COPD in der hausärztlichen Praxis

Evidenzbasierte Diagnostik und Therapie nach GOLD 2026. Prof. Dr. med. Claudia Steurer-Stey, Pneumologie und Innere Medizin FMH, mediX Gruppenpraxis Zürich, erklärt, was Sie über die chronisch obstruktive Lungenerkrankung wissen müssen.

Bilder: Merlin Photography Ltd.

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) zählt weltweit zu den führenden Ursachen für Morbidität und Mortalität. Für Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte stellt sie eine tägliche Herausforderung dar: Vor allem die frühzeitige Diagnose ist eine wichtige Aufgabe des Hausarztes, um die Prognose zu verbessern. Allerdings wird die Erkrankung häufig erst spät diagnostiziert. Exazerbationen sind die häufigsten Komplikationen in der Praxis mit hoher Morbidität, Hospitalisations -und Rehospitalisationsraten und ein grosser Kostentreiber. Das Wissen über unterschiedliche Phänotypen der COPD, über Biomarker sowie behandelbare Zusatzmerkmale und Komorbiditäten hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Entsprechend steht eine individualisierte nutzbringende Therapie, die sich an Symptomen, Exazerbationsrisiko, Eosinophilenzahl und Komorbiditäten orientiert, im Interesse der Betroffenen und ihrer Betreuer.

Diagnostik in der Primärversorgung

Vier zentralen Elemente hinter den Buchstaben

- **C** Confirmation und rechtzeitige Diagnose
- **O** Optimierung der Symptome
- **P** Prävention von Komplikationen, v.a. Exazerbationen
- **D** Diseasemanagement, Patientenkompetenz und koordinierte Versorgung

Spirometrie als Schlüsseluntersuchung

Die Spirometrie bleibt die zentrale diagnostische Massnahme in der hausärztlichen Praxis.

Bei Rauchern oder Exrauchern, Alter über 40 Jahre mit einer Rauchanamnese von von mehr als zehn Packungsjahren und einem der drei Leitsymptome Atemnot, Husten, Auswurf (AHA!), sollte eine Spirometrie durchgeführt werden, auch wenn Sie aus einem anderen Grund die Praxis aufsuchen.

Die Diagnose der COPD wird bei Nachweis einer nicht reversiblen Obstruktion, definiert als FEV1/FVC < 0,7 nach Bronchodilatation, gestellt.

Symptom- und Risikobewertung

Die aktuelle GOLD-Klassifikation verwendet die sogenannte ABE-Einteilung:

- A: geringe Symptomlast, niedriges Exazerbationsrisiko
- B: hohe Symptomlast, niedriges Exazerbationsrisiko
- E: hohes Exazerbationsrisiko unabhängig der Symptomlast

Zur Symptomlast-Erfassung werden empfohlen:

- CAT-Score (COPD Assessment Test)
- MRC-Dyspnoeskala
- Exazerbationen sind prognostisch besonders relevant, da sie mit beschleunigtem Funktionsverlust und erhöhter Morbidität und Mortalität assoziiert sind.

Nichtmedikamentöse Therapie

Rauchstopp

Der Rauchstopp ist die wirksamste Intervention zur Verlangsamung des Krankheitsprogresses. Bereits kurze ärztliche Interventionen erhöhen die Abstinenzrate signifikant. Empfehlenswert sind:

- strukturierte Tabakentwöhnung
- Verhaltenstherapie
- Nikotinersatztherapie
- Vareniclin, Bupropion und Cytisin bei geeigneten Patienten

Impfungen

Nutzen konsequenter Impfprävention bei COPD:

- Influenza jährlich
- Pneumokokken einmalig mit den neuen Impfstoffen
- Covid-19 nach Empfehlung
- RSV-Impfung bei älteren Risikopatienten alle 2-3 Jahre

Impfungen reduzieren Exazerbationen und Hospitalisationen deutlich.

Pulmonale Rehabilitation

Pulmonale Rehabilitation verbessert:

- Belastbarkeit
- Dyspnoe
- Lebensqualität
- Hospitalisationsrate

Trotz klarer Evidenz bleibt sie in der Primärversorgung untergenutzt. Besonders nach Exazerbationen sollte frühzeitig in ein stationäres oder ambulantes pulmonales Rehabilitationsprogramm überwiesen werden.

Die Motivation zu regelmässiger körperlicher Aktivität stellt in der Grundversorgung bei Diabetes und kardiovaskulären Erkrankungen ein zentrales Handlungsfeld mit grossem Potenzial für die Prävention und Sekundärprävention dar.. Bewegung ist Medizin! Dies gilt gerade auch für Menschen mit COPD.

DIE DREIFACH-KRAFT
AB MODERATER COPD*

TRIXEO AEROSPHERE®
(Formoterol/Glycopyrronium/Budesonid) Druckgasinhalation

Das Triple-Dosieraerosol in COPD mit kraftvollem Schutz vor Exazerbationen und kardiopulmonalen Ereignissen, sowie Reduktion des Gesamtmortalitätsrisikos

vs. LAMA/LABA (GLY/FORM)[§,1-5]



*TRIXEO AEROSPHERE® wird angewendet zur Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patient:innen mit moderater bis schwerer COPD, die mit einer dualen Inhalationstherapie (LAMA/LABA oder ICS/LABA) nicht ausreichend eingestellt sind.[4]

Enthält KI-generierte Inhalte

§Das Gesamtmortalitätsrisiko im TRIXEO AEROSPHERE® (5/7.2/160 µg, 2×2) Arm war niedriger vs. LAMA/LABA (GLY/FORM) (absolute Todesrate 1.4% vs. 2.6%; HR=0.51; (95%-KI: 0.33–0.80); **nicht adjustierter p-Wert = 0.0035**)[2]; finaler Datensatz inklusive weiterer Daten zum Vitalstatus. p-Werte gelten als nicht adjustiert, wenn ein Endpunkt der Typ-I-Fehlerkontrollprüfung keine Signifikanz erreicht.[2] **ETHOS-Studie:** 52-wöch., random., multizentrische Phase- III-Studie, >8'500 Patient:innen mit moderater bis sehr schwerer COPD: CAT ≥10; FEV1 25% bis 65% des voraussichtlichen Normalwertes, ≥2 inhalative Erhaltungstherapien, Exazerbationen in den letzten 12 Monaten: FEV1 <50%: ≥1 mittelschwere/schwere Exazerbation; FEV1 ≥50%: ≥2 moderate oder ≥1 schwere Exazerbation. **Primärer Endpunkt:** Rate mittelschwerer/schwerer Exazerbationen. **Sekundärer Endpunkt:** u. a. Gesamtmortalitätsrate.[3]

1. Ferguson GT, Rabe KF, Martinez FJ, et al. Triple therapy with budesonide/glycopyrrolate/formoterol fumarate with co-suspension delivery technology versus dual therapies in chronic obstructive pulmonary disease (KRONOS): a doubleblind, parallel-group, multicentre, phase 3 randomised controlled trial. Lancet Respir Med. 2018 Oct;6(10):747–758. **2.** Rabe KF, Martinez FJ, Ferguson GT, et al. Triple inhaled therapy at two glucocorticoid doses in moderate-to-very-severe COPD [article and supplementary appendix]. N Engl J Med. 2020;383:35–48. **3.** Martinez FJ, Rabe KF, Ferguson GT, et al. Reduced All-Cause Mortality in the ETHOS Trial of Budesonide/Glycopyrrolate/Formoterol for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. A Randomized, Double-Blind, Multicenter, Parallel-Group Study. Am J Respir Crit Care Med. 2021;203:553–564. **4.** Fachinformation TRIXEO®, www.swissmedicinfo-pro.ch. **5.** Singh D, et al. Effect of Triple Therapy on Cardiovascular and Severe Cardiopulmonary Events in COPD: A Post-hoc Analysis of a Randomized, Double-Blind, Phase 3 Clinical Trial (ETHOS). American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2024. Fachpersonen können die genannten Referenzen bei AstraZeneca AG anfordern.

Einscannen für die Fachinformation von TRIXEO*
Weitere Informationen: www.swissmedicinfo-pro.ch oder AstraZeneca AG, Neuhofstrasse 34, 6340 Baar, www.astrazeneca.ch.

AstraZeneca

CH-12489_ 03/2026

Patientenschulung

Die Selbstmanagementschulung und die Erstellung eines schriftlichen Aktionsplans sind evidenzbasiert und werden in den Leitlinien immer wieder empfohlen. Damit lernen Betroffene, auf eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands rechtzeitig und richtig zu reagieren. Dieses Vorgehen reduziert Hospitalisationen signifikant und verbessert die Lebensqualität.

Pharmakologische Therapie

Bronchodilatatoren als Basistherapie

Langwirksame Bronchodilatatoren bilden die Grundlage jeder COPD-Therapie.

LAMA und LABA

- LAMA: langwirksame Musk-Arinantagonisten
- LABA: langwirksame Beta-2-Agonisten

Die GOLD-2026-Leitlinie empfiehlt:

- Gruppe A: Monotherapie mit LAMA oder LABA
- Gruppen B und E: primär LABA/LAMA-Kombination

Eine duale Bronchodilatation verbessert die Lungenfunktion, die Symptomlast sowie die Exazerbationskontrolle deutlicher als die Behandlung mit nur einem Wirkstoff.

Rolle der inhalativen Kortikosteroide

Die Bedeutung der inhalativen Steroide hat sich in den letzten Jahren deutlich verändert. ICS sollen heute selektiv eingesetzt werden.

Wann profitieren Patienten von ICS?

Vor allem Patienten mit:

- >1 moderater oder schwerer Exazerbation
- erhöhten Blut-Eosinophilen
- Asthma-Komponente

profitieren von einer ICS-haltigen Therapie.

Besonders relevant ist der Eosinophilenwert:

- ≥300/µl: deutlicher Nutzen wahrscheinlich
- 100–300/µl: individueller Nutzen möglich
- <100/µl: eher geringer Nutzen

ICS-Monotherapie wird nicht empfohlen.

Risiken der ICS-Therapie

Wichtige Nebenwirkungen:

- Pneumonien
- orale Candidosen
- Hautatrophie
- Dysphonie

Neuere GOLD-Empfehlungen betonen ausdrücklich auch die Möglichkeit einer ICS-Reduktion und eines ICS-Stopps bei Pneumonien oder fehlendem Nutzen.

Triple-Therapie

Die Kombination aus:

- LABA
- LAMA
- ICS

Neu in GOLD 2026

≥ 1 moderate oder schwere Exazerbation im Vorjahr	**GRUPPE E** **LABA + LAMA**** **erwäge Einsatz von LABA + LAMA ± ICS***, wenn Bluteosinophile ≥ 300 Zellen /µl*****	
0 Exazerbationen im Vorjahr	**GRUPPE A** **Ein Broncho-dilatator#**	**GRUPPE B** **LABA + LAMA **#**
	mMRC 0–1 CAAT > 10	mMRC ≥ 2 CAAT ≥ 10

Abb. 1: Initiale Therapie nach ABE-Schema nach GOLD 2026 mod. nach Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2026. Die Exazerbationen beziehen sich auf die Anzahl an Exazerbationen innerhalb eines Jahres. mMRC: Modified Medical Research Council; CAAT: Chronic Airway Assessment Test. * Keine der derzeit zugelassenen fixen Triple-Therapien ist für die Initialtherapie bei COPD zugelassen. ** Eine Therapie mit einem einzelnen Inhalator kann vorteilhafter und wirksamer sein als eine Therapie mit mehreren Inhalatoren. Die Therapie mit einem einzelnen Inhalator verbessert die Therapie-Adhärenz. *** Blut-Eosinophile können variieren und sollten als Richtwert angesehen werden. # Bei einer initialen Behandlung mit langwirksamen Bronchodilatatoren ist die bevorzugte Wahl eine Kombination aus einem LABA und einem LAMA.

Trimbow® Extrafein

Trimbow® bei COPD[1]: jetzt auch erhältlich als Pulverinhalator NEXThaler®



Trimbow® 88/5/9
Inhalator NEXThaler®

Die einzige extrafeine 3-fach Fixkombination bei COPD erhältlich als pMDI und NEXThaler® (DPI) für einen optimalen Therapieentscheid.[1] Zur Behandlung der gesamten Lunge, bis in die kleinen Atemwege.[5]



Referenzen: 1. Trimbow® Fachinformation, www.swissmedicinfo-pro.ch. **2.** Ghosh S et al. Peak Inspiratory Flow Rate in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Implications for Dry Powder Inhalers. J Aerosol Med Pulm Drug Deliv. 2017 Dec;30(6):381-387. doi: 10.1089/jamp.20171416. Epub 2017 Sep 21. PMID: 28933581; PMCID: PMC5915227 **3.** Voshaar T et al. Comparing usability of NEXThalerR with other inhaled corticosteroid/long-acting β2-agonist fixed combination dry powder inhalers in asthma patients. J Aerosol Med Pulm Drug Deliv. 2014 Oct;27(5):363-70. doi: 10.1089/jamp.2013.1086. Epub 2013 Dec 3. PMID: 24299501; PMCID: PMC4175427. **4.** Chetta A et al. Inspiratory flow profile and usability of the NEXThalerR , a multidose dry powder inhaler, in asthma and COPD. BMC Pulm Med. 2021 Feb 25;21(1):65. doi: 10.1186/s12890-021-01430-9. PMID: 33632183; PMCID: PMC7905605. **5 .** Usmani OS. et al. Airway Deposition of Extrafine Inhaled Triple Therapy in Patients with COPD: A Model Approach Based on Functional Respiratory Imaging Computer Simulations. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2020; 152433–2440
Referenzen sind auf Anfrage erhältlich.

Trimbow® 87/5/9, Lösung zur Druckgasinhalation. **Z:** Jede abgegebene Dosis (die das Mundstück verlässt) enthält 87 µg Beclometasondipropionat, 5 µg Formoterolfumarat-Dihydrat und 9 µg Glycopyrronium (als 11 µg Glycopyrroniumbromid). **Trimbow® 88/5/9,** Pulver zur Inhalation (NEXThaler). **Z:** Jede abgegebene Dosis (die das Mundstück verlässt) enthält 88 µg Beclometasondipropionat, 5 µg Formoterolfumarat-Dihydrat und 9 µg Glycopyrronium (als 11 µg Glycopyrroniumbromid).
I: Zur Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patienten mit moderater bis schwerer chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) mit ≥1 Exazerbation in den letzten 12 Monaten, die mit einer Kombination aus einem inhalativen Kortikosteroid und einem langwirksamen Beta-2-Agonisten oder einer Kombination aus einem langwirksamen Beta-2-Agonisten und einem langwirksamen Muskarin-Antagonisten nicht ausreichend eingestellt sind. **D:** Zweimal täglich 2 Inhalationen. **KI:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der Hilfsstoffe. **VM:** Trimbow sollte nicht zur Akuttherapie von Bronchospasmen oder von Exazerbationen angewendet werden. Nach Anwendung mit Trimbow kann ein paradoxer Bronchospasmus mit stärkerem Giemen und Atemnot auftreten, ebenso wurden Überempfindlichkeitsreaktionen vom Soforttyp berichtet. Vorsicht ist bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen oder Herzrhythmusstörungen, Thyreotoxikose, Diabetes mellitus, Phäochromozytom, unkorrigierter Hypokaliämie, Engwinkelglaukom, Prostatahyperplasie oder Harnverhalten und mit schwerer Nieren- oder Leberfunktionsstörung geboten. Es sollte bei Patienten mit COPD auf eine mögliche Entwicklung einer Pneumonie geachtet werden. Gurgeln oder Spülen mit Wasser nach Verwendung des Produktes ist empfohlen. **S/S:** Anwendung während Schwangerschaft und Stillzeit vermeiden. **UAW:** Häufig: Pneumonie (bei COPD), Pharyngitis, orale Candidose, Harnwegsinfektion, Nasopharyngitis, Kopfschmerzen, Dysphonie. **IA:** Anwendung nicht kardioselektiver Beta-Blocker vermeiden, Vorsicht ist bei gleichzeitiger Anwendung anderer beta-adrenerger Arzneimittel geboten. **L:** Lösung zur Druckgasinhalation in der Apotheke im Kühlschrank (2-8°C), nach Abgabe an Patienten bei Raumtemperatur (bis 25°C) lagern, keinen Temperaturen über 50°C aussetzen. **P:** Packung mit 120 und 360 Hüben **Liste B**. Detaillierte Informationen: www.swissmedicinfo-pro.ch Zulassungsinhaberin: **Chiesi AG**, CH-1752 Villars-sur-Gläne. Auslieferfirma: **OM Pharma Suisse AG**, CH-1752 Villars-sur-Gläne.

Chiesi

OM PHARMA

CHTBO-2600/202604



Prof. Dr. med. Claudia Steurer-Stey
Pneumologie und Innere Medizin FMH,
mediX Gruppenpraxis Zürich

ist gemäss GOLD 2026 heute Standard bei Patienten mit rezidivierenden Exazerbationen trotz dualer Bronchodilatation und erhöhten Eosinophilenwerten. Die Triple-Therapie wird insbesondere gegenüber ICS+LABA aufgrund besserer Evidenz bevorzugt.

Mehrere Studien zeigen:
- weniger Exazerbationen
- bessere Lungenfunktion
- teilweise reduzierte Mortalität

Die Indikation sollte jedoch individuell und in Kooperation mit Pneumologen gestellt werden, um Übertherapie zu vermeiden.

Therapie der Exazerbation

Definition

Eine Exazerbation ist eine Verschlechterung der respiratorischen Leitsymptome Husten, Auswurf und Atemnot über die normalen Tagesschwankungen hinaus, die eine Therapieanpassung erforderlich macht.

Ambulante Behandlung

Bei leichter bis moderater Exazerbation:
- Erhöhung der inhalativen Basistherapie und kurzwirksame Bronchodilatatoren als Add-on-Therapie
- Prednisolon 40–50 mg täglich für 5 Tage
- Antibiotika bei purulentem Sputum oder bakteriellen Infektzeichen

Sauerstoffgabe mit Zielsättigung von 90%. Bei hyperkapnischen Patienten vorsichtigere Gabe von Sauerstoff beziehungsweise etwas niedrigere Sättigungswerte um 88% akzeptieren.

Nach der Exazerbation

Besonders wichtig ist die langfristige Optimierung der Dauertherapie. Viele Patienten benötigen nach Hospitalisation einen Ausbau der Therapie auf LABA/LAMA oder Triple-Therapie. Zusätzlich sollten überprüft werden:
- Verständnis, was eine Exazerbation ist, und Bereitstellen eines schriftlichen Aktionsplanes
- Inhalationstechnik
- Adhärenzprobleme
- Impfstatus
- Rauchverhalten
- regelmässige körperliche Aktivität
- Rehabilitationsbedarf und Einschluss in das ambulante Schulungsprogramm «Besser Leben mit COPD» in Zusammenarbeit mit den kantonalen Lungenligen

Inhalationstechnik: der häufigste Therapiefehler

Fehlerhafte Inhalation zählt zu den häufigsten Ursachen einer unzureichenden COPD-Kontrolle.
- Hausärztinnen und Hausärzte sollten die Inhalatoren kennen und instruieren können, regelmässig die Therapieadhärenz prüfen und sich folgende Schritte demonstrieren lassen:
  - Gerätehandhabung
  - korrekte Inhalationstechnik
  - Inspirationsfluss

Anhand dieser Schritte soll und kann das richtige Gerät für den individuellen Patienten ermittelt werden. Bei älteren Patienten können Dosieraerosole mit Vorschaltkammer oder Soft-Mist-Inhaler Vorteile gegenüber Pulverinhalatoren mit hohem Inspirationsfluss bieten. Die CO_2-Belastung ist mit Pulverinhalatoren geringer als mit Dosieraerosolen.

Komorbiditäten beachten

COPD ist eine systemische Erkrankung. Folgende Begleiterkrankungen sind häufig:
- kardiovaskuläre Erkrankungen
- Osteoporose
- Depression und Angststörungen
- Diabetes mellitus
- Schlafapnoe
- Sarkopenie

Die Prognose wird häufig stärker durch Komorbiditäten als durch die Lungenfunktion bestimmt. Daher ist ein ganzheitlicher hausärztlicher Ansatz essenziell.

Neue Entwicklungen

Die GOLD-2026-Leitlinie erwähnt erstmals neue zielgerichtete Therapieansätze:
- Biologika bei eosinophiler COPD
- PDE-3/4-Inhibitoren

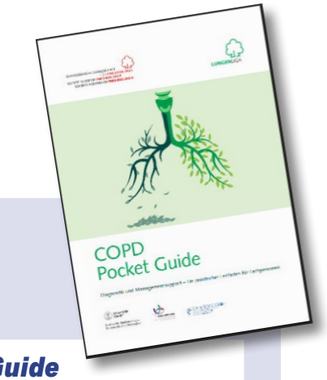
Diese Therapien sind derzeit spezialisierten Zentren vorbehalten, zeigen jedoch die zunehmende Individualisierung der COPD-Behandlung.

Fazit für die hausärztliche Praxis

Die lege artis durchgeführte COPD-Betreuung basiert auf fünf Grundprinzipien:
- **1. frühzeitige Diagnosebestätigung mittels Spirometrie**
- **2. Unterstützung zur Rauchentwöhnung und regelmässige körperliche Aktivität**
- **3. individualisierte inhalative Therapie**
- **4. Prävention und rechtzeitiges, adäquates Management von Exazerbationen**
- **5. Förderung von Patientenkompetenz**

Die GOLD-2026-Empfehlungen betonen zunehmend eine personalisierte Behandlung unter Berücksichtigung von Symptomen, Exazerbationsrisiko und Eosinophilenwerten.

Für die Allgemeinmedizin bedeutet dies eine zentrale Rolle in Diagnostik, Langzeitbetreuung, Prävention und Koordination interdisziplinärer Versorgung. Gerade in der hausärztlichen Betreuung entscheidet sich, ob COPD frühzeitig erkannt, leitliniengerecht behandelt und langfristig mit besserer Prognose und grösserem Nutzen für Betroffene und das Gesundheitswesen einhergeht.



Der Pocket Guide

Von Prof. Dr. med. Claudia Steurer-Stey.
www.lungenliga.ch/informationsmittel

Für ein effektives Management der COPD sind individualisierte therapeutische Entscheidungen basierend auf der Beurteilung der Symptome und des Exazerbationsrisikos zentral. Weiter ist es wichtig, die Ressourcen aus relevanten Lebensbereichen zu erfassen. Zusätzliches Augenmerk wird auf konkrete Hilfestellung zur Gesprächsführung, für Rauchstopp und für regelmässige körperliche Aktivität gelegt. Ergänzt wird diese Auflage um zwei weitere bedeutsame Themen für eine ganzheitliche Betreuung: Sexualität und Palliative Care. Pharmakologische und nicht pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten können den Verlauf und die Prognose der COPD günstig beeinflussen. Therapeutischer Nihilismus ist daher genauso wenig gerechtfertigt wie eine inadäquate medikamentöse Therapie. Die Quintessenz wichtiger Empfehlungen zu Diagnose und Management der COPD ist in Form dieses aktualisierten COPD Pocket Guide übersichtlich und praxistauglich aufbereitet. Der COPD Pocket Guide kann und soll Sie so bei Ihrer täglichen Arbeit im Sinne einer evidenzbasierten, qualitativ hochstehenden, nutzbringenden und personenzentrierten Betreuung unterstützen.