

Die stationäre onkologische Rehabilitation

Krebs ist anders

Josef Perseus

Die onkologische Rehabilitation ist ein vielfältiges und spannendes Arbeitsgebiet, das Betroffenen helfen soll, während oder nach Akuttherapien wieder Kraft, Lebensqualität und Perspektiven für das Weiterleben mit der Tumordiagnose zu finden.

Eine Krebsdiagnose stellt für die Betroffenen und deren Angehörigen einen fundamentalen Einschnitt in das Leben dar, gepaart mit Ängsten, Leiden, Hoffen und Bangen und einer oft gänzlich veränderten Lebensplanung. In kaum einem Fachgebiet werden derzeit aber so markante Fortschritte erreicht wie in der Onkologie. Von 38 000 Menschen, die in der Schweiz jährlich neu an Krebs erkranken, können zwei Drittel mit einer Heilung oder höheren Lebenserwartung rechnen. Die Zahl der Menschen, die ihre Krebsdiagnose «überlebt» haben, hat sich von 140 000 im Jahr 1990 auf fast 300 000 im Jahr 2010 mehr als verdoppelt. Dies hat markante Auswirkungen auf den Bedarf an onkologischen Rehabilitationsleistungen. Man rechnet in der Spitalplanung des Kantons Zürich mit einer Zunahme des Bedarfs an stationärer onkologischer Rehabilitation von ca. 20 % bis zum Jahr 2020. Aus unserer Erfahrung sehen wir stationär vor allem multimorbide Patienten nach Akutbehandlungen wie grossen abdominalen – oder thorakalen Eingriffen bzw. belastenden Chemo- und Strahlentherapien, die noch intensiv betreuungsbedürftig und somit «spitalpflichtig» sind. Weniger oft finden Patienten mit hämato-onkologischen Erkrankungen oder nach Stammzelltransplantation Zugang zur stationären Rehabilitationsprogrammen, bei denen nicht komplexe Wund-, Stoma-, Atem- oder Schluckprobleme eine solche notwendig machen, sondern anhaltende Erschöpfung bzw. Fatigue, Probleme der Krankheitsverarbeitung oder eine noch nicht mögliche berufliche Reintegration.

Fallvignette 1

Bei der 44-jährigen Patientin wurde im April 2015 ein Morbus Hodgkin im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert. Sie berichtete, dass sie durch die aus «heiterem Him-

mel» gekommene Diagnose psychisch stark belastet ist. Subjektiv hatte sie einzig geringe Atemnot beim Velofahren bergauf bemerkt. Beruflich hatte sie kurz vorher eine neue Stelle als Account Managerin angetreten, eine Tatsache, die sie mit dem Gefühl belastete, doch Leistung für den neuen Arbeitgeber abliefern zu müssen. In der Folge wurde sie mit sechs Zyklen einer Polychemotherapie behandelt, die von Erschöpfung, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, neuropathischen Schmerzen, Mundschleimhautentzündungen, Nachtschweiss und Haarausfall begleitet waren. Laborchemisch persistierte eine verunsichernde Leuko- und Thrombozytopenie. Vier Wochen nach dem letzten Zyklus trat sie zur Rehabilitation ein. Der Fatiguescore wie auch der Angstwert, waren stark erhöht. Subjektiv beklagte sie Leistungsintoleranz, Erschöpfung und generalisierte Arthralgien und Myalgien. Als Rehabilitationsziel formulierte die Patientin den Wunsch nach Wiedererlangung der körperlichen Leistungsfähigkeit, nach Verbesserung der Erschöpfung und Reduktion der Schmerzen. Schliesslich wollte sie nach der Rehabilitation endlich auch ihre Stelle antreten.



Abbildung 1: Aussicht vom Zürcher RehaZentrum Davos

Fallvignette 2

Der 71-jährige Patient wurde uns nach neunwöchiger Akuthospitalisation zur stationären Rehabilitation zu-



Abbildung 2: Zürcher RehaZentrum Davos

gewiesen. Bei ihm war ein Adenokarzinom des Ösophagus mittels zweizeitiger Ösophagektomie und Magenhochzug behandelt und intraoperativ eine Jejunalsonde zur Ernährung eingelegt worden. Im Rahmen des Kostaufbaus kam es zu Erbrechen mit Aspiration, Rückverlegung auf die Intensivstation, wo er auf Grund respiratorischer Erschöpfung intubiert werden musste. Eine thorakale Flüssigkeitskolektion als Folge einer Anastomosenfistelung und ein Pleuraerguss wurden drainiert. Bei Eintritt in die Rehabilitation war der Patient noch so geschwächt, dass er am Rollator maximal 50 m weit gehen konnte und anhaltend sauerstoffpflichtig war. Seine individuellen Ziele waren das Schlucktraining mit Fortsetzung des Kostaufbaus sowie die Steigerung der Mobilität und Ausdauer. Eine psychologische Betreuung wünschte er trotz belastendem Verlauf nicht. Er wurde engmaschig durch die Ernährungsberatung betreut und erhielt facio-orale Trakttherapie zum Schlucktraining. Die Pflege übernahm das ATL-Training und die Instruktion für das Handling der auch nach Austritt noch notwendigen ergänzenden Sondenkost. Allerdings stagnierte der Aufbau erneut bei der Konsistenz von breiig-flüssiger Kost. Der Patient klagte wieder über Dysphagie, Globusgefühl und Regurgitation von Speisen. Erneut fieberte er auf und musste bei Aspira-

tionspneumonie wiederum intravenös antibiotisch behandelt werden. Auf Grund der bekannten Stenose erfolgte noch während der Rehabilitation eine ambulante Ösophagokopie mit erster Bougierung der Stenose von 8 auf 10 mm. Der Kostaufbau war dann im bisherigen Rahmen möglich. Bei der Entlassung war er gut indoor mobil. Eine engmaschige ambulante Betreuung durch den Hausarzt, die Spitex, die Physiotherapie und das Schlucktraining wurden organisiert, weitere Bougierungen aufgegleist.

Fallvignette 3

Bei dem zum Zeitpunkt der Diagnosestellung 64-jährigen, kurz vor der Pensionierung stehenden, sehr sportlichen Patienten, wurde ein Harnblasenkarzinom mittels Zystoprostatovesikulektomie und Anlage einer ilealen Ersatzblase versorgt mit dem Ziel, eine kontinente Ableitung über die Harnröhre zu erreichen. Der postoperative Verlauf war kompliziert durch rezidivierende Urosepsis. Der immer schlanke Patient hatte perioperativ massiv Gewicht verloren. Obschon er sich subjektiv schwach fühlte, war sein Fatiguescore nur leicht erhöht. Hinweise auf Angst oder Depression lieferte die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) nicht. Sein Ziel war die körperliche Rekonditionierung und vor allem die Minderung der psychisch

Behandlungsschwerpunkte	spezifische Behandlungsziele
Somatische Ziele	<ul style="list-style-type: none"> > Verbesserte Leistungsfähigkeit > Reduktion von Erschöpfung und Fatigue > Behandlung von Lymphödemen > Symptommanagement > Ernährungsaufbau > Selbstständiges Stoma-management
Funktions- / Aktivitätsbezogene Ziele	<ul style="list-style-type: none"> > Autonomie in den ADL > Verbesserung der Mobilität > Anregung zu sportlicher Aktivitäten > Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit
Ziele im psychischen Bereich	<ul style="list-style-type: none"> > psychische Stabilisierung > Abbau von Ängsten > Unterstützung der Krankheitsverarbeitung > Zeit zur Neuorientierung > Verminderung von Schlafstörungen > Bearbeitung familiärer/partnerschaftlicher Probleme > Aufbau von Sinn- und Zielperspektiven
Ziele im sozialen Bereich	<ul style="list-style-type: none"> > Unterstützung der Familie > Informationen im sozialrechtlichen Bereich > Soziale und berufliche Reintegration
Ziele in der Wissensvermittlung	<ul style="list-style-type: none"> > Kenntnisse der Krankheit und Therapie > Korrekte Medikamenteneinnahme > Strategien zur Stressbewältigung > Umgang mit Angst und Depression > Kenntnisse zur gesunden Ernährung > Entspannungstechniken > Aktivität als Therapiepeiler

Tabelle 1: Beispiele von Behandlungsschwerpunkten und Zielen (in Anlehnung an Heim et al., 2008)

belastenden Urininkontinenz. Der Patient setzte sein zwei- bis dreistündliches Miktionstraining bei Tag und Nacht um. Er konnte seine Leistungsfähigkeit gut steigern und entlassen werden. Jedoch hatte der Patient immer wieder belastende Inkontinenzserlebnisse. Die Miktionsfunktion und Kontinenz blieben im Weiteren unbefriedigend. Auf Grund eines Harnstaus kam es zu wiederholten Hospitalisationen. Wegen Urosepsis wurde eine Ableitung über einen Pouchkatheter und eine perkutane Nephrostomie zur Entlastung der gestauten linken Niere notwendig. Die Neoblase musste letztlich wegen ureteroilealer Stenose nach einem Jahr entfernt und durch ein Ileumkonduit mit perkutanem Urostoma ersetzt werden, eine Situation, die der Patient unbedingt vermeiden wollte. Entsprechend war seine psychische Belastung und physische Erschöpfung bei seinem erneuten Eintritt hoch, was sich auch in dem gegenüber vor einem Jahr nun stark erhöhten Fatiguescore widerspiegelt. Neben der körperlichen Rekonditionierung lagen die Schwerpunkte der Rehabilitation nun also in der psychoonkologischen Betreuung, der Instruktion des Stoma-handlings, der Unterstützung zur Erreichung einer Stomaakzeptanz und der Perspektivenerarbeitung für ein Leben mit dem Urostoma.

Handlungsfelder und Ziele

Wie aus den drei Beispielen erkennbar ist, stellen Patienten in stationären onkologischen Rehabilitationseinrichtungen ganz unterschiedliche Anforderungen an die Teams. Die individuellen Behandlungsschwerpunkte und Ziele unterscheiden sich markant (Tabelle 1).

Fazit

So vielfältig die Turmordiagnosen, so vielfältig sind die somatischen, psychologischen und sozialen Probleme. Der therapeutische Handlungsbedarf ist auf Grund der ICD-10-basierten Diagnoseliste kaum prognostizierbar und zudem höchst individuell. Gemeinsam ist allen Patienten mit einer Krebserkrankung, dass sie mit einer angstbelastenden Diagnose konfrontiert, aus dem Leben gerissen sind, harte Therapieentscheidungen fällen müssen und belastende Therapien durchlaufen bei oft unsicherer Prognose und anhaltenden Einschränkungen. Es bedarf eines strukturierten interdisziplinären Assessments, das alle Aspekte erfasst, um mit den Betroffenen das individuell passende Programm zu finden und letztlich erfolgreich auf seinem



Abbildung 3: Walking-Gruppe

Weg zu begleiten. Die Anforderungen an die Rehabilitationsteams, komplexe Probleme und zunehmend auch akute Situationen im Rahmen der stationären onkologischen Rehabilitation zu lösen, sind in den letzten Jahren gewachsen. Die stationäre onkologische Rehabilitation übernimmt eine wichtige Funktion im Betreuungskontinuum von Krebspatienten. Die Kliniken müssen in der Lage sein, entsprechend spezialisiertes Know-how in ausreichendem Mass anzubieten, um dem Rehabilitationsauftrag gerecht zu werden. Im Wissen, damit eine wirksame und für die Patienten wertvolle Therapie anbieten zu können, liegt aber auch ein hohes Mass an Befriedigung.

> Josef Perseus
Dr. med. Stv. Chefarzt
Programmleiter Onkologische Rehabilitation
Zürcher RehaZentrum Davos
Klinikstrasse 6, 7272 Davos Clavadel
josef.perseus@zhreha.ch

> Literatur: www.onkologiepflege.ch

KEYNOTES

Réadaptation hospitalière

Sujet L'article illustre de manière exemplaire comment, en raison de la diversité des limitations fonctionnelles et de participation résultant des différents cancers, des exigences élevées sont posées aux équipes interdisciplinaires, qui y répondent avec un savoir-faire spécialisé en conséquence.

Apport de connaissances Le nombre de patients chez qui une réhabilitation est nécessaire va continuer à augmenter dans les années à venir. Cette tâche importante incombe à la réadaptation oncologique avec sa compréhension de la réadaptation bio-psycho-sociale.

Dans la pratique Comme partie spécialisée du continuum des soins aux patients oncologiques, la réadaptation a pour mission de favoriser l'amélioration de la qualité de vie et de la vie sociale et, si possible, la réinsertion professionnelle.

Riabilitazione in regime di ricovero

Argomento L'articolo rappresenta un esempio di come le limitazioni della funzione e partecipazione risultanti dalla molteplicità di tipi di tumori, rappresentino delle sfide notevoli per i team interdisciplinari. A tale situazione si deve far fronte con un relativo know-how specialistico.

Acquisire conoscenze Il numero di pazienti che necessitano di una riabilitazione continuerà ad aumentare nei prossimi anni. La riabilitazione oncologica, con le sue conoscenze sulla riabilitazione dal punto di vista biologico, psicologico e sociale avrà il compito importante di far fronte a tale situazione.

Contesto nella pratica clinica Come parte integrante specializzata della continuità di cura ai pazienti oncologici, la riabilitazione ha il compito di migliorare la qualità di vita dei pazienti e di promuovere, se possibile, la reintegrazione sociale e professionale.