

## Neue Autoeinstellhalle für das Claraspital

Seit dem 1. Dezember verfügt das Claraspital über eine eigene Autoeinstellhalle mit 89 Parkplätzen für Patienten, Besucher und Mitarbeitende. Diese zusätzlichen Parkplätze reduzieren den Suchverkehr im Quartier und entlasten den öffentlichen Parkraum zugunsten der Anwohner.

Die Einstellhalle wurde im 2. und 3. Untergeschoss des Westtrakts des Claraspitals realisiert. Die Einfahrt liegt seitlich rechts neben dem Haupteingang. Die direkte Verbindung per Fahrstuhl von der Einstellhalle zur Radioonkologie und zum Haupteingang bietet unseren ambulanten Patienten und Besuchern kurze Wege und hohen Komfort. Die rollstuhlgängigen Parkplätze befinden sich unmittelbar neben dem Lift.

## Erweiterung der Spitalleitung

Das Claraspital rüstet sich im Hinblick auf die Strukturveränderungen im Gesundheitswesen für die Zukunft. Aus der Überprüfung unserer Abläufe unter Einbezug zahlreicher Mitarbeitender haben sich einige Verbesserungen, eine leichte Organisationsveränderung sowie eine Erweiterung der Spitalleitung auf sechs Personen ergeben.

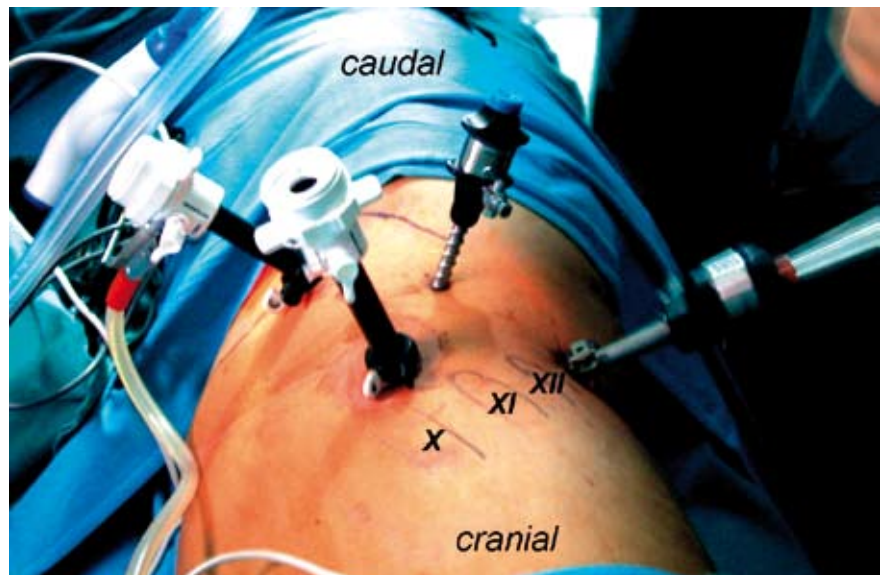
Organisatorisch ist das Claraspital neu in fünf Bereiche unterteilt: Chirurgische Klinik, Medizinische Klinik, Querschnittsbereich, Pflege und Hotellerie sowie Zentrale Dienste. Die Leiter der fünf Bereiche sind Mitglieder der Spitalleitung, wobei die Klinikleiter Prof. Christian Ludwig und Prof. Markus von Flüe sowie die Leiterin Pflege Sr. Maria Hollenstein ihre bisherigen Funktionen behalten. Dr. Peter Eichenberger bleibt Spitaldirektor. Er wird Vorgesetzter der Bereichsleiter. Leiter des Querschnittsbereichs wird Dr. Christian Looser, Leiter Zentrale Dienste Stephan Ebner. Die Neuorganisation tritt per 1.1.2009 in Kraft.

<b>Editorial</b>	<b>2</b>
<b>Interview</b>	<b>3</b>
Dr. med. Robin Ruszat	
<b>Diverses/Personelles</b>	<b>4</b>
<b>Kontaktadressen</b>	<b>4</b>

## Minimal-invasive Urologie am Claraspital

# Möglichkeiten der Laparoskopie in der Urologie

Der Trend zu minimal-invasiven Behandlungsverfahren in der Urologie ist unaufhaltsam. In vielen Kliniken ist die urologische Laparoskopie aus dem Alltag nicht mehr wegzudenken und findet ihre Anwendung bei Eingriffen im Retroperitoneum (Niere, Nebenniere und Harnleiter) und kleinen Becken (pelvine Lymphadenektomie, radikale Prostatektomie).



**Abbildung 1. Trokarpositionen bei der Retroperitoneoskopie. Der Patient befindet sich in Linksseitenlage. X., XI. und XII. Rippe sind markiert.**

Was verbindet perkutane Nephrolitholapaxie, Ureterorenoskopie und transurethrale Resektionen mit der Laparoskopie? In erster Linie handelt es sich um minimal-invasive Techniken, die zu einer deutlichen Senkung der Morbidität der entsprechenden Behandlung urologischer Krankheitsbilder geführt haben. Darüber hinaus sind es endoskopische Techniken. Als klassisches Beispiel gilt hier die transurethrale Prostataresektion (TURP), welche schon seit langem die offene Adenomenukleation als Standardtherapie der benignen Prostatohyperplasie abgelöst hat.

Überraschenderweise war zu Beginn das Interesse der Urologen an der Laparoskopie trotz Vertrautheit mit endoskopischen Operationsverfahren eher gering. Während die erste laparoskopische Cholezystektomie bereits 1985 durchgeführt wurde, kann die Einführung der pelvinen

Lymphadenektomie durch Schuessler im Oktober 1989 als Initialzündung für die Laparoskopie in der Urologie angesehen werden. Ein weiterer Meilenstein war die erste laparoskopische Nephrektomie, die Clayman 1990 in den USA durchführte.

### Anfängliche Schwierigkeiten

Wie ihre Geschwister transurethrale Resektion, perkutane Nephrolitholapaxie und Ureterorenoskopie hatte die Laparoskopie mit verschiedenen Problemen zu kämpfen. Zunächst standen technische Schwierigkeiten wie die Video- und Kamertechnologie, bipolare Blutstillung oder endoskopische Nahttechniken im Vordergrund, die mittlerweile überwunden sind. Ein weiteres Problem ist immer noch die Tatsache, dass den Urologen eine Einstiegsoperation wie

Fortsetzung Seite 2

## Editorial



### Liebe Kolleginnen und Kollegen

Schon liegt die letzte Ausgabe von Clara aktuell im Jahr 2008 vor. Sie ist der minimal-invasiven Urologie gewidmet. Mit Dr. Robin Ruzsat konnte unser Urologieteam um PD Dr. Tobias Zellweger mit einem in der laparoskopischen Urologie ausgewiesenen Kollegen ergänzt und verstärkt werden. Das Hauptthema dieser Ausgabe ist aus diesem Grund den Möglichkeiten der Laparoskopie in der Urologie gewidmet.

Dr. Ruzsat beschreibt die retroperitoneoskopische Technik sowie den Stellenwert der urologischen Laparoskopie bei benignen und malignen urologischen Erkrankungen. Insbesondere nimmt er auch Stellung zur endoskopischen radikalen Prostatektomie als minimal-invasive Alternative zur offenen retropubischen radikalen Prostatektomie. Im Interview beantwortet Dr. Ruzsat Fragen zu seinem Werdegang, zu seiner Motivation, am Claraspital zu arbeiten, und insbesondere zu seinen Zielen für die nächsten Jahre.

Nach der Einrichtung von Fachabteilungen wird per 1. Januar 2009 auch die Notfallstation interdisziplinär organisiert mit dem Ziel, Patienten und Zuweiser zeitgerecht und interdisziplinär kompetent zu bedienen sowie die Kommunikation mit den zuweisenden Kollegen zu optimieren. Der designierte Leiter unserer interdisziplinären Notfallstation Dr. Christoph Grädel beschreibt kurz das Konzept dieser neuen interdisziplinären Fachabteilung.

Ausserdem konnte Herr Prof. Burkart Hornig per 1. November 2008 die kardiologische Herzstation eröffnen.

Wir wünschen Ihnen nicht zu viel Endjahresstress und schon jetzt einige geruhige Feiertage. Insbesondere danken wir Ihnen ganz herzlich für das im Jahre 2008 in uns gesetzte Vertrauen.

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

## Möglichkeiten der Laparoskopie in der Urologie (Fortsetzung)

die laparoskopische Cholezystektomie in der Viszeralchirurgie fehlt. So standen am Beginn der urologischen Laparoskopie drei Eingriffe: die einfache Nephrektomie bei Schrumpfniere, die pelvine Lymphadenektomie und die Ligatur der V. spermatica bei Varikozele testis. Doch ähnlich den Anfangsproblemen der TURP erwiesen sich interessierte Urologen als sehr lernfähig, so dass bald auch komplexere Eingriffe wie die radikale Tumornephrektomie oder radikale Prostatektomie realisiert werden konnten.

### Stellenwert der urologischen Laparoskopie

Nach der Einführung und schrittweisen Etablierung laparoskopischer Operationstechniken in der Urologie mit reproduzierbaren Ergebnissen bei gutartigen Erkrankungen entwickelte sich die laparoskopische Technik zur Behandlung urologischer Krankheitsbilder zunächst eher zögerlich. Das Indikationsspektrum wurde zunächst für die benignen Indikationen exakt definiert. Zu den Standardindikationen gehören heute die Nephrektomie bei funktionsloser Niere oder maligner renaler Hypertonie, die plastische Korrektur einer Nierenbeckenabgangsenge, Nierenzystenmarsupialisation sowie Nephropexie bei Wanderniere.

Der Stellenwert der urologischen Laparoskopie bei der Behandlung urologischer Malignome ist durch die heutige Datenlage ebenfalls gefestigt. Diese zeigt für die radikale Tumornephrektomie bei T1-2-Nierenzellkarzinomen eine Gleichwertigkeit bezüglich des onkologischen Outcome. In den Leitlinien der europäischen Gesellschaft für Urologie wird seit kurzem die laparoskopische Tumornephrektomie als Alternative zur Schnittoperation bei T1-2-Nierenzellkarzinomen empfohlen. Für die Nierenteilresektion bei Tumoren < 4 cm mit günstiger Lokalisation zeichnet sich aufgrund der verbesserten technischen Möglichkeiten die gleiche Tendenz ab. Eine Übersicht über mögliche Indikationen für die Laparoskopie gibt Tabelle 1.

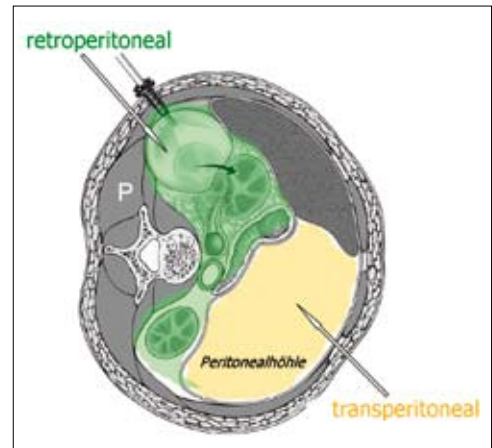


Abbildung 2. Transversaler Schnitt auf Höhe des Nierenhilus. Bei der Retroperitoneoskopie wird mittels eines Ballontrokars ein virtueller Raum geschaffen, der Operationen an Niere und Harnleiter ermöglicht.

### Transperitoneal oder retroperitoneal?

Ursprünglich wurden alle urologischen Laparoskopien transperitoneal – durch Anlegen eines klassischen Pneumoperitoneums – durchgeführt. Heute wird vermehrt die so genannte Retroperitoneoskopie angewendet. Der Unterschied der beiden Zugänge besteht im Wesentlichen in der topographischen Beziehung zum Peritoneum (Abbildung 2). Die Retroperitoneoskopie ist durch den direkten und schnellen Zugang ins Retroperitoneum und den Nierengefäßen (Abbildung 3) unter

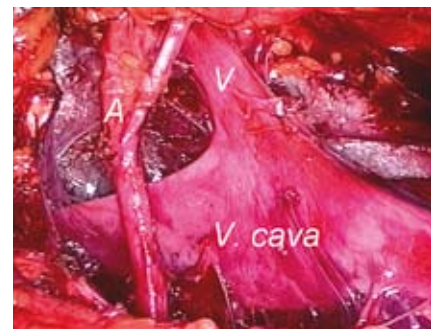


Abbildung 3. Präparierter Nierengefässstiel auf der rechten Seite. Die Vena cava läuft horizontal durch das Bild. (V) Vena renalis, (A) Arteria renalis.

Tabelle 1: Indikationen für die Laparoskopie und Retroperitoneoskopie

Indikation	Operation
Funktionslose Niere	(Tumor-)Nephrektomie
Maligne renale arterielle Hypertonie	
Nierenzellkarzinom (T1-2)	
Nierenzellkarzinom T1a, < 4cm (günstige Lokalisation, imperative Indikation)	Nierenteilresektion
Urothelkarzinom von Nierenbecken/Harnleiter (in Kombination mit offener distaler Ureterektomie)	Assistierte Nephroureterektomie
Nierenbeckenabgangsenge	Nierenbeckenplastik
Grosser Nierenbeckenstein > 2 cm	Pyelolithotomie
Ren mobilis (Wanderniere)	Nephropexie
(Rezidiv-) Varikozele testis	Varikozelektomie
Lokalisiertes Prostatakarzinom	Radikale Prostatektomie (ggf. mit pelviner Lymphadenektomie)

Umgehung der Peritonealhöhle charakterisiert. Ein postoperativer paralytischer Ileus kann dadurch verkürzt und in vielen Fällen sogar vermieden werden. Ein Ablösen des Colon ascendens bzw. descendens wie beim transperitonealen Zugang ist nicht notwendig. Es bestehen keine Interferenzen mit Verwachsungen und Darm, zudem ist das Risiko einer Verletzung von intraperitonealen Organen sehr gering. Der retroperitoneale Zugang macht Sinn, weil die urologischen Organe extraperitoneal liegen.

### Die Retroperitoneoskopie

Bei der Retroperitoneoskopie erfolgt der Eingriff in Seitenlage und 3-4 Trokare werden in der Flankenregion platziert, über die alle notwendigen Instrumente eingeführt werden können (Abbildung 1). Ein Flankenschnitt entfällt, wodurch postoperativ geringere Schmerzen und eine rasche Rekonvaleszenz resultieren. Eine zu entfernende Niere wird durch Erweiterung der Trokarinzision im Unterbauchbereich (vergleichbar mit «Blinddarmnarbe») entnommen.

Als besonders vorteilhaft erweist sich der retroperitoneoskopische Zugang zur Korrektur einer Nierenbeckenabgangsenge. Bei dem häufig bei jüngeren Menschen durchgeführten Eingriff kann ein grosser Flankenschnitt vermieden und ein optimales kosmetisches Ergebnis erreicht werden.

### Endoskopische radikale Prostatektomie

Erst 1998 konnte Guillonneau in Paris erfolgreich die endoskopische transperitoneale radikale Prostatektomie einführen und somit einen entscheidenden Meilenstein setzen. In den letzten Jahren wurde der transperitoneale Zugang grösstenteils von einem extraperitonealen Vorgehen abgelöst.

Zwischenzeitlich hat sich die endoskopische radikale Prostatektomie als minimal-invasive Alternative zur offenen retropubischen radikalen Prostatektomie etabliert. Verschiedene Vergleichsstudien konnten die Gleichwertigkeit der beiden Verfahren hinsichtlich funktioneller und onkologischer Resultate belegen. Das Verfahren wird wie die offene Variante zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms eingesetzt, wobei inzwischen keine technischen Kontraindikationen mehr vorliegen.

### Fazit

Nicht jeder Eingriff, der laparoskopisch denkbar ist, muss auch so gemacht werden. Ein konventionell offen durchgeführter Eingriff ist keineswegs mit «veraltet» gleichzusetzen. Aber für viele Indikationen ist die Laparo- und Retroperitoneoskopie als modernes, minimal-invasives Verfahren ein fester Bestandteil der urologischen Chirurgie geworden.

Dr. med. Robin Ruszat

## Interview mit Dr. Robin Ruszat



Dr. med. Robin Ruszat

### Herr Dr. Ruszat, was waren die Stationen Ihrer bisherigen beruflichen Laufbahn?

Nach dem Medizinstudium an den Universitäten Köln und Düsseldorf habe ich meine Ausbildung am Klinikum Leverkusen begonnen. Während dieser Zeit hatte ich bereits intensiven Kontakt zur laparoskopischen Urologie. Leverkusen war eins der ersten Zentren in Deutschland, das die laparoskopische radikale Prostatektomie als Standardverfahren in der Behandlung des Prostatakarzinoms etabliert hat. Anfang 2003 wechselte ich dann an das Universitätsspital Basel, wo ich meine Ausbildung zum Urologen abschloss. Hier konnte ich meine Erfahrungen in der Laparoskopie vertiefen und die Retroperitoneoskopie für Eingriffe an Niere und Harnleiter erlernen. Seit 2006 war ich am Unispital Basel als Oberarzt tätig.

### Was hat Sie zu einem Wechsel an ein kleineres Haus wie das Claraspital bewogen?

Den ersten Kontakt mit dem Claraspital hatte ich, als eine Person aus familiärem Kreise am Claraspital operiert wurde. Die äusserst menschliche und zuvorkommende Art aller Mitarbeitenden am Claraspital ist mir damals bereits sehr positiv aufgefallen. Das Claraspital bietet mir nun die Infrastruktur für eine qualitativ hochstehende, innovative und vor allem menschliche Patientenversorgung. Davon habe ich schon immer geträumt. Darüber hinaus stellt es für mich eine attraktive Aufgabe dar, die laparoskopische Urologie am Claraspital zu etablieren.

### Welche Vor- und Nachteile bietet die Laparoskopie gegenüber der offenen Chirurgie im urologischen Fachgebiet?

Durch die so genannte «Schlüssellochtechnik» können Flankenschnitte für die Niere oder Bauchschnitte für die Prostata vermieden werden. Das kosmetische Resultat ist deshalb günstiger. Laparoskopisch operierte Patienten haben häufig weniger Schmerzen und können rascher mobilisiert werden. Die körperliche Aktivität kann schneller wieder aufgenommen werden, Spitalaufenthalt und Arbeitsunfähigkeit werden reduziert. Nachteilig ist die steile Lernkurve für die anspruchsvolle Technik. Meist ist die Operationsdauer gegenüber offenen Eingriffen verlängert und die Kosten des endoskopischen Operierens sind höher. Durch den kürzeren Spitalaufenthalt und die raschere Arbeitsfähigkeit werden die höheren Kosten jedoch wieder kompensiert.

### Sind die onkologischen und funktionellen Resultate bei der Laparoskopie mit der offenen Operation vergleichbar?

Grosse Vergleichsstudien ergaben für die laparoskopische radikale Tumornephrektomie bei T1-2-Nierenzellkarzinomen eine Gleichwertigkeit bezüglich des onkologischen Outcome. Aufgrund der technischen Weiterentwicklung mit verbesserten Video-Systemen, neuen Koagulations- und Schneidinstrumenten und vereinfachten Nahttechniken sind auch Nierenteilresektionen bei kleinen (< 4 cm), peripher gelegenen Tumoren laparoskopisch möglich geworden. Erste Langzeitstudien zeigen, dass die onkologische Radikalität durch die Laparoskopie nicht kompromittiert wird.

Auch beim Prostatakarzinom konnte kein Nachteil bei der Radikalität gegenüber der offenen Prostatektomie nachgewiesen werden. Ein wichtiger Faktor bei der radikalen Prostatektomie sind die funktionellen Resultate (Kontinenz und Potenz). Auch hier konnte eine Gleichwertigkeit der beiden Verfahren gezeigt werden.

### Was sind Ihre Ziele für die nächsten Jahre?

Mein Ziel ist es, die urologische Abteilung am Claraspital unter der Führung von PD Tobias Zellweger mit den Methoden der laparoskopischen Urologie zu ergänzen und langfristig in der Region zu etablieren. Gemeinsam möchten wir unseren Patienten eine innovative Urologie bieten, die höchsten qualitativen Ansprüchen genügt.

## Kontaktadressen

	Telefon	/ FAX
<b>Telefonzeiten</b>	Mo–Fr 8–12, 14–17 Uhr, übrige Zeit über Zentrale	
<b>Zentrale</b>	061 685 85 85 / 061 691 95 18 sccs@claraspital.ch	
<b>Chirurgie</b>	Bettendispositionen	
<b>Chirurgie</b>	061 685 84 79 / 061 685 84 66	
<b>Orthopädie</b>	061 685 84 93 / 061 685 86 57	
<b>Urologie</b>	061 685 85 23 / 061 685 82 61	
<b>Tagesarzt Chirurgie</b>	061 685 80 20 / 061 685 82 47	
<b>Aufnahmebüro</b>	061 685 83 87 / 061 685 85 90 (Kostengutsprachen, etc.)	
<b>Ambulatorium</b>	061 685 83 70 / 061 685 82 47	
<b>Anmeldungen für Sprechstunden</b>		
<b>Allgemeinchirurgie</b>		
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	
Dr. Ph. Nett	061 685 84 84 / 061 685 86 81	
Frau Dr. L. Stoll	061 685 84 83 / 061 685 86 37	
<b>Anästhesie</b>	061 685 84 83 / 061 685 86 37	
Austrittsberichte	061 685 84 83 / 061 685 86 37	
<b>Orthopädie</b>		
Dr. D. Weber	061 685 84 90 / 061 685 86 57	
Dr. R. Mendelin	061 685 84 93 / 061 685 86 57	
<b>Urologie</b>		
PD Dr. T. Zellweger	061 685 85 23 / 061 685 82 61	
Dr. R. Ruszat	061 685 85 22 / 061 685 82 61	
Dr. J. Moldenhauer	061 685 85 24 / 061 685 82 61	
<b>Physiotherapie</b>	061 685 83 90 / 061 685 89 93	
<b>Stomaberatung</b>	061 685 86 65 / 061 685 86 59	
Telefonzeiten:	Mo – Fr 8.30 – 11.30 Uhr	
<b>Medizin</b>		
Bettendisposition	061 685 86 70 / 061 685 83 40	
<b>Tagesarzt Medizin</b>	061 685 80 30 / 061 685 83 40	
<b>Aufnahmebüro</b>	061 685 83 87 / 061 685 85 90 (Kostengutsprachen etc.)	
<b>Ambulatorium</b>	061 685 83 70 / 061 685 82 47	
Austrittsberichte	061 685 87 83 / 061 685 83 40	
<b>Anmeldungen für Sprechstunden</b>		
<b>Onkologie</b>		
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	
PD Dr. M. Buess	061 685 83 68 / 061 685 85 94	
Frau Dr. T. Nothhelfer	061 685 81 74 / 061 685 83 66	
<b>Onkologisches Ambulatorium</b>		
Anmeldung	061 685 81 74 / 061 685 81 72	
Auskünfte	061 685 85 37 / 061 685 82 83	
<b>Radioonkologie</b>		
Prof. Dr. W. Harms	061 685 82 00 / 061 685 82 25	
Frau Dr. B. Asadpour	061 685 82 00 / 061 685 82 25	
<b>Kardiologie</b>		
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	
<b>Gastroenterologie</b>		
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	
<b>Pneumologie</b>		
Prof. Dr. M. Solèr	061 685 84 73 / 061 685 84 69	
Dr. L. Joos	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	
<b>Ernährungszentrum</b>		
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	
<b>Palliativstation</b>		
Frau Dr. E. Balmer	061 685 84 75 / 061 685 83 86	
Frau Dr. S. Weibrecht	061 685 84 75 / 061 685 83 86	
<b>Anmeldungen für Untersuchungen</b>		
<b>Radiologie/Röntgen</b>	061 685 82 85 / 061 685 85 79	
Telefonzeiten:	Mo–Fr 7.30–18 Uhr	
<b>Nuklearmedizin</b>		
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

### Die interdisziplinäre Notfallstation

Ungefähr ein Drittel der stationären Eintritte im Claraspital erfolgen ungeplant über unsere Notfallstation. Die Anzahl der dort betreuten ambulanten und stationären Patienten hat in den letzten Jahren stetig zugenommen, seit 2005 um fast 20 Prozent.

Es war nie unser Ziel und wird es auch weiterhin nicht sein, ambulante, «zulaufende» Patienten aktiv zu umwerben (im Sinne einer Poliklinik oder «Notfallpraxis»), sondern wir wollen in erster Linie unseren zuweisenden Ärzten für dringliche ambulante Dienste und stationäre Aufnahmen zur Verfügung zu stehen.

Die gute Betreuung der Notfallpatienten und die rasche und effiziente Aufnahme stationärer Notfallaufnahmen werden zunehmend anspruchsvoll und wichtig. Mit der anstehenden Umstellung auf Fallpauschalen und der Einführung von Fachabteilungen am Claraspital werden die Anforderungen an Eintrittsuntersuchungen und an die Triage auf der Notfallstation steigen. Um diesen Herausforderungen Rechnung zu tragen, wird nun unser Notfallbetrieb per 1. Januar 2009 neu organisiert. Ziel war es, unter Beibehaltung des bewährten

und engagierten Pflorgeteams vor allem die ärztliche Führung, Präsenz und Kontinuität zu verstärken. Neu wird deshalb die interdisziplinäre Notfallstation von einem Leitenden Arzt geführt. Gleichzeitig wurde die Funktion eines Spitalfacharztes der Notfallstation geschaffen und mit 150 Stellenprozent dotiert. Die Spitalfachärzte werden während der Hauptarbeitszeit den Notfallbetrieb leiten, die der Notfallstation zugeordneten Assistenzärzte der Medizin und Chirurgie bei der Betreuung der ambulanten und stationären Notfallpatienten anleiten und unterstützen. Im Zentrum steht für unser Team eine rasche, angenehme und effiziente Untersuchung der Patienten und – in Zusammenarbeit mit den Fachspezialisten der Chirurgie und Medizin – die korrekte Triage innerhalb des Hauses.

Die Leitung der Notfallstation übernimmt Dr. Christoph Grädel. Zusammen mit dem von Anna-Maria Geppert geleiteten Pflorgeteam freuen wir uns auf die herausforderungsreiche Zeit und sind überzeugt, unseren Patienten und Zuweisern gute und rasche Dienstleistungen anbieten zu können.

Dr. Christoph Grädel



Die interdisziplinäre Notfallstation im Claraspital.

### Herzstation eröffnet

Im Rahmen des Projekts «Fachabteilungen» wurde am 1. November 2008 die kardiologische «Herzstation» eröffnet. Seither stehen für die Behandlung und Überwachung von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen 20 Betten auf zwei nebeneinander liegenden Stationen zur Verfügung. Wie Prof. Dr. B. Hornig, der Leiter der Abteilung Kardiologie im Claraspital erläutert, können die Patienten in ihren Zimmern mit modernen, mobilen Moni-

toren in Kombination mit einer zentralen Überwachungseinheit im Stationszimmer nach kardiologischen Eingriffen überwacht werden. Das Pflegepersonal und das Ärzteteam der Herzstation sind speziell für die Betreuung und Überwachung von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen trainiert. Somit können diese Patienten mit grösstmöglicher Sicherheit und gleichzeitig dem Komfort des «vertrauten» Zimmers im Claraspital betreut werden.

## Personelles

### Neuer Oberarzt Anästhesie



Ab 1. Januar 2009 wird Dr. Harald Schepperle neu als Oberarzt Anästhesie am Claraspital tätig sein. Dr.

Schepperle hat nach einem Studium an der Universität Freiburg seine Ausbildung zum Anästhesisten und Schmerztherapeuten am KKH Lörrach und Universitätsklinikum Basel absolviert. Nach langjähriger Tätigkeit als anästhesiologischer Oberarzt, dem Aufbau des Regionalen Schmerzzentrums Lörrach sowie als Mitverantwortlicher bei der Reorganisation des Notarztsystems im Landkreis Lörrach übernimmt er seine neue Position am Claraspital Anfang des nächsten Jahres.

### Neue Oberärztin Pneumologie



PD Dr. Ladina Joos Zellweger hat am 1. November ihre Tätigkeit als neue Oberärztin Pneumologie am

Claraspital aufgenommen. In Riehen aufgewachsen absolvierte sie ihr Medizinstudium in Basel. Ihre internistische Weiterbildung führte sie über die Ostschweizer Spitäler Münsterlingen und St. Gallen. Es folgte ein zweijähriger Forschungsaufenthalt in Vancouver (Kanada). Nach ihrer Rückkehr 2001 absolvierte sie eine Weiterbildung an der Pneumologischen Klinik des Unispitals Basel, wo sie zuletzt als Oberärztin tätig war und 2006 habilitierte.

### Impressum

#### Herausgeber

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

#### Konzeption, Prepress, Fotos

Swiss Professional Media AG – Rittmann

#### Redaktion

thomas.peters@claraspital.ch  
beatrix.sonderegger@claraspital.ch  
ralph.schroeder@rittmann.ch

#### Druck

Birkhäuser + GBC  
© Nachdruck nur mit Nennung der Quelle