

Akuter Husten: Meist sind Viren die Auslöser

Optionen für eine symptomatische Therapie gemäss DGP-Leitlinie

Akuter Husten zählt zu den häufigsten Gründen für einen Arztbesuch. Meistens, vor allem in der kalten Jahreszeit, steckt ein viraler Erkältungshusten dahinter. Zwar heilt eine akute Bronchitis auch ohne Therapie, aber mit einer symptomatischen Behandlung können Erkrankungsdauer und Intensität des Hustens verringert werden. In der im April 2019 aktualisierten Hustenleitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) zur Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten wird bei akutem Husten zur symptomatischen Therapie geraten. Nach evidenzbasierten Kriterien kommen dafür chemische Expektoranzien – neu aufgenommen wurde Ambroxol –, mehrere Phytopräparate und Antitussiva infrage. Mit der Therapie sollte nach sorgfältiger Anamnese frühzeitig begonnen werden, eine weiterführende Diagnostik ist beim Erkältungshusten nicht erforderlich.

Kai-Michael Beeh

Die S2k-Leitlinie der DGP wurde für Pneumologen verfasst, liefert aber auch dem Allgemeinarzt einen guten Überblick über Pathophysiologie und Klassifizierung des Hustens, die Differenzialdiagnose und die Therapieoptionen. Die Leit-

linie enthält 48 im Konsensusverfahren abgestimmte Empfehlungen und 16 Statements (1). Thematisch werden sowohl der akute als auch der chronische Husten abgedeckt. Der Artikel fasst die wichtigsten Inhalte der Leitlinie zusammen, wobei der Fokus auf dem Erkältungshusten liegt.

MERKSÄTZE

- ▶ Als akut gilt Husten, wenn die Symptome bis zu 2 Wochen andauern. Häufigste Ursache sind in der Regel virale Infektionen der oberen Atemwege, die spontan wieder abklingen. Bei mehrmaligen Episoden akuten Hustens (< 2 Wochen) pro Jahr wird von einem rezidivierenden akuten Husten gesprochen. Husten mit einer Dauer von 2 bis 8 Wochen wird als subakut, länger als 8 Wochen andauernder Husten als chronisch bezeichnet.
- ▶ Die medikamentöse symptomatische Therapie bei Husten stützt sich gemäss Leitlinie auf 2 Prinzipien: «protussiv» (expektorationsfördernd) und «antitussiv», d. h. hustendämpfend. In der Praxis werden beide Therapieprinzipien oft parallel eingesetzt.
- ▶ Die Förderung der Expektoration ist das zentrale Prinzip bei Erkrankungen mit Sekretretention. Domäne der antitussiven Therapie sind Patienten mit unproduktivem Husten oder mit nur geringer Sekretbildung.
- ▶ Bessert sich ein Husten nicht, müssen Grunderkrankungen ausgeschlossen werden, die mit einem chronischen Husten einhergehen.

Akut – subakut – chronisch

Die Klassifizierung des Hustens nach seiner Dauer erfolgt im Einklang mit internationalen Leitlinien und erlaubt Rückschlüsse auf die Ursache (Tabelle 1).

Als akut gilt der Husten, wenn die Symptome bis zu 2 Wochen andauern. Häufigste Ursache sind Infektionen der oberen Atemwege, in der Regel viral bedingt, die spontan wieder abklingen. Meistens werden die Infekte durch Rhinoviren (30–50%), ausserdem durch Corona-, Parainfluenza-, Influenza-, Adeno-, Entero- und Metapneumoviren sowie RSV (respiratory syncytial virus) ausgelöst. Bakterielle Infekte verursachen im Vergleich zu viralen Entzündungen viel seltener akuten Husten.

Ausgelöst werden kann ein akuter Husten aber auch durch eine Allergie, zum Beispiel bei Patienten mit allergischer Rhinokonjunktivitis, durch ein Asthma bronchiale, eine Aspiration (v. a. bei Kleinkindern) oder durch inhalative Intoxikation (Unfälle, Brände). Zu den selteneren Ursachen zählen Lungenembolie, Pneumothorax und kardiale Erkrankungen mit akuter Lungenstauung.

Wenn mehrmals im Jahr Episoden akuten Hustens (< 2 Wochen) auftreten, wird von einem rezidivierenden akuten Husten gesprochen. Als subakut wird Husten mit einer Dauer von 2 bis 8 Wochen bezeichnet. Auch hiervon sind vor allem Patienten mit (viralen) Erkältungsinfekten be-

Tabelle 1:

Klinische Klassifizierung und Ursachen des Hustens

Akut (< 2 Wochen)	Subakut (2 bis 8 Wochen)	Chronisch (> 8 Wochen)
<p><i>Erkrankungen der Atemwege</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ obere Atemwege - (virale) Erkältungsinfekte - allergische Rhinokonjunktivitis ▲ Asthma ▲ Aspiration: oft Kinder 1 bis 3 Jahre ▲ inhalative Intoxikation: Unfälle, Brände <p><i>Erkrankungen der Lungen/der Pleura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Lungenembolie ▲ Pneumothorax <p><i>Extrapulmonale Ursachen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ kardiale Erkrankungen mit akuter Lungenstauung 	<p><i>Erkrankungen der Atemwege</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ postvirale Rhinosinusitis ▲ postinfektiöser Husten mit vorübergehender bronchialer Hyperreagibilität ▲ Pertussis, Adenoviren- oder Mykoplasmeninfekt <p><i>Erkrankungen der Lungen/der Pleura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Pneumonie ▲ Pleuritis 	<p><i>Erkrankungen der Atemwege/der Lungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Erkrankungen der oberen Atemwege ▲ chronische nicht obstruktive Bronchitis, COPD ▲ eosinophile Erkrankungen: Asthma, NAEB ▲ Lungentumoren ▲ obstruktives Schlafapnoesyndrom ▲ Infektionen, z. B. Tuberkulose ▲ diffuse Lungenparenchymerkrankung <p><i>Systemerkrankung/Lungenbeteiligung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ inhalative Ereignisse (Aspiration, RADS) ▲ Bronchiektasen, Bronchomalazie ▲ zystische Fibrose ▲ seltene lokalisierte Erkrankungen des Tracheobronchialsystems <p><i>Extrapulmonale Ursachen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ gastroösophageale Refluxkrankheit ▲ medikamentös ausgelöster Husten: z. B. ACE-Hemmer ▲ kardiale Erkrankungen - alle mit Lungenstauung - Endokarditis <p><i>Chronischer idiopathischer Husten</i></p>

nach (1)

COPD: chronisch obstruktive Lungenkrankheit (chronic obstructive pulmonary disease), RADS: «reactive airways dysfunction syndrome», ACE: «angiotensin-converting enzyme», NAEB: nicht asthmatische eosinophile Bronchitis

troffen, bei denen der Infekt nur verzögert abklingt. Dies ist zum Beispiel häufig bei einer Infektion mit Adenoviren, Mykoplasmen oder auch Bordetella pertussis der Fall. Von einem chronischen Husten spricht man ab einer Dauer von 8 Wochen. Für eine anhaltende Hustensymptomatik kommt ein ganzes Spektrum an Krankheiten infrage – neben Erkrankungen der Atemwege inklusive Lungentumoren und obstruktivem Schlafapnoesyndrom auch extrapulmonale Ursachen wie gastroösophagealer Reflux, kardiale Erkrankungen oder medikamentös ausgelöster Husten (Tabelle 1).

Bei Erkältungshusten keine weitere Diagnostik erforderlich

Laut Leitlinie kann bei Hustenpatienten bis zum Beginn der Stufendiagnostik 8 Wochen gewartet werden, sofern eine für einen akuten Atemwegsinfekt typische Anamnese und ein passender körperlicher Untersuchungsbefund festgestellt worden sind und keine Alarmzeichen vorliegen. Dazu zählen zum Beispiel Hämoptoe, Ruhedyspnoe, Heiserkeit, Fieber ≥ 38,5 °C oder anamnestisch bekannte Malignome. Bei solchen Alarmzeichen sollte sofort eine weiterführende Diagnostik beginnen (Abbildung). Auch bei Hinweisen auf einen bakteriellen Infekt kann gegebenenfalls eine weiterführende Diagnostik erfolgen, um einen unnötigen Einsatz von Antibiotika zu vermeiden.

Pathophysiologie des Hustens

Der Hustenreiz wird über vagale sensible Afferenzen vermittelt. Überall im Epithel des Atemtrakts befinden sich auf Nervenendigungen sogenannte Hustenrezeptoren, die durch mechanische und chemische Reize sowie durch freigesetzte Entzündungsmediatoren (Bradykinin, Prostaglandine) aktiviert werden können. Reizsignale werden über A- und C-Fasern zum Hirnstamm übertragen und gelangen schliesslich zum Hustenzentrum in der Medulla oblongata. Hier wird der Hustenreflex ausgelöst. Sowohl zentrale Prozesse (z. B. neuronale Veränderungen) als auch periphere Prozesse (z. B. entzündliche Veränderungen) können zu einer Hypersensitivität des Hustenreflexes beitragen – nach heutigem Wissensstand die Ursache für einen chronischen idiopathischen Husten. Auch entzündliche Erkrankungen der oberen Atemwege (Rhinitis, Rhinosinusitis) können Husten verursachen. Ursächlich wird hier eine Aktivierung sensibler trigeminaler Nervenfasern durch Entzündungsmediatoren angenommen, die sekundär in einer Herabsetzung der zentralen Hustenschwelle resultiert.

Symptomatische Therapie

Ob ein produktiver Husten oder ein trockener (Reiz-)Husten vorliegt, rückt beim Hustenmanagement in den Hintergrund. Die Grenzen sind fließend, heisst es in der Leitlinie, Wahrnehmung und Bewertung der Sputummenge zudem

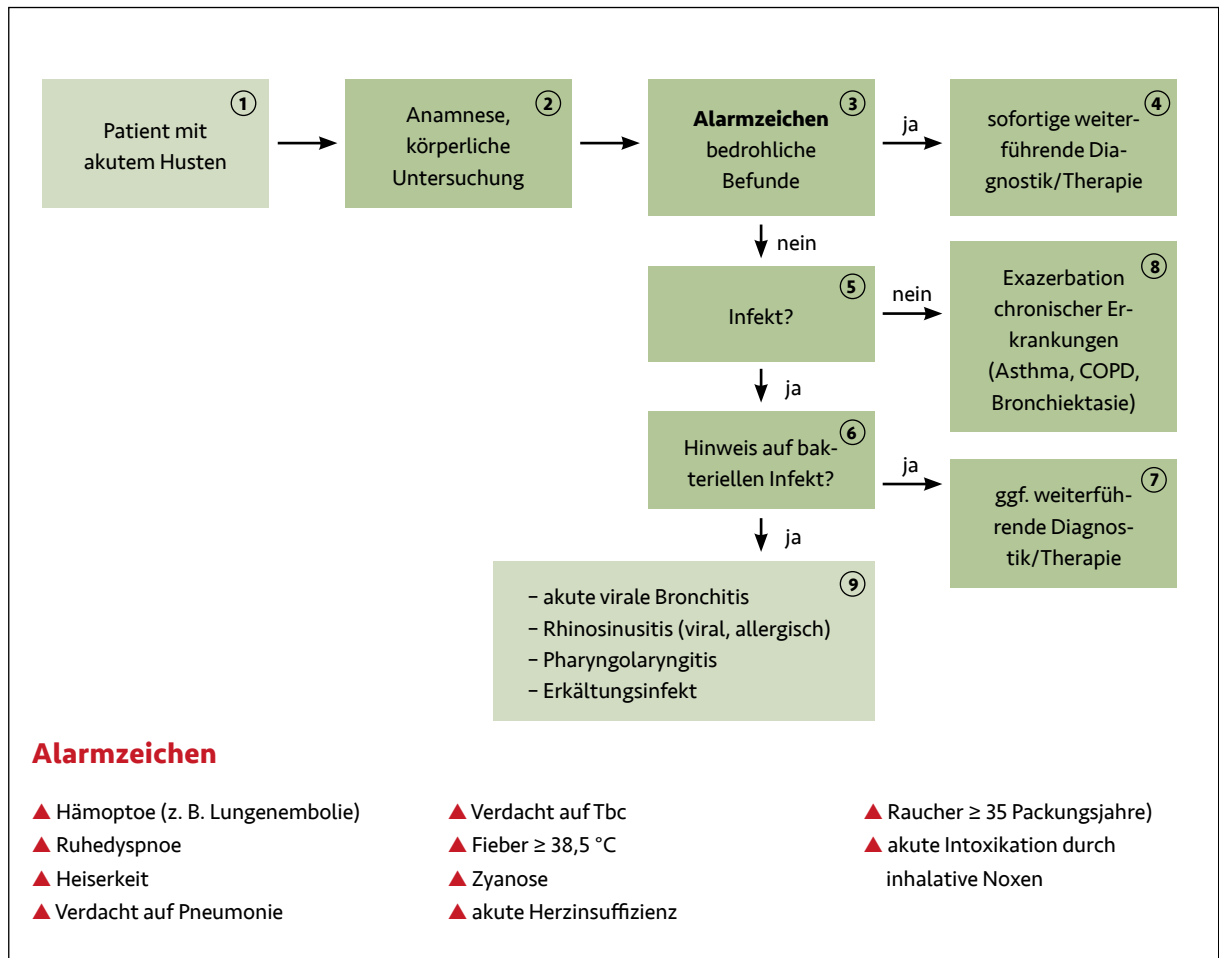


Abbildung: Algorithmus akuter Husten inklusive Alarmzeichen (COPD: chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Tbc: Tuberkulose)

äusserst subjektiv. Häufig werde ein Reizhusten vom Patienten als «Verschleimung» wahrgenommen – eine Folge der Hypersensitivität der Hustenrezeptoren. Eine strikte Unterscheidung der beiden Hustenformen sei letztlich auch therapeutisch wenig bedeutsam, so die Autoren. Lediglich die angewandten Techniken der physiotherapeutischen Atemtherapie unterscheiden sich bei produktivem und nicht produktivem Husten. Die meisten Patienten, die wegen Husten den Arzt konsultieren, leiden unter Husten mit geringen Sekretmengen (bei akuten Atemwegsinfektionen) beziehungsweise unter einem unproduktiven Reizhusten (z. B. bei Asthma oder Lungenparenchymerkrankungen). Bei eindeutigen Hinweisen für einen Erkältungshusten beziehungsweise nach Abklärung der Hustenursache, um gegebenenfalls kausal behandeln zu können, ist eine symptomatische Therapie empfehlenswert. Husten ist bei viralen Atemwegsinfekten häufig das am meisten störende und auch das am längsten anhaltende Symptom. Ein akuter Virusinfekt des Atemtrakts mit Husten dauert durchschnittlich 2 Wochen. Viele Patienten leiden erheblich unter Husten, vor allem unter nächtlichem Husten, und haben eine deutlich eingeschränkte Lebensqualität. Medikamentos kann die Symptomatik gemildert und die Hustendauer verringert werden. Für mehrere Phytotherapeutika, Dextromethorphan und Ambroxol konnte in randomisierten

kontrollierten Studien (RCT) bei Patienten mit akuter Bronchitis eine Verkürzung der Dauer und/oder die Senkung der Intensität des Hustens belegt werden. Häufig werden Patienten mit akutem Husten aufgrund eines Erkältungsinfekts nach wie vor mit Antibiotika behandelt, obwohl diese Behandlung nicht zielführend ist. Auch Husten mit grünlich verfärbtem Auswurf ist kein eindeutiges Kriterium für einen bakteriellen Superinfekt. Antibiotika sollten bei Erkältungshusten nur nach strengen Kriterien eingesetzt werden. Etwas grosszügiger können Antibiotikaverordnungen nach Ansicht der Leitlinienautoren bei Älteren und Risikopatienten mit Komorbiditäten erfolgen. Eine symptomatische Therapie kommt ausser bei Atemwegsinfekten auch bei chronisch refraktärem und chronisch idiopathischem Husten infrage, wenn die gezielte Therapie erst verzögert den Husten lindert oder auf Husten nur einen unzureichenden Effekt hat.

Zwei Wirkprinzipien

Die medikamentöse symptomatische Therapie bei Husten stützt sich laut Leitlinie auf 2 Prinzipien:

- ▲ «protussiv», d. h. expektorationsfördernd: Expektoranzien (z. B. Ambroxol, N-Acetylcystein, verschiedene Phytopharmaka) erhöhen das Sekretvolumen, verrin-

gern die Viskosität des Sekrets und fördern damit die bronchiale Reinigung. Sie erleichtern dadurch das Abhusten und können die Beschwerden subjektiv bessern. Die Elimination des Sekrets entlastet die Hustenrezeptoren und lindert dadurch den Hustenreiz.

- ▲ «antitussiv», d. h. hustendämpfend: Zur Stillung des Hustenreizes gibt es eine ganze Reihe von Medikamenten. Diese können einen hustenstillenden Effekt entweder über eine Beeinflussung peripherer Hustenrezeptoren oder über eine zentralnervöse Dämpfung des Hustenreflexes erzielen.

In der Praxis werden beide Therapieprinzipien oft parallel eingesetzt, abhängig auch von den Grunderkrankungen der Patienten. Die Förderung der Expektoration ist das zentrale Prinzip bei Erkrankungen mit Sekretretention, zum Beispiel bei chronischer hypersekretorischer Bronchitis, höhergradiger chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)

oder Bronchiektasen. Antitussiva sollten bei Patienten mit diesen Erkrankungen nur zurückhaltend eingesetzt werden, zum Beispiel zur Dämpfung eines nächtlichen Hustens in Kombination mit Expektoranzien tagsüber. Domäne der antitussiven Therapie sind Patienten mit unproduktivem Husten oder mit nur geringer Sekretbildung, zum Beispiel bei akuten Atemwegserkrankungen oder Lungenparenchymerkrankungen.

Expektoranzien bei akuter Bronchitis

Am häufigsten werden Expektoranzien bei der akuten viralen Bronchitis eingesetzt, obwohl meist keine Sekretretention vorliegt. In präklinischen Studien zeigten jedoch viele Expektoranzien, darunter Phytotherapeutika oder die in Deutschland gebräuchlichsten chemisch definierten Einzelsubstanzen Ambroxol und N-Acetylcystein, zusätzliche antientzündliche oder antioxidative Effekte, die die klinisch beobachtete Wirkung erklären könnten.

Substanzen mit evidenzbasierter Wirkung sollten für die symptomatische Therapie bevorzugt werden, wird in der Leitlinie betont. Die Empfehlung für Ambroxol basiert auf einer plazebokontrollierten, klinischen Studie mit insgesamt 676 Patienten mit akuter Bronchitis. Die Patienten wurden über einen Zeitraum von 2 Wochen mit verschiedenen Wirkstoffen oder Plazebo behandelt. In allen 4 Behandlungsgruppen besserte sich die Symptomatik, allerdings war der Rückgang in der Plazebogruppe langsamer und weniger vollständig als in den Verumgruppen. Auf Ambroxol (3-mal täglich 30 mg an den ersten 3 Tagen, danach 2-mal täglich 30 mg) hatten an Visite 2, nach 1-wöchiger Therapie, signifikant mehr Patienten angesprochen als auf Plazebo (89,6 vs. 77,3%; $p < 0,05$). Auch subjektiv gaben viele Patienten nach Selbstmedikation eines akuten Hustens, zum Beispiel mit Ambroxol, eine günstige Wirksamkeit an.

Positive Daten zur Wirksamkeit bei Erkältungshusten aus RCT liegen ausserdem für einen in Grossbritannien eingesetzten Hustensirup mit Diphenhydramin, Ammoniumchlorid und Levomenthol sowie für mehrere Phytotherapeutika vor, darunter Präparate aus Efeu, Cineol, Myrtol, Pelargonium sidoides sowie die Kombinationspräparate Efeu und Thymian sowie Primeln und Thymian.

Antitussive Therapie

Hustenstiller können bei Bedarf vorübergehend eingesetzt werden, wenn es keine (Erkältungsinfekt, akute virale Bronchitis) oder keine schnell und effektiv wirkende kausale Therapie gibt. Neben Medikamenten, die durch lokale Wirkung die Hustenrezeptoren im Pharynx beeinflussen («Demulzenzien» = Hustensirups bzw. Lutschtabletten mit pflanzlichen Wirkstoffen wie Spitzwegerich, Isländisch Moos, Eibischwurzel), oder schleimhautabschwellenden Pharmaka werden in der Praxis häufig zentral wirkende Antitussiva aus der Gruppe der Opiate eingesetzt, die über eine Bindung an μ -Rezeptoren im Hirnstamm wirken. Bei quälendem Reizhusten ohne produktive Hustenkomponente können Opiate wie Kodein oder Dihydrokodein gemäss Leitlinie unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen (Atemdepression, Sedierung, Obstipation, Suchtpotenz) verordnet werden. Einschränkend erwähnen die Autoren, dass Kodein bei akutem Erkältungshusten nicht besser wirksam sei als Plazebo. Eine

Tabelle 2:

Die häufigsten hustenauslösenden Medikamente

Medikament	Anmerkung
ACE-Inhibitoren (Klasseneffekt)	Sensitivität des Hustenreflexes nimmt zu
Amiodaron	verursacht Alveolitis
Betablocker	bei Husten als Asthma-äquivalent
Methotrexat, Bleomycin, Mitomycin C, Busulfan, Checkpoint-Inhibitoren	lungentoxische Chemo- und Immuntherapien
Gliptine	
Inhalatives Kortikosteroid (ICS) (Dosieraerosol und Pulverinhalator oder aus elektrischen Verneblern)	Nach Einsetzen der ICS-Wirkung bei Asthma kann sich der durch Inhalation ausgelöste Husten bessern. Mancher Patient spricht wegen der protussiven Wirkung des ICS, die eine Deposition verhindert, nur auf eine systemische Kortisontherapie an.
Weitere inhalative Medikamente: β 2-Adrenergika, Ipratropium, Tiotropium, Nedocromil, DNCG, Pentamidin, Sekretolytika, Zanamivir	
Systemisch verabreichte Sekretolytika	
Interferon alpha 2b und alpha 2a	
Fentanyl-i.v.-Applikation bei Anästhesie	i.v.-Applikation bei Anästhesie
Mycophenolat-Mofetil	

nach (1)

ACE: «angiotensin converting enzyme», DNCG: Dinatriumcromoglikat (Cromoglicinsäure)

Ausnahme unter den Opiaten stellt in dieser Indikation Dextromethorphan dar. Die Wirksamkeit von Dextromethorphan, das zusätzlich einen peripheren Wirkmechanismus hat, konnte in einer klinischen Studie belegt werden. Dextromethorphan kann auch bei Erkältungshusten für die Dauer von etwa 7 Tagen verordnet werden.

Einigen Nichtopiat-Hustenstillern wird ebenfalls eine zentrale Wirkung zugeschrieben, darunter pflanzliche Arzneimittel (Thymian, Efeu, Primel, Eukalyptus, Spitzwegerich, Drosera, Wollblumen) sowie die Wirkstoffe Pentoxyverin, Levodropropizin und Benproperin. Die Evidenzlage zu ihrer klinischen Wirksamkeit ist uneinheitlich. Auch anticholinerg wirksame H1-Antihistaminika der 1. Generation (z. B. Chlorphenamin und Tripolidin [in der Schweiz nicht im Handel], als Bestandteil von Kombinationspräparaten erhältlich) besitzen eine zentrale antitussive Wirkung.

Interessanterweise wirken selbst potente inhalative Kortikosteroide nur bei der eosinophilen Bronchitis und bei allergischem beziehungsweise nicht allergischem Asthma (einschliesslich Husten als Asthmaäquivalent) hustenstillend.

Prognose und Verlauf

Nach 4 Wochen sollten Patienten gefragt werden, ob der Husten abgeklungen ist. Persistiert der Husten nach einem akuten Infekt der oberen/unteren Atemwege länger als 2 bis 3 Wochen, kann ein postinfektiöser Husten vorliegen. Auch ein subakuter Husten ist meistens postviraler Genese, hält in der Regel nicht länger als 8 Wochen an und heilt meistens spontan. Neben Adenoviren zählen auch Mycoplasma pneumoniae und Chlamydia pneumoniae zu den Ursachen verzögert verlaufender Bronchitiden. Auch an Keuchhusten sollte bei anhaltendem Husten gedacht werden, insbesondere bei erwachsenen Patienten, die beim Husten erbrechen. Die Ursache des postinfektiösen Hustens mit persistierender Entzündung oder bronchialer Hyperreagibilität ist nach Aussage der Leitlinienautoren nicht eindeutig geklärt. Plausibel erscheint es jedoch, dass die durch den jeweiligen Erreger ausgelöste Epithelschädigung zu einer Offenlegung und Reizung von Irritant-Rezeptoren der Bronchialschleimhaut führt. Die persistierende Entzündung des postinfektiösen Hustens spricht gemäss Leitlinie auf inhalative Kortikosteroide an, insbesondere wenn Patienten in dieser Krankheitsphase eine erhöhte Konzentration von FeNO (fraktioniertes exhalierendes Stickstoffmonoxid) in der Atemluft aufweisen.

Atemphysiotherapie

Die Domäne der Atemphysiotherapie ist in erster Linie produktiver Husten mit dem Ziel der Sekretelimination. Aber auch bei unproduktivem Reizhusten kann eine Atemphysiotherapie zur besseren Hustenstillung sinnvoll sein. Im ambulanten Bereich sollten die Patienten durch auf diese Therapieform spezialisierte Physiotherapeuten geschult werden.

Weiterführende Diagnostik bei anhaltendem Husten

Bessert sich ein Husten nicht, müssen Grunderkrankungen ausgeschlossen werden, die mit einem chronischen Husten einhergehen. Gegebenenfalls sollten vor der weiteren Diagnostik Medikamente probatorisch abgesetzt werden, die

Husten auslösen können (Tabelle 2). Etwa 10 Prozent aller Frauen und 5 Prozent der Männer, die mit einem ACE-Hemmer (ACE = angiotensin-converting enzyme) behandelt werden, klagten über Husten. ACE-Hemmer blockieren den Abbau von Bradykinin und Substanz P sowie von Prostaglandinen in der Bronchialschleimhaut und erhöhen dadurch die Sensitivität des Hustenreflexes. Der für eine ACE-Hemmer-Therapie typische trockene Husten kann bereits wenige Tage oder erst Monate nach Beginn der Therapie auftreten und klingt innerhalb von 4 bis 21 Tagen nach dem Absetzen der Medikamente wieder ab. Falls der chronische Husten spätestens 3 Wochen nach Absetzen nicht sistiert, ist eine weiterführende Diagnostik einzuleiten.

Durch eine Röntgenthoraxaufnahme und eine Lungenfunktionsprüfung können die häufigsten Ursachen eines chronischen Hustens abgeklärt werden: COPD, Asthma, Lungentumoren, Tuberkulose, Aspiration, Lungenparenchymerkrankungen. Sind die Befunde nicht richtungsweisend, sollte an eine Erkrankung im Bereich der oberen Atemwege (z. B. Rhinokonjunktivitis), an gastroösophagealen Reflux und an Husten als Asthmaäquivalent gedacht werden. Eine bronchiale Hyperreagibilität kann zum Beispiel per Methacholinprovokationstest nachgewiesen werden. Werden solche Erkrankungen festgestellt und adäquat behandelt, sollte sich auch der Husten bessern. Ist dies nicht der Fall, wird von einem chronisch refraktären Husten gesprochen. Ursache ist auch hier eine erhöhte Sensitivität des Hustenreflexes, gehäuft betroffen sind Frauen in mittleren Jahren.

Die chronische Bronchitis, unter der vor allem Raucher leiden, ist eine Ausschlussdiagnose. Bei Nichtrauchern kann die Diagnose gestellt werden, wenn eine Exposition mit Schadstoffen vorliegt, zum Beispiel am Arbeitsplatz. Ist der diagnostische Algorithmus ausgeschöpft und wurde keine Ursache gefunden, spricht man vom chronisch idiopathischen Husten (CIC). Bei etwa jedem fünften Patienten mit chronischem Husten, ebenfalls gehäuft Frauen, kann keine eindeutige Ursache gefunden werden. Oft wird von den Betroffenen eine jahrelang zurückliegende Erkältung als Beginn angegeben. Ein CIC sollte differenzialdiagnostisch vom somatischen Hustensyndrom (früher psychogener oder habitueller Husten) und vom Husten-Tic abgegrenzt werden. Jeder Patient, bei dem der Husten trotz aller diagnostischen Anstrengungen ungeklärt bleibt, sollte nach Empfehlung der Leitlinie bronchoskopiert werden.

PD Dr. med. habil. Kai-Michael Beeh
 Institut für Atemwegsforschung GmbH
 D-65187 Wiesbaden

Interessenlage: Der Autor hat keine Interessenkonflikte deklariert.

Literatur:
 1. Kardos P et al.: DGP-Leitlinie «Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten mit akutem und chronischem Husten», Update 2019. Pneumologie 2019; 73: 143–180.