

Aus dem Inhalt

► Schwerpunkt: Beatmungsmedizin/schlafbezogene Atmungsstörungen	
OSA-Behandlung mit PAP und Wirkung auf subjektive Symptome	Seite 4
Natürlicher Verlauf schlafbezogener Atmungsstörungen in der Pubertät	Seite 8
OSA-Risiko bei Koronarer Herzkrankheit	Seite 9
Auswirkungen leichter OSA bei Erwachsenen	Seite 12
Schlafbezogene Atmungsstörungen und posturale Stabilität bei Tag	Seite 12
Diagnose einer obstruktiven Schlafapnoe mittels Patientenfoto	Seite 14
Folgen nächtlicher Entsättigung bei Stroke-Unit-Patienten	Seite 16
Zusammenhang zwischen Tagesschläfrigkeit, OSA und Komorbiditäten	Seite 16
Genauigkeit eines OSA-Schlaftests zu Hause	Seite 18
Endothelfunktion und Intima-media-Dicke bei OSA ohne Komorbiditäten	Seite 18
Kollapsibilität des Pharynx im Schlaf	Seite 20
Kollaps-Phänomen während Chartis-Bewertung der Kollateralventilation	Seite 20
Unterkiefer-Protrusions-Zahnschienen bei OSA	Seite 19
Biomarkerkinetik in der Vorhersage Beatmungs-assoziiertes Pneumonie	Seite 25
► Asthma/Allergien	
Hustenhäufigkeit in der Beurteilung der Asthmakontrolle	Seite 4
Langzeitprognose bei Asthma, COPD und ACOS	Seite 6
Fluticasonfuroat/Vilanterol bei symptomatischem Asthma	Seite 15
Mepolizumab bei schwerem eosinophilem Asthma	Seite 18
Persistierendes Asthma im Kindesalter, Entwicklung der Lungenfunktion	Seite 24
► COPD	
Wirkung endobronchialer Coils auf Belastungstoleranz bei Emphysem	Seite 8
Eosinophile und Risiko für COPD-Exazerbationen	Seite 9
Mangelnde Gesundheitskompetenz und deren Folgen für COPD-Outcomes	Seite 10
Indacaterol-Glycopyrronium versus Salmeterol-Fluticason bei COPD	Seite 14
Entwicklung der Zahlen moderater bis schwerer COPD in Schweden	Seite 15
Duale Bronchodilatation mit LAMA/LABA bei stabiler COPD	Seite 16
Systematischer Review zu Tiotropium und COPD-Exazerbationen	Seite 22
Affektive Dimension der Dyspnoe zur Phänotypisierung bei COPD	Seite 22
COPD and SYstemic consequences-COMorbidities NETwork (COSYCONET)	Seite 22
Langzeitsicherheit von Glycopyrronium bei COPD in der GEM3-Studie	Seite 24
Baseline-Eosinophile als Marker für Ansprechen auf ICS bei COPD	Seite 25
► Pneumo-Onkologie	
Lungenkrebsinzidenz nach negativem Erstbefund bei Niedrigdosis-CT	Seite 10
Management krebsassoziiertes venöser Thrombembolien	Seite 20
► Verschiedenes	
Orale pharmakologische Nikotinentwöhnung versus Pflaster und Placebo	Seite 3
Marihuana-Konsum und Auswirkungen auf die Lunge	Seite 3
Respiratorische Folgen einer Magenverkleinerung mittels LAG	Seite 3
Einführung allergener Nahrungsmittel in die Ernährung gestillter Kinder	Seite 4
Zeit bis zum ersten Antibiotikum bei ambulant erworbener Pneumonie	Seite 6
Antazid-Therapie bei Patienten mit Idiopathischer Lungenfibrose	Seite 6
Intensives körperliches Training für Patienten mit akutem Lungenversagen	Seite 8
Prospektive Studie zu längerer Ozonexposition und Mortalität	Seite 10
Chirurgische Lungenbiopsie aufgrund interstitieller Lungenerkrankung	Seite 12
Einsatz von Antikoagulantien bei IPF-Patienten	Seite 14
Erstvorstellung von Pneumonie-Patienten in der Notaufnahme	Seite 15
Adalimumab anstelle von Infliximab bei Sarkoidose	Seite 19
Symptome bei Rauchern mit erhaltener Lungenfunktion	Seite 24
Diagnose diffuser parenchymaler Lungenerkrankungen	Seite 25
► Forschung, Hochschule & Verbände	Seite 26
► Industrie	Seite 28
► Termine	Seite 38

Editorial

Geben Fragebögen gute Antworten?

Mit Fragebögen ist das in der Medizin so eine Sache. Einerseits stellen sie ein Instrument für die strukturierte, standardisierte Anamnese dar. Andererseits werden sie gerne skaliert und mittels mathematischer Operationen ausgewertet, sodass am Ende ein numerisches Resultat steht, das eine Vermessbarkeit komplexer Phänomene suggeriert. In der Schlafmedizin findet die Epworth Schläfrigkeitsskala (ESS) breite Anwendung.¹ Hilft uns das?

Die Konstruktion eines Tests in Fragebogenform stellt eine wissenschaftliche Herausforderung dar. Zunächst müssen Validität und Reliabilität sichergestellt werden: Misst der Fragebogen wirklich das, was er messen soll, und sind die ermittelten Werte für Menschen mit gleichen Befunden auch gleich hoch? Auch die interne Konsistenz des Fragebogens ist von Bedeutung: Trägt tatsächlich jede Frage entscheidend zum Gesamtergebnis des Tests bei? Ziel ist dabei ein möglichst kurzer Fragebogen, der ziemlich genau zwischen verschiedenen Zuständen (z. B. gesund und krank) unterscheiden und diese möglichst noch klassifizieren kann. Für die Verwendung im Alltag spielt zudem noch eine Rolle, ob der Fragebogen für persönliche oder telefonische Interviews oder zum Selbstausfüllen konstruiert wurde. Bei der Übersetzung in andere Sprachen ist eine Hin- und Herübersetzung erforderlich, gleichzeitig beeinflussen kulturell bedingte Unterschiede die Testergebnisse.

Viele dieser Anforderungen wie Validität und Reliabilität sind beim ESS erfüllt, insbesondere liegt eine offizielle deutsche Übersetzung vor.² Der ESS stellt ein vergleichsweise einfaches Instrument dar. In 8 Items werden verschiedene Situationen beschrieben, für die jeweils die Wahrscheinlichkeit einzunicken als Zahlenwert angegeben werden soll. Bewusst wurde bei der Auswahl der Items ein breites Spektrum täglicher Aktivitäten abgebildet, die ein unterschiedliches Potenzial zur Schlafinduktion mit sich bringen. Legt man sich nach dem Mittagessen hin und hat die Gelegenheit einzuschlafen, so geht dies mit dem gleichen Punktwert in das Ergebnis ein wie die Wahrscheinlichkeit, beim Autofahren während einer verkehrsbedingten kurzen Pause einzuschlafen. Wir wissen inzwischen, dass der Sekundenschlaf am Steuer vor allem



Herausgeber: Justus de Zeeuw

während monotoner Phasen, die eine ungeteilte Daueraufmerksamkeit erfordern, auftreten kann. Schläft ein Fahrer hingegen im dichten Straßenverkehr ein, während er das Fahrzeug kurz stoppen muss, so ist dies höchst alarmierend. Alle Items haben bei der Auswertung das gleiche Gewicht, und das scheint eine Schwäche des Fragebogens zu sein.

Ursprünglich galt für den ESS ein Wert von 2–10 Punkten als gesund, inzwischen wurde diese Spanne auf 0–10 Punkte korrigiert. Mehr als 10 Punkte werden als pathologisch im Sinne exzessiver Tagesmüdigkeit gewertet. Der Entwickler selbst betont allerdings, dass der ESS keinesfalls ein Instrument zum Ausschluss oder Nachweis einer Schlafstörung darstellt. Er misst lediglich die durchschnittliche Bereitschaft einer Person, in bestimmten Situationen einzuschlafen. Die Punktwerte des ESS korrelieren kaum mit dem polysomnographisch erhobenen Befund, insbesondere dem Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI). Dennoch ist der ESS von Interesse, da eine Verbesserung des Punktwertes durch die Therapie des OSAS in vielen Studien belegt wurde und daraus auch eine Verringerung des Leidensdruckes abgeleitet werden kann.³

In einer aktuell publizierten Studie wurde untersucht, inwiefern sich die Ergebnisse des ESS in der Selbst- und Fremdbewertung unterscheiden.⁴ Interessant war dabei primär, dass sich bei der Beurteilung durch den Partner ein signifikant höherer ESS-Wert ergab als bei der Beurteilung durch den Betroffenen selbst

Fortsetzung siehe Seite 3