



Prof. Dr. med. Hans Helge Bartsch

Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation, Nachsorge und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft (ARNS)

Rehabilitationsforschung in der Onkologie

Auf der Suche nach Kontextfaktoren und interdisziplinären Therapiestrategien

Der akutmedizinischen onkologischen Diagnostik und Therapie liegen im Vergleich zur rehabilitationsonkologischen Versorgung unterschiedliche konzeptionelle Bezugssysteme zugrunde. Das bio-medizinische Krankheitsmodell in der kurativen Medizin ist primär kausal orientiert. Demgegenüber basiert die medizinische Rehabilitation auf einem bio-psycho-sozialen Modell funktionaler Gesundheit, in dem Krankheit als eine Beeinträchtigung physischer, psychischer und sozialer Faktoren verstanden wird. Entsprechend wurden inzwischen korrespondierende klinische Klassifikationssysteme (ICD-10 bzw. ICF) etabliert (s. Beitrag Prof. Lübbe).

Insbesondere vor dem Hintergrund der Unterschiede dieser Krankheitsmodelle können auch die Forschungsstrategien nicht 1:1 übertragen werden. Das Spektrum rehabilitationswissenschaftlicher Fragestellungen muss daher neben der kausalitätsorientierten Evaluation von Krankheits- bzw. Therapiefolgestörungen insbesondere auch individuelle und soziale Kontextfaktoren berücksichtigen.

Diese Erweiterung der bio-medizinischen Forschungsausrichtung stellt nicht nur hohe Ansprüche an interdisziplinär orientierte Forschungsk Kooperationen, sondern bedarf auch eines ergänzten Forschungsinstrumentariums.

Die Rehabilitationswissenschaften sind im Vergleich zu den traditionellen medizinischen Wissenschaften eine ausgesprochen junge Disziplin, die entsprechende Fachgesellschaft (Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V., DGRW) wurde erst im März 2000 gegründet. Natürlich hat es auch vor dieser Zeit systemorientierte rehawissenschaftliche Forschung wie auch klinische Projekte gegeben. Diese wurden im Wesentlichen durch die Leistungsträger selbst (ehem. Verband Deutscher Rentenversicherungen, VDR) organisiert und finanziert. Die Schwerpunkte der Rehabilitationsforschung lagen insbesondere auf der Evaluation rehamedizinischer Praxis im Sinne von Prä-post-Vergleichen somatischer und/oder psychosozialer Zielparameter sowie der Rehasystemforschung.

Aus einer Metaanalyse von Haaf und Schliehe, 1999 (Tab. 1), geht hervor, dass von 39 klinischen Studien in verschiedenen Indikationsbereichen nur 11 ein quasi experimentelles Design im Sinne einer Kontrollgruppe besaßen. In der Indikation Onkologie wurden bis zu diesem Zeitpunkt ausschließlich Eine-

Gruppe-Studien als Querschnitt bzw. Längsschnittstudien durchgeführt (Tab. 2). Erst durch die Förderinitiative Verbundforschung Rehabilitationswissenschaften des BMFT und dem VDR im Jahre 1996 konnte eine nennenswerte Verbesserung der Forschungs-Infrastruktur und des Forschungsumfangs im Bereich der Rehabilitationswissenschaften erreicht werden. Allerdings waren onkologische Reha-Forschungsprojekte, gemessen am Umfang rehaonkologischer Maßnahmen in Deutschland (zweithäufigste Rehaindikation), absolut unterrepräsentiert. Trotzdem hat diese Förderinitiative offenbar auch zu einer Belebung der rehaonkologischen Forschung geführt, wenn man bedenkt, dass sich die Zahl der diesbezüglich auf dem jährlichen rehawissenschaftlichen Kolloquium präsentierten Arbeiten von 2003 bis 2006 verdoppelt hat (Abb. 1). Allerdings stellt sich ganz aktuell die Frage der Aufrechterhaltung entsprechender Forschungsstrukturen und Initiativen außerhalb der Einflussphäre von Leistungsträgern. Die Wahrscheinlichkeit der Förderung rehaonkologischer Projekte im Rahmen der Förderinitiative Versorgungsforschung hat durch Einbeziehung des akutmedizinischen Bereichs mit Sicherheit abgenommen.

Auch mit Blick auf die Zielgruppen, Methodik und Forschungsinhalte in der Reha-Onkologie lässt sich ein Wandel gerade in den letzten Jahren konstatieren. Während in



Abb. 1

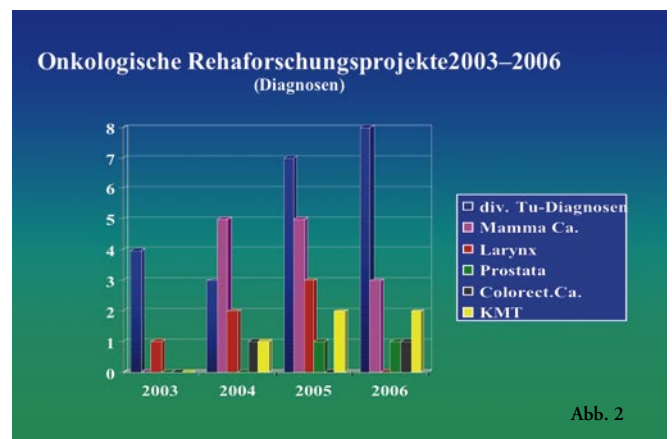


Abb. 2

der Periode bis zum Jahre 2000 Rehaprojekte im Indikationsbereich Brustkrebs zahlenmäßig weit im Vordergrund standen, lässt sich in den vergangenen Jahren eine erfreuliche Vielfalt hinsichtlich der Zielindikationen verzeichnen (Abb. 2).

Ebenso ergibt die Analyse der methodischen Projektausrichtungen einen eindeutigen Trend von ursprünglich in der Mehrzahl konzipierten Querschnittstudien hin zu Längsschnittuntersuchungen (vgl. Abb. 3), die auch katamnestiche Verlaufsbeurteilungen in der Folgezeit nach einer Rehamassnahme mit einschließen. Dies erscheint auch vor dem Hintergrund der immer wieder formulierten Frage bzgl. der Nachhaltigkeit von rehaonkologischen Massnahmen notwendig. Darüber hinaus müssen jedoch auch alternative Modelle einer flexibilisierten onkologischen Rehabilitation überprüft werden. Die grundsätzliche Frage der Effektivität stationärer im Vergleich zu ambulanter onkologischer Rehabilitation konnte bereits durch entsprechende Modellprojekte beantwortet werden. Der dabei festgestellten prinzipiellen Gleichrangigkeit steht jedoch eine inadäquate Versorgungsstruktur gegenüber. Die Erfahrungen aus einzelnen Standorten mit rein ambulanten rehaonkologischen Angeboten haben außerdem ergeben, dass eine wirtschaftliche Umsetzung, mit identischen inhaltlichen Ansprüchen wie an die stationären Massnahmen, offensichtlich kaum gelingen kann. Dies trifft insbesondere für weniger dicht besiedelte geografische Regionen zu.

Von besonderem Interesse sind in diesem Zusammenhang auch Fragen der Indikationsstellung und des Rehazugangs für

	Eingruppen Prä-Post Design	Quasi exper. Studie	Wartegruppen- design	random. kontr. Studie	Summe
Orthopädie/ Rheumatologie	4	2	2	2	10
Kardiologie	3	3	0	0	6
Psychosomatik	8	1	0	0	9
Sucht	5	1	0	0	6
Onkologie	8	0	0	0	8
Summe	28	7	2	2	39

Tab. 1: Evaluationsstudien in der medizinischen Rehabilitation – Metaanalyse Haaf und Schliehe, 1999

Name	Jahr	Diagnose	Anzahl	Design	Instrumente
Schwibbe et. al	1990, 1991	MC, CRC	98	Prä-Post	Fragebogen
Schmelzle et. al.	1991	div.	100	Längsschnitt	Fragebogen
Biskup et. al.	1994, 1998	MC, CRC	108	Längsschnitt	Fragebogen
Biskup et. al.	1994	MC, CRC	201	Längsschnitt	Fragebogen
Schwiersch et. al.	1994	MC, gyn. Ca.	528	Längsschnitt	Fragebogen
Krischke et. al.	1996	MC, HNO, Lunge	359	Prä-Post	Fragebogen
Krischke et. al.	1996	MC, HNO	242	Längsschnitt	Fragebogen
Herdt et. al.	1996, 1998	MC	42 110	Prä-Post	Fragebogen
Weis et. al.	1996, 1997	MC, GI, Häm.	84	Längsschnitt	Fragebogen
Gärtner et. al.	1997	MC	93	Längsschnitt	Fragebogen
Bergelt et. al.	2000	MC, GI, Lunge	407	Längsschnitt	Fragebogen
Weis et. al.	1999, 2000	MC	271	Kontr. Studie	Fragebogen

Tab. 2:

Tumorpatienten. Zweifelsohne sind in den zurückliegenden Jahren Fortschritte im Bereich der Schnittstelle Akutversorgung – Reha-mezizin gemacht worden, allerdings beruhen diese höchstwahrscheinlich weniger auf einer qualifizierteren Indikationsstellung, sondern erklären sich eher über den Systemwandel im Bereich der Vergütungsregelung der Akutkliniken (DRG-Einführung). Diese Situation wird aktuell seitens der Reha-Leistungsträger kritisch evaluiert, verlässliche Daten dürften jedoch wohl nur durch indikationsbezogene Projekte in den Versorgungsbereichen selbst zu erhalten sein. In diesem Zusammenhang müssen auch Fragen der sog. „Über- bzw.

Unteranspruchnahme“ rehaonkologischer Leistungen angegangen werden.

Der vielleicht augenscheinlichste Wandel im Bereich rehaonkologischer Forschung lässt sich mit Blick auf die Forschungsinhalte bzw. Zielgrößen erkennen. Während bis Ende des letzten Jahrhunderts die gesundheitsbezogene Lebensqualität, in der Regel mit indikationsunabhängigen Instrumenten gemessen, als Zielgröße ganz im Vordergrund stand, hat sich seit mehreren Jahren eine erhebliche Vielfalt an Zielgrößen rehaonkologischer Interventionen und damit auch deren Evaluation ergeben. Hierbei seien

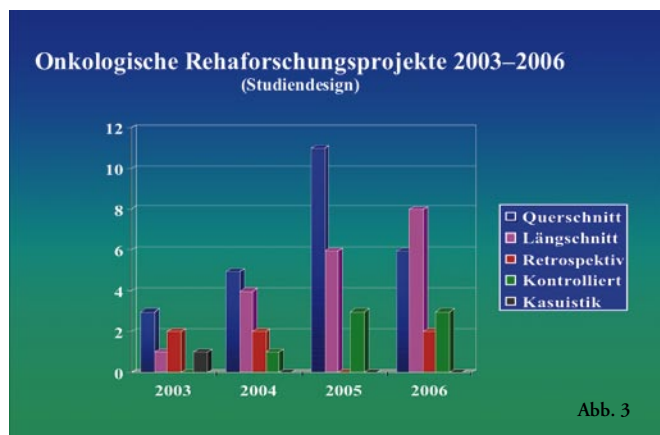


Abb. 3

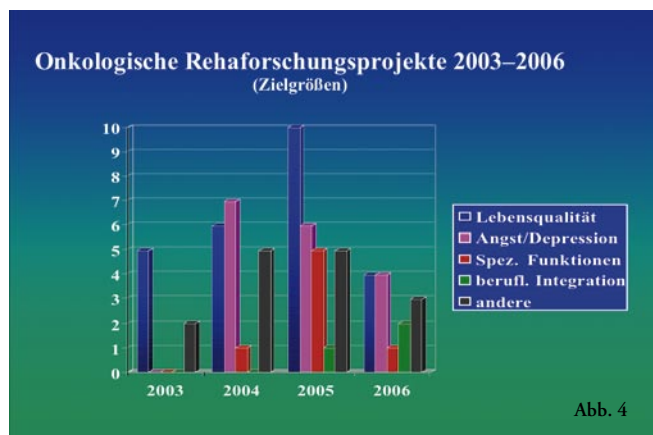


Abb. 4

beispielhaft aus dem somatischen Bereich Probleme wie Chemotherapie-induzierte Polyneuropathie, Knochenstoffwechselstörungen oder auch chronisch entzündliche Folgestörungen nach Stammzelltherapie genannt. Mit Hilfe kontrollierter Studien wurden bspw. die Effektivität verschiedener Therapieansätze zur Verringerung polyneuropathischer Beschwerden (medikamentöse Behandlung vs. elktrophysikalische Bäder vs. Elektrostimulations-Akupunktur) oder die Effektivität eines komplexen Rehaprogramms für stammzelltransplantierte Patienten im Vergleich zu einer nicht rehabilitierten Patientengruppe untersucht. Im Rahmen einer großen kontrollierten Studie wurden nicht nur Zielgrößen für die Rehabilitation von Brustkrebspatientinnen identifiziert, sondern auch die Effektivität der Zielerreichung incl. einjähriger Nachbeobachtung evaluiert. Das Spektrum psychosozialer Folgestörungen und entsprechender Interventionen ist vielfältig. Neben z. B. kognitiven Beeinträchtigungen nach Tumortherapie stehen Themen wie Angst, Depression, Schlafstörungen, Krankheitsverarbeitungsstörungen, aber zunehmend auch sozialmedizinische Aspekte im Vordergrund. Abb. 4 verdeutlicht diesen Shift anhand der in den letzten Jahren auf dem rehawissenschaftlichen Kolloquium präsentierten rehaonkologischen Beiträge. Auch in diesem Bereich existieren inzwischen zahlreiche, z.T. kontrollierte und randomisierte (Wartegruppendedesign) Studien um z.B. die Effektivität cognitiver Trainingsverfahren bei Merk- und Konzentrationsstörungen (Gruppentraining vs. PC-Training) zu beurteilen. Die Effektivität und Nachhaltigkeit ambulanter psychosozialer Gruppenangebote für Frauen nach Brustkrebs konnte ebenso wie verschiedene Formen von Entspannungsverfahren im Rahmen kontrollierter Studien bearbeitet werden. Aktuell werden Sektoren übergreifend (Akut- und Rehamedizin) medikamentöse Strategien zur Verringerung der tumorbedingten Fatigue erprobt.

Fazit und Ausblick

Forschung im Bereich der Rehabilitations-onkologie muss ein facettenreiches Spektrum somatischer, psychoonkologischer und sozialmedizinischer Themen abdecken. Die strukturelle Situation der Forschung in diesem Indikationsbereich ist weiterhin unbefriedigend und gemessen an der ökonomischen

und demografischen Bedeutung vollkommen unzureichend. Als Folge der vorübergehenden Förderinitiative Rehaverbundforschung konnte eine Qualitätssteigerung erreicht werden, für eine Verstetigung fehlen derzeit sowohl struktur- wie projektbezogen adäquate Fördermittel. Unabhängig von den bisherigen Schwerpunkten rehaonkologischer Forschungsprojekte unter Berücksichtigung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells ergeben sich auch besonders attraktive Fragestellungen in Zusammenhang mit Ressourcen-Allokation in der onkologischen Versorgung

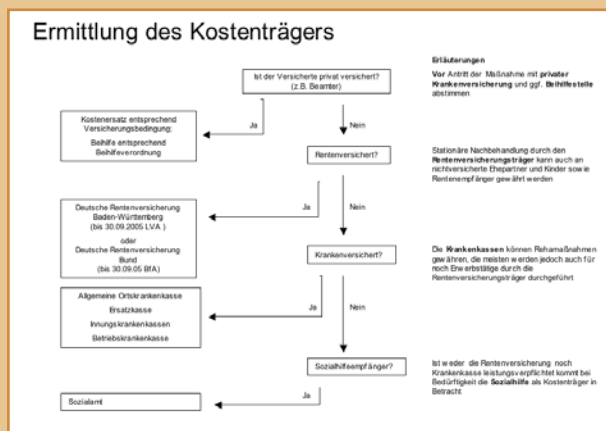
insgesamt. Hier bieten integrierte Versorgungsmodelle interessante Ansatzpunkte.

Interessenkonflikt: Der Autor versichert, dass kein Interessenkonflikt besteht, da weder finanzielle noch persönliche Beziehungen bestehen, die geeignet sind, die Inhalte des Manuskriptes zu beeinflussen!

Kontakt:

Prof. Dr. med. Hans Helge Bartsch
 Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation, Nachsorge und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft (ARNS)
 Breisacherstraße 117 • 79106 Freiburg
 Tel.: 0761 206-2201 • Fax: 0761 206-2205
 E-Mail: bartsch@tumorbio.uni-freiburg.de

Zugangswege und Finanzierung der Rehabilitation



Die stationäre, ganztägig ambulante Anschlussrehabilitation nach § 15 und § 31 SGB VI

- Onkologische stationäre oder ganztägig ambulante Rehabilitationsmaßnahmen kommen in Betracht für alle operierten, strahlen- und chemotherapierten Patienten und sollten in Anspruch genommen werden.
- Die Anschlussrehabilitation sollte unmittelbar, spätestens 2 Wochen nach der Krankenhausentlassung stattfinden.
- Die Antragstellung erfolgt in der Regel durch direkten Kontakt des Krankenhausarztes (bzw. Kliniksozialdienstes) mit dem Kostenträger.
- Mit dem Kostenträger (Rentenversicherung bzw. Krankenversicherung) wird die Rehabilitationsklinik abgestimmt, dabei wird versucht, berechtigten Wünschen des Patienten oder Arztes Rechnung zu tragen.

Voraussetzungen sind:

- Vorliegen einer Krebserkrankung.
- Die operative Behandlung oder Strahlenbehandlung ist abgeschlossen bzw. die Chemotherapie ist abgeschlossen oder kann in der Reha-Klinik fortgesetzt werden.
- Eine ausreichende Belastbarkeit des Patienten.
- Die durch die Erkrankung oder deren Therapie bedingten körperlichen, seelischen, sozialen und beruflichen Behinderungen sollen positiv beeinflussbar sein.

Zeitraum

- Onkologische Rehabilitationen können nach Abschluss der Primärbehandlung (OP, Bestrahlung, Chemotherapie) grundsätzlich nur bis zum Ablauf eines Jahres gewährt werden. Nach wie vor können mehrere Reha-Maßnahmen erbracht werden, allerdings müssen sie innerhalb eines Jahres nach Beendigung der Primärbehandlung durchgeführt werden.
- Darüber hinaus können spätestens bis zum Ablauf von 2 Jahren nach beendeter Primärbehandlung Maßnahmen im Einzelfall erbracht werden, wenn erhebliche Funktionsstörungen und Beschwerden entweder durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Komplikationen bzw. Therapiefolgen vorliegen.

Kostenträger sind:

- Die Rentenversicherung
 Im Gegensatz zu anderen Indikationen erbringt die Rentenversicherung bei Krebserkrankungen Rehabilitationsleistungen nicht nur für Versicherte, sondern auch für Rentenbezieher sowie für Angehörige von Versicherten und Rentenbeziehern.
- Oder die Krankenkasse

Die Prüfung der Zuständigkeit erfolgt zwischen den möglichen Kostenträgern ohne Zeitverlust für den Patienten.