



Pressekonferenz

anlässlich der 81. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.

Termin: 11. Mai 2010, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Hotel Crowne Plaza, Raum Bach C, Bahnhofstr. 10–12, 65185 Wiesbaden

Themen und Referenten

Blick über den Tellerrand: Was lehrt uns die „Himalaya-Medizin“?

Professor Dr. med. Gerhard Rettinger

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie,

Direktor der Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik, Ulm

Hörqualität verbessern:

Neue Entwicklungen bei Innenohrimplantaten verfeinern Wahrnehmung

Professor Dr. med. Dr. h. c. Roland Laszig

Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,

Kopf- und Hals-Chirurgie, Direktor der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Freiburg

Gezielte Tumortherapie im Kopf-Hals-Bereich:

Personalisierte Behandlungskonzepte erhöhen Überlebenschancen

Professor Dr. med. Dr. h. c. Friedrich Bootz

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie,

Direktor der Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Chirurgie der Universität Bonn

Rhinosinusitis, Asthma und Schmerzmittel-Unverträglichkeit:

Neue Therapiestrategien bei chronischen Nasennebenhöhlenentzündungen

Professor Dr. med. Werner Hosemann

Schriftführer der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie,

Direktor der Universitätsklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Kopf- und Halschirurgie, Greifswald

Fortschritte beim endoskopischen Operieren:

Neue Zugangswege und sanftere Techniken für Kopf, Hals und Nase

Professor Dr. med. Norbert Stasche

Schatzmeister der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und

Hals-Chirurgie, Chefarzt der Hals-Nasen-Ohrenklinik des Westpfalz-Klinikum, Kaiserslautern

Konzentrationsschwäche und Leistungsabfall bei Kindern:

Nächtliche Atemstörungen frühzeitig erkennen und behandeln

Professor Dr. med. Thomas Verse

Chefarzt der Abteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie,

Asklepios-Klinik Harburg, Hamburg

Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle: Silke Jakobi
81. Jahresversammlung 2010
Thieme PR-Agentur
Medizinkommunikation Stuttgart
Rüdigerstraße 14 | 70469 Stuttgart
Telefon 0711/8931-163
Telefax 0711/8931-167
jakobi@medizinkommunikation.org

Geschäftsstelle: Ulrike Fischer
Hittorfstraße 7 | D-53129 Bonn
Telefon 02 28 / 23 17 70
Telefax 02 28 / 23 93 85
E-Mail: info@hno.org
Homepage: <http://www.hno.org>



**Pressekonferenz
anlässlich der 81. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.**

Termin: 11. Mai 2010, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Hotel Crowne Plaza, Raum Bach C, Bahnhofstr. 10–12, 65185 Wiesbaden

Inhalt

- Pressemitteilungen**
- Bologna als Ausweg:
HNO-Ärzte diskutieren erweiterten Master of Medicine**
 - Einladung zum Publikumstag
Reden, Riechen, Schmecken, Hören – wie funktioniert das?**
 - Diagnose und Therapie der obstruktiven Schlafapnoe bei Kindern:
Schnarchen verschlechtert Schulnoten**
 - Hightech-Forschung zur Nasenfunktion:
Chirurgische Eingriffe an der Nase verbessern**
 - ePA für die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde: Ulmer Uni-Klinik
verwirklicht elektronische Patientenakte in Eigenregie**
 - Zahlen und Fakten zu Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen**
- Redemanuskripte**
- Professor Dr. med. Gerhard Rettinger
 - Professor Dr. med. Dr. h. c. Roland Laszig
 - Professor Dr. med. Dr. h. c. Friedrich Bootz
 - Professor Dr. med. Werner Hosemann
 - Professor Dr. med. Norbert Stasche
 - Professor Dr. med. Thomas Verse

Curriculum Vitae der Referenten

Bestellformular für Fotos

*Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dies gerne zur Verfügung.
Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter: giesselmann@medizinkommunikation.org.*

Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle: Silke Jakobi
81. Jahresversammlung 2010
Thieme PR-Agentur
Medizinkommunikation Stuttgart
Rüdigerstraße 14 | 70469 Stuttgart
Telefon 0711/8931-163
Telefax 0711/8931-167
jakobi@medizinkommunikation.org

Geschäftsstelle: Ulrike Fischer
Hittorfstraße 7 | D-53129 Bonn
Telefon 02 28 / 23 17 70
Telefax 02 28 / 23 93 85
E-Mail: info@hno.org
Homepage: <http://www.hno.org>



81. Jahresversammlung 2010 der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. 12. Mai 2010 bis 16. Mai 2010, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

Bologna als Ausweg: HNO-Ärzte diskutieren erweiterten Master of Medicine

Wiesbaden, 11. Mai 2010 – Berufliche Unzufriedenheit und zurückgehende Studentenzahlen sind auch in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Anlass zur Sorge. Auf der 81. Jahresversammlung der Fachgesellschaft in Wiesbaden wird über mögliche Auswege nachgedacht, um einem drohenden Facharztmangel zu begegnen.

Zurückgehende Studentenzahlen und die Emigration von Ärzten zeigen für Professor Dr. med. Karl Hörmann, den Präsidenten der Deutschen Akademie für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. und Direktor der HNO-Klinik am Universitätsklinikum Mannheim, dass die Attraktivität der beruflichen Ausbildung verbessert werden muss. „Die Ärzte müssen von arztfremden Aufgaben befreit werden, und die Chancen fachärztliche Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten und eine positive Einstellung zu erwerben, müssen verbessert werden“, fordert Professor Hörmann: Die Begrenzung der Wochenarbeitszeit auf 48 Stunden inklusive Bereitschaftsdienst durch die sogenannte European Working Time Directive habe diese Aufgabe nicht gerade erleichtert.

Einen möglichen Ausweg sieht Professor Hörmann in einer Umsetzung des Bolognaprozesses der Studienreform. Nach einem an der Universität Zürich entwickelten Modell könnte die Ärzte-Ausbildung auf drei Stufen verteilt werden. An eine 3-jährige Grundausbildung zum Bachelor of Medicine könnten sich drei Jahre einer Spezialisierung zum Master of Medicine anschließen. Die dritte Stufe wäre eine 3-jährige Weiterbildung zum Facharzt. Prof. Hörmann: „Bereits mit 27 Jahren stünde dem Gesundheitssystem dann ein strukturiert weitergebildeter Spezialist zur Verfügung.“ Dieser Nachwuchsfacharzt hätte dann Zeit, weitere Kompetenzen in den Schwerpunkten des Fachgebiets zu erwerben. „Mit dem Bolognaprozess können mehr Fachärzte in kürzerer Zeit weitergebildet werden“, so Professor Dr. med. Gerhard Rettinger, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. und Direktor der Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik in Ulm. Dabei dürfe man allerdings nicht die Qualität der Weiterbildung aus den Augen verlieren, so der Experte weiter. „Denn die von fünf auf drei Jahre verkürzte Weiterbildungszeit zum Facharzt birgt das Risiko, dass die Qualität nicht das gleiche Niveau hat wie zuvor“, warnt Rettinger.

Terminhinweis

Rundtischgespräch 7

HNO-Weiterbildung: Konzepte für die Zukunft

Termin: Freitag, 14. Mai 2010, 15.30 bis 17.00 Uhr

Ort: Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Halle 1



81. Jahresversammlung 2010 der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.
12. Mai 2010 bis 16. Mai 2010, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

Einladung zum Publikumstag Reden, Riechen, Schmecken, Hören – wie funktioniert das?

Wiesbaden, 11. Mai 2010 – Warum knackt es manchmal im Ohr, wenn man schluckt? Wie funktioniert unser Riech- und Schmecksinn? Kann eine Störung des Riech- oder Schmeckvermögens behandelt werden? Wie gut funktioniert der Gehörsinn noch? Im Rahmen des Publikumstages anlässlich der Jahresversammlung der DGHNO KHC am 15. Mai 2010 in Wiesbaden informieren Experten Interessierte und Betroffene nicht nur darüber, wie die Organe im Kopf-Hals-Bereich untersucht werden können. Besucher des Publikumstages können sich auch direkt vor Ort untersuchen lassen. Neben Hörprüfungen für Kinder und Erwachsene finden auch Riech- und Schmecktests und eine Schlafanalyse statt. Ferner zeigen die HNO-Ärzte auch, wie sie operieren und demonstrieren endoskopische Untersuchungsverfahren für Nase, Ohr und Hals.

Ein Viertel aller Erwachsenen, die ihren Hausarzt konsultieren, tun dies aufgrund von Beschwerden im sogenannten HNO-Bereich. Kopf- und Hals sind auch die zentralen Regionen, wenn es um die Kommunikation mit anderen Menschen und um die Wahrnehmung unserer Umwelt geht. Wir sehen, hören und sprechen, fühlen, riechen und schmecken mit den Organen in Kopf und Hals, und brauchen das Gleichgewichtsorgan, um uns in unserer Umwelt gut zurechtzufinden. Riechen und Schmecken spielen vor allem beim Essen eine zentrale Rolle. Der Riechsinn hat einen wesentlichen Anteil an der Geschmackswahrnehmung. Denn beim Essen und Trinken steigen die Duftmoleküle über den Rachen von hinten in die Nase und werden dort über die Riechzellen wahrgenommen. Wer unter einer Erkältung mit verstopfter Nase leidet, dem versagt der Geruchssinn seinen gewohnten Dienst. Allein mit der Zunge schmecken Speisen und Getränke fade, und das Essen macht keinen Spaß. Jedes Jahr treten alleine in Deutschland schätzungsweise bei 50 000 Menschen Störungen des Riech- oder Schmecksinnes auf. Eine fundierte Diagnose ist hierfür ganz entscheidend. Denn diese kann eine grundlegende Erkrankung aufdecken, wodurch eine Behandlung der Riech- oder Schmeckstörung erst möglich wird.

Jeder weiß, wie eine Ohrmuschel aussieht. Der komplizierte Weg der Information ins Innenohr und gar in die Hörrinde verbirgt sich dagegen im härtesten Knochen des Menschen, dem Felsenbein. Hohe Lärmpegel, aber auch Dauerbelastungen, wenn man etwa in der Nähe einer verkehrsreichen Straße wohnt, können das Hörvermögen reduzieren. Dabei bleibt die Hörminderung anfangs oft unbemerkt und setzt sich schleichend fort. Rund 19 Prozent der Jugendlichen in Deutschland sind bereits schwerhörig. Bei den über 70-jährigen sind es 54 Prozent.



Gedanken über die Sinne machen sich viele Menschen in der Regel erst dann, wenn einer ausfällt. Ist nur einer davon gestört, hat dies oft schwere Einschränkungen für die Betroffenen zur Folge. Viele Erkrankungen sind, wenn sie rechtzeitig erkannt werden, jedoch gut behandelbar. Die DGHNO KHC informiert Patienten und Interessierte deshalb im Rahmen ihres Publikumstages über die Funktionsweisen der Sinne und zeigt, wie Diagnostik und Behandlung bei Erkrankungen im Kopf-, Halsbereich aussehen. Darüber hinaus beantworten die Experten an diesem Tag die Fragen der Besucher, beraten sie und stellen sich der Diskussion.

Angebote auf dem Publikumstag:

- * Hörprüfungen für Kinder und Erwachsene
- * Navigation im Operationssaal: Wie operiert der HNO-Arzt?
- * Riech- und Schmecktests
- * Schlafanalyse
- * endoskopische Untersuchungsverfahren Nase Ohr Hals
- * Demonstration von Methoden zur Früherkennung bösartiger Veränderungen inklusive Endoskopie und Ultraschall

Der Eintritt ist frei. Eine Voranmeldung ist nicht erforderlich.

Terminhinweis

Publikumstag

Termin: Samstag, 15. Mai 2010, 10.00 bis 15.00 Uhr

Ort: Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Halle 2b (Erdgeschoss / Eingang über Zugang J)



81. Jahresversammlung 2010 der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.
12. Mai 2010 bis 16. Mai 2010, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

Diagnose und Therapie der obstruktiven Schlafapnoe bei Kindern: Schnarchen verschlechtert Schulnoten

Wiesbaden, 11. Mai 2010 – Schnarchen ist das auffälligste Symptom. Ein bis zwei Prozent aller Kinder leiden in Deutschland an einer sogenannten obstruktiven Schlafapnoe (OSA). Die nächtlichen Atemaussetzer machen die kleinen Patienten tagsüber unruhig, trüben ihre Leistungen in der Schule und begünstigen gesundheitliche Probleme. Wie sehr die chronische Schlafstörung die kindliche Entwicklung langfristig stört, wie Ärzte eine Schlafapnoe feststellen, und welche Therapie am besten hilft, erörtern Experten auf der 81. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHO KHC) im Mai 2010 in Wiesbaden.

Früher galt Schnarchen bei Kindern wie bei Erwachsenen nur als lästige Gewohnheit. Inzwischen wissen Mediziner, dass die Ursache der lauten Atemgeräusche oft alles andere als harmlos ist. Bei der obstruktiven Schlafapnoe resultiert das Schnarchen aus einer Verengung der oberen Atemwege. Dies führt zu Atemaussetzern, welche das Gehirn zu Weckreaktionen veranlassen. „Die Patienten bemerken die sogenannten Mikroarousals zwar nicht, aber diese Vorgänge verhindern den Tiefschlaf und den Traumschlaf, die besonders erholsamen Phasen der Nachtruhe“, sagt der HNO-Arzt Professor Dr. med. Thomas Verse von der Asklepios Klinik in Harburg. „Schon wenn Kinder zwei Atemaussetzer pro Stunde haben, sollten Eltern die Ursache unbedingt medizinisch abklären lassen.“

Während Erwachsene mit Schlafapnoe tagsüber unter starker Schläfrigkeit leiden, äußert sich die ausbleibende Nachtruhe im jungen Lebensalter ganz anders. „Die Folgen können bei Kindern sehr vielfältig sein und reichen von motorischer Unruhe über Schwierigkeiten in der Schule bis hin zu Wachstumsstörungen und Lungenerkrankungen“, erläutert Professor Verse. „Mit einer rechtzeitig begonnenen angemessenen Therapie lassen sich diese Probleme aber wieder beheben.“

Allerdings ist die Diagnose bei jungen Patienten wesentlich aufwendiger als bei Erwachsenen. Bestätigt sich der Verdacht, dass hinter dem Schnarchen und den Atemaussetzern eine obstruktive Schlafapnoe steckt, so können Ärzte das Problem mit verschiedenen Verfahren bessern.

Terminhinweis

Rundtischgespräch 1: Obstruktive Schlafapnoe (OSA) bei Kindern

Termin: Donnerstag, 13. Mai 2010, 13.00 bis 14.30 Uhr

Ort: Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Halle 1



81. Jahresversammlung 2010 der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. 12. Mai 2010 bis 16. Mai 2010, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

Hightech-Forschung zur Nasenfunktion: Chirurgische Eingriffe an der Nase verbessern

Wiesbaden, 11. Mai 2010 – Die Nase ist nicht nur ein Sinnesorgan, das Tausende von Gerüchen wahrnimmt. Sie ist auch ein ausgeklügeltes und leistungsstarkes Klimagerät. Sie befeuchtet, reinigt und erwärmt täglich rund 15 000 Liter Atemluft, bevor diese in die Lunge gelangt. Die Nase schafft dadurch ein optimales Klima in den Atemwegen. Das zeigen Forschungsergebnisse aus dem „rhinologischen“ Klimalabor an der HNO-Universitätsklinik Ulm. Welche Folgen Verletzungen, aber auch Nasenoperationen auf die Luftströmung und Klimatisierungsfunktion in der Nase haben, erläutern Experten im Rahmen der 81. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO KHC) im Mai in Wiesbaden.

Auf dem kurzen Weg vom Naseneingang zum Rachen wird die Luft bis auf 35 °C erwärmt. Das ist nahezu Körpertemperatur. Die Luftfeuchtigkeit steigt auf 90 bis 95 Prozent an. Beim Ausatmen wird wieder Wärme und Feuchte entzogen. Pro Tag passieren bis zu 15 000 Liter Luft die stark durchblutete Nasenschleimhaut, die wesentlichen Anteil an der Klimatisierung hat. Gleichzeitig ist die Nase ein effektiver Partikelfilter. Stäube werden über die feuchte Schleimhaut und deren Flimmerhärchen herausgefiltert.

Wie dies auf engstem Raum möglich ist, erforschen Professor Dr. med. Jörg Lindemann und sein Team von der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde an der Universität Ulm in einem speziellen „rhinologischen“ Klimalabor. Weltweit existieren nur wenige Klimalabore dieser Art. Mit miniaturisierten Geräten messen die Experten Temperatur und Feuchte an verschiedenen Orten im Innern der Nase. In einer Computersimulation wird das Strömungsverhalten nachgezeichnet. Zum Einsatz kommt dabei eine Software, die auch im Flugzeugbau und in der Automobilindustrie als Windkanalsimulation verwendet wird.

„Unsere Ergebnisse zeigen, dass das Strömungsverhalten für die Klimafunktion von entscheidender Bedeutung ist“, sagt Lindemann: „Durch die Anatomie kommt es zu gezielten Turbulenzen. Sie verlangsamen den Luftstrom und verlängern den Kontakt der Luft mit der Schleimhaut.“ Erst dadurch wird die effiziente Erwärmung und Befeuchtung möglich. Verletzungen, Rauchen, aber auch Nasenoperationen können die Strömungslinien stören und die Klimatisierung stark beeinträchtigen. Professor Lindemann: „Die Folge ist eine trockene und krustige Nase.“

Um dies zu verhindern, wollen die Forscher in Zukunft vor geplanten Operationen eine Computersimulation durchführen. „Den Chirurgen soll damit die Möglichkeit gegeben werden, die Folgen des Eingriffs für Klimatisierungsfunktion und Luftströmung stärker zu berücksichtigen“, so Lindemann.



Terminhinweis

Sitzung: Rhinologische Funktionen

- Strömungssimulation und Klimatisierung in der Nase
- Funktionen und Funktionsstörung der respiratorischen Schleimhaut der Nase und Nasennebenhöhlen
- Lebensqualität vor und nach Septum- und Rhinoplastik

Termin: Donnerstag, 13. Mai 2010, 8.00 bis 13.00 Uhr

Ort: Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Halle 1



81. Jahresversammlung 2010 der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.
12. Mai 2010 bis 16. Mai 2010, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

ePA für die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde: Ulmer Uni-Klinik verwirklicht elektronische Patientenakte in Eigenregie

Wiesbaden, 11. Mai 2010 – Überquellende Schreibtische und sich bedrohlich neigende Aktenberge sucht man in der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde der Universitätsklinik Ulm vergeblich. Die Klinik hat als eine der ersten in Deutschland sämtliche schriftlichen Dokumente aus Bettenstationen, Untersuchungszimmern und Operationstrakten verbannt. Von der Aufnahme der Patienten bis zu ihrer Entlassung werden alle Befunde in einer elektronischen Krankenakte, der sogenannten ePA, gesammelt. Die Besonderheit: Die Ärzte haben die ePA selbst entwickelt. Über erste Erfahrungen damit diskutieren Experten im Rahmen der 81. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO KHC) im Mai in Wiesbaden.

„Als wir uns vor sechs Jahren zur elektronischen Dokumentation entschlossen, gab es kein geeignetes oder bezahlbares Produkt“, erinnert sich Dr. med. Konrad Kastl, Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Ulm. „Deshalb haben wir die elektronische Patientenakte kurzerhand selbst programmiert.“ Kein leichtes Unterfangen an einer modernen Universitätsklinik mit vier OP-Sälen und Untersuchungsabteilungen, zwei Stationen und einem Intensivbereich sowie einer stark frequentierten Ambulanz. Mehr als 12 000 Patienten werden jährlich ambulant und stationär versorgt. Doch das Basiskonzept war bereits 2005 fertig. Schon im darauffolgenden Jahr wurden die ersten Aufgaben wie Dienst- oder Operationspläne an den Computer „delegiert“. Danach erweiterten die Ulmer die elektronische Patientenakte nach und nach.

Seit Kurzem ist auch die Ambulanz papierfrei. Alle Dokumente, die der Patient in die Klinik mitbringt, werden bei der Anmeldung gescannt und dem Patienten sofort zurückgegeben. „Das nächste Schriftstück, das bei uns erstellt wird, ist der Entlassungsbrief an den weiterbehandelnden Arzt“, so Kastl. Innerhalb der Klinik werden sämtliche Informationen, vom Ergebnis im Hörtest über die Ultraschalluntersuchung bis zum OP-Bericht, nur noch elektronisch gespeichert und weitergeleitet.

Das hat Vorteile für Ärzte und Patienten. „Es gibt keine unleserlichen Einträge und doppelten Untersuchungen mehr“, erläutert Kastl. Auch die nervenaufreibende Suche nach verlegten Unterlagen entfällt, da jederzeit alle Informationen in der elektronischen Krankenakte eingesehen werden können. Das spart nicht nur Zeit, in der sich der Arzt wieder mehr dem Patienten zuwenden kann. Es würden auch weniger Fehler gemacht.

Nicht überall haben Mediziner gute Erfahrungen mit elektronischen Krankenakten gemacht. „Es gibt Kliniken, in denen weder Zeit noch Kosten gespart werden“, weiß Kastl. „Auch in Ulm waren die Widerstände innerhalb der Klinik deshalb nicht unerheblich.“ Inzwischen seien aber auch



weniger computerbegeisterte Mitarbeiter überzeugt. Kastl führt dies darauf zurück, dass die Ärzte die Akte selbst konzipiert haben. Es sei kein Produkt, das am Reißbrett fernab jeglicher Praxisrealität entstanden sei, so Kastl. Es sei ein Programm von Ärzten für Ärzte sowie Pflegepersonal und andere Klinikmitarbeiter. Auch die Verwaltung profitiere, da alle erbrachten Leistungen zeitnah erfasst und ohne zusätzliche Büroarbeit für Ärzte über das System abrechenbar seien. „Unsere elektronische Krankenakte zeichnet sich durch eine einfache Struktur, intuitive Bedienbarkeit und eine ‚aufgeräumte‘ Oberfläche aus.“ Es gebe kaum Einarbeitungsphasen und keinen relevanten Schulungsbedarf. Vergleichbare käufliche Produkte suche man bislang am Markt vergebens.

Terminhinweis

Kurzvorträge zu Postern: Integrierte Arztbriefschreibung am Beispiel der elektronischen Patientenakte (ePA) der HNO-Universitätsklinik Ulm

Termin: Sonntag, 16. Mai 2010, 11.40 bis 12.00 Uhr

Ort: Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Saal 11B



Zahlen, Fakten und Definitionen zu Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen

Nase

Nebenhöhlenentzündungen

- chronisch bei etwa fünf Prozent der Bevölkerung – etwa ein Viertel davon entspricht der polypenbildenden Variante (Polyposis nasi et Sinuum)
- zirka 20 Prozent der Bevölkerung über 14 Jahre sucht wenigstens einmal pro Jahr deshalb den (Allgemein-) Arzt auf
- Rechnet man weitere akute Erkrankungen (Rachenentzündungen unter anderem) dazu, ist mit über 30 Prozent HNO-Erkrankungen in der Arztpraxis zu rechnen (die meisten davon in der Kinder- oder Allgemeinpraxis)

Nase • Riechstörungen (Dysosmien)

Quantitative Dysosmie:

Spezifische Dysosmie: Riechstörung beschränkt sich auf einen Stoff (Stoffgruppe)

Hyposmie: Herabgesetztes Riechempfinden

Anosmie: Aufgehobenes Riechempfinden

Hyperosmie: Gesteigertes Riechempfinden

Oxyosmie: Durch Training verbessertes Riechempfinden

Qualitative Dysosmie:

Parosmie: Dem Kranken bewußtes Fehlriechen

Pseudoosmie: Unbewußte, durch Einsicht korrigierbare Geruchsumdeutung

Phantosmie: Geruchshalluzinationen (Geruchseindruck ohne Geruchsreiz)

Agnosmie: Fehlende Geruchserinnerung

Kakosmie: Wahrnehmung nicht vorhandener übler Gerüche

Ohr

Schwerhörigkeit

- 19 Prozent der über 14-Jährigen sind schwerhörig (13,3 Mio), zehn Prozent davon brauchen eine Behandlung
- 37 Prozent sind zwischen 60 und 69 Jahre alt
- 54 Prozent sind älter als 70 Jahre
- insgesamt hochgradig schwerhörig sind 7,2 Prozent (958 000 Personen)
- an Taubheit grenzend: 1,6 Prozent (213 000 Personen)

Innenohr • Akuter Lärmschaden

Breitband-Schallbelastung mit einer Intensität von über 100 - 120 dB (A) über Minuten-Stunden.

Innenohr • Lärmschwerhörigkeit (chronischer Lärmschaden)

Beidseitige, in der Regel symmetrische Innenohrschwerhörigkeit infolge intermittierend einwirkenden Breitband- und/oder impulshaltigen Schalls mit einer Intensität > 80 - 85 dB (A) bei einer täglichen Expositionsdauer von sechs bis acht Stunden (Arbeitsschicht) über mehrere Jahre hinweg. Ausmaß und Progredienz des Hörschadens sind von den Belastungsparametern (Schallintensität, Einwirkungsdauer, Frequenzzusammensetzung) sowie von der Dauer der Erholungsphasen (Lärmpausen) und der individuellen Lärmempfindlichkeit abhängig.



Innenohr • Angeborene Innenohrschwerhörigkeit

Die zusammenfassend als „angeborene“ Schwerhörigkeit/Taubheit bezeichneten Funktionsstörungen des Innenohres können pränatal, perinatal oder postnatal (innerhalb der ersten sechs Lebensmonate) entstanden sein.

Altersschwerhörigkeit

„Altersschwerhörigkeit“, besser „altersbegleitende Schwerhörigkeit“ (Presbyakusis), ist ein deskriptiver Terminus für die bei fast jedem Menschen im 5. Lebensjahrzehnt beginnende, allmählich progrediente und weitgehend symmetrische Verschlechterung des Hörvermögens mit oder ohne Tinnitus.

Schwindel

- 20 Prozent der über 65-Jährigen

Innenohr • Zervikaler Schwindel

Dem nicht allgemein als eigenständiges Krankheitsbild anerkannten „zervikalen Schwindel“ wird folgender Beschwerdekomples zugeschrieben: Mit akut auftretenden oder chronisch progredienten Nackenschmerzen und/oder zervikaler Bewegungseinschränkung einhergehende Drehschwindelbeschwerden, die abhängig von der Halsstellung sind und auch provoziert werden können.

Innenohr • Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel

Synonym: Canalolithiasis, positionaler Schwindel, BPPV (Benign Paroxysmal Positional Vertigo). Die alte Bezeichnung lautet Cupolithiasis.

Definition: Lagerungsschwindel, z. B. ausgelöst durch pathologische Kalziumkristall-Ablagerungen auf dem Sinnesepithel der Cupula des hinteren Bogenganges („Cupulolithiasis“) oder durch frei im Lumen eines Bogenganges schwebende Otolithenteilchen („Canalolithiasis“).

Hals

Schluckstörung

- 45 Prozent der über 75-Jährigen

Mundhöhle, Oropharynx • Schluckstörungen

Grundlagen: Wegen der Vielzahl völlig unterschiedlicher Ursachen sind Schluckstörungen eine interdisziplinäre Herausforderung für den Otorhinolaryngologen, Gastroenterologen, Neurologen und Psychosomatiker, z. B. innerhalb einer gemeinsamen klinischen Arbeitsgruppe „Dysphagie“.

- *Dysphagie*: Zustand, bei dem Nahrung nicht normal geschluckt werden kann, während des Schluckvorgangs stecken bleibt oder das Gefühl eines Hindernisses hinterläßt; keine Schmerzen
- *Odynophagie*: Schmerzhaftige Dysphagie
- *Globus pharyngis (hystericus, nervosus)*: Ständiges oder in Streßsituationen auftretendes Gefühl eines Fremdkörpers im Hals, unbeeinflusst vom Schluckvorgang und ohne Nachweis funktioneller oder morphologischer Ursachen. Typisch: Mißempfindung beim Leerschlucken, bei Nahrungsaufnahme in der Regel keine Beschwerden

Schlafapnoesyndrom

- Schlafapnoesyndrom: Dyssomnie mit einem Apnoe-/Hypopnoe-Index von mindestens 10/h und Tagessymptomatik sowie häufig zusätzliche pulmonale und kardiovaskuläre Folgeerkrankungen
- Hypopnoe: Verminderung des Atemflusses um mindestens 50 Prozent mit Abfall der arteriellen Sauerstoffsättigung um mindestens vier Prozent
- Apnoe: Sistieren des Atemflusses an Mund und Nase
- *Schlafapnoe*: Atemstillstand im Schlaf von zehn Sekunden Dauer



- *Obstruktive Apnoe*: Sistieren des Atemflusses bei Fortbestehen von thorakalen oder/und abdominellen Atembewegungen
- *Zentrale Apnoe*: Sistieren des Atemflusses und der thorako-abdominellen Atembewegungen
- *Gemischte Apnoe*: Sistieren des Atemflusses mit initialem Sistieren der thorako-abdominellen Atembewegungen, gefolgt von Atembewegungen, die mit weiter fehlendem Atemfluss einhergehen
- *Dyssomnien*: Schlafstörungen, die entweder Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten oder übermäßige Schläfrigkeit verursachen
- *Schnarchen*: Meist inspiratorisches akustisches Phänomen, dem eine pharyngeale Stenose durch intermittierende Verlegung mit dem weichen Gaumen zugrundeliegt
- *Obstruktives Schnarchen*: Inkomplette Obstruktion der oberen Atemwege mit verstärkter Atemanstrengung und zentral nervösen Weckreaktionen
- *Primäres/kontinuierliches Schnarchen*: Obstruktion der oberen Atemwege ohne Beeinträchtigung der Atmung und des Schlafes

Kopf-Hals-Tumoren im Überblick

- Tumoren des Kopf-Hals-Bereiches gehören zu den sechs Häufigsten.
- Etwa 50 von 100.000 Einwohnern erkranken jährlich an Krebs im Kopf-Halsbereich.
- Es handelt sich im Wesentlichen um Plattenepithelkarzinome.
- Bis heute gibt es keine verlässlichen Tumor spezifischen Parameter, die eine Vorhersage über das Tumorverhalten erlauben außer dem Tumorstadium nach dem TNM-System (englisch für „tumor“, „node“, „metastasis“).
- Tumormarker sind nicht bekannt.

Zu den Kopf-Hals-Tumoren zählen verschiedene bösartige Tumoren:

- der Mundhöhle (Mundhöhlenkarzinome), das heißt Tumoren von Lippen, Zunge, Mundboden, Gaumen, Speicheldrüsen
- des Rachens (Pharynxkarzinom)
 - An bösartigen Tumoren der Mundhöhle und des Rachens erkranken in Deutschland im Jahr etwa 7 800 Männer und 2 600 Frauen. Bei Männern stehen diese Tumoren damit hinsichtlich der Häufigkeit an siebter Stelle aller Krebserkrankungen, bei Frauen an 16ter Stelle. Im Durchschnitt sind Männer zum Zeitpunkt der Diagnose 61 Jahre alt, Frauen 63 Jahre.
- des Kehlkopfes (Larynxkarzinom)
 - Die häufigste einzelne Krebsart im Kopf-Halsbereich nach Angaben des Robert Koch-Instituts. Jedes Jahr sind in Deutschland rund 3 000 Männer und 400 Frauen davon betroffen. Damit steht die Krebsart bei Männern an fünfter Stelle und bei Frauen an 19ter Stelle (2006). Im Durchschnitt sind die Patienten zum Zeitpunkt ihrer Erkrankung 64 Jahre alt.
- der Nase
- der Nasennebenhöhlen
- des äußeren Halses, insbesondere der Schilddrüse

(alle Zahlen beziehen sich wenn nicht genauer angegeben auf die deutsche Bevölkerung)

Blick über den Tellerrand: Was lehrt uns die „Himalaya-Medizin“?

Professor Dr. med. Gerhard Rettinger

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie,
Direktor der Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik, Ulm

Ein Blick auf Schilder von Arztpraxen lehrt: Komplementär-Therapien (ergänzend zur Schulmedizin) oder auch alternative Methoden (statt Schulmedizin) erfreuen sich offenbar eines großen Interesses unter Patienten. Homöopathie, Naturheilkunde, Phytotherapie oder auch die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) sind Therapiesysteme mit sogenannten „ganzheitlichem Ansatz“. Ist man als Arzt und Rucksacktourist in entlegenen Gebieten des Himalaya unterwegs, wie es der Vortragende bei drei Reisen in das innere Mustang, das innere Dolpo und die Zanskar-Region in Ladakh war, so entsteht ein konträrer Eindruck: Wo immer das Zelt aufgeschlagen wird, sammeln sich Kranke mit verschiedenen Problemen, die offenkundig hohes Vertrauen in die westliche Medizin setzen. Dies gibt Anlass, einen vergleichenden Blick auf Land, Menschen, Kultur und Gesundheitsversorgung zu werfen.

Man kann sich kaum eine entlegendere Gegend vorstellen als das innere Dolpo. Obwohl man mit einem Kleinflugzeug bis unmittelbar an die hohen 8000er Himalaya-Gipfel geflogen wird, ist man noch mehr als eine Woche zu Fuß auf schmalen, zum Teil selbst von Tragtieren nicht begehbaren Pfaden unterwegs, um entlegene Dörfer zu erreichen. Die Menschen leben von ihren Erzeugnissen und harter Arbeit, Übergewichtige sieht man dort nicht. Es gibt keinen Strom und kein Telefon und ein Transport zur nächsten Straße oder zum nächsten Medizinposten wird bei ernstern Erkrankungen oder Unfällen vermutlich nicht überlebt. Aber auch diese Bewohner haben ähnliche Erkrankungen wie wir mit einem Schwerpunkt auf Infektionen aufgrund der hygienischen Verhältnisse. Sie vertrauen sich ihrem Amchi, dem Heiler des Dorfes, an, der unter anderem auf seit vielen Generationen überlieferte Erfahrungen über Heilpflanzen zurückgreifen kann. Dabei gilt, je seltener und je entlegener der Fundort, desto besser die Pflanzenwirkung. Juwelenpillen, auch im Westen durchaus geschätzt, enthalten schön verpackt weitere Ingredienzien wie zum Beispiel geriebenes Gold oder auch Quecksilber in zum Teil beachtlichen Dosen. Quecksilber ist das wichtigste Metall der ayurvedischen Medizin für anderweitig sonst unbehandelbare Krankheiten. Dort ist es in kleinen Mengen gesundheitsfördernd, bei uns in kleinen Mengen (als Zahnfüllung) gesundheitsschädlich. Beides ist letztlich nicht erwiesen.

Gesundheitssysteme und Gesundheitsversorgung im Himalaya und in Deutschland können unterschiedlicher nicht sein. Dennoch lohnt der Vergleich: Wohin hat sich unsere Medizin entwickelt und ist alles reiner Fortschritt? Hierzu einige Beispiele:

Krankheitsverständnis: In der tibetischen Medizin ist Krankheit der Endzustand einer Störung des Gleichgewichts der „Energien Wind-Galle-Schleim“ (vergleichbar mit der Viersäftelehre von Galen, Pergamon/Rom im zweiten Jahrhundert nach Christus). Auch Infektionen sind derartige Energiestörungen und es bedarf für Diagnose und Therapie nicht des Wissens über Bakterien und Viren. Dieses Wissen hat die westliche Medizin, aber im Endeffekt ist es auch erst die Störung des Gleichgewichts des Immunsystems, was Viren und Bakterien zu Krankheitserregern macht.

Diagnose und Therapie: Die traditionelle Medizin des Himalaya kommt mit Inspektion (Zunge und Urin), Palpation (Puls) und einer ausführlichen Befragung aus. Die Erkennung der Störung des gesamten Organismus ist entscheidend, der Nachweis einer Organerkrankung nicht erforderlich. Ziel ist die Früherkennung und die Behandlung, bevor sich ein organisches Stadium entwickelt. Der Präventionsgedanke wird bei uns erst in jüngerer Zeit verstärkt beachtet. Somit liegt die Stärke der östlichen Medizin dort, wo Symptome ohne fassbares Substrat vorliegen, ein Problemkreis, für den auch die westliche Medizin nur eine symptomatische Therapie anbieten kann.

Wer wird Arzt? Die Heilkunde im Himalaya ist Familientradition und wird auch in den Klöstern gelehrt. Wichtigstes Kriterium für die Eignung ist das Einfühlungsvermögen in den Patienten, denn vor allem aus dem ausführlichen Gespräch werden die Schlussfolgerungen gezogen. In Deutschland ist zwar die Eingangsvoraussetzung der Numerus clausus, aber auch bei uns ist die Empathie Voraussetzung, um ein „guter Arzt“ zu sein. Leider wird diese Qualität durch die enorme Überregulierung und den dadurch hervorgerufenen Zeitdruck nicht gerade gefördert.

Typische Erkrankungen: An der Spitze der Krankheitsursachen in Deutschland liegen Störungen des Bewegungsapparats, Erkrankungen der Atemwege und bereits an dritter Stelle psychische Störungen. Im Himalaya liegen Infektionen von Magen-Darm und Augen sowie die Tuberkulose und Erkrankungen der Schilddrüse vorne. Psychische Erkrankungen sind nicht gelistet und damit wohl auch zahlenmäßig nicht von Bedeutung. Lässt das harte Leben/Überleben im Himalaya keinen Raum für psychische Störungen?

Arzt-Patienten-Verhältnis: Die Zahl von erfolglosen Heilversuchen im Himalaya wird bei ernsten organischen Erkrankungen nicht klein sein. Als Ursache können im dortigen Verständnis ein zu später Behandlungsbeginn, eine fehlende Prävention oder schlicht ein schicksalhafter Verlauf angenommen werden. In Deutschland wird dagegen oft ein Schuldiger gesucht, denn mit der Bezahlung von Gesundheitsleistungen hat man vermeintlich auch einen „einklagbaren Anspruch“ auf Gesundheit erworben.

Arzt als freier Beruf: Amchi und Lama im Himalaya sind der Tradition und dem Patienten verpflichtet. Andere Instanzen gibt es nicht. Das deutsche Medizinsystem ist in vielen Bereichen von Misstrauen geprägt, was zur Überregulierung führt. Hierzu nur zwei Beispiele: Mit dem Begriff „Qualität“ beschäftigen sich viele Institutionen und Funktionäre, die ein Netz von Vorschriften und Empfehlungen, nicht zuletzt zur eigenen Daseinsberechtigung, entwickelt haben. Dies hat mit dem entscheidenden Parameter, nämlich der „Ergebnisqualität“, wenn überhaupt, dann nur am Rande zu tun. Neben der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit am Patienten hat sich ein patientenferner Bereich entwickelt, in dem auch viele Ärzte einen Aufgabenbereich für sich gefunden haben und damit der Patientenversorgung nicht mehr zur Verfügung stehen. Ersteres wird durch die Politik unterstützt, letzteres als Folge von ihr beklagt. Ein zweiter Gesichtspunkt, der die ärztliche Berufsausübung wesentlich eingrenzt ist die Gesetzgebung und Rechtsprechung. Auf den ersten Blick denkt man dabei an Absicherungsmedizin, das heißt eigentlich unnötige Untersuchungen, um ja nichts zu übersehen. Viel umfangreicher und

damit auch kostenträchtiger dürfte jedoch die Dokumentation sein. Jeder kleinste Gesichtspunkt ist für den Fall des Falles schriftlich festzuhalten. Ärzte und Pflegedienst sind damit in erheblichem zeitlichen Umfang beschäftigt. Nimmt man eine typische dicke Krankenhauspatientenakte, so dürften über zwei Drittel des Umfangs Dokumentation sein, die für den Patienten selbst ohne medizinischen Nutzen sind. Die Erstellung dieser Dokumentation ist zeitaufwendig, Zeit, die für die Arbeit am Patienten fehlt, von den Kosten dieser ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit ganz zu schweigen. Sie dürften beträchtlich sein, über den Umfang gibt es nicht einmal Schätzungen. Dokumentation und „Pseudo-Qualitätssicherung“ gibt es im Himalaya nicht, ein paradiesähnlicher Zustand.

Zweifellos ist es unsere „Hightech-Apparate-Medizin“, die neben den verbesserten Ernährungs- und Lebensbedingungen zum Anstieg der Lebenserwartung in Deutschland von 70 Jahren im Jahr 1960 auf 78 Jahre im Jahr 2004 geführt hat. Im Jahr 1960 lag in Tibet die Lebenserwartung noch bei 35 Jahren und hat sich seitdem verdoppelt, nicht zuletzt dank der Verbreitung westlicher Medizin im chinesischen Einflussbereich. Dennoch lohnt der Vergleich der Medizinsysteme, denn mit dem Fortschritt des westlichen medizinischen Wissens ist in Deutschland ein überproportionales Regulierungssystem entstanden, das neben positiven auch erhebliche negative Folgen hat. Doch was einmal in der Welt ist, wird sehr schwer wieder auf ein überschaubares Maß zurückzuführen sein. Letztlich sind es aber die am Patienten tätigen Ärzte, die heilen. Genau genommen aber nicht einmal sie. Denn eigentlich schafft der Arzt durch Diagnose und Therapie nur die Voraussetzung für die Heilung, die der menschliche Organismus, ganz im Sinne der „Himalaya-Medizin“, dann selbst erledigen muss.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Wiesbaden, Mai 2010

Hörqualität verbessern:

Neue Entwicklungen bei Innenohrimplantaten verfeinern Wahrnehmung

Professor Dr. med. Dr. h.c. Roland Laszig

Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie, Direktor der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
Freiburg

Cochlea Implants sind Innenohrprothesen, die dann eingesetzt werden, wenn moderne konventionelle Hörhilfen mit akustischer Verstärkung kein ausreichendes Sprachverstehen mehr ermöglichen. Die Entwicklungen laufen in die Richtung, auch die Cochlea Implantate selbst zu verkleinern, wobei es darauf ankommt, das Volumen in diesen Elektroden zu reduzieren, um damit eine möglichst geringe zusätzliche Schädigung durch das chirurgische Vorgehen zu bedingen.

Eine Entwicklung besteht darin, die sogenannte Hybrid-L-Elektrode über das runde Fenster in die Skala tympani einzulegen. Dass dies möglich ist und auch mit einem sehr guten Erfolg möglich ist, hat eine multizentrische Studie bewiesen. Ein weiterer Ansatz ist die sogenannte MRA-Elektrode, die dazu geeignet ist, über die Cochleostomie in die Skala tympani eingeführt zu werden. Dazu bedarf es einer speziellen Halterung, um die Elektroden auch dicht an die Schneckenmitte heranzuführen, da hier die wesentlichen neuralen Elemente sind, die für die Stimulation wichtig sind. Auch dieses Verfahren ist sehr schonend und insofern können auch immer mehr Patienten mit einem Cochlea Implantat versorgt werden, die eine Resthörigkeit haben, sodass typischerweise im Tieftonbereich die Sprache über akustische Stimulationen verstärkt wird und die Amplifikation für die hohen Frequenzen erfolgt durch die elektrische Stimulation.

Eine weitere Neuerung die sich derzeit herausbildet, ist die Versorgung der einseitig ertaubten Patienten mit einem Cochlea Implantat. Patienten, die auf einer Seite ertauben, sind extrem behindert in geräuschvoller Umgebung und ihnen drohen zusätzliche Gefahren dadurch, dass das Richtungshören nicht mehr wie gewohnt funktioniert. Ausgehend von dieser Tatsache gibt es verschiedene Hilfsmittel, wie die sogenannte CROS-Hörversorgung oder auch die Versorgung mit einem knochenverankerten Hörgerät. Die Möglichkeiten lassen allerdings nur ein pseudostereophones Hören zu, da das eigentliche Hören immer über das letzte Ohr, also das noch gesunde Ohr, erfolgt. Aus diesem Grunde sind die Überlegungen herangereift, auf dem tauben Ohr eine elektrische Stimulation vorzunehmen, die dann auch als Nebeneffekt hat, einen sehr häufig bestehenden Tinnitus zu unterdrücken. Die Ergebnisse dieser ersten Studien zeigen, dass die Patienten einen extremen Vorteil durch diese Versorgung haben, so dass heute auch schon einige Kostenträger den Vorteil erkannt haben und dafür auch die Kosten übernommen haben.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Wiesbaden, Mai 2010

**Gezielte Tumortherapie im Kopf-Hals-Bereich:
Personalisierte Behandlungskonzepte erhöhen Überlebenschancen**

Professor Dr. med. Dr. h. c. Friedrich Bootz

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Direktor der Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Chirurgie der Universität Bonn

Tumoren des Kopf-Hals-Bereichs gehören zu den sechs häufigsten. Es handelt sich im Wesentlichen um Plattenepithelkarzinome, auf die im Folgenden ausschließlich eingegangen wird. Die Prognose dieser malignen Tumoren ist bei ein und derselben Tumorlokalisation und -ausdehnung interindividuell sehr unterschiedlich. Bis heute gibt es keine verlässlichen tumorspezifischen Parameter, die eine Vorhersage über das Tumorverhalten erlauben außer dem Tumorstadium nach dem TNM-System (für englisch "tumor", "node", "metastasis"). Es sind auch keine Tumormarker wie bei anderen bösartigen Tumoren (Schilddrüse, Darm) bekannt. Ist bei einem Tumor bereits eine regionäre Metastase aufgetreten, verschlechtert sich die Prognose, dies gilt insbesondere für Fernmetastasen. Im Gegensatz zur Therapie wurden bei der Diagnostik erhebliche Fortschritte gemacht. Dies gilt besonders für die Schnittbildverfahren wie hochauflösende Computertomografie und Kernspintomografie. Auch die Positronenemissionstomografie (PET) hat insbesondere bei der Aufdeckung okkulten Metastasen, aber auch unbekannter Primärtumoren bei nachgewiesenen Lymphknotenmetastasen eine zunehmende Bedeutung.

Jede Entscheidung einer Tumortherapie richtet sich nach den individuellen Gegebenheiten, wobei neben der Tumorlokalisation und -ausdehnung der Allgemeinzustand des Patienten eine wichtige Rolle spielt. Fortschritte in der Tumortherapie des Kopf-Hals-Bereichs waren in den letzten Jahren beziehungsweise Jahrzehnten nur wenige zu verzeichnen. Die Therapie der ersten Wahl ist unverändert die operative Entfernung des Tumors einschließlich seiner Metastasen. Die Weiterentwicklung laserchirurgischer Verfahren hat dazu beigetragen, dass insbesondere bei Kehlkopfkarzinomen Funktionsstörungen reduziert werden konnten. Bei größeren Defekten, die nach Tumoroperationen entstehen, sind rekonstruktive Verfahren notwendig. Hier haben sich mikrovaskuläre Gewebetransplantate als sehr zuverlässig erwiesen. Es handelt sich hier um Gewebe, das zusammen mit den entsprechenden Blutgefäßen an tumorfernen Stellen entnommen wird (zum Beispiel Unterarm) um im Defektbereich eingesetzt und an Empfängergefäße im Hals wieder angeschlossen wird. Der Funktionserhalt bzw. der Wiederaufbau der Funktion hat einen sehr hohen Stellenwert in der Tumortherapie. Aus dieser Überlegung ergaben sich auch die Strategien der organ-erhaltenden Tumortherapie insbesondere beim Kehlkopf- und beim Hypopharynxkarzinom. Bei dieser Therapieform wird eine primäre Induktionschemotherapie mit Paclitaxel/Cisplatin angewandt. Beim Ansprechen des Tumors wird die Therapie mit einer akzelerierten-hyperfraktionierten (concomitant boost) Strahlentherapie fortgesetzt. Beim Nichtansprechen wird eine chirurgische Behandlung empfohlen. Die klinischen Ergebnisse haben jedoch nicht den erwarteten Erfolg gebracht.

Die onkologische Forschung hat zum Ziel, Regulationsvorgänge die bei der Tumorentstehung eine Rolle spielen zu entdecken. Da es sich aber nicht um einzelne Störungen handelt, ist bis heute ein Therapieansatz nicht in Sicht. Dies gilt auch für die sogenannte Gentherapie. Diese theoretischen

Therapieansätze richten sich ausschließlich gegen den Tumor im Gegensatz zu der „klassischen“ Chemotherapie, deren Weiterentwicklung bisher enttäuscht hat. Ein Vertreter der gezielten Tumortherapie ist das Cetuximab, ein chimerischer IgG(1) monoklonaler Antikörper, der gegen den Rezeptor des epidermalen Wachstumsfaktors (epidermal growth factor) gerichtet ist. Die dadurch mögliche Kombination der gezielten molekularen Therapie mit zytotoxischen Agenzien soll einen besonderen therapeutischen Effekt haben. Klinische Studien haben dies bisher jedoch noch nicht nachgewiesen.

Wesentliche Fortschritte der Tumorthherapie wurden bei der Bestrahlung gemacht mit zunehmender Exaktheit der Bestrahlungsfelder und der Möglichkeit kritische Regionen, wie zum Beispiel die Speicheldrüsen, auszublenden. Hier ist insbesondere die Intensität modulierte Strahlentherapie (Intensity-modulated radiation therapy, IMRT) zu nennen. Diese erlaubt eine sehr steil abfallende Strahlendosis vom Tumor zur Umgebung. Erste klinische Untersuchungen zeigen einen Vorteil gegenüber der konventionellen Bestrahlung.

Heute wird sehr häufig synchron zur Bestrahlung eine Chemotherapie angewandt. Es wird angenommen, dass es dadurch zu einer besonderen Sensibilisierung der Tumorzellen für die Bestrahlung kommt. Klinische Studien haben diesen Vorteil jedoch noch nicht eindeutig nachgewiesen. Die erhebliche Toxizität dieser Kombinationstherapie muss jedoch berücksichtigt werden, sodass sie nicht bei allen Patienten Anwendung finden kann.

Die Therapie von Plattenepithelkarzinomen ist meist multimodal und muss individuell für jeden Patienten entschieden werden, wozu in der Regel eine interdisziplinäre Konferenz einberufen wird.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Wiesbaden, Mai 2010

Rhinosinusitis, Asthma und Schmerzmittel-Unverträglichkeit: Neue Therapiestrategien bei chronischen Nasennebenhöhlenentzündungen

Professor Dr. med. Werner Hosemann

Schriftführer der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie,
Direktor der Universitätsklinik für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten, Kopf- und Halschirurgie, Greifswald

Chronische Nasennebenhöhlenentzündungen betreffen etwa fünf Prozent der Bevölkerung, etwa ein Viertel davon entspricht der polypenbildenden Variante (Polyposis nasi et sinuum). Die Beschwerden der Patienten (unter anderem verstopfte Nase, ständige Kopfschmerzen mit Erschöpfung, Infektanfälligkeit) sind oft beträchtlich und führen dann zu einer ähnlich gravierenden Einschränkung der Lebensqualität wie andere chronische Volkskrankheiten (zum Beispiel Herzinsuffizienz, chronic obstructive pulmonary disease [COPD], Rückenschmerz).

Eine besondere Beachtung verdienen Patienten mit sehr hartnäckigen, auf übliche Behandlungsmaßnahmen nicht oder nur kurzzeitig ansprechenden, diffusen Schleimhautreitungen oder polypösen Schleimhautveränderungen („severe chronic upper airway disease“ SCUAD). Gerade bei diesen Patienten wirkt sich der Umstand besonders belastend aus, dass die oberen und unteren Luftwege ähnlich strukturiert und oft mehr oder minder offensichtlich gemeinsam betroffen sind („United Airways“): Etwa 30 Prozent der Patienten mit einer diffusen Polyposis nasi et sinuum leiden gleichzeitig unter einem eindeutigen Asthma bronchiale, 15 Prozent unter Azetylsäure-induzierten Asthma-Anfällen („Analgetika-Intoleranz“). Umgekehrt lässt sich bei 70 Prozent aller Asthmatiker eine Rhinosinusitis feststellen. Der Verlauf und das Ausmaß der nasalen Schleimhautreiterkrankung übt großen Einfluss auf die unteren Luftwege aus, so zum Beispiel durch Defizite in der Klimatisierung eingeatmeter Luft, durch naso-bronchiale Reflexe, aspiriertes Sekret oder durch haematogene beziehungsweise aerogene Botenstoffe.

Es gibt sicher im Detail unterschiedliche Formen der chronischen Nasennebenhöhlen-Schleimhautentzündung. Zunehmend gelingt es, die patho-biochemischen Regelkreise der einzelnen Typen zumindest in Teilen zu definieren („Phänotypisierung“), mit dem Ziel einer differenzierten Behandlungsstrategie.

Grundsätzlich rät man Patienten, die auf eine übliche medikamentöse Behandlung der chronischen Rhinosinusitis nicht reagieren, zu einem operativen (minimalinvasiven, endoskopisch gestützten) Eingriff. Begleitend lassen sich in letzter Zeit immer mehr und neue medikamentöse Behandlungsansätze darstellen, die auf definierte Untergruppen der chronischen Entzündung zielen:

- Durch die fortgesetzte Gabe von Azetylsalicylsäure („adaptative Desaktivierung“) kann der Entzündungsstoffwechsel bei einer Analgetika-Intoleranz günstig beeinflusst und die Polypenbildung reduziert werden.
- Bestimmte Antibiotika (Makrolide, Tetracykline) greifen unabhängig von ihrer antimikrobiellen Wirkung in den Immun- und Entzündungsstoffwechsel ein und können sich bei einer Langzeitgabe auch in niedriger Dosis dämpfend auf den Entzündungsstoffwechsel der Nasennebenhöhlenschleimhaut auswirken.

- Künftig lässt sich bei bestimmten Entzündungen der zentrale Botenstoff durch Gabe von Antikörpern (Anti IL5) wahrscheinlich gezielt ausschalten.
- Bei einzelnen, schweren, diffusen chronischen Entzündungen der oberen und unteren Luftwege hat sich die wiederholte Gabe von Anti-IgE Antikörpern als hilfreich erwiesen.

Die chronische, diffuse Rhinosinusitis entspricht einer individuellen, nicht allergischen, aber pathoimmunologischen Reaktion der Schleimhaut – möglicherweise in einer kausalen Beziehung zur Besiedelung mit ‚banalen‘ Mikroorganismen (zum Beispiel Staphylokokken). Im Licht der obigen Ausführungen darf man zunehmend feststellen:

- Das Behandlungskonzept der chronisch-diffusen Rhinosinusitis ist langfristig angelegt. Es umfasst einen differenzierten medikamentösen Ansatz, eine darauf abgestimmte operative Behandlung und eine postoperative, langfristige Nachbehandlung.
- Die Behandlungsstrategie hat sich in jüngster Zeit in ihren konservativen und HNO-chirurgischen Anteilen erheblich ausdifferenziert und verzahnt. In diesem Zusammenhang muss die beschriebene funktionelle Verknüpfung der oberen mit den unteren Luftwegen besonders hervorgehoben werden. Der Patient profitiert in diesen Fällen von einer engen Kooperation von HNO-Arzt und Pulmologen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Wiesbaden, Mai 2010

**Fortschritte beim endoskopischen Operieren:
Neue Zugangswege und sanftere Techniken für Kopf, Hals und Nase**

Professor Dr. med. Norbert Stasche

Schatzmeister der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Chefarzt der Hals-Nasen-Ohrenklinik des Westpfalz-Klinikum, Kaiserslautern

Konzepte minimal invasiver Chirurgie werden in der HNO seit Jahrzehnten unter anderem bei den funktionell endoskopischen Eingriffen an den Nasennebenhöhlen praktiziert. Bei der Behandlung von Kopf-Hals-Tumoren hat sich die transorale Laser-Mikrochirurgie als Therapiealternative etabliert. Basierend auf den minimalinvasiven Eingriffen in der Viszeral-Chirurgie und den Erfolgen der flexiblen gastroenterologischen Endoskopie werden aktuell Konzepte narbenloser Eingriffe entwickelt, um die Invasivität für den Patienten weiter zu minimieren. Operative Strategien wie „NOTES“ (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) stehen für ein konsequentes Verfolgen dieses Zieles durch Nutzung von Zugangswegen über natürliche Körperöffnungen. Unter der Führung der American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) und der Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons (SAGES) entwickeln derzeit Chirurgen und Gastroenterologen in der „NOSCAR“ (Natural Orifice Surgery Consortium for Assessment and Research) Standards zur Durchführung solcher Eingriffe.

Für unser Fachgebiet bieten sich mit diesen neuen Operationsstrategien einerseits Chancen, von der zu erwartenden Entwicklung gerätetechnischer Innovationen zu profitieren. Andererseits bieten auch Eingriffe im Kopf-Hals-Bereich die Möglichkeiten zur Einführung neuer noch weniger invasiver Zugangswege.

Mit dem Laser wieder Schlucken können: Als innovatives Beispiel steht hier die endoskopische Chirurgie des Zenker-Divertikels, einer Aussackung der Rachenschleimhaut am Übergang zur Speiseröhre. Die vorwiegend älteren Patienten leiden unter zunehmenden Schluckbeschwerden und Problemen bei der Nahrungsaufnahme. Durch ein neues endoskopisches Behandlungsverfahren mittels CO₂-Laser lässt sich häufig eine Operation von außen vermeiden. In besonderen Fällen lässt sich die durch eine Verdickung in der Schlundmuskulatur verursachte Engstelle auch flexibel endoskopisch mittels Hochfrequenz-Chirurgie-Sonden beseitigen.

Mit „ABBA“ und „MIVAT“ zur Schilddrüse: Die klassische Schilddrüsenchirurgie ist durch die Gefahr einer Funktionsstörung der Stimmbandnerven belastet. Heiserkeit und Luftnot nach der Schilddrüsenoperation können die Folge sein. Um diese Patientengefährdung weiter zu reduzieren, hat sich in den letzten Jahren ein intraperativ durchgeführtes Überwachen der Funktion des Rekurrensnerven über eine im Beatmungstubus oder über eine mikrolaryngoskopisch platzierte Überwachungselektrode durchgesetzt. Der Operateur ist somit jederzeit über den Zustand des Nerven informiert. Eine weitere Möglichkeit die Invasivität von Eingriffen an der Schilddrüse zu reduzieren und zur Verbesserung der Kosmetik wird zunehmend bei gutartigen Erkrankungen die Durchführung der Strumaoperation mittels videoendoskopischer Technik (minimalinvasive videoassistierte Thyreoidektomie – MIVAT) favorisiert. Auch bei dieser Technik verbleibt jedoch eine Zugangsnahe am Hals. Als Alternative bietet sich ein vollständig videoendoskopischer Zugang über die Achselhöhle und über einen beidseitigen Schnitt in

der Nähe der Brustwarzen (axillo-bilateral-breastapproach, ABBA) an. Eine konsequente Weiterentwicklung des narbenlosen Konzepts stellt der transorale, durch die Mundhöhle geführte Zugang zur Schilddrüse unter Neuromonitoring des Nervus recurrens dar. Erste präklinische Studien an Leichenpräparaten und in Tierversuchen sind hier erfolversprechend.

Von der endoskopischen Nebenhöhlenchirurgie zur „Rhino-Neurochirurgie“: Der Einsatz von Endoskop und Mikroskop hat die chirurgische Behandlung von chronischen Nasennebenhöhlenentzündungen vor 25 Jahren revolutioniert. Es sind heute auch komplexe Eingriffe im Nasennebenhöhlensystem in direkter Nachbarschaft zur vorderen Schädelbasis, zur Augenhöhle und zum Sehnerven möglich. Dekompressions-Operationen der Augenhöhle und des Sehnerven bei endokriner Orbitopathie oder Schädelbasisbrüchen, die Versorgung von Hirnhautdefekten und endoskopisch gestützte Hypophysen-Eingriffe sind heute transnasal durchführbar. Die Weiterentwicklung von Instrumenten und optischen Systemen hat zu einer Indikationserweiterung dieser endoskopischen, transnasalen Eingriffe geführt, sodass heute in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Neurochirurgen, Kiefer-/Gesichtschirurgen, Ophthalmochirurgen und Neuroradiologen gutartige und zunehmend auch bösartige Tumoren der vorderen Schädelbasis und der angrenzenden Hirnregionen entfernt werden können. Dem Patienten wird mit dieser erfolgreichen, sicheren und schonenden endoskopischen Chirurgie häufig ein aufwendiges, „offenes“ chirurgisches Vorgehen erspart. Diese neue rhino-neurochirurgische Operationstechnik wird in Verbindung mit Robotik-Systemen in Zukunft Eingriffe in der Umgebung der vorderen Schädelbasis schonender und sicherer machen.

HNO-Ärzte aus Deutschland, Europa und Gäste aus der ganzen Welt diskutieren anlässlich der 81. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie in Wiesbaden diese neuen, zukunftsweisenden und spannenden endoskopischen Operationskonzepte mit dem Ziel, die Invasivität bei Eingriffen im Kopf-Hals-Bereich zum Wohle ihrer Patienten weiter zu senken.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Wiesbaden, Mai 2010

**Konzentrationsschwäche und Leistungsabfall bei Kindern:
Nächtliche Atemstörungen frühzeitig erkennen und behandeln**

Professor Dr. med. Thomas Verse

Chefarzt der Abteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie,
Asklepios-Klinik Harburg, Hamburg

Im Gegensatz zu Erwachsenen stehen bei Kindern mit OSA (obstruktive Schlafapnoe) nicht Müdigkeit oder Tagesschläfrigkeit im Vordergrund, sondern motorische und geistige Unruhe. Beiden gemeinsam ist das Schnarchen. Zwischenzeitlich konnte nachgewiesen werden, dass schnarchende Schüler in der Schule schlechter abschneiden als ihre nichtschnarchenden Mitschüler. Dieser Zustand ist nach Beseitigung der ursächlichen Schlafatmungsstörung grundsätzlich reversibel. Vor diesem Hintergrund hat sich die Einstellung zur Therapie des bislang als völlig harmlos angesehenen Schnarchens bei Kindern in den letzten Jahren grundlegend gewandelt.

Die kindliche OSA kann sogar noch weiterführende Konsequenzen für die Gesundheit haben. So verbrauchen Kinder mit OSA im Vergleich zu gesunden Kindern allein im ersten Jahr nach der Diagnosestellung deutlich mehr Ressourcen im Gesundheitswesen. Ursache sind besonders pulmonologische Begleit- und Folgeerkrankungen.

Bei Kindern gelten bereits mehr als zwei Atempausen pro Stunde Schlaf als pathologisch. Die schlafmedizinische Anamnese und Diagnostik ist bei Kindern allerdings wesentlich schwieriger beziehungsweise aufwendiger, weshalb sich die Frage stellt, welche Kinder denn näher untersucht werden sollten. Hierfür gibt es mehrere neue Fragebögen, wie zum Beispiel den Pediatric Sleep Questionnaire (22 items), welcher kürzlich erfolgreich validiert wurde. Als Ergebnis gelten hoher Ausgangs-AHI (Apnoe-Hypopnoe-Index), Übergewicht und kürzliche Zunahme des BMI als primäre Risikofaktoren. Weitere Risikofaktoren für kindliche OSA sind Trisomie 21, Tonsillenhyperplasie, niedriger Sozialstatus, alleinstehende Mütter, Präeklampsie und niedriges Geburtsgewicht.

Therapeutisch steht die chirurgische Beseitigung der adenotonsillären Hyperplasie im Vordergrund. Die Effektivität der Adenotonsillektomie (ATE) wurde kürzlich in einer Übersichtsarbeit und zwei Metaanalysen überzeugend dargestellt. So steigen standardisierte Größe, Gewicht und die Biomarker IGF-1 und IGFBP-3 im Serum nach ATE signifikant an. Risikofaktoren für ein Fortbestehen der kindlichen OSA sind ein erhöhter Ausgangs-AHI und BMI. Allerdings muss Übergewicht nicht zwingend zu einem schlechten Ergebnis in Bezug auf die OSA führen.

Aufgrund der im Vergleich zur Tonsillektomie deutlich reduzierten postoperativen Schmerzhaftigkeit und Nachblutungsrate wird heute bevorzugt bei kindlicher OSA die Tonsillotomie beziehungsweise intrakapsuläre Tonsillektomie durchgeführt. Erste Ergebnisse zeigen eine vergleichbare Wirksamkeit von Tonsillotomie und kompletter Tonsillektomie in Bezug auf die OSA und eine stabile Verbesserung der Lebensqualität 3 und 12 Monate postoperativ. Voraussetzung für die Tonsillotomie ist der Ausschluss einer chronischen Tonsillitis, die aber im Kleinkindesalter ohnehin selten ist. Alternativen zur chirurgischen Therapie bestehen in erster Linie in der Versorgung mit Bisschienen.

*Pressekonferenz anlässlich der 81. Jahresversammlung
der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.
Dienstag, 11. Mai 2010, 11.00 bis 12.00 Uhr, Wiesbaden*

Anlässlich der im Rahmen der 81. Jahrestagung der DGHNO KHC geplanten Rundtischveranstaltung zum Thema „obstruktive Schlafapnoe (OSA) bei Kindern“ werden ausgewiesene Experten zu Folgen, Diagnostik und Therapie der kindlichen OSA diskutieren.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Wiesbaden, Mai 2010

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Gerhard Rettinger
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-
Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Direktor der Universitäts-Hals-
Nasen-Ohrenklinik, Ulm

* 1947



Aus- und Weiterbildung:

- Medizinstudium 1969–1975 in Erlangen
- Staatsexamen 1975
- Approbation 1976
- HNO-Facharzt 1981
- Spezielle Weiterbildung: Spezielle HNO-Chirurgie, Plastische Operationen, Allergologie
- Weiterbildungsermächtigung für Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Plastische Operationen, Allergie, Spezielle Kopf-Halschirurgie
- Oberarztposition: in Erlangen seit 1982
- Lehrstuhlinhaber und Leiter der HNO-Klinik, Universität Ulm seit 1. April 1995

Akademischer Werdegang:

- Habilitation 1982
- Professor (C2, C3, W3) seit 1987

Klinische Schwerpunkte:

- Plastisch-rekonstruktive Gesichtschirurgie
- Rhinoplastik
- Ohrmuschelplastik und -rekonstruktion
- Nasennebenhöhlenchirurgie
- Chirurgie der lateralen und frontalen Schädelbasis
- Minimalinvasive Chirurgie

Wissenschaftliche Schwerpunkte:

- neue Operationsverfahren und Instrumente
- Implantatmaterialien
- Luftkonditionierung in den Nasenwegen
- Laserchirurgie

Mitgliedschaft in Gesellschaften und Präsidien:

Mitglied in:

- Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Präsident 2009/2010
- European Academy of Otorhinolaryngology, Head- and Neck-Surgery
- European Academy of Facial Plastic Surgery
- American Academy of Facial Plastic Surgery
- Österreichische Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde: Ehrenmitglied
- European Rhinologic Society (Präsident, Generalsekretär)
- Griechische Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde: Ehrenmitglied

Mitglied in Gremien:

- Mitherausgeber der Zeitschrift Laryngo-Rhino-Otologie (Georg Thieme Verlag), Rhinology und Facial Plastic Surgery
- Schriftführer der Zeitschrift Laryngo-Rhino-Otologie
- Past-Präsident der European Rhinologic Society
- Generalsekretär der European Rhinologic Society
- Past-Präsident von ISIAN (International Symposium of Infection and Allergy of the Nose)
- Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
- Präsident der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie 2009/2010
- Mitglied des Board der European Academy of Otorhinolaryngology, Head- and Neck-Surgery

Weitere Aktivitäten:

- jährliche Kurse für Rhinoplastik, Ohrmuschelplastik und rekonstruktive Gesichtschirurgie in Erlangen und Ulm seit 1986
- Einladungen als Dozent verschiedener Operationskurse in Europa

Preise:

- Certificate of „Merit“ für Posterausstellung, RSNA-Kongress in USA 1982
- Forschungspreis der European Rhinologic Society, Athen 1986, Barcelona 2000
- Posterpreis, Wien 1998

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h. c. Roland Laszig
Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-
Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Direktor der Universitätsklinik
für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Freiburg



Beruflicher Werdegang:

1970–1973	Studium der Humanmedizin an der Humboldt-Universität (Charité) in Ostberlin
1973–1976	Studium der Humanmedizin an der Universität Hamburg
1976–1977	Medizinalassistentenzeit in der Inneren Medizin in Bad Steben und in der Chirurgie in Hamburg
1977–1978	Assistent in der Abteilung für Chirurgie des Krankenhauses Bethanien in Hamburg
1978–1982	Ausbildung zum Arzt für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten in der HNO-Abteilung des Marienkrankenhauses Hamburg, Dissertation

Qualifikationen:

1982	Anerkennung der Gebietsbezeichnung Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
1988	Erwerb der Zusatzbezeichnung Plastische Operationen
1989	Erwerb der Zusatzbezeichnung Allergologie

Berufstätigkeit:

1982–1983	Arzt für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten, Oberarzt Marienkrankenhause Hamburg unter Professor Dr. G. Neumann und Dissertation
1984–1993	Assistenzarzt, Oberarzt und leitender Oberarzt der Hals-Nasen-Ohrenklinik der Medizinischen Hochschule Hannover
Januar 1993	Ruf auf den Lehrstuhl für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und Gründung des Implant Centrums Freiburg (ICF)
seit April 1993	Geschäftsführender Direktor der Universitätsklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Poliklinik Freiburg

Preise und Auszeichnungen:

1998	Ehrenmitglied der Slowakischen HNO-Gesellschaft
2000	Ehrenmitglied der Griechischen HNO-Gesellschaft, Goldene Ehrennadel der Europäischen Union der Hörgeräteakustiker e.V.
2001	Ehrendoktorwürde der Universität für Medizin und Pharmazie Iasi/Rumänien

*Pressekonferenz anlässlich der 81. Jahresversammlung
der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.
Dienstag, 11. Mai 2010, 11.00 bis 12.00 Uhr, Wiesbaden*

- 2005 Verleihung des Bundesverdienstkreuzes am Bande durch den Bundespräsidenten, Ehrenmitglied der Tschechischen HNO-Gesellschaft
- 2009 Ehrenmitglied der Panhellenischen HNO-Gesellschaft

Andere Aktivitäten:

- Seit 2003 Präsidiumsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO KHC)
- Seit 2009 Vizepräsident der DGHNO KHC und ab 2010 Präsident der DGHNO KHC
- 2004–2010 Mitglied des Gesamtvorstands des Deutschen Berufsverbandes der HNO-Ärzte e.V.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h. c. Friedrich Bootz
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-
Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Direktor der Klinik und Poliklinik für
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Chirurgie der Universität Bonn



- | | |
|-----------|---|
| 1982 | Approbation sowie Promotion zum Dr. med. an der Universität Tübingen
(Thema: Modifizierbarkeit von Reflexantworten bei der Kompensation von
raschen Körperauslenkungen) |
| 1982 | Beginn der Weiterbildung Hals-Nasen-Ohrenheilkunde an der Universitäts-
HNO-Klinik Tübingen bis 1988 unter Professor Dr. D. Plester, ab 1988 unter
Professor Dr. H. P. Zenner |
| 1986–1987 | Senior Registrar am Departement of Otorhinolaryngology der Universität in
Liverpool (Direktor: Professor P. M. Stell) |
| 1989–1995 | Leitender Oberarzt der Universitäts-HNO-Klinik in Tübingen |
| 1991 | Habilitation |
| 1995 | Berufung auf den Lehrstuhl HNO-Heilkunde der Universität Leipzig, Er-
nennung zum Universitätsprofessor |
| 2002 | Berufung auf den Lehrstuhl HNO-Heilkunde der Medizinischen Fakultät der
Universität Bonn |

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Werner Hosemann
Schriftführer der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-
Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Direktor der Universitätsklinik für
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Kopf- und Halschirurgie, Greifswald

* 1954



1973–1980	Studium der Humanmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
1980	Promotion am Anatomischen Institut der Universität Freiburg
1980–1982	Assistent am pathologischen Institut der Universitäten Freiburg und Erlangen.
1982–1992	Assistent/Oberarzt an der Hals-Nasen-Ohrenklinik der Universität Erlangen.
1990	Habilitation.
1992–2001	Leitender Oberarzt (C3) HNO-Universitätsklinik Regensburg
seit 2001	Direktor der Universitätsklinik für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten, Kopf- und Halschirurgie der Universität Greifswald

Zusatzbezeichnungen:

- Allergologie
- Umweltmedizin
- Plastische Operationen
- Stimm- und Sprachstörungen
- Qualitätsmanagement

Fakultative Weiterbildung: Spezielle HNO-Chirurgie

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Norbert Stasche
Schatzmeister der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-
Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Chefarzt der Hals-Nasen-
Ohrenklinik des Westpfalz-Klinikums, Kaiserslautern

* 1953



1974–1980	Medizinstudium an der Universität Rostock
1980	Diplomarbeit an der Universität Rostock über „Das stumpfe Bauchtrauma im Kindesalter“
1979–1980	Ableistung des praktischen 6. Studienjahres an der Chirurgischen und Inneren Klinik des Bezirkskrankenhauses Brandenburg/Havel
1980	Staatsexamen und Approbation als Arzt
1980–1984	Assistenzarzt an der HNO-Klinik des Bezirkskrankenhauses Brandenburg/Havel
1984	Anerkennung als Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
1985–1989	1. Oberarzt an der HNO-Klinik des Bezirkskrankenhauses Brandenburg/Havel (Chefarzt PD Dr. H.-P. Jung)
1985	Promotion zum Dr. med. an der Universität Rostock über „Untersuchungen zur thermischen Labyrinth-Reaktion“
1990–1993	Oberarzt an der HNO-Klinik des Klinikums der Universitätsstadt Kaiserslautern (Chefarzt Professor Dr. K. Hörmann)
01.07.1993	Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“
01.06.1993–31.03.1994	Kommissarischer Chefarzt der HNO-Klinik des Klinikums der Universitätsstadt Kaiserslautern
01.04.1994–jetzt	Chefarzt der HNO-Klinik des Westpfalz-Klinikums Kaiserslautern
18.12.1996	Habilitation zur Erlangung der Venia legendi für das Fach Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde an der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
1996	Zusatzbezeichnung „Spezielle HNO-Chirurgie“
12.01.1998	Qualifikationsnachweis Somnologie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin
1990–jetzt	Lehrtätigkeit an der Technischen Universität Kaiserslautern
2006	Posterpreis 2006 der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren



Bestellformular Fotos:

Pressekonferenz

anlässlich der 81. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.

Termin: 11. Mai 2010, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Hotel Crowne Plaza, Raum Bach C, Bahnhofstr. 10–12, 65185 Wiesbaden

Bitte schicken Sie mir folgende(s) Foto(s) per E-Mail:

- Professor Dr. med. Gerhard Rettinger
- Professor Dr. med. Dr. h. c. Roland Laszig
- Professor Dr. med. Dr. h. c. Friedrich Bootz
- Professor Dr. med. Werner Hosemann
- Professor Dr. med. Norbert Stasche
- Professor Dr. med. Thomas Verse

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Anschrift:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

Bitte an 0711 8931-984 zurückfaxen.

Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle: Silke Jakobi
81. Jahresversammlung 2010
Thieme PR-Agentur
Medizinkommunikation Stuttgart
Rüdigerstraße 14 | 70469 Stuttgart
Telefon 0711/8931-163
Telefax 0711/8931-167
jakobi@medizinkommunikation.org

Geschäftsstelle: Ulrike Fischer
Hittorfstraße 7 | D-53129 Bonn
Telefon 02 28 / 23 17 70
Telefax 02 28 / 23 93 85
E-Mail: info@hno.org
Homepage: <http://www.hno.org>