

Lutz Gantner  
Dr. med.

## **Ist die Diagnostik und Therapie von obstruktiven Atemwegserkrankungen in der hausärztlichen Versorgung besser als ihr Ruf? Eine Evaluationsstudie in sechs Hausarztpraxen**

Geboren am 16.10.1978 in Wangen im Allgäu  
Staatsexamen am 30.11.2006 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Allgemeinmedizin  
Doktorvater: Herr Prof. Dr. med. Dipl. Soz. J. Szecsenyi

In der vorliegenden Arbeit wurde in sechs Hausarztpraxen des Rhein-Neckar-Raumes anhand der Praxiskarteidaten von 857 Patienten mit Erkrankungen der unteren Atemwege eine Evaluation des Versorgungsstandes hinsichtlich dokumentierter Diagnose, durchgeführter Diagnostik und Therapie beim Verdacht auf eine obstruktive Atemwegserkrankung durchgeführt. Ein Arztinterview, in dem die kooperierenden Allgemeinmediziner die Ergebnisse kommentierten, schloss sich an die Praxisstudie an. Durch die Auswahl der Patienten anhand definierter ICD-10-Kriterien aus dem Bereich der Erkrankungen der unteren Atemwege ergab sich in der Gesamtstichprobe eine Anzahl von 255 Asthmatikern und von 112 Patienten mit der Diagnose COPD.

Ein Hauptaugenmerk der Arbeit lag auf der Ermittlung von Prädiktoren für die Therapie in der Primärversorgung, um Zusammenhänge zwischen Diagnostik, Diagnosestellung und Therapie aufzuzeigen. Dadurch ergab sich ein differenziertes Bild der Versorgung durch die Hausärzte: Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen der Verordnung der Langzeitmedikationen mit Kortikoiden oder  $\beta_2$ -Sympathomimetika und der vorangegangenen Diagnostik. Bekam der Patient inhalative Steroide verordnet, war dem in vielen Fällen eine detaillierte und leitliniengetreue Diagnostik vorausgegangen. Im Gegensatz dazu wurden weniger invasive Medikamente wie zum Beispiel Cromoglycinsäure-Präparate vermehrt bei diagnostischer Unsicherheit eingesetzt. Diese Assoziationen legen nahe, daß die Abläufe in der Primärversorgung hinsichtlich Diagnostik und Therapie doch in höherem Maße mit den Forderungen von Leitlinien übereinstimmen als es vergangene Studien erbracht haben.

Dennoch zeigte sich sowohl bei den Asthmatikern als auch bei den Patienten mit COPD eine Unterversorgung in der Diagnostik, speziell der Spirometrie. Besonders bei den Asthmapatienten erfolgte die Diagnosestellung in einer hohen Zahl mittels einmaliger Peak-Flow-Messung, rein anamnestisch oder durch versuchsweise Therapiegabe in Verbindung mit einer Anamnese. Dies entspricht einer unzureichenden Diagnostik und kann, orientiert an den geltenden Leitlinienempfehlungen, als Unter- und Fehlversorgung gedeutet werden.

Die Ergebnisse bezüglich der Evaluation der Therapie deuten darauf hin, daß auch in diesem Bereich eine Unter- bzw. Fehlversorgung vorliegen könnte: Einer ausreichenden anti-entzündlichen Therapie der COPD-Patienten stand eine Versorgung der Asthmatiker mit einer vergleichsweise geringen Zahl anti-inflammatorischer Therapeutika gegenüber.

Bei der Erfassung der Komorbiditäten konnte besonders unter den Asthmatikern ein hoher Anteil an Allergikern nachgewiesen werden, während unter den Patienten mit COPD vor allem Erkrankungen aus dem Bereich der nikotinassoziierten Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, u.a. die arterielle Hypertonie, dominierten. Mit beiden chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen war eine hohe psychische Komorbidität verbunden, wobei die Gruppe der Depressionen herausragte. Die Kenntnis dieser Komorbiditäten von Seiten des Hausarztes stellt einen wichtigen Faktor in der Versorgung dieser Patienten dar.

Mit Hilfe des Arztinterviews konnte schließlich der Verdacht bestätigt werden, daß die Dokumentation der Diagnosen für Studienzwecke nicht immer verlässlich ist: Die Hälfte der Mediziner gab an, daß die Diagnosen zu einem Teil auch aus abrechnungstechnischen Gründen gestellt werden und nicht in jedem Fall dem tatsächlichen Krankheitsstatus entsprechen müssen. Des Weiteren konnte in den Gesprächen eruiert werden, daß die gängigen Einschätzungen der Leitlinien besonders bezüglich der Diagnostik nicht von jedem Mediziner geteilt werden.

Bei der Versorgungsforschung im Bereich der Primärversorgung sollte daher stets die zweifelhafte Verlässlichkeit der ICD-Diagnosen berücksichtigt werden. Das ICD-Kodierungssystem scheint nicht geeignet, die Arbeit in der Primärversorgung exakt wiederzuspiegeln. Dies tritt besonders dann in Erscheinung, wenn wie bei Asthma und COPD grundlegende Abgrenzungsschwierigkeiten bestehen. Eine Alternative würde die „International Classification of Primary Care“ (ICPC-2) bieten. Je detaillierter und breit gefächerter der Studienansatz und die Analyse jedoch angelegt sind, desto eher können diese Probleme im Zusammenhang mit ICD-10 umgangen und aussagekräftigere Resultate erzielt werden.

Trotz dieser problematischen Dokumentation ist objektiv eine diagnostische Unterversorgung im primärärztlichen Bereich zu vermuten. Vor dem Hintergrund steigender Prävalenzen der obstruktiven Atemwegserkrankungen sollte ein selbstverständlicher Gebrauch der Spirometrie als Diagnostikum der Wahl explizit gefördert werden.