

Möglichkeiten...

einer pneumologischen Rehabilitation

Ein wesentlicher Faktor der leitlinienkonformen Basistherapie bei der COPD ist nach aktuellen Erkenntnissen die pneumologische Rehabilitation. Im Rahmen der RehaMaßnahmen haben Betroffene die Möglichkeit zur fundierten Aufklärung und Analyse ihrer Erkrankung.

Parallel dazu sollten transparent physische, psychische, medikamentöse und ernährungsspezifische Konzepte sowie deren Zusammenhänge vermittelt werden. Oberstes Ziel muss sein, die Lebensqualität des Einzelnen zu erhöhen bzw. zu stabilisieren und seine Teilhabe in allen Lebensbereichen sicherzustellen. Die Qualität der dabei vermittelten Hilfestellungen und Lösungsstrategien wird gesichert durch die Expertise und die Erfahrung inter-

disziplinärer Teams in spezialisierten Kliniken und besitzt daher zentralen Wert bei der erfolgreichen Langzeitbehandlung von COPD-Patienten.

In diesem Artikel werden die Risikofaktoren und die zu bearbeitenden Meilensteine in der pneumologischen Rehabilitation inhaltlich skizziert und ihr Stellenwert für eine erfolgreiche COPD-Behandlung aufgezeigt.

Risikofaktoren an einer COPD zu erkranken, stellt die folgende Abbildung der Forschungsgesellschaft Atemwegkrankungen e.V. umfassend dar, die auf den Ausführungen von Herrn Professor Dr. Helmut Teschler, Ruhrlandklinik Essen, anlässlich des Symposium Lunge 2016 basieren:

Risikofaktoren für die Entwicklung einer COPD



Quelle: Jochheim, R. J., 2017, www.atemwege.science

Rauchen

Aktives Rauchen

Bei der Auseinandersetzung mit der COPD-Thematik „beeinflussbare Risikofaktoren“ muss primär das Rauchen genannt werden. Das Tabakrauchen erhöht das Risiko an einer COPD zu erkranken um das bis zu 13-Fache. 80 bis 90 % aller betroffenen COPD-Patienten sind Raucher und ca. 20 % aller Raucher entwickeln eine COPD.

Passivrauchen

In Deutschland sind immer noch mehr als ein Viertel der Nichtraucher regelmäßig Passivrauch ausgesetzt. Nach Schätzungen der Europäischen Lungenfachgesellschaft sterben in Deutschland jedes Jahr ca. 4000 dieser Nichtraucher an den Folgen des Passivrauchens, davon über 900 Patienten an einer durch das Passivrauchen verursachten COPD.

Aber Rauchen ist nicht nur der Primärrisikofaktor zur Entwicklung einer COPD, sondern ebenso der treibende Faktor für ein schnelles Fortschreiten der Erkrankung. Für Rehabilitationseinrichtungen bedeutet diese Tatsache, dass ein zielgerichtetes Nichtrauchertraining die effektivste Intervention für den nachhaltigen Erfolg einer Rehabilitation ist. Da es sich beim Rauchen um ein Suchtverhalten handelt, hat sich ein psychologisch gestütztes Training bewährt, das auf stabilen Gruppen basiert, die gemeinsam am Erfolg arbeiten. Parallel dazu werden ergänzende psychologische Einzelgespräche geführt, um im individuellen Austausch mit dem Therapeuten dem Patienten genügend Raum zu geben, seine Situation zu reflektieren und ihn auf seinem Gesundheitsweg nachhaltig zu stärken. Je nach Abstimmung zwischen dem Betroffenen mit dem behandelnden Arzt kann die Raucherentwöhnung in Fällen einer besonders starken körperlichen Nikotinabhängigkeit mit medikamentösen Hilfsmitteln unterstützt werden.

Bewegung

Die spürbarste Auswirkung der fortgeschrittenen COPD-Erkrankung ist Atemnot bei körperlicher Belastung. Dies führt bei vielen Betroffenen automatisch zu einem Schon- und Vermeidungsverhalten. Ohne ausreichende Aufklärung kann das zu einem Teufelskreis führen:

Atemnot → körperliche Schonung → Bewegungsmangel → Abbau der Muskulatur → vermehrte Atemnot

Diesem Negativkreis gilt es Einhalt zu gebieten und dazu eignet sich die Rehabilitationsmaßnahme perfekt. Mit der abgestimmten Kombination aus Aufklärung, Ausbau der körperlichen Basisleistungsfähigkeit, Training und (Lungen-)Sporttherapie sowie Atem- und Physiothera-

pie kann ein positiver Kreislauf ausgelöst werden. Dieser kann wie folgt aussehen:

Bewegung → Verringerung der Atemnot → Besserung der Leistungsfähigkeit → mentale Erfolgserlebnisse → gestärktes Selbstbewusstsein → Steigerung der Lebensqualität → Bewegung

Für die therapeutisch korrekte Ausführung erarbeiten in der Rehabilitation erfahrene Sportwissenschaftler und Physiotherapeuten mit dem Patienten dessen zukünftiges Bewegungskonzept im Alltag, in Abstimmung auf das Krankheitsstadium des Patienten und im Feedback mit dem behandelnden Arzt.

Den Leitlinien der Thoraxgesellschaften entsprechend sind wesentliche Komponenten der pneumologischen Reha die Schulung und das Training von Ausdauer und Kraft der oberen und unteren Extremitäten.

Unabdingbar für die gewünschten Langzeiteffekte ist nach der Rehabilitation die dauerhafte eigenverantwortliche Fortsetzung der erlernten Übungen und Bewegungsprofile.

Psychische Stärkung

Das Hauptsymptom der COPD ist die Atemnot der Betroffenen. Genau an dieser Stelle treffen sich die körperliche und die psychische Wahrnehmung. Nachvollziehbar ist, dass die körperlich vorhandene Atemeinschränkung oft zu Angst und Paniksymptomen führen kann. Untrennbar damit verbunden sind Zukunftsängste, auch weil Betroffene in der Regel zu wenig Aufklärung über ihre Erkrankung erfahren und so die reichlich vorhandenen, eigenverantwortlichen Handlungsoptionen nicht kennen.

In der pneumologischen Rehabilitation sind Raum und Zeit vorhanden, durch zielgerichtete Angebote die Selbstwirksamkeit der Patienten zu stärken. Dazu zählen u. a. das Vermitteln von mentalen Lösungen, wie Achtsamkeitstraining, Stressmanagement, Entspannung wie z. B. das Programm PRÄGRESS oder autogenes Training. Ebenso Angebote, die die mentale und die körperliche Wahrnehmung vereinen, wie die progressive Muskelentspannung, Atemtherapie oder Yoga. Diese Angebote geben dem Patienten Sicherheit im generellen Umgang mit seiner Erkrankung und in Notsituationen hochwirksame Strategien an die Hand, um dem Gefühl von Hilflosigkeit entgegenzuwirken.

Bei Bedarf kann auch mit psychologischen Interventionen unterstützt werden. Sollten depressive Phasen auftreten, die eine psychotherapeutische Behandlung erfordern, wird auch dieses Angebot in den Rehabilitationseinrichtungen vorgehalten.



Ernährungsberatung

Ernährung

Die medizinischen Forschungsergebnisse der vergangenen Jahre haben gezeigt, dass die COPD nicht ausschließlich als reine Lungenerkrankung behandelt werden kann. Vielmehr ist diese chronische Krankheit

mit vielen, sich gegenseitig beeinflussenden, wechselhaften Veränderungen des gesamten Organismus verbunden. Dazu zählt in besonderem Maße auch der Faktor Ernährung.

Bei der COPD ist die Atmung eingeschränkt, damit steht der notwendige Sauerstoff für die Verbrennung und den folgenden Stoffwechsel in reduziertem Maße zur Verfügung, so dass auch Nähr- und Baustoffe in reduzierter Form aus der Nahrung gezogen werden. Auch ist, durch die Verengung der Atemwege, der Energieverbrauch durch die gestiegene Atemarbeit grundsätzlich höher.

Sowohl eine Mangel- und Fehlernährung, die einhergehen mit einer Reduzierung der Muskelmasse, als auch Übergewicht wirken sich auf die Komplikationsrate und den Allgemeinzustand bei Erkrankten aus. Die nachfolgende Tabelle zeigt anlehnend an Dennis Bösch, Klinikum Deggendorf („COPD: Ernährungsmedizinische Betreuung“) identifizierte Auslöser von Ernährungsproblematiken und damit Risikofaktoren für eine Mangelernährung auszugsweise auf:

mögliche Auslöser	für Ernährungsproblematiken
erhöhter Kalorienbedarf (Ruheenergieumsatz um 20 % oder mehr gesteigert)	<ul style="list-style-type: none"> • chronische Entzündung Gesamtorganismus • gesteigerte Atemarbeit/erhöhter Energiebedarf • Einnahme von appetitanregenden Medikamenten z. B. Kortison • wiederkehrende Infektionen im Körper
Nebenwirkungen von Medikamenten	<ul style="list-style-type: none"> • Mundtrockenheit mit einhergehenden Kau- und Schluckbeschwerden • Appetitlosigkeit • Übelkeit • Magen-Darm-Beschwerden (Magenschmerzen, Sodbrennen, Verstopfung) • Erhöhung des Grundumsatzes/Appetitanregung • Reduktion der Atemmuskelstärke
Dyspnoe (= Atemnot, Kurzatmigkeit, gestörte Atmung mit vermehrter Atemarbeit), unökonomische Atemarbeit bei Belastung	<ul style="list-style-type: none"> • Übergewicht • häufige Infekte mit reduziertem Geschmackempfinden • depressive Verstimmungsphasen und Traurigkeit • beeinflusst und erschwert nicht nur das Essen selbst, sondern auch den Einkauf von frischen Lebensmitteln und deren Zubereitung
Wasting (= ungewollter Gewichtsverlust von mindestens 10 % des Körpergewichts), Reduktion der Muskelmasse	<p>Hier sind auch normal- und übergewichtige COPD-Patienten betroffen.</p> <p>Der Nachweis ist durch eine Bioimpedanzanalyse (BIA) durch ernährungsmedizinische Fachkräfte möglich und sollte idealerweise regelmäßig erfolgen.</p>

Wie aus der Tabelle ersichtlich, liegt die Problematik für einen verschlechterten Ernährungszustand bei COPD im Ungleichgewicht zwischen Nährstoffbedarf und Nährstoffzufuhr begründet.

Aufgabe der Ernährungsexperten in spezialisierten Rehakliniken ist die Feststellung des Ernährungszustands und der Körperzusammensetzung des Patienten und nachfolgend die individuelle Erarbeitung eines passenden Ernährungskonzepts zusammen mit dem Patienten. Im Fokus sollte die Reflektion der späteren leichten Umsetzungsmöglichkeit im Alltag des Betroffenen stehen. Bewährt haben sich u. a. ergänzende Angebote, wie Kochkurse in der Lehrküche, Rezepturen inklusive Herstellungskurs für Energiedrinks, aber auch eine Einbeziehung begleitender Partner.

Medikamentöse Behandlung und Inhalationstechnik

Die medikamentöse Behandlung unterstützt und begleitet das unverzichtbare tägliche Bewegungstraining. Leider hat aber die Erfahrung gezeigt, dass zum Teil ein großer Mangel bei der Durchführung der Inhalation der Medikamente besteht. In der Rehabilitation gehört es zum Pflichtprogramm, dass jeder Patient die Gelegenheit erhält, sein persönliches Inhalationssystem vorzuführen, um die Anwendung zu überprüfen und bei unzureichender Inhalationstechnik, diese zu optimieren. So wird sichergestellt, dass wirksame Arzneimittel zukünftig dahin gelangen, wo sie eine Wirkung entfalten können.

Die Informationen dieses Artikels können die Ansätze der in der pneumologischen Rehabilitation getroffenen Interventionen nur auszugsweise darstellen und erheben daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit.



Dr. Ralf J. Jochheim, MSc, MMBA
Gesundheits- und Klinikmanager
Vorstand der Forschungsgesellschaft Atemwegerkrankungen e.V.
www.Atemwege.science



Martin Leibl
Facharzt für Innere Medizin
und Pneumologie
Chefarzt der Nordseeklinik
Westfalen
Nordseeheilbad Wyk auf Föhr
www.Nordseeklinik.online