

Definitionen

Husten als Symptom

Klassifizierung nach Dauer:

- Akuter Husten: < 3 Wochen
- Subakuter Husten: 3–8 Wochen
- Chronischer Husten: > 8 Wochen

Klassifizierung nach Auswurf:

- ohne Auswurf
- mit Auswurf

Husten als eigenständige Erkrankung

Chronisch refraktärer Husten (RCC): Persistenz der Symptomatik trotz Therapie der Grunderkrankung.

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

Pathophysiologie: Erhöhung der Sensitivität des Hustenreflexes.

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

1. P. Kardos, T. Köhnlein et al. S2k-Leitlinie Fachärztliche Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten mit Husten (Februar 2025)
2. 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
3. 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.

Abklärung

Siehe Algorithmus.

Ausführliche Anamnese inkl. beruflich und umweltbezogener Exposition. Medikamente -> Nebenwirkung? St.p. Fundoplikatio? Bei Alarmzeichen rasche Abklärung!

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

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

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

Gastroskopie, 24h-ph-Metrie/Ösophagusmanometrie: GERD? Achalasie? 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.

Mikrobiologie: Quantiferon TB-Ag, mikrobiologische Sputumdiagnostik

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?)

Neurologische Diagnostik: zerebrale und zerebelläre Störungen, vagale Neuropathie

Kontakt zu den Autoren

Univ. Klinik für Innere II, Klin. Abt. f. Pulmologie, AKH Wien
Dr. Ivan Fedak ivan.fedak@meduniwien.ac.at
Dr. Lukasz Antoniewicz, PhD
lukasz.antoniewicz@meduniwien.ac.at
hustenambulanz@akhwien.at

Eine Empfehlung der



Chronischer Husten bei Erwachsenen

3. Auflage 2025

Impressum

Medieninhaber: Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP)
Autoren: Dr. Ivan Fedak, Dr. Lukasz Antoniewicz PhD,
Dr. Ralf Harun Zwick, Univ.-Prof. Dr. Marco Idzko
Druck: druck.at, 2544 Leobersdorf

Mit freundlicher Unterstützung:



sanofi

Phänotypen des chronischen Hustens und Diagnostik

Asthmatischer Husten (auch Cough Variant Asthma und Eosinophile Bronchitis): Anamnese, Lungenfunktion, Broncholyse-Test, FeNO, Eosinophilie, Allergieabklärung, Provokationstest

Reflux-assoziiertes Husten: V.a. bei negativer Anamnese (stiller Reflux). Gastroskopie, 24h-pH-Metrie/Ösophagusmanometrie

Upper-Airway-Cough-Syndrom/ Postnasal-Drip-Syndrom: allergisch bzw. vasomotorisch. HNO-Abklärung, Allergieabklärung

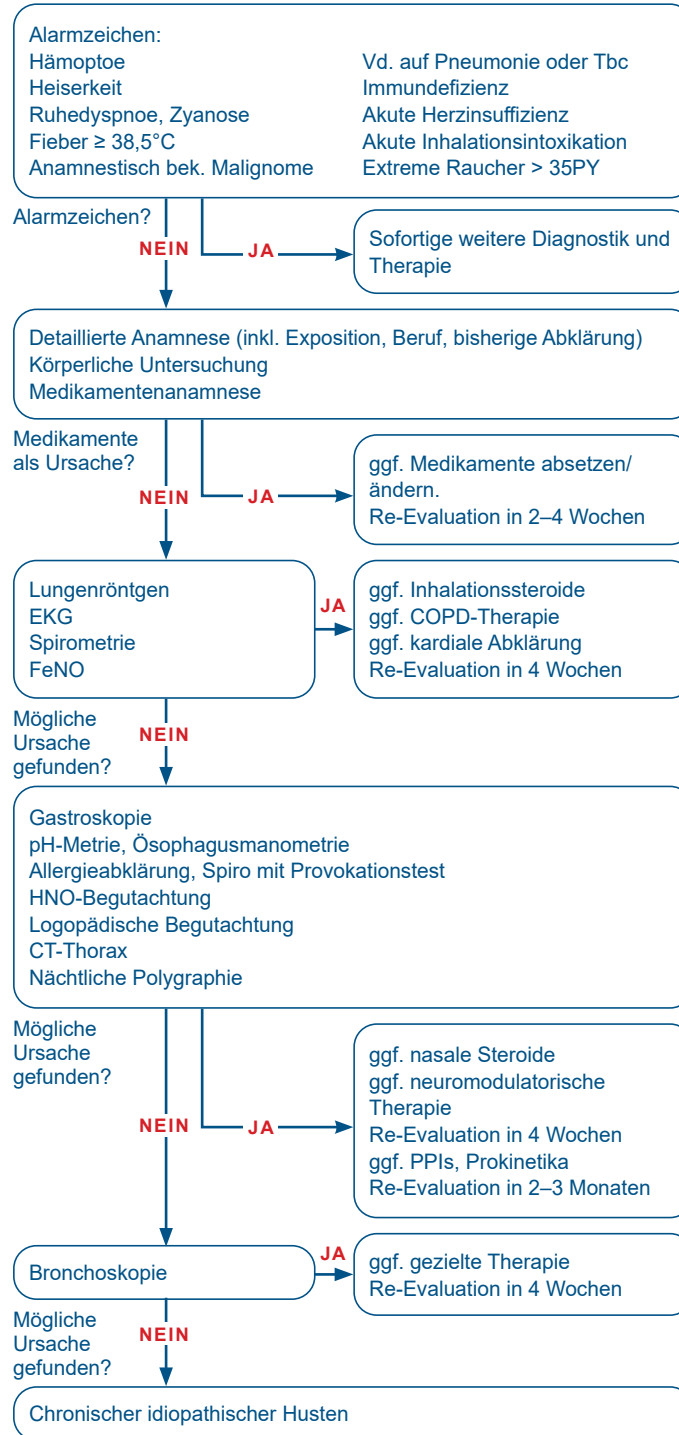
Iatrogenes Husten (Arzneimittelinduzierter Husten):

ACE-Inhibitoren	Amiodaron
Inhalationen (inkl. ICS)	Beta-Blocker
Sekroteolytika	Bisphosphonate
Methotrexat, MMF	Calciumkanalblocker
Checkpoint Inhibitoren	Latanoprost
Fentanyl	Bleomycin

Chronischer Husten bei anderen Erkrankungen:

- **Interstitielle Lungenerkrankungen:** Sklerosiphonie bei Auskultation. CT-Thorax 1mm Schichten.
- **Bronchiektasen:** CT-Thorax 1mm Schichten. Post-infektiös? CF? Prim. Zilien Dyskinesie? Sputumdiagnostik (Mycobakterien, Pseudomonas). HIV? IBD? Allergische bronchopulmonale Aspergillose? Pulmonale Langerhans-Zell-Histiozytose?
- **Chronische Bronchitis:** Noxenanamnese. Ausschlussdiagnose.
- **COPD:** Raucher-/Noxenanamnese, Lungenfunktion
- **Vocal Cord Dysfunction:** Kombiniert mit Asthma, Reflux? Logopädische Abklärung
- **Chronische Ohrenaffektion:** Irritation N. auricularis. HNO-Begutachtung
- **Postviral/ SARS-CoV2:** etwa 30 % der COVID-19-Patient*innen. Abklärung bzgl. anderer Ursachen. Therapie analog zu RCC/UCC.
- **Kombinierte Ursachen:** Oft leichtes Asthma und leichter stiller Reflux als Trigger. Kombinierte Therapie mit Reflux vorbeugenden Maßnahmen bzw. Prokinetika und Inhalationssteroiden.

Abklärungsalgorithmus



Therapieübersicht

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

Nicht medikamentös:

Rauch- /Expositionsakanz

Atemphysiotherapie: Husten vermeidende und sekretmobilisierende Atemtechniken

Logopädie: v.a. bei Vocal cord dysfunction

Reflux: vorbeugende Ernährung, Kopfende des Bettes anheben

Chirurgische Therapieoptionen: Fundoplikatio (GERD) Endoskopische Injektionen von Botulinumtoxin (Achalasie)

Anti-inflammatorisch:

Inhalationssteroiden (mind. 4 Wochen): v.a. bei Asthma, Cough Variant Asthma, guter Effekt bei FeNO > 50ppb

Nasale Steroide: 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 300 mg–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.

P2X3-Antagonisten (Gefapixant): bei RCC und UCC.

Verordnung nach umfassender Diagnostik und Ausschöpfung/Unwirksamkeit anderer Therapieoptionen.

* Bei Off-Label-Therapien ist eine ausführliche Aufklärung über die Nebenwirkungen und die ausdrückliche Zustimmung des*r Patient*in erforderlich.

** Effekt bei Prokinetika erst nach 2 Monaten auswerten. Nur bei gesichertem (stillen) Reflux.