

Neues Labor im Claraspital

Das Claraspital hat im 1. Untergeschoss ein neues Labor realisiert. Dadurch konnten die prekären Platzverhältnisse am alten Standort im Parterre behoben und den Bedürfnissen eines modernen, vielfach automatisierten Labors angepasst werden. Dank eines grosszügigen Lichthofs zum Park sowie dem Einbau grosser Glasfronten können unsere Labormitarbeitenden unter der Leitung von Ruth Hager nun in hellen und freundlichen, funktionell optimal eingerichteten Räumen die stetig steigende Zahl von Analysen bearbeiten.

Zeitgleich mit dem Laborneubau wurde die Erdbebensicherheit des Spitals weiter vorangetrieben. Die Bettenstationen und Abteilungen sind nun mit einem Terminal einer neu installierten Rohrpost ausgestattet. Dadurch entfallen sämtliche Transporte von Untersuchungsmaterial durch den Pflegedienst. Auch für die Spitalapotheke ist die Rohrpost für den Versand von Medikamenten auf die Stationen sehr vorteilhaft.

Am 24. November 2010 war es so weit. Das Labor zog ohne wesentlichen Unterbruch der Routinediagnostik in die neuen Räumlichkeiten ein! Die vorausschauende Planung und die aktive Unterstützung seitens des Technischen Dienstes, der Servicemonteur der jeweiligen Gerätehersteller sowie der Informatik stellten einen reibungslosen Ablauf sicher.

Mit der Inbetriebnahme des neuen Labors haben wir einen weiteren Schritt in der Modernisierung unseres Spitals erreicht.

Dr. Christian Looser

Editorial	2
Interview	3
Dr. med. Chloé Kaech	
Diverses/Personelles	4
Weiterbildung	4
Kontaktadressen	4

Bad bugs no drugs

Eine kurze Geschichte der Antibiotikaresistenzen

Infektionskrankheiten waren die häufigste Todesursache weltweit, bevor Penicillin ab 1946 das Antibiotika-Zeitalter einläutete. Bald wurde jedoch klar, dass sich Bakterien durch komplexe Resistenzmechanismen gegen Antibiotika zu wehren wissen. Die folgenden Jahrzehnte waren geprägt von einer Art Wettrüsten: Das Auftreten von resistenten Bakterien zwang zur Entwicklung neuer antibakterieller Wirkstoffe, gegen die sich wiederum Resistenzen ausbildeten. Heute sehen wir uns mit multiresistenten Bakterien konfrontiert, die durch bestimmte Enzyme alle gängigen Antibiotika inaktivieren können.

Historische Perspektive

1928 entdeckte Alexander Fleming Penicillin als Folge eines Zufalls: eine seiner Agarplatten mit Staphylokokken war von einem Schimmelpilz der Gattung *Penicillium* befallen worden. Fleming bemerkte, dass an den pilzbefallenen Stellen das Bakterienwachstum gehemmt war (s. Abb.1). Er zog daraus den bahnbrechenden Schluss, dass der Pilz eine antibakterielle Substanz – Penicillin – produziert, und es gelang ihm, diese zu isolieren. Der 2. Weltkrieg und die damit verbundenen Wundinfekte gaben den Anstoss für die industrielle Produktion von Penicillin (s. Abb. 2). Ab 1946 war Penicillin kommerziell erhältlich. Damit war eine neue Aera der Medizin eingeleitet: War man Infektionskrankheiten bis dahin auf Gedeih und Verderben ausgeliefert – und viele bakterielle Infekte wie z.B. Pest, Gasbrand oder Meningitis verliefen fast ausnahmslos tödlich – besass man nun plötzlich eine wirksame Waffe gegen diese «Geisseln der Menschheit».

In den Anfängen des Antibiotika-Zeitalters waren gram-positive Bakterien immer, gram-negative Bakterien häufig Penicillin-sensibel. Doch bereits 1951 traten die ersten Staphylokokken auf, die eine Penicillin-inaktivierende Betalaktamase bildeten – das Wettrüsten «bugs versus drugs» hatte begonnen. In den nächsten Jahrzehnten kam eine Vielzahl neuer Antibiotika auf den Markt: in den 40er Jahren Streptomycin als erstes Tuberkulostatikum, in den 50er Jahren die Tetrazykline und Vancomycin, in den 60er Jahren die Cephalosporine und die Chinolone, in den 80er Jahren Amoxicillin-Clavulanat und die Carbapeneme, in den 90er Jahren Piperacillin-Tazobactam, und im

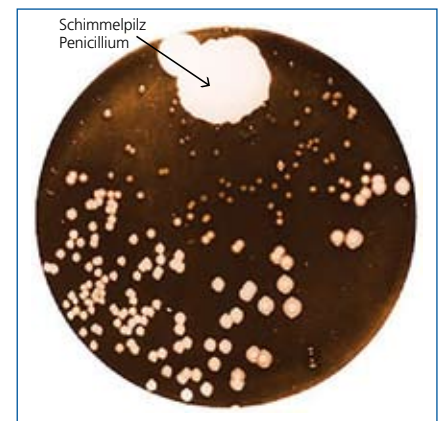


Abb. 1: Flemings pilzbefallene Agarplatte: abnehmende Dichte der Staphylokokken-Kolonien in der Nähe des Schimmelpilzes

aktuellen Jahrzehnt Daptomycin und Linezolid, um nur einige Beispiele zu nennen. Das Erscheinen einer neuen antibakteriellen Substanz war wenige Jahre bis Jahrzehnte später unweigerlich gefolgt vom Auftreten resistenter Bakterienstämme. Heutzutage gibt es kein einziges Antibiotikum, gegen das nicht resistente Bakterien beschrieben wären. Die ersten Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) traten Anfang der 60er Jahre auf, gefolgt von Penicillin-resistenten Pneumokokken Ende der 70er Jahre. In den 80er Jahren fanden sich erstmals Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE) und extended spectrum betalactamase (ESBL)-bildende *E. coli* sowie *Klebsiella* species. Der erste Vancomycin-resistente *S. aureus* (VRSA) wurde 2002 in den USA isoliert und stellte einen vorläufigen Höhepunkt in der Geschichte der bakteriellen Resistenzentwicklung dar.

Fortsetzung Seite 2

Editorial



Liebe Kolleginnen und Kollegen

Unterdessen liegt die letzte Ausgabe vom ClaraAktuell des Jahres 2010 vor. Diese Ausgabe ist der Infektiologie gewidmet. Frau Dr. Chloé Kaech illustriert vorerst die spannende Geschichte der Penicillin-Entdeckung und die Entwicklung der Vielzahl neuer Antibiotika mit breiterem Spektrum. Hauptthema bildet jedoch die zunehmende, Sorge bereitende Antibiotikaresistenz. Dazu wird die Evolution beschrieben, die über spontane Mutationen bei der Bakterienvermehrung abläuft und resistente Bakterienstämme selektiert. Nachdem die Resistenzlage in der Nordwestschweiz beleuchtet wird, werden vor allem die Strategien zur Verminderung von Antibiotikaresistenzen aufgezeigt. Dabei gelten immer noch althergebrachte Prinzipien, welche auch in der heutigen modernen Zeit noch ungenügend durchgesetzt sind, nämlich: «Antibiotika nur, wenn es wirklich nötig ist».

In ihrem Interview nimmt Frau Dr. Kaech Stellung zur Lage der Antibiotikaresistenzen in der Schweiz und zur Strategie der Antibiotika-Verordnungen im Claraspital.

Nach mehrmonatiger Bauzeit konnte am 24. November 2010 das neue Labor im Claraspital eröffnet werden. Auch dürfen wir mehrere neue Mitarbeiter begrüßen und Frau Dr. Beatrice Kern zu ihrer Beförderung zur Leitenden Ärztin Chirurgie, per 01. Januar 2011, herzlich gratulieren.

Nun wünschen wir Ihnen eine trotz Alltagsstress besinnliche Adventszeit und insbesondere viel Freude und Erholung über die kommenden Feiertage.

Herzlichst Ihre

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

Eine kurze Geschichte der Antibiotikaresistenzen (Fortsetzung)

Evolution live – Mutation und Selektion

Resistenzen gegen Antibiotika entstehen durch spontane Mutationen bei der Bakterienvermehrung. Resistenzmechanismen basieren auf verschiedenen Grundprinzipien: 1.) Inaktivierung des Antibiotikums durch bakterielle Enzyme, z.B. Betalaktame durch Betalaktamasen 2.) Modifizierung der Antibiotikum-Angriffsstelle im Bakterium, z.B. Mutationen der Ribosomen bei Makroliden 3.) Verhinderung des Antibiotikum-Eintritts in bzw. aktives Herausbefördern des Antibiotikums aus der bakteriellen Zelle, z.B. Effluxpumpen in der bakteriellen Zellmembran für diverse Antibiotika. Bakterien können

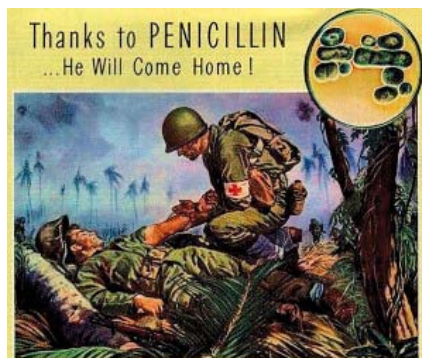


Abb. 2: Werbeplakat der alliierten Streitkräfte für Penicillin

mehrere Resistenzmechanismen gleichzeitig beherbergen und diese via Plasmide untereinander austauschen (horizontaler Gentransfer). Getreu Darwins Prinzip vom «survival of the fittest» werden unter antibiotischem Selektionsdruck diejenigen Bakterien überleben und sich vermehren, die gegen das verwendete Antibiotikum resistent sind (s. Abb. 3). Dieses Selektionsprinzip gilt für alle Antibiotika; ob die selektierten resistenten Bakterien klinisch relevant werden, hängt in erster Linie vom Patienten und dessen prädisponierenden Faktoren für eine bakterielle Infektion ab.

Resistenzlage in der Nordwestschweiz

2008 waren in der Nordwestschweiz nur noch ca. 30 % aller *S. aureus*-Stämme Penicillin-sensibel. Die meisten dieser Stämme sind jedoch auf Kombinationen mit Betalaktamasehemmern (z.B. Amoxicillin-Clavulanat) und auf Flucloxacillin sensibel. Die MRSA-Rate ist mit ca. 5 % tief, verglichen mit z.B. den USA, wo >50 % aller *S. aureus*-Infektionen durch MRSA verursacht werden. VRSA wurden in der Region bis jetzt nicht beschrieben. Penicillin-resistente Pneumokokken sind mit ca. 2 % ebenfalls selten; VRE kommen praktisch nicht vor. Bei *E. coli* als wichtigstem Vertreter der Enterobacteriaceae sind ca. 15 % Ciprofloxacin-resistent, Tendenz steigend; für Cotrimoxazol und für Amoxicillin-Clavulanat liegt die Resistenzrate bei ca. 20 %. Ca. 3 % aller Infektionen mit *E. coli* oder *Klebsiella*

species werden durch ESBL-Stämme verursacht, ebenfalls mit zunehmender Tendenz.

Neuer «superbug» aus Indien

In den letzten Wochen schafften es wieder einmal Bakterien in die Schlagzeilen: die so genannten NDM-1 (New Delhi Metallo-Betalactamase)-Erreger. Bei diesen Keimen handelt es sich um Enterobacteriaceae wie *E. coli* und *K. pneumoniae*, die ein spezielles Enzym besitzen (Metallo-Betalactamase). Dieses inaktiviert alle Betalaktam-Antibiotika inklusive die Carbapeneme, zu denen Imipenem und Meropenem gehören, und die bis anhin als Reserveantibiotika bei sonst nicht behandelbaren Infekten galten. Die NDM-1 liegt auf einem Plasmid und kann so zwischen verschiedenen Bakterien ausgetauscht werden. Auf dem Plasmid befinden sich ausserdem häufig Resistenzgene gegen Chinolone und Aminoglykoside. Für Infektionen mit Keimen, die Träger dieses Plasmids sind, existieren somit nur noch sehr begrenzte therapeutische Möglichkeiten – das relativ toxische Colistin oder das rein bakteriostatische Tigecyclin.

Erreger, die Carbapenem-inaktivierende Enzyme besitzen, sind kein neues Phänomen. Metallo-Betalaktamasen sind schon länger bekannt; ein weiteres wichtiges Enzym ist die auf einem anderen Mechanismus beruhende KPC (*Klebsiella pneumoniae* Carbapenemase). KPC-bildende Enterobacteriaceae wurden erstmals 1996 in den USA isoliert; seither haben sie sich global verbreitet und sind epidemisch an der Ostküste der USA, in Griechenland und Israel. NDM-1 ist ein neu entdeckter Metallo-Betalactamase-Typ, der wahrscheinlich in Indien entstanden ist und sich ebenfalls weltweit ausbreitet. In der Schweiz sind aktuell drei Fälle von Infektionen mit KPC-Enterobacteriaceae beschrieben, die alle aus dem Ausland importiert wurden. Infekte mit NDM-1-Enterobacteriaceae sind bis jetzt in der Schweiz nicht dokumentiert, wohl aber in Österreich und Deutschland.

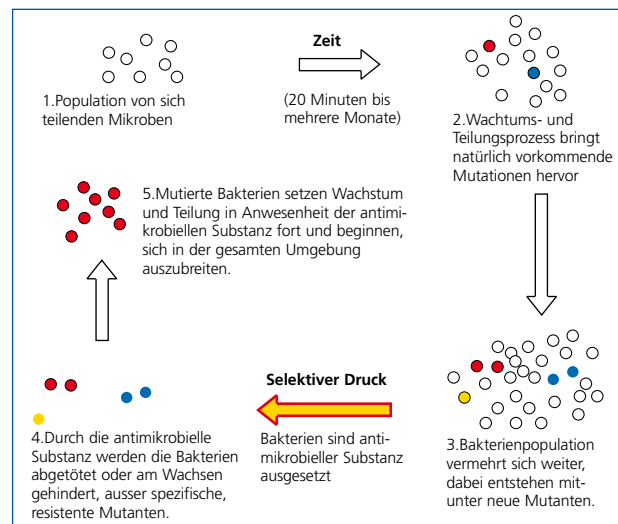


Abb. 3: «Survival of the fittest» – Selektion resistenter Bakterien unter Antibiotikatherapie

Strategien zur Verminderung von Antibiotikaresistenzen

Blast them: Die «blast them»-Strategie basiert auf der Idee, durch gleichzeitige Gabe von mehreren Antibiotika das Auftreten von Resistenzen zu verhindern. Diese Strategie ist die Grundlage einer erfolgreichen Tuberkulose-Therapie. Für andere Bakterien konnte jedoch nie überzeugend gezeigt werden, dass antibiotische Kombinationstherapien die Resistenzentwicklung vermindern.

Fool them: Die «fool them»-Strategie liegt dem antibiotic cycling zugrunde: Während eines definierten Zeitraums werden abwechselnd verschiedene Antibiotika-Klassen verwendet, mit der Idee, den antibiotischen Selektionsdruck zu variieren. Die aktuelle Datenlage spricht jedoch nicht dafür, dass dies ein effektives Mittel zur Resistenzreduktion ist.

Stop irritating them: Die einzige bewiesenermassen wirksame Strategie zur Verminderung von Antibiotikaresistenzen besteht darin, die Bakterien so wenig wie möglich zu «ärgern», d.h., den antibiotischen Selektionsdruck so gering wie möglich zu halten. In anderen Worten bedeutet dies: 1.) Nur dann Antibiotika geben, wenn es wirklich nötig ist. Keine Indikationen für eine Antibiotikatherapie sind z.B. eine Bronchitis, eine asymptomatische Bakteriurie, eine unklare CRP-Erhöhung ohne Infektfokus. 2.) Keine routinemässige Verwendung von Breitspektrum-Antibiotika, sondern gezielte Antibiotikatherapie in Abhängigkeit von Fokus und Erreger. Eine Pneumokokken-Pneumonie beispielsweise sollte mit Penicillin behandelt werden und nicht mit Levofloxacin – letzteres ist nicht wirksamer gegen Pneumokokken und setzt die gram-negative Flora einem unnötigen Selektionsdruck aus. 3.) Die Dauer der Antibiotikatherapie auf das notwendige Minimum begrenzen. Es gibt z.B. gute Daten, dass eine 3-tägige Therapie für eine unkomplizierte Zystitis bzw. eine 7-tägige Therapie für eine ambulant erworbene Pneumonie ebenso effektiv ist wie eine längere Antibiotikagabe. Leider ist die Therapiedauer für viele Infektionskrankheiten nicht evidence-based, sondern arbiträr definiert und damit wahrscheinlich oft länger als notwendig.

Mit der Strategie «Antibiotikagabe so selten, so gezielt und so kurz wie möglich» lässt sich die bakterielle Resistenzentwicklung bremsen. Es wäre wünschenswert, dass sich diese Denkweise bei Ärzten weltweit durchsetzt. Ein neuartiges Antibiotikum, das gegen multiresistente gram-negative Bakterien wirkt, ist derzeit nicht in der pharmazeutischen Pipeline. Umso wichtiger ist es, mit den zur Verfügung stehenden Medikamenten wohlüberlegt umzugehen. Die Gefahr, eines Tages für einen Patienten mit einer schweren bakteriellen Infektion keine antibiotischen Therapieoptionen zu haben, ist leider kein Hirngespinnst.

Dr. Chloé Kaech

Interview Mit Dr. med. Chloé Kaech, Infektiologie



Dr. med. Chloé Kaech

Wie ist die Lage in der Schweiz bezüglich Antibiotikaresistenzen – auch im Vergleich zu den umliegenden Ländern?

In der Nordwestschweiz sind MRSA, Penicillin-resistente Pneumokokken und Vancomycin-resistente Enterokokken nach wie vor selten, ESBL-Keime nehmen jedoch zu. Das ist ein weltweites Phänomen, von dem auch die Schweiz nicht ausgeschlossen ist. In der Westschweiz sind dagegen die MRSA-Raten viel höher, auch durch die Nähe zu Frankreich, wo, wie auch in den anderen umliegenden Ländern, MRSA wesentlich weiter verbreitet sind.

Gibt es für dieses Phänomen eine Erklärung?

Eine Erklärung ist sicher das unterschiedliche Verschreibungsverhalten bzgl. Antibiotika; je mehr gegeben werden, desto verbreiteter sind Resistenzen. Gerade in den südeuropäischen Ländern werden Antibiotika viel häufiger und unreflektierter verschrieben. Durch Viren hervorgerufene Infektionen wie ein Schnupfen oder eine Bronchitis brauchen aber in der Regel keine Antibiotika. Hier besteht auch der grösste Aufklärungsbedarf bei Ärzten in der Praxis. Oft ist es bequemer Antibiotika zu geben, als einen Patienten ohne Antibiotika engmaschig zu kontrollieren.

Sind Resistenzen durch den undifferenzierten Einsatz von Antibiotika begründet?

Durch Antibiotikagabe wird die Bakterienflora unter Druck gesetzt, Resistenzen zu entwickeln. Dies geschieht umso mehr, je häufiger Antibiotika gegeben werden und je breiter deren Wirkspektrum ist. Sie sollten daher so wenig und so gezielt wie möglich eingesetzt werden.

Haben Sie Informationen über die Resistenzraten im Claraspital?

Bis jetzt gibt es keine Daten dazu. In Zukunft wird jedoch das für die Bakteriologie zuständige Labor einmal im Jahr eine Statistik erstellen. Im Moment beziehen wir uns bei der Frage nach Resistenzen auf Daten aus dem Universitätsspital Basel oder auf die Internetseite des Schweizerischen Zentrums für Antibiotikaresistenzen (www.anresis.ch).

Wie gehen Sie im Claraspital bei der Antibiotikaverordnung praktisch vor?

Als erstes muss man sich die Frage stellen, ob überhaupt eine Infektion vorliegt. Nicht alle Patienten mit Entzündungszeichen sollten automatisch ein Antibiotikum bekommen; Entzündungszeichen sind unspezifisch und können durch Tumoren oder durch rheumatologische Erkrankungen bedingt sein. Man sollte sich auch darüber im Klaren sein, dass es kein Antibiotikum gibt, mit dem sich alle Infektionen behandeln lassen, eine gewisse Unsicherheit bleibt immer. Den Patienten tut man keinen Gefallen, wenn man sie unnötig antibiotisch behandelt und eventuell Resistenzen züchtet, die vielleicht später eine schwer behandelbare Infektion hervorrufen oder sich im Spital ausbreiten. Ich versuche die Ärzte dazu anzuhalten, gut zu überlegen, bevor sie eine antibiotische Therapie beginnen. Wenn man keinen Hinweis auf einen Fokus – z.B. eine Lungen- oder eine Blasenentzündung – hat, sondern nur erhöhte Entzündungswerte vorliegen, ist es besser, auf Antibiotika zu verzichten. Im Zweifelsfall, wenn der Patient instabil ist, kann man eine antibiotische Behandlung beginnen, nach Abnahme von bakteriologischen Kulturen. Wird ein Erreger identifiziert, sollte die breite empirische Antibiotikatherapie auf eine möglichst schmale, gezielte Behandlung umgestellt werden. Im angloamerikanischen Raum bezeichnet man dieses Vorgehen als Streamlining. Findet man keinen Erreger, sollte man die Therapie wieder stoppen.

Über welchen Zeitraum sollte eine Antibiotikatherapie erfolgen?

Es gibt wenig Daten und randomisierte klinische Studien, die untersuchen, wie lange eine bestimmte Infektion zu behandeln ist. Wahrscheinlich werden Antibiotika aber meist zu lang eingesetzt. Ob man z.B. ein Erysipel drei oder zehn Tage oder drei Wochen behandeln muss, ist nicht sicher. Die Tendenz geht in den letzten Jahren aber in Richtung kürzere Behandlungsdauer. Für die Therapie einer – z.B. durch Pneumokokken hervorgerufenen – Lungenentzündung reichen nach aktuellen Daten wahrscheinlich fünf bis sieben Tage.

Besten Dank für das Gespräch

Kontaktadressen

Telefon / FAX

Zentrale 061 685 85 85 / 061 691 95 18

Notfall

Spitalfacharzt 061 685 83 33 / 061 685 82 47
Anmeldung Notfälle Mo – Fr 8.00 – 17.00 Uhr
übrige Zeit

Tagesarzt Chirurgie 061 685 80 20 / 061 685 82 47
Tagesarzt Medizin 061 685 80 30 / 061 685 82 47

Telefonzeiten

Mo – Fr 8.00 – 17.00 Uhr
übrige Zeit über Zentrale

Bettendisposition

Viszeralchirurgie 061 685 84 79 / 061 685 84 66
Orthopädie/Traumatologie 061 685 84 79 / 061 685 84 66
Urologie 061 685 84 79 / 061 685 84 66
Medizin 061 685 86 70 / 061 685 84 66

Informationen

Austrittsberichte Chirurgie 061 685 84 83 / 061 685 86 37
Austrittsberichte Medizin 061 685 84 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
Frau Dr. B. Kern 061 685 84 32 / 061 685 84 60
PD Dr. R. Peterli 061 685 84 84 / 061 685 84 81
Frau Dr. I. Füglistaler 061 685 84 85 / 061 685 87 63
Dr. M.O. Guenin 061 685 84 31 / 061 685 87 64
Frau Dr. L. Stoll 061 685 84 85 / 061 685 87 63
Dr. R. von Aarburg 061 685 84 31 / 061 685 87 64
Frau Dr. S. Urban 061 685 84 80 / 061 685 83 37
Stomaberatung 061 685 86 65 / 061 685 86 59

Orthopädie/Traumatologie

Dr. D. Weber 061 685 84 90 / 061 685 86 57
Dr. R. Kernen 061 685 84 93 / 061 685 86 57
Frau Dr. K. Jaeggi 061 685 84 90 / 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
Frau Dr. W. Remmele 061 685 85 20 / 061 685 82 61
Dr. J. Moldenhauer 061 685 85 24 / 061 685 82 61

Anästhesie

061 685 84 63 / 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

Frau PD Dr. M. Thumshirn 061 685 84 76 / 061 685 84 57
Dr. C. Lang 061 685 84 76 / 061 685 84 58
PD Dr. B. Meyer 061 685 84 76 / 061 685 85 21
Dr. M. Manz 061 685 84 76 / 061 685 84 58

Pneumologie

Prof. Dr. M. Soler 061 685 84 73 / 061 685 84 69
Dr. P. Buser (ab 1.2.2011) 061 685 84 73 / 061 685 84 69
Dr. P. Gerber 061 685 84 73 / 061 685 84 69
PD Dr. L. Joos 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

Infektiologie

Frau Dr. C. Kaech 061 685 82 92 / 061 685 83 47

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

Dr. Fabian Schauer



Dr. Fabian Schauer ist zwischen schwäbischer Alb und Stuttgart aufgewachsen

und zur Schule gegangen. Er studierte Medizin an der Universität Tübingen. Im Jahr 2005 begann er seine Facharztausbildung, zunächst an der Chirurgischen Klinik, später in der Urologie und HNO, am Kantonsspital Liestal und zwischenzeitlich an der Hirslanden-Klinik Birshof in Münchenstein. Seit 2010 ist er Facharzt für Allgemeinmedizin. Vor zweieinhalb Jahren begann Dr. Schauer in der Medizinischen Klinik am St. Claraspital. Ab Januar 2011 wird er als Spitalfacharzt auf der interdisziplinären Notfallstation tätig sein.

Dr. Paul Buser



Dr. Paul Buser ist in Windisch und Stein aufgewachsen und besuchte später das Gymnasium

in Muttenz. Er absolvierte sein Medizinstudium in Basel und war danach in verschiedenen Spitälern der Nordwestschweiz mit Schwerpunkten in der Rehabilitation, Akutmedizin und Intensivmedizin ärztlich tätig. Nach dem Facharzt-titel Innere Medizin widmete er sich der weiteren Ausbildung zum Pneumologen, die er Ende 2010 beenden wird. Dr. Buser wird ab 1.2.2011 am Claraspital als Oberarzt in der Pneumologie beginnen.

Weiterbildung für Ärzte

Claraspital/Mehrzweckraum, 5. Stock:

Interdisziplinäres Gastroforum
Nächster Termin: 23.03.11

Interdisziplinäre Fortbildung am Claraspital

Mittwochmorgen 7.45 h
(Kaffee ab 7.30 h)
Nächste Termine:

8.12.2010: Empirische Antibiotikatherapie in Praxis und Spital, Dr. C. Kaech

Dr. Beatrice Kern



und Oberärztin weiter. 1999 erhielt sie den Facharzt-titel für Chirurgie. Es folgte ein

Nach acht Jahren als Oberärztin wird Dr. Beatrice Kern ihre Tätigkeit ab 1. Januar 2011 als Leitende Ärztin an der Chirurgischen Klinik weiterführen. Den ersten Kontakt mit dem Claraspital hatte sie bereits 1997 als Assistenzärztin. Ihre chirurgische Ausbildung hatte sie im Kantonsspital Liestal und an der Universitätsklinik Basel begonnen. Anschliessend führte sie ihre chirurgische Ausbildung an der Universitätsklinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie am Inselspital Bern als Assistenz-

einjähriger Forschungsaufenthalt in Boston/USA am Massachusetts General Hospital. Seit 2006 besitzt sie den Schwerpunkt-titel für Viszeralchirurgie. Ihr spezielles Interesse gilt der chirurgischen Therapie des Rektumkarzinoms und der endokrinen Chirurgie, insbesondere der Behandlung von Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsen-erkrankungen.

Verbesserte Kontinuität und Qualität auf den Abteilungen dank verstärktem Team durch Spitalfachärztin

Am 1. Oktober 2010 durften wir Frau Dr. Silke Urban als neue Spitalfachärztin Chirurgie begrüßen. Frau Dr. Urban ist ein Staff-Mitglied und versorgt selbstständig die viszeralchirurgische Privat-abteilung 5. West unter der Leitung der Leitenden Viszeralchirurgen. Sie ist eingebunden im Prozessmanagement und in der Aus- und Weiterbildung junger Assistenzärzte. Dadurch können wir die Kontinuität auf der Abteilung und die Qualität in der Patientenversorgung verbessern. Es freut uns, dass Frau Silke Urban sich für diese Stelle entscheiden konnte.



Dr. Waltraud Remmele

Aufgewachsen im Allgäu/Deutschland studierte Dr. Waltraud Remmele Medizin an der Universität Ulm (D). Studienpraktika führten sie nach China, Guatemala, Südafrika und 2001 auch in die Schweiz nach Thuis. Nach ihrer Assistenzarzt-tätigkeit in der Chirurgie (Spital Will, Kanton St. Gallen), Urologie (Kantonsspital St. Gallen) sowie in der Frauenklinik des Kantonsspitals Winterthur beendete sie 2008 ihre Weiterbildung zur Urologin im Klinikum Augsburg (D).



2008 erwarb sie auch den Titel des «Fellow of the European Board of Urology» (europäisches Facharzt-diplom). Ihr klinischer Schwerpunkt lag auf der

Implementierung der uro-onkologischen Chemotherapie und der operativen Weiterbildung in den endoskopischen und laparoskopischen OP-Techniken. Darüberhinaus ist Dr. Remmele in der humanitären Hilfe aktiv. Dr. Remmele hat ihre Tätigkeit als Oberärztin auf der Urologie am 1.11.2010 begonnen.

Impressum

Herausgeber

St. Claraspital, Kleinriedenstrasse 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 – Medical Tribune

Redaktion

thomas.peters@claraspital.ch
beatrice.sonderegger@claraspital.ch
pgenetzky@medical-tribune.ch

Druck

Birkhäuser + GBC
© Nachdruck nur mit Nennung der Quelle