

Versorgungskoordination

Die Langzeitbetreuung des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms sollten durch den Hausarzt erfolgen.

Insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen soll geprüft werden, ob eine Überweisung/Weiterleitung zur Mitbehandlung und zur erweiterten Diagnostik von Patienten zum jeweils dazu qualifizierten Facharzt/zu einer qualifizierten Einrichtung erfolgen soll:

- ▶ bei unzureichender Asthmakontrolle trotz intensiver Behandlung
- ▶ wenn eine Langzeittherapie mit oralen Corticosteroiden begonnen oder beendet wird
- ▶ vorausgegangene Notfallbehandlung
- ▶ Beenden einer antientzündlichen Dauertherapie
- ▶ Begleiterkrankungen (z. B. COPD, chronische Sinusitis)
- ▶ Verdacht auf berufsbedingtes Asthma
- ▶ Indikation zur Behandlung mit Omalizumab

Berufsbedingtes Asthma

- ▶ Bei Berufstätigen soll bei Verdacht auf Asthma eine eingehende Arbeitsplatzanamnese erhoben werden.
- ▶ Eine Empfehlung zur Aufgabe der Berufstätigkeit bzw. zum Berufswechsel soll erst nach ausreichender Sicherung der Diagnose durch einen Spezialisten (Pneumologe, Arbeitsmediziner) erfolgen.

Asthma in der Schwangerschaft

- ▶ Frauen mit Asthma soll zu Beginn einer Schwangerschaft ein Beratungsgespräch über die Bedeutung und Sicherheit der fortzuführenden Asthmatherapie angeboten werden.

Inhalationstechnik

- ▶ Patienten sollen von ihrem behandelnden Arzt bei Erstverordnung bzw. Wechsel eines inhalativen Arzneimittels eine Einweisung bzw. Schulung in die korrekte Arzneimittelanwendung und Inhalationstechnik erhalten.
- ▶ Die korrekte Arzneimittelanwendung sowie Inhalationstechnik des Patienten soll regelmäßig durch den Arzt und ggf. zusätzlich durch einen entsprechend qualifizierten Apotheker überprüft werden.

Weitere Informationen

Aktuelle Informationen und Aktualisierungen der NVL Asthma sind kostenlos erhältlich unter:

<http://www.asthma.versorgungsleitlinien.de>

Sie finden dort unter anderem

- ▶ die **Kurz- und Langfassung der NVL Asthma**
- ▶ eine **Übersicht über Praxishilfen zu allen hier aufgeführten Themen, fachspezifisch gegliedert und ausführlich dargestellt**
- ▶ eine **PatientenLeitlinie**

Herausgeber der 2. Auflage NVL Asthma

Bundesärztekammer (BÄK)
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen
Fachgesellschaften (AWMF)

sowie

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ),
Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK),
Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB),
Deutsche Atemwegliga (DAL), Deutsche Gesellschaft für Allergologie
und klinische Immunologie (DGAKI), Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Deutsche Gesellschaft
für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM), Deutsche Gesellschaft
für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Deutsche Gesellschaft für
Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals- Chirurgie
(DGHNOHC), Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM),
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche
Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), Deutsche
Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR),
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW),
Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA),
Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP),
Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK)

Flyer erstellt am 29.11.2010
basierend auf der Version 1.2 der 2. Auflage NVL Asthma

© äzq 2010

Definition

Asthma ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege mit

- ▶ bronchialer Hyperreagibilität und
- ▶ variabler Atemwegsobstruktion

Asthmamanagement

Ziel

ist die bestmögliche Kontrolle des Asthmas mit

- ▶ Symptomfreiheit
- ▶ keinen krankheitsbedingten körperlichen oder sozialen Beeinträchtigungen im Alltag
- ▶ keinen Komplikationen und Folgeschäden
- ▶ keinen unerwünschten Wirkungen der Therapie
- ▶ Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion
- ▶ Verbesserung der gesundheits- und asthmabezogenen Lebensqualität
- ▶ Reduktion der asthmabedingten Letalität

Komponenten des Managements

Prävention

- ▶ Meiden von Rauchen/Passivrauchexposition
- ▶ Meiden von Allergenen
- ▶ Meiden von Schadstoffen

Medikamentöse Therapie

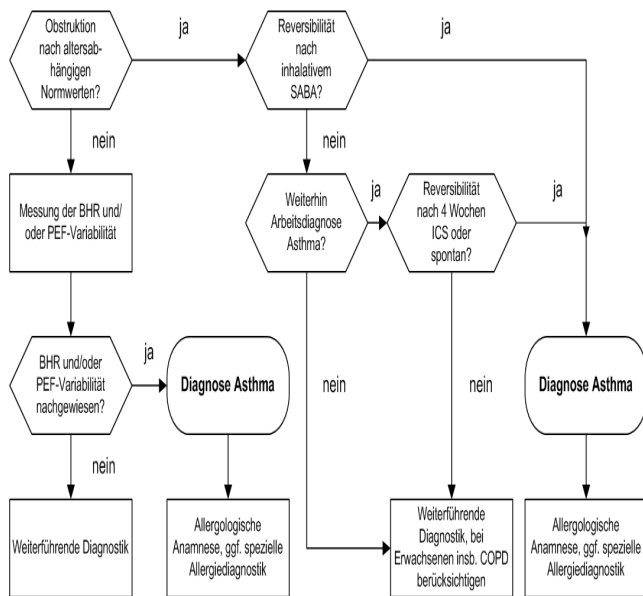
Nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen:

- ▶ Schulung
- ▶ Tabakentwöhnung
- ▶ Körperliches Training
- ▶ Atemphysiotherapie
- ▶ Psychosoziale Betreuung

Rehabilitation

Diagnostik

Kurzüberblick – vollständiger Diagnosealgorithmus und ergänzende Infos siehe NVL Asthma



Einstufung der Asthmakontrolle

Die Angaben beziehen sich auf eine beliebige Woche innerhalb der letzten vier Wochen.

Kriterium	Kontrolliertes Asthma (alle Kriterien erfüllt)	Teilweise kontrolliertes Asthma (ein bis zwei Kriterien innerhalb einer Woche erfüllt)	Unkontrolliertes Asthma
Symptome tagsüber	≤ 2x pro Woche	> 2x pro Woche	
Einschränkung von Aktivitäten im Alltag	nein	ja	
Nächtliche/s Symptome/Erwachen	nein	ja	
Einsatz einer Bedarfsmedikation/ Notfallbehandlung	≤ 2x pro Woche	> 2x pro Woche	
Lungenfunktion (PEF oder FEV1)	normal	< 80 % des Sollwertes (FEV1) oder des persönlichen Bestwertes (PEF)	Drei oder mehr Kriterien des 'teilweise kontrollierten Asthmas' innerhalb einer Woche erfüllt
Exazerbation	nein	eine oder mehrere pro Jahr	eine pro Woche

An der Asthmakontrolle orientiertes Therapiemanagement

- Die Behandlung richtet sich nach dem jeweiligen **Grad der Asthmakontrolle**. Im Vergleich zur bisherigen Einteilung des Asthmas nach Schweregraden ist die Beurteilung der Asthmakontrolle für die langfristige Verlaufskontrolle und als Grundlage der Therapie(-anpassungen) geeigneter. Die Schweregradeinteilung kann jedoch bei der Beurteilung eines Patienten, der keine Asthamedikamente einnimmt, sinnvoll sein.
- Zum Erreichen der Asthmakontrolle werden **5 Therapiestufen** festgelegt (s. rechts).
- Der Grad der Asthmakontrolle soll in regelmäßigen Abständen überprüft werden, um festzustellen, ob die Therapieziele erreicht werden und eine Anpassung der Therapie (Intensivierung/Reduktion) indiziert ist.

Management im Asthmaanfall

Leichter-mittelschwerer Anfall:

Initialtherapie (zuhause oder in Arztpraxis):

- 2-4 Hübe SABA, ggf. wiederholen
- 25-50 mg Prednisolon oral
- Selbsthilfetechniken zur Atemerleichterung

→ Bei unzureichendem Ansprechen auf Initialtherapie nach 30-60 Min. Einweisung in Krankenhaus

Schwerer bis lebensbedrohlicher Anfall:

Bei lebensbedrohlichem Anfall sofortige Krankenhauseinweisung mit Notarztbegleitung, bei schwerem Anfall Krankenhauseinweisung erwägen falls unzureichendes Ansprechen auf Initialtherapie.

Initialtherapie:

- Sauerstoff 2-4l/min über Nasensonde (Ziel: SaO₂ > 92%)
- 2-4 Hübe SABA, in 10-15 Min. Intervallen wiederholen
- 50-100 mg Prednisolon oral oder i.v.
- Falls vorhanden: Ipratropiumbromid
- Selbsthilfetechniken zur Atemerleichterung bzw. beim lebensbedrohlichen Anfall atemerleichternde Lagerung

Betreuung nach Asthmaanfall:

- Überprüfen: Inhalationstechnik, Verwendung des Peak-Flow-Meters, anfallsauslösende Ursachen, Notfallplan
- Schriftliche Fixierung von Behandlungsempfehlungen
- Beginn/Fortführung einer Therapie mit ICS

Stufentherapie

