

V. Zusammenfassung

Das Ziel dieser Arbeit war die Messung mit dem 36 Fragen umfassenden „Short Form Health Survey“ (SF-36), die Analyse und der Vergleich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei COPD-Patienten, die hausärztlich bzw. spezialärztlich betreut werden. In dieser Arbeit wird die Frage nach der besseren gesundheitsbezogenen Lebensqualität von COPD-Patienten in zwei verschiedenen Betreuungssystemen gestellt. Profitieren COPD-Patienten in hausärztlicher Betreuung hinsichtlich ihrer Lebensqualität im gleichen Ausmaß wie Patienten in pulmologischer Betreuung?

Die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist besonders im Bereich chronischer Erkrankungen von Interesse. Da für die Betroffenen neben physischen Symptomen besonders auch die sozialen und psychologischen Beeinträchtigungen entscheidend sind, ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität vielleicht das wichtigste Maß für den Gesundheitszustand eines Patienten mit einer chronischen Erkrankung.

Die COPD wird laut Prognose der WHO im Jahr 2020 die dritthäufigste Todesursache weltweit sein[58][112][113].

Die internationale epidemiologische Studie BOLD (Burden of chronic Obstructive Lung Disease) ist ein weltweit angelegtes Projekt zur Untersuchung der Häufigkeit von COPD in der Bevölkerung. Aber auch die Frage: Wie werden COPD-Kranke versorgt? soll hier beantwortet werden. Deutschland nimmt auch an dieser Studie teil.

Lungenkrankheiten nehmen in den nächsten Jahrzehnten auch für unser Land zu. Die Ursachen hierfür liegen zum einen in der sich ändernden Altersstruktur unserer Bevölkerung, zum anderen in dem unvermittelt anhaltenden Tabakkonsum als Hauptursache für die Entstehung der COPD[49].

Bei der Weiterentwicklung der Therapie der COPD geht es um die objektiven Kriterien der Lebenszeitverlängerung und um verbesserte funktionale Ergebnisse. Zu diesen wissenschaftlichen Erfolgen rückt aber auch die patientenorientierte Seite dieser Erkrankung immer mehr in das Blickfeld. Durch die Einbeziehung des Patienten in den Versorgungsprozess werden eine verbesserte Kommunikation und ein gemeinsames Problemverständnis erreicht.

Wie viele COPD-Kranke es in 10 oder 20 Jahren gibt, ist Spekulation. Deshalb lohnt sich jede Mühe, COPD-Kranke in ihrem eigenen wie im Interesse ihrer Angehörigen und der Solidar-

gemeinschaft der gesetzlich Sozialversicherten möglichst optimal zu versorgen. In den letzten Jahren ist viel Aufmerksamkeit auf die Entwicklung und die Validierung von Lebensqualität-Fragebögen für Patienten mit COPD gelenkt worden. Auffällig an den Aussagen der Betroffenen sind die Eindringlichkeit, mit der sie ihr Krankheitsbild schildern, die Probleme, die ihre Lebensführung mit sich bringt und die eingeschränkte Lebensqualität.

Methodisch bestand die Arbeit aus einer Fragebogenerhebung zur allgemeinen gesundheitsbezogenen Lebensqualität mittels eines international standardisierten Messinstruments, dem SF-36. Es wurde in beiden Praxen mit einem vierwöchigen Zeitfenster einzeitig gemessen. Der Beobachtungszeitraum betrug 13 Monate bei insgesamt 136 Patienten.

136 Patienten, davon 79 männliche und 57 weibliche wurden in der sie betreuenden Praxis befragt, davon befanden sich 59 Patienten in hausärztlicher und 77 Patienten in pulmologischer Betreuung. Das mittlere Alter aller Patienten betrug 65,7 Jahre.

In der Beurteilung der subjektiven Lebensqualität mittels einer Skala gaben die Hausarztpatienten deutlich höhere Werte an, das heißt eine bessere subjektive Zufriedenheit an als die pulmologisch befragten Patienten (siehe Diagramm 11).

Im Vergleich zum vergangenen Jahr und dem derzeitigen Gesundheitszustand konnte in den beiden unterschiedlichen Versorgungssystemen kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

Wie bereits unter 1.7.3 beschrieben, konnten auch wir in der Labordiagnostik der entzündlichen Parameter nur wenig weiterführende Informationen erhalten.

Die Stadieneinteilung fand nach der internationalen GOLD-Skala statt.

In der Hausarztgruppe lag der Schwerpunkt dieser Klassifizierung in den niedrigeren Stadien. Im Stadium „leicht“ 43,9 Prozent und Stadium „mittel“ 47,4 Prozent waren die meisten Hausarztpatienten vertreten. Mit 29,9 Prozent im Stadium „leicht“ und 24,7 Prozent im Stadium „mittel“ waren die pulmologischen Patienten vertreten. Der größte Anteil mit 33,8 Prozent war hier in dem Stadium „schwer“ vertreten (siehe Diagramm 8).

Dem entsprachen auch die Verteilung der Exazerbationsraten pro Jahr, indem die hausärztlich Betreuten deutlich weniger Exazerbationen ($p=0,000$) hatten als die Patienten des Pulmologen mit seinem höheren Anteil an Patienten im Stadium „schwer“. Therapeutisch spiegelte sich diese Angabe in der Kortisongabe des Pulmologen wieder. Mit einem hohen signifikanten Unterschied von $p=0,000$ erhielten seine Patienten mehr Kortison.

Die hausärztlich betreuten Patienten rauchten allerdings zum Zeitpunkt der Befragung häufiger ($p=0,004$) als die des Pulmologen. Dieser nahm mehr Einfluss auf die Rauchgewohnheiten seiner Patienten. Sein Patientenkontext bestand aus mehr Ex-Raucher mit $p=0,000$ als die beim Hausarzt. Die noch rauchenden pulmonologischen Patienten gaben bei der Frage nach der Nikotinkonsumdauer weniger als 10 Jahre an ($p=0,008$).

Im COPD-Stadien-Vergleich des Hausarztkontexts konnten folgende signifikante Unterschiede festgestellt werden.

Die Hausarztpatienten im COPD-Stadium „leicht“ rauchten weniger ($p=0,031$), bekamen weniger Antibiotika ($p=0,015$) und weniger Kortison mit ($p=0,003$) und hatten signifikant niedrige CRP-Werte als das folgende höhere Stadium „mittel“. Im Verhältnis FEV_1/VC konnten im Vergleich vom Stadium „leicht“ zu „schwer“ mit $p=0,009$ und im Vergleich „mittel“ zu „schwer“ mit $p=0,022$ signifikante bessere Werte für das geringere Stadium errechnet werden.

Im COPD-Stadienvergleich des Pulmologenkontexts konnten folgende signifikante Unterschiede festgestellt werden.

Berufstätige pulmonologisch betreute Patienten mit $p=0,012$ hatten hier öfters das Stadium „leicht“. Die Rentner hatten signifikant mit $p=0,004$ hier weniger das Stadium „leicht“ als die pulmonologisch betreuten jüngeren Nichtrentner. In diesem Stadium gab es beim Pulmologen auch deutlich mehr Patienten, die noch nie geraucht hatten.

Völlig offen bleibt nach wie vor, warum Nichtraucher an COPD erkranken.

Beim statistischen Vergleich der gemessenen FEV_1 -Werte hatte generell das leichtere Stadium höhere Werte als das höhere COPD-Stadium und die Werte der Hausarztpatienten waren mit $p=0,004$ immer höher. Weitere signifikante Unterschiede konnten in diesem Vergleich der einzelnen COPD-Stadien nicht festgestellt werden.

Weiterhin wurden die einzelnen COPD-Stadien beider Betreuungssysteme gegenüber gestellt. Signifikante Unterschiede gab es hier in den COPD-Stadien „leicht“ und „mittel“. Hier hatten die Hausarztpatienten mit $p=0,002$ bessere Werte in der Atemflussbehinderung FEV_1/VC , als die Pulmologiepatienten in den gleichen Stadien. Im Merkmal „Lebensalter“ waren die Patienten des Pulmologen in dem höheren COPD-Stadien-Vergleich „schwer/sehr schwer“ älter als die Hausarztpatienten mit $p=0,034$.

Alle anderen genannten metrischen Merkmale wiesen in dieser Gegenüberstellung keine signifikanten Unterscheidungen auf.

Der Vergleich der qualitativen Merkmale beider Betreuungssysteme im jeweiligen COPD-Stadium ergab, dass die Hausarztpatienten im COPD-Stadium „leicht“ weniger Kortison mit $p=0,002$ als die pulmologischen Patienten des gleichen COPD-Stadiums erhielten. Die Frage nach der subjektiven Lebensqualität mit der Häufigkeit 75-100 auf der Skala wurde von den Hausarztpatienten im COPD-Stadium „leicht“ mit $p=0,045$ höher bewertet als die der pulmologischen Kontrollgruppe.

Im COPD-Stadium „mittel“ der pulmologisch betreuten Patienten gab es mit $p=0,012$ weniger Raucher als in der hausärztlichen Vergleichsgruppe. Aber mehr Exazerbationen mit $p=0,012$ und eine häufigere Kortisongabe mit $p=0,012$ in diesem COPD-Stadium.

Alle anderen COPD-Stadien-Vergleiche erbrachten keine signifikanten Unterschiede.

Die ermittelten acht Dimensionswerte sowie die Summenskalen des SF-36 wurden innerhalb beiden Betreuungssysteme verglichen.

In der Gegenüberstellung beider Betreuungssysteme ohne Berücksichtigung der COPD-Stadien bewerteten die hausärztlich betreuten COPD-Patienten in drei Dimensionen eine signifikant bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität als pulmologisch behandelte Patienten.

- Erstens in der körperlichen Funktionsfähigkeit ($p=0,007$), die die Fähigkeit beschreibt, körperliche Tätigkeiten verschiedener Schwierigkeitsgrade zu verrichten.
 - Zweitens in der allgemeinen Gesundheit ($p=0,046$), das heißt die persönliche Beurteilung der Gesundheit, einschließlich des aktuellen Gesundheitszustands.
 - Drittens in der Vitalität ($p = 0,030$), sich energiegeladener und voller Schwung zu fühlen
- und somit auch in der körperlichen Summenfunktion ($p=0,018$).

Hinsichtlich der physischen ($p=0,01$) und emotionalen Rollenfunktion ($p=0,01$) bestand bei den pulmologisch betreuten Patienten eine signifikant bessere Lebensqualität. Hier wurden die allgemeine psychische Gesundheit und das Ausmaß, in dem emotionale Probleme tägliche Aktivitäten beeinträchtigen, besser bewertet.

Verglichen wir die COPD-Stadien untereinander, ergaben sich bei den Hausarztpatienten nur im Stadium „leicht“ zu „mittel“ in der allgemeinen Gesundheit ($p=0,039$) und in dem Vergleich „leicht“ zu „schwer“ in der Dimension emotionale Rollenfunktion ($p=0,042$) signifikante

Unterschiede in der Lebensqualitätsmessung. Die anderen COPD-Stadien-Vergleiche ergaben keine Unterschiede in der Lebensqualität.

Der Vergleich der gemessenen Lebensqualität innerhalb der einzelnen COPD-Stadien beim Pulmologen ergab deutlich mehr Signifikanzen.

Im COPD-Stadium „leicht“ hatten diese Patienten in den Merkmalen körperliche Funktionsfähigkeit ($p=0,024$), körperliche Rollenfunktion ($p=0,038$) und emotionale Rollenfunktion ($p=0,046$) bessere Werte als die Patienten im Stadium „mittel“.

Wurde das COPD-Stadium „leicht“ mit dem noch höheren COPD-Stadium „schwer“ verglichen, waren es schon vier Dimensionen und die körperliche Summenskala, die sich signifikant unterschieden. So in der körperlichen Funktionsfähigkeit ($p=0,000$), körperlichen Rollenfunktion ($p=0,012$), allgemeine Gesundheitswahrnehmung ($p=0,001$), Vitalität ($p=0,022$) und der körperlichen Summenskala ($p=0,002$). In den gleichen Merkmalen konnten auch bessere Werte erreicht werden, wenn das COPD-Stadium „leicht“ mit „sehr schwer“ verglichen wurde.

Wurde das nächst höhere Stadium „mittel“ mit „schwer“ verglichen, gab es in der Dimension körperliche Funktionsfähigkeit ($p=0,043$) und der körperlichen Summenskala ($p=0,046$) signifikante Unterschiede.

Der weitere Vergleich zwischen den Stadien „mittel“ und „sehr schwer“ und „schwer“ und „sehr schwer“ ergab nur in dem Merkmal körperliche Funktionsfähigkeit ($p=0,001$) und ($p=0,016$) einen signifikanten Unterschied.

Weitere Vergleiche innerhalb beider Versorgungssysteme und in den COPD-Stadien ergaben, dass im COPD-Stadium „leicht“ und im COPD-Stadium „schwer“ nur im Merkmal emotionale Rollenfunktion ($p=0,028$) und ($p=0,041$) die Pulmologiepatienten bessere Werte hatten. Weitere signifikante Unterschiede ergaben sich innerhalb dieses COPD-Stadiensvergleichs nicht.

Wurden die SF-36-Merkmale beider Versorgungssysteme mit dem BGS verglichen, so hatte dieses durchweg die besseren Werte.

Im Vergleich mit den COPD-Stadien stiegen die Signifikanzen mit dem Anstieg des COPD-Stadiums. So im COPD-Stadium „leicht“ der Hausarztpatienten mit den Merkmalen körperliche Rollenfunktion ($p=0,010$) und emotionale Rollenfunktion ($p=0,020$) und bei den pulmologisch betreuten Patienten die Merkmale körperliche Funktionsfähigkeit ($p=0,020$), allgemeine Gesundheitswahrnehmung ($p=0,045$) und der körperlichen Summenskala ($p=0,030$). Im nächst höheren Stadium „mittel“ der Hausarztpatienten waren es die Merkmale körperliche Funktionsfähigkeit ($p=0,000$), körperliche Rollenfunktion ($p=0,000$), allgemeine Gesundheits-

wahrnehmung ($p=0,000$), emotionale Rollenfunktion ($p=0,001$) und die körperliche Summenskala ($p=0,000$). Demgegenüber standen die Merkmale der pulmologischen Patienten mit körperliche Funktionsfähigkeit ($p=0,000$), körperliche Rollenfunktion ($p=0,000$), allgemeine Gesundheitswahrnehmung ($p=0,001$), Vitalität ($p=0,029$) und körperliche Summenskala ($p=0,000$).

Die Auswertung des COPD-Stadiums „schwer“ der Pulmologiepatienten mit dem BGS ergab folgende signifikante Unterschiede in körperliche Funktionsfähigkeit ($p=0,000$), körperliche Rollenfunktion ($p=0,000$), allgemeine Gesundheitswahrnehmung ($p=0,000$), Vitalität ($p=0,000$), soziale Funktionsfähigkeit ($p=0,026$) und körperliche Summenskala ($p=0,000$) mit deutlich besseren Werten des BGS. Demzufolge auch im Vergleich des COPD-Stadiums „sehr schwer“ mit besseren Werten in den Dimensionen körperliche Funktionsfähigkeit ($p=0,000$), körperliche Rollenfunktion ($p=0,000$), allgemeine Gesundheitswahrnehmung ($p=0,000$), Vitalität ($p=0,000$), emotionale Rollenfunktion ($p=0,015$) und körperliche Summenskala ($p=0,000$).

Schlussfolgerung:

Mit der zunehmenden Bedeutung der Allgemeinmedizin in der Prävention, der Lebensführung und der Langzeitbetreuungsfunktion unter familienärztlicher Führung wird die Berücksichtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität immer bedeutsamer. Die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Hausarztpraxis ermöglicht ein ganzheitliches Sehen des Menschen. Der SF-36 liefert in allen Dimensionen zuverlässige Informationen. Seine Validität und Reliabilität, Sensivität und Praktikabilität zur Erfassung der subjektiven Gesundheit hat sich als generisches Standardinstrumentarium herauskristallisiert. Die Betreuung von Patienten mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung führt zu einer Verbesserung der Lebensqualität, wenn eine sinnvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen hausärztlicher und pulmologischer Behandlung erfolgt. Je früher eine COPD diagnostiziert wird, desto größer sind die Chancen der Patienten, wieder ein besseres Leben zu führen.

Um die Diagnose einer obstruktiven Atemwegserkrankung früher stellen zu können, ist der breite Einsatz der Lungenfunktion auch in der Hausarztpraxis erforderlich.

Die aktuellen medizinischen Herausforderungen stellen ein Votum für eine noch bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Spezialistenzentrierter- und Allgemeinmedizin dar. Sie beinhaltet die umfassende Beratung des Patienten in allen Lebenssituationen, wobei eine ganzheitliche familienärztliche Betreuung anzustreben wäre[110].

Die gemeinsame Charakteristik der von dieser Erkrankung betroffenen Patienten besteht im chronischen Verlauf der Erkrankung, in der damit verbundenen psychosozialen Beeinträchtigung, im potentiellen Verlust des sozialen Netzes und der daraus resultierenden Möglichkeit der Isolation und Vereinsamung sowie in der Schwere des Leidens. Durch die enge Kooperation von Ärzten und Angehörigen kann die medizinische Versorgung der Betroffenen verbessert und die soziale Situation erträglicher gestaltet werden. Die wohnortnahe Versorgung durch den Hausarzt und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Pulmologen sind ein Garant für eine Lebensqualitätsverbesserung.

Kollegialität wächst im Quadrat der Entfernung. Sinnvoll ist die Zusammenarbeit mit Praxen, die zwischen 10 und 20 Kilometer auf dem Land voneinander entfernt sind. Einer älter werdenden Gesellschaft kann nur durch interkollegiale Kooperation eine gemeinsame Dienstleistung angeboten werden[136].

Die meisten heutigen Empfehlungen auch der gesundheitsökonomischen und klinisch-pharmakologischen Gesellschaften beinhalten daher Hinweise auf die kombinierte Verwendung sowohl krankheitsspezifischer als auch allgemeiner Lebensqualitäts-Fragebögen[20][176].

Die gegenwärtige gesundheitsbezogene Lebensqualitäts-Forschung versucht Antworten auf folgende Fragen zu finden:

- Wie bewertet der Patient die Therapie und welche Auswirkung hat dies auf seine zukünftige Therapiemitarbeit?
- Arbeiten Patienten mit einer höheren Lebensqualität besser bei einer anforderungsreichen Therapie mit?
- Welche Unterschiede bestehen zwischen verschiedenen Behandlungsstrategien hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Lebensqualität eines Patienten?
- Welche Nebenwirkungen von Medikamenten beeinflussen die Lebensqualität am nachhaltigsten?
- Kann die Betreuung des Patienten verbessert werden und gleichzeitig kostengünstiger werden?

Demografische und gesellschaftliche Veränderungen führen auch im deutschen Gesundheitssystem zu einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Gesundheits-versorgungsprozess. Eine systematische Verbesserung des durchschnittlichen Gesundheits-zustands der chronisch Kranken und eine verbesserte Primärprävention werden auch in Zukunft beim Hausarzt liegen.

Es gibt nur wenige Studien, die eine Aussage erlauben, ob ein hausarztzentriertes Versorgungssystem effektiver und effizienter ist. Diese wenigen Erhebungen belegen jedoch, dass hausärztliche betreute Patienten meist leicht besser, jedoch nie schlechter als Patienten in rein spezialärztlicher Betreuung abschnitten. Auf jeden Fall ist die hausärztliche Betreuung immer preisgünstiger, weil weniger medizinischer Aufwand betrieben werden muss. Fazit aus den Studiendaten von Professor Heinz-Harald Abholz: Hausarztzentrierte Systeme sind auf Basis der Plausibilität immer effektiver und effizienter als reine Spezialistensysteme[5].

Eine verstärkte Aufklärung ist der erste Schritt zur Gewährleistung, dass COPD bei Patienten früher diagnostiziert und die Behandlung schneller begonnen wird.

Ziel der europäischen Gesetzesinitiative gegen den Tabakkonsum muss letztlich sein, das Rauchen als gesellschaftlich unattraktiv zu klassifizieren. Gefolgt von einem Verbot des Rauchens in öffentlichen Einrichtungen und Verkehrsmitteln, der Tabakwerbung und dem Aufstellen von Zigarettensautomaten sowie die Anhebung von Tabaksteuer.

Es gilt der Schutz zukünftiger Generationen vor einer COPD.

Die COPD ist aufgrund ihrer Prävalenz, der vorherzusehenden Entwicklung hinsichtlich der Betroffenenzahl und der damit verbundenen Kosten ein ernstzunehmendes Gesundheitsproblem, auf das das Gesundheitssystem auch adäquat reagieren sollte.

Erst wenn es dem Patienten schlecht geht, wird die Diagnose COPD gestellt und dann befindet er sich meistens schon in einem fortgeschrittenen Stadium.

Soweit müsste es nicht kommen!

COPD kann bereits früh entdeckt und therapiert werden, je früher, desto größer sind die Chancen wieder ein besseres Leben zu führen.

Die Koordinationsfunktion des Hausarztes, mit seinen umfassenden Kenntnissen über Lebenssituation, gesundheitliche Vorgeschichte und Risikofaktoren und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Pulmologen in der Betreuung von Patienten mit einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung sind entscheidend in der Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.