

einszehn

Gazzetta des Universitätsspital Basel

Frühling 2010



Ressort PIT
Wir über uns | 12

Kohorte Medizin 7.2
H1N1 | 11



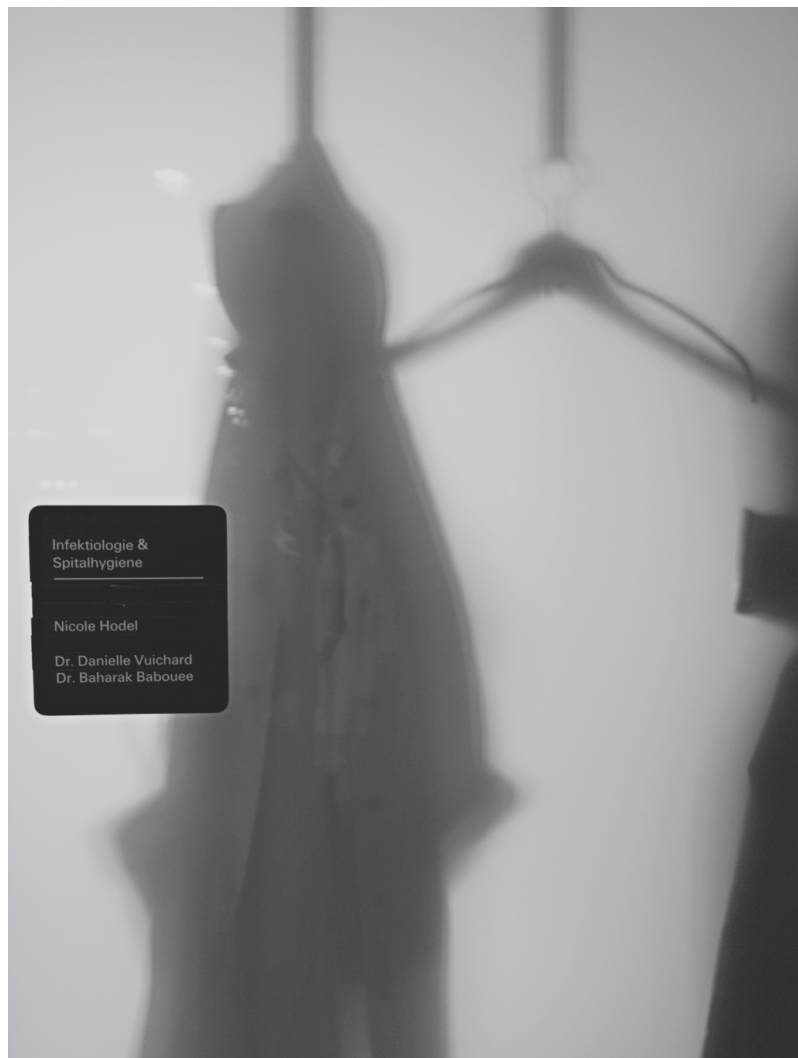
Notfallpraxis
USB-MedGes | 4

Medizin im Regenwald

Hilfe zur Selbsthilfe | 6

einszehn

- 3 Editorial
- 4 GNP
- 6 Im Regenwald
- 8 DRG-Interview
- 10 SAPALDIA-Studie
- 11 Kohorte H1N1
- 12 PIT: Wir über uns
- 14 Informationssicherheit
- 15 Publikationen
- 16 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

8700 Exemplare

Druck

Werner Druck, Basel

Papier

Hochweiss, Offset

Fotos

brenneisen communications: 1 oben links, unten rechts, oben rechts, 2, 4-5, 8-9, 11, 13
Foto&PrintCenter USB: 3, 10, 17
Urs Flury, USB: 14 unten
Philip Berry, USB: 14 oben, mitte
z.V.g.: 1 unten links, 6-7, 16, 21

Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Die Winterzeit liegt hinter uns. Angefroren waren wir höchstens bei einem längeren Aufenthalt an der frischen Luft, keineswegs jedoch in unserem Spital. So gab es zum Frühlingsanfang nichts wieder aufzutauen, was wir auf Eis gelegt hätten. Im USB ist immer Saison – es herrscht Hochbetrieb rund ums Jahr, und dies sowohl vor als auch hinter den Kulissen, beim Tagesgeschäft und im Spitalmanagement.

Die Spitalleitung hat in den ersten Monaten des Jahres die Arbeiten an Strategie und Projekten für das USB der Zukunft



weiter vorangetrieben. Sie wissen, es erwarten uns bedeutende Veränderungen. In erster Linie die Verselbstständigung unseres Hauses, auf die wir uns gründlich, aber auch grundlegend vorbereiten. Geänderte Spielregeln erfordern einen neuen Spielplan, eine andere Taktik, angepasste Strategien. In unserem Denken und Handeln verabschieden wir uns endgültig von der Dienststelle Spital und

richten uns in unserem Wirken ganz auf das Unternehmen Universitätsspital Basel in all seinen Facetten aus.

Ein Unternehmen steht immer im Wettbewerb. Mit der freien Spitalwahl ab 2012 werden wir mehr denn je um unsere Patientinnen und Patienten werben müssen. Dies fordert uns stark hinsichtlich medizinischer Qualität, Servicequalität und Zuweisermarketing. Wir alle sind mehr denn je mit unserem unternehmerischen Denken gefragt, liebe Mitarbeiterinnen

und Mitarbeiter, gleichzeitig müssen wir gemeinsam die vielen Zukunftsthemen anpacken, um mit unseren knappen Ressourcen erfolgreich zu bleiben. Leitidee, Mission und Vision werden uns die nötige Orientierung geben, uns in diesem veränderten und teilweise neuen Rahmen zu bewegen. In diesen intensiven Prozess werden Sie als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter miteinbezogen und im Laufe des Jahres viel Interessantes auf verschiedenen Wegen erfahren. Gutes Rüstzeug steht bereit für unsere Unternehmungen, konzentriert auf unser gemeinsames Unternehmen USB.

Jetzt wünsche ich Ihnen viel Vergnügen bei der Lektüre der Frühlingsgazzetta und bei einer Sonderausgabe zum neuen Leitbild unsers Spitals.

Ihr Werner Kübler
Direktor

Hand in Hand auf der Notfallstation

Patientinnen und Patienten, die zu Fuss auf die Notfallstation des Unispitals Basel kommen, werden triagiert. Eine Pflegefachperson entscheidet nach einem bestimmten Index, ob sie/er in der Notfallstation behandelt werden muss oder in der seit 1. Dezember 2009 betriebenen Gemeinsamen Notfallpraxis (GNP).

Schon nach wenigen Wochen seit Inbetriebnahme der Gemeinsamen Notfallpraxis (GNP) hat sich gezeigt, dass die Versorgung ambulanter Notfallpatienten durch eine kürzere Wartezeit optimiert werden konnte und somit eine deutlich grössere Patientenzufriedenheit herrscht. Die Feedbacks, welche die GNP erhält, sind durchwegs sehr positiv. Die Patienten erhalten eine ihrer Erkrankung angemessene und qualitativ hochwertige Behandlung. Die primäre Anlaufstelle Notfallstation bleibt für alle Patienten gleich. Ein weiterer Vorteil ist die Notfallapotheke, welche sich ebenfalls in unmittelbarer Reichweite befindet. Der Patient kann im USB weiterbehandelt oder an externe Spezialisten weiterverwiesen werden. Die Anzahl an Patientinnen und Patienten liegt im erwarteten Bereich. In den letzten Monaten konnten die Patientenzahlen sogar noch erhöht werden.

Von Rainer Gehrisch

Die Gemeinsame Notfallpraxis ist entstanden aus den Überlegungen, wie man die Behandlungsabläufe für ambulante Notfallpatienten optimieren könnte. In Zusammenarbeit mit der Medizinischen Gesellschaft Basel (MedGes) konnte ein zukunftsweisendes Projekt realisiert werden. Schon kurz nach Betriebsbeginn zeigten sich die erwarteten Effekte und Erfolge. Die Besonderheit der GNP besteht darin, dass innerhalb der Organisation die MedGes und das USB gleichberechtigte Partner sind.

Der Nutzen des im April 2009 gestarteten Projekts für die Patientinnen und Patienten: kürzere Wartezeiten, hohe Qualität der Behandlung, bekannte und anerkannte Anlaufstelle für die ambulante Notfallversorgung analog zur Notfallapotheke. Für die Hausärzte: Verankerung der Hausarztmedizin im universitären Umfeld, schnelle Verfügbarkeit technischer Diagnostik und von Spezialisten. Für das USB: Verbesserung der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Basel-Stadt, Optimierung der Versorgung ambulanter Patientinnen und Patienten und bessere Nutzung der Ressourcen der Notfallstation. Selbstverständlich kann jeder Arzt auch auf die Infrastruktur des USB (z.B. Röntgen, Ultraschall etc.) zurückgreifen oder entsprechende Spezialisten nach Bedarf hinzuziehen.



Kurz vor 17.00 Uhr: Die Medizinische Praxisassistentin, Daniela Pfister, richtet die GNP ein, und

Der Betrieb

In den Räumlichkeiten der chirurgischen Poliklinik werden in 3 Kabinen Patientinnen und Patienten durch Hausärzte behandelt und betreut.

Die GNP steht unter der organisatorischen Leitung der Notfallstation. Die Öffnungszeiten sind werktags jeweils von 17.00 Uhr bis 23.00 Uhr, am Wochenende sowie an Feiertagen von 9.00 Uhr bis 23.00 Uhr.

Das Team

Das Team der GNP besteht aus wechselnden, Notfalldienst habenden, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die während dieser Zeit Walk-in-Patienten und -Patientinnen behandeln, welche nach Schliessung der Poliklinik und ausserhalb der Öffnungszeiten der Praxen bisher in der Notfallstation behandelt worden sind. Unterstützt werden sie dabei durch Pflegende der Notfallstation sowie von zwei medizinischen Praxisassistentinnen, welche speziell für diese Organisationseinheit eingestellt wurden.

Die Ausstattung

Die Dienst habenden Ärztinnen und Ärzte, welche weder dem USB noch der MedGes fachlich unterstellt sind, finden eine moderne Infrastruktur mit Laptops in jeder Behandlungskoje vor. Zudem wurden verschiedene Geräte wie z.B. ein EKG oder ein Point-of-Care-Laborgerät angeschafft.

Gemeinsam zum gelungenen Projekt

Zu Beginn des Projekts wurde eine Projektgruppe aus Vertretern des USB sowie aus der MedGes gebildet. Die Projektleitung lag seitens des USB beim Direktionsstab. Um das Projekt erfolgreich durchführen zu können, wurden drei Arbeitsgruppen eingesetzt.

AG 1 war für das Betriebskonzept verantwortlich, AG 2 kümmerte sich um die Logistik und die Infrastruktur und AG 3 definierte den Behandlungsumfang sowie den Triageprozess. In all diesen Gruppen gab es Vertretungen des USB und der MedGes. Der engagierten Arbeit dieser Gruppen ist es zu verdanken, dass der Projektstart pünktlich zum vordefinierten Zeitpunkt erfolgen konnte.



der Hausarzt, Dr. Stefan Glättli, kommt ins Haus.

Mein persönliches Fazit: Die GNP ist ein gelungenes, gut organisiertes Projekt, welches die Attraktivität des USB für die Patienten abermals erhöht und die Zusammenarbeit sowie das Verständnis zwischen den niedergelassenen Ärzten, unseren Zuweisern, und dem USB deutlich verbessert.

Dr. Denise Sidler, Dienst habende Hausärztin in der GNP

«**Seit dem 1. Dezember 2009 konnte ich nun schon einige Abende oder Wochenendschichten auf der GNP Notfalldienst leisten, was mir bis jetzt ausserordentlich Spass machte. Die Dienste sind sehr abwechslungsreich und spannend und die Zusammenarbeit mit der Triage, dem Pflegepersonal und den Ärztinnen/Ärzten der Notfallstation gestaltet sich sehr angenehm und kollegial. Dank einer guten Infrastruktur (Labor, Röntgen, PC) können wir die Patienten in kurzer Zeit optimal hausärztlich betreuen, was sehr geschätzt wird. Auch von Seiten meiner Kolleginnen und Kollegen sind die Rückmeldungen positiv, sodass ich überzeugt bin, dass diese Zusammenarbeit sich lohnt und Zukunft hat.**»

Es berichtet Jeanne Dutoit

Meine Stunden in der gemeinsamen Notfallpraxis

Während ich im Warteraum mit den apfelgrünen Wänden sitze, durchbricht mein Name das leise Gemurmel der anderen Wartenden. Aufgerufen werde ich von Karsten Lips, dem Pflegefachmann, dem ich während seiner Abendschicht über die Schultern blicken darf. Seine Ausstrahlung lässt mich vermuten, dass ihn so schnell nichts aus der Ruhe bringen kann. Bevor die GNP um 17 Uhr ihre Tore öffnet, bleibt noch ein wenig Zeit für eine Unterhaltung. «Für die gemeinsame Notfallpraxis habe ich mich von Anfang an interessiert», erklärt mir Karsten Lips. Wie er denn die Arbeitsatmosphäre empfinde, erkundige ich mich. «Hier ist alles einen Tick ruhiger als drüben auf der Notfallstation», antwortet er mir lächelnd.

Dienst habende Hausärztin ist an diesem Freitag Denise Sidler, eine Powerfrau, die normalerweise eine Praxis in Liestal betreibt. Karsten Lips führt Denise Sidler durch die Räumlichkeiten, beantwortet ihre Fragen. Es ist ihr erster Dienst in der GNP.

Die erste Stunde verstreicht, ohne dass der GNP ein Notfall zugewiesen wird. Der Pflegefachmann und die Ärztin warten geduldig, sprechen über ihren Arbeitsalltag. Dann werden die beiden via Telefon angepiepst. Der erste Patient des Abends wartet am Empfang. Karsten Lips eilt sogleich los, um ihn zu holen. Der Mann scheint verwirrt zu sein. Er ist auf der Rolltreppe gestolpert und hat sich am Fuss verletzt. Nun wird er behandelt, bekommt einen Verband. Routiniert erkundigt sich die Ärztin nach der letzten Tetanusimpfung des Patienten. Während die Wunde desinfiziert und behandelt wird, ärgert sich der Patient über den Unfall und erzählt Geschichten aus seinem Leben.

Plötzlich geht alles Schlag auf Schlag. Innert kürzester Zeit sind alle drei Behandlungszimmer besetzt. Eine Frau, die praktisch kein Deutsch spricht, hat seit einem Jahr Schmerzen an ihrem Handgelenk. Denise Sidler redet ihr ins Gewissen, dass sie am folgenden Tag so schnell wie möglich ihren Hausarzt aufsuchen sollte. Helfen kann sie ihr im Moment nur mit Schmerzmitteln.

Währenddessen kümmert sich Karsten Lips um einen jungen Arzt. Dieser hat sich in einem unachtsamen Moment mit einer benutzten Nadel gestochen. Nun wird eine Blutprobe entnommen, um schliesslich im Labor auf HIV getestet zu werden. «Vor vielen Jahren ist mir dasselbe passiert. Es war mir eine Lehre. Seit diesem Moment bin ich doppelt so vorsichtig, was den Umgang mit benutzten Instrumenten angeht», erzählt der erfahrene Pflegefachmann.

Kaum verlässt der junge Arzt die Praxis, tritt schon die nächste Patientin in das Behandlungszimmer. Beim Backen ist ihr Finger in den Mixer geraten. Denise Sidler lobt den Verband, den sich die Patientin bereits selber gemacht hat. «Gebrochen ist der Finger auf jeden Fall nicht», stellt die Ärztin nach dem vorsichtigen Abtasten fest. Die Atmosphäre ist unbeschwert. Die beiden Frauen lachen und wünschen sich einen schönen Abend.

Nach dreieinhalb Stunden verabschiede ich mich von Karsten Lips und Denise Sidler. Beide sind beschäftigt. Ein Jugendlicher kämpft mit Schwindel und Übelkeit. Ich verlasse die GNP mit der Sicherheit, dass der Jugendliche in guten Händen ist.

Im Rahmen eines Praktikums in der Unternehmenskommunikation des USB durfte Jeanne Dutoit Blicke hinter die facettenreichen Kulissen des Spitalalltags werfen. Zu den Höhepunkten ihrer Erfahrungen zählte für sie der Freitagabend, an dem sie einige Stunden in der Gemeinsamen Notfallpraxis verbrachte.

Mila Compagnoni:

«Ich bin eine sesshafte Nomadin»

Im USB trifft man immer wieder auf Mitarbeitende, die sich in ihrer Freizeit für eine gute Sache engagieren, meist in einem völlig anderen Gebiet auf dieser Welt. Wir berichteten beispielsweise über Silvia Honigmann in Nicaragua, Manuel Battegay in Tansania und über Roland Habegger in Ägypten. Jetzt ziehen wir mit Mila Compagnoni in den Regenwald von Borneo.



Mila Compagnoni in der Penan-Gemeinschaft eingebettet. Häuptling Along Sega von Ba Peresek mit Ehefrau und Sohn.

Seit zehn Jahren arbeitet Mila Compagnoni als Pflegefachfrau auf der Isolierabteilung Stammzelltransplantation im USB. Sie erlebt in ihrem Berufsumfeld eine sehr fortgeschrittene, hoch entwickelte Medizin, die vieles möglich macht. «Wir sind hier unglaublich privilegiert. Das wird mir jedes Mal wieder bewusst, wenn ich aus Borneo zurückgekehrt bin», so Mila Compagnoni gleich zum Beginn unseres Gesprächs. Seit ihrem letzten Aufenthalt in Sarawak, wo sie für den Bruno-Manser-Fonds in einem Medizinprojekt zwei Monate im Einsatz gestanden hat, ist noch nicht viel Zeit vergangen. Eindrücke und Erlebnisse wirken stark nach. Sie werden Mila Compagnoni wohl nicht mehr loslassen. Vielmehr – sie wird sie nie mehr loslassen wollen.

Das bin ich

«Ich war schon immer neugierig auf die weite Welt. Zunächst in Büchern: Geschichte, Geografie, Entdeckungen, Wissenschaft, Indianer. Schon als Kind habe ich davon geträumt, meinen Platz als Pionie-

rin zu finden», erzählt sie lachend. Diesem Drang gibt sie mit 17 zum ersten Mal nach. Sie macht sich mit Rucksack auf den Weg nach Afrika, bereist den Kontinent von Nord- bis Mittelafrika, arbeitet hier und da, wo Not ist. Dann in Kalkutta, Indien, für das Projekt «Kalkutta Rescue» mit Menschen im Slum. Es folgen Jahre der Sesshaftigkeit: Beruf, Familie, jedoch das innere Feuer entfacht den in ihr schlummernden Pioniergeist erneut. Als eine Freundin von ihrem Einsatz für Indianerkinder in Guatemala erzählt, denkt sich Mila: «Warte nur, ich komme auch dort hin!» Sie nimmt sich kurzerhand 5 Wochen frei, sammelt Geld, Kleider, Spielsachen, Medikamente usw. und reist mit. Aber die kurzen Abstecher befriedigen sie nicht wirklich und sie sucht weiter nach ihrem Weg. «Man sollte das machen, was man spürt. Ich begegne am Krankenbett vielen Menschen, die das Leben loslassen müssen, aber noch so viel vorgehabt hätten. Gerade aus diesem Grund möchte ich das noch tun, wozu ich mich bestimmt fühle.» Und so kommt es, wie es kommen musste. Mila besucht einen Vortrag

über Bruno Manser, dem seit 2000 verschollenen Basler, der mehrere Jahre beim Regenwaldvolk der Penan im malaysischen Bundesstaat Sarawak gelebt und sich für die Erhaltung der bedrohten tropischen Regenwälder mit ihrer Artenvielfalt und insbesondere für die Rechte der Penan eingesetzt hatte. Sein Lebenswerk führt der von ihm gegründete Bruno-Manser-Fonds (www.bmf.ch) weiter. Für Mila gibts kein langes Überlegen. Sie meldet sich für das Medizinprojekt an und wird aufgenommen. Sie bereitet sich gründlich vor, aber als sie auf der Buckelpiste von Long Lellan neben dem Flugzeug im Tong Tana (Penansprache für Wald) wieder festen Boden unter den Füßen hat, bekommt die Pionierin und einzige weisse Passagierin doch etwas weiche Knie. Die Menschengruppe, die am Pistenrand steht, sagt nichts. Mila ist zunächst auch sprachlos, aber nach einem ersten Bin-ganz-alleine-auf-dieser-Welt-Gedanken bricht sie das Schweigen: «Wartet ihr auf mich?» Antwort: «Nein, wir warten auf einen Mann aus der Schweiz.» Mila: «Das bin ich.» «Aber du bist kein

Mann!», hallt es zurück. Die Empfangsgruppe ist sichtbar belustigt und nimmt den «Mann-Frau», wie sie Mila scherzhaft in diesem Moment nennen, in ihre Obhut auf den 3-Tage-Marsch durch den Regenwald. «Dabei habe ich mich oft gefragt, was mache ich um Himmels willen dort», erinnert sie sich. Sie kommt an ihre Grenzen. Der Pfad durch endlose Urwalddickichte ist strapaziös. Sie ist sich bewusst, dass sie allein keine Chance hätte zu überleben. Aber sie hat absolutes Vertrauen in die Menschen, die sie begleiten und beschützen. Nicht schützen können sie sie allerdings vor 117 Blutegeln, Stichen von unten bis oben, mehrfachem Ausrutschen und Hinfallen, aber sie erreicht das Ziel, Long Kerong, ein Penan-Kampung (Dorf) mitten im für Mila unergründlichen Regenwald. Die Pionierin ist angekommen.

Von Gina Hillbert

Hilfe zur Selbsthilfe

Dörfer sind künstliche Anlagen für die Penan, die seit jeher Nomaden sind. Als die Abholzung des Regenwalds ihren verheerenden Lauf nahm, wurden sie zwangsweise sesshaft gemacht. Ein trauriges Kapitel, das man einmal nachlesen sollte, um die Zusammenhänge und die verheerenden Auswirkungen zu verstehen! Für jedes nomadische Naturvolk bedeutet Sesshaftigkeit Lebensbedrohung. Mila begibt sich in diese Welt, um den Penan in dieser aufgezwungenen, fremden Lebensform zu helfen, sich einigermaßen zurechtzufinden und als Volk zu überleben. Die moderne Welt rückt unaufhaltsam näher. «Ihnen dabei den Weg zu erleichtern, das ist meine Aufgabe», bedeutet Mila. Das Unterrichten nimmt einen wichtigen Platz ein. «Oft sind es ganz praktische Dinge. Ich vermittele ihnen zum Beispiel, weshalb es gefährlich ist, Batterien aufzuschneiden.» Die Penan sind sehr lernbegierig – das bereitet Mila Freude. Doch sie ist hauptsächlich gekommen, um auf gesundheitliche Aspekte einzutreten und nach dem Prinzip Hilfe zur Selbsthilfe zu handeln. So bildet sie Dorfsanitäter aus, informiert sie über Krankheiten (z.B. über Tuberkulose, Malaria, Lungenentzündung), Verletzungen, Schwangerschaft und Ernährung, über Hygiene und Schutzmassnahmen wie zum Beispiel vor Geschlechtskrankheiten, Drogen. Sie leitet sie an im Verbinden, Schienen von Brüchen, in der Wundbehandlung. Ist die Ausbildung abgeschlossen, bekommen die Absolventen von Mila eine Medibox mit den wichtigsten Utensilien. Aber das Unterrichten ist nur ein Teil von Milas Aufga-

ben. Sie wird auch direkt am Patienten gefordert. Wenn der Arzt nicht gerade in der Nähe ist – das Sarawakgebiet ist weit – dann ist sie alleine zuständig für die Konsultationen. Die Penan kommen mit gebrochenen Zehen, Bissen, Stichen, Kopf-, Bauch- oder Zahnweh. «Das Zähneziehen ist dabei noch das Geringste», meint sie lachend. «Und ich muss viele Zähne ziehen. Die Penan haben leider den Zucker entdeckt.»

Grenzen des Machbaren, aber auch Machbares

Die Zivilisation fordert ihren Tribut. Mila kommt immer wieder an ihre Grenzen. Es gibt so manche Akutsituation. «Das Herz ist mir schon oft in die Hose gerutscht», gesteht sie. Aber viel Zeit zum Überlegen bleibe nicht. Sie erzählt von einer jungen Frau, die kurz nach der Geburt starke Blutungen hatte. Mila wird mitten in der Nacht geholt. «Die Frau mit dem Neugeborenen an der Brust war totenbleich. Ich hatte wenig Hoffnung, ihr helfen zu können, denn sie hatte schon viel Blut verloren.» Doch Mila nimmt ihr Herz in die Hand und versucht durch Kompression der Gebärmutter die Blutung zu stillen, was ihr zusammen mit ihrem Penan-Führer nach endlos langen fünf Stunden gelingt. Die Frau überlebt. Es ist gut gegangen. Mila ist erschöpft. In diesem Fall wäre ein Transport in eine der wenigen Mini-Kliniken im Sarawakgebiet, in denen Pflegende und Flying Doctors einen Dienst für Notfälle aufrechterhalten, nicht möglich gewesen. Zu lange die Anreise. Dass die Penan innerlich Nomaden geblieben sind, ist sehr hilfreich: «In 10 Minuten ist der ganze Clan, das ganze Dorf aufbruchbereit. Und es kommen alle mit. Nie ist man allein.» Das ist für Mila mitunter gewöhnungsbedürftig: «Nicht einmal zum Pinkeln ist man allein.» Wir bleiben beim Thema: Auch beim Toilettenbau ist Mila gefordert. In einigen Dörfern braucht es aus Hygienegründen Sickergruben. Mila macht sich vor ihrer Abreise sachkundig, besorgt Material und baut selber mit. Heute verfügen 8 Dörfer über gedeckte Toiletten.

Nach bestem Wissen und Gewissen handeln, so lautet Milas Motto in allen erdenklichen und unerdenklichen Situationen. Sie lebt diesen Pioniergeist, der in ihren Genen steckt. Zurück in Basel brauche sie ihre Regenerationszeit, um sich vom Kulturschock zu erholen. «Dass ich am USB meine Arbeit habe, holt mich auf eine gute Art zurück. Die Arbeit gibt mir die Struktur, die ich dann

besonders brauche. Meine Kolleginnen und Kollegen wissen schon, dass ich nichts erzählen kann. Ich muss mich erst wieder finden.»

So bewegt sich Mila Compagnoni zwischen Kulturen, die unterschiedlicher nicht sein könnten. Was hier und dort für sie als oberstes Prinzip gilt: die Achtung der Menschenwürde in jedem Moment. Die Menschen diese spüren zu lassen, vermag Wunden heilen.



Unterwegs nach Long Kerong.



Penan-Gruppe bereit zum Dschungeltrip.

Was bedeuten und bewirken die drei Buchstaben DRG?

DRG ist die Abkürzung von Diagnosis-Related Groups. Auf Deutsch: Diagnose bezogene Fallgruppen. DRG sind ein Klassifikationssystem, welches stationäre Behandlungsfälle auf der Basis von medizinischen Informationen in homogene Gruppen mit ökonomisch vergleichbarem Aufwand einordnet.

Stichtag für die DRG-Einführung ist der 1.1.2012. Ab diesem Datum erfolgt in der Schweiz die Vergütung der stationären Behandlungen mit leistungsbezogenen, schweizweit einheitlichen Fallpauschalen. Die Spitäler sind gefordert, eine einheitliche Kostenrechnung und Leistungsstatistik und damit Daten zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit sowie für Betriebsvergleiche, Tarifierung und Spitalplanung zu liefern. Die Einführung von DRG ist im Abrechnungssystem ein Quantensprung mit nachhaltigen Konsequenzen und Risiken. Fragen dazu stellte die Gazzetta-Redaktion dem Leiter des Ressorts Finanzen des USB, Martin Gerber.



Martin Gerber, Leiter Ressort Finanzen, im Gazzetta-Interview

system ein Quantensprung mit nachhaltigen Konsequenzen und Risiken. Fragen dazu stellte die Gazzetta-Redaktion dem Leiter des Ressorts Finanzen des USB, Martin Gerber.

Interview: Andreas Bitterlin

Warum brauchen wir DRG?

DRG schaffen Transparenz und Einheitlichkeit: Die stationären Leistungen verschiedener Spitäler und Abteilungen werden miteinander vergleichbar.

DRG reduzieren die Komplexität: Rund 1 Million stationäre Fälle in der Schweiz werden rund 1 200 Fallgruppen (DRG) zugeordnet.

DRG stellen einen Leistungsbezug her: Jeder Fall innerhalb einer Fallgruppe (DRG) verursacht statistisch gesehen den gleichen ökonomischen Aufwand.

Welche Chancen eröffnen sich speziell für das USB mit der Einführung der DRG?

Gemäss bisherigen Vergleichen des Vereins «SpitalBenchmark» erbringt das USB seine stationären Leistungen im Vergleich mit den anderen Universitätsspitalern am günstigsten. Bei Festlegung eines schweizweit einheitlichen Basispreises kann dies im USB zur raschen Erfolgsrealisierung und damit zum Mittelzufluss führen. Letzterer kann wiederum für die Entwicklung der stationären und ambulanten Leistungsangebote eingesetzt werden.

In Verbindung mit der möglichen Verselbstständigung des USB per 2012 ergeben sich kurze Entscheidungswege bezüglich Leistungsangebot und Investitionen, die unsere Flexibilität am Markt enorm erhöhen. Wir müssen nicht (überall) besser als unsere Mitbewerber sein, sondern schneller.

Weniger das Abgeltungsmodell per se als vielmehr der entstehende Wettbewerb muss uns als ganzes Unternehmen mobilisieren. Es gilt, an unserer Dienstleistungsqualität und an unserer Wirtschaftlichkeit weiter zu arbeiten. Der sicherste Weg, beides zu verbessern, führt über eine Steigerung der Leistungsmengen. Gute und sinnvolle Möglichkeiten hierzu ergeben sich unter anderem über die aktive Zusammenarbeit mit unseren Zuweisern sowie über Kooperationen mit anderen Leistungserbringern in der Region.

Wo liegen die Risiken beziehungsweise Nachteile?

Gefährlich wird es, wenn der Schwierigkeitsgrad unserer Behandlungen im künftigen Abgeltungsmodell nicht differenziert genug abgebildet ist. Unsere Leistungserbringung wäre sonst in der Folge vergleichsweise teurer. Diese Gefahr ist indes nicht allzu gross, da das schweizerische DRG-Modell auf dem deutschen Modell aufsetzt. Letzteres ist in den vergangenen 8 Jahren ausdifferenziert und in der Praxis weiterentwickelt worden.

Ein weiteres Risiko liegt in der Ausgestaltung der künftigen Investitionsabgeltung. Ab 2012 werden nicht mehr nur die Betriebskosten, sondern auch die für die Behandlungen eingesetzten Sachgüter durch die Versicherer mitfinanziert. Art und Umfang der leistungsorientierten Investitionsabgeltung sind bestimmend dafür, ob die Infrastruktur der Spitäler angemessen unterhalten und bedarfsgerecht erweitert werden kann. Für das USB mit seinem wesentlichen Anlagenbestand ist dieser noch nicht festgelegte Abgeltungsmodus im besonderen Masse kritisch.

Auch die Abgeltung der Leistungen für die Lehre und Forschung rückt in einen nationalen Fokus. Die Ermittlung und die Finanzierung von Lehre und

Forschung erfolgen heute in jedem Unispital anders. So erhält beispielsweise das CHUV in Lausanne eine rund doppelt so hohe Abgeltung für Lehre und Forschung wie das USB. In der Folge dieser unterschiedlichen Berechnungsmodi kann das CHUV der Lehre und der Forschung mehr und der Dienstleistungserbringung weniger Kosten zuweisen. Ein objektiver Vergleich der Dienstleistungskosten der Unispitäler setzt voraus, dass solche verzerrenden Effekte eliminiert werden.

Wie kann verhindert werden, dass die DRG als reines Sparmodell missbraucht werden, d.h., auf notwendige medizinisch/pflegerisch adäquate Therapien verzichtet wird, um mit reduzierten Ressourcen mehr Erträge zu generieren?

Das USB zeichnet sich aus durch Wertschätzung, Verantwortungsbewusstsein und Professionalität. In unserem Verhalten orientieren wir uns an unseren definierten und festgelegten Werten (vgl. USB-Broschüre «Unsere Werte»).

Ohne Zweifel müssen wir wirtschaftlich arbeiten, insbesondere aber nachhaltig. Der nachhaltige Erfolg des USB liegt für mich in der Erbringung bester medizinischer Behandlungen und in der patientenzentrierten Betreuung. Kurzfristige Optimierungsmassnahmen zum Nachteil unserer Patientenschaft oder unserer Mitarbeitenden stehen dem klar entgegen.



Die Programmleitung DRG@USB am runden Tisch, v.l. Dr. Erika Althaus, Dr. Christian Abshagen, Marcus Müller, Martin Gerber.

Verhindern, dass es trotzdem geschieht?

Die Medizin trägt die Verantwortung dafür, was gemacht wird. Über Medizincontrolling, Kostenrechnung etc. leisten wir die nötige Unterstützung, damit die sinnvolle Leistungserbringung auch nach Möglichkeiten wirtschaftlich erbracht werden kann.

Im Unispital sind Patienten oft viel schwerer krank und benötigen besonders teure Therapien. Ist das ein Nachteil für die Unispitäler im neuen DRG-System?

Nein. Ein Nachteil entsteht uns nur dann, wenn das DRG-Modell nicht differenziert genug ist, um die Komplexitäten, mit denen wir es zu tun haben, auch angemessen abzubilden. Diese Gefahr besteht wie erwähnt weniger, da wir ein bereits ausgereiftes DRG-Modell aus Deutschland in die Schweiz übernehmen. Dennoch haben sich die Unispitäler mit einem Positionspapier an die Verantwortlichen der SwissDRG AG sowie an die Öffentlichkeit gewandt und insbesondere die hohe Differenzierung des Modells gefordert. Das SwissDRG-Modell ist ferner – wie das deutsche Modell – angemessen mit Sonder- und Zusatzentgelten zu ergänzen. Die Forderungen werden vom Spitalverband H+ übernommen und vertreten.

5 Workshops mit 65 Teilnehmenden wurden intern zu DRG durchgeführt. Mit welchem Ziel?

Wir haben eine Landkarte mit allen Handlungsfeldern erstellt, die sich aus der DRG-Einführung ergeben. Aus den Workshops wurden über 200 einzelne Inputs der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgenommen und zu 35 Handlungsfeldern verdichtet.

Die Spitalleitung hat die am höchsten priorisierten Handlungsfelder verabschiedet und ihre Bearbeitung beauftragt. Die Umsetzung in konkreten Projekten läuft. Lesen Sie mehr über das Programm DRG@USB auf unserer Intranet-Seite.

Aus dem Programm DRG@USB halten wir den Kontakt zu den 65 Personen, die alle aktiv in den Workshops mitgearbeitet haben, aufrecht. Der genannte Personenkreis wird als «Sounding Board» in den Projektfortschritt mit einbezogen.

Ist das USB fit für das System DRG?

Per 1.1.2012, Ja.

Ob wir uns im Wettbewerb erfolgreich behaupten und positionieren, hängt von uns allen ab – egal ob am OP-Tisch, am Spitalbett, in der Küche oder an der Notfallporte. Ich erlebe viel engagierte Arbeit an unserer DRG-Fitness. Auch wir von der Programmleitung DRG@USB, Christian Abshagen, Marcus Müller, Ursula Althaus und ich, geben alles.

SAPALDIA

Aller guten Dinge sind drei

Im Januar 2010 hat die dritte Untersuchungsrunde der SAPALDIA-Studie im Universitätsspital Basel angefangen. Das SAPALDIA-Team ist gespannt auf die neuen Erkenntnisse.



SAPALDIA ist Team-work! (v.l.n.r.) Prof. Dr. med. Daiana Stolz, Lokale Leiterin SAPALDIA Studie, Isabella Harreh, Nicole Wytttenbach, Corinne Bürli, Gordana Novicic. Nicht im Bild: Claudine Dahler.

«Einatmen – und jetzt fest ausatmen...» Bald werden diese Kommandos noch häufiger in den Gängen der Pneumologie im Universitätsspital Basel zu hören sein, da im Verlauf des Jahres 2010 über 1000 Probandinnen und Probanden der dritten Untersuchungsrunde der SAPALDIA-Studie im Zentrum Basel erwartet werden. Die SAPALDIA-Studie – Schweizer Studie Luftverschmutzung und Gesundheit bei Erwachsenen – wurde 1991 mit dem Ziel gestartet, einen einmaligen Einblick über die Entwicklung der Gesundheit der Schweizer Bevölkerung zu gewinnen. Insgesamt wurden 9 651 Schweizerinnen und Schweizer an acht verschiedenen Orten in der Schweiz (Basel, Aarau, Davos, Genf, Lugano, Montana, Payerne und Wald) untersucht. Die zweite umfassende Untersuchungsrunde fand zehn Jahre später, also 2003, statt. Nun werden alle Studienteilnehmer ein drittes Mal zu einer entsprechenden Untersuchung eingeladen. Diese Reihe von Untersuchungen bietet die einmalige Möglichkeit, Schlussfolgerungen zu ziehen über die Entstehung von respiratorischen Erkrankungen in der Schweizer Bevölkerung, in einer Zeitspanne von über 20 Jahren. Auch weltweit ist diese Studie ein Unikat!

Die bereits vorliegenden Resultate der SAPALDIA-Studie sind ebenfalls faszinierend: Basierend auf den Daten von über 8 300 Erwachsenen zwischen

18 und 60 Jahren liess sich feststellen, dass über ein Drittel der Schweizer Bevölkerung eine Allergieneigung (Atopie) aufweist. Ein beträchtlicher Teil davon (6,8%) leidet an Asthma bronchiale. Dabei sind zwei Drittel der Asthmafälle auf eine Allergie zurückzuführen, wobei Männer und Frauen gleich häufig befallen sind. Trotz massiven Fortschritten der Diagnostik und der Medikation bleiben noch über 30% der Asthmatiker durch ihre Erkrankung eingeschränkt. Interessanterweise haben knapp 20% der Schweizer Bevölkerung eine Überempfindlichkeit des Bronchialsystems (bronchiale Hyperreagibilität). Die Resultate der SAPALDIA-Studie haben bereits viel bewegt. Die Studie konnte zeigen, dass Personen, welche in der Nähe einer Hauptstrasse leben, ein erhöhtes Risiko für Atemwegsprobleme wie Dyspnoe, Giemen, Husten und Auswurf aufweisen. Zudem haben die ersten Resultate der SAPALDIA-Studie entscheidend dazu beigetragen, dass in der Schweiz ein Grenzwert für Feinstaub eingeführt wurde. Diese wichtige umweltpolitische Massnahme half mit, dass die Feinstaubkonzentrationen in vielen Regionen der Schweiz danach stärker als zuvor sanken. Zum Zeitpunkt der zweiten SAPALDIA-Runde war die Luftqualität in den meisten Orten der Schweiz besser. Die Daten der zweiten Staffel erbrachten weltweit erstmals den Nachweis, dass sich die Verbesserung der Luftqualität, insbeson-

dere die Reduktion der Feinstaubbelastung, auch Erwachsene langfristig positiv auswirkt. Personen, die hingegen den Abgasen aus dem Verkehr stärker ausgesetzt sind, haben auch im Erwachsenenalter ein höheres Risiko, noch an Asthma zu erkranken. Eine passive Rauchexposition und die Entwicklung von Atemwegssymptomen wurden miteinander in Verbindung gebracht. Bewiesen wurde ebenfalls, dass der natürliche Alterungsprozess mit Abnahme der Lungenfunktion mit steigendem Alter durch eine erhöhte Luftbelastung beschleunigt wird.

Von Prof. Daiana Stolz

Der Fokus der dritten Untersuchungsrunde wird vor allem auf die komplexen Zusammenhänge bei der Entstehung von respiratorischen und kardiovaskulären Krankheiten gerichtet. Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung, welche meistens durch das Rauchen verursacht wird und als vierthäufigste Todesursache weltweit gilt, wird nun genauer unter die Lupe genommen. Hierfür werden alle Probanden nach der Durchführung der Lungenfunktionsprüfung ein bronchienerweiterndes Medikament erhalten. Hierdurch kann unterschieden werden, ob eine auffällige Verengung des Atemweges eher einem Asthma oder einer chronischen obstruktiven Bronchitis entspricht. Diese Differenzierung ist besonders wichtig, da sowohl die Therapie als auch die Faktoren, welche mit der Entstehung dieser Krankheiten zusammenhängen, unterschiedlich sind. Möglicherweise ist die Verbesserung der Luftqualität nicht nur für die Lunge, sondern auch für das Herz und den Kreislauf förderlich. Bei dieser neuen Staffel der SAPALDIA-Studie werden deshalb die Bestimmung der Gefässwanddicke und der Gefässwandelastizität mittels Ultraschall, eine Impedanzanalyse sowie die Durchführung eines Langzeit-EKGs vorgesehen.

Insgesamt wurde viel erreicht – die SAPALDIA-Studie hat aber noch viel vor! Viele Fragen sind noch unbeantwortet, deshalb möchte das SAPALDIA-Team der Pneumologie des Universitätsspitals Basel (Prof. Daiana Stolz, Nicole Wytttenbach, Claudine Dahler, Corinne Bürli, Gordana Novicic und Isabella Harreh siehe Bild) alle Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer herzlich willkommen heissen. Denn erst die Bereitschaft von Personen, die den grossen Studien wie SAPALDIA immer wieder Zeit und Vertrauen schenken, ermöglicht die Entdeckung und die Entwicklung neuer Wege für Prävention und Behandlung für Volkskrankheiten von COPD und Asthma.

Zusammenwirken

Kohorte Schweinegrippe

Ein Erfahrungsbericht



Die Kohorte* Schweinegrippe war vom 20. November 2009 bis zum 4. Januar 2010 auf Med. 7.2 Einheit 6 in Betrieb. Das Pflegepersonal der Station wurde durch mich bereits im Vorfeld schriftlich und mündlich über die Schweinegrippe im USB und über eine mögliche Kohorte auf Med. 7.2 informiert. Folglich war das Team vorbereitet, als der FaOE diesen Entscheid gefällt hatte.

Abgrenzungen

Bei der Auswahl der Räumlichkeiten mussten wichtige Kriterien berücksichtigt werden: Der Betrieb der Privatzimmer musste aufrechterhalten bleiben und es kamen nur 2-Bett-Zimmer infrage. Somit wählten wir einen Teil der Patientenzimmer in der 6. Einheit der Station aus. Mit sechs 2-Bett-Zimmern und einem Isolierzimmer standen theoretisch 13 Stellplätze für die Kohorte zur Verfügung. Wir mussten innerhalb weniger Stunden alle Patienten, welche noch in der geplanten Kohorte lagen, verlegen. Mit Ausnahme eines Patienten konnten wir alle Patienten innerhalb unserer Station transferieren.

Von Monika Gisin

Eine Kohorte sollte räumlich abgegrenzt sein, damit vor allem die hygienischen Prinzipien eingehalten werden können. Dies war in diesem Falle nicht ganz einfach, weil die Kohorte räumlich in der 6. Einheit integriert war, was eine konsequente Abgrenzung verunmöglichte. Wichtige Räume wie Personalgarderobe und Geräteraum lagen innerhalb der Kohorte, und die Zugänge im Gang, drei an der Zahl, konnten aus erwähnten Gründen auch nicht geschlossen werden. Ein gelber Strich auf dem Boden, Paravents, Sterilumspender und Masken dienten als Kohortengrenze. Dies wurde erstaunlich rasch von allen so erkannt, selbst die Besucher haben sich strikt daran gehalten. Infrastrukturell hatten wir das Problem, dass der Ausguss der 6. Einheit in der Kohorte lag, wir also einen stillgelegten Ausguss in der 5. Einheit reaktivieren mussten, damit auch die restlichen Zimmer der 6. Einheit einen Ausguss hatten. Der Reinigungsdienst musste einen zusätzlichen Putzwagen für die Reinigung in der Kohorte beschaffen. Mit der Zeit fehlte es zunehmend für die zahlreichen Isolierzimmer an Servierboys, Wäsche- und Abfallständern. Das Pflegeteam musste in vielen Fällen nach Alternativlösungen suchen. Dank der Bereitschaft der anderen Bettenstationen, uns auszuhelfen, konnten wir die ärgsten Engpässe überwinden.

Das Arbeiten in einer Kohorte mit vielen Isolationen erhöht das Arbeitsaufkommen. Im Vordergrund stand immer die Sicherheit des Personals. Wir haben von Beginn an sehr darauf geachtet, dass trotz erhöhter Arbeitslast die Hygienemassnahmen streng eingehalten werden können. Deshalb wurde in jede Schicht eine zusätzliche Person eingeplant. Schwangere Mitarbeiterinnen durften nicht mehr in der Kohorte eingesetzt werden, was die Planung zusätzlich erschwerte. Auch hier reagierte das Team sehr flexibel und verständnisvoll und koordinierte dementsprechend die Patienteneinteilung.

Hohe Flexibilität

Während der ganzen Dauer der Kohorte hatten wir speziell für diese Patientengruppe eine 24-Stunden-Aufnahmepflicht. Dies erforderte ausserordentlich hohe Flexibilität, da die Kohorte innerhalb einer Pflegegruppe zwar örtlich abgegrenzt war, aber die anderen nicht isolierten Patienten gleichzeitig

mitbetreut wurden und das Patientenaufkommen sehr unterschiedlich war. Die hohe Motivation und das Engagement des ganzen Teams führten zu einer sehr hohen Pflege- und Behandlungsqualität. Das Team hat laufend seine Fragen notiert, welche zu Anfang noch zweimal wöchentlich, im Laufe der Zeit bei Bedarf, an Besprechungen mit der Spitalhygiene geklärt wurden. Dabei ging es vorwiegend um hygienische Abläufe, fachliche Fragen und Verhaltensmassnahmen. Viele Arbeitsschritte haben wir neu definiert. Es musste möglichst effizient gearbeitet werden, da das dauernde An- und Ausziehen der Schutzkleidung einen grossen Zeitaufwand mit sich bringt.

Viel Unterstützung

Logistisch hatten wir mehrere Herausforderungen zu bewältigen: Nebst den zahlreichen schriftlichen Hygienemeldungen mussten sämtliche Symptome genauestens dokumentiert werden: Therapiestart und -ende mit antiviralen Mitteln, Abstriche und Folgeabstriche H1N1 mussten möglichst termingegenau erfolgen, damit allfällige Entisolationen rechtzeitig vorgenommen werden konnten, um wiederum aufnahmefähig für Neuzugänge zu sein. Dabei spielten sich solche Entscheide häufig im Spätdienst ab, weil die Resultate vom Institut für Medizinische Mikrobiologie oft erst dann geliefert wurden und auch die Eintritte der Patienten bekannterweise eher gegen Abend sind. Negativ getestete Patienten mussten bis spät abends noch verlegt werden, deshalb haben wir, bereits bevor das Abstrichresultat vorhanden war, ein Bett auf unserer Station oder dann auf einer anderen Bettenstation organisiert. Hier haben wir viel Unterstützung unserer Kolleginnen und Kollegen der anderen Bettenstation erhalten. Wir hatten nicht damit gerechnet, dass die Mehrheit der positiv getesteten Patienten immungeschwächt oder immunsupprimiert war. Die Aufenthaltsdauer dieser Patientengruppe in der Kohorte dauerte oft bis zu drei Wochen, was zeitweise zu Kapazitätsengpässen führte.

In der Kohorte verzeichneten wir einen sehr hohen Materialverbrauch. Zum Einrichten von Isolierzimmern stand zu wenig Material zur Verfügung. Es entstanden zusätzliche Personalkosten von rund 20 000 CHF.

Mein Fazit fällt dennoch sehr positiv aus: tolle Zusammenarbeit und Disziplin innerhalb des Pflegeteams, unkomplizierte Zusammenarbeit speziell mit der Abteilung für Spitalhygiene. Patienten und Besucher waren sehr kooperativ. Die Kohorte Schweinegrippe hat uns herausgefordert und uns um mehrere Erfahrungen reicher gemacht.

* Die Kohorte ist eine Gruppe von Personen, die zum gleichen Zeitpunkt ein bestimmtes Lebensereignis erfahren hat (*Duden*)

Beratung, Support, Bits und Bytes

Aus einer Hand – das Ressort Prozessunterstützung und Informatik.

Die richtige Positionierung im zukünftigen Gesundheitsmarkt wird über den Erfolg des USB entscheiden. Stichwörter sind die rechtliche Verselbstständigung und die neue Spitalfinanzierung im Rahmen der 2012 erfolgenden DRG-Einführung.

Die Prozessunterstützung mittels Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) auch und ganz besonders in der Kernaufgabe der Patientenbehandlung kann und muss hierbei einen wertvollen Beitrag leisten.

Von Jürg Lindenmann und Dr. Heiko Behrendt

Das bedeutet unter anderem, dass viele Projekte entstehen, deren Umsetzung entsprechend gesteuert werden muss. Dies kann nur mit einem guten Überblick über alle Projekte und ihre Abhängigkeiten, sowie deren Konsum an personellen und finanziellen Ressourcen in den Bereichen und Ressorts geschehen (sogenanntes Multiprojektmanagement). Da neue Projekte eine Verbesserung der Effizienz und der Effektivität der betrachteten Arbeitsabläufe im Blick haben, wird dabei das Prozessmanagement ebenfalls ein wichtiger Bestandteil werden. Entscheidend ist dabei die richtige Erfassung und Umsetzung der Anforderungen aus den Behandlungs-, Pflege- und anderen Prozessen in Informatiklösungen. Ohne eine optimale und nutzbringende Informatikunterstützung wird es für das USB schwierig sein, seine hohe Behandlungsqualität zu halten und im kommenden Markt der Qualitäten bestehen zu können. Ein gutes gegenseitiges Verständnis von Kerngeschäft und den Bereitstellern der Lösungen ist darum entscheidend. So wurde im Jahre 2009 eins und eins so zusammengezählt, dass das Ergebnis drei ergibt.

Nutzbringende Lösungen anbieten

Um die oben genannten Integrationsaufgaben lösen zu können, wurde im April 2009 aus der Abteilung Unternehmensentwicklung und der Zentralen Informatik das Ressort Prozessunterstützung und Informatik (PIT) neu geschaffen. Die oberste Aufgabe des PIT ist dabei die Unterstützung des USB mit Projektmanagement-, Prozessmanagement-, Beratungs-, Informatik- und Supportdienstleistungen. Um diese Aufgaben umzusetzen, werden derzeit in einer Tätigkeits- und Bedarfsanalyse alle Dienstleistungen des PIT erhoben und als sogenannte Services allgemein verständlich in Umfang, Qualität und Kosten beschrieben und schliesslich mit den Bereichen und der Spitalleitung in Form verbindlicher Leistungsbeschreibungen vereinbart. Das PIT hat nur dann eine Rechtfertigung, wenn es den Kunden nutzbringende Lösungen bietet. Lösungen müssen daher zwingend gemeinsam mit den internen Kunden erarbeitet werden. Die Aufgabe des PIT besteht dabei darin, aus den Kundenanforderungen mittels solidem Informatikengineering und basierend auf einer unternehmensweit abgestützten Informatikarchitektur zusammen mit den geeigneten externen Lösungsanbietern die optimale Implementation und gemeinsam mit den Fachverantwortlichen einen stabilen Betrieb und Support sicherzustellen. Nur so kann vermieden werden, dass in bester Absicht beschaffte Lösungen, beispielsweise mit ungelösten Fragen zur Integration in die bestehende IT-Landschaft oder zur Sicherstellung des Supports und der Finanzierung, keinen Nutzen entfalten können und zu unnötigen Zuständigkeitsdiskussionen führen.

Die IT-Landschaft gestalten

Das PIT hat sich im Juli 2009 als Ressort konstituiert und steht neben der Aufgabe, die eigenen Prozesse zur Leistungserstellung wie z.B. Behebung von Störungen, möglichst unterbruchfreie Systemanpassungen, sowie zur effizienten Unterstützung von Kundenprojekten zu gestalten, vor einigen Herausforderungen. Dazu gehören Transparenz und ein guter Überblick über die derzeit bestehenden Systeme und Anwendungen. Die jetzige IT-Landschaft präsentiert sich noch wie auf einer alten Landkarte: Es existieren weisse Flecken, noch nicht alle Kontinente sind voll erforscht und es gibt an einigen Orten noch reissende Flüsse mit wenigen Brücken. Um die IT-Landschaft zu entdecken und sie anhand strategischer Ziele zu gestalten, braucht es einen Plan über die gewollte Landschaft, eine sogenannte Informatikarchitektur, bestehend aus einer Datenarchitektur (Welche Daten gibt es im Haus und wie hängen sie zusammen?), einer Anwendungsarchitektur (Welche Systeme unterstützen welche Prozesse und wie kommunizieren sie untereinander?) und einer Hardwarearchitektur (Welche Infrastrukturen brauchen wir, und wie entwickeln sich diese in Zukunft?).

Eine Informationsplattform für alle schaffen

Alle diese Informationen laufen zusammen in der Prozessarchitektur, welche die wichtigsten Arbeitsabläufe des USB beschreibt, die Beziehung zur IT-Architektur herstellt und eine Grundlage für die Optimierung der Arbeit via Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie bieten kann. Ohne die Kenntnis der Prozesse kann auch der Informations- und Kommunikationsfluss, der insbesondere den Patienten durch das Haus begleitet, nicht gut organisiert werden. Ein Ziel des PIT ist es, in den nächsten Jahren die Daten und Systeme so zu integrieren, dass daraus eine einfach zu bedienende, mobile Informationsplattform entstehen kann, welche die Arbeit aller Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen am USB wirklich unterstützt. Somit hat das PIT in den nächsten Jahren noch sehr viel Arbeit vor sich. Das Ziel ist noch weit, aber die Grundlagen für die Zielerreichung werden derzeit gelegt und sind auf gutem Weg.

Drei Abteilungen sind unterwegs

Die Dienstleistungen des PIT sind in drei Abteilungen organisiert, welche sich an der optimalen Unterstützung der oben beschriebenen Ziele orientieren.

Zur Unterstützung der Entwicklung des USB und der Verknüpfung von Kerngeschäft und Informatik wurde die Abteilung «Prozesse, Projekte & Beratung» (PP&B) geschaffen, geleitet von Eusebio Passaretti. Hier befinden sich das Multiprojektmanagement, welches den Überblick über die Projekte des USB als Führungsunterstützung anbietet, die Projektleiter, welche für grössere Projekte das Projektmanagement bzw. die Projektunterstützung übernehmen, sowie das Prozess-Kompetenz-Zentrum (PKZ), welches das USB in allen Fragen des Prozessmanagements unterstützt und die Prozessarchitektur aufbaut und pflegt.

Die von Alain Gremaud geleitete Abteilung «Entwicklung & Betrieb» (E&B) ist das Herz für Bereitstellung, Sicherstellung und Erhaltung der Infrastrukturen und Lösungen. Die Abteilung E&B hat die schwierige Aufgabe, die Verfügbarkeit und die Performance 24 Stunden und 365 Tage im Jahr, sowie die Anpassungen und die Erweiterungen an den Lösungen möglichst ohne Unterbruch für den Nutzer, die Nutzerin sicherzustellen.

«Service&Support» (S&S) wird die dritte Abteilung des PIT genannt. Ihr Leiter, Christian Schraner, hat mit seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern das Ziel, dass die Nutzer das Lösungsangebot des PIT kennen und Leistungen anfordern können sowie jederzeit über die vereinbarten Dienstleistungen oder falls nötig eine Umgehungslösung verfügen können. Dazu zählen auch die Befähigung und die Unterstützung am Arbeitsplatz mittels Schulung, eine moderne Arbeitsplatzplattform und ein guter Support, wenn etwas mal nicht läuft.

Wir sind uns bewusst...

Der Aufbau eines Ressorts hin zu einer Dienstleistungs- und kundenorientierten Bereitstellung von Prozessunterstützung und Informatik für ein Universitätsspital ist kein einfaches Unterfangen. Aber das ist das Zusammenzählen von eins und eins zu drei auch nicht.

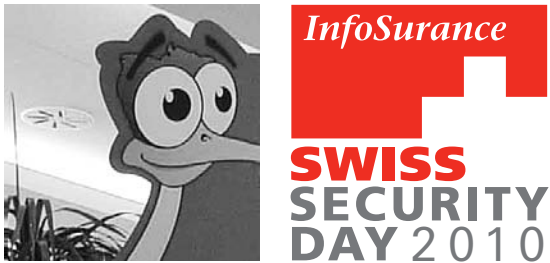
Auf dem Weg dahin werden das PIT Irrungen und Wirrungen, Fehler und Irrtümer begleiten. Umso wichtiger sind das Verständnis seitens der Kundinnen und Kunden sowie ein stetiger aktiver Dialog.



Swiss Security Day

Sichern – Schützen – Überwachen – Vorbeugen – Aufpassen

Sicherer Umgang mit Informatikmitteln – darauf machte am diesjährigen Swiss Security Day, am 10. März, das ISG (Informationssicherheitsgremium) im Centrinio/Centro mit einem Stand aufmerksam.



Der Swiss Security Day wurde nach dem Motto «Bist du sicher? Augen auf!» in der ganzen Deutschschweiz durchgeführt. Im USB wurden die fünf Schlagwörter: Sichern – Schützen – Überwachen – Vorbeugen – Aufpassen propagiert.

Von Jose Brandao

In personalintensiven Umgebungen mit hohem Publikumsverkehr, wie in unserem Spital, ist es unabdingbar, dass sich alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen für die Sicherheit des Spitals und ihres Einsatzortes verantwortlich fühlen und sich an folgende Grundsätze halten:

- Geschäftsdaten auf Netzlaufwerken H- und I: speichern, nicht lokal
- Software nie selbst installieren
- IT-Geräte regelmässig neu starten und Updates einspielen lassen
- Notebooks regelmässig im USB-Netzwerk anmelden und Updates einspielen lassen
- Sichere Passwörter verwenden, nicht aufschreiben, nicht weitergeben
- Keine unbekanntes Mail-Attachments öffnen
- Unbekannte Personen im Büro/auf der Station ansprechen

Die sieben Regeln werden uns durchs das ganze Jahr begleiten. Eine neue Mausmatte erinnert bei der täglichen PC-Arbeit an die Wichtigkeit, diese zu beherzigen.

Am Swiss Security Day im USB boten Informationsstände im Centrinio und vor dem Centro Gelegenheit zu anregenden Gesprächen. Gross war das Verständnis für die manchmal einen flüssigen Arbeitsablauf hinderlichen Sicherheitsmassnahmen. Jedoch die Mitarbeitenden wissen, dass dem Schutz der Patientendaten in einem Universitätsspital höchste Aufmerksamkeit zu schenken ist.

Sicherer Umgang mit Informatikmitteln macht uns alle zu Gewinnern. Ein Wettbewerb bot Gelegenheit, sich über alltägliche Situationen im Umgang mit Informationssicherheit Gedanken zu machen und dabei auch noch schöne Preise zu gewinnen. Allen, die mitgemacht haben, vielen Dank und den Gewinnerinnen und Gewinnern herzliche Gratulation. Bild rechts: Auslosung.



Publikationen

New England Journal of Medicine

Neuer Arzneistoff gegen Multiple Sklerose zeigt Wirkung

Die Basler Forscher um den Neurologen Prof. Ludwig Kappos konnten zusammen mit einer internationalen Studiengruppe in einer zweijährigen klinischen Studie mit 1272 Patienten zeigen, dass sich durch die Therapie mit Fingolimod die Schubhäufigkeit bei schubförmiger Multipler Sklerose um 54 bis 60% im Vergleich zu Placebo vermindert. Auch eine Verschlechterung der mit der Multiplen Sklerose verbundenen Behinderung konnte mit beiden getesteten Dosierungen von Fingolimod um ca. 30% während der 2-jährigen Studie signifikant vermindert werden.

Weiter konnten die Forscher mittels Magnetresonanztomografie (MRI) zeigen, dass sich die Zahl der entzündlichen Herde deutlich verringerte und sich der Abbau von Hirngewebe (Atrophieentwicklung) signifikant verzögerte. Die Nebenwirkungen waren auf dem gleichen Niveau wie bei der Placebo-Kontrollgruppe.

Fingolimod ist ein Arzneistoff zur Therapie von schubförmig verlaufender Multipler Sklerose, dessen Wirkung auf einem neuartigen Prinzip beruht: Das als Tablette verabreichte Medikament verhindert, dass potenziell schädliche Immunzellen aus den Lymphknoten in die Blutbahn gelangen. Dadurch können diese nicht zur Entstehung von Entzündungen im zentralen Nervensystem beitragen, die für einen Grossteil der Krankheitserscheinungen bei Multipler Sklerose verantwortlich gemacht werden. Zudem zeigen Untersuchungen, dass der Arzneistoff auch direkt mit Zellen des zentralen Nervensystems reagiert, wo

er eine schützende Wirkung entfalten und teilweise die Wiederherstellung von Gewebe fördern kann.

In einer zweiten, gleichzeitig publizierten Studie mit 1292 Patienten mit schubförmiger Multipler Sklerose wurde Fingolimod während eines Jahres einer etablierten Therapie mit Beta-Interferonen gegenübergestellt. Auch hier konnten die Forscher zeigen, dass die Häufigkeit von Schüben gegenüber der Interferon-Kontrollgruppe signifikant um 38 bis 52% nachliess; zudem verminderten sich die entzündlichen Zeichen und die Entwicklung von Atrophie. In dieser einjährigen Studie zeigte sich kein Unterschied zwischen den Präparaten hinsichtlich der Verschlechterung der Behinderung. Die Verträglichkeit von Fingolimod war auch im Vergleich mit Interferon insgesamt gut.

Bei den beiden Untersuchungen handelt es sich um sogenannte Phase-III-Studien, welche die für die Zulassung entscheidenden Daten zum Wirksamkeitsnachweis ermitteln. Beide Studien zusammen belegen eine überlegene Wirksamkeit des neuen Präparats, das als Tablette eingenommen werden kann. Bereits hat der Hersteller Novartis in Europa, den USA und in der Schweiz Antrag auf Zulassung gestellt. Damit ergibt sich die Chance, mit Fingolimod eine wirksame Alternative zu den seit Anfang der 1990er-Jahren eingesetzten Präparaten zur Verfügung zu stellen, die nur in injizierbarer Form erhältlich sind. Weitere Langzeitstudien werden eine exaktere Einschätzung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses dieser neuen, viel versprechenden Behandlungsoption erlauben.

Journal of the American Medical Association (JAMA)

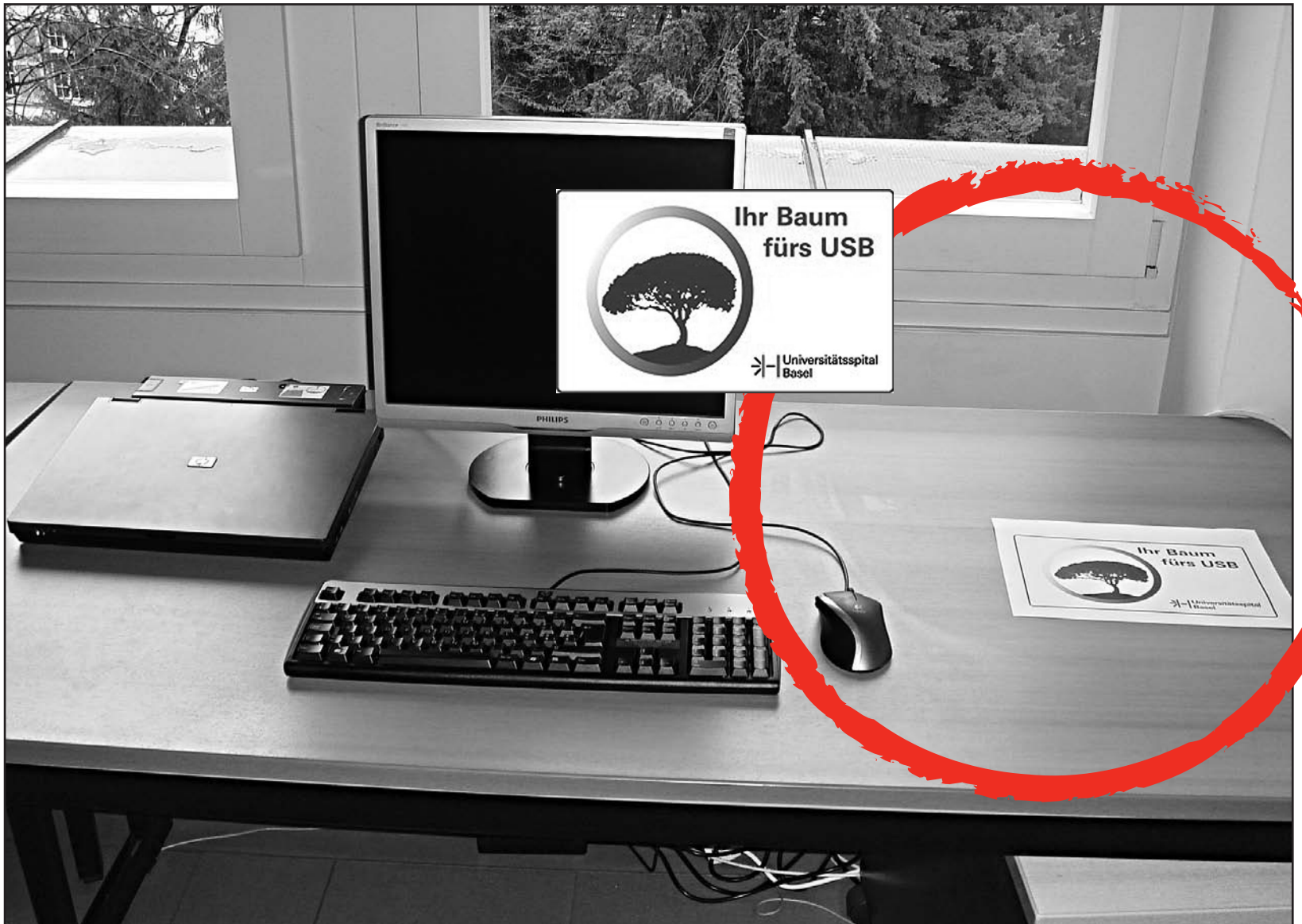
Verbesserte Beatmungstherapie für Patienten mit ARDS

Dr. Matthias Briel vom Basler Institut für klinische Epidemiologie am USB hat in Zusammenarbeit mit einer internationalen Forschergruppe die gesamten Datensätze mehrerer randomisierter kontrollierter Studien bei beatmeten Patienten in einer gepoolten Analyse neu ausgewertet. Patienten mit ARDS, der schwersten Form der akuten entzündlichen Lungenaffektion, hatten mit höherem PEEP eine reduzierte Sterblichkeit und eine beschleunigte Entwöhnung von der künstlichen Beatmung. Die Forscher fanden keine negativen Auswirkungen von höherem PEEP auf die Lunge oder das Herz-Kreislauf-System. Patienten mit akuter entzündlicher Lungenaffektion ohne ARDS profitierten hingegen nicht von höherem PEEP.

Die Ergebnisse, welche in der renommierten Zeitschrift der American Medical Association publiziert wurden, lassen noch einige Fragen bezüglich optimaler künstlicher Beatmungstechniken offen, geben Intensivmedizinern jedoch bereits wertvolle Anhaltspunkte für eine verbesserte Beatmungstherapie für Patienten mit ARDS, einer häufigen und gefürchteten Komplikation der Intensivmedizin.

Schwerkranke Patienten, die intensivmedizinische Betreuung benötigen, erleiden häufig eine akute entzündliche Lungenerkrankung, oder deren schwerste Form, das Akute Respiratorische Distress-Syndrom (ARDS). Die künstliche Beatmung ist für solche Patienten überlebensnotwendig, birgt jedoch in ihrer herkömmlichen Form bei teilweise kollabierten Lungenarealen auch das Risiko einer zusätzlichen Schädigung der Lunge durch regionale Überblähungen und Scherkräfte. Eine schonendere Beatmung der Lunge kann das zyklische Kollabieren und Wiederaufblähen von vorgeschädigtem Lungengewebe vermindern. Hierzu wird bei der künstlichen Beatmung während des gesamten Atemzyklus ein erhöhter Luftdruck in den Lungen (positive end-expiratory pressure oder sogenannter PEEP) erzeugt. Bis anhin war unklar, welche Vor- und Nachteile Patienten mit akuter entzündlicher Lungenaffektion von einem höheren gegenüber einem konventionell niedrigeren PEEP haben.

Aktion «Ihr Baum fürs USB»



Jürg Lindenmann,
Leiter Ressort Prozessunterstützung und Informatik

« Wir betrachten es wider besseres Wissen als selbstverständlich, dass uns Ressourcen unbegrenzt zur Verfügung stehen. Erst recht, wenn sie einfach zugänglich und «gratis» sind. Auch ich habe oft ohne nachzudenken Dokumente auf dem Drucker an meinem Arbeitsplatz ausgedruckt, nur ums sie anschliessend wieder – kaum gelesen – fortzuwerfen oder auf einem grossen Stapel zu sammeln. Um dies zu ändern, versuche ich möglichst papierlos zu arbeiten und habe daher auch meinen Arbeitsplatzdrucker abgegeben. Falls es dann doch noch notwendig ist, etwas zu drucken, kann ich immer noch den Schwerpunktdrucker des Ressorts benutzen. Bis dort ist es nicht weit und das verschafft mir auch noch Bewegung. »

Schon gehört? Schon gesehen?

Auszeichnung. Prof. Jan Müller-Brand, Leiter des Instituts für Nuklearmedizin, wurde mit der silbernen Medaille der Semmelweis-Universität Budapest, Ungarn, ausgezeichnet. Die Auszeichnung erfolgte als Anerkennung für die jahrelange Zusammenarbeit zwischen der Basler Nuklearmedizin und der Semmelweis-Universität bei der Behandlung und der Betreuung ungarischer Patientinnen und Patienten mit neuroendokrinen Tumoren und für die wissenschaftliche Zusammenarbeit beider Institutionen sowie für den Beitrag des USB bei der Weiter- und Fortbildung der ungarischen Kollegen.

Top 10 Research Papers 2009. Die American Heart Association wählte das Manuskript von Dr. Peter Matt, Herzchirurgie, welches er während seines Forschungsaufenthaltes in den USA zum Thema «Circulating Transforming Growth Factor- β in Marfan Syndrome» erarbeitet hat, zu einem der besten 10 Papers des Jahres 2009. Die Forschung passt sehr gut zu einem klinischen Schwerpunkt, der Aortenchirurgie. Letztes Jahr wurden allein über 10% aller Herzpatienten wegen Aortenproblemen im tiefhypothermen Kreislaufstillstand operiert.

Posterpreise. Anlässlich des Fachsymposiums Gesundheit in St. Gallen am 20./21. Januar 2010 konnten zwei Mitarbeitende der Pflege-Notfallstation (stellvertretend für jeweils eine grössere Projektgruppe) einen Posterpreis in Empfang nehmen. 1. Preis: Florian Grossmann, Übersetzung, Implementierung und Testung von Reliabilität und Validität des Triageinstruments «Emergency Severity Index (ESI)». 2. Preis: Franziska Imboden, pflegerische Kontinuität auf der Notfallstation.»

Haiti. USB-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter legten an drei Tagen über 14 000 CHF in die Sammelkasse. Der Betrag wurde vom USB verdoppelt und ist an das Schweizerische Rote Kreuz zugunsten der Erdbebenopfer überwiesen worden.

2000. Geburtsmeldung. In der Kinderwunschprechstunde ging Mitte Februar 2010 die 2000. Geburtsmeldung seit Dienstantritt von Prof. Christian De Geyter im August 1996 ein. Davon sind 963 Schwangerschaften nach assistierter Reproduktion entstanden, die anderen mit anderen Methoden.

Forschungsprofessur Nationalfonds. Der Schweizerische Nationalfonds hat die zunehmende Wichtigkeit der klinischen Forschung für die Schweiz erkannt und vergibt seit diesem Jahr auch klinische Forschungsprofessuren an aktive Kliniker, welche sich durch hervorragende klinische Forschung auszeichnen. PD MPH Dr. Daiana Stolz von der Klinik für Pneumologie USB erhielt nach ihrem Aufenthalt an der Harvard School of Public Health Boston, USA, eine klinische Forschungsprofessur zugesprochen. Thema der Professur ist die Weiterführung ihrer international erfolgreichen Arbeiten über die chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD).

Medizincontrolling. Die neue Abteilung Medizincontrolling unter der Leitung von Dr. Christian Abshagen ist als eigenständige Abteilung im Ressort Finanzen angesiedelt. Kernaufgaben sind die Durchführung DRG-bezogener Schulungen und Informationsveranstaltungen, Weiterentwicklung, Sicherung und Optimierung der Dokumentationsprozesse, Mitgestaltung, Kontrolle und Optimierung der Codierprozesse, Datenanalysen für DRG- und Dokumentationsfragen, Etablierung eines hausinternen DRG-Berichtswesens, Benchmarkingprojekte, Beratung und Unterstützung bei strategischen Fragestellungen sowie bei der Prozessgestaltung und -optimierung. Das Medizincontrolling wird auch bei der Umstellung auf SwissDRG wichtige Vorarbeiten leisten.

«Blood» online publiziert. Im führenden Fachjournal «Blood» online ist eine wichtige Arbeit zum Thema «Lymphome nach Transplantation» von Martin Stern, Gerhard Opelz, Bernd Döhler und Christoph Hess erschienen: Natural killer cell receptor polymorphisms and post-transplant non-Hodgkin lymphoma; Blood First Edition Paper, prepublished online March 5, 2010. Nach Organtransplantation wird das Immunsystem mit Medikamenten geschwächt. Dies hat zur Folge, dass gewisse Blutkrebsarten gehäuft auftreten. In der weltweit mit Abstand grössten Studie zu diesem Krebs gelang es einem Forscherteam um Prof. Christoph Hess und Dr. Martin Stern des USB nun, zu zeigen, dass spezifische Elemente des angeborenen Immunsystems für das Überleben nach Diagnosestellung dieser seltenen, aber gefürchteten Blutkrebsarten von zentraler Bedeutung sind. Auf der Basis dieser Erkenntnisse ergeben sich grundsätzlich neue Überlegungen bezüglich Tumorkontrolle im Menschen.



International. Eine Delegation aus Turkmenistan besuchte das USB und informierte sich über Krebs-Diagnostik und -Behandlung. Der Gesundheitsminister und seine Delegation zeigten sich sehr interessiert. Die USB-Onkologen sind nach Turkmenistan eingeladen, um die Regierung beim Aufbau der onkologischen Versorgung zu beraten.

Auf dem Bild Christoph Schlatter, Fa. Roche, Regionalmanager für die ehemaligen Sowjetstaaten, Jutta Pils, Marketing & Kooperationen, oben (v.l.) Prof. Richard Herrmann, Chefarzt Onkologie, Prof. Alfred Zippelius, Leitender Arzt Onkologie, der stellvertretende Gesundheitsminister von Turkmenistan, Nurmuhamet K. Amanepesov und die Mitglieder seiner Delegation, die Direktorinnen des Onkologieinstituts und der nationalen Apotheke.

Würdigungen

Prof. Alois Gratwohl

Als Ordinarius der Hämatologie am Universitätsspital Basel ist er uns allen bekannt, als hervorragender und geachteter Spezialist in der hämopoetischen Stammzelltransplantation ist er weltweit renommiert. Alois Gratwohl und die Stammzelltransplantation sind heute zwei untrennbare Begriffe in Basel, der gesamten Schweiz und weit über die Landesgrenze hinaus. Als Präsident der European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) war er eine internationale Referenz auf dem Gebiet der Transplantation. Von überall her wurde er fast täglich um seine Meinung befragt.

Sein Interesse für Hämatologie wurde in Basel im Jahr 1974 unter der Leitung von Professor Bruno Speck geweckt. Während seines ersten Auslandsaufenthaltes als Visiting Fellow am National Cancer Institute in Bethesda, Maryland, USA, ist Alois Gratwohl mit 28 Jahren erstmals mit der Stammzelltransplantation und der für diese Behandlung typischen Abstossungsreaktion, der chronischen Graft-versus-Host-Erkrankung (GVHD) in Kontakt gekommen. Seit 1979 hat er sich ganz der Hämatologie und speziell der Transplantation in Basel gewidmet. Zwar hatte er durchaus konkrete Aussichten, Leiter eines renommierten Transplantationszentrums in Europa oder Amerika zu werden. Er ist aber Basel und der Hämatologie hier treu geblieben. Im Jahr 2000 hat er als Nachfolger von Bruno Speck die Leitung der Abteilung für Hämatologie übernommen.

Alois Gratwohl ist ein hervorragender Arzt und klinischer Forscher. Er ist ein Mensch mit Visionen – nicht selten seiner Zeit voraus, wie es sich so oft im Nachhinein erwiesen hat. Als junger Wissenschaftler war er an den pathophysiologischen Mechanismen der GVHD interessiert und wollte die verschiedenen klinischen Manifestationen der GVHD begreifen und neue therapeutische Möglichkeiten erforschen. Über Jahre konnte er erfolgreich finanzielle Unterstützung für Forschung am Tiermodell über die Mechanismen und Behandlungsmöglichkeiten der GVHD anwerben, u.a. vom Schweizerischen Nationalfonds und verschiedenen Stiftungen. Diese neu erworbenen Erkenntnisse aus dem Forschungslabor versuchte er im Sinne einer effizienten translationalen Forschung in die klinische Praxis zu übertragen. Sein wissenschaftliches Interesse hat sich über die 36 Jahre seiner Tätigkeit vervielfacht. Er war bei allen Inno-

vationen und Fortschritten der hämopoetischen Stammzelltransplantation dabei. Zusammen mit Prof. Alan Tyndall und Prof. A. Marmont hat er die therapeutischen Möglichkeiten der Stammzelltransplantation bei Autoimmunerkrankungen vermutet und entsprechend umgesetzt. Heute gilt die autologe Stammzelltransplantation trotz neuer Substanzen weltweit als eine vollwertige Therapieoption für die Behandlung schwerer Autoimmunerkrankungen. Alois Gratwohl hat auch einen wesentlichen Beitrag geleistet an klinischen Studien mit dem Einsatz neuer «Targeted Drugs», wie zum Beispiel den Tyrosinkinase-Hemmern für die Behandlung der chronisch myeloischen Leukämie. Dank seiner Person hat das Stammzelltransplantationsteam Basel in den letzten drei Dekaden in der Champions League mitgespielt.

Bruno Speck war der Pionier der Transplantation in Basel, Alois Gratwohl hat die Transplantation zu einer modernen Behandlungsform auf- und ausgebaut, die heute praktisch jedem Patienten, wenn indiziert, zur Verfügung steht. Er hat der Abteilung für Hämatologie Strukturen gegeben, die der gesamten therapeutischen, diagnostischen und experimentellen Hämatologie erlaubt haben sich hochwertig zu entwickeln. Im letzten Jahrzehnt hat er sich für Basel und die gesamte Stammzelltransplantation der Schweiz für ein umfassendes Qualitätsmanagements System eingesetzt, und dieses auch vorbildlich gelebt. Sein Leitmotiv in diesem Bereich war: Fehler machen ist menschlich, wir müssen aber zu unseren Fehlern stehen und daraus lernen. Trotz seinen zahlreichen administrativen und wissenschaftlichen Aufgaben ist Alois Gratwohl ein passionierter Kliniker geblieben. Er war immer für das Wohle des Patienten anzusprechen. Auch lag ihm die Weiter- und Fortbildung der jungen Hämatologen am Herzen. Er unterstützte Doktorarbeiten, FMH-Weiterbildungen und Habilitationen in Hämatologie. Zahlreiche, heute nennenswerte Hämatologen der Schweiz und aus dem Ausland haben einen wesentlichen Teil ihrer Bildung in der Hämatologie Basel erhalten und blicken oft noch mit gewisser Nostalgie, aber auch Dankbarkeit auf die Weiterbildungszeit in Basel zurück.

Mit der Zeit hat sich erwiesen, dass Alois Gratwohl eine ausgesprochene Begabung hatte, standespolitischen Ideen zu vertreten. Er ist ein ausgezeichnete Redner und versteht in den Medien überzeu-

gend aufzutreten. Er ist der Meinung, dass Publikumsarbeit eine wichtige Funktion in der Entwicklung der modernen Medizin hat und dass wir Ärzte und Spezialisten uns bei den nationalen und internationalen Behörden für eine gute Diagnostik und moderne Behandlungsformen zum Wohle der Patienten, von deren Familie und der Gesellschaft durchsetzen müssen. Alois Gratwohl hat ein spezielles Feeling, was auf uns Wichtiges zukommen wird. Ist er von einem Gedanken überzeugt, hat er eine quasi unendliche Ausdauer. Er kann auch unpopuläre Standpunkte furchtlos vertreten. Mut und Zivilcourage gehören eindeutig zu seinen grossen Eigenschaften. Im Universitätsspital hatte Alois Gratwohl gelegentlich den Ruf, «stur» zu sein. Nach langjähriger Zusammenarbeit mit ihm, weiss ich aber, dass er seine Ideen vertreten wird, nur solange ihm kein überzeugenderes sachliches Gegenargument vorgelegt wird. In einer Nummer der «Weltwoche», wurde Alois Gratwohl in einem ausführlichen Interview als «Doktor Machbar» bezeichnet. Es hiess darin, dass Alois Gratwohl der einzige Schweizer Wissenschaftler ist, der sich offensiv für das therapeutische Klonen einsetzt. In diesem Artikel ist ein zutreffender Charakterzug beschrieben, wie wir Alois Gratwohl auch erlebt haben: demzufolge ist er «ein Prediger voll Leidenschaft». «Tritt Alois Gratwohl vor ein Publikum ... und will es überzeugen, ... dann bemüht er sich zwar um Nüchternheit, spricht aber mit glühenden Wangen von den Optionen, die wir uns offen halten müssen, von starren Dogmen, vom Mut, den es manchmal brauche, weit in die Zukunft zu denken ...».

Wegen seiner geschätzten Kompetenz war Alois Gratwohl ein gefragtes und aktives Mitglied in zahlreichen nationalen und internationalen Fachgremien und standespolitischen Vereinigungen. War die Zusage, eine Aufgabe zu übernehmen einmal gegeben, hat er sich auch voll dafür eingesetzt. Immer hat er versucht, die Sache weiterzubringen. Die wichtigsten Fachausschüsse, in denen er beteiligt war, waren die SAKK, die Süddeutsche Hämoblastosegruppe, Swisstransplant, die EBMT, die European Organisation for Research and Treatment in Cancer (EORTC), das European Leukemia Net und das Kompetenznetzwerk Stammzellen der Schweiz und von Basel. Er hat auch etliche Vorstandsaufgaben wahrgenommen und war bei zahlreichen hämatologischen wissenschaftlichen Zeit-

Reiner Kreider

schriften Associate Editor oder Mitglied des Editorial Board. Ich zitiere hier nur ein paar der wichtigsten Aufgaben: Präsident der EBMT, Chairperson der Working Party Chronic Leukemia EBMT, Vorstandsmitglied und Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Hämatologie, Präsident der Stiftung Schweizer Register für Knochenmarkspender, Board Member der European Hematology Association, Präsident der Swisstransplant-Arbeitsgruppe Blood and Marrow Transplantation (STABMT), Board Member der American Society of Hematology (ASH).

Alois Gratwohl ist aber nicht nur ein Wissenschaftler. In seiner Freizeit wandert er stundenlang auf Schweizer Wegen und philosophiert über die Welt. Er schätzt es, mit Familie und Freunden am Tisch bei einem Glas Valsecco oder einem Blauburgunder zu sitzen und Meinungen auszutauschen. Neuerdings hat er auch die Freude, Grossvater zu sein, entdeckt. Was wird nach der Hämatologie werden, fragen sich alle. Alois Gratwohl bleibt diesbezüglich sehr diskret und gibt keine klare Antwort. Ich bin aber unbesorgt... er ist und bleibt ein Visionär, ein Berater und ein Wissenschaftler. Eines schönen Tages wird er vielleicht ein interessantes Buch herausgeben, und mit Sicherheit werden darin sehr originelle, kontroverse und für gewisse Leser vielleicht provokative Ideen vertreten sein. Es würde mich nicht wundern, wenn er eines Tages, wie er einmal bei einem Nachtessen erläuterte – war es seriös oder nur als Provokation gemeint? das sei dahingestellt vermerken würde, das Gen für Religiosität entdecken zu wollen!

Alois Gratwohl ist ein grosszügiger, innovativer und ausserordentlich motivierender Mensch. Er ist ein grosser Chefarzt, wusste Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden. Wir sind ihm sehr dankbar für seinen enormen Einsatz als Leiter der Hämatologie in Basel. Etwas betrübt, dass er sich nach so vielen Jahren anderen Interessen widmen wird, sind wir natürlich auch. Wir müssen aber gestehen, so schwer uns sein Abgang auch fällt, er hat uns gut für seine Nachfolge vorbereitet. Trotzdem hoffen wir im Geheimen, dass wir auch in Zukunft in irgendeiner Form auf sein sehr breites Wissen und seine visionäre Sicht zählen können.

Prof. André Tichelli

Reiner Kreider absolvierte seine Ausbildung in der Psychiatriepflege in Deutschland. Er hat danach 36 Jahre Pflegegeschichte am USB gelebt und geschrieben. Im damaligen Departement der Inneren Medizin erwarb er sich das Fachwissen, um die Intensivpflegeweiterbildung 1979 zu absolvieren. Bereits 1982 übernahm er die Leitung der Überwachungsstation auf der MIPS. Aufgrund einer Reorganisation wurde diese Abteilung auf der MIPS geschlossen. Nach einer Stellvertretungsphase übernahm er 2004 an der medizinischen Poliklinik die Pflegeleitung. Seine Einsatzfreude und sein grosses Engagement haben wir stets geschätzt. Er war offen für alle Entwicklungen, sofern sie den Patienten und Patientinnen Nutzen brachten. Es war ihm wichtig, neben seiner Führungsaufgabe weiterhin Patienten zu betreuen. Wir danken ihm für seine langjährige, wertvolle Arbeit und wünschen ihm beste Gesundheit und den nötigen Raum und die Musse für seine vielseitigen Interessen.

Germaine Eze, Bereich Medizin

Roland Werner

Lieber Roland

Vor 25 Jahren begann deine Tätigkeit in der damaligen «alten» Apotheke des Bürgerspitals. Nach 2 Jahren in der damals noch existierenden Medikamentendokumentationsstelle übernahmst du die Leitung der Abteilung Herstellung. Und dass dein Herz für die Eigenherstellung schlägt, zeigt sich an nichts deutlicher als daran, dass du diese Funktion bis zu deinem Ruhestand ausgeübt hast.

Dies mag aber sicherlich auch daran liegen, dass sich auf dem Gebiet der Medikamentenherstellung in Spitalapotheken in den letzten 25 Jahren so einiges getan hat. Die Modernisierung hielt Einzug und du warst einer der ersten, der Computer und sogar eine elektronische Agenda hatte, die dich piepsend an den nächsten Termin erinnerten.

Mit der Zeit wurden die gesetzlichen Rahmenbedingungen – hier nur als Stichwort «GMP» – strenger, und so stand der Apotheke ein Umzug bevor. Das Institut für Spitalpharmazie mit seinen Produktionsräumen zog 1999 in das Rossetti-Gebäude ein. Bei der Planung und der Konzeption der neuen Produktionsräume war deine Fachexpertise gefragt, die du auch aufgrund deiner vorherigen Tätigkeit in der pharmazeutischen Industrie mitbrachtest; und du konntest für deine Abteilung eine moderne Infrastruktur auf dem neuesten Stand der Technik schaffen, die neben der Organisation und den qualitätssichernden Massnahmen eine Grundlage für die Swissmedic-Herstellungsbewilligung ist, die der Spital-Pharmazie 2002 erteilt wurde.

Doch nicht die Räume machen eine Abteilung aus, sondern die Menschen. Und du hast es mit deiner humorvollen menschlichen Art und positiven Lebenseinstellung verstanden, ein Team zu formen, das mit vollem Einsatz daran ist, die verschiedensten Medikamente herzustellen, von der patienten individuellen Einzelrezeptur bis zur Grosscharge von mehreren tausend sterilen Injektionslösungen.

Lieber Roland, wir danken dir sehr herzlich für deinen Einsatz und die langjährige Mitarbeit und wünschen dir weiterhin alles Gute, Gesundheit und viel Freude an deinen Hobbys und Freizeitaktivitäten!

Dr. Stefanie Deuster und Prof. Christoph Meier,
Spital-Pharmazie

Wir trauern

Ammann Andreas, Dr., Anästhesie, † 3.1.2010

Grand-Guillaume-Perrenoud Miriam, Nephrologie Dialyse, † 4.1.2010

Beelmann Carsten, Pathologie, † 7.1.2010

Tirendi Giuseppa, Radiologie, † 23.1.2010

Miriam Grand-Guillaume-Perrenoud

Die Nachricht über den völlig unerwarteten Tod von Miriam hat uns alle sehr traurig gemacht. Wir haben eine wunderbare Kollegin und Freundin verloren. Die Patientinnen und Patienten der Dialyseabteilungen im USB und im Bethesda-Spital vermissen eine einfühlsame und rücksichtsvolle Pflegefachfrau.

Miriam's Loyalität, ihre Kompetenz und ihre Fröhlichkeit werden eine grosse Lücke hinterlassen. Ihre offene Persönlichkeit und ihr lebensfrohes Wesen wirkten ansteckend.

Wir sind dankbar, dass wir Miriam kennen lernen durften. All das Schöne wird in uns lebendig bleiben. Wir werden ihre Werte in unserem Alltag weiterleben lassen.

Das Nephro-Dialyseteam



Giuseppa Pina Tirendi

Traurig nehmen wir Abschied von unserer geschätzten Mitarbeiterin Pina Tirendi.

Am 23. Januar, eine Woche nach ihrem 52. Geburtstag, verstarb Pina Tirendi nach langer schwerer Krankheit, die sie mit Würde und Hoffnung ertragen hat, was wir sehr bewundert haben. Geplant war, dass sie im Januar wieder in den Arbeitsprozess einsteigt, was wir leider nicht realisieren konnten. Sie war voller Hoffnung und hat diesem Wiedereinstieg mit grosser Motivation entgegengesehen.

Pina Tirendi war eine ruhige, stille und liebenswerte Persönlichkeit. So ruhig und still ist sie auch von uns gegangen. Sie wird uns sehr fehlen. Mit Wertschätzung und Dankbarkeit behalten wir sie in Erinnerung und in unseren Herzen.

Der leidgeprüften Familie entbieten wir unsere aufrichtige Anteilnahme und wünschen ihr Mut und Kraft, das Schwere zu tragen. Wir verabschieden uns mit einem «Addio» von Pina Tirendi.

Beatrice Schädeli

Im Namen der Institutsleitung und des Teams der Radiologie

Sprechstundentermine vpod im USB

Klingelbergstrasse 23, 2. Stock, Büro 217, 15.00 bis 17.30 Uhr
am **15. April, 6. Mai, 20. Mai, 10. Juni, 24. Juni, 15. Juli 2010**

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

Generalversammlung des vpod region basel

26. Mai 2010, 19 Uhr, Volkshaus Basel

Einladung und Traktandenliste finden sich in unserer regionalen vpod-Zeitung.

Fragen – Infos – Anregungen

Die vpod-Kontaktpersonen im USB

Karin Brühlhard, kbruelhard@uhbs.ch, Telefon 57141

Andi Sisti, asisti@uhbs.ch, Telefon 53017

Wahlen

Prof. Stefan Osswald



Prof. Stefan Osswald wurde auf den 1. Januar 2010 neuer Ordinarius für Kardiologie an der Medizinischen Fakultät Basel und Chefarzt der Abteilung Kardiologie am USB.

1959 in Basel geboren, arbeitete er nach Studium und Promotion an der Universität Basel an verschiedenen Schweizer Spitälern und erwarb 1989 den Facharzttitel

für Innere Medizin und 1992 denjenigen für Kardiologie. Er absolvierte mehrere Forschungsaufenthalte, so etwa am Massachusetts General Hospital der Harvard Universität in Boston. 1994 gründete er das elektrophysiologische Labor und die Herzdefibrillatorabteilung am USB. 1996 habilitierte er sich an der Universität Basel in Kardiologie. Seine Forschungsschwerpunkte beinhalten Outcome-Forschung bei Herzschrittmacher- und Defibrillatorpatienten sowie familiäre Herzmuskelerkrankungen mit genetischem Hintergrund; in diesen Bereichen steuerte er wichtige, international anerkannte Forschungsbeiträge bei. Stefan Osswald ist Träger des diesjährigen Wissenschaftspreises der Stadt Basel. Er ist verheiratet und Vater von vier Kindern.

Prof. Victor Valderrabano



Auf den 1. Januar 2010 hat der Universitätsrat der Universität Basel Prof. Dr. med. Dr. phil. Victor Valderrabano zum Extraordinarius für Orthopädie an der Medizinischen Fakultät gewählt. Gleichzeitig wurde Prof. Valderrabano rückwirkend auf den 1. Dezember 2009 zum Chefarzt der Orthopädischen Klinik am Universitätsspital Basel ernannt.

1972 geboren und in Zürich aufgewachsen, studierte er Medizin an der Universität Zürich und absolvierte nach seiner medizinischen Dissertation und der Ausbildung zum Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie in Basel zusätzlich ein PhD-Studium in Biomechanik an der University of Calgary (Kanada). Ebenfalls erwarb er den schweizerischen Fähigkeitsausweis für Sportmedizin. Seine Arbeits- und Forschungsgebiete sind die Arthrosethese und -behandlung (Prothetik, gelenkerhaltende Chirurgie), Biomechanik, Korrekturen der unteren Extremität, die Sportorthopädie und die arthroskopische Chirurgie. Valderrabano ist Träger mehrerer renommierter nationaler und internationaler Forschungspreise, so etwa des Hans-Debrunner-Preises der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie, und ist im Vorstand und im Präsidium mehrerer klinischer und wissenschaftlicher Fachgesellschaften.

Prof. Marcel Jakob



Seit 1. Januar 2010 ist Prof. Marcel Jakob Extraordinarius für Traumatologie an der Medizinischen Fakultät. Prof. Jakob wurde rückwirkend auf den 1. Dezember 2009 Chefarzt der Abteilung für Traumatologie der Allgemeinchirurgischen Klinik am USB. 1964 in Biel geboren, absolvierte er nach dem Medizinstudium und der Promotion 1993 an der Universität

Zürich mehrere Weiterbildungen an Schweizer Spitälern sowie am Frimley Park Hospital in London (1996/1997) sowie an der Charité in Berlin (2002). 1998 erwarb er den Facharzttitel für Chirurgie, 2003 jenen für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats sowie 2004 den Schwerpunkt FMH in Allgemein- und Unfallchirurgie. In seiner Forschung befasst er sich unter anderem mit der Entwicklung von Bioreaktoren für den klinischen Einsatz, etwa bei Knorpel- und Knochenimplantaten. Er habilitierte sich 2006 in Orthopädie und Traumatologie an der Universität Basel. Jakob ist verheiratet und Vater von vier Kindern.

Prof. Dirk J. Schaefer



Neuer Extraordinarius für Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische und Handchirurgie an der Medizinischen Fakultät und Chefarzt der gleichnamigen Klinik am Universitätsspital Basel wurde per 1.2.2010 Prof. Dirk J. Schaefer. Er war Chefarzt ad interim und kommissarischer Leiter der Abteilung Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie sowie

der Abteilung Hand- und Periphere Nerven Chirurgie am Universitätsspital Basel. Schaefer wurde 1963 in Bonn geboren, studierte zunächst Grafik-Design und darauf Humanmedizin an den Universitäten Freiburg/Br., Illinois und Virginia und promovierte 1992 mit einer experimentellen Dissertation. Darauf war er als Assistenzarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik Freiburg tätig, erlangte den Facharzttitel für Plastische Chirurgie und wechselte nach Auslandsaufenthalten 2002 mit dem Erwerb des Facharzttitels für Handchirurgie in die Klinik für Wiederherstellende Chirurgie des Universitätsspitals Basel. Er forscht hauptsächlich im Bereich der Geweberstellung von Knochen aus Stammzellen durch Tissue Engineering und dem Gebiet der Mikrochirurgie in der Plastischen und der Handchirurgie. Schaefer ist verheiratet und Vater zweier Töchter.

Herzliche Gratulation

45 Jahre

31.05. **D'Ambrosio Domenico**, Zentralarchiv

40 Jahre

01.05. **Persenico Jeannette**, Labormedizin

35 Jahre

01.04. **Chapuis Sonja**, Personal & Betrieb, Sekretariat

01.04. **Kochhann Christa**, Anästhesie

22.04. **Widmer Katharina**, Chirurgie 5.1

23.04. **Pino Molina Christel**, Isolierstation

01.05. **Begert Brigitte**, Zellersatzambulatorium

01.06. **Dill Jacqueline**, Poli/PfI/MTTA amb

01.06. **Heitz Dolores**, Med. Diagnostik

01.06. **Rickli Marlies**, Chirurgie 4.1

11.06. **Breda Francesca**, Chirurgie 1.1

30 Jahre

01.04. **Beglinger Christoph**, Prof., Gastroenterologie & Hepatologie

01.04. **Fey Inge**, Anästhesie

01.04. **Silveira Jesus**, Bettenzentrale

14.04. **Nuciforo Maria**, Chirurgie 3.1

14.04. **Walzer Caroline**, Chirurgie 7.1

01.05. **Heger Arthur**, Gas- & Sanitärtechnik

01.05. **Kanjuparambil Valsamma**, Chirurgie 7.1

01.05. **Kuriger Nicole**, Telefonzentrale

01.05. **Perez Reyes**, Patientenservices

01.05. **Sorg Brigitta**, Kardiologie

15.05. **Wittek Christl**, Anästhesie

17.05. **Hubler Monika**, Pathologie

19.05. **Redelsperger Balbine**, Reinigungsdienst 1.1

01.06. **Canji Zoltan**, Medizin 5.1

01.06. **Perez Daniel**, Gebäudeverwaltung 3

15.06. **Blümel Karin**, Gyn.Tageskl./amb.

15.06. **Frei Reno**, Dr., Labormedizin

17.06. **Varga Gertrude**, Bettenstation

23.06. **Galano Antonietta**, Reinigungsdienst 1.2

27.06. **Bucherer Christine**, Radiologie

25 Jahre

01.04. **Knezevic Ruza**, Zentralsterilisation

01.04. **Reinschmidt Bernhard**, Gebäude- & Energietechnik

01.04. **Widmer Esther**, Küche

06.04. **Döbelin Andreas**, Anästhesie

15.04. **Schäfer Rosmarie**, Chirurgie 7.1

01.05. **Coors Zeier Andrea**, Labormedizin

01.05. **Dillon Larry**, Innere Medizin

01.05. **Hügi Susanne**, Isolierstation

01.05. **Powell Pia**, Radiologie

01.05. **Schneider Annerose**, Notfallstation

01.05. **Selz Hinck Regina**, Medizin 7.1

01.05. **Sisti Andreas**, Gebäude- & Energietechnik

20.05. **Brescia Francesca**, Reinigungsdienst 2.2

20.05. **Mucha Romualda**, Labormedizin

01.06. **Birchler Linsenmann Monica**, Mutter und Kind

01.06. **Castillejos Maria de Araceli**, Reinigungsdienst 2.2

01.06. **Costa José**, Foto- & Print Center

01.06. **Singer Dominique**, Labormedizin

05.06. **Tatti Serenella**, Anästhesie

10.06. **Ramos Ana Maria**, Reinigungsdienst 2.2

15.06. **Djabar Zadeگان Mohammad**, Amb. Urologie

19.06. **Affeltranger Ursula**, Poli/PfI/MTTA amb

20 Jahre

01.01. **Kölliker Jadranka**, Anästhesie

01.04. **Bisang Roland**, Anästhesie

01.04. **Da Cruz Feliciano**, Anästhesie

01.04. **De Libero Gennaro**, Prof., Exp. Immunology

01.04. **Grünig Anna**, Poliklinik

01.04. **Jundt Gernot**, Prof., Pathologie

01.04. **Kralj Masek Andrea**, Labormedizin

01.04. **Lopez Dosinda**, Reinigungsdienst 1.1

01.04. **Masin Verena**, Memory Clinic/NPZ

01.04. **Masson Reine**, Labormedizin

01.04. **Nickolai Beate**, Ernährungsberatung

01.04. **Sacheli Corinna**, Med. Intensivstation

17.04. **Fontao Maria**, Reinigungsdienst 1.1

17.04. **Sander Rainer**, Nuklearmedizin

01.05. **Compagnon Dominique**, Küche

01.05. **Dingnis Christine**, Human Resources, Bereich Medizin

01.05. **Fehr Elisabeth**, Labormedizin

01.05. **Furter Sunee**, Patientenservices

01.05. **Jundt Thomas**, Medizintechnik

01.05. **Ruiz Javier**, Engineering & Bauwerke

01.05. **Schönauer Marie-Louise**, Medizinische Poliklinik

09.05. **Jundt Inge**, Personal- & Organisationsentwicklung

26.05. **Erne Jean-Jacques**, Anästhesie

28.05. **Lopez Oscar**, Distribution

01.06. **Burn Susanne**, Patientenwesen

01.06. **Junker Daniel**, Empfang & Aufnahme

01.06. **Langewitz Wolf**, Prof., Psychosomatik

01.06. **Meier Felix**, Med.KUK 8.2

01.06. **Scherer Elisabeth**, Empfang & Aufnahme

18.06. **Suna Elif**, Reinigungsdienst 3

21.06. **Daum-Culhaci Karin**, Medizinische Bettenstation 6.2

30.06. **Martinez Oscar**, Chirurgie 5.2

15 Jahre

01.04. **Bremerich Jens**, Prof., Radiologie

01.04. **Kashamkattil Beena**, Nephrologie Dialyse

01.04. **Palatty Philomina**, Poli/PfI/MTTA amb

01.04. **Simunic Kanlic Danica**, Neurologische Bettenstation

09.04. **Santoli Gerardo**, Kardiologie

18.04. **Gysin Kurt**, Hotellerie

24.04. **Milosevic Nevenka**, Chirurgie 7.1

01.05. **Bucher Katharina**, Neurologie

01.05. **Grether Markus**, Küche

01.05. **Tolnay Markus**, Prof., Pathologie

04.05. **Künzli Patrizia**, Tagesklinik

06.05. **Fuhr Jochen**, Chirurgie 4.1

27.05. **Baudinot Odile**, Lohnadministration

01.06. **Hausding Diana**, Anästhesie

03.06. **Brodmann Chantal**, Radiologie

14.06. **Heider Urs**, Medizin 7.1

19.06. **Dionisio Liberia**, Reinigungsdienst 1.1

19.06. **Jevtic Olivera**, Reinigungsdienst 2.1

19.06. **Monbaron Rachida**, Reinigungsdienst 2.1

21.06. **Banovic Jagoda**, Reinigungsdienst 2.1

21.06. **Barlier Beatrice**, Reinigungsdienst 2.1

Pensionierungen

- 21.06. **Bautista Maria Rosa**, Reinigungsdienst 1.2
- 21.06. **Filetti Annarita**, Reinigungsdienst 1.1
- 21.06. **Guerreiro Isabel**, Reinigungsdienst 2.1
- 21.06. **Hersard Sylvie**, Reinigungsdienst 2.2
- 21.06. **Kaymak Türkan**, Reinigungsdienst 1.1
- 21.06. **Popovic Sezana**, Reinigungsdienst 1.2
- 22.06. **Wälterlin Michelle**, Einkauf

10 Jahre

- 01.04. **Borner Claudia**, Kardiologie
- 01.04. **Ciuffa Daniela**, Chirurgie 1.1
- 01.04. **Dao Duc Dung**, Elektro- & Kommunikationstechnik
- 01.04. **Kriech Yvonne**, Chirurgie 3.1
- 01.04. **Schelshorn Rolf**, Neurologische Bettenstation
- 01.04. **Schweizer Monica**, Notfallstation
- 01.04. **Stibler Georg**, Medizintechnik
- 09.04. **Schrör Annemarie**, Chirurgie 7.1
- 10.04. **Casula Fabrizio**, Bereichsdienste
- 17.04. **Stehlin Winfried**, Anästhesie
- 22.04. **Dello Iacono Aniello**, Patientenservices
- 28.04. **Mansueto Nadine**, Medizin 5.1
- 01.05. **Frigeri Melissa**, Med. Intensivstation
- 01.05. **Gomez Maria Isabel**, Reinigungsdienst 3
- 01.05. **Greuter Beatriz**, Direktionsstab
- 01.05. **Horic Beisa**, Pathologie
- 01.05. **Krumm Karola**, Anästhesie
- 01.05. **Navarro Maria-Lilia**, Pathologie
- 01.05. **Roth Fabienne**, Patientenwesen Medizin
- 01.05. **Stranden Anne**, Spitalhygiene
- 01.05. **Thieme Petra**, Labormedizin
- 01.05. **Tosic Stana**, Reinigungsdienst 3
- 01.05. **Visca Eva**, Dr., Frauenklinik Ärzte
- 02.05. **Schläppi Sandra**, Mutter und Kind
- 03.05. **Bamert Georgette**, Patientenwesen Medizin
- 04.05. **Bitussi Nadia**, Mutter und Kind
- 06.05. **Zimmer Andrea**, Neurologie
- 15.05. **Fortunato Christina**, Zentralsterilisation
- 25.05. **Kessel-Schäfer Arnheid**, Kardiologie
- 31.05. **Özkan Sevilay**, Medizin 7.1
- 01.06. **Compagnoni Mila**, Isolierstation
- 01.06. **Gonzalez Alicia**, Reinigungsdienst 2.1
- 01.06. **Ike Eva**, Reinigungsdienst 3
- 01.06. **Kessler Andreas**, Betriebseinrichtungen
- 01.06. **Thommen Simone**, Reinigungsdienst 1.1
- 01.06. **Turtschi Stephanie**, Dr., Augenklinik Ärzte
- 01.06. **Vögtli René**, Pathologie
- 05.06. **Jacob Paul**, Empfang & Aufnahme
- 05.06. **Parolise Renata**, Reinigungsdienst 1.1
- 15.06. **Trachsel Tamara**, Chirurgie 5.1
- 19.06. **Keles Aynur**, Reinigungsdienst 2.1
- 23.06. **Kaufmann Michael**, Anästhesie
- 26.06. **Grgic Snjezana**, Reinigungsdienst 2.1
- 26.06. **Kececi Ayse**, Reinigungsdienst 1.1
- 26.06. **Keles Aysel**, Reinigungsdienst 3
- 26.06. **Marjanovic Gordana**, Reinigungsdienst 2.1
- 26.06. **Oruclar Haney**, Reinigungsdienst 3
- 27.06. **Marugg Erny Andrea**, Anästhesie
- 29.06. **Erb Koch Claudia**, Sozialdienst Medizin

Medizin

- 30.04. **Kreider Reiner**, Medizinische Poliklinik
- 31.05. **Häuselmann Elisabeth**, Neurologie
- 31.03. **Ursenbacher Verena**, Aktugeriatric

Chirurgie

- 31.01. **Leuenberger Elisabeth**, Chirurgie 1.1

Medizinische Querschnittsfunktionen

- 30.04. **Müller Jan**, Prof., Nuklearmedizin
- 30.06. **Pianezzi Adrian**, Labormedizin
- 30.06. **Preuss Lucienne**, Pathologie

Dept. Biomedizin

- 30.04. **Aerni Thomas**, Tierversuchsstation

Personal & Betrieb

- 30.04. **Fuchs Karin**, Zentralsterilisation
- 30.04. **Klötzli Monika**, Zentrale Personalabteilung
- 30.04. **Santini Slobodan**, Prozessunterstützung und Informatik
- 31.05. **Bircher Hansruedi**, Infrastruktur

Stellplätze

Wohin mit meinem Velo?

Endlich sind grosse Kälte, Schnee und Eis wirklich Schnee von gestern. Jetzt heisst es: Raus mit dem Velo!

Sobald erste Frühlingsluft weht, wird der Arbeitsweg auf dem Sattel sitzend wieder zum Vergnügen. Doch o weh! Wo stell ich denn mein Velo beim Spital hin? Am liebsten möchte ich mitten in meine Garderobe oder mein Büro fahren. Doch leider kann ich mein Radl nicht an die Garderobe hängen.

Von Roland Geiser

Auf dem USB-Areal gibt es weit mehr Stellplätze, als Velo fahrenden Mitarbeitenden bewusst ist. Gerne geben wir Ihnen eine Orientierungshilfe: Schauen Sie auf den Plan und stellen Sie Ihr Velo auf einem der zahlreichen Veloparkplätze auf dem Areal des USB ab. Wäre doch gelacht, wenn Sie auf den total 860 Parkplätzen oder auf einem der offiziell markierten Veloabstellplätze auf den das

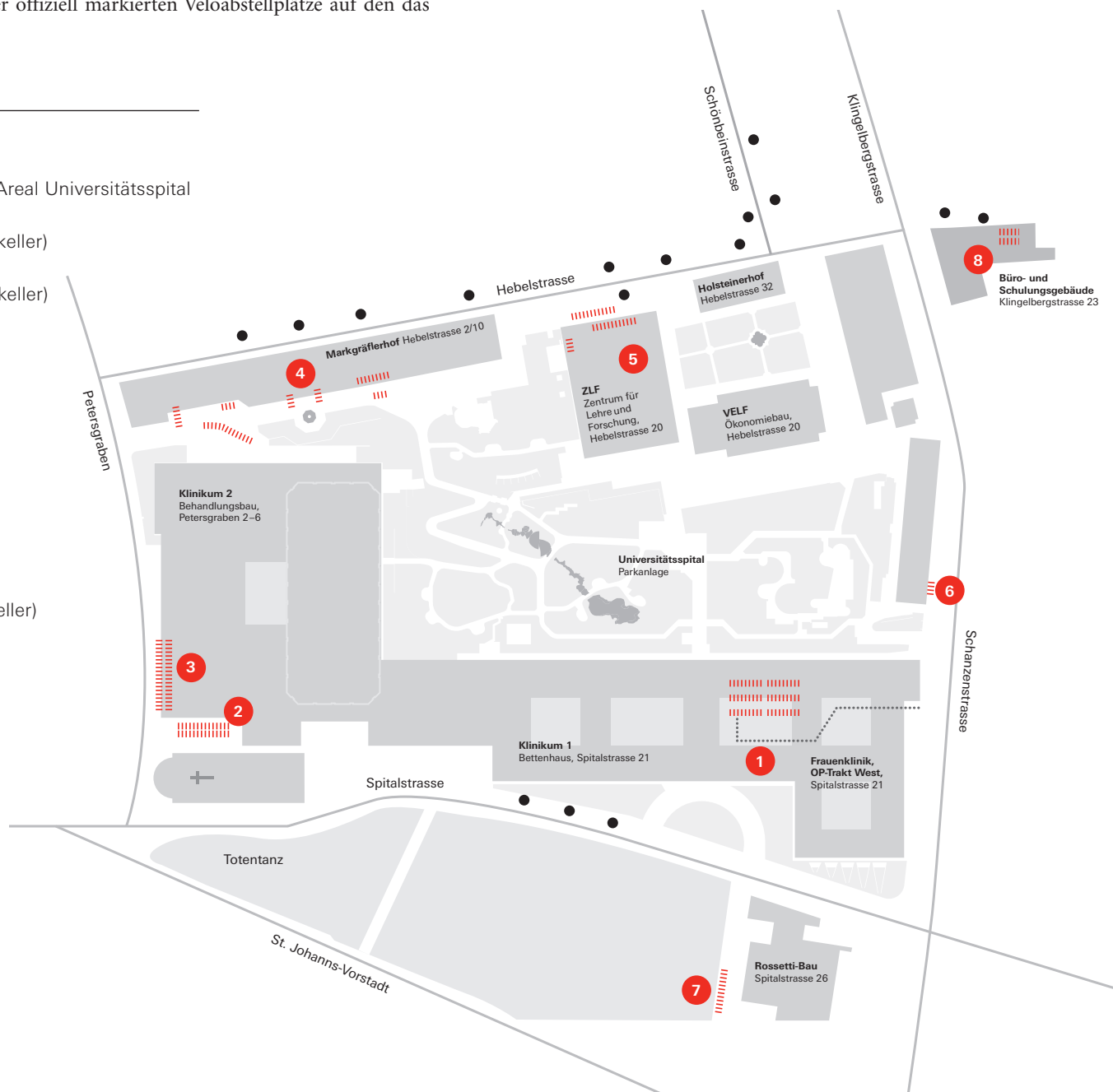
Areal umfassenden Strassen (zusätzlich 450 Parkplätze) keine Lücke finden würden! Velofahrende sind gegenüber Autofahrenden im Vorteil. Im City-Parking hat es 1000 Autoparkplätze. Für Velos stehen insgesamt sogar 1300 Stellplätze zur Verfügung!

In diesem Sinn: Rauf aufs Velo, denn Velo fahren ist noch gesünder, wenn man sich nicht über überfüllte Veloparkplätze ärgern muss. Übrigens: Ein paar Meter vom Stellplatz zum Arbeitsplatz zu Fuss gehen soll auch der Gesundheit förderlich sein... und wenn Sie dann noch das Treppenhaus benützen und den Lift links liegen lassen, dann sind Sie voll dabei!

Legende

● Parkareal ausserhalb Areal Universitätsspital

- 1 circa 200 Plätze (Velokeller)
- 2 circa 105 Plätze (Velokeller)
- 3 circa 160 Plätze
- 4 circa 150 Plätze
- 5 circa 150 Plätze
- 6 circa 25 Plätze
- 7 circa 30 Plätze
- 8 circa 40 Plätze (Velokeller)



bike to work

Das USB ist wieder dabei!
Informationen/Anmeldung
im USB-Intranet ab Ende April.