

Der GOLD-Report 2017 ist da. Anders als die deutsche Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der COPD, die inzwischen auch offiziell als veraltet bezeichnet werden darf (sie wird im AWMF-Register nicht mehr geführt), wird GOLD jährlich aktualisiert.¹ Das hat einerseits den Vorteil, dass die neueste Studienlage Berücksichtigung findet, andererseits bedeutet dies auch, dass von Jahr zu Jahr neue Konzepte zur Stadieneinteilung und Therapie der COPD vorliegen. Hierdurch kann sich der Durchdringungsgrad der Empfehlungen reduzieren.

Für Verwirrung sorgt gelegentlich die Einordnung des GOLD-Reports als Richt- oder Leitlinie. Gesetze und Richtlinien haben den Charakter einer Rechtsnorm: Wird gegen sie verstoßen, wird dies sanktioniert. Leitlinien stellen zwar keine Rechtsnorm dar, sie erheben allerdings den Anspruch nachvollziehbarer wissenschaftlicher Evidenz. Dieser drückt sich in Evidenz- und Empfehlungsgraden aus. Abweichungen von Leitlinien werden nicht sanktioniert. GOLD ist weder eine Richtlinie noch eine Leitlinie, GOLD ist eine Strategie. Der jahrelange Aufwand, der mit einer Leitlinienerstellung verbunden ist, würde der regelmäßigen Aktualisierung des GOLD-Reports entgegenstehen. Allerdings bringt dies auch Unschärfe hinsichtlich der Evidenz mit sich. Insbesondere steht es den Autoren von GOLD frei, Thesen und Vorschläge zu formulieren, die bislang nicht durch Studien belegt sind.

GOLD 2017 geht bei der Klassifikation der COPD einen neuen Weg. Kritisch könnte man anmerken, dass die ständige Änderung der Einteilung die Frage aufkommen lässt, wie lange denn nun die aktuell vorgeschlagene Vorgehensweise Bestand hat.

Andererseits kann die kontinuierliche Veränderung der Klassifikation auch als Weiterentwicklung verstanden werden: Auf die Version 2017 trifft dies zu, sie stellt eine Synthese aus Bewährtem und Neuem dar. Der Schweregrad der Obstruktion wird nun wieder mit den bekannten Grenzwerten für FEV₁ als GOLD 1 bis 4 klassifiziert – und zwar unabhängig von der Zuordnung zu den Gruppen A bis D. Diese wiederum berücksichtigt nun ausschließlich die Exazerbationsrate und die Symptomatik. Das hat den

► Schwerpunkt: COPD

mHealth zur Steigerung der körperlichen Aktivität bei COPD nach Reha Seite 6
 Griffkraft steht mit 1-Sekunden-Kapazität in Zusammenhang Seite 6
 Einfluss der Inhalatortechnik auf Asthma- und COPD-Kontrolle..... Seite 6
 COPD-Patienten mit hohem Risiko für erneute Einweisung Seite 8
 Hospitalisierung wegen eosinophiler, neutrophiler COPD-Exazerbationen Seite 8
 Ergebnisse der Phase-III-Studie AFFIRM COPD zu Acclidiniumbromid Seite 10
 Belastungsinduzierte Sauerstoffsättigung bei COPD Seite 11
 Ort der Bronchodilatation bei COPD unter unterschiedlichen Therapien Seite 11
 Auswirkung von Lungenreha auf Hospitalisierungsraten Seite 12
 Determinanten für Nikotinverzicht bei COPD-Patienten Seite 12
 Wirksamkeit von Fluticasonfuorat/Vilanterol in der klinischen Praxis Seite 14
 Sympathische Aktivierung mit Belastungseinschränkung assoziiert Seite 16
 Spirometrie, Lungenvolumen nach COPD-Exazerbation Seite 16
 Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf COPD Seite 18
 COPD-Exazerbationen und Rehospitalisierungen Seite 18
 Körperliche Gebrechlichkeit und Lungenrehabilitation bei COPD Seite 19
 Beurteilung des Ernährungsstatus, Körperzusammensetzung bei COPD Seite 22
 Einschätzung der COPD-Exazerbationsrate, Patientenerinnerung Seite 22
 24-Stunden-Symptome, COPD-Exazerbationen und Ressourcennutzung Seite 24
 Lang wirksame Bronchodilatoren und Therapieabbruch bei COPD Seite 26
 Unterschiede in der Nichtadhärenz zwischen Asthma- und COPD-Patienten Seite 26
 Auswirkungen der Pflege auf Personen, die COPD-Patienten betreuen Seite 26
 Patientenentscheidungen bei sehr schwerer COPD Seite 26
 Prulifloxacin und Levofloxacin bei COPD-Exazerbationen Seite 26
 Lungenrehabilitation und Pflegebedürftigkeit bei COPD Seite 26
 Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung und aktuelle Angststörung Seite 28

► Asthma/Allergien

CXCR2-Antagonist AZD5069 bei nicht kontrolliertem Asthma Seite 5
 Diagnose einer Stimmbanddysfunktion in Abgrenzung zum Asthma Seite 5
 Adipositas bei Kindern und Folgen für eine Asthmaerkrankung Seite 5
 Nutzen der Telemedizin in der Asthmaversorgung Seite 8
 Reslizumab bei schlecht kontrolliertem Asthma und hohen Eosinophilen Seite 14
 Medikamentöse Asthma-Therapie mit Fluticasonfuorat plus Vilanterol Seite 20
 Step-Down-Therapie bei Asthma Seite 20
 Biomarker zur Feststellung des Asthma-COPD-Overlap-Syndroms Seite 21

► Beatmung/schlafbezogene Atmungsstörungen

Oxygen-ICU-Studie: Sauerstofftherapie-Modalitäten auf Intensivstation Seite 4
 Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Opioidtherapie Seite 11
 Häufigkeit der Erektilen Dysfunktion bei obstruktiver Schlafapnoe Seite 18
 Lungenfunktion, schlafbezogene Atmungsstörungen und Mortalität Seite 19
 Niedrigdosis-CT im Lungenkrebs-Screening und psychosoziale Outcomes .. Seite 24
 Zusammenhang zwischen obstruktiver Schlafapnoe und Hypertonie Seite 24

► Infektionen

Antibiotika bei Kindern mit akuten Infektionen der Atemwege Seite 4
 Prednison bei ambulant erworbener Pneumonie Seite 10
 Nikotinkonsum und bakteriämische Pneumokokken-Pneumonie Seite 29

► Verschiedenes

Initiale Kombinationstherapie mit Ambrisentan und Tadalafil bei PAH Seite 4
 Metastudie zu Primärer Ziliärer Dyskinesie Seite 10
 Testosteron-Ersatztherapie und Inzidenz von DVT und Lungenembolien Seite 12
 Prävalenz von Lungenembolien bei Synkopen Seite 14
 Nicht invasive Diagnose der Pulmonalen Langerhans-Zell-Histiozytose Seite 16
 Tägliche Heim-Spirometrie zur Beurteilung der IPF-Progression Seite 19
 Bronchiectasie bei älteren Menschen Seite 20
 Einfluss von Zigarettenkonsum auf die Exhalationstemperatur Seite 28
 Spender-Alveolarmakrophagen bei lungentransplantierten Patienten Seite 29
 Transplantation Alveolärer Typ-II-Zellen bei Idiopathischer Lungenfibrose Seite 29
 Akuter Einfluss herkömmlicher und E-Zigaretten auf den Körper Seite 29
 Positronen-Emissions-Tomographie im Lungenkrebs-Screening Seite 30

► Forschung, Hochschule & Verbände

Seite 32
 Seite 40
 Seite 47