

## Verbesserung der Versorgung von Erwachsenen mit schwierig zu behandelndem Asthma: Ein praktischer Leitfaden für Fachpersonen in der Grundversorgung

### EINFÜHRUNG

Dieser Leitfaden bietet einen systematischen, praktischen Ansatz zur Unterstützung von medizinischen Fachpersonen in der Primärversorgung und den ambulanten Gesundheitsdiensten und soll der Verbesserung der Versorgung von Menschen über 18 Jahren mit schwierig zu behandelndem Asthma dienen.

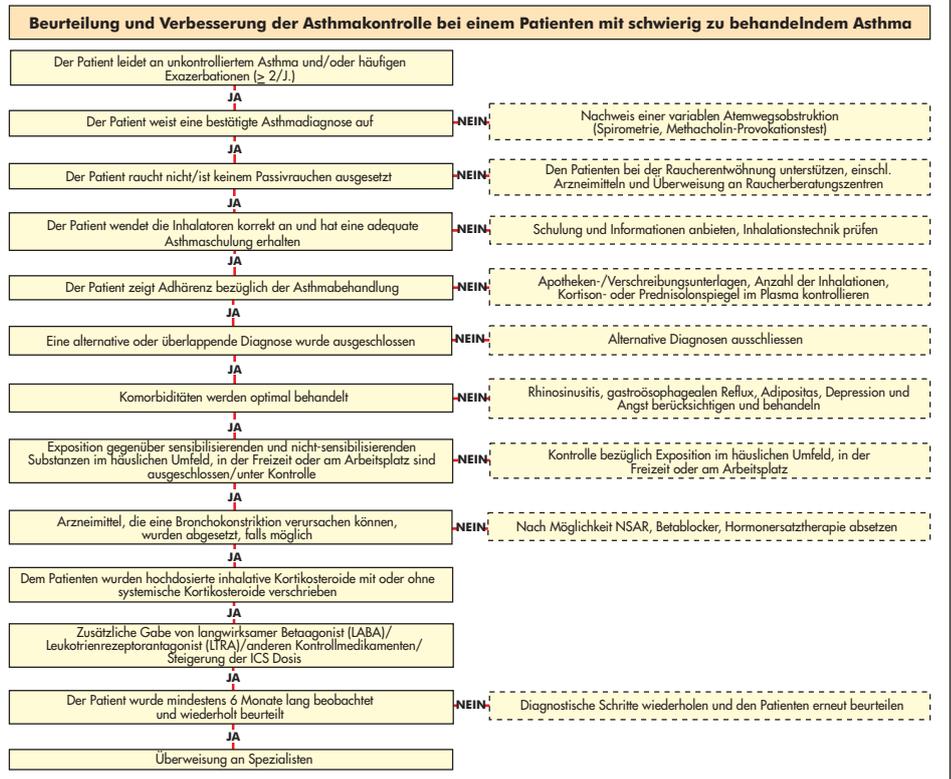
- Schwierig zu behandelndes Asthma bezeichnet ein Asthma, das entweder nach Ansicht des Patienten oder des Arztes schwierig zu behandeln ist.
- Ein Patient mit schwierig zu behandelndem Asthma leidet trotz optimaler Therapie täglich an Beschwerden und an wiederkehrenden Exazerbationen.

Patienten mit schwierig zu behandelndem Asthma lassen sich im Wesentlichen in zwei Gruppen unterteilen:

- Patienten, deren Asthma in der Vergangenheit kontrolliert war, aber inzwischen unkontrolliert ist.
- Patienten, bei denen bislang nie eine Asthmakontrolle erzielt werden konnte.

Ziele der Untersuchungen und des Managements sollten sein:

- Durch regelmäßiges, effektives Monitoring zu erkennen, wenn das Asthma entgleist/ noch keine Asthmakontrolle erreicht wurde.
- Die Kontrolle (wieder) zu erreichen und anschliessend durch effektive, gut verträgliche Behandlung aufrechterhalten.



### BEURTEILUNG EINES PATIENTEN MIT SCHWIERIG ZU BEHANDELNDEM ASTHMA

Eine regelmässige strukturierte Beurteilung ist die wesentliche Massnahme zur Erkennung und Versorgung von Patienten mit schwierig zu behandelndem Asthma.

Patienten mit schwierig zu behandelndem Asthma sollten bis zum Erreichen des Behandlungsziels alle drei Monate kontrolliert und beurteilt werden, anschliessend wenigstens einmal jährlich.

#### Vor der Beurteilung

Fordern Sie die Patienten auf, vor jedem Arzttermin eine kurze Checkliste vorzubereiten, damit sie Ihnen die wichtigsten Auskünfte rasch erteilen und planen können, worüber sie mit Ihnen sprechen möchten.

#### Während der Beurteilung

Die wichtigsten Faktoren, die es zu überprüfen gilt, sind durch das Akronym **SIMPLES\*** zusammengefasst:

#### Smoking (Rauchen)

- Fragen Sie die Patienten nach ihren aktuellen Rauchgewohnheiten und nach der Exposition gegenüber Passivrauch. Die Patienten machen wahrscheinlich ehrlichere Angaben zu ihren Rauchgewohnheiten, wenn Sie ihnen einen schriftlichen Fragebogen zur Bearbeitung vorlegen.
- Ermutigen und unterstützen Sie Ihre Patienten, das Rauchen aufzugeben; hierzu gehören auch der Einsatz von Arzneimitteln sowie eine Überweisung an spezialisierte Raucherentwöhnungszentren.
- Ziehen Sie bei Patienten, die das Rauchen nicht aufgeben können, eine alternative Therapie zu

inhalativen Kortikosteroiden (ICS) in Betracht, da Raucher auf ICS weniger gut ansprechen als Nichtraucher.

#### Inhaler technique (Inhalationstechnik)

- Hat der Patient den für seine Bedürfnisse am besten geeigneten Inhalator?
- Beobachten Sie den Patienten beim Inhalieren, um sicherzustellen, dass er die korrekte Technik anwendet.
- Überprüfen Sie bei jedem Termin die Inhalationstechnik.

#### Monitoring (Beobachtung)

Beurteilen Sie die Asthmakontrolle systematisch mit Hilfe eines einfachen, validierten Tools, zum Beispiel:

#### 3 Fragen zur Beurteilung der Asthmakontrolle

In der letzten Woche/im letzten Monat:

1. Hatten Sie aufgrund Ihrer Asthmabeschwerden Schlafprobleme?
2. Hatten Sie tagsüber Asthmabeschwerden?
3. Hat sich Ihr Asthma nachteilig auf Ihre üblichen Aktivitäten ausgewirkt?

Ja auf eine der obigen Fragen = unkontrolliertes Asthma – weiter beurteilen

Ja auf alle drei Fragen = erhöhtes Risiko einer Hospitalisierung

#### Pharmacotherapy (Pharmakotherapie)

Entspricht die Behandlung des Patienten dem Schweregrad seines Asthmas?

- Beurteilen Sie den Patienten bei jedem Termin im Hinblick auf eine unbeabsichtigte oder vorsätzliche Non-Adhärenz, indem Sie ihn fragen, wie er seine Medikation anwendet, und indem Sie die Verschreibungsunterlagen zur Asthmamedikation (falls verfügbar) der letzten 6 Monate überprüfen.
- Überprüfen Sie, ob der Patient alle Aspekte seiner

Behandlung verstanden hat, und klären Sie ihn seinen Bedürfnissen entsprechend auf: Worum handelt es sich? Wozu dient es? Wie wirkt es? Welche Nebenwirkungen sind möglich? Wie lassen sich Nebenwirkungen minimieren?

#### Lifestyle (Lebensstil)

Fragen Sie die Patienten gezielt nach Exposition gegenüber Faktoren, die das Asthma verschlimmern können, zum Beispiel gegenüber Haustieren oder Belastungen am Arbeitsplatz:

- Wo leben Sie?
- Weist Ihre Wohnung/Ihr Haus eine hohe Feuchtigkeit auf? – Gibt es Schimmelbefall an den Wänden?
- Sind Ihnen Faktoren in der Umgebung (draussen oder im Haus) bekannt, die Ihr Asthma verschlimmern?
- Welche Hobbys pflegen Sie?
- Haben Sie vor der Verschlimmerung Ihres Asthmas ein bestimmtes Muster festgestellt?
- Kommt es an Wochenenden zu einer Besserung oder Verschlechterung Ihres Asthmas – oder stellen Sie keine Veränderung fest?

#### Education (Schulung)

Stellen Sie sicher, dass der Patient ausreichend über Asthma informiert ist: was Asthma ist, weshalb eine Behandlung hilft. Fassen Sie die besprochenen Empfehlungen und Vereinbarungen in einem geschriebenen Aktionsplan zusammen.

#### Support (Unterstützung)

Ermitteln Sie, welche Unterstützung der Patient durch seine Familie erfährt, und beziehen Sie die Familie, sofern möglich, mit ein, um den Patienten bei seinem Verständnis von Asthma und der Behandlungsadhärenz zu unterstützen.

◀ Von schwierig zu behandelndem Asthma (keine Asthmakontrolle unter der maximal empfohlenen Dosis einer Inhalationstherapie) dürften 5 – 10 % der Erwachsenen mit Asthma betroffen sein. Im Rahmen des World Health Survey hat sich herausgestellt, dass die Hälfte der Personen mit klinischem/behandeltem Asthma über Giemen in den vergangenen 12 Monaten berichtete, und dass 20 % noch nie wegen Asthmas behandelt wurden.

Morbidität und Gesundheitskosten sind bei Patienten mit schwierig zu behandelndem Asthma überproportional hoch; außerdem ist das Risiko von tödlichen oder lebensbedrohlichen Exazerbationen bei diesen Patienten erhöht. Patienten mit schwierig zu behandelndem Asthma tragen auch ein erhöhtes Risiko steroidbedingter Nebenwirkungen, wenn sie mit hochdosierten inhalativen Steroiden behandelt werden oder zyklisch orale Steroide erhalten.

Eine bessere Asthmakontrolle geht mit einer besseren Lebensqualität, weniger Beschwerden und Asthmaexazerbationen, weniger Spitalbesuchen und Hospitalisationen sowie einem verminderten Risiko eines vorzeitigen Todes einher. Zu den Vorteilen für die Gesundheitsdienstleister zählt eine geringere Inanspruchnahme von Leistungen und Ressourcen.

## REGELMÄSSIGE BEURTEILUNG

Die Erkennung und Versorgung von Patienten mit schwierig zu behandelndem Asthma lässt sich einzig durch eine regelmäßige Kontrolle und strukturierte Beurteilung verbessern. Diese Beurteilungen können ambulant in der Praxis erfolgen, es können aber auch neuere Ansätze verfolgt werden, zum Beispiel in Form von Telefon- oder Online-Beratungen für routinemässige Asthma-Beurteilungen, falls eine direkte „face to face“ Beurteilung nicht machbar ist – allerdings ist es wichtig, dass Patienten irgend Mal zeigen können, dass sie die richtige Inhalationstechnik anwenden.

Ein wichtiger Bestandteil jedes Termins sollte in der Schulung und Selbstbefähigung des Patienten für das Asthma-Selbstmanagement bestehen. Fordern Sie den Patienten auf, das Gespräch zu führen, und ermuntern Sie ihn, etwaige Bedenken und Fragen zur Sprache zu bringen.

## ERMITTLUNG DER MÖGLICHEN URSACHEN DES SCHWIERIG ZU BEHANDELNDEN ASTHMAS

Bei Patienten mit täglichen Beschwerden und regelmäßigen Exazerbationen sollte den möglichen Ursachen nachgegangen werden:

### Falsche Diagnose/keine vorherige Diagnose

Bestätigen Sie die Asthmad Diagnose, indem Sie die klinische Anamnese überprüfen und nach Möglichkeit die reversible Atemwegsobstruktion mittels Peak Expiratory Flow und Spirometrie messen.

### Ungenügende Behandlung

#### • Unterbehandlung

Falls das Asthma des Patienten unter der aktuellen Therapie nicht ausreichend unter Kontrolle ist, intensivieren Sie die Therapie („Step-up“), um eine Kontrolle zu erzielen.

In manchen Kulturen greifen die Patienten möglicherweise auf unkonventionelle oder alternative Asthmamittel zurück. Fragen Sie diese Patienten gezielt danach und besprechen Sie mit ihnen, dass eine evidenzbasierte Therapie mehr Nutzen bringen würde.

#### • Falsche Anwendung des Inhalators

Probleme mit der Inhalationstechnik sind in der klinischen Praxis häufig und können zu einer schlechten Asthmakontrolle führen. Die Patienten sollten in der korrekten Inhalationstechnik geschult werden. Beobachten Sie die Technik des Patienten und weisen Sie den Patienten an, stets auf die richtige Technik zu achten.

#### • Individuelle Unterschiede bezüglich des therapeutischen Ansprechens

Analysen des individuellen Ansprechens auf Asthmabehandlungen in klinischen Studien zeigen,

dass die einzelnen Patienten sehr unterschiedlich auf die Therapie ansprechen können. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer engmaschigen Therapieüberwachung beim einzelnen Patienten und einer Anpassung der Therapie, um den gewünschte Behandlungserfolg zu erzielen.

#### • Unbeabsichtigte oder vorsätzliche Non-Adhärenz

Eine Non-Adhärenz bezüglich der Dauermedikation („Controller therapy“), vor allem inhalativer Kortikosteroide, ist häufig zu beobachten und daher vermutlich mit ausschlaggebend für eine unzureichende Asthmakontrolle. Eine Beobachtungsstudie zur Non-Adhärenz bei schwierig zu behandelndem Asthma hat gezeigt, dass ein Drittel (34 %) der Patienten weniger als die Hälfte ihrer Rezepte für die inhalative Kombinationstherapie einlösten.

Beurteilen Sie den Patienten bei jedem Termin im Hinblick auf eine unbeabsichtigte oder vorsätzliche Non-Adhärenz, indem Sie ihn fragen, wie er seine Medikation anwendet, und indem Sie die Verschreibungsunterlagen zur Asthamedikation (falls verfügbar) der letzten 6 Monate überprüfen.

Adhärenz ist ein modifizierbares Verhalten, das sich verbessern lässt. Voraussetzung ist jedoch, sich ein klares Bild von der Sichtweise des Patienten und den Gründen für die Non-Adhärenz zu verschaffen. Interventionen zur Verbesserung der Adhärenz umfassen u. a. das Erkennen der subjektiv empfundenen und praktischen Hindernisse für den einzelnen Patienten sowie die auf deren Überwindung zugeschnittenen Interventionen und unterstützenden Massnahmen.

## Begleiterkrankungen

In zwei Fallserien wurden bei 19 % bzw. 34 % der Patienten mit schwierig zu behandelndem Asthma Begleiterkrankungen mit asthmähnlichen Symptomen festgestellt. Das Erkennen und die Behandlung dieser Begleiterkrankungen kann zur Verbesserung der Asthmakontrolle beitragen.

Untersuchen Sie den Patienten auf Begleiterkrankungen, die zu Asthma-Exazerbationen führen oder ähnliche Symptome verursachen könnten:

### Allergische und nichtallergische Rhinitis

- Zur Diagnose einer Rhinitis fragen Sie den Patienten: „Leiden Sie an Nasenjucken, Niesreiz, laufender oder verstopfter Nase, eingeschränktem Geruchssinn wenn Sie keine Erkältung haben?“
- Die Patienten sollten sich bei entsprechendem Verdacht einem Allergietest unterziehen.
- Informieren Sie die Patienten, wogegen sie allergisch sind, und geben Sie Hinweise zu Allergenvermeidung und möglichen Behandlungen.

### Aggravierende Faktoren

Menschen mit Asthma wissen häufig, welche Faktoren bei ihnen Asthma auslösen. Es ist daher wichtig, die Patienten gezielt danach zu fragen und ihnen Ratschläge zur Minimierung der Exposition zu geben.

#### Rauchen

Im Rahmen des World Health Survey an Personen zwischen 18 und 45 Jahren wurde festgestellt, dass 24 % der Menschen mit klinischem/behandeltem Asthma zum Zeitpunkt der Befragung aktive Raucher waren. Bei Rauchern ist die Wahrscheinlichkeit einer asthmabedingten Hospitalisierung über einen 12-monatigen Zeitraum fast dreimal so hoch wie bei Nichtrauchern.

- Fragen Sie die Patienten nach ihren aktuellen Rauchgewohnheiten. Die Patienten machen wahrscheinlich ehrlichere Angaben zu ihren Rauchgewohnheiten, wenn Sie ihnen einen schriftlichen Fragebogen zur Bearbeitung vorlegen.
- Ermutigen und unterstützen Sie Ihre Patienten, das Rauchen aufzugeben; hierzu gehören auch der Einsatz von Arzneimitteln sowie eine Überweisung an spezialisierte Raucherberatungszentren.
- Ziehen Sie bei Patienten, die das Rauchen nicht aufgeben können, andere Therapieoptionen in Betracht, da Raucher auf inhalative Kortikosteroide

erwiesenermassen weniger gut ansprechen als Nichtraucher.

## Psychische Faktoren

Psychische Faktoren, darunter belastende Lebensereignisse und psychische Erkrankungen (vor allem Angst und Depression) können die Asthmakontrolle und die Therapieadhärenz beeinträchtigen.

Fragen Sie den Patienten:

- Wie oft fühlen Sie sich depressiv/niedergeschlagen/traurig/unglücklich?
- Wie oft verspüren Sie Angst ohne erkennbaren Grund?
- Wie oft fühlen Sie sich erschöpft/sehr müde ohne erkennbaren Grund?

[Skala: immer, oft, manchmal, gelegentlich, selten]

Bei Patienten, die angeben, immer oder oft unter Depression oder Ängsten zu leiden: Wenn psychische Faktoren die Asthmakontrolle beeinträchtigen, kann eine Beratung dieser Patienten sinnvoll sein.

Bei Patienten, die immer oder oft erschöpft sind: an andere Diagnosemöglichkeiten denken.

## Umweltfaktoren

Immer mehr deutet darauf hin, dass Luftverschmutzung zur weltweiten Belastung durch Atemwegserkrankungen und allergische Erkrankungen, einschliesslich Asthma, beiträgt. An Tagen mit stärkerer Luftverschmutzung steigt die Anzahl asthmabedingter Krankenhausaufenthalte. Innenraumfaktoren wie Schimmelpilze, Hausstaubmilben und die Raumluftqualität sind bei Asthma ebenfalls wichtig.

Ärzte und Asthmapatienten sollten Zugang zu Vorabinformationen über Umweltfaktoren mit möglichem Einfluss auf die Asthmakontrolle haben, darunter Luftverschmutzungsgrad und Wetter.

## Arbeitsplatzfaktoren

Arbeitsplatzfaktoren sind bei Erwachsenen im Erwerbsalter für ungefähr einen von sechs Asthmafällen, einschliesslich eines erstmalig auftretenden oder wiederkehrenden Asthmas, verantwortlich. Die Exposition gegenüber Substanzen, die mit berufsbedingtem Asthma assoziiert sind, war mit einem erhöhten Asthma-Schweregrad-Score verbunden.

### Nebenwirkungen von Arzneimitteln

Nichtsteroidale Antiphlogistika, Betablocker (auch Augentropfen) und Aspirin können Asthma verschlimmern. Fragen Sie die Patienten nach anderen Arzneimitteln, die sie anwenden, auch nach frei verkäuflichen Arzneimitteln.

## ÜBERWEISUNG VON PATIENTEN

### Wer sollte überwiesen werden?

Patienten, die nach erfolgter Beurteilung und Einleitung von Massnahmen zur Verminderung aller möglichen Ursachen und trotz leitlinienentsprechender Therapie weiterhin an schwierig zu behandelndem Asthma leiden, sollten an einen Spezialisten/Spezialklinik überwiesen werden.

### Wohin sollte überwiesen werden?

Die Patienten sollten an Institutionen überwiesen werden, die über Erfahrung mit schwierig zu behandelndem Asthma verfügen und die Versorgung und Behandlung durch ein multidisziplinäres Team gewährleisten können.

## Was sollte im Überweisungsschreiben stehen?

- Beruf
- Einsetzen der Beschwerden
- Dyspnoe
- Spezifizierte Dyspnoe
- Husten
- Spezifizierter Husten
- Pfeifende Atmung
- Raucherstatus
- Bekannte Allergien
- Peak Flow
- Spirometrie und Bronchodilatationstest
- Art und Anwendung der Asthamedikation
- Begleiterkrankungen
- Andere gleichzeitige Medikation

Ärztliche Co-Leiter des Projekts: Stephen Holgate und Dermot Ryan

Ärztliche Autoren des Desktop Helpers: Armando Brito de Sá, Pascal Chanez, Javiera Corbalan, Jaime Correia de Sousa, Breda Flood (EFA), Liam Heaney, Michael Hyland, Jan Lottvall (EAACI), Bjorn Stallberg, Scott Wagers, Osman Yusuf - Vollständige Zugehörigkeit: <http://www.theipcr.org/difficultasthma>

\*SIMPLES Akronym: Anna Murphy

Deutsche Übersetzung: PD Dr.med.Claudia Steurer-Stey Abfassung und Redaktion: Susan Mayor

Das Meeting für die Entwicklung dieses Desktop Helpers, die Abfassung und die unabhängige Prüfung wurden durch eine zweckgebundene Fortbildungszuwendung von Novartis ermöglicht. Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten spiegeln nicht unbedingt die offizielle Meinung von Novartis oder der IPCRG wider.

Lizenziert unter Creative Commons Attribution-No Derivative Works Licence <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/>

Die International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) ist ein internationaler tätiger und in Schottland eingetragener Wohlfahrtsverband (SC-Nr.: 035056) und eine „Company limited by Guarantee“ (Gesellschaft Nummer 256268).

Stand: April 2012 Download über: <http://www.theipcr.org/difficultasthma>