

## Diagnostik

### Anamnese

- Atemnot
- Pfeifendes Atemgeräusch
- Husten
- Allergien
- Familienanamnese

### Spirometrie

- FEV<sub>1</sub>/FVC < 70 % des Sollwertes mit **Reversibilität** nach Bronchodilatation des FEV<sub>1</sub> von 200 ml **und** 12 %
- Wenn Spirometrie normal/unklar trotz Verdacht auf Asthma:
- Regelmässig Peak Flow messen durch Patient (Asthma-Tagebuch)
- Spirometrie durchführen wenn Beschwerden bestehen
- Wenn weiter unklar:
- Metacholin-Provokationstest beim Pneumologen

### Allergiediagnostik

- Wenn Asthma nach Exposition gegenüber Aeroallergenen auftritt:
- Eosinophile, Gesamt-IgE
  - Prick-Test mit Inhalationsallergenen

### Begleiterkrankungen erkennen/behandeln

- Rhinosinusitis
- Adipositas
- GERD
- Angst, Depression
- Obstruktive Schlafapnoe

## Assessment / Therapie

### Asthmakontrolle bei jeder Visite

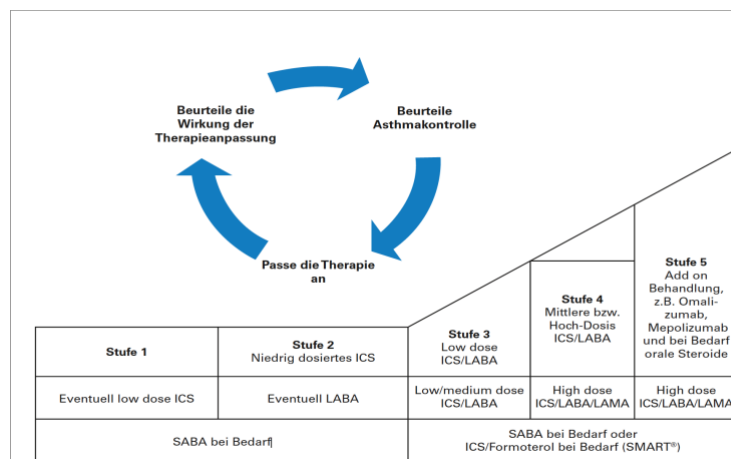
- Peak Flow Messung
- Kontrolle Inhalationstechnik
- Symptomkontrolle und ggfls. Dosisanpassung → [Asthma Control Test](#)

### Nicht-pharmakol. Massnahmen

- Allergenexposition vermeiden
- Körperliche Aktivität anpassen
- Gewicht reduzieren
- Nikotinstopp
- 
- **Selbstkontrolle/Selbstmonitoring**
- **Asthma-Tagebuch inkl. Aktionsplan [hier bestellen](#)**



### Medikamente (Stufentherapie) ab 12 J.



**Wichtig:** Nach Asthmad Diagnose und bei ungenügender Kontrolle soll eine tägliche Dauertherapie mit inhalativen Steroiden so früh wie möglich begonnen werden!

### Überweisung an Pneumologen

- Unsichere Diagnose
- Schwer zu kontrollierendes Asthma (ab Stufe 4)
- Nicht tolerierbare medikamentöse Nebenwirkungen
- Häufige Exazerbationen
- Abklärung allergische Trigger → Allergologe

### Therapie Exazerbation

- Rasch wirksamer Beta-2-Agonist Ventolin®
- Orale Steroide so schnell wie möglich (1 mg/kgKG bis max. 50 mg/d) für 5–7 d und ausreichend inhalative Therapie
- Subjektive und objektive Kontrolle (Peak Flow), Kontrolle nach 48 h
- Versuch Reduktion/Anpassung der inhalativen Therapie alle 4 Wochen