

## Definitionen

Akuter Husten: < 2 Wochen  
Subakuter Husten: 2–8 Wochen  
Chronischer Husten: > 8 Wochen

**Chronisch refraktärer Husten:** Keine Besserung der Symptomatik trotz Therapie der Grunderkrankung.

**Chronisch idiopathischer Husten:** Keine Ursache erkennbar (Ausschlussdiagnose).

## Typische Charakteristika:

Alter	> 40 Jahre
Frauen : Männer	2:1
Dauer der Beschwerden	mehrere Jahre
Lungenfunktion	oft normal
Sodbrennen	oft nein
Nasatmung	frei

**Häufige Trigger:** Temperaturänderung, Sprechen, Lachen, Nahrungsaufnahme, unspezifische Reize wie Parfüm, Rauch, Staub, Dämpfe

**Häufige Begleitsymptome:** Herunterfließendes Sekret im Rachen, Räusperzwang, Globusgefühl

## Literatur

- Kardos P et al. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten mit Husten. Pneumologie. 2019 Mar;73(3):143-180
- Morice AH et al. ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children. Eur Respir J. 2020 Jan 2;55(1):1901136
- Irwin RS et al. Classification of Cough as a Symptom in Adults and Management Algorithms: CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest. 2018 Jan;153(1):196-209.

## Kontakt zum Autor

Dr. Lukasz Antoniewicz, PhD  
AKH Wien, Univ. Klinik für Innere Medizin II,  
Klinische Abteilung für Pulmologie  
Termin: 01/40400-61350  
[hustenambulanz@akhwien.at](mailto:hustenambulanz@akhwien.at)  
[lukasz.antoniewicz@meduniwien.ac.at](mailto:lukasz.antoniewicz@meduniwien.ac.at)

## Abklärung

Siehe Algorithmus.

**Ausführliche Anamnese** inkl. beruflich und umweltbezogener Exposition.

Medikamente -> Nebenwirkung? Bei Alarmzeichen rasche Abklärung!

**EKG**, ggf. TTE, 24h EKG, Ergometrie: Kard. Grunderkrankung?

**Lungenfunktion** (Spirometrie mit Bronchospasmyse, Bodyplethysmographie, DLCO, FeNO) ggf. Provokationstestung bei Verdacht auf Asthma.  
ggf. Blutgasanalyse ± Belastung. COPD? Asthma?  
Restriktion?

**CT-Thorax** (1mm Schichten): ILD? Bronchiektasien?  
Emphysem? Raumforderung?

**Gastroskopie**, 24h-ph-Metrie und Manometrie: GERD?  
Häufig kein subjektiv spürbarer Reflux.

**HNO-Abklärung:** Verstopfte Nase?  
Chronische Schleimbildung?  
Herunterfließendes Sekret im Rachen?

**Labor:** BB-Diff (Eosinophilie?).  
Verdacht auf COPD/Emphysem: Alpha-1-Antitrypsin.  
Verdacht auf ILD: ANAs, RF, ANCA.  
Verdacht auf Asthma: Allergieabklärung, RAST, total-IgE.

**Logopädie:** v.a. bei Tendenz zur Heiserkeit, Räusperzwang

**Schlaflabor:** Nächtliche Polygraphie. OSAS?

**Bronchoskopie:** Mikrobiologie (Pseudomonas, NTM).  
BAL mit Leukocyten-Differenzialrechnung und Lymphozytentypisierung (ILD? eosinophile Bronchitis?).  
Fluorescein Schluckversuch (Mikroaspirationen?).

Eine Empfehlung der



# Chronischer Husten bei Erwachsenen

2. Auflage 2024

## Impressum

Medieninhaber: Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP)  
Autoren: Dr. Lukasz Antoniewicz PhD, Dr. Ralf Harun Zwick,  
Univ.-Prof. Dr. Marco Idzko  
Druck: Friedrich Druck

Mit freundlicher Unterstützung:



sanofi

## Übersicht Ursachen

**Asthma** (auch Cough Variant Asthma): Anamnese, FeNO, Eosinophilie, Allergieabklärung, Provokationstest

**Gastroösophagealer Reflux:** v.a. bei positiver Anamnese. Gastroskopie, 24h - pH-Metrie und Impedanzmessung

**Sinubronchiales Syndrom (Upper-airway-cough syndrom/post nasal drip):** allergisch bzw. vasomotorisch. HNO-Abklärung, Allergieabklärung

### Husten als Nebenwirkung von Medikamenten:

ACE-Inhibitoren	Amiodaron
Inhalationen (inkl. ICS)	Beta-Blocker
Sekretolytika	Gliptine
Methotrexat	Bleomycin
Checkpoint Inhibitoren	Mycophenolat mofetil
Fentanyl	Interferon alpha 2a/2b

**Interstitielle Lungenerkrankungen:** Sklerosiphonie bei Auskultation. CT-Thorax 1mm Schichten.

**Bronchiektasen:** CT-Thorax 1mm Schichten.

Post-infektiös? CF?

Prim. Zilien Dyskinesie? Sputumdiagnostik (Mykobakterien, Pseudomonas). HIV? IBD? Allergische bronchopulmonale Aspergillose? Pulmonale Langerhans-Zell-Histiozytose?

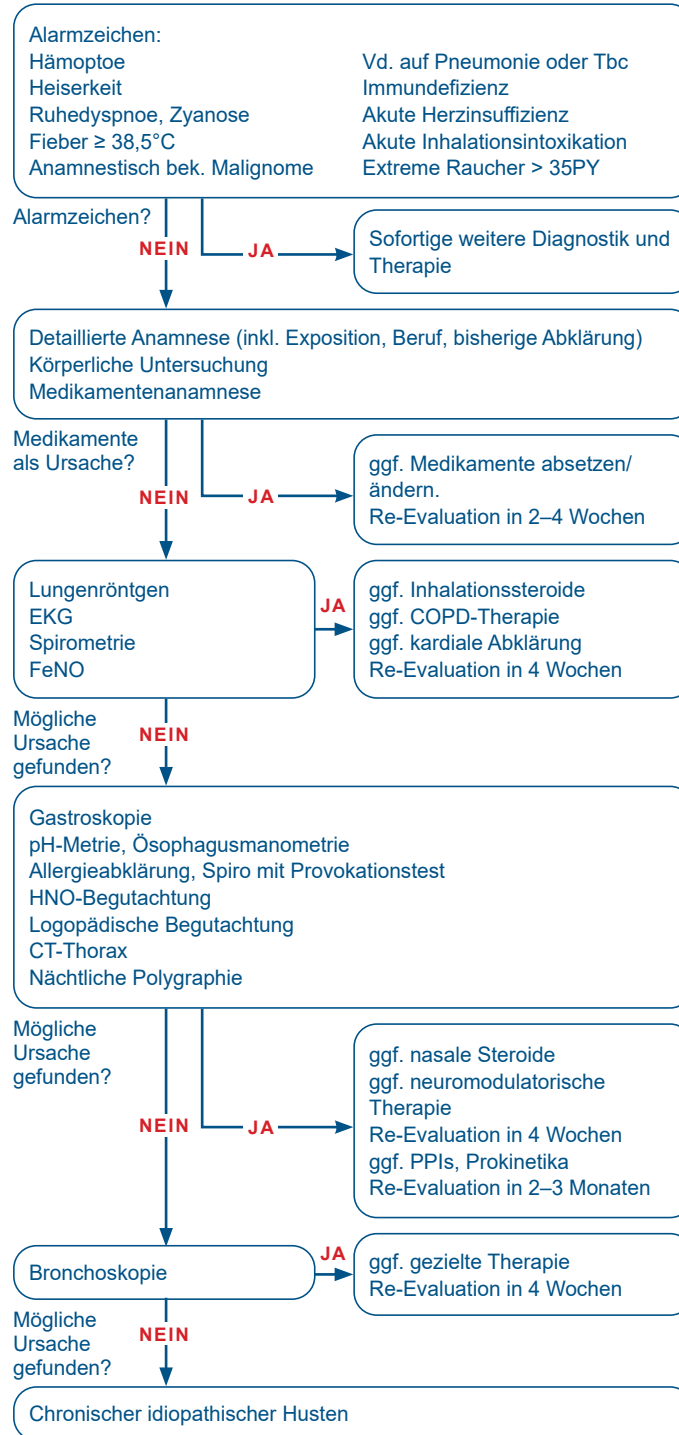
**Chronische Bronchitis:** Noxenanamnese. Ausschlussdiagnose.

**COPD:** Raucher-/Noxenanamnese, Lungenfunktion

**Induzierbare laryngeale Obstruktion (Vocal cord dysfunction):** Kombiniert mit Asthma, Reflux? Logopädische Abklärung.

**Chronische Ohreaffektion:** Irritation N. auricularis. HNO-Begutachtung

## Abklärungsalgorithmus



## Therapieübersicht

Eine Therapie soll erst nach gründlicher Abklärung erfolgen und zielt in erster Linie auf eine Behandlung der ursächlichen Grunderkrankung.

### Nicht medikamentös:

#### Rauch- /Expositionskaenz

**Atemtherapie:** Husten vermeidende Atemtechniken  
**Logopädie:** v.a. bei Vocal cord dysfunction  
Reflux vorbeugende Ernährung, Kopfende des Bettes anheben, Refluxchirurgie (Fundoplikatio)

### Anti-inflammatorisch:

**Inhalationssterioide** (mind. 4 Wochen): v.a. bei Asthma, Cough Variant Asthma, guter Effekt bei FeNO > 50ppb  
**Nasale Sterioide:** bei Rhinitis. z. B. Mometason 50µg 2-0-0, ggf. reduzieren auf 1-0-0 nach 4 Wochen.

### Antazidisch:

**PPI, H2-Antagonisten, Alginate, Antazida:** Bei gleichzeitiger Refluxsymptomatik sinnvoll. Effekt oft erst nach 3 Monaten. Ex-juvantibus Therapie nicht sinnvoll.

### Neuromodulatorisch (off-label):

**Morfin:** Retard-Präparat. MTD 10–20 mg auf 2 Dosierungen pro Tag. CAVE: Verstopfung.

**Hydromorphon:** Retard-Präparat. MTD 4 mg–8 mg auf 2 Dosierungen pro Tag. CAVE: Verstopfung.

**Gabapentin:** MTD 300mg–1800 mg aufgeteilt auf 2 Dosierungen pro Tag. Start: 300 mg 1-0-0. Titration mit 300 mg alle drei Tage. CAVE: Bei Absetzen ausschleichen.

**Pregabalin:** MTD 150–300 mg aufgeteilt auf 2–3 Dosierungen pro Tag. Start 50 mg 1-1-1. Titration alle drei bis sieben Tage. CAVE: Bei Absetzen ausschleichen

### Prokinetika (off-label):

**Metoclopramid:** MTD 10–30 mg. Start: 10 mg 1-0-1.

**Domperidon:** MTD 10–30 mg. Start 10 mg 0-0-1. Effekt bei Prokinetika erst nach 2 Monaten auswerten. Nur bei gesichertem Reflux.

### Bei vermehrter Schleimproduktion:

**Schleimlösend:** N-Acetylcystein, Phytopharmaka (Efeu, Thymian, Primel).

### Verbesserung der mukociliären Clearance:

ggf. inhalative beta2-Mimetika.

**Reduktion der Schleimproduktion:** ggf. inhalative Anticholinergika.