

## **Arbeitskreis zeitgemäße Atemwegstherapie (AZA)**

### **Thesen zur Bedeutung des Lungensports und seiner Einbindung in ein Disease Management Programm (DMP) für die Indikationen Asthma und COPD**

Hamburg, April 2005

#### ***1. Bei Asthma und COPD verbessert Lungensport als präventive und rehabilitative Maßnahme die Symptomatik wie Lebensqualität der Patienten und verringert zugleich die Kosten für die Gesundheitsträger.***

Nach aktuellem evidenzbasiertem Erkenntnisstand von Medizin und Wissenschaft trägt körperliches Training in wesentlichem Maße zur Verbesserung der Beschwerden, der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität von Patienten mit Asthma und COPD bei (Lacasse 2000, Ram 2000). Körperliches Training ist eine zentrale Behandlungskomponente in der Rehabilitation, aber auch in der ambulanten Therapie dieser Erkrankungen (Behnke 2003, Göhl 2003). In Form des Lungensports können Betroffene an einem Trainingsprogramm teilnehmen, das genau auf die Erkrankung abgestimmt ist (Worth 2000). Dies gilt sowohl für Patienten, die eine medizinisch indizierte Rehabilitation durchlaufen haben und Lungensport als Nachsorge betreiben, als auch für Patienten ohne klinische Rehabilitation, die in ambulanter Rehabilitation und in Lungensportgruppen aktiv sind (Meyer 1998). Entsprechende Studien zeigen, dass gezieltes körperliches Training als präventive und rehabilitative Maßnahme signifikant die Zahl der stationären Behandlungen verringert (Garcia-Aymerich 2003), deren Dauer verkürzt (Griffiths 2000; Meyer 1997) und zu einer Kostenentlastung führt (Golmohammadi 2004).

#### ***2. Die medizinisch wie ökonomisch sinnvolle Ausweitung des Lungensports erfordert eine aktive Motivation und Förderung der Patienten mit Asthma und COPD wie auch der Trägerverbände des Rehabilitationssports.***

Mit der „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Oktober 2003“ sowie der zugehörigen Durchführungsvereinbarung haben Krankenkassen und Trägerverbände des Rehabilitationssports den Anspruch auf ärztlich verordneten Rehabilitationssport (nach SGB IX, § 44) festgeschrieben. Damit haben Patienten mit Asthma und COPD – nach ärztlicher Verordnung – einen Anspruch auf Lungensport und die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Auf dieser Grundlage kann und sollte der Lungensport weiter entwickelt und etabliert werden und so dem erfolgreichen Beispiel des Herzsports folgen. Auf diesem Weg ist die umfassende Aufklärung und Einbindung von Patienten, Ärzten und Apothekern ebenso wichtig wie der Aufbau eines wohnortnahen Angebots an anerkannten Lungensportgruppen bei ambulanten Rehabilitationsträgern, Sportvereinen und ähnlichen Einrichtungen in Verbindung mit den Trägerverbänden des Rehabilitationssports.

### **3. In Disease Management Programmen für Asthma und COPD muss das Angebot des Lungensports als effiziente wie effektive Rehabilitations- und Präventionsmaßnahme fest- und vorgeschrieben werden.**

DMP im allgemeinen wie DMP für Asthma und COPD im besonderen sollen die Behandlung der Patienten leitlinienorientiert optimieren und zugleich zur Kostentlastung des Gesundheitswesens beitragen. Diese beiden Anforderungen erfüllt der Aufbau und die Förderung eines umfassenden Netzwerks von Lungensportgruppen in hohem Maße. Daher sollten DMP für Asthma und COPD, die zudem den Gesichtspunkten Prävention und Nachhaltigkeit entsprechend Rechnung tragen wollen, den Lungensport als Maßnahme auch außerhalb medizinisch indizierter stationärer/ambulanter Rehabilitation analog zur angeführten „Rahmenvereinbarung“ beinhalten. So wird der Lungensport jedem Patienten, der sich in das DMP eingeschrieben hat, nach ärztlicher Verordnung und durch die Kostenübernahme seitens der Krankenkasse(n) eröffnet. Damit erhält der Lungensport die notwendige Grundlage, um die erwünschte Rolle bei der Behandlung von Asthma und COPD einzunehmen.

### **4. Konkrete Einbindung des Lungensports in ein DMP für Asthma und COPD.**

In Anlehnung an die „Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen“<sup>1</sup>, Teil I: Asthma bronchiale, Ziff. 1.5.3, Satz 2, bietet sich folgende Formulierung für die Einbindung des Lungensports in ein DMP für Asthma an:

*„Daher soll die/der behandelnde Ärztin/Arzt regelmäßig darauf hinweisen, dass die Patientin oder der Patient geeignete Maßnahmen der körperlichen Aktivität ergreift. Dabei soll sie/er die Patientin/den Patienten umfassend über die regionalen Angebote für Lungensport bei anerkannten Trägereinrichtungen und die Gewährleistung der Kostenübernahme für Rehabilitationssport seitens der Krankenkasse(n) entsprechend der ‚Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Oktober 2003‘ informieren und zu einer entsprechenden Beteiligung anregen.“*

Die o.a. „Anforderungen“ sollten in Teil II: COPD, Ziff.1.5.1.3, nach Satz 2, wie folgt ergänzt werden:

*„Ab einem mittelschweren Krankheitsstadium soll das regelmäßige körperliche Training unter fachgerechter Supervision durchgeführt werden. Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt soll die Patientin/den Patienten umfassend über die regionalen Angebote für Lungensport bei anerkannten Trägereinrichtungen und die Gewährleistung der Kostenübernahme für Rehabilitationssport seitens der Krankenkasse(n) entsprechend der ‚Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Oktober 2003‘ informieren und zu einer entsprechenden Beteiligung anregen.“*

---

<sup>1</sup> 11. RSA-ÄndV v. 22.12.2004, BA T. I v. 28.12.2004, S. 3722 ff.

**Literatur:**

- Behnke M, Jörres R A, Kirsten D, Magnussen H. Clinical benefits of a combined hospital and home-based exercise programme over 18 month in patients with severe COPD. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003; 59: 44-51
- Garcia-Aymerich J, Farrero E, Félez M A, Izquierdo J, Marrades R M, Antó J M on behalf of the EFRAM investigators. Risk factors of readmission to hospital for a COPD exacerbation: a prospective study. *Thorax* 2003; 58: 100-105
- Göhl O. Effekte eines ambulanten wohnortnahen Rehabilitationsprogramms für Patienten mit COPD. Berlin: Lehmanns Media, 2003
- Golmohammadi K, Jacobs P, Sin D D. Economic evaluation of a Community-Based Pulmonary Rehabilitation Program for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Lung* 2004; 182: 187-196
- Griffiths T L, Burr M L, Campbell I A, Lewis-Jenkins V, Mullins J, Shields K, Turner-Lawlor P J, Payne N, Newcombe R G, Lonescu A A, Thomas J, Tunbridge J. Results at 1 year of outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation: a randomised controlled trial. *The Lancet* 2000; 355: 362-368
- Lacasse Y, Brosseau L, Milne S, Wong E, Guyatt G H, Goldstein R S, White J. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 4. Art. No.: CD003793; DOI:10.1002/14651858.CD003793
- Meyer A, Wendt G, Taube K, Greten H. Ambulanter Asthmasport verbessert die körperliche Fitness und reduziert asthmabedingte Krankenhaustage. *Pneumologie* 1997; 51: 845-849
- Meyer A, Günther S, Volmer T, Keller A, Taube K. Physical training of adult asthmatics once a week in an outpatient setting. *Eur Respir J* 1998. 11 : 227-228
- Ram F S F, Robinson S M, Black P N. Physical training for asthma (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 1. Art. No.: CD001116, DOI:10.1002/14651858. CD001116
- Worth H, Meyer A, Folgering H, Kirsten D, Lecheler J, Magnussen H, Pleyer K, Schmidt S, Schmitz M, Taube K, Wettengel R. Empfehlungen der Deutschen Atemwegsliga zum Sport und körperlichen Training bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen. *Pneumologie* 2000; 54: 61-67