

COPD

Aktualisierung der wissenschaftlichen Leitlinie

Früh erkennen und früh handeln

In Deutschland wurde zuletzt im Jahr 2021 die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) COPD – siehe Kasten Hintergründe – veröffentlicht. Im Februar dieses Jahres wurde die S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie publiziert. Sie dient als Ergänzung und Aktualisierung der bestehenden NVL COPD. Die Inhalte dieser Leitlinie wurden basierend auf der derzeit verfügbaren Evidenz und der Erfahrung der Leitlinienautoren (Expertengruppe) erstellt.



Im Gespräch mit **Professorin Dr. Kathrin Kahnert**, Koordinatorin der Leitlinie und niedergelassene Pneumologin in München sowie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Medizinischen Klinik und Poliklinik V, Schwerpunkt Pneumologie, am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München erfahren wir mehr.

In der Öffentlichkeit wird COPD nach wie vor als reine Rauchererkrankung wahrgenommen. Im Kapitel Ätiopathogenese der Leitlinie wird formuliert: „Die COPD stellt eine heterogene Erkrankungsidentität dar, deren Ätiologie weit über die klassische Assoziation mit Tabakrauchen hinaus reicht.“ Welche Bedeutung geht damit einher?

Nach wie vor nimmt leider das Rauchen in vielen Ländern den Platz 1 als Ursache für die Entstehung einer COPD ein. Dennoch sehen wir einen relevanten Anteil an Patienten, die nie geraucht und dennoch eine COPD entwickelt haben. Eine mögliche Ursache kann beispielsweise eine berufliche Exposition sein, wie z. B. in Zusammenhang mit Dieselmotoren. Aus diesem Grund haben wir auch einen Absatz zur Arbeitsmedizin in die Leitlinie integriert. Eine Arbeitsanamnese hinsichtlich irritativen Dämpfen, Gasen, Stäuben und Rauch sollte immer erfolgen.

Ebenso haben wir COPD-Patienten mit einer genetischen Ursache, wie beispielsweise einem Alpha-1-Antitrypsin-Mangel. Diese Patientengruppe ist nach wie vor unterdiagnostiziert. Die aktuelle Leitlinie for-



Eine akute Verschlechterung ist ein Herzinfarkt der Lunge.

muliert daher die Empfehlung, bei jeder Erstdiagnose einer COPD auch einen Alpha-1-Antitrypsin-Mangel auszuschließen, zumal das Vorliegen dieses genetischen Defekts therapeutische Konsequenzen haben kann.

Die Leitlinie möchte vor allem ein Bewusstsein schaffen, dass das Rauchen zwar „Hauptfeind Nr. 1“ ist – und die Tabakentwöhnung aus diesem Grund in den Vordergrund gestellt wird – aber auch vielfältige andere Ursachen einer COPD zugrundeliegen können.

Viele Patient:innen erhalten die Diagnose COPD erst, wenn sich diese bereits in einem fortgeschrittenen Stadium befindet. Die aktuelle Leitlinie zeigt weitere diagnostische Möglichkeiten für eine möglichst frühe Diagnose auf. Was sollten Patient:innen hierzu wissen?

Die Früherkennung von Patientinnen und Patienten mit COPD bekommt zunehmende Bedeutung. Frühe Stadien lassen sich in der bisherigen Standarddiagnostik jedoch nicht zuverlässig erkennen.

Eine normale Spirometrie (kleine Lungenfunktionsmessung) beispielsweise, die beim Hausarzt durchgeführt wird, kann eine Frühform der COPD nicht ausschließen. Die Entwicklung einer COPD beginnt nicht in den großen, sondern vielmehr in den kleinen, tieferliegenden Atemwegen. Mittels einer Spirometrie können mögliche Veränderungen in den kleinen Atemwegen jedoch nur unzureichend abgebildet werden.

Bei einem begründeten Verdacht auf eine COPD, z. B. aufgrund der vorliegenden Symptomatik, einer Raucherhistorie etc., ohne Veränderungen in der Spirometrie ist aus unserer Sicht daher eine lungenfachärztliche Vorstellung sinnvoll, da mithilfe der erweiterten Lungenfunktionsmessung (Bodyplethysmografie in einer Kabine) und einer Computertomografie Frühformen der COPD erkannt werden können.

Welchen Stellenwert nimmt die Computertomografie des Thorax bei COPD ein?

Aus meiner Sicht einen exorbitanten Stellenwert. Insbesondere die quantitative Computertomografie (CT) des Thorax spielt eine wichtige Rolle zur Beurteilung des Lungengerüsts, zur differenzierten Phänotypisierung (Erscheinungsbild), zur Erfassung relevanter Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) sowie zur Abschätzung des Risikos eines progressiven Lungenfunktionsverlustes, vor allem bei Rauchern, die noch keine spirometrisch gesicherte COPD aufweisen.

Darüber hinaus nimmt die Computertomografie eine Schlüsselrolle im Lungenkrebscreening ein, vor allem bei Rauchern mit COPD, die die Screeningkriterien gemäß dem aktuellen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erfüllen.

Die frühe Erkennung von Begleiterkrankungen der COPD wird in der Leitlinie vielfältig thematisiert. Was sollten Patientinnen und Patienten hierzu wissen?

Leider kommt eine COPD selten allein. Die COPD ist durch das häufige Auftreten eines breiten Spektrums an Begleiterkrankungen charakterisiert. Mehr als 50 % der Patienten weisen mindestens eine Begleiterkrankung auf. Wobei die häufigsten kardiale, das Herz betreffende Erkrankungen sind – was wir auch als Schwerpunkt in der Leitlinie beschreiben.

Daher sollten COPD-Patienten die Möglichkeit des Vorliegens von kardialen Erkrankungen ernstnehmen. Bluthochdruck (Hypertonie) und Diabetes sind Risikofaktoren für kardiale Erkrankungen.

Das Verspüren beispielsweise von Druck auf der Brust, muss nicht zwingend mit der bekannten COPD in Verbindung stehen, sondern kann auch ein Hinweis auf einen Herzinfarkt oder eine Herzerkrankung sein und sollte fachärztlich abgeklärt werden.



Ein vermehrter Einsatz des Bedarfssprays kann ein erstes Anzeichen für eine akute Verschlechterung sein.

Begleiterkrankungen bedürfen einer eigenständigen Behandlung. Nur die COPD zu therapieren, reicht keineswegs aus. Die Gesamtprognose kann sich nur verbessern, wenn COPD und Begleiterkrankung behandelt werden.

Ein weiterer Fokus der Leitlinie liegt auf der Früherkennung und Vermeidung von akuten Krankheitschüben (Exazerbationen). Es wird bereits bei Vorliegen einer Exazerbation empfohlen, die bestehende Therapie zu überprüfen. Was gilt es, hinsichtlich von Erkrankungsschüben zu wissen?

Mit den Empfehlungen in der wissenschaftlichen Leitlinie möchten wir hin zu einer Nulltoleranzpolitik gegenüber Exazerbationen. Es gilt zu verstehen, dass eine Exazerbation der Herzinfarkt der Lunge ist.

Während vor einem Herzinfarkt jeder Patient Angst hat und auch jeder weiß, was ein Herzinfarkt ist, wird bei einer Exazerbation der Lunge deren Bedeutung jedoch manchmal fast verniedlicht: „Ja, da war ich im Krankenhaus, es ging mir halt ein bisschen schlechter.“ Diese Sichtweise gilt es dringend zu ändern.

Eine akute Verschlechterung bedeutet nicht nur ein bisschen mehr Symptome und ein bisschen schlechter schnaufen zu können, vielmehr hat jede Exazerbation Einfluss auf die Prognose der Erkrankung. Daher lautet das Ziel, jede Exazerbation zu verhindern.

Worauf sollten Patient:innen selbst achten, um eine akute Verschlechterung möglichst frühzeitig zu erkennen?



Eine COPD kommt selten allein.

Eine klinische Verschlechterung geht mit einem erhöhten Einsatz des Bedarfssprays (z. B. Salbutamol) einher. Wird Bedarfsspray häufiger eingesetzt als sonst, ist dies ein frühes Anzeichen.

Auch der Einsatz des CERT-Fragebogens (siehe Beitrag von Dr. Rainer Gloeckl ab Seite 22) ist hilfreich. Studien konnten dessen Nutzen eindeutig belegen. Der Fragebogen ist vor allem geeignet, eine sich verschlechternde Symptomatik bestmöglich zu erfassen.

Gut zu wissen

- Neben Tabak als Hauptursache können vielfältige weitere Ursachen der Entstehung einer COPD zugrundeliegen.
- Ein Alpha-1-Antitrypsin-Mangel sollte bei der Erstdiagnose ausgeschlossen werden.
- Bei begründetem Verdacht auf eine COPD ohne erkennbare Veränderungen in der Spirometrie können durch eine erweiterte Lungenfunktionsmessung (Bodyplethysmografie) und eine Computertomografie Frühformen der COPD erkannt werden.
- Eine COPD kommt selten allein.
- Herzerkrankungen sind die häufigsten Begleiterkrankungen bei COPD.
- COPD und mögliche Begleiterkrankungen müssen jeweils eigenständig therapiert werden.
- Eine akute Verschlechterung ist gleichbedeutend mit einem Herzinfarkt der Lunge.
- Bei jeder akuten Verschlechterung muss die Therapie überprüft werden.
- Ein erhöhter Einsatz des Bedarfssprays kann ein frühes Anzeichen für eine akute Verschlechterung sein.

Hintergründe

S2k-Leitlinie COPD

Die aktualisierte S2k-Leitlinie „Fachärztliche Diagnostik und Therapie der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) 2026“ wurde veröffentlicht (09.02.2026). Federführend durch die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) erstellt, waren mehr als 30 Expert:innen und eine große Zahl an Fachgesellschaften in die mehr als zweijährige Aktualisierungsarbeit eingebunden.

„Diese Leitlinie ergänzt die Nationale Versorgungsleitlinie COPD und integriert die neuesten evidenzbasierten Erkenntnisse, um eine frühere und effektivere Behandlung zu ermöglichen“, betont DGP-Präsident Professor Christian Taube. Die Publikation sei für behandelnde Ärzt:innen sowie Patient:innen ein wichtiges Update.

Die Koordination der aktualisierten S2k-Leitlinie lag in den Händen von Professorin Kathrin Kahnert und Professor Henrik Watz.

www.pneumologie.de



Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

Leitlinien

Wissenschaftliche Leitlinien sind systematisch entwickelte, evidenzbasierte Handlungsempfehlungen. Sie fassen den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zusammen, um Ärzt:innen, Pflegefachkräften und Patient:innen eine fundierte Entscheidungshilfe für die Praxis zu bieten.

Wissenschaftliche Leitlinien werden im Leitlinienregister der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) veröffentlicht.

www.awmf.org

Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) werden gemeinsam von der AWMF und dem Zentralinstitut (Zi) für die kassenärztliche Versorgung veröffentlicht.

www.nvl-programm.de

Wissenschaftliche Leitlinien werden von medizinischen Fachgesellschaften erstellt und fokussieren einzelne Krankheitsbilder aus der fachspezifischen Perspektive. Nationale Versorgungsleitlinien zielen insbesondere auf eine standardisierte Versorgung bei Volkskrankheiten ab.