

Pulmonale Rehabilitation in der Schweiz: Pflichtleistung der Krankenversicherer in der Grundversicherung (KLV) ab 1. Januar 2005

W. Karrer

Vor über zwei Jahren wurden die Anforderungskriterien an die Pulmonale Rehabilitation in dieser Zeitschrift publiziert [1]. Die Pulmonale Rehabilitation ist eine moderne Behandlungsform für chronische Lungenerkrankungen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität. International sind ausgedehnte Studien durchgeführt worden, die zeigten, dass ein pulmonales Rehabilitationsprogramm bei Patienten mit chronischer obstruktiver Lungenerkrankung oder chronischem Asthma bronchiale zu signifikant besseren Leistungen führt und die Lebensqualität verbessert [2–5]. Als weiteres sind zystische Fibrose (CF) und interstitielle Lungenerkrankungen sowie Zustände nach ausgedehnten Thoraxoperationen Indikationen für eine Pulmonale Rehabilitation (Tab. 1).

COPD (chronic obstructive pulmonary disease)

Die chronische obstruktive Bronchitis nimmt weltweit massiv zu und fordert in der Schweiz Spitalkosten von über 100 Mio. Franken pro Jahr und Folgekosten von gegen einer Milliarde. Man rechnet mit etwa 3% der Bevölkerung, die an einer chronischen obstruktiven Bronchitis leiden. Meist ist das Rauchen die Ursache [6].

Was ist die Pulmonale Rehabilitation?

Die Pulmonale Rehabilitation ist ein multidisziplinäres Programm mit folgenden Zielen:

- Verbesserung der Leistungsfähigkeit/Arbeitskapazität (Evidenz A);
- Verbesserung der Lebensqualität (Evidenz A);
- verbessertes Überleben (Evidenz C);
- Abnahme der Hospitalisationen und Dauer der Bettlägrigkeit (Evidenz B);
- Abnahme der Exazerbationen (Evidenz B).

Ein Team von Therapeuten befasst sich mit der Gesamtheit des kranken Patienten (Tab. 2).

Zielrichtung ist die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Gemäss Untersuchungen in den Vereinigten Staaten sind 10% der männlichen Bevölkerung von einer COPD betroffen, davon ist die Hälfte in den täglichen Aktivitäten eingeschränkt und ein Viertel leidet sogar unter einer Verminderung der Arbeitsfähigkeit [7–9].

Das Programm umfasst Medizinische Trainingstherapie (MTT), ärztliche Informationen und Entspannungsübungen sowie Massnahmen zur Krankheitsverarbeitung mit Risikofaktorenmanagement. Im stationären Programm sind zwischen vier und sechs Stunden tägliche Aktivitäten geplant, im ambulanten jeweils zwei bis drei Stunden pro Therapietag. Die Patienten sind in verschiedene Stärkeklassen eingeteilt, so dass die individuell maximale Leistungsfähigkeit gefordert werden kann [10–12].

Wann soll eine Pulmonale Rehabilitation durchgeführt werden?

Die Pulmonale Rehabilitation sollte allen Patienten mit einer COPD (Schweregrad GOLD III und IV) angeboten werden, damit die fatale Spirale, die von der Dyspnoe über die Angst zur Inaktivität und Dekonditionierung und dadurch zur Isolation führt, rechtzeitig unterbrochen werden kann (Abb. 1).

Optimale Voraussetzungen weisen Patienten in einem stabilen Zustand, aber mit schlechter Leistungsfähigkeit und geringer Lebensqualität auf. Durch die Pulmonale Rehabilitation können solche Leistungen auf ein besseres Niveau gehoben werden. In der Schweiz üblicher ist aber die Pulmonale Rehabilitation im Anschluss an eine Exazerbation. Auch für diese Form gibt es evidenzbasierte Empfehlungen in der Literatur. Eine entsprechende Schweizer Studie ist geplant.

Ein wesentlicher Faktor ist die Motivation des Patienten und seine Bereitschaft, das Rauchen – die häufigste Ursache für eine chronische Bronchitis – aufzugeben. Die Motivation kann

Korrespondenz:
Dr. med. W. Karrer, eMBA HSG
Luzerner Höhenklinik Montana
CH-3963 Crans-Montana
Tel. 027 485 81 51
Fax 027 481 73 64
E-Mail: werner.karrer@LHM.ch

durch Informationen über die Krankheit, die Prognose und die Behandlungsmöglichkeiten verbessert werden. Hierbei sind sowohl Ärzte wie auch Pflegepersonal und Physiotherapeuten gefordert. Verbessert wird die Motivation auch durch ein tägliches, geschriebenes Programm. Der Patient weiss, was ihn am nächsten Tag erwartet. Sehr stark kann die Motivation gefördert werden durch den Einbezug des Patienten in die Programmgestaltung.

Die Gruppenaktivitäten fördern ein Gruppengefühl, das seinerseits wieder zur Leistungsanstrengung anspornt. Ebenso sind positive Feedbacks wie Anerkennung, Diplomaushändigung nach erfolgreicher Rehabilitation und vor allem eine Folgeaktivität in einer «Lungengruppe» günstig in ihrer Wirkung auf die weitere Motivation des Patienten.

Tabelle 1

Indikationenliste (ALVR).

Diagnose	(ICD-10-Code)
Chronische obstruktive Lungenerkrankungen (inkl. Overlap-Syndrom)	J40–J44 / J47
Zystische Fibrose	E84
Asthma bronchiale	J45
Interstitielle Lungenerkrankungen	J60–J70 / J80–J84
Thoraxwand- und Atemmuskelerkrankungen	G47 / G71–G72 / M40–M41
Andere chronische Lungenerkrankungen (auch mit mechanischen Atemhilfen)	J96 / J98 / J99
Prä- und postoperativ bei Lungenerkrankungen	J95
Funktionelle Atemstörungen	F45 / R05–R09

Abbildung 1

Inaktivitätsspirale.



Wie wird die Pulmonale Rehabilitation durchgeführt?

Ein pulmonales Rehabilitationsprogramm basiert auf dem ICF-Code (International Code of Functioning; Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), welche die drei Bereiche Funktion, Aktivität und Partizipation umfasst [13].

Zur Beurteilung der *Funktion* sind eine genaue Diagnostik und die Behandlung des Patienten mit den klassischen Massnahmen (Inhalationen, Trainingstherapie, Ausdauertraining usw.) erforderlich. Dazu gehören aber auch die Behandlung der Psyche und die Berücksichtigung der Sensitivität des Patienten, der Sprache und der Mobilität.

Die *Aktivität* beinhaltet Aktivitäten im Freien und die Kommunikation mit dem Behandlungsteam sowie den Mitpatienten. Die Patienten müssen lernfähig sein und müssen in den Aktivitäten des täglichen Lebens gefördert werden. Die Familie und die soziale Umgebung werden miteinbezogen.

Die *Partizipation* wird gefördert, indem vor Beendigung des Programms das soziale Netzwerk aufgebaut oder verstärkt wird, die Hilfe zur Selbsthilfe, aber auch die Hilfe durch andere organisiert und die Patienten in eine Anschlussbehandlung durch den Hausarzt und wenn möglich in eine Selbsthilfegruppe integriert werden. Die sozialen Aktivitäten sollen dann vom Patienten selbst übernommen werden.

Wo wird in der Schweiz Pulmonale Rehabilitation angeboten?

Es sind zurzeit in der Schweiz zehn stationäre und vierzig ambulante Programme durch die Kommission Pulmonale Rehabilitation und Patientenschulung der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie akkreditiert (vgl. www.pneumo.ch; Tab. 4, 5).

Tabelle 2

Multidisziplinäres Team.

Im Team müssen beteiligt sein:

- Arzt;
- Physiotherapeut/Ergotherapeut;
- Ernährungsberatung;
- Sozialdienst;
- Psychologe;
- Pflegepersonal (bei stationären Patienten).

Die Akkreditierung bedeutet Qualität. Sie richtet sich nach den Kriterien der Arbeitsgemeinschaft Leistungserbringer-Versicherer für wirtschaftliche und qualitätsgerechte Rehabilitation (ALVR). Ob der Patient ambulant oder stationär rehabilitiert werden soll, ist abhängig von verschiedenen patienteneigenen und äusseren Umständen. So muss ein Patient mit einer schweren Erkrankung, einer eingeschränkten Mobilität, auch ein älterer multimorbider Patient, eher stationär rehabilitiert werden. Co-Morbiditäten sind ebenfalls Indikationen für stationäre Rehabilitationen. Jüngere Patienten, die mobil sind und im Berufsleben stehen, können sehr gut ambulant rehabilitiert werden. Ein stationäres Programm dauert in der Regel drei Wochen, ein ambulantes drei bis sechs Monate. In jedem Fall ist eine Integration in eine Anschlussgruppe sinnvoll [14].

Tabelle 3
Kriterien für eine stationäre Pulmonale Rehabilitation.

- Eher für stationäre Rehabilitation spricht:
- schwere Einschränkung der Lungenfunktion, schwere Dekonditionierung, schwere Exazerbation;
 - Alter des Patienten;
 - Co-Morbidität (kardiovaskuläre Krankheiten, Diabetes);
 - krankmachende Umgebung (Arbeitsplatz, Luftverschmutzung, Passivrauch);
 - grosse Distanz von zu Hause zum nächsten Rehabilitationszentrum;
 - notwendige zusätzliche Behandlungen (Langzeitsauerstofftherapie, mechanische Heimventilation, transtrachealer Katheter).

Tabelle 4
Stationäre Rehabilitationsprogramme in der Schweiz (2004).

Ort	Institution
Barmelweid	Klinik Barmelweid
Davos	Alpine Kinderklinik
Heiligenschwendi	Berner Reha Zentrum
Montana	Centre Valaisan de Pneumologie
Montana	Luzerner Höhenklinik Montana
Rolle	Hôpital de Rolle
Unterägeri	Zuger Höhenklinik Adelheid
Wald	Zürcher Höhenklinik Wald
Walenstadtberg	Rehabilitationsklinik

Kosten

Die Kosten für stationäre Programme sind durch die Tagesvollpauschalen der Rehabilitationskliniken festgelegt, welche sich in der Grössenordnung von Fr. 400.– pro Tag bewegen (bei öffentlichen Spitälern 50% Versicherer, 50% öffentliche Hand).

Die Vergütung der ambulanten Programme ist noch Gegenstand von Verhandlungen. Bis Ende März 2005 wird ein verbindlicher Kostenrahmen durch die Leistungserbringer und santésuisse definiert sein.

Aussichten

In der Schweiz wird nur ein geringer Teil der für eine Pulmonale Rehabilitation qualifizierten Patienten in ein entsprechendes Programm eingewiesen. Hauptsächlich handelt es sich um COPD-Patienten, teilweise auch um Patienten mit einem chronischen Asthma oder einer CF. Das Rehabilitationspotential ist aber gross und sollte, um die Folgekosten der Krankheit und die Arbeitsausfälle zu vermindern, besser genutzt werden. Die Programme sind gut und evidenzbasiert, die Qualitätskontrolle ist garantiert und die Behandlungsorte sind über die ganze Schweiz verteilt, so dass der nächstgelegene Behandlungsort für alle Patienten gut erreichbar ist.

Nichtrauchen

Nichtrauchen ist eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation. Ein Raucherentwöhnungsprogramm ist in jedem pulmonalen Rehabilitationsprogramm integriert. Auch wenn der Erfolg der Raucherentwöhnung nicht überwältigend ist, so lohnt sich ein Versuch trotzdem. Mit den heutigen Mitteln ist dem Arzt und dem Therapeuten einiges in die Hand gegeben, das er erfolgreich nützen kann (Nikotinersatz, psychologische Gespräche, medikamentöse Therapie).

Zusammenfassung

Die Pulmonale Rehabilitation ist eine Therapieform für chronische Lungenkrankheiten, die evidenzbasiert ist, die die körperliche Leistungsfähigkeit und die Lebensqualität signifikant verbessert, die Spitalaufenthalte und Spitaltage vermindert, die Arbeitsfähigkeit verbessert und den Absentismus minimiert. Motivierte Patien-

ten, die auch für einen Raucherstopp bereit sind oder bereits mit Rauchen aufgehört haben, sind die besten Kandidaten für eine Pulmonale Rehabilitation.

Tabelle 5

Ambulante Rehabilitationsprogramme in der Schweiz (2004).

Ort	Institution
Aarau	Dr. R. Bettschart
Basel	Medical Fitness Team, Dr. P. Ruff
Basel	Kinderspital beider Basel, Dr. J. Hammer
Bellinzona	Ospedale Regionale, Dr. F. Quadri
Bern	Lindenhofspital, Dr. W. Bauer
Bern	Inselspital Kinderklinik, Dr. M. H. Schöni
Biel	Dr. R. Bösigler, Dr. U. Aeby
Chur	Kantonsspital, Dr. M. Kuhn
Davos	Alpine Kinderklinik, Dr. B. Knöpfli
Frauenfeld	Lungenliga Thurgau, Dr. R. Mayer
Genf	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Prof. T. Rochat
Glarus	Lungenliga Glarus, Drs. B. Villiger, C. Leser, B. Frühauf, K. Bloch
Laufenburg	Regionalspital, Dr. E. Koltai
Lausanne	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Prof. J. M. Fitting
Lausanne	Clinique Cécil, Dr. F. Heinzer
Lenzburg	Dr. G. Rüttimann
Luzern	Klinik St. Anna, Dr. Christoph Wyser, Dr. Ingo Fengels
Martigny	Hôpital Régional, Dr. P. Y. Uldry
Montana	Centre Valaisan de Pneumologie, Prof. J. M. Tschopp
Mottex	Hôpital Riviera, Dr. F. Héritier, Dr. J. F. Vodoz
Rolle	Hôpital Régional, Dr. B. de Muralt
Samedan	Spital Oberengadin, Dr. D. Marugg
Schaffhausen	Lungenliga Schaffhausen, Dr. J. Häggi
Schinznach	Dr. G. Rüttimann
Solothurn	Lungenliga Solothurn, Dr. T. Schmid
St. Gallen	Lungenliga St. Gallen, Kantonsspital, Dr. A. Knoblauch
Uznach	Lungenliga St. Gallen, Spital Linth, Dr. C. Leser
Thun	Ambulante pulmonale Rehabilitation Berner Oberland, Dr. C. Meisels
Wald	Zürcher Höhenklinik Wald, Dr. O. Brändli
Walenstadt	Lungenliga St. Gallen, Dr. B. Frühauf
Winterthur	Kantonsspital, Dr. T. Hess, Dr. M. Hofer
Wohlen AG	Dr. G. Rüttimann
Yverdon	Dr. L. Vollenweider
Zug	Kantonsspital, Dr. P. Dür, Dr. R. Godly
Zürich	LungenZentrum Hirslanden, Dr. J. Barandun
Zürich	Spital Bethanien, Dr. U. Lagler
Zürich	Kinderspital, Prof. F. Sennhauser, Dr. J. Wildhaber
Zürich	Stadtspital Triemli, David Gym, Dr. E. Imhof
Zürich	Spital Zollikerberg, Drs. U. Lagler, P. Langlosh, P. Siegrist
Zürich	McFit, Dr. D. Ritscher

Literatur

- 1 Karrer W. Anforderungskriterien der ALVR für die stationäre Pulmonale Rehabilitation. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(37):1925-7.
- 2 Lacasse Y, Wong E, Guyatt GH, King D, Cook DJ, Goldstein RS. Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. Lancet 1996;348:1115-9.
- 3 Hui KP, Hewitt AB. A simple pulmonary rehabilitation program improves health outcomes and reduces hospital utilization in patients with COPD. Chest 2003;124:94-7.
- 4 Büchi S, Brändli O, Klingler K, Klaghofer R, Buddeberg C. Stationäre Rehabilitation bei Patienten mit chronischer obstruktiver Lungenerkrankung (COLK): Effekte auf körperliche Leistungsfähigkeit, psychisches Wohlbefinden und Lebensqualität. Schweiz Med Wochenschr 2000; 130:135-42.
- 5 Puhan M, Steurer J. Wirksamkeit der Pulmonalen Rehabilitation bei Patienten mit COPD oder Asthma bronchiale. Eine systematische Beurteilung der Literatur. Bundesamt für Sozialversicherung und Helmut Horten Stiftung Universitätsspital Zürich 2003.
- 6 Russi EW, Leuenberger P, Brändli O, Frey JG, Grebski E, Gugger M et al. Management of chronic obstructive pulmonary disease: the Swiss guidelines. Official Guidelines of the Swiss Respiratory Society. Swiss Med Wkly. 2002;132(5-6): 67-78.
- 7 Cox NJ, Hendricks JC, Binkhorst RA, van Herwaarden CLA. A pulmonary rehabilitation program for patients with asthma and mild chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Lung 1993;171:235-44.
- 8 Domingo-Salvany A, Lamarca R, Ferrer M, Carcia-Aymerich J, Alonso J, Félez M et al. Health-related quality of life and mortality in male patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 2002;166:680-5.
- 9 Strassels SA, Smith DH, Sullivan SD, Mahajan PS. The costs of treating COPD in the United States. Chest 2001;119:344-52.
- 10 Stewart DG, Drake DF, Robertson CH, Marwitz JH, Kreutzer JE, Cifu DX. Benefits of an inpatient pulmonary rehabilitation program: a prospective analysis. Arch Phys Med Rehabil 2001;82:347-52.
- 11 Lacasse Y, Guaytt GH, Goldstein RS. The components of a respiratory rehabilitation program. A systematic overview. Chest 1997;111:1077-88.
- 12 Bingisser RM, Joos L, Frühauf B, Caravatti M, Knoblauch A, Villiger PM. Pulmonary rehabilitation in outpatients with asthma or chronic obstructive lung disease. Swiss Med Wkly 2001; 131:407-11.
- 13 World Health Organization. International Classification of Functioning and Disability.
- 14 Brändli O. Stationäre und ambulante pulmonale Rehabilitation in der Schweiz. Schweiz Med Forum 2001;1(46):1154-7.