

ClaraAktuell

Ausgabe 61, November 2017



Abschluss Bauarbeiten Nord

Nach zweijähriger Bauzeit präsentiert sich das Claraspital in frischem Glanz: Die historische Fassade wurde freigestellt und ist wieder sichtbar, ein zurückhaltender, moderner Eingangspavillon ist in der grosszügigen, nun freien Vorzone entstanden. Im Innern wurde eine neue Kapelle, ein neues Besuchercafé, das «Café Chiara», und eine neue Küche realisiert. Wir freuen uns, dass es uns gelungen ist, mit diesen Um- und Neubauten, die Tradition und Herkunft des Claraspitals architektonisch zu unterstreichen und gleichzeitig zeitgemässe, freundliche und willkommenheissende Räume zu schaffen.

Save the date für das nächste ClaraUpdate

Donnerstag, 1. Februar 2018
17.00–19.00 Uhr, anschliessend Apéro
Hotel Les Trois Rois, Blumenrain 8, Basel

Programm

- > Koronardiagnostik: CT oder Koro?
Prof. Dr. Martin Hoffmann/
PD Dr. Lukas Altwegg
- > Immuntherapie: neue Chancen in der Onkologie
PD Dr. Arnould Templeton
- > Knoten in der Brust – wie weiter?
PD Dr. Rosanna Zanetti Dällenbach
- > Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen – Fortschritte in der medikamentösen Therapie
Dr. Michael Manz
- > Diabeteschirurgie: fact or fiction?
Prof. Dr. Ralph Peterli
- Moderation/Chairman:
Prof. Dr. Dieter Köberle
Prof. Dr. Markus von Flüe

Moderne Thoraxchirurgie

Wie sich Lungenkrebs und Operationen geändert haben

Vor über 30 Jahren war der Standardzugang in der Lungenchirurgie eine (traumatische) Thorakotomie mit Rippenspreizung. Das Lungenkarzinom war üblicherweise ein zentral gelegenes Plattenepithelkarzinom mit interlobärem und mediastinalem Lymphknotenbefall (Stadium II und III). Der Lungenparenchymverlust war gross, eventuell sogar invalidisierend, und Pneumonektomien waren gang und gäbe.



Abb. 1: Uniportales Operieren. Optik und bis zu vier Spezialinstrumente in einer Miniinzision (spreizerlos).

Das heutige Bild der Thoraxchirurgie ist ein anderes: minimalinvasive, videoassistiert thorakoskopische Resektionen ohne Rippenspreizung dominieren (s. Abb. 1), parenchymsparende sublobäre Resektionen wie Keil- und Segmentresektionen sind im Vormarsch, und die Hospitalisationszeiten verkürzen sich laufend. Diese Entwicklung ist nicht nur – wie man auf den ersten Blick meinen könnte – auf die enormen technischen Fortschritte der Chirurgie zurückzuführen (endoskopische und roboterassistierte Chirurgie). Ebenso wichtig sind auch die Evolution der bildgebenden Diagnostik, die neueren Systemtherapien, die modernen radioonkologischen Techniken und die Veränderungen des histologischen Karzi-

nomtypus. Seit Beginn der Lungenchirurgie am Claraspital im Jahr 2002 überblicken wir eine konsekutive Serie von über 400 Lungenkrebsoperationen und haben auch beobachtet, dass zwischenzeitlich das oft peripher gelegene Adenokarzinom zum häufigsten Lungenkrebs avanciert ist und das Plattenepithelkarzinom zurückgedrängt wurde.

Der «Basler» Lungenkrebs im Lauf der Zeit

Einige Zahlen aus dem historischen lokoregionären Patientengut mögen diese Verschiebungen veranschaulichen: Während in einer Serie von Lungenkrebsoperationen der 1970-iger Jahre im Raum Basel 91 % Männer (9 % Frauen) und 63 % der Tumoren noch Plattenepithelkar-

Editorial



Liebe Kolleginnen und Kollegen

Mit riesigen Schritten nähern wir uns bereits wieder dem Jahresende. Die Zeit vergeht rasant, die Entwicklungen und Fortschritte folgen Schlag auf Schlag. Im Claraspital selbst waren sie dieses Jahr besonders sichtbar. Nachdem im Jahr 2016 der Rückbau der Anbauten auf der Frontseite des Claraspitals und der Aushub über zwei Untergeschosse stattgefunden hat, sind dieses Jahr die neuen Gebäudeeinheiten «gewachsen» und bereits nutzbar. Die verwinkelten Zustände bei der Wegführung, vor allem aber die Lärmemissionen waren für die Patienten und auch für die Mitarbeitenden in manchen Momenten eine grosse Belastung. Ihnen allen danken wir an dieser Stelle für ihre Geduld, ihr Verständnis und ihre Ausdauer. Umso mehr freuen wir uns, dass das Claraspital sich nun baulich wieder von seiner freundlichen und auch nach aussen hin willkommenheissenden Seite präsentiert.

Über einschneidende Fortschritte in der Thoraxchirurgie berichtet in dieser Ausgabe Dr. James Habicht, der seit vielen Jahren die thoraxchirurgischen Eingriffe am Claraspital durchführt, seit Anfang dieses Jahres in der Funktion eines Chefarztes in der Abteilung Pneumologie und Thoraxchirurgie.

Schliesslich freuen wir uns, Ihnen wieder neue Kollegen vorstellen zu können: Frau Sabrina Häner ist Leiterin des ambulanten Case Managements der Medizin und unterstützt den Klinikleiter in der Organisation der Medizinischen Klinik. Begrüssen möchten wir auch Dr. Peter Ardelts als Oberarzt Urologie, Dr. Philippe Vogel als Oberarzt Radiologie sowie prospektiv PD Dr. Sebastian Ott, der im April 2018 die Nachfolge von Prof. Dr. Markus Solèr als Chefarzt Pneumologie antreten wird.

Wir wünschen Ihnen eine gute Lektüre.
Freundliche Grüsse

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



Abb. 2: Typische Vorstufen des invasiven Adenokarzinoms der Lunge. Im Bild links ein mikroinvasives Adenokarzinom (MIA) im Oberlappen, im rechten Bild ein Adenokarzinom in situ (AIS) im Unterlappen. Im Gegensatz zu entzündlichen Parenchymveränderungen sind diese «ground-glass» Läsionen nicht polygonal konfiguriert.

zino (19% Adenokarzinome) waren¹, belieben sich diese Verhältnisse im Jahr 2016 in der eigenen lungenchirurgischen Serie des Claraspitals jetzt auf 55% Frauen zu 45% Männer und 56% Adenokarzinome. Nur noch 33% waren Plattenepithelkarzinome. Der Anteil Pneumonektomien fiel von 36% auf 6%. Lobektomien stiegen von 58% auf 69%, mit neu auch bronchoplastischen und angioplastischen Manschettenresektionen zur Vermeidung von Pneumonektomien. Segmentresektionen stiegen von 0 auf 25%, der Anteil videoendoskopischer anatomischer Resektionen (VATS-Segmentresektionen und VATS-Lobektomien) im gleichen Zeitraum von 0 auf 53%.

Kleinere Zugänge und weniger Lungengewebsverlust

Nun stellt sich natürlich die Frage, ob die zunehmend beliebteren parenchymsparenden Resektionstechniken dieselben Langzeitergebnisse liefern wie die klassischen anatomischen Resektionstypen Lobektomie, Bilobektomie und Pneumonektomie. Diese Frage wurde eingehend untersucht, vor allem im Zusammenhang mit der interlobären N1-Metastasierung, die früher unweigerlich zur Pneumonektomie geführt hätte und heutzutage möglichst mittels angio- und bronchoplastischer Manschettenresektion angegangen wird. Auch die Frage, ob kleine Lungenkarzinome nicht auch durch eine Segmentresektion anatomisch reseziert werden können, anstatt mittels vollständiger Lobektomie, wird zunehmend bejaht – dies insbesondere, wenn es sich um Adenokarzinome handelt.

Ein älterer Diskussionspunkt war auch, ob videoendoskopische Resektionen überhaupt den offenen Operationen onkochirurgisch ebenbürtig seien. Hierzu gibt es eine Fülle von Literatur die bis in die 1990-iger-Jahre zurückreicht, inklusive randomisierter Studien und Metaanalysen. Sie hat gezeigt, dass beim Bronchuskarzinom im Stadium I die videoen-

doskopische Lungenchirurgie die gleichen Spätresultate erzielt wie die offene Chirurgie, allerdings mit deutlich geringerer perioperativer Morbidität. Wichtig ist, dass die chirurgischen Spätresultate im Stadium I sehr gut dokumentiert sind und nicht durch adjuvante Systemtherapie oder Strahlentherapie moduliert werden, da letztere in diesem Stadium im allgemeinen nicht indiziert sind. Es handelt sich also zweifelsfrei um rein chirurgische Ergebnisse und die 5-Jahres-Überlebensraten nach Operation betragen in den frühen Stadien IA1, IA2 und IA3 durchschnittlich 92%, respektive 83% und 77%.²

Es ist auch so, dass die korrekte Einschätzung des Stadiums durch die mittlerweile standardmässig durchgeführte systematische Lymphadenektomie bedeutend exakter ist als noch vor 30 Jahren, als nur sporadisch lymphadenektomiert wurde und nodale Mikrometastasen deshalb häufig übersehen wurden. Die Stadienangaben waren vor allem in Operationsserien mit Frühstadien deshalb deutlich unzuverlässiger als jetzt. Das bessere Staging hat zur Folge, dass wir die wahren chirurgischen Langzeitergebnisse nun viel besser kennen und wir der früher weit verbreiteten resignativen Haltung beim Bronchuskarzinom – damals auch bei klinischen Frühstadien – nun deutlich kritischer gegenüber stehen.

Die Chirurgie hat sich wegen der exakteren lokalen Stadienerarbeitung, welche den bildgebenden diagnostischen Techniken (CT, PET) überlegen ist, als Therapie der Wahl im Frühstadium des Bronchuskarzinoms behaupten können. Neuere, bildgebend basierte Behandlungsmethoden wie die stereotaktische ablativ Radiotherapie (SABR oder «Cyberknife», «Radiosurgery») werden sich demgegenüber noch bewähren müssen, insbesondere im Hinblick auf die häufig fehlende Histologisierung, das weniger präzise Staging sowie fehlende Langzeitdaten.

Low-dose Screening-CT: Jagd auf Vorstufen, ähnlich wie beim Kolonkarzinom?

Die prognostische Wirksamkeit des Low-dose Screening-CT der Lunge ist bei selektionierten Risikopatienten in einer grossen Studie³ bewiesen worden. Die Finanzierung ist aber in vielen Ländern inklusive der Schweiz nicht geregelt und Kassenpflichtigkeit wird vorläufig auch nicht in Aussicht gestellt, da die Selbstverschuldungskomponente (im Gegensatz zum Kolon- oder Mammakarzinom) als zu gewichtig wahrgenommen wird.

In Zusammenhang mit dem der konventionellen Thoraxaufnahme bei weitem überlegenen CT-Thorax ist erwähnenswert, dass es zunehmend Hinweise darauf gibt, dass sich Adenokarzinome der Lunge ganz ähnlich entwickeln wie dies in anderen Organen, z.B. im Dickdarm, der Fall ist⁴. Unterstützt wird diese These durch zufallsbefundlich entdeckte Mini-Herde in aus anderweitigen Gründen reseziertem Lungengewebe. So unterscheidet man in der modernen Klassifikation des Lungen-Adenokarzinoms ebenfalls frühe Übergangsformen von der atypischen adenomatoiden Hyperplasie (AAH) über das In-situ-Adenokarzinom (AIS) und dem mikroinvasiven Adenokarzinom (MIA) bis hin zum voll ausgebildeten invasiven Adenokarzinom. Bisher war dies beim Lungenkrebs wegen der unbefriedigenden Korrelationsmöglichkeit zwischen frühen CT-morphologischen Hinweisen und pathologischen Präparate nicht so gut möglich wie beispielsweise bei Kolonpolypen und Kolonkarzinom. Dank atraumatischer thorakoskopischer Resektionen mit minimem Parenchymverlust und kurzer Hospitalisation ist die Hemmschwelle heutzutage aber deutlich geringer, verdächtige kleine «ground-glass opacities» (GGO) frühzeitig zu resezieren, analog der Schlingenabtragung eines Polyps im Kolon bei einer Vorsorgeuntersuchung. Früher wäre dies wegen der ungenügenden Bildgebung und des grösseren Operationstraumas nie in Betracht gezogen worden. Allerdings besteht hier noch grosser Forschungsbedarf bei der radiologischen Interpretation von «ground-glass» und semisoliden Verschattungen sowohl im konventionellen CT als auch im Low-dose Screening-CT. Die Indikation zur Resektion solcher Herde (s. Abb. 2) wird deshalb laufend neuen Richtlinien unterworfen.

Dr. med. James Habicht,
Chefarzt Thoraxchirurgie

- Hasse, J; Surgical Treatment of Bronchial Carcinoma, Springer Verlag 1986
- Goldstraw P et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project. J Thorac Oncol 2016; 11(1): 39–51
- National Lung Screening Trial Research Team et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening. N Engl J Med 2011; 365: 395–409
- Bettio D et al. Cytogenetic findings in lung cancer. Exp Ther Med. 2012; 4(6):1032–1034.

Interview

mit Prof. Markus Solèr,
Chefarzt Pneumologie



Die Zusammenarbeit zwischen Thoraxchirurgie und Pneumologie ist im Claraspital sehr intensiv. Welcher Gedanke steckt dahinter?

Im Claraspital besteht bereits seit über zehn Jahren die Tradition, dass die thoraxchirurgischen Patienten auf der pneumologischen Bettenstation betreut werden. Das Pflegepersonal hat sehr viel Erfahrung mit dieser pulmonal vorbelasteten Population. Der Hauptvorteil des Konzepts der gemeinsamen Betreuung – von der Zuweisung zur Bronchoskopie bzw. in die Sprechstunde bis zur Operation und Entlassung – liegt darin, dass wir diese Patienten früh persönlich kennen, sie auf dem Abklärungsweg begleiten und die Planung der anschliessenden Therapie besprechen können. Nach der Operation wird der Patient auf der Bettenstation vom Pneumologen weiterbetreut. Der fest angestellte Thoraxchirurg ist in der postoperativen Phase auch besser verfügbar. Für die Patienten bedeutet dies eine homogene und kontinuierliche Betreuung. Da wir sie bereits vor dem Eingriff kennen, können wir Komplikationen auch früher erfassen und korrigieren.

Wie sehen Sie den Stellenwert des Low-dose CT-Screenings bei Rauchern?

Im Moment existiert in der Schweiz dieses Screening praktisch nicht. Es gibt zwar Daten aus den USA, die nachweisen, dass man mit dem Screening Lungenkrebs in einem Stadium entdecken kann, in dem er heilbar ist. Das Konzept ist stark davon abhängig, welche Patienten man einschliesst. Bei einem gut vordefinierten (Hochrisiko-)Kollektiv, also z.B. Raucher zwischen 55 und 70 Jahren, die seit mehr als 30 Jahren geraucht haben, könnte es etwas bringen. Es ist schwierig, die Limiten richtig zu setzen. Die zweite Frage ist: Wann höre ich auf mit dem Screening?

Wenn Patienten über einen langen Zeitraum jährlich ein CT bekommen, ist das eine nicht unerhebliche Strahlenbelastung. Werden alle Screening-Befunde weiter abgeklärt, gibt es zudem viele unnötige Operationen. Wegen der ungeklärten Fragen hat bisher kein europäisches Land ein Screening eingeführt.

Sie werden bald pensioniert. Welches waren für Sie wichtige Errungenschaften in der Pneumologie in Ihrem Berufsleben?

Als ich Medizin studierte und zu meinen frühen Jahren als Internist und Kardiologe «gab es noch kein Schlaf-Apnoe-Syndrom». Die Schlafmedizin und Beatmungsmedizin hat heute in der Pneumologie einen grossen Stellenwert erreicht und ist ein sehr befriedigendes therapeutisches Feld geworden. Grosse Fortschritte gab es beim Asthma. Hier haben wir Medikamente, mit denen sich diese Krankheit sehr viel besser kontrollieren lässt. Wichtig war zudem die Lungenvolumenreduktion, die in den 1990er-Jahren Einzug gehalten hat. Damit kann Patienten, die ein Lungenemphysem mit deutlicher Überblähung entwickeln, auf eindrückliche Weise geholfen werden. Auch für die Therapie von verschiedenen seltenen Krankheiten, wie der pulmonal arteriellen Hypertonie und der Lungenfibrose, stehen uns nun Medikamente zur Verfügung. In den letzten zehn Jahren gab es zudem einen eklatanten Fortschritt in der Lungenkrebs-Behandlung. Mit den neuen gezielten Therapien und der Immuntherapie können auch fortgeschrittene Tumoren wirksam behandelt werden. Ebenso hat sich das Bildgebungs-Staging im Rahmen der Tumordiagnostik verbessert.

Was könnte in den kommenden Jahren in der Pneumologie möglich sein?

Tendenziell beeinflusst heute vor allem die Entwicklung neuer pharmakologischer Substanzen das Wissen und Können den Ärzte. Es wäre jedoch wichtig, das Verständnis für die pathophysiologischen Prozesse zu erweitern und bekannt zu machen. Ich hoffe, dass wir bei der Behandlung und Vorbeugung von Allergien Fortschritte machen. Es gibt erste Ansätze, Kinder mit einem Allergierisiko so zu begleiten und zu ernähren, dass ihr Risiko sinkt, Asthma oder Heuschnupfen zu entwickeln. Bei der COPD und beim Lungenkrebs haben wir bereits die Mittel in der Hand, diese Krankheiten zu verhindern. Hier ist es vor allem von Bedeutung, das Einsteigen in die Nikotinabhängigkeit zu verhindern.

Besten Dank für das Gespräch.

Kontakte

	Telefon	Fax
Zentrale	061 685 85 85	061 691 95 18
Notfall		
Dr. S. Steuer	061 685 83 70	061 685 82 47
Oberarzt Notfall	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
Prof. Dr. M. Hoffmann	061 685 82 87	061 685 85 79
Frau Dr. S. Klug	061 685 82 88	061 685 85 79
Frau Dr. C. Oursin	061 685 80 98	061 685 85 79
Dr. St. Sonnet	061 685 84 97	061 685 85 79
Dr. A. Zynamon	061 685 82 87	061 685 85 79
Ch. Bieg	061 685 82 94	061 685 85 79
Dr. F. Büttner	061 685 86 19	061 685 85 79
D. Fasler	061 685 82 96	061 685 85 79
Frau Dr. A. Meurer	061 685 82 68	061 685 85 79
Dr. J. Egea	061 685 84 13	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
Prof. Dr. R. Peterli	061 685 84 84	061 685 84 81
PD Dr. M. Bolli	061 685 86 43	061 685 87 63
Frau Dr. B. Kern	061 685 84 32	061 685 84 81
Dr. M.O. Guenin	061 685 84 31	061 685 87 63
F. Angehrn	061 685 84 31	061 685 87 63
Dr. N. Clément	061 685 84 84	061 685 84 81
Frau Dr. I. Füglistaler	061 685 84 85	061 685 87 63
Dr. D. Steinemann	061 685 84 85	061 685 87 63
Frau Dr. L. Stoll	061 685 86 43	061 685 87 63
Frau Dr. S. Bruhin	061 685 84 80	061 685 83 37
Dr. B. Descoedres	061 685 84 80	061 685 83 37
Frau Dr. B. Dursunoglu	061 685 84 80	061 685 83 37
Frau B. Haas	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
Selbstständige Sprechstunde		
PD Dr. Ch. Ackermann	061 685 84 85	061 685 87 63
Gastroenterologie		
PD Dr. M. Thumshirn	061 685 84 34	061 685 84 58
Dr. M. Manz	061 685 84 64	061 685 84 58
Prof. Dr. M. Fox	061 685 84 33	061 685 84 58
Frau Dr. H. Heinrich	061 685 86 42	061 685 84 58
Dr. M. Sauter	061 685 86 42	061 685 84 58
Gynäkologie/ Gynäkologische Onkologie		
PD Dr. R. Zanetti	061 685 89 09	061 685 89 10
Dr. M. Siebert	061 685 89 09	061 685 89 10
Urologie		
PD Dr. T. Zellweger	061 685 85 23	061 685 82 61
Dr. R. Ruszat	061 685 85 22	061 685 82 61
Dr. M. Bosl	061 685 85 18	061 685 82 61
Dr. K. Reinhart	061 685 85 20	061 685 82 61
Frau Dr. W. Remmele	061 685 85 18	061 685 82 61
Dr. R. Yaghchi	061 685 85 24	061 685 82 61
Frau Dr. J. Schneider	061 685 85 87	061 685 82 61

	Telefon	Fax
Zentrale	061 685 85 85	061 691 95 18
Notfall		
Dr. S. Steuer	061 685 83 70	061 685 82 47
Oberarzt Notfall	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	
Medizin		
Tumorzentrum	061 685 84 00	061 685 84 40
Onkologie/Hämatologie		
Prof. Dr. D. Köberle	061 685 84 70	061 685 83 47
Prof. Dr. M. Buess	061 685 84 75	061 685 84 40
Frau Dr. C. Cescato	061 685 84 00	061 685 84 40
Frau Dr. M. Ebnöther	061 685 84 00	061 685 84 40
Dr. B. Niemann	061 685 84 39	061 685 84 40
PD Dr. A. Templeton	061 685 84 75	061 685 85 91
Frau Dr. M. Löffler	061 685 66 65	061 685 84 40
Dr. Th. Schmid	061 685 84 75	061 685 84 40
Frau Dr. A. Wolf	061 685 84 39	061 685 84 40
Frau Dr. C. Pfleger	061 685 84 00	061 685 84 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
Frau Dr. S. Albrecht	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. M. Schlöpfer	061 685 83 80	061 685 89 97
Dr. D. Périat	061 685 83 80	061 685 89 97
Pneumologie/Thoraxchirurgie		
Prof. Dr. M. Solèr	061 685 84 73	061 685 84 69
Dr. J. Habicht	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
Dr. M. Kurz	061 685 82 51	061 685 83 47
Allgemeine Innere Medizin/Endokrinologie mit Ernährungszentrum		
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 Dr. T. Ngô	061 685 89 40	061 685 89 41
Frau Dr. T. Klima	061 685 84 73	061 685 83 05
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
D. Hutter	061 685 84 75	061 685 83 86
Anästhesie		
	061 685 84 63	061 685 83 46
Schmerzprechstunde		
	061 685 84 63	061 685 83 46
Intensivmedizin		
	061 685 85 65	061 685 82 49

Digitaler Datenaustausch



Das Claraspital bietet eine Reihe von digitalen Kommunikationswegen an.

Die Digitalisierung, auch im Gesundheitswesen, ist unaufhaltsam: Auf kantonaler/nationaler Ebene wird unter Hochdruck am elektronischen Patientendossier gearbeitet, das den elektronischen Datenaustausch zwischen niedergelassenen

Ärzten und Spitälern stark vereinfachen und verbessern wird. Dem Claraspital ist eine gute, vertrauensvolle Zusammenarbeit mit seinen zuweisenden Ärzten ein grosses Anliegen. Um einen möglichst raschen und effizienten Da-

tenaustausch zu ermöglichen, sind auch wir im Rahmen verschiedener Projekte dabei, unterschiedliche digitale Kommunikationswege aufzubauen:

> Das ClaraPortal, unsere elektronische Ärzteplattform, stellt den zuweisenden Ärzten sämtliche medizinischen Daten, Befunde und Behandlungsergebnisse ihrer Patienten zeitnah und in elektronischer Form zur Verfügung. Schon während des Spitalaufenthalts eines Patienten können sie sich rasch und umfassend über den Verlauf des Aufenthalts informieren. Bereits über 25% unserer aktiv zuweisenden Ärzte haben einen Zugang zum ClaraPortal. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage <https://www.claraspital.ch/zuweiser/clara-portal/>.

> Online Anmeldung: Auf unserer Website können Zuweiser ihre Patienten online für einen stationären Aufenthalt oder eine ambulanten Untersuchung anmelden. Die online-Formulare befinden sich unter <https://www.claraspital.ch/de/zuweiser/kontakte-fuer-zuweiser/> bei der jeweiligen Abteilung. Übrigens können sich auch die Patienten über unseren Online-Check-in bequem und von zuhause aus anmelden. Sie ersparen sich damit das Aufnahme-prozedere vor Ort.

> Die Zustellung von Austrittsberichten nach Wahl (elektronisch oder Brief) ist Gegenstand unserer aktuellen Planung zur Individualisierung unserer Zustellungsprozesse. Eine Umsetzung ist im zweiten Halbjahr 2018 zu erwarten.

Personelles

Sabrina Häner



Sabrina Häner ist in Liestal aufgewachsen. Ihre berufliche Laufbahn startete sie im Gesundheitswesen als Pharma-Assistentin, später als

Pharma-Betriebsassistentin. Nach einigen Jahren in der Apotheke begann sie bei Mepha Pharma AG im Key-Account-Management. Berufsbegleitend absolvierte sie die Höhere Fachschule für Wirtschaft und erlangte den Abschluss als Betriebswirtschaftlerin. Während dem Diplomstudium wechselte sie ins Marketing der Mepha Pharma AG, wo sie diverse Marken betreute. Sabrina Häner ist seit 18.9.2017 als Leitende Case-Managerin Medizin und Assistentin des Leiters der Medizinischen Klinik, Prof. Köberle, im Claraspital tätig.

Dr. Peter Ardel



Dr. Peter Ardel ist in Freiburg i.Br. und in Norddeutschland aufgewachsen. Nach dem Medizinstudium war er zunächst in der uro-

logischen Grundlagenforschung tätig, zwei Jahre davon in Houston, Texas. Seine Facharztausbildung Urologie absolvierte er in Würzburg, den europäischen Facharzt für Kinder- und Jugendurologie (FEAPU) an der Universitätsklinik Freiburg. Seit 2013 arbeitet Dr. Ardel im Universitätsspital Basel als Oberarzt mit Schwerpunkt rekonstruktive Urologie, Sexualtherapie und Jugendurologie. Ab dem 1.1.2018 wird er das urologische Team im Claraspital als Oberarzt verstärken.

Dr. Philippe Vogel



Dr. Philippe Vogel ist an der Mosel und im Elsass aufgewachsen und zur Schule gegangen. Er studierte Medizin in Strassburg, wo er auch

seine Assistenzarztzeit verbracht hat. Nach der Facharztausbildung für Allgemein- und Notfallmedizin war er zunächst mehrere Jahre Teilhaber einer Notfallpraxis im Champagne-Gebiet. Die zweite Weiterbildung zum Facharzt Radiologie absolvierte er im Kreis-krankenhaus Lörrach und im Kantons-spital Liestal, wo er als Oberarzt tätig war. Nach einem Fellowship in der Klinik für interventionelle Radiologie in Stuttgart wird er am 1.1.2018 seine Stelle als Oberarzt Radiologie im Claraspital antreten.

Beförderung

PD Dr. Ladina Joos Zellweger wird per 1.2.2018 zur Leitenden Ärztin Pneumologie befördert. Wir gratulieren!

Weiterbildung für Ärzte

Relaunch des ClaraInfo

Nach einem einjährigen Unterbruch werden wir ab Januar 2018 eine Neuauflage des ClaraInfo – Interdisziplinäre Fortbildung für Ärzte am Claraspital – lancieren. Die knapp 45-minütigen Veranstaltungen finden jeweils monatlich an einem Freitagmorgen um 7.30 Uhr statt. Geplant sind neun bis zehn Veranstaltungen pro Jahr. Die Veranstaltungen richten sich an unsere Spitalärzte, stehen ab selbstverständlich auch allen niedergelassenen Ärzten offen (jeweils 1 Credit). In den nächsten Wochen wird ein Jahresprogramm verschickt. Hinweise auf das Programm finden Sie auch auf unserer Homepage (www.claraspital.ch/zuweiser/fachveranstaltungen), hier im ClaraAktuell sowie im Fortbildungskalender der Synapse. Sie sind herzlich eingeladen!

Tumor-Board

jeweils Dienstag, Mittwoch und Donnerstag von 7:30–8:15 Uhr
Ort: Claraspital/Rapportraum 5. Stock

Impressum

Herausgeber
St.Claraspital, Basel
scs@claraspital.ch

Konzeption, Prepress
swissprofessionalmedia AG
Medical Tribune

Gestaltungskonzept
Multiplikator AG, Basel

Redaktion
dieter.koerberle@claraspital.ch
thomas.peters@claraspital.ch
beatrice.sonderregger@claraspital.ch
petra.genetzky@medical-tribune.ch

Druck
Tanner & Bosshardt AG, Basel

© Nachdruck nur mit
Nennung der Quelle