

# einsvierzehn

Gazzetta des Universitätsspitals Basel

Frühling 2014



**Fellowship**  
Seitenwechsel | 10

**Von Kunstaugen**  
und Augenkünstlern | 14



**Rund ums Bett**  
Optimierungen | 12

**Palliative Care**  
Lebensqualität | 4



# einsvierzehn

- 3 Editorial
- 4 Palliative Care
- 6 ICT-Strategie
- 8 Radiologie: Durchlaufzeiten
- 10 Fellowship
- 12 Rund ums Bett
- 14 Augenklinik
- 16 Patientenzufriedenheit
- 18 Varia
- 19 Personelles
- 24 Kampagne: Sag's Linda

## Impressum

### Herausgeber

Universitätsspital Basel  
4031 Basel  
Tel. 061 265 25 25  
www.unispital-basel.ch

### Redaktion

Gina Hillbert  
gazzetta@usb.ch

### Layoutkonzept

brenneisen theiss communications, Basel

### Prepress

brenneisen theiss communications, Basel

### Erscheinungsweise

Vierteljährlich

### Auflage

9500 Exemplare

### Druck

Werner Druck & Medien AG, Basel

### Papier

Hochweiss, Offset

### Fotos

BSSM Werbeagentur Basel, Porträt: Derek Li Wan Po: 24  
Gina Hillbert: Titelseite klein oben, klein unten, 2, 3, 10-11, 12-13, 18  
Foto- und Printcenter: Titelseite gross oben  
Lisa Savenberg: 14  
zVg. Titelseite gross unten, 4, 6, 16, 19

## Grenzen überwinden



Solidarität jenseits Schweizer Grenzen: Spendenaktion für Hilfsprojekte (Siehe S. 18).

### Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Das Ergebnis der Abstimmung über die Masseneinwanderungsinitiative hat viele von uns stark beschäftigt. Und in unserem so nahe an der Grenze liegenden Spital dürfte das Thema auch noch eine Weile die Runde machen. Was bedeutet das Ergebnis für uns, für mich, für meine Kollegin, meine Angehörigen, meine Zukunft? Was bedeutet das Abstimmungsergebnis für unser Spital, für unsere Partner in der Region, das Gesundheitswesen Schweiz, für unsere international vernetzte Forschung und Zusammenarbeit? So schnell werden wir darauf keine abschliessenden Antworten erhalten – ähnlich wie oftmals in der Medizin wird man Wirkungen und Nebenwirkungen erst in einiger Zeit verstehen.

Doch in der Ungewissheit zu verharren, im Vakuum abzuwarten, entspricht weder der Philosophie unseres Hauses noch dem Wesen einer universitären Institution. Gerade jetzt sollten wir uns auf eine unserer grossen Stärken besinnen: unsere

nationale Diversität, die kulturelle Vielfalt von uns Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus 76 Nationen. Rund 45% von uns haben keinen Schweizer Pass, gut 19% passieren täglich die Grenze. Dies macht uns stark und reich – noch prägnanter formuliert: Ohne unsere ausländischen Mitarbeitenden würden wir nicht nur «grenzwertig» funktionieren, sondern gar nicht mehr.

Setzen wir den Grenzen Grenzen: Indem wir unsere Verschiedenheit als Plus werten und im Menschen den Menschen sehen. Jens Eckstein, Leitender Arzt und Grenzgänger formuliert das so: «Ich möchte mir nicht bei jeder Person überlegen, ob sie einen Schweizerpass hat oder nicht. Ich möchte mir bei den Mitarbeitenden unseres Spitals wieder überlegen, wie ihre fachliche Kompetenz ist, welche Aufgabe ich ihnen anvertraue und wie ich sie fördern kann.»\*. Seien wir sensibilisiert im Umgang miteinander und seien wir besorgt, dass jeder – ob Grenzgänger oder nicht – in diesem unserem Spital (s)eine Heimat findet.

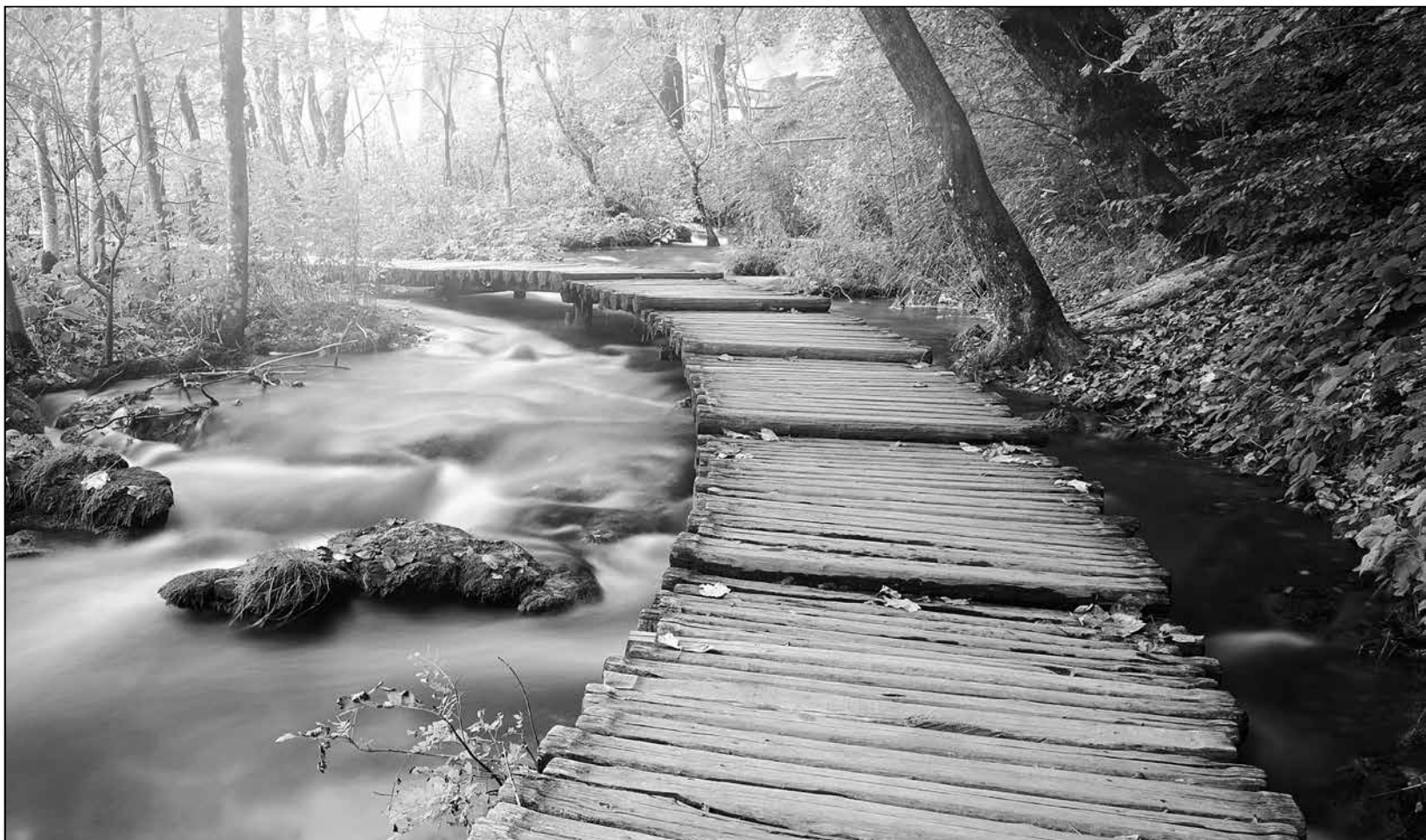
Ihr  
Werner Kübler,  
Direktor

\* Den vollständigen Text finden Sie auf Seite 18



# Palliative Care: Leben gut erleben

Die Palliative Care wendet sich Patienten und ihren Angehörigen zu, die an einer schweren, fortschreitenden und unheilbaren Erkrankung leiden. Die Begleitung dieser Menschen zur Verbesserung ihrer Lebensqualität ist das Ziel des neu entstehenden, multiprofessionellen Palliative-Care-Konsildienstes am USB.



« Es gibt ein Wachsen und Werden  
inmitten eines Zustandes,  
der nach Ende aussieht. »

(Cicely Saunders)

Die Beschwerden und Bedürfnisse unheilbar kranker Menschen sind trotz unterschiedlichen Grunderkrankungen in der letzten Lebensphase oft ähnlich. So gehören zu den häufigsten und stark belastenden Beschwerden Schmerzen, Luftnot, Unruhe und Verwirrtheit. Aber auch die seelischen und spirituellen Bedürfnisse ähneln sich in dieser – oft sehr angstvoll erlebten – Lebensphase. Weiterhin sind durch eine fortschreitende, zum Tode führende Erkrankung nicht nur die Patienten selbst, sondern auch ihr soziales Umfeld wie Familie und Freunde betroffen.

Die Palliative Care möchte eine Antwort auf diese Herausforderung sein und wendet sich Patienten, die an einer schweren, fortschreitenden und unheilbaren Erkrankung leiden, sowie ihren Angehörigen zu, um ihnen in dieser Phase eine höchstmögliche Lebensqualität zu ermöglichen.

## Was bedeutet Palliative Care?

Ein Begriff, der für viele zunächst sperrig wirkt und häufig mit dem nahen Tod verbunden wird. Dabei ist der Leitgedanke der Palliative Care eine der ältesten Herausforderungen an die Medizin und leitet sich aus dem Begriff selbst ab: «Eine Art Mantel» bedeutet der Begriff Pallium im Lateinischen, und «Care» aus dem Englischen kann mit Pflege, aber auch Sorge oder Fürsorge übersetzt werden.

---

Von Dr. Sandra Eckstein

---

Es ist damit also ein Mantel gemeint, der den Patienten und seinen nahen Vertrauten Schutz gibt und ihre Beschwerden lindert. Der Mantel soll darüber hinaus auch zu Sicherheit und Mut verhelfen und Raum zur Selbstbestimmung schaffen.

## Aufgabe der Palliative Care

Im Vordergrund steht der Erhalt oder die Wiedererlangung von Lebensqualität durch eine bestmögliche Behandlung sowie die Linderung und Vorbeugung von körperlichen und seelischen Beschwerden. Genauso sollen aber auch die sozialen und spirituellen Bedürfnisse des Patienten und seines Umfeldes erfasst werden. Die Palliative Care möchte den Patienten mög-

lichst früh dabei unterstützen, seinen individuellen Bedürfnissen gemäss behandelt und begleitet zu werden. Dabei bejaht Palliative Care das Leben und erachtet Sterben als einen normalen Prozess.

### Angemessene Behandlung

Für Patienten mit schweren, fortschreitenden Erkrankungen stehen oft weder medizinisch noch räumlich oder organisatorisch besondere Strukturen zur Verfügung. So werden Schmerzen und andere Beschwerden oder Probleme oft nur unzureichend gelindert, und Menschen können die letzte Lebensphase nicht in der gewünschten Umgebung verbringen.

Dabei gibt es Untersuchungen aus den letzten Jahren, die zeigen, dass eine frühe palliative Anbindung nicht nur mit steigender Lebensqualität, sondern auch mit einer Verlängerung der Lebenszeit einhergehen kann.

Die Therapie der Grunderkrankung, zum Beispiel Chemotherapie bei Krebspatienten, und die Palliative Care schliessen sich nicht gegenseitig aus, sondern können sich sinnvoll ergänzen. Ausserdem ermöglicht die frühzeitige palliative Betreuung von Patienten eine behutsame Auseinandersetzung mit der Erkrankung – auch mit der Frage, was sie oder er sich für die verbleibende Lebenszeit wünscht.

## Palliative Care am USB

Seit Anfang Januar besteht am USB ein Palliative-Care-Konsildienst – eine wichtige Ergänzung des bisherigen Behandlungsangebots. Das Team um Dr. Sandra Eckstein besteht mit Dr. Ben Zylicz und Dr. Christine Zobrist derzeit aus drei spezialisierten Ärzten für Palliativmedizin und wird zeitnah mit einer Pflegeexpertin oder einem Pflegeexperten ergänzt. Ab April 2014 wird die Beratung und Mitbegleitung von Palliativpatienten und ihren Angehörigen während eines stationären Aufenthaltes angeboten, im späteren Verlauf wird auch die Möglichkeit bestehen, Patienten nach Vereinbarung ambulant zu betreuen.

In der Aufbauphase steht insbesondere die Zusammenarbeit mit dem Tumorzentrum im Fokus, wobei der Palliative-Care-Konsildienst als Supportfunktion dem Tumorzentrum angegliedert ist. Eine frühe Einbindung der Palliative Care ins Therapiekonzept kann so ermöglicht werden und damit zum Erhalt der individuellen Lebensqualität des Patienten beitragen.

Grundsätzlich bietet die Palliative Care allen Patienten mit unheilbaren fortgeschrittenen Erkrankungen Unterstützung an. So werden im Verlauf weitere Schwerpunkte, wie die Zusammenarbeit mit den Intensivstationen oder der Integration der Palliative Care im Versorgungsnetz von neurologischen Patienten, hinzukommen.

### Beratung und Begleitung im Team

« Ziel der Palliative-Care-Begleitung am USB ist es, Sicherheit zu schaffen, Hilfe zur Selbsthilfe zu ermöglichen und die Patientenautonomie zu stärken. »

Für dieses Ziel erarbeiten wir mit jedem Patienten ein individuelles Behandlungskonzept. Dieses beinhaltet z.B. eine aktive Symptomkontrolle, angepasste Schmerztherapie sowie psychosoziale Unterstützung der Patienten und ihrer Angehörigen. Auch die Hilfestellung bei der Rehabilitation sowie bei der Auseinandersetzung mit Krankheit, Abschied und Trauer können zum Therapiekonzept gehören.

In der Umsetzung dieses Behandlungskonzepts betreuen wir unsere Patienten im multiprofessionellen Team, das aus Ärzten und Pflegenden sowie den Kollegen des Schmerzdienstes, der Psychoonkologie, der Psychosomatik, der Physiotherapie, der Seelsorge und dem Sozialdienst besteht. Ein wesentlicher Punkt liegt aber auch im Austausch mit externen Berufsgruppen, also mit der Hausärztin/dem Hausarzt, den ambulanten Diensten und anderen stationären Einrichtungen. So kann mit einem möglichst ganzheitlichen Blick auf die Bedürfnisse des Patienten ein angemessener individueller Behandlungsplan erstellt werden.

Eine umfassende palliative Versorgung setzt also die Vernetzung aller Therapeuten und Begleiter voraus. Daher möchten wir ausdrücklich all jene zum Austausch einladen, deren Interessenschwerpunkte in diesem Gebiet liegen, um gemeinsam ein erfolgreiches Konzept für Palliative Care am USB zu entwickeln.

Der Palliative-Care-Konsildienst am USB möchte die Zusammenarbeit der bestehenden Strukturen stärken, neues Wissen vermitteln und motivieren, neue Wege zu gehen.

# Innovation und Service: Die Strategie der ICT

In der Strategielandkarte des USB wird die Sicherstellung einer «Homogenen Systemlandschaft mit zukunftsfähigen spitalweiten Schlüsselapplikationen» explizit als das strategische Ziel für die ICT formuliert. Aus dieser Zielvorgabe leitet die ICT ihren Auftrag und ihr Selbstverständnis ab.

Mit innovativen Konzepten, moderner Technik und einem engagierten Team ist die ICT bestrebt, als kundenorientierter Dienstleister sämtliche Bereiche des USB zu unterstützen. Die ICT bildet das Rückgrat für ein zukunfts- und wettbewerbsfähiges Spital mit medizinischer Spitzenleistung in der Patientenversorgung und Forschung, mit professionellen und zufriedenen Mitarbeitenden und soliden Finanzen.

Von  
Matthias Legler und Lioba Grammelspacher

*Wie muss dieses Ziel nun aufgeschlüsselt werden? Welche Planungen und Entscheidungen werden benötigt, um daraus einen Handlungsrahmen für unsere IT-Dienstleistungen ableiten zu können?*

Nehmen Sie als Beispiel das USB-Unternehmensziel der durchgängigen und transparenten Gestaltung von Patientenprozessen oder auch die Stärkung von Beziehungen zu unseren Zuweisern. Oder denken Sie an die Bildung von interdisziplinären Zentren. Solche Ziele beinhalten immer auch die Weiterentwicklung der IT-gesteuerten Systeme und Prozesse. Unsere vordringlichste Aufgabe ist es dabei, die Anforderungen an die IT aus der Perspektive der ärztlichen und pflegerischen Leistungen zu verstehen und unsere Handlungen danach auszurichten. Die Forderung nach mehr Zeit für die Patienten heisst für uns immer auch, Anforderungen an die sichere und wirtschaftliche Anwendung neuer Informationstechnologien zu erkennen und verlässlich umzusetzen.

Die ICT muss die IT-Marktentwicklung beobachten und hinsichtlich ihres Nutzens für das USB bewerten. Die IT-Trends, die wir heute schon aus unserem privaten Leben kennen, werden zukünftig auch spürbar die Prozesse in der Klinik beeinflussen:

- Smartphone, iPad & Co. gehören zunehmend zum täglichen Leben, stationäre PCs und Laptops hingegen werden immer mehr zu Auslaufmodellen. Der Desktop wird stattdessen zunehmend mobiler und «folgt» virtuell dem Nutzer durch einfaches «Terminal Check-in» mit dem Badge an den Ort, wo er gerade gebraucht wird.
- Rechenleistung, für die früher ein ganzer Raum notwendig war, tragen wir heute in der Hosentasche oder am Handgelenk – so können z.B. Vitalparameter direkt auf elektronischem Wege in die digitale Patientenakte übertragen werden.

## **Vielfalt ist möglich: Unsere Anwendungsarchitektur**

Bei der Ausrichtung unserer IT-Systemlandschaft musste letztlich die Entscheidung getroffen werden, ob wir auf ein standardisiertes «monolithisches» klinisches Informationssystem (KIS) setzen oder ob wir bereits im USB eingesetzte Systeme ausbauen, besser vernetzen

und Fehlendes ergänzen wollen. Den Königsweg gibt es dabei nicht. Beide Ansätze haben Vor- und Nachteile. Bei der Einführung eines einheitlichen klinischen Informationssystems hätten wir eine weitgehend einheitliche Benutzeroberfläche, weniger Schnittstellen und eine einheitliche Datenhaltung für die Patientendokumentation. Der Weg dorthin wäre aber für die Kliniken sehr steinig und schwer geworden: mit vielen komplizierten Systemablösungen, einem hohen Schulungsaufwand und vor allem mit zahlreichen Kompromissen in der klinikspezifischen Funktionalität.

Wir haben uns deshalb für den «Best of Breed»-Ansatz entschieden:

D.h., wir suchen nach der jeweils individuell besten Lösung für die elektronische Patientendokumentation, die Fieberkurve, Bettenplanung usw. und bringen sie unter einem möglichst einheitlichen Systemdach zusammen.



Der eingeschlagene Weg ist vor allem technologisch sehr anspruchsvoll: Eine Vielzahl von Systemen ist zu betreuen, eine grosse Anzahl von Schnittstellen muss am Leben gehalten werden. Und gleichzeitig wollen wir die Benutzeroberfläche für die Anwender so einheitlich wie möglich gestalten und, wo sinnvoll, die Information auf mobilen Geräten zur Verfügung stellen. Die Mitarbeitenden sollen keine Systembrüche wahrnehmen oder über Doppelarbeiten klagen.

### Im Fokus der Umsetzung: Die klinischen Applikationen

Die Situation am klinischen Arbeitsplatz stellt sich hinsichtlich der Systemunterstützung noch vielfach unbefriedigend dar. Die Anwender müssen sich tagtäglich mit vielen Einzellösungen auseinandersetzen, der elektronische Informationsaustausch ist teilweise lückenhaft. Hier verfolgen wir das Ziel, unter einer einheitlichen Systemoberfläche die Dokumentation über den gesamten Versorgungsprozess elektronisch abzubilden – und darauf aufbauend benutzerfreundliche, zunehmend mobile Anwendungen bereitzustellen. Mit der Umsetzung unseres klinischen Projektportfolios adressieren wir damit genau die Themen, die den Mitarbeitenden in den Kliniken in ihrer täglichen Arbeit am Herzen liegen. Aber unsere Services enden nicht im USB. Eine optimale Patientenversorgung beginnt beim zuweisenden Arzt und wird mit dem Austritt des Patienten auch dorthin zurückgeführt. Es muss uns gelingen, mit den Zuweisern stabile Partnerschaften aufzubauen. Durch unsere Systeminformationen wollen wir ihnen zukünftig grösstmögliche Termin- und Behandlungstransparenz bieten und durch verlässliche Abläufe die optimale Nachsorge ihrer Patienten ermöglichen.

### Die nächsten Umsetzungsaktivitäten auf diesem Wege sind:

- Das **ISMed-System** wurde bereits auf einen guten Stand gebracht und wird weiter verbessert, sodass es auch im ambulanten Bereich als eine wichtige Unterstützung eingesetzt werden kann. Ebenso rollen wir die technischen Voraussetzungen weiter aus, um papierene Unterlagen durch Scan- und Archivierungsprozesse elektronisch nutzbar zu machen.
- In den Kliniken für HNO und der Plastischen Chirurgie sind wir dem Ziel einer vollständigen elektronischen Abbildung der stationären und ambulanten Behandlungsprozesse schon sehr nahe gekommen. Um das **«Electronic Medical Record»**-(EMR-)Projekt spitalweit realisieren zu können, sind weitere umfangreiche

Voraussetzungen erforderlich: Zum einen muss die ICT eine tragfähige und leistungsstarke Plattform zur Verfügung stellen. Zum anderen müssen die interessierten und teilnehmenden Abteilungen die Dokumentation ihrer Behandlungsprozesse an die elektronisch geführte Akte anpassen. Sobald diese Voraussetzungen erfüllt sind, erfolgt der nächste logische Schritt: Die Patienteninformationen, Berichte, Befunde, Verlaufseinträge und Fotos können dann als elektronisch verfügbares Patientendossier auch auf mobilen Geräten (iPad etc.) bereitgestellt werden. Damit wird gleichzeitig auch eine wichtige Grundlage geschaffen, um den Datenaustausch mit unseren Zuweisern und Kooperationspartnern in anderen Spitälern zu optimieren.

- Wir bringen zusammen mit Labor, Pathologie und Radiologie den elektronischen **«Order/Entry»** voran. Für den Labor-Order/Entry haben wir die Pilotphase abgeschlossen und starten gerade den Rollout in den Stationen. Für Pathologie und Radiologie stehen wir mit der Systemunterstützung kurz vor der Fertigstellung.
- Mit dem Vorprojekt **«Fieberkurve/Medikamentenverordnung»** wollen wir die Ablösung der nicht mehr zeitgemässen aufwändigen Papierdokumentation in der Pflege starten. Dadurch erfährt die Patientendokumentation deutlich mehr Einheitlichkeit und bessere Lesbarkeit. Die elektronisch gestützte Verordnung und Abgabe von Medikamenten erhöht die Sicherheit für die Patienten und das Personal. Die Projektgruppe hat die bereits im Vorfeld erfragten Wünsche aus den Bereichen der Pflege und der ärztlichen sowie therapeutischen Dienste aufgenommen und aktuell eine öffentliche Ausschreibung veranlasst. Derzeit sichten wir die eingegangenen Bewerbungen und werden im April 2014 drei Produkte ausgiebig mit zahlreichen Mitarbeitenden aus allen Bereichen testen. Basierend auf diesen Erkenntnissen aus der Praxis werden wir dann gemeinsam entscheiden, welches Produkt für das USB passend ist, und in weitere Verhandlungen mit den Systemanbietern eintreten.
- Wichtig ist auch, dass wir die Prozesse und Systeme im gesamten Bereich der **Termin- und Ressourcenplanung** (Personal, Betten, Operationssäle, Funktionsräume etc.) ausbauen und harmonisieren. Gute Planungsinstrumente helfen, die Ressourcen besser auszulasten, die Wartezeiten zu verringern und damit die Patientenzufriedenheit zu steigern.
- Im neuen **«Business Support Team»** haben wir jetzt die geplante Mitarbeiterstärke an Bord.

Mit diesem Team verbessern wir den Brückenschlag zwischen Klinik und ICT, um auf die Anforderungen und Unterstützungsbedürfnisse unserer Kunden schnell und gezielt reagieren zu können.

All das bedeutet aber auch, dass wir permanent unsere technische Infrastruktur weiterentwickeln müssen. Ein stabiles Netz, die Bereitstellung und Wartung von moderner Hard- und Software sowie ausreichende Speicherkapazitäten bilden das Herz und die Grundlage jeglicher IT-Prozesse.

Mit diesem Zusammenspiel aus Innovation, Technik und Support kommt die ICT Stück für Stück ihrem aus der Unternehmensstrategie entwickelten Ziel näher: Eine homogene Systemlandschaft mit zukunftsfähigen Schlüsselapplikationen für das USB zu entwickeln und den Mitarbeitenden und den Patienten ein kunden- und serviceorientierter Dienstleister zu sein.

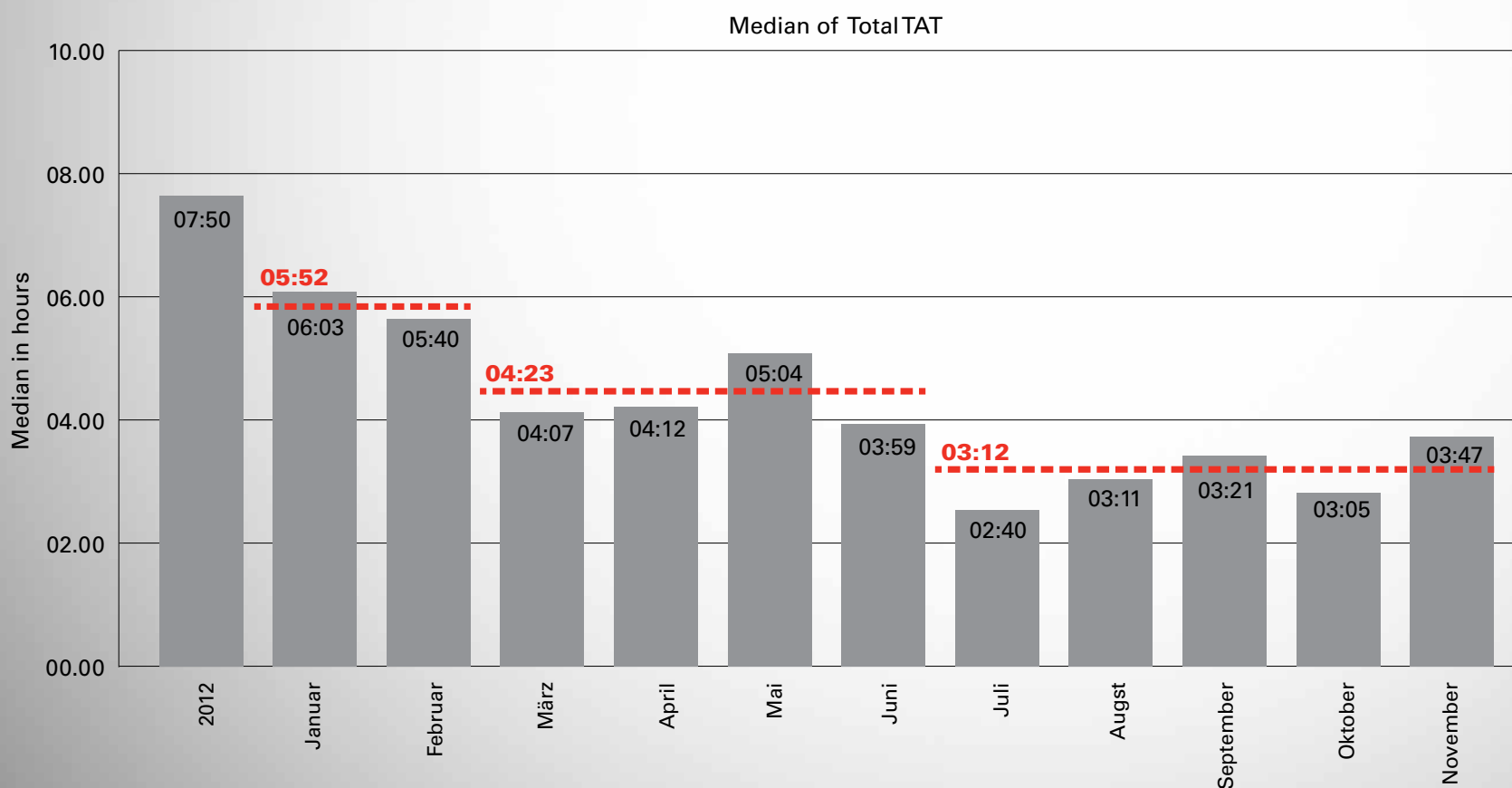
### Die ICT-Strategie

Um den Anforderungen aus der Unternehmensstrategie auf der einen und den Marktentwicklungen auf der anderen Seite verlässlich Rechnung tragen zu können, haben wir im Februar 2013 die ICT-Strategie in der Spitalleitung zur Entscheidung gebracht. Die aus diesem Prozess hervorgegangenen strategischen Ziele der ICT sind u.a.:

- Die elektronische Dokumentation über den gesamten Versorgungsprozess sicherstellen.
- Benutzerfreundliche, zunehmend mobile Anwendungen bereitstellen.
- Spitalweite, übergreifende Ressourcen- und Terminplanung einführen.
- Ein Portal für Partner und Patienten inkl. Terminbuchung bereitstellen.
- Eine serviceorientierte Anwendungsarchitektur etablieren.
- Kunden- und Serviceorientierung der IT-Mitarbeitenden weiterentwickeln.
- IT-Sicherheit gewährleisten und Betriebskonzepte für Notfälle weiterentwickeln.

# Zufrieden ist nicht gut genug

«Wo bleibt der Radiologiebefund?» Diese Frage stellen sich immer wieder Ärzte auf den Stationen. Denn die Ergebnisse der radiologischen Untersuchung sind häufig Voraussetzung für die weitere Diagnostik und Therapie unserer Patientinnen und Patienten. Eine schnelle Verfügbarkeit der Befunde ist deshalb essenziell für einen optimalen Behandlungsverlauf.



Die Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin sieht sich als interner Dienstleister für alle Stationen und Ambulanzen des Spitals. Deshalb hatte sich unser Chefarzt Prof. Dr. Elmar Merkle für das Jahr 2013 auch zum Ziel gesetzt, die Durchlaufzeiten unserer Befunde deutlich zu senken. Konkret wollten wir in Jahresfrist erreichen, dass 95% aller Befunde innerhalb von 24 Stunden nach Untersuchungsende freigegeben werden. Zum Vergleich: 2012 waren es gerade mal 78,5%.

Von Achim Escher

Wir wussten natürlich, dass die schnelle Verfügbarkeit der Befunde für unsere internen Zuweiser sehr wichtig ist. Trotzdem wollten wir das bestätigt wissen und auch erfahren, wie es um die Zufriedenheit unserer Kunden steht. Aus diesem Grund haben wir am 28.6.2014 eine Online-Umfrage durchgeführt, die insgesamt 133 von 1018 angeschriebenen Klinikern beantwortet haben.

Für 69% der Befragten ist es sehr wichtig, dass die Befunde der Computer- und Magnetresonanztomografie schnell vorliegen. Bei den konventionellen Röntgenuntersuchungen liegt dieser Anteil mit 44% deutlich niedriger.

Immerhin waren 58% aller Befragten mit der Geschwindigkeit unserer Befunde «zufrieden», aber leider nur 8% «sehr zufrieden».

Aber damit geben wir uns nicht zufrieden. «Wir möchten unseren Zuweisern erstklassigen Service bieten!», so Elmar Merkle. Denn letztendlich steht die Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin auch im Wettbewerb mit externen Anbietern.

## Transparenz und Sensibilisierung

Nun standen wir zu Beginn des Jahres 2013 also vor der Herausforderung, diesen wichtigen Aspekt unserer Service-Qualität zu verbessern. Getreu dem Motto «You can't manage what you can't measure!» war klar, dass wir geeignete Controlling-Instrumente finden mussten. Deshalb haben wir zunächst damit begonnen, auf der Ebene unserer ärztlichen Abteilungen in der monatlichen Abteilungsleiterkonferenz den Erreichungsgrad unseres Ziels zu präsentieren. Damit haben wir die Grundlage zur Sensibilisierung auf der Leitungsebene gelegt. Doch wir wollten noch einen Schritt weitergehen. Denn nur wenn allen Ärztinnen und Ärzten der Radiologie und Nuklearmedizin bewusst ist, wie wichtig dieser Key-Performance-Indikator ist, erreichen wir eine nachhaltige Verbesserung. Alle sollten wissen,



wie sie zur Erreichung unserer Ziele beitragen. Deshalb haben wir im März ein pseudonymisiertes individuelles Reporting veröffentlicht. In diesem Reporting konnte jeder Arzt seine eigenen Leistungskennzahlen mit denen seiner Kollegen anonym vergleichen. Natürlich waren wir uns darüber im Klaren, dass dies einen starken kompetitiven Charakter hat. Aber genau aus diesem Grund haben wir dieses Instrument auch nur einmalig eingesetzt. Es sollte Transparenz schaffen und sensibilisieren, aber nicht in permanente Kontrolle ausufern.

**Massnahmen zeigen Wirkung**

Die Massnahmen haben bereits dazu beigetragen, dass sich unsere Durchlaufzeiten verbessert haben. Aber einen Haken hat die Sache noch. Bisher haben wir immer nur retrospektiv geprüft, ob die Ziele erreicht wurden. Falls nicht, war es ja jeweils immer schon zu spät, um noch zu korrigieren. Ausserdem wollten wir neben der Kontrolle auch ein einfaches Arbeitsinstrument schaffen, das uns hilft und uns in diesem Prozess unterstützt. Etwas, das uns die Arbeit erleichtert. Unsere Analysen hatten eben auch ergeben, dass es manchmal schlicht Versäumnisse sind, die zu langen Befundlaufzeiten führen. So wird z.B. ein Befund am späten Abend an einen Arzt zur Freigabe weitergeleitet, der am nächsten Tag gar nicht im Hause ist. Es galt also, eine Lösung zu finden, die hilft, den Überblick zu behalten, und daran erinnert, wenn etwas aus dem Ruder läuft.

**Einfach eine einfache Liste**

So entstand die Idee, ein Online-Tool zu entwickeln, das permanent anzeigt, welche Befunde noch zu bearbeiten sind und ob diese bereits zu lange nicht bearbeitet wurden. Diese neue Form von «Worklist» sollte möglichst einfach gestaltet sein, keine zusätzliche teure Controlling-Software erfordern und vor allem in Echtzeit – Stichwort: Real-Time-Monitoring – abgebildet werden. Dies ist uns mit toller und unkomplizierter Unterstützung unseres ICT-Ressorts gelungen. Seit Juni steht uns ein Web-Tool zur Verfügung, das uns permanent zeigt, welche Befunde dringend bearbeitet werden müssen. Durch die Web-Technologie kann man quasi auf jedem Rechner im Spital jederzeit den Status der anstehenden Befunde einsehen. So kann z.B. auch ein Abteilungsleiter während einer Sitzung einen kurzen Blick auf sein iPad werfen, um zu sehen, ob alles im grünen Bereich ist. Denn zeitkritische Befunde werden mit Signalfarben markiert. Damit ist garantiert, dass sofort erkannt wird, wenn es zeitlich irgendwo eng wird.

**Selbstevaluation**

Mittlerweile können wir auf die Ergebnisse unserer Massnahmen im Jahr 2013 zurückblicken und evaluieren, ob wir das selbstgesteckte Ziel erreicht haben. Und tatsächlich haben sich unsere Befunddurchlaufzeiten deutlich verbessert. In der zweiten Jahreshälfte 2013 betrug der Anteil der innerhalb von 24 Stunden freigegebenen Befunde 95,72%. Damit wird das Ziel nachhaltig erreicht. Der Median der Befunddurchlaufzeit über alle Untersuchungen gemessen sank von 7:50 Stunden im Jahr 2012 gar auf einen Wert von 3:12 Stunden seit der Einführung unseres Real-Time-Monitorings. Das bedeutet, dass für die Hälfte unserer Untersuchungen bereits nach ca. 3 Stunden ein fachärztlich visierter, schriftlicher Befund vorliegt.

**Erfolg, aber wir wollen mehr**

«Dieses Ergebnis kann sich sehen lassen!», so Prof. Merkle, der auch vom Einsatz der Radiologinnen und Radiologen in der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin begeistert ist. Damit wurde ein wichtiger Beitrag im Gesamtprozess für die schnellere und effizientere Versorgung unserer Patienten geleistet.

Auf diesem Ergebnis werden wir uns aber nicht ausruhen. Als Nächstes möchten wir die Schwellenwerte spezifischer definieren und überwachen. Nicht jeder Befund hat die gleiche Dringlichkeit. Ein CT bei einem Polytrauma-Patienten hat offensichtlich eine höhere Priorität als eine elektive MRI-Untersuchung bei einem Patienten mit leichten Knieschmerzen. Entsprechend sollen diese Prioritäten in unserem Monitoring berücksichtigt werden. Davon erhoffen wir uns eine weitere Verbesserung der Patientenversorgung, aber auch eine Entzerrung der Arbeitslisten und damit eine Entlastung der befundenden Radiologinnen und Radiologen.

**Weiter geht's im Optimierungsprogramm**

Der Erfolg unserer Massnahmen hat uns auch motiviert, uns am Optimierungsprogramm des USB zu beteiligen. Unser Ziel ist es, dass alle ambulanten MRI-Untersuchungen des USB bei uns in der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin durchgeführt werden. Den Verlauf des Teilprojekts «MRI» können interessierte Mitarbeitende im Intranet verfolgen.

**Gesamtzeit bis Freigabelimit**

Name	Vorname	Untersuchung	Mass.-ID	Leser	Gegenleser	Freigeber	Befund Status	Unters. Ende	Verbl.Zeit
Muster	Soraya	CT Abdomen/Becken	23951819	BUEDA	BUEDA	BONGE	g	25.12.2013 10:52	Out
Musterhans	Oliver	CT Abdomen/Becken	23951913	BUEDA	BUEDA	BONGE	g	25.12.2013 19:12	03:56
Mustermann	Jan	CT Abdomen/Becken	23951920	BUEDA	BUEDA	BONGE	g	25.12.2013 19:29	04:13
Muster	Rafael	CT Abdomen/Becken	23951939	BERNO	BERNO	BREJE	g	25.12.2013 21:55	06:39
Musterhaus	Sascha	CT Abdomen/Becken	23951952	BERNO	BERNO	BREJE	g	25.12.2013 23:13	07:57
Musterkunst	Sebastian	CT Abdomen/Becken	23951967	BERNO	BERNO	BREJE	g	26.12.2013 03:01	11:45
Muster	Lukas	MRI Abdomen	23951536	BREJE	BREJE	BREJE	g	26.12.2013 12:05	20:49
Musterapp	Leonie	CT Angiografie Hals-Thx-Abd-Becken-Bein	23952009	NEWCA	NEWCA	BREJE	g	26.12.2013 12:27	21:11
Musterernst	Fabian	Abdomenübersicht	23952049	NEWCA	NEWCA	BREJE	g	26.12.2013 14:22	23:06

Das neue Online-Tool, das den Stand der Befunde in Echtzeit anzeigt. Bei Rot besteht dringender Handlungsbedarf.

# Eine andere Seite von mir

**Katharina Rüter-Wolf, Gynäkologin, absolviert ein Management-Fellowship im Bereich Spezialkliniken. Was ihr Fellowship mit einem Orchester zu tun hat und wieso sie sich dennoch an ihre ärztliche Tätigkeit erinnert fühlt, beschreibt sie in diesem persönlichen Tagesbericht.**



Monatliches Highlight: Katharina Rüter-Wolf mit Chef Norbert Spirig am Jour Fixe.

**08:00:** Im Büro angekommen. Der zweite Teil meiner Persönlichkeit wacht auf – der erste ist gut behütet bei meiner Familie hinterlegt. Ich genieße es, mit meinen Kolleginnen und Kollegen den Arbeitstag zu beginnen. Mit meiner Bürokollegin habe ich Riesenglück. Wir können beide ernsthaft arbeiten, aber zwischendurch auch mal herzlich lachen. Zunächst arbeite ich meinen E-Mail-Posteingang ab und kläre ein paar Dinge telefonisch.

**08:30:** Stichwort Business Case: Für die Augenklinik kläre ich ab, ob es für das USB sinnvoll wäre, sich auf bestimmte Augentumore zu konzentrieren und dafür eine zusätzliche Operationstechnik anzubieten. Meine Aufgabe dabei ist, sowohl die medizinischen als auch die wirtschaftlichen Aspekte zu berücksichtigen und stets die Qualität für den Patienten im Auge zu behalten. Danach führe ich aus einer neutralen Position heraus eine Wertung durch. Als Gynäkologin ist mir die Augen Chirurgie eher fremd, jedoch finde ich es spannend, durch meine Fellowship-Tätigkeit immer wieder neue Gebiete der Medizin kennenzulernen. Es gibt viel zu lernen, zum Beispiel bei den wirtschaftlichen Berechnungen. Glücklicher-

weise unterstützen mich die internen Betriebswirtschaftler tatkräftig. Immer wieder nehmen sie sich Zeit und erklären mir bestimmte Rechnungen oder Analysen. Ist der Business Case einmal abgeschlossen, wird er Entscheidungsgrundlage für das USB sein. Es ist eine Herausforderung, alle Vor- und Nachteile zu berücksichtigen. Dafür habe ich mich mit Mitarbeitenden unterschiedlichster Berufsgruppen getroffen und diese interviewt. Nach 6 Jahren am USB in der Gynäkologie hatte ich bisher das Gefühl, bereits zahlreiche Mitarbeitende zu kennen. Durch meine neue Tätigkeit jedoch komme ich noch viel stärker in Kontakt mit dem mir noch Unbekannten. Überall treffe ich auf viel Hilfsbereitschaft und fachliche Kompetenz. Ohne Einlesen in die Fachliteratur geht's allerdings nicht. So erhalte ich die relevanten Zahlen unserer Klinik, um mögliche Zukunftsszenarien zu entwerfen.

**09:30:** Bei einer kurzen Kaffeepause unterhalte ich mich mit OP-Manager Peter Müller über die einzelnen Prozessschritte des OPs. Obwohl ich häufig selber im Operationssaal tätig bin, werden mir erst jetzt die komplizierten Schritte «hinter den Kulissen» bewusst. Peter hat einen detaillier-

ten Überblick und weicht mich in wichtige Hintergrundinformationen ein. Da ich am Optimierungsprogramm im Teilprojekt Wechselzeiten beteiligt bin, ist es wichtig, von jeder Berufsgruppe die Abläufe zu verstehen und die aktuellen Probleme zu kennen. Mit jeder Kaffeepause wird mein Bild klarer.

**10:00:** Einmal im Monat habe ich mit meinem Chef Norbert Spirig einen Jour-Fixe-Termin. Heute ist es wieder so weit. Für mich ein Highlight. Denn Norbert fragt mich nicht nur nach dem aktuellen Stand meiner Tätigkeiten und Aufgaben, sondern sieht diese Zeit auch als Ausbildungsmöglichkeit. So erfahre ich heute unter anderem, welche Bedeutung inkrementelle Kosten haben und was im Change Management zu beachten ist.

**10:30:** Treffen mit einem externen Berater. Wir bereiten den ersten Workshop für die Wechselzeiten im Opti-Programm vor. Es ist eine strategische Leistung, alle Teilnehmenden für die Mitarbeit zu gewinnen und zu motivieren. Deshalb ist eine sorgfältige Vorbereitung wichtig. Zusätzlich muss auf die unterschiedlichen Bedürfnisse und Probleme eingegangen werden, was mir oftmals wie das Dirigieren eines Orchesters vorkommt. Alle Instrumente so erklingen zu lassen, dass es eine schöne Melodie wird, ist nicht immer einfach. So darf kein Instrument zu dominant ertönen, aber auch keines überhört werden. Jetzt denke ich gerade an meine eigene Violine. Ob ich heute noch zum Üben komme?

**11:30:** Ich nutze die eine Stunde bis zum nächsten Termin, indem ich die besonderen Aspekte der einzelnen Inhalte im Business Case detailliert einarbeite.

**12:30:** Bei einem Mittagessen mit der Fachbereichsleiterin Pflege und mit einer Kollegin aus dem PEPE-Team besprechen wir die letzten Feinheiten für den geplanten Workshop am Nachmittag. Dieses Projekt verfolgt das Ziel, relevante medizinische Prozesse zu optimieren. Dabei geht es nicht darum, Einsparungen zu erzielen, sondern vielmehr darum, einen patientenfreundlicheren Prozess von hoher Qualität zu gestalten. Heute versuchen wir, den Ablauf des OP-Tages von Patienten in der Augenklinik zu optimieren. Wir haben folgende Nachteile festgesellt: Die Patienten müssen aktuell 500 Meter laufen, einige Prozessschritte werden wiederholt durchgeführt, und die Gänge sind schlecht ausgeschildert, was insbesondere für Patienten mit Sehbehinderung sehr schwierig zu meistern ist. Schon bei der Erhebung der Prozesse haben wir viele Verbesserungsvorschläge von den Mitarbeitenden erfahren.

**13:00:** Der Weg in die Augenklinik eignet sich perfekt dazu, etwas Frischluft zu tanken. In der Augenklinik angekommen, treffen wir in der Bibliothek die letzten Vorbereitungen für den Workshop.

**13:30:** Ich freue mich sehr darüber, dass alle Teilnehmenden des Workshops anwesend sind. Es handelt sich um ein interprofessionelles Team: Stationspflege, Ärzte, Administration, OP- und Anästhesie-Pflege. Eine kurze Einführungspräsentation von Esther Sackmann und mir soll das Ziel des Workshops verdeutlichen. Nachdem die aktuellen Probleme schriftlich mittels Post-it von allen Teilnehmenden dokumentiert wurden, begeben wir uns auf die «grüne Wiese». Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer stellen einen optimalen Patientenfluss zusammen. Dabei ist es unwichtig, welcher Berufsgruppe man angehört, denn alle sollen sich in die Lage des sehbehinderten, aufgeregten, auf die OP wartenden Patienten versetzen. Zunächst entwickeln sich die Ideen nur zögerlich, doch mit der Zeit

setzt die Phantasie ein und es entsteht eine kreative Teamarbeit. Am Ende ist der Soll-Prozess erstellt und wir freuen uns, diesen in einem nächsten Schritt umzusetzen. Die erste Hürde ist genommen.

**16:00:** Nochmals ein Termin. Diesmal bin ich «nur» als Teilnehmerin in einem Projekt der HNO dabei. Die Projektleitung erläutert uns während der Kick-off-Präsentation das Ziel des Projektes, den Zeitplan und die einzelnen Schritte. Meine Aufgabe wird sein, die ärztliche Sichtweise mitzubringen. Als Gynäkologin bin ich zwar in dem Gebiet der HNO nicht allzu sehr bewandert, aber es sind mehrere Interviews mit HNO-Ärzten vorgesehen, was mir beim Erlangen der nötigen Kenntnisse sicher helfen wird.

**17:30:** Zurück am Schreibtisch, am PC. Zwar hat sich mein Posteingang bereits wieder gefüllt, aber ich entschlüsse mich trotzdem, auszuschalten und nach Hause zu meiner Familie zu gehen. Ein Vorteil im Vergleich zum «regulären» Arztjob ist es, keine Nacht- und Wochenenddienste zu haben und den Tagesablauf zu einem Grossteil selber zu gestalten. Das Resümee des Tages ist für mich wie bei der ärztliche Tätigkeit: Ich kann in meinem Berufsalltag einiges bewegen und gehe daher zufrieden nach Hause.

#### **Katharina Rüther-Wolf: Weshalb ich das Fellowship empfehle?**

*Für jeden Arzt, der über «den Tellerrand» seines Aufgabenspektrums blicken möchte, ist dies die optimale Gelegenheit, die Zusammenhänge eines Spitals verstehen zu lernen.*

#### **Fellowship in Kürze:**

In diesem Fellowship bekommt man als Ärztin oder Arzt ein Jahr lang die Möglichkeit, die gesamtheitlichen Organisationsstrukturen des Universitätsspitals kennen zu lernen und innerhalb von verschiedenen Projekten die ärztliche Berufserfahrung einfließen zu lassen. Das Ziel der Tätigkeit ist, zur kontinuierlichen, organisatorischen Optimierung des Universitätsspitals beizutragen.



Katharina Rüther-Wolf ist auch am OPTI-Programm beteiligt. Hier beim Verteilen von Tischsets im Centro.



# Rund ums Bett in drei Projekten

In den letzten Jahren hat das USB seine Patientenzahlen kontinuierlich steigern können. Mit dieser Steigerung ist jedoch auch eine stetige, hohe Bettenauslastung einhergegangen. Nicht selten kommt die Aufnahmekapazität des USB dabei an ihre Grenzen. Eine nachhaltige und spitalübergreifende Lösung «rund ums Bett» sollte durch verschiedenen Teilprojekte des OPTI-Programms geschaffen werden. Einiges kam dabei ins Rollen.



«Auf der Chirurgie 6.2. ist der Beschluss zur Erhöhung der Bettenkapazität von Anfang an auf positive Resonanz gestossen.

Das «Sorgenkind» Überbett/Stellplatz löste sich dadurch in Luft auf.»

Fabian Kneubühler,  
Stationsleiter a.i., Chirurgische Tagesklinik

## Das Teilprojekt «Räume»

Das Teilprojekt (TP) «Räume» verhilft dem OPTI-Programm zu einer Premiere: Es ist das erste erfolgreich abgeschlossene Teilprojekt. Ziel des Projektes war die Identifizierung von 50 möglichen funktionalen Bettenstellplätzen und die Inbetriebnahme von 20 aktiven Bettenstellplätzen bis Ende Oktober dieses Jahres. Zu diesem Zweck begab sich Leiter Dr. Volker Büche, Leiter Organisationsentwicklung, erst mal von Raum zu Raum. Ganz nach dem Motto «Was versteckt sich hinter dieser Tür?» war er von April bis September 2013 im ganzen Spital unterwegs, um sich die 10785 Räume auf seiner Liste zu anzuschauen und sich über ihren momentanen Verwendungszweck zu informieren – auch, ob der aktuelle Nutzen der richtige ist oder verbessert werden könnte.

**Volker Büche:** «Die Erhebung ging sehr schnell voran, da die angefragten Stationen bzw. die Stationsleitungen und Mitarbeitenden sehr engagiert und auskunftsfreudig mitgewirkt haben.»

Er widmet sich damit verschiedenen Problemfeldern am USB, zum Beispiel, dass eine Gesamtübersicht über die Bettensituation fehlt und viele Räume zweckentfremdet genutzt werden. Im November konnten die Ergebnisse dem Steuerungsausschuss zur weiteren Entscheidung vorgelegt werden. Dieser entschied, das Teilprojekt zu beenden und die weitere Bearbeitung mit dem TP «Bettenstationen» und dem TP «Elektronisches Bettenmanagement» zu verschmelzen. Volker Büche wird im Teilprojekt «Bettenstationen» weiter unterstützend mitarbeiten.

Die wichtigsten Ergebnisse auf einen Blick

- Die Begehung der Spitalräumlichkeiten hat gezeigt, dass momentan nur die bereits bettenführenden Gebäude als solche in Frage kommen, aufgrund ihrer Infrastruktur und technischen Ausstattung. Dies sind das Klinikum 1 und 2, der Operationstrakt und der Bettentrakt der Augenklinik.
- Das USB verfügt in seinem Haupt- und Nebenareal über 29 bettenführende Stationen.
- Insgesamt gibt es 815 Bettenstellplätze, die bewirtschaftet werden können.
- Davon werden 670 aktiv genutzt, 130 nicht betrieben und es gibt 15, die in Untersuchungs- und Behandlungsräume umgewandelt wurden.

## Das Teilprojekt «Bettenstationen»

Mit der Identifizierung von zusätzlichen Bettenstellplätzen ist ein wichtiger Schritt getan. Zusätzlich sind aber auch alle Bereiche gefordert, Modelle zur Optimierung der Bettenstationen zu entwickeln. Diesem Thema widmet sich dieses Teilprojekt unter der Leitung von Eusebio Passaretti, Projektleiter Ressort Medizinische Prozesse & Qualität. Die Grössen der Bettenstationen sind dahingehend zu optimieren, dass das USB für die künftigen Herausforderungen weiterhin einen effizienten Betrieb unter Einhaltung hoher Qualität sicherstellen kann. Das Stichwort hierbei ist Individualität. Mehrere Workshops haben gezeigt, dass eine flächendeckende Optimierung nicht den erhofften Benefit bringen würde – stattdessen muss jede Station einzeln betrachtet werden.

### Worin sehen wir den Erfolg?

Die gewählte Auswertungsmethodik ermöglichte es, sowohl den Pflegebedarf bezogen auf Zimmer und Betten zu ermitteln als auch die pflegerisch intensiv genutzten Betten jeder Station räumlich darzustellen. Die Soll-Betriebsorganisation, welche im Rahmen des Teilprojektes erarbeitet wurde, konnte durch diese Darstellungen evaluiert und gegebenenfalls angepasst werden – wiederum individuell für die einzelnen Stationen. Zwar verlangt die Optimierung der Bettenstationen ein gewisses organisatorisches Geschick der Mitarbeitenden, da flexible Ausweichmöglichkeiten auf Reservebetten oftmals wegfallen, führt aber auch zu spürbaren Entlastungen, wie beispielsweise von **PD Dr. Jens Eckstein**, Leitender Arzt Innere Medizin, beschrieben:

«Durch die Anpassung der Bettenzahlen auf Medizin 7.1 sind auf der Medizin nun alle Abteilungen so aufgestellt, dass diese mit 3 beziehungsweise 4 Assistenzärzten optimal besetzt werden können. Mit diesen fixen Zahlen können wir die Besetzung langfristiger planen.»

## Das Teilprojekt «Elektronisches Bettenmanagement»

**Fabian Kneubühler:** «Sehr positiv ist natürlich die Unterstützung in der Verteilung der Patientinnen und Patienten durch das Bettenmanagement.»

Seit Jahren wird am USB das System SISMed AVE für die Erfassung von Verlegungen, Entlassungen und Abwesenheiten der stationären Patienten verwendet. Mit der veralteten Technologie, den fehlenden Weiterentwicklungsmöglichkeiten sowie dem teuren Support wird die Software den betrieblichen Anforderungen seit längerem nicht mehr gerecht. Ein neues Bettenbewirtschaftungstool muss her, eine Aufgabe, der sich das Teilprojekt «Elektronisches Bettenmanagement» angenommen hat. Die Leitung hat Stephan Schärer, Fachbereichsleiter Pflege Bereich Chirurgie.

### Worin sehen wir den Erfolg?

Das neue System (ein Produkt der Firma OR-Soft, welches technologisch sehr eng ans SAP geknüpft ist) stellt die aktuelle Bettensituation am USB für alle transparent dar – inklusive der geplanten Aufnahmen und Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten. Somit wird das operative Bettenmanagement bestmöglich unterstützt und die Ressource «Bett» kann in Zukunft besser bewirtschaftet werden. Auf Chirurgie 3.1 beginnt ein Pilotprojekt.

### Rund ums Bett – stabil und rollend zugleich.

Dieser Beitrag wurde zusammengestellt von Lisa Savenberg



20 der derzeit nicht betriebenen Betten sollen bis Ende Oktober 2014 in Betrieb genommen werden, so lautet der Entscheid des Steuerungsausschusses. Natürlich gilt es, sämtliche Konsequenzen eines solchen Entschlusses im Auge zu behalten. So merkt beispielsweise **Angelica Campana**, Leiterin Gebäudemanagement 2 an: «Die Räume müssen von unserer Seite her im clean mutiert, im Reinigungsplan hinterlegt und die Zeiten neu berechnet werden. Dies führt zu einem erhöhten Ressourcenbedarf – an Stellen und an Material.» Für ein Patientenzimmer gelten zudem höhere Hygiene- und Sicherheitsrichtlinien als für ein Büro, die dafür nötigen Ressourcen müssen in jedem Fall rechtzeitig beantragt werden.

### Worin sehen wir den Erfolg?

Das Teilprojekt hat Klarheit über die Bettensituation am Unispital geschaffen. Durch die Ergebnisse der Datenerhebung konnte aufgezeigt werden, wo am meisten Optimierungspotenzial besteht und 50 dringend nötige Bettenstellplätze konnten identifiziert werden. So kann das USB auf die steigenden Patientenzahlen reagieren.

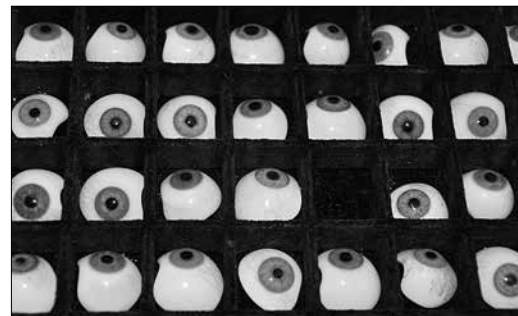


# Von Kunstaugen und Augenkünstlern

Ein Auge kann nicht ersetzt werden. Wenn ein Auge entfernt werden muss, kommen Augenprothesen zum Einsatz – diese können leider nicht sehen, werden jedoch mit grösstmöglicher Ähnlichkeit zum gesunden Auge angefertigt. Von Hand, kunstvoll, mit viel Präzision und individuell.



Sind die Brüder Martin in der Augenklinik, werden an diesem Arbeitsplatz Kunstaugen vollendet.



Die Entfernung eines Auges ist ein schwieriger Schritt im Leben von Betroffenen. Prof. David Goldblum, Leitender Arzt der Augenklinik des Unispitals, bespricht das Vorgehen und die Konsequenzen daher sehr genau mit seinen Patientinnen und Patienten. «Der Verlust eines Körperteils ist psychisch immer einschneidend, auch wenn der dadurch gewonnene Nutzen im Nachhinein überwiegt», meint er. «Die Patienten benötigen viel Zeit, sich damit abzufinden.»

Solche Eingriffe sind heute deutlich seltener als früher, so sind es in der Augenklinik noch etwa zehn pro Jahr. Dass ein Auge entfernt werden muss, kann zwei Gründe haben: Entweder, das Auge ist blind und schmerzhaft, was zum Beispiel durch einen Unfall verursacht sein kann, oder es wird präventiv entfernt. Vielfach geschieht dies aufgrund eines bösartigen Tumors.

Von Lisa Savenberg

Der Eingriff selbst dauert ungefähr eine Stunde. Anstelle des Auges wird dabei eine sogenannte Plombe in die Augenhöhle eingesetzt, eine Kugel aus Kunststoff, an der die Augenmuskeln befestigt werden und die dann von der eigenen Bindehaut bedeckt wird. Dies ist wichtig, damit sich später auch die Augenprothese etwas mitbewegen kann.

Da sich die Form der Augenhöhle während der ersten drei Monate nach der Operation noch verändert, wird zunächst eine provisorische Augen-

prothese verwendet, die also nicht spezifisch für den Patienten hergestellt wurde. 15 Schachteln mit Standardmodellen aller möglichen Formen und Farben beherbergt die Augenklinik. Ist der Vernarbungsprozess der Augenhöhle abgeschlossen, kommen die sogenannten Augenkünstler ins Spiel, so zum Beispiel Ruth Müller-Welt vom Institut für Künstliche Augen, Stuttgart, oder die Brüder Karl-Ludwig und Otto E. Martin vom Schweizerischen Kunstaugen Institut in Luzern. Als Augenkünstler/innen (Okularisten) stellen sie Augenprothesen aus Glas oder Kunststoff her, die sowohl von der Form als auch von der Farbe her genau auf die Bedürfnisse ihrer Kunden abgestimmt sind. Ob blau, grün oder braun, klein oder gross, kaum sichtbare oder auffallende rote Äderchen – jedes künstliche Auge ist einzigartig und von A bis Z handgefertigt. Zwei Mal im Jahr bieten die Brüder Martin Konsultationen in der Augenklinik Basel an und betreuen dabei viele Personen, die teilweise schon seit Jahrzehnten zu ihnen kommen. Ein Kunstauge hält nämlich nicht ein Leben lang, sondern nützt sich mit der Zeit ab. Ein Glasauge soll zum Beispiel etwa alle eineinhalb Jahre ersetzt werden – die Neuanfertigung und das bisherige Modell können jedoch nie ganz identisch sein. Schliesslich werden die Kunstaugen von Hand hergestellt und bemalt.

Das Wichtigste ist, dass sich ein Patient mit seinem Kunstauge wohlfühlt, was bedingt, dass es so unauffällig wie möglich ist. «Bei manchen Augenprothesen sieht man fast keinen Unterschied zum

natürlichen Auge», erklärt Goldblum, «meistens ist jedoch die Mobilität der eigentliche Punkt. Ein künstliches Auge erkennt man oft daran, dass es sich nur eingeschränkt bewegt.» Trotzdem haben Glas- und Kunststoffaugen einen klaren ästhetischen Wert: Sie stellen die Gesichtsharmonie wieder her und verhindern das Herunterhängen des Augenlides.

«Im Grunde kann man sich eine Augenprothese wie eine grosse, dicke und harte Kontaktlinse vorstellen», findet David Goldblum und spricht damit Aussehen, Handhabung und Pflege des künstlichen Auges an. Die Prothese wird wie eine Kontaktlinse eingesetzt und sollte ebenfalls ab und zu herausgenommen und gewaschen werden. Ablagerungen, Fremdkörper oder Kratzer, auch auf dem Kunstauge, können für die Betroffenen sehr störend sein.

Der massgebliche Unterschied zwischen einer Kontaktlinse und einer Augenprothese bleibt jedoch: Während die Kontaktlinse zu einer besseren Sicht verhilft, ist und bleibt das Kunstauge ein rein ästhetisches Hilfsmittel. Für Goldblum ist allerdings klar: «Am schönsten wäre es natürlich, wir könnten eines Tages ein Kunstauge verwenden, das wieder sieht.»



## Eine neue Sicht – Gespräch mit einem Betroffenen

Patrick\* trägt eine Brille und hat blaue Augen. «Das rechte ist zwar ein bisschen heller als das linke», gibt der junge Mann zu, «ansonsten bin ich aber mit Grösse und Farbe ganz zufrieden.» Patrick spricht von seinem Glasauge, das er nun seit einer Woche trägt. Es handelt sich dabei vorerst um eine provisorische Prothese aus dem Standard-Fundus der Augenklinik. Bald möchte er sich aber von einem Okularisten eine individuell angepasste Prothese anfertigen lassen.

\* Name von der Redaktion geändert

Sein rechtes Auge hat Patrick bei einem Sportunfall verloren. Nach wiederholten Operationen nahm er nur noch vage Hell-/Dunkelverhältnisse wahr und entschied sich dafür, das Auge entfernen zu lassen, auch als Schutz vor einer Entzündung seines gesunden Auges. Dieser definitive Schritt fiel Patrick nicht leicht – schliesslich gibt es kein zurück. Die Frage «was wäre wenn?» beschäftigte ihn. Was, wenn es in zehn Jahren eine Möglichkeit gäbe, die Sehkraft seines Auges wiederherzustellen? Trotzdem bereut er seinen Entschluss nicht. Mittlerweile läuft es eigentlich gut, Patrick fühlt sich mit seiner Augenprothese wohl. Zumindest wohler als in den Zeiten, als er einen Verband trug und er die fremden Blicke noch viel häufiger spürte. Der Umgang mit seinem Verband war auch für Patricks noch kleine Kinder schwierig, das Verhältnis zu ihnen etwas distanziert. Patrick weiss, dass sein Sohn und seine Tochter sich über seine neue Augenprothese gefreut haben. «Mein Sohn hat ein altes Foto geholt, und strahlend gemeint: ‹Lueg Papi, jetzt gsehsch weder uus wie do!›» Das gläserne Objekt, welches einem echten Auge so verblüffend ähnlich sieht, weckt sichtlich eine gewisse Neugierde. Da kommt es schon einmal vor, dass die Kinder die Prothese anfassen und für ihren Vater waschen wollen – und dann selbstverständlich beim Einsetzen zuschauen.

Patrick geniesst es, dass er momentan so viel Zeit mit seinen Kindern verbringen und sich von ihnen ablenken lassen kann. Seine Familie gibt ihm viel Halt. Trotzdem ist es ihm nicht leichtgefallen, vorläufig vom Berufsleben Abschied zu nehmen und Hausmann zu werden. Dass dies keine längerfristige Lösung ist, steht fest, sehr gerne würde er wieder in seinem Beruf arbeiten. Ob dies möglich ist, bleibt offen. Eigentlich habe er seinen Wunschberuf ja gefunden, findet Patrick, fügt nach kurzem Nachdenken aber hinzu: «Nun beginnt halt eine neue Herausforderung.»

Sicher, es gäbe Tage, an denen alles wieder hochkomme, an denen alles schwerer falle als sonst. «Man erschrickt schon, wenn man den Kaffeerahm einfach daneben leert», sagt Patrick. Mit nur einem sehenden Auge kann man keine Tiefe mehr wahrnehmen. Auch in anderen Momenten, beim Autofahren zum Beispiel oder wenn er in einer Menschenmenge unterwegs ist, spürt er den Verlust seines Auges und die eingeschränkte Wahrnehmung. «Es kommt schon mal vor, dass ich aus Versehen jemanden anremple. Das gibt dann oft böse Blicke», musste Patrick feststellen. Aber er lerne auch, mit der Situation umzugehen. «Wenn ich mit meinen Kindern unterwegs bin, achte ich darauf, dass sie links von mir gehen. Sonst habe ich sie nie richtig im Blickfeld», erklärt Patrick.

Patricks nahes Umfeld wisse über die Prothese Bescheid und begegne ihm mit Verständnis. Ganz besonders freut sich Patrick, dass er auch an der diesjährigen Fasnacht bei den Guggen dabei sein darf – dies, obwohl er durch seinen Unfall die Vorbereitungszeit verpasst habe. Dabeisein ist wichtig für Patrick und gibt ihm ein positives Gefühl. «Das Leben geht schliesslich weiter», betont er. Es gehe ihm ja eigentlich gut, es gäbe Leute, die wesentlich Schlimmeres durchmachen. Von Mitleid hat er erst mal genug, so lässt er es sich auch nicht nehmen, ab und zu einen Witz über sein Glasauge zu machen. Denn Patrick ist überzeugt: «Zwischendurch hilft einem Humor auch immer wieder weiter.»

# Patientenzufriedenheit: Daten und Taten

Welche Möglichkeiten gibt es, die Patientenzufriedenheit nachhaltig zu fördern? Ob Checklisten, Pflegevisiten oder dezentrale Qualitätsbeauftragte – Interviews auf diversen Abteilungen des Unispitals geben Einblicke in verschiedenste Strategien, die sowohl zu positiven Rückmeldungen von Patienten als auch zu verbesserten Arbeitsabläufen geführt haben.



Seit 2010 werden am USB alle stationären Patienten bezüglich ihrer Zufriedenheit mit dem Spitalaufenthalt befragt. Den Resultaten dieser Umfrage ist das Qualitätsmanagement auf den Grund gegangen: Strukturierte Interviews wurden auf einigen Stationen durchgeführt, die sich bisher durch gute Patientenbewertungen ausgezeichnet haben. Klar ist, dass in einem komplexen und vielschichtigen Haus wie dem USB unterschiedliche Strukturen, Standardisierungsgrade und Führungsstile herrschen – kurz, die Stationen lassen sich nicht miteinander vergleichen, was jedoch auch nicht dem Ziel der Befragung entspricht. Die hier zusammengefassten Ergebnisse sollen lediglich Anregungen und Beispiele dafür bieten, wie der Arbeitsalltag verbessert und die Patientenzufriedenheit erhöht werden könnten.

---

Von Linda Bourke und Sarah Engel

---

## **Zusammenarbeit auf hohem Niveau**

Eine gute interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit ist Gold wert. Pflegende, Ärzte, Raumpflege, administratives und technisches Perso-

nal – sie alle müssen miteinander kommunizieren und aufeinander abgestimmt sein. Dies verhindert widersprüchliche Informationen an den Patienten und garantiert im Gegenzug einen reibungslosen Tagesablauf. Eine Station wie die Nuklearmedizin, auf der besonders hohe Sicherheitsmassnahmen getroffen werden müssen, ist ein besonders gutes Beispiel für solch intensive Zusammenarbeit. Pflegende stehen dort in engem Kontakt mit der Raumpflege und dem technischen Dienst, welcher auf der Nuklearmedizin für die Zwischenlagerung des radioaktiven Abwassers verantwortlich ist.

## **Gelebte Standards**

Standards müssen nicht nur gesetzt, sondern auch gelebt werden. Dies zeigt sich beispielsweise dadurch, dass die konsequente Verwendung von Eintritts- und Austrittschecklisten klar als Erfolgsfaktor gewertet wird. Die Isolierstation und die Dermatologie sind sich einig: Die Etablierung der Checklisten sei zwar aufwendig gewesen, doch die Mühe habe sich ausgezahlt – sowohl Mitarbeitende als auch Patienten würden mittlerweile nur Positives von dieser standardisierten Überprüfung des Ein- und Austritts berichten.

**Patient im Fokus**

Viele Mitarbeitende haben hervorgehoben, wie wichtig es sei, dass das ganze Behandlungsteam stets mit dem Patienten in Kontakt ist und wichtige Informationen teilt. Die Dermatologie nahm sich diesen Vorsatz zu Herzen: Mindestens einmal in der Woche findet ausserhalb der täglichen Visite ein Arzt-Patienten-Gespräch statt, mit dem Ziel, sich in Ruhe und ungezwungen unterhalten zu können. Zusätzlich erfolgt die Übergabe von Früh- und Spätschicht der Pflege direkt am Patientenbett. So besteht beim Patienten stets Klarheit über Bezugspersonen, er wird besser in den Behandlungspfad eingebunden und seine Fragen können ohne Umschweife beantwortet werden.

**Gemeinsame Planung – von Anfang an**

In der Urologie setzt man einen besonderen Fokus darauf, dass der Patient seinen Aufenthalt auch massgeblich mitplanen kann. Auf dieser Station

wird von Beginn an auch der Austritt gemeinsam mit dem Patienten geplant, um ihn bestmöglich darauf vorzubereiten.

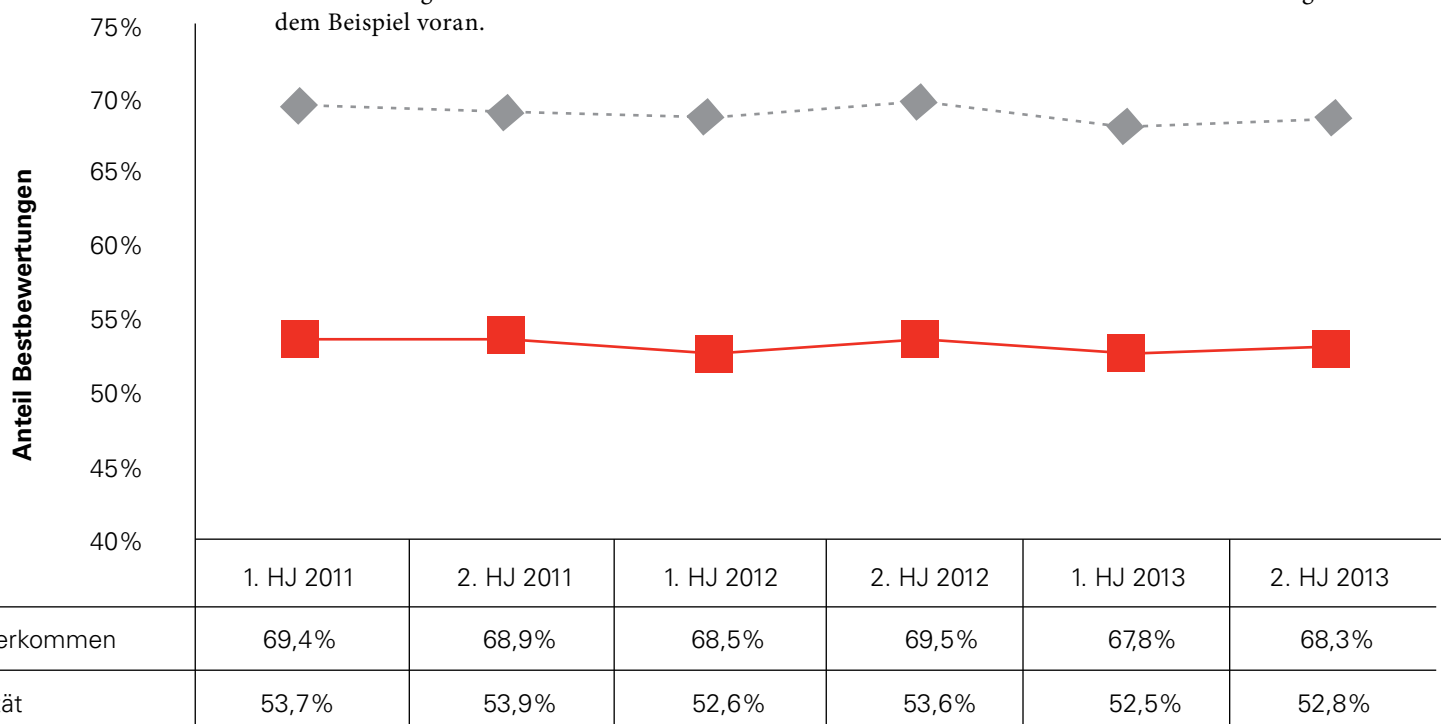
**Dezentrale Qualitätsbeauftragte**

Auf einigen Abteilungen sind zum heutigen Zeitpunkt schon Qualitätsbeauftragte fest auf der Station eingestellt, was von den Mitarbeitenden sehr geschätzt wird. Die konkreten Aufgaben der Qualitätsbeauftragten variieren zwar je nach Station, können jedoch in folgende Kernaufgaben zusammengefasst werden:

- Sie sind eine interdisziplinäre Drehscheibe und erste Anlaufstelle, um Unklarheiten zu klären
- Sie definieren Standards und helfen, strukturierte Arbeitsabläufe zu dokumentieren
- Sie unterstützen die Zusammenarbeit im Team

**Und die Zahlen zeigen:**

Die Umfrageergebnisse der letzten 3 Jahre zeigen auf, dass keine ungünstigen Entwicklungen nach der Verselbständigung des Spitals oder der DRG-Einführung zu verzeichnen sind – die Zahlen sind konstant. Doch was gut ist, kann noch besser werden: Anstelle von Konstanz strebt das USB eine klare Verbesserung der Patientenzufriedenheit an. Damit dieses Ziel denn auch erreicht wird, besteht nach wie vor Bedarf an Engagement seitens aller Beteiligten. Standards leben, zusammenarbeiten, sich voll und ganz auf den Patienten fokussieren – viele Stationen schreiten bereits mit überzeugendem Beispiel voran.



Trend Bestbewertung von Behandlungsqualität und Wiederkommen im Gesamtspital

**Frage zum Wiederkommen:** Würden Sie für dieselbe Erkrankung/eine Geburt wieder in unser Spital kommen?

**Frage zur Qualität:** Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben, beurteilen?



## Spendenaktion

**Checkübergabe zu gutem Zweck**

Die Unispital-Mitarbeitenden Judith Heckendorn, Antonio Silva und Andrej Nowakowski freuten sich über die finanzielle Unterstützung, die sie für ihr Engagement in Hilfsprojekten erhalten haben. Die während der letztjährigen Spendenaktion am USB gesammelten Beträge wurden vom Spital zusätzlich verdoppelt. Spitaldirektor Werner Kübler überreichte begeistert die extra-grossen Checks mit stolzen Beträgen.



Antonio Silva, Mitarbeiter Lagerbetrieb, hat das Hilfsprojekt Kapverden selber ins Leben gerufen, um den Spitälern auf den Kapverdischen Inseln wertvolle Unterstützung zu bieten. Die Spendengelder, 2550 Franken, werden in den Transport von medizinischem Bedarf und Gerätschaften investiert.



Stellvertretend für Andrej Nowakowski, Oberarzt Orthopädie, konnt das Ehepaar Raphaela und Rolf Maibach (Bündner Partnerschaft Hôpital Albert Schweitzer Haiti) den Check entgegennehmen. Nowakowski arbeitet derzeit für ein halbes Jahr im Hôpital Albert Schweitzer auf Haiti. Dort übernimmt er die Notfallversorgung und die Schulung von Ärzten. Die gesammelten 8610 Franken kommen ebenfalls der Ausbildung der einheimischen Ärzte zugute.



Judith Heckendorn, Leiterin Klinische Mikrobiologie, ist bereits seit 10 Jahren Stiftungspräsidentin der Stiftung Calcutta Project Basel und besucht die Projekte regelmässig vor Ort. Mit 18 150 Franken kann sie nun das «Konika Night Shelter»-Projekt, das sich für die Betreuung der Kinder von Sexarbeiterinnen einsetzt, unterstützen.

Nach dem Erfolg des letzten Jahres veranstaltet das Unispital auch 2014 wieder eine Spendenaktion, um Mitarbeitende bei ihrem aktiven Engagement in Hilfsprojekten zu unterstützen.

## Gedanken

**Jens Eckstein, Leitender Arzt  
Innere Medizin und Grenzgänger**

An einem Dienstag Ende Februar steuerte ich genau zeitgleich mit einem anderen Radfahrer auf den letzten freien Veloparkplatz am Badischen Bahnhof zu. Wir mussten beide lachen und ich schlug «Schere, Stein, Papier» vor. Sehr basisdemokratisch und absolut themenbezogen.

Am 9. Februar wurde in der Schweiz unter anderem über die Masseneinwanderungs-Initiative abgestimmt und durch das positive Votum mehr Porzellan zerschlagen, als von manchen erwartet. Ich selbst hatte, durch unsere Pressestelle angefragt, zahlreiche Termine mit den Medien. Dadurch wurde meine Meinung, besonders aber mein Status als Grenzgänger, in einem Masse publik, das mir fast zu viel war. Obwohl ich den Begriff Grenzgänger eigentlich gerne mag, trifft er doch auch auf verschiedene Bereiche meines Berufslebens zu. Ich bin Internist und Kardiologe, habe aber z.B. in der Herzchirurgie promoviert. Es schadet nicht, über den Tellerrand hinauszuschauen.

*Warum nun, zum Abschluss dieser Welle noch dieser Beitrag?*

Weil mir sehr daran gelegen ist, die Politik in unserem Team wieder auf ein Mass zu reduzieren, das uns ein Miteinander ermöglicht, wie ich es seit 16 Jahren kenne. Auch wenn ich es sehr mutig und korrekt fand, ist es mir unangenehm, von meinen Schweizer Kollegen zu hören, dass sie sich für das Abstimmungsresultat schämen. Es ist mir auch unangenehm, von anderen zu hören, dass sie dafür gestimmt haben. Ich möchte mir nicht bei jeder Person überlegen, ob sie einen Schweizer Pass hat oder nicht. Im Zweifelsfall erkennt man das nicht einmal von aussen. Ich möchte mir bei den Mitarbeitenden unseres Spitals wieder überlegen, wie ihre fachliche Kompetenz ist, welche Aufgaben ich ihnen anvertrauen und wie ich sie fördern kann. Ich muss eventuell wissen, ob sie Familie, Hobbys und andere Begabungen haben, die wir noch nicht kennen, und ich muss unbedingt wissen, wie sie mit ihren Teamkollegen funktionieren. Das alles ist meines Erachtens höchst individuell und komplett unabhängig vom jeweiligen Pass.

Persönlich habe ich mich im Laufe der letzten 16 Jahre mehrmals aktiv dafür entschieden, in Basel, speziell in unserem Spital, zu arbeiten. Beim ersten Mal war tatsächlich das Gehalt ein Argument, danach immer die Arbeitsatmosphäre und das Team. Ich glaube zu wissen, dass es vielen «Grenzgängern» (auch Schweizern) so geht wie mir, und es wäre wirklich zum Verzweifeln, wenn wir diese jahrelang gewachsene Errungenschaft nicht verteidigen und pflegen würden.

Selbst wenn das bedeutet, dass dadurch auch in Zukunft nur wenige Veloparkplätze am Badischen Bahnhof frei bleiben. Vielleicht gewinne ich ja beim nächsten «Schere, Stein, Papier».

**Es gibt nichts,  
was es nicht gibt, oder?**

Einen Zahn ziehen in Sibirien? Das gebrochene Bein eingipsen lassen in Vietnam? Oder hohes Fieber bekämpfen in Tansania? Viele erlebten schon abenteuerliche Spitalgeschichten im Ausland. Die Gazzetta druckt nun Ihre Geschichte ab. Wenn Sie eine gute Story auf Lager haben, diese aber nicht selber schreiben wollen: kein Problem! Den Teil übernehmen wir gerne für Sie. Melden Sie sich bei der Redaktion, intern 87317 (bzw. 061 328 73 17) oder via [gazzetta@usb.ch](mailto:gazzetta@usb.ch) und erzählen Sie uns Ihre verrückte Spitalgeschichte.

## Prof. Mirjam Christ-Crain und Prof. Christiane Pauli-Magnus



Die Leitung des Departements Klinische Forschung übernahmen auf Anfang 2014 die Endokrinologin Prof. Mirjam Christ-Crain und die Klinische Pharmakologin Prof. Christiane Pauli-Magnus.

Die klinische Forschung ist eine der Hauptaufgaben eines Universitätsspitals. So hat auch das Universitätsspital Basel die Förderung der klinischen Forschung als eine prioritäre Aufgabe definiert. Neu wird das Departement Klinische Forschung (DKF) als gemeinsame Einrichtung des Universitätsspitals und der Medizinischen Fakultät der Universität Basel von zwei renommierten Forscherinnen geleitet. Prof. Mirjam Christ-Crain und Prof. Christiane Pauli-Magnus treten die Nachfolge von Prof. Richard Herrmann an, der pensioniert wird.

## Prof. Katharina Rentsch



hat am 15. Januar 2014 ad interim die Leitung der Labormedizin übernommen. Sie folgte auf Prof. Heike Freidank.

Nach ihrem Pharmaziestudium an der ETH in Zürich erlangte sie das Diplom als «Spezialistin für medizinische Laboranalysen FAMH» für Klinische Chemie und Immunologie am Universitätsspital Zürich. Es folgte die Doktorarbeit am Pharmazeutischen Institut und die Habilitation am Departement

Chemie und Angewandte Biowissenschaften an der ETH. Im Jahre 2010 folgte die Titularprofessur an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich. Im Jahr 2007 erhielt sie zudem das Diplom als Klinische Toxikologin GTFCh. Von 1989 bis zu ihrem Wechsel ans USB arbeitete Frau Rentsch im Universitätsspital Zürich, wo sie verschiedene Stationen durchlief. Der Weg führte sie von der Leiterin a.i. der Abteilung Spezialanalysen am Institut für Klinische Chemie über die Leitung der Abteilung für Medikamentenanalysen und klinische Toxikologie zur Oberassistentin am Institut für Klinische Chemie. Seit dieser Zeit war sie Qualitätsverantwortliche und zuständig für die Akkreditierung gemäss ISO 17025. Im Jahre 2004 wurde Frau Rentsch zur stellvertretenden Institutsdirektorin der Klinischen Chemie und im Jahre 2008 zur wissenschaftlichen Abteilungsleiterin ernannt. 2010 und 2011 war sie zusätzlich Fachverantwortliche für chemisch-physikalische Methoden in der Abteilung Spezialanalysen des Instituts Klinische Chemie. Nebst ihrer Haupttätigkeit engagiert sich Frau Rentsch in verschiedenen nationalen und internationalen wissenschaftlichen Gesellschaften und Gremien.

## Prof. Stefano Bassetti



wird neuer Chefarzt für Innere Medizin und tritt am 1. Januar 2015 die Nachfolge von Prof. Jürg Schifferli an, der Ende 2014 pensioniert wird. Mit Bassettis Stellenantritt am 1. Januar 2015 erfolgt ein nahtloser Übergang ohne Interimslösung.

Mit Prof. Stefano Bassetti hat das Universitätsspital Basel (USB) einen bestens qualifizierten Fachmann als neuen Chefarzt der Inneren Medizin gewinnen können. Bassetti kann sowohl den Facharzttitel

FMH für Innere Medizin wie auch für Infektiologie vorweisen. Im USB war Bassetti bereits von 2000 bis 2006 als Oberarzt tätig, zunächst in der Klinik für Innere Medizin und anschliessend in der Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene. Nun kehrt der 48-jährige Tessiner nach Basel zurück: «Ich freue mich sehr, ins USB zurückzukommen, wo ich einen sehr wichtigen und schönen Teil meiner Weiterbildung gemacht habe», erklärt Bassetti.

In den vergangenen acht Jahren hat Bassetti viel Erfahrung in der Führung einer Klinik sammeln können. Seit 2006 leitet er im Kantonsspital Olten die Medizinische Klinik und das Departement Medizin. Gleichzeitig hat er dort die Funktion als Chefarzt Innere Medizin inne.

### Optimale Bedingungen im USB

Es sind mehrere Faktoren, die Bassetti bewogen haben, sich für den Chefarzt-Posten im USB zu bewerben: «Der Reiz, in einem Universitätsspital tätig zu sein, ist für mich, dass man viel mehr Möglichkeiten hat, Fragestellungen, die sich bei der Behandlung von Patienten stellen, im Rahmen von klinischen Studien zu untersuchen und damit die Patientenbetreuung zu verbessern.» Wichtig ist Bassetti insbesondere eine enge Zusammenarbeit aller Spezialistinnen und Spezialisten der verschiedenen Fachrichtungen und Berufsgruppen. «Diesbezüglich denke ich, dass das USB optimale Bedingungen anbietet», sagt Bassetti.

Ein zentrales Anliegen ist Bassetti die Nachwuchsförderung und die Weiterbildung der Internisten. Von seiner Ausbildungstätigkeit wird nicht nur der medizinische Nachwuchs im USB profitieren, sondern auch die Studierenden der Universität Basel, die ihn zum neuen Professor für Innere Medizin an der Medizinischen Fakultät gewählt hat. Bereits 2003 erhielt Bassetti an der Universität Basel die Venia docendi für Innere Medizin, speziell Infektiologie, und 2009 wurde er zum Titularprofessor ernannt.

Bassetti, der 1965 in Locarno/TI geboren wurde, ist verheiratet und hat zwei Söhne. Er absolvierte die Schulausbildung im Tessin und studierte anschliessend an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich, wo er 1990 das Staatsexamen erwarb. Seit 2013 ist er Präsident der Weiterbildungskommission für den Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin sowie Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin. Seine zahlreichen weiteren Tätigkeiten in Fachgremien lassen erkennen, dass sich das USB auf einen hochkompetenten neuen Chefarzt freuen kann, der die Lücke, die Prof. Jürg Schifferli nach seiner Pension hinterlassen wird, problemlos füllen kann.

## Mitarbeiterzeitung «Gazzetta»: Wir fragen, Sie antworten

Von «Us em Spittel» (ab 1973) über «Gazetta interna» zu «einsnulldrei» bis «einsvierzehn» – unsere Hauszeitung hat bereits einen beachtlichen Weg zurückgelegt. Dynamisch und frisch soll sie bleiben. Ihre Meinung ist jetzt gefragt: Wie gefällt Ihnen das Design, wie unterhaltend sind die Artikel,

wo steckt noch Verbesserungspotenzial? Zu diesen und anderen Themen können Sie sich in unserer Online-Umfrage äussern. Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre Teilnahme!

**Den Link zur Umfrage finden Sie im Intranet auf der Startseite.**

# Würdigungen

## Jeanne Beyerle

Im Januar 1983 hast du auf Chirurgie 5.1 mit einer Arbeitszeit nach Bedarf und mit einem Stundenlohn von Fr. 17.20 angefangen. Du hast als sogenannte Mittelwache, das heisst von 19.00 bis 7.00 Uhr gearbeitet. Daraus wurden dann zwei Nachtdienste pro Woche oder mehr. Wenn jemand ausgefallen ist, bist du eingesprungen und hast so die Notsituation entschärft.

Du warst für viele Patienten von der Notfallstation die erste Kontaktperson auf der Station. Durch dein sicheres, ruhiges und einfühlsames Auftreten konntest du ihnen die Angst nehmen und hast ihr Vertrauen gewonnen.

Viele neue Kolleginnen und Kollegen hast du ins Spitalnachtleben eingeführt. Sie konnten von deiner grossen Erfahrung profitieren. Du hast ihnen Sicherheit gegeben in ihren ersten Nachdiensten.

Auch unsere Gesundheit kam nicht zu kurz. Mit frischem Obst aus deinem Garten hast du uns reichlich versorgt. Danke!

Nun wünschen wir dir und deinem Mann viel Spass im Garten und auf Reisen. Geniesse die gewonnene Zeit.

Dein Chirurgie-5.1-Team

## Raúl Engel

Raúl Engel hat nach einer bewegten Vergangenheit, u.a. in der israelischen Armee, beim Bau des Sendemastes auf dem Säntis und nach der Tätigkeit als selbstständiger Unternehmer Ende 2004 als externer Mitarbeiter in der Informatik des USB angefangen.

Sein Arbeitsumfeld war vor allem durch den Support in verschiedenen Bereichen des USB geprägt. Bei der letzten grossen Betriebssystemumstellung auf Windows XP hat er tatkräftig im MedQ wie auch in der Chirurgie mitgeholfen. Als im Herbst 2005 der damalige leitende Bereichsinformatiker MedQ eine neue Herausforderung suchte, hat Raúl Engel die Bereichsinformatik MedQ ad interim geführt, bis im Mai 2006 diese Stelle mit Thomas Gyr neu besetzt werden konnte. Fortan konnte dieser – und wir alle – auf Raúl Engels Wissen zurückgreifen und von dessen Ruhe profitieren, was wir in den letzten sieben Jahren sehr oft schätzten. Vor allem, wenn er sich mit Engelsingeduld und Feingefühl auch zum x-ten Mal einem Problem widmete, das man ihm mit einem «Ich habe nichts getan!» vorstellte.

Im November 2011 wurde einmal mehr umstrukturiert, und Raúl Engel wechselte definitiv in den Bereich MedQ. Wir schätzten es sehr, dass wir seine Arbeitszeit nun nicht mehr mit anderen teilen mussten und er für uns Rossetti-Bewohner jederzeit ansprechbar war.

Am 1. November 2013 hat Marc Maurer als sein Nachfolger die Arbeit aufgenommen. Raúl Engel konnte während eines gemeinsamen Monats einen grossen Teil seines Wissens weitergeben.

Wir danken Raúl Engel für den grossen Einsatz an der Benutzerfront und wünschen ihm eine entspannte, gesunde Zukunft mit der Familie. Ganz sicher werden wir ihn vermissen und oft an ihn denken.

Thomas Gyr, Beat Müller, Ursula Abrecht

## Josef Flammer

Vor wenigen Monaten haben sich Forscher und Freunde aus der ganzen Welt hier in Basel am Kongress «Challenges in Glaucoma» getroffen und damit gleichzeitig das grosse wissenschaftliche Werk von Josef Flammer anlässlich seines Rücktritts als Chefarzt der Augenklinik USB gewürdigt. «Herausforderungen» kann man auch als Überschrift über Josef Flammers Arbeiten und Wirken schreiben, denn Herausforderungen – wissenschaftlichen und persönlichen – hat er sich selber stets gestellt. Dem Grünen Star hat er sich wissenschaftlich von vielen Seiten her gewidmet und das Verständnis über diese Erkrankung bahnbrechend und nachhaltig erweitert.

Nach Schulen in der Ostschweiz hat er in Freiburg und Bern Medizin studiert und anschliessend in medizinischen Kliniken und auf der Neurologie bei Professor Mumenthaler gearbeitet. Schon damals wurde erkannt, dass Josef Flammer wissenschaftliche Neugier einfühlsam mit klinischer Tätigkeit verbinden kann. Prägend war dann seine Fachausbildung an der Berner Augenklinik. Dort haben ihn besonders der emeritierte Professor Hans Goldmann und Professor Franz Fankhauser gefördert. Beide hatten sich unter anderem vertieft mit der Sinnesphysiologie des Auges befasst und insbesondere die Automatisierung der Gesichtsfelduntersuchung vorangetrieben. Josef Flammer hat sehr früh eine Arbeitsgruppe aufgebaut, um aus der Perimetrie bessere klinische Aussagen zu erhalten. 1981 konnte Josef Flammer für einen Forschungsaufenthalt bei Professor Stephen M. Drance zusammen mit seiner Familie nach Vancouver übersiedeln. Er bewahrt bleibende Erinnerungen an die Natur und bleibende Freundschaften aus dieser Zeit. Wissenschaftlich resultierte rasch die Habilitationsschrift über Schwankungen der Perimetrie-Antwort, welche auch mit der höchsten wissenschaftlichen Auszeichnung der Schweizerischen Ophthalmologischen Gesellschaft, dem Albert-Vogt-Preis, prämiert wurde.

1987 – also im jugendlichen Alter von 39 Jahren – wurde Josef Flammer zum Ordinarius für Ophthalmologie und zum Vorsteher der damals noch nicht ins Universitätsspital integrierten Augenklinik gewählt. Er war damit neben der klinischen und wissenschaftlichen Aufgabe für sämtliche Belange im Hause verantwortlich. Hier konnte er seine natürliche Autorität zeigen, aber auch seine Fähigkeit, mit Leuten jeden Standes zu kommunizieren und komplizierte Sachverhalte mit einfachen Worten plausibel zu machen.

Josef Flammer versteht es exzellent, Mitarbeiter zu führen und zu motivieren. Er hat die Augenklinik zu einer effizienten medizinischen Institution ausgebaut und die Wichtigkeit der Augenheilkunde und ihre Interaktion mit vielen anderen Fächern in der Universität und im USB klargemacht. Er engagierte sich in vielen Kommissionen und diente der Fakultät auch als Dekan. Frucht des Vertrauens in seine Mitarbeiter sind 13 Habilitationen und 3 Umhabilitationen, viele Dissertationen und über 400 Publikationen.

Lange Zeit wurde das Glaukom nur als Problem des Augendruckes verstanden. Josef Flammer hat experimentell und klinisch die wichtige Rolle der Durchblutungsregulation am Gefässendothel untersucht, beschrieben und weltweit bekannt gemacht. Mit seinem Namen sind das Normaldruckglaukom und therapeutische Ansätze zu dessen Behandlung verknüpft. Josef Flammer hat in vielen beispielhaften Studien nachgewiesen, dass die Glaukom-Erkrankung nicht solitär am Auge abläuft, sondern für eine Systemerkrankung steht: «ein krankes Auge in einem kranken Körper». In den letzten Jahren hat ihn vor allem auch die pathophysiologische Bedeutung der Mitochondrien interessiert, und seine Arbeitsgruppe entwickelt vielversprechende neue genetische Therapieansätze.

Es ist Josef Flammer ein grosses Anliegen, nicht Dogmata zu pflegen, sondern die Medizin aufgrund von naturwissenschaftlichen Grundlagen zu verstehen. Darum hat er sich intensiv mit Biochemie, Physik und Statistik beschäftigt. Ein Produkt dieser Auseinandersetzung und seiner grossen didaktischen Fähigkeiten ist das kürzlich erschienene Buch «Sciences in Ophthalmology: Physics and Chemistry». Dass Josef Flammer mit Geschick und mit grosser Freude seine Kenntnisse weitergibt, das bezeugt auch die Tatsache, dass sein Werk «Glau-



kom. Ein Handbuch für Betroffene. Eine Einführung für Interessierte. Ein Nachschlagewerk für Eilige» in 20 Sprachen übersetzt wurde. Josef Flammer wird nach seiner offiziellen Emeritierung wissenschaftliche Projekte noch weiterbetreuen, und wir dürfen sicher noch viele Impulse von ihm erwarten.

Wir alle, die Kollegen am Universitätsspital und in der weiten Welt, die Mitarbeitenden an der Augenklinik und besonders auch die Patienten, haben dir herzlich zu danken. Du hast dich mit grossem Einsatz für uns alle eingesetzt, und wir haben dich als fairen Vorgesetzten und Freund und als engagierten Arzt kennen lernen dürfen.

Wir wünschen dir und deiner Familie für die Zukunft alles Gute!

Dr. Jürg Messerli  
im Namen der Bereichsleitung Spezialkliniken und der Augenklinik

für die Mitarbeitenden genommen hast und immer ein offenes Ohr hattest. Auch in schwierigen Zeiten hast du mit deinem Durchhaltevermögen imponiert. Nun beginnt eine neue Ära. Du brauchst dich nicht mehr um Dienste, Tagesverantwortung und einspringende Mitarbeitende zu kümmern.

#### Es ist nun mehr Musse angesagt!

Vermehrte Zeit für die Bepflanzung deines Gartens, für das Velofahren, für Kurz- und Fernreisen, um fremde Kulturen zu entdecken, und natürlich für die Bettmeralp, auf der du im Winter die Ski schwingen kannst. Auch nicht zu vergessen sind all die unterschiedlichen kulturellen Anlässe und Events, an denen du nun ohne Zeitdruck teilnehmen und diese in vollen Zügen geniessen kannst. Liebe Marlis, wir mögen dir die Pension von Herzen gönnen! Wir danken dir ganz herzlich für die jahrelange Mitgestaltung der Chirurgie 4.1 und wünschen dir das Beste für die Zukunft.

Das Team von Chirurgie 4.1

### Christine Gratwohl Howald

Liebe Christine

Vor etwas mehr als 28 Jahren hast du dich entschlossen, im Spital zu arbeiten. Nach den ersten Jahren als Hilfsschwester im Felix Platter-Spital hast du 1990 ans USB gewechselt und als Erstes die Ausbildung zur Pflegeassistentin absolviert. Nach verschiedenen Stationen im USB bist du 1993 zum Team der Medizin 7.1 gestossen. Du warst viele Jahre ein fester Bestandteil des Teams der Pflegeassistentinnen. Du hast viele Patienten begleitet und Erfahrungen im Pflegealltag gesammelt. Du hast in deiner Berufslaufbahn viele Veränderungen hautnah miterlebt, die Herausforderungen angenommen und dich auf die veränderte Berufswelt eingestellt.

Du hast nun Zeit, allen deinen Hobbys nachzugehen, die Jahreszeiten in Ruhe zu geniessen und den kulinarischen Höhepunkten zu frönen. Für all deine Vorhaben wünschen wir dir Freude, Gesundheit und Genuss. Du hast es dir nach 28 Jahren wahrlich verdient, dich endlich zurücklehnen zu dürfen.

Team Medizin 7.1

### Marlis Rickli

Liebe Marlis,

nach fast 39 Jahren im Universitätsspital Basel konntest du im Oktober 2013 in den wohlverdienten Ruhestand gehen.

Deine Ausbildung hast du am Kantonsspital Aarau absolviert, wo du anschliessend deine ersten beiden Jahre Praxiserfahrung in der Viszeralchirurgie erworben hast. Dann führte dich dein Weg 1974 in das damalige Bürgerspital Basel. Auf Chirurgie 4, damals im Klinikum 1, Westflügel, hast du 1974 angefangen mit den Fachdisziplinen Allgemeinchirurgie, Traumatologie, Kieferchirurgie sowie Herz- und Thoraxchirurgie. Drei Jahre später, nach der Teilnahme am Kurs «Stationsschwester des Schweizerischen Roten Kreuzes» in Zürich, hast du die Stelle als stellvertretende Stationsleiterin auf Chirurgie 4 angetreten. Immer wieder hast du über längere Perioden die Chirurgie 4.1 ad interim geführt.

Damals und noch lange Zeit danach wurden die Arbeitspläne von Hand geschrieben. Später dann elektronisch. Dein Organisationstalent in Planung sowie dein Verantwortungsbewusstsein als deine grossen Stärken waren auch in diesem Bereich stets präsent.

In den letzten Jahrzehnten hast du unzählige Veränderungen miterlebt und mitorganisiert: z.B. mehrere Generationen von Kolleginnen und Vorgesetzten, der Umzug vom Westtrakt in den Osttrakt und wieder zurück. Du hast die sich ändernden Bedürfnisse miterlebt, die Umwälzungen in der Pflegepraxis mitgestaltet sowie den Einzug der EDV und den Mailverkehr in den Stationsalltag miterlebt.

Bei Vorgesetzten und Kolleginnen wurdest du wegen deiner für dich typischen Disziplin und deines Gespürs, Unwesentliches wegzulassen, stets sehr geschätzt. Eine deiner aussergewöhnlichsten Eigenschaften war, dass du dir immer Zeit

### Kurt Siegrist

Lieber Kurt

Du hast in deiner fast 30-jährigen Berufslaufbahn viele Veränderungen hautnah miterlebt und die Herausforderungen angenommen. Mit viel Geduld und Ausdauer hast du diese in all den Jahren mitgetragen. Während dieser Jahre gab es für dich viele Hochs und Tiefs! Mit deinem Humor hast du alle Klippen umschifft und immer das Positive in den Situationen gesucht. Deine Mitarbeit war geprägt von grossem Engagement und toller Wachsamkeit gegenüber den Patienten.

Auf deinem Weg hast du viele Kolleginnen und Kollegen kommen und gehen sehen – mit allen konntest du gut zusammenarbeiten, für alle hattest du ein freundliches Wort. Wir alle schätzten deine ruhige und ausgeglichene Art, dein bescheidenes Wesen.

Nun beginnt ein neuer Abschnitt für dich – auf diesem Weg sollen dich unsere guten Gedanken, Glück und Gesundheit begleiten. Im Namen der ganzen Abteilung wünschen wir dir für die weitere Zukunft alles erdenklich Gute und gönnen dir die wohlverdiente Pension herzlichst.

Dein Team Medizin 7.1

### Stevo Slunjski

Lieber Herr Slunjski

Nach 35 Jahren im Hausdienst des Universitätsspitals Basel gehen Sie in den verdienten Ruhestand. In Ihrem Berufsleben im USB haben Sie viele Veränderungen aktiv miterlebt. Ich denke z.B. an den Umzug des Lagers von der Spitalstrasse 26 ins ZLF, den Umzug der alten Frauenklinik, der Spital-Pharmazie, der Geriatrien etc. etc. Auch das Team hat sich in den Jahren immer wieder verändert, und die Aufgaben mussten den Anforderungen der Zeit angepasst werden. Viele Mitarbeitende kennen und schätzen Sie aufgrund Ihrer Tätigkeiten im USB: dem Zügeln von Mobiliar, der Aktenentsorgung, dem Mineralwassertransportieren, der Postverteilung und dem Liefern von Material. Sie waren mit dem Auto, dem Stapler oder zu Fuss unterwegs und erledigten Ihre Aufgaben immer just in time. Ihre vielseitigen Dienste waren wichtig und wertvoll.

Sie waren ein vorbildlicher Gruppenleiter und wir alle schätzten Sie sehr. Ihr Wissen und Ihre grosse Erfahrung werden uns enorm fehlen. Noch mehr werden wir Ihre Persönlichkeit und Sie als Menschen vermissen. Ich möchte mich herzlich bedanken für all die Jahre unserer Zusammenarbeit.

Ich wünsche Ihnen im Namen aller Mitarbeitenden alles Gute und eine schöne Zeit im wohlverdienten Ruhestand.

Patrick Gasser

# Würdigungen

## Theresa Widmer

Theresa, du bist am 1. Juni 1978 ins damalige Kantonsspital eingetreten und hast als Kinderkrankenschwester im Säuglingszimmer des Frauenspitals angefangen. Dort hast du Neugeborene gepflegt und betreut, die mit Startschwierigkeiten, nach einer schweren Geburt oder zu klein einer besonderen Aufmerksamkeit bedurften; heute würde diese Abteilung IMC heissen. Nach 13 Jahren wurde diese Abteilung ins UKBB überführt und du hast auf die Abteilung Mutter und Kind gewechselt, bist also in der Frauenklinik geblieben. Du hast unzähligen Müttern und ihren Neugeborenen eine kompetente und umsichtige Pflege zukommen lassen. Dich zeichnet ein enorm grosses Wissen aus und du bist eine ausgewiesene Fachfrau in neonatologischen Fragen. Vor ein paar Jahren hast du dich noch zur Stillberaterin IBCLC ausbilden lassen und 2007 die Fachprüfung bestanden. Seither hast du viele Mütter, aber auch Pflegefachfrauen und Hebammen kompetent beraten und begleitet. In diesen 36 Jahren erlebstest du auch unzählige Veränderungen, die du aktiv mitgestaltet hast: der Umzug ins USB vor 11 Jahren, die Einführung der DRG und des Pflegeprozesses, zudem hast du drei Generationen Kolleginnen und Führungspersonen miterlebt. An den Zertifizierungsprozessen 2004 und 2011 für das Qualitätsla-

bel «Baby friendly Hospital» hast du engagiert mitgewirkt und dich auch aktiv am spezifischen Fortbildungsprogramm beteiligt. Du zeigtest stets die Bereitschaft Altes zu überdenken und Neues zuzulassen.

Nun steht deine Pension vor der Türe, die du wahrlich verdient hast. Wir wissen, dass du viele Hobbys hast, die in den letzten Jahren sicher zu kurz kamen. Wir wünschen dir viele beglückende Stunden und Tage in der Natur, beim Schwimmen, Biken oder Vögel beobachten. Du kannst dich aber auch zu Hause mit schönen, kreativen Dingen beschäftigen. Wir hoffen, dass es genügend Stoffe gibt, die du vernähen wirst, oder genügend Mehl und andere süsse Zutaten, um Köstlichkeiten aus dem Backofen zu zaubern.

Liebe Theresa, wir danken dir alle herzlich für deine jahrelange Mit- und Zusammenarbeit und wünschen dir für das Leben ohne Dienstplan und Schichtarbeit alles, alles Gute, viel Freude am Schönen und an den neuen Möglichkeiten, aber auch Gesundheit und Wohlergehen. Machs guet!

Johanna Biedermann und das ganze Team der Abteilung Mutter&Kind

## Jubiläen

# Herzliche Gratulation

### 40 Jahre

- 16.04. **Straumann Eliane**, Medizinische Genetik
- 17.04. **Dapp Susanne**, Labormedizin
- 22.04. **Schmitt-Bus Annette**, Kardiologie Imaging
- 22.04. **Bindschedler Heidi**, HNO Poliklinik
- 11.06. **Jovic Radmila**, Chirurgie 5.1

### 35 Jahre

- 01.04. **Kneubühl Veronika**, Debitorenbuchhaltung
- 01.04. **Muser Luisa**, Frauenklinik Mutter & Kind
- 04.04. **Bernasconi Pia**, Telefonzentrale
- 17.04. **Cal Jose**, Elektro- & Kommunikationstechnik
- 17.04. **Vinzens Daniela**, Frauenklinik Tagesklinik Gynäkologie
- 18.04. **Klüppelberg Franziska**, Medizin 7.1
- 23.04. **Wehrli Michael**, Operative Intensivbehandlung
- 01.05. **Uhland Marti Hedwig**, Shared Services
- 16.05. **Strösslin Beatrice**, HNO Patienten Services

### 30 Jahre

- 01.04. **Zumkeller Philipp Sonja**, Operative Intensivbehandlung
- 01.04. **Balmer Peter**, Rechnungswesen
- 16.04. **Feuz Astrid**, Chirurgie 3.1
- 24.04. **Ramos Filomena**, Chirurgie 1.1
- 01.05. **Waiz Susanne**, Notfallstation
- 06.05. **Schmid Claus**, Anästhesiologie
- 01.06. **Scherer Astride**, Medizin 7.2
- 25.06. **Adjancic Mira**, Reinigungsdienst 2.2

### 25 Jahre

- 01.04. **Rohrer Georgette**, Radio-Onkologie
- 01.04. **Seeberger Manfred**, Prof., Anästhesiologie
- 01.04. **Dias Manuel**, Werterhaltung
- 01.04. **Garot Angela**, HNO Sekretariat
- 24.04. **Di Giovanni Rosa**, Reinigungsdienst 1.1
- 01.05. **Tsakiris Dimitrios**, Prof., Labormedizin
- 23.05. **Bläuer Cornelia**, Fachbereich Pflege Spezialkliniken
- 01.06. **Jauch Rainer**, Neurochirurgische Überwachungseinheit

- 01.06. **Silva Luzia**, Notfallstation
- 01.06. **Psychiger Claudia**, Operative Intensivbehandlung
- 05.06. **Bielmann Vreni**, Medizin 7.1
- 12.06. **Gasser Marliese**, ICT
- 26.06. **Romann Chantal**, Therapie-Dienste
- 01.12. **Branco Maria Rosa**, Werterhaltung

### 20 Jahre

- 01.04. **Schulz Bodo**, Chirurgie 3.1
- 01.04. **Schär Christine**, Innere Medizin
- 01.04. **Lindberg Raija**, Prof., Neurologie
- 01.04. **Terracciano Luigi**, Prof., Pathologie
- 01.04. **Spiess Rene**, Lagerbetriebe
- 18.04. **Mauro Addolorata**, Küche
- 01.05. **Kempf Pierre**, Neurologische Bettenstation
- 01.05. **Neff Ursula**, Spitalhygiene
- 01.05. **Eibl-Läufer Eva**, Therapie-Dienste
- 01.05. **Branco Domingos**, Werterhaltung
- 03.05. **Petit Trebo Claudia**, Nephrologie
- 16.05. **Schaub Alexandra**, Chirurgie 3.1
- 16.05. **Duarte Maria Isabel**, Küche
- 01.06. **Ortola Panariello Antonia**, Human Resources Medizin
- 13.06. **Avis-Furler Brigit**, Radiologie & Nuklearmedizin
- 13.06. **Dos Reis Mariana**, Reinigungsdienst 2.1
- 13.06. **Cvijetic Dragica**, Reinigungsdienst 2.2
- 13.06. **Abade Vanda**, Reinigungsdienst 2.2
- 13.06. **Idtaib Saadia**, Reinigungsdienst 1.1
- 13.06. **Lagana Antonina**, Reinigungsdienst 1.1
- 13.06. **Bulmus Elif**, Reinigungsdienst 1.1
- 16.06. **Scheffczyk Ute**, Sitzwachenpool Chirurgie
- 26.06. **Steiger Karin**, Chirurgie 4.1
- 27.06. **Boetsch Claude**, Gebäudemanagement 3

### 15 Jahre

- 01.04. **Gregor Christina**, Chirurgie 1.1
- 01.04. **Hügin Barbara**, Radiologie & Nuklearmedizin

# Pensionierungen

- 01.04. **Lasky Annick**, Operative Intensivbehandlung
- 01.04. **Unternährer Prisca**, Therapie-Dienste
- 01.04. **Steiner Stefania**, Dermatologie Pflege
- 02.04. **Erni Melanie**, Chirurgie 4.1
- 06.04. **Heuberger Clelia**, OPS Klinikum 1 Ost, Sekretariat
- 01.05. **Breitenstein Ewa**, Chirurgie 3.1
- 01.05. **Nussbaumer Irene**, Isolierstation
- 01.05. **Vetter Beatrice**, Klinische Pharmakologie
- 01.05. **Grieder Ariane**, Nephrologie
- 01.05. **Christeller Sylvia**, Anästhesiologie
- 01.05. **Keserovic Hikmeta**, Spital-Pharmazie
- 01.05. **Walter Stephanie**, HNO Sekretariat
- 02.05. **Müller Liane**, Chirurgie 3.1
- 04.05. **Bucher Evelyne**, Dr., Anästhesiologie
- 05.05. **Heimgartner Thomas**, Radiologie & Nuklearmedizin
- 18.05. **Vocat Petra**, Herzchirurgie
- 18.05. **Attianese Sara**, Pathologie
- 01.06. **Frey Sonja**, Telefonzentrale
- 01.06. **Schmelcher Ursula**, Dermatologie Sekretariat
- 04.06. **N'Gunza Anabela**, Chirurgie 6.1
- 04.06. **Zimmer Andrea**, Neurologie
- 17.06. **Jusufoski Blagorodna**, Reinigungsdienst 1.2
- 20.06. **Willimann Cornelia Elisabeth**, Nephrologie
- 21.06. **Maric Miroslava**, Reinigungsdienst 2.2
- 21.06. **Tuzcu Zeliha**, Reinigungsdienst 1.1

## 10 Jahre

- 05.01. **Hasemann Wolfgang**, Praxisentwicklung Pflege/MTT
- 01.04. **Finkbeiner Frank**, Operative Intensivbehandlung
- 01.04. **Foerster Anja**, Pathologie
- 01.04. **Gonzalez-Zerillo Giuseppina**, Reinigungsdienst 2.1
- 01.04. **Obradovic Dragana**, Reinigungsdienst 1.2
- 01.04. **Hasler Pascal**, Dr., Augenklinik Ärzte
- 02.04. **Sonderegger Salome**, Chirurgie 6.2
- 06.04. **Stark Michael**, Medizin 5.1
- 06.04. **Lichtensteiger Ursula**, Shared Services
- 08.04. **Palmowski-Wolfe Anja**, Prof., Augenklinik Ärzte
- 13.04. **Sivasubramaniam Selvakumari**, Reinigungsdienst 1.2
- 18.04. **Kummli Stefanie**, Medizin 5.1
- 19.04. **Scossa-Cordova Rosa Amparo**, Reinigungsdienst 2.1
- 19.04. **Arabaci-Kilic Navruz**, Reinigungsdienst 2.1
- 26.04. **Raggoo Fatima**, Reinigungsdienst 2.2
- 28.04. **Oruclar Satey**, Reinigungsdienst 2.2
- 01.05. **Rödling Franziska**, Notfallstation
- 01.05. **Puglisi Maria**, Medizinische Poliklinik
- 01.05. **De Feo Mario**, Werterhaltung
- 01.05. **Alt Viviana**, Frauenklinik Mutter & Kind
- 03.05. **Jaramillo Athanasiou Alicia Dessiree**, Chirurgie 6.1
- 02.06. **Pagenstert Geert**, PD Dr., Extremitäten Orthopädie
- 09.06. **Bahlinger Anja**, Therapie-Dienste
- 12.06. **Thavarajah Ranji**, Reinigungsdienst 1.1
- 13.06. **Heizmann Jenna**, Frauenklinik Mutter & Kind
- 14.06. **Stokanovic Svetlana**, Reinigungsdienst 1.2
- 20.06. **Lutz Linda**, Chirurgie 3.1
- 28.06. **Popovic Radmila**, Reinigungsdienst 2.2
- 28.06. **Erdogan Dilek**, Reinigungsdienst 3

## Chirurgie

- 19.03. **Bürki Theres**, Mund-, Kiefer- Gesichtschirurgie Administration
- 31.05. **Franz Maja**, Orthopädie Administration
- 31.05. **Röthlisberger Edith**, Chirurgie 7.1

## Medizin

- 30.06. **Niepmann Susanne**, Infektiologie

## Direktion

- 13.03. **Pils Jutta**, Direktion

## Medizinische Querschnittsfunktionen

- 30.09.13 **Nötzli Monika**, HR Bereich Med. Querschnittsfunktionen
- 31.12.13 **Vrabec Theiss Blanka**, Pathologie
- 30.04. **Faffa Genevieve**, Labormedizin
- 31.05. **Bieri Susanne**, Radiologie & Nuklearmedizin
- 31.05. **Wunderlin Monika**, Labormedizin
- 31.05. **Motschan Gerda**, Radiologie & Nuklearmedizin
- 30.06. **Jundt Gernot**, Prof., Pathologie
- 30.06. **Strahm Ursula**, Anästhesiologie

## Departement Biomedizin

- 30.06. **Baseglia Jeker Luisa**, FG Gastroenterology

## Personal & Betrieb

- 28.02. **Wenk Marcel**, Zentralsterilisation
- 28.02. **Gysin Roger**, Ressort Finanzen
- 31.03. **Martinez José**, Hotellerie
- 31.03. **Spiess René**, Logistik
- 31.05. **Martins Joao**, Distribution
- 31.05. **Frieden Martha**, Telefonzentrale
- 30.06. **Silva Antonio**, Lagerbetriebe

Quelle: Dezentrale HR-Abteilungen

Hinweis: Mitarbeitende, die keine Nennung in dieser Rubrik wünschen, melden sich bitte frühzeitig bei der zuständigen HR-Abteilung.



Innenwirkung



## – zeigt Wirkung nach innen!

Unsere Imagekampagne «Sag's Linda», die vergangenen September in Tram und Bus, auf Plakaten in der Stadt und im Internet zu sehen war, richtete sich grundsätzlich an die breite Öffentlichkeit. Von über 50 eingesendeten Themen haben wir die Bevölkerung Ende November über 19 Topthemen mit einer Beilage im «20 Minuten» informiert.

Doch nicht nur die Öffentlichkeit hat sich mit Kritik und Lob an uns gewandt: Rund 50 Mitarbeitende vom USB nutzten die Gelegenheit, sich direkt zum USB als Arbeitgeber zu äussern. Dafür bedanken wir uns auch bei ihnen.

Von Fabienne Vulliamoz und Linda Bourke

Die Einsendungen umfassen ein grosses Spektrum. So wurden Themen aufgegriffen, die auch von Besuchern, Patienten und Angehörigen Erwähnung fanden: die Parksituation, das Rauchen bei den Eingängen oder die Öffnungszeiten der Cafeterias. Darüber hinaus haben Mitarbeitende weitere Themen genannt wie die Arbeitszeitgestaltung, den Lohn, das Gesundheitsmanagement oder das Essensangebot. Alle Hinweise unserer Mitarbeitenden wurden persönlich beantwortet. Einige der Kritikpunkte sind bereits als wichtige Handlungsfelder erkannt. Es wird deshalb mit Hochdruck an Verbesserungsmassnahmen gearbeitet und in den nächsten Monaten gezielt darüber berichtet. Die Meinung unserer Mitarbeitenden ist uns wichtig. Wir möchten sie deshalb künftig regelmässig und gezielt einholen: Das HR plant noch dieses Jahr eine

erste spitalweite Mitarbeiterbefragung, welche sich mit Themen der Arbeitszufriedenheit und der Beurteilung der Arbeitgeberleistungen (z.B. Lohn, Arbeitszeitregelung, Weiterbildungsangeboten, Kinderbetreuung) befasst. Diese Umfrage wird künftig in regelmässigen Abständen stattfinden. Sie dient einerseits einer Gesamtschau und -bewertung des Arbeitgebers USB und gibt andererseits wichtige Hinweise darauf, inwiefern unsere Arbeitgeberleistungen den Erwartungen entsprechen resp. wo Handlungsbedarf besteht.

### Beispiele der Rückmeldungen

**LOB:** «Es ist toll, dass das Unispital die Partnerschaft mit «Comeback» hat. Ich habe einen professionellen und persönlichen Wiedereinstieg ins Berufsleben erhalten. Vielen Dank und Chapeau. Hier gilt auch mit ein grosses Merci an das HR.»

**KRITIK:** «Ich verstehe nicht, weshalb es im Klinikum 1 keine Klimaanlage gibt... Die Raucher am Eingang stören auch mich.»

