



Pressekonferenz anlässlich der 87. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC) „Evidenz/Transparenz – HNO, quo vadis?“

Dienstag, 3. Mai 2016, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tulip Inn Hotel (Hauptquartier), Arenastr. 3, 40474 Düsseldorf

Raum: Eventloge 41

Programm

Kongressausblick, Kongresshighlights: HNO – Quo vadis?

Professor Dr. med. Jochen A. Werner

Kongresspräsident 2016, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender Universitätsklinikum Essen

Schluckstörungen – eine häufige Erkrankung, noch unterschätzt

Univ.-Professor Dr. med. Dr. med. habil. Christiane Hey

Chefärztin der Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie, Universitätsklinikum Marburg

Monitoring des Schlafverhaltens per Smartphone

Dr. med. Martin Leinung

Leitender Oberarzt; Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum der Goethe-Universität, Frankfurt/Main

Hörsturz – die Suche nach der besten Therapie

Professor Dr. med. habil. Stefan Plontke

Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Universitätsklinikum Halle (Saale)

Mandelentzündung – was gibt es Neues?

Professor Dr. med. habil. Jochen Windfuhr

Chefarzt der Klinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde, Plastische Kopf- und Hals-Chirurgie, Allergologie, Krankenhaus Maria Hilf, Mönchengladbach

Moderation: Anna Voormann, DGHNO-KHC-Pressestelle, Stuttgart

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC)

Pressestelle

Anna Voormann/Stephanie Priester

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 89 31 605

Fax: 0711 89 31 167

E-Mail: priester@medizinkommunikation.org



**Pressekonferenz anlässlich der 87. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC)
„Evidenz/Transparenz – HNO, quo vadis?“**

Dienstag, 3. Mai 2016, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tulip Inn Hotel (Hauptquartier), Arenastr. 3, 40474 Düsseldorf

Raum: Eventloge 41

Inhalt

Pressemitteilungen

Redemanuskripte der Referenten

Lebensläufe der Referenten

Bestellformular für Fotos

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC)

Pressestelle

Anna Voormann/Stephanie Priester

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 89 31 605

Fax: 0711 89 31 167

E-Mail: priester@medizinkommunikation.org



Kongress-Pressekonferenz anlässlich der 87. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC), 4. bis 7. Mai 2016, Congress Center Düsseldorf (CCD Stadthalle)

Atempausen im Schlaf: Hilft das Smartphone bei der Diagnostik?

Düsseldorf, 3. Mai 2016 – Zwei bis vier Prozent aller Erwachsenen sind von der sogenannten obstruktiven Schlafapnoe betroffen: Nächtliches Schnarchen, das mit Atempausen einhergeht, und so nicht nur den Schlaf, sondern auch das Herz belastet. Im Rahmen der telemedizinischen Entwicklung in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde haben Forscher untersucht, ob Ärzte für eine Diagnostik dieser ernstzunehmenden Erkrankung das Schlafverhalten von Betroffenen mittels Smartphone zuverlässig untersuchen können. Die Ergebnisse stellen die Experten auf der 87.

Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC) in Düsseldorf vor.

Die obstruktive Schlafapnoe (OSA) zählt zu den schlafbezogenen Atemstörungen. Wer darunter leidet, ringt im Schlaf ständig nach Luft – wiederholte Atemaussetzer oder Phasen der Minderatmung bewirken einen Abfall der Sauerstoffkonzentration im Blut. Eine unbewusst erfolgende Weckreaktion des Körpers verhindert, dass Betroffene ersticken. „Eine möglichst frühe Diagnostik und Therapie von OSA ist sehr wichtig“, sagt Dr. med. Martin Leinung, Leitender Oberarzt der Klinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde am Universitätsklinikum der Goethe-Universität in Frankfurt am Main. „Denn zu ihren Folgen gehören neben Tagesmüdigkeit, Sekundenschlaf, Leistungsschwund, Vergesslichkeit, Stimmungsschwankungen und Depressionen auch ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko für lebensbedrohliche Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall.“

Um festzustellen, ob eine obstruktive Schlafapnoe vorliegt, überwachen Ärzte das Schlafverhalten möglicher Betroffener: Dies geschieht in Schlaflabors an Kliniken oder ambulant durch eine sogenannte Polygrafieuntersuchung in der häuslichen Umgebung der Patienten. Bei der Polygrafie wird ein kleines Gerät mit verschiedenen Messsonden – der Polygraf – dem Patienten nach einer Einweisung durch den HNO-Arzt mitgegeben. Vor dem Zubettgehen legt dieser den Polygrafen an und aktiviert die Aufzeichnung, die bis zum nächsten Morgen fortgeführt wird. Im Anschluss gibt er das Gerät seinem behandelnden Arzt zurück. Die derzeit auf dem Markt verfügbaren Geräte zum Schlafapnoe-Screening messen



je nach Bauart vier bis sechs unterschiedliche Parameter, es werden aber auch Ein-Kanal-Screening-Geräte angeboten. Zu den Parametern zählen beispielsweise Atemfluss, Atembewegungen, Schnarchen und Sauerstoffsättigung.

Im Rahmen der telemedizinischen Weiterentwicklung des Faches HNO hat ein Team um Dr. Martin Leinung in einer Studie untersucht, ob man das Schlaf-Monitoring zur Diagnostik einer OSA auch zuverlässig mithilfe eines Smartphones erfassen könnte. Denn: „Prinzipiell können einzelne dieser Parameter auch mit der Sensorik eines marktüblichen Smartphones erfasst werden“, erläutert der Experte. In Deutschland verfügt mittlerweile über die Hälfte der Bevölkerung über ein Smartphone. Die hochtechnisierten Mobiltelefone besitzen etliche Sensoren, die prinzipiell für die Messung von Körperfunktionen verwendet werden können. Im Rahmen eines „Self-Trackings“ zur Kontrolle und Verbesserung der körperlichen Fitness oder der Ernährungsoptimierung erfreuen sich diese Messfunktionen gegenwärtig großer Beliebtheit. „Unsere Untersuchung hat ergeben, dass die in Smartphones verbauten Sensoren qualitativ nicht mit der Hardware von Medizinprodukten, wie dem Polygrafen, vergleichbar sind“, sagt Dr. Leinung. „Mittelfristig können sie daher die Polygrafie nicht ersetzen. Allerdings könnten Smartphones durchaus für ein kostengünstiges Verlaufs-Monitoring im häuslichen Umfeld eingesetzt werden.“

Über die konkreten Studienergebnisse spricht Dr. Leinung im Rahmen der heutigen Pressekonferenz im Vorfeld der 87. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC) sowie am 5. Mai auf der Jahresversammlung selbst.

Ihr Pressekontakt für Rückfragen:

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC)
Pressestelle
Anna Voormann/Stephanie Priester
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 89 31 605
Fax: 0711 89 31 167
E-Mail: priester@medizinkommunikation.org



Kongress-Pressekonferenz anlässlich der 87. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC), 4. bis 7. Mai 2016, Congress Center Düsseldorf (CCD Stadthalle)

Mandelentzündungen:

Leitlinie soll Operation und Einsatz von Antibiotika vereinheitlichen

Düsseldorf, 3. Mai 2016 – Nicht bei jeder Mandelentzündung muss sofort operiert werden. Auch eine Antibiotikabehandlung ist häufig nicht notwendig. Mehrere Fachgesellschaften von Kinder- und HNO-Ärzten haben sich jüngst auf neue Therapie-Empfehlungen verständigt, die für Klarheit beim gezielten Antibiotikaeinsatz und Operationsempfehlungen sorgt. Die neue Leitlinie wird auf der 87. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC) der breiteren Öffentlichkeit vorgestellt.

Jedes Kind erkrankt im Verlauf der ersten Lebensjahre mehrfach an Entzündungen von Rachen und Mandeln. Für den Körper ist es eine normale Abwehrreaktion, denn die Mandeln gehören zum menschlichen Immunsystem. Ein Krankheitswert liegt erst vor, wenn sich Schluckschmerzen und Allgemeinsymptome wie Fieber entwickeln. Die Mandelentzündung ist dann Anlass für einen Besuch beim Kinderarzt, der zusammen mit den Eltern entscheidet, ob ein Antibiotikum oder sogar ein Krankenhausaufenthalt notwendig ist. „Die Tonsillitis ist eine der häufigsten Anlässe für den Arztbesuch und Mandeloperationen gehören zu den 20 häufigsten Anlässen für Krankenhausbehandlungen in Deutschland“, erläutert Professor Dr. med. Jochen Windfuhr, Chefarzt am Krankenhaus Maria Hilf, Mönchengladbach. Er hat als Vertreter der DGHNO-KHC die Leitlinie „Therapie entzündlicher Erkrankungen der Gaumenmandeln“ maßgeblich mitentwickelt. Beteiligt waren dabei der Deutsche Berufsverband der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie.



Ein erklärtes Ziel der Leitlinie ist es, die Diagnose und Behandlung der Tonsillitis zu vereinheitlichen. Zuletzt hatte die Bertelsmann-Stiftung auf eine regional ungleiche Verteilung der Häufigkeit von Mandeloperationen aber auch Antibiotika-Verordnungen in einem anderen Bericht hingewiesen und dadurch eine breite Diskussion ausgelöst. „Die akute Tonsillitis wird zu 70 bis 95 Prozent der Fälle durch Viren ausgelöst“, berichtet Professor Windfuhr: „Antibiotika sind dann wirkungslos, sie können nur bei Entzündungen durch Bakterien helfen.“ Wann dies der Fall ist, kann der Arzt allein durch einen Blick in den Rachen nicht entscheiden. Die Leitlinie stellt zwei altersabhängige Punktesysteme vor. Diese bewerten neben der Schwellung der Mandeln auch Fieber, Husten und Lymphknotenschwellung mit Punkten. „Erst ab einem bestimmten Punktwert wird ein Antibiotikum empfohlen“, sagt Professor Windfuhr. „Zusätzliche Untersuchungen, wie Rachenabstriche, sind nur noch für seltene Einzelfälle vorgesehen.“

Nicht jede schwere Mandelentzündung macht eine Operation erforderlich. Die Entscheidungsgrundlage ist die Zahl von Halsschmerzepisoden in den letzten zwölf Monaten. Bei weniger als drei Episoden raten die Leitlinien von einer Operation ab. Bei drei bis fünf Episoden „kann“ die Tonsillektomie durchgeführt werden, bei sechs oder mehr Episoden ist sie „eine therapeutische Option“. „Bei mehrfach wiederkehrenden Mandelentzündungen hat sich die Mandelentfernung bewährt“, sagt Professor Windfuhr. Sie sei aber keine Notoperation. „Nur in besonders schweren Fällen sollte die Operation zügig erfolgen“, sagt der Experte. „Bei moderaten und milden Formen raten wir dazu, zunächst ein halbes Jahr abzuwarten. Nur wenn sich in dieser Wartezeit weitere Entzündungen trotz wiederholter Antibiotikumtherapie ereignen, ist die Mandelentfernung der bessere Weg.“

Bei besonders großen Mandeln müssen bei der Operation nicht die ganzen Mandeln entfernt werden. Eine Teilentfernung, Tonsillotomie genannt, ist eine neue Option, die in den Leitlinien erstmals empfohlen wird. „Sie hat sich in schwedischen Studien bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bewährt“, sagt Professor Windfuhr. „Die Tonsillotomie ist für die Patienten sehr viel weniger belastend. Anfängliche Bedenken, dass in den Mandelresten Entzündungskomplikationen programmiert sind, haben sich nicht bestätigt“.



Experten diskutieren auf der 87. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC) in Düsseldorf in einer Sondersitzung die Bedeutung der Leitlinie bei chronischer Mandelentzündung. Die Leitlinie ist auch ein Thema der heutigen Pressekonferenz.

Ihr Pressekontakt für Rückfragen:

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC)

Pressestelle

Anna Voormann/Stephanie Priester

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 89 31 605

Fax: 0711 89 31 167

E-Mail: priester@medizinkommunikation.org



Kongress-Pressekonferenz anlässlich der 87. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC), 4. bis 7. Mai 2016, Congress Center Düsseldorf (CCD Stadthalle)

Schluckstörungen: Mehr als fünf Millionen Betroffene – Expertin fordert Verbesserung der Versorgungslage

Düsseldorf, 3. Mai 2016 – Mehr als fünf Millionen Menschen in Deutschland leiden unter Schluckstörungen, die Tendenz ist steigend. Die Dysphagie, so die medizinische Bezeichnung, kann bei verschiedenen Krankheiten auftreten. Am häufigsten betroffen sind zwar Menschen nach einem Schlaganfall, wie eine Expertin im Vorfeld der 87. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC) berichtet. Aber auch bei Kindern und vor allem älteren Erwachsenen kommen Schluckstörungen vor.

Bis zu 2 000-mal am Tag schluckt der Mensch, ohne darüber nachdenken zu müssen. Was für die meisten selbstverständlich erscheint, ist für viele nicht mehr möglich.

„Je nach Altersgruppe leiden zwischen 1,7 und 11,3 Prozent aller Menschen unter Schluckstörungen“, berichtet Professor Christiane Hey, Chefärztin der Abteilung Phoniatrie und Pädaudiologie am Universitätsklinikum Marburg.

Für einen Betroffenen bedeutet eine Beeinträchtigung des Schluckens eine erhebliche Minderung der Lebensqualität, die eine psychische, soziale und gegebenenfalls berufliche Reintegration erschweren.“, erklärt Professor Hey. Bei Erwachsenen sind es häufig Tumoren im Kopf-Hals-Bereich, die für eine Dysphagie verantwortlich sind. Im Alter können Schluckstörungen im Rahmen von Demenzen auftreten. Die häufigsten Ursachen sind jedoch Schlaganfälle. „Gründe dafür, dass immer mehr Menschen an einer Dysphagie leiden, sind die zunehmende Altersstruktur unserer Gesellschaft, aber auch die verbesserte medizinische Akutversorgung.“, erläutert Professor Hey.

„Wir sprechen hier nicht von Schluckstörungen, die im Rahmen von Infektionen auftreten, nicht von Sodbrennen oder Rachenschmerzen. Bei der hier angesprochenen Dysphagie gerät der Speisebrei beim versehentlichen Verschlucken in die Luftröhre. Dies kann zu einer gefährlichen Lungenentzündung führen, aber auch zu Fehl- und Mangelernährung.“ warnt Frau Prof. Hey. Die Folge kann ein verlängerter Krankenhausaufenthalt sein, auch ein Versterben an einer Lungenentzündung aufgrund einer Dysphagie ist keine Seltenheit. Die



Dysphagie führt zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität, die die psychische, soziale und manchmal auch berufliche Reintegration erschweren. Zahlen zu den volkswirtschaftlichen Kosten in Deutschland gäbe es bislang nicht. Für die USA bezifferte eine Studie den ökonomischen Einfluß einer Schluckstörung auf 547.307.964 US-Dollar im Jahr. „Kosten, die darauf zurückzuführen sind, dass die Dysphagie nicht rechtzeitig erkannt und behandelt wurde“, sagt die Expertin. Professor Hey verweist auf die guten Erfahrungen in der Behandlung von Schlaganfallpatienten. Die meisten Stroke-Units betreiben heute eine Dysphagiediagnostik und –therapie. „Für Schluckstörungen infolge einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung sind umfassende Versorgungskonzepte erstellt“, sagt Professor Hey. „Und auch das Schlucken des alternden multimorbiden Menschen ist zunehmend Gegenstand der klinischen Versorgung und Forschung.“

In anderen Bereichen fehle es jedoch noch an Versorgungsstrukturen. Professor Hey nennt hier Schluckstörungen nach Langzeitbeatmungen auf Intensivstationen oder Schluckstörungen im Kindesalter. Die vielfältigen Ursachen für eine Schluckstörung sind der Grund, dass so viele und unterschiedliche medizinische wie therapeutische Fachdisziplinen gebunden werden, „wie bei kaum einer anderen Erkrankung“, so Frau Professor Hey. Sie sieht hier auch vor allem die HNO-Ärzte gefordert: „Schluckstörungen waren, sind und werden zunehmend ein zentrales Kerngebiet der HNO-Heilkunde. Das Ziel muss die Etablierung einer flächendeckenden Versorgung aller Betroffenen sein.“ Über Ursachen und Therapiemöglichkeiten von Schluckstörungen sowie die Versorgungslage in Deutschland spricht die Expertin auf der heutigen Pressekonferenz in Düsseldorf anlässlich der 87. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC).

Ihr Pressekontakt für Rückfragen:

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC)
Pressestelle
Anna Voormann/Stephanie Priester
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 89 31 605
Fax: 0711 89 31 167
E-Mail: priester@medizinkommunikation.org



Die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. , Bonn (DGHNO-KHC)

Die Deutsche Gesellschaft der Hals-Nasen-Ohrenärzte ging 1921 aus dem Verein Deutscher Laryngologen und der Deutschen Otologischen Gesellschaft hervor. Im Jahre 1968 wurde der heute gültige Name, Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, angenommen. Die Gesellschaft hat derzeit über 4.800 Mitglieder.

Die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie bezweckt die Förderung der wissenschaftlichen und praktischen Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie und die Förderung des Allgemeinwissens um ihre geschichtliche Entwicklung.

Weitere Aufgaben sind die Wahrung der Einheit des Fachgebietes der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und die Vertiefung der Verbindung mit den medizinischen Nachbarfächern sowie mit ausländischen Fachgesellschaften, die Weiter- und Fortbildung auf dem Fachgebiet, sowie die Unterstützung und Beratung anderer wissenschaftlicher Gesellschaften, von Gesundheitsbehörden und anderen Einrichtungen bei Belangen der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie.

Kongressausblick, Kongresshighlights: HNO – Quo vadis?

Professor Dr. med. Jochen A. Werner, Kongresspräsident 2016, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender Universitätsklinikum Essen

Nach mehrjähriger Vorbereitung wurde im Jahre 2012, dies in enger Kooperation der DGHNO-KHC mit dem Deutschen Berufsverband der HNO-Ärzte, das Deutsche Studienzentrum für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DSZ-HNO) gegründet. Darauf basierend war es eine nur allzu logische Schlussfolgerung, den diesjährigen Jahreskongress unter das Motto „Evidenz und Transparenz in der HNO-Heilkunde“ zu stellen und zugleich kritisch zu hinterfragen:

„HNO, quo vadis?“ Warum Letzteres? Die HNO-Heilkunde hat sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten zum Teil dramatisch verändert. Ursächlich hierfür sind veränderte Häufigkeiten von Krankheitsbildern, beispielsweise Cholesteatome, alternative Behandlungsstrategien und veränderte chirurgische Indikationen, Letzteres auch im Gebiet der Onkologie mit verstärkter Betonung primär nicht chirurgischer Behandlungsansätze. Im vorgenannten Kontext stellt sich auch die Frage, ob wir es uns als Fachgebiet wirklich weiterhin leisten können, das originäre Halsorgan Schilddrüse weiterhin stiefmütterlich zu behandeln. Standortbestimmungen, beispielsweise im Gebiet der Dysphagie, sind erforderlich. Kritisch zu hinterfragen sind zudem die aktuelle Bedeutung unseres Faches in der Grundlagenforschung und die zunehmende Entwicklung im Gebiet der Immunologie.

Ich verspreche Ihnen eine hochinteressante Jahresversammlung, die sich in verschiedener Hinsicht von früheren Veranstaltungen unterscheidet. Vier Besonderheiten sollen an dieser Stelle Erwähnung finden.

Zum einen hören wir sechs Key-Note-Lectures von international ausgewiesenen hochrangigen Experten unseres Fachgebietes. Jede einzelne dieser Lectures wird nicht nur den jüngeren, sondern auch den erfahrenen Kollegen viele innovative Anknüpfungspunkte bieten.

Zum anderen werden die klassischen Rundtischgespräche sogenannten moderierten Expertengesprächen weichen, die sich darin unterscheiden, dass auf die bei Rundtischen üblichen Kurzvorträge der Teilnehmer verzichtet wird und statt dessen die hoffentlich kritische Diskussion definierter Sachverhalte in den Vordergrund tritt.

Weiterhin habe ich mich in Anbetracht der heftigen Diskussionen um die Leitlinie zur chronischen Tonsillitis dazu entschieden, eine Sondersitzung mit den Kontrahenten zu dieser Thematik anzusetzen, die sicherlich mit hoher Spannung erwartet werden darf.

Besonders freue ich mich auf die beiden Gesprächsrunden mit Pionieren unseres Fachgebietes. Den jungen Kolleginnen und Kollegen wird damit die Möglichkeit gegeben zu erleben, wer hinter diesen großen Namen steckt, welche prägenden Erlebnisse unsere Vorgänger hatten und wie sie aktuelle Entwicklungen einschätzen.

Eine weitere Veränderung werden Sie bei den sogenannten Pflorgetagen registrieren. Die Krankenpflege und weitere medizinische Assistenzberufe sind im engen Schulterschluss mit der Ärzteschaft und damit auch mit der DGHNO-KHC weiterzuentwickeln. Fachspezifische Fortbildungen – und dies bei Weitem nicht nur auf den Umgang mit der Trachealkanüle bezogen – sollen die Kenntnisse unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter optimieren helfen. Medizinische Fakultäten entscheiden sich, das Thema der Krankenpflege in einem ihrer Schwerpunkte wissenschaftlich zu begleiten. Auch wir intensivieren künftig die Fortbildung für medizinische Assistenzberufe.

Die Standortbestimmung unseres Fachgebietes, kritische Diskussionen zu künftigen Ausrichtungen desselben, das Kennenlernen und Intensivieren persönlicher Bekanntschaften zu Kolleginnen und Kollegen sowie ein unzweifelhaft hochattraktiver Kongressstandort Düsseldorf sollten genügend Gründe bieten, an der 87. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie teilzunehmen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Düsseldorf, Mai 2016

Schluckstörungen – eine häufige Erkrankung, noch unterschätzt

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Christiane Hey, Chefärztin der Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie, Universitätsklinikum Marburg

Kaum eine Störung wirkt sich so drastisch auf das Leben der Betroffenen aus wie die Fähigkeit, nicht mehr Essen und Trinken zu können. Bis zu 2 000-mal am Tag schluckt der Mensch, ohne darüber nachdenken zu müssen. Doch das, was für jeden von uns so selbstverständlich erscheint, ist für viele nicht mehr möglich: Mehr als fünf Millionen Menschen sind in Deutschland von einer Schluckstörung betroffen. Die Tendenz ist steigend. Die Inzidenz liegt, je nach Altersgruppe bei 1,7% bis 11,3%¹⁻². Gründe sind die zunehmende Altersstruktur unserer Gesellschaft und eine verbesserte medizinische Akutversorgung.

Für einen Betroffenen bedeutet eine Beeinträchtigung des Schluckens eine erhebliche Minderung der Lebensqualität, die eine psychische, soziale und gegebenenfalls berufliche Reintegration erschweren³⁻⁵. Auch die soziökonomischen Auswirkungen sind enorm. Nicht rechtzeitig erkannt, sind für den Patienten eine erhöhte Morbidität und Mortalität die Folge, für die Gesellschaft eine drastische Erhöhung der allgemeinen Behandlungskosten durch prolongierten stationären Aufenthalt, erhöhte Aspirationspneumonie- und Malnutritionsrate. Allein in den USA wird der ökonomische Einfluss einer Schluckstörung auf 547.307.964 US-Dollar pro Jahr geschätzt: Kosten infolge eines Missmanagements⁶.

Weltweit gerät damit die Versorgung von schluckgestörten Patienten zunehmend in den Fokus des Interesses. Kaum eine Störung bindet und fordert so viele und unterschiedliche medizinische wie therapeutische Fachdisziplinen, denn die Ursachen dafür, nicht mehr schlucken zu können, sind mannigfaltig.

Auch wenn in Deutschland die sich etablierende Fachdisziplin noch sehr jung ist, so sind jedoch die Versorgungsstrukturen für die häufigste verursachende Erkrankung, den akuten Schlaganfall, gut etabliert und evidenzbasiert⁷. Sie beinhalten die wesentlichen drei Säulen Früherkennung, Diagnostik und Therapie. Die Versorgungskonzepte für Schluckstörungen infolge einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung sind im Aufbau begriffen und auch das Schlucken des alternden multimorbiden Menschen ist zunehmend Gegenstand der klinischen Versorgung und Forschung⁸. Trotz des Vorhandenen Wissens ist vieles noch nicht bekannt und die Versorgungsstrukturen nicht im Ansatz definiert: weltweit! Dies gilt beispielsweise für Schluckstörungen infolge einer Langzeitbeatmung, ebenso für Schluckstörungen im Kindesalter. Schluckstörungen waren, sind und werden zunehmend ein zentrales Kerngebiet der HNO-Heilkunde, und die Etablierung evidenzbasierter und flächendeckender Versorgung das Ziel von und für 5 Millionen Betroffene.

Quellen:

1. Bhattacharyya, N. (2014). The prevalence of dysphagia among adults in the United States. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery* 151(5), 765–769.
2. Roden DF, Altman KW. Causes of dysphagia among different age groups: a systematic review of the literature. *Otolaryngol Clin North Am* 2013; 46: 965–987
3. Cohen SM, Kim J, Roy N, Asche C, Courey M. The impact of laryngeal disorders on work-related dysfunction. *Laryngoscope* Jul 2012; 122(7):1589–1594.
4. Molassiotis A, Rogers M. Symptom experience and regaining normality in the first year following a diagnosis of head and neck cancer: a qualitative longitudinal study. *Palliat Support Care* Sep 2012;10(3):197–204.
5. Spelten ER, Sprangers MA, Verbeek JH. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psychooncology* Mar–Apr 2002; 11(2):124–131.
6. Cichero JA, Altman KW. Definition, prevalence and burden of oropharyngeal dysphagia: a serious problem among older adults worldwide and the impact on prognosis and hospital resources. *Nestle Nutrition Institute workshop series*. 2012;72:1–11.
7. Suntrup S, Meisel A, Dziewas R, Ende F, Reichmann H, Heuschmann P, Ickenstein GW. Dysphagiediagnostik und -therapie des akuten Schlaganfalls. Eine bundesweite Erhebung auf zertifizierten Stroke-Units. *Der Nervenarzt* December 2012, 83(12): 1619–1624
8. Wirth R, Dziewas R, Beck AM, Clavé P, Hamdy S, Heppner HJ, Rösler, A. Oropharyngeal dysphagia in older persons – from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. *Clinical interventions in aging* Feb 2016; 11:189–208.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Düsseldorf, Mai 2016

Monitoring des Schlafverhaltens per Smartphone

Dr. med. Martin Leinung, Leitender Oberarzt; Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde,
Universitätsklinikum der Goethe-Universität, Frankfurt/Main

Über die Hälfte der bundesdeutschen Bevölkerung besitzt mittlerweile ein Smartphone. Diese hochtechnisierte Variante des Mobiltelefons bietet bekanntlich einen über die reine Telefonie weit hinausgehenden Funktionsumfang. Sie verfügen über etliche Sensoren, die prinzipiell für die Messung von Körperfunktionen verwendet werden könnten. Tatsächlich erfreut sich die Überwachung des eigenen Körpers mit dem Smartphone wachsender Beliebtheit. Beim „Self-Tracking“ liegt der Fokus meist auf der Kontrolle und Verbesserung der körperlichen Fitness oder der Ernährungsoptimierung. Auch in der Medizin gibt es eine wachsende Zahl an Untersuchungen, die in der häuslichen Umgebung des Patienten durchgeführt werden. Etabliert sind 24-Stunden-Messungen des Blutdrucks oder der Herzfunktion (Langzeit-EKG). In der Schlafmedizin bedient man sich der sogenannten „Polygrafie“, um Hinweise auf Schlafstörungen zu erhalten. Hierbei handelt es sich um ein kleines Gerät mit verschiedenen Messsonden, das dem Patienten nach einer Einweisung in der Praxis mitgegeben wird. Vor dem Zubettgehen legt er den Polygrafen an und aktiviert die Aufzeichnung, die bis zum nächsten Morgen fortgeführt wird. Hiermit möchte man insbesondere feststellen, ob eine obstruktive Schlafapnoe vorliegt. Bei dieser ernsthaften Erkrankung aus dem Formenkreis der schlafbezogenen Atemstörungen kommt es zu wiederholten Atemaussetzern oder Phasen der Minderatmung mit Abfall der Sauerstoffkonzentration im Blut. Das kann zu Tagesmüdigkeit, Sekundenschlaf, Leistungsschwund, Vergesslichkeit, Stimmungsschwankungen und Depressionen führen. Noch gravierender ist das drei- bis vierfach erhöhte Risiko für lebensbedrohliche Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall. Zwei bis vier Prozent der Erwachsenen sind von einer obstruktiven Schlafapnoe betroffen.

Die auf dem Markt verfügbaren Geräte zum Schlafapnoe-Screening messen, je nach Bauart, vier bis sechs unterschiedliche Parameter; es werden aber auch 1-Kanal-Screeninggeräte angeboten. Prinzipiell können einzelne dieser Parameter auch mit der Sensorik eines marktüblichen Smartphones erfasst werden. Zur Überprüfung der Realisierbarkeit eines Schlaf-Monitorings mithilfe eines Smartphones wurden Untersuchungen an freiwilligen Probanden durchgeführt. Hierbei wurden Audioaufzeichnungen vom Atemgeräusch des Schläfers und die Daten von G-Sensor und Gyroskop des Smartphones ausgewertet. Langzeitaufnahmen des Atem- und Schnarchgeräusches waren mit dem Smartphone problemlos möglich. Die Frequenzspektren von Apnoen, ruhigen Atemzügen und Schnarchen zeigten zwar individuelle aber charakteristische Unterschiede und können nach personenbezogener Kalibrierung für eine Identifikation von Atemaussetzern und zur Quantifizierung des Schnarchens verwendet werden. Die Analyse der linearen und rotatorischen Beschleunigungen erlaubt eine zuverlässige Bestimmung der Körperlage in jeder Schlafphase. In unseren Untersuchungen konnten selbst Atembewegungen von Brustkorb und Bauch detektiert werden. In der Kombination mit den akustischen Messungen können so auch Atempausen identifiziert werden.

Die in Smartphones verbauten Sensoren sind mit der Hardware von Medizinprodukten qualitativ nicht vergleichbar. Sie sind gekennzeichnet durch limitierte Abtastrate und Auflösung, Messwertstreuung und Baseline-Drift. Dies erschwert die Analyse des erhobenen Datenmaterials und erfordert eine vorsichtige Interpretation. Smartphones werden daher die Polygrafie mittelfristig nicht ersetzen, aber für ein Low-Cost-Screening oder Verlaufs-Monitoring im häuslichen Umfeld sinnvoll eingesetzt werden können.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Düsseldorf, Mai 2016

Bundesweite Studie zur Hörsturztherapie gestartet – Studienzentrale in Halle erhält knapp zwei Millionen Euro Förderung vom Bundesministerium für Bildung und Forschung für „HODOKORT“

Professor Dr. med. habil. Stefan Plontke, Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Universitätsklinikum Halle (Saale)

Laut der Weltgesundheitsorganisation WHO leiden etwa 360 Millionen Menschen weltweit unter einem beeinträchtigenden Hörverlust. In der Europäischen Union sind geschätzte 434 000 Menschen taub und weitere 44 Millionen haben eine Hörbehinderung. Ein für die Betroffenen besonders beängstigendes Ereignis ist ein ohne ersichtlichen Grund plötzlich eintretender Hörverlust, der als Hörsturz bekannt ist. Neueste Zahlen zeigen, dass ein Hörsturz in Deutschland mit einer Häufigkeit von 100 bis 400 pro 100 000 Personen pro Jahr auftritt.

Obwohl dieses Krankheitsbild seit Langem bekannt ist, sind weder die Ursache und die zugrunde liegenden Mechanismen vollständig erforscht, erklärt Professor Dr. Stefan Plontke, Direktor der halleschen Universitätsklinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie. Er leitet seit Frühjahr 2015 eine bundesweite Studie, welche sich mit der Therapie des Hörsturzes beschäftigt. Finanziert wird das ehrgeizige Projekt durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im hoch kompetitiven Programm „Klinische Studien mit hoher Relevanz für die Patientenversorgung“ mit circa 1,9 Millionen Euro.

„Wenn die medikamentöse Therapie zur Wiederherstellung des Hörvermögens nicht oder nicht ausreichend zum Erfolg führt, bleibt den Betroffenen oft nur eine teilweise Verbesserung ihrer Beeinträchtigung durch ein Hörgerät oder gar durch eine Innenohrprothese, ein sogenanntes „Cochlear-Implantat“ betont Professor Plontke, der mit seinem interdisziplinären Team viele solcher Patienten betreut. Weil trotz dieser Hilfsmittel für die Betroffenen große Einschränkungen in der Klangqualität und der Möglichkeit, mit anderen Menschen zu kommunizieren, bleiben, werden das soziale Leben der Patienten, das heißt, die Teilhabe im Beruf und die Kontakte im Alltag beeinträchtigt. Daneben stellen die Kosten der Versorgung mit Hörgeräten und elektronischen Hörimplantaten auch eine große gesundheitsökonomische Herausforderung dar.

In bisherigen klinischen Studien zur Hörsturztherapie haben Forscher weltweit verschiedene medikamentöse Therapieformen getestet. „Ein Beweis für eine eindeutig wirksame Therapie konnte bisher nicht gefunden werden“, fasst Professor Plontke diese Ergebnisse zusammen. Einige der Daten weisen aber darauf hin, dass der Erfolg der Hörsturztherapie mit der Dosis der verwendeten Kortikosteroide steigt.

In der von der Universitätsklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg koordinierten und gemeinsam mit dem Deutschen

Studienzentrum für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DSZ-HNO) initiierten „HODOKORT“-Studie, soll nun untersucht werden, ob eine Hochdosis-Steroidtherapie wirksamer ist als eine Therapie mit einer niedrigeren Dosis, die derzeit international als Standard einer Steroidtherapie angesehen wird. „Damit soll eine valide Datenlage geschaffen werden, die es erlaubt, Menschen, die unter einem plötzlichen Hörverlust („Hörsturz“) leiden, wirksam zu behandeln“, beschreibt der hallese HNO-Professor das Ziel der Studie.

Die Patienten, die in diese Studie eingeschlossen werden, erhalten entweder eine der beiden zu prüfenden Hochdosis-Steroidtherapien, welche den bisherigen Standard in Deutschland darstellen, oder die internationale Standard-Therapie mit niedrigerer Dosis. Um subjektive Beeinflussungsmöglichkeiten auszuschließen, weiß bis zum Ende der Studie niemand vom Studienteam (weder Patient, noch Prüfarzt, noch Statistiker, der die Daten auswerten wird), welcher Patient welchem Therapiearm zugeordnet ist.

Neben dem Ziel, eindeutige Daten für oder gegen eine Hochdosis-Steroidtherapie zu generieren, erhofft sich das Team um Professor Plontke auch Hinweise darauf, ob bei Vorliegen einer Überlegenheit der Hochdosistherapie, eine orale Gabe in Tablettenform der intravenösen Gabe über eine Infusion gleichwertig ist. Dies würde eine zusätzliche Erleichterung für die Patienten darstellen und die Therapie einfacher und für alle Betroffenen verfügbarer machen.

„Diese Studie wird durch eine multizentrische und interdisziplinäre Zusammenarbeit getragen, an der verschiedene Universitäten und Fachdisziplinen (zum Beispiel Innere Medizin in Halle, Koordinierungszentrum für klinische Studien ‚KKS Halle‘, Institut für Klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie in Tübingen und Studienzentrum Freiburg) sowie Patientenverbände beteiligt sind“, unterstreicht der Studienleiter. So wurden bei der Planung der Studie, die von circa 40 Zentren im gesamten Bundesgebiet getragen wird, Vertreter des Deutschen Schwerhörigenbundes e.V., der Deutschen Gesellschaft für Hörgeschädigte e.V. und der Deutschen Cochlear Implant Gesellschaft e.V. einbezogen. Der Lenkungsausschuss des neu gegründeten Deutschen Studienzentrums für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DSZ-HNO), einer Kooperation der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie und des Deutschen Berufsverbandes der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, unterstützt das Projekt durch die methodische Beratung des Studienleiters durch das DSZ-HNO. Bei der Antragstellung wurde Professor Plontke maßgeblich durch das KKS Halle der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, welches auch die Durchführung der Studie gemäß Guter Klinischer Praxis federführend begleitet, unterstützt.

Mandelentzündung – was gibt es Neues?

Professor Dr. med. habil. Jochen Windfuhr, Chefarzt der Klinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde, Plastische Kopf- und Hals-Chirurgie, Allergologie, Krankenhaus Maria Hilf, Mönchengladbach

Mandelentzündungen sind unter den 20 häufigsten stationär behandelten Krankheitsbildern bei Kindern und Jugendlichen zu finden. Bei der Diagnosestellung und Behandlung von Mandelentzündungen beteiligen sich die unterschiedlichsten Fachdisziplinen sowohl in der Niederlassung als auch im Krankenhaus. Deswegen hatte die HNO-Fachgesellschaft verschiedene Fachdisziplinen eingeladen, um gemeinsam die aktuellen Studien zum Thema zu bewerten. Die Empfehlungen der Experten wurden im September letzten Jahres veröffentlicht und werden auf einer Sondersitzung bei dieser Jahrestagung am Freitag, den 6. Mai 2016 diskutiert.

Da es sich mit zunehmendem Lebensalter meist um Virusinfektionen handelt, sind in diesen Fällen Antibiotika wirkungslos, diese können nur bei Entzündungen durch Bakterien helfen. Um eine Bakterienentzündung rasch festzustellen, empfiehlt die Kommission ein altersabhängiges Punktesystem für bestimmte Symptome. Erst ab einem bestimmten Punktwert wird eine Antibiotikumtherapie empfohlen. Zusätzliche Untersuchungen sind somit nur noch für seltene Einzelfälle vorgesehen, die früher übliche Bestimmung des Anti-Streptolysin-Titers zählt nicht mehr dazu.

Bei der Therapie von immer wiederkehrenden Mandelentzündungen hat sich auch die Mandelentfernung bewährt. Hier empfehlen die Experten aber nur in besonders schweren Fällen die zügige Operation und raten bei moderaten und milden Formen dazu, zunächst ein halbes Jahr abzuwarten. Nur, wenn sich in dieser Wartezeit weitere Entzündungen trotz wiederholter Antibiotikumtherapie ereignen, erscheint die Mandelentfernung der bessere Weg zu sein. Welcher Patient dies im Einzelfall sein wird, lässt sich nicht vorhersagen. Der Gedanke der Wartezeit ist auch in anderen nationalen Leitlinien bereits fester Bestandteil im Therapiekonzept und wurde erstmals in dieser Leitlinie verankert. Gänzlich neu ist die Empfehlung, bei besonders großen Mandeln nur eine Teilentfernung vorzunehmen, wie es sich in schwedischen Studien bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bewährt hat. Diese Operationsmethode ist für die Patienten sehr viel weniger belastend. Anfängliche Bedenken, dass in den Mandelresten Entzündungskomplikationen programmiert sind, hatten sich nicht bewahrheitet und erforderten selten eine erneute Operation. In Deutschland werden Teilentfernungen in zunehmendem Maße ausgeführt, allerdings meist wegen nicht entzündlich veränderter Riesenmandeln. Inwieweit sich die ungefährlichere Teilentfernung der Mandeln langfristig gegen die Totalentfernung durchsetzen wird, muss die klinische Forschung in zukünftigen Studien klären, so die Expertenmeinung.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Düsseldorf, Mai 2016

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Jochen A. Werner
Kongresspräsident 2016, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender
Universitätsklinikum Essen



Beruflicher Werdegang:

Jochen Alfred Werner, geboren 1958 in Flensburg, studierte Humanmedizin in Kiel und legte 1987 die Ärztliche Prüfung ab. Werner promovierte 1987 und nahm seine ärztliche und wissenschaftliche Tätigkeit an der Kieler Universitäts-Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie auf. 1991 erhielt er die Anerkennung als Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Die Erteilung der Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“ und „Allergologie“ folgte. Er habilitierte sich für das Gebiet HNO-Heilkunde im Jahre 1993. Ebenfalls in Kiel wurde er Oberarzt und 1995 Leitender Oberarzt.

Im Jahr 1998 nahm Werner den Ruf auf den Lehrstuhl für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde der Philipps-Universität Marburg an. Während seiner Tätigkeit als Studiendekan der Medizinischen Fakultät von 2004 bis 2006 begleitete er den Prozess der Fusionierung und Privatisierung der Universitätsklinik Gießen und Marburg und gestaltete maßgeblich den Aufbau des Dr.-Reinfried-Pohl-Zentrums für Medizinische Lehre.

Seit 2011 war Werner Ärztlicher Direktor des Marburger Universitätsklinikums und Ärztlicher Geschäftsführer der Universitätsklinik Gießen und Marburg (UKGM) GmbH. Von 2013 bis 2015 führte er diese Tätigkeit in Vollzeit aus. Ebenfalls 2011 wurde er in die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften) aufgenommen. Von 2014 bis 2015 war Werner zusätzlich zu seiner Funktion als Geschäftsführer an der UKGM GmbH Sprecher des Medical Boards der Rhön-Klinikum AG, die zum genannten Zeitraum etwa 5000 stationäre Betten aufwies. Seit dem 1. Oktober 2015 ist Werner Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender am Universitätsklinikum Essen.

Werner befasste sich wissenschaftlich mit der lymphogenen Metastasierung, mit Fehlbildungen des Lymph- und Blutgefäßsystems sowie transoralen Operationsverfahren bei Krebserkrankungen von Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf. Aus diesen Themenbereichen resultierten über 300 Veröffentlichungen. Zehn Jahre fungierte Werner als Herausgeber der European Archives of Otorhinolaryngology, and Head and Neck Surgery, der ältesten HNO-Zeitschrift Europas.

An weiteren Funktionen Werners zu nennen ist seine Tätigkeit als Sachverständiger beim Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) bis 2015, seine Mitgliedschaft im Vorstand der Hessischen Krankenhausgesellschaft (2012 bis 2015) und die von ihm ausgegangene Gründung des Deutschen Studienzentrums für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie im Jahre 2012. Von 2003 bis 2005 und erneut von 2009 bis 2011 war Werner Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft HNO-Heilkunde, MKG-Chirurgische Onkologie (AHMO) der Deutschen Krebsgesellschaft. Von 2001 bis 2009 organisierte Werner als Sprecher des Kuratoriums der Deutschen Fortbildungsgemeinschaft der HNO-Ärzte die jährliche Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Berufsverbandes der HNO-Ärzte.

Curriculum Vitae

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Christiane Hey
Chefärztin der Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie,
Universitätsklinikum Marburg

*1970



Beruflicher Werdegang:

- Mai 1990 Promotion mit dem Prädikat „magna cum laude“
Thema:
„Kurvenmorphologie und frequenzspezifisches
Latenzzeitverhalten von akustisch evozierten Potentialen
(Notched-Noise-BERA) bei hör-geschädigten Kindern“
Fachgebiet: Phoniatrie und Pädaudiologie
Betreuer: Univ.-Prof. Dr. V. Gall, Frankfurt/Main.1990–1997
- April 2005 Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Februar 2007 Oberärztin und stellvertretende Leitung
Schwerpunkt für Phoniatrie und Pädaudiologie,
Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
Universitätsklinikum der Goethe-Universität Frankfurt/Main
Ärztliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. Katrin Neumann
- April 2007 Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 2014 Habilitation
Thema:
„Entwicklung und Standardisierung eines evidenzbasierten
Dysphagiemanagements für Patienten mit Kopf-Hals-Tumor“
Fachgebiet: Phoniatrie und Pädaudiologie
- Januar 2014 Vortragsthema der Verteidigung:
„Wie wirke und bewirke ich: über die geheime Manipulation
durch Stimme“
- April 2014 Antrittsvorlesung und Verleihung der Urkunde als Privatdozentin
- 2012 – Juli 2015 Ärztliche Leitung
Schwerpunkt für Phoniatrie und Pädaudiologie,
Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
Universitätsklinikum der Goethe-Universität Frankfurt/Main
Direktor: Univ.-Prof. Dr. Timo Stöver

August 2015 Universitätsprofessur Phoniatrie und Pädaudiologie
 Universitätsklinikum Marburg
 Chefärztin der Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie

Preise und Auszeichnungen:

April 2007 Helene Matras – Preis
 Österreichische Gesellschaft für Lippen-Kiefer-Gaumenspalten
Sept. 2014 Hermann Kittel – Medaille der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und
 Pädaudiologie

Curriculum Vitae

Dr. med. Martin Leinung
Leitender Oberarzt; Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde,
Universitätsklinikum der Goethe-Universität, Frankfurt/Main

*1973



Universitäre Ausbildung:

1993–2000	Studium der Humanmedizin an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule (RWTH) Aachen
1995	Ärztliche Vorprüfung
1996	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1998–1999	Gasthörer am Institut für Informatik der FernUniversität Hagen
1999	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1999–2000	Praktisches Jahr in Aachen und Paris (F)
2000	Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
2000–2002	Berufsbegleitendes Studium der Informatik der FernUniversität Hagen
2012–2014	Berufsbegleitendes Studium zum Master of Health Business Administration (MHBA), Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen Nürnberg, Lehrstuhlinhaber: Professor Dr. Oliver Schöffski, MPH; Thema der Masterarbeit: „Lösungsansätze zur Nachsorgeproblematik von Cochlea-Implantat-Trägern“

Beruflicher und wissenschaftlicher Werdegang:

2000–2001	Forschungs-AiP (Arzt im Praktikum) an der Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Medizinische Hochschule Hannover, Direktor: Professor Professor h.c. Dr. med. Th. Lenarz
2001	Dissertation zum Thema: „Funktionelle Untersuchungen mit der transkraniellen Dopplersonographie bei Gesunden und Aphasikern“ (magna cum laude), Neurologische Klinik der RWTH Aachen Direktor: Professor Dr. J. Noth
2002–2007	Weiterbildungsassistent und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Medizinische Hochschule Hannover
2007	Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
2007–2010	Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde der Medizinischen Hochschule Hannover

2010 Oberarzt der Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum der
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main,
Direktor: Professor Dr. T. Stöver

Seit 2011 Leitender Oberarzt und stellvertretender Direktor der Klinik für Hals-Nasen-
Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Frankfurt

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. habil. Stefan Plontke
Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-
Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Universitätsklinikum Halle (Saale)

*1968



Beruflicher Werdegang:

- 1989–1990 Medizinische Hilfskraft (ungelernter Krankenpfleger und Laborassistent),
Universität Greifswald, Medizinische Akademie Dresden
- 1990–1997 Medizinische Fakultät (Charité) der Humboldt-Universität zu Berlin
- 1993–1997 Stipendiat der Studienstiftung des Deutschen Volkes
- 1994–1995 Final Year Course in Clinical Medicine, University of Aberdeen Medical
School, UK
- 1995–1996 University of Pennsylvania Medical School, Philadelphia, USA;
Department of Otorhinolaryngology, Auditory Research Laboratory
(Director: James C. Saunders, Ph.D.)
- 1996–1997 Praktisches Jahr: Charité Berlin, Universität Tübingen, Harvard University,
Boston; University of Pennsylvania, Philadelphia, USA
- 1997 Staatsexamen in Humanmedizin
- 1998 Promotion (Doctor medicinae) an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-
Guericke-Universität Magdeburg (Thema: Intensitätskodierung in Hörnerven
des Kükens nach Erholung vom Hörverlust durch Schalleinwirkung) bei
Professor Dr. B. Freigang, Prädikat: summa cum laude
- 1998–1999 Arzt im Praktikum Universitäts-HNO-Klinik Tübingen, Stipendiat des
Interdisziplinären Zentrums für Klinische Forschung (IZKF) Tübingen
- 1999–2003 Assistenzarzt, Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik Tübingen
- 2001 Dreimonatiger Forschungsaufenthalt, Cochlear Fluids Laboratory,
Professor Alec Salt, Washington University in St. Louis, USA
- 2001–2010 Arbeitsgruppenleiter AG Innenohrpharmakologie und AG Klinische Studien
am Hörforschungszentrum Tübingen (THRC)
- 2003 Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- 2004 Baden-Württemberg-Zertifikat hochschuldidaktische Kompetenz
- 2005 Ernennung zum Oberarzt der Klinik
- 2006 Habilitation für das Fach Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (Thema der
Habilitationsschrift: „Untersuchungen zur lokalen Medikamentenapplikation
an das Innenohr“) bei Professor Dr. Dr. h.c. mult. H.-P. Zenner

- 2007 Listenplatz Nr. 2, Assistenz-Professur für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit
Überführung ins Extraordinariat, Universität Basel, Schweiz
- 2007 Zweimonatiger Forschungsaufenthalt, Cochlear Fluids Laboratory,
Professor Alec Salt, Washington University in St. Louis, USA
- Seit 2007 Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Audiologen
und Neurootologen (ADANO) der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-
Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
- 2008 Zertifikat Fakultative Weiterbildung spezielle Hals-Nasen-Ohren-Chirurgie
- 2009 Ernennung zum Außerplanmäßigen Professor, Eberhard-Karls-Universität
Tübingen
- 2009 Listenplatz Nr. 3, W3-Professur für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Otto-von-
Guericke-Universität Magdeburg
- 2010 Ruf auf die W3-Professur für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde der Martin-
Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Seit 1.7.2010 Direktor der Universitätsklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und
Hals-Chirurgie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- 2011 Zusatzbezeichnung Plastische und Ästhetische Chirurgie
- 2011 Mini-Sabbatical, Cochlear Fluids Laboratory, Prof. Alec Salt, Washington
University in St. Louis, USA
- 2011 Hochschullehrer-Training der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Munich Medical International, Kloster Frauenwörth, Chiemsee
- 2012 Berufung in das „Board of Directors“ Prosper Menière Society
- 2013 Ernennung zum Sachverständigen für das Fach Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
der DGHNO am Institut für Medizinische und Pharmazeutische
Prüfungsfragen (IMPP)
- 2014 „Regional Secretary“ für Deutschland und Mitglied der „Research working
Group“ der European Academy of Otolology & Neurotology (EAONO)
- 2015 Mitglied des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-
Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. habil. Jochen Windfuhr
Chefarzt der Klinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde, Plastische
Kopf- und Hals-Chirurgie, Allergologie, Krankenhaus Maria Hilf,
Mönchengladbach

* 1965



Beruflicher Werdegang:

1991	Promotion am Institut für Medizinische Mikrobiologie und Immunologie (Universitätsklinik Mainz)
1991–1995	Ausbildung zum HNO-Facharzt in Trier und Köln
1995–1996	Tätigkeit als Facharzt in Köln
1997–2010	Oberarzt in Duisburg
2007	Habilitation im Fach HNO-Heilkunde an der Philipps-Universität Marburg
Seit 2010	Chefarzt der HNO-Klinik Mönchengladbach



Bestellformular Fotos:

Pressekonferenz anlässlich der 87. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC) „Evidenz/Transparenz – HNO, quo vadis?“

Dienstag, 3. Mai 2016, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tulip Inn Hotel (Hauptquartier), Arenastr. 3, 40474 Düsseldorf

Raum: Eventloge 41

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

- Professor Dr. med. Jochen A. Werner
- Univ.-Professor Dr. med. Dr. med. habil. Christiane Hey
- Dr. med. Martin Leinung
- Professor Dr. med. habil. Stefan Plontke
- Professor Dr. med. habil. Jochen Windfuhr

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

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC)
Pressestelle
Anna Voormann/Stephanie Priester
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 89 31 605
Fax: 0711 89 31 167
E-Mail: priester@medizinkommunikation.org