

Erfolgreiche Re-Zertifizierung

Das Claraspital hat sich Anfang März 2011 seinem 2. Re-Zertifizierungsaudit durch die Stiftung sanaCERT gestellt. Dabei wurden die vom Claraspital ausgewählten acht sanaCERT-Standards (Grundstandard Qualitätsmanagement, Spitalhygiene, Chirurgie, Pflege, Umgang mit kritischen Zwischenfällen, Ernährung, Erhebung von Patientenurteilen sowie der Umgang mit Beschwerden und Wünschen) durch ein Expertenteam überprüft. Im Mittelpunkt des eineinhalbtägigen Rezertifizierungsaudits standen ausführliche Interviews mit den jeweiligen Verantwortlichen und ihren Teams. Dabei ging es vor allem um die Überprüfung der einzelnen Standards hinsichtlich Aktualität, Weiterentwicklung und Perspektiven. In einem zweiten Teil wurde die Umsetzung der Standards beurteilt. Bei der Begehung konnten sich die Peers davon überzeugen, dass die Standards allen bekannt sind und damit gearbeitet wird. SanaCERT bestätigte dem Claraspital eine sehr hohe Qualität: Die Umsetzung der Standards wurde entsprechend den Anforderungen von sanaCERT mit 31 von 32 möglichen Punkten erreicht.

Dr. Gabriele Hlavacek
Leiterin Qualitätsmanagement

Neu: elektronische Patienten-anmeldung

Neu finden Sie auf unserem Telefonkärtchen auch die Abteilungs-E-Mailadressen, über die Sie Patienten zur Sprechstunde anmelden können. Für die stationäre Anmeldung steht Ihnen auf unserer Website neu neben dem ausdrückbaren PDF auch ein elektronisch ausfüllbares und direkt versendbares Anmeldeformular zur Verfügung. Pfad: Für Ärzte -> Bettendisposition oder Adresse www.claraspital.ch/aufenthalt/stationaerer-aufenthalt/bettendisposition/

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

Die Weiterentwicklung der minimal-invasiven Chirurgie

Warum SILS und NOTES?

Die narbenfreie, «atraumatische» Operation war schon immer eine Vision in der Chirurgie. Neben kosmetischen Gesichtspunkten spielen selbstverständlich auch Kriterien wie verminderte postoperative Schmerzen und geringere mit der Inzision verbundene Komplikationen eine wichtige Rolle.

Ende der 80er Jahre wurde mit Einführung der minimal-invasiven, laparoskopischen Chirurgie ein Meilenstein gesetzt. Musste früher für eine Gallenblasen-, Blinddarm-, oder Darmoperation die Bauchhöhle mit einem mehr oder weniger grossen Schnitt eröffnet werden, konnte plötzlich über 1



Abbildung 1: Einführen des Trokar durch das hintere Scheidengewölbe

bis 2 cm messende Inzisionen ein Zugang ins Abdomen geschaffen werden. Diese Entwicklung hatte enorme Vorteile für die Patienten: Die postoperativen Schmerzen waren geringer, die Komplikationsraten insbesondere hinsichtlich Wundinfekten und Narbenbrüchen konnten vermindert werden und die Hospitalisationszeiten verkürzt sich. Das Spektrum der minimal-invasiven Chirurgie wurde von der laparoskopischen Cholecystektomie und Appendektomie hin zu Colon-, Magen-, Milz- und auch Nebenniereneingriffen ausgedehnt. Sogar bei Malignomen konnten grosse internationale Studien zeigen, dass die Ergebnisse hinsichtlich Radikalität vergleichbar sind und die Patienten von den allgemeinen Vorteilen der minimal-invasiven Operationstechnik profitieren.¹ Die technische Entwicklung schritt unaufhaltsam voran und heute sind die Worte SILS und NOTES in aller Munde. SILS, erstmalig beschrieben vor mehr als zehn Jah-

ren, bezeichnet hierbei «Single Incision Laparoscopic Surgery», d.h. es wird nur ein einziger Trokar am Umbilicus über einen etwas grösseren Schnitt (2 bis 3 cm) eingeführt, oder aber drei Trokare mehr oder weniger an der gleichen Stelle in der Tiefe des Bauchnabels platziert.² Über diesen Einzelzugang werden dann die Kamera und die Arbeitsinstrumente über wiederum separate Kanäle eingebracht. Um das grundsätzliche laparoskopische Konzept der Triangulation zu erreichen, wurden speziell abwinkelbare Arbeitsinstrumente entwickelt. Somit kann trotz der mehr oder weniger parallel verlaufenden Kamera- und Arbeitskanäle die erforderliche Bewegungsfreiheit erreicht werden. Die Abkürzung NOTES für «Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery» ist der Oberbegriff für Techniken, die einen Zugangsweg zu den Abdominalorganen über die natürlich vorhandenen Körperöffnungen, wie oberer und unterer Magen-Darmtrakt und insbesondere auch die Vagina nehmen. Ziel hierbei ist es, den Zugang durch die Bauchdecke zu vermeiden und damit ein erstklassiges kosmetisches Ergebnis ohne Narben zu erreichen und die postoperativen Schmerzen auf ein Minimum zu reduzieren.

Im Jahre 2004 erschien dieser Begriff erstmalig in der Literatur, als Kalloo et al. über eine transgastrische Peritoneoskopie berichteten.³ Initial wurden die NOTES-Aktivitäten durch die Gastroenterologen, denen die transgastrischen und die transcolonischen Zugangswege vertraut waren, vorangetrieben. Ein Novum war der Einsatz eines flexiblen Instrumentes in der freien Bauchhöhle.

Aktuell werden zwei Zugangswege favorisiert: zum einen der transorale, transgastrale Zugang mittels flexiblen Instru-

Fortsetzung Seite 2



Liebe Kolleginnen und Kollegen

Die Fortschritte der minimal-invasiven Chirurgie sind auch für den Nichtchirurgen immer wieder faszinierend. Die kaum sichtbaren Narben nach laparoskopischer Cholezystektomie und die kurze Aufenthaltsdauer dieser Patienten sind eindrücklich. Erfreulich ist, dass ja auch Patienten mit z.B. Tumoren des Dickdarms von dieser modernen Chirurgie profitieren können. Ob nun die «SILS»- und «NOTES»-Techniken, wie im Artikel von Dr. Gass und Prof. von Flüe beschrieben, als ein vergleichbarer Fortschritt bezeichnet werden dürfen, scheint zumindest vorläufig noch fraglich zu sein. Hier wird für eine kosmetisch doch recht geringe Verbesserung eine neue Technik entwickelt, die auch Risiken beinhaltet. Es ist wichtig, dass jeder einzelne Patient resp. vor allem Patientin, dem bzw. der diese Technik offeriert wird, über allfällige Komplikationen gut informiert ist. Es ist zu hoffen, dass auch bei diesen neuen Methoden das oberste Primat von «primum nihil nocere» beachtet wird.

Erfreulich ist, dass wir ab August unser onkologisches Team mit Frau Dr. Monika Ebnöther auf dem Gebiet der Hämatologie verstärken werden können. Frau Dr. Ebnöther wird neben der Tätigkeit im stationären Bereich eine hämatologische Sprechstunde führen.

Eine gute Fehlerkultur liegt uns im Claraspital sehr am Herzen, weshalb wir froh sind, dass das «critical incidence reporting system» (CIRS) rege genutzt wird, und daraus abgeleitet auch schon Verbesserungen von Prozessen im Alltag eingeleitet werden konnten.

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

Warum SILS und NOTES? (Fortsetzung)

menten, zum anderen der transvaginale Zugang, bei dem wie bisher in der laparoskopischen Chirurgie vorwiegend starre Instrumente verwendet werden.

Die transgastralen Zugänge sind hierbei noch ganz klar als experimentell zu bezeichnen, insbesondere da der Verschluss des Magens immer noch problematisch scheint und das Handling der flexiblen Hybrid-Instrumente aus Laparoskopie und Endoskopie schwierig ist. Transvaginale Zugänge werden hingegen seit Jahren durch die Kollegen der Gynäkologie durchgeführt. Die erste vaginale Hysterektomie erfolgte bereits im 19. Jahrhundert. Hierbei hat sich gezeigt, dass die Vaginalwand aufgrund ihrer guten Durchblutung meist problemlos und narbenfrei abheilt. Neu ist jedoch, die Vagina als Zugangsweg zu den Abdominalorganen zu nutzen. Erstmals beschrieben wurde eine vaginal assistierte laparoskopische Gallenblasenentfernung im Rahmen einer Hysterektomie 1999.⁴

Klinische Anwendbarkeit von NOTES

Als einzige standardisierte NOTES-Operation, die aktuell routinemässig angeboten wird, hat sich die transvaginale Cholezystektomie etabliert, jedoch wird auch dieser Eingriff in den meisten Zentren als Hybrid-Operation durchgeführt. Hybrid bedeutet in diesem Zusammenhang, dass zunächst mittels eines 5mm Optiktrokar in der Tiefe des Bauchnabels ein Zugang zur Bauchhöhle erfolgt. Unter laparoskopischer Kontrolle werden dann die Arbeitsinstrumente transvaginal im hinteren Scheidengewölbe eingeführt. In der Regel wird hierbei ein 10mm Trokar verwendet, eine zusätzliche Fasszange wird stumpf und ohne Trokar eingeführt. Nachdem die ersten transvaginalen Operationen mittels flexibler Instrumente kombiniert mit mehreren abdominellen Zugängen beim Menschen durchgeführt wurden, zeigte sich, dass der Hybrid-Zugang mit rein starren Instrumenten günstiger ist.⁵ Der grosse Vorteil dieser Technik ist die Bergung der Gallenblase über den vaginalen Zugang, da hierbei insbesondere bei grossen Gallensteinen der abdominelle Trokarzugang nicht erweitert werden muss. Trotz des einzelnen transabdominellen Zuganges in der Tiefe des Bauchnabels sind äusserlich keine Narben zu sehen. Auch das Infektrisiko scheint bei transvaginaler Entfernung der Gallenblase gering zu sein, obwohl es zu bedenken gilt, dass theoretisch Vaginalkeime nach intraabdominell verschleppt werden könnten. Die bisherige Datenlage zeigt insgesamt zufriedenstellende Resultate, insbesondere scheinen die Patientinnen keine Nachteile durch die Narben am hinteren Scheidengewölbe im Sinne von Dyspareunien zu erleiden. Auch bezüglich späterer Geburten scheinen sich keine Probleme zu ergeben, sodass dieser Eingriff auch jüngeren Frauen, bei denen das kosmetische

Resultat einen höheren Stellenwert hat, angeboten werden kann. Als spezielle Risiken bei der transvaginalen Cholezystektomie muss der Infekt im kleinen Becken bis hin zum Douglasabszess genannt werden. Gemäss bisheriger Datenlage ist dies zwar eine äusserst seltene Komplikation, wenn sie bei jüngeren Patientinnen eintritt, ist sie jedoch umso fataler, da durch die entzündlichen Verklebungen der Fimbrientrichter eine Sterilität resultieren kann.

Zusammenfassend scheint die transvaginale Cholezystektomie ein sicheres Operationsverfahren zu sein, das keine wesentlich höheren Risiken im Vergleich zur konventionell-laparoskopischen Cholezystektomie birgt. In der Natur der Dinge liegt jedoch, dass diese Operationstechnik nur der Hälfte aller Patienten, nämlich den Frauen, angeboten werden kann. Als Alternative für das männliche Patientengut steht die SILS-Technik zur Verfügung. Unsere Erfahrungen zeigen jedoch, dass die postoperative Schmerzempfindung der 2 bis 3cm grossen Inzision im Bauchnabel für den SILS-Port vergleichbar ist mit den vier kleineren Inzisionen der konventionell-laparoskopischen Technik.

Auch wenn die Verfechter der «klassischen Laparoskopie» postulieren, dass die neue Generation der laparoskopischen Instrumente mit wesentlich kleineren Geräten auskommt (Kameraoptik 5 mm, Arbeitstro-



Abbildung 2: Einbringen der Optik und eines Dissektors direkt durch das hintere Scheidengewölbe



Abbildung 3: Narbenfreies Resultat

kare 3 mm), muss doch eine mindestens 1 bis 1,5 cm grosse Inzision für die Bergung der Gallenblase erfolgen.

SILS und NOTES am Claraspital

Die Möglichkeit, über natürlich vorhandene Körperöffnungen einen operativen Zugang zu schaffen, ist faszinierend und würde den Endpunkt der minimal-invasiven Chirurgie darstellen. Bis heute ist jedoch lediglich die transvaginale Cholecystektomie, eine Hybrid-Operation bei der die Gallenblase über die Vagina entfernt wird, mit ausreichender Sicherheit etabliert. SILS-Operationen hingegen werden routinemässig durchgeführt. Postulierte Vorteile beider Operationstechniken sollen das bessere kosmetische Ergebnis, weniger Schmerzen, Wundinfekte und Narben- oder Trokarhernien sein. Kritisch sollte insbesondere bei jungen Frauen im gebärfähigen Alter über das Risiko einer Sterilität bei Infekt oder Adhäsionen im kleinen Becken nach einem NOTES-Eingriff nachgedacht werden.

Auch wir am Claraspital mit einer langjährigen Erfahrung in minimal-invasiven Eingriffen führen bereits seit einiger Zeit Cholecystektomien mittels SILS-Technik durch und bieten bei ausgewählten, geeigneten Patientinnen die transvaginale Cholecystektomie als Alternative an. Es hat sich jedoch gezeigt, dass die Patientinnen diesem Vorgehen eher zurückhaltend gegenüberstehen und die kleinen Narben nach konventionell laparoskopischem oder SILS-Zugang als wenig störend empfunden werden.

Dr. med. Markus Gass

Prof. Dr. med. Markus von Flüe

- 1 Guillou PJ et al.: Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 365(9472): 1718–1726.
- 2 Piskun G, Rajpal S: Transumbilical laparoscopic cholecystectomy utilizes no incisions outside the umbilicus. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 1999; 9(4): 361–364.
- 3 Kalloo AN et al.: Flexible transgastric peritoneoscopy: a novel approach to diagnostic and therapeutic interventions in the peritoneal cavity. *Gastrointest Endosc* 2004; 60(1): 114–117.
- 4 Tsin DA et al.: Culdolaparoscopic cholecystectomy during vaginal hysterectomy. *JSL* 2003; 7(2): 171–217.
- 5 Bessler M et al.: Transvaginal laparoscopically assisted endoscopic cholecystectomy: a hybrid approach to natural orifice surgery. *Gastrointest Endosc* 2007; 66(6): 1243–1245

Fotos: © Prof. Dr. med. C. Zornig, Israelitisches Krankenhaus Hamburg.

Interview mit Prof. Dr. med. Markus von Flüe



Prof. Dr. med. Markus von Flüe

Herr Prof. von Flüe, gibt es Patienten, die besonders von den neuen minimal-invasiven Verfahren SILS und NOTES profitieren, bzw. für welche Patienten sind sie nicht geeignet?

Die SILS-Technik bringt in unserer Erfahrung gegenüber der konventionellen laparoskopischen Cholecystektomie mit drei 5 mm- und einem 10 mm- Zugang keine Vorteile, da der 2 bis 3 cm grosse umbilicale Schnitt, wie er für die SILS-Technik notwendig ist, frühpostoperativ nicht weniger Schmerzen verursacht. Bei der transvaginalen Bergung der Gallenblase ist der umbilicale 10 mm-Schnitt nicht notwendig, sodass nebst dem kosmetisch guten Resultat eine Schmerzreduktion in den meisten Fällen erreicht werden kann. Nicht geeignet sind beide Techniken bei intraabdominellen Verwachsungen. Der Eingriff kann auch erschwert sein bei Patienten mit hohem BMI.

Welchen Patientinnen bieten Sie die transvaginale Cholecystektomie als Alternative an?

Patientinnen ohne Verwachsungen im kleinen Becken werden sowohl über die konventionelle laparoskopische Cholecystektomie als auch über die transvaginale Entfernung der Gallenblase aufgeklärt. Dabei haben wir die Erfahrung gemacht, dass 9 von 10 Patientinnen keinen transvaginalen Zugang wünschen.

Wo sehen Sie die hauptsächlichen Vorteile bzw. Risiken?

Der hauptsächliche Vorteil des transvaginalen Zugangs ist kosmetisch, da am Nabel nur ein bis zwei 5 mm-Zugänge resultieren. Eine statistisch-signifikante Schmerzabnahme im Vergleich zur konventionellen Technik konnte noch keine Studie nachweisen. Als Risiken wurden Rektumperforationen sowie Blasen- und Dünndarmverletzungen

beschrieben. Dazu kommt, dass die Vagina nicht beliebig aufgeweitet werden darf, um spätere Dyspareunien zu vermeiden.

In welchem Prozentsatz werden die neuen Verfahren am Claraspital angewendet?

SILS und NOTES werden dem Patienten im Rahmen des Aufklärungsgespräches erklärt, mit allen Vor- und Nachteilen. Dabei entscheiden sich höchstens 5 % der Patienten bei über 300 durchgeführten Operationen für diese Techniken.

Gibt es Unterschiede im Hinblick auf die Operationszeiten und die Spitalverweildauer?

Die beiden neuen Operationsmethoden sind technisch anspruchsvoller, entsprechend ist die Operationszeit länger. Bei der SILS-Technik sind die Operationsinstrumente technisch noch nicht ausgereift und bei der transvaginalen Technik kommen im Vergleich zur konventionellen laparoskopischen Technik mehrere Operationsschritte zusätzlich dazu.

Sowie bei der konventionellen laparoskopischen Technik als auch bei den neuen Techniken bleiben die Patienten ein bis zwei Nächte stationär hospitalisiert.

Wie ist heute der Stellenwert des konventionellen laparoskopischen Zugangs zu werten?

Nach wie vor ist die konventionelle laparoskopische Operation der Standard. Dies zeigte sich auch am Kongress der «Deutschen Gesellschaft für Chirurgie» in München Anfang Mai 2011. Nach initial grosser Begeisterung für diese neuen Techniken ist die Euphorie etwas abgeklungen, da die Vorteile insbesondere bei der SILS-Technik nicht klar ersichtlich sind und mit den Miniinzisionen der konventionellen Laparoskopie auch ein kosmetisch optimales Resultat erreicht werden kann. Zudem sind mit der Standardisierung der laparoskopischen Chirurgie in den letzten Jahren selten schwere Komplikationen aufgetreten.

Wie schätzen Sie die Zukunft der neuen Technik ein?

Es ist noch nicht abzuschätzen, ob sich diese neuen Techniken künftig durchsetzen werden. Insbesondere müssen bei der SILS-Technik die Instrumente verbessert werden und bei der transvaginalen Technik die Akzeptanz bei den Patientinnen zunehmen. Letzteres wird erst geschehen, wenn randomisierte Studien die Evidenz für diese Technik belegen können.

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. Remmle	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. Solèr	061 685 84 73 / 061 685 84 69	
Dr. P. Buser	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. N. Rogge	061 685 84 75 / 061 685 83 86	

Personelles

Barbara Börsteken



Barbara Börsteken, geboren in Westfalen (D), ist ernährungsmedizinische Beraterin und

Diabetesberaterin. In ihren ersten sechs Berufsjahren war sie in verschiedenen Kliniken tätig und leitete anschliessend die Ernährungsberatungszentren einer Kölner Krankenkasse. In einer Kölner Klinik baute sie zudem ein Beratungszentrum auf und leitete dieses. Am 1.1.2011 hat sie Ihre Arbeit im Claraspital als Ernährungsberaterin begonnen und ist seit 1.4.2011 Leiterin der Ernährungsberatung im Ernährungs- und Stoffwechselforschungszentrum.

Dr. med. Oliver Passera



Dr. Oliver Passera ist in Lugano geboren und aufgewachsen und hat in Basel Medizin

studiert. Seine klinische Tätigkeit begann er an der chirurgischen Klinik am Kantonsspital Liestal, weitere Erfahrungen in Chirurgie und Traumatologie sammelte er im Kantonsspital Wohlen. Die Ausbildung zum Urologen absolvierte er an der Universitätsklinik in Liestal sowie in Basel. Dr. Passera tritt als Oberarzt Urologie an die Stelle von Dr. Jörg Moldenhauer, der ab 1. Juli seine neue Aufgabe als Spitalfacharzt auf der Allgemeinchirurgie beginnt.

Dr. med. Monika Ebnöther



Nach dem Medizinstudium in Basel war Dr. Ebnöther als Assistenzärztin in verschiedenen

Spitälern sowie als Oberärztin im Bürgerspital Solothurn beschäftigt. Ihre Ausbildung zur Fachärztin für Hämatologie erfolgte am Universitätsspital Basel, parallel dazu die Weiterbildung zur Laborleiterin für hämatologische Analytik FAMH. Von 2004 bis Mitte 2011 arbeitete sie im Bürgerspital Solothurn als Leitende Ärztin auf der medizinischen Klinik. Dr. Ebnöther wird ab August 2011 im Claraspital als Fachärztin für Hämatologie tätig sein.

CIRS: Der Fehler als Chance

Das Claraspital verfügt seit letztem Jahr über ein spitalweit eingeführtes anonymes Meldewesen für kritische Zwischenfälle (CIRS = Critical Incident Reporting System). Durch die zunehmend komplexen Behandlungen, immer höhere Fallzahlen, aber auch durch die zunehmende Spezialisierung in der Medizin, nimmt die Gefahr von kritischen Zwischenfällen zu. Nicht nur die Patienten und ihre Angehörigen haben ein Bedürfnis nach mehr Sicherheit, auch die in der Medizin tätigen Profis haben den Wunsch, ihren Arbeitsplatz sicherer zu gestalten, um nicht selber zum Täter zu werden. In der öffentlichen Diskussion wird dabei der Situation der Spitalangestellten zu wenig Rechnung getragen – schnell stehen ganze Berufsgruppen unter Generalverdacht, unsorgfältig zu arbeiten oder Geschehenes zu vertuschen. In einem solchen Klima ist es schwierig, über selbst verursachte Zwischenfälle, ob sie nun Konsequenzen hatten oder nicht, zu reden. Dies führt dazu, dass begangene Fehler nicht aufgearbeitet werden können und dabei steigt die Gefahr, dass sich der Fehler wiederholt, wobei ernste Konsequenzen früher oder später fast zwangsläufig auftreten werden.

Eines der Ziele des CIRS ist dabei auch die Schaffung einer sogenannten «no blame»-Kultur, also einer Betriebskultur, die es den Mitarbeitern gestattet, ohne Angst vor Verurteilung oder Häme, ihren Zwischenfall zu melden. Die Meldungen sollten deshalb so gut es geht anonym publiziert werden. Dabei spielt natürlich die Grösse einer Institution eine entscheidende Rolle: Kleinere Häuser, in denen jeder jeden kennt, haben es diesbezüglich schwerer, da die Angestellten eher damit rechnen müssen, dass sie trotz fehlendem Namen erkannt werden können. Aus diesem Grund werden die Meldungen im Claraspital auch nicht publiziert. In das neue Meldesystem können

alle kritische Zwischenfälle, bei denen Patienten beteiligt waren, eingegeben werden. Die Eingabe erfolgt anonym in die CIRS-Eingabemaske im Intranet. Die Meldungen werden anschliessend vom CIRS-Team gesichtet und diskutiert. Besteht Handlungsbedarf, wird vom CIRS-Team Kontakt mit den zuständigen Abteilungs- oder Klinikleitern aufgenommen und das «Sicherheitsleck» aufgezeigt. Dass viele Meldungen eintreffen, ist kein Zeichen dafür, dass im Claraspital schludrig gearbeitet wird, sondern zeigt die hohe Motivation der Mitarbeiter, die Sicherheit im Spital zu verbessern.

Dr. med. Lukas Merki,
Leitender Arzt

Weiterbildung für Ärzte

Claraspital/Mehrzweckraum, 5. Stock:
Interdisziplinäres Gastroforum
Nächster Termin: 14.09.2011: Akute Pankreatitis, Prof. Dr. M. von Flüe

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

Nächster Termin:
15.06.2011: Ileus, Dr. Marc-Olivier Guenin
Rapportraum im 1. Stock – Mittelbau:
Chirurgisch-onkologisches Tumor-Board
Jeden Dienstag und Donnerstag
7.40 – 8.15 h

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

Redaktion
thomas.peters@claraspital.ch
beatrix.sonderegger@claraspital.ch
pogenetzky@medical-tribune.ch

Druck
Tanner & Bosshardt AG, Basel
© Nachdruck nur mit Nennung der Quelle