



Leitfaden Allgemeinmedizin 2016

1.6 Husten¹

Christoph Fischer, Herbert Bachler

Husten zählt zu den am häufigsten vorgebrachten Beschwerden in der allgemeinärztlichen Praxis. Ohne Antibiotikum dauert der Husten 18 Tage, mit „nur“ 17 Tage und 10 Stunden. Nicht selten erhalten Erkrankte in der zweiten Krankheitswoche schon ihr 2. oder 3. Antibiotikum; jeder 5. bekommt davon Nebenwirkungen. Der Grund ist, dass von 20 Erkrankten 19 eine virale Bronchitis haben und bloß einer einen bakteriellen Infekt hat – nur dieser profitiert vom Antibiotikum!

Die Unterscheidung viral/bakteriell ist nicht immer einfach: hohes Fieber, Kreislaufbeeinträchtigung, die zur Bettruhe zwingt, und Kurzatmigkeit bei alltäglichen Belastungen sind Warnsymptome; in diesem Fall ist ein Blutbild möglicherweise hilfreich. Sind die Entzündungswerte erhöht, profitiert der Patient sehr wahrscheinlich von einem Antibiotikum.

Die übrigen 19 an der viralen Bronchitis Erkrankten profitieren von keinem Antibiotikum – egal, wie viele sie durchprobieren, für sie gilt die Tiroler Bauernregel: „Wennst zum Doktor gehst, bist in 2 Wochen gesund; wenn nit, bist 14 Tage krank.“

Schmerzmittel und Hustentropfen können Beschwerden lindern, aber nicht die Krankheitsdauer verkürzen. Gesund wird man von selbst. Voltaire hat das etwas eleganter, aber nicht minder ironisch formuliert: „Die ärztliche Kunst besteht darin, den Patienten bei Laune zu halten, bis die Natur ihn geheilt hat.“

Faktenbox ^{2 3 4}

Akute Bronchitis bei 100 Behandlungen	ohne Antibiotikum	mit Antibiotikum
Durchschnittliche Hustendauer	18 Tage	17 Tage +10 Std.
Nutzen: verkürzte Hustendauer	0 Behandelte	5 Behandelte ²⁵
Arbeitsfähig am 3. Tag	Kein Unterschied	
Arbeitsfähig am 7. Tag	Kein Unterschied	
Lebensqualität am 7. Tag	Kein Unterschied ²⁶	
Schaden: Durchfall, Pilz oder Ausschlag	0 Behandelte	22 Behandelte ²⁷

¹ Vgl. Beck S et al. DEGAM-Leitlinie Nr. 11: Husten, Februar 2014 © DEGAM

² Smucny J et al. Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database Syst Rev 2004;4:CD000245

³ Evans AT, Husain S, Durairaj L, Sadowski LS, Charles-Damte M, Wang Y: Azithromycin for acute bronchitis: a randomised double-blind, controlled trial. Lancet 2002;359:1648-1654

⁴ Cochrane Database Syst Rev 2004. Anmerkung: RR 1.22, 95 % CI 0.94–1.58. Resultat nicht signifikant

Definition

Unkomplizierte Hustenerkrankungen bezeichnet man als „akute Bronchitis“. Etabliert ist die Einteilung des Hustens in akut (Dauer bis zu 3 Wochen), subakut (3 bis 8 Wochen – Diagnostik und Therapie entsprechen in der Regel der akuten Bronchitis) und chronisch (länger als 8 Wochen). Basis dafür ist die Tatsache, dass der akute Husten bei 6 von 10 Patienten binnen 2 Wochen von selber heilt⁵.

Erreger

Im Allgemeinen gelten Atemwegs-Viren⁶ als Auslöser, ihre Zahl wird auf 200–300 geschätzt. Bei Kindern im ersten Kindergartenjahr gelten 10–12 Infekte/Jahr als normal. Mit zunehmendem Lebensalter nimmt die Krankheitshäufigkeit auf Grund der Immunisierung gegen bereits durchgemachte Keime stetig ab. 2–5 Hustenerkrankungen pro Jahr gelten auch bei Erwachsenen als nicht auffällig; mit 100 Jahren hat man dann alle Varianten einmal durchgemacht!

Diagnostik

Grundsätzlich ist Husten ein Reinigungsreflex, der die Atemwege frei halten soll. Die „akute Bronchitis“ bezeichnet eine Entzündung von Luftröhre und Bronchien mit dem Leitsymptom Husten - ohne Beteiligung der Lunge. In den ersten Tagen der Infektion ist eine Unterscheidung von milden Infekten der oberen Atemwege nicht möglich; von akuter Bronchitis spricht man, wenn der Husten mehr als 5 Tage andauert (zu akut/chronisch siehe „Definition“).

Bei einer akuten Bronchitis treten in der Regel erst trockener, dann produktiver Husten, häufig Fieber, Halsschmerzen und Schnupfen auf. Neben den Symptomen einer Erkältungskrankheit können auch Zeichen einer Verengung der Bronchien vorliegen – dies trifft etwa 4 von 10 Patienten. Der Übergang von der Erkältungskrankheit zur akuten Bronchitis ist fließend. Eine akute Bronchitis ohne Erkältungsinfekt ist selten.⁷

Die akute Bronchitis dauert 10–20, im Durchschnitt 18 Tage; Verläufe von mehr als 4 Wochen sind etwa jedes 2. Jahr zu erwarten. Die Hälfte der Patienten hat dabei gelblich-grünen Auswurf, doch nur einer von 10 mit „eitrigem“ Auswurf hat eine bakterielle Erkrankung. Anhand der Farbe des Auswurfs kann also nicht entschieden werden, ob ein Antibiotikum hilft.

Insider-Wissen

Ob die akute Bronchitis auch Auslöser der chronischen Bronchitis ist, ist unklar. Eine Studie⁸ beschreibt 34 % chronische Bronchitis oder Asthma in einem Nachbeobachtungszeitraum von 3 Jahren nach der akuten Bronchitis; die Resultate sind allerdings zweifelhaft, denn es fehlt in dieser Untersuchung der Vergleich mit einer Gruppe gesunder Probanden (Kontrollgruppe).

Differentialdiagnosen

- Entzündung der kleinen Atemwege (Bronchiolitis, betrifft überwiegend Säuglinge und Kleinkinder bis zu 2 Jahren)
- Asthma
- Allergie
- entzündliche Verschlechterung einer chronischen Bronchitis (exazerbierte COPD – Chronical Obstructive Pulmonary Disease)
- Lungenentzündung (Pneumonie)
- Virusgrippe (Influenza)
- Pertussis (Keuchhusten)

Diese ähnlichen Krankheitsbilder zeigen typischerweise hohes Fieber, stärker werdenden Husten mit beschleunigter Atmung, Giemen, Atemnot und Kreislaufprobleme. Andere Auslöser eines Hustens können auch ein gastroösophagealer Reflux, Nebenwirkungen von Medikamenten oder eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (akute Linksherzinsuffizienz mit Stauung) sein.

⁵ Chung KF et al. Prevalence, pathogenesis, and causes of chronic cough. Lancet, 2008. 371(9621): p. 1364-74.

⁶ Influenza A/B, Parainfluenzavirus, Respiratory syncytial Virus, Coronaviren, Adenoviren und Rhinoviren

⁷ DEGAM-Leitlinie Nr. 11: Husten, © DEGAM, Rostock, 2014. S. 16

⁸ Jónsson JSet al. Acute bronchitis and clinical outcome three years later: prospective cohort study. BMJ 1998;317:1433-1433

Im Praxisalltag sind in der Regel folgende Fragen zu klären:

- Bestehen Erkrankungen in der Umgebung des Patienten?
- Besteht Fieber über 38 °C, insbesondere schon länger als 24 Stunden?
- Hat der Patient Kreislaufprobleme, die ihn zur Bettruhe zwingen?
- Ist der Patient wegen Kurzatmigkeit nicht mehr fähig, 2 Stockwerke ohne Stehenbleiben durchzugehen?

Liegt keines dieser Warnsymptome („Red Flags“) vor und ergibt das Abhören der Lunge keinen verdächtigen Befund, ist keine weitere Untersuchung erforderlich, auch ein Lungen-Röntgen wird nicht empfohlen⁹.

Genauere Abklärungen sind erforderlich, wenn Patienten in einem schlechten Allgemeinzustand sind oder Begleiterkrankungen haben – dies sind vor allem Ältere, Raucher und Menschen mit chronischen Erkrankungen (Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, Diabetes mellitus, Multimorbidität und immunsupprimierte Patienten)¹⁰.

Traue keinem über 65

Bei älteren Menschen fehlen die typischen Warnsymptome einer Lungenentzündung oft: Bei Erkrankten mit ambulant erworbener Pneumonie (damit ist eine Lungenentzündung gemeint, die zu Hause – also nicht im Krankenhaus – aufgetreten ist), die 65 Jahre und älter waren, hatte nur jeder Dritte Fieber über 38 °C. An einen Infekt sollte man in dieser Altersgruppe auch bei plötzlich aufgetretener Verwirrtheit, Schwindel und Übelkeit denken¹¹.

Erweiterte Diagnostik

Laboruntersuchungen sind bei Red Flags nicht notwendig. Zur Unterscheidung einer viralen von einer bakteriellen Bronchitis – und damit zur Begründung der Entscheidung für oder gegen den Einsatz eines Antibiotikums – wird ihre diagnostische Bedeutsamkeit kontrovers diskutiert. Möglich sind:

Schnelltests

Es gibt Schnelltests für einzelne bakterielle Erreger, wie Pneumokokken und Legionellen, in der Hausarztpraxis stehen diese aber nicht zur Verfügung und gelten als nicht kosteneffektiv¹².

Leukozyten

Grundsätzlich ist eine Leukozyten-Bestimmung nicht notwendig¹³, da die Leukozytenzahl alleine weder eine prognostische Einschätzung des Krankheitsbildes, noch die Unterscheidung virale/bakterielle Ursache ermöglicht¹⁴.

In einer Studie finden sich Hinweise, dass ältere Patienten (> 64 Jahre) mit Fieber und erhöhter Leukozytenzahl (systemische Inflammation) eine signifikant bessere Prognose haben als ohne entsprechende inflammatorische Antwort.¹⁵

Procalcitonin (PCT)

Mit Hilfe von Procalcitonin-Bestimmungen gelang zwar die Vermeidung und Verkürzung der antibiotischen Therapie, aufgrund der hohen Kosten werden Procalcitonin-Bestimmungen jedoch aktuell nicht empfohlen¹⁶; Messungen sind derzeit auch nur in den Zentrallabors der großen Krankenhäuser möglich.

⁹ Wenzel RP et al. Acute Bronchitis. NEMJ 2006;355:2125-2130

¹⁰ DEGAM-Leitlinie Husten 2014, S. 10

¹¹ Metlay et al. Influence of age on symptoms at presentation in patients with community-acquired pneumonia. Arch Intern Med 1997;157:1453-1459.

¹² Richard P et al. MD Acute Bronchitis. NEJM, Volume 355:2125-2130 2006

¹³ Korppi M et al. White blood cell and differential counts in acute respiratory viral and bacterial infections in children. Scand J Infect Dis, 1993;25(4):435-40

¹⁴ Chalupa P et al: Evaluation of potential biomarkers for the discrimination of bacterial and viral infections. Infection, 2011. 39(5): 411-7

¹⁵ Ahkee S et al.: Community-acquired pneumonia in the elderly: association of mortality with lack of fever and leukocytosis. South Med J, 1997;90(3):296-8

¹⁶ Schuetz Pet al.: Procalcitonin and other biomarkers to improve assessment and antibiotic stewardship in infections - hope for hype? Swiss Med Wkly, 2009;139(23-24):318-26

C-reaktives Protein (CRP)

Die Bestimmung des C-reaktiven Proteins ist heute schon in den meisten Praxen binnen weniger Minuten möglich; es existieren sogar tragbare Geräte, die sich prinzipiell auch für Hausbesuche eignen. Die Empfehlungen zur CRP-Messung bei akuter Bronchitis sind aber widersprüchlich:

Die „Leitlinie Husten“ der DEGAM formuliert ganz klar, dass eine CRP-Messung grundsätzlich nicht notwendig ist; das Protein ermöglicht keine Differenzierung zwischen viralen und bakteriellen Erregern – es ist aber ein relativ guter Entzündungsparameter für tiefe Atemwegsinfektionen (z. B. Lungenentzündung).¹⁷

Das Institut für Technologiefolgenabschätzung der österreichischen Akademie der Wissenschaften widmet dem Thema „Kann die CRP-Messung bei niedergelassenen Ärzten zur Senkung der Antibiotikaverschreibung beitragen“ eine umfangreiche Analyse.¹⁸ Diese kommt zu folgendem Schluss: „Bei der CRP-Messung lässt sich mit hinreichender Genauigkeit zwischen viraler und bakterieller Infektion unterscheiden. Daraus lässt sich aber nicht ableiten, dass dieser Erkenntnisgewinn in direkter Linie die Menge an Antibiotikaverschreibungen beeinflusst.“

J. Steurer et al. fanden zumindest eine 10 %-ige Reduktion der Antibiotikaverschreibungen in Allgemeinpraxen durch die Kombination eines klinischen Entscheidungsalgorithmus mit der CRP-Messung ohne zusätzliches Thoraxröntgen¹⁹.

Siehe dazu Kapitel 1.18. „Das CRP-Problem im Detail!“

Sekundärinfektionen

In Einzelfällen beginnt das Krankheitsbild viral, erst später kommt eine bakterielle Sekundärinfektion hinzu, man spricht auch von Superinfektionen. Angesichts dieser Komplikationsmöglichkeit sollten Patienten bei Zunahme der Beschwerden erneut den Arzt konsultieren.

Therapie

Antibiotika

Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass der Griff zum Rezept bei Atemwegsinfektionen in vielen Fällen hinterfragt werden kann und sollte: 90 % dieser Erkrankungen stellen keine Indikation für eine Antibiotikabehandlung dar. Bei Bronchitis ließen sich nach einer dieser Untersuchungen die Antibiotikaverordnungen durch Hausärzte in Nordrhein-Westfalen um 40–60 % senken – allein durch verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation – ohne Verwendung von Biomarkern, wie CRP oder Procalcitonin.²⁰

Eine generelle Antibiotikagabe wird bei akuter Bronchitis nicht empfohlen: Eine Analyse²¹ der angesehenen Cochrane-Gesellschaft fand eine Verkürzung von durchschnittlich 18 auf 17,4 Tagen Hustendauer durch Antibiotikabehandlung; mehr als jeder Fünfte (22 %), der ein AB bekam, berichtete über Nebenwirkungen, wie Durchfälle, Hautausschlag u. a. Eine geringe Evidenz besteht dafür, dass schwache und ältere Menschen (75+) sowie Patienten mit bestehenden Grunderkrankungen einen leichten Nutzen von einer Antibiotikaeinnahme haben können.²²

In unklaren Fällen kann nach Risikoabwägung Zuwarten und ev. eine Verlaufskontrolle der Entzündungswerte sinnvoll sein.

¹⁷ DEGAM-Leitlinie „Husten“ nach Almirall J et al.: Contribution of C-reactive protein to the diagnosis and assessment of severity of community-acquired pneumonia. *Chest*, 2004; 125(4):335-42

¹⁸ Wild CI et al.: Zur patientennahen CRP-Messung im niedergelassenen Bereich, ein Assessment. *Akad d. Wiss* 2000

¹⁹ Steurer J et al.: A decision aid to rule out pneumonia and reduce unnecessary prescriptions in primary care patients with cough and fever. *BMC* 2011. *Med*; 9:56

²⁰ Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V., Infektiologie Freiburg, GERMAP 2012 – Bericht über den Antibiotikaverbrauch und die Verbreitung von Antibiotikaresistenzen in der Human- und Veterinärmedizin in Deutschland. *Antimicrobes Intelligence*, Rheinbach, 2014. | Altiner A, et al. Reducing antibiotic prescriptions for acute cough by motivating GPs to change their attitudes to communication and empowering patients: a cluster-randomized intervention study. *J Antimicrob Chemother* 2007;60:638-44

²¹ Smucny J et al. Antibiotics for acute bronchitis. © Cochrane Database Syst Rev 2004;4

²² Smith SM et al. Antibiotics for acute bronchitis. © 2014 The Cochrane Collaboration.

Schmerz- und Fiebermittel

Erhöhte Körpertemperatur und Fieber werden für die Heilung als günstig bewertet. Vor dem Einsatz fiebersenkender Medikamente sind Behandlungsversuche mit Wadenwickeln eine allgemein anerkannte Maßnahme (allerdings nur bei warmen Extremitäten)²³.

Schmerzmittel haben keinen Einfluss auf die Krankheitsdauer, aber in Einzelfällen können z. B. Paracetamol oder Ibuprofen zur Linderung von Kopf- und Gliederschmerzen sinnvoll sein. Eine Untersuchung fand interessanterweise auch einen günstigen Einfluss dieser Substanzen auf den Husten.²⁴

Mittel der Wahl sind Paracetamol (Mexalen®) und Ibuprofen:

Paracetamol: maximale Tagesdosis (MTD) 2.000–3.000 mg; Kinder pro Einzeldosis 10–15 mg pro kg Körpergewicht mit einer täglichen Obergrenze von 50 mg pro kg Körpergewicht

Ibuprofen: MTD Erwachsene 1.800–2.400 mg; MTD Kinder 1–3 Jahre (ca. 10–15 kg Körpergewicht, KG) 300 mg, Kinder von 4–6 Jahre (ca. 16 bis 19 kg KG) 450 mg, Kinder 6–9 Jahre (ca. 20–29 kg KG) 600 mg, Kinder 10–12 Jahren (ca. 30–39 kg KG) 800 mg, ab 12 Jahren (40 kg KG) 1.200 mg

Hustenreizdämpfende Medikamente

Codeinhaltige Mittel sind in der Regel nicht erforderlich und nur bei trockenem und quälendem Reizhusten für maximal 14 Tage sinnvoll²⁵. Lt. DEGAM-Leitlinie wirken Hustenstiller (med.: Antitussiva) hinsichtlich des Hustenreizes nicht besser als Placebo, verbessern allerdings die Fähigkeit zu schlafen.

Erwachsene: z. B. Resyl mit Codein® MTD 3–4 x 20 Tropfen, maximale Einzeldosis 40 Tropfen; Kinder: CAVE: Codein für Kinder unter 12 Jahren nicht mehr zugelassen, ebenso für Jugendliche (12–18 J.) mit Atemproblemen²⁶.

Schleimlösende Mittel

Beliebt, aber ohne Nutzen?

Expektorantien stehen bei Ärzten, Patienten und Apothekern gleichermaßen hoch im Kurs. Bitte lassen wir uns die Feststellung der DEGAM-Leitlinie²⁷ genüsslich auf der Zunge zergehen: „Expektorantien sollen bei produktivem Husten die Sekretion der Bronchialflüssigkeit fördern oder die Viskosität eines verfestigten Bronchialschleims senken. Obwohl sie in dieser Indikation häufig verordnet werden, liegt ausreichende Evidenz zu Therapieeffekten von Expektorantien bei akutem Husten und Erkältungskrankheiten nicht vor. Lediglich bei der Therapie der chronischen Bronchitis mit Acetylcystein konnte in einem Review eine Verringerung von Exazerbationen und eine Symptombesserung gezeigt werden, für die Therapie mit Ambroxol bei chronischer Bronchitis konnten keine Vorteile nachgewiesen werden. Die Übertragbarkeit dieser in Studien zur chronischen Bronchitis gewonnenen Daten zur Wirksamkeit von Expektorantien auf den akuten Husten ist unklar, da keine entsprechenden Studien vorliegen. Eine Empfehlung zur Behandlung eines Erkältungsinfektes oder eines akuten Hustens mit Expektorantien kann zusammenfassend nicht ausgesprochen werden.“

Die französische Arzneimittelbehörde hat 2010 die Verwendung von Schleimlösern bei Kindern unter 2 Jahren als nicht zulässig eingestuft. Der Grund: Säuglinge und Kleinkinder können die Atemwegssekrete schlecht abhusten. Verflüssigen Medikamente den Bronchialschleim, kann es in den Bronchien zu einem Sekretstau kommen.

Zusammenfassung: Kein Nutzen, einer von 15 Anwendern hat Nebenwirkungen²⁸ – vergessen Sie es einfach!

²³ DEGAM-Leitlinie Husten, 2014. S. 23

²⁴ Gwaltney JM Jr, Druce HM. Efficacy of brompheniramine maleate for the treatment of rhinovirus colds. Clin Infect Dis 1997;25:1188-1194

²⁵ Kardos P et al. Kurzfassung der Leitlinie der dt. Gesellschaft für Pneumologie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit akutem und chronischem Husten. Med Klin (Munich) 99(8):2004; 468-457

²⁶ European Medicines Agency's Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC), März 2015

²⁷ DEGAM-Leitlinie Husten, 2014. S. 24

²⁸ Schwabe U, Paffrath D: Arzneimittelreport 2012. Springer Verlag, S. 472 ff.

Pflanzliche Schleimlöser

Für Cineol (gewonnen aus Eukalyptusöl, Gelomyrtol®) wurde in einer Studie²⁹ an Patienten mit COPD (sog. Raucherbronchitis) neben einer schleimlösenden auch eine relevante bronchial-erweiternde Wirkung gefunden. Wegen der kleinen Zahl von nur 24 Patienten kann jedoch keine endgültige Empfehlung gegeben werden. Weitere pflanzliche Präparate, wie zum Beispiel Thymian oder Efeu, scheinen auch schleimlösend zu wirken; ihre Wirkung ist allerdings noch nicht ausreichend durch klinische Studien belegt.

Zusammenfassung: Diese Mittel sind noch wenig untersucht; wenn Sie selbst bisher gute Erfahrung damit haben, ist wohl nichts einzuwenden.

Abschwellende Nasentropfen

Abschwellende Nasentropfen/-sprays haben nur einen kurzzeitigen Effekt, wobei die wiederholte Gabe über mehr als sieben Tage zu keiner Linderung der Symptome führt und die Gefahr einer atrophischen Rhinitis birgt³⁰. Das bedeutet: Die Nase schwillt nach kurzer Zeit wieder zu, man wird davon abhängig!

Zusammenfassung: Anwendung nur bei starkem „Stockschnupfen“, keinesfalls länger als 7 Tage!

Echinacin (Sonnenhut)

Zwar gibt es Untersuchungen, die einen Nutzen erhoffen lassen – insgesamt sind Echinacinpräparate aber schwierig zusammenfassend zu bewerten, da verschiedene Sorten und auch Pflanzenbestandteile eingesetzt werden. Die jüngste Cochrane-Publikation dazu sieht keinen Nutzen in der Behandlung von Erkältungen, aber möglicher Weise einen geringen Nutzen in der individuellen Erkältungsprophylaxe.³¹

Zusammenfassung: Abwarten und Tee trinken – vorläufig welchen ohne Sonnenhut.

Honig

Anhand der wissenschaftlichen Datenlage³² kann man sich weder für, noch gegen Honig in der Behandlung des Hustens aussprechen – auch hier gilt: Wenn es gut tut, spricht nichts dagegen.

Zink

Wird Zink binnen 24 nach Auftreten der Symptome eingenommen, kann bei gesunden Menschen die Dauer der Erkältungssymptomatik verkürzt werden (Studie mit Gabe von ≥ 75 mg/Tag); die Daten dazu sind aber noch nicht ausreichend gesichert, um dies allgemein als Behandlung empfehlen zu können. Insbesondere bei Lutschtabletten ist der erhoffte Nutzen vor dem Hintergrund der potentiellen Nebenwirkungen (Übelkeit, Erbrechen, schlechter Geschmack) zu sehen.³³

²⁹ Wittmann M et al. Zur Therapie chronisch obstruktiver Atemwegserkrankungen mit Sekretolytika. Atemw-Lungenkrkh 24:1998; 67-74

³⁰ DEGAM-Leitlinie Husten, 2014. S. 25

³¹ Karsch-Völk M et al., 2014: Echinacea for preventing and treating the common cold. © The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. DOI: 10.1002/14651858

³² Oduwale O et al., 2012: Honey for acute cough in children. © The Cochrane Collaboration. Published in The Cochrane Library 2012, Issue 3

³³ Singh M, Das R, 2013: Zinc for the common cold. © The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. DOI: 10.1002/14651858

Vorbeugung

Allgemeine Verhaltensmaßnahmen³⁴

Raucherentwöhnung: Raucher haben ein erhöhtes Risiko für Erkältungskrankheiten mit längerer Dauer als Nichtraucher; das gilt auch für Passivraucher.

Hydrotherapie, wie morgens kaltes Duschen oder Kaltwassergüsse für Arme und Beine, soll eine Verbesserung der Abwehrlage bewirken. Durch regelmäßige Saunabesuche (mit Kaltdusche) mit kommt es zum Anstieg des Immunglobulin A im Speichel, einem wichtigen Abwehrmechanismus der Atemwege.

Sportliches Training: Positive Wirkungen sind bei Infektanfälligkeit durch Studien belegt. Empfohlen werden 2 bis 3 30-minütige Trainingseinheiten wöchentlich.

Förderung der individuellen Fitness: Persönliches Selbstbewusstsein, positive Emotionalität und Stresstoleranz werden mit guten Abwehrkräften in Verbindung gebracht.

Hygiene: In die Armbeuge statt in die Handinnenfläche husten und Händewaschen helfen, Kontaktinfektionen zu vermeiden.

Vitamin C

Zwar finden sich Hinweise, dass Vitamin C die Dauer von Erkältungen reduzieren könnte; die Qualität dieser Daten ist aber mangelhaft, weitere seriöse Studien sind notwendig.³⁵ Die grundsätzliche Gabe von Vitamin C senkt die Häufigkeit von Erkältungen nicht, allerdings halbierte es bei Menschen, die extremen körperlichen Anforderungen ausgesetzt sind (Marathonläufer, Skifahrer), das Erkältungsrisiko³⁶.

[Leitfaden Allgemeinmedizin bei Studia bestellen](#) (20.-€)

³⁴ DEGAM-Leitlinie Husten, 2014. S. 31. Anm.: Die wissenschaftliche Beweislage muss auch hier noch optimiert werden.

³⁵ Hemilä H, Chalker E: Vitamin C for preventing and treating the common cold. 2013 © The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons

³⁶ DEGAM-Leitlinie Husten, 2014