

Bortz M, Dietze E, Voigt K, Bergmann A. Patienten mit Asthma bronchiale und COPD in der Hausarztpraxis. Z Allg Med 2018; 94: 506–514

Leserbrief von Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz

Die Arbeit hat mich leider sehr an die Publikations- und Werbungswelle erinnert, die in den 2000er Jahren zur COPD veranstaltet wurde. Dort gab es immer zwei „Botschaften“: Fünfhäufigste Todesursache in der Welt sowie Zunahme der Prävalenz in der Welt. Publiziert und geworben für Behandlung wurde aber in der *Ersten Welt* (Europa und Nordamerika). Für die Welt mit massiver Tabakwerbung in den armen Ländern sowie „ungefilterter“ industrieller Entwicklung traf und trifft es aber nur zu.

Klar war aber schon damals: Fünft- oder heute sechsthäufige Todesursache hierzulande bedeutet nur einen Anteil von 5 % bzw. heute 3 % aller Todesfälle – weit hinter CVD- und Krebs-Todesfällen. Die Aussagen zur Welt können gar nicht für Nordamerika und Europa stimmen, denn die Hauptverursacher von COPD waren Luftverschmutzung (massiv seit Ende der 60er Jahre reduziert; [1]) sowie Rauchen (ebenfalls seit Mitte der 90er Jahre vermindert [2]). Und dies bei einer Erkrankung, die rund 20 Jahre Vorlauf bis zur frühesten Symptomatik hat. Zudem waren die meist zitierten hohen Prävalenzangaben der im ambulanten Raum durchgeführten Studien, wie wir [3, 4] zeigen konnten, fast durchweg in hochselektierten Kollektiven entstanden [ausführlich in 4].

Nun wird hier in der SESAM-Studie anhand von Hausarztpatienten für die Jahre 2000 und 2009, bei der jeder zehnte Patient mit seiner Diagnose dokumentiert – nicht aber spirometrisch untersucht – wurde, dargestellt, dass die beiden Erkrankungen, also auch COPD, zunehmen. Dies ist für COPD hoch unplausibel, da sich die Zahl anhaltender Raucher seit den 70er Jahren deutlich vermindert hat. Rechnet man einmal mit 20 Jahren Vorlauf, so ist der Raucher-Prozentsatz auch schon zwischen 1980 und 2000 deutlich reduziert worden: Rauchten 1950 noch fast neun von zehn Männern, sank dieser Anteil in den 60er, 70er und 80er Jahren auf circa 40 %, in den 90er Jahren auf 33 % und danach bis heute auf knapp über 20 % [2, 3].

Die in der Untersuchung gefundenen 4,2 % Prävalenz von COPD in der Gesamtgruppe der Hausarztpatienten – (also nicht nur, wie in fast allen anderen Studien, in der Gruppe der Raucher ab 40 oder ab 45 Jahren) – dürfte daher, sehr grob geschätzt und nur auf Raucher bezogen, in der vorgestellten Untersuchung bei 15–20 % liegen. Dieser Prozentsatz erscheint vergleichbar zu einer der beiden publizierten deutschen Studien (diese ist in der SESAM-Publikation unter Zitat 3 geführt), in der 2005 eine spirometrisch gemessene Prävalenz von 7,4 % bei Personen ab 45 Jahren (Raucher und Nicht-Raucher zusammen) gefunden wurde.

Aber in dieser Studie gibt es – wie bei den meisten anderen ambulanten Studien im Ausland [4] – einen massiven Selektionsbias: Die Teilnehmer wurden per Anschreiben einer Universitätsabteilung angeworben, mussten in die Universität Hannover zur Messung kommen bzw. erhielten mittels Hausbesuch der Universität die Spirometrie. So lag auch die Teilnahme nur bei 28 %!

In der zweiten der einzigen beiden deutschen Studien mit spirometrischer Messung [3] hingegen lag die Beteiligung bei 80 %. Sie wurde in der Hausarztpraxis der Patienten durch ein speziell geschultes Team sowie einheitlichem Gerät durchgeführt. Hier lag dann nur eine Prävalenz von 6,9 % der Raucher über 40 Jahre vor. Auf eine, wie in der SESAM Studie bezogene Gesamtbevölkerung, wäre das in etwa ein Viertel dieses Prozentsatzes, also 1,2 % der so kalkulierten Gesamtbevölkerung.

Also: COPD kann aufgrund der externen Bedingungen hierzulande nicht zugenommen haben – und sie hat es auch nicht, wenn man an kaum selektierten Personen misst und nicht nur nach Diagnosen fragt.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz
Emeritus, Institut für Allgemeinmedizin
Universität Düsseldorf
Werdener Straße 4
40227 Düsseldorf
abholz@med.uni-duesseldorf.de

Literatur

1. Abholz H-H, Borgers D, Krusewitz K. Chronische Bronchitis – Von der medizinischen Intervention zur Umweltkontrolle. Argumente für eine Soziale Medizin, Bd IX: Prävention. Berlin 1981
2. Bruttel O. Rauchen im Wandel der Zeit: Die Oberschicht hat sich abgewandt. Dtsch Ärztebl 2011; 108: 224. www.aerzteblatt.de/archiv/89290/Rauchen-im-Wandel-der-Zeit-Die-Oberschicht-hat-sich-abgewandt
3. Gtinger C, Wilm S, Abholz H-H. Is COPD a rare disease? Prevalence and identification rates in smokers aged 40 years and over within general practice in Germany. Fam Pract 2009; 26: 3–9
4. Gtinger C. Studie zur Feststellung der Prävalenz der Chronisch Obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) bei Rauchern ab 40 Jahren in der Hausarztpraxis am Beispiel der Lehrpraxen der Abteilung für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität zu Düsseldorf. Dissertation, Düsseldorf 2012

Antwort von Dr. Martin Bortz für die Autoren

Vielen Dank für die kritischen Anmerkungen von Prof. Abholz sowie der Möglichkeit, in einem anregenden Austausch hierzu Stellung zu beziehen. Zusammengefasst wird im Leserbrief 1.) eine fehlende Einordnung der Prävalenz- und Mortalitätsraten der COPD im globalen Kontext bemängelt und zum anderen wird 2.) die Plausibilität der von uns gemessenen Zunahme und Höhe der Prävalenz von COPD in den sächsischen Hausarztpraxen zwischen SESAM-2 und SESAM-4 hinterfragt und dies anhand der Risikofaktoren (u.a. Entwicklung Rauchverhalten) sowie der Messmethodik (u.a. ICD-Codes vs. Spirometrie) begründet.

COPD-Prävalenz und -Mortalität im globalen Kontext: Entgegen der Darstellung im Leserbrief gelten globale Länderklassifizierungen wie „erste bzw. industrialisierte Welt“ als überholt, stattdessen werden Einkommens- und soziodemografische Indikatoren heran-

gezogen. Die COPD-Sterberaten pro 100.000 Einwohner (COPD-Prävalenz der Bevölkerung > 30 Jahre) betragen 60 (10,57 %) in Ländern mit niedrigem, 69 (10,57 %) in Ländern mit mittlerem und 47 (11,96 %) in Ländern mit hohem Einkommen [1, 2]. Für Länder mit hohem Einkommen ist, wie vom Autor des Leserbriefes erwähnt, die Gesundheitslast somit nur bzgl. der Mortalität am geringsten, wohingegen die Prävalenzen höher sind. Für die Primärversorgung erscheint jedoch eine Betrachtung der absoluten (nicht alters-standardisierten) Zahlen mitunter relevanter. Hier zeigt sich, dass mit dem Alter die COPD-Prävalenz deutlich zunimmt und daher ist aufgrund des fortschreitenden demografischen Wandels in Ländern mit hohem Einkommen weiterhin mit einer deutlichen Zunahme der absoluten Sterberaten und Prävalenzen der COPD zu rechnen [1]. In der SESAM-Studie konnte diese altersabhängige Zunahme der COPD auch für die Hausarztpraxis dargestellt werden.

Zunahme der Hausarztpraxis-Prävalenz von COPD unplausibel? Insgesamt zeigt sich, wie im Leserbrief erwähnt, eine Abnahme der Raucherzahlen in Ländern mit hohem Einkommen, bei jedoch gleichzeitiger Zunahme des Anteils weiblicher Raucher [3]. In Deutschland führte dies in dem Zeitraum 1998–2015 zu einer Angleichung der COPD-Sterberaten von Männern (43,1 pro 100.000 Einwohner; -2,7 %) und Frauen (33,2 pro 100.000; +2,3 %), was letztlich eine Stagnation der COPD-Sterberaten in diesem Zeitraum bedingte [4]. Auch in den SESAM-Studien wurde insbesondere im Alterssegment der Frauen > 45 Jahre der größte COPD-Prävalenzanstieg verzeichnet (von 0,8 auf 2,3 %).

Im Jahr 2014 waren 20,8 % (27 %) bzw. 26,6 % (35 %) der Frauen (Männer) aktive Raucher/innen bzw. ehemalige Raucher/innen [5]. Zusammengenommen sind damit die Raucherraten mit > 50 % in der Gesamtbevölkerung deutlich höher als im Leserbrief angegeben. Bei altersspezifischer Betrachtung zeigt sich eine deutliche Abnahme der aktiven Raucher auf < 9% erst ab einem Alter von > 65 Jahren [5]. Dies spricht weiterhin für eine deutliche Lebenszeit-Risikoexposition innerhalb der deutschen Bevölkerung. Aufgrund dieser Datenlage und der Latenz der chronischen COPD-

Symptomatik ist eine punktprävalente Betrachtung von Raucherzahlen in Zusammenhang mit der epidemiologischen Entwicklung von COPD-Prävalenzen nicht zielführend, sondern es müssten Raucherjahre (engl. *pack years*) herangezogen werden [1].

Eine alleinige Hinterfragung der Plausibilität der von uns gemessenen Zunahme der Praxisprävalenz von 1,9 % in der SESAM-2 auf 4,2 % in der SESAM-4 anhand des Rauchverhaltens ist somit nicht tragbar. In der Originalpublikation wurde von uns des Weiteren die zwischenzeitliche Einführung von COPD-Disease-Management-Programmen auf das Diagnoseverhalten diskutiert. Zusätzlich hatten wir darauf hingewiesen, dass die Vergleichbarkeit der beiden Querschnittstudien aufgrund eines fehlenden Kohortendesigns nur eingeschränkt möglich ist.

Hausarztpraxis-Prävalenz zu hoch? Die von uns gemessene Hausarztpraxis-Prävalenz der COPD von 4,2 % im Jahre 2009 deckt sich mit der Prävalenz der Gesamtbevölkerung in Sachsen von 4,7 % im Jahre 2014 [6] und erscheint in Bezug auf aktuelle Vergleichsstudien (ADT-Panel-ZI 6,6 %) [7] bei nicht-selektierten Hausarztpatienten sogar zu niedrig. Die vom Autor des Leserbriefes erwähnte Diskrepanz zu den COPD-Prävalenzraten in der BOLD-Studie (13,2 %) liegt an dem vergleichbar hohem Alter der BOLD-Stichprobe (ausschließlich Probanden > 40 Jahre) [8]. Des Weiteren diente die SESAM-Studie der Erfassung von Versorgungsrealitäten innerhalb sächsischer Hausarztpraxen an nicht-vorselektierten Patienten; womit sie, entgegen der formulierten Annahme im Leserbrief, nicht geeignet ist Prävalenzzahlen für die Gesamtbevölkerung zu generieren. Interessanterweise wurden im Rahmen der globalen BOLD-Studie auch 4291 Nichtraucher untersucht, welche in Ländern mit hohem Einkommen eine COPD-Prävalenz von 3,4 % bis 7,5 % (Hannover 3,7 %) aufwiesen [9]. Daher reicht eine alleinige Kausalbetrachtung von COPD-Prävalenz und Rauchverhalten nicht aus.

Zwischen den hier erwähnten Studien besteht ein interner methodologischer Bias, da diesen keine einheitliche standardisierte Messmethodik zugrunde liegt. Das von der BOLD-Studie verwendete Spirometrie-Verfahren erscheint zwar sensitiver in der Diagnostik der

COPD, zieht aber keine klinischen Parameter (u.a. Anamnese und Beschwerdebild, erweiterte Diagnosemaßnahmen) heran, die für die Primärversorgung deutlich relevanter sind. Daher können ICD-Codes zur Bemessung von Hausarztpraxis-Prävalenzen zumindest nicht als ungeeignet klassifiziert werden.

Zusammenfassung

Die in den SESAM-Studien gemessene COPD-Hausarztpraxis-Prävalenz von 4,2 % erscheint nach einer vergleichenden Betrachtung der gegenwärtigen Datenlage zu niedrig. Trotz einer Stagnation altersstandardisierter COPD-Sterberaten und einer leichten Abnahme der Raucherraten in Ländern mit hohem Einkommen ist unter Beachtung des demografischen Wandels mit einer deutlichen Zunahme absoluter COPD-Sterberaten und -Prävalenzen zu rechnen. Der COPD-Patient wird in der deutschen Hausarztpraxis auch in Zukunft einen hohen Anteil bei den Beratungsanlässen ausmachen; das Krankheitsbild bleibt für die Primärversorgung von nicht zu bagatellisierender Relevanz.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Martin Bortz, M.Sc. (Global Health)
Bereich Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Technische Universität Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Tel.: 0351 458 3687
mail@martinbortz.de

Literatur

1. GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2017; 9: 691–706
2. Adeloje D, Chua S, Lee C, et al. Global and regional estimates of COPD prevalence: systematic review and meta-analysis. *J Glob Health* 2015; 5: 020415
3. Puschmann A. Rauchverhalten der Bevölkerung in Sachsen: Ergebnisse der Zusatzerhebung des Mikrozensus. *Statistik in Sachsen* 2010; 4: 12–17. www.statistik.sachsen.de/

- download/300_Voe-Zeitschrift/Inhalt_4_2010_A_Puschmann_12bis17.pdf.de (letzter Zugriff am 05.01.2019)
4. Steppuhn H, Buda S, Wienecke A, et al. Zeitliche Trends in der Inzidenz und Sterblichkeit respiratorischer Krankheiten von hoher Public-Health-Relevanz in Deutschland. *J Health Monit* 2017; 2: 3–35
 5. Zeiher J, Kuntz B, Lange C. Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. *J Health Monit* 2017; 2: 59–65
 6. Steppuhn H, Kuhnert R, Scheidt-Nave C. 12-Monats-Prävalenz der bekannten chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) in Deutschland. *J Health Monit* 2017; 2: 46–54
 7. Kerek-Bodden H, Koch H, Brenner G, Flatten G. Diagnosespektrum und Behandlungsaufwand des allgemeinärztlichen Patientenkontexts. Ergebnisse des ADT-Panels des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2000; 94: 21–30
 8. Geldmacher H, Biller H, Herbst A, et al. Die Prävalenz der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) in Deutschland. Ergebnisse der BOLD-Studie. *Dtsch Med Wochenschr* 2008; 133: 2609–2614
 9. Lamprecht B, McBurnie MA, Vollmer WM, et al. COPD in never smokers: results from the population-based burden of obstructive lung disease study. *Chest* 2011; 139: 752–763

Kötter J. Organspende: Beratung durch den Hausarzt kann bei Entscheidungen helfen. *Z Allg Med* 2018; 94: 527

Leserbrief von Sandra Blumenthal

Jana Kötter gibt in ihrem Beitrag im Wesentlichen den Tenor der Deutschen Stiftung Organtransplantation wieder – und argumentiert (stellvertretend für den Deutschen Hausärzterverband) für die Einführung der Widerspruchslösung.

In Deutschland gilt bei der Organspende bisher noch die erweiterte Zustimmungslösung: Man entscheidet sich zu Lebzeiten, nach dem eigenen (Hirn-)Tod seine Organe zur Verfügung zu stellen. Liegt kein Organspendeausweis vor, stand der Verstorbene aber zu Lebzeiten positiv einer Spende gegenüber, so können Angehörige stellvertretend einer Organentnahme zustimmen. Für solche Entscheidungen auf der Intensivstation benötigt man jedoch Zeit und ausreichend ärztliches und pflegerisches Personal, das diesen Entscheidungsprozess der Angehörigen begleitet. Zeit und Personal sind in den meisten Krankenhäusern jedoch nur noch selten ausreichend vorhanden. Der Rückgang der postmortalen Organentnahme beruhe nicht auf den fehlenden Organspendeausweisen, sondern auf einem Erkennungs- und Meldedefizit der Entnahmekrankenhäuser, gibt die stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Ethikrates, Claudia Wiesemann, zu bedenken [1]. Sie bezieht sich dabei auf eine Publikation aus dem Deutschen Ärzteblatt [2]. Bisher gab es zudem wenig fi-

nanzielle und ideelle Anreize für Kliniken, einen Organspender zu melden. Durch blockierte Intensivbetten und Operationssäle ist dies für einige Krankenhäuser sogar ein Minusgeschäft.

Gesundheitsminister Spahn hat einen ersten Gesetzesentwurf vorgelegt, um diese Mängel anzugehen.

Doch Spahn, Transplantationsmedizinern und nun offenbar auch den Delegierten des Deutschen Hausärztertages geht das nicht weit genug. Sie plädieren für die Einführung der Widerspruchslösung, um so das Reservoir an Spenderorganen in Deutschland zu erhöhen. Wird das funktionieren? Und wird es den Preis wert sein, dass wir aus einer freiwilligen Spende eine Abgabe machen, die der Staat a priori voraussetzt?

Vera Kalitzkus hat in ihrem lesenswerten Buch „Dein Tod, mein Leben. Warum wir Organspenden richtig finden und trotzdem davor zurückschrecken“ herausgearbeitet, dass die Spende von Organen kein selbstverständlicher Normalfall ist, sondern eine einseitige „Gabe“ ohne Gegenleistung, die für Spender und deren Angehörige, aber auch für die Empfänger eine Herausforderung sein kann. In Kötters Zusammenfassung vermisse ich diese Reflexionen.

Der Vorsitzende des Hausärzterverbandes, Ulrich Weigelt, hat zum Thema Organspende einen wichtigen Satz gesagt: „Hausärzte sind Berater, nicht Überreder.“ [3]. Wir benötigen in der hausärztlichen Praxis Zeit und gute Materialien, die ein ergebnisoffenes Ge-

spräch zum Thema Organspende ermöglichen. Dazu gehört z.B. auch die Frage, wie sich eine Patientenverfügung mit einem Bekenntnis zur Organspende in Einklang bringen lässt. Mit unseren Patienten und deren Angehörigen sind wir fortlaufend im Gespräch über Leben, Krankheiten und Tod. Ein fehlender Organspendeausweis ist kein Nein zur Spende – ein Schweigen ist aber noch lange kein Ja.

Korrespondenzadresse

Sandra Blumenthal
Alt Nowawes 110
14482 Potsdam
sandra.blumenthal@web.de

Literatur

1. Wiesemann C. Medizin und Ethik. Contra. Vortrag auf der öffentlichen Sitzung des Deutschen Ethikrats am 12. Dezember 2018 in Berlin „Pro + Contra: Widerspruchsregelung bei der Organspende.“ www.ethikrat.org/fileadmin/PDF-Dateien/Veranstaltungen/fb-12-12-2018-wiesemann.pdf (letzter Zugriff am 17.12.2018)]
2. Schulte K, Borzikowsky C, Rahmel A, et al. Rückgang der Organspende in Deutschland. Eine bundesweite Sekundärdatenanalyse aller vollstationären Behandlungsfälle. *Dtsch Arztebl* 2018; 113: 463–468
3. Kötter J. Organspende. „Hausärzte sind Berater, nicht Überreder“. *Hausarzt* 2018; 19: 18–21