

Was ist COPD?

„Eine chronische, vermeidbare Atemwegserkrankung.“
COPD ist die dritthäufigste Todesursache weltweit!²

GOLD 2024 Definition:

COPD ist eine heterogene Lungenerkrankung charakterisiert durch chronische respiratorische Symptome (Kurzatmigkeit/ Atemnot, Husten, vermehrte Sputumproduktion und/oder Exazerbationen) aufgrund von Anomalien der Atemwege (Bronchitis, Bronchiolitis) und/oder der Alveoli (Emphysem), die zu persistierender, häufig progressiver Atemflussobstruktion führen.¹

COPD ist klinisch vorliegend, wenn Risiko (= Rauchen) + Symptome + non-reversible Obstruktion bestehen.

Risikofaktoren für die Entwicklung einer COPD

Die komplexe Ätiologie und Pathogenese bleibt Gegenstand der wissenschaftlichen Forschung. Es gibt bereits definierte Risikofaktoren, welche nachweislich im direkten Zusammenhang mit der Entwicklung von COPD stehen.

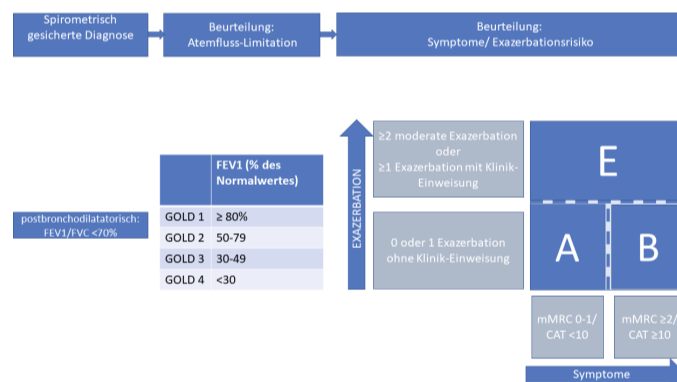
Insbesondere folgende Risikofaktoren sind bekannt:

Tabakrauch, Umweltnoxen, berufsbedingte Noxen, genetische Prädisposition (Alpha-1-Antitrypsin-Mangel u.A.), intrauterine und frühkindliche Einwirkungen, Störungen des Lungenwachstums, rezidivierende respiratorische Infekte in der Kindheit, schwere resp. Infekte insbesondere durch Mykobakterien, niedriger sozioökonomischer Status¹

Lebenszeitrisiko: die lebenslang rauchende Bevölkerung erkrankt mit 40–50 %iger Wahrscheinlichkeit an COPD, im Gegensatz zur 10 %igen Wahrscheinlichkeit der nichtrauchenden Bevölkerung. Aus epidemiologischer Sicht lässt sich dabei feststellen, dass ca. 800.000 Österreicher*innen von einer COPD betroffen sind. Dies entspricht einer hohen Prävalenz im europäischen Vergleich.³⁻⁶

Diagnosestellung und Gruppeneinteilung

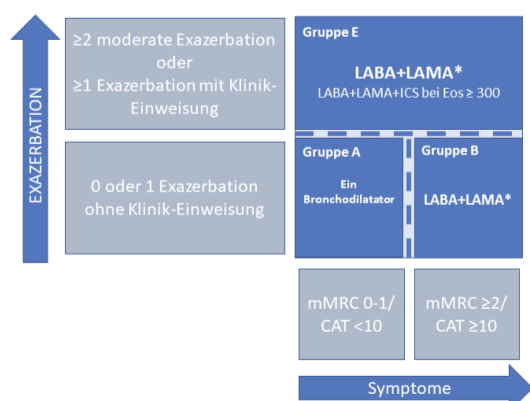
Bestehend aus Anamnese, Spirometrie (Bodyplethysmographie) und mMRC bzw. CAT sowie gegebenenfalls weiterführender Bildgebung und apparativer Diagnostik.



Beispiel für klinische Diagnosestellung: Symptome + bekannter Risikofaktor (zB. Raucheranamnese) + nicht vollständig reversible Obstruktion.⁷

Pre-COPD und Preserved Ratio Impaired Spirometry eröffnen neue Möglichkeiten für die Prävention, Früherkennung und rasche, angemessene therapeutische Intervention. Da COPD in 10–30 % der Fälle Nichtraucher*innen betrifft, wird es eine maßgebliche Aufgabe der Zukunft werden die Prädispositions-faktoren besser zu verstehen und gezielt vorzubeugen. Dazu zählen u.a. pränatale Rauch- und Schadstoff-expositionsprophylaxe, Infektoprophylaxe sowie Prophylaxe von Mangelernährung und Frühgeburten.⁸

Initiale inhalative Pharmakotherapie¹



- ICS+LABA wird nicht mehr als initiale oder Follow-Up-Therapie empfohlen. Eine Triple-Therapie wird bevorzugt, wenn ein ICS erforderlich ist.¹
- Ein früher Einsatz von Triple-Therapien (LABA+LAMA+ICS) kann bei Patient*innen mit häufigen oder schweren Exazerbationen mortalitätsreduzierend wirken.¹ (IMPACT, ETHOS)⁹⁻¹⁰

Faktoren zum Einsatz von ICS bei COPD¹

Befürwortet nachdrücklich die Verwendung:

- AECOPD mit Hospitalisierungen in der Anamnese
- ≥ 2 moderate COPD-Exazerbationen pro Jahr
- Blut Eosinophile ≥ 300/μl
- Begleitendes Asthma in der Anamnese

Befürwortet die Verwendung:

- 1 moderate COPD-Exazerbation pro Jahr
- Blut Eosinophile 100 bis < 300/μl

Gegen die Verwendung:

- wiederholte Pneumonien
- Blut Eosinophile < 100/μl
- Mykobakterielle Infektionen in der Anamnese

Die COPD Exazerbation

Eine Exazerbation der COPD ist definiert als ein Ereignis, welches sich durch die Zunahme von Dyspnoe und/oder Husten und Sputum auszeichnet und sich über die letzten 14 Tagen verschlechterte. Dieser Zustand kann in Verbindung mit Tachypnoe und/oder Tachykardie auftreten und ist häufig assoziiert mit einer systemischen Entzündung, ausgelöst durch Infektionen, Verunreinigung oder andere Schädigungen der Atemwege.¹

Einsatz von Antibiotika bei Exazerbationen

Antibiotika sollten Patient*innen gegeben werden, welche folgende drei Kardinalsymptome aufweisen: Zunahme an

1. Dyspnoe
2. Sputum Volumen
3. Sputum Purulenz

Sowie bei zwei Kardinalsymptomen, wenn eines davon die Zunahme von putridem Sputum ist. Oder wenn eine mechanische Beatmung benötigt wird (sowohl invasiv als auch nicht-invasiv).¹

Einsatz von oralen/systemischen Glukokortikoiden bei Exazerbationen

Glukokortikoide haben eine Vielzahl unerwünschter Nebenwirkungen. Im Einsatz bei hospitalisierten oder Notfallambulanz-Patient*innen konnten sie neben einer reduzierten Rate an Therapieversagen sowie der Rate an Rückfällen auch eine Verbesserung der Lungenfunktion und der Atemnot zeigen. In der chronischen täglichen Behandlung von COPD-Patient*innen haben orale Glukokortikoide jedoch keinen Stellenwert.

Einsatz von PDE 4-Hemmern bei Exazerbationen

PDE 4-Hemmer können bei schwerer Bronchitis und COPD mit Exazerbationen als Dauertherapie eingesetzt werden, um das Risiko für zukünftige Exazerbationen zu verringern. Aufgrund der Nebenwirkungen ist ein Einsatz abzuwägen, bei untergewichtigen und depressiven Patient*innen werden sie nicht empfohlen.¹

COPD-Patient*innen haben häufig Komorbiditäten.¹¹

Differenzialdiagnosen der COPD-Exazerbation: ¹	
häufig:	weniger häufig:
kardiale Dekompensation	Pneumothorax, Pleuraerguss
Pneumonie	KHK-MI
Lungenembolie	Arrhythmien (besonders VHF)

Nicht-medikamentöse Therapien / Supportive Ansätze¹

Auflistung nach Wichtigkeit/Verfügbarkeit

Maßnahmen, die den meisten Patient*innen angeboten werden können

Tabakentwöhnung: Beratung (Kurzintervention), Motivation, unterstützt durch NRT, medikamentöse Therapie

- Pulmonale Rehabilitation
- Impfungen: Influenza, COVID-19, RSV, VZV, Pneumokokken, Pertussis

Maßnahmen in ausgewählten Fällen

- LTOT; ggf. Highflow/CPAP für Zuhause (Indikationskriterien: siehe Pocketcards LTOT bzw. NIV)
- Lungenvolumensreduktion
- Lungentransplantation
- Palliative Maßnahmen: symptomatische Therapie

Tabakentwöhnung, Reha und LTOT können mortalitäts-reduzierend wirken!¹

Wichtige Adressen

Selbsthilfegruppe für COPD-Patient*innen:
www.copd-austria.at

ÖGK Rauchfrei-Telefon:
www.rauchfrei.at



Abteilungen für Lungenheilkunde bzw. niedergelassene*r Lungenfachärzt*in
www.ogp.at/services/pneumologische-abteilungen-in-oesterreich/

Lungenrehabilitationszentren: www.ogp.at/services/pneumologische-abteilungen-in-oesterreich/rehabilitationszentren/

Initiative Ärzte gegen Raucherschäden:
www.aerzteinitiative.at



Literaturverzeichnis

1. GOLD COPD Report 2024. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2024 Report); <https://goldcopd.org/2024-gold-report/> Seiten 5; 8; 35; 47-50; 56; 66-68; 77-78; 80; 99; 107.
2. WHO - The top 10 causes of death. 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
3. Schaller K et al. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.). Rauchen und Lungenerkrankungen. www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Fakten_zum_Rauchen.html. Heidelberg 2019.
4. Jayes L et al. SmokeHazz: systematic reviews and meta-analyses of the effects of smoking on respiratory health. Chest. 2016 Jul;150(1):164-79.
5. Gershon AS et al. Lifetime risk of developing chronic obstructive pulmonary disease: a longitudinal population study. Lancet. 2011 Sep 10;378(9795):991-6.
6. Nowak P et al. Themenqualitätsbericht COPD 2013. Wien: Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen, Bundesministerium für Gesundheit. 2013. Seite 8.
7. Bundesärztekammer (BÄK) - Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern: Nationale VersorgungsLeitlinie COPD 2. Auflage, Version 1. 2021. Seite 13.
8. Deolmi, M et al. Early Origins of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prenatal and Early Life Risk Factors. Int. J. Environ. Res. Public Health 2023, 20, 2294.
9. IMPACT: Lipson DA et al. Once-Daily Single-Inhaler Triple versus Dual Therapy in Patients with COPD. N Engl J Med. 2018 May 3;378(18):1671-1680.
10. ETHOS: Martinez FJ et al. Reduced All-Cause Mortality in the ETHOS Trial of Budesonide/Glycopyrrolate/Formoterol for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. A Randomized, Double-Blind, Multicenter, Parallel-Group Study. Am J Respir Crit Care Med. 2021 Mar 1;203(5):553-564.
11. Divo MJ et al. COPD comorbidities network. Eur Respir J. 2015 Sep;46(3):640-50.

Abkürzungsverzeichnis

COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
mMRC	Modified Medical Research Council
CAT	COPD Assessment Test
LTOT	Long Term Oxygen Therapy
NIV	Non-invasive Ventilation
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
FEV1	Forced expiratory volume in the first second
FVC	Forced Vital Capacity
PRISM	Preserved Ratio Impaired Spirometry
LABA	Long-acting Beta-adrenoceptor Agonist
LAMA	Long-acting Muscarinic Antagonist
ICS	Inhaled Corticosteroids
AECOPD	Akut exazerbierte COPD
OCS	Oral Corticosteroids
PDE 4	Phosphodiesterase 4
KHK-MI	Koronare Herzkrankheit – Myokardinfarkt
VHF	Vorhofflimmern
NRT	Nicotine Replacement Therapy
RSV	Respiratorisches Synzytial-Virus
VZV	Varicella-zoster-Virus

Impressum

Medieninhaber: Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP)
Autor*innen: Paul von Boetticher, Christopher Lambers, Christian Summereder sowie weitere Mitglieder der Expert*innengruppe COPD – Nikotin/Tabak – Arbeit/Umwelt
Druck: Friedrich Druck

Mit freundlicher Unterstützung:

