

ClaraAktuell

Ausgabe 43, Juni 2013

2012 setzte Zeichen

10 234 stationäre Patientinnen und Patienten wurden im Claraspital behandelt – so viele wie noch nie. Das sind über 500 oder gut 5 % mehr Patienten als im Vorjahr. Stark entwickelt hat sich auch der ambulante Bereich: 27 878 Patienten haben das Claraspital aufgesucht, eine Zunahme von 6,4%. Vor allem der medizinische Fortschritt hat zu diesem Verlauf beigetragen. Der grösste Teil des stationären Patientenzuwachses stammt aus den umliegenden Kantonen (+18%). Damit konnte das Claraspital von der seit Anfang 2012 geltenden Patientenfreizügigkeit profitieren.

Aufgrund dieser Entwicklung darf davon ausgegangen werden, dass der Marktanteil des Claraspitals Ende 2012 in der Onkologie und Viszeralchirurgie weiterhin über 30%, in der Gastroenterologie über 20% beträgt, bezogen auf die Gesamtzahl aller jeweiligen Fälle in der Nordwestschweiz. Speziell im Bereich der grossen Baucheingriffe erreichte das Claraspital wiederholt die schweizweit definierten Mindestfallzahlen bei der hochspezialisierten Chirurgie. Dies stimmt hinsichtlich der anstehenden Zuteilungsentscheide auf Bundesebene zuversichtlich. Die organisatorische Zusammenführung der Viszeralchirurgie und der Gastroenterologie zu einem organischen Bauchzentrum scheint sich zu bewähren. Auch die Kardiologie konnte ihre Patientenzahlen trotz des im Januar 2013 vollzogenen Chefarztwechsels halten.

Hinsichtlich der geleisteten Qualität zeigen die Patientenzufriedenheitsrückmeldungen sowie die internen Qualitätsindikatoren aus den Bereichen Medizin, Pflege und Hotellerie ein stabiles, gutes Bild. Der allergrösste Teil der Patienten verlässt das Claraspital zufrieden und würde diese Institution auch ihren Angehörigen als Behandlungsort empfehlen.

Gesundheit heute

Das Claraspital ist seit diesem Jahr mit fünf anderen Institutionen Partner der Sendung «Gesundheit heute», die wöchentlich am Samstag um 18.10 Uhr auf SRF1 ausgestrahlt wird. Die Nachfolgesendung von «Gesundheit Sprechstunde» ist v.a. bei der älteren Bevölkerung sehr beliebt, um sich seriös über relevante Themen und Entwicklungen im Gesundheitssektor zu informieren. Weitere Informationen finden Sie auf www.gesundheit-heute.ch.

Koronare Herzkrankheit

Neue invasive Diagnostik als Basis für eine verbesserte Therapie

Die perkutane koronare Intervention (PCI) ist eine effektive Therapie zur Reduktion myokardialer Ischämie, dem wichtigsten Faktor für eine ungünstige Prognose bei koronarer Herzkrankheit. Auch das Spektrum an invasiven diagnostischen Methoden hat sich über die letzten Jahre erweitert. Allen voran konnte sich die fraktionelle myokardiale Flussreserve (FFR) als prognostisch bedeutsame Untersuchung etablieren.

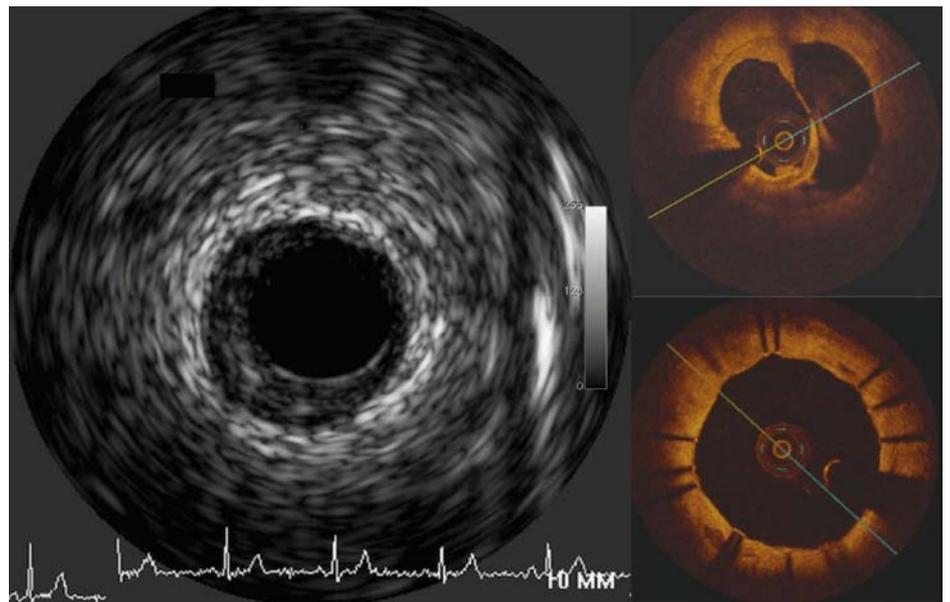


Abbildung 1: Linker Bildausschnitt mit exzentrischer Koronarstenose im intravaskulären Ultraschall (IVUS). Optische Kohärenztomographie (OCT) zur Darstellung einer angiographisch nicht klar charakterisierbaren chronischen Koronardissektion vor und nach Stent-Implantation (rechter Bildausschnitt oben respektive unten).

Die Einführung der Koronarangiographie in den frühen 1960er Jahren hat wesentlich zum Verständnis der koronaren Herzkrankheit beigetragen. Durch den zuverlässigen Nachweis der Koronaranatomie bzw. von koronaren Obstruktionen bleibt die Koronarangiographie auch heute bei klinischem Verdacht einer koronaren Herzkrankheit der Goldstandard zur Diagnose, Einschätzung der Prognose und Festlegung des weiteren therapeutischen Vorgehens. Die Zweidimensionalität der Methode mit teils verkürzter Darstellung und Überlagerung von Gefässsegmenten, aber auch die Luminographie per se ohne Darstellung der Gefässwand

und somit beschränkter Abgrenzung gesunder gegenüber erkrankten Gefässabschnitten stellen seit jeher allerdings Limitationen dar. So lässt sich beim akuten Koronarsyndrom die verantwortliche Läsion meist eindeutig erkennen. Bei stabiler koronarer Herzkrankheit hingegen ist die funktionelle Bedeutung von Stenosen oftmals schwierig einzustufen und auch bei geübten Untersuchern einer subjektiven Einschätzung unterworfen. Dies kann zur inadäquaten Implantation von Stents ohne klinischen Nutzen führen und ist potenziell mit Komplikationen behaftet. Gleichzeitig können Ischämieauslösende Ursachen verpasst werden.

Editorial



Liebe Kolleginnen und Kollegen

Im ersten Quartal 2013 ist im Claraspital bereits Vieles passiert. Wir durften mit PD Dr. Dieter Köberle unseren neuen Leiter der Medizinischen Klinik und Chefarzt des Tumorzentrums begrüßen. Bereits vor zwei Monaten hat er seine Arbeit aufgenommen und ist schon bestens integriert. Auch Dr. med. Lukas Altwegg hat als Chefarzt Kardiologie an unserem Hause neu gestartet und stellt in dieser Ausgabe mit der perkutanen koronaren Intervention (PCI) eine neue invasive Diagnostik als Basis für eine verbesserte Therapie vor. Diese intravaskuläre Bildgebung ermöglicht eine In-vivo-Darstellung von Koronararterien im Querschnitt. Damit können Grösse und Verteilung von Plaques illustriert sowie relativ präzise die Gefässdimensionen bestimmt werden. Im Interview nimmt Dr. Altwegg Stellung zu Abklärungen und Therapie der koronaren Herzkrankheit sowie Indikation und Zeitpunkt für die Revaskularisation mittels perkutaner koronarer Intervention. Abschliessend beurteilt er künftige Herausforderungen in der Diagnostik und Behandlung der koronaren Herzkrankheit. Mit grosser Freude dürfen wir Ihnen die Fallzahlen und die Patientenzufriedenheit von 2012 vorstellen. Bei dieser Gelegenheit möchten wir uns bei Ihnen ganz herzlich bedanken für Ihr grosses Vertrauen, welches Sie uns Tag für Tag entgegenbringen. Für unser Team ist es eine grosse Befriedigung, dass beinahe 92% der Patienten, anlässlich der Patientenbefragung 2012, unser Spital weiterempfehlen würden. Es ist uns nun eine grosse Pflicht, dass wir bei den steigenden Patientenzahlen dem hohen Qualitätsanspruch vollumfänglich gerecht werden.

Wir wünschen Ihnen einige geruhsame Minuten zur Lektüre unserer neusten Ausgabe und verbleiben

Herzlichst
Ihre

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

Intravaskuläre Bildgebung

Anders als bei der Koronarangiographie, die eine lumenale Kontur nachweist, ermöglicht die intravaskuläre Bildgebung eine in-vivo-Darstellung von Koronararterien im Querschnitt. Dazu wird ein spezialisierter Katheter mit bildgebender Sonde – analog einem Ballonkatheter bei Interventionen – entlang einem Führungsdraht in die Koronararterie eingeführt. Beim intravaskulären Ultraschall (IVUS) handelt es sich dabei um eine Ultraschallsonde, während im Fall der optischen Kohärenztomographie (OCT) Licht von niedriger Kohärenzlänge eingesetzt wird. Entsprechend erfordert die OCT zur Bildakquisition denn auch die gleichzeitige Injektion von Kontrastmittel oder einer 0,9% NaCl-Lösung, um durch das stark absorbierende Hämoglobin des Blutes keine Artefakte zu erzeugen.

Beide Verfahren dienen dem Nachweis intraluminaler und auch intramuraler Morphologien. Dabei erlaubt der IVUS die Darstellung aller Wandschichten inklusive Intima, Media und Adventitia (siehe linke Bildhälfte Abb. 1). Im Gegensatz dazu ist die Eindringtiefe der OCT beschränkt, die stattdessen die viel höhere axiale Auflösung von 1–15 µm aufweist und so eine detaillierte Bildgebung endoluminaler Prozesse ermöglicht. Die OCT eignet sich deshalb ausgezeichnet zum Nachweis angiographisch obskurer Befunde wie Thromben, Plaquerupturen oder Dissektionen (siehe rechte Bildhälfte Abb. 1). Darüber hinaus ist die OCT in der Charakterisierung von Plaques dem IVUS überlegen.

Anhand der gewonnenen tomographischen Informationen können mit beiden bildgebenden Modalitäten ausserdem die Grösse und die Verteilung von Plaques illustriert sowie relativ präzise die Gefässdimensionen, unter anderem die minimale und maximale Querschnittsfläche, bestimmt werden. Zusätzlich können sowohl der IVUS als auch die OCT zur Ausdehnung und Apposition von Stents herangezogen werden und so den Therapieerfolg dokumentieren. Vor allem für den IVUS existieren retrospektive Daten, die einen Vorteil IVUS-gesteuerter Koronarinterventionen, insbesondere bei Hauptstamm-

eingriffen gezeigt haben. Kontrollierte randomisierte Studien mit direktem Vergleich von konventioneller versus IVUS-gestützter PCI liegen allerdings bislang noch keine vor. Dies trifft sowohl auf die OCT als auch auf die virtuelle Histologie zu, die unter Verwendung von Spektralparametern, IVUS-basiert, eine zusätzliche Charakterisierung von Plaques aufgrund ihrer Zusammensetzung (fibrös, lipidhaltig, kalzifiziert und gemischt) ermöglicht.

Invasive Ischämiediagnostik

Die Notwendigkeit einer invasiven Ischämiediagnostik ergibt sich aus der gängigen Praxis, dass viele Patientinnen und Patienten mit intermediärer bis hoher Wahrscheinlichkeit direkt und ohne weitergehende Ischämiediagnostik einer Koronarangiographie zugeführt werden. Zeigen sich dann sogenannte intermediäre Stenosen mit 50 bis 70% Einengung des Lumens, so kann die Beurteilung der Relevanz schwierig sein, insbesondere wenn keine typischen Beschwerden vorliegen. Selbst IVUS und die hochauflösende OCT können dabei in der Regel nicht weiterhelfen, da der Stenosegrad nicht alleine über die physiologische Bedeutung von Läsionen entscheidet. Genauso bedeutsam sind die Länge der Stenose, die Grösse des nachgeschalteten Versorgungsgebietes sowie das Vorhandensein eines Kollateralkreislaufs. Mit der FFR haben wir heute im Katheterlabor eine sichere und zuverlässige Methode zur «ad hoc»-Untersuchung der funktionellen Relevanz von Stenosen.

Die FFR Untersuchung

Grundlage für die funktionelle Flussreserve (FFR) ist das Ohm'sche Gesetz, wonach sich der Fluss aus dem Druckunterschied geteilt durch den Widerstand ergibt. Ist die Koronararterie stenosefrei und der Widerstand unter maximaler Hyperämie minimal, so ist der Koronarfluss gleich dem Aortendruck. Liegt hingegen eine Stenose vor, so entspricht der Koronarfluss nicht mehr dem Druck eingangs der Koronararterie, sondern geht mit dem der Stenose nachgeschalteten arteriellen Druck

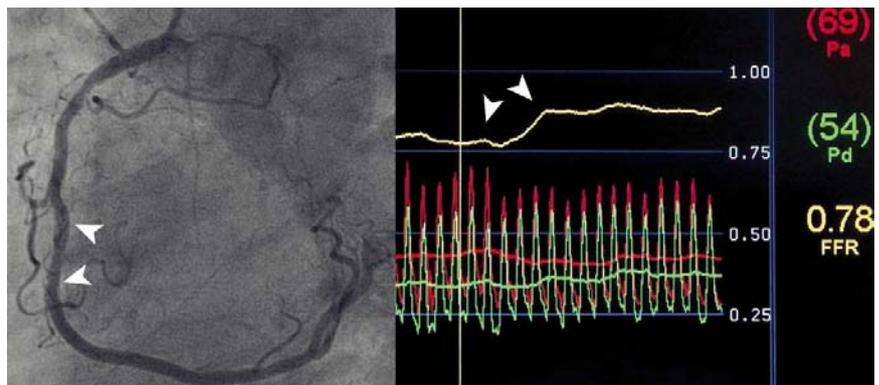


Abbildung 2: Kontinuierliche FFR-Messung beim Rückzug des Druckdrahtes in der rechten Kranzarterie unter laufender Adenosin-Infusion. Dabei zeigt sich ein signifikanter Druckabfall unter 0,8 im Bereich der markierten Stelle.

Interview

mit Dr. med. Lukas Altwegg, Chefarzt Kardiologie



Herr Dr. Altwegg, welche Abklärungen sollen bei klinischem Verdacht auf eine stabile koronare Herzkrankheit erfolgen?

Die Diagnostik richtet sich nach der Prätest-Wahrscheinlichkeit wie sie durch den Charakter der Beschwerden, Alter, Geschlecht und Risikofaktoren gegeben ist. Typischerweise erfolgt eine stufenweise Abklärung mit funktionellen Tests und kardialer Bildgebung zur Diagnosesicherung, Dokumentation einer Ischämie und weitergehenden Risikostratifizierung. In den meisten Fällen, insbesondere bei niedriger Wahrscheinlichkeit, wird ein Belastungs-EKG trotz seiner Limitationen ausreichen. Alternativ kann in dieser Situation ein Koro-CT zum Ausschluss durchgeführt werden. Bei intermediärer und hoher Wahrscheinlichkeit sind ein Stress-Test (Echo oder Myokardperfusionsszintigraphie) respektive direkt eine invasive Abklärung indiziert.

Wie wird die stabile koronare Herzkrankheit am besten therapiert: medikamentös, perkutan, oder mittels Bypass-Operation?

Das ist eine schwierige Frage, auf die es keine allgemeingültige Antwort gibt. Vielmehr empfiehlt sich eine differenzierte Betrachtungsweise, idealerweise im «Herzteam» mit Wahl der Behandlung in Abhängigkeit von Symptomatik, prognostischen Faktoren und anatomischen Gegebenheiten. Dabei gilt es, das zunehmende Alter der Patienten und in jedem Fall deren Präferenzen zu berücksichtigen. Allgemein gilt, dass bei nachgewiesener koronarer Herzkrankheit eine medikamentöse Therapie mit ASS, Statin sowie gegebenenfalls Betablocker und ACE-Hemmer angezeigt ist.

Wer profitiert von einer Revaskularisation?

Eine Revaskularisation ist bei ausgeprägter Symptomatik trotz medikamentöser Therapie und/oder anhand prognostischer Faktoren indiziert. Allen voran bei dokumentiertem grossem ischämischem Areal (> 10% des linken Ventrikels) oder Ischämie/positive FFR in folgenden Situationen: > 50% Hauptstamm- oder proximale RIVA-Läsion, als auch bei koronarer 2- oder 3-Gefässerkrankung mit Stenosen > 50% und eingeschränkter linksventrikulärer systolischer Funktion.

Wann erfolgt die Revaskularisation mittels perkutaner koronarer Intervention (PCI)?

Aufgrund der enormen Fortschritte bei Material und Technik kann heutzutage nahezu bei jeder Anatomie eine perkutane koronare Intervention erfolgen. Die Frage ist, ob dies Sinn macht. Definitiv überlegen mit signifikanter Reduktion von Mortalität und Morbidität gegenüber anderen Therapien ist die PCI beim akuten Koronarsyndrom. Elektiv ist sie Methode der Wahl bei 1- und 2-Gefässer-

krankungen ohne proximale RIVA-Beteiligung. Sie kann aber auch bei proximaler RIVA-Beteiligung, simpel und komplett behandelbarer 3-Gefässerkrankung und isolierten, auf das Ostium und den Schaft beschränkten Hauptstammläsionen erwogen werden. Demgegenüber bleiben komplexe Dreifässerkrankungen und Hauptstammläsionen nach wie vor Domäne der Chirurgie.

Wie sieht die Plättchenhemmung nach elektiver PCI aus?

Neben der Dauertherapie mit ASS ist eine zusätzliche Aggregationshemmung mit Clopidogrel 75 mg/d für einen Monat nach Bare Metal Stent (BMS) und minimal sechs – idealerweise aber zwölf Monate – nach Drug Eluting Stent (DES) notwendig.

Wie unterscheidet sich die Plättchenhemmung beim akuten Koronarsyndrom (ACS)?

Hier erfolgt die zusätzliche Plättchenhemmung nicht mehr primär mit Clopidogrel, sondern, sofern nicht kontraindiziert, entweder mit Ticagrelor 2 x 90 mg/d oder Prasugrel 10 mg/d, wobei für letzteres die Zulassung nur im Fall einer PCI besteht und ausserdem bei einem Gewicht unter 60 kg und einem Alter über 75 Jahre eine Dosisreduktion erforderlich ist. Anders als bei elektiven Interventionen ist im ACS die duale Plättchenhemmung in erster Linie zur Sekundärprophylaxe notwendig und sollte ungeachtet von PCI und Stenttyp für zwölf Monate erfolgen. Für den Fall einer dringlichen Operation kann gemäss aktueller Empfehlungen die duale Plättchenhemmung bei BMS und DES frühestens nach einem respektive sechs Monaten gestoppt werden.

Besten Dank für das Gespräch.

einher. Werden gleichzeitig der arterielle Druck am Koronarostium und distal der Stenose über den Führungskatheter respektive mittels einem Druckdraht gemessen, so kann aus dem Quotienten der beiden Drucke die FFR berechnet werden. Die FFR setzt damit den effektiven Koronarfluss distal der Stenose in Relation zum maximal zu erwartenden arteriellen Fluss in diesem Gefäss und widerspiegelt so die Qualität der myokardialen Versorgung. Die Abbildung 2 veranschaulicht die Untersuchung an einem konkreten klinischen Fall mit allgemein veränderter rechter Kranz-

arterie und fraglicher Relevanz mehrerer mittelschwerer Stenosen (links im Bild). Unter einer kontinuierlichen venösen Adenosin-Infusion zur Hyperämie zeigt sich bei einem mittleren Aortendruck von 69 mmHg distal der markierten Stenose nur noch ein mittlerer arterieller Druck von 54 mmHg. Aus der Division der beiden Mitteldrucke berechnet sich die FFR, die mit 0,78 einer 22%igen Flussreduktion entspricht und so mit einer relevanten Minderperfusion nachgeschalteter Myokardanteile einhergeht. Durch den Rückzug des Druckdrahtes und seiner Drucksonde circa

3 cm von der Spitze wird die für den Druckabfall relevante Koronarläsion sehr genau ersichtlich (rechts im Bild). Die FFR als Gefäss- und Stenose-spezifische Untersuchung weist damit gegenüber nicht-invasiven Methoden zur Ischämiediagnostik eine deutlich höhere räumliche und segmentale Auflösung auf. Ausserdem ermöglicht sie gegenüber diesen Untersuchungen die klare Unterscheidung zwischen einer diffusen epikardialen Gefässerkrankung (ohne Potenzial zur Revaskularisation) und fokalen Stenosen.

Dr. Lukas Altwegg

	Telefon	Fax
Zentrale	061 685 85 85	061 691 95 18
Notfall		
Spitalfacharzt	061 685 83 33	061 685 82 47
Anmeldung Notfälle	Mo – Fr 8.00 – 17.00 Uhr übrige Zeit über Zentrale	
Tagesarzt Chirurgie	061 685 80 20	061 685 82 47
Tagesarzt Medizin	061 685 80 30	061 685 82 47
Telefonzeiten	Mo – Fr 8.00 – 17.00 Uhr übrige Zeit über Zentrale	
Diagnostik / Therapie		
Radiologie / Röntgen	061 685 82 85	061 685 85 79
Nuklearmedizin / PET/CT	061 685 82 52	061 685 82 62
Physiotherapie	061 685 83 90	061 685 89 93
Chirurgie		
Bauchzentrum	061 685 86 00	061 685 83 37
Viszeralchirurgie		
Prof. Dr. M. von Flüe	061 685 84 80	061 685 83 37
PD Dr. Ch. Ackermann	061 685 84 85	061 685 87 63
Frau Dr. B. Kern	061 685 84 32	061 685 84 60
PD Dr. R. Peterli	061 685 84 84	061 685 84 81
Dr. M.O. Guenin	061 685 84 31	061 685 87 64
Frau Dr. I. Eugli	061 685 84 85	061 685 87 63
Dr. M. Gass	061 685 84 84	061 685 84 81
Frau Dr. L. Stoll	061 685 84 85	061 685 87 63
Dr. R. von Aarburg	061 685 84 31	061 685 87 64
Dr. J. Moldenhauer	061 685 84 80	061 685 83 37
Frau Dr. S. Urban	061 685 84 80	061 685 83 37
Stomaberatung	061 685 86 65	061 685 86 59
Gastroenterologie		
Frau PD		
Dr. M. Thumshirn	061 685 84 34	061 685 84 58
Dr. M. Manz	061 685 84 76	061 685 84 58
PD Dr. B. Meyer	061 685 84 64	061 685 85 58
Dr. N. Patuto	061 685 84 76	061 685 84 58
Orthopädie / Traumatologie		
Dr. D. Weber	061 685 84 90	061 685 86 57
Dr. R. Kernen	061 685 84 93	061 685 86 57
Frau Dr. K. Jaeggi	061 685 84 90	061 685 86 57
Urologie		
PD Dr. T. Zellweger	061 685 85 23	061 685 82 61
Dr. R. Ruzsat	061 685 85 22	061 685 82 61
Dr. O. Passera	061 685 85 24	061 685 82 61
Frau Dr. W. Remmele	061 685 85 18	061 685 82 61
M. Vedana	061 685 85 20	061 685 82 61
Anästhesie	061 685 84 63	061 685 86 37
IPS	061 685 85 65	061 685 82 49
Medizin		
Tumorzentrum	061 685 84 00	061 685 84 40
Onkologie		
PD Dr. D. Köberle	061 685 84 70	061 685 83 47
Dr. C. Knüsli	061 685 84 75	061 685 83 86
PD Dr. M. Buess	061 685 84 75	061 685 85 94
Frau Dr. M. Ebnöther	061 685 84 39	061 685 85 91
Frau Dr. C. Cascato	061 685 84 39	061 685 85 91
Dr. B. Niemann	061 685 84 39	061 685 85 91
Selbstständige Sprechstunde		
Prof. Dr. Ch. Ludwig	061 685 84 70	061 685 83 47
Onkologisches Ambulatorium	061 685 81 74	061 685 81 72
Radioonkologie		
Prof. Dr. W. Harms	061 685 82 00	061 685 82 25
Frau Dr. B. Asadpour	061 685 82 00	061 685 82 25
Kardiologie		
Dr. L. Altwegg	061 685 83 80	061 685 89 97
Dr. Ch. Grädel	061 685 83 80	061 685 89 97
Dr. Ch. Kohler	061 685 83 80	061 685 89 97
Pneumologie		
Prof. Dr. M. Solèr	061 685 84 73	061 685 84 69
Dr. P. Buser	061 685 84 73	061 685 84 69
PD Dr. L. Joos	061 685 84 73	061 685 84 69
Dr. O. Tannenberger	061 685 84 73	061 685 84 69
Lungenfunktion	061 685 84 74	061 685 84 67
Bronchoskopie	061 685 84 73	061 685 84 69
Infektiologie		
Frau Dr. C. Kaech	061 685 82 92	061 685 83 47
Innere Medizin/Endokrinologie		
Prof. Dr. Th. Peters	061 685 89 40	061 685 89 41
Frau Dr. M. Gebhart	061 685 89 40	061 685 89 41
Dr. M. Slawik	061 685 89 40	061 685 89 41
Palliativstation		
Frau Dr. E. Balmer	061 685 84 75	061 685 83 86
Frau Dr. N. Rogge	061 685 84 75	061 685 83 86

Zufriedene Patienten im Claraspital

Das Claraspital hat 2012 mit der Firma Mecon eine permanente Patientenbefragung durchgeführt. Dabei erhielten die ersten 150 ausgetretenen Patienten und Patientinnen monatlich einen vierseitigen validierten Fragebogen. Bei der Rücklaufquote verzeichnete das Claraspital erfreuliche 49,3%. Aus der Befragung geht hervor, dass das durchschnittliche Alter unserer Patienten bei 66 Jahren liegt. Der Anteil in der Altersgruppe 51 bis 80 Jahre liegt bei 69% und in der Altersgruppe > 80 Jahre bei über 17%. Beim Eintrittsmodus wird der Anteil an Notfall-eintritten mit 42,4% angegeben. Die Patientenbefragung weist dem Claraspital eine Gesamtzufriedenheit von 89% aus. 92% der befragten Patienten und Patientinnen sind mit unseren Ärzten zufrieden und 88% mit der Pflege. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflege geben 90% unserer Patienten als zufriedenstel-

lend an und 83% sind der Meinung, dass die Termine im Spital sehr gut eingehalten werden. Das Claraspital schneidet in den Gesamtauswertungen mit den Vergleichsspitälern (22 mittelgrosse Chefarztspitäler, alle messenden 42 Spitälern und 8 Basler Spitälern) jeweils besser ab. Im Vergleich mit 22 mittelgrossen Chefarztspitälern zeigt das Claraspital im Bereich Ärzte eine signifikante Zufriedenheit, die über 75% der Vergleichsspitäler liegt. Anhand der Befragung konnten im Bereich Pflege Verbesserungs-potenziale erkannt werden. Optimierungsbefragung besteht beim Thema Information sowie bei den Ansprechpersonen. Die Bereiche Organisation und Öffentliche Infrastruktur sowie der Teilbereich Wohnen weisen eine höhere Zufriedenheit gegenüber den Vergleichsgruppen aus. Die im Vergleich zu anderen Spitälern schlechtere Bewertung des

Essens steht in engem Zusammenhang mit unseren Schwerpunkten Bauch- und Tumorzentrum, wie vor allem aus den Detailanalysen hervorgeht. Als Highlight dürfen wir aber das Ergebnis der Frage zur Weiterempfehlung betrachten. 91,9% der Befragten würden das Claraspital auf jeden Fall weiterempfehlen und weitere 7,6% würden es wahrscheinlich weiterempfehlen. Bei der Frage: «Warum haben Sie das Spital gewählt?» waren Mehrfachantworten möglich. 16% entschieden sich für das Claraspital nach einer Empfehlung durch Bekannte und 45% aufgrund des guten Rufes. 53% der Befragten folgten der Empfehlung ihres Arztes. Für diese Empfehlung unseres Spitals sowie die gute Zusammenarbeit möchten wir uns bei Ihnen an dieser Stelle ganz herzlich bedanken.

Dr. Gabriele Hlavacek
Leiterin Qualitätsmanagement

Personelles

Dr. Oliver Tannenberger



Dr. Oliver Tannenberger hat in Hannover Medizin studiert und war zunächst auf der Abteilung für Neurologie

der Medizinischen Hochschule Hannover tätig. Seine weitere Ausbildung erfolgte auf der Geriatrie der Adullam-Stiftung Basel und den Abteilungen Anästhesie, Innere Medizin und Pneumologie des Universitätsspitals Basel sowie auf der Abteilung Innere Medizin des Kantonsspitals Bruderholz. Seit Sommer 2011 war er Oberarzt der Abteilung Pneumologie und Somnologie des Kantonsspitals Bruderholz. Dr. Tannenberger ist seit 1. Mai 2013 Praxispartner von Dr. Alexander Hägeli mit einer Anstellung von 30% Oberarzt Pneumologie im Claraspital.

Dr. Caroline Oursin

Dr. Caroline Oursin begann ihre medizinische Ausbildung mit dem Studium in Freiburg im Breisgau. Anschliessend arbeitete sie zunächst in der Abteilung für Radiologie der Universitätsklinik in Freiburg und in der Chirurgischen Universitätsklinik Freiburg. Um ihre Ausbildung zur Ärztin für Diagnostische Radiologie ab-

zuschliessen, wechselte sie an das Basler Kantonsspital. Dr. Oursin ist bereits seit zehn Jahren im Claraspital tätig und wurde per 1. April 2013 zur Leitenden Ärztin Radiologie befördert.



Dr. Ines Valenta-Schindler

Dr. Valenta-Schindler ist in Bosnien-Herzegowina und Österreich aufgewachsen und hat in Innsbruck Medizin studiert. Ihre Ausbildung in der Nuklearmedizin absolvierte sie zunächst am Universitätsspital Zürich. Anschliessend erfolgte eine PET/CT-Ausbildung an der Universitätsklinik Freiburg im Breisgau. Weiterhin war sie in Genf und im Kan-

tonsspital Aarau beschäftigt. Dr. Valenta-Schindler hat am 15. April 2013 ihre Stelle als Oberärztin Nuklearmedizin im Claraspital angetreten.



Impressum

Herausgeber
St. Claraspital
Kleinriehenstrasse 30, Postfach
CH-4016 Basel
T +41 61 691 95 18,
F +41 61 691 95 18
scs@claraspital.ch

Konzeption, Prepress, Fotos
swissprofessionalmedia AG
Medical Tribune

Gestaltungskonzept
Continue AG, Basel

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

Druck
Tanner & Bosshardt AG, Basel

© Nachdruck nur mit
Nennung der Quelle

Weiterbildung für Ärzte

Claraspital / Mehrzweckraum, 5. Stock

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

Nächster Termin:
26.6.2013: Sturz auf die Schulter,
Dr. K. Jaeggi

Rapportraum im 1. Stock – Mittelbau

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