

Die Zukunft der Asthmatherapie

Wie kann das Asthma am besten behandelt werden? Ungeachtet der individuellen Antwort für den einzelnen Patienten sitzen derzeit Experten an der Aktualisierung einer einheitlichen Vorgabe.

Liegt ein Asthma-Verdacht vor, fordert die NVL-Leitlinie für das ärztliche Vorgehen das ausführliche Patientengespräch (Anamnese) unter Berücksichtigung typischer Symptome wie Husten, Giemen, Brustenge, Atemnot sowie der Asthma-Auslöser, weiterer abzugrenzender Krankheiten (Komorbiditäten) und Risikofaktoren. Die Lungenfunktionsprüfung (Spirometrie oder zusätzliche weniger mitarbeiterabhängige Methoden wie Bodyplethysmographie) soll die Diagnose erhärten. Wird eine Atemwegsverengung nachgewiesen, soll ein sogenannter Reversibilitätstest mit einem kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetikum zur schnellen Erweiterung der Bronchien erfolgen, damit geklärt wird, ob das Medikament der Verengung der unteren Atemwege entgegenwirkt und die Diagnose Asthma weiter bestätigt werden kann.

Ist die Lungenfunktion nicht eingeschränkt und besteht trotzdem Asthma-Verdacht, soll die Diagnose durch den Nachweis der unspezifischen bronchialen Überempfindlichkeit gesichert werden.

Bei vielen Asthma-Patienten wird das Asthma durch Allergien ausgelöst. Daher wird bei Patienten mit Asthma und positiver Anamnese auch eine allergologische Stufendiagnostik empfohlen

(Prick-Hauttest und/oder Bestimmung des spezifischen Immunglobulin E-Wertes, allergenspezifische Provokation an den entsprechenden Organen).

Leider wurde noch nicht die allergologische Molekulardiagnostik berücksichtigt, die in schwierigen Fällen bei der Di-



agnostik hilfreich sein kann, aber bisher leider noch nicht verbreitet angewendet wird.

Asthma durch Anstrengung

In der letzten Ausgabe haben wir über die neu zu erwartende „Nationale Versorgungsleitlinie Asthma“ (NVL) berichtet, die von der Bundesärztekammer, Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften herausgegeben wird. Auch der Deutsche Allergie- und Asthmabund war mit seiner Patientenvertreterin Elke Alsdorf an der Weiterentwicklung beteiligt.

Asthmabeschwerden können durch Anstrengung ausgelöst werden. Es wird aber nicht mehr von Anstrengungsasthma als eigene Asthmaform gesprochen, sondern von durch Anstrengung ausgelösten Asthmasymptomen.

Dazu schreibt die Leitliniengruppe: „Bei vielen Patienten sind anstrengungsinduzierte Symptome Ausdruck einer unzureichenden Asthmakontrolle. Durch

Intensivierung der Langzeittherapie, den Stufenschemata folgend, können in der Regel die anstrengungsinduzierten Symptome beseitigt werden.“

Wenn das Asthma gut kontrolliert ist und nur vereinzelt asthmatische Symptome durch Anstrengung auftreten, soll unmittelbar vor der körperlichen Belastung ein kurzwirksames Medikament zur Erweiterung der Bronchien inhaliert werden. Patienten mit Asthma sollen nicht auf körperliche und sportliche Aktivitäten verzichten, denn diese können eine positive Entwicklung des Asthmas gut unterstützen.

Therapie

Für eine gute Asthma-Therapie wird die Asthmakontrolle beurteilt. Daher soll in regelmäßigen Abständen der Grad



der Asthmakontrolle überprüft werden. Ist das Asthma gut kontrolliert, ist das Haupttherapieziel erreicht und es kann eine langsame Reduktion der Medikation ausprobiert werden. Dies erfolgt aber erst, wenn das Asthma für mindestens drei Monate kontrolliert ist. Ein Absetzen einer Langzeittherapie mit inhalativem oder oralem Cortison oder monoklonalen Antikörpern (Biologika) stellt immer eine Gefährdungssituation dar und muss durch die behandelnden Ärzte engmaschig überwacht werden. Ist das Asthma schlecht kontrolliert, muss die Therapie zunächst weiter angepasst und intensiviert werden. Um die Asthmakontrolle zu beurteilen, sollen regelmäßig verschiedene Parameter abgeklärt werden. Ein gut kontrolliertes Asthma besteht, wenn dabei

keiner der folgenden Fragestellungen zutreffen:

- Asthmasymptome tagsüber
- Asthmasymptome bei körperlicher Belastung
- nächtliches Erwachen aufgrund von Beschwerden
- Einsatz der Bedarfsmedikation (zur schnellen Erweiterung der Bronchien, bei Erwachsenen nicht mehr als zwei Mal pro Woche, bei Kindern und Jugendlichen gar kein Einsatz), Einschränkungen der Aktivitäten im Alltag
- keine gute Therapieteilnahme des Patienten
- fehlerhafte Inhalationstechnik
- Zunahme von Verschlechterungen und deren Auslöser
- keine gute Wirksamkeit und Verträglichkeit der Medikamente.

Behandlung mit Medikamenten

Bei der medikamentösen Therapie soll der Einsatz inhalativer Medikamente bevorzugt werden. Dabei muss sich die Auswahl der Inhalationsgeräte nach den Fähigkeiten der Patienten und deren Vorlieben richten.

Nach der Einschätzung des Asthma-

Sinnvoll sind Therapie begleitende Maßnahmen wie Atemübungen. Diese finden Sie im Youtube-Kanal DAAB-TV. Schauen Sie mal rein.



Schweregrades werden die Patienten mit Hilfe eines Stufenschemas behandelt. Dabei gibt es genaue Empfehlungen für die Art der Medikation, die bei der jeweiligen Asthmastufe erfolgen soll (Medikamentöses Stufenschema). Die Therapie mit inhalativen Corticosteroiden (ICS) soll bei Erwachsenen in den Therapiestufen zwei bis fünf und bei Kindern und Jugendlichen in den Therapiestufen zwei bis sechs die Basis der Langzeittherapie sein.

Die Asthmakontrolle ist mit der geringstmöglichen Anzahl von antiasthmatischen Medikamenten in der geringstmöglichen Dosierung aufrechtzuerhalten. Bei akuten Beschwerden steht den Patienten in jeder Therapiestufe ein Medikament zur kurzwirksamen Erweiterung der Bronchien als Bedarfsmedikament zur Verfügung. Eine antientzündliche Langzeittherapie

erfolgt bei Erwachsenen, wenn diese ihr Bedarfsmedikament mehr als zweimal pro Woche anwenden, bei Kindern soll die Langzeittherapie die normalen Alltagsaktivitäten ohne die Anwendung der Bedarfsmedikation möglich machen. Kinder und Jugendliche, die Cortison-Wirkstoffe einnehmen, sollten immer die niedrigste wirksame Dosierung erhalten. Eine Therapie mit einem inhalativen langwirksamen Medikament zur Erweiterung der Bronchien wie Formoterol soll immer zusammen mit einem entzündungshemmenden Cortison durchgeführt werden, nie allein. Wird keine gute Asthmakontrolle erreicht, muss geklärt werden, ob das Inhalationsgerät zum Patienten passt und richtig inhaliert wird, eine Asthmaschulung besucht werden kann, ob Allergieauslöser, Umweltfaktoren oder zusätzliche Erkrankungen dazu beitragen, ob der Patient richtig mitarbeitet oder ob eine Umstellung der Medikation erfolgen muss.

Bei sehr kleinen Kindern werden zur Inhalation Gesichtsmasken verwendet. Die Inhalation soll aber zum frühestmöglichen Zeitpunkt auf eine Anwendung mit Mundstück umgestellt werden. Dabei ist es gut, wenn bis zum fünften Lebensjahr bei Dosieraerosolen ein sogenannter Spacer für eine bessere Inhalation sorgt. Dieser kann auch bei älteren Menschen hilfreich sein.

Die Patienten müssen das richtige Inhalieren erlernen und einüben. Müssen mehrere Wirkstoffe eingesetzt werden, ist es sehr sinnvoll, nur einen Typ eines Inhalationsgerätes zu verwenden, damit die Anwendung durch verschiedene Systeme nicht noch erschwert wird. Dabei ist es wichtig, dass ein Wechsel des Inhalationsgerätes vermieden wird und bei nicht vermeidbarem Wechsel eine Neueinweisung erfolgt. In der NVL-Asthma werden die behandelnden Ärzte mit einer stark positiven Empfehlung ermutigt, den Austausch des Inhalationsgerätes in der Apotheke zu vermeiden. „Der Arzt soll gemeinsam mit dem Patienten über das Inhalationssystem entscheiden. Um sicher zu gehen, dass der Patient das gewünschte System erhält, soll bei „aut-idem“ ein Kreuz gesetzt werden.“ Wurde das aut-idem Kreuz (oder ein Gleiches) nicht gesetzt und daher der Austausch eines Inhalationsgerätes durch die behandelnden Ärzte nicht verhindert, soll die Apotheke bei einem vorgesehenen Wechsel laut Rabattvertrag pharmazeutische Bedenken erwägen und bei einem nicht vermeidbaren Wechsel den Patienten in die korrekte Handhabung und Inhalationstechnik des neuen Gerätes einweisen.

Therapiebegleitende Maßnahmen

Zu einer guten Asthma-Therapie gehören neben den richtigen Asthma-Medikamenten auch die Schulung des Patienten.

ten. Kann der Patient an einem Disease-Management-Programm (DMP) der gesetzlichen Krankenkassen teilnehmen? Erfolgt eine Asthmaschulung? Neben der Dosierung der Medikamente gibt es viele weitere Punkte, die berücksichtigt werden müssen wie individuelle Asthma-Auslöser und Triggerfaktoren wie Staub, kalte Luft, Tabakrauch oder Luftschadstoffe, Tabakentwöhnung, Körpergewicht, Sport, Atemphysiotherapie, Rehabilitation, familiäres und berufliches Umfeld, Nutzung eines Asthmatagebuches (Peak-Flow-Meter), Impfschutz oder auch eine mögliche Hyposensibilisierung.

Die Leitliniengruppe bekräftigt: „Allergenkarenz soll – soweit möglich – eine der Grundlagen der Behandlung des allergischen Asthmas sein.“

Bei allergischem Asthma soll eine Hyposensibilisierung in Erwägung gezogen werden, wenn die jeweilige Allergie als Auslöser der asthmatischen Beschwerden gut dokumentiert ist und eindeutige klinische Symptome bestehen. Dafür muss im Vorfeld eine sehr gute Allergiediagnostik erfolgen und auch ein entsprechendes Therapiepräparat verfügbar sein.

Es ist wichtig, gemeinsam mit den behandelnden Ärzten die beste Therapie zu planen und gemeinsam zu entscheiden. Studien lieferten Hinweise, dass die Lebensqualität, die Patientenzufriedenheit und die richtige Mitarbeit der Patienten bei der Medikamenteneinnahme durch eine gemeinsame Entscheidungsfindung verbessert werden kann. Aus den Rückmeldungen bei der DAAB-Beratung wissen wir, dass schon das Gespräch, das Zuhören durch den Arzt und das „Ernst genommen werden“ für den Patienten immens wichtig sind, damit er Vertrauen aufbauen kann, sich gut aufgehoben fühlt und eine gute Grundlage für einen erfolgreichen Start der Asthma-Therapie gegeben ist.

Anja Schwalbenberg, Dipl. Biologie,
DAAB-Wissenschaftsteam