



Pressekonferenz anlässlich der 90. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V., Bonn

„Digitalisierung in der HNO-Heilkunde“

Mittwoch, 29. Mai bis Samstag, 1. Juni 2019, Estrel Congress Center, Berlin

Termin: Dienstag, 28. Mai 2019, 11.00–12.00 Uhr

Ort: Estrel Congress Center Berlin, Sonnenallee 225 * D-12057 Berlin, Raum Nizza

Themen und Referenten:

Kongressausblick, Kongresshighlights: Chancen der Digitalisierung in der HNO-Heilkunde

Prof. Dr. med. Stefan Dazert

Kongresspräsident und Direktor der Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik Bochum

Dr. Google – Die Rolle des Internets für Gesundheitsinformationen in der HNO-Heilkunde

Prof. Dr. med. Friedrich Ihler

Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde der Ludwig-Maximilian-Universität München

Die Revolution in der Tumorthherapie – Integration von immunonkologischen Ansätzen

Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Dietz

Direktor der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Leipzig

Atemwegsstimulation bei obstruktiver Schlafapnoe

Priv.-Doz. Dr. med. Armin Steffen

Geschäftsführender Oberarzt an der Klinik für Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

„Wir hören nicht mit den Ohren allein.“

Priv.-Doz. Dr. med. Christiane Völter

Leiterin Hörrehabilitation an der Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik, St. Elisabeth-Hospital Bochum

Moderation: Stephanie Priester, DGHNO-KHC Pressestelle, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

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

Stephanie Priester/Heinke Schöffmann

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel: 0711 89 31 605/ 442

Fax: 0711 89 31 167

E-Mail: priester@medizinkommunikation.org, schoeffmann@medizinkommunikation.org



90. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC), 29. Mai bis 1. Juni 2019, Berlin

Gesundheitsinformationen aus dem Netz

Welchen Stellenwert hat Dr. Google heute?

Berlin/Bonn, 28. Mai 2019 – Wer sich zu Gesundheitsthemen informieren möchte, tut das heute ganz selbstverständlich auch im Internet: 96 Prozent der Deutschen konsultieren „Dr. Google“ bei Gesundheitsfragen, 53 Prozent mindestens einmal pro Monat, jeder Sechste sogar wöchentlich. Gleichzeitig tun sich zwei Drittel der Nutzer nach eigenen Angaben schwer damit zu erkennen, wie verlässlich die aufgerufenen Informationen sind. Fast jeder Dritte verschweigt seinem Arzt, dass er sich bereits im Internet informiert hat. Diese Zahlen, die die Bertelsmann-Stiftung kürzlich vorgelegt hat, zeigen das Potenzial, aber auch die Probleme der neuen Informationswege auf. Wie das Netz die Gesundheitskompetenz stärken kann, ohne das Arzt-Patient-Verhältnis zu belasten, diskutieren Experten auf der heutigen Pressekonferenz, die anlässlich der 90. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC) in Berlin stattfindet.

Die Gesundheitskompetenz der Patienten gilt heute als wichtige Stellschraube in der Medizin. „Wer in dieser Hinsicht kompetent ist, muss seltener im Krankenhaus behandelt werden und verfügt in bestimmten Fällen sogar über eine geringere Sterblichkeit“, sagt Professor Dr. med. Friedrich Ihler, Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde der Ludwig-Maximilians-Universität München. Diese Kompetenz umfasst beispielsweise die Fähigkeit, Beipackzettel für Medikamente und dort beschriebene Verhaltensanweisungen richtig zu interpretieren, aber auch, Werbebotschaften und die Zuverlässigkeit von Informationen zu erkennen.

Am Beispiel des Morbus Menière – einer Erkrankung des Innenohrs, die zu anfallartigem Schwindel führen kann und oft von Hörstörungen und Tinnitus begleitet wird – hat Professor Ihler daher die Qualität von Gesundheitsinformationen im Internet überprüft. „Die Diagnose und Therapie des Morbus Menière ist komplex, entsprechend hoch ist der Informationsbedarf der Betroffenen“, erläutert der Experte. Unter den ersten 30 Webseiten, die Google zum Suchbegriff „morbus meniere“ auflistete, fanden Professor Ihler und seine Kollegen 14 von elektronischen Medien und weitere sieben von Unternehmen, die



Medizinprodukte herstellen. Bei lediglich sechs Seiten waren Ärzte oder Krankenhäuser die Urheber. „Diese Seiten tauchten zudem erst ab Position 12 der Ergebnisliste auf“, sagt Professor Ihler – das sei insofern bedenklich, als Nutzer in aller Regel nur die ersten zehn Treffer weiterverfolgten.

Die Qualität der 30 untersuchten Seiten ließ insgesamt zu wünschen übrig: Auf der sogenannten DISCERN-Bewertungsskala für Patienteninformationen im Internet erreichten sie im Schnitt nur 2,5 von fünf Punkten. Zudem verfügte nur jede zehnte Seite über ein HON-Zertifikat, erfüllte also die von der Stiftung Health on the Net (HON) formulierten Vorgaben bezüglich Transparenz, Datenschutz für die Nutzer, wissenschaftlicher Belegbarkeit von Behauptungen und Offenlegung der Finanzierung. Außerdem müssen laut HON-Kodex redaktionelle Inhalte klar von Werbung abgegrenzt und die Qualifikation der Verfasser erkennbar sein. Sechs der 30 Seiten enthielten außerdem Falschinformationen.

„Man muss davon ausgehen, dass autonome Patientenentscheidungen nicht allein auf der Basis von Web-Informationen möglich sind“, folgert Professor Ihler. Diese müssten immer von einem Arzt gewichtet und für den Einzelfall interpretiert werden. Da Patienten ihre Internet-Recherche nur selten von sich aus ansprechen, sei es Aufgabe des Arztes, gezielt nach Vorinformationen zu fragen und auf diese einzugehen. In jedem Fall verändere das Internet das Arzt-Patient-Verhältnis: „Gut informierte Patienten fordern eine stärkere Beteiligung an medizinischen Entscheidungen ein“, sagt der Experte. Ein Arzt, der das Autonomie- und Informationsbedürfnis der Patienten anerkenne und unterstütze, könne das Vertrauensverhältnis aber sogar stärken. Dazu gehöre es, dem Patienten nicht von der Internet-Recherche abzuraten, sondern ihm verlässliche Web-Seiten als Quelle an die Hand zu geben. Sorge, dass das Internet dem Arzt den Rang abläuft, hat Professor Ihler nicht: Bei Befragungen von Patienten wurde bisher letztlich noch immer der behandelnde Arzt als wichtigste Informationsquelle genannt.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.



Literatur:

F Ihler, M Canis: Die Rolle des Internets für Gesundheitsinformationen in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Laryngo-Rhino-Otol 2019; 98(S 01): S290–S333 DOI: 10.1055/a-0801-2585

F Ihler, BG Weiß, M Canis, JL Spiegel: Charakterisierung und Bewertung von deutschsprachigen Patienteninformationen im Internet zu Morbus Menière. Laryngo-Rhino-Otol 2019; 98(S 02): S174 DOI: 10.1055/s-0039-1686179

Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.): Das Internet: Auch Ihr Ratgeber für Gesundheitsfragen? Bevölkerungsumfrage zur Suche von Gesundheitsinformationen im Internet und zur Reaktion der Ärzte. 1. Auflage 2018, 32 Seiten (PDF). DOI 10.11586/2017052

Ihr Kontakt für Rückfragen:

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

Stephanie Priester/Heinke Schöffmann

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel: 0711 89 31 605/ 442

Fax: 0711 89 31 167

E-Mail: priester@medizinkommunikation.org, schoeffmann@medizinkommunikation.org



90. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC), 29. Mai bis 1. Juni 2019, Berlin

Revolution in der Tumorthherapie:

Immuntherapie mit Checkpoint-Inhibitoren setzt sich in der Behandlung von Kopf-Hals-Tumoren durch

Berlin/Bonn, 28. Mai 2019 – Krebserkrankungen im Kopf-Hals-Bereich können erfolgreich mit Medikamenten behandelt werden, die die körpereigene Immunabwehr gegen die Tumoren verstärken. Nachdem im letzten Jahr in einer Vergleichsstudie gleich gute Ergebnisse wie mit einer aggressiven Chemotherapie erzielt wurden, wird der Einsatz derzeit in der sogenannten ADRISK-Studie an 13 HNO-Kliniken in Deutschland geprüft. Auf der heutigen Pressekonferenz anlässlich der 90. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie in Berlin spricht der Initiator der Studie darüber, inwieweit die Immuntherapie mit sogenannten Checkpoint-Inhibitoren eine Revolution in der Tumorthherapie darstellt.

In Deutschland erkranken jedes Jahr etwa 17 000 Menschen an Krebserkrankungen in Mundhöhle, Rachen, Nase oder Kehlkopf. Die Tumoren sind oftmals Folge eines langjährigen Alkohol- oder Zigarettenkonsums. Immer häufiger werden sie auch durch chronische Infektionen mit humanen Papillomviren (HPV) ausgelöst. Viele Tumoren werden (zu) spät entdeckt, um sie durch eine Operation allein zu heilen: „Aufgrund ihrer Ausdehnung beziehungsweise ihrer Nähe zu lebenswichtigen Strukturen können sie oft nur durch umfangreiche Operationen in Kombination mit einer Strahlentherapie entfernt werden,“ erläutert Professor Dr. med. Andreas Dietz, Direktor der Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Universitätsklinikum Leipzig. Viele Patienten erhalten deshalb nach der OP eine Strahlen- und/oder eine Chemotherapie mit Zytostatika, oder, wenn nicht mehr sinnvoll operiert werden kann, eine sogenannte primäre Radiochemotherapie. Dabei handelt es sich um eine Kombinationstherapie aus Strahlentherapie und Chemotherapie mit Zytostatika. Kommt der Tumor im weiteren Verlauf wieder, werden die Ärzte immer versuchen, ihn operativ zu entfernen. Oft muss man aber aufgrund von Fernmetastasen einsehen, dass nur noch lebensverlängernde, palliative Maßnahmen eingesetzt werden können. Bislang kam in diesem Fall eine Chemotherapie zur Anwendung.



Inzwischen kommen nun zunehmend Checkpoint-Inhibitoren als Immuntherapie zum Einsatz. Im Gegensatz zu den Zytostatika greifen diese Medikamente, monoklonale Antikörper, die Krebszellen nicht direkt an. Sie zielen vielmehr auf eine Schaltstelle (Checkpoint) des Immunsystems: das PD1-Protein. Es befindet sich auf der Oberfläche von T-Zellen, die die wichtigsten Angreifer des Immunsystems gegen Krebszellen sind. Das PD1-Protein wirkt wie eine Bremse. Es soll übereifrige T-Zellen davon abhalten, körpereigene Zellen anzugreifen. Viele Krebszellen nutzen diese Möglichkeit. Sie binden mit einem Liganden (PD-L1) das PD1-Protein und schützen sich dadurch vor einem Angriff durch die T-Zelle. „Die Krebszellen weichen der Immunabwehr also aus, indem sie den Immunzellen eine Art molekulares Stoppschild entgegenhalten“, erläutert der Experte. „Treten diese Stopp-Signale in Kontakt mit passenden Rezeptoren auf der Oberfläche der Immunzellen, werden diese deaktiviert – die Immunabwehr kommt zum Erliegen. Spezifische Antikörper gegen die tumoreigenen Stopp-Signale – Checkpoint-Inhibitoren – können diese Blockade durchbrechen und die T-Zellen von dieser Fessel befreien, indem sie entweder PD-1 oder PD-L1 blockieren. Die Tumoren werden dann zum Abschuss durch die T-Zellen freigegeben.“

Checkpoint-Inhibitoren wurden zunächst zur Behandlung des schwarzen Hautkrebses und bei Nierenkrebs eingesetzt. „Demnächst werden sie zu einem festen Bestandteil der Therapie von Kopf-Hals-Tumoren werden“, ist Professor Dietz überzeugt. Der Durchbruch wurde laut dem Experten 2016 mit der Studie CHECKMATE 141 (Nivolumab) in der Zweitlinien- und 2018 mit der Studie KEYNOTE-048 (Pembrolizumab) in der Erstlinientherapie erzielt, deren Ergebnisse im Oktober letzten Jahres auf dem Europäischen Krebskongress (ESMO 2018) in München vorgestellt wurden. An der Studie hatten Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren teilgenommen, bei denen es bereits zu Metastasen gekommen war oder die nach einer Behandlung einen Rückfall erlitten hatten. Ein Teil der Patienten erhielt die derzeitige Standardbehandlung. Sie besteht aus einer aggressiven Chemotherapie mit drei Zytostatika („EXTREME-Schema“) plus einem Antikörper gegen das Krebswachstum. Eine zweite Gruppe wurde nur mit dem PD-1-Inhibitor Pembrolizumab behandelt.

„Im Vorfeld bestanden starke Zweifel, ob eine Monotherapie mit einem PD-1-Inhibitor tatsächlich die sehr potente, aber auch toxische Dreierkombination des EXTREME-Schemas schlagen könnte“, berichtet Professor Dietz. Die Ergebnisse hätten dann jedoch die Erwartungen übertroffen. Zwar sprachen mehr Patienten auf die Chemotherapie als auf Pembrolizumab (36,1 versus 23,3 Prozent) an. Die Wirkung von Pembrolizumab hielt mit



20 Monaten gegenüber 4,5 Monaten aber mehr als fünfmal so lange an. Hinzu kam, dass den Patienten die schweren Nebenwirkungen der Chemotherapie erspart blieben.

Die Studie wird nach Einschätzung von Professor Dietz dazu führen, dass in Zukunft vermehrt Patienten vor beziehungsweise in Kombination mit einer Chemotherapie eine Behandlung mit einem Checkpoint-Inhibitor angeboten werde. Derzeit würden in zahlreichen klinischen Studien die unterschiedlichen Einsatzmöglichkeiten der Checkpoint-Inhibitoren, insbesondere in Kombination mit einer operativen Therapie, geprüft. Dazu gehört auch die von Professor Dietz geleitete ADRISK-Studie, die derzeit an 13 HNO-Kliniken in Deutschland prüft, ob der Checkpoint-Inhibitor Pembrolizumab die Behandlungsergebnisse verbessert, wenn er nach der Krebsoperation zusammen mit einer Strahlen- und Chemotherapie eingesetzt wird. An der Studie sollen 240 Patienten teilnehmen. Ergebnisse werden für den August 2022 erwartet.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Literatur:

Barbara Burtneß et al., Keynote-048 presented at ESMO 2018

Postoperative Adjuvant Radiochemotherapy (aRCH) With Cisplatin (C) Versus aRCH With C and Pembrolizumab (P) in Locally Advanced Head and Neck Squamous Cell Carcinoma (HNSCC); Multicenter Randomized Phase II Study Within the German Interdisciplinary Study Group of German Cancer Society (IAG KHT); Pembro-Adjuvant-highRisk <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03480672?term=ADRISK&rank=2>

Ihr Kontakt für Rückfragen:

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

Stephanie Priester/Heinke Schöffmann

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel: 0711 89 31 605/ 442

Fax: 0711 89 31 167

E-Mail: priester@medizinkommunikation.org, schoeffmann@medizinkommunikation.org



90. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC), 29. Mai bis 1. Juni 2019, Berlin

Schlafapnoe: Zungenschrittmacher bessert Blutzucker und Essverhalten

Berlin/Bonn, 28. Mai 2019 – Ein Zungenschrittmacher, der durch elektrische Stimulierung des Zungennervs nachts die Atemwege freihält, verhilft Menschen mit obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom nicht nur zu einem erholsamen Schlaf. Eine aktuelle Studie zeigt, dass die Behandlung auch den Blutzucker bessert und langfristig vor einem Diabetes schützen könnte. Über die Studie und weitere aktuelle Ergebnisse im Zusammenhang mit der Atemwegsstimulation spricht der Studienautor auf der heutigen Pressekonferenz anlässlich der 90. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC) in Berlin.

Schätzungsweise 2,5 Millionen Menschen in Deutschland leiden unter nächtlichen Atemaussetzern. Die Entspannung der Muskeln im Rachen führt bei ihnen zum Zurückfallen der Zunge, die zeitweise die Atemwege verlegt. Mediziner sprechen von einem obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom. Die Schlafapnoe stört nicht nur den Partner durch lautes Schnarchen. „Die häufigen Atemaussetzer gefährden auf Dauer die Gesundheit, weil sie eine gleichmäßige Versorgung des Körpers mit Sauerstoff verhindern“, erläutert Privatdozent Dr. Armin Steffen vom Campus Lübeck des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein. Die Folgen sind ein erhöhtes Risiko für Schlaganfall und Herzinfarkt, häufige Tagesmüdigkeit und Sekundenschlaf. Die ständige Störung der Nachtruhe lässt außerdem die Stresshormone im Blut ansteigen. Dies erhöht den Blutzucker. „Viele Menschen mit Schlafapnoe haben einen Typ-2-Diabetes“, berichtet Dr. Steffen.

Der HNO-Mediziner hat jetzt die Auswirkungen des Zungenschrittmachers – einer neueren Therapieform des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms – auf den Zuckerstoffwechsel untersucht. Den Patienten wird in einer etwa zweistündigen Operation im Brustbereich ein kleiner Schrittmacher unter die Haut implantiert. Die Chirurgen verbinden diesen über ein Kabel mit dem sogenannten Nervus hypoglossus, der die Bewegungen der Zunge kontrolliert. „Nach einer Eingewöhnungsphase ist die Behandlung für den Patienten



einfach“, erklärt Dr. Steffen. „Die Patienten schalten den Zungenschrittmacher abends vor dem Schlafengehen ein und morgens wieder aus.“

Zungenschrittmacher werden in Deutschland bereits seit fünf Jahren an einigen Universitätskliniken implantiert. Sie kommen laut Dr. Steffen nur infrage, wenn eine Standardbehandlung mit einer Atemmaske erfolglos bleibt. Diese sogenannte CPAP-Beatmung erzeugt einen leichten Überdruck, der die Atemwege freihält. Bei den meisten Patienten verbessert sich der Schlaf, bei einigen kommt es weiterhin zu den nächtlichen Atemaussetzern. Ob diese Patienten für einen Zungenschrittmacher infrage kommen, prüfen HNO-Experten mit einer Schlafendoskopie. Dabei beobachten die Ärzte die Bewegungen von Zunge und Rachen beim Schnarchen.

Seit 2014 haben in Deutschland mehrere hundert Patienten einen Zungenschrittmacher erhalten. Am Campus Lübeck hat Dr. Steffen 125 Implantationen durchgeführt. Zwanzig dieser Patienten hat er gemeinsam mit Kollegen nach der Operation über ein Jahr lang begleitet. Dabei wurden nicht nur die Auswirkungen auf den Schlaf untersucht. Die Ärzte befragten die Patienten und führten nach zwölf Monaten einen Blutzuckerbelastungstest durch. Dabei wird der Anstieg des Blutzuckers nach dem Trinken einer Zuckerlösung bestimmt. Ein zu starker Anstieg weist auf einen bevorstehenden Typ-2-Diabetes hin, an dem viele Menschen mit Schlafapnoe leiden. Wie Dr. Steffen kürzlich im *Journal of Sleep Research* (2018; doi: 10.1111/jsr.12794) berichtete, hatten sich die Werte im Zuckerbelastungstest der Patienten nach der Implantation des Zungenschrittmachers gebessert. Die Laboruntersuchungen zeigten, dass die Patienten weniger Insulin benötigten, um den Blutzucker im Körper zu verteilen. Ein Rückgang der Hormonwirkung, Insulinresistenz genannt, ist die Ursache für den erhöhten Blutzucker. „Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Zungenschrittmacher die Patienten vor einem Typ-2-Diabetes schützen kann“, erläutert Dr. Steffen.

Die nächtliche Stimulierung der Zunge wirkte sich auch tagsüber auf das Essverhalten aus. Der sogenannte hedonistische Hunger, der viele Menschen mit Schlafapnoe auch dann essen lässt, wenn ihr Körper keine Kalorien benötigt, war vermindert. Dr. Steffen hofft, dass der Zungenschrittmacher den Patienten langfristig helfen könnte, ihre Gewichtsprobleme in den Griff zu bekommen. Die meisten Menschen mit Schlafapnoe sind übergewichtig oder fettleibig. Das Übergewicht gilt als eine wichtige Ursache für die Schlafstörung.



Literatur:

Steffen A, Chamorro R, Buyny L, Windjäger A, Wilms B, Hasselbacher K, Wollenberg B, Lehnert H, Schmid SM. Upper airway stimulation in obstructive sleep apnea improves glucose metabolism and reduces hedonic drive for food. Journal of Sleep Research 2018; doi: 10.1111/jsr.12794

Ihr Kontakt für Rückfragen:

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

Stephanie Priester/Heinke Schöffmann

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel: 0711 89 31 605/ 442

Fax: 0711 89 31 167

E-Mail: priester@medizinkommunikation.org, schoeffmann@medizinkommunikation.org



90. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC), 29. Mai bis 1. Juni 2019, Berlin

Schwerhörigkeit und Demenz: Können Hörgerät und Cochlea-Implantat vor geistigem Abbau im Alter schützen?

Berlin/Bonn, 28. Mai 2019 – Seit längerem beobachten Forscher, dass Menschen mit Hörstörungen im Alter überproportional häufig an einer Demenz erkranken. Noch ist unklar, welchen Anteil eine Hörstörung für sich allein an kognitiven Einbußen im Alter hat. Sollte dies der Fall sein, dann könnten ein Hörgerät oder ein Cochlea-Implantat einen wichtigen Beitrag zum „gesunden Altern“ leisten, so eine Expertin der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC) auf der heutigen Pressekonferenz anlässlich der 90. Jahresversammlung.

Das Hörvermögen nimmt etwa ab Mitte 50 ab. Mit 65 Jahren ist jeder dritte Mensch auf beiden Ohren schwerhörig. Diese Hörstörung führt dazu, dass ältere Menschen im Radio und Fernsehen nicht mehr alles mitbekommen, im Gespräch weniger gut folgen können und daher die Gesellschaft anderer meiden.

„Die soziale Isolierung und die fehlenden Anregungen durch die Umwelt könnten langfristig dazu führen, dass Menschen mit Hörstörungen sich geistig nicht mehr so gut entfalten können und deshalb schneller abbauen“, berichtet Privatdozentin Dr. med. Christiane Völter von der Ruhr-Universität Bochum. Dafür gebe es Hinweise aus Kohortenstudien, in denen schwerhörige Menschen über längere Zeit beobachtet wurden. In einer Studie zeigte sich, dass das Risiko, langfristig an einer Demenz zu erkranken, bei mittelgradigen Hörstörungen um das Dreifache und bei einer hochgradigen Schwerhörigkeit sogar um das Fünffache erhöht war. „Obwohl es hierzu in den letzten Jahren zahlreiche Veröffentlichungen gab, ist ein abschließendes Urteil derzeit noch nicht möglich“, schränkt Dr. Völter ein.

Wenn sich die Vermutung allerdings bestätigen sollte, dann könnte die Behandlung von Hörstörungen einen wichtigen Beitrag zur Vorbeugung einer Demenz im Alter leisten. „Das Hörvermögen wäre dann einer der wenigen heute bekannten Risikofaktoren für das Auftreten einer Demenz, der sich auch behandeln ließe“, sagt Dr. Völter. Und weil Hörstörungen häufig sind, könnte dies auch gesellschaftspolitisch eine Relevanz haben.



Eine Hörrehabilitation ist durch Hörgeräte und seit einigen Jahren auch durch sogenannte Cochlea-Implantate möglich. Diese Geräte, die ursprünglich für taube Kinder entwickelt wurden, nehmen den Schall über ein Mikrophon auf und stimulieren dann direkt den Hörnerv. Dr. Völter sagt: „Auch Menschen, deren Schwerhörigkeit weit fortgeschritten ist, können mit einem Cochlea-Implantat wieder hören.“ Erste prospektive Studien deuten darauf hin, dass sich bei einem Teil der älteren Patienten einzelne neurokognitive Fähigkeiten bereits sechs Monate nach der Versorgung mit einem solchen Hörimplantat verbessern. „Für eine abschließende Beurteilung ist es jedoch noch zu früh“, sagt die Expertin: „Die bisherigen Untersuchungen wurden nur an wenigen Patienten durchgeführt. Auch fehlen bislang noch Langzeitergebnisse. Hier gilt es, die Auswertung der derzeit laufenden internationalen Studien abzuwarten.“

Unabhängig davon, ob eine Hörrehabilitation die Entwicklung von Demenzerkrankungen beeinflussen kann, wirken sich Hörgeräte und Cochlea-Implantate jedoch überaus positiv auf die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen aus. Dies belegen Studien, aber auch die Erfahrung im klinischen Alltag, so Dr. Völter: „Dies könnte ein Grund dafür sein, dass Menschen mit einem guten Hörvermögen auch länger geistig fit bleiben.“

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Literatur:

Lin FR et al. Hearing Loss and Incident Dementia. Arch Neurol. 2011; 68(2): 214–220
<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/802291>

Loughrey DG et al. Association of Age-related Hearing Loss with Cognitive Function, Cognitive Impairment, and Dementia. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2018; 144(2): 115–126
<https://jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/article-abstract/2665726>

Livingston G et al. Dementia prevention, intervention, and care. Lancet. 2017; 390: 2673–2734
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31363-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31363-6/fulltext)

Hughes ME et al. Hearing Aid Use in Older Adults with Postlingual Sensorineural Hearing Loss: Protocol for a Prospective Cohort Study. JMIR Res Protoc. 2018; 7(10):e174
 URL
<https://www.researchprotocols.org/2018/10/e174/>

REDEMANUSKRIFT

Kongressausblick, Kongresshighlights: Chancen der Digitalisierung in der HNO-Heilkunde

Prof. Dr. med. Stefan Dazert

Kongresspräsident und Direktor der Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik Bochum

Die digitale Transformation unserer Gesellschaft ist in vollem Gange und die zunehmende Implementierung digitaler Prozesse in das deutsche Gesundheitssystem hat auch die HNO-Heilkunde erreicht und beeinflusst klinische und wissenschaftliche Abläufe in erheblichem Maße. Digitalisierung spielt inzwischen eine wichtige Rolle in der Organisation und Dokumentation medizinischer Abläufe sowie auch in diagnostischen und therapeutischen Anwendungen.

Im internationalen Vergleich liegen deutsche Gesundheitseinrichtungen im Hinblick auf digitale Entwicklungen eher auf hinteren Rängen, sodass unmittelbare Anstrengungen in diesen Themenfeldern zwingend erforderlich sind. Folgerichtig heißt das Leitthema der diesjährigen 90. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie **„Digitalisierung in der HNO-Heilkunde“**. In den Referaten, Vorträgen, Postern und Rundtischgesprächen werden unterschiedliche Bereiche zum Kongresssthema bearbeitet und wichtige Aspekte für die Weiterentwicklung und Zukunftssicherung unseres Fachgebietes aufgezeigt.

Im Hinblick auf zukünftige Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung ist es erforderlich, digitale Kompetenzen sowohl Ärzten, medizinischem Fachpersonal aber auch Patienten strukturiert zu vermitteln. Ebenso müssen die sich aus den medizinisch-technischen Fortschritten ergebenden rechtlichen und ethischen Fragen geklärt werden.

Es gibt, insbesondere aus den USA, durchaus auch kritische Anmerkungen zu einer zunehmenden Digitalisierung in der Medizin. Eine steigende Burn-out-Problematik bei Medizinern wird in direktem Zusammenhang mit digitalem Arbeiten in US-Kliniken gesehen. Verantwortlich gemacht werden unter anderem eine unzureichende Benutzerfreundlichkeit der Systeme sowie eine deutliche Mehrarbeit und erhöhter Zeitaufwand für die Dokumentation durch die Digitalisierung der Abläufe. Für Ärzte ergibt sich hieraus, dass wir digitale Prozesse in der Medizin verstehen und in ihre Entwicklung unmittelbar eingebunden werden müssen.

Wichtig sind in diesem Zusammenhang Aspekte der elektronisch-medizinischen Datenhaltung, welche bereits in verschiedene Gesundheitsbereiche Einzug gehalten hat. Insbesondere die elektronische Gesundheitskarte sowie die elektronische Patientenakte stehen im Sinne einer höheren

Versorgungsqualität bei potenziell geringeren Versorgungskosten im Fokus des Interesses. Die Registerbildung (für die HNO-Heilkunde hat zunächst ein nationales CI[Cochlea-Implantat]-Register hohe Priorität) haben die Evaluation der Wirksamkeit in der Versorgungsroutine, das Monitoring der Patientensicherheit sowie die ökonomische Evaluation und die Mindestmengenforschung zur Aufgabe. Weiterhin verfolgen Register das Ziel, epidemiologische Zusammenhänge und Unterschiede zu beschreiben, die Qualitätssicherung und -verbesserung sowie die klinische Forschung zu unterstützen.

Im Kontext mobiler Informations- und Kommunikationstechnologie für medizinische Dienstleistungen steht auch bei der Anwendung von Suchmaschinen und Apps die Qualitätsfrage im Vordergrund. So müssen Qualitätsmerkmale für die Nutzung des Internets bei stetig zunehmender Bereitstellung von Gesundheitsinformationen erarbeitet werden. Für Anwender medizinischer Apps sind Hinweise erforderlich, diese Applikationen nach definierten Qualitätskriterien in verschiedenen Kategorien, wie Funktionalität, Wissenschaftlichkeit, aber auch Datenschutz, zu beurteilen.

Als Beispiel einer unmittelbaren Anwendung für die digital unterstützte Patientenversorgung im Krankenhaus kann die Etablierung eines digitalen OP-Saals der Zukunft angesehen werden. Hier geht es nicht nur um die technische Verbesserung der einzelnen computergestützten Geräte und Instrumente, sondern vielmehr um deren dynamische Vernetzung und Systemintegration in einem offenen modularen System mit dem Ziel, die Anwenderfreundlichkeit, die Qualität und die Patientensicherheit zu verbessern.

Zusammen mit den Industriepartnern bieten wir am diesjährigen Kongress einen digitalen Lehr-Parcours an, wo Interessierte unter Anleitung neue, für unser Fachgebiet relevante digitale Verfahren testen können.

Ähnliche Zielsetzungen im Hinblick auf die Versorgungsqualität ergeben sich für die digitalen Entwicklungen der Telemedizin in unserem Fachgebiet sowie für moderne Konzepte der Hörrehabilitation, wo der Einsatz von *Artificial Intelligence* und *Remote Care* neue Strategien eröffnen.

Als Beispiel der digitalen translationalen Forschung kann die molekulargenetische Diagnostik von Hörstörungen in einem Krankheitskontext genannt werden, die heute wesentlich auf der sich rasch entwickelnden Genomik basiert. Der Begriff *Big Data* spielt hier eine entscheidende Rolle und beinhaltet die Verwendung großer Datenmengen, die in Form von genetischen Datenbanken, *In-silico*-Analysewerkzeugen und Allel-Häufigkeitsdatenbanken vorliegen.

In der Nachwuchsförderung sind neue digitale Lehrstrategien von großer Bedeutung. Sie beruhen wesentlich auf technologischen Fortschritten, aber vor allem auf der Motivation, didaktische Konzepte verstärkt auf den Lernenden zu zentrieren. Dieser Ansatz bedeutet gerade für die HNO-Heilkunde eine wichtige Herausforderung und Chance.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Mai 2019

REDEMANUSKRIPT

Dr. Google – Die Rolle des Internets für Gesundheitsinformationen in der HNO-Heilkunde

Prof. Dr. med. Friedrich Ihler

Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde der Ludwig-Maximilians-Universität München

Durch die Verbreitung des Internets kam es in den letzten Jahrzehnten zu einer Revolution des menschlichen Informations- und Kommunikationsverhaltens. Dies betrifft auch die Art, wie sich Patienten über Gesundheit und Gesundheitsstörungen informieren, da Medien in modernen Gesellschaften bei der Ausbildung des individuellen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit und der damit verbundenen Werte eine komplexe und wesentliche Rolle spielen. Im Internet sind in erheblichem Maß Informationen zu Gesundheitsthemen zu finden und diese werden gemäß aktueller Untersuchungen umfassend genutzt. So haben inzwischen über 95 Prozent der Patienten Zugang zum Internet und über 90 Prozent nutzen dieses auch gezielt für die Suche nach Gesundheitsinformationen. Jedoch scheint der Stellenwert des Internets als Informationsquelle in erheblichem Maß situationsbezogen zu sein. In der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde wurde bei Patientenbefragungen in klinischen Einrichtungen bisher noch nie das Internet als wichtigste Informationsquelle genannt, sondern erreichte regelmäßig sogar die letzte Priorität. Als wichtigste Informationsquelle wird bis heute in der Regel der behandelnde Arzt genannt.

Eine Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet erfolgt in der Regel über die Suchmaschine Google. Dadurch werden gesundheitsbezogene Informationen in bisher ungekanntem Ausmaß zugänglich gemacht. Obwohl die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit der dort dargebotenen Informationen schwer ist, haben sich alternative Angebote, die auf valide Gesundheitsinformationen spezialisiert sind, nicht durchgesetzt. Hinzu kommt, dass bei gesundheitsbezogenen Recherchen durch Laien in der Regel auch eine suboptimale Suchstrategie gewählt wird. In weniger als drei Prozent der Fälle werden Treffer nach den ersten zehn Rängen weiterverfolgt, und in der Regel können sich Nutzer nach einer Recherche nicht erinnern, von welcher Internetseite eine bestimmte Information stammte. Auch etablierte digitale Zertifikate wie das der Health-on-the-Net(HON)-Stiftung, werden selten berücksichtigt. Dies erhöht die Gefahr, anekdotische oder sogar falsche Informationen zu erhalten. Der gesundheitsbezogene Umgang mit dem Internet birgt somit auch Risiken. Für eine übersteigerte Angst um den eigenen Gesundheitsstatus auf der Grundlage von Gesundheitsinformationen aus dem Internet wurde 2009 der Begriff der Cyberchondrie (auch Morbus Google) als Sonderform der Hypochondrie vorgeschlagen. Es gibt Bestrebungen, die Qualität von Gesundheitsinformationen im Internet systematisch zu erfassen und damit letztlich zu verbessern. Im Ergebnis zeigt sich bisher einheitlich, dass Gesundheitsinformationen im Internet für die Allgemeinbevölkerung schwer zu verstehen sind. Dies betrifft sowohl die Textstruktur als auch die

inhaltliche Qualität. Auch nahezu alle sozialen Medien enthalten Gesundheitsinformationen und ihre Bedeutung steigt. Neben dem Vorteil einer weiten Verbreitung und einfachen Zugänglichkeit, wird bei Wikipedia eine schlechtere Lesbarkeit angeführt, während YouTube häufig inhaltliche Fehler aufzuweisen scheint.

Gesundheitsinformationen tragen dazu bei, die eigene Kompetenz in Gesundheitsfragen zu entwickeln. Aktuell versteht man unter Gesundheitskompetenz (engl. health literacy) die Fähigkeiten, Gesundheitsinformationen zu beschaffen, zu verstehen, zu bewerten und zu befolgen.

Wissenschaftlich belegt ist, dass sich Gesundheitskompetenz auf den individuellen Gesundheitszustand und den Behandlungserfolg von Erkrankungen auswirkt. Die allgegenwärtige Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen im Internet macht das neue Konzept der digitalen Gesundheitskompetenz (eHealth literacy) erforderlich. Diese beinhaltet zusätzlich Lesen, Rechnen, EDV-Kenntnisse, naturwissenschaftliche Grundbildung, Informations- und Medienkompetenz. Bisherige Untersuchungen zeigten einheitlich bei der Mehrzahl der Patienten eine niedrige Gesundheitskompetenz. Diese unterliegt zudem individuellen und sozialen Faktoren wie Bildung, sozioökonomischem Status und Alter. Da für die Nutzung des Internets unter anderem technische Ressourcen erforderlich sind, ist noch nicht abschließend klar, ob mit dem Internet letztendlich der Erwerb von Gesundheitskompetenz wirklich erleichtert oder sogar erschwert wird.

Die Verbreitung des Internets verändert auch das Arzt-Patienten-Verhältnis. Gut informierte Patienten fordern eine stärkere Beteiligung an medizinischen Entscheidungen ein. Während die Einstellung von Patienten zu Krankheit und Behandlungsoptionen heute häufig durch Gesundheitsinformationen aus dem Internet geprägt ist, wird dies vom Patienten selbst selten direkt angesprochen. Ärzte sollten daher im Rahmen des Anamnesegesprächs aktiv auch den vorliegenden Informationsstand abfragen und auf häufig vorkommende Missverständnisse hinweisen. Man muss davon ausgehen, dass autonome Entscheidungen von Patienten alleine aufgrund von Gesundheitsinformationen aus dem Internet nicht möglich sind und ein professioneller Akteur (Arzt) erforderlich ist, der Information gewichtet und für den Einzelfall interpretiert. Eine Extremform der Patientenautonomie ist das Phänomen des *Premature Consents* (sinngemäß: unreife Entscheidung). Dabei hat ein Patient bereits bei der erstmaligen Konsultation eines Arztes eine vorgefasste Meinung und möchte dadurch nicht dem ärztlichen Rat folgen. Diese medizinisch, ethisch und juristisch komplexe Situation nimmt möglicherweise durch die Verfügbarkeit des Internets zu.

Vielfach wird es unabhängig vom Medium als Pflicht des Arztes gesehen, dafür Sorge zu tragen, dass Patienten angemessen informiert sind. So wird Ärzten weiterhin eine enorme Verantwortung für die

sich ihnen anvertrauenden Patienten zukommen. Ärzte sollten sich aktiv um einen positiven Nutzen des Internets für das Arzt-Patienten-Verhältnis bemühen und dadurch dazu beitragen, dass die Digitalisierung der Medizin dem Patientenwohl dient. Die Forschung hierzu steht, besonders im deutschsprachigen Raum, noch am Anfang und sollte am Schnittpunkt von Medizin, Kommunikationswissenschaften und Soziologie weiterentwickelt werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Mai 2019

REDEMANUSKRIPT

Die Revolution in der Tumortherapie – Integration von immunonkologischen Ansätzen

Univ.-Professor Dr. med. Andreas Dietz

Direktor der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Leipzig

Der definitive weltweite Durchbruch der Immuntherapie mit Immuno-Checkpoint-Inhibitoren bei Krebs im Kopf-Hals-Bereich (HNSCC) gelang mit der Veröffentlichung der Checkmate-141-Phase-III, randomisierten kontrollierten Studie mit **Nivolumab** (PD[Programmed-Cell-Death]-1-Inhibitor) von Maura Gillison and Bob Ferris in 2016 (Ferris 2016). Hierbei handelt es sich um die medikamentöse Aktivierung des körpereigenen Immunsystems gegen den Krebs durch Ausschaltung von Neutralisierungsmechanismen des Immunsystems an den sogenannten Checkpoints. Diese sogenannten Checkpoint-Inhibitoren blockieren PD-1 (Programmierer-Zelltod-Protein 1) und demaskieren sozusagen den Tumor für das Immunsystem. Der Tumor ist also durch körpereigene Abwehrmechanismen zum Abschuss freigegeben.

Spätestens seit dem jüngsten Europäischen Krebskongress (ESMO 2018) in München im Oktober 2018 steht fest, dass die Therapie mit Checkpoint-Inhibitoren ein fester Bestandteil der Therapiekonzepte für Kopf-Hals-Tumoren geworden ist. In einer groß angelegten internationalen Phase-III-Studie konnte gezeigt werden, dass die Therapie mit **Pembrolizumab** (PD-1-Inhibitor) bei Patienten, die damit nach Auftreten eines Rezidivs beziehungsweise von Metastasen behandelt wurden, der bisherige Standard einer Chemotherapie mit Cetuximab (Immuntherapeutikum mit anderem Fokus, nämlich dem EGF(Epidemial Growth Factor)-Rezeptor; sogenanntes EXTREME-Protokoll, Vermorken 2008) für eine große Gruppe von Patienten abgelöst wurde (Burtness 2018). Tatsächlich bestanden im Vorfeld Zweifel, ob eine Monotherapie mit einem PD-1-Inhibitor tatsächlich die sehr potente, aber auch toxische Dreierkombination des EXTREME-Schemas schlagen könnte. Entsprechend groß war die Aufmerksamkeit gegenüber diesen neuen spektakulären Ergebnissen.

Tatsächlich ist aktuell eine große Welle von klinischen Studien unterwegs, welche sich sukzessive nach vorne in die Primärtherapie unserer Tumoren hineinarbeiten. In diesem Zusammenhang wird auf die in Deutschland von der Interdisziplinären Arbeitsgruppe Kopf-Hals-Tumoren der Deutschen Krebsgesellschaft (IAG-KHT, Sprecher: Andreas Dietz) initiierte aktuell laufende **ADRISK-Studie** hingewiesen, die den Einsatz von **Pembrolizumab** im Rahmen der Radiochemotherapie nach Operation von fortgeschrittenen Tumoren prüfen wird. An der aktuell laufenden Studie nehmen bundesweit 13 HNO-Kliniken mit Zertifikat „Kopf-Hals-Tumorzentrum“ teil.

Aktuell zugelassen für die Behandlung von Karzinomen im Kopf-Hals-Bereich sind:

- **Nivolumab:** (Anti-PD-1, Handelsname Opdivo) ist für Erwachsene mit einem Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich zugelassen. Opdivo ist als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierten oder metastasierten Plattenepithelkarzinoms des Kopf-Hals-Bereichs bei Erwachsenen mit einer Progression während (innerhalb 6 Monaten) oder nach einer platinbasierten Therapie indiziert (Fachinformation BMS 9/2018).
- **Pembrolizumab:** (Anti-PD-1, Handelsname Keytruda) ist als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder metastasierenden Plattenepithelkarzinoms der Kopf-Hals-Region (HNSCC) mit PD-L1-exprimierenden Tumoren („tumor proportional score“, TPS \geq 50 Prozent) und einem Fortschreiten der Krebserkrankung während oder nach vorheriger platinbasierter Therapie bei Erwachsenen angezeigt (Fachinformation MSD 9/2018).
- **Avelumab** (Anti-PD-L1, Handelsname Bevencio, Orphan-Drug-Status) ist zugelassen zur Behandlung von Patienten mit metastasiertem Merkel-Zell-Karzinom (MCC), deren Erkrankung nach mindestens einer Chemotherapie fortgeschritten ist (Fachinformation Merck, 9/2017).

Erwartete Zulassung für die Behandlung von Karzinomen im Kopf-Hals-Bereich:

- **Pembrolizumab:** (Anti-PD-1, Handelsname Keytruda) wird auf Basis der Daten der KN-048 als Monotherapie und/oder Kombinationstherapie mit Cisplatin/Carboplatin zur Behandlung des rezidivierenden oder metastasierenden Plattenepithelkarzinoms der Kopf-Hals-Region (HNSCC) mit PD-L1-exprimierenden Tumoren („combined positive score“, CPS \geq 1 oder 20) und einem Fortschreiten der Krebserkrankung in der Erstlinientherapie bei Erwachsenen angezeigt (persönliche Autorenmeinung, nicht offiziell bestätigt).
- **Cemiplimab:** (Anti-PD-1, Sanofi) Für das fortgeschrittene Plattenepithelkarzinom der Haut (heller Hautkrebs, cSCC) gibt es bisher keine systemische Behandlung. Allerdings konnte jetzt in aktuellen Studien festgestellt werden, dass etwa jeder zweite cSCC-Patient auf den PD-1-Hemmer Cemiplimab mit einem Rückgang der Tumormasse reagiert. Nach FDA-Zulassung und positiver EMA-Einschätzung ist mit einer baldigen Zulassung in Deutschland zu rechnen (persönliche Autorenmeinung, nicht offiziell bestätigt).

Literatur:

Ferris RL, Blumenschein G Jr, Fayette J, Guigay J, Colevas AD, Licitra L, Harrington K, Kasper S, Vokes EE, Even C, Worden F, Saba NF, Iglesias Docampo LC, Haddad R, Rordorf T, Kiyota N, Tahara M, Monga M, Lynch M, Geese WJ, Kopit J, Shaw JW, Gillison ML. Nivolumab for Recurrent Squamous-Cell Carcinoma of the Head and Neck. N Engl J Med. 2016, Nov 10; 375(19): 1856–1867.

Vermorken JB, Mesia R, Rivera F, Remenar E, Kawecki A, Rottey S, Erfan J, Zabolotnyy D, Kienzer HR, Cupissol D, Peyrade F, Benasso M, Vynnychenko I, De Raucourt D, Bokemeyer C, Schueler A, Amellal N, Hitt R. Platinum-based chemotherapy plus cetuximab in head and neck cancer. N Engl J Med. 2008, Sep 11; 359(11): 1116–1127.

Barbara Burtneß et al. Keynote-048 presented at ESMO 2018

Postoperative Adjuvant Radiochemotherapy (aRCH) with Cisplatin (C) versus aRCH with C and Pembrolizumab (P) in Locally Advanced Head and Neck Squamous Cell Carcinoma (HNSCC); Multicenter Randomized Phase II Study within the German Interdisciplinary Study Group of German Cancer Society (IAG KHT); Pembro-adjuvant-highRisk
<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03480672?term=ADRISK&rank=2>

REDEMANUSKRIFT

Aktuelles zur Atemwegsstimulation bei obstruktiver Schlafapnoe

Priv.-Doz. Dr. med. Armin Steffen

Geschäftsführender Oberarzt an der Klinik für Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Heftiges Schnarchen belastet nicht nur den Lebenspartner, sondern auch den eigenen Körper. Bei der sogenannten Schlafapnoe wird die Atmung für Sekunden unterbrochen und das Gehirn nur unzureichend mit Sauerstoff versorgt. Die Folgen sind ein erhöhtes Schlaganfall- und Herzinfarktisiko, häufige Tagesmüdigkeit und sogar Sekundenschlaf.

In der Regel wird mit einer CPAP(Continuous positive Airway Pressure)-Maske therapiert. Doch nicht jeder verträgt diese Maske. Die Atemwegsstimulation, oder auch bekannt als „Zungenschrittmacher“, ist eine neue Therapieform. Dabei wird im Schlaf durch einen leichten Stromimpuls die Zunge bei der Einatmung nach vorne bewegt. Durch dieses Vorstrecken kann der obere Atemweg auch bei Patienten mit Schlafapnoe offengehalten werden. Der Patient startet und beendet die Stimulation mit einer kleinen Fernsteuerung, die ihm auch eine Änderung der Impulsstärke erlaubt.

Die Behandlung kann in vier wesentliche Phasen eingeteilt werden: die Auswahl passender Patienten, die Implantation und die Therapieeinstellung sowie -kontrolle. Entscheidender Parameter bei der Patientenselektion ist es, in einer Untersuchung im künstlich eingeleiteten Schlaf (Schlafendoskopie) ungeeignete Kollapsmuster des Atemwegs zu erkennen. Da diese bei etwa einem Viertel aller Schlafapnoe-Patienten mit CPAP-Masken-Problemen auftreten, ist für die erfolgreiche Stimulationsbehandlung die Auswahl sehr wichtig. Die etwa zweistündige Implantation in Vollnarkose ist mit dem Equipment eines HNO-Operationssaals wie Mikroskop oder Nerven-Monitoring sehr gut etabliert. Nach vier Wochen erhält der Patient die auf ihn abgestimmte Fernbedienung und darauf folgt die Eingewöhnungsphase und gegebenenfalls Feineinstellung im Schlaflabor. In den folgenden jährlichen Kontrollen, mit zum Beispiel Schlafrekordern für Messungen zu Hause, wird die Atemwegsstimulation auf ihre Effektivität kontrolliert und angepasst. Die eingesetzte Batterie hält bis zu zehn Jahre.

Seit der 2014 veröffentlichten Publikation der STAR-Studie konnte sich dieses Verfahren in deutschen HNO-Kliniken mit schlafmedizinischem Schwerpunkt sehr gut als generelles Alternativverfahren etablieren. Nach den überzeugenden Ergebnissen der Phase-IV-Markteinführungsstudie an den drei HNO-Kliniken der Universitäten Mannheim, Technische Universitäten München und Lübeck folgten zahlreiche klinische und wissenschaftliche Projekte, um die Atemwegsstimulation auf metabolische

Effekte, bei älteren Patienten, und der Tagesschläfrigkeit zu untersuchen. Gerade aus den Ergebnissen von deutschen HNO-Kliniken konnten die entscheidenden Impulse zur Verfeinerung der Operationstechniken und Patientenauswahl generiert werden. Mittlerweile liegen auch für den deutschen Gesundheitsbereich Kostenstrukturanalysen und Langzeitdaten vor, sodass zusammen mit den internationalen Registerstudien von gut 1000 versorgten Patienten belastbare und auch realistische Ansprechraten existieren.

PD Dr. Steffen vom HNO-Schlaflabor der Universität zu Lübeck/UKSH hat bereits mehr als 125 Zungenschrittmacher implantiert und zahlreiche Projekte zur Atemwegsstimulation und deren Effekt geleitet.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Mai 2019

REDEMANUSKRIPT

„Wir hören nicht mit den Ohren allein.“

Priv.-Doz. Dr. med. Christiane Völter

Leiterin Hörrehabilitation an der Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik, St. Elisabeth-Hospital Bochum

Lange Zeit beschränkte sich der HNO-Arzt auf das periphere Hörorgan, die Hörschnecke (sogenannte Cochlea), das heißt, den sensorischen sogenannten „Bottom-up“-Weg der Information und seine Wiederherstellung. In den letzten Jahren rücken nun zunehmend die sogenannten „Top-down“-Mechanismen der Hörverarbeitung in den Fokus des Interesses (*Jayakody et al. 2018*).

Dabei kann man den Hörvorgang ganz plastisch mit dem Betrachten eines unscharfen Bildes oder aber dem Lesen eines unvollständigen Textes vergleichen. Auch wenn einzelne Buchstaben vertauscht sind oder gar fehlen, verstehen wir den Inhalt. Werden diese Lücken bei der Hörwahrnehmung gar durch weißes Rauschen ersetzt, fällt dem Zuhörer das Fehlen einzelner Teile gar nicht mehr auf, ein Phänomen, das Warren bereits 1970 als „phonematic restoration effect“ beschrieben hat.

In ungünstigen Hörsituationen, wie bei Vorliegen einer peripheren Hörstörung oder auch in komplexen Hörsituationen, gelingt das Verstehen dessen, was wir hören nur über den Weg der expliziten Verarbeitung über die Top-down-Mechanismen, zu denen auch die Kognition gehört. Vor allem dem Arbeitsgedächtnis scheint dabei eine besondere Rolle zuzukommen. Rönning hat diesen Zusammenhang in seinem in der Audiologie etablierten und mehrfach überarbeiteten Modell (Ease of Language Understanding Model) zusammengefasst. Zentraler Bestandteil hierbei ist das Arbeitsgedächtnis, das die Information nicht nur kurzzeitig speichert, sondern auch verarbeitet (*Rönning 2013*). Daneben sollen auch die Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen und das Kurz- und Langzeitgedächtnis eine Rolle spielen.

In zahlreichen Studien wurde das beschriebene Modell bestätigt. So beschrieb Kaandorp in seiner Untersuchung an cochleaimplantierten (CI) Patienten eine Korrelation zwischen dem Arbeitsgedächtnis, gemessen am RST (Reading-Span-Test), und dem Sprachverstehen im Störlärm (*Kaandorp 2017*). Moberly wies bei CI-Trägern nach, dass die Fähigkeit, Nonsense-Sätze zu verstehen, mit der Geschwindigkeit, irrelevante Reize, gemessen am Stroop-Test, assoziiert ist, um zwei Arbeiten hiervon exemplarisch zu nennen (*Moberly 2016*).

Entscheidend für das Hörverstehen ist aber auch die Art und Weise, wie wir die Information, die wir über andere Sinnesorgane, wie zum Beispiel das Auge, gleichzeitig zum akustischen Signal empfangen und mit diesem verknüpfen (sogenannter multimodaler Input). So sind Hörgeschädigte besonders auf das Lippenablesen angewiesen. Diese Fähigkeit der sogenannten audiovisuellen Fusion, die man mit einem einfachen Experiment, dem sogenannten McGurk-Effekt zeigen kann, ist nicht bei allen Menschen in gleicher Weise ausgeprägt (*McGurk 1976*). Inwiefern diese primär adaptiven Mechanismen im Hinblick auf eine Hörrehabilitation hinderliche, das heißt maladaptive Auswirkungen haben, ist derzeit noch Gegenstand intensiver Forschungsarbeiten (*Stevenson 2017*).

Aber ein eingeschränktes Hörvermögen hat auch funktionelle und strukturelle Auswirkungen auf unser Gehirn. So kommt es, wie Untersuchungen unter anderem von Campbell gezeigt haben, bereits wenige Monate nach Einsetzen einer Hörstörung zu zentralen Veränderungen (Campbell 2014). Dies führt dazu, dass bei Schwerhörigen neben einer vermehrten Aktivierung frontaler Areale auch eine Aktivierung primär auditorischer Areale durch visuelle Stimuli nachzuweisen ist. Möglicherweise hat das Ausmaß dieser crossmodalen Reorganisation auch Auswirkungen auf das sprachliche Outcome nach einer Hörrehabilitation durch ein Cochlea-Implantat (Sandmann 2012). Auch ist bislang nicht geklärt, ob sich diese Veränderungen durch eine Hörrehabilitation wieder rückgängig machen oder in welcher Weise sich diese zentralen Prozesse günstig beeinflussen lassen (Stropahl 2017).

Daneben konnten epidemiologische Studien von Lin und anderen zeigen, dass Hörgeschädigte in kognitiven Testbatterien nicht nur schlechter abschneiden als Normalhörende, sondern auch, dass eine Hörstörung die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Demenz erhöht (Lin 2011, Loughrey 2018). Auch wenn man die Ergebnisse prospektiver Langzeitstudien abwarten muss, könnte die Behandlung einer Hörstörung einen der modifizierbaren Risikofaktoren im Hinblick auf eine Demenz darstellen (Livingstone 2017).

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Mai 2019

Literatur:

Jayakody DMP, Friedland PL, Martins RN, Sohrabi HR. Impact of Aging on the Auditory System and Related Cognitive Functions: A Narrative Review. *Front Neurosci.* 2018 5; 12:125. doi: 10.3389/fnins.2018.00125. eCollection 2018.

Rönnberg J, Lunner T, Zekveld A, et al. The Ease of Language Understanding (ELU) model: theoretical, empirical, and clinical advances. *Front Syst Neurosci.* 2013; 7: 31.

Lin FR, Ferrucci L, Metter EJ, An Y, Zonderman AB, Resnick SM: Hearing loss and cognition in the Baltimore longitudinal study of aging. *Neuropsychology* 2011; Jul 4

Loughrey DG, Kelly ME, Kelley GA, Brennan S, Lawlor BA: Association of Age-related Hearing Loss with Cognitive Function, Cognitive Impairment, and Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2018; 144: 115–26.

Livingstone G, Sommerlad A, Orgeta V et al.: Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 2017; 390: 2673–734.

Campbell J, Sharma A. Compensatory changes in cortical resource allocation in adults with hearing loss. *Front Syst Neurosci* 2013; doi.org/10.3389/fnsys.2013.00071



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 e. V., angenommen. Die Gesellschaft hat derzeit über 5.000 Mitglieder.

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

Weitere Aufgaben sind die Wahrung der Einheit des Fachgebietes der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde 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-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Stefan Dazert
Kongresspräsident und Direktor der Universitäts-Hals-Nasen-
Ohrenklinik Bochum



Professor Dr. med. Stefan Dazert ist Direktor der Hals-Nasen-Ohren-Klinik der Ruhr-Universität Bochum am St.-Elisabeth-Hospital. Die Weiterbildung zum Facharzt für Hals-Nasen-Ohren(HNO)-Heilkunde und die Habilitation erfolgten an der Universität Würzburg. Er führt die Zusatzbezeichnungen Allergologie, Plastische Operationen, Spezielle Hals-Nasen-Ohren-Chirurgie und Medikamentöse Tumorthherapie. Klinische und wissenschaftliche Erfahrungen wurden an den Universitäten Würzburg, Essen und Bochum gesammelt. Ein zweijähriger Forschungsaufenthalt, unterstützt durch die DFG, erfolgte an der University of California San Diego (UCSD, USA).

Er verfügt über eine breite Expertise in chirurgischen Eingriffen des HNO-Fachgebietes mit einem besonderen Schwerpunkt in der Ohr- und Schädelbasischirurgie, einschließlich entzündlicher Erkrankungen des Ohres und implantierbarer Hörsysteme, wie zum Beispiel Cochlea-Implantate.

Wissenschaftlich Arbeitsbereiche umfassen molekulare Untersuchungen von Innenohr- und Hörnervenfunktionen, der Stammzellbiologie sowie der Untersuchung und Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen bei Patienten mit implantierbaren Hörsystemen, wie zum Beispiel telemedizinische Ansätze in der Hörrehabilitation. Er präsentiert seine Arbeiten regelmäßig an wissenschaftlichen Fachkongressen und ist Autor von über 150 Publikationen in nationalen und internationalen Zeitschriften und Büchern.

Professor Dazert ist derzeit Präsident der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie sowie Dozentenkanzler des Deutschen Berufsverbandes der HNO-Ärzte.

Curriculum Vitae

Prof. Dr. med. Friedrich Ihler
Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde der Ludwig-
Maximilian-Universität München



- Seit 11/2018 Mitglied des wissenschaftlichen Vorstands des Deutschen Schwindel- und Gleichgewichtszentrums, Klinikum der Universität München
- 4/2018 Ernennung zum Universitätsprofessor (W2) für klinisch-experimentelle Neurootologie an der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde in Kooperation mit dem Deutschen Schwindel- und Gleichgewichtszentrum, Klinikum der Universität München
- Seit 12/2017 Oberarzt und Leiter der Neurootologie an der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Klinikum der Universität München
- 06/2017 Ruf (primo loco) auf eine W2-Professur für klinisch-experimentelle Neurootologie am Klinikum der Universität München
- 2016–2017 Oberarzt an der Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Universitätsmedizin Göttingen
- 2015 Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Habilitation an der Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen
- 2011 Promotion zum Dr. med., Ludwig-Maximilians-Universität München
- 2010–2016 Arzt und Facharzt am Klinikum der Universität München und der Universitätsmedizin Göttingen
- 2003–2009 Studium der Humanmedizin an Technischer Universität München und Ludwig-Maximilians-Universität München
- Auslandsaufenthalte: Edinburgh Cancer Center, Edinburgh, UK; Royal North Shore Hospital, Sydney, Australien

Curriculum Vitae

Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Dietz
Direktor der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde,
Universitätsklinikum Leipzig



Beruflicher Werdegang

Professor Dr. Andreas Dietz ist ein fundiert ausgebildeter und wissenschaftlich arbeitender Hals-Nasen-Ohren-Arzt mit den Schwerpunkten Tumorbehandlung, Ohrchirurgie inklusive Cochlea-Implantation, Nasennebenhöhlen- und Schädelbasischirurgie, Kehlkopf- und Luftröhrenchirurgie und plastisch-ästhetische Nasenchirurgie (Rhinoplastik).

1/1991–7/1992	<i>Arzt im Praktikum</i> an der HNO-Universitätsklinik Heidelberg
20.07.1992	Erlangung der <i>Approbation</i>
7/1992–4/1995	<i>Assistenzarzt</i> an der HNO-Universitätsklinik Heidelberg
21.04.1995	<i>Facharzt-Anerkennung</i> für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
01.05.1995	Ernennung zum <i>Oberarzt</i> an der HNO-Universitätsklinik Heidelberg
01.04.1997	Ernennung zum <i>Leiter der Sektion Onkologie</i> der HNO-Universitätsklinik Heidelberg
6/1998–8/1999	<i>Vorsitzender des onkologischen Arbeitskreises</i> des Tumorzentrums Heidelberg/Mannheim
29.06.2000	<i>Habilitation</i> , Ernennung zum Privatdozenten an der Universität Heidelberg Betreuer: Prof. Dr. H. Weidauer, Äztl. Direktor der HNO-Universitätsklinik Heidelberg Thema der Habilitationsschrift: <i>Prognostische Faktoren bei primärer Radiochemotherapie von fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren unter besonderer Berücksichtigung der Tumor-Zellzykluskomponenten und -Oxygenierung</i> Thema des Probevortrags vor der Fakultät: <i>Die endonasale endoskopische Nasennebenhöhlenchirurgie – Indikationen einer neuen Operationstechnik</i>

Thema der Antrittsvorlesung: *Lebensqualität versus Überleben –
Paradigmenwechsel in der Kehlkopfkrebs-Therapie*

- 01.12.2000 Anerkennung der Zusatzbezeichnung „*Plastische Operationen*“
- 01.08.2000 Ernennung zum *leitenden Oberarzt* und *stellvertretenden Ärztlichen Direktor* der HNO-Universitätsklinik Heidelberg
- 24.04.2001 Anerkennung der fakultativen Weiterbildung „*Spezielle HNO-Chirurgie*“ (Prüfung)
- 24.05.2001 Wahl in den *Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Onkologie* der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie
- 05.03.2003 Anerkennung der Zusatzbezeichnung „*Allergologie*“ (Prüfung)
- 01.12.2003 Ruf auf C4-Professur für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde der Universität Leipzig (nach einstimmigem Fakultätsrats- und Senatsbeschluss und erstem Listenplatz)
- ab 01.04.2004 Direktor der HNO-Klinik, Universität Leipzig
- 15.01. 2005 Wahl zum Vertrauensarzt des *Deutschen Verbands für Kehlkopflose und Kehlkopfoperierte e.V.*
- 22.11.1006 Erwerb der Zusatzbezeichnung „*Medikamentöse Tumorthherapie*“ und Wahl zum Vorsitzenden der Prüfungskommission „*Medikamentöse Tumorthherapie*“ bei der Landesärztekammer Sachsen
- 30.05.2008 Wahl in das Scientific Council der European Laryngeal Society (ELS)
- 2009 Ernennung zum Leiter des Departments für Kopf- und Zahnmedizin des Universitätsklinikums Leipzig
- 2010 Gründung des Cochlea Implantat-Zentrums Leipzig (CIZL)
- 2010 Wahl zum Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft Onkologie der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie
- 2011 Bestellung zum Vorsitzenden der klinischen Habilitationskommission der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig
- 2012 Ernennung zum Vorsitzenden der AHMO (Arbeitsgemeinschaft HNO, MKG) der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)
- 2013 Wahl in das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie
- 2014 Wahl in den Vorsitz des Beirats der sächsischen Krebsgesellschaft
- 2016 Wahl zum Sprecher des überregionalen Tumorzentrums Leipzig e.V. und Sprecher der sächsischen AG Tumorzentren (AST)
- 2016 Wahl zum Sprecher der Interdisziplinären Studiengruppe Kopf-Hals-Tumoren der Deutschen Krebsgesellschaft (IAG-KHT der DKG)

- 2018 Wahl zum „Incoming“-Präsidenten der Deutschen HNO-Gesellschaft (DGHNO-KHC) für 2019–2020
- 2018 Wahl in das „Board of Directors“ der Europäischen Kopf-Hals-Gesellschaft (EHNS)

Spezieller, überregionaler Schwerpunkt Tumorbehandlung im Kopf-Hals-Bereich

Professor Dietz ist seit vielen Jahren intensiv klinisch und wissenschaftlich in die Therapieentwicklung von Kopf-Hals-Tumoren involviert. Durch seine Ausbildung an der Universität Heidelberg, die als Nationales Krebszentrum mitsamt dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) führend in der Tumorbehandlung in Deutschland ist, und seine zuletzt ausgeübte Funktion als Leiter der Sektion Onkologie der Heidelberger HNO-Klinik, verfügt er über einen soliden Hintergrund in der Behandlung von Kopf-Hals-Tumoren. Dieser Basis ist auch sein Ruf als Direktor der HNO-Universitätsklinik nach Leipzig in 2003 geschuldet. Seither hat Professor Dietz die Leipziger HNO-Universitätsklinik zu einem international anerkannten Kopf-Hals-Tumorzentrum ausgebaut. Professor Dietz bietet mit seinen Mitarbeitern das gesamte Spektrum der Tumorchirurgie, insbesondere transorale Laserchirurgie, plastisch-rekonstruktive Chirurgie mit freien mikrovaskulär anastomosierten Transplantaten und komplexen offenen organerhaltenden Eingriffen am Kehlkopf, an. Daneben bietet die HNO-Universitätsklinik Leipzig in enger Zusammenarbeit mit dem Universitären Krebszentrum Leipzig (UCCL) und der Strahlenklinik das gesamte Spektrum der modernen medikamentösen und radioonkologischen Tumortherapie bei Kopf-Hals-Krebserkrankungen an.

Professor Dietz ist Sprecher der Interdisziplinären Studiengruppe Kopf-Hals-Tumoren (IAG KHT) der DKG. Professor Dietz ist der deutsche Delegierte der EHNS (European Head and Neck Society) und Mitglied der EORTC-Head and Neck Group. Professor Dietz ist damit in die relevanten Gremien der Krebsgesellschaft eingebunden und international ein gefragter Referent und Kooperationspartner.

An der Klinik hat er eine Studienzentrale mit Studienpersonal für die klinische Forschung zur ständigen Verbesserung der Krebstherapie im Kopf-Hals-Bereich etabliert. Weiterhin hat er ein schlagkräftiges wissenschaftliches Labor mit kompetenten naturwissenschaftlichen Mitarbeitern aufgebaut, das sich vorrangig mit dem genetischen Hintergrund sowie der Ermittlung von Faktoren, die das Ansprechen auf eine individuelle Therapie vorhersagen können, beschäftigt. Mit über 200 neuen Tumordiagnosen und über 600 Tumorbehandlungen pro Jahr, zahlreichen überregionalen Zuweisungen und vielen Vorstellungen zur Zweitmeinung gehört die Leipziger HNO-Klinik zu den führenden zertifizierten (Onkozert) Kopf-Hals-Tumorzentren in Deutschland.

Zusammen mit Professor Fuchs hat Professor Dietz 2011 das Leipziger Cochlea Implantations-Zentrum (CIZL) gegründet. Mit einem schlagkräftigen interdisziplinären Team werden heute über 60 Cochlea-Implantationen/Jahr in enger Zusammenarbeit mit der Sächsische Landesschule für Hörgeschädigte, Förderzentrum Samuel Heinicke, durchgeführt. Das CIZL hat sich schnell zu einem überregionalen Kompetenzzentrum entwickelt.

Eine der großen Leidenschaften von Professor Dietz stellt die plastisch-ästhetische Nasenkorrektur (Rhinoplastik) dar. In diesem Kontext kommt auch sein Interesse für den Begriff Enhancement im Kontext „Schönheitschirurgie“ zum Tragen. Professor Dietz betreut den Bereich für plastisch-ästhetische Rhinoplastik in der Lanuwa-Schönheitsklinik in Leipzig.

Mitgliedschaften, Gremien, Internationale Netzwerke

- Mitglied des Präsidiums der *Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHNO-KHC)* und „Incoming“-Präsident 2020
- Verantwortlicher der *Leitlinienerstellung der DGHNO-KHC*
- Vorsitzender der *Interdisziplinären Studiengruppe Kopf-Hals-Tumoren der Deutschen Krebsgesellschaft (IAG-KHT)*
- Mitglied der *Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie*
- Sprecher regionales Tumornetzwerk Leipzig und Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft sächsischer Tumorzentren (AST)
- Vorsitz im Beirat der *Sächsischen Krebsgesellschaft*
- Gewähltes Vorstandsmitglied der Bezirksärztekammer Leipzig
- Eingeladenes Mitglied des Head and Neck Educational Boards der ESMO (European Society of Medical Oncology)
- Eingeladenes Mitglied des Head and Neck Educational Boards der ESO (European School of Oncology)
- Sprecher für operative Kopf-Hals-Onkologie, Head-and-Neck-Gruppe der EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer)
- Mitglied der Arbeitsgemeinschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Kopf-Hals-Chirurgie (APKO)
- Mitglied der EAFPS – European Academy of Facial Plastic Surgery
- Korrespondierendes Mitglied der „*American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery*“
- *Korrespondierendes Mitglied auf Einladung der Österreichischen HNO-Gesellschaft*
- Mitglied der *Deutschen Gesellschaft für Schädelbasischirurgie*

- Mitglied der *Deutschen Krebsgesellschaft*
- Mitglied der Arbeitsgemeinschaft deutscher Audiologen und Neurootologen (ADANO)
- Mitglied des *Arbeitskreises Supportivmaßnahmen in der Onkologie* innerhalb der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC)
- Seit Januar 2005 Wahl zum beratenden Arzt des *Deutschen Verbands für Kehlkopfoperierte e.V.*
- Mitglied der *Arbeitsgruppe Krebspidemiologie* der GMDS und der DGSMMP
- Mitglied der European Laryngeal Society, ELS; Gewähltes Mitglied des Scientific Councils der European Laryngeal Society (ELS)
- Mitglied des *Berufsverbands der Deutschen HNO-Ärzte*
- Mitglied im *Deutschen Hochschulverband*

Ehrenmitgliedschaften

- Ehrenmitglied der Königlich Belgischen HNO-Gesellschaft
- Ehrenmitglied der Indischen Kopf-Hals-Krebsgesellschaft
- Ehrenmitglied der Österreichischen HNO-Gesellschaft
- Ehrenmitglied der Tschechischen HNO-Gesellschaft

Herausgeberschaft, Wissenschaftliche Gutachtertätigkeit

- Mitglied des wissenschaftlichen Beirats **Deutsches Ärzteblatt**
- Herausgeber und Schriftleitung der Fachzeitschrift **Laryngo-Rhino-Otologie**, Thieme Verlag,
- Herausgeber und Schriftleitung (Speciality Chief Editor) **Frontiers in Oncology – Head and Neck Cancer**
- Editorial Board der Zeitschrift „**Oral Oncology**“, Elsevier
- Editorial Board „**Der Onkologe**“ Springer Verlag
- Beirat der Zeitschrift „**HNO**“, Springer Verlag
- Reviewer der Fachzeitschriften „**Head and Neck**“, „**Journal of Cancer Research and Clinical Oncology**“, „**International Journal of Cancer**“, „**European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**“, „**Acta Oto-Laryngologica**“, „**HNO**“, „**Anticancer Therapy**“ etc.

Auszeichnungen, Preise

- 1998 B. Vanselow, A. Dietz: Annual Meeting Scientific Poster Foundation Award. Oxygenation of Lymphnode Metastases Predicts Response to Radiotherapy. Annual Meeting of the American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery, San Antonio, Texas, USA
- 1997 Stipendium der Deutschen Krebshilfe für den Kurs „Cancer of Head and Neck“ der „European School of Oncology“ in Mailand, Italien: 23.11.1997 – 27.11.1997
- 2006 Posterpreis der Polnischen Studiengruppe „Head & Neck Cancer“ im Rahmen des 5th European Workshops on Basic Biology of Head & Neck Cancer, 16th – 18th November 2006, Poznań, Polen. Arbeit: „Occupational wood dust exposure and the risk of laryngeal cancer. A population-based case control study in Germany“
- 2007 Young-Investigators-Award from Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC), St. Gallen, Schweiz: Singer S, Dietz A, Gudziol H, Klemm E, Oeken J, Wolke C, Meister EF, Schwarz G: Measuring Quality of life in laryngeal cancer patients – is the EORTC QLQ-H&N35 a valid instrument?
- Seit 2008 Benennung in der „Guter-Rat-Ärzteliste“, „Deutschlands beste Ärzte 2008, wo sich Ärzte behandeln lassen“ der Super-Illu (genannt wurden insgesamt 24 HNO-Ärzte bundesweit)
- 2012 Posterpreis der American Head and Neck Society für die Arbeit: „Tumor Therapy Manager – Implications for a new Tumorboard“

Publikationen

Professor Dietz ist Autor/Coautor von über 350 pubmed-gelisteten Peer-reviewten Originalarbeiten. Zahlreiche Vorträge, internationale Kongresseinladungen und Buchbeiträge runden die wissenschaftliche Arbeit und den hohen internationalen Bekanntheitsgrad ab. Professor Dietz initiierte seit Jahren an der Leipziger Klinik Operationskurse zur Kopf-Hals-Onkologie und zur interdisziplinären plastisch-ästhetischen Chirurgie des Gesichts.

Curriculum Vitae

Priv.-Doz. Dr. med. Armin Steffen
Geschäftsführender Oberarzt an der Klinik für Hals-Nasen-
und Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Schleswig-
Holstein, Campus Lübeck



1999–2005	Studium Universität zu Lübeck mit Gastaufenthalten in Dartmouth/NH USA und Santiago de Cuba/Kuba
2005–2011	Facharztausbildung Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
2009	Prüfung Somnologie: Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)
Seit 2011	Leiter des HNO-Schlaflabors, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
2012	Zusatzbezeichnung Schlafmedizin
Seit 2014	Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Schlafmedizin/Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (DGHNO)
Seit 2018	Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Schlafmedizin/Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (DGHNO)

Koautor mehrerer Leitlinien schlafmedizinischer Themen

Autor von mehr als 60 Fachartikeln, davon über 40 zu schlafmedizinischen Themen

Curriculum Vitae

Priv.-Doz. Dr. med. Christiane Völter
Leiterin Hörrehabilitation an der Universitäts-Hals-
Nasen-Ohrenklinik, St. Elisabeth-Hospital Bochum



- 1986–1993 Studium der Humanmedizin an der Eberhard Karls Universität Tübingen
- 1993–1994 Arzt im Praktikum (AiP) in der Abteilung für Allgemeine Chirurgie und Poliklinik der Eberhard Karls Universität Tübingen (Prof. Dr. H.D. Becker)
- 1995–1997 Forschungsaufenthalt am Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg (angewandte Tumorstudiologie) (Prof. Dr. E.-M. de Villiers/ Prof. Dr. Dr. h.c. mult. H. zur Hausen)
- 1997–2002 Weiterbildung zum Facharzt für HNO an der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Julius-Maximilians-Universität Würzburg (Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. J. Helms)
- 2005 Habilitation für das Fach HNO-Heilkunde
- 2002–2009 Weiterbildung zum Facharzt für Stimm-, Sprachheilkunde und kindliche Hörstörungen an der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Julius-Maximilians-Universität Würzburg (Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. R. Hagen)
- 2009–2014 Abteilung für Phoniatrie/Pädaudiologie der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde der Georg-August-Universität Göttingen (Direktor: Prof. Dr. Ch. Matthias, Prof. Dr. M. Canis)
- Seit 5/2015 Cochlea Implantat-Zentrum Ruhrgebiet
Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie der Ruhr-Universität Bochum, St. Elisabeth-Hospital (Direktor: Prof. Dr. S. Dazert)