

# ClaraAktuell

Ausgabe 51, Mai 2015

## Hospitationen: Einblicke in den klinischen Alltag gewinnen

Am 4. und 5. März 2015 fanden die ersten Hospitationen im Claraspital statt. Dabei haben niedergelassene Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit, unsere Ärzte zwei Tage lang an Rapporten, Sprechstunden und Visiten zu begleiten, sich mit Spezialisten auszutauschen und Fragen zu klären sowie den Alltag auf der Notfallstation und auf der intensivmedizinischen Station zu erleben.

Die ersten beiden Teilnehmer haben diesem Fortbildungsprogramm Bestnoten erteilt: «Für mich war es eindeutig die beste Weiterbildung, die ich jemals hatte», sagt einer der beiden teilnehmenden Ärzte. Der andere ergänzt: «Meine Erwartungen wurden übertroffen.»

«Die Hospitationen bieten eine gute Möglichkeit, um den Austausch zwischen dem Claraspital und seinen zuweisenden Ärzten weiter zu verbessern», ergänzt PD Dr. Dieter Köberle, Initiator des Programms. «Jeder Teilnehmer kann ein Programm nach seinen Wünschen zusammenstellen und erhält so Einblicke in die verschiedenen Abteilungen, die ihn interessieren. Auch kann die Gelegenheit benützt werden, um Fälle aus der Praxis zu besprechen.»

### Sichern Sie sich einen Platz und erwerben Sie Weiterbildungspunkte!

Unter dem Titel «Praxisorientiertes Update in stationärer Medizin – ein interaktiver Austausch am Patientenbett» bietet das Claraspital neuerdings viermal pro Jahr an zwei Tagen – jeweils einem Mittwoch und einem Donnerstag – Hospitationen für niedergelassene Ärzte der Region an. Die Hospitationen sind als Fortbildung in Allgemeiner Innerer Medizin von der SGIM mit 15 Credits akkreditiert.

Die nächsten Daten sind:  
10./11. Juni 2015  
2./3. September 2015  
2./3. Dezember 2015

Anmelden können Sie sich über das Sekretariat PD Dr. Dieter Köberle:  
marita.collings@claraspital.ch  
T +41 61 685 84 70

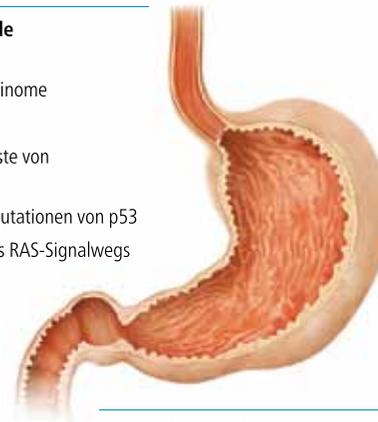
## Molekulare Klassifikation des Magenkarzinoms

# Beginnt die Zukunft heute?

Die Histopathologie erlebt eine Zeitenwende: Zunehmend werden traditionelle, histomorphologisch basierte Tumorklassifikationen ergänzt und ersetzt durch molekularbiologisch basierte Tumorgruppierungen. Fortschritte in der Entschlüsselungstechnik des menschlichen Genoms ermöglichen es, Tumorzellgenome umfassend zu charakterisieren und Veränderungen, die für die Tumorentstehung verantwortlich sind, zu identifizieren. Damit bieten sich völlig neue Einsichten in die molekulare Grundlage, die unmittelbare Auswirkungen auf die zukünftige Tumorthherapie haben werden.

### Chromosomal instabile Magenkarzinome

- 50 % aller Magenkarzinome
- meist intestinaler Typ
- Zugewinne und Verluste von Chromosomen
- 70% inaktivierende Mutationen von p53
- häufig Aktivierung des RAS-Signalwegs
- 30% HER2 positiv



### Epstein-Barr-Virus-assoziierte Magenkarzinome

- 10 % aller Magenkarzinome
- 80% aktivierende Mutationen von PIK3CA
- PD-L1/2 – Überexpression

### Mikrosatelliteninstabile Magenkarzinome

- 20 % aller Magenkarzinome
- Hypermutation durch DNA-Reparaturdefekt

### Genomisch stabile Magenkarzinome

- 20 % aller Magenkarzinome
- meist diffuser Typ (sog. Siegelringzellkarzinome)
- inaktivierende Mutationen in Zellkontaktgenen
- aktivierende Mutationen in Zellbewegungsgenen

Das Magenkarzinom wird heute in vier molekulare Typen eingeteilt.

Ein gutes Beispiel hierfür bietet das Magenkarzinom. Auch wenn die Häufigkeit von Magenkarzinomen in den letzten Jahren zurückgegangen ist, erkranken pro Jahr 5 von 100 000 Schweizerinnen und 10 von 100 000 Schweizern am Magenkarzinom. Als Hauptrisikofaktor gilt weltweit eine langjährig bestehende bakterielle Infektion der Magenschleimhaut mit *Helicobacter pylori*. Im September 2014 wurde durch «The Cancer Genome Atlas Research Network», einem multiinstitutionellen US-amerikanischen Forschungsverbund zur genomischen Entschlüsselung der häufigsten menschlichen Tumoren, eine umfassende molekulare Charakterisierung des Magenkarzinoms vorgestellt, die die biologische Hetero-

genität dieser Tumoren dokumentiert und mögliche neue therapeutische Ansätze aufzeigt (Nature 2014; 513: 202–209).

In diesen Untersuchungen wurden vier molekulare Typen des Magenkarzinoms definiert: Epstein-Barr-Virus assoziierte, mikrosatelliteninstabile, genomisch stabile Tumoren sowie Tumoren mit chromosomaler Instabilität.

Epstein-Barr-Virus-assoziierte Karzinome machen ca. 10% aller Magenkarzinome weltweit aus. Sie sind charakterisiert durch eine Infektion und bösartige Transformation der Tumorzellen durch das Epstein-Barr-Virus, den Erreger der infektiösen Mononukleose. Molekularbiologisch zeigen diese Tumoren charakte-

## Editorial



### Liebe Kolleginnen und Kollegen

Wir haben heute immer häufiger die Möglichkeit, vorweg abzuklären, ob eine bestimmte Tumorthherapie einen Nutzen bringt. Wachsendes Grundlagenwissen über die Steuerung von Tumoren aufgrund spezieller molekularer Untersuchungen macht eine solche Vorhersage möglich und beeinflusst das therapeutische Vorgehen massgeblich. Zielgerichtete Substanzen, abgestimmt auf den einzelnen Patienten aufgrund spezifischer Marker, sind bereits Realität und werden künftig immer wichtiger.

PD Dr. Andreas Zettl, Leiter Pathologie bei der Viollier AG und regelmässiger Teilnehmer an den Tumorboards des Claraspitals, erläutert anhand des Magenkarzinoms, wie dessen molekulare Charakterisierung eine biologische Heterogenität dieser Tumoren nachweist. Die Daten zeigen, dass es «das Magenkarzinom» nicht gibt. Vielmehr handelt es sich um unterschiedliche Tumortypen, die entsprechend eine spezifische therapeutische Herangehensweise erfordern. Die therapeutische Abfolge wird für jeden Tumorpatienten im Rahmen einer gemeinsamen Sitzung aller involvierten Spezialisten besprochen. Das Tumorboard verstehen wir als eine qualitätsbildende Plattform. Welche Aspekte wir besonders hervorheben möchten, können Sie im Interview mit Prof. von Flüe nachlesen.

Auch diesmal dürfen wir Ihnen wieder neue Kollegen vorstellen, müssen uns jedoch auch von einem hochgeschätzten Kollegen verabschieden: Dr. Christian Looser, seit 25 Jahren Co-Chefarzt Radiologie sowie seit 2009 Leiter Querschnitt und Geschäftsleitungsmitglied wird Ende Juli 2015 in Pension gehen. Wir danken ihm herzlich für die wertvolle, konstruktive und kollegiale Zusammenarbeit. Dr. Christian Looser hat grossen Anteil an der Entwicklung des Claraspitals und war über viele Jahre hinweg ein Garant für exzellente Radiologie.

Freundliche Grüsse

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

ristischerweise massive sog. epigenetische Veränderungen des Tumorzellgenoms (Gene werden bei diesem Tumortyp durch Modifikation des Tumorzellgenoms infolge extremer Hypermethylierung unkontrolliert an- und abgeschaltet, ohne selbst Sequenzveränderungen aufzuweisen). Ferner zeichnet sich diese Tumorgruppe durch häufige aktivierende Mutationen des Signalproteins PIK3CA sowie durch eine Überexpression von Zelloberflächeneiweissen (PD-L1/PD-L2) aus, welche die Immunreaktion gegen die Tumorzellen hemmen. Sowohl eine therapeutische Blockierung von PIK3CA als auch von PD-L1/PD-L2, wie sie in ersten Studien bei unterschiedlichen Tumoren bereits erfolgreich beschrieben wurden, werden somit das onkologische Therapierepertoire bei diesem Tumortyp absehbar verstärken.

20% aller Magenkarzinome sind durch eine Mikrosatelliteninstabilität gekennzeichnet. Es handelt sich hierbei um eine in der Regel erworbene Eigenschaft von Tumorzellen, die die Aufrechterhaltung der DNA-Sequenz des Tumorzellgenoms beeinträchtigt und zu einer massiven Akkumulation von Mutationen führt. Einzelne Studien postulieren, dass diese Tumorgruppe klinisch weniger aggressiv verläuft.

### Kommentar zur molekularen Klassifikation des Magenkarzinoms aus Sicht des Onkologen

PD Dr. Dieter Köberle

Die molekulare Klassifikation des Magenkarzinoms durch das «Cancer Genome Atlas Research Network» ist zweifellos ein wichtiger Meilenstein in der Charakterisierung des Magenkarzinoms. Wir wussten bereits aus empirischen Daten, dass sich das Magenkarzinom klinisch variabel verhält und keiner einheitlichen Entität entspricht. Bislang haben wir klinisch drei Varianten unterschieden: das proximale Magenkarzinom und das ösophagogastrale Übergangskarzinom, das diffuse und das distale Magenkarzinom. Wenngleich die molekulare mit der bislang üblichen klinischen Klassifikation nicht vollständig deckungsgleich ist, erweitert sie unser Verständnis um eine neue Dimension. Die zentrale Information besteht dabei aus der Beschreibung der tumorregulierenden Signalketten und deren Mutationen. Hieraus erwachsen neue Möglichkeiten für zielgerichtete Therapien.

Ein Beispiel ist der Einsatz von spezifischen Immuntherapien mit PD-1- oder PD-L1-Antikörpern, die sich auch beim Magenkarzinom in klinischer Testung befinden. Erste Ergebnisse weisen auf einen Subgruppeneffekt hin: Diese Antikörper führen bei einem Teil der Patienten (ca. 30%) zu einer Tumorreduktion. Es gilt nun herauszufinden, bei welchen Magen-tumoren diese Medikamente am meisten

20% der Magenkarzinome wurden als genomisch stabile Adenokarzinome klassifiziert. Dieser Tumortyp ist in der Lage, seinen Chromosomensatz bei Zellteilungen weitgehend stabil zu halten. Diese Tumoren weisen wenig Zugewinne oder Verluste von chromosomalem Material auf und zeigen einen nahezu diploiden Chromosomensatz. Bemerkenswerterweise kennzeichnet sich diese Tumorgruppe durch eine eigenständige, bereits früher beschriebene Morphologie und Biologie: Sie entsprechen weitgehend dem sog. diffusen Typ nach Laurén. Es handelt sich hierbei um Magenkarzinome, die die Magenwand diffus infiltrieren, häufig ohne wesentliche makroskopisch erkennbare Veränderungen zu bedingen. Die Tumorzellen wachsen dissolut als Einzelzellen und gleichen mikroskopisch oft Siegelringen (daher die Bezeichnung Siegelringzellkarzinom). Diese Tumoren treten eher bei vergleichsweise jüngeren Patienten auf, können endoskopisch und histologisch schwer detektierbar sein und sind durch eine gehäuft viszerale Metastasierung (peritoneale Aussaat) gekennzeichnet. Molekularbiologisch zeigen diese Tumoren Mutationen, die Zell-Zell-Interaktionen inaktivieren bzw. Mutationen von Genen, welche die Zellmigration beeinflussen

nutzen, und diejenigen Tumoren zu identifizieren, die nicht ansprechen. Neben der Testung der entsprechenden Rezeptoren (PD-1) bzw. ihrer Liganden (PD-L1) wird die Forschung sicherlich Bezug auf die Epstein-Barr-Virus-assoziierten Magenkarzinome nehmen. Eine weitere Herausforderung bei der Entwicklung zielgerichteter Therapien sind Mehrfachmutationen und Tumorerogenität. Es zeichnet sich ab, dass wir in der Zukunft aus mehreren zielgerichteten Substanzen bestehende Medikamentenkombinationen benötigen werden, um einen ausreichend starken und anhaltenden Effekt zu erreichen. Sobald diese in der palliativen Therapie etabliert sind, werden sie auch in der neoadjuvanten und adjuvanten Situation eingesetzt werden. Wir erwarten also in naher Zukunft einen relevanten Innovationsschritt in der Behandlung und letztlich eine bessere Heilung des Magenkarzinoms. Was lernen wir daraus?

Grundlagenwissen über die Tumorsteuerung wird heute kurze Zeit nach ihrer Entdeckung durch den Pathologen dem Kliniker zur Verfügung gestellt und führt durch den Einsatz zielgerichteter Medikamente zu neuen und hoffentlich besseren Therapien. Die Aussagekraft pathologischer Befunde wird somit nicht nur von der klassischen Gewebediagnostik, sondern zunehmend von der Identifikation von prädiktiven Faktoren für die Auswahl neuer medikamentöser Therapien bestimmt.

Interview

# mit Prof. Dr. med. Markus von Flüe, Leiter Chirurgische Klinik und Chefarzt Bauchzentrum



Herr Prof. von Flüe, gehören Tumorboards heute zum State of the Art?

Auf jeden Fall. Ohne Tumorboard gibt es keine vernünftige Entscheidung über die weitere Diagnostik und Therapie. Viele Therapieentscheidungen sind für die Patienten schwerwiegend, da die notwendige Behandlung häufig mit Nebenwirkungen verbunden ist.

Sie schätzen also die Interdisziplinarität dieser Plattform?

Genau, denn diese bringt eigentlich nur Vorteile. In welcher Kombination respektive Reihenfolge eine Chemotherapie, eine Strahlentherapie oder eine Operation erfolgt, ist zwar in Leitlinien und Therapiestandards festgelegt, muss aber für jeden Patienten individuell abgestimmt und gegebenenfalls an Begleiterkrankungen, die Le-

benssituation sowie die Wünsche des Patienten angepasst werden. Dadurch, dass alle gemeinsam am Tisch sitzen, können die ersten Therapieschritte ohne Zeitverlust initiiert werden, da nicht alle Spezialisten nacheinander konsultiert werden müssen. Die Vorteile derartiger Zusammenarbeit zeigen sich bei uns auch im Bauchzentrum. Im Gegensatz zu anderen Zentren leben wir ja auch hier eine ausgeprägte Interdisziplinarität, indem wir die beiden Fachbereiche Gastroenterologie und die Viszeralchirurgie strukturell und organisatorisch zusammengeführt haben. Die Kommunikationswege sind dadurch viel direkter, und die Patientenübergabe ist viel einfacher geworden. Die Abklärungs- und Behandlungspfade sind klar strukturiert, alles ist sehr transparent. Das schlägt sich in einer verbesserten Qualität der Behandlung für den Patienten sowie in einer Straffung der Untersuchungen nieder, sodass es nicht zu einer Übermedizin oder zu unnötigen Wartezeiten auf Untersuchungstermine kommt.

Wird jeder Tumorpatient besprochen?

Ja. Manchmal auch mehrmals im Verlauf einer Behandlung, sooft neue Therapieentscheidungen anstehen. Darüber hinaus ist dies aber auch eine Voraussetzung für die Zertifizierung unseres Tumorzentrums, die wir anstreben. Aus den Besprechungen am Tumorboard entstehen übrigens auch immer wieder Fragestellungen, die im Rahmen von Forschungsprojekten geprüft werden müssen.

Wie sieht das Tumorboard im Claraspital aus?

Zweimal wöchentlich, am Dienstag- und am Donnerstagmorgen treffen sich von 7.40 bis 8.30 Uhr sämtliche Spezialisten, um Patienten mit einer Krebserkrankung eingehend zu besprechen und die erfolgversprechendste Behandlung festzulegen. Das Claraspital hat den Vorteil, dass wir inhouse über sämtliche Spezialisten verfügen, also auch über Radioonkologen und Hämatologen. Naturgemäss – da wir im Bereich der Viszeralchirurgie ja zu den grössten Zentren der Schweiz gehören – ist die Zusammensetzung häufig etwas chirurgielastig, was nicht heissen will, dass dadurch häufiger operiert wird. Das Tumorboard gewährleistet seriöse Operationsindikationen, indem keine unnötigen Operationen gemacht werden und nicht im falschen Moment operiert wird.

Was ist für die Qualität eines Tumorboards wichtig?

Entscheidend ist, dass die Teilnehmer viel und jahrelange Erfahrung haben – auch in der spezialisierten und in der hochspezialisierten Medizin. Voraussetzung dafür sind genügend hohe Fallzahlen. Wichtig ist auch, die Erfahrung weiterzugeben, also auch den Nachwuchs zu fördern. Am Claraspital nutzen wir das Tumorboard deshalb explizit auch zur Aus- und Weiterbildung unserer Assistenzärzte.

Besten Dank für das Gespräch.

(beide Eigenschaften erklären sehr gut das diffuse Wachstumsmuster dieses Tumortyps).

50% aller Magenkarzinome werden als chromosomal instabil klassifiziert. Diese Tumoren zeigen einen aneuploiden Chromosomensatz mit zahlreichen Verlusten und Zugewinnen von chromosomalem Material (auch infolge einer Inaktivierung von p53, des Hauptwachtereiwisses des Genoms, die in 70% dieser Tumoren nachweisbar ist). Dieser Tumortyp tritt bei älteren Patienten auf, zeigt in der Regel eine intestinale Differenzierung, wächst tumörös-exophytisch und entsteht auf dem Boden einer langjährig bestehenden chronischen Gastritis. Dieser Tumortyp ist durch eine häufige Aktivierung intrazellulärer Signalwege (insbesondere des sog. RAS-Signalweges) gekennzeichnet, der zu einer unkon-

trollierten Proliferation der Tumorzellen führt. Ursächlich hierfür sind häufig Vermehrungen von Genkopien wachstumsfördernder Gene.

Diese Daten zeigen, dass es «das Magenkarzinom» nicht gibt, vielmehr handelt es sich um unterschiedliche Tumortypen, die heute und in Zukunft vermehrt unterschiedliche, individualisierte therapeutische Herangehensweisen erfordern werden (sog. personalisierte Medizin). Für die Pathologie besteht die Herausforderung darin, diese Konzepte unmittelbar und zeitnah in den diagnostischen Alltag zu überführen. So werden seit der Publikation der ToGA-Studie 2010 bereits heute Tumoren von Patienten mit metastasierten Adenokarzinomen des Magens und des Ösophagogastralen Überganges einer Untersuchung des HER2-Status unterzogen. HER2 stellt einen Wachstumsfaktorrezeptor dar, der an der Tumorzell-

oberfläche mancher Adenokarzinome überexprimiert wird, und eine unkontrollierte Aktivierung dieses essenziellen Signalweges zur Folge hat und das Tumorstadium begünstigt. Gegen HER2 stehen potente Medikamente zur Verfügung, deren Einsatz in Kombination mit einer konventionellen Chemotherapie für Patienten mit metastasierten HER2-überexprimierenden Magenkarzinomen einen mehrmonatigen Überlebensvorteil bedeuten kann, während Patienten mit HER2-negativen Tumoren davon nicht profitieren.

«One size fits all» gehört sowohl in der diagnostischen Tumorphathologie als auch in der Onkologie der Vergangenheit an – Karzinome im Magen sind hierfür ein eindrückliches Beispiel.

PD Dr. Andreas Zetli, FMH Pathologie  
Leiter Pathologie Viollier AG

## Kontakte

	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	

### 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

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
PD Dr. M. Bolli	061 685 86 43	061 685 87 63
Frau Dr. B. Kern	061 685 84 32	061 685 84 81
PD Dr. R. Peterli	061 685 84 84	061 685 84 81
Dr. M.O. Guenin	061 685 84 31	061 685 87 63
Dr. F. Anghern	061 685 84 31	061 685 87 63
Frau Dr. I. Füglistaler	061 685 86 43	061 685 87 63
Dr. M. Gass	061 685 84 85	061 685 87 63
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 33	061 685 84 57
Dr. M. Manz	061 685 84 64	061 685 84 57
Dr. F. Schulte	061 685 84 64	061 685 85 57

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. Ruszat	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
------------	---------------	---------------

Intensivmedizin	061 685 85 65	061 685 82 49
-----------------	---------------	---------------

	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>Medizin</b>		
Tumorzentrum	061 685 84 00	061 685 84 40
<b>Onkologie/Hämatologie</b>		
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
Frau Dr. A. Wolf	061 685 84 39	061 685 85 91
<b>Selbstständige Sprechstunde</b>		
Prof. Dr. Ch. Ludwig	061 685 84 70	061 685 83 47
<b>Onkologisches Ambulatorium</b>	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
Dr. A. Geretschläger	061 685 82 00	061 685 82 25
<b>Kardiologie</b>		
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
<b>Pneumologie</b>		
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
<b>Infektiologie</b>		
Frau Dr. C. Kaech	061 685 82 92	061 685 83 47
Dr. M. Kurz	061 685 82 51	061 685 83 47
<b>Innere Medizin/Endokrinologie mit Ernährungszentrum</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
Frau Dr. T. Ngo	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
Frau Dr. P. Zimmermann	061 685 84 75	061 685 83 86

## Pensionierung

### Dr. Christian Looser, Co-Chefarzt Radiologie und Leiter Querschnittbereich



Am 31. Juli 2015, nach 25 Jahren, geht Dr. Christian Looser, Co-Chefarzt Radiologie und Leiter Querschnittbereich in Pension. Am 1. Juni 1990 hatte er als einer der jüngsten Chefarzte der Schweiz seine Tätigkeit am

Claraspital aufgenommen. Zu Beginn bestand das radiologische Institut aus drei Radiologen. Heute, den Rotationsassistenten aus dem USB miteingerechnet, sind es neun, und es werden ca. 45 000 Untersuchungen pro Jahr durchgeführt.

Von Anfang an förderte Christian Looser die Ultraschalldiagnostik. Vom Inselspital Bern, wo er zuvor tätig war, brachte er den intraoperativen Ultraschall der Leber mit, den er damals mit seinen Kollegen unter Professor Dr. L. Blumgart in den chirurgischen Forschungslabors nächtelang an Schweinen trainiert hatte. Später führte er am Claraspital auch die Radiofrequenzablation von Lebertumoren ein. Dank dieser Entwicklungen kann das Claraspital heute die gesamte diagnostisch-interventionelle Radiologie anbieten, mit Ausnahme

der Gefässinterventionen. Für letztere haben wir seit einigen Jahren eine sehr gut funktionierende Kooperation mit dem Universitätsspital.

Zu den Meilensteinen der vergangenen 25 Jahre gehört die Umstellung von Röntgenfilmen auf die digitale Bildgebung und Archivierung. Ein Highlight war die Anschaffung des ersten Spiral-CTs. Das Claraspital war damals das dritte Spital weltweit, welches über einen Spiral-CT verfügte. Mit der Reorganisation des Claraspitals 2009 übernahm Christian Looser die Leitung des sogenannten Querschnittbereichs (Radiologie, Nuklearmedizin, Apotheke, Spitalhygiene, Labor und Physiotherapie) und wurde Geschäftsleitungsmitglied. Die Arbeit in der Geschäftsleitung empfand er als intensiv und spannend: Prozesse zu bearbeiten, Erneuerungen vorzu-

bereiten und auch ausserhalb des Fachbereichs für das Spital tätig zu sein, interessierte ihn sehr.

Wir danken Christian Looser für sein ausserordentliches und langjähriges Engagement für das Claraspital, bei dem für ihn stets der Mensch im Zentrum stand. Gemeinsam mit Dr. med. Anatol Zynamon hat er zwei Jahrzehnte lang ein erfolgreiches Führungsdoppel gebildet und gelebt. Mit der Übernahme spitalübergreifender Funktionen hat er, ohne das Gesamtspital aus dem Blick zu verlieren, freundlich, bescheiden, humorvoll und beharrlich die Anliegen und Bedürfnisse seines Bereichs in der Geschäftsleitung eingebracht und vertreten.

Dr. Peter Eichenberger, Direktor

## Personelles

### Prof. Dr. Martin Hoffmann



Prof. Hoffmann ist in Norddeutschland geboren und in Köln aufgewachsen. Seine medizinische Ausbildung begann er in Marburg an der Lahn in der Philipps Universität. Sein initialer Berufswunsch des Kinderherzchirurgen war geprägt von ärztlichen Idealen.

Nach sieben Jahren Ausbildung zum Herz-, Gefäss- und Thoraxchirurgen musste er jedoch im damals eng umkämpften Arbeitsmarkt erkennen, dass es bei sporadischen Einsätzen in der kongenitalen Chirurgie blieb. Die Endphase seiner chirurgischen Ausbildung absolvierte er in den US-amerikanischen Südstaaten. Nach der Rückkehr änderte er die Fachausrichtung und wurde Assistenzarzt der Radiologie an der Uniklinik in Ulm. Am Luzerner Kantonsspital war er zuletzt verantwortlicher Experte für vaskuläre und onkologische Interventionen. Neben der interventionellen Radiologie hat er sich in den letzten Jahren zunehmend mit Führungsaufgaben und Management vertraut gemacht.

Prof. Hoffmann tritt am 1.8.2015 die Nachfolge von Dr. Looser als Chefarzt Radiologie und Leiter Querschnitt an.

### Dr. Martin Bosl



Dr. Martin Bosl ist in München geboren und zur Schule gegangen und hat in Budapest, Dresden und München Medizin studiert. In den letzten

13 Jahren arbeitete er in der urologischen Abteilung am Städtischen Klinikum München Harlaching zunächst als Assistenzarzt, später als Funktionsoberarzt, wo er eingehende Erfahrung in endoskopischen und operativen Behandlungsverfahren sammeln konnte. Einige Jahre führte er dort seine eigene Patientensprechstunde.

Dr. Bosl wird am 1. Juli 2015 seine Oberarztstelle in der Urologie am Claraspital antreten.

### Dr. Karsten Reinhardt



Dr. Karsten Reinhardt wird zum 1. Juli 2015 zum Oberarzt Urologie befördert. Dr. Reinhardt war nach dem Medizinstudium in Mainz zunächst Assistenzarzt

Urologie am Inselspital Bern, danach Assistenzarzt Chirurgie im Spital Netz Bern, Tiefenau. Ein weiterer Wechsel folgte ans Universitätsspital beider Basel wiederum auf die Urologie. Seit April 2014 ist Dr. Reinhardt als Assistenzarzt Urologie im Claraspital tätig.

## Weiterbildung für Ärzte

### Claraspital / Mehrzweckraum, 5. Stock

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

Nächster Termin:

27.05.2015: HNO-Notfälle, Dr. med. A. Zehnder

24.06.2015: Aktuelle Therapie der Peritonealcarcinose: Cyto reduktive Chirurgie und Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC), PD Dr. med. R. Peterli

GastroForum

Claraspital, Basel:

03.06.2015: Kolorektale Polypen, PD Dr. med. M. Thumshirn, Dr. med. M. Manz

Hôpital du Jura, Delémont:

24.06.2015: Palliative Chirurgie im GI Trakt, Dr. med. J. Pelzer

### Rapportraum im 1. Stock – Mittelbau

Chirurgisch-onkologisches Tumor-Board

Jeden Dienstag und Donnerstag 7.40–8.15 Uhr

## Impressum

Herausgeber

St. Claraspital AG

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

pogenetzky@medical-tribune.ch

Druck

Tanner & Bosshardt AG, Basel

© Nachdruck nur mit  
Nennung der Quelle