



Leitartikel

Berufspflichten im Gesetz geregelt

Dr. Dominik Schorr, Kantonsarzt, Liestal

Zum Medizinalberufegesetz (MedBG) vom 23. Juni 2006

Haben Sie sich auch schon geärgert, wenn sich eine Kollegin oder ein Kollege über die Regeln des Berufsstandes hinwegsetzte und beispielsweise unverfroren Werbung für eine selbsterfundene Heilmethode im Alternativbereich machte? Von Trampplakaten lächelnd, mit einem Flyer im Briefkasten oder einfach per Inserat?

Ab 1. September 2007 ist es zwar nicht unmöglich, aber deutlich schwieriger, sich auf diese Weise über die Standesregeln hinwegzusetzen. Das Datum markiert das Inkrafttreten des neuen Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG) und der dazugehörenden Verordnung. Darin sind erstmals die

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

- Die Bedeutung der Hausarztmedizin für die Universität Basel 3
- Fahrtauglichkeitsprüfung bei Autolenkern über 70 Jahre 4
- Achtung, Karies bei Kleinkindern 7
- Mobile Radiographie – ein Versuch in der Region Nordwestschweiz und in den Kantonen Genf und Freiburg 8
- Die neuen Asthmarichtlinien und ihre Umsetzung in der Patientenschulung der Lungenliga beider Basel 11

Editorial

Deus oeconomicus?

Dr. Lukas Wagner

Bekanntlich ist der *Deus ex machina* eine Erfindung der Theaterwelt. Im aktuellen Politiktheater hilft er uns nicht, ganz besonders nicht der *Deus oeconomicus*, den die Protagonisten so gern vom Himmel fahren lassen. Mit rein ökonomischem Denken kom-

men wir im Gesundheitswesen nicht weiter – es ist zu komplex. Ethische, soziale, politische, wirtschaftliche und wissenschaftliche Elemente stehen in ständigem Widerstreit miteinander. Ansätze zu einer Verbesserung sind nur zu erwarten, wenn *alle* Beteiligten sich bewusst sind, dass wir in einem unendlichen «work in progress» stehen. Dieser umfasst Verbesserung der technischen Verfahren in der Medizin

als solche, deren medizinisch richtige Anwendung durch uns Ärztinnen und Ärzte in Praxis und Spital, die richtigen Abläufe und «Patientenpfade» auf der Basis einer funktionierenden Arzt-Patienten-Beziehung, faire und solide Datenerhebungen aller Partner sowie Respekt vor den politischen und sozialen Gegebenheiten unserer Zeit. So kommen wir vielleicht weiter. Der Weg ist ... eben «in progress»!

Berufspflichten gesetzlich geregelt. In Art. 40 des Gesetzes werden alle Medizinalpersonen (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Tierärzte und Chiropraktoren – natürlich Männer wie Frauen) zu folgenden Regeln verpflichtet:

- **Gewissenhafte Berufsausübung und Einhaltung der eigenen fachlichen Grenzen**
- **Lebenslange Fortbildung**
- **Beschränkung der Werbung auf objektive, nicht irreführende und nicht aufdringliche Darstellungen, die einem öffentlichen Bedürfnis entsprechen**
- **Wahrung der Patienteninteressen, unabhängig von finanziellen Vorteilen**
- **Beistandspflicht; Mitwirkung im Notfalldienst nach Massgabe der kantonalen Vorgaben**
- **Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung (oder gleichwertigen Sicherheit)**

Das Gesetz weist die Kantone an, die Einhaltung der Berufspflichten zu überwa-

chen. Verstösse sollen disziplinarisch geahndet werden. Ausser einer Verwarnung oder einem Verweis kann auch eine Busse ausgesprochen werden und in besonders schweren Fällen, zum Beispiel bei einem Verbrechen, das in Zusammenhang mit dem Beruf steht, sogar ein befristetes oder definitives Verbot der selbständigen Berufsausübung. Zuständig für die Verhängung der Disziplinarmassnahmen ist die Aufsichtsbehörde, im Kanton Basel-Landschaft also die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion, in Basel-Stadt das Gesundheitsdepartement.

Die bedeutendste Limitierung des Gesetzes liegt darin, dass es nur für die selbständige Berufsausübung gilt. Wer unselbständig tätig sein will, kann sich trotzdem nicht einfach über die Berufspflichten hinwegsetzen. Die Kantone werden dafür Sorge tragen, dass die Pflichten auch für Nichtselbständige gelten. Im Kanton Basel-Landschaft wird dies durch das neue Gesundheitsgesetz

angestrebt, das sich zurzeit in parlamentarischer Beratung befindet. Zudem wird durch das Bundesgesetz ein «Medizinalberuferegister» eingeführt. Darin werden neben Personalien aller in der Schweiz registrierten Medizinalpersonen auch aufsichtsrechtliche Daten gespeichert und den Kantonen zur Verfügung gestellt. Im einzelnen ist aber noch keineswegs klar, wie die Einhaltung der Berufspflichten mit vernünftigem Aufwand überwacht werden soll. Im wesentlichen werden sich die Kantone um die Erfassung schwerer Delikte bemühen.

Das MedBG kann unter www.admin.ch/ch/d/sr gefunden werden. Es regelt neben dem hier beschriebenen Bereich auch Aus-, Weiter- und Fortbildung, Prüfungen und Diplome sowie die Berufszulassung.

Universität

Die Bedeutung der Hausarztmedizin für die Universität Basel

Zur Ernennung von Dr. Peter Tschudi zum Professor für Hausarztmedizin

*Dr. Ulrich Vischer,
Präsident des Universitätsrates*

An der Universität Basel war die Hausarztmedizin schon lange vor den alarmierenden Meldungen über den Rückgang an Allgemeinpraktikern ein integraler Bestandteil des Medizinstudiums. Über 20 Jahre vermittelten Hausärztinnen und -ärzte den Studierenden in ihren Praxen die Attraktivität ihres Berufes. Das war der Anfang! Die Initiative dazu und auch ihre Realisierung war allein ihnen zu verdanken.

Der Schritt zur vollständigen Integration der Hausarztmedizin in den Kanon der medizinischen Disziplinen entspringt der Notwendigkeit, das Profil des «Family Doctor» im modernen Gesundheitswesen den Bedürfnissen entsprechend weiterzuentwickeln. Denn der Hausarzt-

medizin kommt im Rahmen der Gesundheitsversorgung eine wesentliche Funktion zu, die je länger, je mehr neben kurativen auch von präventiven und sozialen Aspekten bestimmt ist. Allgemeinpraktiker haben dann weniger eine Triagefunktion für die Spezialisten denn eine ganzheitliche Rolle im Dienste der Gesundheitspolitik. Dies erfordert eine ganze Palette von Kompetenzen, deren Entwicklung nur im Rahmen eines Gesamtkonzeptes des Medizinstudiums zu leisten ist.

Die Übernahme des dreistufigen Studiums mit Bachelor, Master und Doktorat nach dem Modell von Bologna kommt dieser Entwicklung entgegen. Es bietet ein ideales Raster für die Differenzierung der medizinischen Ausbildung auf der Masterstufe. Die Hausarztmedizin kann hier mit einem eigenen, anspruchsvollen Profil gefördert werden.

Seitens Universität sind wir froh und freuen uns, dass mit der Gründung des Instituts für Hausarztmedizin vor zwei Jahren und mit der Ernennung von Dr. Peter Tschudi zum Professor wichtige Schritte gemacht werden konnten. Die Integration der Hausarztmedizin in die akademische Forschung und Lehre schärft das Profil unserer Medizinischen Fakultät vor allem im Bereich des in den letzten Jahren kontinuierlich ausgebauten Bereichs von Public Health. Damit wird deutlich, dass im Interesse des Gesundheitswesens Fragen der Gesundheitspolitik und der Prävention neben der Konzentration auf die klinische Spitzenmedizin im Bereich der Medizin zunehmend an Bedeutung gewinnen. Die Universität Basel will mit einer hochstehenden Ausbildung ihren Teil an diese Entwicklung leisten.

Fahrtauglichkeitsprüfung bei Autolenkern über 70 Jahre

Dres. P. E. Schlageter, P. Strohmeier

Richtigstellung und Ergänzung

Beim Artikel zum Thema «Fahrtauglichkeitsprüfung bei Autolenkern über 70 Jahre», erschienen in der letzten Ausgabe der Synapse im August 2007, sind drei Korrekturen resp. Ergänzungen vorzunehmen:

Beim empfohlenen **Untersuchungsgang** zur Beurteilung der Fahrtauglichkeit fehlen im Abschnitt **Anamnese** die wichtigen Fragen nach «Stürzen» und nach «TIA» (oder TIA-verdächtigen Ereignissen). Im Abschnitt **Untersuchung** sollte es richtig heissen: «Kleiner internistischer Status». Diese Untersuchung muss nicht mit der Untersuchung übereinstimmen, wie sie im Tarmed-Tarif definiert wird.

Im weiteren legen die Autoren Wert darauf, dass der Artikel der Mitarbeit aller Mitglieder des Qualitätszirkels Oberwil zu verdanken ist: Dres. A. Lyrer, Moderatorin QZO, J. Babics, B. Flückiger, E. Kaiser, M. Löliger, P. Minder, G.-C. Serena, P. E. Schlageter, P. Strohmeier.

Durch Rückmeldungen auf unsere Arbeit erfahren wir, dass die medizinische Fahrtauglichkeitsprüfung bei Betagten in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land hinter den Kulissen in verschiedenen Gremien eifrig diskutiert wird und dass neue Regelungen geplant und in Vorbereitung sind.

Als engagierte Hausärztinnen und Hausärzte halten wir in aller Deutlichkeit fest, dass wir überzeugt sind, diese Aufgabe auch weiterhin kompetent und zuverlässig vornehmen zu können. Bei der Beurteilung der Fahrtauglichkeit ist das Erfassen komplexer Zusammenhänge gefragt, so wie wir dies in der hausärztlichen Praxis täglich tun. Dies unterscheidet die hausärztliche Untersuchung und Beurteilung von der organzentrierten Spezialistenbeurteilung.

Die Aufgabe der Vertrauensärzte sehen wir als Rekursinstanz für Fahrzeuglenker, denen der Hausarzt die Fahrtauglichkeit abspricht, und als Anlaufstelle für Fahrzeuglenker ohne Hausarzt. Eine gene-

relle Untersuchung durch Vertrauensärzte, auch erst ab einem bestimmten Alter, lehnen wir in aller Entschiedenheit ab.

Empfohlener Untersuchungsgang zur Beurteilung der Fahrtauglichkeit von Autolenkern über 70 Jahre

Name und Vorname	Jahrgang	Datum

Anamnese

- keine schweren Stoffwechselkrankheiten
- Operationen, Unfälle (inkl. Blechschäden)
- Schwindel, Synkopen, TIA, Stürze, Angina pectoris, Dyspnoe
- Anfallsleiden, Angstzustände
- Medikamente (inklusive Schlaf- und Beruhigungsmittel)
- Alkoholanamnese
- spontane Selbstadaptationen (z.B. fährt nicht mehr nachts)
- bei Zweifeln: Mitfahrerbefragung (z.B. Tochter setzt sich nicht mehr ins Auto)
- Übertretungen/Bussen in letzter Zeit

Untersuchung

- Kleiner internistischer Status
- kursorischer Neurostatus (Koordination, Lokomotorik, Kraft)
- HWS, Grosse Gelenke, Hände
- Flüsterzahlen
- Augen: grobe Gesichtsfeldprüfung und Optotypentafel
- psychische Leistungsfähigkeit: Uhrzeichnen und/oder Pentagon.
Wenn pathologisch: Minimental Status

Entscheid

darf fahren ohne/mit Brille resp. Kontaktschalen

Überweisung an Vertrauensarzt

amtliche Kontrollfahrt

Abklärung Verkehrspsychologe

weitere Vorschläge und Empfehlungen

Autoren

Qualitätszirkel Oberwil: Peter Strohmeier, Peter E. Schlageter, Josef Babics, Markus Löliger, Astrid Lyrer, Peter Minder, Eva Kaiser, Gian-Clo Serena, Beat Flückiger

Achtung, Karies bei Kleinkindern

Hans Rudolf Bachmann,
Informationsbeauftragter Zahnärzte-
gesellschaften beider Basel SSO

In den 60er Jahren glaubte man, Karies im Griff zu haben. Heute ist jedoch das Problem wieder akut, wird aber oft unterschätzt. Es darf doch nicht sein, dass über 400 Kinder zwischen einem und fünf Jahren mit massiv kariösen Zähnen jährlich im UKBB in Narkose behandelt werden müssen.

Da die staatlichen Präventionsmassnahmen erst im Kindergarten beginnen, leisten die Zahnärztegesellschaften beider Basel SSO einen Beitrag, um diese Lücke zu schliessen. So sind Untersuchungen von Kindern bis fünf Jahren bei einem SSO-Mitglied gratis. Und in einer Kampagne werden Kinderärzte und Mitarbeiterinnen von Kindertagesstätten in Kariesprophylaxe ausgebildet.

Weiterbildung für Allgemeinärzte und Pädiater

Im Sommer organisierten die Zahnärzte SSO beider Basel zum Thema «Kleinkinderkaries erkennen und vermeiden» eine gutbesuchte Weiterbildungsveranstaltung, an der neben Kinderärzten auch Mitarbeiterinnen von Kindertagesstätten teilnahmen. Die Basisinformation vermittelten der Abteilungsleiter der Schulzahnklinik Basel, Dr. med. dent. Peter Minnig, sowie Dr. med. dent. Iwan Borer. Anschliessend wurde unter der Leitung von Dr. med. Dominik Müller intensiv diskutiert. Neben konkreten Fragen, wie «Wann soll welches Zahnbürstli, welche Zahnpasta angewandt werden?», kamen auch erstaunliche Phänomene zur Sprache, gibt es doch Familien, in denen das eine Kind (fast) keine, das andere jedoch bei gleichen Ess- und Putzgewohnheiten sehr viel Karies hat. Wie geht das?

Bakterien in der Schlüsselrolle

Die Bakterien spielen bei der Entstehung von Zahnkaries eine Schlüsselrolle, da der vorhandene Zucker durch diese Bakterien in Milchsäure abgebaut wird (Glykolyse). Wird nun regelmässig Zucker konsumiert, hat diese Glykolyse eine konstante Übersäuerung des Mundes zur Folge. Diese stört die normalerweise gute Harmonie zwischen den rund 300–

600 verschiedenen Bakterienarten in der Mundhöhle und beginnt, den Zahnschmelz zu entkalken.

In einer andauernd sauren Mundhöhle stellen viele Bakterienarten ihr Wachstum, ihre Vermehrung und ihren Stoffwechsel ein. Es überleben nur die säureunempfindlichen Bakterien, die Mutans-Streptokokken und die Laktobazillen. Diese vermehren sich und können zudem durch wiederholten Zuckerabbau erneut Säure produzieren, was eine weitere Absenkung des pH-Wertes im Mund bedeutet. Mit dem Durchbruch des ersten Milchzahns erhalten die Bakterien eine stabile Oberfläche im Mund, an der sie anhaften können, und mit jedem weiteren durchgebrochenen Zahn vergrössert sich diese Oberfläche.

Kein völliger Verzicht auf Süssigkeiten nötig

Ein Loch im Zahn (Karies) entsteht also erst dann, wenn innerhalb von 24 Stunden ein Zahn durch Säureangriff mehr entkalkt wird (Demineralisation), als durch den Speichel wieder repariert werden kann (Remineralisation). Karies ist demnach nicht das eigentliche «Loch im Zahn», sondern ein «infektiöser Prozess», bei dem die chemische Balance zwischen De- und Remineralisation gestört ist.

Ein völliger Verzicht auf Süssigkeiten ist also nicht nötig, denn entscheidend für die Kariesentstehung ist die Häufigkeit (wie oft und nicht wieviel) des Zuckerkonsums pro Tag! Eine normale Ernährung inklusive zuckerhaltiger Nachspeise zu den Hauptmahlzeiten stört die Harmonie unter den Bakterien nicht und ist für den Zahnschmelz praktisch ungefährlich, da der Speichel zusammen mit einer guten Mundhygiene in der Lage ist, kleinste Reparaturen an der Zahnoberfläche zu übernehmen. Die gleiche Menge Zucker, über den Tag hinweg verteilt, kann sich jedoch katastrophal auswirken. Deshalb sind Mahlzeiten oder Getränke zwischendurch zuckerfrei zu halten. Nur so erhält der Speichel genügend Zeit, die durch Nahrung auf der Zahnoberfläche entstandenen Säuren zu neutralisieren. Das gleiche gilt auch für nächtliche Schoppen, die meist mit Zucker gesüssten Tee, Orangensaft oder andere Fruchtgetränke, Kakao oder Milch enthalten. Denn einerseits schlafen die Bakterien nicht, und andererseits ist die

Speichelproduktion während der Nacht stark gedrosselt. Aus diesen zwei Gründen sind die zuckerhaltigen Nachtschoppen doppelt bis dreifach gefährlich.

Die Eltern – ein Kariesrisiko für das Kind?

In der Mundhöhle eines neugeborenen Kindes gibt es noch keine säureunempfindlichen Bakterien. Diese kommen erst mit dem Durchbruch der ersten Milchzähne in den Mund des Babys, da sie sich nur auf harten Oberflächen ansiedeln können. Der Eintritt der Mutans-Streptokokken in den Kleinkindermund erfolgt meistens via Speichel der Eltern durch Abschlecken des Nuggis, des Schoppenflaschen-Saugers oder des Breilöffels. Die Bakterienbelastung im Mund von Mutter und Vater spielt deshalb bei der Mund-zu-Mund-Übertragung eine grosse Rolle. Die Bakterienübertragung erweist sich besonders während des Zahndurchbruchs als äusserst gefährlich, da die Mutans-Streptokokken am noch porösen Schmelz gut anhaften können. Das Zähneputzen ist in dieser Kleinkinderphase sehr schwierig. Deshalb muss das Übertragungsrisiko verringert werden. Dies kann durch einen generellen Übertragungsstopp via Nuggi, Schoppensauger etc. oder durch eine gezielte Mundvorsorge der Eltern erreicht werden.

Früherkennung ist wichtig

Es gibt heute Tests, welche die Höhe der bakteriellen Besiedelung der Mundhöhle mit Mutans-Streptokokken und Laktobazillen aufzeigen. Für werdende und junge Eltern sind diese Tests eine Möglichkeit, ihr eigenes Übertragungsrisiko zu bestimmen. Besonders wichtig ist die Kontrolle bei den Kindern. Pädiater und Allgemeinärzte sehen Kinder quasi von der Geburt bis zum Kindergartenalter regelmässig. Das heisst, sie können mittels Bakterientests bei Kleinkindern im Alter von 24 Monaten eine einfache Kariesrisikoanalyse durchführen, bevor Schäden auftreten.

Aufgrund der dramatischen Situation wird es darum gehen, für künftige Präventivmassnahmen bei Kleinkindern im Vorschulalter neben den offiziellen Gesellschaften der Zahnärzte und der Kinderärzte auch die Gesundheitsdepartemente beider Basel vermehrt einzubeziehen.

Mobile Radiographie – ein Versuch in der Region Nordwestschweiz und in den Kantonen Genf und Freiburg

*Dr. med. B. Burckhardt,
Prof. Dr. med. A. Nidecker*

Aufgrund eines publizierten Versuchs in der norwegischen Hauptstadt Oslo (1) haben wir uns mit Kollegen aus der Westschweiz entschlossen, auch in der Schweiz einen Versuch mit der mobilen Radiographie zu wagen. Im Spitalbereich werden mobile Röntgengeräte ja seit vielen Jahren verwendet, wobei diese Maschinen allerdings oft über 500 kg schwer sind. Wie in vielen Bereichen sind durch technologische Fortschritte auch Röntgengeräte kleiner und effizienter geworden. Dies ermöglicht es, fahrbare Geräte zu bauen, deren Gewicht heute nur noch um die 80 kg beträgt. Mit der inzwischen vielerorts eingeführten Digitaltechnik stehen zudem Röntgenaufnahmen innert Sekunden nach Anfertigung zur Verfügung. Die damit verbundene Strahlendosis ist tiefer als bei der herkömmlichen Technik, und die Bilder können – statt auf Filmen oder Papier – auf CDs oder Speicherchips abgelegt werden.

Erkenntnisse aus Oslo zeigen, dass ältere und behinderte Mitmenschen in Alters- und Pflegeheimen mit der ambulanten Radiographie besser radiologisch versorgt werden können als auf die herkömmliche Art. Da auch bei uns die demographische Entwicklung ähnlich wie in Norwegen und vielen europäischen Ländern ist und uns das Projekt aus Oslo überzeugt hat, haben wir uns entschie-

den, mit Kollegen aus der welschen Schweiz auch hier einen gemeinsamen Versuch zu wagen. Wir haben das dem Bundesamt für Gesundheit vorgeschlagen, und inzwischen wurde ein solches Projekt vom BAG und von den kantonalen Gesundheitsdepartementen der betreffenden Kantone auch bewilligt. Selbstverständlich wurden auch die Exponenten der ÖKK und von santésuisse, bisher in Genf und Basel, von Anfang an informiert, und von ihrer Seite erfahren wir ebenfalls Unterstützung.

Einfache Röntgenaufnahmen im Altersheim bieten Vorteile: Mit der ambulanten Radiographie ist nicht nur eine schnellere Diagnostik vor Ort garantiert, sondern gleichzeitig sind die Untersuchungen auch weniger belastend für die Patienten. Diese gelegentlich behinderten Menschen müssen ihre gewohnte Umgebung nicht mehr für Röntgenaufnahmen in der Praxis, im Röntgeninstitut oder im Spital verlassen, und die damit verbundenen Transporte und Wartezeiten entfallen. Letztlich kommt die ambulante Radiographie auch dem Personal in den Heimen entgegen, indem keine Begleitpersonen delegiert werden müssen, die dann auf den Abteilungen fehlen.

Mit einem kleinen fahrbaren Röntgengerät haben wir vom März bis Juni einige Patienten in einigen APH in beiden Kantonen röntgen können, dies meistens bei Fragestellung nach Frakturen nach Sturz oder sonstigen Schmerzen oder bei Thoraxaufnahmen nach Insuffizienzzeichen oder Pneumonien. In der Mehrzahl der Fälle konnten so Transporte der Patienten in unser Institut oder ins nächste Spital vermieden werden, auch wenn

einige der Patienten schliesslich doch hospitalisiert werden mussten. In Genf ist der Versuch wesentlich rasanter gestartet und trifft wie auch in unserer Region in allen Heimen und bei den Behörden auf grosse Zustimmung. Nach diesen guten Erfahrungen sind wir noch mehr davon überzeugt, dass die ambulante Radiographie eine hilfreiche neue Dienstleistung darstellt, die Transport- und Personalkosten sparen kann, was in der heutigen Diskussion im Gesundheitswesen doch ein gewichtiges Argument darstellt.

Wir sind sehr daran interessiert, die ambulante Radiographie nach Möglichkeit bei den erwähnten Patienten einsetzen zu können. Dazu sind wir jedoch auf die Indikationsstellung durch unsere Kolleginnen und Kollegen in der ambulanten Praxis angewiesen. Die Kosten für Gerätemiete und das Salär der Röntgenassistentin sind hoch, und das Projekt sollte sich finanziell einigermassen tragen, was – bisher wenigstens – nicht der Fall ist. Im Sinne eines «back to the roots» sind wir in einer fortgeschrittenen Phase unserer Praxistätigkeit aber hochmotiviert, eine Dienstleistung anbieten zu können, die auf dem konventionellen Röntgen beruht und Vorteile für den alten Menschen bringt, ohne jedoch ein Mehr an Kosten zu verursachen.

1) Laerum F. Mobile x-ray room service rolls into Oslo's nursing homes. Diagnostic Imaging Supplmt. 2005.

MOBIRAD Basel-Stadt und Baselland
079 685 11 11

Die neuen Asthmarichtlinien und ihre Umsetzung in der Patientenschulung der Lungenliga beider Basel

PD Dr. Jörg D. Leuppi,
Leitender Arzt Pneumologie,
Universitätsspital Basel,
Vorstandsmitglied Lungenliga beider Basel
jleuppi@uhbs.ch

Das Asthma bronchiale ist eine häufige Erkrankung, die sich nicht heilen, aber in den meisten Fällen gut behandeln bzw. kontrollieren lässt. Gemäss grossen schweizerischen Querschnittsstudien wie SAPALDIA oder SCARPOL dürften ca. 7–8% der Gesamtbevölkerung unter einem Asthma leiden. Bis vor 10 Jahren konnte eine stete Zunahme der Häufigkeit dokumentiert werden, seit den letzten 10 Jahren ist die Prävalenz aber mehrheitlich konstant. Findet sich in der Lungenfunktion eine obstruktive Ventilationsstörung, so ist eine postbronchodilatatorische Verbesserung des FEV₁ und/oder der FVC um mehr als 12% und 200 ml als eine partielle Reversibilität und somit als Asthma bronchiale bzw. asthmatische Komponente anzusehen. Die Mehrheit der Asthmapatienten zeigt eine normale Lungenfunktion. Dann sollte ein Broncho-Provokationstest zum Beispiel mit Metacholin oder Manitol durchgeführt werden, um die bronchiale Hyperreagibilität beweisen zu können. Weiter wird empfohlen, eine allergologische Abklärung zu veranlassen. Traditionell wird das Asthma in vier Schweregrade eingeteilt, und zwar intermittierendes (Stufe 1), leicht persistierendes (Stufe 2), mittelschwer persistierendes (Stufe 3) und schwer persistierendes Asthma (Stufe 4).

Seit Ende des letzten Jahres sind nun die neuesten Asthmarichtlinien, die GINA-Guidelines (Global Initiative of Asthma; www.ginasthma.com), publiziert worden. Diese basieren primär auf der Asthmakontrolle: Diese Einteilung erlaubt, die Asthmathherapie je nach Kontrolle aus- oder abzubauen («Step-up- und Step-down-Approach»). Weiterhin besteht die Therapieempfehlung beim

intermittierenden und kontrollierten Asthma lediglich aus einem kurzwirksamen Bronchodilatator als Bedarfstherapie. Hat der Patient mehr als ein- bis zweimal pro Woche Symptome, befindet sich also im leicht persistierenden Asthmastadium beziehungsweise ist nur noch partiell kontrolliert, sollte entweder ein niedrig dosiertes inhalatives Corticosteroid oder als Alternative bei Kindern oder bei einem reinen anstrengungsinduzierten Asthma ein Leukotrien-Antagonist eingesetzt werden. Lässt sich das Asthma mit einem inhalativen Corticosteroid nur ungenügend behandeln (mittelschwer persistierendes Asthma bzw. weiterhin partiell kontrolliertes Asthma), sollten entweder die inhalativen Corticosteroide erhöht oder wirksamer zusätzlich zu den inhalativen Corticosteroiden ein langwirksamer Bronchodilatator (gerade als Kombinationspräparat) oder eventuell ein Leukotrien-Antagonist eingesetzt werden. Ist das Asthma damit weiterhin ungenügend kontrolliert, empfiehlt sich, zusätzlich zu dem inhalativen Kombinationspräparat (inhalatives Corticosteroid und langwirksamer Bronchodilatator) entweder den inhalativen Corticosteroidteil zu erhöhen oder noch einen Leukotrien-Antagonisten zuzufügen. Alternativ kann bei Persistenz eines partiell unkontrollierten Asthmas auch ein Theophyllinpräparat abends eingesetzt werden. Durchwegs durch alle Stadien sollte dem Patienten immer ein kurzwirksamer Bronchodilatator als Notfallmedikament zur Verfügung stehen. Das Kombinationspräparat Budesonide/Fomoterol kann neben der Basistherapie auch als Bedarfsmedikament eingesetzt werden. Gemäss den neuen Richtlinien soll nun die Therapie immer wieder der bestehenden Asthmakontrolle angepasst werden. So kann die Therapie eben aus- wie auch wieder abgebaut werden. Dass die Asthmakontrolle im Vordergrund stehen muss, konnten wir im letzten Jahr mit einer eigenen schweizerischen Studie



bestätigen. In Zusammenarbeit mit über 280 Hausärzten wurden ca. 1800 Asthmapatienten befragt: Ein gutkontrolliertes Asthma liess sich lediglich in 16% der Patienten dokumentieren. Ein Drittel dieser Asthmapatienten rauchte; dabei zeigten Raucher weniger häufig ein gutkontrolliertes Asthma als Nichtraucher (12% versus 18%). Sowohl diese Schweizer Daten wie auch die neuen Asthma-Guidelines empfehlen die Verwendung standardisierter Asthmakontrollfragebogen. Nur durch regelmässiges Erfassen dieser Kontrolle kann schliesslich der vorgeschlagene Step-up- bzw. Step-down-Approach in der medikamentösen Therapie verfolgt werden. Weiter muss sehr bekräftigt werden, dass Asthmapatienten eine korrekte Instruktion bzw. Schulung erfahren sollten. Wir müssen sicher sein, dass die Patientin/der Patient ihre/seine Inhalationsdevice korrekt verwendet (immer vom Patienten vormachen lassen!). Nur Asthmapatienten, die ihre Krankheit verstehen und ggf. ein Selbstmanagement anwenden können, sind in der Lage, adäquat auf eine beginnende Exacerbation reagieren zu können. Bei ungenügender Asthmakontrolle sollten einerseits immer nochmals die Adherence zur Therapie bzw. der korrekte Gebrauch der Medikamente überprüft und andererseits Kofaktoren wie

das Rauchen, eine zusätzlich vorhandene Rhinitis oder ein gastroösophagealer Reflux gesucht und mitbehandelt werden. Schlussendlich muss bei einer nicht kontrollierbaren Asthmasituation ein erhöhter IgE-Titer (ev. Indikation für das Anti-IgE) sowie eine mögliche Erkrankung wie eine Vaskulitis oder allergische bronchopulmonale Aspergillose gesucht werden.

Eine entsprechende Asthmapatientenschulung bietet die Lungenliga beider Basel an. Der nächste Kurs findet im kommenden Oktober/November (30.10., 6.11. und 13.11.2007) im Kurslokal der Lungenliga beider Basel (Mittlere Strasse 35) statt. In diesem Kurs sollen Asthmapatienten ihre Krankheit besser verstehen lernen. Neben meinen Erläuterungen über Häufigkeit, Ursachen, Allergien, Asthmaauslöser, Therapieprinzipien etc.

wird v.a. auch auf das Selbstmanagement eingegangen. Eine auf Asthma spezialisierte Lungenfunktionsassistentin instruiert die korrekten Inhalationstechniken wie auch Peak-Flow-Messungen. Zusätzlich werden Atem- und Entspannungsübungen von einem ebenfalls spezialisierten Physiotherapeuten

gezeigt. Es würde uns freuen, wenn Sie Ihre Asthmapatienten auf unseren Asthmanagementkurs aufmerksam machen würden. Entsprechende Flyer zu diesem Kurs können Sie gerne bei der Lungenliga beider Basel bestellen. Für Fragen stehe ich selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Literatur

- Bousquet J, Clark TJ, Hurd S, Khaltaev N, Lenfant C, O'byrne P, Sheffer A. GINA guidelines on asthma and beyond. *Allergy*. 2007;62(2):102-12.
- Grize L, Gassner M, Wuthrich B, Bringolf-Isler B, Takken-Sahli K, Sennhauser FH, Stricker T, Eigenmann PA, Braun-Fahrlander C; Swiss Surveillance Programme On Childhood Allergy and Respiratory symptoms with respect to Air Pollution (SCARPOL) team. Trends in prevalence of asthma, allergic rhinitis and atopic dermatitis in 5-7-year old Swiss children from 1992 to 2001. *Allergy*. 2006;61(5):556-62.
- Leuppi JD, Steurer-Stey C, Peter M, Chhajed PN, Wildhaber JH, Spertini F. Asthma control in Switzerland: a general practitioner based survey. *Curr Med Res Opin*. 2006;22(11):2159-66.

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Dr. med. Franz Rohrer, Schützenstrasse 2
CH-4415 Lausen, synapse@emh.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Franz Rohrer (Chefredaktor),
Facharzt für Innere Medizin FMH

Dr. med. Tobias Eichenberger,
Facharzt für Urologie FMH

Dr. med. Beatrice Huth,
Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH

Dr. med. Ch. Itin, Facharzt für Allgemein-
medizin FMH, Redaktor Fortbildungskalender

Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie
und Psychotherapie FMH

Dr. med. Sabine Lingenhel,
Fachärztin für Innere Medizin FMH

Dr. med. Benjamin Pia, Facharzt für
Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Dr. med. Alexandra Prünthe,
Fachärztin für Ophthalmologie
und Ophthalmochirurgie FMH

Dr. med. Lukas Wagner,
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH

«Synapse»-Archiv im Internet
www.aerzte-bl.ch

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsbürgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 55, Fax +41 (0)61 467 85 56
E-Mail: verlag@emh.ch
www.emh.ch

Layout, Satz und Druck

Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint achtmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Ariane Furrer
Assistentin Inserateregie
Farnsbürgerstrasse 8
CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 88, Fax +41 (0)61 467 85 56
afurrer@emh.ch



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland

Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach
Tel. +41 (0)61 976 98 08, Fax +41 (0)61 976 98 01
E-Mail: fschwab@hin.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Marktgasse 5, CH-4051 Basel
Tel. +41 (0)61 560 15 15, Fax +41 (0)61 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch

Einträge von Veranstaltungen im
Fortbildungskalender: Veranstaltungen
bitte mit Angabe von Datum, Zeit, Ort,
Referenten, Thema und Veranstalter
frühzeitig bei Dr. med. Ch. Itin
(E-Mail: christoph.itin@hin.ch) anmelden.

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe:
27. September 2007