

8

Rehabilitation bei Patienten mit chronisch-intrinsischem Asthma

- 8.1 **Pflege** 76
 - 8.1.1 Assessmentdaten erheben 77
 - 8.1.2 Pflegediagnose erstellen 77
 - 8.1.3 Pflegeergebnisse folgern und Pflegeplan festlegen 78
 - 8.1.4 Interventionen durchführen 78
 - 8.1.5 Pflege evaluieren 80
 - 8.1.6 Interdisziplinäre Zusammenarbeit 80
- 8.2 **Medizin: Asthma** 82
- 8.3 **Recht** 84
- 8.4 **Gesundheitsökonomie** 84

„Atemlos“ (Andreas Kerschbaumer, 42)

Tagebuchaufzeichnungen von Andreas Kerschbaumer, 42 Jahre.

27.02.07, *Rosenmontag*. Draußen höre ich den Umzug an der Klinik vorbeiziehen. Ich mag keinen Fasching. Manchmal denke ich aber, dass ich so „normal“ sein möchte wie all die anderen, die sich da draußen zum Narren machen. Schon als Kind war ich oft an Fasching krank. Das Asthma hat mir schon damals schwer zu schaffen gemacht. Meine Freunde sind zum Kindernachmittag ins Sportzentrum und ich lag meistens giegend zuhause im Bett. Gut, dass es jetzt diese neuen Medikamente gibt. Mit den modernen Inhalern und dem gering dosierten Cortison ist das ja wirklich ok. Trotzdem möchte ich gerne wissen, wie es zu dieser Krise kommen konnte. Ich schäme mich vor meinen Kindern, wenn ich daran denke, dass ich als Vater in der Klinik liege und sie ohne Papa Fasching feiern müssen. Ich hätte diese Grippe einfach ernster nehmen müssen. Jetzt sagen die Ärzte, unbedingt dieses Jahr

Grippe schutzimpfen! Das hätte man mir auch früher sagen können. Ich hab mich noch gewundert, als ich aus dem Zug ausgestiegen bin und es mir so eigenartig schwindlig geworden ist. Ich weiß nur noch, dass ich mein Notfall-Spray genommen habe und dann auf den Bahnsteig gekippt sein muss. Hatte wohl einen ziemlich heftigen Anfall. Jedenfalls erinnere ich mich an die Leute, die um mich herum standen, ich hatte solch eine Panik! Wäre ich doch bloß nicht mit Fieber aus dem Haus, dass es so schlimm kommen würde, damit hab ich wirklich nicht gerechnet. Aber es war doch so viel liegen geblieben im Büro und der Termin mit Dr. Wilhelm stand ja auch an. Den hätte ich niemals platzen lassen können!

01.03.07 Brigitte und die beiden Kinder waren da. Sie haben auf mich eingeredet, endlich diesen Raucherentwöhnungskurs zu machen. Ich hab gemeint, dass momentan eh nix geht mit Rauchen und so. Und die paar Zigaretten, die ich abends mal in Gesellschaft beim Wein geraucht habe...

die schaden ja wohl wirklich nicht! Brigitte hat sogar gemeint, sie selbst hätte inzwischen schon 11 Tage aufgehört. Natürlich haben Sie alle Recht, natürlich, natürlich!

02.03.07 Dr. Bergmüller hat mir heute meine Lungenfunktion gezeigt. Sie ist auf dem aufsteigenden Ast. Endlich sind auch diese lästigen Kurzinfusionen mit den Antibiotika abgesetzt. Bergmüller hat lange auf mich eingeredet, ich solle mir überlegen, ob ich mir nicht einen stressfreieren Job suchen sollte. Er würde mir zur Umschulung raten. Wie die sich das alles so vorstellen! Aber er hat Recht, wenn ich wieder zuhause bin, wird alles anders. Mein Allergietest war im Übrigen mal wieder überall negativ. Das hätte ich denen aber auch vorher sagen können!

04.03.07 Das autogene Training war echt gut. Und wie lang ich schon keine Atemgymnastik mehr gemacht habe. Die Physiotherapeutin hat das wirklich super gemacht. Der Atem ist doch unser Leben und unser Antrieb! Ich muss wieder besser in mich hinein hören!

11.03.07 Also: und das möchte ich hier schwarz auf weiß fest halten: ich werde mich ändern. Ich werde deswegen in vier Wochen eine Kur in den Alpen antreten und danach auch regelmäßig zum Raucherentwöhnungskurs an die VHS gehen! Eine Dame von der Krankenkasse hat mich nun am Telefon so weit gebracht: ich lass mich in deren Disease-Management-Programm eintragen. Gestern hat man mir vom Büro aus auch angeboten, zuerst mal wieder auf geringerer Stundenzahl einzusteigen. Mit meinen zwei Dosierhüben von Symbicort (neu umgestellt auf Symbicort 320/9 Mikrogramm) früh und abends und meinem Notfallsspray (Salbutamol Dosieraerosol) bei Bedarf komme ich mittlerweile gut zurecht. Außerdem achte ich jetzt aufmerksamer auf Infektionszeichen der oberen Atemwege, werde entsprechend früh einen Schleimlöser und Antibiotika einsetzen, wenn ich merke, dass sich das Sputum gelb oder grün färbt.

Und: Thorsten hat seine Bioarbeit zurück, eine fünf. Aber ich hab's mir fest vorgenommen: ich nehme es mir nicht mehr so zu Herzen!

8.1 Pflege

Andreas Kerschbaumer versucht nach einer gesundheitlichen Krise seinen Alltag wieder neu zu bewältigen. Bei dieser Herausforderung können ihm verschiedene Angebote und Maßnahmen im Rahmen der Rehabilitation nach der Akutversorgung unterstützen. Zur Stabilisierung seines Zustandes tritt er eine Kur im Höhenklima der Alpen an. Die Pflegenden in der Rehabilitationseinrichtung übernehmen zumeist unterstützende und beratende Funktion. Sie haben dabei immer das grundlegende gesundheitliche Problem im Blick, um neuerliche Krisen zu erkennen und zu verhindern. Sie tragen so entscheidend zu Andreas Kerschbaumers Kompetenzaufbau im Bereich seines gesundheitsförderlichen Verhaltens bei.

Rehabilitation

MERKE

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) versteht unter **Rehabilitation** alle Maßnahmen zur Wiedereingliederung von Behinderten oder chronisch kranken Menschen in den Beruf oder die Gesellschaft.

Rehabilitation ist:

- Umfassend – bio-psycho-sozial
- Individuell – bedarfsorientiert
- Interdisziplinär
- Interinstitutionell – aufeinander aufbauend – kontinuierlich
- Aktivierend – motivierend
- Präventiv – früh einsetzend
- Zielorientiert – geplant (Hotze und Winter 2000: 558).

In der Rehabilitation werden verschiedene Lebensbereiche fokussiert. Dazu gehören die

- **Medizinische Rehabilitation.** Leistungen werden hier erbracht, um Behinderungen und chronische Erkrankungen
 - Abzuwenden
 - Zu beseitigen
 - Zu mindern
 - Zu kompensieren
 - Deren Verschlechterung zu verhindern (Fischer 2004: 43).
- **Berufliche Rehabilitation**
- **Soziale Rehabilitation.**

Alle drei Bereiche der Rehabilitation sind eng miteinander verwoben und manchmal kaum voneinander zu trennen. In der Rehabilitation von chronisch Kranken eignet sich das **Krankheitsverlaufmodell** von Corbin und Strauss als Orientierungshilfe (> 12.1). Es hilft den Pflegenden, sich chronische Erkrankungen als verschiedene Stadien und Phasen besser vorstellen und erklären zu können.

MERKE

Die US-amerikanischen Sozialwissenschaftler Juliet M. Corbin und Anselm Strauss bezeichnen Rehabilitation als einen „**Process of Coming Back**“ (Prozess des Zurückkommens), in dem neben der rein physischen Verbesserung des Gesundheitszustandes ein Zurückgewinnen verloren gegangener Fähigkeiten und eine aktive Einbeziehung der eingeschränkten Gesundheit in die Biografie des Erkrankten geleistet werden müssen. Die Betroffenen sollen so gut es geht auf ein Leben mit einer chronischen Krankheit und den Krankheitsfolgen vorbereitet werden (Hotze und Winter 2000: 555).

8.1.1 Assessmentdaten erheben

Auch die Pflegenden in der Rehabilitation achten bei der Anamnese auf eine individuelle und bedarfsorientierte körperliche, psychische und sozial-orientierte Informationssammlung. Bei Andreas Kerschbaumer:

- Erkennen die Pflegenden im **körperlichen** Bereich
 - Sein chronisch-asthmatisches Leiden, das unter der aktuellen medikamentösen Einstellung stabil ist
 - Seine Belastungssymptomatik bei körperlichem und psychischem Stress v.a. hervorgerufen durch den Beruf
 - Den Ausschluss von Allergien
 - Die niedrige Infekttoleranz
 - Einen zeitweisen Einfluss durch die Noxen Nikotin und Teer bei nicht regelmäßigem Rauchen in der Vergangenheit
- Registrieren die Pflegenden im **psychischen** Bereich
 - Die zeitweise Belastung in seiner Rolle als Familienvater, hervorgerufen durch seine Erkrankung
 - Die zeitweise eingeschränkte Einschätzungsfähigkeit seiner körperlichen Belastung wegen Priorisierung anderer „wichtigerer“ Dinge
 - Eine langjährige Krankheitsgeschichte
 - Das hohe reflexive Vermögen des Rehabilitanden
 - Das gute Ansprechen auf Entspannungstechniken
- Berücksichtigen die Pflegenden im **sozialen** Bereich
 - Die Tatsache, dass er verheiratet ist und zwei schulpflichtige Kinder hat
 - Das hohe berufliche Engagement des Rehabilitanden
 - Ein hohes Ausmaß an Identifikation mit seiner beruflichen Tätigkeit.

8.1.2 Pflegediagnose erstellen

Auch in der Rehabilitation hilft im diagnostischen Prozess die Einordnung von Diagnosen in die Kategorien *Funktionaler, physiologischer, psychosozialer Bereich* sowie *Umweltbereich*.

- Im *physiologischen Bereich* diagnostizieren die Pflegenden bei Andreas Kerschbaumer
 - „Beeinträchtiger Gasaustausch“ (Doenges 2002: 346)
 - „Infektionsgefahr“ (Doenges 2002: 443)
 Beide Diagnosen sind allerdings Akutereignisse und unter kontrollierter Medikamenteneinnahme sowie physiologischer Infektabwehr des Rehabilitanden stabil. Sie sind krisenhafte Szenarien oder **Risikopflegediagnosen**, die es zu vermeiden gilt
- Im *psychosozialen Bereich* treffen bei Andreas Kerschbaumer mehrere so genannte **Wellness-**

und Gesundheitsförderungsdiagnosen für seinen rehabilitativen Prozess zu:

- „Bereitschaft für eine verbesserte Entscheidungsfähigkeit“ – in Überarbeitung (NANDA International 2005: 310)
- „Bereitschaft zu verbesserter Erholungsfähigkeit und/oder Freizeit“ – in Überarbeitung (NANDA International 2005:310)
- „Bereitschaft für ein gesteigertes Machtempfinden oder Gefühl der Kontrolle (Power)“ - in Überarbeitung (NANDA International 2005: 310)
- „Bereitschaft für ein verbessertes Coping“ (> Tab. 8.1)
- „Elternrollenkonflikt“ (NANDA International 2005: 71).

8.1.3 Pflegeergebnisse folgern und Pflegeplan festlegen

Zusammen mit dem Rehabilitanden stellen die Pflegenden anhand der entsprechenden NOCs überprüfbare Ziele (Outcomes) und Interventionen im Rahmen eines Pflegeplans auf. Hinsichtlich der Pflegediagnose „Bereitschaft für ein verbessertes Coping“ (> Tab. 8.1) wirken alle beteiligten Berufsgruppen an der Verbesserung dieses Zustands mit (> 8.1.6). Die Pflegenden setzen im Pflegeplan die Prioritäten (auch > Abb. 8.1):

1. Den Rehabilitanden mit seiner Erkrankung und der beeinflussenden Faktoren unterstützen: Kon-

- kret gilt hierzu eine verbesserte Selbstwahrnehmung und -einschätzung der Belastungsfähigkeit von Herrn Kerschbaumer zu erreichen
2. Fördern des Wohlbefindens.

8.1.4 Interventionen durchführen

Pflegende übernehmen in der Rehabilitation meist die Aufgabe des **Rehabilitationsmanagements**, d.h. sie steuern und koordinieren die therapeutische Betreuung des Rehabilitanden. Alle beteiligten Berufsgruppen verfolgen das Ziel des besseren Selbstmanagements des Rehabilitanden. Vereinbarungen über den Verlauf des Rehabilitationsprozesses werden dazu mit dem Betroffenen getroffen. Dazu gehören regelmäßige Absprachen über Maßnahmen, die sich verändern oder langsam steigern (z.B. im Rahmen der Sporttherapie) und mit denen Andreas Kerschbaumer selbst umgehen lernt. Sie tragen zur **Stärkung des Selbstkonzeptes** des Rehabilitanden bei.

M E R K E

Unter **Selbstkonzept** versteht man die Wahrnehmung um das Wissen zur eigenen Person, wie die Selbsteinschätzungsfähigkeit oder Selbstvertrauen.

Die Pflegehandlungen in der Rehabilitation haben ihren Schwerpunkt im Bereich der **Beratung, Information, Schulung** und **Motivation** der Betroffenen. Andreas Kerschbaumer bieten die Pflegenden regelmäßig Gespräche an. Sie fragen gezielt nach dem Grad der Belastung, Veränderung von Belastungsgrenzen oder solchen Hintergründen, die den Patienten in seiner Gesundheitswahrnehmung unterstützen. Diese Intervention spielt eine große Rolle, denn viele Rehabilitanden müssen lernen von früheren Gewohnheiten oder Lebensritualen Abschied zu nehmen. So muss Andreas Kerschbaumer lernen bei zu hoher beruflicher Belastung rechtzeitig Auszeiten zu nehmen oder seine Arbeitsbelastung neu einzuteilen. Dabei helfen Organisationstrainings, wie Zeitmanagementprogramme oder andere Angebote, die kurzfristig Entspannung bieten wie autogenes Training. Aus diesem Grund helfen die Pflegenden den Betroffenen sich (wieder) besser kennen zu lernen, möglicherweise alte (gesundheitsfördernde)

Tab. 8.1 Pflegediagnose „Bereitschaft für ein verbessertes Coping“ für Andreas Kerschbaumer (NANDA International 2005: 46).

Definition	Bestimmende Merkmale oder Kennzeichen
Ein Muster kognitiver und verhaltensbezogener Bemühungen zur Bewältigung von Anforderungen, welches für das Wohlbefinden ausreichend und gestärkt werden kann.	<ul style="list-style-type: none"> • Definiert Stressoren als bewältigbar • Suche nach sozialer Unterstützung • Setzt ein breites Spektrum problem- und gefühlsoientierter Strategien ein • Nutzt spirituelle Ressourcen • Kennt Macht an • Sucht nach Wissen über neue Strategien • Ist sich möglicher Veränderungen des Umfelds bewusst

Name: Kerschbaumer, Andreas		Pflegeplan	
Erstellt von:	E.L.	Pflegergebnis	Evaluierung
Datum/HZ:	NN.NN.200X		
Evaluierung:	NN.NN.200X		
Pflegediagnosen			
<p>Bereitschaft für ein verbessertes Coping.</p> <p>Definition: Ein Muster kognitiver und verhaltensbezogener Bemühungen zur Bewältigung von Anforderungen, welches für das Wohlbefinden ausreicht und gestärkt werden kann.</p> <p>Bestimmende Merkmale oder Kennzeichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definiert Stressoren als bewältigbar - Suche nach sozialer Unterstützung - Setzt ein breites Spektrum problem- und gefühlsoientierter Strategien ein - Nutzt spirituelle Ressourcen - Kennt Macht an - Sucht nach Wissen über neue Strategien - Ist sich möglicher Veränderungen des Umfelds bewusst. 	<p>Andreas Kerschbaumer erkennt die Grenzen seiner gesundheitlichen Belastbarkeit (an).</p>	<p>Interventionen</p> <p>1. Pflegepriorität: Unterstützung von Andreas Kerschbaumer mit seiner Krankheit und Erkennen beeinflussender Faktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige Gespräche als Hilfestellung zur Wahrnehmung (evtl. neuer) Belastungsgrenzen (Veränderungen, Tagesschwankungen, Warnsignale usw.) - Berufsgruppenübergreifender Austausch über Belastbarkeit des Rehabilitanden. <p>2. Pflegepriorität: Fördern des Wohlbefindens von Andreas Kerschbaumer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gemeinsame Überprüfung früherer Verhaltensweisen und Hinweis auf evtl. positive Veränderung, Motivation zu neuen Strategien - Überprüfen, ob alle Ressourcen genutzt werden und evtl. ausbaufähig sind im Hinblick auf zukünftig potentielle steigerbare Grenzen - Im Bedarfsfall Thematisierung eines veränderten Rollenverhaltens, das sich ggf. aus einem neuen Selbstkonzept ergibt. 	NN.NN.200X

Abb. 8.1 Pflegeplan für die Pflegediagnose „Bereitschaft für ein verbessertes Coping“ für Andreas Kerschbaumer. (in Anlehnung an NANDA International 2005: 46).

Interessen (neu) zu entdecken und Mut für alternative Lebensstrategien zu fassen.

8.1.5 Pflege evaluieren

Anhand der NOC „Coping“ (> Tab. 8.2) überprüfen die Pflegenden den individuellen Erfolg der Pflege für Andreas Kerschbaumer. Sie kann für die Pflegediagnosen „Bereitschaft für ein verbessertes Coping“ und „Elternrollenkonflikt“ angewendet werden.

8.1.6 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

In der Rehabilitation ist das Zusammenwirken aller Expertengruppen im therapeutischen Prozess von besonderer Wichtigkeit. Hilfreich sind dabei individuell auf den Rehabilitanden zugeschnittene Therapiepläne (> Abb. 8.2), die Einzel- oder Gruppentherapien und Spezialtherapien sowie die dazu notwendigen entsprechenden Berufsgruppen koordinieren. Für Andreas Kerschbaumer ist ein klar strukturiertes Angebot bestehend aus einem Mix

Tab. 8.2 NOC „Coping“ (nach Johnson et al. 2005: 337).

(1302) Coping					
Bereich III : Psychosoziale Gesundheit					
Klasse N – Psychosoziale Anpassung					
Skala (m): Nie demonstriert bis Konsistent demonstriert					
Definition: Handlungen zur Beherrschung der Stressoren, die die Ressourcen eines Individuums stark belasten					
Coping	Nie demonstriert	Selten demonstriert	Manchmal demonstriert	Oft demonstriert	Konsistent demonstriert
<i>Indikatoren</i>					
130201 Identifiziert effektive Copingmuster	1	2	3	4	5
130202 Identifiziert ineffektive Copingmuster	1	2	3	4	5
130203 Verbalisiert ein Gefühl von Kontrolle	1	2	3	4	5
130204 Berichtet von einer Stressabnahme	1	2	3	4	5
130205 Verbalisiert die Akzeptanz der Situation	1	2	3	4	5
130206 Bemüht sich um Informationen bezüglich Krankheit und Behandlung	1	2	3	4	5
130207 Verändert den Lebensstil in erforderlichem Maße	1	2	3	4	5
130208 Passt sich entwicklungsmäßigen Veränderungen an	1	2	3	4	5
130209 Nimmt verfügbare soziale Unterstützung in Anspruch	1	2	3	4	5
130210 Gebraucht stressreduzierende Verhaltensweisen	1	2	3	4	5

Tab. 8.2 NOC „Coping“ (nach Johnson et al. 2005: 337). (Forts.)

(1302) Coping					
Bereich III : Psychosoziale Gesundheit					
Klasse N – Psychosoziale Anpassung					
Skala (m): Nie demonstriert bis Konsistent demonstriert					
Definition: Handlungen zur Beherrschung der Stressoren, die die Ressourcen eines Individuums stark belasten					
Coping	Nie demonstriert	Selten demonstriert	Manchmal demonstriert	Oft demonstriert	Konsistent demonstriert
130211 Identifiziert vielfältige Copingstrategien	1	2	3	4	5
130212 Wendet effektive Copingstrategien an	1	2	3	4	5
130213 Vermeidet unpassende stressreiche Situationen	1	2	3	4	5
130214 Verbalisiert einen Bedarf an Unterstützung	1	2	3	4	5
130215 Bemüht sich um professionelle Hilfe, wenn angemessen	1	2	3	4	5
130216 Berichtet von einer Verminderung der physischen Stresssymptome	1	2	3	4	5
130217 Berichtet von einer Verminderung negativer Gefühle	1	2	3	4	5
130218 Berichtet eine Zunahme psychischer Ausgeglichenheit	1	2	3	4	5
130219 Andere (Spezifizieren)	1	2	3	4	5

von strategisch dosierter körperlicher Anstrengung und Entspannungsverfahren nötig. Es wirken Pflege, Medizin, Sport- und Physiotherapie, Ergotherapie und Soziale Arbeit mit. Inzwischen werden auch Atemtherapeuten in diesem Bereich eingesetzt.

Die **Atemtherapie** spezialisiert sich einerseits auf die Selbstwahrnehmung des Atems und trainiert andererseits die Lungenkapazität.

Sportliche Betätigung ist empfohlen im Bereich von Ausdauersportarten (z. B. Schwimmen, Radfahren oder Walking) mit entsprechender Aufwärmphase. In den körperlichen Belastungssituationen erkennt Andreas Kerschbaumer seine individuellen Grenzen und stärkt gleichzeitig seine Im-

munabwehr und körperliches Wohlbefinden. **Entspannung** und **Atemtraining** führt zur besseren Selbstwahrnehmung und entlastet von psychischer Anspannung und Stress. Wichtig sind auch die Zeiten zur freien Verfügung oder gezielte kreative Phasen, die Freiraum zur Entwicklung von Ideen, ästhetischer Problemlösungsmethoden oder anderer kreativer Ausdrucksweisen (Musik, Singen, Theater o.ä.) geben. Regelmäßige **ärztliche Besuche** ergänzen das Programm obligatorisch. Die gemeinsame Evaluation im **Pflegegespräch** (Pflegeviste) hilft Andreas Kerschbaumer zudem seinen Gesundungsprozess zu reflektieren. Die Pflegenden unterstützen ihn dabei, die Wahrnehmung auf Risikobereiche zu lenken und bestärken ihn neu entdeckte Potenziale zu beobachten und evtl. beizubehalten.

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Therapieform/ Begleitung	Therapieform/ Begleitung	Therapieform/ Begleitung	Therapieform/ Begleitung	Therapieform/ Begleitung
Atemtherapie/ Physiotherapie und Pflege im Wechsel	Ärztliche Visite/ Medizin	Freie Verfügung	Autogenes Training/Yoga/ Physiotherapie	Schwimmen/ Sporttherapie
Atemtherapie/ Physiotherapie und Pflege im Wechsel	Ärztliche Visite/ Medizin	Freie Verfügung	Autogenes Training/Yoga/ Physiotherapie	Schwimmen/ Sporttherapie
Mittagsruhe				
Schwimmen/ Sporttherapie	Nordic-Walking/ Winter Langlauf/ Sporttherapie	Pflegevisite/ Pflege	Schwimmen (optional) Ansonsten freie Verfügung/ Sport- oder Ergotherapie	Kreativität/ Ergotherapie und Soziale Arbeit im Wechsel
Schwimmen/ Sporttherapie	Nordic-Walking/ Winter Langlauf/ Sporttherapie	Pflegevisite/ Pflege	Schwimmen (optional) Ansonsten freie Verfügung/ Sport- oder Ergotherapie	Kreativität/ Ergotherapie und Soziale Arbeit im Wechsel
Abendprogramm (optional) Soziale Arbeit				

Abb. 8.2 Therapieplan für Andreas Kerschbaumer.

Die **Evaluation des therapeutischen Prozesses** wird im gesamten interdisziplinären Team vorgenommen. Die Berufsgruppen treffen sich dazu einmal wöchentlich, um Andreas Kerschbauers Rehabilitationsfortschritte und Defizite zu besprechen.

Asthma-Trias

Pathophysiologisch dominiert die sog. **Asthma-Trias**

- Schwellung der Schleimhaut in den Bronchien
- Ringmuskelkrampf (Kontraktion) der Bronchialmuskulatur
- Zäher Schleim in den Bronchien.

Dies führt zur Atemnot führt und tritt zumeist anfallsartig auf.

8.2 Medizin: Asthma

Andreas Kerschbaumer leidet seit seiner Kindheit an **nicht-allergischem (intrinsischem) Asthma Bronchiale** (Infektasthma). So genannte unspezifische Reize, wie körperliche Anstrengung, psychischer Stress, umweltbezogene Noxen (Schadstoffe in der Luft, Nikotin – auch Mitrauchen!) oder zum Beispiel der Wechsel von kalter/warmer Luft spielen dabei als Auslöser eine Rolle.

Symptomatisch äußert sich die erschwerte Ausatmung in hörbarem Giemen oder Brummen, das oftmals sogar ohne Stethoskop hörbar ist. Als Giemen bezeichnet man das pfeifende Geräusch, das durch die Luft verursacht wird, die sich durch die verengten Bronchien zwängt. Brummen entsteht durch den zähen Schleim und wird oft durch zumeist trockenen Husten unterbrochen.

Andreas Kerschbaumer leidet bei Eintritt in die Rehabilitationsphase unter „leichtem persistierendem Asthma“, er ist unter regelmäßiger Einnahme eines inhalativen Glukocortikoids größtenteils beschwerdefrei und kann sich in eingeschränktem Ma-

ße oder sogar voll belasten. Medikamentös eingestellt ist Andreas Kerschbaumer mit dem Kombinationspräparat Symbicort® aus Budesonid (Kortisonwirkstoff) und Formoterol (β_2 -Sympathomimetika). Das Kortison wirkt entzündungshemmend, das β_2 -Sympathomimetika entkrampfend und atemwegserweiternd, da es die β_2 -Rezeptoren (Bindungsstellen an den Bronchien) stimuliert.

Andreas Kerschbaumer atmet das Pulverinhalat mittels eines Turbohalers bis in die kleinsten Atemwege, wo sich der Wirkstoff schwebstoffartig verteilt und über die Schleimhäute resorbiert wird. Hierbei ist auf die regelmäßige, sachgemäße ärztliche angeordnete Einnahme zu achten.

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

Nach der Anwendung von inhalativen Kortikoiden ist dringend angeraten den Mund zu spülen oder etwas zu essen oder zu trinken, da die Anwendung potentiell Mundsoor auslösen kann.

Zur Akutbehandlung im Anfall setzt Andreas Kerschbaumer weiterhin zusätzlich Salbutamol als Dosieraerosol ein. Zur Schleimverflüssigung oder zur Vorbeugung von Sekretstau in den Bronchien muss er auf ausreichend Flüssigkeitszufuhr achten und setzt bei Bedarf Sekretlöser vom Wirkstofftyp Acetylstein ein.

Im Anfall achtet er auf eine atemerleichternde Haltung. Der Kutschersitz (vornüber gebeugt sitzen die Unterarme auf den Oberschenkeln aufgesetzt) führt zu einer Entlastung der Atemhilfsmuskulatur. Er erlernt die Lippenbremse (Ausatmen gegen die geschlossenen Lippen). Sie bewirkt einen Rückstau der Ausatemluft in den Atemwegen, die erweiternd und zum Teil auch erleichternd empfunden wird.

In der rehabilitativen Phase gilt es die medikamentöse Einstellung zu optimieren, so dass der Patient wieder an einen angemessenen Lebensalltag herangeführt werden kann. Für Andreas Kerschbaumer heißt das, dass seine Lungenfunktion (Spirometrie) regelmäßig kontrolliert werden muss und er auch selbst eine Kontrolle seiner maximalen Ausatemkapazität vornehmen kann.

MERKE

Die **Spirometrie** wird zumeist in Form der Ganzkörperplethysmographie durchgeführt. In einer geschlossenen Kammer (Glaskabine) werden unter anderem ermittelt.

- Das FEV1 (forcierte expiratorische Volumen). Es gibt darüber Auskunft, wie viel Luft der Patient nach tiefer Einatmung in einer Sekunde maximal ausatmen kann
- Der FEV1/VC-Werte bezieht das FEV auf die Vitalkapazität. Hier wird der so genannte Tiefniveauewert diagnostiziert, der beim gesunden jungen Menschen über 75 % liegt.

Weiter besteht bei stabilem Zustand des Erkrankten die Möglichkeit **Provokationstests** mittels inhalativer Testsubstanzen durchzuführen, die je nach Zustand die individuelle Verschlechterung der Atmung zeigen. Nach Einnahme so genannter Notfallsprays, der β_2 -Sympathomimetika (z.B. Salbutamol Dosieraerosol) wird geprüft, ob sich die Atemwege wieder erweitern. Die Lungenfunktion in sehr vereinfachter Form kann vom Patienten selbst getestet werden, indem er ein **Peak-Flow-Meter** zu Hilfe nimmt, das den Höchstwert seines Ausatemstroms misst (Peak flow = Spitzenfluss). Hieran kann der Patient sehr schnell und unkompliziert eine Verschlechterung seiner Atmung feststellen.

Andreas Kerschbaumer ist zudem durch seine Infektanfälligkeit besonders gefährdet durch spezifische Erreger in den oberen Atemwegen eine Verschlechterung seines Asthmas zu riskieren. Aus diesem Grund werden in der **medizinischen Beratung** Schwerpunkte auf sein Verhalten sowie die Wahrnehmung entsprechender Krankheitszeichen gelegt werden. Symptome wie Fieber, hartnäckiger Husten oder verfärbtes Sputum muss Andreas Kerschbaumer zukünftig ernst nehmen und umgehend ärztliche Behandlung aufsuchen. Der Arzt auskultiert die Lunge nach Rasselgeräuschen, Giemen o.ä. sowie nach verlängerter oder behinderter Ausatmung. Je nach Erregerart entscheidet der Arzt, ob der Einsatz einer Antibiotika-Therapie notwendig wird oder nicht. Wichtig hierzu ist eine gute Zusammenarbeit zwischen dem niedergelassenen Allgemeinmediziner, der Andreas Kerschbaumer betreut und dem Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde, den er nach seiner Entlassung regelmäßig ambulant besucht.

MERKE

Langjährig chronisch kranke Patienten gelten als Wahrnehmungsexperten ihres Gesundheitszustands und ihrer spezifischen Erkrankung. Asthmatiker sind entsprechend sensibilisiert für Veränderungen ihres Wohlbefindens, insbesondere ihrer Atmung. Für die Betroffenen ergibt sich aus diesem Grund die Schwierigkeit „in sich hinein zu hören“, ohne dabei übervorsichtig oder überängstlich zu werden. Für Chroniker stellt sich oftmals die Frage nach dem „richtigen“ Zeitpunkt für den Besuch des Arztes.

8.3 Recht

Die rechtlichen Grundlagen zur Rehabilitation sind im neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) geregelt. In der medizinischen Rehabilitation sind folgende Leistungen enthalten:

- Diagnostik und Therapie körperlicher, geistiger und seelischer Erkrankungen bzw. Behinderungen
- Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln
- Beratung
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten
- Belastungsproben
- Arbeitstherapie (Fischer 2004: 43).

Die Kostenträger rehabilitativer Leistungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation sind je nach versicherter Person:

- Die gesetzlichen Krankenkassen (z.B. Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Angestelltenkrankenkasse)
- Die gesetzliche Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft) z.B. bei Wegeunfällen
- Die gesetzlichen Rentenversicherungen (Rentenversicherungsanstalten bei beruflicher Umschulung) und Träger der Alterssicherung für Landwirte (landwirtschaftlich-genossenschaftliche Kranken- und Rentenversicherungen LKK's)
- Die Kriegspopferversorgung und Kriegspopferversorgung (Verbandsversicherungen, wie z.B. dem Verband der Kriegsversehrten/VdK)
- Die öffentliche Jugendhilfe (durch Jugendämter)
- Die Sozialhilfe (öffentliche Hilfe durch das Sozialamt, wenn anderweitig kein Versicherungsschutz besteht) (vgl. Fischer 2004: 45).

Viele Kostenträger betreiben inzwischen eigene Einrichtungen zur Rehabilitation. Für Andreas Kersch-

baumers Rehabilitation trägt die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten. Da seine Rehabilitation dazu beiträgt, dass er wieder ins Berufsleben zurückkehren kann, übernimmt einen Teil seiner Rehabilitationsleistungen auch die gesetzliche Rentenversicherung. Im Falle Andreas Kerschbaumers ist es wichtig, dass er in eine Spezialklinik für Atemwegserkrankungen überwiesen wird. Schon im Rahmen der Akutbehandlung in der Klinik hat deswegen die Sozialarbeiterin der behandelnden Abteilung dazu die nötigen Maßnahmen in die Wege geleitet.

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

Eine angemessene und realistische Zielvorstellung über den Rehabilitationsprozess sollte bereits in der Akutphase geklärt werden. So können entsprechende Anträge und Formalitäten frühzeitig in die Wege geleitet werden. Die Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Medizin, Pflege und sozialer Arbeit erhält hier nochmals eine entscheidende Bedeutung.

8.4 Gesundheitsökonomie

Ca. 20% der Bundesbürger sind chronisch krank. Sie leiden zum Beispiel an Diabetes mellitus, koronarer Herzkrankheit, Asthma bronchiale oder chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen. Chronische Krankheiten erfordern eine gut abgestimmte kontinuierliche Behandlung und Betreuung. Dennoch gibt es gerade in diesem Bereich erhebliche Qualitätsunterschiede in der medizinischen Versorgung, darauf haben Experten immer wieder hingewiesen. Darum werden in der gesetzlichen Krankenversicherung seit 2002 spezielle Behandlungsprogramme (Chronikerprogramme, Disease Management Programme) entwickelt (Bundesministerium für Gesundheit 2008).

MERKE

Unter **Disease Management Programmen** versteht man die strukturierte Behandlung chronisch Kranker im Rahmen speziell darauf ausgerichteter Programme. Das Ziel dieser Programme ist ein Konzept zur besseren Versorgung der Person. Dies soll durch evidenz-basierte Medizin und Therapie, Maßnahmen der Qualitätssicherung

sowie einer Bewertung von Wirksamkeit und Kosten erreicht werden. Gesetzliche Grundlage der Programme ist das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), das gewährleistet, dass Krankenkassen, die sich gezielt um chronisch Kranke kümmern, kein finanzieller Nachteil entsteht. Für die Prüfung und Zulassung solcher Disease Management Programme ist das Bundesversicherungsamt in Bonn zuständig (Fischer 2004: 32).

Andreas Kerschbaumers gesetzliche Krankenversicherung hat ihm die Aufnahme in ein entsprechendes Disease Management Programm angeboten und angeraten. Wenn er an Angeboten zur Verbesserung und Stabilisierung seines Gesundheitszustands regelmäßig teilnimmt, erhält er einen Wahltarif. Dieser bezieht sich größtenteils auf Vergünstigungen bei der Zuzahlung/Befreiung von Heil- und Hilfsmitteln oder bei anderen Gebühren, die im Rahmen seiner Behandlung anfallen wie z.B. Praxisgebühr, Zuzahlungsgebühr in der Klinik.

Die Krankenkasse bietet ihm folgende Angebote:

- Raucherentwöhnungstherapie in Zusammenarbeit mit der örtlichen Volkshochschule
- Regelmäßige Asthmaschulungen, um Atemtrainings, Entspannungstechniken und Belastungstrainings aufzufrischen
- Broschüren und Handbücher zur schnellen Orientierung und Information über Asthma Bronchiale
- Bei Bedarf telefonische Beratung von Medizinern über eine Telefonhotline.

Im Disease Management Programm arbeiten Patient, Haus- und Facharzt und Spezialkliniken eng zusammen. Dies hat für die Krankenkasse den Vorteil Kosten zu senken und für den Patienten mit entsprechend wissenschaftlich nachgewiesenen wirksamen Therapieformen behandelt zu werden. Als Nachteil an Disease Management Programmen erachten einige Patienten, in ihrer Wahlfreiheit eingeschränkt zu sein, was die uneingeschränkte Arzt- oder Klinikwahl angeht.

REFLEXIONSFRAGE

Besprechen Sie in der Kleingruppe die Vor- und Nachteile von Disease Management Programmen und stellen Sie dabei das Recht auf freie Arztwahl einem gesellschaftlichen und ökonomischen Interesse sowie einer wissenschaftlichen Sichtweise von Wirksamkeit gegenüber.

VERWENDETE LITERATUR UND KONTAKTADRESSEN

- Bundesministerium für Gesundheit (2008). Chroniker. Im Internet verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168248/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/C/Glossarbereich-Chroniker.html (Stand 04.01.09).
- Deutsche Atemwegsliga: <http://www.atemwegsliga.de/>
- Deutscher Allergie- und Asthmabund: <http://www.daab.de/index.php>
- European Lung Foundation: <http://www.european-lung-foundation.org/>
- Hotze, E; Winter, C.(2000). Pflege in der Rehabilitation. In: Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.). Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag Weinheim und München: 555 – 590.
- Johnson, M. et al. (Hrsg.). (2005). Pflegeergebnisklassifikation (NOC). Hans Huber Verlag Bern.
- Menche, N., Klare, T. (Hrsg.). (2005). Pflege konkret. Innere Medizin. Elsevier GmbH, Urban und Fischer Verlag München.
- Fischer, R. (2004). Tertiärprävention. In: Lauber, A., Schmalstieg, P. (Hrsg.).(2004). Prävention und Rehabilitation. Thieme Verlag Stuttgart: 32 – 55.
- NANDA International (2005). NANDA Pflegediagnosen – Definitionen und Klassifikation. Hans Huber Verlag Bern.
- Patientenliga: <http://www.patientenliga-atemwegserkrankungen.de/>

VERTIEFENDE LITERATUR

- AOK, ZDF, Deutscher Hausärzterverband (Hrsg.) (2005). Hilfe! Asthma. Patientenhandbuch. Im Internet verfügbar unter: http://www.aok.de/bund/rd/media/handbuch_asthma.pdf
- Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation (DEGEMED). (2008). Positionspapier „Pflege in der Rehabilitation“ im Internet verfügbar unter <http://www.degemed.de/pdf/Pflege-in-der-Rehabilitation.pdf>
- Global Initiative für Asthma (GINA). (2007). Global Strategy for Asthma Management and Prevention im Internet verfügbar unter www.ginasthma.org. (in englischer Sprache)
- Greulich, A., et al. (2002). Disease Management. Patient und Prozess im Mittelpunkt. Hüthig Verlag Heidelberg.