

33. Journal Club

Mittwoch, 16.6.2021

Dementia Care Management

- Evidenzbericht zur S3-Leitlinie Demenzen

Hintergrund: Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) kann dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Leitlinien vorschlagen, bei denen das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gemäß SGB V (§§ 139 a Abs. 3 Nr. 3, 139 b Abs. 6 SGB V) die Entwicklung oder Aktualisierung mit Evidenzrecherchen unterstützen soll [1]. Der vorliegende Auftrag umfasst die Beantwortung von Fragestellungen zur Aktualisierung der interdisziplinären S3-Leitlinie „Demenzen“ (Registernummer der AWMF: 038-013) [2].

Fragestellung: Darstellung der Evidenz bezüglich der Effekte von Dementia Care Management im Vergleich zur Standardtherapie bei Patientinnen und Patienten mit leichter bis schwerer Demenz

Population: In die Evidenzdarstellung wurden Studien mit Patientinnen und Patienten mit einer leichten bis schweren Demenz jeglicher Ätiologie aufgenommen. Die zu prüfende Intervention umfasste ein Dementia Care Management. Als Vergleichsintervention galt die Standardtherapie.

Endpunkte: Die Darstellung der Evidenzgrundlage eines Dementia Care Management erfolgte anhand von Endpunkten, die durch die Leitliniengruppe festgelegt und hinsichtlich ihrer Bedeutung für Patientinnen und Patienten mit Demenz der Kategorie „kritisch für die Entscheidung“ zugeordnet wurden:

- Häufigkeit der Klinikeinweisung
- Arztkontakte
- Zeit bis zur Heimeinweisung / Zeit, zu Hause zu verbleiben
- Globalwert für neuropsychische Symptome, wie behaviorale und psychologische Symptome der Demenz (BPSD)
- Medikationsverbrauch (psychiatrische Medikamente)
- Zufriedenheit / Stress der informell Pflegenden

Für den zu erstellenden Evidenzbericht wurden RCTs zur Beantwortung der Fragestellung berücksichtigt.

Die Arbeit /systematische Recherche des Arbeitskreises wird in ihrer Methodik in knapp 10 Seiten dargestellt (Beeindruckend!)

Letztlich konnten 6 internationale RCTs eingeschlossen und ausgewertet werden, die allen Anforderungen entsprachen. Alle Studien untersuchten die Wirksamkeit eines Dementia Care Managements im Vergleich zur Standardbehandlung. Die Interventionsdauer reichte von 4 bis 18 Monaten und die Studiendauer von 12 bis 24 Monate.

Hier ein Auszug aus einer Studie aus HongKong, wie so ein Dementia Care Management gestaltetet wurde:

(mehreseitige Tabelle)

Studie	Intervention	Vergleich
Lam 2010	<p>Case management group</p> <p>The subjects were assigned to a case manager (CM) who was a trained occupational therapist. The intervention period lasted for 4 months. During the intervention period, regular home visits were carried out. The CM offered interventions in the following areas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assessment and advice CM evaluated the activities of daily living and neuropsychiatric symptoms of the demented subjects, and caregiver distress in care duties. CM also advised caregivers and demented subjects on the following areas: safe performance in basic self-care activities with environmental modification to promote safe home living, behavioral management, and communication techniques. 2. Home-based program on cognitive stimulation Subjects with family caregivers received training on home-based cognitive stimulation strategies which included reading newspapers together, reminiscence by old-time photos, and continued engagement in usual household tasks and leisure activities. The cognitive stimulating program was reinforced by home visits and telephone calls were appropriate for 16 weeks. Afterward, family caregivers were encouraged to continue with the activities. 3. Case management CM provided support to both caregivers and subjects by home visits initially, and later by telephone calls, and follow-up at hospital clinic visits. CM encouraged the subjects to be registered with local social centers so that the family could tap into the locally available social services. CM liaised with the staff in the social centers involved to ensure smooth integration of the subjects into the 	<p>Control group</p> <p>One home visit for hc safety was performed same occupational th with the control subje the beginning of the t but the subjects did n access to case manag</p>

Alle Interventionen der eingeschlossenen Studien beinhalten grundlegende Kernelemente des Dementia Care Managements wie ein Assessment der individuellen Bedürfnisse, einer Planung und Koordination individueller Maßnahmen, sowie deren Evaluation. Sie unterscheiden sich in der konkreten Umsetzung.

Insgesamt zeigte die verfügbare Evidenz signifikante Effekte eines Dementia Care Managements in Bezug auf einen Anstieg des Medikationsverbrauchs (in der Kontrollgruppe), die Verlängerung bis zur Heimeinweisung sowie eine Reduktion der Belastung der informell Pflegenden. Ein signifikanter Effekt auf behaviorale und psychologische Symptome der Demenz konnte anhand der verfügbaren Evidenz nicht festgestellt werden. Für die Endpunkte Häufigkeit der Klinikeinweisung und Arztkontakte lagen in den eingeschlossenen Studien keine verwertbaren Daten vor. Somit besteht für diese Endpunkte eine Evidenzlücke.

Fazit:

Das Demenz-Care-Management hat offensichtlich nur einen überschaubaren Wert. Es gibt ähnliche Projekte auch bei uns, ist aber mit viel Aufwand verbunden.

Tympanostomy Tubes or Medical Management for Recurrent Acute Otitis Media

Hoberman et al, N Engl J Med 2021;384:1789-99. DOI: 0.1056/NEJMoa2027278

Hintergrund

Die offiziellen Empfehlungen sind unterschiedlich bzgl. des Einsetzens des Paukenröhrchens bei rezid. AOM (akute Otitis media) bei Kindern.

Methode

250 Kinder im Alter von 6 bis 35 Monaten mit rezidiv. AOM (mindestens 3 Episoden in den letzten 6 Monaten oder 4 Episoden in den letzten 12 Monaten, davon mind. 1 in den letzten 6 Monaten) wurden in zwei Gruppen randomisiert. Sie erhielten entweder ein Paukenröhrchen oder eine medikamentöse Therapie, inkl. Antibiose. Der primäre Endpunkt war die Zahl der AOM per Kindeslebensjahr während der 2-jährigen Beobachtungszeit.

Ergebnisse

Während der Beobachtungszeit von 2 Jahren traten in der Paukenröhrchengruppe (PG) 1.48 ± 0.08 , in der Medikamentengruppe (MG) 1.56 ± 0.08 AOM ($p=0,66$) per Kindeslebensjahr. Die Ergebnisse mussten am Ende der Studie noch einmal angepasst werden, denn 10 % der Kinder in der PG erhielten kein Paukenröhrchen und 16% der Kinder in der MG erhielten ein Paukenröhrchen auf Wunsch der Eltern, sodass das endgültige Ergebnis war 1.47 ± 0.08 und 1.72 ± 0.11 . Bei den sekundären Endpunkten fielen die Ergebnisse gemischt aus. Für das Einsetzen eines Paukenröhrchens sprachen die Länge der Zeit bis zur ersten Episode einer erneuten AOM, verschiedene klinische Befunde und die Zahl der Kinder, bei denen es zu einem Therapieversagen kam. Für eine medikamentöse Therapie sprach die kumulative Zahl der Tage mit Otorrhoe. Es gab keinen signifikanten Unterschied bzgl. der Schwere der AOM, in der Resistenzbildung bei den mikrobiologischen Untersuchungen (Abstrich) oder in der Frequenz der AOM-Episoden. Unerwünschte Ereignisse konnten nur bei den sekundären Endpunkten beobachtet werden (z.B. antibiotika assoz. Diarrhoe).

Konklusion

Unter 6-35 Mon. alten Kindern mit rezidivierender AOM war die Häufigkeit von AOM während der 2-jährigen Beobachtung nicht signifikant weniger in der PG als in der MG

(Funded by the National Institute on Deafness and Other Communication Disorders and others; ClinicalTrials.gov number, NCT02567825.)

Fazit:

Eigentlich ist die Indikation für ein Paukenröhrchen nicht die Infektverhinderung, sondern das Erhalten der Hörfähigkeit. Machen Infekte vielleicht auf Dauer die Gehörknöchelchen kaputt?

Fazit Regen:

Paukenröhrchen zur Verhinderung von Hörstörungen (falls vorhanden) oder bei rezidivierenden Otitiden kann vorteilhaft sein.

Combination fixed-dose beta agonist and steroid inhaler as required for adults or children with mild asthma

Crossingham et al. The Cochrane Collaboration DOI: 10.1002/14651858.CD013518.pub2.

Background

Asthma affects 350 million people worldwide including 45% to 70% with mild disease. Treatment is mainly with inhalers containing beta₂-agonists, typically taken as required to relieve bronchospasm, and inhaled corticosteroids (ICS) as regular preventive therapy. Poor adherence to regular therapy is common and increases the risk of exacerbations, morbidity and mortality. Fixed-dose combination inhalers containing both a steroid and a fast-acting beta₂-agonist (FABA) in the same device simplify inhalers regimens and ensure symptomatic relief is accompanied by preventative therapy. Their use is established in moderate asthma, but they may also have potential utility in mild asthma.

Objectives

To evaluate the efficacy and safety of single combined (fast-onset beta₂-agonist plus an inhaled corticosteroid (ICS)) inhaler only used as needed in people with mild asthma.

Search methods

We searched the Cochrane Airways Trials Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE and Embase, ClinicalTrials.gov and the World Health Organization (WHO) trials portal. We contacted trial authors for further information and requested details regarding the possibility of unpublished trials. The most recent search was conducted on 19 March 2021.

Selection criteria

We included randomised controlled trials (RCTs) and cross-over trials with at least one week washout period. We included studies of a single fixed-dose FABA/ICS inhaler used as required compared with no treatment, placebo, short-acting beta agonist (SABA) as required, regular ICS with SABA as required, regular fixed-dose combination ICS/long-acting beta agonist (LABA), or regular fixed-dose combination ICS/FABA with as required ICS/FABA. We planned to include cluster-randomised trials if the data had been or could be adjusted for clustering. We excluded trials shorter than 12 weeks. We included full texts, abstracts and unpublished data.

Data collection and analysis

Two review authors independently extracted data. We analysed dichotomous data as odds ratios (OR) or rate ratios (RR) and continuous data as mean difference (MD). We reported 95% confidence intervals (CIs). We used Cochrane's standard methodological procedures of meta-analysis. We applied the GRADE approach to summarise results and to assess the overall certainty of evidence. Primary outcomes were exacerbations requiring systemic steroids, hospital admissions/emergency department or urgent care visits for asthma, and measures of asthma control.

Main results

We included six studies of which five contributed results to the meta-analyses. All five used budesonide 200 µg and formoterol 6 µg in a dry powder formulation as the combination inhaler. Comparator fast-acting bronchodilators included terbutaline and formoterol. Two studies included children aged 12+ and adults; two studies were open-label. A total of 9657 participants were included, with a mean age of 36 to 43 years. 2.3% to 11% were current smokers.

FABA / ICS as required versus FABA as required

Compared with as-required FABA alone, as-required FABA/ICS reduced exacerbations requiring systemic steroids (OR 0.45, 95% CI 0.34 to 0.60, 2 RCTs, 2997 participants, high-certainty evidence), equivalent to 109 people out of 1000 in the FABA alone group experiencing an exacerbation requiring systemic steroids, compared to 52 (95% CI 40 to 68) out of 1000 in the FABA/ICS as-required group. FABA/ICS as required may also reduce the odds of an asthma-related hospital admission or emergency department or urgent care visit (OR 0.35, 95% CI 0.20 to 0.60, 2 RCTs, 2997 participants, low-certainty evidence). Compared with as-required FABA alone, any changes in asthma control or spirometry, though favouring as-required FABA/ICS, were small and less than the minimal clinically-important differences. We did not find evidence of differences in asthma-associated quality of life or mortality. For other secondary outcomes FABA/ICS as required was associated with reductions in

fractional exhaled nitric oxide, probably reduces the odds of an adverse event (OR 0.82, 95% CI 0.71 to 0.95, 2 RCTs, 3002 participants, moderate-certainty evidence) and may reduce total systemic steroid dose (MD -9.90, 95% CI -19.38 to -0.42, 1 RCT, 443 participants, low-certainty evidence), and with an increase in the daily inhaled steroid dose (MD 77 O_g beclomethasone equiv./day, 95% CI 69 to 84, 2 RCTs, 2554 participants, moderate-certainty evidence).

FABA/ICS as required versus regular ICS plus FABA as required

There may be little or no difference in the number of people with asthma exacerbations requiring systemic steroid with FABA/ICS as required compared with regular ICS (OR 0.79, 95% CI 0.59 to 1.07, 4 RCTs, 8065 participants, low-certainty evidence), equivalent to 81 people out of 1000 in the regular ICS plus FABA group experiencing an exacerbation requiring systemic steroids, compared to 65 (95% CI 49 to 86) out of 1000 FABA/ICS as required group. The odds of an asthma-related hospital admission or emergency department or urgent care visit may be reduced in those taking FABA/ICS as required (OR 0.63, 95% CI 0.44 to 0.91, 4 RCTs, 8065 participants, low-certainty evidence). Compared with regular ICS, any changes in asthma control, spirometry, peak flow rates (PFR), or asthma-associated quality of life, though favouring regular ICS, were small and less than the minimal clinically important differences (MCID). Adverse events, serious adverse events, total systemic corticosteroid dose and mortality were similar between groups, although deaths were rare, so confidence intervals for this analysis were wide. We found moderate-certainty evidence from four trials involving 7180 participants that FABA/ICS as required was likely associated with less average daily exposure to inhaled corticosteroids than those on regular ICS (MD -154.51 O_g/day, 95% CI -207.94 to -101.09).

Authors' conclusions

We found FABA/ICS as required is clinically effective in adults and adolescents with mild asthma. Their use instead of FABA as required alone reduced exacerbations, hospital admissions or unscheduled healthcare visits and exposure to systemic corticosteroids and probably reduces adverse events. FABA/ICS as required is as effective as regular ICS and reduced asthma-related hospital admissions or unscheduled healthcare visits, and average exposure to ICS, and is unlikely to be associated with an increase in adverse events. Further research is needed to explore use of FABA/ICS as required in children under 12 years of age, use of other FABA/ICS preparations, and long-term outcomes beyond 52 weeks.

Fazit:

Zwei Therapieoptionen stehen offen:

einmal die althergebrachte für adhärenz, verständige Patienten mit einer Minimierung der Übertherapie und ohne schwere Verläufe

zum anderen Patienten ohne Adhärenz, denen man so das ICS unterjubelt oder Patienten mit schweren Verläufen trotz Adhärenz (schwer Polenallergie)

Beobachtet haben wir Pilzinfektionen bei der Kombitherapie

Mittelschwere ambulant erworbene Pneumonie: Verkürzung der antibiotischen Therapie möglich

Pneumonien sind eine sehr häufige Indikation für eine antibiotische Therapie. Die ambulant erworbene Pneumonie (CAP; „community acquired pneumonia“) ist weltweit eine der am häufigsten tödlich verlaufenden Infektionserkrankungen (1). Aktuelle Zahlen der Versorgungsforschung aus Deutschland zeigen auf der Basis von Krankenkassendaten eine Inzidenz von 9,7 Fällen pro 1.000 Personenjahre, was einer Gesamtzahl von mehr als 660.000 Patienten pro Jahr entspricht (2). Die Inzidenz der CAP ist bei Personen ≥ 65 Jahren deutlich höher (3-5). Anhand der sog. CRB-65-Kriterien (C = Konfusion = Bewusstseinsstrübung), R = Atemfrequenz $\geq 30/\text{Min.}$, B = Blutdruck diastolisch ≤ 60 mm Hg, systolisch < 90 mm Hg, 65 = Alter ≥ 65) kann das Letalitätsrisiko bei CAP abgeschätzt und die Indikation für eine stationäre Aufnahme einfacher gestellt werden (6).

Die initiale kalkulierte Therapie der ambulant erworbenen Pneumonie erfolgt entsprechend einer Risikostratifizierung in 3 Klassen:

1. Leichte Pneumonie: CRB-65 = 0; O_2 -Sättigung $\geq 90\%$, keine dekompensierte Komorbidität;
2. Mittelschwere Pneumonie: weder leicht noch schwer;
3. Schwere Pneumonie: akute respiratorische Insuffizienz und/oder schwere Sepsis bzw. septischer Schock und/oder dekompensierte Komorbidität.

Patienten mit mittelschwerer CAP sollten stationär behandelt werden (7), in der Regel mit einem Beta-Laktam-Antibiotikum für 5-7 Tage (7, 8). In europäischen Leitlinien wird eine Behandlungsdauer von 8 Tagen empfohlen (9).

Eine kürzere Behandlungsdauer reduziert die Häufigkeit von Nebenwirkungen und das Auftreten bakterieller Resistenzen (10, 11). Daher wurde nun eine Studie durchgeführt, die der Frage nachgegangen ist, ob die antibiotische Therapie bei mittelschwerer CAP auf 3 Tage verkürzt werden kann (12). Die Studie wurde vom französischen Gesundheitsministerium finanziert.

Studiendesign: Diese doppelblinde, randomisierte, plazebokontrollierte Nicht-Unterlegenheitsstudie wurde in 16 Zentren in Frankreich durchgeführt. In die Studie wurden Erwachsene (≥ 18 Jahre) mit mittelschwerer CAP eingeschlossen. Die Randomisierung erfolgte 1:1 in zwei Gruppen. Alle Patienten erhielten oral zunächst 1 g Amoxicillin plus 125 mg Clavulansäure dreimal am Tag für 3 Tage, und ab dem 4.-8. Tag eine Gruppe Plazebo, eine andere weiter die antibiotische Therapie. Der primäre Endpunkt war die Heilung 15 Tage nach Beginn der Therapie, definiert durch Fieberfreiheit, Verschwinden der respiratorischen Symptome und das Fehlen der Notwendigkeit einer weiteren antibiotischen Therapie. Als Nicht-Unterlegenheits-Grenze wurden 10 Prozentpunkte festgelegt. Die Auswertung erfolgte nach „intention to treat (ITT)“ und nach „per protocol“.

Ergebnisse: Zwischen Dezember 2013 und Februar 2018 wurden insgesamt 706 Patienten eingeschlossen. Nach 3 Tagen der Beta-Lactam-Therapie konnten 310 randomisiert werden, wobei ab diesem Zeitpunkt 157 ein Plazebo und 153 weiter das Antibiotikum erhielten. Sieben Patienten widerriefen ihre Einwilligung bevor sie eine Therapie erhalten hatten: 5 a

us der Plazebo-Gruppe und 2 aus der Antibiotikum-Gruppe. In der nach ITT ausgewerteten Gruppe waren die Patienten im Median 73 Jahre alt (IQR: 57,0-84,0), und 123 (41%) waren Frauen.

Am Tag 15 waren 117 (77%) von 152 Patienten aus der Plazebo-Gruppe und 102 (68%) von 151 Patienten aus der Antibiotikum-Gruppe geheilt. Es ergab sich eine Differenz

zwischen den Gruppen von 9,42% (95%-Konfidenzintervall = CI: -0,38 bis 20,04), was der prädefinierten Nicht-Unterlegenheit entspricht. Bei der „per protocol“-Auswertung waren 113 (78%) von 145 Patienten in der Plazebo-Gruppe und 100 (68%) von 146 Patienten in der Antibiotikum-Gruppe am Tag 15 geheilt. Die Auswertung ergab eine Differenz von 9,44% (CI: -0,15 bis 20,34), was ebenfalls der Nicht-Unterlegenheit entspricht.

Die Häufigkeit von Nebenwirkungen war in beiden Gruppen ähnlich: 22 (14%) von 152 in der Plazebo-Gruppe und 29 (19%) von 151 in der Antibiotikum-Gruppe. Meist handelte es sich um intestinale Beschwerden, die von 17 (11%) Patienten in der Plazebo- und von 28 (19%) in der Antibiotikum-Gruppe berichtet wurden. Am Tag 30 nach Studienbeginn waren 3 (2%) Patienten in der Plazebo- und 2 (1%) in der Antibiotikum-Gruppe gestorben. Die Todesursachen in der Plazebo-Gruppe waren kardiogener Schock, *Staphylokokkus aureus*-Bakteriämie und Herz-Nieren-Versagen. In der Antibiotikum-Gruppe war die Todesursache je ein Rezidiv der Pneumonie mit Lungenödem.

Diese Studie zeigt, dass bei unkomplizierter CAP eine Verkürzung der antibiotischen Therapie ohne Nachteile möglich ist. In einem Kommentar zur Studie im selben Heft des Lancet wird berichtet, dass in den USA trotz der Empfehlung, bei unkomplizierter CAP die Therapie auf 5 Tage zu beschränken, eine kürzliche Auswertung von 150.000 Patienten dort eine mediane Therapiedauer bei 9,5 Tagen ergab (13). Die Empfehlung zur kürzeren Dauer der antibiotischen Therapie gilt nicht für CAP mit Komplikationen, z.B. Pleuraerguss, Empyem oder Abszess.

Fazit: Bei Patienten mit mittelschwerer ambulant erworbener Pneumonie, die nach 3 Tagen Behandlung mit Amoxicillin/Clavulansäure klinisch gebessert und stabil sind, ist eine Beendigung der antibiotischen Therapie einer Fortführung für weitere 5 Tage nicht unterlegen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam eine niederländische Studie bereits 2006 bei Patienten mit milder bis mittelschwerer ambulant erworbener Pneumonie nach 3 Tagen i.v. Behandlung mit Amoxicillin (14). Die in der Leitlinie empfohlenen 5-7 Tage antibiotische Behandlung sollten also hinterfragt werden.

Fazit:

So kurz wie möglich, so gezielt wie möglich. Therapieende mit Besserung des Allgemeinzustandes.

Wie gefährlich ist Gewichtszunahme nach Rauchstopp (MMK-Benefit)

Dass Rauchen zu einem der größten Gesundheitsrisiken zählt, ist eine Binsenweisheit. Laut einer kürzlichen Aufstellung des Deutschen Krebsforschungszentrums sind bis zu 90 % aller Lungenkrebsfälle, aber auch die meisten Tumoren des Kopf-Hals-Bereichs oder des kompletten Gastrointestinaltrakts auf das Rauchen zurückzuführen. Fast noch bedeutender ist die Verursachung kardio- und zerebrovaskulärer Krankheiten oder chronisch obstruktiver Lungenerkrankungen. Die dauerhafte Nikotinentwöhnung bringt nicht nur einen gewaltigen Nutzen bei der Risikoverminderung der erwähnten chronischen Erkrankungen, sondern auch einen eher unangenehmen, möglicherweise nicht ganz ungefährlichen Nebeneffekt: Gewichtszunahme. Untersuchungen von Millionen Studienteilnehmern erbrachten, dass ein Body Mass Index (BMI) zwischen 20 und 25 keine Auswirkungen auf die Gesamtsterblichkeit hat. Jede weitere Erhöhung des BMI um Fünfer-Schritte jedoch erhöhte die Mortalität (alleine bei kardiovaskulären Erkrankungen bis zu 49 %, wobei Männer stärker betroffen waren als Frauen). Eine Metaanalyse britischer und französischer Wissenschaftler von 62 Studien zeigte, dass Abstinente 12 Monate nach Rauchstopp im Mittel 4–5 kg an Gewicht zulegten. Wird die Nachverfolgung auf mehrere Jahre ausgedehnt, steigt das erreichte Gewicht noch weiter an. Wie gefährlich ist eine solche Gewichtszunahme? Die bisherigen Analysen haben sich meist nur auf kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetes konzentriert; wie es mit den gesamtgesundheitlichen Auswirkungen steht, blieb bislang relativ unklar. Australische Autoren haben jetzt etwas mehr Klarheit in diese Problematik gebracht. Sie interviewten 16.663 Personen über 18 Jahre (8082 Männer, 8581 Frauen; mittleres Alter 43,7 Jahre), die für die australische Bevölkerung repräsentativ waren (Antwortrate zwischen 66,5 und 74 %). Die Zeit zwischen Entzug und Befragung betrug bei über der Hälfte der Teilnehmer mehr als sechs Jahre. Die Gewichtszunahme betrug bei rund 25 % der Abstinenten zwischen 0,1 und 5,0 kg, bei 12 % zwischen 5,1 und 10 kg und bei 8,8 % über 10 kg. Beim Rest blieb das Gewicht entweder gleich (25 %) oder sank sogar (29 %). Verglichen mit denjenigen, die weiter rauchten verminderte sich das Risiko (Hazard Ratio) für den Tod bei allen Teilgruppen – und zwar • bei Personen, die trotz Nikotinentzug abgenommen hatten auf 0,50 (95%-Konfidenzintervall: 0,36–0,68), • bei Menschen, deren Gewicht gleich geblieben war auf 0,79 (95%-KI: 0,51–0,98), • bei Teilnehmern mit einer Gewichtszunahme zwischen 0,1 und 5,0 kg um 0,33 (95%-KI: 0,21–0,51), zwischen 5,1 und 10 kg um 0,24 (95%-KI: 0,11–0,53) und bei mehr als 10 kg Zunahme um 0,36 (95%-KI: 0,16–0,82). Die Autoren gehen dann auch noch auf einzelne Krankheitsentitäten ein: Die Ergebnisse lassen sich demnach auch auf kardiovaskuläre Erkrankungen, Typ-2- Diabetes, Krebs und COPD übertragen.

Quintessenz: Abstinenzwillige Raucher mögen zwar im Hinblick auf die Zunahme ihres Gewichts Probleme mit ihrem Körperbild haben. **Das Krankheits- und Todesrisiko einer Gewichtszunahme nach Nikotinverzicht aber bleibt vernachlässigbar. Der Gewinn in Bezug auf die gewonnene Lebenszeit ist eindeutig: Positiv!**

Fazit:

Das Krankheits- und Todesrisiko einer Gewichtszunahme nach Nikotinverzicht bleibt vernachlässigbar. Der Gewinn in Bezug auf die gewonnene Lebenszeit ist eindeutig: Positiv!