

Reha-Kommission

Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung

Abschlußberichte – Band III

Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“

**Teilband 2
„Neubildungen“**

Teil III - Seite 533-620

Verband Deutscher
Rentenversicherungsträger

VDR 

Die Selbstverwaltung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger hat im Frühjahr 1989 die Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Kommission) eingesetzt. Ihre Aufgabe war es, eine problemorientierte Bestandsaufnahme durchzuführen und auf dieser Grundlage Empfehlungen für die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation zu erarbeiten. Die Kommission wurde von sechs Arbeitsbereichen und der Koordinationsstelle unterstützt, die mit ihren Arbeiten die Beratungen der Kommission vorbereitet haben.

Folgende Abschlußberichte liegen vor:

- Band I Recht und Struktur
- Band II Sozialmedizinische Grundlagen
- Band III Rehabilitationskonzepte**
 - Teilband 1 Rahmenkonzept
 und krankheitsspezifische Konzepte
 - Teilband 2 Krankheitsspezifische Konzepte**
 - Teilband 3 Krankheitsspezifische Konzepte und
 Schwerpunkte der Weiterentwicklung
- Band IV Epidemiologie/EDV-Verfahren
 - Teilband 1 Epidemiologie
 - Teilband 2 EDV-und Dokumentationsverfahren
 - Teilband 3 Qualitätssicherung
- Band V Verwaltung
- Band VI Forschung und Lehre
- Band VII Gutachten und Tagungsergebnisse
 - Teilband 1 Gesundheitsökonomie/Europäischer
 Vergleich
 - Teilband 2 Ambulante Rehabilitation in der ehemali-
 gen DDR
 - Teilband 3 Balneologie in der medizinischen Reha-
 bilitation

Die Arbeitsergebnisse und Materialien der Arbeitsbereiche, die hiermit allen Mitgliedern der Kommission und der Projektgruppen zur Verfügung stehen, sind Grundlage für die Empfehlungen der Reha-Kommission. Die Beratungsergebnisse und Empfehlungen der Reha-Kommission werden gesondert veröffentlicht.

REHA-KOMMISSION
Abschlußbericht

Arbeitsbereich 3 „Rehabilitationskonzepte“
Projektuntergruppe 5 „Neubildungen“

Rehabilitation bei Neubildungen

- * Allgemeines Rehabilitationskonzept
- * Spezielle Rehabilitationskonzepte
- * Problemfelder der Rehabilitation und Lösungsansätze

TEIL B-5 „NEUBILDUNGEN“

Gliederung

Mitgliederliste

539

Teil I: Rehabilitationskonzept bei Neubildungen

541

1. Einleitung	541
2. Diagnostik	543
2.1 Diagnostik vor der Aufnahme in die Rehabilitations- klinik	543
2.2 Diagnostik in der Rehabilitationsklinik	543
2.2.1 Rehabilitationsspezifische psychosoziale Diagnostik	544
3. Therapie	545
3.1 Therapieziele und Therapieplan	545
3.2 Therapiemaßnahmen	546
3.2.1 Medizinische Therapie	546
3.2.2 Physikalische Therapie, Krankengymnastik und Sport	546
3.2.3 Gesundheitsbildung und Patientenschulung	547
3.2.4 Klinische Psychologie und Psychotherapie	548
3.2.5 Sozialberatung	548
3.2.6 Diätetik und Ernährungsberatung	549
3.2.7 Ungeprüfte Behandlungsformen in der Onkologie	550
3.2.8 Allgemeine Therapie	552
4. Therapiekontrolle	552
4.1 Abschlußuntersuchungen, Entlassungsbericht	552
4.2 Evaluation, Qualitätskontrolle	553
4.3 Dokumentation	554
5. Schnittstellen	554
5.1 Einweisung	554
5.2 Anschlußheilbehandlung	556
5.3 Nachsorge	556

6.	Kooperation	557
7.	Ausstattung	558
7.1	Personelle Anforderungen	558
7.2	Weitere Anforderungen an Rehabilitations einrichtungen	559
8.	Rahmenbedingungen	561
8.1	Regionalisierung - Wohnortnähe	561
8.2	Ambulante Rehabilitation	561
9.	Forschung	561
Teil II: Spezielle Rehabilitationskonzepte 1)		563
II.1	Rehabilitation bei Mammakarzinom-Patienten	563
II.2	Rehabilitation bei Magenkarzinom-Patienten	570
II.3	Rehabilitation bei Rectumkarzinom-Patienten	576
II.4	Rehabilitation bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom	585
II.5	Rehabilitation bei Hodentumorpatienten	593

¹⁾ Zur Rehabilitation bei Lungenkarzinom-Patienten siehe das Konzept "Rehabilitation bei thoraxchirurgischen Eingriffen" der Projektuntergruppe 4 "Krankheiten der Atmungsorgane", S. 509 ff.

Teil III: Problemfelder der Tumornachsorge: Schwerpunkte der Weiterentwicklung	599
1. Präambel - Einleitung	599
2. Situation der onkologischen Rehabilitation	599
3. Ausgangspunkt: Kritik an der onkologischen Rehabilitation	600
3.1 Exkurs: Verhältnis onkologischer Rehabilitation zur kurativen Medizin und Kurmedizin	601
4. Gestuftes System der Rehabilitation	603
4.1 Ambulante Rehabilitation und Nachsorge	604
4.2 Wohnortnähe, Regionalisierung	605
5. Einleitung und Inanspruchnahme	607
5.1 Gesetzliche und administrative Grundlagen	607
5.2 Inanspruchnahme	608
5.3 Vorbereitung	610
6. Behandlungskonzepte stationärer Tumornachsorge	611
6.1 Standards stationärer Tumornachsorge	611
6.2 Eingangsuntersuchungen, reha-spezifische Diagnostik	612
6.3 Arztbrief - Entlassungsbericht	612
7. Rehabilitationsbezogene Weiterbildung von Ärzten	614
8. Rehabilitationsforschung	615
9. Literatur	620
 <u>Abbildung</u>	
Abb. 1: Dreifach gestufter Indikationsprozeß in der stationären onkologischen Rehabilitation	619

TEIL B-5 „NEUBILDUNGEN“

Projektuntergruppe 5 im Arbeitsbereich 3:

"Neubildungen"

Mitgliederliste

PD Dr. Hermann Delbrück	Projektuntergruppenleiter, Klinik Bergisch-Land der LVA Rheinprovinz, Wuppertal
Prof. Dr. Otto Fishedick	Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung, Bochum
Dr. Dipl.-Psych. Peter Herschbach	Institut und Poliklinik für psychosomatische Medizin der Technischen Universität München
Dr. Markus Higi	Kurklinik Prof. Dr. Schedel, Kellberg/Passau
Dr. Dipl.-Psych. Hartwig Keute	Düsseldorf
Dr. Peter Kruck	Nahetal-Kurklinik, Bad Kreuznach
Prof. Dr. Rudolf Schröck	Paracelsus-Klinik Sonnenalm, Scheidegg

Wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der Projektuntergruppe:

Dipl.-Psych. Heiner Vogel	Koordinationsstelle der Reha-Kommission
---------------------------	--

TEIL B-5 „NEUBILDUNGEN“

Teil I: Rehabilitationskonzept bei Neubildungen

1. Einleitung

Maßnahmen zur Rehabilitation im Rahmen der Nachsorge bei Tumorpatienten sollen dazu beitragen, daß eine erlittene Behinderung oder Erkrankung nicht zu einer dauerhaften Beeinträchtigung für das persönliche, soziale und berufliche Leben wird, zumindest sollen aber deren potentiell negative Einflüsse auf diese Bereiche, soweit wie möglich, gemindert werden. Es ist Ziel dieser Rehabilitationsmaßnahmen, bei dem Patienten krankheitsbedingte Funktionseinschränkungen zu beheben oder in ihrem Ausmaß zu lindern, dem Patienten bei der Krankheitsverarbeitung zu helfen sowie ihm bei bleibender Behinderung die Anpassung an das veränderte Alltagsleben zu erleichtern. Die in seiner Situation gegebenen physischen und psychischen Möglichkeiten sollen aktiviert werden, so daß der Patient wieder seinen Platz in Familie, Gesellschaft und, wenn möglich, in seinem Beruf einnehmen kann.

Im Vergleich zu anderen Krankheitsgruppen kommt onkologischen Patienten im Rahmen der Rehabilitation aus mehreren Gründen eine Sonderstellung zu:

- Ein Teil der Betroffenen steht nicht mehr im Erwerbsleben. Hier kann deshalb eine isolierte Förderung der beruflichen Leistungsfähigkeit in den Hintergrund treten.
- Die Prognose des Krankheitsverlaufes ist während der Rehabilitationsmaßnahme häufig noch unsicher. Oft steht deshalb nicht eine Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Unversehrtheit im Mittelpunkt des Rehabilitationszieles. Vielmehr gilt es dann, ganz allgemein die Lebensqualität des Betroffenen zu verbessern und seine Integration in die

Familie und Gesellschaft zu fördern mit dem Ziel eines akzeptablen Verlaufes der noch verbliebenen Lebenszeit-spanne.

- Letzteres ist durch die Gefahr einer Außenseiterrolle des Krebspatienten, bedingt durch das negative Bild der Krebskrankheit, stark gefährdet.
- Hinzu kommt, daß häufig die Therapiefolgen alle Lebensbereiche des Betroffenen in stärkerem Ausmaße beeinträchtigen können als die Tumorerkrankung selbst im praeoperativen Stadium.
- Eine Sonderstellung der onkologischen Rehabilitation ergibt sich auch aus den derzeitigen sozialrechtlichen Möglichkeiten, eine Rehabilitationsmaßnahme nach Erreichen der Altersruhegeldgrenze, drei Jahre nach Beendigung der Primärbehandlung, worunter man Operation und Strahlentherapie versteht, durchzuführen. Eine Wiederholung der Rehabilitationsmaßnahme ist bei entsprechender ärztlicher Indikation innerhalb des Dreijahreszeitraumes in der Regel zweimal möglich. Nach drei Jahren kann die Rentenversicherung bzw. die Krankenkasse von sich aus über weitere Rehabilitationsmaßnahmen entscheiden.
- Die häufig unsichere Prognose des Tumorleidens macht die diagnostische und therapeutische Begleitung der Tumoralaktivität notwendig, welche sich sowohl auf körperliche als auch auf psychische Maßnahmen erstreckt.

Die medizinisch-onkologische Nachsorge ist zum einen gekennzeichnet durch rezidivorientierte, diagnostische und therapeutische Maßnahmen und zum anderen durch die Erkennung und Behandlung der Therapiefolgestörungen auf der somatischen, psychischen, sozialen und beruflichen Ebene.

Die Rehabilitation von onkologischen Patienten unterscheidet sich aus den genannten Gründen deutlich von der Rehabilitation bei anderen Indikationsgruppen. Im folgenden soll in Ergänzung zu den Ausführungen im Rahmenkonzept der medizinischen Rehabilitation (Teil A) insbesondere auf diese Besonderheiten eingegangen werden.

2. Diagnostik

2.1 Diagnostik vor der Aufnahme in die Rehabilitationsklinik

Für eine zuverlässige Einschätzung der Tumoraktivität bzw. -ausbreitung werden folgende Angaben benötigt:

- Tumorausbreitung (TNM-System),
- Grading (Ann-Arbor-Klassifikation) für hämatologische Krankheitsbilder,
- Histologie (möglichst mit Anschrift des pathologischen Institutes),
- Art, Umfang und Zielsetzung der kurativ-therapeutischen Behandlung: Operationsmethode; Bestrahlungsart und -dauer sowie Strahlendosis; Angaben über eine durchgeführte Chemotherapie (Therapieschema, -dauer, -häufigkeit), evtl. Hormontherapie,
- soziale Belastungsfaktoren einschließlich familiärer Belastung,
- berufliche Situation und Abschätzung von zu erwartenden Problemen bei der beruflichen Reintegration,
- psychische Situation sowie Stand und Art der Krankheitsverarbeitung.

2.2 Diagnostik in der Rehabilitationsklinik

Die diagnostische Ausstattung der Rehabilitationseinrichtungen muß trotz der Berücksichtigung von Vorbefunden prinzipiell breit ange

legt sein, da es sich bei Karzinompatienten nahezu immer um multitorbide Behinderte handelt und da im Rahmen der Nachsorge- und Rezidivdiagnostik nach Tumorerkrankungen ggf. notwendige Ergänzungsuntersuchungen durchgeführt werden müssen. Nach onkologischen Erkrankungen und deren Therapie liegen unterschiedliche Einschränkungen der Organfunktionen vor, die im einzelnen abgeklärt werden müssen. In vielen Fällen erfordert die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens des Rehabilitanden außerdem eine Erfassung der körperlichen und psychophysiologischen Belastbarkeit mit Hilfe medizinischer und psychologischer Methoden.

2.2.1 Rehabilitationsspezifische psychosoziale Diagnostik

Die Zielsetzung weitgehender Kompensation von Beeinträchtigungen und funktionellen Auswirkungen der Primärtherapie oder der Krankheit erfordert über die körperliche und medizinische Diagnostik hinaus die Klärung von spezifischen Fragen zur psychischen und sozialen Belastungssituation der Patienten. In Orientierung an den Skalen des "FBK"-Belastungsbogen (Herschbach 1985) zur Erfassung psychologischer Indikationskriterien für die onkologische Rehabilitation läßt sich durch gezielte Untersuchung und Befragung die Grundlage für einen Rehabilitationsplan erstellen. Hier können sechs Belastungsbereiche unterschieden werden:

(1) Körperliches Wohlbefinden/Schmerzen: Häufig werden hier Narbenschmerzen, post-chemotherapeutische Adynamie (Kraftlosigkeit) sowie funktionelle Beschwerden angegeben.

(2) Psychische Störungen: Die mit der Primärtherapie praktisch immer verbundenen körperlichen Beeinträchtigungen führen zu vegetativen Störungen und auch zu depressiven Phasen, Schlafstörungen, Anspannung/Nervosität. Das den Patienten häufig bekannte hohe Rezidivrisiko bei fast allen Tumorerkrankungen führt nicht selten zu Angstzuständen.

(3) Informationsdefizite: Auch bei optimaler Betreuung in der akuten Therapiephase bleibt oft ein großes Defizit in der

Information über die Erkrankung sowie die Wirkung und Nebenwirkungen der Behandlung zurück.

(4) Leistungsfähigkeit: Die gezielte anamnestische Erhebung des Verhaltens der Patienten bei Freizeit/Hobbies, Haushalt/Beruf, bei nicht selten durch Polyneuropathien eingeschränkter Fortbewegung und bei Fragen der Körperpflege ist Basis für entsprechend ausgerichtete Beratung zur Kompensation von Defiziten oder Ausfällen.

(5) Sozialverhalten: Die bei Tumorpatienten meist über eine längere Zeit erfolgte Primärtherapie, der Kontakt zu anderen schwererkrankten Patienten sowie die Reaktion auf Rückzug von Angehörigen und das Wissen um die eigene, häufig unsichere Prognose führen nicht selten zu Selbstunsicherheit und sozialem Rückzug.

(6) Partnerschaft: Verschiedene Tumorerkrankungen betreffen zentrale Aspekte für die Definition des/der Betroffenen in seiner/ ihrer Rolle als Mann/Frau. Als Folge ergeben sich häufig Probleme durch ein verändertes Körperbild und durch ein verunsichertes Selbstbild, die gemeinsam mit den bereits genannten psychischen Reaktionen zu Belastungen in der Partnerschaft und Sexualität führen können.

3. Therapie

3.1 Therapieziele und Therapieplan

Ziel der onkologischen Rehabilitation ist es, die negativen körperlichen, sozialen und seelischen Folgen von onkologisch behandelten Patienten soweit als möglich zu reduzieren. Der Patient soll durch geeignete Maßnahmen in die Lage versetzt werden, ein befriedigendes Leben zu führen, auch dann, wenn aufgrund der Grunderkrankung und der Vorbehandlungen die körperliche Unversehrtheit dauerhaft eingeschränkt bleiben wird.

Die Breite der notwendigen rehabilitationsspezifischen Diagnostik erfordert Teamarbeit und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen in der Gestaltung des Rehabilitationsplanes und während des gesamten Ablaufes der Rehabilitation.

Da viele Patienten nicht nur durch die Krebserkrankung und die Behandlungsfolgen in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sind, sondern zu einem sehr wesentlichen Teil auch durch Nebenerkrankungen, müssen im Anschluß an die diagnostische Phase in Kenntnis des festgestellten Belastungsprofils Schwerpunkte der Behandlung festgelegt werden. So ist es mitunter nicht möglich, Patienten, die eine intensive medizinische oder psychische Betreuung benötigen, gleichzeitig durch ein Übermaß an physikalischer Therapie in ihrem zeitlichen Umfang zu sehr einzuschränken. Hier ist es erforderlich, Prioritäten festzulegen, nach denen die Behandlungsziele schwerpunktmäßig im Bereich der Gesundheitsschäden, der funktionellen Einschränkungen oder der psychischen und sozialen Beeinträchtigungen liegen.

3.2 Therapiemaßnahmen

3.2.1 Medizinische Therapie

Zur medizinischen Therapie im engeren Sinne gehören die medikamentöse Therapie und interventionelle Therapie (zum Beispiel therapeutische Endoskopie) sowie adjuvante und additive tumorbezogene Maßnahmen (z. B. Chemotherapie).

Bei Rezidiven oder Tumorprogression sind palliative Maßnahmen und eventuell eine angepaßte Schmerztherapie (Psychopharmaka) durchzuführen.

3.2.2 Physikalische Therapie, Krankengymnastik und Sport

Die physikalische Therapie hat in der onkologischen Rehabilitation einen vergleichsweise geringeren Stellenwert als bei anderen Indikationsgruppen. Sie wird jedoch bei speziellen Behinderungen

eingesetzt und erweist sich als sinnvolle Ergänzung der anderen therapeutischen Maßnahmen.

Der Einsatz von Krankengymnastik und Bewegungstherapie verfolgt neben körperlich motorische Zielsetzungen auch emotionale und soziale Ziele. Während der körperlich motorische Aspekt in der Krankengymnastik im Vordergrund steht, sind es der emotionale und soziale Aspekt beim Sport nach Krebs.

3.2.3 Gesundheitsbildung und Patientenschulung

Die Aufklärung der Patienten über die Problematik von Risikofaktoren, über notwendige Nachsorgemaßnahmen, Möglichkeiten der Schmerztherapie, additive Therapiemaßnahmen sowie Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und zum Umgang mit der Angst sind wesentliche Aufgaben der Rehabilitation. Diese Themen stehen für viele Patienten jetzt im Mittelpunkt des Lebens, ihre adäquate Bewältigung ist von entscheidender Bedeutung für die Aufrechterhaltung der psychischen Stabilität.

Der Schwerpunkt der Gesundheitsbildung in der onkologischen Rehabilitation liegt darüber hinaus insbesondere bei krankheitsspezifischen Programmen für bestimmte Patientengruppen und weniger bei allgemein-präventiven Maßnahmen. Ursache hierfür ist das häufig fortgeschrittene Lebensalter der Rehabilitanden und eine z.T. bereits vorhandene Progredienz der Krankheit.

Spezielle Aufgaben und Angebote in diesem Bereich richten sich daher auf:

- Krankheitsbewältigung,
- Ernährungsschulung, z. B. bei gastrektomierten oder bei darmoperierten Patienten,
- Prothetikberatung nach Mammaamputation,

- Verhaltensschulung bei Lymphödem und zur Verhütung von Lymph- Ödemen, bzw. zum angemessenen Verhalten bei Lymph-
ödemen,
- Stomaberatung,
- Sexualberatung, z. B. nach Genitaltumoren.

3.2.4 Klinische Psychologie und Psychotherapie

Der Bedarf für psychologische Behandlungsangebote ist innerhalb der onkologischen Rehabilitation besonders hoch. Dies liegt in der Häufigkeit und Stärke psychischer Belastungen begründet, die gerade mit der Bewältigung der Krebserkrankung verbunden sind.

Erfahrungsgemäß stellt die Betreuung von Krebspatienten auch für das Personal eine starke Belastung dar. Die Einrichtung von besonderen Gesprächsgruppen (i.S. von Balintgruppen) und klinikinternen Fortbildungsveranstaltungen ist deshalb empfehlenswert.

Diesen Anforderungen muß durch Bereitstellung bedarfsgerechter Betreuungsangebote und eine entsprechende Personalausstattung Rechnung getragen werden.

3.2.5 Sozialberatung

Da die Krebserkrankung in der Regel einen massiven Einschnitt in die weitere Lebensplanung der Betroffenen bedeutet, da die Behandlungsfolgen nicht selten eine Änderung der beruflichen Perspektiven erzwingen und nicht zuletzt auch soziale Beziehungen durch die Diagnose und die Therapiefolgen beeinträchtigt werden, hat die Sozialberatung und die Einleitung praktischer Hilfen hier eine besondere Bedeutung.

Die Sozialberatung zielt auf folgende häufige Beratungsinhalte: Sozialrechtliche Möglichkeiten, praktische Hilfe im Umgang mit Behörden (Schwerbehindertenausweis, Anerkennung von zusätzlichen Behinderungen usw.), Beratung zum Schwerbehindertenrecht (Kündigungsschutz, steuerliche Vergünstigungen), Fragen zur Sozialversicherung (Krankenkassenleistungen, Krankengeld, Renten, Leistungen der Arbeitsverwaltung), Pflege und Haushaltsfragen (Wohngeld, Sozialhilfe), Probleme am Arbeitsplatz.

Beratungsangebote sind besonders wichtig bei Patienten mit Colostomie, Ileostomie, Urostomie, Stuhlinkontinenz, nach Gastrektomie (Ernährungsfragen), nach Therapie von Genitaltumoren (Familienplanung, Partnerberatung) sowie nach HNO-Tumoren (Laryngektomie, Neckdissection). Hier ergeben sich häufig Überschneidungen zu psychologischen Beratungsaufgaben und -inhalten, so daß eine enge Zusammenarbeit dieser Abteilungen besonders wichtig ist.

3.2.6 Diätetik und Ernährungsberatung

Bedingt durch die Krankheit und auch durch Nebenwirkungen der Therapie sind bei Tumorkranken häufig Ernährungsstörungen unterschiedlichster Art zu berücksichtigen. Die richtige Ernährung hat deshalb bei der Rehabilitation von onkologischen Patienten vergleichsweise einen hohen Stellenwert. Individuelle oder vorgeprägte Verhaltensweisen können in der Ernährungsplanung berücksichtigt werden, wenn ein negativer Einfluß auf den Ernährungszustand auszuschließen ist.

Besondere Aufgaben im Zusammenhang mit der Ernährung in der stationären Nachsorge sind:

- einen adäquaten Ernährungszustand zu erhalten bzw. wiederherzustellen,
- die Toleranz und Effektivität einer (Zytostatica-) Therapie zu erhöhen,

- die Prinzipien einer nach physiologischen Grundsätzen gesunden Ernährung zu vermitteln.

Informationen zum Thema Ernährung erhält der Patient in der Nachsorgeeinrichtung auf verschiedenen Wegen, zum Beispiel in Vorträgen, in der Diätberatung etc. Einen großen Lerneffekt bewirkt auch die Verpflegung in der Nachsorgeeinrichtung, die daher unter diesem Gesichtspunkt zu planen ist. Sie muß abwechslungsreich (z. B. bei tumorbedingter Anorexie), ausreichend (unter Berücksichtigung des katabolen Stoffwechsels) und bekömmlich (unter Berücksichtigung der tumor- bzw. therapiebedingten funktionellen Störungen) sein.

Eine "Krebsdiät", die eine Heilwirkung erreichen könnte, ist nicht bekannt. Jede Einseitigkeit in der Lehre und Verpflegung der Patienten, die aus manchen Außenseitermethoden abzuleiten ist, muß deshalb vermieden werden. Zu empfehlen ist eine vielseitige Kost, wie sie die Deutsche Gesellschaft für Ernährung unter dem Begriff "Vollkost" definiert:

Sie ist eine Kost, die

- den Bedarf an essentiellen Nährstoffen deckt,
- in ihrem Energiegehalt den Energiebedarf berücksichtigt,
- präventiv-medizinische Erkenntnisse der Ernährungsforschung berücksichtigt,
- in ihrer Zusammensetzung den üblichen Ernährungsgewohnheiten angepaßt ist, soweit die vorgenannten Punkte nicht tangiert werden.

3.2.7 Ungeprüfte Behandlungsformen in der Onkologie

Im Vergleich zu anderen Indikationsgebieten ist die onkologische Rehabilitation besonders häufig genötigt, sich mit ungeprüften

Behandlungsmethoden, sogenannten "Außenseitermethoden" bzw. paramedizinischen Behandlungsformen, auseinanderzusetzen.

Die Anwendung von Therapieverfahren, denen keine allgemein anerkannten, wissenschaftlich geprüften Methoden zugrundeliegen (ungeprüfte Verfahren) und/oder zu denen Wirksamkeitsuntersuchungen nicht in dem Umfang vorhanden sind, wie sie für Behandlungsmethoden der naturwissenschaftlich orientierten Medizin gefordert werden, ist im Rahmen der stationären Nachsorge grundsätzlich problematisch.

Dabei ist zwischen dem Beginn einer Behandlung mit einem ungeprüften Verfahren und der Fortsetzung einer bereits laufenden Behandlung dieser Art zu unterscheiden.

Die Frage nach der Fortsetzung einer bereits vor der stationären Nachsorge eingeleiteten Behandlung mit ungeprüften Verfahren muß der Arzt nach dem Gesichtspunkt der fehlenden schädlichen Wirkung und fehlender negativer Beeinflussung schulmedizinisch indizierter therapeutischer Methoden beantworten. Eine Fortsetzung kann im Einzelfall aus psychologischen Gründen oder auch im Hinblick auf die Kontinuität in der Betreuung des Patienten in der ambulanten Nachsorge nach dem stationären Aufenthalt zweckmäßig sein.

Bei der Einleitung einer Behandlung mit ungeprüften Verfahren ist größte Zurückhaltung gefordert. Der Arzt in der Rehabilitationsklinik hat im Rahmen des ihm zur Verfügung stehenden ärztlichen Ermessensspielraumes zu prüfen, wie in einem Einzelfall hinsichtlich des Einsatzes solcher Behandlungsformen zu verfahren ist.

Eine Verankerung ungeprüfter Verfahren in therapeutischen Konzepten von Rehabilitationskliniken der Rentenversicherungsträger oder deren Vertragshäusern ist ausgeschlossen.

3.2.8 Allgemeines zur Therapie

Erholung durch Distanz vom Alltag und die Gelegenheit zum Vergessen der Probleme sowie durch Komfort und andere Annehmlichkeiten stellt nicht das primäre Therapieziel dar. Priorität liegt vielmehr bei einem Rehabilitationsprogramm, das über Aktivierung und die Anleitung zum besseren Umgang mit der Krebserkrankung und ihren Folgen entsprechend der individuellen Situation dem/der Rehabilitanden/in zu einer weitgehenden psychischen, sozialen und gesundheitlichen Stabilisierung verhilft. Günstige Rahmenbedingungen (u.a. ein "therapeutisches Klima" in der Reha-Klinik) sind dafür wesentliche Voraussetzungen. Ob aber in bezug auf den Lebensalltag und das soziale Umfeld Nähe (welche die Einbeziehung von Angehörigen ermöglicht) oder Abstand therapeutisch zweckmäßig sind, hängt von der individuellen Situation und den jeweiligen Rehabilitationszielen ab.

Dem nachzusorgenden Karzinompatienten müssen das Gefühl und die Fähigkeit vermittelt werden, noch einen Platz in der Familie und der Gesellschaft zu haben bzw. zu behaupten, Verantwortung übernehmen sowie Freude erleben und bereiten zu können. Ein breites Spektrum an kunsttherapeutischen, beschäftigungstherapeutischen, psychologischen Maßnahmen bietet sich an, um diese Ziele zu erreichen.

4. Therapiekontrolle, Dokumentation

4.1 Abschlußuntersuchungen, Entlassungsbericht

In der letzten Woche des stationären Aufenthaltes erfolgt die zweite Phase der Diagnostik (Abschlußuntersuchung).

Orientiert an differenzierten und individuell definierten Behandlungszielen muß dabei die Akzeptanz, die Inanspruchnahme und der Erfolg der durchgeführten Maßnahmen festgestellt und dokumentiert

werden. Darüber hinaus geht es um die Feststellung des Bedarfs weiterer ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen. Auf der Grundlage der Ergebnisse der durchgeführten Maßnahmen muß beurteilt werden, ob die Rehabilitation des Betroffenen durch geeignete, weiterführende Maßnahmen von Hausarzt, Sozialberater, Psychologe, Selbsthilfegruppe, Behindertensportgruppe etc. sinnvoll verbessert werden kann.

Dementsprechend sollte der Entlassungsbericht zu folgenden Fragen Stellung nehmen (vgl. auch Teil III, Kap. 6.2 u. 6.3):

- Aussagen zur Tumoraktivität und der erforderlichen Nachsorge,
- Beurteilung der psychischen Situation und Angaben über die notwendigen psychosozialen Maßnahmen,
- Weiterer Verlauf der noch bestehenden funktionellen Einschränkungen, der zu erwartenden Chronifizierungen und der erforderlichen nachsorgenden Maßnahmen (z. B. Substitution),
- Beurteilung der Chancen zur Rückkehr in den alten Beruf (Leistungsbild, Belastbarkeit) und der ggf. erforderlichen beruflichen Anpassungsleistungen (Umsetzung, Umschulung),
- Abschätzung der weiteren sozialen Hilfsbedürftigkeit und der sozialen Ressourcen.

Sodann sollten den weiterbetreuenden Ärzten Empfehlungen für die weitere Nachsorgediagnostik (rezidivorientierte Diagnostik) und Rehabilitationsdiagnostik (Funktionsdiagnostik) gegeben werden.

4.2 Evaluation, Qualitätskontrolle

Die Krankenblattdokumentation ist so aufzubauen, daß sämtliche Teilaspekte der verschiedenen therapeutischen Maßnahmen Eingang finden können und dem gesamten therapeutischen Team damit zentral in übersichtlicher Form zur Verfügung stehen. Dies entbindet nicht unbedingt von der Notwendigkeit einer ausführlicheren Dokumentation durch den einzelnen Therapeuten.

Bei der Evaluation der in der Rehabilitation und Nachsorge durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ist in erster Linie danach zu fragen, wie - und nicht wie lange - der Patient gelebt hat. Hierbei sind nicht nur somatische Erfolgsparameter (z. B. zur Postgastrektomiesymptomatik), sondern im gleichen Maße auch psychische, soziale und schließlich auch berufliche Parameter bei der Beurteilung der in der Rehabilitation stattgefundenen Bemühungen anzulegen.

4.3 Dokumentation

In der stationären Rehabilitation sollte darauf geachtet werden, daß die Möglichkeit zur zentralen Dokumentation von Befunden, wie z. B. durch onkologische Leitstellen (Nordrhein-Westfalen) oder durch Nachsorgekalender (Bayern) weitergeführt wird, weil sie eine wichtige Maßnahme zur Förderung der Kommunikation aller Beteiligten darstellt.

Es erscheint notwendig, daß zukünftig neben den Ergebnissen der medizinischen Diagnostik und den therapeutischen Empfehlungen in stärkerem Ausmaß wesentliche psychosoziale Belastungsfaktoren erfaßt und dokumentiert werden.

5. Schnittstellen

5.1 Einweisung

Im Vergleich zu anderen Rehabilitationsmaßnahmen ist bei der Rehabilitation von onkologischen Patienten zu beachten, daß die Indikationsstellung hier zum Teil auf einer anderen gesetzlichen Grundlage erfolgt (bisher § 1305 RVO, ab 01.01.1992 § 31, Abs. 1, Satz 1, Nr.3 SGB VI). Als medizinische Voraussetzung zur Einleitung einer Reha

Maßnahme bei Tumorpatienten ist nicht die Prognose einer Wiederherstellung oder Erhaltung der (erheblich gefährdeten) Erwerbsfähigkeit erforderlich, vielmehr genügt es, wenn eine allgemeine Besserung der gesundheitlichen Situation erwartet werden kann. Die Rehabilitationsbedürftigkeit orientiert sich an somatischen, psychischen und sozialen Voraussetzungen.

Die Bewilligung sollte von einer Prüfung der Reha-Bedürftigkeit im Einzelfall abhängig sein. Die routinemäßige Bewilligung einer bestimmten Anzahl von Reha-Maßnahmen nach Abschluß der Akutbehandlung erscheint nicht angebracht (vgl. Teil III, Kap. 5.1 u. 5.2).

Ob ein Krebspatient in eine Reha-Klinik kommen soll, die nur Tumorpatienten behandelt ("Mono-Klinik") oder in eine, in der auch Rehabilitanden mit anderen Haupteinweisungsindikationen behandelt werden, hängt vom individuellen Reha-Bedarf sowie den Reha-Möglichkeiten der einzelnen Kliniken ab.

Wegen der besonderen Möglichkeiten zur interdisziplinären Teamarbeit bei der rehabilitationsspezifischen Diagnostik und ihrer Umsetzung in den Therapieplan, sollten sämtliche onkologischen Patienten im Akutkrankenhaus über die Möglichkeiten stationärer Nachsorge und Rehabilitation informiert werden und die weiterbehandelnden niedergelassenen Ärzte sollten dies unterstützen. Solange im ambulanten Bereich die geforderte Diagnostik und Rehabilitations-Planung wegen fehlender Strukturen nicht gegeben ist, liegt in der stationären Nachsorge die einzige Chance für die Einleitung und Fortführung kompetenter Nachbetreuungsmaßnahmen.

Nach Abschluß der operativen und adjuvanten chemotherapeutischen bzw. radiotherapeutischen Therapiemaßnahmen sind mit den betroffenen Patienten Inhalt, Zeitintervalle und Bedeutung rezidivdiagnostischer Maßnahmen zu besprechen, die Koordination mit den verschiedenen

behandelnden Ärzten zu planen und geeignete rehabilitative Maßnahmen einzuleiten.

5.2 Anschlußheilbehandlung

Die Anschlußheilbehandlung hat bei Tumorpatienten eine ganz bedeutende Funktion. Sie kann wesentlich zur Beschleunigung der beruflich-sozialen Reintegration beitragen und damit eventuell finanziell existenzielle Probleme von diesen Patienten abwenden. Bei Patienten, die im Erwerbsleben stehen, kann so die Phase der durch die Akut-Behandlung bedingten Arbeitsunfähigkeit optimal genutzt werden.

Bei Tumorpatienten, die nicht mehr im Erwerbsleben stehen, bietet die Anschlußheilbehandlung wesentliche Chancen zur Überwindung der durch die Krebsdiagnose entstandenen, psychischen Probleme und sozialen Verunsicherungen sowie zur gezielten Förderung der psychischen und sozialen Stabilisierung.

Eine stärkere Propagierung der AHB-Möglichkeit sollte daher generell angestrebt werden.

Anschlußheilbehandlungen sollten - wenn möglich - wohnortnah durchgeführt werden.

5.3 Nachsorge

Die stationäre onkologische Rehabilitation bildet ein Bindeglied zwischen der Primärversorgung eines onkologischen Patienten und der nachfolgenden Betreuung durch den Hausarzt. Diese Kette der Rehabilitationsmaßnahmen soll durch eine enge Verzahnung und einen möglichst intensiven Informationsaustausch gekennzeichnet werden. Die ambulant durchgeführte Nachsorge durch den Hausarzt soll wesentliche

rehabilitative Gesichtspunkte berücksichtigen und, wenn möglich, die in der Rehabilitationsklinik eingeleiteten Maßnahmen fortsetzen (z. B. Lymphdrainage).

Nachsorgeempfehlungen sollten sich auch auf Eigenaktivitäten der Betroffenen (z. B. Selbsthilfegruppen, Sportgruppen) oder die Fortsetzung eingeübter Fertigkeiten (krankengymnastische Übungen, Autogenes Training usw.) richten. Sie haben das Ziel einer Verminderung oder Beseitigung von Funktionsstörungen, eines körperlichen Wiederaufbaus, einer psychischen Stabilisierung und damit letztlich einer Wiedereingliederung in das soziale Umfeld (vgl. Teil III, Kap. 4.1).

6. Kooperation

Diagnostik und Therapie in der onkologischen Rehabilitation stellen eine interdisziplinäre Aufgabe dar, in der sowohl eine enge Zusammenarbeit der verschiedenen medizinischen Disziplinen (onkologisch erfahrene Internisten, ggf. Gynäkologen, Radiodiagnostiker sowie Radiotherapeuten) notwendig ist, als auch eine enge Kooperation mit Psychologen, Sozialarbeitern, Krankengymnastinnen, Prothetikberaterinnen u.a. Therapeuten sowie mit Selbsthilfegruppen.

Die Behandlung von Tumorpatienten unterliegt bei der immer noch gegebenen geringen Heilungschance einer dauernden Fortentwicklung. Erst die Kooperation aller Ärzte und Therapeuten in der Behandlungskette (kurative und rehabilitative Medizin), etwa über Tumorzentren und onkologische Arbeitskreise, und die Dokumentation wesentlicher Behandlungsverläufe und -ergebnisse erlaubt ein lückenloses "Follow-up", das für die Qualitätssicherung und Fortentwicklung therapeutischer Maßnahmen unverzichtbar ist (vgl. auch die Kap. 4.3 und 7.2).

7. Ausstattung

Die personelle und apparative Ausstattung der onkologischen Rehabilitationsklinik sowie die spezifische Qualifikation der Mitarbeiter muß sich an den diagnostischen und therapeutischen Notwendigkeiten orientieren. Die Spezialisierung auf bestimmte onkologische Krankheitsbilder und deren Nachsorge erlaubt erst kompetente Betreuung und hohe Akzeptanz bei den primärbehandelten und nachbehandelnden Ärzten. Eine zu breite Streuung über das gesamte Gebiet der Onkologie wird speziellen Fragestellungen von Patienten und primärbehandelnden Ärzten nicht gerecht.

7.1 Personelle Anforderungen

Ein allgemeiner Stellenplan kann nur Empfehlungscharakter haben. Er muß variabel gestaltet sein, je nach Aufgabenschwerpunkt der einzelnen Klinik.

Beispielhaft sei nachfolgend ein Stellenplan für eine Klinik zur stationären Karzinomnachsorge mit 200 Betten ohne AHB erstellt, mit dem die beschriebenen Leistungen erbracht werden können. Änderungen in diesem Stellenplan werden sich ergeben, wenn in einer Klinik durch AHB oder Behandlung von Patienten mit speziellen Tumorarten etc. eine besondere Situation vorliegt.

- Leitender Arzt: Im allgemeinen ist der leitende Arzt ein Gebietsarzt für Innere Medizin mit nachgewiesener Erfahrung in der Onkologie und Kenntnissen in der Sozialmedizin sowie mit Qualifikation für das jeweilige Schwerpunktfachgebiet der Klinik (Gynäkologie, HNO, Urologie etc.),
- 2 Oberärzte,
- 1 Funktionsarzt (nur bei bestimmten Indikationen),

- 7 Stationsärzte: Es wird ein Verhältnis von 1 : 30 (Stationsarzt : Patient) als Berechnungsbasis angesehen.
- 2,5 Psychologen. Davon sollte ein Psychologe eine mindestens einjährige Erfahrung im Rehabilitationsbereich haben.
- 1 Sozialarbeiter(in),
- 1 Pflegedienstleitung,
- 14 Pflegekräfte einschließlich der Nachtdienste. Möglichst alle Pflegekräfte sollten examiniert sein.
- 4 Krankengymnast(inn)en,
- 2 Gymnastiklehrer(inn)en,
- 2 Diätassistent(inn)en,
- 7 Masseur, Bademeister, Badehelfer. Einige dieser Mitarbeiter müssen zur entstauenden Lymphödem-Therapie (Lymphdrainage) befähigt sein.
- 2 Beschäftigungs-/Ergotherapeuten,
- 3 Medizinisch Technische Angestellte (Labor und Röntgen, tumorspezifische Untersuchungen können ggf. außerhalb der Rehabilitationsklinik in einem Speziallabor erbracht werden.),
- Je nach Indikation können weitere Mitarbeiter erforderlich sein, wie z. B. Logopäden, Stomatherapeuten usw.

Diese personelle Ausstattung ist als Mindeststandard für eine qualifizierte Rehabilitation anzusehen. Sämtliche medizinischen Mitarbeiter sollten in regelmäßigen Besprechungen zum Umgang mit onkologischen Patienten geschult und unterstützt werden.

Die therapeutischen Mitarbeiter müssen darüber hinaus durch regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen in den spezifischen, onkologischen Rehabilitationsaufgaben weitergebildet werden.

7.2 Weitere Anforderungen an Rehabilitationseinrichtungen

Reha-Kliniken für die Tumornachsorge nehmen entweder ausschließlich

Tumorpatienten auf oder in ihnen werden neben der Behandlung anderer Krankheitsbilder indikationsspezifisch auch Nachsorge-
maßnahmen durchführt.

Sie sollten auf jeden Fall folgende Voraussetzungen erfüllen
(vgl. auch BMJFFG 1990, S. 69 ff.):

- (1) Um den notwendigen personellen, apparativen und räumlichen Standard und die erforderliche Erfahrung in der Rehabilitation von Krebspatienten zu erreichen, sollten die Kliniken pro Jahr eine Neuaufnahme von mindestens 1000 onkologischen Patienten/-innen aufweisen. Dies gilt sowohl für Einrichtungen, die nur mit Krebspatienten, als auch für Einrichtungen, die auch mit anderen Patienten belegt werden. Kliniken, die nur Patienten mit besonderen Krankheitsbildern betreuen, können diese Richtzahl unterschreiten.
- (2) Die Kliniken müssen wegen der gewünschten engen Verzahnung von Krankenversorgung und Rehabilitation und wegen der ständigen Weiterentwicklung der onkologischen Diagnostik und Therapie mit Tumorzentren, Onkologischen Schwerpunkten oder onkologischen Arbeitskreisen eng zusammenarbeiten und insbesondere an deren Fortbildung teilnehmen.
- (3) In den Kliniken müssen indikationsorientierte und die Vorbehandlung berücksichtigende, individuelle Rehabilitationspläne für die Zeit des stationären Aufenthaltes des Patienten aufgestellt werden, die auch die Begleiterkrankungen einbeziehen. Die Entlassungsberichte müssen eine entsprechende Dokumentation enthalten.

8. Rahmenbedingungen

8.1 Regionalisierung - Wohnortnähe

Die Rehabilitationskliniken können wohnortnah, aber auch wohnortfern ausgerichtet sein. Für die Wahl der am besten geeigneten Tumornachsorgekliniken ist der jeweilige Schwerpunkt der Rehabilitationsbedürftigkeit sowie die personelle und apparative Ausrichtung der Tumornachsorgeklinik entscheidend. Bei sozialer Hilfsbedürftigkeit sollten wohnortnahe Rehabilitationskliniken bevorzugt werden, damit dort genaue Kenntnisse über die sozialen Hilfsmöglichkeiten am Wohnort des Patienten vorliegen und erforderliche, nachsorgende Maßnahmen direkt vorbereitet und eingeleitet werden können (siehe auch Teil III, Kap. 4.2).

8.2 Ambulante Rehabilitation

Der Aufbau regionaler Rehabilitationsmöglichkeiten in Zusammenarbeit mit den Akutkrankenhäusern ist sehr wünschenswert. Bislang existieren jedoch kaum Strukturen, die mit den interdisziplinären Möglichkeiten einer stationären Rehabilitation vergleichbar wären. Eventuell läßt sich durch Einbeziehung von Rehabilitationseinrichtungen in Ballungsbereichen die Entwicklung der ambulanten Rehabilitation schneller verwirklichen. Solange lediglich einzelne Modellversuche existieren, sollte Rehabilitation in vorhandenen stationären Einrichtungen durchgeführt werden (siehe auch Teil III, Kap. 4.1).

9. Forschung

Die Konzepte onkologischer Rehabilitation bedürfen dringend einer wissenschaftlichen Begleitung und neuer wissenschaftlicher Impulse. Eine Kooperation mit universitären Institutionen erscheint daher sinnvoll (siehe hierzu auch Teil III, Kap. 8).

TEIL B-5 „NEUBILDUNGEN“

Teil II: Spezielle Rehabilitationskonzepte

II.1 Rehabilitation bei Mammakarzinom-Patientinnen

1. Einleitung

Das Mammakarzinom ist keineswegs ein Alterskrebs. Vielmehr erkranken daran auch viele junge Frauen im erwerbsfähigen Alter (ca. 40 %). Aus diesem Grunde, aber auch wegen der relativ guten Prognose, haben beruflich rehabilitative Maßnahmen einen hohen Stellenwert in der ambulanten und stationären Nachsorge von Brustkrebs-Patientinnen.

Mehr als andere Tumorkranke bedarf die Mammakarzinom-Patientin einer psychischen Zuwendung. Besonders beim Karzinom der Brust ist die mehrfache Belastung der Patientin deutlich. Neben der für eine Krebserkrankung verständlichen Angst vor der eigenen Zukunft sind auch das eigene Körperbild, die Attraktivität als Frau und die Sexualität betroffen.

Adjuvante und additive Therapien haben eine große Bedeutung. Sie werden teilweise in remissionserhaltender Absicht, teilweise aber auch in prophylaktischer Absicht im Sinne der tertiären Prävention eingesetzt. Da sie sich über mehrere Monate, ja sogar Jahre erstrecken, müssen sie in der ambulanten und stationären Rehabilitation fortgesetzt werden.

Von besonderer Bedeutung sind die Erkennung und Beherrschung der Therapiefolgestörungen. Angesichts der relativ begrenzten potentiell kurativen Rezidivtherapiechancen muß die Mammakarzinomnachsorge primär auf den Erhalt und die Wiederherstellung der Lebensqualität und nicht allein auf Maßnahmen zur Rezidivfrüherkennung und -frühbehandlung abzielen.

2. Diagnostik

Grundlage der multimodal, individuell angepaßten Therapiekonzepte stellt die während des Aufenthaltes im Akutkrankenhaus und zu Beginn der Rehabilitation durchgeführte Diagnostik dar.

Schwerpunkt der Rehabilitationsdiagnostik stellt die Erkennung von Folgen der Operation, der Strahlen- und Chemotherapie dar. Das mögliche Spektrum reicht von Lymphödemen, Motilitätsstörungen, hormonellen Entzugsstörungen, kardiopulmonären Auswirkungen und Einschränkungen der Hämatopoese bis hin zu psychosozialen Funktionseinschränkungen und Handicaps.

2.1 Spezielle medizinische Diagnostik

Neben einem allgemein internistisch ausgerichteten Labor mit der Möglichkeit der Bestimmung spezieller Tumormarker sind eine gynäkologische Diagnostik (gynäkologischer Stuhl, Kolposkopie), eine Abdomensonographie, eine Mammographie unerlässlich. Untersuchungsmöglichkeiten zur Bestimmung der kardialen, respiratorischen Leistungsbreite sind notwendig.

2.2 Psychosoziale Diagnostik

Gerade in der Mammarkarzinomrehabilitation bedarf es nicht nur der somatischen, sondern im besonderen Maße auch der psychosozialen und beruflichen Anamneseerhebung. Der Arzt sollte diese verschiedenen Aspekte in der Aufnahmeuntersuchung berücksichtigen und bei speziellen diagnostischen Maßnahmen Psychologen, Sozialarbeiter oder Arbeitsmediziner hinzuziehen.

3. Therapie

Die therapeutischen Maßnahmen dienen weniger der Tumorverkleinerung oder gar der Heilung, als vielmehr der Substitution und Kompensation aufgetretener Funktionsstörungen. Dies gilt für den somatischen, aber auch für den psychischen Bereich.

In erster Linie sind es physikalische Maßnahmen, wie z. B. die Lymphdrainage, aber auch Krankengymnastik, die zusammen mit der Behandlung der Zweiterkrankungen die notwendigen Behandlungsmaßnahmen ausmachen.

Die Fortsetzung auswärts begonnener additiver oder adjuvanter tumororientierter Therapien sollte in der Rehabilitationsklinik gewährleistet sein. Auch sollten Therapiemöglichkeiten im Sinne einer tertiären Prävention gewährleistet sein. Rezidivorientierte Therapien - allerdings immer nur mit palliativer Zielsetzung - sollten möglich sein.

3.1 Krankengymnastik und Sport in der Rehabilitation

Die krankengymnastische Betreuung beginnt unmittelbar nach der Operation. Sie hat für die Rehabilitation in der Anschlußheilbehandlung ebenfalls einen hohen Stellenwert.

3.2 Physikalische Therapie

Hier ist in erster Linie die Lymphdrainage zu erwähnen, ohne die eine ambulante und stationäre Mammakarzinomrehabilitation undenkbar ist. Kliniken zur Rehabilitation von Mammakarzinom-Patientinnen sollten ausreichende personelle Möglichkeiten der Lymphdrainage vorhalten.

3.3 Klinische Psychologie und Psychotherapie

Die psychischen Beeinträchtigungen sind häufig durch das behandelnde medizinische Personal allein nicht zu lösen. Eine differenzierte Diagnostik und Dokumentation der bestehenden psychischen Probleme stellt die Grundlage der psychischen Hilfsmaßnahmen dar.

Es gibt gegenwärtig keine wissenschaftlich anerkannten Hinweise darauf, daß psychische Hilfen und Psychotherapie den Tumor zu beeinflussen vermögen, sie können jedoch die Auswirkungen des Tumorleidens wirkungsvoll lindern. Deshalb haben psychologische bzw. psychotherapeutische Maßnahmen eine wichtige Bedeutung in der onkologischen Rehabilitation.

Psychische Hilfen stellen jedoch nur einen Teil der gesamten onkologischen Betreuung dar. Sie müssen unter ganzheitlichen Gesichtspunkten erfolgen und dürfen niemals getrennt von anderen medizinischen, sozialen und beruflichen Hilfen erfolgen. Der Spezialist - der klinische Psychologe - muß eng mit den Ärzten und den weiteren therapeutischen Mitarbeitern zusammenarbeiten.

3.4 Soziale Beratung und Soziotherapie

Bedingt durch die meist akut auftretende Erkrankung und die recht radikalen Behandlungsformen wird die Patientin häufig aus dem gewohnten Lebenskreis herausgerissen. Daraus ergeben sich eine Vielzahl von Problemen im sozialen Umfeld. Aufgaben einer qualifizierten Sozialberatung liegen in der Beratung über sozialrechtliche und administrative Fragen und der Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu sozialen Institutionen und Nachsorgemöglichkeiten am Heimatort.

Bei der sozialrechtlichen Beratung steht der Aspekt der praktischen Hilfe im Vordergrund.

3.5 Diätetik und Ernährungsberatung

In diesem Zusammenhang ist es häufig wichtig, die Patientin vor falschen diätetischen Vorstellungen, vor paramedizinischen, teilweise finanziell belastenden und sinnlosen Alternativtherapien zu schützen. Gerade die Mammakarzinom-Patientin unterliegt erfahrungsgemäß einem besonderem Risiko hierzu.

3.6 Die prothetische Versorgung in der Rehabilitation

Die Brustprothetische Versorgung ist ein unentbehrlicher Bestandteil der Nachsorge und Rehabilitation von Mammakarzinom-Patientinnen. Bei einer qualifizierten individuellen Beratung und Anpassung können optimale Voraussetzungen für das Wiedererlangen des häufig verlorenen Selbstwertgefühls ermöglicht werden. Voraussetzung ist allerdings, daß die Beratung fachgerecht und individuell erfolgt, wozu sich Fachberaterinnen anbieten.

4. Therapiekontrolle und Dokumentation

Kurz vor der Entlassung aus der stationären Heilbehandlung muß eine erneute Diagnostikphase (Abschlußuntersuchung) erfolgen. Dies geschieht einerseits unter dem Gesichtspunkt der Evaluation und Verlaufsbeurteilung durchgeführter Therapiemaßnahmen und andererseits, um Empfehlungen für weiter durchzuführende Maßnahmen im Rahmen der Nachsorge nach der stationären Rehabilitationsphase geben zu können.

5. Schnittstellen

5.1 Anschlußheilbehandlung (AHB)

Die Durchführung einer stationären Anschlußheilbehandlung ist bei den meisten Mammakarzinom-Patientinnen indiziert.

Die Anschlußheilbehandlungen sollten ausschließlich in onkologisch ausgerichteten Rehabilitationskliniken durchgeführt werden, wobei nur besondere, fachlich kompetente Kliniken über entsprechende Erfahrungen und Kompetenzen verfügen.

5.2 Nachsorge

Viele Institutionen bieten ihre Hilfe bei der ambulanten sozialen Versorgung an. Das Spektrum der hierbei angebotenen sozialen Hilfen ist weit gefächert. Eine frühzeitige Kontaktaufnahme zu diesen Stellen zur Vorbereitung nachsorgender Maßnahmen ist auf jeden Fall empfehlenswert.

5.3 Selbsthilfegruppen

Gerade in der Mammakarzinomnachsorge und -rehabilitation haben Selbsthilfegruppen nach Krebs eine besondere Bedeutung erlangt, auch wenn angemerkt werden muß, daß die Selbsthilfegruppen nicht für jede Patientin geeignet sein dürften und in einigen Fällen auch kritisch beurteilt werden müssen. Durch die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe übernimmt die Patientin wieder einen Teil ihrer Eigenverantwortung; sie wird zur Agierenden und stärkt ihr Selbstwertgefühl durch die Identifikation mit der Bezugsgruppe. Medizinische Hilfe wird gezielter - und nicht unbedingt häufiger - in Anspruch genommen. Selbsthilfegruppen helfen mit, die psychischen Belastungen der

Frauen aufzufangen. Selbst nahe Angehörige, Verwandte oder Bekannte - und natürlich auch Ärzte und Psychologen - stoßen hier häufig an Grenzen.

6. Ausstattung - personelle Anforderungen

Rehabilitationskliniken, die Mammakarzinom-Patientinnen behandeln, sollten in der ärztlichen Leitung einen sowohl in der internistisch-en Onkologie als auch der gynäkologischen Onkologie erfahrenen Arzt haben.

Da die psychische Betreuung gerade in der Rehabilitation von Mammakarzinom-Patientinnen eine herausragende Bedeutung hat, müssen klinische Psychologen in diesen Kliniken tätig sein.

Unbedingt erforderlich ist es, daß mehrere ausgebildete Lymphtherapeuten beschäftigt sind.

Wenigstens konsiliarisch sollten Prothetik-Fachberaterinnen in der Klinik tätig sein (vgl. Abschnitt 3.6).

II.2 Rehabilitation bei Magenkarzinom-Patienten

1. Einleitung

Das Magenkarzinom gilt wegen einer globalen 5-Jahres-Überlebensrate von ca. 5 bis 15 % als eines der prognostisch ungünstigsten Karzinome. Diese Erkenntnis sowie das zumeist fortgeschrittene Alter der Patienten lassen die Notwendigkeiten und Möglichkeiten einer beruflichen und/oder medizinischen Reha-Maßnahme bei diesen Karzinompatienten gering erscheinen.

Allerdings werden auch jüngere, noch im erwerbsfähigen Alter stehende Patienten vom Magenkarzinom befallen. Patienten mit potentiell kurativ resezierbaren Tumoren haben außerdem eine wesentlich bessere Prognose, nämlich eine durchschnittliche globale 5-Jahres-Überlebensrate von 44 ± 5 %. Unter letzteren Patienten befinden sich insbesondere die Patienten im Stadium T1, d.h. vornehmlich die mit Magenfrühkarzinom. Ihre durchschnittliche 10-Jahres-Überlebenszeit beträgt 80 bis 90 %. Bei diesen - eher jüngeren - Patienten besteht die Möglichkeit der beruflichen Wiedereingliederung und dementsprechend steht auch das Ziel Erhaltung oder Wiedereingliederung der Erwerbstätigkeit eindeutig im Vordergrund.

Verglichen mit anderen Krebserkrankungen, sind die Einschränkungen der Lebensqualität bei Magenkarzinompatienten besonders stark. Sie sind weniger eine Folge in ursächlichem Zusammenhang mit der Schwere der durchgemachten Karzinomkrankung, sondern sind vielmehr häufig Folge der Therapie, in diesem Fall der Gastrektomie oder Teilgastrektomie.

Die Erkennung und Behandlung der Postgastrektomieprobleme steht daher im Vordergrund der Nachsorge und Rehabilitation dieser Patienten. Gelingt es, die Postgastrektomiesymptomatik zu lindern, ja

sogar zu verbessern, sind wesentliche Auswirkungen auf die Lebensqualität dieser Patienten zu erwarten.

Antriebsschwäche und Kontaktarmut sind charakteristische Beschwerden des nachzusorgenden Magenkarzinompatienten. In der Nachsorge muß daher stärker auf diese charakteristischen Beschwerden eingegangen, und entsprechende Hilfen müssen in die Wege geleitet werden. Die psychischen Beeinträchtigungen sind sowohl im Zusammenhang mit der kurativ-medizinischen Therapie als auch im Zusammenhang mit der bösartigen Grunderkrankung zu sehen.

Die derzeitige Magenkarzinomnachsorge ist in besonderem Maße dadurch gekennzeichnet, daß wir trotz Einführung empfindlicherer und spezifischerer Rezidiv-Nachweisverfahren und frühzeitiger Rezidiv-Erkennung in der Mehrzahl nicht über potentiell kurative Rezidiv-Therapien verfügen. In der Magenkarzinomnachsorge haben daher supportive Maßnahmen mit dem Ziel einer Lebensqualitätsverbesserung Vorrang vor rezidivorientierten Untersuchungen.

Die therapeutischen Maßnahmen dienen weniger der Tumorverkleinerung oder gar der Heilung als der Adaption, Substitution und Kompensation von Funktionsstörungen.

2. Diagnostik

2.1 Diagnostik vor der Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung

Bei der Aufnahme sollten der Rehabilitationsklinik Angaben zu folgenden Punkten mitgeteilt werden:

- Art, Umfang und Zielsetzung (palliativ, kurativ?) des operativen Vorgehens,
- Art und Intensität der Postgastrektomiebeschwerden (Reflux, Dumping, Diarrhoe, Schmerzen)

- soziale Belastungsfaktoren,
- berufliche Situation und Abschätzung über zu erwartende Probleme der beruflichen Reintegration,
- psychische Belastungen sowie Stand und Art der Krankheitsverarbeitung.

2.2 Medizinische Diagnostik im engeren Sinne

Rehabilitationskliniken, die Magenkarzinompatienten in der Nachsorge betreuen, sollten Möglichkeiten der Endoskopie vorhalten. Gleiches trifft auch auf die Röntgendarstellung des oberen Gastrointestinaltraktes zu, die Abdomensonographie sowie ein allgemein internistisches Labor.

Endoskopie und Röntgen-MDP sind ergänzende Maßnahmen; sie dienen in erster Linie der Erkennung von Therapiefolgestörungen und erst in zweiter Linie dem Ausschluß bzw. dem Nachweis von Rezidiven.

Im Labor sollten die für das Magenkarzinom üblichen Tumormarker bestimmt werden können. Die Bestimmung von Chymotrypsin zum Ausschluß von reaktiven Pankreasdysfunktion kann in einigen Fällen sinnvoll sein.

2.3 Psychische und soziale Diagnostik

Die psychische, berufliche und soziale Anamneseerhebung und Diagnostik stellen eine wesentliche Aufgabe im Rahmen der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung dar. Falls sich hier weitergehender Klärungsbedarf ergibt, sollte ein Psychologe oder ein Sozialarbeiter gezielt einbezogen werden.

3. Therapie

Auf dem Boden der vorhandenen Vorbefunde sowie der in den ersten Tagen des stationären Rehabilitationsaufenthaltes erhobenen, eigenen diagnostischen Ergebnisse muß ein umfassender Behandlungsplan für den Rehabilitanden erstellt werden.

3.1 Medizinische Therapie im engeren Sinn

Spezielle medizinische Therapieaufgaben sind die Behandlung der Refluxösophagitis, wobei neben konservativen und medikamentösen Maßnahmen auch die endoskopische Therapie (z. B. Bougierung) in Frage kommt. Von großer Bedeutung ist die Behandlung der sekundären Pankreasinsuffizienz. Die Dumping-Problematik muß ebenfalls therapeutisch angegangen werden.

Die Fortsetzung auswärts begonnener additiver oder adjuvanter tumororientierter Therapien sollte in der Rehabilitationsklinik gewährleistet sein. Auch sollten Therapien im Sinne einer tertiären Prävention möglich sein, ebenso rezidivorientierte Therapien, allerdings immer nur mit palliativer Zielsetzung.

3.2 Klinische Psychologie und Psychotherapie

Patienten, die wegen Magenkarzinom eine Magenresektion oder -teilresektion hinter sich haben, erleiden häufig beträchtliche psychische und/oder soziale Beeinträchtigungen. Diese können eine fachkompetente Beratung oder Therapie erfordern. Andererseits sind diese Beeinträchtigungen nicht selten aber auch schon durch eine Behandlung der Therapiefolgestörungen, insbesondere des Postgastrektomiesyndroms, zu lindern.

3.3 Soziale Beratung und Soziotherapie

Die Sozialberatung hat einen besonders hohen Stellenwert sowohl bei der Anschlußheilbehandlung als auch in der allgemeinen Rehabilitation.

Magenkarzinompatienten können beträchtliche soziale Probleme haben. So kann Hilfsbedürftigkeit selbst bei Routinetätigkeiten im Haushalt bestehen. Sozialberatung mit den Aufgaben sozialrechtlicher Beratung und der Einleitung von sozialen Hilfen sind daher wichtige Aufgaben der stationären und ambulanten Nachsorge. Die stationäre Rehabilitation dieser Patienten bedarf einer detaillierten Kenntnis der sozialen Situation und der Abhilfemöglichkeiten vor Ort.

3.4 Diätetische Beratung

Diätetik und Ernährungsberatung dienen der Adaptation an den magenlosen Zustand, insbesondere der quantitativen und qualitativen Verbesserung der Nahrungszufuhr, -aufnahme und -passage. Denn eine wesentliche Aufgabe in der stationären Rehabilitation dieser Patienten ist das Erkennen und die Differenzierung der zur Gewichtsabnahme führenden Faktoren sowie der intensiven diätetischen und evtl. auch medikamentösen Behandlung dieser Probleme.

Die diätetische Beratung ist von herausragender Bedeutung und sollte durch speziell ausgebildete und erfahrene Diätberaterinnen erfolgen. Zwar gibt es keine spezielle "Magenkrebs-Diät", jedoch lassen sich zahlreiche Beschwerden magenloser Patienten durch diätetische Maßnahmen beseitigen oder lindern. Die diätetische Beratung in der Tumornachsorgeklinik muß immer prospektiv orientiert sein und darf sich keinesfalls ausschließlich auf Hilfen bei der Zubereitung von Diäten beschränken. Diätassistentinnen und Diätberaterinnen müssen

eng mit den Ärzten, nach Möglichkeit unter ärztlicher Aufsicht, arbeiten.

4. Schnittstellen

4.1 Anschlußheilbehandlung (AHB)

Die Durchführung einer stationären Anschlußheilbehandlung ist uneingeschränkt bei jedem total- oder teilgastrektomierten Magenkarzinompatienten zu empfehlen. Sie ist hingegen bei nicht operablem und/ oder progredientem Tumorleiden und/oder nicht bestehender Rehabilitationsfähigkeit und/oder fehlender Compliance abzulehnen.

5. Rahmenbedingungen

Zur Durchführung von Anschlußheilbehandlungen empfehlen sich in erster Linie gastroenterologisch ausgerichtete Tumornachsorgekliniken.

II.3 Rehabilitation bei Rectumkarzinom-Patienten

1. Einleitung

Rectum-Karzinom-Patienten unterscheiden sich von anderen Tumorpatienten in charakterischer Weise. Das Durchschnittsalter von Patienten mit Rectum-Karzinom ist vergleichsweise höher als das anderer onkologischer Patientengruppen. Der Morbiditätsgipfel des Rectum-Karzinoms liegt am Ende der 7. Lebensdekade. Er betrifft somit einen Altersabschnitt, in dem Arbeiten unter Erwerbsbedingungen nicht mehr verrichtet werden. Trotzdem sind immerhin etwa 25-30 % der rehabilitationsbedürftigen Patienten noch im erwerbsfähigen Alter. Am Wert von berufsfördernden Maßnahmen kann bei einem Teil der Rectumkarzinom-Patienten deswegen nicht gezweifelt werden.

Ein weiteres Merkmal operierter Patienten nach Rectum-Karzinom ist die Verschiedenartigkeit der Therapiefolgen. Es handelt sich hierbei um zwei etwa gleich große Gruppen von Betroffenen mit erheblichen Unterschieden in der Art und dem Ausmaß des therapeutischen, hier operativen, Vorgehens. Die eine Gruppe setzt sich aus Patienten zusammen, bei denen eine kontinenzershaltende Rectumresektion durchgeführt worden ist. Die andere Gruppe besteht aus Betroffenen, denen nach einer abdomino-perinealen Rectumamputation ein Colostoma angelegt worden ist.

Bei diesen Gruppen liegen sehr unterschiedliche körperliche Funktionsausfälle vor und dementsprechend verschiedene körperliche, psychische, berufliche und soziale Belastungen. Erhebliche Unterschiede in der subjektiven und objektiven Einschätzung der Lebensqualität sind belegt.

Ausgehend von allen Besonderheiten der Rectum-Karzinom-Patienten unterscheiden sich rehabilitative Maßnahme schwerpunktmäßig von

Aufgaben, die bei der Betreuung anderer onkologischer Indikationsgruppen notwendig werden. Im folgenden soll ausschließlich auf diese Unterschiede eingegangen werden.

Tumorspezifische Aufgaben, die in der Rehabilitation von Rectumkarzinom-Patienten spezielle Beachtung finden müssen, sind:

- Versorgung des Colostoma,
- Funktionsstörungen bzw. Komplikationen der Stomaanlage (Hernien, Prolaps, Stenosen, Retraktion), peristomale Hautveränderungen (Entzündungen, Allergien),
- Bauchwandhernien,
- Wundheilungsstörungen (Sacralwunde, Sacralfisteln),
- Stuhlinkontinenz (tiefe anteriore Rectumresektion),
- Defäkationsprobleme durch Verlust der Reservoirfunktion des Rectum,
- Harninkontinenz nach Proctektomie,
- Harnabflußstörungen (sekundäre retroperitoneale Fibrose, Harnblasendeviation),
- Bewältigung psychischer und sozialer Anpassungsstörungen
- gestörte Sexualfunktion (Potenzausfall, Libidoverlust, sekundäre Komplikationen an den Geschlechtsorganen, psychogene Sexualstörungen).

2. Diagnostik

2.1 Tumorrezidive bzw. Metastasen

Eine endoskopische Diagnostik (Coloskopie) ist unerlässlich, einerseits um Funktionsstörungen von Anastomosen zu dokumentieren und zu behandeln, andererseits um Tumorrezidive frühzeitig erkennen und einer bekanntlich partiell erfolgsversprechenden chirurgischen Intervention zuführen zu können. Da bei Patienten nach Rectum-Karzinom die Inzidenz von Polypen mit potentiell karzinomatöser Entartung im

Restcolon deutlich erhöht ist, müssen regelmäßig endoskopische Untersuchungen des Colon durchgeführt werden, um durch eine Ektomie dieser Schleimhautveränderungen das erneute Auftreten eines Dickdarmkarzinoms zu verhindern. Diese Maßnahmen, die in das Nachsorgeprogramm eingebaut werden müssen, haben eindeutig präventiven Charakter (sekundäre und tertiäre Prävention).

Bildgebende Verfahren (Sonographie, CT) sind für die frühzeitige Erkennung von Rezidiven bzw. Metastasen notwendig. Der Wert der Bestimmung von Tumormarkern, die für das Rectumkarzinom üblich sind, für die Verlaufsbeobachtung ist unumstritten und deren Bestimmung sollte in regelmäßigen zeitlichen Abständen durchgeführt werden.

2.2 Therapiefolgen und -folgestörungen

Therapiefolgen sind bei Patienten nach Behandlung des Rectumkarzinoms in besonders großem Maße vorhanden. Ihre Erkennung bedarf diagnostischer Kenntnisse, besonders hinsichtlich der Funktionsstörungen und Komplikationen der Stomaanlage und der oben angeführten proktologischen, urologischen, neurologischen, sexualorganbezogenen Probleme.

2.3 Psychosoziale Diagnostik

Bei Rectum-Karzinompatienten besteht ein hohes Maß an sehr unterschiedlichen psychischen Belastungen und sozialen Anpassungsstörungen. Sie müssen im Rahmen der Diagnostik genau erfaßt werden, damit eine entsprechende therapeutische Bearbeitung möglich wird.

Kontakt- und Verhaltensstörungen durch den Verlust der körperlichen Unversehrtheit, durch Inkontinenzprobleme und sexuelle Störungen sind bei der psychosozialen Diagnostik zu berücksichtigen.

3. Therapie

3.1 Medizinische Therapie im engeren Sinne

Probleme im Zusammenhang mit Schmerzen im Kreuz- und Dammbereich (Abszesse, Lokalrezidive, Phantomschmerzen) und in der Behandlung von Wundheilungsstörungen bedürfen einer kompetenten medizinischen Betreuung. (Vgl. hierzu auch die in Kapitel 2.1 abgehandelten Maßnahmen der interventionellen Endoskopie.)

3.2 Hilfsmittelverwendung

Das Erlernen der Verwendung von Hilfsmitteln steht bei Anus praeter-Patienten im Mittelpunkt der Therapiemaßnahmen. Besonders die stationäre Rehabilitation hat hierbei einen hohen Stellenwert, weil das Einüben der einzelnen Maßnahmen Geduld- und Zeitaufwand erfordert. Auch ist eine individuelle Anpassung an das große Hilfsmittelangebot notwendig. Besonderer Wert soll auf das Erlernen der Darmreinigung mittels Irrigation gelegt werden, die unter Berücksichtigung der Kontraindikationen von etwa 80 - 90 % der Betroffenen ausgeführt werden kann. Diese Maßnahme ist ein wesentlicher Schritt zur Verbesserung der Lebensqualität, weil hiermit zeitweise eine Kontinenz erreicht werden kann und somit stomabedingte Behinderungen und soziale Beeinträchtigungen kompensiert werden können. Für die berufliche Rehabilitation ist das Beherrschen der Irrigation unerlässlich.

3.3 Training von Restfunktionen

Krankengymnastische Übungen, insbesondere Beckenbodentraining bei Harninkontinenz oder Stuhlinkontinenz nach anteriorer Rectumresektion sind häufig wichtige Bestandteile der Rehabilitation.

3.4 Ernährungsberatung - Diätetik

Eine spezielle Ernährung bei der Rehabilitation von Patienten nach Rectum-Karzinomen ist nicht notwendig. Die Ernährung erfolgt nach den Regeln, die allgemein für onkologische Patienten gelten. Abweichend hiervon ist lediglich eine Kostform, welche die operationsbedingte Verkürzung des Colon berücksichtigt (Durchfallneigung) und Meteorismus oder eine mögliche Geruchsbelästigung durch das Stoma vermindert.

Während also spezielle Ernährung aus kurativ-medizinischer Sicht in der Regel nicht notwendig ist, ist in der Rehabilitation die Ernährungsberatung jedoch von großer Bedeutung: Zum einen wegen des speziellen Informationsbedürfnisses von Stomapatienten und zum anderen wegen der Möglichkeit, allein durch diätetische Maßnahmen Beschwerden im Zusammenhang mit dem Stoma (z. B. Geruchsbelästigung, Blähungen, Lärmbelästigung, Undichtigkeiten, Stomaentzündungen) und Komplikationen vorzubeugen.

3.5 Psychologische Maßnahmen

Der Bedarf an psychischer Betreuung und psychologischen Therapieangeboten ist bei der Rehabilitation von Patienten nach Rectum-Karzinom besonders hoch. Bedingt durch die tiefgreifenden anatomischen Veränderungen und erheblichen Funktionseinbußen sind Patienten mit Colostomie in einschlägigen Untersuchungen in höchstem Maße als emotional-affektiv betroffen bezeichnet worden (bis 70 % depressive Reaktionen, über 60 % sexuelle Störungen, bis 40 % Suizidalität).

Die Anlage eines Colostoma kann neben beträchtlichen psychischen Belastungen auch starke Anpassungsschwierigkeiten an das soziale Umfeld verursachen.

Neben der Intervention in Gesprächsgruppen sollten auch Einzelgespräche angeboten werden.

3.6 Gesundheitsbildung - Patientenschulung

Allgemeine Gesundheitsbildungsprogramme mit überwiegend präventiver Zielsetzung spielen bei der Rehabilitation von Patienten nach Rectum-Karzinom nur eine untergeordnete Rolle, weil die Mehrzahl der Betroffenen sich in einem Alter befindet, in dem eine Schulung mit präventiver Absicht schon wegen der tumorunabhängigen Lebenserwartung nicht den Stellenwert anderer Altersgruppen hat. Ferner schränkt die unsichere Prognose der Krankheit bei einem weiteren Teil der Patienten den Wert präventiver Schulungsmaßnahmen ein.

Großes Gewicht haben hingegen krankheitsspezifische Schulungsprogramme mit dem Ziel, die praktische und emotionale Krankheitsbewältigung zu fördern. Beispiele:

- Komplikationen des Colostoma,
- Handhabung von Hilfsmitteln der Stomaversorgung,
- Ernährung bei Verdauungsstörungen,
- sexuelle Störungen,
- allgemeine tumorbezogene Probleme.

3.7 Balneologische Maßnahmen

Eine spezielle balneo-physikalische Therapie ist bei der Rehabilitation von Therapiefolgen nach Rectumkarzinomoperation nicht notwendig.

3.8 Soziale Beratung und Soziotherapie

Die soziale Beratung ist vornehmlich bei älteren Patienten mit Stoma oder Inkontinenzproblemen von besonderem Gewicht, um den Weg in die häusliche Lebenswelt zu erleichtern und die Betroffenen an das soziale Umfeld zu adaptieren. Sie benötigen zum Teil manuelle Hilfen bei der Stomaversorgung oder bei Inkontinenzproblemen. Häufig muß eine entsprechende Betreuung am Heimatort organisiert werden (z. B. über karitative Einrichtungen, Wohlfahrtsverbände, Gemeindefrauen usw.). Wichtig erscheint die Vermittlung von speziell geschulten Ansprechpartnern, wie zum Beispiel Stomatherapeuten und Selbsthilfegruppen (ILCO).

3.9 Berufsbezogene Rehabilitation

Berufsfördernde Maßnahmen setzen eine genaue Kenntnis der Funktions einbußen voraus, die nach Behandlung eines Rectum-Karzinoms möglich sind. Neben der operationsbedingten, verminderten Belastbarkeit der Bauchmuskulatur (Bauchwandbrüche), sind Probleme der Stomaversorgung und der perinealen Narbe zu berücksichtigen. Die Leistungseinbuße betrifft hauptsächlich Berufe, die einen vermehrten körperlichen Einsatz erfordern, insbesondere beim Heben und Tragen schwerer Lasten, ferner bei Arbeiten, die mit verstärkter Hitzeeinwirkung verbunden sind (Komplikationen mit der Stomaversorgung) bzw. die längere sitzende Tätigkeiten verlangen (Beschwerden von Seiten der perinealen Narbe). Ferner sind Beeinträchtigungen bei der Abwicklung von Publikumsverkehr bei Komplikationen im Stomabereich zu erwarten. Die Kenntnis der Arbeitsplatzbedingungen ist für die sozialmedizinische Beurteilung notwendig, um Funktionsstörungen des Stomas so weit wie möglich zu adaptieren (Weg zu Toiletten, Raumtemperatur usw.).

Die berufsbezogene Rehabilitation, einschließlich berufsfördernder Maßnahmen, ist bei den noch im Erwerbsleben stehenden Patienten von

besonderer Wichtigkeit, weil derzeit erfahrungsgemäß 60 % der Rectumexstirpierten und knapp 20 % der Rectumresezierten die Arbeit nach der Primärtherapie nicht wieder aufnehmen. Eine Verbesserung der Beratung sollte im Interesse der Betroffenen angestrebt werden.

4. Anschlußheilbehandlung (AHB)

Die konsequente Nutzung der Möglichkeit einer AHB ist unerlässlich, um Schulungsmaßnahmen, besonders hinsichtlich Hilfsmittelgebrauch, schnell und gründlich zu ermöglichen. Die sichere Handhabung der Stomaversorgung, der Irrigation bzw. von Inkontinenzhilfen verhindert am ehesten psychische Belastungen und soziale Rückzugstendenzen und fördert eine schnelle Wiedereingliederung in das berufliche und soziale Umfeld.

5. Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtungen

Da die Rehabilitation von Patienten nach Rectum-Karzinomen spezielle Kenntnisse und Erfahrungen voraussetzt und eine qualifizierte und gründliche Patientenschulung über einen längeren Zeitraum beinhalten muß, sind stationäre Heilbehandlungen ein wesentlicher Bestandteil der onkologischen Nachsorge. Die damit befaßte Rehabilitationsklinik sollte folgende Merkmale aufweisen:

Personelle Anforderungen:

Die für onkologische Rehabilitationskliniken übliche Personal-
ausstattung sollte ergänzt werden durch

- einen Gastroenterologen (Diagnostik, fachbezogene Therapie, Ernährungsberatung),
- Assistenzpersonal mit besonderen Kenntnissen in der Stomaversorgung (ggf. Stomatherapeut/in),

- Diätassistent/in.

Technische Ausstattung:

Neben bildgebenden Verfahren (Sonographie) ist eine endoskopische Einrichtung unbedingt erforderlich. Möglichkeit zum Erlernen und zur Durchführung der Irrigation müssen vorhanden sein. Die Benutzung des Schwimmbades durch Stomaträger sollte ermöglicht werden.

II.4 Rehabilitation bei Patientinnen mit Ovarial-Karzinom

1. Einleitung

Bösartige Erkrankungen der Eierstöcke sind mit einer Inzidenz von ca. 22/100.000 Frauen jährlich eine relativ seltene Erkrankung, die erforderlichen radikalen multimodalen Therapiemaßnahmen erfordern jedoch umfangreiche primäre und sekundäre therapeutische Bemühungen und adäquate Nachbetreuung. Bei jährlich ca. 7.400 Neuerkrankungen im alten Bundesgebiet sind knapp die Hälfte der Patientinnen jünger als 60 Jahre, 10% jünger als 47 Jahre. Eine komplette Heilung läßt sich durchschnittlich nur bei einem Drittel aller Patientinnen erreichen. Fast alle betroffenen Frauen werden nach der Radikaloperation adjuvant chemo- oder radiotherapeutisch nachbehandelt und damit mit hoher Toxizitäts- und Nebenwirkungsrate belastet. Eine vollständige berufliche Reintegration ist in den meisten Fällen erst nach Abschluß aller adjuvanten Maßnahmen, damit also durchschnittlich erst 8-9 Monate nach der Primäroperation möglich.

Bei fortgeschrittenen Tumorstadien führt die vorhandene Symptomatik, bzw. die erforderliche palliative Chemotherapie meist zu einer Erwerbsunfähigkeit und zur Notwendigkeit stützender psychosozialer Hilfen.

2. Diagnostik

Die Diagnostik und Therapie von zumeist abdominalen Rezidiven sowie von Spätfolgen radikaler Operation, Chemo- und/oder Strahlentherapie sind beim Ovarialmalignom wegen der zumindest vorübergehend günstigen Beeinflussung wichtiger als bei vielen anderen onkologischen Erkrankungen. Häufige Probleme sind außerdem abdominale Adhäsionsbeschwerden mit Subileus bzw. Ileussyndromatik, chemotherapie

induzierte Polyneuropathien und irreversible Einschränkungen der Nierenfunktion nach platinhaltigen Schemata.

Die unvermeidliche operative Kastration (Ovarektomie) führt darüber hinaus zu abrupt einsetzenden klimakterischen Beschwerden mit vegetativer Symptomatik wie Hitzewallungen, Schweißausbrüchen, Depressionen sowie urogenitalen Atrophieerscheinungen. Die zumeist mit cisplatinhaltigen, bzw. etoposidhaltigen Chemotherapie-Schemata durchgeführte adjuvante oder palliative Behandlung führt auch zu einer belastenden Alopezie sowie häufig länger andauernden Panzytopenien.

2.1 Medizinische Diagnostik im engeren Sinne

Die Häufigkeit gynäkologischer, radiologischer und sonographischer Untersuchungen muß immer am Einzelfall orientiert sein. Richtlinie aller Untersuchungen sollte dabei die Frage sein, ob aus dem Ergebnis der Untersuchung direkte Konsequenzen für weitere Maßnahmen oder Therapien folgen können. Andernfalls sind die Belastungen für die Patientin möglichst gering zu halten.

Körperliche Untersuchung: Gewichtskontrolle, Palpation und Perkussion des gesamten Abdomens, gynäkologische (einschließlich rektale) Untersuchung, Kontrolluntersuchung der Brust, Perkussion und Auskultation der Lunge, neurologische Orientierungsuntersuchung, Beurteilung des Leistungsvermögens. Bei Verdachtsmomenten weitere Abklärung durch laborchemische bzw. apparative Untersuchungen.

Spezielle Rezidivdiagnostik: Ein Rezidiv, bzw. eine Tumormetastase ist beim Ovarial-Karzinom in den meisten Fällen auf das Abdomen und den Pleura-Raum beschränkt. Entsprechend sollten folgende Fragen gestellt werden: Haben Sie Beschwerden im Bauchraum? Sind seit der letzten Untersuchung Unregelmäßigkeiten in der Verdauung

aufgetreten? Hat sich der Bauchumfang verändert (Rockbunderweiterung)? Haben sie neuerdings Probleme mit der Atmung?

Medizin-technische Untersuchungen: In jedem Fall wird es notwendig sein, eine abdominale Sonographie einschließlich der Pleurawinkel durchzuführen und laborchemisch die für Ovarial-Karzinome üblichen Tumormarker sowie BSG, Hämoglobin, Leukozyten und ggf. Thrombozyten zu bestimmen. Röntgen-Thorax-Untersuchungen können die Suche nach einem Pleuraerguß oder seltenen intrapulmonalen Metastasen ergänzen. Ein Computertomogramm oder eine Kernspintomographie (NMR-Untersuchung) sind nur bei Verdachtsfällen sinnvoll.

2.2 Rehabilitationsspezifische psychosoziale Diagnostik

Im Rahmen der psychosozialen Diagnostik sind folgende Belastungsbereiche (in Anlehnung an Herschbach 1985) häufig von spezifischer Bedeutung:

(1) Körperliches Wohlbefinden/Schmerzen: Hier werden nicht selten Narbenschmerzen des Abdomens, post-chemotherapeutische Kraftlosigkeit sowie funktionelle Beschwerden des Magen-Darm-Traktes angegeben. Größere Darmresektionen oder die Anlage eines Colostoma führen zu spezifischen funktionellen Störungen und Beschwerden.

(2) Psychische Störungen: Die mit der Ovariektomie verbundenen Hormonschwankungen können vegetative Störungen und auch depressiven Phasen, Schlafstörungen, Anspannung/Nervosität zur Folge haben.

(3) Informationsdefizite bestehen häufig hinsichtlich der Erkrankung und der Wirkungen und Nebenwirkungen der Behandlung. Ferner werden meist Informationen zum Sozialrecht vermißt.

(4) Leistungsfähigkeit: Einschränkungen im Verhalten der Patientinnen bei Freizeit/Hobbies, Haushalt/Beruf, bei nicht selten durch Polyneuropathien eingeschränkter Fortbewegung und bei der Körperpflege müssen erhoben werden und Basis sein für gezielte Beratung zur Kompensation von Defiziten oder Ausfällen.

(5) Sozialverhalten: Die bei Ovarial-Malignomen meist über ein halbes Jahr hinaus-reichende Primärtherapie, der Kontakt zu anderen schwererkrankten Patientinnen sowie die operativen Folgen wie Narbenbildung oder Colostoma führen nicht selten zu einem sozialen Rückzug, zu Selbstunsicherheit oder zu einem Leiden unter dem veränderten Körperbild.

(6) Partnerschaft: Das Ovarial-Malignom als Erkrankung des weiblichen Genitale belastet die betroffenen Patientinnen auch im Bild ihrer eigenen Weiblichkeit. Als Folge einer psychischen Reaktion oder der organischen (atrophischen) Veränderungen treten häufig eine Verminderung der Libido und damit Veränderung des Sexualverhaltens, eine Kommunikationsverarmung mit dem Partner und Fehlreaktionen wie zu wenig Rücksicht oder zu viel Schonung auf.

Die Berücksichtigung der erhobenen individuellen Belastungssituation im Rahmen des Gesamtbehandlungsplanes erfordert Teamarbeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit während des gesamten Ablaufes der Rehabilitation.

3. Therapie

3.1 Therapieziele und Therapieplan

Geeignete Beratung und Unterstützung sollen es der Patientin ermöglichen, notwendigerweise verbliebene Behinderungen und Beschwerden akzeptieren zu können und ihr Leben zu ihrer eigenen Zufriedenheit wieder selbständig zu führen.

Wenn möglich sollte trotz der prinzipiell gegebenen, unsicheren Prognose eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben und in frühere soziale Bindungen angestrebt werden. Eine zusätzlich nach diesen Gesichtspunkten durchgeführte Diagnostik ermöglicht es, mit der Patientin eine Zielvorstellung zu erarbeiten und erlaubt damit die Planung geeigneter, individueller Maßnahmen im medizinischen, psychosozialen und sozialmedizinischen Bereich.

3.2 Therapiemaßnahmen

3.2.1 Medizinische Therapie im engeren Sinn

Bei Folgestörungen der Primärtherapie und klinischer Vollremission sind die am häufigsten notwendigen, medikamentösen Maßnahmen die Regulierung von abdominalen Adhäsionsbeschwerden, entblähende Medikation und Verordnung von Sulfasalazin-Präparaten bei postaktinischen Beschwerden (Behandlungsergebnissen).

Organische und psychische Folgen der Ovariectomie lassen sich ausreichend nur mit Östrogensubstitution kompensieren. In den letzten Jahren hat sich die frühere Zurückhaltung bei dieser Substitutionstherapie vermindert und es kann bei entsprechender Aufklärung eine individuelle Lösung gefunden werden. Sichere Daten zur Indikation und Kontraindikation in Abhängigkeit von Prognosefaktoren fehlen jedoch. Alternativ kann ein "Mehrstufenplan" mit Phytotherapeutik, Sedativa, Betablockern oder Gestagenen eingesetzt werden.

3.2.2 Bewegungs- und Physiotherapie

Physikalische Therapiemaßnahmen haben unter bestimmten Indikationen eine besondere Bedeutung im Therapieplan:

Chemotherapie-induzierte Polyneuropathien und Sensibilitätsstörungen sind irreversibel, können jedoch zumindest im subjektiven Empfinden durch **elektrotherapeutische Behandlungen** (z. B. Vierzellen-Bäder) gelindert werden.

Belastungen durch eingeschränkte Atemfunktion wegen Pleuraverwachsungen nach malignen Ergüssen können durch Anleitung zur **Atemgymnastik** und Einführung in ein geeignetes Trainingsprogramm gemildert werden.

Kneipp-Therapie vermindert die vegetativen Hormonausfallerscheinungen.

Ein **Beckenbodentraining** (eventuell mit Biofeedback) bei Descensus vaginae oder Stuhlinkontinenz nach En-bloc-Rectum-Resektion bessert die Restfunktionen sowie die psychische Befindlichkeit und die soziale Unsicherheit.

3.2.3 Gesundheitsbildung/Information als Hilfe zur Krankheitsbewältigung

Information und Hilfestellung bei der Handhabung von Hilfsmitteln wegen Harn- oder Stuhlinkontinenz sowie Stomaversorgung sind gegebenenfalls von Bedeutung.

3.2.4 Klinische Psychologie und Psychotherapie

Ausgehend von dem Ergebnis der Diagnostik psychosozialer Belastungsfaktoren, sind psychotherapeutische Maßnahmen, psychologische Beratung oder Sozialberatung häufig notwendig. In enger Zusammenarbeit von Arzt und klinischem Psychologen sowie Sozialpädagogen/Sozialarbeiter müssen für jeden der eruierten Belastungsbereiche Möglichkeiten der Konfliktlösung oder Kompensation erarbeitet werden.

Probleme der Sexualität und Partnerschaftsprobleme sollten in Einzel- und ggf. Partnergesprächen behandelt werden. Gruppentherapien können u.a. dazu beitragen, belastende Tabus abzubauen.

3.2.5 Diätetik und Ernährungstherapie

Im Normalfall ist bei Patientinnen nach Ovarial-Malignom keine

spezielle Diät erforderlich. Bei Adhäsionsbeschwerden oder bei einem sogenannten Kurzdarmsyndrom ist jedoch eine individuelle Ernährungsberatung und Verordnung zwingend.

3.2.6 Berufsbezogene Maßnahmen und sozialmedizinische Begutachtung

Fragen der Beurteilung von Patientinnen nach Ovarialmalignom tauchen nicht nur im Zusammenhang mit der Abschätzung der Möglichkeiten zur beruflichen Wiedereingliederung auf, sondern auch bei sozialrechtlichen Fragestellungen. In der Reha-Klinik sollten für derartige Fragestellungen kompetente Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Im Regelfall wird eine Patientin nach Abschluß der durchschnittlich 6-8 Monate dauernden Primärtherapie und der eventuell erfolgenden, stationären Rehabilitationsmaßnahmen wieder erwerbsfähig werden, vorausgesetzt die primäre Behandlung konnte mit kurativer Intention durchgeführt werden.

Die operationsbedingte, verminderte Belastbarkeit im Bereich der Bauchdecken und der Bauchorgane erlaubt nur Tätigkeiten, die ohne höhere Belastung dieser Regionen möglich sind. Schwere körperliche Arbeit, insbesondere Heben und Tragen schwerer Lasten, ist nicht mehr möglich. Bei Harn- oder Stuhlinkontinenz sind entsprechende Arbeitsplatzbedingungen durch Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt einzurichten.

Bei fortgeschritteneren Stadien von Ovarial-Malignomen wird die generell schlechte Prognose aufwendigere berufsfördernde Maßnahmen oder Umschulungsmaßnahmen zumeist nicht als sinnvoll erscheinen lassen.

Das Auftreten von Lymphödemen der unteren Extremitäten nach radikaler Lymphadenektomie schränkt Tätigkeiten bei ungünstigen Wärmebedingungen oder mit langem Stehen oder Sitzen ein.

4. Schnittstellen

4.1 Anschlußheilbehandlung (AHB)

Gerade die sehr belastende Primärtherapie von Ovarial-Malignomen sollte zur konsequenten Nutzung der Möglichkeit von Anschlußheilbehandlungen führen.

4.2 Nachsorge

Besondere Bedeutung haben in den letzten Jahren die verschiedenen organisierten Selbsthilfegruppen erlangt, über deren Kontaktadressen Patientinnen nach Ovarialmalignom in jedem Fall informiert werden sollten.

II.5 Rehabilitation bei Hodentumor-Patienten

1. Einleitung

Die Rehabilitation von Hodentumorpatienten unterscheidet sich in einigen, wesentlichen Punkten von der rehabilitativen Versorgung anderer onkologischer Krankheitsbilder. Als besondere Charakteristika dieser Patientengruppe sind festzuhalten:

- (1) **Die Altersstruktur:**
Die Mehrzahl der Patienten erkrankt zwischen dem 15. und 44. Lebensjahr. Das durchschnittliche Erkrankungsalter bei Chorionkarzinomen beträgt 24 bis 26 Jahre, für Teratokarzinome 26 bis 33 Jahre, für Seminome 30 bis 42 Jahre.
- (2) **Häufigkeit der Erkrankung:**
Die Erkrankung ist selten - bezogen auf andere Tumorarten - (1 bis 2 Prozent aller bösartigen Geschwülste). Aber nach den Leukämien ist es der zweithäufigste Tumor bei Männern zwischen dem 20. und 34. Lebensjahr.
- (3) **Mehrheitlich wurde vor der Rehabilitation ein auf Heilung abzielendes, kuratives Therapiekonzept eingeleitet.**
- (4) **Meist handelt es sich um eine aggressive, multimodale Vorbehandlung.**

Die Inhomogenität der Therapiefolgen und die besondere Art der Krankheitsverarbeitung dieser Patienten führt zu Konsequenzen für die Art der hier erforderlichen rehabilitationstypischen Funktionsdiagnostik sowie für die rehabilitative Behandlung. Schließlich ergeben sich besondere Anforderungen an die Hilfen zur beruflichen und sozialen Reintegration.

Im folgenden sollen diese besonderen Aspekte der Rehabilitation in diesem Indikationsbereich genauer ausgeführt werden.

2. Diagnostik

2.1 Medizinische Diagnostik im engeren Sinn

Für die rehabilitationsspezifische Diagnostik bei Hodentumorpatienten gilt, daß im Gegensatz zu anderen onkologischen Krankheitsbildern Rezidivausschlußdiagnostik wichtig sein kann, da kurative Therapiechancen auch im Rezidivfall vorliegen. Ferner enthält die chemotherapeutische Vorbehandlung dieser Patienten organotoxische Substanzen. Eine Erfassung passagerer oder persistierender Funktionsstörungen ist daher erforderlich. Dies hat besondere Bedeutung für die Einschätzung der Möglichkeiten zur beruflichen Reintegration bzw. für die Anforderungen an berufsfördernde Maßnahmen.

Bildgebende Verfahren, laborchemische Erhebungen (Tumormarker), Lungenfunktionsprüfungen, ergometrische Prüfungen zur Verlaufserfassung sind wichtig. Eine präventive Diagnostik ist bei diesen jungen Patienten zusätzlich wichtig. Die diagnostische Ausstattung der Rehabilitationseinrichtung muß daher trotz Berücksichtigung der meist umfangreichen Vorbefunde sehr breit angelegt sein.

2.2 Psychologische Diagnostik

Hier sollten zunächst die besonderen Merkmale der Krankheitsverarbeitung dieser Gruppe berücksichtigt werden (z. B. Kompensation durch sportliche Überaktivität).

Da bei diesen jungen Männern in einem hohen Prozentsatz durch die retroperitoneale Lymphadenektomie (RPLA) Fertilitätsprobleme vor

liegen, wird in diesem Zusammenhang häufig zusätzlich auf die Familienplanung einzugehen sein. Sekundär ergeben sich hier häufig auch beträchtliche Probleme mit der Geschlechtsrolle und damit zusammenhängend nicht selten Sexualitäts- und Partnerschaftsprobleme, die ebenfalls genau zu erfassen sind.

3. Therapie

3.1 Medizinische Therapie im engeren Sinn

Im Gegensatz zu anderen Tumorarten sind Hodentumorpatienten in der Primärtherapie mit den verschiedensten Behandlungsmodalitäten konfrontiert (Operationen, Chemotherapie und eventuell Bestrahlung). Bei reinen Seminomerkrankungen steht die Bestrahlung, gelegentlich Chemotherapie, im Vordergrund. Da vor der Rehabilitation kurative Ziele die Strategie bestimmten, handelt es sich in der Regel um aggressive Therapieschritte. Die Folgen sind sehr verschieden, meist ubiquitär, die rehabilitative Therapie muß daher ein breites Spektrum der heutigen Möglichkeiten anbieten.

Exemplarisch können bei einem Patienten gleichzeitig vorliegen und entsprechend behandlungsbedürftig sein:

- Polyneuropathie durch zytostatische Chemotherapie
(--> krankengymnastische, ergotherapeutische Maßnahmen),
- Retroperitoneale Lymphozelen mit renaler Abflußbehinderung und venöser Rückstromstörung aus den Beinen als Folge der RPLA und eventueller lymphogener Destruktionen
(--> medizinisch gezielte Therapie, physikalische Begleitbehandlung, Thromboseprophylaxe).
- Darmirregularitäten nach RPLA mit Gewichtsverlust
(--> symptomatische, hochkalorische Kostversorgung).
- Dyspnoe durch Bleomycinkontakt
(--> Atemschule mit dynamischer Optimierung).

- Körperlicher Abbau mit Angstreaktionen, Alopezie, Impotenz und Fertilitätsverlust
(--> psychologisch-stützende Betreuung).

3.2 Gesundheitsbildung

Im Gegensatz zu Tumorpatienten im höheren Lebensalter spielt die Gesundheitsbildung bei dieser Tumorgruppe eine ganz bedeutsame Rolle. Gerade die Konfrontation mit einer malignen Erkrankung in jungen Jahren öffnet die Tür für eine Schulung mit allgemein präventiven Inhalten. Die Patienten zeigen hierzu eine hohe Motivation.

Daneben sind Einzelberatungen zur Familienplanung von ärztlicher Seite erforderlich, die in das Gebiet der Humangenetik reichen. Der bestrahlte junge Seminompatient mit Kinderwunsch wünscht sehr häufig konkrete Angaben zu genetischen Risiken. Beim aggressiv chemotherapierten Hodentumorpatienten zielen die Fragen in die gleiche Richtung.

3.3 Psychologische Betreuung

Im Vergleich zu anderen onkologischen Erkrankungen (z. B. Mammakarzinom) treten depressive Reaktionen seltener auf. Bedingt durch Alter, Geschlecht und gesellschaftliches Rollenverständnis scheint der Hodentumorpatient häufig mit einem sportlichen, athletischen Überaktivismus zu reagieren und zu kompensieren. Auf der anderen Seite zeigt dies einen Bedarf an psychischer Betreuung. Auch wenn die Motivation für eine entsprechende Intervention gelegentlich nur schwer herzustellen ist, sollte psychologische Therapie angeboten werden. Interdisziplinär - zwischen Arzt und Psychologen - sollten Notwendigkeit, Zielsetzung, Effektivitätserwartung, Motivationsmöglichkeiten - individuell auf den Patienten bezogen - erarbeitet werden.

Ein zweiter Aspekt in diesem Bereich betrifft die Familienberatung und Partnerschaftsberatung. Junge Männer mit retrograder Ejakulation nach RPLA können erhebliche Partnerschaftsprobleme entwickeln. Neben diesen Problemen sind die Partnerschaften gelegentlich durch existentielle Nöte vermehrt belastet. Eine qualitativ hochwertige Beratung ist deshalb von entscheidender Bedeutung für die psychosoziale Reintegration des Rehabilitanden.

3.4 Sozialberatung und berufsbezogene Maßnahmen

Der Hodentumorpatient steht am Anfang bzw. in der Mitte seiner beruflichen Entwicklung. Die Akut-Therapie erstreckt sich über einen mehrmonatigen Zeitraum (bedingt durch Orchiektomie, retroperitoneale Lymphadenektomie RPLA, Chemotherapie, eventuell Bestrahlung) und kann in Einzelfällen in eine Zeitberentung münden. Soziale und finanzielle Probleme können die Folge sein. Beratungen über soziale Hilfsmittel werden dann erforderlich.

Berufsfördernde Maßnahmen, Umschulungsberatungen werden je nach Funktionsstörung bedeutsam. Dabei wäre exemplarisch zu berücksichtigen, daß die RPLA langfristige Einschränkungen für schwere Hebe-Tragearbeiten mit sich bringt, eine kardio-pulmonaltoxische Chemotherapie inhalativen Reizstoffkontakt verbietet und körperliche Leistungseinbußen und chemotherapieinduzierte Polyneuropathien eine Einschränkung für feinmotorische Arbeiten über längere Zeitabschnitte nach sich ziehen können.

Die Sozialberatung muß auch auf Fragen der Familienplanung adäquat eingehen können. Hier können sich Überschneidungen zur psychologischen Beratung ergeben.

Im Gegensatz zu anderen Tumorentitäten spielen bei Hodentumorpatienten Selbsthilfegruppen eine untergeordnete Rolle und haben eine geringe Akzeptanz.

4. Anschlußheilbehandlungen (AHB)

Die Anschlußheilbehandlung hat bei Hodentumorpatienten eine ganz bedeutende Funktion. Sie kann wesentlich zur Beschleunigung der beruflich-sozialen Reintegration beitragen und damit eventuell existenzielle Probleme von diesen Patienten abwenden. Bei Patienten, die im Erwerbsleben stehen, kann dadurch die Phase der durch die Akut-Behandlung bedingten Arbeitsunfähigkeit außerdem optimal genutzt werden. Eine stärkere Propagierung der AHB-Möglichkeit sollte daher angestrebt werden.

Teil III: Problemfelder der Tumornachsorge: Schwerpunkte der Weiterentwicklung

1. Präambel - Einleitung

Die Mitglieder der Projektuntergruppe 5 fanden sich in den vergangenen zwei Jahren zu regelmäßig stattfindenden Arbeits-sitzungen zusammen und übernahmen die Aufgabe, im Rahmen der Reha-Kommission Perspektiven für die Verbesserung der Krebsrehabilitation zu entwickeln.

In den Beratungen zeigte sich ein hohes Maß an Übereinstimmung bezüglich eines "Ideals stationärer Krebsrehabilitation". Es bezog sich gleichermaßen auf inhaltliche Konzepte (vgl. Teile I und II) wie auch auf die Bewertung von Problemfeldern der Krebsrehabilitation. Dabei herrschte die Einschätzung vor, daß eine Reihe von grundsätzlichen Verbesserungen auf diesem Gebiet anzustreben sind, die auch eine Änderung von bestimmten Rahmenbedingungen einschließen. Im folgenden sollen die Vorschläge der Gruppe zu den zentralen Schwerpunkten der Weiterentwicklung zusammenfassend dargestellt werden.

2. Situation der onkologischen Rehabilitation

Die stationäre Rehabilitation von Krebskranken unterscheidet sich grundsätzlich von der Rehabilitation bei anderen Krankheitsgruppen. Dies hängt mit der Besonderheit der Krebserkrankung selbst zusammen:

- Das Ereignis (Krebsdiagnose) tritt abrupt auf, hat aber langandauernde Beeinträchtigung (im Sinne funktioneller Einschränkungen und psychischer Belastungen) zur Folge.
- Die Ursache ist unbekannt.
- Die Behandlungsmaßnahmen sind besonders belastend.

- Der Verlauf bleibt dauerhaft ungewiß und
- die gesellschaftliche Bewertung ist eher durch Mythenbildung als durch Fachwissen bestimmt.
- Daraus folgt die hohe seelische Beanspruchung des/der Betroffenen und
- letztlich immer auch eine starke soziale und familiäre Belastung.

Onkologische Rehabilitation ist deshalb langfristig anzulegen. Die stationäre Nachsorgemaßnahme bzw. Rehabilitation ist dabei nur ein Teil des Betreuungsplanes des Patienten und erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen der onkologischen Reha-Klinik, den weiterbetreuenden Ärzten und den Nachsorgeinstitutionen und -einrichtungen am Heimatort.

Weiterentwicklungsvorschläge:

Die notwendige Kontinuität der Krebsrehabilitation ist derzeit nur unzureichend verwirklicht. Verbesserungen - insbesondere in struktureller Hinsicht - zur Überbrückung von Bruchstellen in der Versorgungskontinuität sind besonders notwendig (vgl. dazu im Einzelnen die Kapitel 4.1 und 4.2).

3. Ausgangspunkt: Kritik an der onkologische Rehabilitation

Die Kritik an der stationären Krebsnachsorge wird immer wieder genährt durch Zweifel an der Leistung und Wirksamkeit von onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen. Die Folge hiervon ist eine unzureichende Einbindung der Rehabilitation in ein medizinisch-therapeutisches Gesamtkonzept.

Die mangelhafte Akzeptanz der onkologischen Rehabilitation besteht nicht nur bei Klinik- bzw. Hausärzten, die häufig ihren Nutzen in Zweifel ziehen. Auch eine nicht geringe Zahl von Patienten selbst steht ihr kritisch gegenüber. Dies führt häufig - auch bei vorliegender Reha-Bedürftigkeit - zu einem Verzicht auf die Inanspruchnahme einer Rehabilitation oder zu einem Reha-Antrag (Antrag auf "Festigungskur"!) mit falschen Erwartungen (vgl. auch Kap. 5.2).

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Um Leistungsinhalte der Rehabilitation zu kennzeichnen und Fehlteile abzubauen, sollten ihre Wesenszüge genauer definiert und Unterschiede zu den Inhalten der kurativen Medizin einerseits und der Kurortmedizin bzw. Balneologie andererseits verdeutlicht und bekannt gemacht werden (siehe Kap. 3.1).
- (2) Ein vollständiger Erfolg dürfte in der onkologischen Rehabilitation naturgemäß nur bei einem Teil der Betroffenen erwartet werden können. Durch eine sachgerechte Einleitungspraxis und Bemühungen zur besseren Inanspruchnahme sollte aber eine Verstärkung der Wirksamkeit, Ausnutzung und Anerkennung zu erreichen sein.

3.1 Exkurs: Verhältnis onkologischer Rehabilitation zur kurativen Medizin und zur Kurmedizin

Unterschiede zur kurativen Medizin

Die Übergänge zwischen kurativer Medizin und Rehabilitationsmedizin sind fließend, auch scheint eine konsequente Trennung weder sinnvoll noch erstrebenswert. Wichtig ist aber eine Differenzierung, um bedarfsgerechte Angebote und Konzepte zu erarbeiten. Den Schwerpunkt

der kurativen Medizin bildet die Behandlung des Tumorleidens mit dem Ziel der Heilung bzw. Besserung. Die Aufgaben der Rehabilitationsmedizin liegen in der Beseitigung oder Kompensation eingetretener Funktionseinschränkungen bzw. Beeinträchtigungen, die als Folge der Primärtherapie aufgetreten sind, mit dem Ziel einer Verbesserung der Lebensqualität und der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung. Rehabilitation hat demnach nicht ihren Schwerpunkt in der Fortsetzung eingeleiteter kurativer Maßnahmen, sondern umfaßt einen eigenen medizinischen, psychosozialen und berufsbezogenen Aufgabenbereich.

Abgrenzung zur Kurmedizin

Die Zuweisungen von Patienten durch Haus- und Krankenhausärzte in die Rehabilitationskliniken orientieren sich häufig weniger an den Leistungsinhalten der Rehabilitationsmedizin, sondern oft an Vorstellungen, die der Kurmedizin nahekommen. Um die Akzeptanz der Rehabilitationsmedizin zu verbessern und Mißverständnisse auszuräumen, ist die formale und inhaltliche Abgrenzung von Rehabilitationsmedizin und Kurmedizin unumgänglich und in letzter Zeit auch vorgenommen worden (Wirth 1990).

Rehabilitation ist von einem Therapieziel her definiert, welches eingetretene Schädigungen bzw. Beeinträchtigungen verhindern, beseitigen oder zumindest vermindern soll, unter Ein-schluß aller medizinischen, psychosozialen, beruflichen Thera-pie- bzw. Hilfsmöglichkeiten.

Die Kurmedizin hingegen ist von der Therapiemethode bestimmt. Voraussetzung für ihr Therapiekonzept ist ein Kurort, dessen ortsgebundene Heilmittel meist in Verbindung mit anderen phy-sikalischen Maßnahmen über einen bestimmten Zeitraum zur An-wendung kommen, unter Einbindung in ein sog. Kurregime.

Es liegt auf der Hand, daß der Patient mit einer Krebserkrankung und nach operativer, strahlentherapeutischer oder cyto-statischer Behandlung ein breiteres therapeutisches Spektrum benötigt, als es die Kurmedizin anbietet, wenngleich auch bal-neophysikalische Maßnahmen bei bestimmten Indikationen in der onkologischen Rehabilitation ihre Berechtigung haben und dann einen Teil des Behandlungsplanes darstellen.

Die Rehabilitation von Tumorpatienten unterscheidet sich demnach deutlich von den Vorstellungen, die gemeinhin von der Kur verbreitet sind. Sie wird jedoch nicht selten als eine auf Erholung gerichtete Unterbrechung des Alltags angesehen und als "soziale Wohltat" verstanden (vgl. hierzu Kap. 5.2 "Inanspruchnahme"). Unter dieser Perspektive kann bei den Patienten dann häufig der Komfort, die landschaftliche Lage und das Unterhaltungsangebot der "Kurklinik" eine größere Rolle spielen als die medizinischen Ausstattung und Behandlungsqualifikation der Reha-Einrichtung.

Weiterentwicklungsvorschläge:

Die Tumornachsorge benötigt neben einer weiteren strukturellen und inhaltlichen Verbesserung des Angebotes dringend eine umfassende Definition und Dokumentation ihrer Leistungsinhalte, um ihre Akzeptanz in Gesundheitswesen zu erhöhen (vgl. hierzu ausführlich Teil I). Lösungsansätze sollten auf alle Beteiligten der Behandlungskette zielen, vgl. dazu die folgenden Kapitel.

4. Gestuftes System der Rehabilitation

Die Rehabilitation von Tumorpatienten wird in der Bundesrepublik Deutschland bislang ausschließlich stationär in spezialisierten Einrichtungen durchgeführt.

Bislang besteht kein quantitativ und qualitativ ausreichendes Angebot ambulanter Rehabilitationsleistungen. Besonders ausgeprägt ist dieses Defizit im psychosozialen Bereich.

4.1 Ambulante Rehabilitation und Nachsorge

Ambulante Rehabilitation erscheint notwendig, um die Kontinuität der Rehabilitation zu verbessern. Der Ausbau wohnortnaher, ambulanter Rehabilitationsangebote dürfte einen nahtloseren Übergang von der stationären in die ambulante Weiterversorgung gewährleisten.

Ambulante Nachsorge sollte die während der stationären Rehabilitation erarbeiteten Gesichtspunkte und Therapieerfordernisse, insbesondere im nicht-medikamentösen Bereich, am Heimatort fortführen. Bei gesicherter ambulanter Nachsorge ist zu erwarten, daß stationäre Reha-Maßnahmen in manchen Fällen verkürzt werden können.

Derzeit kommt den Selbsthilfegruppen eine große Bedeutung im Nachsorgebereich zu. Für die soziale Integration und die emotionale Stabilisierung der Patient(inn)en ist ihr Wert beträchtlich. Sie können jedoch notwendige professionelle Leistungen nicht ersetzen.

Im Rahmen ambulanter Rehabilitation bei umschriebenen chronischen Beeinträchtigungen wären z. B. folgende Leistungen denkbar:

- Krankengymnastik oder Lymphdrainage,
- Patientenschulungen (z. B. Anus praeter Irrigation),
- Psychotherapie,
- Ernährungsberatung (z. B. bei gastrektomierten Patienten, Sozialberatung),
- prothetische Beratung (z. B. bei Mamma-Ca-Patientinnen),
- Logopädie.

Voraussetzung für solche rehabilitativen Leistungen wäre ein vorher erarbeitetes Konzept von einer in Rehabilitation geschulten Institution.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Eine weitere rehabilitative Förderung am Heimatort ist häufig notwendig. Grundlagen dieser Förderung sollten die während der stationären Rehabilitation erarbeiteten Vorschläge sein.
- (2) Für die Zukunft wäre an Konzepten zu arbeiten, die nach primär stationärer Rehabilitation mit entsprechend konzentriertem, multimodalem Vorgehen und hoher Schulungsintensität eine Fortsetzung durch ambulante oder teilstationäre Rehabilitation erlauben.
- (3) Ein Schritt zum Ausbau ambulanter Rehabilitationsmöglichkeiten wäre die "Öffnung" der Reha-Kliniken für rehabilitative Angebote an Patienten in ihrem Einzugsbereich.
- (4) Die Teilnahme an anerkannten Selbsthilfegruppen, die heute bereits häufig geschieht, sollte weiter gefördert und angeregt werden. Es sollte auch daran gedacht werden, ob durch geeignete institutionelle (z. B. ILCO/SHG-Kehlkopflose, Sportgruppen nach Krebs) Förderung ggf. eine Qualifizierung der Arbeit von Selbsthilfegruppen erreicht werden kann.

4.2 Wohnortnähe, Regionalisierung

Diskussionen ergeben sich immer wieder bei der Frage nach der Bevorzugung einer wohnortnahen oder wohnortfernen Rehabilitation.

Wohnortnahe Rehabilitation ist bei den Patienten eindeutig vorzuziehen, bei denen ein konstanter Bezug zum beruflichen oder familiären/sozialen Umfeld hergestellt oder - z. B. durch regelmäßige Besuche von Angehörigen - beibehalten werden muß. Ein weiterer Grund für wohnortnahe Versorgung sind ausgeprägte Behinderungen, die die Reise an entferntere Orte schwierig gestalten. Auch vorhersehbare, größere medizinische Interventionen sprechen für wohnortnahe Unterbringung, da hier eine Konstanz zur primär behandelnden Institution wichtig ist.

Andererseits gibt es auch Gründe, die für überregionale Tumornachsorgekliniken sprechen: Rehabilitationseinrichtungen sind durch eine hohe Therapiedichte und spezialisierte Personalstrukturen geprägt. Für eine qualitativ hochwertige, wirtschaftlich effiziente Durchführung ist eine gewisse Größenordnung und dadurch eine überregionale Zuweisungsplanung erforderlich. Eine zu starke Regionalisierung der Kliniken müßte zu vielen kleinen Abteilungen ohne Spezialisierungsmöglichkeiten führen. Dies könnte eine Gefährdung der Rehabilitationsqualität darstellen.

Ein häufiges Argument für wohnortferne Rehabilitation ist die vom Patienten erwünschte und häufig auch therapeutisch sinnvolle räumliche Distanz. Sie gilt als wichtige Voraussetzung, Gewohnheiten, Lebensstil und Lebensinhalte neu zu überdenken. Bei einigen Tumorpatienten, z. B. bei solchen mit psychogenen Reaktionen auf die Diagnose bzw. Therapie, kann deshalb neben der rehabilitationsspezifischen Behandlung der Milieuwechsel eine bessere therapeutische Ausgangsbasis bedeuten. Bei Frauen, die in der stationären Tumornachsorge eine deutliche Mehrheit darstellen, läßt sich gelegentlich nur durch eine gewisse räumliche Distanz vom Heimatort eine konsequente Herauslösung aus den Alltagsverpflichtungen erreichen.

Es finden sich für wohnortnahe und wohnortferne Rehabilitation wichtige Argumente. Für die Auswahl der geeigneten Klinik sollte auch

die Empfehlungen des betreuenden Arztes berücksichtigt werden, zumal er das soziale Umfeld und die individuelle Reha-Bedürftigkeit des Patienten in der Regel am besten kennt.

5. Einleitung und Inanspruchnahme

5.1 Gesetzliche und administrative Grundlagen

Die Richtlinien der Träger der Rentenversicherung zur Erbringung von Reha-Leistungen für Patienten mit Geschwulst- und Systemerkrankungen legen die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen im einzelnen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben fest (vgl. VDR 1990).

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Die bestehenden Richtlinien über Dauer, Ort und Art der Rehabilitation müssen überdacht und neu gefaßt werden. Sie sollen Differenzierungen je nach der spezifischen Indikation, der körperlichen Behinderung, der psychischen und sozialen Belastung und den beruflichen Beanspruchungen des Patienten zulassen. Auch die in diesem Jahr neu verabschiedete Fassung der entsprechenden Richtlinien (Fachausschuß für Rehabilitation des VDR, 17.4.91) bringt in dieser Hinsicht keine ausreichenden Verbesserungen.
- (2) Bei der BfA und in Nordrhein-Westfalen ist die Antragsbearbeitung zentral geregelt (Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung ArGe, Sitz Bochum, vgl. Schnipper 1990). Diese Art der Antragsbearbeitung durch eine erfahrene und fachkompetente Institution hat sich bewährt und sollte ausgebaut werden.

5.2 Inanspruchnahme

Die mit kurativer Absicht durchgeführte Behandlung eines Tumorerleidens sollte möglichst konsequent durch rehabilitative Maßnahmen ergänzt werden. Deren Wirksamkeit ist abhängig von einem möglichst frühzeitigen Beginn, d. h. der frühzeitigen Einleitung, von der Leistungsbreite der hiermit betrauten Institutionen (Kliniken usw.) und von der Motivation des betroffenen Patienten.

Die Inanspruchnahme der Tumornachsorge ist jedoch - insbesondere im AHB-Bereich - zu gering.

Das hat verschiedene Ursachen: Durch einseitige bzw. fehlerhafte Information über "Kur"-Abläufe und einen verbreiteten "Kurtourismus" stehen Betroffene den angebotenen Rehabilitationsmaßnahmen häufig kritisch gegenüber und verzichten, evtl. auch vor dem Hintergrund drohender Probleme im Beruf und sozialem Umfeld, ganz auf ihre Inanspruchnahme (sog. "Underuser"). Nicht selten werden sie darin auch von ihren Ärzten unterstützt, die selbst über unzureichende Kenntnisse der Ziele und Aufgaben qualifizierter Tumornachsorge verfügen (vgl. Kap. 3.1).

Auf der anderen Seite aber werden zweifelsohne viele stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bei Patienten durchgeführt, die eine medizinische Rehabilitation nicht oder nicht mehr benötigen, sondern nur in "Kur gehen", weil ein vermeintlicher "sozialer Anspruch" besteht und die derzeitige Bewilligungspraxis dieses ermöglicht (sog. "Overuser"). Die derzeitige Möglichkeit, innerhalb der ersten drei Jahren nach Ersterkrankung jeweils eine stationäre Nachsorgemaßnahme anzutreten (vgl. Teil I, Kap. 5.1), darf nicht bedeuten, daß bei jedem Tumorkranken drei stationäre Reha-Maßnahmen zweckmäßig sind.

Der falsche Patient im falschen Rehabilitationsverfahren beeinträchtigt aber nicht allein den Ruf und somit die Akzeptanz der onkologischen Nachsorge, sondern er vermindert auch deren Qualität bzw. hemmt ihre Qualitätsverbesserung.

Die Indikation zur medizinischen Rehabilitation sollte sich sowohl nach der bisherigen Belastung, nach der Prognose des Leidens aber auch mehr als früher nach der körperlichen, sozialen, beruflichen und psychischen Belastung richten (Kertzendorff 1986).

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Der primär behandelnde Arzt sollte angehalten werden, nach Überprüfung der krankheitsabhängigen Rehabilitationsbedürftigkeit (hier bezogen auf die Tumorkrankheit und ihre Therapiefolgen), diese auch zu begründen und zu dokumentieren sowie darauf aufbauend ein Rehabilitationsziel (nicht: Therapievorschlag) zu definieren. Entsprechende Felder bzw. Freiräume sollten in die Antragsformulare eingebaut werden, ihre Verwendung sollte obligat sein. Wenn die Rehabilitationsbedürftigkeit fehlt oder ein Rehabilitationsziel unklar ist, wird eine Reha-Maßnahme unglaubwürdig und als "Kurlaub" von seiten des Patienten mißverstanden.
- (2) Im Genehmigungsverfahren der Kostenträger sollte ausschließlich der Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit Rechnung getragen werden. Nur hiervon sollte die Bewilligung abhängig sein.
- (3) Die pauschale Gewährung von drei sogenannten "Festigungskuren", ungeachtet der Rehabilitationsbedürftigkeit der Betroffenen und der Therapiemöglichkeiten trägt nicht unbedingt zur Anerkennung der Rehabilitationsmedizin bei und sicher auch nicht zur Motivation und Qualitätsverbesserung in den Rehabi

litationskliniken. Im Gegenteil: mangels medizinisch-therapeutischer Notwendigkeiten besteht dort der klinische Alltag nicht selten aus Spazierengehen, anderen "roborierenden" Maßnahmen und passiven Anwendungen (Fango und Massagen).

- (4) Von großer Wichtigkeit erscheint auch die Erarbeitung von Indikationsregeln für die Auswahl reha-bedürftiger onkologischer Patienten, die Auswahl der geeigneten Rehabilitationsform und - im Fall stationärer Rehabilitation - der geeigneten Rehabilitationsklinik. Schließlich fehlen noch rationale Kriterien zur Bestimmung der angemessenen Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. Kapitel 8).
- (5) Die Dauer der stationären Nachsorge sollte flexibler gehandhabt werden können. Die Art der Reha-Maßnahme und ihre Dauer müssen sich aus dem individuellen Reha-Bedarf ergeben: Hier spielen medizinische, psychologische, soziale und berufliche Aspekte eine wesentliche Rolle.

5.3 Vorbereitung

Da der Patient meist wenig Einblick in die Abläufe und Aufgaben der Rehabilitationsmaßnahmen hat, wird seine Erwartungshaltung gegenüber der Rehabilitation von der Motivation und Aufklärung durch den primär behandelnden Arzt abhängig sein.

Deshalb müssen die Patienten über Ziel und Inhalt der Tumornachsorge umfassend und rechtzeitig informiert werden.

Weiterentwicklungsvorschlag:

Jeder operierte Tumorpatient sollte nach Abschluß der operativen und adjuvanten Therapie auf die Möglichkeiten onkologischer Rehabilitation in angemessener Weise aufmerksam gemacht werden. Geeignete rehabilitative Maßnahmen sollten angeregt werden.

6. Behandlungskonzepte stationärer Tumornachsorge

6.1 Standards stationärer Tumornachsorge

Die stationäre onkologische Rehabilitation hat in den letzten Jahren einen sehr hohen Standard erreicht. Das betrifft insbesondere die Therapievelfalt, die eine individuelle Zusammenstellung qualifizierter medizinischer, psychologischer, physiotherapeutischer, sozialer und verschiedener weiterer Behandlungsmaßnahmen je nach den individuellen Erfordernissen erlaubt. Gleichwohl gibt es beträchtliche Unterschiede im Spektrum der Reha-Kliniken, was sich recht deutlich in der Teilerhebung 2 zeigte.

Weiterentwicklungsvorschlag:

Für Rehabilitationskliniken sollten indikations- und problem-spezifische Anforderungsprofile erarbeitet werden, wobei eine Klinik neben einer Basisversorgung nur Teile der rehabilitationsmedizinischen Angebote abdecken kann. Erste noch allgemein gehaltene Ansätze wurden dazu von der "4. großen Krebskonferenz" 1989 verabschiedet (BMJFFG 1990).

Ein zu breites Therapieangebot, welches den Anschein erweckt, alles zu können, wird unglaubwürdig und schadet einer konsequent betriebenen Rehabilitationsmedizin. Das zu entwickelnde Therapiekonzept sollte grundsätzlich alle Bereiche des betreffenden Indika

tionsprofiles enthalten und medizinische, psychosoziale und berufliche Erfordernisse ausfüllen können (vgl. Teil I).

6.2 Eingangsuntersuchungen, reha-spezifische Diagnostik

Behandelt werden reha-bedürftige und motivierbare Patienten. Aus dem vorliegenden Reha-Antrag bzw. beigelegten oder mitgebrachten ausführlichen Arztbriefen muß die bisherige Krankheitsgeschichte und der aktuelle Nachsorge-Untersuchungsstand in größtmöglicher Genauigkeit hervorgehen.

Anamneseerhebung und klinischer Status ergeben erste Hinweise auf körperliche, psychische und soziale Belastungsbereiche. Deren klare Definition in einem standardisierten Aufnahmeverfahren erscheint wichtiger als die bisher übliche Erfassung von Fakten der Familienanamnese oder der Vorgeschichte zur Krebsdiagnose. Letztere sollte nur dann Berücksichtigung finden, wenn daraus wesentliche Belastungsmerkmale erkennbar werden.

Zusätzlich sollte jeder Patient einzeln oder zumindest in kleinen Gruppen vom klinischen Psychologen und vom Sozialarbeiter im Hinblick auf diese spezifischen Belastungsbereiche beurteilt werden. Schließlich sollten auch Informationen vom Pflegepersonal zu körperlichen Behinderungen (und dem Grad ihrer Kompensation) oder Beeinträchtigungen der Körperpflege dokumentiert und bei der Behandlungsplanung berücksichtigt werden.

6.3 Arztbrief - Entlassungsbericht

Ein rehabilitationsorientierter Entlassungsbericht sollte analog dem Entwurf der BfA (1990) insbesondere folgende Stellungnahmen enthalten:

- Formulierung des Rehabilitations-/Therapiezieles,
- durchgeführte therapeutische Maßnahmen,
- Bewertung des Erfolges in bezug auf das formulierte Ziel und
- daraus abgeleitete Empfehlungen für die fortzuführenden Maßnahmen.

Damit wird neben den rein medizinischen und onkologischen Fakten die Frage der möglichen Verbesserung des eingeschränkten Leistungsbildes und der Unterstützung in der Kompensation von Behinderungen stehen.

Diese vorgeschlagene Schwerpunktsetzung der Arztbriefe auf rehabilitationsspezifische Aussagen dürfte langfristig mehr erreichen als ein Arztbrief in der bisherigen Form. Es sollten kürzere und besser verständliche Entlassungsberichte resultieren.

Erschwerend ist, daß der bisherige Arztbrief gleichzeitig für die Mitteilung an die Rentenversicherer zahlreiche anamnestiche Daten aufweisen muß, die für die weiterbehandelnden Ärzte entweder längst bekannt oder unwichtig sind.

Wünschenswert wäre, daß beiden Interessensrichtungen Rechnung getragen wird. Die Angaben zur Familienanamnese, Eigenanamnese und onkologischen Anamnese sollten auf ein Minimum beschränkt werden, damit die Länge der Arztbriefe drastisch verkürzt werden kann.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Durch Zusammenarbeit im Bereich der Textverarbeitung zwischen den verschiedenen Kliniken und den Rentenversicherungen ließen sich allgemein anerkannte Arztbriefstrukturen festlegen, die lediglich durch ein spezifisches Titelblatt des jeweiligen Leistungsträgers ergänzt werden müßten.

- (2) Daneben ließe sich in allen onkologischen Rehabilitationskliniken durch geeignete Vorgaben an die Mitarbeiter die Notwendigkeit zu einer klaren Indikationsstellung und Zielsetzung vermitteln. Dies dürfte auch eine Verbesserung der Akzeptanz und Zielgerichtetheit der Maßnahmen ergeben.

In Anlehnung an die von Herschbach (1985) angegebenen Belastungsbereiche sollte ein Belastungsprofil des Patienten in die stationäre Akte aufgenommen werden.

- (3) Eine stärkere reha-spezifische Ausrichtung der Entlassungsberichte setzt voraus, daß in Absprache mit den Rentenversicherungen der bisher geforderte Inhalt der Arztbriefe auf die wesentlichsten Angaben reduziert werden darf, damit deren Umfang nicht weiter wächst.

7. Rehabilitationsbezogene Weiterbildung von Ärzten

Ein wichtiges Ziel der Weiterentwicklung ist die Sensibilisierung der primär behandelnden Ärzte für das Leistungsspektrum der Rehabilitationsmedizin. Bedauerlicherweise hat die medizinische Rehabilitation bei der Ausbildung zum Arzt einen nur geringen Stellenwert, meist findet dieses Thema im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen kaum Berücksichtigung. Notwendig erscheint daher die Beseitigung der Wissensdefizite in bezug auf Ziele und Möglichkeiten der Rehabilitation nach einer Krebserkrankung durch ein entsprechendes Angebot an rehabilitationsrelevanten Themen, welches sich dann auch in den Prüfungs- und Weiterbildungsordnungen niederschlagen sollte. Weiterbildung wird automatisch auch erreicht mit einer verbesserten Information, Kommunikation und Kooperation zwischen Ärzten der Primärversorgung und der Rehabilitation (vgl. Teil I, Kap. 6).

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Um den vielfältigen Erfordernissen der Rehabilitationsmedizin Rechnung zu tragen und Lücken der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu schließen, sollten spezielle Möglichkeiten geschaffen werden, um vor allem Inhalte zu vermitteln, die nicht speziell zum üblichen ärztlichen Ausbildungsprogramm gehören.
- (2) Die Rehabilitation erfordert eine reibungslose Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen, die vom Arzt koordiniert wird. Um die Abläufe adäquat steuern und delegieren zu können, ist für ihn der Einblick in alle beteiligten Bereiche notwendig. Ein noch zu entwickelnder spezieller Weiterbildungsgang, an dessen Ende die Zusatzbezeichnung Rehabilitationsmedizin steht, sollte zumindest für leitende Ärzte obligat werden.

8. Rehabilitationsforschung

Die gegenwärtig zu konstatierenden Mängel der stationären onkologischen Rehabilitation liegen u.a. in ihrer unzureichenden wissenschaftlichen Fundierung begründet (Koch & Potreck-Rose 1989). Vor allem hier müssen daher konzeptionelle Verbesserungen ihren Ausgang nehmen.

Onkologische Rehabilitationsforschung umfaßt alle wissenschaftlichen Bemühungen, die sich mit der medizinischen, psychischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation von akut oder chronisch behinderten Krebspatienten befassen. Sie soll dazu beitragen, die Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung dem versorgungsbezogenen Bedarf im allgemeinen und den konkreten Behandlungsbedürfnissen im speziellen anzupassen (vgl. Abb. 1, S. 619) und zur rechtzeitigen Aufdeckung von Veränderungen im Bedarf beitragen.

Rehabilitationsforschung ist darüber hinaus notwendig, um auf angemessene, wirtschaftlich und gesundheitspolitisch vertretbare Versorgungsstrukturen hinzuweisen. Dabei gilt es sicherzustellen, daß der aktuelle Kenntnisstand relevanter wissenschaftlicher Disziplinen für die rehabilitative Versorgung nutzbar gemacht wird.

Auf der Basis inhaltlicher, struktureller und gesundheitspolitischer Erwägungen kann die Rehabilitationsforschung in Grundlagenforschung und angewandte Forschung unterschieden werden.

Die rehabilitationsmedizinische Grundlagenforschung hat Fragestellungen zu beantworten, die klinikübergreifend für die Gesamtstruktur der stationären Krebsrehabilitation von Bedeutung sind. Relevant sind hier in erster Linie Fragestellungen, die sich auf die Zuweisung geeigneter Patienten zu indizierten Maßnahmen beziehen, also Organisations- und Verteilungsfragen. Das theoretische Ideal der Versorgung beschreibt einen dreifach gestuften Indikationsprozeß (vgl. Abb. 1, S. 619). Die erste Indikationsstufe bezieht sich auf die Frage, für welche Untergruppe der Population aller onkologisch behandelten Krebspatienten eine stationäre Krebsrehabilitation indiziert ist. Hier sind Fragen der Bedarfsbeurteilung, der Bedarfsabschätzung und des Inanspruchnahmeverhaltens der Patienten zu klären. Die zweite Stufe bezieht sich auf die Auswahl der geeigneten Klinik bzw. der geeigneten Rehabilitationsform. Eine hinreichende Spezialisierung des rehabilitativen Angebotes vorausgesetzt, sind Kategoriensysteme zu entwickeln, die die Entscheidung darüber fundieren, welche Einrichtung oder Klinik den Bedürfnissen welcher Patienten am besten gerecht werden kann. Die dritte Stufe der Indikationsstellung ist innerhalb der ausgewählten Klinik zu realisieren. Hier gilt es, im Anschluß an eine Eingangsdiagnostik, individuelle Therapieziele zu formulieren und den Patienten dann Maßnahmen zuzuweisen, die in optimaler Weise ein Erreichen dieser Ziele versprechen. Das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung setzt auch voraus, daß fundierte

Informationen über die notwendige personelle und sächliche Ausstattung der Einrichtungen ermittelt werden.

Neben dieser Bedarfs- und Zuweisungsforschung sind nach wie vor grundlegende Fragen der Wechselwirkung zwischen organischen Schäden, körperlich und geistig-seelischen Funktionseinschränkungen, individuellen Bewältigungsmöglichkeiten und gesellschaftlichen Integrationshilfen zu untersuchen.

Angewandte Rehabilitationsforschung kann innerhalb der Kliniken, praxisnah und behandlungsbegleitend durchgeführt werden. Sie umfaßt die Ausarbeitung und Verbesserung der auf onkologisch rehabilitative Fragen ausgerichteten Diagnostik und Therapie. Sie beinhaltet das Erkennen, Behandeln und die Prävention therapiebedingter Langzeitauswirkungen auf das Organsystem, die Psyche, das soziale und berufliche Gefüge. Auch sind Fragen zu beantworten, die sich auf die Inanspruchnahme und Akzeptanz einzelner Therapiemaßnahmen beziehen sowie deren Evaluation. Die personalintensive und interdisziplinäre Betreuung der Patienten ist prinzipiell im Rahmen unterschiedlicher Kooperationsmodelle innerhalb der Kliniken möglich.

Die Evaluation von Therapiemaßnahmen sollte durch die Prüfung unterschiedlicher Kooperationsmodelle ergänzt werden. Damit die gewonnenen Ergebnisse nicht singulär und irrelevant bleiben, muß ein Transfer zu den übrigen Kliniken möglich werden. Dies setzt eine gemeinsame Basisdokumentation voraus, sowie diagnostische, insbesondere psychodiagnostische Verfahren (zur Funktionsdiagnostik und Evaluation von Maßnahmen). Desweiteren sollten allgemeine Formblätter zur Dokumentation der durchgeführten Interventionen entwickelt werden.

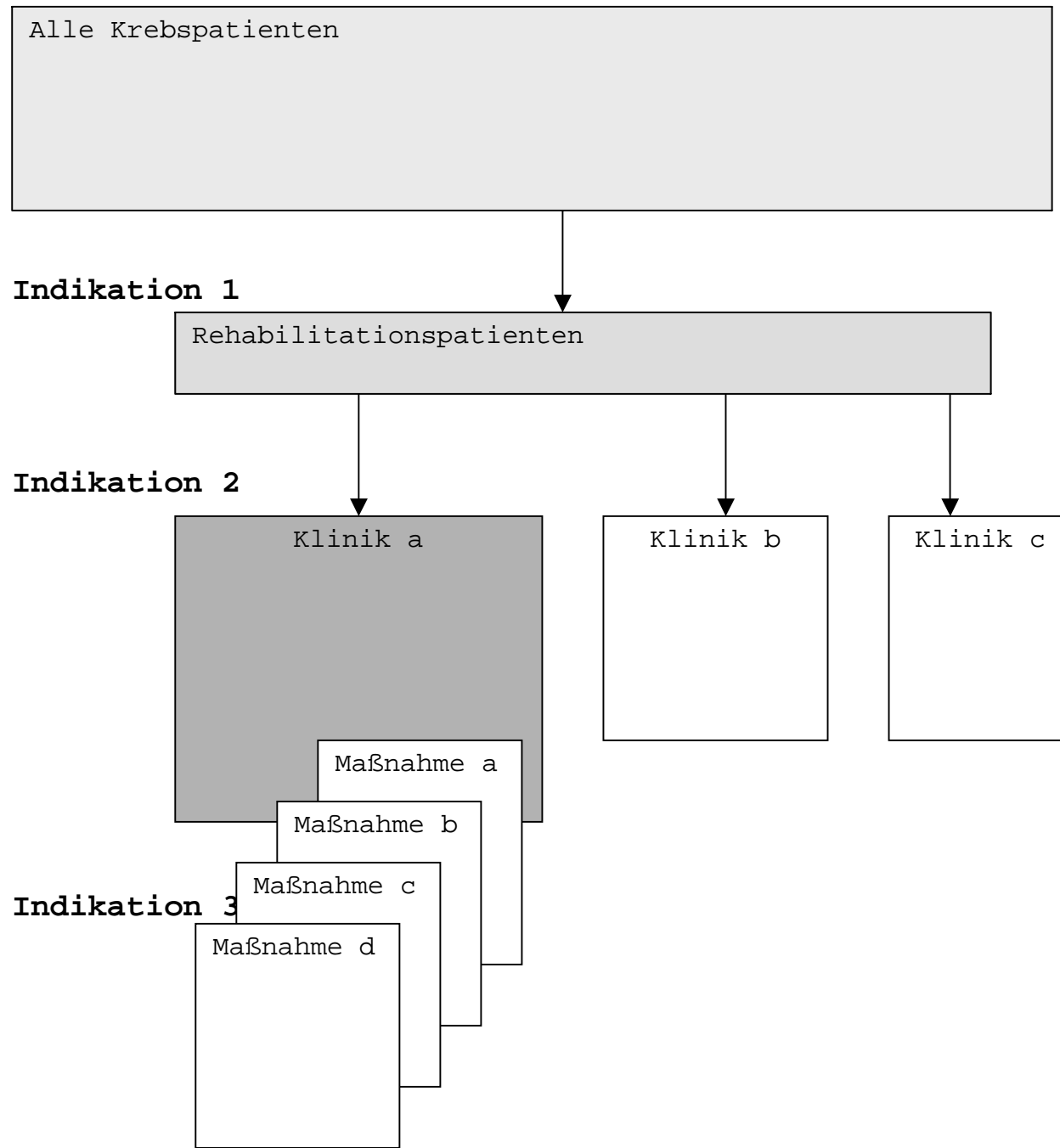
Die Realisierung der Rehabilitationsforschung erfordert strukturelle und finanzielle Veränderungen. Sowohl Grundlagenforschung als auch angewandte Forschung sind an die Kooperation mit Forschungseinrichtungen und Universitäten gebunden. Vordringlich erscheint deshalb

auch die Einrichtung von Lehrstühlen bzw. universitären Abteilungen für Rehabilitationsonkologie. Die Finanzierung durch die Rentenversicherung sollte zusätzlich durch Drittmittel (Ministerien, Stiftungen) unterstützt werden.

Weiterentwicklungsvorschläge:

- (1) Eine der vordringlichen konkreten Forschungsaufgaben der nächsten Zeit besteht in der Erarbeitung einer allgemeinen Basisdokumentation für die stationäre onkologische Rehabilitation in Deutschland. Sie ließe sich in Kooperation einiger interessierter Kliniken erstellen und könnte wesentliche Grundlagen für Begleitforschung und Evaluation der rehabilitativen Maßnahmen liefern.
- (2) Die angewandte oder Begleitforschung sollte wesentlich durch die Kliniken initiiert und dort selbst durchgeführt werden.
- (3) Dies setzt eine angemessene personelle und sächliche Zusatzausstattung (EDV) voraus.
- (4) Koordination, sowie fachliche Unterstützung sollte von übergeordneten, neu zu schaffenden Institutionen, z. B. Lehrstühlen für Rehabilitationsonkologie, geleistet werden.
- (5) Die Finanzierung qualitätssteigernder Begleitforschung liegt im Interesse der Rentenversicherung und sollte von den Rentenversicherungsträgern daher auch personell und materiell gefordert und gefördert werden.

Abb. 1: Dreifach gestufter Indikationsprozeß in der stationären onkologischen Rehabilitation



9. Literatur

Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Die 4. große Krebskonferenz im Europäischen Jahr der Krebsinformation 1989 (Schriftenreihe des BMJFFG Bd. 258). Stuttgart, Kohlhammer 1990.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte: Ärztlicher Entlassungsbericht. Gliederung. Ref. 1006/3, Manuskript. Berlin, Sept. 1990.

Herschbach, Peter: Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten FBK, Auswertungsanleitung. Manuskript, München 1985.

Kertzendorff, Dorothea: Sozialmedizinische Beurteilung von Versicherten mit bösartigen Geschwulstkrankheiten einschließlich maligner Systemerkrankungen. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Leitfaden für die sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung. Stuttgart, Gustav Fischer Verlag 1986, S. 681-692.

Koch, Uwe & Potreck-Rose, Friederike: Forschung zur Rehabilitation von Krebskranken. In: Projektträger "Forschung im Dienste der Gesundheit" (Hrsg.): Krebsforschung in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart, Kohlhammer 1989, S. 92-115.

Schnipper, H.-J.: Voraussetzungen und Verfahren für stationäre Nachsorgemaßnahmen der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung NW. In: Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Stationäre Krebsnachsorge der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung des Landes Nordrhein-Westfalen. Bochum 1990, S. 9-22.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Kommentar zur Reichsversicherungsordnung, Frankfurt am Main, VDR, Stand: 1990. darin: Anlage 2 zu § 1305 RVO.

Wirth, Alfred: Rehabilitation statt Kur. In: Deutsches Ärzteblatt 87 (30), 1990 S. 24-26.