

COPD

Ganzheitliches Management wichtig für die Lebensqualität

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist eine komplexe, multisystemische Erkrankung, deren erfolgreiche Behandlung weit über die medikamentöse Therapie hinausgeht. In einer Fachpräsentation am Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP) in Genf betonten Dr. Patrick Brun, Chefarzt Pneumologie und Innere Medizin am Berner Reha Zentrum, Dr. Thomas Sigrist, Leiter Departement Innere Medizin und Chefarzt Pneumologie an der Klinik Barmelweid, sowie Dr. Nikolay Pavlov, Oberarzt an der Universitätsklinik für Pneumologie am Inselspital Bern, die zentrale Bedeutung nicht medikamentöser Massnahmen für Lebensqualität, körperliche Leistungsfähigkeit und Prognose. Darüber hinaus erläuterten sie die Bedeutung von Komorbiditäten sowie die Rolle der Biologikatherapie im modernen COPD-Management.

Die übergeordneten Therapieziele gemäss den GOLD-Leitlinien (1) bestehen in der Reduktion von Symptomen, der Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit, dem Erhalt der Lebensqualität, der Verhinderung von Exazerbationen und der Senkung der Mortalität. Dr. Brun betonte: «Wir müssen Symptome lindern, aber auch Risiken reduzieren, beides geht nur in einem integrativen Managementansatz.» Während die medikamentöse Behandlung Symptome gezielt adressiert, greift die nicht medikamentöse Therapie weiter: Sie beeinflusst physiologische, funktionelle und psychosoziale Faktoren gleichzeitig – ein Ansatz, der der systemischen Natur der COPD gerecht wird.

KURZ UND BÜNDIG

- Ganzheitliches COPD-Management: Ziel ist die Symptomlinderung, Vermeidung von Exazerbationen und Erhalt der Lebensqualität – durch ein Zusammenspiel aus medikamentöser und umfassender nicht medikamentöser Therapie.
- Rauchstopp & Rehabilitation im Zentrum: Der Rauchstopp ist unverzichtbar, Rehabilitation verbessert Belastbarkeit, Lebensqualität und reduziert Spitalaufenthalte.
- Sauerstoff- und Beatmungstherapie individualisieren: Langzeit-Sauerstoff kann Leben verlängern, bringt aber nicht immer bessere Lebensqualität – daher indikationsgerecht einsetzen.
- Biologika für definierte Subgruppen: Bei COPD mit Typ-2-Entzündung und häufigen Exazerbationen können Biologika wie Dupilumab sinnvoll sein – aber nur bei sorgfältiger Patientenauswahl.

Rauchstopp: der nicht verhandelbare Grundstein

Die Tabakentwöhnung ist laut Dr. Brun nicht verhandelbar: Sie ist der erste, der wichtigste und der wirksamste Schritt. Die evidenzbasierte «5A»-Methode (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) strukturiert die Beratung und steigert die Erfolgsrate signifikant. Studien zeigen, dass schon ein einziges kurzes ärztliches Gespräch pro Konsultation die Motivation zur Entwöhnung erheblich erhöht.

Ein zentraler Bestandteil der nicht medikamentösen COPD-Therapie ist die pulmonale Rehabilitation, bestehend aus Ausdauer- und Krafttraining, atemphysiotherapeutischen Techniken, edukativen Modulen sowie psychologischer und sozialer Unterstützung. Die Wirkung ist eindrucksvoll: «Die Rehabilitation sensibilisiert Patienten für ihre Krankheit und stärkt ihre Selbstwirksamkeit – das kann man nicht durch Medikamente ersetzen», so Dr. Brun. Sowohl körperliche Leistungsfähigkeit als auch Lebensqualität werden verbessert, zudem sinken Exazerbationsraten und Spitalaufenthalte. Atemtechniken wie die Lippenbremse oder das Zwerchfelltraining verringern Dyspnoe und verbessern die Ventilation. Ergänzt durch Techniken wie Positionswechsel, Ventilationstherapie und Entspannungsverfahren stellt die atemphysiotherapeutische Unterstützung ein wichtiges Instrument zur akuten Symptomkontrolle dar.

Sauerstoff- und Heimbeatmungstherapie

Die Langzeit-Sauerstofftherapie zeigt bei hypoxämischen Patienten eine nachgewiesene Überlebensverlängerung. Für Patienten mit persistenter Hyperkapnie nach einer Exazerbation kann die nicht invasive Heimbeatmung ebenfalls das Risiko für Rehospitalisierungen und Tod signifikant senken. Allerdings, wie Dr. Brun klarstellte: «Die Lebensqualität

bleibt dabei häufig unverändert – daher müssen wir indikationsgerecht und patientenzentriert entscheiden.»

Die Langzeit-Sauerstofftherapie stellt seit Jahrzehnten eine zentrale Säule in der Behandlung von Patienten mit schwerer chronisch obstruktiver Lungenerkrankung und Hypoxämie dar. Bereits frühere Studien legten die Grundlage für die heute geltenden Indikationen und Anwendungsempfehlungen. So zeigte eine Studie, dass eine kontinuierliche Sauerstoffgabe über 24 Stunden pro Tag im Vergleich zur nächtlichen Sauerstofftherapie die Überlebensrate signifikant verbessert (2). Ein Jahr später bestätigte eine weitere Analyse, dass auch eine Langzeit-Sauerstofftherapie von mindestens 15 Stunden täglich bei chronisch hypoxämischen COPD-Patienten mit einer signifikanten Senkung der Mortalität einhergeht (3). Beide Studien bilden bis heute die Grundlage der internationalen Empfehlungen, insbesondere für Patienten mit paO_2 -Werten < 55 mmHg oder < 59 mmHg bei Vorliegen von Folgekomplikationen wie Polyglobulie oder pulmonaler Hypertonie.

Aktuelle Evidenz relativiert jedoch die dogmatische Anwendung der 24-Stunden-Gabe. Die 2024 publizierte Studie fand keinen zusätzlichen Überlebensvorteil einer 24-stündigen Sauerstoffapplikation im Vergleich zur 15-stündigen Versorgung bei schwer hypoxämischen COPD-Patienten. Diese Ergebnisse stützen die Notwendigkeit einer individualisierten Therapieplanung (4). In einer weiteren Analyse an Patienten mit stabiler COPD und moderater Desaturation zeigte sich weder eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität noch ein Einfluss auf Sterblichkeit oder Hospitalisierungsraten durch den Einsatz von Langzeit-Sauerstoff (5).

Ernährung: Prävention von Kachexie und Muskelabbau

Ernährungsberatung und Supplementation sind zentral für untergewichtige oder muskelatrophische COPD-Patienten. Zahlreiche Studien belegen Verbesserungen in Gewicht, Muskelkraft und Gehstrecke durch gezielte Massnahmen. Lungenspezifische Auswirkungen, wie etwa die Verbesserung der Lungenfunktion, sind hingegen weniger konsistent nachgewiesen.

Mehrere Studien zeigen, dass Ernährungstherapie einen essenziellen Bestandteil im Management von COPD-Patienten darstellt – insbesondere bei bestehender Mangelernährung und Muskelatrophie. Eine systematische Übersichtsarbeit konnte nachweisen, dass orale Ernährungssupplemente bei unterernährten Patienten mit stabiler COPD signifikant zur Gewichtszunahme beitragen und in einzelnen Fällen auch die funktionelle Kapazität verbessern konnten (6). Auch eine Metaanalyse zeigt, dass gezielte Ernährungstherapie die Muskelkraft, die körperliche Leistungsfähigkeit und die Körperzusammensetzung bei COPD-Patienten verbessert – vor allem bei Personen mit nachgewiesener Mangelernährung (7). Es besteht die Notwendigkeit, Ernährungsinterventionen mit Bewegungstherapie zu kombinieren, um die metabolischen und muskulären Komplikationen der Erkrankung effektiv zu adressieren (8). Eine weitere Analyse belegt,

dass ein Community-basiertes Rehabilitationsprogramm, das eine Ernährungstherapie integriert, bei COPD-Patienten mit Muskelatrophie nicht nur klinisch wirksam, sondern auch kosteneffizient ist (9).

Depression und Angst aktiv begegnen

Psychische Komorbiditäten wie Depression und Angststörungen treten bei COPD-Patienten doppelt so häufig auf wie in der Allgemeinbevölkerung. «Die Psyche darf nicht am Rand stehen – sie gehört ins Zentrum der Betreuung», betonte Dr. Brun. Psychotherapeutische Interventionen steigern die Resilienz, reduzieren depressive Symptome und verringern die Exazerbationshäufigkeit. Das Konzept des Selbstmanagements fokussiert auf die Förderung der Eigenverantwortung durch Aufklärung, Alltagsplanung und Notfallpläne. Studien zeigen, dass gut geschulte Patienten seltener hospitalisiert werden. Essenziell ist jedoch ein strukturierter Follow-up-Prozess, um das Management langfristig aufrechtzuerhalten.

Komorbiditäten als Prognosetreiber

Dr. Sigrist verdeutlichte in seinem Vortrag die Bedeutung von Komorbiditäten für Verlauf und Prognose der COPD. «Manche Patienten sterben nicht an COPD, sondern an Herzinfarkt oder Krebs – das dürfen wir nie vergessen», mahnte er. Bis zu 70% der COPD-Patienten leiden an kardiovaskulären Begleiterkrankungen, die eine der häufigsten Todesursachen darstellen. Der «Comorbidome»-Ansatz ordnet Komorbiditäten hinsichtlich Prävalenz und Mortalitätsrisiko ein und bietet eine visuelle Entscheidungsgrundlage für die klinische Praxis. Analysierte Daten zeigten, dass zwei EKG-basierte Marker – der Cardiac Infarction Injury Score (CIIS) ≥ 20 und das Vorhandensein von «P pulmonale» – signifikant mit einem erhöhten Risiko für Gesamtmortalität, Spitalaufenthalte und COPD-Exazerbationen assoziiert sind, wobei Patienten mit beiden Merkmalen ein besonders hohes Risiko aufwiesen.

Dysphagie: Eine unterschätzte Komorbidität

Ein besonderer Fokus von Dr. Sigrist galt der Dysphagie. In aktuellen Erhebungen wird bei über 30% der COPD-Patienten eine oropharyngeale Dysphagie nachgewiesen – besonders häufig bei älteren, hospitalisierten oder akut exazerbierten Patienten. Ursachen reichen von Dyspnoe über Xerostomie bis hin zu Medikamentennebenwirkungen. Dr. Sigrist betonte: «Dysphagie ist nicht nur ein Symptom, sondern ein Risikofaktor – sie gehört aktiv diagnostiziert und behandelt.»

COPD-Management braucht interdisziplinäre Perspektiven

Beide Referenten zeigten eindrücklich: Ein effektives COPD-Management erfordert die Integration verschiedenster Disziplinen – Medizin, Physiotherapie, Ernährung, Psychologie und Sozialarbeit. Nicht medikamentöse Massnahmen sind dabei nicht nur Ergänzung, sondern Grundlage erfolgreicher Therapie. Wie Dr. Brun abschliessend sagte: «Rehabi-

litation ist nicht optional – sie ist essenziell. Und nur ein gut informierter Patient kann auch ein aktiver Patient sein.»

Biologikatherapie bei COPD: Neue Wege für eine alte Krankheit?

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung stellt weiterhin eine der führenden Ursachen für Morbidität und Mortalität weltweit dar. Trotz optimierter inhalativer Dreifachtherapie leiden Patienten weiterhin unter häufigen Exazerbationen und symptomatischer Belastung. Dr. Pavlov betonte das Verständnis der sogenannten Typ-2-Inflammation bei COPD. Diese immunologische Subgruppe – gekennzeichnet durch eosinophile Entzündung, erhöhte IL-4/IL-5-Aktivität und teilweise Überlappung mit Asthma – betrifft etwa 20–40% der COPD-Patienten. «Typ-2-Entzündung bei COPD ist nicht identisch mit der bei Asthma», betonte Dr. Pavlov. «Wir sehen eine IgE-unabhängige Mastzellaktivierung, eine veränderte Basalmembranstruktur und alveoläre Apoptose – das erfordert eigene therapeutische Überlegungen.»

Insbesondere zwei Biologika sind im Fokus: Dupilumab (Dupixent®), ein IL-4/IL-13-Antagonist, und Mepolizumab, das IL-5 neutralisiert. Studien (11–13) zeigen, dass Dupilumab die jährliche Exazerbationsrate um 30–34% reduziert, die Zeit bis zur nächsten moderaten oder schweren Exazerbation verlängert und die Lebensqualität verbessert. Mepolizumab zeigt einen geringeren, aber dennoch signifikanten Effekt (ca. 20% Reduktion der Exazerbationen), allerdings ohne nachweisbare Verbesserung von Lungenfunktion oder Symptomen. Die Frage, wann diese Medikamente zum Einsatz kommen sollen, ist klarer geworden: Laut GOLD-Leitlinien (1) sollte eine Biologikatherapie bei ≥ 2 moderaten oder ≥ 1 schweren Exazerbationen pro Jahr und einer Eosinophilenzahl $\geq 300/\mu\text{l}$ erwogen werden. Dabei müssen die Variabilität der eosinophilen Entzündung sowie andere behandelbare Faktoren wie Infektionen, Komorbiditäten oder Inhalationstechnik mitberücksichtigt werden.

Abschliessend warnte Dr. Pavlov jedoch vor vorschnellen Erwartungen: «Biologika sind keine Wundermittel – sie sind ein präzises Werkzeug für genau definierte Subgruppen von COPD-Patienten.» Biologikakandidaten wie Itepekimab

und Astegolimab befinden sich in fortgeschrittenen Studienphasen, Tezepelumab ist bereits zugelassen. Die Biologikatherapie bei COPD steht damit an einem Wendepunkt: von der Theorie in die individualisierte klinische Anwendung – vorausgesetzt, die richtigen Patienten werden sorgfältig ausgewählt. ■

Leonie Dolder

Quelle: Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP), 15./16.5.2025, Genf

Referenzen:

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD): <https://goldcopd.org/>
2. Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive lung disease: a clinical trial. Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group. *Ann Intern Med.* 1980;93(3):391-398. doi:10.7326/0003-4819-93-3-391
3. Long term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. Report of the Medical Research Council Working Party. *Lancet.* 1981;1(8222):681-686. doi:10.1016/S0140-6736(81)91970-X
4. Ekström M et al.: Long-Term Oxygen Therapy for 24 or 15 Hours per Day in Severe Hypoxemia. *N Engl J Med.* 2024;391(11):977-988. doi:10.1056/NEJMoa2402638
5. Albert RK et al.: A Randomized Trial of Long-Term Oxygen for COPD with Moderate Desaturation. *N Engl J Med.* 2016;375(17):1617-1627. doi:10.1056/NEJMoa1604344
6. Ferreira IM et al.: Nutritional supplementation for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;12(12):CD000998. doi:10.1002/14651858.CD000998.pub3
7. Collins PF et al.: Nutritional support and functional capacity in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *Respirology.* 2013;18(4):616-629. doi:10.1111/resp.12070
8. Schols AM.: Nutritional advances in patients with respiratory diseases. *Eur Respir Rev.* 2015;24(135):17-22. doi:10.1183/09059180.00010914
9. van Wetering CR et al.: Efficacy and costs of nutritional rehabilitation in muscle-wasted patients with chronic obstructive pulmonary disease in a community-based setting: a prespecified subgroup analysis of the INTERCOM trial. *J Am Med Dir Assoc.* 2010;11(3):179-187. doi:10.1016/j.jamda.2009.12.083
10. Chalmers JD et al.: The European Respiratory Journal: our drive to thrive in '25'. *Eur Respir J.* 2025;65(1):2500047. doi:10.1183/13993003.00047-2025
11. Bhatt SP et al.: Dupilumab for COPD with Type 2 Inflammation Indicated by Eosinophil Counts. *N Engl J Med.* 2023;389(3):205-214. doi:10.1056/NEJMoa2303951
12. Bhatt SP et al.: Dupilumab for chronic obstructive pulmonary disease with type 2 inflammation: a pooled analysis of two phase 3, randomized, double-blind, placebo-controlled trials. *Lancet Respir Med.* 2025;13(3):234-243. doi:10.1016/S2213-2600(24)00409-0
13. Bhatt SP et al.: Dupilumab for COPD with Blood Eosinophil Evidence of Type 2 Inflammation. *N Engl J Med.* 2024;390(24):2274-2283. doi:10.1056/NEJMoa2401304