

1/2019 Februar

C 14118

derm

Praktische Dermatologie



omnimed
www.omnimedonline.de

Welche Rehabilitation für meinen Hautkrebspatienten – onkologisch, dermatologisch, psychosomatisch?

Jochen Wehrmann

Schlüsselwörter

Hautkrebs, Rehabilitation.

Summary

Due to modern therapies, more and more patients can now be cured of skin cancer or achieve a longer-term remission. But is a therapy based purely on dermatological local findings sufficient for my patient or is there a need of further support to deal with the cancer, that means is there a dermatological, oncological or psychological reason for a rehabilitative follow-up?

In this article, an overview of the possibilities of rehabilitation after dermatological disease is given and discussed on the basis of the current study situation.

Keywords

Skin cancer, rehabilitation.

Zusammenfassung

Aufgrund moderner Therapien können heute immer mehr Patienten von Hautkrebs geheilt werden oder erreichen längerfristig eine Remission. Aber reicht eine rein am dermatologischen Lokalbefund orientierte Therapie für meinen Patienten aus oder braucht dieser weitere Unterstützung, mit dem Krebsgeschehen umzugehen beziehungsweise gibt es dermatologische, onkologische oder psychologische Gründe für eine rehabilitative Weiterbehandlung?

In diesem Artikel wird ein Überblick über die Möglichkeiten der Rehabilitation nach einer dermatologischen Erkrankung gegeben und anhand der aktuellen Studienlage diskutiert.

Einleitung

Hat ein Hautkrebs die Epidermis durchbrochen, besteht ein Rechtsanspruch auf eine Rehabilitationsmaßnahme. Liegt eine beeinträchtigte Krankheitsverarbeitung vor beziehungsweise besteht eine entsprechende Komorbidität, zum Beispiel eine Anpassungsstörung, so gilt dies auch für In-situ-Melanome. Entsprechend formuliert die S3-Leitlinie »Malignes Melanom« (1), dass Patienten mit malignem Melanom über den Rechtsanspruch auf eine Rehabilitationsmaßnahme informiert werden sollen.

»Übergeordnetes und für alle Rehabilitationen geltendes Ziel der onkologischen Rehabilitation ist es, den negativen Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft entgegen zu wirken und die Lebensqualität zu verbessern. Bei den im Erwerbsleben stehenden Rehabilitanden legt die Rehabilitation ... einen besonderen Schwerpunkt auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben und ist somit stärker arbeitsfeldbezogen« (DRV, 9).

Obwohl jährlich zirka 21.000 Menschen in Deutschland am malignen Melanom erkranken, wozu dann noch zirka 170.000 Menschen mit nicht melanozytärem Hautkrebs hinzukommen, lag die Zahl der dermatologisch-onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen 2016 für das maligne Melanom bei 1.730 und für sonstige bösartige Neubildungen der Haut (ICD 10: C44) bei 424 (DRV-Statistik).

Taube formulierte hierzu aus seiner langjährigen Praxis: »Unsere eigenen Erfahrungen bei Patienten mit malignem Melanom zeigten, dass die Patienten nach einer (zunächst) erfolgreichen Operation und dem Gefühl der Heilung die Problematik »Krebs« lieber verdrängen und die Angebote einer psychoonkologischen Betreuung nicht annehmen« (10).

Es stellt sich die Frage, ob der Bedarf nach Unterstützung beziehungsweise einer Rehabilitationsmaßnahme wirklich so gering ist, oder ob es eher daran liegt, wie ein Unterstützungsangebot formuliert und anschließend ein passendes Angebot gefunden wird.

Hilfebedarf und Unterstützungswunsch

An der Hautklinik Greifswald wurde dieser Frage nachgegangen (4). Dazu wurde der Hornheider Fragebogen (HF) eingesetzt, der in acht Dimensionen das körperliche und psychische Befinden sowie die psychische und soziale Situation abfragt. 42% der Befragten gaben in mindestens einer der acht Dimensionen des HF eine deutliche Belastung an und 17% übertrafen den Gesamtschwellenwert. Einen Unterstützungswunsch (»Wünschen Sie ein unterstützendes Angebot?«) äußerten 17% der Befragten. Dabei korrelierten Unterstützungswunsch und Belastung signifikant, waren aber nicht identisch, da ein Fünftel der Patienten mit Unterstützungswunsch keine Belastung zeigte. In der Befragung wurde nicht nach Krankheitsschwere beziehungsweise -stadium differenziert. Wurde ein konkreter Ansprechpartner angeboten, Arzt, Psychologe oder Sozialarbeiter, verdoppelte sich fast der Gesprächswunsch auf 30%. Es machte also einen

deutlichen Unterschied, wie konkret das Angebot formuliert wurde.

Eine ähnliche Beobachtung machten Meiss et al. (8) in einer Multizenterstudie in Deutschland bei Melanompatienten. In zertifizierten Hautkrebszentren gehört die psychoonkologische Versorgung (überwiegend stationär) zum festen Behandlungsangebot. Der Hinweis hierauf erfolgte über Flyer, das Behandlungsteam (Ärzte, Pflegekräfte oder die Psychoonkologen). Als Screening-Instrumente wurden der Hornheider Fragebogen, das »Distress«-Thermometer, die psychoonkologische Basisdokumentation oder auch die »Hospital Anxiety and Depression Scale« (HADS) eingesetzt. Wurde die Psychoonkologin nur bei einem auffälligen Screening eingeschaltet, lag die Betreuungsquote bei 18%, wurde hingegen allen Patienten eine psychoonkologische Beratung angeboten, stieg die Betreuungsquote auf durchschnittlich 41% (an einem Standort 67%).

Auch dies weist darauf hin, dass der wahrgenommene Unterstützungsbedarf stark davon abhängt, wie die Vermittlung erfolgt, wobei eine persönliche Ansprache, sei es durch den Arzt, das Pflegepersonal oder die Psychoonkologen, die Betroffenen besser erreicht und damit die Belastung durch die Erkrankung besser aufgreift.

Mögliche Gründe für die Ablehnung eines Unterstützungsangebots können die Verdrängung der Krebsdiagnose sein, verbunden mit mangelnder Krankheitsverarbeitung und resultierender Fehleinschätzung, oder dass Angst und depressive Stimmung als normal im Rahmen einer Krebserkrankung angenommen werden, die keiner spezifischen Behandlung bedürfen. Andere Patienten verfügen wiederum über ein gutes soziales Netz und die wahrgenommene Lebensqualität erscheint befriedigend (4). Da sich der Krankheitsverlauf und die psychosoziale Situation der Betroffenen verschlechtern können, sollte ein Unterstützungsangebot wiederholt werden (8).

Das bereitgehaltene Unterstützungsangebot in den Hautkrebszentren umfasst

- Information und Beratung,
- supportive Einzelgespräche,
- Krisenintervention,
- Sterbebegleitung,
- Paar-/Familiengespräche,
- Entspannungstechniken,
- Patientenschulung,
- Gesprächsgruppen,
- kreative Verfahren (8).

Wenn dieses Angebot nicht ausreicht, also die psychische beziehungsweise körperliche Funktionsfähigkeit erheblich beeinträchtigt sind, dann sollte eine Rehabilitationsmaßnahme vorgeschlagen werden.

Merke

Mit jedem Hautkrebspatienten sollte persönlich über einen Unterstützungswunsch gesprochen werden und dabei konkrete Ansprechpartner (Arzt, Psychoonkologen, Sozialarbeiter) benannt werden. Die Frage nach einem Unterstützungsangebot sollte im Krankheitsverlauf wiederholt werden.

Rehabilitation

Sowohl die S3-Leitlinie »Melanom« als auch die Deutsche Rentenversicherung (9) definieren als Ziele und Inhalte der onkologischen Rehabilitation:

- Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sichern,
- die Lebensqualität verbessern,
- gegebenenfalls die Erwerbsfähigkeit sichern,
- die körperliche Leistungsfähigkeit steigern beziehungsweise erhalten,
- den Umgang mit der onkologischen Erkrankung erleichtern,
- mögliche Risikofaktoren verringern.

Aus dem deutschen Sprachraum liegen hierzu kaum Ergebnisse für die Rehabilitation von Hautkrebspatienten vor. Bilsing und Anger (3) berichteten über die Therapie von 121 Melanompatienten,

wobei in 79% der Fälle eine kurative Intervention erfolgt war und sich 21% in einer palliativen Situation befanden. 70% nahmen die Rehabilitation als Anschlussheilverfahren beziehungsweise Anschlussgesundheitsmaßnahme innerhalb von sechs Wochen nach Beendigung der Primärtherapie wahr und 26% als Heilverfahren mit deutlich verlängertem Intervall nach Primärtherapie. Im ersteren Fall hatte die Fortführung der somatischen Therapie einen großen Stellenwert, während in den anderen Fällen Schulung, Entspannungstherapie, Bewegungstherapie und Sozialberatung sowie psychologische Therapie das Behandlungsspektrum bestimmten. Durch die Rehabilitation besserte sich nicht nur ein Großteil der somatischen Beschwerden, sondern auch der psychischen Belastungen. So gaben 23% eine depressive Reaktion an (Besserung nach 4 Wochen bei 64%) und 17% Angstsymptome (Besserung bei 81%).

Kernelemente der onkologischen Rehabilitation sind:

- Patientenschulung,
- Gesundheitsbildung,
- Bewegungstherapie,
- Entspannungsverfahren,
- psychosoziale Unterstützung,
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen.

»Länger anhaltende Ängste, Depressionen und Erschöpfungszustände bedürfen einer genaueren Diagnostik und meist einer therapeutischen Begleitung« (9, S. 75).

Ähnlich formuliert es die S3-Leitlinie »Malignes Melanom« (1, Kapitel 11.3): Bei der Planung der Interventionen werden die Krankheitsphase, die sozialen Ressourcen, der Umfang der körperlichen Beeinträchtigung und das Rehabilitationspotenzial einbezogen.

Merke

Im Gespräch mit dem Patienten sollte die hauptsächliche Zielsetzung der Rehabilitationsmaßnahme geklärt wer-

den. Steht die Verarbeitung der Krebsdiagnose (onkologische Rehabilitation) im Fokus oder handelt es sich um eine Anschlussrehabilitation (AHB), die spezifische dermatologische Kompetenz erfordert (Nachbehandlung, Anleitung zur Selbstkontrolle), oder ist eine intensive Psychotherapie notwendig bei psychischer Komorbidität.

Psychoonkologie

»Psychoonkologie umfasst alle klinischen und wissenschaftlichen Bestrebungen zur Klärung der Bedeutsamkeit psychologischer und sozialer Faktoren in Entwicklung und Verlauf von Krebserkrankungen und der individuellen, familiären und sozialen Prozesse der Krankheitsverarbeitung sowie die systematische Nutzung dieses Wissens in der Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation« (1, Kapitel 11.3).

Hartung et al. (6) untersuchten in einer Multizenterstudie mittels des »Patient Health Questionnaire-9« (PHQ-9) das Vorliegen depressiver Symptome beziehungsweise einer Depression (bei Überschreiten des »cut off« ≥ 10 , maximale Punktzahl 27). In der Auswertung gaben Patienten mit malignem Melanom die zweitniedrigste Belastung an (nach Prostatakrebs) mit 1% sehr schwerer, 3% schwerer, 13% moderater und 29% leichter Belastung. Mit einem Durchschnittswert im PHQ-9 von 5,3 (Range von 0–27) war dies der zweitniedrigste im Vergleich zur allgemeinen Population (Durchschnitt 2,9) und die »odds ratio« für Depression (wenn PHQ ≥ 10) betrug 3,2.

Diese auffällig niedrige psychische Belastung bei den Melanompatienten zeigt sich auch bei den dermatoonkologischen Rehabilitationsmaßnahmen, wenn gleichzeitig eine psychische Komorbidität erhoben wurde. Letztere betrug bei Männern zirka 2% und bei Frauen zirka 5%. Wenn man aber allgemein die psychische Komorbidität bei dermatologischen Rehabilitationsmaßnahmen erfasst, so liegt diese fast

doppelt so hoch (5% bei Männern und 9% bei Frauen; DRV-Bund Statistik).

Wie bereits ausgeführt, zeigt zirka ein Drittel aller Melanompatienten klinisch relevanten »Distress«, besonders Angstsymptome. Als Risikofaktoren hierfür gelten:

- das weibliche Geschlecht,
- ein jüngeres Erkrankungsalter,
- keine Partnerschaft beziehungsweise fehlende soziale Unterstützung,
- geringere Bildung,
- fortgeschrittene Erkrankung.

Ressourcen hingegen sind:

- soziale Unterstützung,
- aktives Coping.

Hierzu trägt ein frühzeitiges differenziertes und individualisiertes Kontakt- und Unterstützungsangebot bei.

Da in vielen Fällen der Hautkrebs frühzeitig entfernt werden kann, bestehen gute bis exzellente Überlebensraten und die Patienten stabilisieren sich wieder recht schnell und entwickeln dann nur in wenigen Fällen eine psychische Erkrankung. Im Unterschied dazu sind das atopische Ekzem und die Psoriasis, welche die Hauptkrankheitsbilder in der dermatologischen Rehabilitation sind, durch ihren chronisch rezidivierenden Verlauf gekennzeichnet, woraus dann häufiger psychische Erkrankungen wie Depression, Angststörung oder soziale Phobie resultieren. Zudem tritt das atopische Ekzem schon in früher Kindheit und Jugend auf, was dann die psychosexuelle Entwicklung negativ belasten kann.

Eine holländische Studie (7) ergab, dass die Lebensqualität der untersuchten Patienten keinen Unterschied zur Normalbevölkerung zeigte (gemessen mit der SF-36), weil auch 70% der Melanompatienten im Stadium I waren. Das Stadium der Erkrankung, ein jugendliches Alter, das weibliche Geschlecht und Komorbidität waren signifikant mit körperlicher und psychischer Belastung assoziiert. Nur 5%

wechselten den Beruf, reduzierten die Arbeitszeit oder schieden aus dem Beruf aus. Dies zeigt sich auch in den deutschen Zahlen: bei jährlich zirka 21.000 Neuerkrankungen an malignem Melanom gab es 2016 nur 275 Neuzugänge wegen Erwerbsunfähigkeit bei malignem Melanom und 40 Neuzugänge wegen sonstiger bösartiger Neubildungen der Haut (DRV-Statistik). *Buhles* (5) formulierte »für viele Tumorerkrankte ist es ausreichend, im Rahmen der tertiären Prävention durch regelmäßige ambulante Kontrolltermine zur Rezidiverkennung durch den Dermatoonkologen am Heimatort betreut zu werden«.

Während also die Mehrzahl der Hautkrebspatienten niederschwellig ambulant versorgt werden können, »bedürfen länger anhaltende Ängste, Depressionen und Erschöpfungszustände einer genaueren Diagnostik und meist einer therapeutischen Begleitung. ... Die konkrete Ausgestaltung der verschiedenen therapeutischen Inhalte richtet sich darüber hinaus nach den individuellen somatischen (Krankheitsphase) und psychosozialen Problemstellungen (soziale Ressourcen). Zusätzlich können vorbestehende psychische Erkrankungen und andere körperliche Erkrankungen die gesundheitliche Situation im individuellen Fall deutlich beeinflussen« (9, S. 75). Die S1-Leitlinie »Stationäre dermatologische Rehabilitation« formuliert: Die Ausprägung der psychischen Beeinträchtigung ist ausschlaggebend für die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung, gegebenenfalls ist dann eine Behandlung in einer Einrichtung mit psychosomatisch-dermatologischem Therapieschwerpunkt der Vorzug zu geben (2).

Psychosomatisch-dermatologische Rehabilitation

Während eine dermatologische Rehabilitation durchschnittlich 23 Tage dauert, beträgt die Behandlungszeit in einer psychosomatisch-dermatologischen Einrichtung 40 Tage. Hier erfolgt auch eine intensive, tägliche, mul-

timodale psychotherapeutische Versorgung, da das Verhältnis Psychologe/Patient bei 1:10 liegt (11). Dies schlägt sich auch in der therapeutischen Versorgung nieder, die in der somatischen Rehabilitation hauptsächlich in einzelnen Beratungsgesprächen, Gesundheitsvorträgen und Entspannungsverfahren besteht (9, S. 82). Unsere eigenen Beobachtungen bei Rehabilitanden mit psychischer Störung und Hautkrebserkrankung bestätigte, dass bei gegebener Komorbidität der Fokus der Behandlung auf der psychischen Erkrankung lag (Depression, Angststörung) und deren Bewältigung das Ziel der Rehabilitation bildete.

Fazit

Hautkrebspatienten sollen nicht allein somatisch nachversorgt beziehungsweise kontrolliert werden, sie sollen/müssen auch auf psychosoziale Unterstützungsangebote und die Möglichkeit einer Rehabilitation aufmerksam gemacht werden. Dabei äußern sie zunächst einen eher niedrigen Unterstützungsbedarf. Dieser hängt von der Art des Tumors (Melanom, Lymphom), dem Stadium der Erkrankung, einem jugendlichen Lebensalter, weiblichem Geschlecht oder sozialer Unterstützung ab. Die Wahrnehmung eines Unterstützungsangebots kann durch ein individualisiertes, niederschwelliges Vorgehen gefördert werden. Das Angebot hierzu soll im Krankheitsverlauf wiederholt werden – entsprechend dem Zustand des Patienten. Eine Rehabilitation ist bei Patienten mit hohem Betreuung- oder Beratungsaufwand zu erwägen sowie bei schwierigen Behandlungsverläufen (»adherence« oder belastende Komorbidität). Bei psychischer Komorbidität (nicht einfach nur psychische Belastung) ist eine psychosomatisch-dermatologische Rehabilitation zu bevorzugen. Im Sinne des Patienten, aber auch zur Organisation weiterführender Maßnahmen, insbesondere einer Rehabilitation, sollte immer die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt gesucht werden. Die Antragsstellung einer Rehabilitation geschieht

bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (Ausnahme NRW: Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung).

Literatur

1. AWMF online (2018): S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Melanoms. AWMF-Register-Nr.: 032/024OL, Version 3.1, Stand: Juli. Kapitel 9.1. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-024OL_k_S3_Melanom-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2018-07_01.pdf
2. AWMF online (2015): Stationäre dermatologische Rehabilitation. AWMF-Register-Nr.: 013-083, Stand 31 Mai, gültig bis 31.12.2019. www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/013-083.html
3. Bilsing B, Anger B (2011): Rehabilitation von Patienten mit malignem Melanom. *Haut 3*, 108–111
4. Buchhold B, Arnold A, Lutze S, Jülich A, Winkler M, Bahlmann J, Eggert C, Jünger M, Hannich HJ (2017): Stationäre Hauttumorpatienten – Psychosoziale Belastung und Unterstützungswunsch. *JDDG 15* (8), 791–800
5. Buhles N, Sander C (2005): Dermatoonkologische Rehabilitation. *Hautarzt 56*, 659–664
6. Hartung TJ, Brähler E, Faller H, Härter M, Hinz A, Johansen C, Keller M, Koch U, Schulz H, Weis J, Mehnert A (2017): The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. *Eur J Cancer 72*, 46–53. Epub 2016 Dec 23
7. Holterhues C, Cornish D, van de Poll-Franse LV, Krekels G, Koedijk F, Kuijpers D, Coebergh JW, Nijsten T (2011): Impact of Melanoma on Patients' Lives Among 562 Survivors: A Dutch Population-Based Study. *Arch Dermatol 147* (2), 177–185
8. Meiss F, Loquai C, Weis J, Giesler JM, Reuter K, Nashan D (2017): Psychoonkologische Versorgung von Melanomapatienten in zertifizierten Hautkrebszentren. *JDDG 16* (5), 577–584
9. Deutsche Rentenversicherung (2018): Rehabericht 2018. www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistik/en/02_statistikpublikationen/02_rehabericht_2018.html
10. Taube KM (2013): Psychoonkologie in der Dermatologie. *Hautarzt 64*, 424–428
11. Wehrmann J (2010): Dermatologisch-psychosomatische Rehabilitation. *Hautarzt 61*, 317–322

Anschrift des Verfassers:

*Dr. med. Jochen Wehrmann
Abteilung psychische Erkrankungen
HELIOS-Rehabilitationkliniken
Bad Berleburg
Arnikaweg 1
57319 Bad Berleburg
E-Mail jochen.wehrmann@helios-gesundheit.de*