

► **Schwerpunkt: Pneumo-Onkologie**

Mutationshäufigkeit beim fortgeschrittenen NSCLC..... Seite 3
 Molekulare Vorhersage der Wirksamkeit adjuvanten Cisplatin beim NSCLC.. Seite 3
 Psychische Gesundheit und Verlauf von Lungenkrebs, COPD und TB.....Seite 8
 NSCLC: Radiochemotherapie, Cisplatin und Docetaxel..... Seite 11
 Konsolidierende SABR beim NSCLC mit limitierten Metastasen..... Seite 12
 Überleben nach NSCLC-Behandlung mit Checkpoint-Inhibitoren..... Seite 16
 Therapie des NSCLC mit EGFR-Mutation unter realen Bedingungen..... Seite 18
 Risikogerechtes Lungenkrebscreening Seite 19

► **Asthma/Allergie**

„Gewitter-Asthma“: Allergen-induziertes frühes asthmatisches Ansprechen Seite 6
 Im Erwachsenenalter einsetzendes Asthma..... Seite 7
 Innenraumbakterien und Asthma bei Erwachsenen Seite 11
 Asthma: Aktive Faktoren im ersten Trimenon Seite 11
 Bewertung physiotherapeutischer Atemschulung für Asthmapatienten..... Seite 14
 Fixierte Atemwegobstruktion bei älteren Asthmapatienten..... Seite 14
 Omalizumab bei schwerem Asthma Seite 19

► **COPD**

Exazerbationen ohne erhöhte LuFu-Abnahmerate bei Rauchern mit COPD... Seite 6
 Langfristige Verwendung von ICS bei COPD und Frakturrisiko Seite 6
 Feststellung des Exazerbationsrisikos bei COPD Seite 8
 Kardiovaskuläres Risiko bei inhalativen langwirksamen Bronchodilatoren...Seite 10
 Auf Achtsamkeit basierende kognitive Therapie bei COPD Seite 14
 UK: Palliative Versorgung von COPD-Patienten in der Primärversorgung... Seite 16
 Inspirationsmuskeltraining bei COPD Seite 19
 „Effectiveness“- versus „Efficacy“-Studien zur COPD Seite 21
 Heimbasiertes Disease-Management bei schwerer COPD Seite 21

► **Infektionen**

Global Burden of Disease Study zu Tuberkulose..... Seite 7
 P.-aeruginosa-Infektionen und Langzeit-Outcomes bei Bronchiektasie Seite 8
 Verbesserung der Therapieadhärenz bei latenter Tuberkulose Seite 12

► **Verschiedenes**

Cork-Studie zur Zystischen Fibrose Seite 7
 Diagnose einer Lungenembolie bei Schwangeren..... Seite 7
 Fortschritte in Diagnostik und Therapie des ARDS 2012–2017..... Seite 10
 PAH im Zusammenhang mit systemischem Lupus erythematoses..... Seite 10
 Körperliche Aktivität, Lungenfunktion in der Jugend..... Seite 11
 Macitentan bei Lungenhochdruck aufgrund einer LV-Dysfunktion Seite 12
 Luftverschmutzung, Lungenfunktion und Zusammenhang mit Kognition... Seite 16
 Antibiotika gegen Sepsis vor Einweisung ins Krankenhaus Seite 18
 Leidensweg der Feuerwehrleute vom World Trade Center 9/11 Seite 18
 Akuter Hustenreiz bei Kleinkindern Seite 19
 Untersuchung zu inhalativem Kohlenmonoxid bei IPF Seite 21

► **Forschung, Hochschule & Verbände Seite 22**

► **Industrie..... Seite 31**

► **Termine Seite 35**

Editorial

Hätten Sie heut' Zeit für mich?

Kennen Sie das auch? „Ich merke, dass Sie keine Zeit haben“, sagt ausgerechnet der Patient, für den Sie sich nun schon fast 3-mal so lange Zeit genommen haben. Der nächste Patient ist nach einem gefühlten kurzen Kontakt wiederum sehr zufrieden: „So viel Zeit hat sich noch nie ein Arzt genommen.“

Die durchschnittliche Dauer eines Arztkontaktes liegt in deutschen Hausarztpraxen bei 8 Minuten.¹ Im internationalen Vergleich reichen die Zahlen von 2 Minuten (Pakistan, Bangladesch) bis hin zu über 20 Minuten (Schweden, USA). Die Zeiten spiegeln unterschiedliche Konzepte und Strukturen der Gesundheitssysteme wider, sie sind nicht ohne Weiteres gleichzusetzen mit der Qualität des Kontaktes. Die Autoren der Studie vermuten allerdings auch, dass kurze Konsultationszeiten einen ungünstigen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung der Patienten haben könnten und gleichzeitig die Arbeitsbelastung der Ärzte erhöhen. Patienten schätzen die Kontaktdauer mit durchschnittlich 13 Minuten systematisch länger ein, als sie tatsächlich gemessen wird.² Über 80% empfinden die Gesprächsdauer als angemessen.

Die Diskrepanz zwischen objektiv gemessener und subjektiv empfundener Zeit kann als gutes Zeichen gewertet werden: Die empfundene Gesprächsdauer korrespondiert mit dem Gefühl von Stimmigkeit und transportierter Emotionalität, sie kann als Indikator für Lebensqualität dienen. Das bedeutet auch, dass bei dem Patienten, der trotz objektiv längerer Konsultationsdauer den Eindruck hat, die Zeit sei knapp bemessen, hinsichtlich eines oder mehrerer der genannten Aspekte Unzufriedenheit besteht.

Die Feststellung, dass Ärzte ihre Patienten nach durchschnittlich 18 Sekunden unterbrechen, gehört inzwischen zu den Klassikern in Seminaren zu Arzt-Patienten-Kommunikation.³ Aus ärztlicher Perspektive erfolgt die Unterbrechung in der Regel, um das Gespräch in die richtige Richtung zu lenken, sie soll helfen, Zeit zu sparen. Eine neuere Untersuchung zeigt, dass Patienten, die zu Beginn der Konsultation ohne Unterbrechung ausreden dürfen, nur unwesentlich länger – nämlich unter 30 Sekunden im hausärztlichen Sektor – brauchen, um ihren Monolog zu beenden.⁴ In