

Aus der Rubrik »Bitte daran denken ...« Heute: Dermatoonkologische Rehabilitation und ambulante Rehabilitations-Nachsorge

Doaa Mostafa, Norbert Buhles

Summary

Each skin cancer patient is entitled to an inpatient rehabilitation procedure. This can be applied for annually via the G0100 form, this form can be obtained from the Deutsche Rentenversicherung (DRV), which is the German pension insurance. The relevant indication for rehabilitation is an invasive, growing skin cancer. Inpatient follow-up treatment should start within 2 weeks of the end of the acute treatment. RENA (extended rehabilitation aftercare) was implemented by the DRV in 2018 to stabilize the success of rehabilitation. The different RENA offers (T-RENA, I-RENA and Psy-RENA) are catered to the varying ability and needs of different individuals. Outpatient rehabilitation aftercare is approved and financed up to 12 months after inpatient rehabilitation. Please read the S1-guidelines for more information regarding »Inpatient dermatological rehabilitation«. This is published by experts and members of the Rehabilitation in Dermatology (AReD of the DDG) under AWMF registration number 013-083.

Keywords

Melanoma, malignant epithelial tumors, dermatological rehabilitation, follow-up treatment.

Zusammenfassung

Die Indikation zur Anschlussheilbehandlung (AHB) ist ein invasiv wachsender Tumor (Abb. 1). AHBs sollten spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Akutbehandlung begonnen



Abb. 1: Morbus Bowen prästernal

werden. Bei späterem Rehabilitations-Bedarf kann ein allgemeines Heilverfahren beantragt werden. Aus der stationären onkologischen Rehabilitation können bei Bedarf Nachsorgemaßnahmen initiiert werden, um die Rehabilitations-Erfolge zu verstetigen. Die unterschiedlichen Rehabilitations-Nachsorge (RENA)-Angebote (intensivierte Rehabilitations-Nachsorge [I-RENA], trainingstherapeutische Rehabilitations-Nachsorge [T-RENA], psychologische Rehabilitations-Nachsorge [Psy-RENA]) werden abhängig von individuellen Fähigkeiten und den Einzelbedürfnissen angeboten.

Ambulante Rehabilitations-Nachsorge-Maßnahmen werden bis zu 12 Monate nach der stationären Rehabilitation genehmigt und finanziert. Weitere Informationen sind der S1-Leitlinie »Stationäre dermatologische Rehabilitation«, die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation in der Dermatologie (AReD der DDG) erarbeitet wurde, unter der AWMF-Registrier-Nr. 013-083 (Langfassung) zu entnehmen.

Schlüsselwörter

Melanome, maligne epitheliale Tumoren, dermatoonkologische Rehabilitation, Anschlussheilbehandlung.

Einleitung

Melanome und maligne epitheliale Tumoren sind die häufigsten Krebserkrankungen der hellhäutigen Bevölkerung. Jede Hautärztin und jeder Hautarzt kennt den leitliniengerechten Umgang mit Hautkrebserkrankungen bezüglich Diagnostik und Therapie. Aber welche weiteren unterstützenden Maßnahmen für die Patienten stehen zur Verfügung?

Sozialmedizinische Indikationen zur dermatoonkologischen Rehabilitation

Jeder Hautkrebs-Patient* hat Anspruch auf eine dermatoonkologische Rehabi-

* Bezieht sich auf Personen beiderlei Geschlechts

litation. Der Bedarf ergibt sich meist aufgrund der körperlichen Operationsfolgen und der psychosozialen Belastung durch die Hauttumorerkkrankung. Durch die aktuellen Rahmenbedingungen mit begrenzter Finanzierung des akut-stationären Aufenthalts durch die Vergütungspauschale («Diagnosis Related Group» [DRG]) und somit kurzer Verweildauer und hohem Zeitdruck gelingt es in der Regel nicht, den Betroffenen Hauttumorpatienten im Krankenhaus die notwendige Hilfestellung bei der Bewältigung der Hauttumorfolgen im Alltag zu leisten.

Einleitung einer dermatologischen Rehabilitation

Wenn der ärztliche Dienst eines Krankenhauses oder einer Praxis bei primärtherapierten Patienten mit einem invasiv wachsenden Hauttumor oder einer malignen Systemerkrankung der Haut (z.B. kutanes Lymphom) einen entsprechenden Rehabilitations-Bedarf feststellt, ist die Einleitung einer stationären Anschlussheilmaßnahme (Anschluss-Heilbehandlung [AHB], Anschluss-Rehabilitation [AR], Anschluss-Heilmaßnahme [AHM]) indiziert.

Für die meisten Hauttumor-Patienten übernimmt die Deutsche Rentenversicherung (DRV) beziehungsweise in Nordrhein-Westfalen die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung (ARGE Krebs) die Kosten der AHB, unabhängig vom Alter und dem Bezug einer Alters- oder einer Berufsgenossenschaftlichen Rente.

Eine AHB sollte bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Akutbehandlung angetreten werden. Die postoperative Wundversorgung und eine gegebenenfalls im onkologischen Zentrum eingeleitete Immuntherapie werden in der AHB-Klinik fortgeführt. AHB/AR kann über das Formblatt G0250 der DRV beantragt werden.

Bei nicht invasiven Hauttumoren (Carcinoma in situ, Basaliome etc.) oder einem sich erst später ergebenden Reha-

bilitationsbedarf kann keine AHB, aber ein allgemeines rehabilitatives Heilverfahren (AHV) beantragt werden.

Antragsargumente für die notwendige Bewilligung sollten an der Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientiert werden. Diese wurde entwickelt, um den Zustand von Gesundheit und Behinderung international einheitlich abzubilden. Die ICF beschreibt ein biopsychosoziales Gesundheitsmodell in den Dimensionen Krankheit, Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Teilhabe, Umweltfaktoren und persönliche Faktoren.

Der Antrag auf ein AHV ist durch das Formblatt G0100 der DRV zu stellen. Die Rehabilitations-Anträge befinden sich auf der Homepage der DRV.

Warum ist Rehabilitations-Nachsorge (RENA) ein Wendepunkt in der dermatologischen Reha?

Laut Angaben der Betroffenen brachten bisherige »Krebs-Nachsorge-Kuren« oft keine nachhaltigen Verbesserungen der Erkrankungsfolgen in Alltag und Beruf mit sich. Außer der medizinischen Tumor-Nachsorge gab es keine Angebote, von denen die Patienten nachhaltig profitieren konnten. Die Lücke zwischen einem gebesserten Tumorerkrankungsmanagement und der Versorgungsrealität nach der Rehabilitation wird inzwischen durch ein RENA-Angebot geschlossen.

Die RENA wurde 2018 von der Deutschen Rentenversicherung implementiert. Die ambulanten Rehabilitations-Nachsorge-Maßnahmen werden in der Regel über 6 Monate (in Einzelfällen auch über 12 Monate) nach der stationären Rehabilitation durchgeführt und von der Deutschen Rentenversicherung finanziert. Je nach individueller Fähigkeit, abhängig von der Erwerbs-

prognose und den Bedürfnissen der Rehabilitanden, stehen nach der stationären Rehabilitation die folgenden unterschiedlichen ambulanten Module zur Verfügung:

Intensivierte Rehabilitations-Nachsorge (I-RENA) – multimodale Rehabilitations-Nachsorge

I-RENA ist indiziert, wenn mehrere der folgenden Aufgaben (Verbesserung fortbestehender funktionaler und/oder kognitiver Einschränkung, Stabilisierung von Lebensstil- und Verhaltensänderungen, strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz oder bei der beruflichen Wiedereingliederung) nach Ende einer medizinischen Rehabilitation noch weiter bearbeitet beziehungsweise fortgeführt werden sollen. I-RENA-Therapieleistungen sind charakterisiert durch die Benennung von mindestens zwei Problembereichen (z.B. Bewegungsmangel und Übergewicht), die Einbringung von Leistungen aus mindestens zwei Therapiebereichen (z.B. Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie, Ernährungsmedizinische Leistungen, klinische Psychologie, klinische Sozialarbeit bzgl. berufliche Orientierung) und die Beteiligung von zwei Berufsgruppen (z.B. Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen).

I-RENA sollte spätestens innerhalb von drei Monaten nach Ende der Rehabilitation beginnen und innerhalb von 12 Monaten abgeschlossen sein. IRENA kann in allen von den Rentenversicherungsträgern zugelassenen stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden, mit denen ein Vertrag abgeschlossen wurde.

Unimodale Rehabilitations-Nachsorge (RENA)

Zu den unter RENA gefassten Nachsorgeprogrammen gehören die trainingstherapeutische Rehabilitations-Nachsorge (T-RENA) und die psychologische Rehabilitations-Nachsorge (Psy-RENA). Eine Kombination von beiden ist möglich.

Tabelle

Rehabilitations-Nachsorge (RENA)-Maßnahmen

Zugang nur über Deutsche Rentenversicherung (DRV) als Kostenträger

T-RENA = trainingstherapeutische Rehabilitations-Nachsorge
 Tele-RENA (z.B. Movival®) = digital individuelle T-RENA für alle Tumorpatienten
 I-RENA = intensive Rehabilitations-Nachsorge mit zwei und mehr Modulen
 Psy-RENA = psychosomatische Rehabilitations-Nachsorge

Zugang auch über gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als Kostenträger

Alle = Rehabilitations-Sport, Funktionstraining, Krankengymnastik, Kraftsport im Fitnesszentrum

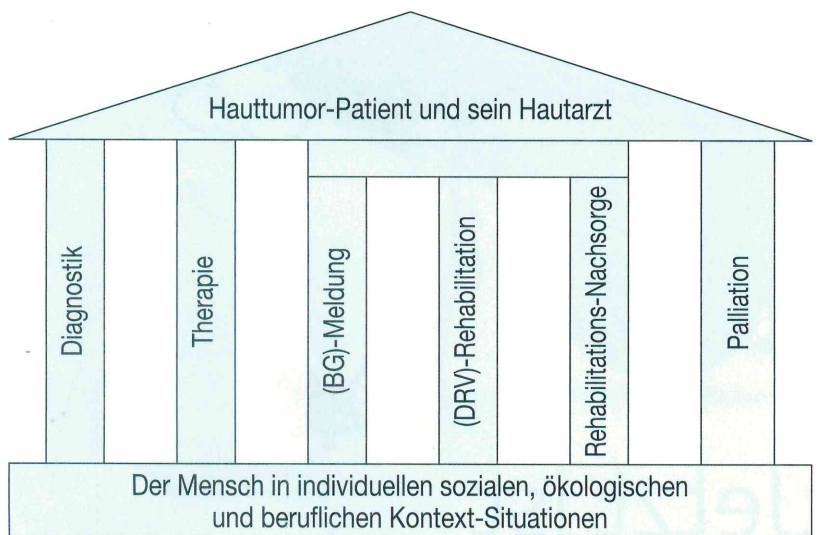


Abb. 2: 6-Säulen-Modell der ganzheitlichen dermatonkologischen Versorgung. BG = Berufsgenossenschaft, DRV = Deutsche Rentenversicherung

– T-RENA ist geeignet für Versicherte mit Beeinträchtigungen beziehungsweise Funktionseinschränkungen am Haltungs- und Bewegungsapparat (unabhängig von der Rehabilitations-Diagnose). Es ist ein gerätegestütztes Gruppentraining um die Leistungs- und Belastungsfähigkeit der Versicherten zu steigern. Ein Trainingsplan mit Trainingszielen wird je nach dem Trainingsplan des Versicherten während der Rehabilitation, der gesundheitlichen Entwicklung seit der Entlassung, den aktuellen Beschwerden und dem Trainingszustand (T-RENA-Eingangsbefund) erstellt. T-RENA sollen spätestens innerhalb von sechs Wochen nach

Beendigung der Rehabilitation begonnen werden und innerhalb von 6 bis 12 Monaten abgeschlossen sein. T-RENA kann sowohl wie I-RENA in zugelassenen Rehabilitations-Einrichtungen als auch speziellen Einrichtungen, zum Beispiel physiotherapeutischen Praxen, ambulanten Rehabilitations-Zentren und Krankenhäusern durchgeführt werden.

– Psy-RENA kann im Einzelfall bei psychischer Komorbidität im Kontext einer somatischen/onkologischen Grunderkrankung erbracht werden. Psy-RENA ist als konflikt- und lösungsorientiertes Gruppenkonzept aufge-

baut und es werden die Themen Probleme am Arbeitsplatz, Angst, Depression, Förderung der sozialen Kompetenzen sowie Beziehungsprobleme bearbeitet. Psy-RENA kann in allen, von der DRV zugelassenen Einrichtungen sowie Psychotherapeuten-Praxen durchgeführt werden.

Rehabilitationssport und Funktionstraining

Rehabilitationssport und Funktionstraining können durch den Arzt der Rehabilitationseinrichtung verordnet werden und bis zu 6 Monate – längstens bis zu 12 Monate – übernommen. Rehabilitationssportarten sind Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen und Bewegungsspiele in Gruppen. Funktionstrainingsarten sind insbesondere Trockengymnastik und Wassergymnastik.

Ziel ist, Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern und die Versicherten zu motivieren, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining durchzuführen. Übungen an technischen Geräten, die zum Muskelaufbau oder zur Ausdauersteigerung dienen, sind vom Rehabilitationssport ausgeschlossen.

Was leistet eine dermatonkologische Rehabilitation

In einer stationären Rehabilitation erfolgt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Fallmanagern (dermatologischer ärztlicher Dienst) und dem Rehabilitations-Team, bestehend aus folgenden Disziplinen: Psychologischer, therapeutischer (Physiotherapie, Ergotherapie) und sozialer Dienst. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachkompetenzen erreicht, dass die Betroffenen ganzheitlich versorgt werden können. Das betrifft besonders die Bereiche der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Alltag und Berufsleben, der Verbesserung der Lebensqualität sowie der Stress- und Krankheitsbewältigung.

In der Rehabilitationsklinik werden die somatischen Defekte (Wundbehandlung) und Funktionsstörungen (Lymphödem, postoperative Bewegungseinschränkungen) durch physikalische und krankengymnastische Maßnahmen gebessert (Ergo- und Physiotherapie, Wirbelsäulengymnastik, Lymphdrainage, etc.). Zudem erfolgt ein Erfahrungsaustausch in ärztlich und psychologisch geleiteten Tumorseminaren als auch in psychologischen Einzelgesprächen zur emotionalen Unterstützung, Stress- und Krankheitsbewältigung.

Weiterhin werden den Rehabilitanden Gespräche mit Sozialarbeitern angeboten. Diese beraten über gesetzliche Ansprüche sowie berufliche Eingliederungshilfen und prüfen zusammen mit dem Versicherten, ob zum Nachteilsausgleich ein Grad der Behinderung (GdB) beantragt werden sollte.

Salutogenese-Konzept

Im Rahmen der Bewältigung des psychologischen Handicaps ergibt sich häufig – unabhängig von der Größe und Schwere der Hauttumor Erkrankung – eine starke Belastung. Hier gilt dann folgendes Vorgehen: Eine durch die Psychologen geleitete Gesprächsrunde wird so gestaltet, dass das gesamte Spektrum der Krebspatienten (von Betroffenen mit langer Tumorbiografie bis zu frisch Operierten) vertreten ist. Die Hilflosigkeit bei der Krankheitsbewältigung und die Orientierungslosigkeit bezüglich der sozialen Lage (Familie/Partner/Beruf/Freunde) der erst kurzfristig Betroffenen kann durch die Schilderung von Gesprächspartnern, die eine lange Tumorerfahrung haben, neu bewertet werden.

Das von A. Antonovsky entwickelte spezielle Salutogenese-Konzept führt

mit Hilfe des Therapeuten hin zu anderen »Leidensgenossen«, Interessierten und Betroffenen.

Bedeutsam ist, dass positive Erfahrungen besonders verstärkt werden und durch das therapeutische Team erste Schritte zur Krankheitsbewältigung und zur Akzeptanz der malignen Hauterkrankung als »schicksalhaft empfundene Wende« eingeleitet werden.

Die Gruppendynamik hilft dem Unerfahrenen, sich zur Krankheitsakzeptanz und Therapieeinsicht hin zu öffnen, sein Selbstwertgefühl wieder zu gewinnen und Integrationsängste zu verlieren. Dadurch bekommt der Betroffene das Gefühl, dass er nicht alleine mit der Erkrankung gelassen wird. Diese Treffen haben in der stationären Rehabilitation eine hohe Bedeutung und sind eine zentrale Veranstaltung.

Made in

Baden-Württemberg

Die Thermodesinfektoren

HYG 3 / HYG 5

- ✓ Nur im Direktvertrieb
- ✓ Bundesweit eigene Servicetechniker
- ✓ 10 Jahre Garantie gegen Durchrostung

Optionale Zusatzleistungen:

- ✓ Lieferung, Installation & Einweisung
- ✓ 5 Jahre Garantie
- ✓ 5 Jahre Service
- ✓ 5 Jahre Validierung

0% Kaufleasing | 5 Jahre Laufzeit

ab 89,00 €/Monat

icmedical since 1984
hygiene for professionals



IC Medical GmbH
Schorndorfer Straße 67
73635 Rudersberg-Steinenberg

Telefon: 07181 / 70 60 - 0
E-Mail: vertrieb@icmedical.de

weitere Informationen unter

www.icmedical.de

Auswahl der Rehabilitations-Klinik

Wenn die Durchführung der dermatologischen Rehabilitations-Maßnahme in einer bestimmten Klinik gewünscht wird, sollte dieses im Rehabilitationsantrag vermerkt werden. Beinhaltet die Kostenübernahmeerklärung durch eine Sozialversicherung (SV) eine Genehmigung für eine andere Einrichtung, hat der Patient ein Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 8 Sozialgesetzbuch (SGB) IX und kann mit einem formlosen Widerspruch beim Kostenträger seine Interessen bei der Klinikauswahl geltend machen.

Literatur

Bei den Verfassern

Haben auch Sie einen Fall, den Sie unter der Rubrik »Bitte daran denken« aufgrund ungewöhnlicher Umstände veröffentlichen möchten?

Melden Sie sich gern bei der Redaktion, zum Beispiel per E-Mail unter info@omnimedonline.de

Anschrift für die Verfasser:

Doaa Mostafa
Dermatologische Rehabilitation
Asklepios Nordseeklinik
Westerland GmbH
Norderstraße 81
25980 Sylt – Ortsteil Westerland
E-Mail d.mostafa@asklepios.com




Hyaluronidase als Adjuvans

Greifswald/Insel Riems. Besonders hoch im Kurs in der ästhetischen Dermatologie stehen Ober- und Unterlidplastiken sowie nicht- oder minimal-invasive Verfahren wie Falten-Unterspritzungen und Lasertherapien. Das Enzym Hyaluronidase leistet sowohl als effektives Adjuvans zum Lokalanästhetikum wie auch als »Rescue-Substanz« nach Hyaluronsäure-Filler-Injektionen gute Dienste. Die Fachärzte für Dermatologie und Experten auf dem Gebiet der Lasermedizin *Dr. med. Melanie Hartmann*, Hamburg, und *Prof. Dr. med. Peter Arne Gerber*, Düsseldorf, verfügen über umfangreiche Kenntnisse und Erfahrungen mit dem Präparat, die sie regelmäßig dem Fachpublikum präsentieren.

»Das Enzym Hyaluronidase spaltet die komplexen Kohlenhydrate in der extrazellulären Matrix«, erläutert *Dr. Hartmann*. »Der daraus resultierende gewebeauflockernde Effekt sorgt für eine größere Durchlässigkeit des Bindegewebes, sodass das gemeinsam mit der Hyaluronidase verabreichte Lokalanästhetikum tiefer ins Gewebe eindringt«. Bei den Lidplastiken bewirke dieser sogenannte »Spreading Effekt« nachweislich eine raschere und umfangreichere Analgesie des Operationsgebiets. Außerdem reduzierten sich das zu injizierende Betäubungsmittel-Volumen sowie die postoperativen Schmerzen. Zusätzlich kann Hyaluronidase als Gegenspieler injizierter Hyaluronsäure fungieren: »Hyaluronidase ist nämlich sowohl bei der Lyse von zu viel oder falsch applizierten Hyaluronsäure-Fillern als auch bei versehentlicher intravasaler Injektion von großem Nutzen«, bestätigt *Dr. Hartmann*.

Weitere Informationen:

RIEMSER Pharma GmbH
An der Wiek 7

17493 Greifswald – Insel Riems 

Interleukin-17- Blockade

Für Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine Systemtherapie in Frage kommen, steht seit rund 3 Jahren der Antikörper Brodalumab (Kyntheum®) zur Verfügung, der sich durch einen besonderen Wirkmechanismus auszeichnet: Mittels Interleukin (IL)-17-Rezeptor-Blockade verhindert er die Aktivität der entzündungsfördernden Botenstoffe IL-17A, IL-17A/F, IL-17F, IL-17C und IL-17E.

Eine Interimsanalyse der LIBERO-Studie zeigte, dass der Antikörper auch bei einer heterogenen Patientenpopulation im Versorgungsalltag schnell und effektiv wirkt. Für die Zwischenauswertung wurden 470 Patienten über 12 Wochen unter der Therapie mit Brodalumab beobachtet, berichtete *Dr. Ralph von Kiedrowski*, Selters: »Die Studienteilnehmer waren repräsentativ für die Patienten, denen wir im Praxisalltag gegenüberstehen«. 57% der Patienten waren Biologika-naiv und 43% vor allem mit Adalimumab, Secukinumab oder Ustekinumab vorbehandelt. Es zeigte sich unter Brodalumab ein schnelles und starkes Ansprechen, berichtete *Dr. von Kiedrowski*: Zwei Wochen nach Therapiebeginn hatte sich der mittlere absolute PASI um etwa 50% verbessert, bis Woche 12 hatten 77% der Patienten einen absoluten PASI von ≤ 3 erreicht. Biologika-naive Patienten und Patienten mit mittleren Schweregrad verzeichneten die höchsten Ansprechraten. Schwer erkrankte und Biologika-vortherapierte Patienten profitieren ebenfalls.

Susanne Pickl im Rahmen eines Live-Stream-Meetings zur 27. Fortbildungswoche für praktische Dermatologie und Venerologie (FOBI) am 10. Juli 2020. Veranstalter: Leo Pharma GmbH 