

# ClaraAktuell

Ausgabe 42, Februar 2012

## Konzentration auf Patienten unserer Schwerpunkte und Spezialitäten

Das Claraspital hat im vergangenen Jahr einen hohen Zuwachs an stationären Patienten verzeichnet, und zwar rund 4,7% oder 440 stationäre Eintritte mehr als im Vorjahr. Diese Zunahme führen wir auf die seit Anfang 2012 bestehende Patientenfreizügigkeit zurück. Nicht der Patientenzuwachs an sich, sondern dessen Höhe kam einigermaßen überraschend. Zeitweise war das Claraspital zu 100% ausgelastet, sämtliche Betten belegt, so dass Patienten abgewiesen werden mussten.

Dies soll und darf jedoch nicht – oder nur in absoluten Ausnahmen – geschehen: Insbesondere Patienten in unseren Schwerpunkten Magen-Darmliden und Tumorerkrankungen sowie in unseren Spezialitäten Kardiologie, Pneumologie und Urologie sollen immer und innerhalb nützlicher Frist ein Bett im Claraspital erhalten. Gleichzeitig wollen wir auch bei Vollbelegung die beste Behandlung gewährleisten können.

## Pflegenotfälle und geriatrische Patienten

Aufgrund des beschränkten Platzes und im Hinblick auf die Qualität der Behandlung hat die Geschäftsleitung des Claraspitals entschieden, dass Pflegenotfälle oder geriatrische Patienten künftig wenn immer möglich direkt in eine Institution verlegt werden, die für die Betreuung dieser Patienten geeigneter ist als wir. Vereinbarungen zwischen dem Claraspital und nachgelagerten Institutionen sowie akutgeriatrischen Spitälern wie dem Adullam, der Reha Chrischona oder dem Felix Platter-Spital gewährleisten eine geregelte Zusammenarbeit und einen reibungslosen Ablauf bei der Überweisung der betroffenen Patienten.

Ausgenommen von diesem Entscheid sind Patienten, die bei uns aktiv in Behandlung sind. Dieses Vorgehen hat zur Folge, dass wir einige Patienten, die bisher an uns überwiesen wurden, nicht mehr aufnehmen können. Wir wollen jedoch gewährleisten, dass wir möglichst alle Patienten mit einer Indikation, bei der wir uns besonders gut auskennen und die zu uns kommen möchten, auch bei uns behandeln können. Mit diesem Vorgehen, so hoffen wir, haben wir eine Lösung gefunden, die allen Beteiligten bestmöglich dient.

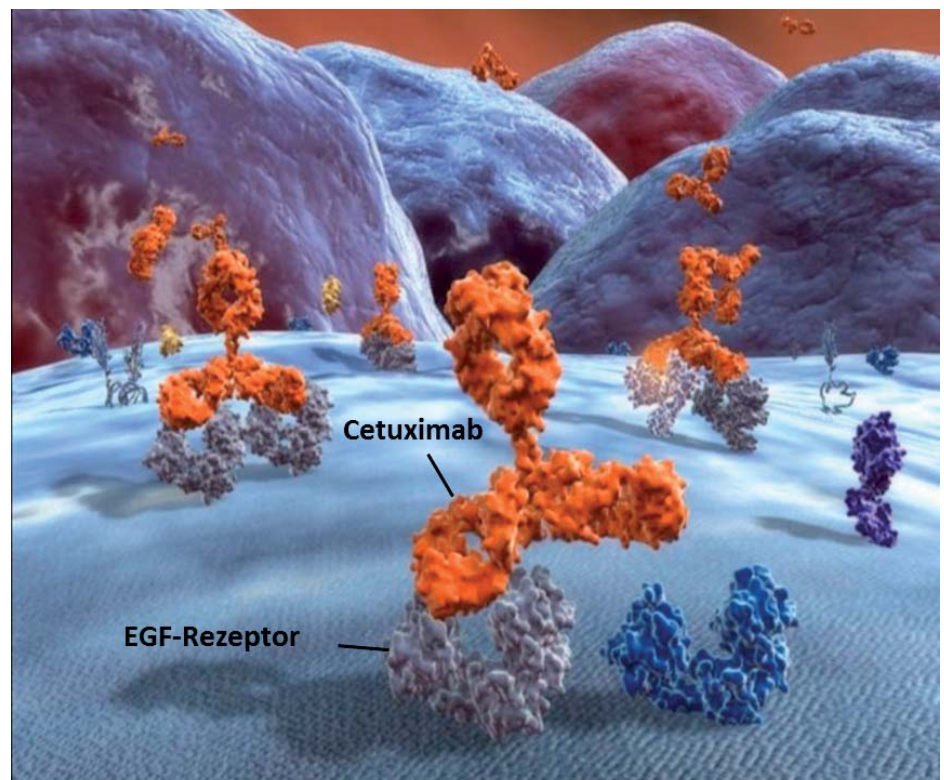
## Onkologische Therapie der letzten 20 Jahre

# Fortschritte am Beispiel der Dickdarmkarzinome

In den letzten 20 Jahren hat das Wissen um molekulare Veränderungen und deren Bedeutung in der Onkologie stark zugenommen, sowohl was die Tumorentstehung (Karzinogenese) als auch die Tumorprogression betrifft. Dass die Tumorentstehung einen Multistep-Prozess darstellt, war eine der wichtigsten Erkenntnisse.

Am Dickdarm führt zum Beispiel eine Mutation zur vermehrten Proliferation im Bereich der Darmschleimhaut mit Bildung eines Polyps. Dieser hat anfänglich wenige Atypien. Durch weitere Mutationen entsteht ein Polyp mit vielen Atypien und schliesslich ein invasives Karzinom. Die Mehrheit der Mutationen wird wahrscheinlich durch DNA-Repairsysteme «repariert» und spielt klinisch somit keine Rolle,

bei einigen passiert das jedoch nicht. Hinzu kommt, dass die Kapazität dieser Repairsysteme im Alter abnimmt und somit die Chance zunimmt, dass in einer Darmschleimhautzelle mehrere Mutationen akkumulieren. Dieses Phänomen erklärt zu einem Teil, warum viele Tumoren des Erwachsenen mit zunehmendem Alter an Häufigkeit gewinnen. Es zeigt uns aber auch, dass wir im Beispiel des Dickdarms die



Über die Blockade des EGF-Rezeptors verhindert Cetuximab (Erbix®) die Weiterleitung von Signalen, die das Zellwachstum anregen.

## Verabschiedung

### Sehr geehrte Damen und Herren



Am 21. Februar 2013 geht im Claraspital eine Ära zu Ende. Prof. Dr. med. Christian Ludwig erreicht das Pensionsalter und übergibt den Führungsstab an PD Dr. Dieter Köberle.

Die Medizinische Klinik des Claraspitals hat sich unter der Leitung von Christian Ludwig rasant entwickelt. Aus einer intern-medizinischen Abteilung, mit den Aufgaben eines Stadtspitals, wurde eine Medizinische Klinik mit herausragenden Fachabteilungen. Der Aufbau der onkologischen Abteilung erreichte im Sommer 2012 ihren Höhepunkt mit der Bildung eines Tumorzentrums, das mittlerweile regional einen Marktanteil von ca. 30 % hat. Vor Prof. Ludwigs Amtsantritt war kein einziger Onkologe am Claraspital tätig, heute deckt das Tumorzentrum das gesamte Spektrum der modernen Onkologie und Hämatologie ab. Ein interdisziplinäres Team unterstützte Prof. Ludwig beim Aufbau. Dank ihm wurde im Claraspital das damals schweizweit dritte PET-CT installiert, der Ausbau der Apotheke zur hausinternen Zytostatikaherstellung sowie der Bau und die Inbetriebnahme der Radioonkologie realisiert. Innerhalb der Medizinischen Klinik förderte er als engagierter Internist die Innere Medizin, Pneumologie, Kardiologie und Gastroenterologie, die sich zu wichtigen Abteilungen mit grosser Ausstrahlung und der nötigen personellen und infrastrukturellen Ausstattung wie Diagnostik, Herzkatheterlabor und Ernährungszentrum entwickelten. Trotz dieser Erfolge stand für Christian Ludwig der Mensch, ob als Patient oder Mitarbeiter, im Zentrum. Diese Haltung brachte er konsequent in die Geschäftsleitung ein. Sein Charisma, sein Humor, seine Bescheidenheit, aber auch seine Beharrlichkeit und sein analytischer Verstand, waren der Schlüssel zum Erfolg des Claraspitals.

Wenn Christian Ludwig die Klinik- und Geschäftsleitung abgibt, sind wir ihm zu grossem Dank verpflichtet und gleichzeitig erfreut, dass er als Onkologe, zeitlich reduziert, seine Patienten in den Räumen des Ernährungszentrums weiterhin betreuen und bei Bedarf für Projekte zur Verfügung stehen wird. Dadurch fällt uns der Abschied (nur) ein wenig leichter.

**Dr. rer. pol. Peter Eichenberger,  
Direktor**

Chance haben, durch Screening-Methoden (Kolonoskopie) Vorstufen eines invasiven Karzinoms (Polypen) rechtzeitig erkennen und entfernen (Polypektomie) zu können. Damit verbessern wir die Lebenserwartung der untersuchten Population signifikant.

### Chemotherapie

Vor 20 Jahren bestand das chemotherapeutische Armentarium in der Behandlung von Dickdarmtumoren nur aus 5-Fluorouracil (5-FU). Im Fall von Metastasen lag die mittlere Überlebenswahrscheinlichkeit bei ca. sechs Monaten. Zwischenzeitlich stehen mehrere Substanzen zur Verfügung (s. Tabelle), die beim metastasierenden Kolonkarzinom eine gute Wirksamkeit haben und so die Lebenserwartung, insbesondere bei sequenzieller Anwendung auf 23 bis 25 Monate verlängern. Wichtig ist der Einsatz dieser Zytostatika auch bei Patienten mit alleinigen Lebermetastasen. Durch eine moderne Chemotherapie können bei Patienten, die primär als nicht resektabel gelten, durch eine chemotherapeutische Vorbehandlung die Chancen auf Metastasenresektion zum Teil erhöht werden. Wichtig ist, dass solche Patienten jeweils vor Beginn der Behandlung interdisziplinär am Tumorboard besprochen werden, um den optimalen Behandlungsablauf festzulegen.

Heute können wir damit rechnen, dass knapp 50% der Patienten, bei denen schliesslich die Lebermetastasen z.B. durch eine Hemihepatektomie entfernt werden, nach fünf Jahren noch leben!

Die Effektivität moderner Chemotherapien hat auch dazu geführt, dass sich das zeitliche Management von Patienten verändert hat: Beispielsweise wird heute einem Patienten mit Lebermetastasen zum Zeitpunkt der Diagnose eines Dickdarmkarzinoms empfohlen, die Situation primär durch eine Kombinationschemotherapie (z.B. FOLFOX oder FOLFIRI) zu stabilisieren und den Primärtumor nur bei gutem Ansprechen der Metastasen zu einem späteren Zeitpunkt zu operieren. Voraussetzung für ein solches Vorgehen sind insbesondere fehlende Zeichen einer Darmobstruktion zum Zeitpunkt

### Tabelle

#### Neuere Zytostatika und Biologika für die Behandlung von Kolonkarzinomen

- Irinotecan (Campto®)
- Raltitrexed (Tomudex®)
- Capcitabin (Xeloda®)
- Oxaliplatin (Eloxatin®)
- Cetuximab (Erbix®)
- Bevacizumab (Avastin®)

Eine Kombination mehrerer Zytostatika («FOLFIRI» oder «FOLFOX») kann die Gefahr der Resistenzbildung vermindern.

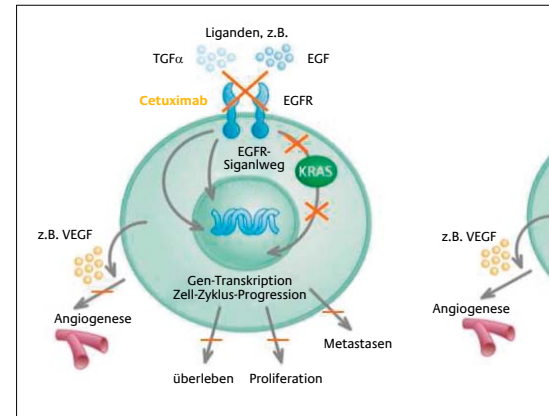
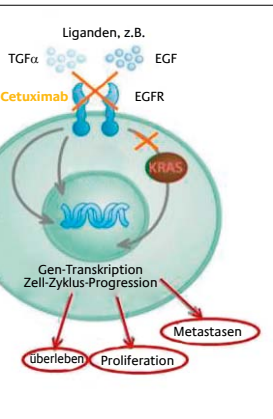


Abb. 2: Der monoklonale Antikörper Cetuximab (Erbix®) richtet sich gegen den EGF-Rezeptor. Ist K-RAS nicht mutiert, kommt es zur Blockade der Signalübertragung. Proliferation, Angiogenese und Metastasierung werden gehemmt. Liegt eine K-RAS-Mutation vor, (rechts) ist K-RAS immer aktiv. Bei konstanter Signalübertragung bleiben Proliferation, Angiogenese und Metastasierung bestehen.

der Diagnose. Wichtig ist, dass wir heutzutage auch die Prognose von Patienten nach Operation eines Dickdarmkarzinoms bei im Operationspräparat befallenen Lymphknoten durch eine adjuvante/prophylaktische Chemotherapie signifikant verbessern können. So wird das Rezidivrisiko bei N+ Kolonkarzinomen durch eine 6-monatige Chemotherapie mit Xeloda® um ein Drittel reduziert. Bei Patienten < 70 Jahre können wir durch die zusätzliche Gabe von Oxaliplatin das verbleibende Restrisiko um nochmals 25% reduzieren. Diese Verbesserung der Prognose ist umso bemerkenswerter, als die Nebenwirkungen der Behandlung im Allgemeinen nicht allzu belastend sind. Ein weiterer grosser Fortschritt ist die neoadjuvante Strahlen-Chemotherapie beim Rektumkarzinom: Durch eine prophylaktische kombinierte Strahlen-Chemotherapie vor der Operation kann das Risiko eines Lokalrezidivs auf wenige Prozent reduziert werden. Wenn auch durch diese Behandlung die Lebenserwartung nicht verbessert wird, so ist die Reduktion des Lokalrezidivrisikos doch sehr wichtig: Ein Lokalrezidiv im kleinen Becken geht häufig mit grossen Schmerzen einher!

### Biologische Therapieansätze

Zum molekularen Verständnis der Tumorentstehung gehört die Tatsache, dass Wachstums-signale (auch für Tumorzellen) von Wachstums-faktoren an Rezeptoren auf den Zelloberflächen übermitteln werden. Diese müssen dann durch intrazelluläre Signalkaskaden weitergeleitet werden. Diese Erkenntnisse haben dazu geführt, dass das Tumorentstehung durch die Blockade von Oberflächenrezeptoren gehemmt werden kann. Im Fall der Kolonkarzinome ist dies z.B. Cetuximab (Erbix®), ein monoklonaler Antikörper, der den EGF-Rezeptor blockiert (s. Grafik). Damit konnte das Ansprechen auf eine FOLFIRI-Thera-



pie (Kombination von 5-FU, Leucovorin und Irinotecan) von 38,7 auf 46,9% angehoben werden (bezogen auf alle Patienten in der Studie). Weitere Untersuchungen zeigten, dass nur Patienten mit einem nicht mutierten K-RAS Gen von dieser Therapie profitierten. Für diese Gruppe war aber der Therapieeffekt deutlicher mit einem Anstieg der Remissionsrate von 38,7 auf

59% (CRYSTAL-Studie). Der Grund für dieses Phänomen: K-RAS gehört zur intrazellulären Signalkaskade des EGF-Rezeptors. Ist nun K-RAS mutiert, stimuliert dieses mutierte Onkogen distal vom EGF-Rezeptor und unabhängig von äusseren Wachstumsfaktoren ununterbrochen die Zellteilung, weshalb eine proximal davon durchgeführte Blockade des EGF-Rezeptors keine Wirkung haben kann (s. Grafik, rechte Abb.). Dies ist ein gutes Beispiel für die moderne sogenannte «individualisierte» Therapie. Heute werden nur noch Patienten mit nicht mutiertem K-RAS-Onkogen mit Cetuximab behandelt. Dies hat den Vorteil, dass die Nebenwirkung dieser Substanz, akneartige Hautveränderungen im Gesicht und Oberkörper, nur Patienten zugemutet wird, die auch eine echte Chance haben, von der Therapie zu profitieren. Ökonomisch hat es den Vorteil, dass dieses teure Medikament nur bei Patienten zum Einsatz kommt, die davon profitieren. Ein weiteres Beispiel des individualisierten Einsatzes von Onkologika ist Vemurafenib (Zelboraf®), eine der ersten Substanzen, die beim Melanom wirksam ist und dort nur eingesetzt wird, wenn B-RAF mutiert ist. Diese molekularen Erkenntnisse der letzten 20 Jahre ermöglichen neue Therapieansätze in der Onkologie, verlangen aber gleichzeitig eine detaillierte molekulare (und teure) Aufarbeitung der Operations- oder Biopsie-Präparate. Die Zeiten einer Pathologie mit nur einigen Färbungen an den histologischen Schnitten sind definitiv vorbei. Gefragt sind Angaben bezüglich molekularer Veränderungen am Tumorgewebe, die zum Teil das therapeutische Vorgehen massgeblich beeinflussen. Das «molekulare Gesicht» eines Tumors für die Auswahl einer Therapie wird in Zukunft wohl wichtiger sein als sein Ursprungsort. Zusammenfassend haben die letzten 20 Jahre zwar einen immensen Fortschritt in der Onkologie gebracht, aber trotzdem sind die Therapieergebnisse gerade bei metastasierenden soliden Tumoren immer noch unbefriedigend. Wir brauchen in den nächsten 20 Jahren dringend weitere Verbesserungen der therapeutischen onkologischen Behandlungsoptionen.

Prof. Dr. med. Christian Ludwig

## Interview

# mit Prof. Dr. med. Christian Ludwig, Leiter Medizinische Klinik



### Herr Prof. Ludwig, sie waren beinahe 21 Jahre am Claraspital. Ihr Fazit?

Ich war und bin in einem ausserordentlich spannenden Gebiet tätig: Ausgeprägter als andere medizinische Fachbereiche hat sich die Onkologie in den letzten 20 Jahren enorm entwickelt. Ich bin in den letzten Jahren positiv überrascht worden, wie schnell die Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung Eingang in den klinischen Alltag fanden.

### Zum Beispiel?

Früher gab es nur Zytostatika und Hormonbehandlungen. Heute gibt es viele unterschiedlich wirkende Medikamente wie die Tyrosinkinasehemmer, die Angiogenesehemmer, die monoklonale Antikörper etc. In den 80er Jahren erlebte ich erste Versuche mit monoklonalen Antikörpern (mAk), die sich jedoch wegen allergischer Reaktionen nicht durchsetzten. Erst die sogenannten «humanisierten» mAk haben den Durchbruch gebracht und wir wenden diese im Alltag nun routinemässig an. Sie sind zum Beispiel in der Behandlung von Non-Hodgkin Lymphomen sehr wichtig geworden.

### Was waren für Sie die einschneidendsten Veränderungen in all diesen Jahren?

Neue Technologien ermöglichen heute eine verbesserte und auch weniger invasive Diagnostik. Man hat heute dank CT, PET und MRT, gerade bei unklaren klinischen Situationen, viel schneller eine präzise Diagnose. Natürlich muss man beim vermehrten Einsatz von CT und PET die Strahlenbelastung im Auge behalten. Diese Geräte sind aber auch wichtig für eine exakte Stadieneinteilung bei Tumoren. Auch die elektronischen Hilfsmittel, die wir heute zur Verfügung haben, sind zu-

nehmend wichtiger und tragen auch zur Beschleunigung im Praxisalltag bei. Heute kann ich jederzeit in der elektronischen Krankenakte Verordnungen, Laborresultate und Röntgenbilder nachschauen. Alles wohlgeordnet und jederzeit abrufbar beieinander zu haben, ist natürlich eine enorme Hilfe.

### Gibt es etwas, das Ihnen in der ganzen Zeit besonders wichtig war?

Im Bereich der Onkologie war das die Abrundung des Angebots bei uns im Claraspital. Einerseits bezüglich Diagnostik und Therapie, andererseits bezüglich der Möglichkeit, unseren Patienten und ihren Angehörigen mit der Psychoonkologie, der Kunst- und der Musiktherapie auch adäquate supportive Therapien anbieten zu können. Eine wichtige Ergänzung unseres Angebots scheint mir in diesem Zusammenhang auch die Palliativstation, auf der wir Menschen, die lange bei uns in Behandlung waren, bis zuletzt begleiten können. Auf persönlicher Ebene war mir immer wichtig, trotz meiner Aufgaben als Klinikleiter und Geschäftsleitungsmitglied mindestens 50 bis 60 Prozent der Arbeitszeit mit Patienten arbeiten zu können.

### Ist das nicht ein enormes Pensum?

Ich habe das Glück, eine sehr stabile Familiensituation zu haben. Meine Familie war immer ein wichtiger Ausgleich für mich. Sie und regelmässige Ferien halfen mir, das Gleichgewicht zu behalten. Bis 2004 hatte ich ja auch noch ein Forschungslabor im Departement für Forschung des Universitätsspitals, ehemals ZLF, wo ich v. a. im Bereich Tumorsuppressor-Gene forschte. Die Forschung hat mich immer sehr interessiert. Mit den zunehmenden administrativen Aufgaben wurde dies jedoch zuviel.

### Was glauben Sie, in welche Richtung die Krebstherapien in Zukunft gehen werden?

Ich könnte mir vorstellen, dass in Zukunft der Ursprung eines Tumors (Lunge, Dickdarm etc.) bezüglich Wahl der onkologischen Therapie weniger wichtig sein wird als die im Tumor nachgewiesenen molekularen Veränderungen. Diese werden entscheiden, ob zum Beispiel ein spezifischer Tyrosinkinasehemmer eingesetzt werden kann oder nicht.

**Vielen Dank für das Gespräch.**

	Telefon	Fax
<b>Zentrale</b>	061 685 85 85	061 691 95 18
<b>Notfall</b>		
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
<b>Diagnostik / Therapie</b>		
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
<b>Chirurgie</b>		
Bauchzentrum	061 685 86 00	061 685 83 37
<b>Viszeralchirurgie</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
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. Gass	061 685 84 84	061 685 84 81
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
Dr. J. Moldenhauer	061 685 84 80	061 685 83 37
Frau Dr. S. Urban	061 685 84 80	061 685 83 37
Stomaberatung	061 685 86 65	061 685 86 59
<b>Gastroenterologie</b>		
Frau PD		
Dr. M. Thumshirn	061 685 84 34	061 685 84 58
Dr. M. Manz	061 685 84 76	061 685 84 58
PD Dr. B. Meyer	061 685 84 64	061 685 85 58
Dr. N. Patuto	061 685 84 76	061 685 84 58
<b>Orthopädie / Traumatologie</b>		
Dr. D. Weber	061 685 84 90	061 685 86 57
Dr. R. Kernén	061 685 84 93	061 685 86 57
Frau Dr. K. Jaeggi	061 685 84 90	061 685 86 57
<b>Urologie</b>		
PD Dr. T. Zellweger	061 685 85 23	061 685 82 61
Dr. R. Ruzsat	061 685 85 22	061 685 82 61
Dr. O. Passera	061 685 85 24	061 685 82 61
Frau Dr. W. Remmele	061 685 85 18	061 685 82 61
M. Vedana	061 685 85 20	061 685 82 61
<b>Anästhesie</b>	061 685 84 63	061 685 86 37
<b>IPS</b>	061 685 85 65	061 685 82 49
<b>Medizin</b>		
Tumorzentrum	061 685 84 00	061 685 84 40
<b>Onkologie</b>		
Prof. Dr. Ch. Ludwig (bis 21.2.2013)	061 685 84 70	061 685 83 47
PD Dr. D. Köberle (ab 21.1.2013)	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. M. Ebnöther	061 685 84 39	061 685 85 91
Frau Dr. C. Cascato	061 685 84 39	061 685 85 91
Dr. B. Niemann	061 685 84 39	061 685 85 91
Onkologisches Ambulatorium	061 685 81 74	061 685 81 72
<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>		
Dr. L. Altwegg	061 685 83 80	061 685 89 97
Dr. Ch. Kohler	061 685 83 80	061 685 89 97
Dr. Ch. Grädel	061 685 83 80	061 685 89 97
<b>Pneumologie</b>		
Prof. Dr. M. Solèr	061 685 84 73	061 685 84 69
Dr. P. Buser	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
<b>Infektiologie</b>		
Frau Dr. C. Kaech	061 685 82 92	061 685 83 47
<b>Innere Medizin/Endokrinologie</b>		
Prof. Dr. Th. Peters	061 685 89 40	061 685 89 41
Frau Dr. M. Gebhart	061 685 89 40	061 685 89 41
Dr. M. Slawik	061 685 89 40	061 685 89 41
<b>Palliativstation</b>		
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

PD Dr. Dieter Köberle, Chefarzt Tumorzentrum/Leiter Medizinische Klinik

Nach dem Medizinstudium an der Universität Innsbruck war Dr. Köberle zunächst in der Laborforschungsabteilung unter der Leitung von Prof. Dr. H.J. Senn in St. Gallen tätig und befasste sich mit der Erforschung von Strategien zur Behandlung resistenter Tumorzellen. Am Kantonsspital St. Gallen erwarb er die wichtigsten Ausbildungssegmente für den Facharzt Innere Medizin und medizinische Onkologie und war hier die letzten zehn Jahre hauptverantwortlich für die Koordination der interdisziplinären Behandlung aller Patienten mit gastrointestinalen Tumorerkrankungen. Hieraus entwickelte sich eine Schwerpunktbildung im Bereich der Magen-Darmtrakt-Tumore und ein



breit ausgerichtetes Forschungsengagement innerhalb der Schweizer Arbeitsgemeinschaft für klinische Krebsforschung (SAKK) und anderen Studienorganisationen. Die Habilitation basierte auf der Entwicklung innovativer Tumor-

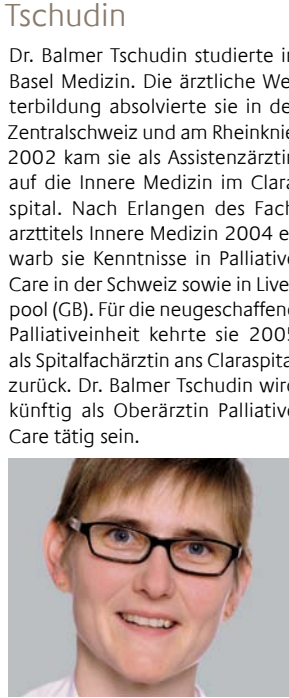
behandlungen gastrointestinaler Tumore. Daneben nahm er vielfältige Aufgaben in der medizinischen Versorgung von Krebspatienten wahr, wie z.B. die ärztliche Führung des onkologisch-hämatologischen Ambulatoriums. Diese Funktion beinhaltete eine enge Zusammenarbeit mit dem Fachpflegepersonal sowie den Aufbau zahlreicher multiprofessioneller als auch interdisziplinärer Sprechstunden unter anderem im Bereich der Supportiv- und Palliativmedizin. Langjährig war er als onkologischer Konsiliararzt im Spital Herisau (AR) tätig. Ein Diplomstudium im Bereich Gesundheitsmanagement der Universität St. Gallen (HSG) erweiterte seine Führungserfahrung. Im Februar 2013 tritt Dr. Köberle die Nachfolge von Prof. Dr. Christian Ludwig als Chefarzt des Tumorzentrums und Leiter der Medizinischen Klinik an.

Dr. Christoph Kohler



Dr. Kohler wuchs in Stuttgart auf und hat in Freiburg i.Br. Medizin studiert und promoviert und begann 1998 in der Abteilung Kardiologie und Angiologie der Medizinischen Hochschule Hannover. 2001 wechselte er an das Kreis Krankenhaus Böblingen, wo er 2004 den Facharzt Innere Medizin und 2005 den Facharzt Kardiologie erlangte. Seit November 2005 ist er als Oberarzt für Innere Medizin/Kardiologie mit dem Schwerpunkt Herzschrittmacher und ICDs/Invasive Kardiologie im Claraspital tätig und wurde per 1. April 2013 zum Leitenden Arzt Kardiologie ernannt.

Dr. Eva Balmer Tschudin



Dr. Balmer Tschudin studierte in Basel Medizin. Die ärztliche Weiterbildung absolvierte sie in der Zentralschweiz und am Rheinknie. 2002 kam sie als Assistenzärztin auf die Innere Medizin im Claraspital. Nach Erlangen des Facharztstitels Innere Medizin 2004 erwarb sie Kenntnisse in Palliative Care in der Schweiz sowie in Liverpool (GB). Für die neugeschaffene Palliativeinheit kehrte sie 2005 als Spitalfachärztin ans Claraspital zurück. Dr. Balmer Tschudin wird künftig als Oberärztin Palliative Care tätig sein.

Dr. Markus Gass



Dr. Gass studierte in Bonn Medizin und trat seine erste Assistenzarztstelle in der Viszeral- und Transplantationschirurgie des Inselspitals Bern an, wo er über die Regeneration der Leber nach Hepatektomien promovierte. Nach der Tätigkeit in diversen Abteilungen des Inselspitals wie Notfallzentrum und Intensivabteilung sowie im Bezirksspital Aarberg, arbeitete er als Oberarzt-Stellvertreter im Regionalspital Burgdorf. In den letzten zwei Jahren war er im Rahmen einer Rotationsstelle im Claraspital beschäftigt. Per 1.1.2013 wurde Dr. Gass zum Oberarzt Viszeralchirurgie ernannt.

Weiterbildung für Ärzte

Claraspital / Mehrzweckraum, 5. Stock

Interdisziplinäre Fortbildung am Claraspital

Mittwochmorgen 7.45 Uhr (Kaffee ab 7.30 Uhr)

Nächste Termine:

27.2.2013: Onkologische Notfallsituation in der Praxis, PD Dr. D. Köberle

13.3.2013: Hochsensitive Troponin-Assays und moderne

Plättchenhemmer: Zeit für ein Update zum Management des akuten

Koronarsyndroms, Dr. L. Altwegg

17.4.2013: Screeninguntersuchungen in der Gastroenterologie,

Dr. N. Patuto

Rapportraum im 1. Stock – Mittelbau

Chirurgisch-onkologisches Tumor-Board

Jeden Dienstag und Donnerstag 7.40–8.15 Uhr

Impressum

Herausgeber

St. Claraspital  
Kleinriehenstrasse 30  
CH-4016 Basel

Konzeption, Prepress

swissprofessionalmedia AG  
Medical Tribune

Gestaltungskonzept

Continue AG, Basel

Redaktion

thomas.peters@claraspital.ch  
beatrix.sonderregger@claraspital.ch  
pgenetzky@medical-tribune.ch

Druck

Tanner & Bosshardt AG, Basel