

zweieelf

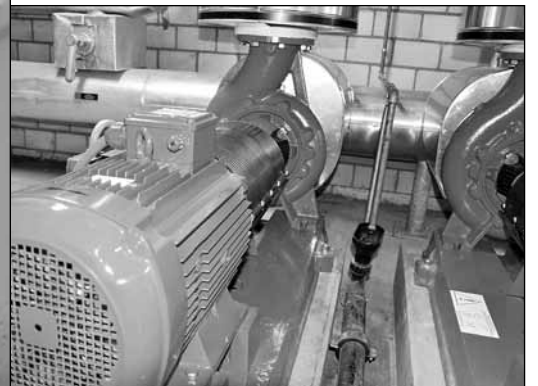
Gazzetta des Universitätsspitals Basel

Sommer 2011



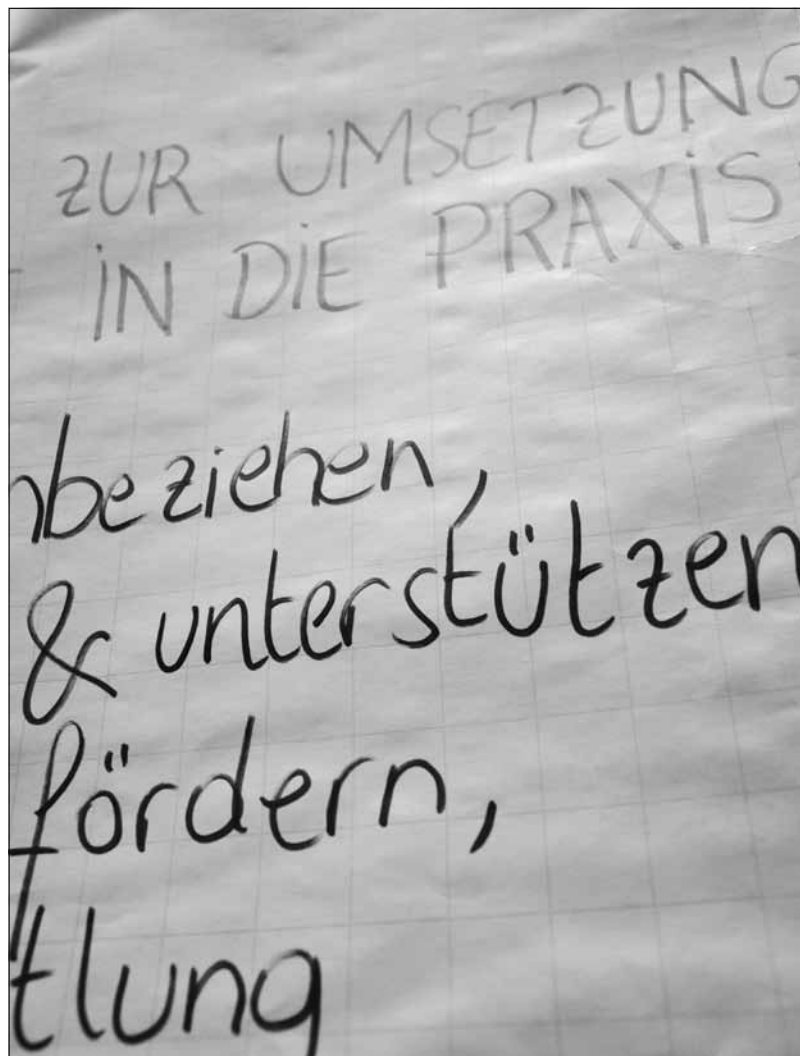
Studie
seelsorgend | 10

Ausbildung
konzentriert | 4



Energie-Contracting
eingespart | 7

Notfallsituationen
geübt | 12



zweifel

- 3 Editorial
- 4 Ausbildung
- 6 Elektronische Dokumentation
- 7 Energie-Partnerschaft
- 8 Case Management
- 10 Spitalseelsorge-Studie
- 12 Simulation Geburt
- 14 Turnierarzt
- 15 Varia
- 18 Personelles

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

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

Layoutkonzept

brenneisen communications, Basel

Prepress

brenneisen communications, Basel

Erscheinungsweise

Vierteljährlich

Auflage

8900 Exemplare

Druck

Werner Druck, Basel

Papier

Hochweiss, Offset

Fotos

Foto & PrintCenter USB: 3, 13 (Nr. 6), 20, 24
Walter di Mauro: 13 (Nr. 1)
Thierry Girard: Titelseite gross unten, 13 (Nr. 2, 3, 4, 5)
Ludwig Hesse: Titelseite klein oben, 10
Gina Hillbert: Titelseite gross oben, klein unten, 2, 5, 15, 19
z. Vfg.: 6, 14

Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Auch wenn seit der Abstimmung über das neue Spitalgesetz schon zwei Monate vergangen sind, möchte ich an dieser Stelle gegenüber Ihnen allen zum Ausdruck bringen, dass mich das Abstimmungsergebnis bezüglich der Verselbstständigung unseres Spitals sehr gefreut hat. Für das Votum der Stimmbürgerinnen und Stimmbürger, aber auch für das Engagement auf



beiden Seiten im Vorfeld der Abstimmung bedanke ich mich herzlich. Die Geschicke des USB liegen vielen am Herzen. Das ist ein gutes Signal für unser Spital.

Wie geht es nun weiter?

Und wie bereitet sich das USB auf die Selbstständigkeit vor? Verschiedene Fachleute, Gremien und Arbeitsgruppen sind kräftig am Werk, das neue Spitalgesetz in unserem Haus per 1.1.2012 zu verankern. Schwerpunktartig betrifft dies hauptsächlich das Finanzwesen und den HR-Bereich. Über aktuelle Ergebnisse dieser Arbeiten werden wir Sie auf dem Laufenden halten. Auf dem Laufenden halten wir Sie ebenfalls mit dieser Gazzetta.

Es wird hart gearbeitet. Auch im Sommer. Wenig zu spüren von Luftig-Leichtem. Auch nicht thematisch in dieser Ausgabe, die Sie wohl kaum in der Badi lesen. Oder etwa doch? Ein Beitrag kommt jedenfalls ganz erfrischend daher: «Der Sprung ins kalte Wasser» – ein guter Titel für Hitzetage. Darin schildert die Pflegefachfrau mit FH-Abschluss den praktischen Teil ihres Pflegestudiums auf der Akutgeriatrie realitätsnah.

In einem realitätsnahen Szenario können Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Pflegekräfte geburtshilfliche Notfälle in einem Simulationskurs trainieren. «Train together who work together» lautet die Devise – für mehr Sicherheit und somit für noch höhere Patientensicherheit. Ein Angebot von Profis aus dem USB für Profis, die noch besser werden wollen.

Patienten behandeln, pflegen, begleiten, die Patientenprozesse während des Spitalaufenthaltes und die Organisation der Anschlussbetreuung verbessern – das leistet Case Management. Case Managerinnen werden zum wichtigen Bindeglied

für alle Beteiligten. Im Bereich Medizin ist das Programm angelaufen.

Nahe am Patienten sein – das gehört zum Alltag von Spitalseelsorgenden. Aber in welcher Rolle sind Spitalseelsorgende heutzutage besonders gefragt? Auf diese und weitere Fragen liefert eine wissenschaftliche Studie Antworten.

Mehr als auch schon war der Energieverbrauch Thema und in diesem Zusammenhang die Frage nach unseren eigenen Gewohnheiten im Nutzen von Energie. Im USB laufen seit Jahren Projekte, die aufzeigen, dass sich der sorgfältige Umgang mit Energie lohnt.

Das USB hat immer Hochsaison. Die Sommerferienfreizeit sollten wir dennoch dazu nutzen, uns vom Arbeitsalltag Entspannung zu gönnen, uns anderen Dingen zuzuwenden, Abstand zu gewinnen und um neue Energie zu tanken, damit wir wieder frisch – mit neuem Schwung – an den Arbeitsplatz zurückkehren.

Ich wünsche Ihnen eine genussvolle Sommerzeit und eine spannende Lektüre.

Ihr
Werner Kübler
Direktor

Der Sprung ins kalte Wasser

Miriam Clad wählt zum Abschluss ihrer Ausbildung die AGUK als Praktikumsort. Dort wird sie rasch heimisch. Die inzwischen frischgebackene Pflegefachfrau FH – übrigens, die erste, die diese Ausbildung im USB abgeschlossen hat – bleibt der Akutgeriatrie weiterhin treu.

Eine typische Praxissituation der Akutgeriatrie:

«Sturz mit Liegetrauma. Die Patientin ist dement und momentan sehr delirant, verweigert alles, hat Halluzinationen.» Mein neuer Kollege las die wichtigsten Eintrittsinformationen einer angemeldeten 82-jährigen Patientin von der Notfallstation vor. «Das ist der Sprung ins kalte Wasser, von der Theorie in die Praxis», dachte ich. «Zum Glück bin ich nicht allein und gelte noch als Auszubildende.» Mein Kollege dagegen wirkte vollkommen entspannt. Für ihn waren das offensichtlich Alltagssituationen.

Von Miriam Clad

Das Modul C

Drei Wochen war es her, seit ich den theoretischen Teil meines Pflegestudiums an der Zürcher Fachhochschule für angewandte Wissenschaften abgeschlossen hatte. Dies war nun mein zweiter Tag auf der AGUK. Vor mir lagen jetzt noch neun Praktikumsmonate auf dieser Station – das sogenannte Modul C. Nach Abschluss dieses Praktikums würde ich mein Bachelordiplom und somit die Berufsbefähigung als Pflegefachfrau FH erhalten. Ich war sehr gespannt. Was würde auf mich zukommen?

Meine Praktika während der Ausbildung hatten in der Langzeitpflege, der Psychiatrie und auf einer chirurgischen Abteilung in Zürich stattgefunden. Erfahrungen im Bereich der Inneren Medizin hatte ich noch keine. Während meines Praktikums auf der Chirurgie war mir aufgefallen, dass ich gerade den Umgang mit älteren, neu eintretenden Patientinnen und Patienten am schwierigsten fand. Das war der Grund, weshalb ich das Modul C gerne auf der AGUK im Universitätsspital Basel absolvieren wollte. Hier würde ich hoffentlich meine praktischen Defizite aufholen, einen Überblick über die Innere Medizin bekommen und lernen, wie man geriatrische Patientinnen und Patienten kompetent pflegt. Ich machte mich auf neun sehr anspruchsvolle Monate gefasst.

Erste Eindrücke

Schon am Schnuppertag war mir aufgefallen, dass ein sehr angenehmes Arbeitsklima auf der Abteilung herrschte. Auf der Visite wurden die Pflegenden nicht nur aktiv einbezogen, sie ergriffen meist als erste das Wort, um eigene Beobachtungen und ihre Sicht der jeweiligen Patientensituation zu schildern. Gemeinsam mit dem Arzt wurde dann nach Lösungsansätzen gesucht.

Auch durfte ich am interdisziplinären Morgenrapport teilnehmen. Hier äusserte ein Assistenzarzt seine Unsicherheiten bei einem Patienten, der einen Schlaganfall erlitten und sich eine Pneumonie zugezogen hatte. Es war nicht ganz klar, ob es sich um eine palliative oder kurative Situation handelte. Der Patient konnte derzeit weder sprechen noch gut genug schlucken, um Nahrung zu sich zu nehmen. Eine viel zu unspezifische Patientenverfügung war vorhanden, in der der Patient «lebensverlängernde Massnahmen» ablehnte. Sollte der Patient nun eine PEG-Sonde und Antibiotika erhalten oder nicht? Es fand ein positiver Austausch zwischen dem Assistenzarzt und dem Chefarzt statt. Die Hierarchie war nicht so deutlich zu spüren, wie auf den anderen Abteilungen, wo ich bisher gearbeitet hatte. Im Vordergrund stand der Patient, nichts anderes. Aufgrund dieser Diskussion am Morgen fand am Nachmittag eine ethische Fallbesprechung innerhalb des Pflegeteams und mit dem Assistenzarzt statt. Anhand der ethischen Aspekte wurde sorgfältig

diskutiert und abgewägt, was die beste Lösung für den Patienten sein könnte. Mir wurde klar, wie gut die interdisziplinäre Zusammenarbeit funktionierte.

Während meines Praktikums hat sich dieser erste Eindruck einer Stationskultur, bei der vor allem die Stärken der einzelnen Teammitglieder und Berufsgruppen gesehen und gefördert werden, immer wieder bestätigt.

Meine Rolle im Team

Vor Beginn des Praktikums hatte ich mich natürlich gefragt, wie ich im Team aufgenommen werden würde, vor allem auch deshalb, weil meine Ausbildungsform noch sehr neu ist. Speziell am Modul C ist, dass das Praktikum angetreten wird, nachdem alle Abschlussprüfungen bereits absolviert wurden. Für das Bestehen ist daher nur eine ausreichende Anwesenheit erforderlich. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass die Länge des Moduls je nach praktischen Vorerfahrungen stark variiert. Für Pflegestudierende, die vorher bereits eine Ausbildung als Fachangestellte Gesundheit gemacht haben, fällt das Modul beispielsweise weg.

Für viele Pflegefachpersonen der «alten Schule» ist so ein Aufbau natürlich sehr fremd. Ein gewisses Mass an Toleranz und Aufgeschlossenheit ist auf jeden Fall erforderlich, um FH-Studierende zu betreuen und im Team aufzunehmen. Es war mir sehr wichtig, trotz der Besonderheiten nicht als Aussen-seiterin oder Theoretikerin missverstanden zu werden. Auch machte ich mir Sorgen, dass ich aufgrund meiner geringen Praxiserfahrung den Anforderungen nicht nachkommen könnte.

Zum Glück kann ich sagen, dass meine Ausbildungsform im Team nur positive Reaktionen ausgelöst hat. Als Modul-C-Praktikantin fühlte ich mich jederzeit anerkannt und respektiert. Natürlich war anfangs eine gewisse Unsicherheit vorhanden, was man von mir erwarten könnte. Doch schon bald wurde mir Verantwortung und Vertrauen zugesprochen, was für mich natürlich sehr motivierend war. Ich durfte selbst mitbestimmen, wie viele Patienten ich betreuen wollte und bei welchen Krankheitsbildern oder Situationen ich noch Unterstützung und Tipps brauchte. Dumme Fragen gab es eigentlich nicht. Ob es nun ums Katheterisieren, Blutentnahmen oder VAC-Verbände ging, beim Erlernen oder Üben praktischer Tätigkeiten wurde ich tatkräftig unterstützt, ganz unabhängig davon, wie gut wir personell besetzt waren. Eine bessere Mischung aus Förderung und wohlwollender Betreuung kann ich mir eigentlich nicht vorstellen.

Zudem bekam ich die Möglichkeit, einen gewissen Einblick in den Arbeitsalltag von Anja Ulrich, der Advanced Practice Nurse unserer Abteilung, zu erhalten, und konnte an einem kleinen Projekt mitwirken. Das war sehr bereichernd für mich, weil ich dadurch eine Vorstellung davon bekommen habe, wie Masterabsolventinnen in der Schweiz eingesetzt werden und welchen Einfluss das auf die Pflegepraxis hat.

Persönliches Fazit

Abschliessend kann ich sagen, dass sich das Modul-C-Praktikum für mich als notwendige und bereichernde Vorbereitung auf das Berufsleben als Pflegefachfrau FH erwiesen hat. Die zu Anfang beschriebene Situation ist ein typisches Praxisbeispiel der Akutgeriatrie. Viele der eintretenden Patienten leiden unter einem Delir oder sind aus anderen Gründen, wie zum Beispiel Demenz oder Status nach Apoplex in ihrer Kommunikation stark beeinträchtigt. Der



Umgang mit diesen Patientinnen und Patienten erfordert viel Feingefühl, Fachwissen und Kreativität. Andere häufige Eintrittsgründe sind diverse Herzkrankheiten, Infekte, GI- Blutungen, chronische Wunden oder Verwahrlosung, meist begleitet von mehreren Nebendiagnosen. Daraus ergeben sich sehr komplexe Pflegesituationen.

Die delirante Patientin verwandelte sich durch ausreichende Schmerztherapie, Rehydrierung und Quetiapin-Gabe innerhalb weniger Tage in eine ruhige und kooperative Frau. Für mich persönlich war es sehr eindrücklich, zu sehen, wie sich diese schwierige Situation zum Positiven gewendet hatte. Mittlerweile gehe ich sicherlich kompetenter und gelassener mit solchen Herausforderungen um. Zu vielen Fachbegriffen wie z.B. «Delir» habe ich jetzt erlebte Praxissituationen im Kopf, nicht nur theoretische Definitionen. Daher fühle ich mich sicherer im Klinikalltag und kann Situationen besser einschätzen. Den «Sprung ins kalte Wasser», also den Übergang von der Schule zur



Praxis, habe ich aus meiner Perspektive glücklicherweise gut überstanden. Ich nehme an, dass viele meiner Kolleginnen und Kollegen von der Zürcher Fachhochschule anfangs ähnliche Sorgen hatten wie ich, und hoffe, dass sie genauso gute Erfahrungen gemacht haben. Da mir das erforderliche Grundwissen für einen Praxistransfer von der Fachhochschule mitgegeben wurde, kann ich meinen Ausbildungsweg durchaus weiterempfehlen.

Ausbildung zur Pflegefachperson an der Fachhochschule

(Zürcher Fachhochschule für angewandte Wissenschaften, Winterthur)

Aufbau

- 3 Jahre Vollzeitstudium (davon $\frac{2}{3}$ Theorie \longleftrightarrow $\frac{1}{3}$ Praxis)
- +12-monatiges Zusatzmodul
- Praktikumsbeurteilung und Prüfungen während dem Studium
- Abschlussprüfungen: praktische Prüfung und Bachelorthesis mit Präsentation

→ **Diplom:** Bachelor of Science in Pflege mit Berufsbefähigung

3 Praktikumsmodule

Digitalisierung

Elektronische Dokumentation – sind wir fit für DRG?

Bereits heute werden zahlreiche medizinische Dokumente im Universitätsspital Basel elektronisch erfasst, doch gibt es noch einiges zu tun – insbesondere in Hinblick auf die Fallpauschalen.



Mit grossem Engagement schult Jasmin Hengge, Leiterin Sekretariat Augenklinik und Mitarbeiterin des Projekts ITfit4DRG, Kolleginnen und Kollegen des USB in Sachen elektronischer Dokumentation.

Mit der Einführung von DRG (Diagnosis Related Groups) per 1.1.2012 soll der Informationsfluss mittels Papierakten im USB zunehmend reduziert und mehr und mehr durch das elektronische Medium ersetzt werden. Hintergrund ist, dass zentraler Zugriff und rasche zeitliche Verfügbarkeit der klinischen Dokumentation zukünftig ganz direkten Einfluss auf die Erlöse des USB haben werden. In beidem ist die elektronische Dokumentation derjenigen auf Papier hoch überlegen.

Von Dr. Pia-Cristina Zimmermann und Dr. Christian Abshagen

Unter SwissDRG ist ärztliche und pflegerische Dokumentation nicht nur Basis für die Arbeit der professionellen Medizinischen Codierabteilung und somit für die stationäre Rechnungsstellung, sondern auch Grundlage für Revisionen und Fallprüfungen. Unvollständige oder schwer leserliche (handschriftliche), nicht finalisierte und schlecht zugängliche Dokumentationen bergen hier das grosse Risiko finanzieller Verluste für unser Spital. Aber auch unabhängig von DRG werden die Ver-

besserung der Dokumentationsabläufe und die umfassende Verfügbarkeit der nunmehr elektronischen Dokumente die tagtägliche Arbeit vieler Mitarbeitender des USB deutlich erleichtern.

Für die hausweite Etablierung der elektronischen Dokumentation stehen vornehmlich das Projekt ITfit4DRG sowie auch das Projekt ScaPa ein. ITfit4DRG hat das Ziel, das USB bis zum 1.1.2012 in Sachen DRG-konformer elektronischer Dokumentation fit zu machen. Voraussetzung hierfür sind Grundsätze, welche von der Spitalleitung verabschiedet wurden und USB-weit gelten:

Die Gesamtheit der medizinischen Dokumentation, welche für die Ermittlung der korrekten SwissDRG notwendig ist, soll elektronisch über das zentrale System ISMED/HydMedia zugänglich sein. Ein zentraler Schwerpunkt des Projekts ist daher die deutliche Verbesserung der elektronischen Dokumentation mittels Rollout des klinischen Informationssystems ISMED (neue Berichtsschreibung auf Basis von Word), die Anbindung weiterer Expertensysteme (z.B. KIM) an das Archiv für Patientendaten sowie die Nutzung gescannter Dokumente.

Innert sieben Arbeitstagen sollen die Dokumente fertiggestellt und innert weiterer fünf Tage die Kodierung abgeschlossen sein. Ziel ist die Rechnungsstellung 14 Arbeitstage nach Austritt des Patienten.

Bereits heute kann das Projekt Erfolge vorweisen: Die Austritts- und OP-Berichtsschreibung in den Bereichen Chirurgie und Spezialkliniken ist per Ende Mai quasi vollständig auf ISMED umgestellt worden. Berichte auf lokalen Laufwerken gehören der Vergangenheit an.

Hinter dem zweiten Projekt ScaPa – Scanning Papierakten – verbirgt sich die Bereitstellung und Implementierung der hausweiten Scanningprozesse für medizinische Akten. Ziel des Digitalisierungsprozesses ist es, sowohl den am medizinischen Behandlungsprozess beteiligten Personen (Ärzte/-innen und Pflegende), als auch der Abteilung Medizinische Codierung die Informationen der Papierakten in elektronischer Form zeitnahe zur Verfügung zu stellen. Dies erspart die Bestellung der Papierakten und bietet zudem einen raschen und zeitlich unabhängigen Zugang zu den Informationen. Neben der bewährten Papierakte ist ScaPa/HydMedia die einzige Plattform im USB, welche einen übergreifenden Zusammenschluss von Informationen zu ambulanten und stationären Fällen/Behandlungen bereitstellen kann. Dies ist unter anderem für die medizinische Aussagekraft wie auch für die wissenschaftliche Recherche wichtig.

Ihre Ideen und Anregungen betreffend der elektronischen Dokumentation sowie generell zur Einführung von DRG sind willkommen.

Besuchen Sie uns im Intranet und stellen Sie uns Ihre Fragen: drg@usb.ch.

DRG 

Partnerschaft

Energie-Einspar-Contracting und seine Folgen

Energie wird immer teurer. Seit vielen Jahren arbeitet das USB mit seinem Energiepartner, den IWB, eng zusammen, um Energie sinnvoll zu nutzen und nachhaltig einzusparen.

Die beste Energie ist die Energie, die nicht gebraucht wird. Diese Aussage nehmen wir uns im USB seit Jahren zu Herzen. Das ist auch nötig, denn einige Gebäude auf dem Spitalareal aus den 70er-Jahren sind aus heutiger Sicht energetisch mangelhaft. Ihnen gilt schon seit Langem unser besonderes Augenmerk. Um nachhaltig Energie einzusparen, ist eine umfassende energietechnische Sanierung unumgänglich. Eine solche muss aber erst finanziert werden können. Um zu sparen, muss zuerst investiert werden – eine bekannte Tatsache. Es entspricht auch der Tatsache, dass Energieeinsparprojekte dieses Ausmasses wie sie für unser Spital dringlich werden, nicht von heute auf morgen realisiert werden können. Sicher, der alltägliche Betrieb könnte noch über Jahre ohne diese Massnahmen ungehindert weiterlaufen, so lange eben, bis der Energieverbrauch heftig zu Buche schlagen würde. Das wäre unverantwortlich. Uns ist schon lange ein Licht aufgegangen! Deshalb setzen wir unsere Energie auch für die Realisierung von Energieeinsparprojekten ein! Im Bewusstsein sorgfältig mit unseren Ressourcen umzugehen, gehen wir (energisch) in die Zukunft.

Von Alessandro Cerminara

Auf der Suche nach Finanzierungsmöglichkeiten dieser Projekte haben wir für das USB mit dem Energie-Einspar-Contracting die perfekte Lösung gefunden. Beim Energie-Einspar-Contracting werden die nötigen Investitionen des Projektes durch den Contractor (IWB) vorfinanziert und mit den eingesparten Energiekosten über einen festgelegten Zeitraum rückbezahlt. Nach Ablauf dieser Frist profitiert das USB vollumfänglich von den getroffenen Massnahmen.

Mit unserem Energiepartner IWB realisierte Projekte seit 2005:

- Einbau einer Wärmerückgewinnung in der Lüftung des OP-Traktes Ost. Der Fortluft aus den OPs und der Zentralsterilisation wird die Abwärme entzogen und damit die Frischluft aufgewärmt.
- In der Pathologie wurde die Lüftung nicht mehr diffus ausgeblasen, sondern bis zu den Auslässen geführt und dadurch gezielt in den Raum ausgeblasen. Dadurch konnten das Raumklima verbessert und die Luftmenge reduziert werden.
- Verschiedene Umwälzpumpen älterer Bauart wurden durch moderne energieeffiziente Pumpen ersetzt.
- Die Beleuchtungsanlagen im Klinikum 2 und im Zentrum für Lehre und Forschung (unwirtschaftliche Fluoreszenzleuchten mit hohem Energieverbrauch, Flimmern, Flackern und Brummgeräuschen störten den Arbeitsbetrieb) wurden durch zeitgemässe Leuchtmittel mit tiefem Energieverbrauch, langer Lebensdauer, neuen Vorschaltgeräten mit besserem Beleuchtungskomfort und tieferem Energieverbrauch ersetzt.

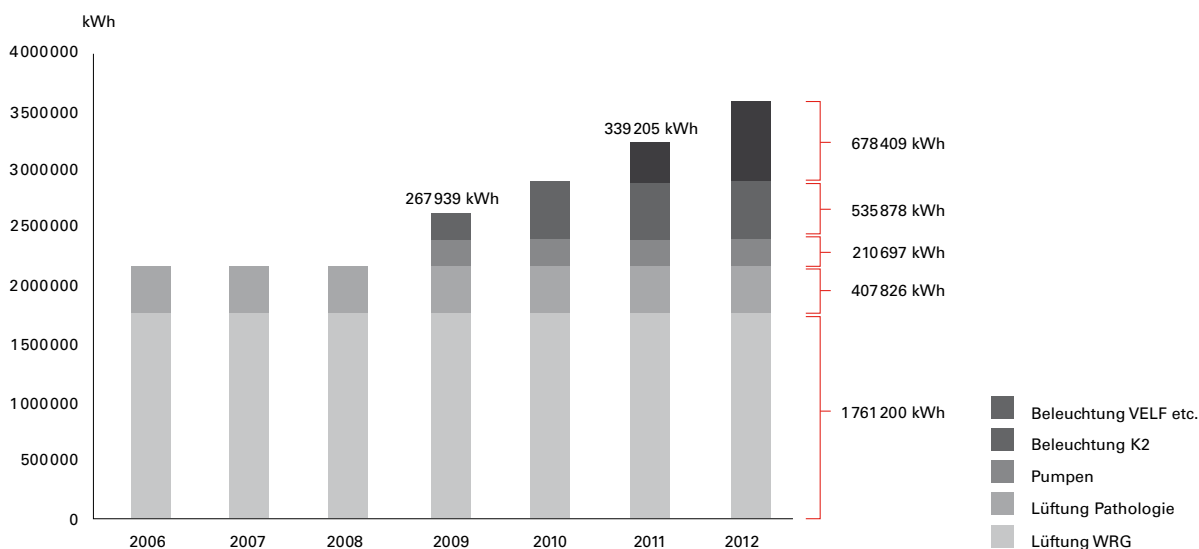
Diese Energiesparmassnahmen ergeben nach Fertigstellung der letzten Etappe im Juni 2011 eine Energieeinsparung von **3294000 kWh pro Jahr respektive in Franken: 436 100 CHF.**

Dies entspricht etwa einem Verbrauch von 240 Familien in 4-Personen-Haushalten.

Weitere Energiesparprojekte sind in Planung. Mit der Sanierung der Gebäude aus den 70er-Jahren werden wir bei gleichbleibendem oder sogar verbessertem Komfort noch einiges mehr an Energie einsparen können.

Leisten Sie Ihren Beitrag beim Energiesparen. Schalten Sie bei Nichtbenutzung Bildschirm, PC, Licht und andere Geräte aus, denn – wie bereits erwähnt – die beste Energie ist die Energie, die nicht gebraucht wird!

Universitätsspital Basel Jährliche Energieeinsparung durch Einspar-Contracting



In Begleitung von Case Managerinnen

Auf Medizin 7.1 und 7.2 sind seit Kurzem Case Managerinnen im Einsatz. Sie arbeiten nach der Methode Case Management, sind in dieser Rolle wichtiges Bindeglied zwischen Patient, Behandlungsteam und Angehörigen.

Zu Beginn des Jahres 2010 haben der Bereichsleiter und die Fachbereichsleitung Pflege des Bereichs Medizin die Entwicklung, Einführung und Umsetzung eines Case Management-Programms in Auftrag gegeben. Ziel ist es, die Patientenprozesse während des Spitalaufenthaltes und bei der Organisation von Anschlussbetreuung zu verbessern und diesen Prozess stärker am Patienten und seinen Angehörigen auszurichten.

Von Susanne D'Astolfo und Kristian Schneider

Was leisten Case Managerinnen?

In Anlehnung an den Standard des Netzwerks Case Management Schweiz ist Case Management (CM) eine Arbeitsmethode, die von verschiedenen Berufsgruppen angewandt wird. CM stellt einen Versorgungszusammenhang für komplexe Patienten über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg her.

Case Managerinnen sind für das Einzelfallmanagement verantwortlich. Sie führen eine Fallidentifizierung durch und begleiten bzw. steuern CM-Patienten durch den stationären Behandlungspfad. Diese Dienstleistung zielt auf die Gewährleistung eines nahtlosen Patientenprozesses ab. Case Managerinnen halten sich dabei an sechs vorgegebene Prozessschritte (siehe rechte Spalte). Sie orientieren sich an Patientenbedürfnissen, einer hochstehenden Qualität und ökonomischen Gesichtspunkten. Sie stellen nachstationäre Versorgungskontinuität durch Koordination bzw. Organisation von stationärer oder ambulanter Anschlussbehandlung sicher. Sie sind Ansprechpartnerinnen für die CM-Patienten, deren Bezugspersonen und die involvierten Akteure inkl. der Nachsorgeinstitutionen.

Welche Patienten profitieren vom Case Management im Bereich Medizin?

Erfüllen Patienten mindestens eine der nachfolgenden Bedingungen wird eine Case Managerin für die Begleitung beigezogen:

- Es besteht ein Risiko für häusliche Selbstversorgungsmängel und die Unterstützung von Bezugspersonen fehlt.
- Während oder direkt im Anschluss an den Spitalaufenthalt gibt es viele Schnittstellen durch verschiedene Disziplinen, Abteilungen und/oder Einrichtungen.
- Direkt im Anschluss an die Hospitalisation ist eine stationäre Betreuung oder Rehabilitation nötig. Professionelle Hilfsdienste für die ambulante Weiterbetreuung sind nötig.
- In einer präterminalen oder palliativen Situation muss eine Anschlussbetreuung organisiert werden.
- DRG-wirksame Aspekte kommen zum Tragen. Diese wären: Ungeplanter Wiedereintritt innerhalb der Swiss-DRG-definierten Zeit und/oder vertretbare Verweildauer ist überschritten.

Wie wird im Case Management gearbeitet?

Die Case Managerin arbeitet nach einem geregelten Ablauf (Prozessschritte), wie er in der Fachliteratur beschrieben ist.

- 1. Clearing intake:** filtert nach den festgelegten Einschlusskriterien geeignete Patienten für das CM aus.
- 2. Screening:** Anhand einer tiefer gehenden Aktensicht (KG, Pat-Doc, Software) erfasst sie die spezifische Situation.
- 3. Assessment:** Mit dem Behandlungsteam, dem Patient (beispielsweise an der Visite) u. ggf. Angehörigen werden weitere Klärungen und eine konkrete Einschätzung vorgenommen.
- 4. Zielvereinbarung:** Mit allen beteiligten Akteuren wird das zu verfolgende Ziel ausgehandelt.
- 5. Interventionsplanung, Umsetzung und Überwachung:** Hier wird geplant, was zu tun ist und von wem. Dann wird die Zielerreichung überwacht ggf. korrigiert.
- 6. Evaluation:** In diesem letzten Schritt werden die Ergebnisse, erfasst für jeden einzelnen Patientenfall, ausgewertet.

Zwei Episoden aus dem CM-Alltag

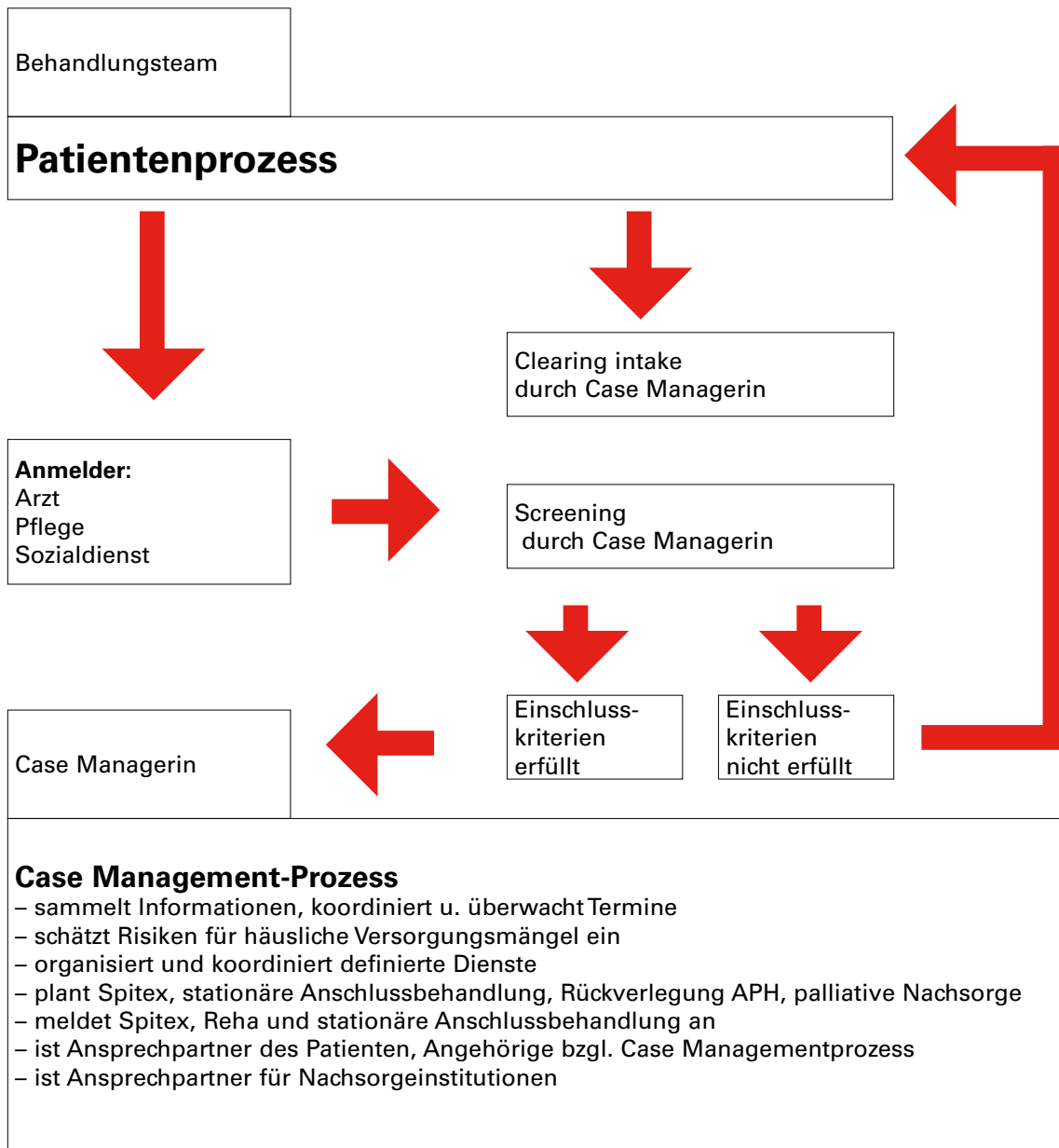
Der 72-jährige Herr B. benötigt wegen eines CVI eine neurologische Rehabilitation. Schnell findet die zuständige Case Managerin heraus, dass der allein lebende Herr einen Enkel hat, der bei der IVB als Krankentransporteur arbeitet. Als der Verlegungstermin feststeht, ruft sie, wie abgemacht, den Enkel an. Der Enkel tauscht den Dienst und macht es möglich, dass er seinen Grossvater persönlich ins andere Spital chauffiert.

Das Behandlungsteam ist sich einig: Herr M., 61-jährig, benötigt bei einer onkologischen Erkrankung nach seinem Spitalaufenthalt weiterhin pflegerische Hilfe. Nun haben aber Herr M. und seine Lebenspartnerin einen Ferientaufenthalt im Tessin direkt nach dem Spitalaustritt geplant. Die Case Managerin bespricht mit den Profis, was an Unterstützung erforderlich ist. Sie berät die Lebenspartnerin und hilft ihr bei der Organisation der ambulanten Pflege. Beim Austritt ist ein Rollstuhl parat und helfende Hände. Ein zufriedenes Paar reist direkt ins Tessin.

Wo steht das Projekt im Moment?

Das Programm befindet sich derzeit in einer Pilotphase. Nach einer Schulung haben im Februar 2011 drei Pflegefachfrauen als Case Managerinnen auf der Abteilung Medizin 7.1 begonnen. Seit Mitte Mai arbeiten Case Managerinnen auch auf der Abteilung Medizin 7.2. Erste Rückmeldungen der Behandlungsteams sind positiv. Insgesamt erfährt das CM viel Unterstützung von allen Beteiligten. Das CM-Programm wird fortlaufend den Bedürfnissen des Bereichs Medizin angepasst.

Case Management Einschluss und Prozess



Eine Mauer, um zu klagen, ein Ohr, das hört, ...

... ein Auge, das hilft, zu überblicken, worin man steht, eine Hand, die Nähe erfahrbar macht. Gemeinsames Schweigen, wo Worte fehlen. Aber welche Rolle haben Spitalseelsorgende genau? Was brauchen Patienten, Patientinnen und Angehörige und in welchem Mass? Was brauchen Mitarbeitende von der Seelsorge? Eine Studie gibt Antworten und schafft Klarheit.

Geht das überhaupt?

Eine Studie über die Seelsorge? Sie unterliegt anderen Bedingungen als z.B. medizinische Studien.

- Aus ethischen Gründen verbieten sich Kontrollgruppen.
- Es gibt keine Seelsorgeplacebos, mit denen experimentiert werden könnte.
- Viele besuchte Patienten und Patientinnen können im Verlauf der Studie nicht mehr befragt werden, da sie unterdessen verstorben sind.
- Andere können nicht befragt werden, weil sie nicht genug Deutsch verstehen oder dement sind.

Trotz dieser Einschränkungen wollten die katholischen und reformierten Spitalseelsorgenden der Deutschschweiz eine Aussenwahrnehmung ihrer Arbeit erlangen.

Von Lucia Hauser

Zunächst tauchten auch in den eigenen Reihen viele Fragen und Widerstände auf:

«Seelsorge ist doch nicht messbar!» Andere beklagten sich, dass sie über einen Zeitraum von drei Monaten alle Besuche aufschreiben müssten. «Wir sollten nicht auch noch anfangen, nur das Messbare für real zu halten. Wir sollten eher ein Zeichen dagegen setzen.» «Seelsorge ist etwas sehr Individuelles. Was für den einen gut ist, bringt einer anderen Patientin gar nichts.»

Dagegen stand die Überzeugung, dass wir nur dann für unsere Arbeit Verständnis in Kirche und Spital erwarten können, wenn wir über das, was wir tun, sprechen, es auch erklären und darstellen können. Da wir uns nicht in einem kirchlichen Umfeld bewegen, ist es besonders wichtig, eine Sprache zu sprechen, die von allen verstanden wird. Wir müssen in der Lage sein, auch einer nicht religiösen Pflegefachfrau zu erklären, warum Seelsorge für viele Patienten ein wertvolles Angebot darstellt. Gelingt uns das?

Was wurde untersucht?

Wir sehen unsere Kernkompetenz in der religiös-spirituellen und auch psychosozialen Begleitung von Kranken und deren Angehörigen in Krisensituationen, oft im Zusammenhang mit dem Sterben. «Lebensdeutung» nennen wir den Prozess, bei dem wir Patienten darin unterstützen, sich in den erschütternden Ereignissen, denen sie ausgesetzt sind, zu orientieren, einen Zusammenhang und eventuell Sinn zu erkennen. Dies ist unter Spitalbedingungen nur möglich, wenn es schnell gelingt, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen.



Das war daher eine wichtige Frage, die uns sehr interessierte. Wir wollten wissen, welche Inhalte in den Gesprächen mit den Seelsorgenden thematisiert werden. Darüber hinaus wollten wir herausfinden, welche Rolle wir in der Institution Spital haben, etwa bei Fortbildungen oder auch in ethischen Beratungsgremien.

Befragt wurden Patienten und Stationsleitungen.
Die wichtigsten Ergebnisse für die Seelsorge im USB:

A: Patientenbefragung

Seelsorgende aus 32 Institutionen in der Deutschschweiz: Regional-, Bezirks-, Kantonsspitäler, Unikliniken, Rehakliniken und psychiatrische Kliniken haben von Mai 2009 bis Oktober 2009 Fragebogen verschickt. 2257 Personen wurden angeschrieben, 679 haben geantwortet (30%).

Es handelt sich um eine Fragebogenuntersuchung. Befragt wurden Patienten, die ein oder mehrmals von Seelsorgenden besucht worden waren. Sie erhielten den Fragebogen drei Wochen nach Austritt aus dem Spital.

Seelsorgende suchen Patienten spontan auf.

Die meisten Besuche fanden unangefordert, spontan (66%) durch die Seelsorgenden statt, zum Teil nach Hinweisen seitens der Pflegenden. Bei 15% der Besuche hatten die Patienten darum gebeten.

Hohe Zufriedenheit mit den Besuchen

Die Zufriedenheit mit dem Besuch ist insgesamt hoch: 7,31 von max. 8 Punkten.

Den Seelsorgenden wird viel Vertrauen entgegengebracht: 3,64 von max. 4 Punkten.

Der Besuch wird als wichtig erlebt: 6,74 von max. 8 Punkten.

Was finden Patienten wichtig im Kontakt mit der Seelsorge?

Hier steht an erster Stelle die Qualität der Beziehung. Viele empfanden die Begegnung geprägt von Respekt, Freundlichkeit (3,97 von 4) und Empathie (3,54 von 4).

Psychosoziale Interventionen im Sinne von Situationsklärung, Hilfen zur Krankheitsbewältigung, emotionaler Unterstützung wurden sehr geschätzt (2,86 von 4).

Erst danach wurden das Gespräch über religiös-spirituelle Themen (2,18 von 4) und religiös-spirituelle Handlungen (2,08 von 4) genannt.

Seelsorgende können mit religiös-spirituellen Handlungen und Zeichen eine zusätzliche Ressource zur Bewältigung und zur emotionalen Unterstützung ins Spiel bringen.

B: Befragung der Stationsleitungen

Zur Rekrutierung der Stationsleitungen wurden Zufallsstichproben aller Akutspitäler, Kliniken sowie Alters- und Pflegeheime der Deutschschweiz gebildet und die ausgewählten Stationsleitungen zur Teilnahme angefragt. Insgesamt erklärten sich Stationsleitungen aus 120 Institutionen bereit, bei der Umfrage mitzuwirken. Die Befragung selbst wurde mithilfe eines webbasierten Fragebogens durchgeführt.

Insgesamt füllten 231 Personen den Onlinefragebogen aus, was einer Rücklaufquote von 78% entspricht. Dabei handelt es sich um 177 Stationsleitungen oder stellvertretende Stationsleitungen (81%), 25 Pflegedienstleitungen und weitere.

Als wichtigste Aufgabe der Seelsorge sehen die Befragten die Trauer- und Sterbebegleitung (5,54 von 6), auch zur psychosozialen Unterstützung wird die Seelsorge oft gerufen (4,91 von 6) und für die religiös-spirituelle Unterstützung (4,63 von 6).

Die Mitwirkung der Seelsorgenden in institutionellen Abläufen (Fortbildungen, Ethikgremien etc.) wird deutlich niedriger eingeschätzt (3,39 von 6).

Je besser Seelsorgende ins Team integriert sind, umso mehr werden sie eingesetzt, unabhängig von der religiösen Orientierung der Pflegenden.

Pflegende schätzen es, eine fixe Ansprechperson für die Seelsorge auf ihrer Station zu haben.

Unser Fazit

Es ist uns Seelsorgenden noch klarer geworden, wie wichtig die Zusammenarbeit und der Austausch mit anderen Berufsgruppen sind.

Wir sind zufrieden damit, dass es uns offenbar in einem hohen Mass gelingt, vertrauensvolle Beziehungen mit den Patientinnen und Patienten aufzubauen. Im aktuellen Gesundheitswesen, das nach immer kürzeren Verweildauern strebt und das die Patienten täglich mit vielen neuen Gesichtern konfrontiert, ist Vertrauen ein grosses Kapital. Die seelsorgerliche Beziehung kann Sicherheit vermitteln in einem Lebensabschnitt, der von vielen anspruchsvollen Wechseln geprägt ist.

Es überrascht uns nicht, dass religiös-spirituelle Handlungen und Themen etwas weniger gefragt sind als Klärung, Coping und emotionale Unterstützung.

Es entspricht unserem seelsorgerlichen Selbstverständnis, dass wir ein Stück Weg mit einem Menschen gehen und dabei bereit sind, zu spüren, was der andere braucht: Eine Mauer, um zu klagen, ein Ohr, das hört, ein Auge, das hilft, zu überblicken, wo man steht, eine Hand, die Nähe erfahrbar macht. Gemeinsames Schweigen, wo Worte fehlen.

Unser Ausblick

Die Wichtigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit nehmen wir ernst. Schon seit Jahren ist auf jeder Station jeweils nur eine Person von der Seelsorge zuständig.

Wir schätzen es, wenn Pflegende, Ärzte und Ärztinnen uns auf Patienten aufmerksam machen. Wir bieten aber auch unsere Mitarbeit an bei Projekten auf Spital- oder Stationsebene. Zwei Seelsorgende arbeiten im Ethikbeirat mit. Wir machen auf Wunsch Fortbildungen auf unseren Stationen. Im Projekt «Sterbebegleitung auf der Intensivstation» denkt die Seelsorge mit.

Wir kommen dem Wunsch nach Betreuungskontinuität nach, indem wir Patienten auch dann weiter begleiten, wenn sie die Stationen wechseln.

Die Vereinigung stellt eine Spurguppe zusammen, die an den Ergebnissen der Studie weiterarbeitet.

INFO

Initianten der Studie: Die reformierte und die katholische Spitalseelsorgevereinigung

Wissenschaftliche Leitung der Studie: Dr. Urs Winter, Schweizerisches Pastoralsoziologisches Institut St. Gallen (SPI)
Prof. Christoph Morgenthaler, Lehrstuhl für Seelsorge und Pastoralpsychologie der Uni Bern

Mehr Informationen zur Studie gibt die Autorin dieses Beitrags.

Multidisziplinäre Simulationen für geburtshilfliche Notfälle

«Train together who work together» – gemeinsam mehr Sicherheit gewinnen und Komplikationen verringern. Ein Trainingskonzept aus dem USB mit Zukunft.

Das Prinzip, dass ein standardisiertes medizinisches Vorgehen zu mehr Sicherheit in der Betreuung und zu weniger Komplikationen führt, gilt auch für geburtshilfliche Notfallsituationen wie Postpartale Hämorrhagie, Praeklampsie oder Schulterdystokie. Die Evidenz dafür liefern Daten aus Grossbritannien, welche bei Neugeborenen eine Reduktion schwerer hypoxiebedingter Hirnschädigungen, Plexusparesen oder tiefer Apgarwerte um 40–70% (!) durch den Einsatz regelmässiger Trainingskurse zeigen konnten.

Von Prof. Irene Hösli, Dr. Stefan Gisin, Dr. Cora Vökt, PD Dr. Olav Lapaire, PD Dr. Thierry Girard und Martina Gisin

Am USB bietet das von der Anästhesie etablierte Simulationszentrum SimBa die ideale Plattform für ein Training des realen Managements kritischer Situationen bei der Betreuung unserer Patientinnen (Bild 1). In einem stressarmen Umfeld können manuelle Fertigkeiten, medizinische Strategien und Teamperformance anhand klinisch relevanter Notfallszenarien aus allen Fachbereichen und Berufsgruppen trainiert werden.

In unserem Kurs für geburtshilfliche Notfälle werden ein multidisziplinäres und interprofessionelles Arbeiten von Ärzten/Ärztinnen, Hebammen und Pflegefachkräften aus Anästhesie, Frauenklinik und Neonatologie des UKBB sowie ein reger Erfahrungsaustausch zwischen diesen Gruppen gefördert. Alle aktuell gültigen Behandlungsrichtlinien werden besprochen, spezifische Manöver und Handgriffe sowie die korrekte Anwendung von Hilfsmitteln, «hands-on», praktiziert (Bild 2).

Begonnen haben wir 2008 mit internen Kursen, seit 2010 bieten wir Kurse für externe Ärzte/Ärztinnen und Hebammen, ganze Klinikteams an. Im Rahmen der Facharztausbildung bieten wir Blockkurse an. Neben dem raschen Handeln im realitätsnahen Szenario werden der Einsatz von Algorithmen und vor allem die Kommunikation im Team und mit der Patientin trainiert. Dank videounterstützter Analyse der erlebten Krisensituation kann den Kursteilnehmenden nachhaltige Hilfestellung für den klinischen Alltag mitgegeben werden.

Die bisherigen Auswertungen und Kommentare motivieren uns sehr für weitere Kurse, die sich reger Nachfrage erfreuen.

Der für 36 Teilnehmende ganztägig organisierte Kurs beinhaltet im ersten Teil die Vorstellung der evidenzbasierten Daten, welche die klare Verbesserung der Sicherheit sowie die Reduktion der Komplikation im klinischen Alltag beim Einsatz von regelmässigen Trainingskursen aufzeigen. Daneben werden aber auch die Kernpunkte zu Human Factors und Patientensicherheit beleuchtet, welche für die Effizienz beim Arbeiten in gemischten Teams essenziell sein können. Den zweiten Teil durchlaufen die Teilnehmenden in Kleingruppen im Rotationssystem an verschiedenen Arbeitsplätzen, bei denen sie realitätsnah präsentierte Notfallsituationen bewältigen.

Bei der Station «Postpartale Hämorrhagie» wird mithilfe einer Simulationspuppe eine schwere nachgeburtliche Blutung mitsamt den Vitalparametern der «Patientin» simuliert. Im anschließenden Debriefing werden Stärken und Schwächen des Teams nachgezeichnet und mittels Videosequenzen kritische Momente im Handlungsablauf aufgeschlüsselt (Bilder 3 und 4).

Beim Posten «Praeklampsie» liegt neben den stabilisierenden Massnahmen ein besonderes Augenmerk auf der zeitgerechten Applikation von Magnesium intravenös, um das Auftreten von Krampfanfällen und eine vitale Gefährdung des Kindes im Mutterleib abwenden zu können. Damit dies in der knappen zur Verfügung stehenden Zeit gelingen kann, wird von den Teammitgliedern eine klare Verteilung von Aufgaben, Prioritäten und Ressourcen verlangt.

Einen weiteren wichtigen geburtshilflichen Notfall stellt die Patientin mit pathologischem CTG und drohendem fetalem Stress dar. Hier soll die Geburtsbeendigung mittels vaginal-operativen Methoden (Vakuum, Forceps) trainiert werden.

Welche Massnahmen müssen ergriffen werden, wenn der Kreislauf der Mutter aufgrund eines embolischen Ereignisses zu versagen droht? Oder wenn ein Neugeborenes im Gebärsaal unerwartet schlechte Vitalzeichen hat (Bild 5) und der Neonatologe (wie in den meisten Spitälern) erst per Rettungswagen oder Helikopter unterwegs ist? Absprache im Team, Koordination der notwendigen Schritte, Herbeiholen von Hilfskräften und unverzügliches Einsetzen mit kardiopulmonaler Reanimation können den Unterschied zwischen Leben, lebenslanger Behinderung oder sogar Tod ausmachen.

An den entsprechenden Arbeitsplätzen im Kurs kann dies ohne Patientengefährdung unter Anleitung von Experten aus Neonatologie und Anästhesie 1:1 geübt und im Bedarfsfall beliebig oft wiederholt werden.

Fazit

Geburtshilfliche Notfälle treten zwar selten auf, sind aber häufig unerwartet und erfordern ein sofortiges adäquates Handeln vom gesamten geburtshilflichen Team. Gerade diese seltenen Fälle sind auch mit einer hohen perinatalen Morbidität und Mortalität für Mutter und Kind assoziiert.

Die medizinische Simulation hat in diversen Publikationen beweisen können, dass sie den idealen Rahmen bietet, solche kritischen Situationen in einem sicheren Umfeld ohne Gefährdung für Patientinnen zu trainieren. Gar einzigartig ist die Möglichkeit, Szenarien in den «wild gemischten» Teams (verschiedene Disziplinen und Berufsgruppen) zu erfahren, wie sie auch in der Klinik zusammenarbeiten werden.

«Train together who work together» – ein Konzept mit Zukunft zur Sicherheit unserer Patientinnen in der Geburtshilfe und für viele weitere Disziplinen (Bild 6).

Rückmeldung einer Gynäkologin aus Basel:
«Vielen Dank für diese Chance! (...) Die Simulation ist meiner Meinung nach wirklich die effektivste Möglichkeit! Schafft deutlich mehr Sicherheit!»

Feedback einer Hebamme aus Walenstadt:
«Dieser Tag hat einen neuen Energieschub für meine weitere Hebammentätigkeit ausgelöst. (...) Ich bin mit Freude an meinen Arbeitsplatz zurückgekehrt.»

Weitere Informationen finden Sie unter www.simulation.ch



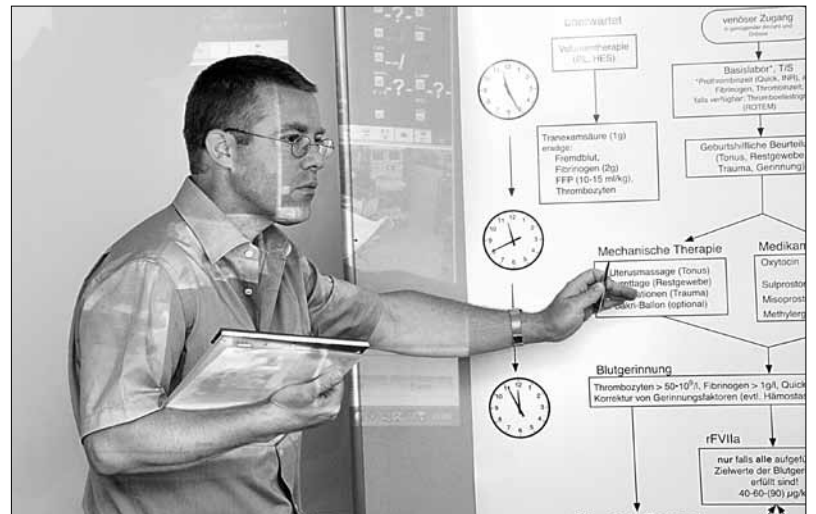
1 Kontrollraum im Simulationszentrum SimBa



2 Das heikle Lösen einer Schulterdystokie bei der Entbindung braucht Fingerspitzengefühl von allen Beteiligten.



3 Die Blutung nach der Geburt ist lebensbedrohlich, mit klarer Arbeitsteilung beginnt das Team unverzüglich mit den erforderlichen Massnahmen.



4 Debriefing mit Vertiefung der aktuellen Behandlungsrichtlinien



5 Eine unerwartete Verschlechterung beim Neugeborenen wird sofort erkannt.



6 Das grosse Instruktorenteam mit Geburtshelfern, Hebammen, Anästhesisten, Neonatologen und Technikern bringt sogar die grösste Gebärranne zum Überlaufen!

Betreuung

Vom Topkämpfer zum Turnierarzt

Vom 6. bis 8. Mai 2011 fanden die 46. Karate-Europameisterschaften in Kloten ZH statt. Dr. Claudio Rosso, Assistenzarzt der Orthopädischen Klinik, stand dieses Mal auf der anderen Seite der Kampffläche und sorgte mit seinem Team für die medizinische Betreuung der 500 Athletinnen und Athleten, 120 Schiedsrichter, 60 Funktionäre und über 5000 Zuschauer.



Dr. Rosso behandelt Diana Schwab im Finale der Karate-Europameisterschaften nach einem Treffer ins Gesicht. Rechts ist der Hauptschiedsrichter zu sehen, welcher alsdann die Schwere der Verletzung und die Kampftauglichkeit beim behandelnden Arzt erfragt.

Alle zwei Jahre finden im Wechsel mit den Weltmeisterschaften die offiziellen Karate-EM der World und European Karate Federation statt. Die World Karate Federation (WKF), der die European Karate Federation (EKF) angehört, ist der Dachverband aller Karate-Stilrichtungen. Karate-Stilrichtungen wie Gojo-Ryu, Shito-Ryu, Wado-Ryu bis zum bekannten Shotokan Karate sind in diesem Weltverband vertreten. Gekämpft wird in 5 Gewichtsklassen bei Frauen wie bei Männern. Die meisten Kämpfer sind entweder Semiprofis oder Profis.

Von Dr. Claudio Rosso

Dieses Mal war die Schweiz Austragungsort der Karate-EM. Der Wettkampf fand in Kloten bei Zürich statt. Bundesrat Ueli Maurer liess es sich nicht nehmen, persönlich die Eröffnungsrede zu halten. Namhafte Karatekas wie Rafael Aghayev (mehrfacher Welt- und Europameister in Kumite aus Aserbaidschan), Luca Valdesi (mehrfacher

Welt- und Europameister in Kata, Fanny Clavien, Diana Schwab und Murat Sahin (alle Schweizer Karatestars) und andere Grössen des Karate kämpften um den Europameistertitel.

Dieses Mal stand ich, selbst Vize-Welt- und -Europameister 2007 und 2008 in der World Shotokan Karate-Do Federation, auf der anderen Seite. Seit 2006 bin ich Verbandsarzt der Swiss Shotokan Karate-Do Federation und wurde im Jahre 2010 zum stellvertretenden Verbandsarzt der Swiss Karate Federation, dem Dachverband des Karate in der Schweiz, gewählt. Jetzt war ich – zusammen mit drei anderen Ärzten – für die medizinische Versorgung bei Akutverletzungen im Ring sowie weniger dringlichen Verletzungen ausserhalb des Ringes zuständig. Mir zur Seite standen fünf Rettungssanitäter und fünf Medizinstudenten.

Insgesamt war die medizinische Betreuung von über 500 Athleten/-innen, 120 Schiedsrichtern,

60 Funktionären und über 5000 Zuschauern sicherzustellen. Gekämpft wurde auf 4 Tatamis (Kampfflächen) gleichzeitig, ebenso war ein Sanitätsraum vorhanden. Die Athleten waren nach den neuen WKF-Wettkampfregeln mit diversen Polsterungen ausgestattet: Hand-, Fuss- und Schienbeinschoner sowie Zahnschutz sind seit ca. 10 Jahren Pflicht. Neu müssen sowohl Männer als auch Frauen einen Brustschutz tragen und Junioren zusätzlich eine sogenannte «Face Mask». Ein Tiefschutz bei Männern ist nicht obligatorisch.

Der Arzt darf erst auf Zeichen des Hauptschiedsrichters das Wettkampffeld betreten. Er macht sich dann ein Bild der Verletzung und behandelt diese soweit möglich, z.B. Nasentamponade bei Nasenbluten. Alsdann gibt der Arzt dem Hauptschiedsrichter die Kampffähigkeit und die Schwere der Verletzung bekannt. Aufgrund dieser Aussage wird dann der Gegner verwarnet, disqualifiziert oder der vermeintlich Verletzte bei Simulation entsprechend bestraft.

Wie häufig beim Karate sahen wir wenige ernste Verletzungen, meist blieb es bei einfachen Kontusionen und Zerrungen. Im Rahmen der Qualitätssicherung wurden alle Verletzungen, welche medizinische Betreuung brauchten, erfasst. Es waren dies 43 registrierte Verletzungen. Die meisten Verletzungen gab es erwartungsgemäss beim Kumite (Freikampf), jedoch auch bei Kata (Formen) kam es zu Muskelzerrungen und Verschlimmerungen der chronischen Belastungsverletzungen wie Achillessehnenbeschwerden. Lediglich zwei Kämpfe mussten abgebrochen werden. Einmal kam es zu einem vorderen Kreuzbandriss durch Verdrehen des Knies, bei der anderen Verletzung handelte es sich um einen unglücklichen Sturz auf den bereits mit einer Platte versorgten Unterarm mit erneutem Bruch. Beide Athleten wurden in das nahe gelegene Spital zur weiteren Versorgung überbracht.

Es gab aus Schweizer Sicht auch sportliche Erfolge zu feiern, so wurden Fanny Clavien und Diana Schwab nach spannenden Kämpfen mit einer aufgeheizten Stimmung in der Kolping-Arena in ihrer Kategorie Kumite-Europameisterinnen. Bei den Männern konnte Kujtim Bajrami im Kumite (Freikampf) Bronze holen, wobei er den Finaleinzug nur sehr knapp verpasste.

Es war eine wahre Freude, ehemalige Gegner und Weggefährten im Karate wieder zu treffen und ihnen mit der Erfahrung als Sportarzt und dem Karateka-Hintergrund zur Seite zu stehen.

INFO

Für Interessierte am Thema «Verletzungen bei Kampfsportarten» stehen Downloads unter kampfsport-sprechstunde.ch zur Verfügung. Zudem werde ich einen Vortrag beim alljährlichen Sommertreffen der Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS) im August in Engelberg über Verletzungen bei Kampfsportarten halten. Mehr dazu unter www.gots.ch.

USB International

Besuch aus Moskau

Jutta Pils, Leiterin Marketing & Kooperationen, und Prof. André Perruchoud empfangen die Vizebürgermeisterin von Moskau, Olga Golodets, und den Vorsitzenden des Gesundheitsdepartements der Stadt Moskau, L. Pechatnikov, im Holsteinerhof. Die Delegation aus Moskau trifft sich an diesem Tag auch mit Prof. Roland Bingisser, Chefarzt Notfallstation, und mit Prof. Reto Kressig, Chefarzt Akutgeriatrie.

Ziel des Besuches der hochrangigen Moskauer Delegation ist das Gewinnen von vertieften Informationen über das Schweizer Gesundheitswesen und dessen Realisierung im USB, da Moskau diesbezüglich in einer Reorganisationsphase steht. Gleichzeitig diente der Besuch einem ersten Kennenlernen und Abstimmen der gegenseitigen Wünsche im Hinblick auf zukünftige Kooperationen.



Von links: Jutta Pils, L. Pechatnikov, Olga Golodets, Prof. André Perruchoud

Zertifizierung

Das USB ist ausgezeichnet

Das USB ist das erste grosse Spital in der Schweiz, das das Zertifikat REKOLE erhalten hat und zeigt damit, dass es ein führendes Haus auf dem Gebiet der Kostenrechnung ist. REKOLE heisst die Kostenrechnung von H+, die als Standard der Branche gilt.

Von Markus Scherer

Die Prüfung hat nach den Vorgaben von H+ stattgefunden und wurde durch die Firma Price Waterhouse Coopers durchgeführt. Am Erfolg sind massgeblich die Fachbereiche Betriebswirtschaft beteiligt, doch ist und bleibt das Rückgrat einer guten, soliden Kostenrechnung die Leistungserfassung, die durch die Ärzteschaft, die Pflegenden und die weiteren an der medizinischen

Behandlung beteiligten Berufsgruppen mit grossem Aufwand betrieben wird. Sie dient der zukünftigen Sicherung unserer Erträge auch über SwissDRG.

Stolz auf das Erreichte (von links) Christa Brunner, Martin Muser, Steffi Brombacher, Conny Arzethauser, Felix Munding, Christian Loher, Emanuele Fiorentino, Thilo Wiczorec, Beat Müller und Markus Scherer. Es fehlt Beatrice Bachmann.



Die neue Website des Unispitals ist online!



Der Internetauftritt des USB hat seit Anfang Mai ein neues Gesicht. Aber nicht nur Design und Struktur von unispital-basel.ch wurden neu gestaltet; die Inhalte der Website werden jetzt auch dezentral aktualisiert und ergänzt. Jede Klinik und jedes Institut hat eine Ansprechperson, welche für die betreffenden Seiten zuständig ist. Zudem wird die Unternehmenskommunikation von einem Team von Vertretern aus allen Bereichen, Ressorts und Behandlungszentren unterstützt, um die Site im laufenden Betrieb weiterzuentwickeln und auszubauen.

COME BACK an den Arbeitsplatz

Seit 1. Januar 2011 steht das Angebot von Come back des Kantons Basel-Stadt bei Krankheit/Unfall allen Mitarbeitenden des Universitätsspitals Basel zur Verfügung.

Was ist Come back?

Unter Come back verstehen wir die professionelle Begleitung von Mitarbeitenden bei Krankheit oder Unfall ab dem 14. Kalendertag einer Arbeitsunfähigkeit bis zum möglichst vollständigen Wiedereinstieg (Reintegration) am Arbeitsplatz.

Die Reintegrationsunterstützung wird durch speziell ausgebildete Fachleute (Case Manager/-innen) des Kantons geleistet. Die Unterstützung umfasst Beratung, Begleitung und das Leisten von konkreter Sachhilfe. Das Angebot ist freiwillig. Zum Schutz der Daten der Mitarbeitenden gilt strikte Geheimhaltung aller Involvierten. Mitarbeitenden steht es frei, sich direkt beim «Come back»-Team zu melden.

Weitere Informationen finden Sie im Intranet oder Sie wenden sich an die HR-Abteilung in Ihrem Bereich, Ressort oder direkt an das «Come back»-Team: Tel. +41 (0)61 267 48 00/E-Mail: anmeldung.comeback@bs.ch

Themenwoche der Pflege 2011: «Fokus Mund- und Nasenpflege»

Pflegeexpertinnen vom Bereich Medizin organisierten auch dieses Jahr die Themenwoche.

Mund- und Nasenpflege gehören zu einer der anspruchsvollsten und zeitaufwendigsten Pflegehandlungen, besonders in einer akuten, hektischen Stationsumgebung. Trockene Mundschleimhaut, desolate Zahnsituationen und ungenügende Mundhygiene bei Patienten sind aber Alltag im Universitätsspital.

Von Doris Prat und Anja Ulrich

Ältere Patienten haben je länger, je mehr bis ins hohe Alter eigene Zähne. Vollprothesen sind ein Auslaufmodell. Dafür ist die Pflege mit komplizierten, herausnehmbaren Zahnteilprothesen konfrontiert, die Druckknöpfe, Bügel, Drähte in Mündern zurücklassen, die sorgfältige Reinigung benötigen. «Coregatabs»-Zeiten im externen Becher sind vorbei! Gleichzeitig sind Patienten aus unterschiedlichen Gründen oft nicht sehr kooperativ bei der Mundpflege oder lassen sich nicht in den Mund schauen, da es ein intimer, tabubetzter Raum ist.

In der Woche vom 23. bis 27. Mai 2011 haben die Pflegeexpertinnen des Bereichs Medizin eine Themenwoche zur Mund- und Nasenpflege organisiert. Ziel war die Sensibilisierung und die Wissenserweiterung der Pflegenden. Auf allen medizinischen Bettenstationen wurden an Ausstellungswänden Literatur, Schemen, Informationen und Instrumente vorgestellt. So hatte jede Pflegeperson die Möglichkeit, sich individuell mit dem Thema auseinanderzusetzen. Gleichzeitig konnten sich die Interessierten mit «Müsterli» von Mundhygieneprodukten bedienen. Nachmittags fanden Vorträge zu Themen von Munderkrankungen und allgemeiner Gesundheit, über Mundhygiene, Mundassessment, Dysphagie, Nasenpflege bis zu ethischen Aspekten der Mundpflege statt. Die Vorträge waren mit durchschnittlich 50–60 Personen sehr gut besucht. Beeindruckend war, wie die orale Gesundheit die gesamte körperliche Krankheitssituation beeinflussen kann. So können beispielsweise Entzündungen am Zahnfleisch, die durch schlechte Mundhygiene verursacht sind, zu entzündlichen Prozessen in den Gelenken führen.



Auch 2011 wurden die Einladungen an alle Pflegebereiche im Universitätsspital verteilt. Besonders erfreulich war, dass die Vorträge auch von anderen Berufsgruppen besucht wurden, wie zum Beispiel von Logopäden/-innen. Ausgewertet wird die Themenwoche anhand von kurzen Fragebogen, die alle Teilnehmenden nach den Vorträgen ausgefüllt haben.

Für das nächste Jahr sind viele weitere Themen bereits vorgeschlagen. Die Themenwoche scheint ein Bedürfnis für die Pflegenden zu sein und findet auch 2012 wieder statt.

Schon gehört? Schon gesehen?

Preis

Dr. med. Alix O'Meara, Assistenzärztin Hämatologie und Blutspendezentrum, konnte anlässlich der Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Hämatologie am 12.5. in Lausanne den Preis für die beste Arbeit auf dem Gebiet Klinische Hämatologie erhalten. Sie erhielt diesen Preis für ihre Arbeit mit dem Titel «The value of routine ferritin measurement in blood donors».

Würdigungen

Roma Mucha und Alena Möller

Alena und Roma sind in Pension gegangen. Mit ihnen ging eine besondere und nostalgische Ära der Labor-Hämostaseologie zu Ende. Sie haben ihre Laufbahn als Laborantinnen des Gerinnungs- und Fibrinolyselaboratoriums des Zentral-labors begonnen. Im Verlauf und durch die Entwicklung der Berufsbranche wandelten sie sich in Biomedizinische Analytikerinnen der Diagnostischen Hämatologie, Labormedizin. Sie haben mit rein manuellen Methoden in ihrem Alltag ihr Laborleben begonnen und mussten es am Schluss mit automatisierten und computerisierten Prozessen bereichern. Sie haben die rasanten Entwicklungen in ihrem Fach miterlebt und mitgeprägt. Am Schluss konnten sie ihre gewonnene Erfahrung an die jüngeren Generationen vollumfänglich weitergeben.

Roma ist in Wroctaw geboren, einer kleinen Stadt im Osten Polens. Sie hat dort Chemie studiert und als Chemielehrerin an der lokalen technischen Schule gewirkt. Wie oft im Leben war aber ihr Schicksal mit dem ihres Ehemannes verknüpft. Sie zogen 1985 in die Schweiz. Roma findet als Chemielaborantin eine von der Firma Hoffmann-La Roche AG subventionierte Stelle im damaligen Gerinnungs- und Fibrinolyselaboratorium des Kantonsspitals Basel. Es war die Zeit der Pioniere der Hämostase. Prof. François Duckert, Leiter des Laboratoriums, war bereits eine renommierte Persönlichkeit auf dem Fachgebiet. Er gehörte zum kleinen Kreis der Hämostaseologen der Schweiz, welche in den Jahren zuvor zusammen mit Prof. Fritz Koller (später berufener Chefarzt Innere Medizin in Basel) im Raum Zürich den Gerinnungsfaktor VII entdeckt, den Gerinnungsfaktor X mitentdeckt, die ersten Patienten mit hereditärem Mangel des Gerinnungsfaktors XIII entdeckt und beschrieben hatten. Roma engagierte sich im Hämostaseteam und beschäftigte sich mit der Routine der Laborhämostaseologie. Besondere Erfahrung gewann sie im Bereich der Plättchenuntersuchungen und der schwierigen Bestimmung der Gerinnungsinhibitoren. Bereits zu Beginn ihrer Anstellung machte sie sich mit den Plättchenaggregationen unter der Supervision von Prof. Yves Bounameaux von Hoffmann-La Roche vertraut. Diese wertvolle Erfahrung konnte sie später an die nächste Generation ihrer Mitarbeiterinnen liebevoll weitergeben. Da Roma noch jung das Pensionierungsalter antritt, kann sie viel Zeit ihrem Hobby – der Fotografie – widmen und viele Sehenswürdigkeiten unserer Welt mit ihrem Ehemann besichtigen. Alena ist 1971 als Chemielaborantin von der damaligen Tschechoslowakei in die Schweiz gekommen. Sie schloss sich dem Gerinnungslaboratorium von Prof. Duckert an, wo sie mit der bewährten Häckel-Methode die Technik von Gerinnungsanalysen lernte. Es war noch die Zeit, wo das Labor seine wichtigen Reagenzien für die Alltagsanalysen, wie z.B. das Quickreagens, aus Rohstoffen und mit aus der heutigen Sicht museischen Instrumenten selbst produzieren musste – ein echtes Ritual. Begriffe wie Good Manufacturing Practice (GMP) waren damals noch nicht geprägt, mussten aber schon qualitätshalber gelebt werden. Nach einer zehnjährigen Zwischenpause für die Familienplanung kam sie 1988 wieder zurück in die Abteilung Gerinnung. Sie vertiefte sich in die Routineanalytik der Hämostaseologie. Sie war die Allrounderin, setzte sich schnell mit der Computerisierung in der Branche auseinander und blieb im Team bis zum Ruhestand mit einem Teilpensum. Die Flexibilität im Alltag lernte sie vom Tennisspielen, einen Sport, den sie leidenschaftlich als Hobby pflegte. Roma und Alena waren immer verantwortungsvolle, engagierte Mitarbeiterinnen, angenehme Mitmenschen. Wir danken euch von Herzen.

Prof. Dr. Dimitrios Tsakiris

Brigitte Thommen

Es galt, Abschied zu nehmen von Brigitte Thommen, die mit einem lachenden und einem weinenden Auge ihren wohlverdienten Ruhestand antrat, obwohl sie doch dafür noch viel zu jung wirkte. Während 22 Jahren arbeitete sie in ihrer ruhigen, sicheren Art in der HNO-Klinik den häufig riesigen Aufgabenberg im Zusammenhang mit «ihren» Oberärzten ab. Das Wort Nein schien in ihrem Wortschatz zu fehlen, denn niemand erhielt eine abschlägige Antwort, wenn sie oder er sie um einen Gefallen bat oder etwas Unterstützung benötigte. Es galt unter den Oberärzten als besonderes Privileg, von Brigitte Thommen betreut zu werden. Sie dachte an alles, weit über ihre eigentlichen Aufgaben hinaus, und lieferte ihre Berichte und Briefe immer in einwandfreier Qualität ab. Kurz: Sie war die Perle «ihrer Döggter». Gar mancher der scheidenden Kollegen versuchte sie für seine Praxis zu gewinnen. Sie aber blieb der HNO-Klinik und ihren langjährigen Kolleginnen treu. Als Teamleiterin habe ich sie als äusserst engagierte und stets faire Kollegin kennen und schätzen gelernt. Wenn sie mit Anliegen zu mir kam, dann geschah dies in der Regel im Auftrag und zum Wohle ihrer Arbeitskolleginnen und nicht für sich selber. Durch ihre natürliche Höflichkeit und ihre korrekte Ausdrucksweise war sie dazu prädestiniert, in Teamsitzungen und Diskussionen zum Sprachrohr des ganzen Administrationsteams gemacht zu werden. Als aktive Fasnächtlerin war sie keineswegs ein Kind von Traurigkeit, was bei den eher seltenen Gelegenheiten, sich bei einer Weihnachtsfeier oder einem Klinikausflug im privaten Rahmen zu sehen, deutlich sichtbar wurde. Sie entpuppte sich in dieser anderen Umgebung als witzige Gesprächspartnerin, mit der eine Unterhaltung immer zu einem echten Genuss wurde. Im Namen der ganzen HNO-Klinik möchte ich mich auch auf diesem Weg nochmals für die schöne gemeinsame Zeit bedanken. Wir werden unsere Brigitte noch lange, lange vermissen und wünschen ihr für den neuen und hoffentlich erfüllenden Lebensabschnitt viel Glück und alles Liebe.

Susi Bloch

Zoltan Varga Poljak

Lieber Zoltan

Nach 40 Jahren am Universitätsspital Basel gingst du am 31. Mai 2011 in den wohlverdienten Ruhestand.

Dein beruflicher Werdegang am damaligen Bürgerspital begann 1971, als du aus Klagenfurt, wo du in der Notfallstation gearbeitet hast, nach Basel gekommen bist. Deine Ausbildung hattest du in Ungarn absolviert und wolltest nach deiner Tätigkeit in Österreich eigentlich nach Deutschland. Aber die Schweiz hatte dir so gut gefallen, weshalb deine Wahl auf Basel fiel.

Zum damaligen Bürgerspital gehörte seinerzeit auch das Paraplegikerzentrum, wo du bis 1974 tätig warst. Danach bist du ins Bürgerspital zurückgekommen, um dich weiterzubilden. Bis 1976 hast du die OPS-Weiterbildung absolviert: die Schule hier in Basel, deine Praktika im OP im Bruderholzspital. Nach erfolgreich bestandener Weiterbildung war dein Wissensdurst noch nicht gestillt. Direkt im Anschluss hast du an einem 6-monatigen Gipskurs in Deutschland sowie einem 6-monatigen Uro-Kurs in Liestal bei Prof. Leibundgut teilgenommen. Danach waren weitere Stationen deiner beruflichen Tätigkeit die Stationen Medizin 5.1, Medizin 5.2 sowie Chirurgie 5.1.

Ab 1985 warst du im Team der medizinischen Pfleger fest angestellt. Du hast im Rahmen dieser Tätigkeit alle Abteilungen während der Nachtstunden unterstützt, die deine Hilfe benötigten. Deine Kolleginnen und Kollegen waren dir sehr dankbar, wenn du sie bei einsetzender Müdigkeit mit einem frisch gekochten Espresso verwöhnt hast.

Ueli Tschamper



Lieber Ueli

Ich will gar nicht weit ausholen und hier nun von deinen 33 Jahren Spitalkarriere erzählen. Aber ich möchte dir gerne etwas zu deiner Rolle in meinem Leben erzählen. Das dürfen auch alle anderen wissen.

Als ich im April 1993 meine Ausbildung an derselben Schule wie du begonnen habe, führte mich mein erstes Praktikum auf Medizin 5.1, wo du schon seit 1989 als Stationsleiter tätig warst. Dieser Station eilte der Ruf voraus, dass sie mit

eiserner Hand und viel Herz geführt wird. Wenn ich dazumal jemandem sagte, dass ich mein Medizinpflegepraktikum bei dir auf der Station machen werde, schauten alle fast schon ehrfürchtig oder neidisch auf mich. Die Ehrfurcht ergab sich aus der Leistung, die du von dir und deinen Mitarbeitenden immer erwartet hast: beste Patientenbetreuung! Der Neid kam von denen, die nicht zu dir kommen konnten. Wussten sie doch, dass Medizin 5.1 eine gute Schule war.

Ein weiteres Mal begegneten wir uns in meiner zweiten Ausbildungssituation: Ich übernahm die Stationsleitung von Medizin 7.1. Wir waren nun in einem Team – aber ungleich, nämlich Erfahrener trifft auf Neuling – und sollten auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten! Du hast dich für mich als Mentor angeboten und ich bin zügig in die Rolle des Protégé hineingewachsen. Welch Angebot, einen so schwergewichtigen Stationsleiter zur Seite zu haben! Und als ich auf die Notfallstation gewechselt habe, hast du mir nichts, dir nichts mal schnell so nebenbei noch Medizin 7.1 mitgeführt. Das war ein Spagat – eine grosse Leistung! Chapeau!

Und nun ganz zum Schluss bin ich dein Chef geworden – für ganze 3 Monate! Ich gebe zu, ich hatte nie den Anspruch, dich zu führen, geschweige denn zu ändern. Im Gegenteil, gerade jetzt warst du wieder ein Pol, bei dem ich mich in zweifelnden Momenten absichern durfte.

Du hast mir dein grosses Wissen immer zur Verfügung gestellt und dein sicheres Auftreten war für mich vorbildlich. Weisst du, ich bin nur ein kleines Beispiel, und viele andere Menschen im Spital haben von deinem Wirken profitieren können. Dafür danke ich dir persönlich, und so wünsche ich dir für deine Zukunft alles erdenklich Gute.

Kristian Schneider

Im Jahre 2000 wurde das Team der medizinischen Pfleger in die Notfallstation integriert und 2003 aufgelöst. Ab dieser Zeit hast du bei uns in der Notfallstation gearbeitet. Dank deiner raschen Auffassungsgabe, deiner Ruhe und Ausgeglichenheit war das überhaupt kein Problem, und so wurdest du zur festen Grösse in der Notfallstation und jeder Mitarbeiter hat sich gefreut, wenn er mit dir arbeiten durfte.

Zu deinen grossen Vergnügungen ausserhalb der Arbeit gehörte damals wie heute das Spekulieren an der Börse. Doch selbst bei extremsten Kurswechsellern ist dir das Lachen nie vergangen. Ein weiteres Hobby von dir ist das Fischen. Entweder am Bielersee, wo du auch stolzer Besitzer einer Fischerhütte und eines Motorbootes bist, oder in der Dominikanischen Republik, wo du in deiner eigenen Villa gerne die Wintermonate verbringst.

Nach deinem letzten Arbeitstag hast du ein grosses Fest mit deiner Familie gefeiert. Mit deiner Frau, der du bereits zum 50. Geburtstag die Pension geschenkt hast, sowie mit deinem Sohn und deiner Tochter.

Lieber Zoltan, wir wünschen dir für die kommenden Jahre Glück und Zufriedenheit und bedanken uns herzlich für die geleistete Arbeit in 40 Jahren am Universitätsspital Basel.

Rainer Gehrlich für das Team der Notfallstation

Wahl

Petra Zimmermann-Liebert

Liebe Petra

Deine ganze Energie und Kraft hast du für «dein» Institut für Logopädie während 17 Jahren eingesetzt. Nach so vielen Jahren verliesst du uns, um am 30. Juni 2011 in Pension zu gehen. Wir können es kaum glauben. Du wirkst so jung, spritzig und bist voller Energie – unmöglich, dass du schon in den wohlverdienten Ruhestand treten kannst (wenn auch etwas vorzeitig).

Dein Beginn im USB war fulminant. Du hast die Leitung des Instituts am 1.4.1997 übernommen. Nach sehr kurzer Zeit, nämlich am 1.9.1997, hast du zusätzlich die Funktion der Leiterin Therapiedienste in Personalunion übernommen. Damit warst du Vorstandsmitglied des Bereichs Medizinische Querschnittsfunktionen und hast zusammen mit Marc Viollier in Co-Leitung einige Zeit den Bereich geführt.

Wir wissen, dass du diese Aufgabe als sehr spannend und als eine echte Herausforderung empfunden hast. Den für dich sicheren Boden der Patientenbehandlungen musstest du verlassen; hier waren ganz neue Fähigkeiten wie interdisziplinäres Denken, betriebswirtschaftliche Aspekte, Management und Projektmanagement gefragt. Du hast dich mit viel Engagement und Geschick all diesen Aufgaben gestellt und sie dank deines Durchhaltewillens und deiner Kritikfähigkeit bestens gemeistert. Der Wermutstropfen dieser Phase war die beschränkte Kapazität für die Arbeit an der Front; nur noch sehr reduzierte Zeit für Patientenbehandlungen und teilweise wenig Präsenz im Team, beides hat dir sehr gefehlt.

Die Umstrukturierung der Therapiedienste im Jahre 2002 führte dazu, dass die Leitung der Einheit Th-D nicht mehr in Personalunion mit einer Institutsleitung besetzt werden sollte. Dies war für dich der Moment, wo eine definitive Entscheidung nötig wurde, und du hast dich für die Institutsleitung Logopädie und wieder vermehrt für die Patientenbehandlungen entschieden und diesen Schritt, soweit ich weiss, auch nie bereut.

Dein Herzblut gehörte den Behandlungen von schwerkranken Patienten mit Schluckstörungen. Du hast sie mit viel Empathie und fundiertem fachlichem Wissen behandelt, wobei dir eine gemeinsame Kultur zwischen Ärzten, Pflegenden und Therapeutinnen bei einer ganzheitlichen Betreuung der Patienten besonders am Herzen gelegen ist.

Unermüdlich, manchmal auch hartnäckig, hast du an der Verbesserung von Prozessen bei allen Fragen rund um die interdisziplinäre Behandlung der Patienten gekämpft. Wir wissen, wie schwer es ist, die vielen Schnittstellen und deren Bedürfnisse unter einen Hut zu bekommen.

Das Team der Logopädinnen hast du mit sehr viel Einfühlungsvermögen geführt. Die Entwicklung deiner Mitarbeiterinnen war dir stets wichtig, du hattest immer ein offenes Ohr für ihre Anliegen und Bedürfnisse, dabei hast du die betrieblichen Belange nie aus den Augen verloren.

Die Öffentlichkeitsarbeit und das Bestreben des Instituts, sich auf dem regionalen Logopädieumfeld zu positionieren, waren dir ebenso wichtig, wie die Auseinandersetzung mit den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen auf dem Gebiet der Logopädie.

Liebe Petra, es war schön, mit dir zusammenzuarbeiten. Ich danke dir auch im Namen aller Mitarbeitenden herzlich für die gemeinsame Zeit. Wir werden deine Fröhlichkeit, deinen Humor und deine wertvollen kritischen Beiträge sehr vermissen.

Ein neuer Lebensabschnitt beginnt nun für dich. Keine Sekunde zweifle ich daran, dass du ihn geniessen und mit neuen Aktivitäten ausfüllen wirst. Deine Liebe zu Musik, Natur, Kultur und Geselligkeit bieten hierfür genügend Möglichkeiten.

Wir wünschen dir hierbei alles Gute, viel Vergnügen und Gesundheit.

Brigitte Waser

Prof. Irene Hösli-Krais

Neue Chefärztin für Geburtshilfe und Gynäkologie



Zur neuen Extraordinaria für Geburtshilfe an der Medizinischen Fakultät und zur Chefärztin gewählt wurde Prof. Irene Hösli-Krais, Titularprofessorin für Geburtshilfe und Gynäkologie und seit 1997 als Abteilungsleiterin in Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin an der Frauenklinik des Universitätsspitals Basel tätig. Geboren 1957 in Tübingen, studierte sie Psychologie im Grundstudium an der Universität Zürich und darauf Medizin an den Universitäten Mainz, Freiburg im Breisgau, Tübingen und Basel. Ihre Dissertation schloss

sie 1982 ab und absolvierte darauf eine Assistenzzeit vor allem an Schweizer Spitälern in Chirurgie, Neonatologie, Gynäkologie/Geburtshilfe; dafür erwarb sie 1993 den Facharzttitel FMH. Von 1992 bis 1995 war sie Oberärztin für Gynäkologie/Geburtshilfe an der Universitätsfrauenklinik Basel, 2000 folgte nach dem Diplom in Fetal Medicine der Fetal Medicine Foundation in London die Subspezialisierung in fetomaternaler Medizin; 2002 habilitierte sie sich an der Universität Basel. Sie leitet zurzeit die Gleichstellungskommission der Medizinischen Fakultät und betreut das Projekt «Vereinbarkeit von Teilzeitarbeit und Karriere». In den letzten Jahren engagierte sie sich unter anderem in Projekten in Rumänien und Moldawien zur Unterstützung der Geburtshilfe und der Neonatologie. Ihre Forschungsschwerpunkte sind schwerwiegende Schwangerschaftserkrankungen wie Präeklampsie, Wachstumsretardierung, Frühgeburt sowie die Bereitstellung von Stammzellen aus Nabelschnurblut.

Irene Hösli-Krais ist verheiratet und Mutter von drei Kindern.

Sabine Egli-Rüegg

Neue Pflegeleiterin der Medizinischen Poliklinik



Sabine Egli-Rüegg ist seit 1. Mai 2011 Pflegeleiterin der Medizinischen Poliklinik des Bereichs Medizin. In dieser Funktion ist sie verantwortlich für die operative Führung des gesamten Pflegepersonals der Medizinischen Poliklinik. Sie ist diplomierte Pflegefachfrau und hat ein abgeschlossenes Nachdiplomstudium in Weiterbildung für umweltbewusstes Management (WUM) an der HWV Luzern absolviert. Zudem besitzt sie einen Master of Science (M. Sc.) in Nursing der Universität Basel.

Wir trauern

Renée Baur-Pfister, Labormedizin

3. April 2011

Michèle Girard-Probst, Infektiologie & Spitalhygiene

3. Mai 2011



Michèle Girard-Probst

Am 3. Mai dieses Jahres ist Michèle Girard nach einer schweren, tapfer ertragenen Krankheit, kurz nach ihrem 50. Geburtstag, friedlich gestorben. Frau Girard arbeitete mit hervorragender Kompetenz und grossem menschlichem Engagement 14 Jahre hier im Kantons- respektive Universitätsspital, zuerst in der Medizinischen Universitätspoliklinik und ab 2002 als Chefsekretärin in der Klinik Infektiologie und Spitalhygiene. In der Medizinischen Poliklinik half sie tatkräftig, eine moderne Struktur für ambulante Medizin mit verschiedenen Schwerpunkten, vielmals im Kontakt mit Hausärzten und Kollegen anderer Kliniken, zu etablieren. Frau Girard trug mit sehr effizienter Organisationsgabe dazu bei, dass hier ein erfolgreiches universitäres Zentrum für HIV/Aids-Patienten entstand, wo gerade Ende der 90er-Jahre fundamentale Fortschritte zu verzeichnen waren. Sie organisierte nationale und internationale Kongresse mit, war Ansprechpartnerin für Partnerorganisationen unserer Klinik und weit über das Spital hinaus sehr geschätzt. In unserer Klinik war das von Frau Girard geleitete Sekretariat immer mehr eine Anlauf- und Schaltstelle. Sie organisierte Sprechstunden, verfasste und erklärte Regelungen, half uns bei Administrativem und hat «nebenbei» unzählige Arztberichte verfasst. Nicht optimal diktierter Briefe wurden von ihr perfekt vollendet, manches zu aller Vorteil diplomatischer ausgedrückt. Sie unterstützte auch die Chefarztsitzungen des Bereiches Medizin mit sehr zeitnahen und präzisen Protokollen und organisierte die jährlich stattfindende Retraite.

Gerade das Schaffen der neuen Strukturen unserer Klinik über die Jahre lag ihr am Herzen. Mit natürlicher Neugierde und Kreativität ausgestattet, trug sie ihren Teil dazu bei, Klinik, universitäre Lehre, z.B. im Rahmen des Themenblockes, und Forschung optimal zu verbinden. Sie teilte darüber hinaus Sorgen, hörte zu, löste täglich Probleme und war vielen eine fachliche und menschliche Stütze. Spezielle Projekte, so die Gründung einer Stiftung für Infektionskrankheiten oder ab 2002 der Aufbau einer ländlichen tansanischen HIV-Klinik, waren für sie willkommene Herausforderungen. Michèle Girard gab all den nötigen Support, um die vielen Besprechungen, Drittmittelgesuche, Strukturberichte und Eingaben erfolgreich zu gestalten. Michèle Girard, ausgestattet mit Intelligenz, Witz und Empathie war eine starke Persönlichkeit. Sie war stolz auf ihren Beruf als Sekretärin und glücklich über gemeinsame Erfolge. Ihre Kompetenz, ihre Hilfsbereitschaft und ihre lebensfrohe Art sind von allen sehr geschätzt worden. Ihr wacher Verstand strebte immer nach Verbesserung – sie schuf mit ansteckendem und dynamischem Enthusiasmus Nachhaltiges.

Am liebsten war Michèle Girard mit ihrem Ehemann zusammen, mitunter auf Reisen, um Neues, kreativ auf Fotografien festgehalten, zu entdecken, oder im selbst erbauten Rustico in den Tälern über der Leventina im Tessin. Sie war ein sichtlich zufriedener Mensch. In der Zeit des Abschieds sprechen wir ihrem Ehemann, ihren Eltern und Geschwistern sowie nahen Angehörigen im Namen aller Mitarbeitenden unserer Klinik und vieler, die Frau Girard beruflich oder privat gekannt haben, unser herzlichstes Beileid aus. Michèle Girard hinterlässt eine grosse Lücke und wir verlieren in ihr einen lebensfrohen Menschen, welchem wir in grosser Dankbarkeit und grosser Wertschätzung verbunden bleiben.

Manuel Battagay

Herzliche Gratulation

40 Jahre

- 01.09. **Boder Roland**, Support Center Abrechnung
- 21.09. **Lutz Marlene**, Radiologie

35 Jahre

- 01.07. **Stamatovic Biljana**, Anästhesie
- 19.07. **Perschy Josef**, Therapie-Dienste
- 01.08. **Böttcher Christa**, Medizinische Poliklinik
- 01.08. **Pascariello Lucia**, Reinigungsdienst 2.2
- 01.08. **Salvisberg Beat**, Automationstechnik
- 01.09. **Hungerbühler Gertrud**, Medizinische Poliklinik

30 Jahre

- 01.07. **Dekany György**, Nephrologie Dialyse
- 01.07. **Dekany Teresia**, Neurologische Bettenstation
- 01.07. **Di Muzio Annamaria**, Telefonzentrale
- 01.07. **Ipsen Sabine**, Pathologie
- 01.07. **Trinh Nhon-Qui**, Augenklinik Patientenservices
- 27.07. **Müller Elisabeth**, Notfallstation
- 01.08. **Aeschlimann Esther**, Neurochirurgische Überwachungseinheit
- 01.08. **Lautenschlager Claudia**, Pathologie
- 07.08. **von Arb Katharina**, Medizincontrolling
- 25.08. **Steiner Beatrix**, Medizin 6.2
- 27.08. **Grimaldi Caterina**, Frauenklinik Bettenstation Gynäkologie
- 31.08. **Borysek Jolanta**, Einkauf
- 01.09. **El Rawi Hannelore**, Neurologische Bettenstation
- 01.09. **Trieu Thi Khiem**, Reinigungsdienst 2.1
- 01.09. **Woodtli Suzanne**, Intensivmedizin

25 Jahre

- 01.07. **Dolium Renate**, Chirurgie 3 Ost
- 01.07. **Douidy Elisabeth**, Frauenklinik Poliklinik
- 01.07. **Maus Dagmar**, Pathologie
- 01.07. **Pils Jutta**, Marketing & Kooperationen
- 06.07. **Barth Esther**, Radiologie
- 07.07. **Dragomirovic Jelisaveta**, Reinigungsdienst 2.1
- 14.07. **Burtscher Lilian**, Notfallstation
- 14.07. **Plessis Lydia**, Zentralsterilisation
- 01.08. **Jemelen Veronique**, Chirurgie 5 Ost
- 04.08. **Ancona Angela**, Akutgeriatrie (AGUK)
- 04.08. **Scheidegger Marianne**, HNO Bettenstation
- 11.08. **Oriold Marion**, Empfang & Notfallaufnahme
- 13.08. **Urwyler Albert**, Prof., Anästhesie Leitung Ärzte
- 18.08. **Brutschin Rolf**, Engineering & Bauwerke
- 01.09. **Gutierrez Ineke**, Radiologie
- 01.09. **Vicente Luzia**, Küche
- 08.09. **Glauser Jacqueline**, Labormedizin
- 11.09. **Rudin Marcel V.**, HNO Bettenstation
- 15.09. **Bloch Remo**, Zentralarchiv
- 15.09. **Springinsfeld Manuela**, Frauenklinik Patientenservices
- 19.09. **Gonzalez Ramon Alejandro**, Augenklinik Bettenstation
- 22.09. **Degen Kellerhals Sabine**, Isolierstation

20 Jahre

- 01.07. **Marsch Stephan**, Intensivmedizin, Ärzte
- 09.07. **Mattakathu Nancy**, Frauenklinik Mutter & Kind
- 15.07. **Von Rickenbach Bernadette**, Labormedizin
- 22.07. **Ferrara Daniela**, Patientenaufnahme BO
- 01.08. **Bernhard Nathalie**, Notfallstation
- 01.08. **Leuthardt Christine** Endokrinologie, Diabetologie & Metabolismus

- 01.08. **Merz Gabriele**, Chirurgie 5 West
- 05.08. **Mijalski Christa**, Dermatologie Tagesklinik
- 15.08. **Tachilzik Thomas**, Chirurgie 5 Ost
- 26.08. **Dannacher Annegret**, Labormedizin
- 01.09. **Beier Ute**, Frauenklinik Sekretariate
- 01.09. **Burglen Sandrine**, Anästhesie
- 01.09. **Burgy-Greth Catherine**, neurochirurgische Überwachungseinheit
- 01.09. **Heinzmann Jürgen**, Anästhesie
- 01.09. **Puthenpurackal Rosakutty**, Neurochirurgische Überwachungseinheit
- 01.09. **Schindler Elvira**, Chirurgie 1 Ost
- 23.09. **Wolf Franziska**, Debitorenbuchhaltung

15 Jahre

- 01.07. **Basler Köpfer Doris**, Finanzbuchhaltung
- 01.07. **Brenneisen Margot**, Gastroenterologie & Hepatologie
- 01.07. **Häring Irene**, Labormedizin
- 01.07. **Ostermann Claudine**, Augenklinik Bettenstation
- 01.07. **Tschudin Sibil**, Dr., Frauenklinik Ärzte
- 01.07. **Yildirim Sadet**, Reinigungsdienst 2.2
- 07.07. **Scheuzger Barbara**, Intensivmedizin ICU
- 01.08. **De Geyter Christian**, Prof., Frauenklinik Ärzte
- 01.08. **Hadzibeganovic Suvada**, Anästhesie
- 01.08. **Itin Peter**, Prof., Dermatologie Ärzte
- 01.08. **Jehly Susanne**, Pathologie
- 01.08. **Lagger Brigitte**, Chirurgie 1 Ost
- 01.08. **Schmälzlin Thomas**, Controlling Bereich Personal & Betrieb
- 01.08. **Stauri Jagtap Rita**, Radiologie
- 01.08. **Thürkauf Priska**, Chirurgie 7 West
- 01.08. **Winterhalter Daniela**, Chirurgie 4 Ost
- 01.08. **Wyss Baur Monika**, Anästhesie
- 18.08. **Nikolov Valentina**, Reinigungsdienst 1.1
- 01.09. **De Geyter Maria**, Dr., Frauenklinik Labor
- 01.09. **Lukovic Lidija**, Anästhesie
- 01.09. **Ortner Thomas**, Akutgeriatrie (AGUK)
- 01.09. **Tschanz Karin**, Amb.Chirurgie Pflege
- 03.09. **Fernandez Maria**, Reinigungsdienst 1.2
- 03.09. **Gregorovic Mirjana**, HNO Poliklinik
- 21.09. **Chiaverio Fausta**, Labormedizin

10 Jahre

- 03.02. **von Mutzenbecher Sabine**, asim (Nachtrag)
- 30.05. **Stohler Salome**, Zentrales HR (Nachtrag)
- 01.07. **Geissberger Gudrun**, Chirurgie 1 Ost
- 01.07. **Graber-Liebenau Sylvia**, Foto & Print Center
- 01.07. **Heierle Anette**, Dr., Notfallstation, Ärzte
- 01.07. **Hübsch Udo**, Anästhesie
- 01.07. **Pulver Jacqueline**, Patientenaufnahme BO
- 01.07. **Schalkham Carmen**, Amb.Chirurgie Pflege
- 01.07. **Scherer Monika**, Intensivmedizin, CCU
- 01.07. **Stern Mark**, Medizin 5.1
- 01.07. **Trendelenburg Marten**, PD Dr., Innere Medizin, Ärzte
- 01.07. **Weber Karin**, Nephrologie Dialyse
- 02.07. **Eberli Yolande Chantal**, Reinigungsdienst 1.2
- 02.07. **Markus Heike**, Nephrologie Dialyse
- 02.07. **Saracino Clementina**, Reinigungsdienst 1.2
- 10.07. **Kury Jana**, Anästhesie
- 16.07. **Lampart Andreas**, Dr., Anästhesie
- 17.07. **Unruh Elfriede**, Chirurgie 6 Ost

Pensionierungen

21.07. **Arranz Jacqueline**, Chirurgie 1 Ost
 23.07. **Göktas Gülüzar**, Reinigungsdienst 3
 01.08. **Achermann Liselotte**, Labormedizin
 01.08. **Burri-Somogyi Silvia**, Finanzbuchhaltung
 01.08. **Ceramilac Jasna**, Frauenklinik Bettenstation Gynäkologie
 01.08. **Covino Lina**, Patientenwesen Medizin
 01.08. **Dogan Nurhan**, Abt. Ausbildung, Sekretariat
 01.08. **Elzi Luigia**, Dr. Infektiologie & Spitalhygiene, Ärzte
 01.08. **Sarr Cheikhou**, Anästhesie
 01.08. **Stewin Katharina**, Chirurgie 5 Ost
 01.08. **Wollseifen Felicity E.**, Hostel
 02.08. **Breinbauer Freiburghaus Sieglinde**, Leitung Logistik
 08.08. **Loosli Jacqueline**, Therapie-Dienste
 13.08. **Tas Mesut**, Spital-Pharmazie
 18.08. **Zimmermann Joelita**, Nephrologie Dialyse
 19.08. **Seoane Marisol**, Chirurgie 4 Ost
 20.08. **Geiger Margrit**, Therapie-Dienste
 22.08. **Karlin Mirjam**, Chirurgie 7 West
 26.08. **Gunaratnam Renu Mahalakshmi**, Hostel
 26.08. **Zürcher Roman Oliver**, Dr., Anästhesie
 29.08. **Aliu Lulije**, Medizin 7.2
 01.09. **Awad Nariman**, Intensivmedizin
 01.09. **Feichter Sylvia**, Labormedizin
 01.09. **Filoni Maria**, Frauenklinik Patientenservices
 01.09. **Morat Christoph**, Gebäudemanagement 1
 01.09. **Rink Beatrice**, Notfallstation
 01.09. **Schubanel Sistina**, HNO Sekretariate
 01.09. **Serralheiro Maria Helena**, Küche
 01.09. **Stevanovic Sanela**, Labormedizin
 05.09. **Suter Christine**, Pathologie
 10.09. **Avellina Graziella**, Support Center Abrechnung
 10.09. **Maternowski Daniela**, Chirurgie 5 West
 10.09. **Minnig-Scheffler Ursula**, Radiologie
 10.09. **Todorov Victor**, Chirurgie 5 West
 10.09. **Zimmermann Verena**, Neurochirurgie Administration
 18.09. **Zöscher Gabriela**, Dr., Anästhesie
 23.09. **Terzieva Nada**, Reinigungsdienst 2.2
 26.09. **Sari Aliye**, Reinigungsdienst 1.1

Medizin

Nachtrag

31.03. **Schuster Ursula**, Patientenwesen

30.06. **Haag Albert**, Onkologie
 30.06. **Herrmann Richard**, Prof., Onkologie
 30.06. **Mettler Irma**, Innere Medizin
 31.07. **Müller Elisabeth**, Notfallstation

Chirurgie

Nachtrag

31.05. **Dobry Elisabeth**, Behandlungszentrum Bewegungsapparat

30.09. **Kunz Margrit**, Chirurgie 4.1
 30.09. **Lima Graciete**, Chirurgie 3.1

Medizinische Querschnittsfunktionen

30.06. **Perret Eduard**, Pathologie
 31.08. **Schneider Markus**, Prof., Anästhesie

Personal & Betrieb

31.08. **Martic Ruza**, Reinigungsdienst 1.2

Ressort Finanzen

30.09. **Milano Margrit**, Support Center Abrechnung

Ressort Prozessunterstützung & Informatik

31.08. **Luttringer Erwin**, Entwicklung & Betrieb

vpod-Gruppe USB

Die Stimmbevölkerung von Basel-Stadt hat entschieden. Diesen demokratischen Entscheid gilt es zu respektieren. Es ist den Parteien und Gewerkschaften des Referendumskomitees zu verdanken, dass überhaupt über eine solche weitreichende Vorlage abgestimmt werden konnte.

Wir verstehen das Abstimmungsresultat als Auftrag, uns zusammen mit den Spitaldirektionen einzusetzen für weiterhin gute Anstellungsbedingungen – für alle Berufsgruppen im Spital. Nur so kann eine qualitativ hochstehende Versorgung der Patientinnen und Patienten gewährleistet werden. Wir werden unsere Gesprächspartner vehement an ihre Versprechungen im Abstimmungskampf erinnern: keine Verschlechterungen der Anstellungs- und Lohnbedingungen, keine Auslagerungen von Teilbereichen, aktive Mitwirkungsgremien in den Spitälern. Wir erwarten, dass diese Versprechungen nun umgesetzt werden.

Allen, die sich aktiv engagiert und exponiert haben in der Abstimmungskampagne sagen wir Danke. Wir sind in Zukunft mehr denn je auf unsere Mitglieder angewiesen, um für alle akzeptable Lösungen aushandeln zu können.

Mehr Informationen auf: www.vpod-basel.ch

Die nächsten Sprechstundentermine im USB:

21.7., 4.8., 8.9., 13.10.2011, 15.00–17.30 Uhr
 Klingelbergstrasse 23, 2. Stock, Büro 217

Anmeldungen beim vpod-Sekretariat sind möglich, jedoch nicht nötig.
 vpod-Sekretariat, Tel. 061 685 98 98

vpod-Kontaktpersonen im USB

Isabelle Stocker, Medizin 6.2, Tel. 54661, stockeri@uhbs.ch
 Andi Sisti, Alarmzentrale, Tel. 53017, asisti@uhbs.ch

Spitalhygiene

Waschen Sie noch oder desinfizieren Sie schon?

Das USB-Spitalhygieneteam machte mit wirkungsvollen Aktionen am internationalen Händehygienetag, dem 5. Mai 2011, auf die Wichtigkeit und Unverzichtbarkeit der Händehygiene im Spitalalltag aufmerksam. Obwohl der Standard in Schweizer Kliniken und am USB im internationalen Vergleich hoch ist,

braucht es die wiederholte Sensibilisierung. Sie dient der nachhaltigen Wirkung und der Prävention von uns allen. Die Abteilung Spitalhygiene im USB hat einen hohen Qualitätsanspruch. Sie ist Corporate Member der WHO und der Task Force Patient Safety der WHO.

