

Zusammenfassung

Die vorliegende Habilitation hatte drei Ziele: Es sollte der Stand der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale / COPD untersucht werden. Darauf aufbauend wurden Strategien zur Verbesserung der Diagnostik und der Therapie entwickelt.

Bei der Evaluation der Versorgungsdaten von 8765 Patienten aus 6 Hausarztpraxen der Region Rhein-Neckar zeigte sich, dass die hausärztliche Diagnostik und Therapie besser als ihr Ruf ist. Nur durch eine detaillierte Analyse, die die ICD-10-Kodierung, durchgeführte Diagnostik und aktuelle Therapie miteinander in Beziehung setzt, sind präzise Aussagen möglich. Beispielsweise erhielten Patienten mit einer Dauertherapie in der Regel eine weiterführende Diagnostik wie Spirometrie oder eine Lungenfachärztliche Abklärung. Daraus kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Hausärzte für die Therapie nicht die dokumentierte ICD-10-Diagnose verwenden, sondern die Ergebnisse der diagnostischen Untersuchungen. Dies liegt insbesondere nahe, wenn in Betracht gezogen wird, dass die ICD-10-Diagnosen für Abrechnungszwecke verwendet werden. Es muss also generell hinterfragt werden, ob die ICD-10-Diagnosen für die Versorgungsforschung in Deutschland verwendbar sind oder ob eine oberflächliche Analyse nicht zu starken Wahrnehmungsverzerrungen der Versorgungsrealität führt.

Der ganzheitliche patientenzentrierte Ansatz stellt aufgrund der hohen psychischen Komorbidität der Patienten mit Asthma bronchiale eine besondere Herausforderung für die Hausärzte dar. Die Depressivität erwies sich als Prädiktor für die Hospitalisierungsrate im Einjahresverlauf von 185 Patienten, und das Vorhandensein einer Angststörung prädiizierte die Häufigkeit der Notfallbehandlungen. Darüber hinaus zeigten die Patienten mit Asthma bronchiale generell eine niedrige Motivation für Asthmaschulung und Selbstmanagement. Auffallend war, dass Patienten mit niedrigem Leidensdruck, unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung, eine niedrigere Motivation für Schulung und Selbstmanagement aufwiesen. Darüber hinaus hatten Patienten mit einer hohen Partizipations- und Informationspräferenz insgesamt eine höhere Schulungsbereitschaft. Auf der anderen Seite zeigte sich bei diesen Patienten auch eine höhere Bereitschaft für „drug holidays“. Kommunikationsstrategien in der hausärztlichen Praxis sollten daher an den Partizipations- und Informationspräferenzen der Patienten anknüpfen, um die Motivation zur Therapieoptimierung zu steigern.

Bei der Studie zur diagnostischen Genauigkeit von klinischen Zeichen und Symptomen bei Verdacht auf Asthma bronchiale / COPD mit insgesamt 1031 Patienten aus vier Versorgungssektoren (Hausarztpraxen, Lungenfachärztliche Praxis, Medizinische Klinik, Lungenfachklinik) zeigte sich, dass die diagnostischen Gesetzmäßigkeiten innerhalb der

verschiedenen Sektoren deutlich variieren. Beispielsweise waren in der hausärztlichen Versorgungsstufe Husten und Auswurf negativ mit Asthma bronchiale assoziiert, während in den höheren Versorgungsebenen eine positive Assoziation bestand. Die diagnostischen Entscheidungsregeln können dementsprechend nicht ohne weiteres vom klinischen Setting in die Primärversorgung übertragen werden, sondern müssen für jeden Versorgungssektor neu verifiziert werden.

Bei der diagnostischen Studie mit insgesamt 219 Patienten aus 10 Hausarztpraxen zeigte die Spirometrie bei COPD eine hohe Sensitivität (92%) und Spezifität (84%). Weiterhin konnte gezeigt werden, dass es nicht möglich ist, milde Formen von Asthma bronchiale alleine mit der Spirometrie zu diagnostizieren, da diese dann meist unauffällig ist. Der NPV war hier nur 53%. Obwohl in den Leitlinien bei unauffälliger Spirometrie die Messung der peak-flow-Variabilität favorisiert wird, zeigte sich in unserer Studie eine hohe diagnostische Ungenauigkeit. Die peak-flow-Variabilität von Patienten mit Asthma bronchiale, COPD und Gesunden war beinahe identisch. Diese Ergebnisse decken sich mit früheren diagnostischen Studien. Diese Methode sollte verlassen werden, da hiermit zu viele falsch positive und falsch negative Diagnosen resultieren. Ein hohes diagnostisches Potential bietet die Messung von exhalierendem NO, das bei eosinophilen Entzündungen erhöht ist. Mit dem NioxMino[®] wurde ein tragbares NO-Meßgerät auf dem Markt eingeführt, das die sofortige Diagnostik von Asthma bronchiale ermöglichen soll. In der diagnostischen Studie zeigte sich eine zuverlässige Diagnosestellung von Asthma bei einem Wert von 46 ppb (PPV 83%). Allerdings müssen fünf Patienten untersucht werden, um eine Bronchoprovokation zu sparen. Der Ausschluss der Erkrankung war nicht möglich. Daher ist die diagnostische Genauigkeit für den Routineeinsatz in der Hausarztpraxis zu gering. Bei unauffälliger Spirometrie bleibt die Bronchoprovokation also der Goldstandard für die Diagnostik bzw. den Ausschluss von Asthma bronchiale.

Bei COPD ist der CRP-Spiegel höher als bei Asthma bronchiale. Darüber hinaus besteht eine positive Korrelation zwischen der Höhe des CRP und der Nikotinbelastung in pack year ($p < 0,001$) und eine negative Korrelation zwischen CRP und FEV₁ ($p < 0,001$). Die diagnostische Genauigkeit von CRP zur Differentialdiagnostik ist jedoch zu gering.

Im Benchmarking-Projekt mit insgesamt 96 Ärzten in 12 Qualitätszirkeln konnte gezeigt werden, dass die therapeutische Effektivität der Hausärzte bei Asthma bronchiale durch Qualitätszirkelarbeit noch weiter steigt, wobei der Versorgungsgrad der Asthmapatienten bereits a priori schon sehr gut war. Beispielsweise erhielten bereits über 70% der befragten Patienten inhalative Steroide. Eine Überlegenheit des Benchmarking-Konzepts ließ sich jedoch nicht belegen. Der Anteil an Patienten mit Asthmaschulungen und Selbstmanagement ließ sich nicht steigern. Vermutlich sind hierzu komplexe Interventionen nötig, die das gesamte Praxisteam mit einbeziehen.