

Rehabilitation bei onkologischen Erkrankungen

Grundsätze, Möglichkeiten, Anforderungen

Die Rehabilitation von Patienten mit onkologischen Erkrankungen gewinnt mit zunehmenden Behandlungsmöglichkeiten und -erfolgen an Bedeutung. Die Krankheit und die meist belastenden Therapien im Primärstadium führen zu einer deutlichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit und erschweren oftmals eine reibungslose Reintegration der Betroffenen in den Alltag. Im Folgenden werden Grundsätze für ein onkologisches Rehabilitationsprogramm vorgestellt.

STEPHAN EBERHARD, KATHARINA BUSER

In der Schweiz erkranken pro Jahr etwa 31 000 Menschen neu an einer Krebserkrankung. Die Lebenszeitprävalenz, an Krebs zu erkranken, beträgt etwa 40% (1).

Aufgrund einer Kombination von verbesserter Früherkennung und wirksameren krankheitsspezifischen sowie allgemeinmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten haben Krebspatienten heute eine deutlich höhere Lebenserwartung als vor Jahrzehnten. Dagegen ist die Lebensqualität nach überstandener Erkrankung deutlich beeinträchtigt – zum einen als Folge der Krankheit, zum anderen durch Therapie Nebenwirkungen. Bereits 1978 zeigte eine Untersuchung an 805 stationär hospitalisierten Patienten, dass bei über der Hälfte eine rehabilitative Behandlung wegen Funktionseinschränkungen indiziert war. Diese Einschränkungen hingen nicht mit der zugrunde liegenden Erkrankung (2) zusammen.

Für die Schweiz ist gegenwärtig von zirka 15 000 neuen Kandidaten für rehabilitative Leistungen pro Jahr auszugehen. Die Zahl wird sich künftig um ein Vielfaches erhöhen, berücksichtigt man die sich stetig verlängernde Überlebenszeit, aber auch potenzielle Schädigungen mit konsekutiver Behinderung durch onkologische Therapien sowie die im Verlauf einer Krebserkrankung möglichen Krankheitsfolgen. Die Relation von ambulanten zu stationären Rehabilitationsprogrammen dürfte bei einem Verhältnis von etwa 80 zu 20% liegen.

Medizinische Lücke in der Schweiz: onkologische Rehabilitation

Die heutige Situation bei Tumorerkrankungen in der Schweiz ist geprägt von einer ausgezeichneten Diagnostik sowie von qualitativ hochstehenden

Therapiemethoden, welche allen Patienten generell zugänglich sind. Ebenso bestehen zunehmend Angebote im Bereich der Langzeitbegleitung (Selbsthilfegruppen, Seminare) und der Palliativmedizin.

Im Gegensatz zum benachbarten Ausland und zum angelsächsischen Raum existieren aber hierzulande *praktisch keine spezifisch onkologischen Rehabilitationsangebote*, weder ambulante noch stationäre. Hier klafft eine Lücke zwischen oftmals erfolgreicher, aber belastender Tumortherapie und Nachsorgeangeboten. Die Krebsliga Schweiz, die Bernische Krebsliga und Oncosuisse sehen einen klaren Bedarf an solchen Rehabilitationsangeboten (3).

Erste Studien zur onkologischen Rehabilitation

In der Literatur finden sich nur bruchstückhaft Angaben über Aufbau und Resultate ganzheitlicher Rehabilitationsprogramme für onkologische Patienten. Viele solcher Untersuchungen beziehen sich auf die gleiche Krebsentität, um eine homogene Gruppierung zu erreichen; andere betrachten die Wirkung bewegungstherapeutischer Interventionen auf Symptome dieser Krebserkrankung. Erstmals 2004 wurde im Rahmen des WHO-Programms zur Formulierung von ICF*-Core-Sets ein Core-Set für Brustkrebspatientinnen publiziert (4). Dies ermöglicht ein Eingrenzen der behinderungsrelevanten Faktoren von Brustkrebspatientinnen; in Analogie lassen sich auch die behinderungsrelevanten Faktoren für andere Krebserkrankungen im ICF-Modell (5) ermitteln.

*ICF = Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit



Abbildung: Eine hochstehende medizinisch-pflegerische Betreuung ist Grundlage der erfolgreichen stationären onkologischen Rehabilitation.

In den letzten Jahren wurden in Deutschland (6, 7) und Österreich (8) Richtlinien zur Rehabilitation onkologischer Patientinnen und Patienten formuliert. Dabei stellt vor allem das österreichische Modell einen holistischen rehabilitativen Ansatz dar, der sich in adaptierter Form auch auf die Schweiz übertragen lässt. Statt für jedes onkologische Leiden spezielle Empfehlungen zu geben, werden Leitlinien für «Onkologische Rehabilitation und primäres und sekundäres Lymphödem» formuliert.

Mehrere Arbeiten attestieren positive Effekte von Rehabilitationsprogrammen bei Krebserkrankungen, die auf Bewegungstherapie basieren. Die Metaanalyse von McNeely et al., 2006, zeigt selbst bei fortgeschrittenem Brustkrebsleiden positive Effekte der Bewegungstherapie (9). Die ebenfalls 2006 in Groningen/Niederlande, durchgeführte Studie über Prädiktoren und Effekte von Rehabilitation bei chronischer Müdigkeit in Zusammenhang mit Krebs zeigt Resultate eines integrativen, ambulanten Rehabilitationsprogramms. Das für die Auswertung benutzte «Multidimensional Fatigue Inventory (MFI)» zeigt positive physische und psychische Wirkungen (10).

Sollen Rehabilitationsprogramme stationär oder ambulant durchgeführt werden? Im gesundheitspolitischen Umfeld geht der Trend eindeutig zu ambulanten Programmen. Medizinische Vergleichsstudien von stationären zu ambulanten Rehabilitationsprogrammen bei onkolo-

gischen Patienten fehlen aber. In der Rehabilitationsmedizin (Ausnahme Kardiologie und Pneumologie mit ihren vor allem bewegungstherapieorientierten Programmen) fehlen klare Daten, die den Vorteil ambulanter Programme zeigen. Eine interessante Studie zur Nachhaltigkeit eines stationären Rehabilitationsverfahrens wurde in den Jahren 2001 bis 2005 in Deutschland durchgeführt (11): Hier wurde die stationäre onkologische Rehabilitation mit einem sogenannten Etappenverfahren verglichen, wobei die Etappen aus einem dreiwöchigen initialen und zwei folgenden einwöchigen Aufhalten im Intervall von vier bis acht Monaten bestanden. Dabei konnten die Teilnehmerinnen des sequenziellen Armes im Bereich der emotionalen Faktoren deutlich profitieren, wobei der Profit im Bereich der physischen Leistungsfähigkeit vergleichbar blieb.

Rehabilitationsmedizin allgemein

Zur Erinnerung: Moderne Rehabilitationsmedizin allgemein besteht aus einem transdisziplinären Ansatz, der sich sowohl akutmedizinischer als auch therapeutischer und pädagogischer Methoden bedient, mit dem Ziel, die Reintegration des Patienten in sein soziales Umfeld optimal zu unterstützen. Dabei gilt der Grundsatz, dass die rehabilitativen Überlegungen bereits bei Auftreten der Grunderkrankung gestellt werden sollten. Ein Rehabi-

litationsprogramm soll so früh wie möglich begonnen werden, um sekundäre Schädigungen wie Kontrakturen, Dekubitalulzera, Mangelernährung (z.B. aufgrund von Schluckproblemen) zu verhindern und um eine rasch einsetzende physische und psychische Dekonditionierung zu vermindern.

Um den Zustand von Gesundheit und Behinderung zu beschreiben und somit eine international gemeinsame Sprache zur Beschreibung von Einschränkungen zu besitzen, wurde die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) entwickelt. Die ICF beschreibt ein biopsychosoziales Gesundheitsmodell in den Dimensionen Krankheit, Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Teilhabe, Umweltfaktoren und persönliche Faktoren (12–14). Indikationen, Zielsetzungen und Outcome-Messungen im Rehabilitationsprozess sollten immer möglichst viele ICF-Dimensionen abdecken.

Programmaufbau für die onkologische Rehabilitation

Onkologische Rehabilitation ist nicht grundsätzlich anders als die Rehabilitation bei anderen Behinderungen. Wichtig ist, dass das Rehabilitationsteam flexibel ist und die Fähigkeit hat, Veränderungen, die im Krankheitsverlauf oder durch die Behandlung verursacht werden, zu erkennen und zu behandeln (15). Zur Evaluation des Rehabilitationsfortschritts eignen sich die eingeführten Messinstrumente wie der FIM (= Functional Independent Measure Score) oder die HADS (= Hospitality Anxiety and Depression Scale). Bezüglich der Bestimmung der Lebensqualität können Fragebögen (SF 36 oder EORTC QLQ-C30 [16]) eingesetzt werden.

Grundsätzlich gilt es, bei der Nachbehandlung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen folgende vier Stadien zu unterscheiden (17):

- ▲ neu entdeckte Krebserkrankung und Zustand nach durchgeführter Erstbehandlung (Stadium I)
- ▲ bekannte Krebserkrankung und Zustand nach abgeschlossener Erstbehandlung (Stadium II)
- ▲ Vorbereitung für eine belastende onkologische Therapie (Operation, Chemotherapie) (Stadium III)

- ▲ bekannte Krebserkrankung mit neu aufgetretenen, durch die Grundkrankheit verursachten Komplikationen (Stadium IV).

Im stationären Bereich stellen die Gruppen aus Stadium I und IV den Hauptteil der Patienten, während Betroffene der Stadien II und III überwiegend von ambulanten Massnahmen profitieren können. Ungeklärt ist, inwieweit rehabilitative Bemühungen bei fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen angezeigt sind. Diesbezüglich konnte 1994 gezeigt werden, dass über 70% der Patienten im Terminalstadium mit einer rehabilitativen Massnahme zufrieden sind und mehr als 60% von solchen Massnahmen profitiert haben (18). Grundvoraussetzung ist aber immer die Motivation des Patienten und seiner Angehörigen sowie ein adäquater Zielfindungsprozess unter Einbezug der individuellen Bedürfnisse und der Möglichkeiten. Dieser Zielsetzungsprozess erfolgt zweckmässig in den Dimensionen der ICF (19).

Zudem ist es wichtig, den Patienten und die Angehörigen darüber zu informieren, dass durch die Rehabilitation nicht die Grundkrankheit geheilt wird, aber viele belastende Symptome erfolgreich behandelt und die Selbstständigkeit wieder erreicht werden können.

Die wesentlichen Inhalte eines Rehabilitationsprogramms für Krebspatienten bestehen in der Behandlung folgender Zustände (Liste ist nicht abschliessend) (20):

- ▲ Immobilität und die Bedeutung für Begleiterkrankungen wie generali-

sierte Dekonditionierung, Hautpflege und Kontrakturprophylaxe

- ▲ Orthesenversorgung der oberen und unteren Extremitäten
- ▲ Wiederherstellen der körperlichen Integrität
- ▲ metabolische Probleme
- ▲ Myopathie als Resultat direkter Tumorinvasion in Muskeln und Weichteile, paraneoplastische Syndrome, Steroidmyopathie, Krebsmyopathie, Krebsneuromyopathie
- ▲ Knochenmetastasen mit Prävention und Behandlung pathologischer Frakturen
- ▲ Rückenmarkläsionen aufgrund von Kompression oder infiltrativem Tumorstadium ins Myelon
- ▲ Neuropathien und Plexopathien
- ▲ Lymphödeme und tiefe Beinvenenthrombose
- ▲ Blasen- und Darmstörungen
- ▲ Schluckstörungen, Sprache
- ▲ Schmerzen
- ▲ Angst, Unsicherheit, Vertrauensverlust, Depression
- ▲ Erhalt der Lebensqualität, Menschenwürde
- ▲ Erscheinungsbild
- ▲ Sexualität
- ▲ Arbeitsfähigkeit
- ▲ soziale und familiäre Integration
- ▲ Finanzprobleme.

Die Komplexität der anstehenden Aufgaben verlangt ein strukturiertes Rehabilitationsprogramm durch ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam, welches Ärzte, Pflegefachleute, Physiotherapeu-

ten, Ergotherapeuten, Ernährungsberater, FOTT-Therapeuten, Psychoonkologen, Kunsttherapeuten, Seelsorger und Sozialarbeiter umfasst (*Abbildung*). Neuropsychologen und Logopäden sollten bei Bedarf zur Verfügung stehen. Insbesondere ist die hohe Bedeutung der Psychoonkologen und der Fachkräfte des Sozialdienstes für onkologische Rehabilitationsprogramme (*Tabelle 1*) zu betonen. Zukünftige Untersuchungen müssen zeigen, wie weit interdisziplinär strukturierte Programme den bisher schwerpunktmässig bewegungstherapieorientierten Programmen überlegen sind und welche Programme für welche Patientengruppen infrage kommen.

Stationäre onkologische Rehabilitation

Stationäre Rehabilitationsprogramme sollten zur Verfügung stehen, wenn:

- ▲ ein individuelles Rehabilitationsprogramm notwendig
- ▲ ambulant der Pflege- und Betreuungsaufwand nicht möglich
- ▲ die Transportfähigkeit eingeschränkt
- ▲ der Patient in den Alltagsaktivitäten weitgehend auf fremde Hilfe angewiesen
- ▲ die Therapieintensität ambulant nicht zu erreichen
- ▲ regelmässige ärztliche Überwachung notwendig
- ▲ Distanzierung vom sozialen Umfeld indiziert ist.

Hauptsächlich wird es sich hierbei um Betroffene in den Rehabilitationsstadien I und IV handeln, wobei der Rehabilitationsbedarf für jeden Patienten individuell zu ermitteln ist. Stationäre Programme finden mit Vorteil in einem Spitalumfeld statt, wo auf entsprechende Symptome der Grundkrankheit oder der Behandlung adäquat reagiert werden kann. Das Hauptziel der stationären Behandlung besteht darin, den Patienten in sein angestammtes soziales Umfeld zu reintegrieren.

Im Gegensatz zu ambulanten sollten stationäre Programme stark individualisiert sein. Dies setzt ein sorgfältiges Assessment der Einschränkungen, Fähigkeiten und Ressourcen des Patienten voraus mit der Erstellung individualisierter Rehabilitationsziele und -massnahmen. Im betriebswirtschaftlichen Sinne entspricht damit die Behandlung jedes Patienten

<p>Emotionale Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> Angst Trauer Einsamkeit Verzweiflung Müdigkeit Vertrauensverlust 	<p>Körperliche Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestörte körperliche Integrität Gewichtsverlust Schmerz Organfunktionsstörung
<p>Funktionale Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> Mobilität Sehen Sprechen Selbstversorgung Schlucken 	<p>Emotionale Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> Familie Soziales Umfeld Kultur Lebensentwurf

Tabelle 1: Schwerpunkte eines Rehabilitationsprogramms für onkologische Patientinnen und Patienten

einem Projekt, das erfolgreich zum Abschluss gebracht werden muss. Dies setzt ein stark systemorientiertes Denken und Handeln voraus.

Moderne stationäre Rehabilitationsmedizin stellt eine Kombination von Akutmedizin und rehabilitativen Ansätzen dar. Der natürlichen Dynamik des Krankheits- und Heilungsprozesses folgend, werden die Schwerpunkte situativ vermehrt auf akutmedizinische oder rehabilitative Aspekte gelegt. Grundsätzlich erfolgt aber jede akutmedizinische Massnahme unter Einbezug rehabilitativer Gesichtspunkte. Für die Infrastruktur der stationären onkologischen Rehabilitation lassen sich bezüglich Personalressourcen und Infrastruktur Grundanforderungen ableiten wie in *Tabelle 2* dargestellt.

Insgesamt zeigt sich ein beträchtlicher Aufwand für die stationäre Rehabilitation, der auch mit entsprechenden Kosten verbunden ist. Eine Aufstellung über einen approximativen Ausstattungsbedarf findet sich im österreichischen Rehabilitationsplan 2004 (8). Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse in den letzten Jahren lässt sich festhalten, dass die meisten Patienten mit Behinderungen von einer strukturierten, koordinierten Rehabilitation profitieren. Es ist deshalb nicht mehr länger haltbar, Rehabilitation als einen teuren «Plazebo-Service» darzustellen (20).

Für die optimale Rehabilitationsdauer lassen sich aufgrund der heterogenen Patientenbedürfnisse in der Literatur keine genauen Angaben ermitteln. Den in Deutschland üblichen Gepflogenheiten folgend, scheinen Aufenthaltsdauern zwischen vier und sechs Wochen für die meisten Patienten adäquat zu sein.

Besonderes Augenmerk ist der Kommunikation mit den zuweisenden und nachbehandelnden Stellen einzuräumen. Besonders Informationen über den Aufklärungsstand des Patienten und seiner Angehörigen sowie über die geplanten Therapiemassnahmen sind für das Rehabilitationsteam wichtige Voraussetzungen, um den Patienten kompetent zu behandeln (24).

Ambulante onkologische Rehabilitation

Wie erwähnt, wurden die meisten Rehabilitationsstudien bei Krebspatienten im

Tabelle 2:

Grundanforderungen für die Infrastruktur der stationären onkologischen Rehabilitation

A: Personal

- ▲ Akutmedizinische und rehabilitative Kompetenz
- ▲ Ärztlicher Bereitschaftsdienst 24 Stunden am Tag
- ▲ Programmleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin mit Erfahrung in Rehabilitationsmedizin, Onkologie und Palliativmedizin
- ▲ Onkologischer Konsiliardienst
- ▲ Überwachungsmöglichkeit inklusive einfaches Monitoring
- ▲ Zugang zu bildgebender Diagnostik (Röntgen, Ultraschall) im Haus
- ▲ Zugang zu Schnittbildverfahren (MRI, CT) innert 30 Fahrminuten
- ▲ Invasive Pflege, insbesondere auch Porth-a-Cath-Pflege, Pflege von zentralvenösen Kathetern, PEG und nasogastralen Ernährungssonden
- ▲ Vollamtliche Pflegedienstleitung
- ▲ Physiotherapie (möglichst mit NDK in Sport- und Bewegungstherapie Innerer Erkrankungen) (21)
- ▲ Physikalische Medizin (Lymphdrainage, Elektrotherapie, Massage, Fango)
- ▲ Ergotherapie
- ▲ FOT-Therapie (Therapie des faziooralen Trakts nach Kay Coombes) (22) oder FDT (Funktionelle Dysphagie-Therapie) (23)
- ▲ Kunsttherapie
- ▲ Psychologie (möglichst verhaltenstherapeutisch und psychoonkologisch)
- ▲ Sozialdienst
- ▲ Spitalseelsorge
- ▲ Neuropsychologie
- ▲ Logopädie
- ▲ Ernährungsberatung und Möglichkeit zu enteraler und pareneteraler Zusatzernährung inklusive PEG und nasogastraler Sonden
- ▲ Diätkoch

B: Infrastruktur

- ▲ Rehabilitative, erholfördernde Umgebung (Aufenthaltsräume, Gemeinschaftsräume, Klinikpark)
- ▲ Behindertengerechte Umgebung
- ▲ Sauerstoffanschlüsse in den Patientenzimmern
- ▲ Liegendtransporte in der Klinik möglich
- ▲ Schwesternruf in jedem Zimmer
- ▲ Überwachungsmonitore
- ▲ Notfallausrüstung inklusive Defibrillator und eine entsprechend geschulte Notfallequipe
- ▲ Infusomaten oder Perfusoren
- ▲ Nahrungspumpen
- ▲ Röntgen
- ▲ Sonografie
- ▲ Labor (im Haus oder extern)
- ▲ Therapieräume
- ▲ Untersuchungsräume
- ▲ Behandlungsräume
- ▲ Schwimmbad für Wassertherapie (fakultativ)
- ▲ Einrichtungen für medizinische Trainingstherapie
- ▲ Turnhalle
- ▲ Gruppenräume
- ▲ Elektrotherapie
- ▲ Fango

C: Für die Unterstützungsprozesse

- ▲ Qualitätsmanagement
- ▲ Erfassung und Kontrolle der Behandlungsqualität
- ▲ Patientenzufriedenheitsmessung
- ▲ Spezielle Hygienekommission

ambulanten Bereich und mit bewegungstherapeutischen Ansätzen durchgeführt. Aus Deutschland liegen umfassende Empfehlungen für die ambulante

onkologische Rehabilitation vor (6). Für die ambulanten Programme scheinen Therapiedauern von bis zu sechs Wochen nur vereinzelt positive Effekte zu

Tabelle 3:

Wochenplan für ein 8- bis 12-wöchiges ambulantes Rehabilitationsprogramm bei onkologischen Erkrankungen

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Morgen	Ausdauer	Schulung	Ausdauer	Schulung	Ausdauer	Frei	
	Schulung	Kraft	Koordination	Kraft	Koordination		
Nachmittag	Individuell	Individuell	Individuell	Individuell	Rehab-Rapport		
					Indikations-Rapport		
Abend			Vortrag				

zeigen (25), länger dauernde dagegen deutlich positive Effekte (10, 26–29) (wie die ambulanten kardialen Rehabilitationsprogramme). Dabei zeigt sich, dass ambulante Therapieprogramme von einem überwachten Bewegungstraining gefolgt werden sollten, um die erreichten positiven Effekte zu erhalten (30).

Eine Programmdauer von 8 bis 12 Wochen erscheint sinnvoll (zumal aus der kardialen Rehabilitation bekannt ist, dass Änderungen im Lebensstil mindestens eine dreimonatige Programmdauer verlangen.) Die jüngst durchgeführte Studie von Ellen van Weert et al. (10) mit einer Programmdauer von 15 Wochen (allerdings bei abfallender Intensität) zeigte sehr gute Resultate zur Verbesserung der chronischen Müdigkeit.

Ambulante Programme sollten stark strukturiert und mit einem multidisziplinären Ansatz versehen sein. Minimalvoraussetzungen für ein ambulantes Programm umfassen einen adäquaten Zielsetzungsprozess, eine koordinierte Programmführung und eine kontinuierliche Erfassung der Outcome-Qualität. Diese Programme sind für Patienten geeignet, die fähig sind, an einem Gruppenprogramm teilzunehmen. Patienten mit stark individualisierter Zielsetzung gehören in ein stationäres Rehabilitationsprogramm.

Der Programmeinschluss in ein ambulantes Gruppenprogramm sollte erst nach ärztlicher Untersuchung (Prüfung der Belastbarkeit, Hautschädigungen, metabolische Probleme, Knochenfestigkeit) erfolgen. Das Programm soll durch einen Physiotherapeuten mit NDK in Sport-

und Bewegungstherapie Innerer Erkrankungen (21) durchgeführt werden. Für die Programmleitung zeichnet ein Facharzt für Onkologie, Innere Medizin, Allgemeine Medizin oder Physikalische Medizin und Rehabilitation verantwortlich. Für individuelle Zielsetzungen kommen ferner sogenannte Shared-care-Rehabilitationsprogramme (31) infrage. Durch eine starke Vernetzung der ambulanten Leistungserbringer und einer zentralen Koordination durch ein spezialisiertes Zentrum sind diese in gewissen Fällen stationären Programmen ebenbürtig. Es werden allerdings hohe Anforderungen an Patient, Umfeld und Koordination und Kommunikation im Behandlungsnetzwerk gestellt. Das Programm sollte minimal folgende Inhalte enthalten:

- ▲ Ausdauer-, Kraft- und Koordinationstraining
- ▲ Schulung über gesundes Verhalten
- ▲ Krankheitsverarbeitung, Umgang mit Familie und Umgebung
- ▲ Schulung über Ressourcenaktivierung
- ▲ Beratung in Sozialversicherungsfragen
- ▲ Hilfsmittelberatung.

Neben diesen stark gruppenorientierten Aspekten sollten auch individuelle Bedürfnisse abgedeckt werden wie:

- ▲ Wundversorgung
- ▲ Symptombehandlung (Physiotherapie, physikalische Therapie)
- ▲ Stomaberatung
- ▲ Schlucktraining und Beratung bei Tracheostoma und Trachealkanülen
- ▲ Beratung bezüglich interventioneller oder medikamentöser Behandlung zur Symptomkontrolle

- ▲ psychoonkologische Einzeltherapie
- ▲ Sozialberatung.

Einen groben Wochenplan für ein acht- bis zwölfwöchiges Programm zeigt *Tabelle 3*.

Die Indikation für das Programm wird durch den behandelnden Arzt gestellt. Ärztliche Behandlungen und Beratungen finden nur auf Wunsch des Patienten und des behandelnden Arztes statt. Der für das Programm verantwortliche Arzt prüft die Zuweisungen zusammen mit dem Rehabilitationsteam und entscheidet über die Aufnahme ins Programm. Die Fortschritte des Patienten werden mittels entsprechender Assessment-Tools festgehalten. Nach Möglichkeit sollten an das ambulante Rehabilitationsprogramm anschliessende Langzeitangebote geschaffen werden.

Schlussfolgerungen

Die Übersicht beschreibt die Wirksamkeit von Rehabilitationsprogrammen nach onkologischen Erkrankungen. Dabei gilt es vor allem, den spezifischen Bedürfnissen in der Rehabilitation von Krebspatienten Rechnung zu tragen. Beim errechneten Behandlungsbedarf für die Schweiz erscheint es primär sinnvoll, bereits vorhandene rehabilitative Strukturen zu nutzen. Insbesondere die Rehabilitationskliniken müssen sich aber stärker als bisher auf die Probleme bei onkologischen Erkrankungen einstellen, was eine angepasste ärztliche Versorgung und Pflege beinhaltet. Ebenso müssen entsprechende Ressourcen im Bereich der Psychoonkologie gefordert werden. Zukünftig sollte versucht werden, die Patienten stationär wie ambulant in adaptierten, onkologischen Rehabilitationsprogrammen zu behandeln. Wünschenswert ist der Aufbau von Behandlungsketten oder die Behandlung in entsprechenden Netzwerken. Die Programme sollten regelmässig evaluiert werden hinsichtlich der Nachhaltigkeit, des Programmaufbaus und der Qualitätskriterien. Sinnvoll wäre eine «Arbeitsgruppe Onkologische Rehabilitation». Der Anstoss dazu könnte sowohl von der Schweizer Gesellschaft für Onkologie, der Schweizer Gesellschaft für Innere Medizin als auch von der Schweizer Krebsliga ausgehen. ▲



Dr. med. Stephan Eberhard
EMBA PHW
(Korrespondenzadresse)
Berner Klinik Montana
3963 Crans-Montana
E-Mail: eberhard.stephan@bernerklinik.ch

und



Dr. med. Katharina Buser
Oncocare Engeried
Klinik Engeried
Riedweg 15
3012 Bern
E-Mail: kbuser@sonnenhof.ch

Quellen:

1. Vereinigte Schweizer Krebsregister (VSKR) 2001–2003.
2. Lehmann J., DeLisa J.A., Warren C.G., et al.: Cancer rehabilitation assessment of need development and education of a model of care. *Arch Phys Med Rehabil* 1978; 59: 410.
3. Lucina. Ein Programm zur Förderung der Lebensqualität und gesellschaftlichen Integration von Menschen mit einer eingeschränkten Gesundheit. Bericht des Workshops vom 28. bis 30.6. 2004 in Spiez. Krebsliga Schweiz.
4. Brach M., et al.: ICF Core Set for Breast Cancer, *J Rehabil Medicine*. 2004 (44 Suppl); 121–7.
5. ICF: International classification of Functioning, Disability and Health, WHO, <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm?myurl=homepage.html&mytitle=Home%20Page>.
6. Rahmenempfehlungen zur ambulanten onkologischen Rehabilitation, 22.1.2004, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).
7. Prinzipien der onkologischen Rehabilitation, Kurz gefasste interdisziplinäre Leitlinie 2004, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
8. Rehabilitationsplan 2004, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
9. McNeely M.L., et al.: Effects of exercise on breast cancer Patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*, July 4, 2006, p. 34–41.
10. Van Weert E., et al.: Cancer-Related Fatigue: Predictors and Effects of Rehabilitation. *The Oncologist* 2006; 11: 184–196.
11. Reuss-Borst M.: Verbesserung der Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen durch Flexibilisierung von Rehabdauer und Rehaintervallen. 2005.
12. www3.who.int/icf/icftemplate.cfm.
13. Rentsch H.P., Bucher P.O.: ICF in der Rehabilitation, 1. Auflage, Schulz Kirchner Verlag 2005.
14. www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm
15. O'Toole D.M., Golden A.M.: Evaluating Cancer Patients for Rehabilitation Potential. *West J Med*. 1991 Oct; 155: 384–387.
16. www.eortc.com/Biblio/search.asp?str1=qlq-c30&str2=&str3=&B1=Search
17. Chevillat A.L.: Cancer rehabilitation. *Seminars in Oncology* 32: 219–224.
18. Yoshioka H.: Rehabilitation for the terminal cancer Patient. *Am J Phys Med Rehabil*. 1994 Jun; 73(3): 199–206.
19. Neuenschwander H. (Hrsg.): Rehabilitation in der Palliativmedizin in Palliativmedizin, Krebsliga Schweiz 2006, 173–179.
20. Pandey M., Thomas B.C.: Rehabilitation of cancer patients. *J Postgrad Med* 2001; 47: 62–5.
21. www.baspo.admin.ch/internet/baspo/de/home/ausbildung00/ausbildung00b/ausbildungsangebote/nachdiplom/ndkbewegungs.html
22. Nusser-Müller-Busch (Hrsg.): Die Therapie des Facio-Oralen-Trakts. Springer 2004.
23. Bartolome G., et al.: Schluckstörungen; Diagnostik und Rehabilitation, 2. Auflage, Urban & Fischer 1999.
24. Eberhard S.: Rehabilitation bei onkologischen Erkrankungen. *Rev Med Suisse* 2007; 3; S78–S79.
25. Holley S., Borger D.: Energy for living with cancer: preliminary findings of a cancer rehabilitation group intervention study. *Oncol Nurs Forum*. 2001 Oct; 28(9): 1393–6.
26. Adamsen L., et al.: Feasibility, physical capacity, and health benefits of a multidimensional exercise program for cancer patients undergoing chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2003 (11): 707–16. Epub 2003 Jul 24.
27. Adamsen L., et al.: The effect of multidimensional exercise intervention on physical capacity, well-being and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Support Care cancer*. 2006; 14(2): 116–27. Epub 2005 Aug 12.
28. Young-McCaughan S., et al.: Change in exercise tolerance, activity and sleep patterns and quality of life in patients with cancer participating in a structured exercise program. *Oncol Nurs Forum*. 2003 May–Jun; 30(3): 441–54.
29. Cho O.H., et al.: Efficacy of comprehensive group rehabilitation for women with early breast cancer in South Korea. *Nurs Health Sci*. 2006 Sep; 8(3): 140–6.
30. Midtgaard J., et al.: The impact of supervised exercise intervention on short-term postprogram leisure time physical activity level in cancer patients undergoing chemotherapy: 1- and 3-month follow-up on the body & cancer project. *Palliat Support Care*. 2006; 4(1): 25–35.
31. Rentsch H.P.: Das Shared-Care-Modell am Beispiel der Neurorehabilitation Luzern, *Managed Care*, 6, 2003, 34–36.