
Husten – Was tun?
Die Patienten-Leitlinie
der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin 2025
zum Update der S2k-Leitlinie Fachärztliche Diagnostik und Therapie von
erwachsenen Patienten mit Husten
Langversion 4.1.- Januar 2025, AWMF-Registernummer 020-003

Die Lunge ist durch die eingeatmete Luft zahlreichen Einflüssen aus der Außenwelt ausgesetzt, etwa dadurch, dass man Staub oder Rauch einatmet oder sich verschluckt. Durch diese und zahlreiche andere Auslöser wird der *Hustenreflex* auch bei ansonst lungengesunden Personen aktiviert und das verschluckte Fremdmaterial entfernt.

Husten hat aber weitere Gesichter: Neben dem Hustenreflex bei Gesunden ist Husten ein wichtiges *Kennzeichen (Symptom)*, das bei akuten oder chronischen Erkrankungen der Lunge, der oberen und unteren Atemwege oder der Speiseröhre auftreten kann. In diesem Sinne ist auch der bekannte Raucherhusten zu verstehen.

Erst durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse der letzten Jahre wurde klar, dass es noch eine dritte Art Husten gibt: Bei etwa 10% der Patienten mit chronischem Husten lässt sich trotz sorgfältiger Untersuchungen keine Ursache für den Husten feststellen. Wir sprechen vom idiopathischen Husten, dem Fachausdruck für den Husten ohne erkennbare zugrunde liegende Krankheit, der auch keinen Schutzreflex gegenüber einem schädigenden Einfluss darstellt. Hier ist der Husten kein Symptom, sondern *die Krankheit selbst*.

Husten ist sehr häufig; die Leitlinie klassifiziert Husten nach dessen **Dauer** in drei Kategorien:

- Akuter Husten: bis zu 3 Wochen Dauer
- Subakuter Husten: 3–8 Wochen Dauer
- Chronischer Husten: länger als 8 Wochen.

Ein weiteres Klassifizierungsmerkmal:

- Husten ohne Auswurf („Reizhusten“)
- Husten mit Auswurf

1. Der akute Husten (bei nicht chronisch kranken Erwachsenen)

Akuter Husten ist meist die Folge eines viralen (Erkältungs-)Infekts. Der Erkältungsinfekt und der damit verbundene Husten klingt in der Regel auch ohne Behandlung etwa nach 2 bis 3 Wochen ab. Bei *ansonsten gesunden* Personen mit offensichtlichem Erkältungshusten ist meistens keine Untersuchung beim Arzt nötig. Eine Ausnahme bilden Alarmsymptome, die eine sofortige ärztliche Untersuchung und weitere Abklärung erfordern (Tab. 1).

Es gibt frei verkäufliche pflanzliche und synthetische Medikamente, die die Symptomatik lindern und die Dauer des Hustens verkürzen können. Hierzu zählen Efeu-, Eukalyptus-, Thymian-, Primel- und andere Pflanzenextrakte, Cineol, Ambroxol, N-Acetylcystein, sowie der Hustenstiller Dextromethorphan. Eine inhalative Therapie mit einem Kortisonspray kann den manchmal 6–8 Wochen dauernden Husten nach einem abgelaufenen Infekt erleichtern und , ist jedoch im Gegensatz zu den zuvor genannt Präparaten in der Apotheke nicht frei verkäuflich.

Wichtig ist, dass **Antibiotika keine Wirkung auf den Husten bei einem Virusinfekt haben** und deshalb hierfür in der Regel nicht empfohlen sind.

Tabelle 1: Alarmsymptome bei akutem Husten

Alarmsymptom	Einige mögliche Ursachen
Blutiger Auswurf	Lungenkrebs, Lungenembolie
Atemnot, Herzklopfen, blaue Verfärbung der Lippen, schaumiger Auswurf	Lungenembolie, akute Herzschwäche, Lungenödem
Hohes Fieber über 38,5 °C	Lungenentzündung
Starker Brustschmerz	Kann auch auf einen Herzinfarkt hinweisen
Abfall der Sauerstoffsättigung	Alle aufgeführten Ursachen möglich

2. Der subakute Husten (bei nicht chronisch kranken Erwachsenen)

Bei Beteiligung der Nasennebenhöhlen, bei bekannter Asthmaneigung, bei Infektionen mit einigen hierfür bekannten Erregern (z.B. Adenoviren, Keuchhusten, Respiratory Syncytial Virus, Influenzavirus, Mycoplasma) kann der akut aufgetretene Husten bis zu 8 Wochen anhalten, klingt aber dann wie beim akuten Husten spontan ab. Eine technische Diagnostik (Labor, Röntgenaufnahme) ist in der Regel auch hier nicht nötig.

3. Der chronische Husten

Im Gegensatz zu akutem und subakutem Husten (bis zu 8 Wochen Dauer) ist die Basisdiagnostik (s. Kasten 1) beim chronischen Husten, der acht Wochen und länger besteht, ohne zeitliche Verzögerung zu beginnen.

Kasten 1: Basisdiagnostik bei chronischem Husten

Basisdiagnostik bei chronischem Husten
Erhebung der Krankengeschichte
Ärztliche Untersuchung
Röntgenaufnahme der Brustorgane
Lungenfunktionsprüfung

Die meisten chronischen Erkrankungen, deren Symptom der Husten ist, lassen sich durch die Basisdiagnostik erkennen oder sie gibt Hinweise auf weitere erforderliche diagnostische Maßnahmen.

Kasten 2: Häufige Erkrankungen, die chronischen Husten verursachen

Häufige Ursachen für den chronischen Husten
Raucherbronchitis
Infektiöse Erkrankungen: Tuberkulose und andere bakterielle Erreger, Erweiterte Bronchien (Bronchiektasen), Post-COVID
Verschluckte Fremdkörper
Herzschwäche, Lungenstauung
Sämtliche nicht ansteckende Lungenerkrankungen (COPD, Asthma, Lungenfibrose, Lungenkrebs, Hochdruck im Lungenkreislauf etc.)

Wenn man die auslösende Erkrankung des chronischen Hustens mittels Basisdiagnostik nicht feststellen konnte, ist eine weitere, individuell auf den betroffenen Patienten zugeschnittene (**personalisierte**) Diagnostik erforderlich. Grundlage der personalisierten Diagnostik ist eine ausführliche Befragung, die Verdachtsmomente auf eine nicht offensichtliche Ursache des Hustens ergibt; s. Kasten 3. Es ist weder zielführend noch möglich, alle Untersuchungen bei jedem Patienten durchzuführen. Zum Beispiel sind eine Computertomographie oder eine Spiegelung der Atemwege (Bronchien) nur in bestimmten Verdachtsfällen (erweiterte Bronchien, Tumorverdacht, Fibroseverdacht etc.) notwendig.

Kasten 3: Personalisierte Diagnostik

Personalisierte Diagnostik	Bei welchen zusätzlichen Symptomen einleiten?
Hals-Nasen-Ohren-ärztliche Untersuchung	Symptome der Nebenhöhlen-, des Rachens, des Kehlkopfs, der Nase
Gastroenterologische Untersuchung	Bei Sodbrennen und/oder Aufstoßen
Lungenärztliche Untersuchung	Verdacht auf Asthma, COPD, Lungenfibrose
Allergologische Untersuchung	Verdacht auf Heuschnupfen, Tierhaarallergie, Hausstaubmilbenallergie
Kardiologische Untersuchung	Bei Verdacht auf Herzschwäche, Lungenstauung, Rhythmusstörungen
CT-Untersuchung	Raucher, starker Auswurf
Spiegelung der Bronchien (Bronchoskopie)	Tumorverdacht, Infektionen, Stridor bei der Atmung

Falls man die Ursache des Hustens im Rahmen dieser personalisierten Untersuchungen feststellt, wird die entsprechende Behandlung der Grundkrankheit den Husten lindern.

- **Medikamentenbedingte Ursachen des Hustens:** Bestimmte Medikamente können anhaltenden Husten verursachen. In erster Linie sind es bestimmte Blutdruckmedikamente (ACE-Hemmer; deren Namen mit -pril enden, z.B. Ramipril). Der Arzt wird bei chronischem Husten solche Medikamente durch andere Blutdruckmedikamente ersetzen, die keinen Husten verursachen.
- **Asthma-Husten:** wird mit Asthmasprays (inhalatives Kortison und bronchialerweiternde Medikamente) behandelt.
- **Refluxbedingter Husten** - wenn Husten und Sodbrennen und/oder Aufstoßen bestehen - wird mit säurehemmenden Medikamenten behandelt. Lifestyle-Maßnahmen wie die Meidung spätabendlicher oder opulenter Mahlzeiten, Alkohol, Rauchen sind ebenso wichtig. Häufig spricht das Sodbrennen auf diese Behandlung an, wohingegen sich der Husten häufig nicht bessert. Wenn allerdings kein Sodbrennen besteht, wird eine solche „Probetherapie“ des Hustens nicht empfohlen. Dann wird über einen therapieresistenten (=refraktären) chronischen Husten gesprochen.
- **Hals-, Rachen-, Nebenhöhlen- oder Kehlkopfentzündungen** werden hals-nasen-ohren-ärztlich diagnostiziert und behandelt. Sie führen häufig zu einem Räusperzwang. Viele Patienten können den Hustenreiz in den oberen Atemwegen lokalisieren. Häufig spricht der Husten auf Tabletten, die auch bei

Allergien eingesetzt werden (Antihistaminika) an. Auch Kortison-Nasensprays können helfen.

- **Eine Allergie** verursacht nur dann Husten, wenn eine allergische Manifestation, wie allergischer Schnupfen oder Asthma, besteht. Man behandelt den Husten mit kortisonhaltigen Nasensprays oder bei Asthma mit inhalativen Kortisonpräparaten, sowie mit Allergietabletten.

Der idiopathische chronische Husten

Ungeachtet einer korrekten Diagnostik kann etwa bei jedem zehnten Patienten für den chronischen Husten keine zugrunde liegende Erkrankung gefunden werden. Diese Patienten husten deshalb, weil die Empfindlichkeit ihres Hustenreflexes erhöht ist. Wenn in einem Raum starke Raucherentwicklung besteht, werden viele Menschen husten; der Patient mit der erhöhten Sensitivität hustet bereits, wenn eine einzige Zigarette in der Nähe geraucht wird, wenn Parfümgeruch eingeatmet wird, beim längeren Sprechen, Telefonieren oder unter körperlicher Belastung mit heftigem Atmen. Da insbesondere Frauen auch ohne chronische Lungenerkrankungen grundsätzlich eine stärkere Empfindlichkeit des Hustenreflexes haben als Männer, kommt der idiopathische Husten bei Frauen doppelt so häufig vor.

In anderen Fällen wurde eine dem Husten zugrunde liegende Ursache im Rahmen der Diagnostik festgestellt; es wurde z.B. eine chronische Nebenhöhlenentzündung diagnostiziert. Der HNO-Arzt hat fachgerecht die Nebenhöhlenentzündung behandelt. Obwohl es gelang, diese auszuheilen, kann der Husten weiter bestehen. Der Arzt spricht dann von einem chronisch refraktären Husten – dieser Husten bestand nicht als Folge (Symptom) der Entzündung der Nebenhöhlen, sondern als Zweiterkrankung.

Welche technischen Untersuchungen werden im Rahmen der personalisierten Diagnostik durchgeführt?

- Der Lungenarzt kann eine ausführliche Lungenfunktionstestung durchführen, die hilft, eine Asthmaneigung auch dann zu entdecken, wenn aktuell keine asthmatische Verengung der Bronchien besteht. Durch Inhalation einer Reizsubstanz wie Met
- hacholin werden bei Patienten mit Asthmaneigung schon bei geringer Dosis die Bronchien verkrampfen. Man spricht von einer bronchialen Hyperreagibilität, die mit Husten einhergehen kann (Husten als Asthmaäquivalent) und auf eine Asthmathherapie anspricht. Ein Entzündungsmarker, Stickstoffmonoxid, kann auf eine Husten-verursachende Entzündung im Bereich der Atemwege hinweisen, die mit inhalativem Kortison behandelt werden kann: Es ist die nicht-asthmatische eosinophile Bronchitis. Bei Verdacht auf (seltene) Erkrankungen der Luftröhre ist eine Bronchoskopie notwendig.

- Der Hals-Nasen-Ohrenarzt kann durch Betrachtung der oberen Atemwege, Spiegelung der Nase oder Ultraschalluntersuchungen mögliche Ursachen für den chronischen Husten sichern. Er kann ein MRT oder CT der Nebenhöhlen veranlassen. Die Untersuchung der Stimmfunktion ist erforderlich, um organische oder funktionelle Stimmstörungen als Ursache abzuklären.
- Allergologisch kann durch Anamnese, Hauttests und Blutuntersuchungen eine allergische Ursache der asthmatischen, Nebenhöhlen- oder Nasenentzündung gesichert werden, die akuten oder chronischen Husten verursachen können.
- Der Magen-Darm-Spezialist führt folgende technische Untersuchungen durch: Er spiegelt die Speiseröhren- und Magenschleimhaut, um entzündliche Veränderungen zu finden, misst den Reflux im Rachen und in der Speiseröhre mittels einer 24 Stunden-Sonde (pH-Metrie) sowie die Drücke und den Bewegungsablauf (Peristaltik) in der Speiseröhre. Diese Ergebnisse der Refluxmessung werden in einen zeitlichen Bezug zum Husten gesetzt, um die Auslösung des Hustens durch den Reflux zu sichern.
- Der Röntgenarzt trägt zur Diagnostik – neben der MRT oder CT-Darstellung der Nebenhöhlen – durch eine Computertomographie der Lunge bei. Hier können kleine, auf der Übersichtsaufnahme nicht sichtbare Raumforderungen (Tumore), eine beginnende Erkrankung des Lungengewebes (Fibrose) oder erweiterte Bronchien (Bronchiektasen) mit und ohne Schleimverlegung entdeckt werden.

Auf der Basis der gezielten Beschwerdeerhebung wird der Arzt entscheiden, welche Untersuchungen individuell erforderlich sind. Deshalb nennen wir dieses Vorgehen „personalisierte Diagnostik“.

Die Behandlung des Hustens

Grundsätzlich gilt, wenn Husten ein Symptom und keine eigenständige Erkrankung (idiopathischer oder refraktärer chronischer Husten) ist, wird die Ursache des Hustens behandelt (z.B. Asthma, Lungenkrebs, Tuberkulose oder Lungenfibrose). Wenn keine ursächliche Behandlung (z.B. Heilung der Grunderkrankung) möglich ist, kommen lindernde („symptomatische“) Behandlungen in Betracht.

Medikamente für den akuten Husten

Beim akuten Erkältungshusten helfen pflanzliche und synthetische sekretlösende und hustenstillende Medikamente. Die meisten sind in der Apotheke rezeptfrei erhältlich.

Sie sind für eine kurze Anwendung, in der Regel bis zu vier Wochen, zugelassen. Sie werden in der Praxis oft länger, auch für den subakuten Husten angewendet.

Behandlung des chronischen Hustens

Atemphysiotherapie und Logopädie bei der Behandlung des chronischen Hustens

Atemphysiotherapie kann helfen, beim chronischen produktiven Husten das Abhusten des Sekretes mit oder ohne Hilfsmittel zu erleichtern; oder den trockenen Husten durch spezielle Atemtechniken zu unterdrücken. Nicht jeder wahrgenommene Hustenreiz muss mit Husten beantwortet werden.

Die erlernten Maßnahmen müssen zu Hause in eigener Regie weitergeführt werden.

Abstimmung der Atem-Stimm-Sprechfunktion, entlastende Stimmübungen, eine angepasste Sprechatmung sowie eine ausreichende Trinkmenge lindern den Husten und den Hustenreiz.

Eine ausführliche Aufklärung des Patienten über die Abläufe beim Husten kann helfen, den Husten willkürlich zu unterdrücken

Symptomatische medikamentöse Behandlung des chronischen Hustens

Bei wechselnder Intensität des chronischen Hustens können wochenweise Hustenstiller und sekretlösende Medikamente aus der Apotheke ggf. wiederholt eingenommen werden. Codein-haltige Präparate sind jedoch verschreibungspflichtig. Eine Dauerbehandlung ist nicht zugelassen und auch nicht empfehlenswert.

Symptomatische medikamentöse Behandlung des refraktären oder idiopathischen chronischen Hustens

Es gibt auf ärztliche Verordnung Medikamente, die zwar für den Husten nicht zugelassen, aber für andere Erkrankungen erhältlich sind. Hierzu gehören Opiate, Morphin und Neuromodulatoren. Letztere sind Medikamente, die gewöhnlich für Nervenentzündungen („Neuropathien“), z.B. im Rahmen eines Diabetes, gegeben werden. Hierzu gehören Pregabalin und Gabapentin. Bei etwa 20% der Patienten mit refraktärem chronischem oder idiopathischem Husten wirken Neuromodulatoren; sie haben aber auch Nebenwirkungen: Müdigkeit und Schläfrigkeit stehen an erster Stelle. Auch Morphin hilft nur etwa bei jedem fünften Patienten. Es kann nur auf einem Betäubungsmittelrezept verordnet werden. Niedrige Dosen (2 x 10 mg Morphin retard) reichen gegen den Husten aus; im Gegensatz zur Schmerztherapie verstärkt eine Steigerung der Dosis die Wirkung nicht.

Für den chronischen refraktären und idiopathischen Husten gibt es bereits ein in der EU zugelassenes Medikament: Gefapixant (Lyfnua®). Es ist auch in Deutschland zugelassen, wird aber nicht vermarktet. Es kann gegebenenfalls durch die Apotheke individuell auf Rezept importiert werden. In Einzelfällen übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung auf Antrag die Kosten. Viele neue Medikamente befinden sich in Erprobung (Studien). In einigen Jahren könnte sich die Behandlungssituation des chronischen Hustens deutlich verbessern.

Informationen zur Erstellung der Patientenversion:

Die vorliegende Hustenleitlinie 2025 wurde durch ein Expertengremium erstellt, das aus Lungenärzten, Internisten, Allergologen, HNO-Ärzten, einem Magen-Darm-Spezialisten, einer Physiotherapeutin, einer Logopädin und einem Patientenvertreter bestand. Zusätzlich wurde die Leitliniengruppe durch Wissenschaftler, die für die methodische Beratung zuständig waren, komplettiert.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Die Angaben in dieser Patienteninformation basieren auf der S2k-Leitlinie „Fachärztliche Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten mit Husten“ (AWMF-Registernummer 053-046). Diese Leitlinie wurde unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. erstellt und mit weiteren Fachgesellschaften und Organisationen gemeinsam entwickelt. Die Autorinnen und Autoren der Leitlinie waren an der Patientenversion mitarbeitend beteiligt bzw. haben die Endfassung gelesen und akzeptiert.

Die Langfassung und der Leitlinienreport mit Informationen zum Abstimmungsprozess, in den auch eine Patientenvertretung eingebunden war, sowie zum Umgang mit möglichen Interessenkonflikten finden sich unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-003>.

© DGP 2025

Korrespondierende Autoren: Dr. med. P. Kardos, PD Dr. med. T. Köhnlein

im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

www.pneumologie.de

Versionsnummer:	4.1
Erstveröffentlichung:	09/2004
Überarbeitung von:	01/2025
Nächste Überprüfung geplant:	01/2030

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**