

S2k-Leitlinie

Fachärztliche Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten mit Husten

AWMF-Registernummer: 020-003, Langversion 4.0 – Januar 2025

Leitlinienkoordination und wissenschaftliche Leitung

Dr. med. Peter Kardos, Frankfurt am Main

PD Dr. med. Thomas Köhnlein, Teuchern

Was ist neu?

- 12 wesentliche klinische „Schlüselfragen“,
- Fragen und Empfehlungen in Kurzform mit Hintergrundtext und Literatur,
- Formulierung der Evidenz: stark („Soll-Empfehlung“) oder schwach („Sollte-Empfehlung“)
- „Kann“-Formulierungen, keine eindeutige Empfehlung– meistens mangels Evidenz, Entscheidung im Konsens mit dem aufgeklärten Patienten
- Neue Statements und Empfehlungen sind gekennzeichnet

Jeder Patient behält seinen Anspruch auf eine individuelle Diagnostik und Therapie; in einem konkreten begründbaren Fall kann es sinnvoll sein, von der Leitlinie abzuweichen.

1. Wie wird Husten klassifiziert?

Die Klassifizierung des Hustens **soll** nach seiner Dauer und dem Vorliegen von Auswurf vorgenommen werden.

Klassifizierung nach Dauer

- akut: bis zu 3 Wochen
- subakut: 3 bis 8 Wochen
- chronisch: mehr als 8 Wochen bestehend

Klassifizierung nach Auswurf

- ohne Auswurf
- mit Auswurf

Empfehlung

modifiziert 2025



starker Konsens

2. Akuter und subakuter Husten

Was sind die häufigsten Ursachen für den akuten und subakuten Husten?

akuter Husten:

- meistens innerhalb von drei Wochen spontan abklingender viraler Erkältungsinfekt,
- allergische Rhinitis, Rhinosinusitis

subakuter Husten: Dauer bis zu 8 Wochen

- Infekt-getriggerte bronchiale Hyperreagibilität,
- anhaltende Allergenexposition durch Pollen,
- postvirale Rhinosinusitis,
- Pneumonie,
- Infektionen durch B. pertussis, Adenoviren, Mykoplasmen, SARS-CoV-2
- postinfektiöser Husten

Statement

geprüft 2025

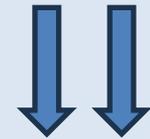
starker Konsens

2. Akuter und subakuter Husten

Welche diagnostischen Konsequenzen ergeben sich hieraus?

Bei einem akuten oder subakuten Husten **soll keine** Diagnostik außer Anamnese und körperlicher Untersuchung veranlasst werden.
Ausnahme: wenn „Red Flags“ (Alarmzeichen) vorhanden sind
(s. Schlüsselfrage 3 „Red Flags“).

Empfehlung
geprüft 2025

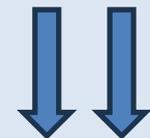


starker
Konsens

Welche therapeutischen Möglichkeiten gibt es?

In der Regel **soll keine** antibiotische Therapie für den akuten Husten verordnet werden.

Empfehlung
Geprüft 2025



starker
Konsens

3. Red Flags bei Husten

Bei welchen „Red Flags“ für Husten ist eine dringende Abklärung erforderlich?

Red Flags sollen entsprechend der klinischen Situation (ggf. sofort) abgeklärt werden.

- Hämoptysen
- hohes Fieber >38.5 Grad C
- Atemnot,
- Tumorverdacht
- starker Raucher
- Obdachlosigkeit

Empfehlung

modifiziert
2025



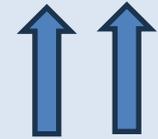
**starker
Konsens**

4. Chronischer Husten

Was sind die häufigsten Ursachen für den chronischen Husten?

Pneumologische Erkrankungen, Schluckstörungen, Lungenstauung, Inhalationsschäden, Erkrankungen der oberen Atemwege sowie Reflux (siehe Frage 8) **sollen** in Betracht gezogen werden.
Bei bis zu einem Drittel der Patienten findet sich keine Ursache (siehe Frage 6).

Empfehlung
geprüft 2025



starker Konsens

Welche diagnostischen und therapeutischen Konsequenzen ergeben sich hieraus?

Die notwendige Basisdiagnostik **soll** zeitnah durchgeführt oder ergänzt werden (siehe Frage 11).
Nach Diagnosestellung **soll** eine leitliniengerechte Therapie der Grunderkrankung erfolgen.

Empfehlung
modifiziert
2025



starker Konsens

5. Husten bei SARS-CoV-2

<p>Ist die SARS-CoV-2-Infektion bei der Abklärung des Hustens relevant?</p>	<p>Eine SARS-CoV-2-Infektion ist eine mögliche Ursache für akuten, subakuten und chronischen Husten. Ca. 30% der SARS-CoV-2-Patienten haben chronischen Husten im Sinne eines chronisch refraktären oder idiopathischen Hustens (RCC/UCC) (siehe Frage 6) oder als Symptom einer interstitiellen Lungenerkrankung (ILD).</p>	<p>Statement neu 2025</p> <p>mehrheitliche Zustimmung</p>
<p>Welche therapeutischen Möglichkeiten gibt es?</p>	<p>Es gibt keine zugelassene Therapie für den Post-COVID-Husten; es kann eine symptomatische Therapie wie bei RCC/UCC durchgeführt werden (siehe Fragen 6 und 12).</p>	<p>Empfehlung neu 2025</p> <p></p> <p>starker Konsens</p>

6. Chronisch refraktärer und chronisch idiopathischer Husten

<p>Was sind chronisch refraktärer oder chronisch idiopathischer Husten ?</p>	<p>RCC (chronic refractory cough) kennzeichnet einen chronischen Husten, der trotz Therapie der vermeintlichen Grunderkrankung persistiert. UCC (unexplained chronic cough) oder idiopathischer Husten bezeichnet einen chronischen Husten ohne erkennbare zugrunde liegende Erkrankung.</p>	<p>STATEMENTS modifiziert 2025</p> <p>starker Konsens</p>
<p>Wer ist hiervon betroffen?</p>	<p>Zwei Drittel der Betroffenen sind Frauen nach der Menopause.</p>	
<p>Was ist die Pathophysiologische Grundlage?</p>	<p>Es handelt sich um eine Erhöhung der Sensitivität des Hustenreflexes Der Husten soll in diesen Fällen nicht als Symptom, sondern als eine eigenständige Erkrankung diagnostiziert werden.</p>	<p>Empfehlung geprüft 2025</p>  <p>starker Konsens</p>

7. Husten bei chronischen Erkrankungen der oberen Atemwege

Können chronische Erkrankungen der oberen Atemwege chronischen Husten auslösen?

Ja, folgende Erkrankungen können chronischen Husten auslösen:

- chronische entzündliche und allergische Erkrankungen
- eine induzierbare laryngeale Obstruktion (ILO/VCD)
- eine laryngeale Hypersensitivität

Diese potenziellen Ursachen sollen bei entsprechender Klinik berücksichtigt werden.

Statement
geprüft 2025

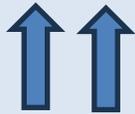
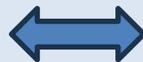
starker Konsens

Empfehlung
geprüft 2025



starker Konsens

8. Husten bei gastroösophagealem Reflux

<p>Kann gastro-ösophagealer Reflux chronischen Husten verursachen?</p>	<p>Der Verdacht besteht, wenn typische Refluxbeschwerden (Sodbrennen, saures Aufstoßen, Regurgitation) vorhanden sind.</p>	<p>Statement Geprüft 2025 starker Konsens</p>
<p>Therapie des Hustens bei Typischen Refluxbeschwerden</p>	<p>Nur bei Husten mit gleichzeitigen typischen Refluxbeschwerden soll eine Refluxtherapie eingeleitet werden.</p>	<p>Empfehlung Geprüft 2025  starker Konsens</p>
<p>Abklärung des Hustens ohne typische Refluxbeschwerden</p>	<p>Bei fehlender ösophagealer Symptomatik, falls für den Husten keine andere Ursache gefunden wurde, kann im Einzelfall eine komplexe gastroenterologische Abklärung erfolgen</p>	<p>Empfehlung modifiziert 2025  starker Konsens</p>

9. Husten als Asthmaäquivalent

<p>Kann eine bronchiale Hyperreagibilität (BHR) oder eine eosinophile Entzündung der Bronchien (NAEB) ohne klassisches Asthma für den chronischen Husten verantwortlich sein?</p>	<p>Eine BHR oder eine NAEB ohne klassisches Asthma kann Husten auslösen</p>	<p>Statement geprüft 2025</p> <p>starker Konsens</p>
<p>Welche personalisierte Diagnostik/Therapie ist zweckmäßig?</p> <p>Therapie der BHR und NAEB</p>	<p>Bei Verdacht soll eine unspezifische inhalative Provokationstestung (für die Diagnose der BHR), die Bestimmung von FeNO oder alternativ eine probatorische hochdosierte ICS oder ICS/LABA-Therapie für 4 Wochen eingeleitet werden.</p>	<p>Empfehlung geprüft 2025</p> <p></p> <p>starker Konsens</p>

10. Husten auslösende Medikamente

Gibt es Medikamente, die Chronischen Husten verursachen können?

Ja, am häufigsten Angiotensin-Converting-Enzyme-(ACE)-Hemmer.

Statement
geprüft 2025
starker Konsens

Welche Therapie wird bei Patienten mit chronischem Husten, die mit einem ACE-Hemmer behandelt werden, empfohlen?

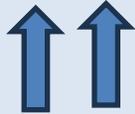
Bei jedem Betroffenen mit der Beschwerde chronischer Husten soll der ACE-Hemmer durch eine andere Substanzklasse ersetzt werden.

Empfehlung
geprüft 2025

starker Konsens

Welche Rolle spielt die Medikamentenanamnese bei Patienten mit chronischem Husten?

Alle vom Patienten verwendeten Medikamente sollen auf die potenzielle Nebenwirkung „Husten“ geprüft werden

Empfehlung
modifiziert 2025

starker Konsens

11. Husten: Basis- und personalisierte Diagnostik

<p>Welche diagnostische Maßnahmen sind bei jedem Patienten erforderlich, um den chronischen Husten abzuklären?</p>	<p>Die Basisdiagnostik soll bei allen Patienten mit chronischem Husten erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Anamnese• körperliche Untersuchung• Röntgenaufnahme des Thorax• Lungenfunktionsdiagnostik	<p>Empfehlung geprüft 2025</p> <p>↑↑</p> <p>starker Konsens</p>
<p>Welche weiterführende diagnostische Maßnahmen werden empfohlen?</p>	<p>Personalisierte Diagnostik: auf der Grundlage der gezielt erhobenen Anamnese bei klinischem Verdacht</p> <ul style="list-style-type: none">• HNO-Untersuchung• CT-Thorax• kardiologische Diagnostik• Bronchoskopie• Schlafapnoediagnostik• Refluxdiagnostik• neurologische Diagnostik	<p>Empfehlung neu 2025</p> <p>↑↑</p> <p>starker Konsens</p>

12. Husten: Therapie

<p>Welche Therapien gibt es für den Husten?</p>	<p>Nach Prinzipien der personalisierten Medizin sollten folgende Therapiemodalitäten verordnet werden:</p>	<p>Empfehlung neu 2025</p> <p>starker Konsens</p> 
<p>Atemphysiotherapie</p>	<p>Atemphysiotherapie sollte für den produktiven Husten – einschließlich bei Schleimretention – mit sekretmobilisierenden Techniken, sowie für den trockenen Reizhusten mit hustenverhindernden Techniken durchgeführt werden.</p>	<p>Empfehlung geprüft 2025</p> <p>starker Konsens</p> 
<p>Logopädie</p>	<p>Logopädie sollte bei laryngealer und pharyngealer Hyperreagibilität und ILO/VCD durchgeführt werden.</p>	<p>Empfehlung modifiziert 2025</p> <p>starker Konsens</p> <p>keine Evidenz, personalisierte Entscheidung notwendig</p> 

12. Husten: Therapie

medikamentöse Therapie	Eine leitliniengerechte Therapie eines bekannten Grundleidens für das Symptom Husten soll durchgeführt werden.	Empfehlung geprüft 2025  starker Konsens
	Bei fortbestehendem Husten: <ul style="list-style-type: none"> Für den akuten und subakuten Husten sollten pflanzliche und synthetische Sekretomotorika und Antitussiva mit Evidenzbasis für die Wirksamkeit eingesetzt werden. Cave: Langzeitanwendung nicht zugelassen! 	Empfehlung geprüft 2025  starker Konsens
	<ul style="list-style-type: none"> Für den chronischen Husten können intermittierend folgende, hierfür nicht zugelassene Medikamente verordnet werden: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sekretomotorika, Antitussiva ➤ Neuromodulatoren („off label“ Gabapentin, Pregabalin, Amitriptylin); ➤ niedrig dosiertes (2x10 mg) retardiertes Morphin (<i>für palliative Verordnung zugelassen</i>) 	Empfehlung geprüft 2025  starker Konsens