

## Inhalt

### ► Schwerpunkt: Asthma/COPD

|                                                                           |          |
|---------------------------------------------------------------------------|----------|
| Adipositas bei COPD: Komorbiditäten mit Konsequenzen.....                 | Seite 4  |
| Einfluss von Morgensymptomen bei COPD .....                               | Seite 4  |
| Herz-Kreislauf-Komorbiditäten bei COPD.....                               | Seite 4  |
| Antiinflammatorische Wirkung von Roflumilast bei COPD.....                | Seite 5  |
| Einsatz oraler Corticosteroide bei Asthmapatienten .....                  | Seite 5  |
| Langfristige Makrolidtherapie zur Prävention akuter COPD-Exazerbationen   | Seite 6  |
| Zusammenhang zwischen Parodontitis und COPD .....                         | Seite 6  |
| Dreifach- versus Mono- oder Dualtherapie bei COPD .....                   | Seite 8  |
| Prädiktoren für Asthma/COPD-Overlap bei New Yorker Feuerwehrleuten ....   | Seite 8  |
| Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung und globale Erwärmung .....        | Seite 9  |
| Dupilumab bei nicht kontrolliertem, persistierendem Asthma .....          | Seite 9  |
| Längerfristige Unterstützung von Patienten nach Krankenhausaufenthalt ..  | Seite 10 |
| Einfluss von GOLD 2017 auf die Real-World-Kohorten in Südkorea .....      | Seite 10 |
| Einfluss der GOLD-Strategie 2017 auf die Primärversorgung von COPD ....   | Seite 12 |
| Endotheliale Mikropartikel und COPD-Exazerbationen.....                   | Seite 14 |
| Verbesserung körperlicher Aktivität nach Lungenreha.....                  | Seite 14 |
| COPD-Patienten beim Selbst-Management unterstützen .....                  | Seite 16 |
| Gesundheitsstatus von COPD-Patienten nach GOLD 2017 .....                 | Seite 18 |
| Inhalative Kortikosteroide bei chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung..  | Seite 19 |
| Auswirkungen eines Aufenthaltes in ungewohnt großer Höhe .....            | Seite 21 |
| COPD-Patienten mit trainingsinduzierter pulmonaler Hypertonie.....        | Seite 21 |
| Akute Exazerbationen einer COPD bei ambulant behandelten Patienten.....   | Seite 22 |
| COPD-Assessment-Test in der Beurteilung von Bronchiektasie-Patienten..... | Seite 22 |
| Bluteosinophile bei COPD .....                                            | Seite 22 |
| Serumspiegel von HIF-1 $\alpha$ und IL-19 bei COPD.....                   | Seite 23 |
| FeNO-Messung bei Kindern mit Asthma .....                                 | Seite 23 |
| Entscheidungshilfe zur initialen Therapie bei COPD.....                   | Seite 24 |
| Modifizierte versus originale Kontrollkriterien bei COPD .....            | Seite 24 |
| Prädiktoren für Mortalität von COPD-Patienten nach neun Jahren.....       | Seite 24 |

### ► Beatmung/schlafbezogene Atmungsstörungen

|                                                                      |          |
|----------------------------------------------------------------------|----------|
| OSA und stationär behandelungsbedürftiges Vorhofflimmern .....       | Seite 10 |
| Ist die OSA für erhöhte arterielle Steifigkeit verantwortlich? ..... | Seite 19 |

### ► Pneumo-Onkologie

|                                                                     |          |
|---------------------------------------------------------------------|----------|
| Chemotherapie bei NSCLC-Patienten mit COPD .....                    | Seite 8  |
| Einfluss der COPD auf die Lungenkrebsprognose .....                 | Seite 12 |
| Bedeutung von Symptomen zum Zeitpunkt der Lungenkrebsdiagnose ..... | Seite 13 |
| COPD, Emphysem-Typ und Lungenkrebs .....                            | Seite 16 |
| Entdeckung kleinzelliger Lungenkarzinome beim CT-Screening.....     | Seite 3  |

### ► Verschiedenes

|                                                                         |          |
|-------------------------------------------------------------------------|----------|
| Bronchiektasen und ökonomische Last in Deutschland.....                 | Seite 5  |
| Wohnort, systemische Hypertonie und abnehmende Lungenfunktion .....     | Seite 6  |
| Benzodiazepine und Opiode bei interstitiellen Lungenerkrankungen.....   | Seite 9  |
| Antibiotikaresistente Mikroorganismen bei beatmeten ICU-Patienten ..... | Seite 12 |
| Nasale High-Flow-Sauerstofftherapie bei Immunkompromittierten .....     | Seite 13 |
| Kosten für Antikoagulation zur Prävention venöser Thrombembolien.....   | Seite 13 |
| Tabak- und Marihuanaprodukte in Musikvideos.....                        | Seite 14 |
| Globale, regionale und nationale Belastung durch Tuberkulose .....      | Seite 16 |
| Inhalative Tranexamsäure bei nicht massiver Hämoptyse .....             | Seite 18 |
| Therapie mit LPA1-Antagonist bei Idiopathischer Lungenfibrose.....      | Seite 18 |
| Neuer Score für die Diagnose einer Sarkoidose .....                     | Seite 19 |
| Gripeschutzimpfung bei Kindern .....                                    | Seite 21 |

### ► Forschung, Hochschule & Verbände .....

### ► Industrie.....

### ► Termine .....

## Editorial

### GOLD 2019

Letzten November wurde die globale Strategie für Diagnose, Management und Prävention der COPD auf den neuesten Stand gebracht. Literatur, die bis Juli 2018 publiziert worden ist, wurde im GOLD-Report 2019 berücksichtigt. Man muss froh sein, dass GOLD regelmäßig aktualisiert wird, denn Leitlinien können aufgrund des für ihre Erstellung notwendigen aufwendigen Verfahrens eine solche Aktualität nicht bieten. Gleichzeitig sind Leitlinien dadurch limitiert, dass sie ausschließlich evidenzbasierte Empfehlungen geben können. Dies kann bei inkonsistenter Datenlage dazu führen, dass die Lektüre eher Fragen aufwirft, anstatt handlungsleitend zu sein. Hier liegt neben der Aktualität eine weitere Stärke von GOLD: Da es sich um eine Strategie handelt und nicht um eine Leitlinie, nehmen die Autoren bewusst in Anspruch, auch bei unsicherer Evidenz klinisch praktikable Empfehlungen zu formulieren. Die Einschränkung, dass diese noch durch Studien belegt werden müssen oder in zukünftigen Versionen zu revidieren sind, wird dabei offen dargestellt.

Bei näherer Betrachtung des GOLD-Report 2019 fällt auf, dass die Lungenfunktionsprüfung weiter in den Hintergrund rückt. Zur Diagnosestellung wird sie noch benötigt, die Therapiesteuerung soll sich allerdings an klinischen Parametern und der Eosinophilenzahl orientieren. Einerseits ist dies nachvollziehbar, denn wie die Autoren zurecht anmerken, korreliert der FEV<sub>1</sub>-Wert zwar in größeren Kollektiven mit der Mortalität und anderen Endpunkten, für den einzelnen Patienten ergeben sich hieraus allerdings keine unmittelbaren therapeutischen Konsequenzen. Andererseits wird dabei außer Acht gelassen, dass FEV<sub>1</sub> in nahezu allen Studien ein wichtiges Einschluss- und somit Selektionskriterium ist und auch die Zulassung der Präparate oft an einen FEV<sub>1</sub>-Wert gebunden ist.

Der Tabakentwöhnung und insbesondere den medikamentösen Therapieansätzen wird bei GOLD 2019 eine große Bedeutung beigemessen. Wer allerdings hoffte, konkrete Empfehlungen zur erfolgreichen Tabakentwöhnung zu finden, der wird enttäuscht. Medikamente werden zwar genannt, die genaue Indikation beispielsweise anhand des Grades der Nikotinabhängigkeit oder Angaben

zur Dosierung und zur Therapiedauer werden nicht gemacht. Der Report weist zwar darauf hin, dass die wiederholte Thematisierung des Rauchens die Motivation zur Raucherfreiheit erhöht. Ist der Patient dann allerdings bereit, rauchfrei zu werden, so endet GOLD an diesem Punkt. Schlusspunktmethode, der Umgang mit Schlüsselreizen sowie die Frage, wem man eine medikamentöse Unterstützung empfiehlt, finden sich nicht. Dies ist bedauerlich, denn so bleibt zumindest in der GOLD-Strategie die Rolle des Pneumologen beschränkt auf kluge Ratschläge und mahnende Worte.

Das bekannte Therapieschema, das sich an den Risikogruppen A, B, C und D orientiert, wird 2019 nur noch für die Einleitung der Therapie herangezogen. Dabei beginnt die Therapie in den Gruppen A, B und C mit Bronchodilatation, für Gruppe D wird abhängig von der Symptomatik und der Eosinophilenzahl die Auswahl zwischen LAMA-Monotherapie, dualer Bronchodilatation oder ICS/LABA getroffen. Kompliziert wird es dann im weiteren Verlauf. Hier soll zunächst entschieden werden, ob Symptomatik oder Exazerbationen das vorrangige Therapieziel sind. Dementsprechend stehen 2 unterschiedliche Algorithmen zur Verfügung, die von der Monotherapie mit einem Bronchodilatator bis zur Triple-Therapie aus LAMA, LABA und ICS reichen. Die Möglichkeit zur Eskalation und auch

Fortsetzung auf Seite 3 .....