

6. Lakeside Symposium des Lungenzentrums Hirslanden

Pneumologie – Allergologie – Gesundheitsökonomie

Das Lakeside Symposium über Pneumologie, organisiert durch den Gründer und Leiter des Lungenzentrums Hirslanden, Dr. med. Jürg Barandun, fand bereits zum 6. Mal am 10. April im Casino Lakeside am Zürichsee statt. Der Organisator verstand es einmal mehr einen multithematischen Anlass mit ausgezeichneten Referenten zu organisieren. Trotz schönstem Frühlingwetter und einem Champions League Fussballmatch zwischen Basel und Valencia konnte die Moderatorin Nicole Westenfelder eine namhafte Anzahl von Ärzten begrüßen.

Die Einleitung zum Symposium machte Dr. med. Jürg Barandun mit einem Update 2014 zu **Bronchitis, COPD und Emphysem**. Im akuten Stadium handelt es sich bei der Bronchitis meist um eine virale Entzündung, welcher mit einer symptomatischen, entzündungshemmenden, hustenstillenden, schleimlösenden Therapie begegnet wird.



Von einem chronischen Husten wird nach einer Dauer von mindestens 8 Wochen gesprochen. Ein Langzeit-Husten sollte möglichst vermieden werden. Differenzialdiagnostisch wichtig sind: Reflux (pH-Metrie), chron. Rhinosinusitis (CT!), Medikamente (ACE-Hemmer, Betablocker, Cordarone!).

Die chronische Bronchitis ist oft eine Vorstufe der COPD, eventuell bakteriell, eventuell AB (Amoxicillin/Clavulansäure). Bei COPD mit Atemnot hilft ein kurzdauernder Steroidstoss (5 Tage reichen).

Bronchitis Severity Score (BSS)

Die akute Bronchitis kann mit dem Bronchitis Severity Score (BSS) beschrieben werden. Mit dieser Rating Skala lässt sich die Schwere einer akuten Bronchitis sowohl zu Beginn als auch im Verlauf diverser Therapiemassnahmen überwachen. Die Skala reicht von 0 = nicht vorhanden, über 1 = leicht, 2 = moderat, 3 = schwer bis zu 4 = sehr schwer.

Die Ziele einer neuen, integrativen Betrachtung der COPD sind die Beurteilung von Symptomen, die Bewertung des zukünftigen Risikos von Exazerbationen, die Beurteilung der Schwere der Bronchialobstruktion und die Identifizierung von Comorbiditäten.

Der COPD Assessment Test (CAT): Dabei handelt es sich um einen Fragebogen mit 8 Fragen zu Auswirkungen der Erkrankung und Wohlbefinden, die vom Patienten zu beantworten sind. Der CAT ist kein diagnostisches Instrument.

Spirometrie – Empfehlung für Grundversorger

Eine Spirometrie sollte bei Personen, die älter als 45 Jahre alt sind und Risikofaktoren für COPD (Rauchen, Passivrauchen, Berufsrisiko, Familienanamnese einer früh aufgetretenen COPD) oder Symptome aufweisen, die auf COPD hinweisen (AHA) durchgeführt werden. Der Referent empfiehlt frühes Spirometrieren zur möglichst frühen Diagnose und Therapie.

Neue COPD-Klassifikation nach GOLD(2011) – eine integrative Betrachtung

Die neue COPD-Klassifikation nach GOLD (2011) beurteilt den Grad der Obstruktion, die Symptome und die Anzahl der Exazerbationen im letzten Jahr. Es folgt daraus eine Einteilung in 4 Stadien:

- A: Geringes Risiko, weniger Symptome
- B: Geringes Risiko, mehr Symptome
- C: Hohes Risiko, weniger Symptome
- D: Hohes Risiko, mehr Symptome

In der Schweiz wird die GOLD-Spirometrie Obstruktion angewandt. Dabei gelten die folgenden Kriterien:

- FEV1 \geq 80% = mild
- FEV1 \geq 50 bis \leq 80% = moderat
- FEV1 \geq 30 bis \leq 50% = schwer
- FEV1 \leq 30% = sehr schwer

Comorbiditäten bei COPD – COPD als Systemerkrankung

Comorbiditäten bei COPD sind kardiovaskuläre Erkrankungen, Osteoporose, Atemwegsinfekte, Depression, Diabetes, Myopathie, Lungenkrebs (häufigste Todesursache bei leichter COPD!). COPD ist häufig mit weiteren Erkrankungen vergesellschaftet, welche eine Prognose signifikant beeinflussen können und daher miterfasst werden sollten. Im Allgemeinen sollten Begleiterkrankungen die COPD Therapie nicht beeinflussen und so behandelt werden, als ob der Patient keine COPD hätte. Kardiovaskuläre Erkrankungen sind wohl die häufigsten und wichtigsten Begleiterkrankungen bei COPD, kardioselektive Betablocker sind **nicht** kontraindiziert.

Kernaussagen zum Management der COPD

- Risikofaktoren identifizieren und reduzieren, Nichtrauchertraining
- Symptome, Obstruktionsausmass und Exazerbationsrisiko individuell bestimmen
- Alle COPD-Patienten profitieren von Rehabilitation und kontinuierlicher körperlicher Aktivität
- Unter medikamentöser Therapie werden Symptome und Exazerbationen reduziert, Lebensqualität und Belastbarkeit gesteigert
- Impfungen: Influenza (Morbidität und Mortalität bis zu 50% gesenkt, Pneumokokken alle 7 Jahre).

Die Ziele der COPD Therapie sind: Symptomreduktion (Symptome erleichtern, Belastbarkeit erhöhen, Lebensqualität verbessern) und Risikoreduktion (Krankheitsprogression verhindern, Exazerbation vermeiden, Mortalität senken)

Medikamentöse Therapie der COPD: Mittel der ersten Wahl

Bei Gruppe A (geringes Risiko und weniger Symptome): SABA kurzwirksame Beta2-Agonisten: Ventolin, Bricanyl, Berodual

Bei Gruppe B (geringes Risiko mehr Symptome): LAMA oder LABA. LAMA: Spiriva Eklira, Seebri, LABA: Serevent, Foradil, Onbrez ICS: Alvesco, Pulmicort, Axotide

Gruppe C (hohes Risiko, weniger Symptome) LAMA: Spiriva, Eklira, Seebri

oder ICS/LABA: Symbicort, Seretide, Relvar/Ellipta

Gruppe D (hohes Risiko, mehr Symptome): LAMA oder ICS/LABA

Lang wirksame inhalative Bronchodilatoren stellen die präferierte Basistherapie der COPD dar. Die Kombination inhalativer Kortikosteroide mit lang wirksamen Bronchodilatoren ist nur für Patienten mit hohem Risiko empfohlen. Langfristige Monotherapie mit oralen oder inhalativen Kortikosteroiden ist bei COPD nicht empfohlen.

Der PDE4 Hemmer Roflumilast kann zur Reduktion von Exazerbationen bei Patienten mit FEV1 kleiner 50% Soll, chronischer Bronchitis und häufigen Exazerbationen hilfreich sein.

Zur Vermeidung schwerer Exazerbationen hat sich Tiotropium signifikant besser als Glycopyronium erwiesen. Auch die Kombination von Glycopyronium und Indacaterol ist nicht wirksamer als Tiotropium.

Lungenemphysem – Ventile als therapeutische Option

Neben der medikamentösen Therapie des fortgeschrittenen Lungenemphysems, die auf eine Symptomreduktion beschränkt ist, führt die endoskopische Lungenvolumenreduktion zur Verringerung der emphysematösen, nur gering zum Gasaustausch beitragenden Lungenbereiche. Dabei stellt die endobronchiale Ventilimplantation – unter vorherigem Ausschluss einer Kollateralventilation – ein effizientes, sicheres und reversibles Verfahren zur Reduktion von Luftnot und Steigerung der Belastbarkeit bei ausgewählten Patienten dar.

Der Referent stellte abschliessend fest:

- Die COPD Prävention ist möglich und vorrangig. Zur Diagnosestellung ist die Spirometrie notwendig
- Die Einschätzung der Erkrankung erfordert die Bewertung der Symptome, der Obstruktion, des Exazerbationsrisikos und der Comorbiditäten.
- Die kombinierte Bewertung von Symptomen und Risiko ist Grundlage der Therapie
- Alle COPD Patienten profitieren von Rehabilitation und kontinuierlicher Aktivität
- Die Behandlung von Exazerbationen soll den Einfluss auf die Progression der Erkrankung minimieren und weitere Exazerbationen verhindern
- Comorbiditäten müssen erkannt und adäquat behandelt werden
- Bei schwerer COPD mit Emphysem erfolgt die Vorstellung in einem Zentrum mit den Fragen: O₂-Langzeittherapie? Volumenreduktion chirurgisch oder endoskopisch?

Allergische Notfälle – wie vorbeugen und wie behandeln?

Die Ursachen der Anaphylaxie können IgE vermittelt, d.h. medikamentös, Hymenopteregift, Nahrungsmittel, oder iatrogen (SIT) sein, stellte **Prof. Dr. med. Peter Schmid-Grendelmeier**, Zürich, fest. Es kann aber auch zu einer unspezifischen Hist-

aminliberation kommen z.B. medikamentös (durch Muskelrelaxantien, Kontrastmittel, Opiate oder durch physikalische Reize („Exercise-induced“) oder multifaktoriell bzw. idiopathisch. Die Inzidenz ist etwa 3 auf 1000 Einwohner in der Schweiz, wobei es eine hohe Dunkelziffer gibt. Die Letalität beträgt etwa 5-15 /1 Mio. Einwohner und Jahre, Status nach Asthma oder anaphylaktischem Schock.



Das diagnostische Verfahren bei Verdacht auf eine Allergie umfasst Anamnese, Klinik, Hautteste (in vivo Teste), serologische Teste (in vitro Teste) und Provokationsteste.

Die Symptome einer IgE-vermittelten Allergie umfassen 4 Schweregrade: 1) Urticaria, 2) Quincke Ödem, 3) Atemnot, 4) anaphylaktischer Schock.

Die Symptome der Nahrungsmittelallergie beschränken sich nicht auf den Gastrointestinaltrakt, 60% betreffen die Haut, 40% die Respiration, 20% sind gastrointestinal und 10% kardiovaskulär. Häufig allergen sind rohes Stein- und Kernobst, insbesondere Apalaceae (Sellerie, Karotte, Fenchel, Petersilie, Anis, Dill, Koriander, Kümmel, Liebstöckel) sowie Melonen, Gurken und Zucchini.

Sinnvolle Abklärungen in der Praxis

Sinnvolle Abklärungen in der Praxis sind deshalb Screeningteste für Nahrungsmittelallergien: F x 5 (Kuhmilch, Hühnerei, Soja, Erdnuss, Dorsch, Weizen) und der Screeningtest für inhalative Allergene S x 1 (Birke, Gräser, Beifuss, HS-Milbe, Katze, Alternaria) und die Serumtryptase. Die Tryptase ist ein Parameter der Anaphylaxie. Der maximale Anstieg erfolgt 3–6 h nach dem Ereignis, die Normalisierung nach 12–24 h.

Hymenopteregiftallergie:

Der Stachel der Biene ist komplex mit Widerhaken versehen und enthält 3–4 mehr Gift als derjenige der Wespe und ist schwerer zu behandeln. Hummel ist harmloser und hat hohe Stichhemmung

Schweregrade und Vorgehen bei Hymenopteregift-Reaktion:

Grad 0: übermässige Lokalreaktion, Grad I: Nesselfieber, Grad II: Angio-Oedem, Durchfall, Übelkeit, Erbrechen. Grad III: Dyspnoe, Schluckbeschwerden, Schwäche, Konfusion. Grad IV: Blutdruckabfall, Kollaps, Urinabgang, Bewusstseinsverlust. Sinnvolle Tests:

IgE Biene: *i1 plus Serumtryptase.*

Massnahmen: Ausrüsten mit Notfallset, IgE Wespe i3 2 Tabl. Prednison, nach dem Ereignis 2 Tabl. Antihistaminikum/anti-H1, plus Instruktion für Mitführen und Anwendung plus Adrenalinautoinjektor (EpiPen) plus allergologische Abklärung wegen spezifischer Immuntherapie.

Anaphylaktischer Zwischenfall:

Trendelenburglagerung, intravenöser Zugang, EpiPen/Jext 0.3mg i.m. verabreichen, Ravegyl 2–4mg langsam i.v., Solu-Medrol 125–250mg langsam i.v.

Hereditäres Angioödem HAE infolge C-1 Inhibitormangel)

Diagnostische Kriterien sind: Angio-Oedem >24h, nicht-juckend, kein Ansprechen auf Antihistaminika, serpigines Exanthem, keine Urtikaria, unklare Abdominalschmerzen, rekurrent „Colicky“ pos. Familienanamnese, erniedrigtes C4.

Das HAE ist selten, aber potentiell lebensgefährlich. Die Erniedrigung der C4-Komponente des Komplementsystems ist charakteristisch. Die Behandlung erfolgt mit Berinert 2 Amp (500-1000IU) langsam iv oder Firazyr 1 Amp s.c. (inkl ACE-Hemmer, Sartane etc)

Management von unkontrolliertem Asthma?

Asthma entsteht durch eine Verdickung der Bronchienmuskulatur, es kommt zu einer schnelleren Verkrampfung. Oft ist die Lungenfunktion normal, so Prof. Dr. med. Jörg Leuppi, Liestal, Asthma-Auslöser können unspezifisch sein: so z.B. Anstrengungen, insbesondere beim Laufen, Nebel, Reizung der Atemwege, z.B. durch Zigarettenrauch, psychische Faktoren, Atemwegsinfekte.



Spezifische Auslöser sind: Allergie und Exposition: Haustiere, Nahrungsmittel, Pollen usw., Medikamente → Überweisung an einen Pneumologen für die Abklärung

Asthmakontrolle unter Behandlung:

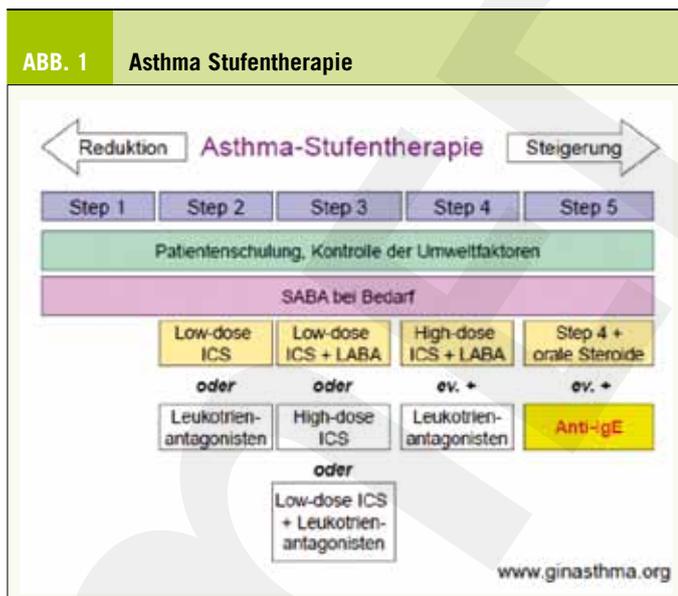
Tagessymptome kontrolliert <2x/Woche, teilweise kontrolliert >2x/Woche

Limitierung der Aktivität kontrolliert: nein, teilweise kontrolliert, ja
Nächtliche Symptome kontrolliert: nein, teilweise kontrolliert, ja
Gebrauch von SABA kontrolliert <2x/Woche, teilweise kontrolliert >2x/Woche

Lungenfunktion kontrolliert: normal, teilweise kontrolliert <80% Soll
Exazerbationen kontrolliert: keine, teilweise kontrolliert ≥ 1/Jahr.

Unkontrolliert: Eigenschaften der Kategorie „teilweise kontrolliert“ ≥ 3 x in einer Woche

Die Asthma-Stufentherapie richtet sich nach den GINA-Leitlinien (www.ginasthma.org) (Abb. 1)



Asthma ist in vielen Patienten unkontrolliert. Daten des European Community Respiratory Health Survey (ECHRS II) zeigen, dass nur 15% der ICS Anwender und 45% der Nicht-ICS Verbraucher ein kontrolliertes Asthma haben. In einer europäischen Umfrage bei Erwachsenen mit Asthma hatten 35% eine gute Kontrolle (0 oder 1 GINA Kriterium nicht erfüllt), 40% hatten eine mässige

Asthmakontrolle (2 oder 3 GINA Kriterien nicht erfüllt) und 25% wiesen eine schlechte Asthmakontrolle auf (4 oder 5 GINA Kriterien nicht erfüllt).

Was führt zu unkontrolliertem Asthma?

- Malcompliance
- Ungenügende Behandlung
- Fehlerhafte Inhalationstechnik Medikamenteneinnahme
- Co-Faktoren behandelt:
Rhinitis (postnasal-Drip-Syndrom), Reflux, Rauchen
- Komplikationen
Vaskulitis (Churgh-DStrauss-Syndrom), allergische bronchopulmonale Aspergillose
- Andere Krankheit

Nächtlicher Ventolin-Gebrauch ist ein Zeichen für instabiles Asthma. Dies ist wichtig zu kontrollieren!

Die GINA Guidelines bezeichnen die inhalative Therapie als die beste Option, Steroide sind 2. Wahl, die systemischen Therapien sind keine Option und die orale ist der inhalativen Therapie unterlegen.

Der Referent fasst die wichtigsten Punkte wie folgt zusammen:

- Prävention (Allergen-/Triggerkontrolle)
- Pharmakotherapie (Wirksamkeit, Sicherheit, Einfachheit)
- Schulung (Wissen, richtiges Selbstmanagement)
- Bestes medizinisches Wissen, Evidenz

Einheitskasse – Sackgasse in die Staats- und Zweiklassenmedizin

Das Patientengut hat sich verändert. Die Patienten sind chronisch krank und polymorbid, was eine Herausforderung an alle Gesundheitsakteure beinhaltet, so Prof. Dr. med. Thomas D. Szucs, VR-Präsident Helsana, Zürich.



Lange wurden nur Alter, Geschlecht und Spitaltage als Basis genommen. Neu ist nun auch die Medikation dazu gekommen! Dies führt zu einem verfeinerten Risikoausgleich.

Die Gesundheitssysteme im Vergleich:

Die Schweiz hat die längste Lebenserwartung weltweit. Sie hat 2014 zum ersten Mal Japan überholt. Die Schweiz weist eine sehr hohe Patientenzufriedenheit auf, einen hervorragenden Zugang für alle, ohne Wartezeiten, einen schnellen Zugang für Innovationen, einen umfassenden Leistungskatalog in der Grundversicherung, ein schuldenfreies System (keine Hypothek für die kommende Generation), dank individueller Prämienverbilligung eine sozialverträgliche Finanzierung und eine Wahlfreiheit aus einer Vielzahl an alternativen Versicherungsmodellen.

Bei den absoluten Gesundheitskosten relativ zum BIP liegt die Schweiz heute auf Rang 6 (hinter USA, NL, FR, DE, Ka) Hinsichtlich des Anstiegs der Gesundheitskosten figuriert die Schweiz innerhalb der OECD auf den hinteren Rängen.

Kleine Mehrkassensysteme funktionieren besser als grosse Einkassensysteme (klein, wendig, schnell, ökonomisch im Gegensatz zu gross, sperrig, langsam und wenig Leistung für viel Geld).

Die Einheitskasse bedeutet für den Arzt den Verlust der Therapiefreiheit. Sie stellt den ersten Schritt in Richtung Staatsmedizin dar. Gesundheitsbeamte werden auf Geheiss der Politik sagen, was Patienten erhalten sollen.

▼ Eleonore E. Droux und Prof. Dr. Dr. h.c. Walter F. Riesen