

M. Frey

Dr med Martin Frey
 Chefarzt Pneumologie
 Klinik
 5022 Barmelweid
 martin.frey@barmelweid.ch

Rev Med Suisse 2012; 8: 185-6

EINFÜHRUNG

In der Schweiz leben ca. 400 000 COPD-Patienten; bei einem Teil dieser Patienten ist die Diagnose nicht gestellt und es werden folglich auch keine Massnahmen getroffen. Die COPD ist eine chronische, häufig über Jahrzehnte verlaufende Krankheit, die in der ersten Phase häufig nicht diagnostiziert wird und in der späteren Phase eine ähnliche schwere Prognose wie ein Malignom oder wie eine Herzinsuffizienz aufweist. Die volkswirtschaftliche Bedeutung der COPD ist damit bedeutend und weltweit wird gerechnet, dass die COPD bis 2030 zur dritthäufigsten Todesursache wird. Eine derart schwer verlaufende Krankheit mit einer schlechten Prognose bedarf eines Disease- Managements, das sich auf die Langzeitaspekte fokussiert und im spezifischen eine Stabilisierung der Erkrankung anstrebt.

Ein Disease-Management-Programm kann als systematisches Behandlungsprogramm für chronisch kranke Menschen bezeichnet werden, das sich auf die Erkenntnis der Evidenz basierten Medizin stützt. Wesentliche Elemente sind die Koordination der diagnostischen und therapeutischen Massnahmen und der zeitrichtige Einsatz der Diagnostik und der möglichen Therapien. Gerade bei der COPD ist ein multidisziplinärer Ansatz unabdingbar.

ELEMENTE EINES DISEASE-MANAGEMENTS BEI COPD

Die Elemente reichen von primär präventiven Massnahmen durch Behörden und Organisationen bis hin zu Interventionen durch hochspezialisierte Zentren (Tabelle 1). Die Situation der Schweiz ist dadurch gekennzeichnet, dass die akzeptierten und international weitgehend identischen Guidelines elementweise sehr unterschiedlich umgesetzt werden. Diese unterschiedliche Umsetzung der diagnostischen und vor allem therapeutischen Massnahmen ist zum Teil strukturell bedingt (Tabelle 2). Die verspätete Diagnosestellung führt konsequenterweise dazu, dass die in der Gesamtsicht wichtigste Massnahme, nämlich der Nikotinstopp, häufig verspätet erfolgt und im weiteren die professionelle Nichtraucherberatung aus verschiedenen Gründen nicht eingesetzt wird. Die spezifische Patientenschulung mit dem Ziel der Verbesserung des Self-Management wird ebenfalls häufig nicht durchgeführt, dies zum Beispiel im Gegensatz zu anderen schweren chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus.

Tabelle 2. COPD: Defizite Langzeitmanagement «hot spots»

- Wahrnehmung als Langzeitprojekt
- Massnahmen ungenügend umgesetzt bei
 - Früherkennung
 - Nikotinberatung
 - Rehabilitation
 - Patientenschulung
 - Ev. O2 Heimtherapie
- Fehlende Ressourcen
 - Nikotinberatung
 - Patientenschulung

Tabelle 1. Disease management bei COPD: Stufenschema und mögliche Zuständigkeiten

Canadian guidelines COPD, adaptiert.

• Chirurgie	→	Pneumologe/Thoraxchirurgen
• O2 Heimtherapie	→	Pneumologe
• Topische Steroide	→	Hausarzt
• Pulmonale Rehabilitation	→	Hausarzt/Pneumologe
• Langw. Bronchodilantien	→	Hausarzt
• Kurzw. Bronchodilantien	→	Hausarzt
• Pat. Schulung/Nikotinberatung	→	Hausarzt
• Früherkennung/Primärprävention	→	Hausarzt/Organisationen

COPD: Disease-Management und pulmonale Rehabilitation

Im Bereich der Nikotinberatung und der Patientenschulung sind die derzeit vorhandenen Angebote ungenügend, dies wohl zum Teil auch durch die fehlende Sicherstellung der Finanzierung.

THERAPIEZIELE BEI COPD

(Tabelle 3)

Die Nikotinabstinenz, die Sauerstofftherapie bei chronischem Sauerstoffmangel und die Lungenvolumenreduktionschirurgie in speziellen Fällen sind die einzigen Massnahmen, die eine eindrückliche und relevante Reduktion der Mortalität erreichen können. Die Ziele der COPD-Behandlung sind deshalb zurzeit vor allem auf die Symptomatik, die Anstrengungsintoleranz und die Behandlung der Komplikationen ausgerichtet. Zunehmend bedeutungsvoll wird die Prävention und Behandlung der Exazerbationen, welche den Verlauf der COPD erheblich beeinflussen. Im weiteren hat es sich gezeigt, dass das Bewegungsverhalten der COPD-Patienten an sich ein erheblicher Prognosefaktor betreffend Mortalität und Exazerbationsrate darstellt.

DISEASE-MANAGEMENT BEI COPD IN DER FRÜHPHASE

Es besteht ein grosses Risiko, dass sich COPD-Patienten den regelmässigen Kontrollen entziehen. Sie sollen deshalb regelmässig einbestellt werden und es ist notwendig, Ihnen auch immer wieder Unterstützung für die Nikotinabstinenz anzubieten. Eine wichtige Frage im Langzeitmanagement betrifft die körperliche Aktivität; in dieser Frühphase kann die körperliche Leistungsfähigkeit durch einen entsprechenden «Lifestyle

Tabelle 3. Therapieziele bei COPD

GOLD Guidelines, adaptiert.

- Symptomlinderung
- Verhinderung Progression
- Verbesserung Leistungsfähigkeit
- Verbesserung gesundheitsbedingte Lebensqualität
- Verhinderung von Komplikationen
- Prävention und Behandlung von Exazerbationen
- Senkung der Mortalität

– change» auch ausserhalb von eigentlichen Rehabilitationsprogrammen erreicht werden. Weitere wichtige Elemente sind Schulung betreffend Verhalten bei Exazerbationen, medikamentöse Therapien usw.

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT, PROGNOSE UND REHABILITATION

Die körperliche Leistungsfähigkeit ist ein eindrücklicher Prognosefaktor bei der COPD. Bei körperlich inaktiven Patienten ab Stadium II ist deshalb die pulmonale Rehabilitation ein zentrales Therapieelement, das sowohl in einem ambulanten oder einem stationären Setting hochwirksam ist. Neben der deutlichen Verbesserung der Dyspnoe und der Lebensqualität wird auch eine eindrückliche Senkung der Exazerbationsrate erreicht. In der Schweiz besteht ein im Vergleich zu andern Ländern dichtes Netz von ca. 60 akkreditierten Rehabilitationsprogrammen, die in der Zusammenarbeit von Pneumologen und spezialisierten Therapeuten auf die Patienten ausgerichtete Trainingstherapien in Kombination mit spezifischen Schulungselementen anbieten. Bei sehr fortgeschrittenen Fällen, relevanter Komorbidität und psychiatrischer Begleiterkrankungen bitten die stationären Abteilungen für pulmonale Rehabilitation komprehensive Therapieprogramme an. Detailinformationen sind unter www.pneumo.ch/de/kommissionen-und-arbeitsgruppen/kommission-pulmonale-rehabilitation.html erhältlich.

TEILASPEKT VERHINDERUNG DER EXAZERBATIONSRATE

Unter der Aspekt, dass die Exazerbation die Prognose bei COPD deutlich verschlechtert, ist die Prävention der Exazerbationen vorrangig: Die medikamentösen Interventionen mit langwirksamen Bronchodilantien und auch topischen Steroiden können die Exazerbationsrate signifikant verändern, ein gleicher Effekt ist bei dem neuen Phosphodiesterasehemmer Roflumilast nachgewiesen worden. Erste Daten sprechen auch für den möglichen Langzeiteinsatz von Makroliden bei häufig exazerbierenden COPD-Patienten. Weitere hochwirksame Methoden sind die pulmonale Rehabilitation, die Grippe- und Pneumokokkenimpfung sowie die Lungenvolumenreduktionschirurgie in geeigneten Fällen.

DISEASE-MANAGEMENT BEI COPD: WER HAT DEN LEAD?

In unserem schweizerischen Gesundheitssystem bietet sich der Hausarzt als «Disease-Manager COPD» an. Er kann dieses anspruchsvolle Langzeitprojekt aber nur in enger Zusammenarbeit mit anderen Fachleuten und Organisationen wie Pneumologen, Lungenligen, Nikotinberatungen, Therapeuten, Sozialdiensten usw. erfolgreich umsetzen. Dabei muss auch der mit zunehmendem GOLD Stadium vermehrt vorhanden Polymorbidität Beachtung geschenkt werden; gerade kardiovaskuläre Probleme, Angsterkrankungen und Depressionen sind häufig und beeinflussen den Verlauf der fortgeschrittenen COPD erheblich.

Bibliographie

- Bischoff EW, Hamd DH, Sedeno M, et al. Effects of written action plan adherence on COPD exacerbation recovery. *Thorax* 2011;66:26-31.
- British thoracic society standards of care subcommittee on pulmonary rehabilitation. *Pulmonary rehabilitation*. *Thorax* 2001;56:827-34.
- Chandler MA, Rennard SI. Smoking cessation (Review). *Chest* 2010;137:428-35.
- Garcia-Aymerich J, Lange P, Benet M, Schnohr P, Antó JM. Regular physical activity reduces hospital admission and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: A population based cohort study. *Thorax* 2006;61:772-8.
- Hill K, Geist R, Goldstein RS, Lacasse Y. Anxiety and depression in end stage COPD. *Eur Respir J* 2008;31:667-77.
- Lacasse Y, Goldstein R, Lasserson TJ, Martin S. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4):CD003793.
- Nici L, Donner C, Wouters E, et al. American thoracic society/European respiratory society statement on pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 2006;173:1390-413.
- Puhan MA, Gimeno-Santos E, Scharplatz M, et al. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane database Syst Rev* 2011;(10):CD005305.
- Ries AL, Bauldoff GS, Casaburi R, et al. Pulmonary rehabilitation. Joint ACCP/AACVPR Evidence based clinical practice guidelines. *Chest* 2007;131:S1-S40.
- Rodriguez-Roisin R. Global Initiative for chronic obstructive lung disease; global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (updated 2010).
- von Leupoldt A, Taube K, Lehmann K, Fritzsche A, Magnussen H. The impact of anxiety and depression on outcomes of pulmonary rehabilitation in patients with COPD. *Chest* 2011;140:730-6.