

## S2k-Leitlinie COPD 2026: Neuerungen bei der medikamentösen Therapie

Die aktualisierte S2k-Leitlinie **Fachärztliche Diagnostik und Therapie der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) 2026** (DGP, [AWMF-Nr. 020-006](#)) aktualisiert die Therapieempfehlungen bei COPD in mehreren Bereichen. Überarbeitet wurden unter anderem die Schweregradeinteilung und die Therapiealgorithmen für alle Stadien – von der initialen Bronchodilatation bis hin zur Eskalation bei persistierenden Exazerbationen.<sup>1</sup> Die wichtigsten medikamentösen Neuerungen auf einen Blick:

### Überarbeiteter Stufenplan und Biomarker-Fokus

Die neue S2k-Leitlinie hat die Schweregradeinteilung der COPD grundlegend überarbeitet. Neben der spirometrischen Graduierung anhand des FEV<sub>1</sub>-Werts integriert die Klassifikation nun ausdrücklich die GOLD-Gruppen A, B und E.<sup>1,2</sup> Die Leitlinie empfiehlt eine Bestimmung der Bluteosinophilen bei Erstdiagnose und erstmals eine jährliche Neubestimmung des Werts bei schwerer COPD und verankert somit diesen Wert als Biomarker im Therapiealgorithmus.<sup>1</sup> Erhöhte Eosinophilenwerte werden dabei in Verbindung mit einer erhöhten Exazerbationsneigung bewertet.<sup>3</sup>

Die initiale medikamentöse Therapieempfehlung orientiert sich ebenfalls an der GOLD-Klassifikation und ist entsprechend nach Gruppen gestaffelt:

- Für Patienten\* der **GOLD-Gruppe A** wird bevorzugt eine Monotherapie mit einem langwirksamen Bronchodilatator empfohlen.<sup>1,2</sup>
- In **GOLD-Gruppe B** ist eine initiale duale Bronchodilatation mit einer LABA/LAMA-Kombination vorgesehen.<sup>1,2</sup>
- Für Patienten der **GOLD-Gruppe E** wird initial eine duale Bronchodilatation mit LAMA/LABA empfohlen. Bei Eosinophilen  $\geq 300$  Zellen/ $\mu$ l kann bei fortgeschrittener Exazerbationsneigung eine Eskalation zur Dreifachtherapie (LAMA/LABA/ICS) erwogen werden.<sup>\*\*1,2</sup>

### Abkehr von der ICS/LABA-Monokombination

Eine der deutlichsten Änderungen ist, dass die Kombination aus inhalativem Kortikosteroid und langwirksamem Beta<sub>2</sub>-Agonisten (ICS/LABA) allein bei COPD nicht mehr empfohlen wird.<sup>1</sup> Stattdessen setzt die Leitlinie auf Fix-Kombinationspräparate und priorisiert bei symptomatischen Patienten oder Exazerbationsvorgeschichte die duale Bronchodilatation (LAMA/LABA) als Initialtherapie.<sup>1</sup>

### Biologika als neue Therapieoption bei schwerem Verlauf

Neu ist die Empfehlung E 64, die bei bestimmten Patienten mit schwerem Krankheitsverlauf erstmals den Einsatz von Biologika adressiert. Demnach sollte bei Patienten mit rezidivierenden Exazerbationen trotz inhalativer Dreifachtherapie und Bluteosinophilen  $\geq 300$  Zellen/ $\mu$ l eine weiterführende fachärztliche Abklärung erfolgen und der Einsatz von Mepolizumab oder Dupilumab (falls klinische Zeichen einer chronischen Bronchitis bestehen) geprüft werden – vorausgesetzt, Inhalationstechnik und Therapieadhärenz wurden zuvor überprüft.<sup>1</sup>

Mepolizumab ist angezeigt als zusätzliche Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), die durch eine erhöhte Anzahl an Eosinophilen im Blut ( $\geq 300$  Zellen/ $\mu$ l) gekennzeichnet ist und die trotz einer Kombinationstherapie aus einem inhalativen Kortikosteroid (ICS), einem langwirksamen Beta<sub>2</sub>-Agonisten (LABA) und einem langwirksamen

Muscarinrezeptor-Antagonisten (LAMA) unzureichend kontrolliert ist.<sup>4</sup> Grundlage der Zulassung waren Daten der Phase-III-Studie MATINEE, die eine statistisch signifikante Reduktion mittelschwerer und schwerer Exazerbationen um 21 % gegenüber Placebo zeigte (RR: 0,79; 95 %-KI: 0,66–0,94; p = 0,011).<sup>5</sup>

„Die neue S2k-Leitlinie macht deutlich: Exazerbationen sind keine unvermeidliche Begleiterscheinung der COPD. Sie müssen konsequent verhindert werden. Für Patienten mit eosinophiler COPD, die trotz maximaler inhalativer Dreifachtherapie weiter exazerbieren, eröffnet die erstmalige Integration von Biologika in den Therapiealgorithmus eine wichtige neue Option, die wir jetzt gezielt einsetzen sollten“ so **Prof. Dr. Kathrin Kahnert**, Koordinatorin der S2k-Leitlinie COPD 2026, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP).

### Warum Abwarten keine Option ist

Ein klares Therapieziel ist laut Leitlinie die Vermeidung von Exazerbationen und Hospitalisierung. Denn jede Exazerbation ist eine zu viel. Dies bestätigt vor allem die alarmierende Datenlage: 69 % der Patienten mit schweren oder häufigen Exazerbationen erleiden innerhalb eines Jahres eine erneute Exazerbation, 82 % innerhalb von drei Jahren.<sup>6</sup> Bis zu 40 % der COPD-Patienten erleiden trotz einer optimalen inhalativen Dreifachtherapie weiter Exazerbationen.<sup>7</sup> 1 von 4 Patienten stirbt innerhalb eines Jahres nach einer COPD-bedingten Hospitalisierung.<sup>8</sup> Langzeitdaten zeigen, dass 40–50 % der COPD-Patienten innerhalb von 5 Jahren nach der ersten schweren Exazerbation versterben.<sup>9</sup>

\*Info: Gendergerechte Sprache: Dieser Text schließt prinzipiell alle Geschlechter mit ein. Zur besseren Lesbarkeit wird jedoch nur eine Geschlechtsform verwendet – welche das ist, liegt im Ermessen derjenigen, die den Text verfasst haben.

\*\* Hinweis: Die initiale Gabe von ICS/LAMA/LABA ist in Deutschland derzeit off-label.

NP-DE-MPL-PRSR-260002, 04/2026

### Referenzen

1. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP). S2k-Leitlinie Fachärztliche Diagnostik und Therapie der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) 2026. Version 5.0, Februar 2026. AWMF-Registernummer 020-006. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-006>. Letzter Zugriff am 15. April 2026.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2026 Gold Report. <https://goldcopd.org/2026-gold-report-and-pocket-guide/>. Letzter Zugriff am 15. April 2026.
3. Zeiger RS et al. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2018;6(3):944-954.e5.
4. Fachinformation Nucala. Aktueller Stand.
5. Sciurba FC et al. *N Engl J Med*. 2025;392(17):1710-1720.
6. Vogelmeier CF et al. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2021;16:2407-2417.
7. Müllerová H et al. Presented at ATS 2017: Abstract A4986.
8. Swanson JO et al. *Health Policy*. 2018;122(7):737-745.
9. Waeijen-Smit K et al. *ERJ Open Res*. 2024;10(1):00838-02023.