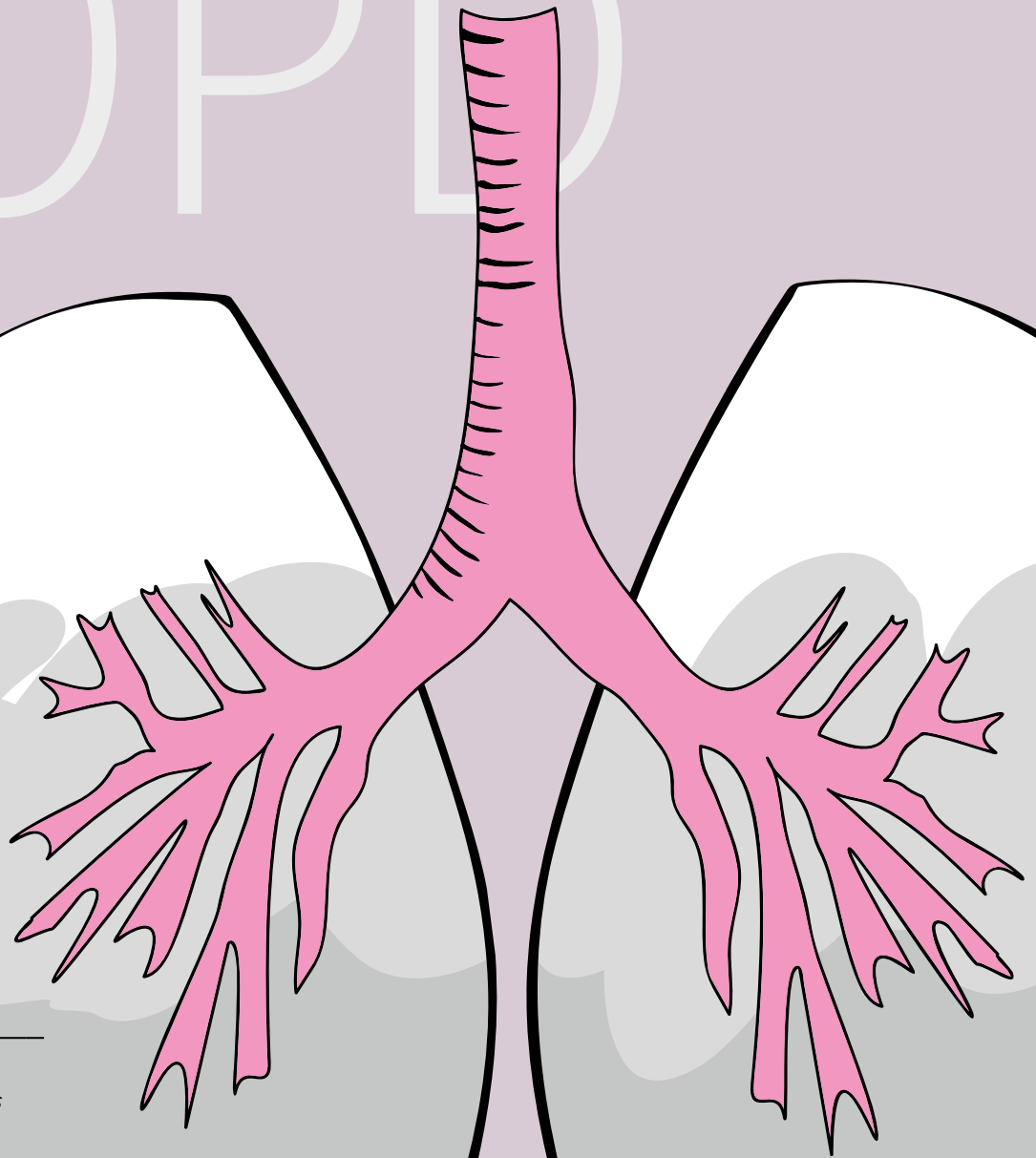


# COPD



*Die chronische  
obstruktive Bronchitis  
gehört weltweit zu  
den häufigsten Todes-  
ursachen.*

# Auch Symptome und Exazerbationen beurteilen

In Deutschland leiden etwa drei bis fünf Millionen Menschen an einer COPD. Beim Management der Erkrankung gab es einen **Paradigmenwechsel**. Das Wichtigste aus den aktuellen GOLD-Empfehlungen ist nachfolgend zusammengefasst.



Dr. med. Mark  
Voss-Dirks,  
Hannover  
Mail: pneumologie@  
zph.de

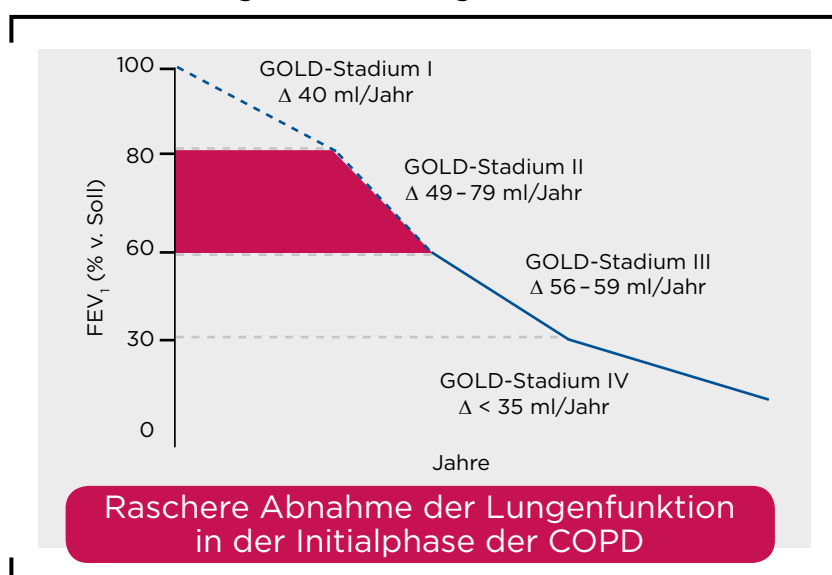
Die Abkürzung COPD steht für **chronisch-obstruktive Bronchitis** mit und ohne Emphysem. Die COPD ist eine Erkrankung, die in der ambulanten Praxis einen großen Anteil der erbrachten Leistungen repräsentiert. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird der Anteil von COPD-Patienten weiter wachsen.

Die Erkrankung kann nicht geheilt werden, aber in ihrem Verlauf beeinflusst werden. Entscheidend für den Verlauf der COPD sind die **frühzeitige Diagnose** und die konsequente Behandlung. Vor allem in den frühen COPD-Stadien ist der jährliche Lungenfunktionsverlust besonders stark (Abb. 1). Gefürchtet sind auch Exazerbationen. Diese führen häufig zu einem raschen Progress der Erkrankung und sind auch mit einer deutlich erhöhten Mortalität vergesellschaftet.

Ein sehr großer Anteil der Patienten

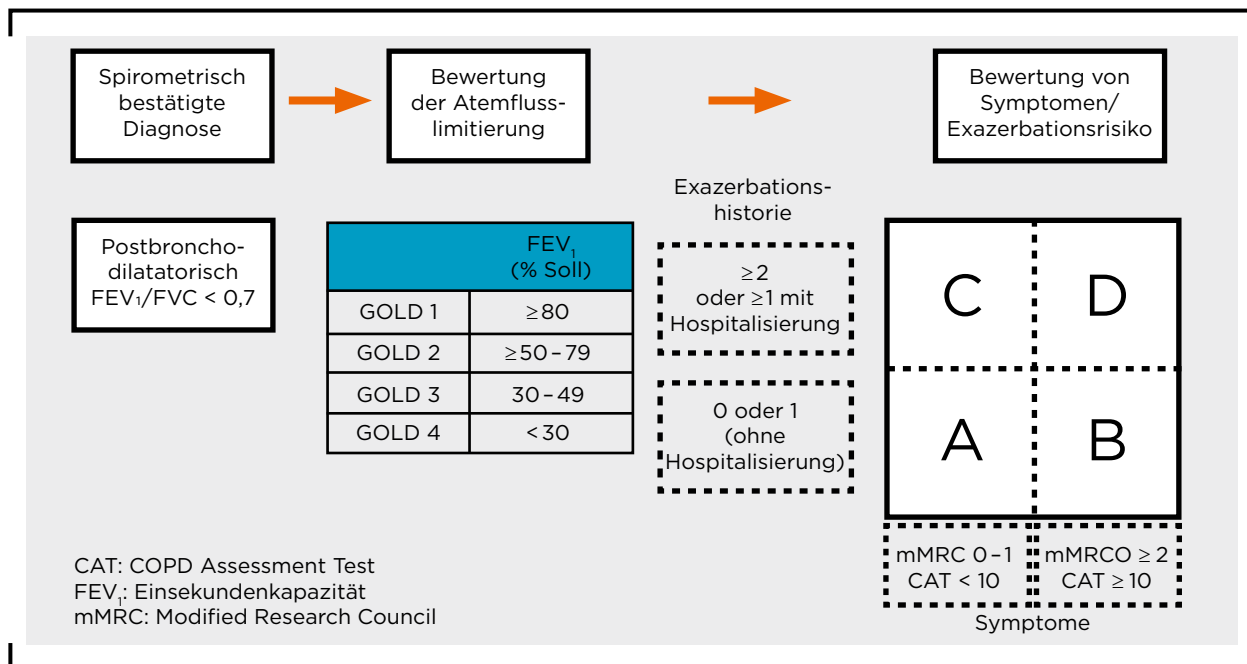
ist oder war **Raucher**, aber auch Passivrauchbelastung kann eine Ursache dieser Erkrankung sein [1, 2]. Auch im stationären Bereich nimmt der Patientenanteil, der infolge einer raucherspezifischen Erkrankung vollstationär behandelt werden muss, stetig zu. Im Jahr 2015 waren dies in Deutschland 449.804 Patienten. Damit ist die Zahl dieser Behandlungen in den letzten 10 Jahren um 30 Prozent gestiegen. Hiervon entfallen allein 241.742 Fälle auf eine COPD [3].

**Abb. 1: Beschleunigter Abfall der Lungenfunktion im Stadium II**



Nach Tantucci C et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2012; 7: 95-99.

**Abb. 2: COPD-Stadieneinteilung nach GOLD**



Quelle: Global Initiative for Chronic Lung Disease (GOLD) 2018

### Diagnostik

Mit Veröffentlichung des COPD-Reports 2017 der Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) ist es zu einem Paradigmenwechsel sowohl in der Diagnostik als auch in der Behandlung von COPD-Patienten gekommen. Dies hat auch praktische Konsequenzen für die Therapieentscheidungen im Alltag.

Zur Festlegung des Erkrankungsstadiums wurde das **ABCD-Schema** zur Eingruppierung der Patienten überarbeitet. Nach spirometrischer Bestätigung der COPD-Diagnose folgt die Beurteilung der Atemflusseinschränkung und die entsprechende Festlegung des GOLD-Stadiums. Als zweiter Schritt folgt die Beurteilung der Symptomatik bzw. des Exazerbationsrisikos. Hier erfolgt dann die Eingruppierung in die entsprechenden Felder A, B, C und D (Abb. 2) [4].

### Therapie

Die Therapieempfehlungen des GOLD-Komitees werden aktuell nach entsprechender Eingruppierung des Patienten in eines der Felder A, B, C und D vorgeschlagen. Die initial beurteilte Atemflusseinschränkung hat

hierauf keinen Einfluss. Dennoch ist eine spirometrische Untersuchung für COPD-Patienten dringend notwendig, um die Schwere und den Verlauf zu beurteilen. Insbesondere in Würdigung einer chronisch progredienten und stark die Lebensqualität beeinflussenden Erkrankung müssen diese Daten sorgfältig erhoben werden [4].

Als therapeutische Ansatzpunkte stehen in der Lunge zwei verschiedene Typen von Rezeptoren zur Verfügung: Muskarinerge Rezeptoren für die Wechselwirkung von kurz- und langwirksamen Anticholinergika (SAMA, LAMA) und beta-2-adrenerge Rezeptoren für den Angriff von kurz- und langwirksamen Beta-2-Mimetika (SABA, LABA) [5]. Diese beiden Rezeptortypen sind die Hauptansatzpunkte der aktuellen Therapieempfehlungen.

Nach dem aktuell vorliegenden GOLD-Positionspapier sollen zunächst alle Patienten mit einer reinen COPD **antiobstruktiv** behandelt werden, dies als Mono-Bronchodilatation in den leichteren Erkrankungsstadien (GOLD-Stadien A und B), und in den schwereren Erkrankungsstadien auch als duale Bronchodilatation (C und D). Das Therapieprinzip der **dualen Bronchodilatation**

Alle Patienten mit einer reinen COPD sollen antiobstruktiv behandelt werden.

ist erheblich aufgewertet worden und wird bereits ab dem Stadium B bei anhaltenden Symptomen unter Monotherapie empfohlen (Abb. 3).

Insbesondere ist es zu einer Neubewertung der inhalativen **Kortikosteroide** bei der COPD gekommen. Diese werden nur für eine kleine Gruppe von COPD-Patienten empfohlen, nämlich für Patienten im Stadium C und D mit weiteren Exazerbationen bei Therapie mit einem langwirksamen Anticholinergikum bzw. unter einer dualen Bronchodilatation [4]. Die Versorgungsrealität sieht derzeit jedoch anders aus. Etwa 30 Prozent aller COPD-Patienten werden mit einem inhalativen Steroid versorgt. Hier besteht sicherlich Bedarf, die Vorgehensweise kritisch zu überprüfen [6].



*Rauchen ist der wichtigste Risikofaktor für die Entwicklung einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD).*

Anders stellt sich die Problematik bei Patienten mit **Mischerkrankungen** aus Asthma bronchiale und COPD dar. Beim Asthma bronchiale ist ein inhalatives Steroid bereits ab den frühesten Erkrankungsstadien notwendig und empfohlen. Die Therapieschere bei Asthma und COPD hat sich in den letz-

**Abb. 3: Medikamentöse Therapie nach GOLD**

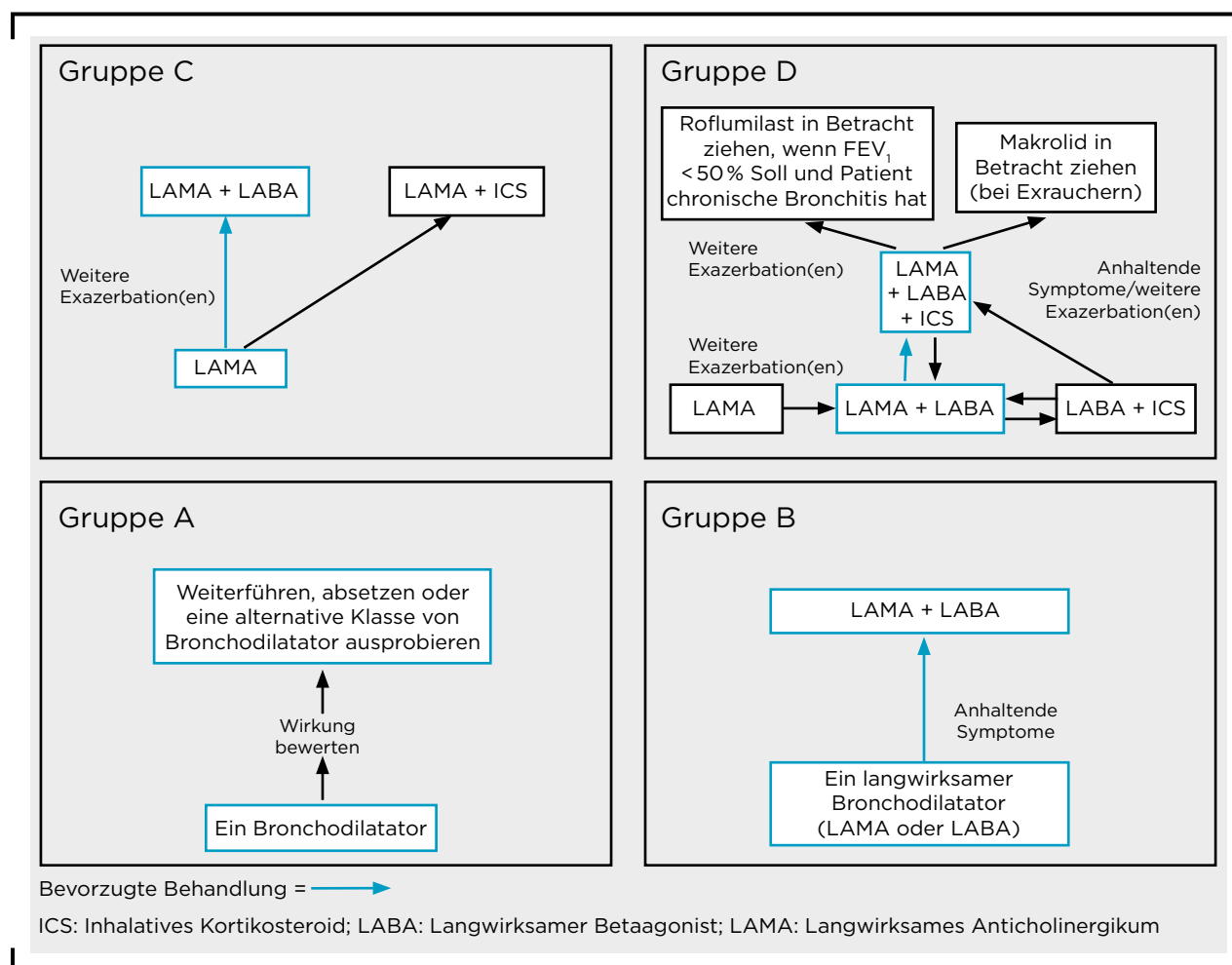


Foto: AzmanJaka - iStockphoto

Quelle: Global Initiative for Chronic Lung Disease (GOLD) 2018

**FAZIT**

- Großzügiges Screening von Risikopatienten (Husten, Dyspnoe, inhalative Belastungen am Arbeitsplatz, Raucher) mit Spirometrie
- Frühzeitige und konsequente Therapie, Reevaluation der eingeleiteten Therapie in regelmäßigen Abständen
- Wiederkehrendes Inhalatortraining
- Konsequente Vermeidung von Exazerbationen und Infekten
- Strukturierte Raucherentwöhnung, Rehabilitationsmaßnahmen, Lungensport

ten Jahren deutlich aufgeweitet. Somit darf bei Patienten mit einem gesicherten Asthma bronchiale sowie einer COPD nicht auf das inhalative Steroid verzichtet werden.

**Schulung**

Ist eine Therapieentscheidung gefallen, sollte das Therapiekonzept mit dem Patienten ausführlich besprochen werden. Eine sehr wichtige Aufgabe ist hier sicherlich auch das **Inhalatortraining**. Dies ist unsere Chance, Therapiesicherheit für den Patienten zu generieren sowie auch die Compliance des Patienten zu erhöhen. Das Inhalatortraining sollte in regelmäßigen Abständen mit dem Patienten wiederholt werden.

**Begleittherapien**

Des Weiteren sind auch begleitende Therapien dringend erforderlich. An erster Stelle ist bei rauchenden Patienten eine strukturierte **Raucherentwöhnung** notwendig. Im

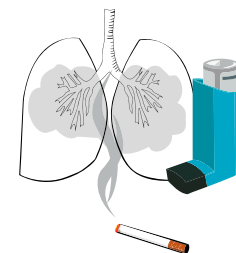
Alltag stellt sich dies jedoch häufig schwierig da. Dennoch sollten wir die Patienten immer wieder versuchen zu motivieren, diesen entscheidenden Schritt zu gehen.

Ein weiterer wichtiger Baustein sind **Rehabilitationsmaßnahmen**, die das Verständnis der Erkrankung und die körperliche Aktivität des Patienten steigern können. Zur **Aktivitätssteigerung** ist im ambulanten Bereich der Kontakt zu Lungensportgruppen sowie zu Selbsthilfegruppen für die Patienten eine große Bereicherung.

Außerdem muss in diesem Setting die häufig schwierige **psychische Situation** beleuchtet werden.

Literatur unter [www.derhausarzt.eu](http://www.derhausarzt.eu)

Mögliche Interessenkonflikte: Der Autor hält Vorträge für Novartis, Chiesi, Berlin Chemie, Astra Zeneca und TEVA.



Fotos: alarts - Fotolia

ANZEIGE



UNSERE PARTNER STELLEN SICH VOR:

**ISLAND – DIE HEIMAT VON ELFEN UND FEEN**



**Gemeinsam mit unserem Partner Berge & Meer Island entdecken:**

- 8-tägig
- Mittelklassehotels
- Inkl. Verpflegung
- Garantierte Durchführung
- ab 1.699 € pro Person
- Reisezeitraum: Mai bis Oktober 2018
- Reise-Code: RSI004
- Kennziffer: 122/345

Begleiten Sie uns auf eine Reise durch ein Land, das facettenreicher kaum sein könnte. Brodelnde Vulkane und eiskalte Gletscher reihen sich hier aneinander. Die Insel aus Feuer und Eis bietet mit ihren atemberaubenden Naturlandschaften eines der interessantesten Reiseziele Europas.

Genießen Sie das Rauschen der Wasserfälle und den Anblick schroffer Felsformationen, erkunden Sie aktive Vulkane und lassen Sie Ihren Blick über die Weiten schweifen! Ebenfalls lernen Sie Reykjavik, die nördlichste Hauptstadt der Welt, kennen. Erleben Sie die Metropole und ihre Einwohner bei einer Stadtrundfahrt und lassen Sie sich von den kulturellen Highlights faszinieren. In der Region Reykjavik/Hafnarfjörður übernachten Sie in Mittelklassehotels

mit Lobby, Restaurant und Bar. In Hvollsvöllur, Höfn, Egilsstadir und Akureyri sind Sie in landestypischen

**berge & meer**

Hotels untergebracht, oft kleine Familienbetriebe, die ebenfalls ein Restaurant und eine Bar bieten. Die Doppelzimmer (min./

max. 2 Vollzahler) und Einzelzimmer (min./max. 1 Vollzahler) sind gemütlich eingerichtet und bieten alle Bad oder Dusche/WC.

Lesen Sie mehr unter [dhv.berge-meer.de/RSI004](http://dhv.berge-meer.de/RSI004). Verbandsmitglieder erhalten bei Buchung einer Reise mit Berge & Meer einen Rabatt von 5 % auf den Gesamtpreis. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen Hausärzterverband, Tel.: 02203 5756-1313 oder per Mail an [wg@hausarztverband.de](mailto:wg@hausarztverband.de).

Foto: Sonja Birkebach - Fotolia