

## 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 folgende Risikofaktoren sind bekannt:

Tabakrauch, Umwelttoxinen, 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>

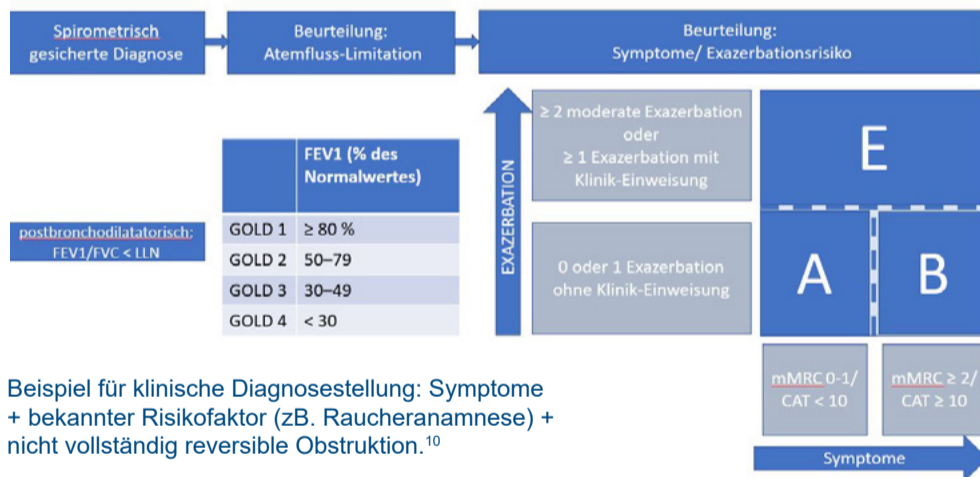
**Lebenszeitrisiko:** die lebenslang rauchende Bevölkerung erkrankt mit 40–50 %iger Wahrscheinlichkeit an COPD (nichtrauchende Bevölkerung: 10 %). Ca. 800.000 Österreicher\*innen sind von einer COPD betroffen (relativ hohe Prävalenz im europäischen Vergleich.)<sup>4–7</sup>

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

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

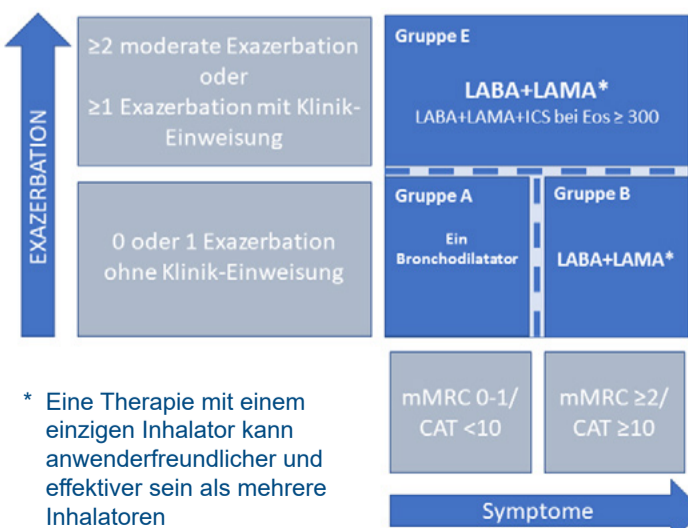
Auch der bildgebende Hinweis von Emphysem oder Mucus Plugging kann bei der Diagnosestellung helfen. Die definitive Diagnose ist jedoch immer an die Spirometrie bzw. Bodyplethysmographie gekoppelt.<sup>11</sup>



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

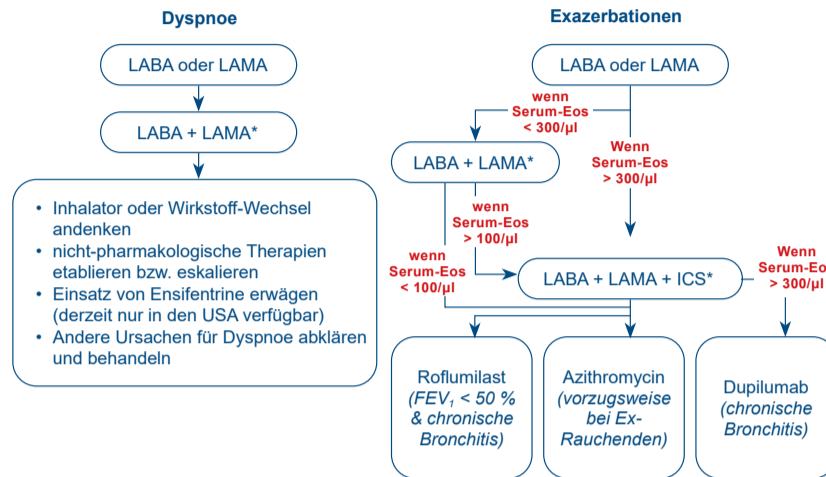
In der Spirometrie kann bei einer starken Überblähung die Vitalkapazität falsch niedrig imponieren. Bei Verdacht auf COPD im Verlauf mittels Bodyplethysmographie untersuchen.<sup>14</sup>

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



- 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 oder schweren Exazerbationen mortalitätsreduzierend wirken.<sup>1</sup> (IMPACT, ETHOS)<sup>15, 16</sup>

### Pharmakologische Folgetherapie



\* Die Therapie mit einem einzigen Inhalator kann bequemer und wirksamer sein als Mehrfachinhalator-Therapien, Monoinhalatoren verbessern die Therapieadhärenz. Erwägen Sie eine ICS Deeskalation, wenn Pneumonien oder andere relevante Nebenwirkungen auftreten. Im Falle von Serum-Eos > 300 Zellen/µl ist eine ICS Deeskalation häufiger mit der Entwicklung von Exazerbationen assoziiert. Exazerbationen beziehen sich auf die Anzahl an Exazerbationen pro Jahr.

### 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

## 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 (strukturiert, z. B. mittels MEP

Fragebogen). 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

- Dyspnoe
- Sputum Volumen
- Sputum Purulenz

Sowie bei zwei Kardinalsymptomen, wenn eines davon die Zunahme von putridem Sputum ist. Oder wenn eine mechanische Beatmung benötigt wird (invasiv oder 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.

Einsatz aufgrund der Nebenwirkungen abwägen, bei untergewichtigen und depressiven Patient\*innen nicht empfohlen.<sup>1</sup>

### Einsatz von Biologika bei COPD-Exazerbationen

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

## 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 ÖGP Pocketcards LTOT bzw. NIV)
- Lungenvolumensreduktion
- Lungentransplantation (siehe ÖGP Pocketcard)
- Palliative Maßnahmen: symptomatische Therapie

Tabakentwöhnung, Reha und LTOT können mortalitätsreduzierend wirken!<sup>1</sup>

## 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>

## Wichtige Adressen

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

ÖGK Rauchfrei-Telefon: [www.rauchfrei.at](http://www.rauchfrei.at), 0800/810013

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

## Impressum

Medieninhaber: Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP)

Druck: druck.at, 2544 Leobersdorf

Mit freundlicher Unterstützung:

