

COPD Assessment Test (CAT™)

Vorbemerkungen

In der Herbst-Ausgabe 2012 der „Luftpost“ haben wir auf den Seiten 7 bis 9 über die Ende 2011 überarbeiteten internationalen Empfehlungen zur Behandlung der chronisch obstruktiven (einengenden) Lungenerkrankung (COPD) berichtet.

Ausschlaggebend für den Schweregrad einer COPD und damit für die individuelle Therapie des von dieser Erkrankung betroffenen Patienten sind demnach drei Faktoren:

- die Messwerte aus der Prüfung der Lungenfunktion (Grad der Obstruktion)
- das Risiko für eine akute Verschlimmerung der COPD, das sogenannte Exazerbationsrisiko
- die Bewertung der Auswirkungen der COPD (auch durch den Patienten selbst) mit Hilfe standardisierter Fragebögen.

Sowohl die Einbeziehung des individuellen Exazerbationsrisikos als auch die Angaben des Patienten über den aktuellen Zustand und die Auswirkungen seiner COPD in die künftige Behandlung dieser Erkrankung stellen gegenüber den bisherigen Therapieempfehlungen zwei wichtige Neuerungen dar.

Die Bedeutung einer schweren akuten Verschlimmerung, insbesondere dann, wenn sie eine Einweisung in ein Krankenhaus – vielleicht sogar auf die Intensivstation – erforderlich machte, für den weiteren Verlauf einer COPD ist seit Jahren durch Studien und klinische Erfahrungen belegt. Je schwerer eine akute Verschlimmerung verläuft und je häufiger sie auftritt, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit für eine zum Teil erhebliche Verkürzung der noch verbleibenden Lebensdauer des betroffenen COPD-Patienten.

Nach einer überstandenen schweren Exazerbation dauert es oft Monate bis der vorherige Gesundheits- oder richtiger der Krankheitszustand wieder erreicht wird. Bei vielen Betroffenen wird der frühere Zustand leider gar nicht mehr erreicht.

Aufgrund dieser Erkenntnisse ist es nur konsequent, die Anzahl der akuten Verschlimmerungen in den letzten zwölf Monaten in die Überlegungen hinsichtlich der künftigen Therapie einer COPD einzubeziehen. Schwere Exazerbationen innerhalb des letzten Jahres bedeuten ein hohes Risiko für einen COPD-Patienten.

Welche Bedeutung hat die „Selbstauskunft“ des Patienten über den Zustand und die Auswirkungen seiner COPD für den behandelnden Arzt und für den Patienten selbst? In der Frühjahrs-Ausgabe 2010 der „Luftpost“ (Seiten 28 bis 30) hat Herr Dr. med. Peter Kardos, Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde in Frankfurt am Main, zu diesen Fragen folgendes geschrieben:

„Wie soll sich der Arzt (Hausarzt oder Lungenarzt) während der stets überfüllten Sprechstunde unter Zeitdruck schnell und zuverlässig ein Bild über den Zustand seines Patienten machen, der an einer so wechselhaft verlaufenden Erkrankung leidet? Auch vielen Patienten fällt es schwer zu entscheiden, was am Wichtigsten ist und dem Arzt mitgeteilt werden sollte: Zum Beispiel welche ihrer mannigfaltigen Symptome auf die COPD und welche auf andere Krankheiten zurückzuführen sind. Eine ungezielte Aufzählung vielerlei Symptome und Beschwerden ist in der Sprechstunde meistens gar nicht möglich. Die wichtigsten Beschwerden können vergessen werden. Aber was ist bei der COPD überhaupt wichtig? Wie ist es denn, wenn der COPD-Patient zu Hause auf sich allein gestellt ist und wieder einmal einen schlechten Tag hat. Ist das eine beginnende Exazerbation? Wird er am Nachmittag im Krankenhaus landen? Kann er ohne Weisung einen Tag abwarten? Wie soll er sich entscheiden?“

Der Beantwortung all dieser Fragen und der Lösung der meisten geschilderten Probleme könnte uns ein neuer Test jetzt näher bringen. Es handelt sich um den CAT, die Abkürzung steht für COPD Assessment Test.“

Wie ist der CAT-Fragebogen aufgebaut?
So sieht der CAT-Fragebogen aus:



Wer hat den CAT-Fragebogen entwickelt?

Der Fragebogen wurde von einem zu diesem Zweck eigens gegründeten Lenkungsausschuss erstellt. Die dazu erforderlichen Arbeiten wurden in Auftrag gegeben und finanziert durch Fördergelder von GlaxoSmithKline, einem international tätigen Pharmaunternehmen.

Der CAT-Fragebogen ist das Ergebnis wissenschaftlicher Untersuchungen durch international anerkannte Pneumologen. Patienten mit einer COPD waren in wesentlichem Umfang in die Entwicklung und die Überprüfung der Aussagefähigkeit des CAT einbezogen. (Quelle: „Benutzerleitfaden für Ärzte“ CAT™ COPD-Assessment Test, GlaxoSmithKline-Unternehmensgruppe).

Warum wurde der CAT entwickelt?

Im Vergleich zu anderen, sehr viel umfangreicheren Fragebögen zur Ermittlung der Lebensqualität von COPD-Patienten erfordert das Ausfüllen des CAT-Fragebogens nur wenige Minuten. Die – vor allem bei regelmäßigem Ausfüllen – kaum nennenswerte Bearbeitungszeit seitens des Patienten macht den CAT zu einem Instrument für Arzt und Patient, das einen schnellen, aber dennoch krankheitsspezifischen Überblick über den aktuellen Gesundheitszustand des Patienten gibt.

Die (noch) weitgehend übliche Beschränkung der Behandlung einer COPD (fast) ausschließlich aufgrund der durch eine Lungenfunktionsprüfung ermittelten Messwerte bezieht die Gesamtheit der Auswirkungen der COPD auf die Lebensqualität des jeweiligen Patienten, insbesondere bei schon schwerem Verlauf der Erkrankung, nicht angemessen in eine ganzheitliche Behandlung sowohl des Patienten als auch seiner ganz persönlich empfundenen COPD ein.

Um diesen Mangel zu beseitigen, wurde der CAT entwickelt. Der CAT sollte daher – aus meiner Sicht – möglichst weit verbreitet eingesetzt werden, und zwar vor allem auch deshalb, um durch seine umfassende Verwendung in der Praxis herauszufinden, ob er seinem Anspruch auch tatsächlich gerecht wird.

Welche Aussagen muss der Patient zu seiner COPD machen?

Der CAT umfasst acht Aussagen zu den aktuellen Auswirkungen einer COPD auf den Alltag des Patienten. Die Aussagen eins bis fünf betreffen jeweils die aktuelle und individuelle Intensität der typischen Krankheitszeichen einer COPD, nämlich Husten, Auswurf von Schleim und Atemnot bei bestimmten alltäglichen Verrichtungen, die mit einer gewissen körperlichen Belastung verbunden sind.

Das Vorhandensein und die Wahrnehmung der Symptome „Auswurf, Husten, Atemnot“ werden in der Literatur mit der sehr einprägsamen Formulierung „AHA-Effekt“ bezeichnet. Diese Kennzeichen einer COPD, insbesondere dauerhafter Auswurf und Husten, schon in einem sehr frühen Stadium dieser Erkrankung, werden jedoch häufig von Patient und Arzt nicht ernst genug genommen, so dass erst die später noch hinzukommende Atemnot bei körperlicher Belastung die davon Betroffenen einen Arzt aufsuchen lässt. Leider viel zu spät!

Die Bedeutung der sechsten Aussage hinsichtlich der Auswirkungen einer COPD auf die Lebensqualität des Patienten erschließt sich auf Anhieb nur denjenigen, die schon an einem schweren Verlauf dieser Erkrankung leiden. Wenn wir uns den Inhalt eines Fragebogens zur Beurteilung der Lebensqualität eines Diabetikers oder eines Menschen mit einem zu hohen Blutdruck vorstellen sollten, käme wohl niemand auf den Gedanken, deren Lebensqualität damit in Verbindung zu bringen, ob sie wegen ihrer Erkrankung Bedenken haben, das Haus zu verlassen.

Die sechste Aussage hat aber sehr wohl einen hohen Stellenwert für die Beurteilung der Lebensqualität eines COPD-Patienten. Wenn die Bedenken eines Betroffenen so groß sind, dass er seine Wohnung/Haus nicht mehr verlassen will oder kann, dann wird er von seiner Krankheit in seinem häuslichen Umfeld „eingesperrt“. Eine Teilnahme am sozialen Leben in all seinen Formen ist nur noch schwer, kaum oder gar nicht mehr möglich. Die COPD kann aber nicht nur zu einer sozialen Isolation mit

noch schwer, kaum oder gar nicht mehr möglich. Die COPD kann aber nicht nur zu einer sozialen Isolation mit all ihren emotionalen Folgen bis hin zu schweren seelischen Begleiterkrankungen führen. Zu Hause eingeschlossen zu sein, führt auch bei der überwiegenden Anzahl der Patienten zu einer dramatischen Abwärtsspirale der körperlichen Leistungsfähigkeit. Es fehlt im wahrsten Sinne des Wortes an der Kraft, die Anforderungen des Alltags noch bewältigen zu können. An Aktivitäten außerhalb der eigenen vier Wände ist schon gar nicht mehr zu denken.

Die siebte Aussage betrifft die Qualität des Schlafes. Auch sie ist mehr als nur eine Antwort auf die Frage „Schlafen Sie gut?“ Selbstverständlich ist auch und gerade ein COPD-Patient auf einen gesunden Schlaf angewiesen. In einem fortgeschrittenen Stadium einer COPD ist aber genau das Gegenteil der Fall; die Patienten klagen häufig über Schlafstörungen.

Ein Hinweis auf das Bestehen schwerwiegender Schlafstörungen muss in jedem Fall von einem Facharzt abgeklärt werden. Unter Umständen ist eine nicht-invasive Beatmung oder eine Überdruckbeatmung (bei Vorliegen einer Schlafapnoe) erforderlich.

tienten vermitteln. Wenn der Arzt seinen Patienten lange genug kennt, wird er die Bewertung dieser Aussage durch seinen Patienten mutmaßlich richtig einordnen können.

Wie findet der COPD-Patient den „richtigen“ Punktwert für die jeweilige Aussage und was bedeutet die Summe der Punktwerte?

Bei den Aussagen, die der Patient im CAT-Fragebogen über den aktuellen Zustand seiner COPD machen soll, soll jeweils ein Wert zwischen 0 und 5 angekreuzt werden. Die für die acht Aussagen angegebenen Punkte werden dann zu einer Summe addiert.

In den Informationsveranstaltungen über den CAT, die ich bisher in unseren Ortsverbänden durchgeführt habe, wurde stets am meisten darüber diskutiert, wie denn der „richtige“ Wert zwischen 0 und 5 ermittelt werden könnte; das sei doch recht schwierig.

Bei der Lösung dieses „Problems“ sollen Ihnen die folgenden Anmerkungen helfen. Nehmen wir als Beispiel die erste Aussage zum Krankheitszeichen „Husten“.



Die Aussage, ob Sie als COPD-Patient „nie“ oder „ständig“ husten, dürfte Ihnen ja nicht schwer fallen. Das heißt, ob Sie die 0 oder die 5 ankreuzen müssen, sollte eigentlich ohne langes Nachdenken möglich sein. Bitte – und das ist sehr wichtig – bedenken Sie, dass der CAT den aktuellen Stand Ihrer COPD wiedergeben soll. Es geht also um einen Zeitraum von ein bis maximal zwei Wochen vor Ihrem beabsichtigten Arztbesuch. Das schließt allerdings nicht aus, dass die Krankheitszeichen „Husten“ und „Verschleimung“ oder auch die „Atemnot“ bei Ihrer individuellen COPD unter Umständen schon dauerhaft – vielleicht in unterschiedlicher Intensität auftreten können.

Das „Problem des richtigen Ankreuzens“ liegt also bei der Bandbreite der Punkte 1 bis 4. Aus dem verständlichen Bemühen heraus den „richtigen“ Punktwert anzukreuzen, erwartet/sucht der Patient eine Vorgabe für einen „objektiven“ Wert, den es jedoch im CAT-Fragebogen, übrigens im Gegensatz zum Asthmakontrolltest, nicht gibt. Der COPD-Patient muss also selbst entscheiden, ob er die 1 oder die 4 ankreuzt. Die 1 steht nach meiner persönlichen Auslegung der Punkteskala für: Ich huste schon einmal ab und zu, gelegentlich, nur morgens oder nachts. Die 4 steht für: Ich huste schon fast ständig, regelmäßig; es gibt aber auch kürzere Zeiträume, in denen ich nicht huste. Es bleiben also bei der Beurteilung des Hustens noch die



Bleiben schwere Schlafstörungen bei COPD-Patienten unentdeckt und damit unbehandelt, kann dies – wie Studien und Erfahrungen zeigen – zu einer Verkürzung der Restlebensdauer führen.

Die achte Aussage betrifft die Selbsteinschätzung des Patienten hinsichtlich seiner vorhandenen „Lebens“-Energie; oder auf Neudeutsch „Wie gut sind Sie denn drauf?“ Die Angabe über die empfundene Energie ist immer nur ein sehr subjektiver Wert. Er soll dem Arzt wohl einen Gesamteindruck über das Befinden seines Pa-

Punktwerte 2 und 3. Wie oft hustet ein Patient, der seinem „Husten“ den Punktwert 2 oder 3 zugeordnet hat? Das weiß nur der Patient selbst. Eine „objektive Hustenhäufigkeit“ bezogen auf den Punktwert 2 oder 3 als Vorgabe gibt es, wie schon erwähnt, nicht. Sie selbst müssen sich zwischen 2 und 3 entscheiden.

Wenn Ihr Arzt Sie fragt: „Warum haben Sie 2 oder 3 angekreuzt?“, dann sollten Sie Ihrem Arzt sagen können, was Sie dazu bewogen hat, sich für die 2 oder 3 zu entscheiden. Es wäre für Sie und Ihren Arzt daher hilfreich, wenn Sie sich dazu beim Ausfüllen des CAT-Fragebogens kurz notierten, zum Beispiel auf dessen Rückseite, warum Sie sich für die 2 oder 3 entschieden haben.

So wie bei der Bewertung Ihrer Aussage zu Ihrem „Husten“, sollten Sie auch bei den übrigen sieben Aussagen vorgehen. In dem „Benutzerleitfaden für Ärzte“ wird empfohlen, dass die Patienten den CAT routinemäßig alle 3 bis 6 Monate ausfüllen sollten, und zwar entweder schon zu Hause oder in der Praxis Ihres Arztes.

Der Gesamtbetrag der von dem Patienten bei den einzelnen Aussagen vergebenen Punkte wird in dem Kasten „Summe“ erfasst. Dieser Gesamtpunktwert wird „CAT-Score“ genannt; er kann bis zu maximal 40 Punkten betragen. Je höher die Gesamtpunktzahl ausfällt umso größer sind die Auswirkungen der COPD auf das gesundheitliche Befinden und die Lebensqualität des Betroffenen.

Aus der Verteilung der Punkte auf die acht Aussagen wird zudem erkennbar, bei welchem Krankheitszeichen der Patient die größten Beeinträchtigungen sieht. Hier muss dann die aktuelle Behandlung der COPD ansetzen. In dem „Benutzerleitfaden für Ärzte“ wird der Grad der Beeinträchtigung in Abhängigkeit von dem Gesamtbetrag der vergebenen Punkte wie folgt definiert:

Welche Behandlungsmaßnahmen bei dem Patienten

Gesamtbetrag der Punkte	Grad der Beeinträchtigung
unter 10	gering
10 bis 20	mittel
über 20	hoch
über 30	sehr hoch

aufgrund des jeweils ermittelten Grades der Beeinträchtigung empfohlen werden, kann Ihr Arzt dem Benutzerleitfaden entnehmen.

Zusammenfassung und Ausblick

Der CAT-Fragebogen kann vom Patienten – spätestens beim zweiten Mal – in wenigen Minuten ausgefüllt werden. Er ist zusammen mit den Ergebnissen der Prüfung der aktuellen Lungenfunktion und dem individuellen Exazerbationsrisiko die dritte wichtige Komponente, die für die Behandlung einer COPD künftig ausschlaggebend sein soll.

Der Arzt erkennt bei der Betrachtung des CAT auf Anhieb, in welchen Bereichen der Patient die Auswirkung der COPD auf seinen Alltag und seine Lebensqualität als besonders schwerwiegend empfindet. Ansätze und Möglichkeiten der Behandlung können daher – wenn noch möglich – zielgerichteter gefunden und eingeleitet werden.

Der CAT kann bei allen Patienten – unabhängig vom jeweiligen Schweregrad ihrer COPD – eingesetzt werden. Der CAT kann nur insgesamt angewendet werden; eine Verkürzung auf einzelne Aussagen ist nicht zulässig. Nur wenn alle Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge und mit dem genauen Wortlaut verwendet werden, kann der Test, so wie er wissenschaftlich validiert wurde, reproduzierbare und vergleichbare Ergebnisse erzielen.

Bei realistischer Betrachtungsweise ist festzustellen, dass der CAT in Kliniken und Arztpraxen bisher noch kaum eingesetzt wird. Sei es weil der CAT überhaupt noch nicht bekannt ist, sei es weil der CAT als zusätzliche zeitliche Belastung in dem ohnehin schon knappen Zeitraum für das Gespräch mit dem Patienten angesehen wird. Es bleibt aber die Hoffnung, kommt Zeit, kommt CAT!

Ich bin davon überzeugt, dass der CAT auch unabhängig davon, ob er wissenschaftlich ausreichend fundiert ist – von Ärzten werden dazu unterschiedliche Meinungen vertreten – für COPD-Patienten ein geeignetes Hilfsmittel zur Beobachtung des Verlaufs ihrer COPD und zur Vorbereitung des Gesprächs bei einem Besuch ihres Arztes geeignet ist.

Ihr Arzt sollte die Ergebnisse des CAT für seine Therapieempfehlung eigentlich nutzen können. Tut er dies nicht, fragen Sie ihn weshalb die Aussagen über den aktuellen Zustand Ihrer COPD, die Sie so richtig wie möglich festgehalten haben, ihn nicht interessieren.

Dr. rer. pol. Helmut Berck,
Mainz
Ehrendirektor
Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.

