

# Rehabilitation

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,  
 liebe Kolleginnen und Kollegen,

die pneumologische Rehabilitation (PR) stellt heute eine unverzichtbare und effektive Therapie bei Patienten mit chronischen Atemwegs- und Lungenerkrankungen dar. Für die Indikation COPD liegen zahllose Studien vor, die der PR ein hohes Maß an Evidenz attestieren. Aber auch für andere chronischen Atemwegs-erkrankungen finden sich zunehmend positive Daten.

Es haben Autoren aus Deutschland, Österreich und der Schweiz mitgewirkt, so dass wir das Thema PR unter einem „D.A.CH“-Aspekt zusammengefasst haben. Dies heißt allerdings nicht, dass unter diesem gemeinsamen „D.A.CH.“ eine einheitliche Rehabilitationsszene beherbergt ist. Vielmehr gehen die verschiedenen Gesundheitssysteme teils unterschiedliche Wege. Ganz im Gegensatz zur restlichen Welt ist in unseren drei Ländern die PR hauptsächlich stationär verankert. Ambulante Strukturen sind abgesehen von ein paar wenigen lokalen Einzelinitiativen bislang weder in Deutschland noch in Österreich existent. Dabei liegt in Deutschland seit 2010 ein umfangreiches DIMIDI-Gutachten (Versorgungssituation und Wirksamkeit der ambulanten im Vergleich mit der stationären pneumologischen Rehabilitation) zur ambulanten PR vor, welches vom IQWiG gutgeheißen wurde und der ambulanten PR ein hohes Maß an Effektivität attestiert. Hierfür notwendige Strukturen sind noch nicht geschaffen worden. Hingegen hat die Schweiz offenbar die Chancen einer ambulanten PR bereits erkannt und zu fördern begonnen.

Die Verordnungsrealität steht noch immer ganz im Gegensatz zu den nationalen und internationalen Therapieempfehlungen. Es mögen verschiedene Faktoren zusammenspielen, die dazu führen, dass ein Maßnahmenpaket, welches zumindest bei der COPD die positive Wirkung aller verfügbaren Medikamente übertrifft, so wenig genutzt wird.

Gerade für PR unmittelbar nach akuter Exazerbation (AE-COPD) liegen beeindruckende Daten für eine Reduktion von Krankenhauseinweisungen und Hinweise für eine geminderte Mortalität vor. Dennoch nehmen nur weniger als 10% der Patienten nach AE-COPD eine PR wahr. Ein auf Seiten der Verordnenden, Kostenträger und auch Patienten noch verbreiteter „therapeutischer Nihilismus“ mag ein Grund hierfür sein. Eine unzureichende Definition seitens der Leistungserbringer hinsichtlich dessen, was unter PR verstanden werden muss, kann eine weitere Ursache darstellen. Mit einfachen Worten: Da, wo außen Reha drauf steht, ist nicht immer wirklich gute Reha drinnen.

## » Eine PR wird noch immer zu selten verordnet

Es freut mich, dass mit diesem Themenheft der pneumologischen Rehabilitation eine breite Bühne geboten wird, um diese als eine wirkungsvolle, multimodale und interdisziplinäre Behandlungsform darzustellen.

Im ersten Beitrag von *H. Buhr-Schinner* und *R.H. Zwick* geht es zunächst um Definition und rechtliche Grundlagen der PR. Weiterhin werden die klassischen PR-Indikationen, deren Komponenten, die verwendbaren Ziel-/Messgrößen und nicht

zuletzt die Evidenzlage der PR dargestellt. Zuletzt geben die Autoren noch einen Ausblick, wie die Zukunft der Rehabilitation aussehen könnte.

## » Die Effektivität der PR ist bei COPD gut belegt

*M. Puhan* stellt die PR-Historie der letzten 60 Jahre dar, wobei anfängliche Skepsis über zunehmende Wahrnehmung positiver Effekte von einer beeindruckenden Evidenz abgelöst wurde. Der Autor selbst hat dazu mit weltweit beachteten Cochrane Reviews bezüglich der PR nach Exazerbation bei COPD wesentlich beigetragen.

Der dritte Beitrag beleuchtet die Bedeutung Entwicklung der PR bei Indikationen jenseits der COPD. Bei der von *K. Schultz* skizzierten PR bei Asthma ist die Evidenz für den Gesamtprozess erstaunlicherweise nicht sehr belastbar, die Einzelkomponenten des multimodalen Ansatzes hingegen zeigen vielfach signifikant positive Effekte.

Als Musterbeispiel dafür, wie durch einen wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit eine neue PR-Indikation (pulmonale Hypertonie) kreiert werden kann, können die Arbeiten aus der Arbeitsgruppe von *E. Grünig* gelten. Diese Autoren geben ein aktuelles Update zur Datenlage.

*R. Glöckl* stellt abschließend aktuelle, teils neue Entwicklungen wie PR bei interstitiellen Lungenerkrankungen, Non-CF-Bronchiektasen und bei Patienten vor/nach Lungentransplantation dar.

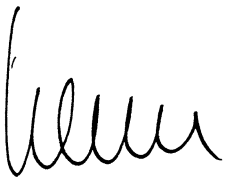
*I. Heinzelmann* zeigt auf, wie körperliches Training aufgebaut werden sollte, und beleuchtet klassische wie auch neu-

ere Trainingsmethoden jenseits von Ausdauer- und Krafttraining. Besonders betont wird, dass Training primär auf dessen Beibehaltung im Alltag fokussieren muss.

Ob ambulant oder stationär, mit dieser Frage befasst sich der Beitrag von *M. Spielmanns*, der die unterscheidenden Aspekte gegenüberstellt.

Der abschließende Artikel einer Autorengruppe um *D.C. Keil* aus Marburg/Leipzig hebt hervor, wie sehr psychische Komorbidität in Form von Angst und Depression den Krankheitsverlauf bei Lungenerkrankungen und auch die PR selbst beeinflussen kann.

Eine qualitativ gute PR ist keine umbenannte Form von „Kur“, sondern vielmehr eine extrem wirkungsvolle, unverzichtbare Behandlungsoption für unsere Patienten. Es würde mich freuen, wenn dieses Themenheft einen Beitrag dazu leisten kann, dies im klinischen Alltag umzusetzen.



*Dr. Klaus Kenn*

### Korrespondenzadresse



**Dr. K. Kenn**  
Abteilung Pneumologie,  
Schön Klinik  
Berchtesgadener Land  
Malterhöh 1, 83471 Schönau  
am Königssee  
kkenn@schoen-kliniken.de

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** K. Kenn gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Lilly Damm, Ulrike Leiss,  
Wolfgang Habeler, Ulrike Habeler (Hrsg.)  
Ärztliche Kommunikation  
mit Kindern  
und Jugendlichen**

Berlin-Münster-Wien-Zürich-London:  
LIT-Verlag 2014, 1. Aufl., 192 S.,  
(ISBN 978-3-643-50636-8),  
Broschur, 19,00 EUR

„Die Fähigkeit zur Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen ist einem gegeben oder eben nicht“ – glauben viele. Dies ist wohl auch der Grund, warum es zu diesem Thema im deutschsprachigen Raum nur wenige Untersuchungen und kaum Literatur gibt, die sich zudem sehr oft auf die Kommunikation mit Eltern konzentriert. Dieses neu erschienene Buch einer vorwiegend österreichischen Autorengruppe stellt die Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen in den Vordergrund, und wendet sich an alle Ärztesgruppen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin. Dabei werden theoretische Ansätze wie entwicklungspsychologische Grundlagen verknüpft mit praktischen Zugängen, z.B. Kommunikation mit chronisch kranken, behinderten, traumatisierten Kindern oder schwierigen Jugendlichen. Auch Fallbeispiele aus verschiedenen Bereichen der Kindermedizin werden herangezogen. Kopierfähige Tabellen, z.B. für die adäquate Kommunikation im Rahmen des Impfens von der Begrüßung bis zur Verabschiedung, bieten „Checklisten“ für bestimmte Behandlungssituationen. Das Buch spart auch Grenzbereiche wie „Kommunikation mit zu früh geborenen Kindern“ und „Kommunikation mit sterbenden Kindern“ nicht aus. Immer wieder weisen die Autoren darauf hin, dass Kinder und Jugendliche ein Recht auf altersgemäße Information, Kommunikation und Partizipation haben. So wird neben den UN-Kinderrechten auch die EACH-Charta (European Association for Children in Hospital) im Detail dargestellt.

Illustrierendes Bildmaterial sucht man in diesem schlanken Buch vergeblich – die Autoren haben bewusst darauf verzichtet. Sie selbst bezeichnen das Buch auch als „work in progress“ und beabsichtigen gegebenenfalls in Folgeauflagen dem Thema „Migration“ noch mehr Platz zu geben. Zusammenfassend handelt es sich um ein Buch, das bisher gefehlt hat. Aus meiner Sicht sollte es in der Bibliothek jeder Kinder- und Jugendabteilung stehen. Und zumindest allen Kolleginnen und Kollegen in Ausbildung sollte die Lektüre nahe gelegt werden. Weil ärztliche Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen zumindest zum Teil auch erlernbar ist ....

*R. Kerbl (Leoben)*