

ClaraAktuell

Ausgabe 47, Mai 2014

Hohe Qualität im Claraspital bestätigt

Nach zwei Tagen Überprüfung unseres Qualitätsmanagements und der Standards durch die Stiftung sanaCERT konnten uns die Peers nur das beste Ergebnis ausstellen. Alle acht vorgelegten Standards erhielten die Bestnote D – 32 von 32 möglichen Punkten!

Das Claraspital hatte sich schon 1998 für eine externe Bewertung entschieden und wurde inzwischen bereits viermal rezertifiziert. Der jetzige Erfolg ist ein erfreulicher Abschluss mit der Zertifizierung durch sanaCERT und zugleich der Start und die Motivation für einen Neubeginn mit ISO.

Die sehr guten Ergebnisse dieser Qualitätsüberprüfung decken sich mit den Resultaten der Patientenzufriedenheitsmessungen durch verschiedene Institutionen (ANQ, Helsana). Ausführliche Informationen dazu finden Sie auf unserer Website (<http://www.claraspital.ch/de/ueber-uns/qualitaet/>).

Nachhaltige Kooperation

Das Claraspital und die Reha Chrischona haben entschieden, ihre langjährige Zusammenarbeit zu verstärken. Ein entsprechender Letter of Intent wurde von beiden Kliniken unterzeichnet. Er sieht vor, dass die Reha Chrischona ab 2018 auf dem Gelände des Claraspitals im geplanten Ersatzbau an der Hirzbrunnenstrasse 50 eine stationäre Rehabilitation mit 20 bis 25 Betten in den Bereichen internistisch-onkologische und postoperative Rehabilitation betreiben soll. Dadurch werden eine kontinuierliche Betreuung und Behandlung der Patienten beim Übergang vom Akutspital in die Rehabilitation gewährleistet.

Die Patienten des Claraspitals geniessen bei der Aufnahme in die neue Rehabilitationsabteilung nicht Exklusivität, jedoch Priorität. Ein gemeinsames Steuerungsgremium erarbeitet die Eckpunkte der Zusammenarbeit, klärt die Abläufe und stellt die Qualität der Leistungserbringung sicher.

Leberchirurgie

Verbesserte operative Behandlungsmöglichkeiten

Die Leberchirurgie wird zur Behandlung einer Vielzahl von gut- oder bösartigen Pathologien angewandt. Dank zahlreicher Fortschritte sind Leberresektionen zunehmend sicherer geworden und können breiter als zuvor indiziert werden. Zudem bestehen heute weit mehr operative Behandlungsmöglichkeiten als noch vor wenigen Jahren.

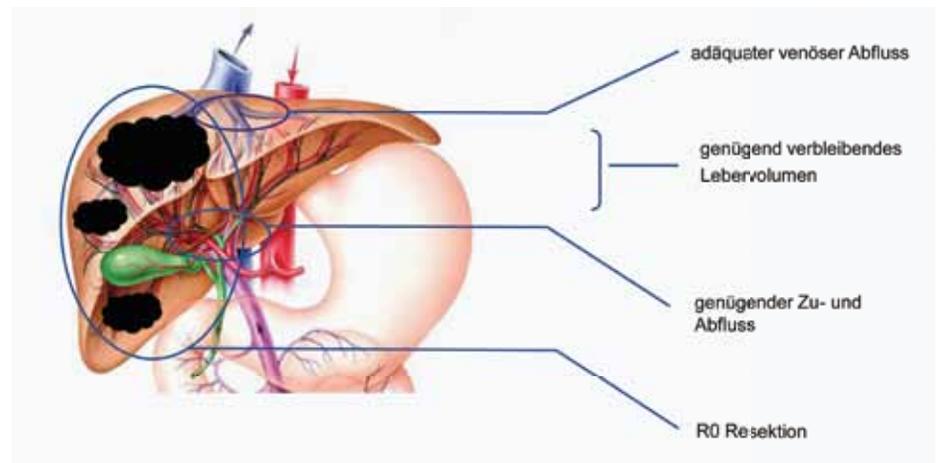


Abb. 1: Chirurgische Grundsätze bei der Planung einer Leberresektion: R0 Resektion, genügend verbleibendes Lebertervolumen, Erhalt eines ausreichenden portalvenösen und arteriellen Zuflusses sowie Erhalt des venösen und biliären Abflusses.

Die 5-Jahres-Überlebensrate konnte bei Patienten mit Lebermetastasen eines kolorektalen Karzinoms dank moderner Leberchirurgie und interdisziplinärer Behandlung von unter 10% in den 1980er-Jahren auf aktuell über 40% gesteigert werden. Im Gegenzug ist in derselben Zeitspanne die perioperative Mortalität von über 10% auf unter 3% gesunken. Solche Fortschritte sind dank moderner Anästhesie, Intensivmedizin, verbesserter Bildung, erweiterter Diagnostik und durch die Kombination von onkologischen, interventionellen und chirurgischen Therapien erzielt worden.

Indikationen zur Chirurgischen Therapie:

Benigne Erkrankungen

Zu den gutartigen, operativ therapierbaren Lebererkrankungen zählen Abszesse, Zysten, Adenome, Hämangiome, seltener ein Hunde-

oder Fuchsbandwurmbefall. Bei Zysten oder Hämangiomen besteht selten eine Operationsindikation, es sei denn die Befunde sind in ihrer Grösse rasch progredient oder verursachen Symptome. Letzteres kann durch Kompression auf benachbarte Strukturen wie Gallengänge oder Magen verursacht werden. Im Falle von soliden Raumforderungen ist eine Abklärung notwendig.

Maligne Erkrankungen

Die grosse Domäne der Leberchirurgie sind die Tumorerkrankungen. Das können einerseits primär in der Leber entstandene Krankheiten (hepatozelluläres-, cholangiozelluläres Karzinom) sein oder Metastasen solider Malignome. Von Letzteren ergeben die kolorektalen Karzinome die häufigste Operationsindikation. Metastasen neuroendokriner Tumore werden je nach Anzahl und Ausdehnung ebenfalls chi-

Editorial



Liebe Kolleginnen und Kollegen

Wie in vielen Bereichen der modernen Medizin erfolgt auch die Behandlung benigner oder maligner Lebererkrankungen zunehmend interdisziplinär. Zu den Werkzeugen der modernen Leberchirurgie gehören die schnelle Induktion einer Leberhypertrophie vor ausgedehnter Leberresektion, ein Downstaging vorhandener Leberherde durch neoadjuvante Chemotherapie, minimal invasive interventionelle Verfahren wie die Radiofrequenzablation oder die transarterielle Chemo- und Radioembolisation sowie die Lebertransplantation in ausgewählten Fällen.

Die Entwicklung und der Fortschritt auf den Gebieten der Chirurgie, der Intensivmedizin, der Onkologie und der Radiologie eröffnen vielversprechende neue Wege in der Therapie und verbessern damit auch die Prognose der betroffenen Patienten. Betrug die Überlebensrate bei Patienten mit Lebermetastasen eines kolorektalen Karzinoms in den 1980er-Jahren weniger als 10%, liegt sie heute bei über 40%.

Im Hauptartikel dieser Ausgabe lenkt PD Dr. Martin Bolli (Fachkompetenz Leber), der im Januar dieses Jahres zu uns gestossen ist, das Augenmerk auf die resezierende Leberchirurgie und erläutert die verschiedenen Methoden und Therapiestrategien.

Auch in dieser Ausgabe möchten wir Ihnen eine ganze Reihe neuer Mitarbeitende vorstellen. Diesmal freuen wir uns, Ihnen Frau Dr. Anna-Maria Balestra als neue Oberärztin Pneumologie, Dr. Gaetano Crifo als neuen Oberarzt Anästhesie und Dr. Riman Yaghchi als neuen Oberarzt Urologie vorstellen zu können.

Nun wünschen wir Ihnen eine angeregte Lektüre und verbleiben mit freundlichen Grüßen

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

urgisch behandelt. In ausgewählten Situationen kann bei Metastasen weiterer Tumore (Mamma, Sarkom, Melanom, Urogenitaltrakt) eine Operationsindikation bestehen.

Präoperative Planung und Vorbereitung

Viele Aspekte müssen bei der Planung eines Lebereingriffes beachtet werden. Die Resektion muss im Gesunden erfolgen und gleichzeitig muss genügend funktionelles Lebergewebe zurückbleiben. Ebenso müssen die Blutversorgung über Pfortader und Leberarterien für das verbleibende Lebergewebe ausreichend sowie die Abflüsse in die Vena Cava und von der Galle in den Darm suffizient bleiben (s. Abb. 1).

Bei ansonsten gesundem Patienten und gesunder Restleber sollten im Minimum 20% Lebergewebe verbleiben. Musste sich der Patient vor dem Eingriff einer Chemotherapie unterziehen, sollte je nach Hepatotoxizität der Therapie, mindestens 30% der Leber erhalten bleiben. Besteht aufgrund der Grunderkrankung ein fibrotischer oder zirrhotischer Umbau des Leberparenchyms kann höchstens die Hälfte der Leber entfernt werden. Bei fortgeschrittenem Leberschaden sind grössere Resektionen kontraindiziert. Nach erfolgter Resektion regeneriert und hypertrophiert das verbleibende Lebergewebe und kompensiert den entfernten Anteil.

Präoperativ bedarf es einer kardiovaskulären und pulmonalen Beurteilung, ob der Patient für einen grösseren viszeralkirurgischen Eingriff qualifiziert ist. Leberspezifisch gibt es keinen einzig richtigen Parameter. Beigezogen werden Werte über Leberfunktion und Gerinnung wie beispielsweise bei der Child-Pugh-Klassifikation. Bei Parenchymveränderungen können präoperative Biopsien des zukünftig verbleibenden Leberanteils weiterhelfen, um dessen

Zustand besser beurteilen zu können. Der Druckgradient zwischen Pfortader und Cava kann bei portaler Hypertension wichtig sein.

Präoperative Bildgebung

Eine optimale Bildgebung vor jedem Lebereingriff ist unabdingbar. Meist sind mehrere Untersuchungen wie CT, MRI und PET notwendig, um sich ein umfassendes Bild von der Krankheit zu machen. So können Ausdehnung, Anzahl und Nähe der Krankheit zu intra- und extrahepatischen Strukturen wie Gefässen oder Gallengängen exakt erfasst und in die Operationsplanung eingebracht werden. CT-basiert können potenzielle Resektionsgrenzen und damit verbleibendes Leberrestvolumen berechnet werden. Dies kann bei der Entscheidung helfen, ob eine ausgedehnte Resektion überhaupt möglich ist.

Chirurgische und technische Aspekte: Atypische und anatomische Resektionen

In der chirurgischen Anatomie wird die Leber aufgrund des Verlaufes der Gefässe und der Gallengänge in acht Segmente nach Couinaud eingeteilt. Reseziert man entlang dieser Gefässversorgung eines oder auch mehrere Segmente, spricht man von einer anatomischen Resektion. Im Gegensatz dazu stehen die atypischen Resektionen, bei welchen meist peripher liegende Befunde unabhängig von der Gefässversorgung aus dem Leberparenchym entfernt werden. Atypische Resektionen können den Vorteil haben, dass der Verlust von gesundem Gewebe geringer ist. Dies hat dann eine Bedeutung, wenn während eines Eingriffs mehrere Metastasenherde in der Leber entfernt werden oder durch vorangegangene Eingriffe das Lebervolumen bereits reduziert ist. Liegt ein zirrhotischer Umbau der Leber vor,

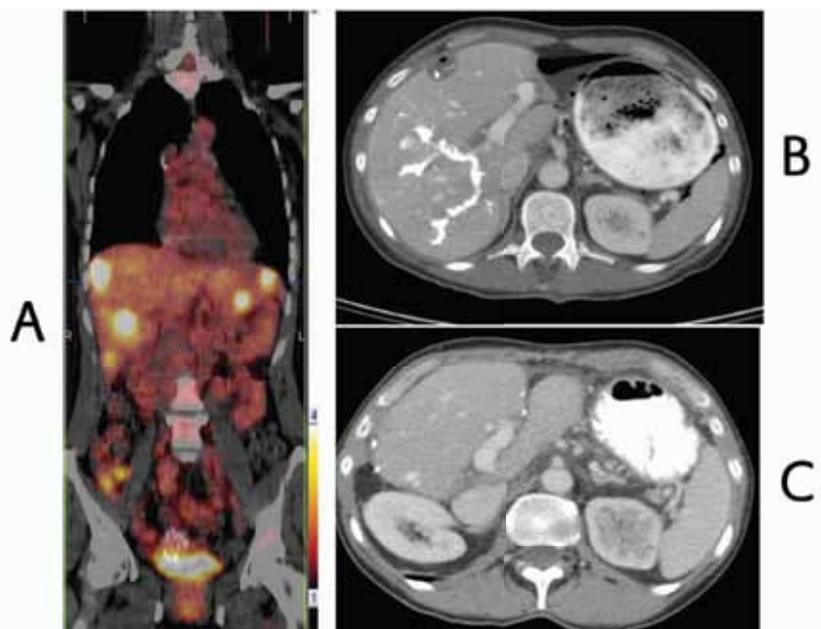


Abb. 2: Beispiel eines multimodalen Therapiekonzeptes: A: Zu Beginn metastasiertes Zoekumkarzinom mit bilobären Lebermetastasen. B: Beginn mit Chemotherapie, anschliessend Resektion Hemikolon rechts, Lebermetastasenentfernung links und Pfortaderembolisation C: Nach sechs Wochen Hypertrophie Leber links und Hemihepatektomie rechts

Interview

mit PD Dr. Martin Bolli, Oberarzt Bauchzentrum



Welchen Stellenwert hat die minimal invasive Leberchirurgie?

Die Laparoskopie macht auch vor der Leberchirurgie nicht Halt. Insbesondere benignere oder kleinere und peripher liegende Befunde werden vorzugsweise laparoskopisch behandelt. Die Vorteile für den Patienten sind schnellere Regeneration, weniger Schmerzen, kürzere Hospitalisationsdauer, raschere Rückkehr ins Arbeitsleben, weniger Narbenprobleme sowie kosmetische Vorteile. Ein maligner Befund ist per se keine Kontraindikation zur Laparoskopie, solange die Resektion, wie auch beim offenen Verfahren, im Gesunden erfolgt. Die onkologischen Resultate der laparoskopischen Leberchirurgie sind jenen der offenen Methode ebenbürtig.

Sehr ausgedehnte, zentral liegende oder multiple, über die Leber verteilte Befunde und Rezidiveingriffe eignen sich jedoch kaum für die minimal invasiven Verfahren und werden nach wie vor über eine Oberbauchlaparotomie operiert.

Es sind auch bereits Publikationen über Roboter-assistierte Leberresektionen erschienen. Diese zeigen derzeit die Machbarkeit mit hohem technischem und finanziellem Aufwand. Die Entwicklung auf diesem Gebiet ist jedoch rasant, und dieser Methode könnte in Zukunft durchaus mehr Bedeutung zukommen.

muss der Parenchymverlust ebenfalls auf ein Minimum reduziert werden, eine atypische Resektion kann sich in solchen Situationen anbieten. Andererseits wird in der Literatur diskutiert, dass bei anatomischen Resektionen der Blutverlust geringer ist, postoperativ weniger Gallen fisteln auftreten und die anatomische Resektion einen positiven Einfluss auf das Langzeitüberleben der Patienten hat. Die ver-

Welche Patienten profitieren von der «Downsizing»-Chemotherapie bei Lebermetastasen?

Grössere Studien über Chemotherapie kombiniert mit Chirurgie haben in den letzten Jahren auf dem Gebiet der Metastasen Chirurgie beim kolorektalen Karzinom viel ins Rollen gebracht. Insbesondere bei initial fortgeschrittenen, nicht resektablen Befunden oder bei systemischer Erkrankung kann nach einer chemotherapeutischen Vorbehandlung eine chirurgische Behandlung im Verlauf möglich werden und die Prognose der Patienten verbessern. Heute können dank der Kombination von Chemotherapie und Chirurgie immer mehr Patienten auch mit multiplen oder rezidivierenden Lebermetastasen behandelt werden.

Wann kommen Pfortaderligatur und Pfortaderembolisation zur Anwendung?

Reicht potenziell das nach einer Resektion verbleibende Lebervolumen nicht aus, kann vor der Operation durch die Unterbindung eines Pfortaderastes eine Hypertrophie der Gegenseite erzielt werden. Man gewinnt innerhalb von 4–6 Wochen gesundes Lebervolumen und eine initial unmögliche Resektion kann binnen kurzer Zeit möglich werden. Die Pfortader kann entweder chirurgisch oder interventionell radiologisch unterbunden respektive embolisiert werden. Hypertrophiert die Gegenseite nach einer solchen Ligatur oder Embolisation nicht, kann das ein Zeichen einer mangelnden Regenerationsfähigkeit des Leberparenchyms sein und ein chirurgischer Eingriff ist kontraindiziert. Die Bildgebung eines Patienten mit multimodaler Therapie ist in Abbildung 2 dargestellt.

Was kann mit der Radiofrequenzablation erreicht werden?

Die Radiofrequenzablation (RFA) ist eine Methode zur lokalen Zerstörung von Gewebe. Bei der RFA wird eine Sonde in das Lebergewebe eingebracht und durch die Wärmeentwicklung des Hochfrequenz-

schiedenen Resektionsarten können auch kombiniert werden. Letztendlich muss die Entscheidung, wie reseziert wird, bei jedem Patienten individuell getroffen werden.

Technische Hilfsmittel

Fortschritte in die Leberchirurgie haben auch der Einsatz moderner Geräte wie Ultraschallskalpell, Wasserstrahldissektoren, Argonbe-

stroms eine Thermonekrose des erkrankten Lebergewebes erzeugt. Idealerweise werden damit Tumoren oder Metastasen mit einem Durchmesser bis 3 cm, wenn notwendig auch wiederholt, behandelt. Die RFA-Nadel kann entweder CT- oder ultraschallgesteuert perkutan oder während eines offenen Eingriffes ins Lebergewebe eingeführt werden. Durch die Kombination von Chirurgie und RFA können insbesondere multifokale Tumoren oder Metastasen, die durch alleinige Chirurgie nicht entfernt werden können, dennoch behandelt werden.

Wie funktionieren Chemoembolisation und selektive interne Radiotherapie?

Über das arterielle Gefässsystem wird ein Katheter von der Leiste aus in den Leberlappen, in dem der Tumorherd sitzt, eingebracht. Hier erfolgt ein hochselektives Anreichern von Chemotherapeutikum zusammen mit einem Embolisat, welches die weitere Blutversorgung des Tumors unterbindet. Somit kommen gleichzeitig zwei antitumoröse Effekte (Blutzufuhr wird geblockt und die Tumorzellen durch Chemotherapie zerstört) zum Einsatz.

Die selektive interne Radiotherapie (SIRT) ist eine innovative Behandlungsform mit radioaktiven Kügelchen, die vergleichbar mit der Chemoembolisation mittels Katheter über das Gefässsystem im Gebiet des Lebertumors angereichert werden.

Wie auch bei der RFA lassen sich Chemoembolisation oder SIRT mit der Leberchirurgie kombinieren und bei Bedarf auch wiederholt anwenden.

Um allen diesen Aspekten gerecht zu werden und um für jeden Patienten ein massgeschneidertes Therapiekonzept erstellen zu können, braucht es die Diskussion zwischen allen beteiligten Spezialisten. So geschieht es auch mehrmals wöchentlich im Rahmen der interdisziplinären Tumorboards an unserem Spital.

Besten Dank für das Gespräch.

mer, intraoperativer Ultraschall und die Applikation lokaler Hämostyptika gebracht. Durch diese Hilfsmittel lassen sich Befunde intraoperativ besser lokalisieren, und das Durchtrennen des Lebergewebes geht präziser, schneller und mit weniger Blutverlust und Gallen fisteln über die Bühne.

PD Dr. Martin Bolli, PD. Dr. Dieter Köberle, Prof. Dr. Markus von Flüe

	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
PD Dr. M. Bolli	061 685 84 31	061 685 87 64
Frau Dr. I. Füglistaler	061 685 86 43	061 685 87 63
Dr. M. Gass	061 685 84 85	061 685 84 81
Frau Dr. L. Stoll	061 685 86 43	061 685 87 63
Dr. J. Moldenhauer	061 685 84 80	061 685 83 37
Frau Dr. S. Urban	061 685 84 80	061 685 83 37
Dr. R. von Aarburg	061 685 84 80	061 685 87 37
Stomaberatung	061 685 86 65	061 685 86 59
Gastroenterologie		
PD Dr. M. Thumshirn	061 685 84 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. F. Schulte	061 685 84 76	061 685 85 58
Orthopädie / Traumatologie		
Dr. D. Weber	061 685 84 90	061 685 86 57
Dr. R. Kern	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. R. Yaghchi	061 685 85 24	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/Hämatologie		
PD Dr. D. Köberle	061 685 84 70	061 685 83 47
PD Dr. M. Buess	061 685 84 75	061 685 85 94
Dr. C. Knüsli	061 685 84 75	061 685 83 86
Frau Dr. M. Ebnöther	061 685 84 39	061 685 85 91
Frau Dr. C. Cescato	061 685 84 39	061 685 85 91
Dr. B. Niemann	061 685 84 39	061 685 85 91
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
Dr. A. Geretschläger	061 685 82 00	061 685 82 25
Kardiologie		
PD Dr. L. Altwegg	061 685 83 80	061 685 89 97
Dr. Ch. Grädel	061 685 83 80	061 685 89 97
Dr. Ch. Kohler	061 685 83 80	061 685 89 97
Dr. D. Périat	061 685 83 80	061 685 89 97
Pneumologie		
Prof. Dr. M. Solèr	061 685 84 73	061 685 84 69
Frau Dr. A. Balestra	061 685 84 73	061 685 84 69
Dr. P. Buser	061 685 84 73	061 685 84 69
PD Dr. L. Joos	061 685 84 73	061 685 84 69
Dr. O. 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

Virtuelle PC-Arbeitsplätze im Claraspital

Die Einstellung des Supports von Windows XP und die daraus folgende Einführung von Windows 7 und einer neuen Version von MS Office haben wir zum Anlass genommen zu überprüfen, was wir unter einem «spitalgerechten Arbeitsplatz» verstehen. Unsere Ärzte und Pflegenden sollen viel flexibler arbeiten können als bisher. Sie sollen sich die nächste freie Arbeitsstation schnappen und ohne grosses Anmeldeprozedere und Warten bis zum Start des benötigten Programms die Patientendaten abrufen und bearbeiten können. Das aus diesen Überlegungen entstandene Konzept beruht auf dem Einsatz von

virtuellen Clients, d.h. der PC läuft als virtuelles Gerät im Arbeitsspeicher eines Servers und der User selber arbeitet an einem Terminal, dem «Zero-Client». Der lärmige PC verschwindet, übrig bleibt ein kleines Gerät mit Chip und Anschluss für Bildschirm, Tastatur, Maus und weiteren Geräten. Ein weiterer Vorteil des Konzepts des virtuellen Clients ist, dass die Programme deutlich rascher als auf lokalen PCs laufen und wir Programmabstürze verhindern, die bei der mobilen Arbeit mit dem Notebook unterwegs auf den Bettenstationen im Funknetz leider unvermeidbar sind. Wir verwenden im Claraspital für verschie-

dene Zwecke einen personalisierten Plastikschlüsselanhänger mit Chipkarte. Diesen setzen wir jetzt auch für das Anmeldeverfahren an den IT-Arbeitsstationen ein. Damit ist ein sehr elegantes und rasches An- und Abmelden innert weniger Sekunden gewährleistet. Egal wo jemand arbeitet, er meldet sich mit seiner Chipkarte berührungsfrei an und übernimmt seine persönliche Arbeitsumgebung. Die gesamte Technologie ist im Herzen der Informatik, dem Rechenzentrum, hoch komplex. Für die Anwender selbst wird die Arbeit mit IT-Mitteln dafür einfach und effizient.

Personelles

Dr. Anna-Maria Balestra



in der Deutschschweiz die Weiterbildung zur Internistin, wobei

Dr. Anna-Maria Balestra ist im Raum Basel zur Schule gegangen. Nach dem Medizinstudium in Basel absolvierte sie im Tessin und

sie den grössten Teil der Ausbildungszeit als Assistenzärztin im Rotationssystem der Inneren Medizin des Universitätsspitals Basel arbeitete. Die Facharzt Ausbildung Pneumologie führte sie in der Folge in die Kliniken Barmelweid, das Universitätsspital Basel und zuletzt in das Inselspital Bern. Frau Dr. Balestra hat am 1. Mai 2014 ihre Stelle als Oberärztin Pneumologie angetreten.

Dr. Riman Yaghchi



begann er in Deutschland seine Facharzt Ausbildung. Zunächst arbeitete er für ein Jahr als Assistenzarzt in der Urologie des Universi-

Dr. Riman Yaghchi ist in Damaskus geboren und aufgewachsen. Nach dem Medizinstudium an der Universität Damaskus

tätsklinikums in Essen, anschliessend zwei Jahre in der Urologie der Städtischen Kliniken Frankfurt-Höchst. Zwischendurch war er für zwei Jahre auf der chirurgischen Abteilung der Kliniken des MTK in Bad Soden. Die Facharzt Ausbildung Urologie beendete er im St. Elisabethen-Krankenhaus in Frankfurt, wo er anschliessend als Oberarzt bzw. leitender Oberarzt tätig war. Dr. Yaghchi arbeitet ab dem 18. Juni 2014 im Claraspital als Oberarzt Urologie.

Dr. Gaetano Crifo



um in Basel trat er seine erste Stelle als Assistenzarzt auf der Anästhesie im Bruderholzspital an. Anschliessend arbeitete er im Claraspital auf der Chirurgie und dann im Universitätsspital Basel auf der Anästhesie, wo er seine Facharzt Ausbildung beendete und eine Zusatzausbildung in Schmerztherapie absolvierte. Seit dem 1. Mai 2014 ist Dr. Crifo als Oberarzt auf der Anästhesie im Claraspital tätig.

Dr. Gaetano Crifo ist in Basel geboren und verbrachte seine Kindheit und Jugendzeit in Muttens. Nach dem Medizinstudium

Impressum

Herausgeber
St.Claraspital
CH-4016 Basel
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:
25.6.2014: Anatomische und patientenspezifische Implantate in der Orthopädie/Traumatologie. Wirklich ein Fortschritt?, Dr. med. Daniel Weber

Rapportraum im 1. Stock – Mittelbau

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

Hopital du Jura, Delémont

GastroForum 2014
11.6.2014: Divertikulitis, Dr. med. Jörg Peltzer, Prof. Dr. med. Florian Fröhlich