

MedReport

16 / 2011

ORGAN FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSKONGRESSE

WILEY-BLACKWELL

17. bis 19. 6. 2011

43. Bad Reichenhaller
Kolloquium

Bad Reichenhall,
Altes Kurhaus



Pneumologischer Juni in Bad Reichenhall

Rainer W. Hauck, Bad Reichenhall

Traditionell wird im Juni von dem Bad Reichenhaller Forschungsinstitut für Erkrankungen der Atmungsorgane das „Bad Reichenhaller Kolloquium“ mit einem hochwertigen und umfassenden Pneumologie-Programm präsentiert. Es erstreckt sich wieder über zweieinhalb Tage und findet im historischen Kurhaus der wunderschön gelegenen Alpenstadt statt. Die Themen sind umfassend breit ausgelegt und reichen von der pneumologischen Rehabilitation über lehrreiche Kasuistiken bis hin zu Updates der Hauptthemen des Jahreskongresses der American Thoracic Society (ATS) in Denver. Von dort werden die „breaking news“ zu den Kernthemen Asthma, COPD, Infektiologie und Biomarker von den führenden deutschen Experten vorgestellt und diskutiert.

Daneben wird auch wieder das Forum für kontrovers diskutierte Themen des pneumologischen Fachgebiets geöffnet. So sind vier umstrittene Ansichten aus Diagnostik und Therapie ausgewählt, für die im Rahmen von Pro-Con-Debatten Argumente und Gegenansichten gegenüber gestellt werden. Für die Besetzung der einzelnen Themen ist es auch in diesem Jahr gelungen, besonders erfahrene Referenten der pneumologischen Fachgesellschaft zu gewinnen.

Auch die Gesundheitspolitik wird hochrangig vertreten sein, durch das Mitglied des Deutschen Bundestags und des Gesundheitsausschusses der Bundesregierung Herrn Dr. med. Erwin Lotter. Er wird über die anstehende, vielschichtige Reform der ambulanten Versorgung berichten, firmiert als „Versorgungsgesetz 2012“.

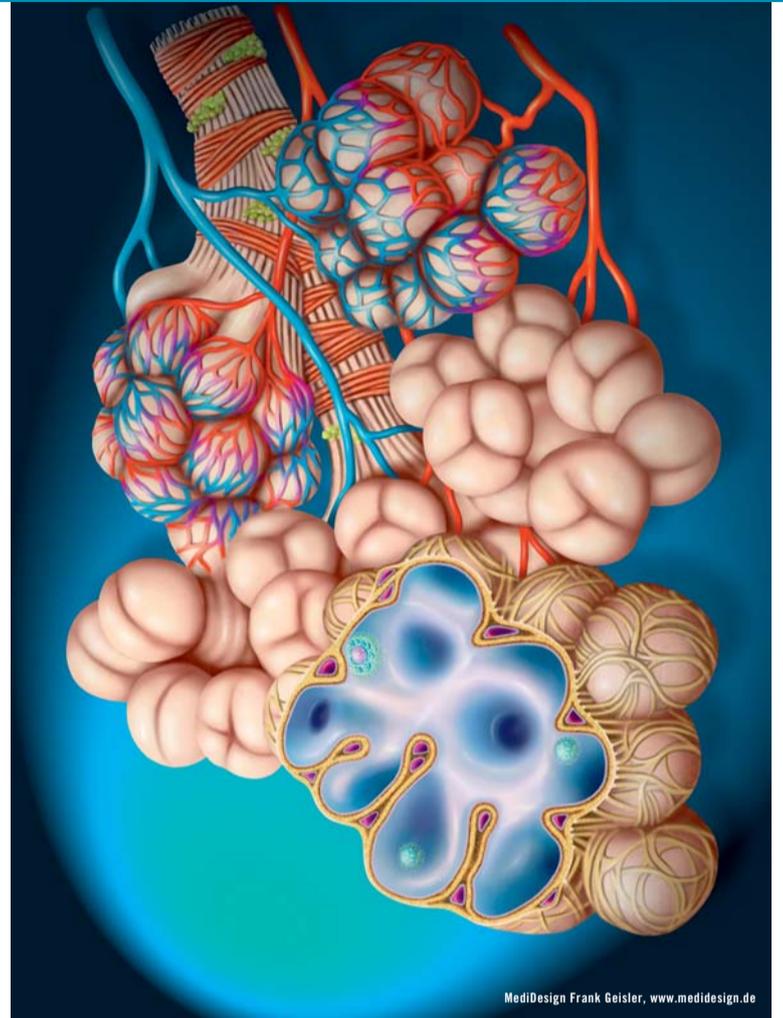
Besonders ausgiebig wird beim 43. Kolloquium die pulmonale Hypertonie abgebildet, eine Erkrankung zu deren Entstehung, Pathophysiologie und Therapie es entscheidende neue Erkenntnisse gibt. Trotzdem besteht insbesondere, in der Diagnostik dieser schwerwiegenden Erkrankung und ihrer Folgeerkrankungen, noch ein erheblicher Nachholbedarf. Ein ganztägiges Expertenforum, zusammen gesetzt aus den führenden Wissenschaftlern auf dem Gebiet der pulmonalen Hypertonie, wird umfassende Kenntnis zu aktuellen und innovativen Aspekten dieser komplexen Erkrankung vermitteln. Das Expertenforum wurde zusammengestellt und organisiert durch Herrn Univ.-Prof. Dr. Jürgen Behr, Direktor der Medizinischen Klinik III für Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin, des Universitätsklinikums Bergmannsheil in Bochum, der auf diesem Fachgebiet eine besondere Expertise aufweist. Damit wird dieses hochaktuelle Symposium aus erster Hand moderiert und präsentiert.

Nachdem Patientenverbände schon historisch in das Bad Reichenhaller Kolloquium eingebunden sind, wird auch dieses Jahr wieder ein sehr interessanter Round Table der Selbsthilfegruppe für Sauerstoff-Langzeittherapie (LOT) den Kongress begleiten. Daneben ist eine Reihe von pneumologisch angelegten Selbsthilfegruppen in der umfangreichen Industrieausstellung präsent. Alle Gäste die das Bad Reichenhaller Kolloquium schon häufiger besucht haben wissen, dass dort auf vier Elemente besonderer Wert gelegt wird: Hohe wissenschaftliche Qualität, keine Programmüberschneidungen, persönliche Atmosphäre und auf ein hochkarätiges kulturelles Rahmenprogramm. So wurden auch in diesem Jahr für den Gesellschaftsabend wieder ganz besondere, erstklassige Künstler gewonnen, die den kulturellen Akzent in stimulierendem Ambiente setzen werden.

Der Bad Reichenhaller Juni wird mit dem 43. Kolloquium wieder einen besonderen Kongresshöhepunkt erleben und ich freue mich, auch im Namen des gesamten Vorstands unserer Gesellschaft, wenn Sie wieder oder auch erstmals zu Gast bei uns sind.



Prof. Dr.
Rainer W. Hauck
Wissenschaftliche
Leitung



MediDesign Frank Geisler, www.medidesign.de

ALLGEMEINE HINWEISE

17. bis 19. Juni 2011

43. Bad Reichenhaller Kolloquium

**Pneumologie intensiv
mit ganztägigem Expertenforum: Update Pulmonale Hypertonie**

TAGUNGORT

Altes Kurhaus
Kurstraße 1
Bad Reichenhall
Kurgastzentrum
Wittelsbacherstr. 15
Bad Reichenhall
Hotel Axelmannstein
Salzburger Str. 2–6
Bad Reichenhall

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG

Prof. Dr. Rainer W. Hauck
Kreisklinik Bad Reichenhall
Zentrum Innere Medizin
Lungenzentrum SüdOst
Riedelstraße 5
83435 Bad Reichenhall
rw.hauck@bglmed.de

Univ.-Prof. Dr. Jürgen Behr
Berufsgenossenschaftliches
Universitätsklinikum Bergmannsheil
Bochum GmbH
Medizinische Klinik III
Abteilung für Pneumologie, Allergologie
und Schlafmedizin
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1
44782 Bochum
juergen.behr@bergmannsheil.de

VERANSTALTER UND KONGRESSORGANISATION

Intercongress GmbH
Rita Lachowitz
Düsseldorfer Straße 101
40545 Düsseldorf
info.duesseldorf@intercongress.de

INDUSTRIEAUSSTELLUNG

Intercongress GmbH
Kerstin Schwarz-Cloß
Wilhelmstraße 7
65185 Wiesbaden
info.wiesbaden@intercongress.de

www.kolloquium-br.de

Expertenforum

Update Pulmonale Hypertonie

Jürgen Behr, Bochum

In kaum einem anderen Gebiet der Inneren Medizin hat es in den vergangenen zehn Jahren eine so rasante Entwicklung neuer Therapieverfahren gegeben wie bei der pulmonalen arteriellen Hypertonie (PAH). Parallel zu dieser Erweiterung der Therapiemöglichkeiten ist es auch zu einem enormen Zuwachs an Wissen auf diesem Gebiet gekommen, sowohl im Bereich der klinischen Medizin als auch in der Grundlagenforschung.

Trotz dieser enormen Fortschritte können viele Fragen, die für die Behandlung von Patienten mit pulmonaler Hypertonie bedeutsam sind, bisher nicht eindeutig beantwortet werden. Dies beginnt bereits mit der Definition der pulmonalen arteriellen Hypertonie, die derzeit auf einem pulmonal-arteriellen Mitteldruck von 25 mmHg oder mehr festgelegt wurde, obwohl die Obergrenze des normalen pulmonal-arteriellen Mitteldrucks bei 20 mmHg liegt. Für die erhebliche Zahl von Patienten, deren pulmonal-arterieller Mitteldruck 21–24 mmHg beträgt, ergibt sich eine definitorische Lücke, da sie weder normal noch eindeutig pathologisch einzuordnen sind. Da diese Patientengruppe bei den bisherigen Therapiestudien nicht berücksichtigt wurde, ist auch unklar, ob sie von einer gezielten PAH-Therapie profitieren würde. Für bestimmte Patientengruppen, z. B. Sklerodermiepatienten, zeichnet sich in ersten Studien ab, dass auch bei Patienten mit pulmonal-arteriellen Mitteldrücken <25 mmHg der Krankheitsprozess durch eine gezielte Therapie verlangsamt werden kann.

Unsicherheit besteht auch im differenzialtherapeutischen Einsatz der verschiedenen PAH-spezifischen Medikamente. Welches Medikament soll an erster Stelle gegeben werden, welche Kombinationen sind sinnvoll und effektiv und wann soll die Kombinationstherapie begonnen werden? Klinische Studien, die Antworten auf diese Fragen geben werden, sind auf dem Weg, ihre Ergebnisse werden jedoch erst in zwei oder drei Jahren vorliegen. In der Zwischenzeit muss empirisch die beste klinische Praxis zur Anwendung kommen, zum Wohle der Patienten.

Während die pulmonale arterielle Hypertonie eine seltene Erkrankung ist, stellt die pulmonale Hypertonie (PH) im Rahmen von Lungenerkrankungen oder auch nach Lungenembolien ein relativ häufigeres Phänomen dar. Auch für diese Krankheitsbilder fehlen heute Evidenz-basierte Therapievorgaben. Dem entsprechend ist der Einsatz einer gezielten PAH-Therapie zur Behandlung einer pulmonalen Hypertonie in diesen Patientengruppen „offlabel“ also außerhalb des Zulassungsbereiches für diese Medikamente. Wann es trotzdem sinnvoll und auch angebracht sein kann, einem individuellen Patienten diese Behandlungsmaßnahme anzubieten, wurde u. a. im Rahmen der Kölner Konsensus-Konferenz 2010 von den deutschen PH-Experten intensiv diskutiert. Die hierbei erzielten, bemerkenswerten Ergebnisse haben auch international Beachtung gefunden werden im Rahmen der Beiträge zum „Update Pulmonale Hypertonie“ vorgestellt.

Wie man aus dem vorgesagten unschwer erkennen kann, handelt es sich bei dem Gebiet der pulmonalen Hypertonie um ein breites und weiterhin sehr dynamisches Feld, welches bisher durch seine Innovationskraft auch innerhalb der Inneren Medizin eine Vorreiterrolle einnimmt. Umso mehr ist es für mich eine Freude und Ehre, das „Update Pulmonale Hypertonie“ anlässlich des 43. Bad Reichenhaller Kolloquiums 2011 gestalten und moderieren zu dürfen. Die Auswahl der Vorträge und Referenten garantiert, dass Sie über die aktuellen Entwicklungen auf dem Gebiet der pulmonalen Hypertonie kompetent und kritisch informiert werden. In diesem Sinne freue ich mich auf ein wissenschaftlich hochkarätiges „Update Pulmonale Hypertonie 2011“ und insbesondere auf Ihre aktive Teilnahme und Diskussionsbeiträge.



Prof. Dr. Jürgen Behr
Wissenschaftliche
Leitung

Wann spezifisch therapieren?

Pulmonale Hypertonie bei COPD

Michael Halank, Dresden

Die pulmonale Hypertonie (PH) wird nach der 2008 aktualisierten klinischen Dana-Point-Klassifikation in fünf Gruppen eingeteilt [1]. Zur Gruppe 1 zählt die pulmonal arterielle Hypertonie (PAH) und zur Gruppe 3 die PH infolge von Lungenerkrankungen und/oder ein Hypoxämie. Die PH der Gruppe 3 setzt sich zusammen aus sieben Untergruppen, wobei zur Gruppe 3.1 Patienten mit einer PH infolge von chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen gezählt werden. Definitionsgemäß liegt eine PH vor, wenn in Ruhe der mittels eines Rechtsherzkatheters gemessene mittlere pulmonal arterielle Druck (PAPm) ≥ 25 mmHg ist.

Die COPD ist gekennzeichnet durch eine progressive Verschlechterung der Lungenfunktion und Exazerbationen und ist häufig mit kardiovaskulären Erkrankungen assoziiert [2]. Studien zeigen, dass bei zirka 50 % der Patienten mit einem fortgeschrittenem Lungenemphysem bzw. einer schweren Obstruktion der Atemwege eine pulmonale Hypertonie vorliegt [3,4]. Anhand des pulmonalen kapillären Verschlussdruckes (PCWP) erfolgt während der Rechtsherzkatheter-Untersuchung die Unterscheidung in eine prä- (PCWP ≤ 15 mmHg) bzw. postkapilläre (PCWP ≥ 15 mmHg) PH. Wie eine aktuelle große retrospektive Studie zeigt, stellen sowohl die postkapilläre PH (im Rahmen einer Linksherzerkrankung) als auch die präkapilläre PH (potentielle Ursachen: COPD, Lebererkrankung, Lungenembolie

Society's Annual Convention“ in New Orleans vorgestellt wurden, wurde im selben Jahr von der Kölner Konsensus-Konferenz zur pulmonalen Hypertonie die in Tabelle 1 angegebenen Kriterien zur Diagnose einer schweren PH bei Patienten mit einer COPD und anderen chronischen Lungenerkrankungen vorgeschlagen [6]. Vor der Diagnosestellung einer schweren PH als Ursache der COPD müssen andere mögliche Ursachen der PH wie z. B. die chronisch thromboembolische PH (CTEPH), Leber-, HIV- und Linksherzerkrankungen ausgeschlossen sein. Unter Verwendung der in Tabelle 1 angegebenen Kriterien wird die Häufigkeit einer schweren PH bei Patienten mit einer COPD mit ≤ 5 % geschätzt [6].

Die Unterscheidung zwischen einer PAH mit simultan vorliegender, typischerweise milden bis moderaten

stellung und Klärung eventueller Therapieoptionen vorgestellt werden. PH-Expertenzentren sind daran zu erkennen, dass sie neben einer Mindestzahl von betreuten Patienten mit einer PAH und einer CTEPH auch klinische Phase-II- und -III-Studien zum Thema der PH durchführen [7]. Auch die Behandlung der schweren PH von Patienten mit einer im Endstadium befindlichen COPD, die auf der Lungentransplantationsliste stehen, ist laut der Kölner Konsensus-Konferenz im Einzelfall als „Bridging“ bis zur Transplantation unter klinisch kontrollierten Bedingungen gerechtfertigt [6].

Zusammenfassung

Zusammengefasst sollte nur in Einzelfällen der Einsatz von PAH-Medikamenten bei Patienten mit einer COPD erwogen werden. Dieser kann im Falle einer schweren PH bei Patienten mit einer COPD und nach Ausschluss anderer Ursachen für die PH gerechtfertigt und notwendig sein. Hierbei ist zu betonen, dass eine solche Therapie, wenn immer möglich im Rahmen von Studien und nur in ausgewiesenen PH-Zentren erfolgen sollte [6,7].

LITERATUR

- 1 Simonneau G et al. J Am Coll Cardiol 2009; 54:S43-S54
- 2 Halank M et al. Atemw.-Lungenkrkh 2010; 36(12):483-487
- 3 Scharf SM et al. Am J Respir Crit Care Med 2002; 166:314-322
- 4 Thabut G et al. Chest 2005; 127:1531-1536
- 5 Cuttica MJ et al. Respir Med 2010; 104:1877-1882
- 6 Hoepfer MM et al. Dtsch Med Wochenschr 2010; 135:S115-S124
- 7 Galie N et al. Eur Respir J 2009; 34:1219-1263

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. Michael Halank
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der TU Dresden
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Innere Medizin/SP Pneumologie
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 18. Juni 2011
8.00–17.20 Uhr
Altes Kurhaus, Kurstraße 1

Update Pulmonale Hypertonie
Vorsitz: Prof. Dr. J. Behr, Bochum

Tab. 1: Kriterien für das Vorliegen einer schweren pulmonalen Hypertonie bei Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen nach der Kölner Konsensus-Konferenz Pulmonale Hypertonie 2010.

Mindestens zwei der Kriterien müssen erfüllt sein*

1. Mittlerer PA-Druck (PAPm) > 35 mmHg
2. PAPm ≥ 25 mmHg mit eingeschränktem Herzzeitvolumen (CI $< 2,0$ l/min/m²)
3. Pulmonal-vaskulärer Widerstand (PVR) > 480 dyn.s.cm⁻⁵

* Diese Kriterien gelten nur bei Ausschluss weiterer Ursachen einer PH bzw. einer kardialen Funktionseinschränkung (z. B. chronisch thromboembolische Veränderungen oder Linksherzerkrankung) [6].

etc.) einen unabhängigen prognostischen Risikofaktor für Patienten mit einer fortgeschrittenen COPD dar [5]. Bei den meisten Patienten mit einer schweren COPD ist die PH allerdings nur milde bis moderat ausgeprägt [3,4]. Angaben über die Häufigkeit der PH bei Patienten mit einer milden oder moderaten COPD fehlen [6].

Unter Berücksichtigung der aktuellen Daten der US-amerikanischen Emphysem-Therapie-Studie (NETT), die 2010 auf der „American Thoracic

COPD und einer PH als Ursache einer COPD kann im Einzelfall sehr schwierig sein.

Behandlungsempfehlungen

Für die spezifische Therapie der COPD assoziierten PH gibt es aktuell keine zugelassenen Medikamente. Aufgrund der Datenlage schloss sich die Arbeitsgruppe der Kölner Konsensus-Konferenz zur pulmonalen Hypertonie 2010 den europäischen Leitlinien an, die besagen, dass Patienten mit einer COPD und einer PH nicht systematisch mit PAH-Medikamenten behandelt werden sollen, solange valide Daten hierzu fehlen [6].

Allerdings hebt die Arbeitsgruppe hervor, dass Patienten mit einer COPD und einer schweren PH gesondert betrachtet werden sollen [6]. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Schweregrad der COPD nicht eindeutig dem Schweregrad der PH alleine zugeordnet werden kann und die Patienten klinische Merkmale aufweisen, die besser zu einer PAH als zur COPD passen. Diese Patienten sollten unbedingt in einem PH-Zentrum zur exakten Diagnose-

ANKÜNDIGUNG

15. Oktober 2011

Bad Reichenhaller Intensivkurs für Bronchoskopie

LEITUNG

Prof. Dr. Rainer W. Hauck

Programm und Anmeldung unter Sekretariat 08651/772-401
oder rw.hauck@bglmed.de

Wegen begrenzter Teilnehmerzahl bitte frühzeitige Anmeldung.

15. bis 17. Juni 2012

44. Bad Reichenhaller Kolloquium

mit ganztägigem Expertenforum:
Update Lunge – Umwelt – Arbeit

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG

Prof. Dr. Rainer W. Hauck, Bad Reichenhall
Zentrum Innere Medizin, Lungenzentrum SüdOst

Prof. Dr. Dennis Nowak, München
Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Pulmonale Hypertonie

Klassifikation und Differenzialdiagnose

Hans Klose, Hamburg



Dr. Hans Klose

Die pulmonale Hypertonie ist definiert durch eine Erhöhung des pulmonal-arteriellen Mitteldruckes auf mindestens 25 mmHg. Ursächlich ist eine Druck- bzw. Widerstandserhöhung im pulmonalen Kreislauf mit konsekutiv chronischer Rechtsbelastung und der letztlichen Entwicklung eines Rechtsherzversagens mit dem vorzeitigen Tod des Patienten. Insbesondere die initiale Symptomatik ist unspezifisch und führt so häufig zu einer Diagnosestellung in fortgeschrittenen Krankheitsstadien.

Immer noch befindet sich ein Großteil der Patienten zum Zeitpunkt der Diagnosesicherung in der WHO-Funktionsklasse III oder sogar IV. Daher bildet das „Darandenken“ den wichtigsten ersten differenzialdiagnostischen Schritt. Eine Einschränkung der Belastbarkeit ist meist das führende Erstsymptom. Hinzu kommen Müdigkeit, Schwindel, periphere Ödeme und im weiteren Verlauf Angina pectoris sowie Synkopen.

Klassifikation

Die Klassifikation der pulmonalen Hypertonie in den europäischen Leitlinien von 2009 erfolgt aktuell nach der so genannten Dana-Point-Definition. Diese gliedert die Erkrankung nach zugrunde liegenden Entitäten in fünf verschiedene Gruppen.

Die Gruppe 1 umfasst die pulmonale arterielle Hypertonie mit den Untergruppen der idiopathischen PAH (IPAH), der hereditären PAH (HPAH) sowie der assoziierten PAH (APAH). Zur APAH gehören z. B. die pulmonale Hypertonie bei Bindegeweberkrankungen, bei HIV-Infektionen, angeborenen Herzfehlern und bei portaler Hypertension. Wichtige Neuerungen in der Dana-Point-Klassifikation, im Vergleich zur vorherigen Venedig-Klassifikation aus dem Jahr 2004, sind die Aufnahme der PAH im Gefolge einer

Schistosomiasis in die Reihe der APAH sowie die Umbenennung der familiären PAH in hereditäre PAH aufgrund des Nachweises zweier ursächlicher Mutationen (BMPR-2 und ALK-1).

In der Gruppe 2 findet sich die pulmonale Hypertonie infolge einer chronischen Linksherzerkrankung, z. B. auf dem Boden einer valvulären oder muskulär-vaskulären Genese. Dieser Gruppe ist gemein, dass der pulmonale kapilläre Verschlussdruck (PCWP) über 15 mmHg liegt und somit ein „Rückstau“ vor dem linken Herzen als Ursache vorliegt.

In der dritten Gruppe wird die pulmonale Hypertonie auf dem Boden einer Lungenerkrankung und/oder Hypoxie zusammengefasst. Die chronisch thromboembolische pulmonale Hypertonie (CTEPH/Gruppe 4) stellt ein großes und klinisch relevantes Patientenkollektiv dar. Vor allem der kurativ-chirurgische Ansatz im Sinne einer Thrombendarteriektomie unterscheidet diese Gruppe von allen anderen.

In der letzten und fünften Gruppe werden pulmonale Hypertonien mit unklarer oder multifaktorieller Genese wie z. B. PH bei myeloproliferativen Erkrankungen erfasst.

Von entscheidender Bedeutung ist, dass nur die pulmonale arterielle Hypertonie der Gruppe 1 durch die

derzeit zugelassenen spezifischen Medikamente behandelt werden darf. Für alle anderen Gruppen bestehen nicht nur keine medikamentösen Zulassungen, sondern auch nur sehr eingeschränkte Therapieerfahrungen außerhalb von prospektiven randomisierten Studien.

Differenzialdiagnostische Schritte

Besteht der Verdacht auf das Vorliegen einer pulmonalen Hypertonie gilt die Echokardiographie als wichtigste nicht invasive Untersuchungsmethode. Zur Sicherung der Diagnose einer „PAH“ reicht die

transthorakale Echokardiographie allein nicht aus, der Rechtsherzkatheter (RHK) stellt die absolut unverzichtbare Bestätigungsuntersuchung dar.

Auch die Frage, ob eine so genannte „out of proportion PH“ bei z. B. gleichzeitigem Vorhandensein einer COPD vorliegt, lässt sich letztlich nur mittels eines RHK klären.

Im Zentrum der weiteren differenzialdiagnostischen Schritte, in Anlehnung an die Leitlinien der Europäischen Gesellschaften für Kardiologie (ESC) bzw. Pneumologie (ERS), liegt die Ventilations-Perfusions-Szintigraphie zum sicheren Ausschluss einer CTEPH. Abschließend erfolgt die gezielte Diagnostik zur genauen Eingruppierung in die Dana-Point-Klassifikation und zur Festlegung des Schweregrades der pulmonalen Hypertonie. Hierzu zählt die Ursachendiagnostik in Form von serologischen Untersuchungen zum Ausschluss einer zugrunde liegende rheumatologischen Erkrankung, das thorakale Computertomogramm sowie die Lungenfunktionsprüfung zum Nachweis einer PH aus der Gruppe 3 und ggf. eine Linksherzkatheteruntersuchung zum Nachweis einer PH der Gruppe 2.

Zusammenfassung

Zusammenfassend erfordert der diagnostische Prozess der PH eine Fülle von Untersuchungen. Diese sind notwendig, um die Erkrankung präzise zu charakterisieren und korrekt zu klassifizieren. Aufgrund der Bedeutung dieser initialen exakten Diagnostik für die anschließenden Therapieentscheidungen ist eine Versorgung in einem spezialisierten PH-Zentrum unabdingbar.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. Hans Klose
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Medizinische Klinik II –
Onkologie/Hämatologie
Sektion Pneumologie
Martinistraße 52
20246 Hamburg

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 18. Juni 2011
8.00–17.20 Uhr
Altes Kurhaus, Kurstraße 1

Update Pulmonale Hypertonie
Vorsitz: Prof. Dr. J. Behr, Bochum

ANKÜNDIGUNG

29. März bis 1. April 2012

53. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.

TAGUNGORT

CCN Ost Nürnberg

TAGUNGSPRÄSIDENT

Prof. Dr. Joachim H. Ficker
Klinikum Nürnberg
Medizinische Klinik 3
Pneumologie, Allergologie, Schlafmedizin
Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1
90419 Nürnberg
pneumologie@klinikum-nuernberg.de

KONGRESSORGANISATION

Agentur KONSENS GmbH
Stockumer Straße 30
59368 Werne
dgp@agentur-konsens.de

www.dgp-kongress.de

Wo bleibt der Patient mit einer schweren chronischen Atemwegserkrankung und LOT/NIV?

Palliativmedizin in der Pneumologie

Birgit Krause-Michel, Bad Reichenhall

Im Rahmen des 43. Bad Reichenhaller Kolloquiums veranstaltet die Deutsche Sauerstoffliga e. V. ihren gewohnten Workshop am Samstag, den 18. 6. 2011 von 10.00–12.30 Uhr im Alten Königlichen Kurhaus. Das Thema ist spannend. Es lautet: Palliativmedizin in der Pneumologie. Wo bleibt der Patient mit einer schweren chronischen Atemwegserkrankung und LOT/NIV?

Als in Bad Reichenhall 1987 der erste Patient mit einer Sauerstoff-Langzeittherapie behandelt wurde, gab es nur zwei Evidenz-basierte Studien aus den Jahren 1980/81, die unter dieser Therapie eine Lebensverlängerung nachweisen konnten. Seitdem wurden aus ethischen Gründen keine weiteren Studien durchgeführt. Der messbare Erfolg spricht aber für sich. Patienten, die mittlerweile seit fast 15 Jahren konsequent ihre Sauerstoff-Langzeittherapie leitliniengerecht, d. h. mindestens 16 Stunden am Tag durchführen, haben nicht nur eine deutlich bessere Lebensqualität, sondern auch eine nachweisbare Lebensverlängerung.

Wie hoch sind aber die Risiken und Folgen einer Sauerstoff-Langzeittherapie?

Nicht nur die Krankheit ist fortschreitend, sondern auch das Alter dieser Patienten. Oft brauchen sie aufgrund einer zunehmenden Erschöpfung der Atempumpe zur Sauerstoff-Langzeittherapie auch noch eine nächtliche Heimbeatmung.

Wer kennt diese Patienten nicht, die immer wieder bei einer erneuten Exazerbation auf der Intensivstation landen. Meist kommen sie schon intubiert und beatmet auf die Station und werden dann unter erheblichem, persönlichem, zeitlichem und auch finan-

ziellem Aufwand mühsam von der Beatmungsmaschine entwöhnt. Zu Hause führen sie ihre nicht invasive Beatmung meist nicht oder nur unvollkommen durch und werden bei der nächsten Verschlechterung wieder auf die Intensivstation eingeliefert. Ein schlecht zu durchbrechender Ablauf mit der negativen Konsequenz, die Krankenhausaufenthalte immer länger werden und in immer kürzeren Abständen auftreten. Aber wo bleibt der Patient mit seiner schweren chronischen Atemwegserkrankung, seiner so genannten „Endlung“? Nur wenige Patienten und ihre Angehörigen wünschen eine intensive Behandlung mit Tra-



Dr. Birgit Krause-Michel

cheotomie und Beatmung. Viele haben das bereits in ihrer Patientenverfügung festgelegt, die aber unter Notfallbedingungen nicht immer auffindbar ist oder akzeptiert wird. Sollte es gelingen, diese Patienten zu stabilisieren, dann können sie oft nur in einer außerklinischen Intensivpflege weiter betreut werden, da sie nun abhängig von einem Respirator geworden sind.

Aber wer zahlt das?

Patienten, die mit einer nicht invasiven Beatmung und Sauerstoff-Langzeittherapie nach Hause entlassen werden können, stellen für den meist gleichaltrigen Ehepartner eine erhebliche psychische Belastung dar. Sie leiden unter Atemnot- und Panikattacken, die für alle Beteiligten unerträglich werden können.

Schwere chronisch progrediente Erkrankungen wie eine COPD brauchen in erster Linie auch eine palliativmedizinische Betreuung mit einer guten Symptomkontrolle der Atemnot. Häufig tritt aber dann die Problematik auf, ob die Mitarbeiter auf der Palliativstation oder im Hospiz ausreichende Kenntnisse in Hinblick auf die sehr komplexe Materie Sauerstoff-Langzeittherapie oder Beatmung haben.

In dem Workshop sollen diese Probleme angesprochen und Lösungen gesucht werden für den „best-support-of-life“ sowohl für den Patienten als auch seinen Angehörigen unter Berücksichtigung der finanziellen „Machbarkeit“.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. Birgit Krause-Michel
Geschäftsstelle der Deutschen SauerstoffLiga LOT e. V.
Frühlingstraße 1
83435 Bad Reichenhall

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 18. Juni 2011
10.00–12.30 Uhr
Altes Kurhaus, Kurstraße 1

Workshop und Round-Table-Diskussion der Deutschen SauerstoffLiga LoT e. V.

Vorsitz: Dr. Birgit Krause-Michel,
Bad Reichenhall

Wo bleibt der Patient mit einer schweren COPD und LOT/NIV?

Fokus Beatmungs-WG? Wer zahlt das?

Carsten Plösser, Traunstein



Carsten Plösser

Die Definition zur außerklinischen Intensivpflege nach KNAIB und MDK lautet:

- Es besteht die medizinische Notwendigkeit einer permanenten pflegerischen Interventionsbereitschaft zur Sicherstellung der Vitalparameter, da jederzeit potentiell lebensbedrohliche Situationen für den Patienten eintreten können.
- Patienten mit fortgeschrittener Grunderkrankung und mit lebensbedrohlicher Störung der Vitalfunktion Atmung sind intensivpflegebedürftig.

Damit ist definiert, um welche Menschen es sich bei Betroffenen der außerklinischen Intensivpflege handelt, um den Bogen zu palliativpflegebedürftigen Menschen zu spannen. Die Abgrenzung zur Palliativpflege spiegelt sich auf drei Ebenen wider: Fachlich, aufgrund der Versorgungsstruktur und im Rahmen der Kostenerstattung durch die Kostenträger.

Auf der fachlichen Ebene ist zu berücksichtigen: Anstatt eines kurativen Ansatzes besteht die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern. Das Therapieziel ist neu zu definieren in „Besserung“, „Lebensqualität“ und „Wohlbefinden“ (Thomas Sitte). „Die Beherrschung von Übelkeit, Schmerzen, Atemnot und anderen krankheitsbe-

dingten Beschwerden, der Erhalt der bestmöglichen Lebensqualität sowie die Behandlung psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme besitzen in der Palliativversorgung höchste Priorität“ (vgl. Durchführungsempfehlung zur invasiven außerklinischen Beatmung).

Bisherige Versorgungsstrukturen umfassen die klinische Palliativstation, die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) (... nur ein geringer zeitlicher Versorgungsaufwand), die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) (... vorübergehend oder dauerhaft) und das Hospiz.

Aktuelles Ziel ist es, eine Wohngruppe für Lungenerkrankte in der Palliativphase zu schaffen. In ihr leben bis zu sechs Betroffene in einer häuslichen Gemeinschaft zusammen und werden von spezialisierten Pflegefachkräften „Rund-um-die-Uhr“ betreut. Welche Voraussetzungen sind notwendig?

- Bedarfsabschätzung/Wille der Betroffenen
- Abklärung der Finanzierungssituation mit den Kostenträgern (KK und PK), ggf. externe Geldgeber
- Schaffung einer geeigneten Wohnenheit nach Vorgaben des Pflege-WoqG
- Personalbedarfsdeckung und Qualifizierungsmaßnahmen für Pflegefachkräfte

- Aufbau eines Netzwerks rund um die Versorgungssituation bestehend aus:
 - Familienmitgliedern/Freunden
 - Hausarzt
 - Palliativmediziner/Kliniken
 - Selbsthilfegruppen
 - Anderen Facheinrichtungen
 - Psychologen/Psychotherapeuten
 - Seelsorgern/bei Bedarf Geistliche
 - Therapeuten/Ehrenamtliche/KIT
 - Hilfsmittelversorgern

Was ist bisher erreicht?

Der Bedarf ist identifiziert und das Netzwerk ist abgebildet. Aktuell wären Gebäude für WG verfügbar. Der Personalbedarf ist (noch) schwer abzudecken.

Das Problemstellung der Finanzierbarkeit: Die Miete muss von Betroffenen getragen werden (ggf. Sozialamt). Die Grundpflege/Hauswirtschaft erfolgt über die Finanzierung durch Pflegeversicherung, ggf. unter Zuzahlung der Betroffenen (fällt nicht unter SAPV). Die Betreuung und Überwachung (ggf. Bereitschaft) sind noch nicht abschließend geklärt, dies ist jedoch der schwerwiegendste Kostenblock.

KORRESPONDENZADRESSE

Carsten Plösser
Bahnhofplatz 11
83278 Traunstein

ANKÜNDIGUNG

8. bis 10. September 2011, Kurhaus Wiesbaden

6. Deutscher Allergiekongress

VERANSTALTER

AKM Allergiekongress und Marketing GmbH
Kölner Straße 133, 42651 Solingen

KONGRESSPRÄSIDENTEN

Prof. Dr. Ludger Klimek, Wiesbaden
Prof. Dr. Wolfgang Schleiter, Frankfurt a. M.

KONGRESSEKRETÄR

Priv.-Doz. Dr. Oliver Pfaar, Wiesbaden
wiesbaden2011@allergiekongress.de

KONGRESSORGANISATION

wikonect GmbH
Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden

www.allergiekongress.de

10. bis 12. November 2011

19. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e. V.

Motto: Schlafmedizin: Standards und Alternativen

TAGUNGSORT

Congress Center Rosengarten
Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

TAGUNGSLEITUNG

Prof. Dr. med. Maritta Orth, Mannheim
Prof. Dr. med. Karl Hörmann, Mannheim
Prof. Dr. phil. Michael Schredl, Mannheim

TAGUNGSORGANISATION

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Markt 8, 07743 Jena
dgs@conventus.de
www.dgs2011.de

www.dgs2011.de

Pro-Con-Debatte

Betablocker bei COPD – PRO

Rainer W. Hauck, Bad Reichenhall

Prof. Dr.
Rainer W. Hauck

Mit zunehmendem Lebensalter resultiert häufig eine Komorbidität von Herz- und Lungenerkrankungen. Insbesondere bei Rauchern tritt jenseits des 50. Lebensjahres vermehrt eine koronare Herzerkrankung auf, verbunden mit der Ausbildung einer chronischen obstruktiven Bronchopneumopathie (COPD). Zur Primär- bzw. Sekundärprophylaxe eines Myokardinfarktes, bei zugrunde liegender koronarer Herzerkrankung, ist entsprechend Leitlinien die Behandlung mit einem Betablocker obligat. Diese Substanzgruppe ist aber bei koexistenter obstruktiver Atemwegserkrankung in der Therapie umstritten.

Aktuell finden fast ausschließlich selektive Betablocker Verwendung (z. B. Bisoprolol, Atenolol, Metoprolol, Nebivolol ...) bei denen die Beta-1-Rezeptorblockade wesentlich die kardiale Wirkung vermittelt. Trotz Selektivität haben aber alle Betablocker auch eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Beta-2-adrenerge, antagonistische Wirkung. Somit inhibieren sie die Beta-2-Adrenozep-toren der glatten Bronchialmuskulatur, was bei gegebener Prädisposition zu einer Kontraktion der glatten Muskulatur führen kann. Insbeson-

dere bei Asthmatikern sind Asthmaanfälle unter Betablockern beschrieben, z. T. mit Todesfolge. Entsprechende Berichte gibt es bei reiner COPD nicht. Bei COPD besteht eine irreversible Obstruktion – eine bronchospastische Komponente fehlt. Die bronchialen Beta-2-Rezeptoren bei COPD sprechen auf Betablocker-Gabe klinisch irrelevant an, wenn überhaupt.

Wie bei den Beta-Adrenorezeptor-Agonisten gibt es auch für die Betablocker eine Selektivität für die Beta-1-/Beta-2-Rezeptor blockierende Wir-

kung, mit der Reihenfolge: Bisoprolol > Metoprolol > Carvedilol. Betablocker, die eine intrinsische sympathomimetische Aktivität besitzen, sind kardial eher unerwünscht. Nebivolol mit geringen Beta-2-mimetischen Eigenschaften und Einfluss auf die endogene NO-Produktion zeigt gegenüber Celiprolol keinen belegbaren Vorteil.

Welchen goldenen Mittelweg wählen?

Für Patienten mit Asthma bleibt der Einsatz von Betablockern grundsätz-

lich kontraindiziert. Bei Patienten mit einer besonderen kardiopulmonalen Risikokonstellation ist das Risiko der Verschlechterung der Atemwegsobstruktion der antiischämischen und antiarrhythmischen Wirkung der Betablocker gegenüber zu stellen. Im Falle von deren Verwendung weisen Beta-Agonisten gleichfalls ihre bronchodilatatorische Wirkung auf und können insofern die beta-blockierende Wirkung antagonisieren. Entsprechend sollten Betablocker behandelte Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen stets einen rasch wirksamen Beta-Agonisten mit sich führen, wie dies die Leitlinie ohnehin vorsieht. Für Patienten mit einer COPD ist die Gefahr einer Verschlechterung der Bronchialobstruktion nur dann zu erwarten, wenn ein sog. Overlap-Syndrom (Mischform Asthma/COPD) vorliegt. Auch hier kann mittels der Anwendung eines Beta-Agonisten eine Bronchodilatation erreicht werden.

Zusammenfassung

Bei Komorbidität von obstruktiver Atemwegs- und Herzerkrankung ist häufig die Indikationsstellung für Medikamente gefordert, die um den

Beta-2-Adrenorezeptor konkurrieren. Eine grundsätzliche Vermeidung von Betablockern bei COPD ist nicht sinnvoll. Die Verwendung von selektiven Beta-1-Adrenorezeptor-Blockern bei COPD-Patienten ist wenig bedenklich, insofern keine Overlapsymptomatik zu Asthma besteht. Eine inhalative beta-agonistische Bedarfsmedikation sollte verfügbar sein.

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. Rainer W. Hauck
Kreisklinik Bad Reichenhall
Innere Medizin II
LungenZentrum SüdOst
Riedelstraße 5
83435 Bad Reichenhall

PROGRAMMHINWEIS

Sonntag, 19. Juni 2011
9.00–12.30 Uhr
Altes Kurhaus, Kurstraße 1

PRO – CONTRA Debatten der Deutschen Atemwegsliga zu aktuellen Streitfragen in der Pneumologie

Vorsitz: Prof. Dr. R. Buhl, Mainz/
Prof. Dr. H. Worth, Fürth

Betablocker bei COPD – Contra

Heinrich Worth, Fürth

Prof. Dr.
Heinrich Worth

Patienten mit COPD weisen häufig eine kardiovaskuläre Komorbidität auf. Betarezeptorenblocker sind unverzichtbare Medikamente in der Primär- bzw. Sekundärprophylaxe eines Myokardinfarktes und werden auch bei Herzinsuffizienz und Hypertonie häufig eingesetzt. Angesichts der durch Betablocker beobachteten Bronchokonstriktion, der Steigerung der bronchialen Reagibilität und auch der Reduktion der mukoziliäre Clearance ist der Einsatz von Betablockern bei Patienten mit COPD umstritten, bei Patienten mit Asthma angesichts der unkalkulierbaren Auslösung lebensbedrohlicher Asthmaanfälle kontraindiziert.

Die Risiken einer Betablocker-Therapie scheinen unter dem Einsatz kardioselektiver, überwiegend die Beta-1-Rezeptoren blockierenden Substanzen wie Bisoprolol, Atenolol, Metoprolol, Nebivolol geringer als

bei unselektiven Betablockern. Trotz dieser Selektivität zeigen Betablocker in höherer Dosierung auch eine antagonistische Wirkung an Beta-2-Rezeptoren, die mit steigender Dosis der Medikamente zunimmt. Hieraus

können eine Zunahme der Bronchialobstruktion sowie zumindest kurzzeitig auch eine Zunahme der bronchialen Hyperreaktivität resultieren, die Lungenfunktion und Lebensqualität des betroffenen Pa-

tienten belasten. Hieraus ergeben sich folgende Konsequenzen für den Einsatz von Betablockern bei Patienten mit COPD:

- Vor Einsatz von Betablockern bei Patienten mit COPD sollte ein Asthma bronchiale ausgeschlossen werden, bei dem Betablocker kontraindiziert sind. Dies gilt auch für Patienten mit Asthma und COPD.
- Bei Patienten mit arterieller Hypertonie kann auf Betablocker verzichtet werden, zumal gerade bei älteren Patienten, die mit höherer Wahrscheinlichkeit unter einer COPD leiden, eine stärkere Reaktion auf Betablocker auch bezüglich der Blutdrucksenkung auftritt und alternative Medikamente wie ACE-Hemmer, AT-1-Antagonisten und Kalziumantagonisten wie Diuretika zur Verfügung stehen, deren Auswirkungen auf die Lungen-

funktion weniger gravierend sind.

- Bei Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz und insbesondere nach Myokardinfarkt sind kardioselektive Betablocker nicht kontraindiziert. Da prospektive, kontrollierte Langzeitstudien zur Sicherheit von Betablockern bei Patienten mit COPD fehlen, können diese Substanzen nur unter sorgfältiger Kontrolle des Patienten einschließlich serialer Lungenfunktionsmessungen bei Patienten mit COPD und Komorbiditäten wie bedeutsamer Herzinsuffizienz oder nach Herzinfarkt eingesetzt werden.

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. Heinrich Worth
Klinikum Fürth
Medizinische Klinik I
Jakob-Henle-Straße 1
90766 Fürth

Rauchstopp lohnt sich

Wie jedes fand am 31. Mai der Welt-nichtrauchertag statt. Die Weltgesundheitsorganisation WHO hatte ihn 1987 ins Leben gerufen.

Allein in diesem Jahr werden weltweit mehr als 5 Millionen Menschen an Tabak bedingten Todesursachen wie Herz-Kreislaufkrankungen, chronischen Lungenerkrankungen (COPD) und Krebs versterben. Dazu kommen weitere 600.000 Menschen, die an den Folgen des Passivrauchens versterben – ein Viertel davon sind Kinder. Tabakrauch ist die führende vermeidbare Todesursache weltweit. „Rauchen ist das wichtigste vermeidbare Krebsrisiko. Rund 25 % aller Krebstodesfälle sind Tabakrauch bedingt“, betont Dr. Jutta Hübner, Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Prävention und Integrative

Onkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft. Rauchen ist der Risikofaktor Nummer 1 für die chronisch obstruktive Bronchitis, an der weltweit 7–10 % der erwachsenen Bevölkerung leiden. Durch Nichtrauchen könnten auch 60 % der Herzinfarkte bei Männern und sogar 75 % der Herzinfarkte bei Frauen verhindert werden. Rauchen erhöht das Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 massiv (50–90 %) und hohe Nikotinwerte im Blut verschlechtern den Langzeitblutzuckerwert bei Diabetikern erheblich. Rauchen begünstigt auch die Entstehung und das Fortschreiten von Nierenerkrankungen bei Diabetikern und erhöht das Risiko für weitere Folgekrankheiten des Diabetes. Es gibt also viele Gründe alle Raucher zu ermutigen, mit dem Rauchen

sofort aufzuhören – denn worauf soll man warten?

„Der Ausstieg lohnt sich immer! Bereits nach zwei Jahren hat sich das Herzinfarktrisiko und das Risiko an Herzkreislaufkrankungen zu sterben halbiert. Wer mit dem Rauchen aufhört, senkt sein Diabetesrisiko um rund 60 Prozentpunkte. Nach fünf rauchfreien Jahren hat sich das Risiko für Speiseröhren-, Mundhöhlen- und Luftröhrenkrebs halbiert, nach zehn rauchfreien Jahren auch das Lungenkrebsrisiko. Menschen, die vor ihrem 35. Lebensjahr das Rauchen aufgeben, haben statistisch eine nahezu gleich hohe Lebenserwartung wie Menschen, die nie geraucht haben.“, erklärt Dr. Hübner.

Quelle: Deutschen Krebsgesellschaft e. V.

ANKÜNDIGUNG

14. bis 17. April 2012 in Wiesbaden

118. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V.

KONGRESSPRÄSIDENT
Prof. Dr. Joachim Mössner

KONGRESSEKRETARIAT
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Department für Innere Medizin, Neurologie und Dermatologie
Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Rheumatologie
Liebigstraße 20, 04103 Leipzig

Cornelia Prüfer (Cornelia.Pruefer@medizin.uni-leipzig.de)
Janet Herrmann (Janet.Herrmann@medizin.uni-leipzig.de)

KONGRESSORGANISATION (PCO)
m:con – mannheim:congress GmbH
Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

Der Schmerz: Umfrage unter Hausärzten**Ambulante Palliativversorgung kommt an**

Was wünschen sich Hausärzte von der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)? Dieser Frage gingen Forscher aus Hannover und Heidelberg um Prof. Dr. Nils Schneider nach. In einer großen Umfrage unter knapp 2000 Ärzten gaben gut zwei Drittel an, den gesetzlichen Anspruch von Palliativpatienten auf die SAPV-Versorgung zu

kennen. 86 % gaben an, sich von SAPV-Teams beraten lassen und mit ihnen gemeinsam ältere Patienten versorgen zu wollen. Allerdings äußern sich viele skeptisch, ob die SAPV die Versorgung älterer Patienten – als große Zielgruppe im hausärztlichen Versorgungsalltag – tatsächlich verbessern wird.

Die Forscher berichten in der aktuellen Ausgabe von „Der Schmerz“, dem offiziellen Organ der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e. V. (DGSS).*

Was sich Hausärzte wünschen

Seit 2007 haben schwerstkranke und sterbende Patienten einen gesetzlichen Anspruch auf eine speziali-

sierte ambulante Palliativversorgung. Wichtigste Schnittstelle zu den SAPV-Teams ist der behandelnde Hausarzt. Unklare Zuständigkeiten und Unsicherheiten in der Rollenverteilung könnten zulasten der Versorgung der Patienten gehen, so die Befürchtungen bei der Einführung der SAPV. Die Hannoverischen und Heidelberger Forscher nahmen daher die Einstellungen und Erwartungen der Hausärzte an die SAPV unter die Lupe, fokussiert auf ältere Patienten in der letzten Lebensphase.

Die meisten sind aufgeschlossen gegenüber der SAPV

Sie befragten 1962 vertragsärztlich tätige Allgemeinmediziner in Niedersachsen. 68 % der Befragten wussten um den Rechtsanspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. 86 % würden sich bei der Behandlung älterer schwerkranker Patienten durch ein SAPV-Team beraten lassen und etwa ebenso viele würden gern mit diesem gemeinsam ihre älteren Patienten versorgen. Selbst Mitglied eines SAPV-Teams zu sein können sich 43 % vorstellen. Patienten vollständig an ein SAPV-Team abzugeben, können sich die meisten nicht vorstellen: Für 76 % ist das keine Option.

Die Aufgeschlossenheit gegenüber der SAPV ist bei Frauen größer als bei Männern, bei jüngeren Ärzten und solchen, die weniger lange vertragsärztlich tätig sind, stärker ausgeprägt als bei älteren und bereits lange vertragsärztlich tätigen.

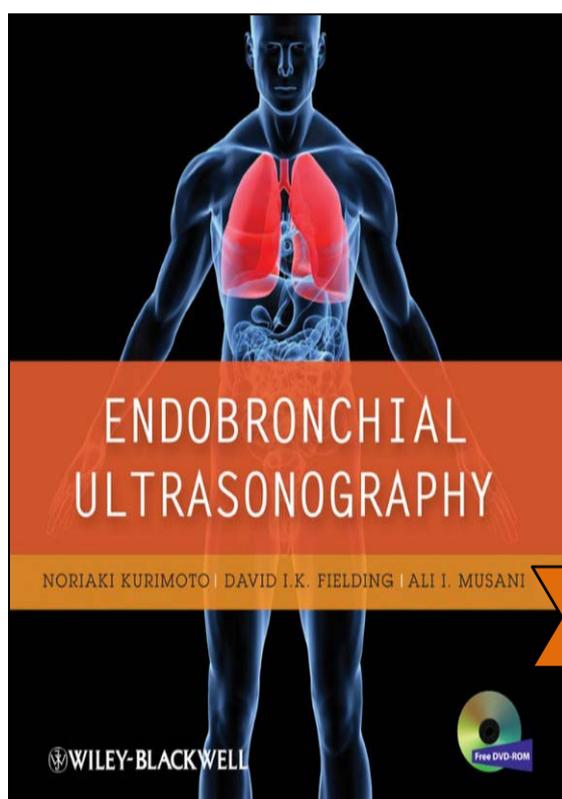
Nur die Hälfte glaubt an Verbesserungen

Bei aller Aufgeschlossenheit glaubt dennoch nur knapp die Hälfte der Befragten (48 %), dass die SAPV die Versorgung älterer Menschen in der letzten Lebensphase verbessern wird. „Diese Skepsis könnte an fehlender Erfahrung mit der SAPV liegen oder auch an der Patientenstruktur“, schätzt Prof. Schneider. Während bei den älteren Patienten in Hausarztpraxen gebrechliche und demente Patienten überwiegen, die nicht an Krebserkrankungen leiden, werden in Einrichtungen der spezialisierten Palliativversorgung bislang überwiegend Krebspatienten versorgt. „Die Skepsis der Hausärzte, ob die SAPV die Versorgung älterer Patienten verbessert, sollte ernst genommen werden“, so das Fazit der Autoren. „Zum Ausdruck kommt hier auch der erhebliche Bedarf, neben der spezialisierten auch die allgemeine Palliativversorgung weiterzuentwickeln.“

* N. Schneider et. al. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Erwartungen von Hausärzten. Schmerz 2011, 25:166-173, DOI: 10.1007/s00482-011-1037-0

Quelle: DGSS über idw

Umfassende Diagnostik mit EBUS



NORIAKI KURIMOTO, DAVID FIELDING, ALI MUSANI (Hrsg.)

Endobronchial Ultrasonography

Dec 2010. 176 Seiten. Gebunden.
ISBN: 978-1-4051-8272-0
€ 122,-

Probekapitel auf www.wiley.de

This book is a practical guide to use EBUS to diagnose and stage lung cancer and the variety of different tumours of the chest region. EBUS is an exciting new diagnostic tool that will add very significantly to the diagnosis and staging of lung cancer and other thoracic diseases, but it is a practical skill that needs to be taught.

The new book covers all of the standard techniques and the new developments involved in EBUS, as it combines two common procedures, bronchoscopy and real-time ultrasonography. This allows physicians to obtain precise biopsies of lymph nodes and masses within the chest cavity. Additionally, EBUS can delineate the anatomy of the airway wall to characterize tumours, and can determine the invasion of tumours into surrounding structures.

Over 250 high quality colour digital images have been used to illustrate the different applications of EBUS, complemented by specific case studies throughout.

The book is accompanied by a CD-ROM with over 30 video clips cited in the text.

Wiley-VCH
Postfach 10 11 61 • D-69451 Weinheim
Fax: +49 (0)6201 606 184
e-Mail: service@wiley-vch.de • www.wiley-vch.de

 **WILEY-VCH**

INFO

Das umfangreiche
MedReport-Archiv
im Internet:



www.medreports.de

Deutsche Atemwegsliga

Asthmabehandlung beim Hausarzt



Prof. Dr. Eva Hummers-Pradier

In einer prospektiven, von der Deutschen Atemwegsliga geförderten Studie hat eine Arbeitsgruppe des Instituts für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover die „Asthmabehandlung in der hausärztlichen Praxis“ untersucht. Dabei hat man das Thema sowohl von der Seite der Betroffenen als auch von der Seite der Ärzte her beleuchtet. In den explorativen, qualitativen Teilen der Studie haben zeitversetzte Gruppengespräche mit Patientinnen und Patienten bzw. mit Hausärztinnen und -ärzten* stattgefunden. Um die Anonymität der Teilnehmer beider „Seiten“ und dadurch eine freie Meinungsäußerung zu gewährleisten, wurde bei der Rekrutierung darauf geachtet, dass die Teilnehmer nicht in einem Arzt-Patienten-Verhältnis zueinander standen.

Die folgenden Abschnitte widmen sich dem Thema Behandlung von Erwachsenen, die an Asthma bronchiale erkrankt sind aus dem Blickwinkel von Patienten. Im Zeitraum von April 2009 bis Juni 2010 wurden fünf Fokusgruppen/Gesprächsgruppen (FG) à 7 bis 10 Teilnehmern durchgeführt. Die Rekrutierung erfolgte in den Praxen niedergelassener Hausärzte im Großraum Hannover. Die Patienten, die nach einer schriftlichen Aufklärung über Zweck und Ablauf der Studie schriftlich ihre Teilnahme zugesagt hatten, wurden konsekutiv zu den Gesprächsrunden eingeladen. Um eine möglichst repräsentative Grundgesamtheit zusammenzustellen, durften pro Praxis maximal zwei Teilnehmer rekrutiert werden. Als sich nach den ersten beiden FG eine zahlenmäßig unproportionale Überrepräsentanz weiblicher und älterer Teilnehmer zeigte und sich Hinweise auf geschlechts- und altersabhängige Unterschiede in der Wahrnehmung der Asthmatherapie abzeichneten, wurden zusätzlich noch eine Gruppe mit jungen Erwachsenen und eine Männergruppe zusammengestellt.

Die Patienten im Alter von 19–77 (Durchschnitt 48) Jahren wurden anhand eines Gesprächsleitfadens dazu ermuntert, von ihren Erfahrungen aus einem Leben mit Asthma, ihrer Therapie sowie ihren Wünschen und Erwartungen zu berichten. Der Leitfaden wurde nach jedem Gruppengespräch überarbeitet und angepasst.

Die audio- und visuell aufgezeichneten, anschließend transkribierten und anonymisierten Gespräche wurden zusammen mit den jeweils am Ende jeder Sitzung zusammengetragenen, protokollierten Bemerkungen der zwei Moderatoren und der Projekt-Assistenz von einem interdisziplinären Team ausgewertet. Dieses aus Ärzten, Medizinstudenten und Sozialwissenschaftlern bestehende Team bediente sich dabei zweier Methoden:

- Das Videomaterial wurde zunächst unter Nutzung des Mapping-Verfahrens ausgewertet. Anschließend erfolgte eine Wichtung der Themen entsprechend der Beteiligungsrate und den personengebundenen Sprechzeiten. Mit Hilfe einer Software zu Videoanalyse (Videograph®).

Auswertung qualitativer Daten (MaxQDA) analysiert. Erste Ergebnisse werden hier dargestellt.

Erfahrungen

Die Forscher gewannen aufgrund der Berichte den Eindruck, dass sich die teilnehmenden Patienten zwar in beträchtlichem Maße zufrieden mit ihren Ärzten zeigten, gleichzeitig aber über Sinn und Wirkungsweise der einzelnen Arzneimittel nur teilweise Bescheid wussten.

In allen Gruppen wurde der Sorge Ausdruck verliehen, dass das inhalierbare Kortison langfristig Nebenwirkungen habe. Einige Betroffene führten in diesem Zusammenhang Beobachtungen am eigenen Körper (wie aufgedunsenes Gesicht) ins Feld und berichteten über teilweise erhebliche Nebenwirkungen (Zittern, Mundsoor, Hautprobleme etc.). Bei näherer Nachfrage seitens der Moderatoren stellte sich häufig heraus, dass diese Erscheinungen offenbar eine Folge falscher Anwendung des inhalativen Kortikoids oder durch eine zusätzliche orale Kortisontherapie bedingt waren.

Die Wirksamkeit bzw. der Benefit einer inhalativen Kortisontherapie wurde zu keinem Zeitpunkt in Frage gestellt. Allerdings wurden Bedenken, dass der Wirkstoff aufgrund einer Habituation irgendwann einmal gar nicht mehr helfen könne, vor allem durch die jungen Betroffenen geäußert. Dies sowie die teilweise mangelhafte Aufklärung über Wirkungsweise und die benötigte Kontinuität der Anwendung, führte bei einem großen Teil der Teilnehmer dazu, dass sie ihre Medikation eigenmächtig anpassten bzw. zeitweilig völlig unterbrachen, ohne darüber mit ihrem behandelnden Arzt zu sprechen. Einige meinten, man könne dabei von einem „stillen Agreement“ mit dem Arzt ausgehen. Ebenso wie die Nebenwirkungen wurde auch die Wirkung der verordneten Arzneimittel als individuell sehr unterschiedlich wahrgenommen. Generika standen bei vielen der Teilnehmer in dem Verdacht, nicht so gut oder anders zu wirken als die vertrauten Markenpräparate. Daher wurde auch ein gewisser Aufwand betrieben, um „das Echte“ wieder zu bekommen.

„Im Endeffekt hat es gar keine Wirkung gehabt, da hätte ich auch genauso gut ‘nen Schluck Wasser oder

was trinken können, [...] ganz ehrlich, da sollen sie lieber irgendwo, keine Ahnung, gar nicht erst produzieren, wenn es sowieso keinen Effekt hat.“

Das Ziel nahezu aller Teilnehmer unserer Gesprächsgruppen war, die Kortisoneinnahme auf ein Minimum zu reduzieren.

Lungenfunktionsmessung

Die Selbstkontrolle durch ein Peak-Flow-Meter wurde nur von einem Teil der Gruppenteilnehmer genutzt. Nur drei Personen gaben an, ihre Medikation auch entsprechend der Ergebnisse anzupassen. Einige der männlichen Teilnehmer zeigten sich als begeisterte Protokollanten und Kurvenzeichner der Messwerte. Leider war die Interpretation der (auch mitgebrachten) Zeichnungen sehr fehlerhaft.

Schulungen/Kuren/Sport

Nur wenige der Teilnehmer hatten über ihren Arzt eine Asthma-Schulung vermittelt bekommen. Bis auf eine Ausnahme, berichteten die wenigen Teilnehmer, die eine Kur gemacht hatten durchweg positiv über das Gelernte aus den Asthma-Schulungen. Zwei der jungen Erwachsenen hatten als Kinder an Schulungen teilgenommen und davon sehr profitiert. Weitere Teilnehmer hatten im Rahmen von Kuraufenthalten aufgrund anderer Indikationen (Rückenprobleme, psychosomatische Erkrankungen etc.), Entspannungsverfahren kennen gelernt und dabei die Erfahrung gemacht, dass sich diese auch positiv auf das Asthma auswirkten. Entsprechende Hinweise seitens der behandelnden Hausärzte oder Pneumologen gab es aber nur vereinzelt.

Ambulante Asthmaschulungen waren gänzlich unbekannt. Deren Existenz wurde von den meist berufstätigen Teilnehmern mit großem Interesse zur Kenntnis genommen. Die Existenz von Lungensportgruppen war nur zwei Teilnehmern geläufig. Sie bekamen die Teilnahme sogar vom Hausarzt verordnet. Dass sportliche Betätigung und Bewegung für einen an Asthma Erkrankten gesundheitlich förderlich sein kann, musste von den Betroffenen entweder durch Zufall selber entdeckt oder auf Anraten von anderen Betroffenen erfahren werden. Konkrete Empfehlung seitens der Ärzte scheint es hierzu nicht gegeben zu haben.

DMP

Diejenigen Patientinnen und Patienten, die ins DMP Asthma eingeschrieben sind, fühlten sich besser betreut von ihren Ärzten. Die Therapie habe sich dadurch jedoch nicht verändert. Überrascht waren die Projektmitarbeiter von der Tatsache, dass unter den jungen Erwachsenen nur einem der Teilnehmer das DMP Asthma namentlich bekannt war und kein einziger am DMP teilnahm.

Informationsquellen

Informationen über das Asthma als Erkrankung, das Leben mit Asthma, Arzneimittel und Therapien sowie Alternativen oder Ergänzungen zur Arzneimittel-Therapie wurden in allen Fokusgruppen in erster Linie der Apothekenzeitung entnommen oder stammten vom behandelnden Hausarzt. Darüber hinaus wurde deutlich, dass sich die Informationssuche je nach Altersgruppe unterschiedlich gestaltet: Während die Älteren eher auf Print-Medien, hier in erster Linie die Apothekenzeitung, zurückgriffen, spielte das Internet bei der jüngeren Generation eine wichtigere Rolle.

Allerdings suchten und strebten die jungen Erwachsenen in deutlich geringerem Umfang nach Informationen zu ihrer Krankheit. Diese wird am liebsten so gut wie möglich ignoriert und vergessen.

„Ich habe mich so wirklich nicht über Asthma informiert, dadurch, dass ich das schon so lange habe, ehm, bin ich so dran gewöhnt, ich habe es einfach für mich akzeptiert, dass ich mir da keine Gedanken und keine weitere Information geholt habe.“

Erwartungen und Wünsche

Besonders hervorgehoben wurde von den Patienten in allen Gruppen, dass sie sich wünschen vom Arzt in ihrer Individualität gesehen zu werden. Vor allem männliche Teilnehmer wollen ernst genommen; Teilnehmerinnen möchten in ihrer Eigenverantwortlichkeit unterstützt werden. Ein Hauptproblem sei die oft fehlende Zeit für ausführliche Erklärungen, Einweisungen in die Handhabung der Medikamente etc. Stellvertretend für viele sei hier der Wunsch einer Patientin zitiert:

„Wenn es einem wirklich schlecht geht, also dass man wirklich in eine ganz starke Erkältung oder Lungenentzündung oder was weiß ich nicht bekommt, dass man dann wirklich, wenn man zum Arzt geht, auch dran kommt. Und nicht ‚Sie können kommen, ja, aber mit Wartezeit‘.“

Hinsichtlich der in Praxen anfallenden Wartezeiten wurde vor allem von jungen Teilnehmern die Befürchtung geäußert, den Arbeitsplatz dadurch zu gefährden und das Verständnis von Kollegen und Chefs über Gebühr zu strapazieren:

„Da habe ich Wartezeiten von mindestens zwei Stunden und wenn ich das zum Arbeitgeber sage [...] gelegentlich hat jeder da Verständnis für, aber ‘ne gewisse Regelmäßigkeit ist [...] nicht tolerierbar.“

Durchgängig wünschten sich die Patienten, dass die Medikamentengabe auf das Minimum reduziert wird: „so

viel wie nötig, so wenig wie möglich“. Der Wunsch nach einem besseren Austausch zwischen Haus- und Fachärzten war in allen FG präsent. Die Teilnehmer haben die Erfahrung gemacht, dass ihre Ärzte sich nicht immer miteinander abstimmen. Wenn bspw. die Medikationen verändert oder von einer der Parteien als nicht zielführend eingestuft wurden, führte das zu einer starken Verunsicherung seitens der Patienten. Manche Teilnehmer erlebten dies auch geradezu als Loyalitätskonflikt:

„Also, ich bin sowieso immer in der Schwebe zwischen Hausarzt, Arzt und Lungenfacharzt. Wo gehe ich jetzt hin? Hausarzt übergehen und gehe zum Lungenfacharzt, dann ist der Hausarzt sauer, weil er denkt, dass ich ihn übergehe. [...] Da fühle ich mich also sehr unwohl in dieser Rolle drin.“

Zusätzlich wünschten sich die Patienten im größeren Umfang therapeutische Maßnahmen, die nicht auf die Medikamente fokussieren, sondern auf Schulungen, Anleitungen oder Anregungen dazu, was sie selber sinnvolles zur Unterstützung der Therapie tun könnten.

„Ich wünsche mir, dass ein Arzt nicht immer gleich aufschreibt, sondern Alternativen mir auch aufzeigt.“

„Wir hatten bei uns auf Kur auch autogenes Training. Das war eigentlich auch sehr gut. Da hat man seinen Körper dann auch unter Kontrolle gebracht.“

„Und dann habe ich halt Yoga gehabt. Das war ja richtig toll und ich kann es leider Gottes nicht wirklich in mein Leben integrieren. Aber das ist auch noch ein Ziel.“

„Wie auch schon mein Arzt, hat mir auch nie gesagt machen Sie Sport, dass hat er wirklich nie gesagt, das sind alles Sachen, die ich mir dann selber, ja auch durch ne andere Ärztin, wenn auch angeregt wurde und es geht auch bei schweren Asthmatikern irgendwann auch ohne schwerste Antibiotika, Kortison und Asthmamitteln, wenn man was für sich tut und das wird zu wenig in einer Allgemeinmedizin Praxis, wo man 3 Minuten hat, besprochen.“

Das Bedürfnis nach dem Einbeziehen von komplementärmedizinischen Verfahren in die Behandlung wurde wiederholt artikuliert.

„...ich weiß aber, dass dies Medikament mir hilft. Nur wenn ich sie mir mal kaufen sollte, also die Naturheilmittel, dann ist mir das einfach zu teuer. Ich kann es mir nicht leisten.“

„Habe mich mit Akupunktur behandeln lassen, mit Kräutertees und ich muss sagen, es geht mir seitdem fantastisch, eh, ich habe ganz selten überhaupt Asthma.“

„Wenn ich wirklich mal keine Luft kriege, macht sie mir Nadeln ins Ohr und nach ner Stunde merke ich, dass ich wieder Luft kriege.“

„Bei Asthma, der nicht allergisch ausgelöst wird, sondern durch Belastung, psychisch, unter Stress oder so, dass dann wirklich so ein Ding von Blockaden ist, dass diese Akupunktur auch gut greifen kann.“

Vorläufiges Fazit

Alle Patienten, die an den FG teilgenommen haben, wünschen sich eine, ihren individuellen Bedürfnissen angepasste Behandlung, einen Arzt, der sie ernst nimmt, sich für Diagnose

und Therapie Zeit nehmen kann und nicht nur Medikamente verordnet. Sie möchten, dass ihr Arzt gemeinsam mit ihnen nach individuellen Wegen, auch jenseits von Arzneimitteln, sucht. Sie möchten lernen, wie sie mit ihrer Erkrankung am besten gut und aktiv leben können und wünschen sich dabei den Rat des Arztes. Diese Wünsche der Patienten schei-

nen den meisten Hausärzten nur partiell bekannt zu sein. Die verschiedenen Verbände können das Erreichen dieser Ziele durch eine zielgruppenorientierte Informationspolitik unterstützen.

„In der deutschen Medizin überhaupt nie an [...] die Selbstverantwortung des Patienten appelliert. Das man selber auch dafür verantwortlich ist, wie

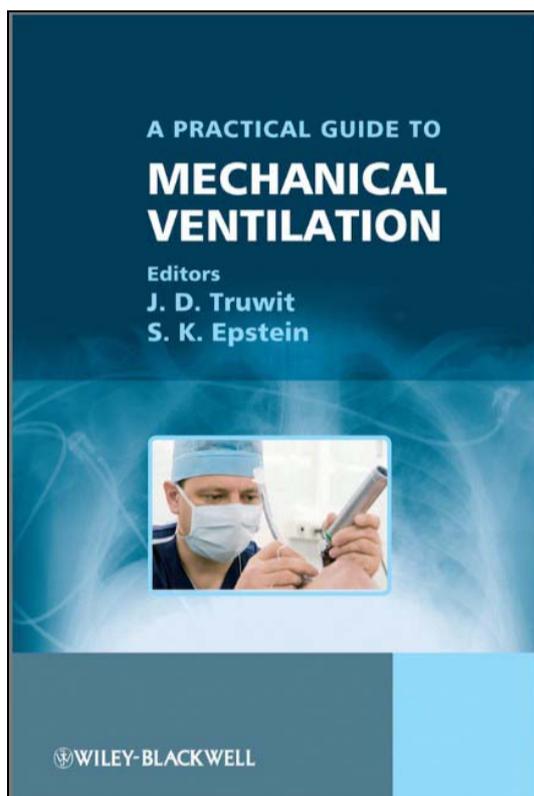
es einem geht, das ist nie Thema. Es werden immer irgendwelche Medikamente verschrieben und ‚Schauen Sie mal, wie Sie damit zurechtkommen, sonst probieren wir nächstes Mal was anderes aus‘.“

* Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit durchgehend die männliche Form verwendet, gemeint sind aber immer Frauen und Männer.

Dr. Heidrun Lingner, MPH
Susanne Heim
Gustav Ramholz
Prof. Dr. Eva Hummers-Pradier

Quelle: Pressekonferenz der Deutschen Atemwegsliga „Optionen für eine bessere Versorgung von Patienten mit Asthma und COPD“ im Rahmen des DGP-Kongresses, 7. April 2011 in Dresden

Referenzwerk für Intensivstationen



J. D. TRUWIT, Division of Pulmonary & Critical Care
S. K. EPSTEIN, Department of Medicine
(Hrsg.)

Practical Guide to Mechanical Ventilation

2011. 366 Seiten. Broschur.
ISBN: 978-0-470-05807-7
€ 77,90

A case-orientated and practical guide to one of the core techniques in respiratory medicine and critical care.

Here is a practical introduction to the equipment, techniques, and protocols of mechanical ventilation. It is a comprehensive reference guide to both invasive and non-invasive procedures, together with detailed guidance on weaning from mechanical ventilation.

Each section is accessible and clinically relevant, and each topic is illustrated by clinical cases and decision-making algorithms.

The book is intended for medical postgraduates and professionals, as well as for trainees in respiratory medicine, critical or intensive care, and anesthesia in hospitals and medical centers.

Wiley-VCH
Postfach 10 11 61 • D-69451 Weinheim
Fax: +49 (0)6201 606 184
e-Mail: service@wiley-vch.de • www.wiley-vch.de

 **WILEY-VCH**

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

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG
Prof. Dr. Rainer W. Hauck

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

REDAKTION
Bettina Baierl (-431)
bettina.baierl@wiley.com

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

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

MEDIABERATUNG
Miryam Preußner
Tel.: 06201 / 606-127
miryam.preusser@wiley.com

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. 16/35. Jahrgang
Berlin, im Juni 2011

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

ZKZ 30371

www.medreports.de

 **WILEY-BLACKWELL**