

Wechsel im Verwaltungsrat der St. Clara AG

Am 20. Juni 2011 hat die Generalversammlung der St. Clara AG Raymond Cron, seit dem Jahr 2000 Mitglied des Verwaltungsrats des Claraspitals, zum neuen Präsidenten gewählt. Raymond Cron folgt auf Josef Zeltner, der seit 1988 dem Verwaltungsrat angehörte, diesem seit September 2007 als Präsident vorstand und nun altershalber zurücktrat. Neues Mitglied des Verwaltungsrats ist Dr. Beat Oberlin, CEO der Basellandschaftlichen Kantonalbank. Er ist in der Nachfolge von Josef Zeltner im Verwaltungsrat für den Bereich der Finanzen zuständig. Neuer Vizepräsident des Verwaltungsrates ist Dr. Claude Janiak, Anwalt und Ständerat des Kantons Basel-Landschaft.

Klinische Demonstrationen

Medizinische Gesellschaft Basel/Claraspital
Donnerstag, 10. November 2011
16.00 bis 18.00 Uhr (anschliessend Apéro)
Hotel Hilton, Auditorium «Bäloise»
Aeschengraben 31, Basel

Interdisziplinäre Behandlung des Prostatakarzinoms

PD Dr. Tobias Zellweger, Prof. Dr. Wolfgang Harms, Dr. Robin Ruzsat, PD Dr. Martin Buess

Chirurgische Klinik

Effekt von Bypass oder Schlauchmagen auf Diabetes und Adipositas. PD Dr. Ralph Peterli

Das Frauenknie – PR-Blase oder Prothesenindustrie? Dr. Daniel Weber

SILS/NOTES: Kosmetik oder Profit?
Dr. Jörn-Markus Gass

Medizinische Klinik

Small talk im Knochenstoffwechsel
Dr. Caroline Christoffel-Courtin

Darmkrebs nie – aber wie? Stellenwert neuer Screeningtests. PD Dr. Miriam Thumshirn

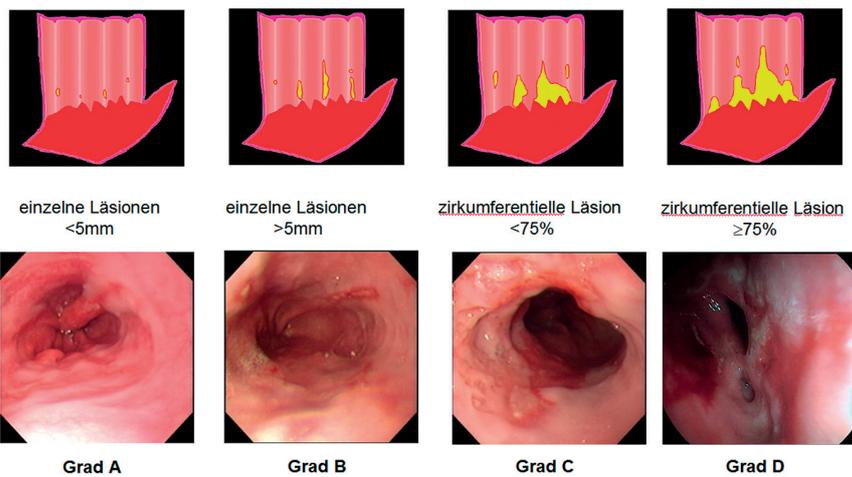
CT-Screening für das Bronchialkarzinom: bereit für die Praxis? Prof. Dr. Markus Solèr

Editorial	2
Interview	3
Dr. med. Beatrice Kern	
Diverses/Personelles	4
Weiterbildung	4
Kontaktadressen	4

Die gastroösophageale Refluxkrankheit:

Diagnostik und medikamentöse Therapie

Die gastroösophageale Refluxkrankheit ist ein häufiges Leiden. Zwischen 15 und 20% der erwachsenen Bevölkerung klagen mindestens einmal wöchentlich über retrosternales Brennen und/oder saures Aufstossen. Die Refluxkrankheit ist multifaktoriell bedingt. Die wichtigste Refluxbarriere ist ein funktionell intakter unterer Ösophagussphinkter (UÖS). Tritt Reflux auf, ist die effiziente Entleerung des Refluats aus dem Ösophagus (Clearance) wichtig. Bei einer primär oder sekundär gestörten Motorik des tubulären Ösophagus bleibt das Refluat länger liegen und führt zu Symptomen und einer Schädigung der Schleimhaut. Ernährungsgewohnheiten und Übergewicht haben ebenfalls einen Einfluss auf das Auftreten von Refluxbeschwerden und sollten bei der Therapie berücksichtigt werden.



Schweregrad der Refluxösophagitis: Los Angeles Klassifikation

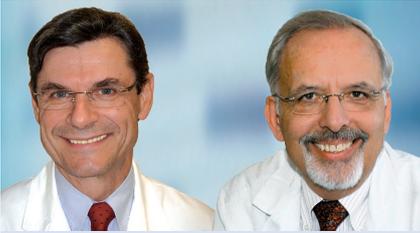
Symptome und Komplikationen

Bei der Refluxkrankheit wird zwischen typischen und atypischen Symptomen sowie Alarmsymptomen (Dysphagie, Odynophagie und Hämatemesis) unterschieden. Dabei kann aus dem Schweregrad oder Muster der Symptome nicht auf das Vorliegen einer Ösophagitis geschlossen werden. Bei ca. 70% der Patienten mit typischen Refluxsymptomen (saures Aufstossen, Regurgitation) liegt eine nicht erosive Refluxkrankheit mit unauffälliger Endoskopie vor. Atypische Beschwerden der Refluxkrankheit sind Angina-ähnliche Brustschmerzen, Heiserkeit, nächtliches nicht allergisches Asthma oder rezidivierende Pneumonien infolge Aspiration. Die gastroösophageale Refluxkrankheit

ist eine wichtige Differentialdiagnose des nichtkardialen Thoraxschmerzes. Bei 20 bis 30% der Patienten mit Thoraxschmerzen lässt sich auch nach intensiver Diagnostik inklusive Koronarangiographie kein auffälliger kardialer Befund erheben. Bei mehr als der Hälfte dieser Patienten kann nach Ausschöpfung aller diagnostischer Verfahren eine Erkrankung oder Funktionsstörung des Ösophagus nachgewiesen werden. Von besonderer Bedeutung ist die Zylinderepithelmetaplasie des distalen Ösophagus als Folge einer chronischen Refluxkrankheit. Dieser sogenannte Barrett-Ösophagus stellt eine Präkanzerose dar mit einem gegenüber der Normal-

Fortsetzung Seite 2

Editorial



Liebe Kolleginnen und Kollegen

In der vorliegenden Ausgabe vom ClaraAktuell wird zunächst unser neuer Verwaltungsratspräsident, Herr Raymond Cron vorgestellt. Wir gratulieren ihm ganz herzlich zu seiner Wahl und wünschen ihm für seine neue herausfordernde Aufgabe das Beste. Gerne laden wir Sie zur MedGes-Veranstaltung des Claraspitals vom 10. November ein. Wie jedes Jahr stellen wir Ihnen neue Konzepte und Kontroversen in der medizinischen Diagnostik und Therapie vor. Als Hauptthema wird in dieser Nummer die Diagnostik und medikamentöse Therapie der gastroösophagealen Refluxkrankheit behandelt. Dabei stellt Frau PD Dr. med. Miriam Thumshirn die elektrische Impedanzmessung vor, die Refluxereignisse unabhängig von der chemischen Zusammensetzung sowie Volumenreflux und gasförmigen Reflux differenzieren kann. Insbesondere wird auf die Indikation dieser neueren Messtechnik eingegangen. Auch die konservative Therapie hat sich in den letzten Jahren mit den modernen PPIs sehr differenziert, sodass die Indikation zur Operation sehr selten geworden ist. Im Interview beantwortet Frau Dr. med. Beatrice Kern, unsere neue Leitende Ärztin Viszeralchirurgie, Fragen zu Operationsindikation und Operationstechnik. Aufgrund unserer Erfahrung zeigt sie, dass bei massgeschneiderter Therapie und wohl überlegter Indikationsstellung die Operationsresultate exzellent sind. Abschliessend stellt Ihnen PD Dr. med. Freimut Jüngling die aktuelle Demenz-Diagnostik mit PET vor. Auch dürfen wir die Herren Dr. med. Bernward Niemann und Dr. med. Dipl. Phys. Thomas Lind recht herzlich begrüßen. Bernward Niemann wird als Oberarzt Onkologie unser Onkologieteam ergänzen, Thomas Lind, auch als Oberarzt, unsere Abteilung Nuklearmedizin verstärken. Herzlichst

Prof. Dr. Markus von Flüe
Prof. Dr. Christian Ludwig

Die gastroösophageale Refluxkrankheit (Fortsetzung)

population deutlich erhöhten Risiko eines Adenokarzinoms.

Diagnose

Entscheidend für das therapeutische Prozedere ist die Endoskopie zur Beurteilung des Schweregrades einer Refluxösophagitis. Zurzeit werden drei Klassifikationen angewendet: die Los Angeles Klassifikation (Schweregrad A-D, s. Abbildung S.1), die Einteilung nach Savary-Miller (Grad I-IV) sowie die MUSE-Klassifikation. Indikationen für eine Ösophagogastroduodenoskopie sind das Auftreten von Alarmsymptomen, persistierende Refluxsymptome trotz probatorischer PPI (Protonenpumpeninhibitoren)-Therapie und auch der Ausschluss eines Barrett-Ösophagus bei Risikopatienten (v.a. Männer >50 Jahre, chronische Refluxbeschwerden).

Die 24-Stunden-pH-Metrie ist heute der Goldstandard zum Nachweis eines pathologischen Refluxes. Das Messergebnis wird als Refluxscore, der aus verschiedenen Einzelparametern ermittelt wird, ausgedrückt. Eine Neuentwicklung ist die kombinierte pH-Impedanz-Messung. Mit der elektrischen Impedanzmessung können Refluxereignisse unabhängig von der chemischen Zusammensetzung (d.h. saurer oder alkalischer Reflux) sowie ein Volumenreflux oder gasförmiger Reflux differenziert werden. Die Impedanzmessung hat eine deutlich höhere Sensitivität zum Nachweis eines Volumenrefluxes als Provokationsmanöver bei der radiologischen Diagnostik. Die Impedanz-pH-Metrie empfiehlt sich vor allem zur Objektivierung einer Refluxkrankheit: 1. bei Endoskopie-negativer Refluxkrankheit; 2. bei atypischen Symptomen (z.B. Abklärung bei chronischem Husten), 3. bei persistierenden Symptomen während einer antisekretorischen Therapie und 4. zur präoperativen Abklärung vor einer Antirefluxoperation.

Die Ösophagusmanometrie erlaubt die genaue Beurteilung des UÖS und der Motilität des Ösophagus, aber die Diagnose einer Refluxkrankheit kann damit nicht mit genügender Sensitivität gestellt werden. Die Ösophagusmanometrie ist vor einer Antirefluxoperation und bei Verdacht auf Motilitätsstörungen der Speiseröhre indiziert. Eine radiologische Abklärung (Ösophaguspassage) ist präoperativ zum Nachweis einer Hiatushernie notwendig.

Therapie

Die Ziele der Behandlung der Refluxkrankheit sind die Symptombefreiung des Patienten und das Verhindern von Komplikationen. Allgemeine Massnahmen umfassen Diätmodifikationen (Meiden von fettreichen Mahlzeiten oder grösserer Mahlzeiten vor der Nachtruhe), schlafen mit leicht

erhöhtem Oberkörper bei nächtlichen Refluxbeschwerden und eine Gewichtsreduktion bei Adipositas. Bei gelegentlichen Beschwerden ist die Einnahme eines Antazidums oder eines Protonenpumpeninhibitors (PPIs) bei Bedarf zu empfehlen. Bei stärkeren Refluxbeschwerden (≥ 3 Episoden/Woche) oder Nachweis einer Refluxösophagitis ist eine Behandlung mit einem PPI, der wirksamsten heute zur Verfügung stehenden Therapie mit dem besten Kosten-Nutzen-Effekt indiziert. Bei einer leichten Refluxkrankheit sollte mit einem PPI in einer Standarddosis für vier Wochen behandelt werden, während bei einer schwereren Refluxösophagitis eine acht- bis zwölfwöchige Therapie mit einer höheren Dosierung eventuell gefolgt von einer Dauertherapie in einer Standarddosis sinnvoll ist. Bei langem rezidivfreien Intervall und seltenen Rückfällen kann jeweils nur die neue Krankheitsepisode behandelt werden (intermittierende Therapie). Bei häufigem und schnellem Rezidiv nach Absetzen des PPIs ist eine Dauerprophylaxe indiziert. PPI haben zwar eine relativ geringe Nebenwirkungsrate doch können sich aufgrund der häufigen Co-Medikationen und Dauer der Therapie verschiedene Probleme ergeben. Vor allem müssen Interaktionen mit solchen Medikamenten beachtet werden, die wie die meisten PPIs über das Cytochrom CYP2C 19 verstoffwechselt werden (z.B. Clopidrogel, Prasugrel). Einige Publikationen vorwiegend retrospektiver Daten haben gezeigt, dass die gleichzeitige Behandlung mit Clopidrogel und einem PPI bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit die klinische Prognose negativ beeinflusst. Dieser negative Einfluss auf kardiovaskuläre Ereignisse konnte allerdings in anderen Studien nicht bestätigt werden. Trotz der nicht eindeutigen Datenlage konnten die Pharmakodynamikstudien einen Einfluss auf die Wirkung von Clopidrogel je nach dem verwendeten PPI aufzeigen. Angesichts der Ergebnisse ist es empfehlenswert, zusätzlich zu Clopidrogel einen PPI zum Magenschutz nur bei Patienten mit Risikofaktoren für eine gastrointestinale Blutung zu verschreiben (Ulkusanamnese, frühere gastrointestinale Blutung, höheres Alter, Einnahme von NSAR oder Kortikosteroiden). Die langjährige Einnahme von PPI scheint das Risiko für eine Osteoporose zu erhöhen. Abhängig von Dauer und Dosis kann es zu einer Zunahme osteoporotischer Frakturen an Wirbelkörpern, Hüfte und Radius kommen. Bei häufig rezidivierenden schwergradigen Refluxbeschwerden und bei eindeutig auf einer Refluxerkrankung beruhenden pulmonalen Symptomatik ist eine Antirefluxoperation zu diskutieren (siehe Interview).

PD Dr. med. Miriam Thumshirn

Interview mit Dr. med. Beatrice Kern, Leitende Ärztin Chirurgie



Dr. med. Beatrice Kern

Die operative Therapie der gastro-ösophagealen Refluxkrankheit hat eine jahrzehntelange Tradition. Seit der Einführung der PPI's erfolgt die Therapie jedoch primär medikamentös. Welches sind heutzutage die Indikationen für eine operative Therapie?

Viele Patienten können heutzutage erfolgreich über eine lange Zeit konservativ behandelt werden. Die Operation stellt jedoch immer noch eine effektive Alternative zu einer lebenslangen medikamentösen Therapie dar. In Situationen, in denen die konservative Therapie versagt

oder eine Unzufriedenheit oder Ablehnung gegenüber einer PPI-Dauertherapie besteht, kann eine Antirefluxoperation diskutiert werden. Der Indikation zur Operation sollte immer eine umfangreiche Abklärung mittels Endoskopie, pH-Metrie und Manometrie vorausgehen.

Wie kann man sich den Wirkmechanismus der Antirefluxoperation vorstellen und welches Verfahren wird heutzutage gewählt?

Im Gegensatz zu der medikamentösen Therapie wird bei der Operation die Ursache der Funktionsstörung behandelt. Durch eine Manschettenbildung (Fundoplicatio) um den distalen Ösophagus wird die defekte Druckbarriere am gastroösophagealen Übergang rekonstruiert. Die beiden am häufigsten durchgeführten Fundoplicatio-Typen sind die totale (360°) Fundoplicatio nach Nissen und die posteriore partielle (270°) Fundoplicatio nach Toupet (s. Abb.1 und 2). Der Eingriff erfolgt heutzutage laparoskopisch. Dadurch kann der Spitalaufenthalt auf 4 bis 5 Tage verkürzt werden. Die postoperative Erholungsphase ist schneller als bei einer offenen Operationstechnik und das kosmetische Resultat ist ausgezeichnet. Insbesondere profitieren auch Risikogruppen wie zum Beispiel adipöse Patienten von dieser minimal-invasiven Technik.

Es wurden die beiden Fundoplicatio-Typen, Nissen und Toupet, erwähnt. Was sind die Unterschiede?

Die Frage, ob eine partielle 270° Fundoplicatio nach Toupet oder eine 360° Fundoplicatio nach Nissen durchgeführt werden soll, wird seit langem kontrovers diskutiert. Es wird argumentiert, dass die Toupet Fundoplicatio eine geringere Dysphagierate, dafür eine etwas höhere Rezidivrate aufweist. Es gibt zwischenzeitlich zahlreiche Studien zu diesem Thema. Eine Metaanalyse von sieben prospektiv randomisierten Studien, 2010 im British Journal of Surgery veröffentlicht, zeigte eine signifikant höhere Prävalenz postoperativer Dysphagie und damit verbundenen postoperativen Dilatationsbehandlungen bei der laparoskopischen Nissen Fundoplicatio. Auch Aufstossen und das sogenannte «gas bloating» waren beim Nissen häufiger als bei Toupet. Keine Unterschiede wurden hinsichtlich eines Wiederauftretens einer pathologischen Säureexposition oder einer Refluxösophagitis gefunden. Wir bevorzugen deshalb bei uns die Durchführung einer laparoskopischen Fundoplicatio nach Toupet.

Mit welchem Erfolg kann der Patient nach einer Fundoplicatio rechnen?

Die Ergebnisse der Antirefluxchirurgie sind sehr gut, wie wir auch an einer eigenen Studie bei 186 bei uns operierten Patienten zeigen konnten. 94 % dieser Patienten waren mit dem Resultat zufrieden und würden die Operation wieder machen lassen.

Besten Dank für das Gespräch.

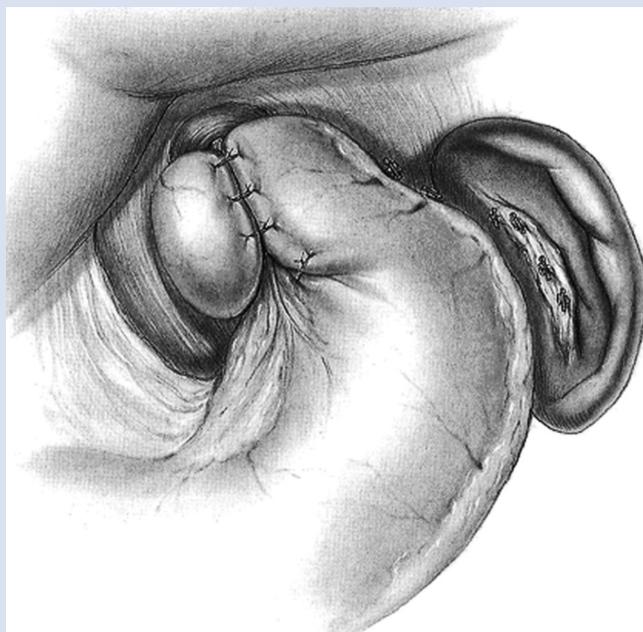


Abb. 1: 360° Fundoplikatio nach Nissen

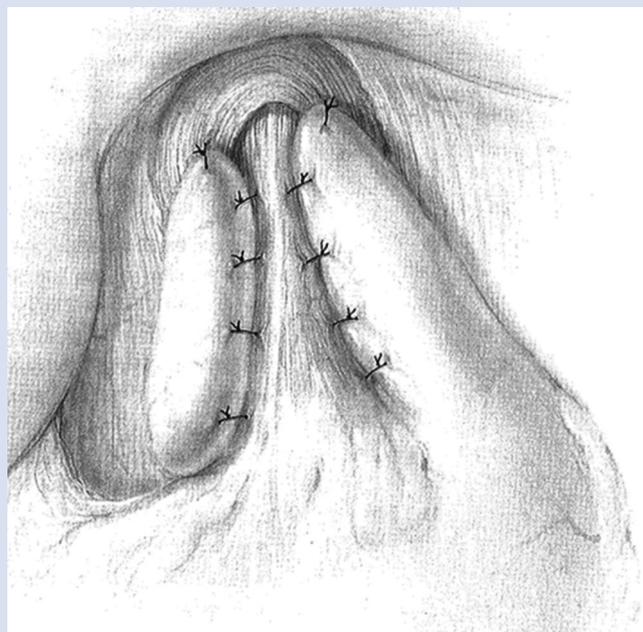


Abb. 2: 279° Fundoplikatio nach Toupet

Kontaktadressen

	Telefon	/ FAX
Zentrale	061 685 85 85 / 061 691 95 18	
Notfall		
Spitalfacharzt	061 685 83 33 / 061 685 82 47	
Anmeldung Notfälle	Mo – Fr 8.00 – 17.00 Uhr übrige Zeit	
Tagesarzt Chirurgie	061 685 80 20 / 061 685 82 47	
Tagesarzt Medizin	061 685 80 30 / 061 685 82 47	
Telefonzeiten	Mo – Fr 8.00 – 17.00 Uhr übrige Zeit über Zentrale	
Bettendisposition		
Viszeralchirurgie	061 685 84 79 / 061 685 84 66	
Orthopädie/Traumatologie	061 685 84 79 / 061 685 84 66	
Urologie	061 685 84 79 / 061 685 84 66	
Medizin	061 685 86 70 / 061 685 84 66	
Informationen		
Austrittsberichte Chirurgie	061 685 84 83 / 061 685 86 37	
Austrittsberichte Medizin	061 685 84 83 / 061 685 83 40	
Kostengutsprachen, etc.	061 685 83 87 / 061 685 85 90	
Diagnostik/Therapie		
Radiologie/Röntgen	061 685 82 85 / 061 685 85 79	
Nuklearmedizin/PET/CT	061 685 82 52 / 061 685 82 62	
Physiotherapie	061 685 83 90 / 061 685 89 93	
Chirurgie		
Viszeralchirurgie		
Prof. Dr. M. von Flüe	061 685 84 80 / 061 685 83 37	
PD Dr. Ch. Ackermann	061 685 84 85 / 061 685 87 63	
Frau Dr. B. Kern	061 685 84 32 / 061 685 84 60	
PD Dr. R. Peterli	061 685 84 84 / 061 685 84 81	
Frau Dr. I. Füglistaler	061 685 84 85 / 061 685 87 63	
Dr. M.O. Guenin	061 685 84 31 / 061 685 87 64	
Frau Dr. L. Stoll	061 685 84 85 / 061 685 87 63	
Dr. R. von Aarburg	061 685 84 31 / 061 685 87 64	
Frau Dr. S. Urban	061 685 84 80 / 061 685 83 37	
Stomaberatung	061 685 86 65 / 061 685 86 59	
Orthopädie/Traumatologie		
Dr. D. Weber	061 685 84 90 / 061 685 86 57	
Dr. R. Kernen	061 685 84 93 / 061 685 86 57	
Frau Dr. K. Jaeggi	061 685 84 90 / 061 685 86 57	
Urologie		
PD Dr. T. Zellweger	061 685 85 23 / 061 685 82 61	
Dr. R. Ruzsat	061 685 85 22 / 061 685 82 61	
Dr. O. Passera	061 685 85 20 / 061 685 82 61	
Frau Dr. W. Remmele	061 685 85 20 / 061 685 82 61	
Anästhesie	061 685 84 63 / 061 685 86 37	
IPS	061 685 85 65 / 061 685 82 49	
Medizin		
Onkologie		
Prof. Dr. Ch. Ludwig	061 685 84 70 / 061 685 83 47	
Dr. C. Knüsli	061 685 84 75 / 061 685 83 86	
PD Dr. M. Buess	061 685 84 75 / 061 685 85 94	
Frau Dr. C. Cescato	061 685 84 39 / 061 685 85 91	
Frau Dr. M. Ebnöther	061 685 84 39 / 061 685 85 91	
Onkologisches Ambulatorium	061 685 81 74 / 061 685 81 72	
Radioonkologie		
Prof. Dr. W. Harms	061 685 82 00 / 061 685 82 25	
Frau Dr. B. Asadpour	061 685 82 00 / 061 685 82 25	
Kardiologie		
Prof. Dr. B. Hornig	061 685 83 80 / 061 685 89 97	
Dr. Ch. Grädel	061 685 83 80 / 061 685 89 97	
Dr. Ch. Kohler	061 685 83 80 / 061 685 89 97	
Gastroenterologie		
Frau PD Dr. M. Thumshirn	061 685 84 76 / 061 685 84 57	
Dr. C. Lang	061 685 84 76 / 061 685 84 58	
PD Dr. B. Meyer	061 685 84 76 / 061 685 85 21	
Dr. M. Manz	061 685 84 76 / 061 685 84 58	
Pneumologie		
Prof. Dr. M. Solèr	061 685 84 73 / 061 685 84 69	
Dr. P. Buser	061 685 84 73 / 061 685 84 69	
PD Dr. L. Joos	061 685 84 73 / 061 685 84 69	
Lungenfunktion	061 685 84 74 / 061 685 84 67	
Bronchoskopie	061 685 84 73 / 061 685 84 69	
Infektiologie		
Frau Dr. C. Kaech	061 685 82 92 / 061 685 83 47	
Ernährungszentrum		
Prof. Dr. Th. Peters	061 685 89 40 / 061 685 89 41	
Frau Dr. C. Christoffel	061 685 89 40 / 061 685 89 41	
Palliativstation		
Frau Dr. E. Balmer	061 685 84 75 / 061 685 83 86	
Frau Dr. N. Rogge	061 685 84 75 / 061 685 83 86	

State-of-the-art Positronen-Emissions-Tomographie (PET) Vorreiter in der Demenzdiagnostik

Die PET wird in der Demenzabklärung seit über 15 Jahren eingesetzt. Der technische Fortschritt durch die Einführung von PET/CT vor etwa fünf Jahren konnte bislang jedoch nur eingeschränkt ausgenutzt werden, denn die Definition des «Normalen» mittels PET als wichtigste Komponente einer genaueren und frühzeitigen Diagnose fehlte bisher. Eine Arbeitsgruppe um PD Dr. Freimut Jüngling (SCS), Prof. Dr. Andreas Monsch (Memory Clinic Basel) und Prof. Dr. Stippich (Neuroradiologie, USB) wollte sich damit nicht zufriedengeben und untersuchte über 40 gesunde Freiwillige im Alter von 45 bis 85 Jahre mittels Neuropsychologie, MR-Tomographie und PET/CT und übernahm hiermit weltweit eine Vorreiterrolle. Nötig geworden ist diese Studie schon allein wegen der neu hohen Auflösung der heutigen PET/CT-Geräte. Hatten wir vor zehn Jahren noch eine typische Auflösung von 6 mm, sind jetzt mittels PET im Gehirn bereits millimetergrosse Strukturen sichtbar. Es ist, als hätten wir plötzlich eine Lesebrille aufgesetzt und würden jetzt erst merken, wie unscharf wir die letzten Jahre gesehen hatten. Natürlich können wir von der hohen Auflösung erst dann profitieren,

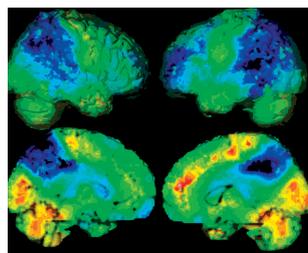


Abb. 1: Im Vergleich zu einem Normkollektiv typischer, parietotemporaler Hypometabolismus bei einem Patienten mit beginnender Demenz vom Alzheimer-Typ (MMST 26 Punkte).

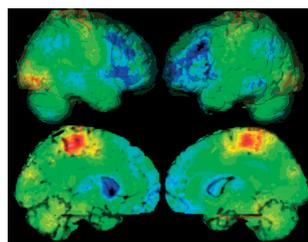


Abb. 2: Im Vergleich zum Normkollektiv typischer frontotemporaler Hypometabolismus bei einem Patienten mit Frontotemporaler Demenz.

wenn wir verlässlich genau wissen, wie der gesunde Zustand aussieht. Dies war bislang nicht möglich.

Unterscheidung PET/CT und MRT

PET/CT und MRT sind vollständig unterschiedliche, sich aber ergänzende Untersuchungsmethoden. Während mit der MRT andere Erkrankungen wie Tumore, Folgen von Gefässverkalkungen oder auch eine Atrophie besonders gut erkannt werden können, zeigt die PET/CT den aktuellen Funktionszustand des Gehirns. Wenn Hirnareale, die für das Gedächtnis eine wichtige Rolle spielen, nicht mehr so aktiv wie bei Gesunden sind, zeigt sich das bereits in einer verminderten Aufnahme von Traubenzucker, noch bevor sich die Hirnstruktur so verändert, dass es für die MR-Tomographie sichtbar wird. Wenn man die internationalen Publikationen bewertet, eignet sich die PET/CT wie kein anderes Verfahren als objektivierbares Instrument zur Frühdiagnostik und Verlaufsbeurteilung des Krankheitsfortschrittes.

Gibt es «Alzheimer-Marker»?

Mittels PET können die krankhaften Ablagerungen im Gehirn («Amyloid-Plaques»), die im Verlauf der Erkrankung gebildet werden, spezifisch sichtbar gemacht werden. Hinsichtlich Aussagen zu Schweregrad und Prognose ist die FDG-PET/CT jedoch weiterhin deutlich aussagekräftiger als die Amyloid-PET/CT, für die ebenfalls (noch) ein ausreichend gut untersuchtes Normkollektiv fehlt. Die FDG-PET/CT bleibt somit vorerst die wichtigste apparative Untersuchung und kann Patienten mit Demenz vom Alzheimer-Typ frühzeitig identifizieren (Abb. 1) und von anderen Demenzformen wie frontotemporaler Demenz (Abb.2) differenzieren.

Krankenkassenleistung

Vor fünf Jahren wurde die Hirn-PET aus dem Katalog der KLV ohne Begründung gestrichen. Nach dem Wechsel an der Spitze des EDI haben wir jedoch die Hoffnung, dass der in diesem Jahr mit entsprechender, wissenschaftlicher Begründung durch die Fachgesellschaften eingereichte Antrag auf Wiederaufnahme in die KLV positiv beschieden wird.

PD Dr. med. Freimut Jüngling

Personelles

Dr. Thomas Lind



Dr. med. Dipl. Phys. Thomas Lind beginnt am 1.11.2011 als Oberarzt auf der Abteilung für

Nuklearmedizin. Er ist in Wuppertal geboren und hat seine Facharztausbildung an der Universitätsklinik Essen absolviert. Im Anschluss war er als niedergelassener Nuklearmediziner in einer radiologischen Praxis in Köln tätig. Sein Schwerpunkt liegt in der PET- und PET/CT-Diagnostik onkologischer Fragestellungen.

Dr. Bernward Niemann



Dr. med. Bernward Niemann aus Ibbenbüren absolvierte seine onkologische

Facharztausbildung in der Klinik für Tumorbiologie in Freiburg, am Unispital Basel sowie am Kreiskrankenhaus Lörrach, wo er, nach einer Tätigkeit in einer onkologischen Schwerpunktpraxis, als Oberarzt Hämatologie und Onkologie beschäftigt war. Am 1.12.2011 tritt er seine Stelle als Oberarzt Onkologie an.

Weiterbildung für Ärzte

Claraspital/Mehrzweckraum, 5. Stock: Interdisziplinäres Gastroforum

Nächster Termin:

14.09.2011: Akute Pankreatitis, Prof. Dr. M. von Flüe

Interdisziplinäre Fortbildung am Claraspital

Mittwochmorgen 7.45 h, (Kaffee ab 7.30h)

Nächster Termin:

21.09.2011: Schwindel, Dr. A. Zehnder
19.10.2011: Interventionelle Onkologie der Leber mit Swissintervention, Prof. A. L. Jaboc, Dr. S. Kos
16.11.2011: Aktuelle Therapiekonzepte bei Sigmadivertikulitis, Dr. I. Füglistaler-Montali

Rapportraum im 1. Stock – Mittelbau:

Chirurgisch-onkologisches Tumor-Board
Jeden Dienstag und Donnerstag
7.40 – 8.15 h

Impressum

Herausgeber

St. Claraspital, Kleinriedenstrasse 30
Postfach, CH-4016 Basel
Telefon ++41 61 685 85 85
Fax ++41 61 691 95 18, scs@claraspital.ch

Konzeption, Prepress, Fotos

Swiss Professional Media AG – Rittmann

Redaktion

thomas.peters@claraspital.ch
beatrix.sonderegger@claraspital.ch
pgenetzky@medical-tribune.ch

Druck

Tanner & Bosshardt AG, Basel
© Nachdruck nur mit Nennung der Quelle