

A3 Rehabilitation und sozialmedizinische Aspekte

Onkologische Rehabilitationsmaßnahmen sind ein gesetzlicher Anspruch. Ihre Aufgaben sind es, die sich durch die Erkrankung oder stattgehabte Therapie ergebenden Folgestörungen (Symptome, Befunde, Strukturdefekte, Funktionsstörungen und Behinderungen der Teilhabe – „Partizipationsstörungen in Bezug auf Kontextfaktoren“) mittels ambulant oder stationär durchgeführter Rehabilitationsleistungen zu bessern. Diese werden durch speziell geschulte Berufsgruppen durchgeführt, zu denen Ärzte, physikalische Therapeuten, Logopäden, Ernährungstherapeuten, Psychologen, Ergotherapeuten, Krankenpflegekräfte, Sozialarbeiter etc. gehören. Stationäre Leistungen dauern im Anschlussrehabilitationsverfahren durchschnittlich 21 Tage und werden in Spezialkliniken durchgeführt, die sich auf bestimmte Aufgabenstellungen spezialisiert haben.

Spezialkliniken führen z. B. die „Stimmenbahnung“ nach Laryngektomie durch, während andere Schulungen anbieten, um Patienten mit Anus praeter die Irrigationstechnik zu lehren oder, bei Patienten nach Prostataentfernung, Kontinenztraining durchzuführen. Die häufigste Inanspruchnahme von stationären Rehabilitationsmaßnahmen betrifft Brustkrebspatientinnen, die insbesondere einer psychoonkologischen Unterstützung hinsichtlich der Krankheitsverarbeitung, Selbstwertfindung, Akzeptanz des Körperbildes etc. bedürfen. Wiederum andere Rehabilitationskliniken haben sich auf Hochdosis-chemotherapierte jüngere Patienten ausgerichtet, bei denen eine Stammzelltransplantation durchgeführt worden ist; in wiederum anderen Häusern werden spezielle neurologische Rehabilitationsprogramme, z. B. für Patienten bei Z. n. Gehirn-

operationen oder -bestrahlungen, durchgeführt.

Durch Profilbildung von Schwerpunktkliniken gelingt es seitens der Rentenversicherungsträger, den unterschiedlichen Bedürfnissen der Patienten durch gezielte Zuweisung in entsprechend profilierte Kliniken in kurzer Zeit gerecht zu werden. Das multiprofessionelle Team kann zeitnah und zeitgleich unterschiedliche Aspekte der körperlichen und seelischen, aber auch der geistigen Leistungsfähigkeit behandeln.

Sowohl die stationären als auch die ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen (letztere insbesondere im wohnortnahen Umfeld) werden nach einem Therapiezielkatalog der Rentenversicherungsträger durchgeführt, welcher die somatischen, funktionellen, psychosozialen und edukativen Zielsetzungen und Aufgabenstellungen gleichermaßen berücksichtigt (Tabelle 1). Das sich anschließende Therapiekonzept orientiert sich an der „Klassifikation therapeutischer Leistungen“ der Rentenversicherungsträger, einem Katalog mit definierten Standards hinsichtlich der beruflichen Qualifikation der Therapeuten, der Indikation, der Anwendungen und Durchführung rehabilitativer Leistungen.

Onkologische Rehabilitationskliniken haben sich in den letzten Jahren zu Spezialkliniken ausdifferenziert und sollten über die Klinikärzte, respektive Hausärzte, dann verordnet werden, wenn die Wiederherstellung der Leistung für das Erwerbsleben baldmöglichst anzustreben (Reha vor Rente) oder eine teil- oder vollstationäre Pflege (Reha vor Rente) vermieden werden soll.

Spezielle Aspekte der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben umfassen sozialmedizinisch

relevante Fragestellungen, denen ebenfalls im Aufgabenbereich der onkologischen Rehabilitation nachgekommen werden muss. So werden hier Begutachtungen für die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit abgegeben, Aspekte der Behinderung (GdB) berücksichtigt und an das Versorgungsamt weitergeleitet, aber auch die Vorbereitung und Sicherung der häuslichen Weiterversorgung konkret als Aufgabe ver-

standen. Die Effektivität onkologisch rehabilitativer Maßnahmen ist unter wissenschaftlichen Aspekten, aber auch unter monetären Gesichtspunkten wiederholt dargestellt worden. Bestimmte Indikationen bedingen eher häufigere Leistungen und werden eher in Anspruch genommen (Brustkrebs, Kopf-Hals-Tumoren), als andere (Bronchialkarzinome).

Tabelle 1. Häufige Indikationsstellungen.

Indikation	Eingriff	Krankheit/Krankheitsgruppe
Luftnot	Pneumonektomie	Bronchialkarzinom , andere thoraxchirurgische Erkrankungen
Sprechunfähigkeit	Laryngektomie	Larynxkarzinom
Probleme der Krankheitsbewältigung	Ablatio mammae	Mammarkarzinom
Störung des Körperbildes	Chemotherapie	Anderer Malignome
Inkontinenz	Prostatektomie	Prostatakarzinom (Urothelkarzinom)
Dysphagie	Radio(chemo)therapie nach neck dissection	Hypopharynxkarzinom
Dumping-Syndrom	Gastrektomie	Magenkarzinom
Umgang mit Anus praeter	Kolektomie	Kolorektales Karzinom
Fatigue-Syndrom	Hochdosis-Chemotherapie	Leukämie/Lymphom
Gehstörungen, neurologische Ausfälle	Tumorexstirpation	Glioblastom

Verfahren der Konsensbildung

Im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft erstellt durch die ARNS.

Autor und Leitlinienkoordinator: Andreas S. Lübbe, Bad Lippspringe

Eine Abstimmung der Leitlinie mit anderen Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften der DKG fand nicht statt.