GINA-Report 2026: Neue Impulse für die Asthmatherapie

Prof. Dr. Roland Buhl, Mainz; Prof. Dr. Katrin Milger-Kneidinger, Graz

Zusammenfassung

Die GINA-Leitlinien 2026 unterstreichen erneut die Bedeutung eines modernen, evidenzbasierten Asthmamanagements auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse. Der Bericht basiert auf einer kontinuierlichen, systematischen Literaturbewertung durch ein internationales Expertengremium und berücksichtigt sowohl globale Versorgungsrealitäten als auch neue therapeutische Entwicklungen.

Im Fokus der aktuellen Empfehlungen steht weiterhin das Verständnis von Asthma als chronisch entzündliche Erkrankung, die eine konsequente antiinflammatorische Behandlung erfordert. Insbesondere wird die Rolle von Biomarkern gestärkt, die nicht nur für die Diagnostik, sondern auch für die individuelle Therapiesteuerung zunehmend relevant sind.

Zudem bestätigen die GINA-Leitlinien 2026 den Paradigmenwechsel weg von einer reinen Bedarfsmedikation mit kurz wirksamen Bronchodilatatoren hin zu ICS-haltigen Therapiestrategien sowie die Bedeutung strukturierter Algorithmen für das Management akuter Exazerbationen und schwerer Verläufe.

Ziel bleibt eine möglichst umfassende Krankheitskontrolle bis hin zur Remission, um Exazerbationen zu vermeiden und die Lebensqualität von Patienten nachhaltig zu verbessern.

LERNZIELE

Am Ende dieser Fortbildung werden Sie ...

- ✓ die wesentlichen Neuerungen des GINA-Reports 2026 in Diagnostik, Therapie und Management des Asthmas benennen und einordnen können,
- ✓ die Bedeutung von Biomarkern für die Diagnosestellung und individualisierte Therapieentscheidungen beim Asthma erläutern können,
- ✓ aktuelle Therapiealgorithmen einschließlich der Rolle ICS-haltiger Strategien gemäß GINA-Empfehlungen sicher anwenden und von veralteten SABA-basierten Konzepten abgrenzen können,
- ✓ akute Asthmaexazerbationen leitliniengerecht einschätzen und behandeln sowie deren Bedeutung für die Optimierung der Langzeittherapie interpretieren können.

Teilnahmemöglichkeiten

Diese Fortbildung steht als Audiovortrag (Podcast) und zusätzlich als Zusammenfassung zum Download zur Verfügung. Die Teilnahme ist kostenfrei. Die abschließende Lernerfolgskontrolle kann nur online erfolgen. Bitte registrieren Sie sich dazu kostenlos auf: www.cme-kurs.de

Zertifizierung

Diese Fortbildung wurde nach den Fortbildungsrichtlinien der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz von der Akademie für Ärztliche Fortbildung in RLP mit 2 CME-Punkten zertifiziert (Kategorie I). Sie gilt für das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern.

cme VERLAG

© CME-Verlag 2026

Aktuelle Entwicklungen der GINA-Leitlinien 2026 zur Asthmadiagnostik und -therapie

Der vorliegende CME-Kurs basiert auf einer fachlichen Diskussion zentraler Inhalte des aktuellen GINA-Reports 2026 (GINA: Global Initiative for Asthma) und beleuchtet praxisrelevante Neuerungen in Diagnostik, Therapie und Management des Asthma. Neben den strukturellen Grundlagen der Leitlinienentwicklung werden insbesondere die klinischen Implikationen für die Versorgung von Patienten im deutschsprachigen Raum herausgestellt.

Entstehung und Bedeutung des GINA-Reports

Die GINA-Leitlinien werden von einem internationalen Expertengremium erarbeitet, das sich aus 19 Fachleuten verschiedener Länder zusammensetzt. Zweimal jährlich erfolgt eine systematische Literaturrecherche, um aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse umfassend zu berücksichtigen. Die Empfehlungen reflektieren dabei sowohl hochentwickelte Gesundheitssysteme als auch ressourcenlimitierte Settings, was eine globale Anwendbarkeit bei gleichzeitiger Berücksichtigung regionaler Unterschiede gewährleistet.

Weiterentwicklung der Asthmadiagnostik

Ein zentraler Schwerpunkt des GINA-Reports 2026 liegt auf der zunehmenden Bedeutung von Biomarkern. Besonders relevant sind hierbei eosinophile Granulozyten im Blut, das fraktionierte exhalierte Stickstoffmonoxid (FeNO) sowie Immunglobulin E (IgE) als Hinweis auf allergische Pathomechanismen. Diese Parameter gewinnen nicht nur für die Diagnostik, sondern auch für die individualisierte Therapieentscheidung an Bedeutung.

Hinsichtlich der Lungenfunktionsdiagnostik wurde eine Anpassung der Kriterien für den Bronchospasmolysetest diskutiert. Die bestehenden Grenzwerte (≥12 % und ≥200 ml FEV_1-Anstieg) wurden jedoch beibehalten, da alternative Definitionen das Risiko einer Unterdiagnose erhöhen könnten.

Management akuter Asthmaexazerbationen

Der aktuelle Report führt neue, differenzierte Algorithmen zur Einschätzung und Behandlung akuter Asthmaanfälle ein. Dabei erfolgt eine klare Klassifikation in leichtgradige, mittelgradige und schwere bzw. lebensbedrohliche Exazerbationen.

Neu hervorgehoben wird unter anderem:

- Ein gezielter Einsatz von Sauerstoff (empfohlen bei SpO_2 <92 %, Zielbereich bis etwa 95 %)
- Frühzeitige Eskalation der Therapie je nach Schweregrad
- Verpflichtende Reevaluation nach wenigen Stunden sowie engmaschige Nachkontrolle innerhalb von zwei bis sieben Tagen nach einer akuten Episode

Besonders betont wird, dass jede akute Asthmaexazerbation als Warnsignal („Red Flag") verstanden werden sollte und Anlass zur Überprüfung der Langzeittherapie ist.

Paradigmenwechsel in der Asthmatherapie

Ein wesentlicher Bestandteil der GINA-Strategie bleibt die konsequente Abkehr von der alleinigen Anwendung kurz wirksamer β_2-Agonisten (SABA). Asthma wird ausdrücklich als chronisch entzündliche Erkrankung verstanden, die eine kontinuierliche antiinflammatorische Therapie erfordert.

Für die Therapie ergeben sich folgende Kernaussagen:

- **Stufe 1 bis 2 (mildes Asthma)**
  Bevorzugt wird eine Fixkombination aus inhalativem Kortikosteroid (ICS) und schnell wirksamen Bronchodilatator, auch als Bedarfstherapie.

© CME-Verlag 2026

- **Track-I-Strategie**
  ICS-Formoterol als antiinflammatorischer Reliever bleibt die bevorzugte Behandlungsoption für Jugendliche und Erwachsene.
- **Track-II-Strategie**
  Auch hier wird zunehmend der Einsatz von ICS-haltigen Kombinationen für die Bedarfsmedikation empfohlen, um eine Monotherapie mit SABA zu vermeiden.

Diese Strategie soll sicherstellen, dass Patienten auch bei Bedarfstherapie eine antientzündliche Behandlung erhalten.

Therapie des schweren Asthmas

Bei schwerem Asthma (Stufe 5) wird zunächst eine Optimierung der inhalativen Therapie empfohlen:

- Steigerung auf hohe ICS-Dosen
- Ergänzung durch lang wirksame Muskarinantagonisten (LAMA)
- Einsatz von Triple-Therapien (ICS/LABA/LAMA)

Der Einsatz von Biologika sollte erst nach Ausschöpfung dieser Optionen erfolgen. Dabei wurden neue Entwicklungen berücksichtigt, darunter:

- Einführung eines Omalizumab-Biosimilars
- Verfügbarkeit neuer Biologika mit verlängerten Applikationsintervallen (z. B. halbjährliche Gabe)

Bedeutung des Remissionskonzeptes

Ein wichtiger konzeptioneller Fortschritt ist die stärkere Integration des Begriffes „Remission" als Therapieziel. Angestrebt werden:

- Vollständige Symptomkontrolle
- Vermeidung von Exazerbationen
- Stabile oder verbesserte Lungenfunktion
- Kein Bedarf an systemischen Kortikosteroiden

Damit geht das Konzept über die klassische Symptombeurteilung hinaus und adressiert eine langfristige Krankheitskontrolle. Die Remission soll künftig für alle Schweregrade des Asthmas als realistisches Therapieziel betrachtet werden.

Herausforderungen in der praktischen Umsetzung

Trotz der klaren Empfehlungen bestehen weiterhin Herausforderungen in der klinischen Praxis, insbesondere:

- Umsetzung antiinflammatorischer Bedarfskonzepte (z. B. MART/AIR)
- Verbesserung des Krankheitsverständnisses bei den Patienten
- Zugang zu diagnostischen Biomarkern (z. B. fehlende Kostenerstattung für FeNO in Deutschland)

Zudem wird die Notwendigkeit nationaler Leitlinien betont, die internationale Empfehlungen in lokale Versorgungskontexte übersetzen und regulatorische Besonderheiten berücksichtigen.

Perspektiven und zukünftige Entwicklungen

Offene Fragen betreffen insbesondere:

- Phänotypspezifische Therapieentscheidungen
- Optimaler Zeitpunkt für den Einsatz von Biologika
- Sicherheit moderner Therapien in besonderen Situationen (z. B. Schwangerschaft)
- Entwicklung klarer Algorithmen zur individualisierten Therapieauswahl

Diese Themen werden voraussichtlich in zukünftigen GINA-Updates weiter adressiert.

© CME-Verlag 2026

FAZIT

Der GINA-Report 2026 bestätigt den Paradigmenwechsel hin zu einer konsequent antiinflammatorisch ausgerichteten Asthmatherapie und stärkt die Rolle individualisierter Behandlungsstrategien. Biomarker, moderne inhalative Kombinationstherapien und Biologika ermöglichen eine differenzierte Versorgung mit dem Ziel einer möglichst vollständigen Krankheitskontrolle bis hin zur Remission. Gleichzeitig bleibt die Umsetzung in die Praxis eine zentrale Herausforderung, die sowohl ärztliche Schulung als auch Patientenedukation erfordert.

Abkürzungen

AIR = Anti-inflammatory Reliever (Entzündungshemmendes Bedarfsmedikament)
FeNO = Fractional exhaled Nitric Oxide (Fraktioniertes exhaliertes Stickstoffmonoxid)
FEV_1 = Forced Expiratory Volume in 1 second (Einsekundenkapazität)
GINA = Global Initiative for Asthma (Globale Initiative für Asthma)
ICS = Inhaled Corticosteroids (Inhalative Kortikosteroide)
LABA = Long-Acting $Beta_2$-Agonists (Langwirksame $Beta_2$-Sympathomimetika)
LAMA = Long-Acting Muscarinic Antagonists (Langwirksame Muskarinrezeptor-Antagonisten/Anticholinergika)
MART = Maintenance and Reliever Therapy (Erhaltungs- und Bedarfstherapie mit einem Kombinationspräparat)
SABA = Short-Acting $Beta_2$-Agonists (Kurzwirksame $Beta_2$-Sympathomimetika)

Referenten

Prof. Dr. med. Roland Buhl
Klinik für Pneumologie
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Langenbeckstr. 1
55131 Mainz

Prof. Dr. med. Katrin Milger-Kneidinger
Klinische Abteilung für Pneumologie
Medizinische Universität Graz
Auenbruggerplatz 15
8036 Graz

Veranstalter

CME-Verlag – Fachverlag für medizinische Fortbildung GmbH
Siebengebirgsstr. 15
53572 Bruchhausen
redaktion@cme-verlag.de

In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Bildnachweis

Titelbild: Jiraphat.N – stock.adobe.com

CME-Test

Die Teilnahme am CME-Test ist nur online möglich.
Scannen Sie den nebenstehenden QR-Code mit Ihrem Mobiltelefon/Tablet oder gehen Sie auf die Website: www.cme-kurs.de

Teilnehmer aus Österreich: Die erworbenen CME-Punkte werden gemäß § 13 Abs. 4 Diplom-Fortbildungs-Programm der Österreichischen Ärztekammer (DFP) im gleichen Umfang als DFP-Punkte anerkannt.

Transparenzinformation

Die wissenschaftliche Leitung, die Referenten und der CME-Verlag garantieren, dass diese Fortbildung ausgewogen, frei von werblichen Aussagen sowie produkt- und dienstleistungsneutral ist. Sponsoren haben grundsätzlich keinen Einfluss auf die Wahl der Referenten, die inhaltliche Ausgestaltung, Durchführung oder redaktionelle Ausrichtung der Fortbildung. Die Auswahl und Aufbereitung der Inhalte obliegt ausschließlich der wissenschaftlichen Leitung, den Referenten und Autoren, und erfolgt unabhängig von der finanziellen Unterstützung durch Sponsoren.

Folgende Firma tritt als Sponsor auf:
CHIESI GmbH mit 4.900 EUR.

Die Gesamtaufwendungen belaufen sich auf 9.900 EUR.

Potenzielle Interessenkonflikte

Prof. Buhl erhielt Honorare von AstraZeneca, Berlin-Chemie, Boehringer Ingelheim, Celltrion, Chiesi, GlaxoSmithKline, Novartis, Sanofi.

Prof. Milger-Kneidinger erhielt Honorare von AstraZeneca, Chiesi, GlaxoSmithKline, Insmed, Ferrer, Orion, Sanofi.

© CME-Verlag 2026

CME-Fragebogen

Bitte beachten Sie:
- Die Teilnahme am nachfolgenden CME-Test ist nur online möglich unter: www.cme-kurs.de
- Diese Fortbildung ist mit 2 CME-Punkten zertifiziert.
- Es ist immer nur eine Antwortmöglichkeit richtig (keine Mehrfachnennungen).

? Welcher der folgenden klinischen Symptome/Verläufe spricht gegen das Vorliegen eines Asthmas?

- ☐ Variabilität von Art und Intensität der Symptome im Zeitverlauf
- ☐ Auftreten von Beschwerden primär nachts oder in den frühen Morgenstunden
- ☐ Symptomtriggerung durch körperliche Belastung, Lachen, Allergene oder Kaltluft
- ☐ Belastungsdyspnoe, die unmittelbar nach Beendigung der körperlichen Aktivität sistiert
- ☐ Exazerbation oder respiratorische Verschlechterung infolge von Atemwegsinfekten.

? Welches der folgenden Diagnoseverfahren wird von der GINA-Leitlinie *nicht* standardmäßig zur Erstdiagnose eines Asthmas empfohlen?

- ☐ Strukturierte Anamnese und Erfassung asthmatypischer respiratorischer Symptome
- ☐ Durchführung einer Spirometrie oder regelmäßige Peak-Flow-Messungen
- ☐ Durchführung einer hochauflösenden Computertomografie (HR-CT) des Thorax
- ☐ Bestimmung von Biomarkern wie Bluteosinophilen oder des fraktionierten exhalierten Stickoxids (FeNO)
- ☐ Diagnostischer Therapieversuch mit inhalativen Glukokortikoiden (ICS) bei klinischem Verdacht

? Welche bedarfsorientierte medikamentöse Therapie empfiehlt GINA bei mildem Asthma?

- ☐ Inhalative Monotherapie nur mit einem rasch und kurz wirksamen β_2-Agonisten
- ☐ Inhalative Therapie mit einer Fixkombination eines inhalativen Glukokortikoids mit dem rasch wirksamen Bronchodilatator Formoterol
- ☐ Einen Leukotrien-Rezeptorantagonisten (z. B. Montelukast)
- ☐ Ein Theophyllin-Präparat
- ☐ Ein orales Glukokortikoid in niedriger Dosis (z. B. Prednison)

? Welche der folgenden Überlegungen zur Auswahl des richtigen Inhalators bei Asthma ist *falsch?*

- ☐ Primäre Ermittlung der medizinisch indizierten Substanzklasse für den Patienten
- ☐ Abgleich der indizierten Wirkstoffe mit den am Markt verfügbaren Inhalatortypen
- ☐ Auswahl eines Systems, das die Patientin oder der Patient nach Schulung nachweislich korrekt anwenden kann
- ☐ Priorisierung von Systemen mit geringem CO_2-Fußabdruck (z. B. Pulverinhalatoren) noch vor der Überprüfung der individuellen Inhalationskraft
- ☐ Berücksichtigung von Patientenpräferenzen zur Förderung der langfristigen Therapieadhärenz

? Welche Therapieoption ist in der GINA-Therapiestufe 5, also bei schwerem Asthma, das Medikament der *letzten* Wahl?

- ☐ Inhalative Glukokortikoide in hoher Dosis
- ☐ Inhalative lang wirksame β_2-Agonisten (LABA)
- ☐ Inhalative Anticholinergika (LAMA)
- ☐ Biologika, monoklonale Antikörper gegen Entzündungsmediatoren
- ☐ Orale Glukokortikoide als Dauertherapie (z. B. Prednison)

? Welche Biologika, also monoklonale Antikörper gegen Entzündungsmediatoren, sind zur Therapie in der GINA-Therapiestufe 5, also bei schwerem Asthma, zugelassen?
Welche Aussage ist *falsch?*

- ☐ Das gegen Immunglobulin E gerichtete Omalizumab bzw. ein Biosimilar
- ☐ Gegen Interleukin-5 oder den Interleukin-5-Rezeptor gerichtete Präparate (Mepolizumab, Reslizumab, Benralizumab, Depemokimab)
- ☐ Gegen Interleukin-33 oder den Interleukin-33-Rezeptor gerichtete Präparate (Astegolimab, Itepekimab, Tozorakimab)

© CME-Verlag 2026

CME-Fragebogen (Fortsetzung)

- ☐ Das gegen den Interleukin-4/13-Rezeptor gerichtete Dupilumab
- ☐ Das gegen das Alarmin „thymic stromal lymphopoietin" gerichtete Tezepelumab

? Auch GINA empfiehlt die Asthmaremission als neues Therapieziel. Welche Parameter sollen zum Erreichen einer Remission erfüllt werden? Welche Aussage ist *falsch?*

- ☐ Keine Asthmaexazerbationen in den letzten zwölf Monaten
- ☐ Kein Bedarf einer Dauertherapie mit systemischen Glukokortikoiden in den letzten zwölf Monaten
- ☐ Zumindest stabile Lungenfunktion
- ☐ Kein bildgebender Nachweis von Mucus plugs im Bronchialsystem
- ☐ Nur geringe Symptomlast, ausweislich z. B. durch Asthmakontrolltest (ACT)

? Bei welcher Sauerstoffsättigung soll bei einer akuten Asthmaexazerbation (Asthmaanfall) eine Sauerstofftherapie eingeleitet werden?

- ☐ SpO_2 <98 %
- ☐ SpO_2 <95 %
- ☐ SpO_2 <92 %
- ☐ SpO_2 <90 %
- ☐ Sauerstoff sollte grundsätzlich bei jeder Exazerbation gegeben werden.

? Welche Konsequenz sollte aus jeder akuten Asthmaexazerbation gezogen werden?

- ☐ Hinzunahme von SABA-Feuchtinhalationen
- ☐ Dauerhafte niedrigdosierte Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden
- ☐ Überprüfung von Langzeittherapie, Adhärenz, Inhalationstechnik und Risikofaktoren
- ☐ Sofortige Einleitung einer Biologikatherapie
- ☐ Absetzen der inhalativen Therapie nach Abklingen der Beschwerden

? Welche Aussage zur Verlaufskontrolle nach einem akuten Asthmaanfall trifft zu?

- ☐ Bei klinischer Besserung ist keine weitere Kontrolle erforderlich.
- ☐ Eine Kontrolle ist nach vier bis sechs Wochen vorgesehen.
- ☐ Die Therapie muss ausschließlich bei einem stationären Aufenthalt überprüft werden.
- ☐ Nach initialer Behandlung ist eine Reevaluation innerhalb weniger Stunden und eine Nachkontrolle innerhalb von zwei bis sieben Tagen erforderlich.
- ☐ Eine Nachkontrolle ist nur nach einer lebensbedrohlichen Exazerbation notwendig.

 © CME-Verlag 2026