

# ClaraAktuell

Ausgabe 48, September 2014

## Frühzeitiger Ersatz des Bestrahlungsgeräts

Im November 2014 wird im Claraspital ein neues Bestrahlungsgerät in Betrieb genommen. Ausfallrisiken und Warteschlangen werden dadurch vermindert.

Lange Wartezeiten sind gerade in der onkologischen Bestrahlungstherapie nicht zumutbar. Und wenn das Bestrahlungsgerät einmal ausfallen sollte, können dringende Behandlungen nicht ohne weiteres in anderen, teilweise weit entfernten Spitälern durchgeführt werden. Zur Optimierung unserer radioonkologischen Behandlung – und damit zur Konsolidierung eines stabilen Behandlungsangebots in der Region – planen wir deshalb den frühzeitigen Ersatz unseres Bestrahlungsgeräts. Nur so können wir die Ausfallgefahr kompensieren und die Qualität unseres Angebotes erhalten.

Weil die Heilungsrate vieler Tumorerkrankungen dank kombinierter Behandlungskonzepte – Bestrahlung, Chirurgie und medikamentöse sowie systemische Therapien – signifikant erhöht werden kann, sind alle Anbieter darauf angewiesen, ihre Bestrahlungsgeräte auf dem neuesten Stand zu halten.

## ClaraUpdate 2014

Donnerstag, 20. November 2014

17.00 bis 19.00 Uhr, anschliessend Apéro

### Achtung: neuer Ort

Hotel Les Trois Rois, Blumenrain 8, Basel

### Programm

- Rezidivierende Harnwegsinfekte  
Dr. med. Robin Ruzsat
- Leberchirurgie heute  
PD Dr. med. Martin Bolli
- Individualisierte Onkologie  
PD Dr. med. Martin Buess
- 3D-Technik: Innovation in der Laparoskopie  
Prof. Dr. med. Markus von Flüe
- Update Antikoagulation  
Dr. med. Monika Ebnöther

Moderation: PD Dr. med. Miriam Thumshirn  
und PD Dr. med. Dieter Köberle

Die Bedeutung der Surveillance in der Spitalhygiene oder:

## Was man nicht messen kann, kann man nicht verbessern!

Surveillance bedeutet eine fortlaufende, systematische Erfassung, Analyse und Interpretation von Daten sowie deren Mitteilung an das Personal und wenn erforderlich eine Änderung von Verhaltensweisen.



Visualisierung der Benetzungslücken bei der Händedesinfektion

### Surveillance

Um vernünftig über eine Sache sprechen zu können, brauchen wir Zahlen und Fakten. Das Wissen ist dürftig und unzureichend, wenn man es nicht in Zahlen ausdrücken kann. Unser gefühltes Wissen über Dinge reicht nicht aus, um Probleme zu erkennen und nachfolgend dann Lösungsansätze zu finden. Egal ob es sich um Surveillance von nosokomialen Infektionen, Antibiotikaeinsatz oder von multiresistenten Erregern handelt, sind diese Daten zur Epidemiologie ein substanzielles Werkzeug zur Prävention. Allerdings funktioniert Surveillance nicht über die reine Sammlung von Daten. Die Erhebung auf den einzelnen Stationen und Abteilungen bringt das Problem nosokomialer Infektionen in das Bewusstsein der Mitarbeitenden. Die kontinuierliche Kommunikation und das Reporting zwischen Spitalhygiene, der Pflege und den Ärzten wird gefördert.

Durch die Surveillance wird hygienisches Handeln mit nosokomialen Infektionen sichtbar und so nachvollziehbar in Verbindung gebracht.

### Präventiver Effekt

Bei der Prävention liegt das Problem im Allgemeinen darin, dass der Erfolg üblicherweise nicht direkt sichtbar ist. Eine nicht erlittene Erkrankung oder Infektion zeigt sich nicht unmittelbar. Dadurch wird der Sinn teilweise aufwendiger Präventionsmassnahmen im klinischen Alltag eventuell in Frage gestellt und teilweise unbewusst der Umsetzungsgrad reduziert, als Beispiel mag hier die Händehygiene gelten.

Mit den erhobenen Daten zur Surveillance wird der Spitalhygiene ebenso wie den medizinischen Mitarbeitenden die Möglichkeit gegeben, den Erfolg und die Effektivität der Präventionsmassnahmen beurteilen zu können und

**Editorial**



**Liebe Kolleginnen und Kollegen**

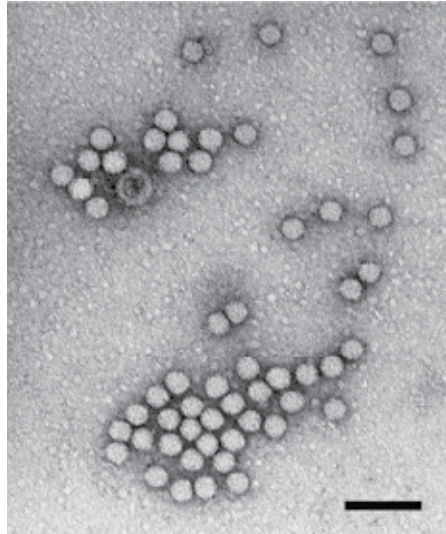
Immer wieder vermehren die Medien ein höheres Infektionsrisiko in Schweizer Spitälern als im Ausland. Dieser Vergleich ist nur teilweise korrekt, da für eine seriöse Benchmark die Messart und die Definitionen übereinstimmen müssen. In der Schweiz erfolgt im Gegensatz zu vielen anderen Ländern eine Nachsorge der Spitalpatienten. Nach Einbringung von Implantaten werden Patienten bis zu zwölf Monate nach Spitalaustritt überwacht. Eine Studie in den Niederlanden hat gezeigt, dass bis zu 43 % der Wundinfektionen erst nach Spitalaustritt durch regelmässige Nachkontrollen erfasst wurden. Eine fortlaufende, systematische Erfassung, Analyse und Interpretation von Daten ermöglicht nicht nur präventive Massnahmen zu ergreifen und so nosokomialen Infektionen vorzubeugen, sondern hilft, bei den Mitarbeitenden ein Bewusstsein für die Problematik zu schaffen.

Zu den Massnahmen um das Ziel «Null Infektionen» bei vermeidbaren nosokomialen Infektionen zu erreichen, gehören eine konsequent durchgeführte Händehygiene, die Isolation von Patienten mit Norovireninfektion oder eine Influenza-Impfung. Auch der gut bedachte Einsatz von Antibiotika trägt dazu bei, langfristige Keimresistenzen zu verhindern. Im Interview erläutert Manfred Reinarz, Leiter Spitalhygiene, die Punkte etwas näher.

Auch in dieser Ausgabe möchten wir Ihnen wieder einige neue Mitarbeiter vorstellen. Wir freuen uns, Frau Dorothee Dieterich, unsere neue evangelisch-reformierte Spitalseelsorgerin zu begrüßen. Dr. Moritz Hänel kehrt nach einem Ausflug ans Universitätsspital Basel als stellvertretender Oberarzt des Notfalls zu uns zurück und schliesslich wird Dr. Angela Wolf im Oktober ihr Stelle als neue Oberärztin Onkologie antreten.

Nun wünschen wir Ihnen eine angeregte Lektüre und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Markus von Flüe  
PD Dr. med. Dieter Köberle



Norovirus: Transmissions-Elektronenmikroskopie, Negativkontrastierung. Massstab = 100 nm. Quelle: Hans R. Gelderblom (1998), RKI

gegebenenfalls zu intensivieren oder neue Präventionsstrategien zu etablieren.

**Interpretation der Daten**

Da Surveillance-Daten nicht zum Selbstzweck erhoben werden, erfolgt eine Interpretation der Infektionsraten mit der jeweiligen Abteilung. Wenn Infektionsprobleme als Ursache erkannt wurden, muss eine entsprechende Strategie entwickelt werden, um das Hygienemanagement zu verbessern. Nicht jede nosokomiale Infektion weist allerdings auf eine fehlerhafte Behandlung des Patienten hin. Auch nach Ausschöpfung aller zur Verfügung stehenden Mittel, können zum Beispiel nach neuesten Untersuchungen, nur etwa 66 % aller ZVK-assoziierten Septikämien vermieden werden.

**Aussagekraft und Vergleichbarkeit**

Mit der Surveillance wird das endemische Niveau von nosokomialen Infektionen bestimmt. Durch die Kenntnis der eigenen Infektionszahlen am Claraspital wird die Bedeutung nosokomialer Infektionen erst bewusst, und es können Problembereiche erkannt und die Präventionsstrategie überprüft werden. Die Aussagekraft der Infektionserfassung kann erhöht werden, wenn man die eigenen Daten

mit denen andere vergleichen kann (Benchmarking). Allerdings nur unter der Voraussetzung, dass identische Messmethoden und Definitionen bei der Erfassung verwendet werden.

**Postoperative Wundinfekte**

Seit Juni 2009 beteiligt sich das Claraspital auf nationaler Ebene am Projekt «Surgical Site Infection Surveillance». Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach allen Operationen auch eine Erfassung mittels Telefoninterview 30 Tage nach Spitalentlassung bei Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial. Bei Eingriffen mit Fremdmaterial erfolgt die Erfassung zwölf Monate später.

**Compliance in der Händehygiene**

Als Qualitätsindikator werden halbjährlich abteilungsbezogene Verbrauchsdaten an Händedesinfektionsmittel erhoben, um zu sehen, ob diese Präventionsmassnahme genützt wird. Der Verbrauch alkoholischer Händedesinfektionsmittel wird in Milliliter pro Patiententag berechnet. Daraus errechnet sich die durchschnittliche Anzahl Händedesinfektionen pro Patient und Pflgeetag der jeweiligen Abteilung. So stieg der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel auf den Bettenstationen im Jahr 2013 um 36 % pro Patient und Pflgeetag. Zusätzlich erfolgt monatlich eine Compliance-Messung durch Beobachtung auf ausgewählten Abteilungen. Die Beobachtung (mindestens 250 Beobachtungen pro Abteilung) vermittelt ein Bild vom Ist-Zustand und gibt Gelegenheit, das Verhalten zu analysieren und Fehler zu erkennen. Für den Messzeitraum 2014 beträgt die beobachtete Compliance 82 %. Mit diesen beiden Messmethoden lassen sich die geeigneten Interventionen zur Verbesserung der Händedesinfektion bestimmen.

**Bündelstrategie**

In einer groben Vereinfachung wird bislang allgemein angenommen, dass ein Anteil von ca. 30 % aller nosokomialen Infektionen verhütbar sei. Diese Rate ist historisch aus den Anfängen der Implementierung von sogenannten «infection control» Massnahmen (1975/76) in ame-

**Postoperative Wundinfekte am Claraspital und im Vergleich mit anderen Spitälern der Schweiz**

Eingriff	Infektionsrate am Claraspital 2013	Infektionsrate übrige Schweiz 2013
Cholezystektomie	0,8 %	2,5 %
Kolonchirurgie	2,3 %	15,3 %
Rektumchirurgie	4,0 %	15,4 %

Die erhobenen Daten ermöglichen ein Benchmarking unter den Spitälern und zeigen, ob die getroffenen Präventionsmassnahmen effektiv sind.

Interview

# mit Manfred Reinarz, Leiter Spitalhygiene



Wo besteht aus spitalhygienischer Sicht der grösste Handlungsbedarf am Claraspital?

Wichtig wäre für mich, dass die Quartärprävention zu einen wesentlichen Bestandteil der Infektionsprävention wird. Quartärprävention bedeutet, dass im Bereich der Prävention nosokomialer Infektionen Patienten durch überflüssige Massnahmen und Rituale von unbewiesener Wirksamkeit, und vor eventuell falscher Prioritätensetzung geschützt (bewahrt) werden.

Dazu bedarf es der kontinuierlichen Erfassung von Surveillance-Daten, und der Einführung eines kontinuierlichen Surveillance-Programms auf elektronischer Basis. Die mit der Durchführung einer Erfassung, überwiegend Zeitaufwand, bedingten Kosten können in dem Masse kompensiert werden, wie die Surveillance zur Reduktion bzw. Vermeidung nosokomialer Infektionen beiträgt.

Erste Schritte dazu wurden bereits unternommen mit der Erfassung von Wundinfektionen, Harnwegsinfektionen auf periphe-

ren Stationen. Im Herbst erfolgt eine Erfassung von nosokomialen Infektionen über drei Monate auf der intensivmedizinischen Station.

Mit welchen Keimen haben wir im Claraspital vom spitalhygienischen Standpunkt aus besonders zu kämpfen?

Von epidemiologischem Interesse sind es vorwiegend Noro- und Influenzaviren. Gegen diese Keime wirken die Standard- und Isolationsmassnahmen und bei Influenza eine Impfung.

Bei Vorliegen von Keimen mit einem erhöhten Übertragungspotenzial oder Gefährlichkeit für den Patienten werden auf Anweisung der Spitalhygiene zusätzliche Präventionsmassnahmen eingeleitet.

Die Anzahl der Isolationstage konnte so durch verbesserte Standardhygienemassnahmen und Schulungen von ca. 1000 Isolationstage im Jahr 2012 auf 337 im Jahr 2013 gesenkt werden.

Müssen wir uns im Claraspital vor sogenannten «superbugs» – Bakterien, gegen die es keine gut wirksame Antibiotikatherapie mehr gibt – fürchten?

Multiresistente gramnegative Erreger sind im Gegensatz zu MRSA, weltweit im Ansteigen begriffen. Dabei spielen ESBL oder Carbapenemase produzierende Erreger eine führende Rolle, unter anderem weil deren Resistenzwege beispielsweise im menschlichen Darm zwischen verschiedenen Bakterienspezies ausgetauscht werden können.

Die sichtbare Tendenz zu steigenden Resistenzraten in anderen Ländern gilt jedoch nicht automatisch für das Claraspital. Meistens werden die gramnegativen multiresistenten Erreger durch kolonisierte Patienten ins Spital importiert.

Eine wirksame Bekämpfung der Ausbreitung multiresistenter Erreger wird durch

Blockierung der Übertragungswege und gleichzeitige rationale Antibiotikatherapie erreicht.

Nur wenige neue Antibiotika befinden sich in der Pipeline der Pharmaindustrie, sodass alles getan werden muss, um die Wirksamkeit des vorhandenen Antibiotikaarsenals zu erhalten.

Was kann der Einzelne – Spitalarzt oder Hausarzt – tun, um die Entstehung und Übertragung von resistenten Problemkeimen zu verhindern?

Die Erwartungshaltung von Patienten oder Angehörigen begünstigt oftmals eine vor-schnelle antibiotische Therapie. Ist eine bakterielle Infektion weder klinisch noch mikrobiologisch nachweisbar, sollte die Therapie sofort beendet werden.

Der Wechsel von empirischer Breitspektrum-Therapie auf resistenzgerechte Schmalspektrum-Therapie ist ein weiterer Ansatz.

Ein ungezielter Einsatz von Antibiotika fördert die Entstehung neuer Resistenzmechanismen.

Die Einführung von neuen Antibiotika zieht rasch neue Resistenzen nach sich.

Der kausale Zusammenhang zwischen Antibiotikagebrauch und Resistenzverbreitung durch Selektion resistenter Stämme ist vielfach nachgewiesen worden. Die Folgen von einem übermässigen Einsatz von Breitspektrumantibiotika hat individuelle und ökologische Effekte, die sehr rasch klinische Folgen nach sich ziehen können und langfristig zur Verteuerung der Antibiotikatherapie, vor allem aber zu ihrer Unwirksamkeit führen. Die beste einfachste und kostengünstigste Methode um eine Übertragung von Keimen zu verhindern, ist nach wie vor eine korrekte Hygienische Händedesinfektion!

Besten Dank für das Gespräch.

Interview: Dr. Chloé Käch, Oberärztin Infektiologie

rikanischen Spitälern zu einem früheren Vergleichszeitraum (1970) abgeleitet. Neuere Untersuchungen weisen auf ein wesentlich grösseres Präventionspotenzial (Michigan Studie) hin. Die Strategie besteht aus einem integrierten Interventionsbündel von Massnahmen mit definierten Einzelkomponenten. Mit dem Massnahmebündel soll über einen längeren Zeitpunkt das Ziel von Null-Infektionen bei den vermeidbaren nosokomialen Infektionen am Claraspital erreicht werden.

### Vision «Zero Tolerance»

Dabei bezieht sich die Null-Toleranz auf die Akzeptanz gegenüber vermeidbaren nosokomialen Infektionen und nicht auf eine Schuldzuweisung an das medizinische Personal. Zudem ist sie konsequent mit der Umsetzung der Bündelstrategie verbunden. Der Nutzen der Bündelstrategie liegt in der multidimensionalen Natur der Intervention und nicht in der evidenzbasierten Effektivität jeder Einzelmassnahme. Eine wichtige Komponente in der An-

wendungspraxis von Bündelstrategien ist dabei die Kontrolle von Compliance bei jeder der Einzelmassnahmen, die Methodik der Implementierung und die Festlegung des Feedbacks. Die Null-Infektionen-Strategie bedeutet für das Claraspital, dass alle Präventionspotenziale ausgeschöpft werden, um das Ziel Null-Infektionen zu erreichen.

Manfred Reinarz  
Leiter Spitalhygiene



	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 über Zentrale	
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
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
Dr. M.O. Guenin	061 685 84 31	061 685 87 64
PD Dr. M. Bolli	061 685 84 31	061 685 87 64
Frau Dr. I. Füglistaler	061 685 86 43	061 685 87 63
Dr. M. Gass	061 685 84 85	061 685 84 81
Frau Dr. L. Stoll	061 685 86 43	061 685 87 63
Dr. J. Moldenhauer	061 685 84 80	061 685 83 37
Frau Dr. S. Urban	061 685 84 80	061 685 83 37
Dr. R. von Aarburg	061 685 84 80	061 685 87 37
Stomaberatung	061 685 86 65	061 685 86 59
Gastroenterologie		
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. F. Schulte	061 685 84 76	061 685 85 58
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
M. Vedana	061 685 85 20	061 685 82 61
Dr. R. Yaghchi	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
<b>Medizin</b>		
Tumorzentrum	061 685 84 00	061 685 84 40
Onkologie/Hämatologie		
PD Dr. D. Köberle	061 685 84 70	061 685 83 47
PD Dr. M. Buess	061 685 84 75	061 685 85 94
Dr. C. Knüsli	061 685 84 75	061 685 83 86
Frau Dr. M. Ebnöther	061 685 84 39	061 685 85 91
Frau Dr. C. Cescato	061 685 84 39	061 685 85 91
Dr. B. Niemann	061 685 84 39	061 685 85 91
Selbstständige Sprechstunde		
Prof. Dr. Ch. Ludwig	061 685 84 70	061 685 83 47
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
Dr. A. Geretschläger	061 685 82 00	061 685 82 25
Kardiologie		
PD Dr. L. Altwegg	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
Dr. D. Périat	061 685 83 80	061 685 89 97
Pneumologie		
Prof. Dr. M. Solèr	061 685 84 73	061 685 84 69
Frau Dr. A. Balestra	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
Dr. O. Tanneberger	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
Innere Medizin/Endokrinologie		
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
Frau H. Al Tokmachi	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

## Einsatz der Pulsoximetrie bei nächtlichen Atemstörungen

Die Pulsoximetrie ist eine nicht-invasive Messmethode der arteriellen Sauerstoffsättigung, die auf der Messung der Lichtabsorption verschiedener Wellenlängen beruht. Während Eingriffen in Narkose oder Sedoanalgesie, auf Intensiv- und Notfallstationen sowie im Rettungsdienst findet die Pulsoximetrie breite Anwendung. Sie eignet sich auch als Punktmessung in der Praxis oder zum Screening und zur Therapiekontrolle von nächtlichen Atemstörungen, insbesondere des obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndroms (OSAS). Dazu werden Pulsoximeter verwendet, die mehr als zehn Messpunkte pro Minute speichern können. Mit der Software können eine Sättigung/Zeit- und eine Herzfrequenz/Zeitkurve erstellt sowie diverse Parameter wie der Desaturationsindex oder die Herz-

frequenzvariabilität berechnet werden. In den meisten Studien wird eine Entsättigung um  $\geq 4\%$  und ein Desaturationsindex von  $\geq 15$  als pathologisch angesehen. Damit liegt bei Patienten mit hoher Vortestwahrscheinlichkeit die Sensitivität der Pulsoximetrie zur Erkennung eines OSAS bei über 70%, die Spezifität bei 86%. Ein Schwellenwert von 4% ist aber gerade bei jungen und schlanken Patienten sehr hoch. Hier weist die Pulsoximetrie eine sehr schlechte Sensitivität auf. Deshalb ist bei typischer Klinik für ein OSAS auch im Fall einer negativen Screening-Oxymetrie eine weiterführende Diagnostik notwendig. Im typischen Fall zeigt die Sättigungskurve sägezahnartige zyklische Desaturationen mit begleitenden Pulsakzelerationen. Die Diagnose wird bei typischer Symp-



Fingerpulsoximeter mit Datenspeicher zur nächtlichen Sättigungsmessung oder für Belastungstests

tomatik und suggestiver Pulsoximetrie mit einer respiratorischen Polygrafie bestätigt und quantifiziert. In unklaren Fällen und bei jüngeren, schlanken Patienten empfiehlt sich eine Polysomnografie. Bei Diagnosebestätigung sollte eine nächtliche Überdrucktherapie (CPAP) gestartet werden.

PD Dr. Ladina Joos Zellweger, Pneumologie

## Personelles

### Dr. Angela Wolf



Dr. Angela Wolf kommt aus der Nähe von Freiburg i. Br. Nach dem Medizinstudium war sie zunächst im Kantonsspital Liestal in der Gastroen-

terologie tätig, danach im Universitätsspital Basel auf der Abteilung für Innere Medizin und Neurologie. Nach einer onkologischen Weiterbildungszeit in Liestal war sie in Freiburg in der Klinik für Tumorbiologie sowie einer onkologischen Praxis beschäftigt. In den letzten drei Jahren arbeitete sie als Oberärztin Onkologie im Kantonsspital Aarau. Dr. Wolf tritt am 1.10.2014 ihre Stelle als Oberärztin Onkologie im Claraspital an.

### Dr. Moritz Hänel



Dr. Moritz Hänel ist in Südbaden aufgewachsen und begann nach einer Ausbildung zum Rettungssanitäter und dem anschliessenden

Medizinstudium in Freiburg i. Br. seine medizinische Ausbildung in Rheinfelden, auf der Allgemeinchirurgie. Nach einer knapp zweijährigen Weiterbildung in der Orthopädie und Traumatologie im Claraspital wechselte er in die Medizinische Abteilung. Zuletzt war er im Universitätsspital Basel in der Medizin mit Schwerpunkt Notfall- und Intensivmedizin tätig. Dr. Hänel arbeitet seit dem 1.8.2014 als stellvertretender Oberarzt Notfall im Claraspital.

### Dorothee Dieterich



Dorothee Dieterich ist in einem kleinen Dorf in der Nähe von Stuttgart aufgewachsen. Nach dem Abitur begann sie Theologie zu studieren. Im Anschluss an einen Auslandsaufenthalt absolvierte sie ihr Vikariat in Basel in der Evangelisch Reformierten Kirche Basel-Stadt. Einige Semester war sie Assistentin für praktische Theologie, verliess dann die Fakultät und wurde Gemeindepfarrerin in St. Peter. Nach drei Jahren wechselte sie zur Beratungsstelle für Frauen. Dorothee Dieterich ist seit Mai 2014 als evangelisch-reformierte Spitalseelsorgerin im Claraspital tätig.

## Weiterbildung für Ärzte

### Claraspital / Mehrzweckraum, 5. Stock

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

Nächste Termine:

17.9.2014: Neues vom Allerwertesten: Leitlinien Pilonidalsinus, Dr. med. Ida Füglistaler

22.10.2014: CKD – chronische Niereninsuffizienz eine kurze Übersicht, PD Dr. med. Michael Dickenmann

19.11.2014: Onkologie im Alter, Dr. med. Claudio Knüsli

### Rapportraum im 1. Stock – Mittelbau

Chirurgisch-onkologisches Tumor-Board  
Jeden Dienstag und Donnerstag 7.40–8.15 Uhr

### Claraspital / Mehrzweckraum HBH

Gastroforum 2014

1.10.2014: Extraperitoneales Rektumkarzinom: Neoadjuvante Konzepte und neue OP-Techniken, Prof. Dr. med. Markus von Flüe, Dr. med. Beatrice Kern

## Impressum

Herausgeber  
St.Claraspital  
CH-4016 Basel  
scs@claraspital.ch

Konzeption, Prepress, Fotos  
swissprofessionalmedia AG  
Medical Tribune

Gestaltungskonzept  
Continue AG, Basel

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

Druck  
Tanner & Bosshardt AG, Basel

© Nachdruck nur mit  
Nennung der Quelle