

## 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 Tage 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.<sup>1</sup>

Die Exazerbationshistorie soll anamnestisch erfasst werden. Eine strukturierte Erfassung (z. B. MEP Fragebogen) wird dafür empfohlen. Vorangegangene Exazerbationen gelten als wichtigster Risikofaktor für das Auftreten neuerlicher Exazerbationen.<sup>17</sup> Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Schwere bzw. Häufigkeit von Exazerbation und der Mortalität.<sup>18</sup>

### Einsatz von Antibiotika bei Exazerbationen

Antibiotika sollten Patient\*innen gegeben werden, welche drei Kardinalsymptome aufweisen, nämlich die 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 nichtinvasiv).<sup>1</sup>

### 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 Dauerbehandlung 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.<sup>1</sup>

### Einsatz von Biologika bei COPD-Exazerbationen

Siehe Grafik Folgetherapie umseitig  
Neben Dupilumab werden in den kommenden Jahren weitere Zulassungen von Biologikatherapien bei COPD mit Typ 2 Inflammation erwartet.

## Literaturverzeichnis

siehe digitale Pocketcard auf [www.ogp.at](http://www.ogp.at)

## Nicht-medikamentöse Therapien /

### Supportive Ansätze<sup>1</sup> (nach Wichtigkeit/Verfügbarkeit)

#### Maßnahmen, die den meisten Patient\*innen angeboten werden können:

- **Tabakentwöhnung:** Beratung (Kurzintervention), Motivation, unterstützt durch NRT, medikamentöse Therapie
- **Pneumologische Rehabilitation** (siehe ÖGP Pocketcard „Pneumologische 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 (siehe ÖGP Pocketcard „Lungentransplantation“)
- Palliative Maßnahmen: symptomatische Therapie

Tabakentwöhnung, Reha und LTOT können mortalitäts-reduzierend wirken!<sup>1</sup>

## Wichtige Adressen

**Selbsthilfegruppe für COPD:** [www.copd-austria.at](http://www.copd-austria.at)

**ÖGK Rauchfrei-Telefon:** [www.rauchfrei.at](http://www.rauchfrei.at)

**Abteilungen für Lungenheilkunde bzw. niedergelassene\*r Lungenfachärzt\*in:**

[www.ogp.at/services/pneumologische-abteilungen-in-oesterreich/](http://www.ogp.at/services/pneumologische-abteilungen-in-oesterreich/)

**Lungenrehabilitationszentren:** [www.ogp.at/services/pneumologische-abteilungen-in-oesterreich/rehabilitationszentren/](http://www.ogp.at/services/pneumologische-abteilungen-in-oesterreich/rehabilitationszentren/)

**Initiative Ärzte gegen Raucherschäden:**  
[www.aerzteinitiative.at](http://www.aerzteinitiative.at)

## 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
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

Eine Empfehlung der



# COPD

# Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Basierend auf dem COPD GOLD Report 2025<sup>1</sup>

## 4. aktualisierte Auflage 2025

## Impressum

Medieninhaber: Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP)

Autor\*innen: Paul von Boetticher und Christopher Lambers sowie weitere

Mitglieder der Expert\*innengruppe COPD – Nikotin/Tabak – Arbeit/Umwelt

Korrespondierender Autor: Paul von Boetticher

[paul.vonboetticher@ordensklinikum.at](mailto:paul.vonboetticher@ordensklinikum.at)

Druck: druck.at, 2544 Leobersdorf

Mit freundlicher Unterstützung:



## Was ist COPD?

“Eine chronische, vermeidbare Atemwegserkrankung.”  
COPD ist die dritthäufigste Todesursache weltweit!<sup>2</sup>

### GOLD 2025 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 Alveolen (Emphysem), die zu persistierender, häufig progressiver Atemflussobstruktion führen.<sup>3</sup>

COPD ist klinisch vorliegend, wenn Risikofaktoren (z. B. Rauchen) + Symptome + non-reversible Obstruktion bestehen.

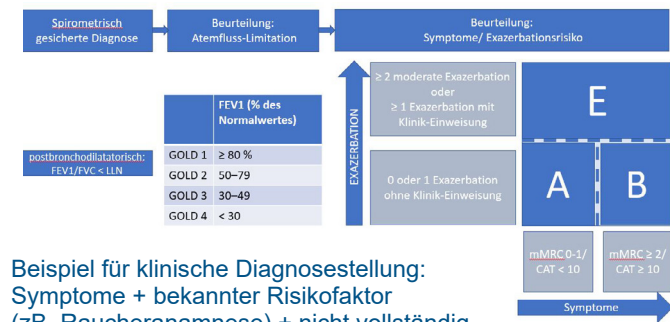
### Risikofaktoren für die Entwicklung einer COPD

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: 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 Status<sup>1</sup>

Lebenszeitrisiko: die lebenslang rauchende Bevölkerung erkrankt mit 40–50 %iger Wahrscheinlichkeit an COPD (nichtrauchende Bevölkerung: 10 %). Ca. 800.000 Österreicher\*innen sind von einer COPD betroffen. Dies entspricht einer relativ hohen Prävalenz im europäischen Vergleich.<sup>4-7</sup>

Rauchenden Patient\*innen mit COPD soll dringend ein vollständiger und dauerhafter Rauchstopp empfohlen werden.<sup>8</sup>  
Alle Patient\*innen mit COPD sollen einmalig auf einen Alpha-1-Antitrypsin-Mangel getestet werden.<sup>9</sup>

## Diagnosestellung und Gruppeneinteilung



Beispiel für klinische Diagnosestellung: Symptome + bekannter Risikofaktor (zB. Raucheranamnese) + nicht vollständig reversible Obstruktion.<sup>10</sup>

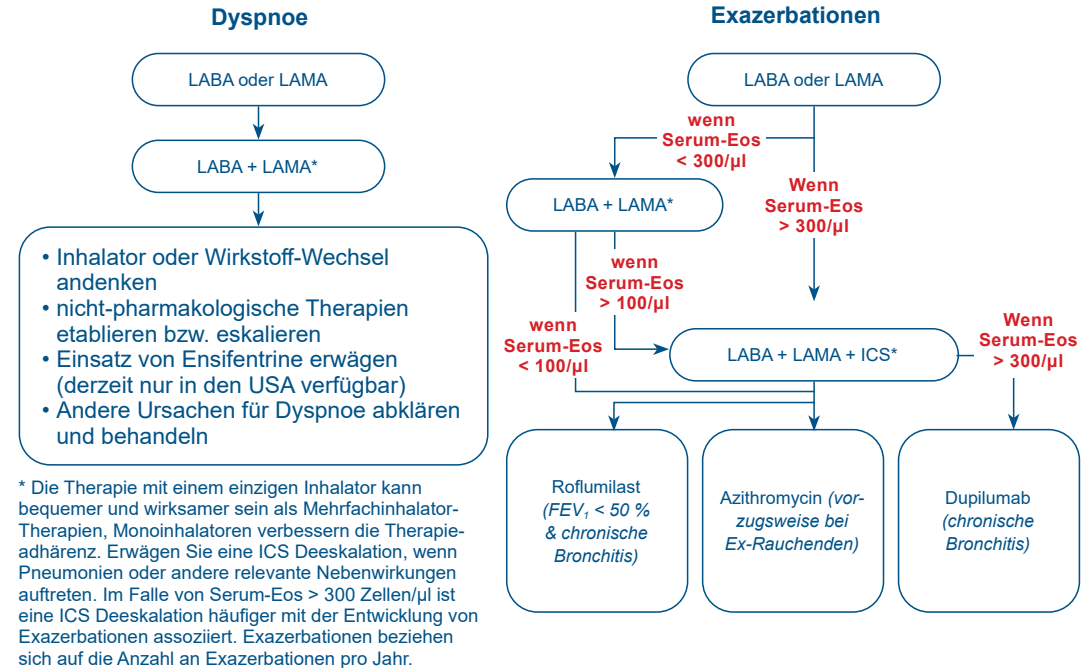
Die Diagnosestellung besteht aus Anamnese, Spirometrie (Bodyplethysmographie) und CAT (alternativ mMRC) sowie gegebenenfalls weiterführender Bildgebung und apparativer Diagnostik.

Auch der bildgebende Hinweis von Emphysem oder Mucus Plugging kann bei der Diagnosestellung helfen. Die definitive Diagnose ist jedoch immer an die Spirometrie bzw. Bodyplethysmographie gekoppelt.<sup>11</sup>

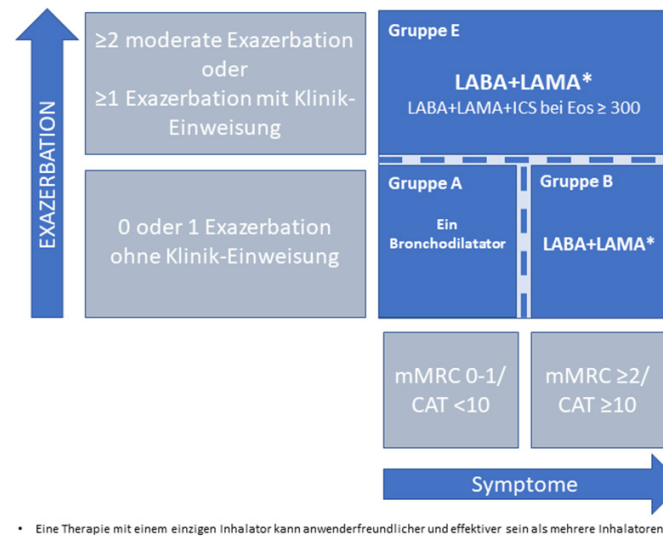
Die Schweregradeinteilung soll nach FEV1/FVC < LLN erfolgen. Gefolgt von einer 4-stufigen Graduierung in FEV1 in % Soll gemäß GOLD Report. Symptome sollten wiederholt mittels CAT erfasst werden.<sup>12</sup> Alternativ mittels mMRC Dyspnoeskala.<sup>13</sup>

In der Spirometrie kann bei einer starken Überblähung die Vitalkapazität falsch niedrig imponieren. Bei allen Patient\*innen mit Verdacht auf COPD soll im Verlauf mittels Bodyplethysmographie untersucht werden.<sup>14</sup>

## Pharmakologische Folgetherapie



## Initiale inhalative Pharmakotherapie<sup>1</sup>



- Eine Therapie mit einem einzigen Inhalator kann anwenderfreundlicher und effektiver sein als mehrere Inhalatoren
- ICS+LABA wird nicht mehr als initiale oder Follow-Up-Therapie empfohlen. Eine Triple-Therapie wird bevorzugt, wenn ein ICS erforderlich ist.<sup>1</sup>
- Ein früher Einsatz von Triple-Therapien (LABA+LAMA+ICS) kann bei Patient\*innen mit häufigen/schweren Exazerbationen mortalitätsreduzierend wirken.<sup>1</sup> (IMPACT, ETHOS)<sup>15, 16</sup>

## Faktoren zum Einsatz von ICS bei COPD<sup>1</sup>

### 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

## COPD-Patient\*innen haben häufig Komorbiditäten.<sup>19</sup>

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

Kardiale Komorbiditäten: Häufigkeitsfaktor 2 bis 3  
Immer an die kardiovaskuläre Gesundheit und damit verbundene Risikofaktoren denken.<sup>20</sup>