



# Rheinisch-Westfälische Röntgengesellschaft

Gesellschaft für Radiologische Diagnostik, Strahlentherapie und Nuklearmedizin

Rheinisch-Westfälische Röntgengesellschaft e. V.  
Ernst-Reuter-Platz 10, 10587 Berlin

Präsident der RWRG  
**Prof. Dr. med. W.-D. Reinbold**  
  
Schriftführer der RWRG  
**PD. Dr. med. J. Kirchner**

c/o Deutsche Röntgengesellschaft e.V.  
Ernst-Reuter-Platz 10  
10587 Berlin  
Tel.: 030 / 916 070 16  
Fax: 030 / 916 070 22  
E-Mail: [rwrg@drq.de](mailto:rwrg@drq.de)

## Mitteilungen aus der RWRG 09- 2012

Sehr geehrte Mitglieder der RWRG,

in den zweiten Mitteilungen des Jahres 2012 möchten wir Ihnen wiederum einen Überblick und Ausblick über die aktuellen Aktivitäten unserer Gesellschaft geben.

### Fortbildungsveranstaltungen

Die letzte Fortbildungsveranstaltung in Minden über Themen der Thorax- Radiologie war mit 65 Teilnehmern bei einem interessanten Vortragsangebot befriedigend besucht. Bei der Fortbildung haben wir auch besonderen Wert darauf gelegt, Leitlinien und Standards insbesondere beim Bronchial- Carcinom verständlich zu machen. Unser Kollege Dr. R. Zabel aus Minden hat hierüber einen zusammenfassenden Bericht angefertigt (s.u.).

### Neuer Internet- Auftritt

Der Vorstand der Rheinisch-Westfälischen Röntgengesellschaft hat aufgrund der Anregung durch verschiedene Mitglieder auf der letzten Mitgliederversammlung den Internet- Auftritt grundlegend überarbeitet und den Ansprüchen einer modernen Fachgesellschaft angepasst. Der Start des neuen Internetauftritts ist für Anfang Oktober

Rheinisch Westfälische Röntgengesellschaft e. V.  
Präsident: Prof. Dr. med. W.-D. Reinbold  
Ernst-Reuter-Platz 10 - 10587 Berlin  
Bank: Postbank BLZ 36010043 Kto. 1899438  
Vereinsregister-Nr. 3625, Amtsregister Düsseldorf  
Steuer-Nr. 120/5702/1120

Tel. (030) 91607016 – Fax(030) 91607022  
[rwrg@drq.de](mailto:rwrg@drq.de) <http://www.hecas.de/rwrg/>



# Rheinisch-Westfälische Röntgengesellschaft

---

Gesellschaft für Radiologische Diagnostik, Strahlentherapie und Nuklearmedizin

geplant. Sie werden über die neuen Inhalte und Möglichkeiten in einer gesonderten Mitteilung informiert, in der Sie auch eine persönliche Zugangsberechtigung für den Mitgliederbereich erhalten werden.

Berufspolitisch strömt wieder vieles auf die Ärzteschaft ein. „Der Organspendeskandal hat das Vertrauen in die Ärzteschaft um Jahre zurückgeworfen“ formuliert der Kammerpräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. Theodor Windhorst. Auch hier sind sicherlich einzelne schwarze Schafe im ärztlichen Beruf auszumachen. Allerdings scheint als Erklärung für viele Misslichkeiten gegenüber Patienten und Ärzten der ökonomische Zwang, in Kliniken und Praxen immer wirkungsvoller zu werden. Zielvereinbarungsgespräche von ärztlichen Leistungen im Sinne von „Stückzahlen“ müssen auf ihre Legalität von der Ärzteschaft überprüft werden.

Der Gesundheitssektor wird weiterhin gewinnbringend privatisiert, gespart wird vor allem an den Leistungen für den Patienten, am Personal und mittlerweile auch an den Ausstattungen in Krankenhäusern in zunehmendem Maße.

„Zielvereinbarungsgespräche als Anreizsystem für noch mehr Leistungen in den Krankenhäusern ohne Personalanpassungen gehören auf den Prüfstand“, schreibt Theodor Windhorst. Die Ärzteschaft versucht durch Einführungen von Qualitätsstandards die Leistungsfähigkeit der Medizin weiterhin zu heben und das Vertrauen der Bevölkerung in die Medizin weiterhin zu stärken. Wir als Ärzte dürfen uns nicht als „Dienstleister“ und unsere Patienten nicht als „Kunden“ verstehen.

Erst Anfang September ist vom gemeinsamen Bundesausschuss, bestehend aus Ärztevertretern, Krankenkassenvertretern und Kliniken, eine neue Reform im Niederlassungsrecht für Ärzte eingeläutet worden. Um vorgeblich mehr Hausärzte auf das Land zu ziehen, wird jetzt eine zunehmend restriktivere Niederlassungssperre für Ärzte jetzt aller Fachrichtungen verordnet. Mit einem Paukenschlag wird ein sofortiger Zulassungsstopp, insbesondere auf dem Facharztsektor, eingeführt.



# Rheinisch-Westfälische Röntgengesellschaft

---

Gesellschaft für Radiologische Diagnostik, Strahlentherapie und Nuklearmedizin

Das Bild vom freien Beruf Arzt bröckelt weiter. Wir können nur mit Solidarität, Kollegialität und Zuwendung zum Patienten bei Erhaltung der medizinischen Versorgungsqualität diesen Entwicklungen entgegentreten. Auch unter diesen Aspekten erscheint es mir sinnvoll, dass sich unsere rheinisch-westfälischen Radiologen gemeinsam weiter organisieren und zusammenstehen.

Das große Ereignis des Ruhr-Kongresses in Bochum vom 25. - 27.10.2012 steht bereits wieder vor der Tür. Ich darf Sie recht herzlich einladen, an dieser Veranstaltung zahlreich teilzunehmen.

Wir freuen uns schon auf Ihr Kommen und grüßen Sie auch im Namen der Kongreß-Präsidenten, Herr Prof. Neuerburg und Herr Prof. Nicolas, sehr herzlich

Ihr

Prof. Dr. med. W. D. Reinbold  
**Präsident der RWRG**

PD. Dr. med. Johannes Kirchner  
**Schriftführer der RWRG**

## **Bericht über die 138te wissenschaftliche Tagung der RWRG in Minden am 25.08.2012**

Dr. R. Zabel

### **1. Kindlicher Thorax mal leicht, mal schwer – R. Wunsch**

Inhalt:

- Besonderheiten der (Röntgen-)Anatomie im Kindes- und Neugeborenenalter (Trachea nicht mediastinal fixiert, horizontaler Rippenverlauf, Vortäuschung einer RF durch Thymusgewebe, persistierender Ductus arteriosus botalli)
- Stadieneinteilung der IRDS (Infant Respiratory Distress Syndrome) I bis IV° mit Röntgenbildern bei Surfactantmangel
- Fehlbildung, Tumoren
- Kindertypische Infektion, insbesondere Pneumonie – Röntgen Thorax ist weiterhin Goldstandard, ggf. auch Sono bei V. a. Pleuraerguss mit Punktionsmöglichkeit.

Besonders gut gefallen:

Quiz: Junge Patientin mit persistierenden Schluckstörungen, im Anschluss Breischluck mit Kompression des Ösophagus von bilateral, anschließend MRT, hier Beweis eines doppelten Aortenbogens. Besonders lebendige Darstellung

### **2. Diagnostik und Therapie/Intervention mittels Röntgenstrahlen aus der Sicht des Klinikers – wie kann der Radiologe einem Pneumologen helfen? – R. Turkiewicz**

Inhalt:

- In der Rangliste der Todesursachen sind 2012 COPD, Pneumonie und Bronchialcarzinom geschlechterunabhängig auf Rang 3-5
- Radiologische Leistungen: Rö, CT, PET-CT, Punktion, VCS-Stenting, Embolisation von Bronchialarterien bei Blutungen
- Pulmonologische Leistungen:

Gesellschaft für Radiologische Diagnostik, Strahlentherapie und Nuklearmedizin

- Talkumpleurodese bei malignem PLE
- Rekanalisierung/Stents bei Tumorobstruktion von Bronchien, ggf. auch Laser/Kryoablation
- Starre/Flexible Bronchoskopie
- Volumenreduktion/Ventilimplantation bei regionalem Emphysem

Besonders gut gefallen:

Betonung des Interdisziplinären Ansatzes, gut verständliche Darstellung der bronchoskopischen Abbildungen

### **3. Mustererkennung in der HR-CT – K. Marten-Engelke**

Inhalt:

- Mustererkennung:
  - o Verdickte interlobuläre Septen: glatt/nodulär/irregulär z. B. bei Stau, Sarkoidose oder auch Pleuracarcinose
  - o Fibrosezeichen: Traktionsbronchiektasen, Honeycombing
  - o Noduläre Veränderungen
  - o Milchglatrübung, Blutung, Konsolidierung
- Muster der Verteilung ist entscheidend für die spezifische Krankheitsentität: basal/apikal, subpleural/Lungenkern, symmetrisch/asymmetrisch um zwischen UIP, NSIP, COP, DIP, Sarkoidose und anderen entscheiden zu können

Besonders gut gefallen:

Systematische Darstellung der Veränderungen anhand der Anatomie des sekundären Lobulus

## 4. Radiologische Diagnostik der Pneumonie – J. Mayer

Inhalt:

- o Viele lebensnahe Beispiele mit Klinik und Paraklinik (besser, als man sie üblicherweise erfährt, sprich gut recherchiert)
- o Pneumonien eingeteilt nach Verteilungsmuster (segmental/lobär, Bronchopneumonie)
- o Pneumonien eingeteilt nach Erreger: PcP, Tbc, Retentionspneumonie

Besonders gut gefallen:

Lebensechte Beispiele mit Klinik & Paraklinik, sehr hilfreich für die klinische Praxis, gute Beispiele auch für die Grenzen des Röntgen Thorax in der klinischen Praxis.

## 5. Thoraxchirurgie – Was ist Standard, was ist möglich? – B. Gerdes

Inhalt:

- o Leistungen der Thoraxchirurgie: wenig belastender Zugangsweg, Thoraxdrainage bei (Spannungs-)Pneumothorax, Operation von Brustkorbdeformitäten, Entfernung von Thymus-RF
- o Tumorchirurgie: Lobektomie, Pneumektomie, Manschettenresektionen
- o Thoraxchirurgie ist integraler Bestandteil multimodaler Therapiekonzepte bei der altersbedingten Zunahme von Lungenerkrankungen

Besonders gut gefallen:

Interdisziplinärer Ansatz mit Radiologie, Nuklearmedizin und Pneumologie sowie Aufzeigen der Grenzen der Radiologie: Die Frage „Welcher LK ist nun metastatisch befallen?“ ist letztlich nicht immer zu klären.

## 6. Lungenkarzinomscreening – aktueller Stand S. Diederich

Inhalt:

- o Röntgen Thorax in zwei Ebenen weiterhin Screeningmethode
- o Letztlich hat aber auch das Low-Dose-CT nur einen begrenzten Nutzen – durch 1250 Low-Dose-CTs wird ein krebsbedingter Todesfall verhindert, daher ist die individuelle Früherkennung bei Rauchern durch Low-Dose-CT nicht zulässig
- o Einzelfälle an zertifizierten Lungenkrebszentren.

Besonders gut gefallen:

Betonung des mäßigen Nutzens bei hohen Kosten. Gegenüberstellung der Einnahmen durch Tabaksteuern (13, 4 Milliarden Euro) und Ausgaben der Suchtprävention (27,4 Millionen Euro)

## 7. Lungencarcinom Neues Stagingssystem - O. Sedlacek

Inhalt:

- o 7. Novelle des TNM-Stagings
- o T weiterhin abhängig von der Größe und dem Abstand zur Trachea mit etwas anderen Größen als in der 6. Novelle
- o N-Staging wie zuvor, die suspekten LK werden nur in 60 % der Fälle intraoperativ bestätigt, hier sind PET-CT und demnächst möglicherweise PET + DWI-Bildgebung besser
- o Metastasierung typischerweise in Skelett, Gehirn, Leber und Nebennieren (Skelett-Szinti, CT- MRT)

Besonders gut gefallen:

Aufschlüsselungen der Änderungen zur 6. Novelle und Ausblick auf zukünftige Entwicklungen.

## 8. Strukturelle, funktionelle und quantitative Bildgebung der Atemwege - M. O. Wielpütz

Inhalt:

- o Tracheobronchomalazie mit dynamischem Kollaps der Trachea – Konventionelles Röntgen bzw. dynamische CT
- o Neu Entwicklung H- MRT: mit Vibe(+KM)-Sequenzen, Auflösung im Vergleich zur CT mäßig bis schlecht, trotzdem für Studien und Kinder geeignet
- o Rolle des CT in Expiration zur Frage, gibt es ein Mosaikmuster
- o Perfusions-CT zum Detektieren destrukturierter Lungenbezirke
- o Perspektivische Rolle des MRT in der Thoraxdiagnostik: Regionale Lungenfunktion (Beurteilung von Perfusion und Ventilation, Einteilung des Schweregrades einer Dysfunktion, Therapiemonitoring)

Besonders gut gefallen:

Nebeneinanderstellung von CT und MRT mit Extrapolation aktueller Entwicklungen

## 9. Rolle der Radiologie im Rahmen der S3- Leitlinie Lungenkarzinom – S. Diederich

Inhalt:

- o Bei Patienten mit V. a. Bronchialcarzinom sollte eine CT durchgeführt werden und ggf. eine Bronchoskopie zur Histologiegewinnung bzw. eine transthorakale ct-gestützte Punktion angeschlossen werden
- o Bei gesichertem Bronchialcarzinom sollte zusätzlich eine CT-Untersuchung vom Abdomen (Leber, Nebennieren) angeschlossen werden
- o Im klinischen Stadium 1A – IIIB PET-CT





# Rheinisch-Westfälische Röntgengesellschaft

---

Gesellschaft für Radiologische Diagnostik, Strahlentherapie und Nuklearmedizin

- o Zum Ausschluss von Schädelmetastasen ist eine MRT angezeigt, nur bei KI (Klaustrophobie, Herzschrittmacher)
- o Bei SCLC PET-CT einsetzen, falls noch kein M1-Stadium (Extensive disease) vorliegt
- o Bei einem isolierten Lungenrundherd sollte die Wahrscheinlichkeit für ein Malignom abgeschätzt werden (Richtlinien der Fleischner-Society) und das weitere diagnostische Vorgehen (VK wann) festgelegt werden.

Besonders gut gefallen:

Praktisches Vorgehen wurde am Beispiel erläutert und damit die S3-Leitlinie zu radiologischem Leben erweckt.