

# Ambulanter Rehabilitationsport bei Patienten mit schwerer COPD – nur in Eigenregie möglich?

## Sport Activities of Patients With Severe COPD in an Outpatient Setting – Only Possible with Self-guidance?

### Autoren

U. Koehler<sup>1</sup>, K.-I. Koehler<sup>1</sup>, C. Vogelmeier<sup>1</sup>, H. Worth<sup>2</sup>, O. Göhl<sup>3</sup>

### Institute

<sup>1</sup> SP Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Marburg, Marburg

<sup>2</sup> Medizinische Klinik 1, Fürth (Vorsitzender AG Lungensport und Atemwegsliga)

<sup>3</sup> Klinikum Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie, Bad Reichenhall (Vorstandsmitglied AG Lungensport)

### Bibliografie

**DOI** <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1243964>  
Pneumologie 2010; 64: 194–195 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
ISSN 0934-8387

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. Ulrich Koehler**  
SP Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin  
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH  
Standort Marburg  
Baldingerstraße 1  
35033 Marburg  
koehleru@staff.uni-marburg.de

Ambulante Rehabilitation und Lungensport sind mittlerweile etablierte Therapiekonzepte für Patienten mit mittelgradiger und schwerer COPD. Häufig erfahren die Patienten erstmals im Rahmen einer stationären Rehabilitation die positiven Auswirkungen einer Sport- und Bewegungstherapie. Diese können jedoch, insbesondere bei Patienten mit schwergradigerer Erkrankung, nur aufrechterhalten werden, wenn ein regelmäßiges und der Erkrankung angepasstes körperliches Trainingsprogramm beibehalten wird. Das bedeutet, dass Patienten nach der stationären Rehabilitation körperliches Training in einer ambulanten Lungensportgruppe fortführen sollten.

Es ist eine beeindruckende Erfahrung, die Begeisterungsfähigkeit, den Bewegungsdrang und vor allem die Freude an wieder entdeckter Bewegung bei diesen Patienten mitzuerleben. Das Erkennen der eigenen Fähigkeiten, die zunehmenden „Bewegungsexperimente“ sowie die verbesserte, zum Teil völlig verlernte Koordination geben mehr Sicherheit im Alltag und stärken das Selbstbewusstsein. Dass Funktionstraining nicht nur zu einer Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit beiträgt, sondern vor allem auch zu einer neuen Lebensqualität mit Gemeinschaftssinn und sozialem Miteinander, ist unbestritten.

Die Effektivität pneumologischer Rehabilitation bei der COPD ist durch zahlreiche randomisierte kontrollierte Studien auf hohem Evidenzgrad belegt [1–4]. Stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen für Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen führen zu einer Verminderung von Exazerbationen und einer geringeren Anzahl von Krankenhauseinweisungen und Notfallversorgungen [5]. Das Konzept der Behandlung von Patienten mit COPD ist nach heutigen Kriterien als multidimensional anzusehen, zumal eine ausschließlich medikamentöse Therapie wesentliche Pathomechanismen und begleitende Folgeeffekte nicht ausreichend berücksichtigt [4,6]. Die COPD als systemische Erkrankung hat

langfristig nicht nur pulmonale Effekte mit konsekutiver Einschränkung der Lungenfunktion zur Folge, sondern auch und insbesondere muskuläre, kardiale, ossäre und psychische. Die internationale GOLD-Leitlinie nennt die pneumologische Rehabilitation ab dem Stadium II der Erkrankung als integrativen und festen Bestandteil des Behandlungskonzepts für Patienten mit COPD [7]. Die Fortführung einer stationären oder ambulanten Rehabilitation durch eine Sport- und Bewegungstherapie in Lungensportgruppen verbessert die Nachhaltigkeit der positiven Effekte der Rehabilitationsmaßnahme und ist deshalb, vor allem bei Patienten mit schwerer COPD, von großer Relevanz [8]. Das Ausmaß der körperlichen Aktivität von Patienten mit COPD hat einen engen Bezug zu Morbidität und Mortalität der Erkrankung. Das Risiko der Hospitalisierung sowie der Mortalität ist bei körperlich aktiven Patienten mit COPD signifikant geringer. Die Leistungsfähigkeit von COPD-Patienten aller Schweregrade lässt sich innerhalb von mehreren Wochen verbessern, der Trainingseffekt geht jedoch ohne entsprechende Fortführung der Bewegungstherapie wieder verloren.

Lungensport wird vom Arzt verordnet und stellt eine wohnortnahe effektive Rehabilitationsmaßnahme dar [9]. Diese ist durch den Rahmenvertrag der „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“ vom 01.10.2003 (in der überarbeiteten Fassung vom 01.01.2007) gemäß §44 SGB IX geregelt und wird von den Kostenträgern gefördert. Die Kostenträger bewilligen bei einer chronischen Lungenerkrankung in der Regel zwischen 50 bis 120 Übungseinheiten.

Nach einer Grundförderung besteht in der Regel kein Anspruch mehr auf eine Fortsetzung der Rehabilitationssportmaßnahme. Seitens der Kostenträger bzw. des MDK wird argumentiert, dass eine ergänzende Rehabilitationsleistung allenfalls das Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe hätte. Mithilfe der

Grundförderung müsse erreicht werden, dass der Patient selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining betreibt, und zwar in der bisherigen Lungensportgruppe oder aber im Sportverein, gegebenenfalls auf eigene Kosten. Nur bei Anhaltspunkten für geistige oder psychische Krankheiten oder Behinderungen mit fehlender/nach fehlender selbstgesteuerter Aktivität könne eine längere Förderungsdauer befürwortet werden.

Gemäß Urteil des BSG vom 17. 06. 2008 wurde, nach Ablehnung einer Kostenübernahme für die Verlängerung des Funktionstrainings durch die Kostenträger, verneint, dass die Partner der Rahmenvereinbarung die Regelungsbefugnis haben, den Leistungsanspruch von Funktionstraining zeitlich zu begrenzen. Der Leistungsumfang bei Funktionstraining und Rehabilitationssport bedürfe einer individuellen Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit.

Ambulanter Rehabilitationssport muss bei schwergradig erkrankten COPD-Patienten als eine medizinisch indizierte therapeutische Maßnahme verstanden werden, die einer medikamentösen Therapie von der Bedeutung her gleichsteht. Ambulanter Rehabilitationssport ist kein „Hobbysport“, sondern nachweislich therapeutisch effektiv. Die Disziplin eines Gesunden zu eigenständiger körperlicher Betätigung kann von einem kranken Menschen nicht erwartet werden. Bestimmte Bewegungsabläufe und Koordinationsprozesse sind von diesen Patienten nicht eigenständig umsetzbar und bedürfen der Kontrolle durch den Übungsleiter. Es ist demzufolge nicht zu erwarten, dass der an einer schweren COPD erkrankte Patient in der Lage ist, ein auf das Krankheitsbild ausgerichtetes Training zu Hause alleine zu absolvieren. Das hat auch nichts mit mangelnder Motivation zu tun! Der Patient benötigt das „sichere Bewegungsfeld“ in einer qualifiziert geführten Gruppe. Bedenkenswert ist auch, dass sich die Ausgangssituation für das körperliche Training bei COPD III/IV-Stadien mit jeder Exazerbation verändert und aufgrund der respiratorischen/muskulären Verschlechterung andere Trainingsinhalte in Frage kommen.

Perspektivisch sollte in jedem Falle vermieden werden, dass sich der chronisch kranke Lungenpatient wieder in die heimische Isolation sowie die „Abwärtsspirale der Erkrankung“ hineinbewegt. Die Vermeidung von wiederholten Krankheitsexazerbationen und stationären Krankenhausaufenthalten sollte eine weiterführende, vergleichsweise wenig kostenintensive Finanzierung der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme rechtfertigen.

#### Literatur

- 1 Lacasse Y, Wong E, Guyatt GH et al. Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 1996; 348: 1115 – 1119
- 2 Salman GF, Mosier MC, Beasley BW et al. Rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease: metaanalysis of randomized controlled trials. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 213 – 221
- 3 Evans RA, Singh SJ, Collier R et al. Pulmonary rehabilitation is successful for COPD irrespective of MRC dyspnoea grade. *Respir Med* 2009; 103: 1070 – 1075
- 4 Casaburi R, ZuWallack R. Pulmonary rehabilitation for management of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2009; 360: 1329 – 1335
- 5 Garcia-Aymerich J, Lange P, Benet M et al. Regular physical activity reduces hospital admission and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: a population based cohort study. *Thorax* 2006; 61: 772 – 778
- 6 Vogelmeier C, Buhl R, Criege CP et al. Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). *Pneumologie* 2007; 61: e1 – e40
- 7 Rabe KF, Hurd S, Anzueto A et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 176: 532 – 555
- 8 Taube K, Möller C, Lehmann K, Magnussen H. Lungensportgruppen als effektive Möglichkeit der Rehabilitationsnachsorge. *Pneumologie* 2005; 59: 22 – 0
- 9 Göhl O, Pleyer K, Biberger G et al. Recommendations for planning and realisation of exercise training in outpatient lung sports groups. *Pneumologie* 2006; 60: 526 – 536