

ClaraAktuell

Ausgabe 83, Juni 2023

Erfolgreiches Jahr für das Begegnungszentrum CURA

Das niederschwellig zugängliche Begegnungszentrum CURA steht allen chronisch Erkrankten, Angehörigen und Interessierten offen. Die Besucherzahlen sprechen für sich, rund 7500 Kontakte wurden alleine im 2022 verzeichnet, was einer Zunahme von knapp 70% gegenüber dem Vorjahr entspricht. Die hohe Besucherzahl ist für CURA ein Zeichen dafür, wie gross der Bedarf für das Beratungs- und Therapieangebot ist. «Viele schätzen, dass sie einfach vorbeikommen können, um hier zu sein oder um mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen. Dieser Aspekt ist nicht zu unterschätzen, da viele Menschen mit einer chronischen Erkrankung stark von Einsamkeit bedroht sind.» meint Lars Valentin, Leiter Begegnungszentrum CURA.

«Wir freuen uns über weitere Besuchende in diesem Jahr und bieten mit der CURA-Sommerwoche vom 26.–30. Juni 2023 vielen Interessierten die Gelegenheit die Angebotspalette kennenzulernen.»

Hohe OP-Kapazität

Seit Anfang 2023 steigt die Zahl der Eingriffe stetig. Mit insgesamt 1843 Fällen wurden im ersten Quartal über 15% mehr Operationen als im Vorjahr durchgeführt (Q1 22: 1599 Eingriffe). Der multifunktionale Hightech-OP mit acht hochmodernen, integrierten OP-Sälen, einem Schnittplatz, unabhängigen Vorbereitungsmöglichkeiten und einer Holding Area ist dafür bestens ausgerichtet und sorgt für hohe Patientensicherheit.

Save the Date:

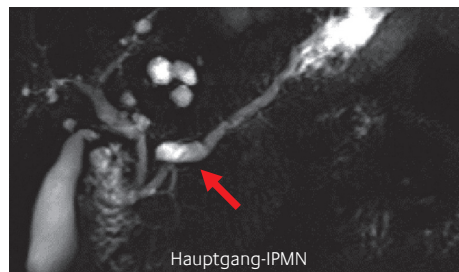
8. DACH and Friends-Treffen Beckenbodenzentrum

Das interdisziplinäre und zertifizierte Claraspital Beckenbodenzentrum lädt zum 8. DACH and Friends-Treffen ein. Das Symposium findet von Donnerstag, 23. November, bis Samstag, 25. November 2023, statt. Thema ist das interdisziplinäre und interprofessionelle Arbeiten in der Beckenbodenchirurgie sowie im Beckenbodenzentrum.

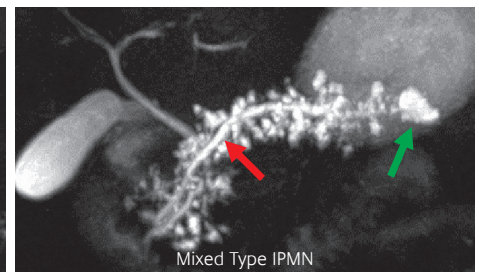
Therapiefortschritte verändern die Prognose

Das Pankreaskarzinom ist heilbar

Das Pankreaskarzinom ist eine der tödlichsten Krebsarten – aufgrund der oft späten Diagnose im metastasierten Stadium und des aggressiven Verhaltens. In den letzten Jahren gab es bedeutende Fortschritte in der multimodalen Therapie und dank moderner Chirurgie, die die Prognose des Pankreaskarzinoms grundlegend verändert haben. Auf der anderen Seite ermöglicht die Entdeckung und gezielte Behandlung von Vorläuferläsionen des Pankreaskarzinoms die Prävention von invasiven Pankreaskarzinomen. Der Einsatz der robotergestützten minimalinvasiven Chirurgie erlaubt die atraumatische Entfernung solcher Vorläuferläsionen, aber auch eine schonende und hoch präzise Pankreaschirurgie.



Hauptgang-IPMN



Mixed Type IPMN



Muzinös zystische Neoplasie



Serös zystische Neoplasie

Die Einschätzung von zystischen Pankreasläsionen hinsichtlich Dignität ist nicht immer einfach.

In den letzten Jahrzehnten wurde die Rolle von zystischen Pankreasläsionen bei der Entstehung von Pankreaskarzinomen besser verstanden. Dabei stellen die intraduktalen, papillären, muzinösen Neoplasien (IPMN) die häufigste Form der zystischen Pankreasläsionen (s. Kasten Seite 2) dar. Die Läsionen zeichnen sich durch ein neoplastisches Epithel im Pankreasgang aus, welches zu einer Erweiterung der Pankreasgänge führt, da der

Schleim (Muzin) dieser Zellen den Abfluss des Pankreassekretes verhindert. Wenn die Veränderung im Pankreashauptgang (Ductus wirsungianus) entsteht und es zu einer Erweiterung des Pankreashauptganges auf $\geq 5\text{mm}$ kommt, spricht man von einem Hauptgang-IPMN (main duct IPMN). Diese Veränderung hat mit $>60\%$ die höchste Entartungsrate und sollte deshalb immer operativ entfernt werden.

Editorial



Liebe Kolleginnen
Liebe Kollegen

Das Pankreaskarzinom ist der dritthäufigste Tumor des Gastrointestinaltraktes, an dem jedes Jahr 1600 Menschen in der Schweiz erkranken. Erfreulicherweise gibt es bei der Behandlung dieses aggressiven Tumors neue Möglichkeiten.

Die Fortschritte, die im Bereich multimodaler Therapiekonzepte in den letzten Jahren gemacht wurden, sind bemerkenswert und tragen erheblich zu den Heilungschancen bei. Darüber hinaus hat die Robotik in der Chirurgie eine enorme Entwicklung erfahren, sodass Viszeralchirurginnen und Viszeralchirurgen heute minimalinvasiv den malignen Tumor der Bauchspeicheldrüse entfernen können. Die technisch anspruchsvollen Operationen benötigen die Erfahrung eines gesamten interdisziplinär arbeitenden Teams und wir freuen uns, dass wir mit Prof. Beat Müller und Prof. Adrian Billeter erfahrene Spezialisten mit an Bord haben.

Für die Zukunft gilt es, im Spital gut gerüstet zu sein: Auf Seite 4 stellen wir Ihnen unsere neu aufgestellte Unternehmens- und Organisationsentwicklung vor, die sich mit den wachsenden Herausforderungen im Spitalalltag befasst, Strukturen und Prozesse effizient weiterentwickelt und die digitale Transformation unterstützt.

Präsentieren möchten wir Ihnen auch wieder die Weiterentwicklungen unserer Kolleginnen und Kollegen: In der Gastroenterologie gratulieren wir Prof. Petr Hruz ganz herzlich zu seiner Beförderung Anfang April zum Stv. Chefarzt und Standortleiter seines Fachbereichs am Claraspital. Frischen Wind ins viszeralchirurgische Team bringt Prof. Adrian Billeter seit Anfang Dezember als Leitender Arzt. Die Radiologie ergänzt ab Anfang Juli die Oberärztin Dr. Berenika Willisledacek.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre.

Prof. Dr. Dieter Köberle
Prof. Dr. Martin Hoffmann



Da-Vinci Eingriffe sind komplikationsarm und ermöglichen eine rasche Wundheilung.

Häufigere Variante Seitengang-IPMN

Die häufigere Variante der IPMNs betrifft die Seitenäste des Pankreasganges, weshalb diese Form Seitengang-IPMN (branch duct IPMN) heisst. Mit der Einführung und dem breiten Einsatz von hochauflösenden Magnetresonanztomografiegeräten werden diese Seitengang-IPMNs häufig zufällig entdeckt, wobei nicht alle zur Entartung neigen.

Die Unterscheidung der Seitengang-IPMNs von anderen zystischen Läsionen des Pankreas stellt dabei oft eine Herausforderung dar, welcher am besten in einem interdisziplinären Team begegnet wird. In erster Linie gilt es, IPMNs von anderen zystischen Läsionen zu unterscheiden, die ebenfalls ein hohes Entartungsrisiko haben wie z.B. muzinös-zystische Neoplasien (MCN), welche hauptsächlich bei Frauen vorkommen. Diese wiederum sind von seröz-zystischen Neoplasien (SCN) zu unterscheiden, welche kaum entarten.

Auch die Unterscheidung der Seitengang-IPMNs mit relevantem Entartungsrisiko von denjenigen ohne Entartungsrisiko stellt eine grosse Herausforderung dar, weswegen sich in den letzten Jahren verschiedene internationale Leitlinien dieses Problems angenommen haben. Sie haben verschiedene Risikomerkmale (worrisome features) identifiziert, welche bei der Selektion operationswürdiger IPMNs helfen sollen:

- Wachstum des IPMNs
- Grösse >3 cm
- wandständige Knoten, ggf. mit Kontrastmittelaufnahme
- CA 19-9-Erhöhung im Serum
- CEA-Erhöhung in der Zystenflüssigkeit
- Pankreatitis

Seitengang-IPMNs ohne Risikomerkmale müssen nicht unbedingt operiert werden und können beobachtet werden. Die Unterscheidung ist oft nicht einfach.

Roboterchirurgie erlaubt schonende Eingriffe

Der Übergang einer Präkanzerose in ein invasives Karzinom ist leider auch heute noch oftmals weder in der Bildgebung noch laborchemisch rechtzeitig zu erkennen. Auf der anderen Seite stellte die prophylaktische Pankreasresektion zur Entfernung präkanzeröser Läsionen bisher einen riskanten und traumatischen Eingriff dar. In diesem Kontext ist nun die minimalinvasive, roboterassistierte Chirurgie ein klarer «Gamechanger» für die Pankreaschirurgie. Dies betrifft insbesondere die Behandlung von Seitengang-IPMNs.

Während früher eine grosse Laparotomie zur Entfernung von Seitengang-IPMNs notwendig war, erlaubt der Einsatz eines Operationsroboters das «Herausschälen» (Enukleation) der Seitenast-IPMNs in minimalinvasiver Schlüsselochtechnik. Dadurch kann die Bauchspeicheldrüse komplett erhalten werden und die Anlage von technisch schwierigen und komplikationsreichen Nahtverbindungen zwischen Bauchspeicheldrüse und Darm entfällt. Dennoch werden Seitenast-IPMNs mit dieser Technik komplett entfernt und können histopathologisch untersucht werden. Diesen Ansatz könnte man als «Polypektomie am Pankreas» bezeichnen, in Analogie zur Polypektomie am Darm, wo die Polypen eine Präkanzerose des Kolorektalkarzinoms darstellen.

Bei IPMNs mit Hauptgangbeteiligung, also Hauptgang-IPMNs und sogenannte mixed-

Zystische Pankreasläsionen

Es können vier Gruppen von zystischen Pankreasläsionen unterschieden werden. Dazu gehören die intraduktalen papillären Neoplasien (IPMN), die muzinösen zystischen Neoplasien (MCN), die seröz-zystischen Neoplasien (SCN) und die soliden pseudopapillären Neoplasien (SPN oder Frantz-Tumor). Die IPMNs und MCNs sind durch muzinöse Flüssigkeit in der Zyste gekennzeichnet, während die SCN seröse Flüssigkeit enthält. Die IPMNs haben als einzige Läsion Anschluss an einen Seitengang oder Hauptgang, was ein wichtiges diagnostisches Merkmal darstellt. MCN und SPN kommen hauptsächlich bei Frauen vor und sehr selten bei Männern. Die SCN können in verschiedenen Formen wachsen, was die Abgrenzung

von den IPMNs teilweise schwierig macht. Da die SCN sehr selten maligne entarten, ist die Abgrenzung zu IPMNs von grosser Bedeutung, aber leider allzu oft nicht möglich. Bei sehr grossen SNC >10 cm kann wegen lokaler Probleme eine Resektion indiziert sein.

Als eine weitere zystische Formation im Pankreas existieren sogenannte Pseudozysten, welche z.B. nach Pankreatitis oder nach Pankreustrauma auftreten. Diese sind von den anderen Läsionen durch das klinische Erscheinungsbild im Sinne einer stattgehabten Pankreatitis sowie der Grössenabnahme im Zeitverlauf abzugrenzen. Diese Abgrenzung ist jedoch nicht immer möglich, da es auch Pseudozysten ohne klinisch manifeste Pankreatitis gibt.

Interview

mit Professor Dr. Beat Müller, Chefarzt Viszeralchirurgie



Sie haben im Dezember die Nachfolge von Prof. von Flüe angetreten. Was sehen Sie als wichtige zukünftige Aufgaben in der Viszeralchirurgie an?

Vieles in der Viszeralchirurgie ist bereits sehr gut aufgegleist, da die Technisierung schon stattgefunden hat. Im Claraspital haben wir sehr früh begonnen mit dem Roboter zu operieren. Diese Operationstechnik bringt in verschiedenen Bereichen Vorteile, weswegen wir sie weiter ausbauen wollen. Unser Ziel ist es, grosse Krebsoperationen, die sich dafür eignen, ausschliesslich mit Roboterassistenz durchzuführen und das Indikationsspektrum insgesamt zu erweitern, d.h. die Grenzen für bestimmte onkologische Operationen zu verschieben. Die Fortschritte der letzten Jahre haben dazu geführt, dass heute mehr operiert werden kann als früher, mit besseren Ergebnissen für die Patient/innen.

Welches sind die Vorteile des Operationsroboters?

Zum einen gibt es Eingriffe, die vor dieser Ära nicht möglich waren. Für ein bestimmtes Operationsspektrum haben wir jetzt die Möglichkeit, minimalinvasiv zu operieren. Ein Klassiker ist die Prostatektomie, die wir vor dem Aufkommen der Robotik nur offen durchführen konnten. Zum anderen verkürzt sich nachweislich die Lernkurve für die Operateurin/den Operateur. Bei anspruchsvollen Operationen befinden sich viele Chirurg/innen noch im Lernprozess und haben diesen bei seltenen Eingriffen meist nicht abgeschlossen. Hier passieren die meisten Fehler. Mit dem Roboter werden die Chirurg/innen schneller besser. In der Ösophaguschirurgie beispielsweise durchschreitet man konventionell erst nach über 100 Operationen die Lernkurve, während robotergestützt nur 20 bis 40 nötig sind. Die Roboterchirurgie erweitert auch das Spektrum und ermöglicht Operationen, die Chirurg/innen sich vorher nicht zugetraut haben. So wurden früher die zystischen Pankreasläsionen nicht angegangen, weil die Operation nur offen möglich und mit Komplikationen verbunden war. Heute lassen sich die Läsionen einfach roboterassistiert minimalinvasiv ausschälen. Hier hat sich die Risiko-/Nutzenabwägung geändert.

Wie machen sich zystische Pankreasläsionen bzw. ein Pankreaskarzinom klinisch bemerkbar und welche Risikofaktoren gibt es dafür?

pie und Chirurgie sind heutzutage nach fünf Jahren noch fast 50% der Patient/innen mit Pankreaskarzinom am Leben, was einer enormen Verbesserung der Überlebenschancen entspricht (noch vor 40 Jahren sind vier von fünf Patient/innen mit Pankreaskarzinom trotz der besten verfügbaren Therapie innerhalb von drei Jahren nach Diagnose verstorben).

Dieser Fortschritt ist vor allem einer Verbesserung der chirurgischen Technik mit besserer Lymphadenektomie und verbesserter Chemotherapie zu verdanken. Weiterhin zeigt die erste randomisierte Studie von sogenannten borderline-resektablen Pankreaskarzinomen (wozu Tumore mit Kontakt zu den venösen und arteriellen Hauptgefässen des Darms zählen), dass der Einsatz einer neoadjuvanten Chemotherapie vor der Operation einen deutlichen Überlebensvorteil bringt. Bei Tumoren mit ausgedehntem Kontakt zu Venen oder Arterien, welche nicht primär reseziert

Leider ist das Pankreaskarzinom meist ein Zufallsbefund im Rahmen einer Routine-Ultraschalluntersuchung. Das macht es so gefährlich. In 80% der Fälle hat es bei der Diagnose schon metastasiert. Wir wissen von einem familiären Risiko und sollten gefährdete Personen engmaschig kontrollieren. Leitlinien gibt es dazu allerdings nicht. Weitere Risikofaktoren sind Adipositas und chronische Entzündungen.

Wird das Pankreaskarzinom heilbar?

Nicht jedes, aber wir kommen aus einer Zeit, in der das Pankreaskarzinom in kürzester Zeit zum Tod führte. Für die 20% der Karzinome, die in einem heilbaren Stadium entdeckt werden, ist die Prognose wesentlich günstiger. Früher überlebten von diesen Patient/innen nur 20% die nächsten fünf Jahre, heute sind es 50% mit Langzeitüberleben. Grund dafür sind auch die besseren Möglichkeiten der Vorbehandlung mit Chemotherapeutika. So führt die präoperative Verkleinerung des Tumors zu besseren Operationsergebnissen. Fortschritte gibt es auch in der Operationstechnik. Wir haben gelernt, nicht nur die Bauchspeicheldrüse zu entfernen, sondern auch die relevanten Lymphknoten. Das alles hat zu einer signifikanten Verbesserung des Überlebens geführt. Natürlich gilt dies auch für andere Erkrankungen wie z.B. das Ösophaguskarzinom.

Besten Dank für das Gespräch.

werden können, kann durch den Einsatz einer neoadjuvanten Chemotherapie der Tumor so verkleinert werden, dass in der Mehrheit der Fälle eine chirurgische Resektion möglich ist.

Fortschritte in der chirurgischen Technik erlauben es dann, selbst bei langstreckiger Gefässinfiltration diese Gefässe mit Prothesen zu ersetzen und auf diese Weise den Tumor radikal zu entfernen. Diese technisch sehr anspruchsvollen Operationen benötigen die Erfahrung des gesamten Teams und sollten nur an spezialisierten Zentren durchgeführt werden, da neben der Expertise des chirurgischen Teams auch Spezialist/innen in der Onkologie, Radioonkologie, Anästhesie, Intensivmedizin, Radiologie inklusive interventioneller Radiologie und Gastroenterologie nötig sind, um solche Operationen erfolgreich durchführen zu können.

Prof. Dr. Beat Müller,
Prof. Dr. Adrian Billeter, PhD.

type IPMNs, ist immer eine Teil- oder auch komplette Entfernung der Bauchspeicheldrüse notwendig. Diese Operationen können heutzutage ebenfalls minimalinvasiv, roboterassistiert durchgeführt werden, was zumindest eine schnellere Erholung der Patient/innen fördert. Dieser Vorteil kann sogar bei der minimalinvasiven, roboterassistierten Resektion von soliden Tumoren am Pankreas erzeugt werden, wo eine akurate Lymphadenektomie notwendig ist – insbesondere, wenn der Tumor im Pankreasschwanz liegt.

Multimodales Therapiekonzept bei lokal fortgeschrittenem Pankreaskarzinom

Neben der frühzeitigen Erkennung und Behandlung von den Vorläuferläsionen des Pankreaskarzinoms hat sich auch die Behandlung des lokal fortgeschrittenen Pankreaskarzinoms stark verändert. Dank des Einsatzes eines multimodalen Therapiekonzepts mit Chemothera-

Kontakte

Diagnostik / Therapie

Radiologie	radiologie@claraspital.ch	061 685 82 85
Nuklearmedizin	nuklearmedizin@claraspital.ch	061 685 82 50
Prof. Dr. Martin Hoffmann	Chefarzt	
Dr. Franz Büttner	Stv. Chefarzt	
Dr. Kwadwo Antwi	Leitender Arzt	
Dr. Christian Bieg	Leitender Arzt	
Dr. David Fasler	Leitender Arzt	
Dr. Caroline Oursin	Leitende 1Ärztin	
Dr. Stefan Sonnet	Leitender Arzt	
Dr. Philippe Vogel	Leitender Arzt	
Dr. Ken Kudura	Oberarzt	
Dr. Angelika Meurer	Oberärztin	
Dr. Jan Reichmann	Oberarzt	
Andrea Solèr	Oberärztin	
Dr. Christian Stumm	Oberarzt	
Dr. Patricia Wiesner	Oberärztin	

Medizinische Klinik

Tumorzentrum	tumorzentrum@claraspital.ch	061 685 84 00
Onkologie/Hämatologie		
Prof. Dr. Dieter Köberle	Chefarzt	061 685 84 70
Prof. Dr. Martin Buess	stv. Chefarzt	061 685 84 75
Dr. Corinne Cascato-Wenger	Leitende Ärztin	061 685 84 39
Dr. Monika Ebnöther	Leitende Ärztin Hämatologie	061 685 88 65
Dr. Melanie Löffler	Leitende Ärztin	061 685 84 75
Dr. Bernward Niemann	Leitender Arzt	061 685 84 39
Dr. Stefani Parmentier	Leitende Ärztin Hämatologie	061 685 88 65
Dr. Thomas Schmid	Leitender Arzt	061 685 84 39
PD Dr. Arnoud Templeton	Leitender Arzt	061 685 84 39
Ernesto Olcina Aguado	Oberarzt	061 685 84 75
Sebastian Lany	Oberarzt	061 685 84 75
Dr. Catherine Von der Mühl-Schill	Oberärztin	061 685 84 75
Dr. Claudio Thurneyson	Oberarzt	061 685 88 65
Radioonkologie	radioonkologie@claraspital.ch	061 685 82 00
Prof. Dr. Wolfgang Harms	Chefarzt	
Dr. Branka Asadpour	Leitende Ärztin	
Dr. Martin Härtig	Leitender Medizinphysiker	
Dr. Katarzyna Mosna-Firlejczyk	Oberärztin	
Dr. Klemens Neppach	Oberarzt	
Psychologische Dienste		061 685 84 00
Kardiologie	kardiologiesekretariat@claraspital.ch	061 685 83 80
PD Dr. Lukas Altwegg	Chefarzt	
Dr. Christoph Grädel	Leitender Arzt	
Dr. Christoph Kohler	Leitender Arzt	
Dr. Martin Schläpfer	Leitender Arzt	
Dr. Yu-Ching Liu	Oberärztin	
Pneumologie/Thoraxchirurgie	pneumologie@claraspital.ch	061 685 84 73
Prof. Dr. Sebastian Ott	Chefarzt Pneumologie	
Prof. Dr. Gregor Kocher	Chefarzt Thoraxchirurgie	
Dr. Anna-Maria Balestra	Leitende Ärztin	
Dr. Paul Buser	Leitender Arzt	
Dr. Ladina Joos Zellweger	Leitende Ärztin	
Dr. Cordula Cadus	Oberärztin	
Dr. Mirjam Osthoff	Oberärztin	
Dr. James Habicht	Konsiliararzt	
Infektiologie	infektiologie@claraspital.ch	061 685 83 79
Dr. Mario Kurz	Leitender Arzt	
Dr. Elisabeth Wehrle-Wieland	Leitende Ärztin	
Allgemeine Innere Medizin	innere-medin@claraspital.ch	061 685 83 79
Endokrinologie mit Ernährungszentrum	endokrinologie@claraspital.ch	061 685 89 40
Prof. Dr. Thomas Peters	Chefarzt	
Dr. Martina Gebhart	Leitende Ärztin	
Dr. Marc Slawik	Leitender Arzt	
Dr. Andrea Egger	Oberärztin	
Dr. Anja Rossmeißl	Oberärztin	
Ernährungsberatung	ernaehrungsberatung@claraspital.ch	061 685 88 33
Palliativstation		061 685 84 00
Dr. Eva Balmer	Oberärztin	
Dr. Nina Rogge	Stationsoberärztin	
David Hutter	Stationsoberarzt	
Physiotherapie	physiotherapie@claraspital.ch	061 685 83 90

Zentrale	scs@claraspital.ch	061 685 85 85
Bettendisposition	bettendispo@claraspital.ch	

Notfall

Dienstoberarzt		061 685 83 33
Dr. Stephan Steuer	Chefarzt	061 685 88 86
Dr. Rico Ehms	Leitender Arzt	061 685 83 70
Dr. Friedemann Roos	Leitender Arzt	061 685 83 70
Dr. Christina Manke	Oberärztin	061 685 83 70
Tagesarzt Chirurgie		061 685 80 20
Tagesarzt Medizin		061 685 80 30

Operative Klinik

Gynäkologie	gynaekologie@claraspital.ch	061 685 89 09
Prof. Dr. Rosanna Zanetti Dällenbach	Chefärztin	
Prof. Dr. Verena Geissbühler	Leitende Ärztin	
Dr. Matthias Siebert	Leitender Arzt	
Dr. Martina Machacek	Oberärztin	

Urologie	urologie@claraspital.ch	061 685 82 59
PD Dr. Tobias Zellweger	Chefarzt	061 685 85 23
Dr. Robin Ruzsat	stv. Chefarzt	061 685 85 22
Dr. Martin Bosl	Leitender Arzt	061 685 85 18
Dr. Karsten Reinhardt	Oberarzt	061 685 85 20
Dr. Moritz Völler	Oberarzt	061 685 81 34

Anästhesie/ Schmerzsprechstunde	anaesthesie@claraspital.ch	061 685 84 63
--	----------------------------	---------------

Dr. Cyril Rosenthaler	Chefarzt	
Dr. Christoph Engmann	Stv. Chefarzt	
Dr. Michael Lehmann	Leitender Arzt	
Dr. Dörte Bassi	Oberärztin	
Dr. Henrike Becker	Oberarzt	
Dr. Eva-Maria Borner	Oberärztin	
Dr. Michèle Braun	Oberärztin	
Dr. David Freiermuth	Oberarzt	
Dr. Karin Oeinck	Oberärztin	
Dr. Laura Panozzo	Oberärztin	
Dr. Clemens Popp	Oberarzt	
Dr. Christina Viellieber	Oberärztin	

Intensivmedizin	intensivmedizin@claraspital.ch	061 685 85 65
Dr. Lukas Merki	Chefarzt	
Dr. Adrianna Lambert	Leitende Ärztin	
Dr. Aurelia Schneider	Oberärztin	
Dr. Michael Albrecht	Stationsoberarzt	

Clarunis – Universitäres Bauchzentrum Basel		061 777 75 75
--	--	---------------

Viszeralchirurgie	viszeralchirurgie@clarunis.ch	061 777 75 00
Prof. Dr. Beat Müller	Chefarzt	061 777 75 05
Prof. Dr. Martin Bolli	Chefarzt Stv.	061 777 75 08
Prof. Dr. Otto Kollmar	Chefarzt Stv.	061 777 73 06
Prof. Dr. Ralph Peterli	Chefarzt Stv.	061 777 75 01
Prof. Dr. Adrian Billeter	Leitender Arzt	061 777 73 05
Dr. Beatrice Kern	Leitende Ärztin	061 777 75 06
PD Dr. Daniel Steinemann	Leitender Arzt	061 777 75 09
Dr. Marc-Olivier Guenin	Leitender Oberarzt	061 777 75 07
Dr. Fiorenzo Angehrn	Oberarzt	061 777 76 71
Dr. Ida Füglistaler	Oberärztin	061 777 75 17
Dr. Jennifer Klasen	Oberärztin	061 777 75 72
Dr. Lea Stoll	Oberärztin	061 777 75 19
PD Dr. Marco von Strauss	Oberarzt	061 777 75 03
Dr. Bernard Descoedres	Stationsoberarzt	061 777 75 00
Dr. Sonja Feichter	Stationsoberärztin	061 777 75 00
Dr. Anna Elisabeth Wilhelm	Stationsoberärztin	061 777 75 00

Stoma- und Wundtherapie	stomatherapie@clarunis.ch	061 777 75 76
--------------------------------	---------------------------	---------------

Gastroenterologie	gastroenterologie@clarunis.ch	061 777 76 00
Prof. Dr. Stefan Kahl	Chefarzt	061 777 76 02
Prof. Dr. Petr Hruz	Chefarzt Stv.	061 777 76 95
PD Dr. Miriam Thumshirn	Chefärztin a.p.	061 777 76 04
Dr. Dominic Althaus	Oberarzt	061 777 76 05
Dr. Beat Gysi	Oberarzt	061 777 76 05
Dr. Malina Wiesand	Oberärztin	061 777 76 11
Dr. Michael Manz	Konsiliararzt	061 777 76 02

Unternehmens- und Organisationsentwicklung für eine strategische und operative Weiterentwicklung

Eine zunehmende Komplexität beeinflusst seit einigen Jahren das Gesundheitswesen, was auch im Spitalalltag des Claraspitals deutlich wird: So werden beispielsweise sowohl stationär als auch ambulant immer mehr Patient/innen im Claraspital behandelt. Patientinnen und Patienten haben heute ein grösseres und dringlicheres Wissensbedürfnis, das Spitäler erfüllen müssen. Es gibt schärfere Regulierungen, mehr Wettbewerb, steigenden Kooperationsdruck, Inflation und Preis- und Margendruck. Ein wachsender Fachkräftemangel erfordert im Gesundheitswesen noch effizientere Prozesse.

All diese Entwicklungen wirken jeden Tag auf viele der gut funktionierenden Abläufe und etablierten Strukturen im Claraspital ein. Um diese vielfältigen Herausforderungen erfolgreich zu bewältigen und auch zukunftsfähig zu bleiben, wurde die Unternehmens- und Organisationsentwicklung (UOE) des Claraspitals weiterentwickelt und neu und interdiszi-

plinär aufgestellt. Als Stabsstelle ist sie der Spitaldirektion unterstellt, begleitet und fördert die strategische und operative Weiterentwicklung und unterstützt das gesamte Spital.

Leiter der UOE des Claraspitals ist Lucas Kemper, studierter Ökonom, der aufgrund seiner beruflichen Stationen – unter anderem als betriebswirtschaftlicher Leiter des gemeinsamen Tumorzentrums des Universitätsspitals Zürich sowie der Universitätsklinik Balgrist – über ein breites Erfahrungsspektrum verfügt. Gemeinsam mit seinem Team freut er sich, die Fachexpert/innen am Claraspital zu unterstützen. «Wir verfügen am Claraspital über sehr gut ausgebildete Fachpersonen, ein zukunftssträchtiges Angebot sowie topmoderne Räumlichkeiten – und sind damit auch für Veränderungen gut gewappnet. Die Digitalisierung zur Unterstützung von Prozessen und Mitarbeitenden wird einen grossen Stellenwert meiner Arbeit einnehmen.» so Lucas Kemper.



Die Aufgaben der Unternehmens- und Organisationsentwicklung

Personelles

Prof. Dr. Adrian Billeter



Prof. Dr. Adrian Billeter hat in Zürich Medizin studiert und war zunächst als Assistenzarzt in der Klinik für Unfallchirurgie am Universitätsspital Zürich tätig. Seine weitere Ausbildung führte ihn in die USA, an die University of Louisville School of Medicine, und im Anschluss an die Chirurgische Klinik der Universität Heidelberg, wo er in den letzten Jahren als Oberarzt arbeitete. Er ist Mitglied verschiedener chirurgischer Fachgesellschaften und als Reviewer für unterschiedliche medizinische Zeitschriften tätig. Im Dezember 2022 hat Prof. Billeter als Leitender Arzt bei Clarunis begonnen.

Titularprofessur Prof. Dr. Martin Bolli



Die Regenz der Universität Basel hat in ihrer Sitzung vom 27. April 2023 Prof. Dr. Martin Bolli zum Titularprofessor ernannt. Prof. Bolli hat sich als Stellvertretender Chefarzt der Clarunis Viszeralchirurgie am Standort Claraspital mit grossem Engagement auf die Tumorchirurgie spezialisiert. Seit vielen Jahren setzt er auch die Roboterchirurgie ein und hat zusammen mit dem Team etliche richtungsweisende Publikationen und Vorträge veröffentlicht. Wir gratulieren sehr herzlich.

Dr. Berenika Willi-Sedlacek



Nach ihrem Medizinstudium in Basel war Berenika Willi-Sedlacek im Rahmen ihrer Facharzt Ausbildung Radiologie in verschiedenen Spitälern in der Schweiz tätig: u.a. im Claraspital, im Stadtspital Triemli, Zürich, bei Medgate, im Universitätsspital Basel und Universitäts-Kinderspital beider Basel sowie im Kantonsspital Bruderholz. In den letzten Jahren arbeitete sie in Neuseeland als Senior Consultant Radiology and Clinical Director, Canterbury Breastcare Christchurch. Dr. Willi-Sedlacek wird am 1. Juli ihre Stelle als Oberärztin Radiologie im Claraspital antreten.

Beförderung Prof. Petr Hruz



Prof. Dr. Petr Hruz wurde per 1. April 2023 zum Stv. Chefarzt und zum Standortleiter des Fachbereichs Gastroenterologie/Hepatologie am Standort Claraspital befördert. Wir wünschen Petr Hruz viel Erfolg.

Weiterbildung für Ärzt/innen

Claraspital / Rapportraum, 5. Stock Tumorboard

Gastrochirurgisches und allgemeines Tumorboard: jeweils Dienstag, Mittwoch und Donnerstag 7.20–8.15 Uhr
 Senologisches Tumorboard: jeweils Dienstag 16.45 Uhr
 Urogenitales Tumorboard: jeweils Freitag 13.00 Uhr
 Thoraxtumorboard: jeweils Mittwoch 17.00 Uhr

Claraspital, Auditorium, 5. Stock

7.30–8.15 Uhr
Clarainfo – Interdisziplinäre Fortbildung für Ärzt/innen
 23.06.2023: Lungenkrebscreening. Prof. Dr. Gregor Kocher
 25.08.2023: Risiko-adaptierte Brustkrebs-Früherkennung. Dr. Caroline Oursin, Dr. Stefanie Stirnberg (GZF)

Webinar

16.30–19.30 Uhr
Online Blockkurs
 30.08.2023: Gerontogynäkologie Teil 1. Prof. Dr. Verena Geissbühler

Impressum

Herausgeber
 St. Claraspital, Basel
 www.claraspital.ch

Konzeption, Prepress
 MedTriX AG
 Medical Tribune

Gestaltungskonzept
 Multiplikator AG, Basel

Redaktion
 dieter.koeberle@claraspital.ch
 thomas.peters@claraspital.ch
 beatrix.sonderegger@claraspital.ch
 petra.genetzky@medtrix.group

Druck
 Tanner & Bosshardt AG, Basel

© Nachdruck nur mit Nennung der Quelle