

Jahresbericht 2014

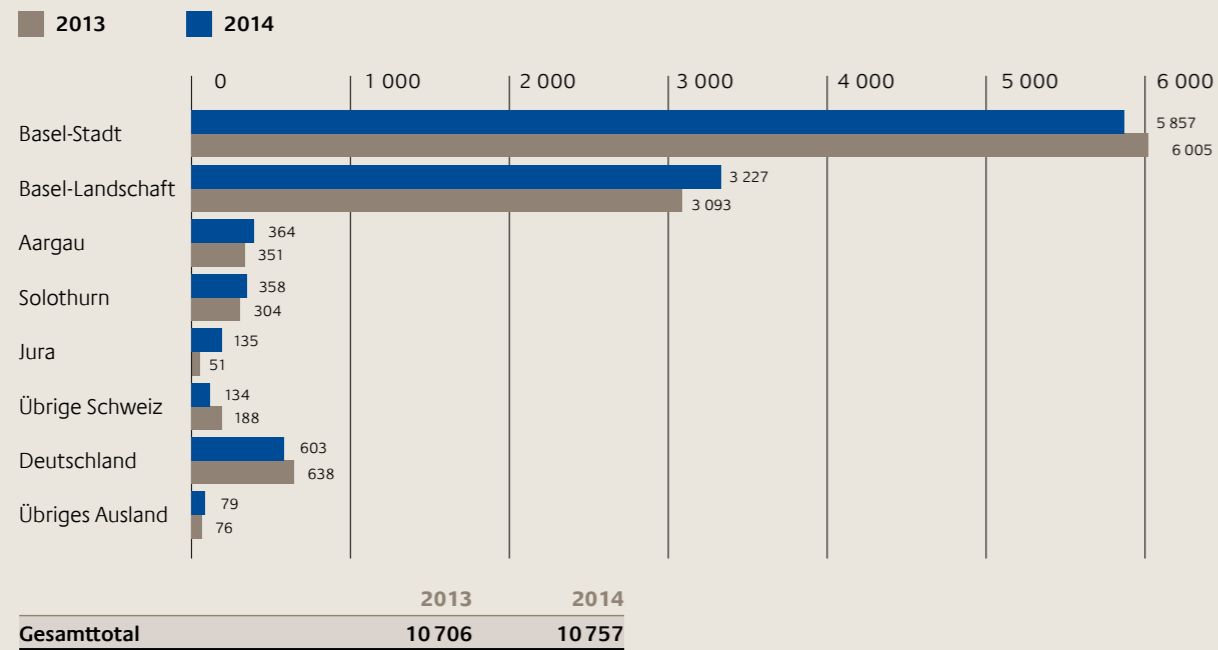
Gemeinsam unterwegs und in stetem Gespräch



Inhalt

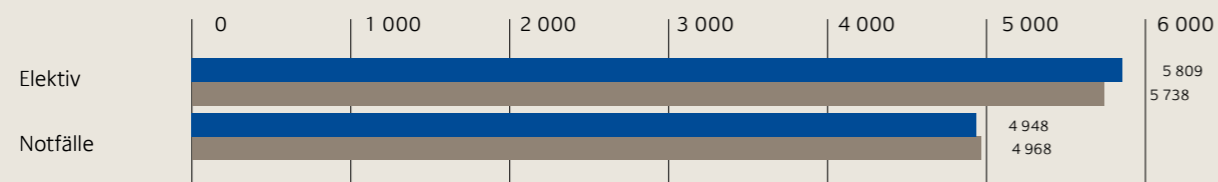
| | |
|----------|---|
| Seite 4 | Daten und Fakten |
| Seite 5 | Qualitätszahlen |
| Seite 6 | Mitglieder der Geschäftsleitung |
| Seite 8 | Verwaltungsrat |
| Seite 10 | Geschäftsleitung |
| <hr/> | |
| Seite 12 | Pflegedienst & Hotellerie Palliative Care – plötzlich wird anderes wichtig |
| Seite 19 | Medizinische Klinik Radioonkologie mit zweitem Linearbeschleuniger Kardiologie, eine Herzensangelegenheit |
| Seite 24 | Chirurgische Klinik Leberchirurgie: deutlich bessere Prognose dank neuen kombinierten Behandlungsmöglichkeiten |
| Seite 28 | Querschnittbereich Moderne Behandlung von Erkrankungen des Beckens und des Beckenbodens |
| Seite 30 | Zentrale Dienste Die Bauvorhaben am Claraspital Virtuelle PC-Arbeitsplätze machen die Informatik agil |
| <hr/> | |
| Seite 36 | Publikationen |
| Seite 39 | Organe des Claraspitals |
| Seite 40 | Funktionsträger des Claraspitals |

Anzahl stationär behandelte Patienten*



*exkl. Anzahl in der Merian Iselin Klinik behandelte Patienten

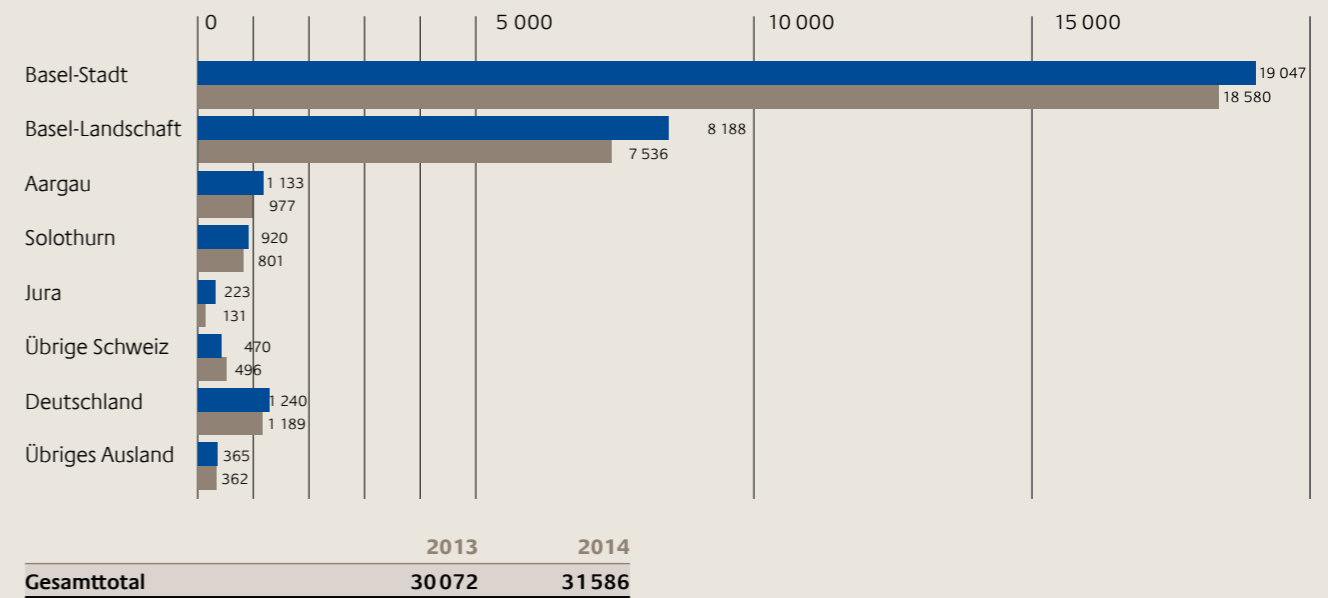
Aufnahmeart stationäre Patienten



Anzahl Mitarbeitende

| | 2013 | 2014 |
|-------------------------------------|--------------|--------------|
| Ärzte und andere Kader | 129 | 135 |
| Pflegepersonal | 527 | 555 |
| Hotellerie | 87 | 93 |
| Medizinisch-technische Fachbereiche | 182 | 195 |
| Zentrale Dienste/ Administration | 109 | 115 |
| Technische Berufe | 20 | 23 |
| Total | 1 054 | 1 116 |

Anzahl ambulant behandelte Patienten



Qualitätszahlen

| Qualitätskennzahlen | 2013 | 2014 |
|---------------------------------------|-------|-------|
| Gesamtzufriedenheit | 97% | 97,6% |
| Gesamtzufriedenheit Zusatzversicherte | 96,7% | 98% |
| Rehospitalisationsrate | 4,8% | 5,2% |
| Sturzrate / 1000 Pflgetage | 4,3 | 5 |
| Mortalitätsrate (ohne palliativ) | 2,1% | 1,6% |

| Wundinfektionsrate nach SwissNoso | 2013 | 2014 |
|-----------------------------------|------|------|
| Cholozystektomie | 0,8% | 0,6% |
| Colon-Operation | 2,3% | 2,2% |
| Rektum-Operation | 4,0% | 5,6% |

Erfolgsrechnung

in Mio. CHF

| Aufwand | 2014 |
|------------------------------|---------------|
| Personalaufwand | 105.79 |
| Materialaufwand | 28.63 |
| Abschreibungen | 6.94 |
| Übriger Aufwand | 43.01 |
| Total Betriebsaufwand | 184.00 |

| Ertrag | 2014 |
|--|---------------|
| Nettoerlöse aus Lieferungen und Leistungen | 180.44 |
| Andere betriebliche Erträge | 7.68 |
| Total Betriebsertag | 188.12 |
| Nichtbetrieblicher Ertrag | 0.01 |
| Betriebsgewinn | 4.13 |

Mitglieder der Geschäftsleitung

Hinten stehend (v.l.):

Beate Schindler MBA, Leiterin Pflegedienst & Hotellerie
Prof. Dr. med. Markus von Flüe, Leiter Chirurgische Klinik
PD Dr. med. Dieter Köberle, Leiter Medizinische Klinik

Vorne sitzend (v.l.):

Dr. med. Christian Looser, Leiter Querschnittbereich
Dr. rer. pol. Peter Eichenberger, Direktor
Stephan Ebner, lic. rer. pol., Leiter Zentrale Dienste



Hinterfragen, überprüfen, Akzente setzen



Raymond Cron
Präsident des Verwaltungsrates

Strategie

Das Claraspital ist auf Kurs, die im Jahr 2011 formulierte Strategie hat sich bewährt. Eindrücklich zeigt sich dies darin, dass wir das Wachstumsziel von jährlich zwei bis drei Prozent zusätzlichen stationären Eintritten deutlich übertroffen haben. Inzwischen ist die Umsetzung der damals definierten Massnahmen abgeschlossen. Ein im vergangenen Jahr durchgeführtes Strategieupdate bestätigt die strategische Stossrichtung mit der Konzentration auf unsere Schwerpunkte und Spezialitäten. In den nächsten Jahren werden wir unser Profil weiter schärfen und entsprechende Akzente setzen. Z.B. indem wir die Serviceleistungen für die zuweisenden Ärzte weiter optimieren, aber auch indem wir die Prozesse so gestalten und verbessern, dass möglichst viele Betten für Patienten in unseren Kernkompetenzen zur Verfügung stehen. Die momentane Bettenauslastung von 95 Prozent ist für ein Akutspital eher zu hoch und limitiert den Handlungsspielraum für Pflegende und Ärzte.

Klinische Forschung

Die Innovationszyklen klinischer Entwicklungen werden zunehmend kürzer. Damit wächst die Herausforderung, die neuen Erkenntnisse in die Behandlungsroutinen und -standards zu integrieren und «alltagstauglich» zu machen, aber auch, sie auf ihren Nutzen hin zu überprüfen und weiter zu optimieren. Die klinische Forschung an Spitälern ist deshalb unabdingbar und gewinnt an Bedeutung. Gleichzeitig ist sie Zuteilungskriterium für hochspezialisierte Leistungen, Voraussetzung für Zertifizierungen und wird von gut informierten, selbstbestimmten Patienten, die sich mit etablierten Methoden alleine nicht mehr zufrieden geben, zunehmend gefordert.

Zu den strategischen Akzenten, die wir in den nächsten Jahren setzen werden, gehört deshalb auch, dass sich das Claraspital in der klinischen Forschung noch stärker als bisher engagieren wird. Diese wird auf die Abdeckung der Musskriterien für klinische Forschung gemäss den Anforderungen der hochspezialisierten Medizin bzw. der geplanten Zertifizierung unseres Tumorzentrums fokussieren. Im Zentrum stehen dabei immer das Wohl der Patienten und die Entwicklung exzellenter Mitarbeitender.

Wir freuen uns sehr, dass wir Prof. Dr. med. Christoph Beglinger, den heutigen Dekan der medizinischen Fakultät der Universität Basel, nach seiner Pensionierung als neuen Leiter der klinischen Forschung am Claraspital gewinnen konnten.

Lehre

Im Unterschied zur Forschung hat die Lehre einen traditionell hohen Stellenwert am Claraspital. Jedes Jahr bilden wir 18 Assistenzärzte in der inneren Medizin, 18 Assistenzärzte in der Chirurgie, einen Assistenzarzt in der Radiologie, 36 Pflegefachpersonen HF, 16 Lernende Fachangestellte Gesundheit sowie 6 medizinisch-radiologische Fachpersonen aus und weiter.

Im Zuge des Ausbaus der Studienplätze hat die Universität Basel nun die Zusammenarbeit mit den Partnerspitälern, welche sich im Bereich der Assistentenausbildung engagie-

ren, auf eine vertragliche Basis gestellt. Anfang Jahr hat das Claraspital den Titel «Universitäres Lehr- und Forschungsspital der Universität Basel» erhalten. Damit wird unser Engagement in diesem Bereich institutionalisiert und anerkannt. Gleichzeitig erhalten wir mit dem neuen, offiziellen Status Zugang zu den universitären Dienstleistungen, was für unsere Forschungstätigkeit unabdingbar ist.

Leistungsaufträge und Spitalliste

Zwischen den beiden Basel besteht seit Anfang 2014 die volle Freizügigkeit bei den Spitälern: Patienten aus beiden Kantonen können ohne Zusatzkosten alle Spitäler aufsuchen, die sich auf der Liste des jeweiligen Standortkantons befinden. Ende November 2014 hat die Basler Regierung, Anfang Dezember die Baselbieter Regierung die Spitalliste des jeweiligen Kantons verabschiedet, die die seit 2012 geltenden Listen ersetzt.

Die neuen Listen sind aufeinander abgestimmt und werden von beiden Kantonen getragen. Mindestfallzahlen werden verbindlich angewendet und seltene Eingriffe auf wenige Leistungserbringer konzentriert. Die Leistungsaufträge des Claraspitals bleiben praktisch unverändert.

Bei seltenen Krankheiten und Eingriffen wird der Leistungsauftrag durch das Spitzenmedizin-Konkordat der Kantone (IVHSM) vergeben. Diese Zuteilungsliste wird im Laufe des Jahres 2015 überarbeitet. Das Claraspital hat erfreulicherweise im vergangenen Jahr bei allen ihm zugeteilten hochspezialisierten Baueingriffen (Ösophagusresektion, Pankreasresektion, komplexe bariatrische Chirurgie, Leberresektion und tiefe Rektumresektion) die Mindestfallzahlen mehr als erreicht.

Personelles

In der Geschäftsleitung steht im Jahr 2015 ein Wechsel an: Dr. med. Christian Looser, seit 1990 Co-Chefarzt Radiologie, seit 2009 auch Leiter Querschnittbereich und Geschäftsleitungsmitglied, geht Ende Juli nach 25 Jahren im Claraspital in Pension. Wir danken ihm bereits an dieser Stelle für sein ausserordentliches und langjähriges Engagement für das

Claraspital, bei dem stets der Mensch im Zentrum steht. Gemeinsam mit Dr. med. Anatol Zynamon hat er zweieinhalb 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.

Die Nachfolge von Dr. med. Christian Looser wird Prof. Dr. med. Martin Hoffmann übernehmen. Martin Hoffmann (Jg. 1967) wechselte im Januar 2012 von den Unikliniken Ulm ans Kantonsspital Luzern, wo er seither als Leitender Arzt Radiologie tätig ist. Professor Hoffmann übernimmt per 1. August 2015 sämtliche Funktionen von Dr. Christian Looser. Wir sind überzeugt, mit Martin Hoffmann menschlich und fachlich die richtige Persönlichkeit gefunden zu haben, um das Claraspital, den Querschnittbereich und die Radiologie erfolgreich weiterzuentwickeln.

Dank

Abschliessend möchte ich mich bei Ihnen allen bedanken: bei unseren Patienten und den zuweisenden Ärzten für ihr geschätztes Vertrauen; bei unseren Mitarbeitenden für ihren grossen Einsatz und ihre ausgezeichneten Leistungen sowie bei unserer Trägerschaft für ihre wertvolle Unterstützung.

Raymond Cron

Erfolgreich unterwegs



Dr. rer. pol. Peter Eichenberger
Direktor

Das Claraspital erfreute sich auch 2014 grosser Beliebtheit. Wiederum konnten etwas mehr stationäre Patienten behandelt werden als im Vorjahr. Das Patientenwachstum konzentrierte sich auf das Bauch- und Tumorzentrum sowie auf die Spezialitäten Urologie, Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin. Insgesamt wurden 2014 10 757 Patienten stationär behandelt. Im Bereich der hochspezialisierten Bauchchirurgie wurden sämtliche nationalen Mindestfallzahlen erreicht. Diese Zunahme im Vergleich zu den Vorjahren ist erfreulich.

Im Jahr 2013 haben die Merian Iselin Klinik (MIK) und das Claraspital eine fachliche und infrastrukturelle Zusammenarbeit beschlossen, die nun Wirkung zeigt. Erstmals behandelte die Orthopädie/Traumatologie des Claraspitals 2014 einen grossen Teil ihrer elektiven Patienten in der MIK. Dank der dadurch im Claraspital frei gewordenen Betten konnten wir mehr Patienten in unseren Schwerpunkten

aufnehmen. Die extern liegenden Patienten miteingerechnet beläuft sich das Wachstum des Claraspitals auf 2,3 Prozent.

Stete Weiterentwicklung

Wie in der Vergangenheit stiegen die ambulanten Konsultationen noch stärker an als der stationäre Bereich (+ 9,4 Prozent). Treiber dieser Entwicklung sind vor allem der medizinische Fortschritt, aber auch die beschränkte Anzahl stationärer Betten und der Trend zu kürzeren Aufenthaltsdauern. Im Tumorzentrum bzw. in der Radioonkologie konnte der als Folge des Patientenzuwachses notwendig gewordene zweite Linearbeschleuniger in Betrieb genommen werden. Lange Wartezeiten sind in der onkologischen Bestrahlungstherapie nicht zumutbar und anlagenbedingte Betriebsunterbrüche lassen sich damit ohne Auswirkungen auf die Patienten meistern. Ebenfalls positiv angelaufen ist das Mammografiescreening. Das Claraspital ist einer von sechs Anbietern dieses kantonalen Programms zur Früherkennung von Brustkrebs. Die persönliche Betreuung erfolgt in den neu hergerichteten Räumlichkeiten.

Wichtige Partnerschaften

Der grösste Teil des stationären Patientenzuwachses stammt aus den umliegenden Kantonen. Insbesondere Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft kommen häufiger ins Claraspital. Als Folge der Patientenfreizügigkeit sowie der zunehmenden Positionierung suchen sie gezielt unsere Schwerpunkte auf. Positiv wirken sich die verschiedenen Kooperationen mit unseren Partnerinstitutionen aus. Die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitszentrum Fricktal, dem Hôpital du Jura sowie der MIK funktioniert partnerschaftlich und erfolgreich. Mit Letzterer wurde Ende Jahr die Übernahme der viszeralkirurgischen Praxis von PD Dr. med. Ueli Grötzinger per April 2015 beschlossen. Ebenfalls erfreulich ist die Zusammenarbeit mit den Hausärzten, Spezialisten sowie nachgelagerten Institutionen. Das 2014 in Betrieb genommene elektronische Ärzteportal ermöglicht eine unmittelbare, d.h. noch zeitnähere Information unserer Partner. Basierend auf unserem

Klinikinformationssystem können sich die autorisierten Zuweiser in Echtzeit über Eintritt, Untersuchungsdaten, Radiologiebilder, -befunde oder Austrittsberichte ihrer Patienten informieren. Das erstmals in der Schweiz eingerichtete Portal ist in Deutschland weit verbreitet und findet auch hier grossen Anklang.

Konstante Qualität

Hinsichtlich der geleisteten Qualität zeigen die Patientenzufriedenheitsrückmeldungen sowie internen Qualitätsindikatoren ein stabiles, gutes Bild. Der allergrösste Teil der Patienten verlässt das Claraspital zufrieden und würde diese Institution auch seinen Angehörigen als Behandlungsort empfehlen. Die lokalisierten Verbesserungspotenziale im Bereich der Patientenidentifikation sowie der Medikation wurden mittels diverser Massnahmen angegangen. Ein Teil dieser Anstrengungen läuft noch, z.B. die Einführung eines Patientenarmbandes. Andere Anstrengungen bzw. Verhaltensregeln müssen immer wieder von Neuem eingefordert werden.

Insbesondere zur Verbesserung der Qualität bei hochspezialisierten chirurgischen, aber auch urologischen Eingriffen hat der Verwaltungsrat Ende Jahr die Beschaffung eines Roboters der neusten Generation beschlossen. Erst diese neue Generation ermöglicht die vom Claraspital angestrebten Qualitätssteigerungen bei ausgesuchten urologischen und viszeralkirurgischen Eingriffen.

2014 hat sich das Claraspital zum letzten Mal von der Stiftung SanaCert zertifizieren lassen, zur Freude aller mit der Bestnote! Für die im Berichtsjahr begonnene Vorbereitung auf die Zertifizierung ISO 9001 bzw. das Darm- und Pankreaszentrum liegen somit beste Voraussetzungen vor.

Herausfordernde Bauprojekte

Die Planungsarbeiten für die Realisierung des Masterplanes sind weiter fortgeschritten. Im Sommer 2015 beginnt voraussichtlich der Bau der neuen Küche, des Eingangsbereiches inklusive des neuen Cafés, der neuen Garderoben, der erweiterten Notstrom- und Technikanlagen sowie der

neuen Kapelle. Bereits fertiggestellt sind die notwendigen Provisorien. Dank diesen konnte z.B. die Onkologie örtlich zusammengeführt und im Bereich der ehemaligen Bettenstation 2. Ost an einem patientenfreundlichen Standort realisiert werden. Ebenfalls fortgeschritten ist die Planung der übrigen Bereiche, das Projekt «Hirzbrunnen». 2015 sollten die Grundlagen für die Detailplanung vorliegen. Bis dahin wird klar sein, inwiefern die Einsparungen gegen das 2014 publizierte generelle Baubehagen weitergezogen werden.

Engagierte Mitarbeitende

Auch 2014 konnte die Geschäftsleitung auf das grosse Engagement der Mitarbeitenden und der Führungskräfte zählen. Die im Sommer durchgeführte Mitarbeiter-Zufriedenheitsbefragung zeigt, dass der allergrösste Teil der Beschäftigten sich im Claraspital wohl fühlt und zufrieden ist, sogar noch zufriedener als bei der letzten Befragung 2012. Noch Ende Jahr wurden diverse Massnahmen beschlossen, um die örtlich in Abteilungen bzw. Bereichen identifizierten Verbesserungspotenziale anzugehen.

Herzlichen Dank dem ganzen Claraspital-Team für den grossen Einsatz. Erneut geht der Dank aber auch an die Trägerschaft, den Verwaltungsrat und die Partner, Zuweiser, Finanzierer und an die Behörden, insbesondere an das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt. Die Geschäftsleitung ist sich deren Bedeutung für die Entwicklung des Spitals und für zufriedene Patienten bewusst!

Dr. rer. pol. Peter Eichenberger

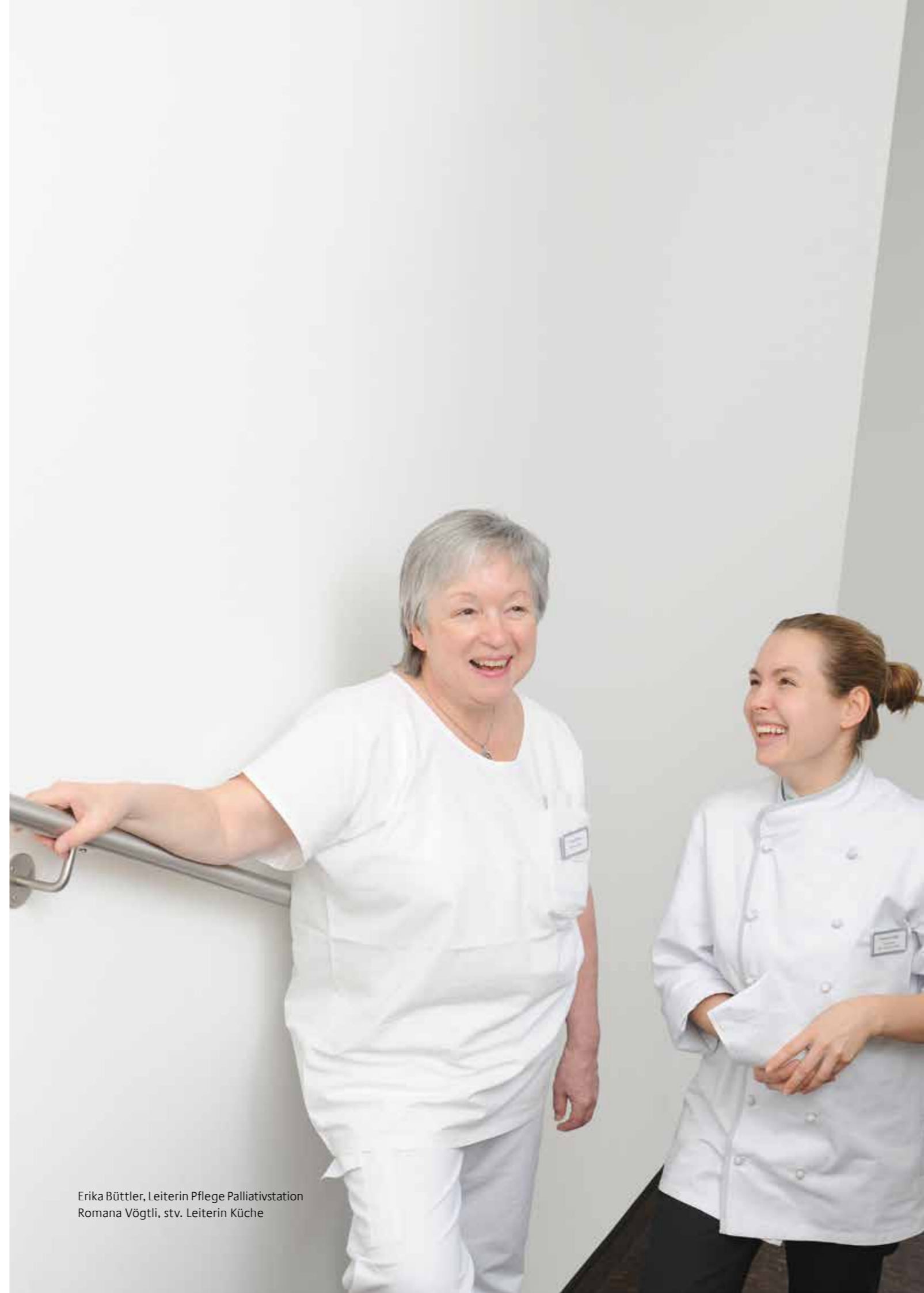
Palliative Care – plötzlich wird anderes wichtig

Nach den nationalen Leitlinien umfasst Palliative Care die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie schliesst medizinische Behandlung, pflegerische Massnahmen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein. Palliative Care soll den Patienten eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleisten und die nahestehenden Bezugspersonen angemessen unterstützen. Das Claraspital verfügt über eine Palliativstation mit acht Betten, auf der wir spezialisierte Palliative Care anbieten.

Die moderne Medizin fokussiert schwergewichtig auf die Heilung. Das Lebensende und der Tod wurden insbesondere in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts vernachlässigt. Entsprechend war zum Beispiel die Behandlung von Menschen mit starken Schmerzen bei unheilbaren Erkrankungen lange Zeit ungenügend. «Dabei ist Palliativmedizin die älteste Medizin, die es gibt. Weit älter als alle kurativen Therapieformen, denn früher gab es kaum gezielte Therapien, das Bestreben der Mediziner war es, Symptome zu behandeln und Leiden zu lindern. Der Tod war Teil des Lebens», erklärt Dr. Eva Balmer, Oberärztin der Palliativstation. Ausgehend von dieser für sterbende Patienten unbefriedigenden Situation entstand in England in den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts die Hospizbewegung. In sogenannten Hospices wurde genau diese Patientengruppe aufgenommen, um mit einer ganzheitlichen Behandlung den Bedürfnissen dieser Patienten und ihrer Angehörigen gerecht zu werden. In dieser Zeit wurde die Palliativmedizin sozusagen reaktiviert und ist nach und nach wieder ins Bewusstsein gerückt. Heute beinhaltet Palliative Care mehr als 'End-of-Life Care'. Sie ist ausgerichtet auf die Beschwerden und Bedürfnisse von Patienten mit unheilbaren, chronisch fortschreitenden Erkrankungen.

Eine lange Tradition

Die Palliative Care am Claraspital ist fester Bestandteil des Tumorzentrums und damit Teil der Behandlungskette. Sie ist aber auch zugänglich für Patienten der anderen, am Claraspital angebotenen Disziplinen. Basierend auf dem Grundverständnis der Trägerschaft hat das Claraspital seit jeher eine palliative Betreuung, Pflege und Medizin angeboten. «2004 wurde auf Initiative der Pflege ein erstes Palliativkonzept ausgearbeitet, dessen Hauptergebnis die Planung und die Inbetriebnahme einer Palliativstation mit sechs Betten war», sagt Erika Büttler, Stationsleiterin Palliativstation. «Patienten in der Sterbephase konnten so abseits der Hektik der Akutstation gepflegt werden.» Seit 2011 entstand schweizweit ein einheitliches Verständnis für Palliativ Care und es wurden Richtlinien sowie Qualitätsanforderungen definiert. Dabei wird unterschieden zwischen Palliativ Care in der Grundversorgung und spezialisierter Palliative Care. Erstere umfasst rund 80 Prozent aller palliativen Leistungen und findet zu Hause, in der Langzeitpflege sowie im stationären Akutbereich statt. Seit 2013 wird am Claraspital zusätzlich, und basierend auf den neuen Leitlinien, eine spezialisierte Palliative Care angeboten. Einerseits auf der seit 2013 auf acht Betten angewachsenen Palliativstation, andererseits in Form eines Konsiliardienstes.



Erika Büttler, Leiterin Pflege Palliativstation
Romana Vögtli, stv. Leiterin Küche



Beatrix Vujic, Verantwortliche Personalentwicklung
Jörg Wagner, Stationsleiter 4. West

Unterschiede in der Pflege

«Die Anforderungen an die Pflege auf einer Palliativstation und auf einer Akutstation unterscheiden sich stark», erklärt Erika Büttler, welche selbst lange Jahre in der Akutpflege tätig war. Patienten in Palliative-Care-Situationen haben einen gänzlich anderen Fokus als Akutpatienten. «Bei ihnen steht nicht die Therapie, sondern die Symptome im Zentrum. Die Pflegenden orientieren sich stark an den Bedürfnissen, den Befindlichkeiten und der Situation der Betroffenen», sagt Erika Büttler und fährt fort: «Es geht um Lebensqualität. Wir versuchen, den Tagesablauf an den individuellen Rhythmus des Patienten anzupassen und dabei besonders auch die Ruhephasen zu berücksichtigen.» Anderes wird bedeutsam: einen Tag gut durchstehen, die Dinge tun, die einem wichtig sind – sei es noch einmal mit dem Rollstuhl durch den Park zu streifen, im Bett auf dem Balkon die Sonnenstrahlen geniessen oder schmerzfrei einen Besuch empfangen zu können, «trotz» Magensonde und Übelkeit ein paar Löffel von seiner «Lieblingsglace» essen.

Rasch und angemessen handeln

Die Situation jedes Patienten wird regelmässig, teilweise mehrmals täglich, eingeschätzt und die pflegerischen Massnahmen entsprechend angepasst. Denn der Zustand eines Patienten kann sich innert kurzer Zeit massiv verändern: ein plötzlicher Schmerzdurchbruch, starke Übelkeit, Unruhe, Ängste. Da braucht es Erfahrung und Fingerspitzengefühl, um sich rasch auf die veränderte Situation ein-

zustellen und abzuwägen, welches Vorgehen, welche Massnahme jetzt richtig und dem Patienten zumutbar ist. Auch das Gespräch mit den Angehörigen ist in solchen Momenten ganz wichtig. «Sie sind bei so plötzlich auftretenden Veränderungen stark verunsichert und brauchen Unterstützung. Das Zusehen und Nichthelfenkönnen ist emotional sehr schwer.»

Das Begleiten der Betroffenen in ihren Krisensituationen und im Sterben und die Unterstützung der Bezugspersonen stellt die Pflegenden vor grosse Herausforderungen. Aus diesem Grund braucht es auf der Palliativstation qualifizierte Pflegefachpersonen mit einer hohen Fach- und Sozialkompetenz, die sich 24 Stunden am Tag um die Patienten kümmern. Die Patientenbeobachtung ist ganz zentral. Oft können Patienten ihre Bedürfnisse nicht mehr verbal äussern. Eine mehrjährige Berufserfahrung hilft, den komplexen Anforderungen gerecht zu werden. «Bei einer Krise mitten in der Nacht sind wir ganz auf uns, auf unser Wissen und auf unsere Erfahrung gestellt», erzählt Erika Büttler. «Wir müssen schnell über die Gabe von Schmerzmitteln entscheiden und gleichzeitig mit den Ängsten der Patienten und Angehörigen umgehen.»

Interdisziplinäre Betreuung und Begleitung

Das Betreuungsangebot der Palliativstation ist vielfältig und die Zusammenarbeit stark interdisziplinär geprägt. Neben Pflegefachpersonen und Ärzten sind Psychoonkologen, Musik- und Kunsttherapeuten sowie Seelsorgende

im Team integriert. Je nach Situation werden auch die Physiotherapie, die Ernährungstherapie oder der Sozialdienst einbezogen. Denn neben den körperlichen rücken seelische Beschwerden, soziale Probleme, existenzielle Fragen, religiöse und spirituelle Themen in den Vordergrund. «Warum ich?», «warum jetzt schon?», «was wird aus meiner Familie?», «gibt es ein Leben nach dem Tod?», «was ist noch zu erledigen?» sind Fragen, die häufig gestellt werden.

Auf unserer Palliativstation besteht zwischen dem Pflegepersonal, den Ärzten und den weiteren Spezialisten ein regelmässiger Austausch. Auch die bis anhin behandelnden Ärzte werden involviert. Oft besteht bereits eine lange gemeinsame Vorgeschichte und für den Patienten ist das Aufrechterhalten des Kontaktes zum Bezugsarzt von grosser Bedeutung.

Enger Einbezug der Angehörigen

Die Betreuung auf der Palliativabteilung erfolgt häufig gemeinsam mit den Angehörigen oder den Bezugspersonen; viele von ihnen sind 24 Stunden anwesend. Sie sind wichtige Ansprechpartner und werden soweit von ihnen und den Patienten gewünscht in die Pflege miteinbezogen. «Unsererseits müssen wir mit Bedacht sehen, wo wir die Angehörigen auch entlasten können und sie ermutigen, beispielsweise einen Nachmittag alleine in die Stadt zu gehen oder eine Nacht alleine zu Hause zu schlafen»,

meint Erika Büttler. «Die Beziehungsarbeit mit den Angehörigen ist von grosser Bedeutung, darum führen wir Familiengespräche und sogenannte Rundtisch-Gespräche mit allen an der Behandlung Beteiligten durch. Die Bezugspersonen müssen Entscheide ebenso mittragen wie der Patient.»

Ein geschützter Rahmen für Patienten und Angehörige

Die Palliativpflege umfasst am Claraspital auch das Abschiednehmen vom Verstorbenen; ein wichtiges Moment sowohl für die Angehörigen als auch für das Team, um das Erlebte zu verarbeiten und loszulassen. «Bevor wir die Verstorbenen in die Aufbahrung begleiten, führen wir ihre letzten Wünsche und Rituale oder die ihrer Angehörigen und Bezugspersonen aus wie Lieblingskleidung, Körperpflege etc.», erzählt Erika Büttler. «Auf der Abteilung wird eine Karte aufgestellt und eine elektrische Kerze angezündet. Mit vielen Angehörigen haben wir selbst über den Tod des Patienten hinaus immer noch Kontakt. Denn das gemeinsam Erlebte verbindet – ähnlich wie bei einer Geburt.»



Dr. med. Eva Balmer, Oberärztin Palliativstation
Carol Pellegrino, Leiterin Rezeption



Annette Kolb, stv. Leiterin Qualitätsmanagement
 Prof. Dr. med. Wolfgang Harms, Chefarzt Radioonkologie
 Dr. rer. nat. Anja-Carina Schulte, Medizinphysikerin

Radioonkologie mit zweitem Linearbeschleuniger

Seit Kurzem verfügt das Claraspital über einen zweiten Linearbeschleuniger. Das Gerät der neusten Generation bietet innovative Behandlungsmöglichkeiten im Bereich der Hochpräzisionsbestrahlung von Hirn-, Leber- und Lungentumoren sowie bei hochkonformalen Bestrahlungen (IMRT, VMAT).

Vor über acht Jahren hat das Team um Prof. Dr. Wolfgang Harms, Chefarzt Radioonkologie, die Arbeit aufgenommen. Um der heutigen Patientenzahl gerecht zu werden und um die Wartezeiten so kurz wie möglich zu halten, habe die Geschäftsleitung 2014 entschieden, einen zweiten Linearbeschleuniger anzuschaffen, berichtet Prof. Harms.

Beim zweiten Linearbeschleuniger handelt es sich um ein Gerät der neusten Generation. «Beide Geräte stammen vom gleichen Anbieter und sind zu 100 Prozent kompatibel, was uns sehr wichtig war, im Hinblick auf ein sicheres Ausfallkonzept. Das neue Gerät», so Prof. Harms, «ist eine technische Weiterentwicklung des bestehenden Geräts. Die wichtigsten Neuerungen sind die Möglichkeit, volumetrische Bestrahlungen (VMAT) und Bestrahlungen ohne Ausgleichsfilter (flattening filter free [FFF]) durchzuführen.» Insbesondere bei der Hochpräzisionsbestrahlung von Kopf-, Leber- und Lungentumoren weist das neue Gerät deutliche Vorteile für die Patienten auf. Diese stereotaktischen Bestrahlungen erfolgen punktgenau und mit einer sehr hohen Dosis. Patienten mit Hirnmetastasen beispielsweise liegen in einer engen Maske und dürfen sich nicht bewegen. «Mit dem neuen Beschleuniger kann die Bestrahlungszeit von 20 bis 30 Minuten auf 5 bis 10 Minuten reduziert werden. Dies verringert die psychische Belastung und erhöht den Patientenkomfort deutlich», führt Prof. Harms aus.

Eine Dosisverteilung wie eine Speerspitze

Bei jedem konventionellen Bestrahlungsgerät werden, vereinfacht ausgedrückt, die künstlich erzeugten Röntgenstrahlen durch einen Ausgleichsfilter so konfiguriert, dass ein Bestrahlungsfeld homogen ausgeleuchtet wird. Nachteil ist, dass über 90 Prozent der Bestrahlungsenergie durch diesen Ausgleichsfilter verloren geht und Bestrahlungen länger dauern. Auch der neue Linearbeschleuniger verfügt über solch einen Filter, um alle gängigen Bestrahlungen durchzuführen. Diese sogenannte 3-D-konformale Bestrahlung wird beispielsweise bei der Behandlung von Brustkrebs oder bei Knochenmetastasen eingesetzt – immer dort, wo ein ganzer Bereich gleichmässig bestrahlt werden soll.

Das neue Gerät bietet zusätzlich die Möglichkeit, ohne Ausgleichsfilter zu bestrahlen. Hieraus resultiert eine massive Verkürzung der Bestrahlungszeiten, da eine noch konzentriertere und höhere Strahlendosis auf den Tumor trifft, ähnlich einer Speerspitze. Prof. Harms erklärt: «Früher konnten die Radioonkologen mit solch einer «Speerspitzen-Dosisverteilung» nichts anfangen. Zuerst musste die entsprechende Bestrahlungsplanungssoftware entwickelt werden, damit diese Bestrahlungen sicher und exakt berechnet werden konnten.» Aktuell werden diese filterlosen Bestrahlungstechniken insbesondere bei stereotaktischen Bestrahlungen von Hirn-, Leber- und Lungentumoren angewendet.

360-Grad-Bestrahlung dank Rapid Arc

Die intensitätsmodulierte Strahlentherapie, kurz IMRT, hat den Vorteil, aus einem geraden Strahl eine gebogene Dosiserteilung zu erzeugen und damit die vielfach abgerundeten Tumorbereiche genauer zu erfassen und gesundes Gewebe zu schonen. Bei einer klassischen IMRT wird meist aus fünf bis sieben Richtungen bestrahlt. «Hier findet sich der zweite Vorteil des neuen Geräts», beschreibt Prof. Harms dessen Funktionsweise. «Mit der Rapid Arc Technik rotiert das Bestrahlungsgerät einmal um den Patienten und bestrahlt die ganze Zeit. Mit dieser 360-Grad-Rotation kann enger angepasst (konformaler) bestrahlt werden, da die IMRT unter Ausnutzung aller Winkel und Freiheitsgrade erfolgt. Diese sogenannte Volumetric Modulated Arc

Therapy (VMAT) ist vor allem bei Prostata-, Lungen-, Hals-Nasen-Ohren-, gastrointestinalen und gynäkologischen Tumoren sinnvoll.»

Engagiert in der Ausbildung

Gestiegene Patientenzahlen haben nicht nur zu einer infrastrukturellen Erweiterung, sondern auch zu einer Teamvergrößerung geführt. «Seit 2009 zählen auch Auszubildende dazu», freut sich Prof. Harms. «Der Mangel an medizinisch-technischem Fachpersonal (MTRA) ist enorm. Für uns war es daher von Anfang an ein Anliegen, als Ausbildungsstandort anerkannt zu werden und MTRA auszubilden.» Aktuell werden in der Radioonkologie jährlich drei MTRA ausgebildet.

Kardiologie, eine Herzensangelegenheit

Das Angebot der Kardiologie am Claraspital hat sich über die letzten Jahre stetig erweitert mit breit gefächelter Diagnostik, aber auch Spezialeingriffen bei verengten Herzkranzgefässen, Herzrhythmusstörungen und Herzschwäche. Trotz zunehmender Technisierung – Herzenssache bleibt die ganzheitliche Patientenbetreuung.

Der Führungswechsel mit Antritt von PD Dr. Lukas Altwegg als Chefarzt Kardiologie vor zwei Jahren gab Gelegenheit, Leistungsspektrum und Strategie der Kardiologie zu überdenken. «Zu berücksichtigen», so PD Dr. Altwegg, «galt es neben kantonalen Leistungsaufträgen vor allem die Gesamtstrategie des Claraspitals sowie die Bedürfnisse von Patienten und Zuweisern.» Miteinbezogen wurden auch die

vorhandene Expertise und der hohe Stand an technischen Installationen. «Der Fokus liegt in erster Linie auf erworbenen Herzerkrankungen, allen voran verengten Herzkranzgefässen», fügt er an. «Hier sind wir gut aufgestellt mit verschiedenen bildgebenden Verfahren zur Abklärung und der Möglichkeit zur minimal-invasiven Behandlung», so PD Dr. Altwegg. Einen weiteren Schwerpunkt stellt die



Jan Säuberlich, Leiter Einkauf und Logistik
PD Dr. med. Lukas Altwegg, Chefarzt Kardiologie

Implantation und Nachsorge von Herzschrittmachern und Defibrillatoren dar, wie sie bei Herzrhythmusstörungen und schwerer Herzschwäche eingesetzt werden.

Nichtinvasive Diagnostik als Grundlage für die Therapie

«Struktur und Funktion des Herzens sind häufige Fragestellungen», erklärt PD Dr. Altwegg, «gerade vor Operationen oder komplexen Chemotherapien.» Untersuchungsmethode der Wahl – u.a. wegen ihrer schnellen Verfügbarkeit – ist die Echokardiographie (der Herzultraschall). Meistens von aussen, aber auch über die Speiseröhre durchgeführt, ermöglicht sie heute sogar 3-D-Analysen von Herzklappen und -höhlen. Das Echo kann aber auch bei Brustschmerzen und Verdacht einer Durchblutungsstörung des Herzmuskels hilfreich sein, indem es unter Belastung indirekt auf verengte Herzkranzarterien hinweist. Diesbezüglich noch aufschlussreicher sind die myokardiale Perfusionsszintigraphie (MPS)-Untersuchung, die in Zusammenarbeit mit der Nuklearmedizin angeboten wird oder das Herz-MRI. Letzteres wird in Kooperation mit der Radiologie durchgeführt und beantwortet nicht nur die Frage nach Durchblutungsstörungen, sondern ermöglicht u.a. die Diagnose bei Verdacht auf Entzündungen, Narben oder spezifische, strukturelle Veränderungen des Herzmuskels.

Katheterlabor als Dreh- und Angelpunkt für minimalinvasive Eingriffe

Herzstück der Kardiologie ist das Herzkatheterlabor, wo über feine Katheter verengte Herzkranzgefässe behandelt werden. «Zur Behandlung steht uns heutzutage eine breite Palette an Gefässstützen zur Verfügung, von konventionellen metallischen über medikamentenbeschichtete bis hin zu auflösbaren», erläutert PD Dr. Altwegg. Darüber hinaus werden im hellen, modern ausgerüsteten Herzkatheterlabor alle Arten von Schrittmachern und Defibrillatoren implantiert, inklusive «Drei-Kammer-Schrittmachern», die bei schwerer Herzschwäche die Symptome reduzieren und die Prognose verbessern.

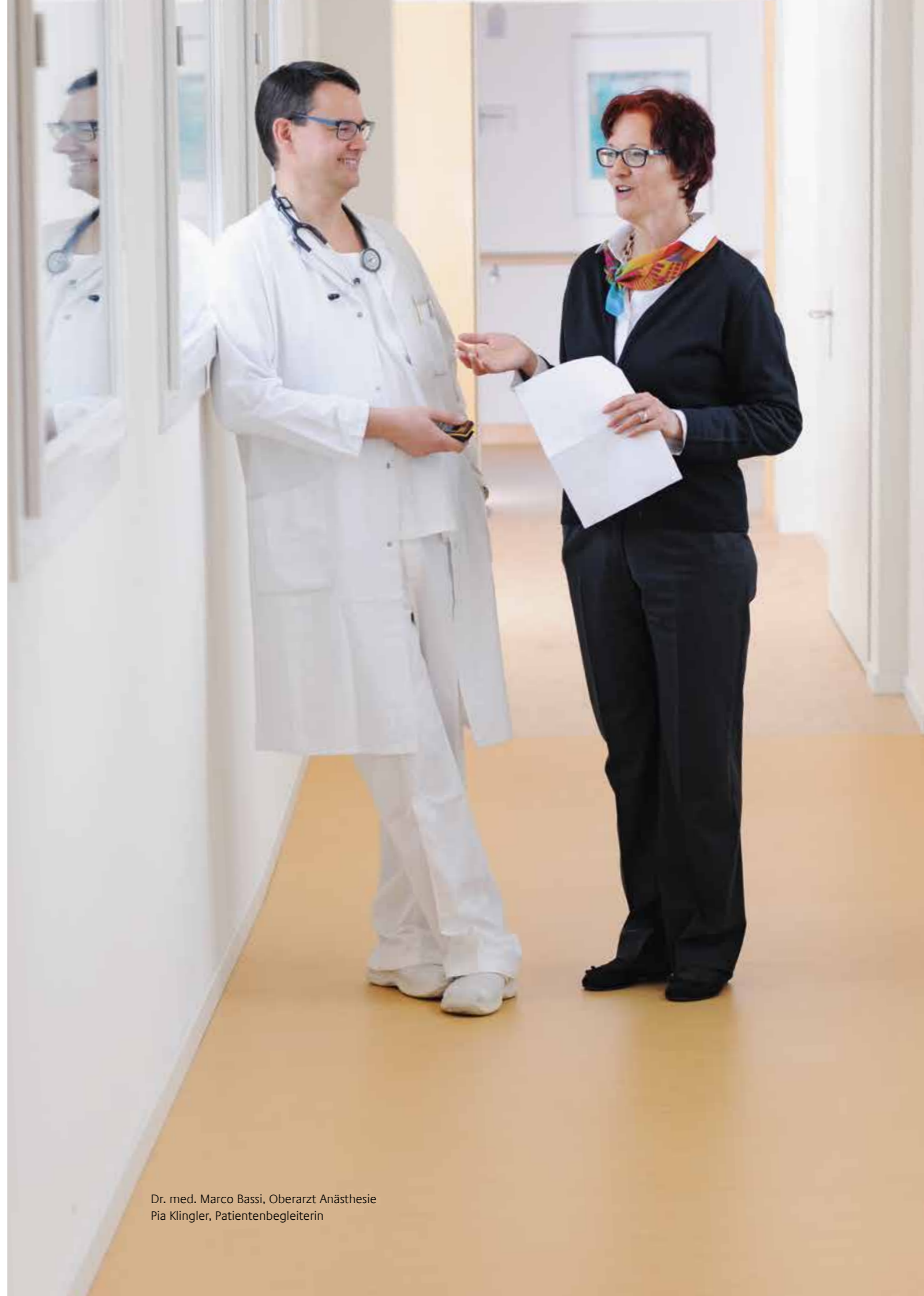
In jedem Fall gut aufgehoben

Zur stationären Behandlung und Überwachung verfügt die Kardiologie über eine eigene Bettenstation mit speziell geschulten Pflegefachkräften und der Möglichkeit zum Monitoring an allen Betten. Ein 24-Stunden-Dienst garantiert eine rasche kardiologische Behandlung im Notfall, allen voran bei einem Herzinfarkt. «Wir haben ein kleines, gut eingespieltes Team und klar geregelte Abläufe, die in Workshops immer wieder geübt werden. Gerade bei einem Herzinfarkt zählt jede Minute», erklärt PD Dr. Altwegg und fügt an: «Wir verfügen auch über die Infrastruktur zur mechanischen Kreislaufunterstützung und können direkt von der Sanität zugewiesen werden.»

Abgerundet wird das kardiologische Angebot durch ambulante Leistungen wie 24-Stunden-EKG und Sprechstunden speziell auch zur Schrittmacherkontrolle. Im ambulanten Bereich neu dazugekommen ist 2014 das ClaraKardio an der Merian Iselin Klinik, wo in eigens dafür geschaffenen Räumlichkeiten präoperative Abklärungen angeboten werden. Nicht am Claraspital offeriert werden offene Herzoperationen, Katheterbehandlungen von Rhythmusstörungen sowie die Nachsorge bei angeborenen Herzfehlern und nach Transplantationen. «Hier bestehen gute Netzwerke mit den Zentren», bemerkt PD Dr. Altwegg, «so beispielsweise mit der Herzchirurgie des Universitätsspitals Basel, deren Leiter, Prof. Eckstein, einmal wöchentlich zur Fallbesprechung kommt.»

Beherzt in die Zukunft

«Die Kardiologie als Fach hat sich in den letzten 10 bis 15 Jahren enorm entwickelt. Für das Claraspital interessant sein könnte eine Erweiterung der Bildgebung mittels Herz-CT, aber auch – um den Bedürfnissen der zusehends älteren Patienten gerecht zu werden – die minimal-invasive Therapie von Herzklappen und gewisser Rhythmusstörungen. Wir bleiben am Puls der Zeit», so PD Dr. Altwegg.



Dr. med. Marco Bassi, Oberarzt Anästhesie
Pia Klingler, Patientenbegleiterin

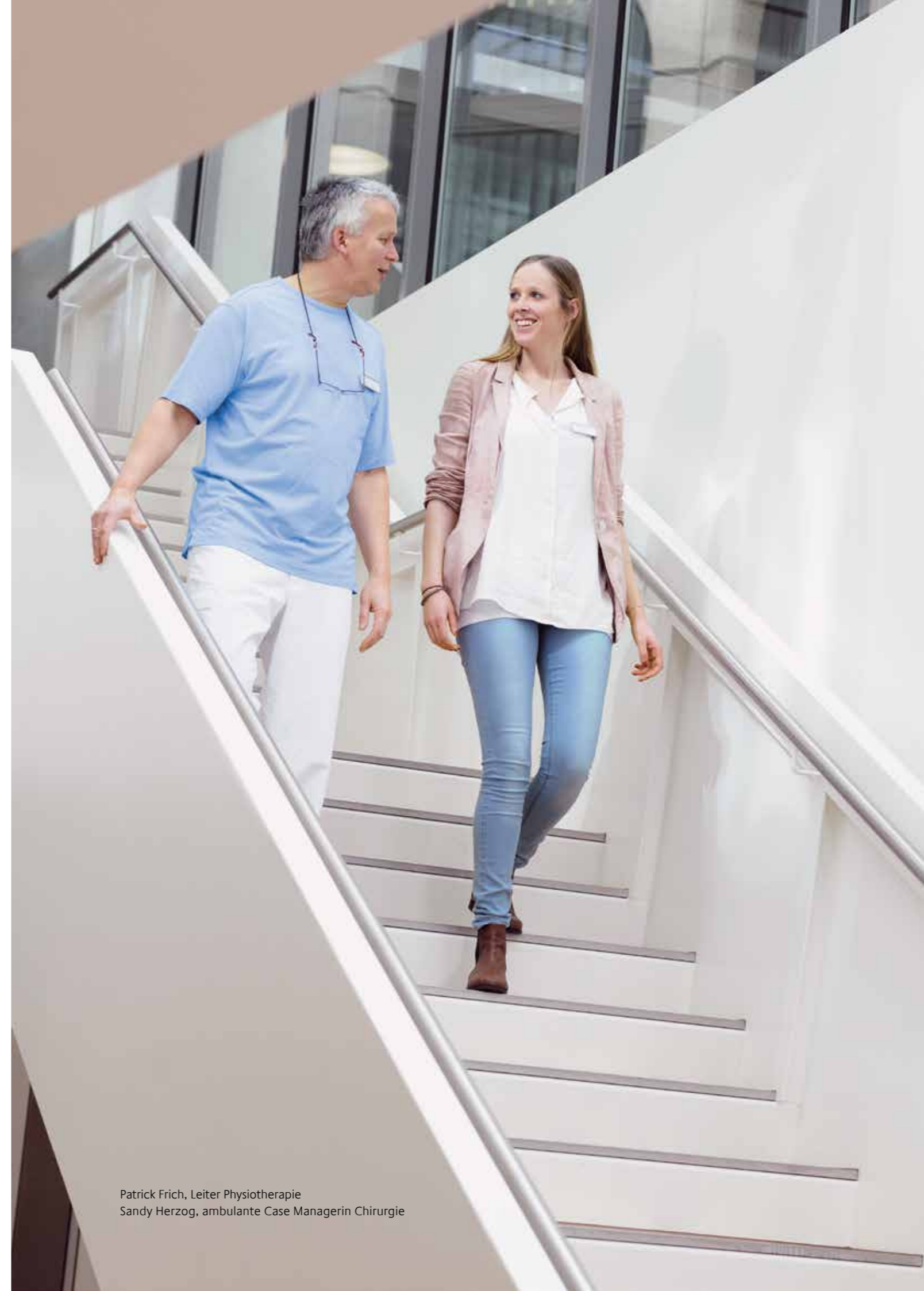
Leberchirurgie: deutlich bessere Prognose dank neuen kombinierten Behandlungsmöglichkeiten

Die Leberchirurgie ist eines von fünf Teilgebieten der hochspezialisierten Viszeralchirurgie. Seit 2014 verfügt das Claraspital über einen nationalen Leistungsauftrag. Leberoperationen sind nicht nur sicherer geworden, sie können auch bei mehr Patienten durchgeführt werden, denn es bestehen deutlich vielfältigere operative Behandlungsmöglichkeiten als noch vor wenigen Jahren.

«Die Leberchirurgie hat sich in den letzten Jahren in chirurgischer wie auch technischer Hinsicht stark gewandelt», erläutert PD Dr. Martin Bolli, Leitender Arzt Viszeralchirurgie. Zusammen mit den neuen Behandlungsmöglichkeiten haben sich auch die Überlebenschancen der Patienten deutlich verbessert. «Die sogenannte Fünf-Jahres-Überlebensrate bei Patienten mit Lebermetastasen lag vor 20 Jahren unter fünf Prozent. Heute liegt sie bei 40 bis 60 Prozent.» Die Faktoren für diesen Fortschritt seien vielfältig und lägen in der Summe der Fortschritte aller beteiligten Disziplinen, so PD Dr. Bolli. Bessere diagnostische Mittel und die heutige radiologische Bildgebung mit ihren gestochen scharfen Bildern ermöglichten eine genauere Planung und Volumenberechnung, wie viel Tumorgewebe inklusive Sicherheitsrand – d.h. der Abstand zwischen Tumor und gesundem Gewebe – entfernt werden müsse. Während der Operation wird zusätzlich ein Ultraschall gemacht. PD Dr. Bolli fährt fort: «Die Bildauflösung der heutigen Geräte zeigt die Strukturen noch besser und dient als weitere Entscheidungshilfe, wo die Schnittkante verlaufen soll.» Auch die modernen chirurgisch-technischen Hilfsmittel, welche zur Operation an der Leber eingesetzt werden, bringen mehr Sicherheit für den Patienten. Die verkürzte Operationszeit, eine moderne Anästhesie sowie eine adäquate Intensivmedizin gestalten die ersten postoperativen Tage für den Patienten deutlich besser und sicherer.

Selektiveres Vorgehen

Der Chirurg kann insgesamt vorsichtiger und präziser agieren. «Früher wurde bei Leberkrebs entweder die rechte oder die linke Hälfte entfernt. Heute werden die von Leberkrebs oder Metastasen befallenen Areale sehr selektiv entfernt. So erhalten wir ein Maximum an gesundem Gewebe und damit die Leberfunktion.» Sollte dennoch so viel Lebervolumen operativ entfernt werden müssen, dass deren Funktion nicht mehr gesichert ist, kann heutzutage eine Pfortaderembolisation durchgeführt werden. Dabei wird die Möglichkeit genutzt, dass die Leber nachwachsen kann. Durch die Unterbindung der Pfortader vor der Operation an der tumorbefallenen Gegenseite wird ein Leberwachstum der gesunden Leberhälfte gefördert. «Dieser Eingriff ist eher selten, wird aber bei uns ebenfalls durchgeführt», erklärt PD Dr. Bolli. «Da es keinen einzig richtigen Laboruntersuchung gibt, welcher die Leberfunktion misst, muss diese aus vielen Mosaiksteinchen zusammengesetzt und kraft der Erfahrung abgeschätzt werden. In einer kritischen Situation ziehe ich meine Kollegen aus der leberchirurgischen Abteilung der Universität Genf bei und bespreche den Fall. Sind die Leberwerte zu kritisch, überweisen wir den Patienten entweder nach Genf oder an die Uni Bern, da er möglicherweise ein Kandidat für eine Lebertransplantation ist.»



Patrick Frich, Leiter Physiotherapie
Sandy Herzog, ambulante Case Managerin Chirurgie

Multimodale Therapiekonzepte

Ein weiterer wesentlicher Faktor in der Verbesserung der Überlebensrate bei Patienten mit Leberkrebs liegt an der interdisziplinären Zusammenarbeit und den multimodalen Therapien. Diese bestehen aus onkologischen, strahlentherapeutischen, interventionellen und chirurgischen Methoden, berichtet PD Dr. Bolli. «Die Tumorpatienten werden an unserem zweimal wöchentlich stattfindenden Tumorboard besprochen. Basierend auf der Standortbestimmung, welche der zuständige Arzt aufbereitet, wird gemeinsam das Therapiekonzept erstellt bzw. diskutiert und verabschiedet. Kein Arzt entscheidet im stillen Kämmerlein. Selbst bei einer Standardsituation ist dies im Claraspital das Vorgehen; es dient der Qualitätssicherung.» Am Tumorboard anwesend sind Onkologen, Radioonkologen, Radiologen, Nuklearmediziner, ein Pathologe und die Chirurgen. «Bei etwa 50 Prozent der Leberpatienten wird im Tumorboard entschieden, primär ein chirurgisches Vorgehen zu wählen. Dies ist beispielsweise bei Tumoren angezeigt, die von den Gallengängen ausgehen oder aus den Leberzellen hervorgehen. Bei den anderen 50 Prozent erfolgt in der Regel eine Vorbehandlung mittels Chemotherapie und erst dann ein chirurgischer Eingriff.» Die Vorbehandlung mittels Chemotherapie kann auch zum sogenannten «Downsizing» verwendet werden. «Ist der Ableger zu gross, liegt er zu nahe an einem wichtigen Gefäss oder ist er nicht operabel, weil zuviel Gewebe entfernt werden müsste, wird mittels Chemotherapie versucht, den Ableger zu verkleinern. Dies mit dem Ziel, ihn zu einem späteren Zeitpunkt zu operieren», führt PD Dr. Bolli aus. Dieses kombinierte Vorgehen hat wesentlich dazu beigetragen, dass heute Patienten operiert werden können, die früher inoperabel waren.

Interventioneller Eingriff: Radiofrequenzablation

Eine weitere therapeutische Option stellt die Radiofrequenzablation, kurz RFA, dar. PD Dr. Bolli erläutert: «Bei der RFA wird eine Sonde mittels CT oder ultraschallgesteuert in das erkrankte Lebergewebe platziert. Die Sonde sieht aus wie ein aufgespannter Regenschirm, der sich im Wind umgedreht hat – einfach ohne Stoff. Über seine Spitzen wird Hochfrequenzstrom eingespiessen, der Hitze erzeugt und im berechneten Radius das krankhafte Gewebe absterben lässt.»

Im Falle der Leberchirurgie wird die RFA entweder angewandt, wenn die Tumore gut zugänglich lokalisiert sind,

ein chirurgischer Eingriff kontraindiziert ist oder wenn sich in der Leber mehrere Metastasen gebildet haben, die mit Blick auf das zu erhaltende Lebergewebe nicht alle operativ entfernt werden können. Im ersten Fall wird die RFA durch einen Radiologen unter Anästhesie durch die Haut durchgeführt. Im zweiten Fall erfolgt während des chirurgischen Eingriffs eine RFA direkt im Operationsaal. Die Kombination von RFA und Chirurgie ermöglicht es, Patienten zu behandeln, die durch alleinige Chirurgie nicht mehr therapiert werden könnten. Bei kleineren Tumoren ist die RFA etwa gleich wirksam wie ein chirurgischer Eingriff. Entscheidend für die Anwendung ist neben der Zugänglichkeit auch die Lokalisation der Erkrankung. Liegt sie nahe an wichtigen Gefässen oder am Gallengang, so wird aus Vorsicht vor einer Verletzung des Gallengangs darauf verzichtet. Zurzeit geben die Ausdehnung und die Erreichbarkeit die Limite des Systems vor.

Laparoskopie und Robotereinsatz in der Leberchirurgie?

Die Mehrheit der Leberoperationen wird offen durchgeführt. Doch die Laparoskopie (Schlüssellochchirurgie) hat auch in der Leberchirurgie Einzug gehalten, ihr Einsatz ist jedoch eher beschränkt. Kleine, gutartige und am Rand der Leber liegende Tumore können minimalinvasiv behandelt werden. Dies bringt dem Patienten den Vorteil einer rascheren Regenerationszeit, weniger Schmerzen und einer kürzeren Aufenthaltsdauer im Spital sowie kosmetische Vorteile. Dr. Bolli erklärt: «Bei bösartigen Befunden sind die Resultate von Laparoskopie und offener Operation identisch, solange der Sicherheitsabstand gewahrt und im gesunden Gewebe operiert werden kann. Bei ausgedehnten und tiefer liegenden Tumoren oder über die Leber verstreute Ableger wird die offene Operationstechnik bevorzugt.»

Hinsichtlich eines möglichen Robotereinsatzes sieht PD Dr. Bolli zurzeit für die Leberchirurgie keinen Vorteil. «Auch wenn sich die Roboterchirurgie rasant entwickelt und die Technik sowie die Bewegungsfreiheit des Roboters immer besser werden, spielt der Roboter in der Leberchirurgie noch keine Rolle. Es sind erste Studien erschienen, die derzeit eine Machbarkeit mit hohem finanziellem und technischem Aufwand beschreiben. Doch sie weisen keine besseren Resultate aus als aktuelle gängige Methoden. Es ist daher richtig, dass der neue Roboter am Claraspital primär dort eingesetzt wird, wo für die Patienten die grössten Vorteile resultieren.»



Yves Laukemann, dipl. phil. II, Leiter Informatik
PD Dr. med. Martin Bolli, Leitender Arzt Viszeralchirurgie

Moderne Behandlung von Erkrankungen des Beckens und des Beckenbodens

Inkontinenz geht oft mit einem Verlust an Lebensqualität und sozialen Kontakten einher. Das Thema wird jedoch nach wie vor tabuisiert, dabei bringen moderne Behandlungsmethoden in vielen Fällen gute Erfolge. Die Physiotherapie am Claraspital bietet ein massgeschneidertes und gleichzeitig individuelles Therapieangebot an.

Das physiotherapeutische Angebot am Claraspital ist gezielt auf die Bedürfnisse der verschiedenen Fachgebiete zugeschnitten. Nebst der traditionellen Physiotherapie, die eine Vielfalt an Erkrankungen des Bewegungsapparates wie etwa Rücken-, Schulter-, Hüft- oder Kniebeschwerden, multiple Sklerose oder Parkinson behandelt, wurde das Angebot im Sinne einer Querschnittsfunktion weiterentwickelt. So bietet das Team beispielsweise spezialisierte Programme für Lungenpatienten, für Patienten mit Adipositas oder für Krebspatienten an. In den letzten Jahren stieg insbesondere die Nachfrage nach physiotherapeutischen Leistungen rund um die Erkrankungen des Beckens und des Beckenbodens stark an. «Dies hat einerseits mit der Entwicklung des Bauch- und des Tumorzentrums zu tun, andererseits haben auch die Überweisungen von externen Zuweisern zugenommen. Daher haben wir nicht nur die Infrastruktur, welche die Privatsphäre des Patienten vollumfänglich gewährleisten, sondern auch die Fachkompetenz im Team kontinuierlich aus- und aufgebaut», beschreibt Patrick Frich, Leiter Physiotherapie, die Entwicklung. «Von unseren insgesamt 29 ausgebildeten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten haben acht Zusatzausbildungen im Bereich Urin- und Stuhlinkontinenz sowie chronische Beckenbodenschmerzen absolviert.»

Ein Tabuthema überwinden

In der Schweiz zählt die Blasenschwäche zu den am weitesten verbreiteten gesundheitlichen Störungen. Mehr als

400 000 Menschen jeden Alters leiden Schätzungen zufolge an einer Form von Inkontinenz; die Dunkelziffer dürfte deutlich höher liegen. Die Hemmschwelle, das Problem zu formulieren, ist hoch. «Eine Inkontinenz beginnt meist schleichend und wird oft verschwiegen. Dabei gibt es in vielen Fällen wirksame physiotherapeutische Übungen, um den Beckenbodenmuskel zu stärken und den Verlauf aufzuhalten», erklärt Andrea Dufner-Grether, Stellvertretende Leiterin Physiotherapie, und Patrick Frich ergänzt: «Glücklicherweise ist dank der medialen Präsenz in den letzten Jahren das Thema ein wenig enttabuisiert und gleichzeitig das Wissen vermittelt worden, dass die Betroffenen Urin- und Stuhlinkontinenz nicht einfach hinnehmen müssen, sondern aktiv und erfolgreich dagegen vorgehen können.»

Formen von Inkontinenz

Von einer Inkontinenz betroffen sind vor allem Frauen, sei dies aufgrund einer Schwangerschaft, einer schweren Geburt mit Dammschnitt und Verletzung des Afters, einer Muskelschwäche oder eines operativen Eingriffs im Bauchraum. Männer sind mehrheitlich im Falle einer Operation oder Bestrahlung im kleinen Becken davon betroffen. Weitere Patientengruppen, wenn auch eher kleine, sind junge Spitzensportlerinnen, deren Beckenbodenmuskulatur durch die Belastungen stark gefordert wird, sowie Patienten mit neurologischen Problemen.

Unterschieden wird zwischen Urin- und Stuhlinkontinenz. In beiden Fällen ist das Zusammenspiel zwischen Blasen-

beziehungsweise Darmmuskulatur, Schliessmuskelfunktion und Meldungen der Nerven beeinträchtigt. Die Formen der Urininkontinenz umschreibt Andrea Dufner-Grether folgendermassen: «Die Belastungsinkontinenz beginnt mit tröpfchenweisem Urinverlust beim Lachen, Husten, Niesen oder Sport und steigert sich bis hin zum kompletten Urinverlust schon beim Drehen im Bett. Die Dranginkontinenz zeichnet sich durch einen übermässigen Harndrang bei kleinsten Mengen aus. Die Angst steigt, die Blase entleeren zu müssen und nicht rechtzeitig eine Toilette zu finden.» Je mehr der Leidensdruck zunimmt, umso grösser wird die soziale Abschottung.

Am Anfang steht die Wahrnehmungsschulung

«In der Erstbehandlung erläutern wir die therapeutischen Möglichkeiten, versuchen tiefsitzende Ängste abzubauen und machen unmissverständlich klar, dass wir ohne das Einverständnis des Patienten nichts unternehmen. Für welche Behandlung sich der Patient oder die Patientin entscheidet, ist individuell und abhängig von Alter, Offenheit, Leidensdruck und der medizinischen Indikation», betont der leitende Physiotherapeut. «Wir bieten eine rein konservative Therapie mit Beckenbodenübungen bis hin zu Elektrostimulation und Biofeedback an.»

Jeder Patient hat seine persönliche Therapeutin und wird in einem Einzelbehandelraum behandelt. Für diese Arbeit ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut und Patient unabdingbar. «Am Anfang braucht es viel Information über Anatomie und Funktion sowie Tipps und Tricks für den Alltag», führt Andrea Dufner-Grether aus. «Die Beckenbodenmuskulatur hat ein stiefmütterliches Dasein, weshalb die Schulung bereits mit dem Bewusstsein beginnt, welchen Muskel man wie anspannen kann. Bei manchen Patienten zeigen diese Übungen bereits grosse Wirkung.»

Biofeedback und die Lernkurve

«Kann das Therapieziel so nicht erreicht werden, ziehen wir zusammen mit Arzt und Patient die Elektrostimulation- und Biofeedback-Methode in Betracht», erklärt Patrick Frich die weiteren potenziellen Therapieschritte. «Wir

verfügen über drei Geräte, mit deren Hilfe der Patient lernt, zur richtigen Zeit die richtige Muskulatur anzuspannen.» Über die Rückkoppelung und als Bild auf dem Monitor dargestellt wird aufgezeigt, wie viel Beckenbodenaktivität der Patient in der Lage ist aufzubauen. Dort setze das Lernmoment ein, so Andrea Dufner-Grether. «Vielfach stellt sich eine erste Verbesserung bereits nach der zweiten oder dritten Sitzung ein. Die Betroffenen erzählen von ihrer veränderten Wahrnehmung und ihrer neu gewonnenen Lebensqualität. Sie sind äusserst dankbar, da sie sich meistens am Anfang der Behandlung nicht vorstellen konnten, dass sie überhaupt eine Verbesserung erfahren werden. Viel zu lange haben sie im Stillen gelitten und sich mit dem Zustand abgefunden.»

Nach einer Phase intensiver Einzeltherapie kann der Patient an der Beckenboden-Turngruppe «Pel-Fit» teilnehmen. Diese wurde Anfang 2015 initiiert und findet im Gymnastiksaal des Claraspitals statt. Der Gruppenkurs unterstützt das in der Einzeltherapie Erarbeitete, erleichtert das selbstständige Training und bietet die Möglichkeit eines Austausches zwischen den Betroffenen.

Bewegung verbessert Wohlbefinden von Krebspatienten

Physiotherapie wird während einer Chemotherapie empfohlen, um der allgemeinen Müdigkeit und Leistungsverminderung entgegenzuwirken – sei dies als Einzel- oder Gruppentraining. «Wissenschaftliche Untersuchungen belegen eindeutig den positiven Effekt körperlicher Aktivität auf den Krankheitsverlauf und damit auf das Wohlbefinden von Krebspatienten. Eine Zunahme der Leistungsfähigkeit reduziert die Beschwerden, bessert die Stimmung und bringt insgesamt eine verbesserte Lebensqualität», erklärt Patrick Frich. «Vielfach ist das Gruppentraining auch Begegnungsort, wo sich Patienten in einer ähnlichen Situation gegenseitig ermutigen und unterstützen.» Das ambulante Programm «Körperliche Aktivität bei Krebs» wird zweimal wöchentlich am Claraspital durchgeführt und steht unter dem Patronat der Schweizerischen Krebsliga, welche für die Qualität und die Zertifizierung verantwortlich zeichnet.

Die Bauvorhaben am Claraspital

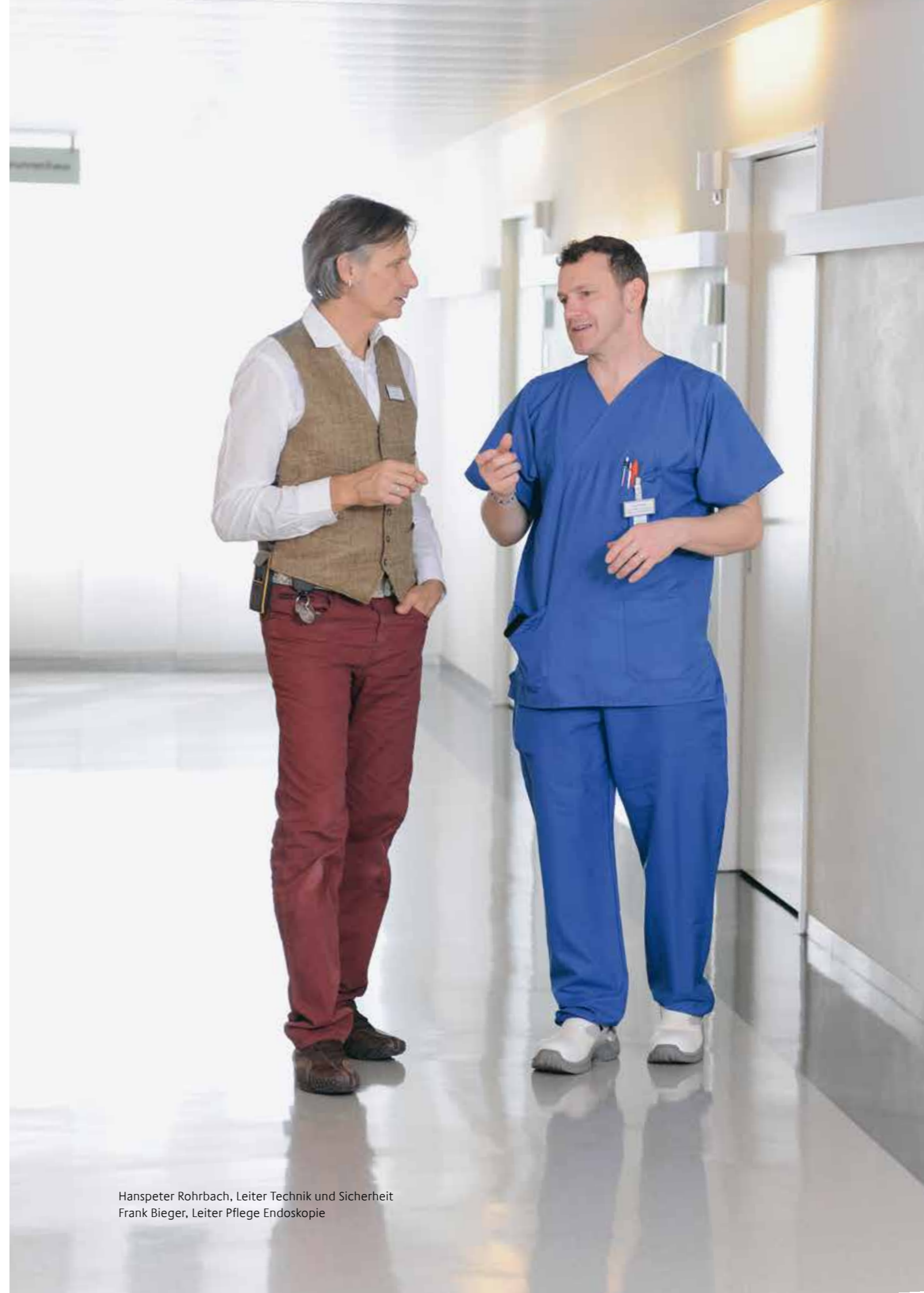
Fünf Architekturbüros wurden 2013 eingeladen, basierend auf den Vorgaben des Claraspitals ein Projekt zur Erneuerung der Eingangssituation und der Kapelle sowie zur Modernisierung von Küche und Technikräumen auszuarbeiten. Gewonnen hat ein Vorschlag, der einerseits die ansprechende ehemalige Spitalansicht wiederherstellt und andererseits die Umsetzung des baulichen Masterplans sicherstellt. Dieser stützt sich auf die Strategie ab und bezweckt eine qualitative Gesamterneuerung der Spitalinfrastruktur bis 2021.

Der Leiter Technik und Sicherheit, Hanspeter Rohrbach, zum Siegerprojekt des Wettbewerbs: «Das Konzept überzeugte unter anderem dadurch, dass es das ursprüngliche Fassadenbild des Claraspitals durch die Wegnahme der über die Jahre entstandenen Annexe wieder zum Vorschein bringt. Künftig präsentiert sich die Frontseite des Gebäudes ohne Erweiterungsbauten und ohne die hohe Umgebungsmauer. In der Vorzone wird eine grosszügige, begrünte Fläche in Anlehnung an die ursprüngliche Gartengestaltung der 1930er-Jahre entstehen. Hecken und Bäume werden gesetzt sowie Wasserbecken und Oblichter eingelassen.» Der neue Eingangsbereich, ein filigraner, gläserner Ankunftspavillon, wird leicht seitlich verschoben, daran angrenzend entsteht – im Bereich der ursprünglichen Eingangshalle – ein modernes, helles Café für Patienten, Besucher und Öffentlichkeit. «Durch den Wegfall der Aussenbauten musste der Architekturvorschlag gleichzeitig Lösungen aufzeigen, wie die verloren gegangene Fläche wieder zurückgewonnen werden könnte. Dabei wurde ersichtlich, dass dieser Projektvorschlag nicht nur den Nordtrakt umfasst, sondern in Abhängigkeit zum Ersatzneubau des Hirzbrunnenhauses steht.»

Den nun geplanten Bauvorhaben liegt also eine Gesamtbetrachtung zugrunde. Sie orientiert sich am baulichen Istzustand, an den zentralen Leistungsangeboten des Claraspitals – also am Bauch- und am Tumorzentrum, an den Spezialitäten Kardiologie, Pneumologie, Urologie, Allgemeine Innere Medizin/Endokrinologie sowie dem 24-Stunden-Notfall – und an den Betriebsabläufen. Ziel ist eine weitere qualitative Steigerung mit verbesserten Patientenwegen und damit der Erhalt der bereits hohen Patientenzufriedenheit. Das vom Verwaltungsrat verabschiedete Konzept beschränkt Anbauten und Erweiterungen auf ein Minimum.

Realisierung Teilprojekt Nord mit unterirdischem Baukörper

Die Realisierung des «Teilprojektes Nord» stellt den ersten Bauabschnitt dar. Dank einem unterirdischen Baukörper in der Vorzone zur Kleinriedenstrasse erfährt das Hauptgebäude eine zusätzliche Erweiterung. «Die Verschiebung und die Erneuerung von infrastrukturellen Nutzungen wie Küche und Garderoben in dieses erweiterte Untergeschoss bringen in den oberen Geschossen wertvolle Fläche für



Hanspeter Rohrbach, Leiter Technik und Sicherheit
Frank Bieger, Leiter Pflege Endoskopie

Behandlungs- und Pflegeabteilungen. Die neue Spitalküche wird in dieser Vorzone realisiert; sie erhält durch die Oblichter und Innenhöfe direktes Tageslicht und einen Bezug nach aussen. Es entstehen so freundliche, helle Arbeitsplätze.» Das unterirdische Volumen ermöglicht es, dass vor dem Spital neue zusätzliche Grünflächen entstehen und der hinter dem Spital gelegene herrliche Park fast gänzlich unangetastet bleiben kann, freut sich Hanspeter Rohrbach. Die Geschäftsleitung sei darauf bedacht, mit dem Park äusserst sorgsam umzugehen und Veränderungen nur dort vorzunehmen, wo es absolut notwendig sei.

Kapelle

Besonders wichtig, sei es aufgrund der Geschichte oder der Trägerschaft des Claraspitals, sei es im Hinblick auf unsere Spezialisierung, ist im Claraspital die Kapelle. Eine solche ist deshalb wiederum fest eingeplant. «Der unproportionale Anbau aus den 50er-Jahren wird jedoch zurückgebaut», erklärt Hanspeter Rohrbach. «Die neue Kapelle wird sich am selben Ort wie bisher befinden, einfach innerhalb des Spitalgebäudes.» Während der Bauzeit steht im Hirzbrunnenhaus ein provisorischer Andachtsraum zur Verfügung.

Weiterplanung des Teilprojektes Hirzbrunnen

Zwischenzeitlich wurde das Baubeglehen für den Nordtrakt durch die kantonalen Instanzen bewilligt.

Die definitive Bewilligung für das generelle Baubeglehen Hirzbrunnen steht noch aus. Der Ersatzneubau Hirzbrunnen werde, zeigt Hanspeter Rohrbach auf den Plänen, mit drei unterirdischen und vier oberirdischen Stockwerken so hoch wie das heutige Hirzbrunnenhaus. Im mehrgeschossigen Neubau werden verschiedene Abteilungen platziert sowie die Operationssäle, das Ambulatorium Onkologie und Hämatologie sowie eine Rehasstation. Ganz in der Nähe befindet sich auch die neue Notfallaufnahme. «Diese Anordnung erleichtert die Abläufe und bringt kurze Wege innerhalb der Behandlung, sie erhöht die Patientensicherheit und ermöglicht eine bessere Flächenzuordnung für neue Prozesse.»

Kein Unterbruch

Das Claraspital erbringt während der Umbauzeit uneingeschränkt alle medizinischen und chirurgischen Dienstleistungen. Um den laufenden Betrieb mit allen Abteilungen aufrechtzuerhalten und gleichzeitig das Projekt Nord umsetzen zu können, bedarf es einiger Provisorien und Rochadeflächen. «Im Interesse von Patienten wie Mitarbeitenden halten wir die Lärmemissionen so gering wie möglich», so Hanspeter Rohrbach, «was auch der unmittelbaren Nachbarschaft zugutekommt.»

Virtuelle PC-Arbeitsplätze machen die Informatik agil

Die neuen PC-Arbeitsplätze geben eine Antwort auf die täglichen Anforderungen der Pflegenden und der Ärzte. Sie sind einfach zu bedienen, sparen Zeit und können flexibel eingesetzt werden. Nach einem erfolgreichen Pilotprojekt wurden sie 2014 im ganzen Haus eingeführt.

«Microsoft hatte angekündigt, das Betriebssystem Windows XP ab April 2014 nicht weiter zu unterstützen», erzählt Yves Laukemann, Leiter Informatik. «Das hat uns nachdenklich gestimmt. Wieder ein neues Migrationsprojekt, wieder Probleme mit all der verschiedenartigen Software, die wir im Haus betreiben, und zahlreiche Probleme im Datenaustausch mit externen Partnern. Ein riesiger Zeitaufwand, der letztlich keinen Zusatznutzen stiftet.» Yves Laukemann und sein Team haben sich daher gefragt, wie sie Ärzteschaft und Pflege mit innovativen Mitteln der IT optimal bei ihrer Arbeit unterstützen können.

Flexibilität und Tempo erhöhen

«Bislang hat sich jeder User an einer Arbeitsstation angemeldet und nach Beendigung seiner Tätigkeit wieder abgemeldet. Die Pflegenden mussten sich am Tag X-mal an- und abmelden, da mehrere zusammen einen Computer teilten. Ein enormer Zeitverlust», berichtet Yves Laukemann, «und mit der Zeit wird das Anmelden dann richtig langsam. Das Starten des Klinikinformationssystems (KIS)

dauerte ebenfalls seine Zeit. So haben wir primär nach Lösungen gesucht, die ein rasches Ein- und Ausloggen und eine flexible Nutzung der bestehenden Arbeitsstationen ermöglichen. Jeder Arzt und jeder Mitarbeitende der Pflege sollte an der nächsten freien Station arbeiten können.» Die Systemingenieure einer beauftragten IT-Firma konzipierten zusammen mit dem Team der Informatik eine neue IT-Clientarchitektur.

Virtuelle Clients

Diese IT-Clientarchitektur beruht auf dem Einsatz von virtuellen Clients. Der Anwender lädt neu seinen Arbeitsspeicher nicht per Knopfdruck in seinem unter dem Tisch stehenden Tower, sondern es wird im Arbeitsspeicher eines Servers, ein virtueller PC erstellt. Dazu benötigt er nur ein kleines Kästchen, den «Zero Client», der neben einem Bildschirm steht und mit dem Netzwerk verbunden ist. Dieses Terminal ersetzt den PC-Tower. Der «Zero Client» besitzt einen speziellen Chip sowie Anschlüsse für Bildschirm, Tastatur und USB-Geräte. «Der User kommuniziert direkt mit dem Server. Meldet er sich einmal an, hat er seine kompletten Daten zur Verfügung und die Software, die er braucht», erklärt Yves Laukemann. «Setzt sich der User einige Zeit später an den nächsten freien Arbeitsplatz und meldet sich dort an, übernimmt er einfach den Zustand und arbeitet weiter.» Das Anmeldeprozedere ist denkbar einfach: Der personalisierte Schlüsselanhänger mit Chipkarte, der auch als bargeldloses Zahlungsmittel und als Schliesssystem verwendet wird, dient als Zugang zum Zero Client. Nachdem sich der Anwender einmal mit seinem Usernamen und Passwort angemeldet hat, reicht es, bei einer weiteren Nutzung einfach den Schlüsselanhänger auf den Chipkartenleser zu legen. Die erneute Eingabe von Benutzername und Passwort entfällt.

Da der virtuelle PC sozusagen im Arbeitsspeicher des Servers läuft, stürzen bei der Nutzung des WLAN-Netztes auch

keine Programme mehr ab, wenn minimale Verbindungsunterbrüche entstehen. Es habe sich gezeigt, so Yves Laukemann, dass die Funknetze und die Applikationen technisch nicht voll kompatibel seien. Ein ärgerliches Grundproblem für alle, die mit einem Notebook im Haus unterwegs waren. Dies wurde mit der neuen IT-Infrastruktur ebenfalls gelöst.

Das Pilotprojekt überzeugte

Wie rasch die Pflege vom neuen Arbeitsplatz überzeugt war, zeigte sich nach der zweimonatigen Pilotphase auf zwei Abteilungen. «Normalerweise ist der Widerstand bei IT-Neueinführungen ziemlich hoch, da viele Umstellungen auf die Anwender zukommen. Doch dieses Mal war das anders», freut sich Yves Laukemann. «Wir haben keine Schulungen durchgeführt, sondern die Leute einfach ausprobieren lassen. Nach dem zweimonatigen Test kam das Feedback: Gell, ihr stellt das nicht mehr ab!» Diese Reaktion hat die Erwartungen des IT-Teams übertroffen.

Mit der Einführung der IT-Clientarchitektur hat sich auch die Arbeit des Informatikers verändert. Der Betrieb der Serverinfrastruktur ist noch stärker ins Zentrum gerückt, die Arbeit komplexer und anspruchsvoller geworden, dafür ist der Aufwand für die Betreuung der einzelnen Zero-Clients minimal. «Das bringt», erläutert Yves Laukemann, «auch im Hinblick auf das bevorstehende Bauprojekt ein Maximum an Flexibilität.»



Marina Fluri, Stationsleiterin 1. West
Catrin Esser, Leiterin Hauswirtschaft
Alexandra Giske, stv. Stationsleiterin 4. West

Medizinische Klinik

Onkologie

Warschkow R., Güller U., Köberle D., Müller S.A., Steffen T., Thurnheer M., Schmied B.M., Tarantino I.:

Perioperative blood transfusions do not impact overall and disease-free survival after curative rectal cancer resection: a propensity score analysis.

Ann Surg. 2014; 259(1): 131–8

Joerger M., Huitema A.D., Koeberle D., Rosing H., Beijnen J.H., Hitz F., Cerny T., Schellens J.H., Gillissen S.:

Safety and pharmacology of gemcitabine and capecitabine in patients with advanced pancreaticobiliary cancer and hepatic dysfunction.

Cancer Chemother Pharmacol. 2014; 73(1): 113–24

Blum D., Koeberle D., Omlin A., Walker J., Von Moos R., Mingrone W., Dewolf-Linder S., Hayoz S., Kaasa S., Strasser F., Ribl K.:

Feasibility and acceptance of electronic monitoring of symptoms and syndromes using a handheld computer in patients with advanced cancer in daily oncology practice.

Support Care Cancer. 2014; 22(9): 2425–34

Blum D., Rosa D., de Wolf-Linder S., Hayoz S., Ribl K., Koeberle D., Strasser F.:

Development and validation of a medical chart review checklist for symptom management performance of oncologists in the routine care of patients with advanced cancer.

J Pain Symptom Manage. 2014; 48(6): 1160–7

Kasenda B., Bass A., Koeberle D., Pestalozzi B., Borner M., Herrmann R., Jost L., Lohri A., Hess V.:

Survival in overweight patients with advanced pancreatic carcinoma: a multicentre cohort study.

BMC Cancer. 2014; 14: 728

Rigger J., Kleger G.R., Semela D., Doenecke C., Rodriguez R., Meyenberger C., Köberle D., Sawatzki M.:

Malignant hypoglycaemia.

Praxis (Bern 1994).

Mar 2014; 103(7): 399–403

Joerger M., Schaer-Thuer C., Koeberle D., Matter-Walstra K., Gibbons-Marsico J., Diem S., Thuerlimann B., Cerny T.:

Off-label use of anticancer drugs in eastern Switzerland: a population-based prospective cohort study.

Eur J Clin Pharmacol. Jun 2014; 70(6): 719–25

Radioonkologie

Sautter-Bihl M.L., Sedlmayer F., Budach W., Dunst J., Feyer P., Fietkau R., Fussl C., Haase W., Harms W., Piroth M.D., Souchon R., Wenz F., Sauer R. - Breast Cancer Expert Panel of the German Society of Radiation Oncology (DEGRO):

DEGRO practical guidelines: radiotherapy of breast cancer III: radiotherapy of the lymphatic pathways.

Strahlenther. Onkol. Apr 2014; 190(4): 342–51

Wenz F., Sperk E., Budach W., Dunst J., Feyer P., Fietkau R., Haase W., Harms W., Piroth M. D., Sautter-Bihl M. L., Sedlmayer F., Souchon R., Fussl C., Sauer R. - Breast Cancer Expert Panel of the German Society of Radiation Oncology (DEGRO):

DEGRO practical guidelines for radiotherapy of breast cancer IV: radiotherapy following mastectomy for invasive breast cancer.

Strahlenther. Onkol. Aug 2014; 190(8): 705–14

Sautter-Bihl M.L., Sedlmayer F., Budach W., Dunst J., Feyer P., Fietkau R., Haase W., Harms W., Piroth M. D., Souchon R., Wenz F., Sauer R. - Breast Cancer Expert Panel of the German Society of Radiation Oncology (DEGRO):

How nescience may obscure evidence.

Strahlenther. Onkol. Oct 2014; 190(10): 861–3

Pneumologie

Plessl A., Buser P.J., Daikeler Th., Steveling E., Halter J., Holbro A.:

Alveoläre Hämorrhagie und Kokain: Ursache oder Zufall?

Praxis. Oct 2014; 103(22): 1331–1334

Innere Medizin, Endokrinologie mit Ernährungszentrum

Sieber P., Gass M., Kern B., Peters T., Slawik M., Peterli R.:

Five-year results of laparoscopic sleeve gastrectomy.

Surg Obes Relat Dis. Mar–Apr 2014; 10(2): 243–9

Chirurgische Klinik

Bauchzentrum

Wölnerhanssen B., Peterli R.:

State of the Art: Sleeve Gastrectomy.

Dig Surg. 2014; 31(1): 40–7

Stoll L., Däster S., Zettl A., von Flüe M., Ackermann C.:

Timing of surgery after neoadjuvant radiochemotherapy of locally advanced esophageal cancer.

Abstract. Br J Surg. 2014; 101(S5): 1–25

Burri E., Manz M., Schroeder P., Froehlich F., Rossi L., Beglinger C., Lehmann F.S.:

Diagnostic yield of endoscopy in patients with abdominal complaints: incremental value of faecal calprotectin on guidelines of appropriateness.

BMC Gastroenterol. 2014

Sieber P., Peterli R.:

Sleeve-Gastrektomie: Ein nachhaltiges bariatrisches Verfahren?

Nutrition News. 1/2014: 10–11

Alesina P.F., Hinrichs J., Meier B., Cho E.Y., Bolli M., Walz M.K.:

Intraoperative neuromonitoring for surgical training in thyroid surgery: its routine use allows a safe operation instead of lack of experienced mentoring.

World J Surg. Mar 2014; 38(3): 592–8

Sieber P., Gass M., Kern B., Peters T., Slawik M., Peterli R.:

Five-year results of laparoscopic sleeve gastrectomy.

Surg Obes Relat Dis. Mar–Apr 2014; 10(2): 243–9
Däster S., Soysal S.D., Stoll L., Peterli R., von Flüe M., Ackermann C.:

Long-Term Quality of Life after Ivor Lewis Esophagectomy for Esophageal Cancer.

World J Surg. Apr 2014; 38: 2345–2351

Meyer-Gerspach A.C., Wölnerhanssen B., Beglinger B., Nessenius F., Napitupulu M., Schulte F.H., Steinert R.E., Beglinger C.:

Gastric and intestinal satiation in obese and normal weight healthy people.

Physiol Behav. Apr 2014; 129: 265–71

Lehmann F.S., Trapani F., Fueglistaler I., Terracciano L.M., von Flüe M., Cathomas G., Zettl A., Benkert P., Oertli D., Beglinger C.:

Clinical and histopathological correlations of fecal calprotectin release in colorectal carcinoma.

World J Gastroenterol. May 2014; 20(17): 4994–9

Nebiker C.A., Han J., Eppenberger-Castori S., Iezzi G., Hirt C., Amicarella F., Cremonesi E., Huber X., Padovan E., Angrisani B., Droeser R.A., Rosso R., Bolli M., Oertli D., von Holzen U., Adamina M., Muraro M.G., Mengus C., Zajac P., Sconocchia G., Zuber M., Tornillo L., Terracciano L., Spagnoli G.C.:

GM-CSF Production by Tumor Cells Is Associated with Improved Survival in Colorectal Cancer.

Clin Cancer Res. Jun 2014; 20(12): 3094–106

Steinert R.E., Schirra J., Meyer-Gerspach A.C., Kienle P., Fischer H., Schulte F., Goeke B., Beglinger C.:

Effect of glucagon-like peptide-1 receptor antagonism on appetite and food intake in healthy men.

Am J Clin Nutr. Jun 2014; 100(2): 514–523

Adamina M., Ross T., Guenin M.O., Warschkow R., Rodger C., Cohen Z., Burnstein M.:

Anal fistula plug: a prospective evaluation of success, continence and quality of life in the treatment of complex fistulae.

Colorectal Dis. Jul 2014; 16(7): 547–54

Kern B.:

Refluxkrankheit – Wenn die Speiseröhre brennt.

GESUNDHEITSmagazin Wiler Nachrichten. Sept 2014

Yu Y., Vasselli J.R., Zhang Y., Mechanick J.I., Korner J., Zhao L., Peterli R.:

Metabolic versus hedonic obesity – a conceptual distinction and its clinical implications.

Obesity Reviews. 11/2014

Anästhesie

Harm F., Zuercher M., Bassi M., Ummenhofer W.:
Prospective observational study on tracheal tube cuff pressures in emergency patients – is neglecting the problem the problem?
 Scand J Trauma Resusc Emerg Med. Dec 2013; 21: 83

Urologie

Gsponer J.R., Braun M., Scheble V.J., Zellweger T., Bachmann A., Perner S., Vlajnic T., Srivastava M., Tan S.H., Dobi A., Sesterhenn I.A., Srivastava S., Bubendorf L, Ruiz C.:
ERG rearrangement and protein expression in the progression to castration-resistant prostate cancer.
 Prostate Cancer Prostatic Dis. Jun 2014: 17(2)

Shaikhibrahim Z., Offermann A., Braun M., Menon R., Syring I., Nowak M., Halbach R., Vogel W., Ruiz C., Zellweger T., Rentsch C.A., Svensson M., Andren O., Bubendorf L., Biskup S., Duensing S., Kirfel J., Perner S.:
MED12 overexpression is a frequent event in castration-resistant prostate cancer.
 Endocr Relat Cancer. Aug 2014; 21(4): 663–75

Vlajnic T., Oeggerli M., Rentsch C., Püschel H., Zellweger T., Thalmann G.N., Ruiz C., Bubendorf L.:
Ceramic foam plates: a new tool for processing fresh radical prostatectomy specimens.
 Virchows Arch. Dec 2014; 465(6): 637–42

Wetterauer C., Weibel M., Gsponer J.R., Vlajnic T., Zellweger T., Bütikofer S., Müller G., Püschel H., Bachmann A., Gasser T.C., Bubendorf L., Rentsch C.A.:
Incidental prostate cancer prevalence at radical cystoprostatectomy – importance of the histopathological workup.
 Virchows Arch. Dec 2014; 465(6): 629–36

Vorträge

Kern B.:
Therapy for rectal cancer of the upper third: Neoadjuvant radio-chemotherapy or surgery?
 Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie, Mai 2014

Stoll L., Däster S., Zettl A., von Flüe M., Ackermann Ch.:
Timing of surgery after neoadjuvant radiochemotherapy of locally advanced esophageal cancer.
 Schweizer Chirurgenkongress, Mai 2014

Organe des Claraspitals

Trägerschaft

Institut Ingenbohl, Mutterprovinz Schweiz

Verwaltungsrat

Raymond Cron, Präsident
 Dr. Claude Janiak, Vizepräsident
 Sr. Marie-Marthe Schönenberger, Provinzoberin, Institut Ingenbohl
 Sr. Matthia Honold, Provinzrätin, Institut Ingenbohl
 Pierre Brennwald
 Daniel Egloff
 Dr. Andreas Flückiger
 Dr. Leonz Meyer
 Dr. Beat Oberlin
 Dominik C. Walter

Ehrenpräsident

Dr. Hans-Rudolf Widmer

Revisionsstelle

Ernst & Young AG

Funktionsträger des Claraspitals

Geschäftsleitung

| | |
|--------------------------------|---|
| Direktor | Dr. rer. pol. Peter Eichenberger |
| Leiter Medizinische Klinik | PD Dr. med. Dieter Köberle |
| Leiter Chirurgische Klinik | Prof. Dr. med. Markus von Flüe |
| Leiterin Pflege und Hotellerie | Beate Schindler MBA |
| Leiter Querschnittsbereich | Dr. med. Christian Looser (bis 31.7.15) Prof. Dr. med. Martin Hoffmann (ab 1.8.15) |
| Leiter Zentrale Dienste | Stephan Ebner, lic. rer. pol. |

Direktion

| | |
|------------------------------|----------------------------------|
| Direktor | Dr. rer. pol. Peter Eichenberger |
| Direktions- und VR-Assistenz | Barbara Thürkauf |

Kommunikation

| | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| Kommunikationsbeauftragte | Beatrix Sonderegger, lic. phil. I |
|---------------------------|-----------------------------------|

Qualitätsmanagement

| | |
|----------|-----------------------------|
| Leiterin | Dr. phil. Gabriele Hlavacek |
|----------|-----------------------------|

Unternehmensentwicklung

| | |
|-----------------|----------------------------------|
| Projektleiterin | Dr. med. Pia-Cristina Zimmermann |
|-----------------|----------------------------------|

Medizinische Klinik

Tumorzentrum

Onkologie

| | |
|----------------|--|
| Chefarzt | PD Dr. med. Dieter Köberle |
| Stv. Chefarzt | PD Dr. med. Martin A. Buess |
| Leitende Ärzte | Dr. med. Corinne Cescato-Wenger Dr. med. Monika Ebnöther Dr. med. Claudio Knüsli |
| Oberärzte | Dr. med. Bernward Niemann Dr. med. Angela Wolf |

Klinische Forschung

| | |
|-------------------------------------|---|
| Leiter | Prof. Dr. med. Christoph Beglinger (ab 1.9.15) |
| Leiterin klinisches Datenmanagement | Dr. rer. nat. Heike Stoerner |

Selbstständige Sprechstunde

| | |
|--|---------------------------------|
| | Prof. Dr. med. Christian Ludwig |
|--|---------------------------------|

Radioonkologie

| | |
|-----------------|---|
| Chefarzt | Prof. Dr. med. Wolfgang Harms |
| Leitende Ärztin | Dr. med. Branka Asadpour |
| Oberarzt | Dr. med. Andreas Geretschläger |
| Medizinphysiker | Dr. rer. nat. Karl-Heinz Grosser Dr. rer. nat. Anja-Carina Schulte |
| Leitende MTRA | Marion Chiesa |

Ambulatorium Onkologie und Hämatologie

| | |
|-----------------|----------------|
| Leiterin Pflege | Beatrice Moser |
|-----------------|----------------|

Psychoonkologische Dienste

| | |
|-----------------------------|----------------------------|
| Ärztlicher Leiter | Dr. med. Andreas C. Schmid |
| Nicht ärztlicher Teamleiter | Andreas Dörner |

Palliativabteilung

| | |
|-----------------------|---|
| Oberärztin | Dr. med. Eva Balmer |
| Stationsoberärztinnen | Dr. med. Nina Rogge Dr. med. Pia-Cristina Zimmermann |

Spezialitäten

Kardiologie

| | |
|--------------------------|--|
| Chefarzt | PD Dr. med. Lukas Altwegg |
| Leitende Ärzte | Dr. med. Christoph Grädel Dr. med. Christoph Kohler |
| Oberarzt | Dr. med. Daniel Périat |
| Leiterin Pflege Ambulanz | Katharina Nigg (ab 1.5.15) |

Pneumologie

| | |
|-----------|---|
| Chefarzt | Prof. Dr. med. Markus Solèr |
| Oberärzte | Dr. med. Anna-Maria Balestra Dr. med. Paul Buser PD Dr. med. Ladina Joos Zellweger Dr. med. Oliver Tanneberger |

Allgemeine Innere Medizin/

Endokrinologie mit Ernährungszentrum

| | |
|-----------------------------|---|
| Chefarzt | Prof. Dr. med. Thomas Peters |
| Leitende Ärztin | Dr. med. Martina Gebhart |
| Oberärzte | Dr. med. Truc Ngô Dr. med. Marc Slawik |
| Oberärzte Infektiologie | Dr. med. Chloé Kaech Dr. med. Mario Kurz |
| Leiterin Ernährungsberatung | Jennifer Lenhard |

Interdisziplinärer Notfall

| | |
|----------------|--|
| Leitender Arzt | Dr. med. Christoph Grädel |
| Oberärzte | Dr. med. Fabian Schauer Dr. med. Moritz Hänel |
| Leiter Pflege | Gerhard Zepf |

Ambulantes Case Management

| | |
|----------|------------------|
| Leiterin | Isabelle N'Gunza |
|----------|------------------|

Chirurgische Klinik

Bauchzentrum

Viszeralchirurgie

| | |
|--------------------|--|
| Chefarzt | Prof. Dr. med. Markus von Flüe |
| Stv. Chefarzt | PD Dr. med. Christoph Ackermann |
| Leitende Ärzte | PD Dr. med. Martin Bolli Dr. med. Beatrice Kern PD Dr. med. Ralph Peterli |
| Leitender Oberarzt | Dr. med. Marc-Olivier Guenin |
| Oberärzte | Dr. med. Fiorenzo Angehrn Dr. med. Ida Füglistaler Dr. med. Markus Gass (bis 31.7.15) Dr. med. Lea Stoll |
| Stationsoberärzte | Dr. med. Béatrice Haas (ab 1.4.15) Dr. med. Jörg Moldenhauer Dr. med. Silke Urban Dr. med. Rolf von Aarburg |

Gastroenterologie

| | |
|--------------------------|---|
| Chefärztin | PD Dr. med. Miriam Thumshirn |
| Leitende Ärzte | Dr. med. Michael Manz PD Dr. med. Beat Meyer (bis 28.2.15) Prof. Dr. med. Mark Fox (ab 1.10.15) |
| Oberarzt | Dr. med. Felix Schulte |
| Leiter Pflege Endoskopie | Frank Bieger |

Spezialitäten

Orthopädie/Traumatologie

| | |
|----------------|-----------------------|
| Chefarzt | Dr. med. Daniel Weber |
| Leitender Arzt | Dr. med. Rolf Kernen |
| Oberärztin | Dr. med. Katja Jaeggi |

Urologie

| | |
|----------------|---|
| Chefarzt | PD Dr. med. Tobias Zellweger |
| Leitender Arzt | Dr. med. Robin Ruszat |
| Oberärzte | Dr. med. Martin Bosl (ab 1.7.15) Dr. med. Waltraud Remmele Dr. med. Karsten Reinhardt (ab 1.7.15) Marc Vedana (bis 30.6.15) Dr. med. Riman Yiagchi |
| Stv. Oberarzt | Stephan Kiss (bis 30.6.15) |

Anästhesiologie

| | |
|--------------------------|--|
| Chefarzt | Dr. med. Jürgen Bläss (bis 30.4.15) Dr. med. Cyril Rosenthaler (ab 1.5.15) |
| Leitende Ärzte | Dr. med. Lukas Merki Dr. med. Harald Schepperle PD Dr. med. Staffan Sjöström |
| Oberärzte | Dr. med. Dörte Bassi Dr. med. Marco Bassi Dr. med. Gaetano Crifo Dr. med. Adriana Lambert Dr. med. Laura Panozzo Collarile Dr. med. Ursula Peter Dr. med. Clemens Popp |
| Stationsoberärztin | Dr. Susanne Redle |
| Leiterin Aufwachsraum | Ana-Mari Marti |
| Leiter Pflege Anästhesie | Benno Rolwes |

Intensivmedizin

| | |
|-------------------|---|
| Chefarzt | Dr. med. Lukas Merki |
| Leitender Arzt | Dr. med. Harald Schepperle |
| Oberärzte | Dr. med. Marco Bassi Dr. med. Adriana Lambert Dr. med. Clemens Popp |
| Stationsoberärzte | Dr. med. Michael Albrecht |
| Leiter Pflege | Henry Ehrecke |

OP-Bereich und Zentralsterilisation

| | |
|-------------------------------|------------------------------|
| Leiter | PD Dr. med. Staffan Sjöström |
| Leiterin Pflege OP | Marianna Känel |
| Leiterin Zentralsterilisation | Andrea Kiefer |

Ambulantes Case Management

| | |
|----------|--------------|
| Leiterin | Nicole Simon |
|----------|--------------|

Pflegedienst & Hotellerie

| | |
|--|--------------------------------|
| Leiterin | Beate Schindler |
| Verantwortliche Qualität und Entwicklung | N.N. |
| Pflegeexpertinnen | Ilona Kaufmann Doris Würmli |

Pflege Bettenstationen

| | |
|--------------------------|--------------------|
| Stationsleitung 1. West | Marina Fluri |
| Stationsleitung 2. West | Daniela Roniger |
| Stationsleitung 3. West | Esther Glur |
| Stationsleitung 4. West | Jörg Wagner |
| Stationsleitung 5. West | Denise Landolf |
| Stationsleitung 2. Mitte | Maria Seitz |
| Stationsleitung 3. Mitte | Eveline Münch |
| Stationsleitung 4. Mitte | Sebastian Adelmann |
| Stationsleitung 3. Ost | Birgit Mahr |
| Palliativstation | Erika Büttler |
| Tagesstation | Denise Landolf |

Stationäres Case Management und Sozialdienst

| | |
|----------|------------------|
| Leiterin | Andrea Nörenberg |
|----------|------------------|

Seelsorge

| | |
|------------------------|---|
| Evangelisch-reformiert | Pfarrerin Dorothee Dieterich Pfarrer Volker Schulz |
| Römisch-katholisch | Andrea Gross-Riepe |

Bildung Pflege

| | |
|----------|-----------------------------|
| Leiterin | Gabriela Hardmeier-Casanova |
|----------|-----------------------------|

Hotellerie

| | |
|-------------------------|-------------------|
| Leiter | Roland Reinhard |
| Küchenchef | Jacques Navarro |
| Leiterin Services | Ljubica Schreiber |
| Leiterin Hauswirtschaft | Catrin Esser |
| Leiterin Rezeption | Carol Pellegrino |

Querschnittbereich**Röntgeninstitut**

| | |
|----------------|---|
| Co-Chefarzt | Dr. med. Christian Looser (bis 31. 7.15) Prof. Dr. med. Martin Hoffmann (ab 1. 8.15) |
| Co-Chefarzt | Dr. med. Anatol Zynamon |
| Leitende Ärzte | Dr. med. Susanne Klug Dr. med. Caroline Oursin Dr. med. Stefan Sonnet |
| Oberärzte | Christian Bieg David Fasler Dr. med. Angelika Meurer |
| Leitende MTRA | Claudia Moramarco |

Nuklearmedizin

| | |
|------------------|------------------------------|
| Chefarzt | PD Dr. med. Freimut Jüngling |
| Stationsoberarzt | Dr. med. Alin Chirindel |

Apotheke

| | |
|-----------------|------------------|
| Chefapothekerin | Petra Strub Henz |
|-----------------|------------------|

Labor

| | |
|----------|---|
| Leiterin | Ruth Hager (bis 31.5.15) Karin Lampert (ab 1.6.15) |
|----------|---|

Spitalhygiene

| | |
|--------|-----------------|
| Leiter | Manfred Reinarz |
|--------|-----------------|

Physiotherapie

| | |
|--------|---------------|
| Leiter | Patrick Frich |
|--------|---------------|

Zentrale Dienste

| | |
|--------|-------------------------------|
| Leiter | Stephan Ebner, lic. rer. pol. |
|--------|-------------------------------|

Finanzen und Controlling

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| Leiter | Niklaus Weiss, lic. rer. pol |
| Leiterin Finanzbuchhaltung | Gabriela Kovacs |
| Leiterin Codierung | Katharina Utz |

Informatik

| | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| Leiter | Yves Laukemann, dipl. phil. II |
| Leiter Businessengineering | Claudio Santarossa |
| Leiter Infrastruktur und Support | Matthias Klinke |

Patientendienste

| | |
|-------------------------------|-----------------|
| Leiter | Andreas Tanner |
| Leiterin Patientenaufnahme | Michèle Simon |
| Leiterin Patientenabrechnung | Ruth Plattner |
| Sekretariatsdienst und Archiv | Sandra Tschudin |

Personaldienst

| | |
|----------|--------------------------|
| Leiterin | Sr. Rebekka Breitenmoser |
|----------|--------------------------|

Technik und Sicherheit

| | |
|------------------------------|--------------------|
| Leiter | Hanspeter Rohrbach |
| Leiter Betrieb und Unterhalt | Urs Thommen |

Einkauf und Logistik

| | |
|--------|----------------|
| Leiter | Jan Säuberlich |
|--------|----------------|

Konsiliarärzte

| | |
|----------------------|---|
| Dermatologie | Dr. med. Ruedi Flückiger Dr. med. Sabine Langauer |
| Gynäkologie | Dr. med. Dieter Müller Dr. med. Markus Schneider Dr. med. Rafael Stricker |
| Neurologie | Dr. med. Irène Barone-Kaganas Dr. med. Martin Landolt Dr. med. Sandra Thomann |
| Ophtalmologie | Dr. med. Frank Michael Sens |
| ORL | Dr. med. Alexander Wyttenbach Dr. med. Andreas Zehnder |
| Orthopädie | Dr. med. Roman Lusser Dr. med. Christoph Wullschleger |
| Plastische Chirurgie | PD Dr. med. Roland de Roche |
| Psychiatrie | Dr. med. Heinz Oppliger |
| Rheumatologie | Dr. med. Dieter Frey |
| Thoraxchirurgie | Dr. med. James Habicht |
| Zahnarzt | Dr. med. dent. Hanspeter Kilcher |

Impressum

Inhaltskonzeption: St. Claraspital AG, Basel
 Redaktion: St. Claraspital AG/id-one AG, Basel
 Konzeption/Gestaltung: Multiplikator AG, Basel
 Fotografie: Pino Covino, Basel
 Druckvorstufe: Bildpunkt AG, Münchenstein
 Druck: Steudler Press AG, Basel

stClaraspital

In besten Händen.