

## Versorgungskoordination

Die Langzeitbetreuung des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms sollten durch den Hausarzt oder den Kinder- und Jugendarzt 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. rezidivierender Krupp, chronische Sinusitis)
- ▶ Verdacht auf berufsbedingtes Asthma
- ▶ Indikation zur Behandlung mit Omalizumab

Zusätzlich soll das Hinzuziehen eines pneumo- und allergologisch erfahrenen Kinder- und Jugendarztes erwogen werden, wenn Zweifel an der Diagnose bestehen, z. B. in den ersten drei bis vier Lebensjahren bei unklärbarem, persistierendem Husten.

## 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.
- ▶ Für Kinder bis zu 5 Jahren sollten für die Inhalation von Beta-2-Sympathomimetika oder Corticosteroiden Treibgasdosieraerosole mit Spacer bevorzugt werden.
- ▶ Eine Gesichtsmaske (cave: Leck) soll nur so lange angewendet werden, bis ein Kind nachweislich durch das Mundstück eines Spacers atmen kann.

## Weitere Informationen

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

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

**Sie finden dort unter anderem die Langfassung der Nationalen VersorgungsLeitlinie Asthma**

- ▶ **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**

- ▶ Symptombfreiheit
- ▶ keiner krankheitsbedingten Beeinträchtigung der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung
- ▶ 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

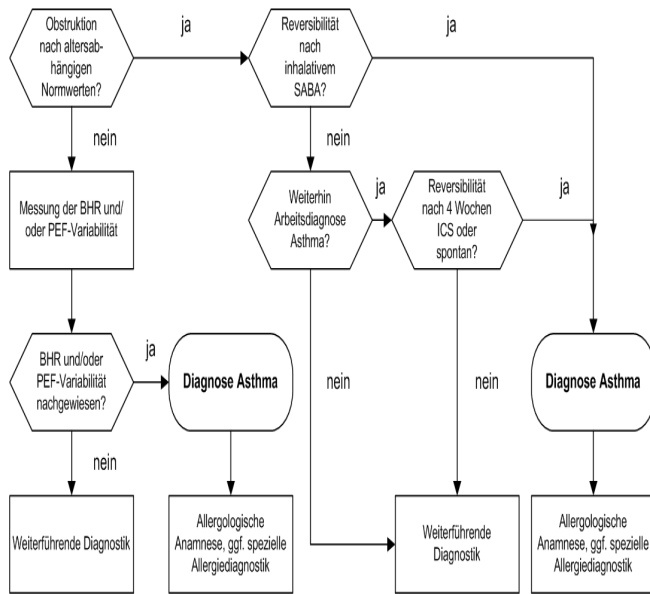
### Nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen:

- ▶ 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	nein	ja	Drei oder mehr Kriterien des teilweise kontrollierten Asthma innerhalb einer Woche erfüllt
Einschränkung von Aktivitäten im Alltag	nein	ja	
Nächtliche/s Symptome/Erwachen	nein	ja	
Einsatz einer Bedarfsmedikation/ Notfallbehandlung	nein	ja	
Lungenfunktion (PEF oder FEV1)	normal	< 80 % des Sollwertes (FEV1) oder des persönlichen Bestwertes (PEF)	
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 Asthmamedikamente 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 (Arztpraxis):

- 2-4 Hübe SABA, ggf. mehrfach wiederholen
- Evtl. 2-3 l/min Sauerstoff über Maske oder Nasensonde (Ziel: SaO<sub>2</sub> > 92%)
- Evtl. 1-2 mg/kg KG Prednisolon oral
- Selbsthilfetechniken zur Atemerleichterung

→ Bei unzureichendem Ansprechen auf Initialtherapie 15 Min. nach SABA-Einweisung in Krankenhaus!

### Schwerer bis lebensbedrohlicher Anfall:

Umgehende Einweisung in Krankenhaus, bei Lebensbedrohung unter Notarztbegleitung!

Initialtherapie:

- 2-5 Hübe SABA, ggf. mehrfach wiederholen
- Sauerstoff 2-3l/min über Nasensonde (Ziel: SaO<sub>2</sub> > 92%)
- 1-2 mg/kg KG Prednisolon oral oder i.v. (evtl. rektal)
- Ggf. zusätzlich 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

