

## Aus dem Inhalt

### ► Schwerpunkt: Beatmung/schlafbezogene Atmungsstörungen

Einhaltung der CPAP-Therapie bei obstruktiver Schlafapnoe.....	Seite 3
Beatmung beim Adipositas-bedingten Hypoventilationssyndrom .....	Seite 3
Vermeidung nächtlicher Rückenlage bei obstruktiver Schlafapnoe.....	Seite 4
Schlafstörungen bei CF und PCD mit und ohne Pankreas-Insuffizienz.....	Seite 5
Effekt einer Langzeit-CPAP bei Patienten mit OSA und CV-Erkrankung.....	Seite 9
CPAP-Therapie mit Telemonitoring bei Patienten mit OSA .....	Seite 10
Folgen einer OSA bei hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie.....	Seite 10
Vorhersage postoperativer Komplikationen bei Obstruktiver Schlafapnoe....	Seite 22

### ► Asthma/Allergie

Auswirkungen dynamischer Überblähung bei Asthmapatienten.....	Seite 5
Maßnahmen zum Selbstmanagement bei Kindern mit Asthma.....	Seite 6
Merkmale von Kindern mit Asthma und hohem Mortalitätsrisiko.....	Seite 6
Vitamin-D-Status und Asthmakontrolle .....	Seite 8
Schimmelbelastung im Hausstaub und Zusammenhang mit Asthmakontrolle. Seite	9
Gastroösophagealer Reflux bei Patienten mit schwerem Asthma.....	Seite 10
Exazerbationsrisiko bei Asthmapatienten mit geringer Lungenfunktion .....	Seite 12
ATLANTIS-Studie: Dysfunktion der kleinen Atemwege bei Asthma .....	Seite 17
Asthma, COPD und häusliches Umfeld.....	Seite 18
Asthma und schulische Leistung bei Stadtkindern.....	Seite 20
Vergleich von Hand-Spirometern und Spirometrie in Praxis und Klinik .....	Seite 20

### ► COPD

Aclidinium, schwere CV-Ereignisse bei COPD-Hochrisikopatienten .....	Seite 3
Effekt von Indacaterol/Glycopyrronium auf Lungenperfusion, -ventilation..	Seite 4
Biomarker und klinische Outcomes bei COPD.....	Seite 4
Kanadische Studie: Wer betreut COPD-Patienten eigentlich? .....	Seite 5
Nutzen einer Kombinationstherapie bei COPD.....	Seite 6
Prävalenz von Vorhofflimmern bei terminaler COPD und Sauerstofftherapie ..	Seite 9
Körperliche Aktivität von COPD-Patienten im Alltag nach Lungenreha .....	Seite 13
Determinanten des CAT-Score bei COPD-Patienten in Mittel- und Osteuropa. Seite	14
COPD als Risikofaktor für Suizid .....	Seite 19
Endobronchiale Coils bei fortgeschrittenem Emphysem.....	Seite 19

### ► Infektionen

PH: Diagnostische Genauigkeit einer körperlichen Untersuchung .....	Seite 8
Effekt von Carvacrol nach Senfgasexposition.....	Seite 8
Eigenschaften bei Interstitieller Pneumonie mit Autoimmun-Merkmalen.....	Seite 13
Nasen-Rachen-Mikrobiom und Infektionen der unteren Atemwege .....	Seite 14
β-Lactam/Macrolid-Therapie bei ambulant erworbener Pneumonie.....	Seite 16
Corticosteroide in der Behandlung ambulant erworbener Pneumonien.....	Seite 22

### ► Pneumo-Onkologie

Erlotinib-Mono versus Erlotinib plus Bevacizumab bei EGFR* NSCLC .....	Seite 12
Daten zur Lungenkrebs-Screening-Landschaft in den USA.....	Seite 16
Mit Nikotinkonsum assoziierte Primärkarzinome nach Lungenkrebs.....	Seite 22

### ► Verschiedenes

CAT in der Beurteilung des Gesundheitszustandes bei CTD-ILD.....	Seite 12
Hyperreaktivität der Atemwege bei Kindern mit Atemwegssymptomen.....	Seite 13
SAE bei IPF-Patienten in den Placebo-Armen von sechs klinischen Studien..	Seite 14
Vitamin-C-Supplementierung bei schwangeren Raucherinnen.....	Seite 16
Inzidenz der NCF-Bronchiektasie in Deutschland.....	Seite 17
Zeit bis zur ersten Antibiotikadosis nach Einlieferung in Notaufnahme .....	Seite 18
Progressionsereignisse bei Idiopathischer Lungenfibrose unter Pirfenidon..	Seite 21

### ► Forschung, Hochschule & Verbände .....

### ► Industrie.....

### ► Termine .....

## Editorial

### Macht Erfahrung den Meister?

„Erfahrung macht den Meister“ sagt der Volksmund. Trifft diese Weisheit auch auf den Beruf des Arztes zu? Gerade der kontinuierliche, immense Wissenszuwachs in der Humanmedizin lässt auch die Vermutung zu, dass mit den Jahren das erlernte Wissen veraltet oder moderne Prozeduren nicht mehr eingeübt werden können.

In nahezu jedem Fachgebiet sind über die Jahre Paradigmenwechsel zu beobachten: Galten Betablocker Anfang der 1990er-Jahre bei der Behandlung der Herzinsuffizienz noch als kontraindiziert, so stellen sie heute die Standardtherapie dieser Erkrankung dar. Die in der Vergangenheit favorisierte strenge Bettruhe bei tiefer Beinvenenthrombose ist heute einer frühen Mobilisation gewichen. Anti-inflammatorische Bedarfstherapie bei Asthma bronchiale – früher ein Widerspruch in sich, heute in allen Stufen der Therapie die bevorzugte Option.<sup>1</sup> Schlägt man in nur wenige Jahre alten Lehrbüchern nach, so findet man zahlreiche Beispiele, die den schnellen Wandel in Diagnostik und Therapie dokumentieren.

Kann der einzelne Arzt mit den Änderungen der Erkenntnisse auf seinem Fachgebiet Schritt halten? Ist die Pflicht zur regelmäßigen Fortbildung eine wirksame Methode, um einen aktuellen Wissensstand sicherzustellen?

Eine unlängst veröffentlichte Beobachtungsstudie aus den USA lässt daran Zweifel aufkommen.<sup>2</sup> Die Autoren untersuchten dabei den Zusammenhang zwischen dem Alter des behandelnden Arztes und der 30-Tages-Mortalität bei stationär behandelten Patienten. Die Auswertung von über 700.000 Datensätzen erbrachte ein überraschendes Ergebnis: Bei den in der Studie erfassten 18.854 Ärzten korrelierte die Sterblichkeit der Patienten mit einem höheren Lebensalter – des Arztes! Dabei wurden jeweils Ärzte im selben Krankenhaus miteinander verglichen, um den Einfluss unterschiedlicher Versorgungsstrukturen auszugleichen. Der beobachtete Effekt war bei Ärzten mit geringer bis mittlerer Patientenzahl (bis 200 pro Jahr) zu verzeichnen, bei hoher Fallzahl pro Arzt (mehr als 200 pro Jahr) ergab sich kein Unterschied. Unmittelbar auf deutsche Verhältnisse übertragen lässt sich diese Studie nicht – dazu sind die Rahmenbedingungen zu unterschiedlich. Beispielsweise gibt

es sogenannte Krankenhausärzte in den USA erst seit 1996.<sup>3</sup>

Wie ist die Beobachtung, dass bei älteren Ärzten eine höhere Sterblichkeit der Patienten zu verzeichnen ist, zu erklären? Die naheliegende Vermutung, dass mit zunehmender Erfahrung komplexere und schwerere Erkrankungen behandelt werden, die naturgemäß eine höhere Mortalität aufweisen, werden durch das Design der Studie entkräftet: Einerseits wurden in den beobachteten Krankenhäusern Patienten in der Regel unabhängig vom der Krankheitsschwere einem Arzt zugeteilt. Andererseits stellen die Autoren auch dar, dass sich Komorbiditäten und Krankheitsschwere der Patienten über alle Altersgruppen der Ärzte ziemlich gleichmäßig verteilen.

Grundsätzlich kann überlegt werden, ob man nach Abschluss des Medizinstudiums und der Facharzttausbildung mehr vergisst, als man dazulernt. Dies würde allerdings dem unter Medizinern gängigen Narrativ widersprechen, dass wir im Laufe unserer Tätigkeit verschiedene Phasen durchlaufen: Von der berechtigten Unsicherheit des Berufsanfängers über die unberechtigte Sicherheit des Arztes in Weiterbildung bis zur berechtigten Sicherheit des erfahrenen Arztes. Allerdings wird diese Erzählung meist noch weitergesponnen – zur Phase der unberechtigten Unsicherheit. Ist das eine mögliche Erklärung?

Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen klinischer Erfahrung und Versorgungsqualität – insbesondere unter Berücksichtigung der Nutzung von Fortbildungsangeboten – war Thema eines systematischen Reviews, der vor einigen Jahren in den „Annals of Internal Medicine“ publiziert wurde.<sup>4</sup>

Die Ergebnisse dieses systematischen Reviews zeigen ein ähnliches Bild wie die zuvor zitierte Studie: Es besteht offenbar ein Gefälle in der Versorgungsqualität mit zunehmender Dauer der ärztlichen Praxis. Dieses ist

Fortsetzung auf Seite 2 .....