

Wie sage ich es meinem Patienten?

Empathische Kommunikation als Schlüssel zum Erfolg

Bericht von der Fortbildungsveranstaltung „Therapie und Kommunikation oder: Wie sage ich es meinem Patienten?“ am 20. Juni 2012 in München

Gelungene Kommunikation ist ein Hauptgrund für die Zufriedenheit eines Patienten, der die fachliche Kompetenz des Arztes oft nur schwer beurteilen kann. Umgekehrt schafft misslungene Kommunikation unzufriedene Patienten – und zwar häufig unabhängig vom Behandlungsergebnis. Dies gilt im Besonderen für schwere chronische Erkrankungen wie Mukoviszidose (Cystische Fibrose, CF), die einen hohen Therapieaufwand erfordert und viele Patienten irgendwann mit der Notwendigkeit einer Lungentransplantation konfrontiert. Entscheidend in schweren Situationen – etwa wenn ein Patient von der Therapie überfordert ist oder die Medizin an ihre Grenzen stößt: Bringen Sie Ihrem Gegenüber Empathie entgegen, bevor Sie mit ihm das Fachliche besprechen.

Patienten oder Eltern eines Kindes mit einer schweren Erkrankung werden niemals vergessen, wie ihnen die Diagnose überbracht wurde. Gelingt die Kommunikation, fühlen sie sich auch bei ungünstigem Krankheitsverlauf gut begleitet. Macht der Arzt in dieser wichtigen Phase jedoch einen Fehler („Das Schlimmste war, wie der Arzt es uns gesagt hat. Er hat uns nicht mal richtig angesehen!“), wird auch eine gute Therapie das angeschlagene Arzt-Patient-Verhältnis nicht verbessern, erklärte Prof. Matthias Volkenandt, München. Während seiner Zeit als klinisch tätiger Dermatologe hat er u.a. Patienten mit metastasiertem Melanom betreut und persönlich immer wieder schlechte Nachrichten überbringen müssen.

Die Fragen, die sich bei vielen Patienten stellen, ähneln dabei grundsätzlich jenen bei Patienten mit CF, etwa: „Was machen wir, wenn...“ – in einem Fall die Chemotherapie, im anderen Fall das Antibiotikum „...nicht mehr wirkt?“ Übertragbar sind auch die Grundregeln der Kommunikation, deren Gelingen maßgeblich über Therapieverlauf und -erfolg ent-

scheiden kann. Denn Worte bezeichnen nicht nur Dinge, sondern schaffen eine neue Wirklichkeit.

Dies birgt auch Gefahren, da sich ein einmal ausgesprochenes Wort nicht zurückholen lässt. In schwierigen Situationen sollte man sich deshalb genau überlegen, was man sagt, und eher sparsam mit Worten umgehen. Schließlich steigt mit der Zahl der Worte die Gefahr, etwas Falsches zu sagen.

„Aber“-Sätze möglichst vermeiden

Das Gespräch mit dem Patienten ist die wichtigste ärztliche, pflegerische und – bei CF – auch physiotherapeutische Handlung. „In Nichts haben wir jedoch weniger Ausbildung als in der Kommunikation“, kritisierte Volkenandt. Aus Angst vor den eigenen Emotionen („Mein Kind ist in genau demselben Alter.“) oder auch vor den Emotionen des Patienten („Was mache ich, wenn er weint?“) werden schwierige Gespräche deshalb nicht selten vermieden. Ein typische Aussage lautet anschließend: „Da wusste ich gar nicht, was ich sagen soll.“

Am meisten benötigt der Patient die Zuwendung des Arztes (er steht im Folgenden stellvertretend für alle im medizinischen Sektor Tätigen) aber genau dann, wenn die Therapie an ihre Grenzen stößt. In einer solchen Situation muss man deshalb zulassen können, dass der Patient weint – ohne mit einem Satz wie „Aber, das wird schon wieder!“ zu reagieren. Dem Patienten hilft es viel mehr, wenn man sich zu ihm setzt, ihn in den Arm nimmt oder ansieht, und einfach nur für ihn da ist. Bricht der Arzt das Schweigen, dann möglichst mit einem „Ja“-Satz anstelle eines „Aber“-Satzes: „Ja, da kommen Ihnen die Tränen...“, oder „Ja, was soll sonst noch passieren, dass man weint?“. Einer der wichtigsten Sätze, so Volkenandt: „Ja, lassen Sie sich Zeit!“ – nach einer kurzen Pause des Schweigens gefolgt von „Lassen Sie uns überlegen, wie wir Ihnen dennoch helfen können.“

Die Ansicht „Kommunikation kann man oder man kann sie nicht“ bezeichnete Volkenandt als „großen Irrtum“. Denn jeder könne lernen, mit wenigen Mitteln und wenig Zeit viel zu erreichen. Schwierige Themen sollten möglichst im Sitzen besprochen werden – auch weil dem Patienten das Gespräch dann länger erscheint. Das Wort „ich“ („Das kann ich gut verstehen“) sollten Ärzte grundsätzlich sparsam verwenden. Schließlich geht es nicht um „mich“, sondern um den Patienten.

Entscheidend ist es, dem Gespräch einen Rahmen zu geben, in dessen Grenzen der Patient das Gesagte versteht und das Gesagte richtig im Sinne von wahrhaftig ist. Verschleiert man die Wahrheit, wird der Patient sie irgendwann doch erfahren – und das Vertrauensverhältnis ist zerbrochen. Nur wer die Wahrheit sagt, muss sich auch nicht für spätere Gespräche merken, was er gesagt hat.

Gefühle des Patienten zurückspiegeln

Die wichtigste Regel, die im Beruf und auch im privaten Umfeld gilt: Ein gelungenes Gespräch hilft dem Gegenüber zum einen auf der kognitiven Ebene („Ich habe die Informationen erhalten, die ich brauche.“). In nahezu allen Situationen geht es aber auch um die emotionale Beziehungsebene: „Ich bin gehört und auch verstanden worden.“ „Wir meinen irrtümlich, mit Patienten immer nur auf der fachlichen Ebene reden zu müssen. Zuerst sollten wir ihnen aber auf emotionaler Ebene begegnen und ihre Gefühle zurückspiegeln. Denn die fachlichen Informationen kommen nicht an, wenn der Empfänger der schlechten Botschaft sich wie in einem Wattebausch befindet“, sagte Volkenandt.

Eine klassische Situation aus der Onkologie, wie Kommunikation nicht verlaufen sollte: Der Patient sagt „Ich habe solche Angst vor der Chemotherapie“, und der Arzt entgegnet „Das brauchen Sie nicht“ – möglicherweise verbunden mit einer fachlichen Information wie „Gegen das Erbrechen gibt es doch Antiemetika.“ Hierdurch werden möglicherweise noch Ängste geschürt, wenn der Patient an etwas ganz anderes als das Erbrechen gedacht hat.

„Fragen kann nie schaden“

Das Fachliche sollte deshalb in einer schwierigen Situation immer über den Umweg der so genannten „empathischen Antwort“ vermittelt werden. Bei ihr

geht es nicht darum, zu beurteilen oder etwas argumentativ zu beantworten, sondern zunächst nur darum zu sagen „Ich höre dich und ich verstehe, was du meinst.“ Die eigene Meinung spielt keine Rolle. Durch aktives Zuhören mit Blickkontakt zeigt man dem Patienten zunächst, dass man ganz für ihn da ist – und gewinnt selbst Zeit zu überlegen, was man als erstes sagt. Hierbei sollte es sich möglichst um eine Frage handeln wie „Was genau meinen Sie? Bitte erzählen Sie“, oder „Wovor genau haben Sie Angst?“. Vorschnelle „Rat-Schläge“ würden vom Patienten oft als „Schlag“ empfunden. Es sei deshalb besser, das Motto „Fragen kann nie schaden“ zu beherzigen.

Konkret verdeutlichte Volkenandt dies am Beispiel eines onkologischen Patienten der sagt „Immer wieder diese furchtbaren Therapien. Viel lieber wäre mir, Sie würden mir eine Spritze zum Sterben geben.“ Eine typische Reaktion des Arztes wäre „So etwas dürfen Sie nicht sagen!“

Geeigneter aber wäre die global verwendbare Frage „Wie kommt es, dass Sie das jetzt auf einmal sagen?“ – „und plötzlich bricht es aus dem Patienten heraus“, so Volkenandt: „Niemand besucht mich mehr. Und die Schmerzen werden immer schlimmer.“

Ergreift der Arzt die Möglichkeit, das Gesagte zu spiegeln („Das Schlimmste für Sie ist also, dass Sie spüren, die Freunde ziehen sich zurück.“), kann er das Gespräch doch noch in eine positive Richtung lenken:

Arzt: „Gibt es nicht doch jemanden, der Sie besucht?“

Patient: „Doch, mein Bruder war gestern da.“

Arzt: „Ach, dann erzählen Sie doch mal...“

Auf diese Weise wird aus der empathischen Antwort ein „empathischer Tanz“.

Die als Ratschlag formulierte Frage

Besonders geeignet ist in vielen Fällen eine Strategie, die auf einen als Frage formulierten Ratschlag abzielt. Dies verdeutlichte Volkenandt an folgendem Beispiel aus der Onkologie:

Patientin: „Herr Doktor, ich habe solche Angst vor der Chemo.“

Arzt (das Gesagte widerspiegelnd und fragend): „Sie haben also Angst vor der Chemo. Wovor genau haben Sie Angst?“

Patientin: „Dann fallen mir doch die Haare aus.“

Arzt: Nicht „Da gibt es doch Perücken, und die zahlen die Kasse“, sondern – die Ängste der Patientin aufgreifend „Ach, das Schlimmste für Sie ist der Gedanke, dass die Haare ausfallen“, gefolgt von der Frage „Warum wäre das besonders schlimm?“

Patientin: „Dann sehen meine kleinen Kinder, wie krank ich bin.“

Arzt: „Am meisten fürchten Sie sich also davor, wie Ihre Kinder damit umgehen? Wie viele Kinder haben Sie denn? Haben Sie schon versucht, mit ihnen darüber zu reden?“

Auf diese Weise geht der „empathische Tanz“ kurze Zeit weiter – bis der Arzt mit einem als Frage formulierten Ratschlag die Führung übernehmen kann: „Würde es Ihnen gut tun, wenn wir mal über eine Perücke nachdenken? Oder wäre es hilfreich, wenn wir mit den Kindern reden?“

Aus der CF-Therapie spielte Volkenandt exemplarisch die folgenden Szenerien durch:

Beispiel eines jugendlichen CF-Patienten, dem die inhalativen Therapien zu viel sind:

Patient: „Mir ist das alles zu viel. Ich habe keine Lust mehr auf das ständige Inhalieren.“

Arzt (spiegelt die Aussage als Frage zurück): „Du willst die Therapien also nicht mehr machen?“

Patient: „Ja, genau! Mir wird das alles zu viel!“

Arzt: „Was stört dich denn am meisten?“

Patient: „Na, vor allem die viele Zeit, die ich dafür brauche. Die würde ich viel lieber mit meinen Freunden verbringen.“

Arzt (als voraussetzende Frage): „Ist das alles oder gibt es vielleicht sonst noch etwas, das dich stört?“

Patient: „Wenn ich jetzt so nachdenke, finde ich es eigentlich am Schlimmsten, dass meine Freunde dadurch immer wieder merken, wie krank ich bin.“

Arzt: „Ach das mach dir am meisten Sorgen: Dass deine Freunde davon erfahren?“ Dann erneut als voraussetzende Frage: „Und hast du vielleicht auch Sorgen, dass du beim Inhalieren nicht alles richtig machst?“

Patient: „Das stimmt. Manchmal bin ich mir wirklich nicht ganz sicher.“

Arzt (zeigt dem Patienten, dass es nicht nur ihm so geht und bringt ihm Verständnis entgegen): „Weißt du, das erzählen ganz viele. Und auch für uns ist das nicht schön, so viel von dir verlangen zu müssen. Es ist aber wirklich wichtig, dass du die Therapie durchführst. Was könnten wir tun, um dir zu helfen?“

Beispiel eines erwachsenen CF-Patienten, der immer häufiger eine i.v. Antibiotika-Therapie benötigt:

Patient: „Herr Doktor, was machen wir, wenn die Antibiotika irgendwann alle nicht mehr wirken?“

Arzt: Nicht: „Wissen Sie, es gibt demnächst ein neues Antibiotikum, das bestimmt hilft. Und die Forschung geht ja weiter. Da müssen Sie sich jetzt keine Sorgen machen.“

Stattdessen: „Sie sind also in Sorge, dass wir irgendwann keine Möglichkeiten mehr haben? Setzen wir uns doch einen Moment“. Nach dem Setzen die Sorgen des Patienten erneut als Frage zurückspeigelnd: „Sie haben also Angst, dass die Antibiotika bald nicht mehr wirken könnten? Das geht Ihnen momentan sehr durch den Kopf?“

Patient: „Ja, daran muss ich ständig denken.“

Arzt (wenn die Sorge begründet ist): „Es macht Ihnen also große Sorgen, und Sie spüren, dass die Therapie immer nur für kurze Zeit hilft?“

Patient: „Ja, das letzte Mal ist gerade vier Wochen her.“

Arzt: „Das stimmt, und das ist auch für uns eine große Sorge. Auch uns bedrückt es sehr, dass es Situationen gibt, in denen es immer schwieriger wird.“

Patient: „Aber was machen wir dann?“

Arzt: „Wir hoffen sehr, dass wir noch lange Zeit gute Möglichkeiten haben, die Infektion im Griff zu halten. Ich behandle Patienten, die in Ihrer Situation sind und bei denen es lange Zeit gut geht. Dennoch müssen wir auch daran denken, dass wir an eine Grenze kommen können“ – was der Patient ohnehin weiß. Der letzte Satz sollte aber immer eine positive Botschaft enthalten, etwa „Dennoch haben wir zum jetzigen Zeitpunkt eine Chance, die Infektion in den Griff zu bekommen.“ Fragt der Patient weiter, wäre eine mögliche Frage „Was wäre Ihre größte Sorge, wenn es doch nicht gelingt?“

Das Verschleiern der Wahrheit wäre falsch – brächte es den Patienten doch um die Möglichkeit zu sehen, was wichtig im Leben ist und die verbleibende Lebenszeit so gut wie möglich zu nutzen.

Beispiel eines Patienten im Finalstadium, der einen nicht mehr realisierbaren Wunsch äußert:

An diesem Beispiel erörterte Volkenandt die Technik der „Guided Imagination“.

Patient: „Herr Doktor, ich würde so gerne noch mal an die Nordsee fahren.“

Arzt: „Ach, an der Nordsee haben Sie wohl unglaublich schöne Dinge erlebt. Wie oft waren Sie denn dort? Und was hat Ihnen am besten gefallen? Erzählen Sie mir davon...“

Wie Volkenandt abschließend zu bedenken gab, können Ärzte, Pflegepersonal und Physiotherapeuten alles richtig machen – und trotzdem nichts versprechen. „Wir müssen Patienten deshalb eine andere Form der Sicherheit geben, womit wir in einen ganz anderen Bereich der ärztlich-pflegerischen Haltungen und Tugenden kommen. Wir können nicht versprechen, dass die Therapie wirkt. Wir können aber versprechen, ehrlich zu sein, erreichbar zu sein und uns fortzubilden – und vor allem können wir versprechen, empathisch zu kommunizieren“.

Patienten fühlen sich oft nicht verstanden

Bei Kindern mit CF lässt sich heute mit einem mehr oder weniger umfangreichen Therapieaufwand in aller Regel eine Stabilisierung erreichen. Im Erwachsenenalter hingegen kommt es irgendwann zu einem „Point of No Return“, d.h. der Therapieaufwand nimmt zu, ohne dass sich der Gesundheitszustand verbessert, sagte Dr. Carsten Schwarz, Leiter der CF-Erwachsenenambulanz an der Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Pneumologie/Christiane-Herzog-Stiftung der Charité Berlin. Eine gute Kommunikation ist dann sehr wichtig, wenn der Patient sagt „*Sie verlangen mir immer mehr ab – aber es geht mir immer schlechter.*“

Grundsätzlich haben Arzt und Patient oft das gleiche Ziel – Patienten aber trotzdem das Gefühl, vom Arzt nicht verstanden zu werden. Dies kann dazu führen, dass er Therapien nicht umsetzt. Ein Patient sollte deshalb aktiv nach seinen Wünschen befragt werden. „Was nicht gefragt wird, wird oft nicht mitgeteilt. Und selbst von Patienten, die man schon lange betreut, bekommt man manchmal erstaunliche Antworten“, so Schwarz. Als drei Prinzipien der Kommunikation nannte er:

1. die „Neuro-Logik“, d.h. der Patient muss dem Gesagten folgen können.
2. die „Psycho-Logik“, d.h. persönlichkeits-, wahrnehmungs- und beziehungsgerecht.
3. die „Sozio-Logik“, d.h. zielgruppen-, situations- und problemgerecht.

Im Sinne eines „Motivational Interviewing“ sollten Ärzte Patienten keine Ratschläge erteilen, sondern sie dabei unterstützen, ihre eigenen Veränderungsstrategien zu entwickeln. „Wir können noch so viele Vorschläge machen: Wenn sie nicht zum Patienten passen, wird er sie nicht umsetzen. Kann der Patient mitbestimmen, ist die Compliance besser, als wenn ich sage: Du musst!“, erklärte Schwarz. Für Ärzte sei es wichtig, dass sich die FEV₁ verbessert. Patienten hätten aber möglicherweise ganz andere Ziele vor Augen.

„Für eine Lungentransplantation geht es mir noch zu gut“

Sehr unterschiedlich ist die Wahrnehmung des Arztes und eines Patienten mit CF oft auch dann, wenn sich die Frage nach einer Lungentransplantation stellt. Denn selbst wenn die Indikation aus medizinischer Sicht gegeben ist, haben manche Patienten den Eindruck, ihr Gesundheitszustand sei noch zu gut. Es ist jedoch entscheidend, den richtigen Zeitpunkt der Transplantation („Transplantationsfenster“, Abb. 1)¹ nicht zu verpassen, sagte Dr. med. Susanne Nährig vom Mukoviszidose-Zentrum für Erwachsene der Ludwig-Maximilians-Universität München. Erfolgt sie zu früh, nimmt man dem Patienten Zeit, die er noch mit seinem eigenen Organ leben könnte. Aus naheliegenden Gründen sollte sie aber auch nicht erst dann erfolgen, wenn sich sein Allgemeinzustand bereits deutlich verschlechtert hat.

Überleben nach Transplantation hat sich verbessert

Der Internationalen Gesellschaft für Herz- und Lungentransplantation (ISHLT) wurden vom 1. Juli 2009 bis 30. Juni 2010 rund 3.200 Lungentransplantationen gemeldet². Insgesamt belief sich die Zahl in den letzten 28 Jahren auf weltweit mehr als 38.000 (Abb. 2). 27% der seit 1995 durchgeführten Doppellungentransplantationen erfolgten bei CF-Patienten und etwa ebenso viele bei Patienten mit chronisch obstruktiver Atemwegserkrankung (COPD). Als Faustregel bei CF galt früher, dass fünf Jahre nach Transplantation noch rund 50% der Patienten am Leben sind. Dies aber hat sich gemäß Daten der ISHLT auf etwa 7,4 Jahre verbessert (Abb. 3). Verglichen mit anderen Patienten – etwa jenen mit COPD – haben CF-Patienten damit einen eher günstigen Verlauf.

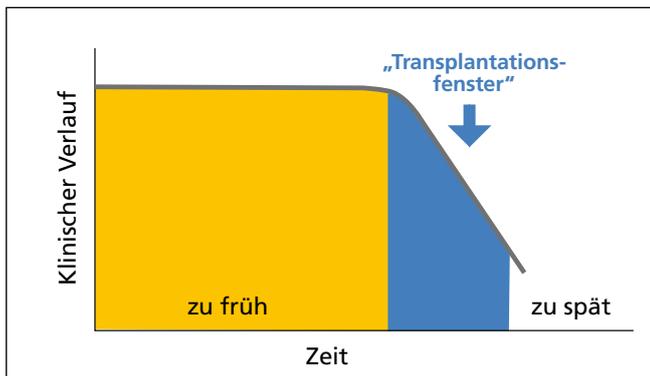


Abb. 1: Zeitraum („Fenster“), in dem die Lungentransplantation erfolgen sollte (mod. nach Marschall et al. 1990)

Bei CF-Patienten kommen die folgenden Kriterien hinzu^{5,6,7}:

- FEV₁ < 30% vom Soll
- PO₂ < 55 mmHg, pCO₂ > 50 mmHg
- Rasche Verschlechterung der FEV₁ (besonders bei jungen Frauen)
- Gesteigerte Frequenz von i.v. Antibiotikatherapien
- Exazerbationen, die zur Aufnahme auf die Intensivstation führen
- Massive Hämoptysen
- Pneumothorax
- Kachexie

Allgemeine Kriterien für eine Doppellungentransplantation gemäß der Internationalen Gesellschaft für Herz- und Lungentransplantation (ISHLT) und der „European Respiratory Society“ (ERS) sind^{3,4}:

- Alter < 60 Jahre
- Body Mass Index (BMI) > 18 bis < 30
- Keine Abhängigkeiten (Alkohol, Nikotin, Drogen, Schmerzmittel) > 6 Monate
- Keine psychischen Erkrankungen, gute Compliance
- Unterstützung durch soziales Umfeld gegeben

Anhand von Kasuistiken zeigte Nährig auf, welche Schwierigkeiten sich ergeben können. Unter anderem berichtete sie über einen Patienten der Erwachsenenambulanz, dessen FEV₁ von 2002 bis 2007 relativ stabil bei 20% vom Soll lag – und damit in einem Bereich, in dem man über eine Transplantation sprechen sollte. Dies ist in den fünf Jahren auch mehrfach erfolgt. Der Patient war aber der Meinung, noch nicht so weit zu sein. In einem Vortrag sagte er später: „Jedes Mal, wenn ich von Ärzten darauf angesprochen wurde, war es für mich wie eine Ohrfeige“, so Nährig. Ihre Erklärung: Mit der Transplantation spreche man auch die Möglichkeit

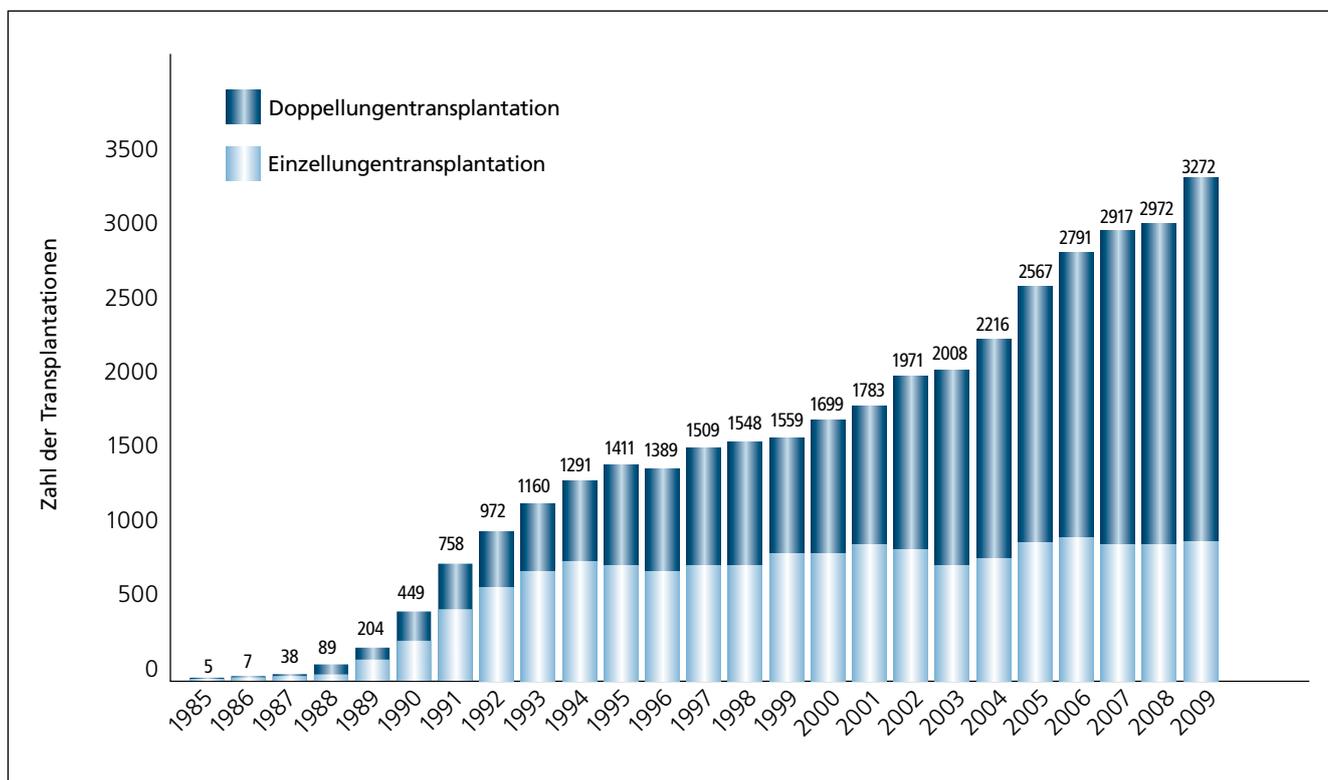


Abb. 2: Zahl der Lungentransplantationen, die der Internationalen Gesellschaft für Herz- und Lungentransplantation (ISHLT) von 1985 bis Ende 2009 gemeldet wurden (mod. nach Hertz MI et al. 2011)

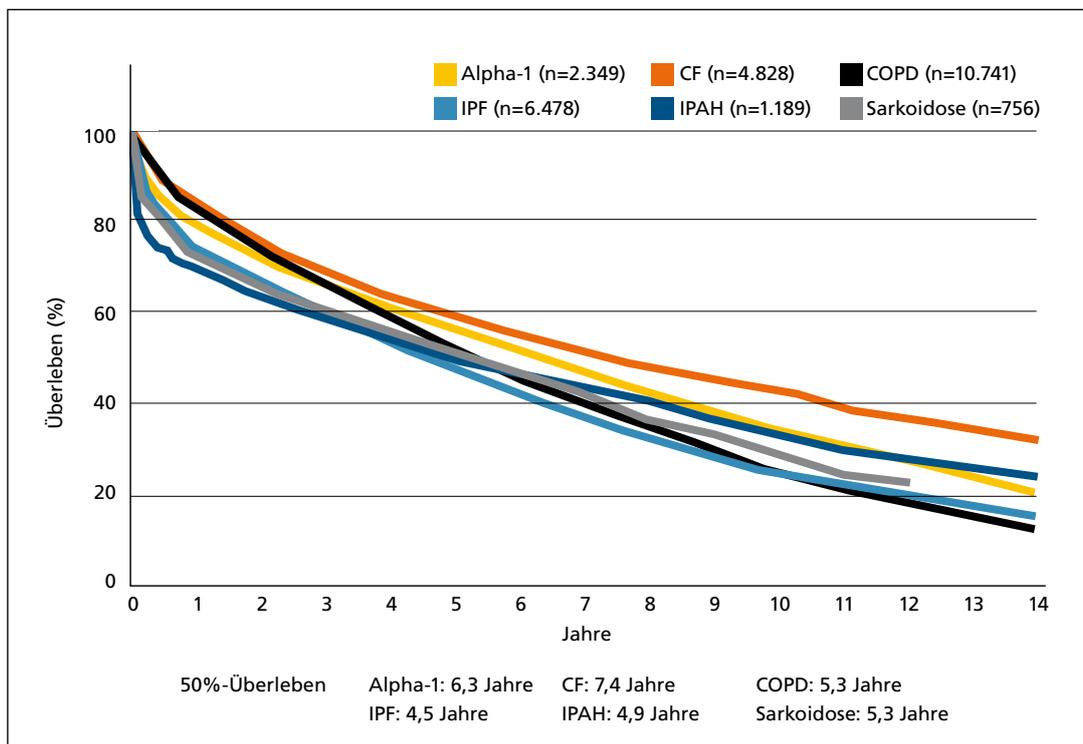


Abb. 3: Überleben erwachsener Patienten, die zwischen Januar 1990 und Juni 2009 lungen-transplantiert wurden. Alpha-1 = Alpha-1-Antitrypsinmangel, CF = Cystische Fibrose. COPD = chronisch obstruktive Atemwegserkrankung, IPF = idiopathische pulmonale Fibrose, IPAH = Idiopathische pulmonale arterielle Hypertonie (mod. nach Hertz et al. 2011)

an, der Patient könne sterben – und diese könne der Grund für die ablehnende Haltung sein.

Bei dem oben genannten Patienten kam es nach einem Spontanpneumothorax trotz eines insgesamt viermonatigen stationären Aufenthaltes sowie anschließender stationärer Rehabilitation zu einer deutlichen Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Zu einer Transplantation konnte er sich jedoch erst nach einem weiteren Pneumothorax entschließen.

Drei Tage nach Abschluss der Leistungsuntersuchungen verschlechterte sich die respiratorische Situation so gravierend, dass er als „High Urgency“ gelistet und 114 Tage auf der Intensivstation beatmet wurde. Die anschließende Transplantation brachte hinsichtlich der Lungenfunktion ein optimales Ergebnis – obwohl sich der Patient bereits weit rechts im „Transplantationsfenster“ befand. „So klappt es aber leider nicht immer, und man kann sich auch nicht darauf verlassen“, sagte Nährig. In einem zweiten Fall, den sie schilderte, verschlechterte sich die respiratorische Funktion der Patientin nach einem fieberhaften Infekt so gravierend, dass sie verstarb.

Informationen verständlich präsentieren

„Man kann aus all diesen Dingen lernen, dass die Wahrnehmung des Patienten oft eine ganz andere

ist als unsere“, so Nährig. Dies habe sicher viele psychologische Gründe, weshalb es sich empfehle, Patienten im Fall der Verschlechterung entsprechende Hilfe anzubieten. Interessant sei in diesem Zusammenhang eine randomisierte Studie, die 2006-2008 an neun kanadischen und fünf australischen Zentren durchgeführt wurde⁸. Alle 149 CF-Patienten wurden, wie am jeweiligen Zentrum üblich, über die Transplantation aufgeklärt und bekamen die Broschüre „Cystic Fibrosis and Lung Transplantation“ ausgehändigt⁹. Zusätzlich erhielten alle Patienten randomisiert einen verschlossenen Umschlag, den sie erst zu Hause öffnen durften. Bei Patienten der Interventionsgruppe enthielt er eine zusätzliche Entscheidungshilfe¹⁰ und das Passwort zu einer Website, auf der sie im Chat Fragen diskutieren konnten. In den Umschlägen der Patienten der Kontrollgruppe befanden sich leere Blätter.

Vor der Randomisierung und erneut drei Wochen später wurden die Kenntnisse zur Transplantation abgefragt. Konnten Patienten der Kontrollgruppe zu beiden Zeitpunkten nur 4% bzw. 6% der rund 70 Fragen richtig beantworten, stieg der Anteil in der Interventionsgruppe von 3% bei der ersten auf 41% bei der zweiten Befragung. Patienten der Interventionsgruppe konnten bei der zweiten Befragung auch die Risiken besser einschätzen und waren bei der Entscheidung weniger durch Konflikte belastet.

„Das ist ein Appell an uns alle, dass man den Patienten die Informationen so präsentiert, dass sie sie verstehen – im besten Fall auch noch schriftlich“, sagte Nährig. Hilfreich sei es auch, wenn vor der Entscheidung stehende Patienten mit bereits Transplantierten sprechen. Beim Anteil der Patienten, die sich für oder gegen die Transplantation entschieden, ergaben sich in der Studie keine Unterschiede. Sie wurden durch die Entscheidungshilfe somit nicht in eine bestimmte Richtung gedrängt.

Neuer Score zur Organvergabe

Fragen der Patienten betreffen auch die Änderung des Organvergabesystems, die im Dezember 2011 in Deutschland erfolgte. Gab es zuvor die drei Gruppen „transplantabel“, „urgent“ und „high urgent“, gilt seither der aus den USA übernommene „Lung Allocation Score“ (LAS)¹¹.

Berücksichtigt werden u.a. Alter, Größe, Gewicht und Diagnose. Dabei wird CF wegen der besseren Prognose höher gewichtet als z.B. COPD. Weitere Angaben betreffen u.a. Diabetes, Sauerstoffbedarf, Beatmung, verschiedene Lungenfunktionsparameter und den 6-Minuten-Gehtest. Bei maximal 100 erreichbaren Punkten sind Patienten mit Werten über 80 eigentlich zu krank für eine Transplantation. Bei Werten unter 30 ist die Wahrscheinlichkeit einer Transplantation ebenfalls gering.

Trockenpulverinhalatoren reduzieren Belastung durch die Therapie

Eine entscheidende Rolle spielt die Kommunikation zwischen Arzt und Patient bei der Compliance bei inhalativen Therapien: „Denn was nehmen Patienten von dem, was wir sagen, mit nach Hause?“, gab PD Dr. Rainald Fischer, Zentrum für Erwachsene Mukoviszidose-Patienten der LMU München zu bedenken. Auch die Art der Anwendung hat einen Einfluss darauf, ob Patienten eine Therapie regelmäßig anwenden oder nicht. Dabei können moderne Vernebler zur Feuchtinhalation die Inhalationszeit deutlich verkürzen. Die Vor- und Nachbereitungszeit – d.h. das Zusammensetzen, Zerlegen und Reinigen der Geräte – muss aber mit hinzugerechnet werden. Von Vorteil sind deshalb Trockenpulverinhalatoren (Dry Powder Inhalors, DPI), die die Inhalationszeit noch weiter verkürzen und kaum zusätzliche Zeit für Vor- oder Nachbereitung benötigen. Zudem erfüllen DPI den Wunsch vieler Patienten nach „sozialer Verträglichkeit“, da sie sich überall hin mitnehmen und diskret anwenden lassen.

Colistin-DPI ist vernebeltem Tobramycin nicht unterlegen

In Kürze wird in Deutschland auch das Antibiotikum Colistimethat-Natrium (Colistin) zur Behandlung von Patienten mit chronischer Infektion der Lunge mit *Pseudomonas aeruginosa* zur Trockenpulverinhalation (Colobreathe[®]) erhältlich sein. In der

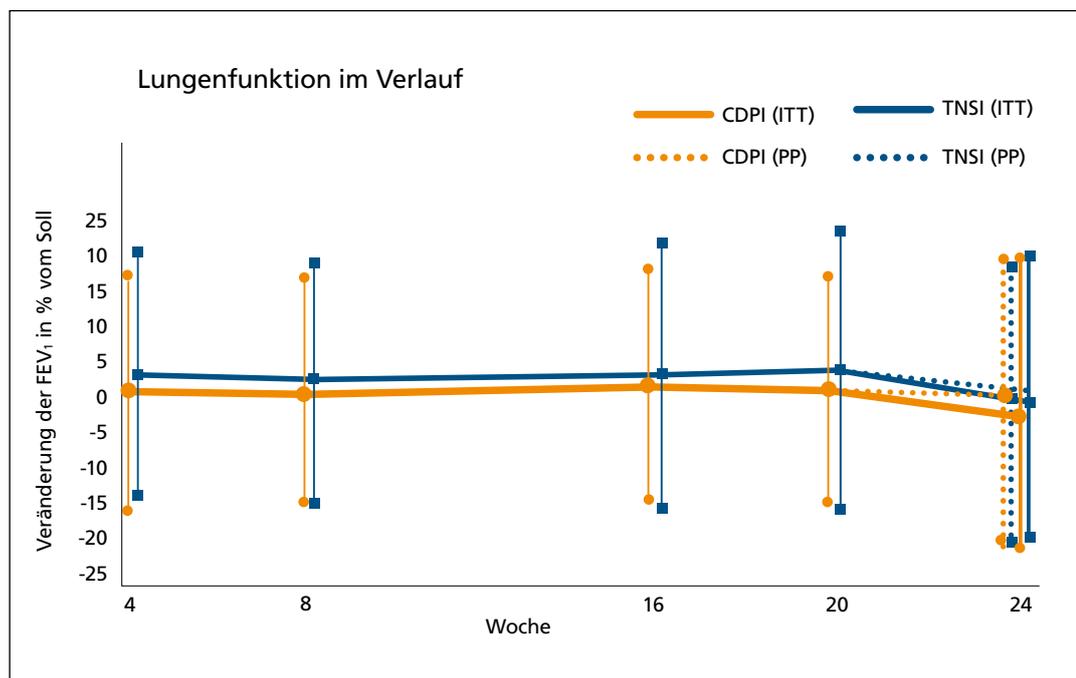


Abb. 4: Verlauf der Lungenfunktion unter Colistin-DPI (zweimal täglich 125mg Colistimethat-Natrium via Turbospin[®]) und Tobramycin als Feuchtinhalation (zweimal täglich 300mg via Pari LC Plus[®], vier Wochen on-off); ITT: Intent-to-Treat Analyse; PP: Per-Protocol-Analyse (mod. nach Goldman et al. 2012)

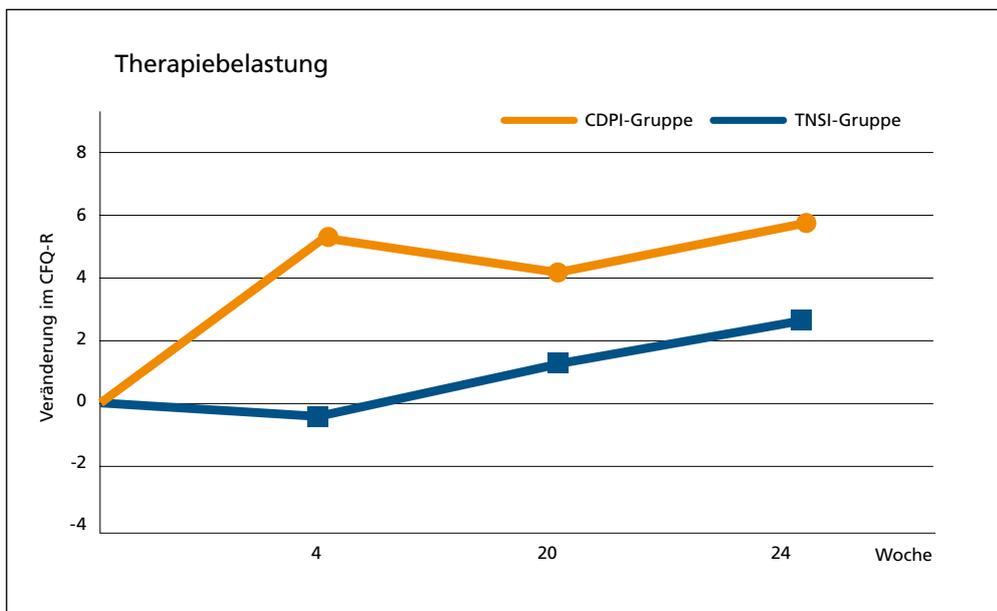


Abb. 5: Belastung durch die Therapie unter Colistin-DPI (zweimal täglich 125mg Colistimethat-Natrium via Turbospin®) vs. Tobramycin als Feuchtinhalation (zweimal täglich 300mg via Pari LC Plus®, vier Wochen on-off), CFQ-R = Cystic Fibrosis Questionnaire-Revised (mod. nach Goldman et al. 2012)

Zulassungsstudie FREEDOM ergab sich beim Verlauf der Lungenfunktion über sechs Monate kein signifikanter Unterschied zwischen Colistin-DPI (CDPI, zweimal täglich 125 mg Colistimethat-Natrium via Turbospin®) und der Feuchtinhalation von Tobramycin (TNSI, zweimal täglich 300 mg via Pari LC Plus®, vier Wochen on-off) (Abb. 4)¹². In der Wirksamkeit war Colistin-DPI somit nicht unterlegen. Husten, schlechter Geschmack und Rachenreizungen traten

unter Colistin häufiger auf als unter Tobramycin. „Wenn man die Therapiebelastung im Sinne einer Verbesserung der Lebensqualität betrachtet, ist der Trockenpulverinhalator aber klar im Vorteil“, so Fischer. Der in den ersten vier Wochen besonders ausgeprägte Unterschied zu Gunsten von Colistin-DPI blieb bis Studienende erhalten (Abb. 5). Dies wirkte sich möglicherweise günstig auf die Compliance aus.

Quellen:

- 1 Marshall SE et al. Chest 1990; 98: 1488-1494
- 2 Hertz MI et al. J Heart Lung Transplant 2011; 30: 1071-1132
- 3 Orens JB et al. J Heart Lung Transplant 2006; 25: 745-755
- 4 European Respiratory Monograph „Lung Transplantation“, Ausgabe 26, 2003
- 5 Mayer-Hamblett N et al. AM J Crit Care Med 2002; 166: 1550-1555
- 6 Liou TG, Adler FR, Huang D. Am J Crit Care Med 2005; 171: 1053-1059
- 7 Braun AT, Merlo CA. Curr Opin Pulm Med 2011; 17: 467-472
- 8 Vandemheen KL et al. Am J Respir Crit Care Med 2009; 180: 761-768
- 9 2011 aktualisierte Version unter www.cysticfibrosis.ca/assets/files/pdf/cf&lungtransplantationE.pdf
- 10 http://decisionaid.ohri.ca/docs/das/CF_group_a.pdf
- 11 <http://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=las>
- 12 Goldman M et al. European Cystic Fibrosis Conference (ECFC), Dublin, Irland, 6.-9.6.2012, Poster zum Abstract WS5.5 und mdl. Vortrag

Veranstaltung: Symposium Fortbildungsveranstaltung „Therapie und Kommunikation oder: Wie sage ich es meinem Patienten?“ am 20. Juni 2012 in München

Bericht: Dr. Matthias Herrmann, Berlin

Veranstalter: Forest Laboratories Deutschland
Friedrichstr. 191, D-10117 Berlin



Colistin CF. Verschreibungspflichtig, Wirkstoff: Colistimethat-Natrium. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksame Bestandteile: 1 Flasche Colistin CF enthält in 80 mg Pulver 80 mg Colistimethat-Natrium (entsprechend 1 Million I.E., entsprechend 33,3 mg Colistin). Sonstige Bestandteile: 1 Ampulle mit Lösungsmittel enthält 27 mg Natriumchlorid (entsprechend 0,46 mmol Na+) in 3 ml wässriger Lösung. **Anwendungsgebiete:** Aerosoltherapie zur Eradikation von Pseudomonas aeruginosa bei früher Kolonisation/Infektion und als Erhaltungstherapie bei chronischer Infektion mit Pseudomonas aeruginosa bei Patienten mit zystischer Fibrose. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Colistin oder Polymyxin B, Myasthenia gravis, Anwendung bei Früh- und Neugeborenen. **Schwangerschaft und Stillzeit:** Colistin CF sollte in der Schwangerschaft nur bei zwingender Indikation angewandt werden. Bei Anwendung während der Stillzeit soll die Milch während dieser Zeit verworfen werden. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Bronchospasmus, vermehrter Husten, vermehrte Sputumproduktion, Dyspnoe, Schleimhautentzündungen, Pharyngitis. Häufig nicht bekannt: Orale Candidose, bei Langzeitanwendung kann es zu Überwucherung mit resistenten Keimen kommen, Überempfindlichkeitsreaktionen wie Hautausschlag, Juckreiz und Angioödem, Schwindel, Parästhesien, Übelkeit, Zungenbrennen, schlechter Geschmack, akutes Nierenversagen. **Warnhinweise:** In der Originalverpackung aufbewahren, um den Inhalt vor Licht zu schützen. Bei eingeschränkter Nierenfunktion sorgfältig auf neurologische Nebenwirkungen achten und die Nierenfunktion regelmäßig kontrollieren. **Lösungen von Colistin CF vor Anwendung frisch zubereiten.** Forest Laboratories Deutschland GmbH · 10117 Berlin · Deutschland · Stand der Fachinformation: 04/2010 (12/1009)

Colobreathe® 1.662.500 IE Hartkapseln mit Pulver zur Inhalation. Wirkstoff: Colistimethat-Natrium. **Zusammensetzung:** Jede Kapsel enthält 1.662.500 IE, dies entspricht in etwa 125 mg Colistimethat-Natrium. **Anwendungsgebiete:** Colobreathe® ist bei Patienten mit zystischer Fibrose im Alter von 6 Jahren oder darüber zur Behandlung chronischer pulmonaler Infektionen indiziert, die durch Pseudomonas aeruginosa verursacht werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, Colistinsulfat oder Polymyxin B. **Schwangerschaft/Stillzeit:** Colobreathe® sollte während Schwangerschaft und Stillzeit nur dann angewendet werden, wenn der Nutzen für die Mutter das potenzielle Risiko für den Fötus/das Kind übersteigt. Kinder: Bei Kindern im Alter von unter 6 Jahren ist die Unbedenklichkeit und Wirksamkeit von Colobreathe® bisher nicht nachgewiesen. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Dyspnoe, Husten, Dysphonie, Rachenreizung, Geschmacksstörung. Häufig: Gleichgewichtsstörung, Kopfschmerzkrankungen, Tinnitus, Hämoptoe, Bronchospasmus, Asthma, Gliemen, Brustkorbschmerzen, Infektion der unteren Atemwege, Husten mit Auswurf, Lungenknistern, Erbrechen, Übelkeit, Arthralgie, Fieber, Asthenie, Ermüdung, forciertes Expirationsvolumen erniedrigt. Gelegentlich: Arzneimittelüberempfindlichkeit, Gewichtsschwankung, Appetit vermindert, Angst, Konvulsionen, Somnolenz, Ohrkongestion, Brustkorbschmerz, Verschlimmerung einer Dyspnoe, Pharyngolaryngealschmerzen, Epistaxis, Sputum eitrig, anomales Thoraxgeräusch, erhöhte Sekretion in den oberen Luftwegen, Diarrhoe, Zahnschmerzen, Hypersalivation, Flatulenz, Proteinurie, Durst, Fehler bei medikamentöser Therapie. **Warnhinweise/Vorsichtsmaßnahmen:** Die gleichzeitige Anwendung von Colobreathe® und potenziell nephrotoxischen oder neurotoxischen Wirkstoffen, einschließlich nicht depolarisierender Muskelrelaxanzien, sollte vermieden werden. Bei Patienten mit Myasthenia gravis und Porphyrie sollte Colobreathe® mit äußerster Vorsicht angewendet werden. Die Kapseln nicht aus der Verpackung nehmen, bis sie gebraucht werden. Pharmazeutischer Unternehmer: Forest Laboratories UK Ltd · Riverbridge House · Anchor Boulevard, Crossways Business Park, Dartford · Kent DA2 6SL · Vereinigtes Königreich. **Verkaufsabgrenzung: Verschreibungspflichtig.** Stand der Information: Februar 2012. (12/1009)