

Editorial

Rauchfrei durch Medikamente – Fiktion und Fakten

Wenige Themen sind in der Medizin mit so vielen Mythen und falschen Vorurteilen besetzt wie die Tabakentwöhnung. Fragt man Ärztinnen und Ärzte, was sie für die wirksamste Methode der Tabakentwöhnung halten, dann landet der sogenannte freie Wille mit weitem Vorsprung auf dem 1. Platz.¹ Sogar die Wirksamkeit des ärztlichen Ratschlages wurde bei dieser Befragung geringer eingeschätzt als der trockene Entzug. Konsequenterweise landet die medikamentöse Therapie in der Einschätzung der befragten Medizinerinnen und Mediziner auf dem letzten Platz. Diese Untersuchung fördert vor allem zu Tage, welche Unsicherheit in der Behandlung der Tabakabhängigkeit besteht und dass diese zu einer erheblichen Fehl Wahrnehmung im Hinblick auf wirksame Therapieoptionen führt.

Ein typischer Irrtum in Hinblick auf den Einsatz von therapeutischem Nikotin manifestiert sich in dem Satz „Da wird doch nur die eine Abhängigkeit durch die andere ersetzt“. Hier treffen die Unkenntnis über den suchterzeugenden Faktor von Zigaretten einerseits und über die Studienlage andererseits aufeinander. Therapeutisches Nikotin verdoppelt die Erfolgsquote der Tabakentwöhnung.² Biochemisch fungiert das über Pflaster, Kaugummi oder Spray applizierte Nikotin als partieller Antagonist am Nikotinrezeptor. Hinzu kommt, dass die Pharmakokinetik des therapeutisch verwendeten Nikotins sich erheblich von der Verbrennungszigarette unterscheidet. Einfach gesagt flutet das über den Zigarettenrauch (oder Geräte wie IQOS) inhalierte Nikotin innerhalb von Sekunden im Gehirn an. Beim Nikotinspray dauert es 30 Sekunden, beim Kaugummi etwa 10 Minuten und beim Pflaster ca. 30 Minuten, bis ein spürbarer Nikotinspiegel erreicht wird. Die Entstehung der körperlichen Abhängigkeit ist unmittelbar an die schnelle Anflutung geknüpft: Die Dichte der Nikotinrezeptoren wird erhöht. Unter dem Einfluss eines langsamen Anstiegs des Nikotinspiegels hingegen sinkt die Rezeptordichte – so gelingt die dauerhafte Entwöhnung.

Tobias Raupach ist der Leiter des Institutes für Medizindidaktik am Universitätsklinikum Bonn und ein ausgewiesener Experte auf dem Gebiet der Tabakentwöhnung. Er hat

für diese Zusammenhänge ein eingängiges Bild geschaffen, das sich hervorragend zur Patientenschulung eignet (und auch uns Ärztinnen und Ärzten hilft, diese Vorgänge besser zu verstehen): Stellen Sie sich vor, sie gründen einen Pizzalieferdienst. Sie mieten ein Ladenlokal, stellen dort einen Pizzaofen auf und installieren ein Telefon. Nun warten Sie auf Kundschaft. Gegen 11 Uhr geht es los, Pizzen werden bestellt, in 10 Minuten gebacken und geliefert. Das ist ein schönes Gefühl: Die Anrufe sind wie das Nikotin, das Telefon steht für die Nikotinrezeptoren. Gegen 14 Uhr lässt der Andrang nach. Abends ab 18 Uhr geht es wieder los, bis 21 Uhr nehmen Sie Bestellungen an. Nun geschieht es nach einiger Zeit, dass sich immer mehr Kunden beschweren: Man kommt gar nicht durch, die Leitung ist immer besetzt, ich bestelle demnächst woanders. Nun schreiten Sie zur Tat, denn das Geschäft läuft gut und mehr als 6 Pizzen pro Stunde können sie aktuell nicht backen: Sie kaufen 9 weitere Öfen, installieren 9 weitere Telefone und stellen mehr Personal ein. Um die Mittagszeit läuft es hervorragend: 10 Anrufe gleichzeitig werden bedient, 10 Pizzen gleichzeitig gebacken – die Situation entspricht der erhöhten Rezeptordichte beim Rauchen, das Nikotin aus der Zigarette trifft auf reichlich Nikotinrezeptoren und löst so ein Wohlfühlgefühl aus. Nun zeigt sich allerdings

Fortsetzung auf Seite 3 •••••➤

Aus dem Inhalt

➤ Schwerpunkt: Asthma	Seite
Asthma und Verschreibung inhalativer Corticosteroide in der Notaufnahme	4
Häusliche Gewalt und Asthmamorbidität bei Erwachsenen	4
Prä- und postnatale Antibiotikaexposition und Asthma bei Kindern	5
Prävalenz der Hyperventilation bei Asthmapatientinnen und -patienten	5
Krankheitslast, Therapieadhärenz bei jungen Asthmatikerinnen und Asthmatikern	6
Rauchverbote und Kinder mit Asthma in Notaufnahmen	6
Einschätzung der Asthmakontrolle bei schwerem Asthma	6
Fluticasonfuroat/Vilanterol bei körperlicher Belastung	9
Pneumonie im Säuglingsalter und späteres Asthma	14
Symptomkontrolle mit Fluticasonfuroat/Vilanterol oder Budesonid/Formoterol	25
Therapieadhärenz bei schwerem Asthma und Verschreibung oraler Corticosteroide	28
Inhalative Therapie bei unkontrolliertem Asthma	40
Ergänzende Antibiotika bei Exazerbationen in der Primärversorgung	45
Hormonersatztherapie und Entwicklung einer neuen Asthmaerkrankung	46
➤ Schwerpunkt: COPD	
Trendanalyse zur COPD-Mortalität in den USA für die Jahre 2004–2018	9
Natürliche Entwicklung der Kohlenmonoxid-Diffusionskapazität bei COPD	16
Chronische nichtinvasive Beatmung bei COPD	26
Kontinuierliche zyklische Azithromycintherapie gegen akute Exazerbationen	28
COMPERA-Register: Pulmonale Hypertonie bei COPD	29
Neues COPD-Screening-Tool	33
Atemwegsmikrobiom nach inflammatorischem Endotyp bei COPD	38
Lungenmikrobiom und Genexpression im Bronchialepithel bei COPD	40
Umwelt und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei COPD	44
Bluteosinophilenzahl bei der Beurteilung von Personen mit COPD	44
Zusammenhang zwischen Luftverschmutzung durch Straßenverkehr und COPD	46
Umeclidinium/Vilanterol bei Raucherinnen und Rauchern mit COPD	46
➤ Pneumo-Onkologie	
Pralsetinib in der Therapie des <i>RET</i> -Fusions-positiven NSCLC	16
Immuncheckpoint-Inhibitor-assoziierte Pneumonitis bei Lungenkrebs	26
Anti-PD1-Therapie basierend auf Ergebnissen aus EBUS-TBNA oder Histologie	29
Hilfestellungen zur Tabakentwöhnung beim Lungenkrebs-Screening in den USA	32
➤ COVID-19	
Colchicin in der ambulanten Therapie von COVID-19	8
Vorbestehende Atemwegserkrankungen und schwere Fälle von COVID-19	10
Früher Einsatz von Nitazoxanid bei leichter COVID-19-Erkrankung	12
Vorhersage des klinischen Schweregrades von SARS-CoV-2-Infektionen	20
BNT162b2-Zweitimpfung bei mit ChAdOx1-S-vorvakzinieren Personen	32
Analyse von Daten aus der COVID Symptom Study App in Großbritannien	36
Inhibitoren des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems bei COVID-19	42
➤ Verschiedenes	
Snutummmikrobiom und klinische Outcomes bei Bronchiektasie	5
tem Atemnotsyndrom	18
in der Öffentlichkeit	19
nit medizinischen Masken	20
Sepsisvorhersage	22
al-arteriellen Hypertonie	36
ssene Strafgefangene	48
.....	54
.....	55
.....	66
.....	78
.....	85