COPD und Asthma bronchiale

Therapiekontrolle lässt zu wünschen übrig

Trotz aller Leitlinien sind viele Patienten mit COPD oder Asthma bronchiale nicht ausreichend eingestellt. Dazu kommen Compliance-Probleme bzw. Schwierigkeiten bei der inhalativen Applikation der verordneten Medikamente. Doch wie lässt sich der Therapieerfolg verbessern?

— Auch bei eindeutiger Asthmasymptomatik vergehen oft Wochen bis Monate, bis die Erkrankung diagnostiziert wird. Dr. Harald Mitfessel, Remscheid, empfiehlt daher, eine Lungenfunktionstestung als routinemäßige Basisuntersuchung auch in der Hausarztpraxis zu etablieren.

Asthma-Control-Test für die Praxis

Im Asthma-Control-Test (ACT) werden dem Patienten fünf Fragen zu Belastbarkeit, Dyspnoe, allgemeinen Symptomen, Bedarfsmedikation und Selbstkontrolle gestellt. „Mit diesem einfachen Instrument kann auch der Hausarzt entscheiden, ob unter der aktuellen Therapie eine kontrollierte, teilweise kontrollierte oder unkontrollierte Symptomatik vorliegt“, so Mitfessel. Eine vom Berufsverband Deutscher Pneumologen mittels ACT durchgeführte Analyse ergab, dass nur bei 13% eine vollständige Asthmakontrolle erreicht wurde, 48% waren nicht und 39% nur teilweise kontrolliert. In der INSPIRE-Studie mit 13415 Asthmatikern gaben trotz Therapie 84% der Betroffenen weiterhin Symptome an.

Nur jeder dritte Asthmatiker nimmt regelmäßig ein inhalatives Steroid

Patienten mit COPD oder Asthma bronchiale zeigen mit einer Compliance von unter 40% eine besonders niedrige Therapietreue. „Nur 30% aller Asthmapatienten nehmen regelmäßig ein inhalatives Glukokortikoid“, so Mitfessel. Viele Patienten seien nicht ausreichend über die Notwendigkeit einer solchen Therapie aufgeklärt. Asthmatodesfälle seien nicht

© Katarzynaleszczynski/fotolia

Anleitung zur richtigen Inhalationstechnik – unverzichtbarer Bestandteil der Therapie.

selten Folge einer unzureichenden Compliance, insbesondere eines vorzeitigen Absetzens des inhalativen Steroids. „Eine Monotherapie mit einem lang wirkenden Beta-2-Agonisten nach Absetzen des inhalativen Steroids erhöht das Mortalitätsrisiko bei Asthmapatienten“, so Mitfessel.

Asthma und Arbeit

Das klassische Berufsasthma, wie etwa das Bäckerasthma, ist ein klar umrissenes Krankheitsbild, das als Berufskrankheit anerkannt ist. „Sehr viel häufiger ist jedoch der Fall, bei dem das Asthma nicht durch berufliche Auslöser i. e. S. verursacht wird, aber am Arbeitsplatz die Asthmasymptomatik zunimmt“, sagte Prof. Dennis Nowak, Lehrstuhl für Arbeitsmedizin, Univ. München. In solchen Fällen spricht man von einem „work-exacerbated asthma“. Unterschiedliche Faktoren können zur Exazerbation beitragen. Dazu zählen Staub, Chemikalien, Passivrauch und Allergene am Arbeitsplatz ebenso wie Stress oder körperliche Belastung. Da bezüglich Schweregrad, Medikationsbedarf und sozioökonomischer Folgen bei den Betroffenen keine Unterschiede zum

klassischem Berufsasthma bestehen, müsse die Möglichkeit einer arbeitsplatzbezogenen Verschlechterung bei jedem Patienten vom Arzt thematisiert werden.

Richtig inhalieren lernen

Die beste Substanz kann nicht wirken, wenn sie ihren Zielort nicht erreicht. Das gilt besonders für die inhalative Applikation von antiinflammatorischen Substanzen und Bronchodilatoren. „Bei der Erstverordnung muss die korrekte Handhabung des rezeptierten Inhalationssystems eingeübt werden“, betonte Dr. Thomas Voshaar, Chefarzt der Pneumologischen Abteilung im Krankenhaus Moers. Eine falsche Inhalationstechnik führe nicht selten zu einer überflüssigen Therapieeskalation.

Bei der Wahl des Inhalationssystems gilt das Prinzip: Für jeden Patienten das passende Inhalationssystem. Dabei sollten u. a. auch manuelle und mentale Fähigkeiten des Patienten und individuelle Präferenzen berücksichtigt werden.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

■ Quelle: Europäischer Pulmologenkongress (ERS), Wien, 1.–5.9.2012