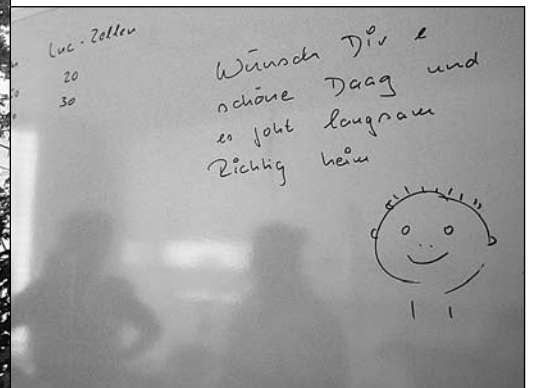


# dreinullsieben

Gazzetta des Universitätsspitals Basel

Herbst 2007



## Akute myeloische Leukämie

Ich will leben | 14

## Transplantation-Dialyse...

Eine Patientengeschichte | 6

## Universitätsspital Basel Transplantationszentrum



## Blutstammzellen

Alles, was hilft | 13

## Kennenlernen

Transplantationskoordination | 10

Wir helfen Leben  
erhalten.

Danke, dass  
Sie Ihren  
Spenderausweis  
tragen.

 Universitätsspital  
Basel

Ihr Transplantationszentrum

## Inhalt

# dreinullsieben

- 3 Editorial
- 4 Transplantationsmedizin
- 6 Dialyse-Transplantation-Dialyse...
- 8 Intensivmedizin/Intensivpflege
- 10 Transplantationskoordination
- 12 Typisierungslabor
- 13 Blutstammzellspende
- 14 Akute myeloische Leukämie
- 16 Die Chirurgen
- 18 Das neue Transplantationsgesetz
- 21 Personelles

## Impressum

### Herausgeber

Universitätsspital Basel  
4031 Basel  
Tel. 061 265 25 25

### Redaktion

Andreas Bitterlin (Leitung), Gina Hillbert  
gazzetta@uhbs.ch

### Layoutkonzept

gruner brenneisen communications, Basel

### Prepress

gruner brenneisen communications, Basel

### Erscheinungsweise

Vierteljährlich

### Auflage

10000 Exemplare

### Druck

Werner Druck, Basel

### Papier

Hochweiss, Offset

### Fotos

gruner brenneisen communications  
ausser Seite 5 rechts

 Universitätsspital  
Basel



Liebe Leserinnen und Leser

Die USB-Mitarbeiterzeitung erscheint in der vorliegenden Ausgabe anders als gewohnt. Anstelle einer Themenvielfalt aus dem Universitätsspital Basel bringt sie Ihnen ein medizinisches Schwerpunktthema näher: die Transplantation.

Die Inkraftsetzung des neuen Transplantationsgesetzes per 1. Juli 2007 hat Konsequenzen. So sind Spitäler mit Intensivstationen verpflichtet, genügend Ressourcen für die Spendearbeit bereitzustellen. Diese betreffen die Erkennung möglicher Spender, die Befragung und Betreuung von Angehörigen sowie die Organisation der Spende (Entnahme, Transplantation). Was dies im USB zur Folge hat, welches die meisten der Vorgaben bereits erfüllt, erfahren Sie in dieser Ausgabe.

Transplantation ist ein schwerwiegendes Thema. Wird eine Transplantation nötig, steht es schlecht, mitunter gar sehr schlecht um den Gesundheitszustand des Patienten. Damit sind Ängste verbunden, aber auch Hoffnungen in die Möglichkeiten der Transplantationsmedizin. Wir wollen für Sie in der «dreinullsieben» skizzieren, was das universitäre Transplantationszentrum USB mit dem Schwerpunkt Nierentransplantation und Blutstammzell-Transplantation leistet.

Es ist leider eine Tatsache, dass die Spendebereitschaft von Organen, Geweben und Zellen in der Schweiz äusserst gering ist. Unser Land steht europaweit an zweitletzter Stelle. Allein im USB stehen momentan rund 200 Menschen auf der Warteliste für eine Organspende. Allgemein gesehen bräuchte es viel mehr Organspenden, um Leben zu retten. Die Information der Öffentlichkeit über die Mög-

lichkeiten der Organspende ist deshalb besonders wichtig. Der erste Schritt dazu ist, das Spenden von Organen mit all seinen Aspekten zum öffentlichen Thema zu machen. Zahlreiche Institutionen, Vereine und andere Gruppierungen in der Schweiz tun dies zurzeit intensiv. So auch das USB in seiner Funktion als Transplantationszentrum der Nordwestschweiz. So haben wir beispielsweise am 25. August an unserem Aktionstag auf dem Barfüsserplatz mit der Basler Bevölkerung über die Problematik der Organspende diskutiert und sind auf grosses Echo gestossen. Unsere Fachleute und zahlreiche Transplantierte haben sich in intensiven Gesprächen mit den Fragen der Besucher und Besucherinnen auseinandergesetzt.

Transplantation ist ein komplexes Thema. Mit der vorliegenden Spezialausgabe wollen wir Ihnen den Zugang dazu erleichtern. Lesen Sie Geschichten von Patienten, erfahren Sie Wissenswertes aus der Medizin, über Forschung und Entwicklung, über den Alltag eines Transplantationskoordinators, über Möglichkeiten und Grenzen.

Das USB setzt sich dafür ein, dass Organspende nicht länger Tabuthema ist. Organspende geht uns alle etwas an. Je früher wir uns mit dem schwierigen Thema befassen, desto besser. Im entscheidenden Moment kann dies für alle Beteiligten sehr entlastend sein.

Ihre

Rita Ziegler, lic. oec. HSG  
Direktorin



# Organtransplantation: Möglichkeiten, Grenzen, Hoffnungen

**Cosmas und Damian waren Zwillingenbrüder. Sie wurden um 260 n. Chr. geboren und starben 303 n. Chr. den Märtyrertod. Sie sollen gemäss Überlieferung die erste Transplantation am Menschen durchgeführt haben. Sie haben ein «brandiges Bein» durch ein gesundes Bein ersetzt. Cosmas und Damian wurden heilig gesprochen und gelten seither als Schutzpatrone der Ärzte. Als Mediziner, der sich mit der Transplantation befasst, freut es mich, dass ausgerechnet zwei «Transplantationsmediziner» als Schutzpatrone der Ärzte gelten.**

Obwohl bereits in den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts Versuche unternommen wurden, Organe zu transplantieren, war dies erst nach Entwicklung der Medikamente, die das Immunabwehrsystem des Menschen unterdrücken, möglich. Deshalb beginnt die moderne Geschichte der Transplantation in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts. Obwohl die erste erfolgreiche Nierentransplantation – durchgeführt 1954 in Boston – eine Lebendspende war, wurden bis in die 80er Jahre mehrheitlich Leichennierentransplantationen durchgeführt. Dies ist insofern interessant, als heute die Transplantation von Organen Verstorbener eher in Diskussion ist, als die Transplantation von Organen lebender Spender.

---

Von Prof. Jürg Steiger

---

Ein weiterer wichtiger Schritt war die Entwicklung besserer Medikamente in den frühen 80er Jahren. Hier zu erwähnen ist vor allem das Cyclosporin-A (Sandimmun). Mit diesem Medikament setzte sich die Transplantation als erfolgreiche Therapiemöglichkeit, nicht nur bei Nierenversagen, sondern auch bei den übrigen Organen wie Leber, Herz, Lunge und Bauchspeicheldrüse, durch.

## Grosse Fortschritte

Auch in den letzten Jahren hat die Transplantationsmedizin grosse Fortschritte gemacht. Durch eine bessere Abklärung vor Transplantation, einem verbesserten Management nach Transplantation und weniger wegen neuer Medikamente sind die Erfolgszahlen auch in den letzten Jahren verbessert worden. Der Erfolg ein Jahr nach Transplantation von Organen verstorbener Spender beträgt für Herz und Leber etwa 85% und für die Nieren etwa 90%. Transplantiert man Nieren von lebenden Spendern, steigt die Erfolgchance auf 95% nach einem Jahr. Dies sind beachtliche Erfolge. Es ist aber wichtig zu bemerken, dass wir leider nach wie vor in der Langzeitbehandlung dieser Patienten grosse Probleme haben. Die Chance, dass zum Beispiel eine Niere nach zehn Jahren noch funktioniert, beträgt circa 50%. Man spricht deshalb von einer Halbwertszeit von zehn Jahren. Dies ist vor allem bei der Transplantation bei jungen Menschen eine schlechte Ausgangssituation. Die heutige Forschung setzt deshalb auch meist in diesem Bereich an. Die Hoffnung ist, dass durch eine Modulation des Immunsystems Organe nach Transplantation nicht mehr als fremd, sondern als eigen erkannt werden. Neuere Studien an Menschen haben ernüchternde Resultate geliefert. Es ist deshalb nicht zu erwarten, dass in den nächsten Jahren dieses Ziel erreicht wird. Die aktuellen Bestrebungen gehen nun dahin, durch ein verbessertes Management der Patienten nach Transplantation das Langzeittransplantatüberleben zu verbessern. Zu erwähnen sind hier eine verbesserte Anwendung der vorhandenen Medikamente, die Entwicklung und Anwendung besserer Medikamente und eine Verringerung schädlicher Einflüsse auf das Transplantat, insbesondere durch die Senkung des kardiovaskulären Risikos.

## Lange Tradition

Basel hat eine lange Tradition in der Nierentransplantation. So wurde am 7.2.1966 die erste Transplantation von einem Lebend-Spendeorgan in der Schweiz durchgeführt. Eine wegweisende Rolle spielte das Transplantationszentrum Basel auch bei der Transplantation bei Diabetikern. Hier führte Basel

1968 weltweit die erste Transplantation bei einer Patientin mit dieser Krankheit durch. Immer wieder konnte über die Jahre unser Transplantationszentrum Akzente in der schweizerischen, aber auch europäischen Transplantationsgeschichte setzen. Als letztes, wichtiges Ereignis zu erwähnen ist die Transplantation über die Blutgruppenschranke (AB0-inkompatible Transplantation), welche wir seit 2005 routinemässig durchführen.

Das grösste Problem aktuell in der Transplantationsmedizin dürfte im Erfolg dieser Therapieform liegen. Durch den Erfolg und die Möglichkeit, die Transplantation mehr Patienten anzubieten, und den Spenderrückgang über die letzten Jahre ist es zu einer Akzentuierung der Spenderknappheit gekommen. Die besseren Resultate nach Lebendspende und die geringe Komplikationsrate haben in den 90er Jahren den Durchbruch in der Lebendspende gebracht. Auch hier war Basel lange Zeit das einzige Zentrum in der Schweiz, welches diese Therapieoption zur Verfügung gestellt hat. Heute führen alle Transplantationszentren in der Schweiz Lebendnierentransplantationen durch. Bis zu einem gewissen Grad konnte so dem Mangel an Organen von Verstorbenen entgegengewirkt werden. Es ist aber klar, dass dies nicht ausreicht. Obwohl die Schweiz im Bereich des Transplantationserfolges und auch der Lebendspende europäisch mit der Spitze mithalten kann, stehen wir im Bereich der Verstorbenenenspende in Europa an zweitletzter Stelle. Dies ist umso interessanter, als die Schweizer sich in der Lebendspende sehr solidarisch zeigen und die Spenderate hier hoch liegt. Die sehr unterschiedlichen Spenderaten in Europa widerspiegeln sich auch in der Schweiz. Der Kanton Tessin, aber auch Bern weisen eine dreimal so hohe Zahl von Verstorbenenenspenden auf wie Basel. Untersuchungen bei der Bevölkerung zeigen eine grosse Zustimmung für die Transplantation und Organspende. Wir müssen die Gründe auch in den Spitälern suchen. Aufgrund des neuen Transplantationsgesetzes werden die Abläufe in den grossen, aber auch in den kleineren Spitälern neu analysiert, damit wir in der Schweiz einen Ausgleich der Spenderaten erreichen und uns vom zweitletzten Platz in Europa wegbewegen und verbessern können.



Im Anfang war die Stammzelle

# Die Blutstammzelltransplantation, eine etablierte Therapie

**Stammzellen sind etwas Besonderes. Sie beschäftigen Forscher, faszinieren Laien und bewegen die Politik aus einfach zu verstehenden Gründen.**

Wir alle sind ja am Anfang unseres Daseins aus einer befruchteten Eizelle, einer totipotenten Stammzelle entstanden. Das war schon immer so. Nur heute verstehen wir viel mehr von diesen einzelnen Schritten. Stammzellen bilden auf natürlichem Weg durch Teilung, Mehrung und Differenzierung alle Organe und Gewebe. So liegt der Gedanke nahe, diesen Prozess nachzuahmen und kranke Organe oder Gewebe durch gesunde Stammzellen zu ersetzen oder zu erneuern. Dies ist auf einem Gebiet bereits heute der Fall. Blutstammzellen gehören zu der Gruppe von Stammzellen, die auf ein bestimmtes Organ spezialisiert sind. Blutstammzellen haben die Fähigkeit, alle Zellen des Blutes, die roten Blutkörperchen (Erythrozyten), die weissen Blutkörperchen (Leukozyten) und die Blutplättchen (Thrombozyten) zu bilden. Blutstammzellen sind relativ einfach zu gewinnen und ihre Fähigkeiten wurden bereits Mitte des letzten Jahrhunderts voll erkannt. Erste Transplantationen von Blutstammzellen aus dem Knochenmark wurden in den 1960er Jahren vorgenommen.

## Basel – führendes Zentrum in der Schweiz

Basel war von Anfang an bei dieser Entwicklung dabei. Schon 1973 gründete der damalige Leiter der Hämatologie, Prof. Bruno Speck, das Stammzelltransplantationsteam Basel. Zu dieser Zeit war die Knochenmarktransplantation eine Pioniertat, vorgenommen als experimentelle Methode bei schwerstkranken Patienten. Die Probleme waren gross. Einzelne Patienten überlebten bis heute und bestätigten das grundsätzliche Konzept. Im Jahr 2007 ist die hämatopoietische Stammzelltransplantation (HSZT), wie sie genannt wird, eine etablierte Therapie bei vielen schweren, angeborenen und erworbenen Krankheiten des Blut bildenden Systems. Leukämien, Lymphome, multiple Myelome, bestimmte andere Tumoren, aplastische Anämien und angeborene Blutkrankheiten wie die Thalassämie sind die häufigsten Indikationen. Stammzellen aus peripherem Blut, aus Knochenmark und Nabelschnurblut werden verwendet. Zum Einsatz kommen Stammzellen der Patienten selbst für die autologe HSZT. Je nach Situation wird das geeignete Produkt vom optimalsten Spender gewählt.

Die HSZT ist mit Zellen von gesunden Spendern aus Familie oder von unverwandten Spendern für die allogene HSZT stark am Zunehmen. Weltweit wurden letztes Jahr rund 80'000, in der Schweiz >300, in Basel 100, solche

Eingriffe vorgenommen. Basel ist führendes Zentrum in der Schweiz und weltweit anerkannt. Basel gab den Anstoss für das Schweizer Register für die unverwandte Stammzelltransplantation und den Aufbau einer Nabelschnurblutbank in der Schweiz. Basel entwickelte neue Techniken wie die Transplantation von peripheren Blutstammzellen oder die Doppeltransplantation bei refraktären Erkrankungen. Basel untersuchte immer wieder den Einsatz der

Von Prof. Alois Gratwohl

HSZT für neue Indikationen, in den letzten Jahren mit Schwerpunkt bei schweren Autoimmunkrankheiten.

## Zukunftsmusik

Die HSZT beweist, dass es grundsätzlich möglich ist, ein erkranktes Organ durch gesunde Stammzellen zu erneuern. Dieses Prinzip soll nun auf andere Organe übertragen werden. Weltweit laufen intensive Forschungsbestrebungen, Stammzellen aus dem Knochenmark für die Regeneration anderer Organe wie z.B. Herzmuskel, Leber- oder Nervengewebe einzusetzen. Weltweit läuft die Suche nach Organ-spezifischen Stammzellen, z.B. nach Stammzellen der Bauchspeicheldrüse zur Behandlung der Zuckerkrankheit oder nach Stammzellen der Sehhaut zur Behandlung bei Altersblindheit.

Noch sind diese Überlegungen Zukunftsmusik und ist es noch nicht so weit. Umgekehrt ist es nur eine Frage der Zeit; zu viele Indizien und Forschungsergebnisse aus Tierexperimenten sprechen dafür. Auch die Universität und das Universitätsspital Basel bereiten sich vor. Mehrere Arbeitsgruppen erforschen Möglichkeiten mit adulten und embryonalen Stammzellen unterschiedlicher Herkunft und mit unterschiedlichen Zielen. Sie treffen sich regelmässig und tauschen sich aus. Stammzellforschung soll zu einem Schwerpunkt der Universität werden. Mit einem Kompetenzzentrum Stammzellen und einer «Good Manufacturing Production», GMP-Labor, soll sichergestellt werden, dass die Forschung am Universitätsspital weiter vom Labor bis zum Patientenbett kompetent fortgesetzt werden kann. So wird es möglich sein, die führende Rolle in der klinischen Stammzelltransplantation zu behalten und das, was heute für Patienten mit schweren Blutkrankheiten möglich ist, auch bei anderen schweren Organerkrankungen erfolgreich umzusetzen.



## Das Universitätsspital Basel – Ihr Transplantationszentrum

Fachleute vorwiegend aus Medizin und Pflege, selbst Transplantierte informierten am 25. August auf dem Barfüsserplatz die Bevölkerung zum Thema Organspende bzw. über die Spende von Blutstammzellen und Geweben.

Auch Frau Rita Ziegler, Direktorin des Universitätsspitals Basel, und Regierungsrat Dr. Carlo Conti liessen es sich nicht nehmen, an diesem Anlass dabei zu sein (Bild rechts). In den Medien fand der Informationstag ebenfalls Beachtung.





# Dialyse-Transplantation-Dialyse- Transplantation-Dialyse

Olivio Lorenzini, heute 42 Jahre alt, schreibt eine lange Krankengeschichte. Als bei ihm IgA-Nephritis festgestellt wird, ist er 18 Jahre alt und ... am Anfang seines Lebens.

«Es war bei der Lehrlingseintrittsuntersuchung.» In diesem schicksalhaften Moment im Jahre 1983 setzt die Geschichte von Olivio Lorenzini ein. Es sind erhöhte Eiweisswerte und Blut im Urin, die weitere Untersuchungen nötig machen. Er wird an die Spezialisten im USB überwiesen. Rasch steht die Diagnose fest: Morbus Berger, eine IgA-Nephritis, eine Krankheit, bei welcher sich die Nierenfunktion laufend verschlechtert. Die allmähliche Schädigung der Niere ist unausweichlich, man kann aber nicht sagen, ob es ein oder zehn Jahre dauern wird, bis schliesslich komplettes Nierenver-

---

Von Gina Hillbert

sagen eintritt. Olivio Lorenzini erhält Medikamente, um die Nierenfunktion zu erhalten. Doch drei Jahre später, am Ende seiner Lehre, liegt der Funktionswert bei 1200, beim gesunden Menschen liegt er bei 90. Das bedeutet: null Nierenfunktion, keine Wasserausscheidung mehr. Es ist ihm nur noch schlecht, denn Giftstoffe sammeln sich in seinem Körper an. «Es war ein Schock, denn ich hatte Pläne, beruflich ins Ausland zu gehen.» Daraus wurde nichts. Eine Nierenbiopsie wird gemacht. Dann steht fest, die Blutwäsche (Dialyse) wird notwendig. Dazu wird ihm operativ ein Zugang am Unterarm gelegt, der Arterie und Vene verbindet. **Dialyse.** Olivio Lorenzini kommt fortan drei Mal die Woche für vier Stunden zur Dialyse ins USB. Als junger aufgeweckter und spontaner Mensch fällt es ihm nicht leicht, sich einzuschränken, auf seine Krankheit Rücksicht zu nehmen, sich zu disziplinieren. Zeitweise fühlt er sich seiner Freiheit beraubt. Schon bald ist die Rede von Transplantation. Sie würde ihm ein ordentliches Stück Freiheit seines jungen Lebens zurückgeben. Mutter und Vater Lorenzini sind bereit, ihrem Sohn eine Niere zu spenden. Nach der Typisierung steht fest, dass die Mutter als optimale Spenderin in Frage kommt. **Transplantation.** Die Zeichen stehen gut, die Transplantation gelingt. Olivio ist sehr dankbar für dieses Lebensgeschenk und die Mutter sehr glücklich, dass sie ihrem Sohn helfen konnte. Leider darf sie nur kurze Zeit miterleben, dass es ihm nach der Verpflanzung viel besser geht. Tragischerweise kommt sie ein halbes Jahr später bei einem Auto-unfall auf einer Reise nach Italien ums Leben. Der Vater überlebt verletzt. Olivio Lorenzini mehr als zwanzig Jahre später: «Dass in mir ein Organ meiner verstorbenen Mutter weiterleben konnte, hat mich etwas getröstet.» Olivio lebt. Er arbeitet sogar im Schichtbetrieb, nimmt einen zweiten Job an Wochenenden an. Sein Hobby sind teure Autos.

Dazu braucht er Geld. Er will frei und unabhängig sein, das Leben geniessen. Er ist geradezu euphorisch, muss sich dennoch permanent disziplinieren und die lebensnotwendigen Medikamente, die eine Abstossung verhindern sollen, exakt alle 12 Stunden einnehmen. Sieben Jahre geht das gut. Dann 1993 der Rückschlag. Die Nierenfunktion verschlechtert sich. **Dialyse.** Er muss wieder an die Dialyse. An eine zweite Transplantation ist nicht zu denken. Erfolgt diese zu rasch, würde der Körper das Organ sofort abstossen. Doch er entscheidet, sich auf die Warteliste setzen zu lassen. Es sollten weitere sechs Jahre vergehen, bis ein ideales Transplantat gefunden wird. **Transplantation.** Dieses Mal handelt es sich nicht um eine Lebendnieren-spende, sondern um eine Leichenspende. Olivio Lorenzini erfährt, dass der Spender oder die Spenderin gleich alt wie er und tödlich verunglückt war. «Ich hatte das Glück, dass ich kompatibel war und ich diese Niere bekommen habe. Dadurch erlangte ich wieder diese Freiheit, nach der ich mich gesehnt hatte.» Nach der zweiten Transplantation gibt es verbesserte und vielfältigere Medikamente. Olivio Lorenzini ist positiv eingestellt. Es geht ihm gut. Eine Lungenentzündung und eine Gürtelrose sind kaum der Rede wert. Rund ein Jahr nach der zweiten Transplantation macht sich Olivio auf den Weg nach Italien, um seinen Vater, der nach der Pensionierung in sein Heimatland zurückgekehrt war, zu besuchen. Geplant sind drei Ferienwochen. «Ich hatte schon nach kurzer Zeit in Italien einen

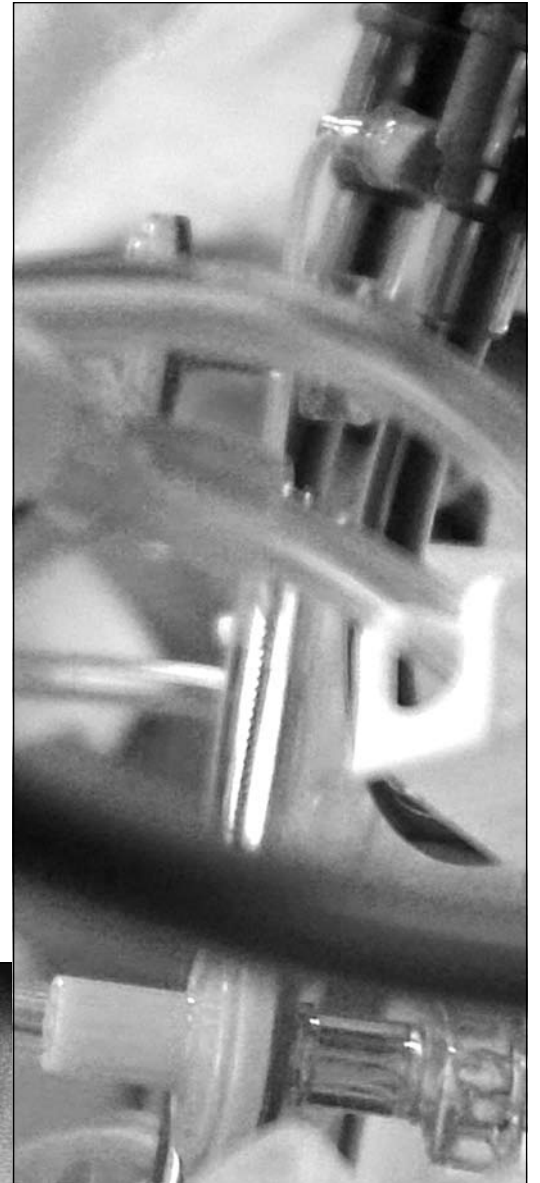
komischen Eindruck von mir selbst. Ich fühlte mich schlecht. Dann brach ich eines Nachts zusammen, wurde ohnmächtig. Mein Vater wurde wach und rief sofort den Arzt», erzählt Olivio Lorenzini. «Mit Fieber kam ich in ein Provinzspital. Dort wussten sie nicht recht, was sie mit mir anfangen sollten. Einem Nierentransplantierten kann man ja auch nicht alle Medikamente verabreichen. Dann wurde ich in ein grösseres Spital nach Udine gebracht. Dort nahmen die Ärzte Kontakt mit den Ärzten aus dem USB auf, um zu besprechen, was mit mir geschehen sollte.» Olivios Vater fährt seinen, sich in sehr schlechtem Zustand befindenden Sohn zurück nach Basel und dort direkt ins USB. Eine Nierenbiopsie zeigt, dass sich in der Niere eine Coli-Bakterien-Vergiftung festgesetzt hat, die bewirkt, dass sich sein Blut zersetzt. Die Niere muss sofort entfernt werden, eine Dialyse ist in diesem Moment unmöglich. «Ich habe überlebt, aber es war knapp», sagt Olivio Lorenzini heute. «Das Wichtigste vor einer Operation war immer der Gedanke, dass ich wieder aufwache, dass ich lebe. Bisher hatte ich Glück, bin immer mit einem blauen Auge davongekommen.» Olivio Lorenzini ist Dauergast im USB. Das sagt er von sich selbst. Er findet in den Ärzten immer Ansprechpartner für seine gesundheitlichen Probleme. «Ich lege Wert darauf, dass man mich versteht», betont er. So seien die Gespräche «auf einer normalen Ebene», die Betreuung persönlich und menschlich. Für alle Situationen, die seinen Krankheitsverlauf



Dauergast im USB: Olivio Lorenzini auf dem Weg zur Dialyse

bestimmen, seien Spezialistinnen und Spezialisten für ihn da, insbesondere auch psychologisch Betreuende vor und nach der Transplantation. Sein Gesundheitszustand erfordere viel Geduld. Momentan ist sein Kalziumhaushalt noch nicht optimal, eine Operation an den Nebenschilddrüsen wurde notwendig. Es gäbe noch vieles aufzuzeichnen aus der Krankengeschichte Olivio Lorenzini. Heute muss er wieder zur **Dialyse**. Sie ist seit der Entfernung der zweiten transplantierten Niere wieder fester Bestandteil seines Lebens. «Die Dialyse ist kein Muss, denn ich weiss ja, dass es mir nachher besser geht, wenn die Giftstoffe weg sind.» Die vier Stunden an der Maschine verbringt er mit Tagebuch schreiben, Radio hören, Kreuzworträtsel lösen. Morgen wird er wieder zur Arbeit gehen. Dass er auf einem gesundheitlichen Niveau ist, welches ihm erlaubt, regelmässig zu arbeiten, tut

ihm gut. Ins Arbeitsleben integriert zu sein, gibt ihm Struktur und das gute Gefühl, trotz seiner Krankheit einsatzfähig zu sein. Vergangenes Jahr hat er sogar sein 25-jähriges Dienstjubiläum bei der Firma Buss AG in Pratteln feiern können. **Perspektive.** «Nicht stehen bleiben, vor allem nicht retour gehen», sagt ein positiv eingestellter, aufgeweckter und freudiger Mann. «Ich würde wieder einer Transplantation zustimmen, sollte es für mich nochmals eine Niere geben, bin mir jedoch aller Risiken bewusst», antwortet er auf die Frage nach seiner Perspektive. Olivio Lorenzini macht keinen einzigen Moment lang den Eindruck eines unfreien Menschen. «Ich fühle mich gesund als Patient.» Das sagt alles.



Dienstags, donnerstags und samstags je vier Stunden Blutwäsche



# «Uns ist wichtiger, die Zahl der Genesenden zu erhöhen als die Zahl der Organspender»



Die Intensivstationen MIPS und OIB spielen eine Schlüsselrolle beim Identifizieren der potenziellen und effektiven Organspenderinnen/-spender. Da allein auf der Warteliste des USB derzeit 200 Menschen aufgeführt sind, die auf eine Organtransplantation warten, ist der Erwartungsdruck gegenüber den Intensivstationen zweifellos manifest oder aus der Sicht der Betroffenen gar enorm. Wie gehen Angelika Lehmann, Prof. Stefan Marsch (beide MIPS) sowie Prof. Hans Pargger und Dagmar Söltzer (beide OIB) mit dem Thema Organspende in ihrer Arbeit auf den Intensivstationen um?

## Wie viele Organspenderinnen und -spender identifizieren Sie?

**Prof. Stefan Marsch:** Potenzielle Spenderinnen/Spender sind es auf der MIPS pro Jahr rund 4, effektiv Organspendende identifizieren wir jeweils etwa 2 bei insgesamt jährlich rund 2500 Patientinnen/Patienten.

**Prof. Hans Pargger:** Auf der OIB sind es 6 potenzielle und 4 effektive Spenderinnen/Spender bei jährlich insgesamt 2800 Patientinnen/Patienten.

## Nicht mehr? Haben Sie alle Möglichkeiten ausgeschöpft?

**S. Marsch und H. Pargger:** Ja. Sowohl auf der MIPS als auch auf der OIB hat die FSOD (Foundation to Support Organ Donation), eine externe Fach-

---

Interview: Andreas Bitterlin

---

organisation, welche die Organspende fördert, eine Qualitätskontrolle durchgeführt und festgestellt: Die Spendererkennung hat 100 % ergeben.

**Die Gesprächsteilnehmenden unisono:** Natürlich kennen wir die prekäre Situation der fehlenden Spenderorgane, aber der Auftrag und die Ziele der Intensivstationen verlangen einen anderen Hauptfokus. Die Prioritäten unserer Aufgaben sind folgendermassen definiert:

1. Dazu beitragen, dass die Menschen auf unseren Stationen wieder gesund werden.
2. Den Sterbenden ein würdiges Sterben ermöglichen.
3. Alle potenziellen Organspenderinnen/-spender identifizieren und – das Einverständnis der Verstorbenen oder der Angehörigen vorausgesetzt – alles für eine erfolgreiche Organspende tun.

Für uns gilt: Uns ist wichtiger, die Zahl der Genesenden zu erhöhen als die Zahl der Organspender.

**H. Pargger:** Es gibt auch positive Gründe, warum die Anzahl der potenziellen Spenderinnen/Spender in spezifischen Bereichen rückläufig sein kann. Verstorbene nach schweren Kopfverletzungen oder Hirnblutungen sind potenzielle Organspenderinnen und -spender. Ein schnelles Eingreifen bei Hirnblutungen lässt die Mortalität sinken. Mit dem Konzept der Stroke Unit können wir die Patientinnen/Patienten am USB rascher adäquat therapieren als früher. Mehr Betroffene überleben dementsprechend. Ebenso verhindert das zunehmende Helmtragen glücklicherweise immer häufiger, dass Menschen schwere Kopfverletzungen erleiden. Wenn Letzteres aber dennoch geschieht, kann das interdisziplinäre Behandlungsteam des USB, welches vom Unfallort bis auf die Intensivstation tätig ist, häufig verhindern, dass die Verletzten sterben und somit Organspenderinnen/-spender werden.

## Was geschieht, wenn eine sterbende Person als Organspenderin/-spender identifiziert wird?

**Angelika Lehmann:** Grundsätzlich wird immer ein Konzept für das weitere therapeutische und pflegerische Vorgehen entwickelt, welches für den Sterbeprozess verschiedene Schritte beinhaltet, z. B. die Gespräche zwischen Ärzteschaft und der Pflege und dann die Gespräche mit Angehörigen, die einerseits den Sterbeprozess zum Thema haben und andererseits eine mögliche Organspende.

**Dagmar Söltzer:** Ein besonderes Augenmerk richten wir auf die Betreuung der Angehörigen: Wir müssen ihnen angemessen Zeit lassen für das Zusammensein mit den Verstorbenen. Das Trauern muss zugelassen werden.





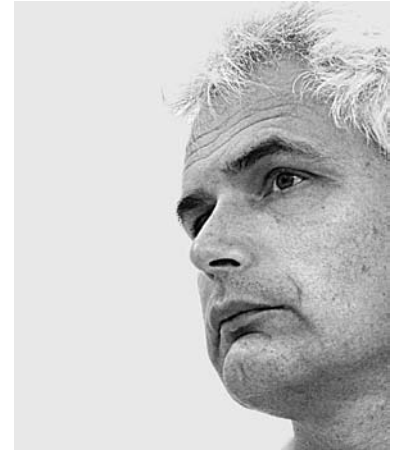
Dagmar Söltzer



Prof. Hans Pargger



Angelika Lehmann



Prof. Stefan Marsch

***Ist das Gespräch mit den Angehörigen auch nach langjähriger Berufserfahrung noch belastend?***

**A. Lehmann:** Das Gespräch mit den Angehörigen ist immer wiederkehrend eine belastende Herausforderung. Es ist beispielsweise oftmals schwierig, Angehörigen das Hirntodkonzept verständlich und akzeptierbar näher zu bringen, wenn Puls, Körpertemperatur und Reflexe noch als funktionierend wahrgenommen werden können.

**H. Pargger:** Mich überrascht aber, wie Angehörige häufig abgeklärt auf Fragestellungen im Zusammenhang mit der Organspende reagieren.

**S. Marsch:** Schwierige Gespräche sind auf den Intensivstationen Alltag, nicht nur im Kontext mit der Organspende, sondern auch immer dann, wenn Themen wie das Beenden von Therapien angesprochen werden müssen.

**H. Pargger:** Parallel den Sterbeprozess zu begleiten und ein Organspendegespräch mit Angehörigen zu führen, ist nicht einfach. Aber wir sind ausgebildet und haben auch Erfahrung damit, mit Emotionen professionell umzugehen.

***Stichwort «professionell»: Das neue Transplantationsgesetz schreibt vor, dass Weiter- und Fortbildung sowie Qualitätskontrollen standardmässig und verbindlich implementiert sein müssen. Was ändert sich für das USB?***

**A. Lehmann:** Fortbildungsinhalte wie Prozesse, Richtlinien, Ablaufschemata, Tests wurden bis anhin schon angeboten, aber mit einem eher pragmatischen Ansatz. Neu wird die Fortbildung aber ebenso wie die Qualitätskontrollen aufgrund der gesetzlichen Vorgaben sicher regelmässiger durchgeführt werden müssen als bis anhin.

***Was erhoffen Sie sich des Weiteren vom neuen Gesetz?***

**H. Pargger:** Das neue Transplantationsgesetz bietet die Chance, dass aufgrund der aktuellen öffentlichen Diskussion in der Bevölkerung eine Sensibilisierung für die Thematik Organspende stattfinden kann – aber ich hoffe, nicht beschränkt auf die Transplantation, sondern übergeordnet für jede Einzelne/jeden Einzelnen in Richtung der Frage: Was erwarte ich persönlich grundsätzlich von der Medizin?

**S. Marsch:** Jede Person kann krankheitsbedingt in einen Zustand kommen, wo sie nicht mehr in der Lage ist, uns ihren Willen zu kommunizieren. Unser Anspruch ist, dass unser Tun auf den Willen der Patientinnen/Patienten ausgerichtet ist. Diese müssen ihre Wünsche gegenüber ihrem Umfeld aber kommuniziert haben, damit wir sie kennen und berücksichtigen können. In der Frage der Organspende heisst das, dass man zu Lebzeiten seine Wünsche schriftlich (Spenderausweis!) oder mündlich (gegenüber den nächsten Angehörigen) ausdrücken sollte. Nur so ist sichergestellt, dass persönliche Wünsche nach dem Tode entsprechend einem Testament erfüllt werden können. Dieser Philosophie wird durch das neue Gesetz Nachdruck verliehen.

**A. Lehmann:** Wir stellen immer wieder fest: Es ist für die Angehörigen ein Trost und eine Befriedigung, wenn sie eindeutig wissen, dass ein Wunsch im Sinne des verstorbenen Menschen erfüllt wird.

**D. Söltzer:** Die Diskussion über das neue Transplantationsgesetz soll uns daran erinnern: Was am Ende unseres Lebens mit unseren Organen geschehen soll, sollten wir entscheiden, wenn wir noch gesund sind.

# Thomas Vögele, Transplantationskoordinator

Ohne Koordination keine Transplantation. Der Transplantationskoordinator in seiner Funktion als Drehscheibe vor, während und nach der Transplantation. Thomas Vögele berichtet über seine Arbeit im und für das USB.

Hundert Prozent Präzision bestimmen meinen Arbeitsalltag. Die Fülle der Informationen, die ich im Zusammenhang mit einer möglichen Transplantation erhalte oder einfordere, muss sofort aufbereitet und erfasst werden, damit sie rasch allen Beteiligten zur Verfügung steht und jederzeit abgerufen werden kann. Hinter jeder sachlichen Information steht ein Schicksal. Ein Mensch, der sich in einem schwierigen Gesundheitszustand befindet, oder ein Spender, der sich zu einer Lebendspende entschieden hat. Meine Arbeit, die logistisch sehr aufwändig ist, hat gerade aus diesem Grund für mich nichts Routinemässiges an sich. Die Administration verläuft zwar systematisch, was unabdingbar ist, um eine saubere Arbeit zu liefern. Dennoch steht das Individuum mit seiner ganz eigenen Art, mit seinem Typ, in seiner Typisierung im Zentrum meiner Arbeit.

Aufzeichnung: Gina Hillbert

Wie meine Berufsbezeichnung schon beschreibt: Ich koordiniere Transplantationen fürs USB. Dabei ist mein Augenmerk sowohl auf den Empfänger auf der Warteliste als auch auf den Spender gerichtet. Als 1996 die Zahl der Lebendnierenspenden im Zunehmen begriffen war, die Transplantationsmedizin sich weiter rasant entwickelte, so auch Auswirkungen auf die Häufigkeit von Transplantation hatte, wurden die notwendigen Abklärungen immer differenzierter, komplexer und umfangreicher. Das Aufgabenfeld zu definieren und einer Funktion – der Koordination – zuzuordnen, war ein wichtiger Schritt. Seither gibt es die Transplantationskoordination im USB. Durch die Ausweitung

der Funktion bezüglich der Organspende und Koordination der Organtransplantationen, sowie den sukzessiven Ausbau u. a. mit dem Kantonsspital Aarau musste ein 24-Stunden-Pikett eingerichtet werden. Dies wurde durch die Schaffung einer zweiten Stelle sichergestellt. Meine Kollegin Ulrike Müller-Arndt und ich sind für die Gesamtheit der hauptsächlich administrativen Aufgaben verantwortlich.

Ein standardisiertes Niveau der Qualität zu erreichen, ist im Hinblick auf eine Optimierung der Organbereitstellungsprozesse wichtig. Dadurch werden die Organbereitstellung und damit die Transplantationsraten verbessert. Aus diesem Grund habe ich die Prüfung zum «Certified European Transplant Coordinator (CETC)» im Jahr 2002 abgelegt. Diese Prüfung wird von der Universität Barcelona in Zusammenarbeit mit der «European Transplant Coordinators Organization (ETCO)» durchgeführt. Vor 1996 habe ich auf der Medizinischen Intensivstation und der Dialyse gearbeitet. Das Wesen der Intensivstation, die bei der Organspende eine zentrale Rolle spielt, ist mir deshalb vertraut, was bei meiner Arbeit wichtig ist. Ich bin Pflegefachmann mit abgeschlossener 2-jähriger Zusatzausbildung in Intensivpflege und arbeite schon 21 Jahre im USB.

Als Transplantationskoordinator verstehe ich mich als Drehscheibe und zentrale Anlaufstelle für alle an der Organspende und an der Transplantation beteiligten Personen, Fachbereiche und externen Stellen. Mit ihnen stehe ich in ständigem Kontakt und Austausch. Dieser Kontakt intensiviert sich selbstver-

ständig, je konkreter die Transplantation wird. Jedoch kann sich immer noch alles in letzter Minute ändern. Auch darauf muss ich gefasst sein. Vor allem spielt der aktuelle Gesundheitszustand des vorgesehenen Organempfängers eine ausserordentlich wichtige Rolle. Wenn die Voraussetzungen für eine Transplantation erfüllt sind, organisiere ich in der Folge die Organentnahme und die Transplantation. Ich bin verantwortlich für den reibungslosen Ablauf, also für den gesamten vordefinierten Prozess von der Spende bis zur Transplantation selbst. Ich leite und überwache diese Prozesse. Dazwischen liegen eine Menge Schritte. Kurzgefasst: Meine wichtigsten Aufgaben liegen nach der Spendererkennung durch die Intensivmediziner bei der Mitbetreuung der Angehörigen, der Koordination und Organisation der Organspende in enger Zusammenarbeit mit der nationalen Zuteilungsstelle Swisstransplant und den Transplantationszentren. Dies bedingt auch die Anwesenheit im OPS bei einer Organspende, da bei einer Multiorganentnahme bis zu fünf Chirurgeteams von externen bzw. von ausländischen Spitälern mitwirken. Die Leichenspende ist organisatorisch sehr aufwändig. Dazu kommt der enorme Zeitdruck, dem alle Beteiligten kurzfristig ausgesetzt sind. Da können vom Anruf des Leitenden Arztes der Intensivstation bis zum Abschluss der Organspende schnell bis zu 16 Stunden intensiven Arbeitens vergehen.

Konkret heisst das: Der diensthabende Oberarzt bzw. Leitende Arzt der Intensivstation informiert mich über einen möglichen Organspender. Daraufhin veranlasse ich die ersten medizinischen Abklärungen und Untersuchungen beim Spender. Dies beinhaltet z. B. Röntgen, Ultraschall und Herzun-



Abklärungen werden immer differenzierter, komplexer und umfangreicher.

tersuchungen sowie auch aufwändige Laboruntersuchungen im Zentrallabor, Blutspendezentrum und vor allem die so genannte Gewebetypisierung in unserem Typisierungslabor. Die Gewebemerkmale können dann mit denen der Organempfänger verglichen werden. Vom Gesetz sind diverse Untersuchungen auch klar vorgeschrieben. Die Resultate und Befunde gebe ich dann via Internet in ein spezielles Programm ein. Dieses befindet sich auf einem Server des BAG in Bern und wird von Swisstransplant verwaltet. Durch diese Anmeldung haben nun alle Schweizer Transplantationszentren Zugriff auf die Daten. Aufgrund dieser Daten wird nun von Swisstransplant für jedes Organ nach klar definierten Richtlinien ein entsprechender Empfänger ausgewählt und dem betreffenden Zentrum offeriert. Ganz wichtig sind auch der vorherige Gesundheitszustand des Spenders bzw. dessen Organe sowie auch das Alter. Das Zentrum, welches Interesse an einem der Organe hat, kann nun auch noch diverse zusätzliche Abklärungen verlangen, um damit ein möglichst optimales Organ an einen Empfänger zu geben. Es macht ja keinen Sinn, z. B. ein stark geschädigtes Organ zu transplantieren. Die Betreuung und Behandlung eines Organspenders ist für alle beteiligten Personen von der Intensivstation, der Anästhesie, des OPS eine nicht unerhebliche psychische und physische Belastung.

Am Beispiel Lebendnierentransplantation: Eine wichtige Aufgabe nach der Anmeldung durch das zuweisende Zentrum ist das Einholen, Sammeln und Zusammenstellen sämtlicher Untersuchungsergebnisse und -berichte. Danach wird das Spender-/Empfängerpaar zu Gesprächen mit dem Lei-

tendem Arzt resp. Oberarzt Nephrologie und Psychosomatik eingeladen. Sobald das Dossier gemäss Checkliste vollständig ist, gebe ich es dem an der Transplantation beteiligten Ärztegremium in die Zirkulation. Dieses interdisziplinär zusammengesetzte Gremium besteht aus Nephrologen, den Gefässchirurgen, die das Organ verpflanzen, den Urologen, welche die Niere bei der Lebendspende entnehmen, den Anästhesisten, evtl. den Kardiologen, den Psychosomatikern. Sobald das gesamte Gremium schriftlich seine Zustimmung gegeben hat, beginnt meine konkrete Planung und die konkrete Organisation der Transplantation.

### « Organspende sollte kein Tabuthema sein. »

Bei meiner Tätigkeit hat die Information generell einen hohen Stellenwert, auch im Sinne einer ersten Information für alle, die Fragen rund um die Organspende haben. Ich erteile gerne Auskunft. Mein Wissen und meine Erfahrung gebe ich auch gerne weiter, indem ich beispielsweise im Rahmen der Modularen Weiterbildung in der Intensivpflege sowie auch in einigen anderen Schulen des Gesundheitswesens (auch ausserkantonale) als Referent auftrete. Da die Öffentlichkeitsarbeit auch in mein Gebiet fällt, nehme ich diese Gelegenheit ebenfalls gerne wahr, um gute Informationsarbeit in der Öffentlichkeit zu leisten.

Mir ist es wichtig, dass Organspende ein Thema ist, über das sich jeder und jede Gedanken macht und sich eine eigene Meinung bildet. Das kann auch

heissen, dass man keine Organe spenden will. Das Tragen des Organspendeausweises dokumentiert die persönliche Meinung und entlastet in erster Linie die Angehörigen in einer für sie ohnehin schwierigen Grenzsituation. Organspende sollte kein Tabuthema sein. Natürlich erhoffen wir uns, mit guter Information die Bereitschaft zur Organspende in der Schweiz zu erhöhen.

In meinem Berufsalltag komme ich teilweise sehr nahe an das Schicksal von Patientinnen und Patienten heran, erlebe manches, das mich psychisch beschäftigt. Dann wieder ist meine Freude gross, wenn eine Transplantation erfolgreich war. Oft erreichen mich Dankesbriefe, die zum Beispiel an den anonymen Spender oder an dessen Angehörige gerichtet sind. Bevor ich sie anonymisiert weiterleite, frage ich jedoch beim Adressaten nach, ob er das Schreiben wünscht oder nicht. Auch hier respektiere ich jegliche Meinung und jedes Gefühl. Organspende ist etwas Besonderes und der Organempfang ist und bleibt für mich ein Eingriff der ganz besonderen Art.



Thomas Vögele übergibt dem OPS-Team ein Organ.



Rund um die Uhr

# Verträglichkeit im Test

Immer spezifischer und differenzierter werden die Möglichkeiten, die Gewebeverträglichkeit im Labor zu testen. Das kleine Team des USB-Typisierungslabors arbeitet eigenverantwortlich und mit innovativen Methoden.

Heute unvorstellbar, dass Nierentransplantationen je ohne Gewebeverträglichkeitstests durchgeführt worden sind. Das war bis vor 1969 der Fall, als es noch kein Typisierungslabor am USB gab. Das Risiko einer Abstossung des transplantierten Organs war entsprechend hoch. Die Möglichkeiten, die

Von Denise Biemann

Verträglichkeit im Labor zu testen, waren damals sehr begrenzt. Man wusste schlicht noch nicht allzu viel von Antigenen (Gewebeermkmale) und Antikörpern, die bei der Organtransplantation eine ganz entscheidende Rolle spielen. Die unermüdliche Forschung auf diesem hoch komplexen Gebiet hat laufend Grosses vollbracht, so dass bezüglich Gewebeverträglichkeitstests immer mehr möglich wurde, was dem Patienten zugute kommt. Heute wenden wir – ausser bei Notfällen, wo sie zu zeitaufwändig ist – die so genannte Flow-Technologie an, um spezifische HLA-Antikörper (HLA = [engl.] human leukocyte antigen) aufzuspüren. Diese Testmethode ermöglicht uns medizinischen Laborantinnen des Typisierungslabors, bei der Vorbereitung von Spender und Empfänger die genauen immunologischen Risiken bei Vorhandensein von HLA-Antikörpern zu erkennen, sowohl in Bezug auf die Lebendspende als auch bei der Leichenspende. Nach der Transplantation ermitteln wir mit derselben Methode den immunologischen Verlauf, also die Reaktion des Immunsystems des Transplantierten und können beispielsweise wesentlich dazu beitragen, die Behandlungen laufend der aktuellen Situation anzupassen.

### Von 1969 bis heute

#### ... örtlich

Die ersten Schritte machte das Basler Typisierungslabor vor beinahe 40 Jahren als Gründungseinheit der Abteilung für Organtransplantation. Örtlich befand es sich damals im leer stehenden und abbruchbereiten Merianflügel, wo heute die Notfallstation ist. Dann erfolgte der Umzug in das «Einfamilienhaus» am Petersgraben 20, bis schliesslich 1983 das Typisierungslabor in das Departement Forschung im neu gebauten ZLF einziehen konnte, wo es heute noch lokalisiert ist. Dieser Einzug war logisch, da schon damals im Typisierungslabor auch nephrologische Forschung betrieben wurde.

#### ... technisch-methodisch

Im Frühsommer 1969 erfolgte bei uns in Basel die erste HLA-A/B-Typisierung mit der Methode von Kissmeyer-Nielson. Sie gehörte mit dem Crossmatch (Kreuzprobe) zu den wichtigsten Aufgaben im Typisierungslabor. Erst 1980 erfolgte die DR-



Handarbeit: Denise Biemann bei der serologischen Typisierung und Kreuzprobe

Typisierung. Mit einer Säulenteknik wird die Methode durch die Trennung von T- und B-Lymphozyten wesentlich verbessert. Ab 1987 wurde die Lymphozytentrennung durch das magnetische Beadsverfahren vereinfacht und verkürzt. Dabei werden beim Zytotoxizitätstest die Zellen mit Fluoreszenz angefärbt, was zu eindeutigeren Resultaten führt. 1993 begann die revolutionäre HLA-Typisierung mittels Molekularbiologie (PCR-Technik). Durch die ergänzende DNA-Methode wird die Typisierung erst vollständig. Weitere grundlegende Untersuchungen im Typisierungslabor sind das Antikörper-Screening. Ab 2000 wurde die Flow-Technologie zuerst im Bereich des Crossmatches erarbeitet. Im Jahr 2002 wurde zusätzlich die ELISA-Technik zum Aufspüren spezifischer Antikörper (IgG-Klasse I und II und HLA-IgM-Klasse I und II) eingeführt. Ab Oktober 2003 erfolgte die Einführung der bahnbrechenden Flow-Technologie zur Detektion von spezifischen HLA-Antikörpern, welche noch sensitiver als die ELISA-Technik ist. Seither ist es möglich, bei der Vorbereitung des Empfängers für eine Transplantation die genauen immunologischen Risiken bei Vorhandensein von HLA-Antikörpern zu erkennen.

Immer wieder gibt es neue Tests, die spezifischer und sensibler sind. Mittels Flow-Technologie (Durchflusszytometrie), bei welcher jede einzelne Zelle per Laser gemessen wird, konnten wir den Flow-Crossmatch etablieren und standardisieren. Die Einführung dieser Methode war wiederum nur dank der Mitarbeit des immunologischen Forschungslabors der Transplantationsimmunologie und Nephrologie möglich.

### Nahtstelle Typisierungslabor

Seit der Gründung des Typisierungslabors wird rund um die Uhr der Bereitschaftsdienst aufrechterhalten, um gerade im Notfall, wenn schnelles Handeln gefordert ist, einen Organspender zu typisieren und die entsprechenden Crossmatches mit allen Empfängern unserer Region und den Risikopatienten der ganzen Schweiz durchzuführen. Eine solche Situation entsteht bei einer Leichenspende. Von jedem potenziellen Empfänger, der bei uns auf der Warteliste ist, haben wir Serum bei 70° minus im Kühlschrank gelagert. Dieses Serum wird alle vier Monate erneuert. Nach der Auswertung geben wir jedes Resultat in die zentrale Datenbank ein, zusätzlich aber auch auf unseren Karteikarten. Letztere sind einfach unentbehrlich. Man weiss ja nie, wenn es technisch mal nicht klappt. Die Auswahl der Empfänger wird mittels eines Computerprogramms nach festen Kriterien von Swisstransplant durchgeführt.

Ein wichtiger Teil unserer Arbeit ist die Abstimmung mit den Dialysezentren der Kantone Basel-Land, Jura, Aargau, Solothurn und den Regionen Innerschweiz und Oberwallis, welche Patienten ins USB zur Transplantation überweisen.

Mit den weiteren fünf Typisierungslabors in der Schweiz arbeiten wir zusammen, tauschen uns aus.

Nicht alles ist planbar, weshalb wir manchmal auch zu Nachtstunden ins USB gerufen werden. Unser Transplantationskoordinator ist gerade dann für uns eine wichtige Kontaktperson.

Wir sind am USB ein kleines, konstantes Team von drei Personen (190 Stellenprozent). Uns verbindet

Spenden

# Alles, was hilft

Gespräch mit einem Blutstammzellspender

eine langjährige, gemeinsame Erfahrung. Das ist wichtig, denn die Auswertungen der Untersuchungen sind sehr komplex und werden immer komplexer. Ebenso wichtig ist der enge Kontakt zu den Ärztinnen und Ärzten der Transplantationsimmunologie und Nephrologie. Die Resultate, die wir im Typisierungslabor erhalten, zusammen mit unseren Auswertungen werden unmittelbar mit dem klinischen Verlauf des Patienten in Verbindung gebracht. Jederzeit können zusätzliche Tests durchgeführt werden.

Wir sind nahe am Geschehen, obwohl wir uns mit dem mikroskopisch Kleinsten im Labor befassen. So freuen wir uns, wenn es nach langer Wartezeit zu einer Übereinstimmung zwischen Spender und Empfänger kommt und eine Transplantation durchgeführt werden kann. Das ist für uns immer wieder ein freudiges Ereignis.



Erfahrung ist alles. Denise Bielmann wertet aus, was sich unter dem Mikroskop zeigt.



Doris Lutz am Flowzytometer

Den Spender von Blutstammzellen treffe ich im Zellersatzambulatorium der Hämatologie, wo er bereits an die Maschine angeschlossen ist. Während der nächsten sieben Stunden wird er ganz ruhig im Bett liegen müssen und warten, bis sein Blutvolumen sechs Mal durch die Maschine gelaufen ist. In der Früh hat Ulrich S. den Zug nach Basel genommen und sich im Unispital eingefunden. Am späteren Nachmittag wird er wieder problemlos und ohne Begleitung nach Hause zurückkehren können. Der Spender macht einen ruhigen und gefassten Eindruck: «Ich kenne die Situation. Ich war schon im Februar hier», so Ulrich S. Zellersatzambulatorium als auch Isolierstation des USB sind ihm bereits vertraut. Die anfängliche Skepsis, sei rasch einem Gefühl des Wohlbefindens gewichen. Ulrich S. fühlt sich rundum kompetent informiert und behandelt. Alle seien sehr einfühlsam. Das ist gerade jetzt besonders wichtig, durchlebt er doch eine nicht einfache familiäre Situation.

Nur wenige Schritte von ihm entfernt auf der Isolierstation liegt der Zwillingbruder, bei dem im November vergangenen Jahres Leukämie festge-

Aufzeichnung: Gina Hillbert

stellt wurde. «Als meine Schwägerin anrief und mir von der Erkrankung meines Zwillingbruders berichtete, nahm ich das zunächst nicht so schwer, denn ich habe einen Arbeitskollegen, der Leukämie hatte und der geheilt ist.» Ulrich S. sollte jedoch erfahren, dass sein Bruder an einer schweren Form der Leukämie erkrankt war. «Natürlich wollte ich ihm unbedingt helfen und stimmte sofort zu, als ich in der Folge gefragt wurde, ob ich Blutstammzellen spenden würde», berichtet er. Es folgen Gespräche mit den Ärzten in Basel, die ihn darüber informieren, was ihn erwartet. Zunächst wird ihm Blut abgenommen. Dieses wird im Typisierungslabor auf Gewebeerträglichkeit zum Empfänger getestet. Die Laborergebnisse sind wie erwartet: Der Zwillingbruder erweist sich als der ideale Spender für den Leukämie kranken Bruder. «Für meinen kranken Zwillingbruder war diese Information wie ein Sechser im Lotto», bestätigt Ulrich S. «Wir waren alle sehr, sehr zuversichtlich, dass es gut gehen würde», fügt er an. Das war anfänglich auch der Fall. Doch es kommt zu einem Rückfall. Eine zweite Blutstammzell-Spende wird nötig. Sie nimmt während dieses Gesprächs gerade ihren Lauf.

Ulrich S. ist zuversichtlich, dass es dieses Mal klappt. «Man darf die Hoffnung nie verlieren und muss immer zuversichtlich bleiben», sagt er. «So lange es Möglichkeiten gibt, muss man alles versuchen.» Die plötzliche Krankheit eines Angehörigen lässt die Familie näher zusammenrücken. «Wir haben wieder mehr Kontakt miteinander», so Ulrich S. Nach der Kindheit, in welcher es viele Geschichten gibt,

die so typisch für Zwillinge zu sein scheinen, trennen sich irgendwann ihre Wege. Jeder lebt sein eigenes Leben, vorübergehend auch mit einer größeren geografischen Distanz zueinander. Gegenwärtig, in dieser speziellen Situation, in der man den Zusammenhalt wieder stärker spüre, würden auch wieder Erinnerungen aus der Vergangenheit wach. Ulrich S. erzählt: «Als Siebenjährige mussten wir beide zum gleichen Zeitpunkt in die Zahnklinik. Jeder war zwar in einem anderen Behandlungsraum, aber am Schluss wurde uns beiden exakt derselbe Zahn gezogen.» Heute mache er sich Gedanken, weshalb der Bruder erkrankt sei und nicht er. Überhaupt gingen einem viele Dinge durch den Kopf. Plötzlich sei man mit einer unangenehmen Sache konfrontiert, die man mit Informationen in den Griff bekommen wolle. Ulrich S. versucht auch im Internet Antworten auf seine Fragen zu finden. Das sei eher schwierig, weil man eine unüberblickbare Menge von Informationen erhalte. Die Gespräche mit den Ärzten hätten Klärung gebracht und ihm auch die Unsicherheiten genommen, denn vieles sei ungewohnt gewesen nach 30 Jahren, in welchen er glücklicherweise nie einen Arzt gebraucht habe.

Ulrich S. hat sich auf die Entnahme seiner Blutstammzellen vorbereitet und sich Injektionen von blutbildenden Wachstumsfaktoren, die die Blutbildung stimulieren, verabreicht. Gegenwärtig wird ihm über einen Venenkatheter Blut entnommen und zu einem Zellseparator geführt. Dort trennt eine Zentrifuge die angereicherten Blutstammzellen aus seinem Blut und sammelt sie. Das übrige Blut fließt wie bei einem geschlossenen Kreislauf über den anderen Venenkatheter in seinen Körper zurück. Die Entnahme beeinträchtigt kaum. Einzig die Verabreichung von Wachstumsfaktoren kann zu einer Art Gliederschmerzen führen. Wie gesagt, das ist Ulrich S. bereits vertraut. Es ist ihm deutlich anzumerken, dass er froh und dankbar ist, mit seiner Spende dem Zwillingbruder zu helfen. Dass er alles tun würde, steht ausser Frage. Er ist dankbar für die Möglichkeiten, welche die Medizin in unserem Land bietet: «Man muss froh sein, in der Schweiz zu leben.» Er glaubt fest daran, dass für seinen Bruder bei uns im USB alles getan wird, was möglich ist, und darauf geben wir uns die Hand.





# Ich will kämpfen, ich will leben



## Meine Geschichte beginnt Mitte Januar 2005.

Ich erkrankte an einer Stirnnebenhöhlenentzündung. Zehn Tage später litt ich unter einem Pochen im Ohr. Ich wurde zusehends schwächer, meine Beine vermochten mich kaum noch zu tragen. Mein Hausarzt diagnostizierte trotz Blutuntersuchung ein Burn-Out-Syndrom. Mit dieser Diagnose konnte ich mich überhaupt nicht anfreunden. Ich und Burn-Out – nie im Leben. Natürlich hatte ich zu dem Zeitpunkt viel um die Ohren. Ich

---

Von Ina Franke

---

war in einer Führungsfunktion bei der Ciba Spezialitätenchemie tätig, absolvierte gerade eine Weiterbildung zum Master of Human Resources Management, steckte am Anfang meiner Masterdiplomarbeit. Und worüber ich mich besonders freute, war meine Beförderung in eine neue Funktion als Global HR Manager für einen unserer Konzernbereiche. Meine Arbeit lief zu diesem Zeitpunkt zweigleisig: neue Stelle, alte Stelle. Aber ich war doch sonst immer so belastbar. Keine Frage, es ist kein Burn-Out. Aber mir ging es immer schlechter. Nur unter grösster Anstrengung konnte ich noch gehen, geschweige denn den Weg vom Parkplatz zur Firma schaffen. Wann immer es ging, fuhr mein Mann mich zur Arbeit. Schrecklich, wenn ich heute daran zurückdenke. Zwei Wochen vor der Diagnose musste ich mich dann doch krankschreiben lassen. Ich konnte einfach nicht mehr. Am 14. März landete ich in der Notfallstation des Universitätsspitals Basel. Zuerst vermuteten die Ärzte einen Vitamin B 12-Mangel, was nicht der Fall war. Am nächsten Tag erfolgte

die Knochenmarkpunktion mit der niederschmetternden Diagnose: akute myeloische Leukämie.

Da sassen wir nun, mein Mann und ich. Unser Leben änderte sich von einer Sekunde zur anderen. Dann ging alles ziemlich schnell. Sofort wurde ich auf die Isolierstation gebracht. Es war ein Schock. Irgendwie mitten aus dem Leben gerissen, hinein in diese schreckliche Ungewissheit. Ich erinnere mich nur zu gut an das Gespräch mit dem damaligen Oberarzt Dr. Passweg. Auf meine Frage, ob ich eine Chance hätte – ohne Berücksichtigung von statistischen Erhebungen – kam ein klares JA über seine Lippen. Dies mobilisierte bereits wieder Kräfte. Wir schaffen das! Ich bin doch eine Kämpferin! Mein Mann brachte mir sogar eine Militärmütze ins Spital, um diesem Kampf auch auf diese Weise noch Nachdruck zu verleihen.

Auf der Isolierstation gab es eine Einweisung. Ich musste strengste Hygienevorschriften einhalten. Ich wurde von einer Untersuchung zur nächsten bestellt, bevor die Chemotherapie überhaupt beginnen konnte. Was finden die wohl noch? Es musste auch ein zentraler Venenkatheter gelegt werden. Nur schon der Gedanke daran, lässt mich erschauern. Nützte ja alles nichts. Aber zum Weinen war mir trotzdem zumute. Zu den Untersuchungen musste ich mit weissem Kittel und Mundschutz gehen. Ich kam mir vor, wie ein Mensch vom anderen Stern.

Meine Mutter kam sofort aus Deutschland ange-reist und wich, ebenso wie mein lieber Mann Roger, nicht mehr von meiner bzw. unserer Seite. Mein Mann und ich waren so dankbar für diese

Unterstützung. Mama war der Fels in der Brandung. Sie litt, aber es gelang ihr, doch immer wieder Mut zu machen. Auch die Bindung zu meinem Mann war enorm wichtig. Uns hat die Krankheit noch mehr zusammengeschweisst. Noch heute sagen wir immer wieder: Gemeinsam sind wir stark. Auch das Verhältnis zu meiner Mutter ist heute viel intensiver.

Ich hatte kein Bedürfnis, mit anderen vertrauten Menschen zu sprechen. Im Gegenteil, ich kapselte mich von der Aussenwelt ab. Besuch habe ich nur von meinen Brüdern gewünscht. Zu dem Zeitpunkt kam ich mir so schwach und hilflos vor. Das war doch nicht Ina! Ich mochte zu Beginn auch nicht telefonieren. Kontakt hatte ich via E-Mail, SMS und Briefe, was mir viel Kraft und Zuversicht gab. Auch der Glaube spielte in dieser Zeit eine grosse Rolle für mich und gab mir Kraft und Lichtblicke. Ich wusste nur eins: Ich muss da wieder raus. Ich will kämpfen, ich will leben.

Die Behandlung durch das Ärzte- und Pflegeteam war vorbildlich. Ich fühlte mich auf der Isolierstation sehr gut aufgehoben. Es ist so menschlich, ich fühlte mich regelrecht geborgen und wohlbehütet auf eine ganz angenehme Art und Weise mit viel Aufmerksamkeit und Gesprächen. Die Krankheit wurde aber nie beschönigt. So manches Mal hätte ich mir eine andere Antwort gewünscht, aber die Realität ist eben hart.

2005 habe ich drei Zyklen Chemotherapie erhalten, in der Hoffnung, dass die Leukämie damit geheilt werden kann. Ich litt beim ersten und zweiten Zyklus sehr unter den Nebenwirkungen (u. a.



Verbrennungen/Blasen an Händen und Füssen, enorme Augenprobleme, Übelkeit, Fieberschübe). Vor dieser Krankheit war ich noch nie im Spital, war auch nie richtig krank, hatte äusserst selten mal einen Schnupfen. So war der Schock umso grösser, sich auf der Isolierstation auf wenigen Quadratmetern wiederzufinden. Ich muss heute zugeben, es war eine harte, anstrengende Zeit. Trotz aller Widrigkeiten, ich habe gekämpft.

Während der langen Behandlungszeit erinnere ich mich an ein einziges Mal, als ich nicht selbst zu Fuss zu den Behandlungen gegangen bin. Ich war sehr stur. Es fuhr meistens jemand mit dem leeren Rollstuhl neben mir her. So manches Mal habe ich gedacht, was passiert, wenn ich nun einfach aus dem Spital in die «Freiheit» spaziere?

Wichtig in dieser schweren Zeit war auch der Humor. Den haben wir uns immer bewahrt. Auch das Pflgeteam schlug in diese Kerbe ein. Es lag trotz der Ernsthaftigkeit der Situation eine positive Stimmung in der Luft, obwohl zu diesem Zeitpunkt ja niemand wusste, ob die Therapie gelingen würde.

Eine der Chemotherapien fesselte mich sieben Wochen lang auf der Isolierstation. Meine Blutwerte wollten und wollten nicht steigen. Hätte mir jemand gesagt, ich müsse sieben Wochen auf die Entlassung warten, wäre ich wahrscheinlich durchgedreht. Ich wurde auch sehr ungeduldig. Ich fühlte mich gut, durfte aber die Isolierstation nicht verlassen. Jeder Tag mit den tiefen Blutwerten war eine Qual. Ich habe dann auch fast jeden Tag geweint. Ich wollte da raus. Am liebsten hätte ich den Tisch umgekippt und aus dem Fenster geworfen. Um das Fenster vor dem Bruch zu bewahren, schenkte mir das Pflgeteam alte Tassen und einen Hammer zum Zertrümmern. Das habe ich dann tatsächlich auch gemacht. Ob es mir danach besser ging, vermag ich heute nicht mehr zu sagen.

Nach den Chemotherapien ging es mir rasch viel besser. Mein Mann und ich konnten sogar kleine Wanderungen und Velotouren unternehmen. Ich plante bereits meinen Wiedereintritt ins Berufsleben für Januar 2006 und unseren Urlaub in Florida. Dann aber kam am 21. Dezember 2005 eine schreckliche Nachricht: Rezidiv! Es brach für uns wieder eine Welt zusammen. Nun sollte eine allogene Blutstammzell-Transplantation erfolgen. Meine beiden Brüder Jürgen und Stefan kamen als Spender leider nicht in Frage. Aber ich hatte Glück im Unglück. Für mich wurde ein Fremdspender gefunden, so dass die Transplantation bereits für den 16. Februar 2006 geplant werden konnte.

Ja, wir waren wirklich fassungslos. Die Risiken einer Transplantation sind hoch. Ich dachte, dass ich das Spital nicht mehr lebend verlassen würde. Ich machte mir den Entscheid für die Transplanta-

tion nicht leicht. Erst am Tag der beginnenden Hochdosis-Chemotherapie gab ich mein schriftliches Einverständnis. Nach der Ganzkörperbestrahlung kam dann endlich der Tag X. Die Prozedur scheint so unspektakulär, ist sie aber nicht. Ich habe gezittert wie Espenlaub, als die fremden Blutstammzellen in meinen Körper flossen.

« Ich dachte nur, ich liebe euch, liebe neue Zellen. Ich verspürte eine grosse Dankbarkeit gegenüber einem Menschen, der durch seine Spende hoffentlich mein Leben retten wird. »

Natürlich hatte ich auch Nebenwirkungen wie u. a. Fieber, Darmprobleme, GvHD (Transplantatgegen-Empfänger-Reaktion) der Haut. Bereits am 9. März konnte ich das Spital wieder verlassen. Prof. Dr. Gratwohl meinte, wir können eigentlich jublieren, aber es kann noch ein steiniger Weg vor uns liegen. In dem Moment habe ich gar nicht realisiert, was das eigentlich bedeuten könnte. Heute weiss ich es. Ich litt unter GvHD der Haut, Leber, Lunge, muss noch alle zwei Wochen zur Kontrolle. Mein Blutbild ist gut und stabil, was mich natür-



lich sehr positiv stimmt. Die Nebenwirkungen und die Beeinflussung im täglichen Leben sind da – wie u. a. Schutzmaske, Verzicht auf bestimmte Lieblingsspeisen, keine Gartenarbeit, die ich ja so liebe, und, und, und. Aber das muss ich leider noch eine Weile hinnehmen.

Auch die regelmässigen Kontrolluntersuchungen im Zellersatzambulatorium gehören nun zum Alltag. Erleichtert wird dieser Umstand durch die kompetente und liebevolle Betreuung durch das gesamte Team des Zellersatzambulatoriums. Die tägliche Medikamenteneinnahme lässt mich eigentlich nie richtig abschalten oder die Krankheit vergessen. Das gehört zum Weg des Gesundwerdens. Hier ist Ausdauer, Geduld und Optimismus gefragt. Die nächste Knochenmarkpunktion ist – wenn alles planmässig verläuft – im Februar

2008. Auch das verbleibt im Hinterkopf als wichtiger Meilenstein. Ich muss lernen, mit der Angst zu leben, der Krebs könne zurückkehren. Auslöschen kann ich diese Gedanken im Moment noch nicht.

Der berufliche Wiedereinstieg bereitet mir ein wenig Sorge. Wie belastbar bin ich überhaupt noch? Wie fange ich wieder an? Ich kann nicht «oben», sondern muss weiter unten einsteigen. Wie komme ich damit klar? Werde ich meine unterbrochene Weiterbildung noch abschliessen? Diese Fragen beschäftigen mich sehr.

Zwischenzeitlich engagiere ich mich bei der Schweizerischen Vereinigung der Knochenmarktransplantierten SVKMT im Bereich Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation. Mein Ziel ist, neue Spenderinnen und Spender für Blutstammzellen zu gewinnen. Mein Appell: Lassen Sie sich registrieren, spenden Sie Leben.

Ausserdem möchte ich Menschen mit dem gleichen Schicksal Mut machen. Kämpft, es lohnt sich.

#### INFO

SVKMT, Schweizerische Vereinigung der Knochenmarktransplantierten, [www.svkmt.ch](http://www.svkmt.ch)

Feedback an die Autorin kann gerichtet werden an [gazetta@uhbs.ch](mailto:gazetta@uhbs.ch), Kennwort «Ina Franke»

# Die «Uhrmacherarbeit» des Transplantationschirurgen

Um eine Nierentransplantation erfolgreich durchführen zu können, braucht es nebst Fachwissen und Erfahrung die Präzision und das Fingerspitzengefühl eines Uhrmachers, wie Professor Lorenz Gürke, Transplantationschirurg am USB, im folgenden Interview ausführt.

## **Herr Gürke, welches sind die heikelsten Momente während einer Nierentransplantation?**

Technisch am schwierigsten sind die Verbindungen der Nierenarterien und -venen des Transplantates mit den Beckenarterien und -venen des Patienten. Das sind Gefässverbindungen, welche in mikrochirurgischer Technik mittels Lupen-  
gläser

Interview: Patrizia Derungs

ser und speziellen Instrumenten hergestellt und mit extrem feinen Fäden vernäht werden müssen, welche nicht dicker als ein menschliches Haar sind. Dazu braucht es die Präzision eines Uhrmachers. Dieser Prozess birgt das Risiko in sich, dass sich die Gefässe an den Verbindungsstellen verschliessen oder abknicken könnten und damit nicht mehr durchblutet wären. Wenn die Gefässe nicht mehr durchblutet sind, ist folglich auch das Transplantat nicht mehr durchblutet und dies würde bedeuten, dass es in akuter Gefahr wäre abzusterben. Ein Transplantat hält die Situation, dass es nicht durchblutet ist, vielleicht eine Viertelstunde aus, aber nicht länger, dann ist es verloren.

## **Stimmt es, dass transplantierte Menschen nicht nur über zwei Nieren, sondern über drei oder sogar vier Nieren verfügen, weil bei einer Nierentransplantation die defekten Nieren nicht entfernt werden?**

Das ist richtig. Die defekte Niere des Patienten wird im Körper belassen und die neue Transplantat-Niere kommt als zusätzliche Niere ins kleine Becken. Es gibt Situationen, bei denen man die defekte Niere des Patienten vor der Transplantation der neuen Niere entfernt. Dies macht man allerdings nur, wenn ein spezieller Grund dafür vorliegt. Beispielsweise, wenn die Niere des Patienten entzündet ist oder wenn die Niere derart gross ist, dass das Transplantat keinen Platz hätte, oder wenn die Nieren Schmerzen verursachen, was bei gewissen Krankheiten der Fall sein kann.

## **Weshalb werden die «alten» Nieren im Körper belassen?**

Das Entnehmen von Organen ist ein relativ grosser Eingriff, der, wie jeder Eingriff, mit einem Risiko verbunden ist. Dieses Risiko wollen wir

nicht zusätzlich mit dem Risiko einer Transplantation kombinieren. Aus diesem Grunde entfernen wir die «alten» Nieren, sollte dies nötig sein, vier bis sechs Wochen vor der Transplantation in einem separaten Eingriff.

## **Und die «alte» Niere stört nicht?**

Nein, diese Niere hat keine Funktion mehr und stört den Körper nicht.

## **Wie lange dauert eine Nierentransplantation?**

Die Operation dauert zwischen eineinhalb und zweieinhalb Stunden, je nach Situation. Prinzipiell ist eine Nierentransplantation ein standardisierter Eingriff.

## **Dennoch gibt es einen grossen Unterschied zwischen der Transplantation einer Lebendspender-Niere und der einer Leichenspender-Niere. Können Sie uns die Abläufe schildern?**

Im Falle einer Leichenspender-Niere wird die Niere zu einem nicht vorhersagbaren Zeitpunkt an einem nicht vorhersagbaren Ort irgendwo in der Schweiz oder in Europa entnommen. Sobald dies der Fall ist, bekommen wir einen Anruf, dass eine Niere da sei, die zu einem Patienten von uns passe. Dann beginnt bei uns die Maschinerie auf Hochtouren zu laufen. Der Patient wird auf die Notfallstation bestellt und dort noch einmal untersucht. In der Zwischenzeit trifft die Spenderiere ein, die ebenfalls untersucht wird. Niere und Patient kommen in den Operationssaal und dann beginnt die Operation. Dies kann zu jeder Tages- und Nachtzeit stattfinden, was je nachdem unsere gesamte Infrastruktur bis zum Äussersten beanspruchen kann. Kürzlich hatten wir beispielsweise die Situation, dass wir plötzlich drei Nieren an einem Tag transplantieren mussten. Sie können sich vorstellen, dass dies von der Logistik her schwer zu bewältigen ist. Da müssen von einer Sekunde auf die andere Chirurgen, Anästhesisten, Pflegende und Operationssäle freigestellt werden, und zwar völlig ungeplant.

Ganz anders ist die Situation bei einer Lebendspender-Transplantation, denn diese ist planbar. Patient und Spender treten zu einem bestimmten Zeitpunkt ein und kommen beide zusammen in je einen Operationssaal. Die Niere des Spenders wird entnommen, während gleichzeitig beim

Empfänger mit der Operation begonnen wird. Die entnommene Niere wird in den Operationssaal des Empfängers hinübergetragen und dort implantiert. Diese Situation ist planbar und läuft unter völlig kontrollierten Bedingungen ab.

## **Was sind die Highlights in Ihrer Arbeit?**

Das grösste Highlight ist natürlich, wenn man das erleichterte und glückliche Gesicht eines transplantierten Patienten sieht, der vielleicht zehn Jahre auf eine Niere warten musste, mit allen Konsequenzen, die diese Situation mit sich bringt, und nun sieht, dass das Transplantat funktioniert. Daneben gibt es auch chirurgietechnische Highlights. Ein chirurgietechnisches Highlight ist es, wenn man eine schwierige Gefässsituation hat oder eine schwierige Niere, also eine Niere, die nicht nur eine, sondern drei oder sogar vier Arterien hat, aus denen man zuerst eine einzige Arterie machen muss, bevor man sie an die Beckenarterie anhängen kann. Wenn nach einer solchen Operation alles reibungslos funktioniert, freut man sich natürlich sehr.

Ein anderes Beispiel für eine chirurgietechnisch schwierige Situation ist die Transplantation von Kindernieren. Da sind die kleinsten Nieren nur gerade rund vier Zentimeter gross. Das sind die Nieren von viermonatigen Babys, die man meistens im Paket erhält, das heisst, man erhält sowohl die rechte als auch die linke Niere eines Babys. Da ist man dann natürlich von der ganzen Dimension der Gefässe in einer sehr viel kleineren Grössenordnung, vor allen Dingen, da wir die Babynieren an Erwachsene transplantieren, die nicht nur viel grössere Gefässe haben, sondern je nachdem auch verkalkte Gefässe oder schwer zu vernähende Gefässe. Wenn dann alles funktioniert, ist das schon eine sehr grosse Freude.

## **Können Babynieren die Niere eines Erwachsenen ersetzen?**

Ja. Die Babynieren wachsen und werden im Laufe der Zeit grösser. Sie werden beide nebeneinander im kleinen Becken des Patienten platziert. Eine solche Operation haben wir erst vor kurzem durchgeführt. Dem Patienten geht es heute gut. Seine Nieren funktionieren und er ist nicht mehr dialysepflichtig.



Operationsmethode

# Nierenentnahme durchs «Schlüsselloch»

Die Nierentransplantation stellt das erfolgreichste Therapieverfahren bei Patienten mit dialysepflichtiger Niereninsuffizienz dar. Die Fortschritte in der Transplantationsmedizin während der letzten fünf Jahrzehnte ist eine der bemerkenswertesten Errungenschaften der Medizin. Dazu gehört auch die minimal-invasive Operationsmethode bei der Lebendnierenspende.

**Bekanntlich gibt es in der Schweiz viel zu wenige Spendernieren. Wie sieht die Situation heute aus und welche Konsequenzen hat dies für die betroffenen Patienten und für das Gesundheitssystem?**

Der Bedarf an Spendernieren steigt laufend an, weil die Menschen immer älter und damit auch immer mehr Menschen nierenkrank werden. Gleichzeitig wird die Warteliste für eine Nierentransplantation mit jedem Tag länger. Momentan beträgt die Wartezeit für eine Transplantation zwischen einem und fünf Jahren, je nach Blutgruppe.

Während dieser Zeit müssen die Betroffenen fast täglich über mehrere Stunden an die Dialyse, was punkto Lebensqualität und auch für ihre Gesundheit sehr viel schlechter ist, als wenn sie transplantiert wären.

Für das Gesundheitssystem bedeutet dies natürlich einen hohen Kostenaufwand. Die Kosten, die während einer Nierentransplantation entstehen, sind nämlich in nur einem Jahr, in welchem der Patient nicht dialysiert werden muss, wieder amortisiert.

**Was sind die neuen Tendenzen in der Transplantationschirurgie, wo geht die Forschung hin?**

Von chirurgischer Seite her bemüht man sich in erster Linie darum, die Belastung des Patienten zu reduzieren. Der Schwerpunkt der Forschung weltweit liegt in der Immunsuppression, das heisst auf der Therapie gegen die Abstossung der Niere.

Obwohl mit einem operativen Eingriff für die Patienten verbunden, zeigen Patienten nach einer Nierentransplantation eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität sowie einen Überlebensvorteil gegenüber Patienten mit Langzeit-Dialysebehandlung. Das Sterberisiko reduziert sich nach einer Leichennierentransplantation auf 32% und nach einer Lebendnierentransplantation sogar auf 21% gegenüber der Dialysepflichtigkeit. Die Nierentransplantation stellt nachweislich das volkswirtschaftlich kosteneffizienteste Therapieverfahren für dialysepflichtige Patienten dar.

Allerdings befindet sich die Transplantations-

---

Von PD Dr. Alexander Bachmann

---

medizin in einem Dilemma, denn trotz der stetig steigenden Anzahl von dialysepflichtigen Patienten stagniert die Anzahl an verfügbaren Leichennieren und Lebendnierenspendern.

Die Angst vor der bevorstehenden Operation scheint ein wesentlicher Entscheidungsfaktor gegen die Lebendorganspende zu sein. Um die Ängste potenzieller Nierenspendern, insbesondere hinsichtlich der notwendigen Operation, zu reduzieren, wurden in den letzten Jahren verschiedene minimal-invasive Alternativen zum offenen, mit einem Flankenschnitt verbundenen Standardope-

rationsverfahren vorgestellt. Der Flankenschnitt stellt nämlich nachweislich für den Spender das grösste Problem bei einer Nierenentnahme dar.

Seit 1997 erfolgt die Nierenentnahme bei Lebendnierenspenden am Universitätsspital Basel durch eine minimal-invasive Technik (Laparoskopie/Retroperitoneoskopie). Bei dieser Technik erfolgt die Operation mit Hilfe einer in den Körper eingeführten Kamera (sog. «Schlüssellochoperation»). Drei weitere winzige Zugänge (ca. 1 cm) im Bereich der Flanke sind für die Arbeitsinstrumente notwendig. Für die Nierenentnahme wird der Schnitt des unteren Arbeitszuganges etwas erweitert. Der Schnitt liegt in etwa auf Höhe einer «Blinddarmnarbe». Der Vorteil dieser minimal-invasiven Operationsmethode liegt in den deutlich geringeren postoperativen Schmerzen und der damit verbundenen früheren Mobilisation im Vergleich zu einem Flankenschnitt. Ausserdem ist das kosmetische Ergebnis im Vergleich zur herkömmlichen offenen Entnahmetechnik günstiger. Vorteile bestehen zudem bei Spendern, die Voroperationen in der Bauchhöhle hatten oder unter Fettleibigkeit leiden. Bezüglich der Entnahme bestehen die gleichen Indikationen wie bei der offenen Entnahmetechnik.



Über 165 Nieren wurden mit der Schlüsselloch-Operation in Basel bereits erfolgreich transplantiert.



Neues Transplantationsgesetz

# Rechte umfassend geregelt

Das neue Transplantationsgesetz schützt Spendende, Empfängerinnen und Empfänger sowie Angehörige.

Mit der Schaffung eines neuen Verfassungsartikels im Jahre 1999 hat der Bund die Kompetenz, den Bereich der Transplantationsmedizin zu regeln. Am 1. Juli dieses Jahres sind nun das erste, bundesweit geltende Transplantationsgesetz und die entsprechenden Verordnungen in Kraft getreten. Mit dem neuen Gesetzeswerk wollten Bundesrat und Parlament die Rechtszersplitterung in diesem Bereich beenden, sowohl die Rechte der Spender als auch diejenigen der Empfänger umfas-

---

Von Dr. iur. Jürg Müller

---

send regeln, den missbräuchlichen Umgang mit Organen verhindern und mit einem transparenten Verfahren, insbesondere bei der Zuteilung, mehr Vertrauen und Verständnis in diesem Bereich der Medizin schaffen.

Diese Ziele sollen durch wichtige Grundsätze, wie das Verbot des Handels mit Organen, Gewebe und Zellen, die Anwendung der erweiterten Zustimmungslösung bei der Leichenspende oder eine gerechte Organallokation umgesetzt werden. Zudem regeln das neue Gesetz und die Verordnungen die äusserst komplexen Abläufe eines Transplantationsprozesses und akzentuieren die Betreuung von Spendern und deren Angehörigen. Diese Ziele und Grundsätze bestanden an sich schon lange vor der Einführung des neuen Transplantationsgesetzes. Der Gesetzgeber wurde denn auch nicht wegen Missbräuchen oder Defiziten in der Praxis aktiv. Entscheidend waren die grosse Bedeutung der Transplantationsmedizin und damit der

Wunsch nach einem schweizweit geltenden Verfahren, einer einheitlichen und gerechten Organzuteilung und einer hoch stehenden Qualität, die den Schutz der involvierten Menschen weiterhin garantiert.

Das Gesetz umfasst 75 Artikel. Einige konkrete Einzelbestimmungen sollen im Folgenden dargestellt werden.

- Für die Frage, unter welchen Voraussetzungen einer verstorbenen Person Organe zu Transplantationszwecken entnommen werden, hat sich der Gesetzgeber in Artikel 8 des Transplantationsgesetzes für die so genannte erweiterte Zustimmungslösung entschieden. Diese bedeutet, falls die verstorbene Person zu Lebzeiten keine Erklärung hinterlegt hat (also weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung), Organe nur entnommen werden dürfen, wenn die nächsten Angehörigen zustimmen. Ist kein Angehöriger vorhanden oder erreichbar, darf nicht entnommen und transplantiert werden.
- Neu ist vorgeschrieben, dass der Kostenträger (Krankenkasse des Empfängers) nicht nur die Kosten der Entnahme zu bezahlen hat, sondern auch diejenigen für eine Versicherung, welche allenfalls eintretende Schäden beim Spender abdeckt, sowie den Erwerbsausfall des Spenders. In Art. 56 Transplantationsgesetz werden die Kantone verpflichtet, die vielfältigen Tätigkeiten eines Transplantationsprozesses zu koordinieren sowie zu organisieren und insbesondere vorzusehen, dass die Spitäler lokale Koordinatoren einsetzen. Neben den am USB schon heute

tätigen Transplantationskoordinatoren, welche noch zusätzliche Aufgaben erhalten, wird neu die Funktion einer so genannten Donor Key Person vorgeschrieben. Es geht im Wesentlichen um die institutionalisierte Spendererkennung und -betreuung und um die Betreuung der Angehörigen.

- Neu erhält der Bund die Kompetenz auf dem Verordnungsweg (also ohne Parlament, aber in Absprache mit den Kantonen), die Anzahl Transplantationszentren zu beschränken. Der Bund wird dies voraussichtlich nicht tun, wenn sich die Kantone bei der Koordination der Spitzenmedizin einig werden.

Wie schon eingangs erwähnt, ist der Umsetzungsbedarf, den das neue Transplantationsgesetz erzeugt, wegen der bereits bestehenden Strukturen und Behandlungsprozesse als nicht gross einzustufen. Dennoch wird das Universitätsspital Basel in naher Zukunft gewissen Veränderungen im administrativen Bereich (vorgeschriebene Bewilligungs- und Meldeverfahren), in der Weiterbildung, der Spendererkennung und der Koordination mit anderen Spitälern begegnen oder selbst umsetzen müssen.

# Häufig gestellte Fragen

## **Wo liegt die Altersgrenze für eine Spende von Organen und Geweben?**

Es gibt keine feste Altersgrenze. Ausschlaggebend ist der Gesundheitszustand der Organe der Spenderin oder des Spenders. So können gesunde Organe von Personen, die 70 Jahre oder älter sind, oft noch transplantiert werden. Organe von älteren Menschen werden tendenziell eher älteren Empfängern eingesetzt.

## **Ich trage den Spenderausweis auf mir. Genügt das?**

Im Prinzip ja. Es ist aber sinnvoll, dass Sie Ihre nächsten Angehörigen über Ihren Entscheid informieren. Ihr Ausweis könnte verloren gehen oder unauffindbar sein. Indem Sie Ihre Angehörigen mit einbeziehen, entlasten Sie diese davon, einen schwierigen Entscheid unmittelbar nach Ihrem Tod zu treffen.

## **Wenn mein Spenderausweis vorliegt, werden meine nächsten Angehörigen dennoch um Ihre Zustimmung gebeten?**

Nein. Der Wille der verstorbenen Person steht über dem Willen der Angehörigen. Die Angehörigen werden aber über die Spende informiert. Ist hingegen der Wille des Toten nicht bekannt, dann können gemäss erweiterter Zustimmungslösung die nächsten Angehörigen entscheiden.

## **Sind weder Spenderausweis noch Angehörige vorhanden, können dann trotzdem Organe entnommen werden?**

Nein. Das neue Transplantationsgesetz erlaubt eine Organentnahme nur dann, wenn es eine ausdrückliche Einwilligung in Form eines Spenderausweises und/oder einer Patientenverfügung gibt. Fehlen diese und gibt es auch keine Angehörigen, die entscheiden könnten, ist eine Organentnahme ausgeschlossen.

## **Falls ich meine Meinung ändere, was muss ich tun?**

Eine Meinungsänderung ist jederzeit möglich. Vernichten Sie Ihren Spenderausweis und füllen Sie einen neuen mit den geänderten Angaben aus. Auch wenn Sie zum Schluss kommen sollten, gar keine Organe und kein Gewebe spenden zu wollen, können Sie dies auf dem Ausweis vermerken. Stellen Sie wiederum sicher, dass Ihre Angehörigen Ihren Willen kennen. Spenderinnen und Spender von Blutstammzellen müssen die Änderung ihres Entscheids dem Blutspendezentrum mitteilen, bei welchem sie sich registriert haben.

## **Ich möchte Blutstammzellen spenden. Was muss ich tun?**

Falls Sie gesund, zwischen 18 und 45 Jahren alt sind, wenden Sie sich an das regionale Blutspendezentrum. Ein unverbindliches Gespräch dient zur Abklärung Ihrer Eignung als Spender/in und der Beantwortung Ihrer offenen Fragen. Wichtige Informationen finden Sie auf [www.blutstammzellen.ch](http://www.blutstammzellen.ch).

## **Ist der Mensch nach festgestelltem «Hirntod» tatsächlich tot?**

Ja. Zwei unabhängige Ärztinnen oder Ärzte müssen in einem Zeitabstand von mindestens sechs Stunden, in speziellen Fällen von 24 oder 48 Stunden, vor einer Organentnahme den Tod diagnostizieren. Eine dieser beiden Personen muss Facharzt oder Fachärztin für Neurologie oder Neurochirurgie sein. Dazu führen sie eine Reihe von Tests durch, die den Tod zweifelsfrei nachweisen. Zusatzuntersuchungen muss durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit der jeweils spezifischen FMH Qualifikation oder äquivalenter Aus- und Fortbildung erfolgen. Ein Mensch ist dann tot, wenn die Funktionen seines Hirns irreversibel ausgefallen sind. Deshalb spricht man von «Hirntod».

## **Erfährt der Empfänger oder die Empfängerin, wer gespendet hat?**

Nein. Spender oder Spenderin bleiben anonym. Das gilt auch für die Blutstammzellspende.

## Wichtige Adressen:

Universitätsspital Basel  
Hebelstrasse 32  
4031 Basel  
Telefon 061 265 25 25  
Fax 061 265 26 50  
E-Mail [info@unispital-basel.ch](mailto:info@unispital-basel.ch)  
[www.unispital-basel.ch](http://www.unispital-basel.ch)

Transplantationskoordination  
Universitätsspital Basel  
Thomas Vögele  
Telefon 061 328 64 09/ 061 265 44 09  
Fax 061 265 24 10  
E-Mail [tvoegele@uhbs.ch](mailto:tvoegele@uhbs.ch)

Swisstransplant  
Laupenstrasse 37  
3008 Bern  
Telefon 031 380 81 30  
Fax 031 380 81 32  
E-Mail [info@swisstransplant.org](mailto:info@swisstransplant.org)  
[www.swisstransplant.org](http://www.swisstransplant.org)

Stiftung Blut-Stammzellen  
Laupenstrasse 37  
3008 Bern  
Telefon 031 380 81 51  
Fax 031 380 81 60  
E-Mail [info@blutstammzellen.ch](mailto:info@blutstammzellen.ch)  
[www.blutstammzellen.ch](http://www.blutstammzellen.ch)

## Nützliche Internetseiten:

[www.transplantinfo.ch](http://www.transplantinfo.ch)  
Themenspezifische Internetseite des Bundesamtes für Gesundheit

[www.swisstransplant.org](http://www.swisstransplant.org)  
Stiftung Swisstransplant

[www.blutstammzellen.ch](http://www.blutstammzellen.ch)  
Stiftung Blut-Stammzellen

[www.universitaetsspital-basel.ch](http://www.universitaetsspital-basel.ch)  
[www.nephro-basel.ch](http://www.nephro-basel.ch)  
Universitätsspital Basel

USB-Kampagne

## Wettbewerb: Interesse belohnt



Am 25. August 2007 fand der Informationstag zur Transplantation und Organspende statt. Interessierte konnten auf dem Barfüsserplatz einen Parcours absolvieren und Wettbewerbsfragen beantworten.

### Und so war es richtig:

- 1 Seit wann ist das neue Transplantationsgesetz in Kraft?  
Seit dem 1. Juli 2007
- 2 In welchen Bereichen ist das Transplantationszentrum Basel führend?  
Nierentransplantation und Blutstammzell-Transplantation
- 3 Wie heisst die zentrale Anlaufstelle für die Spende und Transplantation von Organen in der Schweiz?  
Swisstransplant
- 4 Wie viele Personen in der Schweiz stellten 2006 nach ihrem Tod Organe zu Transplantationszwecken zur Verfügung?  
Nur 80
- 5 Wie viele Mitarbeitende (Vollzeitstellen) setzen sich im Universitätsspital Basel täglich für Ihre Gesundheit ein?  
3500

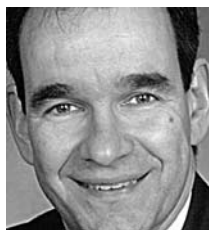
### Drei Gewinnerinnen wurden ausgelost:

Katrin Bläsi aus Basel, Sonja Herzog aus Basel und Cosima Suter aus Bern gewinnen je einen Wellness-Aufenthalt im Hotel Römerbad in Badenweiler/D

Herzliche Gratulation!



## Prof. Frank Zimmermann



Franz Zimmermann ist vom baselstädtischen Regierungsrat zum Chefarzt für Radio-Onkologie und zum Extraordinarius für Radio-Onkologie an der Medizinischen Fakultät gewählt worden. Er war bis anhin geschäftsführender Oberarzt an der Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie im Klinikum rechts der Isar der TU München. Geboren 1963, studierte er Medizin an der Ruhr-Universität Bochum und der Universität-Zentralhochschule Essen und promovierte 1992 über Hyperthermie in der Radio-onkologie. Von 1991 bis 1993 war er als Arzt in der Inneren Medizin in Lörrach tätig, danach am Klinikum rechts der Isar in München. 1997 erwarb er den Titel eines Facharztes für Strahlentherapie. Er ist stellvertretender Sprecher der Arbeitskreise «Tumoren des Gastrointestinaltraktes», «Tumoren der Kopf-Hals-Region» und «Urogenitale Tumoren» am Tumorzentrum München. Schwerpunkte seiner Forschung sind der Einsatz der bildgeführten Hochpräzisions-Strahlentherapie solider Tumoren, vor allem der Lunge, der Leber und der Prostata, und die Optimierung der Sequenz multimodaler Therapien bei Tumoren des Gastrointestinaltrakts. Diese Forschung möchte er gemeinsam mit den weiteren operativen und nichtoperativen onkologischen Disziplinen am Universitätsspital Basel fortsetzen und intensivieren. Zimmermann ist verheiratet und hat einen Sohn.

## Prof. Didier Lardinois



Der neue Extraordinarius für Thoraxchirurgie an der Medizinischen Fakultät, Prof. Didier Lardinois, wurde vom Universitätsrat gewählt und gleichzeitig vom baselstädtischen Regierungsrat zum Chefarzt der Klinik für Thoraxchirurgie am Universitätsspital Basel bestimmt. Lardinois, 1963 in Belgien geboren, studierte 1982 bis 1988 an der Medizinischen Universität in Brüssel. Seine fachliche Weiterbildung erfolgte von 1989 bis Anfang 1995 an verschiedenen chirurgischen Kliniken der West- und Deutschschweiz, bis er 1995 an der Klinik für Herz-, Gefäss- und Thoraxchirurgie des Inselspitals Bern seine akademische Tätigkeit begann. 1999 leitete er die Klinik für Thoraxchirurgie in Bern ad interim. Nach dem Facharzttitel FMH für Chirurgie und dem Schwerpunkt für Thoraxchirurgie erhielt Lardinois 2000 den europäischen Facharzttitel «European Board of Thoracic and Cardiovascular Surgeons». Seit 2001 ist er in der Klinik für Thoraxchirurgie Zürich tätig, zuletzt als Leitender Arzt und Chefarzt-Stellvertreter; 2004 habilitierte er an der Universität Zürich. Lardinois verfügt über breite Fachkenntnisse in der Thoraxchirurgie inklusive Lungentransplantation sowie auf weiteren Gebieten wie der Gefäss- und Allgemein Chirurgie. Er hat vor allem in den wichtigsten Fachzeitschriften der Thoraxchirurgie, aber auch im «New England Journal of Medicine» publiziert. Seine experimentelle Forschung ist dem Pleuramesotheliom, einem bösartigen Tumor des Brustfells, gewidmet. Lardinois ist Mitglied verschiedener nationaler und internationaler medizinischer und chirurgischer Gesellschaften und aktiv involviert in der Ausbildung an der «School of Thoracic Surgery» der europäischen Gesellschaft für Thoraxchirurgie. Er ist verheiratet und Vater von vier Kindern.

### Personalverbände

## VPOD-Gruppe USB

### Neues Pensionskassengesetz

Das neue Pensionskassengesetz tritt per 1.1.2008 in Kraft. Dies hat u.U. Leistungsänderungen zur Folge. Alle Versicherten, haben daher von der Pensionskasse ein Informationsschreiben zum Stand ihrer Vorsorge erhalten.

Wir empfehlen allen Versicherten, für individuelle Fragen zu ihren Vorsorgeleistungen die Hotline der Pensionskasse in Anspruch zu nehmen. Unter der Gratisnummer 0800 69 75 27 können alle Versicherten ihre Fragen zum Übertritt stellen und sich die Vor- oder Nachteile einer allfälligen Pensionierung unter dem alten Gesetz berechnen lassen.

Es gilt weiter zu beachten, dass Rentenleistungen nach altem Gesetz nur ausgerichtet werden für Pensionierungen vor Ende 2007, d.h. eine erste Rente muss bereits im Dezember 2007 ausbezahlt werden. Alle, die per 31.12.07 pensioniert werden, erhalten die Rente ab Januar 2008 nach neuem Recht. Auf Antrag von VPOD-Präsident Urs Müller in der Spezialkommission hat der Regierungsrat beschlossen, dass bei Pensionierungen nach altem Gesetz die Kündigungsfrist verkürzt werden kann, «soweit es die betrieblichen Verhältnisse zulassen». Eine Kündigung per Ende November ist also möglich. Dies ist aber in jedem Fall mit den Vorgesetzten vorher abzusprechen. Für weitere Auskünfte steht das VPOD-Sekretariat gerne zur Verfügung.

### VPOD-Sprechstundentermine im USB

Oktober bis Dezember  
Klingelbergstrasse 23, 2. Stock, Büro 217  
15 bis 17.30 Uhr

18.10. (ausnahmsweise erst ab 15.30 Uhr),  
8.11., 6.12., 20.12. (Sprechstunde mit  
Weihnachtsapéro)

Telefonische Voranmeldungen sind möglich,  
aber nicht nötig.

VPOD-Sekretariat: Telefon 061 685 98 98

Fragen? Anregungen?

VPOD-Kontaktpersonen im USB:

Karin Brühlhard, kbruelhard@uhbs.ch  
Chirurgie 4, Telefon 57141

Andi Sisti, asisti@uhbs.ch  
Alarmzentrale, Telefon 53017

### Schon gehört? Schon gesehen?

#### Neuer Klinikleiter Medizinische Poliklinik.

PD Dr. Reto Nüesch übernimmt per 1.11.2007 interimistisch die Leitung der Medizinischen Poliklinik. Er tritt die Nachfolge von Prof. Edouard Battegay an, welcher per 31.10.2007 das USB verlässt. Die Neubesetzung des Ordinariats für Ambulante Innere Medizin und der Chefarztposition Medizinische Poliklinik wird evaluiert.

#### Höhere Gebühren Fehlalarm.

Der Regierungsrat hat am 13.3.2007 beschlossen, die Gebühren für Feuerwehreinsätze zu erhöhen. Das hat zur Folge, dass sich die Gebühren für einen Fehlalarm bei automatischen Gefahrenmeldeanlagen auf eine einheitliche Pauschalgebühr von CHF 1500 + MwSt belaufen. Bei Alarmen durch Fehlmanipulation, Rauchen, Schweissen, Kerzen, Staub etc. werden neu CHF 1600 in Rechnung gestellt (vormals CHF 900) werden müssen.

# Würdigungen

Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Feichter

## Weltgeschichte in drei Akten: Temesvar, Basel, Daressalam

Es ist mir Pflicht und Freude, den Lebens- und Berufsweg von Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Feichter Revue passieren zu lassen. Der Lebensweg von Georg Feichter spiegelt die wechselvolle Geschichte des letzten Jahrhunderts. Georg Feichter wurde 1946 in Perjam, einem Dorf im ungarisch-rumänischen Grenzgebiet geboren. Dorthin hatten sich seine Eltern zurückgezogen, um der Massendeportation der deutschstämmigen Rumänen nach Russland zu entgehen. Ursprünglich stammt Georg Feichter aus dem Banat, einem Landstrich Rumäniens, der gerade in Basel und Baselland gut bekannt sein sollte. Zahlreiche der dorthin Ausgewanderten stammen aus unserer Gegend. Ein guter Teil der so genannten Banater Schwaben sind somit eher Banater Schweizer.

Georg Feichter besuchte in Temesvar (Rumänien) die Nikolaus-Lenau-Schule und begann an der dortigen Universität 1964 mit dem Medizinstudium. 1967 verliess die Familie Rumänien, um dem politischen Terror des Diktators Ceaușescu zu entgehen. Die Familie flüchtete über die Grüne Grenze nach Jugoslawien und weiter nach Deutschland. In Mainz schloss Georg Feichter 1971 das Medizinstudium ab. Nach einem 2-jährigen Schnupperkurs am Institut für Pathologie in Mainz begann er 1974 jedoch eine Ausbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe am Universitätsklinikum Essen. Dieses stand seinerzeit unter der Leitung von Herrn Prof. Ludwig, dem späteren Ordinarius für Gynäkologie und Geburtshilfe an unserer Frauenklinik. Während seiner Fachausbildung verbrachte er zwei Jahre am Department of Obstetrics and Gynecology des Groote Schuur Hospitals in Cape Town.

Er sagte über diese Zeit: «Nie zuvor und nie danach habe ich so viel und so hart gearbeitet wie dort, und nirgends fand ich es schöner als in Kapstadt. Nur die traurige politische Situation, vor allem die Apartheid, hielt mich damals ab, für immer in Kapstadt zu bleiben. Hier und heute kann man es sich kaum vorstellen, dass man mit seinem andersfarbigen Kollegen nicht zusammen in ein Restaurant, Kino, an den Badestrand, zu einem Rugbyspiel oder in das Personalrestaurant für Ärzte gehen durfte. Damals war es so, dass man vor einer öffentlichen Toilette so lange nach der für sich zutreffenden Rassen- und Geschlechtskatego-

rie suchen musste, und das in der Landessprache Afrikaans, bis es manchmal beinahe zu spät war.»

Der Facharztstitel für Gynäkologie und Geburtshilfe war Georg Feichter aber offenbar nicht genug. 1980 kehrte er in die Pathologie zurück. Am Institut für Pathologie in Heidelberg faszinierten ihn die Zytologie und die wissenschaftliche Tätigkeit, so dass er eine Weiterbildung im Fach Pathologie anschloss. In Heidelberg hatte er grosses Glück: Die Durchflusszytometrie war gerade am Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg neu eingeführt worden. Damit bot sich für ihn die einzigartige Gelegenheit, die Entwicklung einer wissenschaftlichen Methode von Anfang an zu begleiten. Seine wissenschaftlichen Arbeiten zu diesem Thema führten 1986 zur Habilitation. Den Facharztstitel für Pathologie erwarb er 1988. Gleichzeitig lief aber sein Arbeitsvertrag am Institut für Pathologie aus.

Hier begegneten sich unsere Interessen: Georg Feichter suchte eine neue Wirkungsstätte und wir suchten geradezu «verzweifelt» nach einem Leiter für das Labor für gynäkologische Zytologie (damals noch am Frauenspital). Seit Jahren war die Position der ärztlichen Leitung des Labors für gynäkologische Zytologie verwaist. Die Probleme im Labor häuften sich. Um zu verhindern, dass die Situation endgültig «aus dem Ruder lief», wurde das Institut für Pathologie angefragt, die Leitung der gynäkologischen Zytologie zu übernehmen. Wir waren dazu bereit, doch nur, wenn das Labor für gynäkologische Zytologie in das Institut für Pathologie integriert würde. Der Vorsteher des Frauenspitals war jedoch nur bereit, die fachliche Leitung des Labors dem Institut für Pathologie zu übertragen. In dieser Situation konnten wir Herrn PD Dr. Georg Feichter präsentieren. Damit war der gordische Knoten durchschlagen: Prof. Ludwig sah in Herrn Feichter seinen Schüler und als Facharzt für Gynäkologie einen verlässlichen und ebenbürtigen Partner. Auch im Institut für Pathologie wurde Georg Feichter mit offenen Armen empfangen. Zu behaupten, die Integration dieses grossen Labors mit zahlreichen Laborantinnen und einem Workload von über 40'000 Untersuchungen sei leicht gefallen, wäre gelogen. Aber Georg Feichter nahm sich mit leichter Hand der anstehenden Probleme an. 1995 fand schliesslich der Umzug des ganzen Labors ins Institut für Pathologie statt. Auch wenn alles mühelos schien, so hatten die Pro-

bleme doch an Georg Feichter genagt. Eine schwere Krankheit setzte ihn matt und es dauerte, bis er wieder voll arbeitsfähig war.

Zwischenzeitlich war die Flowzytometrie erfolgreich am Institut für Pathologie etabliert worden. Diese Technik verlieh der Tumorforschung am Institut neuen Schub. Die daraus hervorgegangenen wissenschaftlichen Arbeiten fanden weltweit Anerkennung. Gleichzeitig sprach sich seine Expertise auf dem Gebiet der gynäkologischen Zytologie herum. Sie machte ihn bis heute zu einem beliebten Organisator und Referenten bei Fortbildungsveranstaltungen. Generationen von Laborantinnen und Ärzten haben den letzten diagnostischen Schliff seinen Fortbildungskursen zu verdanken. Das Handbuch «Zytopathologie», erschienen im Thieme-Verlag, verfasst von Georg Feichter und Peter Dalquen, wurde ein Bestseller und trug damit entscheidend zur Akzeptanz der Zytopathologie als eigenständige Subspezialität in der Pathologie bei.

Der Rest wäre nun schnell erzählt, wäre nicht wieder die Weltgeschichte dazwischen gekommen. 1989 fiel der Eiserne Vorhang, die kommunistischen Regime im Ostblock waren bankrott. Georg Feichter und mit ihm das ganze Institut für Pathologie beteiligten sich an Hilfsaktionen für seine Heimatuniversität Temesvar. Durch seine Hilfstätigkeit in Temesvar, so sagt Georg Feichter, habe er gelernt, weniger nach der Erfüllung eigener Bedürfnisse zu streben, als unterprivilegierten Menschen Aufmerksamkeit zu widmen. Dieses Engagement in Temesvar führte zu seinem zweiten Dr. in seinem Namen: Der Doctor honoris causa (Ehrendoktor) wurde ihm für seine grossen Verdienste bei der Entwicklung der Pathologie und Zytopathologie an der Universität Temesvar verliehen.

Nach dem Rücktritt von Herrn Prof. Dr. Peter Dalquen, Leiter der Abteilung für Zytopathologie bis 2001, folgte ihm Herr Feichter. Mit seinem Rücktritt im Dezember 2007 legt er die Leitung dieser international renommierten Abteilung für Zytopathologie in die Hände seines Schülers Prof. Dr. Lukas Bubendorf. Auch nach seinem Rücktritt wird er dem Institut nicht nur freundschaftlich, sondern auch als geschätzter Konsiliarus für gynäkologische Zytologie und Gynäkopathologie verbunden bleiben.

## Solveig Thommen

Fortsetzen wird er sein Engagement für weniger privilegierte Menschen. Georg Feichter wurde von der WHO angefragt, ein gynäkologisches Vorsorgeprogramm für Tansania zu organisieren. Diese Arbeit nimmt er bereits 2007 auf. Damit seine Fortbildungsveranstaltungen auch verstanden werden, lernt er schon jetzt Kisuaheli.

So ist Georg ruhig, beharrlich, ein Meister seines Fachs, offen für die Nöte anderer Menschen, wo und wann sie auch immer seines Rates bedürfen. In seiner Jugend war er ein Meister im Florett, später hat er in der Wissenschaft mit Freunden und Kollegen seine Klinge gekreuzt, morgen wird er für eine bessere Medizin in Afrika fechten.

Es ist schön, mit Menschen wie Georg Feichter zusammengearbeitet zu haben und noch zusammenarbeiten zu können. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts begleiten ihn in seiner dritten Karriere mit den besten Wünschen und grosser Sympathie.

Prof. Michael Mihatsch

## Ursula Keller

Liebe Ursula

Am 1. Oktober 1945 hast du in Romanshorn das Licht der Welt erblickt. Dort hast du den Kindergarten besucht. Mit deiner Familie bist du nach Winterthur gezogen und hast die obligatorischen Schuljahre absolviert. Darauf folgte ein Haushaltjahr (war damals so üblich). Ein Jahr hast du in einer Kinderkrippe gearbeitet. Dann kam der grosse Wechsel von den Kindern zur Alterspflege in einem Alters- und Pflegeheim im Glarnerland. Hier hast du als Hilfsschwester (wie man damals noch sagte) von Ende November 1963 bis Ende Mai 1965 gearbeitet. In dieser Zeit verstarb deine geliebte Mutter mit erst 54 Jahren. Da zog es dich wieder zurück nach Winterthur zu den Kindern. Am 15. Juni 1965 begann deine Arbeit im Kantonsspital Winterthur auf der Wöchnerinnenabteilung als Schwesternhilfe. Hier bist du ein rundes Jahr

geblieben. Dann begann für dich eine wunderschöne Zeit in England mit Arbeiten und Englisch lernen. Davon träumst du noch heute. Im Oktober 1968 zog es dich nach Basel in der Meinung, diese Stadt nach ein paar Jahren wieder zu verlassen. Nun sind daraus 39 Jahre geworden.

Bis Ende März 1978 hast du als Pflegehilfe in der Adullamstiftung auf der Pflegeabteilung gearbeitet. Nach einiger Zeit wurde dir im Altersheim die Pflegeverantwortung über drei Stockwerke übergeben. Am 1. Juni 1978 begann deine Arbeit im damaligen Kantonsspital auf Medi 6.2 als Pflegehilfe. Im Dezember 1989 hast du aus gesundheitlichen Gründen zu uns auf die Chirurgische Poliklinik gewechselt. Der Wechsel fiel dir besonders schwer, da du den persönlichen Kontakt zu den Patienten am Anfang sehr vermisst hast.

*«Ich durfte von den Kolleginnen viel Verständnis und Entgegenkommen erleben. Ich bin sehr dankbar für die schönen Jahre, die ich auf der Chirurgischen Poliklinik arbeiten durfte. An jede Kollegin und jeden Kollegen ein herzliches Dankeschön.»*

Seit 1979 wohnst du mit deiner Freundin Martha in einer Wohngemeinschaft. In der Freizeit und in den Ferien zieht es euch beide in die schöne Natur, die Ruhe in den Bergen oder an einen schönen See. Die gute Bergluft empfindest du als sehr erholsam.

Neben dir wohnt eine Tamilenfamilie. Bald gab es dort zwei Knaben und etwas später noch ein Mädchen. Den Knaben konntest du oft die Liebe zu den Tieren vermitteln und mit ihnen die Schönheiten der Natur geniessen. Du hast dir immer wieder die Zeit genommen, die Kinder bei den Hausaufgaben zu unterstützen und hast dann die eine oder andere Anekdote an uns weitergegeben.

Es waren schöne Zeiten und es werden noch viele folgen, welche dir immer wieder Freude bereiten. Nun begibst du dich in den Ruhestand und freust dich auf mehr Zeit, um noch Neues zu entdecken.

Liebe Ursula, wir alle sagen dir vielmals Danke für alles, was du für uns auf der Poli getan hast. Dir war keine Arbeit zu viel, und die Krankheit, welche du mit dir trägst, meisterst du mit viel Humor immer wieder von neuem.

Wir wünschen dir und Martha eine tolle Zeit mit vielen Ausflügen in deiner geliebten Schweiz und zum noch grösseren Reiseziel Afrika.

Dein Team von der Chirurgischen Poliklinik

Liebe Sully

Vor 28 Jahren, im April 1979, hast du dich entschlossen, dem Vorbild deiner Mutter zu folgen, und hast eine Stelle als Pflegeassistentin auf der Wöchnerinnen-Abteilung angenommen.

Viele Jahre lang hast du der Abteilung die Treue gehalten und all die vielen personellen und strukturellen Wechsel miterlebt, so wie zum Beispiel auch den Umzug vom „Fraueli“ ins Universitäts-spital Basel.

Mit grossem Engagement hast du in dieser Zeit deine Arbeit verrichtet. Viele Praktikantinnen und neue Mitarbeiterinnen sind durch deine Schule gegangen und wurden von dir kompetent begleitet. Mit deiner offenen Art ist es dir immer wieder gelungen, die Patientinnen und Mitarbeiterinnen zu motivieren.

Das Wohl deiner Kolleginnen lag dir immer sehr am Herzen, auch um unser leibliches Wohl warst du immer sehr bemüht. Trotz zum Teil harter Schicksalsschläge lernten wir dich in all dieser Zeit als sehr hilfsbereite, belastbare und freundliche Arbeitskollegin kennen.

Mit einem lachenden und weinenden Auge verlässt du uns nun, um dich deinen vielseitigen Hobbys und deiner Familie zu widmen. Wir werden dich, deine herzliche Art und aber auch deine berühmte Mehlsuppe vermissen.

Für deinen neuen Lebensabschnitt wünschen wir dir alles Gute, beste Gesundheit und weiterhin viel Elan.

Wir danken dir für die langjährige gute Zusammenarbeit und deinen grossen Einsatz auf unserer Abteilung!

Das Team der Abteilung Mutter und Kind



## Prof. André P. Perruchoud

André Perruchoud ist als Jüngstes von fünf Kindern im Kanton Wallis geboren und aufgewachsen. Nach der Primarschule in Französisch hat er das Gymnasium in der Klosterschule von Sion abgeschlossen. Die Vorklinik des Medizinstudiums absolvierte er in Fribourg, gefolgt vom klinischen Studium in Basel. Nach einem längeren Ausflugs ins Institut für Pathologie erfolgte die Ausbildung in Innerer Medizin, wo er sich dem Gebiet der Pneumologie zuwandte. Zu diesem Zeitpunkt wurde ein Systemwechsel vollzogen, indem unter dem neuen Chefarzt der Inneren Medizin, Werner Stauffacher, eine Allgemeine Innere Medizin aufgebaut wurde und die Spezialabteilungen als Konsiliareinheiten tätig waren. Während sein damaliger Chef Heinrich Herzog u. a. den nationalen und internationalen Verpflichtungen nachkam, hat André Perruchoud den pneumologischen «Alltag» gemanagt. Nachdem anfänglich die Entwicklung lungenfunktioneller Untersuchungen im Vordergrund stand, wurde mit dem Wechsel von der damals ohne Narkose durchgeführten starren Bronchoskopie zur flexiblen Bronchoskopie ein «menschenfreundlicheres», klinisch-diagnostisches Wirkungsfeld eröffnet. André Perruchoud hat als aktiver Kliniker wesentlich dazu beigetragen, dass das Fachgebiet der Pneumologie statt dem Klischee der «tuberkulösen Höhen- und Luftmedizin» als Partner der Akutmedizin wahrgenommen und integriert wurde.

Seinen Auslandsaufenthalt verbrachte er in Miami. Eine höchst erfolgreiche Entwicklung aus dieser Zeit ist die jährlich stattfindende «Transatlantic Airway Conference», die von ihm und Adam Warner, dem Chefarzt der Pneumologie von Miami und Past President der American Thoracic Society, jeweils geleitet und in der weltweit bekanntesten pneumologischen Fachzeitschrift publiziert wird.

Nach der Pensionierung von Heinrich Herzog wurde André Perruchoud zum Leiter der Pneumologie gewählt und hat seinen Arbeitsstil des frühmorgendlichen Büroinsatzes gefolgt von klinischer Tätigkeit nicht geändert. Seine Führungsfunktion hat André Perruchoud «positiv autoritär» wahrgenommen, d. h. fordern und fördern. Ist er in den frühen Jahren nicht selten wegen seiner unmittelbaren Emotionalität angeeckt, so hat er mit zunehmendem Aufstieg bis hin zum Dekan der medizinischen Fakultät einen kommunikativ sanfteren Stil entwickelt, ohne jedoch an Entscheidungsfähigkeit einzubüssen. Eine seiner grossen Führungsfähigkeiten ist speditives Vorbereiten und Abhandeln der Geschäfte und offene Diskussion. Nichts hasst André Perruchoud mehr als langwierige, unnötige Kommentare. Entsprechend hat

er an den vielen Festen und Skitagen, die mit ihm gefeiert wurden, sämtliche Reden nach dem Motto verboten, wenn «ein Walliser feiert, dann bitte richtig». Neuen Entwicklungen und Ideen gegenüber war André Perruchoud stets offen und risikobereit. Neues wurde versucht und nach intern offener Diskussion weitergeführt oder storniert. Dies ermöglichte, die Kreativität bei Mitarbeitern zu fördern, und widerspiegelt sich auch in der umfangreichen Publikationsliste von André Perruchoud. Während seiner Leitung der Klinik für Pneumologie hat sich nicht nur der klinische gute Ruf der Pneumologie weiter erhalten, sondern es wurde auch die Grundlagenforschung aufgebaut. Nach etwas mehr als zehn Jahren Leitung Pneumologie hat André Perruchoud die Nachfolge von Werner Stauffacher als Chefarzt der medizinischen Klinik A angetreten. Die vorerst als Rotation von vier Jahren gedachte Chefarztposition hat sich aufgrund des anhaltenden Erfolges perpetuiert. Innert kürzester Zeit gelang es ihm, sein pneumologisches Spitzenwissen auch intern medizinisch auszuweiten, wiederum nach dem Motto «selbst entscheiden», aber keine Hemmungen haben, andere Spezialisten zu fragen. Wie schon während seiner Zeit als Leiter der Pneumologie hat die klinische Forschung der medizinischen Klinik unter seiner Leitung einen massiven Aufschwung erfahren, indem interessierten Mitarbeitenden Freiraum gewährt wurde und Nationalforschungsprofessuren gewonnen werden konnten. Seine organisatorischen Talente konnte André Perruchoud nach der Wahl zum Dekan der medizinischen Fakultät weiter anwenden. Entsprechend hat er die Geschäfte gut vorbereitet und in speditiver Art und Weise durchgezogen. Nach der Pensionierung als Chefarzt der Medizinischen Klinik werden uns André Perruchouds Fähigkeiten als guter Organisator und entscheidungsfreudiger Kliniker in idealer Weise erhalten bleiben. Er wird die Leitung der Ethikkommission beider Basel von Hans Kummer übernehmen. Somit ist zu erwarten, dass weiterhin ein «Realo» und nicht ein Fundamentalist dieses wichtige Amt innehat, um dem amerikanischen Trend der Bürokratisierung der Ethik entgegenzuwirken und zugleich klare Entscheide fällen zu können, wenn es sein muss.

Trotz jahrzehntelangen Aufenthalts in Basel ist André Perruchoud nicht primär zum FCB-Fan geworden, sondern hat nach einem kurzen Nebenblick auf die Resultate des FC Sion sich hauptsächlich für die National Basketball Ligue interessiert. Dies nicht nur mit theoretischer, sondern auch praktischer Begeisterung, indem er jahrelang selbst Basketball gespielt hat. Seine beiden nun erwachsenen Söhne haben sich beruflich erfolgreich im

nichtmedizinischen Sektor etabliert. In den letzten Jahren hat André Perruchoud zusammen mit seiner Frau eine Golfkarriere begonnen mit dem Ziel, Nützliches mit Angenehmem zu verbinden. Nichtsdestotrotz zweifle ich nicht daran, dass er am Handicap weiterarbeiten wird.

Prof. Michael Tamm

### Zum Abschied ein herzliches Dankeschön

#### Lieber André

*Verklärungen sind falsch am Platz und dennoch würde man manchmal gerne die Zeit anhalten. Doch das Anhalten ist gerade nicht in Deinem Sinn. Wie sonst hättest Du das alles bewirken können, was Du bewirkt hast?*

*Du gehst, aber Du bist nicht gegangen, denn Du hast Bleibendes hinterlassen. Tatkraft, Dynamik und Menschlichkeit sind Dir eigen, das alles durchsetzt mit Humor und Charme.*

*Innert nur fünf Jahren hast Du als Dekan und Mitglied der Spitalleitung das Zusammenleben von medizinischer Fakultät und Spital geprägt.*

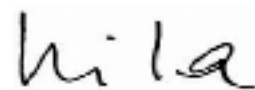
*Das Kantonsspital wurde zum Universitätsspital, die Kosten für Lehre und Forschung ermittelt und ausgegliedert sowie die Fakultätsstrukturen grundlegend und zukunftsgerichtet verändert. Während dieser Zeit warst Du zudem Schirmherr der medizinischen Klinik A und Ratgeber in allen Belangen des USB. Du hast tatkräftig vernetzt und damit das Fundament für die weitere Entwicklung unseres universitär-medizinischen Zentrums gelegt.*

*Du trittst von der grossen Bühne ab und es warten neue Aufgaben auf Dich. Du wirst diese mit Deiner dem Leben positiv verpflichteten Weisheit anpacken. Dafür wünschen wir Dir alles Gute, viel Glück und Gesundheit.*

*Wenn es für all das ein Geheimnis gibt, so ist es wohl das, was Du uns als Vermächtnis noch an Deinem Abschiedsabend mitgegeben hast:*

**«Man ist nicht gegen eine Person, sondern man ist für eine Person; man ist nicht gegen eine Sache, sondern man ist für eine Sache.»**

*Dafür gebührt Dir unser aller Dank.*



Rita Ziegler, Direktorin

## Bruno Wunderlin

### Informatiker der ersten Stunde

Bruno Wunderlin ist am 30. September 2007 in den verdienten Ruhestand getreten. In den vergangenen 20 Dienstjahren entwickelte und prägte er als Informatiker der ersten Stunde die wertvollen, noch heute im Einsatz befindlichen und arbeitserleichternden EDV-unterstützten Arbeitsinstrumente in der Anästhesie am USB.

Nach einer abgeschlossenen Malerlehre und einer Ausbildung zum diplomierten Krankenpfleger sammelte er anschliessend Berufserfahrungen im OPS am Kantonsspital Liestal. Parallel zu diesen Tätigkeiten bildete sich Bruno Wunderlin kontinuierlich in der Informatik und Programmierung weiter und absolvierte einen Nachdiplomlehrgang als Informatiker HTL. Die wertvolle Kombination von direkten Erfahrungen an der Basis und der Möglichkeit, für die Praxis anwenderfreundliche Hilfsmittel zu kreieren, wurde schon in Liestal entdeckt. Bruno Wunderlin konnte dort im Jahre 1985 bis 1986 u. a. auch zwei Informatik-Projekte realisieren. Dabei ging es um die automatische Datenverarbeitung der Anästhesieprotokolle mit Randlochkarten und Oberflächen-Scanner. Am 1. Juli 1987 trat er seine Stelle als Informatiker in der Anästhesie an. Die EDV stand am Kantonsspital damals noch ganz am Anfang und für viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren die Bezeichnungen «Hard- und Software» absolute Fremdwörter.

Die Anästhesie hatte zu diesem Zeitpunkt aber bereits ein OP-Programm aus den USA eingekauft mit der Idee, einen schnelleren und exakteren Überblick über die Operationstätigkeiten zu erhalten. Bruno Wunderlin war damals schon massgebend an dieser Einführung und der Weiterentwicklung vom «ISOP» beteiligt. Die zusätzliche Einführung einer Schnittstelle zu den Patientendaten ermöglichte einen schnelleren und detaillierten Überblick.

Ein weiterer Meilenstein war mit dem Auftrag verbunden, eine IBM-Bürokommunikations-Technologie mit Textverarbeitung einzuführen. Danach folgte die Anschaffung und Einführung eines der ersten Notebooks. Das kontinuierliche Interesse von Bruno Wunderlin an neuen, praxisorientierten Entwicklungen ermöglichte auch den Einsatz von Grafikprogrammen für Lehrfilme. Das klingt heute ganz selbstverständlich. Noch vor 15 Jahren aber war die Implementierung von bewegten Grafiken auf Videobildern mit grossen Anstrengungen verbunden. Auf komplizierte Weise musste u. a. die Umwandlung der Digitalsignale in Videosignale ermöglicht werden.

Im Jahre 1992 hat es Bruno Wunderlin mit einer selbst entwickelten Datenbank und zwei PC-Arbeitsplätzen den Mitarbeitenden der Notfallstation ermöglicht, die Patientendaten anstatt von Hand in einem grossen Buch direkt elektronisch einzugeben. Für die Umsetzung mussten alle Mitarbeitenden zuerst geschult und in die Computerwelt eingeführt werden. Kurze Zeit später musste sich Herr Wunderlin mit der Einführung der Internet-Welt und E-Mail-Verkehr befassen und selbst dazu lernen. Das Anliegen, eine gute und kombinierte OP- und Bettenkoordination zu entwickeln, kam 1995 vom Vorsteher des Departements Chirurgie. Wie viele andere Projekte auch konnte dieses nur dank der Finanzierung über Drittmittel der Anästhesie realisiert werden. Bruno Wunderlin hat bis heute das ISOP-Programm nach den betrieblichen Bedürfnissen kontinuierlich weiter ausgebaut, vernetzt und gestaltet. Am 11. April 2007 hat er die verschiedenen Anwendungen einem breiten Publikum vorgestellt. Alle Anwesenden waren beeindruckt von diesem über Jahre entwickelten und im USB breit vernetzten Koordinationskonzept, das aus heutiger Anwendersicht nicht mehr wegzudenken ist.

So gäbe es noch über viele andere kleine und grosse Highlights zu berichten. Ein Beispiel soll hier noch speziell erwähnt sein: Das von allen genutzte interne elektronische Telefonbuch auf dem Intranet. Wer kennt es nicht? Doch wer weiss, dass an der Entwicklung und am heutigen Bestehen dieser Möglichkeit Bruno Wunderlin massgeblich beteiligt war!

Das Departement Anästhesie möchte mit diesem kurzen Rückblick Bruno Wunderlin herzlich danken. Wer mit ihm zu tun hatte, weiss, dass er ein guter, kommunikativer und hilfreicher Zuhörer und Kollege war, der stets praxisorientiertes Denken angewendet hat.

Dank der besonderen Fähigkeit, Arbeitsabläufe an der Basis verstehen zu können, und dem jahrelangen Engagement, die Mitarbeitenden in ihrer Arbeit EDV-mässig direkt zu unterstützen, sind hilfreiche, nicht mehr wegzudenkende, breit vernetzte Koordinations- und Kommunikationshilfen entstanden.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Anästhesie wünschen Bruno Wunderlin mit einem grossen DANKESCHÖN alles Gute im neuen Lebensabschnitt.

Für die Einheit Anästhesie, Mark Schaffner

# Herzliche Gratulation

## 35 Jahre

- 01.09. **Suter Maija-Leena**, Medizin 7.1
- 01.10. **Peixoto Virgilio**, Akutgeriatrie (AGUK)
- 06.10. **Schaub Heidi**, Frauenpoliklinik
- 16.10. **Dziuballe Maya**, Chirurgie 1 Ost
- 23.10. **Di Pasqua Beatrice**, Anästhesie
- 30.10. **Eng Füllemann Elisabeth**, Mutter und Kind
- 04.12. **Mascioli Marisa**, Küche
- 22.12. **Kunz Margrit**, Chirurgie 4 Ost

## 30 Jahre

- 01.10. **Christ Marti Maja**, Chirurgie 7 West
- 01.10. **Lisker Jean-François**, Lagerbetriebe
- 01.10. **Petit Jean**, Notfallaufnahme & Infopoints
- 21.10. **Fröhlich Ruth**, Chirurgie 5 West
- 01.11. **Baumann Claudia**, Neurologie
- 01.11. **Wullschleger Ruth**, Medizin 7.2
- 21.11. **Brise Sirkka**, Anästhesie

## 25 Jahre

- 01.09. **Schweighauser Rosmarie**, Neurologie
- 20.09. **Hoen Brigitte**, Medizinische Kurzzeitklinik 8.2
- 01.10. **Bucher Liliane**, Gynäkologie
- 01.10. **Jakob Logan Alice**, Innere Medizin A
- 01.10. **Nyffenegger Renate**, Radiologie
- 01.10. **Probst Silvia**, Chirurgie 5 West
- 01.11. **Delz Kathrin**, Chirurgie 7 West
- 01.11. **Palumbo Giuseppa**, Reinigungsdienst
- 01.11. **Von Arx Denise**, Labormedizin
- 01.12. **Müller Silvia**, Medizinische Intensivstation
- 01.12. **Probst Patrick**, Therapie-Dienste
- 01.12. **Realini Ursula**, Radiologie
- 01.12. **Rudin Theres**, Anästhesie
- 01.12. **Simon Denise**, Labormedizin
- 06.12. **Ingletti Marina**, Reinigungsdienst
- 13.12. **Simonek Brigitte**, Medizin 7.1

## 20 Jahre

- 01.09. **Bihler Marie-Paule**, Isolierstation
- 01.09. **Thannberger Nicole**, Nephrologie
- 26.09. **Notaro Vittoria**, Medizinische Intensivstation
- 01.10. **Baumgartner Ralf**, Medizinische Intensivstation
- 01.10. **Courry Chantal**, Nephrologie
- 01.10. **Gaiser Krystyna**, Medizinische Intensivstation
- 01.10. **Gross Isabelle**, Medizin 5.1
- 01.10. **Kante Zuzana**, Psychiatrische Poliklinik
- 01.10. **Kronenberg Silvia**, Viszeralchirurgie
- 01.10. **Kubat Otilie**, Anästhesie
- 01.10. **Loosli Rolf**, Spital-Pharmazie
- 01.10. **Strahm Ursula**, Anästhesie
- 01.10. **Wagner Petra**, Anästhesie
- 19.10. **Egli Priska**, Medizin 6.2
- 19.10. **Muttenger Walter**, Medizinische Intensivstation

- 19.10. **Witkowiak Gisela**, Bettenzentrale
- 01.11. **Bello Ines**, Küche
- 01.11. **Hari Hanspeter**, Sicherheit & Umwelt
- 01.11. **Jäger Kurt**, Angiologie
- 01.11. **Kleiber Brigitte**, Pathologie
- 01.11. **Klossner Therese**, Chirurgie 5 West
- 01.11. **Labarre Doris**, Medizin 6.2
- 01.11. **Linder Claude**, Medizin 5.1
- 01.11. **Perrier Veronique**, Labormedizin
- 01.11. **Ramos Silvestra**, HNO
- 01.11. **Schindler Sylvie**, Mutter und Kind
- 01.11. **Strohmeier Monika**, Medizinische Intensivstation
- 16.11. **Heidolf Yvonne**, Zentralsterilisation Ost
- 01.12. **Faffa Genevieve**, Labormedizin
- 01.12. **Gerber Ruth**, Gynäkologie
- 01.12. **Goepfert Nadine**, Labormedizin
- 01.12. **Haenlin Catherine**, Nephrologie
- 01.12. **Vitanza Monica**, Medizin 7.2
- 15.12. **Bernou Nathalie**, Mutter und Kind
- 16.12. **Richner Marianne**, Viszeralchirurgie

## 15 Jahre

- 01.10. **Ibrahim Susana**, Pathologie
- 01.10. **Leichnetz Klaus Ulrich**, Neurochirurgie
- 01.10. **Rothen Anne-Marie**, Neurologie
- 01.10. **Sutter Juliane**, Informatik
- 01.10. **Tresch Yemafack Chantal**, Pathologie
- 01.10. **Zumbrunn Monika**, Pathologie
- 05.10. **Monte Kai**, Anästhesie
- 09.10. **Reinhard Graziella**, Augenklinik
- 14.10. **Vollrath Gisela**, Notfallstation
- 16.10. **Stork Claudia**, Pathologie
- 18.10. **Dujmovic Snjezana**, Chirurgie 3 Ost
- 01.11. **Kaiser Hedwig**, Dekanat Medizinische Fakultät
- 01.11. **Moeckli Marlene**, Spital-Pharmazie
- 01.11. **Scalfaro Vincenzo**, Notfallaufnahme & Infopoints
- 22.11. **Kramer Franz**, Akutgeriatrie (AGUK)
- 22.11. **Tschudin Valerie**, Radiologie
- 01.12. **Aeschbach Armin**, Anästhesie
- 01.12. **Fumarola Sandra**, Debitorenbuchhaltung
- 01.12. **Meier Christine**, Ambulante Chirurgie
- 22.12. **Aebi Marianne**, Medizinische Intensivstation
- 30.12. **Moser Madeleine**, Ambulante Chirurgie

## 10 Jahre

- 06.09. **Grassia Irsa**, Neurologie
- 15.09. **Pavan Brigitte**, Medizin 5.1
- 26.09. **Krein Daniel**, Notfallstation
- 01.10. **Aston Jacqueline**, Psychiatrische Poliklinik
- 01.10. **Erhardt Christina**, Isolierstation
- 01.10. **Filipovic Miodrag**, Anästhesie
- 01.10. **Heuri Thomas**, Transporttechnik
- 01.10. **Kaufmann Kari Anne**, Anästhesie



# und ein Dankeschön

- |   |   |
|---|---|
| 01.10. <b>Mollet Annette</b> , ECPM   | 17.11. <b>Schmid Penelope</b> , Therapie-Dienste            |
| 01.10. <b>Müller Beat, Prof.</b> , Endokrinologie, Diabetologie,<br>klinische Ernährung | 24.11. <b>Marra Filomena</b> , Reinigungsdienst             |
| <b>Thomann Sibylle</b> , Radiologie   | 28.11. <b>Ferrante Carmine</b> , Transporte                 |
| 01.10. <b>Ulrich Anja</b> , Akutgeriatrie (AGUK)  | 01.12. <b>Manser René</b> , Medizin 5.1                     |
| 01.10. <b>Zeller Andreas, Dr.</b> , Innere Medizin                                      | 01.12. <b>Megharia Nour Eddine</b> , Anästhesie             |
| 03.10. <b>Ben Njima Nacera</b> , Reinigungsdienst                                       | 01.12. <b>Rosebrock Elke</b> , Medizinische Intensivstation |
| 13.10. <b>Lucchesi Alessandra</b> , Behandlungszentrum Bewegungsapparat                 | 01.12. <b>Rüedi Elisabeth</b> , Neurologie                  |
| 20.10. <b>Erne Simone</b> , Medizin 6.2   | 01.12. <b>Schneider Heinz</b> , Gebäudereinigung            |
| 31.10. <b>Neves Corina</b> , Augenklinik  | 01.12. <b>Tornillo Luigi</b> , Pathologie                   |
| 01.11. <b>Dätwyler Christine</b> , Augenklinik  | 15.12. <b>Garrido Antonia</b> , Reinigungsdienst            |
| 01.11. <b>Dazio Matteo</b> , Radiologie   |   |
| 01.11. <b>Gygli Dora</b> , Zentralarchiv  |   |
| 01.11. <b>Martinez Sonja</b> , Akutgeriatrie (AGUK)                                     |   |
| 01.11. <b>Schmidlin Nicole</b> , Radiologie   |   |
| 01.11. <b>Söltzer Pineda Valencia Dagmar</b> , Anästhesie                               |   |
| 01.11. <b>Sorg Brigitta</b> , Kardiologie   |   |
| 01.11. <b>Zaugg Tanja</b> , Labormedizin  |   |
| 04.11. <b>Sökmen Aynur</b> , Reinigungsdienst   |   |
| 05.11. <b>Biedermann Johanna</b> , Frauenpoliklinik                                     |   |
| 06.11. <b>Gissler Christine</b> , Zentrale für Temporäreinsätze ZTP                     |   |
| 17.11. <b>Bürgin Zita</b> , Pathologie  |   |



# Pensionierungen

- |   |   |
|---|---|
| <b>Medizin</b>  | <b>Personal/Finanzen/Betrieb</b>                          |
| 31.08. <b>Rothen Anne-Marie</b> , Neurologie                | 31.05. <b>Ilic Gordana</b> , Reinigungsdienst             |
| 31.10. <b>Perruchoud André P., Prof.</b> , Innere Medizin A | 30.06. <b>Wetzel Guido</b> , Notfallaufnahme & Infopoints |
| 30.11. <b>Genitsch Alexander</b> , Hämatologie              | 31.07. <b>Torri Arno</b> , Proviantdienst                 |
| 30.11. <b>Thomaschett Annemarie</b> , Medizin 7.1           | 30.09. <b>Köchli Peter</b> , Gas- und Sanitärtechnik      |
| <b>Operative Medizin</b>                                    | 30.11. <b>Lima Hermes</b> , Küche                         |
| 31.10. <b>Keller Ursula</b> , Chirurgische Poliklinik       | 30.12. <b>Lima Rosa</b> , Reinigungsdienst                |
| <b>Spezialkliniken</b>                                      | 31.12. <b>Antener Urs</b> , Gebäude- und Energietechnik   |
| 31.08. <b>Chen Yeun-Fen</b> , Bettenstation Augenklinik     |   |
| 30.11. <b>Dätwyler Christine</b> , Augenpoliklinik          |   |
| <b>Medizinische Querschnittsfunktionen</b>                  |   |
| 30.09. <b>Wunderlin Bruno</b> , Anästhesie                  |   |
| 31.10. <b>Deuber Iris</b> , Personalabteilung               |   |
| 31.10. <b>Mihatsch Michael, Prof.</b> , Pathologie          |   |
| 31.10. <b>Wittlin Luzia</b> , Therapie-Dienste              |   |
| 30.11. <b>Feichter Georg, Prof.</b> , Pathologie            |   |

## Transplantationskampagne



Kampagne des Universitätsspitals Basel zu Organspende und Transplantation: 13000 Flyer mit Informationen und Spenderausweis wurden verteilt, z.B. hier am Bahnhof SBB