

## Neue deutschsprachige Leitlinie für die Diagnose und Behandlung von COPD

**Datum:** 02.07.2021

**Original Titel:**

S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD)

**DGP - Im Januar 2018 wurde eine neue deutschsprachige [Leitlinie](#) zur Diagnose und Behandlung der COPD veröffentlicht. Diese ersetzt nun die bereits vor zehn Jahren erschienene vorherige [Leitlinie](#) und berücksichtigt daher auch neue Erkenntnisse der vergangenen Jahre.**

---

Die [chronisch obstruktive Lungenerkrankung](#) (COPD) gilt als Volkskrankheit. Es wird geschätzt, dass in Deutschland und Österreich etwa fünf bis zehn Prozent der Erwachsenen betroffen sein könnten. Die Behandlung und Diagnose folgt dabei der deutschsprachigen Leitlinie, welche auf wissenschaftlichen Ergebnissen basiert. Im Januar 2018 wurde nun eine neue deutschsprachige Leitlinie veröffentlicht. Diese ersetzt nun die bereits vor zehn Jahren erschienene vorherige Leitlinie und berücksichtigt daher auch neue Erkenntnisse der vergangenen Jahre. Bereits 2017 wurde ebenfalls die GOLD-Standards der internationalen Organisation *The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)* veröffentlicht, und in weiten Bereichen stimmt die deutschsprachige Leitlinie mit der GOLD-Leitlinie überein, an ein paar Stellen gibt es jedoch auch Unterschiede.

### **Mehr Methoden für die Diagnose**

In beiden Leitlinien ist die [Spirometrie](#) zur Untersuchung der Lungenfunktion immer noch das wichtigste Instrument, wenn es darum geht, die Diagnose COPD zu stellen. In der deutschsprachigen Leitlinie werden aber auch noch weitere Untersuchungen aufgegriffen, die, besonders bei Beschwerden trotz unauffälliger [Spirometrie](#), helfen können, eine COPD festzustellen. Auch eine Untersuchung per [Computertomographie](#) hat an Bedeutung gewonnen.

Risikofaktoren für die Entwicklung einer COPD werden ebenfalls in der neuen deutschsprachigen Leitlinie aufgeführt. Neu ist, dass hier auch Störungen des Lungenwachstums als mögliche Ursache aufgeführt werden, die nicht durch äußere Faktoren bedingt ist. Außerdem wird die Bedeutung von beruflichen Belastungen durch Stäube und reizende Gase hervorgehoben. Dabei geht es z. B. um Berufe im Berg- oder Straßenbau, in der Textil oder Holz verarbeitenden Industrie sowie um Menschen, die regelmäßig mit Chlorgas, Ammoniak oder ähnlichen Substanzen oder gar Dieselmotorabgasen zu tun haben.

### **Medikation richtet sich nach Beschwerden**

Die Schwere der Verengung der Atemwege, der Obstruktion, gibt noch immer die Einteilung in die Schweregrade I bis IV an. Hierbei wird die erreichte Lungenfunktion des Patienten mit dem

entsprechenden Soll-Wert vergleichen. Weiter wird nun eine Einteilung in Klassen von A bis D vorgenommen. Dabei schaut man sich an, wie häufig oder stark Patienten Symptome haben und wie häufig in der Vergangenheit Atemnotanfälle oder akute Verschlechterungen waren. Denn nach diesen beiden Kriterien soll sich nun die Wahl der Medikation richten.

Patienten, die in Klasse A eingeteilt werden, sollten gar keine oder nur kurzwirksame Bronchodilatoren bei Bedarf verwenden. In Klasse B wird dann auf langwirksame Bronchodilatoren gesetzt, entweder aus der Klasse der Beta-2-Agonisten (LABA) oder der Muskarin-Antagonisten (LAMA), oder eine Kombination daraus. Eine Kombination aus LAMA und LABA war in klinischen Studien nämlich effektiver als LAMA oder LABA alleine. Bei Patienten der Klassen C und D, die noch nicht vorbehandelt wurden, bietet es sich an, zunächst einen einzelnen Wirkstoff auszuprobieren, es kann aber auch direkt auf eine Kombination gesetzt werden, wie dies bei bereits vorbehandelten Patienten der Fall ist.

### **Kortison eher später in der Therapie, Theophyllin soll nicht mehr eingesetzt werden**

Zur Vermeidung von weiteren akuten Verschlechterungen wird bei dieser Patientengruppe auch inhalatives Kortison eingesetzt. Entweder als alternative Therapie oder zur Eskalation. Hier ist sogar eine Tripletttherapie mit LABA, LAMA und inhalativen Kortison möglich, die in klinischen Studien ebenfalls besser abschnitt im Bezug auf akute Verschlechterungen als Behandlungen mit nur einem oder zwei Wirkstoffen. Gleichzeitig sollte beachtet werden, dass die Dauerbehandlung mit inhalativem Kortison ein erhöhtes Risiko für Lungenentzündungen birgt, gerade bei schweren Erkrankungen. Wird bei der COPD eine Asthmakomponente vermutet, kann inhalatives Kortison aber auch eher eingesetzt werden, um die damit zusammenhängende Entzündung in den Griff zu bekommen. Kortison in Tablettenform wird nicht zur Dauertherapie empfohlen aufgrund der Nebenwirkungen, die auftreten können. Für bestimmte Patienten mit chronischer Bronchitis steht außerdem noch Roflumilast zur Verfügung. Der Wirkstoff Theophyllin soll aufgrund seiner oftmals eher geringen Wirkung bei deutlichen Nebenwirkungen zukünftig nur noch als Mittel letzter Wahl eingesetzt werden.

### **Bei Antibiotika zurückhaltender als GOLD-Leitlinie**

Während in der GOLD-Leitlinie die Behandlung mit Azithromycin oder Erythromycin bereits aufgegriffen wird, sind die Verfasser der deutschsprachigen Leitlinie vorsichtiger: Da die aktuelle Datenlage noch nicht gut genug sei, kann die Dauerbehandlung mit diesen Antibiotika im Moment noch nicht generell empfohlen werden. Für die ebenfalls umstrittene Antibiotikabehandlung bei akuten Verschlechterungen und Atemnotanfällen enthalten die aktuellen deutschsprachigen Leitlinien aber eine genaue Übersicht, wann die Experten dies auf Basis von wissenschaftlichen Daten empfehlen. Hierbei sei immer zu beachten, ob möglicherweise eine bakterielle Infektion vorliegen könnte, was sich vor allem durch Eiter im Auswurf zeigen könne.

### **Neue Erkenntnisse zur Rehabilitation und nicht invasiven Beatmung aufgenommen**

Für die Rehabilitation bei einer COPD gibt es inzwischen neue Konzepte. Studien belegen die Wirksamkeit solcher Maßnahmen: gesteigerte körperliche Leistungsfähigkeit, Abnahme der Atemnot, gesteigerte Lebensqualität im Bezug auf die Krankheit, weniger und kürzere Krankenhausaufenthalte, Angst und Depressionen können gemildert werden, mehr Kraft in Armen und Oberkörper durch gezieltes Training, bessere Erholung nach Krankenhausaufenthalten, positive Ergebnisse beim Atemmuskeltraining. Diese Trainingseffekte können auch über die Trainingsperiode hinaus bestehen bleiben und verbessern die Prognose der Patienten. Ergänzt werden sollte eine Reha-Maßnahme laut der deutschsprachigen Leitlinie durch eine anschließende Teilnahme beim Lungensport. Der behandelnde Haus- oder Facharzt sollte seinem Patienten helfen,

eine geeignete Gruppe zu finden. Auch bei der nichtinvasiven Beatmung außerhalb der Klinik hat sich einiges getan. Hierbei wird dem Patienten Luft mit leichtem Druck durch eine Atemmaske zugeführt. Der leichte Druck unterstützt die Atmung des Patienten. Ist die Atmung eingeschränkt, kann sich Kohlenstoffdioxid, das normalerweise über die Ausatemluft abgegeben wird, im Blut sammeln. Mediziner sprechen hier von einer Hyperkapnie, ein Patient ist dann hyperkapnisch. Hier muss dann manchmal mit solch einer Beatmung nachgeholfen werden. Studien dazu haben gezeigt, dass eine nicht invasive Beatmung von COPD-Patienten außerhalb der Klinik durchaus versucht werden kann. Dies betrifft vor allem Patienten, die nach einer akuten Verschlechterung weiterhin einen zu hohen Kohlenstoffdioxidanteil im Blut aufweisen oder nach einer verlängerten Phase der Entwöhnung von einer invasiven Beatmung im Krankenhaus weiterhin Probleme haben, ohne Atemhilfe zu Atmen.

### **Nicht medikamentöse Maßnahmen weiterhin sehr wichtig**

Weitere Maßnahmen, die für COPD-Patienten wichtig sind, sind weiterhin die Raucherentwöhnung, Schutzimpfungen und eine gute Arbeitsplatzhygiene. Patientenschulungen helfen dabei, die eigene Erkrankung besser managen zu können, Hierzu gehört auch die korrekte Anwendung des Inhalators und der Inhalationstechnik, die auch vom Arzt regelmäßig überprüft werden sollte. Die Leitlinie empfiehlt außerdem physiotherapeutische Atemtherapie und eine Ernährungsberatung. Auch auf operative Maßnahmen wie die Lungenvolumenreduktion und Lungentransplantation get die aktuelle Leitlinie ein. Einen Überblick über die Therapieoptionen bei COPD finden Sie auch in unserem Portal im Bereich „Innovative Arzneimittel“.

#### **Referenzen:**

Vogelmeier et al. S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). Februar 2018

Deutsche Atemwegsliga e. V., [Powerpoint-Folien zur aktuellen COPD- Leitlinie](#), abgerufen am 05.04.18

# MERKZETTEL

für das Gespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt

Damit Sie viel aus dem Gespräch mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt mitnehmen, empfehlen wir Ihnen, Ihre Beschwerden, aber auch Ihre Behandlungsziele sowie alle Ihre Fragen zu notieren. Wichtig für das Arztgespräch ist eine Liste der **Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel**, die sie derzeit verwenden. Über eventuelle **Allergien und Unverträglichkeiten** sollten Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt ebenfalls immer informieren. Nutzen Sie hierfür unseren Vordruck „Meine Medikations- und Behandlungsübersicht“.

## Meine Beschwerden und/oder Behandlungsziele

---

---

---

## Meine Fragen

---

---

---

## Folgende Themen/Studien möchte ich besprechen

Welches Thema beschäftigt Sie? Was haben Sie z. B. in aktuellen Studien gelesen?

---

---

---

## Notieren Sie die wichtigsten Punkte des Arztgesprächs

So bemerken Sie schnell, ob Sie alles richtig verstanden haben und ob Fragen unbeantwortet blieben

Meine Notizen zum Gespräch am \_\_\_\_\_:

---

---

---

---

---

Weitere Tipps für das Arztgespräch finden Sie unter „Materialien für den Arztbesuch“