



- \*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](http://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	<b>E</b>	
0 oder 1 moderate Exacerbation (ohne Hospitalisierung)	<b>A</b>	<b>B</b>
	mMRC 0-1 CAT < 10	mMRC >= 2 CAT >= 10

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