Pneumologie: Prisma der inneren Medizin

Unsere Fachgesellschaft blickt auf eine mehr als 100-jährige Geschichte zurück: die „Vereinigung der Lungenheilanstalts-ärzte“ wurde 1910 in München gegründet [1]. Der Vorläufer unserer Muttergesellschaft der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin, der „Congress für Innere Medizin“, entstand 1882 in Wiesbaden. Um diese Zeit verselbständigten sich die ehemals internistischen Fächer Dermatologie, Neurologie, Psychiatrie und die Pädiatrie. Die Pneumologie hingegen – damals als Phthisiologie bezeichnet – blieb weiter im Rahmen der inneren Medizin. Mit Fortschreiten der wissenschaftlichen Erkenntnisse entwickelten und emanzipierten sich im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts in einem zweifelsohne notwendig gewordenen Prozess zahlreiche internistische Teilgebiete wie beispielsweise die Kardiologie, die Onkologie und die Rheumatologie. Sie haben sich organisatorisch und fachlich voneinander entfernt.

Die klare Positionierung der Pneumologie innerhalb der inneren Medizin ist unser Anliegen. Wir sind als Internisten überzeugt, dass eine holistische Betrachtung des Patienten unbedingt erforderlich ist, um optimale diagnostische und therapeutische Ergebnisse zu erzielen. Als Präsidenten des 59. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin haben wir daher für den Kongress als Motto „Pneumologie – Prisma der inneren Medizin“ gewählt.

Wir haben gemeinsam mit den Fachgesellschaften der Teilgebiete der inneren Medizin acht Präsidentsymposien organisiert.

Von der Phthisiologie zur Pneumologie und die Zersplitterung der inneren Medizin

Dank der europaweiten Besserung der wirtschaftlichen Lage nach dem zweiten Weltkrieg, der Neuorganisation des Gesundheitssystems und nicht zuletzt der neuen Chemotherapie ging die Inzidenz der Tuberkulose weit zurück. Andere „unspezifische“ Lungenerkrankungen (holländisch: Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen; CARA) rückten in den Vordergrund. Ein Meilenstein in der Entwicklung der Phthisiologie zur Pneumologie war das von N. G. M. Orie und H. J. Sluiter organisierte (erste) internationale Symposium „Bronchitis“ im Jahr 1960 in Groningen, (Niederlande; [2]). Der Begriff „Bronchitis“ stand im Sinne der holländischen Hypothese für Asthma, Emphysem und chronisch obstruktive Bronchitis. Nach diesem Symposium rückten diese Erkrankungen in den Vordergrund der Forschung und der Patientenversorgung. Die Namensgebung unserer Fachgesellschaft spiegelt diese Entwicklung wider: Aus der Deutschen Tuberkulose-Gesellschaft wurde 1964 die Deutsche Gesellschaft für Tuberkulose und Lungenerkrankungen, 1980 die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Tuberkulose e. V. und erst 1990 die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie e. V.

Etwa zur gleichen Zeit, ab Mitte der 1960er Jahre, kam es durch rapiden Wissenszuwachs in der inneren Medizin zu einer Quasi-Selbstständigkeit der Subspezialitäten der inneren Medizin. 1970 schuf erstmals die Deutsche

Gesellschaft für innere Medizin drei Teilgebiete: Gastroenterologie, Kardiologie sowie Lungen- und Bronchialheilkunde. Für diese Teilgebiete entstanden ganz neue selbständige Universitätskliniken und spezialisierte Abteilungen in den größeren Krankenhäusern. Die erste Universitätsklinik für Pneumologie wurde 1969 an der Universität des Saarlandes etabliert. Aus den übriggebliebenen Tuberkuloseheilstätten entstanden allmählich moderne pneumologische Kliniken, die alle eines gemeinsam hatten: Die geographische Randlage und dadurch bedingt die räumliche Entfernung von anderen Zentren der internistischen Subdisziplinen. Im 19. Jahrhundert wurden Tuberkulosekranke wegen der Kontagiosität in Heilstätten möglichst weit außerhalb städtischer Zentren untergebracht. Dies war kein deutsches, sondern vielmehr ein internationales Phänomen, wie einige Beispiele aus dem Ausland zeigen: Royal Brompton Hospital in Chelsea, im 19. Jahrhundert ein Außenbezirk von London, Sremska Kamenica bei Belgrad, Baumgartner Höhe in Wien, Koranyi Tbc es Pulmonologiai Intezet in Budapest oder University Clinic Golnik in Slowenien.

Ein enormer Zuwachs an Wissen in den Teilgebieten, die Entstehung neuer Disziplinen (Schlafmedizin in der Pneumologie, Rhythmologie in der Kardiologie) trugen dazu bei, dass die innere Medizin zum Jahrtausendwende in viele, scheinbar unabhängige Teilgebiete zu zerfallen drohte.

In den darauffolgenden Jahren haben wir immer mehr zu spüren bekommen, dass die Versorgung eines Patienten selten auf ein einziges Organ, zum Beispiel

auf die Lunge, begrenzt werden kann. So wenig wie man das rechte Herz vom linken Herz trennen kann, ist es möglich, bei COPD das Herz und eine Reihe anderer Organe von Diagnostik und Therapie auszusparen. Viele Lungenkrankheiten manifestieren sich auch an anderen Organen.

» Lungenkrankungen haben Auswirkungen auf andere Organe

In dem vorliegenden Kongressheft der Zeitschrift berichtet *Skowasch* in einer sehr schönen und kompakten Übersicht über eine Komplikation der pneumologischen Systemerkrankung Sarkoidose, die – wenn sie das Herz befällt – zu potenziell akut lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen oder Herzinsuffizienz führen kann.

Es gibt Komorbiditäten, welche auf die gleiche Noxe zurückzuführen sind. Hierzu nur ein Beispiel: Rauchen verursacht sowohl COPD als auch koronare Herzkrankheit. Über solche kausalen Zusammenhänge hinaus kommen auch zufällige Koinzidenzen bei häufigen Erkrankungen vor:

In seinem Beitrag in dem Kongressheft berichtet *Gillissen* über die Koinzidenz von Asthma und gastroösophagealem Reflux. Entgegen der allgemein verbreiteten – teils in Leitlinien niedergelegten – Vermutung, dass Reflux Asthma verursacht, fehlt für diese Kausalität bislang in sorgfältig durchgeführten doppelblinden randomisierten Studien die Evidenz.

Die Infektiologie ist eine Disziplin, die weite konservative und operative Bereiche berührt. Ein Großteil der im ambulanten [3] wie auch im stationären Sektor verwendeten Antibiotika geht zu Lasten unseres Fachs. Die Entstehung von Antibiotikaresistenzen ist höchst bedrohlich. Selbst der G7-Gipfel der Staats- und Regierungschefs der führenden Industrienationen in 2015 auf Schloss Elmau befasste sich mit diesem Problem. *Schneitler* berichtet über eine vielversprechende Initiative zur Eindämmung der Resistenzentwicklung gegen Antibiotika unter dem Titel „Antibiotic Stewardship“. Le-

senswert für alle in ambulanten wie im stationären Bereich tätigen Kollegen.

Nicht nur Lungenkrankungen haben Auswirkungen auf andere Organe. Es gilt auch umgekehrt: Es ist gut bekannt, dass beispielsweise Kollagenosen und die rheumatoide Arthritis Lungenmanifestationen entwickeln können. Weniger bekannt ist, dass es diffuse Lungenparenchymerkrankungen gibt, die Charakteristika von Autoimmunerkrankungen im Frühstadium aufweisen, wenn noch keine definitive Erkrankung aus dem autoimmunen Formenkreis diagnostiziert werden kann: IPAF („interstitial pneumonia with autoimmune features“) genannt. Um mehr über diese Form der interstitiellen Lungenkrankungen zu lernen, wurde in Berlin ein IPAF-Register eingerichtet. Über die allerersten Ergebnisse berichten in diesem Heft *Blum et al.*

Die Gerontologie, ein junges Teilgebiet der inneren Medizin, die die Alterung und das „Altsein“ sowie die damit verbundenen gesundheitlichen Probleme interdisziplinär erforscht, hat viele Berührungspunkte mit der Pneumologie. *Stieglitz* fasst in seinem Beitrag den Alterungsprozess der Lunge zusammen und zeigt uns, dass im Alter an der Lunge physiologische Veränderungen auftreten, die man leicht mit COPD verwechseln kann.

Wir danken allen Autoren für die interessanten Beiträge. Sie mögen die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Teilgebieten der inneren Medizin in Erinnerung rufen und stärken.

Dr. Peter Kardos

Prof. Dr. Winfried Randerath

Korrespondenzadresse

Dr. P. Kardos

Lungenpraxis am Maingau Krankenhaus
Scheffelstr. 3, 60318 Frankfurt, Deutschland
pkardos@aol.com

Prof. Dr. W. Randerath

Zentrum für Schlaf- und Beatmungsmedizin,
Klinik für Pneumologie und Allergologie
Aufderhöher Str. 169–175, 42699 Solingen,
Deutschland
randerath@klinik-bethanien.de

Interessenkonflikt. P. Kardos und W. Randerath geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Dierkesmann R et al (2010) 100 Jahre DGP – 100 Jahre Pneumologie. Springer, Berlin, Heidelberg
2. Orie NG, Sluiter HJ, de Vries K, Tammeling GJ, Witkop J (1961) In: Orie NG, Sluiter HJ (Hrsg) Bronchitis, S43–59
3. Jung N et al (2016) “choosing wisely” in infectious diseases: overuse of antibiotics – too few vaccinations. Internist (Berl) 57:527–531. <https://doi.org/10.1007/s00108-016-0063-5>