

PRESSEMAPPE



Kongress-Pressegespräche am Mittag

17.11.2011

MEDICA Düsseldorf 2011

43. Weltforum der Medizin
Düsseldorf, 16. – 19. November 2011

Fotos, Lebensläufe und Abstracts der Referenten stehen im Web
zum Download bereit unter:

<http://www.medcongress.de/de/presse/Pressekonferenzen.php>

Weitere Informationen können über die Geschäftsstelle angefordert
werden.



MEDICA Düsseldorf vom 16. - 19. November 2011

KONGRESS-PRESSESTELLE

Die **Kongress-Pressestelle** finden Sie im CCD Süd, **Raum 4 b**, 1. OG.
Die **Pressekonferenzen** finden statt im daneben liegenden **Raum 4 c**

Organisation: MEDICA Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre
Medizin e. V., Gabriele Schäfer
In Kooperation mit der Deutschen Medizinischen
Fach- und Landespresse e. V.

Öffnungszeiten: Mi: 09.00 – 14.00 Uhr, 15.00 – 17.00 Uhr
Do – Fr: 09.00 – 17.00 Uhr

Telefon (Kongresszeitanschluss): 0211 / 43925-17
Telefax (Kongresszeitanschluss): 0211 / 43925-18

Moderation der Kongress-
pressegespräche am Mittag: Dr. med. Julia Rautenstrauch

Vorabinformationen: MEDICA Deutsche Gesellschaft
für Interdisziplinäre Medizin e. V.
Chemnitzer Str. 21, 70597 Stuttgart
Tel.: 0711 / 720712-10
Fax: 0711 / 720712-29
E-Mail: info@medica-ev.de

- bitte wenden -



MEDICA Düsseldorf vom 16. - 19. November 2011

PRESSEKONFERENZEN

Mittwoch, 16.11.2011

13.15 – 14.00 Uhr Kongress-Pressegespräch am Mittag

MEDICA 2011: Immer am Ball

Prof. Dr. Werner A. Scherbaum, Düsseldorf

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei kardiovaskulären Erkrankungen

Prof. Dr. Sabine Däbritz, Duisburg

Brauchen wir Wundzentren?

Prof. Dr. Michael Betzler, Essen

„Droge Arzt“ und Placebo in der Patientenversorgung

Prof. Dr. Thomas Weihrauch, Düsseldorf

Moderation: Dr. Julia Rautenstrauch, Stuttgart

Donnerstag, 17.11.2011

13.15 – 14.00 Uhr Kongress-Pressegespräch am Mittag

Medizinische Versorgung in Krisengebieten: Von den Erfahrungen der Bundeswehr lernen

Oberstarzt Prof. Dr. Lorenz A. Lampl, Ulm

Intensivmedizin: Warum wir multidisziplinäre Ansätze brauchen

Prof. Dr. Dr. h. c. Hugo Van Aken, Münster

Spannungsfeld Medizinethik und Ökonomie: Hält unser Gesundheitssystem das aus?

Univ.-Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff, Münster

Herausforderung Juckreiz – Von den Ursachen zu modernen Therapiestrategien

Prof. Dr. Bernhard Homey, Düsseldorf

Moderation: Dr. Julia Rautenstrauch, Stuttgart

PRESSEKONFERENZ 17.11.2011



218 | Medizinische Versorgung in Krisengebieten:
Von den Erfahrungen der Bundeswehr lernen

PROF. DR. LORENZ A. LAMPL

Leitender Arzt der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Bundeswehrkrankenhaus, Ulm



Trauma im militärischen Bereich – Prioritäten der prähospitalen Versorgung

Die medizinische Versorgung im militärischen Bereich tritt in Phasen auf, die am besten beschrieben wurden in dem vom US-Militär entwickelten Programm **Tactical Combat Casualty Care (TCCC)**, das in angepasster Form von zahlreichen anderen Ländern übernommen wurde. Das TCCC-Programm besteht aus drei Phasen:

1. **Care under Fire:** Phase 1 mitten in einem feindlichen Angriff ist die härteste und schwierigste. Die Hauptaufgabe des Versorgers besteht darin, weitere Verletzungen zu vermeiden, indem der Verletzte aus der Gefahrenzone herausgebracht oder das feindliche Feuer unterbunden wird. Die häufigste Lebensgefahr stellen äußere Blutungen dar, die meistens von den Extremitäten ausgehen. Blutungskontrolle hat daher höchste Priorität. Druckverbände sind lebensrettend, weitere blutstillende Maßnahmen werden ergänzend eingesetzt.

2. **Tactical Field Care:** Phase 2 beginnt, wenn der Verletzte aus der Gefahrenzone herausgebracht ist. Hier kann die Herzkreislaufsituation eingehender untersucht und gemäß der verfügbaren Mittel behandelt werden.

3. **Care During Evacuation:** Phase 3 ist Phase der Evakuierung, bei der zunächst einfache Fahrzeuge und Helikopter involviert sind, in denen eine Basisversorgung möglich ist; was unter dem Kürzel "CASEVAC" (Casualty Evacuation Care) benannt wird. Dagegen kann die Evakuierung aus größeren Krankenhäusern den weltweiten Lufttransport unter intensivmedizinischen Versorgungsbedingungen umfassen. Dies wird mit dem Kürzel „Air Evac“ und „Strat Air Evac“ (Strategic Air Evacuation) bezeichnet.

Abhängig von den jeweiligen Ländern und der militärischen Situation wird der Verletzte vor Ort in medizinischen Einheiten unterschiedlichen Standards behandelt. Die definitive Versorgung erfolgt in der Ebene "Level IV Echelon of Care" in deutschen Bundeswehrkrankenhäusern (bzw. im zivilen Bereich: „Level I Trauma-Zentren“).

Lebenslauf



Prof. Dr. Lorenz A. Lampl

Leitender Arzt der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundeswehrkrankenhaus, Ulm

University Career

- 1974 – 1981 Medical School (Ludwig-Maximilians-University), Munich, Germany
- 1979 Scholarship for the University in Vienna, Austria

Scholarships

- 1974 – 1976 Bavarian Scholarship for the Talented
- 1977 – 1981 Foundation of the German Government for University Scholarships
- 1977 – 1981 Foundation of the Catholic Church (Cusanuswerk)

Graduation

- 1981 State-Board
- 1981 Physician's License
- 1981 Academic degree Dr. med. (medical doctor)

Qualifications

- 1985 Anesthesiology
- 1985 Emergency medicine
- 1994 Habilitation and academic degree Privat-Dozent
- 1996 Intensive care medicine
- 2001 Professorship in Anesthesiology, University of Ulm, Germany

Military Career

- 1981 Enlistment into the German Armed Forces Medical Corps as a Captain
- 1984 Major
- 1987 Lieutenant Colonel
- 1999 Colonel

Position at present

- since 1998 Head of Department Anesthesiology and Intensive Care Medicine, Federal Armed Forces Hospital, Ulm, Germany

Scientific priorities

Prehospital emergency medicine, blood coagulation in severe trauma, Hyperbaric Oxygen Therapy with special regard to intensive care medicine

PRESSEKONFERENZ 17.11.2011



218 | Medizinische Versorgung in Krisengebieten:
Von den Erfahrungen der Bundeswehr lernen

DR. THOMAS DIETZE

Bundeswehrkrankenhäuser Koblenz and Ulm



Intensivmedizinische Versorgung während der Evakuierung über einen Langstreckenflug

Zusätzlich zu den speziellen Aspekten der militärischen Evakuierung können auch Naturkatastrophen oder terroristische Anschläge so viele Opfer verursachen, dass die Kapazitäten der zivilen Luft-Ambulanzen schnell erschöpft sind. Die Unterstützung durch militärische Ressourcen kann eine der Antworten auf die Lösung dieser Probleme sein.

Der Transport einer großen Zahl schwerverletzter oder kritisch-kranker Personen erfordert einerseits eine adäquate medizinische Ausrüstung, die standing an die nationalen Standards anzupassen ist, und andererseits ein entsprechend qualifiziertes intensivmedizinisches Personal.

Derzeit verfügen wir in Deutschland über 4 entsprechend ausgestattete C-160 Transall-Flugzeuge, eine CL-601 Challenger-Maschine und zwei Airbus A-310 bzw. A-319-Flugzeuge, die, wenn nötig, mit drei, einer oder bis zu sechs intensivmedizinischen Patiententransporteinheiten ausgerüstet werden können. Die Patiententransporteinheiten entsprechen der Ausrüstung eines Level-1-Traumazentrums und ermöglichen die intensivmedizinische Behandlung auf hohem Standard während eines Langstreckenfluges.

Der sachgerechte Einsatz der Geräte, die Bedingungen des Langstreckenfluges und die spezielle Situation des militärischen Einsatzes sind mit besonderen Anforderungen an die Qualifikation des Personals verbunden.

Obwohl dieses Konzept primär für die Rückführung verletzter oder schwerkranker Soldaten entwickelt wurde, hat es sich in den letzten Jahren auch für die medizinische Evakuierung ziviler Opfer von Naturkatastrophen, Massunfällen oder terroristischen Angriffen weltweit als äußerst hilfreich erwiesen.



218 | Medizinische Versorgung in Krisengebieten:
Von den Erfahrungen der Bundeswehr lernen

DR. SEBASTIAN HENTSCH

Abt. für Orthopädie und Traumatologie - Level I Trauma-Zentrum
Bundeswehrkrankenhaus Koblenz



Umfassende chirurgische Schadensbegrenzung im Auslandseinsatz

Die adäquate Versorgung verletzter (allierter) Soldaten ist die Hauptaufgabe der medizinischen Services der Bundeswehr bei Auslandseinsätzen wie in Afghanistan; humanitäre Aufgaben sind nicht unmittelbar vorgesehen. In den letzten Jahren wurde eine zunehmende Anzahl von Bomben- und Schussverletzungen behandelt. Die Stabilisierung unter den Bedingungen der Schadensbegrenzung und der rasche Transport nach Europa (möglichst innerhalb von 48 Stunden) entspricht dem aktuellen medizinischen Standard für Patienten aus Deutschland und alliierten Ländern (ISAF).

Wenn die Kapazitäten ausreichen, behandelt der medizinische Service der Bundeswehr auch afghanische Patienten in Kooperation mit medizinischen Einrichtungen vor Ort. Der Schwerpunkt liegt hier im traumatologisch-orthopädischen Bereich und etwa 40 % der einheimischen Patienten sind Kinder. Eine beträchtliche Anzahl davon leidet an den Folgen kriegsbedingter Verletzungen.

Der Vortrag konzentriert sich auf die verschiedenen Muster von Bomben- und Schussverletzungen und die Basismaßnahmen der chirurgischen Erstversorgung. Ziel ist die Verringerung der Traumabelastung der Patienten in den kritischen ersten Tagen und das Vermeiden einer zusätzlichen iatrogenen Verschlechterung des Zustandes instabiler Hochrisikopatienten durch Begrenzung der Operationszeiten. Ein weiterer Aspekt der Schadensbegrenzung ist der ressourcensparende Einsatz bei einem Massenansturm von Verletzten. Hier gilt als wichtiges Prinzip, die definitive Versorgung nur bei stabilen Patienten durchzuführen, was bedeutet, dass es keine Indikation gibt für die frühe Vollversorgung durch chirurgische Spezialisten. Das Prinzip der Schadensbegrenzung wird durch zahlreiche Beispiele illustriert. Wegen der zunehmenden terroristischen Anschläge in westlichen Ländern ist auch mit einer steigenden Zahl von Patienten mit diesen Verletzungsmustern einschließlich des Massenansturms von Verletzten zu rechnen.



218 | Medizinische Versorgung in Krisengebieten:
Von den Erfahrungen der Bundeswehr lernen

DR. BJÖRN HOSSFELD

Abteilung für Anästhesiologie and Intensivmedizin
Bundeswehrkrankenhaus Ulm



Von der Front zur Intensivstation – Kontinuierliche Sicherstellung der Atemfunktion

Soldaten in den Krieg zu schicken bedeutet immer ein Verletzungsrisiko. Etwa 90 % der Todesfälle ereignen sich, bevor der Verletzte eine medizinische Einrichtung erreicht. Doch wenn die Soldaten lange genug leben, um eine Versorgungseinrichtung zu erreichen, sind ihre Überlebenschancen exzellent. Es liegt daher in der Verantwortung des Militärarztes, die Grundlage dafür zu legen, dass möglichst viele verletzte Soldaten die Militärhospitäler erreichen.

Potentiell vermeidbare Todesfälle von Soldaten ist der Tod aufgrund einer Extremitätenblutung, eines Spannungspneumothorax und einer Atemwegsobstruktion [1]. Dies korrespondiert mit dem Behandlungsalgorithmus im „Advanced Trauma Life Support“ (ATLS). Entsprechend dem ATLS müssen die Verletzungen, die am schnellsten zum Tode führen, auch als erste behandelt werden. Um eine Blutung zu stoppen, setzen militärische Kräfte weltweit Druckverbände an und auch für die Behandlung eines Spannungspneumothorax stehen spezielle Notfallbehandlungsmaßnahmen zur Verfügung. In den letzten Jahren lag das Atemwegsmanagement in den Händen erfahrener Ärzte und medizinischer Hilfskräfte, die im Notfall eine endotracheale Intubation oder eine Notfall-Kehlkopferöffnung durchführen können. Heute stehen sogar spezielle Instrumente zur Verfügung, die es ermöglichen, selbst Laien in der vorübergehenden Sicherung der Atemfunktion durch solche Eingriffe zu trainieren. Das Spektrum dieser Instrumente ist groß und für die Anwendung ist ein kontinuierliches Training zwingend. Aus unserer Sicht scheint der Kehlkopftubus die optimale Lösung zu sein, wenn in einer Notfallsituation außerhalb des Krankenhauses keine endotracheale Intubation möglich ist.



Die Sicherung der Atemfunktion ist aber nur die halbe Arbeit. Sobald das Instrument korrekt platziert ist, muss eine künstliche Beatmung des Patienten erfolgen und bei den meisten Verletzten bedarf es dazu einer Allgemeinnarkose. Dies schließt den Einsatz von sedierenden Medikamenten ein und es ist eine zukünftige Aufgabe zu entscheiden, ob auch Nicht-Ärzte diese Medikamente einsetzen dürfen und wie diese Soldaten zu schulen sind.

Die Autoren postulieren, dass der beste Weg, Ärzte und medizinisches Hilfspersonal für den militärischen Einsatz zu trainieren, die Teilnahme an der täglichen Routine der zivilen Notfallversorgung auf den Straßen und in den notfallmedizinischen Einrichtungen ist. Vor kurzem beschrieb Adams sehr klar die Situation, in der Patienten die Militärhospitäler im Irak und in Afghanistan erreichen [2]: Die REACH-Studie (= Registry of Emergency Airways arriving at Combat Hospitals) zeigte, dass eine wesentliche Bedingung für die Sicherung der Atemfunktion die Bewusstlosigkeit war (GCS unter 8). Allerdings waren ein Sauerstoffpartialdruck unter 80% und ein pH-Wert unter 7,0 klare Indikatoren für eine unzureichende Beatmung. Wenn wir also Personal dafür ausbilden, die Atemwege freizuhalten, müssen wir sie ebenso dazu ausbilden, den Patienten adäquat zu beatmen. Die Präsentation wird verschiedene Geräte zur künstlichen Beatmung vorstellen und ihren Einsatz im militärischen Bereich beschreiben.

References:

- 1 Parsons DL: Infantry Magazine 2004
- 2 Adams, BD: Journal of Trauma 64 (2008) 1548-54



320 | Intensive Care

UNIV.-PROF. DR. DR. H. C. HUGO VAN AKEN

Direktor der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie
und operative Intensivmedizin des Universitätsklinikums Münster

Intensivmedizin: zwingend multidisziplinär!

Intensivmedizin ist die Betreuung schwerstkranker Patienten aus allen medizinischen Bereichen. Verbunden damit sind ganz besondere Herausforderungen der interdisziplinären Zusammenarbeit bei gleichzeitig rasanter Entwicklung der diagnostischen und therapeutischen Optionen.

Um die Attraktivität der Intensivmedizin für junge Ärzte zu erhöhen und die Kompetenz der Intensivmediziner systematisch zu verbessern, gibt es in der Europäischen Union Überlegungen, die Intensivmedizin zu einem eigenständigen primären ärztlichen Fachgebiet auszubauen. Diese Pläne bedürfen jedoch der genaueren Betrachtung.

Derzeit ist die Intensivmedizin nur in Spanien, Großbritannien und der Schweiz als eigenständige primäre Facharztbezeichnung anerkannt. In zehn EU-Ländern, darunter Deutschland, ist die Intensivmedizin dagegen eine Zusatzweiterbildung für Fachärzte verschiedener Fachgebiete wie Anästhesisten, Herzchirurgen, Kardiologen, Internisten, Neurologen, Neurochirurgen, Pädiatern, Pneumologen und Thoraxchirurgen. In vielen weiteren europäischen Ländern ist die Intensivmedizin Teil der Ausbildung zum Anästhesisten.

2008 votierten sowohl die Vertreter der neun mit der Intensivmedizin befassten Fachgebiete als auch die European Union of Medical Specialists UEMS mit überwältigender Mehrheit gegen die Idee, die Intensivmedizin zu einem eigenständigen primären medizinischen Fachgebiet auszubauen. „Die Gründe dafür“, so Professor Van Aken, „liegen auf der Hand. Die Intensivmedizin ist einfach zu komplex, um nur von einer medizinischen Fachrichtung abgedeckt zu werden. Wir brauchen vielmehr die intensive Kooperation zwischen Fachärzten, die die jeweilige Grundkrankheit kompetent behandeln können, Spezialisten für die Behandlung von Organversagen und weiteren Experten für besondere klinische Problemstellungen.“ Eine Abspaltung der Intensivmedizin als eigenständige Fachrichtung, so



Van Aken, würde den zwingend notwendigen multidisziplinären Ansatz eher behindern als fördern.

Wie die Mehrheit seiner Kollegen ist er davon überzeugt, dass eine qualifizierte intensivmedizinische Betreuung kritisch kranker Patienten nur durch die multidisziplinäre Zusammenarbeit sichergestellt wird. Nichtsdestotrotz benötigen Intensivstationen eine klar definierte Hierarchie mit einem Leiter, der den reibungslosen Verlauf der Patientenversorgung gewährleistet. Dieser Leiter kann jedoch aus unterschiedlichen Facharztbereichen rekrutiert werden. Wichtig erscheint jedoch, dass alle an der Intensivmedizin beteiligten Fachärzte eine spezielle intensivmedizinische Weiterbildung absolvieren und so die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin nach einer Prüfung erwerben.

Auch wegen der besonderen Belastung des Personals auf Intensivstationen ist es von Vorteil, dass Fachärzte unterschiedlicher Fachrichtungen im Falle eines Burnouts in ihre jeweilige Mutterdisziplin zurückkehren können - was für einen reinen Facharzt für Intensivmedizin gar nicht möglich wäre. Statt neuer Fachbarrieren zu errichten, plädiert Van Aken daher dafür, lieber die Kooperation zwischen den verschiedenen Disziplinen zu fördern und ihnen zusätzlich ein standardisiertes intensivmedizinisches Trainingsprogramm zukommen zu lassen. Auf diese Weise lässt sich die Vielfalt der individuellen Patientenschicksale mit deutlich höherer Qualität managen.

Nach: Hugo Van Aken, Jannicke Mellin-Olsen und Paolo Pelosi
European Journal of Anaesthesiology 2011, 28:313-315



234 | Ethik und Ökonomie in der Medizin

PROF. DR. DR. WILFRIED VON EIFF

Institutsleiter, Centrum für Krankenhaus-Management
Universität Münster

Das Dilemma der Industrialisierung des Medizinbetriebs

Alle entwickelten Gesundheitssysteme auf der Welt stehen vor der gleichen Herausforderung: Wie kann die medizinische und organisatorische Leistungsfähigkeit des Systems auf hohem Niveau gesichert und nachhaltig finanziert werden, obwohl

- Menge und Intensität der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch das Phänomen der alternden Gesellschaft wachsen;
- die Zahl multimorbider, hochbetagter und chronisch kranker Patienten zunimmt;
- der medizinisch-technische Fortschritt durch immer neue und i. d. R. kostenträchtige Diagnose- und Therapiemöglichkeiten den Bedarf an medizinischen Leistungen steigert und in der Folge die Gesundheitsausgaben ausdehnt;
- die Ansprüche und Erwartungen an die Wirksamkeit der Medizin explodieren; die Zuführung ausreichender Finanzmittel auf Basis eines umlageorientierten Solidarsystems längst nicht mehr möglich ist?

Es geht also um den Fragenkomplex:

- Wer erhält aus dem Gesundheitssystem
- welche Leistungen aufgrund
- welcher Regeln und bei Anwendung
- welcher Beurteilungskriterien
- wer finanziert diese Leistungen auf welche Art und
- wer legt diese Regeln wie fest?

Damit gehört die gerechte Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitssystem zu den zentralen ethischen Herausforderungen einer freien Gesellschaft.

Aufgabe der Medizin-Ökonomie ist es, Konzepte für die optimale Nutzung und gerechte (faire) Verteilung von Gesundheitsgütern (präventive, diagnostische, therapeutische, rehabilitative Leistungen) zu entwickeln.



Dabei sind Finanzierbarkeit/Kosten, Leistungsfähigkeit/Effektivität, Qualität (medizinisches Ergebnis/Patient Outcome) und Gerechtigkeit (Zugang zum System/individuelle Belastung) in Einklang zu bringen (= „Magisches Viereck“ der Gesundheitspolitik).

Die Entscheidungsträger in den Krankenhäusern stehen vor einem Dilemma:

- Wie soll der Versorgungsauftrag unter Berücksichtigung medizin-ethischer Prinzipien erfüllt werden, ohne den wirtschaftlichen Konkurs zu riskieren? Ist es unter dem Aspekt der nachhaltigen Finanzierbarkeit ethisch vertretbar, dass ein Krankenhaus Patienten eine bestimmte schmerzfreie Eingriffsart vorenthält, weil die für diese Prozedur notwendigen Medikalprodukte vergleichsweise teuer sind und die abrechenbare Fallpauschale zur Deckung der Kosten nicht ausreicht?
- Sind systemimmanente Sparzwänge und Abrechnungsregeln im DRG-System Argument genug, um einen Patienten zwei Tage länger als medizinisch indiziert zu beatmen, damit die höhere Fallpauschale liquidiert werden kann?
- Ist es unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit und Ressourcenschonung sowie unter dem Gesichtspunkt der materiellen Gerechtigkeit und der Verteilungsgerechtigkeit akzeptabel, dass wiederaufbereitbare und reparierbare Produkte als Einwegprodukte deklariert werden, was zu einer Verteuerung der Prozeduren führt und in der Konsequenz Priorisierung und Rationierung zur Folge hat?
- Ist es akzeptabel, wenn Investitionen in leistungsfähigere und belastungsärmere Medizin-geräte aus Kostengründen unterbleiben?

Medizin-ökonomische Ethik setzt sich mit der Frage auseinander, inwieweit ökonomische Prinzipien der Entscheidungsfindung der Erreichung medizin-ethischer Maxime förderlich oder hinderlich sind.

Die Anwendung ökonomischer Prinzipien führt nur dann zu höherer ethischer und medizinischer Qualität, wenn die Denkweisen der klassischen Marktlehre überwunden und gegen die Prinzipien der „schlanken Produktion“ ausgetauscht werden. „Schlank“ heißt frei von Verschwendung und verpflichtet zur prioritären Erfüllung des Patientennutzens.

Transparenz ist das wichtigste ethische Prinzip an der Schnittstelle zwischen Medizin und Ökonomie: Transparenz erschwert verantwortungsloses, unethisches Verhalten.



Grundlage für Transparenz sind Standards und Leitlinien, die nach explizit festgelegten Kriterien und für alle Patienten verbindlichen Regeln umgesetzt werden.

Fehler in der Konstruktion des gesundheitswirtschaftlichen Anreizsystems, die dazu führen, dass patientenbezogene medizinische Entscheidungen durch ökonomische Restriktionen einseitig dominiert werden, sind zu identifizieren und abzustellen.

Ökonomische Denkweisen, Analyse- und Entscheidungsinstrumente werden oft in fachlich falschem Verständnis zur Lösung medizinökonomischer Probleme herangezogen. Das Ergebnis ist in vielen Fällen weder ökonomisch begründbar noch ethisch zu rechtfertigen.

Lebenslauf



Prof. Dr. rer.pol. Dr. biol. hom. Wilfried von Eiff

Institutsleiter, Centrum für Krankenhaus-Management
Universität Münster

- 1968 – 1972 Studium der Volks- und Betriebswirtschaftslehre, Universität Giessen (Abschluss: Diplom-Ökonom)
- 1972 – 1973 Wissenschaftlicher Assistent, Universität Giessen
- 1974 – 1977 Projektleiter am Forschungsinstitut für Industriewirtschaft (FIW), Universität Tübingen. Beratungsprojekte in Maschinenbau, Fisch-, Textil- und Waschmittelindustrie
- 1977 – 1980 Funktion des Verwaltungsdirektors und Mitglied des Vorstandes der Universitätskliniken Giessen
- 1980 – 1993 Leitende Positionen in der Automobilindustrie (Audi, VW) in den Bereichen Organisation und IT-Management
- Seit 1994 Professor für Betriebswirtschaftslehre (insbesondere Industrie- und Krankenhausmanagement) an der Universität Münster und Geschäftsführer des Centrums für Krankenhaus-Management (Münster).
- 1977 Promotion zum Dr. rer. pol. (Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Universität Tübingen)
- 1993 Promotion zum Dr. biol. hom. (Humanmedizinische Fakultät, Universität Giessen)
- 1993 Habilitation für das Fach Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, (Universität Würzburg)

- Lizenz als EFQM-Assessor
- Lizenz als INSIGHTS-MDI-Trainer
- Mitglied div. Aufsichtsräte in Industrie und Krankenhausbereich
- Temporary Adviser WHO (World Health Organisation)
- Mitinitiator der „Tour der Hoffnung“, einer Goodwill-Veranstaltung zugunsten Krebs- und Leukämiekranker Kinder.

Kompetenz-Schwerpunkte

- Einkaufs- und Logistik-Management
- Geschäftsprozessmanagement
- Strategisches Management
- Mergers and Acquisitions
- Qualitätsmanagement
- Gewinnverbesserungsprogramme, Controlling und Benchmarking
- Medical Controlling
- Benchmarking



328 | Juckreiz: Von Ursachen zu modernen Therapiestrategien

PROF. DR. BERNHARD HOMEY

Direktor der Hautklinik
Universitätsklinikum Düsseldorf



Pruritus

Chronischer Pruritus zählt zu den Symptomen, mit denen Ärzte aller Fachdisziplinen immer wieder konfrontiert werden. Das Wohlbefinden des Patienten wird durch chronisches Jucken meist erheblich beeinträchtigt und führt im Extremfall zu psychischer und physischer Erschöpfung. Bis heute sind die genauen Pathomechanismen für die Entstehung von Juckreiz nicht vollständig verstanden, jedoch konnte die Forschung in den letzten Jahren einige interessante Entdeckungen verzeichnen. Mit IL-31 wurde ein wichtiges Schlüsselzytokin bei der Entstehung von Juckreiz im Rahmen von entzündlichen Dermatosen identifiziert. Experimente mit Mäusen zeigen, dass durch die Blockade von IL-31 mittels Antikörper das Jucken signifikant reduziert werden kann. Bei Patienten mit cholestatischen Pruritus konnte mit dem neuronalen Aktivator Lysophosphatische Säure (LPA) erstmals ein Mediator identifiziert werden, der mit der Schwere der Symptomatik korreliert. Es wird vermutet, dass LPA eine Schlüsselrolle bei der Entstehung des cholestatischen Pruritus einnimmt.

Das Symptom Pruritus stellt bis heute eine interdisziplinäre diagnostische und therapeutische Herausforderung dar. In unserem Mittagsseminar möchten wir Ihnen einen kaleidoskopartigen Überblick über den aktuellen wissenschaftlichen Stand der Pruritusforschung sowie zum diagnostischen und therapeutischen Management von Juckreizpatienten und den damit verbundenen Therapieoptionen geben.

Lebenslauf



Prof. Dr. Bernhard Homey

Direktor der Hautklinik
Universitätsklinikum Düsseldorf

Education

| | |
|----------------------------|--|
| October, 1988 - Mai, 1995 | Medical school Heinrich-Heine-University, Düsseldorf |
| July, 1992-November, 1992 | Clinical and scientific clerkship, Dept. of Dermatology University of California, San Francisco |
| April, 1992-February, 1998 | Doctoral degree (Magna cum laude) Dept. of Dermatology, Heinrich-Heine-University, Düsseldorf |

Professional Training

| | |
|-------------------------------|--|
| August 1, 1995-April 30, 1998 | Resident Dept. of Dermatology, Heinrich-Heine-University, Düsseldorf |
| May 1, 1998-October 31, 2001 | Visiting scientist Dept. of Immunology, DNAX Research Institute, Palo Alto, CA Supervisor: Albert Zlotnik, Ph.D. |
| November 15, 2001 | Resident Dept. of Dermatology, Heinrich-Heine-University, Düsseldorf Head of the Research Laboratory for Dermato-Immunology and Oncology |
| May 15, 2003 | Specialist for Dermatology and Venereal Diseases |
| October 30, 2003 | Habilitation and Venia legendi for Dermatology |
| January 1, 2004 | Senior consultant, head of the Allergy Department, Dept. of Dermatology, Heinrich-Heine-University |
| December 15, 2004 | Professor for Dermatology, Heinrich-Heine-University Düsseldorf |

Stipend

| | |
|-----------------------|---|
| May, 1998-April, 2000 | Research fellow of the German Research Foundation (DFG; Ho 2092/1-1) |
|-----------------------|---|



Awards

- Paul-Martini-Award 2000
- Research Award of the German-Hungarian Society for Dermatology 2002
- European Society for Dermatological Research (ESDR), Galderma-Poster-Award 2002
- Reinhard-und-Emmy-Heynen-Award 2002
- Günther-von-Wille-Award 2002
- Bench-to-Bedside Meeting 2003 (Poster Award)
- Oskar-Gans-Award 2003
- Fujisawa-Atopic-Dermatitis-Award 2003
- First International Conference on Cutaneous Lupus Erythematosus: 1st Prize Poster Award 2004
- Atopic-Dermatitis-Award 2005; Proderma Foundation



328 | Juckreiz: Von Ursachen zu modernen Therapiestrategien

DR. ANDREAS E. KREMER

Tytgat Institute for Liver and Intestinal Research
Academic Medical Center
University of Amsterdam, The Netherlands

Internistische Ursachen von Pruritus

Juckreiz ist ein typisches und teils sehr quälendes Symptom zahlreicher internistischer Erkrankungen. Der Juckreiz kann dabei sowohl auf bestimmte Hautareale beschränkt als auch generalisiert auftreten. Im Gegensatz zu dermatologischen Krankheitsbildern tritt Pruritus bei internistischen Erkrankungen meist ohne charakteristische Hautveränderungen auf. Dies erschwert oftmals die Diagnosestellung und erfordert teilweise interdisziplinäre Abklärungsstrategien.

Zu den metabolischen und endokrinen Erkrankungen, die mit Juckreiz einhergehen, gehören chronische Niereninsuffizienz, zahlreiche hepatobiliäre Erkrankungen, Diabetes mellitus, Hypothyreose, Hyperthyreose, Hyperparathyroidismus, Karzinoide und Anorexia nervosa. Hepatischer Juckreiz findet sich typischerweise bei Störungen der Gallesekretion, wie sie bei der Schwangerschaftscholestase, primär biliärer Zirrhose, primär sklerosierender Cholangitis, mechanischer Gallengangobstruktion durch Gallengangstumoren oder Choledocholithiasis, oder medikamentös-induzierter Cholestase auftritt, aber auch im Rahmen von alkoholtoxischer Leberzirrhose oder chronischen Hepatitis-B- bzw. Hepatitis-C-Infektionen. Mit Juckreiz assoziierte hämatologische und lymphoproliferative Erkrankungen sind Eisenmangel, Polyzythämia vera, essentielle Thromozythämie, primäre Myelofibrose, myelodysplastisches Syndrom, Hypereosinophilie-Syndrom, M. Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome. Auch Infektionskrankheiten mit HIV, Parvovirus B19 und Parasiten sowie verschiedene solide Tumoren können Pruritus verursachen. Schließlich sind auch zahlreiche neurologische und psychiatrische Erkrankungen mit Juckreiz assoziiert.

Im Vortrag werden die charakteristischen Merkmale des Pruritus wie Lokalisation, circadianer Rhythmus oder Juckreizcharakter bei den einzelnen internistischen Erkrankungen erläutert und die zugrundeliegenden pathophysiologischen Ursachen kurz aufgezeigt. Daneben werden die zum differentialdiagnostischen Vorgehen notwendigen Laborparameter besprochen und Therapieempfehlungen zu den einzelnen Erkrankungen gegeben. Die neuesten Erkenntnisse in der Pruritusforschung bei internistischen Erkrankungen werden aufgezeigt und mögliche zukünftige Therapieoptionen diskutiert.