

Therapie der COPD

Nicht – medikamentöse Therapie

Die Evidenzqualität für die Wirksamkeit von körperlichem Training wird insgesamt als gering eingeschätzt. Zwar liegen insbesondere zum Vergleich zu keinem Training Daten mit moderater Evidenzqualität vor, diese beziehen sich aber nur auf einzelne Sportarten und lassen keine verallgemeinernden Aussagen zu. Dennoch schätzt die Leitliniengruppe auf Basis der vorhandenen Evidenz sowie aus eigener klinischer Erfahrung jegliche Art des körperlichen Trainings als wirksam ein, insbesondere im Hinblick auf den Erhalt der Autonomie, der in den vorliegenden Studien nicht untersucht wurde. Auf Basis der verfügbaren Daten lassen sich keine Aussagen ableiten, welche Form oder welcher Umfang der Aktivität besonders wirksam sind. Deshalb spricht die Leitliniengruppe eine starke Empfehlung für körperliche Aktivität aus, ohne die Art der Aktivität weiter zu spezifizieren.

Die Leitliniengruppe möchte deutlich darauf hinweisen, dass nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen einen hohen Stellenwert in der Therapie von Patient*innen mit COPD einnehmen und empfiehlt ausdrücklich, diese vor der Einleitung medikamentöser Langzeit-Maßnahmen zu beginnen. Auch bei schweren Krankheitsstadien profitieren Patient*innen mit COPD erfahrungsgemäß von einem dem körperlichen Zustand angemessenem körperlichem Training. Eine Ausnahme hiervon bildet der Vorrang medikamentöser Therapie in medizinischen Akutsituationen.

Es fehlen Daten, die strukturierte Rehabilitationssport-Programme mit anderen Angeboten körperlicher Aktivität vergleichen. Daher spricht die Leitliniengruppe hier eine abgeschwächte Empfehlung aus. Sie betont aber, dass gerade Rehasport auf Grund seiner strukturellen Rahmenbedingungen gute Voraussetzungen bietet, solchen Menschen Sport zu ermöglichen, die zu selbstständiger körperlicher Aktivität temporär oder dauerhaft nicht in der Lage sind.

Atemphysiotherapie

Die Evidenzqualität zu Selbsthilfetechniken bei Atemnot wird als sehr gering eingeschätzt. Es konnte kein direkter Vergleich für die Fragestellung identifiziert werden, d.h. die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf die Praxis ist schwer zu beurteilen. Zudem sind die Effekte eher gering. Aus Sicht der Leitliniengruppe haben Selbsthilfetechniken bei Atemnot dennoch einen besonderen Stellenwert, der eine

starke Empfehlung rechtfertigt. Dies gilt insbesondere für das Selbstmanagement bei Notsituationen. Atemnot kann von Patient*innen mit COPD als sehr bedrohlich empfunden werden. Zudem ist häufig nicht sofort ärztliche Hilfe verfügbar, sodass die Patient*innen darauf angewiesen sind, zumindest vorübergehend auf eigene Kompetenzen des Notfallmanagements zurückzugreifen. Diese gelernt zu haben, kann erfahrungsgemäß die Sicherheit in Notfallsituationen stärken und Angst reduzieren. Gleichzeitig sieht die Leitliniengruppe keine Hinweise auf unerwünschte Folgen. Deshalb spricht sie eine starke Empfehlung aus und weist darauf hin, dass diese Techniken in unterschiedlichen Settings vermittelt werden können und sollen.

Patientenschulung und Selbstmanagement

Die Leitliniengruppe schätzt die systematisch recherchierte, aus dem deutschen Versorgungskontext stammende Evidenz als ausreichend sicher ein, um eine starke Empfehlung auszusprechen, weil bei unterschiedlich komplexen Schulungsinterventionen in beiden Studien relevante Endpunkte verbessert werden konnten. Zudem sind strukturierte, evaluierte und zielgruppenspezifische Schulungsprogramme flächendeckend in Deutschland verfügbar. Andererseits sieht die Leitliniengruppe ein relevantes Versorgungsproblem: Aus dem Qualitätsbericht des DMP Nordrhein aus dem Jahre 2017 geht hervor, dass von den bis zum Jahr 2017 im DMP verbliebenen Patient*innen mit COPD ca. 41% als geschult gelten; 37% der zu diesem Zeitpunkt dokumentierten Patient*innen wurde im Verlauf des DMP eine Schulung empfohlen, 46% davon haben diese innerhalb eines Jahres danach wahrgenommen. Da Schulungen prinzipiell als wirksam eingeschätzt werden und gleichzeitig die Gefahr besteht, dass bestimmte Inhalte wieder vergessen werden, spricht die Leitliniengruppe konsensbasiert eine starke Empfehlung aus.

Ernährung

Die Evidenzqualität zugunsten einer Nahrungsergänzung wird als moderat eingeschätzt, so dass sie prinzipiell den Vorteil von gewichtsfördernden Maßnahmen bei krankheitsbedingt untergewichtigen Menschen mit COPD nahelegt. Gleichwohl empfiehlt die Leitliniengruppe ausdrücklich nicht die in einigen Studien untersuchte Gabe von Steroiden oder Wachstumshormonen, sondern spricht sich für eine hochkalorische Nahrungsergänzung aus, um Gewichtszunahme zu fördern. Angesichts des deutlichen Zusammenhangs zwischen Prognose und Untergewicht sowie dem prinzipiellen Benefit der Gewichtsförderung spricht die Leitliniengruppe eine starke Empfehlung aus.

In einer systematischen Recherche zum Gewichtsmanagement konnte keine Evidenz für Patient*innen mit COPD und Übergewicht gefunden werden. Basierend auf der

Erfahrung der Leitliniengruppe ist jedoch von einer potentiellen Prognoseverbesserung und Besserung der Symptomatik, insbesondere Dyspnoe, auszugehen, welche erreicht werden kann, wenn Patient*innen mit COPD und einem sehr hohen Ausgangsgewicht abnehmen. Die Leitliniengruppe geht davon aus, dass stark über- und untergewichtige Patient*innen mit COPD von einer Ernährungsberatung profitieren, um danach zu prüfen, welche Lebensstilmaßnahmen in ihrem individuellen Fall geeignet sein können. Deshalb spricht sie eine starke Empfehlung aus.

Tabakentwöhnung

Um die Wichtigkeit der wirksamen Tabakentwöhnung bei Patient*innen mit COPD insbesondere auch im Hinblick auf die Gefahren des Rauchens bei atmungsunterstützenden Maßnahmen herauszustellen, hat die Leitliniengruppe konsensbasiert eine starke Empfehlung formuliert und diese explizit vor die Abschnitte zur Langzeit-Sauerstofftherapie (LTOT) und außerklinischen nichtinvasiven Beatmung (NIV) gestellt. Sie erhofft sich, dass einerseits die einschneidende Maßnahme der Atmungsunterstützung als solche und andererseits die möglichen Gefahren, wie z. B. eine erhöhte Verbrennungsgefahr beim Rauchen und gleichzeitiger Sauerstofftherapie Patient*innen motivieren können, mit dem Rauchen aufzuhören. Darüber hinaus geht die Leitliniengruppe aufgrund ihrer klinischen Erfahrungen und ihrer Kenntnis der allgemeinen Evidenz zum Thema von vermutlich geringeren Effekten einer LTOT bei noch rauchenden Patient*innen mit COPD aus.

Inhalative Therapie

Nach den Daten aus einer strukturierten Recherche und basierend auf der klinischen Erfahrung sowie anderen Leitlinien sieht die Leitliniengruppe eine ausschließlich bedarfsorientierte Therapie mit einem SAMA oder SABA als Behandlungsoption bei mild bis mittelgradiger COPD-Symptomatik. Sie zeichnen sich aus durch einen schnellen Wirkungsbeginn und eine Wirkdauer von 4-6 Stunden und sind daher in der Bedarfs- und Notfalleinwendung einsetzbar. Da keine Überlegenheit einer Wirkstoffgruppe gezeigt werden konnte, ist es gerechtfertigt, die Bedarfsmedikation entsprechend des individuell besseren Ansprechens der Patient*innen auf die jeweilige Medikation zu wählen.

Bei der ausschließlich bedarfsorientierten Therapie besteht erfahrungsgemäß die Gefahr der Verschleierung einer Progression durch zu häufigen Gebrauch. Das kann dazu führen, dass nicht rechtzeitig eine Langzeittherapie initiiert wird. Die Leitliniengruppe weist darauf hin, dass eine Langzeittherapie mit kurzwirksamen

Bronchodilatoren aufgrund des Nebenwirkungsprofils nicht indiziert ist. Steht die Vermeidung von weiteren Exazerbationen im Fokus der Therapie, sieht die Leitliniengruppe keine Indikation für bedarfsweisen Einsatz von SABA oder SAMA.

Langwirksame Bronchodilatoren

Die Evidenzqualität wird als moderat eingeschätzt. LAMA sind im Vergleich zu Placebo prinzipiell wirksam, zudem sind LAMA und LABA hinsichtlich Mortalität und Verbesserung der Symptomatik vergleichbar. Hinsichtlich der Vermeidung von Exazerbationen scheinen LAMA überlegen. Daraus leitet die Leitliniengruppe die Indikation für ein LAMA oder ein LABA bei therapienaiven Patient*innen mit COPD ohne stattgehabte Exazerbationen ab. Ebenso begründen die Daten die Indikation eines LAMA bei Patient*innen mit höherer Exazerbationsfrequenz.

LAMA/LABA/ICS

Die Evidenzqualität wird für Patient*innen mit stattgehabten Exazerbationen als moderat eingeschätzt; bei Patient*innen ohne stattgehabte Exazerbationen als sehr gering. Auf Basis der identifizierten Evidenz und klinischer Überlegungen sieht die Leitliniengruppe in der Triple-Therapie eine Möglichkeit der Therapieeskalation für Patient*innen mit COPD, bei welchen – trotz Therapie mit einer LAMA/LABA-Kombination – weiterhin Exazerbationen vorrangig sind. Die Daten der hier eingeschlossenen 5 RCTs zeigen unter Einsatz der Triple-Therapie eine Verbesserung des Endpunktes Exazerbationen; die Konfidenzintervalle sind zumeist eng, was für eine ausreichende Präzision dieses Endpunktes spricht (Ausnahme Ferguson: Vergleich Triple-Therapie vs. LABA/ICS). Die Übertragbarkeit dieses Effektes (Direktheit) ist zumeist begrenzt auf Patient*innen mit COPD und stattgehabten Exazerbationen im letzten Jahr – 4/5 der identifizierten RCTs hatten dies als Einschlusskriterium definiert. Bei Patient*innen ohne Exazerbationen hat die Triple-Therapie dagegen keinen großen Stellenwert, da der Effekt auf die Symptomatik kaum untersucht wurde und nicht plausibel erscheint. In 3/5 der identifizierten Studien ergaben sich zudem Hinweise darauf, dass bei einer höheren Eosinophilenzahl im Differentialblutbild die Triple-Therapie eine stärkere Reduktion künftiger Exazerbationen erzielen kann. Hier sieht die Leitliniengruppe eine mögliche Indikation für die zusätzliche Gabe eines ICS (siehe den folgenden Abschnitt). Anhaltspunkte für ein eventuell erhöhtes Ansprechen auf die inhalative Steroidgabe können – neben der erhöhten Eosinophilenzahl – ein

diagnostisch gesichertes Asthma oder eine Atopie, erhebliche Variationen der FEV1 über einen längeren Zeitraum (mindestens 400 ml), oder eine über den Tag erhebliche Variation des maximal expiratorischen Flusses (mindestens 20%) sein.

Inhalationssysteme

Optimale Wirksamkeit der inhalativen Therapie bei geringstmöglichen unerwünschten Wirkungen ist nur mit richtiger Inhalationstechnik zu erreichen. Die Voraussetzung dafür ist ein Inhalationssystem, das den Fähigkeiten des/der Patient*in optimal entspricht. Wegen der Bedeutung der richtigen Inhalationstechnik für den Therapieerfolg spricht die Leitliniengruppe konsensbasiert eine starke Empfehlung aus.

Die moderate Evidenzqualität sowie die Relevanz der Inhalationstechnik für den Erfolg der inhalativen Therapie stützen eine starke Empfehlung zugunsten der Instruktion. Die Leitliniengruppe erachtet es als sinnvoll, dass Ärzt*innen und entsprechend qualifizierte Apotheker*innen bei der Auswahl der Inhalationssysteme und der Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung und Inhalationstechnik zusammenarbeiten. Auch die Überprüfung der korrekten Arzneimittelanwendung und Inhalationstechnik ist durch beide Berufsgruppen möglich. Die primäre Verantwortung der Einweisung in das Inhalationssystem obliegt dabei dem verordnenden Arzt bzw. der verordnenden Ärztin, der/die ggf. zusätzlich durch entsprechend qualifizierte Apotheker*innen in den Abläufen unterstützt wird.

Um das Risiko für Verwechslungen und/oder Fehler in der Handhabung zu minimieren, empfiehlt die Leitliniengruppe auf Basis der klinischen Erfahrung, bei mehreren inhalativ applizierbaren Wirkstoffen Inhalationssysteme des gleichen Typs zu verordnen. So ist es möglich, die Handhabungskompetenz, das Selbstmanagement sowie ggf. die Adhärenz zu verbessern. Die Empfehlungsstärke der Empfehlung [5-5](#) wurde, anders als in der NVL Asthma, auf ein "sollte" abgeschwächt. Auch wenn ein einheitliches Inhalationssystem prinzipiell wegen der einfacheren Handhabbarkeit wünschenswert erscheint, ergibt sich bei Patient*innen mit COPD das Problem, dass einige wichtige Basismedikamente nicht in einem System verfügbar sind, vor allem in Hinblick auf die verfügbaren Generika, die unter Wirtschaftlichkeitsaspekten verordnet werden.

Die für die NVL Asthma identifizierte Evidenz weist trotz geringer Qualität darauf hin, dass der Wechsel eines Inhalationssystems mit der Gefahr von Handhabungsfehlern und mit der Verschlechterung patientenrelevanter Outcomes einhergehen kann. Da auch hier der Aspekt der Schadensvermeidung im Mittelpunkt steht, spricht die Leitliniengruppe eine starke Negativ-Empfehlung aus, wenn Patient*innen gut mit ihrem

Inhalationssystem und der Arzneimittelanwendung vertraut sind. Bei Handhabungsfehlern, die trotz wiederholter Instruktion fortbestehen und Einfluss auf die Effektivität der medikamentösen Therapie haben, ist es wichtig, einen Wechsel des Inhalationssystems zu prüfen, sofern für den entsprechenden Arzneistoff andere Inhalationssysteme zur Verfügung stehen. Für den Fall, dass der Wechsel des Inhalationssystems unvermeidbar ist, ist eine erneute Einweisung unverzichtbar.

Die Überprüfung der Inhalationstechnik insbesondere bei mangelnder Symptomkontrolle vermeidet, dass die Therapie unnötig eskaliert wird. Aus dieser Sicherheitsüberlegung heraus spricht die Leitliniengruppe auch ohne identifizierte Evidenz eine starke Empfehlung aus.

Orale Steroidtherapie

Auf Basis ihrer klinischen Erfahrungen sieht die Leitliniengruppe keine belastbare Evidenz für die dauerhafte Gabe von OCS, insbesondere aufgrund der potenziellen Schäden. In den seltenen Fällen, in denen sich eine orale Steroidgabe vorübergehend dennoch nicht vermeiden lässt, ist es wichtig, diese dann mit einer möglichst niedrigen wirksamen Dosierung durchzuführen. Grundsätzlich sind die kontinuierliche Überprüfung der Indikation und entsprechende Absatzversuche geboten.

Impfschutz bei Patienten mit COPD

Die Leitliniengruppe schätzt die Evidenzqualität für die Pneumokokkenimpfung als moderat, für die Gripeschutzimpfung als gering ein. Aus den identifizierten Daten leiten sich Hinweise ab, dass diese Impfungen bei Patient*innen mit COPD relevante Outcomes verbessern können. Da zudem das Schadenspotenzial als gering anzusehen ist, spricht die Leitliniengruppe trotz teils eingeschränkter Aussagekraft der Daten eine starke Empfehlung aus. Sie schließt sich damit der STIKO an.

Quelle: <https://next.amboss.com/de/search?q=copd&v=overview>