

Atemwegserkrankungen und Angst - mit Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit

Dr. med. Simone Moser

Leitende Ärztin Sozialmedizinischer Dienst Halle

Fachärztin für Innere Medizin/Angiologie

Sozialmedizin - Rehabilitationswesen

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

simone.moser@kbs.de

Somatische Erkrankungen und psychische Komorbiditäten

- ❖ besondere Herausforderung im medizinischen Alltag
- ❖ wird andererseits auch immer häufiger

In diesem Spannungsfeld befinden sich gleichzeitig mehrere Akteure:

- die Patienten selbst,
- die behandelnden Haus- und Fachärzte,
- die Rehabilitationsmediziner und auch wir Sozialmediziner.

Erkrankungen der Atmungsorgane

- ▶ Heute schon im Kindes- oder frühen Erwachsenenalter
- ▶ Folge des langjährigen Nikotinabusus ab mittlerem Erwachsenenalter
- ▶ Folge der globalen Veränderungen der Arbeitswelt und Umwelt mit Zunahme verschiedener Stressoren, die wir früher so nicht kannten.

Sozialmedizinische Bedeutung:

- ▶ Bei Neuzugängen zur Erwerbsminderungsrente > als 5 %
- ▶ Mit zunehmendem Alter steigender Anteil/auch bei AU
- ▶ Mehr als 55 % der Betroffenen hat noch keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation, obgleich dieses laut Leitlinien ab Stadium II COPD vorgesehen ist
- ▶ Komplexe einzelfallbezogene Diagnostik (z.B. Hauttests, Angiotensin-Converting-Enzym-Nachweis bei Sarkoidose, Spezifisches IgE bei allergischer Komponente)

Spezifische sozialmedizinische Bedeutung und Beurteilung

- **Arbeits- und Leistungsfähigkeit**
- **Medizinische Rehabilitation**
- **Teilhabe am Arbeitsleben**
- **Teilhabe am gesellschaftlichen Leben**
- **Erwerbsminderung**
- **Pflegebedürftigkeit**

Chronische obstruktive Lungenerkrankung und Asthma bronchiale

- ▶ bei COPD häufig auch asthmatische Komponente anzutreffen
- ▶ bei Asthma bronchiale häufig auch obstruktive Komponente
- ▶ oft beide Diagnosen in den Berichten aufgeführt.

„Angst und Depression - gemischt“

- reine Angststörung
- Depressionen verschiedener Ausprägungen
- am häufigsten Diagnose:
 - „Angst und Depression gemischt“
 - mit unterschiedlichen Auswirkungen auf die therapeutischen Ansätze

Asthma bronchiale/COPD - Angst und Depression

Die Erfahrung zeigt:

- ▶ Asthma bronchiale geht häufig mit Angst einher:
 - ▶ „Wenn die Brust eng wird, entsteht Angst.“
- ▶ Die chronische obstruktive Lungenerkrankung wird häufig (ca. 25 %!) von Depressionen und teilweise auch Angst begleitet.

Asthma bronchiale/COPD - Angst und Depression

Dilemma:

Einen ganzheitlichen Behandlungsansatz im Rahmen der vom gesellschaftlichen System vorgegebenen Möglichkeiten zu finden.

>>Entwicklung der pneumologischen
Rehabiltation

Situation in der ambulanten Behandlung:

- ▶ Lange Wartezeiten auf Facharzt-Termine, insbesondere psychologische Termine;
- ▶ Lange Wege und Zeiten bis zum Erkennen der Komorbiditäten;
- ▶ Problem der richtigen Einordnung der Komorbidität
- ▶ Gesprächszeiten beim Hausarzt/Facharzt kurz >> Patienten können oft Ihre Sorgen nicht loswerden (wenn sie denn bewusst sind!)
- ▶ Oft keine frühzeitige pneumologische Rehabilitation

Rehabilitationsklinik

Kliniker/Somatiker

- ▶ somatischer Behandlungsansatz
- ▶ ohne Kenntnis der psych. Details
- ▶ „Will und darf ich nicht wissen“
- ▶ Rehabilitationsbudgets
- ▶ Erfüllung der DRV-Vorgaben/ KTL´s

Psychologe

- ▶ psychologischer Behandlungsansatz
- ▶ versteht oft somatische Details nicht
- ▶ ohne fachspezifische Vorinformation i.d.R.
- ▶ Reha-Zeitlimit
- ▶ Datenschutz/besondere Schweigepflicht

Problematik in der Rehabilitation

**Vermeintlich postulierter
komplexer Behandlungsansatz nach dem
Bio-psycho-sozialen Modell
kann aufgrund der gegebenen Rahmenbedingungen
noch nicht hinreichend gelebt und umgesetzt
werden.**

>> Hier sind zukünftig die Grenzen zu überwinden.

Verknüpfung von Lunge und Psyche

- ▶ Wenn beide leiden „stockt der Atem“.
- ▶ Stockender Atem - macht Angst.
- ▶ Angst wiederum erschwert den normalen Atemfluss.....

*Der Kreislauf ist geschlossen -
und muss durchbrochen werden.*

Atemfluss und verhaltenstherapeutischer Ansatz

- ▶ Die Atmung geschieht von selbst - sie geht automatisch.
- ▶ Wir müssen nicht ständig daran denken weiter zu atmen.
- ▶ Der Atem kommt und geht ganz von selbst,
 - ▶ d.h. jedoch nicht, dass der Atem kontinuierlich auch mühelos fließen kann.
- ▶ In Stresssituationen kann die Brust zusammengeschnürt und eng werden!

Atemfluss und verhaltenstherapeutischer Ansatz

- ▶ Deshalb macht es Sinn sich mit dem **Atmen** zu beschäftigen,
- ▶ seinen **Atem kennen zu lernen und zu spüren**,
- ▶ wie sich die ruhige **tiefe Ausatmung** auf den gesamten Organismus und auf die innere Ausgeglichenheit auswirkt.

Rehabilitativer Ansatz und Ausblick

- ▶ Atemübungen können jederzeit und überall durchgeführt werden und sie sind in „Notzuständen“ auch sofort realisierbar.
- ▶ Schulungen in diesem Sinne in der ambulanten und rehabilitativen Versorgung der betroffenen Patienten könnten die medikamentöse Therapie sinnvoll unterstützen.
- ▶ Dies flächendeckend zu etablieren ist dann allerdings eine interdisziplinäre Aufgabe aller eingangs genannten Akteure.