



- *Expositions- und Risikofaktoren:**
- exogen:
- inhalativer Tabakkonsum (auch passiv) Pack Years (PY) spez. Anamnese
 - inhalation sonstiger Tabakprodukte (z.B. Wasserpfeife, E-Zig, Heats)
 - berufsbedingte inh. Noxen (Schadstoffexposition)
 - Umweltnoxen (Feinstaub, Biomassen, Luftverunreinigung)
 - intrauterine und frühkindliche Einwirkungen (z.B. Frühgeburt)
 - Atemwegsinfekte (in der Kindheit)
 - Tuberkulose
 - Sozioökonomischer Status
- genuine:
- genetische Prädisposition (z.B. Alpha 1 Protease Inhibitor Mangel)
 - Bronchiale Hypereagibilität (Asthma)
 - Allergien
 - andere Lungen- und HNO Erkrankungen

- mögliche körperliche Befunde ab mittelschwerer Erkrankung:**
- verlängertes Expirium, Giemen, Pfeifen, Brummen
 - abgeschwächtes Atemgeräusch bis zur "silent lung"
 - tief stehende Zwerchfelle, Thorax in Inspirationsstellung
 - Einsatz Atemhilfsmuskulatur, hypersonorer Klopfeschall,
 - verstrichene Supraclaviculargruben, Emphysemkissen
 - zentrale Zyanose (Lippen, Nase, Ohrläppchen)
 - periphere Ödeme
 - Trommelschlegelfinger
 - Kachexie (BMI<20), Sarkopenie
 - Zeichen der Rechts- und ggf. Linksherzinsuffizienz
 - Tachypnoe, Orthopnoe

- wichtige Komorbiditäten:**
- Tabakabhängigkeit, Raucher (siehe unten)
 - kardiovaskuläre Erkrankungen (Hypertonie, KHK, pAVK, CHI, HRST, PH)
 - Metabolisches syndrom, Diabetes Mellitus
 - Adipositas und auch pulmonale Kachexie
 - schlafbezogene Atemstörungen, nächtliche Hypoxie
 - Angststörungen, Depression
 - Osteoporose
 - Muskelschwäche, Sarkopenie
 - Lungenkarzinom

- mögliche Differentialdiagnosen:**
- Asthma Bronchiale
 - Bronchiolitis obliterans, Sarkoidose, chronische Bronchitis
 - Tbc, BC, zystische Fibrose, Bronchiektasie, CRS, PNDS, ILD
 - Anämie, CHI, PH, Hyperthyreose, Trainingsmangel, Übergewicht
 - extrathorakale Obstruktion (Larynx, Trachea, VCD)
 - Tumore im Bereich der Atemwege, Bronchialwandinstabilität
 - gastroösophagealer Reflux (GERD, NERD)
 - Medikamenten NW (ACE Hemmer)

- Umgang mit rauchenden Patient*innen:**
- strukturierte Abfrage des Rauchverhaltens (Art, Menge, zeitliche Dauer) z.B. www.leitlinien.de/themen/copd/weitere-dokumente
 - Abfrage Tabakabhängigkeit z.B. Fagerströmtest (FTCD)
 - Kurzberatung und motivierende Gesprächsführung, z.B. 5As ("ask", "advise", "assess", "assist", "arrange") oder ABC (ask-brief advice-cessation support)

- weitere Diagnostik (individuell):**
- Labor: Alpha 1 Antitrypsin, BB, Gesamt Eosinophile, D-dimere, NT-Pro BNP
 - SaO2, Blutgase
 - Bildgebung: CT Thorax
 - Low dose CT Thorax (BC-Screening)
 - Bronchoskopie

GOLD Graduierung nach Post BD FEV1	
GOLD 1	>= 80 % des Sollwertes
GOLD 2	50 - 79 % des Sollwertes
GOLD 3	30 - 49 % des Sollwertes
GOLD 4	< 30 % des Sollwertes

- Strukturierte Erfassung Symptome und Exacerbationen:**
- mMRC Dyspnoe Scale (0-4 Grade - cut off >= 2)
 - CAT Assessment (0-40 P, 8 Skalen) cut off: >= 10)
 - Monitoring of Exacerbation Probability (MEP): 5 Fragen ja/nein

Bestimmung des Schweregrades		
>= 2 moderate Exacerbationen oder >= 1 mit Hospitalisierung	E	
0 oder 1 moderate Exacerbation (ohne Hospitalisierung)	A	B
	mMRC 0-1 CAT < 10	mMRC >= 2 CAT >= 10

	subjektive Symptomlast		
	leicht	mittel	schwer
Atemnot	gering unter Belastung, >= 3 Stockwerken	unter Belastung Pause nach 2 Stockwerken	in Ruhe, kein Stockwerk ohne Pause
Husten Norm < 2 Stöße/h	überwiegend morgens	mehrfach am Tage	ständig, auch nachts
Auswurf	nur morgens	mehrfach tgl.	ständig verschleimt