

Bauliche Erneuerungen

Während des Sommers wurde die Bettenstation 2. Mitte sanft renoviert. Mit neuen Bodenbelägen und Wandanstrichen sowie einer Auffrischung der Inneneinrichtung ist die Abteilung seit dem 30. August wieder in Betrieb.

Bereits im März begann der Umbau der Bettenzentrale, der nun abgeschlossen ist. Im November erfolgt der Bezug des neuen Labors. Die Gestaltung der Räumlichkeiten im Untergeschoss des Claraspitals wurde in enger Zusammenarbeit mit den Nutzern aufgrund der Arbeitsabläufe erarbeitet. Dank des vollverglasteten Lichthofes in Richtung Park sind die Räume licht und hell.

Klinische Demonstrationen

Medizinische Gesellschaft Basel/Claraspital
Donnerstag, 4. November 2010

16.00 bis 18.00 Uhr (anschliessend Apéro)
Hotel Hilton, Auditorium «Bâloise»
Aeschengraben 31, Basel

Interdisziplinäre Behandlung des Rektumkarzinoms

Dr. Christian Looser
PD Dr. Miriam Thumshirn
Prof. Markus von Flüe
Prof. Wolfgang Harms
Prof. Christian Ludwig

Chirurgische Klinik

Photodynamische Diagnostik von Harnblasentumoren – Das Unsichtbare sichtbar machen
Dr. Robin Ruszat

Laparoskopische Chirurgie der Nebenniere
Dr. Beatrice Kern

Das blockierte Kniegelenk
Dr. Rolf Kern

Medizinische Klinik

Therapie des Reizdarmsyndroms: Verzweiflung oder Licht am Horizont?
PD Dr. Miriam Thumshirn

Neue Antidiabetika – hilfreich oder nur modern?
Dr. Caroline Christoffel-Courtin

Mammakarzinom – neuere zielgerichtete Therapieformen
Dr. Tilly Nothhelfer

Editorial	2
Interview	3
PD Dr. med. Miriam Thumshirn	
Diverses/Personelles	4
Weiterbildung	4
Kontaktadressen	4

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Neues zu Diagnostik und Therapie

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (IBD = inflammatory bowel disease) beinhalten Colitis ulcerosa (CU) und Morbus Crohn (MC). MC ist charakterisiert durch Schleimhautulzerationen und transmurale Entzündung vor allem im terminalen Ileum und/oder Kolon. Bei der CU beschränkt sich die Entzündung auf die Kolonmukosa.

Diagnostik, was gibt's Neues?

Nach wie vor ist die IBD-Diagnostik ein Patchwork aus Klinik, Labor, Bildgebung, Endoskopie und Histologie. Häufig ergibt sich die Diagnose erst durch den Verlauf.

Nicht-invasive Tests

Es gibt keine spezifische Blutuntersuchung für IBD. Anti-saccharomyces-cerevisiae Antikörper (ASCA) bei MC und perinukleäre antineutrophile cytoplasmatische Antikörper (p-ANCA) bei CU haben keinen Stellenwert in der Diagnostik. Sie können in seltenen Fällen bei der indeterminierten Kolitis hilfreich sein.

Von zunehmender Bedeutung ist die Bestimmung von Calprotectin im Stuhl. Es ist hilfreich bei der Unterscheidung zwischen funktionellen Störungen und entzündlichen Veränderungen des Darms sowie bei der nicht-invasiven Verlaufskontrolle bei IBD. Calprotectin ist im nativen Stuhl sieben Tage stabil.

Endoskopie – immer besser

Die Ileokoloskopie mit Biopsie bleibt diagnostischer Goldstandard. Die ambulante Untersuchung, heute meist in Sedation mit Propofolum, wird von den Patienten insgesamt als problemlos geschildert. Bei unklaren Fällen, insbesondere Verdacht auf einen MC nur im Dünndarm, kann heute die Kapselendoskopie die Diagnose erhärten oder verwerfen.

Medikamentöse Therapie bei Morbus Crohn

Die Therapie bei MC richtet sich nach der Aktivität in den verschiedenen Krankheitsphasen (aktiver Schub, chronisch aktive Erkrankung und Remission). In den letzten Jahren wird aufgrund der Verfügbarkeit



Abbildung 1: Kapselendoskopiebild bei Morbus Crohn im Dünndarm

neuer, wirksamer Biologika (anti-TNF-Antikörper) das Konzept einer im Krankheitsverlauf frühen Immunsuppression angewendet. Ziel ist die möglichst rasche steroidfreie Remission, um Langzeitnebenwirkungen vorzubeugen.

Von zentraler Bedeutung ist der Rauchstopp. Er ist so effektiv wie die beste medikamentöse Therapie.

Schubtherapie

Die früher eingesetzten 5-ASA Präparate zeigen oft keinen Erfolg bei einem leichten Schub. Hier kann Budesonid mit einer Tagesdosis von 9 mg versucht werden. Spätestens beim mittelschweren bis schweren Schub sind systemische Steroide mit einer Startdosis bis 60 mg Prednisonäquivalent täglich notwendig. Die Dosis muss der Klinik angepasst individuell ausgeschlichen werden. Eine Steroidtherapie bei MC sollte nie länger als drei Monate dauern.

Fortsetzung Seite 2

Editorial



Liebe Kolleginnen und Kollegen

Die Behandlung chronischer entzündlicher Darmerkrankungen wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa ist weiterhin häufig eine grosse Herausforderung sowohl für den Arzt als auch für die betroffenen Patienten. Aus ärztlicher Sicht ist die gute Zusammenarbeit zwischen Gastroenterologen und Viszeralchirurgen wichtig. Glücklicherweise haben sich die medikamentösen Optionen dank der monoklonalen Antikörper gegen TNF (Tumornekrosefaktor) verbessert. Trotzdem handelt es sich in den meisten Fällen um lang dauernde, für die oft jüngeren Patienten belastende Behandlungen. Auch benötigen diese Patienten im Verlauf ihrer Erkrankung relativ häufig einen operativen Eingriff, wie im Artikel von Dr. Michael Manz, seit April 2010 Oberarzt auf der Gastroenterologischen Abteilung im Claraspital, dargestellt. Im Zusammenhang mit unserem Schwerpunkt Onkologie werden Patienten und Angehörige häufig mit schwerwiegenden Situationen konfrontiert, die z.T. eine professionelle Unterstützung notwendig machen. In diesem Zusammenhang wurde von Dr. Claudio Knüsli, Leitender Arzt Onkologie, im Team ein Konzept für einen psychoonkologischen Dienst im Haus ausgearbeitet. Damit soll die psychologische Betreuung von Patienten und Angehörigen, aber auch von Mitarbeitenden verstärkt werden. Nach wie vor soll gelten, dass sich primär der behandelnde Arzt und die involvierten Pflegenden um die Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen kümmern – eine Aufsplitterung in somatische und psychologische Behandlung ist nicht das Ziel. Andererseits gibt es Situationen, in denen eine professionelle Unterstützung in diesem Bereich unbedingt notwendig ist. Wir hoffen damit, die Betreuung unserer Tumorpatienten auch auf diesem Gebiet weiter verbessern zu können.

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

Neues zur Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Kann der Schub mit Steroiden nicht beherrscht werden oder handelt es sich um den zweiten Schub sollten Immunsuppressiva eingesetzt werden. Bewährt haben sich Azathioprin oder 6-Mercaptopurin. Die maximale Wirkung wird erst nach drei bis sechs Monaten erreicht.

Alternativ oder beim schweren Schub können in dieser Situation anti-TNF Antikörper eingesetzt werden: Infliximab als Infusion, Adalimumab oder Certolizumab pegol subcutan.

Remissionserhaltende Therapie

Man unterscheidet den chronisch aktiven Verlauf mit persistierender Klinik vom chronisch remittierenden Verlauf mit immer wieder neuen Krankheitsschüben. Hier werden remissionserhaltend Azathioprin oder 6-Mercaptopurin eingesetzt. Unter dieser Therapie müssen die Lymphozyten regelmässig kontrolliert werden. Auch anti-TNF-Antikörper werden häufig mit Erfolg eingesetzt. Die Langzeittherapie hat sich gegenüber der früher angewandten episodischen Gabe klar durchgesetzt, da es zu weniger Antikörperbildung und Wirkungsabschwächung kommt.

Neues bei der chirurgischen Crohn-Therapie

Nach wie vor trifft bei MC und Chirurgie der Grundsatz «weniger ist mehr» zu. Der richtige Moment zur Operation sollte aber auch nicht verpasst werden. Im Krankheitsverlauf werden bei mehr als der Hälfte aller Patienten mindestens zwei Operationen notwendig sein.

Im Vordergrund stehen eine minimale Resektion respektive Strikturoplastik von fibrotischen Stenosen, sowie die chirurgische Therapie von Abszessen und Fisteln. Bei analen Fisteln wurde bisher entweder ein Seton-Faden eingelegt, welcher die Abszessbildung verhinderte oder die Fistel exzidiert und verschlossen.

Eine neue Alternative ist der Anal-Fistula-Plug®. Er besteht aus einem schmalen Zylinder aus Schweinekollagen, der den Fistelkanal von innen her okkludiert. Eine ausgedehnte Entfernung des Fistelgewebes entfällt im Gegensatz zu anderen OP-Techniken. Somit ist auch die Komplikationsrate insbesondere am Schliessmuskel sehr gering. Allerdings haben sich die initial euphorischen Resultate im Verlauf auf einem realistischen Niveau (von maximal 50 % Erfolg) eingependelt.

Medikamentöse Therapie der Colitis ulcerosa

Auch bei der CU müssen wir zwischen Schubtherapie und Remissionserhaltung differenzieren. Zusätzlich beeinflusst die

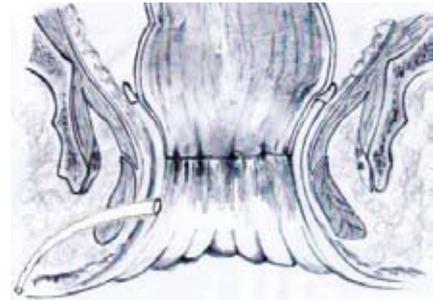


Abbildung 2: Anal-Fistula-Plug

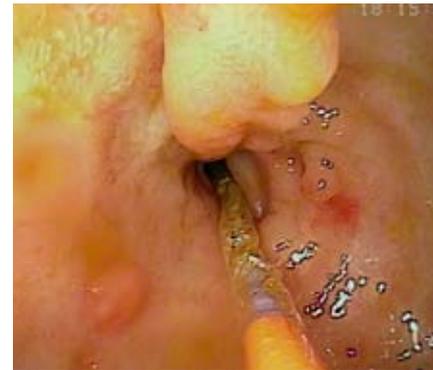


Abbildung 3: Ballondilatation bei stenosierendem Morbus Crohn im Colon

Ausdehnung der CU (Proktitis, linksseitige Kolitis oder Pankolitis) die Therapie entscheidend.

Bei distaler oder linksseitiger CU mit leichter bis mittlerer Aktivität sollten primär topische 5-ASA Präparate (Suppositorien, Klysmen oder Schaum) eingesetzt werden. Falls sich Krankheitsaktivität auch proximal der linken Flexur findet, soll zusätzlich ein



Abbildung 4: Proktokolektomie-Präparat bei schwerer Pancolitis

orales 5-ASA Präparat gegeben werden. Beim Therapieversagen oder bei einem schweren Schub kommen systemische Steroide zum Einsatz.

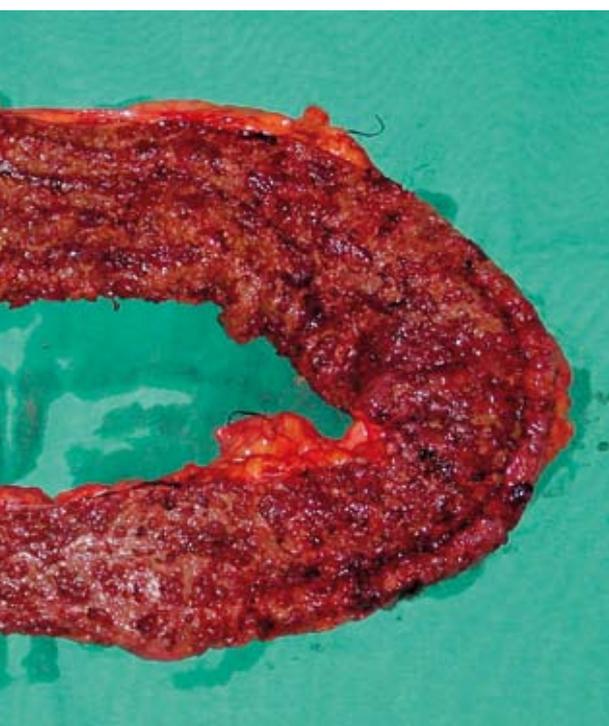
Beim fulminanten Schub werden Steroide hoch dosiert intravenös appliziert. Bei ungenügendem Ansprechen kann entweder Cyclosporin i.v. oder der TNF-Antikörper Infliximab versucht werden. Die stationäre Therapie dieser schwerkranken Patienten wird immer interdisziplinär zwischen Gastroenterologen und Chirurgen abgesprochen, um den Zeitpunkt für eine Kolektomie nicht zu verpassen resp. optimal zu wählen.

Remissionserhaltend werden primär 5-ASA Präparate eingesetzt. Zentral bei dieser langfristigen Therapie ist die Compliance, welche durch geeignete Darreichungsformen und ev. nur einmal tägliche Dosierung erhöht werden kann. Bei der komplizierten CU haben sich Azathioprin oder Infliximab etabliert.

Chirurgische Therapie der Colitis ulcerosa

Nach wie vor beträgt das Risiko für die Notwendigkeit einer Operation im Verlauf der Erkrankung zwischen 10 und 35 % (Versagen der konservativen Therapie, Dysplasie/Karzinom). Chirurgischer Standard ist die Proktokolektomie mit Ileum-Pouch-analer Anastomose. Bei der fulminanten Kolitis wird heute immer dreizeitig operiert. Primär erfolgt die Anlage einer terminalen Ileostomie und Proktokolektomie mit blind verschlossenem Rektumstumpf, dann die Ileum-Pouch-anale Anastomose mit protektiver Ileostomie und zuletzt Stomarückverlagerung.

Dr. Michael Manz,
Dr. Marc Olivier Guenin



Colitis ulcerosa

Interview mit PD Dr. med. Miriam Thumshirn



PD Dr. med. Miriam Thumshirn

Frau Dr. Thumshirn, gibt es neue Erkenntnisse über die Ursache chronisch entzündlicher Darmerkrankungen?

Heute geht man davon aus, dass die chronischen Darmentzündungen, Morbus Crohn und Colitis ulcerosa, durch Störungen in der Immunabwehr entstehen, deren Ursache genetisch und durch Umweltfaktoren beeinflusst wird. In der Schweiz wird von einer Gruppe Gastroenterologen eine Langzeitstudie (Swiss IBD Cohort Study) durchgeführt, die vor allem epidemiologische Daten erfasst und von der neue Erkenntnisse zu den genetischen Ursachen und dem Krankheitsverlauf erwartet werden können.

Wann ist eine TNF-Hemmer-Therapie notwendig und was ist zu beachten?

Für die Therapieentscheidungen bei der Behandlung von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind neben dem Befallsmuster vor allem der bisherige Krankheitsverlauf und die aktuelle Krankheitsaktivität bedeutend. So sollten Patienten mit einem ersten Schub zunächst eine Schubtherapie erhalten. Patienten mit einem sehr schweren oder chronisch aktiven Krankheitsverlauf benötigen, falls keine OP-Indikation vorliegt, eine dauerhafte immunsuppressive oder TNF-Hemmer-Therapie. Unter einer TNF- α -Antikörper-Therapie ist das Risiko opportunistischer Infektionen deutlich erhöht, weshalb zuerst eine aktive Tuberkulose (mittels Anamnese, Röntgenbild des Thorax und Quantiferontest

oder T-SPOT), eine Hepatitis B und C sowie ein HIV-Infektion ausgeschlossen werden müssen.

Welche Bedeutung haben die neuen Medikamente für Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen?

Die neuen Medikamente, sprich die TNF- α -Antikörper sind zwar teuer, haben aber die Behandlung der IBD deutlich verbessert. Das Ziel der Behandlung ist die rasche Eindämmung der klinischen Entzündungssymptomatik und damit letztlich eine Verbesserung der Lebensqualität. Mit diesen neuen Medikamenten steht eine Therapie zur Verfügung, mit der häufig eine vollständige Mukosaheilung erzielt werden kann. Damit vermindert sich das Potential für Komplikationen (Perforation, Stenosen) infolge von Schleimhautläsionen.

Sind bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen spezielle Vorsorgeuntersuchungen zu beachten?

Oft zu wenig Augenmerk wird auf die nötigen Vorsorge-Koloskopien insbesondere bei der Colitis ulcerosa gelegt. Das Gesamtrisiko für ein kolorektales Karzinom steigt bei der Pancolitis ulcerosa nach zehn Jahren Krankheitsdauer auf 2 Prozent, nach 20 Jahren schon auf 8 Prozent an. Deshalb gilt die Empfehlung, ab dem 8. Jahr nach Diagnosestellung alle ein bis drei Jahre eine Vorsorge-Koloskopie durchzuführen.

Wichtig ist die Suche nach einer latenten oder bereits manifesten Osteoporose. Durch die Krankheit selbst, insbesondere aber durch die Steroidtherapie und eine gestörte Absorption von Calcium und Vitamin D (besonders beim Morbus Crohn) ist das Risiko für Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen deutlich erhöht. Empfohlen wird eine regelmässige Untersuchung der Knochendichte und die Substitutionstherapie.

Bei immunmodulierenden Therapien ist auch eine regelmässige dermatologische Kontrolle empfohlen, da das Risiko für Hauttumoren erhöht ist. Noch wichtiger ist die konsequente Anwendung eines Lichtschutzes.

Besten Dank für das Gespräch

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 – 18.00 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 – 18.00 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 87 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	
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. B. Kern	061 685 84 32 / 061 685 84 60	
Frau Dr. L. Stoll	061 685 84 85 / 061 685 87 63	
Dr. R. von Aarburg	061 685 84 31 / 061 685 87 64	
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. Ruszat	061 685 85 22 / 061 685 82 61	
Dr. J. Moldenhauer	061 685 85 24 / 061 685 82 61	
Anästhesie	061 685 84 83 / 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. T. Nothhelfer	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	
PD Dr. L. Joos	061 685 84 73 / 061 685 84 69	
Dr. P. Gerber	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. S. Weibrecht	061 685 84 75 / 061 685 83 86	

Diverses

Psychoonkologie am Claraspital

Die Psychoonkologie befasst sich mit den psychologischen Aspekten der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge von Krebserkrankungen. Ziel ist die Erhaltung oder Wiederherstellung der Lebensqualität und die Unterstützung von Patienten und Angehörigen sowie ärztlichem und pflegerischen Personal im Kontext von Krebserkrankungen. Die wechselhaften Krankheitsverläufe bei Krebspatienten sind oft mit Unsicherheit, Angst und Trauer verbunden. Viele Fragen – von Pati-



enten und Angehörigen – wollen beantwortet sein. Besonders zu kritischen Zeitpunkten wie Primär- und Rückfalldiagnose, bei Gesprächen zur Prognose sowie über die Betreuung sterbender Menschen ist der Bedarf für eine psychoonkologische Begleitung ausgeprägt. Eine von der Spitalleitung beauftragte interdisziplinäre Arbeitsgruppe (L. Stäubli, Dr. A. Schmid, Dr. T. Nothhelfer und Dr. C. Knüsli) erarbeitete in den letzten Monaten ein Konzept für die Schaffung eines «Psychoonkologischen Dienstes am Claraspital». Im Jahre 2009 wiesen ein Drittel aller Eintritte der Inneren Medizin und ein Sechstel aller chirurgischen Eintritte als Hauptdiagnose eine Tumorerkrankung auf. Daraus und aufgrund der Grösse

des Spitals ergibt sich der Gesamtbedarf von etwa zwei 100 %-Psychoonkologiestellen.

Die Spitalleitung hat das Konzept im Juni 2010 gutgeheissen. Es soll in zwei Tranchen verwirklicht werden: Ab Ende Sommer 2010 werden Frau Lucia Stäubli, Kunsttherapie, und Frau Rita Hutchinson, Pflege, zusammen ein 80 %-Pen-sum im Rahmen des nichtärztlichen Psychoonkologieangebotes übernehmen. Ferner stehen uns die beiden Konsiliarpsychiater Dr. Andreas Schmid und Dr. Heinz Oppliger mit insgesamt 30 % zur Verfügung. Im ersten Halbjahr 2011 sollen die bisherigen Erfahrungen evaluiert und dann zusätzlich ein Psychoonkologe oder eine Psychoonkologin zu 100 % angestellt werden.

Eine Aufgabe in nächster Zeit wird sein, Ärzteschaft und Pflegende wieder vermehrt auf die Aspekte der alltäglichen, «einfachen» Psychoonkologie aufmerksam zu machen und zu schulen. Denn überall, wo eine Beziehung zwischen Krebskranken und ihren Betreuenden ent- und besteht, schwingt auch spürbar die Frage nach der Zukunft des einzelnen Patienten mit, die wir kompetent und angemessen beantworten möchten. Hier werden uns die erwähnten Mitarbeitenden des Psychoonkologischen Dienstes tatkräftig unterstützen, «worauf wir uns freuen! Psychoonkologische Konsilien können im Sekretariat Onkologie bei Frau Tobler/ Frau Trefzer, Tel. 061 685 84 75 angemeldet werden.

Dr. Claudio Knüsli, Leitender Arzt

Weiterbildung für Ärzte

Claraspital/Mehrzweckraum, 5. Stock:

13.10.2010:
Management urologischer Notfälle in der Hausarztpraxis, PD Dr. T. Zellweger

Interdisziplinäres Gastroforum

Nächster Termin: 15.9.2010

10.11.2010:
Knieschmerz, Dr. D. Weber

Interdisziplinäre Fortbildung am Claraspital

Mittwochmorgen 7.45 h
(Kaffee ab 7.30 h)
Nächste Termine:

15.9.2010:
Stoma – Management in der Praxis,
Dr. M. O. Guenin / S. Wyttenbach

Rapportraum im 1. Stock- Mittelbau: Chirurgisch-onkologisches Tumor-Board

Jeden Dienstag und Donnerstag
7.40 – 8.15 h

Personelles

Dr. Peyman Pourhamidi



Dr. Peyman Pourhamidi ist in Teheran geboren und dort sowie später in Graz aufgewachsen, wo er das Studium der Humanmedizin absolvierte und im Juli 1995 promovierte. Danach durchlief er verschiedene Disziplinen im Diakonissenkrankenhaus Schladming sowie im LKH Bad Aussee. Die Ausbildung zum Facharzt für radiologische Diagnostik machte er in verschiedenen Krankenhäusern in Linz sowie an der Uniklinik Royal Oak/Michigan. 2003 erwarb er das FA-Diplom. Nach einer Station an der Universitätsklinik Innsbruck ist er nun als Oberarzt Radiologie am Claraspital tätig.

Dr. Klaus Vetter



Nach der Ausbildung zum diplomierten Krankenpfleger in Kiel und Eutin und dem Studium der Humanmedizin in Giessen (D) war Dr. Klaus Vetter seit 2003 an verschiedenen Stellen in der Schweiz tätig, u.a. als Assistenzarzt in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen und an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, wo er auch seine Dissertation beendete. Zudem arbeitete er im Paraplegiker-Zentrum Nottwil sowie bis Mitte 2010 in verschiedenen Abteilungen des Kantons-spitals Luzern, vorwiegend im Notfallbereich. 2009 erwarb er den Facharztstitel für Allgemeinmedizin. Herr Dr. Vetter wird als Spitalfacharzt den Interdisziplinären Notfall mitbetreuen.

Impressum

Herausgeber: St. Claraspital
Kleinriehenstrasse 30, Postfach
CH-4016 Basel
Telefon ++41 61 685 85 85
Fax ++41 61 691 95 18
scc@claraspital.ch

Konzeption, Prepress, Fotos
Swiss Professional Media AG – Rittmann

Redaktion: thomas.peters@claraspital.ch
beatrice.sonderegger@claraspital.ch
pgenetzky@medical-tribune.ch

Druck: Birkhäuser + GBC
© Nachdruck nur mit Nennung der Quelle