

Aus dem Inhalt

► Asthma/Allergie

Stationäre Antibiotikatherapie bei Asthmaexazerbationen	Seite 6
Einfluss der Gestaltung von Innenstädten auf Asthma	Seite 9
mHealth für eine bessere Adhärenz bei jugendlichen Asthmatikern.....	Seite 12
Mepolizumab bei schwerem eosinophilen Asthma	Seite 13
Einfluss von Luftschadstoffen in Schulen auf kindliches Asthma	Seite 16
Einfluss von eHealth auf Therapieadhärenz bei persistierendem Asthma	Seite 18

► Beatmung/schlafbezogene Atmungsstörungen

Leptin zur Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen	Seite 5
Prävalenz von gastroösophagealem Reflux bei Patienten mit ECAC	Seite 12
Minimal bedeutsame Differenz auf der ESS für OSA-Patienten	Seite 16
Intubation von Patienten mit akutem hypoxämischen Atemversagen.....	Seite 26

► Pneumo-Onkologie

Invasive Diagnoseverfahren zum Zwecke eines Lungenkrebs-Screenings.....	Seite 4
Klinisches Staging beim NSCLC des Stadiums I-IIIa	Seite 14
Palliativversorgung bei Patienten mit malignem Pleuramesotheliom	Seite 16
Vorhersage des EGFR-Mutationsstatus beim Adenokarzinom der Lunge	Seite 20
Avelumab beim fortgeschrittenen nicht resektablen Mesotheliom	Seite 21

► COPD

Bedeutung des Hyaluronsäurespiegels im Serum bei COPD.....	Seite 4
Einfluss höherer Stickoxidkonzentrationen in der Umwelt auf COPD.....	Seite 6
Aktivitätsbedingte Atemnot bei COPD.....	Seite 8
Aspirin bei chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung.....	Seite 10
Vorbereitung auf Palliativsituation am Lebensende bei schwerer COPD.....	Seite 14
Vitamin D für die Prävention von COPD-Exazerbationen	Seite 14
Chirurgischer und endoskopische Lungenvolumenreduktion	Seite 20
Ganzheitliche Versorgung bei chronischer Atemnot.....	Seite 22
PEF zur Vorhersage von stationär zu behandelnden COPD-Exazerbationen	Seite 22

► Infektionen

Telemedizin in der Kontrolle der Tuberkulosetherapie	Seite 5
Patientenangaben zur Erholung nach stationär behandelter Pneumonie.....	Seite 6
Liposomales Ciprofloxacin bei Nicht-Mukoviszidose-Bronchiektasen	Seite 8
Ursachen für ambulant erworbene Pneumonien bei Kindern in Australien.	Seite 10
Vitamin D und Schweregrad einer Bronchiektasie.....	Seite 20
Vitamin-D-Ergänzung bei MDR-Tuberkulose	Seite 24

► Verschiedenes

Therapie schwerer, nicht operabler CTREPH mit subkutanem Treprostinil	Seite 4
Raucherentwöhnung mit NRT, SMS und persönlicher telefonischer Beratung..	Seite 5
Einfluss von Luftverschmutzung durch Kochstellen auf Lungengesundheit... ..	Seite 8
Vorhersage des Überlebens bei idiopathischer Lungenfibrose	Seite 9
Sarkoidose unter MS-Therapie mit Daclizumab.....	Seite 9
Beratung von Rauchern in der Primärversorgung.....	Seite 10
Nicht übertragbare Atemwegserkrankungen in Malawi.....	Seite 12
Entwicklung der Todesfälle aufgrund von Sarkoidose in den USA	Seite 13
Prädiktive Baseline-Faktoren für die LTOT-Adhärenz	Seite 13
Auswirkungen von n-3-PUFA auf die Lungenfunktion.....	Seite 18
Gebrechlichkeit und geriatrische Erkrankungen bei älteren IPF-Patienten ..	Seite 18
Schwangerschafts-adaptierter YEARS-Algorithmus	Seite 21
Thorax-CT bei Patienten mit Lymphangioleiomyomatose	Seite 21
Veränderung relativer/absoluter Lungenfunktion ab dem 60. Lebensjahr ...	Seite 24

► Forschung, Hochschule & Verbände	Seite 38
--	----------

► Industrie.....	Seite 54
------------------	----------

► Termine	Seite 65
-----------------	----------

Editorial

Tabakkontrolle? In Deutschland?

„Verschmutzte Außenluft fordert mehr Opfer als Rauchen“ fasste unlängst eine Pressemitteilung des Zentrums für Kardiologie an der Universitätsmedizin Mainz die Ergebnisse einer Studie zur kardiovaskulären Mortalität zusammen.¹ Ob intendiert oder nicht, solche Vergleiche sind für eine erfolgreiche Tabakkontrolle wenig hilfreich. Überspitzt gesagt kann dem ärztlichen Rat zur Rauchfreiheit nun entgegengesetzt werden, dass doch in erster Linie die Luftreinheit verbessert werden müsse, um etwas Gutes für die Gesundheit zu bewirken – ein Irrsinn.

Die Ärztezeitung titelte „Nach dem Rauchstopp steigt die Diabetes-Gefahr“.² Man kann nur hoffen, dass die Aufmerksamkeit des Lesers, die durch eine solche Überschrift erregt werden soll, auch genügend lange anhält, um das Stück bis zum Schluss zu lesen: Natürlich reduziert ein Rauchstopp in der dargestellten Studie das Diabetesrisiko um 50–75%. Lediglich bei einer kleinen Gruppe von Personen, die nach dem Rauchstopp um mehr als 18 kg zunahmen, erreichte die Mortalität nach einigen Jahren wieder annähernd das Niveau von Menschen, die weiterhin rauchten.

Der Tabaklobby spielen solche Artikel in die Hände. Einerseits werden so die Risiken des Rauchens verharmlost, andererseits kann sich die Industrie als Retter darstellen, bereitet sie doch das „Ende der Zigarette“ vor.³ Das ist zumindest die erklärte Absicht von Phillip Morris, dem weltweit größten Tabakkonzern. Statt der Verbrennungszigarette möchte man den Konsumenten ein neues Produkt näher bringen und dabei auch den Begriff „rauchen“ verlassen. Der Grund ist einfach: Zigaretten unterliegen der Tabaksteuer, das neue Produkt, das derzeit massiv an Tankstellen und auf Plakatwänden beworben wird, hingegen nicht. Dabei wird auch mit dem neuen Produkt Tabak erhitzt und das dabei entstehende Substanzgemisch inhaliert.

Deutschland bildet im europäischen Vergleich das Schlusslicht im Hinblick auf die Tabakkontrolle. Zwar ist die gesellschaftliche Entwicklung hin zur Denormalisierung des Rauchens auch hier schon weit fortgeschritten, die Umsetzung eines umfassenden öffentlichen Werbeverbotes für Tabakprodukte ist allerdings bis heute nicht erfolgt. Anstatt die 2004 auch von Deutschland ratifizierte Rahmenvereinbarung zur Tabakkontrolle der WHO und die entsprechende EU-Richtlinie 2003/337EG umzusetzen, hat die Bun-



Herausgeber: Justus de Zeeuw

desregierung unter Bundeskanzler Dr. Kohl gegen ein solches Werbeverbot geklagt. Die Klage wurde 2006 vom Europäischen Gerichtshof abgewiesen. Spätestens ab diesem Zeitpunkt war die Umsetzung der Normen geboten. Es geschah allerdings weiterhin nichts. In Bayern musste erst durch einen Volksentscheid die Rauchfreiheit in der Gastronomie erzwungen werden, die Landesregierung unter Horst Seehofer war bis dahin tatenlos geblieben.

Die politischen Rahmenbedingungen in Deutschland bringen die erfolgreiche Tabakentwöhnung in eine prekäre Situation: Es werden weder die Rahmenbedingungen im Sinne einer wirksamen Tabakkontrolle geschaffen, um das Rauchverhalten zu verändern, noch werden die wissenschaftlich belegten Methoden der Tabakentwöhnung vergütet. In Großbritannien werden bei Patienten, die an Folgeerkrankungen des Rauchens leiden, ärztlich verordnete Medikamente vom Gesundheitssystem erstattet. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat sich für ein solches Vorgehen auch in Deutschland ausgesprochen.⁴ Davon sind wir in Deutschland noch meilenweit entfernt. Eines der Argumente lautet, dass diese Erstattung zu einer nicht zu beherrschenden Kostensteigerung führe. Bedenkt man, dass der gesamte Markt für Produkte zur Tabakentwöhnung hierzulande ein Volumen von 40 Mio. € jährlich hat, so ist diese Sichtweise absurd: Alleine der Spitzenreiter unter den inhalativen COPD-Wirkstoffen macht einen Jahresumsatz von etwa 200 Mio. €. Die Folgekosten des Rauchens werden also akzeptiert, die medizinökonomisch dominante Strategie der Finanzierung einer wirksamen Tabakentwöhnung – und somit einer ursächlichen Therapie – wird gleichzeitig abgewiesen.

Fortsetzung auf Seite 3