

Pneumologische Rehabilitation

- eine Einführung -



RehaUpdate „Pneumologische Rehabilitation“
RFV Freiburg / Bad Säckingen
26. April 2013, Freiburg

U. Kaiser
Hochgebirgsklinik Davos





Hochgebirgsklinik Davos

Pneumologie · Dermatologie · Allergologie · Pädiatrie · Innere Medizin · Sozialmedizin · Psychologie · Ophthalmologie · HNO-Heilkunde

Interdisziplinäre Kompetenz unter einem Dach:

- Klinik für Pneumologie/Allergologie
- Klinik für Dermatologie/Allergologie
- Allergieklinik – Zentrum für Kinder und Jugendliche
- Klinik für Psychosomatik
- Augenklinik

Vereinbarungen mit allen deutschen Kostenträgern zur Akut- und Rehabilitationsbehandlung: Rentenversicherung, Krankenkassen, Versorgungsämter, Beihilfe

Vereinbarungen mit allen wesentlichen Krankenkassen der Schweiz: Akut- und Rehabilitation für Pneumologie / Dermatologie, Rehabilitation für Psychosomatik





Rehabilitation chronischer Krankheiten

- Lebenslanger Prozess
- Chronische, progrediente Verläufe
- Langzeitorientierung der Rehabilitation
- Rehabilitationsmaßnahmen führen zu einer deutlichen Verbesserung, jedoch von begrenzter Dauer
- Im Rehabilitationssystem muss daher durch eine intensivierete Nachsorge der Rehabilitationserfolg stabilisiert und die Progredienz verlangsamt werden

Häufigste Krankheitsbilder

- **Asthma bronchiale**
- **akute und chronische Bronchitis**
- **chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)**
- pulmonale Hypertonie (hoher Blutdruck in den Pulmonalarterien)
- Bronchialkarzinom (Lungenkrebs)
- **Lungenemphysem (Blählunge)**
- Pleuritis (Rippenfellentzündung)
- Lungenentzündung (Pneumonie)
- Lungentuberkulose
- **Mukoviszidose (zystische Fibrose)**
- Lungenfibrose
- Pleuraerguss
- **Schlafapnoe-Syndrom**
- Lungenembolie
- interstitielle Lungenerkrankungen

Differenzialdiagnose Asthma / COPD

Merkmal	Asthma	COPD
Alter bei Erstdiagnose	meist: Kindheit, Jugend	meist 6. Lebensdekade
Tabakrauch	kein Kausalzusammenhang	überwiegend Raucher
Atemnot	anfallsartig auftretend	bei Belastung
Allergie	häufig	selten
Reversibilität der Obstruktion	gut: $\Delta FEV_1 \geq 15\%$	nie voll reversibel $\Delta FEV_1 < 15\%$
Obstruktion	variabel, episodisch	persistierend, progredient
Bronchiale Hyperreagibilität	regelmäßig vorhanden	möglich
Ansprechen auf Kortison	regelmäßig vorhanden	gelegentlich

Pneumologische Rehabilitation

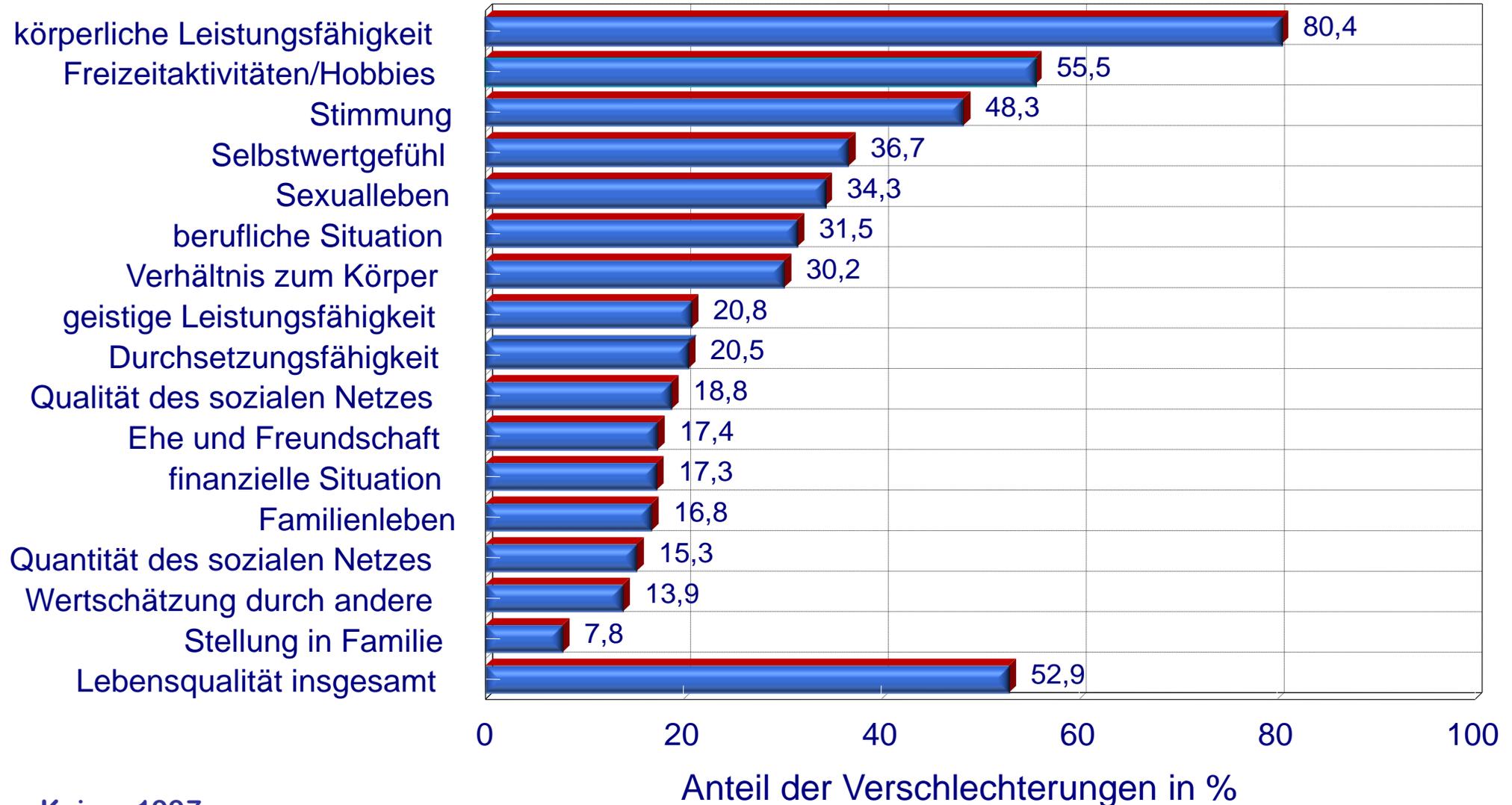


Chest 1974

... ist das gesamthafte medizinische Vorgehen mit individuell angepasstem **multidisziplinärem Programm**, das durch genaue Diagnostik, Therapie sowie psychosozialen Hilfen und Schulung die pathophysiologischen und pathopsychologischen **Folgen von Atemwegs- und Lungenerkrankungen** stabilisiert oder bessert und den Patienten befähigt, die bestmögliche Funktion und Lebensqualität zu erreichen

Erlebte Veränderungen durch Erkrankung

Lebensbereiche



Kaiser 1997

Relevanz der pneumologischen Rehabilitation

- steigende Prävalenz, Asthma ist die häufigste chronische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter, mit 8-12% nahezu doppelt so häufig wie bei Erwachsenen
- Prognose (Rehabilitation) pneumologische Erkrankungen:
 - Asthma (ca. 2/3 der pneumologischen Fälle) - Zunahme um 25% Rehabilitanden im Bereich der DRV
 - COPD (ca. 1/3 der Fälle) - Verdoppelung der Fälle realistisch
 - COPD zunehmend – 2020 an 3. Stelle der Krankheiten weltweit
- hohe Mortalität (alle 1,9 Stunden stirbt in D jemand am Asthma)
- Gesamtkosten Lungenerkrankungen: 24 Mrd. €
- Verankerung der Rehabilitation in den Leitlinien Asthma und COPD (z.B. COPD ab Schweregrad II nach GOLD indiziert)
- Schlechte Versorgungslage (Facharztdichte, ambulante Reha)
- Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen werden kaum genutzt bzw. bewilligt (Anteil am Gesamtbudget der Reha < 3%)

Erkrankungen der Atmungsorgane unwichtig??

- „Aktuell wird etwa ein **Drittel aller Arbeitsunfähigkeitstage** durch Erkrankungen des Atmungssystems ausgelöst“.
- „**Mehr als die Hälfte der wegen einer Berufskrankheit gezahlten Renten** wird auf diese Erkrankungen zurückgeführt“.

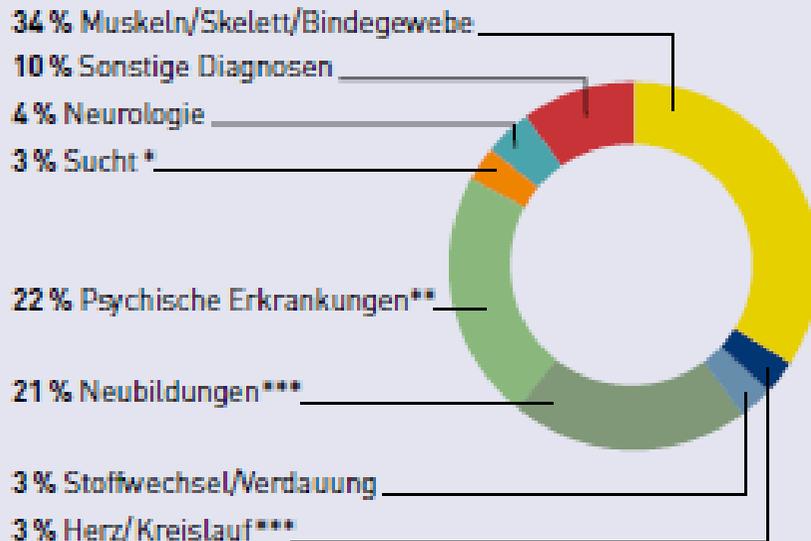
Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung

- Leistungsfähigkeit bei chronisch obstruktiver Lungenkrankheit (COPD) und Asthma bronchiale
- Januar 2010

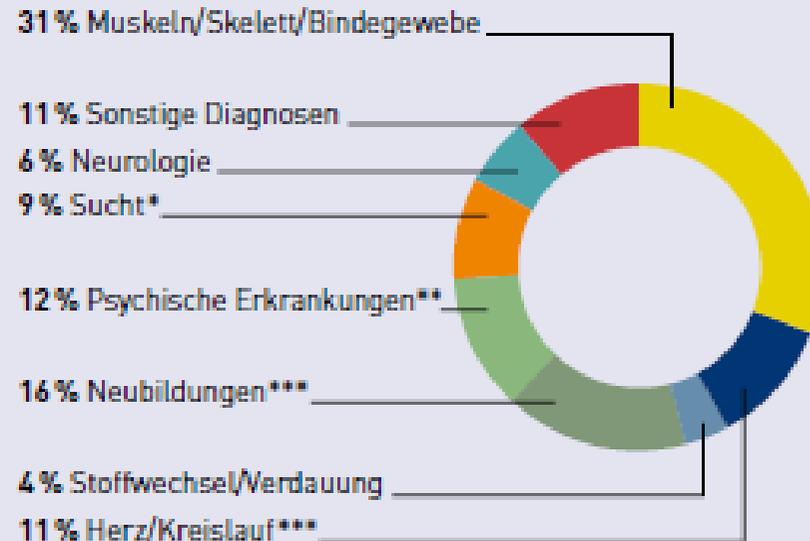


Abb. 3 Stationäre medizinische Rehabilitation 2011: Krankheitsspektrum¹

Frauen



Männer



¹ ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist

* Entwöhnungsbehandlung wird als eigene Maßnahmeart dokumentiert und als einzige der hier genannten Diagnosengruppen nicht über die ICD-Diagnosen definiert

** ohne Sucht

*** ohne neurologische Krankheitsbilder

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2011

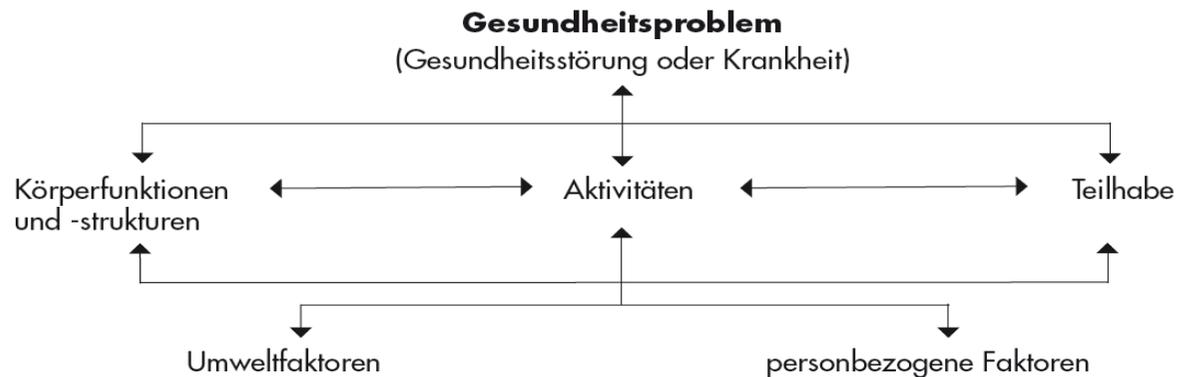
Pneumologische Reha unter „Sonstige“ → nicht relevant ??

Indikation zur pneumologischen Rehabilitation

- Schwere Verlaufsformen mit relevanten bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgen, trotz adäquater ambulanter/stationärer (kurativen) medizinischen Betreuung
- Grundsatz: „soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie notwendig“

Allgemeine Rehabilitationsziele

- Verminderung der Mortalität
- Maximale Besserung der Atemfunktion
- Kontrollierbarkeit der Krankheitssymptome
- Erlangung maximaler
 - Selbständigkeit und Aktivität
 - Kompetenz im Umgang mit der Erkrankung
- **Erhalt oder Wiederherstellung Erwerbsfähigkeit**
- Verbesserung von Compliance, Coping, Krankheitsmanagement
- Maximale Verbesserung der Lebensqualität und der Teilhabe



Fünf Säulen der rehabilitativen Behandlung



Multimodale, interdisziplinäre pneumologische Rehabilitation (1)

- Diagnosespezifizierung (u.a. durch Leistungsdiagnostik, Rehabilitationsdiagnostik auf der Ebene von Aktivität und Partizipation, Erfassung somatischer und psychischer Komorbiditäten, Assessment der Lebensqualität)
 - Medizinische und psychosoziale Anamnese
 - Eingehende körperliche Untersuchung
 - Eingehende fachspezifische Untersuchungen
 - Allergologische Untersuchungen
 - Psychologische Diagnostik
 - Berufsbezogene Diagnostik
- Überprüfung und Optimierung der medikamentösen Therapie
- Diätetik (bei Allergien und NM-Unverträglichkeiten sowie bei Vorliegen von Komorbiditäten)
- Psychologische und ggf. psychotherapeutische Hilfen
- Entspannungstraining / Stressbewältigung



Multimodale, interdisziplinäre pneumologische Rehabilitation (2)

- Physio- und Sporttherapie
- Medizinische Bäder
- Ergotherapie (z.B. Erprobung von Arbeitsschutzmaßnahmen, Hilfsmittelberatung, Feinmotorik bei Handekzem)
- Kompetenzvermittlung durch Schulung für Patienten und Angehörige
- Gesundheitstraining inkl. Tabakentwöhnung
- Sozialarbeit, Berufsberatung
- Expositionskarenz (z.B. Klimatherapie, Beratung über Allergen-Meidungsstrategien und Risikofaktoren bzgl. beruflicher und privater Aspekte)
- Sozialmedizinische Beurteilung und Beratung

Pneumologische Rehabilitation

Medizinische/ärztliche Diagnostik, Therapie, Therapieverlaufskontrolle

Patientenschulung

Basisschulung (Ärzte):

- Was ist Asthma?
- Asthma und Allergie
- Asthma und Infekt
- Asthma, Beruf und Umwelt
- Grundzüge der Asthmatherapie
- Kortison in der Asthmatherapie
- Was ist eine COPD?
- Diagnostik und Therapie der COPD

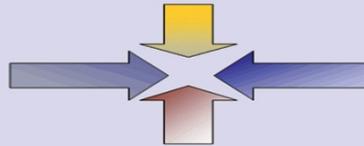
Seminare und Übungen:

- Rehabilitation chronischer Krankheiten
- Atemschule
- Rückenschule
- Rund um das Inhaliergerät
- Selbstkontrolle durch Peakflowmeter
- Dosieraerosole
- Praxisschulung Inhalation
- Psyche und Atemwegs-/ Lungenerkrankungen
- Stressbewältigung
- Raucherentwöhnung
- Umgang mit Angst und Depression
- Lungensport
- Theorie/Praxis Kneipp-Verfahren
- Praxisschulung Allergie (Pollen, Milben)
- Gesunde Ernährung/Nahrungsmittelallergie
- Gewichtsreduktion
- Lehrküche: Praxisschulung Ernährung
- Sozialrechtliche Aspekte chronischer Krankheit
- Hilfe zur Nachsorge

Veränderungsprozess

in den Ebenen

- des Wissens
- der Wahrnehmung
- der Bewertungen
- der Gefühle
- des Verhaltens



in den Bereichen

- Selbstwahrnehmung
- Selbstkontrolle
- Selbstmanagement

mit dem Ziel der Verbesserung von

- Grunderkrankung
- Erwerbsfähigkeit
- Krankheitsverarbeitung
- Krankheitsverlauf
- Krankheitsprognose
- Lebensqualität

Therapie/Beratung

Psychosoziale Rehabilitation

- Psychologische Diagnostik
- Psychologische Beratung / Psychotherapie
- Psychoedukative Gruppen (z.B. Stress, Angst, Depression)
- Entspannungstherapie

Interdisziplinäre Schulung und Beratung

- Patientenvorträge
- Seminare
- Praxisschulung

Physikalische Therapie

- Physiotherapie
- Sport- und Bewegungstherapie
- Balneologie
- Ergotherapie

Sozialmedizin

- Sozialmedizinische Beurteilung / Beratung
- Reha- und Sozialberatung
- Berufsbezogene Basis- und Kernangebote (MBOR)

Diätetik/Ernährung

- Einzel- und Gruppenberatung
- Lehrküche

Fachpflege

Klinikseelsorge

Therapietransfer unter alltäglichen Bedingungen im Rahmen der Freizeit- und Kreativangebote, Förderung eigener Aktivitäten der Patienten

Zusammenfassung:

Datenlage und Empfehlungsgrade zur Reha bei den ausgewählten pneumologischen Erkrankungen

	Evidenz und Empfehlungsgrade
COPD	weit > 30 RCTs + 3 Metaanalysen ↑↑ (Nationale Versorgungsleitlinie)
Asthma	Beobachtungsstudien, nur wenig RCTs, aber sehr gute Evidenz für Einzelkomponenten ↑↑ (Nationale Versorgungsleitlinie)
ILE	Datenlage noch sehr begrenzt, 2 RCTs, mehrere Beobachtungsstudien ↑ (ATS/ERS)
Bronchial-CA	Wenig kleinere Beobachtungsstudien, zunehmende Evidenz für Training ↑ (S3-LL)

Effekte der pneumologischen Rehabilitation

Nutzen	Evidenzgrad
gesteigerte körperliche Leistungsfähigkeit	A
Abnahme der Atemnot	A
Steigerung der krankheitsspezifischen Lebensqualität	A
Reduktion der Anzahl und Dauer von Krankenhausaufenthalten	A
Abnahme von COPD assoziierter Angst und Depression	A
Kraft- und Ausdauertraining der oberen Extremität verbessert die Funktion der Arme	B
positive Effekte eines Trainingsprogramms überdauern die Trainingsperiode	B
Lebensverlängerung	B
Atemmuskeltraining ist effektiv, insbesondere in Kombination mit einem allgemeinen körperlichen Training	C
psychosoziale Intervention ist hilfreich	C

Psychische Komorbidität, Interventionen und Patientenschulung



RehaUpdate „Pneumologische Rehabilitation“
RFV Freiburg / Bad Säckingen
26. April 2013, Freiburg

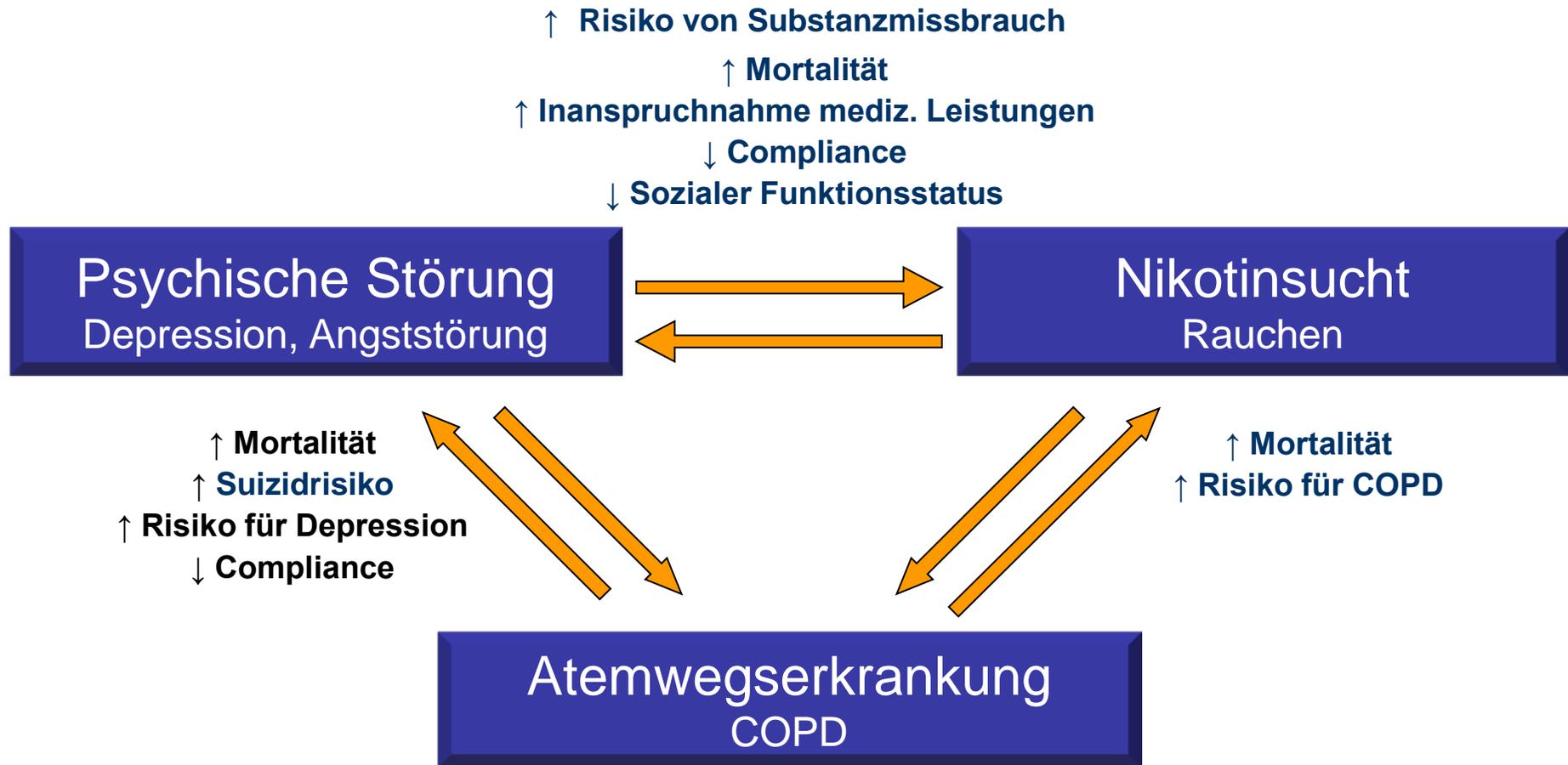
U. Kaiser
Hochgebirgsklinik Davos



Ausgangssituation

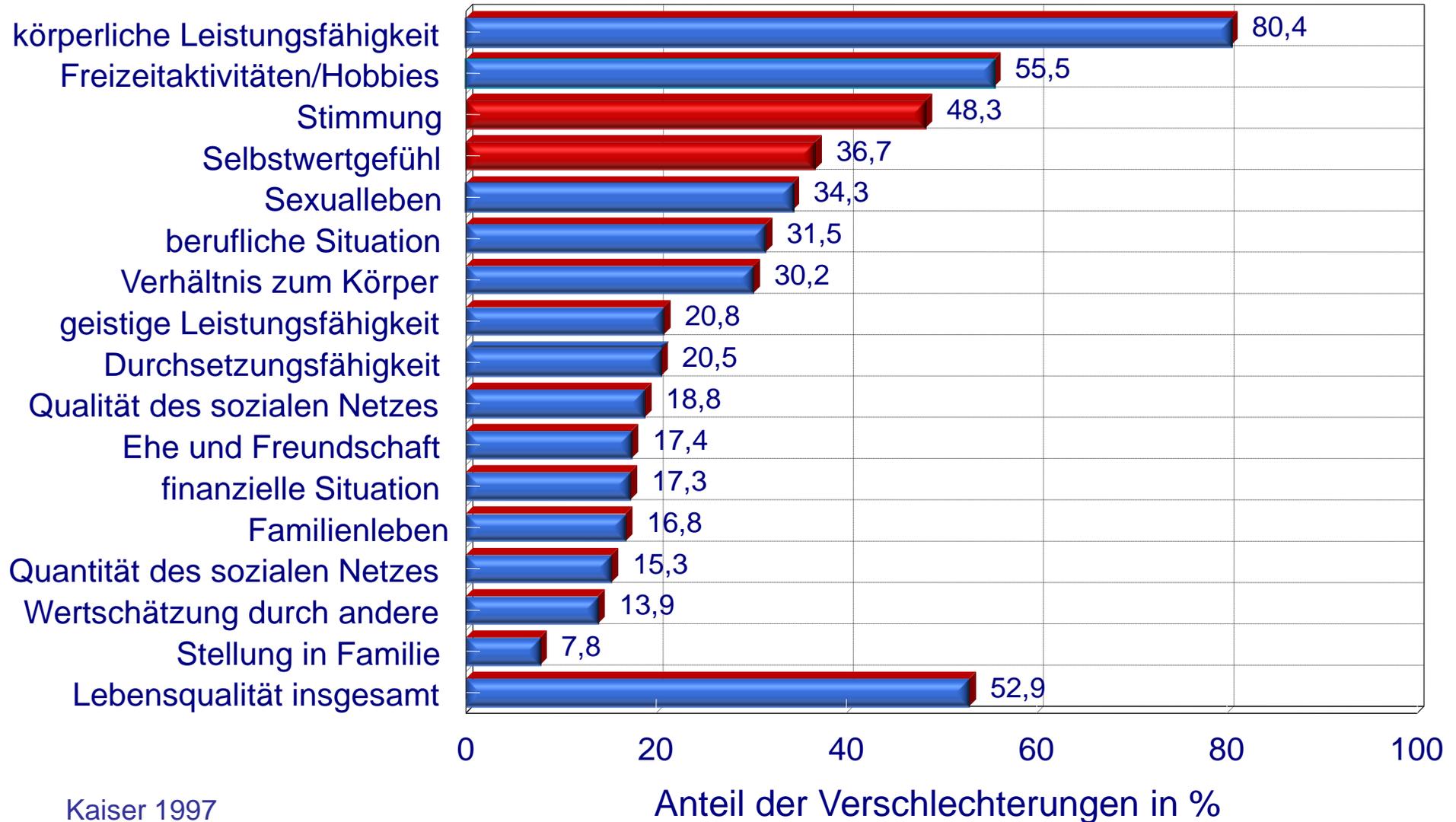
- Chronisch körperlich Kranke im Vergleich zu Gesunden in der Allgemeinbevölkerung doppeltes Risiko für psychische Störung
- Erhöhung bei mehreren körperlichen Erkrankungen
- Epidemiologische Studien: überproportionale psychische Komorbidität (Angst, Depression)
- Ätiologie dieser Komorbidität weitgehend unklar: Folge, Begleiterscheinung, Risikofaktor oder gemeinsame Vulnerabilität?
- Negative Auswirkungen auf Verlauf und Prognose

Ursachen von psychischen Störungen bei COPD



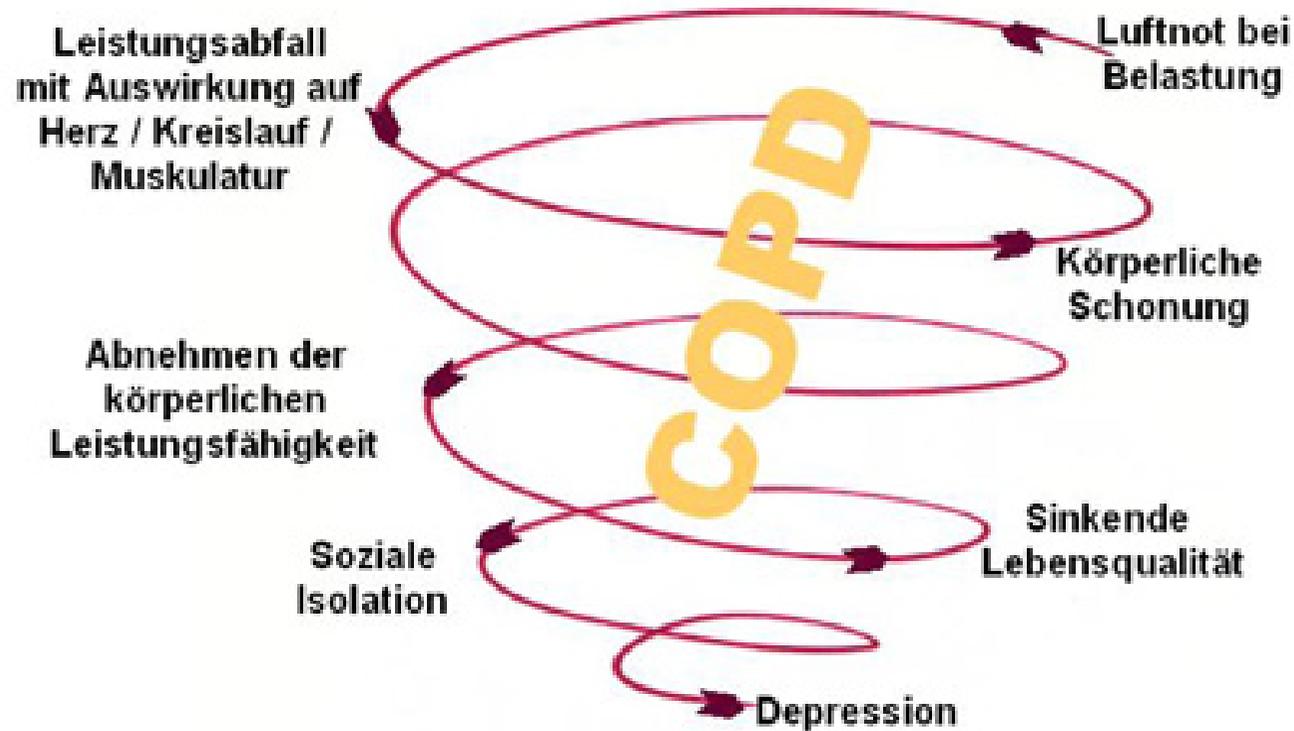
Erlebte Veränderungen durch Erkrankung

Lebensbereiche



Kaiser 1997

Abwärtsspirale COPD



Diagnose von Depression und Angst

- Prävalenz bei COPD im fortgeschrittenen Stadium
 - Depression 40%, 25-30% nach Exazerbation
 - Generalisierte Angststörung (6-33%), Panikstörung mit und ohne Agoraphobie (0-41%, spezifische Phobie (10-27%), soziale Phobie (5-11%)(Wilgoss Resp Care 2012)
- Depression bei COPD assoziiert mit erhöhter Mortalität, vermehrter Nutzung von Gesundheitsdiensten, sozialer Isolation, geringer Compliance, Funktionsstatus und Lebensqualität (Yohannes Int J Ger Psych 2009, Yohannes Expert Rev Resp Med 2011)
- Weniger als 30% der Patienten mit Depression sind adäquat therapiert (Kunik Chest 2005)

Psychische Komorbidität

34,3%

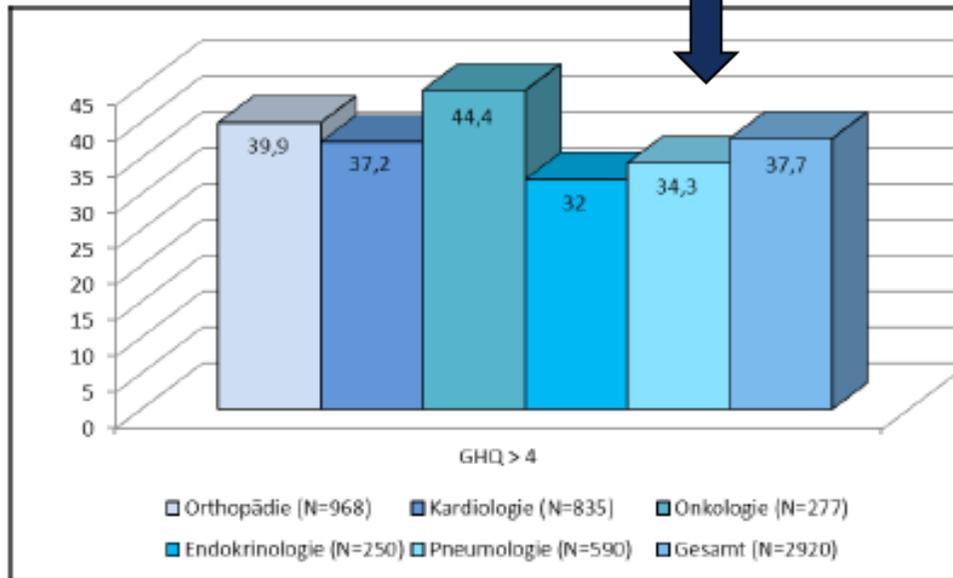


Abbildung 1: Häufigkeit psychischer Belastungen bei somatisch erkrankten Rehabilitationspatienten in % (Härter, Baumeister, & Bengel, 2007b)

20,7%

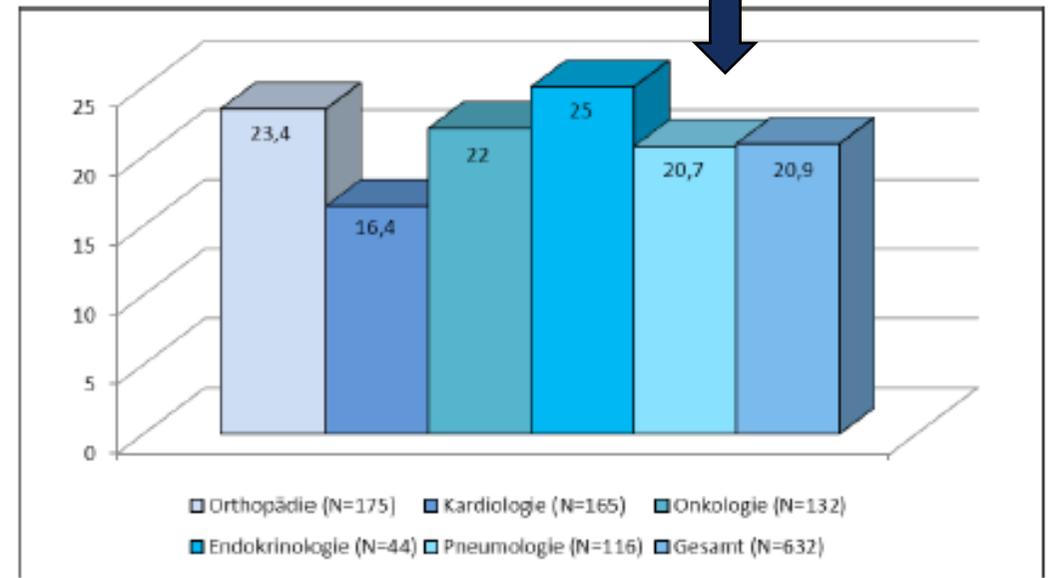
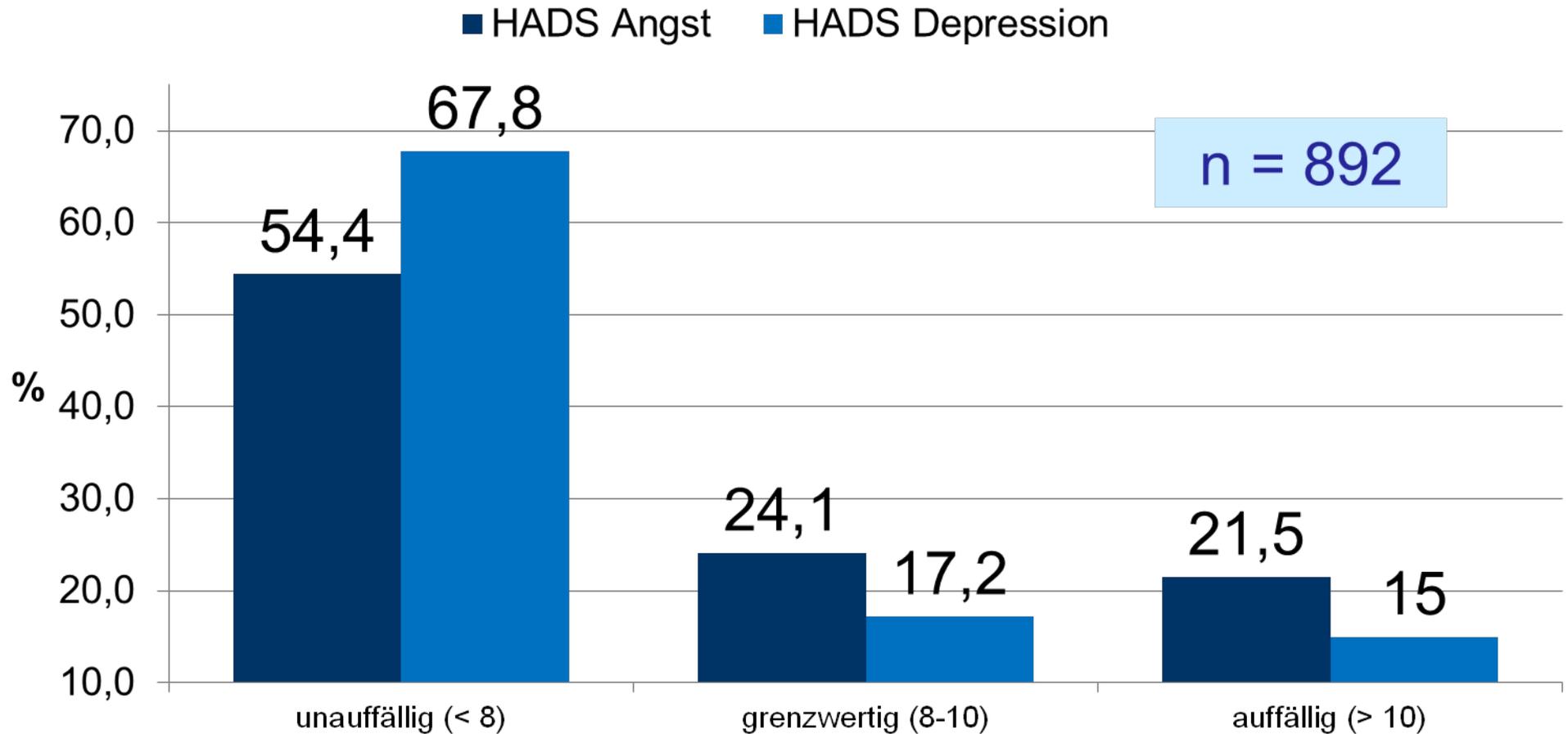


Abbildung 2: 4-Wochen-Prävalenz für psychische Störungen bei somatisch erkrankten Rehabilitationspatienten in % (Härter, Baumeister, & Bengel, 2007b)

Psychische Auffälligkeit

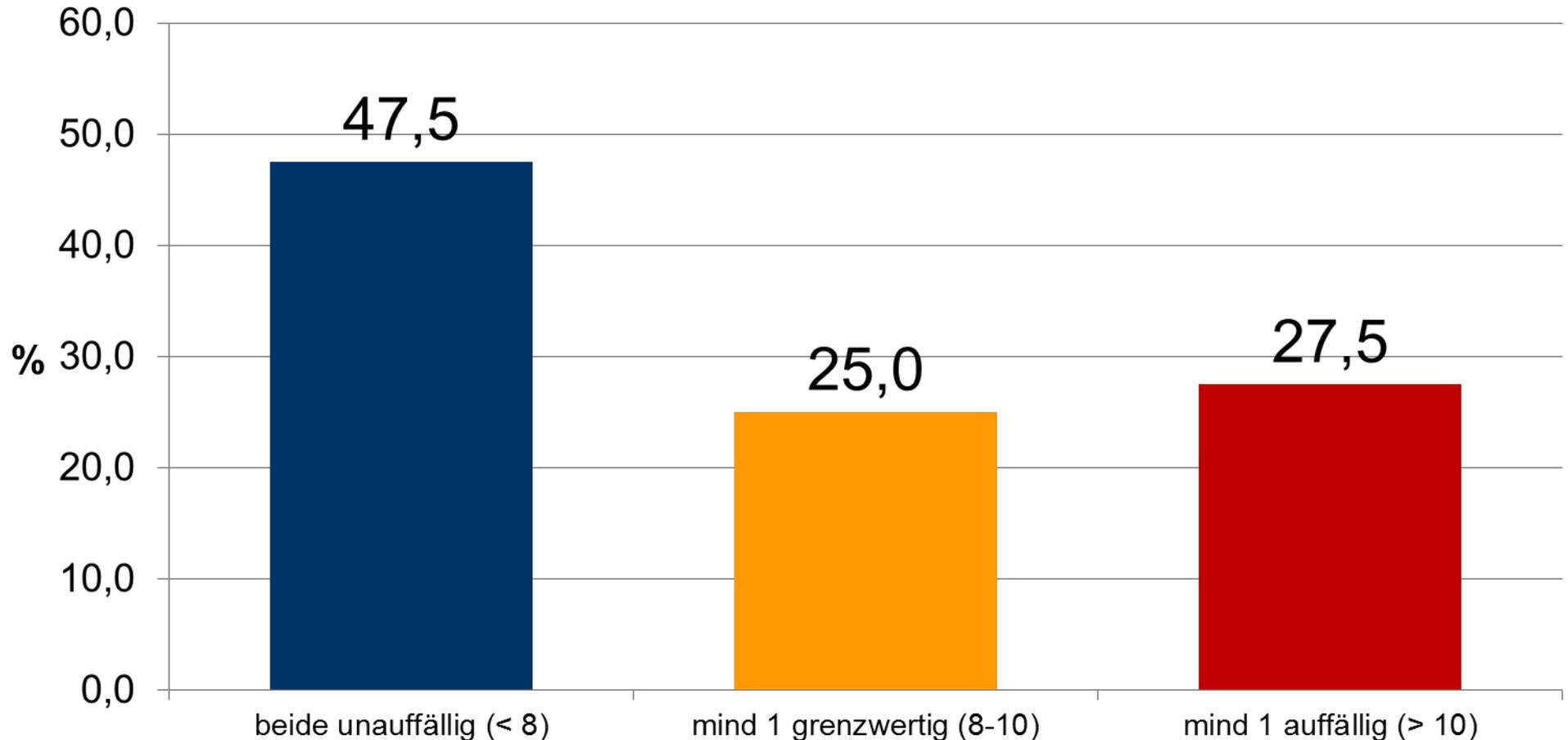
Anteil Patienten mit unauffälligen, grenzwertigen und auffälligen Angst- oder
Depressionswerten (HADS)



Kaiser et al. 2012 (DOS-Studie)

Psychische Auffälligkeit

Anteil Patienten mit unauffälligen, grenzwertigen und auffälligen Angst- **und/oder** Depressionswerten (HADS)



Relevanz psychischer Komorbidität

Komorbidie psychische Störungen

- verlängern die Krankenhausliegedauer ¹
 - erhöhen die somatische Morbidität und Mortalität ^{1,2,4-6}
 - tragen zur Chronifizierung bei ⁵
 - beeinflussen die Compliance und Lebensqualität ^{3,4,5}
 - verursachen erhöhte Inanspruchnahme und Kosten^{3,5}
- ¹ Ehlert, 1998; ² Cavanaugh et al., 2001; ³ Härter et al., 2002; ⁴ McDaniel et al., 1995; ⁵ Linton, 2000; ⁶ Saupe & Diefenbacher, 1999

Behandlung psychischer Störungen bei COPD

- Psychotherapie -

Studie	N	Intervention	Dauer	Effekt	p
Eiser et al., (1997) Eur Respir J	E: 10 C: 8	Kognitive Verhaltenstherapie	1x90min pro Woche; 6 Wochen	Angst: reduziert Depression: reduziert	n.s.
Gift et al. (1992) Nurs Res	E: 13 C: 13	Progressive Muskelentspannung	1xpro Woche; 4 Wochen	Angst: reduziert	<0.01
Kunik et al. (2001) Psychol Med	E: 21 C: 27	Kognitive Verhaltenstherapie	1 Sitzung a 2 h	Angst: reduziert Depression: reduziert	<0.05 <0.01
Lisansky et al. (1996) Psychother Psychosom	E: 8	Kognitive Verhaltenstherapie	1x90min pro Woche; 8 Wochen	Angst: reduziert Depression: reduziert	n.s.
Renfroe (1988) Heart Lung	E: 12 C: 8	Progressive Muskelentspannung	1x45min pro Woche; 4 Wochen	Angst: reduziert	<0.001

E: Experimentalgruppe C: Kontrollgruppe

Brenes GA (2003) Psychosom Med 65: 963-970

Support – Evidenzstärke - Empfehlungsgrad

Art des Supports

- Integration psychologischer Ansätze in die Schulung
- Effektivität psychologischer Supports auf LQ
- Psychotherapie bei Angst und Depression
- Psychotherapie bei komorbiden Störungen
- Tabakentwöhnung

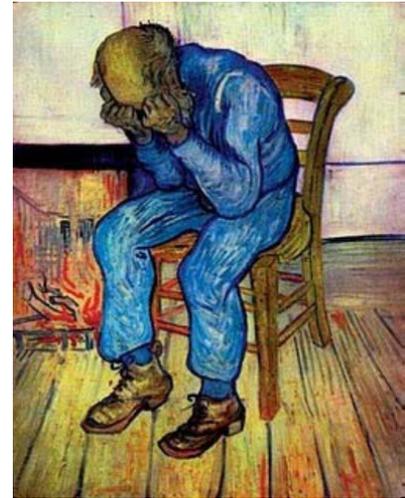
Evidenzstärke/Empfehlungsgrad

- Ib / B-A
- Ib / B-A
- Ia / A
- IIb / B
- Ia / A



Erkennen psychischer Störungen in der Rehabilitation

- Erkennensrate 50%
- Psychodiagnostische Genauigkeit 25%
- Poststationäre Behandlungsempfehlung 25%
- Gründe:
 - Fehlinterpretationen / Überlappung somatischer und psychischer Symptome
 - Tendenz, psychische Symptome bei Vorliegen dominanter körperlicher Symptome zu unterschätzen
 - Unkenntnis über Symptome und Syndrome psychischer Störungen, fehlende diagnostische Möglichkeiten
 - Unzureichende Kenntnis hinsichtlich der Behandelbarkeit / Besserung psychischer Störungen
 - Bedenken, Patienten zu stigmatisieren / Nachteile für Patienten
 - Zeitmangel



Psychische Komorbidität

Download unter:
www.driv-bund.de

→ Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen
Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation

Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation (DIBpS): Ein Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufen- plans in der medizinischen Rehabilitation

Baumeister Harald¹, Jahed Jeanette¹, Vogel Barbara¹, Härter Martin², Barth Jürgen³ &
Bengel Jürgen¹

¹ Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie,
Universität Freiburg, Deutschland

² Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Deutschland

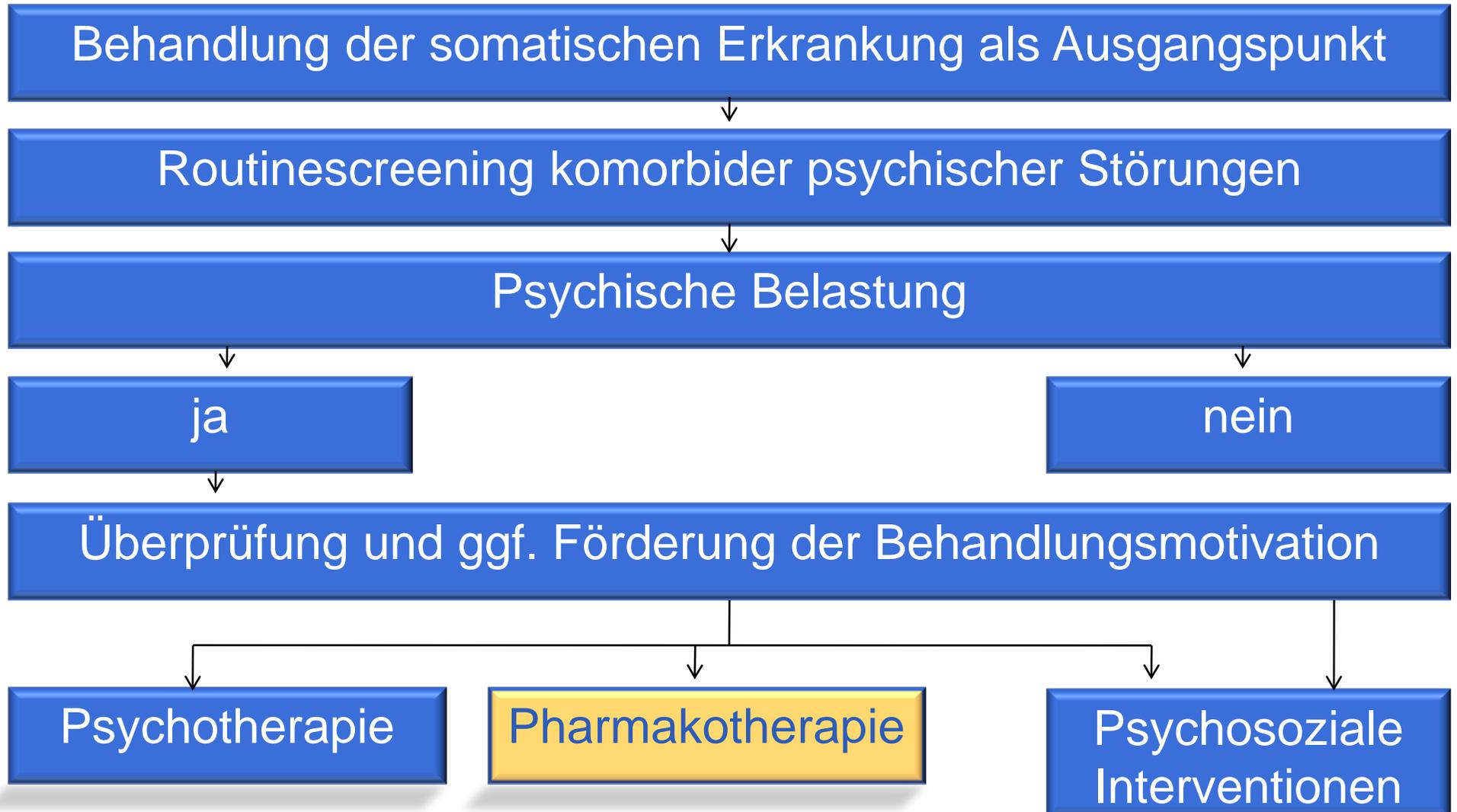
³ Abteilung Gesundheitsforschung, Institut für Sozial- und Präventivmedizin,
Universität Bern, Schweiz

Stufenmodell

- Frühzeitige Erkennung und Diagnose psychischer Belastungen und Störungen durch:
 - Einsatz von Screeninginstrument (PHQ-4)
 - Vertiefende Diagnostik bei positiven Testergebnissen
- Indikationsentscheidung
- Erfassung der Behandlungsmotivation
- Angebot psychoedukativer Gruppen
- Psychotherapeutische Einzelbehandlung
- Nutzung von Schulung und anderen Angeboten
- Nennung der psychischen Diagnosen im Entlassbericht
- Motivation zu psychotherapeutischer Weiterbehandlung / Nachsorge



Behandlungskorridor



Diagnostik psychischer Störungen

Einfache gezielte Fragen in der Praxis können erste wichtige Hinweise liefern:

„Sind Sie häufig traurig?“

„Beobachten Sie bei sich in der letzten Zeit Interesselosigkeit/ Freudlosigkeit, auch bei sonst angenehmen Ereignissen?“

„Gab es in der vergangenen Zeit besonders belastende Lebensereignisse?“

„Hatten Sie schon einmal einen Angstanfall oder eine Angstattacke, bei der Sie ganz plötzlich und unerwartet von einem Gefühl starker Angst, Beklommenheit und Unbehagen überfallen wurden?“

Bei Anhaltspunkten = vertiefende Diagnostik

Instrumente zum Screening psychischer Störungen

Name des Instruments	Störungsbereiche/Skalen	Ausfülldauer	Auswertungsdauer	Gütekriterien
Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001)	Depressivität (9 Items)	2 Min.	1 Min.	Sensitivität und Spezifität: 78 % und 68 % Retest-Reliabilität: .81 - .96 Interne Konsistenz: .79
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) (Hermann-Lingen et al., 2005)	Depressivität (7 Items) Angst (7 Items)	2 - 6 Min.	1 Min.	Sensitivität und Spezifität: ca. 80% (je nach Cut-off) Interne Konsistenz: .80-.81
General Health Questionnaire (GHQ-12) (Goldberg, 1978)	allgemeine psychiatrische Symptome (12 Items)	max. 5 Min.	max. 5 Min.	Sensitivität und Spezifität: 84 % und 75 % Interne Konsistenz: .91
Beck Depression Inventory (BDI-II) (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006)	Depressivität (21 Items)	5 - 10 Min.	2 Min.	Sensitivität und Spezifität: 93 % und 18 % Retest-Reliabilität: .93 Interne Konsistenz: .84 - .94

Basisscreening auf psychische und berufliche Belastungen

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen X1	An mehr als der Hälfte der Tage X2	Beinahe jeden Tag X3
1. Interesse- oder Freudlosigkeit an Ihren Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Nicht in der Lage sein, Sorgen/Grübeln zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- PHQ-4 (deutsche Version des "Patient Health Questionnaire - PHQ)
- Lizenzfreier Screener Ängstlichkeit und Depressivität
- 0-2 = normal; 3-5 = leicht; 6-8 = mittel; 9-12 = schwer
- Cutoff = ≥ 6 Punkt = psych. Sprechstunde



Berufsbezogene Situation Aufnahme

Merkmal/Variable (%), Patientenangaben erwerbstätige Patienten (%)	keine psych auffällig	grenz- wertig	Mind 1 HADS- Skala > 10	Sign
Krankschreibungen aktuell (keine)	94,0	89,4	84,1	***
Krankschreibungen letzte 12 Mon. (keine)	26,8	21,6	18,0	***
Arbeitslosigkeit letzte 12 Mon. (nie)	96,0	93,4	93,0	ns
Berufliche Leistungsfähigkeit (voll leistungsfähig)	27,6	17,1	10,6	***
Keine dauerhafte Gefährdung Erwerbsfähigkeit	65,2	64,1	40,6	***
Weiteres Ausüben berufliche Tätigkeit (ja, bestimmt)	57,6	45,6	36,9	***
Ausüben derz. berufliche Tätigkeit bis Rente (sicher)	30,5	24,1	17,5	***
Berufstätig bis Rentenalter (ja)	69,3	58,1	48,0	***
SIBAR (Skalenwert)	3,41	3,91	5,42	***

Davoser-Outcome-Studie (DOS): Ergebnisse der Einjahreskatamnese

Kaiser, U. (1,3), Schmidt, J. (2), Kriz D. (2), & Nübling, R. (2)

(1) Hochgebirgsklinik Davos (Schweiz), (2) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen Karlsruhe (GfQG), (3) Institut für sportmedizinische Prävention und Rehabilitation Mainz / Davos (IsPR)

Sind Sie **Hausfrau/Hausmann** oder beziehen Sie **Altersrente**?

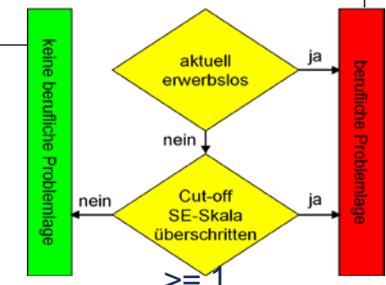
Nein → Bitte beantworten Sie auch die weiteren Fragen.

Ja → Sie haben das Ende des Fragebogens erreicht.

5. Sind Sie zurzeit arbeitslos oder beziehen Sie eine Zeitrente?	<input type="radio"/> Nein	<input checked="" type="radio"/> Ja		
6. Glauben Sie, dass Sie nach der Reha-Maßnahme wieder an Ihrem bisherigen Arbeitsplatz tätig sein können?	<input checked="" type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja		
7. Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken, einen Rentenantrag (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?	<input type="radio"/> Nein	<input checked="" type="radio"/> Ja		
8. Wie bald nach Abschluss der Reha-Maßnahme hoffen Sie, Ihre berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen? Innerhalb von ...	<input type="radio"/> einem Monat	<input type="radio"/> 6 Monaten	<input type="radio"/> mehr als 6 Monaten	<input checked="" type="radio"/> überhaut nicht
9. Haben Sie Interesse an berufsbezogenen Beratungs- und Therapieangeboten teilzunehmen?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja		

Items subjektive Erwerbsprognose

- Kernitems aus Würzburger Screening
- Ab Frage 8 und weitere optional!
- PBPL = einer der roten Sterne angekreuzt!



Vorgehen KOMO + MBOR - Stufenplan

- Beide Bereiche unauffällig = andere Schwerpunkte
- Nur Beruf = weitere berufsbezogene Diagnostik / Intervention
- Nur Psycho = psych. Sprechstunde /weitere psychologische Diagnostik / Interventionen
- Beruf + Psycho auffällig:
 - Weitere berufsbezogene Diagnostik
 - Psychologische Sprechstunde
 - weitere psych. Diagnostik z.B. Integration AVEM!
 - psych. Gruppe mit Berufsbezug
 - Bei Bedarf psychologisch / psychotherapeutische Einzelbehandl
 - Bei Bedarf weitergehende MBOR-Interventionen
 - Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
 - Einleitung Nachsorge und ggf. LTA-Maßnahmen

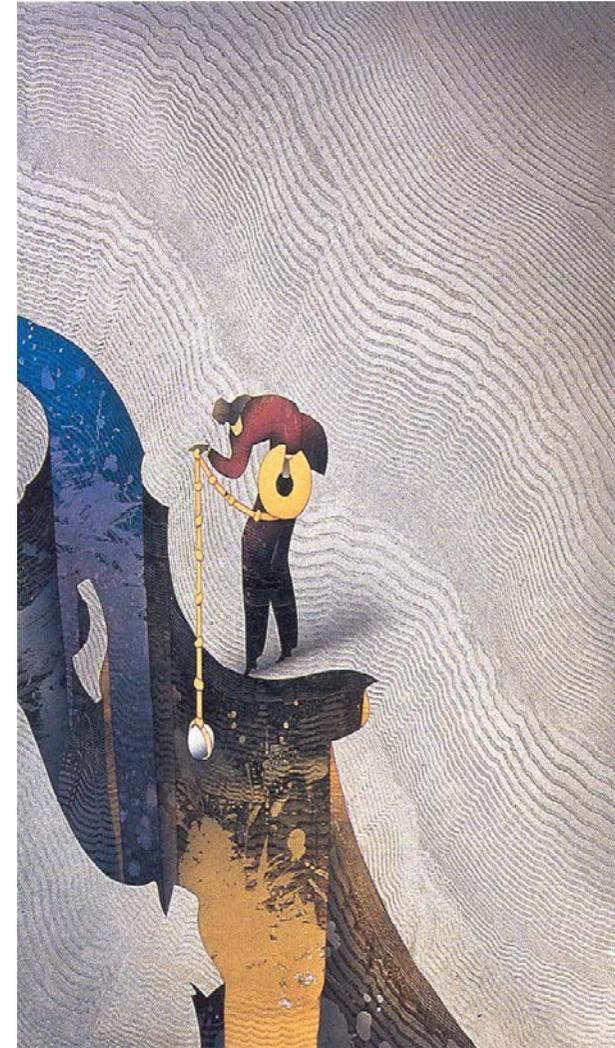


Instrumente zur vertiefenden Diagnostik psychischer Störungen

Name des Instruments	Störungsbereiche	Durchführungszeit	Gütekriterien
Internationale Diagnose Checklisten für ICD-10 (IDCL) (Hiller, 1997)	32 Checklisten zu den wichtigsten Störungen des ICD-10	je nach Einsatz	Interrater-Reliabilität: .50 - .88
Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID I) (Wittchen et al., 1997)	wichtigsten Achse-I-Störungen des DSM-IV	ca. 100 Min.	Retest-Reliabilität: \geq .60 Kappa: .70 - .90
Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS) (Schneider & Margraf, 2006)	wichtigsten Störungen des DSM-IV und ICD-10	90 - 180 Min.	Retest-Reliabilität: .82 - .98 Kappa: .64 - .89

Psychologische Diagnostik

- Screening – PHQ-4 (Löwe et al. 2004)
- Anamnese
- Weitere Verfahren:
 - PHQ in Langversion oder Kurzversion Angst und Depression
 - Beck`s Depressions-Inventar (BDI II)
 - Beck`s Angst-Inventar (BAI)
 - Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Muthny 1989)



Indikationsrelevante psychosoziale Aspekte

- Unklare Diagnosen/Krankheitsverläufe: Ergänzende Psychodiagnostik
- Probleme mit Krankheitsmanagement, Krankheitsverarbeitung und Compliance
- Mangelnde soziale Unterstützung
- Angsterkrankungen
- Störungen des depressiven Formenkreises
- Anpassungsstörungen (Kritische Lebensereignisse, Krankheitsfolgen)
- Gesundheitsverhalten (Rauchen, Stress, Ernährung, etc.)
- Chronisches Krankheitsverhalten

Indikationsrelevante Diagnosen

- neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48)
- affektive Störungen (F30–F39)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, darunter Essstörungen (F50–F59)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60–F69)
- psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F 54)
- Erschöpfungszustände (Z73)
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen in Remission (F20.x5-F29.x5)
- Beschwerdebilder, die mit psychischen Symptomen einhergehen können (Chronic Fatigue-Syndrom, umweltbezogene Körperbeschwerden, etc.)

Psychosoziale Behandlungskonzepte



Integrative psychotherapeutische/ psychologische Behandlungsansätze

Die adäquate psychologisch / psychotherapeutische (Mit-)behandlung erfolgt im Einzel- und Gruppensetting und beinhaltet insbesondere:

- Krisenintervention, Beratung und Therapie (Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie, Systemische Therapie)
- Module im Rahmen psychischer Komorbidität: Angst, Depression
- Angebote im Bereich der beruflichen Fragestellungen (MBOR): berufliche Motivation, Stressbewältigung im Beruf in Einzelberatung / Therapie
- Angebote für Patienten mit Stress- bzw. Burnout-assoziierten: Stressbewältigung, Entspannungstherapie
- Familienberatung, Elternarbeit, Erziehungsberatung
- Mitarbeit an krankheitsspezifischen Schulungen / störungsspezifische Gruppen
- Psychoedukative Gruppen / Gesundheitsförderung: Stressbewältigung, Ernährungsverhalten, Raucherentwöhnung, Sucht
- Entspannungstraining: Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, imaginative Verfahren
- Empfehlungen für die Weiterbehandlung am Heimatort
- Mitarbeiterberatung und -fortbildung, Fallbesprechungen, Teamberatung und Teamsupervision

Hilfen zur Krankheitsverarbeitung

- Wahrnehmung: Förderung der Interozeption und adäquaten Attribution
- Kognition: patientengerechte Aufklärung, Informationssuche, Förderung vorhandener Ressourcen und adaptiver Strategien, Abbau maladaptiver Strategien
- Emotion: Förderung des emotionalen Ausdrucks, Durchleben und Durcharbeiten von Gefühlen, Abbau von irrationalen Ängsten
- Handlung: Einüben konkreter Verhaltensweisen, Erfahrung der Selbstwirksamkeit, Förderung der aktiven Problemlösung

Interdisziplinärer Zugang



Bedarf und Angebotsstruktur

Allgemeine psychosoziale Belastungen oder Anpassungsstörungen

- Arbeitsbündnis Arzt – Patient
- Sprechstunde Psychologie
- Indikativgruppe Stressbewältigung
- Indikativgruppe Entspannungstraining
- Verhaltenstraining Asthma / COPD
- Psychotherapie
- Sondermodule Physikalische Therapie

Pneumologische Rehabilitation

Medizinische/ärztliche Diagnostik, Therapie, Therapieverlaufskontrolle

Patientenschulung

Basisschulung (Ärzte):

- Was ist Asthma?
- Asthma und Allergie
- Asthma und Infekt
- Asthma, Beruf und Umwelt
- Grundzüge der Asthmatherapie
- Kortison in der Asthmatherapie
- Was ist eine COPD?
- Diagnostik und Therapie der COPD

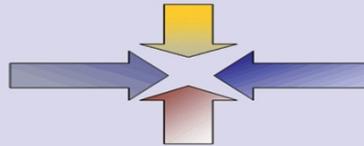
Seminare und Übungen:

- Rehabilitation chronischer Krankheiten
- Atemschule
- Rückenschule
- Rund um das Inhaliergerät
- Selbstkontrolle durch Peakflowmeter
- Dosieraerosole
- Praxisschulung Inhalation
- Psyche und Atemwegs-/ Lungenerkrankungen
- Stressbewältigung
- Raucherentwöhnung
- Umgang mit Angst und Depression
- Lungensport
- Theorie/Praxis Kneipp-Verfahren
- Praxisschulung Allergie (Pollen, Milben)
- Gesunde Ernährung/Nahrungsmittelallergie
- Gewichtsreduktion
- Lehrküche: Praxisschulung Ernährung
- Sozialrechtliche Aspekte chronischer Krankheit
- Hilfe zur Nachsorge

Veränderungsprozess

in den Ebenen

- des Wissens
- der Wahrnehmung
- der Bewertungen
- der Gefühle
- des Verhaltens



in den Bereichen

- Selbstwahrnehmung
- Selbstkontrolle
- Selbstmanagement

mit dem Ziel der Verbesserung von

- Grunderkrankung
- Erwerbsfähigkeit
- Krankheitsverarbeitung
- Krankheitsverlauf
- Krankheitsprognose
- Lebensqualität

Therapie/Beratung

Psychosoziale Rehabilitation

- Psychologische Diagnostik
- Psychologische Beratung / Psychotherapie
- Psychoedukative Gruppen (z.B. Stress, Angst, Depression)
- Entspannungstherapie

Interdisziplinäre Schulung und Beratung

- Patientenvorträge
- Seminare
- Praxisschulung

Physikalische Therapie

- Physiotherapie
- Sport- und Bewegungstherapie
- Balneologie
- Ergotherapie

Sozialmedizin

- Sozialmedizinische Beurteilung / Beratung
- Reha- und Sozialberatung
- Berufsbezogene Basis- und Kernangebote (MBOR)

Diätetik/Ernährung

- Einzel- und Gruppenberatung
- Lehrküche

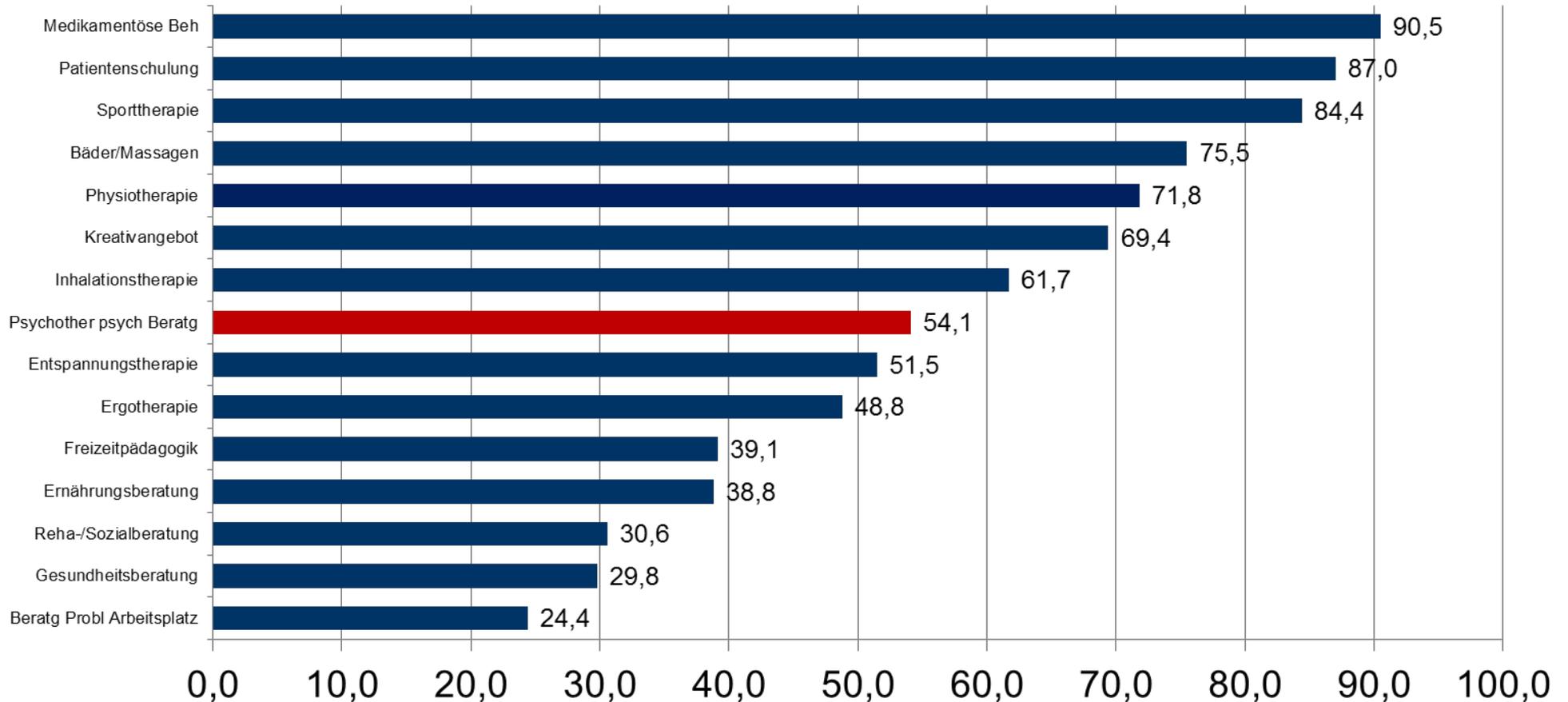
Fachpflege

Klinikseelsorge

Therapietransfer unter alltäglichen Bedingungen im Rahmen der Freizeit- und Kreativangebote, Förderung eigener Aktivitäten der Patienten

Inanspruchnahme stationärer Maßnahmen

Patientenangaben bei Entlassung (% Teilnehmer), Rangreihe



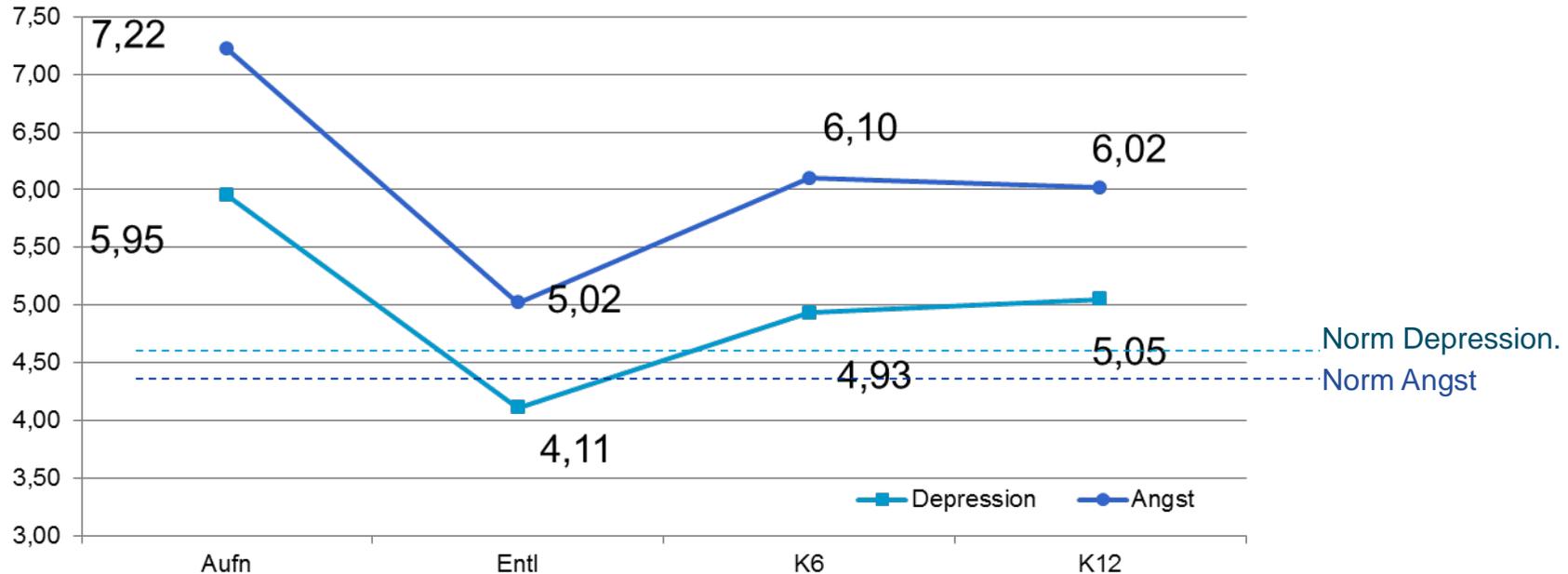
Davoser-Outcome-Studie (DOS): Ergebnisse der Einjahreskatamnese

Kaiser, U. (1,3), Schmidt, J. (2), Kriz D. (2), & Nübling, R. (2)

(1) Hochgebirgsklinik Davos (Schweiz), (2) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen Karlsruhe (GfQG), (3) Institut für sportmedizinische Prävention und Rehabilitation Mainz / Davos (IsPR)

Veränderungen Depression/Angst

Hospital Anxiety and Depression Scale HADS



Skalen HADS	N	Aufnahme	Entlassung	Katam 6M	Katam 12M
Depression	534	M 5,95 s 4,02	M 4,11 s 3,63	M 4,93 s 4,03	M 5,05 s 4,13
Angst	534	M 7,22 s 4,18	M 5,02 s 3,78	M 6,10 s 3,91	M 6,02 s 4,02

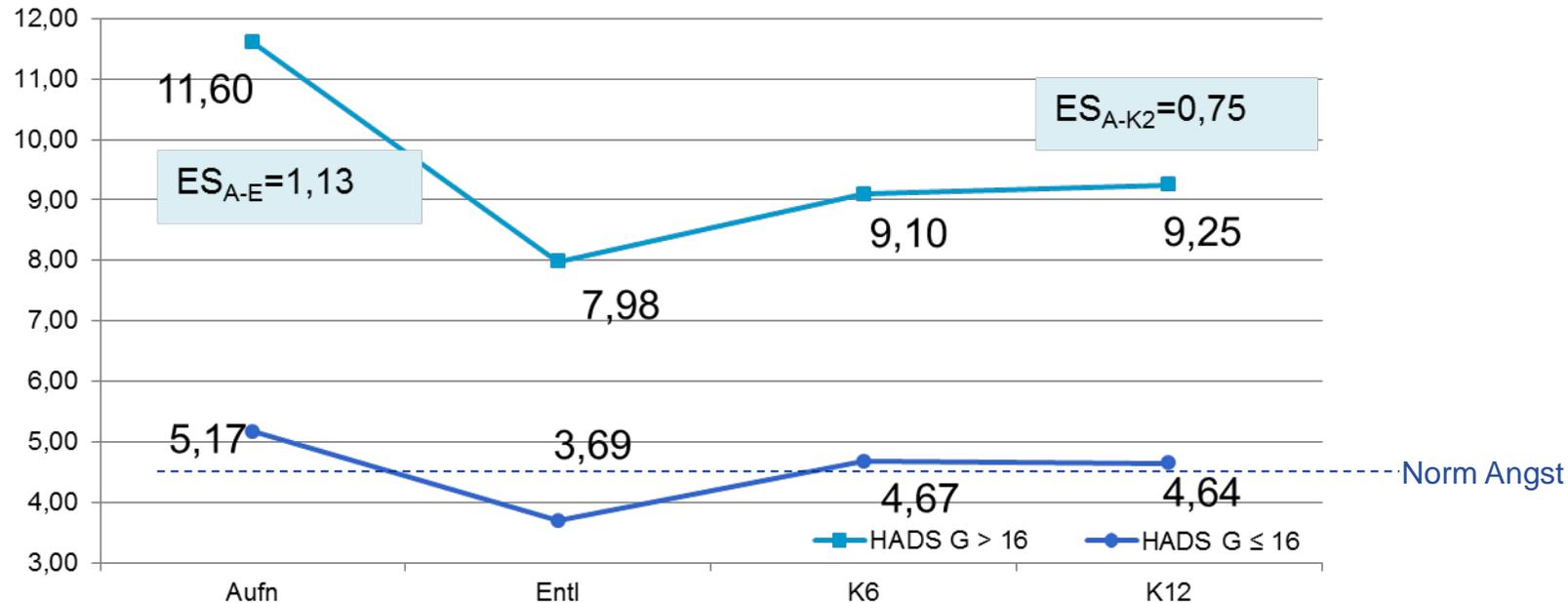
Davoser-Outcome-Studie (DOS): Ergebnisse der Einjahreskatamnese

Kaiser, U. (1,3), Schmidt, J. (2), Kriz D. (2), & Nübling, R. (2)

(1) Hochgebirgsklinik Davos (Schweiz), (2) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen Karlsruhe (GfQG), (3) Institut für sportmedizinische Prävention und Rehabilitation Mainz / Davos (IsPR)

Veränderungen Angst (HADS)

bei Aufnahme psychisch belastete vs. weniger belastete Patienten
(Cutoff: HADS Gesamt > 16)



	N	Aufnahme	Entlassung	Katam 6M	Katam 12M
HADS G > 16	188	M 11,60 s 3,1	M 7,98 s 4,0	M 9,10 s 3,9	M 9,25 s 4,1
HADS G ≤ 16	426	M 5,17 s 2,7	M 3,69 s 2,8	M 4,67 s 3,1	M 4,64 s 3,1

Davoser-Outcome-Studie (DOS): Ergebnisse der Einjahreskatamnese

Kaiser, U. (1,3), Schmidt, J. (2), Kriz D. (2), & Nübling, R. (2)

(1) Hochgebirgsklinik Davos (Schweiz), (2) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen Karlsruhe (GfQG), (3) Institut für sportmedizinische Prävention und Rehabilitation Mainz / Davos (IsPR)

Psychische Komorbidität, Interventionen und **Patientenschulung**



RehaUpdate „Pneumologische Rehabilitation“
RFV Freiburg / Bad Säckinggen
26. April 2013, Freiburg

U. Kaiser
Hochgebirgsklinik Davos



Atemwegserkrankungen

pharmakologische und technische
Weiterentwicklungen in Diagnostik und
Therapie

trotzdem

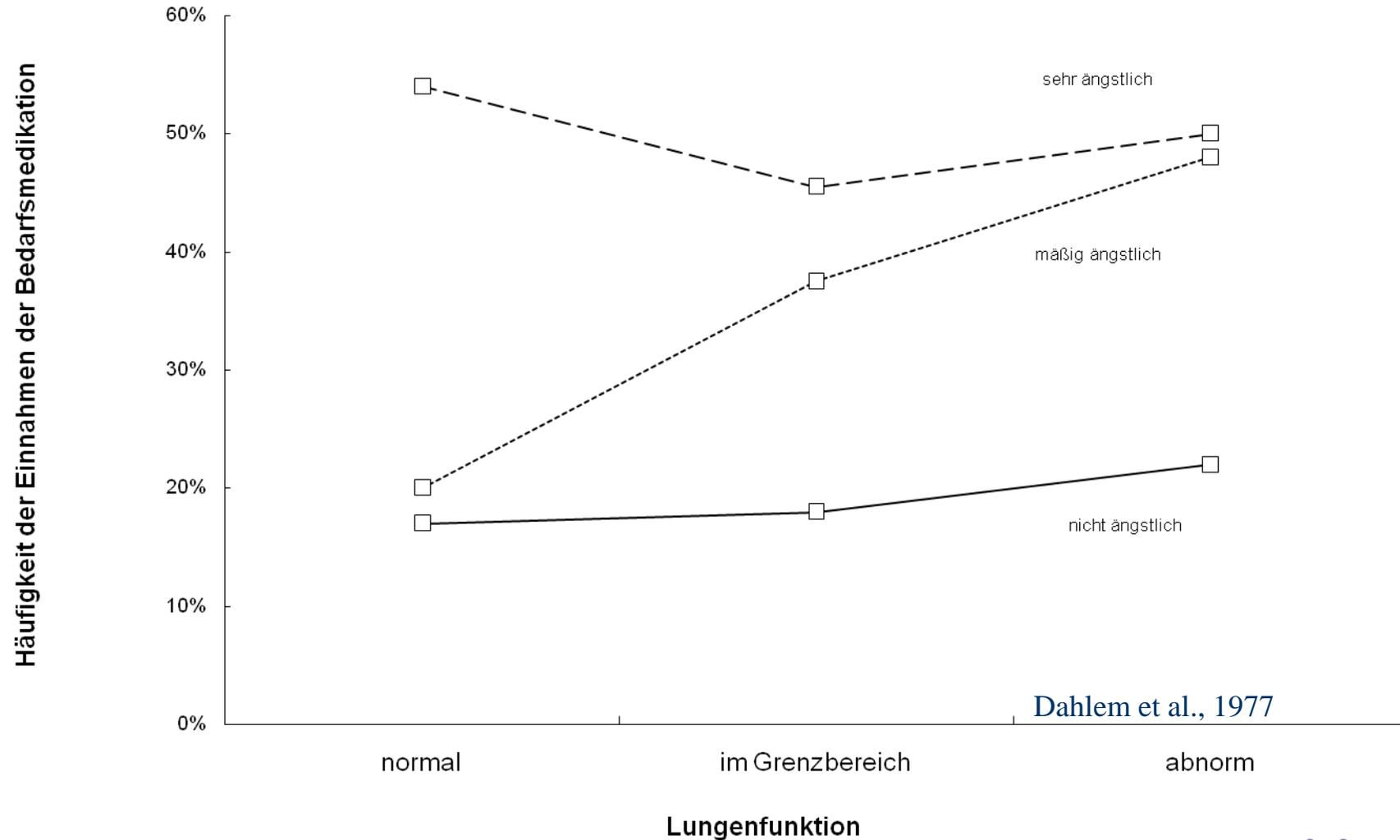
hohe Mortalitäts- und
Mobiditätsraten



Einflussgrößen auf Morbidität / Mortalität

- 1992 6.025 Asthmatote, d.h. alle 1.9 Stunden
- Unterschätzung oder Überschätzung der Krankheit durch
 - den Patienten selber
 - den Arzt und
 - das soziale Umfeld
- Therapiegewohnheiten
- Compliance \Leftrightarrow Einbeziehung der Betroffenen
- Psychosoziale/psychiatrische Komorbidität
- Zunahme Prävalenz und Asthmaschweregrad
- Medizinische Versorgung

Nervöse Ängstlichkeit und Medikamenteneinnahme



Angst und Krankheitsprognose

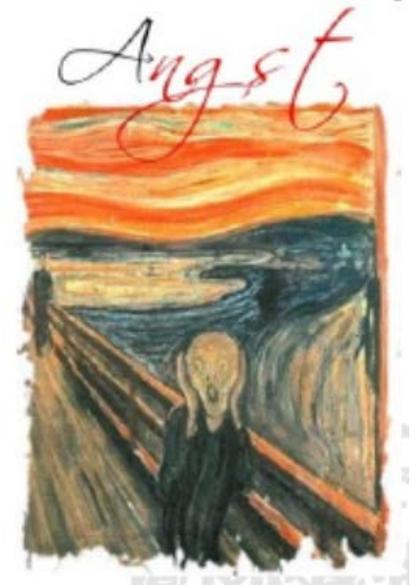
- **Risikopatienten mit schlechter Prognose**
 - Patienten mit hohen oder niedrigen Werten in der Grundangst, unabhängig von ihrer asthmaspezifischen Angst
- **Patienten mit guter Prognose**
 - weisen mittlere Werte in der Grundangst und in der asthmaspezifischen Angst auf
 - achten ängstlich-nervös auf ihre Symptome und bewerten bereits geringfügige Obstruktionen als Hinweis auf eine asthmatische Krise
 - insgesamt jedoch sind sie gegenüber beängstigenden Ereignissen im Leben eher ausgeglichen und ruhig

Atemwegserkrankungen

Atemwegserkrankungen von den
Möglichkeiten her nicht primär ein
medizinisches Problem

Folgerung:

Verlauf und Prognose stark
beeinflusst durch psychosoziale
Prozesse



Psychosoziale Zielsetzungen der pneumologischen Rehabilitation

- Krankheitsverarbeitung
- Compliance
- Krankheitsmanagement (Selbstwahrnehmung, Selbstkontrolle und Selbstmanagement)
- Psychosoziale Einflussgrößen auf Symptomatik, Krankheitsverlauf und Krankheitsfolgen
 - Komorbidität
 - Einbeziehung/Verhinderung psychosozialer Sekundärerkrankungen bzw. Belastungen
- Lebensqualität

Krankheitsverarbeitung ist ...

- die Gesamtheit aller Prozesse, um Krankheitsbelastungen möglichst gering zu halten
- unter Einbeziehung vorliegender Erfahrungen finden Wechselwirkungen zwischen
 - Wahrnehmung
 - Emotionen
 - Kognitionen und
 - Verhalten statt
- sie ist relativ aktional-funktional, zielorientiert
- sie ist Moderatorvariable zwischen Belastungsintensität und Behandlungsergebnis (relative Symptombefreiheit, relative gesundheitsbezogene Lebensqualität)

Bewertung von Bewältigungsstrategien

Adaptive, günstige Strategien:

- aktive, lösungsorientierte Strategien
 - Kampfgeist entwickeln (Krankheit beherrschen)
 - Informationen suchen (Wissen als Basis)
 - Problemlösestrategien entwickeln
- Selbstermutigung und Ablenkung
- Einhaltung von Ratschlägen und Verordnungen (Compliance)
- Vertrauenssetzung in den Arzt

Maladaptive, ungünstige Strategien:

- Depressive Verarbeitung
- Verleugnung

Merkmale und Ziele der Patientenschulung

... **Gesamtheit aller Maßnahmen, die**

- eine aktive Teilnahme des Patienten an der Bewältigung
- seiner chronischen Erkrankung
- durch Überwachung der Symptomatik und
- adäquate Selbstanpassung der Therapie an den
- jeweiligen Schweregrad der Erkrankung ermöglichen

Ziele:

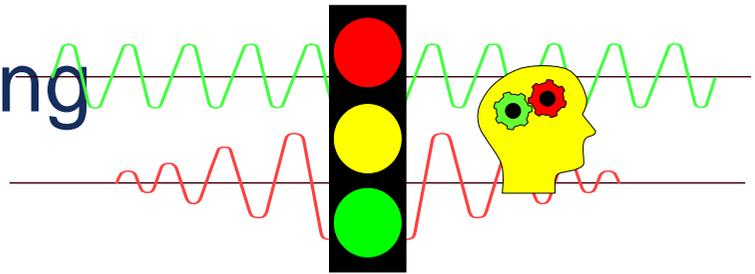
- Verbesserung der Krankheitsbewältigung
- günstigerer Krankheitsverlauf
- erhöhte Leistungsfähigkeit
- Senkung der Morbidität und Letalität
- Verbesserung der Lebensqualität

Aktive Krankheitsbewältigung



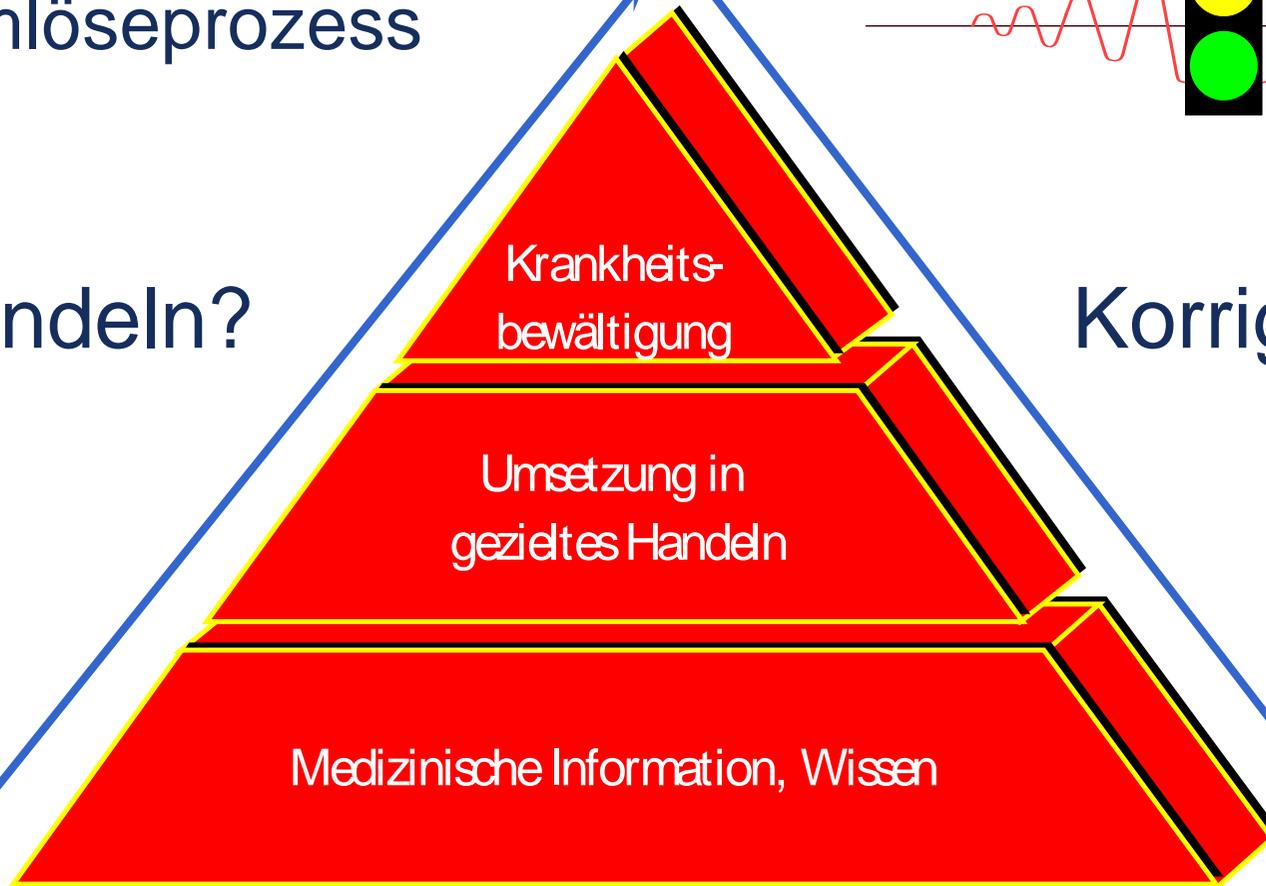
Krankheitsmanagement als Problemlöseprozess

Bewertung



Handeln?

Korrigieren?

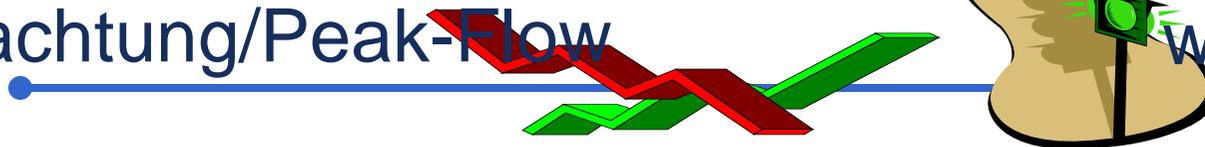


Bewertung Basis=persönlicher Bestwert

Bewertung

Veränderungen:
warum???

Beobachtung/Peak-Flow



Überprüfung des Befindens durch Peak-Flow-Messung und Ampelschema



starke Atemnot

mehr als 40 % unter persönlichem Bestwert

Gefahr eines Anfalls, Notfallmedikamente einnehmen

leichtgradige Atemnot

zwischen 20-40 % unter persönlichem Bestwert

Zunahme der Entzündung und Verkrampfungsbereitschaft, Dosisanpassung

kaum Atemnot

weniger als 20 % unter persönlichem Bestwert

Gut eingestellt, Dauermedikation reduziert asthmatische Beschwerden auf Minimum

Psychologische Hilfen zur Krankheitsverarbeitung

- Erleichterung des emotionalen Ausdrucks
- Durchleben und Durcharbeiten von Gefühlen
- Abbau von irrationalen Ängsten
- Informationssuche durch patientengerechte Aufklärung und Information
- Stärkung von realitätsgerechtem Informationssucheverhalten
- Veränderung von Fehlwahrnehmungen und ungünstigen Attributionen
- Verstärkung der als wirkungsvoll eingeschätzten Verarbeitungsmodi
- Nutzung/Stärkung vorhandener Ressourcen
- Einüben konkreter Verhaltensweisen in unterschiedlichen Situationen
- Modifikation ungünstiger Strategien
- Erfahrung der Selbstwirksamkeit
- Förderung der aktiven Problemlösung

Pneumologische Rehabilitation

Medizinische/ärztliche Diagnostik, Therapie, Therapieverlaufskontrolle

Patientenschulung

Basisschulung (Ärzte):

- Was ist Asthma?
- Asthma und Allergie
- Asthma und Infekt
- Asthma, Beruf und Umwelt
- Grundzüge der Asthmatherapie
- Kortison in der Asthmatherapie
- Was ist eine COPD?
- Diagnostik und Therapie der COPD

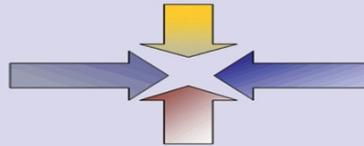
Seminare und Übungen:

- Rehabilitation chronischer Krankheiten
- Atemschule
- Rückenschule
- Rund um das Inhaliergerät
- Selbstkontrolle durch Peakflowmeter
- Dosieraerosole
- Praxisschulung Inhalation
- Psyche und Atemwegs-/ Lungenerkrankungen
- Stressbewältigung
- Raucherentwöhnung
- Umgang mit Angst und Depression
- Lungensport
- Theorie/Praxis Kneipp-Verfahren
- Praxisschulung Allergie (Pollen, Milben)
- Gesunde Ernährung/Nahrungsmittelallergie
- Gewichtsreduktion
- Lehrküche: Praxisschulung Ernährung
- Sozialrechtliche Aspekte chronischer Krankheit
- Hilfe zur Nachsorge

Veränderungsprozess

in den Ebenen

- des Wissens
- der Wahrnehmung
- der Bewertungen
- der Gefühle
- des Verhaltens



in den Bereichen

- Selbstwahrnehmung
- Selbstkontrolle
- Selbstmanagement

mit dem Ziel der Verbesserung von

- Grunderkrankung
- Erwerbsfähigkeit
- Krankheitsverarbeitung
- Krankheitsverlauf
- Krankheitsprognose
- Lebensqualität

Therapie/Beratung

Psychosoziale Rehabilitation

- Psychologische Diagnostik
- Psychologische Beratung / Psychotherapie
- Psychoedukative Gruppen (z.B. Stress, Angst, Depression)
- Entspannungstherapie

Interdisziplinäre Schulung und Beratung

- Patientenvorträge
- Seminare
- Praxisschulung

Physikalische Therapie

- Physiotherapie
- Sport- und Bewegungstherapie
- Balneologie
- Ergotherapie

Sozialmedizin

- Sozialmedizinische Beurteilung / Beratung
- Reha- und Sozialberatung
- Berufsbezogene Basis- und Kernangebote (MBOR)

Diätetik/Ernährung

- Einzel- und Gruppenberatung
- Lehrküche

Fachpflege

Klinikseelsorge

Therapietransfer unter alltäglichen Bedingungen im Rahmen der Freizeit- und Kreativangebote, Förderung eigener Aktivitäten der Patienten

NASA

Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker

Eine Kooperation des Bundesverbandes der Pneumologen Deutschlands,
der Sektion Prävention und Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für
Pneumologie und der Deutschen Atemwegsliga

Die PowerPoint-Präsentation
November 2003

[WEITER](#)

Texte zur
NASA Schulung

[ÖFFNEN](#)

NASA - Schulung Kapitelübersicht

Kapitel I: Begrüßung

Kapitel II: Was ist Asthma

Kapitel III: Allergien

Kapitel IV: Die Selbstkontrolle der Erkrankung

Kapitel V: Richtig inhalieren

Kapitel VI: Der medikamentöse Stufenplan

Kapitel VII: Dosisanpassung

Kapitel VIII: Körperliche Aktivität und Atemtherapie

Kapitel IX: Der Bronchialinfekt

Kapitel X: Der Asthma - Anfall

Kapitel XI: Verabschiedung



Chronisch obstruktive Bronchitis mit und ohne Emphysem Ambulantes Schulungsprogramm für COPD-Patienten

COBRA

Unterrichtskarten

C. Schacher, Y. Dhein, C. Münks-Lederer, H. Worth

Kontakt: christian.schacher@klinikum-fuerth.de
atemwegsliga.lippspringe@t-online.de



**Medizinische Klinik I
Klinikum Fürth**

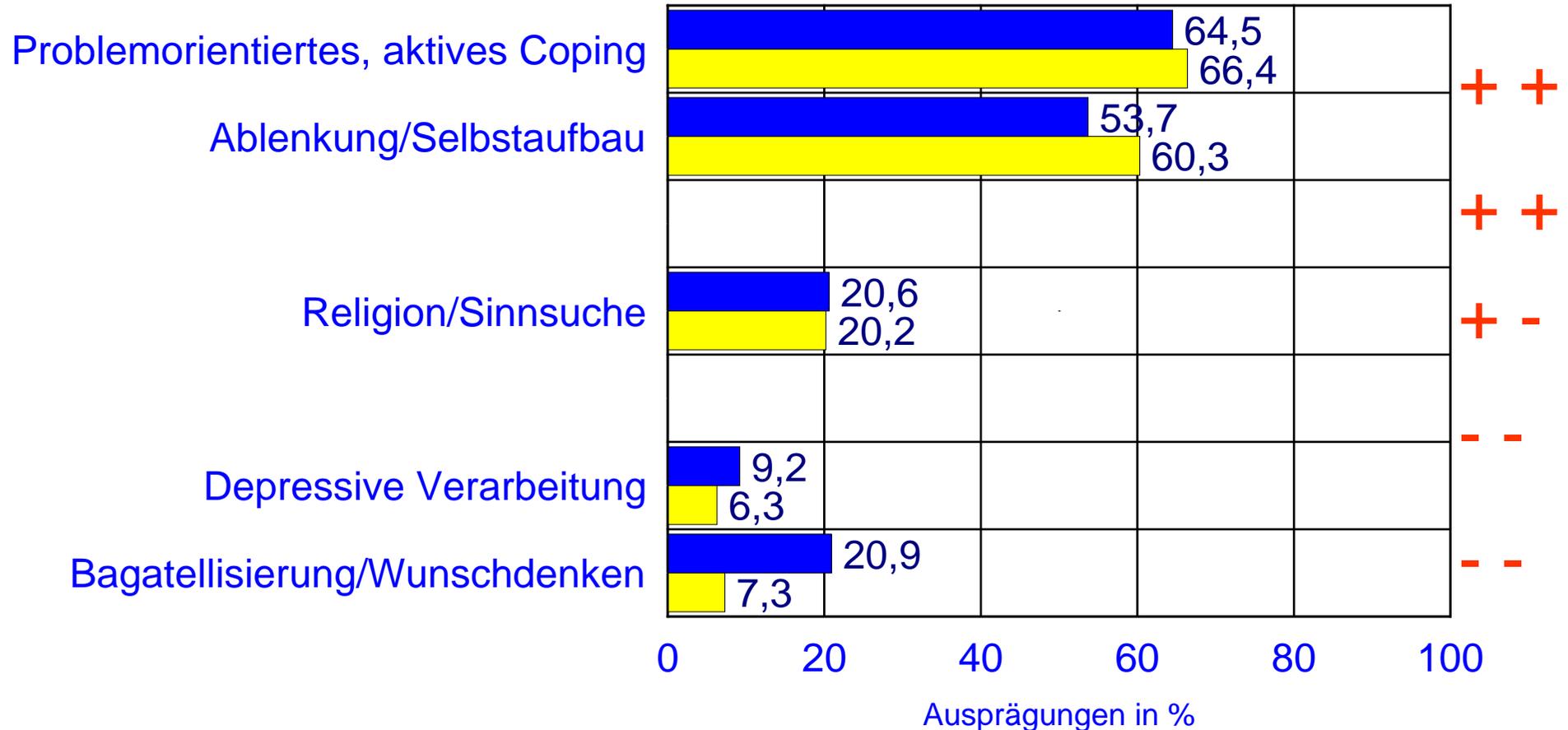
**Deutsche Atemwegsliga
Bad Lippspringe**

Inhaltsverzeichnis

1.	Begrüßung	8
2.	COPD: Was ist das?	12
3.	Schädigende Einflüsse verringern – besser leben!	24
4.	Selbstkontrolle der Erkrankung	37
5.	Richtig inhalieren: Pulverinhalatoren, Dosieraerosole, Düsenvernebler	51
6.	Therapie der COPD	73
7.	Der Aktionsplan	117
8.	Körperliche Aktivität und Atemphysiotherapie	122
9.	Exazerbation und Bronchialinfekt	132
10.	Der Notfall	137
11.	Verabschiedung	147

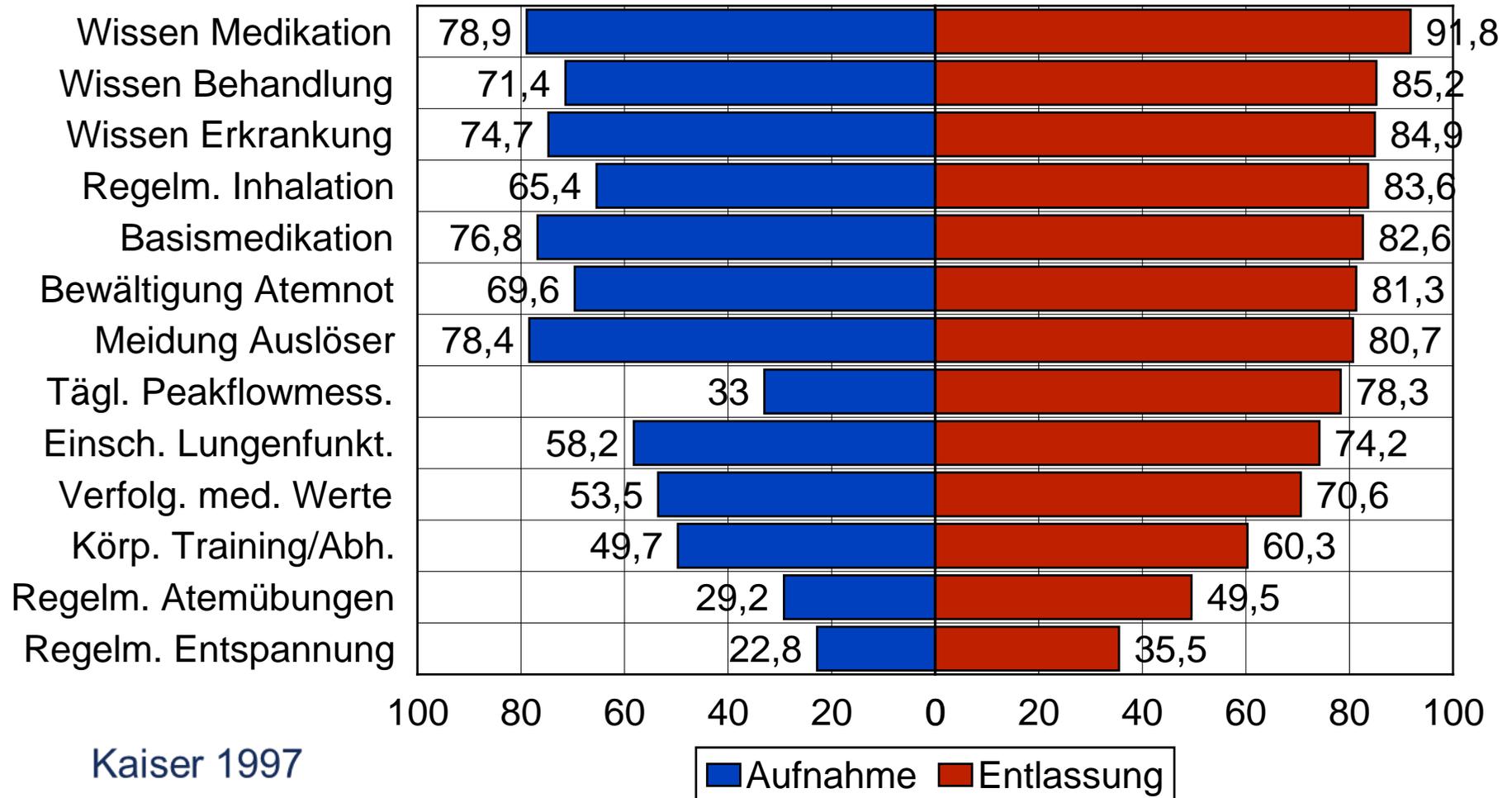
Krankheitsverarbeitung: Skalen des FKV (Aufnahme vs. Entlassung)

Subskalen



Krankheitsmanagement (t1/t2)

Patientenangaben (p <= .001)



COPD-Schulung im Rahmen der stationären Rehabilitation verbessert Lebensqualität und Morbidität¹

Patient Education in COPD During Inpatient Rehabilitation Improves Quality of Life and Morbidity

Autoren

M. Wittmann¹, S. Spohn¹, K. Schultz², M. Pfeifer³, W. Petro¹

Institute

¹ Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation Pneumologie und Orthopädie der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd (Med. Direktor Prof. Dr. W. Petro)

² Fachklinik Allgäu, Pfronten

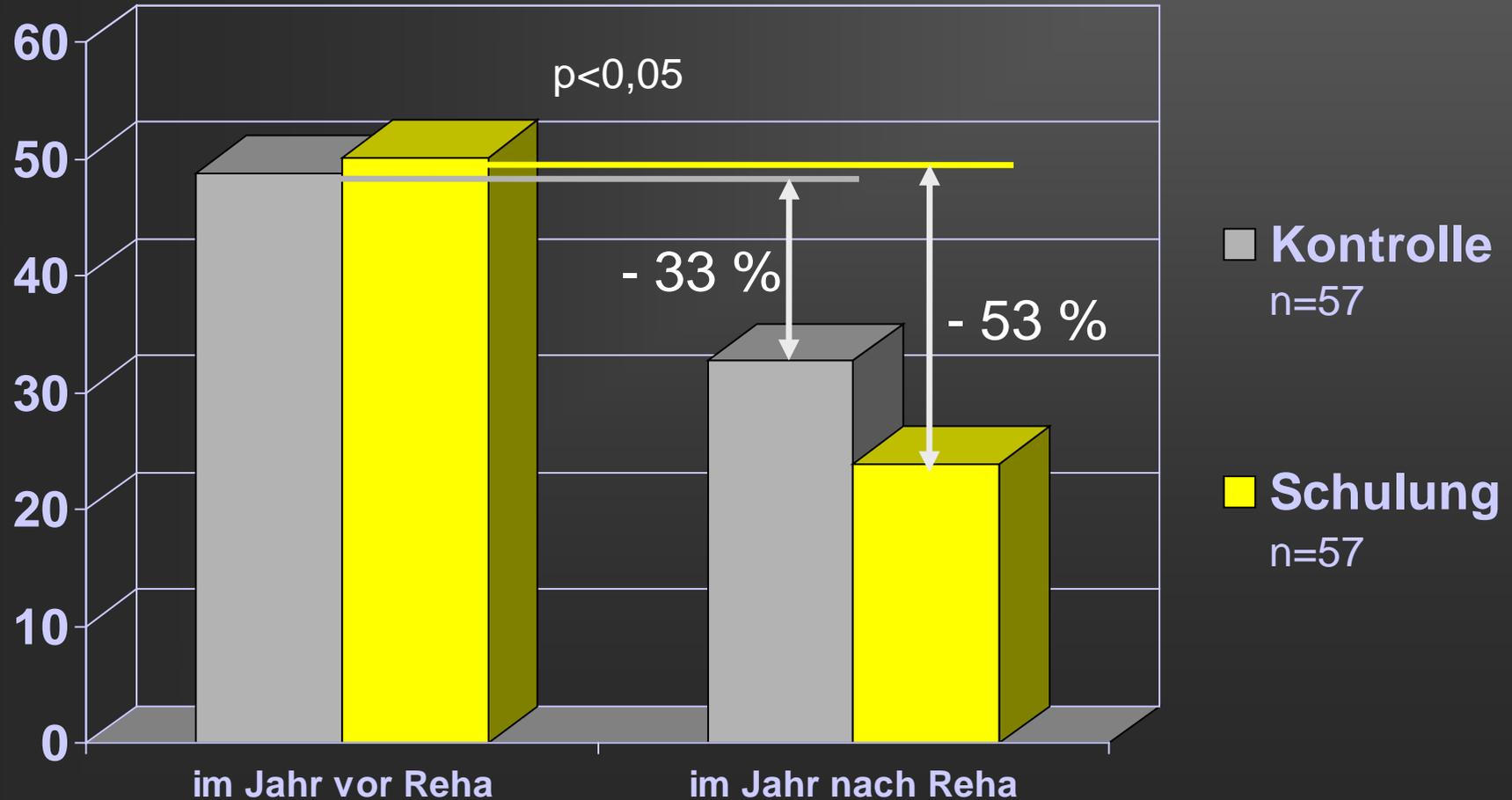
³ Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II, Universität Regensburg; Krankenhaus Donaustauf

Morbidity nach 1 Jahr

	Kontrollgruppe			Schulungsgruppe		
	vor Reha	nach Reha	p=	vor Reha	nach Reha	p=
Krankenhaus- aufnahme wegen COPD	24,7 % (n=89)	11,5 % (n=87)	0,02	30,8 % (n=91)	9,9 % (n=91)	0,01
Tage auf Intensivstation	4,4 % (n=90)	5,7 % (n=87)	ns	11,8 % (n=93)	2,2 % (n=91)	0,02
Hausbesuche	26,2 % (n=90)	13,1 % (n=87)	ns	33,0 % (n=93)	20,9 % (n=91)	ns
Notarzt / ärztlicher Notdienst	10,2 % (n=88)	11,5 % (n=87)	ns	18,3 % (n=93)	5,5 % (n=91)	0,01
Zahl der Notfallein- weisungen	15,5 % (n=88)	11,9 % (n=87)	ns	19,6 % (n=93)	8,7 % (n=91)	0,03

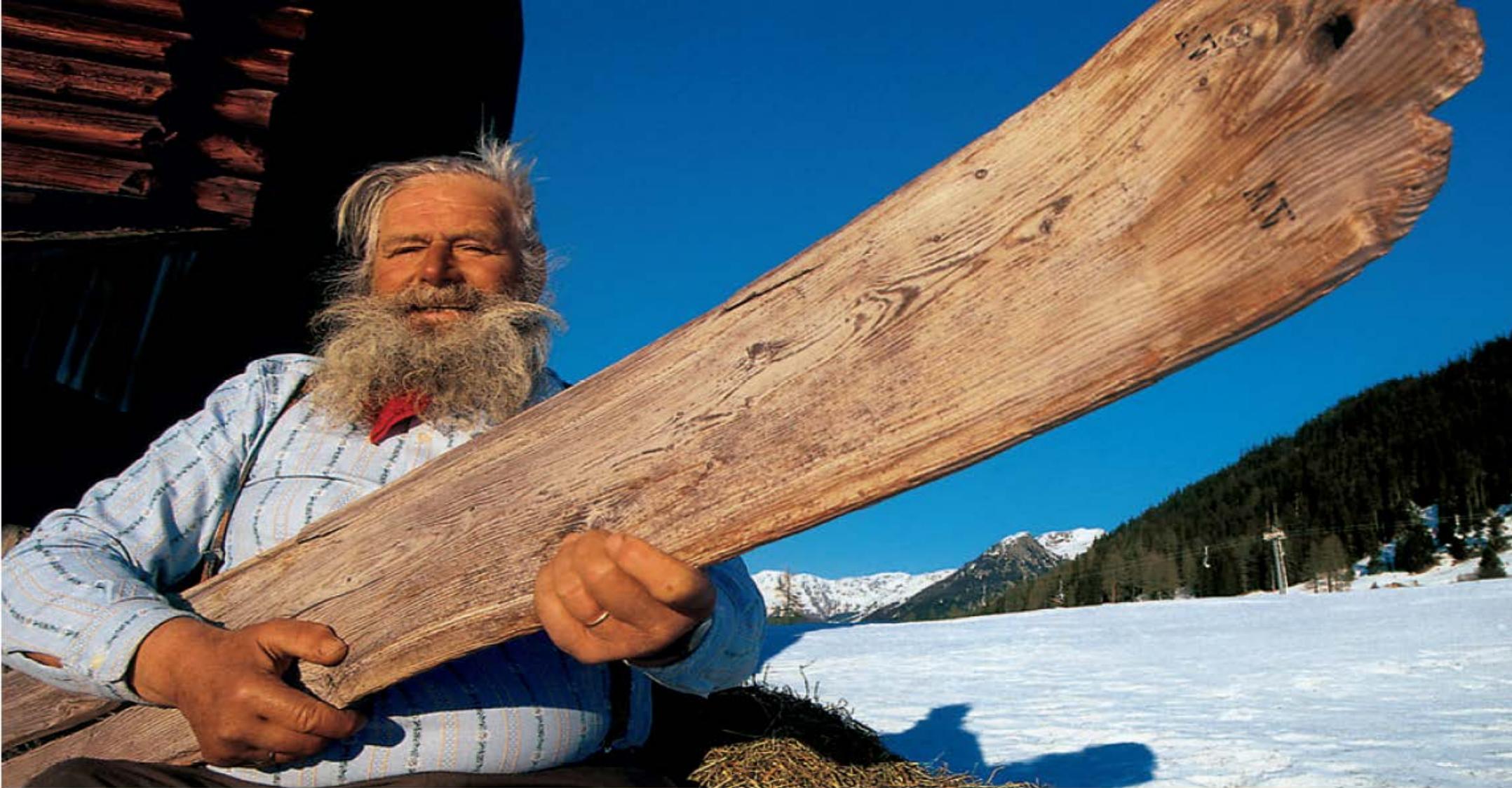
Arbeitsunfähigkeitstage

wegen COPD (pro Patient)



Take Home

- Der pneumologischen (stationären) Reha kommt in der Gesamtbehandlung eine große Bedeutung zu
- Deutliche Unterversorgung, hohe Kosten, hohe Prävalenz und gleichzeitig geringe Nutzung von pneumologischer Reha
- Studien belegen für COPD und Asthma
 - die hohe psychische Belastung
 - deutlich erhöhte Raten behandlungsbedürftiger psychischer Störungen
 - deutlich höhere Prävalenzen psychischer Störungen im Vergleich zu Gesunden und der Allgemeinbevölkerung
- Ungünstige Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf
- Die Erkennungs- und Behandlungsrate relevanter Störungen ist relativ gering
- Es gibt effiziente Verfahren in Diagnostik und Therapie, die stärker genutzt werden müssen - dies gilt auch für die Patientenschulung
- Psychosoziale Aspekte sind bei pneumologischen Erkrankungen für den gesamten Krankheitsverlauf bedeutsam
- Sie sollten daher insgesamt mehr Beachtung finden



In Graubünden werden Trends gesetzt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit
Download unter: www.hochgebirgsklinik.ch