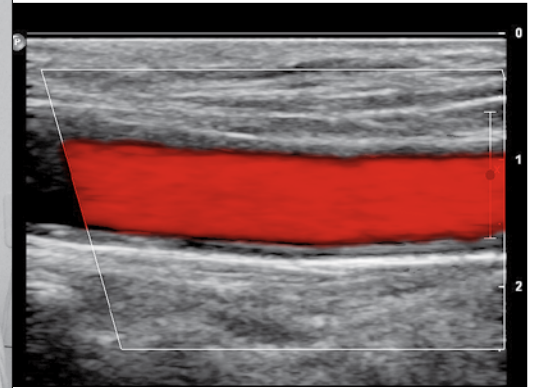


# dreizwölf

Gazzetta des Universitätsspitals Basel

Herbst 2012



**Blutgefäße**  
Wunderwerk der Natur | 12

**Adipositasbehandlung**  
USB ausgebaut | 6



**Strategielandkarte**  
Wegweiser | 4

**Auszubildende**  
eingeführt – ausgeführt | 8/9



# dreizwölf

- 3 Editorial
- 4 Strategielandkarte
- 6 Adipositasbehandlung
- 8 Lehrabschluss
- 9 Unsere neuen Lernenden
- 10 Epilepsiechirurgie
- 12 Angiologie
- 14 Clinical Engineering
- 16 Brustzentrum
- 17 Stationsärztinnen
- 18 Varia
- 19 Personelles

## Impressum

### Herausgeber

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

### Redaktion

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

### Layoutkonzept

brenneisen communications, Basel

### Prepress

brenneisen communications, Basel

### Erscheinungsweise

Vierteljährlich

### Auflage

8900 Exemplare

### Druck

Werner Druck, Basel

### Papier

Hochweiss, Offset

### Fotos

Gina Hillbert: Titelseite gross unten/oben, 2, 3, 9, 10, 11, 16, 17, 18  
Foto & PrintCenter USB: 24  
Katja Casula: 14  
zVg: Titelseite klein oben, unten, 6, 7, 8, 12, 20



## Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Der Wind der Veränderung betreibt nicht nur Windmühlen, sondern erstellt auch Mauern für die Zukunft. OP Ost: 8300 Tonnen Beton wurden bisher eingebaut, insgesamt 96 Mitarbeitende des Baugewerbes waren im Einsatz. Nach nur einem Jahr Bauzeit feierten wir am 17. August die Aufrichte und Grundsteinlegung des Neubaus. Von diesem zukunftssträchtigen Bau



v.l. Spitaldirektor Werner Kübler, Verwaltungsratspräsident Michael Plüss und Prof. Albert Urwyler, Leiter Nutzerausschuss Projekt OP-Trakt Ost, beim Aufrichtebaum auf dem Dach des Neubaus.

werden alle profitieren. Er wird nach seiner Fertigstellung zum Jahresende 2015 zur hochstehenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung unserer Region beitragen, die spezifischen Anforderungen der Patientinnen und Patienten berücksichtigen sowie den Entwicklungen der Medizin und der regionalen Begebenheiten des Gesundheitswesens Rechnung tragen.

Das Wachstum eines neuen Gebäudes auf dem Spitalareal miterleben ist – abgesehen von den nicht vermeidbaren Bauimmissionen – etwas Besonderes und zeigt: Aufbauarbeit lohnt sich. Etwas aufzubauen, sendet positive Signale. Ich bin überzeugt, dass täglich in unserem Spital einiges aufgebaut wird, manchmal sind es erst Gedankengebäude, die irgendwann aufs Papier kommen, um eines Tages realisiert zu werden. Oder es entsteht ein Gerüst zu einer Idee. Manchmal müssen dazu erst einmal Mauern abgerissen, muss Boden gutgemacht werden. Viele kleine Grundsteinlegungen täglich im USB. Die Veränderung wäre ohne sie nicht lebbar.

Die Sanierung und Erweiterung des Operationstraktes Ost ist für das USB auch symbolischer Brückenschlag von der Verwaltungsabteilung zur Selbstständigkeit. Oder anders gesagt: eine Brücke von der unselbstständigen Vergangenheit in die selbstverantwortliche Zukunft. Diese Selbstverantwortung zu übernehmen, Dinge in die eigene Hand zu nehmen, ist ein Lernprozess, dem wir alle irgendwie ausgesetzt sind. Mehr denn je brauchen wir Orientierung. Ein Instrument dazu ist die Strategielandkarte, die in dieser Ausgabe der Gazzetta vorgestellt wird. Sie beschreibt die USB-Strategie und 29 Ziele. Um die Ziele der Strategielandkarte zu erreichen, werden Veränderungen nötig. Damit diese überhaupt möglich werden, müssen viele Voraussetzungen erfüllt sein, u.a. – so zitiert aus dem Beitrag «Die Fähigkeit und der Wille zu Selbstreflexion, Transparenz und Veränderung» – Fähigkeiten entwickeln und «es» zu wollen, das wird immer wichtiger, um den Brückenschlag zu schaffen, um Grundsteine zu finden und zu legen, um persönliche Aufrichten zu erleben, die dem Spital zugutekommen. Das bringt uns weiter.

Vielleicht erleben wir ein paar schöne Herbsttage, an denen wir wandern können. Dabei dürfen wir ruhig einmal die Arbeit und das USB hinter uns lassen, um gestärkt, neu inspiriert zurückzukehren und weiterzubauen an unseren Aufgaben. Vielleicht nehmen Sie ja einen Stein mit, der am Wegesrand gelegen hat. Ihr symbolischer Grundstein für Ihren Bau.

Ihr  
Werner Kübler  
Direktor

# Strategielandkarte USB: Unser Wegweiser

Sonntagmorgen, die Sonne scheint. Ihr Ziel ist gesetzt: Heute gehts in die Berge. Selbstverständlich brechen Sie nicht ohne Plan auf. Deshalb Landkarte einpacken und los gehts. Genauso verhält es sich mit der Strategielandkarte des USB. Wir kennen das Ziel. Es lautet: Umsetzung von USB-Mission und -Vision. Wie wir da gemeinsam hinkommen, zeigt uns die Strategielandkarte des USB.

<b>Mission</b>		Das Universitätsspital Basel steht rund um die Uhr für beste medizinische Behandlungen und patientenorientierte Betreuung, fördert Innovationen und zeichnet sich durch hervorragende Lehre und Forschung aus.				
<b>Finanzen</b>	<b>Solide Finanzen</b>	<b>Finanzen</b>				
		Wirtschaftlich und wettbewerbsfähig arbeiten	Gezielt wachsen	Wachstumsorientierte Tarifstrategie umsetzen		
<b>Kunden</b>	<b>Zufriedene Patienten</b>	<b>Patienten &amp; Qualität</b>	<b>Angebot &amp; Interdisziplinarität</b>	<b>Lehre &amp; Forschung</b>	<b>Marketing &amp; Kooperationen</b>	
		Hohe Patientenzufriedenheit und Patientensicherheit gewährleisten	Hochwertiges medizinisches Angebot erbringen	Exzellente Lehre und Forschung erbringen	Starke Marke etablieren und attraktiver Partner sein	
<b>Prozesse</b>	<b>Beste Medizin</b>	Ethisches Handeln in den Behandlungsprozessen fördern	Interdisziplinäre medizinische Standards weiterentwickeln	Translationale Forschung fördern	Strategische Kooperationen professionell ausbauen	
		Patientenprozesse durchgängig und transparent gestalten	Definierte medizinische Schwerpunkte stärken	Klinische Forschung professionell unterstützen	Zuweiserverbindungen stärken	
		Erfolgskritische Prozesse und Ressourceneinsatz optimieren	Angebotsportfolio systematisch weiterentwickeln	Zusammenarbeit mit der Universität Basel und Forschungspartnern stärken	Arbeitgebermarketing etablieren	
		Unternehmensweites Prozessmanagement und Qualitätsmanagement weiterentwickeln			Marketing, Öffentlichkeitsarbeit und Partnermanagement weiterentwickeln	
<b>Potenziale</b>	<b>Professionelle Mitarbeitende</b>	<b>Mitarbeiter- &amp; Organisationsentwicklung</b>				
		Dienstleistungskultur, interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit stärken	Unternehmen strategiekonform weiterentwickeln	Führung und Mitarbeiterentwicklung professionalisieren	Innovative Arbeitsmodelle entwickeln	Attraktive Aus-, Weiter- und Fortbildungen anbieten
		<b>Infrastruktur &amp; ICT</b>				
		Strategische Raumplanung weiterentwickeln	Strategiekonforme Investitionspolitik und -planung sicherstellen		Homogene Systemlandschaft und zukunftsfähige spitalweite Schlüsselapplikationen sicherstellen	
«Unsere Werte» als Basis des Erfolgs						

aber wie auf Ihrer Bergwanderung immer Teil des «grossen Ganzen» (Strategielandkarte mit den sieben Handlungsfeldern) und als solches den Sonnenstrahlen und Stürmen der anderen «kleinen Landkarten» ausgesetzt.

### Wer entscheidet und unterstützt?

Analog zu Bergführern auf einer anspruchsvollen Bergtour gibt es auch im USB Personengruppen, welche Sie mithilfe der Strategielandkarte auf dem Weg zum Ziel begleiten:

- **Spitalleitung:** Um sicherzustellen, dass die 29 Ziele der Strategielandkarte erreicht und entsprechende Vorhaben initiiert und durchgeführt werden, wurde jedes der Ziele einem von drei Spitalleitungs-Ausschüssen (SL-A) zugewiesen. Die SL-A bereiten SL-Traktanden bereichs- und ressortübergreifend vor und erlauben so eine effektive und effiziente Entscheidungsfindung der Spitalleitung in den ihnen zugeteilten Themen.

- **Fachexperten:** Als Mitglieder der Fachausschüsse Medizintechnik, Infrastruktur, IT sowie Prozesse prüfen Fachexperten im USB die Vorhaben zur Strategieumsetzung.

### Was ist drauf?

Das USB bietet breitgefächerte Patientenversorgung an, weshalb die Strategielandkarte nicht nur ein einziges Ziel, sondern 29 Ziele enthält, die über einen Zeitraum von drei bis vier Jahren angelegt sind. Zur besseren Orientierung sind diese 29 Ziele 7 strategischen Handlungsfeldern zugeordnet. Diese bilden als «kleine Landkarten» (wie die Kantone) gemeinsam die «grosse Strategielandkarte» (die Schweiz). Die 7 strategischen Handlungsfelder der Strategielandkarte des USB sind • «Finanzen» • «Patienten & Qualität» • «Angebot & Interdisziplinarität» • «Lehre & Forschung» • «Marketing & Kooperationen» • «Mitarbeiter- & Organisationsentwicklung» • «Infrastruktur & ICT»

Von Claudia Durussel und Dr. Astrid Erbsen, unter Mitarbeit von Mario Da Rugna, Dr. Peter Müller und Stephan Schärer

Sie können sich das so vorstellen: Sie persönlich werden sich zwar mehrheitlich – je nachdem, wo im USB und in welcher Funktion Sie arbeiten – auf einer der sieben «kleinen Landkarten» (strategischen Handlungsfelder) bewegen, sind

Bei der Umsetzung solcher Vorhaben werden sie auch von Fachleuten beratend unterstützt. So z.B. von den Facheinheiten des Direktionsstabs, des Ressorts Medizinische Prozesse und Qualität oder des Ressorts Informations- und Kommunikationstechnologie. Die Prozessfachleute werden etwa speziell dann aktiv, wenn es um die Erreichung der prozess-, qualitäts- und finanzbezogenen strategischen Ziele der Strategielandkarte geht (siehe Projektbeispiele aus dem Bereich Chirurgie im Abschnitt Umsetzung).

### Und wo sind Sie?

Darüber hinaus ist die Strategielandkarte auch für Sie als Mitarbeitende oder Führungskraft am USB von Bedeutung. Sie gibt Orientierung und hilft dabei, sich immer wieder zu fragen, wo wir uns auf unserer Reise befinden, welcher Weg noch vor uns liegt und was unser Beitrag hierzu ist. Nehmen Sie z.B. die Patientensicherheit im strategischen Ziel «Hohe Patientenzufriedenheit und Patientensicherheit gewährleisten». Wie erreichen Sie als Einzelne/-r, im Team sowie mit Ihrem/Ihrer Vorgesetzten eine hohe Patientensicherheit für Ihre Organisationseinheit? Zum Beispiel indem

- Sie sich auf Regeln für die Information und das Verhalten gegenüber den Patientinnen/Patienten und ihren Angehörigen einigen und diese leben.
- Sie Stürze, Dekubiti (Wundliegeneschwüre) und andere klinische Risiken, die erst durch die Behandlung entstehen können, nach evidenzbasierten Standards vermeiden helfen.
- Sie kritische Ereignisse und Beinahefehler, welche die Patientensicherheit gefährden, in das CIRS-System des USB eingeben, damit andere daraus lernen und solche Ereignisse in Zukunft besser vermieden werden können.

Diese Beispiele zeigen, dass die Umsetzung der Strategielandkarte des USB nicht nur durch die konkreten Massnahmen der SL-A erfolgt. Vielmehr sind Sie täglich gefordert. Je nachdem, in welcher Organisationseinheit des USB Sie welche Funktion haben, wird Ihr Beitrag unterschiedlichen Zielen der Strategielandkarte dienen.

### Umsetzung

Die Umsetzung der Strategielandkarte am USB sieht vielfältig aus. Zwei konkrete Beispiele sind die Personalstrategie des USB und die Prozessoptimierungsprojekte im Bereich Chirurgie.

Mit der **Personalstrategie** werden die fünf Ziele im Handlungsfeld «Mitarbeiter- & Organisationsentwicklung» sowie das Ziel «Arbeitgebermarketing etablieren» im Handlungsfeld «Marketing & Kooperationen» umgesetzt (siehe Abbildung). Die Personalstrategie wurde im zentralen HR erarbeitet und von den Mitgliedern des SL-A Mitarbeitende & Ressourcen diskutiert. Für 2013 sind u.a. folgende Vorhaben geplant:

- Projekt «Employer Branding»: Im Rahmen dieses Projekts werden Stärken und Schwächen als Arbeitgeber hinterfragt, mit den Präferenzen der Zielgruppen abgeglichen und eine authentische, für die Zielgruppen relevante und differenzierende Arbeitgebermarke entwickelt. Damit wird die Basis für eine strategische Personalgewinnung und -erhaltung gelegt.
- Führungskräfteentwicklung: Aufbau einer auf die übergeordneten Ziele des Betriebs und die Bedürfnisse der Führungskräfte ausgerichtete attraktive Führungskräfteentwicklung.
- Optimierung der HR-Prozesse und HR-Systeme: Überprüfung und gezielte Anpassung der HR-Prozesse im Hinblick auf eine optimale Leistungserbringung und Einführen eines auf die spezifischen Bedürfnisse des USB zugeschnittenen HR-Systems.

Die **Prozessoptimierungsprojekte im Bereich Chirurgie** dienen speziell der Umsetzung der prozess-, qualitäts- und finanzbezogenen Ziele der Strategielandkarte des USB (z.B. Ziel «Erfolgskritische Prozesse und Ressourceneinsatz optimieren» im Handlungsfeld «Patienten & Medizin», siehe Abbildung). Bislang wurden u. a. die folgenden strategischen Projekte durchgeführt bzw. lanciert:

- Einführung eines **OP-Managements** am USB unter Beteiligung der Bereiche Medizinische Querschnittsfunktionen, Chirurgie und Spezialkliniken: Dieses Projekt widmete sich der Einführung eines zentralen OP-Managements an unserem Spital. Kernziel war es, die produktive Nutzung der OP-Betriebszeiten am USB, durch den optimalen Einsatz der verfügbaren Ressourcen, zu steigern. Dazu wurde die Stelle eines OP-Managers geschaffen. Dieser verantwortet seit 1.1.2012 die Prozesse und Massnahmen zur Optimierung der OP-Organisation am USB.
- Umwandlung der Kurzzeit- in eine **Tagesklinik Chirurgie**: Durch die Umstellung (erfolgt zum 3.9.2012) wird der Anteil jener Patientinnen/Patienten ausgebaut, die am Eintrittstag operiert werden. Dies führt zu kürzeren Wartezeiten und Verweildauern für die Patientinnen/Patienten und einer Optimierung der stationären Kosten durch eine effizientere Auslastung der USB-Infrastruktur.

- Optimierung des Prozesses **Eintritt-Austritt Chirurgie**: Durch eine Überprüfung des Prozesses vom Ein- bis zum Austritt konnte unter Einbezug aller Prozessbeteiligten ein neuer Prozess entwickelt werden (Pilot auf zwei Stationen seit August 2012, geplante Ausweitung auf alle Kliniken ab 2013). Der neue Prozess zielt auf
  - eine Reduktion der internen Schnittstellen sowie
  - eine Verbesserung des Informationsflusses zu den Patientinnen/Patienten,
  - eine Verbesserung der administrativen Prozesse,
  - eine Verbesserung der Austrittsplanung (z.B. durch Planungsbeginn neu bereits mit dem Operationsentscheid und nicht mehr mit dem Eintritt) sowie
  - eine Verbesserung der Betten- und OP-Auslastung (durch die Einführung eines klinikübergreifenden Bettenmanagements, das eng mit den Kliniken und Stationen sowie dem OP-Management des USB kooperiert),
- Optimierung der Sprechstunden und Ambulanzen: Das Projekt (Abschluss bis Ende September 2012) zielt auf eine Verbesserung der prozessualen und finanziellen Situation ambulanter Sprechstunden im Bereich Chirurgie. Nach einer mit den direkt Betroffenen durchgeführten Detail-Ist-Analyse werden die Prozesse der Leistungserfassung verbessert, ein Schulungsprogramm durchgeführt und die Regeln zur Sprechstundenplanung optimiert.

### Voraussetzungen für die Umsetzung

Die Ziele der Strategielandkarte zu erreichen, macht naturgemäss Veränderungen nötig. Damit diese Veränderungen möglich werden, müssen viele Voraussetzungen erfüllt sein. Auch das ist mit Ihrer Bergwanderung am Sonntag vergleichbar. Einen Plan im Sinne einer Landkarte im Gepäck zu haben, ist das eine, aber die nötige Kondition, ausreichend Proviant, die richtige Kleidung und Sonnencreme dabei zu haben, ist das andere. Beides brauchen Sie – und müssen Sie sich allenfalls erst noch beschaffen oder aneignen.

Zu den Voraussetzungen für die Umsetzung der Strategielandkarte des USB zählen u. a.

- die Fähigkeit und der Wille zu Selbstreflexion, Transparenz und Veränderung,
- Vertrauen als Basis für eine erfolgreiche Zusammenarbeit,
- ausreichend Abstand zur eigenen Arbeit und Zeit zur Reflexion über die eigene Arbeit,
- den Mut, neue, anfangs unbekannte Wege zu gehen sowie
- vor allem die Energie und die Motivation, gemeinsam die gesetzten Ziele zu erreichen.

### INFO

Mission und Vision des USB:

<http://intranet/das-usb/direktion/die-direktion/leitbild.html>

Strategielandkarte des USB:

<http://intranet/das-usb/direktion/die-direktion/strategie.html>

Spitalleitungs-Ausschüsse (SL-A) am USB:

<http://intranet/das-usb/direktion/die-direktion/Spitalleitungs-ausschuesse.html>

Mithilfe der Strategielandkarte des USB und Ihres Engagements werden wir den Berggipfel erfolgreich erklimmen!





# Adipositasbehandlung am USB ausgebaut

Das USB baut sein Angebot in der Adipositasbehandlung aus. Seit April 2012 besteht eine Kooperation mit dem vom BAG als Referenzzentrum zertifizierten Spital Limmattal. Dieses führt gut 150 adipositaschirurgische Eingriffe pro Jahr durch. Auf diese Erfahrung kann das USB nun zurückgreifen. Die Stärkung des chirurgischen Teams am USB durch die neue Kooperation und die Interdisziplinarität ermöglichen eine qualitativ hochstehende Behandlung von übergewichtigen Patientinnen und Patienten. Eine Adipositasprechstunde ist eingerichtet.



Das Zürcher Spital Limmattal: Kooperationspartner des USB

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat die Adipositaschirurgie als hochspezialisierte Medizin eingestuft. Somit werden in Zukunft diese Operationen nur in speziell dafür zertifizierten Zentren durchgeführt. Eine Evaluation und Einteilung dieser Zentren ist aktuell in der Vernehmlassung. Das USB kooperiert seit April 2012 mit dem Zürcher Spital Limmattal. Dort war ich vormals als Oberarzt mit Schwerpunkt Adipositaschirurgie tätig. Nun fungiere ich im USB in derselben Funktion und bin Leiter der bariatrischen Sprechstunde. Mit Herrn Dr. med. Thomas Köstler, Leiter des Adipositasentrums am Spital Limmattal mit knapp 700 selbst durchgeführten Eingriffen auf diesem Gebiet, konnte ein sehr erfahrener Chirurg als Konsiliararzt dazugewonnen werden.

---

Von Dr. Tarik Delko

---

Sämtliche Operationen werden durch dieses eingespielte Chirurgenteam getätigt, was eine hohe operative qualitative Versorgung unserer Patientinnen und Patienten garantiert. Am USB besteht zudem eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Kliniken/Disziplinen wie der Endokrinologie, der Psychosomatik und der Chirurgie sowie mit dem Ernährungsberatungsteam. Patientinnen und Patienten, die sich im Universitätsspital behandeln lassen, werden umfassend, d.h. von einem interdisziplinären Team,

abgeklärt. Dieser interdisziplinäre Ansatz vor, während und nach der Operation erfolgt nach höchsten Qualitätsstandards.

## Krankhaftes Übergewicht

Die Adipositas ist eine Volkskrankheit, welche in den nächsten Jahren zunehmen wird. Die Kosten der Adipositas mit ihren Folgeerkrankungen werden das Gesundheitssystem weiter belasten. Umso wichtiger wird es sein, effiziente Therapien für die Patienten zu entwickeln.

Zurzeit leben über 100 000 adipöse (krankhaft übergewichtige) Menschen in der Schweiz. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Adipositas (krankhaftes Übergewicht) die am meisten unterschätzte und vernachlässigte Gesundheitsstörung. In der Schweiz verursacht die Adipositas, gemäss Schätzung des Bundesamtes für Gesundheit, jährlich Kosten von 2,1 bis 3,2 Milliarden Franken. Dabei fallen 98,4% der Kosten auf die durch die Adipositas verursachten Folgeerkrankungen. Zu den häufigsten Folgeerkrankungen zählen Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), schwere Arthrose der Gelenke, Bluthochdruck, psychische Erkrankungen, Unfruchtbarkeit, aber auch bösartige Erkrankungen wie Krebs. Die Adipositas im Erwachsenenalter verringert zudem die Lebenserwartung um durchschnittlich sieben Jahre.

Die Ursachen der Adipositas sind multifaktoriell. Dabei spielen genetische Faktoren eine Rolle, aber auch unsere Lebensweise, die nicht mehr auf unser natürliches genetisches «Programm» abgestimmt ist. Zu den wichtigsten Umweltfaktoren, welche die Adipositas zu einer Volkskrankheit werden lassen, gehört der Bewegungsmangel. Unser Körper ist so konzipiert, dass wir 40–50 Stunden körperliche Aktivität pro Woche durchführen sollten. Diese körperliche Aktivität wird in der heutigen technologisierten Gesellschaft von vielen Personen nicht mehr erreicht. Zudem sind hochkalorische Nahrungsmittel überall und zu jeder Zeit verfügbar.

### Adipositasbehandlung

Ab einem BMI (Body-Mass-Index) von mindestens 35 sind chirurgische Massnahmen die Therapie der Wahl. (Der BMI wird berechnet, indem das Gewicht der Patientin/des Patienten in Kilogramm dividiert wird durch ihre/seine Körpergrösse in Meter im Quadrat.) Zahlreiche Studien belegen, dass ab einem BMI ab 35 konservative Therapiemassnahmen, z.B. Diäten, keine bleibende Gewichtsreduktion bewirken. Als prominentes Beispiel sei hierfür Herr Joschka Fischer erwähnt (früherer Aussenminister der BRD), der mit einem asketischen Lebensstil und diszipliniertem Lauftraining sein Übergewicht innerhalb eines Jahres um 40 kg reduzieren konnte. Das war im Jahr 1999. Heute hat Joschka Fischer wieder das Übergewicht erreicht, welches er vor dem Lauftraining und



vor den Diäten hatte. Dieses Beispiel zeigt das Problem von diätischen Massnahmen bei schwerem Übergewicht, nämlich den Jo-Jo-Effekt. Dieser tritt früher oder später mit einer Sicherheit von fast 99% nach Diäten auf. Deshalb garantieren bei schwer adipösen Patientinnen/Patienten nur chirurgische Verfahren eine dauerhafte Gewichtsreduktion.

### Die Magenbypassoperation

Durch eine Magenbypassoperation kann zum Beispiel eine Gewichtsreduktion von bis zu 60% des Übergewichts nach 10–15 Jahren erreicht werden. Auch kann durch diese Operation eine deutliche Verbesserung der Begleiterkrankungen, insbesondere des Diabetes mellitus, erreicht werden. Neuere Studien propagieren gar, die Magenbypassoperation bei leichtem Übergewicht durchzuführen, sofern die Patientinnen/Patienten an einer schwer einstellbaren Zuckerkrankheit leiden. Keine andere Therapie, auch nicht die mit oralen Antidiabetika oder Insulinspritzen, kann eine derartige Verbesserung der Zuckerstoffwechsellage herbeiführen wie die Magenbypassoperation bei übergewichtigen Patientinnen und Patienten.

Die Magenbypassoperation gilt heute als Standardoperation in der Adipositaschirurgie mit guter Balance zwischen Lebensqualität und erzielter Gewichtsreduktion.

Andere Operationsverfahren, wie z.B. das Magenband oder der Magenschlauch, kommen ebenso fallweise zum Einsatz.

Eine gross angelegte Studie aus den USA, publiziert in einer der renommiertesten medizinischen Zeitschriften («New England Journal of Medicine»), konnte zeigen, dass übergewichtige Patienten, welche sich einer Magenbypass-Operation unterzogen, eine deutliche Verbesserung der Überlebensrate (Mortalität) haben, gegenüber übergewichtigen Patienten, welche sich nicht haben operieren lassen.

Diese eindeutigen Daten rechtfertigen die operative Therapie der Adipositas trotz des (nur geringen) Operationsrisikos. Die Magenbypassoperation ist in geübten Händen mit einem eingespielten Team eine sehr sichere Operation. Die Sterblichkeit ist unter diesen Voraussetzungen bei dieser Operation in etwa gleich hoch wie bei einer Gallenblasenoperation.

Die chirurgische Therapie der Adipositas ist allerdings nur ein Pfeiler eines multimodalen Therapiekonzeptes. Die Patientinnen/Patienten, welche sich einer chirurgischen Therapie unterziehen, sollten durch erfahrene Ernährungsberaterinnen, Internisten, Endokrinologen und fallweise durch Psychologinnen/Psychiaterinnen nachbetreut werden. Zudem sollten sich die Patientinnen und Patienten nach Durchführung eines chirurgischen Eingriffs jahrelang einer engmaschigen Kontrolle ihrer Ernährungs- und Vitaminwerte unterziehen.



### Wer kommt für eine adipositaschirurgische Behandlung infrage?

Voraussetzung für eine adipositaschirurgische Behandlung ist – wie bereits erwähnt – ein Body-Mass-Index von mindestens 35. Die Patientin/der Patient muss zudem nachweisen, dass sie/er während eines Zeitraums von mindestens zwei Jahren versucht hat, ihr/sein Gewicht auf konventionelle Weise, das heisst mit einem professionell geführten Diätprogramm, zu reduzieren. Liegt der BMI vor der Operation gar über 50, sind die Hürden für die Durchführung eines operativen Eingriffs niedriger. Es genügt der Nachweis, dass die Patientin/der Patient über ein Jahr versucht hat, ihr/sein Gewicht mittels eines professionellen Ernährungsprogramms zu reduzieren. Aktuell gelten diese Richtlinien für die Indikationsstellung bei bis zu 200 000 Personen in der Schweiz.

### INFO

Fortbildung für Hausärzte/Hausärztinnen vom 16.10.2012, 17.15-19.45 Uhr, Universitätsspital Basel, Spitalstrasse 21, Hörsaal 2, „Interdisziplinäre Adipositasbehandlung: Chancenoptimierung und Risikoreduktion in der bariatrischen Chirurgie“ mit Beiträgen der Chirurgie, Endokrinologie, Ernährungsberatung und Psychosomatik.



# Ein «Aloha» zum Abschied

34 Lehrabgängerinnen und -abgänger unterschiedlicher Bereiche des Universitätsspitals Basel wurden am 29. Juni 2012 feierlich verabschiedet.



Endlich geschafft! Dieser Gedanke widerspiegelte sich am Abend des 29. Juni 2012 in vielen Gesichtern der 34 erfolgreichen Lehrabgängerinnen und -abgänger diverser Bereiche des USB. Bei strahlendem Sonnenschein und Temperaturen von weit über 30°C wurden sie feierlich in die Arbeitswelt der «Grossen» entlassen.

Von Andreas Eugster

Die Feier im Centrino, welche von den 1-Lehrjahr-Lernenden organisiert und moderiert wurde, stand – passend zum Wetter – ganz unter dem Motto «Sommer, Sonne, Sonnenschein». Das Rahmenprogramm war denn auch bunt und abwechslungsreich. Begleitet von zwei DJs, die sichtlich Spass an ihrem Job hatten,



## Isabelle Linsenmann Nachholbildung FAGE: ein weiterer Schritt nach vorne

Wenn ich auf die FAGE Nachholbildung zurückblicke, erinnere ich mich vor allem an die Zeit des Aufnahmeverfahrens im Jahr 2009. Für mich, und bestimmt auch für alle anderen Mitbewerbenden war das eine sehr aufregende Zeit; es bedeutete für mich, endlich einen weiteren Schritt

nach vorne und damit einen grossen Schritt näher an mein Ziel zu kommen.

Im Jahr 2005 startete ich im Universitätsspital die Ausbildung zur Pflegeassistentin. Dies in der Hoffnung, darauf aufbauen zu können, um irgendwann mein Ziel zu erreichen und als Pflegefachfrau zu arbeiten.

Nach erfolgreicher Absolvierung der PA-Ausbildung hatte ich das Glück, weitere 5 Jahre auf der Medizin 5.1 in einem wirklich tollen und äusserst kompetenten Team zu arbeiten. In dieser Zeit konnte ich wichtige Erfahrungen sammeln. Als dann im Sommer 2010 der Abschied und somit der Wechsel von Medizin 5.1

kamen die Anwesenden in den Genuss einer Breakdance-Show der Extraklasse, bevor dann der Höhepunkt des Abends anstand.

Nach einer kurzen Ansprache von Odette Häfeli, Leiterin Abteilung Bildung & Entwicklung, wurden die einzelnen Ehrungen durchgeführt. In Begleitung einer farbenfrohen und musikalisch untermalten Powerpoint-Präsentation überreichten die Berufsbildungsverantwortlichen Yvonne Gass und Cornelia Böddeker jedem Abgänger und jeder Abgängerin ein kleines Abschiedspräsent in Form eines Pro-Innerstadt-Gutscheins.

Dann war der offizielle Teil der Feier auch schon vorbei. Den anschliessenden Apéro mit sommerlichen Cocktails und Gratisglace nutzten die Anwesenden dann noch rege, um über Vergangenes oder über Zukunftspläne zu diskutieren.

## Rang und Namen

34 Lehrabgängerinnen und -abgänger haben vor Kurzem ihre Lehre bei uns im Spital erfolgreich abgeschlossen, darunter sogar einige im Rang: Sindy Meyer, Fachfrau Gesundheit EFZ: 5.6, David Kläger, Koch EFZ: 5.5, Jason Roschi, Koch EFZ: 5.5, Lorena Furrer, Fachfrau Gesundheit EFZ: 5.4, Isabelle Linsenmann, Nachholbildung Fachfrau Gesundheit EFZ 5.4, Aydin Gök, Nachholbildung Fachfrau Gesundheit EFZ: 5.3, Bilal Bektas, Büroassistent EBA: 5.3.

Dazu gratulieren wir ganz herzlich und wünschen allen einen guten Start ins Berufsleben. Es freut uns sehr, dass sich viele entschieden haben, auch nach dem Lehrabschluss weiter in unserem Spital zu arbeiten.

auf Medizin 6.2 kam, bedeutete dies nicht nur einen Stationswechsel, sondern auch, wieder von Neuem Lernende zu sein.

Wider Erwarten fiel mir dieser Rollenwechsel anfangs schwer. Es war eine Herausforderung, die richtige Balance zwischen Weiterzubildender und Pflegeassistentin zu finden. Dank dem super Coaching und der fachlichen sowie persönlichen Unterstützung meiner Berufsbildnerin, Frau Kukuk, und der Berufsbildungsverantwortlichen, Frau Böddeker, ist es mir dann doch bald gelungen, mich in die neue Rolle einzufinden. So habe ich mit viel Elan, Wissbegier und Freude die Nachholbildung absolvieren können.

Jetzt, zwei Jahre später, bin ich hier und darf an diesem heissen Sommertag an der schönen, erfrischenden und dynamischen Abschlussfeier, welche von Lernenden organisiert und durchgeführt wurde, meinen Abschluss feiern.

Für mich war die Nachholbildung FAGE die optimale Möglichkeit, meinem Ziel näherzukommen. Ich bin überaus dankbar, dass mir das Universitätsspital dies ermöglicht hat und freue mich bereits, im September die Ausbildung zur Pflegefachfrau HF starten zu dürfen.



Lehrbeginn

# Unsere neuen Lernenden

**Am 6. August 2012 taten die Lernenden des Universitätsspitals Basel ihren ersten Schritt ins Berufsleben und durchliefen zuerst einmal eine ganze Einführungswoche mit dichtem Programm.**

Was neu für die Auszubildenden war, war auch neu für das USB. Nicht wie gewohnt haben sie ihre erste Woche im USB direkt in ihren Abteilungen gestartet, sondern durften eine Einführungswoche durchlaufen, in der sie sich untereinander kennenlernen und auch vieles vom USB sehen konnten.

Text und Kurzinterviews von Selin Buchser, Nathalie Hagen, Shirley Omokhuale und Jasmin Trächslin

Mit kleinen Spielen wurde die Anspannung der Lernenden ein wenig gelindert und sie wurden dadurch auf das Einander-Kennenlernen eingestimmt. Einen Tag lang durften die Lernenden in Gruppen in die verschiedenen Abteilungen blicken und haben dort auch einige neue Erfahrungen gesammelt. Unsere Gruppe hatte Einblick in die Entstehung der Hauszeitung, also dieses Produkts. In diesem Rahmen entstand dann auch dieser Beitrag, für welchen wir andere Lernende an ihren Einsatzorten aufsuchten und – ausgerüstet mit Fotoapparat und Aufnahmegerät – zu interviewen versuchten, was nicht ganz einfach war.

Hier ein paar Äusserungen auf unsere Frage: Wie hast du bisher die Einführungswoche erlebt?

## Renzo

*Ich fand die Einführungswoche sehr hilfreich und spannend, da man das Spital gut kennenlernen konnte. Beim Rundgang durch das Universitätsspital habe ich viele verschiedene Facetten, neue Wege und auch Berufe gesehen. Ich durfte einen Tag lang in der internen Poststelle schnuppern. Zusammen mit Herrn Lopez habe ich die Post eingesammelt und somit die Abläufe erlebt.*

## Nadja

*Die Einführungswoche und den Rundgang fand ich sehr toll, da man mehr übers Spital erfährt. Einen Tag durfte ich in der Küche mithelfen, kalte Teller zubereiten, den Salat vorbereiten und am Laufband stehen. Ich habe es sehr spannend und interessant erlebt.*

## Emir

*Die Einführungswoche war sehr lehrreich, weil man die anderen Lernenden so besser kennenlernen konnte. Den Rundgang jedoch empfand ich eher mühsam, aber das macht man auch nur einmal und dann nie mehr. Ich war in der Gartengruppe und musste auch beim Jäten helfen. Schade, dass ich für diese Arbeit nicht die richtige Kleidung dabei hatte.*

## Jessica, Hatice, Till und Maurizio

*Wir haben zusammen einen Tag im Reinigungsteam mitgeholfen. Einen Morgen lang durften wir diverse Reinigungsmaschinen bedienen und ausprobieren. Wir haben die Einführungswoche eher als sinnvoll erlebt. Auch der Rundgang hat uns gefallen, da man viele interessante Dinge sah, z.B. auch den Landeplatz für den Helikopter.*

## Argjenda, Melissa, Jenifer und Denise

*Wir waren einen Tag lang im Zentralarchiv. Wir mussten viel laufen, aber das, was wir über das Archiv und die verschiedenen Akten erfahren haben, war sehr spannend. Die Einführungswoche würden wir etwas kürzer gestalten, trotzdem fanden wir es alle eine tolle Idee.*



Die Neuen beim Vorbereiten der Präsentation



Alle Gruppen präsentieren, was sie vom USB kennengelernt haben.

# Wenn das Gehirn zum Störfaktor wird

Epilepsie ist eine häufige Erkrankung und betrifft ca. 1% der Bevölkerung. Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten wird mit anfallsunterdrückenden Medikamenten anfallsfrei, aber ein Grossteil, ca. ein Viertel, wird trotz Medikamenten weiterhin unter epileptischen Anfällen leiden, was man als pharmakoresistente Epilepsie bezeichnet.



Prof. Luigi Mariani: «Um genau festlegen zu können, wo die Anfälle generiert werden und wo bestimmte Funktionen liegen, sind eine stationäre Abklärung und komplexe Untersuchungen notwendig.» Der Patientin (*siehe Text Seite 11*) wurden epileptogene Strukturen des rechten Temporallappens entfernt: Amygdala und vorderer Hippocampus sowie Teile des temporalen Cortex. Sie ist seit der Operation frei von epileptischen Anfällen.

Epileptische Anfälle können sehr vielfältig sein; es geht von kurzen Aussetzern oder kurzen Sensationen (Gefühle, Gefühlsstörungen, Zuckungen etc.) bis hin zu «grossen Anfällen» mit Bewusstseinsverlust; von generalisierten Zuckungen bis hin zu invalidisierenden und lebensgefährlichen Verletzungen.

Von Prof. Luigi Mariani

Epilepsie ist auf jeden Fall mit einer einschneidenden Einbusse der Lebensqualität verbunden: das Autofahrenlernen und -dürfen, das selbstständige Sorgen z.B. für die eigenen Kinder, die Berufswahl und die Berufsaktivität, das Sozialleben sind nur einige sehr wichtige Bereiche, welche bei Epilepsie nicht so gestaltet werden können, wie die Patientinnen und Patienten das wünschen. Zudem sind Epilepsiepatienten einem höheren Risiko, verfrüht zu sterben, ausgesetzt, als Folge von Unfällen oder durch einen plötzlichen unerklärlichen Tod.


Bei dieser sogenannten pharmakoresistenten Epilepsie liegt sehr häufig eine Störung an einem bestimmten Ort im Gehirn vor, welche ein elektrochemisches Netzwerk aktiviert, das unkontrollierte Entladungen sendet, welche entweder an Ort verbleiben oder sich auf das ganze Gehirn ausdehnen und sieht als epileptische Anfälle bemerkbar machen. In vielen Fällen liegt diese Störung im sogenannten Schläfenlappen des Gehirns (Temporallappen, Hippocampus). Grund-

sätzlich können an jedem Ort unserer Hirnrinde epileptische Anfälle entstehen. Kleine lokale Missbildungen, Narben (nach Blutungen, Unfällen, Infektionen), lokale Schrumpfung unklarer Ursache (die häufigste ist die sogenannte Hippocampussklerose) oder «gutartige» Tumoren können eine pharmakoresistente Epilepsie verursachen.

In diesen Fällen bietet die Operation die beste Chance, wieder ein anfallsfreies oder ein anfallsärmeres Leben zu führen, wobei der verantwortliche Hirnteil entfernt oder ausgeschaltet wird. Bedingung für eine Entfernung oder Ausschaltung dieser Hirnareale und Läsionen ist selbstverständlich, dass dabei keine wesentliche Hirnfunktion verloren geht. Um genau festlegen zu können, wo die Anfälle generiert werden und wo bestimmte Funktionen liegen, sind eine stationäre Abklärung mit Ableitung von Hirnströmen (EEG) und konstante Videoaufnahmen des Patienten/der Patientin sowie komplexe bildgebende Untersuchungen notwendig. Kommt es nach diesen Untersuchungen zu einem einstimmigen Resultat, ist die Operation die hoffnungsvollste Alternative für den Patienten/die Patientin.

Das Universitätsspital Basel ist, im Rahmen der Konzentration der hochspezialisierten Medizin in der Schweiz, eines der drei Schweizer Zentren, an denen diese hochmedizinische Leistung angeboten wird. Im Jahre 2011 wurden im USB 31 Patienten/Patientinnen operiert.





Eine Epilepsiepatientin (28):

## «Ich war stark. Ich bin stark.»

*Ich nenne sie Lorena. Die 28-jährige, hübsche Frau mit der positiven Ausstrahlung hat eine unglaubliche Leidensgeschichte hinter sich. Im Alter von neun Jahren, kurz nach ihrer Ankunft in der Schweiz, beginnen wie aus dem Nichts die täglichen und nächtlichen Anfälle. Ärzte diagnostizieren rasch Epilepsie. Es folgen unzählige Untersuchungen, Spitalaufenthalte. Die vielen Medikamente machen sie müde, aber sie sind überlebenswichtig. Lorena kann kein normales Leben führen, denn die regelmäßigen, manchmal bis zu sechs Minuten dauernden Anfälle lassen sie zu einer Aussenseiterin werden. In der Schule mögen die anderen Kinder nicht mit ihr spielen. Sie haben Angst vor diesem Mädchen, das zu zittern beginnt, die Augen verdreht, sich nicht mehr bewegen kann. Niemand ausser ihrer engsten Familie, Vater, Mutter und Brüder, sollte bis zum heutigen Tag erfahren, wie es wirklich um sie steht. Sie will kein Bedauern, kein Mitleid: «Ich bin stolz», betont sie. Sie habe auch in dieser Zeit keinen Kontakt gesucht. Die Krankheit zwingt sie zur Konzentration auf sich selbst. Besonders schlimm seien die Momente gewesen, als sie sich anfänglich in diesem fremden Land überhaupt nicht verständigen konnte. Glücklicherweise war sie aber nie alleine, als sich die Anfälle ankündigten. Die Familie war immer da. Wenn der Vater abends mit der Arbeit fertig war, ging die Mutter arbeiten – in der Nacht. Der Vater habe irgendwann einen Herzinfarkt bekommen. Es kommt viel zusammen. Lorena absolviert dennoch eine KV-Lehre und schliesst sie mit dem Diplom ab, aber sie macht auch zwei Selbstmordversuche. Vor etwa drei Jahren – Lorena kann sich so genau nicht erinnern – erklären ihr die Ärzte, dass es vielleicht eine Lösung gibt. Sie informieren sie über eine mögliche Operation, bei welcher die Chance besteht, dass sie anfallsfrei wird. Eine Operation mit vielen Risiken, es würde schmerzhaft sein, gefährlich ohnehin und – was für Lorena ganz schlimm war – sie müsste kahlrasiert werden. Aber sie will leben. Als Vorbereitung auf die Operation wird sie über zwei Wochen lang im Spital stationär abgeklärt. Angst? Sie habe immer an die Zukunft gedacht und daran, dass sie eines Tages gesund sein werde. Nach der Operation sei es schrecklich gewesen, sich im Spiegel anzuschauen. Sie trägt zwei Jahre lang eine Perücke. Eine zweite Gehirnoperation folgt, dann noch zwei plastisch-chirurgische Eingriffe. «Ich weiss nicht, was mit mir geschehen wäre, wenn ich nicht in der Schweiz behandelt worden wäre. Ich hatte immer Glück mit den Ärzten.» Bei dieser Aussage strahlt sie. Sie ist Luigi Mariani, Stephan Rüegg, beide USB, und Kaspar Schindler, Inselspital Bern, zutiefst dankbar. Sie haben ihr durch die Behandlung zu einem normalen Leben verholfen.*

*Diese fröhlich wirkende, extrovertierte junge Frau, die sich wünscht, weiterhin anfallsfrei zu bleiben und eine Familie zu gründen, hat für dieses lebenswerte Leben viele Tränen vergossen, die wenige Menschen gesehen haben. Oberflächlich betrachtet, scheint es, als habe ihre Vergangenheit in einem anderen Leben stattgefunden. Und doch, die Vergangenheit ist immer präsent: «Ich werde schnell traurig, aber ich war stark und ich bin stark.» Stark, Lorena, einfach stark.*

Text: Gina Hillbert

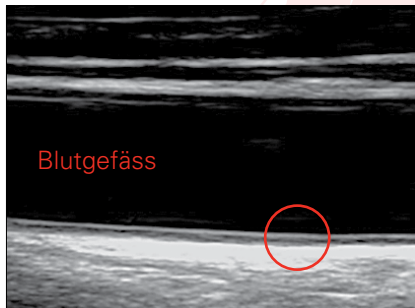
# Blutgefässe – Wunderwerk der Natur

Die Klinik Angiologie im USB beschäftigt sich mit Arterien, Venen und Lymphgefässen und deren Erkrankungen. Ein Kurzporträt.

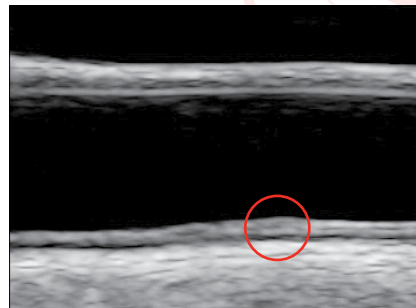
Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik Angiologie des Universitätsspitals schätzen sich glücklich, in der wohl interessantesten und abwechslungsreichsten Spezialdisziplin der Medizin arbeiten zu dürfen. Natürlich sagen Mitarbeitende anderer Kliniken dasselbe auch von ihrem Arbeitsort, und das ist gut so.

Diese vielfältigen Verzweigungen der Blutgefässe bis hin zu den kleinsten, im Durchmesser weniger als einen hundertstel Millimeter messenden Kapillaren faszinieren nicht nur das Medizinalpersonal, sondern haben auch unter anderem in der Belletristik Niederschlag gefunden. So beschreibt der Schriftsteller Jon Kalman Stefansson in einem seiner Bücher den

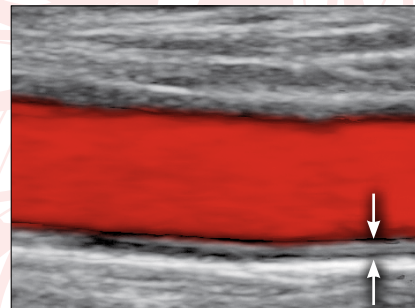
Dieses Wunderwerk der Natur sollte durch präventive Massnahmen möglichst lange erhalten bleiben. Kommt es mit zunehmendem Alter trotzdem zu Veränderungen, möchte die Angiologie diese möglichst frühzeitig erkennen, um Gegenmassnahmen einleiten zu können. Mit der nicht invasiven Duplexsonografie sind die Blutgefässe einfach abzubilden.



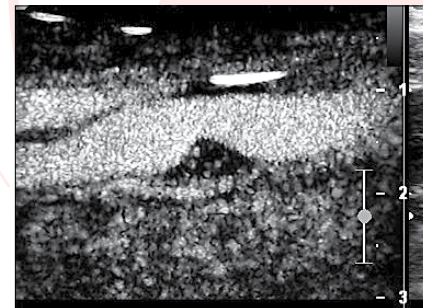
Das normale Blutgefäss wird im Ultraschall als schwarzes Band abgebildet. Es wird von einer dünnen (0.6 mm, siehe Kreis) Innenschicht ausgekleidet.



Die im Blut fliessenden Risikofaktoren wie Nikotin, Cholesterin u.a. schädigen diese Schicht, welche dadurch immer dicker (1.2 mm) wird und herdförmig das Gefäss einengt.



Mit der Farbduplexsonografie wird das fließende Blut farblich kodiert. Gefässveränderungen und Durchblutungsstörungen sind zuverlässig erkennbar. Die Pfeile weisen auf die verdickte Innenschicht.



Das helle, bandförmig horizontal verlaufende Blutgefäss wird in der Bildmitte dreieckförmig durch eine Stenose von unten her eingengt. Die kleinen weissen Bläschen in dem ansonsten schwarzen Dreieck entsprechen kleinsten neu gebildeten Blutgefässen, welche wegen ihrer Brüchigkeit einem schlechten prognostischen Zeichen entsprechen.

---

Von Prof. Kurt A. Jäger

---

Die Angiologie beschäftigt sich mit Blutgefässen (Arterien, Venen, Lymphgefässen) und deren Erkrankungen respektive mit Durchblutungsstörungen. Blutgefässe führen in jedes Organ des menschlichen Körpers und verzweigen sich dort bis in die hintersten Zipfel, um auch die kleinsten Zellen zu ernähren. Je nach Aktivität braucht ein normal funktionierendes Organ unterschiedliche Mengen Blut. Diese feine Regulation der Durchblutung wird durch die Innenschicht der Gefässwand (Endothel) kontrolliert. Es gibt kaum eine Erkrankung im menschlichen Körper, bei der nicht der Zu- oder Abstrom des Blutes massgeblich verändert ist.

Kreislauf als Wunderwerk, das in der Länge aneinandergereiht die Distanz von der Erde zum Mond und wieder zurück ergeben würde. Die für die Kreislaufregulation entscheidenden Endothelzellen, die bereits erwähnte Innenauskleidung der Gefässe eines einzigen Menschen, würden ausgebreitet der Fläche eines Fussballfeldes entsprechen. In der Vielfalt ihrer Funktionen sind diese Zellen, wie eine biochemische Fabrik, nicht nur für den Stoffaustausch, sondern auch für die Tonusregulation, die Blutgerinnung sowie das Senden und Empfangen von Botenstoffen verantwortlich. Die Blutbahnen sind, ähnlich wie das Nervensystem, Leitungsbahnen für die Informationsübermittlung von Regulationsmechanismen.

Die Dicke der Innenschicht der Gefässe wird gemessen, was einem zuverlässigen prognostischen Indikator für zukünftige Kreislauferkrankungen, einschliesslich Herzinfarkt und Hirnschlag, entspricht. In arteriosklerotischen Wandauflagerungen und Gefässengengungen messen wir in neuesten, vom Nationalfonds unterstützten Forschungsprojekten die Mikrozirkulation, um das Verschlussrisiko des Gefässes zu bestimmen.

Nicht invasive Untersuchungstechniken wie Doppler, Oszillografie, Plethysmografie und vor allem die Duplexsonografie werden routinemässig in der Klinik Angiologie eingesetzt, um morphologische Veränderungen wie Einengungen und Verschlüsse nachzuweisen und deren Einfluss auf den Blutfluss zu

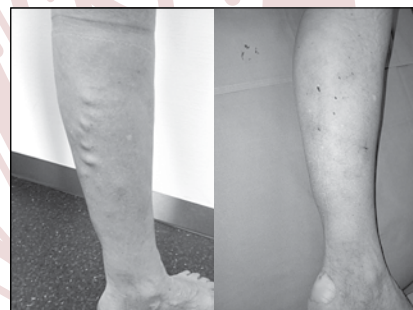
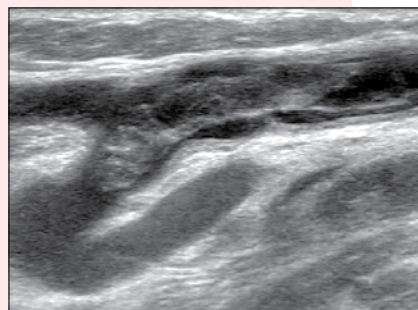


bestimmen. Kritische GesundheitsökonomInnen behaupten, dass ein Drittel aller medizinischen Untersuchungen überflüssig sind oder gar zu falschen oder unnötigen Therapien führen. Aus diesem Grunde verfolgen wir ein rationales und rationelles diagnostisches Vorgehen, wobei jeder diagnostische Schritt eine therapeutische Konsequenz zur Folge haben

- Das Bundesamt für Gesundheit hat neu das Gefäßstraining bei peripherer arterieller Durchblutungsstörung als anerkannte Leistung honoriert. Entsprechend international etablierten Therapierichtlinien können wir nun neu in Zusammenarbeit mit der Physiotherapie den Patientinnen und Patienten in der Nordwestschweiz diese Dienstleistung anbieten.

niphlebektomie kleinerer Krampfader sowie vor allem neuerdings auch die Laserbehandlung stärker veränderter Beinvenen ein.

Wir schauen mit Zuversicht in die Zukunft und freuen uns auf die vielfältigen Entwicklungsoptionen, welche noch vor dem Durchbruch stehen.



Umspültes Blutgerinnsel (Thrombus) in einer Beinvene, diese über eine längere Strecke fast vollständig ausfüllend

Besenreiser in der Kniekehle vor und nach Sklerotherapie

Vor und einen Tag nach ambulanter Miniphlebektomie. Alle Krampfader sind beseitigt, ohne Bluterguss; die kleinen Einstichstellen (keine Naht notwendig) sind nach kurzer Zeit nicht mehr sichtbar

Ausschnitt aus «Gefäßstraining»

sollte. Ähnlich evidenzbasiert soll auch die Entscheidung zur Therapie sein. Neben der Basistherapie bieten sich die Kathethertherapie (PTA) und die gefäßchirurgische Intervention an. Sowohl mit der interventionellen Angioradiologie für die PTA als auch mit der Gefäßchirurgie können wir uns auf eine kollegiale und konstruktive Zusammenarbeit abstützen.

Als dynamische Spezialdisziplin hat die Angiologie durch die neu eröffnete Praxis Angiologie am Bethesda-Spital eine erhsehnte zusätzliche Entfaltungsmöglichkeit erhalten. Angeboten werden: (1) das Gehtraining, (2) die comprehensive Podologie/Wundversorgung und (3) die neuen Behandlungsmöglichkeiten bei Venenkrankheiten.

- Die Klinik Angiologie hat als erstes Spital in der Schweiz routinemässig die medizinische Fusspflege angeboten. Patientinnen und Patienten mit Durchblutungsstörungen, vor allem aber die vielen Diabetikerinnen und Diabetiker mit dem diabetischen Fussyndrom, benötigen eine professionelle medizinische Fusspflege. Sowohl hier am Hause als auch an der Zweigstelle im Bethesda-Spital bieten hochqualifizierte Podologinnen diesen Service an.
- Auf dem Gebiet der Phlebologie, den Erkrankungen der Venen, kann die Klinik Angiologie einen weiteren Erfolg verbuchen. Am Bethesda-Spital bieten wir neu eine umfassende phlebologische Dienstleistung an. Dies schliesst die Schaumsklerosierung – eine Weiterentwicklung der früher bekannten Venenverödung –, die ambulante Mi-

# Clinical Engineering – die Zukunft!?

Das Managen aller im Spital eingesetzten Technologien nach den Kriterien «sicher», «effizient», «kostengünstig» ist ein komplexes Unterfangen. Clinical Engineers sind Profis im Verwalten dieser im Klinikalltag unverzichtbaren technologischen Einrichtungen. Was in den USA schon lange Standard ist, steckt in Europa noch in den Kinderschuhen. Das USB macht sich auf den Weg und veranstaltet am 26. Oktober 2012 die 1st Swiss Clinical Engineering Conference.



Das USB auf dem Weg.

## Die Ursprünge

Clinical Engineering entstand in den USA Anfang der 70er-Jahre. Spitalverwaltungen und akademische Behörden hielten es bereits damals für notwendig, in den Spitälern hochqualifiziertes technisches Personal einzusetzen, welches ein hohes Mass an Sicherheit und das ordnungsgemässe Verwalten technischer Einrichtungen vor Ort gewährleisten würde. Dafür wurden spezielle Ingenieure, sog. Clinical Engineers, und Techniker (Biomedical Equipment Technicians) an den Universitäten ausgebildet.

---

Von Fabrizio Casula

---

Dank der positiven Ergebnisse in Bezug auf Sicherheit und wirtschaftliche Aspekte des Managements einer Klinik, welche durch die Einführung solcher Profis erreicht wurden, gab es eine rasche Ausbreitung der Clinical Engineering

Services (CES) in den USA und in Kanada. Man beachte, dass 1992 in den USA mehr als die Hälfte der Spitäler (>200 Betten) bereits einen eigenen CES hatten. Und in Europa? CES gibt es mittlerweile in Deutschland, Italien, Frankreich und Österreich. Sie sind jedoch längst nicht so verbreitet wie in Übersee.

Die Schweiz kennt zurzeit noch keine Clinical Engineering Services, auch weil die Universitäten und Fachhochschulen kein Clinical-Engineering-Studium anbieten, wo fachübergreifende Kenntnisse in Medizin, Informatik, Mathematik, Elektronik und in Rechtswesen vermittelt werden. Fachwissen, das unabdingbar ist, um auf hohem Niveau der Komplexität der technischen Einrichtung in einem Spital gerecht zu werden.



« A Clinical Engineer is a professional who supports and advances patient care by applying engineering and managerial skills to healthcare technology. » ACCE-Definition, 1992

Übrigens, die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat wiederholt die Bedeutung der Rolle des Clinical Engineering in Spitälern Kliniken betont. Deshalb unterstützt die WHO die Förderung der Errichtung von CES nicht nur in den Industrieländern, sondern insbesondere auch in Entwicklungsländern.

### Die Aufgaben

Das CES-Team ist verantwortlich für die Auswertung der biomedizinischen Technologien im Einsatz medizinischer Einrichtungen und koordiniert die daraus entstehenden Aufgaben interdisziplinär. Zu den Hauptaufgaben des Clinical Engineer gehören unter anderem das Health Technologies Assessment (die optimale Verwaltung der Technologien im Gesundheitswesen), die Planung, der Einkauf, die Sicherheitsprüfung, die Risikoverwaltung, die Telemedizin, die Weiterbildung des medizinischen und administrativen Personals und die Vorbereitung auf Akkreditierung bzw. Zertifizierung.

### Supervision – Risikoberechnung – Problemlösung

Die Erfahrung zeigt, dass der vermehrte Einsatz biomedizinischer Technologien einen erheblichen Vorteil für die Patienten/-innen und für die Medizin gebracht hat. Gleichzeitig kommen aber mehr und mehr die damit verbundenen Problematiken zum Vorschein. Das Risiko, dass ein Gerät ungeeignet ist und dass deshalb ein Nachteil für die Patienten/-innen entstehen könnte, muss berechenbar sein und unter Kontrolle gehalten werden. Fehlschaffungen und die daraus entstehenden Kosten und Verluste sollten möglichst vermieden werden. Clinical Engineering hat zum Ziel, alle Risiken im Zusammenhang mit Anschaffung, Verwaltung und Überwachung der Technologien, welche in einer Klinik eingesetzt werden, zu evaluieren und interdisziplinär Problemlösungen zu finden. Dabei geht es nicht nur um klinische Risiken, sondern auch um Risiken einer Fehlschaffung, Risiken für das Personal und die Patienten/-innen und auch darum, dass das Image der Klinik und von dessen Management nicht Schaden nimmt.

Der Clinical Engineer hat sich während seines Studiums Wissen angeeignet, welches er speziell für diese Risikoberechnung und für die Entscheidungsfindung bei Problemlösungen einbringen kann. Clinical Engineering umfasst zudem die Konzeption, die Projektierung, die Implementierung und die Umsetzung von EDV-Systemen zur Verwaltung von klinischen Informationen (Informationsmanagement) wie z.B. PACS (Picture-Archiving and Communication System).

Der Clinical Engineering Service hat eine strategische Rolle und bildet die Schnittstelle zu den verschiedenen Abteilungen wie Informatik (SW, HW, Netzwerke, TLC), Gebäudetechnik (Sanierungen, Neubauten) und Physik (Strahlenrisiko für Patienten und Patientinnen und Personal). Alle wichtigen Informationen werden hier zusammengeführt und supervisioniert. Hier findet auch

die notwendige Kommunikation statt, damit alle beteiligten Abteilungen und Fachleute stets auf dem aktuellen Stand sind. So werden auch Doppelspurigkeiten vermieden und die besten Lösungen für die Klinik, das Personal, die Patienten/innen und das Management gefunden. Die «gute Qualität» des Gesamtsitals wird in allen Belangen angestrebt und kann mit dem Einsatz des Clinical Engineering Services optimiert werden.

Das USB mit seinen komplexen und vielfältigen technischen Einrichtungen und Systemen ist geradezu prädestiniert für die Etablierung eines CES. Die Zukunft mit CES im USB ist angedacht und initiiert, z.B. mit der 1st Swiss Clinical Engineering Conference vom 26. Oktober 2012 am USB.

### 1st Swiss Clinical Engineering Conference im USB

Wie bereits erwähnt, gibt es in der Schweiz derzeit noch keine CES und folglich auch wenig Kenntnisse über das Leistungsspektrum von Clinical Engineering. Ein erster Schritt in Richtung Etablierung von Clinical Engineering in Schweizer Spitälern ist die Vermittlung von fundierter Information durch Fachleute und die Möglichkeit, sich untereinander auszutauschen. Ideale Gelegenheit bietet die 1st Swiss Clinical Engineering Conference mit dem Thema «Medicine and technology working towards the same goal». Sie steht allen Interessierten offen.

Die 1st Swiss Clinical Engineering Conference möchte das Spitalmanagement, aber auch die verschiedenen Fachgruppen im Gesundheitswesen über die zahlreichen Aspekte des Clinical Engineering informieren. Dabei geht es um die Koordinierung und die Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Technologien und Medizin, welche in Form von Dienstleistungen im Gesundheitswesen eingesetzt werden sollen.

Der zunehmende Einsatz von biomedizinischen Technologien in der Medizin hat zu erheblichen Vorteilen in der Versorgung von Patienten/-innen geführt. Gleichzeitig sind aber auch einige neue Aspekte in Bezug auf die Risiken in der Verwendung solcher neuen Technologien entstanden. Clinical Engineering soll die Gesundheitseinrichtungen dabei unterstützen, alle vorhandenen biomedizinischen Technologien, das Prozessmanagement und HRM HTA patientenorientiert, wirtschaftlich und effizient zu nutzen.

#### INFO

1st Swiss Clinical Engineering Conference, 26. Oktober 2012  
 Universitätsspital Basel, Zentrum für Lehre und Forschung (ZLF),  
 Kleiner Hörsaal  
 Konferenzsprache: Englisch  
 Programm: [www.scec.ch](http://www.scec.ch)  
 Anmeldung: [registration@scec.ch](mailto:registration@scec.ch)

Prädikat «sehr gut»

# Zertifikat für Brustzentrum

Die Zertifizierung und die Verleihung des Qualitätslabels durch die Krebsliga Schweiz und die Schweizerische Gesellschaft für Senologie sind Ansporn, den eingeschlagenen Weg fortzuführen, und Garant dafür, dass die hohen Ansprüche an ein qualitätsorientiertes Brustzentrum mit nationalen und internationalen Richtlinien erfüllt sind. Am 29. Juni wurde Herrn Prof. Rochlitz, Leiter Brustzentrum, das neu geschaffene Qualitätslabel offiziell überreicht.

Im Januar 2006 wurde das Brustzentrum der Universität Basel offiziell eröffnet. Hintergrund dieser Entwicklung ist die enorme und immer weiter zunehmende Komplexität einer modernen, internationalen Standards genügenden Behandlung des Mammakarzinoms.

Von Thomas Hofer

Das Brustzentrum wird interdisziplinär und partnerschaftlich von folgenden Einrichtungen getragen: Radiologie, Gynäkologie, Chirurgie, Onkologie, Plastische Chirurgie, Pathologie, Radioonkologie, Psychoonkologie, Pflege (Breast Care Nurse) und Genetik.

Im Jahre 2005 hat die Schweizerische Gesellschaft für Senologie (SGS) beschlossen, basierend auf Richtlinien der European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) an die Bedingungen in der Schweiz angepasste Kriterien zu entwickeln.

Grundlage für das Label bildet ein Kriterienkatalog, der von der SGS in Anlehnung an die Kriterien der EUSOMA erarbeitet worden ist. Bei der Anpassung der EUSOMA-Kriterien wurde den Schweizer Gegebenheiten Rechnung getragen. Der SGS-Kriterienkatalog umfasst rund 100 Punkte zu Bereichen wie Zusammensetzung und Fachkompetenzen des Behandlungsteams, Minimalfallzahlen, Verfügbarkeit von Behandlungsleitlinien, apparative Ausstattung des Brustzentrums oder Anforderungen hinsichtlich der Information der Patientin. Der Zertifizierungsprozess ist in international anerkannten Normen wie ISO/EN 17021:2011 geregelt.

Das Label zeichnet Brustzentren aus, die klar definierte Anforderungen an die Qualität der Behandlung und Betreuung von Frauen mit Brustkrebs erfüllen.

Insbesondere zwei Aspekte haben die Krebsliga Schweiz (KLS) und die Schweizerische Gesellschaft für Senologie (SGS) dazu bewogen, gemeinsam ein Qualitätslabel für Brustzentren zu lancieren.

Zum einen ist die Behandlung von Patientinnen mit Brustkrebs heute viel komplexer als früher – was vor allem auf die enormen Fortschritte in der Onkologie in den letzten Jahren zurückzuführen ist. Die positiven Entwicklungen in der Früherkennung, in der



Dreharbeiten Reportage Gesundheitsmagazin «xundtv» über eine junge Mutter und Patientin mit der Diagnose Brustkrebs. Vor der Kamera: PD Dr. Rosanna Zanetti, Leitende Ärztin Gynäkologie Brustzentrum.

Diagnostik und in der Therapie haben auch dazu geführt, dass die Behandlung von Frauen mit Brustkrebs idealerweise von einem interdisziplinären Team durchgeführt wird, in dem sowohl Vertreterinnen und Vertreter der verschiedenen Facharztgruppen wie auch der Psychologie, der Pflege und anderer Fachgruppen vertreten sind.

Zum anderen hat die sogenannte «Pattern of Care»-Studie der Schweizer Krebsregister gezeigt, dass es bei der Behandlungsqualität von Frauen mit Brustkrebs in der Schweiz regionale Unterschiede gibt. Aus der Studie ging auch hervor, dass Frauen eher gemäss den aktuellen Therapieempfehlungen behandelt werden, wenn das Team eine grosse Anzahl Patientinnen betreut und wenn sich die Institution an klinischen Forschungsprojekten beteiligt.

Gute Noten bescheinigt dem Qualitätslabel die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), die letztes Jahr Empfehlungen

für die Zertifizierung im medizinischen Kontext veröffentlicht hat. Die zuständige Kommission der SAMW bescheinigte dem Label insgesamt das Prädikat «sehr gut».

Am 17. August hat das Gesundheitsmagazin «xundtv» eine einfühlsame Reportage über eine junge Mutter und Patientin mit Diagnose Brustkrebs aus unserem Brustzentrum ausgestrahlt.

## Folgende Ziele streben die KLS und die SGS an:

Das Qualitätslabel soll ...

- die Qualität der Behandlung und Betreuung von Frauen mit Brustkrebs fördern,
- den ausgezeichneten Brustzentren von unabhängiger Seite bescheinigen, dass sie klar definierte Qualitätsanforderungen erfüllen,
- die Transparenz bezüglich des Angebots der zertifizierten Zentren erhöhen,
- betroffenen Frauen eine Orientierungshilfe bieten.



Stationsärztinnen

# «Komplikationen frühzeitig abfangen»

Die Stationen Chirurgie 5.1 und 5.2 verfügen über eigene Stationsärztinnen. Ein Arbeitsmodell, das sich bewährt.



Die beiden Stationsärztinnen Chirurgie 5.2, Dr. Claudia Kirchner (links) und Dr. Martina Meyer-Reichert bei der Übergabe.

Dr. Martina Meyer-Reichert und Dr. Claudia Kirchner sind die Stationsärztinnen der Chirurgie 5.2. Ihr Arbeitsplatz befindet sich am Ende des langen Ganges als örtliche Basis für die medizinischen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten.

Von Gina Hillbert

Die Vorteile, fest auf einer Station und für eine Station im Dienst zu sein, liegen auf der Hand: «Ein sich abzeichnendes Problem kann rechtzeitig abgefangen werden, sodass sich Komplikationen vermeiden lassen», so Dr. Meyer-Reichert auf die Frage, was denn die Hauptvorteile dieses Arbeitsmodells sind. Gerade bei einem immer älter werdenden Patientengut mit teilweise komplexem Krankheitsbild müssen die beiden Ärztinnen, die nach dem Jobsharing-System zusammenarbeiten, vermehrt mit postoperativen Komplikationen rechnen. Nicht selten treten diese akut auf. «Man muss auf alles gefasst sein», führt Dr. Meyer-Reichert

weiter aus. «Rasche Abklärung und frühzeitige Intervention sind entscheidend, um die Operationsfähigkeit der Patientin/des Patienten zeitnah sicherzustellen. Es ist unter anderem unsere Aufgabe dafür zu sorgen, dass die Patientin/der Patient für die Operation stabil bleibt.»

Im Tagesverlauf einer Station ergeben sich immer wieder zahlreiche medizinische Fragestellungen, die zwingend von einer Ärztin oder einem Arzt beantwortet werden müssen. Oft liessen sich diese Fragen nicht bis zur offiziellen OP-Sprechstunde am frühen Abend aufschieben. «Als permanente Stationsärztinnen sind wir direkt verfügbare Ansprechpartnerinnen hauptsächlich für das Pflegeteam, das unsere Präsenz offenbar besonders schätzt. Selbstverständlich sind wir auch da für Fragen und Anliegen, die direkt von den Patientinnen und Patienten kommen, beziehungsweise sind Auskunftspersonen für unsere Ärztekolleginnen und -kollegen», beschreibt Dr. Kirchner die Arbeitssituation.

Die beiden Ärztinnen sind fest ins Chirurgie 5.2-Team integriert. Sie denken beide, dass sie in dieser Form möglichst lange als Stationsärztinnen unterwegs sein möchten und sprechen dabei von einem Zeitraum von zwei bis drei Jahren. Dass es sich bei einem Grossteil der Patienten, die im USB behandelt werden, oft um multimorbide Patientinnen und Patienten handelt, macht für sie die Arbeit als Assistenzärztinnen noch spannender, erfahrungs- und lehrreicher. Bei den relativ kurzen Liegezeiten und dem damit verbundenen raschen Patientenwechsel müssen sie sich – genauso wie ihre Kolleginnen und Kollegen, die häufiger im Haus rotieren – immer wieder auf neue Situationen einstellen. Dennoch: Durch die Zugehörigkeit zur Station über einen längeren Zeitraum hinaus und durch ihre nahtlose Präsenz und Verfügbarkeit sowie durch den unmittelbaren Kontakt zu den Patientinnen und Patienten entsteht eine besondere Qualität der Nähe und diese macht den kleinen grossen Unterschied.

Erfolg

# Optimales Ansprechen auf initiale Anti-HIV-Therapie

Die Schweizerische HIV-Kohortenstudie, an welcher gegen 10 000 HIV-Infizierte teilnehmen, zeigt ein sehr hohes Therapieansprechen.

Ein überwiegender Anteil HIV-infizierter Menschen ist mit antiretroviralen Kombinationstherapien behandelt. Damit lässt sich die Lebensqualität und die Prognose drastisch verbessern. Jüngste Studien zeigen, dass die Lebenserwartung HIV-Infizierter praktisch der von Nicht-Infizierten gleichkommt. Der Start einer antiretroviralen Therapie ist für diese lebenslange Behandlung entsprechend wichtig, insbesondere die Auswahl der Medikamente und das optimale Ansprechen innert des ersten Therapiejahres.

Im Rahmen der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie, an welcher zurzeit an die 10 000 HIV-infizierte Menschen teilnehmen, haben Elzi et al. verschiedene initiale HIV-Therapien, vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2009, bei 1957 Patienten/-innen im Detail hinsichtlich der Ansprechrate analysiert. Die Schweizerische HIV-Kohortenstudie ist eine grosse, prospektive Beobachtungsstudie, die

an 5 schweizerischen Universitätsspitalern (Basel, Bern, Genf, Lausanne, Zürich) sowie Lugano und St. Gallen wie auch an assoziierten Kliniken und in assoziierten Praxen seit 1988 durchgeführt wird. Klinische Kontrollen und Laboruntersuchungen finden in halbjährlichen Zeitabständen und in standardisierter Form statt ([www.shcs.ch](http://www.shcs.ch)).

Die aktuelle Studie zeigt, dass bei den am meisten eingenommenen Medikamentenkombinationen das Therapieansprechen, unabhängig davon in welchem Zentrum ein/e Patient/in betreut wurde, sehr hoch ist. So zeigte sich eine vollständige Unterdrückung der HIV-Viruslast bei durchschnittlich 90% der Patienten/-innen. Individuelle Faktoren wie das Stadium der HIV-Infektion, Co-Infektionen wie die Hepatitis C oder vorhandenes kardiovaskuläres Risiko beeinflussen die Auswahl der Medikamente. Die Studie zeigt eindrücklich, dass ein integriertes Betreuungs- und Forschungs-

modell, wie es im Rahmen der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie schweiz weit angeboten wird, zu ausserordentlich hohen Therapieantworten führt.

Die Schweizerische HIV-Kohortenstudie wird durch den Schweizerischen Nationalfonds unterstützt.

Englischer Original-Titel: «Choice of Initial Combination Antiretroviral Therapy in Individuals With HIV Infection – Determinants and Outcome»

Archives of Internal Medicine, to be published online August 13, 2012

Autoren: Luigia Elzi, Stefan Erb, Hansjakob Furrer, Bruno Ledergerber, Matthias Cavassini, Bernard Hirschel, Pietro Vernazza, Enos Bernasconi, Rainer Weber und Manuel Battagay.

Bau

## Aufrichtefeier

Ein Jahr nach Baubeginn feierte das USB am 17. August die Aufrichte und die Grundsteinlegung der Sanierung und Erweiterung des Operationstraktes Ost. 16 Operationssäle, das sind drei mehr als bis anhin, die chirurgische Intensivpflege mit 26 Plätzen, ein Aufwachraum mit 22 Plätzen sowie eine neue Sterilgut-Versorgungsanlage werden gemäss Planung des OP-Traktes Ost Ende 2015 in Betrieb genommen.

Der sanierte und erweiterte OP-Trakt Ost wird ein Gebäudevolumen von 70 000 m<sup>3</sup> auf einer Geschossfläche von 17 500 m<sup>2</sup> umfassen. Die Erneuerung des 40 Jahre alten Operationstraktes ist notwendig, um den aktuellen geforderten Standards und insbesondere den Anforderungen der modernen Operationsmethoden entsprechen zu können. Dank der Investition von insgesamt 128 Mio. Franken für die Sanierung und Erweiterung des OP Ost wird das Universitätsspital Basel als Zentrumsspital auch künftig seine tragende Rolle in der medizinischen Versorgung der Nordwestschweiz wahrnehmen können.





# Nachruf

## Arthur Heger

26. August 1950 bis 18. August 2012

Wir nehmen Abschied von unserem Mitarbeiter Arthur Heger, welcher am 18. August 2012 im Alter von 62 Jahren völlig unerwartet verstorben ist.

Arthur war im Jahre 1980 in das Kantonsspital Basel in die Schlosserei eingetreten und wechselte 1994 in die Gaszentrale als Gruppenleiter. Mit der ihm innewohnenden Konsequenz, Genauigkeit und Einsatzbereitschaft arbeitete er sich innerhalb kürzester Zeit in sein neues Spezialgebiet ein und machte sich im ganzen Spital durch seine grosse Fachkompetenz und seine Hilfsbereitschaft unentbehrlich.

Er war ein kompetenter Mitarbeiter und Kollege, auf welchen immer Verlass war.

Arthur hinterlässt bei uns eine grosse Lücke. Wir können es immer noch nicht fassen, dass er nicht mehr da ist.

Sein Humor, seine Lebensfreude und seine Menschlichkeit prägten ihn als Kollegen, Vorgesetzten und Mitarbeitenden.

Unsere Gedanken sind in diesen Tagen bei seiner Familie, die diesen unfassbaren Verlust hinnehmen muss. Wir trauern mit ihr.

Abteilung Infrastruktur



# Ernennungen

## Dr. med. Serge Oliver Reichlin, EMBA HSG



wird per 1.11.2012 neuer Leiter Direktionsstab.

Dem Direktionsstab des Universitätsspitals Basel (USB) gehören die Facheinheiten Strategieentwicklung, Strategische Partnerschaften, Marketing & Kommunikation sowie Organisationsentwicklung an. Serge Oliver Reichlin übernimmt die Verantwortung für den Direktionsstab am

1.11.2012 und löst den bisherigen Leiter, Thomas Giudici, ab, der diese Funktion interimistisch übernommen hat.

Serge Oliver Reichlin hat an der Universität Basel Medizin studiert und 1995 promoviert. 2009 erlangte er an der Universität St. Gallen (HSG) den Executive Master of Business Administration (EMBA). In den Jahren 2000 bis 2006 war Serge Oliver Reichlin als Oberarzt der Inneren Medizin am Universitätsspital Basel tätig. Anschliessend wechselte er zur Firma Siemens Schweiz AG, wo er zurzeit als Leiter Health Innovation u.a. die Entwicklung und Umsetzung der Gesamtstrategie für Siemens im Schweizer Gesundheitswesen mit Fokus auf Spitalinfrastrukturen, Langzeit-Service-Modellen und IT-Lösungen verantwortet. Als DRG-Experte leitete er verschiedene Strategieberatungsprojekte in öffentlichen und privaten Kliniken. Dabei wurden insbesondere Leistungsportfolio- und Wirtschaftlichkeitsanalysen als Entscheidungsgrundlagen oder Businesspläne für Betriebsoptimierungs- und Infrastrukturprojekte durchgeführt.

## Prof. Dr. Jürg Steiger



wird per 1.1.2013 Bereichsleiter Medizin am Universitätsspital Basel.

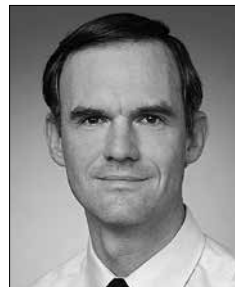
Der Verwaltungsrat des Universitätsspitals Basel hat an seiner Sitzung vom 27.6.2012 Prof. Jürg Steiger per 1.1.2013 zum neuen Mitglied der Spitalleitung des USB gewählt. Jürg Steiger folgt in dieser Funktion Prof. Jürg Schifferli, der auf Ende 2012 aus der Spitalleitung zurücktritt.

Der 53-jährige Jürg Steiger ist seit 1999 an der Universität Basel Ordinarius und seit 2000 am Universitätsspital Basel Chefarzt für Nephrologie und Transplantationsimmunologie. Beide Funktionen wird Jürg Steiger auch nach der Einsitznahme in der Spitalleitung des Universitätsspitals Basel beibehalten.

Sein Studium absolvierte Jürg Steiger an der Universität Basel, wo er 1989 promovierte und sich 1998 habilitierte. Weiterbildungen absolvierte er u.a. an Schweizer Kliniken und am Department of Medicine, Harvard Medical School and Beth Israel Hospital, Boston. Jürg Steiger engagiert sich als Mitglied und als Präsident in zahlreichen Schweizer und europäischen Transplantations- und Nephrologiefachgremien, ist Vorstandsmitglied der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften und nationaler Forschungsrat des Schweizerischen Nationalfonds.

Prof. Jürg Schifferli wird im Rahmen der ordentlichen Nachfolgeplanung bis zu seiner Emeritierung weiterhin als Chefarzt der Klinik für Innere Medizin am Universitätsspital Basel tätig sein. Die Spitalleitung dankt ihm für seine langjährige und erfolgreiche Führung des Bereichs Medizin.

## Prof. Luzius Steiner



wird Anfang 2013 Chefarzt und Leiter der Anästhesie am Universitätsspital Basel und gleichzeitig neuer Professor für Anästhesiologie an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel. Seit 2009 ist er Leitender Arzt im Service d'Anesthésiologie am Centre hospitalier universitaire Vaudois (CHUV) in Lausanne.

Geboren 1966 in Basel, studierte Luzius Steiner Medizin an der Universität Basel. Nach der Promotion 1991 forschte er während eines Jahres am Massachusetts General Hospital der Universität Harvard (USA) und war darauf als Assistenzarzt an Schweizer Spitalern tätig, darunter am Universitätsspital Basel. Von 2000 bis 2003 folgten ein Forschungsaufenthalt und Doktoratsstudium (PhD) an der Universität Cambridge (UK).

Anschliessend war er von 2004 bis 2009 Oberarzt im Department Anästhesie und auf den Intensivstationen am Universitätsspital Basel. 2005 und 2009 habilitierte er sich an den Universitäten Basel und Lausanne in Anästhesie und Intensivmedizin.

Seine Forschung befasst sich schweremässig mit den Ursachen und der Prävention von Gedächtnisstörungen und Verwirrungszuständen, wie sie bei älteren Patienten häufig nach Operationen oder auf der Intensivstation auftreten.

Luzius Steiner ist verheiratet und Vater dreier Kinder.



# Würdigungen

## Marianne Bösch Vogt

Im Jahre 2004 trat Frau Marianne Bösch Vogt die Stelle als Chefarztsekretärin auf der Notfallstation des Universitätsspitals Basel an. Drei Jahre später erfolgte der Wechsel auf die Medizinische Poliklinik. In ihrer neuen Funktion war Frau Bösch Vogt unter anderem verantwortlich für die gesamte administrative Organisation und Koordination der IV-Gutachten. Dabei nahm sie eine wichtige Rolle ein und optimierte den gesamten Prozessablauf. Frau Bösch Vogt zeichnete sich aus durch ihre hohe Intelligenz und Scharfsinnigkeit, mit der sie Sachverhalte immer wieder zu Recht hinterfragte. Gleichzeitig verstand sie es aber auch, mit ihrer humorvollen und unkonventionellen Art Leute zum Lachen zu bringen.

Frau Marianne Bösch Vogt tritt nun in den verdienten Ruhestand. Wir wünschen ihr für den bevorstehenden Lebensabschnitt alles Gute, viel Freude, Gesundheit und viele schöne Momente.

Prof. Christoph Hess

## Angelina Iuliano

Liebe Angelina

Nun ist es so weit: Am 24. August war dein letzter Arbeitstag, und der neue Lebensabschnitt kann beginnen.

Am 1. Juni 1988 hast du bei uns auf Chirurgie 5.1 angefangen. Es gab viele Hochs und Tiefs während dieser Jahre. Aber mit deinem Humor hast du alle Klippen umschiffert und immer das Positive in der Situation gesehen.

Wir bedanken uns für alles (auch für die leckeren Znünis!) und wünschen dir vor allem gute Gesundheit, damit du die gewonnene Zeit geniessen kannst.

Dein Chirurgie-5.1-Team

## Priska Kotzolt

Liebe Priska

**Der Ruhestand ist das, worauf man sich sein ganzes Arbeitsleben vorbereitet, und dann völlig überrascht ist, wenn es so weit ist.** (Heinz Erhardt)

38 Jahre lang hast du im Sekretariat der Augenklinik gewirkt. Wir schätzen deine ausgeglichene und ruhige Art, dein bescheidenes Wesen, dein effizientes Wirken hinter den Kulissen und deine Gelassenheit, mit der du allen Neuerungen und Änderungen begegnet bist. Du hast unzählige Berichte getippt und vielen Anruferinnen und Anrufern bei ihren Anliegen geholfen.

Wir wünschen dir von Herzen viel Zeit für Reisen, deine Familie, euren Garten und deine Hobbys. Wenn du mal Heimweh nach der Augenklinik hast, freuen wir uns über einen Besuch von dir.

Dein Sekretariatsteam der Augenklinik

## Christine Leuthardt

Auf Ende August hat uns Frau Christine Leuthardt in ihrer Funktion als Chefarztsekretärin verlassen. Chefarztsekretärin ist eine schwierige Funktion, wo man einerseits über alle Geschäfte einer Abteilung informiert ist, aber andererseits nicht immer Einfluss nehmen soll oder kann. Von Vertraulichem über Mitarbeiter, Anstellungen, Finanzen, internationale wissenschaftliche Mitarbeiter, Telefonate bis Patientensprechstunde organisieren, alles geht über das Sekretariat. Selbstverständlich ist man nicht unbedingt direkt zuständig und kann über Probleme oder Dringendes einfach hinwegsehen und minimalistisch seinen direkten Aufgaben nachgehen. Wird nämlich ein Problem aufgedeckt und darauf aufmerksam gemacht, macht man sich dafür nicht unbedingt bei allen beliebt. Auch ist es nicht immer angenehm, den Chefarzt daran zu erinnern, dass er gewisse Pflichten vergessen hat und er diesen dringend nachgehen sollte. Der Umgang mit Patienten ist auch nicht immer selbstverständlich und es ist manchmal schwierig, die richtige Balance zwischen unangebrachten Wünschen und einem Leid wahrzunehmen und empathisch zu reagieren. An so einer vielfältigen und z.T. hektischen Stelle kann es mal sein, dass man sein Herz ausschütten möchte, jedoch erfordert dies Diskretion, man darf nicht mit jedem über alles reden. Ja, insgesamt ist die Funktion der Chefarztsekretärin eine heikle Funktion. Deshalb wussten wir die Arbeit von Frau Leuthardt besonders zu schätzen. Wenn man von guter alter Schule reden kann, dann ist sie ein Vorbild dafür. Ihre absolute Zuverlässigkeit war eine Beruhigung für die ganze Abteilung. Sie war der Garant, dass alle Verträge immer eingehalten wurden, Zahlungen rechtzeitig erfolgten, Berichte zeitgerecht und im richtigen Format und mit richtigem Inhalt hinausgingen. Zum Wohl der Patienten kümmerte sie sich darum, dass diese möglichst zeitgerecht und in der bestmöglichen Kontinuität aufgeboden wurden. Auf ihr Engagement und Pflichtbewusstsein konnte man sich hundertprozentig verlassen. Dieses Verantwortungsbewusstsein, wo man ganz darauf vertrauen kann, weil man weiss, dass die Person realisiert, um was es geht, und es entsprechend gewichtet und in einer unglaublichen Effizienz Prioritäten setzt – alles das charakterisiert Frau Leuthardt. Auch für Neues war sie immer bereit, in einer jugendlichen flexiblen Denkweise, aber mit der Weisheit der Erfahrung, es zu mässigen. Nicht zuletzt war ihre sehr angenehme Persönlichkeit ein zusätzlicher Grund, sich wohlzufühlen und mit Freude mit ihr zusammenzuarbeiten. Frau Leuthardt hat zwar die Abteilung verlassen, jedoch wird sie präsent und ein Vorbild bleiben durch ihre Arbeitsweise und das verantwortungsvolle Engagement. Wir sind traurig, dass sie uns verlässt, jedoch erfreut, zu sehen, dass sie jetzt genug Freizeit haben wird. Wir wünschen ihr von Herzen, dass sie diese geniessen kann.

Prof. Marc Donath und Rosemarie Von Arx

# Herzliche Gratulation

## 40 Jahre

- 06.10. **Schaub Heidi**, Intensivmedizin MIPS
- 16.10. **Hakios Maya**, Chirurgie 6.2
- 23.10. **Di Pasqua Beatrice**, Anästhesie

## 35 Jahre

- 01.10. **Christ Marti Maja**, Ambulante Chirurgie Pflege
- 01.10. **Lisker Jean-Francois**, Distribution
- 21.10. **Fröhlich Ruth**, Chirurgie 5.2
- 01.11. **Baumann Claudia**, Neurologie
- 01.11. **Wullschleger Ruth**, Medizin 7.2

## 30 Jahre

- 01.10. **Jakob Logan Alice**, Innere Medizin
- 01.10. **Nyffenegger Renate**, Radio-Onkologie
- 01.10. **Probst Silvia**, Chirurgie 5.2
- 01.11. **Delz Kathrin**, Chirurgie 7.2
- 01.11. **Palumbo Giuseppa**, Distribution
- 01.11. **Von Arx Denise**, Labormedizin
- 01.12. **Müller Silvia**, Intensivmedizin MIPS
- 01.12. **Probst Patrick**, Therapie-Dienste
- 01.12. **Rutishauser Theres**, Anästhesie
- 01.12. **Simon Denise**, Labormedizin
- 13.12. **Simonek Brigitte**, Medizin 7.1

## 25 Jahre

- 01.10. **Baumgartner Ralf**, Intensivmedizin MIPS
- 01.10. **Courry Chantal**, Nephrologie Dialyse
- 01.10. **Gaiser Krystyna**, Intensivmedizin MIPS
- 01.10. **Gross Isabelle**, Medizin 5.1
- 01.10. **Kann Roger, Dr.**, Radio-Onkologie
- 01.10. **Kronenberg Silvia**, Allgemein Chirurgie Admin.
- 01.10. **Kubat Otilie**, Anästhesie
- 01.10. **Loosli Rolf**, Spital-Pharmazie
- 01.10. **Strahm Ursula**, Anästhesie
- 01.10. **Wagner Petra**, Anästhesie
- 05.10. **Martin Jacqueline**, Ressortleitung Pflege/MTT
- 19.10. **Egli Meier Priska**, Medizin 6.2
- 19.10. **Muttенzer Walter**, Anästhesie
- 01.11. **Bello Ines**, Küche
- 01.11. **Hari Hanspeter**, Reinigungsdienst 2.2
- 01.11. **Jäger Kurt, Prof.**, Angiologie
- 01.11. **Kleiber Brigitte**, Pathologie
- 01.11. **Klossner Therese**, Chirurgie 5.2
- 01.11. **Labarre Doris**, Medizin 6.2
- 01.11. **Linder Claude**, Medizin 5.1
- 01.11. **Perrier Veronique**, Labormedizin
- 01.11. **Schindler Sylvie**, Frauenklinik Mutter & Kind
- 01.11. **Strohmeier Monika**, Intensivmedizin MIPS
- 16.11. **Heidolf Yvonne**, Zentralsterilisation
- 01.12. **Faffa Genevieve**, Labormedizin
- 01.12. **Gerber Dabó Ruth**, Frauenklinik Gynäk.Bettenstation
- 01.12. **Goepfert Nadine**, Labormedizin
- 01.12. **Haenlin Catherine**, Nephrologie Dialyse
- 01.12. **Vitanza Monica**, Medizin 7.2
- 01.12. **von Rickenbach Richard**, Labormedizin
- 15.12. **Bernou Nathalie**, Frauenklinik Mutter und Kind

## 20 Jahre

- 01.10. **Ibrahim Susana**, Pathologie
- 01.10. **Leichnetz Klaus Ulrich**, Neurochirurgische Überwachungseinheit
- 01.10. **Sutter Juliane**, Organisationsentwicklung
- 01.10. **Tresch Yemafack Chantal**, Pathologie
- 01.10. **Zumbrunn Monika**, Pathologie
- 05.10. **Monte Kai**, Anästhesie
- 14.10. **Vollrath Gisela**, Notfallstation
- 16.10. **Puillon Claudia**, Pathologie
- 18.10. **Dujmovic Snjezana**, Chirurgie 3.1
- 01.11. **Moeckli Marlene**, Spital-Pharmazie
- 01.11. **Scalfaro Vincenzo**, Reinigungsdienst 2.1
- 06.11. **Reinhard-Spatafora Grazia**, Augenklinik Med. Diagnostik
- 22.11. **Kramer Franz**, Akutgeriatrie
- 01.12. **Aeschbach Armin, Dr.**, Anästhesie, Ärzte
- 01.12. **Fumarola Sandra**, Debitorenbuchhaltung
- 01.12. **Meier Christine**, Ambulante Chirurgie Pflege
- 30.12. **Ritter Peter**, Gebäude-& Energietechnik

## 15 Jahre

- 01.10. **Erhardt Christina**, Isolierstation
- 01.10. **Heuri Thomas**, Transporttechnik
- 01.10. **Thomann Sibylle**, Radiologie
- 01.10. **Ulrich Anja**, Bereichsleitung Pflege
- 13.10. **Lucchesi Alessandra**, BHZ Bewegungsapparat
- 20.10. **Erne Simone**, Medizin 6.2
- 01.11. **Dazio Matteo**, Radiologie
- 01.11. **Krebs Martin**, Chirurgie 4.1
- 01.11. **Martinez Sonja**, Akutgeriatrie
- 04.11. **Sökmen Aynur**, Reinigungsdienst 1.2
- 05.11. **Biedermann Johanna**, Frauenklinik Mutter & Kind
- 17.11. **Bürgin Zita**, Pathologie
- 24.11. **Marra Filomena**, Reinigungsdienst 1.2
- 26.11. **Moser Katia**, Anästhesie
- 28.11. **Ferrante Carmine**, Distribution
- 01.12. **Manser René**, Medizin 5.1
- 01.12. **Megharia Nour Eddine**, Anästhesie
- 01.12. **Rüedi Elisabeth**, Neurologie
- 15.12. **Garrido Antonia**, Reinigungsdienst 1.1
- 30.12. **Egger Jacqueline**, Ambulante Chirurgie Admin.

## 10 Jahre

- 01.10. **Borst Kirsten**, Notfallstation
- 01.10. **Burkhalter Hanna**, Nephrologie Dialyse
- 01.10. **Carafa-Tornillo Vincenza, Dr.**, Labormedizin
- 01.10. **Elssner Cornelia**, Labormedizin
- 01.10. **Flemming Jasmin**, Radiologie
- 01.10. **Hahn Goerg**, Anästhesie
- 01.10. **Laue Susann**, Anästhesie
- 01.10. **Naundorf Jörg**, Intensivmedizin MIPS
- 01.10. **Reiner Veronika**, BHZ Bewegungsapparat
- 01.10. **Suhm Norbert, PD Dr.**, Traumatologie, Ärzte
- 01.10. **Sunder Katrin**, Anästhesie
- 01.10. **Thillainathan Subajini**, Anästhesie
- 01.10. **Todorovic Zora**, Anästhesie
- 01.10. **Wimberger Manuela**, Radiologie
- 03.10. **Kantar Nilüfer**, Reinigungsdienst 2.2
- 04.10. **Weber Seraina Katharina**, Medizin 7.2
- 12.10. **Annalingam Kamaleswary**, Reinigungsdienst 2.2



# Pensionierungen

- 14.10. **Heinicke Matthias**, Intensivmedizin MIPS
- 14.10. **Nussbaumer Patrizia**, Leitung Hotellerie
- 15.10. **Gerwig Nadine**, Isolierstation
- 17.10. **Akdas Fatma**, Reinigungsdienst 2.1
- 24.10. **Hoti Sevdije**, Reinigungsdienst 1.2
- 31.10. **Mariyagnanaseelan Shyamala**, Reinigungsdienst 2.1
- 01.11. **Anderson Martina**, Augenklinik Med. Diagnostik
- 01.11. **Branco Francisco Manuel Vitor**, Reinigungsdienst 2.2
- 01.11. **Citrano Martina**, Anästhesie
- 01.11. **Emsden Christian**, Intensivmedizin MIPS
- 01.11. **Guarino Nicole**, Allgemein Chirurgie Admin.
- 01.11. **Hochuli Annette**, Medizinische Kurzzeitklinik 8.2
- 01.11. **Ramos da Costa Vitor Fernando**, Küche
- 01.11. **Rovo de Gimpelewicz Alicia Isabel**, PD Dr., Labormedizin
- 05.11. **Leubin Benjamin Ruben**, Medizin 7.1
- 10.11. **Thompson Jessica**, Anästhesie
- 12.11. **Sivasundaram Nagananthini**, Reinigungsdienst 2.1
- 15.11. **Frei Sonja**, Medizin 7.1
- 17.11. **Dett Katja**, Chirurgie 4.1
- 01.12. **Buchauer Marco**, Informatik
- 01.12. **Negovanovic Elizabeta**, Reinigungsdienst 1.1
- 01.12. **Odathekal-Kunnalakat Rita**, Frauenklinik Mutter und Kind
- 01.12. **Poltéra Claudia**, Bewegungsapparat Admin.
- 01.12. **Reist Helena**, Pathologie
- 01.12. **Trepic Sabina**, Reinigungsdienst 1.1
- 01.12. **Valderrabano Victor**, Prof., Orthopädie, Ärzte
- 01.12. **Weinhold Oliver**, Radio-Onkologie
- 09.12. **Oita Robina**, Medizinische Kurzzeitklinik 8.2
- 27.12. **Walther Carole**, Medizin 5.1

## Chirurgie

- 30.09. **Pfister Simone**, Chirurgie 7.1
- 31.10. **Zanolari Angelika**, ICFS Med. Prozesse & Qualität
- 31.12. **Santschi Rita**, BHZ Bewegungsapparat Anmeldung

## Medizin

### Nachträge

- 30.06. **Szilagyi Ljubinka**, Medizin 7.1
- 30.06. **Lipp Elisabeth**, Kardiologie
- 30.06. **Dreyer Renate**, Isolierstation
- 30.09. **Grossman Paul**, Psychosomatik
- 31.10. **van der Werf Dinten Hannelore**, Ernährungsberatung

## Spezialkliniken

- 31.10. **Kotzolt Priska**, Augenklinik Sekretariate
- 31.12. **Hollenstein Ursula**, Frauenklinik Wochenbett

## Med. Querschnittsfunktionen

- 31.10. **Hofmann Maja**, Pathologie
- 31.12. **Kochhann Christa**, Anästhesie
- 31.12. **Masina Giulio**, Anästhesie

## Korrigendum:

Die Pensionierung von Maria Anna Schulter, Radiologie, wurde in der «zweizwölf» irrtümlich per 31.07. angegeben. Frau Schulter ist bis auf weiteres im USB angestellt.

## Personal & Betrieb

- 31.07. **Hermida Adita**, Reinigungsdienst 2.2
- 30.09. **Joss Anneliese**, Liegenschaft/Hostel
- 30.09. **Anicic Marcia**, Personalrestaurant
- 31.10. **Szymanski Alain**, Engineering Architektur Zentrale
- 31.10. **Jundt Inge**, Bildung & Entwicklung
- 31.12. **Aydin Hüseyin**, Patiententransport
- 31.12. **Scalfaro Francesco**, Logistik

## vpod-Gruppe USB

### Die nächsten Sprechstundentermine im USB

jeweils von 15.00 bis 17.30 Uhr

**Mittwoch, 24. Oktober**

**Mittwoch, 14. November**

**Mittwoch, 12. Dezember**

Klingelbergstrasse 23, 2. Stock, Büro 217

Anmeldungen beim vpod-Sekretariat sind möglich, jedoch nicht nötig.

vpod-Sekretariat, Marianne Meyer Lorenceau, Tel. 061 685 98 98,

marianne.meyer@vpod-basel.ch

Während der Sprechstundenzeiten stehen wir auch für telefonische Auskünfte gerne zur Verfügung über Tel. 061 265 34 96.

### Für Fragen, Infos, Anregungen

vpod-Kontaktpersonen im USB:

**Isabelle Stocker**, Medizin 6.2, Tel. 54661, stockeri@uhbs.ch

**Andi Sisti**, Alarmzentrale, Tel. 53017, asisti@uhbs.ch



Transplantationszentrum

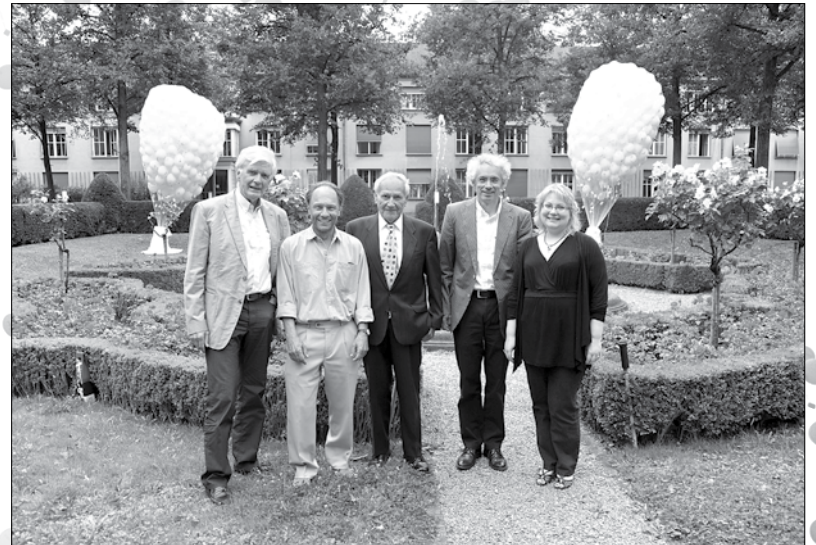
# 2000 Nierentransplantationen am USB

An der feierlichen Veranstaltung vom 28. August 2012 dankte das USB allen Mitarbeiterinnen, Mitarbeitern, Organspenderinnen und -spendern, welche die 2000 Nierentransplantationen seit 1967 ermöglicht haben. Gleichzeitig wies das Transplantationszentrum Basel darauf hin, dass zurzeit mehr als 800 Patientinnen und Patienten in der Schweiz auf eine Spenderniere warten.

Das Universitätsspital Basel ist heute ein Nierentransplantationszentrum von nationalem und internationalem Ruf. Es darf auf eine Reihe von Pionierleistungen auf dem Gebiet der Nierentransplantation zurückblicken. Wegweisende Erkenntnisse aus verschiedensten Fachrichtungen (u.a. Chirurgie, Immunologie, Infektiologie, Pathologie) konnten in die Betreuung der Patientinnen und Patienten integriert werden und haben zur Steigerung des Erfolges beigetragen. Das Zentrum war ein Vorreiter der Lebendnierenspende von nicht verwandten Spenderinnen und Spendern und bei immunologischen Problemen wie den blutgruppenüberschreitenden Nierentransplantationen.

Der grosse Einsatz aller am Transplantationszentrum beteiligten Disziplinen und die dadurch verwirklichtbaren wegweisenden Innovationen liessen die Zahl, aber auch den Erfolg der Nierentransplantationen stetig wachsen. Heute werden in Basel jedes Jahr 55 bis 70 Nieren transplantiert. Ungefähr die Hälfte davon von lebenden Spenderinnen und Spendern.

Alle sind aufgefordert, sich mit dem Thema Organspende auseinanderzusetzen und ihren Willen in einem Spenderausweis auszudrücken. Download des Spenderausweises: [www.unispital-basel.ch/transplantation](http://www.unispital-basel.ch/transplantation)



2000 Luftballons mit Spenderausweisen wurden auf die Reise geschickt.

