

eins null neun

Gazzetta des Universitätsspitals Basel

Frühling 2009



**Ein Tag im
Arbeitsleben von ...**
Notfallpflegefachfrau | 4

Notfallstation
Meilensteine | 6



Spitalhygiene
Hände sauber | 8

Einsatz in Nicaragua
«Somoto, wir kommen!» | 12



einsnullneun

- 3 Editorial
- 4 Ein Tag im Arbeitsleben von ...
- 6 Notfallstation
- 8 Die Spitalhygiene
- 10 medArt basel
- 12 Einsatz in Nicaragua
- 14 USB-UKBB Tunnel
- 15 Unsere Werte
- 16 Varia
- 17 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), 2, 4-5, 6-7
foto& printcenter USB: 3
Urs Flury: 10-11
zVgt.: 1 (unten), 8-9, 12-13, 14, 20

Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

In den nächsten Jahren stehen wir vor besonderen Herausforderungen durch veränderte Rahmenbedingungen. Dabei ist es gut zu wissen, dass wir uns für sinnvolle Themen einsetzen und gemeinsam fähig sind, diese Herausforderungen anzugehen. Das haben wir im letzten Jahr und gerade in den vergangenen Wochen bewiesen. Unser Spital erlebt einen unvermindert hohen Patientenzustrom. Unsere Ergebnisse im Jahr 2008 sind gut. Im ersten Jahresviertel 2009 verzeichnen wir gar einen überdurchschnittlichen Patientenandrang. Zeitweise ist unser Spital randvoll. Dieses Mehrvolumen mit den uns zur Verfügung stehenden Ressourcen zu bewerkstelligen, die Behandlungsqualität nicht darunter leiden zu lassen, das ist zuweilen ein Hochseilakt, der wiederum überdurchschnittlichen Einsatz von uns verlangt.



Besonders gefordert sind all jene, die nahe am Patienten arbeiten. Beispielsweise das Team der Notfallstation, das immerzu während 24 Stunden pro Tag die Betreuung von Notfällen gewährleistet. Es ist sozusagen an der Front des Geschehens, wo der Patient nicht ausschliesslich wegen seines Gesundheitszustands, sondern auch in seiner Lebenssituation in das Spital eintritt. Die Notfallstation ist Eingangspforte für Entwicklungen, die schliesslich das ganze Spital betreffen können, denn gerade dort nehmen sie oft ihren Anfang. Es ist nicht zufällig, dass Sie in dieser Ausgabe zwei Beiträge mit Schwerpunkt Notfallstation finden. Chefarzt Prof. Roland Bingisser blickt zurück, skizziert die Entwicklung dieser besonderen Einheit und berichtet über Zukunftsperspektiven. Seit der Neugestaltung und dem grossen Umbau im Jahre 2004 konnten viele Meilensteine erreicht werden. Die Richtung stimmt, die Entwicklung hin zu einer immer tiefer greifenden Professionalisierung ist nicht Wunsch, sondern Programm der Notfallstation und ihres Teams. Zu diesem Team gehört seit vielen Jahren auch Annerose Schneider. Begleiten Sie die Notfallpflegefachfrau (Seite 4 und 5) an einem ihrer intensiven Arbeitstage auf die Notfallstation.

Intensität, starke Frequentierung, hohe Auslastung, überdurchschnittlicher Einsatz unserer Mitarbeitenden – der erhebliche Ressourcendruck, liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, lassen sich nicht wegzaubern. Seien Sie versichert, dass ich gemeinsam mit den Verantwortlichen das Bestmögliche unternehmen werde, damit wir weiterhin unter guten Voraussetzungen unsere Leistungen erbringen können. Ich kann sagen, wir sind weiterhin gut aufgestellt. Dafür sorgen Sie mit Ihrer beeindruckenden Leistungsbereitschaft. Die Stimmung ist gut. Und bei der gemeinsamen Lösungssuche herrscht ein Umgang miteinander, der mich sehr zuversichtlich stimmt. Ich werte dies als Ausdruck gelebter Professionalität. Dieser professionelle Umgang mit- und untereinander wird uns auch durch härtere Zeiten tragen und uns die Zusammenarbeit erleichtern.

Ich danke Ihnen für Ihren täglichen grossen Einsatz und die Flexibilität, die ich erleben darf.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'W. Kübler'.

Ihr Werner Kübler
Direktor

Annerose Schneider, 17. Februar, Frühdienst

Wie sich der Alltag einer Pflegenden mit Arbeitsort Notfallstation gestaltet – das hat man schon einmal im Film gesehen. Inwieweit sich dieser Eindruck mit der Realität deckt, das könnte «Ein Tag im Arbeitsleben von ... Notfallpflegefachfrau Annerose Schneider» aufdecken.

Die Strassen sind schneematschbedeckt. Annerose – sonst eher eine beherzte Frau – hat deshalb ihre Vespa zuhause gelassen und ist mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zur Arbeit gefahren. Ein Verkehrsunfall, bei dem sie unheimlich Glück gehabt habe, liegt nicht allzu lange zurück, der Schock steckt ihr noch in den Knochen. Es ist anders, wenn man selbst zur Patientin wird.

Von Gina Hillbert

Und es gibt unzählige Situationen, die einen zur Patientin machen, oft ganz und gar unerwartet, aus heiterem Himmel. Dagegen ist auch eine Notfallpflegefachfrau nicht gewappnet, wie weiteres Beispiel zeigt: Annerose ist eine grosse Katzenfreundin. Selbstverständlich schaut sie zu Nachbarns Katze, die es ihr aber dankt mit einem Biss ins Bein. Fachleute wissen: Bisse sind gefährlich. Anneroses Bein schwillt an, die Bisswunde muss grosszügig ausgekratzt werden. Heute steht Annerose wieder komplett auf den Beinen, ist voll und ganz für ihre Patientinnen und Patienten da. Das ist auch wichtig, denn alle acht Kojen in Sektor D, wo Annerose und ihre Kollegin Claudia Däppen an diesem 17. Februar zugeteilt sind, sind bei Schichtwechsel um 7 Uhr belegt. In den anderen Sektoren der Notfallstation präsentiert sich dasselbe Bild. Gut, wird sich heute kein Glatteis bilden. Mindestens dies scheint gegenwärtig nicht noch ein zusätzliches Problem für eine jetzt schon volle Notfallstation darzustellen. Aber man weiss nie. Dieser Winter hats in sich und er setzt vielen Menschen zu – da sind sich alle einig. Auch Annerose, die schon fast 19 volle Jahre im USB arbeitet, kann nie abschätzen, wie ihr Dienst verlaufen wird. Mit Blick auf die vergangenen Monate ist jedoch klar, der Patientenzustrom hat zugenommen und das bedeutet noch dichtere Arbeitstage für das Team der Notfallstation.

Schichtwechsel. Ein Kollege der Nachtschicht in Sektor D nimmt noch abschliessende Handlungen vor. Annerose weiss, dass Kollege Mike Rössler besonders akkurat ist. Diese Präzision zeigt sich auch bei der Übergabe, die direkt vor dem Kojenvorhang stattfindet. Annerose und Claudia erfahren anhand der Patientenakte alles Wichtige zur Situation jedes einzelnen Patienten. Es herrscht eine ruhige, konzentrierte Atmosphäre. Die meisten Patienten schlafen. Gegen halb acht sind alle Patientinnen und Patienten von D20 bis D27 in der vollen Obhut von Annerose und Claudia. Die



beiden Kolleginnen, die sich offensichtlich sehr gut verstehen und gerne miteinander im Einsatz stehen, teilen sich heute innerhalb des D-Sektors auf. Im Verlauf des Tages wird sich immer wieder zeigen, dass die beiden sich gegenseitig bei der Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten ganz selbstverständlich unterstützen. Und das klappt nahtlos.

Annerose zieht den Vorhang zurück: «Guten Morgen, Herr S., ich heisse Annerose und bin Pflegende. Ich schaue zu Ihnen. Haben Sie Schmerzen?» Noch während sie sich in der vordersten Koje mit dem Patienten, der wegen starker Rückenschmerzen eingeliefert worden ist, annimmt, hört sie aus der Koje nebenan ein Geräusch, auf das sie sofort reagiert, laut ruft: «Temesta!» Es muss schnell gehen. Ein Patient erleidet soeben einen epileptischen Anfall. Erstickungsgefahr. Sofort ist Hilfe zur Stelle. Annerose rast zum Medikamentschrank und kommt mit der Spritze zurück. Nachdem die Gefahr gebannt, der Patient beruhigt und der Zwischenfall in der Patientenakte säuberlich vermerkt ist, bleibt dieser Vorhang aus Sicherheitsgründen halb geöffnet. Diese Situation sollte an diesem Tag in Sektor D die einzig akute sein. Ein hohes Mass an Aufmerksamkeit und Konzentration ist in jedem Moment gefordert. Das ist das Wesen der Notfallstation. Dort herrscht eine eigene Dynamik. Gerade dort kann sich die Situation plötzlich verändern. Jede Verschlechterung des Patientenzustands zu vermeiden, die Patientinnen und Patienten zu stabilisieren, das gehört nebst der Abklärung, den Untersuchungen und der Diagnose zu den Aufgaben des Notfallteams. Notfallpatientinnen und -patienten müssen ständig überwacht werden. Deshalb sind die meisten auch an Geräten angeschlossen. Annerose greift unentwegt zum Stift. Die regelmässig kontrollierten Werte,

jede Handlung, jedes Untersuchungsergebnis am Patienten wird in der Patientenakte vermerkt bzw. darin versorgt. «Es ist wichtig, jedes Detail festzuhalten, damit man später immer nachvollziehen kann, wie der Verlauf war», betont Annerose. So fragt sie wieder nach: «Wie fühlen Sie sich jetzt? Sind die Schmerzen zurückgegangen?» Annerose ist eine Frohnatur und gesellig. Die Art, wie sie auf Patientinnen und Patienten zugeht, mit ihnen spricht, sie befragt, ihnen zuhört, sie beruhigt, mit ihnen auch einmal lacht und scherzt, wenn es die Situation erlaubt, das ist nicht aufgesetzt – das kommt von innen heraus. «Natürlich bin ich nicht immer gleich gut drauf, aber in der Hauptsache geht es mir gut und ich freue mich auf meinen Dienst.» Und man glaubt es ihr aufs Wort, wenn sie zugibt: «Ich bin geradezu harmoniesüchtig.» Die Atmosphäre, das angenehme Arbeitsklima, das gut eingespielte Team – wichtige Voraussetzungen, den anspruchsvollen Job mit den täglich wiederkehrenden Herausforderungen zu machen und ihn leidenschaftlich gerne auszuüben.

«Ich könnte keinen anderen Job machen», gibt Annerose zu, als wir uns für einen Moment im Aufenthaltsraum Kaffee und einen Apfel gönnen, aber als wir aufs Thema Reisen kommen, fangen ihre Augen auf eine besondere Weise zu leuchten an und sie relativiert: «Das, was ich vorhin gesagt habe von wegen nur im Spital arbeiten zu können, das stimmt doch nicht so ganz. Ich könnte mir vorstellen, in einem Reisebüro zu arbeiten.» Zu arbeiten? Wohl eher nicht. Annerose würde vor Reisesehnsucht vergehen und massiv an Fernweh zu leiden haben. So bleibt sie doch besser im USB auf der Notfallstation, packt ab und an ihren Profrucksack und begibt sich beispielsweise auf Trekkingtour nach Nepal und Tibet. Annerose ist abenteuerlustig. Abenteuerreisen mit Riverrafting und Hängebrückenüberquerungen – das findet sie prickelnd. Mutig, mutig. Und wie sie versichert, wird sie mit zunehmendem Alter immer mutiger. Habs ja eingangs geschrieben: Annerose ist in vielen Situationen eine beherzte Frau, die keine Sekunde zögert, sofort reagiert und anpackt. So springt sie ganz automatisch ein, als in Sektor C akut Unterstützung gebraucht wird. Einem Angehörigen wird alles zu viel, es wird ihm schwindlig. Rasch wird eine Liege bereitgestellt. Auch er braucht jetzt Betreuung, ist vorübergehend Patient. «Das ist ein Spital. Das ist das Leben», bringt Annerose die Situation auf den Punkt. Führwahr – wie nahe sie doch an so vielen Schicksalen und Lebensfacetten



Annerose Schneider: konzentriert bei der Arbeit.



ist. Da kommt in 19 Jahren Notfallstation so einiges zusammen. Wie kann sie das alles bewältigen? Was trägt sie mit nach Hause? «Ich kann gut abschalten und es gelingt mir, mich rasch zu entspannen, zum Beispiel beim Kochen. Ich koche leidenschaftlich gerne. Wichtig ist, dass man sich selbst gut beobachtet und sich pflegt.» Anneroses Reisen tragen wesentlich zu ihrem Wohlbefinden bei. Im Himalajagebiet fühlt sie sich daheim. Menschen, die zufrieden, ja gar glücklich wirken, selbst wenn sie schwerste Lasten tragen, dieses Bild hat sich Annerose eingepägt. Die Landschaft, die Menschen, die dort leben, haben auf sie eine beruhigende Wirkung. «Patientenschicksale gehen mir schon nahe, besonders wenn die Diagnose kaum mehr Hoffnung zulässt. Da erinnere ich mich an viele Patienten ganz genau, obwohl wir auf der Notfallstation unsere Patienten ja nicht sehr lange haben. Kurz und intensiv sind diese Begegnungen», so Annerose. Es ist genau diese Intensität, die auf der Notfallstation spürbar ist, in jedem Moment, in jeder Handlung. Es ist keine Spannung, sondern Konzentration.

In Sektor D sind inzwischen einige ältere Patienten angekommen. Annerose erledigt die Formalitäten, druckt Formulare aus, misst den Blutdruck, macht eine Blutabnahme, ein EKG. Dabei informiert sie die Patientin darüber, was gerade geschieht, ob es etwas piekst oder sagt: «Das tut nicht weh.» In einem Erstgespräch erfasst sie zudem die Lebenssituation. «Leben Sie allein? Wie oft kommt die Spixtex? Haben Sie ein Haustier? Wer sorgt jetzt dafür?» Eine ältere Patientin macht sich weniger um ihren

aktuellen Gesundheitszustand Gedanken als um das ungemachte Bett zuhause und um den Therapietermin, den sie nicht wird einhalten können. Auch das gehört zum Gespräch mit Annerose, der Patientin diese Sorgen zu nehmen, ihr zuzuhören, ihr die Telefonnummer des Therapeuten herauszusuchen. Handlungen am Rande? Mitnichten. Für diese Unterstützung sind die Patientinnen und Patienten besonders dankbar, so scheint es gerade an diesem Tag. Annerose: «Heute sind alle Patientinnen und Patienten im Sektor D freundlich und verständnisvoll.» Das sei nicht immer die Regel. Man müsse sich schon einiges anhören. Irgendwann nachmittags verteilt die Schichtleiterin Barbara Dübendorfer Branchli und Gummibärli an die Kolleginnen und Kollegen. Da kann keiner Nein sagen. Auch ein Sack Lächerli wird abgegeben mit einem Zettel dran: «Vielen Dank dem Team der Notfallstation. Von einem zufriedenen Patienten.» Ja, das gibt es auch. Nicht nur Reklamationen. «Wir sind ein tolles Team», bemerkt Annerose. Alle seien miteinander per Du. Der Umgang miteinander sei sehr persönlich. «Gemeinsam leisten wir ein hohes Mass an Qualität und Quantität.» Als die Spezialausbildung Notfallpflege vor acht Jahren zum ersten Mal angeboten wurde, hat sich Annerose sofort in den Kurs gesetzt und zwei Jahre lang intensiv gelernt. «Geistiger Stillstand ist etwas ganz Schlimmes», meint sie. Sie hätte sich auch vorstellen können, die Matura nachzuholen und Veterinärmedizin zu studieren, aber «da hätte ich mich unter all den jungen Studierenden doch etwas deplatziert gefühlt». So geht sie als Notfallpflegende und kürzlich zur Peer-Ausgebildeten weiterhin

beherzt ans Werk, mit viel Energie und Lebenslust, aber auch mit Gedanken zu ethischen Aspekten, mit denen sie bei ihrer Arbeit oft konfrontiert ist. «Es gibt heute so viel gute Therapiemöglichkeiten, aber ob deren Einsatz immer sinnvoll ist...» Annerose schätzt den guten Kontakt zu den Ärztinnen und Ärzten und findet bei diesen Fragestellungen immer eine Ansprechperson. Heute ist es die Leitende Ärztin der Notfallstation, PD Dr. Dagmar Keller (kleines Bild oben rechts).

Wieder sind Sanitäter eingetroffen. Dieses Mal mit einer leeren Trage. «Wir holen einen Patienten ab.» «Das muss eine Halluzination sein», reagiert Annerose sofort spasseshalber. Das ist eine gute Nachricht. Es gibt wieder Platz. Die Schichtleiterin, permanent mit dem Cordless unterwegs, kann kurz aufatmen. Heute ist wieder ein Tag, an dem besonders viel Betrieb ist. So schätzen das alle ein und hoffen, der kommende Tag möge weniger streng sein. Auch Annerose ist bis zur letzten Minute ihres Dienstes und noch eine gute Zeit darüber hinaus ausgelastet. «Man muss schnell sein», und schon ist sie wieder weg.

Akute Situationen, wie sie sich vor allem auch im Schockraum abspielen, kann sie gut ertragen, hat dennoch jedes Mal Respekt davor. Solange man etwas tun kann, gibts kein Zögern. Solange es eine Brücke gibt, auch wenn sie sich bedrohlich bewegt und der Canyon unter einem abgrundtief ist, nimmt man sein Herz in die Hand und schreitet voran. So tut es unsere Notfallpflegefachfrau Annerose.

2004 bis heute

Notfallstation: von Meilenstein zu Meilenstein

Nachdem die Notfallstation vor ziemlich genau fünf Jahren reorganisiert wurde und auch einen neuen Chefarzt erhielt, ist es an der Zeit, einen Aus- und Rückblick zu wagen.

Die Entwicklung verlief tatsächlich rasant, nicht nur in Bezug auf die weiter ansteigenden Patientenzahlen von 35 000 Patienten (2004) auf heute 41 500, sondern auch auf die ganze Aufbau- und Ablauforganisation sowie auf den Neubau.

Von Prof. Roland Bingisser

Gestartet hat die damalige Notfallleitung (zusammen mit Dr. med. Urs Lüscher als Leiter der Chirurgie, heute leitender Arzt Handchirurgie im Bethesdaspital, und Rainer Herold, Leiter Pflege, heute Pflegedienstleiter Spital Oberengadin Same-dan), zunächst mit dem Aufräumen von Altlasten. Mit der Einführung des Tarmed mussten circa 10 000 Patientenabrechnungsblätter nachträglich ins neu eingeführte Webmed eingelezen werden, wozu initial nicht einmal ein Sekretariat zur Verfügung stand. Die Notfallleitung fand sich jedoch sehr rasch (ein Kinderspiel beim gemeinsamen abendlichen Einlesen von Abrechnungszetteln!). Die beiden damals noch getrennten Teams der chirurgischen Notfallambulanz und der «alten» Notfallstation hatten es nicht ganz so einfach. Der Übergang war ja auch drastisch, von einer alten Zwei-Zimmer-Station mit zehn durch gelbe Vorhänge getrennten Notfallbehandlungsplätzen hin zu einer offenen, modernen Notfallstation mit 27 baulich getrennten Kojen.

Härtetest auf Härtetest

Die Herausforderung der ersten Jahre waren der Aufbau der Administration, die Integration eines Teils der chirurgischen Poliklinik und die neuen Prozesse innerhalb der Notfallstation und auch im USB. Der Härtetest für das Team kam mit dem Totalumbau schon schnell. Die Notfallbettenstation mit ihren 23 Betten musste ins Klinikum 2 in den sechsten Stock ausweichen und die Behandlungsplätze wurden unter laufendem Betrieb auf der Notfallbettenstation eingerichtet. Auch im Umbaujahr 05/06 konnten trotz Widrigkeiten weiter steigende Patientenzahlen verzeichnet werden. Die Notfallleitung verstärkte sich schliesslich im Jahr 2007 mit dem neuen Ressort Administration, welches vom Betriebswirt des Bereichs Medizin, Martin Muser, geleitet wird. Daneben kam schon im Jahr 2005 mit PD Dr. med. Marcel Jakob ein versierter Chirurg hinzu, welcher die Reorganisation des «roten Teams», das für chirurgische und hausärztliche Notfälle zuständig ist, tatkräftig übernahm. Seit 2006 ist Kristian Schneider Leiter der Notfallpflege und wurde schon Ende desselben Jahres vom Bereich zum «Aufsteiger des Jahres»





gekürt, obwohl er ja eigentlich abstieg (vom 7. Stock ins Parterre).

Tragendes Team mit Leistungsauftrag

Trotz der jährlichen massiven Überlastungssituationen im Winter hat sich das ganze Notfallteam prächtig entwickelt. Vorübergehende Fluktuationen im Personalbestand der Pflege gingen auf ein Minimum zurück, die Arbeitszufriedenheit stieg trotz steigender Überlastung und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten/Ärztinnen und Pflegenden wurde stetig besser. Die durchgeführten Prozessanalysen zeigten allerdings schon bald, dass die hauptsächlichsten Engpasssituationen nach wie vor im Bereich der Assistenzärzte liegen, welche alle während 3 bis 6 Monaten von den Bereichen Medizin und Chirurgie auf die Notfallstation «delegiert» werden. Belastungen im «dunkelroten Bereich» (eine gefährliche Art der Überlastung) gehören bei den Assistenten zur Tagesordnung, was auch immer viele mehr oder weniger amüsante Geschichten hervorbringt, die andernorts kolportiert werden mögen.

Auf der anderen Seite konnte das Oberarztteam stabilisiert werden, indem heute 4 von 5 Oberärzten des «roten Teams» längerfristig auf der Notfallstation arbeiten. Im «blauen Team» – für die internistischen, neurologischen Notfälle zuständig – ist allerdings immer noch nur eine Oberarztstelle langfristig der Notfallstation zugeordnet, was uns schwächt. Diese Schwierigkeiten in Bezug auf die Ressourcen wurden im Jahr 2007 mit dem neuen Leistungsauftrag zu regeln versucht. Hier wurde detailliert beschrieben, was die genaue Leistungspflicht der Notfallstation ist und

mit welchen Ressourcen sie erbracht werden muss. Auch wenn wir uns nicht mit allen Vorschriften anfreunden konnten, so sind wir doch einigermaßen stolz darauf, als erste USB-Klinik einen detaillierten Leistungsauftrag zu haben.

Durchbruch erzielt

Mit Stolz erfüllt uns auch, dass wir die hohen Vorgaben bezüglich medizinischer Standards bis heute erfüllt haben. So sind Behandlungspfade für die wichtigsten Krankheiten auf dem Intranet abrufbar, über 400 Seiten rasch abrufbare Information für Ärzte und Pflegenden sind vorhanden und ein stetiger Ausbau dieser Standardsammlung ist im Gange.

Der nächste Meilenstein kam im Jahr 2008, als nach einer gewissen Pilotphase die pflegerische Triagierung der nicht via Ambulanz eintretenden Patienten installiert wurde. Dies war ein Durchbruch in der Entwicklung der Notfallpflege und wird von vielen in- und ausländischen Notfallzentren mit Interesse betrachtet. Florian Grossmann hat nicht nur die pflegerische Triagierung eingeführt, sondern auch gleich das wichtigste Triagierungstool (Emergency Severity Index) vom Englischen ins Deutsche übersetzt.

Ziel: weitere Professionalisierung

Die weitere Professionalisierung der Notfallstation ist unser grosses Ziel. Dafür sind ein grosser Anteil an speziell weitergebildeten Pflegefachleuten nötig. Ab Ende 2009 soll denn auch die Weiterbildung in Notfallpflege einem Postgraduierten-Lehrgang entsprechen, was nicht nur das Diplom, sondern sicher auch die Arbeit deutlich aufwertet.

Daneben wurde Ende 2008 von der FMH der Fähigkeitsausweis Klinische Notfallmedizin geschaffen, sodass wir bereits im Februar 2009 mit der ersten formalen Ausbildung eines Notfallarztes beginnen konnten. Geplant sind zwei Ausbildungslehrgänge jedes Jahr. Die weitere Professionalisierung kann natürlich auch vor dem Ärzteteam nicht haltmachen. So wird der Aufbau eines professionellen interdisziplinären Teams vorangetrieben.

Die Weiterentwicklung der Notfallstandards, eine humane und patientengerechte Umgebung und die Intensivierung der Forschung im Bereich der unspezifischen Beschwerden und der Kommunikation mit Notfallpatienten sollen unseren patientenzentrierten Ansatz weiter stärken.



Die Spitalhygiene: Erregern, Bakterien, Keimen auf den Fersen

Seit der Gründung der Spitalhygiene vor 15 Jahren basieren die Erfolge auf einer engen Zusammenarbeit mit der klinischen Infektiologie, dem Mikrobiologielabor und den Kliniken. Rasche, zuverlässige Diagnostik und eine gezielte Therapie, gekoppelt mit einer optimierten Infektprevention, haben das USB zu einer weltweit führenden Klinik auf diesem Gebiet gemacht.

Spitalhygiene wozu?

Davos war im letzten Jahrhundert nicht Treffpunkt der Welt für einen Wirtschaftsgipfel, sondern Europas Kurzentrum für Tuberkulosekranke, der häufigsten Infektionskrankheit in Europa. Antibiotika waren damals noch unbekannt. Die medizinischen Aktivitäten mussten sich darauf konzentrieren, eine Verbreitung der Infektionskrankheiten zu verhindern und Komplikationen zu vermeiden. Patienten wurden in Einzelzimmern untergebracht, eine Übertragung durch häufiges, abgetrenntes Liegen auf der zugehörigen Terrasse verhindert sowie die Tuberkelbakterien durch die natürliche hohe UV-Bestrahlung der Sonne in Davos abgewehrt. Nachdem auf diese Weise, schon vor dem Antibiotikazeitalter, ein markanter Rückgang der Tuberkulose und von anderen Infektionskrankheiten erzielt wurde, führte die Entwicklung wirksamer Antibiotika zu einer signifikanten Reduktion der Todesfälle durch Infektionen.

Von Prof. Andreas F. Widmer

Mit dem medizinischen Fortschritt im 19. Jahrhundert wurden in jeder Schweizer Stadt Spitäler gebaut. Schon damals wurde festgestellt, dass Infektionen nach Operationen häufiger in grossen Spitälern beobachtet wurden als in kleinen. Auch die Sterblichkeit werdender Mütter war im Spital fünfmal höher, als wenn die Schwangeren das Kind zu Hause zur Welt brachten. Erst 1848 gelang es dem Wiener Frauenarzt Ignaz Semmelweis, den Zusammenhang zwischen dem weitverbreiteten «Kindbettfieber» und der Hygiene der Hände herzustellen. Damals wurden Autopsien – also Todesursachenforschung an der Leiche – vom Arzt noch mit blossen Händen durchgeführt. Die gleichen Ärzte untersuchten dann – ohne vorher ihre Hände zu waschen – werdende Mütter. Bis zu 15% dieser Frauen starben darauf an einem «Fieber», das nichts anderes war als eine tödliche Infektion, übertragen von ungewaschenen Arzthänden. Nach der Einführung der Händedesinfektion fiel die Todesrate in diesem Bereich auf unter 3%, vergleichbar mit den Hausgeburten.

Lange vor der Entdeckung der Antibiotika ging die Häufigkeit rasant zurück; und die Antibiotika haben zur Verbesserung der Therapie, aber viel weniger zur Senkung der Infektionsmassnahmen beigetragen.

Dank des Einsatzes der Universitätsspitäler Genf und Basel ist nun, mehr als 150 Jahre später, die Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf diese wichtige Präventionsmassnahme eingetreten und hat am 5. Mai 2009 den ersten Welt-Händehygieneausflug ausgerufen.

Auch am Universitätsspital Basel werden die Ärzte und Ärztinnen erst seit 10 Jahren konsequent in korrekter Händehygiene im Medizinstudium ausgebildet. Die Compliance mit der Händehygiene – international maximal 40% – ist am USB dank mehrerer Aktionen und Schulungen auf über 60% und auf Intensiv- und Transplantationseinheiten sogar auf über 80% gestiegen. Diese Massnahme hat zur Folge, dass Spitalkeime oder der so genannte Hospitalismus am USB fast vollständig unbekannt sind.

Überwachung multiresistenter Erreger

Resistenzentwicklung geht oft mit einem (zu häufigen) Gebrauch von Antibiotika einher. In einem interdisziplinären Projekt der Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene wird laufend der Verbrauch gemessen, werden Abweichungen von der Norm festgehalten und Massnahmen getroffen, um den Verbrauch wieder zu senken.



Hohe Sicherheitsstandards für das USB. Wir sind und bleiben auf Kurs! Heinz Schuhmacher (l.) und Marc Dangel, USB-Spitalhygiene.

Eine zentrale Aufgabe der Spitalhygiene ist die Überwachung multiresistenter Erreger, welche weltweit ein grosses Problem darstellen. Einer der wichtigsten Vertreter ist der so genannte **Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA)**, dessen weltweite Verbreitung zum grossen klinischen Problem geworden ist. Sowohl in Frankreich als auch in Deutschland ist zurzeit etwa ein Drittel aller *Staphylococcus-aureus*-Erreger MRSA. Die Übertragung in einem Spital ist ohne besondere Vorsichtsmassnahmen sehr häufig, führt zu einer schwierig behandelbaren Infektion. Viele Untersuchungen weisen darauf hin, dass ein tödlicher Ausgang dieser Infektion häufiger beobachtet wird als mit den üblichen *Staphylococcus-aureus*-Infektionen. Das USB wird mit Patientinnen und Patienten aus dem Ausland immer wieder mit diesen Erregern konfrontiert, aber durch Screening auf der Notfallstation, strikte Isolation und Behandlung derselben ist das Risiko im Vergleich zum Ausland extrem klein. Dank der Molekularbiologie ist heute mit dem Fingerabdruck (molekulare Typisierung) eine interne Übertragung gut nachweisbar. Vorgehensweisen, wie sie in der Kriminalistik angewendet werden, setzen wir zum Teil am USB ein, um damit neue, bisher noch unbekannte Übertragungswege zu erforschen und zu unterbinden.



Eine weitere neue Bedrohung sind die so genannten gram-negativen Bakterien, bei welchen die Mehrheit der Antibiotika nicht mehr wirksam ist. Die Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene hat in enger Zusammenarbeit mit dem Mikrobiologielabor grundlegende Arbeiten abgeschlossen, um auch diesen Erreger am USB unter Kontrolle zu halten.

Weitere Erreger sind vor allem antibiotika-assoziierte Durchfallerreger (*C. difficile*). Hier hat sich die Todesrate von 1–3% auf 20% erhöht. Am Universitätsspital Basel ist es gelungen, mit grossem Aufwand die Resistenzlage im internationalen Vergleich auf tiefsten Werten zu festigen. Dies bedingt aber Zusatzaufgaben auf der Notfallstation, auf den Abteilungen und, last but not least, bei den Mitarbeitenden, welche zusätzliche Arbeiten leisten müssen.

Waren bis vor 10 Jahren diese multiresistenten Erreger vorwiegend in Spitälern anzutreffen, beobachten wir diese immer häufiger auch ausserhalb des Spitals. Ein markanter Erreger ist der MRSA, der heute als **C**ommunity-**A**quired-MRSA (CA-MRSA) in die Schlagzeilen der Medien gekommen ist. Dieser Erreger befällt nicht nur schwerkranke Patientinnen und Patienten, sondern auch junge gesunde Athleten und Athletinnen, was ein völlig neues Phänomen ist. Die grundlegenden Arbeiten am Universitätsspital haben zu Anpassungen der internationalen Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geführt, wo das USB Einsitz hat.

Nationale Prävalenzuntersuchung nosokomialer Infektionen

Jährlich wird gesamtschweizerisch die Infektionsrate erhoben (Prävalenzuntersuchung) und so auch jeweils im Mai/Juni am USB, wodurch Grundlagen für die Massnahmen des laufenden und des folgenden Jahres erarbeitet werden.

Postoperative Infektionen

Alle Tätigkeiten – nicht nur medizinische – können Nebenwirkungen nach sich ziehen. Bei Operationen wird die natürliche Abwehr der Haut durchtrennt, und es entsteht immer das Risiko einer Infektion, denn die intakte Haut ist die beste Voraussetzung, damit man sich vor Infektionen wirksam schützen kann. Das Risiko einer postoperativen Wundinfektion kann durch geeignete Massnahmen auf ein Minimum reduziert werden. Ausgeschlossen kann es jedoch niemals werden. Eine einzelne Massnahme zur Verhinderung solcher Infektionen reicht nicht aus, sondern ein ganzes Massnahmenpaket ist notwendig, um das Risiko so weit als möglich zu reduzieren. In einem Projekt der Weltgesundheitsorganisation (WHO) «Patient Safety Programm» unter www.who.int/patientsafety/en/ wurde unter Mitarbeit des USB ein Massnahmenkatalog erarbeitet, welcher Anfang dieses Jahres im «New England Journal of Medicine» publiziert und am USB bereits weitgehend umgesetzt wurde. Die routinemässige Antibiotikaprophylaxe vor Operationen wurde dank eigenen Untersuchungen in Zusammenarbeit mit der Chirurgie wesentlich verbessert, ohne dass Mehrkosten entstanden sind.

Ab Sommer 2009 werden die postoperativen Wundinfektionen als ein nationales Projekt unter dem Patronat der neu gegründeten Nationalen Gesellschaft für Qualitätssicherung erfasst, das diese Aufgabe der Vereinigung der Schweiz. Spitalhygieniker (www.swissnoso.ch) übertragen hat. An unseren

internen KISS*-Veranstaltungen (www.spitalhygiene.ch), welche dreimal jährlich im USB stattfinden, werden die neuesten Daten für Infektprevention vorgestellt. Das KISS vom 28. Mai ist dem Thema «Surveillance postoperative Wundinfektionen – ein gesamtschweizerisches Programm» gewidmet.

Epidemie/Pandemie

Die SARS-Epidemie im Jahr 2003 hat dem USB gezeigt, dass bei einer Messe mit 80 000 Besuchern besondere Probleme für die gesamte Region auftreten können. Dank einer eingespielten Zusammenarbeit zwischen den kantonalen Behörden, dem USB, der Messe Schweiz und der Medizinischen Gesellschaft Basel gelang es, ein Präventionskonzept zusammenzustellen, das die reguläre Durchführung der Messe mit strikten Auflagen ermöglichte. Mit einer Triagestation an der Messe, einem Notspital mit integrierter Röntgenstation und einer Intensivstation wurde eine potenzielle Epidemie erfolgreich bekämpft.

Für die Vogelgrippe ist ein Konzept erarbeitet worden. Das USB ist im Falle einer Pandemie gut gerüstet. Die Vernetzung und der Informationsaustausch mit den internationalen Gremien – der WHO, den European Centers for Disease Control und den Centers for Disease Control & Prevention in den USA – finden regelmässig statt. Referenten aus diesen Gremien sind am USB regelmässig zu Gast, sodass wir immer auf dem neusten Stand der Erkenntnisse sind.

Es gibt aber auch viele kleinere Epidemien, die ohne wissenschaftliche Erfahrungen gar nicht als solche erkennbar wären. Durch das frühzeitige Erkennen werden Epidemien heutzutage erfolgreich bekämpft und an einer Verbreitung gehindert.

Im Januar und Februar 2009 waren viele Durchfallerkrankungen durch Noroviren am USB und in allen Spitälern der Region zu beobachten. Dank der Massnahmen, wie z.B. Anpassung der Händedesinfektionsmittel, der Flächen-desinfektion und rasche Diagnostik, welche die Spitalhygiene beratend überwacht, können innert Stunden Erkrankungen von Personal und Patientinnen und Patienten vermieden werden.

Das regionale Konzept

Die Spitalhygiene berät vor Ort auch andere Basler Spitäler, Kliniken und Praxen. Dies erlaubt ein regionales Konzept mit Informationsaustausch und einer «Unité de doctrine» auf einem Gebiet, bei welchem der Evidenzgrad von einzelnen Massnahmen noch ungenügend abgesichert ist.

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten ist heute komplex und bedarf meist der Zusammenarbeit mehrerer Spezialisten. Dies gilt noch mehr für die Prävention. Aber: **«An ounce of prevention is better than a pound of cure.»** Das Team der Spitalhygiene der Klinik für Infektiologie & Spitalhygiene lebt diesem Prinzip nach. Sie erarbeitet die Grundlagen, die eine Betreuung unserer Patientinnen und Patienten mit einem Minimum an infektiösen Komplikationen ermöglichen. Ihre Umsetzung im klinischen Alltag entscheidet über die Wirksamkeit dieser Massnahmen und das liegt, im wahrsten Sinne des Wortes, in der «sauberen» Hand eines jeden Mitarbeitenden im USB.

* KISS steht für Kolloquium Basel in Infektionsprävention, Spitalhygiene und Spitalepidemiologie.

Nachhaltig

medArt basel, eine Erfolgsgeschichte

Alle Jahre wieder – so auch 2009 – findet im USB vom 15. bis 19. Juni die «internistische Fortbildung der anderen Art» statt. Ein Anlass der Superlative.

medArt liegt in der Luft und im USB gibt es kaum jemanden, der von diesem Ereignis nichts merkt: im Vorfeld und während der Fortbildungswoche erst recht, wenn es in den Klinikgängen pulsiert, wenn Grossandrang in den Hörsälen und im USB-Restaurant herrscht. Die wehenden Fahnen an den Fassaden haben 2008 mehr als 1200 Teilnehmerinnen und Teilnehmer – viele zum wiederholten Male – im Universitätsspital zu dieser besonderen Fortbildung willkommen geheissen.

Interview: Gina Hillbert

Breit angelegt sowohl in der Themenpalette, als auch in den Formaten: State-of-the-art-Lectures, Hands-on Workshops, Meet the Experts, Clinical Case Seminars, Controversies, Special Topics, Self Assessment mit Zertifikat, Hot Topics und abendliches Kultur- und Sportprogramm, so präsentiert sich die medArt. Internisten in Praxis und Spital, mit Spezialgebieten, Allgemeinpraktiker und Hausärzte, Kandidaten für Facharztprüfung Innere Medizin schätzen diese hochkarätige Intensivwoche zur internistischen Fortbildung, die unter den Fortbildungsangeboten ihresgleichen sucht. medArt ist eine Erfolgsgeschichte.

Fragen an den Leiter von medArt basel, Prof. Stefan Osswald, Leitender Arzt Kardiologie

Herr Osswald, Sie stehen kurz vor der 5. medArt-Ausgabe. Die gigantische Organisation läuft auf Hochtouren. Was macht den Erfolg dieser Fortbildungsveranstaltung aus?

Zum einen stimmt das Angebot, sonst hätten wir kaum immer wieder ein volles Haus. Zum andern ist der Mix der verschiedenen Formate wohl ein entscheidender Erfolgsfaktor. Die stark praxisbezogene, massgeschneiderte Fortbildung kommt sehr gut an. Die Teilnehmenden sind voll dabei, wenn sie in den Hands-on Workshops selbst trainieren können. Fortbildung wird auf diese Art zum Erlebnis mit dem Effekt, dass sie besonders nachhaltig ist.

Diesen Eindruck gewinnen wir während medArt und sehen ihn bestätigt durch 12 000 zurückgespielte Fragebögen, die wir in der Nachbereitung sorgfältig evaluieren, um damit das Angebot zu verbessern. Letztes



Jahr lag das Overall Rating bei einer Note von 5,57. Darauf sind wir – und damit meine ich 150 Referentinnen und Referenten aus dem USB, die 230 Veranstaltungen bestreiten – natürlich sehr stolz. Am Gesamterfolg von medArt teilzuhaben, ist der Lohn für die umfangreiche Organisation, die jedes Jahr zu bewältigen ist. Und bei dieser Organisation wirken viele USB-Mitarbeitende aller Sparten mit. Viele leisten hinter den Kulissen wertvolle Arbeit, sind ein Teil des Ganzen und tragen zum Erfolg von medArt bei. Ich bin überzeugt davon, dass dieser Umstand einen sehr positiven Effekt auf die USB-Kultur und auf die Art, wie sich unsere Zusammenarbeit im Alltag gestaltet, hat. Über medArt hinaus.

In welche Richtung wird sich medArt weiterentwickeln?

Wir haben die medAcademy gegründet. Unter diesem Label werden auch unter dem Jahr praxisbezogene Fortbildungsveranstaltungen auf hohem didaktischem Niveau angeboten. Vorgesehen ist eine Clubmitgliedschaft für interessierte Ärztinnen und Ärzte. Angedacht ist in diesem Zusammenhang der Ausbau des E-Learning-Angebots. Dieses enthält bereits jetzt alle State-of-the-art-Lectures und Special Topics der medArt 08 als Podcasts für i-Tunes, Quicktime, iPhone oder iPod, auf www.medartbasel.ch. Auch das Self Assessment ist als Onlineversion inklusive Zertifikat verfügbar.

Insgesamt richtet sich unser Augenmerk auf die Qualitätssteigerung in den Bereichen Didaktik, Praxisrelevanz und Organisation. Die Qualität muss tadellos sein. Wir werden auch in Zukunft aufgrund der Meinung und Wünsche unserer Teilnehmerinnen und Teilnehmer neue Ideen für die Qualitätssteigerung von medArt entwickeln. In diesem Zusammenhang stehen auch die medAwards, die für die besten Veranstaltungen bzw. den besten Referenten vergeben werden. 2008 wurde erstmals der medAward «Best Exam» für das beste Resultat im Self Assessment vergeben, prämiert mit 2000 Franken. Solche zusätzliche Anreize halten medArt lebendig. medArt steht für ein sehr hohes Qualitätsniveau nachhaltig wirkender Fortbildung aus dem Basler Universitätsspital und für die Bedeutung persönlicher Beziehungspflege. Daran werden wir weiterarbeiten.

Worauf freuen Sie sich am meisten, wenn am 15. Juni medArt 09 eröffnet wird?

Ganz einfach auf die Fortsetzung der Erfolgsgeschichte medArt und auf die zahlreichen wertvollen Begegnungen und Kontakte, die dadurch möglich werden.



Info

medArt richtet sich an: Internisten in Praxis und Spital, Internisten mit Spezialgebieten, Allgemeinpraktiker und Hausärzte, Kandidaten für Facharztprüfung Innere Medizin

2008:
1207 Teilnehmende aus der Schweiz, Deutschland, Frankreich, Österreich, Griechenland, Israel und Japan
149 Referenten aus dem USB bestreiten 230 Veranstaltungen
Overall Rating mit Note 5,57

Wissenschaftliches Sekretariat: Ursula Vogt, Tel. 55144, uvogt@uhbs.ch

www.medartbasel.ch

... damit ein neues Lächeln entsteht

Silvia Honigmann, Stillberaterin im USB und Präsidentin der Schweizer Nicaplast-Gruppe, ist auch dieses Jahr mit einem freiwilligen Team nach Nicaragua gereist, um Kindern mit Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten zu helfen. Für die Gazzetta hat sie Tagebuch geschrieben.

Mitte Februar 2009, die letzten Tage vor der Abreise

Es scheint alles geregelt zu sein, dieses Jahr. Das gesamte Material (d.h. OP- und Anästhesie-Material, Geschenke und Nahrung für die Kinder, zahn-technisches Material und Medikamente) ist gepackt. Die Materialliste und alle unsere Diplome sind bereits beim Ministerio de Salud eingereicht worden. Ich gehe davon aus, dass unsere Partnerorganisation in Nicaragua die Einreise- und Einfuhrbewilligung bereits bekommen hat. Der letzte Arbeitstag im USB ist, wie gewöhnlich vor einer längeren Abwesenheit, hektisch und voller Überraschungen. Eine Dozentin für eine Schulung fällt aus und muss ersetzt werden und ein Mail aus dem Ministerio erreicht mich doch noch mit der Beanstandung eines Medikaments, das natürlich in irgendeinem der 29 Gepäckstücke verstaut ist und entfernt werden muss. Umgehend schicke ich eine Verzichtserklärung. Ein paar Stunden später kommt dann die Einreisebewilligung – jetzt scheint wirklich alles beisammen zu sein.

Freitagabend, 13. Februar, Check-in

Wir sind als Erste am Schalter mit unseren 29 Gepäckstücken. Wie immer überfordert diese Menge die zuständige Angestellte. Nach zwei «Geduldstunden» ist auch dies überstanden und wir ruhen uns in der Hotellobby in der Nähe des Flughafens aus. Das Fernsehen zeigt Bilder von zwei Flugzeugunglücken... Morgen fliegen wir ab.

Samstag, 14. Februar, 5.00 Uhr

Der Wecker klingelt – Zeit zum Aufstehen. In Zürich schneit es heftig. Unser Flug startet mit Verspätung, d.h. für uns, dass in Madrid die Zeit zum Umsteigen knapp werden könnte. Doch alle 11 Mitglieder, aus Basel, Frankfurt, München kommend, schaffen es, rechtzeitig in Madrid einzutreffen. Vereint fliegen wir zuerst nach San José de Costa Rica. Die Reise verläuft reibungslos. Nach 22 Stunden Reisezeit treffen wir in Managua, Hauptstadt von Nicaragua, ein. Zuerst Zollformalitäten, dann das Warten auf das Gepäck. Spannung pur. Wird es dieses Jahr ankommen? Mit grosser Freude entdecken wir die ersten Arbeitsschachteln. 5 Flughafenwägelchen füllen wir mit unseren Gepäckstücken. Mehr kommt nicht, es fehlen 3 Arbeitskoffer. Wir versuchen, zu rekonstruieren, was deren Inhalt ist, und kommen zum Schluss, dass es sich glücklicherweise um «halbnotwendiges» Material handelt.

Müde, aber glücklich treffen wir im Hotel ein und geniessen im Garten bei angenehmen 28 Grad

einen ersten Flor de Caña (nicaraguanischer Rum mit Cola). Danach gehen wir schlafen. Morgen geht es richtig los.

Sonntag

Ein Kleinbus holt das operative Team ab und fährt es nach Somoto, einer Kleinstadt im Norden Nicaraguas. Dort warten bereits Patienten auf die Untersuchung. Unser Kieferorthopäde und der Zahntechniker werden von einem Fahrer der Universität Leon abgeholt, dort werden sie die nächsten 10 Tage arbeiten.

Stefan, unser Oralchirurg und Zahnarzt, und ich bleiben in Managua und warten auf das Gepäck, das heute mit dem nächsten Flug aus Costa Rica ankommen könnte. Wir machen das Beste daraus und legen uns für eine Stunde an den Pool. Gustavo, der ärztliche Leiter unserer Partnerorganisation, überrascht uns und kommt uns abholen. Mit ihm zusammen ist es wesentlich leichter, die Beamten am Flughafen zu motivieren, nach unseren Gepäckstücken zu suchen. Aber das Gepäck ist noch nicht da und der Computer kann es in Paris lokalisieren. Somit wird es sicherlich noch Tage dauern.

Wir reisen mit Gustavo nach Somoto. Ich freue mich, denn er fährt viel schneller als der öffentliche Bus. Somit werde ich wenigstens noch einen Teil der ersten grossen Sprechstunde miterleben. Viele Patienten kenne ich bereits aus anderen Einsätzen. Ich freue mich, ihnen wieder zu begegnen. Wie jedes Jahr warten viele neue Kinder und Erwachsene auf unser Kommen. Die Fahrt dauert ungefähr 4 Stunden. Als wir im Spital eintreffen, haben unsere Kollegen mit der Sprechstunde bereits begonnen. Nach einigen Stunden sind ungefähr 60 Patienten evaluiert und ein OP-Programm mit 25 Eingriffen erstellt. Hungrig und müde gönnen wir uns ein einfaches, aber feines Abendessen und erholsamen Schlaf.

Montag

Den Spaziergang zum Spital kenne ich zwar auswendig und doch bin ich jedes Jahr übergücklich, diese paar Schritte unter dem nicaraguanischen Himmel, die Wärme und den Wind geniessend, zu gehen.

Das OP-Programm beginnt mit etwas Verzögerung, denn die neuen Anästhesisten müssen sich noch einarbeiten.

Als Erstes trage ich die Patienten in mein Heft ein, um einen Überblick zu haben, wenn ich dann die Patienten und ihre Familie auf der Station besuche. Ich halte es für wichtig, die Menschen kennen zu lernen, mit den Kindern zu spielen und auch



OP Somoto: Monica Baier, Dr. Andreas Lampart, Dr. Brigitte Spirgi (v.l.), alle aus dem USB.

damit eine menschliche Brücke zu bauen. Nun, es kommt anders: Ich werde vor den OP gerufen, es warten ca. 20 potenzielle Patienten, viele davon geistig behinderte Kinder mit massiven Zahnproblemen. So organisiere ich für Stefan eine Sprechstunde auf dem Gang, übersetze das Gespräch mit den Patienten und notiere alles über die Patienten, die behandelt werden sollen. Das OP-Programm sieht sehr voll aus. Erst am Nachmittag schaffe ich es, auf die Station zu gehen. Dort ist die Atmosphäre ausgesprochen gelassen, trotz 8 bis 10 Patienten mit ihren Angehörigen pro Zimmer. Die noch nicht operierten Kinder spielen, die Mütter sitzen draussen auf den Bänken, reden und lachen zusammen. Den bereits operierten Kindern geht es gut. Eins hat bereits getrunken, ohne sich gross zu beklagen, was nach einer Operation am Gaumen keine Selbstverständlichkeit ist.

Dienstag

Die Somoto-Routine spielt sich langsam ein: frühmorgendliche Visite mit unserem Kieferchirurgen, Prof. Robert Sader, dann Wunde versorgen mit dem lokalen Assistenten. Mit den Kindern spielen, Pudding kochen und verteilen. Die vom Spital angebotenen Mahlzeiten (Reis, Bohnen und Gemüse) können die Kinder noch nicht essen. Mit den Müttern und Vätern reden, nach den frisch operierten Kinder schauen, neu ankommende Patienten empfangen und Untersuchungen organisieren. Das OP-Team arbeitet ohne Pause den ganzen Tag. Heute Nachmittag haben wir zu dritt in einer Nachbarstadt eine Information für Kinder bezüglich Zahnhygiene und Ernährung durchgeführt. Es ist einfach grässlich, was für Zähne die Kinder in diesem Land haben! Wir machen uns keine grossen Illusionen, dass wir damit viel bewirken können, aber hoffen, dass durch kleine Schritte auch grosse Wege begangen werden können. Auch unsere Patienten auf der Station instruieren wir diesbezüglich jedes Jahr.



«Wie jedes Jahr warten viele neue Kinder und Erwachsene auf unser Kommen.»

Mittwoch

Ein schaffiger, ruhiger Somoto-Tag. Erste Patienten können bereits entlassen werden, neu eingetretene füllen die frei gewordenen Betten, und weitere Patienten tauchen auf, um untersucht zu werden. Auch dieses Jahr stossen wir an die Kapazitätsgrenze des lokalen Spitals. Leider müssen auch Patienten abgewiesen werden.

Donnerstag

Das OP-Programm geht intensiv weiter, bisher Gott sei Dank ohne grosse Komplikationen. Die drei neuen Anästhesisten haben sich sehr gut an die nicaraguanischen Verhältnisse angepasst. Mir fällt auf, dass dieses Jahr die Kinder viel sanfter aus der Narkose aufwachen, die ersten 24 Stunden viel ruhiger und mit weniger Schmerzen verbringen. Das hat einen grossen Einfluss auf die Atmosphäre auf der Station. Einfach viel gelassener, kein grosses Geschrei und viel weniger Tränen. Alle kleinen Kinder haben auch problemlos das Trinken wieder aufgenommen. Sie können somit früher entlassen werden. Ich bin begeistert.

Freitag

Der letzte OP-Tag hier in Somoto verläuft auch ohne Zwischenfälle. Auf der Station geht es ebenfalls allen gut. Als der letzte Patient den OP verlässt, beginnen wir bereits zu packen, damit morgen nach der Visite die Reise nach Leon angetreten werden kann.

Zuerst dürfen wir natürlich noch eine richtige Fiesta erleben. Mit unseren nicaraguanischen Freunden feiern wir die erfolgreiche Woche und tanzen bis in die frühen Morgenstunden.

Samstag

Die letzte Visite und Abschied nehmen. Alle Jahre fällt es mir schwer zu gehen, viele Patienten und Angehörige habe ich richtig lieb gewonnen. Die Reise nach Leon bzw. bis nach Poneoya an der

pazifischen Küste dauert fast 7 Stunden. Unser Kleinbus ist voller Menschen und Gepäck. Bei jedem Loch muss man fürchten, unter einer Gepäcklawine begraben zu werden. Zum Glück sitzen auf den hinteren Plätzen 3 kräftige Männer.

Sonntag

Wir verbringen den Tag im Haus der Präsidentin unserer Partnerorganisation am Strand. Einfach fantastisch: ein paar Stunden am Strand laufen, die Pelikane beobachten, Muscheln suchen und mit den Wellen spielen. Genial.

In den ersten (viel zu heissen) Nachmittagstunden sitzen wir zusammen, um die jährliche Mitgliederversammlung zu halten. Dieses Jahr sind wir nach 2 Stunden schon fertig. Zeit zum Ausruhen. Am Abend geniessen wir die feinsten Fische und Camarones der Welt.

Montag bis Mittwoch

Der Montag beginnt mit der Sprechstunde in Leon. Im überfüllten Spital warten rund 80 Patienten auf unsere Ankunft. Gustavo zeigt uns stolz einige Patienten, die er operiert hat. Mittlerweile ist er ein erfahrener und ausgezeichneter Spaltchirurg. 21 Patienten werden für die nächsten 2½ Tage zur Operation ausgesucht, mehr geht nicht. Diese letzten Tage vergehen sehr schnell. Auch hier in Leon haben alle Patienten die Operation gut überstanden.

Am Mittwoch habe ich mir die Zeit genommen, um unseren Kieferorthopäden, Dr Claude Hockenjos, und den Zahntechniker, Marc Blaise, an der Universität zu besuchen und somit einen Einblick in ihre Arbeit zu erhalten. Auch die kieferorthopädische Behandlung eines Patienten mit Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte ist eine komplexe Behandlung, die viel Wissen und Erfahrung braucht. Mit grosser Geduld und viel Humor begleiten die beiden die Studierenden und vermitteln ihnen sowohl die Grundlagen wie auch die



Anästhesist Andreas Lampart bei einer Untersuchung.

Umsetzung der Theorie in die Praxis. Dazu werden viele Patienten mit Spaltfehlbildung an diesen 10 Tagen bestellt und die Behandlung mit den Studenten besprochen.

Donnerstag

Am Morgen werden wir früh abgeholt. Gustavo will uns ein Naturschutzreservat in der Nähe zeigen. Mit zwei kleinen Booten fahren wir einer flussähnlichen Lagune entlang. Viele verschiedene Vögel zeigen sich und lassen sich von uns nicht stören. Die Krokodile hingegen sind etwas scheu und halten sich versteckt.

Ein letztes Bad im Pazifik, noch einmal Fisch essen, und dann geht die Reise nach Managua weiter. Es ist schon bald Abend, als wir im Hotel am Flughafen eintreffen, wo wir auch die erste Nacht verbracht haben. 12 Tage sind seither vergangen, eigentlich schnell und doch lässt die Fülle der Erlebnisse diese viel länger erscheinen.

Freitag, 7 Uhr

Einchecken und die lange Rückreise antreten. Während der Körper in 20 Flugstunden in Zürich eintrifft, braucht meine Seele viel länger, um anzukommen. Noch während Tagen und Wochen werde ich immer wieder an Nicaragua, an die Menschen, an das Spital, an die Armut denken. Es ist mir bewusst, dass wir mit unserem Einsatz nichts im Land verändern, aber wir tragen dazu bei, dass sich das Leben von einzelnen Menschen, die dank einer adäquaten Behandlung nicht mit einem entstellten Gesicht leben müssen, verbessert. Dies ist es uns wert, jedes Jahr nach Nicaragua zu gehen!

Info

Die jährlichen Einsätze und das benötigte Material werden durch Spenden finanziert.

www.nicoplast.ch

Verbindend

Die «Nabelschnur» USB-UKBB wächst

Zwei Spitäler durch Tunnel verbunden: Seit letzten Sommer wird am Verbindungstunnel zwischen dem Neubau des Universitätskinderspitals (UKBB) und dem USB, unter der Schanzenstrasse, gearbeitet.

Der Bau ist eine Herausforderung, vor allem die extreme Raumeinheit der Baustelle stellt gewisse Anforderungen. Der Tunnel muss in Tagbauweise erstellt werden, weil die Erdhöhe bis zum Strassenbelag gering ist. Tagbau bedeutet: Es wird eine Grube gegraben, der Tunnel «reinbetoniert» und auf den Tunnel dann wieder Erdreich aufgefüllt.

Von Roland Geiser

Damit der Strassenverkehr in der Hauptverkehrsachse Schanzenstrasse und die Ein-/Ausfahrt zum City-Parking und zu unserer Warenannahme immer gewährleistet sind, muss das Bauwerk in vier Etappen erstellt werden. Dadurch ergibt sich eine Bauzeit von etwa einem ganzen Jahr. Der Durchstich des Verbindungstunnels ist mit aller Voraussicht im Mai.

Historisches Fundstück

Bei der ersten Etappe, unmittelbar vor dem Klinikum 1, an der Westfassade etwa auf Höhe des Strassenbordes wurden Teile der alten Stadtmauer ausgegraben. Die archäologische Bodenforschung dokumentierte das Fundstück, bevor es im Bereich des Tunnels der nun entstehenden «neuen Nabelschnur» USB-UKBB endgültig weichen musste.

Am Schluss wird der 45 Meter lange Tunnel unter der Schanzenstrasse den internen Personenverkehr zwischen UKBB und USB ermöglichen. Der Tunnel mündet ins Klinikum 1 im Bettenhaus Geschoss 01, Therapiegeschoss und im UKBB ebenfalls im Geschoss 01.

Wertvolle Zusammenarbeit

Der Bau dieses Tunnels ist aber auch das erste, von aussen gut sichtbare Zeichen für die Kooperation zwischen dem USB und dem UKBB. In zahlreichen Bereichen wird das USB für das UKBB zum Dienstleistungsanbieter, z.B. bei der Materialver- und Entsorgung und bei der Essensversorgung, um nur einige zu nennen.

Der alte bestehende Tunnel, ehemals die Verbindung vom USB zum Frauenspital, wird zukünftig ausschliesslich für die Ver- und Entsorgung genutzt. Darin wird vor allem die MTA (Mittel-Transport-Anlage) verkehren (kleines Bild).



Fortgesetzt

«Sorgen Sie dafür, dass sich alle wichtig fühlen»

2008 stand der Wertesatz «Wir begegnen unseren Patientinnen und Patienten mit Wertschätzung und geben ihnen aktiv die gewünschten Informationen» zur Bearbeitung an. Die Umsetzung im Arbeitsalltag «Unserer Werte» geht nun in eine zweite Phase.

Was haben wir bis jetzt gemacht?

«Unsere Werte» ist das Papier, auf dem in 5 Themenblöcken unsere Werte im USB definiert sind. Vieles ist aber noch abstrakt, ungenau oder erklärungsbedürftig. Die 5 Themen sind: Patientinnen/Patienten, Kundinnen/Kunden, Qualität und Wirtschaftlichkeit, Mitarbeitende und Führungsverantwortliche, Loyalität und Veränderungsbereitschaft, Zusammenarbeit und Kommunikation.



Wir haben uns 2008 auf den wichtigsten Wert, Patientinnen/Patienten, konzentriert und alle gebeten, für ihren Arbeitsalltag konkrete Leitsätze daraus abzuleiten. Dabei ging es nur um diesen Satz: «Wir begegnen unseren Patientinnen und Patienten mit Wertschätzung und geben ihnen aktiv die gewünschten Informationen.» Diskussionsstoff lieferte vor allem: Was ist wertschätzendes Verhalten?

Von Dr. Sibylle Schürch

Was tun wir 2009?

Wir sammeln noch immer die Resultate aus den Bereichen und Ressorts, um diese den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Haus vorzustellen. Damit verbunden soll auch der grosse Dank an alle gehen, die sich neben dem anspruchsvollen Tagesgeschäft die Zeit genommen haben, an den Werten zu arbeiten. Soweit können wir die erste Phase der Werteumsetzung abschliessen. Es folgt die Arbeit mit den anderen Werten, die Phase 2.



Gemeinsamer Nenner: erster Verhaltensstandard

Die Resultate, die wir bis November 2008 erhalten haben, wurden zusammengefasst, gekürzt und haben zu einem gemeinsamen Nenner geführt. Das heisst, was viele richtig und gut fanden, soll für alle gelten. Aus diesem gemeinsamen Nenner ist ein so genannter Standard «Professioneller Umgang mit Patientinnen und Patienten» entstanden. Die Spitalleitung hat im Dezember 2008 diesen ersten Standard verabschiedet. Damit wird für die Mitarbeitenden aller Berufsgruppen festgehalten, was unsere minimale Vorstellung von professionellem Verhalten gegenüber Patientinnen und Patienten ist.

Dieser Standard wird allen Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt und erklärt werden. Wie? Daran arbeiten wir noch. Wir informieren Sie laufend über die Gazzetta und über andere interne Kanäle. Gleichzeitig entwickeln wir weitere Standards, mit denen die 5 Themen aus «Unsere Werte» konkretisiert werden. Bis dahin wollen wir aber kein Geheimnis daraus machen, was die Spitalleitung schon verabschiedet hat. Der Inhalt ist nichts Neues, nichts Spektakuläres. Aber das, was meistens selbstverständlich ist, wird unmissverständlich und in kurzen, einfachen Worten festgehalten.

Ein Auszug:

- Gespräch: Reden ist Silber, Ausreden lassen ist Gold.
- Wir drücken in einer schwierigen Situation unser Verständnis für die Situation der Patientinnen und Patienten aus.
- Wir tragen Konflikte unter Mitarbeitenden nicht im Beisein von Patientinnen und Patienten aus.
- Wir jammern nicht bei Patientinnen und Patienten.
- Wir sind immer zuständig, das heisst, wenn wir eine Frage nicht selbst klären können, organisieren wir die entsprechende Fachperson.

Was tun andere? Johns Hopkins als Vorbild

Während wir die Ergebnisse aus dem Haus sammelten und zum Standard verdichteten, haben wir im zentralen HR von unseren Kollegen und Kolleginnen aus dem Bereich Querschnittsfunktionen ein Papier aus den USA erhalten: Service Excellence – Standards of Behaviour, Richtlinien für Mitarbeitende, Johns Hopkins Medicine. Das Johns Hopkins-Spital ist eines der führenden Spitäler der USA. 1889 öffnete es seine Türen, 1893 bereits wurde auch The Johns Hopkins University School of Medicine eröffnet. Das Spital ist führend in medizinischer Hinsicht. Aber nicht nur das. Hinter dem grossen Erfolg stehen eine äusserst professionelle Führung, Leadership, ein starkes Human Resources Management, die sich Exzellenz zu einem Hauptziel gesetzt haben. Was Exzellenz im Alltag für Mitarbeitende und Führungskräfte heisst, wurde sehr genau definiert und kommuniziert. Am Anfang der Richtlinie steht der Umgang mit Patientinnen und Patienten. Ganz konkret und mit Beispielen zu Sätzen wird ein respektvoller Umgang beschrieben.



Ein Beispiel

Sorgen Sie dafür, dass sich alle wichtig fühlen. Geben Sie Patientinnen/Patienten und anderen Kundinnen/Kunden Ihre volle Aufmerksamkeit mit Ihren Augen, Worten und mit Ihrer Körpersprache. Vermeiden Sie Ablenkungen. «Lassen Sie mich diese Arbeit zur Seite legen, damit wir reden können.» Oder: «Lassen Sie mich die Tür schliessen, damit wir nicht gestört werden.»

Alle, welche diese Richtlinien für Mitarbeitende des Johns-Hopkins-Spitals gelesen haben, sind begeistert. Und gleichzeitig haben wir im USB die Bestätigung dafür, dass wir mit der Arbeit mit «Unseren Werten» auf dem richtigen Weg sind.

Professionalität, Exzellenz und Erfolg, beispielsweise im Umgang mit Patientinnen und Patienten, lassen sich definieren. Wir haben nun ein Vorbild – das hilft sehr. Den Weg zur Exzellenz müssen wir selbst gehen.

Erfolg

Sechs Forschende aus dem USB prämiert

Die Stiftung Pfizer Forschungspreis verleiht seit 18 Jahren einen der bedeutendsten Medizinforschungspreise der Schweiz, den Pfizer-Forschungspreis.

Führende Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus der Grundlagenforschung und aus der klinischen Forschung wurden auch dieses Jahr mit einem Pfizer-Forschungspreis ausgezeichnet. Von den insgesamt 21 Preisträgern/-innen stammen 6 aus dem USB. Prämiert wurden 13 Forschungsarbeiten der Fachbereiche Herzkreislauf, Rheumatologie und Immunologie, Infektiologie, Neurowissenschaften und Erkrankungen des Nervensystems, Urologie und Nephrologie sowie Onkologie. Klinische Forschung Herzkreislauf: Dr. Michael Koller und Dr. Beat Schär, «Konkurrierende Risiken von adäquater Defibrillatorbehandlung und Tod»; Klinische Forschung Infektiologie: Dr.

Magdalena Sarasin-Filipowicz, «Interferon-Wirkung in Leberzellen bestimmt den Therapieerfolg bei chronischer Hepatitis C»; Klinische Forschung Onkologie: Dr. Vivianne Hess, «Pankreaskarzinom: Tumormarkerverlauf unter Chemotherapie»; Klinische Forschung Onkologie: PD Dr. Igor Langer und PD Dr. Ulrich Güller (beide zum Zeitpunkt der Arbeit noch am USB tätig), «Intraoperative Schnellschnitte von Sentinel-Lymphknoten sind bei Brustkrebspatient zuverlässig».

Projekt

Rückschau «Psychose im Film»

Das Projekt der Psychiatrischen Poliklinik und der Angehörigen Selbsthilfe Melchior mit der Reihe «Psychose im Film» vom 15.1. bis 15.2.2009 im kult.kino camera («viernullacht» berichtete) war ein grosser Erfolg. Insgesamt wurden über 650 Eintritte verzeichnet. Mit 165 Zuschauerinnen und Zuschauern – einschliesslich der Sonntag-Matinée – war der Film «Das weisse Rauschen» am besten besucht. Zusammen mit der Sonntag-Matinée sahen sich ferner 152 Interessentinnen und Interessenten den Dokumentarfilm «Selins Tod» an; zuvor waren sie den erläuternden Ausführungen von Professor Anita Riecher, Psychiatrische Poliklinik, gefolgt.

Die Gelegenheit, nach den Filmvorführungen Fragen zu stellen, wurde von den Besucherinnen und Besuchern rege genutzt. Da alle vorgeführten Filme einen schlechten Verlauf von Psychosen mit nachfolgender Schizophrenie darstellten, konnte diese pessimistische Sicht einer Erkrankung mit den Erläuterungen über moderne Behandlungsmethoden relativiert werden, was Hoffnungen für eine Gesundung zu wecken vermochte. Auch heikle Themen kamen zur Sprache, wobei der Austausch der Diskussionsbeiträge von Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen für alle Beteiligten sehr lehrreich und aufschlussreich war. Aus der Sicht einer modernen Psychiatrie bestand das Ziel der Reihe in erster Linie im Abbau von hartnäckigen Vorurteilen. Für die Angehörigen lag der Schwerpunkt hingegen auf der allgemeinen Aufklärung insbesondere über schizophrene Psychosen, deren Krankheitscharakter in der Öffentlichkeit noch immer angezweifelt wird.



Würdigungen

Rosalia Alvarez

Jacqueline Mani

José Fernandez

Ende November wurden gleich drei langjährige Mitarbeitende der Bettenzentrale pensioniert.

Die beiden Damen, Frau Rosalia Alvarez und Frau Jacqueline Mani, arbeiteten anfangs im Reinigungsdienst und wechselten später ins Team der Bettenzentrale. Beide mit einer guten Portion Humor versehen und stets gut gelaunt, lockerten immer wieder zur rechten Zeit die Stimmung in der Bettenzentrale auf.

Herr José Fernandez wird sicher noch vielen im USB bekannt sein, gehörte er doch einem ganz speziellen Team an. Eine kleine Gruppe der Bettenzentrale war spezialisiert und ausgebildet für die Desinfektion der Patientenzimmer und die Schädlingsbekämpfung.

Regelmässig rückte José Fernandez ver mummt und mit schwerem Gerät zur Reinigung der Zimmer aus. Geräte, die vom Design her an einen alten Flash-Gordon-Film erinnerten.

Ich bedanke mich an dieser Stelle bei allen dreien noch einmal herzlich für den geleisteten Einsatz und die angenehme Zusammenarbeit.

Ich wünsche ihnen, auch im Namen des Teams der Bettenzentrale, alles Gute für die Zukunft.

Jörg Schnurbusch

Prof. Walter Dick

Prof. Pietro Regazzoni

Prof. Hans Troeger

Die Geburt einer integrierten Chirurgie des Bewegungsapparates

Am Ende des Jahres 2008 sind die Professoren Walter Dick, Pietro Regazzoni und Hans Troeger in den Ruhestand getreten. Während ihrer Wirkungszeit in Basel haben alle drei ihre Fächer in Klinik, Forschung und Lehre nachhaltig geprägt und weiterentwickelt. Der Schreibende möchte an dieser Stelle den drei Kollegen für die vielen und wertvollen Beiträge, mit denen sie das Departement Chirurgie an der Universität Basel über viele Jahre begleitet, befruchtet und gestärkt haben, herzlich danken. Es würde hier allerdings den Rahmen der Ausführungen sprengen, sollten alle Errungenschaften der drei chirurgisch Tätigen einzeln aufgezählt und gewürdigt werden. Deshalb fokussiert diese Betrachtung auf den gemeinsamen Nenner, auf welchem sich die drei Persönlichkeiten mit ihrem Wirken in Basel getroffen haben. In einer visionären Art und Weise haben sie es ermöglicht, dass sich ihre Kliniken und Abteilungen zu einem grossen Kompetenzzentrum für die Chirurgie des Bewegungsapparates zusammenschlossen.

Nachdem im Jahre 2003 die am Felix-Platter Spital angesiedelte Orthopädische Klinik in den Gebäudekomplex des Universitätsspitals an der Spitalstrasse umgezogen ist, sind sich die Disziplinen Orthopädie und Chirurgie räumlich sehr nahe gekommen. Es war dann ein sehr wichtiger, weiterer Schritt nötig, damit aus einem «Nebeneinander» ein «Miteinander» in der Bewegungsapparat-Chirurgie umgestaltet werden konnte. Unentbehrlich war dabei der mentale Schritt der Exponenten (und Fachvertreter) weg von territorialem Denken und Verharren hin zu einer integrierten chirurgisch-orthopädischen Patientenbetreuung. Bei diesem Prozess konnten Behandlungsteams entstehen, die auf definierte Körperregionen, wie zum Beispiel Extremitäten, Wirbelsäule, Beckenskelett, spezialisiert sind.

Der Nährboden für einen solch fruchtbaren Zusammenschluss der Disziplinen war sicherlich auch die in Basel tradierte, freundschaftlich-kolle-giale Koexistenz von Chirurgie und Orthopädie im von Martin Allgöwer gegründeten Departement Chirurgie. Die reaktionäre Vorstellung, dass einerseits der Orthopäde sich exklusiv um die Behandlung von Gelenksarthrosen und andererseits der Traumatologe sich ausschliesslich um Knochenbrüche kümmert, wurde hier überwunden, womit eine neue, integrierte Chirurgie des Bewegungsap-

parates geboren war. Die unterschiedlichen Denk- und Handlungsweisen der «kalten» Orthopädie und der «heissen» Traumatologie durchmischen sich zusehends und fokussieren nun auf anatomisch definierte Teile des Bewegungsapparates mit ihren physiologischen Einheiten.

Das Behandlungszentrum erlaubt es heute, dass sich junge Ärztinnen/Ärzte sowohl von der Provenienz Orthopädie als auch der Provenienz Chirurgie zu Fachärzten/-innen zusammen weiterbilden können. Bis zu einem gemeinsamen, durch die Fachgesellschaften akzeptierten Facharzt «Bewegungsapparat-Chirurgie» wird wohl noch ein weiter Weg sein. Deshalb wird unser Nachwuchs vorerst die Bezeichnungen «Chirurgie» und «Orthopädie» nacheinander erlangen müssen. Ein solch gemeinsames Curriculum könnte nicht nur für den orthopädisch-chirurgischen Nachwuchs attraktiv sein, sondern auch für alle Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen oder Verletzungen des Bewegungsapparates, weil sie mit einer integrierten Betreuung die bestmögliche Behandlungsqualität erwarten dürfen. Das Kompetenzzentrum ist in seiner jetzigen Struktur in der Schweiz einzigartig und wir können stolz darauf sein, dass Basel auf diesem Gebiet eine Vorreiterrolle übernommen hat. Ermöglicht wurde dies durch ein beispielhaftes, visionäres Denken und durch das verdankenswerte Handeln der drei Emeriti: Walter Dick, Pietro Regazzoni und Hans Troeger. Die Geburtswehen sind überwunden, die Frucht ist aber noch jung und muss in Zukunft noch reifen.

Prof. Dr. Daniel Oertli

Jubiläen

Herzliche Gratulation

35 Jahre

01.04. **Kreider Reiner**, Medizinische Poliklinik
11.06. **Jovic Radmila**, Chirurgie 5 Ost
22.04. **Bindschedler Heidi**, HNO-Klinik, Poliklinik
22.04. **Bus Annette**, Kardiologie
22.04. **Maiocchi Reto**, Medizin 7.2

30 Jahre

01.04. **Fernandez Jose**, Bettenzentrale
01.04. **Gigliotti Saveria**, Reinigungsdienst 3
01.04. **Kneubühl Veronika**, Debitorenbuchhaltung
01.04. **Muser Luisa**, Frauenklinik Mutter und Kind
01.04. **Radü Ernst-Wilhelm**, Prof., Radiologie
04.04. **Bernasconi Pia**, Telefonzentrale
17.04. **Cal Jose**, Patiententransport
17.04. **Vinzens Daniela**, Frauenklinik, Gynäk.Bettenstation
18.04. **Klüppelberg Franziska**, Medizin 7.1
23.04. **Wehrli Michael**, Anästhesie
01.05. **Olivieri Maria**, Reinigungsdienst 3
01.05. **Schlösslen Roseline**, Dermatologie, Patientenservices
01.05. **Uhland Marti Hedwig**, Zentr. Personalabteilung
01.05. **Varela Heidi**, Akutgeriatrie (AGUK)
16.05. **Strösslin Beatrice**, HNO-Klinik, Patientenservices
01.06. **Lüdin Germaine**, Pneumologie MT
12.06. **Arjona Antonia**, Anästhesie

25 Jahre

01.04. **Balmer Peter**, Zentr. Patientenwesen
01.04. **Zumkeller Philipp Sonja**, Anästhesie
16.04. **Feuz Astrid**, Chirurgie 3 Ost
24.04. **Di Iorio Antonia**, Reinigungsdienst 2.1
24.04. **Ramos Filomena**, Chirurgie 1 Ost
26.04. **Bieri Inge**, Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung
01.05. **Waiz Susanne**, Notfallstation
06.05. **Schmid Claus**, Anästhesie
08.05. **Oelkers Rita**, Labormedizin
01.06. **Gysin Esther**, Gastroenterologie
01.06. **Scherer Astride**, Medizin 7.2
25.06. **Adjancic Mira**, Reinigungsdienst 2.2

20 Jahre

01.04. **Garot Angela**, HNO-Klinik, Sekretariate
01.04. **Rohrer Georgette**, Radio-Onkologie
03.04. **Schmitt Murielle**, Dermatologie, Pflege/MTTA amb.
03.04. **Visuvalingam Raveendran**, Chirurgie 1 Ost
24.04. **Di Giovanni Rosa**, Reinigungsdienst 1.1
01.05. **Metzger Corine**, Medizin 5.1
01.05. **Roth Silvia**, Rechnungswesen
01.05. **Tsakiris Dimitrios**, Labormedizin
13.05. **Jaussi Schnider Barbara**, Anästhesie
19.05. **Stoll Priska**, Dermatologie, Bettenstation
23.05. **Bläuer Cornelia**, Medizin 6.2
28.05. **Bolliger Kaufmann Corina**, ZTP
01.06. **Jauch Rainer**, Neurochir. Überwach.
01.06. **Silva Luzia**, Notfallstation
01.06. **Spychiger Claudia**, Anästhesie
01.06. **Struck Gertrud**, Patientenaufnahme BO
01.06. **Zeradjanin Nadica**, Augenklinik, Bettenstation

05.06. **Bielmann Vreni**, Medizin 7.1
12.06. **Gasser Marliese**, Informatik
26.06. **Romann Chantal**, Therapie-Dienste

15 Jahre

01.04. **Branco Domingos**, Küche
01.04. **Schär Kanku Christine**, Innere Medizin
01.04. **Schulz Bodo**, Chirurgie 3 Ost
01.04. **Spiess Rene**, Lagerbetriebe
01.04. **Terracciano Luigi**, Pathologie
18.04. **Piccinni Addolorata**, Küche
01.05. **Kempf Pierre**, Neurologie Bettenstation
01.05. **Krick Christine**, Notfallstation
01.05. **Neff Ursula**, Spitalhygiene
01.05. **Simeoni Elia**, Gebäudemanagement 1
02.05. **Klatt Ursula**, Medizinische Poliklinik
16.05. **Duarte Maria Isabel**, Küche
16.05. **Schaub Alexandra**, ZTP
16.05. **Schaub Alexandra**, Chirurgie 3 Ost
01.06. **Bitterlin Andreas**, Direktionsstab/Unternehmenskommunikation
01.06. **Eibl-Läufer Eva**, Therapie-Dienste
01.06. **Gamboni Pierrette**, Therapie-Dienste
01.06. **Ortola Panariello Antonia**, Personalabteilung P&B
01.06. **Schneider Heidi**, Direktionssekretariat
01.06. **Vögtli Gabriele**, Neurologie Bettenstation
06.06. **De Lorenzo Rosaria**, Dermatologie
13.06. **Abade Vanda**, Reinigungsdienst 2.2
13.06. **Bulmus Elif**, Reinigungsdienst 1.1
13.06. **Cvijetic Dragica**, Reinigungsdienst 2.2
13.06. **De Sousa Antonina**, Reinigungsdienst 1.1
13.06. **Dos Reis Mariana**, Reinigungsdienst 2.1
13.06. **Farina Morana Maria del Carmen**, Reinigungsdienst 1.1
13.06. **Idtaib Saadia**, Reinigungsdienst 2.2
13.06. **Pires Vera**, Personalrestaurant
15.06. **Pretto Manuela**, Klin.Pflegewissenschaft
16.06. **Avis Brigit**, Radiologie
16.06. **Scheffczyk Ute**, Pflegedienste OM
26.06. **Steiger Karin**, Chirurgie 4 Ost
27.06. **Boetsch Claude**, Gebäudemanagement 3

10 Jahre

01.01. **Christeller Sylvia**, Anästhesie
01.04. **Gregor Christina**, Chirurgie 1 Ost und ZTP
01.04. **Hentz Swetlana**, Anästhesie
01.04. **Hügin Barbara**, Radiologie
01.04. **Kleissner Cornelia**, Nephrologie Dialyse
01.04. **Lasky Annick**, Anästhesie
01.04. **Niethammer Madeleine**, Rechnungs- & Patientenwesen
01.04. **Unternährer Prisca**, Therapie-Dienste
02.04. **Erni Melanie**, Chirurgie 4 Ost
06.04. **Meury Clelia**, Anästhesie
30.04. **Rauscher Noemi**, ZTP
01.05. **Baumann Thomas**, Neurologische Klinik
01.05. **Bleifuss Elsbeth**, PUP Sekretariat
01.05. **Breitenstein Ewa**, Chirurgie 3 Ost
01.05. **Keserovic Hikmeta**, Spital-Pharmazie
01.05. **Nussbaumer Irene**, Isolierstation
01.05. **Salemi Giuseppe**, Gebäude-& Energietechnik

Pensionierungen

- 01.05. **Vetter Beatrice**, Klin. Pharmakologie
- 01.05. **Walter Stephanie**, HNO-Klinik, Sekretariate
- 02.05. **Müller Liane**, Chirurgie 3 Ost
- 04.05. **Bucher Evelyne**, Anästhesie
- 04.05. **Kunze Ursula**, Memory Clinic NPZ
- 05.05. **Heimgartner Thomas**, Radiologie
- 01.06. **Buffon Franz**, Informatik
- 01.06. **Freiermuth Renate**, Labormedizin
- 01.06. **Frey Sonja**, Telefonzentrale
- 01.06. **Rätz Bravo Alexandra**, Klin. Pharmakologie
- 01.06. **Schmelcher Ursula**, Dermatologie, Sekretariate
- 17.06. **Jusufoski Blagorodna**, Reinigungsdienst 1.2
- 21.06. **Maric Miroslava**, Reinigungsdienst 2.2
- 21.06. **Tuzcu Zeliha**, Reinigungsdienst 1.1

Korrigendum

- 17.01. **Jud Carmen**, Anästhesie
30 (nicht 35 wie in «viernullacht» publiziert)

Chirurgie

- 28.02. **Marchi-van den Boom Adriana**, Patientenwesen

Spezialkliniken

- 31.03. **Mura Antonietta**, Frauenklinik Poliklinik
- 30.04. **Gschwind Ruth**, Frauenklinik Mutter und Kind
- 30.06. **Heinemann Monika**, Frauenklinik Poliklinik

Medizinische Querschnittsfunktionen

- 30.06. **Gilgen Lone**, Qualitätskontrolle
- 30.06. **Radü Ernst-Wilhelm**, Prof., Radiologie
- 30.06. **Maecke Helmut**, Prof., Radiologie

Personal & Betrieb

- 31.03. **Tena René**, Gebäudemanagement
- 30.04. **Plattner Eva**, Hörsaaldienst
- 30.06. **Sobotka Jirina**, Einkauf

Direktion

- 30.06. **Schneider Heidi**, Direktionssekretariat

Schon gehört? Schon gesehen?

Erfolg. Am 4.12.08 haben die Teilnehmenden vom zweiten Kurs Clinical Leadership Programm (CLP) ihre Abschlusspräsentationen im kleinen Hörsaal des ZLF erfolgreich durchgeführt und eine Bestätigungsurkunde vom RCN (Royal College of Nursing), London, und vom USB erhalten. Es handelt sich dabei um Anita Blum (Frauen-Poliklinik), Silvia Brand (Augenspital), Claudia Braun (Chirurgie 7.2), Brigitte Bühler (Geburtsabteilung), Ruth Gerber Dabó (Gynäkologie/gyn. Onkologie), Andreas Hinck (HNO), Peter Kammerer (Isolierstation), Kristian Schneider (Notfallstation) und Susanne Timus (Medizin 8.2).

Patent Award 2008. Entwicklung des Instituts für Pathologie des Universitätsspitals Basel erzielt 2. Platz. Am 24. Januar 2009 wurden im Rahmen einer festlichen Galaveranstaltung in Frankfurt die Gewinner des Patent Award 2008 der IP Bewertungs AG (IPB) für Patente mit besonderem Marktpotenzial bekannt gegeben. Der zweite Platz und damit ein Preisgeld von 10 000 Euro ging an eine Entwicklung, die ihren Ursprung am Institut für Pathologie der Universität Basel hat. Es handelt sich dabei um die molekularbiologische Bestimmung, ob eine krankhafte Vermehrung des Östrogen Rezeptor Gens bei Brustkrebs vorliegt. Die Entwicklung liefert Anhaltspunkte dafür, dass diese für eine bessere Brustkrebsdiagnostik und -behandlung mit entscheidend ist. Die Suche nach in Brustkrebs amplifizierten Genen und ihre Erforschung begann unter der Leitung von Prof. Dr. Guido Sauter in der Abteilung Molekulare Pathologie am Universitätsspital Basel. Nach dem Wechsel von Prof. Sauter ans Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf wurde die Zusammenarbeit mit dem USB (Dr. Christian Ruiz) weitergeführt.

Prix Servier. Dieser Preis zeichnet hervorragende Leistungen im Bereich der Diabetesberatung aus. Er wird von der Schweiz. Diabetesgesellschaft verliehen und ist mit 3000 Franken dotiert. Stefanie Heiber, Ernährungsberaterin im USB hat sich im besonderen Masse für die Beratung von Typ-1 Diabetikern verdient gemacht, insbesondere bei einer Studie zu einem neuen Kohlenhydrat-Schätzinstrument (Nutri-Lernbuffet), durch Mitwirkung in Sommerlagern für Kinder mit Diabetes und durch Aufbau einer Interessengruppe für junge Menschen mit Typ-1-Diabetes.

Preise. An der Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie 2009 wurden am 19.3.09 zwei Preise an Forschende des Universitätsspitals und der Universität Basel verliehen. Ausgezeichnet wurden eine Studie zur Verhinderung der Ausbreitung multiresistenter Erreger und eine Studie über progressive multifokale Leukoenzephalopathie, eine seltene, lebensbedrohliche Erkrankung des Gehirns. Der Preis für Epidemiologie ging an Dr. Dominik Mertz und Mitarbeiter, Klinik für Infektiologie & Spitalhygiene am Universitätsspital Basel, für eine von Prof. Andreas Widmer geleitete Studie zur Verhinderung einer Ausbreitung multiresistenter Erreger. Frau Dr. Nina Khanna wurde mit dem Preis für klinische Forschung für eine Studie über progressive multifokale Leukoenzephalopathie, eine seltene, lebensbedrohliche Erkrankung des Gehirns, ausgezeichnet. Die Krankheit wird durch das Polyomavirus JC verursacht. Betroffen sind abwehrgeschwächte Patienten insbesondere mit einer HIV Infektion.

Patientenverfügung. Die Medizinische Gesellschaft Basel MedGes, GGG Voluntas und das USB haben gemeinsam die neue «Basler Patientenverfügung» entwickelt. Die Patientenverfügung kann auf www.basler-patientenverfuegung.ch kostenlos heruntergeladen werden. Auf der Homepage finden sich nützliche Informationen dazu.

Molekular

Chemie und Physik in Labor und Küche



Nahe liegend: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinischen Chemie lernten Methoden der Laborküche kennen.

Sämtliche Kochprozesse lassen sich mit wissenschaftlichen Methoden erklären. Kochen besteht schliesslich aus nichts anderem als aus chemischen und physikalischen Vorgängen. Die Möglichkeit, einmal gastronomisch neue, geradezu revolutionäre Wege zu gehen und dabei selbst zu laborieren, liessen sich die Mitarbeitenden der Klinischen Chemie nicht entgehen und buchten die Weihnachtsabteilungsfeier inklusive selbst gefertigten Apéro-Elaborats in der USB-Küche. Das ist an und für sich noch nichts Aussergewöhnliches. Der Clou aber war, dass sie dabei in Berührung mit der Technik des molekularen Kochens kamen. Unter der fachkundigen Anleitung des Gastkochs Rudolf Wanninger entstanden mithilfe von Pipetten, Spritzen und Laugen beispielsweise Wasabi-Kaviar zum Knabbern und Sirupperlen für den Kir Royal, auf molekulartechnische Art zubereitet. Die originelle Idee, die Weihnachtsfeier auf diese Weise und für einmal im USB zu begehen, stiess nach anfänglicher Skepsis dann auf restlose Begeisterung, bescherte sie den rund 50 Personen nebst Spass denn auch noch ein feierliches Gourmetmenü mit allem Drum und Dran. Dessen traditionelle Zubereitung erfolgte dann jedoch wieder unter Ausschluss der Öffentlichkeit und ganz geheimnisvoll hinter den USB-Küchekulissen. Zubereitungsmethode hin oder her – Hauptsache, das Menü hat vorzüglich gemundet.



Einiges molekular gespritzt...



... anderes traditionell zubereitet