

Chronischer Husten bei erwachsenen Patienten

Chronic Cough in Adult Patients

Sabine Beck, Felix Holzinger, Lorena Dini, Christiane Stöter, Christoph Heintze

Hintergrund: Husten ist einer der häufigsten Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis. Die Leitlinie Husten der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) wurde 2013 überarbeitet und gibt aktuelle Entscheidungshilfen zur hausärztlichen Versorgung. In diesem Artikel werden die wesentlichen Inhalte zum chronischen Husten (> 8 Wochen) zusammengefasst.

Methoden: Basierend auf einer systematischen Literaturrecherche wurde die aktualisierte Evidenz aufgearbeitet. Gemäß den methodischen Standards der S3-Leitlinienerstellung wurden in einer Konsensuskonferenz mit sieben medizinischen Fachgesellschaften Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie verabschiedet.

Ergebnisse: Durch eine symptomorientierte Anamnese und Untersuchung lässt sich bei chronischem Husten in vielen Fällen eine klinische Verdachtsdiagnose stellen. Bei Hinweisen auf gefährliche Verläufe wie Herzinsuffizienz, Lungenembolien, ein Bronchialkarzinom oder einen aspirierten Fremdkörper ist eine rasche Abklärung bzw. Therapieeinleitung geboten. Bei chronischem Husten ist vorrangig an ein Asthma bronchiale, eine chronisch obstruktive Bronchitis oder die Einnahme hustenauslösender Medikamente zu denken. Im Folgenden sollten ein Upper Airway Cough Syndrome (UACS), eine bronchiale Hyperreagibilität oder ein gastroösophagealer Reflux bedacht werden. Bei diesen Krankheitsbildern wird bei klinischer Verdachtsdiagnose zunächst eine probatorische Therapie ohne aufwendige technische Diagnosesicherung empfohlen.

Schlussfolgerungen: Wenn keine Hinweise auf einen gefährlichen Verlauf vorliegen, können häufige Ursachen eines chronischen Hustens in der Hausarztpraxis ohne weiterführende technische Untersuchungen diagnostiziert und behandelt werden.

Schlüsselwörter: chronischer Husten; Primärversorgung; Hausarzt; Leitlinie

Background: Cough is one of the most common reasons for encounter in a family practice. The Guideline „Cough“ of the German College of General Practitioners and Family Physicians (DEGAM) was updated in 2013 and contains current recommendations for primary care. Essential issues regarding chronic cough (> 8 weeks) are summarized in this article.

Methods: Based on a systematic literature search, current evidence was assessed. Recommendations for diagnosis and therapy were approved in a consensus conference with participation of seven scientific medical societies, according to the methodological standards for S3-guidelines.

Results: A focused medical history and clinical examination often allows a probable diagnosis. Signs of a serious illness like congestive heart failure, pulmonary embolism, bronchial carcinoma or aspiration of a foreign body should prompt urgent evaluation and initiation of treatment. In chronic cough, asthma, chronic obstructive bronchitis and side effects of medication should be considered on the first place and after that an Upper Airway Cough Syndrome, cough-variant asthma and gastroesophageal reflux. When diagnosed clinically, these conditions can first be treated empirically without further technical evaluation.

Conclusions: When no signs of a serious illness are found, common causes of chronic cough can be diagnosed and treated without further technical investigation in a primary care setting.

Keywords: Chronic Cough; Primary Care; Family Practitioner; Guideline

Hintergrund

Husten ist einer der häufigsten Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis [1]. Die DEGAM-Leitlinie Husten wurde 2008 mit dem Ziel veröffentlicht, Entscheidungshilfen für die hausärztliche Versorgung zu geben. Aufgrund umfangreicher neuer Evidenz wurde die Leitlinie 2013 gemäß den methodischen Standards der Erstellung von S3-Leitlinien umfassend aktualisiert.

Der zahlenmäßig größere Teil der Beratungsanlässe „Husten“ entfällt auf den akuten Husten, meist im Rahmen von selbstlimitierenden Atemwegsinfekten. Ein unklarer anhaltender Husten stellt den Hausarzt vor besondere diagnostische Herausforderungen. In diesem Artikel werden die wesentlichen Empfehlungen der Leitlinie zusammengefasst, die sich auf chronischen Husten (länger als acht Wochen) beziehen. Eine vollständige Darstellung aller Krankheitsbilder, die einen chronischen Husten verursachen können, ist hier nicht möglich.

Methoden

Literaturrecherche

Zur Überarbeitung der Leitlinie wurde die Suchstrategie der Ursprungsversion bis einschließlich Juli 2012 erweitert. Durchsucht wurden die Datenbanken MEDLINE, Cochrane Library, EMBASE und Web of Science. Ergänzend erfolgte eine Suche nach nationalen und internationalen Leitlinien sowie eine Hand- suchte, die auch Quellen mit Veröffentlichungsdatum nach Ende der systematischen Datenbankrecherche einschließt. Über 4000 potenziell relevante Artikel wurden gesichtet. Es wurden für das hausärztliche Setting relevante randomisierte kontrollierte Studien, Metaanalysen und – vorzugsweise systematische – Reviews sowie hochwertige Leitlinien eingeschlossen. Insgesamt wurden 182 Publikationen, darunter 28 Cochrane Reviews und 26 Metaanalysen für das Update berücksichtigt.

Leitliniengruppe und Konsensusverfahren

An der Neufassung der Leitlinie waren neben Vertretern der DEGAM sechs wei-

| Anamnese | Körperliche Untersuchung |
|---|---|
| <p>Symptome</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hustendauer, charakterist. Auswurf • Atembeschwerden (Dyspnoe, Giemen) • Fieber • Kopfschmerzen, eitriger Schnupfen • Thoraxschmerzen • Sodbrennen, Aufstoßen <p>Eigen- und Familienanamnese</p> <ul style="list-style-type: none"> • vorausgegangene Infekte • Raucheranamnese • bekannte Allergien • Exposition gegenüber inhalativen Noxen • Familienanamnese (z.B. Allergien, Asthma) • Umgebungsanamnese (z.B. Pertussis, Tuberkulose) <p>Medikamentenanamnese</p> <ul style="list-style-type: none"> • ACE-Hemmer • bronchokonstriktiv wirksame Medikamente (z.B. Betablocker) • Prothrombotisch wirksame Medikamente (z. B. Antikonzeptiva) • Lungentoxische Medikamente (z.B. Zytostatika, Amiodaron) | <p>Haut: Blässe, Zyanose, Schweiß</p> <p>Mund/Rachen/Nase: Inspektion, behinderte Nasenatmung, Klopfeschmerz über NNH</p> <p>Lunge: Inspektion (Einsatz von Atemhilfsmuskulatur), Perkussion, Auskultation, Atemfrequenz</p> <p>Herz: Auskultation</p> <p>Abdomen: Palpation des Oberbauches bei V.a. kardiale Insuffizienz (Hepatomegalie, hepatojugulärer Reflux) und bei V.a. Refluxkrankheit</p> <p>Beine: Inspektion (Unterschenkelödeme? Thrombose?)</p> <p>Lymphknoten: zervikal/supraklavikulär</p> <p>Allgemein: Ernährungszustand</p> |
| | <p>Red flags für gefährliche Verläufe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gewichtsverlust, Nachtschweiß • Hämoptysen, Thoraxschmerz, Heiserkeit • bekannte Thrombophilie • Belastungsdyspnoe, schnelle Erschöpfung • Belastungsdyspnoe, Unterschenkelödeme, Nykturie • länger bestehender Husten insbesondere bei Kindern und alten Menschen |

Tabelle 1 Anamnese und Untersuchung bei chronischem Husten

tere medizinische Fachgesellschaften beteiligt: die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), der Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK), die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI), der Deutsche Verband für Physiotherapie und die Deutsche Atemwegsliga. Am 17. Juni 2013 wurde der Leitlinienentwurf im Rahmen einer Konsensuskonferenz unter Moderation der AWMF diskutiert und die Empfehlungen im nominalen Gruppenprozess konsentiert. Die Mitglieder der Leitliniengruppe haben potenzielle Interessenkonflikte offen gelegt, der Leitlinienreport dokumentiert das Verfahren ausführlich.

Empfehlungen

Es werden drei Empfehlungsgrade unterschieden (A, B, O), deren qualitative Abstufung durch die Formulierungen „soll“, „sollte“ bzw. „kann“ ausgedrückt wird. Bei der Empfehlungsstärke wurden neben der Stärke der Evidenz (Studientyp, Angemessenheit, interne Validi-

tät, Biaswahrscheinlichkeit) auch die GRADE-Kriterien (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) verwendet, um z.B. die Unsicherheit zum Ausmaß des Benefits der diagnostischen bzw. therapeutischen Verfahren, Patientenpräferenzen und Aspekte der Kosteneffizienz zu berücksichtigen [2].

Ergebnisse

Definition

Der „chronische Husten“ wird mit der Neufassung der Leitlinie entsprechend internationaler Literatur und internationalen Leitlinien definiert als ein Husten, der länger als acht Wochen anhält. In der Versorgungsrealität sind die zeitlichen Grenzen fließend: Während das komplette Abklingen einer protrahierten Bronchitis durchaus über 6–8 Wochen abzuwarten ist, kann bei einem Patienten mit gänzlich unklarem Husten bereits nach drei Wochen eine weiterführende Diagnostik zu Erkrankungen, die chronischen Husten verursachen, sinnvoll sein.

Differenzialdiagnose

Bei einem anhaltenden unklaren Husten können eine chronische (obstruktive) Bronchitis, ein Asthma bronchiale, ein Upper Airway Cough Syndrome (UACS), eine bronchiale Hyperreagibilität oder ein gastroösophagealer Reflux ursächlich sein. Auch hustenauslösende Medikamente, eine Tuberkulose oder ein ggf. länger anhaltender Pertussishusten sollten in Betracht gezogen werden [3].

Durch eine symptomorientierte Anamnese und Untersuchung (Tab. 1) gelingt meist bereits eine erste Zuordnung, um eine gezielte Diagnostik einleiten zu können [4]. Da ein großer Anteil des chronischen Hustens durch Rauchen (mit)verursacht wird, sollte bei allen Patienten eine gezielte Rauchernamnese erhoben werden (Tab. 2) [5].

Eine ärztliche Beratung zum Nikotinentzug erhöht die Rate derer, die aufhören zu rauchen (Tab. 3) [6].

Die Differenzialdiagnose eines chronischen Hustens kann schwierig sein, da er häufig nicht monokausal zu erklären ist. So können z.B. Asthma, gastroösophagealer Reflux und/oder eine unspezifische Überempfindlichkeit von Hustenrezeptoren koexistieren.

Gefährliche Verläufe

Als gefährliche Verläufe eines chronischen Hustens sind insbesondere die Herzinsuffizienz („kardiales Asthma“), rezidivierende Lungenembolien, eine Fremdkörperaspiration oder ein Bronchialkarzinom zu bedenken. Entsprechende *red flags* in Anamnese und Klinik (Tab. 1) verlangen nach einer raschen diagnostischen Sicherung und ggf. notfallmäßigen stationären Therapieeinleitung.

Um wichtige Differenzialdiagnosen, insbesondere ein Bronchialkarzinom, nicht zu übersehen, empfehlen nationale und internationale Leitlinien, eine Röntgen-Thorax-Aufnahme nach acht Wochen Dauer eines unklar gebliebenen Hustens [7–9].

Chronisch obstruktive Bronchitis (COPD) und Asthma

Die häufigsten Ursachen eines chronischen Hustens sind die chronische (obstruktive) Bronchitis, zumeist durch

| | Evidenzbasierte Empfehlung |
|-------------------------------|--|
| Empfehlungsgrad A | Alle Patienten mit Husten sollen nach ihrem Tabakkonsum gefragt werden. Der Raucherstatus soll regelmäßig dokumentiert werden. |
| Evidenzlevel T1a, SIII | Konsensstärke: Starker Konsens |

Tabelle 2 Rauchernamnese

| | Evidenzbasierte Empfehlung |
|--------------------------|--|
| Empfehlungsgrad A | Patienten mit Husten, die rauchen, sollen mit persönlichem Bezug zur Tabakentwöhnung motiviert werden. |
| Evidenzlevel T1a | Konsensstärke: Starker Konsens |

Tabelle 3 Beratung zum Nikotinentzug

| | Evidenzbasierte Empfehlung |
|--------------------------|--|
| Empfehlungsgrad B | Bei Verdacht auf eine chronische Sinusitis als Ursache eines UACS sollte eine Therapie mit topischen Steroiden erfolgen. |
| Evidenzlevel TIIb | Konsensstärke: Starker Konsens |

Tabelle 4 Verdacht auf chronische Sinusitis

Rauchen bedingt, und das Asthma. Nach Anamnese und Untersuchung ist hier die Spirometrie der nächste diagnostische Schritt. Eine klare differenzialdiagnostische Abtrennung beider Krankheitsbilder ist wichtig, um eine gezielte Therapie zu ermöglichen und kann anhand von klinischen Charakteristika und der Untersuchung auf eine Reversibilität der Obstruktion erfolgen. Diagnostik und Therapie von COPD und Asthma werden umfassend in den entsprechenden Nationalen Versorgungsleitlinien dargestellt [10, 11].

Upper Airway Cough Syndrome (UACS)

Chronische Irritationen der oberen Atemwege wie eine chronische Sinusitis oder allergische Rhinitis können durch Sekretfluss an der Rachenhinterwand („Postnasales Drip-Syndrom“) und direkte Reizung der Hustenrezeptoren einen chronischen Husten verursachen. Klinische Hinweise dafür sind mukopu-

rulentes Sekret und ein pflastersteinartiges Relief („Granulationen“) an der Rachenhinterwand, Räuspern und Nasensekretion. Bei entsprechendem klinischem Verdacht wird empfohlen, eine symptomatische Therapie zu beginnen. Bei Verdacht auf eine chronische Sinusitis sollte eine Therapie mit einem topischen Kortikosteroid erfolgen, in den übrigen Fällen ein Behandlungsversuch mit abschwellenden Nasentropfen und einem oralen Antihistaminikum der ersten Generation (Tab. 4) [3, 12].

Bei fehlendem therapeutischem Ansprechen ist eine HNO-ärztliche Abklärung anzuraten.

Bronchiale Hyperreagibilität

Bei einem postinfektiös wochen- bis monatelang anhaltendem trockenen Husten ohne weitere spezifische Symptome (Fieber, obere Atemwege) und unauffälliger Lungenfunktionsprüfung ist an eine bronchiale Hyperreagibilität zu denken. Wie auch in der uneinheitli-

| | Evidenzbasierte Empfehlung |
|-----------------------|--|
| Empfehlungsgrad B | Bei Husten mit Verdacht auf eine zugrunde liegende bronchiale Hyperreagibilität sollte eine probatorische Behandlung mit einem inhalativen Kortikoid erfolgen. |
| Evidenzlevel TIV, SIV | Konsensstärke: Starker Konsens |

Tabelle 5 Verdacht auf Husten bei bronchialer Hyperreagibilität

| | Evidenzbasierte Empfehlung |
|-----------------------|---|
| Empfehlungsgrad B | Bei Verdacht auf GERD-assoziierten chronischen Husten sollte ein Therapieversuch mit Protonenpumpeninhibitoren durchgeführt werden. |
| Evidenzlevel T1a, DIV | Konsensstärke: Starker Konsens |

Tabelle 6 Verdacht auf GERD-assoziierten chronischen Husten

| | Evidenzbasierte Empfehlung |
|-------------------|---|
| Empfehlungsgrad A | Bei Verdacht auf aktive Tuberkulose soll eine Röntgen-Thorax-Aufnahme und Sputumdiagnostik veranlasst werden. |
| Evidenzlevel DIII | Konsensstärke: Starker Konsens |

Tabelle 7 Verdacht auf aktive Tuberkulose

chen Nomenklatur deutlich wird („*cough variant asthma*“, „*cough type asthma*“, „Asthmääquivalent“) bestehen pathophysiologische Gemeinsamkeiten mit einem Asthma bronchiale wie die Hyperreagibilität der Atemwege, bronchiale Epithelschädigung und eine häufig positive Allergianamnese.

Besteht der klinische Verdacht, muss die Diagnose nicht notwendigerweise erst durch einen aufwendigen Metacholin-Provokationstest beim Pneumologen gesichert werden, sondern es kann direkt eine probatorische Therapie mit einem inhalativen Kortikoid erfolgen (Tab. 5) [13–15].

Eine Symptombesserung tritt oft bereits nach einer Woche ein. Falls sich nach 6–8 Wochen kein Behandlungserfolg eingestellt hat, ist eine Überweisung zum Pneumologen sinnvoll.

Medikamentös induzierter Husten

Eine ACE-Hemmer-Therapie verursacht bei etwa 5–10 % der Patienten einen ty-

pischerweise nicht-produktiven Husten mit kratzenden Empfindungen im Hals [7, 16]. Die Einnahme eines Betablockers oder eines nichtsteroidalen Antiphlogistikums kann zu einem Bronchospasmus führen. Darüber hinaus können eine Reihe von Medikamenten toxische Lungenschädigungen verursachen (z.B. Amiodaron, Methotrexat, Nitrofurantoin bei längerer Therapiedauer), die mit Husten einhergehen können. Da diese Schädigungen nicht immer im Röntgenbild ersichtlich sind, sollte die Diagnosestellung gemeinsam mit einem Pneumologen erfolgen [17].

Therapeutisch wird ein Ab- oder Umsetzen des entsprechenden Medikaments angeraten.

Husten bei gastroösophagealer Refluxkrankheit (GERD)

Neben typischen Symptomen wie Sodbrennen, Aufstoßen oder retrosternalem Schmerz kann ein gastroösophagealer Reflux auch mit chronischem Husten

einhergehen. 75 % der Patienten mit refluxassoziiertem Husten zeigen allerdings klinisch keine gastrointestinalen Symptome [18]. Die Assoziation von chronischem Husten und gastroösophagealem Reflux wird bezüglich der Kausalität kontrovers diskutiert, da auch ein anhaltender Husten einen gastroösophagealen Reflux auslösen oder verstärken kann [19].

Deshalb sollten vor einer Therapie zunächst andere häufige Hustenursachen, insbesondere die chronische Bronchitis, UACS, Asthma und ein medikamentös induzierter Husten ausgeschlossen bzw. behandelt werden.

Persistiert der Husten weiterhin, ist ein GERD-induzierter Husten wahrscheinlich [4] und es sollte eine probatorische Therapie mit einem Protonenpumpeninhibitor und einer entsprechenden Beratung zu nichtmedikamentösen Maßnahmen erfolgen. Eine weiterführende Diagnostik mittels Endoskopie oder 24h-ph-Metrie führt zu keiner besseren Klärung der Symptomatik und wird nicht routinemäßig empfohlen (Tab. 6) [7, 8].

Ein GERD-assoziiertes Husten spricht allerdings nicht immer auf eine entsprechende medikamentöse Therapie an [20], die meisten Leitlinien empfehlen eine Therapie in doppelter Standarddosis über mindestens 8 Wochen [7, 8].

Tuberkulose

Tuberkulose ist in Deutschland weiterhin eine seltene Krankheit. Bei Patienten aus den Nachfolgestaaten der Sowjetunion, HIV-Infizierten, i.v.-Drogenabhängigen oder anderen Immunsupprimierten ist eine Tuberkulose differenzialdiagnostisch zu bedenken [21]. Eine diagnostische Sicherung erfolgt mittels Röntgen-Thorax-Aufnahme und Sputumuntersuchung (Tab. 7) [22].

Zur Therapie sollte eine frühzeitige Kooperation mit einem Pneumologen oder Infektiologen erfolgen.

Ungeklärter Husten

Auch bei strukturierter Abklärung bleibt bei 10–42 % der Patienten ein Husten ungeklärt [23]. Als Erklärungsmodell wird u.a. eine erhöhte Sensitivität der Hustenrezeptoren diskutiert. Ein rein psychogener Husten ist sehr selten, eine psychische Belastung durch die anhal-

tende Hustensymptomatik dagegen häufig. Bei hoher und persistierender Beeinträchtigung ist eine symptomorientierte, interdisziplinäre therapeutische Versorgung mit Atemphysiotherapie, Logopädie oder Psychotherapie zu erwägen [24, 25].

Diskussion

Zusammenfassung – Neuerungen im Vergleich zur Ursprungsversion der Leitlinie

Die Neudefinition des chronischen Hustens als Husten mit einer Dauer von acht Wochen (vorher: drei Wochen) ermöglicht bei protrahierten Verläufen ohne Warnsignale ein längeres abwartendes Offenlassen. Damit werden unnötige Diagnostik und Belastung des Patienten verhindert.

Auf Basis der vorliegenden Evidenz wird bei häufigen Krankheitsbildern bereits bei der klinischen Verdachtsdiagnose zu einer probatorischen symptomatischen Therapie geraten, ohne eine aufwendige technische Diagnosesicherung abzuwarten. In der Praxis sind Untersuchungen wie z.B. ein Metacholin-Provokationstest oft mit langen Wartezeiten für Termine, langen Wegstrecken und hohen Kosten verbunden, während eine Therapie ex iuvantibus mit inhalativen Kortikosteroiden häufig direkt hilfreich und bei Versagen kaum schädlich ist. Beim GERD-assoziierten Husten ist eine weitere endoskopische oder phmetrische Diagnostik überdies nicht mit einer besseren Diagnosesicherung verbunden. Die Empfehlungen der Leitlinie ermöglichen in diesen Fällen dem Hausarzt einen direkten Therapiebeginn, ohne notwendigerweise einen Facharzt einbeziehen zu müssen.

Der Husten unklarer Ursache wird entsprechend neueren Erklärungsmodellen eher als multikausales denn als rein psychisches Geschehen betrachtet – entsprechend können auch andere (z.B. physiotherapeutische) Therapieansätze erwogen werden.

Vergleich mit anderen Leitlinien

In Deutschland existiert eine weitere S3-Leitlinie zum Symptom Husten: die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin

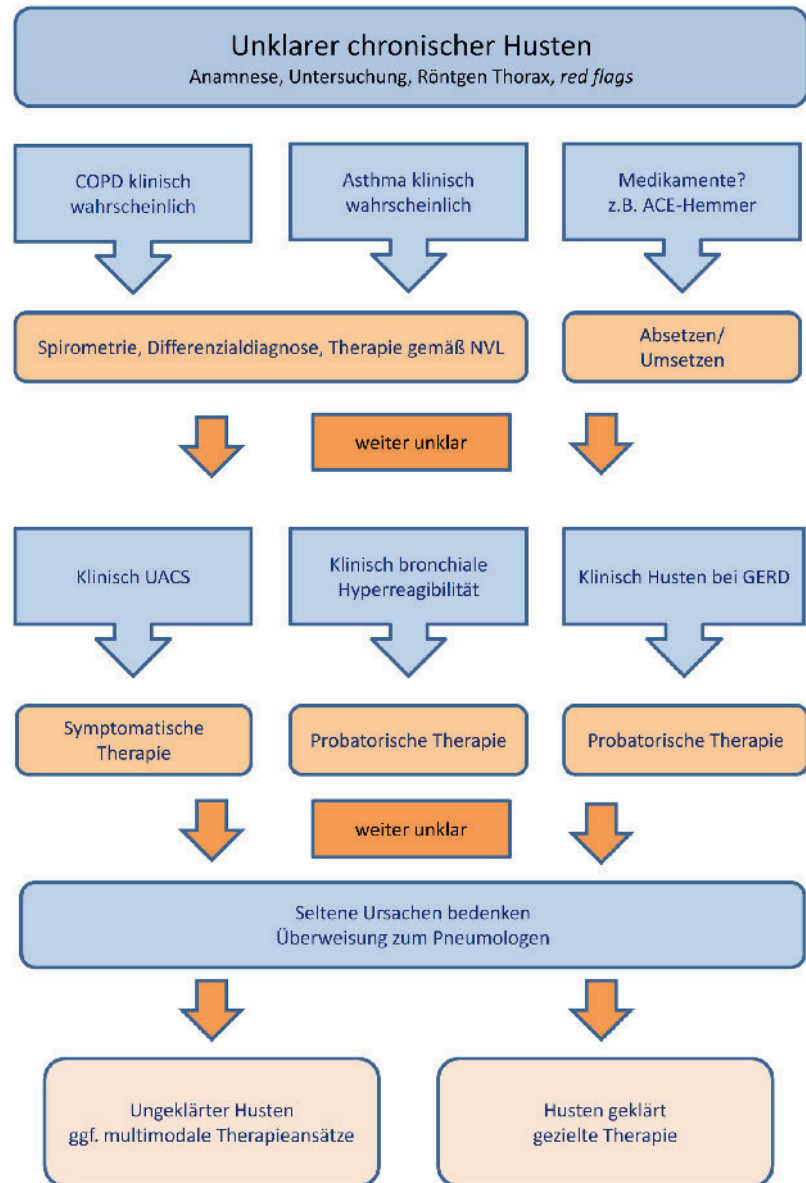


Abbildung 1 Mögliches Vorgehen bei chronischem Husten (COPD = Chronisch obstruktive Lungenerkrankung; NVL = Nationale Versorgungsleitlinie; GERD = Gastroesophageal Reflux Disease – Refluxösophagitis)

(DGP) „Akuter und chronischer Husten, Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten“. Die Leitlinie ist mit insgesamt 37 Empfehlungen deutlich umfassender, da sie auch diagnostische und therapeutische Verfahren behandelt, die nur für die spezialisierte fachärztliche Versorgung relevant sind. Die DEGAM-Leitlinie dagegen stellt die Abklärung und Therapie aus hausärztlicher Perspektive dar und behandelt insbesondere Aspekte der Anamnese und Untersuchung ausführlicher. Auch die Schnittstellen zur fachärztlichen Diagnostik werden ausführlicher dargestellt. Inhaltlich erge-

ben sich zu den hausärztlich relevanten Themen zwischen den beiden Leitlinien keine wesentlichen Widersprüche.

Bedeutung für Hausärzte

Zentrale Anliegen der Leitlinie zum chronischen Husten sind, die Bedeutung von Anamnese und Klinik auch bei der Abklärung eines anhaltenden Hustens herauszustellen sowie Entscheidungshilfen für die weiterführende Diagnostik mit gezielt eingesetzten technischen und bildgebenden Untersuchungen zu geben. Bei der bronchia-

Acknowledgement

An der Aktualisierung der S3-Leitlinie waren beteiligt

Institut für Allgemeinmedizin – Charité Universitätsmedizin Berlin

Dr. med. Sabine Beck*
 Prof. Dr. med. Vittoria Braun
 Dr. med. Lorena Dini MScIH*
 PD Dr. med. Christoph Heintze MPH*
 Dr. med. Felix Holzinger MPH*
 Christiane Stöter MPH
 Dr. med. Susanne Pruskil MScPH
 Mehtap Hanenberg
 Max Hartog

Vertreter der Fachgesellschaften

Prof. Dr. med. Stefan Andreas, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)*
 Patrick Heldmann MSc, Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK)*
 PD Dr. med. Susanne Herold PhD, Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI)*
 Dr. med. Peter Kardos, Deutsche Atemwegsliga
 Dorothea Pfeiffer-Kascha, Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK)*
 Dr. med. Guido Schmiemann MPH, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)*
 Prof. Dr. med. Heinrich Worth, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), Deutsche Atemwegsliga*

Paten der Leitlinie (DEGAM)

Prof. Dr. med. Annette Becker MPH
 Dr. med. Günther Egidi
 Dr. med. Detmar Jobst
 Dr. med. Guido Schmiemann MPH*
 Dr. med. Hannelore Wächtler

Wir danken außerdem

Prof. Dr. med. Jost Langhorst
 Dr. med. Petra Klose
 Dr. hum. biol. Cathleen Muche-Borowski MPH (DEGAM, AWMF)
 Dr. med. Monika Nothacker MPH (AWMF)**
 Dr. phil. Anja Wollny MSc (DEGAM)

*Teilnehmer der Konsensuskonferenz, **Moderation der Konsensuskonferenz

Dr. Sabine Beck ...



... Fachärztin für Allgemeinmedizin, seit 2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin der Charité Universitätsmedizin Berlin, Mitarbeit an der DEGAM-Leitlinie Husten, Lehrkoordination. Weitere Schwerpunkte: Arzt-Patient-Kommunikation, Palliativmedizin und Medizinethik

len Hyperreagibilität und dem refluxassozierten Husten wird eine pragmatische Einleitung einer probatorischen Therapie empfohlen. Schnittstellen zur fachärztlichen Versorgung werden klar aufgezeigt, in vielen Fällen ist eine vollständige Diagnostik und Therapie allein über den Hausarzt möglich und sinnvoll. Einen aus der aktualisierten Hus-

ten-Leitlinie abgeleiteten praktischen Ablauf einer Abklärung, der sich sowohl am klinischen Bild des einzelnen Patienten als auch an den Häufigkeiten der möglichen Differenzialdiagnosen orientiert, stellen wir in Abbildung 1 dar.

Das pragmatische Vorgehen einer probatorischen Therapie bei klinischer Verdachtsdiagnose von häufigen Ursa-

chen eines chronischen Hustens wurde in der Konsensuskonferenz auch von den Vertretern der pneumologischen Fachgesellschaft bestärkt.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. Sabine Beck
 Institut für Allgemeinmedizin
 Charité Universitätsmedizin Berlin
 Charitéplatz 1
 10117 Berlin
 Tel.: 030 450-514133
 sa.beck@charite.de

Literatur

1. Laux G, Rosemann T, Körner T, et al. Detaillierte Erfassung von Inanspruchnahme, Morbidität, Erkrankungsverläufen und Ergebnissen durch episodebezogene Dokumentation in der Hausarztpraxis innerhalb des Projekts CONTENT. *Gesundheitswesen* 2007; 69: 284–291
2. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol* 2013; 66: 719–25
3. Benich JJ, Carek PJ. Evaluation of the patient with chronic cough. *Am Fam Physician* 2011; 84: 887–92
4. Dalal B, Geraci SA. Office management of the patient with chronic cough. *American Journal of Medicine* 2011;124: 206–9
5. Boyle R, Solberg L, Fiore M. Use of electronic health records to support smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 12: CD008743
6. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 5: CD000165
7. Kardos P, Berck H, Fuchs KH, et al. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten mit akutem und chronischem Husten. *Pneumologie* 2010; 64: 336–373
8. Morice AH, McGarve L, Pavord I. Recommendations for the management of cough in adults. *Thorax* 2006; 61: i1–i24
9. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, et al. Diagnosis and management of cough. Executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006; 129: 1S–23S
10. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Nationale Versorgungsleitlinie Asthma – Langfassung. Version 1.9, Januar 2012. <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/copd> – aktuell in Überarbeitung (letzter Zugriff am 09.04.2014)
11. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Nationale Versorgungsleitlinie Asthma – Langfassung. 2. Aufl. Version 5. 2009. <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/asthma> (letzter Zugriff am 09.04.2014)
12. Pratter MR. Chronic upper airway cough syndrome secondary to rhinosinusitis (previously referred to as postnasal drip syndrome): ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006; 129: 63S–71S
13. Diczpinigaitis PV. Chronic cough due to asthma: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006; 129:75S–79S
14. Johnstone KJ, Chang AB, Fong KM, Bowman RV, Yang IA. Inhaled corticosteroids for subacute and chronic cough in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 3: CD009305
15. Cheriyan S, Greenberger PA, Patterson R. Outcome of cough variant asthma treated with inhaled steroids. *Ann Allergy* 1994; 73: 478–80
16. Diczpinigaitis PV. Angiotensin-converting enzyme inhibitor-induced cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006; 129: 169S–173S
17. Camus P, Fanton A, Bonniaud P, Camus C, Foucher P. Interstitial lung disease induced by drugs and radiation. *Respiration* 2004; 71: 301–26
18. Irwin RS. Chronic cough due to gastroesophageal reflux disease: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006; 129: 80S–94S
19. Birring SS. Controversies in the evaluation and management of chronic cough. *Am J Respir Crit Care Med* 2011; 183: 708–15
20. Chang AB, Lasserion TJ, Gaffney J, Connor FL, Garske LA. Gastro-oesophageal reflux treatment for prolonged non-specific cough in children and adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 1: CD004823
21. Robert Koch Institut, Welttuberkulose-tag 2011: Aktiv gegen Tuberkulose – Strategien im Licht neuer Entwicklungen. *Epidemiologisches Bulletin* 2011; 11
22. Diel R, Loytved G, Nienhaus A, et al. Neue Empfehlungen für die Umgebungsuntersuchungen bei Tuberkulose. *Gesundheitswesen* 2011; 73: 369–88
23. Chung KF, Pavord ID. Prevalence, pathogenesis, and causes of chronic cough. *Lancet* 2008; 371: 1364–74
24. Chamberlain S, Garrod R, Birring SS. Cough suppression therapy: Does it work? *Pulm Pharmacol Ther* 2013; 26: 524–7
25. Irwin RS, Glomb WB, Chang AB. Habit cough, tic cough, and psychogenic cough in adult and pediatric populations: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;129: 174S–179S

**48. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin**

**Allgemeinmedizin:
Spezialisiert auf den ganzen Menschen.**



18. - 20. September 2014 in Hamburg



**Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf**