

27. bis 28. 4. 2012

**2. Drei-Ländertagung
der Landesverbände
Sachsen, Sachsen-
Anhalt und Thüringen
des Berufsverbands
der Deutschen
Dermatologen e. V.
(BVDD)**

Weimar

Willkommen in Weimar

Zum zweiten Mal haben sich die niedergelassenen Dermatologen Sachsens, Sachsen-Anhalts und Thüringens zu einer gemeinsamen Tagung entschlossen. Dazu werden etwa 300 Hautärztinnen, Hautärzte sowie Wissenschaftler und Praxispersonal am 27. und 28. April in Weimar erwartet. Die Tagungsleitung setzt sich aus den beiden Vorsitzenden der Länderverbände Sachsen und Thüringen – Dr. Grit Richter-Huhn und PD Dr. Kirsten Jung sowie der stellvertretenden sachsen-anhaltinischen Landesvorsitzenden Dr. Gudrun Hamm zusammen.

Die Landesverbände des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen (BVDD) wollen ihre Ressourcen besser nutzen, indem sie diese bündeln und gemeinsam ausschöpfen. Durch Begegnungen und Diskussionen über die Ländergrenzen hinweg wird es zum Erfahrungsaustausch über gleiche Probleme bei der immer schwieriger werdenden Berufsausübung und Patientenversorgung kommen. In den Ländern geübte verschiedene Lösungswege werden zur Bereicherung eines jeden führen. Weiterhin werden wir uns unsere spezifischen Probleme in den neuen Bundesländern bewusster machen und diese artikulieren. Nur gemeinsam schafft man wirklich Großes.

Hier sei als erstes zu nennen, dass in unseren Ländern eine Unterversorgung auf dermatologisch-allergologischem Gebiet bereits jetzt in ländlichen Gebieten (Besetzung der Kassenarztsitze unter 50%) existiert. Diese wird sich rasch in den nächsten Jahren verschärfen und sich auf die Ballungsgebiete ausdehnen, da junge Ärzte nicht in die ambulante Patientenversorgung nachkommen. Hauptgrund hierfür ist nach Umfrage auch des BVDD die Veränderung des Berufsbildes Arzt mit Überregulierung. Dies muss die Politik endlich wahrnehmen. Natürlich werden die immer schwieriger werdenden Bedingungen nach vielfältigen Reformen angesprochen, den Arzt Beruf als freien Beruf mit befriedigendem Arzt-Patientenverhältnis ausüben zu können, ein zentrales Thema sein. Es gilt das Versorgungsgesetz zu diskutieren und positive Möglichkeiten zu erkennen. Die bisher in Deutschland bestehende hochwertige medizinische Versorgung muss aufrecht erhalten werden. Dazu sind auch die Dermatologinnen/en unserer Länder unter angemessenen Arbeits- und Lebensbedingungen bereit.

Auch die Einladung der Weiterbildungsausschussvorsitzenden der jeweiligen Landesärztekammern erfolgt unter diesem Ziel. Es wird zur Diskussion aufgerufen, wie die Weiterbildung von Dermatologen verbessert werden kann. Weiterbildungsinhalte, die vorwiegend nur im ambulanten Bereich erbracht werden und nur dort erlernt werden können, sollten mit einer verpflichtenden Zeit an ambulanter Tätigkeit des Weiterbildungsassistenten garantiert werden. Das Erreichte der Berliner Dermatologen ist uns hier Vorbild.

Die von der Bundesärztekammer angestoßene Diskussion um die „Feminisierung“ der Medizin wird ein weiterer Programmpunkt sein. Weil in unseren Ländern die ambulante Versorgung von Patienten mit Haut- und Allergie-Erkrankungen schon immer vor allem durch Frauen sicher gestellt wurde, sind wir diesbezüglich an gelebtem Berufsleben unseren Kollegen in den alten Bundesländern voraus. Dort könnte man auf unsere Erfahrungen im Osten zurückgreifen, wenn dies ehrlich gewünscht wird. Es wird die Umfragestudie des BVDD unter jungen Ärzten vorgestellt werden zu Vorstellungen und Bedürfnisse von Ärzten auf dem Wege in eine ambulante berufliche Tätigkeit, in die Niederlassung. In einer separaten Veranstaltung, dem Seminar „In eigener Praxis arbeiten – Pro und Contra“, werden wir versuchen, junge Kolleginnen und Kollegen für die Vorteile der beruflichen Tätigkeit in eigener Niederlassung zu begeistern. Die deutsche Dermatologie, aus der Inneren Medizin hervorgegangen, sich die Oberflächenchirurgie erwerbend und eine vorbildliche Prävention, die weltweit einmalig ist, betreibend, ist eines der weit gefächerten und damit spannendsten Organfächer. Das macht sie so interessant für den Mediziner. Da keine körperlich schweren Eingriffe durchgeführt werden müssen, ist dieses Fachgebiet ein sehr gut ausübbarer Beruf auch für Frauen. Die Niederlassung bietet eine selbstbestimmte Zeiteinteilung und somit eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Die Drei-Ländertagung schöpft aus dem organisatorischen Fundus der vergangenen Jahresveranstaltungen des Landesverbandes Sachsen-Anhalt und den Erfolg der ersten gemeinsamen Veranstaltung. Über zwei Tage wird Wissen in verschiedenen Kursen, Plenarsitzungen und berufspolitischen Foren den Ärztinnen/en und Arzthelferinnen vermittelt (Vom Stress/Rhetorik-, Allergologie-, Kosmetik-, Haarausfall-, Kodierrichtlinien-Seminar bis hin zu verschiedenen Schnitt-Naht-Kursen). Die gewachsene Breite und Tiefe der Veranstaltung soll die Besucher ansprechen und deren Erwartungen erfüllen. Es werden besonders praxisrelevante Themen für die Patientenversorgung, die unmittelbar nach der Tagung umsetzbar sind, angesprochen. Probleme des Praktikers bei Diagnose und Therapie von häufigen und seltenen



Erkrankungen werden vorgestellt, um im Alltag effizient arbeiten zu können. In diesem Jahr hören wir u.a. in den Plenen zum Hautkrebs, Hautinfektionen, Chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und Autoimmunerkrankungen der Haut.

Kulturelle Entspannung, die im letzten Jahr sehr gut angenommen wurde, wird ebenso in großem Umfang angeboten, wir befinden uns in Weimar, dem Standort des goldenen deutschen Geistes.



PD Dr. Kirsten Jung

Herzlich Willkommen in Weimar!

ALLGEMEINE HINWEISE

27. bis 28. 4. 2012

**2. Drei-Ländertagung der
Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen
des Berufsverbands der Deutschen Dermatologen e. V. (BVDD)**

TAGUNGSORT

congress centrum neue weimarhalle (ccnw)
UNESCO-Platz 1, 99425 Weimar

VERANSTALTER

Landesverbände Sachsen · Sachsen-Anhalt · Thüringen
des Berufsverbands der Deutschen Dermatologen e. V. (BVDD)

TAGUNGSLEITUNG

Dr. med. Grit Richter-Huhn · BVDD Landesverband Sachsen
Mary-Krebs-Straße 1, 01219 Dresden

Dr. med. Gudrun Hamm · BVDD Landesverband Sachsen-Anhalt
Kleinschmieden 6, 06108 Halle

PD Dr. med. Kirsten Jung · BVDD Landesverband Thüringen
Krämpferstraße 6, 99084 Erfurt

TAGUNGSORGANISATION

Jana Radoi/Alexandra Vogel · Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena

Tel. +49 (0)3641 311 63 61 · Fax +49 (0)3641 311 62 41

bvdd@conventus.de · www.conventus.de

www.bvdd-tagung.de



INHALT



2 Haarausfall – Diagnostik und Therapie

Andreas M. Finner

3 Dokumentation wichtiger Krankheitsbilder zur Vermeidung von Honorarverlusten und Auffälligkeiten

Wolfgang Rüprich

4 Haut-Weichgewebeeinfektionen mit Staphylococcus aureus

Wolfgang Witte

5 Morbus Crohn Aktuelles zur Pathogenese, Diagnostik und Therapie

Katrin Ende

6 Bleib locker, wenn 1000 Dinge auf Dich einstürzen Selbsthilfe in der Arztpraxis bei multiplen Herausforderungen

Silvia Mulik

7 Drei-Ländertagung des BVDD 2012 der Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen Statement zu 5 Fragen des berufspolitischen Nachmittags

Rüdiger Schöning

8 Hautkrebs und der kleine Unterschied – Wissen wir schon alles?

Eva-Bettina Bröcker

8 Kalender · Impressum

Haarausfall – Diagnostik und Therapie

Andreas M. Finner, Berlin

Haarausfall ist oft Anlass für eine große Verunsicherung. Meist ist die Ursache für die Patienten und Patientinnen nicht ersichtlich und der Verlauf scheint unkontrollierbar. Sie wenden sich mit hohen Erwartungen an uns Dermatologen. Um diesen gerecht zu werden, kann ein abgestuftes Vorgehen erfolgen.



Dr. Andreas M. Finner

Es besteht die Möglichkeit einer orientierenden Untersuchung mit anschließender Vertiefung in einer Haarsprechstunde, insbesondere bei androgenetischer Alopezie (AGA). Eine bessere Variante wäre, bereits bei der Terminvergabe eine spezielle, ausführliche Haarsprechstunde anzubieten. Diese ist in der Regel eine Selbstzahlerleistung, wird von den Patientinnen jedoch gern wahrgenommen.

Mit Hilfe eines Fragebogens kann eine zielgerichtete Anamnese erhoben werden.

Auf dem Fragebogen sollte gleich die Möglichkeit bestehen, andere Hautprobleme oder Interesse an ästhetischen Behandlungen zu vermerken. Eine Basisdiagnostik sollte Inspektion, Zupfstest und Dermatoskopie bzw. Trichoskopie umfassen. Nur so fühlt sich die Patientin auch ernst genommen. Es lassen sich bereits Aktivität, das Muster, eine Miniaturisierung und die Kopfhaut einschätzen.

Insbesondere die Trichoskopie kann bereits wertvolle Hinweise auf AGA (Haarkaliberschwankungen, Miniaturisierung), Alopecia areata (yellow dots, Ausrufezeichenhaare, siehe Abb.1), vernarbende Alopezie (fehlende Follikelostia), Tinea capitis (Kommahaare) sowie Haarstrukturschäden (Trichorhexis nodosa u.a.) liefern.

Auch das Nachwachsen von Haaren (kontrastierende Haarkarte über einem Scheitel), Haarstruktur und -qualität sowie Haut und Nägel sollten orientierend beurteilt werden.

Ergibt sich ein Hinweis auf ein diffu-

ses Effluvium, können Labortests notwendig sein. Es sollte ein Ferritinwert von 70 ng/ml, mindestens jedoch 40 ng/ml angestrebt werden. Oft triggert ein Telogeneffluvium eine AGA, diese wird dann vorzeitig sichtbar. Zusätzlich können bereits initial Kombinationspräparate mit Medizinalhefe, Cystin und B-Vitaminen über mindestens 6 Monate empfohlen werden. Diese haben sich in einer neuen Metaanalyse als wirksam zur Steigerung der Anagenrate beim Telogeneffluvium erwiesen.

Bei einer androgenetischen Alopezie mit Zeichen einer Hyperandrogenämie (unregelmäßige Menses, Hirsutismus, Seborrhoe, Akne) muss eine hormonelle Dysregulation ausgeschlossen werden. Ein starker saisonaler Haarausfall kann ein Hinweis auf einen verstärkten Haarwechsel bei verkürzter Anagenphase durch AGA sein.

Andere mögliche Diagnosen sind u. a. Alopecia areata (Behandlung vor allem mit topischen oder intraläsionalen Steroiden, ggf. topische Immuntherapie), vernarbende Alopezien, Haarstrukturschäden, Trichotillomanie und Kopfhautdermatosen.

In einer Haarsprechstunde kann eine ausführliche Beratung und vertiefte Diagnostik erfolgen. Diese umfasst eine Haardichtemessung, z.B. mittels Trichoscan® oder Folliscope® (Abb. 2). Wichtig ist hier eine exakte

Durchführung und Beurteilung. Sehr bewährt haben sich diese digitalen Messungen an derselben Kopfhautstelle auch zur Früherkennung sowie regelmäßigen Erfolgskontrolle und Förderung der Compliance. Diese können ggf. mit einer Nävusdokumentation verbunden werden. Zusammen mit Übersichtsfotos wird so der Ausgangsbefund dokumentiert und beurteilt.

Daran anschließend wird das Therapieziel festgelegt, welches bei der AGA in einer Stabilisierung besteht. Die dauerhafte Behandlung mit Haarmedikamenten sollte genau erläutert und nach 4-6 Monaten erstmals kontrolliert werden, anschließend jährlich. Bei Frauen erfolgt vor allem eine lokale Behandlung mit 2% Minoxidillösung. Bei Männern werden Minoxidil 5 % topisch oder Finasterid 1 mg systemisch eingesetzt. Die Diagnose und Behandlung müssen genau erläutert werden. Informationsblätter zum Nachlesen sollten erstellt werden. Auch die Behandlung von Kopfhautproblemen und Tipps zur Haarpflege gehören dazu. Ergänzend kommen Streuhaar oder Haarersatz in Frage.

Durch eine mikrochirurgische Haartransplantation tausender follikulärer Einheiten von je 1-4 Haaren (FU) kann zudem eine dauerhafte Verdichtung bzw. das Auffüllen kahler Zonen erreicht werden. Die Planung der Haartransplantation kann wieder-

rum mit einer digitalen Messung erfolgen (Abb. 3).

Die FU werden aus einem schonend entnommenen schmalen Hautstreifen mikroskopisch vereinzelt (FUT, höchste Ausbeute an Haaren und wiederholbar) oder direkt einzeln vom Hinterkopf entnommen (FUE, Haarausbeute etwas geringer). Durch eine geschickte, authentische Anordnung dieser kleinen FU-Transplantate (Einsetzen in Mikroschlitz, Abb. 4) lassen sich heutzutage sehr natürliche Ergebnisse bei Männern und Frauen erzielen. Voraussetzung sind eine individuelle und nachhaltige Planung und die Durchführung durch ein erfahrenes Team.

Mit einem strukturierten Behandlungsplan wird eine optimistische Perspektive aufgezeigt. Dieser kann Möglichkeiten der Haarmedizin, Haarchirurgie sowie Haar- und Kopfhautpflege umfassen. Neue Leitlinien zur AGA dienen der Orientierung. Die Patienten erlangen so die Kontrolle über ihren Haarausfall wieder und sind weiteren Zusatzangeboten gegenüber aufgeschlossen.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. med. Andreas M. Finner
Trichomed Praxis für Dermatologie,
Haarmedizin und Haartransplantation
Klinik am Wittenbergplatz
Bayreuther Str. 36
10789 Berlin
info@trichomed.com
www.trichomed.com

Digitale Haarmessung: Folliscope®

9 Monate Finasterid

139/cm²

Abb. 1: Trichoskopie bei Alopecia areata mit typischen Ausrufezeichenhaaren und sog. yellow dots (© A. Finner).

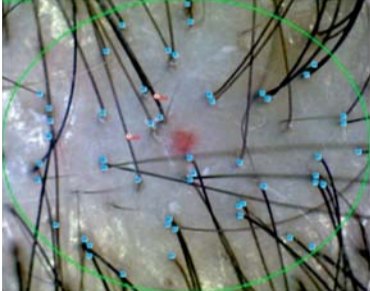
180/cm²

Abb. 2: Folliscope®-Bild bei AGA im Behandlungsverlauf (© A. Finner).

PROGRAMMHINWEIS

Freitag 26.4.2012
10 – 11.30 Uhr

WORKSHOPPROGRAMM

**Workshop 3: Haarausfall –
Diagnose und Therapie**

Haartransplantation: Spenderhaar

Digitale Planung: Menge, Qualität, Farbe, Dicke, Welligkeit,
FU-Transplantate mit 1-4 Haaren

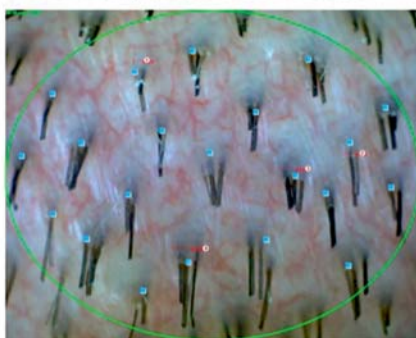


Abb. 3: Digitale Planung einer Haartransplantation, FU-Transplantate mit 1-4 Haaren (© A. Finner).

Haartransplantation Einpflanzen der FU-Transplantate

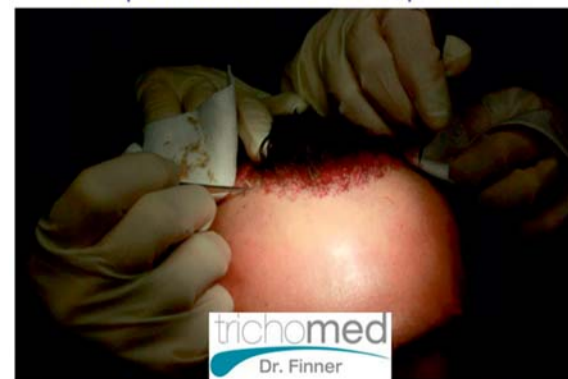


Abb. 4: Haartransplantation - Einsetzen der FU am Haaransatz (© A. Finner).

Dokumentation wichtiger Krankheitsbilder zur Vermeidung von Honorarverlusten und Auffälligkeiten



Wolfgang Rüprich

Wolfgang Rüprich, Halle (Saale)

Diagnosen verschieben in großem Maßstab Gelder im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dies ist deutlich im Bereich des Risikostrukturausgleichs. RSA-Diagnosen sichern hier den Kassen zusätzliche Anteile der für ambulante Versorgung vorgesehenen Mittel. Auch im Bereich der DRG-Abrechnung im stationären Versorgungsbereich spielen die Diagnosen eine wichtige Rolle. Nebendiagnosen können den PCCL-Wert als Marker für den Fallschweregrad erhöhen und können damit zu einer Erhöhung der Erlöse des jeweiligen Hauses führen.

Auch im ambulanten Bereich wird vermehrt die Höhe der morbiditätsgestützten Gesamtvergütung und auch die Mittelverteilung selbst von Morbiditätsstrukturen und Fallschweregruppen abhängen. Dies führt dazu, dass die bisherige Mittelverteilung und Kalkulation der Fallwerte durch den Leistungsbedarf in Punkten des Vorjahres auch durch eine morbiditätsgestützte Trennung nach Fallschweregruppen, analog dem Herangehen im DRG-System, perspektivisch ersetzt werden wird. Da Abrechnungssysteme aber immer in die Vergangenheit blicken, muss schon jetzt auf die Darstellung einer hohen Morbidität und Fallschwere geachtet werden. Grundlage für eine valide Messung von Krankheitshäufigkeiten und Morbiditätsstrukturen ist eine korrekte Erfassung von Diagnosen. Dies muss in einer Art und Weise erfolgen, dass maschinengestützte statistische

Aussagen generiert werden können. Dazu ist eine spezifische und exakte Verschlüsselung aller behandelten Erkrankungen einschließlich der nur mittelbar einfließenden Diagnosen, die aber Begründungen zur vorhandenen Fallschwere oder zur Untermauerung spezieller Therapieansätze liefern, notwendig. Auch auf die Darstellung von Fallbesonderheiten, die zu Leistungserweiterungen und/oder einen Therapiewechsel mit Kostensprung führen, ist zu achten. Dies bedeutet damit weiterhin, dass regelhaft Praxisbesonderheiten über abweichende Diagnosehäufigkeiten zur jeweiligen Fachgruppe auf der Grundlage der ICD10-Gruppenverteilung nachgewiesen werden können, aber auch müssen. Damit hat die Diagnoseverschlüsselung auch eine überaus große Bedeutung im zukünftigen Prüfgeschäft, gleichgültig, ob es sich dabei um Verordnungsprüfungen im Bereich der Richtgrößen-

prüfungen AM oder HM oder um Leistungsprüfungen nach Durchschnittswerten bzw. um Indikationsprüfungen handelt. In jeder Praxis erfolgt die beruflich geforderte detaillierte medizinische Dokumentation. Dabei ist es gleichgültig, ob das auf Karteikarte oder elektronisch im Computersystem erfolgt. Weiterhin ist aber auch die administrative Diagnosedokumentation durch ICD10-Codes erforderlich. Diese wird dann im Zuge der Quartals-Isabrechnung im Abrechnungsdatensatz, der sogenannten con-Datei an die jeweilige kassenärztliche Vereinigung weitergeleitet. Hierzu gibt der Arzt in einer Diagnosezeile eine Diagnosekurzbezeichnung (Arztkürzel) ein. Dieses wird dann in der Praxissoftware mit einer ICD10-Diagnose aus dem hinterlegten ICD10-Verzeichnis verknüpft. Da die in der Praxis verwendeten Kürzel sehr arzt-spezifisch sind,

neigen nahezu alle Softwaresysteme bei der automatischen Verschlüsselung zu unspezifischen ICD10-Codes. Dies ist damit aber im Widerspruch zur oben erläuterten Notwendigkeit einer hohen Spezifik der Diagnoseschlüssel zu sehen. In jeder Praxis sollten daher Diagnosketten gebildet werden, die dann mit einem Arztkürzel verknüpft werden. So können schnell auch komplexe Sachverhalte über ICD-Kodierungen abgebildet werden. Wir zeigen dies im Folgenden beispielhaft für allergisch bedingte Erkrankungen auf. So sind z. B. die Verschlüsselungen für allergisch bedingte Krankheiten und Reaktionen an verschiedenen Stellen im ICD 10 aufgeführt und nach unterschiedlichen Kriterien gegliedert. Das verursachende Allergen kann dabei in aller Regel nicht spezifisch verschlüsselt werden. Nur für einzelne Allergengruppen ist hier eine Kodierung möglich, z.B. nach ihrer Verwendung (Nahrungsmittel, Medikamente, Kosmetika) oder nach ihrer chemisch-physikalischen oder biologischen Herkunft (Metalle, Pollen). Wenn eine allergisch bedingte Krankheit oder allergische Reaktion vorliegt, sollte die klinische Manifestation bekannt sein. Damit sollten die unspezifischen und damit keine Fallschwere erzeugenden Codes T78.1 „Sonstige Nahrungsmittelunverträglichkeit, anderenorts nicht klassifiziert“, T88.7 „Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge“ und T78.4 „Allergie, nicht näher bezeichnet“ nur in wirk-

lichen Ausnahmesituationen Verwendung finden. Für eine Testung sollte zusätzlich der Prozesscode Z01.5 angegeben werden. Eine bekannte, derzeit aber symptomfreie Allergie kann mit einem Code aus Z88 „Allergie gegenüber Arzneimitteln, Drogen oder biologisch aktiven Substanzen in der Eigenanamnese“ oder mit Z91.0 „Allergie, ausgenommen Allergie gegenüber Arzneimitteln, Drogen oder biologisch aktiven Substanzen, in der Eigenanamnese“ kodiert werden. Bei einer Desensibilisierungsbehandlung ist der Prozesscode Z51.6 „Desensibilisierung gegenüber Allergenen“ gemeinsam mit dem passenden Code aus Z88 „Allergie gegenüber Arzneimitteln, Drogen oder biologisch aktiven Substanzen in der Eigenanamnese“ oder Z91.0 „Allergie, ausgenommen Allergie gegenüber Arzneimitteln, Drogen oder biologisch aktiven Substanzen, in der Eigenanamnese“ zu verschlüsseln.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. Wolfgang Rüprich
Rockendorfer Weg 132
06128 Halle (Saale)
praxis@kinderarzt-saalkreis.de

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 27. April 2012
12.00 – 13.30 Uhr

WORKSHOPPROGRAMM
Workshop 6

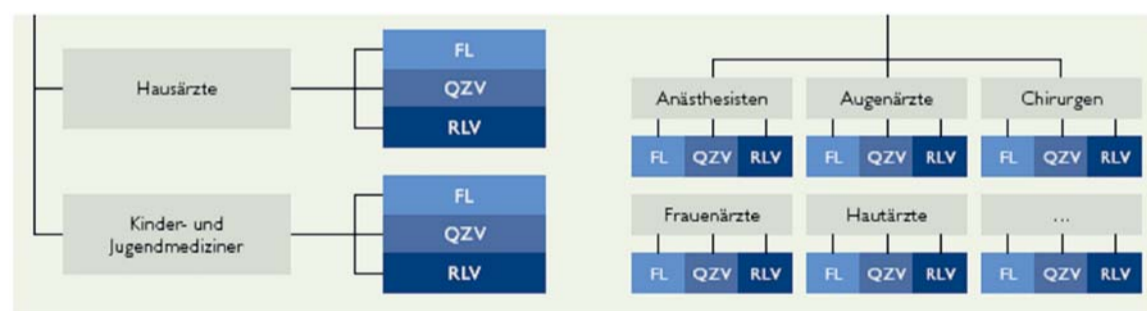


Abb. 1

Nach der aktuellen Rechtslage sind Praxisbesonderheiten in der **Struktur der Arztpraxis** vorliegende, objektive Gegebenheiten.

- Diese müssen für die Fach- bzw. Prüfgruppe von der **Art oder dem Umfang her atypisch** sein und
- kausal einen **höheren Behandlungsaufwand und/oder höhere Verordnungskosten** verursachen und
- durch eine **bestimmte Patientenstruktur** charakterisiert sein. ➔

Damit sind Praxisbesonderheiten immer dadurch gekennzeichnet, dass bestimmte Diagnosekonstellationen in der Patientenklientel häufiger auftreten als in der Vergleichsgruppe und sich so abweichende Therapie- und Verordnungskosten begründen lassen.

Abb. 2: Praxisbesonderheiten

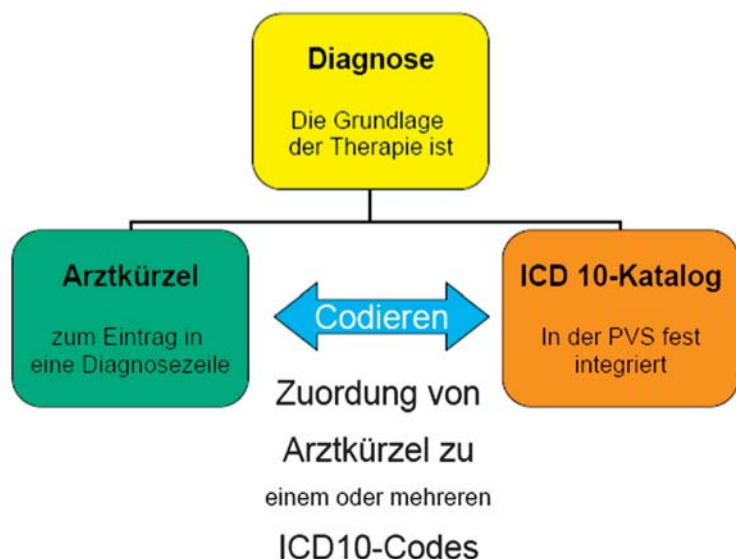


Abb. 3

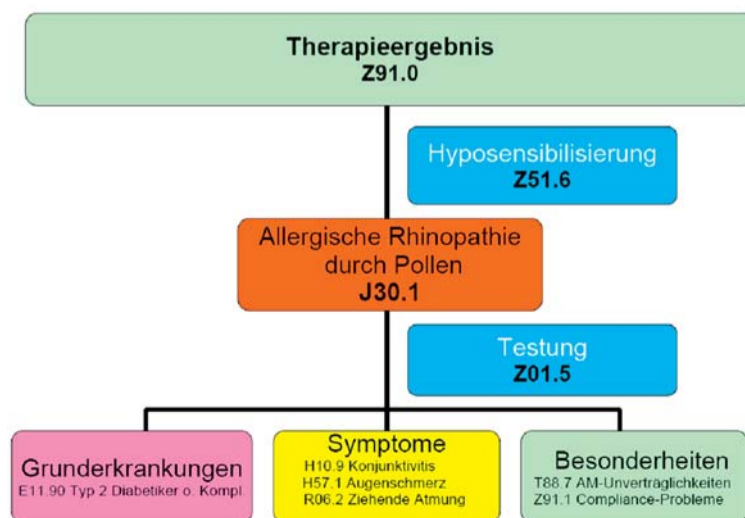


Abb. 4

Haut-Weichgewebeeinfektionen mit *Staphylococcus aureus*

Wolfgang Witte, Wernigerode



Prof. Dr. Wolfgang Witte

Haut- und Weichgewebeeinfektionen (HWGI) zählen zu den häufigsten Krankheitsbildern, die sowohl im niedergelassenen Bereich als auch in Krankenhäusern auftreten; dabei sind *Staphylococcus aureus* und *Streptococcus pyogenes* die am häufigsten nachgewiesenen Erreger.

Die von *S. aureus* verursachten Krankheitsbilder sind zumeist lokal (z. B. Impetigo, Furunkel), es gibt auch generalisierende Krankheitsbilder wie exfoliative Dermatitis (staphylococcal scalded skin syndrome, SSSS), oder das Toxic-Schock-Syndrom. Für *S. aureus* als Infektionserreger ist der Mensch das Hauptreservoir, aber auch Tiere können dafür in Frage kommen. Beim Menschen ist bevorzugt der Nasen-Rachen-Raum besiedelt. Die Rate der Träger variiert bei gesunden Erwachsenen zwischen 15 % und 40 %.

Von der nasalen Besiedlung ausgehend können die Besiedlung weiterer Epitope (Abb. 1) und vergleichsweise selten auch Infektionen ausgehen. Für letzteres gibt es bestimmte Dispositionen von Seiten der betroffenen Patienten (Tab. 1). *Staphylococcus aureus* besiedelt nur vorübergehend die gesunde Haut, auch Hautinfektionen bedürfen bestimmter Dispositionen (Abb. 2). *S. aureus* bildet eine Reihe verschiedener Pathogenitätsfaktoren (Abb. 3).

Die mit den Krankheitsbildern Impetigo und exfoliative Dermatitis ursächlich assoziierten exfoliativen Toxine sind Serin-Proteinasen, die insbesondere Desmoglein 1 abbauen (Abb. 4). Furunkel/Karbunkel gehen zumeist von einer Infektion des Haarbalges aus, Nekrotisierung des

Gewebes und Abszedierung sind mit der Bildung von Panton-Valentin-Leukozidin sowie von kleinen, Phenol-löslichen Proteinen assoziiert, die u. a. auch zu Poren in der Membran der Makrophagen führen und damit zur Freisetzung von Entzündungs-Mediatoren und von Gewebe abbauenden Enzymen (z. B. Kollagenase) führen.

Populationsstruktur von *Staphylococcus aureus*- und Haut-Weichgewebeeinfektionen: Durch Anwendung von Methoden der molekularen Erreger-Typisierung, insbesondere von Genom-Analysen, ist es möglich, einzelne Stämme (klonale Linien) oder Gruppen verwandter Stämme (klonale Komplexe) voneinander zu unterscheiden. Die Population der Species *S. aureus* ist ausgesprochen klonal strukturiert. Es gibt eine Vielzahl von klonalen Linien, die durchaus eine unterschiedliche Bedeutung als Infektionserreger und Besiedler haben können, dabei treten bei der nasalen Besiedlung bestimmte klonale Komplexe besonders häufig auf. Nur vergleichsweise wenige klonale Linien sind mit Haut-Weichgewebeeinfektionen assoziiert (Tab. 2). Abgesehen von LA-MRSA ST398 und gegenüber Masttieren exponierten Menschen (Landwirte, Tierärzte) sind diese klonalen Linien als nasale Besiedler eher selten (Häufigkeit

< 2 %). Dies ist wichtig im Hinblick auf die Sanierung des nasalen Reservoirs bei .

Patienten mit chronischen Infektionen: Eine Re-Besiedlung durch Kontakt mit lediglich besiedelten Menschen ist selten.

Seit Mitte der 1990er Jahre wurden Community-assoziierte MRSA (CA-MRSA) als ein zunehmendes Problem vor allem aus den USA bekannt, in Mittel-, Nord- und Westeuropa sind sie nach wie vor vergleichsweise selten. Der in den USA weit verbreitete CA-MRSA Stamm „USA-300“ (klonale Linie ST8) wird durch Tourismus und Berufstätigkeit auch nach Deutschland „eingeschleppt“, hat sich bisher aber über „Familien-Epidemien“ hinausgehend hier nicht weiter ausgebreitet. In den europäischen Ländern sind CA-MRSA ST80 verbreitet, allerdings mit geringer Inzidenz. Eine Übersicht zu CA-MRSA und ihren Antibiotika-Resistenzigenschaften zeigt Abb. 5.

Die Verbreitung von *S. aureus* erfolgt überwiegend über Kontakt. Dies gilt auch für CA-MRSA. Dazu zählen sexuelle Kontakte (Ausbruch bei MSM in Kalifornien, aber auch Verbreitung auf diese Weise in Europa), sportliche Aktivitäten (Fußballmannschaften in den USA und in Slowenien) sowie Zusammenleben auf engem Raum (junge Matrosen auf einem Marineschiff, Armeeerkranken in Alaska).

Seit 2006 sind in Ländern mit industriemäßiger Mast von Schweinen, Geflügel und anderen Tieren Live-stock-assoziierte MRSA (LA-MRSA) bekannt, die bei diesen Tieren zumeist nur als nasale Besiedler ver-

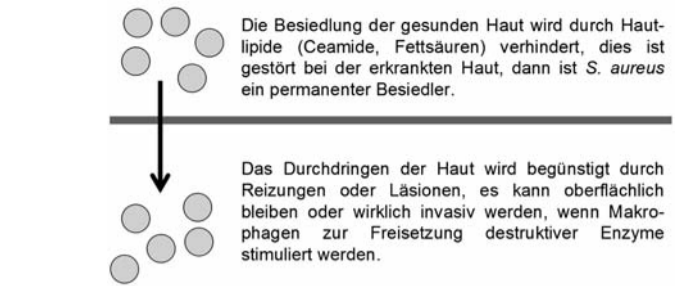


Abb. 2: *Staphylococcus aureus* und die Haut.

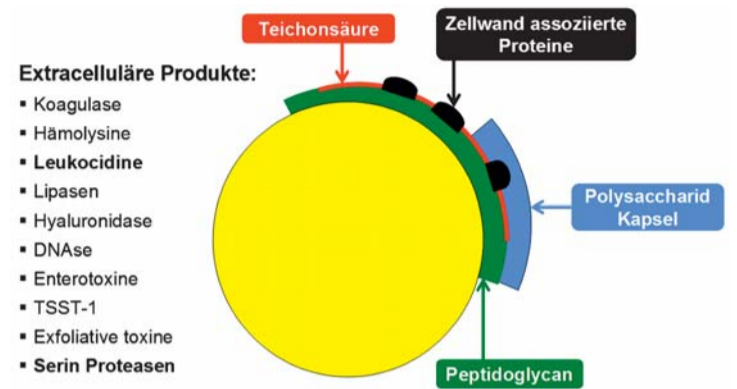


Abb. 3: Pathogenitätsfaktoren von *Staphylococcus aureus*.

Die von *Staphylococcus aureus* gebildeten exfoliativen Toxine (ETA – ETD) sind Serin-Proteinasen die Desmoglein 1 spalten.

A: Wirkprinzip, B: histologisches Präparat

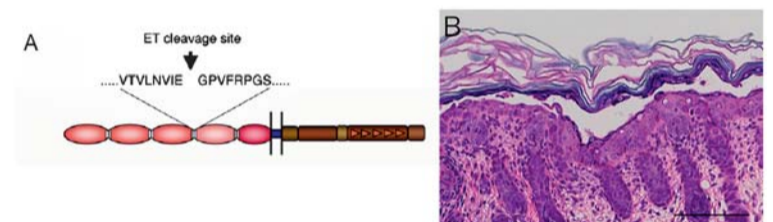


Abb. 4: Epidermolysen durch die von *S. aureus* gebildeten exfoliativen Toxine.



Abb. 1: *S. aureus*-Besiedlungen beim Menschen.

Tab. 2: Klonale Linien von *Staphylococcus aureus*, die mit Haut-Weichgewebeeinfektionen assoziiert sind.

Klonale Linie	MSSA	CA-MRSA	Virulenz-Gen	klinisches Bild
	Virulenz-Gen	klinisches Bild		
ST1	–	–	pvl	tiefgehende HWI, selten in Europa
ST5	–	–	pvl	tiefgehende HWI
ST8	–	–	pvl	tiefgehende HWI
ST22	–	–	pvl	tiefgehende HWI
ST30	pvl	tiefgehende HWI	pvl	tiefgehende HWI, häufig in Südsee
ST59	–	–	pvl	tiefgehende HWI, Südostasien
ST80	–	–	pvl	tiefgehende HWI, CA-MRSA in Europa
ST121	eta/etb	Impetigo, exfoliative Dermatitis	pvl	sehr selten, bisher nur in Südostasien
ST152	pvl	Afrika	pvl	Afrika, Balkan-area
ST398	pvl	emerging	–	LA-MRSA

pvl = Panton-Valentin-Leukozidin; eta/etb = Exfoliative Toxine A und B

Tab. 1: Disposition für *S. aureus*-Infektionen.

Disposition	
Diabetes mellitus:	erhöhte Träger- und Infektionsraten Ursachen: Hyperglykämie, Durchblutungsstörungen
Hauterkrankungen:	mit ekzematösen oder nässenden Hauterkrankungen (Oberhautschädigung, Ulcera)
Wunden als Eintrittspforten:	postoperative Wunden/Hautschädigungen bzw. häufige Manipulationen mit Hautverletzungen
Katheter und Kunststoffimplantate:	spezielle Neigung der Staphylokokken an Wänden von Plastikmaterialien zu haften
Virusinfektionen:	Schrittmacherfunktion (Gewebeschädigung, Abwehrschwäche)
chronische Erkrankungen:	Immunschwäche (humoral oder zellulär), Therapie mit Immunsuppressiva, Durchblutungsstörungen

und der weiteren Ausbreitung der Infektionserreger:

- Sanierung des Trägerstatus über fünf Tage durch Dekolonisation der Nasenvorhöfe mittels dreimal täglicher Anwendung einer Mupirocin-Nasensalbe, Dekolonisation des Rachenraums mittels dreimal täglichem Gurgeln mit einer für diese Anwendung geeigneten desinfizierenden Lösung (hier: 0,1%ige Chlorhexidinlösung) sowie Dekolonisation der Haut mittels einmal täglicher Ganzkörperwaschung einschließlich der Haare mit einer entsprechend geeigneten antiseptischen Waschlotion. Nach jeder Benutzung der Dusche beziehungsweise Badewanne auch innerhalb der Familie eine Flächendesinfektion mit einem rasch wirksamen Desinfektionsmittel.
- Personen, die zum Zeitpunkt der Sanierung an einer Hautinfektion erkrankt sind, werden zusätzlich systemisch antibiotisch behandelt (hier mit Rifampicin und Cotrimoxazol über fünf Tage beziehungsweise über zehn Tage bei wiederholter Sanierungsmaßnahme).
- Tägliches Wechseln und Waschen (bei mindestens 60°C mit Vollwaschmittel) von Handtüchern, Waschlappen, Unterwäsche, Bettwäsche und Kleidungsstücken, die von Infektionen betroffene Körperstellen bedeckt hatten (z. B. T-Shirts bei axillären Furunkeln).
- Alle Körperpflegeutensilien werden vor Beginn der Sanierung ausgetauscht (z. B. Cremes, Deodorants, Nasentropfen, Zahnbürsten). Anschließend sollte jedes Familien-

Morbus Crohn

Aktuelles zur Pathogenese, Diagnostik und Therapie

Katrin Ende, Erfurt



Dr. Katrin Ende

Die Inzidenz des Morbus Crohn beträgt in Deutschland 5,6 pro 100.000. Die städtische Bevölkerung weist eine höhere Prävalenz auf im Vergleich zur ländlichen Bevölkerung und höhere sozio-ökonomische Schichten dominieren im Vergleich zu Bevölkerungskreisen mit niedrigem Sozialstatus. Der Morbus Crohn manifestiert sich typischerweise zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr. Es findet sich allerdings auch ein zweiter Altersgipfel zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr. Frauen sind etwas häufiger betroffen. Es gibt familiäre Häufungen bei eineiigen Zwillingen und in 67 % konnte eine Erkrankung beider Zwillinge festgestellt werden. Die Ätiologie und Pathogenese des Morbus Crohn sind bis heute nicht völlig geklärt. Es handelt sich um eine multifaktorielle Erkrankung, bei der zu 50 % genetische Faktoren und zu 50 % Umweltfaktoren zur Dysregulation des mukosalen Immunsystems und damit zum Morbus Crohn beitragen. Die Mehrzahl der spezifischen Gene wurden noch nicht identifiziert. Krankheitsassoziierte Mutationen finden sich in den Chromosomen 16, 12, 7, 5, 3 und 1. Als weitere ätiologische Ursachen werden seit Jahren bislang nicht identifizierte Infektionen diskutiert (*Mycobacterium paratuberculosis*, Masernviren und Paramyxoviren). Ein gesicherter Risikofaktor für den Morbus Crohn stellt das Rauchen dar. Weiterhin spielt die bei Morbus Crohn beschriebene intestinale Barrierefunktion eine pathogenetische

Rolle. Psychosoziale Belastungsfaktoren können zumindest zur Exazerbation der Darmbeschwerden führen. Das Befallsmuster bei Morbus Crohn kann von der Mundschleimhaut bis zum After lokalisiert verteilt sein. Ca. 30–40 % der Patienten haben lediglich einen Dünndarmpfaffall, 40–55 % einen Dün- und Dickdarmpfaffall und 15–25 % ausschließlich eine Colitis Crohn. Bei Dünndarmpfaffall ist in 90 % das terminale Ileum betroffen. Typisch für die Erkrankung ist der segmentale Befall. Bei ca. einem Drittel der Patienten kommt es im Krankheitsverlauf zu Fisteln, Fissuren, Abszessen und Stenosen. Die Entzündungsreaktion ist transmural und das morphologische Bild reicht von aphthösen Veränderungen bis zu landkartenförmigen Exulcerationen. Histologisch findet sich eine diskontinuierliche chronische Entzündung mit Lymphozyten und Plasmazellen in Kombination mit einer diskontinuierlichen Störung der Kryptenarchitektur und/oder epitheloidzelligen Granulomen. Im Vordergrund der klinischen Symptomatik stehen chronische Schmerzen sowie überwiegend wässrige, weniger blutige Diarrhoen. Nicht selten wird die Erstmanifestation als akute Appendizitis fehlinterpretiert. Bei Dünndarmpfaffall finden sich Zeichen der intestinalen Mangelernährung mit Hypalbuminurie, Calciummangel, Hypomagnesiämie, Gerinnungsstörungen, Vitaminmangelerscheinungen usw. Es

können fieberhafte Temperaturen auftreten. Nicht selten findet sich eine Anämie sowie ein Gewichtsverlust von ca. 10–20 %. In Abgrenzung zur Colitis ulcerosa ist in ca. 10 % initial nicht immer eine sichere Diagnoseabgrenzung möglich. Es sollte das Auftreten von Fisteln im Krankheitsverlauf immer an einen Morbus Crohn denken lassen. Ca. ein Drittel der Patienten weisen im Krankheitsverlauf eine extraintestinale Manifestation der Erkrankung auf. Dazu gehören in 15–20 % periphere Arthritiden, welche in Typ 1 und Typ 2 unterteilt werden. Beim Typ 1 finden wir eine asymmetrische Beteiligung von weniger als 5 peripheren Gelenken und ein Zusammenhang mit der Aktivität der chronisch entzündlichen Darmerkrankung. Beim Typ 2 findet sich meist eine symmetrische Beteiligung von 5 oder mehr Gelenken und eine Unabhängigkeit von der entzündlichen Aktivität der chronisch entzündlichen Darmerkrankung. Bei ca. 10 % findet sich eine Spondylitis ankylosans. Hepatobiliäre Manifestationen sind häufig. 50 % der Patienten entwickeln eine Fettleber, 10–35 % Gallensteine und in 1–5 % kommt es zum Auftreten einer primär sklerosierenden Cholangitis. Insbesondere diese Patienten haben ein deutlich erhöhtes Karzinomrisiko, sowohl für cholangiozelluläre als auch für Kolonkarzinome. Weitere extraintestinale Manifestationen sind ophthalmologische Manifestationen mit 10 % (Konjunktivitis, Uveitis, Iritis sowie

Episkleritis) sowie in 2–15 % Hautmanifestationen, wobei hier das Erythema nodosum und das Pyoderma gangraenosum im Vordergrund stehen. Bei Auftreten der dermatologischen Manifestation als Primärmanifestation sollten entsprechende diagnostische Maßnahmen eingeleitet werden. Die Therapie, insbesondere des Pyoderma gangraenosum ist schwierig und sollte in Spezialambulanzen erfolgen. Insbesondere die TNF-Alpha-AK und Calcineurininhibitoren haben hier die therapeutischen Möglichkeiten verbessert.

Hinsichtlich der Diagnostik des Morbus Crohn ergänzen sich klinische, laborchemische, endoskopische und weitere bildgebende Befunde. Die klinischen und laborchemischen Veränderungen wurden eingangs bereits beschrieben. In der endoskopischen Diagnostik sollte eine Darstellung des terminalen Ileums angestrebt werden, da hier in einem hohen Prozentsatz die alleinige Manifestation der Erkrankung nachgewiesen werden kann. Die Ultraschalldiagnostik ist eine sinnvolle und wenig invasive Ergänzung und kann insbesondere auch als Verlaufskontrollparameter bei entzündlichen Stenosen, Abszessbildungen und Fisteln eingesetzt werden. In der radiologischen Diagnostik sind CT und MRT zur Lokalisation von Stenosen, Fisteln und Konglomerattumoren sowie Abszessen unerlässlich. Bei Verdacht auf Dünndarmpfaffall wird ein MR-Enteroklysma durchgeführt. Die aktuellen Therapieleitlinien basieren auf den Empfehlungen der deutschen Leitlinie aus dem Jahre 2009 sowie den Empfehlungen der europäischen Leitlinie aus dem Jahre 2010. Sie beinhalten im Wesentlichen die Steroidtherapie des akuten Schubes, die immunsuppressive Therapie zur Remissionsinduktion und die Therapie mit Biologica zur Remissionsin-

duktion und -erhaltung. Mesalazinpräparate haben in der Therapie des Morbus Crohn in den letzten Jahren eher an Stellenwert verloren. Alternative Therapieverfahren, wie die Behandlung mit Weihrauch, Probiotika und immunmodulatorische Therapien mit Eiern des Schweinepeitschenwurms zeigen bisher noch keine ausreichende therapeutische Evidenz, sind aber als ergänzende Therapieverfahren einsetzbar. Endoskopische Interventionen und chirurgische Verfahren ergänzen die therapeutischen Möglichkeiten.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass sich in den letzten Jahren die Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn wesentlich verbessert hat und insbesondere der Einsatz der Biologica die Behandlung von Patienten mit komplizierten Verläufen des Morbus Crohn verbessert hat. Herausforderungen sind die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die Therapie in der Schwangerschaft und der Umgang mit Therapiekomplicationen und insbesondere auch die Behandlung von älteren Patienten mit zum Teil multiplen Ko-Morbiditäten.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. med. Katrin Ende
HELIOS Klinikum Erfurt
Ltd. Oberärztin Gastroenterologie
2. Medizinische Klinik
Nordhäuser Straße 74, 99089 Erfurt
www.helios-kliniken.de

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 28. April 2012
Plenum 2
13.20 – 13.45 Uhr

Morbus Crohn – Update zur Epidemiologie, Pathogenese, Klinik und Therapie

FORTSETZUNG VON SEITE 4 Haut-Weichgewebeeinfektionen mit *Staphylococcus aureus*

mitglied nur seine eigene Creme, sein eigenes Deodorant etc. verwenden. Käämme/Haarbürsten werden desinfiziert (siehe beispiels-

weise obiges Flächendesinfektionsmittel). Flüssigseife aus einem Spender sollte Seifenstücken vorgezogen werden.
• Die Zahnbürste wird täglich desinfiziert, indem sie drei Minuten in 0,1%iger Chlorhexidinlösung eingetaucht und anschließend an der

Luft getrocknet wurde.
• Brillen und Schmuck sollten einmal täglich desinfiziert werden.
• Stofftiere der Kinder sollten zu Beginn möglichst bei 60°C mit einem Vollwaschmittel gewaschen werden. Falls eine Reinigung nur bei 40°C möglich ist, wird empfohlen, desinfizierende Zusätze hinzuzufügen.

LITERATUR

Witte W, Mielke M, Naber K. MRSA weiter auf dem Vormarsch. Ambulante Chirurgie, 2006; 4.

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. Wolfgang Witte
Robert Koch Institut, Bereich Wernigerode
Burgstraße 37
38855 Wernigerode

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 28. April 2012
Plenum 2
10.00 – 10.25 Uhr

Haut-Weichgewebeeinfektionen mit *S. aureus*

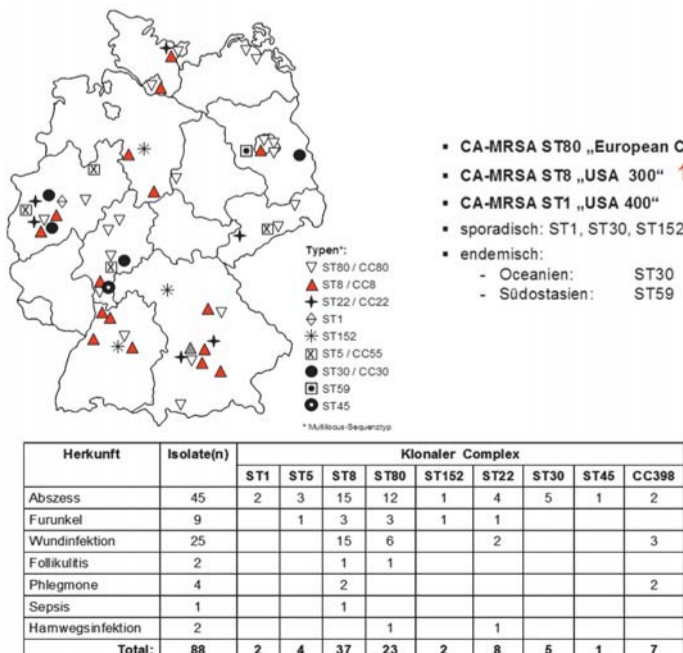


Abb. 5: Community-acquired MRSA in Deutschland.

BESTELLSCHEIN



Zum Kennenlernen der Kongresspublikation MedReview

Bitte schicken Sie mir vom vorliegenden MedReport

den entsprechenden Kongressnachbericht **MedReview** zu.

Bitte informieren Sie mich über zukünftige Kongresspublikationen.

Institution

Titel / Name / Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon / E-Mail

Datum / Unterschrift

WILEY-BLACKWELL
Blackwell Verlag GmbH
MedReview
Rotherstraße 21
10245 Berlin
Tel.: 030 / 47 03 14-32
Fax: 030 / 47 03 14-44
medreview@wiley.com
www.medreviews.de



Bleib locker, wenn 1000 Dinge auf Dich einstürzen

Selbsthilfe in der Arztpraxis bei multiplen Herausforderungen

Silvia Mulik, Eisenach

Zeit und Stress werden von Menschen unterschiedlich wahrgenommen. Definitiv fest steht, dass jeder Mensch, egal welchen Alters oder welche Berufsgruppe er angehört, 24 Stunden täglich zur Verfügung hat. Und es geht jeder Mensch anders mit seiner Zeit um, d.h. er nutzt sie ganz individuell. Immer mehr Menschen klagen über ein erhöhtes Arbeitspensum und über steigende Erwartungen seitens des Arbeitgebers.

Die Herausforderungen an den verschiedensten Arbeitsplätzen sind vielschichtig und vielseitig. Ganz unterschiedliche Aufgaben sind möglichst zum gleichen Zeitpunkt zu bewältigen. Fast jeder Dritte hat den Eindruck, dass Stress für ihn ständig zunimmt. Unter den Berufstätigen klagen sogar 44 % über die wachsende Belastung (1). Gerade in einer Arztpraxis sind Multitasking Fähigkeiten gefragt. Ständige Überstunden und Arbeitsverdichtung führen zum Dauerstress. Belastbarkeit und Nervenstärke werden gerade von den Praxismitarbeitern an der Anmeldung gefordert. Viele Tätigkeiten sollten möglichst zum gleichen Zeitpunkt parallel durchgeführt werden. Der Patient steht und wartet auf sein Rezept, das Telefon klingelt, eine weitere Praxismitarbeiter benötigt eine Zuarbeit und aus dem Behandlungsraum ertönt die Stimme des Arztes etc. Solche und ähnliche Situationen spielen sich laufend im täglichen Praxisalltag ab.

Ein wirkungsvolles Mittel zum Umgang mit einem hohen Arbeitspensum ist die Praxisorganisation. Tools, die das Zeitmanagement anbietet, funktionieren. Mit den Instrumenten aus dem Zeitmanage-

ment gelingt es tatsächlich, den Lebensalltag effektiv und nachhaltig zu organisieren. Allerdings zeigt sich in der Praxis, dass diese Instrumente oft gerade im Praxisalltag nicht greifen. Immer wieder beschweren sich Praxismitarbeiter, dass sie diese Instrumente anwenden, aber der Stress sich nicht verringert hat. Woran liegt das? Wieso gelingt es einigen Mitarbeitern, eine große Entlastung durch diese Tools zu erfahren und Anderen nicht?

Welche Ärzte und Praxismitarbeiter haben den wenigsten Stress? Zu beobachten ist, dass die Menschen, welche keine oder nur geringe Prioritäten setzen, den höchsten Stress haben. Oft ist im Praxisalltag nicht klar definiert, welche Priorität welcher Aufgabe zugeordnet wird. Die Praxiskommunikation ist nur unzureichend. Erwartungen und Ziele, sowie Prioritäten sind nicht klar definiert. Praxismitarbeiter fragen auch nicht zurück oder fordern eindeutige Kommunikation ein. Damit sind Missverständnisse, Unzufriedenheiten und Stress vorprogrammiert. Eine Möglichkeit um klare Regeln aufzustellen kann eine regelmäßige Teamsitzung bieten. Hier kann der Chef Erwartungen äußern und den

Mitarbeitern Raum geben, nachzufragen.

„Multitasking gibt es nicht“ sagt der Münchner Psychologe Professor Ernst Pöppel der Zeitschrift „Bild der Wissenschaft“. Auch andere Studien zeigen: Das Hirn kann nur eine Sache auf einmal erledigen und es arbeitet bei mehreren gleichzeitigen Aufgaben langsamer (2). D.h. unter anderem: Fleiß und Disziplin schützen nicht vor Burnout. „Vor allem das Nein sagen scheint das Problem vieler zu sein. Denn Prioritäten setzen bedeutet immer auch, Nein zu sagen.“ sagt Lothar Seiwert (3). Dies wiederum erfordert eigene Stärke und Überzeugungskraft bezüglich der persönlichen Fähigkeiten und Prioritäten. Das Nein – Sagen erzeugt Widerstand, gegen den der Praxismitarbeiter und der Arzt angehen müssen. „Nein - Sagen – Können“ ist eine Fähigkeit auf dem Weg zu einem ausgeglichenen und selbstbestimmten Leben.

Selbstverantwortung hat immer mit der eigenen Stärke zu tun. Im Berufsalltag ändern sich die Prioritäten häufig während der Bearbeitung einer Aufgabe. Nur der Mitarbeiter, welcher flexibel darauf reagiert und das Wesentliche erfasst, ist in der



Silvia Mulik

Lage, gerade in angespannten Situationen den Stress zu minimieren. Praxismitarbeiter und Ärzte, welche keine Prioritäten setzen können, lassen Andere über sich entscheiden und fühlen sich gestresst. Prioritäten können die Praxismitarbeiter und der Arzt nicht suchen oder finden, er muss sie eigenständig setzen. Hierin liegt eine Ursache der Unzufriedenheit vieler Menschen. Der angestellte Mitarbeiter ist der Überzeugung, der Chef sagt, wo hin das Praxisschiff segelt. Er macht sich überhaupt nicht bewusst, dass er entscheiden kann, wie gesegelt wird oder wie er seinen Platz auf dem Schiff verändern kann. Es geht nicht darum, zu machen, was man will, sondern zu wollen, was man macht. Die innere Einstellung kann das Stressempfinden im Praxisalltag entscheidend beeinflussen. Viele Berufstätige, gerade im medizinischen Bereich, schwärmen von ihrem Traumjob und erzählen, wie zielgerichtet sie gerade diesen Beruf ausgewählt haben. Dennoch berichten sie auch im gleichen Atemzug, wie stark der Stress und die Belastung in den letzten Jahren zugenommen haben. Sie beschweren sich über ständig unzufriedene Patienten, vielfältige Aufgaben, Telefonterror und die notwendige Schreiarbeit, um nur einiges aufzuzählen. Sie haben bewusst einen Beruf erwählt, der ihren Werten entspricht, können diese Werte auch im Beruf leben und sind trotzdem gestresst, da sie sich ständig fremdbestimmt fühlen und selbst erkennen, wie anders sie sich ihren Arbeitsalltag vorgestellt hatten.

Stress entsteht, wenn man etwas macht, was einem nicht entspricht. Im Mittelpunkt jeder Arztpraxis steht der Patient. Fokussieren Sie sich ganz auf ihn, wenn er an der Anmeldung steht bzw. im Behandlungszimmer sitzt? Oder lassen Sie sich durch

Telefon und andere Aufgaben ablenken? Identifizieren sie sich mit der momentanen Aufgabe und konzentrieren Sie sich auf diese, ohne Kompromisse. Dann werden Sie eine deutliche Stressentlastung erfahren. Konsequenz und Souveränität – Schlagworte, die banal klingen, jedoch umgesetzt im Praxisalltag eine große Wirkung erzielen. Stressfreien Arbeitsalltag können der Arzt und die Praxismitarbeiterin nur erreichen, wenn sie für ihre Rolle brennen, die Ihren ganz persönlichen Stärken entspricht und die Ihnen am meisten Spaß macht. Der Praxismitarbeiter muss lernen, selbstbestimmter zu leben, sich auf Aufgaben zu fokussieren, die Opferrolle zu verlassen, seine Erwartungen und Ansprüche zu verändern, Nein zu sagen, Prioritäten zu setzen, die richtige Arbeit zu wählen, flexibel zu sein und von innen nach außen zu leben. Mit diesen Kompetenzen wird sich die innere Ruhe wieder einstellen und der Berufsalltag mit all seinen Anforderungen macht wieder Spaß (4).

LITERATUR

1. Apotheken Umschau, Dezember 2011
2. Lifestyle, Psychologie, 18.06.2008
3. Seiwert, Lothar: Ausgetickt. Pöbnech/Ariston, 2. Auflage
4. Seiwert, Lothar: Ausgetickt. Pöbnech/Ariston, 2. Auflage

KORRESPONDENZADRESSE

Silvia Mulik
Mariental 28
99817 Eisenach
smulik@ziola.de

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 27. April 2012
12.00 – 13.30 Uhr

WORKSHOPPROGRAMM
Workshop 5

Hautkrebs und der kleine Unterschied – Wissen wir schon alles?

Eva-Bettina Bröcker, Würzburg

Epidemiologische Daten zeigen ein signifikantes Überwiegen von Männern bezüglich der Inzidenz der meisten Hautkrebsarten; Ausnahmen stellen Melanome in jungem Lebensalter und großzellige B-Zell-Lymphome dar. Anhand der Literatur und einiger eigener Daten sollen Fakten präsentiert und mögliche Ursachen und Erklärungen für Geschlechtsunterschiede der Inzidenz und Prognose verschiedener maligner Hauttumoren diskutiert werden.

Das Basalzellkarzinom – dies gilt für immunkompetente Patienten wie auch für Patienten nach Organtransplantation - tritt häufiger bei Männern auf, während gutartige trichogene Tumoren (Trichoblastom, Trichoepitheliom) interessanterweise etwas häufiger bei Frauen gefunden werden. Die Ursprungsregion bösartiger wie gutartiger trichogener Tumoren ist reich an Androgenrezeptoren. Pigmentierung, Angiogenese und p 53 -Mutationstatus lassen keine Geschlechtsunterschiede erkennen.

Plattenepithelkarzinome (SCC) der Haut treten beim Menschen wie auch im Tiermodell nach UV-Bestrahlung in größerer Zahl beim männlichen Geschlecht auf. Männliches Geschlecht ist ebenfalls ein Risikofaktor für das gehäufte Auftreten von SCC nach Organtransplantation und langjähriger Therapie mit Antirheumatika, insbesondere TNF-Antagonisten. Der tierexperimentelle Befund spricht gegen die Vermutung eines ausschließlich beruflich bedingten Unterschiedes der UV-Exposition, bzw. gegen eine reine

Verhaltensbedingte Erklärung dieses Unterschiedes zwischen den Geschlechtern. In meinem Vortrag sollen neuere experimentelle Befunde zu geschlechtsspezifischen Unterschieden der Photobiologie und kutanen Immunologie diskutiert werden. Die Dichte epidermaler Langerhanszellen soll bei weiblichen Mäusen fast doppelt so hoch wie bei Männchen sein – für den Menschen ist dies nicht bekannt. Die Entwicklung funktioneller antigenpräsentierender dendritischer Zellen aus Vorläuferzellen unterliegt hormonellen



Prof. Dr. Eva-B. Bröcker

Einflüssen. Ebenfalls hormonell beeinflusst ist die antioxidative Kapazität des Hautorgans als Antwort auf UV-Exposition. Die kutane Expression des antioxidativ wirksamen Enzyms Katalase ist bei männlichen Versuchstieren geringer als bei weiblichen und wird bei beiden Geschlechtern durch UV-Exposition vermindert, was zu einem Einwandern immunregulatorisch wirksamer dendritischer Zellen (Myeloide Suppressorzellen) führt, deren Zahl wiederum invers mit dem Katalasespiegel korreliert. Dass geschlechtsspezifische Unterschiede in Inzidenz und Prognose zumindest teilweise auf Unterschiede der kutanen Immunität zurückzuführen sind, mag besonders für das seltene Merkelzellkarzinom zutreffen, welches durch ein Polyoma-Virus induziert wird und gehäuft bei hellhäutigen immunsupprimierten, UV-exponierten Menschen in höherem Alter auftritt - bei Männern etwa doppelt so häufig wie bei Frauen. Eigene Daten zeigen geschlechtsabhängige Unterschiede der Viruspositivität des Merkelzellkarzinoms. Das Melanom tritt in jüngerem Alter häufiger bei

Frauen auf, in höherem Alter häufiger bei Männern, - die Prognose ist in allen Stadien der Erkrankung bei Frauen signifikant besser. Neueste Daten über den geschlechtsspezifischen Einfluss bestimmter Gen-Polymorphismen auf die Melanomprognose (MDM2 und CTLA4) sollen diskutiert werden, ebenso ältere und neuere Befunde zum Einfluss hormoneller Faktoren auf die Prognose.

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. med. Eva-B. Bröcker
Seniorprofessorin
Universitäts-Hautklinik
97080 Würzburg
Tel: 0931-20126333

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 28. April 2012
Plenum 2
11.10 – 11.35 Uhr

Hautkrebs und der kleine Unterschied – Wissen wir schon alles?

Drei-Ländertagung des BVDD 2012 der Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

Statement zu 5 Fragen des berufspolitischen Nachmittags

Rüdiger Schöning, Ärztekammer Sachsen-Anhalt



Dr. Rüdiger Schöning

1. Wird der Ärztemangel im vertragsärztlichen Bereich und speziell im Fachgebiet Dermatologie in den ÄK unserer Bundesländer wahrgenommen und gibt es Strategien, diesen Ärztemangel zu beheben?
2. Wie viel Dermatologen im vertragsärztlichen Bereich haben Ihre Tätigkeit in den letzten 5-10 Jahren beendet, wie viel junge Dermatologen haben sich in den letzten 5 bis 10 Jahren niedergelassen, wie sieht die Altersverteilung in unserem Fachgebiet aus?
3. Welche Möglichkeiten bestehen, junge Kollegen bereits während Ihrer FA- Weiterbildung mit vertragsärztlicher Tätigkeit vertraut zu machen?
4. Könnte das „Berliner Modell“ auch in Sachsen, S-A und Thüringen eingeführt werden?
5. Wie hoch ist die Zahl der Weiterbildungsbeauftragten in unseren Bundesländern, wie viel Weiterbildungsmächtige davon sind vertragsärztlich tätig?
6. Wie viele Kollegen führen Zusatzbezeichnungen und sind weiterbildungsbefugt, wie verteilen sich die Weiterbildungsbeugnisse auf die Kliniken und die vertragsärzt-

lich tätigen Dermatologen? Unter dem Titel „Auf dem Papier zu viel, auf dem Land zu wenig“ stellte die Präsidentin der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, Frau Dr. Simone Heinemann-Meerz unlängst in einer Pressekonferenz die Situation für die hausärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt dar. Ein Blick auf den Versorgungsstand für Hautärzte (PRO Nr. 2/2012, S. 77) zeigt 8 Planungsbereiche ohne Zulassungsbeschränkungen. Statistisch gesehen steigt die Zahl der in der Ärztekammer Sachsen-Anhalt registrierten Ärztinnen und Ärzte seit Jahren (Abb. 1). Die Lebenswirklichkeit zeigt jedoch, dass trotz abnehmender Bevölkerungszahlen, es Patienten immer schwerer haben, einen Arzt zu finden. Das bezieht sich sowohl auf den hausärztlichen, wie den fachärztlichen Bereich und natürlich auch auf Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Der Ärztemangel ist also für den Patienten bereits deutlich spürbar. Woran liegt das? Die Ursachen sind sicher vielschichtig. Hier nur einige Argumente: Die Patienten werden immer älter, der Behandlungsbedarf steigt. Die Medizin wird weiblich. Arbeitszeitmodelle sind gerade bei jun-

gen Ärztinnen beliebt, so dass sich die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte erhöht, diese jedoch nicht Vollzeit für die Behandlung zur Verfügung stehen. Die Möglichkeiten von Diagnostik und Therapie vergrößern sich durch neue medizinische Erkenntnisse stetig. Natürlich muss auch die Attraktivität für den ärztlichen Beruf erhöht werden. Zahlreiche Lösungsansätze werden verfolgt. Dazu gehören bereits ab den frühen Semestern Informationsveranstaltungen der Kammer und KVSA, um die Absolventen unserer beiden Universitäten Halle und Magdeburg über berufliche Perspektiven im Lande zu informieren, lukrative Angebote zu unterbreiten, mit dem Ziel, möglichst viele der Absolventen im Lande zu halten. Die von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt zur Verfügung gestellten Daten zur Situation der Hautärzte in unserem Land belegt, dass die Zahl der vertragsärztlich tätigen Dermatologen seit 2005 nahezu unverändert ist. Sie liegt zwischen 98 und 96. Vom 01.01.2006 bis zum 15.02.2012 haben sich insgesamt 26 Hautärzte neu niedergelassen und 28 sind in den Ruhestand getreten. Das Durchschnittsalter betrug zum Zeitpunkt der Niederlassung 45,5 Jahre, zum Zeitpunkt der Beendi-

Tab. 1: Anzahl der Weiterbildungsbeauftragten (WBB) Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

WBB – Ärzte Krankenhaus	WBB – Ärztinnen Krankenhaus	WBB – Ärzte Vertragsärzte	WBB – Ärztinnen Vertragsärzte
4	2	2	15

Tab. 2: Verteilung der Zusatzbezeichnungen für Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Zusatzbezeichnung	Tätigkeit	Anzahl	mit Befugnis
Allergologie	ambulant	54	5
	stationär	17	4
	sonstige	3	0
Dermatohistologie	Ambulant	1	0
	stationär	5	2
Medikamentöse Tumortherapie	stationär	8	2
Naturheilverfahren	ambulant	6	1
Proktologie	stationär	3	1
Gesamt		97	15

gung ihrer Tätigkeit 59,68 Jahre. Das spiegelt sich auch in der Altersstruktur wider (Abb. 2) Die Weiterbildung zum Facharzt ist in den jeweiligen Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern geregelt. Dabei gibt es im Vergleich zur Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer gelegentlich länderspezifische Abweichungen. Die Weiterbildungsordnung Sachsen-Anhalt sieht für den Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten eine Mindestweiterbildungszeit von 60 Monaten vor. Davon können 30 Monate im ambulanten Bereich absolviert werden. Die Landesärztekammer Berlin weicht davon ab und verlangt, dass 12 bis 36 Monate im ambulanten Teil abgeleistet werden. Die liberalere Formulierung in Sachsen-Anhalt entbindet den zukünftigen Facharzt natürlich nicht von seiner Pflicht, sich auch auf eine mögliche ambulante Perspektive vorzubereiten und berücksichtigt die

Strukturen eines Flächenlandes im Vergleich zu einem Stadtstaat. Die Novellierung der Weiterbildungsordnung wird zukünftig Weiterbildungsmodulen eine große Bedeutung zukommen lassen. In Sachsen-Anhalt sind von 130 tätigen Ärztinnen und Ärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten 23 zur Weiterbildung in ihrem Gebiet befugt. Davon sind nahezu Dreiviertel, nämlich 17, vertragsärztlich tätig und bis auf 2 Ärzte, alle weiblich. In den Krankenhäusern dagegen liegt eine Dominanz des männlichen Geschlechts vor (Tab. 1). Zusatzbezeichnungen (ZB) von Hautärzten sind für Allergologie, Dermatohistologie, Medikamentöse Tumortherapie, Proktologie und Naturheilverfahren in der Ärztekammer Sachsen-Anhalt registriert. Die nachfolgende Tabelle 2 zeigt, dass die ZB Allergologie mit 74 von 97 Zusatzbezeichnungen dominiert.

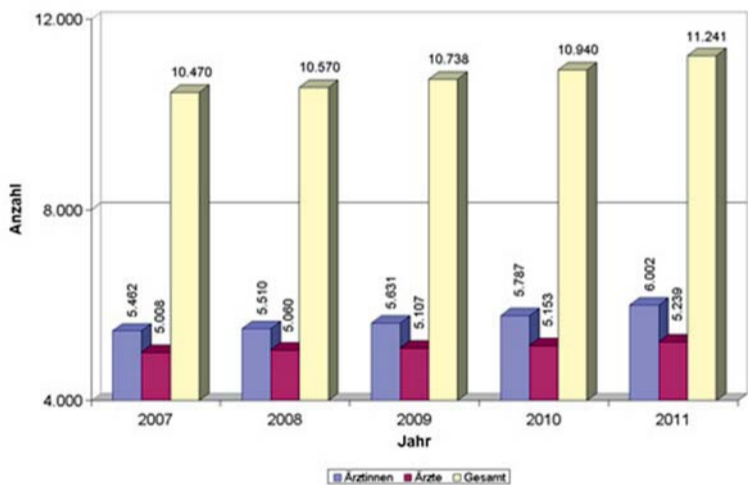


Abb. 1 Arztlizenzenentwicklung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt.

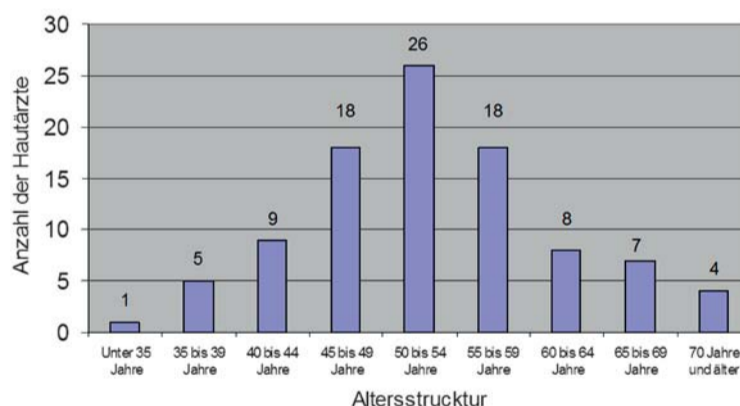


Abb. 2 Altersstruktur der vertragsärztlichen Hautärzte in Sachsen-Anhalt (Quelle: KVSA, pers. Mitteilung).

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. med. Rüdiger Schöning
 Ärztlicher Geschäftsführer
 Ärztekammer Sachsen-Anhalt
 Doctor-Eisenbart-Ring 2
 39120 Magdeburg

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 27. April 2012
 15.30 – 16.00 Uhr

PLENUM 1 – BERUFSPOLITIK
Weiterbildung FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten

AKTUELLES AUS DER INDUSTRIE

NEU: Amofin® Nagellack ist da – das erste Amorolfin Generikum

Mit Amofin® Nagellack führt die GALENpharma GmbH aus Kiel das erste generische Arzneimittel mit dem Wirkstoff Amorolfin zur Behandlung von Nagelmykosen ein.

Die Packungsgrößen orientieren sich am Originalanbieter Loceryl®: die N1 enthält 3 ml, die N2 5 ml antimykotischen Nagellack. Beide Größen beinhalten zusätzlich Spatel zum Aufbringen des Lackes, Einmal-Feilen zum Entfernen von Nagelmaterial sowie Alkoholtupfer zur Reinigung und Desinfektion der Nageloberfläche. Zusätzlich führt die GALENpharma

GmbH eine Amofin® Servicepackung ein, die ausschließlich die oben genannten Hilfsmaterialien enthält, da es sich herausgestellt hat, dass Patienten häufig nicht mit den mitgelieferten Materialien auskommen. Das mittelständische Unternehmen aus Schleswig-Holstein bietet die Produktneueinführung zu Preisen an, die deutlich unter denen des Originalanbieters liegen. GALEN-

pharma trägt damit der Tatsache Rechnung, dass antimykotische Nagellacke mit dem Wirkstoff Amorolfin vom Patienten selber bezahlt werden müssen. Aus dermatologischen Fachkreisen wurde in der Vergangenheit häufig geäußert, dass die Bereitschaft der Patienten, eine entsprechende Therapie durchzuführen, an den Preisen scheiterte.



Abb. 1: Amofin 5 % Nagellack gegen Nagelpilz.

Foto: GALENpharma GmbH

AKTUELLES AUS DER INDUSTRIE

Psoriasis: Interdisziplinäres Therapiekonzept verbessert die Versorgung von Patienten

Positive Auswirkungen auf Komorbiditäten

Das Konzept der Psoriasis-Therapie hat sich in den letzten Jahren verändert. Heute wird eine mittelschwere bis schwere Schuppenflechte schon bei jungen Patienten mit einem eigenständigen Risiko für metabolische Folgeerkrankungen wie Hyperlipidämie, Übergewicht, Diabetes oder kardiovaskulären Komorbiditäten wie Schlaganfall und Herzinfarkt assoziiert. Professor Kristian Reich, Hamburg, ruft deshalb Haut- und Hausärzte auf, mit ihrem Therapiemanagement diesem Sachverhalt stärker Rechnung zu tragen. Nicht nur die Entzündungsaktivität einer mittelschweren bis schweren Schuppenflechte bedarf einer frühzeitigen systemischen Therapie und kontinuierlichen dermatologischen Kontrolle, auch die klassischen Komorbiditäten müssen, soweit vorhanden, hausärztlich eingestellt und überwacht werden. Auch wenn die Betroffenen selbst in erster Linie die Hauterscheinungen beseitigen möchten, liegt es in der Verantwortung des behandelnden Dermatologen und des Hausarztes, mögliche Risikofaktoren zu berücksichtigen.

Psoriasis wird schon sehr früh von Risikofaktoren begleitet

„Komorbiditäten wie Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Herzinfarkt und Schlaganfall treten nicht erst bei älteren Psoriasis-Patienten als Folge der jahrzehntelangen Erkrankung gehäuft auf. Diese Begleiterkrankungen sind aufgrund von genetischen Risikofaktoren und Umweltfaktoren bereits bei juvenilen Betroffenen mit der Psoriasis assoziiert“, so Professor Kristian Reich, Hamburg. Neue große epidemiologische Studien zeigen, dass das höchste relative Risiko, Begleiterkrankungen zu entwickeln, bei jungen Patienten mit ausgeprägter Psoriasis besteht. Auch wurde festgestellt, dass sich Übergewicht und Psoriasis nicht nur aus einer gemeinsamen genetischen Quelle speisen, sondern auch wechselseitig beeinflussen: Die Psoriasis führt dazu, dass Adipozyten Faktoren produzieren, die wiederum die Schuppenflechte verschlechtern können. Adipositas und Psoriasis begünstigen sich gegenseitig; es entsteht ein Teufelskreis, der dazu führt, dass die Schuppenflechte aggressiver ist, hartnäckiger verläuft und das kardiovaskuläre Risiko steigen lässt.

„Im Grunde genommen behandeln wir Dermatologen unentschlossen und zu spät. Trotz jahrelangem Cremes, Lichttherapie und zwischenzeitlich durch Reisen nach Israel zur Klimatherapie, wird oft eine dauerhafte Kontrolle der Erkrankung gemäß Therapiezielen nicht erreicht. Dabei gibt es zunehmend Anhaltspunkte, wie wichtig eine frühzeitige und kontinuierliche Langzeitkontrolle der entzündlichen Hauterkrankung ist“, berichtet Reich. In der Langzeitanwendung zeigt der Fumarsäureester Fumaderm® eine sehr gute Wirksamkeit und Verträglichkeit. Aufgrund seines Sicherheitsprofils lässt sich der Fumarsäureester früh

einsetzen und ist gut geeignet, langfristig die Entzündung zu kontrollieren und das Hautbild zu verbessern.

Identifikation der Risikofaktoren in der Praxis

Gerade jüngere Psoriasis-Patienten zwischen 25 und 35 Jahren suchen selten bis nie den Hausarzt auf. Der Dermatologe ist in diesen Fällen oft der erste ärztliche Ansprechpartner, der eine ausführliche Anamnese durchführen kann. Im Idealfall sollte diese neben einer differenzierten Diagnose der Psoriasis auch eine erste Einschätzung des kardiovaskulären Risikoprofils beinhalten, wie die Überprüfung von Laborwerten wie Nüchternblutzucker und Nüchternblutfette, Blutdruck, das Vorkommen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Familie, und die Abklärung gängiger Risikofaktoren wie Rauchen, Alkoholismus,

und Ernährungsgewohnheiten. Auf Grundlage des Patientenprofils gilt es dann, frühzeitig eine adäquate Therapie einzuleiten und auf anhaltende Wirksamkeit zu achten. Hierzu gehört auch die Abstimmung mit dem Hausarzt, dem die Aufgabe zukommt, eventuell vorhandene metabolische und kardiovaskuläre Risiken (z.B. Cholesterin und Blutdruck) einzustellen und dauerhaft zu überwachen.

„Von einem solchen Therapiemanagement sind wir in der Realität leider noch weit entfernt“, weiß Reich. In der Praxis sei das System noch so konstruiert, dass der Arzt viel zu wenig Zeit für ausführliche Gespräche habe. Demnach könne man schon froh sein sicherzustellen, dass ein Psoriasis-Patient seine Erkrankung und die eingeleitete Therapie verstanden habe. „Um in der Zukunft mehr Zeit für die Psoriasis-

Patienten zu haben, könnten Hilfsmittel wie der noch in der Erprobung befindliche CVAT-Fragebogen (cardiovascular assessment tool) in vereinfachter Form im Praxisalltag zum Einsatz kommen“, wünscht sich Reich. Mit Hilfe des CVAT-Fragebogens können Risikoprofil, Begleiterkrankungen, Lebensweise und Familienanamnese von Patienten besser abgefragt werden – mit dem Ziel, die anschließende Stratifizierung nach bestimmten Therapiealgorithmen zu erleichtern.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit hilft Patienten und Ärzten

Reich fasst zusammen: „Heute gilt, dass ein Patient einen gewissen Schweregrad aufweisen muss bzw. bisherige Behandlungsansätze versagt haben müssen, bevor bestimmte Therapien eingesetzt werden können. Dahinter steckt der Gedanke, dass es nicht gerechtfertigt wäre, die Psoriasis früher und mit anderen Therapieformen zu behandeln. Dies muss in Zukunft in Frage gestellt werden.“ Die derzeitigen Therapieziel-Diskussionen gehen inzwischen von der neuen Ausgangssituation des ‚Early Treatment Konzeptes‘ aus: Die Psoriasis ist eine Systemerkrankung, die dazu führt, dass die Patienten erhebliche medizinische und psychosoziale Risiken haben. Sie erfordert sowohl eine frühzeitige systemische Entzündungskontrolle als auch eine kontinuierliche und konsequente Kontrolle der Entzündungsaktivität durch Haut- und Hausarzt.

Der Fumarsäureester Fumaderm® ist gemäß der aktuellen S3-Leitlinie zur Psoriasis vulgaris¹ aufgrund seines guten Nutzen-Risiko-Profiles als First-Line-Systemtherapeutikum für die sichere und wirksame Langzeittherapie der mittelschweren und schweren Psoriasis vulgaris empfohlen. Die langjährige Therapieerfahrung bestätigt zudem Sicherheitsvorteile durch weitgehend fehlende Arzneimittel-Interaktionen. Auch die Anwendung des Fumarsäureesters wird gut bewertet: Sowohl für den Arzt als auch für die Patienten wird die Behandlung als sehr praktikabel eingestuft.

REFERENZ

- 1 Nast A et al., Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris – Update 2011, <http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>

Quelle: Interview mit Professor Kristian Reich am 17. Februar 2012 in Hamburg.

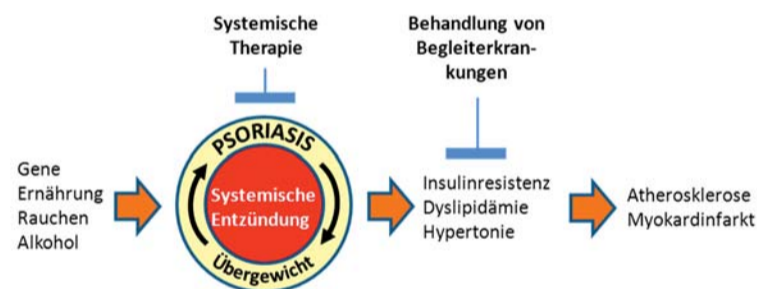


Abb: Psoriasis und Adipositas beeinflussen sich gegenseitig und begünstigen die Entwicklung von kardiovaskulären Folgeerkrankungen

Tab. 1: Häufigkeit ausgewählter Komorbiditäten bei Patienten mit und ohne Psoriasis.

Komorbidität	Prävalenz (%)		Prävalenzverhältnis (95% CI)
	mit Psoriasis	ohne Psoriasis	
Metabolisches Syndrom	0.18	0.06	2.9
Diabetes mellitus	12.1	6.0	2.0
Koronare Herzerkrankung	13.3	7.1	1.9
Hyperlipidämie	29.9	17.1	1.8
Arterielle Hypertonie	35.6	20.6	1.7
Übergewicht	17.8	10.4	1.7

Quelle: Modifiziert nach Augustin M et al. Co-morbidity and age-related prevalence of psoriasis - analysis of health insurance data in Germany, Acta Derm Venereol 2010; 90: 147–151

KALENDER

05. – 08.09.2012 · Wien, Österreich
3rd Termis World Conference 2012: Tissue Engineering and Regenerative Medicine – Tissue Engineering and Regenerative Medicine
www.termis.org/wc2012

06. – 09.09.2012 · Riga, Lettland
21st EADV Congress – European Academy of Dermatology and Venereology
www.eadvriga2012.org

09. – 13.09.2012 · Edinburgh, Großbritannien
16th Congress of the International Society for Burn Injuries (ISBI)
www.isbi2012-edinburgh.org

10. – 14.09.2012 · Berlin
Wundtherapeut/in WTcert®-DGfW
www.aesculap-akademie.de

11. – 14.09.2012 · Genf, Schweiz
17th Meeting of the European Society for Pigment Cell Research – ESPCR
www.espcr.org

12. – 15.09.2012 · Davos, Schweiz
28. Fortbildungskongress „Fortschritte der Allergologie, Dermatologie, Pneumologie und Immunologie“
www.davoscongress.ch

13. – 15.09.2012 · Hannover
22. Deutscher Hautkrebs-Kongress 2012
www.ado-homepage.de

19. – 22.09.2012 · Venedig, Italien
42nd Annual ESDR Meeting – European Society for Dermatological Research
www.esdr2012.org

IMPRESSUM

HERAUSGEBER UND VERLAG
WILEY-BLACKWELL
Blackwell Verlag GmbH
A company of John Wiley & Sons, Inc.
Rotherstraße 21, 10245 Berlin
Tel.: 030 / 47 0 31-432
Fax: 030 / 47 0 31-444
medreports@wiley.com
www.blackwell.de

CHEFREDAKTION
Alexandra Pearl (-432)
apearl@wiley.com

ANZEIGENLEITUNG
Rita Mattutat (-430)
rita.mattutat@wiley.com

SONDERDRUCKE
Barbara Beyer (-467)
barbara.beyer@wiley.com

VERLAGSREPRÄSENTANZ
Imke Ridder Verlagsservice e. K.
Bannzeilweg 6
86943 Thaining
Tel. 08194 / 207735
Fax 08194 / 207736
verlagsservice@imke-ridder.de

PRODUKTION
Schröders Agentur, Berlin
www.schroeders-agentur.de

z.Zt. gültige
Anzeigenpreisliste 25/2011

Einzelpreis: € 7,- zzgl. MwSt.
Abonnement: € 238,- zzgl. MwSt.
(45 Ausgaben jährlich)

Die Beiträge unter der Rubrik „Aktuelles aus der Industrie“ gehören nicht zum wissenschaftlichen Programm der Veranstaltung. Für ihren Inhalt sind die jeweiligen Autoren, Institutionen oder Unternehmen verantwortlich.

Angaben über Dosierungen und Applikationen sind im Beipackzettel auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Der Verlag übernimmt keine Gewähr.

Nr. 14/36. Jahrgang
Berlin, im April 2012

ISSN 0934-3148 (Printversion)
ISSN 1439-0493 (Onlineversion)

ZKZ 30371

www.medreports.de

 **WILEY-BLACKWELL**