

## Management von Asthma und COPD

# Wer ist wofür zuständig?

Welche Aufgaben können bei der Diagnose und Behandlung von Asthma und COPD die Hausärzte übernehmen – und wann ist es sinnvoll, an den Facharzt zu überweisen? An den Hausarzt Fortbildungstagen in Bern erläuterte der Pneumologe Dr. Nikolay Pavlov vom Inselspital Bern die Vorteile einer guten Zusammenarbeit.

### Asthma

In den im Jahr 2022 erschienenen europäischen Richtlinien zur Diagnose von Asthma wird immer wieder zwischen «Primary Care» und «Secondary Care», also zwischen Grundversorgung und Versorgung durch Pneumologen, unterschieden (1). Allerdings gibt es keine scharfe Trennlinie, viele Aufgaben – aber nicht alle – können von beiden Seiten übernommen werden. Wichtig dabei: «Erst die Zusammenarbeit von Hausarzt und Pneumologe führt zur besten Betreuung der Patienten», so Dr. Nikolay Pavlov vom Inselspital Bern an den vergangenen Hausarzt Fortbildungstagen in Bern.

### Diagnose: Spirometrie beim Hausarzt

Besteht ein Verdacht auf Asthma, wird empfohlen, zuerst eine Spirometrie durchzuführen (1). Obwohl Spirometrien zur täglichen Routine in pneumologischen Praxen gehören, würde man sie «interessanterweise» in den Guidelines als Aufgabe des Hausarztes ansehen, erklärte der Spezialist. Daher auch seine Ermutigung an die anwesenden Hausärzte, diese «kleine Lungenfunktion» bei Verdacht auf Asthma selbst zu machen. Dabei werden mögliche Atemflusslimitationen respektive Ventilationsstörungen nachgewiesen. Bei Asthma wird anstelle eines fixen Cut-off gerne mit einem «lower limit of normal» gearbeitet, da dies altersadaptiert ist. Damit würden junge Patienten mit Obstruktion nicht verpasst und bei älteren werde eine Überdiagnose vermieden, sagte Dr. Pavlov. Es sei aber auch in Ordnung, wenn als Grenze von einem FEV<sub>1</sub>/FVC (forciertes expiratorisches Volumen [Einsekundenkapazität]/forcierte Vitalkapazität) von < 75% ausgegangen werde.

### Erweiterte Diagnostik beim Spezialisten

Zu beachten sei, dass bei einem beschwerdefreien Patienten mit Asthma der FEV<sub>1</sub>/FVC-Wert auch normal ausfallen könne, was ein Asthma jedoch nicht ausschliesse. In solchen Fällen kann ein Variabilitätstest mit Ventolin sinnvoll sein. Auch eine Verlaufsprüfung über mehrere Wochen und Monate kann weiterhelfen und eine Variabilität nachweisen. Kommt es zu einer Verbesserung der Lungenfunktion nach Therapie (und nochmaliger Spirometrie nach vier Wochen), ist ebenfalls davon auszugehen, dass es sich um ein Asthma handelt.

Bei Patienten mit guter Compliance ist bei Therapieumstellung respektive Dosissenkung auch eine Peakflow (PEF)-Mes-

sung zu Hause möglich. Kommt es zu einer PEF-Variabilität von > 20%, muss davon ausgegangen werden, dass die Dosierung nicht ausreicht. Die Patienten können dann die Dosis selbstständig erhöhen. «Damit habe ich sehr gute Erfahrungen gemacht, weil eine solche Selbstmessung den Betroffenen das Gefühl gibt, ihre Erkrankung selbst im Griff zu haben», so Dr. Pavlov. Gerade, wenn es in der Pollenflugsaison zu einer Zunahme der Symptome kommt, können PEF-Messungen sehr nützlich sein, da die Patienten ihre Asthmamedikamente nach einem vorgegebenen Schema dann selbst etwas erhöhen können. Bestehen jedoch noch Zweifel an der Asthmadiagnose, sollte stets zum Facharzt überwiesen werden. Dort wird dann mithilfe des Methacholin-Bronchodilatationstests eine mögliche Hyperreagibilität in den Bronchien nachgewiesen. In einer erweiterten Diagnostik kann zudem eine Allergietestung mit dem Prick-Test oder Atopie-Screen vorgenommen werden. Beim Pneumologen liefern auch eine Eosinophilie-Testung, FeNO-Messung (fraktioniertes exhalierendes Stickstoffmonoxid [FeNO] als Marker der endobronchialen Entzündungsaktivität) oder ein Thorax-Computertomogramm – vor allem bei schwerem Asthma – weitere Informationen, insbesondere wenn es um zusätzliche Therapien mit Biologika geht.

### Auf korrekte Inhalationstechnik achten

Die Asthmatherapie richtet sich nach dem Stufenschema der GINA (Global Initiative for Asthma)-Guidelines (2). Auf welcher Stufe man mit seinen Patienten dabei einsteigt, ist abhängig von der Häufigkeit und Schwere der Symptome. Wichtig sei die regelmässige Überprüfung, vor allem bei Therapieänderungen oder bei persistierenden Symptomen. Dies kann sowohl bei den Hausärzten als auch bei den Pneumologen geschehen. Wenn bestimmte Symptome trotz Therapie nicht verschwinden wollen, sollte die Inhalationstechnik überprüft werden. Gemäss der Lungenliga Schweiz wenden nämlich sechs von zehn Patienten ihr inhalatives Asthmamedikament nicht korrekt an (3). Auch einer britischen Studie (n = 762) zufolge zeigen nur 33,9% der Asthmapatienten eine gute Therapieadhärenz, das heisst, nur rund ein Drittel inhaliert mehr als 75% der inhalativen Medikamente korrekt (4). Durch einen Wechsel des Inhalationspräparats könne man die Situation verbessern, so die Erfahrung von Dr. Pavlov. So müssen über 24 Stunden wirksame Medikamente nur einmal am

## LINKTIPP



Videoanleitungen der Lungenliga  
«Richtiges Inhalieren»

Tag inhaliert werden, auch der Wechsel von einem Trockenpulver auf ein Dosieraerosol kann für manche Patienten eine Erleichterung sein.

### Allergenspezifische Immuntherapie

Bei 70–90% der Asthmapatienten liegt eine allergische Komponente der Krankheit zugrunde. Es lohnt sich daher, über eine allergenspezifische Immuntherapie nachzudenken, erklärte Dr. Pavlov. Tatsächlich konnte in einer Metaanalyse aus dem Jahr 2022 gezeigt werden, dass eine solche Immuntherapie auch präventive Effekte hat und die Progression von einer Allergie hin zu einem Asthma verhindert (5). Vor allem bei Kindern mit einer Monosensibilisierung kann eine über drei Jahre durchgeführte Immuntherapie asthmavorbeugend wirken (25%ige Risikoreduktion). Aber auch bei Patienten, die bereits an Asthma leiden, besteht durch eine allergenspezifische Immuntherapie die Möglichkeit, die Exazerbationshäufigkeit sowie das Risiko von Infektionen im unteren Respirationstrakt signifikant zu reduzieren (6). Voraussetzung für eine allergenspezifische Immuntherapie sind der klare Zusammenhang zwischen Allergenexposition und asthmatischen Beschwerden, der Nachweis einer entsprechenden Sensibilisierung und das Vorhandensein geprüfter desensibilisierender Präparate. Sehr wichtig: Wenn bei Patienten das Asthma nicht gut kontrolliert ist, rezidivierende Exazerbationen auftreten oder eine eingeschränkte Lungenfunktion mit einem  $FEV_1 < 70\%$  vorliegt, sollte keine allergenspezifische Immuntherapie durchgeführt werden.

### Schweres Asthma

Patienten mit schwerem Asthma und starken Beschwerden respektive rezidivierende Exazerbationen werden mit mittel- bis hochdosierten inhalativen Kortikosteroiden und mindestens einem Bronchodilatator behandelt (Stufen 4 und 5). «Früher hat man solche Patienten mit dauerhafter Steroidtherapie behandelt, heutzutage haben wir die Möglichkeit, Biologika einzusetzen», sagte Dr. Pavlov. Für den Einsatz dieser Medikamente ist der Pneumologe zuständig: «Patienten, die regelmässig auf inhalative Kortikosteroide angewiesen sind, sollten dem Facharzt zugewiesen werden. Mit einer Biologikatherapie kann man wirklich orale Steroide sparen und damit systemische Nebenwirkungen vermeiden – und natürlich eine bessere Asthmakontrolle erreichen.»

### COPD

#### Nachweis in der Hausarztpraxis möglich

Das Management der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) wird nach den aktuellen Richtlinien des GOLD-Reports 2025 durchgeführt (7). Bei Patienten mit entsprechenden Kriterien, dazu gehören ein chronischer Husten (mit oder ohne Auswurf) sowie die typischen Risikofaktoren, vor

## Kurzgefasst

### Asthma

- erster Diagnose-Schritt: Spirometrie
- erweiterte Diagnostik: Variabilitätstest mit Ventolin, Verlaufsprüfung (mehrere Wochen/Monate), Prick-Test oder Atopie-Screen, Eosinophilie-Testung, FeNO-Messung, Thorax-CT
- gute Compliance: bei Therapieumstellung PEF-Messung und Dosisanpassung zu Hause möglich
- regelmässige Überprüfung der Therapie, ggf. Anpassungen bei persistierenden Symptomen; Überprüfen der Inhalationstechnik (!)
- allergenspezifische Immuntherapie: bei gut kontrolliertem Asthma häufig von Vorteil, für Kinder (präventiv) wie auch für Erwachsene (Reduktion von Exazerbationshäufigkeit und Infektionsrisiko)
- schweres Asthma: mittel- bis hochdosierte ICS und mindestens ein Bronchodilatator, Einsparung oraler Steroide durch Biologika

### COPD

- Diagnostik: v.a. chronischer Husten, typische Risikofaktoren (Rauchen!), Nachweis von Ventilationsstörungen mittels Spirometrie (4 Stadien nach GOLD)
- zentrale Rolle: Schweregrad und Häufigkeit von Exazerbationen
- Symptome nicht immer mit Schweregrad der Einschränkungen korrelierend
- Rauchstopp als zentrale Massnahme
- empfohlene Impfungen: Influenza, Pneumokokken, SARS-CoV-2, Pertussis, Herpes zoster, RSV
- medikamentöse Therapie: je nach Schweregrad kurz- und/oder langwirksame Bronchodilatoren, evtl. zusätzlich ICS
- Komorbiditäten überprüfen und ggf. behandeln

COPD: chronisch obstruktive Lungenerkrankung; CT: Computertomografie; FeNO: fraktioniertes exhalierendes Stickstoffmonoxid; GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; ICS: inhalative Kortikosteroide; PEF: Peakflow; RSV: Respiratorisches Synzytial-Virus

allem das Rauchen, und ein Nachweis von Ventilationsstörungen mittels Spirometrie, könne – auch in der Hausarztpraxis – leicht die Diagnose gestellt werden, so der Pneumologe. Dabei sind die GOLD-Stadien Ausdruck des Schweregrads der Ventilationsstörung (Gold 1:  $FEV_1 \geq 80\%$  bis Gold 4:  $FEV_1 < 30\%$ ). Bei COPD spielen Exazerbationen eine zentrale Rolle, weshalb die Exazerbationshistorie zur Einschätzung der Schwere der Erkrankung und der nachfolgenden Therapie wichtige Hinweise gibt:

- Risikogruppe A: Patienten mit einer moderaten Exazerbation, wenigen Symptomen und geringer Atemnot
- Risikogruppe B: Patienten mit einer moderaten Exazerbation und starken Symptomen
- Risikogruppe E: Patienten mit zwei oder mehr moderaten Exazerbationen (die mit Steroiden und/oder Antibiotika behandelt wurden) oder mit einer schweren Exazerbation, die zur Hospitalisation geführt hat

Interessanterweise korrelieren die Symptome nicht immer mit dem Schweregrad der Einschränkung der Lungenfunktion.

Tabelle:

**Diagnostik und Therapie – Zusammenarbeit bei Patienten mit Asthma & COPD**

Hausarzt	Pneumologe
Inhalationstechnik	Diagnosesicherung (Asthma)
Therapieadhärenz	Abklärung von pulmonalen Differenzialdiagnosen
Rauchstopp	schweres Asthma
Komorbiditäten	Einsatz von Biologika (Asthma & COPD)
Impfungen (insbesondere bei COPD)	Add-on-Therapie (COPD)
allergenspezifische Immuntherapie (Asthma)	O <sub>2</sub> , NIV, LVR, LTx (COPD)

O<sub>2</sub>: Sauerstofftherapie; NIV: nicht invasive Beatmung; LVR: Lungenvolumenreduktion; LTx: Lungentransplantation

nach Dr. N. Pavlov, Inselspital Bern

Es gibt also Patienten mit einer erheblichen Einschränkung der Lungenfunktion (FEV<sub>1</sub> < 40%, GOLD 3), aber nur wenigen Symptomen, umgekehrt können Betroffene mit einer FEV<sub>1</sub> von 75% (GOLD 2) sehr starke Symptome aufweisen.

**Rauchstopp und Impfungen**

Um das Voranschreiten der Erkrankung zu verhindern, spielt der Rauchstopp eine zentrale Rolle. Daher sollten Patienten mit persistierendem Tabakkonsum beim Arztbesuch darauf aufmerksam gemacht werden, welche Möglichkeiten es gibt, einen Rauchstopp in Angriff zu nehmen. Zum COPD-Management gehören auch Impfungen beim Hausarzt (7). Empfohlen werden für COPD-Patienten Impfungen gegen Influenza, Pneumokokken (aktuell empfohlen: Prevenar 20®), SARS-CoV-2-Auffrischimpfungen, Pertussis (ggf. Nachimpfung für Personen, die in der Kindheit nicht geimpft wurden), Herpes zoster (Shingrix®), da COPD-Betroffene ein erhöhtes Risiko für einen schweren Gürtelrose-Verlauf aufweisen, und neuerdings das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV), da bei COPD-Patienten eine RSV-Infektion mit einem erhöhten Hospitalisations-, Komorbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden ist (zugelassen in der Schweiz: Arexvy®, Abrysvo®). Die RSV-Impfung sollte einmal zwischen Mitte Oktober und Mitte November stattfinden.

Die medikamentöse Therapie richtet sich nach den Risikogruppen. Sind die Betroffenen der Risikogruppe A zugeordnet, wird ein kurz- oder langwirksamer Bronchodilatator verschrieben. Bei hochsymptomatischen Patienten (Gruppe B) sollte direkt mit einer Kombination aus zwei Bronchodilatoren begonnen werden, ebenso bei Exazerbationen in der Vorgeschichte. Zusätzliche inhalative Steroide kommen für Patienten mit einer Eosinophilen-Konzentration von  $\geq 300/\mu\text{l}$  im Blut bzw.  $\geq 100/\mu\text{l}$  und persistierenden Exazerbationen trotz dualer Bronchodilatatortherapie infrage.

**Komorbiditäten**

Zumindest in den westlichen Ländern ist Rauchen die Hauptursache für COPD. Rauchen ist aber auch ein Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen, und tatsächlich weisen COPD-Patienten im Vergleich zur Normalbevölkerung signifikant mehr schwerwiegende unerwünschte kardiale Ereignisse (major adverse cardiac events, MACE) auf (7). Deshalb sollten

die Patienten bei Hinweisen auf kardiovaskuläre Probleme zum Kardiologen geschickt werden, betonte Dr. Pavlov. Auch das Körpergewicht ist ein wichtiger Faktor. So besitzen kachektische COPD-Patienten ein erhöhtes Mortalitätsrisiko. Mit Ernährungsberatung und hochkalorischen Drinks wird versucht, dem Untergewicht entgegenzuwirken.

Vor allem Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung sollten regelmässig pulmonal rehabilitiert werden, da dies auf die Mortalität, Symptomatik und Leistungsfähigkeit einen positiven Einfluss hat. In der Schweiz haben GOLD-3- und -4-Betroffene Anrecht auf eine Rehabilitationsmassnahme pro Jahr. Häufig erfolgt diese im Anschluss an eine Hospitalisation nach Exazerbation. Wenn Patienten bereits mit einer Triple-Therapie behandelt werden, sind die weiteren medikamentösen Optionen beschränkt. Solche Patienten sollten zum Pneumologen geschickt werden, um zu sehen, ob doch noch etwas optimiert werden kann, wie Dr. Pavlov erklärte. Infrage kämen dabei der Phosphodiesterase-4-Hemmer Roflumilast, das Antibiotikum Azithromycin oder – als Exazerbationsprophylaxe – das Biologikum Dupilumab. □

**Klaus Duffner**

Quelle: «Asthma & COPD – Arbeitsteilung Hausarzt-Pneumologe». Hausarzt Fortbildungstage Bern, Forum für medizinische Fortbildung (FOMF), 13.–14. März 2025, online

**Referenzen:**

- Louis R et al.: European Respiratory Society guidelines for the diagnosis of asthma in adults. *Eur Respir J.* 2022;60(3):2101585. doi:10.1183/13993003.01585-2021
- Global Initiative for Asthma (GINA): Global Strategy for Asthma Management and Prevention. <https://ginasthma.org>
- Lungenliga Schweiz: Asthma richtig inhalieren. <https://www.lungenliga.ch/krankheiten-therapien/asthma/asthma-richtig-inhalieren>
- Dhruve H et al.: Prescribing patterns and treatment adherence in patients with asthma during the COVID-19 pandemic. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2022;10(1):100-107.e2. doi:10.1016/j.jaip.2021.09.032
- Farraia M et al.: Allergen immunotherapy for asthma prevention: A systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized controlled studies. *Allergy.* 2022;77(6):1719-1735. doi:10.1111/all.15295
- Woehlk C et al.: Allergen immunotherapy effectively reduces the risk of exacerbations and lower respiratory tract infections in both seasonal and perennial allergic asthma: A nationwide epidemiological study. *Eur Respir J.* 2022;60(5):2200446. Published 2022 Nov 17. doi:10.1183/13993003.00446-2022
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD): GOLD 2025 Report. Published November 2024. [https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2024/11/GOLD-2025-Report-v1.0-15Nov2024\\_WMV.pdf](https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2024/11/GOLD-2025-Report-v1.0-15Nov2024_WMV.pdf)