

IV. Diskussion

4.1 Atmung - COPD - gesundheitsbezogene Lebensqualität

„Das Leben beginnt mit der Atmung. Mit einem Schrei tritt ein Neugeborenes in diese Welt ein, und der betagte Mensch verlässt sie mit einem letzten Atemzug.

Das Luftprinzip in der Natur ist das Wichtigste für die Lebensfunktion. Nicht eine Zelle kann ohne Luft leben, geschweige denn funktionieren“.

Dr. Randolph Stone[160]

Atmen bedeutet Leben. Ohne Sauerstoffzufuhr überlebt ein Mensch nur wenige Minuten. Die meiste Zeit jedoch pumpt er die Luft völlig unbewusst durch seine Lunge. Der Körper funktioniert einfach. Erst wenn plötzlich „der Atem stockt“ oder bei Anstrengungen „die Puste ausgeht“, wird bewusst, wie sehr die Atmung das Wohlbefinden beeinflusst. Sie spiegelt deutlich die körperliche und seelische Verfassung wieder. Der Gasaustausch ist die wichtigste Aufgabe der Lunge. Für die lebenswichtige Aufnahme von Sauerstoff und die Abgabe von Kohlendioxid, ist eine große Oberfläche der Lungenbläschen notwendig.

Die Veränderungen in der Lunge beginnen schleichend. Die Ausatmung wird behindert. Im weiteren Verlauf wird in den Atemwegen ein Entzündungsprozess angestoßen, der einen Umbauprozess der Bronchien zur Folge hat. Später verändert sich zusätzlich die Struktur der Lungenbläschen. Oberfläche für den Gasaustausch geht verloren, der Körper erhält nicht mehr genug Sauerstoff, und es entsteht Atemnot.

Die Bedeutung der Lunge und Lungenerkrankungen werden oft unterschätzt. Die Folgen sind ein sorgloser Umgang mit diesem lebenswichtigen Organ. Husten und andere Atembeschwerden werden verharmlost, ohne ärztliche Betreuung selbst behandelt oder über längere Zeit erduldet. Das erste einschneidende Erlebnis ist meist ein Infekt der Atemwege: der Patient bemerkt zum ersten Mal pfeifende Geräusche beim Ausatmen und verspürt Atemnot, weiterhin sind typische Anzeichen das allgemeine Krankheitsgefühl, Husten mit oder ohne Auswurf, vermehrtes Schwitzen und Fieber

Bei chronischen Krankheiten ist eine der häufigsten Abwehrmechanismen die Verleugnung. Das geht vom völligen Leugnen der Tatsache, überhaupt krank zu sein, über das Unterschätzen der

Schwere der Krankheit, das Ignorieren von Auswirkungen auf das tägliche Leben bis zum Ignorieren von krankheitsbezogenen Informationen. Die meisten chronischen Erkrankungen stehen im Zusammenhang mit dem Lebensstil und dem Verhalten der Betroffenen. Somit ist der Ausbruch oft langsam und latent. Einmal ausgebrochen, dauern chronische Krankheiten lange, oft das ganze Leben, wobei ihr Verlauf meist nicht genau vorhersagbar ist. Der Zustand vor Ausbruch der Krankheit wird nicht wieder erreicht. Ihr Verlauf wird vom komplexen Zusammenspiel verschiedenster körperlicher und psycho-sozialer Einflussfaktoren bestimmt. Das Ziel der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Behandlung besteht deshalb vor allem darin, dem Patienten zu helfen, mit seiner Krankheit zu leben. Der Erfolg hängt stark davon ab, ob sich der Patient aktiv an der Behandlung beteiligt. Es entstehen erhebliche Kosten für den Betroffenen wie für das Gesundheitssystem. Chronisch Kranke belasten auch ihre Familien und ihre Angehörigen. So entsteht eine Reihe von speziellen psycho-sozialen Belastungen wie:

- krankheitsspezifische Symptome (chronische Schmerzen, Behinderungen)
- Gefühl des Ausgeliefert-Seins, Hilflosigkeit und Angst,
- Veränderungen des Körperbildes
- krankheitsbedingte Einschränkungen der sozialen Kontakte (kein Sport mehr, lange Krankenhausaufenthalte)
- verminderte körperliche Leistungsfähigkeit (Verminderung des Selbstwerts, Probleme am Arbeitsplatz)
- finanzielle Verschlechterungen (verminderte Erwerbsfähigkeit)
- Statureinbußen (verminderte körperliche, psychische, finanzielle und soziale Möglichkeiten)
- Trennung von den Angehörigen (Krankenhausaufenthalte)
- Abhängigkeit von medizinischen Versorgungssystemen
- mehrere Krankheiten oder Störungen zugleich (Multimorbidität).

Im Laufe des Lebens können sich die Belastungen stark verändern, wobei vor allem der persönliche Umgang mit der Krankheit eine entscheidende Rolle spielt. Die emotionalen Folgen sind vielfältig, oft sind es Depressionen und Ängste. Viele Patienten fühlen sich ausgeliefert und hilflos, einsam, mit ihren Beschwerden nicht ernstgenommen, ungerecht kritisiert und abgeschoben[53].

Gemäß Sozialgesetzbuch Neuntes Buch § 2 sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist[151].

„So geht es, wie bei allen chronischen Krankheiten und Behinderungen, darum, im Leben zu leben, nicht in der Krankheit“[94].

In industrialisierten Ländern spielen Innenraumschadstoffe für die Gesundheit eine große Rolle, weil die Menschen über 80 Prozent ihrer Zeit in geschlossenen Räumen verbringen. Die wichtigste Quelle, die die Innenluft verunreinigt, ist die brennende Zigarette.

Bei Rauchern treten Gesundheitsschäden auf, die zunächst noch rückbildungsfähig sind. Wird weiter geraucht, kommt es zu dauerhaften Schäden vor allem an den Bronchien und der Lunge, am Herzen und an den Gefäßen. Das Tabakrauchen ist mit Abstand die häufigste Ursache der COPD, etwa 80 Prozent der Betroffenen sind Raucher oder Exraucher. Klassisch für die COPD ist die primär belastungsabhängige Atemnot, oft als Gefühl der „Kurzatmigkeit“ oder des „Lufthungers“ beschrieben, sowie die verminderte Leistungsfähigkeit, Ängstlichkeit und abnehmende Aktivität im Alltag. Der COPD-Patient leidet praktisch permanent! Viele Patienten vermeiden wegen der Atemnot, die besonders bei Anstrengung auftritt, jede größere körperliche Belastung. Dadurch geraten sie in einen Teufelskreis: Die Folge des Bewegungsmangels ist ein weiterer Verlust der Leistungsfähigkeit. Dadurch kommt es bei noch geringerer Belastung zu noch mehr Atemnot. Der Betroffene wird in seinem Vermeidungsverhalten bestärkt. Es entsteht eine Abwärtsspirale. Der Verlauf ist schleichend und erst bei deutlicher Einschränkung des Alltags erscheint der Patient bei seinem Hausarzt.

Dieser kann erstmalig das Thema ansprechen. Beim Vorliegen einer Raucheranamnese sollten mögliche Folgen angesprochen und der Patient aufgeklärt werden. Gemeinsam können beide über Behandlungsmöglichkeiten sprechen und damit den Therapieerfolg wesentlich beeinflussen. Eine gute und langfristige Zusammenarbeit und gegenseitiges Vertrauen sind eine wesentliche Voraussetzung für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung bei der Behandlung dieser chronischen Erkrankung. Das Ziel der hausärztlichen Betreuung besteht darin, ein Maximum an Lebensqualität für die Patienten und ihre Familien zu ermöglichen. Entscheidend für eine erfolgreiche Behandlung sind die frühzeitige Erkennung der COPD und die frühzeitige Ausschaltung von Risikofaktoren. Eine Heilung der COPD gibt es nicht. Nur durch gezielte Therapie und gesunde Lebensweise kann eine Verbesserung erzielt werden. Die Patienten

müssen selbst aktiv werden, Eigenverantwortung übernehmen und vielleicht sogar ihren Lebensstil ändern. Die Lungenfunktion kann nicht durch Training verbessert werden, wohl aber ihre Leistungsfähigkeit. Es besteht die Chance, dass der Betroffene sich von den Beeinträchtigungen des Alltags langsam selber befreien kann.

Dies ergibt eine ganz neue Perspektive für die Gesundheit und das Gesundheitssystem. Die „Salutogenese“ ist der Fachbegriff für die Forschungen und Erkenntnisse in der Gesundheitsförderung, die sich der Frage stellen, was den Menschen gesund erhält und: eine Antwort auf die Frage geben wollen, wie Gesundheit zustande kommt und welche gesundheitsproduzierende Faktoren es gibt. Das Konzept dazu geht maßgeblich auf den Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923-1994) zurück. Die „Salutogenese“ sorgt sich um die Gesundheit und sie versteht unter Gesundheit das Vorhandensein von Lebensqualität. Sie hat das Ziel, jedem Menschen das nötige Wissen und Werkzeug zu geben, um einen erheblichen Einfluss auf den eigenen Gesundheitszustand auszuüben. Eine zentrale Bedeutung für die Gesundheit ist das dauerhafte und dynamische Vertrauen in das Leben und das seine Anforderungen verstehbar, handhabbar und sinnerfüllt sind. Gerade für chronisch Kranke ist es von Bedeutung ihren Lebensstil zu ändern. Das heißt, viele kleine alltägliche Entscheidungen zugunsten der Gesundheit zu fällen.

Um den Erfolg einer medizinischen Maßnahme aus der Sicht des Patienten zu beurteilen, kann auf die Messung der Lebensqualität nicht verzichtet werden. Die eigene Einschätzung des Gesundheitszustandes sowie die Auswirkungen auf das tägliche Leben – mit anderen Worten: die allgemeine gesundheitsbezogene Lebensqualität – spielen eine zentrale Rolle. Der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bezieht sich auf die subjektive Wahrnehmung der Schwere einer Krankheit im zeitlichen Verlauf. Zwei grundsätzliche Voraussetzungen sind hier zu beachten: Multi-Dimensionalität, das heißt die Lebensqualität umfasst mehrere Bereiche, sowie Subjektivität, das heißt das Verhalten und die Empfindung auf eine gesundheitliche Beeinträchtigung kann bei gleicher Ausprägung bei verschiedenen Menschen völlig unterschiedlich sein. Die Notwendigkeit der Berücksichtigung der Lebensqualität ist die Tatsache, dass die Befindlichkeit das eigentliche Problem des Patienten darstellt. Das Problem eines COPD-Patienten ist seine Atemnot und sein eingeschränkter Alltag, nicht sein FEV₁-Wert.

Die Lebensqualität unterscheidet sich von anderen traditionellen Therapieeffizienzparametern, indem sie sich im Laufe der Zeit ändert. Die Evaluation der Lebensqualität zielt daher auch auf die Erfassung der Veränderung im Verlauf der Krankheit und ihrer Behandlung ab.

Viele Studien haben generische Lebensqualitäts-Instrumente eingesetzt um die Wirksamkeit von Behandlungen und von Rehabilitationsprogrammen auf das Leben der Patienten mit einer Krankheit festzustellen. Die COPD war eine der ersten Lungenkrankheiten, die mit Lebensqualität-Instrumenten gemessen wurde. Der Effekt von COPD auf das Leben der Einzelpersonen ist gut und oft beschrieben worden[23][40][101]. Lebensqualitätsfragebögen wurden entwickelt, um zu helfen, die Funktionsprobleme zu kennzeichnen und zu behandeln, die für den COPD-Patienten am wichtigsten sind. Der SF-36 ist in einer Anzahl von Studien in der COPD-Therapie benutzt worden[25][58][79][80][81][87][146][189][193].

Heute unterscheidet man zwei Arten von Messinstrumenten. Zum einen sind es die krankheitsübergreifenden, oder auch krankheitsunspezifischen Fragebögen und zum anderen die krankheitsspezifischen Fragebögen.

Krankheitsunspezifische oder generische Fragebögen untersuchen unabhängig von einer bestimmten Erkrankung die Lebensqualität und ihre Veränderung von kranken als auch gesunden Personen. Der SF-36 ist ein krankheitsunspezifischer Fragebogen. Er umfasst verhaltensbezogene Funktionalität und das subjektiv wahrgenommene Wohlbefinden. Sowohl von der psychometrischen Qualität, als auch von seiner Ökonomie und von seiner Verbreitung her ist er kulturübergreifend und international führend und hat sich in als Standardinstrument zur Erfassung der subjektiven Gesundheit herauskristallisiert.

4.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Literatur und in der Allgemeinmedizin

In der anhaltenden Diskussion der Ergebnisorientierung des Gesundheitswesens unter anderem in Bereichen wie Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und im Rahmen von gesundheitsökonomischen Analysen therapeutischer Interventionen wird vielfach auf die Notwendigkeit und den Nutzen von Lebensqualitätsdaten verwiesen. Lebensqualität avanciert somit zu einem wichtigen Indikator der Ergebnisbeurteilung chronisch Erkrankter[43][106]. Bezogen auf die Bereiche körperliches, emotionales, mentales, soziales und verhaltensbezogenes Wohlbefinden ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität multidimensional. Die Methode der Wahl eines Lebensqualitäts-Messinstrumentes ist das Interview und der Fragebogen[18][19][78].

Bei der Verwendung des Begriffes Lebensqualität gilt es zwei Betrachtungsperspektiven zu unterscheiden: Zum einen die inhaltliche Ebene, zum anderen die psychometrisch-statistische Ebene. Auf der inhaltlichen Ebene sind die Forschungsbemühen daran ausgerichtet, Dimensionen und Zusammenhänge zu entwickeln, um zu beschreiben, was für den Einzelnen

Lebensqualität bedeutet und wie sich Lebensqualität im Betroffenen konstituiert. Aus der psychometrisch-statistischen Perspektive ist Lebensqualität stets das, was die jeweilige Lebensqualitäts-Erfassungsmethode misst, das heißt es handelt sich jeweils um eine Möglichkeit der (Wirklichkeits-)Konstruktion von Lebensqualität.

Das medizinpsychologische Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität liefert einen Beitrag für eine erweiterte Perspektive zur Gesundheit und Krankheit, für Interdisziplinarität und Vernetzung. Durch die Einbeziehung von Lebensqualität auf das ärztliche Entscheidungsverhalten verbessert der Arzt seine Expertensituation, in dem er neben den naturwissenschaftlich-klinischen Sachverhalten jetzt auch psychologisch-soziologische Aspekte einbezieht. Als eine wertvolle Ergänzung wäre bei interdisziplinären Teams eine Betrachtung aus einer jeweils anderen Perspektive, wenn deren Komplexität den Horizont der einzelnen Disziplin überschreitet. Ein weiteres Potential, das in der Perspektive wissenschaftlicher Lebensqualitäts-Forschung liegt, hat mit der Betonung der Selbstbeurteilungs-Perspektive der Betroffenen zu tun[166].

Die Problemstellung, wie Patienten mit COPD den Alltag meistern und Fragen nach der Lebensqualität konnten sich erst in den letzten Jahren langsam entwickeln, da die heutigen Therapieformen den Patienten überhaupt erst ein Weiterleben ermöglichen. Ist aber erst einmal der Patient aus einer akuten Situation stabilisiert, oder versucht der Behandler präventiv tätig zu werden, steht schnell die Frage des Wohlergehens des Patienten im Raum. Besonders die Hausärzte, als erste Ansprechpartner, stellen hier wichtige Bezugspersonen dar und können erkennen, ob Therapie und Verhaltensmaßnahmen wirken und wie er sie umsetzt[183].

Die Bedeutung des Hausarztes liegt aber auch in der Prävention und Früherkennung von Erkrankungen, da er bei gesundheitlichen Fragestellungen meist der erste Ansprechpartner ist[37].

Durch die Messbarkeit und die Vergleichbarkeit von Lebensqualität kann der Hausarzt bereits an erster Stelle, mit dem Patienten gemeinsam, die gesundheitsbezogene Lebensqualität positiv und aktiv beeinflussen.

Der 31. Mai ist Weltnichtrauchertag.

„COPD nicht ignorieren!“ lautete das Motto des Welt-COPD-Tages am 17. 11. 2004.

Die Experten sind sich einig: Eine Milliarde Menschen werden in diesem Jahrhundert dem Rauchen zum Opfer fallen, wenn die Zahl der Raucher nicht bald dramatisch schrumpft.

Ein generelles Rauchverbot in der Öffentlichkeit ist die Forderung der Deutschen Gesellschaft für Nikotinforschung.

Die größte Last der COPD trägt der Kranke selbst, denn diese hat einen erheblichen Einfluss auf seine Lebensqualität[23][40][101]. Müdigkeit, häufig noch verschlimmert durch Schlafstörungen und Atemnot können nicht nur die körperlichen Aktivitäten des Patienten stark einschränken, sondern auch die wirtschaftliche und soziale Rolle des Betroffenen beeinflussen[101][169].

Die auftretenden Symptome können sich auch auf die emotionale Ebene auswirken - COPD-Patienten fühlen sich oft ängstlich, hoffnungslos und depressiv[102][169][175].

Chronische Krankheiten nehmen im Verhältnis zu akuten Erkrankungen immer mehr zu. Schätzungen zufolge ist etwa in Deutschland jeder Siebente chronisch krank und jeder Vierte gesundheitlich stark beeinträchtigt[135]. Die steigende Lebenserwartung lässt darauf schließen, dass dieser Trend in den nächsten Jahrzehnten anhält. Für die ständige Zunahme chronischer Erkrankungen werden steigende Umweltbelastungen, ungesunder Lebenswandel, höhere Lebenserwartung und der medizinische Fortschritt verantwortlich gemacht[53].

Während andere große Volkskrankheiten, insbesondere die kardiovaskulären Erkrankungen zurückgehen, zeigen die meisten Erkrankungen der Lunge einen kontinuierlichen Aufwärtstrend[18][121][49]. Die volkswirtschaftlich verursachten Kosten erreichen fast 24 Milliarden Euro[49]. Nur durch eine gemeinsame Anstrengung von Gesundheitspolitik, Forschung und praktischer Medizin wird es möglich sein, auch im Bereich der Pneumologie zu einer Verbesserung der Gesundheit und zu einer effizienten Kontrolle der Kosten zu kommen.

In Deutschland nehmen in den nächsten drei Jahrzehnten die mehr als 65jährigen auf über 30 Millionen in der Gesamtbevölkerung zu. Parallel dazu nehmen chronische Erkrankungen ohne Hoffnung auf Heilung dramatisch zu. Die steigende Lebenserwartung, die Zunahme der Singlehaushalte und der aktuelle Rückgang der Geburten wird die Versorgung von Schwerkranken gravierend verschlechtern. Die medizinische Betreuung mit Schwerpunkt auf die hausärztliche Versorgung wird nur in einer integrativen Zusammenarbeit möglich sein[106][117].

Eine unkontrollierte Zunahme vermeidbarer chronischer Erkrankungen ist aber nicht unausweichlich. Durch einen gesunden Lebensstil und verbesserte Früherkennungsuntersuchungen kann diese Entwicklung aufgehalten werden. Fast alle epidemiologisch relevanten chronischen Erkrankungen sind durch präventive Maßnahmen beeinflussbar. Eine Voraussetzung für gesundheitsförderliches Verhalten ist die bewusste Wahrnehmung eines

gesundheitlichen Risikos. Etwa 17 Millionen Menschen rauchen in Deutschland. Man kann davon ausgehen, dass alle Raucher sehr wohl wissen, dass sie mit dem Rauchen ein großes Gesundheitsrisiko eingehen. Denn häufig besteht ein Zielkonflikt zwischen gesundheitsförderlichem Verhalten und Lebensqualität.

Präventive und gesundheitsfördernde Investitionen müssen schon in den Lebensjahren beginnen, in denen Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster aufgebaut und stabilisiert werden. Präventionsprogramme müssen bereits im Kindes- und Jugendalter beginnen[103][166].

Aus der Sicht des Patienten spielen bei der Gesundheit vor allem die eigene Einschätzung des Gesundheitszustandes sowie die Auswirkungen auf das tägliche Leben - die gesundheitsbezogene Lebensqualität - eine zentrale Rolle.

Ziel der Krankheitsverarbeitung bei chronischer Krankheit ist die Anpassung an die neuen Gegebenheiten. Der Patient steht vor der Aufgabe, die Erkrankung und ihre Folgen in sein Leben zu integrieren. Dazu gehört, das Wohlbefinden zu erhöhen und die eigene Handlungsfähigkeit wiederherzustellen. Der Patient soll an sich selbst andere Erwartungen als bisher stellen und lernen, seine verbleibenden Möglichkeiten und Fähigkeiten optimal zu nutzen. Nur wenn ihm diese Anpassung gelingt, sind ein günstiger Krankheitsverlauf und neue Lebensqualität zu erwarten[53].

Das Individuum steht im Zentrum allgemeinmedizinischen Handelns.

Die breite Zuständigkeit der Allgemeinmediziner für die Grundversorgung der Bevölkerung beinhaltet eine Kontinuität, die das besondere Merkmal der allgemeinmedizinischen tragfähigen Patienten-Arzt-Beziehung darstellt. Die gemeinsamen Erfahrungen über Jahre mit dem Patienten, die gemeinsamen Interaktionen, Beobachtungen bei Hausbesuchen und die Informationen Dritter fließen in die erlebte Anamnese ein. Die Allgemeinmedizin ist ein Fach des Umgangs des Patienten mit seiner Krankheit einerseits und des Umgangs des Arztes mit dem Patienten und der Krankheit andererseits.

Die Mehrheit der Deutschen ist bereit, den Hausarzt als erste Anlaufstelle zu akzeptieren und Fachärzte erst nach einer Überweisung aufzusuchen. So sind im Schnitt aller Befragten sieben von zehn Bürgern bereit, bei Krankheit erst den Hausarzt um Rat zu fragen, statt direkt den Facharzt aufzusuchen[119]. Die Berücksichtigung des Lebensgefühls eines Patienten wie zum Beispiel „wie erfährt ein Patient individuell seine Krankheit“, „in welchem Lebensbereich schränkt sie ihn ein“ führt zu einem veränderten Bewusstsein bei der Bewertung medizinischer

Behandlungen. Klinische Parameter als alleinige Zielkriterien genügen jedoch nicht dem Anspruch einer ganzheitlichen Betrachtung der Auswirkung von Krankheit und Therapie.

Die ganzheitliche Betreuung von Patienten mit chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen, das Kennen seiner psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse und seiner Familie und die Erhaltung der Lebensqualität bis zuletzt ist das Ziel der hausärztlichen Tätigkeit. Für den Patienten ist es von entscheidender Bedeutung, trotz der Krankheit ein Leben mit relativem Wohlbefinden und wenigen Einschränkungen zu führen. Die Erhaltung oder das Wiedererlangen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität aus der Perspektive des Patienten ist das wichtigste Behandlungsziel[59][61]. Hausärzte können viel dazu beitragen, dass eine COPD bereits früh erkannt wird. An erster Stelle der Therapiemaßnahmen steht neben der Raucherentwöhnung die kontinuierliche Pharmatherapie. Eine Frühdiagnose der COPD lohnt sich, weil bereits durch eine Raucherentwöhnung die Krankheit gebremst und durch eine medikamentöse Therapie zumindest die allgemeine gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten wesentlich verbessert werden kann.

Der **Sinn** dieser Arbeit war die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Vergleich einer Patientengruppe mit einer chronischen Lungenerkrankung, die von einem Hausarzt betreut wird mit einer Patientengruppe mit der gleichen Diagnose, die von einem Pulmologen betreut wird. Erstmals erfolgte ein Vergleich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von COPD-Patienten in zwei verschiedenen ambulanten Betreuungssystemen.

Mit Hilfe des international bekannten Fragebogens SF-36 wurden alle Patienten interviewt, mit der Fragestellung, ob es signifikante Unterschiede hinsichtlich der ambulanten Betreuung in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gibt. Werden COPD-Patienten auf lange Sicht besser bei ihrem Hausarzt oder in einer pulmologischen Facharztpraxis betreut?

In dieser Arbeit wurde nicht auf Begleiterkrankungen und auf die Pharmatherapien eingegangen.

4.3 Demographie und Teilnahme Kriterien

Mittels eines Zusatzfragebogens (siehe Anhang) wurden weitere demographische Daten der erkrankten Population erfasst.

Alle Studienteilnehmer waren älter, im Vergleich mit dem BGS, mit einem Mittelwert von 56,26 Jahre.

Mit 67,1 Jahre ($p=0,000$) waren die pulmologisch betreuten Patienten etwas älter als die hausärztlich betreuten Patienten, mit 64 Jahre ($p=0,014$).

In der Allgemeinmedizin und in der Pulmologie ergaben sich im Vergleich mit dem BGS in der Geschlechterverteilung keine Auffälligkeiten. Die Anzahl der männlichen Probanden war in beiden Praxen mit mehr als 55 Prozent etwas überlegen. Im Vergleich der Körpergröße und des Körpergewichtes gab es keine Unterschiede.

In der Befragung nach der Schulbildung, dem Personenstand und der Berufstätigkeit bzw. dem Rentnerstatus zeigte sich zwischen beiden Betreuungssystemen eine ausgeglichene Statistik.

Erst in der befragten Raucheranamnese konnten signifikante Unterschiede festgestellt werden.

Die Hausarztpatienten rauchten häufiger ($p=0,004$) als die pulmologisch betreuten Patienten. Beim Pulmologen gab es deutlich mehr Exraucher ($p=0,000$) als beim Hausarzt. Einen signifikanten Unterschied ergab auch die Nikotinkonsumdauer von mehr als 10 Jahre mit ($p=0,008$) da die pulmologisch betreuten Raucher seltener mehr als 10 Jahre rauchten als die Raucher des Hausarztes.

Weitere Zusatzfragen nach dem Schlafverhalten, Haustierkontakte, Allergien, die die Haut oder die Lunge betreffen, im Kindesalter, als Erwachsener oder im Beruf waren nicht signifikant auffällig.

Im weiteren Vergleich der beiden Versorgungssysteme errechnete sich ein hoch signifikanter Unterschied ($p=0,000$) in der Exazerbationsanzahl. Die Hausarztpatienten hatten zahlenmäßig häufiger keine Exazerbationen im letzten Jahr und seltener 2-5mal und auch seltener mehr als 5mal im letzten Jahr. Die Pulmologiepatienten gaben zahlenmäßig mehr als 5mal im Jahr akute Exazerbationen an, und seltener keine Exazerbation im letzten Jahr.

Fast identisch erhielten die Hausarztpatienten (88,3%) und die Pulmologiepatienten (88,1%) keine Antibiotika. Allerdings bestand in der Gabe von Kortison ein hoch signifikanter Unterschied ($p=0,000$). Die pulmologischen Patienten bekamen häufiger Kortison als die hausärztlich betreuten Patienten.

In der Auswertung der Laboruntersuchungen: Bei der Blutsenkungsreaktion und dem C-reaktiven Protein konnten im statistischen Vergleich zwischen beiden Versorgungssystemen keine signifikanten Unterschiede gemessen werden.

Erst in der spirometrischen Messung der Einsekundenkapazität in Relation zur forcierten Vitalkapazität (FEV_1/VC) gab es wieder einen signifikanten Unterschied ($p=0,000$) zwischen den beiden Patientengruppen. Die Atemflussbehinderung der Hausarztpatienten war geringer, sie hatten höhere, also bessere Werte.

Anhand der FEV₁-Messung in Prozenten des Sollwertes erfolgte die COPD-Stadieneinteilung nach GOLD in „leicht“, „mittel“, „schwer“ und „sehr schwer“.

Das Stadium „leicht“ war bei den Hausarztpatienten mit 43,9 Prozent vertreten und bei dem Pulmologen nur mit 29,9%. Das Stadium „mittel“ gab es bei den Hausarztpatienten mit 47,4% und bei dem Pulmologen mit 24,7%. Die Stadien „schwer“ und „sehr schwer“ kamen in der hausärztlichen Praxis deutlich seltener vor, so dass die Stichprobe für einen statistischen Vergleich zu klein war. Der Pulmologe hatte aber 33,8% Patienten im COPD-Stadium „schwer“ und 11,7% Patienten im COPD-Stadium „sehr schwer“.

Die Geschlechterverteilung innerhalb der COPD-Stadien ergab in der hausärztlichen Gruppe keinen signifikanten Unterschied. In der pulmologischen Gruppe stellte sich ein signifikanter Unterschied ($p=0,035$) in der Geschlechterverteilung dar. Die hier betreuten Frauen hatten häufiger das Stadium „leicht“ als die betreuten Männer.

In der vergleichenden Befragung nach dem Rauchverhalten gab es bei den hausärztlich betreuten Probanden des Stadiums „leicht“ einen signifikanten Unterschied ($p=0,031$) im Vergleich mit dem COPD-Stadium „mittel“. Das heißt diese betreuten Raucher hatten häufiger das Stadium „mittel“.

Im COPD-Stadium „mittel“ der Hausarztpatienten wurden signifikant mehr Antibiotika ($p=0,015$) und mehr Kortison ($p=0,003$) gegeben, als im niedrigeren COPD-Stadium.

Bei der Messung von FEV₁/VC im COPD-Stadium „leicht“ hatten diese Probanden bessere Werte ($p=0,0009$) als im COPD-Stadium „schwer“. Auch im COPD-Stadium „mittel“ hatten diese Hausarztpatienten bessere Werte ($p=0,022$), als im höheren COPD-Stadium „schwer“ bei diesem spirometrischen Vergleich. Der Entzündungsparameter C-reaktives Protein im Stadium „mittel“ unterschied sich signifikant ($p=0,010$), das heißt mit höherem Werte zum COPD-Stadium „leicht“ im Hausartzklientel.

Demgegenüber ergaben sich signifikante Unterschiede ($p=0,012$) in der pulmologischen Gruppe in der Berufstätigkeit, denn hier hatten die Berufstätigen öfter das Stadium „leicht“ und seltener das Stadium „mittel“. Hier hatten die Rentner signifikant ($p=0,004$) weniger das Stadium „leicht“ als die pulmologisch betreuten Nichtrentner.

Patienten, die noch nie geraucht hatten, gaben beim Pulmologen mit ($p=0,04$) öfter das COPD-Stadium „leicht“ an.

In diesem Stadium „leicht“ gab es signifikante Unterschiede im Nikotinkonsum ($p=0,016$), das heißt die pulmologischen Nichtraucher hatten häufiger das COPD-Stadium „leicht“. Wobei die

Raucher von 5-10 Zigaretten täglich hier öfter das Stadium „mittel“ hatten. Einen weiteren signifikanten Unterschied ergab die Nikotinkonsumdauer ($p=0,022$), da hier die Nichtraucher häufiger das Stadium „leicht“ als das Stadium „mittel“ hatten.

Beim statistischen Vergleich der FEV₁-Werte in beiden Betreuungssystemen galt generell, da alle p-Werte unter $p<0,05$ waren, dass das leichtere Stadium signifikant bessere Werte als das höhere Stadium hat und dass generell die Hausarztpatienten ($p=0,004$) auch bessere Werte in der FEV₁-Messung hatten.

In weiteren COPD-Stadien-Vergleichen in beiden Betreuungssystemen konnten signifikante Unterschiede ($p=0,002$) in der Atemflussbehinderung FEV₁/VC statistisch errechnet werden. So hatten die Hausarztpatienten in dem COPD-Stadium „leicht“ und „mittel“ bessere Werte als die Pulmologiepatienten der gleichen COPD-Stadien.

Ein weiterer signifikanter Unterschied ($p=0,034$) errechnete sich im Lebensalter des COPD-Stadium-Vergleiches „schwer/sehr schwer“. Die Pulmologiepatienten waren älter als die Hausarztpatienten.

Weitere metrische Merkmale wie BSR und C-reaktives Protein waren nicht signifikant.

Folgende signifikante Unterschiede in den qualitativen Merkmalen im COPD-Stadien-Vergleich in beiden Betreuungssystemen konnten errechnet werden.

Im COPD-Stadium „leicht“ beider Probandengruppen wurde bei den Hausarztpatienten die Frage nach vorhandenen Haustieren ($p=0,045$) häufiger mit „Ja“ beantwortet. In diesem Stadium erhielten die hausärztlich betreuten Patienten weniger Kortison ($p=0,0002$) als die pulmologisch betreuten Patienten des gleichen COPD-Stadiums. Die subjektive Lebensqualität der Hausarztpatienten war in der Häufigkeit der Skala 75-100 im COPD-Stadium „leicht“ deutlich signifikant ($p=0,045$) im Vergleich mit der pulmologischen Kontrollgruppe.

Weitere Unterschiede in der Häufigkeit der untersuchten Merkmale ergaben keine Signifikanzen in diesem COPD-Stadium-Vergleich.

Die Häufigkeitsverteilung im COPD-Stadium „mittel“ ergab signifikant weniger Raucher ($p=0,041$) beim Pulmologen als beim Hausarzt. Aber mehr Exazerbationen ($p=0,012$) und eine häufigere Kortisongabe ($p=0,012$) bei diesem. Alle anderen Vergleiche in diesem COPD-Stadium „mittel“ ergaben keine weiteren signifikanten Unterschiede.

4.4 Ermittelte Dimensionswerte im Vergleich

Der Vergleich aller Einzeldimensionswerte der allgemeinen gesundheitsbezogenen Lebensqualität einschließlich der körperlichen und psychischen Summenskala innerhalb beider Versorgungssysteme und dem BGS ohne Berücksichtigung der COPD-Stadien ergaben generell bessere Werte für das BGS.

Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede in den Merkmalen KÖFU ($p=0,007$), AGES ($p=0,046$) und in der VITA ($p=0,030$), sowie in der körperlichen Summenskala ($p=0,018$) beim Vergleich, das heißt die Hausarztpatienten hatten bessere Werte als die Pulmologiepatienten.

In der Beantwortung der Frage nach dem Vergleich zum vergangenen Jahr und der Beschreibung des derzeitigen Gesundheitszustandes konnte zwischen beiden Versorgungssystemen kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

Wurden die Hausarztpatienten innerhalb ihrer COPD-Stadien verglichen, ohne Berücksichtigung des Stadiums „sehr schwer“, so ergaben sich signifikante Unterschiede in der Einzeldimension AGES ($p=0,039$) des Stadiums „leicht“ zum Stadium „mittel“ und im Vergleich vom Stadium „leicht“ zum Stadium „schwer“ in der Dimension EMRO ($p=0,042$). In den anderen COPD-Stadien-Vergleichen gab es keine signifikanten Unterschiede.

Demgegenüber konnten im COPD-Stadienvergleich innerhalb der Pulmologiepatienten deutlich mehr Signifikanzen errechnet werden.

Hier hatten die pulmologischen Patienten des COPD-Stadiums „leicht“ in den drei Merkmalen KÖFU ($p=0,024$), KÖRO ($p=0,038$) und EMRO ($p=0,046$) bessere Werte als die Patienten des COPD-Stadiums „mittel“. Im Vergleich mit dem COPD-Stadium „schwer“ hatten in den Merkmalen KÖFU ($p=0,000$), KÖRO ($p=0,012$), AGES ($p=0,001$), VITA ($p=0,022$) und körperliche Summenskala ($p=0,002$) auch die pulmologischen Patienten des COPD-Stadiums „leicht“ bessere Werte. Auch der Vergleich dieses Stadiums „leicht“ mit dem COPD-Stadium „sehr schwer“ ergab mehrere signifikante Unterschiede in der KÖFU ($p=0,000$), KÖRO ($p=0,010$), AGES ($p=0,004$), VITA ($p=0,006$) und der körperlichen Summenskala ($p=0,007$).

Der Vergleich des COPD-Stadiums „mittel“ mit „schwer“ ergab weniger signifikante Unterschiede, so in den Einzelmerkmalen: KÖFU ($p=0,043$) und der körperlichen Summenskala ($p=0,046$).

Wurden die COPD-Stadien „mittel“ zu „sehr schwer“ und „schwer“ zu „sehr schwer“ verglichen ergab sich nur in einem Merkmal KÖFU ein signifikanter Unterschied. Im ersten Stadien-Vergleich mit ($p=0,001$) und im zweiten Vergleich mit ($p=0,016$).

Ein wichtiges Ergebnis stellte der Vergleich mit dem BGS dar.

Die Anzahl der Signifikanzen der einzelnen SF-36-Merkmale steigt mit dem Anstieg der COPD-Stadien. Das heißt generell bessere Werte für das BGS.

Im COPD-Stadium-Vergleich „leicht“ mit „schwer“ beider Betreuungsklientel, konnte nur ein signifikanter Unterschied in dem Merkmal EMRO ($p=0,028$) beim Hausarzt und ($p=0,041$) beim Pulmologen errechnet werden, hier hatten die Pulmologiepatienten deutlich bessere Werte. Der Vergleich im COPD-Stadium „mittel“ beider Betreuungssysteme ergab keine Signifikanz in allen acht Dimensionen.

Im COPD-Stadium „leicht“ der Hausarztpatienten waren dies die Merkmale KÖRO ($p=0,010$) und EMRO ($p=0,020$). Bei den pulmologisch betreuten Patienten die Merkmale KÖFU ($p=0,020$), AGES ($p=0,045$) und die körperliche Summenskala ($p=0,030$). Im COPD-Stadium „mittel“ in der hausärztlichen Gruppe gab es in den Merkmalen KÖFU ($p=0,000$), KÖRO ($p=0,000$), AGES ($p=0,000$), EMRO ($p=0,001$) und PHS ($p=0,000$) deutlich signifikante Unterschiede. Demgegenüber standen signifikante Unterschiede der Pulmologiepatienten in folgenden Merkmalen: KÖFU ($p=0,000$), KÖRO ($p=0,000$), AGES ($p=0,001$), VITA ($p=0,029$) und PHS ($p=0,000$).

Durch die geringe Anzahl der Hausarztpatienten im COPD-Stadium „schwer“ und „sehr schwer“ waren diese Stadien nicht für die Statistik geeignet.

Die Auswertung des COPD-Stadiums „schwer“ der Pulmologiepatienten mit dem BGS ergab signifikante Unterschiede in KÖFU ($p=0,000$), KÖRO ($p=0,000$), AGES ($p=0,000$), VITA ($p=0,000$), SOFU ($p=0,026$) und PHS ($p=0,000$) und im Vergleich mit dem Stadium „sehr schwer“ auch deutlich bessere Werte für das BGS in den Merkmalen KÖFU ($p=0,000$), KÖRO ($p=0,000$), AGES ($p=0,000$), VITA ($p=0,000$), EMRO ($p=0,015$), PHS ($p=0,000$).