

# zweidreizehn

Gazzetta des Universitätsspital Basel

Sommer 2013



**Patientengeschichte**  
vielseitig | 12

**Junge Forschende**  
unterwegs | 16



**Klinische Ethik**  
beratend | 8

**Arthrosebehandlung**  
individuell – multifacettär – schonend | 4



# zweidreizehn

- 3 Editorial
- 4 Arthrosebehandlung
- 6 Serie: Verwaltungsrat
- 8 Klinische Ethik
- 10 Strategische Partnerschaften
- 11 Neubau Klinikum 2
- 12 Patientengeschichte
- 14 Interview mit Martin Brodbeck
- 16 Biomarker
- 18 Endoskopie ausgezeichnet
- 19 Datenschutz
- 20 USB international
- 21 Personelles

## Impressum

### Herausgeber

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

### Verantwortliche Redaktorin

Gina Hillbert  
gazzetta@usb.ch

### Layoutkonzept

brenneisen theiss communications, Basel

### Prepress

brenneisen theiss communications, Basel

### Erscheinungsweise

Vierteljährlich

### Auflage

9000 Exemplare

### Druck

Werner Druck & Medien AG, Basel

### Papier

Hochweiss, Offset

### Fotos

Gina Hillbert: Titelseite gross oben/unten, klein unten, 3, 4-5, 6-7, 8, 10,  
12-13, 14-15, 16  
Foto & Printcenter USB: 2, 22, 23, 28  
Angela Roos: 20  
Regula Sánchez: 18  
zVg: Titelseite klein oben, 7, 13 klein oben

## Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter



Wir bauen. Das USB hat viele Baustellen und sie werden in den kommenden Jahren nicht weniger. Sie kennen das: Im Sprachgebrauch tönt es eher negativ, wenn man sich über «Baustellen» im übertragenen Sinn äussert. Selbstverständlich haben wir es lieber, wenn keine Baustellen, sprich Problemzonen entstehen, aber um manche echte Baustelle kommen wir nicht herum, wenn wir den Blick auf die Zukunft richten. Dieser Blick ist entscheidend, denn wir stellen heute die Weichen für die nächste Generation.

Eine uns allen bekannte Baustelle ist die Platzsituation unseres Spitalareals. Zu wenig Nutzfläche ist ein Dauerthema. Irgendwann ist der Punkt erreicht, wo es keine befriedigenden Zwischenlösungen mehr gibt. Zudem spielt der Zeitfaktor eine immer wichtigere Rolle. Kurzfristige Lösungen bringen nebst viel Unruhe Ergebnisse, die neue Baustellen eröffnen, denn sie erfüllen oft nicht die Anforderungen, die man an ein modernes Spital stellt. Und das können wir uns schlicht nicht leisten. Das ist kein (er)tragbarer Zustand, wenn wir uns das Potenzial unseres Spitals vor Augen führen, dessen Position und dessen Zukunftsaussichten.

Im Fokus stand Ende Mai die Zukunft des Klinikum 2 – Teil einer strategischen Planung des ganzen Areals. Um das Gebäude in die Zukunft zu führen, bedarf es einer

Erneuerung von Grund auf. Das haben alle 17 Architekten- und Planerteams, die ihre Projekteingabe im Rahmen des Wettbewerbs Klinikum 2 gemacht haben, so eingeschätzt und modelliert. Viele von uns werden in Pension gegangen sein, wenn das neue Klinikum am Petersgraben im Jahre 2026 vollständig in Betrieb genommen sein wird. Manche mögen heute etwa sagen: «Bis dann fliesst noch viel Wasser den Rhein hinab.»

Wir bauen aus und auf, nicht ab. Das ist das Wichtigste. Wir gehen weiter, entwickeln uns weiter, gestalten die Zukunft. Unser Spital ist gut aufgestellt, verzeichnet eine solide Basis – das zeigen auch unsere Jahreszahlen und die weiter stark steigende Nachfrage von Patientinnen und Patienten. Wir haben allen Grund, optimistisch auf unsere Baustellen zu blicken und sie anzugehen. Freuen wir uns jetzt schon auf das, was entsteht.

Sollten Sie auf dem Weg zu Ihrer Sommerferiendestination an einer der zahlreichen den Verkehrsfluss hindern den Baustellen vorbeikommen, dann versuchen Sie gelassen zu bleiben. Diese sind zwar anstrengend und störend, aber sie gehören einfach zum Leben – die Baustellen auf unserem Weg.

Ich wünsche Ihnen, liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, eine erholsame, entspannende Auszeit, die Ihnen als hochverdiente Stressabbauzeit und Energieaufbauzeit dienen möge.

Ihr  
Werner Kübler,  
Direktor



# Der Arthrose auf der Spur: moderne und gelenksschonende Behandlung am USB

Welche Erkrankung ist das? Sie gilt als unheilbar, kann schon im Jugendalter auftreten, betrifft über die Hälfte der Menschen über 65 Jahre und ist eine der häufigsten Ursachen für Schmerzen und Behinderung überhaupt. Es ist kein Tumor oder Nervenleiden, es ist – die Arthrose.



Der Leitende Arzt, PD Dr. Geert Pagenstert, beim Patientengespräch.

Lange Zeit galt die Arthrose als eine rein degenerative Abnutzung des Knorpels, im Englischen auch «wear and tear» genannt. In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass es bei der Arthrose um viel mehr geht.

## Die Ursachen der Arthrose sind vielfältig

Es hat sich zunehmend herausgestellt, dass bei der Arthrose nicht nur der Knorpel allein, sondern auch viele andere Strukturen im Gelenk betroffen sind. Im Knie z.B. besteht auffällig häufig eine Gelenkhautentzündung (Synovitis), ebenso sind der am Knorpel anliegende Knochen, Meniskus oder Gelenkfettkörper aktiv an der Entstehung der Arthrose mitbeteiligt. Dass so viele Strukturen betroffen sind, hört sich zwar zuerst einmal schlecht an, andererseits

sind dies neue Ziele für Therapien und somit auch eine weitere Chance, die Arthrose zu bekämpfen.

Die wichtige Rolle der Entzündung zeigt sich z.B. bei der Fingergelenksarthrose (Heberden-Arthrose), welche vor allem bei Frauen auftritt. Hier kommt es zur schmerzhaften Schwellung und Steifigkeit der Fingerendgelenke. Die Symptome ähneln zwar der rheumatoiden Arthritis, bei der ebenfalls häufig die Hände betroffen sind, Rheumamedikamente haben bei der Arthrose aber leider nur eine geringe Wirkung.

---

Von Prof. Dr. Dr. Victor Valderrabano und PD Dr. Dr. Thomas Hügler

---

Bei den gewichtstragenden Gelenken wie Knie, Hüfte, Sprunggelenk und Rücken ist der Bösewicht Nummer eins die gestörte Gelenkmechanik. Eine normale Biomechanik, das heisst gute Gleitfunktion und Kräfteverteilung im Gelenk, ist für eine ungestörte Funktion des Gelenkes absolut notwendig. In erster Linie sind Achsenfehlstellungen wie X- oder O-Beine oder schwere Verletzungen für eine gestörte Biomechanik verantwortlich. Dadurch kommt es zu einer Fehlverteilung der Kraftübertragung und schnellem Verschleiss

des Knorpels. Aber auch eine verminderte Muskulatur um das Gelenk oder ein Meniskusschaden sind Risikofaktoren für eine Arthrose.

Überwicht spielt bei der Arthrose eine wichtige Rolle, vor allem bei der Kniegelenksarthrose. Dies jedoch nicht nur mechanisch durch das vermehrte Gewicht; erst kürzlich konnte gezeigt werden, dass zu viel Fettgewebe im Körper insgesamt zu einer Freisetzung von entzündlichen Stoffen (Adipokinen) führt. Diese Stoffe werden im Fettgewebe gebildet und wirken sich systemisch auf die Gelenke aus, in dem sie dem Knorpel schaden.

Eine Gelenksinstabilität ist ein weiterer Faktor, der zur Arthrose führt. Wenn die Gelenkflächen nicht stabil und straff aufeinanderliegen, führt dies zum Knorpelschaden. Dies kann genetisch verursacht (z.B. Marfan-Syndrom) sein oder auch nach Verletzungen wie einem Bänderriss und chronischer Gelenksinstabilität auftreten. Bei Letzterer kann die Verletzung dabei Jahre oder Jahrzehnte her sein, bevor sich die Arthrose ausbildet.

Wie oben bereits angedeutet können Stoffwechsel- oder Rheumaerkrankungen für eine Arthrose verantwortlich sein. Es ist deshalb sehr wichtig, diese Störungen zu kennen, da in diesem Fall die Ursache der Arthrose behandelbar ist. Hierzu gehören z.B. die Eisenüberladung, Gicht- oder Kalziumkristalle oder verschiedene Formen von Rheuma. Oft lässt sich dies durch eine gezielte Befragung, Analyse der Gelenksflüssigkeit und Bluttests herausfinden.

## Der natürliche Verlauf der Arthrose ist schwankend

Der natürliche Verlauf der Arthrose ist langsam und schwankend. Das heisst, nach einem Schmerzmaximum über Tage und Wochen kommt es natürlicherweise zu einer Besserung für mehrere Wochen. Der eine oder andere Leser kennt diese Symptomatik vielleicht. Diese zwischenzeitliche Verbesserung trägt dazu bei, die Beschwerden zunächst zu bagatellisieren. Ausserdem nimmt man als Betroffener oft Schmerzmittel ein, ohne aktiv der Arthrose entgegenzuwirken. Langsam nimmt die Bewegung ab, Betroffene machen keinen Sport mehr und die Behinderung nimmt langsam zu. Das ist der Moment, wo man in einen Teufelskreis gerät. Durch die fehlende Bewegung nimmt man an Gewicht zu, die Muskulatur wird schwächer und das Gelenk dadurch instabiler und natürliche anti-entzündliche Stoffe werden nicht mehr ausreichend gebildet.

## Behandlung der Arthrose – gelenkserhaltend, solange es geht

Die Behandlung der Arthrose muss individuell und multifacettär sein. Das beste Gegengift für die Arthrose ist die Bewegung. «Wer rastet, rostet» – dieses Motto beschreibt die Arthrose sehr gut. Durch Physiotherapie sollte die Muskulatur so gut als möglich aufgebaut und im Anschluss durch regelmässige Low-Impact-Aktivitäten erhalten werden, z.B. durch Walking oder Schwimmen. Dies stabilisiert das Gelenk und schützt den Knorpel. Eine kürzlich erschienene Studie hat ausserdem ergeben, dass durch Bewegung im Gelenk Interleukin-10 ausgeschüttet wird, ein Stoff der natürlicherweise anti-entzündlich wirkt. Werden Gicht oder Kalziumkristalle im Gelenk gefunden, sind dies Entzündungs- und Schmerzherde, die eliminiert werden können. Arthrosebehandlung bedeutet nicht immer ein künstliches Gelenk. In der Orthopädischen Klinik im USB wird die gelenkserhaltende Arthrose-

behandlung grossgeschrieben. Besonders wichtig ist die Korrektur einer gestörten Biomechanik. Bei sehr diskreten Störungen hilft manchmal auch schon ein Training der Fussstellung beim Laufen. Weiter kann eine Fehlstellung durch Schuheinlagen oder Orthesen die Gelenksachse von aussen verbessern. Bei deutlichen X- oder O-Beinen hilft allerdings nur eine Umstellungsoperation, bei der die Gelenksachse durch den Chirurgen normalisiert wird. Zusätzlich kommt in vielen Fällen die moderne Knorpelchirurgie zum Einsatz. In der Orthopädischen Klinik im USB werden z.B. gezüchtete Knorpelzellen mit sehr guten Ergebnissen auf den Knorpelschaden gesetzt. Manchmal sind auch Meniskustransplantationen und Bänder- und Sehnenreparaturen notwendig – dies alles, um das eigene Gelenk zu behalten und das Stadium der Endarthrose hinauszuzögern.

Im Endstadium bleibt bei Hüfte, Knie, Sprunggelenk, Grosszehengrundgelenk, Schulter, Ellbogen und anderen Gelenken aber in erster Linie die Gelenksprothese, das künstliche Gelenk. Aber auch hier ist die Entwicklung so weit vorangeschritten, dass der Eingriff gut vertragen wird und die Rehabilitation schnell verläuft. Wichtig hierbei ist die gute Qualität der Implantate, wie sie die Orthopädische Klinik im USB benützt.

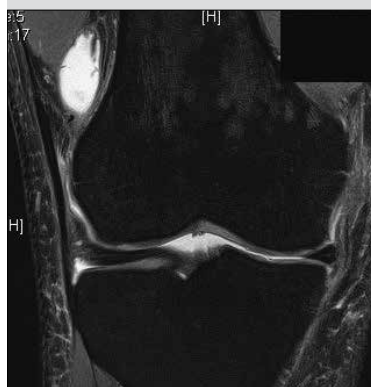
Bei manchen Gelenken wie im Fussbereich oder in der Wirbelsäule kann auch eine Versteifung eines arthrotischen Gelenkes durchgeführt werden, die schnell die Symptome reduziert und nur eine kleine funktionelle Auswirkung hat.

Leider gibt es momentan noch keine Medikamente, die Arthrose verlangsamen oder verhindern können. Chondroprotektiva (Chondroitinsulfat, Hyaluronsäure etc.) wird ein gewisser Wert zugeschrieben und sie werden häufig bei der konservativen Behandlung der Arthrose eingesetzt. Strontium Ralenat und Bisphosphonate sind ursprünglich Mittel gegen Osteoporose. Neueste Ergebnisse zeigen aber auch einen positiven Effekt dieser Medikamente bei der Arthrose.



#### Osteoarthritis Research Center Basel

Wie kann man der Arthrose noch besser entgegenwirken? Dies ist die Hauptfrage, mit der sich die Forschungsgruppe um Prof. Valderrabano, Chefarzt der Orthopädischen Klinik am USB, beschäftigt. Hierfür hat er gemeinsam mit PD Dr. Dr. Thomas Hügle, Forschungsleiter der orthopädischen Abteilung, das Osteoarthritis Research Center Basel (ORCB) ins Leben gerufen. Hier wird interdisziplinär (d.h. durch Orthopäden, Rheumatologen, Biomechaniker, Biologen etc.) an der Entstehung und der Therapie der Arthrose geforscht. Für Fragestellungen aus der Praxis werden innovative Antworten gesucht und man scheut sich nicht, «outside the box» zu denken. Ein Hauptschwerpunkt liegt hierbei in der biomechanischen Forschung. Es konnte gezeigt werden, wie Muskelschwund die Arthrose fördert bzw. wie ein gezielter Aufbau der Muskulatur der Arthrose entgegenwirken kann. Auch die gelenkserhaltende Chirurgie der Arthrose wird biomechanisch untersucht, um deren Erfolg nachzuweisen. Nebst der Biomechanik arbeiten die Forscher im eigenen Zelllabor an der Osteoimmunologie, das heisst, sie untersuchen die Rolle der Entzündung im Knochen oder der Gelenkhaut bei der Arthrose, um neue Behandlungsmöglichkeiten zu entdecken. Ausserdem versuchen die Wissenschaftler, durch Getherapie einen «molekularen Gipsverband» zu entwickeln. Technische Innovationen stellen die dritte Säule des ORCB dar. Die Mitglieder der Forschungsgruppe halten verschiedene Patente für Gelenksprothesen, Instrumente zum Bohren oder zur Synovialbiopsie oder auch für eine neuartige anatomische Krücke. Die vierte Säule ist die klinische Forschung. Sie überprüft z.B. die Wertigkeit von medikamentösen oder operativen Therapien durch klinische Studien und Metaanalysen, d.h. das Zusammenlegen von einzelnen Studien, und komplettiert die anderen eher grundlagenbasierten Forschungsgebiete des ORCB. Eine dieser klinischen Studien ist auch die «Basel Study of Early Osteoarthritis» (kurz «BaSE-OA»). Hier wird untersucht, wie sich die Arthrose in einem ganz frühen Stadium verhält und wie sich deren Verlauf positiv beeinflussen lässt. Innovative Diagnosetools wie SPECT-CT oder spezielle MRI-Sequenzen zur Knorpeldarstellung werden zusammen mit den Kollegen der USB-Radiologie wissenschaftlich untersucht und erfolgreich im Alltag eingesetzt.



MRT mit ersten Anzeichen eines Knorpelschadens sowie einer bereits deutlichen Gelenkentzündung und beginnender Abnutzung des Meniskus.



Gefragt sind

# Die Verwaltungsratsmitglieder: Irmtraut Gürkan und



Die Dipl.-Volkswirtin Irmtraut Gürkan arbeitete nach dem Studium der Volkswirtschaftslehre, welches sie in Göttingen absolviert hatte, bei der AOK Frankfurt in der Vertragsabteilung. Von 1979 bis 2002 war sie am Universitätsklinikum Frankfurt tätig, ab 2001 als Kaufmännische Direktorin. Seit 2003 ist sie Kaufmännische Direktorin des Universitätsklinikum Heidelberg. Irmtraut Gürkan ist verheiratet und hat zwei Töchter.

Die Gazzetta stellt in dieser Serie jeweils zwei Verwaltungsratsmitglieder pro Ausgabe vor. Den Anfang machen das geografisch am weitesten entfernte Mitglied, die Kaufmännische Direktorin und stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Universitätsklinikums Heidelberg, Irmtraut Gürkan, und der erst kürzlich eingetretene Wirtschaftsprüfer und selbstständige Unternehmensberater Robert-Jan Bumbacher.

« Irmtraut Gürkan:  
Das USB hat das Potenzial, in seinen Schwerpunkten  
national wie auch international Anerkennung zu finden. »

*Frau Gürkan, seit gut einem Jahr sind Sie Verwaltungsratsmitglied. Was war für Sie in dieser Zeit das Erstaunlichste?*

**Irmtraut Gürkan:** Als der Verwaltungsrat zu Beginn des vergangenen Jahres seine Tätigkeit für das Universitätsspital Basel aufgenommen hat, waren aufgrund der Verselbstständigung eine Vielzahl von konstituierenden Reglementen zu vollziehen, die von der Spitalleitung stringent und kompetent vorbereitet worden waren. So war es den Mitgliedern des Verwaltungsrates möglich, sich sehr effektiv mit den von ihnen wahrzunehmenden Aufgaben auseinanderzusetzen und sie auch sehr gut verantworten konnten, was gerade für mich, die ja mit dem Schweizer Gesundheitssystem noch nicht so vertraut war, wie meine Kollegen eine grosse Erleichterung war.

Positiv überrascht war ich auch von der professionellen Implementierung des Swiss DRG System im Unispital Basel. Alles, was das Haus zu einem Erfolg dieses neuen Abrechnungssystems beitragen kann, ist abgeschlossen. Was mich allerdings verwundert, ist, wie schwierig sich in der Schweiz die Vertragsverhandlungen mit den Krankenversicherungseinrichtungen gestalten, ebenso auch die Heterogenität der Preisgestaltung. Das verlangt viel Flexibilität von den Spitalern und sicherlich auch gute Nerven bei den CEOs wie den Verwaltungsräten.

*Ihr Wirkungskreis ist das Universitätsklinikum Heidelberg, wo Sie Kaufmännische Direktorin sind. Es drängt sich die Frage auf: Welches sind die bedeutungsvollsten Unterschiede, wenn Sie die beiden Häuser miteinander vergleichen?*

Bevor ich zu den Unterschieden komme, zunächst ein Blick auf die Gemeinsamkeiten: Das Universitätsspital Basel und das Universitätsklinikum Heidelberg sind beide erfolgreiche Krankenhäuser der Spitzenmedizin. Sie sind wirtschaftlich gesund aufgestellt und haben damit zugleich auch das Potenzial, in ihren Schwerpunkten national wie auch international Anerkennung zu finden.

Unterschiede gibt es vor allem bezüglich des Fächerspektrums – in Heidelberg sind alle Disziplinen im Uniklinikum vereint. Im Vergleich dazu werden in Basel die Psychiatrie und die Kinderklinik als eigenständige Spitäler geführt, was die Komplexität auch im Zusammenspiel von Krankenversorgung, Forschung und Lehre für alle Beteiligten erhöht. Ähnliches gilt sicherlich auch für die Eignerstruktur – in Heidelberg ist das Land Baden-Württemberg der Eigner. Das USB hat zwar ebenfalls die Erwartung seines Eignerkantons Basel-Stadt zu erfüllen, die Universität Basel jedoch die Erwartungen von zwei Eignerkantonen. Auch hier sind vermutlich der Abstimmungsbedarf und die Komplexität damit höher als in Heidelberg.

*Wo haben Sie Ihr Herzblut für das USB?*

Es ist für mich eine Freude und eine wirkliche Bereicherung, dem Verwaltungsrat des USB anzugehören. Von vertieften Kenntnissen in den Gesundheitssystemen Deutschlands und der Schweiz, den Ideen, wie man die Unispitäler in diesen Systemen am besten aufstellen kann, und dem offenen Austausch von Best-Practice-Erfahrungen profitieren hoffentlich beide Häuser.

Auch im Gesundheitswesen gibt es in Deutschland gleichermassen wie in der Schweiz Wettbewerb. Es ist mir ein grosses Anliegen, dass sich das USB dabei gut behauptet, für die Patienten zu den besten Hospitälern in der Schweiz gehört und von den Mitarbeitern als attraktiver, innovativer und verlässlicher Arbeitgeber geschätzt wird.

# Robert-Jan Bumbacher



Der 49-jährige lic. oec. HSG Robert-Jan Bumbacher ist dipl. Wirtschaftsprüfer. Der seit rund sechs Monaten selbstständige Unternehmensberater war in den 20 Jahren zuvor bei der Ernst & Young AG tätig, zuletzt als Leiter des Sitzes Basel und Leiter Wirtschaftsprüfung Basel. Robert-Jan Bumbacher ist verheiratet und hat zwei Töchter.

## Robert-Jan Bumbacher: Das positive Momentum des Wandels ist spürbar.

**Herr Bumbacher, Sie sind seit einem Vierteljahr Mitglied des USB-Verwaltungsrats. Wie erscheint Ihnen das grosse Haus?**

**Robert-Jan Bumbacher:** Stehe ich oben auf dem Dach des Klinikum 1, erscheint mir das USB überblickbar, fassbar und mit klaren Konturen. Das Haus ist stabil und steht auf einem festen Fundament. Von weiter unten, mitten im Geschehen, erscheint es mir lebhaft, komplex und vielfältig. Hier bewegt sich sehr viel. Seien es die Mitarbeitenden und die Patientinnen und Patienten oder seien es der Wandel von der Dienststelle zum selbstständigen öffentlich-rechtlichen Unternehmen und die schrittweise Ausrichtung auf den Markt.

Vieles wird auf diesem Weg hinterfragt oder führt zu Veränderungen. Dass dadurch eine gewisse Unruhe aufkommt, ist verständlich und notwendig. Das stabile Fundament und die Grundstrukturen des USB werden aber in der einen oder anderen Situation hilfreich sein.

Das positive Momentum des Wandels ist spürbar. Ich bin beeindruckt davon, was beispielsweise im Ressort Finanzen oder im Direktionsstab bereits realisiert respektive in Angriff genommen wurde. Die Arbeitsweise ist sehr professionell.

**Was hat Sie an dieser Aufgabe gereizt?**

Ich durfte in den letzten 25 Jahren viele Unternehmen und Institutionen verschiedener Branchen und Grössen als Wirtschaftsprüfer und Berater durch verschiedene Phasen der Unternehmensentwicklung begleiten. Dazu gehörte auch die enge Zusammenarbeit mit Verwaltungsratsgremien und Prüfungsausschüssen. Nun die Mitverantwortung für die Steuerung eines führenden Spitals und einer bedeutenden Ausbildungsstätte im schweizerischen Gesundheitswesen zu übernehmen, ist für mich äusserst spannend. Das USB vollzog mit der Ausgliederung einen grossen Schritt in die unter-

nehmerische Eigenverantwortung. Dies ist ein Prozess, der seine Zeit braucht und von allen Beteiligten viel abverlangt. In dieser interessanten Phase als Mitglied des Verwaltungsrates – notabene eines neuen Führungsgremiums für das USB – gemeinsam mit der Spitalleitung diese Entwicklung mitzugestalten, ist für mich eine besonders reizvolle, aber auch anspruchsvolle Aufgabe.

Als langjähriger Partner in einer internationalen Prüfungs- und Beratungsgesellschaft weiss ich, wie bedeutungsvoll vernetztes und interdisziplinäres Arbeiten für den Gesamterfolg des Unternehmens ist. Gerne möchte ich meine breite Erfahrung aktiv einbringen und somit einen persönlichen Beitrag zum Wandel des USB leisten.

**Welche persönlichen Ziele haben Sie sich gesetzt?**

Ich möchte mich rasch einarbeiten, um mich im Verwaltungsrat in die aktuellen Themen einzubringen. Dabei ist es mir wichtig, das Innenleben des USB kennenzulernen. Neben dem Einlesen in die notwendigen Unterlagen gehört vor allem das Kennenlernen der Menschen, die das USB prägen, dazu. Ich werde auch gerne die Zeit investieren, um den Spitalbetrieb besser kennenzulernen.

Ein wichtiger Leitsatz in meiner täglichen Arbeit ist, die Dinge einfach und pragmatisch anzugehen und allgemein verständlich darzulegen. Dies hilft, die Komplexität zu reduzieren.

Ich bin auf einen fahrenden Zug aufgesprungen. Nun geht es darum, mich gut in das Führungsteam des USB zu integrieren, um gemeinsam mit meinen Kolleginnen und Kollegen die Herausforderungen anzupacken.

Fragen von Gina Hillbert



# «Ist es ethisch zulässig ...?» Der Ethikbeirat berät

Ethische Fragen gehören zur Patientenversorgung und zum klinischen Alltag überhaupt. Oft treten sie unbemerkt auf, bleiben unausgesprochen. Sie sollen jedoch möglichst frühzeitig, noch bevor sie Probleme auslösen, angesprochen und geäußert werden. Das hilft allen: den Behandelnden, den Patienten und den Angehörigen. Aber wohin mit ethischen Fragen? Im USB ist der Ethikbeirat mit seinen zehn Mitgliedern Ihre Anlaufstelle, die Ihnen mit Sachverstand und Rat zur Seite steht.



Ethik im klinischen Alltag: Prof. Stella Reiter-Theil, Geschäftsführerin Klinische Ethik und Prof. Hans Pargger, Präsident Ethikbeirat, besprechen sich auf der Operativen Intensivbehandlung (OIB).

Ethik im Spital befasst sich mit Patientenwünschen und Behandlungspflichten, Grenzsituationen und schwierigen Entscheidungen. Es geht häufig um die Abwägung zwischen Nutzen und Schaden, um Fairness am Krankenbett und darum, dass die Behandelnden ihre Arbeit in Einklang mit ihren professionellen Wertvorstellungen tun können.

Der Ethikbeirat hat sowohl in der interdisziplinären als auch der interprofessionellen Patientenversorgung, in Gesprächsführung und Beratung viel Erfahrung. Mit dem Mitglied Ihrer Wahl können Sie direkt Kontakt aufnehmen. Ihre Anfrage wird selbstverständlich vertraulich behandelt. Sie finden alle Angaben dazu auf der Webseite [www.unispital-basel.ch/ethikbeirat](http://www.unispital-basel.ch/ethikbeirat)

**Prof. Stella Reiter-Theil, Leiterin Klinische Ethik und Geschäftsführerin des Ethikbeirats, und Prof. Hans Pargger, Präsident Ethikbeirat, Chefarzt Operative Intensivbehandlung, OIB, geben Antwort auf die wichtigsten Fragen:**

### *Welches sind die Aufgaben des Ethikbeirats?*

Der Ethikbeirat ist beratend tätig. Er berät bzw. organisiert die Beratung von Gruppen und Einzelpersonen im USB in ethischen Fragen. Er fördert und unterstützt die Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals in klinischer Ethik sowie die entsprechende Forschung. Der Ethikbeirat nimmt im Auftrag der Spitalleitung Stellung zu allgemeinen ethischen Problemen und Fragestellungen. Dies kann auch das Entwerfen von Reglementen oder



Stellungnahmen beinhalten. Wie der Name signalisiert, hat der Ethikbeirat eine beratende Funktion.

**Wofür ist der Ethikbeirat nicht zuständig?**

Wir sind nicht zuständig für im engeren Sinne medizinische Abwägungen, wenn diese nicht auch ethische Fragen aufwerfen. Ähnliches gilt für rein psychologische Aspekte der Patientenbetreuung. Auch allgemeine Beschwerden oder Fehlermeldungen sind nicht an unsere Adresse zu richten.

Im Reglement ist festgelegt, dass der Ethikbeirat beratend arbeitet. Er hat keine schlichtende oder ombudsähnliche Funktion, weder ein Weisungs- noch ein Schlichtungsrecht.

**Welche konkreten Fragestellungen werden vom Ethikbeirat bearbeitet?**

Es besteht ein Bedürfnis nach ethischer Beratung bei ärztlichen und pflegerischen Zweifelsfragen und Entscheidungen im Rahmen der Betreuung von Patienten. Oft handelt es sich um Fragen im Zusammenhang mit Begrenzungen der Therapie (Übersorgung/Untersorgung), Sterbehilfe oder dem Umgang mit Patientenverfügungen. Wie neuere Publikationen in der medizinischen Literatur zeigen, sind auch Konflikte zwischen Angehörigen/Patienten und dem Behandlungsteam oder innerhalb der Behandlungsteams oft Ausgangspunkt für das Anrufen von Ethikstellen. Einige typische Fragen lauten: Ist es ethisch zulässig, eine Patientin am Lebensende mit unklaren Willensäußerungen weiter zu behandeln, wenn es fraglich oder zweifelhaft ist, ob sie dies wünscht? Wie sieht das aus, wenn sich die Erfolgsaussichten positiv oder negativ entwickeln? Was folgt daraus, wenn Angehörige für die eine oder andere Richtung plädieren?

Wenn es Differenzen innerhalb eines Behandlungsteams über das Ausmass der Behandlung und/oder den Patientenwillen gibt, versuchen wir, alle an einen Tisch zu bringen. Das Problem wird in einer strukturierten Form besprochen mit dem Fokus auf ethischen Fragen.

**Wer kann bei ethischen Fragestellungen an den Ethikbeirat gelangen?**

Alle, die mit Patienten/am Krankenbett arbeiten. Es ist aber empfehlenswert, die Anfrage um eine Ethikkonsultation vorher im Team abzustimmen. Auch Patienten und Angehörige haben Zugang zur Ethikberatung.

**Wie kann man sich auf eine Fallbesprechung auf der Abteilung vorbereiten?**

Anfragende besprechen auf ihrer Station vor, welche Fragen sie haben und welche Informationen zu der Behandlung und der Person des/der Erkrankten wichtig sind.

Die Mitglieder des Ethikbeirats, die zu der Beratung gehen, können ihre Aufgabe umso besser erfüllen, je klarer diese Dinge vorher mitgeteilt wurden bzw. am Beginn des Gesprächs zusammengefasst werden. Eine knappe, aber vollständige Beschreibung des bisherigen Krankheitsverlaufes ist wichtig. Dokumente wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Ähnliches sollten vorliegen.

**Wie läuft eine Fallbesprechung auf der Abteilung ab?**

Es wird (meist via E-Mail) ein Termin vereinbart zwischen der anfragenden Person (der Abteilung) und dem koordinierenden Mitglied des Ethik-

beirats. Wer die Koordination und Gesprächsleitung übernimmt, wird je nach Verfügbarkeit geregelt. Berater und Stationsmitglieder setzen sich zusammen; es folgt eine kurze Vorstellungsrunde und Zusammenfassung des Beratungswunsches.

Die Gesprächsleitung folgt dem Anliegen und strukturiert das Gespräch mit dem Ziel, dass (in der Regel nach insgesamt einer Stunde – je nach Gesprächsbedarf) ein Ergebnis formuliert werden kann. Dieses basiert auf der Formulierung und Untersuchung der wichtigsten ethischen Fragen und im Lichte der Diskussion. In keinem Fall treffen die Mitglieder des Ethikbeirats für die Station eine Entscheidung.

**Ausblick: Klinische Ethik im USB – wohin?**

Zielsetzung der Ethik im Unispital ist, sowohl ethische Basiskompetenz im Spital aufzubauen als auch genügend Kapazität für spezielle ethische Fragen vorzuhalten – also eine Entwicklung in die Breite und in die Tiefe: Fort- und Weiterbildung wie auch Einzelfallberatung oder die Erarbeitung von Policies für wiederkehrende Fragen gehören ebenfalls dazu.

Mit der Tätigkeit des Ethikbeirates wird dem medizinischen und pflegerischen Personal eine Unterstützung bei komplexen Entscheidungs- und Zweifelsfragen im klinischen Alltag zur Verfügung gestellt. Der Ethikbeirat strebt an, dass unser Personal und unsere Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen wissen, dass dieses Spital auf der Basis von klaren und anerkannten ethischen Grundsätzen behandelt, auf die man sich verlassen kann. Wenn darüber Zweifel auftreten, leistet die Institution Ethikbeirat Hilfestellung. Durch gezielte Schulung und die Bearbeitung von konkreten Fällen trägt der Ethikbeirat dazu bei, dass Pflegende, Therapeuten und Ärzteschaft auch lernen, allfällige ethische Fragen im Team kompetent zu bearbeiten; es geht nicht darum, dass alle ethischen Fragen durch den Ethikbeirat behandelt werden «müssten». Damit wollen wir das Vertrauen in die Beziehung zwischen Patienten und Behandelnden stärken sowie die Zufriedenheit von Mitarbeitenden und Patienten.

Fragen von Gina Hillbert

**INFO**

Mehr auf unserer Webseite:  
[www.unispital-basel.ch/ethikbeirat](http://www.unispital-basel.ch/ethikbeirat)  
 USB Mitarbeitende finden das Reglement im Intranet,  
 > Organisationshandbuch  
 Vorträge, Seminare, Tagungen werden jeweils im USB-Intranet angekündigt. Ein Flyer zum Ethikbeirat ist demnächst erhältlich.

Kooperationen

# Durch Partnerschaften wachsen

Seit rund einem Jahr kümmert sich die Facheinheit Strategische Partnerschaften im Direktionsstab um die Beziehungsgestaltung mit strategischen Partnern.



Die Facheinheit Strategische Partnerschaften mit Malte Kramer, Franziska Neumann, Dr. Charlotte Werthemann (Leitung) und Jutta Pils (v.l.).

Im Leitbild des USB wird zum Thema Kooperationen Folgendes festgehalten: «Wir entwickeln mit Partnern Kompetenzen und Angebote zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten.» Seit dem 1. Januar 2012 ist das USB verselbstständigt und damit auch wirtschaftlich eigenverantwortlich. Damit einhergehend ist es unerlässlich, strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen zu schaffen, mit denen sich das USB professionell und konkurrenzfähig auf dem stark umkämpften Gesundheitsmarkt positionieren kann. Ein entscheidender Wettbewerbsvorteil für das USB besteht darin, gemeinsam mit weiteren Leistungserbringern die gesamte Behandlungskette eines Patienten, einer Patientin abzudecken und integrale Angebote offerieren zu können. Gründe für Partnerschaften und Kooperationen können gesundheitspolitischer Natur sein, aber auch dazu dienen, die Auslastung in bestimmten Bereichen zu verbessern, Patientenzuweisungen zu sichern, Leistungsdefizite abzudecken, um das eigene Angebot zu bewahren oder um eigene Prozesse zu verbessern.

Von Dr. Charlotte Werthemann und Malte Kramer

Mit ausgewählten, strategischen Partnern sollen übergeordnete Motive und gemeinsame Ziele definiert werden. Aus den Kliniken werden Kooperationswünsche – oder auch erst nur Absichten – formuliert, welche zuerst auf medizinischer Ebene zwischen den Experten abgesprochen werden. In der Facheinheit Strategische Partnerschaften werden diese Kooperationsabsichten strukturiert und zusammen mit den Experten und der zuständigen Bereichsleitung evaluiert, die Ziele definiert und gewünschte Kooperationen umgesetzt.

Seit vielen Jahren existieren verschiedene einzelne Kooperationen von Kliniken aus dem USB mit externen Leistungserbringern, welche z.T. vertrag-

*«Neue Kooperationen sollen immer zum Wohle der Patienten ausgestaltet werden.»*

lich festgehalten sind. Ziel ist es, all diese Kooperationen zentral zu erfassen, um unsere Prozesse besser zu verstehen und unsere Interaktion mit Partnern zu systematisieren und auf einem qualitativ hohen Niveau zu führen.

Neue Kooperationen sollen immer zum Wohle der Patienten ausgestaltet werden und positive Auswirkungen bzw. einen Benefit für das USB ergeben. Der Kooperationsgedanke bezieht sich nicht nur auf Partnerschaften mit anderen Kliniken und Spitälern. Wichtige Kooperationspartner sind natürlich auch die Zuweiser des USB. Hier steht u.a. der gezielte und einfache Austausch von Informationen der gemeinsamen Patienten im Vordergrund. Auch aus dem Bereich der Nachsorge (z.B. Rehakliniken, Spitex, Heime), mit der Industrie oder sonstigen Institutionen können spannende Partnerschaften entstehen.

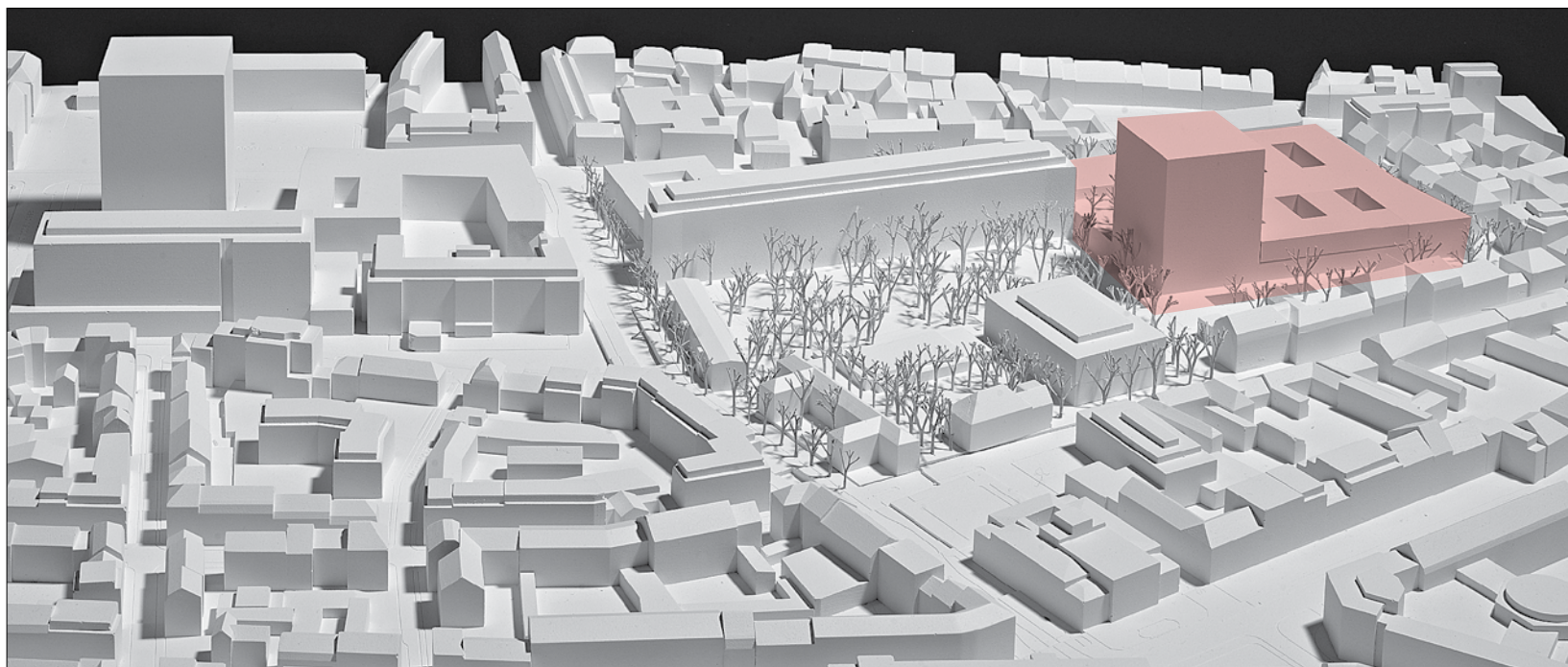
Sollten Sie eine Idee für eine Zusammenarbeit haben, haben wir ein offenes Ohr für Ihre Ideen und unterstützen Sie bei der Ausgestaltung gerne!



Plan

# Klinikum 2: kompletter Neubau

Das Unispital hat seinen Partner für die unumgängliche Gesamterneuerung des Klinikum 2 gewählt. Der Vorschlag eines kompletten Neubaus bei laufendem Betrieb des Generalplanerteams um die Architekten von giuliani.hönger ag und den Gesamtleiter von Caretta+Weidmann Baumanagement AG aus Zürich hat überzeugt.



Das Klinikum 2 am Petersgraben wurde 1974 in Betrieb genommen. Neben der altersbedingten Gesamtsanierung veranlassen auch Anpassungen an die baulichen Standards durch neue Normen und Gesetze eine Erneuerung der über vierzigjährigen Gebäude. Die medizinische Entwicklung mit neuen Behandlungsmethoden, veränderten Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen, neue Anforderungen an die Arbeitsplatzqualität und ein dynamischer Gesundheitsmarkt führen ausserdem zu einer veränderten Nutzung der Spitalinfrastruktur. Bereits 2006 erteilte das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt den Auftrag, die strategische Raumplanung mit dem Erneuerungsbedarf und der Entwicklung und Analyse des Arealpotenzials der Gebäude des Unispitals an die Hand zu nehmen. Anschliessend erteilte der Regierungsrat den Auftrag, in einer Zusammenarbeit zwischen dem Universitätsspital Basel, dem Bau- und Verkehrsdepartement Basel-Stadt, Immobilien Basel-Stadt, der Universität Basel und weiteren den Masterplan Campus Gesundheit zu erstellen, welcher im Jahr 2011 abgeschlossen und genehmigt wurde. Dieses zentrale Steuerungsinstrument legt die Eckpunkte der Standortentwicklung fest, ermittelt den Raumbedarf und die städtebaulichen Auswirkungen. Die Ausschreibung des Wettbewerbs zur Gesamterneuerung basiert auf diesen Grundlagen.

Von Dr. Sabina Heuss

Der Wettbewerb wurde im Dezember 2011 unter dem Vorsitz von Kantonsbaumeister Fritz Schumacher lanciert. Nach einer Präqualifikation mit 31 teilnehmenden Teams wurden für das zweistufige Verfahren 19 Teams qualifiziert und die Vorschläge nach Architektur und städtebaulichen Qualitäten, Etappierbarkeit bei laufendem Betrieb, Umgang mit dem baugeschichtlichen Kontext, spitalbetrieblicher Organisation, Erfüllung des Raumprogramms, Flexibilität und Wirtschaftlichkeit geprüft.

Das Siegerprojekt basiert auf einem Neubau. giuliani.hönger ag überzeugte die Jury mit einem Projekt, welches durch seine hohe Flexibilität und gute Umsetzbarkeit unter Berücksichtigung des laufenden Betriebes heraussticht. Neben einem guten städtebaulichen Lösungsvorschlag besticht das Projekt vor allem durch die betrieblich sinnvolle Platzierung der Funktionseinheiten und eine ideale Anbindung an den Bestand. Die aufgezeigten Spitalprozesse sowie die Orientierung und Wegführung innerhalb des neuen Spitalbaus sind vorbildlich gelöst und bieten eine ideale Grundlage zur weiteren Bearbeitung.

In einem ersten Schritt wird nun durch das zuständige Bau- und Verkehrsdepartement des Kantons Basel-Stadt der Ersatz des bisherigen Bebauungsplans aus dem Jahr 1969 durch einen auf dem Wettbewerbsprojekt basierten neuen Bebauungsplan vorbereitet werden. Zeitgleich werden durch das Universitätsspital Basel als Bauherr die notwendigen Grundlagen für das Vorprojekt wie beispielsweise das definitive Raumprogramm und konkrete Betriebsabläufe, vertiefte Plangrundlagen sowie Technikvorgaben und anderes ausgearbeitet. Das Vorprojekt für die Erneuerung des Klinikum 2 wird im Jahr 2015 erarbeitet.

Gemäss Masterplan Campus Gesundheit, auf welchem das gesamte Projekt beruht, beträgt der Investitionsbedarf zwischen CHF 0.95 und 1.2 Mia. Für die erste Erneuerungsphase (2015–2026), welche die Erneuerung und Erweiterung des Klinikum 2 mitsamt den benötigten Rochadenflächen beinhaltet, beansprucht das Siegerprojekt zwei Drittel dieser Gesamtsumme. Die Finanzierung ist durch das Universitätsspital Basel sicherzustellen.

Wer sich gerne umfassend und laufend informieren möchte, besucht die Website [www.unispital-basel.ch/klinikum2](http://www.unispital-basel.ch/klinikum2)

# Wenn ein Basler Bebbi für seine Florentiner berühmt wird

Phil Kunz steht spätestens seit dem 26. April in der Öffentlichkeit, als SRF 1 die vierte Folge der Sendung «Männerküche» ausstrahlte. Aber was hat das mit dem USB zu tun?



Auch auf der Neurologie ein bekanntes Gesicht: Phil Kunz bei seiner monatlichen Infusion.

**Rückblende, 13. März, 7.30 Uhr.** Ein Fernsenteam von SRF betritt das Klinikum 2, die Hauptperson, Phil Kunz, begleitend. Ziel ist die Neurologie, wo der 46-jährige Basler seinen monatlich anberaumten Termin wahrnimmt: Untersuchung bei Frau Dr. Fischer-Barnicol, dann die über zwei Stunden laufende Infusion. Phil Kunz ist seit sechs Jahren MS-Patient. Dies eine Facette seines Lebens, welche er im Rahmen der Sendung «Männerküche» preisgibt, jedoch mit der klaren Ansage an die Produktion: «Nicht für die Tränendrüsen!» Der passionierte Hobbykoch spricht über seine Krankheit, aber er geht nicht damit hausieren. Wer von Phils Krankheit nichts weiss, merkt sie ihm nicht an. Multiple Sklerose ist eine unheilbare Krankheit, die ganz unterschiedlich verlaufen kann.

Von Gina Hillbert

Kochen, ja das Interesse habe schon sehr früh begonnen, in der Kindheit. «Was immer auch kochen heisst...», schmunzelt er und erinnert sich an eine besondere Episode: «Für die Schwester habe ich einmal Katzenfutter

zubereitet. Die Eltern waren nicht zu Hause und es gab nichts ausser tiefgekühltes Rossfleisch für unsere Katzen. Dann habe ich eben das zubereitet.» Fantasievoll habe seine Mutter gekocht. «Sie ist bis heute eine Spitzenköchin mit allem Drum und Dran. Sie hat mich geprägt.» Irgendwann in junglichem Alter besucht Phil mit seinem Onkel und Götti den Kochunterricht für Männer in der Berufs- und Frauenfachschule, um Jahre später dann im Kochclub Chez Nesti in Biel-Benken seine Heimwerkstatt zu finden. Dorthin war auch das Schweizer Fernsehen mit seiner Anfrage gelangt. Phil, der mit der schwarzen Kochbluse (aber kein schwarzes Schaf), wurde als möglicher Kandidat für die Sendung vorgeschlagen, in Gesprächen getestet, ob er für die Zuschauer auch interessant genug sei. Nach Ortsbesichtigung zu Hause in Münchenstein wurde der Projektmanager eines grossen Telekommunikationskonzerns schliesslich als geeignet befunden, in der Sendung «Männerküche» als Kandidat in den Wettbewerb mit vier weiteren leidenschaftlichkochenden Männern aus verschiedenen Regionen in der Schweiz einzusteigen.





«Die Dreharbeiten haben mich nicht verändert. Nur seit der Ausstrahlung der Sendung werde ich oftmals auch von Unbekannten angesprochen: Sind Sie der aus dem Fernsehen? Ich finde das lustig.» Fernsehtauglich zu sein, fordert eben seinen Preis. Eine ganze Woche lang dauern die Dreharbeiten «Chez Phil». Sogar eine Wand wird im Wohnzimmer eingebaut. Jedoch nicht nur das Zubereiten des dreigängigen Abendessens für die vier anderen Kandidaten, sondern auch interessante Facetten aus Phils Leben werden gekonnt in Szene gesetzt: flotte Mountainbikefahrt, Phil unternehmerisch bei einem Grosskunden, der FCB-Fan auf seinem Stamplatz im Stadion, Schönheit muss leiden: bei der Pédicure, privat am Herd für Familie am Werk, auf dem Basler Märt auf der Suche nach dem idealen Cikorino rosso und... im Unispital am Tropf.

«Den Kopf in den Sand zu stecken, bringt nichts» und Mitleid wolle er schon gar nicht, betont Phil Kunz. Er blickt zurück auf den März 2006, als er Lähmungserscheinungen an Beinen und Armen spürt. Er geht zum Hausarzt. Die Abklärungen ergeben: Phil hat MS, im Fachausdruck Multiple Sklerose. Er informiert sich zunächst im Internet über die Krankheit. «Das war mein grösster Fehler. Damit habe ich rasch aufgehört.» MS ist eine heimtückische Krankheit. «Man weiss nie, wie sie verläuft.» Auf das über die ersten zwei Jahre verabreichte Medikament reagiert er schlecht. «Ich war gereizt.» In dieser Zeit habe er auch keinen Sport mehr gemacht. Es folgen mehrere Schübe, in Händen und Beinen hat er zeitweise kein Gefühl mehr, teilweise sieht er doppelt. Während der Schübe intensiv verabreichtes Kortison hilft ihm jeweils, die Schädigungen an den Nervenbahnen in Grenzen zu halten. Nach zwei

nicht einfachen Jahren erfolgt ein Medikamentenwechsel. Damit ändert sich für Phil die Situation. Er reagiert so gut darauf, dass er seither beschwerdefrei durchs Leben geht und wieder alles tut oder tun kann, was ihm Spass macht. «Wenn es so weitergeht wie bis jetzt, habe ich Glück.» Durch die Krankheit ist sich Phil selber näher gekommen, wie er sagt. Er höre seither viel mehr auf seinen Körper. «Ich trage mehr Sorge zu mir selber, zum Beispiel an der Fasnacht, wo ich aktiv bei einer Wagenclique mitmache. Wenn ich müde bin, gehe ich nach Hause, egal, ob die Fasnacht noch im Gang ist.» Hadern mit dem Schicksal? Nein. «Natürlich habe ich mich gefragt: Warum ich? Aber es gibt doch viel Schlimmeres. Mir geht es jetzt gut und ich setze viel Hoffnung in die Forschung, die den MS-Patienten eines Tages zugutekommt.»

Phil ist dynamisch und besonnen in einem. Spricht er von seiner Arbeit, wie er beispielsweise die Umsetzung der gesamten Kommunikationstechnologie für die Euro 08 im Station St. Jakob geleitet hat, ist diese analyti-



Phil Kunz (rechts aussen) im Wettstreit mit Spitzenhobbyköchen in der Sendung «Männerküche» des Schweizer Fernsehens.



Jetzt wirds ernst: Phil Kunz an einem Tisch mit den USB-Spitzenköchen Christian Kech, Küchenchef (links), und Manfred Roth, Leiter Hotellerie (rechts), bei der Besprechung des auf den 4.9.2013 geplanten Spezialmenüs. An diesem Tag wird der Hobbykoch in der USB-Grossküche werken und wirken. Die Detailplanung ist auch hier das A und O. Höchste Konzentration, aber auch viel (Vor-)Freude ist allerseits spürbar.

sche Kreativität voll spürbar, dann ist er vollends in seinem Element. Wie beim Kochen. Kochen ist für ihn Erholung, ist Abschalten vom Berufsalltag, von Gedanken, die ihn betrüben könnten, von der reinen Denkarbeit. Kochen ist etwas unbegrenzt Kreatives. Den grössten Respekt zollt er jedoch nicht den Spitzenköchen, sondern denjenigen, die jeden Tag oft zwei Mal für die Familie kochen, abwechslungsreich soll es sein und möglichst kostengünstig. Das sei eine grosse Herausforderung und ebenso anspruchsvoll wie das Kochen der Spitzenköche, die aus dem Vollen schöpfen könnten. Fürs «Männerküche»-Dinner kredenzte Phil selbstverständlich etwas Nichtalltägliches: eine Curry-Zitronengras-Suppe mit Bündnerfleisch-Tatar und Toast, das Filet vom Vive auf Cikorino-rosso-Risotto mit Frühlingsgemüse und als süssen Abschluss ein Rosmarin-Parfait auf Mango mit Kürbiskern-Mandel-Florentiner.

Besagte Florentiner des bekennenden Basler Bebbi liessen das Rosmarin-Parfait noch geschmeidiger auf der Zunge zergehen. Kochen kennt eben keine Grenzen. Ich bin sicher, die halbe, am Kochen interessierte Schweiz wird nun Phils hochgelobte Florentiner zubereiten. Sympathisch, wenn ein Basler für seine Florentiner berühmt wird. Grenzenlos sympathisch.

Lust zum Ausprobieren? Die Rezepte finden Sie hier:  
[www.srf.ch/unterhaltung/kochen-backen/rezepte-maennerkueche](http://www.srf.ch/unterhaltung/kochen-backen/rezepte-maennerkueche)

# Martin Brodbeck beeinflusst seit vielen Jahren das Image des Unispitals

**Vertauschte Rollen:** In diesem Interview befragt ausnahmsweise nicht der Journalist der «Basler Zeitung» den USB-Mediensprecher, sondern umgekehrt.



Immer wieder im Gespräch: Martin Brodbeck von der Basler Zeitung (links) und Andreas Bitterlin vom Unispital.

Einst waren wir Berufskollegen als Journalisten: Martin Brodbeck beim damaligen Basler Volksblatt, ich als Nordwestschweizer Korrespondent beim Schweizer Radio und beim Schweizer Fernsehen. 1994 dann ein Rollenwechsel: Ich trat die Funktion als Mediensprecher und Leiter Unternehmenskommunikation im damaligen Kantonsspital an und seither erteile ich Martin Brodbeck, der zur «Basler Zeitung» gewechselt hatte und dort bis heute verantwortlich zeichnet für die Berichterstattung über das regionale Gesundheitswesen, Auskünfte im Namen des damaligen Kantonsspitals und des heutigen Universitätsspitals. Erneuter Rollenwechsel nun im Jahr 2013: Im letzten Interview als Mediensprecher des Unispitals vor der Pensionierung erteile ich nicht wie üblich Auskünfte, sondern befrage ausnahmsweise den «BaZ»-Redaktor Martin Brodbeck, der ansonsten die Fragen stellt. Ziel dieses Interviews ist es, der Gazzetta-Leserschaft einige Denkfacetten vorzustellen desjenigen Mannes, der durch seine «BaZ»-Artikel die öffentliche Wahrnehmung des USB mitprägt.

**Andreas Bitterlin: 20 Jahre Berichterstattung über die regionale Gesundheitspolitik – wie beurteilst du als Journalist die Entwicklung?**

**Martin Brodbeck:** Markant sind die erfolgte Sanierung des Klinikum 1 des Unispitals und die Sanierung und der Ausbau des Kantonsspitals Liestal. Die Kommissionen des Grossen Rates BS und des Landrates BL haben hierbei versucht, eine partnerschaftliche Politik umzusetzen – diese partnerschaftlichen Bestrebungen sind gründlich misslungen. Wie du weisst: Je schlechter eine Situation sich darstellt, desto interessanter wird die Angelegenheit für den Journalisten. Deshalb blieb ich der Thematik bis heute treu. In der Gesamtbilanz hat sich mit wenigen Ausnahmen in Einzelgeschäften, wie etwa der gemeinsamen Spitalliste, leider nicht viel verbessert; die regionale Gesundheitspolitik besteht zu einem grossen Teil aus einer Folge von Trauerakten. Der letzte Trauerakt betrifft das Scheitern des Projektes gemeinsame Akutgeriatrie/Rehabilitationszentrum, vorgesehen zuerst auf dem Areal des Bethesdaspitals und danach auf demjenigen des Bruderholzspitals.

**Deine Wahrnehmung der Entwicklung des USB im Speziellen in dieser Zeitspanne?**

Vor 20 Jahren habe ich das damalige Kantonsspital Basel als sehr statischen Betrieb wahrgenommen, dessen Tätigkeiten relativ träge vor sich hin geplätschert sind. Später spürte ich vermehrt Dynamik, als sich die Spitaldirektion stärker einbrachte und vermehrt Führungsverantwortung einforderte und übernahm. Für mich als Journalist war das eine ergiebige Zeit, weil auch einige interne Konflikte aufbrachen und mir davon Indiskretionen zugetragen worden sind, die journalistisch spannend waren. In den letzten Jahren ist das Image des Unispitals besser geworden, die Situation hat sich beruhigt. Aber der interne Kampf um Ressourcen ist nach wie vor spürbar, beispielsweise bei der Nutzung der Operationssäle.

---

Interview: Andreas Bitterlin

---

**Ich nenne einige Stichwörter zu Meilensteinen in der jüngeren Vergangenheit des USB und bitte dich um Kommentierungen. Zuerst zum Namenswechsel von Kantonsspital zu Universitätsspital. In unserer Intention war dies im Jahr 2004**



*nicht nur eine «Verpackungsangelegenheit» im Stil von «alter Wein in neuen Schläuchen», sondern eine ausgeprägt strategische Ausrichtung mit einer gezielten Positionierung im Wettbewerb und einer klaren inhaltlichen Schärfung des Profils.*

Ich benötigte einige Zeit, um mich an den neuen Namen Universitätsspital zu gewöhnen. Der neue Name hat in Basel auch nicht dieselbe Bedeutung wie in Zürich, wo grosse Stadthospitäler betrieben werden und das Universitätsspital Zürich eine eigenständige Funktion ausübt. In Basel ist das Unispital nach wie vor nebst dem universitären Zentrumsspital auch noch das grosse Stadthospital. Mit der Gründung von Kompetenzzentren ist euch aber in den letzten Jahren eindeutig eine Akzentuierung der Stärken in verschiedenen Gebieten gelungen. Und ich gehe davon aus, dass dieser Prozess weitergeführt wird.

Ja.

*Zwei markante Veränderungen wurden per 1.1.2012 umgesetzt, wobei die nachhaltigen Auswirkungen wohl noch nicht abschliessend beurteilt werden können. Es handelt sich um die Revision des Krankenversicherungsgesetzes mit der Einführung der Fallkostenpauschale und um die Verselbstständigung des USB als öffentlich-rechtliche Anstalt. Zuerst deine Einschätzungen zum Thema Finanzierung.*

Da kann ich tatsächlich noch kein abschliessendes Urteil fällen. Ich habe das Gefühl, dass die Thematik im Vorfeld heisser gekocht worden ist, als sie nun gegessen wird. Ich empfinde den Übergang zur Fallkostenpauschale im Moment als sanften Wandel in ein neues Finanzierungszeitalter in unserer Gegend. Die Baserate und den Casemix erachte ich bei euch als gute Ausgangslage, wie der Rechnungsabschluss mit dem kleinen Gewinn dokumentiert. Falls sich diese Ausgangslage aber ändert, kann ich mir vorstellen, dass Hektik entsteht.

Ich persönlich stehe den DRGs skeptisch gegenüber, da ich befürchte, dass der von der Tarifstruktur erzeugte Druck durch Mengenausweitung mit profitablen Indikationen im stationären Bereich kompensiert wird. Aber die Einführung der Systematik ist entschieden worden und nun leben wir damit.

*Per 1.1.2012 wurde das Unispital als öffentlich-rechtliche Anstalt verselbstständigt. Du hast die politische Vorgeschichte publizistisch eng begleitet. Wie fällt deine Bilanz ein Jahr nach erfolgter Verselbstständigung aus?*

Mir war immer klar: Wenn die angestrebte Dynamisierung und die Wettbewerbsfähigkeit gegeben sein müssen, dann ist eine neue Rechtsform unabdingbar. Die vorherigen Entscheidungsprozesse via Parlament waren allzu langfädig. Ich erachte es auch als richtig, dass sowohl das Unispital als auch das Kantonsspital Baselland im Besitz der Kantone bleiben, damit die Versorgungssicherheit gewährleistet ist. Offen sind noch die langfristigen Auswirkungen auf das Personal, die voraussichtlich politischen Zündstoff beinhalten werden.

*Du wohnst im Baselbiet, in Münchenstein, und somit in unmittelbarer Nachbarschaft des Bruderholzspitals. Welchen Stellenwert misst du für dich und deine Familie dem Universitätsspital bei?*

Das Bruderholzspital hatte eine grosse Bedeutung für mich, als Prof. Kummer dort tätig war. Seit er seine Tätigkeit beendet hat, ist für die stationären Behandlungen neu das Claraspital «unser» Spital, insbesondere seiner familiären Atmosphäre wegen. Im Unispital habe ich schon mehrfach Ambulatorien aufgesucht, weil bekannt ist, dass die Patienten in akuten Situationen zeitnahe zu Fachleuten Zugang haben. Bei sehr komplexen Krankheitsbildern, beispielsweise bei Herzproblemen, würde ich für einen stationären Aufenthalt aber das USB wählen aufgrund seines vielfältigen Angebotes.

*Möchtest du zum Schluss noch aus deiner Warte ein weiteres Thema anschnitten?*

Ja, nämlich unser beider Kerngeschäft, die Kommunikation zwischen Journalist und Mediensprecher ...

*... die ja aufgrund der unterschiedlichen Interessenlagen einem Spannungsfeld unterworfen ist. Bitte dein Votum:*

Leider hast du mir nie unter der Hand eine heisse Geschichte gesteckt. Positiv war, dass du sehr präsent warst und immer zeitgerecht, sachkundig und offen Auskunft erteilt hast – auch bei für euch kritischen Aspekten, was leider nicht bei allen Mediensprechern in anderen Institutionen so der Fall ist.

*Ich danke dir für das Gespräch und wünsche dir weiterhin eine «gute Feder» für deine künftigen Artikel in der «BaZ».*

### Andy Bitterlin – die Stimme des Unispitals



Unverkennbar war sie, unverwechselbar war er. 19 Jahre Mediensprecher des Unispitals – Andreas Bitterlin stand unzählige Male für unser Spital in der Öffentlichkeit oder sorgte dafür, dass wir in der Öffentlichkeit sind. Unbestritten verliert er mancher Unstimmigkeit den richtigen Ton, berichtete sachlich-korrekt, gewann nicht zuletzt durch seine unverfälschte, authentische, souveräne und empathische Art des Kommunizierens viele Sympathien und erntete vonseiten der Medienschaffenden höchste Anerkennung. Gerade bei schwierigen Themen und kniffligen Medienanfragen lief er jeweils zur Höchstform auf. Sein

Journalistenherz begann dann jeweils heftiger zu schlagen, insbesondere wenn er in einem 30-Sekunden-Statement vor der Kamera die Sache auf den Punkt bringen musste, was er bravourös meisterte. Er spürte die Frage hinter der Frage, hatte den sicheren Instinkt, den es braucht, um eine Sache medial richtig einzuschätzen und mit welcher Botschaft sie zu bestücken sei: Was? Wann? Wie? Und ob überhaupt? Nicht selten musste er für Medienanfragen intern Überzeugungsarbeit leisten. Verständlich, wenn nach nur zwei Hitzetagen in Folge zahlreiche Medienanfragen, ob es Hitzetote gegeben habe, oder wenn der Pollenflug zum Langstreckenthema wird – jedes Jahr aufs Neue, notabene. Manchmal musste der Mediensprecher auch die Bremse ziehen, wettern und sich aufregen, aber das gehört eben zum Handwerk. Andy Bitterlin ist es zu verdanken, dass im Unispital die Medienvertreter vermehrt als Partner (und nicht etwa als Eindringlinge) wahrgenommen und entsprechend bedient werden. Die Medien kommen gerne ins Unispital nach Basel. Wir werden über geografische Grenzen hinweg als offen und unkompliziert bewertet. Medienarbeit ist eine Aufgabe, die eben viel Fingerspitzengefühl erfordert. Andy Bitterlin hatte das. Nebst aller Öffentlichkeit, in der er stand und stehen musste, drängte er sich den Medien nie auf. In seinem engen Umfeld, in seiner Abteilung Marketing und Kommunikation, war er ein wunderbarer Chef und Kollege, der mit seinem Team manchen Grundstein gelegt hat. Er hat sich nie aufgeplustert, sondern uns gleichwertig atmen lassen, hat uns gefordert und gefördert, stand uns mit Rat und Tat zur Seite. Nie war er es müde, etwas zu Boden zu reden. Seine Tür stand immer offen, der Draht zu ihm war in Notfällen sogar bis nach Costa Rica gelegt und ... er schien sich zu freuen, wenn sich seine Stellvertreter-Stimme jenseits des Ozeans beim Ferienweilenden meldete: totaler Einsatz eben mit viel Herzblut für unser Spital. Da spielte es keine Rolle, wenn am Wochenende Medienanfragen seine geliebte Zeitungslesezeit im heimischen Garten jäh unterbrachen. Andy tat Dienst, Jackett und Krawatte immer griffbereit, und weit mehr als das. Öffentlich zugänglich sein, beinahe rund um die Uhr, gehörte zu seinem Job, lange bevor es Smartphones gab.

Ein letztes Interview vor seiner Pensionierung für die Gazzetta, deren Chefredaktor und Initiator Andreas war, ist seine Art der Verabschiedung von einer Institution, die ihm mehr am Herzen lag, als man vermuten könnte.

Ein schlichtes Danke für spannende Jahre am Puls des Geschehens und für das Vertrauen, von welchem unsere Zusammenarbeit und unsere Kollegialität stets gelebt haben.

Von Gina Hillbert

# From Bench to Bedside – von der Erfors bis zur Anwendung im klinischen Alltag

Nichtinvasive Screening-Biomarker (z.B. Troponin und d-Dimere) haben eine grosse Bedeutung in der Medizin. Sie werden benutzt, um das individuelle Risiko für eine Erkrankung (z.B. vermutete Diagnose Herzinfarkt) abzuschätzen und entsprechend weitere, meist invasive und teurere Abklärungen gezielter einzusetzen (z.B. Herzkatheteruntersuchung).



Dr. Tobias Breidhardt, Dr. Patricia Hirt-Minkowski, Dr. Philip Haaf (v.l.) auch forschungsmässig flott im Unispital unterwegs.

Die Einführung hochsensitiver Troponine (im Blut bestimmbare Protein-komplexe aus dem Herzmuskel) – nicht zuletzt auf der Notfallstation des Universitätsspitals Basel – ermöglicht einerseits eine viel frühere Diagnostikstellung und Behandlung des akuten Herzinfarkts. Andererseits führt das gehäufte Auftreten von (grenzwertig) erhöhten Troponinwerten und deren therapeutische Konsequenz aber auch vermehrt zu Irritationen im klinischen Alltag.

---

Von Dr. Tobias Breidhardt, Dr. Patricia Hirt-Minkowski, Dr. Philip Haaf

Bei Patienten mit akuten Thoraxschmerzen ist die Unterscheidung zwischen akutem Herzinfarkt und anderen Herzkrankheiten, die nicht durch

eine Verengung der Herzkranzgefässe bedingt sind, oftmals sehr schwierig. Solche Erkrankungen sind zum Beispiel Herzrhythmusstörungen, Entzündungen des Herzmuskels oder Blutdruckentgleisungen, die alle auch zu Troponinerhöhungen führen können.

In der Studie «**High-sensitivity cardiac troponin in the distinction of acute myocardial infarction from acute cardiac noncoronary artery disease**» wurden drei neue, unterschiedliche hochsensitive Troponine untersucht in Bezug auf ihre Unterscheidungsfähigkeit zwischen akutem Herzinfarkt und den oben erwähnten anderen Herzkrankheiten. Wir konnten mittels EKG und hochsensitiver Troponinwerte innerhalb der ersten Stunde einen Algorithmus ausarbeiten zur schnellen



# Früherkennung von Biomarkern

und sicheren Unterscheidung eines koronaren und nichtkoronaren Ursprungs des akuten Thoraxschmerzes. Die Ergebnisse waren konsistent bei allen drei untersuchten hochsensitiven Troponinen und wurden in einer unabhängigen Patientenkohorte zudem noch bestätigt. Ausserdem konnte gezeigt werden, dass Messungen der neuen hochsensitiven Troponinwerte innerhalb der ersten Stunde zu einer objektiven Indikationsstellung für eine frühe invasive Diagnostik mittels Herzkatheter und zur Reduktion von vermeidbaren Koronarangiografien beitragen können.

Aus der klinischen Erfahrung haben wir gelernt, dass der Herzinfarktmarker Troponin T auch bei einem Grossteil unserer niereninsuffizienten Patienten dauerhaft erhöht ist; das klassische Troponin T ist in ca. 60% aller Hämodialysepatienten chronisch erhöht, während die modernen, hochsensitiven Troponine in fast 100% unserer Dialysepatienten erhöht sind, obwohl bei diesen Patienten keine Anzeichen eines akuten Myokardinfarkts bestehen. Leider war die Ursache dieser chronischen Troponin-T-Erhöhung bis jetzt nicht vollkommen geklärt.

In der Arbeit **«Troponin T for the detection of dialysis-induced myocardial stunning in hemodialysis patients»** konnten wir anhand von wiederholten Herzultraschall-Untersuchungen nachweisen (jeder Patient wurde während einer 4-stündigen Dialysesitzung 3-mal mittels Ultraschall untersucht), dass die chronische Erhöhung der Troponinwerte durch das Auftreten eines dialyseinduzierten Herzmuskelschadens ausgelöst wird. Je mehr Areale des Herzmuskels durch die Hämodialyse vorübergehend weniger durchblutet werden, umso höher sind die Troponin-T-Werte der Dialysepatienten. Diese Ergebnisse erklären den zugrunde liegenden Mechanismus für die dauerhaft erhöhten Troponin-T-Werte unserer Dialysepatienten.

Da wir aus unseren früheren Untersuchungen wissen, dass der akute dialyseinduzierte Herzmuskelschaden mit einem erhöhten Risiko für das spätere Auftreten eines akuten Herzereignisses (akuter Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung, plötzlicher Herztod) verbunden ist, planen wir als direkte Folge dieser Untersuchung, den zeitlichen Verlauf der Troponin-T-Werte bei unseren Dialysepatienten genauer zu untersuchen. Wir hoffen dadurch, Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein akutes Herzereignis früher erkennen und besser behandeln zu können.

Die Nierentransplantation ist für geeignete Patienten mit terminaler Nierenerkrankung die beste Therapieoption. Jedoch müssen Patienten, die ein Nierentransplantat erhalten, lebenslanglich Medikamente einnehmen, damit das Organ nicht abgestossen wird. Diese Medikamente (= Immunsuppressiva), welche das Immunsystem unterdrücken, können aber Nebenwirkungen haben, wie zum Beispiel eine erhöhte Infektneigung, die Entwicklung von Tumoren und Bluthochdruck. Somit ist ein wichtiges Ziel der Überwachung von Nierentransplantatempfängern, die immunsuppressive Therapie an die individuellen Bedürfnisse eines Patienten anzupassen. Leider sind Abstossungen auch mit den modernen Immunsuppressiva heute immer noch die häufigste Ursache für ein Transplantatversagen. Wir

wissen, dass auch sehr frühe Abstossungen, wenn sie nicht rechtzeitig erkannt und behandelt werden, zu chronischen, irreversiblen Schäden im Nierentransplantat führen können.

Bis heute stehen uns für die Früherkennung einer Transplantatabstossung nur sogenannte Überwachung-Transplantatbiopsien zur Verfügung. Diese können aber nicht für die gesamte Lebensdauer eines transplantierten Organs regelmässig durchgeführt werden, da sie hohe Kosten verursachen und dadurch eine Belastung für unser Gesundheitssystem darstellen. Zudem gehen sie mit Unannehmlichkeiten und Risiken für den Patienten einher. Deshalb wären sogenannte nicht invasive Screening-Biomarker auch in der kontinuierlichen Überwachung von Nierentransplantaten äusserst hilfreich. Ein geeigneter Screening-Biomarker für Abstossungen würde uns helfen, diejenigen Patienten zu erkennen, die eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine Abstossung haben (= wenn der Biomarker im Urin und/oder Blut gemessen erhöht ist) und die daher eine weiterführende Abklärung mittels Nierenbiopsie benötigen. Diese könnten so von Nierentransplantatempfängern abgegrenzt werden, die mit Sicherheit keine Abstossung zeigen (= wenn der Biomarker nicht erhöht ist) und die deshalb keine Biopsie benötigen. Mit unserer Biomarker-Forschung und Entwicklung von Urin- und Bluttests zur frühen Abstossungsdiagnostik versuchen wir, diesem Ziel näher zu kommen.

Die Studie **«Detection of Clinical and Subclinical Tubulo-Interstitial Inflammation by the Urinary CXCL10 Chemokine in a Real-Life Setting»** hat in einer unselektionierten Population von 213 Patienten mit insgesamt 442 Transplantatbiopsien gezeigt, dass das Urinchemokin CXCL10 ein vielversprechender, nicht invasiver Screening-Biomarker für die rechtzeitige Erkennung der häufigsten Form der Nierentransplantatabstossung (= Tubulitis) ist. Dadurch könnten unnötige Überwachung-Transplantatbiopsien eingespart werden, mit den entsprechenden positiven Auswirkungen für den Patienten und die Kosten im Gesundheitswesen.

Vorreiter

# Start in eine neue Ära

**Eric Pflimlin und Michael Ortmann dürfen stolz sein: Das Unispital Basel wurde von der ESGENA als 1. Europäisches Trainings-Zentrum für Endoskopiefachpersonal in Basel ausgezeichnet. Eine Anerkennung, die das Pflege- und Assistenzpersonal im Bereich Endoskopie in der Gastroenterologie sowie in der Pneumologie des USB nun auch ganz offiziell an eine internationale Spitzenposition stellt.**



Michael Ortmann (Bild links) und Eric Pflimlin (Bild rechts) «in Aktion» an einem Workshop der SVEP/ASPE.

Anfangen hat alles im Jahr 2002. Es sollte ein europäischer Gastroenterologie Kongress in der Schweiz stattfinden, organisiert und veranstaltet von der Europäischen Vereinigung für Assistenzpersonal in der Gastroenterologie (ESGENA) und einer nationalen Vereinigung. Zu diesem Zeitpunkt bestand noch kein Zusammenschluss des Pflegepersonals der Endoskopie in der Schweiz. So wurde am 16. Januar 2002 die Schweizerische Vereinigung für Endoskopiepersonal/Association Suisse du Personnel en Endoscopie (SVEP/ASPE) am Unispital Basel ins Leben gerufen. Später im Jahr wurde der erste Kongress für Pflegenden in der Gastroenterologie meisterhaft durchgeführt: Es war der Start einer neuen Ära für die Pflege in der Endoskopie.

Von Angela Roos

Knapp über eine Dekade später zählt die SVEP mehr als 300 Mitglieder mit Eric Pflimlin als Vorstandspräsident. Gerne witzelt der Stationsleiter der Medizinischen Diagnostik in der Gastroente-

rologie und Hepatologie darüber, dass Michael Ortmann, verantwortlich für die Fortbildung dieser Abteilung, auch sein Chef ist. Denn Michael Ortmann ist Präsident des Vorstands der ESGENA. 1996 gegründet mit zwischenzeitlich mehr als 7000 Mitgliedern in 40 verschiedenen Ländern, hat sich diese Vereinigung zum Ziel gesetzt das Endoskopiefachpersonal auf europäischer Ebene zu fördern. Diese Förderung fokussiert sich nicht nur auf den europaweiten Informations- und Know-How-Austausch, die Unterstützung von wissenschaftlichen Projekten und der Etablierung einheitlicher Guidelines, sondern auch auf die Anerkennung von nationalen Weiterbildungen in den beiden Fachbereichen.

Durch ihr visionäres Engagement haben Eric Pflimlin und Michael Ortmann es gemeinsam mit ihrem Team geschafft, das USB als internationale Referenz im Bereich der Endoskopie zu etablieren. Seien es europaweite Schulungen mit Hunderten von Teilnehmern oder one-to-one Training und Workshops am Arbeitsplatz, seien es Bewer-

tungen von zur Verfügung gestellter Apparaturen, die Konstruktion spezieller Dummies oder das Verfassen von vereinheitlichten Hygiene Guidelines – Eric Pflimlin und Michael Ortmann setzen sich zusammen mit ihrem Team dafür ein, das «Kollektiv Wissen» in der Endoskopie auf höchstem Niveau stetig zu erweitern.

Ihre ausserordentlichen Leistungen wurden im Juni 2013 nun offiziell anerkannt. Die Zertifizierung der ESGENA fand im Rahmen einer Vortragsreihe am 27. Juni 2013 statt.

#### INFO

Weitere Informationen zu den erwähnten Vereinigungen:

- ESGENA  
<http://www.esgena.org>
- SVEP/ASPE  
<http://www.svep.ch>

Regelungen

# Patientendaten – Vertraulichkeit ist Pflicht!

Der Umgang mit Patientendaten gehört zu unserem Alltag. Dabei ist es unsere Pflicht, dass wir mit diesen sorgfältig und vertraulich umgehen. Das scheint selbstverständlich zu sein. Im Alltag treten die Grundsätze für den korrekten Umgang mit Patientendaten jedoch oft unbewusst in den Hintergrund. Zu den Aufgaben der Datenschutzbeauftragten gehört es, unsere Wahrnehmung für die Gefahr von Datenschutzverletzungen zu schärfen, zum Schutz von uns und unseren Patienten.

## Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht

Informationen, die sich auf eine bestimmte Person beziehen und Angaben über deren Gesundheit enthalten (sog. medizinische Daten), gelten als besonders sensibel und schützenswert. Der Umgang mit solchen Daten ist daher gesetzlich streng geregelt. Für die Bearbeitung von Personendaten im USB findet insbesondere das kantonale Informations- und Datenschutzgesetz (IDG) Anwendung. Dieses regelt in den §§ 9–19 IDG, unter welchen Voraussetzungen Personendaten rechtmässig bearbeitet werden dürfen.

---

Von Martina Strub Meier

---

Der Datenschutz im Spital steht zudem in engem Zusammenhang mit dem ärztlichen Berufsgeheimnis (gemäss Art. 321 des Schweizerischen Strafbuchgesetzes, StGB) sowie mit der im kantonalen Gesundheitsgesetz geregelten Schweigepflicht für Medizinalpersonen. Die Schweigepflicht bzw. das Berufsgeheimnis soll die Vertrauensbeziehung des Patienten zu seinem Arzt/seiner Ärztin respektive dessen/deren «Hilfspersonen» (Wortlaut von Art. 321 StGB) schützen. Zu den Hilfspersonen werden in erster Linie das Pflegepersonal, aber auch Personal in administrativen Hilfsfunktionen, wie beispielsweise Sekretariat oder Rechnungsstellung, gezählt. Was der Patient dem Arzt/der Ärztin anvertraut oder was dieser/diese sonst im Rahmen des Behandlungsverhältnisses wahrnimmt, darf Dritten nur unter gewissen Bedingungen mitgeteilt werden.

Wer ein Patientengeheimnis bzw. Berufs- oder Arztgeheimnis unberechtigterweise offenbart, ist grundsätzlich strafbar (Art. 321 StGB) und kann darüber hinaus personalrechtlich geahndet werden.

Eine Verletzung des Patientengeheimnisses bzw. des Berufs- oder Arztgeheimnisses ist nur dann nicht strafbar, wenn ein gesetzlicher Rechtfertigungsgrund geltend gemacht werden kann. Ein typischer Rechtfertigungsgrund ist z.B. die Einwilligung des betroffenen Patienten oder, wenn dieser nicht urteilsfähig ist, dessen rechtmässigen Vertreters. Zudem gibt es gesetzlich festgeschriebene Meldepflichten und Melderechte, welche eine Offenbarung des Patientengeheimnisses ebenfalls rechtfertigen. Eine Übersicht über die gesetzlichen Melderechte und -pflichten findet sich im Intranet > A-Z > M. Das zuständige Departement kann überdies in begründeten Fällen von der ärztlichen Schweigepflicht befreien (sog. Entbindung von der Schweigepflicht).

## Regelung von Zugriffsrechten

Die vertrauliche Behandlung von Patienteninformationen ist auch für das Spital als Ganzes Pflicht. Das Spital hat deshalb dafür zu sorgen, dass nicht jeder Mitarbeitende auf alle Patientendaten zugreifen kann. Das gesetzliche Erfordernis, Zugriffsrechte datenschutzkonform einzugrenzen (Wer darf welche Daten einsehen und wie lange?) und das Bedürfnis von Medizinalpersonen, im Spitalalltag rasch und unkompliziert auf die heute in erster Linie elektronisch geführte Krankengeschichten zuzugreifen, stehen regelmässig in einem Spannungsverhältnis zueinander. Die Vergabe von

Zugriffsrechten hinsichtlich elektronischer Patientenakte nach Rollen und Verantwortlichkeiten ist deshalb sehr wichtig. Es ist aber nicht zu verhindern, dass gewisse Berufsgruppen (Ärzte, Pflege und vereinzelt administratives Personal) faktisch auch Zugriffe auf Patientendaten gewährt erhalten, auf welche sie aus rechtlicher Sicht nicht zugreifen dürfen. Umso wichtiger ist daher, die Patientendaten durch Zugriffsprotokollierung zu schützen. Dabei handelt es sich um Aufzeichnungen darüber, welcher Mitarbeitende zu welcher Zeit das Dossier eines bestimmten Patienten geöffnet und allenfalls einen Eintrag vorgenommen hat. Es ist daher generell untersagt, unpersönliche Benutzernamen und Gruppenpasswörter zu verwenden weil die Protokollierung nicht mehr zugeordnet werden kann. Die Zugriffsprotokolle sind vom Auskunftsrecht des Patienten erfasst, das heisst, ein Patient kann jederzeit um Einsicht in die Zugriffsprotokolle ersuchen. Das Recht zur Einsichtnahme in Zugriffsprotokolle steht auch Mitarbeitenden zu, welche im USB in Behandlung sind. Dies kommt nicht zuletzt jenen zugute, welche überprüfen möchten, ob jemand ihre Krankengeschichte aus reiner Neugier geöffnet hat.

## Wahrung des Patientengeheimnisses als Qualitätsmerkmal

Kann die Wahrung der Vertraulichkeit von medizinischen Informationen sichergestellt werden, so wirkt sich dies auch positiv auf das Gesamtvertrauen der Patienten aus. Umgekehrt leidet dieses, wenn Mitarbeitende auf dem Gang, bei offener Tür des Stationszimmers oder in der Cafeteria über Patienten sprechen, da immer die Möglichkeit besteht, dass jemand das Gesagte hört bzw. weitererzählt.

Obwohl nicht auf den ersten Blick ersichtlich, geht es beim Datenschutz um mehr als den Schutz von Persönlichkeitsrechten: Der Pflicht zur Wahrung des Patientengeheimnisses und der Diskretion beim Umgang mit persönlichen Daten kommen – neben einer qualifizierten medizinischen Behandlung – auch als Qualitätsmerkmal und Wettbewerbsfaktor eine nicht unwesentliche Bedeutung zu.

### INFO

Martina Strub Meier ist Rechtsanwältin und Datenschutzbeauftragte des USB und arbeitet in der Abteilung Rechtsdienst & Compliance. Sie ist zuständig für Fragen und Anliegen zum Thema Datenschutz und nimmt auch Beobachtungen und Anregungen zu datenschutzrechtlichen Belangen entgegen.

– Informations- und Datenschutzgesetz, (IDG):

<http://www.gesetzessammlung.bs.ch/frontend/versions/2549>

– Gesundheitsgesetz (GesG)

<http://www.gesetzessammlung.bs.ch/frontend/versions/2333>



Austausch

# Das USB international gefragt

Davon zeugen Aktivitäten aus der jüngsten Vergangenheit, bei denen es zu direkten Begegnungen und zu interessantem Austausch gekommen ist.



Hoch geschätzt: Internationaler Besuch. Prof. J. Bitzer empfängt im Mai 2013 eine Delegation aus Kazan, Russland.

25 Ärzte aus Spitälern verschiedener Provinzen Chinas haben im Rahmen des Besuches von weltbekannten Krebsinstitutionen am 22. Mai die Hämatologische Klinik des USB besucht. Zusammen mit Prof. Passweg und PD Dr. Heim wurde ein gemeinsamer Workshop durchgeführt und die Klinik besichtigt. Die Besucher waren sehr beeindruckt und beabsichtigen nun, ein Netzwerk zu etablieren.

Vom 7. bis 10. Mai war Direktor Dr. Kübler zusammen mit Vertretern des UKBB und der Medizinischen Fakultät erneut in Schanghai, um die vor drei Jahren begründeten Memoranden of Understanding mit den drei besten Medizinischen Fakultäten – Fudan, Jiao Tong und Tongji – zu evaluieren. Ziel des Besuches war

- die Neuausrichtung der Zusammenarbeit und insbesondere das Entwickeln eines länger dauernden gegenseitigen Austausches (6–12 Monate) auf Stufe Weiterbildung für MDs und PhDs,
- das Klären der Möglichkeiten des Austausches von biologischem Material
- der Besuch von Spitälern, mit denen bereits eine Zusammenarbeit besteht (Shanghai East Hospital, Shanghai 9<sup>th</sup> People's Hospital).

Dieser weitere gegenseitige Besuch ist von beiden Seiten sehr positiv bewertet worden. In den nächsten Monaten werden konkrete weitere Zusammenarbeitsprojekte erarbeitet.

Am 29. Mai wiederum konnte aufgrund der bestehenden Kontakte zu Prof. Johannes Bitzer, ehem. Chefarzt der Frauenklinik, einer Delegation aus Kazan, der drittgrössten Stadt Russlands, Provinz Tatarstan, während zweier Tage ein umfassender Einblick in das Unispital gewährt werden. Die sehr interessierten Gäste besichtigten die Frauenklinik, die Medizinische Intensivstation und die Operationssäle. Dazu erhielten sie in zahlreichen Vorträgen vertiefte Informationen über das Schweizer Gesundheitswesen, die Medizinische Fakultät, die OP-Planung, das Qualitätsmanagement, die Informatik und vieles mehr. Der schon bestehende Kontakt mit der Frauenklinik soll zukünftig auch auf weitere Disziplinen ausgebaut, Trainingsprogramme für beide Seiten erarbeitet und die Möglichkeit zu gemeinsamen Studien geprüft werden.

## Informieren Sie uns

Damit wir die Aktivitäten der Kliniken des USB mit Spitälern oder Organisationen im Ausland besser kennenlernen und eventuelle Synergien und bestehendes Know-How nutzen können, würden wir uns freuen, wenn Sie uns Ihre diesbezüglichen Aktivitäten beschreiben könnten. [kommunikation@usb.ch](mailto:kommunikation@usb.ch)

# Schon gehört? Schon gesehen?

**B. Braun Pflegepreis 2013.** Wolfgang Hasemann, im USB Pflegeexperte, RN Phdcand, erhielt an der careArt13 den 2. Preis (4000 CHF) für seine Arbeit «Effects of the interdisciplinary Basel Delirium and Dementia Prevention and Management Program DemDel.»

**Editor-Position.** Dr. Claudio Rosso, Oberarzt Orthopädie BZB, ist per Juni 2013 in das Editorial Board von «Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy» (KSSTA) mit einem Impact Factor von 2,2 (Ranking innerhalb der Orthopädie 15/61) aufgenommen worden. Gleichzeitig wurde Claudio Rosso vom Journal «Sportsorthopaedics-Sporttraumatology», der Fachzeitschrift der GOTS (Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin), der Award des Artikels mit der «highest public interest» verliehen.

**EU-Grant ans USB.** Ein europäisches Konsortium mit Professor Christian Sticherling als Vertreter der Schweiz hat den Wettbewerb um einen mit sechs Millionen Euro dotierten EU-Forschungsgrant gewonnen. Professor Sticherling, Leitender Arzt und Abteilungsleiter in der Kardiologie des Universitätsspitals Basel, und seine Kollegen aus diversen europäischen Ländern werden in den nächsten vier Jahren mit diesen Forschungsmitteln wichtige Daten erarbeiten, welche helfen werden, Defibrillatoren noch zielgerichteter bei der Vorbeugung des plötzlichen Herztodes einzusetzen. Die grosse Expertise des Teams um Professor Sticherling in diesem wichtigen Gebiet der Kardiologie kommt den Patienten des Universitätsspitals Basel schon jetzt zugute. Weitere Informationen: <http://www.unispital-basel.ch/index.php?id=2623>

**Gewählt.** Dr. iur. Jürg Müller, Leiter Rechtsdienst & Compliance, wurde in den Vorstand der AGEK (AG der Schweizer Ethikkommissionen) und zum Vizepräsidenten gewählt. Er wird im Mai/Juni 2014 die Nachfolge des heutigen Präsidenten Prof. G. Schubiger, Luzern antreten mit einer Amtsdauer von zwei Jahren.

**«Glaukom».** Ein Handbuch für Betroffene – Eine Einführung für Interessierte – Ein Nachschlagewerk für Eilige, herausgegeben von Prof. J. Flammer, Augenklinik: Das Buch gibt es bereits in 23 Sprachen. Jetzt ist eine Ausgabe auf Kroatisch/Serbisch erschienen.

**Titularprofessuren.** Verleihung durch die Medizinische Fakultät an: Prof. Dr. Michael Jan Dickenmann, Nephrologie, Prof. Dr. David Goldblum, Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, PD Dr. Uwe Güth, Gynäkologie und Geburtshilfe, Prof. Dr. Dr. Karl Heinimann, Medizinische Genetik, Prof. Dr. Alain Nordmann, Innere Medizin, Prof. Dr. Katharina Rentsch, Klinische Chemie, PD Dr. Norbert Suhm, Traumatologie und Chirurgie. (Quelle: uniintern 01/13).

**Top-Publikation.** Die Publikation «Randomised Comparison of Sevoflurane versus Propofol to reduce Perioperative Myocardial Ischaemia in Patients undergoing Non-Cardiac Surgery», G.A.L. Lurati Buse et al., Circulation, Dezember 2012; 126: 2696-270, die im Rahmen der Teamstudie erarbeitet wurde, ist am 4. Juni 2013 am Euroanästhesia Kongress in Barcelona als eine der vier «Top»-Anästhesiepublikationen des Jahres 2012 ausgewählt und präsentiert worden.

## Die Personalkommission USB – aktuelle Themen

Die Personalkommission (PeKo) ist seit Anfang 2012 im Amt und vertritt die Interessen der Mitarbeitenden am USB. Wir geben hier gerne einen Einblick in unsere Arbeit. Auch im zweiten Jahr unserer Existenz beschäftigen wir uns mit verschiedenen Themen unterschiedlicher Tragweite. Weitere Informationen zu unseren Themen und Details finden Sie auf dem Intranet des USB.

### Grosse Erfolge ...

Als grossen Erfolg werten wir das Ergebnis der Arbeitsgruppe zur Umsetzung des Arbeitsgesetzes im ärztlichen Dienst, bei der Vertreter der PeKo mitwirkten. Hauptaufgabe war die Berechnung des Bedarfes an zusätzlichen Stellen im gesamten USB, welche für die Einhaltung des Arbeitsgesetzes unabdingbar sind. Die PeKo hofft, dass damit auch dem ärztlichen Personal die gesetzlich vorgeschriebene Höchst Arbeitszeit von 50 Stunden pro Woche garantiert werden kann. Von zentraler Bedeutung ist, dass die nun zusätzlich geschaffenen Stellen in keinem Bereich dazu missbraucht werden, die Mehrarbeit wegen höherer Bettenbelegung zu kompensieren, sondern tatsächlich zur Umsetzung der im Arbeitsgesetz vorgeschriebenen maximalen Wochenarbeitszeit von 50 Stunden dienen. Wir schätzen die konstruktive Zusammenarbeit mit Herrn M. Da Rugna, Leiter des zentralen HR und den Bereichsleitungen.

### Ein guter Anfang eines grossen «Traktandums» ...

Im Februar 2013 haben die Arbeiten am Gesamtarbeitsvertrag (GAV) begonnen. Das Erarbeiten und Aushandeln von Gesamtarbeitsverträgen ist primär Sache der Personalverbände, nicht der PeKo. Selbstverständlich bilden wir uns als Personalvertretung im Betrieb jedoch auch eine Meinung zu

zentralen Themen des GAV (Lohnkurve, geeignete Möglichkeiten zur Anerkennung von Dienststreue etc.). Diese bringen wir via Personalverbände (SBK, VPOD, VSAO) in die Verhandlungen ein.

Wie üblich haben die Verhandlungspartner (Arbeitgeber- und die Arbeitnehmervertretungen) Stillschweigen während der Verhandlungen vereinbart. Es freut uns zu hören, dass auch die Arbeitgeberseite explizit an einem guten GAV interessiert ist.

### ... und ein erfolgreicher Abschluss eines kleinen «Traktandums»

Unsere Anregung, im Centro einen zusätzlichen Mikrowellenherd zur Verfügung zu stellen, stiess auf offene Ohren. Das neue Gerät ist etwas «versteckt» im hinteren Teil des Centro in der Nähe der inneren Treppe zum Centrinio aufgestellt. Mehrere Mitarbeitende hatten sich bei uns darüber beklagt, dass sie wertvolle Mittagspausenzeit beim Warten vor dem (bisher einzigen) Gerät verbrachten, um ihr Essen aufzuwärmen. Wir bedanken uns für diesen kleinen aber feinen Beitrag zur Mitarbeiterzufriedenheit.

### Unsere Sorgen

Auf dem Intranet berichten wir ausführlicher über kleinere und grössere Sorgen wie die AGUK und die hohe Belegung im Bereich Medizin.

### Kontakt zur Personalkommission (PeKo)

Es gibt mehrere Möglichkeiten, mit uns Kontakt aufzunehmen:

- Per E-Mail (für Anliegen unterschiedlicher Art): [peko@usb.ch](mailto:peko@usb.ch)
- Per Telefon (für Anliegen persönlicher Art): im USB Telefonbuch unter > Abteilung > «Personalkommission» eingeben: alle neun Mitglieder erscheinen
- Per Intranet > A – Z > P > Personalkommission > Themenspeicher > elektronisches Formular zur Eingabe von Anliegen (auch anonym möglich)

Ursi Barandun Schäfer  
für die Personalkommission (PeKo) USB



# Viola Heinzelmann, neue Leiterin der Frauenklinik

Prof. Viola Heinzelmann-Schwarz leitet seit 1. Juli 2013 die Frauenklinik und ist designierte Nachfolgerin von Prof. Johannes Bitzer.



## Persönlich

Viola Heinzelmann-Schwarz besitzt drei Staatsbürgerschaften, die der Schweiz, Deutschlands und Australiens. Sie kommt gebürtig aus dem süddeutschen Raum und hat in Tübingen studiert. Ihre gesamte klinische Ausbildung erfolgte am Universitätsspital Zürich, mit einer 2-jährigen Station im Spital Limmattal. Ihre Subspezialisierung zur gynäkologischen Onkologin erfolgte während 4.5

Jahren in Australien, am Royal Hospital for Women bei Prof. Neville Hacker, einer internationalen Koryphäe auf dem Gebiet der gynäkologischen Onkologie. Seit Sommer 2012 arbeitet sie am Universitätsspital Basel als designierte Nachfolgerin von Prof. Johannes Bitzer und PD Dr. Edward Wight. Sie ist die erste Frau, die ein Schweizer Ordinariat für Gynäkologie und Geburtshilfe erhält. Viola Heinzelmann ist verheiratet und hat zwei Kinder im Alter von 7 und 1.5 Jahren. Sie wohnt mit ihrer Familie in Riehen. Ihre Freizeit verbringt sie mit der Familie, widmet sich dem Violinspiel oder liest besonders gerne Biografien. Sie hält sich mit Velofahren, Skifahren und Tennis fit.

## Ihre gesamte klinische Ausbildung

zum FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe hat Prof. Heinzelmann am Universitätsspital Zürich unter der Leitung von Prof. Urs Haller und Prof. Roland Zimmermann absolviert. Ihre venia legendi erhielt sie ebenso wie ihren Facharzt 2008 an der Universität Zürich (Prof. Daniel Fink). Für die Subspezialisierung im Bereich gynäkologische Onkologie ging Viola Heinzelmann für vier Jahre nach Australien, an das Gynecological Cancer Centre des Royal Hospital for Women in Sydney unter Prof. Neville Hacker und Prof. Michael Friedlander, beide führende Onkologen im Bereich gynäkologische und medizinische Onkologie. Sie war für weitere sechs Monate bei Prof. Martin Oehler im Gynecological Cancer Centre des Royal Adelaide Hospitals tätig, um laparoskopische Onko-Chirurgie mit dem Da Vinci Roboter-System zu erlernen. Im Jahr 2010 erhielt sie den Titel CORT(GO) für ihre Subspezialisierung in gynäkologischer Onkologie, im Jahr 2011 die Anerkennung als «Fellow of the Royal Australian and New Zealand College of Obstetrics and Gynecology» (FRANZCOG). An der University of New South Wales war sie auch als Senior Lecturer akademisch tätig und ist weiterhin als Senior Academic Fellow assoziiert.

## Ihr klinischer Schwerpunkt

liegt im Bereich der gynäkologischen Onkologie, d.h. die umfassende onkologische Betreuung der Patientin mit einem Karzinom der Vulva, Vagina, Zervix, Uterus, Ovarien, Tuben oder des Peritoneums. Hierbei liegt ihr Spezialgebiet auf laparoskopischen chirurgischen Eingriffen, insbesondere bei Karzinomen des Endometriums und der Zervix. Zusammen mit PD Dr. Rosanna Zanetti (Stv. Chefärztin) und Dr. Matthias Siebert (Spezialarzt Gyn. Onkologie), die beide auch eine Sub-Spezialisierung in gynäkologischer Onkologie haben, werden jetzt Karzinome in der Frauenklinik wenn immer möglich nur noch laparoskopisch operiert. Dies wird bei sehr diffizilen und langwierigen Eingriffen wie der sogenannten «Wertheim-Operation» beim Zervixkarzinom zunehmend auch mithilfe des Da Vinci-Roboter-Systems durchgeführt. Dadurch ermöglicht sich eine noch genauere Darstellung der anatomischen Strukturen aufgrund

einer 3D-Sichtweise des Operators. Bei Patientinnen mit Endometriumkarzinomen, die oft einen höheren BMI haben, erniedrigt die laparoskopische Chirurgie signifikant die Nebenwirkungsrate, da Patientinnen aufgrund geringerer Wundfläche und Schmerzen seltener Komplikationen wie Wundinfekte oder Thrombosen haben.

## Ihr Forschungsschwerpunkt

ist die translationale Forschung bei gynäkologischen Karzinomen, hauptsächlich dem Ovarialkarzinom. Ihre erste Forschungsgruppe hat sie 2004 mit Hilfe von Krebsliga, Oncosuisse und SNF Drittmitteln am Universitätsspital Zürich aufgebaut, die zweite Forschungsgruppe baute sie in Sydney am Lowy Cancer Centre, University of New South Wales mit australischen Drittmitteln auf (Cancer Institute NSW, William Maxwell Trust, inaugural Mary Elisabeth Curier Scholarship). Aktuell besteht ihre «Gynecological Research Group» am Departement Biomedizin aus 8 Mitarbeitenden, u.a. dem stellvertretenden Gruppenleiter Dr. Francis Jacob und dem Labor Manager PD Dr. André Fedier. Ihre Forschung ist ausgerichtet auf die Entdeckung besserer Marker für die frühere Diagnose, Voraussage der Prognose und Entwicklung neuer Therapien beim Ovarialkarzinom. Diese Marker sind Gene wie BRCA1 und 2, die bei Ovarialkarzinom-Patientinnen verändert sind, aber auch Antikörper gegen bestimmte Zuckermoleküle an der Oberfläche von Zellen. Zur Unterstützung ihrer Forschung in Basel hat Viola Heinzelmann bislang einen SNF und einen Oncosuisse Forschungsgrant erhalten.

## Ihre Ausrichtung der Frauenklinik

Der Auftrag der Frauenklinik am Universitätsspital soll sich hauptsächlich auf komplexe Fälle der Gynäkologie (mit Schwerpunkt auf der Onkologie), Geburtshilfe und Reproduktions-Endokrinologie richten, für deren Behandlung ein interdisziplinäres Konzept oder auch spezielle Infrastrukturen notwendig sind. Das können Patientinnen mit erfolglosen Vorbehandlungen oder vorbestehenden internistischen Grunderkrankungen sein, die ein interdisziplinäres und interprofessionelles Betreuungsteam benötigen.

# Neuer Leiter Therapie-Dienste

## Guido Perrot



Seit dem 1. Mai 2013 ist Guido Perrot neuer Leiter der Therapie-Dienste am USB. Herr Perrot hat 1983 am Bethesda-Spital in Basel die Ausbildung zum Physiotherapeuten abgeschlossen und danach seine erste Stelle an der Reha-Klinik in Rheinfelden angetreten. Nach wenigen Jahren übernahm er die Leitung des Instituts für Physiotherapie am Merian Iselin Spital und wechselte zehn Jahre später ans Parkresort Rheinfelden, wo er bis zum Frühjahr dieses Jahres die Therapien leitete.

Guido Perrot hat sich kontinuierlich weitergebildet, dabei hat er seinen Interessenschwerpunkt auf die Manuelle Therapie, Sportphysiotherapie

sowie die Herz-Kreislauf-Rehabilitation gelegt. Im Jahr 1998 gründete er gemeinsam mit anderen Therapeuten die Schweizerische Arbeitsgruppe für Rehabilitationstraining, deren Ziel eine optimale Vorbeugung und Heilung von Verletzungen am Bewegungsapparat des Menschen ist. 2009 schloss er zudem den Universitätslehrgang «Sports Physiotherapy» mit einem Masterdiplom ab.

Seit 2005 ist er Dozent am Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt (BZG), wo er im Studiengang Physiotherapie FH unterrichtet. Parallel dazu leitete er Projekte im LAP «Aktive Rehabilitation» an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel und gibt Kurse in «Analytischer Biomechanik nach Sohier» und «Trainingstherapie».

## Würdigungen

### Esther Kessler

Esther, du hast am 1. Juli 1975 als Kinderkrankenschwester auf der Abteilung Mutter&Kind angefangen, damals noch Wochenbett genannt. Mit deiner reichen Erfahrung hast du unzähligen Müttern, Kindern und Familien Pflege, Sicherheit und Zuversicht vermittelt.

In deinem langen Berufsleben hast du viele Veränderungen erlebt: Die Betreuung der Wöchnerinnen und Neugeborenen in Sechssersälen hat sich sehr gewandelt, das freie Stillen wurde selbstverständlich; die Frauen wollten zunehmend selber bestimmen, was sie für sich und ihr Baby richtig fanden. Der Umzug vom alten Fraueli ins Universitätsspital bedeutete fast ein neuer Arbeitsplatz – und die Einführung der Fallpauschalen hat für dich und uns alle eine Verdichtung der pflegerischen Abläufe mit sich gebracht. In diesen 38 Jahren hast du auch mit unzähligen Kolleginnen zusammengearbeitet. Alle diese Veränderungen und Neuerungen hast du stets aktiv mitgemacht und mitgetragen. Als Gruppenleiterin hattest du mit krankem Personal oder fehlenden Betten zu kämpfen. Diese Führungsaufgabe hast du zugunsten deiner Freude an der direkten Betreuung von Mutter und Kind aufgegeben. Neben deinem Beruf hast du aber auch viele Interessen, z.B. Chorsingen und Curling – beides hast du gemeinsam mit deinem Mann ausgeübt. Es war für dich eine sehr schwere Zeit, als er nach langer Krankheit plötzlich nicht mehr da war. Du hast aber dein Leben selbst in die Hände genommen, hast mit viel Engagement wieder Frauen und Neugeborene betreut und bist trotzdem deinen alten Hobbys nachgegangen.

Nun hast du es wirklich verdient, in Pension zu gehen! Wir danken dir für deine langjährige Mitarbeit und wünschen dir von Herzen alles Gute, viel Neugierde für Neues und Freudvolles – und ganz wichtig: eine stabile Gesundheit.

Johanna Biedermann und das ganze Muki-Team

### Pablo Sanchez

Nach fast 33 Dienstjahren im Internen Transportdienst im Universitätsspital Basel geht Pablo Sanchez in Pension.

Diese vergangenen drei Jahrzehnte waren geprägt von diversen Veränderungen, die Herr Sanchez miterlebte. Ein Beispiel: die Ver- und Entsorgung der alten Frauenklinik, denn sie war nicht an unsere moderne Transportanlage angeschlossen. Sämtliches Material und das Essen wurden per MTA bis zum Bahnhof West unter dem K1 transportiert. Von dort wurden alle Wagen vom Transportdienst übernommen und zu den weit entfernten Empfängern in der Frauenklinik verteilt. Selbstverständlich musste auch jeder Wagen wieder zurück und das sieben Tage in der Woche.

Pablo Sanchez hatte durch seine Tätigkeit zu vielen Menschen Kontakt. Ich möchte stellvertretend für alle, die sich nicht persönlich von ihm verabschieden konnten, danken für die Jahre der guten Zusammenarbeit, die Zuverlässigkeit und die menschliche Güte.

Lieber Herr Sanchez, ich wünsche Ihnen alles Gute und beste Gesundheit im neuen Lebensabschnitt. Ich hoffe, Sie können noch viele Jahre Ihre Pension geniessen.

Patrick Gasser



# Würdigungen

## Brigitte Waser

Brigitte Waser begann 1969 im damaligen Bürgerspital Basel ihre Ausbildung zur Physiotherapeutin. Eigentlich hätten die Eltern ein Medizinstudium für sie vorgezogen, doch Brigitte Waser hat ihren Entschluss nie bereut. Sie hat ihren Beruf all die Jahre bis zum letzten Tag mit grosser Freude und Engagement ausgeübt.

Nach der Ausbildung, am 1. Januar 1973, begann sie als junge Physiotherapeutin in der Abteilung Chirurgie. 1976 übernahm sie die Leitung dieser Abteilung und ab 2005 kam auch noch die Leitung des Instituts für Physiotherapie dazu. Im Juli 2007 kam die Leitung der Therapie-Dienste dazu, zuerst interimistisch bis 2009 danach definitiv. Alle diese Leitungsfunktionen hat sie bis Ende Mai in Personalunion ausgeführt.

Während vieler Jahre war sie auf einer Privatstation in der Patientenbetreuung tätig, wo sie die Anwesenheit aller Fachdisziplinen und die Arbeit mit anspruchsvollen und sehr motivierten Patienten und Patientinnen besonders faszinierte. Neben der Arbeit «am Patienten» engagierte sich Brigitte Waser intensiv in der Ausbildung des Physiotherapie-Nachwuchses. Während 30 Jahren unterrichtete sie an der Schule für Physiotherapie (BiG, Berufsschulen im Gesundheitswesen) als Fachlehrerin. Zudem war sie über 20 Jahre sowohl Mitglied der Schulkommission BiG, der Rekurskommission BiG wie auch der Aufnahmekommission.

### Kernbegriffe

Im Führungsalltag von Brigitte Waser waren vor allem drei Kernbegriffe massgebend: «Transparenz», «Gespräch» und – das wurde fast schon ein Steckenpferd – «Kennzahlen».

Ihr Führungsstil zeichnete sich durch Offenheit und Klarheit aus. Sie legte Wert darauf, dass Entscheide transparent für alle Mitarbeitenden nachvollziehbar waren, und informierte offen.

Ihr war ebenfalls wichtig, dass sie für ihre Mitarbeitenden innert kurzer Frist ansprechbar war, wenn Fragen oder Probleme auftauchten. Sie nahm Anliegen ernst, brachte den Mitarbeitenden Wertschätzung und Respekt entgegen und würdigte gute Leistungen. In den letzten Jahren kam dann noch «Kennzahlen» dazu. Sie hat sich intensiv mit dieser Zahlenwelt beschäftigt, Statistiken analysiert, interpretiert, die Zahlenwerte hinterfragt, Schlüsse gezogen und entsprechend gehandelt.

Brigitte Waser sagt, dass sie bis zu ihrer Pensionierung jeden Tag gerne zur Arbeit gegangen ist und sie sich das Leben als Pensionierte noch nicht richtig vorstellen kann. Sicher ist, dass sie sich darauf freut, ihre Freunde zu bekochen, mehr Zeit für Museums- und Konzertbesuche und zum Lesen zu haben – und zum Reisen! Die nächste Reise ist bereits geplant und diese führt sie nach Tansania, in die Serengeti.

Wir danken Brigitte Waser herzlich für ihren Einsatz und ihr Engagement für die Patienten, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und das Universitätsspital als Ganzes.

Sabine Braendle

## Huguette Ott Zwingelstein

Liebe Huguette

Vor ca. 46 Jahren hast du als junge Frau in Mulhouse deine Pflegeausbildung absolviert und abgeschlossen. Später hast du zwei Jahre in Paris im Spital Foch auf einer Gynäkologie gearbeitet.

Nach zwei Jahren bist du schliesslich in die Schweiz, nach Lausanne in die Klinik La Source, ausgewandert und hast dort auf einer Allgemein Chirurgie gearbeitet.

1979 zog es dich weg von der Romandie nach Basel, ins Felix Platter-Spital. Schnell hast du dich dort auf der Orthopädie eingelebt. Du hast dir während dieser Zeit ein grosses Fachwissen im Umgang mit Patienten nach grossen Rückenoperationen sowie mit Hüft- und Knieprothesen angeeignet. Der Fachbereich der Orthopädie ist bis heute deine Lieblingsdisziplin und wir alle konnten stets von deinem Wissen und Können profitieren.

Aufgrund struktureller Veränderungen hast du 2003 wohl oder übel ins USB gewechselt und hast dort drei Jahre auf der IMC, Departement Anästhesie, gearbeitet. 2006 wurde die IMC aufgelöst und es entstand neu der Aufwachraum West in Zusammenarbeit mit dem Aufwachraum Ost.

In den letzten Jahren hast du im Wechsel in beiden Aufwächräumen gearbeitet und dir ein breites Fachwissen angeeignet. Deine Mitarbeit war geprägt von grossem Engagement und du hast mit viel Geduld und Ausdauer die stetigen Veränderungen in all den Jahren mitgetragen. Deine Leichtigkeit des Seins und dein französischer Charme werden uns in der täglichen Arbeit im Aufwachraum fehlen.

Nun beginnt ein neuer Lebensabschnitt für dich und so wie wir dich kennen, wird es dir nicht langweilig. Wie du uns hast wissen lassen, ist eines deiner nächsten Projekte eine Pilgerreise auf Schusters Rappen nach Santiago de Compostela.

Für die Reise und deine weitere Zukunft wünschen wir dir im Namen der ganzen Abteilung alles erdenklich Gute und gönnen dir die wohlverdiente Pension herzlichst.

Herzlichen Dank für die tolle Zeit, die du uns all die Jahre beschert hast. Wir werden dich noch lange in bester Erinnerung in unseren Herzen behalten.

Nadine Morgenthaler und Käthi Borer

# Nachruf

## Ruth Wullschleger

Am 25. März 2013 ist unsere langjährige Arbeitskollegin Ruth Wullschleger völlig unerwartet verstorben.

Nebst deinem engen Freundeskreis, welchen du sehr gepflegt hast, war das Reisen deine grosse Leidenschaft. Du hast viele Länder besucht und dabei auch dort Leute kennengelernt, welche deine Freunde wurden.

Die Reiselust hat sich auch in deinem beruflichen Werdegang widerspiegelt. Als langjährige Mitarbeiterin hast du an zahlreichen Orten in unterschiedlichen Funktionen gearbeitet.

Nach der Pflegeausbildung, welche du 1978 abgeschlossen hast, warst du zuerst im Gemeindespital Riehen tätig, danach auf verschiedenen Bettenstationen im Unispital, dazwischen mal auf der Notfallstation und auf der Diabetologie und für kurze Zeit warst du auch Projektleiterin TARMED. Seit 2001 hast du bei uns auf Medizin 7.2 gearbeitet.

Deine letzte grosse Reise hast du unerwartet, plötzlich und ganz allein angetreten.

Liebe Ruth, wir werden dich in guter Erinnerung behalten.

Das Pflorgeteam von Medizin 7.2

## Nicole Sabler



Dr. med. Nicole Sabler wurde am 6. August 1971 in Basel geboren. Nach der Primarschule im Bruderholz und dem Gymnasium in Basel hat sie an der Universität Basel Medizin studiert und das Staatsexamen 1998 abgelegt. Sie hat bei Prof. Rohr und Prof. Regazzoni promoviert mit einer Erstellung einer multimedialen CD-ROM «Implantatwahl bei Femurfrakturen – ein multimediales Informations- und Lernprogramm».

Ihre klinische Ausbildung führte sie quer durch die Schweiz: Chirurgie, Bürgerspital Solothurn (Dr. Barras), Innere Medizin Praxisassistent St. Moritz (Dr. Steiner) Gynäkologie/GH, Spital Interlaken (Dr. Gurtner) Gynäkologie/GH, Spital Sursee (Dr. Infanger) Gynäkologie/GH, Frauenklinik St. Gallen (Prof. Lorenz).

Dadurch hat sie sich ein breites Wissen und Können angeeignet und wurde deshalb im Januar 2006 Oberärztin in der Gynäkologie/GH im Spitalzentrum Biel (Prof. Herrmann).

Wir konnten sie dann im Januar 2008 für unsere Frauenklinik als Oberärztin gewinnen. Bei uns wurde sie als erfahrene klinische Oberärztin sehr rasch zu einer Stütze der Klinik. Sie baute zusammen mit Dr. Jörg Humburg unter der Leitung von PD Dr. Edward Wight unsere urogynäkologische Sprechstunde auf und erwarb sich einen nationalen und internationalen Ruf auf diesem Gebiet.

Nicole hat uns alle durch sehr hohe fachliche Kompetenz, wodurch sie Ruhe und Besonnenheit ausstrahlte, grosse Menschlichkeit und eine aussergewöhnliche Bereitschaft, für andere da zu sein, immer wieder tief beeindruckt. Sie hat das Team der Frauenklinik in allen Belangen unterstützt, grossen Einsatz gezeigt und war durch ihre zurückhaltende, einfühlsame Art bei allen Patientinnen und Mitarbeitenden äusserst beliebt.

Wir sind über ihren Tod sehr traurig und werden sie sehr vermissen.

Prof. Johannes Bitzer und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Frauenklinik



# Herzliche Gratulation

## 40 Jahre

- 01.08. **Hervas Maria**, HNO Poliklinik
- 16.08. **Cantacessi Carmina**, Küche
- 30.08. **PfändlerTheres**, Frauenspital, Poliklinik

## 35 Jahre

- 01.04. **Thommen Silvia**, Empfang & Notfallauf
- 01.07. **Huguenin Daniel**, Empfang & Notfallaufnahme
- 15.08. **Börlin Marcel**, Rechnungswesen
- 17.08. **Bubendorf Marianne**, Notfallstation
- 04.09. **De Abreu Ana de Fatima**, Reinigungsdienst 1.2
- 04.09. **Slunjski Stevo**, Distribution
- 28.09. **Rössler Irene**, Medizin 5.1

## 30 Jahre

- 01.07. **Batzer Bettina**, Spitalhygiene
- 01.07. **D'Ambrosio Di Petrillo Maria**, Innere Medizin
- 13.07. **Yarham Maureen**, Notfallstation
- 16.07. **Moos Christian**, Medizin 6.2
- 20.07. **Périat-Ott Margrit**, Neurochirurgische Überwachungseinheit
- 01.08. **Wäger Christine**, Chirurgie 5.1
- 06.08. **Zanolin Luisa**, Dermatologie Poliklinik
- 01.09. **Brüderlin Claudia**, Radiologie und Nuklearmedizin
- 06.09. **Bürgin Müller Beatrice**, HNO Bettenstation
- 06.09. **Hartmann Esther**, Frauenklinik Mutter und Kind
- 10.09. **Lutz Claudia**, Kardiologie

## 25 Jahre

- 18.04. **Di Rienzo Yvonne**, Empfang & Aufnahme
- 01.07. **Böddeker Cornelia**, Bildung & Entwicklung
- 01.07. **Brito Augusto**, Werterhaltung
- 01.07. **Grebena Franjo**, Nephrologie Dialyse
- 01.07. **Lyrer Philippe**, Prof., Neurologie, Ärzte
- 13.07. **Mörgeli Anita**, Dermatologie Tagesklinik
- 14.07. **Kaufmann-Trösch Thomas**, Sicherheit
- 22.07. **Metzger Nadia**, Medizin 7.2
- 01.08. **Bieri Armin**, Stab DBM
- 01.08. **Blondé Corinne**, Nephrologie Ambulatorium
- 01.08. **Hösli Irene**, Prof., Frauenklinik Ärzte
- 01.08. **Mangels Renate**, Neurochirurgische Überwachungseinheit
- 01.08. **Pérez Salvador**, Intensivmedizin
- 01.08. **Seiler Sylvie**, Klinische Chemie
- 08.08. **Ferrante Sandra**, Werterhaltung
- 17.08. **Gonzalez Maria del Carmen**, Zentralsterilisation
- 01.09. **Bieri Susanne**, Radiologie und Nuklearmedizin
- 01.09. **Overhoff Ralf**, Isolierstation
- 01.09. **Roth Michael**, Prof., FG Pneumology
- 05.09. **Röthlisberger Edith**, Chirurgie 7.1
- 15.09. **Kaufmann Liliane**, Dermatologie Patienten Services
- 26.09. **Erupathil Louis**, Nephrologie Dialyse

## 20 Jahre

- 01.07. **Gisin Sonja**, Diagnostische Hämatologie
- 01.07. **Husmann Nicole**, Intensivmedizin
- 01.07. **Kolakovic Georgia**, Radiologie und Nuklearmedizin
- 01.07. **Nobs Irma**, Zentralarchiv
- 01.07. **Rochlitz Christoph**, Prof., Onkologie, Ärzte
- 05.07. **Jähner Sandy**, Chirurgie 3.1
- 18.07. **Laurent Valerie**, Radiologie und Nuklearmedizin
- 01.08. **Pains Pamplona Doris**, Isolierstation
- 01.08. **Portmann Gabriela**, Chirurgie 3.1

- 02.08. **Chirico Doris**, Support Center Abrechnung
- 09.08. **La Scalea Vreni**, Angiologie
- 01.09. **Huber-Hoffmann Petra**, Pathologie
- 01.09. **Stahlberger Stephanie**, Radio-Onkologie
- 27.09. **Gisiger Katharina**, Dermatologie Tagesklinik

## 15 Jahre

- 01.04. **Bürgin Linda**, Bildung & Entwicklung
- 17.06. **Trujkic Suzana**, Medizin 7.1
- 01.07. **Gerber Beatrice**, Notfallstation
- 01.07. **Rüter Florian**, Dr., Herzchirurgie Ärzte
- 01.07. **Sani-Toorchi Christine**, Medizin 5.1
- 01.07. **Todorov Atanas Yordanov**, ICD-10 Codierung
- 03.07. **Hardegger Thomas**, Isolierstation
- 09.07. **Ganter Sabine**, Kardiologie
- 23.07. **Juric Zeljko**, OPS
- 01.08. **Josephs Stefanie Gertrud**, HNO Bettenstation
- 08.08. **Wetzel Rebekka**, Gastroenterologie & Hepatologie
- 17.08. **Stöbi Sandra**, Diagnostische Hämatologie
- 22.08. **Sauthier Kathrin**, OIB
- 01.09. **Huldi Christina**, Kardiologie
- 01.09. **Stepic Imelda**, OPS
- 01.09. **Vecchio Gerardina**, Kardiologie
- 01.09. **Von Arx Rosemarie**, Endokrinologie, Diabetologie & Metabolismus
- 15.09. **Schönfeld Sandra**, Medizin 7.1
- 28.09. **Jaquiéry Claude PD Dr.**, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Ärzte
- 30.09. **Paulke Stefanie**, Hausnachtwache

## 10 Jahre

- 01.05. **Vukovic Katica**, Reinigungsdienst 3
- 05.05. **Kolb Ruth Constanze**, Vergütung & Anreize
- 01.07. **Bielmann Denise**, Nephrologie Dialyse
- 01.07. **Blum Claudia**, Diagnostische Hämatologie
- 01.07. **Breuer Marc**, Intensivmedizin
- 01.07. **Christ Mirjam**, Prof., Endokrinologie, Diabetologie & Metabolismus
- 01.07. **Keller Ruth**, Privat Service
- 01.07. **Lach Annette**, OPS
- 01.07. **Mogg Stefanie**, OIB
- 01.07. **Rössler Mike**, Notfallstation
- 01.07. **Sattler Marica**, Reinigungsdienst 1.1
- 01.07. **Stern Martin**, Prof., Hämatologie
- 01.07. **Weber Walter Paul**, PD Dr., Allgemein Chirurgie Ärzte
- 01.07. **Zhang Hong**, Dr., Frauenklinik Ärzte
- 12.07. **Greutert-Stohler Jeanine**, Medizin 5.1
- 14.07. **van Dongen Alexandra**, HNO Bettenstation
- 21.07. **Wyss Christa**, Ergotherapie Hand
- 26.07. **Loffredo Antonietta**, Radiologie und Nuklearmedizin
- 01.08. **Babic Andja**, Frauenklinik Mutter und Kind
- 01.08. **Neidhart Jeanine**, Physiotherapie Chirurgie
- 01.08. **Öksüz Tülay**, Radiologie und Nuklearmedizin
- 01.08. **Scherrer Lotti**, Pneumologie
- 02.08. **Rutz Daniela**, Anästhesiologie
- 09.08. **de Sousa Cruz Sarah**, Medizin 5.1
- 11.08. **Arulrajah Sujith Dusyanthan**, Lagerbetriebe
- 11.08. **Zurkinden Aziza**, Therapie-Dienste
- 01.09. **Grothues Judith**, Radiologie und Nuklearmedizin
- 01.09. **Jeger Raban**, Dr., Kardiologie
- 01.09. **Kettelhack Christoph**, Prof., Allgemein Chirurgie Ärzte

# Pensionierungen

01.09. **Kübler Werner**, Dr., Direktion  
 01.09. **Kunz Susanne**, Frauenklinik Geburtsabteilung  
 01.09. **Lema Maria**, Reinigungsdienst 1.1  
 01.09. **Litschgi Simone**, Physiotherapie Medizin/FK  
 01.09. **Loureiro José Luis**, Zentralarchiv  
 01.09. **Meheret Fana**, Reinigungsdienst 1.1  
 01.09. **Ritschard Reto**, FG Med. Oncology  
 01.09. **Schuler Michael**, Engineering & Bauwerke  
 01.09. **Tramèr Annina**, Frauenklinik, Poliklinik  
 05.09. **de la Vega-Erny Monika**, OIB  
 25.09. **Merk Daniel**, Notfallstation  
 29.09. **Comunetti Catherine**, Chirurgie 4.1

## Medizin

31.05. **Gratwohl-Howald, Christine** Medizin 7.1  
 31.05. **Von der Crone Christine**, Akutgeriatrie  
 30.06. **Schär Annemarie**, Hämatologie  
 31.08. **Tomanik Irene**, Hausnachtschwache  
 30.09. **Jäger Roswitha**, Angiologie

## Chirurgie

31.07. **Visuvalingam Raveendran**, Chirurgie 6.2  
 31.07. **Natum Nevenka**, Chirurgie Patientenwesen

## Spezialkliniken

31.08. **Odathekal Rita**, Frauenklinik Mutter und Kind  
 30.09. **Bourgeois Evelyne**, Frauenklinik Sekretariate

## Personal & Betrieb

31.12.12 **Mariakis Christoforos**, Empfang & Notfallaufnahme  
 30.04.13 **Brutschin Rolf**, Medizintechnik  
 31.07. **Sanchez Pablo**, Distribution  
 31.07. **Zaugg Ruth**, Personalarztdienst  
 31.07. **Leisinger Hannelore**, ZTP  
 30.09. **Bourquin René**, Elektro & Kommunikationstechnik  
 30.09. **Brito Augusto**, Werterhaltung  
 30.09. **Barthélemy Jean-Marie**, Zentralsterilisation  
 30.09. **Zaric-Markovic Slobodanka**, ZTP

## Direktion

30.06. **Bitterlin Andreas**, Marketing & Kommunikation

Aufgestellt

# 20 Jahre Händehygiene-Kampagne zum Schutz des Patienten

Zum Fotowettbewerb, anlässlich des internationalen Händehygiene-Tags am 5. Mai, sind ganz tolle Bilder eingeschickt worden.

Wir gratulieren Herrn Sajanth Subramaniam, Zentralsterilisation, zum 1. Preis. Der 2. Preis ging an Karsten Lips, Notfallstation. Über den 3. und den 4. Preis durften sich Judith Heckendorn, Klin. Mikrobiologie, und Dr. med. Martin Sailer, Neurochirurgie, freuen. Herzlichen Dank an alle Teilnehmenden und an das Spitalhygiene-Team, das uns seit 20 Jahren erfolgreich über die Wichtigkeit der alkoholischen Händedesinfektion aufmerksam macht.

