

Editorial	Seite 2
Im Gespräch Prof. Dr. med. Markus Solèr	Seite 3
Weiterbildung	Seite 4
Diverses/Personelles	Seite 4
Kontaktadressen	Seite 4

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Therapie nach GOLD

Die COPD wird Ärzte in Praxis und Spital künftig zunehmend beschäftigen. Die GOLD-Richtlinien helfen bei der Wahl der optimalen Langzeittherapie.

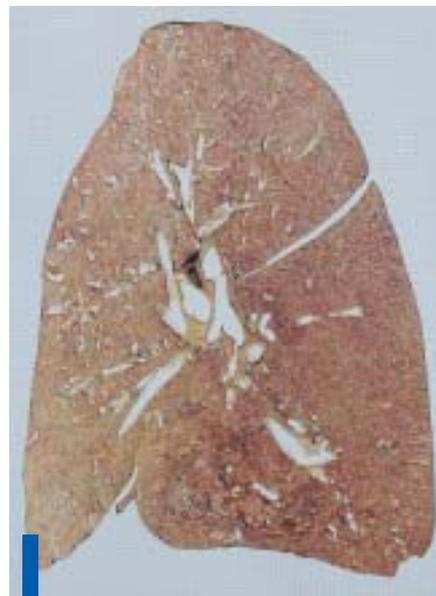
Neues Konzept für die Angehörigenbetreuung auf der Intensivstation

Die Mitarbeitenden einer Intensivstation pflegen einen engen Kontakt zu den Angehörigen eines Patienten und den ihnen nahe stehenden Personen. Die Sorge um den lebensbedrohlich erkrankten Menschen führt bei Angehörigen oft zu erhöhtem Stress und kann in einer Krise enden. Eine individuelle Unterstützung der Angehörigen ist deswegen äusserst wichtig und eine grosse Herausforderung für das Intensivpflegepersonal.

Die Mitarbeiter der Intensivpflegestation (IPS) des St. Claraspitals haben aus diesem Grund zum Thema Angehörigenbetreuung ein spezielles Konzept erarbeitet. Das gesamte Personal wurde für die formulierten Richtlinien sensibilisiert und geschult.

Zu den wichtigsten Punkten in der Angehörigenbetreuung von Intensivpatienten gehört die von ärztlicher und pflegerischer Seite zugesicherte fachliche und menschliche Kompetenz, das Mitgefühl, Trost und Verständnis für die besondere Situation des Angehörigen. Klare Strukturen, ausführliche Information sowie die Bereitschaft zur Hilfestellung bei der Bewältigung der Krisensituation vermitteln den Angehörigen das notwendige Vertrauen in dieser schwierigen Phase.

Bewährt haben sich am St. Claraspital die offenen Besuchszeiten nach Absprache über Zeitpunkt und Dauer des Besuchs sowie das 24-Stunden-Auskunftsangebot für Angehörige mit Direktwahl zum Pflegepersonal. Der besonderen Bedeutung, die der Angehörigenbetreuung zukommt, wurde beim Umbau der neuen IPS des St. Claraspitals mit der Einrichtung eines speziellen Besprechungszimmers für Angehörige entsprochen.



Normale und COPD-Lunge (mit Anthrakose und Emphysem) im Dünnschnitt.

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist Folge eines chronischen entzündlich-destruktiven Prozesses, welcher meist durch Zigarettenrauchen bedingt ist. In unterschiedlichem Masse sind dabei Aspekte der chronischen Bronchitis und des Lungenemphysems beteiligt. Hauptsymptome sind Anstrengungsdyspnoe, chronischer Husten und Auswurf. Bei der Diagnosestellung nimmt der Nachweis einer Obstruktion mittels Spirometrie eine zentrale Stellung ein, wobei die weitgehend fehlende Reversibilität der Obstruktion nach Inhalation eines Beta-2-Agonisten die COPD spirometrisch definiert (Abbildung 1a auf S.2: postbronchodilatatorische Erstsekundenkapazität/forcierte Vitalkapazität (FEV₁/FVC) <70%). Die Einschränkung des FEV₁ wird dabei in erster Linie durch das Ausmass des Bronchialkollapses bei forcierter Expiration bestimmt, welches die Lungenparenchymdestruktion reflektiert. Bron-

chialmuskelspasmus, Schleimhautödem und Dyskrie spielen dagegen bei der COPD eine untergeordnete Rolle.

Anamnestic Aspekte spielen bei der Abgrenzung zum Asthma die zentrale Rolle. In der Spirometrie ist die Obstruktion beim Asthma bronchiale typischerweise reversibel (Abbildung 1b auf S. 2).

Rauchstopp als einzige Intervention

Der Rauchstopp ist bisher die einzige Intervention, welche die Geschwindigkeit der weiteren Abnahme der Lungenfunktionsreserven bei COPD vermindern kann. Alle anderen Interventionen beeinflussen lediglich Symptome oder die Häufigkeit von Exazerbationen. Die Pharmakotherapie der COPD richtet sich nach dem Schweregrad der Erkrankung, gemessen am Erstsekundenvolumen (FEV₁) und bezweckt in erster Linie eine Linderung der Anstrengungsdyspnoe. Auch bei

(Fortsetzung Seite 2)

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Das Hauptthema der vorliegenden Clara Aktuell Informationsschrift ist der Pneumologie gewidmet. Unsere beiden Pneumologen, Prof. Dr. Markus Solèr und Dr. Macé Schurmanns, nehmen Stellung zur Diagnostik, Prophylaxe und Therapie der COPD. Dabei werden auch wegweisende Charakteristika für die Unterscheidung von COPD und Asthma bronchiale aufgezeigt. Als entscheidende Massnahme zur Prophylaxe und Therapie der COPD wird der Rauchstopp hervorgehoben. Im vorliegenden

Interview nimmt Prof. Solèr auch Stellung zur Indikation der Sauerstoffbehandlung und Operation für COPD-Patienten.

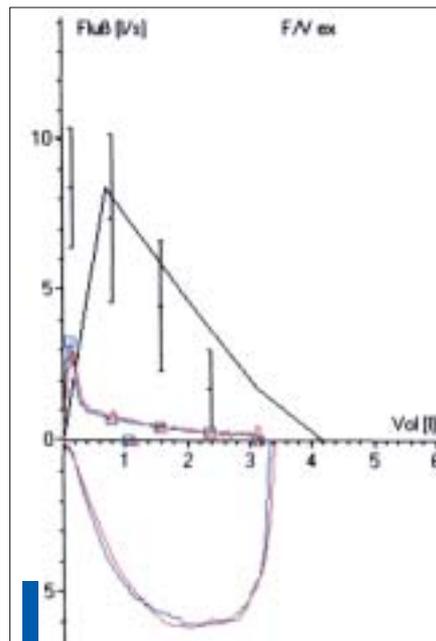
Des Weiteren stellen unsere Mitarbeiter der Intensivpflegestation ein Konzept zum Thema Angehörigenbetreuung vor. Dieses Konzept trägt einem echten Bedürfnis Rechnung und setzt ein weiteres Zeichen der hohen Betreuungsqualität unserer Intensivpflegestation.

Abschliessend müssen wir leider im Laufe dieses Monats beruflich Abschied nehmen von unserem langjährigen Chefarzt Urologie, PD Dr. Marcus Rist, welcher uns während der letzten 15 Jahre mit Rat und Tat zur Seite stand.

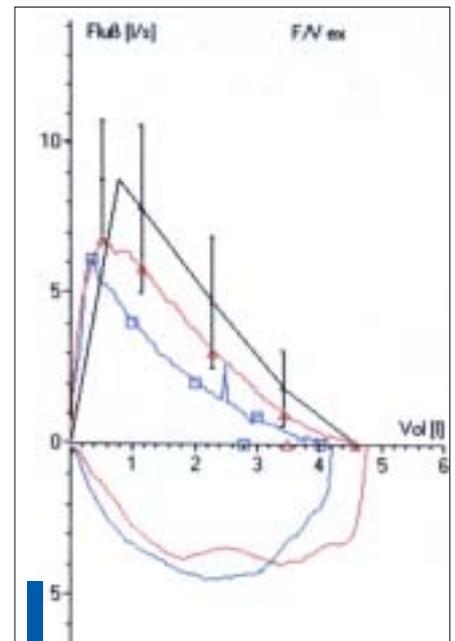
Wir hoffen, dass auch die vorliegende Ausgabe von Clara Aktuell auf Ihr Interesse stossen wird und wünschen Ihnen viel Vergnügen bei der Lektüre.

Prof. Dr. Christian Ludwig
Prof. Dr. Markus von Flüe

(Fortsetzung von Seite 1)



1a. Fluss-Volumen-Kurve eines 58-jährigen COPD-Patienten mit schwerer Obstruktion (FEV₁/FVC 33%), welche nach Inhalation eines Bronchodilatators (Salbutamol) nicht reversibel ist. Das postbronchodilatatorische FEV₁ beträgt 34%, d.h. GOLD-Stadium III.



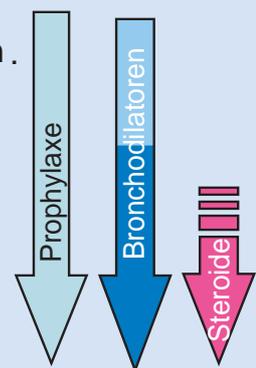
1b. Fluss-Volumen-Kurve eines 63-jährigen Asthma-Patienten mit leichter Obstruktion (FEV₁/FVC 66%, FEV₁ 77% Soll), welche nach Inhalation eines Bronchodilatators vollständig reversibel ist (postbronchodilatatorisch FEV₁ 97% Soll).

fehlender akuter Reversibilität des FEV₁ können Bronchodilatoren zu einer Symptomverbesserung führen: durch Verminderung der Lungenüberblähung wird die Atemarbeit und damit die Dyspnoe reduziert und die Belastbarkeit gesteigert.

Die Einteilung in Schweregrade nach GOLD (Global Initiative for Obstructive Lung Disease) resultiert in einer Therapieempfehlung, die sich nach dem postbronchodilatatorischen Erstsekundenvolumen (FEV₁) richtet (siehe Tabelle unten). Bei dieser Empfehlung für Pa-

COPD-Therapie: GOLD-Stadien.

I. mild	FEV ₁ >70%pred
II. mittelschwer	FEV ₁ 50-70%
III. schwer	FEV ₁ 30-50%
IV. sehr schwer	FEV ₁ <30%



FEV₁/FVC < 70% (obstruktive Ventilationsstörung), Stadieneinteilung gemäss postbronchodilatatorischem FEV₁ in % des Sollwertes. Patienten mit FEV₁ 30-50% und Vorliegen einer respiratorischen Insuffizienz (PaO₂ < 7.3 kPa oder 55 mmHg) werden als «sehr schwer» (Stadium IV) eingestuft.

PROPHYLAXE: Rauchstopp! jährliche Grippeimpfung, Pneumokokkenimpfung alle 5 Jahre.

BRONCHODILATATION: Bedarfsinhalationen mit kurzwirksamen Bronchodilatoren (Beta-2-Agonisten oder Ipratropiumbromid) für allen Stadien, langwirksame Bronchodilatoren (Beta-2-Agonisten oder Tiotropium) ab Stadium II.

STEROIDE: Für Patienten mit FEV₁ 30-50% (Stadium III) mit repetitiven Exazerbationen (>2 Exazerbationen pro Jahr) werden inhalative Steroide empfohlen.

Interview mit Prof. Dr.med. Markus Solèr

tienten in stabilem klinischen Zustand sind die kurzwirksame Bronchodilatoren zur Bedarfsinhalation bei allen Stadien indiziert (www.goldcopd.com). Ab dem GOLD-Stadium II können langwirksame Bronchodilatoren (Beta-2 Agonisten oder Tiotropium) als Erhaltungstherapie eingesetzt werden. Inhalative Kortikosteroide sind erst bei fortgeschrittenen Stadien sinnvoll, und nur dann, wenn es zu repetitiven Exazerbationen kommt (>2 pro Jahr), oder im Stadium IV mit $FEV_1 < 30\%$ Soll. Rauchstopp, regelmässige körperliche Aktivität, die jährliche Grippeimpfung und alle 5 Jahre eine Pneumokokkenimpfung sind bei allen COPD-Patienten zu empfehlen. Pulmonale Rehabilitation wird ab Stadium II sinnvoll, Langzeit-Sauerstofftherapie ist erst bei respiratorischer Insuffizienz indiziert (pO_2 im stabilen Zustand $< 7,3$ kPa).

Therapie für COPD-Exazerbationen

Für COPD-Exazerbationen, definiert durch vermehrtes, purulentes Sputum und vermehrte Dyspnoe, ist in erster Linie eine Steroidtherapie mit Prednison 40mg/d während 7–10 Tagen indiziert. Oft sind diese Exazerbationen viral ausgelöst. Bei schweren Exazerbationen können auch Bakterien beteiligt sein, sodass bei Vorhandensein aller drei der oben genannten Symptome zusätzlich eine empirische Antibiotikatherapie sinnvoll wird. In der akuten Exazerbation sind regelmässige Inhalationen von Bronchodilatoren mittels Düsenvernebler oft hilfreicher als Trockenpulver oder Dosieraerosole, deren korrekte Inhalationstechnik unter schwerer Atemnot oft schwierig zu realisieren ist.

Die COPD wird heute mehr und mehr als systemische Erkrankung, meist assoziiert mit Comorbiditäten, verstanden: COPD-Patienten zeigen Veränderungen in verschiedenen Organsystemen, welche auch zur Morbidität und Mortalität der Krankheit beitragen. Im kürzlich vorgeschlagenen BODE-Index werden vier verschiedene Faktoren berücksichtigt (Body-Mass-Index, FEV_1 , Schweregrad der Dyspnoe und 6-Minuten Gehstrecke), welche zusammengefasst eine genauere prognostische Aussage bezüglich Überleben ermöglichen als die bisherigen, alleine aufs FEV_1 abgestellten Prognosen. Diese Daten unterstreichen die Bedeutung von Rehabilitation (medizinische Trainingstherapie) und Ernährung bei fortgeschrittener COPD.

Dr. Macé Schuurmans
Prof. Dr. Markus Solèr

Prof. Solèr, der Begriff COPD wird in den letzten Jahren vermehrt auch in der Laienpresse verwendet. Warum diese neue grosse Bekanntheit?

Gemäss Prognosen der Weltgesundheitsorganisation WHO wird die COPD in den nächsten 10–15 Jahren zur dritt-wichtigsten, zum Tode führenden Erkrankung weltweit gesehen. Diese Prognose hat dazu geführt, dass die amerikanische Regierung und vor kurzem auch die Europäische Union dem Problem COPD und Nikotinsucht vermehrt Bedeutung beimessen, entsprechende Informationskampagnen und Internetsites aufgestartet haben.

Darf man denn dem Rauchen die alleinige Schuld an der Entwicklung der COPD geben?

Das Zigarettenrauchen ist sicherlich der wichtigste Einfluss der zur Entwicklung einer COPD führt. Natürlich gehört dazu auch ein gewisses Mass an genetischer Veranlagung zur Entwicklung dieser Krankheit, indem nicht alle Raucher in gleichem Masse von einer COPD betroffen werden. In einem quantitativ bedeutend kleineren Masse sind irritierende Noxen am Arbeitsplatz und Umweltschadstoffe mit anzuführen, die allerdings auch die nichtrauchende gesunde Bevölkerung betreffen, die kaum je eine COPD entwickelt.

Die Sauerstoffbehandlung für COPD-Patienten zuhause ist vor einigen Jahren in die Kritik gekommen, als der teurere Flüssigsauerstoff in der Schweiz vermehrt Verwendung fand. Welche Rolle spielt die Sauerstofftherapie heute?

Für COPD-Patienten mit fortgeschrittener Hypoxämie ($PaO_2 < 7,3$ kPa) gemessen unter stabilen Bedingungen, ist die Langzeitsauerstofftherapie während mehr als 14 Stunden pro Tag nach wie vor eine der wenigen sowohl die Lebensdauer als auch die Lebensqualität verbessernden Massnahmen die wir diesen Patienten offerieren können. Die Flüssigsauerstofftherapie, die deutlich mehr kostet als die Sauerstofftherapie mittels Sauerstoffkonzentrator, kommt dabei v.a. für diejenigen Patienten in Frage, die sich noch öfters ausserhalb des Hauses bewegen und deshalb auf eine mobile Sauerstoffquelle mit genügenden Reserven angewiesen sind. Die Datenlage bezüglich der Wirksamkeit



dieser Therapie ist unbestritten und im wesentlichen seit über 20 Jahren unverändert.

In den letzten Jahren ist auch eine Operation für COPD-Patienten in die Schlagzeilen gekommen. Wird die Raucherlunge jetzt zur chirurgischen Indikation?

Sie sprechen die Lungenvolumenresection an, die auch als Emphysem-Chirurgie bezeichnet wird und für ausgewählte Fälle unter den COPD-Patienten nach wie vor in Frage kommt. Diese Operation beeinflusst im Wesentlichen die Atemmechanik günstig, sofern ein ausgeprägtes Emphysem mit Lungenüberblähung vorliegt, welches v.a. die Zwerchfellfunktion stark beeinträchtigen kann. Diese Form und Ausprägung des prädominanten Lungenemphysems ist bei fortgeschrittener COPD allerdings nicht die Regel. Entsprechend kann diese Operation nur wenigen ausgewählten Patienten als Therapieoption angeboten werden. Bei richtiger Selektion verspricht diese Operation, die auch am Claraspital durchgeführt wird, eine deutliche Verbesserung der Dyspnoesymptomatik, der körperlichen Leistungsfähigkeit, der Lebensqualität und möglicherweise auch des Überlebens.

Prof. Solèr, wir bedanken uns für das Gespräch.

Weiterbildung für Ärzte

St. Claraspital/Mehrzweckraum,
5. Stock:

Gastroenterologisches Kolloquium

Nächster Termin:
11. 9. 2006

Interdisziplinäre chirurgisch-internistische Fortbildung

Mittwochmorgen 7.45 h
(Kaffee ab 7.30 h)
Nächste Termine:
21. 6. 2006: Thema: Insulintherapie bei Diabetes – alte und neue Insuline; Prof. Dr. Th. Peters, Stoffwechszentrum SCS

16. 8. 2006: Thema: Harnsäure als kardiovaskulärer Risikofaktor, Dr. med. Andreas Serra, Oberarzt Universitätsspital Zürich, Klinik für Nephrologie

Rapportraum im 1. Stock- Mittelbau:

Chirurgisch-onkologisches Tumor-Board

Jeden Dienstag 7.40–8.15 h
In Zusammenarbeit mit der Abteilung Radio-Onkologie des Universitätsspitals Basel-Stadt (Frau Prof. Dr. med. Ch. Landmann)

Endokrinologisch-diabetologische Fallbesprechungen

Mittwoch 17.30–18.15 h
Leitung:
Prof. Dr. Th. Peters/Prof. Dr. J.J. Staub

Nächste Termine:
Sommerpause

Personelles

Abschied von Dr. Marcus Rist

PD Dr. Marcus Rist, Chefarzt Urologie am St. Claraspital, übergibt auf den 1. Juli 2006 sämtliche Aufgaben seinem Nachfolger PD Dr. Tobias Zellweger und tritt in den wohlverdienten Ruhestand. Dr. Marcus Rist folgte vor 15 Jahren, im Juli 1991, einem Ruf von Prof. Peter Tondelli, der erkannt hatte, dass die expandierende Abdominalchirurgie mit onkologischem Schwerpunkt durch eine Urologische Abteilung gleicher Ausrichtung bereichert werden kann.

Geschätzte Persönlichkeit

Dr. Marcus Rist gelang es, aufgrund seiner grossen Erfahrung als Chirurg und Organisator innert kurzer Zeit eine von Patienten und zuweisenden Ärzten gleichermaßen geschätzte und zunehmend frequentierte Abteilung aufzubauen. Er konnte als vielseitiger Urologe das ganze urologische Spektrum anbieten und führte anspruchsvolle uro-/onkologische Operationen bis hin zum plastischen Organersatz durch. Das hohe Niveau seiner Tätigkeit konnte über die vielen Jahre mit der medizinisch-technischen Evolution mithalten und Innovationen angemessen berücksichtigen.

Begabter Rhetoriker

PD Dr. Marcus Rist hat auch als Organisator und guter «kritischer Geist» in vielen Projekten zur Weiterentwicklung des St. Claraspitals beigetragen. Zudem ist er ein begabter Rhetoriker. Seine Vorträge waren bei Fachpublikum wie bei Laienzuhörern sehr beliebt. Er verstand es, sowohl



PD Dr. Marcus Rist

komplizierte Zusammenhänge verblüffend einfach und verständlich darzustellen als auch bei scheinbar trivialen Dingen interessante und weitgehend unbekannt Details aufzuzeigen. Seine Vorträge waren stets gewürzt mit einer Prise seines hintergründigen Humors und warfen einen Blick über den Tellerrand hinaus.

Über viele Jahre war PD Dr. Marcus Rist auch als Dozent an der Medizinischen Fakultät des Universitätsspitals Basel tätig. Seine Vorlesungen wurden von den Studenten sehr geschätzt.

PD Dr. Marcus Rist hinterlässt seinem Nachfolger eine gut funktionierende Abteilung mit ausgezeichnetem Teamgeist. Wir wünschen ihm für seine weitere Zukunft alles erdenklich Gute.

Dr. Anatol Zynamon

Diverses

Umwandlung des Therapiebads

Die moderne Physiotherapie setzt vermehrt auf aktive Therapien für Prävention und Rehabilitation, will Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit, Koordination und Schnelligkeit der Patientinnen und Patienten fördern.

Am 19. Juni 2006 beginnen nun im Claraspital die Arbeiten zur Umwandlung des Therapiebades in einen zweiten Turnsaal. Der Umbau ermöglicht uns, Therapien, die Leistung und Belastbarkeit fördern, verstärkt anzubieten und gewährleistet den reibungslosen Ablauf gleichzeitig durchgeführter Gruppen- und Einzeltherapien. Wir sind überzeugt, dass unsere Patientinnen und Patienten von dieser Neuerung profitieren.

Die drei Monate dauernden Bauarbeiten werden neben dem laufenden Betrieb durchgeführt. Die Eröffnung des neuen Turnsaales ist für den 18. September 2006 geplant.



Gastric-Banding-Patienten bei der Gruppentherapie im Turnsaal.

Kontaktadressen

Hauptzentrale

Telefon ++41 61 685 85 85
Fax ++41 61 691 95 18
E-mail scs@claraspital.ch

Allgemeinchirurgie

Prof. Dr. med. M. von Flüe
Telefon ++41 61 685 84 80
Telefax ++41 61 685 83 37

Medizin

Prof. Dr. med. Ch. Ludwig
Telefon ++41 61 685 84 70
Fax ++41 61 685 83 47

Anästhesie

Dr. med. J. Bläss
Telefon ++41 61 685 84 83
Fax ++41 61 685 86 37

Radiologie

Dr. med. Ch. Looser
Dr. med. A. Zynamon
Telefon ++41 61 685 82 85
Fax ++41 61 685 85 79

Urologie

PD Dr. med. M. Rist
Telefon ++41 61 685 85 23
Fax ++41 61 685 82 61

Nuklearmedizin

Telefon ++41 61 685 82 50
Fax ++41 61 685 82 55

Ernährungszentrum

Prof. Dr. Th. Peters
Telefon ++41 61 685 89 40
Fax ++41 61 685 89 41

Orthopädie

Dr. med. R. Mendelin
Telefon ++41 61 685 84 93
Fax ++41 61 685 86 57
Dr. med. J. Skarvan
Telefon ++41 61 685 84 90
Fax ++41 61 685 86 57

Lungenfunktion

Telefon ++41 61 685 84 74
Fax ++41 61 684 84 67

Gastroenterologische Endoskopie

Telefon ++41 61 685 84 76
Fax ++41 61 685 84 58

Stoma-Therapie

Telefon ++41 61 685 86 65
Fax ++41 61 685 86 59

Bronchoskopie

Telefon ++41 61 685 84 73
Fax ++41 61 685 84 69

Kardiologische Funktionsdiagnostik

Telefon ++41 61 685 83 80
Fax ++41 61 685 89 97

Bettendisposition Chirurgie

Telefon ++41 61 685 84 79
Fax ++41 61 685 84 66

Bettendisposition Medizin

Telefon ++41 61 685 86 70
Fax ++41 61 685 83 40

Notfallstation

Fax ++41 61 685 82 47

Impressum

Herausgeber:

St. Claraspital
Kleinriedenstrasse 30
Postfach
CH-4016 Basel
Telefon ++41 61 685 85 85
Fax ++41 61 691 95 18
E-mail scs@claraspital.ch

Konzeption, Prepress, Fotos:

Edition Colibri AG – Rittmann

Redaktion:

Prof. Dr. Th. Peters, St. Claraspital
E-mail: stoffwechsel@claraspital.ch
Ralph Schröder, Edition Colibri AG
E-mail: ralph.schroeder@rittmann.ch

Druck:

Birkhäuser + GBC

© Nachdruck nur mit Nennung
der Quelle