



# Allergie + Asthma aktuell

Eine Information der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang für Fachkreise

## Epidemiologie von Asthma und Allergien in Deutschland und Europa

*Prof. Dr. med. Claus Vogelmeier – Seite 4*

## Aktuelles aus der Allergie- und Asthmaforschung

*Prof. Dr. phil. nat. Kurt Blaser – Seite 6*

## Pressekonferenz an der Hochgebirgsklinik

*Seite 8*

## Davoser Gespräche vom 12.01. – 14.01.05

*Seite 10*

## Dermatologie an der Hochgebirgsklinik Davos

*Seite 11*

## Hoher Besuch in Davos

*Seite 12*

1/2005

4. Jahrgang



# SYMBICORT® 80/4,5 bei Kindern ab 6 Jahren

## Maßgeschneiderte Asthmatherapie

- Entzündungshemmung  
und Bronchialerweiterung
- schnell im Wirkeintritt



# SYMBICORT®

Budesonid/Formoterol

**Symbicort® Turbohaler® 80/4,5 Mikrogramm/Dosis Pulver zur Inhalation**

**Wirkstoffe:** Budesonid, Formoterolhemifumarat 1 H<sub>2</sub>O. Verschreibungspflichtig.

**Zusammensetzung:** 1 Einzeldosis Symbicort® Turbohaler® 80/4,5 Mikrogramm/Dosis Pulver zur Inhalation enthält eine über das Mundstück abgegebene Menge von 80 Mikrogramm Budesonid und 4,5 Mikrogramm Formoterolhemifumarat 1 H<sub>2</sub>O (entspricht 100 Mikrogramm Budesonid und 6 Mikrogramm Formoterolhemifumarat 1 H<sub>2</sub>O der im Behältnis abgemessenen Dosis). **Weitere Bestandteile:** Laktosemonohydrat.

**Anwendungsgebiete:** Regelmäßige Behandlung von Asthma, bei der die Anwendung von inhalativem Kortikosteroid und langwirksamen Beta-Agonisten in Kombination angezeigt ist. Patienten, die mit inhalativen Kortikosteroiden und kurzwirksamen Beta<sub>2</sub>-Agonisten zur bedarfsweisen Inhalation nicht ausreichend eingestellt sind oder Patienten, die mit inhalativen Kortikosteroiden und langwirksamen Beta<sub>2</sub>-Agonisten in Kombination ausreichend eingestellt sind. **Gegenanzeigen:** Bei Überempfindlichkeit gegenüber Budesonid, Formoterolhemifumarat oder inhalierter Laktose. Es liegen keine Daten zu Symbicort® Turbohaler® 80/4,5 Mikrogramm/Dosis oder der gleichzeitigen Behandlung mit Formoterol und Budesonid in der Schwangerschaft vor. Die Anwendung von Symbicort® Turbohaler® 80/4,5 Mikrogramm/Dosis bei schwangeren und stillenden Müttern sollte

nur in Betracht gezogen werden, wenn der erwartete Nutzen für die Mutter größer ist als das mögliche Risiko für das Kind. Symbicort® Turbohaler® 80/4,5 Mikrogramm/Dosis wird für Kinder unter 6 Jahren nicht empfohlen. **Nebenwirkungen:** Da Symbicort® Turbohaler® 80/4,5 Mikrogramm/Dosis sowohl Budesonid als auch Formoterol enthält, können die für diese Substanzen bekannten Nebenwirkungen in gleicher Art und Weise auftreten. Häufig: Kopfschmerzen, Palpitationen, Tremor, Candida-Infektionen der Mund- und Rachen Schleimhaut, leichte Reizung des Rachens, Husten, Heiserkeit. Gelegentlich: Tachykardie, Muskelkrämpfe, Erregung, Unruhe, Nervosität, Übelkeit, Schwindel, Schlafstörungen, Blutergüsse. Selten: Exantheme, Urtikaria, Juckreiz, Überempfindlichkeitsreaktionen wie Dermatitis und Angioödem, Bronchospasmus, Hypokaliämie, Herzrhythmusstörungen in Form von Vorhofflimmern, supraventrikuläre Tachykardie, Extrasystolen. Sehr selten: Hyperglykämie, Anzeichen oder Symptome von systemischen Glukokortikoidwirkungen (mit Störungen der Nebennierenrinden-funktion), Depressionen, Verhaltensstörungen (hauptsächlich Kinder), Störungen des Geschmackssinns, Angina pectoris, Blutdruckschwankungen. Wie bei anderen Inhalationstherapien können in seltenen Fällen paradoxe Bronchospasmen auftreten. Die Behandlung mit Beta-2-Agonisten kann zu einer Erhöhung der Blutspiegel von Insulin, freien Fettsäuren, Glycerin und Ketonkörpern im Blut führen. Weitere Angaben siehe Fachinformation. **Handelsformen:** Symbicort® Turbohaler® 80/4,5 Mikrogramm/Dosis: 120 Hübe = N1 (PZN 3199634), 2 x 120 Hübe = N2 (PZN 3199841). Pharmazeutischer Unternehmer: AstraZeneca GmbH. Mitvertrieb: pharma-stern GmbH, Promed Arzneimittel GmbH, 22876 Wedel. Stand November 2003.

AstraZeneca 

ATEMWEGLINIE

22876 Wedel

[www.astrazeneca.de](http://www.astrazeneca.de)



PD Dr. med. Günter Menz

# Editorial

## Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

der Klinikstandort Davos ist in den vergangenen Wochen in die Schlagzeilen geraten, weil einige Häuser schließen mussten. Dabei fand jedoch kaum Erwähnung, dass dieser Konzentrationsprozess nicht überraschend kam, sondern aufgrund des Überangebotes von Betten bereits seit längerem erwartet wurde. Die Hochgebirgsklinik Davos hat sich bereits frühzeitig auf diese Situation vorbereitet und ist nicht nur gestärkt, sondern auch mit einer beträchtlichen Kompetenzerweiterung aus ihr hervorgegangen, z.B. durch die Integration des dermatologischen Betreuungsangebots des Alexanderhauses. Die Stiftung Deutsche Hochgebirgsklinik Davos ist wirtschaftlich gesund, investiert auch weiterhin in die Zukunft und wird 2005 erneut den Personalbestand vergrößern.

Davon konnte sich auch Bundeswirtschaftsminister Wolfgang Clement in einem Gespräch mit dem Deutschen Botschafter in der Schweiz, Frank Elbe, vor Ort hier in Davos überzeugen. Wolfgang Clement zeigte sich beeindruckt von dem breiten Angebot für deutsche Patienten, dass sogar Schulfehlzeiten durch eine eigene Klinikschule kompensiert und selbst Kindern und Eltern einen gemeinsamen Klinikaufenthalt ermöglicht. Er begrüßte die gemeinsame Initiative des Davoser Landrates und der Klinikleitung, betroffene Patienten in Deutschland durch umfassende Berichterstattung darüber zu informieren, dass das Betreuungsangebot in Davos auch weiterhin in vollem Umfang gewährleistet bleibt.

Die Kombination von umfassender und kompetenter Betreuung durch erfahrene Spezialisten und die einzigartigen klimatischen Bedingungen auf 1.600 m.ü.M. bilden nach wie vor die Grundlage für die erfolgreiche Betreuung der Patienten in den Bereichen Akutversorgung und Rehabilitation, wobei insbesondere auch besonders schwere Fälle profitieren, für die nur in der Davoser Höhenlage realistische Therapiemöglichkeiten bestehen.

Ich wünsche Ihnen viel Vergnügen bei der Lektüre der neuen Ausgabe unserer Allergie + Asthma aktuell, für die wir mit Professor Vogelmeier und Professor Blaser erneut zwei renommierte Wissenschaftler als Autoren gewinnen konnten.

Herzliche Grüße aus Davos

PD Dr. med. Günter Menz  
Ärztlicher Direktor



# Epidemiologie von Asthma und Allergien in Deutschland und Europa

Prof. Dr. med. Claus Vogelmeier

Prof. Dr. med. Claus Vogelmeier  
Direktor Klinik für Innere Medizin  
Schwerpunkt Pneumologie  
Klinikum der Philipps-Universität Marburg

Allergien sind in modernen Gesellschaften häufig und stellen weltweit ein großes gesundheitliches Problem dar. Die Häufigkeit ist in verschiedenen Ländern der Welt und auch in Europa deutlich unterschiedlich. In Europa hat die Häufigkeit allergischer Erkrankungen stark zugenommen. In den 80-er Jahren des 20. Jahrhunderts hat sich die Zahl der an Asthma bronchiale allergicum Erkrankten verdoppelt. Waren in der Schweiz 1926 0,83 % der Bevölkerung von Rhinitis allergica betroffen, so waren es 1991 11,1 % mit stark steigender Tendenz.

Die Zunahme der Häufigkeit kann nicht durch die Änderung der genetischen Prädisposition erklärt werden, da sich die betreffenden Populationen eben nicht derartig verändert haben im Beobachtungszeitraum.

Deutschland besitzt eine Besonderheit, die für epidemiologische Untersuchungen außerordentlich interessant ist: Nach der Wiedervereinigung ergab sich die Chance, an genetisch und sprachlich weitgehend gleichen Bevölkerungsgruppen, die seit 40 Jahren unter zunehmend unterschiedlichen Umweltbedingungen lebten, Prävalenzen allergischer Erkrankungen miteinander zu vergleichen und möglichen Ursachen für Unterschiede nachzugehen. Schwerpunktmäßig wurden dabei die Krankheiten Bronchialasthma, Heuschnupfen und atopische Dermatitis/Ekzem (Neurodermitis) untersucht.

## **Wie häufig sind Allergien in Deutschland und im Vergleich zu anderen Ländern der Welt?**

Zur Zeit kann diese Frage für Kinder am besten mit der Studie „International Study of Asthma and Allergy in Childhood“ (ISAAC) und für Erwachsene mit der Studie „European Community Respiratory Health Survey in Adults“ (ECRHS) beantwortet werden. In der ISAAC-Studie wurde die geografische Variation der Symptome von Asthma, Heuschnupfen und atopischem Ekzem bei 463.801 13- bis 14-jährigen und 304.796 6- bis 7-jährigen Kindern untersucht. Die Spannweite der Einjahresprävalenz von asthmatischen Symptomen bei 13 bis 14 Jahre alten Kindern liegt zwischen 2 % in Indonesien und 30 % in Großbritannien. Die Symptommhäufigkeit in den beiden deutschen Studienorten Münster und Greifswald war, gemessen an den weltweiten Unterschieden, recht ähnlich und lag bei rund 15 %. Die Prävalenz in Deutschland lag damit knapp im oberen Drittel der untersuchten Länder. Auch bei den beiden übrigen atopischen Krankheitsbildern sind die Relationen ähnlich. Die Häufigkeit der Symptome einer allergischen Rhinokonjunktivitis liegt in den untersuchten Ländern zwischen 4 % und 37 %. Deutschland liegt mit 13 % an 27. Stelle (= mittlerer Rang). Beim atopischen Ekzem sieht es genauso aus. Die Prävalenz schwankt zwischen 2 % und 20 %. In Deutschland sind rund 7 % der Kinder betroffen (mittlerer Rang).

In der ECRHS Studie wurden die geografische Variation des Auftretens von Asthma, Atemwegssymptomen sowie der allergischen Sensibilisierung von jungen Erwachsenen im Alter von 20 bis 44 Jahren aus 22 Ländern Euro-



pas und einigen außereuropäischen Ländern untersucht. Die Häufigkeiten variieren zwischen 2 % und 11,9 % für Asthma, 9,5 % bis 40,9% für die allergische Rhinitis („Heuschnupfen“) und 16,2 bis 44,5 % für die allergische Sensibilisierung gegen häufige Aeroallergene. In den beiden deutschen Studienzentren waren die Prävalenzen unterschiedlich, in Hamburg viel höher als in Erfurt. Die Prävalenzen in Deutschland liegen verglichen mit denen in Europa in einem mittleren Bereich. In den Zentren Hamburg und Erfurt waren von 1990 bis 1992 jeweils über 3.000 20- bis 44-jährige Erwachsene befragt worden. Bei einem Teil dieser Gruppe wurden Allergietests durchgeführt. Insgesamt waren in Hamburg 35,7 % und in Erfurt 29,7 % gegen eines der getesteten Allergene sensibilisiert.

Mit der Zunahme des „westlichen Lebensstils“ in Ostdeutschland ist eine Zunahme allergischer Manifestationen zu erwarten. Mit Hilfe von retrospektiven und prospektiven Betrachtungen der Ost-West-Unterschiede besteht die Chance herauszufinden, wie und warum die Allergierate im Westen schon früher so deutlich angestiegen ist. Faktoren, die die Allergieentwicklung in Ost- und Westdeutschland unterschiedlich beeinflussten, wurden vermutlich zwischen 1950 und 1960 wirksam. Zunahmen lassen sich seit 1991 in Ostdeutschland für den Heuschnupfen beobachten. Zur Zeit kann noch nicht mit Sicherheit gesagt werden, welche Ursachen dahinterstehen.

*Folgende Ursachen für den zunehmenden Trend können nach den Ergebnissen epidemiologischer Studien vermutet werden:*

- Erhöhte Aufmerksamkeit und verbesserte Diagnostik
- Genetische Einflüsse
- Psychosoziale Einflüsse
- Allergenexposition
- Frühkindliche Einflüsse

#### **Fazit**

Obwohl zwischenzeitlich harte Daten zur Häufigkeit bestimmter allergischer Erkrankungen

in Deutschland und in verschiedenen Regionen vorliegen, besteht Forschungsbedarf. Es sind mehr Studien zur Häufigkeit von Allergien bei Erwachsenen nötig.

Neben der Ermittlung der reinen Prävalenz gilt es, Studien zur Ermittlung der wichtigsten Risikofaktoren, insbesondere auch zum relativen Einfluss von Genetik und Umwelt durchzuführen.

Es fehlen Studien über den natürlichen Verlauf und die Prognose zahlreicher allergischer Erkrankungen. Es müssen überzeugende Instrumentarien zur Klassifizierung von Subtypen bestimmter Krankheiten sowie unterschiedlicher Schweregrade in der akuten Beurteilung und über den Langzeitverlauf entwickelt werden (siehe auch „Weißbuch Allergien 2004“).

Die Prognose des Asthma bronchiale hat sich in den vergangenen 20 Jahren zunehmend verbessert. Die Asthmamortalität in Deutschland ist deutlich rückläufig, betrachtet man insbesondere die Gruppe der Asthmapatienten zwischen dem 1. und 35. Lebensjahr.

Es muss aber umso sorgfältiger von allen Betroffenen, d.h. insbesondere Asthmapatienten und Ärzten bzw. deren Interessenvertretern Sorge dafür getragen werden, dass es nicht infolge gesundheitspolitischer Maßnahmen zu einer Verschlechterung der Versorgung, besonders der Patienten mit (chronischem) „schwierigen Asthma“ kommen wird.

#### **Literatur beim Verfasser**





# Aktuelles aus der Allergie- und Asthmaforschung

Prof. Dr. phil. nat. Kurt Blaser

Prof. Dr. phil. nat. Kurt Blaser  
Direktor des Schweizerischen Instituts für  
Allergie- und Asthmaforschung (SIAF), Davos

Allergische Erkrankungen haben in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen. Die Gründe für diese Entwicklung sind nach wie vor unklar. Es scheint, dass vor allem gewisse Faktoren des heutigen Lebensstils wie die geringe Belastung mit allergenen Organismen und Substanzen sowie weniger Infektionen im frühen Kindesalter das Auftreten spezifischer allergischer Erkrankungen begünstigen.

Ebenfalls scheinen die Ernährung und der heutige Wohnkomfort von Bedeutung zu sein. Sicher ist jedoch, dass Allergien grundsätzlich Krankheiten des Immunsystems sind und ihren Ursprung in einer veränderten Immunantwort gegen an sich harmlose Bestandteile gewisser Umweltstoffe wie Pollen, Milben, Nahrungsmittel, Schimmelpilze und Tierhaare aufweisen.

Das Schweizerische Institut für Allergie- und Asthmaforschung (SIAF) in Davos befasst sich mit der Erforschung der immunologischen Grundlagen von allergischen und asthmatischen Erkrankungen sowie allergischer Ekzeme.

Im Mittelpunkt stehen die immunologischen und biochemischen Vorgänge der Aktivierung der die spezifische Immunantwort regulierenden T-Lymphozyten sowie deren Auswanderung und Wirkung auf die Effektorzellen der Allergie in den betroffenen Organen.

Die Forschungsprojekte sind auf einer direkten Kooperation mit den Kliniken in Davos und weiteren Kliniken in der Schweiz und im Ausland aufgebaut.

*Die folgenden Gebiete werden am SIAF bearbeitet:*

- Die Untersuchung der chemischen Struktur und biochemischen Eigenschaften von allergieauslösenden Proteinen (Allergene) sowie deren Herstellung in reiner Form mittels Genklonierung. Die rekombinant hergestellten Allergene finden vor allem Verwendung in der klinischen Feindiagnose allergischer Erkrankungen und dienen zur Erforschung der allergenen Proteinstrukturen.
- Die zellulären und molekularen Vorgänge in den Immunzellen bei der Regulation der allergischen Immunreaktion im Vergleich zur gesunden Immunabwehr.
- Die Rolle aktivierter Immunzellen bei der Regulation allergischer und nicht allergischer Entzündungen im Gewebe und die biochemischen Signale, welche die Aktivierung und Vermehrung aktiver Entzündungszellen steuern.
- Die zellulären und molekularen Grundlagen bei der Auswanderung spezifischer T-Lymphozyten in das Gewebe und ihre Wirkung bei der Entstehung allergischer Entzündungen in den betroffenen Organen.

*Folgende wissenschaftliche Ergebnisse sind am SIAF im vergangenen Jahr erzielt worden:*

Eine große Anzahl rekombinanter Allergene aus verschiedenen allergenen Organismen konnte kloniert und charakterisiert werden. Das Allergenrepertoire verschiedener Schimmelpilze sowie von Weizenkeimen und Mais wurde kloniert und sequenziert. Aufgrund ihrer chemischen Struktur wurden allergolo-



gische Kreuzreaktionen zwischen Proteinen verschiedener Herkunft gefunden.

Vor allem wurden allergische Kreuzreaktionen von *Aspergillus fumigatus* mit verschiedenen Schimmelpilzen in Patienten nachgewiesen. Beim atopischen Ekzem (Neurodermitis) konnte die Kreuzreaktion mit *Malassezia furfur*, einem Pilz, der vor allem die Haut besiedelt, direkt in der befallenen Haut gezeigt werden. Diese Ergebnisse bestätigen, dass vor allem bei chronisch allergischen Entzündungen auch auto-immunologische Reaktionen eine wichtige Rolle spielen können.

**Die spezifische Immuntherapie** (Hyposensibilisierung) ist nach wie vor die einzige kausale Therapie für spezifische Allergien. Sie zielt direkt auf eine Normalisierung der Immunantwort gegen ein Allergen ab. Wir konnten zeigen, dass im Verlauf der Immuntherapie allergenspezifische regulatorische T-Lymphozyten gebildet werden. Offensichtlich werden diese Zellen beim Allergiker in zu geringer Zahl gebildet. Durch die Immuntherapie werden sie auf ein normales Maß vermehrt. Die regulatorischen T-Zellen sind durch die Produktion der immunsuppressiven Zytokine Interleukin (IL)-10 und TGF- $\beta$  (Transforming-Growth-Factor-beta) definiert. Dieselben regulatorischen Mechanismen kontrollieren auch die normale Immunantwort gegen Allergene.

**Allergische Entzündungen** sind das Ergebnis einer übermäßigen Vermehrung von sog. T-helfer 2 Zellen, welche die für Allergien typischen Zytokine IL-4, IL-5 und IL-13 produzieren. Wir konnten zeigen, dass bei atopischer

Dermatitis dieses Ungleichgewicht vor allem durch den verstärkten Zelltod der aktivierten, Gamma-Interferon sezernierenden Th1-Zellen zustande kommt. Dieser verstärkte Zelltod von Th1-Zellen ist beim Gesunden sowie bei nicht allergischen Hautkrankheiten wie Psoriasis, Kontaktdermatitis, nicht allergisches Asthma und nicht allergischen Ekzemen nicht vorhanden. Diese Resultate zeigen einen neuen Mechanismus der selektiven Th1-Apoptose (= programmierter Zelltod), der für die Entstehung einer Th2-Immunantwort bei allergischen Krankheiten von Bedeutung ist.

**Asthma** ist eine Entzündungskrankheit und histologisch u.a. durch die Gewebsinfiltration von T-Lymphozyten und eosinophilen Entzündungszellen sowie durch die Zerstörung und Abschuppung von bronchialen Epithelien gekennzeichnet. Im Gegensatz zu den Eosinophilen wurde in diesen Prozessen eine aktive Rolle der T-Zellen bis jetzt kaum in Betracht gezogen. Am SIAF konnte gezeigt werden, dass die bronchialen Epithelzellen durch aktivierte T-Zellen angegriffen und zerstört werden, während die infiltrierten Eosinophilen die Gewebezellen vor allem durch Nekrose zerstören. Durch Sezernierung der beiden Zytokine Gamma-Interferon und Tumor-Nekrose-Faktor-alpha und die dadurch entstehende Aktivierung von zellulären Todesrezeptoren wird der Zelltod in den Epithelien aktiviert. Entsprechend ist der Tod der Epithelzellen eine Konsequenz und nicht Ursache der Zellinfiltration. Diese immunologisch gesteuerten Mechanismen der Zerstörung von Gewebezellen konnten im Lungengewebe von Asthmatikern direkt nachgewiesen werden. Sie zeigen, dass der durch T-Zellen und eosinophile Granulozyten aktivierte Tod der Gewebezellen eine bedeutende Rolle in der Pathogenese von Asthma darstellt.

**„Glucocorticoids upregulate FOXP3 expression and regulatory T cells in asthma“**

Im Rahmen dieser Arbeit konnte mittels modernster Genexpressions-Analyse ein neuer Wirkungsmechanismus der Glukokortikoide aufgezeigt werden. Die Studie zeigt,

dass Glukokortikoide beim Asthmatiker, aber auch beim Gesunden sogenannte regulatorische T-Zellen induzieren können. In den letzten Jahren hat sich herausgestellt, dass regulatorische T-Zellen wichtige Zellen des Immunsystems sind, welchen in der Aufrechterhaltung und Vermittlung der Toleranz gegenüber Allergenen und auch Autoantigenen (spielen bei Autoimmunerkrankungen eine wichtige Rolle) eine entscheidende Bedeutung zukommt. In der Studie, die in Zusammenarbeit mit der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang durchgeführt wurde, konnte gezeigt werden, dass nicht nur systemische, sondern auch inhalative Glukokortikoide diesen positiven und dauerhaften Einfluss auf das Immunsystem haben.

*„Distinct leukocyte redistribution after glucocorticoid treatment among difficult-to-treat asthmatic patients“*

Diese ebenfalls mit der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang durchgeführte Studie

beschreibt die Wirkung des systemischen Glukokortikoids auf bestimmte Zellen des Immunsystems beim schweren Asthma. In dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass Patienten mit sehr schwerem Asthma und dauerhaft hohen systemischen Kortikoiddosen unterschiedlich gut ansprechen. Dieser diagnostische Test, der sich aus der Arbeit ableiten lässt, kann zur Optimierung der Glukokortikoidtherapie beim schweren Asthma bronchiale eingesetzt werden. Vor allem gibt er dem Therapeut einen Anhaltspunkt, ob bei dem individuellen Patienten eine adjuvante Therapie noch zusätzlich zum Kortison indiziert ist oder nicht. Dies ist insofern von großer Bedeutung, da die adjuvante Therapie mit z.B. Methotrexat, Cyclosporin,  $\alpha$ -Interferon nicht ohne Nebenwirkung sein kann und damit die Entscheidung zur Einleitung einer solchen Therapie einer fundierten Grundlage bedarf.

■ **Literatur beim Verfasser**

## Pressekonferenz an der Hochgebirgsklinik EACD wird kontinuierlich ausgebaut

Es entwickelt sich immer mehr zu einem Vorzeigeprojekt für die europäische Integration: Um die Behandlungschancen für Patienten weiter zu verbessern, gründeten das niederländische Asthmazentrum Davos (NAD), ein Universitätskrankenhaus in Amsterdam (AMC Amsterdam), das Asthma Centre Heideheувel, Hilversum, und die Deutsche Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang das Europäische Asthma und Allergie Zentrum Davos (EACD). Mit diesem internationalen Kompetenzzentrum zur Behandlung von Asthma bronchiale, COPD und Allergien, bei denen mehrere Organe betroffen sind, schufen die Initiatoren ein einzigartiges Behandlungsangebot, das den



Initiatoren des EACD: Dr. Frank R. Weller und PD Dr. Günter Menz

dokumentierten Mehrwert des lokalen Klimas in Davos optimal nutzen kann. Patienten aus Deutschland und den Niederlanden, aber



auch aus den anderen europäischen Staaten profitieren davon – bei überdurchschnittlich hoher Kosteneffizienz, erklärte der Ärztliche Direktor der Hochgebirgsklinik Davos, PD Dr. Günter Menz.

Seit Januar 2005 wurde die Zusammenarbeit zwischen der Hochgebirgsklinik und dem NAD weiter intensiviert, da das NAD seinen Sitz in die Räumlichkeiten der Hochgebirgsklinik verlegt hat. Nach Ansicht von Dr. Frank R. Weller, Direktor des Niederländisches Asthmazentrums Davos (NAD), fällt die Gründung des EACD in eine Zeit der Reorientierung im Bereich der Behandlung chronischer Krankheiten, insbesondere des Asthma bronchiale. Dies betrifft insbesondere die Behandlung der Patienten, die Organisation der medizinischen Dienste, die Qualität und Versorgung sowie die politische Ebene. Das Ziel müsse in einer Verbesserung von Qualität und integrativen Versorgungsstrukturen für Patienten mit chronischen Erkrankungen, insbesondere Asthma, bei größtmöglicher Kosteneffizienz liegen.

Die entsprechenden Angebote des Niederländischen Asthmazentrums Davos und der Hochgebirgsklinik Davos werden durch das EACD noch weiter optimiert, u.a. durch ein Netzwerk von Gesundheitsorganisationen mit gleichartigen, aber auch komplementären Fähigkeiten.

Ein wissenschaftlicher deutsch-niederländischer Beirat soll die Entwicklung und internationale Erweiterung der EACD fördern, so dass die Behandlungsmöglichkeiten in Davos unter Ausnutzung des vorhandenen vorteilhaften lokalen Mikroklimas weiter verbessert werden können. In den Niederlanden hat das EACD Konzept breite Unterstützung durch die Gesundheitsbehörden, die Krankenkassen und die Forschung erfahren, erklärte Dr. Weller. Durch die enge Kooperation mit dem Schweizerischen Institut für Allergie- und Asthmaforschung (SIAF) in Davos wird zudem zur erweiterten Expertise im Bereich der pneumologischen Rehabilitation und Allergologie und den einzigartigen klimatischen Vorteilen des Davoser Hochgebirgstals Grundlagen-

forschung betrieben, erklärte Professor Kurt Blaser, Direktor des SIAF. In den Forschungsbereichen spezifische Immuntherapie, allergische Entzündungen und Asthma konnten am SIAF bereits bedeutende Ergebnisse erzielt werden. Ein gemeinsames Forschungsprojekt mit der Hochgebirgsklinik wurde jüngst mit dem renommierten Curt-Dehner-Preis ausgezeichnet (*siehe Bild unten*).

Das Hochgebirge ist geradezu prädestiniert für den Sitz des EACD, denn hier herrscht eine extreme und in Deutschland nicht existente Allergen- und Keimarmut. Die durch Schadstoffe kaum belasteten Pollen weisen deutlich weniger aggressive Allergene auf als im Flachland und die Luftschadstoffbelastungen sind im Davoser Hochgebirgstal extrem niedrig, was entscheidend zur Rückbildung der bronchialen Hyperreagibilität vor allem beim allergischen Asthma bronchiale beiträgt.

Die besondere Leistungsfähigkeit des Kompetenzzentrums liegt in der Kombination der o.g. Faktoren wie der teils überlappenden, teils ergänzenden Expertise der Kliniken, etwa in den Bereichen der pneumologischen Rehabilitation und Allergologie, dem Mehrwert des lokalen Klimas in Davos und der wichtigen Grundlagenforschung, die in Kooperation mit dem Schweizer Institut für Allergie- und Asthma-Forschung (SIAF) durchgeführt wird.

Weitere Informationen unter: [www.eacd.net](http://www.eacd.net)

*Für ihre Forschung zum Wirkmechanismus von Cortison bei Asthma hat eine Forschergruppe des Schweizerischen Forschungsinstituts für Allergie und Asthma (SIAF) und der Deutschen Hochgebirgsklinik Davos im Dezember 2004 in Bochum den renommierten Curt-Dehner-Preis erhalten.*

*Die Verleihung erfolgte im Rahmen der 40. Jahrestagung der Gesellschaft für Lungen- und Atmungs-forschung in Bochum, die vom 2.-3. Dezember 2004 stattfand.*



# Davoser Gespräche vom 12.01. – 14.01.05

## Thema: "Mischformen von Asthma und COPD"

Im Rahmen der 7. Davoser Gespräche hat sich ein Expertenkreis intensiv mit den klinisch relativ häufigen „Mischformen von Asthma und COPD“ beschäftigt.

Die strikte Trennung von Asthma und COPD ignoriert einen bedeutenden Anteil der Patienten in der täglichen Routinepraxis. Viele Fälle können mit Hilfe der zur Verfügung stehenden diagnostischen Mittel weder der einen noch der anderen Entität sicher zugeordnet werden. Zwar sind die beiden Extreme „Asthma“ und „COPD“ gut definiert, schwieriger wird aber die Diagnose, wenn es sich beispielsweise um einen 50-jährigen Patienten mit Atopie, langer Krankheitsdauer, Raucheranamnese und nicht voll reversibler Obstruktion handelt. Für die „Mischformen“ gibt es weder Studien noch Leitlinien zur Diagnostik oder Therapie. Es existieren keine allgemein akzeptierte Bezeichnung, Definition und folglich keine Zahlen über die Prävalenz der Entität.

Die Teilnehmer der 7. Davoser Gespräche waren Pneumologen aus dem Bereich der universitären, klinischen, ambulanten und rehabilitativen Pneumologie. Ziel der Gespräche war es, Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der oben angesprochenen Patientengruppe zu erarbeiten.

Warum sollen Asthma, COPD oder deren Kombination exakt diagnostiziert werden?

Die Differenzierung ist keinesfalls nur von akademischer Bedeutung. Es handelt sich vielmehr um klinisch relevante Konsequenzen, die für Asthma bzw. COPD klar ausgearbeitet sind. Für die Kombination gibt es jedoch keine Empfehlungen.

- *Die Einschätzung des Schweregrades von Asthma und COPD erfolgt auf der Basis der gemessenen FEV1. Eine FEV1 von 55 % wird als schwergradig angesehen, wenn es sich um Asthma, jedoch als mittelgradig, wenn es sich um COPD handelt.*
- *Die medikamentöse Therapie ist verschieden.*
- *Die nicht-medikamentöse Therapie ist ebenfalls verschieden. Trainingstherapie ist bei schwerer COPD etabliert, bei Asthma noch in der Evaluation. Bei Asthma ist die Allergiediagnostik und -therapie in vielen Fällen wichtig, diese wiederum bei COPD ohne wesentliche Rolle.*
- *Die Prognose der Erkrankungen Asthma und COPD ist verschieden, es gibt Hinweise, dass sie für die Kombination schlechter ist.*
- *Die vor Einführung stehenden Disease Management Programme verlangen die klare Zuordnung.*

*Die Teilnehmer der 7. Davoser Gespräche (in alphabetischer Reihenfolge):*

*PD Dr. M. Brutsche, Basel; Prof. Dr. R. Buhl, Mainz;  
Prof. Dr. A. Gillissen, Leipzig;  
Dr. P. Kardos, Frankfurt; PD Dr. G. Menz, Davos;  
Prof. K.F. Rabe, Leiden;  
Prof. Dr. E. Russi, Zürich; Dr. R. Sauer, Ulm;  
Prof. H. Worth, Fürth*

Die Ergebnisse sollen demnächst in detaillierter Form publiziert werden.



## Dermatologie an der Hochgebirgsklinik Davos

Bereits im Januar 2003 waren mit der Gründung der Allergieklinik Davos (Zentrum für Kinder und Jugendliche) dermatologische Patienten im Kinder- und Jugendalter in die Versorgungsstrukturen an der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang integriert worden. Für die fachlich dermatologische Versorgung dieser Patienten waren unter dem Ärztlichen Direktor, Prof. Dr. Dr. J. Ring und dem leitenden

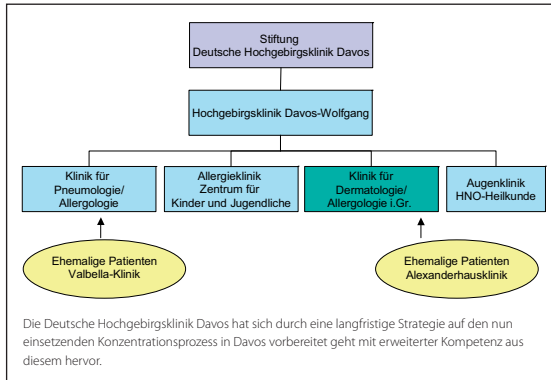
Abteilungsarzt, Dr. P. Schupp, ärztliche Kollegen zuständig, die fachlich der Alexanderhausklinik Davos, Klinik für Dermatologie und Allergologie, zugeordnet waren. Die Allergieklinik Davos konnte mit ihren pneumolo-

gisch-allergologischen und den genannten dermatologisch-allergologischen Abteilungen mit großem Erfolg betrieben werden. Nach der Schließung der Alexanderhausklinik zum 30.11.04 standen die betroffenen dermatologischen Patienten vor der Tür. Sofort wurden Wege gesucht, eine dermatologisch-allergologische Klinik in das Versorgungskonzept der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang zu integrieren. Bereits ab Dezember wurde mit Hilfe der dermatologischen Kompetenz, die in der Allergieklinik seit 2 Jahren existierte, die Patientenbetreuung nach Einweisung durch die Kostenträger der gesetzlichen Krankenversicherung, der privaten Krankenversicherung und der Rentenversicherung weitergeführt.

**Nacherfolgreichen Vertragsverhandlungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung und jetzt auch der Rentenversicherung (Federführung BfA) kann die Versorgung der Erwachsenen dermatologischen Patienten in der Abteilung für Dermatologie und Allergologie an der Hochgebirgsklinik in optimaler Struktur- und Prozessqualität erfolgen.** Prof. Dr. Dr. J. Ring ist wiederum Chefarzt

und Mitglied des ärztlichen Direktoriums der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang. Mit Frau Dr. C. Steiner konnte eine erfahrene Dermatologin aus dem Team des früheren Alexanderhauses gewonnen werden. Wir

sind überzeugt, jetzt ein hervorragendes Angebot für Dermatologie und Allergologie für die betroffenen Patienten und Kostenträger anbieten zu können. **An der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang ist damit ein europaweit in dieser Form einzigartiges interdisziplinäres allergologisches Konzept mit den Ausprägungen Pneumologie und Dermatologie vom Kleinkind bis zum älteren Menschen entstanden.** Die Patienten mit Mehrfacherkrankungen können so besonders gut und intensiv von mehreren Spezialisten, jedoch in optimaler Abstimmung, behandelt werden. Wir freuen uns außerordentlich, Ihnen als potentiellen Kooperationspartnern diese Mittelung machen zu können.



## Hoher Besuch in Davos



Vor dem Hintergrund der aktuellen Klinikschließungen in Davos besuchte Frank Elbe, Botschafter der Bundesrepublik Deutschland, die Hochgebirgsklinik, um sich persönlich ein Bild von der Situation vor Ort zu machen. In einem anschließenden Treffen mit Bundeswirtschaftsminister Wolfgang Clement erläuterte der Botschafter die gesunde wirtschaftliche Situation und das breite Betreuungsangebot der Hochgebirgsklinik.

Der Botschafter konnte Minister Clement berichten, dass sich die Hochgebirgsklinik durch eine langfristige Strategie optimal auf die jetzige Situation vorbereitet hat – mit dem Ergebnis, dass sowohl die Patientenzahlen als auch der Mitarbeiterstamm kontinuierlich weiter ausgebaut werden konnten. Allein 2004 wurden 2,5 Mio. SFR in den Ausbau der Hochgebirgsklinik investiert und für 2005 hat der Stiftungsrat noch einmal die gleiche Summe für weitere Investitionen bereitgestellt.

Elbe wies darauf hin, dass die Deutsche Hochgebirgsklinik als die nunmehr einzig verbliebene deutsche Klinik in Davos im Gegensatz zu den zu schließenden Häusern auf einem soliden wirtschaftlichen Fundament steht, ihre Kapazitäten weiter ausbaut (allein 5 Mio. SFR Investment in 2004/05) und ihren Personal- und Patientenbestand kontinuierlich erweitert.

Die in Europa einzigartige Kombination von nahezu allergen- und schadstofffreiem Höhenklima (1.600 m) und interdisziplinärer fachärztlicher Kompetenz in den Bereichen Allergologie, Pneumologie, Dermatologie und Ophthalmologie ist für viele deutsche Patienten die letzte Hoffnung auf eine nennenswerte Besserung ihrer Krankheitssymptome. Bundesminister Clement zeigte sich beeindruckt von dem breiten Angebot für deutsche Patienten, das sogar Schulfehlzeiten durch eine eigene Klinikschule kompensiert und selbst Kindern und Eltern einen gemeinsamen Klinikaufenthalt ermöglicht.

Er begrüßte die gemeinsame Initiative des Davoser Landrates und der Klinikleitung, betroffene Patienten in Deutschland durch umfassende Berichterstattung zu informieren, dass das Betreuungsangebot in Davos auch weiterhin in vollem Umfang gewährleistet ist.

Deutscher Botschafter Frank Elbe im Gespräch mit Patienten



### Impressum

Herausgeber: Hochgebirgsklinik Davos,  
CH-7265 Davos • [www.hochgebirgsklinik.ch](http://www.hochgebirgsklinik.ch)  
Servicenummer in Deutschland: 01 80 14 63 644 (Ortstarif)

Schрифtleitung: PD Dr. med. Günter Menz

Redaktion und Gestaltung: Media Concept GmbH • D-47179 Duisburg

Druck: Warlich Druck Köln GmbH • D-50997 Köln

ISSN 1660-3494