

Leitfaden zur Abklärung Dyspnoe in der pneumologischen Praxis

D. Köhler
A. Hellmann

Clinical Pathway for the Evaluation of Dyspnea in Outpatients Pulmonary Care

Leitlinien gibt es selbst in der Pneumologie inzwischen sehr viele, national wie international, wobei manche Themen besonders beliebt sind. Zum Asthma gibt es inzwischen ca. 25 internationale Leitlinien. Drückt man diese mit ihren Anhängen aus, so kommt man auf knapp 10 000 Seiten. Leitlinien haben heute den Charakter von konzentrierten Handbuchauszügen, aber mit dem Vorteil, meist nach 2–3 Jahren aktualisiert zu werden. Insofern haben sie eine wichtige inhaltliche wie auch politische Funktion. Für die praktische ärztliche Tätigkeit vor Ort sind sie jedoch infolge ihrer Materialfülle kaum geeignet, was die Praxis eindrücklich zeigt.

Auf der anderen Seite findet man häufig etablierte Schemata, die ohne große Absprachen für die klinische Praxis erstellt wurden. Diese haben ein oft sehr robustes Leben und werden von der einen Assistenzgeneration zur nächsten vererbt. Die aktuelle Qualitätsdiskussion kann sich nicht in Leitlinien erschöpfen, die oft in den entscheidenden Fragen der Praxis keine Hilfe bieten. Aus diesem offensichtlichen Mangel heraus, hat sich auch die Diskussion um clinical pathways entwickelt. Die clinical pathways sind spezifisch für eine Versorgungsstruktur und sollen Handlungsabläufe für bestimmte Krankheitssymptome bzw. Krankheitsbilder liefern (Abb. 1).

Nicht nur in Kliniken, sondern auch in pneumologischen Praxen gibt es verwandte Handlungsabläufe, die durchaus für einen Leitfaden taugen. Ziel ist es dabei, auf maximal 2 Seiten Handlungsempfehlungen zu geben, die zum einen eine gewisse Standardisierung erlauben, zum anderen aber adaptiert an den Einzelfall auch sofort verändert werden können. Mit solchem Leitfaden kann die ambulante pneumologische Versorgung infolge der Strukturierung sicher verbessert werden.

Der operationelle Druck der Legislative und der Krankenkassen fordert klare Transparenz und standardisierte Qualität bei definiertem Problem. Gesundheitspolitische Positionen lassen sich nur vertreten, wenn eine definierte, flächendeckende und homogene Behandlungsstruktur vorzuweisen ist. Deshalb ist die Diskussion über einen Praxisleitfaden nicht ein weiteres Folterwerkzeug einer Kontrollbürokratie, sondern wichtige Voraussetzung für die Überlebensfähigkeit unseres Faches.

Um einen solchen Leitfaden überschaubar zu halten, muss seine Struktur an das Patientenklintel bzw. an die Vortestwahrscheinlichkeit angepasst werden. Im beiliegenden Falle ist der erste Versuch eines Leitfadens zur Abklärung der Dyspnoe in Absprache mit dem BdP und der DGP entstanden. Dieser Leitfaden würde z. B. für allgemeinärztliche Praxen oder für nicht pneumologische bzw. pneumologische Kliniken ganz anders aussehen, da eben hier die Häufigkeitsverteilung der Atemnot eine andere ist.

Der vorliegende Fall stammt aus der Praxis und ist mit zahlreichen Kolleginnen und Kollegen abgesprochen. Wie im Leitfaden beschrieben, ist es eine Orientierung, die eben auf Details verzichtet. So wird z. B. eben nicht nachgefragt, wie die Obstruktion definiert ist oder wie der Hyperreagibilitätstest durchgeführt werden soll. Dazu ist der Pneumologe ja Facharzt, um das beurteilen zu können.

Wir wollen mit diesem Leitfaden einen Versuch starten. Abhängig von seiner Akzeptanz sollen weitere zu häufigen Standardproblemen folgen. Wir sind deswegen für entsprechende Rückmeldungen sehr dankbar. Das Schema ist eigentlich selbst erklärend. Erwähnenswert ist vielleicht, dass die COPD weiter diffe-

Institutsangaben

Krankenhaus Kloster Grafenschaft, Schmallenberg

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dieter Köhler · Krankenhaus Kloster Grafenschaft · 57392 Schmallenberg ·
E-mail: D.Koehler@fkkkg.de

Bibliografie

Pneumologie 2004; 58: 728–729 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2004-830043
ISSN 0934-8387

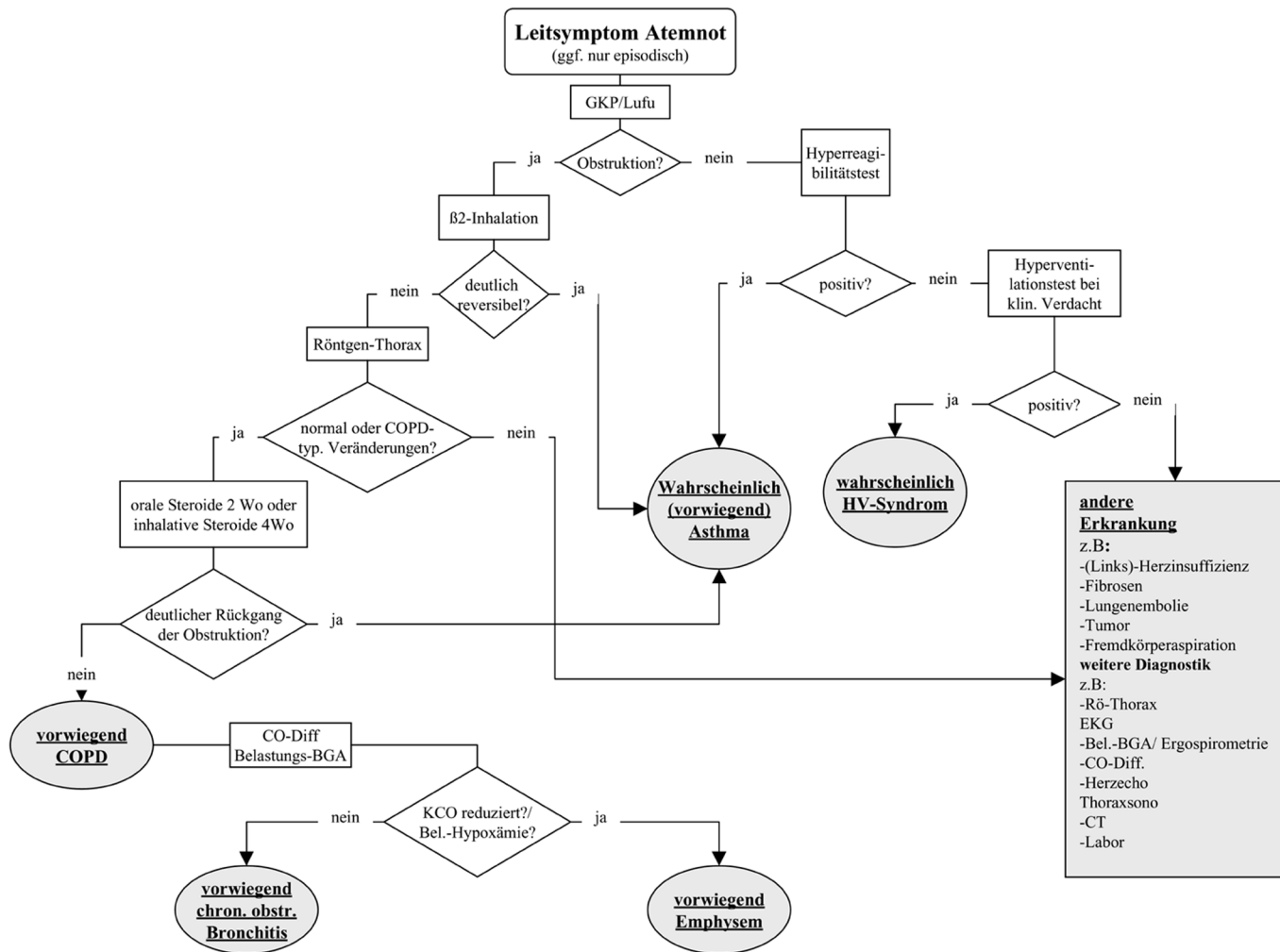


Abb. 1 Praxisleitfaden Pneumologie Abklärung Dyspnoe in der pneumologischen Praxis (chronisch oder episodenhaft). Ein Praxisleitfaden soll eine grobe Orientierung über Abläufe geben. Er ersetzt nicht Leitlinien, sondern ist eher diesen vorgeschaltet. Auch ersetzt er nicht das Nachdenken im Einzelfall, wo jederzeit Abweichungen möglich sind. Unschärfen z. B. sichtbar in fehlenden Grenzwerten sind aus Gründen der Übersichtlichkeit unvermeidbar.

renziert wird in den Grund der Leistungslimitation, also Überlastung der Atemmuskulatur infolge Obstruktion oder Limitation durch Belastungshypoxämie infolge vorwiegender Reduktion der Gasaustauschfläche (Emphysem). Dieses hat therapeutische Konsequenzen.

Der Hyperventilationstest ist mit aufgenommen, weil er praktisch eine nicht unerhebliche Rolle spielt, jedoch in vielen Praxen nicht angewandt wird.

Wir erwarten eine lebhafte Diskussion. Wir haben dazu auf der Homepage des Bundesverbandes ein Forum eingerichtet, auf dem die Auseinandersetzung erfolgen kann. Auf in den Kampf, haben Sie keine Hemmungen, wir nehmen Kritik auch per Fax entgegen (02972/791-2526).