

Der Geist von Davos

Bericht über den
37. Internationalen Fortbildungskongreß
der Bundesärztekammer und
der Österreichischen Ärztekammer
in Davos, 1989

Trotz der steuerpolitisch bedingten Schwierigkeiten waren auch in diesem Jahr über 500 Ärzte zur Fortbildung, die sie als eine freiwillige Selbstverpflichtung ansehen, nach Davos gekommen. Von Jahr zu Jahr gibt es mehr Kongresse, mehr Symposien, Seminare, Kurse, Workshops und sonstige Veranstaltungen. Sie sind fast alle spezifische Fachkongresse, ausgerichtet von Spezialisten für Spezialisten.

Der Davoser Fortbildungskongreß war dagegen schon immer der Prototyp einer interdisziplinären Veranstaltung für Ärzte aller Fachrichtungen. Der kranke Mensch, nicht das kranke Organ stand im Mittelpunkt aller Betrachtungen. Er war und er sollte niemals ein fachspezifischer Gebietskongreß sein. Dies bedeutete jedoch nicht, daß die großartigen Erfolge durch die Spezialisierung in der Medizin bei den Fortbildungsprogrammen der Davoser Kongresse unberücksichtigt blieben. Die Tendenz zur Spezialisierung war, ist und wird nicht umkehrbar sein. Der in vielen Bereichen des Lebens oft zitierte und beschworene „Geist von Davos“ ist auch dort für die Medizin zu spüren, wo versucht wird, den Zusammenhang zwischen dem „Teil und dem Ganzen“ weiterhin zu wahren.

Das in Davos seit Jahren bestehende Fortbildungskonzept in Form eines sogenannten Dualsystems, nämlich Seminare auf der einen Seite und die interdisziplinär in Referaten abzuhandelnden Hauptthemen auf der anderen Seite, vermag aus der Überfülle der medizinischen Wissenschaft und ihres ständigen Fortschritts das praktisch Nutzbare sowohl für den niedergelassenen Arzt als auch für den Kliniker zu vermitteln.

Aus dem reichhaltigen Programm des diesjährigen Kongresses, in dem die Herz- und Kreislauferkrankungen wegen ihres hohen Anteils von 50 Prozent an der Gesamtsterblichkeit sowohl in den Hauptveranstaltungen als auch in den Seminaren besonders berücksichtigt wurden, sollen die folgenden Kurzfassungen zu einigen Themen die reichhaltige Palette der Fortbildungsmöglichkeiten aufzeigen.

Hauptthema: Hypertonie

Jeder fünfte Erwachsene hat nach Professor Dr. *Klaus Dietrich Bock*, Kreuth/Tegernsee, einen zu hohen Blutdruck. Nur bei wenigen Patienten ist eine einzelne auslösende Ursache faßbar, etwa eine Nierenerkrankung oder eine hormonale Funktionsstörung.

Die essentielle Hypertonie entsteht durch ein Bündel von inneren und äußeren Ursachen. Daher, so betont Bock, sei nicht zu erwarten, daß ein Medikament bei allen Hochdruckkranken gleich gute blutdrucksenkende Wirkung entfalten könne. Die verschiedenen Gruppen der heute verfügbaren blutdrucksenkenden Mittel beeinflussen jeweils nur einzelne der an der Blutdruckregulierung beteiligten Faktoren.

Professor Dr. *Axel Overlack*, Bonn, sah vor allem in der Änderung der Lebensführung beim erhöhten Blutdruck eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Reduzierung der Risikofaktoren. Besonders nachteilig wurden die Erhöhungen der Blutfette und des Körpergewichtes, aber auch der Diabetes mellitus und das übermäßige Rauchen von

Zigaretten herausgestellt. Overlack betonte besonders, daß ernährungsbedingte Einflußgrößen eine wichtige Rolle bei der Bekämpfung der Hypertonie spielen und ein direkter Zusammenhang zwischen Körpergewicht und Alkoholkonsum auf der einen und Blutdruck auf der anderen Seite besteht. Auch die bekannte kochsalzreiche Kost, die noch dazu arm an Kalium ist, beeinflusst die Hypertonie ungünstig.

In den Vordergrund seiner Ausführungen über die medikamentösen und anderen therapeutischen Möglichkeiten stellte Professor Dr. *Karl Hayduk*, Düsseldorf, die individuelle Therapie. Für die Monotherapie empfiehlt er: Beta-Blocker, Diuretika, Kalzium-Antagonisten, ACE-Hemmer. Es sollen aber nicht generell Maximaldosen angestrebt werden, sondern es sei besser, frühzeitig eine niedrig dosierte Kombinationstherapie anzuwenden.

In der Zweifachtherapie werden Beta-Blocker, Kalzium-Antagonisten, ACE-Hemmer und postsynaptische Alpha-1-Blocker mit einem Diuretikum oder Kalzium-Antagonisten mit Beta-Blockern oder ACE-Hemmern kombiniert. Jede Dreifachtherapie sollte ein Diuretikum und einen Vasodilatator enthalten, die mit einem Beta-Blocker oder einem Alpha-2-Stimulator kombiniert werden könne.

Bei therapieresistenten Hypertonikern sei darauf zu achten, ob überhaupt die Medikamenteneinnahme zuverlässig erfolgt. Nach einjähriger medikamentöser Blutdrucknormalisierung ist ein Therapierausschlußversuch gerechtfertigt. Da der Hochdruck per se keine Beschwerden bereitet, muß aber bei allen anderen Patienten ständig auf die Therapietreue geachtet werden.

Hauptthema: Schlafstörungen (Insomnien) und die pathologische Angst

In seinem Referat über die Begriffsbestimmungen weist Professor Dr. *Walter Pöldinger*, Basel, beson-

ders darauf hin, daß unter Schlafstörungen nicht nur zu wenig Schlaf, sondern auch ein qualitativ nicht erholsamer Schlaf, aber auch Störungen, die mit zu viel Schlaf einhergehen, zu verstehen seien. Häufig sind die Schlafstörungen sekundär als Folge von psychischen oder körperlichen Erkrankungen, aber auch als Folge von Medikamenten-Abusus anzusehen. Auch die regelmäßige Einnahme von Schlafmedikamenten könne zu Schlafstörungen führen. Schlafmittel sollen daher nur über kürzere Zeit eingenommen werden, und wenn man sie absetzt, dann muß dies langsam und fraktioniert geschehen.

Pöldinger empfiehlt vor allem das Meiden von zu reichhaltigen Mahlzeiten am späten Abend und von stimulierenden Mitteln, wie zum Beispiel Kaffee, Alkohol und Nikotin. Ausführlich beschäftigt sich der Referent mit den Gefahren des Schnarchens. Durch einen vorübergehenden Verschuß der Atemwege kann es bis zum Atemstillstand kommen. Der „Schnarcher“ wird dann fast wach, holt tief Atem, aber in seltenen Fällen kann dieses gefährliche Symptom auch zum plötzlichen nächtlichen Todesfall führen. Außerdem führen diese Attacken zu geistigen Abbauerscheinungen, Depressionen und Wesensveränderungen. Die Therapie besteht darin, daß die Rückenlage vermieden wird, und Pöldinger empfiehlt ein einfaches probates Mittel: das Einnähen oder Annähen eines Golf- oder Tennisballes in die Rückseite des Schlafanzuges.

In seinen Ausführungen über die Schlafstörungen im Alter hat Professor Dr. *Klaus Wanke*, Homburg/Saar, auf die verschiedenen Klassifikationen von Schlafstörungen hingewiesen. Eine sehr wertvolle Hilfe sei für diese Einteilung das Schlaflabor, mit dem der Schlaf objektivierbar sei. Dort kann man polygrafisch belegen, daß für einen erholsamen Schlaf alle Schlafstadien ausreichend vorhanden sein müssen. Der REM-Schlaf, dem vorwiegend die Träume zugeordnet werden, deckt ca. ein Viertel der Nachtruhe. Noch wichtiger seien die regelhaften zyklischen Abläufe der Stadien:

Beim jungen Erwachsenen verläuft der Schlaf vom Wachzustand über den Dämmer Schlaf (Stadium I), über den Schlafeintritt in Stadium II und über den zu- und abnehmenden Delta-Schlaf der Stadien III und IV (Tiefschlaf) bis zur ersten REM-Phase, die 70 bis 90 Minuten nach Schlafeintritt erreicht wird.

Aus den Schlafstudien geht eindeutig hervor, daß ältere Menschen nicht weniger Schlaf benötigen als jüngere. Allerdings ist der Schlaf des älteren fragmentiert. Die Beschränkung des Schlafs auf die Nacht wird zunehmend nicht mehr eingehalten. Auch tags kommt es zum Einnicken, zu Schläfrigkeit, zum verlängerten Mittagsschlaf etc. Das vermehrte Schlafbedürfnis am Tag vermindert den Nachtschlaf. Insbesondere in der zweiten Nachthälfte muß der ältere Mensch damit rechnen, mehrfach und länger hellwach und auch leistungsfähig zu sein. Eine sachliche Information kann Hilfe bringen. Das Acht-Stunden-Durchschlafen ist nicht erforderlich. Auch Phasen der Ruhe und der Entspannung während der Nacht haben einen Erholungswert.

Wenn eine initiale und kurzdauernde Benzodiazepin-Behandlung zur Behandlung notwendig ist, so ist zu beachten, daß die Halbwertszeit der Ausscheidung zum Beispiel von Diazepam in Abhängigkeit vom Lebensalter zunimmt.

Das Thema „Therapieprobleme bei krankhaften und reaktiven Ängsten“ behandelte Professor Dr. *Hans-Joachim Bochnik*, Frankfurt/M. Die Angst sei eine ursprüngliche Empfindungsqualität von Mensch und Tier, die letzten Endes nur durch Erlebnis und nicht durch Definition zu vermitteln wäre. Sie könne ausgelöst werden durch erlebte Verunsicherung und durch überzeugende gefährliche Bedrohung einerseits, aber auch durch meist krankhafte biologische Vorgänge andererseits, die jedoch keine Erlebnisrepräsentanz zu haben brauchen.

Angst tritt im Alltag meist als Furcht auf, die sich dann auch auf ganz bestimmte konkrete Bedrohlichkeiten bezieht. Sie kann zu panischen Reaktionen, ja zur Panik werden. Dabei handelt es sich um eine

angstvolle Gruppenreaktion, bei der durch den Angsteffekt die besonnene „Kopfsteuerung“ durch primitive Fluchtreaktionen ausartet.

Häufig ist Angst auch eine Begleiterscheinung neurotischer Erkrankungen. Sie tritt aber auch ohne depressive Verstimmung im Rahmen phobischer Neurosen auf, in denen die Ängste bestimmte Themen haben (Höhenangst, Krebsangst, Aidsangst etc.) mit Übergängen zu Hypochondrie.

Führen akute Ängste zu schwerem Leid und Handlungsunfähigkeit, ist eine Krisenintervention mit Anxiolyse angezeigt. Diese soll zur Psychotherapie überleiten, die in leichteren Fällen allein anzuwenden sei. Die Bekämpfung psychotischer Ängste ist in erster Linie medikamentös mit Neuroleptika und Antidepressiva (die durch Benzodiazepine unterstützt werden können) vorzunehmen.

Hauptthema: Kardiologie

Die Pathogenese und Therapiemöglichkeiten der Kardiomyopathien wurden von Professor Dr. *Bernhard Maisch*, Marburg, besprochen. Er hob besonders ihre Heterogenität hervor. Nach hämodynamischen Gesichtspunkten ist die hypertrophische Form (mit oder ohne Ausflußbahnobstruktion) als diastolischer Compliancefehler, die dilatative Form als überwiegend systolischer Pumpfehler und die restriktive Kardiomyopathie als abrupte Hemmung der diastolischen Compliance zu unterscheiden. Sie alle werden als idiopathische, ätiologisch nicht geklärte oder sekundäre Herzmuskelkrankungen klassifiziert.

Die relativ seltene Kardiomyopathie (HCM) zeigt als pathologisch-anatomisches Korrelat eine fortschreitende Hypertrophie der Herzmuskulatur, meist unter Bevorzugung des Kammerseptums. Biopsisch finden sich charakteristische, aber unspezifische Zeichen der Herzmuskelhypertrophie. Behandelt wird die HCM mit Obstruktion entweder mit Kalzium-Antagonisten

(Verapamin-Typ) oder insbesondere bei Rhythmusstörungen mit Amiodaron. Jedoch gelingt es nur mit der Myektomie, den intraventrikulären Gradienten zu beseitigen, wobei die Hämodynamik nachhaltig und langfristig zu bessern ist.

Maisch behandelte in seinem Referat auch die dilatativen Kardiomyopathien und sekundäre dilatative Herzmuskelerkrankungen. Sie sind gekennzeichnet durch eine Störung der systolischen Pumpfunktion. Während die histologische Untersuchung der Endomyokardbiopsien lediglich das Ausmaß von Hypertrophie und Fibrose quantifizieren kann, gibt die immunhistologische Untersuchung Hinweise auf pathogenetische immunologische Faktoren.

Differentialdiagnostisch muß insbesondere bei akut auftretenden Kardiomegalien auch immer an eine Myokarditis gedacht werden. Hierzu ist eine Endomyokardbiopsie unumgänglich. Die Therapie zielt zunächst auf die Beseitigung kausaler Ursachen, zum Beispiel bei den toxischen und entzündlichen Herzmuskelerkrankungen. Bei immunologisch aktiven Prozessen ist auch im Rahmen kontrollierter Studien eine immun-suppressive Therapie zu versuchen. Ähnliches gilt für die Therapie der viralen Herzerkrankung durch Interferon oder Virostatika. Bei der Therapie spielt unverändert die körperliche Schonung und das Vermeiden von Belastungen über mehrere Monate eine gewichtige Rolle. Für therapierefraktäre Fälle ist die chirurgische Alternative die Herztransplantation.

Hauptthema: Mammakarzinom

Im Rahmen eines onkologischen Nachmittags wurde von Professor Dr. Volker Lehmann, Hamburg, insbesondere die Wertigkeit der Vorsorgeuntersuchungsmöglichkeiten und der Diagnostik beim Mammakarzinom abgehandelt. Er wies darauf hin, daß auch heute noch die meisten tumorösen Veränderungen

in der Brustdrüse von der Patientin selbst festgestellt werden (85 Prozent). Wegen der Treffsicherheit der Mammographie bei über 1 cm großen Tumoren (etwa 90 Prozent) nach Einführung der Raster-Technik mit Filmfolienkombination fordert Lehmann die Aufnahme dieser Methode in das Vorsorgeprogramm. Ab dem 40sten Lebensjahr sollte alle zwei Jahre und ab dem 50sten jedes Jahr eine Mammographie im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung durchgeführt werden.

Über die präoperative Therapie-strategie bei Präkanzerosen und nicht-invasiven Karzinomen sprach Prof. Dr. Peter Schlag, Heidelberg. Zu diesen Veränderungen zählen vor allem die proliferierende Mastopathie mit Zellatopien und die Papillomatose als Präkanzerose und das Carcinoma lobulare in situ, das intraduktale Carcinoma in situ zu den nicht-invasiven Karzinomen der Mamma. Die Diagnostik und auch die Therapie stellen hohe Anforderungen an Pathologen und Kliniker. Schlag betonte vor allem, daß bei der Wahl des therapeutischen Vorgehens sowohl die klinischen als auch besonders die histologischen und biologischen Parameter zu berücksichtigen seien.

In einem weiteren Referat wurde von Professor Dr. Klaus Höffken, Essen, die perioperative und adjuvante Chemotherapie des Mammakarzinoms abgehandelt. Höffken stellte fest, daß die Kontroverse über Sinn und Nutzen der adjuvanten Chemotherapie des primär operablen Mammakarzinoms unverändert andauert. Sie wird genährt durch unrealistische Prognosen zur Anhebung der Heilungsraten auf der einen und durch die Enttäuschung von zu hoch angesetzter Erwartung in den Effekt der adjuvanten Systemtherapie des Mammakarzinoms auf der anderen Seite.

Auf dem Hintergrund der Auswertungen eigener und prospektiver Studien der letzten zwei Jahrzehnte wurden zur adjuvanten Systemtherapie folgende konsensuelle Empfehlungen erarbeitet:

1. Bei prämenopausalen Patientinnen mit nachgewiesenen axillären Lymphknotenmetastasen kann die

adjuvante Zytostatika-Therapie als Standardbehandlung gelten. Sie führt zu einer hochsignifikanten Anhebung der rezidivfreien Überlebensrate und zu einer signifikanten Reduktion der Letalität. Der Nutzen einer adjuvanten Hormontherapie (Ovarektomie oder Tamoxifen-Therapie) ist jedoch nicht gesichert.

2. Bei postmenopausalen Patientinnen mit nachgewiesenen axillären Lymphknotenmetastasen und positivem Hormonrezeptorstatus kann eine adjuvante Tamoxifen-Therapie heute als Standardbehandlung bezeichnet werden. Sie führt zu einem hochsignifikanten Anstieg der rezidivfreien Überlebensraten sowie der Gesamtüberlebensraten. Der Effekt einer adjuvanten Zytostatika-Therapie ist jedoch bisher nicht ausreichend gesichert.

Höffken bezeichnete es, was auch in anderen wissenschaftlichen Studien betont wurde, als wünschenswert, daß für die nächsten Jahre diese Patientinnen im Rahmen prospektiver randomisierter Studien behandelt und überwacht werden.

Schlußbemerkung

Abschließend kann nur bedauert werden, daß aus räumlichen Gründen nicht über alle gleichgewichtigen Veranstaltungen des Davoser Kongresses 1989 berichtet werden kann. Ihnen allen – und hier sind besonders die vielen Seminare und Kurse mit einzuschließen – war gemeinsam, daß neben dem Vortrag genügend Zeit für eine Diskussion mit und, wenn notwendig, auch gegeneinander möglich war. Diese Diskussionen zeichnen seit Jahrzehnten den Davoser Kongreß aus, sie haben ihn beflügelt und attraktiv gemacht.

Prof. Dr. med. Edgar Ungeheuer
Steinbacher Hohl 28
6000 Frankfurt (Main) 90