

Moderne onkologische Rehabilitation im Wandel der Zeit

O. Rick, Klinik Reinhardshöhe GmbH, Bad Wildungen.

Ausgabe 10 / 2017

In den letzten 10-15 Jahren hat sich die Landschaft der Rehabilitation, insbesondere die onkologische Rehabilitation fundamental geändert. Während sie früher mehr als Kur und damit als kurzfristige Erholungsmaßnahme sowohl von Patienten als auch von Ärzten wahrgenommen wurde, ist sie heute ein aktiver Bestandteil in der Behandlung von Krebspatienten. Aufgrund der zahlreichen Veränderungen in der akutmedizinischen Behandlung von Krebspatienten unterliegt auch die Rehabilitation einer erheblichen Weiterentwicklung und neuen Anforderungen. Sie stellt die dritte Säule neben der stationären und ambulanten Akutmedizin dar und muss heute als Startschuss für „Cancer Survivorship“ und damit als Langzeitbetreuung von Krebspatienten gesehen werden. Durch die sich nach der abgeschlossenen oder unterbrochenen Krebstherapie anschließende onkologische Rehabilitation werden die Patienten intensiv darauf vorbereitet, in ihrem weiteren Leben besser zurechtzukommen, zu erlernen, Langzeitfolgen zu erkennen und zu behandeln sowie eine weitgehend normale Teilhabe am Sozial- und ggf. Erwerbsleben wieder ausführen zu können.

Gesetzliche Grundlage

Anschlussrehabilitation (AHB) ist heute Teil einer modernen Krebstherapie und schließt sich i.d.R. nahtlos an die akutmedizinische Therapieversorgung an oder wird als Zwischenintervention genutzt (1). Sie ist fester Bestandteil unseres Gesundheitsversorgungssystems und sowohl im Sozialgesetzbuch (SGB) V (§27) in Bezug auf die Krankenversicherungen als auch im SGB VI (§15 und §31) für die DRV sowie übergreifend im SGB IX (§6) festgeschrieben. Im Gegensatz zu anderen Indikationen können auch krebskranke Ehepartner von Versicherten, Patienten im Rentenalter oder bei schon bestehender Erwerbsminderungsrente eine onkologische Rehabilitation zu Lasten der DRV erhalten (§31 SGB VI). Dies hat zum einen historische Gründe, sichert aber auch den hohen Qualitätsstandard für die Patienten, den die DRV an die Durchführung einer solchen Maßnahme anlegt. Dieser Qualitätsstandard für alle onkologischen Patienten wäre bei einem Wechsel der Kostenträgerschaft für bereits berentete Patienten oder krebskranke Angehörige von der DRV zu den Krankenkassen in der derzeitigen Form aus finanziellen Gründen nicht zu halten. In Deutschland haben rehabilitationsbedürftige Menschen somit den großen und einmaligen Vorteil, dass ihr Anspruch auf Rehabilitationsleistungen gesetzlich verankert ist. Die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen müssen natürlich erfüllt sein (1). Dieser Sachverhalt hat auch einen besonderen ethischen Aspekt und wird in der Bevölkerung als auch in der Ärzteschaft noch zu wenig registriert. Während in anderen Ländern, insbesondere in den angloamerikanischen Staaten, für Menschen nach schwerer Erkrankung und Therapie keine Rehabilitationsleistungen zu Lasten der Sozialversicherungsträger angeboten werden und sich die betroffenen Menschen weitgehend selbst helfen müssen, hat man es sich in Deutschland zur Aufgabe gemacht, sich um bedürftige Menschen mit ihren Langzeitfolgen nach der Krebserkrankung und Tumortherapie besonders zu kümmern. Dabei stellt die onkologische Rehabilitation eine zusätzliche und ergänzende Maßnahme im Rahmen der Langzeitbetreuung von Krebspatienten dar.

Inhalte der onkologischen Rehabilitation

Der therapeutische Ansatz von onkologischer Rehabilitation ergibt sich aus den Langzeitfolgen der Krebserkrankung und der Anti-Tumortherapie (Tab. 1). Er beinhaltet die Entwicklung von Bewältigungsstrategien, aber auch konkrete therapeutische Verfahren. Dafür sind psychische sowie physische Ressourcen des Patienten erforderlich, aber auch das soziale Umfeld des Betroffenen ist gefordert. Darüber hinaus spielen bei der individuellen Entwicklung solcher Bewältigungsprozesse und Therapien weitere Faktoren eine wichtige Rolle. Insbesondere die Leistungsanforderungen im Berufs- und Alltagsleben, die Lebensumstände und Bedingungen am Arbeitsplatz sowie die Angebote von sozialen Sicherungssystemen sind hier zu nennen. Mithilfe der Rehabilitation können die Aktivitäten des Patienten gesteigert werden, sodass es zu einer Partizipation bzw. Teilhabe am Sozial- und ggf. Erwerbsleben kommt (Abb. 1). Bei der Rehabilitation handelt es sich um eine multimodale Therapie, die unter Einschluss verschiedenster Fachdisziplinen durchgeführt wird (2-5).

1. Psychische Folgen

- Angst und Depression

- Schlafstörungen
- Gesteigerte Selbstbeobachtung
- Verlust des Selbstwertgefühls
- Rezidiv-Angst
- Fatigue
- Kognitive Funktionseinschränkungen

2. Soziale Folgen

- Soziale Isolation und Vereinsamung
- Beruflich/finanzielle Nachteile
- Arbeitslosigkeit

3. (Funktionelle) Einschränkungen durch Krankheit/Therapie

- Bewegungsstörungen der Gelenke nach Operation oder Bestrahlung
- Parästhesien
- Kognitive Funktionseinschränkungen
- Sexuelle Funktionsstörungen
- Lymphödeme
- Respiratorische Funktionsstörungen
- Verminderung der körperlichen Fitness
- Ernährungsstörungen
- Störungen der Kontinenz/Stoma
- Sprechstörungen

4. Folgeerkrankungen

- Osteoporose
- Metabolisches Syndrom
- Diabetes mellitus
- Kardiovaskuläre Erkrankungen (KHK, Kardiomyopathie)
- Sekundärtumoren

Während in Deutschland die onkologische Rehabilitation nahezu ausschließlich im stationären Bereich für durchschnittlich 3 Wochen erbracht wird, was historische Gründe hat, wird dies in anderen europäischen Ländern teilweise anders gehandhabt. Insbesondere in den nordeuropäischen bzw. skandinavischen Ländern findet die onkologische Rehabilitation ambulant an spezialisierten Zentren statt und wird alltags- bzw. berufsbegleitend für einen längeren Zeitraum angeboten (6-8).

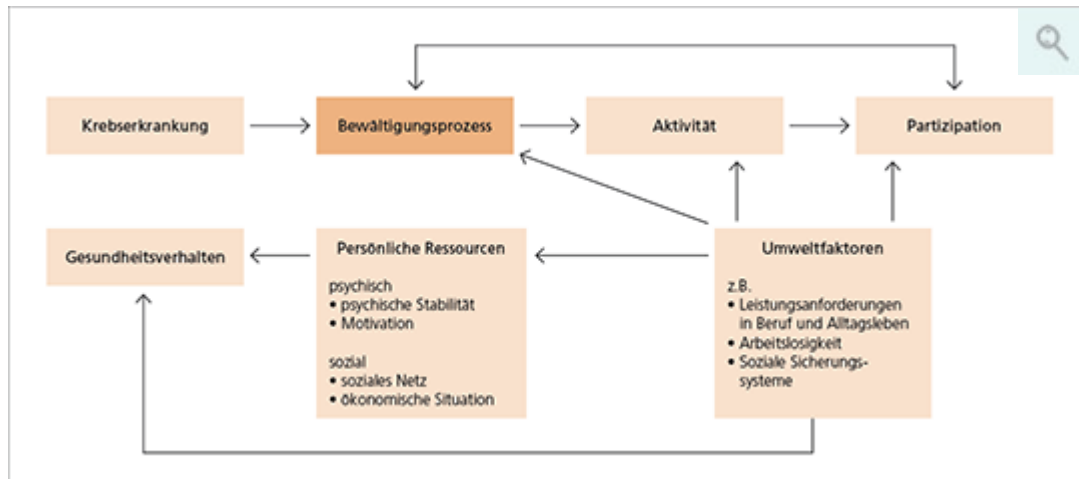


Abb. 1: Therapiemodell der onkologischen Rehabilitation (mod. nach (3)).

Unabhängig von der Art und Weise der Durchführung ist es wichtig zu erreichen, dass die Patienten die im Rahmen der onkologischen Rehabilitation erlernten Maßnahmen in Eigenregie weiter fortsetzen. Der Ausdruck „Hilfe zur Selbsthilfe“ gewinnt hier eine ganz neue Dimension und beschreibt die Maßnahme der onkologischen Rehabilitation sehr zutreffend. Damit dies gelingen kann, muss im Rahmen der onkologischen Rehabilitation ein umfangreiches interdisziplinäres Rehabilitationsteam zur Verfügung stehen. Nur so kann ein intensiviertes -Schulungs- und Beratungs-angebot vorgehalten werden. Durch kontinuierliches praktisches Training sowie theoretische Schulungen kann der Patient innerhalb von 3 Wochen Schritt für Schritt die für ihn wichtigen Aspekte erlernen, um sie dann im häuslichen Umfeld eigenständig weiter fortsetzen zu können. Dies betrifft beispielsweise die Verbesserung von körperlichen Aktivitäten, die Eigenbehandlung von Funktionsstörungen im Bereich der Gelenke, der Atmung, der Kontinenz und die eigenständige Stomaversorgung. Darüber hinaus kann ein gesünderes Ernährungsverhalten geschult sowie die optimale Nahrungsaufnahme, z.B. nach Magen-, Pankreas- oder Speiseröhrenoperationen, erlernt werden. Auch können therapeutische Interventionen gegen die Zytostatika-induzierte Polyneuropathie (Lesen Sie auch: Müller, Bedeutung von Sport- und Bewegungstherapie bei Chemotherapie-induzierter Polyneuropathie) oder die kognitive Dysfunktion vom Patienten erlernt und dann eigenständig durchgeführt werden. Ebenso können psychische Leiden, z.B. Schlafstörungen, Depressionen oder Ängste durch ein psychoonkologisches Beratungsangebot und das Erlernen von Entspannungsverfahren oder Achtsamkeitsübungen (Lesen Sie auch: Wirkner, Achtsamkeit zur Verbesserung kognitiver und psychischer Funktionsfähigkeit nach Brustkrebs) angegangen werden. Die Überleitung in eine ambulante, langfristige psychoonkologische und verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Psychotherapie wird dadurch erleichtert. Darüber hinaus sind Maßnahmen zur Integration in das Erwerbs- sowie das Sozialleben, z.B. in Form einer stufenweisen Wiedereingliederung, Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben oder die Beratung und Verordnung von Hilfsmitteln wichtige Elemente der onkologischen Rehabilitation (2).

Evidenz in der onkologischen Rehabilitation

Dass es durch die Maßnahmen der onkologischen Rehabilitation positive Effekte zu verzeichnen gibt, hat eine Cochrane-Analyse ergeben (9). David Scott und Kollegen analysierten dafür alle zugänglichen medizinischen Datenbanken nach multidimensionalen Rehabilitationsprogrammen bei erwachsenen Krebspatienten. Ihre Kriterien erfüllten 12 randomisierte, klinische Studien, die trotz aller Heterogenität als gemeinsames Instrument zur Erhebung der physischen und psychischen Gesundheit den SF-36-Fragebogen verwendet hatten. Sowohl in physischer als auch in mentaler Hinsicht ergab sich in der Analyse ein Vorteil für die Intervention im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (9). In einer Metaanalyse konnte gezeigt werden, dass körperliche Aktivität sowohl auf die Fatigue-Symptomatik als auch auf Depression und Schlafstörungen einen signifikanten lindernden Effekt hat (10).

Derzeit verdichten sich die wissenschaftlichen Erkenntnisse, dass eine Sport- und bewegungstherapeutische Maßnahme nicht nur die körperliche Leistungsfähigkeit verbessert und die psychische Beschwerdesymptomatik mindert, sondern auch als adjuvante Therapie im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzepts zu sehen ist. Derzeit existieren mehrere große Phase-III-Studien, die in

einem randomisierten Studiendesign unter Berücksichtigung weiterer Risikofaktoren eine Effektivität von bewegungstherapeutischen Maßnahmen im Hinblick auf das Überleben der Patienten zeigten. Bei Patient(inn)en mit Mammakarzinom sowie Kolon- und Prostatakarzinomen sind die Daten besonders valide und können als Grundlage für eine therapeutische Empfehlung dienen (11-13).

Meyerhardt et al. konnten bei 573 Frauen mit Darmkrebs im Stadium I-III zeigen, dass mit ansteigender körperlicher Aktivität (> 18 MET-Stunden pro Woche) die Tumor-spezifische Mortalität um nahezu 50% gesenkt werden konnte. Insbesondere profitierten diejenigen Patientinnen davon, die ihre körperliche Aktivität im Vergleich zum Ausgangszustand vor der onkologischen Erkrankung deutlich steigerten (11).

Im Rahmen der Nurse's Health Study verglichen Holmes et al. (12) 2.987 Frauen mit Mammakarzinom Stadium I-III nach ihren unterschiedlichen Leis-tungsstufen. Insbesondere die Frauen, die mehr als 9 MET-Stunden pro Woche absolvierten, hatten einen signifikanten Vorteil und wiesen eine signifikante Reduktion der krankheitsbedingten Mortalität auf (12).

Eine 2011 publizierte retrospektive Analyse der Daten von 2.705 Männern nach Prostatakarzinom-Diagnose aus der Health Professionals Follow-up-Studie ergab ebenfalls eine signifikante Reduktion der Gesamtsterblichkeit sowie der krankheitsspezifischen Sterblichkeit (13). Patienten, die mindestens 3 Stunden pro Woche intensiv körperlich aktiv waren, hatten eine 61%ige Risikoreduktion hinsichtlich der Prostatakarzinom-spezifischen Mortalität im Vergleich zu Patienten, die sich nur 1 Stunde pro Woche entsprechend betätigten. Die Ergebnisse aus diesen Studien zeigen, dass durch eine regelmäßige bewegungstherapeutische Maßnahme eine Reduktion der Rezidiv-Wahrscheinlichkeit sowie der krankheitsspezifischen Mortalität erreicht werden kann.

Auch im Hinblick auf den Zusammenhang von Body-Mass-Index (BMI) und Rezidivrisiko bei Brustkrebs gibt es Daten: In einer explorativen Analyse der ATAC-Studie konnte gezeigt werden, dass Frauen mit einem BMI von $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ zu Beginn der Erkrankung ein signifikant höheres Brustkrebsrezidivrisiko haben als jene mit einem BMI von $< 30 \text{ kg/m}^2$ (14). Die Brustkrebs-spezifische Mortalität scheint durch eine entsprechend angepasste Diät aber nicht signifikant beeinflusst zu werden (15). Beschrieben wurden auch Zusammenhänge von depressiven Störungen und Angstzuständen mit der Mortalität nach Krebserkrankungen. Eine Analyse von Chan und Kollegen aus dem Jahr 2014 ergab, dass eine psychische Alteration nach Krebs zu signifikant erhöhten Mortalitätsraten führt (16). Insbesondere im Langzeitverlauf – nach 5 und mehr Jahren – wird der Effekt immer deutlicher (17). Diese Daten legen die Notwendigkeit nahe, psychische Auswirkungen einer Tumorerkrankung und Tumortherapie zu diagnostizieren und entsprechende therapeutische Angebote zu erstellen (16). Auch für die schwierig zu behandelnden Langzeitfunktionsstörungen wie die Zytostatika-induzierte Polyneuropathie (CIPN) und die kognitive Dysfunktion gibt es aus der jüngsten Zeit evidenzbasierte Behandlungsansätze (18-21).

Daten zur onkologischen Rehabilitation aus Deutschland liegen in begrenztem Maße vor und zeigen dennoch positive Effekte. Diese lassen sich vornehmlich in Bezug auf die Lebensqualität, Angst und Depression sowie die Krankheitsverarbeitung messen (22). Auch im Hinblick auf die körperliche Aktivität und den Trainingszustand lassen sich Verbesserungen nachweisen. Diese waren sowohl hinsichtlich der Basisaktivitäten, als auch im Hinblick auf den körperlichen Trainingszustand und die Gesamtaktivitäten zu verzeichnen. Auch 8 Monate nach Ende der onkologischen Rehabilitation war diese Verbesserung noch nachweisbar (23). Zudem konnte in einer kleinen, randomisierten Studie gezeigt werden, dass ein intensiviertes Intervalltraining bei Frauen mit Brustkrebs einen signifikanten positiven Effekt auf die Lebensqualität und die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben hat. Darüber hinaus wurde durch intensiviertes Intervalltraining die Fatigue-Symptomatik gemildert (24). In einer jüngsten Studie, die ein Intervalltraining von jeweils einer Woche nach 4 und 8 Monaten nach der Rehabilitation prüfte, fand eine signifikante Verbesserung der metabolischen Rate und des metabolischen Äquivalent (MET/h) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Die Verbesserung war auch nach 2 Jahren noch nachweisbar (25).

In einer schon älteren randomisierten Studie wurde untersucht, wie sich onkologische Rehabilitation auf die physische, emotionale, kognitive und Rollenfunktion auswirkt. Analysiert wurde auch, wie sich die globale Lebensqualität und die Zukunftsperspektiven durch onkologische Rehabilitation verändern. Insbesondere im Hinblick auf die emotionale Funktion und die Lebensqualität konnten hier signifikante positive Effekte verzeichnet werden (26).

Fazit

Die onkologische Rehabilitation stellt in Deutschland einen festen Bestandteil in der Behandlung von Menschen mit Krebs dar. Ihre größte Wirksamkeit entfaltet sie im unmittelbaren Anschluss an die akutmedizinische Behandlung oder während einer Therapiepause. Rehabilitation ist in der Lage, den Patienten Möglichkeiten zu eröffnen, wie sie Folgestörungen nach Krebserkrankungen und Anti-Tumortherapie langfristig und nachhaltig eigenständig behandeln und kompensieren können. Dies führt zu einem eigenständigen Handeln, erhöht dadurch die Chance auf eine Verbesserung der Lebensqualität, Minderung von Mortalität und eine bessere Teilhabe am Sozial- und Erwerbsleben. Weitere Studien sind allerdings erforderlich, um die Evidenzlage der onkologischen Rehabilitation weiter abzusichern.



Prof. Dr. med. Oliver Rick

Dr. Ebel Fachkliniken GmbH & Co.
Klinik Reinhardshöhe GmbH
Quellenstr. 8-12
34537 Bad Wildungen

Tel.: 05621/705-154

E-Mail: sekretariat-ca@klinik-reinhardshoehe.de

ABSTRACT

O. Rick, Klinik Reinhardshöhe GmbH, Bad Wildungen

The understanding of rehabilitation, especially oncological rehabilitation fundamentally changed over the last 10 to 15 years. In the past, patients and physicians considered rehabilitation as a spa treatment offering short-term relaxation whereas nowadays it plays an important role in the treatment of cancer patients. Due to numerous changes in acute medical treatment of cancer patients, also rehabilitation has developed to meet new demands. Beside in- and out-patient treatment rehabilitation is the third pillar of cancer treatment. It should be considered important for cancer survivorship and, thus for long-term care of cancer patients. Following completed or interrupted therapies, oncological rehabilitation aims to enable patients to get along better in their further lives, to learn how to recognize and treat long-term toxicities and, finally, to return to their social and working life.

Keywords: *Rehabilitation, oncology, cancer survivorship*