



T. Welte¹ · C. Vogelmeier² · W. Hiddemann³ · E. Märker-Hermann⁴

¹Klinik für Pneumologie, Medizinische Hochschule, Hannover, Hannover, Deutschland

²Klinik für Innere Medizin, Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Marburg, Deutschland

³Medizinische Klinik und Poliklinik III, Klinikum der Universität München, Ludwig-Maximilians-Universität, München, München, Deutschland

⁴Klinik für Innere Medizin IV, Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH, Wiesbaden, Deutschland

Die Lunge bei Systemerkrankungen

Zwischen ganzheitlicher und individualisierter Medizin – eine Herausforderung für die Innere Medizin

Mit den obstruktiven Atemwegserkrankungen, dem Bronchialkarzinom, der Pneumonie und der Tuberkulose finden sich vier pneumologische Erkrankungen unter den zehn häufigsten zum Tode führenden Erkrankungen weltweit [1]. Bei all diesen Erkrankungen spielen Komorbiditäten für den Verlauf und die Prognose der Erkrankung eine wesentliche Rolle. Untersuchungen deutscher Netzwerke belegen das beispielsweise für die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung und für die Pneumonie [2, 3]. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Tumorerkrankungen, die einzeln, jedoch häufiger gemeinsam mit Lungenerkrankungen zu beobachten sind, kommen dabei eine besondere Bedeutung zu. Mit den schnellen demografischen Veränderungen wird Multimorbidität zu einem zentralen Problem der Medizin.

» Die Anforderungen an die Medizin werden immer komplexer

Während auf der einen Seite also eine breite Aus- und Weiterbildung gefordert ist, die alle Aspekte eines multimorbiden Patienten erfassen muss, werden gleichzeitig die Anforderungen an die Medizin immer komplexer. Die vier in dieser Aus-

gabe von *Der Internist* veröffentlichten Beiträge, die alle eine Mitbeteiligung des bronchopulmonalen Systems bei anderen, meist systemischen, Erkrankungen beschreiben, belegen das eindrücklich.

A. Moesner, M. Lerche *et al.* zeigen in ihrem Beitrag, dass pulmonale Veränderungen bei entzündlichen Darmerkrankungen häufig sind und alle Lungenkompartimente – also Pleura, Lungeninterstitium und Bronchialsystem – betreffen können. Dabei ist pathophysiologisch nicht abschließend geklärt, ob die Lungenveränderungen Folge der Darmerkrankung sind oder ob dieselben Auslöser unabhängig voneinander zwei Organsysteme betreffen. Ersteres, also der Befall der Lunge in Abhängigkeit von der Grunderkrankung und ihrer Therapie, ist typisch für die Lungenerkrankung bei hämatologischen Erkrankungen, die in ihrer Diversität im Beitrag von S.-S. Stecher, S. Lippl *et al.* dargestellt werden.

Exemplarisch für die Beteiligung der Lunge im Rahmen von entzündlichen Systemerkrankungen sind die systemischen Vaskulitiden, die rheumatoide Arthritis und die Kollagenosen. Je nach klinisch führendem Organbefall (Gelenke, Lunge, Nieren, Nervensystem, Haut) und/oder Allgemeinsymptomen wird sich der betroffene Patient primär beim Rheumatologen, Pneumologen, Nephrologen, Neurologen, Dermatologen oder

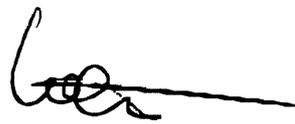
Allgemeininternisten vorstellen, nicht selten sind schon zum Zeitpunkt der Erstmanifestation intensivmedizinisch tätige Internisten gefragt. C. Kroegel *et al.* stellen die Systematik der primären und sekundären Vaskulitiden mit Lungenmanifestation dar und gehen hier namentlich auf die mit Eosinophilie assoziierten pulmonalen Vaskulitiden ein. Praktische Algorithmen erleichtern eine zielgerichtete Diagnostik und Differenzialdiagnostik dieser oft lebensbedrohlichen Systemerkrankungen.

D. Grund u. E. Siegert befassen sich in ihrem Beitrag mit den interstitiellen fibrosierenden Lungenerkrankungen, die neben Pleuritiden und intrapulmonalen Granulomen nicht selten bei rheumatologischen Erkrankungen wie der rheumatoiden Arthritis, der systemischen Sklerose und anderen Kollagenosen beobachtet werden. Die genaue histologische und radiologische Subtypisierung der interstitiellen Lungenerkrankung und die Erfassung der Aktivität der rheumatischen Grunderkrankung beeinflussen wesentlich die Therapie, die individuell eher klassisch immunsuppressiv, biologikabasiert oder antifibrotisch sein kann. So werden spezifische antifibrotische Therapien der Lungenfibrose wie die Gabe von Pirfenidon und Nintedanib derzeit auch bei rheumatischen Erkrankungen getestet. Die bis dahin der Biologikatherapie skeptisch gegenüberstehende Pneumologie konnte dabei sehr viel im Hinblick auf individualisierte Medizin von der Rheumatologie lernen.

» Netzwerkbildung funktioniert auch in der Inneren Medizin bisher nur in Einzelfällen

Das Beispiel der Beteiligung der Lunge bei Systemerkrankungen zeigt zwei Dinge. Gerade im Bereich der seltenen Erkrankungen ist eine große Expertise nötig, um Krankheiten richtig diagnostizieren und adäquat behandeln zu können. Individualisierte Therapie braucht Expertenzentren. Aber diese Zentren können nur bedingt Versorgungsmedizin leisten. Dazu braucht es Netzwerke, in denen die Aufgaben sinnvoll verteilt werden und in denen sich die gesamte Breite

der Medizin von der Spezialisierung bis zur Ganzheitlichkeit abbildet. Die Innere Medizin ist die Disziplin, die die Breite der Ausbildung und die Spezialisierung ermöglicht, sie wird damit den Anforderungen an eine moderne Medizin am ehesten gerecht. Netzwerkbildung funktioniert auch in der Inneren Medizin bisher nur in Einzelfällen. Zu oft entwickelt sich eine Konkurrenz zwischen ambulantem und stationärem Bereich, zwischen peripherer Versorgungsklinik und Universität. Die Zukunft können wir jedoch nur zusammen gestalten, hier liegt die Herausforderung, auch und vor allem für die Innere Medizin.



T. Welte



C. Vogelmeier



W. Hiddemann



E. Märker-Hermann

Literatur

1. GBD (2017) Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 390(10100):1151–1210
2. Karch A, Vogelmeier C, Welte T *et al* (2016) The German COPD cohort COSYCONET: Aims, methods and descriptive analysis of the study population at baseline. *Respir Med* 114:27–37
3. Ewig S, Birkner N, Strauss R *et al* (2009) New perspectives on community-acquired pneumonia in 388 406 patients. Results from a nationwide mandatory performance measurement programme in healthcare quality. *Thorax* 64(12):1062–1069

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. T. Welte
Klinik für Pneumologie,
Medizinische Hochschule,
Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1,
30625 Hannover,
Deutschland
welte.tobias@
mh-hannover.de

Interessenkonflikt. T. Welte, C. Vogelmeier, W. Hiddemann und E. Märker-Hermann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Hier steht eine Anzeige.

