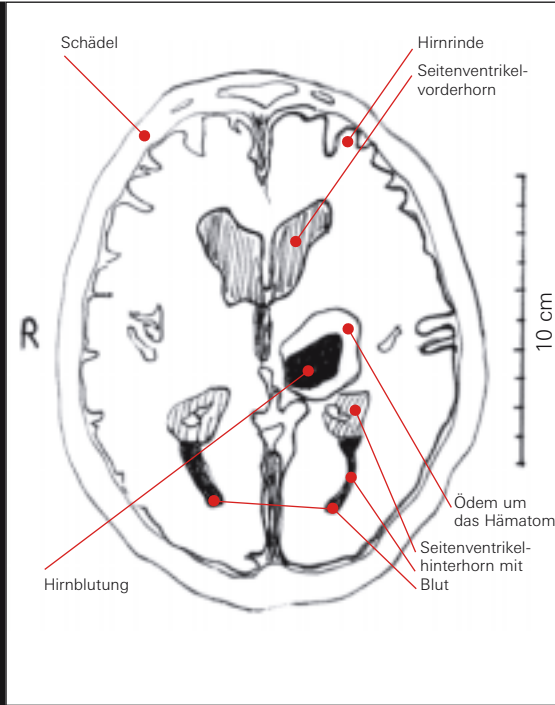
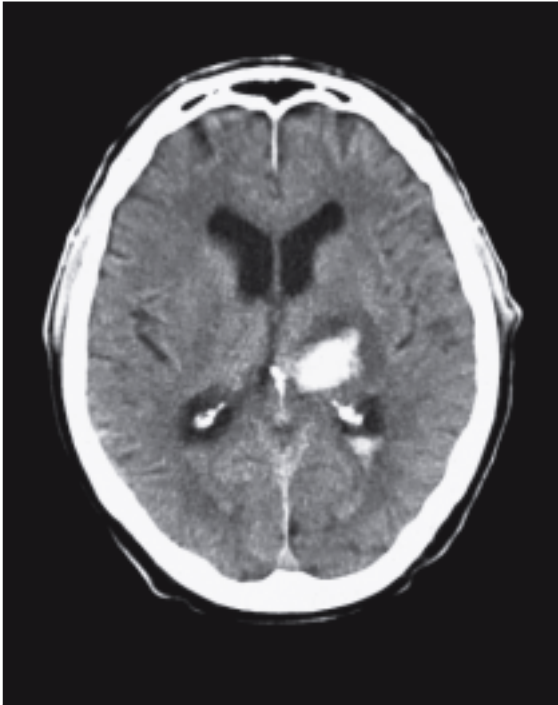


dreinullfünf

Gazzetta des Universitätsspitals Basel

Herbst 2005



Intervention
Komplexe Patientensituation | 6

Hirnschlag
10 Jahre Stroke Unit | 4



Geheimnisschutz
Schweigepflicht | 12

Zeitzeugen
Sammlung | 20

dreinullfünf

- 3 Editorial
- 4 Stroke Unit
- 6 Unterstützungsangebot
- 8 Über den Tod hinaus
- 10 Ereignisstab
- 12 Schweigepflicht
- 14 Versicherungsmedizin
- 15 Personalverbände
- 16 Personelles
- 20 Die eiserne Lunge



Impressum

Herausgeber

Universitätsspital Basel
4031 Basel
Tel. 061 265 25 25

Redaktion

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

Layoutkonzept

GruenerBrenneisen, Basel

Prepress

GruenerBrenneisen, Basel

Erscheinungsweise

vierteljährlich

Auflage

7000 Exemplare

Druck

Werner Druck, Basel

Papier

Hochweiss, Offset

Fotos

GruenerBrenneisen 1, 2, 3, 6-7, 10, 12-13, 20; U. Flury 1, 13; D. Schor 5;
Th. Schürch 8-9; zVg 1, 15

Vernetzung ist besser als ein Monopol



Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Ein Sommer kann auch ohne allzu hohe Temperaturen heiss sein, nämlich durch heisse Themen. So war und ist die Gestaltung der Spitzenmedizin in der Schweiz ein «heisses» Faktum, das uns fordert. Die mehrheitlich auf politischer Ebene geführten Diskussionen verlaufen wellenartig. So wird es noch eine Weile dauern, bis Lösungen auf dem Tisch liegen und die Lage klar ist. Ich habe in verschiedenen Medien dazu Stellung bezogen und dabei die Vorstellungen, die man sich in Basel zur Gestaltung der Spitzenmedizin macht, dargelegt. Ich vertrete die Ansicht, dass eine Vernetzung besser ist als ein Monopol. Die beste Lösung ist meines Erachtens ein System, bei dem die bestehenden Einheiten miteinander vernetzt und aufeinander abgestimmt sind, ohne deswegen ihre Eigenständigkeit einzubüssen. Die Folge einer Monopolisierung wäre, dass weder qualitativ noch wirtschaftlich ein Wettbewerb zwischen den Zentren stattfinden würde. Wir wären zudem den Forderungen eines monopolistischen Leistungserbringers ausgesetzt. Das ist inakzeptabel. Dem «heissen» Sommer folgt ein «heisser» Herbst.

Vernetzung ist ein positiv besetzter Begriff. In diesem Kontext ist das in dieser Ausgabe porträtierte Stroke Unit zu sehen: («Stroke» = Hirnschlag, «Unit» = Einheit, aber auch «Einheitlichkeit»). Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Stroke Unit ist seit 10 Jahren vollumfänglich auf die Erkennung und Behandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten ausgerichtet. Das Behandlungskonzept ist gerade deswegen so erfolgreich, weil dessen Netz tragfähig ist.

Getragen zu werden in schwierigen Situationen, ist ein wesentliches Thema in «dreinullfünf». Gleich drei Beiträge lassen sich unter diesem Aspekt einordnen. Auf Seiten 6 und 7 wird eine schwierige

Patientensituation und wie ein neues Interventionsangebot im Hause dabei rasche Entlastung bringt, geschildert. Es ist ein Modell der Zukunft. Eine schwierige Situation, die ebenfalls zum Spitalalltag gehört, ist das Abschiednehmen von Verstorbenen. Durch die Neugestaltung des Aufbahrungsraums in der Pathologie ist dafür ein würdiger Ort entstanden. Einblick und Begegnung mit dem Unausweichlichen gewährt ein Mitarbeiter, der als Präparator «im Reich der Toten» arbeitet. Seine Schilderungen sind fast ein Tabubruch. Unvorhersehbare Ereignisse mit weit reichenden Auswirkungen auf Führung und Leistungserbringung des USB können in Krisen ausarten. Damit es nicht so weit kommt, dafür engagiert sich künftig ein Stab, der auf ausserordentliche Ereignisse vorbereitet ist und dafür sorgt, den Normalzustand möglichst rasch wiederherzustellen. Der Ereignisstab FaoE ist für den Ernstfall bereit – Seiten 10 und 11.

Bei aller Anstrengung, bei Rückschlägen, Einzelschicksalen, die uns bewegen, bei schwierigen, gar aussichtslosen Bemühungen, bei verlorenen Kämpfen gar sollten wir uns immer wieder in Erinnerung rufen, für wen und wofür wir uns im USB einsetzen. Ein tragfähiges Netz ist ein wichtiger Schlüssel dazu. Mit vereinten Kräften lassen sich bekanntlich Berge versetzen.

Ihre Rita Ziegler, lic. oec. HSG
Direktorin

Stroke Unit – einheitliche Betreuung bei Hirnschlag

Was im USB vor 10 Jahren pionierartig und damals in der Schweiz einzigartig entstanden ist, hat sich rasch zu einer festen Grösse bei der Abklärung und Behandlung des Hirnschlags (Schlaganfalls) entwickelt: Das Konzept Stroke Unit.

Wenn es einen schlagartig trifft

Unter Hirnschlag (Schlaganfall) wird der plötzliche Funktionsausfall eines Areals im Gehirn (oder Rückenmark) verstanden, dessen Ursache eine Durchblutungsstörung ist. Die Folgen sind meist einseitige Lähmungen, Seh-, Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen, Störungen des Denkens und der Handlungsplanung. Oft bleibt eine Behinderung bestehen. Die Symptome, wie auch die Ursache und der Verlauf der Erkrankung können individuell sehr verschieden sein. Dies erfordert ein breit abgestütztes Wissen aller an der Behandlung Beteiligten.

Faktor Zeit – Rasche Diagnostik und Therapie

Im klinischen Alltag geht es um die rasche Diagnostik, die vor allem auf dem schnellen Erkennen der Symptome einer Hirndurchblutungsstörung beruht. Hier ist bereits der Notfallarzt oder zugezogene Hausarzt gefordert. Er ist

Stroke Unit ist das Bestreben, entlang des Behandlungsweges jedes Mal das Optimum zu erreichen.

dafür verantwortlich, dass der Patient möglichst rasch in der dafür geeigneten Institution behandelt werden kann. Die Einsatzkräfte der Sanität melden das Eintreffen eines Patienten mit akutem Hirnschlag dem Personal der Notfallstation.

Die Symptome müssen durch die klinische Untersuchung, welche die weitere Diagnostik und therapeutische Massnahmen bestimmt, festgestellt werden. Diese entscheidende Phase der spezifischen Erstbeurteilung findet in enger Zusammenarbeit zwischen dem medizinischen Dienst der Notfallstation und dem Neurologen statt. Dies hat Modellcharakter. Die heutigen unmittelbaren Behandlungsmöglichkeiten konzentrieren sich auf maximal sechs Stunden ab Symptombeginn.

Abklärung und Behandlung

Das Auftreten von Symptomen eines Schlaganfalles ist als dringlich zu behandelnde Gesundheitsbeeinträchtigung einzustufen. Entsprechend erfolgt der Eintritt ins Universitätsspital meist über die interdisziplinäre Notfallstation. Hier werden die Symptome erfasst und erste Abklärungsschritte vorgenommen. Damit beginnt die Betreuung entlang der sogenannten «Stroke Unit». Unter dem Begriff «Stroke Unit» verstehen wir einen umfassenden Behandlungsablauf, welcher stationäre Sondereinrichtungen und verschiedene Massnahmen beinhaltet, die zur Betreuung von Patientin-

Von Philippe Lyrer, Stefan Engelter, Andreas Wurster

nen und Patienten mit akutem Schlaganfall eingesetzt werden. «Stroke» steht für den Begriff Schlaganfall. «Unit» für die Einheitlichkeit der Betreuung. Jede/r Patient/Patientin erhält 24 Stunden am Tag, sieben Tage in der Woche eine dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens angepasste Behandlung. Ziel ist, die sofortige optimal wirksame Therapie einzuleiten und mögliche Komplikationen zu verhindern. Patientinnen/-innen werden gemäss festgelegten und wissenschaftlich erprobten Richtlinien behandelt.

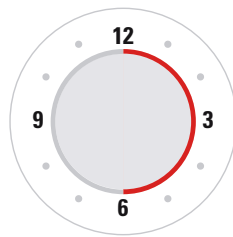
Der Therapieerfolg ist nicht allein von den Massnahmen in der Akutphase, sondern auch von gezielt eingesetzten diagnostischen und therapeutischen Massnahmen in der unmittelbaren Nachbehandlung abhängig. So sind verschiedene Abteilungen des Universitätsspitals und externe Partner an der Behandlung beteiligt: Die Notfallstation, die medizinische Intensivstation, die Neurologische Universitätsklinik, die Kliniken der Inneren Medizin, die Abteilung Neuroradiologie des Instituts für diagnostische Radiologie, die Neuro- und Gefässchirurgie, die Therapieinstitute sowie Rehabilitationskliniken wie das Felix Platter-Spital, die Rehaklinik Rheinfelden oder die Neurorehabilitation des Bruderholzspitals.

Info

- März 1995 Gründung der ersten Stroke Unit in der Schweiz im USB
- 1995 bis 2003: 3111 Patienten/-innen (auch aus Nachbarkantonen und dem nahen Ausland) mit akutem Hirnschlag beurteilt und behandelt
- Anstieg ausserkantonale Hirnschlagpatienten/-innen: von 18.5% (1995) auf 35.2% (2003)
- Juli 1998 bis Juni 2005: 160 intravenöse Thrombolysetherapien
- Durchschnittsalter: 70.2 Jahre

www.strokeunit.ch

Die ersten sechs Stunden sind entscheidend.



Auftreten der Symptome, Einweisung

Eintritt als Notfall in die Notfallstation. Erstuntersuchung durch den Notfallarzt unter Beizug der Neurologie.

Aufnahme in die medizinische Intensivstation. Entscheidung vom Krankheitsbild abhängig.

Neurologische Klinik – für Betroffene mit ausgeprägten neurologischen Symptomen.

Intermedizinische Kliniken – für Betroffene mit vorwiegend internistischen Erkrankungen.

Entlassung nach Hause oder Verlegung für Rehabilitation, Operation



Für alle Stufen des vorgezeichneten Behandlungsweges (siehe: Schema links) gibt es Verordnungen, die es einzuhalten gilt (siehe: www.strokeunit.ch). Jährlich wird im Rahmen der «Stroke Summer School» eine Fortbildungstagung durchgeführt. Dabei wird das Fachwissen (aus der medizinischen Diagnostik, der Pflege, der Therapie, der Frührehabilitation und der Forschung) einem interessierten Kreis weitervermittelt.

Stroke Unit – wie aus einer Idee Wirklichkeit wurde

Bis in die frühen 90-er Jahre war am USB die Behandlung eines Hirn-schlagpatienten dem Gutdünken des behandelnden Arztes überlassen. Dies führte oft zu Meinungsverschiedenheiten, Nichterkennen von Komplikationen, Rezidiven und Ausbleiben des gewünschten Therapieerfolges oder verlängerten Hospitalisationen an ungeeigneter Stelle. Nach einer eingehenden Planungsphase unter Einbezug aller Beteiligten konnte schliesslich

Time is brain.

im März 1995 das Konzept «Stroke Unit» mit einem entsprechenden Leistungsauftrag durch die damalige Gesundheitsdirektorin eingeführt werden. Dies geschah in Folge der damaligen Schwerpunktbildung Neurologie und Neurochirurgie. Der so definierte Behandlungsweg garantiert seither die einheitliche Abklärung, Behandlung und die klinische Forschung bei Patienten/-innen mit akutem Hirnschlag. Basel war das erste Zentrum in der Schweiz, welches im Auftrag der Regierung ein umfassendes Hirnschlagbehandlungskonzept einführte.

Fazit/Ausblick

Die Umsetzung dieses Konzepts lebt nun seit 10 Jahren nur durch ein hohes Mass an spitalinterner und -externer Vernetzung sowie durch den kontinuierlichen Einsatz aller Beteiligten. Deshalb wird die qualitativ hoch stehende, interdisziplinäre Zusammenarbeit für unsere Patientinnen und Patienten mit akutem Schlaganfall auch zukünftig eine zentrale Rolle spielen. Dass hierbei die engen Grenzen der zur Verfügung stehenden Ressourcen eine besondere Herausforderung darstellen, ist unschwer nachzuvollziehen.

Zum Jubiläum das Interview mit dem Chefarzt der Neurologischen Universitätsklinik, Prof. Andreas J. Steck:

dreinullfünf: Die Stroke Unit im USB feiert ihr 10-jähriges Bestehen. Herr Professor Steck, Sie blicken zurück auf 10 Jahre ...

Mit der Einführung des Konzepts «Stroke Unit Basel» im März 1995 war Basel das erste Zentrum in der Schweiz, das über ein umfassendes Hirnschlagbehandlungskonzept verfügte.

Nach anfänglicher Skepsis hat sich das Konzept durchgesetzt. Die Tatsache, dass der Anteil der ausserkantonalen Patienten im Zeitraum 1995 bis 2003 von 18.5% auf 35% angestiegen ist, zeigt, dass das Bedürfnis für ein solches Behandlungskonzept auch ausserhalb des Kantons Basel-Stadt geschätzt wird.

Was gab 1995 den Ausschlag, eine auf Hirnschlag spezialisierte Einheit ins Leben zu rufen?

Die Behandlung von Hirnschlag-Patienten in Stroke Units war bis anfang 90-er Jahre umstritten. Aufgrund verschiedener Fachpublikationen, die einen klinisch messbaren Nutzen einer Stroke Unit nachweisen konnten, hat die

Interview **Gina Hillbert**

WHO die Notwendigkeit von Stroke Units deklariert. Als Ziel wurde formuliert, dass mehr als 80% der Betroffenen Zugang zu entsprechend eingerichteten Institutionen haben sollten. Ohne Stroke Unit wäre es uns nicht gelungen, bereits 1997 die intravenöse Thrombolyse, d.h. die gerinnselauflösende Behandlung, einzuführen.

Definition Hirnschlag. Wie sieht das Behandlungsschema bei Hirnschlag aus?

Der Hirnschlag ist ein akuter Notfall, daher muss die Einweisung in das Spital sofort erfolgen – ein Prinzip, welches sich bei der Behandlung des Herzinfarkts weitgehend durchgesetzt hat. Jeder Patient soll 24 Stunden pro Tag und während 7 Tagen der Woche eine dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens angepasste Behandlung bei Hirnschlag erhalten. Ziel ist es, die sofortige, optimal wirksame Therapie einzuleiten. Mit den verfügbaren Methoden der Neuroradiologie (Computer-Tomographie, Magnetresonanztomographie) erhält man heutzutage bereits in der ersten halben Stunde die visuelle Darstellung der beim Hirnschlag erkrankten Hirnareale.

Welche Spezialistinnen und Spezialisten arbeiten in der Stroke Unit?

Die Folgen des Hirnschlags betreffen fast ausschliesslich das Gebiet der Neurologie. Aufgrund der vielfältigen Aspekte der Hirngefäss-Erkrankungen ist aber eine vernetzte Tätigkeit entscheidend. Es wirken verschiedene Berufsgruppen mit: Therapeuten, Pflegepersonen sowie Ärzte (Notfallmediziner, Neurologen mit Kompetenz zur Erkennung und Behandlung des Krankheitsbildes, Intensivmediziner, Neuroradiologen, Neurochirurgen und Gefässchirurgen). Um den Informationsaustausch und die Koordination zu optimieren, wurde eine Koordinationskonferenz gegründet, die regelmässig zusammenkommt, um die Behandlungsabläufe zu analysieren und neu anzupassen.

Wo liegen die Forschungsschwerpunkte?

Dank der neuesten neurowissenschaftlichen Erkenntnisse werden wirksamere Therapien entwickelt. Im Rahmen von kontrollierten klinischen Studien werden neue Substanzen erprobt. Mit der Verbreitung der funktionellen Bildgebung, die sowohl die Struktur als auch die Funktionsmuster der Hirnaktivitäten erfasst, kann der Behandlungserfolg verfolgt werden. Wir sind auch auf der Suche nach genetischen Markern, die Risikofaktoren bei Schlaganfällen bei jungen Patienten darstellen.

Denken wir an die volkswirtschaftliche Bedeutung. Was ist der Effekt einer Stroke Unit Behandlung?

Dank der Tatsache, dass von 1995–2003 mehr als 3000 Patienten mit identifiziertem ischämischen Hirnschlag behandelt werden konnten, lässt sich unter Berücksichtigung der in der Literatur publizierten Daten schätzen, dass dadurch zusätzlich etwa 180 Patienten nach Hause zurückkehren konnten und 120 Patienten nicht verstorben sind.

Schwierige Patientensituationen

«NICE», ein einfach zu nutzendes und sehr wirkungsvolles Angebot von Pflegenden der Psychiatrischen Poliklinik im Bereich Medizin, welches Unterstützung bietet, wenn schwierige Patientensituationen auftreten.

Eine schwierige Situation bahnt sich an

Das Team einer medizinischen Abteilung im USB meldet sich mit folgender komplexer Patientensituation:

Frau G., eine 46-jährige Patientin algerischer Herkunft, mit einer schwerwiegenden, schmerzhaften körperlichen Erkrankung, die zum Tode führen wird, ist in den letzten Tagen und Wochen zunehmend aggressiv, fordernd und

Von **Kathrin Wolf**

unkooperativ. Obwohl sie der deutschen Sprache mächtig ist, kommuniziert sie fast nur noch mit Schreien und reagiert auch auf Ansprache in ihrer französischen Muttersprache nur wenig.

Team und Patientin agieren auf einer Ebene von Provokation und Entwertung. Da Frau G. sich auch weigert, über die Schwere ihrer Erkrankung zu sprechen, und ein gemeinsames Gespräch mit ihrem Bruder ablehnt, fühlen sich die Pflegenden zunehmend hilflos und fürchten, im Falle einer Verschlechterung ihres körperlichen Zustandes, zu wenig über ihre Wünsche bezüglich lebenserhaltender Massnahmen zu wissen.



In der Krankengeschichte wurde vor einiger Zeit die Diagnose einer depressiven Entwicklung gestellt. Daher hat das Team mit den Initianten des Beratungsangebots, Kathrin Wolf und Ingo-Heiko Beck, Kontakt aufgenommen.

Schon zu Beginn des Beratungsgesprächs mit dem therapeutischen Team zeigte sich, dass die Patientin in ihrem regressiv-aggressiven Zustand nicht mehr fähig war, in erwachsener Weise mit ihrem Umfeld zu kommunizieren. Jeder Kontakt zu ihr eskalierte innert kürzester Zeit, indem die Patientin jammerte, schrie, sich nicht beruhigen liess und auch die einfachsten Aktivitäten, zu denen sie noch fähig gewesen wäre, verweigerte. Die Pflegenden ihrerseits gerieten zu-

nehmend unter Druck, war es unter diesen Umständen doch kaum mehr möglich, die anfallenden pflegerischen Verrichtungen mit der Patientin vorzunehmen, geschweige denn, mit ihr Fragen der weiteren Pflege zu besprechen.

Während die eine Hälfte des Teams mit Frau G. Mitleid hatte und sie aufgrund ihres bedrohlichen somatischen Zustands nicht mit Grenzen ihrer Handlungsweisen konfrontieren wollte, empfand die andere Hälfte des Teams ihr Verhalten als unerträglich provokativ und reagierte mit Rückzug und dem Wunsch nach Sanktionen. Das Team war sich im Umgang mit Frau G. zutiefst uneinig.

«Ich hätte nie gedacht, dass in so kurzer Zeit so eine effiziente Veränderung stattfinden kann.»

Auf Nachfragen meinerseits berichtete eine Pflegeassistentin, dass die Patientin am Tag zuvor in einer bestimmten Situation erstaunlich kooperativ gewesen sei. Es zeigte sich, dass die Pflegenden auf die Klingel hin mit der Bemerkung ins Zimmer getreten war: «Frau G., ich habe nur sehr wenig Zeit. Sagen Sie mir bitte genau, was Sie von mir brauchen.» Erstaunlicherweise liess sich die Patientin mühelos zur Toilette begleiten und bedankte sich danach freundlich für die Unterstützung.

Aufgrund dieser Episode entwickelten die Pflegenden gemeinsam mit mir folgendes Vorgehen:

Frau G. erhält in der Planung jeweils so viel Zeit zugeteilt, wie sie bei kooperativem Verhalten für eine bestimmte Pflegeverrichtung beanspruchen würde. Dieser Zeitrahmen wird ihr jeweils von der Pflegenden zu Beginn der Intervention bekannt gegeben. In der Folge ist es in Frau G.s Verantwortung, ob sie die zur Verfügung stehende Zeit für sich nutzen will oder sich lieber mit den Pflegenden zankt. Ist die Zeit abgelaufen, wird Frau G. in eine sichere Lage gebracht, und die Pflegenden wenden sich der nächsten Patientin zu.

Auf diese Weise soll Frau G. zum einen wieder mehr Verantwortung für ihre Handlungen übernehmen, zum andern vermehrt Autonomie über sich selbst zurückerhalten.

Das vereinbarte Vorgehen wurde von den Pflegenden in die Pflegeplanung übernommen, und ab sofort hielt sich das gesamte Team an diese Abmachung.

Die Nachbesprechung nach einer Woche zeigte, dass sich die Situation so weit entspannt hatte, dass Frau G. im Rahmen ihrer Möglichkeiten wieder kooperativ an ihrer Pflege teilnahm. Das Pflegeteam konnte sich in der Folge der Patientin auch wieder emotional zuwenden. Die innere Spaltung im Team war überwunden. Die Bezugspflegerperson hatte mit dem Bruder der Patientin Kontakt aufgenommen. Zu diesem Zeitpunkt stand der Termin für ein gemeinsames Gespräch mit der Patientin, ihrem Bruder und der Bezugsperson bereits fest, um das weitere Vorgehen bei einer Verschlechterung ihres somatischen Zustands zu besprechen.



Kathrin Wolf im Beratungsgespräch mit einem Team.

Nachfrage und Angebot

Fehlen Menschen in belastenden Lebenssituationen die Worte, um ihrem Leiden oder ihren Ängsten Ausdruck zu verleihen, so beginnen sie – meist unbewusst – sich auf der nonverbalen Ebene auszudrücken. Sei es durch Handlungen, mittels deren beim Gegenüber die selben unangenehmen Gefühle wachgerufen werden, unter denen die Betroffenen leiden, sei es durch die unbewusste «Inszenierung» der belastenden Situation in der Aussenwelt.

Während wir in unserem Alltag meist die Gelegenheit haben, über unsere Ängste mit jemandem sprechen zu können und unser Verhalten für uns alleine oder im Gespräch mit guten Freunden zu überprüfen, so sind psychisch Kranke gerade in belastenden Situationen oft auf sich allein gestellt.

Viele Anfragen, die in den letzten Jahren in der Kriseninterventionsstation (KIS) von Ärzten/Ärztinnen und Pflegenden des Universitätsspitals eingingen, betrafen nicht in erster Linie Fragen zu psychiatrischen Diagnosen von Patientinnen und Patienten, sondern handelten gezielt vom Umgang in schwierigen Patientensituationen. Allen Situationen gemeinsam war, dass sich zwischen dem behandelnden Team und dem Patienten/der Patientin eine Verhärtung eingestellt hatte, die eine erfolgreiche Behandlung der durchwegs schweren somatischen Erkrankung zunehmend in Frage stellte.

«Ich hatte ein paar Tage frei. Sowohl das Team als auch die Patientin waren wie ausgewechselt.»

Die vier Grundsätze des Unterstützungsangebots «NICE»

Unter diesem Aspekt und im Bewusstsein, dass alle Betroffenen, wenn sie Hilfe suchten, schon einiges an Handlungsstrategien versucht hatten und unter grossem emotionalem Druck standen, wurden für das Unterstützungsangebot die folgenden Grundsätze formuliert.

Das Angebot ist

- N**iederschwellig: Ein Telefonanruf oder eine Mail von Pflegenden genügt. Innert 48 Stunden erfolgt unsere Kontaktaufnahme.
- I**ndividuell: Die Beratung erfolgt vor Ort, gemeinsam mit den Interessierten des behandelnden Teams.
- C**reativ: Anhand der aktuellen Situation werden Handlungsmöglichkeiten und Interventionsmöglichkeiten gemeinsam erarbeitet. Theoretisches Hintergrundwissen wird gezielt, d.h. wo erwünscht und angemessen, eingebracht.
- E**ffektiv: Die Interventionen werden innert Wochenfrist bei einem kurzen Nachtermin evaluiert.

Fazit

Auch wenn hier der Eindruck entstehen könnte, es würden nur positive Erfahrungen aus dem Projekt erwähnt, so ist doch Tatsache, dass ausser ein paar wenigen Widerständen und Ängsten zu Beginn das ganze Projekt durchwegs einen äusserst positiven und erfreulichen Verlauf genommen hat.

Ermutigt durch die Erfahrungen in der Pilotphase, haben wir gemeinsam mit den Verantwortlichen beschlossen, die psychiatriespezifische Pflegeberatung als festes Angebot zur Qualitätssicherung im Bereich Medizin aufzunehmen und bei Bedarf den anderen Bereichen zur Verfügung zu stellen.

Über den Tod hinaus

Zum Spital gehören das Heilen, Gesunden, doch auch das Sterben. Ist der Tod eingetreten, beginnt die Zeit des Abschiednehmens – für die zurückbleibenden Angehörigen, Freunde und Bekannten ein wichtiger Teil der Trauer. Mit der Neugestaltung des Aufbahrungsraums, der sich in der Pathologie befindet, ist ein Ort des würdigen Abschieds von Verstorbenen entstanden. Ins Licht gerückt wird zudem Oscar Herrera. Er ist besorgt für die würdevolle Vorbereitung.

Von Gina Hillbert

In der Erinnerung an einen geliebten Menschen bleiben viele Bilder haften, Momentaufnahmen gemeinsamer Lebenslinien. Ist dieser Mensch gegangen, seine Hülle aber noch bei uns, kommt unweigerlich der Moment des endgültigen Abschieds. Orten des Abschieds kommt eine besondere Bedeutung zu. Wir nehmen sie als Bild

mit. Würdevoll soll die Umgebung sein und der Situation angemessen. Ein Ort der Ruhe.

Ein erstes Abschiednehmen der im Spital Verstorbenen geschieht meistens auf den Stationen, im Sterbezimmer. Wünschen die Angehörigen einen Abschied im Aufbahrungsraum, wird mit dem Präparator ein Termin vereinbart. Der/die Verstorbene wird von der Pflege mit der Todesbescheinigung in den Kühlraum gebracht. Mitarbeitende der Pathologie oder der Seelsorge begleiten die Angehörigen in den Aufbahrungsraum. Dort können Angehörige, Freunde und Bekannte, die erst später erscheinen, Abschied nehmen. Dieser spezielle Raum wurde vor wenigen Monaten renoviert und eingeweiht. Mitarbeitende des USB waren eingeladen, einen Augenschein zu nehmen und die Atmosphäre auf sich wirken zu lassen. Die Gestaltung des Raumes ist mit viel Bedacht gewählt worden. Es bleibt genügend Zeit, mit dem/der Verstorbenen alleine zu sein, bevor die Pathologie das Bestattungsinstitut organisiert. Die sorgfältige Ausstattung des Raumes will deutlich machen, dass in einem modernen Spital sehr wohl die Betreuung bis über das Sterben hinausgeht und das Spital auf die Angehörigen mit ihren Bedürfnissen in dieser schwierigen und sensiblen Situation eingeht.

Respekt für den Verstorbenen/die Verstorbene und das Bewahren der menschlichen Würde über den Tod hinaus ist oberstes Gebot. Das gilt auch für Oscar Herrera. Er arbeitet als Präparator in der Pathologie. Der lebenslustige, heitere und extrovertierte Mann aus Lateinamerika im «Reich der Toten»? Bilder, die im ersten Moment schwer zusammenzubringen sind. Man glaubt ihm auf den Punkt, wenn er sagt: «Ich lebe jeden Moment. Es spielt keine Rolle, wie das Wetter ist. Durch meine Arbeit ist das bewusste Leben noch stärker geworden.» Wie er mir erzählt, spielte sein Wesen auch eine entscheidende Rolle, als er sich für die Stelle als Präparator interessierte. Man attestierte ihm nach kurzer Zeit: «Du hast das, was wir brauchen.» Er habe sich schon immer für die Medizin interessiert. «Ich wollte mit meinen eigenen Augen sehen, wie ein Tumor aussieht. Und der einzige Ort, wo ich das kann, ist in der Pathologie.» Ein Medizinstudium sei aber nie in Frage gekommen. Dafür sei er einfach zu wenig diszipliniert beim Lernen gewesen.



Oscar Herrera ist zunächst für die administrativen Dinge zuständig. Er kontrolliert, ob alle Dokumente vorhanden sind und ob einer Obduktion zugestimmt wurde. Er nimmt sich der Effekten (z.B. Ehering, Uhr) des Verstorbenen an, um diese auf einer Liste einzutragen und für die Angehörigen zu verwahren. Zu seinen Aufgaben kommt das Reinigen, Wägen und Messen der Leiche. Die von ihm zusammengeführten Informationen gelangen dann an den Arzt. Kann die Obduktion erfolgen, assistiert er dabei. Das seien ihm inzwischen ganz vertraute Handlungen, doch jeder verstorbene Mensch, «den das Schicksal zu mir gebracht hat», ist für ihn etwas Besonderes. Er überlege sich immer, während er seine Arbeit erledige, mit wem er es zu tun habe. Er frage sich, was dieser Mensch im Leben war, welche Spuren er hinterlassen werde. Dabei habe er das Gefühl, dass man viel vom Gesicht ablesen könne, vor allem auch, wie der Mensch gestorben sei. Ob es ein leichter oder schwerer Tod war, schmerzhaft, unerwartet, friedlich ..., oder ob der Tod eine Erlösung war. Der Tod habe viele Gesichter. Die Begleitung der Verstorbenen, das Vorbereiten, alle praktischen Tätigkeiten geschehen auf eine sehr subtile, geradezu liebevolle Art und Weise. Oscar Herrera schildert sie mir, als seien sie eine heilige Handlung. Ich bekomme Gänsehaut, wenn er darüber spricht, wie er ganz zuletzt noch das Haar anordnet. Auf diesem Zeitungspapier lässt sich dies nicht beschreiben.

Die Kälte des Todes in der Berührung zu spüren, war für ihn ein besonderes Erlebnis und hat ihn zu Beginn seiner Tätigkeit geschreckt. «Dass der Tod so kalt sein kann...». Seine Schilderungen, seine Ausdrucksweise gehen unter die Haut. Er nehme den Tod als etwas Natürliches im Lebenszyklus an. Hört man ihm zu, kommt es einem geradezu vor, er gebe den Toten nochmals Wärme. «Der Körper soll schön sein für seine letzte Reise», betont er. «Es liegt in meiner Hand, dafür zu sorgen.» Und die Angehörigen werden ihm dafür dankbar sein, besonders wenn sie vor dem letzten Abschied im Aufbahrungsraum stehen.

Oscar Herrera erlebt viele ergreifende Momente der Trauer. Er begegnet Angehörigen, die weinen und Trost suchen. Dabei kommt ihm seine südländische Mentalität zugute, die natürlicher mit

Emotionen umgehen kann. Sie hilft ihm auch, diese schwierigen Situationen zu verkraften, denn «eine starke Psyche ist nötig». Spätestens jetzt verstehe ich auch, dass er sich «am richtigen Platz» fühlt. Als kontaktfreudiger Mensch signalisiert er: Ich bin für sie (die Angehörigen) da. Er unterstreicht: «Alle Menschen sind gleich. Alle brauchen irgendwann Kraft und Hilfe.» Und damit stehen wir schon wieder mitten im Leben.



**«Ich lebe jeden Moment.
Es spielt keine Rolle,
wie das Wetter ist.
Durch meine Arbeit ist
das bewusste Leben
noch stärker geworden.»**

 **Universitätsspital
Basel**



Für den Ernstfall bereit

Tsunami, Terroranschläge, Massenkarambolagen – Schreckensereignisse erinnern laufend daran, dass wir alle betroffen sein können. Verhindern können wir Schicksalsschläge nicht a priori, aber das USB kann seine Organisation, Abläufe, technischen Einrichtungen, das spezifische Know-how und weiteres mehr vorbereiten, um bei sog. ausserordentlichen Ereignissen professionell funktionieren zu können. Aus diesem Grund hat die Spitalleitung einen neuen Stab etabliert zur «Führung bei ausserordentlichen Ereignissen» (FaoE). Eine Übersicht über die Struktur und Aufgaben.

Von **Andreas Bitterlin**

Soeben, am 14.9.2005, fand das Kick-off-Meeting der neuen FaoE-Organisation statt, welche das alte «Konzept für Grosse Ereignisse und Katastrophen» des «Kantonsspitals Basel» ablöst und den neuen Strukturen des «Universitätsspitals» entspricht.

Das neue Führungsgremium ist nicht zuständig für betriebliche Abläufe und die Tätigkeiten im «Normalzustand», sondern ausschliesslich bei «unvorhersehbaren Ereignissen mit weitreichenden Auswirkungen auf Führung und Leistungserbringung des USB» (Zitat aus dem Führungshandbuch). Als Ziel wird im Handbuch definiert: «Mit dieser effizienten und zielgerichteten Krisenorganisation wird angestrebt, den Normalzustand so schnell wie möglich und unter grösstmöglicher

Schadensbegrenzung zu erreichen.» Sichergestellt werden muss hierbei auftragsgemäss eine transparente und schnelle Kommunikation gegen innen und aussen.

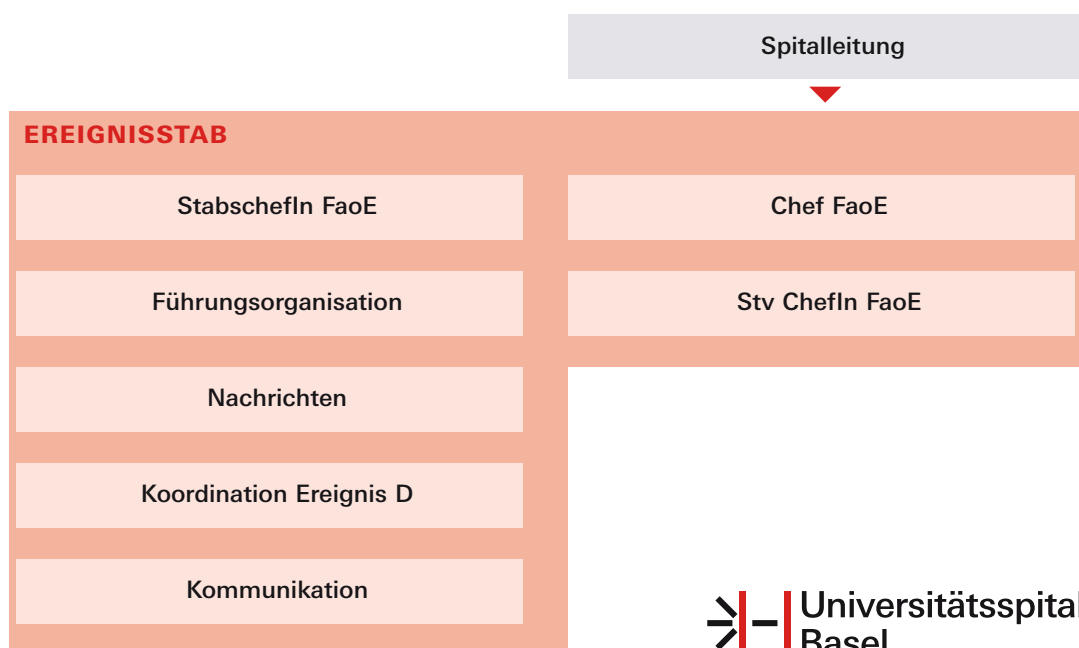
Aufbauorganisation

Die fixe Struktur des Ereignisstabes FaoE beinhaltet sechs Kernfunktionen: Chef FaoE, Stabschef sowie die Verantwortungsbereiche «Führungsorganisation», «Nachrichten», «Koordination Ereignisdienste» und «Kommunikation». Dieses Kernteam wird je nach Ereignis und Bedarf modular ergänzt durch USB-Fachleute und -Verantwortliche aus allen Bereichen und Ressorts, aber auch durch externe Institutionen wie etwa die vom Sicherheitsdepartement Basel-Stadt eingebundene erprobte, private Care-Organisation, welche für die professionelle Betreuung von Opfern und von deren Angehörigen zuständig ist. Selbstverständ-

lich ist das USB in das übergeordnete Gesamtdispositiv aller Einsatz- und Rettungsorganisationen eingebunden.

Die Einsatzzentrale ist im Untergeschoss der Hebelstrasse 36 domiziliert und ist mit der notwendigen technischen Infrastruktur (insbesondere Kommunikations- und Führungsmittel) ausgestattet. Die Alarmierung der Verantwortlichen des Führungsstabes und von jeweils zwei Stellvertretungen aller Funktionsträger ist definiert und technisch vorbereitet. Um Strukturen, Einrichtungen, Procedere und Kenntnisse auf die Praxis-tauglichkeit zu überprüfen, sind regelmässig Probealarme und extern konzipierte Übungen geplant. Aufgrund der Erkenntnisse sollen die Zweckmässigkeit und die Einsatz-tauglichkeit laufend aktualisiert und bei Bedarf verbessert werden – in der Hoffnung, dass sich all die Vorkehrungen nicht im dramatischen Ernstfall bewähren müssen.

«... fachlich und hierarchisch gut verankert»



dreinullfünf: Wieso ist nicht die etablierte Spitalleitung mit der Direktorin an der Spitze für die operative Führung bei ausserordentlichen Ereignissen (FaoE) zuständig (siehe obenstehender Artikel), sondern der neu konzipierte Ereignisstab FaoE?

Interview **Andreas Bitterlin**

Werner Kübler, Chef Ereignisstab FaoE: Die Mehrheit der ausserordentlichen Ereignisse hat nicht so grosse Auswirkungen, dass die ganze Spitalleitung sich operativ damit befassen muss. Je nach Art des Ereignisses sind im USB gerade auch Funktionen entscheidend betroffen, die in der Spitalleitung nicht direkt vertreten sind. Deshalb ist die Spitalleitung vom bisherigen System «Aufgebot der ganzen Spitalleitung oder gar nichts» weggekommen. Der Ereignisstab FaoE ist von der Spitalleitung beauftragt, bei einem Ereignis als erstes die Situation umfassend zu beurteilen und dann alle nötigen Massnahmen einzuleiten, um den Normalbetrieb des USB raschmöglichst wiederherzustellen. Erfahrungsgemäss kann oft mit wenigen Massnahmen und geschulten Personen die Situation bereinigt werden, so dass die Spitalleitung nicht in Aktion treten muss.



Werner Kübler (links), Chef Ereignisstab FaoE, im Interview.

Der Ereignisstab steht in dauerndem Kontakt mit der Direktorin und der Spitalleitung. Er wird die Spitalleitung keinesfalls übersteuern, sondern handelt in ihrem Auftrag. Insbesondere für die Kommunikation gegenüber der Öffentlichkeit ist auch und gerade im Ereignisfall die Direktorin zuständig. Notwendige schwer wiegende Massnahmen wird der Ereignisstab, wenn irgendwie möglich, vorab mit der Spitalleitung abstimmen.

Nach welchen Kriterien wurden die Funktionen und Mitglieder des Ereignisstabs FaoE definiert?

Im Ereignisstab sind die Funktionen zusammengefasst, welche für die ersten Schritte zur Bewältigung von kritischen Situationen bedeutsam sind. Dazu gehören die Leitung der Sicherheitsdienste des USB, die Leitung der Notfallstation und die Kommunikationsverantwortlichen. Weiter verfügt der Stab über einen Stabschef und einen Nachrichtenverantwortlichen zur Sicherstellung seiner eigenen Führungsfähigkeit. Personell wurde darauf geachtet, einerseits die Verantwortlichen dieser Fachfunktionen und andererseits Spitalleitungsmitglieder einzubinden. Dadurch ist der Ereignisstab fachlich und hierarchisch im USB gut verankert. Je nach Art des Ereignisses wird der Stab bedarfsgerecht modular zum «Erweiterten Ereignisstab» ausgebaut, so dass alle zur Bewältigung der spezifischen Situation nötigen Linien- und Fachfunktionen vertreten sind.

Wissen die Mitarbeitenden des USB, wie sie sich zu verhalten haben und wer wofür verantwortlich ist, wenn der Ereignisstab FaoE bei einem ausserordentlichen Ereignis in Funktion tritt?

Die Standards und Verhaltensregeln in der Notfallstation, in den Kliniken und im Betrieb ändern sich nicht. Auch bei einem internen Ereignis wie einem Brand im USB bleiben die geregelten Standards unverändert. Die Linienverantwortungen ändern sich ebenfalls nicht. Wenn zusätzliche Massnahmen zu treffen sind, werden diese vom Ereignisstab über die Führungsverantwortlichen kommuniziert. Die gewählte Organisation ersetzt also die eingespielten und bewährten Funktionen und Standards nicht, sondern ergänzt sie lediglich durch ein Führungsorgan zur Krisenbewältigung auf Stufe USB.

Nennen Sie bitte einige konkrete potenzielle Ereignisse, welche die Aktivierung des Ereignisstabs FaoE notwendig machen würden.

Jedes Ereignis in der Region mit einem grösseren Patientenanstieg für das USB gehört zu den wahrscheinlichen Szenarien. Sobald sich abzeichnet, dass die Notfallstation den Patientenanstieg nicht ohne grössere Eingriffe in den normalen Betrieb des USB bewältigen kann, wird der Chefarzt oder diensthabende Oberarzt der Notfallstation den Ereignisstab alarmieren, wenn dies nicht bereits durch die Rettungsdienste geschehen ist. Auch bei

USB-internen Schadensfällen wie einem Brand, einem grösseren Unfall mit giftigen oder radioaktiven Substanzen, einem längeren Stromausfall oder einem grösseren Ausfall von Informationssystemen wird der Ereignisstab als erstes Führungselement die Situation beurteilen und erste Massnahmen einleiten.

Weitere denkbare Szenarien sind beispielsweise ein Verdacht auf Bioterror (wie die berüchtigten Briefe mit unbekanntem Pulver) oder auch der Ausbruch einer Grippe-Pandemie.

Wer entscheidet, dass der Ereignisstab FaoE die Verantwortung für die Bewältigung eines a.o. Ereignisses bzw. einer Krise übernimmt? Wer löst die entsprechende Alarmierung aus?

Die Alarmierung kann durch die Leitung der Notfallstation, durch unsere USB-Sicherheitsdienste oder durch die kantonalen Organe ausgelöst werden. Ausserdem ist jedes Spitalleitungsmitglied zur Alarmierung befugt. Technisch erfolgt die Alarmierung immer über die Alarmzentrale des USB an der Hebelstrasse 34. Mit Auslösung des Alarms übernimmt der Ereignisstab FaoE automatisch die Verantwortung für die Bewältigung des ausserordentlichen Ereignisses und für die rechtzeitige Information der Spitalleitung sowie aller Betroffenen.

Wenn Schweigen Pflicht ist

Als Mitarbeitende eines Spitals unterstehen wir der Schweigepflicht. Das ist bekannt. Aber wo beginnt die Pflicht des Schweigens und wo hört sie auf? Die Datenschutzbeauftragte im USB, Stephanie Donati, kennt als Juristin die Rechtslage und ist Ansprechperson für alle Fragen rund um den Datenschutz.

Info

Seit August 2002 gibt es im USB eine von der Spitalleitung eingesetzte Datenschutzgruppe, welche sich in regelmässigen Abständen trifft. Aufgabe und Funktion dieser Datenschutzgruppe ist es, datenschutzrelevante Fragestellungen und Anliegen aus ihrem betrieblichen Alltag und ihrem Tätigkeitsfeld, welche für das ganze Spital von Interesse sind, zu diskutieren. Personell setzt sie sich zusammen aus Stephanie Donati (Rechtsdienst), Prof. Anita Riecher-Rössler (PUP), Stefanie Paulke (NFS), Jose Brandao (Informatik), Karl Krüsi (Zentralarchiv), Ulrike Schmitz (Zentrales Patientenwesen) sowie Paula Vicentini (Patientenwesen/Operative Medizin).

Gleichzeitig steht Ihnen Stephanie Donati als Datenschutzbeauftragte beratend und unterstützend bei allen datenschutzrelevanten Fragen, die in Ihrem Arbeitsalltag auftauchen, zur Seite. Sie erreichen sie unter 5 26 15, donatis@uhbs.ch. Ebenso überprüft sie Verträge und Projekte auf ihre datenschutzrechtliche Relevanz.

Von **Stephanie Donati**

Persönliche Daten = heikle Daten

Die modernen Technologien eröffnen immer schnellere und effizientere Möglichkeiten des Informationsaustauschs, der Informationsverarbeitung sowie der Aufbewahrung von Daten. Ein Spitalaufenthalt bringt es zwangsläufig mit sich, dass über den Patienten unzählige persönliche und medizinische Daten erhoben werden müssen, welche schliesslich Eingang in die Krankengeschichte finden. Bei diesen Informationen handelt es sich unbestrittenermassen um heikle Daten, welche es besonders zu schützen gilt. Der Patient hat Anspruch auf Achtung seines Privat- und Familienlebens. Er hat auch Anspruch auf Schutz vor Missbrauch seiner persönlichen Daten. Dieses Grundrecht ist in der Schweizerischen Bundesverfassung festgehalten.

Immer mehr Personen kommen ans Krankenbett des Patienten, um Informationen über den Gesundheitszustand oder über dessen Prognosen zu erfahren. Für die Spitalangestellten stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, welche Informationen an wen übermittelt werden dürfen, ohne dass es zu einer Verletzung der Schweigepflicht kommt.

Die ärztliche Schweigepflicht gehört unabdingbar zum Behandlungsverhältnis: Ohne Geheimnisschutz gibt es kein Vertrauensverhältnis. Der Patient allein kann bestimmen, ob, in welchem Umfang und wem gegenüber der Arzt die Geheimnisse offenbaren darf. Die ärztliche Schweigepflicht umfasst alle medizinischen Daten eines Patienten (Befund, Diagnose und Behandlung), von denen Spitalangestellte in Ausübung ihrer Berufstätigkeit erfahren. Verboten ist die Offenbarung dieses Arztgeheimnisses. Wer unter Schweigepflicht steht, darf weder mündlich noch schriftlich derartige Informationen Dritten weitergeben.

Die Schweigepflicht gilt vollumfänglich auch unter Berufskollegen. Die Annahme, es sei keine Schweigepflichtverletzung, wenn man sich unter Berufskollegen über einen Patienten unterhält, ist falsch. Eine Schweigepflichtverletzung liegt selbstverständlich dann nicht vor, wenn es um die Übermittlung von Patientendaten unter Berufskollegen geht und dies für die medizinische Behandlung notwendig ist.



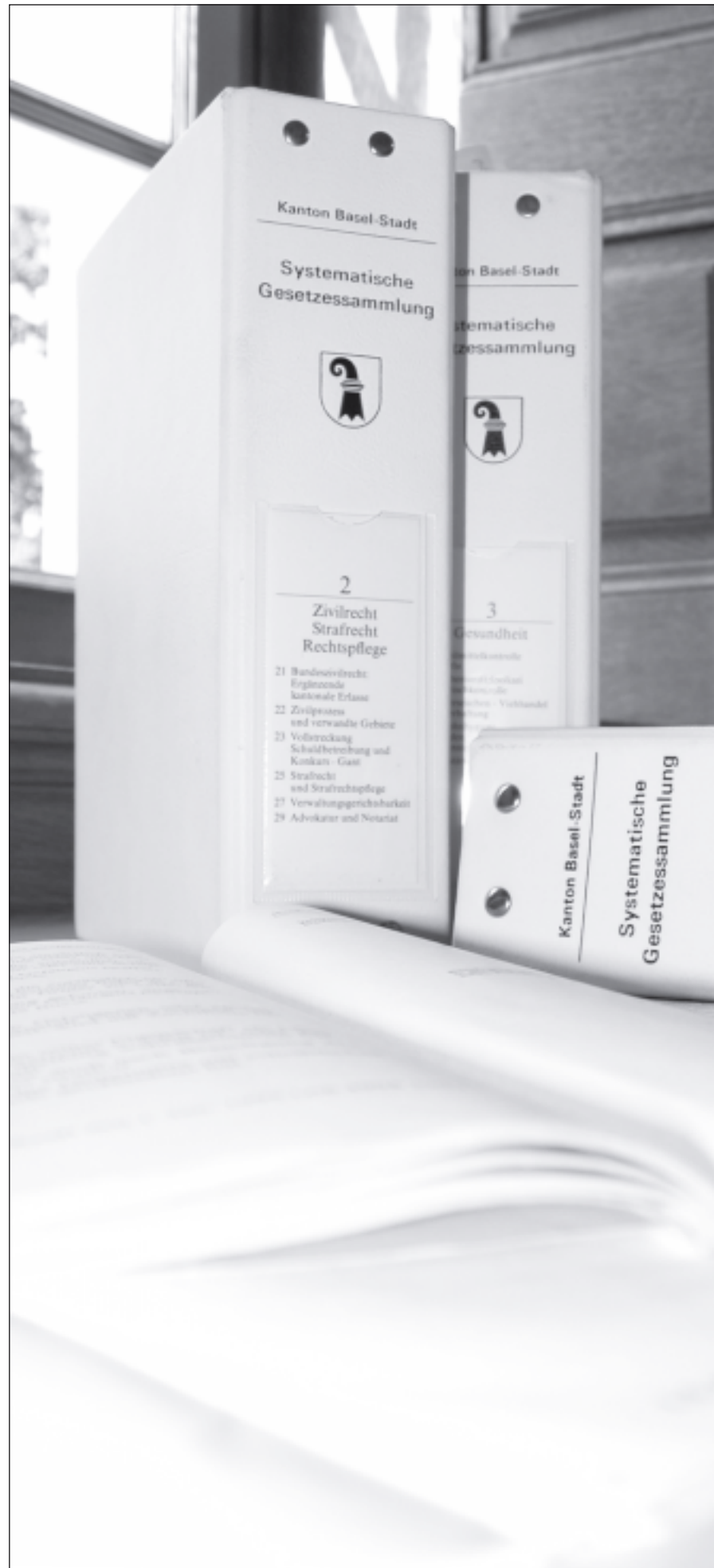
Die ärztliche Schweigepflicht steht unter dem strafrechtlichen Schutz von Art. 321 des Schweizerischen Strafgesetzbuches. Das Strafgesetzbuch schützt die Patienten vor Indiskretionen. Strafbar sind jene Personen, «die ein Geheimnis offenbaren, das ihnen infolge ihres Berufes anvertraut worden ist oder das sie in dessen Ausübung wahrgenommen haben». Art. 321 StGB zählt verschiedene Personen aus dem Medizinalbereich auf, welche der Schweigepflicht unterstehen, so sind dies unter anderem wörtlich, «Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Hebammen sowie ihre Hilfspersonen».

Als Hilfspersonen gelten diejenigen Personen, die mit der Pflege der Patienten betraut sind oder diese unmittelbar unterstützen (Pfleger, Laboranten, aber auch administratives Personal). Personen, die nicht unter diese Bestimmungen fallen, werden im öffentlichen Spital durch das Amtsgeheimnis erfasst.

Die Schweigepflicht darf missachtet werden, wenn dies der Patient erlaubt. Die Einwilligung des Patienten spielt im Alltag eine ganz zentrale Rolle. Aber auch ohne oder gegen den Willen des Patienten kann eine Verletzung der Schweigepflicht ebenfalls gerechtfertigt sein. So kann das Gesundheitsdepartement im Einzelfall von der Schweigepflicht entbinden (z.B. Anzeige bei sexueller Gewalt oder Misshandlungen). Zudem gibt es etliche Gesetze, die es den betroffenen Mitarbeitenden erlauben, Auskünfte zu erteilen oder Daten weiterzugeben (Spitalgesetz, KVG, Epidemiengesetz).

Auf den Punkt gebracht

Die Patienten haben nicht nur ein Recht, sondern auch das legitime Interesse daran, dass Daten geheim gehalten werden. Dafür hat jeder Einzelne zu sorgen. Das Spital seinerseits hat als Betrieb ein grosses Interesse an der Einhaltung der Schweigepflicht und am sorgsamem Umgang mit Daten, denn Diskretion gehört auch zur Qualität einer Behandlung.



Pionierhaft

Interdisziplinäre Akademie für Versicherungsmedizin eingeweiht

Mit einem interdisziplinär und international ausgerichteten Fachsymposium am 7. September wurde «asim», Academy of Swiss Insurance Medicine, als neues universitäres Dienstleistungs- und Kompetenzzentrum am Universitätsspital Basel offiziell eröffnet.

Die Versicherungsmedizin ist in der Schweiz bis anhin in der medizinischen Lehre und Forschung praktisch nicht abgedeckt. Anders in angelsächsischen Ländern und mit neueren Bestrebungen auch im EU-Raum. In Kontrast zu diesem Manko steht eine immense Nachfrage der Sozial- und Privatversicherungen zum Beispiel nach gutachterlich gut ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten und medizinisch gesicherten Grundlagen zur Beurteilung und Ausgestaltung von Versicherungslösungen.

will den akademischen Nachwuchs im Fachgebiet Versicherungsmedizin sicherstellen und zur Qualitätssicherung und zum effektiveren Mitteleinsatz im Gesundheits- und Versicherungswesen beitragen. Ziel ist, innerhalb der medizinischen Fakultät per 2008 ein Extraordinariat für Versicherungsmedizin zu errichten. Die Akademie strebt nationale und internationale sowie fachlich interdisziplinäre Vernetzung an.

Von Yvonne Bollag

Nebst dem Universitätsspital Basel wird die Akademie gefördert durch Projektaufträge des Bundes, Stiftungsbeiträge und das Engagement von Sozial- und Privatversicherungen.

Mit der Errichtung einer Akademie für Versicherungsmedizin setzt das Universitätsspital Basel hier einen neuen Schwerpunkt. Die Akademie erstellt jährlich rund 500 polydisziplinäre medizinische Gutachten für Privat- und Sozialversicherungen. Sie entwickelt Weiterbildungen für Assistierende und lanciert Forschungsprojekte u.a. zum Themenkreis Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, versicherungsrelevante Risikobeurteilungen. Sie

Das Eröffnungssymposium mit interdisziplinären Fach- und Diskussionsbeiträgen von Historikern, Soziologen, medizinischen Fachpersonen, Betriebsärzten und -ärztinnen sowie Juristinnen und Juristen aus der Schweiz, aus Deutschland, England und den USA zeigte eindrücklich die Spannweite und Aktualität der Themen der Versicherungsmedizin.

Basel erhält Akademie für Versicherungsmedizin

Mit besserer Ausbildung soll das Defizit bei medizinischen Gutachten behoben werden

MARTIN HICKLIN

Basel will etwas für die Professionalisierung des ärztlichen Gutachtenwesens tun. Gestern wurde der Startschuss für eine «Akademie der Versicherungsmedizin» gegeben.

Das Thema brennt. Das zeigte sich gestern. Randvoll war der Grosse Hörsaal im Zentrum für Lehre und Forschung. 450 waren gekommen, um zur «Herausforderung Versicherungsmedizin» etwas zu hören. Es war der Eröffnungsakt für eine Neugründung am Basler Universitätsspital, die für die Schweiz einzigartig ist und sich im europäischen Vergleich sehen lassen kann: Die «Asim – Academy of Swiss Insurance Medicine». In den letzten zwei Jahren vom zwar emeritierten, aber umso tatkräftigeren Prof. Niklaus Gyr, als ärztlichem Leiter und der Asim-Geschäftsführerin Yvonne Bollag mit vielen Partnern vorbereitet, ist das neue Kompetenzzentrum auf guten Wegen. Es soll im Schosse des Basler Universitätsspitals und der Medizinischen Fakultät einen Zweig der Medizin auf akademisches Niveau heben, der bisher eher Stiefkind blieb – die

«wissenschaftliche Grundlagen für originelle Entscheidungen» (Gyr) gelegt werden. Bereits heute werden am Unispital von rund 20 Personen (Stellen) 400 Gutachten erstellt. In drei Jahren werden mindestens 500 Gutachten erstellt. Die Kosten von netto 70 Millionen Franken werden zu Drittel von Sozialversicherungen, Privatversicherungen und Privatpersonen (etwa der Freiwilligen Akademischen Gesellschaft) kommen, die Gyr betont – die Unkosten gedeckt bleibt. Denn die an die Akademie ist – ein «effizienterer Einsatz der im Gesundheits- und Versicherungswesen» ausgedrückt, das bessere Ausbildung auch Ausgaben bezahlt macht.

BASLER INNOVATION. An der neuen Akademie sind Vertreter der Privatversicherer, der Krankenkassen gekommen. Bruno Soltermann, Chefarzt der zentralen Versicherungs-

Kurz zuvor hatte im Hörsaal der Betriebsarzt Erich Knülle aus den Fordwerken in Köln vom «Disability Management» gesprochen. Dem Unispital mit

haben sich gar verdoppelt. Ford versucht «leistungsgeminderten» Mitarbeitenden leichtere Arbeitsplätze anzubieten und deren Selbstwertgefühl zu heben. 500 Mit-

Neue Akademie am Unispital

NOVITÄT / Die erste Schweizer Akademie für Versicherungsmedizin ist am Unispital Basel gegründet worden. Die Institution ist in Lehre und Forschung tätig.

VON ESTHER JUNDT

BASEL. Das Universitätsspital Basel und die Medizinische Fakultät haben gestern mit einem Symposium die erste schweizerische Akademie für Versicherungsmedizin eröffnet. Neben der Ausbildung des medizinischen Nachwuchses werden auch Weiterbildungskurse angeboten sowie Forschungsprojekte durchgeführt. In der neuen interdisziplinären Institution werden jährlich rund 500 medizinische Gutachten für Privat- und Sozialversicherungen sowie Gerichte erstellt. Die Akademie nennt sich übrigens Academy of Swiss Insurance Medicine (asim). Sie strebt nach eigenen Angaben eine nationale und in-

te und der hohen Ausgaben wegen Arbeitsunfähigkeit sei das Fachgebiet Versicherungsmedizin vernachlässigt worden. Auf universitärem Niveau sei die Versicherungsmedizin nicht akademisch verankert. Es bestehe lediglich ein Fähigkeitsausweis für Vertrauensärzte.

Lehrstuhl für Versicherungsmedizin

Die Akademie werde deshalb neben der Ausbildung von Ärzten im Fachgebiet Versicherungsmedizin auch Weiterbildungskurse anbieten. Zudem werden Forschungsprojekte zum Thema Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und Risikobeurteilungen lanciert. Laut Gyr soll bis 2008 eine kli-

und Forschung in den Anfangsjahren bis zu 450'000 Franken ausgeben. Um unabhängig zu sein, wird eine Finanzierung durch mehrere Träger angestrebt.

Ein direktes Interesse an gut ausgebildeten Versicherungsmedizinern haben die Suva und der Verband der Privatversicherungen (SVV). Gemäss Bruno Soltermann vom SVV kann heute bis zur Fertigstellung eines Gutachten ein Jahr verstreichen. Dies sei zu lange, weil in dieser Zeit viele Patienten bereits als invalid gelten. Ein Gutachten sollte in zwei bis drei Monaten erstellt sein. Die Ausbildung in Versicherungsmedizin sei für die ganze Ärzteschaft dringend nötig.

Für Beat Ochsner von der ÖKK ist

Die neue Akademie im Spiegel der Presse (BaZ und Basellandschaftliche Zeitung).

VPOD-Gruppe USB

Wie weiter mit den Rückzahlungsforderungen von Unterhaltszulagen des Kantons an die Grenzgänger/-innen?

- VPOD/SBK führen zusammen mit Rechtsanwalt Dr. Peter Bohny, Basel, den Sammelrekurs anhand von Musterfällen (Fälle einzelner Mitarbeitender, die als Muster für alle anderen vor Gericht behandelt werden).
- Das am 24. Mai 2005 veröffentlichte Urteil war für uns erfreulich. Das Gericht hat die Rechtmässigkeit der Rückforderung verneint.
- Jetzt bestreitet aber der Zentrale Personaldienst (ZPD), dass unser Musterfall für alle Grenzgänger/-innen gilt. In einem Informationsschreiben des ZPD an die Mitarbeitenden heisst es: «Das Urteil des Verwaltungsgerichts betrifft nur diejenigen Grenzgänger/innen, bei welchen nur ein Elternteil erwerbstätig ist und als Mitarbeiter/in beim Arbeitgeber Basel-Stadt angestellt ist.» In den anderen Fällen besteht der ZPD auf den Rückforderungen. Zusätzlich überlegt sich der ZPD, für den Zeitraum 1999 bis 2002 eine weitere Rückforderung zu stellen, sogar in den vom Gericht bereits zu unseren Gunsten entschiedenen Fällen! Wir müssen also weiterkämpfen.

- Es könnte also auch weitere Versuche geben, Geld aus Unterhaltszulagen zurückzufordern oder gar nicht erst auszuzahlen. Der Kanton muss in beiden Fällen eine Verfügung machen. Auch eine Lohnabrechnung, auf der bereits ein Abzug gemacht wird, gilt als Verfügung. Ebenso ist es möglich, dass Ihnen von Ihrem Arbeitgeber eine Rückzahlungsvereinbarung zur Unterschrift vorgelegt wird.
- Sind Sie als Grenzgänger/in von dieser Situation betroffen, raten wir Ihnen, sich raschmöglichst über Ihre rechtlichen Möglichkeiten zu informieren.

Sind Sie bereits Mitglied eines Personalverbandes? Dann nehmen Sie gleich Kontakt mit der verantwortlichen Person beim Verband auf und bitten Sie sie um Unterstützung. Neben dem VPOD hat der Schweizerische Verband der Pflegefachfrauen und -männer (SBK) bereits zugesagt, seinen Mitgliedern in dieser Angelegenheit Rechtsschutz zu geben.

Wenn Sie bei keinem Verband sind, können Sie für eine Erstberatung gerne in die Sprechstunde kommen.

VPOD-Sprechstundentermine im USB

Klingelbergstrasse 23, 2. Stock, Büro 217, jeweils am Donnerstag von 15.00 bis 17.30 Uhr

Oktober: 20.

November: 3./17. mit Mitgliederversammlung ab 17.00 Uhr

Dezember: 1./15. mit Weihnachtsapéro

Telefonische Voranmeldungen sind möglich – aber nicht nötig!

VPOD-Sekretariat:

Susanne Nese, Tel. 061 685 98 98

Redaktionelle Verantwortung

Die Personalverbände können in der USB-Hauszeitung ihre Mitteilungen und Anliegen publizieren. Die Redaktion übernimmt für den Inhalt dieser Rubrik keine redaktionelle Verantwortung.

Schon gehört? Schon gesehen?

Preis. Der USB-Chirurg Dr. Igor Langer ist für Verbesserungen der Brustkrebsbehandlung mit dem mit 10 000 Franken dotierten Preis der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie 2005 ausgezeichnet worden. Forschungsthema war der Qualitätsnachweis der gezielten Lymphknotenentfernung im Vergleich zur ausgedehnten Lymphknotenentfernung.

Wahl. Erstmals haben die Studierenden der Medizinischen Fakultät der Universität Basel die «Dozierenden des Jahres» gewählt. Die Wahl fiel u.a. auch auf Prof. Andreas Bircher, Leiter der Allergologischen Poliklinik, und auf Prof. Jürg Steiger, Leiter der Transplantationsimmunologie und Nephrologie.

FaGe. Neuer Gesundheitsberuf «Fachangestellte/r Gesundheit». Am 1. August haben vier Lernende ihre 3-jährige Berufslehre im USB begonnen. Parallel zur betrieblichen Ausbildung besuchen sie den Unterricht an der Berufsfachschule für Gesundheit. Informationen und erste Eindrücke über den Start erscheinen in einer späteren Ausgabe.

Durchschnittsnote 5,5. Conny Doppler, ehemalige USB-Lehrtochter, hat bei der KV-Lehrabschlussprüfung mit Berufsmatur BMS I den sensationellen 2. Rang belegt. Sie wird dem USB treu bleiben und in der Hauptbuchhaltung arbeiten. Berufsbegleitend nimmt sie demnächst das Studium der Betriebsökonomie an der FHBB auf.

Akkreditierung I. Das Stammzelltransplantationsteam im USB hat die Akkreditierung nach JACIE (einer Vereinigung europäischer Transplantationszentren) auf höchstem Level geschafft. Damit sind auch die Anforderungen des Schweizer Transplantationsgesetzes erfüllt.

Die Akkreditierung ist bis im August 2008 gültig und betrifft alle Standorte im Stammzelltransplantationsprozess.

Akkreditierung II. Akkreditiert als Prüfstelle STS 442 für Andrologie, Reproduktionsbiologie und reproduktionsmedizinische Ultraschall-diagnostik ist neu auch die Abteilung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin im USB.

Auszeichnung Hotellerie. Die Abteilung Hotellerie hat am 7.7.2005 anlässlich einer von der SAQ-QUALICON AG durchgeführten Validierung die 1. Stufe «Verpflichtung zu Excellence» erreicht gemäss dem Europäischen Anerkennungsprogramm der EFQM.

Auszeichnung Frauenklinik. Prof. Wolfgang Holzgreve, Leiter Frauenklinik (rechts im Bild), erhielt von der International Academy of Perinatal Medicine die Francis-Crick-Medaille in einer feierlichen Veranstaltung der Royal Academy of Medicine in Barcelona.



«Gesundheit und Gelassenheit sollen deine Begleiterinnen sein»

Josef Borer

Ende Juni 2005 trat Josef Borer nach über 35-jähriger Tätigkeit im Universitätsspital Basel in den Ruhestand. Nach seiner Lehre als Schreiner nahm er 1969 im damaligen Bürgerspital die Stelle als Magazinmitarbeiter an. In diesen Jahren erlebte er eine abwechslungsreiche Zeit, welche von ständigen Anpassungen und Modernisierungen der Lagerbetriebe gekennzeichnet war. Josef Borer hat in all diesen Jahren im Team viel geleistet. Dafür möchte ich im Namen aller herzlich danken und ihm für die Zukunft alles Gute wünschen.

Patrick Gasser

Vreni Bütschli

Liebe Vreni

Am 1. August 2005 hat für dich ein neuer Lebensabschnitt angefangen und für uns endete eine Ära, die am 1. Januar 1980 ihren Anfang genommen hatte. Damals wurdest du als Badegehilfin beim Chefarzt der physikalischen Therapie, Dr. E. Hug, mit einem 50%-Pensum eingestellt – zu der Zeit, als es noch getrennte Frauen- und Männerabteilungen gab. Du warst damals gemeinsam mit Louis Pulver zuständig für die Infrastruktur des Gymnastikbades und Hilfestellungen für die Therapeuten/-innen. Drei Jahre später konntest du dein Arbeitspensum kontinuierlich aufstocken. Aber auch mit den Aufgaben und Verantwortungen ging es stets aufwärts. Im Laufe der Zeit verringerten sich die Aufwendungen im Gymnastikbad, und die Frage tauchte auf, was nun mit dir geschehe. Da gleichzeitig die Stelle einer Anmeldesekretärin frei wurde, kam aufgrund deiner Qualitäten sehr schnell die Idee auf, dich mit den Aufgaben der Anmeldung zu beauftragen. Zuerst konntest du es dir nicht vorstellen, für diese Tätigkeit die richtige Person zu sein. Durch interne und externe Kurse sowie verschiedene Weiterbildungen hast du dir jedoch im Laufe der Zeit das nötige Fachwissen erarbeitet; so ist aus der «Ins-kalte-Wasser-Geworfenen» eine perfekte Schwimmerin geworden.

In all den Jahren erlebtest du mehrere Umzüge mit; wenn ich mich nicht irre, waren es vier an der Zahl. Neue Organisationen und Abläufe mussten danach jeweils erarbeitet werden, die du aufgrund deines Wissens und deiner Flexibilität stets bravourös gemeistert hast.

Gab es irgendein administratives Problem, kam schnell die Lösung: «Frag Vreni!» Stets konntest du uns weiterhelfen. Für die Patientinnen/Patienten und auch für uns hattest du stets ein offenes Ohr. Mit deiner freundlichen Art und Zuverlässigkeit warst du für uns die beste «Visitenkarte», die wir uns wünschen konnten.

Am 31. Juli bist du also in deine wohlverdiente «Freiheit» entlassen worden. Du hast wieder mehr Zeit für dich, deine Familie und Freunde; dein Ehemann und deine Kinder werden sich darüber freuen. Auch wirst du dich mehr einem deiner Hobbys widmen können, dem Wandern in Österreich oder im Südtirol. Wir gönnen es dir von Herzen und wünschen dir alles Gute und vor allem Gesundheit, damit deine künftigen Pläne und Wünsche in Erfüllung gehen.

Jacques Hochstrasser

Dr. Horst W. Nemeč

Mit seinem Charme sowie seinem freundlichen und kommunikativen Wesen konnte Horst Nemeč seine Wiener Herkunft nie verleugnen. Er kam nach seinem Physikstudium in Wien und Innsbruck sowie seiner Dissertation in Freiburg i.Br. im Jahre 1973 ans Kantonsspital Basel in die damalige Abteilung für Radiologische Physik. Als einer der ersten erhielt er die deutsche Fachanerkennung für medizinische Physik, später dann auch noch die schweizerische und österreichische.

Wechselnde Schwerpunkte der Tätigkeiten von Horst Nemeč waren: Nuklearmedizin, Ultraschall, Strahlenschutz, Röntgentherapie, Brachytherapie, Thermolumineszenzdosimetrie, neben den physikalischen Routineaufgaben in allen drei radiologischen Disziplinen. Seine erste Herausforderung am Kantonsspital Basel war die Inbetriebnahme des ersten Linearbeschleunigers im Jahre 1975. Am ersten Computer-Tomographen in Basel und zugleich auf dem europäischen Kontinent führte Horst Nemeč vielbeachtete Messungen der Dosisverteilungen im Schädel durch, in Ermangelung eines geeigneten Phantoms an einer Wassermelone. Im Jahre 1990 wollte Horst Nemeč die medizinische Physik verlassen. Er absolvierte in der Folge ein berufsbegleitendes Nachdiplomstudium in Umweltlehre an der Universität Zürich. Daneben war er für das BAG tätig und führte teilweise erstmalige Messungen und Kontrollen an den meisten Röntgentherapieanlagen in der ganzen Schweiz durch. Im Jahre 1993 kehrte er dann doch wieder an seinen vorherigen Wirkungsort zurück und blieb dem Kantons- bzw. Universitätsspital Basel treu bis zu seiner vorzeitigen Pensionierung Ende September 2005.

Aus der beruflichen Tätigkeit von Horst Nemeč entstanden im Laufe der Jahre über 140 wissenschaftliche Publikationen und 160 Fachvorträge. Ein beliebtes Betätigungsfeld war für ihn die Lehre, so z.B. über 25 Jahre an der MTRA-Schule Basel, im Studentenunterricht oder an 25 Strahlenschutzkursen für Ärzte, sowie die Anleitung und Betreu-

ung von zahlreichen Dissertanten, Diplomanden und Hospitanten. Seine Hauptbeschäftigungen waren jedoch vor allem Messungen an Bestrahlungsgeräten, insbesondere die Dosimetrie. Er betätigte sich in zahlreichen Arbeitsgruppen an der Ausarbeitung von Verordnungen, Weisungen, Empfehlungen und Anleitungen mit wachem Blick auf die praktischen Anwendungen. Während seiner Vorstandstätigkeit in der Schweizerischen Gesellschaft für Strahlenbiologie und Medizinische Physik betreute er über mehrere Jahre das Bulletin der Gesellschaft.

Vielleicht beschäftigt sich Horst Nemeč nach seiner Pensionierung wieder vermehrt mit einigen seiner zahlreichen Hobbys wie Theater spielen, Gesang, Meditation, Wandern usw. Seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wünschen Horst einen neuen glücklichen Lebensabschnitt ohne Physik, aber weiterhin mit interessanten Tätigkeiten und Begegnungen.

Prof. Jakob Roth

Ida Pfleger

Liebe Ida

15 Jahre hast du das Universitätsspital unterstützt und dich dann Ende Juni verabschiedet.

Begonnen hattest du deine Tätigkeit auf der Gynäkologie, wo deine ruhige und fröhliche, einfühlsame und doch humorvolle Wesensart die Patientinnen unterstützt und das berufliche Umfeld aufgelockert hat. Nach fast dreizehn Jahren, im Rahmen der Weiterentwicklung des USB, gab es deine Stelle auf der Gynäkologie nicht mehr.

Doch, wie du mir versichert hattest, war es zwar schwierig, sich anderswo vorzustellen, aber mit deiner Gelassenheit hast du zuversichtlich vorwärts geschaut.

Nach anfänglichen Bedenken hast du dich nicht nur gut in die Arbeit, sondern auch ins Team eingelebt.

Nun, in guter Gesundheit und Frische, hast du so deinen Geburtstag, den Anlass zur Pensionierung, feiern können.

Wir freuen uns, dich in unserem Team gehabt und kennen gelernt zu haben. Nun steht dir die Möglichkeit, deine geliebte Karibiksonne zu geniessen, noch viel öfter und nach Belieben offen.

Wir wünschen dir ganz herzlich alles Gute.

Gesundheit und Gelassenheit sollen deine Begleiterinnen sein.

Doris Fankhauser und Team

Margrit Schärer

Liebe Margrit

Wie schnell doch plötzlich die Zeit vergangen ist. Es ist schon wieder drei Monate her, seit du dich nach 34 eindrücklichen Jahren im Operationssaal des USB zum Kreis der Pensionierten zählen darfst. Die Ausbildung zur Krankenschwester AKP absolviertest du in der Zeit von 1965 bis 1968 im Lindenhof Bern. Die Arbeit auf den Aussenstationen des Lindenhof-Spitals und vor allem das Pflichtjahr in deiner Heimatgemeinde Horgen sind dir stets in Erinnerung geblieben.

1969 begannst du im Operationssaal des damaligen Bürgerspitals Basel die Weiterbildung zur Instrumentierschwester. Als Absolventin des ersten theoretischen Kurses für OP-Schwester hier in Basel hattest du als Pionierin und Mitgestalterin an der wichtigen Entwicklung unseres Berufes wesentlich Anteil. 1972 zog es dich dann vom Rhein an die Limmat – oder war es der Zürichsee?, wo du bis 1974 im Operationssaal des Zürcher Kantonsspitals tätig warst.

Am 16. September 1974 bist du nach Basel an das Kantonsspital zurückgerufen worden, um den 5. theoretischen Kurs der OPS-Weiterbildung mit zu organisieren. Seit dem 6. OP-Theoriekurs bis hin zum 33. Kurs im Jahre 2003 hast du mit unermüdlichem Engagement und viel Idealismus alleinverantwortlich die Theoriekurse und die praktische Begleitung der Weiterzubildenden organisiert und betreut. 141 (!) Mitarbeitende des USB haben sich unter deiner Leitung zu Operationspflegefachfrauen und -männern ausbilden lassen. 381 (!) Personen aus der ganzen Schweiz haben die von dir organisierten und begleiteten Theoriekurse besucht und abgeschlossen. Neben deiner Arbeit als Schulleiterin warst du von 1979 bis 2005 bei H+ in Aarau tätig als Beraterin und Moderatorin. Auch der internationale OP-Kongress in Mannheim hat von dir als ehrenamtliche Mitorganisatorin während 10 Jahren profitieren dürfen.

Seit 2003 läuft nun die Weiterbildung zur/zum OP-Pflegefachfrau/-mann im Modularen System. Auch da hast du dank deiner Weitsicht und der Aufbauarbeit innerhalb des Magnetprojektes wesentliche Vorarbeit geleistet.

Liebe Margrit, wir alle danken dir für deinen grossen Einsatz, deine grossartige Leistung, auch auf der berufspolitischen Ebene, und für die vielen unvergesslichen Momente, die wir zusammen erleben durften.

Nun hast du Zeit und Musse, Dinge zu tun, die dir viel bedeuten und geben.

Bleibe gesund, geniesse deine Zeit mit Büchern, Reisen, freundschaftlichen Kontakten und sonstigen schönen Dingen. Dabei soll dir ein gutes Glas Wein immer munden.

Deine Kolleginnen und Kollegen vom OPS

Rita Sprecher

Liebe Rita

Eine lange Geschichte und Verbundenheit geht zu Ende.

Wer kann es schon glauben, als junge Frau hattest du dich entschieden, Krankenschwester zu werden, und hast dann von April 1964 bis März 1967 die Lehrzeit im damaligen Bürgerspital absolviert. Im besagten 1967 hast du nämlich dein Examen auf Chir. 4 abgelegt und bist der Station bis zu deiner jetzigen Pensionierung treu geblieben.

Anfänglich mit einem 100%-Pensum und dann mit den Kindern an zwei Nachmittagen pro Woche warst du da zur Überwachung der Gefässpatienten von Prof. Weibel.

Mit dem Älterwerden deiner Kinder freuten sich auch deine Kolleginnen auf den vermehrten Einsatz und den Kontakt zu dir.

Mit Unermüdlichkeit, Ruhe und bewundernswerter Ausdauer hast du dich der Pflege gewidmet und manch einer jungen Kollegin ein Stücklein Berufserfahrung mitgegeben. Gleichzeitig warst du stets aufgeschlossen gegenüber der enormen Entwicklung und Veränderung in Pflege und Medizin, welche für dich, wie du sagtest, das Eindrücklichste deiner beruflichen Laufbahn war.

Nun beginnt ein neuer Abschnitt, neue Entdeckungen, Wanderungen und Reisen sollen dir mit deinem Mann und im Kreis deiner Familie beschieden sein.

Wir wünschen dir von Herzen alles Gute, Freude und viel Gesundheit, gepaart mit Mussestunden.

Doris Fankhauser und Team

Markus Wenk

Innovation und Perfektion für die Klinische Pharmakologie

Nach der Gründung der Abteilung für Klinische Pharmakologie 1963 durch L. Dettli am damaligen Kantonsspital Basel und seiner Wahl zum Chefarzt der Medizinischen Klinik B übernahm 1975 F. Follath die Leitung der Abteilung für Klinische Pharmakologie. Gleichzeitig stiess damals M. Wenk zur Abteilung, welcher er über 30 Jahre die Treue hielt. Markus Wenk durchlief die Schulen in Basel und arbeitete von 1958 bis 1967 als Laborant bei der Firma Roche, bevor er das Biologiestudium in Angriff nahm, das er 1971 mit dem Diplom in medizinischer Zoologie abschloss. Nach der Dissertation über die subzelluläre Verteilung von Glutamat und GABA im Rattenhirn nahm er 1975 die erwähnte Stelle in der Abteilung für Klinische Pharmakologie an.

Ihm ist es zu verdanken, dass die vorher gebrauchten Bioassays für Antibiotika durch chromatographische (GC und schon bald HPLC) sowie immunologische Methoden (RIA, EIA, ELISA und Polarisationsimmunoassays) ersetzt wurden. Die ersten Arbeiten von Markus Wenk waren entsprechend auf Antibiotika konzentriert, zum Beispiel die Analyse und Kinetik von Aminoglykosiden und schon bald auch der Fluorochinolone. Auf Arbeiten von ihm geht zum Beispiel das Konzept zurück, dass die Kinetik von Aminoglykosiden nicht nur

durch die schnelle renale Elimination beschrieben werden kann, sondern auch eine langsamer eliminierte «Gewebskomponente» enthält. Internationale Bekanntheit erlangte Markus Wenk durch seine Forschung mit Cyclosporin. In diesem Bereich war er immer an vorderster Front der Entwicklung von neuen Bestimmungsmethoden und hat die Resultate auch kinetisch umgesetzt. So hat er sich die Grundlagen des Therapeutic Drug Monitoring angeeignet, also der Voraussage der Kinetik eines Arzneistoffes durch die Bestimmung eines oder mehrerer Plasmaspiegel. Er war immer ein Verfechter eines nahen Kontaktes zwischen dem Klinisch-Pharmakologischen Labor mit der Klinik. Entsprechend war es ihm ein grosses Anliegen, seine kinetischen Kenntnisse den Klinikern zu übermitteln, damit die Pharmakotherapie möglichst optimal gestaltet werden konnte.

Als F. Follath 1990 als Chefarzt der Inneren Medizin ans Universitätsspital Zürich berufen wurde, übernahm T. Lüscher die Leitung der Klinischen Pharmakologie. Da T. Lüscher schon damals kardiologisch ausgerichtet war, musste Markus Wenk einen Schwenker machen und sich u.a. mit der Bestimmung von Endothelin und ähnlichen Substanzen befassen. T. Lüscher wurde vier Jahre später von W. Häfeli abgelöst, welcher die Abteilung bis 1999 leitete. W. Häfeli führte zum Teil die Arbeiten seines Vorgängers weiter, beschäftigte sich aber auch mit der Abklärung von unerwünschten Wirkungen. Vor allem bei der Untersuchung der Azetylierung bei Patienten mit HIV, welche möglicherweise die Häufigkeit von unerwünschten Wirkungen von Sulfonamiden in dieser Population erklärt, leistete Markus Wenk wertvolle Beiträge. Nach einer kurzen Zwischenphase durch J. Drewe wird die Abteilung seit dem Jahr 2000 durch den Schreibenden selbst geführt. Markus Wenk konnte nun in seiner Forschung wieder zu seinen Wurzeln zurückkehren. In dieser Zeit hat er mehrere Arbeiten über die Bestimmung von neuen Medikamenten wie z.B. Viagra oder Vfend durchgeführt, daneben aber auch bestehende Methoden weiter verbessert.

Markus Wenk hat die rasante Entwicklung der Klinischen Pharmakologie der letzten 30 Jahre am USB hautnah miterlebt und mitgestaltet. Seine grosse Erfahrung in der Analytik von Plasmaproben und seine Fähigkeit, die Resultate zum Wohl des Patienten umzusetzen, haben mich immer wieder beeindruckt. Wir werden uns deshalb sehr viel Mühe geben müssen, die Lücke, welche sein Weggang schaffen wird, zu überbrücken. Auch wenn er sich nun vom aktiven Berufsleben zurückzieht, bin ich davon überzeugt, dass er mit der Klinischen Pharmakologie verbunden bleiben wird, zu sehr ist sie ihm ans Herz gewachsen. Er wird bei uns immer eine offene Tür und ein offenes Ohr für seine Anregungen finden. Für seine geleisteten Dienste bedanken wir uns herzlich, nicht minder aber auch für seine Loyalität der Abteilung gegenüber und seine Kollegialität gegenüber den Mitarbeitenden. Für seine Zukunft, die nun weniger von HPLC bestimmt sein wird, wünschen wir ihm alles Gute.

Prof. Stephan Krähenbühl

Herzliche Gratulation und ein Dankeschön

35 Jahre

- 01.10. **Grossmann Esther**, Hämostaselabor
- 01.10. **Musio Anna**, Innere Medizin A
- 02.10. **Biro Olga**, OPS
- 07.10. **Avellina Ivanka**, Pathologie
- 02.11. **Kalt Myrtha Theresia**, Geburtshilfe + Schwangerschaftsmedizin
- 09.11. **Roth Jakob**, Radio-Onkologie
- 16.12. **Benros Afonso**, Spitalpharmazie

30 Jahre

- 01.10. **Eggl Silvia**, Personal & Organisationsentwicklung
- 01.10. **Kizhakkadathu Gheevarghese**, Anästhesie
- 15.10. **Meier Brigitta**, Chirurgie 4 Ost
- 01.11. **Geeler Silvia**, Medizin 5.1
- 01.11. **Gygi Marie-Therese**, Audiologie/Neuro-Otologie
- 01.11. **Mattler Silvia**, Akut Geriatrie
- 06.11. **Zeller Walter**, Bettenzentrale
- 15.11. **Pasini Daniel**, Intensivmedizin
- 17.11. **Leo Margherita**, Pneumologie
- 24.11. **Haenel Ria**, Medizinische Poliklinik
- 01.12. **Kopp Elisabeth**, Mutter und Kind
- 01.12. **Künzi Heinz**, Tierversuchsstation
- 15.12. **Fanconi Brigitte**, Chirurgie 7 West

25 Jahre

- 01.10. **Amweg Ulrike**, Medizin 6.2
- 01.10. **Dellsperger Kurt**, Sicherheit & Umwelt
- 05.10. **Fringeli Rolf**, Chirurgie 3 Ost
- 09.10. **Barroso Antonio**, Küche
- 01.11. **Hamm-Berger Christine**, Pathologie
- 01.11. **Kolp Peter**, Proviantdienst
- 01.11. **Reidiger Jürg**, Betriebseinrichtungen
- 01.11. **Simbolon Gerda**, Chirurgie 5 Ost
- 01.11. **Stauffer Gerard**, Informatik
- 01.12. **Schaufelberger Maria**, Psychiatrische Poliklinik
- 01.12. **Zihlmann Rita**, Poliklinik FK
- 08.12. **Esteves Candida**, Reinigung
- 08.12. **Gomes Joao**, OPS
- 14.12. **Palmieri Gabriella**, Medizin 5.1

20 Jahre

- 01.10. **Lopes Carlos**, OPS
- 01.10. **Niederhauser Caroline**, Reinigung
- 01.10. **Salvaggio Luigi**, Reinigung
- 01.10. **Santino Estelle**, Medizin 5.1
- 01.10. **Schwob Gyr Lilly**, Nuklearmedizin
- 01.10. **Winning Marianne**, Notfallstation
- 01.10. **Wyss Beatrice**, Chirurgie 5 Ost
- 07.10. **Hellbach Claudia**, Neurologie
- 14.10. **Dos Santos Jose**, OPS
- 14.10. **Pecoraro Maria**, Anästhesie
- 23.10. **Haber Michaela**, Anästhesie
- 01.11. **Gonzalez Jose Luis**, Betriebseinrichtungen
- 01.11. **Hasler Susanne**, Medizin 5.1
- 01.11. **Würmli Markus**, Personalabteilung
- 18.11. **Gürtler Peter**, Betriebstechnik
- 29.11. **Roth Marlis**, Kardiologie
- 01.12. **Bucheli Helga**, Medizin 7.2
- 01.12. **Naschitzki Martina-Lucia**, Chirurgie 5 Ost
- 16.12. **Frey Gaby**, Kardiologie
- 16.12. **Studer Susanne**, Chir. Poliklinik Adm

15 Jahre

- 01.10. **Arumapperuma Camilas**, Küche
- 01.10. **Barracco Fernande**, Kurzzeitklinik
- 01.10. **Bröckel Gélabale Susanne**, Poliklinik FK
- 01.10. **Bucher Heiner**, Klinische Epidemiologie
- 01.10. **Ganter Barbara**, Intensivmedizin
- 01.10. **Grilli Bruno**, Pathologie
- 01.10. **Haenle Sabine**, Kriseninterventionsstation
- 01.10. **Okatan Ismail**, Medizin 5.1
- 01.10. **Prati Stephanie**, Medizinische Radiologie
- 01.10. **Study Sylvie**, Akut Geriatrie
- 01.10. **Wohlhuter Catherine**, Nephrologie
- 01.10. **Wössmer Brigitta**, Psychosomatik
- 06.10. **Mathieu Elisabeth**, Gynäkologie Bettenstation
- 08.10. **Shabiji Caroline**, Cafeteria
- 15.10. **Foerster Gabrielle**, Medizin 5.1
- 15.10. **Grimalt Martine**, Gynäkologie Bettenstation
- 15.10. **Kohler Sabine**, Medizin 7.2
- 15.10. **Lips Karsten**, Notfallstation
- 22.10. **Porschien Regina**, Dermatologie Poliklinik
- 01.11. **Arackal Jenny**, Chirurgie 7 Ost
- 01.11. **Bischoff Brice**, Anästhesie
- 01.11. **Cabanin Raquel**, Hämatologielabor
- 01.11. **Fuhr Peter**, Neurologie
- 01.11. **Gabrieli Silvio**, Empfang & Notfallaufnahme
- 01.11. **Lott Marie-Therese**, Dermatologie Bettenstation
- 01.11. **Meyer Martine**, Gastroenterologie & Hepatologie
- 01.11. **Rusch Gabrielle**, Chirurgie 5 Ost
- 01.11. **Wäldele Dieter**, Medizin 5.1
- 16.11. **Liebermann Johanna**, Psychiatrische Poliklinik
- 01.12. **Armbruster Huguette**, HNO Poliklinik
- 01.12. **Bühler Marianne**, Notfallstation
- 01.12. **Lehni Heidi**, Poliklinik FK
- 01.12. **Portmann André**, Foto- & Printcenter
- 19.12. **Burg Valerie**, Medizinische Radiologie

10 Jahre

- 01.10. **Chresta Philippe**, Zentr.Patientenwesen
- 01.10. **Fernandez Jose**, Geschirrwaschzentrale
- 01.10. **Gregor Christine**, Intensivmedizin
- 01.10. **Knezevic Radmila**, Augenklinik/Poliklinik
- 01.10. **Lai Tuck Wah**, Gebäudeverwaltung
- 01.10. **Lichtsteiner Priska**, Anästhesie
- 01.10. **Meury Jolanda**, Chirurgie 3 Ost
- 01.10. **Perez Imelda**, Dermatologie Poliklinik
- 01.10. **Weber Rosemarie**, Operative Intensivbehandlung
- 02.10. **Hugentobler Prisca**, Chirurgie 5 West
- 09.10. **Weber Markus**, Sozialdienst
- 14.10. **Zimmermann Dominik**, Betriebseinrichtungen

- 23.10. **Hofer Peter**, Medizinische Radiologie
- 01.11. **Haufschild Timo**, Augenklinik
- 01.11. **Schweizer Francoise**, Medizinische Poliklinik
- 13.11. **Beck Ingo-Heiko**, Psychiatrische Poliklinik
- 13.11. **Frampton Nicole**, Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin
- 13.11. **Kaden Grit**, Operative Intensivbehandlung
- 16.11. **Spycher Francesco**, Empfang & Notfallaufnahme
- 20.11. **Recher Astrid**, Personalarztdienst
- 01.12. **Damsteegt Bianca**, Medizinische Radiologie
- 01.12. **Lehmann Katja**, Operative Intensivbehandlung
- 01.12. **Spagnoli Giulio**, ICFS
- 03.12. **Ringel Martina**, Medizinische Radiologie
- 04.12. **Schneehagen Anna-Verena**, Medizin 7.1

Wir trauern

- 31.05. **Thirunavukkarasu Sukumaran**, Küche

Pensionierungen

Medizin

- 30.05. **Weber Wolfgang**, Intensivmedizin MIPS
- 31.08. **Wenk Markus**, Pharmakologie und Toxikologie

Operative Medizin

- 30.06. **Pfleger Ida**, Chirurgie 4 Ost
- 31.07. **Sprecher Rita**, Chirurgie 4 Ost

Spezialkliniken

- 31.05. **Jeker Erika**, Gynäkologische Tagesklinik
- 31.05. **Kupferschmid Claire**, Mutter und Kind
- 30.06. **Magno Laura**, Sekretariate Frauenklinik
- 30.06. **Piffaretti Jean-Marcel**, Ärzte Augenklinik
- 30.06. **Cecere Marianne**, Patienten Services Augenklinik
- 30.06. **Häfelfinger Brigitte**, Mutter und Kind
- 30.06. **Brumann Helen**, Mutter und Kind
- 30.09. **Rohner Monika**, Mutter und Kind

Medizinische Querschnittsfunktionen

- 31.07. **Bütschli Hutter Verena**, Therapie-Dienste
- 30.09. **Nemec Horst**, Radio-Onkologie
- 30.09. **Zweigler Renate**, OPS

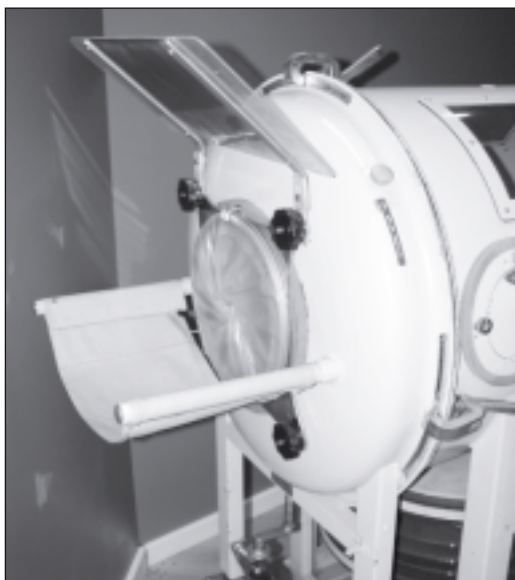
Personal/Finanzen/Betrieb

- 31.07. **Rottigni Giliola**, Reinigungsdienst
- 31.08. **Zeller Walter**, Bettenzentrale

Zeitzeugen

Die Eiserne Lunge – zum alten Eisen?

Die Ausstellung im Pavillon vor dem Personalrestaurant im ZLF präsentiert eine kleine Auswahl gut erhaltener Spitalantiquitäten.



In Gesellschaft vieler anderer Exponate aus vergangenen Spitalzeiten befinden sich in der USB-Sammlung mehrere Eiserne Lungen. Sie stechen wohl alleine schon wegen ihres Namens heraus. Ihr Anblick kann beklemmend wirken.

Von **Gina Hillbert**

Die Eiserne Lunge ist ein Gerät, welches die Atmung eines Menschen zu ersetzen vermag. Dabei liegt der Körper des Patienten bis zum Hals komplett im Innern des Geräts, nur der Kopf bleibt draussen. Das Gerät schliesst am Hals luftdicht ab und erzeugt einen Unterdruck. Dadurch wird Aussenluft durch den Mund des Patienten in die Lungen eingesogen. Durch den rhythmischen Druckwechsel wird die Atmung angeregt.

Eiserne Lungen kamen in der Vergangenheit, in den 50er-Jahren, hauptsächlich bei Polio-Erkrankten (Kinderlähmung) zur Anwendung.

Bald zum alten Eisen?

Eine kleine Auswahl von Geräten, Apparaten und Hilfsmitteln «aus der guten alten Zeit des USB» ist seit einigen Monaten im Pavillon im ZLF zu bewundern. Zu verdanken haben wir dies einer Gruppe von Mitarbeitern, die sich bemüht, diese Objekte als Zeitzeugen der Spitalgeschichte in die Moderne hinüberzuretten. Viele weitere interessante Exponate mit teilweise guter Dokumentation lagern in dunklen Kellern. So auch ein grosser Teil in der alten Frauenklinik. Diese Objekte sind nicht mehr zu retten, denn die alte Frauenklinik wird abgebrochen und neuer Raum für diese Sammelstücke ist nicht in Sicht.

Hilfe! Es kann ja sein ...

...dass Sie eine Idee haben, Räumlichkeiten kennen, selber interessiert sind, die Objekte zu katalogisieren, jemanden kennen, der ein persönliches Interesse hat. Die USB-Mitarbeiter, die sich in vielen freiwilligen Arbeitsstunden dieser Werte aus alten Tagen angenommen haben, freuen sich über jede Unterstützung und jeden Tipp. Bernhard Reinschmidt, 061 265 30 81 oder 87052, freut sich, wenn Sie sich melden.