



Fotolia.com/bilderbox



Die Einschätzung der Lebenserwartung beeinflusst alle weiteren Maßnahmen.

Mit vereinten Kräften für den Patienten

Rehabilitation und Palliativmedizin – wohin geht die Reise?

ANDREAS LÜBBE, OLIVER RICK, JAN HINNERK STANGE

Rehabilitation und Palliativmedizin sind in Deutschland getrennte Bereiche. Dabei könnten sie sich zum Wohle des Patienten gut ergänzen. Das gilt insbesondere in der Onkologie, denn immer mehr Patienten überleben einst tödliche Krankheiten und werden zu chronisch Krebskranken, die mitunter noch eine lange Lebenserwartung haben.

Rehabilitation und Palliativmedizin haben verschiedene Ansatzpunkte, aber auch ein gemeinsames Ziel: die Verbesserung der Lebensqualität. Aufgabe der Rehabilitation ist es, die Folgestörungen von Krankheiten und Therapie zu bewältigen und den Patienten wieder in die Gesellschaft zu integrieren. Die Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die dazu dienen, verloren gegangene Funktionen – sowohl körperlicher als auch geistiger und seelischer Natur – wiederherzustellen (Tabelle 1). Dies kann ambulant, teilstationär oder stationär geschehen [1–3].

Die Palliativmedizin soll nach der WHO-Definition von 2002 die Lebens-

qualität der unheilbar erkrankten Patienten verbessern. Das herausragende Ziel der Behandlung ist die Symptomkontrolle sowie die psychosoziale und spirituelle Unterstützung des Betroffenen und seiner Angehörigen und Freunde [4–6].

Gemeinsames Ziel Lebensqualität

Wie kann der rehabilitative Ansatz auf die Palliativmedizin übertragen werden? Welche Rolle spielen rehabilitative Maßnahmen bei Patienten, die unter einer lebensbedrohlichen und chronisch verlaufenden Krankheit leiden? Die hier angesprochene Patientengruppe ist eine von vier Gruppen, die in der Palliativme-

dizin betreut werden. Dazu gehören Patienten, die 1. noch nicht sterben müssen, 2. nicht mehr länger leben können, 3. jetzt sterben müssen und 4. Angehörige, die vom Verlust des geliebten Menschen überwältigt werden. Jede dieser Gruppen hat unterschiedliche Bedürfnisse, welche die Palliativmedizin in ihren Zielen berücksichtigen muss und die es auch bei der Planung einer rehabilitativen Maßnahme zu beachten gilt.

Voraussetzung ist dabei die Einschätzung der voraussichtlichen Lebenserwartung [7]. Liegt viel Lebenszeit vor einem Patienten, profitiert er von langfristig angesetzten Maßnahmen. Ist dies nicht der Fall, sollte man sich auf kurzzeitig umzusetzende und möglicherweise auch kurzzeitig wirkende Interventionen beschränken.

— Instrumente der Palliativmedizin

Die Arbeit der Palliativmedizin ist dabei durch mindestens sechs Schwerpunkte geprägt:

**Drei Ansprüche an die Rehabilitation
(nach dem Sozialgesetzbuch):**

Tabelle 1

1. Rehabilitative Maßnahmen sollen eine frühzeitige Verrentung aufhalten oder verhindern (Reha vor Rente)
2. oder die Pflegebedürftigkeit herauszögern oder verhindern (Reha vor Pflege)
3. oder dafür sorgen chronische Krankheiten zu lindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhindern.

Aufgaben und Ziele der Palliativmedizin

Tabelle 2

- ▶ Patienten, die noch nicht sterben müssen:
helfen zu leben – so umfassend wie möglich (Zeitraum: Wochen bis Monate)
- ▶ Patienten, die nicht mehr länger leben können:
helfen, zur rechten Zeit zu sterben – nicht zu früh und nicht zu spät
(Zeitraum: Tage bis Wochen)
- ▶ Patienten, die jetzt sterben müssen:
helfen, mit Würde und in Frieden zu sterben (Zeitraum: Stunden bis Tage)
- ▶ Angehörige, die vom Verlust des geliebten Menschen überwältigt werden:
helfen durch ihre Trauer zu wachsen und zu reifen

1. Die professionelle Kommunikation – eine der wichtigsten Säulen in der Palliativbetreuung.
 2. Die Umsetzung komplexer multimodaler Schmerztherapie.
 3. Die kompetente Behandlung neuropsychiatrischer Symptome.
 4. Die optimale Therapie internistischer Beschwerden (Dyspnoe, gastrointestinale Missempfindungen, Schwäche etc.).
 5. Die Berücksichtigung spiritueller Aspekte (Sinnfragen, Trauerkonzepte etc.).
 6. Die psychosoziale Betreuung (inklusive psychoonkologischer Verfahren etc.).
- Das weit verbreitete Missverständnis Palliativmedizin als Schmerztherapie für sterbende Patienten zu verstehen, ist durch die klinische Realität widerlegt. Diese Schwerpunkte zeigen auch, dass Palliativmedizin eine Betreuung für die letzte – unter Umständen auch mehrere Jahre umfassende – Lebenszeit ist und nicht nur in der letzten Lebensphase.

— Besonderheiten der Rehabilitation

Rehabilitation umfasst Leistungen von Ärzten, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Logopäden, Psychologen, Ergotherapeuten, Diätberatern, Sozialarbeitern, Sporttherapeuten, Seelsorgern und anderen Berufsgruppen und zielt darauf

ab, Symptome zu lindern, Funktionen zu reaktivieren und zu optimieren und neben den körperlichen Funktionen auch die geistige Leistungsfähigkeit (beispielsweise bei kognitiven Störungen) und psychische Befindlichkeit durch psychotherapeutische Interventionen oder auch Entspannungsverfahren (nach der ICF s. u.) zu bessern und eine Rückkehr des Patienten ist sein familiäres, soziales und berufliches Umfeld zu ermöglichen.

Rehabilitation und Palliativmedizin bei onkologischen Patienten

Die onkologische Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland hat eine lange Tradition, ist im Sozialgesetzbuch (Leistungen zur Teilhabe im SGB 9) verankert und für diejenigen Patienten vorgesehen, deren Teilhabe an Lebensbereichen erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist. Diesem Leistungsanspruch ist die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)-Nomenklatur verpflichtet, in welcher die biopsychosozialen krankheits- und therapiebedingten Probleme umfassend berücksichtigt werden [2, 8]. Diese nach ICF definierten Schädigungen, Beeinträchtigungen, Fähigkeits- und Partizipationsstörungen spielen gerade bei palliativmedizinisch zu versorgenden Patienten eine wichtige Rolle. Denn das Ziel der ICF-Nomen-

klatur ist die kompetente Linderung von Beschwerden und das Management von Funktionsstörungen (Tabelle 3), um den Patienten nebst Angehörigen eine weitgehende Autonomie und Selbstbestimmung zu ermöglichen.

Grundlegend ist die genaue qualitative und quantitative Erfassung der entsprechenden Symptome, Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie Einschränkungen der Aktivitäten und der Teilhabe in Bezug auf die „Kontextfaktoren“. Diese Kontextfaktoren beziehen sich auf die Lebenssituation des Patienten und umfassen seine Umwelt und häusliche Umgebung. Es gehören der soziale Hintergrund, die Erziehung und Bildung, die Erfahrung des Patienten im Beruf, sein Lebensstil, Charakter und andere Dinge dazu, die gerade bei der Erhebung der Werteanamnese unserer palliativmedizinisch zu betreuenden Patienten von besonderer Bedeutung sind. Aber auch Faktoren wie z.B. Barrieren in der häuslichen Umgebung (Ebenerdigkeit oder Treppen) und vieles andere spielen in beiden Bereichen (Palliativmedizin und Rehabilitationsmedizin) eine wichtige Rolle.

Ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen mit Schwerpunktbildungen sind für viele operierte-, strahlen- und chemotherapierte Patienten angezeigt und sollten kurz nach Beendigung der primären Behandlungsmaßnahmen (Operation, Strahlen-, Chemotherapie) im Rahmen einer Anschlussrehabilitation in Anspruch genommen werden, weil postoperative oder postradiogene oder kurzzeitig nach Abschluss einer Chemotherapie bedingte „Folgestörungen“ die Anpassung der Patienten an die Lebenswirklichkeit verbessern (Reha vor Rente), und durch die Rehabilitation der Zeitraum bis zur Teilhabe (Beruf, Hobbies) verkürzt bzw. erleichtert wird.

Im Gegensatz dazu stehen rehabilitative Leistungen bei chronisch erkrankten Patienten, die mit einer lebensbedrohlichen Krankheit und dadurch bedingten körperlichen, geistigen und seelischen Störungen konfrontiert sind. Hier gilt es, dem Tag, der Woche, dem Monat „mehr Leben“ zu geben, also die Lebensqualität im Lebensplan der Patienten zu verbessern, was auch eine Optimierung noch vorhandener Körperfunktion mit ein-



schließt. Ziel der Rehabilitation ist eben auch die Wiederbefähigung zur Teilhabe an der Gesellschaft. Ihr Ziel ist nach § 26 ff des SGB 9 festgeschrieben. Rehabilitation dient dazu, chronische Krankheiten abwenden und zu beseitigen, jedoch auch, wie im Fall der Palliativmedizin, um sie zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

— Prognose, der entscheidende Faktor in Rehabilitation und Palliativmedizin

Die Prognose der voraussichtlichen Lebenszeit legt das Maß an Intensität und zeitlicher Abfolge der Rehabilitationsmaßnahmen fest, ohne dass eine sinnvolle Planung der Rehabilitation in der Palliativmedizin undenkbar ist. Und trotz der Parallelen zwischen Rehabilitation und Palliativmedizin bleibt die praktische Frage, wie die Rehabilitation vor dem Hintergrund der Prognose zu definieren ist, bzw. sie neu definiert werden muss und welche Rolle sie in der Palliativmedizin spielen kann. Ein Vorschlag lautet:

A Ist die Lebenserwartung eines nicht zu heilenden Patienten nicht zu bestimmen (vielleicht liegt sie aufgrund lebensverlängernder Therapien noch im Bereich von Monaten) und sind kaum psychische, strukturelle oder funktionsbedingte Einschränkungen zu verzeichnen, könnte eine Rehabilitation ambulant durchgeführt werden. Ziel ist die Resozialisierung und

in seltenen Fällen vielleicht die vorübergehende Wiedereingliederung in das Berufsleben. Für diese Patienten sind lediglich Teilaspekte der Palliativmedizin anwendbar (professionelle Kommunikation, Werteanamnese, optimale Symptomkontrolle, psychologische Unterstützung). Im engeren Sinne betreut die Palliativmedizin ja bekanntlich Patienten, deren Leben nicht mehr durch palliativtherapeutische Interventionen verlängert werden kann und soll.

B Ist die Lebenserwartung eines nicht zu heilenden Patienten nicht zu bestimmen und wird er noch lebensverlängernden Therapien unterzogen (Einschränkungen siehe oben), und liegt sie voraussichtlich im Bereich von Monaten, bestehen jedoch körperliche, geistige, oder seelische Struktur- oder Funktionsstörungen, so ist eine intensivere (am besten stationäre) onkologische Rehabilitation mit dem Ziel der Reintegration in die Gesellschaft indiziert. In dieser Situation ist die Fähigkeit zur Prognose besonders gefragt, und es gilt abzuwägen zwischen dem Wunsch des Patienten und dem Schutz des Patienten.

C Ist eine überlebensverlängernde (palliative) Therapie nicht mehr angezeigt und liegt die Lebenserwartung vermutlich im Bereich weniger Wochen oder Monate, so sollten die zur Verfügung stehenden Rehabilitationsmöglich-

keiten (zu Hause, im Heim, ambulant...) dazu eingesetzt werden, um die vorhandenen Funktionen optimal zu unterstützen und die verbleibende Lebensqualität bestmöglich zu gestalten.

Es gilt der Gruppe der Patienten, die noch nicht sterben müssen, leben zu helfen, und zwar so vollständig, wie es ihnen möglich ist. Für den Patienten ist die Fähigkeit seines behandelnden Arztes entscheidend, zu einer aus Erfahrung gespeisten und durch statistische Daten aus Studien abgeleiteten Prognoseeinschätzung in Bezug auf seine Lebenslänge (und Lebensqualität) zu gelangen [6]. Die Idee Palliativmedizin als „Terminal-Care“ oder „End-of-life-Approach“ zu reduzieren, ist schon lange nicht mehr zeitgemäß. Palliativmedizin, „Palliative Care“, ist integraler Teil in der komplexen Problemlösung von Patienten mit chronischen und zum Tode führenden Erkrankungen. Auch wenn etwa 25% aller Tumorpatienten in der Bundesrepublik Deutschland eine stationäre onkologische Rehabilitation, meist im Sinne von Anschlussrehabilitation, erhalten, so sind diese Patienten eben keineswegs alle geheilt, bzw. kurativen Eingriffen unterzogen worden.

Eigene Berechnungen ergeben, dass bis zu 35% aller pro Zeiteinheit in einer onkologischen Rehabilitationsklinik versorgten Patienten entweder eine bekannte, metastasierte oder eine primär lokal

Tabelle 3

Funktionsstörungen und Beschwerden mit Einfluss auf die verbleibenden Lebenszeit eines onkologischen Patienten

Indikation	Eingriff	Krankheit/-gruppe	Mögliche Maßnahmen
Luftnot	Pneumonektomie	Bronchialkarzinom (andere thoraxchirurgische Erkrankungen)	Atemgymnastik Aerobes Ausdauertraining
Sprechunfähigkeit	Laryngektomie	Larynxkarzinom	Logopädie
Probleme der Krankheitsbewältigung Störung des Körperbildes	Ablatio mammae Chemotherapie	Mammakarzinom Andere Malignome	Psychoedukative Einzel- und Gruppentherapie
Inkontinenz	Prostatektomie	Prostatakarzinom (Urothelkarzinom)	Beckenboden-Gymnastik
Dysphagie	Radio/Chemotherapie nach neck dissection	Hypopharynxkarzinom	Logopädie Ernährungstherapie
Dumping-Syndrom	Gastrektomie	Magenkarzinom	Ernährungstherapie
Anus praeter	Colektomie	Colorektales Karzinom	Krankenpflege
Fatigue-Syndrom	Hochdosischemotherapie	Leukämie/Lymphom	Medikamentöse Therapie Ausdauertraining
Gehstörungen, neurologische Ausfälle	Tumorexstirpation	Glioblastom	Ergotherapie, Physiotherapie

weit fortgeschrittene Erkrankung in sich tragen, eine Heilung also fast unmöglich ist. Hinzu kommen die Patienten, die zwar unter kurativer Absicht einer Behandlung behandelt wurden, aber dennoch ein Rezidiv und damit eine Situation mit schlechter Prognose erleiden. Mit anderen Worten: Etwa die Hälfte aller unter stationären Bedingungen in einer onkologischen Rehabilitationsklinik versorgten Patienten werden tatsächlich nach bestimmten Kriterien einer palliativmedizinischen Versorgung zugeführt.

Methoden der Rehabilitation in der Palliativmedizin implementieren

Unabhängig von den in der Bundesrepublik Deutschland existierenden Qualitätsstandards, die von den Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen über die Jahre erarbeitet und festgeschrieben worden sind (dazu gehören: Prozesse, wie der Rehabilitationsablauf zu erfolgen hat, welche Maßnahmen in welcher Anzahl von welchen Mitarbeitern welcher Qualifikation erfüllt werden müssen) und den sich daraus ergebenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (durch Peer-Review-Verfahren, Patientenbefragungen, Outcome-orientierten Prä-Post-Vergleichen) sind und bleiben Schlüsselemente der Rehabilitation:

- ▶ Ein interdisziplinärer Ansatz
- ▶ Das Ziel, das Patientenwohlbefinden zu optimieren und seine Abhängigkeit von anderen, von Hilfsmitteln etc., ergo: Barrieren, zu minimieren
- ▶ Den Patienten dazu zu befähigen, sich an die aktuelle Lebenssituation bestmöglich anzupassen und eine realistische Perspektive zu seiner Krankheit und den sich verändernden Bedingungen zu entwickeln (Förderfaktoren)
- ▶ Dem Patienten Unterstützung anzubieten, ihn dazu zu befähigen, sich darauf einzustellen, mit einer schlechter werdenden Lebenssituation fertig werden zu müssen
- ▶ Realistische Therapieziele zu vereinbaren
- ▶ Zu veranlassen, dass sich ein zu definierendes Team rasch an sich verändernde Situationen anpasst
- ▶ Die potenzielle Verschlimmerung zu antizipieren
- ▶ Effektiv miteinander und koordinativ sektorenübergreifend zu handeln

- ▶ Die beteiligten Mitarbeiter unterschiedlicher Professionen fortführend in dieser Situation auszubilden

Mit der sich nun in Deutschland ausbreitenden, flächendeckenden, ambulanten palliativmedizinischen Versorgung könnten in der jetzigen Zeit Möglichkeiten geschaffen werden, ambulante und teilstationäre rehabilitative Angebote mit in das palliativmedizinische Versorgungsangebot zu integrieren. Das wiederum muss abhängig von den regionalen Besonderheiten sein und kann durch Krankenhäuser oder Universitätskliniken, durch den Haus- oder Facharzt ambulant in die Wege geleitet werden und in kleinen Einheiten erfolgen. Sie kann dann sowohl auf Palliativstationen stattfinden, wie auch in geeigneten und darauf spezialisierten rehabilitativen Einrichtungen.

Wie aber kann man rehabilitative Ansätze in die Palliativmedizin einführen und umsetzen? Die aktuell bestehende sektorale Trennung im deutschen Gesundheitswesen sowie der unterschiedlichen Vergütungssysteme der Rehabilitationsleistungen einerseits (Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit, Unfallversicherer, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen) und (akut) medizinisch durchzuführender palliativmedizinischer Behandlung (Krankenkassen) sowie die Finanzierung der Aufgaben des ambulanten und stationären Hospizdienstes (Pflegeversicherung, Krankenkassen, andere Sozialleistungssträger, Selbstbeteiligung) andererseits birgt immer noch Hürden.

Eine Weg wäre, die Effizienz von Methoden der Rehabilitation in der Palliativmedizin zu überprüfen. So empfiehlt sich z. B. das biopsychosoziale Modell der WHO analog der ICF einzusetzen und Struktur- und Funktionsstörungen sowie Teilhabeprobleme in Bezug auf die Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Die rehabilitative Behandlung in der Palliativmedizin sollte umfassend und nahtlos sein und den Menschen in seiner individuellen Betroffenheit und seinen speziellen Lebensbezügen berücksichtigen.

— Das Modell der vier Zielebenen

Auch die Erstellung von Behandlungszielen ist die Voraussetzung für den thera-

peutischen Erfolg in der Rehabilitation; hier könnte der Therapiezielkatalog der Rentenversicherungsträger Anwendung finden, weil einerseits somatische, andererseits funktionsbezogene, zum dritten psychosoziale und schließlich edukative Elemente in den meisten Fällen auch für palliativmedizinisch zu versorgende Patienten Berücksichtigung finden würden.

Ebene 1: somatische Therapieziele

Es versteht sich von selbst, dass zunächst die somatischen Therapieziele die vom Patienten angegebenen und durch Assessmentinstrumente zu verifizierenden Symptome optimal behandelt werden müssen. Dies kommt dem Kern der palliativmedizinischen Betreuung bereits sehr nahe.

Ebene 2: funktionsbezogene Therapieziele

Die funktionsbezogenen Therapieziele werden in der Palliativmedizin umschrieben mit „Ansätzen zur Verbesserung der Lebensmöglichkeiten“. Hier wird sich zweckmäßigerweise sowohl an den feststellbaren Defiziten bzw. den tatsächlichen Behinderungen orientiert (das fehlende Bein, der nicht vorhandene Kehlkopf, der pneumonektomierte, der hemicolektomierte Patient) und das Ziel besteht demnach in einer Verbesserung der allgemeinen Lebensmöglichkeit auf einem möglichst hohen Niveau. Die dafür notwendigen Maßnahmen wie Logopädie, Stomatherapie, Ergotherapie, Verbesserung der allgemeinen Körperkraft, der Beweglichkeit, des Ernährungszustandes usw. sind ja gleichermaßen Aufgabenbereich der Rehabilitation wie auch der ambulanten und stationär praktizierten Palliativmedizin.

Ebene 3: psychosoziale Elemente

Die psychosozialen Elemente können auch als Unterstützung im Ermöglichen neuer Lebenserfahrungen beschrieben werden und finden sich in der Palliativmedizin in mannigfaltiger Weise, wie der Vorbereitung auf das Lebensende, der Angehörigenproblematik, aber auch der Werteanamnese sowie den Fragen nach dem Lebenssinn und anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art, der



Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung, den Aspekten der Vorbereitung auf das Lebensende, der Angehörigenbetreuung.

Ebene 4: edukative Elemente

Die Ebene der edukativen Elemente, d. h. das Vermitteln von Informationen in unterschiedlichen Bereichen ist im Rahmen ihrer Tätigkeit Aufgabe eines jeden Therapeuten, dient jedoch dazu, auch den Angehörigen (neben dem Patienten) Möglichkeiten an die Hand zu geben, sich Informationen zu verschaffen und dadurch ihre eigene Lebenssituation zu verbessern.

Die Antwort auf die Frage, worin sich die Palliativmedizin von der sogenannten Akutmedizin unterscheidet, ist im Prinzip einfach: Es ist die Haltung der Therapeuten den Patienten und Angehörigen gegenüber, die ausschließliche Orientierung an der Lebensqualität und der Optimierung der vorhandenen Lebensressourcen statt den Patienten „im Kampf“ gegen seine Krankheit zu gewinnen und ihm mögliche unerwünschte Wirkungen der Therapie zuzumuten um des Überlebenswillen oder der Lebensverlängerung Willen.

Aufgabe der Palliativmedizin ist es nicht, das Leben zu verlängern, sondern dem Wunsch des Patienten entsprechend, dem natürlichen Verlauf der Krankheit nachzugeben und den Tod weder zu beschleunigen, noch ihn herauszuzögern. Insofern gehört die Orientierung an den Defiziten, Ressourcen und Möglichkeiten neuer Lebenserfahrungen und die Fähigkeit des Therapeuten, den Patienten als Lebenden und Sterbenden sehen zu können, sich auf ihn einzulassen und die Krankheit in den Hintergrund treten zu lassen zur Grundhaltung derjenigen, die sich die Rehabilitation in der Palliativmedizin zur Aufgabe machen.

Um diese Aufgabe zu erfüllen, kann es erforderlich sein, einen erfahrenen Palliativmediziner mit in das Palliativteam zu holen. Im Idealfall koordiniert er die rehabilitativen Leistungen, eben weil es häufig an der notwendigen Grundhaltung nicht nur bei uns Ärzten, sondern auch bei anderen therapeutischen Gruppen mangelt.

Ausblick

Physikalisch-therapeutische und physiotherapeutische Verfahren werden heute bereits in die Arbeit vieler Palliativstationen, aber auch ambulanter Betreuungsmöglichkeiten mit einbezogen. Gelegentlich findet sich dies auch in den Hospizen wieder. Diese Maßnahmen umfassen passive (z. B. klassische Massage sowie manuelle Lymphdrainage), wie auch aktive kräftigende, Koordination schulende, die Körperwahrnehmung unterstützende und bewusst machende, die Atmung anregende Übungen. Hinzu kommen Entspannungstrainingsprogramme und die klassische Krankengymnastik, die die Ressourcen des Patienten nutzen und Verschlimmerungen vorbeugen, d. h. also im Sinne der Prophylaxe einer Pneumonie oder Thrombose, eines Dekubitus oder einer Kontraktur. Die Zuhilfenahme von Rollatoren, Rollstühlen, Unterarmstützen, Toilettenstuhlerhöhungen gehört zum klassischen Aufgabenrepertoire von Palliativmedizinern wie Rehabilitationsmedizinern. Weitere Gemeinsamkeiten zwischen der stationär durchgeführten onkologischen Rehabilitation und der stationären Palliativmedizin bestehen im Einsatz von Berufsgruppen, die mitunter unberechtigterweise in der Medizin einen untergeordneten Stellenwert haben, wie Logopäden, Sprachtherapeuten, Ernährungstherapeuten, Kunst- und Musiktherapeuten. Und ohne psychoonkologische Unterstützung ist weder eine vernünftige onkologische Rehabilitation noch Palliativmedizin durchzuführen, weil in beiden Settings hier Fragen der Krankheitsbewältigung, Sinnfragen und existenziell bedrohliche Sachverhalte behandelt werden können.

Die Angebote der Physiotherapie und Ergotherapie, die psychoonkologische Unterstützung und die der Mitarbeiter aus dem Sozialdienst, Seelsorger, Krankenschwestern, Ärzte, Logopädinnen, Ernährungstherapeuten etc. ist also prinzipiell unabhängig von der Lokalisation des Patienten und sollte sich nach dessen Wunsch ausrichten und die regionalen Bedingungen berücksichtigen. Entscheidend ist die entsprechende Grundeinstellung und Haltung der Mitarbeiter dieser Patientengruppe gegenüber, die trotz der u. U. fortgeschrittenen Krebserkrankung ihren Alltag erfüllt und lebenswert gestalten

und in größtmöglicher Selbständigkeit verbringen möchten.

Literatur:

1. Lübke AS, König V: Therapiekonzepte der onkologischen Rehabilitation. In: Seeber-Schütte (Hrsg). Therapiekonzepte Onkologie, 5. Auflage. Springer, 2007; 1488-1503.
2. Lübke AS: Zur Bedeutung der ICF für die onkologische Rehabilitation, Forum DKG 1/07; 45-8.
3. Lübke AS, Riesenberg H: Prädiktoren und Outcome stationärer Rehabilitation bei Patienten mit Bronchialkarzinom, TumorDiagn und Ther 2007; 28: 279-84.
4. Deutsche Krebshilfe: Palliativmedizin, Die blauen Ratgeber Nr. 57.
5. Lübke AS, Franz C: Die Bedeutung von Beschwerden und Missempfindungen in der Medizin am Beispiel von Solchenizyns „Krebsstation“, Dtsch Med Wochenschr 2007; 132: 2762-7.
6. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A: Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. J Pain Symptom Manage 2002; 24: 91-6.
7. Stone PC, Lund S: Predicting prognosis in patients with advanced cancer, Anals of Oncology 2007; 18: 971-6.

Autoren:

Prof. Dr. Dr. Andreas Lübke
PD Dr. med. Oliver Rick
Dr. med. Jan Hinnerk Stange

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Dr. Andreas Lübke
Palliativstation in der Karl-Hansen-Klinik
Antoniusstraße 19, 33175 Bad Lippspringe
E-Mail: cec-luebbe@medizinisches-zentrum.de

Für die Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin der deutschen Krebsgesellschaft (ASORS).