen 7.45 h

(Kaffee ab 7.30 h)

Nächste Termine:

12.3.2008: Minimal-invasive orthopädische

Eingriffe; Dr. R. Mendelin

2.4.2008: Hämorrhoiden: konservative und

operative Therapieoptionen; Dr. C. Lang /

Dr. M.-O. Guenin

16.4.2008: Nicht-pharmakologische Herz-

insuffizienztherapie; Prof. B. Hornig

14.5. 2008: Komplikationen in der

Onkologie: Rolle des Hausarztes;

Fr. Dr. C. Cescato / Dr. A. Dettwiler

28.5.2008: Mobilitäts-Assessment im Alter;

Prof. R. W. Kressig

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 17.15 – 17.45 h

Prof. Dr. Th. Peters / Prof. Dr. J. J. Staub.

Nächste Termine: Auf Anfrage

Personelles

Neuer Oberarzt Onkologie



Dr. Martin Andreas Buess

Am 1. April 2008 wird das onkologische Team des Claraspitals durch Dr. Martin Andreas Buess als Oberarzt verstärkt. Herr Buess hat eine breite Ausbildung sowohl in Innerer Medizin als auch in Onkologie. Innerhalb der Onkologie war er einerseits in der Grundlagenforschung tätig (mikrobiologisches Institut Basel, Departement Forschung, Universitätsspital Basel, sowie an der Stanford University, California, Department of Biochemistry). Andererseits arbeitete Herr Buess im Universitätsspital Basel als klinischer Onkologe, sowohl in der Funktion eines Assistenzarztes als auch eines Oberarztes. Er erhielt verschiedene Auszeichnungen für seine Forschungstätigkeit. Dr. Buess ersetzt Frau Dr. Silvia Hofer, die auf 1. März uns in Richtung Zürich verlässt, wo sie sich ganz der Neuroonkologie widmen können. Ihr Engagement für die Onkologie im Claraspital über viele Jahre sei an dieser Stelle herzlich verdankt.

Impressum

Herausgeber

St. Claraspital

Kleinriehenstrasse 30

Postfach

CH-4016 Basel

Telefon ++41 61 685 85 85

Fax ++41 61 691 95 18

scs@claraspital.ch

Konzeption, Prepress, Fotos

Swiss Professional Media AG – Rittmann

Redaktion

thomas.peters@claraspital.ch

beatrice.sonderegger@claraspital.ch

ralph.schroeder@rittmann.ch

Druck

Birkhäuser + GBC

© Nachdruck nur mit Nennung der Quelle