



# Onkologische Rehabilitation

Immer mehr Menschen überleben eine Krebserkrankung. Doch die Krankheit und ihre Behandlung führen häufig zu körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen. Onkologische Rehabilitationsprogramme verbessern die Lebensqualität von Krebsbetroffenen und erleichtern ihre Wiedereingliederung in den Alltag und ins Berufsleben.

## 1. Einleitung

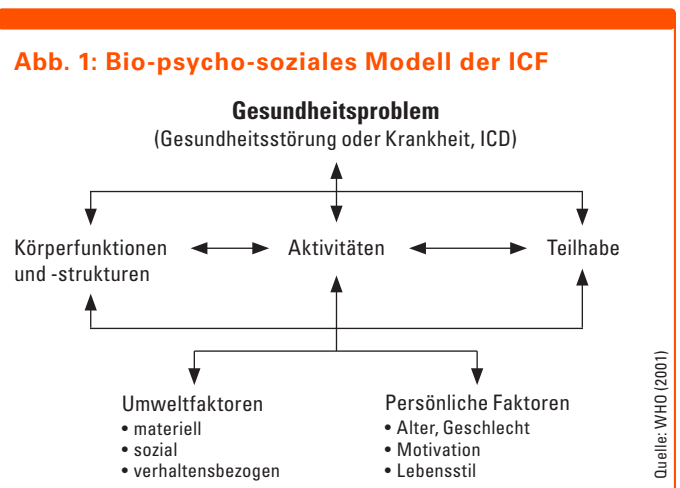
Jedes Jahr erkranken in der Schweiz rund 39 500 Personen neu an Krebs (NICER, 2016); die Tendenz ist steigend. Dank der grossen Fortschritte in der Früherkennung und in der medizinischen Therapie gibt es dabei eine zunehmende Anzahl von Langzeitüberlebenden. Diese erfreuliche Entwicklung stellt gleichzeitig neue Herausforderungen an die Nachsorge und die Rehabilitation der Betroffenen. So tritt vor allem die Erhaltung und Wiedergewinnung der körperlichen und psychischen Gesundheit und Lebensqualität, die Adaptation an mögliche bleibende Einschränkungen sowie die Verarbeitung der gemachten Erfahrungen in den Vordergrund. Körperliche und psychische Beeinträchtigungen (wie Schmerzen, Funktionseinschränkungen, chronische Müdigkeit, Ängste usw.), die als Folge des Krebsleidens bzw. dessen Therapien auftreten können, sollen durch geeignete Rehabilitationsmassnahmen reduziert und die Krankheitsverarbeitung günstig beeinflusst werden. Ziel dieser Massnahmen ist es im Besonderen, die Teilhabe (Partizipation) von Krebsbetroffenen am beruflichen und gesellschaftlichen Leben zu erhalten oder wieder zu erlangen.

## 2. Verständnis der Onkologischen Rehabilitation

Unter onkologischer Rehabilitation wird ein gesundheits- und autonomieorientierter Prozess verstanden, welcher «alle koordinierten Massnahmen medizinischer, pädagogischer, sozialer und spiritueller Art umfasst, die es dem Krebskranken ermöglichen, krankheitsbedingte oder durch die Therapie bedingte Behinderungen oder Einschränkungen zu überwinden und wieder eine physische, psychische und soziale Funktionalität zu erlangen, in der Art, dass er sein Leben aus eigener Kraft in grösstmöglicher Autonomie gestalten und seinen Platz in der Gesellschaft wieder einnehmen kann» (Eberhard, 2015).

Die Rehabilitation orientiert sich am Bio-psycho-sozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, Abb. 1). Dabei handelt es sich um ein System von zusammenhängenden Komponenten. Wenn sich eine Komponente ändert, so beeinflusst sie theoretisch den Zustand aller anderen Komponenten.

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit als einen «Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen



Wohlergehens» (WHO, New York, 22.07.1946). Besteht ein gesundheitliches Problem, kann dieses in Zusammenhang mit körperlichen und/oder psychischen Einschränkungen auch die Möglichkeiten zur aktiven Teilhabe am Leben beeinträchtigen. Ob und in welchem Umfang eine funktionale Beeinträchtigung ein selbstbestimmtes und im Sinne der Definition der WHO «gesundes» Leben erschwert, wird auch von Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und persönliche Faktoren) beeinflusst.

Erkrankungen werden nach dem bio-psycho-sozialen Modell als Störungen der Körper-Seele-Einheit verstanden, welche Auswirkungen auf den ganzen Lebenskontext eines betroffenen Menschen haben. Neben der physischen (biologischen) Dimension werden auch die psychische (inkl. geistige/spirituelle) Dimension sowie das Zusammenleben und Arbeiten (soziale Dimension) miteingeschlossen.

## 3. Ziele

Das Ziel der Rehabilitation ist der Erhalt oder das Wiedererlangen der grösstmöglichen Autonomie (gesellschaftliche Teilhabe). Um den Platz in der Gesellschaft wieder einnehmen zu können, benötigen die Betroffenen ein bestimmtes Mass an Funktionalität und Aktivität.

Heim (2008) und Bartsch (2009) nennen folgende Ziele der onkologischen Rehabilitation und gruppieren diese in fünf zentrale Bereiche:

#### **Somatische Ziele**

- Reduktion von Ermüdung/Erschöpfung
- Verbesserung der Leistungsfähigkeit
- Aufbau und Kräftigung der Skelettmuskulatur
- Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit
- Verminderung von Schmerzen
- Optimierung der prothetischen Versorgung
- Verminderung eines Lymphödems
- Verbesserung der Mundtrockenheit
- Verminderung der Inkontinenz
- Verbesserung der intestinalen Funktion
- Verbesserung der Schluckstörungen
- Verbesserung der Sprachstörungen

#### **Ziele im psychischen Bereich**

- Abbau von Ängsten
- Verminderung depressiver Zustände
- Verbesserung der Akzeptanz körperlicher Veränderungen
- Bearbeitung familiärer und partnerschaftlicher Probleme
- Verminderung von Schlafstörungen

#### **Ziele im sozialen Bereich**

- Verbesserung der sozialen Integration
- Berufliche Wiedereingliederung
- Teilhaben am geselligen/kulturellen Leben
- Informationen im sozialrechtlichen Bereich
- Kommunikation in Partnerschaft/Sexualität

#### **Funktionsbezogene Ziele**

- Behandlung einer Funktionseinschränkung
- Förderung der Aktivität des täglichen Lebens
- Verlängerung der Gehstrecke
- Verbesserung sportlicher Aktivitäten
- Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit
- Verbesserung Kontinenz und Sexualfunktion

#### **Ziele in der Wissensvermittlung (edukative Ziele)**

- Kenntnisse über Krankheit und Therapien
- Strategien zur Stressbewältigung
- Strategien zur Bewältigung von Angst und depressiven Symptomen
- Kenntnisse zu gesunder Ernährung
- Entspannungstechniken

Dietz (1974) gruppiert die Rehabilitationsziele des Weiteren in vier Phasen des Erkrankungsverlaufs:

#### **Präventiv ...**

zur Vorbeugung von Funktionseinschränkungen. Beginnt früh nach Diagnosestellung, das heisst vor, während oder unmittelbar nach der Tumortherapie.

#### **Restorativ ...**

zur Wiedererlangung des Ausgangszustandes. Betrifft Krebsbetroffene mit nur wenig oder keiner Langzeit-Beeinträchtigung der Körperfunktionen. Eine vollumfängliche Aufnahme des sozialen und beruflichen Lebens ist realistisch und wird angestrebt.

#### **Supportiv ...**

zur Kompensation von Funktionseinbussen. Betrifft Betroffene mit fortschreitendem Tumorleiden und zunehmender Beeinträchtigung. Ziel ist die Erhöhung der Selbsthilfe-Fähigkeiten und Mobilität durch kompensatorische und adaptive Massnahmen.

#### **Palliativ**

Betrifft Betroffene mit terminaler Tumorerkrankung. Ziel ist die Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität durch Symptomkontrolle und Symptombehebung sowie die Befähigung zu zumindest partieller Selbständigkeit.

## **4. Zeitpunkt und Dauer der onkologischen Rehabilitation**

Die WHO betrachtet die Rehabilitation als Prozess, der mit der Diagnose beginnt und idealerweise mit der Wiederherstellung sowie dem Erhalt der Partizipationsfähigkeit der Betroffenen endet. Um diese Ziele zu erreichen, müssen rehabilitative Überlegungen von Anfang an in den Behandlungsprozess einfließen. Nur so können eine reibungslose Behandlungskette garantiert, Spitalaufenthalte verkürzt und eine möglichst rasche Eingliederung in den Alltag ermöglicht werden (Eberhard, 2011).

Der National Health Service in England schlägt vor, dass der Rehabilitationsbedarf für alle onkologischen Patientinnen und Patienten während verschiedenen Phasen im Patientenpfad überprüft wird: zum Zeitpunkt der Diagnose, zu Beginn und am Ende der medizinischen Behandlung, bei einer wiederkehrenden Erkrankung und in der palliativen Situation (NHS, 2009).

Gestützt auf Cheville (2005) kann eine onkologische Rehabilitation in verschiedenen Stadien der Krebserkrankung möglich und sinnvoll sein:

- Stadium 1: Rehabilitation nach abgeschlossener Initialtherapie
- Stadium 2: Rehabilitation nach abgeschlossener onkologischer Behandlung
- Stadium 3: Rehabilitation als Vorbereitung für eine belastende onkologische Therapie oder bei wiederkehrenden Erkrankungen.
- Stadium 4: Rehabilitation bei Komplikationen erfolgend aus der Krebserkrankung oder der Krebsbehandlung

Die in den Niederlanden erfolgreich untersuchten ambulanten onkologischen Rehabilitationsprogramme dauern 12 bis 16 Wochen und enthalten strukturiert Sport- und Bewegungstherapie, Gesundheitsberatung, psychoonkologische Betreuung und Ernährungstherapie. Ambulante Programme verfehlen das rehabilitative Ziel, wenn sie kürzer als acht Wochen sind (Eberhard, 2011).

Stationäre Programme dauern erfahrungsgemäss drei bis vier Wochen. Je nach Art und Ausprägung der Einschränkungen der Betroffenen kann aber auch eine länger dauernde Rehabilitation sinnvoll und notwendig sein.

## 5. Zielgruppe

Grundsätzlich sind Betroffene rehabilitationsbedürftig, wenn sie in der Aktivität und/oder Partizipation (Teilhabe) durch eine Krankheit eingeschränkt sind. Die Einschränkungen können sich im Alltag (Wohnsituation, Haushalt, Kinderbetreuung u. a.), im sozialen, gesellschaftlichen und beruflichen Leben bemerkbar machen, Zu Beginn der onkologischen Rehabilitation werden anhand einer Anamnese und eines Screenings oder Assessments immer die individuellen Einschränkungen der Betroffenen erhoben und darauf aufbauend die Rehabilitationsziele bestimmt (Eberhard, 2009).

Mögliche Indikationen und Fragestellungen für die Teilnahme an einer onkologischen Rehabilitation sind (Abb. 2):

- Autonomie im Alltag (Wohnen, Finanzen, Sozialsituation) eingeschränkt?
- Funktionalität/Mobilität im täglichen Leben eingeschränkt?
- Körperliche Leistungsfähigkeit/Belastbarkeit/Aktivität eingeschränkt?
- Ernährungsprobleme vorhanden?
- Emotionale/psychische Probleme (Selbstbild/Beziehungsebene) vorhanden?
- Erschwerter Umgang mit Krankheits- oder Therapieschäden?
- Allgemeine Probleme (Schmerzen/chronische Müdigkeit etc.) vorhanden?
- Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?

Je nach vorhandener Situation (zum Beispiel ambulantes Therapieangebot adäquat vorhanden) und den eigenen Ressourcen (zum Beispiel Transport zu den ambulanten Rehabilitationsprogrammen gegeben) wird zwischen einem ambulanten oder einem stationären onkologischen Rehabilitationsprogramm entschieden. Wesentlich für die Entscheidung ist, dass die Betroffenen auch tatsächlich motiviert sind, aktiv an einer Rehabilitation teilzunehmen. Nur so können zuvor formulierte Zielsetzungen auch erreicht werden.

Faktoren, die für eine ambulante onkologische Rehabilitation sprechen, sind:

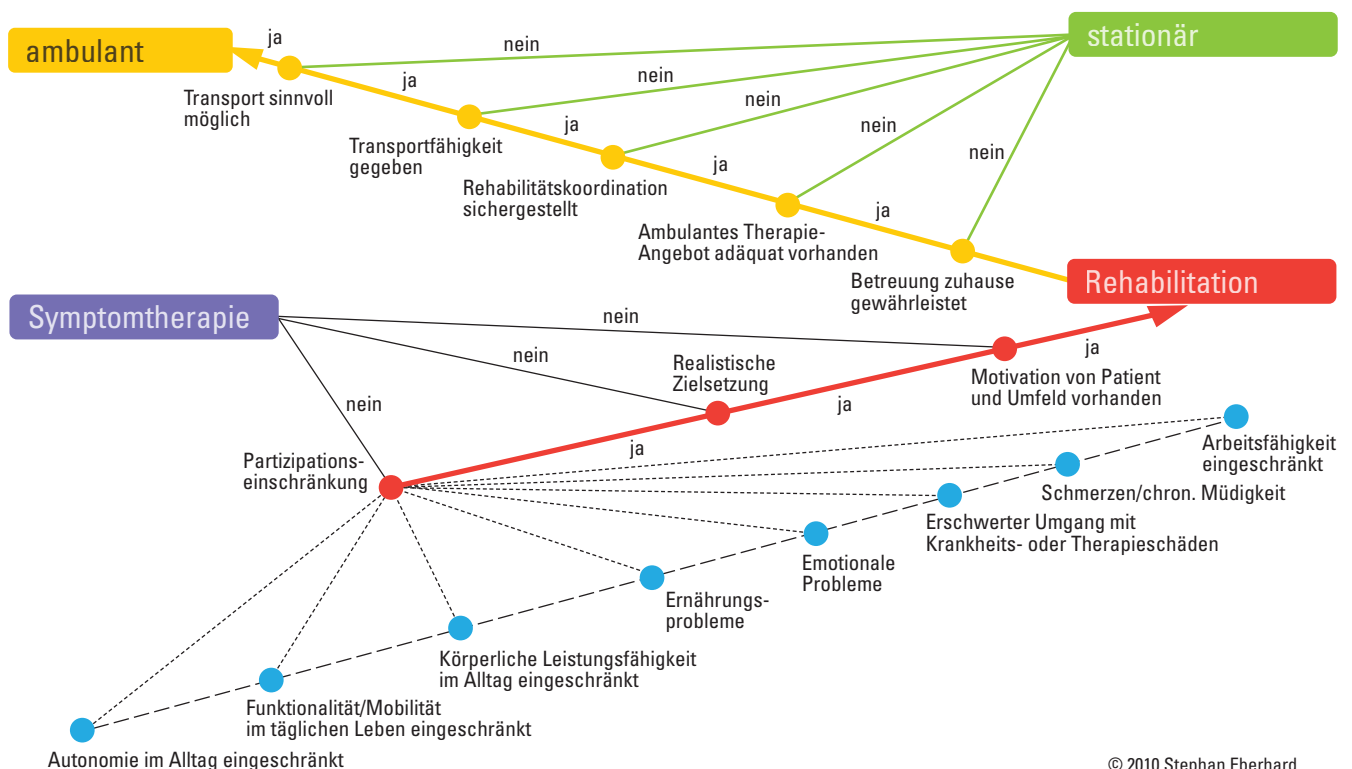
- Die Betreuung zuhause ist gewährleistet.
- Ein ambulantes Therapieangebot ist vorhanden.
- Die Rehabilitationskoordination ist sichergestellt.
- Die Transportfähigkeit/Mobilität ist gegeben.

Sind diese Anforderungen nicht gegeben, so ist eine stationäre onkologische Rehabilitation zu prüfen.

Faktoren, welche für eine stationäre Rehabilitation sprechen sind zum Beispiel eine starke Einschränkung der Selbstständigkeit als Folge der Akutbehandlungen, die Konfrontation mit neuen und schwierigen Situationen (zum Beispiel aufgrund körperlicher Probleme mit Stomata, Amputationen, Atemproblemen) oder eine hohe psychische Belastung.

Auch Patienten, die unter ausgeprägten Schmerz- oder Fatigue-Problemen leiden, können häufig von einem stationären Programm profitieren – insbesondere dann, wenn bereits alle ambulanten Massnahmen ausgeschöpft worden sind.

Abb. 2: Indikationen

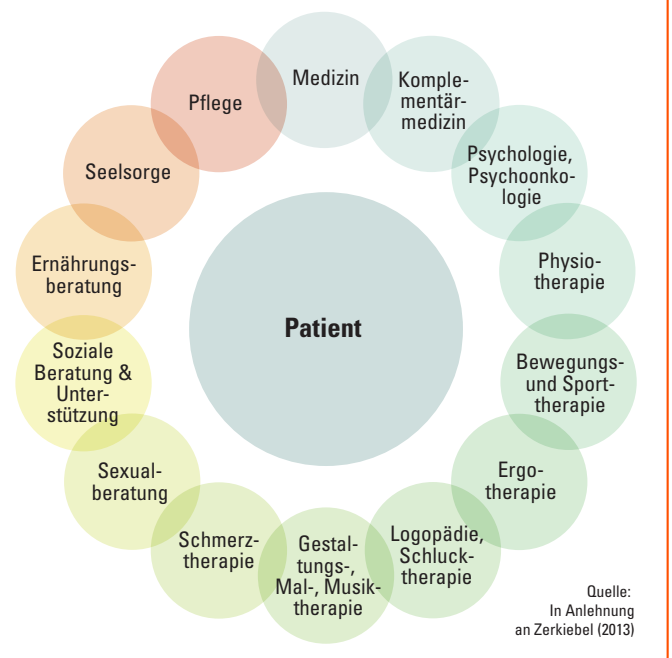


## 6. Rehabilitationsmassnahmen

Die Massnahmen in der onkologischen Rehabilitation setzen sich zusammen aus den Modulen Medizin, Komplementärmedizin, Psychologie/Psychoonkologie, Physiotherapie, Bewegungs- und Sporttherapie, Ergotherapie, Logopädie, Schlucktherapie, Gestaltungs-, Mal-, Musiktherapie, Schmerztherapie, Sexualberatung, Soziale Beratung & Unterstützung, Ernährungsberatung, Seelsorge und Pflege (Abb. 3). Die Module werden als Einzeltherapien und Gruppenangebote (zum Beispiel Bewegungstherapie) angeboten. Teilweise finden auch Vortragsreihen oder Schulungsprogramme (Eduktion) statt. Die individuellen Probleme der Betroffenen stehen bei der Planung immer im Vordergrund.

Gemäss SWISS REHA Kriterien (2016) müssen mindestens vier Fachmodule im Rahmen der ambulanten onkologischen Rehabilitation angeboten werden. Physiotherapie und/oder Ergotherapie sind obligatorisch.

Abb. 3: Rehabilitationsmassnahmen

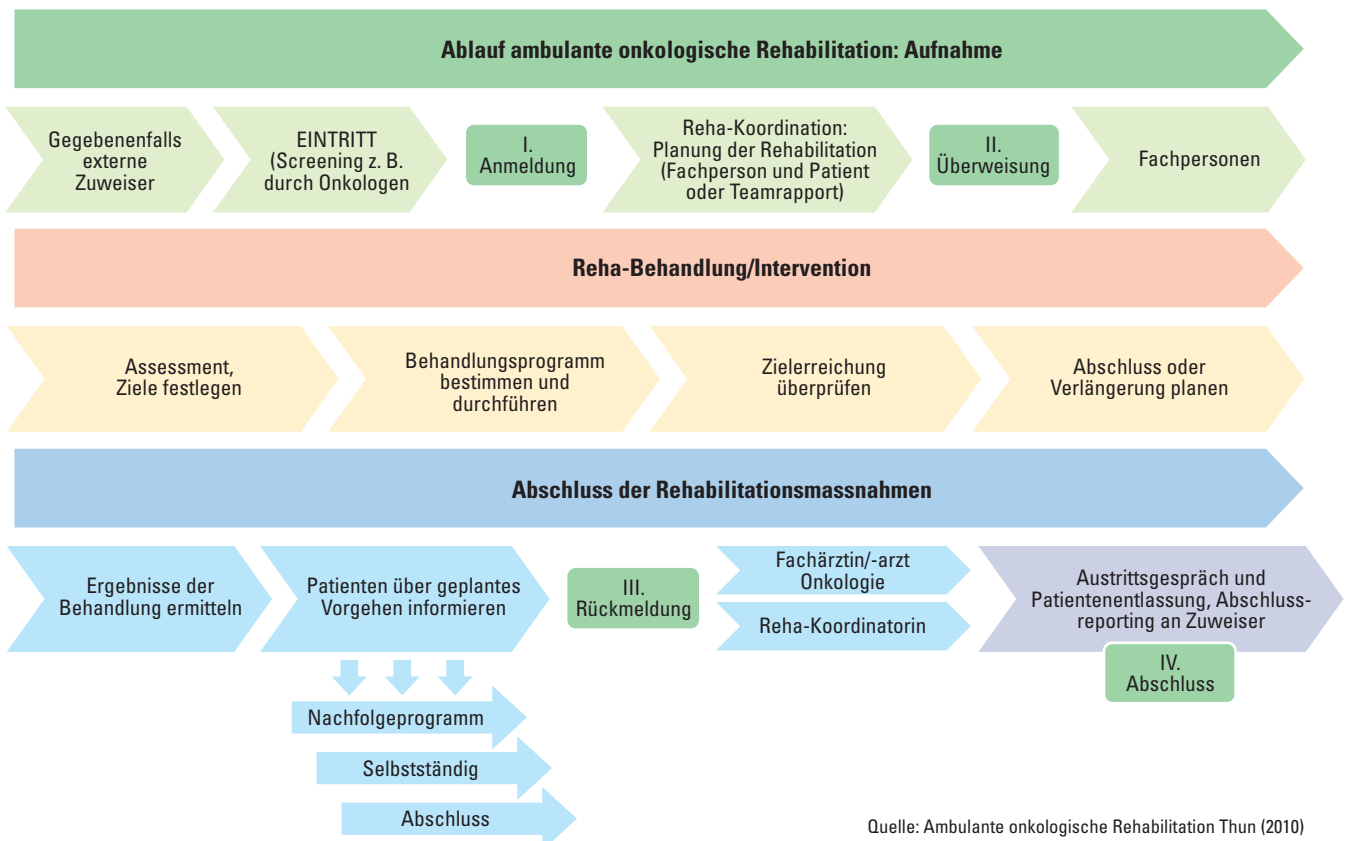


## 7. Rehabilitationsprozesse

Die onkologische Rehabilitation wird in folgende Prozessabschnitte eingeteilt (Abb. 4):

- Aufnahme in das Rehabilitationsprogramm durch die medizinische Leitung und Planung des Programms gemeinsam mit den Betroffenen
- Rehabilitations-Behandlung
- Abschluss der Rehabilitationsmassnahmen

Abb. 4: Beispiel eines Prozesses der ambulanten onkologischen Rehabilitation



## 8. Arbeitsinstrumente

Die Rehabilitationsprozesse sollen möglichst klar und einfach strukturiert sein.

Die Arbeitsinstrumente dienen der Sicherstellung der Abläufe und der Information aller Mitarbeitenden innerhalb des Rehabilitationsteams über den Verlauf der Patienten im OnkoReha-Programm.

Die Krebsliga Schweiz stellt in ihrem Handbuch zum Aufbau ambulanter onkologischer Rehabilitation verschiedene Arbeitsinstrumente (z. B. Reha-Logbuch) vor.

## 9. Finanzierung

Ambulante onkologische Rehabilitationsmassnahmen können mit einer ärztlichen Verordnung über die Grund- oder die Zusatzversicherung der Krankenkassen mit dem üblichen Selbstbehalt bei ambulanten Leistungen abgerechnet werden. Zusätzlich fliessen in einigen Rehabilitationsprogrammen Beiträge sozialer und kirchlicher Institutionen in das Beratungsangebot ein.

Stationäre Rehabilitationsprogramme müssen von einer Ärztin oder einem Arzt (etwa Spitalärzte, Onkologen, Hausärzte) beantragt und von einer Vertrauensärztin oder einem Vertrauensarzt der Krankenkasse genehmigt werden.

## 10. Promotion

Mittels Flyer, Informationen auf der Website der Anbieter sowie gezielter Informationsanlässe kann auf die bestehenden Rehabilitationsprogramme aufmerksam gemacht werden.

Die Krebsliga Schweiz hat auf ihrer Website alle ambulanten und stationären onkologischen Rehabilitationsprogramme der Schweiz aufgeschaltet und auf einer Landkarte (mit Zusatzinformationen) abgebildet (Link: <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/rehabilitation/>).

## 11. Qualitätssicherung

Qualität ist ein Mass dafür, wie sehr Leistungen des Gesundheitswesens die Wahrscheinlichkeit erwünschter Gesundheitsergebnisse erhöhen und dem aktuellen Fachwissen entsprechen.

Das zentrale Element in der Qualitätssicherung ist der SOLL/IST-Vergleich. Das heisst, es können nur Strukturen, Prozesse, Ergebnisse etc. optimiert werden, zu welchen auch einigermaßen abgestützte, gesicherte SOLL-Vorstellungen (wissenschaftliche Erkenntnisse, Guidelines, Wünsche und Vorstellungen der Betroffenen und derer Angehörigen, Wirtschaftlichkeit, Vorgaben aus Tarifverträgen u. a.) vorhanden sind (Zerkiebel, 2015).

Um die Massnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsförderung einer Einrichtung transparent nach aussen nachweisen zu können, gibt es folgende Möglichkeiten:

- **Qualitätslabel und/oder Zertifikate:** Beispielsweise die SWISS REHA Qualitäts- und Leistungskriterien für die internistische und onkologische Rehabilitation.
- **Qualitätsberichte:** Die Einrichtung legt Rechenschaft über ihre Anstrengungen und Erfolge der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung ab. (Hierzu zählen die Strukturen einer Einrichtung wie allgemeine Merkmale, ärztliche Leitung, Personalbereitstellung für die onkologische Rehabilitation inkl. Qualifikationen etc.).
- **Kennzahlen:** Die Einrichtung weist nach, inwiefern sie Qualitätsziele erreicht, indem sie die Zielerreichung misst. Aktuell existieren noch keine anerkannten Kennzahlen für die onkologische Rehabilitation (Zerkiebel, 2015).

Die Teilnahme an folgenden **Weiterbildungen** zur Sicherung der fachspezifischen Qualität wird empfohlen:

- «Pratiques interdisciplinaires en réadaptation oncologique» des Vereins oncoreha.ch (d/f)
- Bewegungs- und Sporttherapie in der Onkologie der Universität Bern (d) und Cancer, sport et mouvement der Universität Lausanne (f)
- Interprofessionelle Weiterbildung in Psychoonkologie (d/f/i)

### Quelle

Das Faktenblatt wurde mit freundlicher Genehmigung des Onkologiezentrums der Spital STS AG Thun auf der Basis des Manuals «Ambulante onkologische Rehabilitation Thun – Berner Oberland 2010–2014» erstellt.

## Literaturverzeichnis

- Bartsch, H. (2009). Rehabilitation onkologischer Patienten Unnötige Gesundheitsleistung oder gut investiertes Geld? CME Rehabilitation 4, pp. 36–44.
- Cheville, A. L. (2005). Cancer Rehabilitation. Seminars in Oncology 32, pp. 219–224.
- Dietz, J. (1974). Rehabilitation of the cancer patient: Its role in the scheme of comprehensive care. Clin Bull 4, pp. 104–107.
- Eberhard, S. (2009). Berner Klinik Montana. Erstellen einer Kostengutsprache für die stationäre Rehabilitation. Unveröffentlichte Version 1.02.
- Eberhard, S. (2010). oncoreha.ch; Onkologische Rehabilitation Schweiz. Die onkologische Rehabilitation als ein zukünftiger Schlüsselfaktor der onkologischen Behandlung? Schweizer Krebsbulletin 3, pp. 226–228.
- Eberhard, S. (2011). Rehabilitation. Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011–2015, pp. 148–161.
- Eberhard, S. (2015). Onkologische Rehabilitation; wann, wo und für wen? Schweizer Krebsbulletin. 1, p. 17.
- Heim, M. E. (2008). Onkologische Rehabilitation: Wege zurück ins Leben. Leading Opinions Hämatologie & Onkologie 1, pp. 8–12.
- National Health Services (NHS). (2009). NCAT, Supporting and Improving Commissioning of Cancer Rehabilitation Services Guidelines. England.
- Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -Registrierung (NICER 2016): Krebs in der Schweiz: wichtige Zahlen (www.nicer.org)
- SWISS REHA (2016). Qualitäts- und Leistungskriterien für die ambulante und teilstationäre Rehabilitation. pp. 22–23
- Verein oncoreha.ch. (2013). Konzept Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation. Unveröffentlichtes Konzept vom 23.05.2013 (Version 1.0)
- World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health. Genf.
- Zerkiebel, N. (2015). Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation – Wo stehen wir? Schweizer Krebsbulletin 1, pp. 23–25.

## Impressum

### Herausgeberin

Krebsliga Schweiz  
Effingerstrasse 40  
Postfach  
3001 Bern  
Tel. 031 389 91 00  
info@krebsliga.ch  
www.krebsliga.ch

### Autorin

#### Kontakt Onkologische Rehabilitation deutsche Schweiz

Beate Schneider-Mörsch  
Fachspezialistin Rehabilitation  
Krebsliga Schweiz  
Effingerstrasse 40, Postfach, 3001 Bern  
Tel. 031 389 94 17  
beate.schneider@krebsliga.ch

#### Kontakt Onkologische Rehabilitation Tessin & Romandie

Nicolas Sperisen  
Fachspezialist Gesundheitsförderung & Rehabilitation  
Krebsliga Schweiz  
Effingerstrasse 40, Postfach, 3001 Bern  
Tel. 031 389 92 90  
nicolas.sperisen@krebsliga.ch

### Partnerorganisation

oncoreha.ch  
c/o Krebsliga Schweiz  
Effingerstrasse 40, 3001 Bern  
Tel. 031 389 91 04  
info@oncoreha.ch

Dieses Faktenblatt ist auch in französischer und italienischer Sprache erhältlich.

© 2018, Krebsliga Schweiz, Bern

KLS / 1.2018 / 011233953141