

# Adhärenz bei COPD-Patienten

## Plädoyer für ein Neuropsychologisches Assessment während und nach AECOPD

© Monika Tempel, Klinik Donaustauf

### Einführung

Nach einem Szenarium der WHO wird die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) bis zum Jahr 2030 auf Platz 3 der weltweiten Todesursachen vorrücken. \* [Lit] Die Definition der Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) \* [Lit] bezeichnet die COPD als eine nicht reversible Einschränkung der Lungenventilation, die in der Regel progredient ist und mit einer überschießenden Entzündungsreaktion einhergeht. Bei jedem Patienten, der Symptome wie chronischen Husten, Dyspnoe oder Auswurf zeigt oder Risikofaktoren (z. B. Rauchen, Feinstaub) ausgesetzt ist, muß eine COPD in Betracht gezogen werden. Aktuelle Schätzungen für Deutschland gehen von 6,8 Millionen COPD-Patienten aus. \* [Lit]

Unter AECOPD versteht man eine akute Verschlechterung des Befindens, besonders in den Stadien II bis IV einer COPD. Sie ist erkennbar an einer Zunahme von Atemnot, Husten, Auswurf, Obstruktion oder thorakaler Beklemmung (selten Fieber) und macht eine Anpassung der Behandlung notwendig. \* [Lit] Jede akute Exazerbation bedeutet für den Patienten eine erhebliche Belastung durch verminderte körperliche Leistungsfähigkeit, geringere Lebensqualität und erhöhte Angst und Depressivität. \* [Lit] Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Exazerbationshäufigkeit und Mortalität. \* [Lit] AECOPD verursacht zudem durch stationäre Einweisungen und Wiedereinweisungen hohe Krankheitskosten.

Internationale und nationale Leitlinien für eine optimale Behandlung der COPD und der AECOPD sind gut begründet und im klinischen Alltag etabliert. \* [Lit] Die Behandlung umfaßt sowohl medikamentöse Therapien (z. B. Inhalativa, Steroide) als auch nicht-medikamentöse Interventionen (z. B. Atemphysiotherapie, Medizinische Trainings-Therapie, psychosoziale Interventionen).

Trotz einer adäquaten medikamentösen Therapie leiden Patienten nach einer AECOPD häufig unter persistierenden Symptomen. Die Heftigkeit der Symptome führt bei 34% der Patienten zu einer stationären Wiedereinweisung innerhalb von drei Monaten nach der akuten Exazerbation. \* [Lit]

Nicht-medizinische Interventionen haben einen günstigen Einfluß auf den Krankheitsverlauf bei Patienten während und nach AECOPD. Eine Reduktion der Rehospitalisierungsrate ist belegt. \* [Lit] Leider zeigt sich gerade im Hinblick auf die nicht-medikamentösen Therapien eine geringe oder sporadische Patientenmotivation und Adhärenz. \* [Lit]

Als Gründe für Non-Adhärenz bei Pneumologischer Rehabilitation (PR) ist eine Reihe von sozio-demographischen, physiologischen und psychologischen Faktoren belegt. \* [Lit] Bei den sozio-demographischen Faktoren erweisen sich ältere Ex-Raucher oder Nie-Raucher als adhärenter. Adhärenzfördernd sind zudem gute Funktionswerte im Hinblick auf Dyspnoe,

Fatigue und emotionale Steuerungsfähigkeit. Patienten mit niedrigen Angst- und Depressionswerten zeigen eine höhere Adhärenz.

AECOPD und unvollständige Remission führen sowohl zu erhöhten Angst- und Depressionswerten als auch zu einer niedrigen Adhärenz. \* [Lit] Zudem sind während und nach AECOPD die kognitiven Funktionen deutlich beeinträchtigt. \* [Lit] Mögliche Zusammenhänge sind bisher wenig untersucht. Ein ungünstiger Einfluß auf die Adhärenz durch die eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit liegt jedoch nahe.

Die Krankheitswahrnehmung und –bewertung (illness perception) beeinflusst Anpassung und Adhärenz bei chronischen Krankheiten. Für COPD-Patienten ist ein Einfluß der Krankheits-Schemata auf körperliche Aktivität und Lebensqualität nach Pneumologischer Rehabilitation (PR) nachgewiesen. \* [Lit] Vergleichbare Zusammenhänge bei AECOPD sind wahrscheinlich.

Die Beziehungen zwischen den sozio-demographischen, physiologischen und psychologischen Faktoren und der Adhärenz während und nach AECOPD verdienen aufgrund der potentiell negativen Auswirkungen vermehrte und gezielte Aufmerksamkeit. Im Hinblick auf die neuropsychologischen Faktoren sollte ein Assessment im stationären und ambulanten Rahmen möglichst bei allen Patienten während und nach AECOPD durchgeführt werden – unabhängig von Vorbefunden und auch bei bisher unauffälligen Patienten. Alternativ können auch nur die Patienten getestet werden, bei denen der Verdacht auf eine Störung besteht. Bei hohem CAT-Score und dem klinischen Eindruck einer neuropsychologischen Beeinträchtigung scheint ein diesbezügliches Screening dringend geboten. Das Screening sollte kognitive und affektive Störungen sicher identifizieren und die Krankheitswahrnehmung erfassen. Außerdem muß das Instrument im Stationsalltag einer pneumologischen Akutklinik bzw. im ambulanten Setting einer pneumologischen Praxis einfach einsetzbar sein.

### **Neuropsychologisches Assessment bei AECOPD**

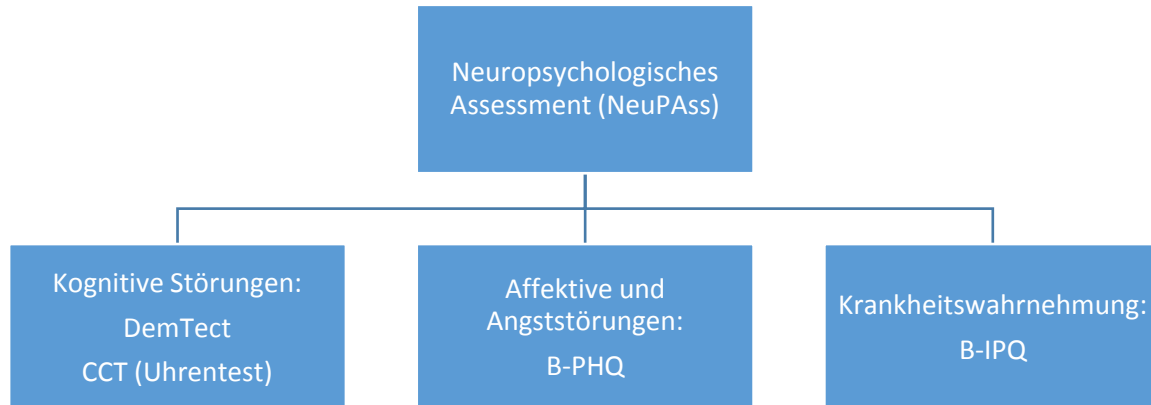
Der Artikel stellt ein Neuropsychologisches Assessment (NeuPAss) für stationäre und ambulante Patienten während und nach AECOPD vor.

Bei der Auswahl der Assessment-Tools muß das Augenmerk auf die Testgütekriterien (u. a. Validität und Reliabilität) gerichtet werden. Neben einer kategorialen Auswertung bietet eine dimensionale (kontinuierliche) Auswertung die Möglichkeit einer Schweregradbestimmung, die u. a. zur Verlaufsdagnostik eingesetzt werden kann.

Zunächst werden die drei Untersuchungsinstrumente des Neuropsychologischen Assessments (NeuPAss) vorgestellt. In einem zweiten Schritt werden praktische Hinweise zum Einsatz gegeben.

## 1. Das Neuropsychologische Assessment (NeuPAss)

Grafik 1: Übersicht NeuPAss



**Legende:** DemTect = Demenzdetektion; CCT = Clock Completion Test; B-PHQ = Brief Patient Health Questionnaire; B-IPQ = Brief Illness Perception Questionnaire

### i) Screening auf kognitive Störungen mittels Demenzdetektion (DemTect) und Uhrentest (CCT)

#### Begründung für Einsatz der Instrumente

Die S3-Leitlinie Demenz \* [Lit] empfiehlt ein „Papier- und Bleistiftverfahren“ zur orientierenden Einschätzung kognitiver Störungen, beispielsweise die Demenzdetektion (DemTect) in Kombination mit dem Uhrentest (CCT).

#### Vorstellung der Instrumente

Die DemTect wurde im Jahre 2000 publiziert. \* [Lit] Sie untersucht neben Orientierung, Gedächtnis und Aufmerksamkeit zusätzlich sprachliche Leistungen und die Umstellungsfähigkeit (kognitive Flexibilität). Mit ihr lassen sich frühzeitig leichte kognitive Beeinträchtigungen erkennen. Die DemTect enthält für die fünf Untertests eigene Auswertungs- und Berechnungsschemata nach Lebensalter (> 60 Jahre oder < 60 Jahre). Die Scores können zwischen 18 und 0 Punkten liegen. 18 bis 13 Punkte entsprechen einer altersgemäßen kognitiven Leistung. Zwischen 12 und 9 Punkten ist eine leichte kognitive Beeinträchtigung (MCI) anzunehmen, die sich im Verlauf verbessern, stabil bleiben oder verschlechtern kann. Eine Verlaufsbeobachtung und erneute Testung nach sechs Monaten wird empfohlen. Ein Score von  $\leq 8$  Punkten bedeutet Demenzverdacht und erfordert eine weitere diagnostische Abklärung. Visukonstruktive Funktionen werden in der DemTect nicht erfaßt. Auch eine Validierung für depressive Patienten liegt nicht vor.

Ergänzend ist deshalb der Uhrentest (CCT) sinnvoll. Er überprüft – trotz seiner einfach erscheinenden Anweisung – eine Reihe differenzierter Parameter, wie Sprachverständnis,

Abstraktionsvermögen, Gedächtnis, Motorik, visukonstruktive Funktionen, Neglect-Phänomene, Aufmerksamkeitsspanne und Problemlösungsverhalten. Die Testgütekriterien Objektivität, Validität, Reliabilität für alle Auswertungssysteme (nach Shulman, Ploenes oder Watson) sind erfüllt. Der Score im Auswertungsverfahren des CCT nach Shulman reicht von 1 bis 6 Punkte. Der validierte Cut off-Wert zur Unterscheidung zwischen Normalbefund und kognitiver Beeinträchtigung liegt zwischen 2 und 3. Ein Score von  $\geq 3$  Punkten ist als pathologisch im Sinne eines Demenzverdachts anzusehen. Bei einem Score von 6 Punkten könnten eine Depression oder ein Delir vorliegen und sollten gegebenenfalls ausgeschlossen werden.

## **ii) Screening auf affektive und Angststörungen mittels Kurzform des Gesundheitsfragebogens für Patienten (B-PHQ)**

### **Begründung für den Einsatz des Instruments**

Der B-PHQ ermöglicht – in Kombination mit dem ärztlichen Gespräch – eine valide und zeitökonomische Diagnostik von depressiven Störungen und Angststörungen. Mehrere Validierungsstudien belegen die guten diagnostischen Eigenschaften dieses Instruments. \* [Lit]

### **Vorstellung des Instruments**

Die im NeuPass verwendete Kurzform des Gesundheitsfragebogens für Patienten (B-PHQ) erfaßt depressive Störungen, die Panikstörung und die psychosoziale Funktionsfähigkeit. Damit können drei für die Adhärenz von COPD-Patienten relevante psychologische Faktoren untersucht und in ihrem Verlauf beurteilt werden. Das diagnostische System des B-PHQ fußt auf den Selbstangaben des Patienten und liefert Ergebnisse nur auf Syndromebene. Diese müssen im Gespräch auf ihre Richtigkeit überprüft und ggf. präzisiert werden. Die Skalensummenwerte für Depressivität (Items 1a bis 1i) des B-PHQ können zur Schweregradbestimmung und zur Verlaufskontrolle eingesetzt werden. Der Skalensummenwert „Depressivität“ kann zwischen 0 und 27 Punkten liegen. Bei einem Score  $< 5$  Punkte liegt in der Regel keine depressive Störung vor. Punktwerte zwischen 5 und 10 entsprechen einer unerschwelligen oder leichten depressiven Störung. Bei einem Score  $\geq 10$  Punkte wird von einer Major Depression ausgegangen, mit mittlerem (10 bis 14 Punkte), ausgeprägtem (15 bis 19 Punkte) bzw. schwerstem (20 bis 27 Punkte) Ausmaß der Störung. Die Diagnose einer Major Depression auf Störungsebene muß durch eine zusätzliche klinische Beurteilung gesichert werden.

Ebenso erfordern die Diagnosen der Panikstörung oder anderer Angststörungen bei auffälligen Angstwerten im B-PHQ den Ausschluß von medizinischen Krankheitsfaktoren oder Substanzwirkungen als organischer Ursache der Angstsymptome. Diese ist nur durch ein diagnostisches ärztliches oder psychotherapeutisches Gespräch möglich.

Die Angabe zur psychosozialen Funktionsfähigkeit ist für die Adhärenz bedeutsam und sollte besondere Beachtung finden.

### **iii) Einschätzung der Krankheitswahrnehmung mittels Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ)**

#### **Begründung für den Einsatz des Tools**

Die kognitiven und emotionalen Repräsentationen einer Krankheit können mit dem Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) einfach erfaßt werden. Er erfüllt die Testgütekriterien Validität und Reliabilität bei unterschiedlichen Krankheitsgruppen. Der B-IPQ ist für Patienten leicht verständlich und eigenständig ausfüllbar. \* [Lit]

#### **Vorstellung des Tools**

Jedes der acht Items des B-IPQ erfaßt eine Dimension der Krankheitswahrnehmung: Konsequenzen, Zeitverlauf, persönliche Kontrolle, Behandlungskontrolle, Identität, emotionale und kognitive Repräsentanzen, Kohärenz und emotionale Beeinträchtigung. Die Antworten auf die abschließende 9. Frage nach den Krankheitsursachen können in Kategorien wie Streß, Lebensstil (z. B. Rauchen), Erblichkeit, usw. unterteilt werden. Dies erlaubt eine kategoriale Analyse. Scores für den jeweiligen Grad der Krankheitswahrnehmung ermöglichen eine Verlaufskontrolle. Ein höherer Score spiegelt eine ängstigendere Wahrnehmung der Krankheit wider. Die Fragen nach persönlicher Kontrolle, Behandlungskontrolle und Kohärenz sind revers formuliert. Auffällige Werte bei diesen drei Items verdienen im Hinblick auf die Adhärenz besondere Aufmerksamkeit.

## **2. Implementierung des NeuPAss im stationären und ambulanten Rahmen**

Das NeuPAss läßt sich durch geschultes Pflegepersonal im stationären Rahmen problemlos am Ende der Pflegeanamnese durchführen. Wichtig sind Ruhe und Zeit (Untersuchungszeiten sollten notiert werden) und eine Untersuchung möglichst bei „Tagesbestform“ des Patienten.

Das Screening beginnt mit DemTect und Uhrentest, da hierbei zutagetretende kognitive Auffälligkeiten bereits zu einem angepaßten Procedere mit Unterstützung des Patienten bei B-PHQ und B-IPQ führen. Einleiten läßt sich das Gespräch mit der Frage nach Seh- oder Hörhilfen. Die folgenden Formulierungen können als Anregungen dienen:

„Sie wissen, Gedächtnisprobleme spielen bei vielen Krankheiten (im Alter) eine wichtige Rolle. Haben Sie schon einmal davon gehört? ... Oder haben Sie selbst Gedächtnisprobleme bei sich bemerkt? ... Zu diesem Thema möchte ich einen kurzen Test mit Ihnen durchführen – wie in der Schule mit manchmal etwas unsinnig erscheinenden Fragen. Der Test kann Schwierigkeiten aufdecken, die für die weitere Behandlung wichtig sind.“

Eine solche Einführung stellt die notwendige Konzentration und persönlich Akzeptanz her. Im Verlauf des Screenings werden vom Untersucher keine einschätzenden Kommentare abgegeben. Der Patient wird erst nach der Kurzauswertung informiert – verbunden mit dem

Hinweis, daß es sich nicht um ein abgesichertes und abschließendes Ergebnis handelt. Gegebenenfalls wird die Notwendigkeit einer weitergehenden Abklärung angesprochen.

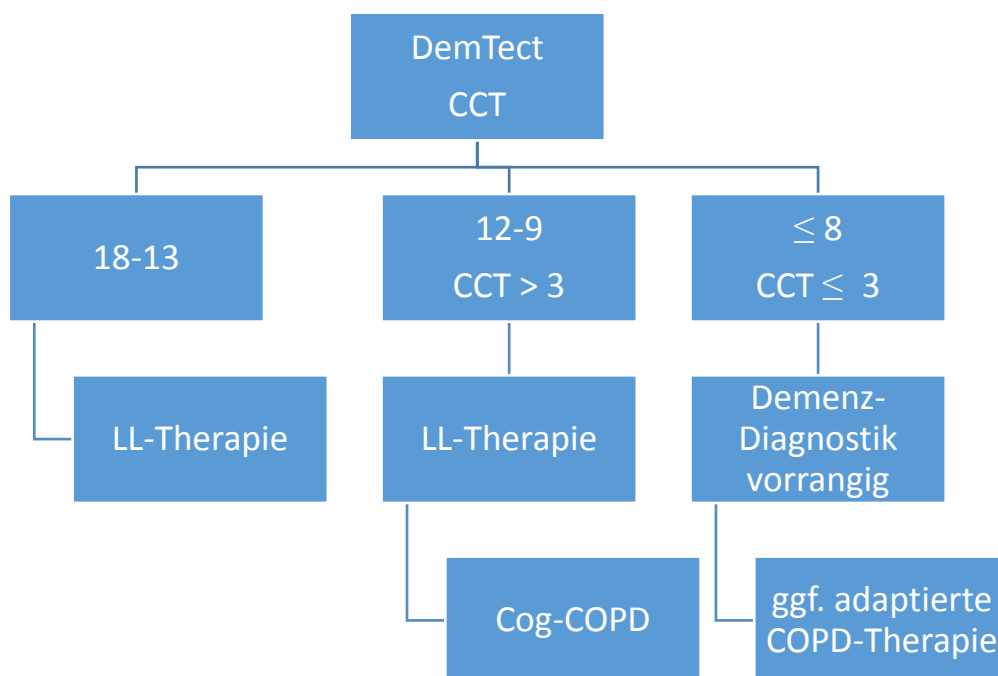
Wann der günstigste Zeitpunkt für das NeuPass im ambulanten Rahmen, hängt von den jeweiligen Praxisabläufen ab. Eine Nutzung von Wartezeiten sollte daraufhin geprüft werden.

Der Zeitaufwand für DemTect und Uhrentest von der Einführung bis zur Auswertung liegt bei 10 bis 15 Minuten. Ergeben sich aus den beiden Tools Hinweise auf kognitive Einschränkungen, so wird dem Patienten bei den folgenden Tools die erforderliche Hilfestellung angeboten. Andernfalls kann der Patient B-PHQ und B-IPQ im Anschluß eigenständig ausfüllen und danach beim Pflege- oder Praxispersonal abgeben.

### Ausblick

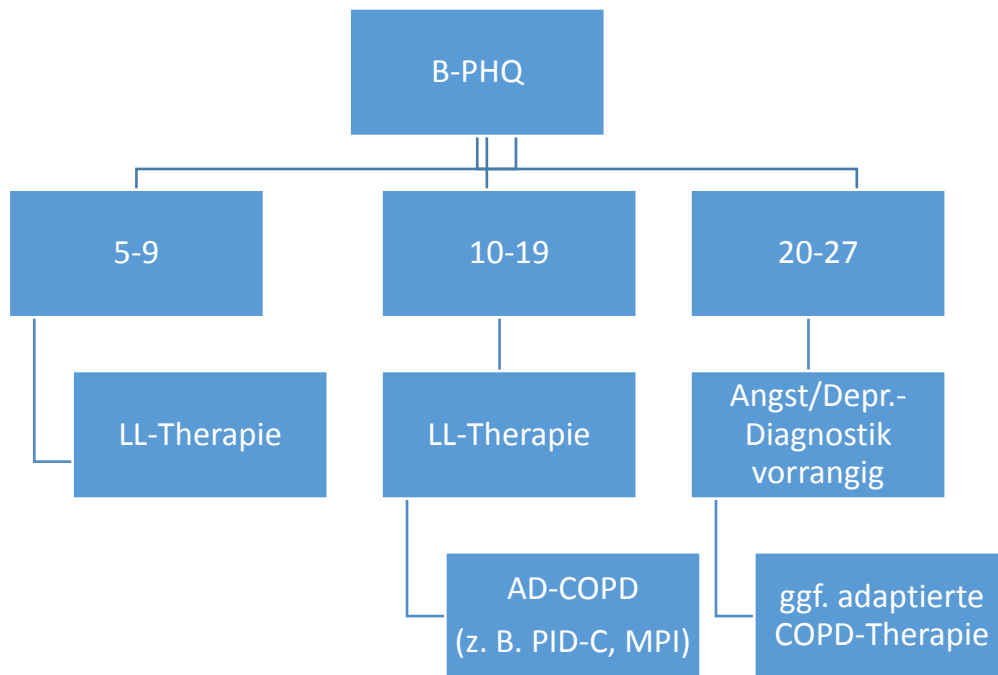
Das NeuPass kann Ausmaß und Veränderungen kognitiver und affektiver Störungen und der Krankheitswahrnehmung während und nach AECOPD rasch und sicher erfassen. Daraus lassen sich zeitnahe Interventionen im Sinne einer „personalisierten“ Therapie ableiten. Eine solche individualisierte Vorgehensweise stellt Grafik 2 dar.

Grafik 2: Ergebnisse und Interventionen



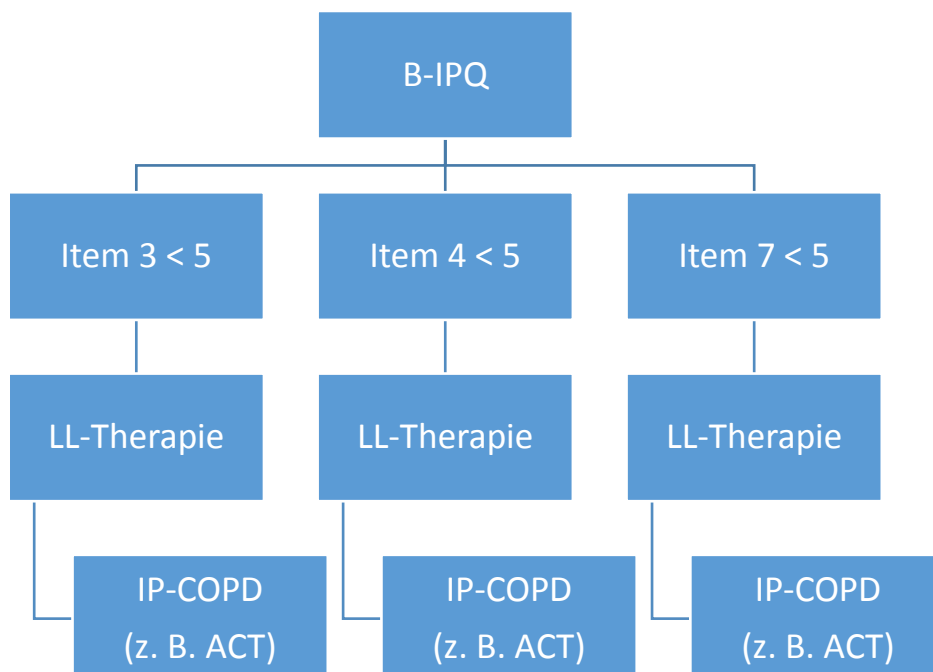
**Legende:** DemTect = Demenzdetektion; CCT = Clock Completion Test; LL-Therapie = Leitlinien Therapie; Cog-COPD = COPD-Therapie bei MCI (Mild Cognitive Impairment)

(Erläuterungen im Text)



**Legende:** B-PHQ = Brief Patient Health Questionnaire; LL-Therapie = Leitlinien-Therapie; AD-COPD = COPD-Therapie bei leichter und mittlerer affektiver Störung; PID-C = Personalised Intervention for Depression and COPD; MPI = Minimal Psychological Intervention

(Erläuterungen im Text)



**Legende:** B-IPQ = Brief Illness Perception Questionnaire; LL-Therapie = Leitlinien-Therapie; IP-COPD = COPD-Therapie bei problematischer Krankheitswahrnehmung; ACT = Acceptance-Committment-Therapy

(Erläuterungen im Text)

**LL-Therapie** entspricht einer Leitlinien-gerechten Therapie der AECOPD.

Bei **Cog-COPD** werden die Therapieangebote an die eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten der Patienten angepaßt. Leicht handhabbare Devices, einfache Anweisungen, bewußt eingesetzte Zwei-Wege-Kommunikation, häufige Wiederholungen der Instruktionen, Informationsmaterial in einfacher Sprache, Angehörigenschulung etc. sind in diesem Fall Voraussetzungen für eine bessere Adhärenz.

**AD-COPD** umfaßt Angebote zur Behandlung der affektiven Störungen bei COPD. Es gibt einige erfolgversprechende psychologische Minimal-Interventionen wie PID-C oder MPI. PID-C ist eine personalisierte Intervention für depressive COPD-Patienten. Sie zielt auf patientenspezifische Adhärenz-Barrieren in sieben Bereichen: Fehlannahmen über Depression und COPD, Mißverständnisse bzgl. des Therapieregimes, Mißdeutung depressiver Symptome, Hoffnungslosigkeit, Überbewertung von belastungsbedingten Phänomenen, Unzufriedenheit mit der Versorgung. \* [Lit] MPI, ein fünfstufiges Kurzzeit-Programm, beruht auf Prinzipien der Kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) und des Selbst-Managements. Es ist auch zur Therapie von Angststörungen bei COPD-Patienten geeignet. \* [Lit]

Unter **IP-COPD** fallen Maßnahmen zur Modifikation einer problematischen Krankheitswahrnehmung. Die aktuelle Studienlage empfiehlt Methoden der 3. Welle der Kognitiven Verhaltenstherapie (z. B. ACT) bzw. der Mind-Body-Medicine. \* [Lit]

Seine volle Effektivität entfaltet das NeuPAss in einem interdisziplinären Setting (aus Pneumologen, Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, psychosozialen Therapeuten), wenn alle Behandler ihre Maßnahmen zeitnah und flexibel an die jeweiligen Befunde anpassen. In welchem Ausmaß sich dadurch Krankheitsverläufe und Behandlungsergebnisse bei AECOPD beeinflussen lassen, müssen zukünftige Studien klären.

## Literatur

Eine ausführliche Literaturliste kann unter [info@monikatempel.de](mailto:info@monikatempel.de) angefordert werden.