

Ambulantes Gesundheitszentrum in Riehen

Zum Jahreswechsel soll in Riehen ein nahtloser Übergang vom ambulanten Angebot des bisherigen Gemeindespitals zum neuen ambulanten Gesundheitszentrum AGeZ gewährleistet sein. Das Claraspital hat sich entschieden, diesen Prozess aktiv zu unterstützen. Dabei war es uns ein Anliegen, nur subsidiär in Erscheinung zu treten. Das örtliche Angebot an Hausärztinnen und Hausärzten und weiteren ambulanten Leistungserbringern soll nicht konkurrenziert werden. Unser Engagement wird sich deshalb prioritär auf Spezialsprechstunden der in Riehen verankerten Orthopäden Dr. Rolf Kernen und Dr. Katja Jaeggi, des Allgemeinchirurgen Dr. Rolf von Aarburg sowie des Urologen Dr. Jörg Moldenhauer konzentrieren. Diese Spezialärzte werden einfachere ambulante Eingriffe wenn möglich direkt vor Ort durchführen.

Auch für den Röntgenbetrieb wurden wir angefragt. Das Radiologie-Team des Claraspitals wird dieser Aufgabe gerne nachkommen, voraussichtlich jedoch in weniger grossem Umfang als bisher.

Im Hintergrund wird auch unsere Notfallstation bereit stehen. Als «back-up» soll diese unkompliziert tagsüber aber auch nachts am Standort Kleinriehenstrasse grössere Notfälle aufnehmen können. Wir hoffen fest, dass der nächtliche Notfall vor Ort durch die örtlichen Hausärzte organisiert werden kann. Als Spital an der Kleinriehenstrasse sehen und fühlen wir uns verpflichtet, der Riehener Bevölkerung und Zuweisern unsere Dienste zu offerieren und in die Lücke des bald geschlossenen Gemeindespitals zu springen.

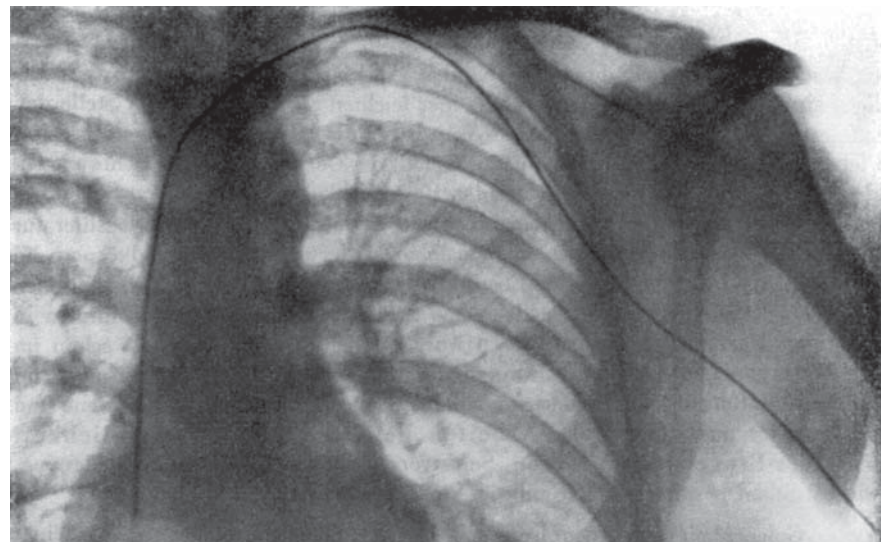
Dr. Peter Eichenberger

| | |
|-----------------------------|----------|
| Editorial | 2 |
| Interview | 3 |
| Prof. Dr. Burkhard Hornig | |
| Diverses/Personelles | 4 |
| Weiterbildung | 4 |
| Kontaktadressen | 4 |

Die Entwicklung der invasiven Kardiologie

Eine Erfolgsgeschichte

Herz-Kreislaferkrankungen sind in allen Industrienationen mit ca. 50 % der Todesfälle die häufigste Todesursache. Darüber hinaus sind die mit Herz-Kreislaferkrankungen assoziierten Beschwerden weitverbreitet, was entsprechend häufig zu ambulanten und stationären Abklärungen und Behandlungen führt. Vor diesem Hintergrund sind die Entwicklungen der modernen Kardiologie zu bewerten, die mit wenig belastenden, minimal-invasiven Methoden Behandlungschancen für viele betroffene Patienten bieten.



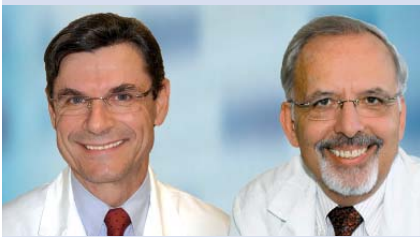
Historische Aufnahme des Selbstversuchs von Werner Forssmann aus dem Jahr 1929

Die Geschichte der invasiven Kardiologie beginnt mit dem bahnbrechenden Selbstversuch von Werner Forssmann, der 1929 eine Herzkatheteruntersuchung an sich selber durchführte, indem er unter Durchleuchtungskontrolle einen urologischen Katheter von der Ellenbeugen-Vene bis ins rechte Herz vorschob und die korrekte Positionierung mittels Röntgendarstellung dokumentierte. Für diese Pioniertat wurde ihm 1956 der Nobelpreis für Medizin verliehen. Seither ist die Herzkatheteruntersuchung zum Goldstandard für die Diagnostik und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen geworden. Der nächste «Paukenschlag» fand 1977 statt, als Andreas Grüntzig in Zürich die erste Ballondilatation (Perkutane Transluminale Coronarangioplastie = PTCA) einer stenotierten Herzkranzarterie bei einem 38-jährigen Patienten mit Hauptstammstenose erfolgreich durchführte. Dieser Patient ist nach wie vor wohlauf. Ab diesem Zeitpunkt trat

die PTCA einen Siegeszug um die Welt an und entwickelte sich von einer experimentellen, hochspezialisierten und nur wenigen Zentren vorbehaltenen Spitzentechnologie hin zur Standardtherapie der koronaren Herzkrankheit (KHK) im Sinne einer erweiterten Grundversorgung, die in Industrienationen flächendeckend zur Verfügung steht. Ein weiterer Meilenstein war 1987 die Etablierung des Koronarstents durch Ulrich Sigwart. Auch diese Weiterentwicklung der katheterbasierten Therapie der KHK verbreitete sich in Windeseile weltweit. Die grossen Vorteile der Stentimplantation gegenüber der alleinigen PTCA sind einerseits die deutliche Reduktion der Restenoserate im Bereich der behandelten Koronararterie von etwa 30 % auf 15 % sowie andererseits die Erhöhung der Behandlungssicherheit, da eine durch die PTCA

Fortsetzung Seite 2

Editorial



Liebe Kolleginnen und Kollegen

Schon naht das Ende des Jahres 2009 und wir freuen uns, Ihnen die letzte Ausgabe von ClaraAktuell in diesem Jahr überreichen zu dürfen.

Das Hauptthema betrifft die invasive Kardiologie. Prof. Dr. Hornig präsentiert in einer spannenden Zusammenfassung ihre Erfolgsgeschichte. Er vermittelt die eindrücklichen Resultate der modernen Stents und die hohe Bedeutung der Thrombozytenaggregation. Die Indikationen der einzelnen Aggregationshemmer und die Zeitdauer der Therapie werden ausführlich thematisiert. Die Erfahrungen am Claraspital sowie die Abläufe bei elektiven Patienten als auch bei Notfällen mit akutem Koronarsyndrom sind beschrieben.

Abschliessend nimmt Prof. Dr. Hornig in einem Interview Stellung zu Notwendigkeit und Vorteilen eines eigenen Herzkatheterlabors und macht eine kurze Rückschau auf die vergangenen fünf Jahre der Zusammenarbeit mit dem Team des Universitätsspitals Basel.

Ein weiteres Thema betrifft die Kooperation mit dem ambulanten Gesundheitszentrum in Riehen, die durch Dr. Peter Eichenberger kurz vorgestellt wird.

Mit dem Jahresende naht leider auch die Pensionierung unserer lieben Sr. Maria Hollenstein, die uns als Leiterin des Pflegedienstes und als Kollegin in der Spitalleitung während der letzten Jahre in Freundschaft tatkräftig begleitet hat.

Nun wünschen wir Ihnen ein gutes Jahresende und Ihnen und Ihren Familien einige geruhsame Feiertage.

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

Eine Erfolgsgeschichte (Fortsetzung)

verursachte Koronardissektion mit dem Risiko eines Verschlusses der Koronararterie nun mittels Stentimplantation mit stabilem Endresultat behandelt werden kann. Die Entwicklung des Koronarstents war somit indirekt auch eine Voraussetzung dafür, dass die PTCA/Stentimplantation auch in Kliniken ohne eigene Herzchirurgie sicher durchgeführt werden kann. Ab Anfang der 90er Jahre etablierte sich die schnell und relativ einfach durchführbare Akut-PTCA mit Stentimplantation als Therapie der Wahl bei Patienten mit akutem Herzinfarkt, weil diese Behandlung neben der raschen Beschwerdefreiheit und Stabilisierung des Patienten zu einer Senkung der Herzinfarkt-Mortalität führt – dies ohne das Blutungsrisiko der Lysetherapie. Die nächste wesentliche Weiterentwicklung war die Etablierung von Medikamenten-freisetzenden Stents (Drug Eluting Stents=DES) als Ergänzung zu den bis dahin ausschliesslich verfügbaren unbeschichteten Metallstents (Bare Metal Stents=BMS). Der grosse Vorteil der DE-Stents ist die Reduktion des Restenoserisikos auf ca. 5 % gegenüber ca. 15 % mit dem BM-Stent. Diese Wirkung wird durch die Freisetzung von wachstumshemmenden Medikamenten (u.a. Tacrolimus, Sirolimus) aus dem mit einem Polymer beschichteten DE-Stent erreicht, die ausschliesslich lokal wirken und so an der behandelten Stelle eine überschüssige Narbenbildung verhindern. In der Schweiz werden bei etwa zwei Dritteln der Patienten DE-Stents implantiert, ein Drittel der Patienten erhält einen BM-Stent. Der Einsatz von BM-Stents hat nicht nur Kosten- (BMS ca. 1200 CHF; DES ca. 2300 CHF), sondern klinische und anatomische Gründe. Kurze Stenosen (<12 mm) in kaliberstarken Herzkranzarterien (>3.0 mm Diameter) haben auch bei der Behandlung mit einem BMS nur ein geringes Restenoserisiko, sodass die Therapie mit einem BMS kosteneffizient ist. Der Vorteil der DE-Stents in Bezug auf das Restenoserisiko kommt insbesondere in klinischen oder anatomischen Situationen zum Tragen, die mit einem erhöhten Restenoserisiko assoziiert sind. Dies ist der Fall bei langen Stenosen (>15 mm), kleinkalibrigen Gefässen (<3.0 mm Diameter), Patienten mit Diabetes mellitus oder koronarer Mehrgefässerkrankung.

Thrombozytenaggregations-Hemmung

In der Sekundärprävention der KHK ist die Hemmung der Thrombozytenaggregation mit Aspirin 100 mg/d seit vielen Jahren etabliert. Aspirin (Acetylsalicylsäure) hemmt irreversibel die thrombozytäre Cyclooxygenase, sodass die Aggregationsfähigkeit der Thrombozyten stark eingeschränkt ist. Mit der Etablierung der koronaren Stentimplantation tauchte trotz Aspirin-Therapie ein neues Krankheitsbild auf,



Einblick in das neue Herzkatheterlabor des Claraspitals

die Stentthrombose, zu der es Stunden, Tage oder Wochen nach der Implantation kommen kann. Die Ursache dieser potenziell lebensbedrohlichen Komplikation ist, dass es drei bis vier Wochen dauert, bis ein BM-Stent endothelialisiert ist. Erst mit der Etablierung der dualen Plättchenhemmung für vier Wochen konnten diese frühen Stentthrombosen verhindert werden. Die Kombination von Aspirin 100 mg/d mit Plavix 75 mg/d (Clopidogrel; hemmt die Adenosin-Rezeptor vermittelte Thrombozytenaktivierung) stellt zurzeit den Goldstandard dar. Mit dem Einsatz der DE-Stents tauchte das Problem der späten Stentthrombose auf, d.h. erst viele Monate nach Implantation. Die Ursache ist, dass die vom DE-Stent freigesetzten wachstumshemmenden Substanzen auch die Endothelialisierung des DE-Stents stark verzögern. Es ist das Verdienst der Basler Kardiologen um Christoph Kaiser und Matthias Pfisterer, dass die Bedeutung dieses Krankheitsbildes weltweit bekannt wurde. Die Konsequenz ist, dass Patienten nach DE-Stentimplantation für mehr als zwölf Monate mit Clopidogrel 75 mg/d plus Acetylsalicylsäure 100 mg/d behandelt werden müssen. Das bedeutet auch, dass ein vorzeitiges Absetzen von Clopidogrel z.B. im Rahmen einer Operation für den Patienten lebensgefährlich werden kann und deswegen nicht möglich ist. Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass Heparin keine Alternative darstellt, da Heparin die plasmatische Gerinnung inhibiert, nicht jedoch die Thrombozytenaggregation. Patienten mit symptomatischer KHK, bei denen eine baldige Operation erforderlich ist, sollten deswegen mit BM-Stents revaskularisiert werden, sodass Clopidogrel bereits nach vier

Wochen wieder abgesetzt werden kann. Neue Daten zur Akut-PTCA mit Stentimplantation beim Herzinfarkt (STEMI) konnten zeigen, dass die Kombinationsbehandlung von Aspirin cardio mit Efient (Prasugrel), einem neu entwickelten Thrombozytenaggregationshemmer, der Kombination von Aspirin cardio mit Clopidogrel sogar überlegen ist. Unter der Therapie mit Prasugrel kam es seltener zu erneuten kardiovaskulären Ereignissen, allerdings auch häufiger zu Blutungskomplikationen. Ob Prasugrel die neue Standardtherapie nach PTCA mit Stentimplantation wird, insbesondere auch bei elektiven Eingriffen, ist deswegen zum jetzigen Zeitpunkt noch unklar.

Erfahrungen des Claraspitals

Im Claraspital werden in der Kardiologie traditionell Patienten mit allen kardiovaskulären Krankheitsbildern behandelt, die eine nicht-invasive oder invasive Diagnostik und Therapie benötigen. Seit 2004 werden durch die Kardiologen des Claraspitals pro Jahr etwa 500 diagnostische Herzkatheteruntersuchungen und bei etwa 300 bis 330 Patienten PTCA/Stentimplantationen durchgeführt. Diese Untersuchungen wurden bisher im Universitätsspital Basel (USB) getätigt. Ab Januar 2010 werden diese Eingriffe im neu eingerichteten Herzkatheterlabor des Claraspitals vorgenommen, sodass die Patiententransporte ins USB und zurück entfallen. Diese Prozeduren werden sowohl bei elektiven Patienten als auch bei Notfällen mit akutem Koronarsyndrom durchgeführt. Da diese Eingriffe im Claraspital nur von zwei Kardiologen (Prof. Dr. Hornig und Dr. Kohler) durchgeführt werden, ist der «case load» pro Untersucher – ein international anerkanntes Qualitätsmerkmal – hoch im Vergleich zu anderen Kliniken. Alle Patienten werden nach der Herzkatheteruntersuchung auf der Herzstation von einem speziell auf die Betreuung von Herzkranken trainierten Pflege team überwacht. Sie hat 17 Betten und wird nach dem modernen Konzept einer «Brückenstation» betrieben. Das bedeutet, dass z.B. ein Patient mit akutem Koronarsyndrom mit notfallmässiger PTCA/Stentimplantation von Anfang an in «seinem» Zimmer mit allem verfügbarem Komfort monitorisiert und nach Abschluss der Überwachungsphase im selben Zimmer bis zum Austritt vom gleichen, hochspezialisierten Ärzte- und Pflege team betreut werden kann. Dieses Angebot wird von den Patienten sehr geschätzt, da so der Wechsel in der Betreuung zwischen verschiedenen Teams sowie ein Aufenthalt auf der Intensivstation in den meisten Fällen vermieden werden kann. Für instabile Schwerstkranke steht natürlich jederzeit die modern ausgerüstete Intensivstation zur Verfügung. Prof. Dr. Burkhard Hornig

Interview mit Prof. Dr. Burkhard Hornig



Prof. Dr. Burkhard Hornig

Seit wann werden Herzkatheteruntersuchungen und PTCA/Stentimplantationen im Claraspital durchgeführt?

Seit Juli 2004 werden diese Eingriffe nahezu täglich von Dr. Kohler und mir an den Patienten des Claraspitals durchgeführt. Bis Ende 2009 werden die Herzkatheteruntersuchungen von uns noch in den Räumen des Universitätsspitals Basel durchgeführt, ab Januar 2010 im neu gebauten Herzkatheterlabor des Claraspitals.

Was sind die wesentlichen Vorteile eines eigenen Herzkatheterlabors?

Die kostspieligen und zeitaufwändigen Transporte von ca. 500 Patienten pro Jahr aus dem Claraspital (SCS) ins Universitätsspital (USB) und retour entfallen. Dies stellt für unsere Patienten eine grosse Verbesserung des Ablaufs dar. Insbesondere Notfälle mit Akutem Koronarsyndrom können jetzt ohne zusätzlichen Transport und ohne Zeitverzögerung behandelt werden. Bisher haben wir das Routine-Koroprogramm von 14.30h bis 19h im USB durchgeführt, sodass unsere Patienten erst spät ins SCS zurückgekommen sind. Das hatte zur Folge, dass zusätzliches Pflegepersonal bereitgestellt werden musste, um die spät zurückkehrenden Patienten in Empfang nehmen zu können. Ein Vorteil für uns Kardiologen ist, dass wir ab Januar gleich morgens mit unseren Herzkatheteruntersuchungen beginnen können, und zudem innerhalb des SCS jederzeit gut erreichbar sind. Die Planung des Tagesablaufs wird wesentlich erleichtert, da wir ab Januar auch die Implantationen von Herzschrittmachern und Defibrillatoren in unserem eigenen Raum durchführen können und nicht mehr darauf warten müssen, dass der Multifunktionsraum der Radiologie verfügbar ist.

Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit dem Team des Universitätsspitals Basel empfunden?

Die Zusammenarbeit mit dem Assistenzpersonal des Herzkatheterlabors des USB war durch Professionalität, Offenheit und Freundlichkeit geprägt, was die Behandlung der Routinepatienten sowie der Notfälle im Rahmen meiner Teilnahme am Pikett-Dienst (Akut-PTCA bei Herzinfarkt-Patienten) angenehm gemacht hat. Explizit danken möchte ich dem Team um Frau Holler für das jahrelange Engagement zugunsten der Patienten des SCS und die wertvolle Unterstützung von Dr. Kohler und mir bei unserer Arbeit. Die Zusammenarbeit mit unseren ärztlichen Kollegen ist überwiegend angenehm und geprägt von gegenseitiger Wertschätzung verlaufen. Leider haben öffentliche Äusserungen einzelner Kollegen im Zusammenhang mit dem Thema «eigene Herzkatheterlabors für das Kantonsspital Liestal und das Claraspital» zu einer Belastung des Gesprächsklimas geführt. Für eine Entspannung dieser Situation und für eine gute regionale Zusammenarbeit in der Kardiologie werde ich mich auch weiterhin einsetzen.

Wird die klassische, brustkorberöffnende Herzchirurgie wegen der Fortschritte in der invasiven Kardiologie in Zukunft nicht mehr benötigt?

Doch, das wäre ein grosses Missverständnis. Eine starke und innovative Herzchirurgie wird auch weiterhin benötigt. Der Herzchirurg ist ein sehr enger Partner der Kardiologen, und ich bin sehr froh um die wertvolle und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der Herzchirurgie des Universitätsspitals Basel unter der Leitung von Prof. Dr. Friedrich Eckstein. Deswegen findet auch wöchentlich ein gemeinsames kardiologisch-kardiologisches Kolloquium im SCS statt, um gemeinsam die OP-Indikationen für unsere Patienten festzulegen.

Was war für Sie bemerkenswert im Rückblick über die vergangenen fünf Jahre?

Es gibt natürlich eine Reihe besonderer Erinnerungen. Was mich persönlich sehr beeindruckt hat, war die freundliche und professionelle Arbeit der Mitarbeiter der Sanität Basel, die in den vergangenen fünf Jahren mehr als 2500 Patienten nach der Herzkatheteruntersuchung aus dem USB zurück ins SCS transportiert haben, ohne dass ein Problem während des Transportes aufgetreten ist. Hierfür möchte ich mich besonders bedanken.

Herr Professor Hornig, vielen Dank für das Gespräch.

Kontaktadressen

| | Telefon | / FAX |
|--------------------------------------|---|-------|
| Zentrale | 061 685 85 85 / 061 691 95 18 | |
| Notfall | | |
| Spitalfachärztin | 061 685 83 33 / 061 685 82 47 | |
| Anmeldung Notfälle | Mo – Fr 8.00 – 18.00 Uhr übrige Zeit | |
| Tagesarzt Chirurgie | 061 685 80 20 / 061 685 82 47 | |
| Tagesarzt Medizin | 061 685 80 30 / 061 685 83 40 | |
| Telefonzeiten | Mo – Fr 8.00 – 18.00 Uhr übrige Zeit über Zentrale | |
| Bettendisposition | | |
| Viszeralchirurgie | 061 685 84 79 / 061 685 84 66 | |
| Orthopädie/Traumatologie | 061 685 84 93 / 061 685 86 57 | |
| Urologie | 061 685 85 23 / 061 685 82 61 | |
| Medizin | 061 685 86 70 / 061 685 83 40 | |
| Informationen | | |
| Austrittsberichte Chirurgie | 061 685 84 83 / 061 685 86 37 | |
| Austrittsberichte Medizin | 061 685 87 83 / 061 685 83 40 | |
| Kostengutsprachen, etc. | 061 685 83 87 / 061 685 85 90 | |
| Diagnostik/Therapie | | |
| Radiologie/Röntgen | 061 685 82 85 / 061 685 85 79 | |
| Nuklearmedizin/PET/CT | 061 685 82 52 / 061 685 82 62 | |
| Physiotherapie | 061 685 83 90 / 061 685 89 93 | |
| Chirurgie | | |
| Viszeralchirurgie | | |
| 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 31 / 061 685 87 64 | |
| Frau Dr. B. Kern | 061 685 84 32 / 061 685 84 60 | |
| Dr. R. von Aarburg | 061 685 84 31 / 061 685 87 64 | |
| Stomaberatung | 061 685 86 65 / 061 685 86 59 | |
| Orthopädie/ Traumatologie | | |
| Dr. D. Weber | 061 685 84 90 / 061 685 86 57 | |
| Dr. R. Mendelin | 061 685 84 93 / 061 685 86 57 | |
| Frau Dr. K. Jaeggi | 061 685 84 11 / 061 685 86 57 | |
| Urologie | | |
| PD Dr. T. Zellweger | 061 685 85 23 / 061 685 82 61 | |
| Dr. R. Ruzsat | 061 685 85 22 / 061 685 82 61 | |
| Dr. J. Moldenhauer | 061 685 85 24 / 061 685 82 61 | |
| Anästhesie | 061 685 84 83 / 061 685 86 37 | |
| IPS | 061 685 85 65 / 061 685 82 49 | |
| Medizin | | |
| Onkologie | | |
| Prof. Dr. Ch. Ludwig | 061 685 84 70 / 061 685 83 47 | |
| Dr. C. Knüsli | 061 685 84 75 / 061 685 83 86 | |
| PD Dr. M. Buess | 061 685 84 75 / 061 685 85 94 | |
| Frau Dr. C. Cescato | 061 685 84 39 / 061 685 85 91 | |
| Frau Dr. T. Nothhelfer | 061 685 84 39 / 061 685 85 91 | |
| Onkologisches Ambulatorium | 061 685 81 74 / 061 685 81 72 | |
| Radioonkologie | | |
| Prof. Dr. W. Harms | 061 685 82 00 / 061 685 82 25 | |
| Frau Dr. B. Asadpour | 061 685 82 00 / 061 685 82 25 | |
| 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 | |
| PD Dr. L. Joos | 061 685 84 73 / 061 685 84 69 | |
| Dr. P. Gerber | 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. Christoffel | 061 685 89 40 / 061 685 89 41 | |
| Palliativstation | | |
| Frau Dr. E. Balmer | 061 685 84 75 / 061 685 83 86 | |
| Frau Dr. S. Weibrecht | 061 685 84 75 / 061 685 83 86 | |

Personelles

Abschied von Sr. Maria Hollenstein



Ende 2009 geht unsere Pflegedienstleiterin und Mitglied der Spitalleitung, Sr. Maria Hollenstein, nach beinahe 17 Jahren im Claraspital in Ruhestand. Sr. Maria engagierte sich ihr ganzes berufliches Leben für die Pflege. Nach

Stationen in Bern im Viktoria- und im Inselehospital, bei uns im Claraspital, im St. Galler Kantons- und im Churer Kreuzspital sowie diversen ergänzenden Managementausbildungen nahm Sr. Maria am 3. Mai 1993 ihre Arbeit im Claraspital auf. In den vielen Jahren standen neben den Patienten und ihren Leitungs- und Führungsaufgaben immer auch die Pflegenden im Mittelpunkt ihrer Aufmerksamkeit. Sr. Maria hat im Claraspital die Pflegeentwicklung mit all den Themen, die unseren Patienten zugute kommen, aufgebaut und das Konzept für den Pflegestandard unseres Hauses wie auch eine systematische Leistungserfassung entwickelt und

eingeführt. Viel Wert hat sie auf eine realitätsnahe Fort- und Weiterbildung der Pflege gelegt. Wichtig war ihr auch die Ausbildung von Pflegenden und entsprechend gross ihr Einsatz bei der Umsetzung der Ausbildungsbestimmungen von 1992 bzw. in der Bildungsrevision mit den neuen Berufen. Sr. Maria Hollenstein hat viel zum guten Ruf des Claraspitals beigetragen, unserem Haus und unseren Wertvorstellungen ein Gesicht verliehen. Wir alle, Kollegen, Partner und Mitarbeitende, danken ihr herzlich für ihre Arbeit und ihr grosses Engagement und wünschen ihr einen erfüllten weiteren Lebensweg.

Monika Berger



Am 4. Januar 2010 wird Monika Berger ihre Stelle als Leiterin Pflegedienst und Hotellerie im Claraspital antreten. Aufgewachsen im Kanton Baselland begann die dipl. Krankenschwester AKP zunächst eine klassische pflegerische Laufbahn. Sie wurde stv. Abteilungsleiterin in einer medizinischen Abteilung am Kantonsspital Liestal, darauf Abteilungsleiterin einer interdisziplinären Bettenabteilung in der Hirslanden Klinik im Park in Zürich. 1998 wechselte sie als stv. Oberschwester Medizin ins Stadthospital Waid, Zürich, und absolvierte an der Fachhochschule für Wirtschaft St. Gallen das Nachdiplomstudium zum integralen Spitalmanager. 2001 schloss sie die Ausbildung zum Master of Advanced Studies in Health Service Management ab. Ab 2003 war sie Pflegedienstleiterin in der Hirslanden Klinik Aarau. Wir heissen Frau Berger herzlich willkommen und freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit.

Wechsel in der Orthopädie

Ende Jahr verlässt Dr. Roland Mendelin das Claraspital und nimmt eine neue Herausforderung an. Seit 1981 hat Dr. Roland Mendelin immer wieder im Claraspital gearbeitet. Mit der Pensionierung von Dr. Bostjan Dolanc war er bis Dezember 2009 als Co-Chefarzt tätig. Wir danken Dr. Mendelin für seine qualitativ hochstehende Arbeit und wünschen ihm für seinen Zukunft das Beste. Dr. Rolf Kernen wird im Januar 2010 neuer Leitender Arzt Orthopädie/Traumatologie. In Basel geboren und in Riehen aufgewachsen, hat Dr. Kernen hier auch die Schulen besucht, Medizin studiert und 1979 mit dem Staatsexamen abgeschlossen. Die Arzt-Ausbildung durchlief er ebenfalls in der Region, zuerst in der Pathologie



und Inneren Medizin, anschliessend wechselte er in die chirurgischen Disziplinen. Die Facharztausbildung zum Orthopäden absolvierte er in mehreren Spitälern, u. a. auch im Claraspital als Assistenz- und Oberarzt. Nach 18 Jahren Tätigkeit im benachbarten Gemeindespital Riehen als leitender Arzt Orthopädie wechselt Rolf Kernen nun ans Claraspital.

Weiterbildung für Ärzte

Claraspital/Mehrzweckraum, 5. Stock:

Interdisziplinäre Fortbildung am Claraspital
Mittwochmorgen 7.45h (Kaffee ab 7.30h)

Nächste Termine:
9.12.2009: **Die Nachbetreuung der bariatrischen Patienten durch den Hausarzt**; Frau Dr. C. Christoffel / Dr. R. Peterli

Rapportraum im 1. Stock – Mittelbau:

Chirurgisch-onkologisches Tumor-Board
Jeden Dienstag und Donnerstag
7.40 bis 8.15h

Impressum

Herausgeber

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

Konzeption, Prepress, Fotos
swissprofessionalmedia AG – Rittmann

Redaktion

thomas.peters@claraspital.ch
beatrix.sonderegger@claraspital.ch
nadja.pecinska@medical-tribune.ch

Druck

Birkhäuser + GBC
© Nachdruck nur mit Nennung der Quelle