

Pulmonale Rehabilitation in der Schweiz

Werner Karrer

Luzerner Höhenklinik Montana



Die pulmonale Rehabilitation gehört zu den klassischen Rehabilitationsgebieten. Sie wurde in den letzten Jahrzehnten weltweit ein wichtiges Standbein in der Behandlung von chronischen Atemwegserkrankungen [1]. Seit 2005 ist die pulmonale Rehabilitation entsprechend einer Indikationsliste in der Grundversicherung kostenpflichtig (Tab. 1 ↻) [2]. Die häufigsten Indikationen bei Patienten, die eine pulmonale Rehabilitation durchlaufen, sind chronisch-obstruktive Lungenkrankheiten, schwere Lungenerkrankungen, thoraxchirurgische Eingriffe zur Verbesserung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit oder postoperativ nach Lungenoperationen [3].

Welche Patienten qualifizieren für eine pulmonale Rehabilitation?

Zwei typische Patientengruppen qualifizieren für die pulmonale Rehabilitation. Einerseits Patienten mit einem stabil schlechten Zustand wegen einer chronisch-obstruktiven Lungenkrankheit, deren Leistungsfähigkeit langsam abnimmt. Sie profitieren von der Rehabilitation durch die nachhaltige Verbesserung ihrer Leistungsfähigkeit. Andererseits sehen wir in der Schweiz auch viele Patienten, die unmittelbar nach einer schweren Exazerbation einer chronisch-obstruktiven Bronchitis oder im Anschluss an eine schwere Lungenkrankheit zur Rehabilitation zugewiesen werden. Im umliegenden Ausland sind diese Patienten selten in Rehabilitationsprogrammen anzutreffen. Es werden dort vorwiegend Patienten in stabilem Zustand rehabilitiert. In der Schweiz wurden aber, aufgrund der guten Infrastruktur der Rehabilitationskliniken, immer schon Patienten kurz nach einer Exazerbation, also akut kranke Patienten, in eine stationäre Rehabilitation zugewiesen. Es interessiert deshalb besonders, ob diese Form der Rehabilitation ebenso erfolgreich ist wie diejenige in einer stabilen Phase. In einer kürzlich erschienenen multizentrischen Schweizer Studie konnte nachgewiesen werden, dass dem tatsächlich so ist. Patienten nach einer Exazerbation zeigen sogar eine raschere Verbesserung, die ebenso lange anhält wie bei Rehabilitation in einer stabilen Phase [4]. Internationale Studien darüber gibt es nur wenige.

Der typische Patient in einer pulmonalen Rehabilitation ist ein Mann oder eine Frau im mittleren Alter mit einer COPD GOLD II–IV und einer langjährigen Raucheranamnese [5, 6]. Es profitieren aber auch jüngere Patienten mit schwerem, schlecht kontrollierbarem Asthma, besonders dann, wenn sie aus dem krank machenden Umfeld herausgenommen werden können. Immer mehr an Bedeutung gewinnt auch die präoperative Rehabilitation vor thoraxchirurgischen Eingriffen [7].

Das pulmonale Rehabilitationsprogramm

Jedes Rehabilitationsprogramm ist interdisziplinär. Ob stationär oder ambulant, das Rehabilitationsteam besteht immer aus verschiedenen medizinischen Disziplinen. Neben der ärztlichen Behandlung gehören die Physiotherapie und eine ausgebaute Patientenschulung mit Anleitung zum Selbstmanagement der Krankheit dazu. Häufig sind auch psychologische Interventionen, Ernährungsberatung und Sozialberatung notwendig. Die stationären Programme werden nach den ICF-Kriterien (International Classification of Functioning, Disability, and Health) aufgebaut.

Eingeschränkte Funktion

Eine umfassende Diagnostik ist immer notwendig, um das Ausmass der Einschränkung und die Leistungsfähigkeit des Patienten zu Beginn der Rehabilitation zu beurteilen. Die zugrundeliegende Krankheit muss medizinisch optimal behandelt werden. Dies bedeutet nicht nur die Abgabe von Medikamenten, sondern auch die genaue Instruktion und Kontrolle der Inhalationstechniken mit den verschiedenen Inhalationsgeräten. Schulungen mit Krankheitslehre und Verständnis für die Behandlungen gehören zwingend dazu [8].

Aktivität

Bei chronischen Atemwegserkrankungen leidet die körperliche Aktivität massiv dadurch, dass die Patienten rasch in eine Dyspnoe geraten und dadurch je länger, je inaktiver werden. Kommt hinzu, dass auch Medikamente, zum Beispiel Steroide, die nicht selten eine Myopathie verursachen, den Circulus vitiosus verstärken können. Primäres Ziel der ersten Phase der Rehabilitation ist die Wiederengewinnung von Aktivität.

Partizipation und Umwelt

Später sind auch die Faktoren der Partizipation im sozialen Umfeld und die nähere Umwelt des Patienten zuhause Thema im Rehabilitationsteam. Patienten mit schwerer Dyspnoe benötigen Hilfe für ihre alltäglichen Verrichtungen. Die Installation einer Langzeit-Sauerstofftherapie oder gar einer nächtlichen Beatmung kann notwendig werden. Die Interdisziplinarität dieser modernern Behandlungen ist ausschlaggebend für den Erfolg.

Es müssten viel mehr Patienten rehabilitiert werden!

Grundsätzlich sind in der Schweiz flächendeckend ambulante und stationäre Programme für pulmonale Rehabilitation vorhanden (Übersicht über die Institutionen unter



Werner Karrer

Tabelle 1

Krankheitsbilder/Indikationen für die pulmonale Rehabilitation (Patienten in stabilem Zustand oder nach akuter Exazerbation).

COPD (J40–J44)
Cystische Fibrose (E84)
Asthma bronchiale (J45)
Interstitielle Lungenkrankheiten (J80–J84)
Thoraxwand- und Atemmuskelerkrankheiten (M40, M41, G71, G72)
Andere chronische Lungenkrankheiten (J98, J99) (auch mit mechanischen Atemhilfen)
Prä- und postoperativ bei Lungenoperationen (J95)

www.pneumo.ch/de/kommissionen-und-arbeitsgruppen/kommission-pulmonale-rehabilitation-und-patientenschulung/anerkannte-zentren.html). Eher für die Zuweisung in ein stationäres Programm sprechen eine stark verminderte Mobilität des Patienten, der Schweregrad der Erkrankung (COPD GOLD III und IV) und schwierige Verhältnisse im sozialen Umfeld. Auch das Fehlen eines ambulanten Programms in der näheren Umgebung des Wohnorts kann ausschlaggebend sein, dass ein Patient stationär rehabilitiert werden muss. Punkte Qualität sind stationäre und ambulante Programme vergleichbar. Alle Programme werden von der Kommission für Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie akkreditiert und regelmässig auditiert. In der Schweiz werden leider nach wie vor sehr wenige Patienten pulmonal rehabilitiert. Es besteht ein deutlicher Nachholbedarf. Ein Grund dafür ist wahrscheinlich, dass nach wie vor nicht genügend bekannt ist, was die pulmonale Rehabilitation alles leisten kann für diese chronisch kranken Patienten [9].

Rehabilitation bei multimorbiden Patienten

Fast alle Patienten, die zur pulmonalen Rehabilitation kommen, leiden noch an zusätzlichen Krankheiten, sei dies an Herzkrankheiten, psychischen Krankheiten wie Depressionen oder einem metabolischen Syndrom. Diese Begleiterkrankungen sind in keiner Weise Ausschlusskriterien für eine Rehabilitation. Im Gegenteil, eine umfassende multidisziplinäre Rehabilitation kann auch die Lebensqualität dieser Patienten signifikant verbessern [10, 11]. Eine spezielle Form der Komorbidität ist die Verbindung zwischen COPD und Obstruktiver Schlafapnoe. Daraus können schwere Atemprobleme in der Nacht resultieren. Solche Patienten benötigen oft eine nächtliche Atemunterstützung (CPAP) oder eine nächtliche Ventilation. Probleme können ebenfalls die alveoläre Hypoventilation und die Hyperkapnie darstellen, die in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung häufig zu sehen sind. Eine umfassende Rehabilitation mit Schulung für die Atemunterstützung ist zwingend und während einer pulmonalen Rehabilitation gut möglich und einzuplanen [12].

Raucherentwöhnung und Ernährungsberatung

In den letzten Jahren wurden die Raucherentwöhnungsprogramme sowohl in den Akutspitälern, vor allem aber

auch in den Rehabilitationsprogrammen intensiviert. Alle Raucher in einem pulmonalen Rehabilitationsprogramm durchlaufen eine Raucherentwöhnungsberatung. Durch die zunehmende Immobilität wird das Körpergewicht häufig zum Problem. Die auf den ersten Blick gut genährten Patienten erweisen sich beim genaueren Hinsehen (Bodyimpedanzmessung) als Menschen, deren Körpersubstanz vorwiegend aus Fett, aber kaum mehr aus Muskeln besteht. Ganz andere Massnahmen bezüglich Ernährung sind bei Patienten mit einer schweren COPD und einer pulmonalen Kachexie notwendig. Diese Patienten benötigen ihre Energiereserven zum Atmen und können die notwendigen Kalorien wegen der Atemnot kaum mehr zu sich nehmen: ein weiterer Teufelskreis. Deshalb ist eine individuell angepasste Ernährungsberatung für fettleibige und kachektische Patienten wichtig. Wir empfehlen auch, vor und nach der Rehabilitation den diesbezüglichen Erfolg durch eine Bodyimpedanzmessung zu dokumentieren [13].

Komplikationen

Bei den meist schwerkranken Patienten kann es während der Rehabilitation auch zu Komplikationen kommen. Der häufigste Grund, eine Rehabilitation abubrechen, ist eine erneute Exazerbation. Todesfälle treten allerdings während der Rehabilitation sehr selten ein. Weitere Abbruchkriterien sind oft persönlicher Art: Nicht selten sind die Patienten nicht mehr motiviert, das Programm weiterzuführen.

Leistungsfähigkeit, Lebensqualität und Überleben verbessern

Die pulmonale Rehabilitation ist eine interdisziplinäre Behandlung von Patienten, die durch ihre Lungenerkrankung schwer eingeschränkt sind. Sie hat sich in den letzten 20 Jahren zu einer weltweit anerkannten, wichtigen therapeutischen Möglichkeit für Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen entwickelt. Die pulmonale Rehabilitation gehört heute fest zum Konzept einer modernen und erfolgreichen Behandlung chronischer Lungenpatienten. Sie kann ambulant oder stationär durchgeführt werden, je nach Schweregrad und Mobilität der entsprechenden Patienten.

Das Ziel, die Verbesserung der Lebensqualität und die Verbesserung der Leistungsfähigkeit durch vermehrte Aktivität und Partizipation am sozialen Leben, kann nur erreicht werden, wenn die Patienten zusätzlich zum Nikotinstopp und zur medikamentösen Behandlung auch konsequent ein Programm für pulmonale Rehabilitation absolvieren.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Werner Karrer
Luzerner Höhenklinik Montana
CH-3963 Crans-Montana
[werner.karrer\[at\]LHM.ch](mailto:werner.karrer[at]LHM.ch)

Literatur

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.