



Innere Medizin/Pneumologie

Prof. Dr. med. Daniel Franzen, MHBA

Departementsvorsteher und Chefarzt
Innere Medizin, Co-Chefarzt Pneumologie
Spital Uster AG

«Bitte gezielt nach Exazerbationen fragen!»

Welche neuen Erkenntnisse fanden Sie 2025 besonders spannend?

2025 war ein äusserst spannendes und ereignisreiches Jahr, das uns in der Pneumologie gleich mehrere neue Therapiemöglichkeiten eröffnet hat.

Biologika haben 2025 endgültig Einzug in die Behandlung der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) gehalten. Nach den beiden Zulassungsstudien NOTUS und BOREAS, die mit Dupilumab (Anti-Interleukin[IL]-4/IL-13-Antikörper) eine signifikante Reduktion des Exazerbationsrisikos sowie eine Verbesserung von Lungenfunktion und Lebensqualität zeigten, wurde Dupilumab in die GOLD¹-Empfehlungen 2025 aufgenommen und ist in der Schweiz – neben Asthma, chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRS/NP), Prurigo nodularis und eosinophiler Ösophagitis – nun auch für die COPD-Therapie offiziell zugelassen.

Ebenfalls erfreulich: die MATINEE-Studie mit Mepolizumab (anti-IL-5), die 2025 positive Ergebnisse bei COPD zeigte. Mepolizumab ist für diese Indikation in der Schweiz allerdings noch nicht zugelassen.

Eine weitere vielversprechende Substanz ist Ensifentrin, ein inhalierbarer, dualer Phosphodiesterase(PDE)-3/4-Inhibitor. Mehrere Phase-III-Studien konnten 2025 signifikante Verbesserungen von Symptomen, Lungenfunktion und Exazerbationsraten nachweisen. Eine Zulassung der European Medicines Agency (EMA) steht bevor; in der Schweiz ist Ensifentrin derzeit noch nicht verfügbar.

Auch beim Asthma bronchiale gab es neue Erkenntnisse: Netzwerk-Metaanalysen 2025 bestätigten die Wirksamkeit verschiedener Biologika bei Patientinnen und Patienten mit Asthma und gleichzeitiger CRS/NP. Besonders Tezepelumab (anti-TSLP [thymic stromal lymphopoietin]) zeigte deutliche Vorteile bei Exazerbationsrate und Symptomkontrolle. Diese Daten unterstreichen die Bedeutung interdisziplinärer Versorgung zwischen Pneumologie und HNO. Die Food and Drug Administration (FDA) hat im Oktober 2025 Tezepelumab zusätzlich für die Behandlung der CRS/NP zugelassen – damit wird der Wirkstoff auch bei schwerer Typ-2-Inflammation jenseits des Asthmas relevant. Eine europäische Erweiterung wird 2026 erwartet.

Bei eosinophiler Granulomatose mit Polyangiitis (EGPA, früher Churg-Strauss-Syndrom) ist nach Publikation der MANDARA-Studie neben Mepolizumab seit 2025 auch Benralizumab in der Schweiz zugelassen.

Ein weiterer, höchst erfreulicher Fortschritt gelang mit Brensocatib bei Bronchiektasen: Der orale Dipeptidylpeptidase(DPP)-1-Inhibitor, der die Reifung neutrophiler Serinproteasen (z.B. Elastase) und damit die neutrophile Entzündung hemmt, zeigte in der Phase-III-Studie ASPEN eine signifikante Reduktion der annualisierten Exazerbationsrate sowie eine verlängerte Zeit bis zur ersten Exazerbation – mit günstigem Effekt auf den FEV₁-Verlauf (forcierter exspiratorisches Volumen, Einsekundenkapazität). Im Moment ist Brensocatib weder in der EU noch in der Schweiz zugelassen.

Nicht zuletzt ist die Phase-III-Studie FIBRONEER-IPF hervorzuheben, in der Patientinnen und Patienten mit idiopathischer Lungenfibrose (IPF) mit dem oralen PDE-4B-Inhibitor Neronamilast behandelt wurden. Dabei konnte eine signifikante Verlangsamung des FVC-Abfalls (forcierte Vitalkapazität) im Vergleich zu Plazebo gezeigt werden.

Wurden 2025 in Ihrem Fachbereich Medikamente zugelassen, die die Therapie erheblich verbessern?

Wie bereits erwähnt, ist Dupilumab seit 2025 zur Behandlung der COPD mit gehäuften Exazerbationen (mehr als eine schwere oder mehr als zwei moderate Exazerbationen pro Jahr) zugelassen. Entscheidend ist das frühzeitige Erkennen solcher Exazerbationen.

Ebenfalls bemerkenswert: Sotatercept, der erste Wirkstoff, der den Activin-Signalweg moduliert. Er wurde 2024 in der EU und 2025 auch in der Schweiz für die Behandlung der pulmonal arteriellen Hypertonie (PAH) zugelassen. Die Studien zeigen klare Verbesserungen in Belastbarkeit und Hämodynamik.

Ist künstliche Intelligenz (KI) in der Pneumologie nützlich – und wenn ja, in welchem Bereich?

KI ist in der Pneumologie bereits heute klinisch nützlich, und die Einsatzmöglichkeiten erweitern sich laufend. Sie wird aktuell in der Bildgebung (z.B. Lungenkrebscreening, Diagnostik interstitieller Lungenerkrankungen), in der Lungenfunktionsdiagnostik, beim Beatmungsmanagement sowie im Telemonitoring eingesetzt.

Besonders praxisnah und klinisch validiert sind KI-gestützte HRCT(High Resolution CT)-Analysesysteme, die Veränderungen bei COPD, ILD oder Post-COVID quantitativ erfassen können – sie verbessern Reproduzierbarkeit und Verlaufskontrolle.

Was hat Sie 2025 am meisten gefreut – und was am meisten geärgert?

Das Positive zuerst: Es freut mich sehr, dass wir bei COPD und bei Bronchiektasen endlich überzeugende Signale für wirksame Therapien sehen. Den Einzug der Biologika bei COPD und den Durchbruch mit Brensocatib kann man durchaus als «Gamechanger» bezeichnen – endlich mehr als nur Inhalativer, Antibiotika und Kortison! Wir bewegen uns damit klar in Richtung personalisierte Medizin. Laufende Studien zu neuen Biologika (z.B. Anti-IL-33- oder spezifische Antikörper) lassen weitere Fortschritte erwarten.

Geärgert hat mich die Einführung der ambulanten Pauschalen, insbesondere im Bereich der Pneumologie. Die aktuelle Ausgestaltung ist fachlich kaum nachvollziehbar und wurde offenbar

¹ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease



ohne Rücksprache mit klinisch tätigen Pneumologinnen und Pneumologen beschlossen. Die mangelnde Einbindung der Fachgesellschaften ist bedauerlich – und die resultierenden Fehlanreize sind das Gegenteil dessen, was ursprünglich beabsichtigt war.

Was erwarten Sie für 2026?

Ich hoffe auf eine baldige Zulassung von Brensocatib für Bronchiektasen sowie von Nerandomilast bei idiopathischer Lungenfibrose – die Daten beider Zulassungsstudien sind überzeugend.

Zudem wünsche ich mir, dass wir in der Schweiz endlich ein flächendeckendes Lungenkrebscreening mittels Low-Dose-CT etablieren, wie es in mehreren Nachbarländern bereits Standard ist. Mit den heute verfügbaren Methoden – insbesondere der roboterassistierten Bronchoskopie – können CT-detektierte Rundherde effizient und sicher histologisch abgeklärt werden. Ein solches Screening würde die lungenkrebsassoziierte Mortalität signifikant reduzieren, wie mehrfach auch in europäischen Studien gezeigt wurde.

Ihre wichtigste «Message» an Kolleginnen und Kollegen in der Hausarztpraxis

1. Es werden zu wenig Praxis-Spirometrien durchgeführt. Der Grund ist unklar, aber es ist schade – wir haben heute sehr gute Therapiemöglichkeiten für Asthma, COPD und Lungenfibrose, die rechtzeitige Diagnosen voraussetzen.
2. Exazerbationen werden zu selten erkannt oder dokumentiert. Das führt zu suboptimaler Behandlung. Bitte gezielt nach Exazerbationen fragen! Die Wertigkeit und Relevanz von Exazerbationen wurden in den GOLD-Empfehlungen 2026 zusätzlich unterstrichen, indem bereits eine moderate Exazerbation pro Jahr als ausreichend für die Einteilung in Gruppe E festgelegt wurde.
3. Eosinophile im Blut werden zu selten bestimmt. Sie sind der Schlüssel zur zielgerichteten, personalisierten Medizin bei Asthma und COPD. Empfehlung: Eosinophile bei jeder Gelegenheit bestimmen!