

BACHELORARBEIT

Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patientinnen mit Mammakarzinom nach einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme

Vorgelegt am 04. Juni 2018
von: Anna Schaars

1. Prüferin: Frau Prof. Dr. habil. Petersen- Ewert
2. Prüferin: Frau Hochheim

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG
Department Pflege und Management
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg**

Abstract

Hintergrund: Das Mammakarzinom ist die häufigste Krebserkrankung der Frauen in Deutschland. Als Folgen der Therapie können somatische und psychosoziale Störungen auftreten. Die Erkrankung und Folgestörungen können die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Frauen erheblich einschränken. Brustkrebspatientinnen nehmen oft nach der Akutbehandlung im Krankenhaus eine stationäre onkologische Rehabilitation in Anspruch. Diese zielt darauf ab, durch verschiedene Therapiemodule die Funktionsstörungen zu verringern. **Ziel:** Ziel dieser Arbeit ist es, den Einfluss einer stationären Rehabilitationsmaßnahme auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patientinnen mit Mammakarzinom darzustellen. Hierbei werden unterschiedliche Zeitpunkte betrachtet. **Methode:** Die vorliegende Arbeit stützt auf eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken „Medline“ und „beluga“. Dieses wurde durch eine „Handsuche“ erweitert. Mithilfe differenzierter Suchbegriffe wird die Studienlage in verschiedenen Kapiteln des Ergebnisteils dargestellt. **Ergebnisse:** Der Ergebnisteil ist in folgende Kapitel unterteilt: „Globale Lebensqualität und verschiedene Dimensionen“, „Verlauf in verschiedenen Altersgruppen“, „Körperliche Aktivität“ mit Schwerpunkt auf die „Tanztherapie“. Die Studienlage zeigt einen positiven Einfluss der stationären Rehabilitation auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. In Anbetracht verschiedener Dimensionen lässt sich sagen, dass körperliche und psychische Beeinträchtigungen nach der stationären Rehabilitation signifikante Verbesserungen aufzeigen. Eine dreiwöchige Rehabilitationsmaßnahme mit nachfolgend einer stationären Woche nach vier und acht Wochen zeigt einen positiven Einfluss auf kognitive Funktionsstörungen. Patientinnen im Alter von 41 bis 50 Jahren sind vergleichsweise zu anderen Altersgruppen psychisch höher belastet. Ein spezielles Programm für Patientinnen nach Brustkrebs kann das Verständnis für körperliche Aktivität der Frauen stärken. Körperliche Bewegung kann die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Brustkrebspatientinnen optimieren. Hinzukommend ist es möglich, dieses durch die Tanztherapie innerhalb der Rehabilitation zu verstärken, damit schmerzhafte Symptome der Brust und des Arms gelindert werden können. **Schlussfolgerung:** Eine stationäre Rehabilitation kann Erfolge in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen nachweisen. Allerdings sind aktuelle Studien und eine größere Studiendichte nötig, um aufgezeigte Ergebnisse zu bekräftigen und diskutieren zu können.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Abkürzungsverzeichnis.....	I
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	I
Abbildungen	I
Tabellen	I
1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1 Das Mammakarzinom	3
2.1.1 Diagnostik.....	3
2.1.2 Ätiologie und Therapie.....	4
2.2 Onkologische Rehabilitation.....	6
2.2.1 Ziele der Rehabilitation	6
2.2.2 Gesetzliche Grundlagen, Leistungen und Rehabilitationsträger	7
2.2.3 Formen der medizinischen Rehabilitation	8
2.2.4 Anforderungen an die Pflege	9
2.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität	11
2.3.1 Definition.....	12
2.3.2 Messung.....	13
3. Fragestellung	14
4. Methodik.....	15
5. Ergebnisse.....	18
5.1 Darstellung der Studienergebnisse anhand einer Ergebnistabelle	18
5.2 Globale Lebensqualität und verschiedene Dimensionen	22
5.3 Verlauf in verschiedenen Altersgruppen	27
5.4 Körperliche Aktivität	29
5.4.1 Tanztherapie	31
6. Diskussion	33
6.1 Limitationen	35
6.2 Empfehlungen für Forschung und Praxis	36
6.3 Schlussfolgerung	37
Literaturverzeichnis.....	II
Eidesstattliche Erklärung	39

Abkürzungsverzeichnis

Tabelle 1: Abkürzungsverzeichnis nach eigener Darstellung

Abkürzung	Ausführung
ALNE	axilläre Lymphknotenexstirpation
AR	Anschlussrehabilitation
AHB	Anschlussheilbehandlung
BET	Brusterhaltende Therapie
DRV	Deutsche Rentenversicherung
et al.	und andere
Pat.	Patienten
RKI	Robert Koch Institut
SF-36	Short- Form 36
SF-36V2	Short- Form 36 Version 2
PST	Primär systemische Therapie

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 1: Multidimensionales Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität - Mindmap nach eigener Darstellung, S. 12

Abbildung 2: Verknüpfung der Suchbegriffe mit den booleschen Operatoren, S. 15

Abbildung 3: Flussdiagramm zur systematischen Übersicht der Literaturrecherche, S. 17

Tabellen

Tabelle 1: Abkürzungsverzeichnis nach eigener Darstellung, S. I

Tabelle 2: PIKE-Schema, S. 15

Tabelle 3: Suchbegriffe mit englischer Übersetzung, S. 15

Tabelle 4: Ergebnistabelle Teil 1, S. 19

Tabelle 5: Ergebnistabelle Teil 2, S. 20

Tabelle 6: Ergebnistabelle Teil 3, S. 21

1. Einleitung

Eine von acht Frauen erkrankt in Deutschland im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. (Robert Koch Institut, 2017). Mit 69.220 Neuerkrankungen im Jahr 2014 ist das Mammakarzinom laut des Robert Koch Instituts (RKI) die häufigste Krebserkrankung der Frauen in Deutschland. Schätzungsweise sind fast drei von zehn betroffenen Frauen bei der Diagnosestellung jünger als 55 Jahre (RKI, 2017).

Dabei liegt die Prognose des RKI's für das Jahr 2018 bei rund 71.900 Neuerkrankungen (RKI, 2017). Die Mortalitätsrate ist vom Jahr 2014 mit 17.670 Frauen auf 18.136 Frauen im Jahr 2015 gestiegen (RKI, 2017). Zum Früherkennungsprogramm zählt ab dem 30. Lebensjahr die jährliche Tastuntersuchung bei dem Arzt* der Ärztin und das qualitätsgesicherte Mammographie-Screening-Programm ab dem 50. Lebensjahr (RKI, 2017). Dies bietet für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren eine Präventionsmöglichkeit, wobei eine Einladung zur Röntgenuntersuchung alle zwei Jahre erfolgt (RKI, 2017).

Die multimodale Therapie eines Mammakarzinoms kann bei Patientinnen zu somatischen und psychosozialen Folgestörungen führen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2017). Auch akute und chronische körperliche Schäden, wie Schmerzen in Schulter und Arm, Lymphödeme, Parästhesien mit irreversiblen Funktionseinschränkungen und/oder das Fatigue-Syndrom können auftreten (Hartmann et al., 2004). Es liegt die Vermutung nahe, dass eine Brustkrebspatientin in ihrer Lebensqualität deutlich eingeschränkter ist als vergleichsweise eine Frau ohne diagnostiziertem Brustkrebs (Röntgen et al., 2018). Es bedarf an einer zielgerichteten Unterstützung für Brustkrebspatientinnen um auch Langzeitfolgen der Erkrankung, beziehungsweise speziell der Behandlung, zu erkennen und diese zu behandeln (Röntgen et al., 2018). Durch zeitgemäße onkologische Therapiemöglichkeiten steigt die Überlebensrate nach Krebserkrankungen (Crevenna et al., 2017). Verbesserte Behandlungsmöglichkeiten wirken sich darauf aus, dass immer mehr Patientinnen an Funktionseinschränkungen leiden und mit Defiziten in ihrer Aktivität und Partizipation belastet werden (Crevenna et al., 2017). Folgend bleibt in vielen Fällen auch eine verminderte Lebensqualität zurück. Dies verursacht häufig einen hohen Leidensdruck bei den betroffenen Patientinnen (Crevenna et al., 2017). Die Aktivitäten sowie die Teilhabe am Leben werden bei Brustkrebspatientinnen überwiegend durch Funktionseinschränkungen in der Motorik, Kraft und Ausdauer eingeschränkt.

Auch dies gilt es zielgerichtet und patientenorientiert anzugehen (Crevenna et al., 2017). An dieser Stelle setzt die Rehabilitation an (Crevenna et al., 2017). Die bei Brustkrebspatientinnen möglich auftretenden Rehabilitationsprobleme beziehen sich in diesem Kontext auf den gesamten Organismus sowie auf das geschädigte Organsystem (Crevenna et al., 2017). Durch medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in Form einer onkologischen Rehabilitation können Funktionsstörungen verringert werden (Leitlinienprogramm Onkologie, 2017). Experten sind sich einig, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität ein multidimensionales Konstrukt aus physischen, psychischen und sozialen Komponenten bildet (Ellert; Kurth, 2013; RKI, 2011).

Durch ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam, geführt von einem spezialisierten Facharzt* einer spezialisierten Fachärztin, können Rehabilitationsprobleme reduziert werden. Dieses Team strebt durch verschiedene Maßnahmen die Verbesserung der Lebensqualität an (Crevenna et al., 2017). Aufgrund der Relevanz von Brustkrebs in der heutigen Gesellschaft und die Nachsorge durch eine medizinische Rehabilitation wurde das Interesse der Autorin geweckt. In Betracht der genannten Aspekte ist das Ziel dieser Arbeit die Untersuchung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Patientinnen mit einem Mammakarzinom nach einer onkologischen Rehabilitation. Außerdem wird die Rolle der Pflegenden in der Rehabilitation im Folgenden ermittelt.

Im anknüpfenden Kapitel wird der theoretische Hintergrund beschrieben.

2. Theoretischer Hintergrund

Zu dem theoretischen Hintergrund dieser Arbeit gehören Daten und Fakten des Mammakarzinoms, eine Erklärung der onkologischen Rehabilitation mit pflegerischen Aspekten sowie die Erläuterung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

2.1 Das Mammakarzinom

Trotz erheblicher Fortschritte in der Früherkennung, Diagnostik, Therapie und in der Nachsorge stellt das Mammakarzinom weiterhin die häufigste Todesursache bei Frauen weltweit dar (Beckmann et al., 2015).

Im Folgenden wird die Diagnostik sowie die Ätiologie und Therapie des Mammakarzinoms veranschaulicht.

2.1.1 Diagnostik

Einen erfolgversprechenden Ansatz stellt die Senkung der Mortalität vor allem durch die Früherkennung von Brustkrebs und Verbesserung der Therapien dar (Beckmann et al., 2015). Außerdem ist die Früherkennung die aussichtsreichste Möglichkeit, die Diagnose und Behandlung von Brustkrebserkrankungen zu optimieren (Leitlinienprogramm Onkologie, 2017). Die Lebensqualität von Frauen kann dadurch ebenfalls positiv beeinflusst werden (Leitlinienprogramm Onkologie, 2017). Dabei ist es das Ziel, die Anzahl der in höheren Stadien entdeckten Karzinome zu verringern und somit die Sterblichkeit eines Mammakarzinoms effektiv zu senken (Leitlinienprogramm Onkologie, 2017). Hinzukommend ist die Verbesserung der Heilungschancen im frühen Tumorstadium durch weniger radikale und dadurch weniger belastende Ansätze möglich (Leitlinienprogramm Onkologie, 2017). Das qualitätsgesicherte Mammografie-Screening in zweijährigen Abständen bei Frauen zwischen 50 und 70 Jahren ermöglicht eine Früherkennung (Beckmann et al., 2015). Dieses ist eine als wirksam anerkannte Methode Brustkrebsvorstufen oder frühe Tumorstadien zu erkennen (Beckmann et al., 2015).

Patientinnen in einer sogenannten Hochrisikosituation müssen einer intensivierten Früherkennung an spezialisierten Brustkrebszentren zugeführt werden (Beckmann et al., 2015). Hochrisikosituation bedeutet, wenn beispielsweise eine positive Familienanamnese mit einer genetischen Mutation, innerhalb eines BRCA-1- oder BRCA-2-Gens vorliegt, oder Patientinnen die an einem Lymphom erkrankt waren und in Bezug dessen eine Bestrahlung des Thoraxbereiches erhielten.

Eine besondere risikoadaptierte Diagnostik findet durch ärztliche Palpation alle sechs Monate ab dem 25. Lebensjahr, beziehungsweise fünf Jahre vor dem frühesten Erkrankungsalter in der Familie, Brustultraschall ebenfalls alle sechs Monate, eine Mammografie alle zwölf Monate ab dem 30. Lebensjahr und eine Kernspinuntersuchung alle zwölf Monate ab dem 55. Lebensjahr statt (Beckmann et al., 2015). Neben der Anamnese und der körperlichen Untersuchung stehen folgende diagnostische Methoden zur Verfügung:

- » Mammografie, inklusive Zusatzaufnahmen mit Vergrößerung und Tomosynthese
- » Sonografie mit Hochfrequenzsonden
- » Stanzbiopsie und Vakuumbiopsie als interventionelle Methoden
- » Magnetresonanztomografie (MRT) mit Kontrastmittelgabe in Einzelfällen
- » Röntgenologische Darstellung der Milchgänge nach Kontrastmittelgabe
- » Feinnadelpunktion in Einzelfällen (Lymphknotenpunktion der Axilla)

(Beckmann et al., 2015)

Durch diese Untersuchungen werden suspekte Befunde abgeklärt und eine Histologie dargestellt (Beckmann et al., 2015). In der prätherapeutischen Diagnostik wird ein TNM-Stadium festgelegt (Beckmann et al., 2015). Hierbei werden drei Komponenten festgestellt: die Ausdehnung des Primärtumors (T), das Fehlen oder Vorhandensein und Ausdehnung von regionären Lymphknotenmetastasen (N) sowie das Fehlen oder Vorhandensein von Fernmetastasen (Müller-Hermelink; Papadopoulos, 2010).

Dieses dient als Planungsgrundlage einer weiteren Therapie (Beckmann et al., 2015). Mittels eines Röntgen-Thoraxes, einer Abdomen-Sonografie und Skelett-Szintigrafie wird das Staging, eine gezielte Untersuchung der Patientin auf Metastasen der Knochen, Lunge und Leber gewährleistet (Beckmann et al., 2015). Der ICD-10 Code zur Diagnose- Klassifikation lautet C50 für bösartige Neubildungen der Brustdrüse (Krollner, 2018).

2.1.2 Ätiologie und Therapie

Früherkennung, professionelle bildgebende Diagnostik, histologische Befundsicherung durch Stanzbiopsien, Strahlenbehandlung, Operation, medikamentöse Therapie und Nachsorge sind als Teile eines Gesamtkonzeptes für die Versorgung eines Mammakarzinoms zu sehen (Kreienberg et al., 2006).

Da die Ätiologie von Brustkrebs noch relativ unbekannt ist, gibt es eine Reihe von nachgewiesenen Risikofaktoren (Baumann; Zopf, 2012). Der wichtigste Risikofaktor ist das Alter (Kreienberg et al., 2006). Die altersspezifische Inzidenz liegt zwischen 50 und 70

Jahren und somit bereits um den Faktor fünf höher als im Alter zwischen 35 und 40 Jahren (Kreienberg et al., 2006). Ein weiterer Risikofaktor ist die familiäre Belastung. Verwandte ersten Grades (beispielsweise Mutter oder Schwester) mit einem Mammakarzinom veranlassen ein erhöhtes Risiko. Liegt außerdem eine Keimbahnmutation im BRCA-Gen vor, steigt das Erkrankungsrisiko einer familiär nicht belasteten Frau erheblich (Kreienberg et al., 2006). Eine bereits erkrankte Frau hat ein fünffach erhöhtes Risiko ein Rezidiv zu erleiden. Neben diesen Faktoren tragen Übergewicht, eine späte erste Geburt, frühe Menarche, späte Menopause oder eine Hormonsubstitution ebenfalls zu einem Risiko bei (Kreienberg et al., 2006).

Bevor die Therapie eingeleitet wird, müssen mit der Patientin alle Behandlungsmöglichkeiten besprochen werden (Hamann; Ankel, 2018). Zu den Therapieansätzen zählt eine primär systemische Therapie (PST), die medikamentös erfolgt, eine Operation, eine adjuvante systemische Therapie, ebenfalls medikamentös und die Strahlentherapie (Hamann; Ankel, 2018).

Die PST setzt sich aus einer endokrinen Therapie und einer Chemotherapie zusammen. Die endokrine Therapie wird hauptsächlich bei älteren Patientinnen mit hormonrezeptorpositivem Karzinom und eingeschränkter OP- Fähigkeit oder bei verzögertem OP- Termin eingesetzt (Hamann; Ankel, 2018). Die Chemotherapie als PST sollte grundsätzlich bei einem sogenannten triple- negativem (hormonrezeptornegativ und HER2-negativ) Karzinom erfolgen, da hier ein hoher Behandlungsdruck zum Schutz vor Metastasierung besteht, welches in aktuellen Studien deutlich bessere Heilungschancen aufzeigt. Außerdem wird eine Chemotherapie bei Tumoren, die ohnehin die Indikation implizieren eingesetzt und ebenfalls bei großen, chemotherapiesensitiven Tumoren, um eine brusterhaltende Therapie (BET) zu erreichen (Hamann; Ankel, 2018). „Bei großen Tumoren, bei denen prätherapeutisch die Indikation zur Ablatio bestand, kann nach PST in ca. 50% der Fälle brusterhaltend operiert werden.“ (Hamann; Ankel, 2018, S. 270)

Sofern keine Kontraindikationen bestehen, sollte eine BET präferiert werden. Hamann und Ankel (2018) deklarieren, dass die Mastektomie keine bessere Gesamtüberlebensrate als die BET mit Bestrahlung aufweist. Somit sind die operativen Standardverfahren die BET und Mastektomie (mit oder ohne Axilladisektion). Nach erfolgter Ablatio sollte ein Brustwiederaufbau angeboten werden (Hamann; Ankel, 2018).

Unter die adjuvanten Therapiemöglichkeiten fallen ebenfalls die endokrine Therapie (hormonrezeptorpositiv) und die Chemotherapie. Die adjuvante Systemtherapie richtet sich nach dem Tumorstadium und den tumorbiologischen Eigenschaften. Sie berücksichtigt

Komorbiditäten und wird auf das Individuum abgestimmt (Hamann; Ankel, 2018). Die adjuvante Chemotherapie ereignet sich vor der Bestrahlung und die endokrine Therapie in der Regel danach, wobei diese auch zeitgleich begonnen werden kann (Hamann; Ankel, 2018). Die adjuvante Strahlentherapie ist sehr effektiv und relativ wenig belastend für Patientinnen, die Rezidivrate wird auf 5-10% reduziert und trägt zu einer Verbesserung des Gesamtüberlebens bei (Hamann; Ankel, 2018).

Die Begleitung der Therapie eines metastasierten Mammakarzinom sollte durch gynäkologische Onkologen, ggf. gemeinsam mit Palliativmedizinern erfolgen (Hamann; Ankel, 2018).

2.2 Onkologische Rehabilitation

Die onkologische Rehabilitation ist eine Spezifizierungsform von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, welche im Anschluss mit Hinblick auf die Rolle der Pflegenden näher erläutert wird. In öffentlichen Krankenhäusern wird die Verweildauer bei und nach einer onkologischen Behandlung aufgrund des Kostendrucks immer kürzer (Klocker et al., 2014). Aus diesem Grund konzentrieren sich die Krankenhäuser auf die primäre Therapie, aus der ein steigender Bedarf an onkologischer Rehabilitationen resultiert (Klocker et al., 2014). Etwa 30% aller onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen erfolgen aufgrund einer Erkrankung an Brustkrebs (Bartsch; Zeiss, 2014).

2.2.1 Ziele der Rehabilitation

Viele Patientinnen erleben nach Abschluss der Akuttherapie Depressionen, Ängste und besonders Unsicherheiten (Klocker et al., 2014). Nach §15 (SGB VI Absatz 1 Satz 1 Nr.3) gilt als übergreifendes Ziel der onkologischen Rehabilitation die Erhaltung oder Besserung der Erwerbsfähigkeit und Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Bartsch; Zeiss, 2014). Nach §31 spielt auch die positive Beeinflussung von körperlichen, seelischen, sozialen und beruflichen Behinderungen eine Rolle (Bartsch; Zeiss, 2014). Zu der onkologischen Rehabilitation lassen sich vier Merkmale zusammenfassen:

- » Umgang mit organischen Defekten und Schmerzen
- » Überdenken und ggf. Änderung des Lebensstils
- » Psychische Stabilisierung
- » Soziale und berufliche Reintegration (Klocker et al., 2014)

Durch eine Mastektomie, Nervenirritationen durch Chemotherapie oder Hautveränderungen durch Strahlentherapie werden organische Defekte hervorgerufen (Klocker et al., 2014). Es

entsteht ein neues Körpergefühl, mit dem die Patientinnen lernen müssen zu leben. Oftmals sind die Symptome bleibend (Klocker et al., 2014).

Bereits die Diagnose Brustkrebs ist für Betroffene oftmals eine schwere Belastung. Nach Behandlung einer Krebsbehandlung ist die psychische Situation der Patientinnen meistens instabil (Klocker et al., 2014). Folgen zeichnen sich durch möglicher anhaltender psychischen Vulnerabilität oder die Entwicklung psychischer Erkrankungen mit Symptomen wie Ängste und Panik aus. Ziel der onkologischen Rehabilitation ist es den psychisch gekränkten Zustand zu erkennen und diesen durch individuell therapeutische Maßnahmen in eine positive Richtung zu lenken (Klocker et al., 2014). Die Ressourcenförderung durch Stärkung des gesunden Kerns eines Menschen ist ein weiteres Ziel in der onkologischen Rehabilitation (Klocker et al., 2014). Bei der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung hat die Zukunftsperspektive, die Krankheitsbewältigung und Angstreduktion einen hohen Stellenwert um die Motivation zu steigern (Klocker et al., 2014). Die soziale Reintegration wird durch individuelle Copingstrategien bestärkt. Dabei ist die berufliche Reintegration eine große Herausforderung, denn der Motivationsgedanke ist häufig nicht groß. Durch die Heilung der Beschwerden wird die Lebensqualität und Fähigkeit sich selbst zu versorgen positiv beeinflusst (Klocker et al., 2014)

Die deutsche Rentenversicherung (DRV) publizierte einen Reha- Therapiestandard. Das Ziel dieses Standards ist, die Qualität einer rehabilitativen Behandlung bei einer Brustkrebserkrankung durch wissenschaftliche, evidenzbasierte Grundlagen zu verbessern (DRV, 2016). Verschiedene Therapiemodule mit wissenschaftlich nachgewiesener therapeutischer Wirksamkeit ließen sich in der Literatur herausfiltern (DRV, 2016). Zu den evidenzbasierten Therapiemodulen gehören unter anderem die Bewegungstherapie oder Entspannungsverfahren (DRV, 2016).

2.2.2 Gesetzliche Grundlagen, Leistungen und Rehabilitationsträger

Neben Kuration und Pflege bildet die Rehabilitation einen gesetzlich verankerten Leistungsbereich im deutschen Gesundheitssystem (Grote; Thiele, 2014). Das im Jahr 2001 in Kraft getretene neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX) beinhaltet alle Rechte zur *Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen* (Betz; Schmidt, 2012). Auch im SGB V unter *medizinische Rehabilitation nach §40 SGB V* oder im SGB XI *Rehabilitation vor Pflege* wird der Grundsatz in Form von vereinheitlichten Regelungen und Rehabilitationsleistungen zusammengefasst. Zuständige Leistungserbringer werden ebenfalls im SGB IX zusammengefasst (Betz; Schmidt, 2012; SGB V). Des Weiteren gibt

es andere gesetzliche Bestimmungen, die für die Rehabilitation führend sind und unter stetigen Reformen unterliegen (Grote; Thiele, 2014). Unter dem Titel der *Teilhabe* des SGB IX fallen im deutschen Sozialrecht vier Bereiche. Zum einen zählt zu den Leistungen der Rehabilitation unter anderem die im §§ 6ff. des SGB IX festgehaltene medizinische Rehabilitation (Grote; Thiele, 2014). Dazu zählen medizinische Leistungen die „Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten und Folgen wie Pflegebedürftigkeit oder Einschränkung der Erwerbsfähigkeit abwenden, beseitigen, mindern, ausgleichen, eine Verschlimmerung verhüten“ (Grote; Thiele, 2014, S. 27).

Zu den Rehabilitationsträgern zählen die gesetzliche Krankenkasse-, Unfall- und Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Träger der Kriegsopferfürsorge und die öffentliche Kinder- und Jugendhilfe sowie die Sozialhilfe (Grote; Thiele, 2014). Besonders für medizinische Leistungen in einer Rehabilitation ist die Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung zuständig (Betz; Schmidt, 2012). Hinzuzufügen ist, dass nahezu alle Träger der Sozialversicherung unter bestimmten Bedingungen und nach ärztlicher Verordnung die Kosten von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation übernehmen (Grote; Thiele, 2014).

2.2.3 Formen der medizinischen Rehabilitation

Vorraussetzung für Kostenübernahme ist für alle medizinischen Rehabilitationsformen eine Indikation, beispielsweise eine spezielle Maßnahme eines Krankheitsbildes. Dabei sollte die Krankheitsdiagnostik abgeschlossen sein (Grote; Thiele, 2014). Unterschieden wird in einer medizinischen Rehabilitation unter folgenden Punkten:

- » Rehabilitation im Akutkrankenhaus oder in besonderen Einrichtungen (*Frührehabilitation*), was besonders bei Patienten mit instabilem Organsystem, Beatmungsnotwendigkeit, noch bestehenden diagnostischem/therapeutischem Behandlungsbedarf und zu erwarteten Komplikationen wahrgenommen wird (Grote; Thiele, 2014).
- » *Anschlussrehabilitation (AR)/ Anschlussheilbehandlung (AHB)* mit ambulanter Versorgung oder, wenn dieses nicht reicht, mit einer stationären Behandlung. In der Regel erfolgt diese Form nach einer Krankenhausbehandlung, wobei sie innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung starten muss. Außerdem dauert diese Behandlung meistens drei bis vier Wochen, kann aber durch ärztlich medizinisch therapeutische Begründung verlängert werden, falls dies für das Erreichen des Rehabilitationsziels erforderlich ist (§15 Absatz 3 SGB VI). Die Behandlung erfolgt in fachspezifischen

Fachkliniken durch ärztlich geleitete multiprofessionelle Rehabilitationsteams (Grote; Thiele, 2014).

- » *Heilverfahren* bei chronischen Krankheiten (stationär oder tagesklinisch), wobei der Verlauf dem der AR oder AHB ähnelt und der einzige Unterschied darin liegt, dass vorher kein Krankenhausaufenthalt erforderlich ist (Grote; Thiele, 2014).

„Die Rehabilitation bei Brustkrebskranken erfolgt fast ausschließlich stationär mit einer Dauer zwischen 3 und 4 Wochen.“ (Bartsch; Zeiss, 2014, S. 270)

2.2.4 Anforderungen an die Pflege

Durch vielseitige Aufgaben bilden Pflegende eine große Gruppe im therapeutischen Team in der Rehabilitation. Dennoch wird der Großteil an Maßnahmen in der onkologischen stationären Rehabilitation von dem therapeutischen Personal durchgeführt (Grote; Thiele, 2014). Therapeutische, aktivierende, mobilisierende und stimulierende Pflege unter individuellen Zielsetzungen, die Hilfe zur Selbsthilfe und Beratungskompetenzen verbessern den Alltag der Patientinnen (Grote; Thiele, 2014). Besonders durch Förderung der Selbsthilfe kann die Lebensqualität der Betroffenen gesteigert werden (Grote; Thiele, 2014).

Prävention, Förderung, Patientenedukation und Angehörigenanleitung im interdisziplinären Kontakt sind Schwerpunkte der Rehabilitationspflege (Schmidt, 2012). Allgemein gefasste Aufgaben der Gesundheits- und Krankenpflege definieren sich aus individueller, fachgerechter Betreuung durch eigenverantwortliche Pflege (Schmidt, 2012). Damit die Professionalität auch in diesem Bereich der Pflegetätigkeiten gewährleistet werden kann, ist die patientenbezogene und rehabilitative Arbeit von großer Bedeutung (Schmidt, 2012). Das Aufbauen einer Vertrauensbasis dient als Grundlage der Pflege in diesem Kontext (Grote; Thiele, 2014). Die Empathie und Beziehungsarbeit sind wesentliche Aspekte. Pflegende greifen in persönliche und intime Aktivitäten ein, weshalb die Gewohnheiten der Betroffenen herausgearbeitet werden sollen um tägliche Aktivitäten zu fördern und zu einer hohen Selbstständigkeit zu gelangen (Grote; Thiele, 2014).

Zu den allgemeinen patientenbezogenen Aufgaben gehören die Patientenbeobachtung, die Ausführung ärztlicher Anordnungen und Assistenz bei ärztlichen Maßnahmen. Die individuelle Maßnahmenplanung bei Pflege- und Sozialanamnese wird durch Pflegedokumentationen unterstützt. Hinzu kommt die Durchführung von Pflegemaßnahmen basierend auf der individuellen Maßnahmenplanung sowie auf vorgegebenen Standards oder Leitlinien. Auch präventive Maßnahmen sind mitinbegriffen (Schmidt, 2012). Die

Patientenentlassung orientiert sich an der Patienten- und Angehörigensituation (Schmidt, 2012).

Speziell rehabilitative Aufgaben zielen auf die Förderung der Selbsthilfe zur Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität und Selbstständigkeit ab. Dazu gehören fördernde Maßnahmen bei Störungen der Motorik oder Psychomotorik, der Selbstpflege, dem Sozialverhalten, der Umgebungsgestaltung sowie dem Gesundheitsverhalten. Die Patientensicherheit wird durch Begleitung der Therapie und Diagnostik gewährleistet. Die Beratung und Anleitung, zum Beispiel bei Hilfsmitteln oder von Angehörigen, gehören zum Aufgabenbereich. Pflegerische Patientengespräche zur Informationsvermittlung und Bewältigungshilfe gelten in diesem Bereich als große Herausforderung jedes Einzelnen (Schmidt, 2012). Neben den genannten Aufgaben sind Pflegende auch daran beteiligt, an interdisziplinären Teambesprechungen oder Visiten zur Festlegung, Überprüfung und Korrektur von Rehabilitationszielen teilzunehmen, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten (Schmidt, 2012).

Auch die Kommunikation, in diesem Versorgungskontext, ist ein wichtiger Bestandteil der professionellen Pflege (Bäumer; Maiwald, 2006). Durch aktives Zuhören und rücksichtsvolle Einfühlen in die Situation wird die* der Pflegende für Betroffene greifbar und fassbar (Bäumer; Maiwald, 2006). Hier ist steht das Kennenlernen, beziehungsweise die Anamnese der Patientin im Vordergrund (Schimpf et al., 2017).

In der Beratung innerhalb der Rehabilitation bei Brustkrebspatientinnen sollten Informationen zu Themen wie Verhaltensmaßnahmen nach einer Brustoperation und Schmerzen im Schulter-Nacken-Bereich oder im Narbenbereich besprochen werden sowie mögliche Probleme mit Prothesen aufgegriffen werden (Schröck et al., 2007). Unsicherheiten seitens der Patientinnen zu Partnerschaftsproblemen sowie der Freizeitgestaltung werden in Beratungssituationen häufig angesprochen (Schröck et al., 2007). Zusätzlich sollten Patientinnen über ambulante Nachsorgeangebote informiert werden, wobei jedoch die Anzahl der bestehenden Angebote noch gering ist (Bartsch; Zeiss, 2014). Pflegende sollten über ein adäquates Kommunikationsverhalten verfügen und Kenntnisse über Beratungsgespräche besitzen (Bäumer; Maiwald, 2006).

Nach einer Brustoperation, einhergehend mit einer Mastektomie, BET oder ALNE, werden spezielle Qualifikationen in der Pflege benötigt (Körper, 2012). Dazu gehören die Vorstellung von Brustprothesen, Dessous oder Badebekleidung. Schulungen zur Selbstuntersuchung der Brust oder der Umgang mit einem Armlymphödem im Alltag werden in der Rehabilitationspflege angeboten. Den Betroffenen werden Möglichkeiten

gezeigt, wie sie mit angemessener Lebensqualität wieder am sozialen, beruflichen und privaten Leben teilnehmen können (Körper, 2017). Auch das Körperbild der Betroffenen verändert sich in vielen Fällen nach einer Brustoperation (Zettl, 2017). Die Sensibilisierung für dieses Thema und die Beobachtung der Patientinnen haben im pflegerischen Umgang einen hohen Stellenwert (Zettl, 2017). Instrumente zur Erfassung des Körperbildes sowie die Informationsbereitstellung stellen eine bedeutende Rolle für Pflegende dar. Oftmals bewirken bereits Gespräche über Probleme und Ängste mit den Patientinnen Positives. Gefühle von Trauer über den Verlust eines bisherigen Körperbildes gilt es zuzulassen. Zu Anwendungen von Entspannungsverfahren, wie autogenes Training oder progressive Muskelrelaxation, welche zur Akzeptanz des veränderten Körperbildes beitragen können, sollten die Patientinnen motiviert werden (Zettl, 2017).

Auch in der Rehabilitation auftretenden pflegerischen Problemen bei Brustkrebspatientinnen, wie Schmerzen, Fatigue oder Armlymphödeme, kann durch ein ausreichendes Wissen der Komplikationen durch Pflegende entgegengewirkt werden (Kroner; Margulies, 2017; Blum et al., 2017). Nach einer Mastektomie kommt es häufig zu einem Armlymphödem, welches durch gezielte Bewegungsübungen und Hochlagern des betroffenen Armes behandelt werden kann (Schäfer, 2013). Bestimmte Wickel und Öle können den Lymphabfluss fördern (Schäfer, 2013). Fatigue schränkt die Lebensqualität von betroffenen Brustkrebspatientinnen stark ein (Schäfer, 2013). Pflegende sollten die Patientinnen über aktivierende Maßnahmen, wie Bewegungstherapie informieren und auch motivieren, damit das physische Wohlbefinden und so die Lebensqualität gesteigert werden kann (Schäfer, 2013). Außerdem sollten Pflegende über das Wissen der möglichen Instrumente zur Erfassung des Schmerzes verfügen und diese entsprechend einsetzen (Kroner; Margulies, 2017). Durch eine Mastektomie treten Schmerzen therapiebedingt auf und können bis zu Monaten und Jahren nach dem Eingriff anhalten. Dieses gilt es ernst zu nehmen um Betroffene dabei helfen zu können, realistische Ziele für ihre täglichen Aktivitäten zu generieren (Kroner; Margulies, 2017).

2.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Im Gesundheitsbereich hat der Qualitätsbegriff unter anderem in der Pflege und Rehabilitation einen hohen Stellenwert erlangt (Radoschewski, 2000).

2.3.1 Definition

Der Begriff Qualität steht für eine Beschaffenheit. Folglich meint die Lebensqualität ein sehr komplexes, vielschichtiges und multidimensionales Gebilde der Spezifitäten und Eigenschaften menschlicher Existenz (Radoschewski, 2000).

Die Relevanz einer Krankheit, wie das Mammakarzinom, wurde in etablierten epidemiologischen Forschungen anhand Mortalitätsraten gemessen (Ellert; Kurth, 2013). Durch erreichte medizinische Behandlungserfolge und steigender Lebenserwartung bei der Mortalitätsbekämpfung definieren chronische Krankheiten das Morbiditätsspektrum. Mit diesem Hintergrund spielt die gesundheitsbezogene Lebensqualität als Indikator für Gesundheit eine große Rolle (Ellert; Kurth, 2013). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein weitreichendes Konzept, welches auf divergente Art und Weise definiert werden kann und ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit bildet (Ellert; Kurth, 2013). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist heute ein unverzichtbares Outcomekriterium in der Beurteilung medizinischer Interventionen, im Rahmen der Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung, in der Gesundheitsökonomie und in der epidemiologischen Beschreibung der Gesundheit auf Bevölkerungsebene (Beierlein et al., 2012).



Abbildung 1: Multidimensionales Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität-Mindmap nach eigener Darstellung

Anlehnend an den bereits beschriebenen Hintergrund wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität als multidimensionales Konstrukt aus körperlichen, emotionalen, mentalen, sozialen und verhaltensbezogenen Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sicht der Betroffenen geformt (Ellert; Kurth, 2013). Dieses Konzept beinhaltet die für viele Aspekte maßgebliche Sichtweise der Betroffenen bezüglich ihres psychischen Wohlergehens und ihrer körperlichen Funktionsfähigkeit.

Somit ist dieses Konzept ein wichtiger Baustein des Gesundheitszustandes (Ellert; Kurth, 2013).

2.3.2 Messung

Operationale Definitionen zur Messung der gesundheitsbedingten Lebensqualität weisen in ihrer Struktur zunehmend durch Einbeziehung von physischen, psychischen und sozialen Domänen eine *Multidimensionalität* auf (Beierlein et al., 2012). Des Weiteren wird eine *Subjektivität* durch die Wahrnehmung von Wohlbefinden und eine *Betonung des Wohlbefindens* als positive Qualität des subjektiven Gesundheitszustandes erkenntlich (Beierlein et al., 2012). Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität existieren demnach viele Messinstrumente (Bullinger, 2000). Generische Fragebögen zeigen eine umfassende Darstellung des Gesundheitszustandes von gesunden Populationen als auch von Populationen mit bestimmten Erkrankungen (Beierlein, et al., 2012).

Unter anderem ist das zur Messung der gesundheitlichen Lebensqualität international am häufigsten eingesetzte generische Instrument der Short-Form 36 (SF-36) (Ellert; Kurth, 2013). Die Validität, Reliabilität und Veränderungssensitivität des Instrumentes wurde nachgewiesen und die internationale Vergleichbarkeit ist gegeben. Der SF-36 erfasst mit insgesamt 36 Items acht verschiedene Dimensionen des multidimensionalen Konstrukts gesundheitsbezogener Lebensqualität und zwei übergeordnete Hauptdimensionen körperlicher und psychischer Gesundheit (Beierlein et al., 2012; Bullinger, 2000). Ein zusätzliches Item misst die Gesundheitsveränderung des vergangenen Jahres und wird nicht in die Skalenbildung einbezogen (Beierlein et al., 2012). Die Punkte „körperliche Funktionsfähigkeit“, „körperliche Rollenfunktion“, „körperlicher Schmerz“, „allgemeine Gesundheitswahrnehmung“, „Vitalität“, „soziale Funktionsfähigkeit“, „emotionale Rollenfunktion“, „psychisches Wohlbefinden“ und „Veränderungen des Gesundheitszustandes“ werden in dem SF-36 erfasst (Voss, 2018).

Die verschiedenen Punkte des SF- 36 umfassen die Bausteine des multidimensionalen Konstrukts der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die zweite Version mit einigen sprachlichen Veränderungen, SF-36V2 (Short- Form 36 Version 2) wurde in Deutschland erstmalig im Jahr 2002 eingesetzt (Ellert; Kurth, 2013).

Die Kurzform des SF-36, der SF-8 misst acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit sowie zwei Sumenskalen körperlicher und psychischer Gesundheit (Beierlein et al., 2012).

3. Fragestellung

Das Ziel dieser Arbeit ist, mithilfe aktueller Studienlage und Literatur die Auswirkungen einer stationären onkologischen Rehabilitation auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen darzustellen. Hierbei soll unter anderem deutlich werden, welche Interventionen des multiprofessionellen Teams in der Rehabilitation eine Rolle spielen. Es stellt sich folgende Fragestellung:

„Welchen Einfluss hat eine stationäre Rehabilitation auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patientinnen mit einem Mammakarzinom?“

Um dem Ziel dieser Arbeit gerecht zu werden, wurde ein theoretisches Hintergrundwissen zum Mammakarzinom, zur onkologischen Rehabilitation und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität verdeutlicht. Die Wichtigkeit der Pflege innerhalb einer Rehabilitation wird nachfolgend ebenfalls in diesem Kapitel beschrieben. Auf Basis der bereits getroffenen Aussagen über das Mammakarzinom und der onkologischen Rehabilitation wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität beschrieben. Das methodische Vorgehen wird in Kapitel vier festgelegt.

Der Kernpunkt dieser Arbeit sind die aus der systematischen Literaturrecherche resultierenden Ergebnisse der aktuellen Studienlage in Bezug auf den Einfluss der stationären Rehabilitation auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen. Am Ende dieser Arbeit werden wesentliche Ergebnisse erläutert und diskutiert. Eine kritische Beleuchtung der Ergebnisse und Vorgehensweise dient zur Optimierung von Handlungsempfehlungen. In der Schlussfolgerung wird eine Antwort auf die Forschungsfrage generiert.

4. Methodik

Für die Recherche werden zunächst Dokumente aus Google Scholar sowie aus dem HAW- und Campus Katalog herangezogen. Für die systematische Literaturrecherche der Studienlage werden die Datenbanken „Medline“ (Pubmed) und „beluga“ (Katalog der Hamburger Bibliotheken) genutzt. Für die Formulierung passender Suchbegriffe wird die Fragestellung mithilfe des PIKE-Schemas unterteilt. Das PIKE-Schema stellt sich aus vier Kategorien zusammen: Personengruppe (P), Intervention (I), Kontrollgruppe (K) und das Ergebnis (E). Die Personengruppe (P) stellt in dieser Arbeit Patientinnen mit Brustkrebs dar. Die Intervention (I) ist eine onkologische (stationäre) Rehabilitationsmaßnahme. Die Ergebnisse (E) dieser Arbeit definieren sich bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Da für die Beantwortung der Fragestellung in dieser Arbeit die Kategorie der Kontrollgruppe (K) nicht relevant ist, werden zu diesem Bereich keine Suchbegriffe generiert. Die Themenbereiche des PIKE-Schemas werden folgend in Tabelle 2 aufgezeigt.

Tabelle 2: PIKE-Schema

P (Personengruppe)	Patientinnen mit Mammakarzinom
I (Intervention)	Onkologische (stationäre) Rehabilitation
K (Kontrollgruppe)	-----
E (Ergebnisse)	Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Für die Literaturrecherche in den bereits genannten Datenbanken werden die Suchbegriffe mithilfe des Online-Wörterbuchs „Linguee“ auf Englisch übersetzt. Nachfolgend werden diese Suchbegriffe mit den booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ verknüpft, sodass das Ausmaß beschränkt wird. Synonyme der Suchbegriffe werden mit „OR“ kombiniert.

Tabelle 3: Suchbegriffe mit englischer Übersetzung

deutsch	englisch
gesundheitsbezogene Lebensqualität	health-related quality of life, health-related quality of living
stationäre Rehabilitation	inpatient rehabilitation
Mammakarzinom	breast cancer

health-related quality of life OR health-related quality of living AND inpatient rehabilitation AND breast cancer

Abbildung 2: Verknüpfung der Suchbegriffe mit den booleschen Operatoren

Für die Datenbank „beluga“ werden ausschließlich die deutschen Suchbegriffe verwendet. Einschlusskriterien für die Auswahl der Literatur in beiden Datenbanken sind, dass sich die Studien mit dem Thema „gesundheitsbezogene Lebensqualität nach einer stationären Rehabilitationsmaßnahme bei Patientinnen mit Mammakarzinom“ befassen. Zum weiteren Vorgehen gehört dazu, dass sich die Suchbegriffe entweder im Titel oder im Abstract wiederfinden. Aufgrund des deutschen Gesundheitssystems mit gesondertem Rehabilitationsanspruch wird deutsche Literatur bevorzugt behandelt. Die ausführliche Dokumentation der Recherche erfolgt anhand eines Flussdiagramms. Ein Ausschlusskriterium sind Dokumente ohne Volltextzugang, wobei die Zugangsrechte beim Verlag liegen. Um die Suche zu erweitern, findet eine unsystematische Literaturrecherche mithilfe Google Scholar statt. Die Suchbegriffe in Google Scholar begrenzen sich auf: „onkologische Rehabilitation“, „medizinische Rehabilitation“, „Brustkrebs“, „Mammakarzinom“ und „gesundheitsbezogene Lebensqualität“. Des Weiteren werden Dokumente der deutschen Rentenversicherung herangezogen. Letzteres findet sich in Abbildung 3 unter „Handsuche“. Der ausführliche Verlauf der systematischen Literaturrecherche wird im Folgenden in einem Flussdiagramm veranschaulicht.

Flussdiagramm zur systematischen Übersicht der Literaturrecherche:

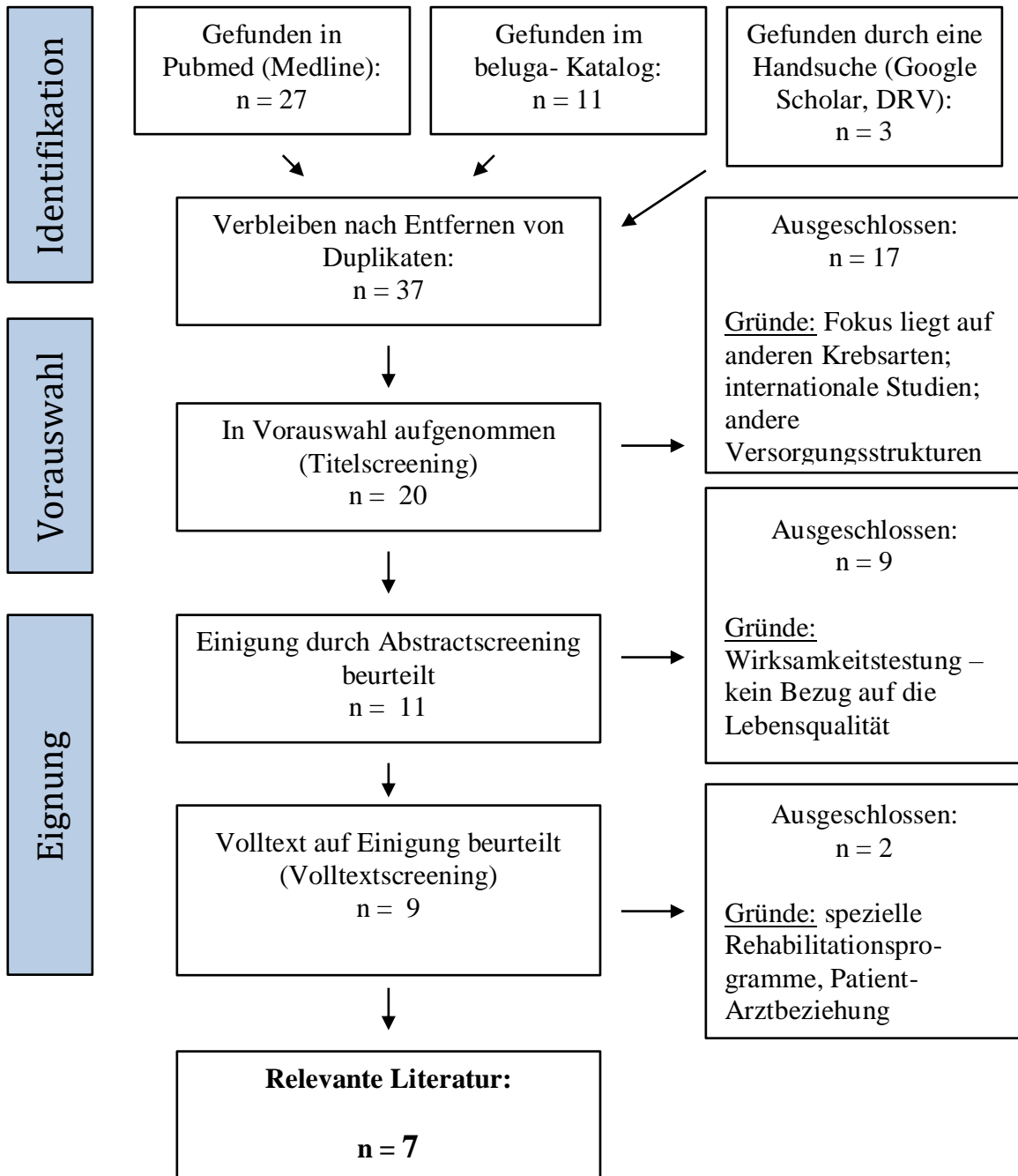


Abbildung 3: Flussdiagramm zur systematischen Übersicht der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche findet zwischen April und Mai im Jahr 2018 statt.

5. Ergebnisse

Akute und chronische körperliche Schäden sind häufige Folgen einer multimodalen Therapie eines Mammakarzinoms (Hartmann et al., 2004). Dazu zählen insbesondere Schulter-Arm-Schmerzen, Lymphödeme, Fatigue-Syndrom oder Parästhesien mit irreversiblen Funktionseinschränkungen. Durch wiederkehrende Therapien mit häufig einhergehenden Krankenhausaufenthalten und die Angst vor einem Rezidiv treten seelische Krankheitsfolgen auf. Es entstehen oft zusätzlich depressive Symptome beispielsweise durch Verlust der körperlichen Integrität oder Einschränkungen des Selbstwertgefühls (Hartmann et al., 2004). Außerdem wurde in vielen Fällen ein sozialer Rückzug der betroffenen Frauen erkannt. Damit einhergehend sind beruflich-finanzielle Nachteile beobachtet worden (Hartmann et al., 2004). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität kennzeichnet einen wichtigen Aspekt in der Therapieevaluation (Hartmann et al., 2004).

5.1 Darstellung der Studienergebnisse anhand einer Ergebnistabelle

Nachfolgend werden die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche zusammenfassend in einer Ergebnistabelle dargestellt. In gleicher Reihenfolge werden alle Studien daraufhin detailliert beschrieben.

Tabelle 4: Ergebnistabelle Teil 1

Studie (Autor, Titel)	Studienart	Problem	Intervention	Resultate
Hartmann, U. et al. 2004, Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Brustkrebs-patientinnen durch stationäre Rehabilitation	Klinische Studie	Untersuchung von Beeinflussung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach Abschluss der Akuttherapie durch ein standardisiertes stationäres Rehabilitationsprogramm	129 Pat. und 42 gesunde Kontrollpersonen wurden anhand des EORTC-QLQ-C30 vor und nach Abschluss der Rehabilitation mit Schwerpunkt auf psychoonkologischen und aktivierenden Maßnahmen auf die Lebensqualität und ihre verschiedenen Dimensionen untersucht.	- signifikante Verbesserungen in allen Dimensionen der Lebensqualität
Hartmann, U. et al. 2005, Langzeit-Evaluation der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beim Mamma-Karzinom nach stationärer Rehabilitation	Prospektive, randomisierte Studie	Untersuchung des Langzeiteffektes einer stationären Rehabilitation auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität	96 Pat. wurden vor, unmittelbar danach, nach 5 und 11 Monaten einer 4-wöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme anhand des EORTC-QLQ-C30 befragt.	- ohne weiterführende Therapie langfristige Verbesserung der Rollenfunktion in Familie und Beruf
Hartmann, U. et al. 2007, Effects of a step-by-step inpatient rehabilitation programme on quality of life in breast cancer patients	Prospektive, randomisierte und kontrollierte klinische Studie	Untersuchung des Effekts eines rehabilitativen Stufenprogramms bei Brustkrebspatientinnen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität	98 Pat. nahmen an einem Stufenprogramm teil (3 Wochen stationär und jeweils 1 Woche nach 4 und 8 Mon.) und 99 Pat. an einer 4-wöchigen-stationären Rehabilitation, Pat. wurden mittels des EORTC-QLQ-C30 zur Lebensqualität in versch. Zeitpunkten befragt.	- Pat. mit kognitiven Beeinträchtigungen profitieren vom Stufenprogramm - Pat. mit Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates profitieren von einer vierwöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme

Tabelle 5: Ergebnistabelle Teil 2

Studie (Autor, Titel)	Studienart	Problem	Intervention	Resultate
Krüger, A. et al. 2009, Verlauf der psychosozialen Belastung und gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Patienten verschiedener Altersgruppen in der onkologischen Rehabilitation	Prospektive Evaluationsstudie	Wirksamkeit der stationären onkologischen Rehabilitation unter Berücksichtigung spezifischer psychoonkologischer Interventionen	Zu Beginn und am Ende wurden 637 und ein Jahr nach der Rehabilitation wurden 485 Patienten verschiedener Altersgruppen anhand standardisierter Fragebögen (u.a. SF-8) in Bezug auf die psychosoziale Belastung sowie zur Lebensqualität befragt.	- Pat. im Alter von 20 bis 40 erzielen größere Fortschritte in der körperlichen Funktionsfähigkeit - signifikante Verbesserung der körperlichen Lebensqualität - Pat. im Alter von 41 bis 50 haben höchste Belastungswerte in psychischer Dimension - langfristige Profitierung bei psychisch belasteten Patienten
Ralf, L. et al. 2018, Erste Ergebnisse des MoVo-BnB Programms für Frauen nach Brustkrebs zu den Prozesskriterien Handlungsplanung und Selbstwirksamkeit	Prospektive, kontrollierte Interventionsstudie	Wirksamkeit des MoVo-BnB Programms auf die körperliche Aktivität von Brustkrebspatientinnen und somit Steigerung der Lebensqualität	561 Rehabilitandinnen wurden zum Rehabilitationsbeginn, Rehabilitationsende, 4 und 8 Monate nach Ende befragt.	- MoVo-BnB – Programm kann Frauen in der Handlungsplanung und Selbstwirksamkeit unterstützen
Ralf, L. et al. 2017, Effekt der medizinischen Rehabilitation auf die sportliche Aktivität und Motivation bei Frauen nach Brustkrebs sechs Monate nach Entlassung aus der Reha-Einrichtung	Prospektive Beobachtungsstudie	Untersuchung des Effekts der medizinischen Rehabilitation auf den Umfang der sportlichen Aktivität bei Brustkrebspatientinnen	369 Rehabilitandinnen zum Rehabilitationsbeginn, Rehabilitationsende und 6 Monate nach Abschluss zu ihrer körperlichen Aktivität in Minuten pro Woche befragt.	- Sechs Monate nach Entlassung ca. 60 Minuten pro Woche höhere sportliche Aktivität als zu Beginn der Rehabilitation

Tabelle 6: Ergebnistabelle Teil 3

Studie (Autor, Titel)	Studienart	Problem	Intervention	Resultate
Mannheim, E. et al. 2013, Tanztherapie in der stationären onkologischen Rehabilitation	Explorative Studie	Wirksamkeit der Tanztherapie in der stationären onkologischen Rehabilitation auf Lebensqualität, psychische Befindlichkeit und Selbstkonzept von Krebspatientinnen	115 Pat. wurden zu Beginn und 112 Pat. zum Ende der Rehabilitation u.a. mittels EORTC QLQ-C30 zur Erfassung der Lebensqualität befragt.	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Lebensqualität - Symptomlinderung in Arm und Brust - Etablierung, ggf. Weiterführung der Tanztherapie in stationärer onkologischer Rehabilitation sinnvoll

5.2 Globale Lebensqualität und verschiedene Dimensionen

In einer klinischen Studie von Hartmann et al. (2004) geht es um die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patientinnen mit Brustkrebs durch eine stationäre Rehabilitation. Dazu wurde von 129 Patientinnen zwischen Oktober 2001 und April 2003 (18 Monate) die Lebensqualität am Anfang der Rehabilitation und am Ende dieser interpretiert. Alle Patientinnen erhielten eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme. Zu ihnen gehörten Patientinnen im Alter von 25 bis 75 mit einem histologisch gesicherten Mammakarzinom in verschiedenen pathologischen Tumorstadien. Außerdem ist das Zeitintervall zwischen Ende der Akuttherapie und Anfang der Rehabilitationsmaßnahme nicht größer als fünf Jahre. Verglichen wurde die Patientengruppe mit einer Kontrollgruppe von 42 gesunden weiblichen Normalpersonen im Alter von 25-70 Jahren.

Während des stationären Aufenthaltes mit einer Dauer von durchschnittlichen 26 Tagen wurden die Patientinnen nach einem standardisierten Therapieprogramm mit dem Schwerpunkt auf psychoonkologische Interventionen behandelt. Hierzu zählen psychologische Einzeltherapie, autogenes Training, kreative Ergotherapie, Gestalttherapie und psychologische Gruppengespräche. Aktivierende Physiotherapie wurde zur Verbesserung der Schultergelenkbeweglichkeit und zur Lymphödemprophylaxe und –therapie eingesetzt. Zur Steigerung der Ausdauerfähigkeit wurden Gruppen- und Einzelgymnastik für den Bereich der Schulter und des Arms, Lymphdrainagen, Tai-Chi, Wassergymnastik sowie Training auf dem Laufband und Ergometertraining durchgeführt. Beratungen im Hinblick auf Rückenschule, Herz-Kreislauf-Training, Entspannung, Brustaufbau, Stressbewältigung und Kosmetik fanden statt. Ernährungsthemen wurden mit einer diätischen Schulung in Lehrküchen umgesetzt. Im Einzelfall wurden bei den Anwendungen Änderungen vorgenommen, zum Beispiel bei kein bestehendem Lymphödem. Dafür wurden stattdessen andere Angebote wahrgenommen, damit in allen Bereichen eine größtenteils gleiche Verteilung der Inanspruchnahme herrschte.

Zur Erhebung der Lebensqualität wurde der QLQ-C30 der EORTC, ein international sehr häufig genutzter Fragebogen, mit hoher Validität und Reliabilität eingesetzt. Dieser Fragebogen besitzt eine Antwortskala von 0 bis 100 Score-Punkten, wobei eine hohe Punktzahl von einer besseren Funktion spricht.

Damit wurde die globale Gesundheit bzw. Lebensqualität und fünf Dimensionen erfasst: physische, emotionale, kognitive und soziale Funktion, Rollenfunktion in Familie und Beruf. Um im Anschluss Ergebnisse diskutieren zu können werden verschiedene Patientencharakteristika aufgezeigt. Bei Randomisierung betrug der Altersdurchschnitt 56,4

Jahre, dabei waren Patientinnen im Alter von 25 bis 34 Jahren nicht vertreten. 62% der Befragten nahmen innerhalb eines Jahres nach Abschluss der Akuttherapie an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme teil. Die Mehrheit der Befragten (56%) befand sich im prognostisch günstigen Tumorstadium 1 (T1) (Hartmann et al., 2004). Die meisten Frauen litten an keinem Lymphknotenbefall (65%). Um ein Bild von der Inanspruchnahme verschiedener Operationsverfahren zu bekommen, lässt sich andeuten, dass 55% eine BET mit axilläre Lymphknotenexstirpation (ALNE) erhielten und 32% eine Ablatio mit ALNE. 90% entschieden sich für keine Brustrekonstruktion. Die Hälfte der Befragten wurde zusätzlich mit einer Chemotherapie behandelt und alle Befragten wurden mit einer adjuvanten hormonellen Therapie begleitet.

In Bezugnahme auf die Lebensqualität deuteten sich signifikante Beeinträchtigungen vor Beginn der Rehabilitation an. Zudem konnte nach Abschluss der Rehabilitation mit besonderen psychoonkologischen Interventionen und aktivierenden Maßnahmen deutliche Verbesserungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in allen sechs Dimensionen nachgewiesen werden. Im Bereich der globalen Lebensqualität und der emotionalen Funktion konnte bei über 75% eine Verbesserung festgestellt werden, wobei die Verbesserung der emotionalen Funktion wesentlich höher war und damit am ausschlaggebendsten. Bei über 50% konnte eine Besserung der physischen Funktion und Rollenfunktion in der Familie und Beruf erkannt werden, allerdings fiel die Verbesserung der physischen Funktion im Gegensatz am geringsten aus. Die Steigerung der sozialen und kognitiven Funktion konnte in weniger als 50% der Frauen festgestellt werden. Hartmann et al. (2004) begründen dieses Ergebnis darin, dass die physischen und emotionalen Funktionen sehr gezielt durch spezielle psychoonkologische Interventionen wie die Physiotherapie gesteigert werden können. Am Ende der Rehabilitation erreichten 50% die maximale soziale Funktion (100-Score-Punkte), welches Hartmann et al. (2004) als überraschend beschreiben, „da das soziale Umfeld durch eine stationäre Rehabilitation sicher von allen Lebensqualitätsdimensionen am wenigsten beeinflusst werden kann.“

(Hartmann et al., 2004, S. 427)

Eine stationäre Rehabilitation mit den in dieser Studie durchgeführten Therapiemodulen führt zu einer gesteigerten Lebensqualität der globalen Gesundheit, physischen sowie emotionalen Funktion. Letzteres wird überwiegend durch gezielte Hilfestellungen von dem professionellen Team als auch von Gesprächen mit Mitpatientinnen gestärkt (Hartmann et al., 2004). Die soziale Funktion lag bei 25% der betroffenen Frauen bereits vor Beginn der Rehabilitation bei 100-Score-Punkten und konnte somit gar nicht weitgehender verbessert

werden. Beziehungsprobleme wurden einseitig in Einzelgesprächen oder durch Gespräche mit Mitpatienten kompensiert. Außerdem könnte sich die hohe Punktzahl dadurch erklären, dass sich die Einschätzung am Ende der Rehabilitation auf die Zeit während der Behandlung bezieht. Das häusliche Umfeld unterscheidet sich von dem Umfeld während der Rehabilitation, somit unterscheiden sich auch die Anforderungen an die Patientin. In diesem Kontext bleibt abzuwarten, ob sich diese positive Resonanz auch nach Rückkehr ins häusliche Umfeld mit den gewohnten alltäglichen Anforderungen an die Patientin hält. Außerdem erwähnen Hartmann et al. (2004), dass sich die psychische Erholung bei Krebspatientinnen über einen langen Zeitraum vollstreckt. Aus diesem Grund erweist es sich als interessant, die langfristige Wirkung einer stationären Rehabilitation zu kennen.

Dazu wurde in einer prospektiven, randomisierten Studie von Hartmann et al. ein Jahr später (2005) Stellung genommen, welche den Langzeiteffekt einer stationären onkologischen Rehabilitation auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität untersuchte. 96 Brustkrebspatientinnen wurden vor (t0) und unmittelbar nach (t1) einer vierwöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme sowie fünf (t2) und elf (t3) Monate danach mit dem QLG-C30 der EORTC befragt. Auch hier wurden die globale Lebensqualität und die fünf Lebensqualitätsdimensionen (physische, emotionale, kognitive und soziale Funktion sowie die Rollenfunktion) analysiert. Es wurden die Anteile der Frauen berechnet, bei denen sich die Score-Werte verbesserten. Hartmann et al. (2005) beschreiben, dass die stationäre onkologische Rehabilitation bei Brustkrebspatientinnen die größte Wirksamkeit in dem Bereich der emotionalen und psychischen Ebene entfaltet. Eine signifikante Verbesserung der globalen Lebensqualität sowie der emotionalen Funktionen bleibt auch elf Monate nach der Rehabilitation bestehen. Jedoch zeigt sich ein abschwächender Effekt in den ersten fünf Monaten nach Abschluss der vierwöchigen Rehabilitationsmaßnahme. Die Untersuchung zeigte im Vergleich der Zeitpunkte t0 und t3 keine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Hinblick auf die physische und kognitive Funktion, welche bereits in der zuerst beschriebenen Studie von Hartmann et al. (2004) im Vergleich gering ausfielen. In diesen Bereichen ist laut Hartmann et al. (2005) eine hohe Eigeninitiative sowie eine aktive Verhaltensänderung der Patientinnen erforderlich. Hingegen zeigte sich bei der Rollenfunktion in Familie und Beruf ohne weiterführende Therapie eine signifikante langfristige Verbesserung. In Anlehnung an die zuerst beschriebene Studie ist die soziale Funktion bereits vor den untersuchten Zeitpunkten so gut, dass keine Verbesserung möglich sei (Hartmann et al., 2005).

In einer weiteren deutschen prospektiv randomisierten Studie von Hartmann et al. (2007) wird die herkömmliche stationäre Rehabilitation mit einem sogenannten Etappen-Rehabilitationsverfahren verglichen. Patientinnen, welche das Stufenprogramm durchliefen, erhielten nach einer dreiwöchigen stationären Rehabilitation jeweils zwei weitere einwöchige Aufenthalte. Ziel war es herauszufinden, ob möglicherweise eine erhöhte Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen durch die erweiterten einwöchigen Aufenthalte nach vier und acht Monaten, erzielt werden kann. Zur Erfassung wurde ebenfalls der QLQ-C30 der EORTC genutzt. Dabei wurde der Verlauf der globalen Lebensqualität in dieser Studie als primär wichtiges Kriterium angesehen. Die anderen Dimensionen galten als sekundäre Kriterien. Insgesamt wurden 197 Patientinnen in die Studie eingeschlossen. Gruppe A (Patientinnen des Stufenprogramms) umfasste 98 Patientinnen und Gruppe B (Patientinnen der vierwöchigen stationären Rehabilitation) 99 Patientinnen. Das Alter setzte sich von 29 bis 74,5 Jahren zusammen, wobei die meisten Frauen im Alter von 55 bis 65 Jahren lagen. Zwei Frauen waren jünger als 35 Jahre. 66% der Teilnehmerinnen erhielten eine Erstdiagnose. Weitere Patientenmerkmale wie soziodemografische Daten und Operationsart wurden ebenfalls erhoben. Über die Hälfte der Patientinnen erhielt eine BET mit ALNE und 30% eine Mastektomie mit ALNE. Die Lebensqualität wurde zu den Zeitpunkten t0 (Anfang der Rehabilitation), t1 (nach drei- oder vierwöchigen Rehabilitation) und t2 (12 Monate nach Ende der Rehabilitation) bemessen. Beide Gruppen wurden mit einem standardisierten Rehabilitationsprogramm mit dem Schwerpunkt auf psychoonkologische Interventionen einschließlich psychologischer Interventionen einzeln durchgeführt und in Gruppen, Entspannungstechniken sowie aktivierende Physiotherapie behandelt. Es erhielten alle Patientinnen die Therapien ungefähr im gleichen Umfang und Häufigkeit. In der Zeit des einwöchigen Aufenthaltes erhielten die Patientinnen ein festgelegtes Programm aus psychologischen Konversationen einzeln durchgeführt oder in Gruppen, Ernährungsanleitungen, Standards zur Brustkrebstherapie, Gruppenübungen, Hydrotherapie, Entspannungstechniken, Übungen zur Lymphödem-Reduzierung sowie Tai-Qi-Übungen. Begleiterkrankungen, wie Muskel-Skelett-Erkrankungen wurden ebenfalls berücksichtigt.

Bei Gruppe B stieg die globale Lebensqualität, die emotionale und kognitive Funktion nach vier Wochen Rehabilitation im Vergleich zu Gruppe A an. Von dem Ende der dreiwöchigen Rehabilitation bis zu einem Jahr danach (Gruppe A) tendierten die Ergebnisse der kognitiven Funktion zur Verbesserung. Außerdem verbesserte sich bei Gruppe A die soziale Funktion von Beginn bis Ende der Studie. Werden die Ergebnisse der Studie mit Werten von gesunden

Frauen (30-69 Jahren) verglichen, wird deutlich, dass die globale Lebensqualität bei einer vierwöchigen stationären Rehabilitation bessere Effekte erreicht.

Durch etablierte psychoonkologische Interventionen konnte für Brustkrebspatientinnen, die an einer vierwöchigen stationären Rehabilitation teilnahmen, eine Verbesserung der globalen Lebensqualität, emotionalen und kognitiven Funktion erzielt werden. Im Vergleich zu dem Stufenprogramm war eine steigende Tendenz nur bei der kognitiven Funktion ersichtlich. Hartmann et al. (2007) erklären, dass kognitive Funktion oft mit einem Müdigkeitssyndrom korrelieren, welches als häufiges Symptom der Brustkrebserkrankung auftritt. Dies gilt es in der Rehabilitation zu stabilisieren. Außerdem werden kognitive Fähigkeiten durch beispielsweise *auswendig lernen* in Gruppensitzungen trainiert. Um die globale Lebensqualität weiterhin zu optimieren, sollten bereits positive Verhaltensänderungen der Frauen bei dem ersten Aufenthalt aufgefrischt und gestärkt werden. Dazu merken Hartmann et al. (2007) an, dass jeweils eine Woche als Erweiterung der dreiwöchigen Rehabilitation zu kurz sein könnte, um zu lernen, die erfahrenen positiven Effekte in den Alltag umzusetzen und zusätzliche positive Verhaltensänderungen erreichen zu können.

Bei Patientinnen des Stufenprogramms verringerte sich die emotionale Funktion bis ein Jahr nach Ende der drei Wochen stationärer Behandlung. Dies begründen Hartmann et al. (2007) darin, dass der Kontrast des geschützten Rahmens der stationären Rehabilitation und der realen Situation des Alltags einer Frau zu groß ist.

Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass Brustkrebspatientinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen von einem Rehabilitationsprogramm, welches schrittweise erfolgt, profitieren können und Patientinnen mit Begleiterkrankungen des Bewegungsapparates durch ein stationäres vierwöchiges Rehabilitationsprogramm bessere Ergebnisse erzielen. Ein ausgeprägtes Wissen über Defizite in der Lebensqualität oder Begleiterkrankungen vor Beginn einer Rehabilitation kann für die Versorgung innerhalb der Rehabilitation sehr nützlich sein (Hartmann et al., 2007). Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen des Gesundheitswesens (Hartmann et al., 2007).

5.3 Verlauf in verschiedenen Altersgruppen

In der Studie von Krüger et al. (2009) liegt der Schwerpunkt auf dem Verlauf der psychosozialen Belastung sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verschiedener Altersgruppen von Krebspatienten während einer stationären onkologischen Rehabilitation. Vier Kliniken wurden miteinbezogen. Zwei Kliniken boten spezifische psychoonkologische Interventionen an und die anderen zwei Kliniken galten als Vergleichskliniken mit allgemein onkologischen Rehabilitationsaufgaben. Der Verlauf untergliedert sich zeitlich zu Beginn der Rehabilitation (t1), am Ende (t2) und ein Jahr nach der Rehabilitation (t3). Es werden potentiell erwerbsfähige Krebspatienten im Alter von 20 bis 60 Jahren eingeschlossen. Die Altersklassen wurden in drei Altersgruppen zusammengefasst. Die erste Altersgruppe besteht aus Patienten im Alter von 20 bis 40 Jahren, die zweite aus Patienten im Alter von 41 bis 50 Jahren und die letzte Altersgruppe grenzt sich von 51 bis 60 Jahren ein. Insgesamt wurden 637 Patienten zu dem ersten und zweiten Zeitpunkt befragt und 485 Patienten ein Jahr nach der onkologischen Rehabilitation. 94% waren Frauen und 75% der Befragten litten an der Diagnose Brustkrebs. 78% von den an Brustkrebs leidenden Frauen befanden sich in der mittleren Altersgruppe (41-50 Jahre), wobei in der Studie insgesamt 268 Patienten eingeschlossen wurden. Die jüngste Altersgruppe (20-40) besteht aus 108 Patienten und die älteste Altersgruppe aus 261 Patienten. Außerdem wurden Relationen zu Werten der Allgemeinbevölkerung einbezogen.

Um die gesundheitsbezogene Lebensqualität jedes Individuums in dieser Studie erfassen zu können, wurde der Selbstbeschreibungsfragebogen *Short Form-8 Health Survey* (SF-8) benutzt, wobei unter der körperlichen Dimension und psychischen Dimension insgesamt acht Lebensqualitätsdimensionen zusammengefasst sind.

Messungen zeigten zu Beginn der onkologischen Rehabilitation, dass sich die Ergebnisse der Altersgruppen in der körperlichen Dimension (allgemeine Gesundheitswahrnehmung, körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen) signifikant unterscheiden, welches bei der psychischen Dimension (Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, psychisches Wohlbefinden, emotionale Rollenfunktion) nicht der Fall ist. Patienten im Alter von 51 bis 60 Jahren zeigen in allen vier Dimensionen der körperlichen Dimension eine geringere Lebensqualität. Es werden signifikante Altersunterschiede deutlich. Krüger et. al (2009) verdeutlicht, dass zwar die Rehabilitanden im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter geringere körperliche Belastungen aufweisen, aber sie dafür in vergleichbarem oder sogar stärkerem Ausmaß an körperlichen Beeinträchtigungen leiden. Die körperliche Rollenfunktion zeigt die geringste

Lebensqualität im Gesamtdurchschnitt aller Altersklassen. Zu Beginn der Rehabilitation zeigen sich überwiegend für die älteste Altersgruppe körperliche Belastungen.

Auch am Ende der Rehabilitation haben jüngere Patienten die beste körperliche Lebensqualität. Ein Jahr nach Rehabilitation sind Patienten der mittleren Altersgruppe in Bezug auf die körperliche Dimension der Lebensqualität in Relation zur Allgemeinbevölkerung deutlich belasteter. Dabei haben ältere Patienten auf lange Sicht keine höheren körperlichen Belastungen als die Patienten in der mittleren Altersgruppe. Krüger et al. (2009) erklärt dies damit, dass der Alltag der Patienten im Alter von 41 bis 50 Jahren mit höheren körperlich-funktionellen Anforderungen verbunden ist. „Rehabilitative Interventionen, die auf eine langfristige Verbesserung der körperlichen Lebensqualität über die Maßnahme hinaus abzielen, sollten bei Personen des mittleren Erwachsenenalters in einem stark fordernden Alltag integrierbar sein.“ (Krüger et al., 2009, S. 158)

Des Weiteren verdeutlichen die Ergebnisse mittel- und langfristig gesehen, dass Patienten im Alter von 20 bis 40 größere Fortschritte in der körperlichen Funktionsfähigkeit erzielen als ältere Patienten. Krüger et al. (2009) äußert, dass für junge Menschen das körperlich uneingeschränkte Leben als selbstverständlich gilt. Als Folge dieser Erkenntnis könnte nach Krüger et al. (2009) der relative Verlust der physischen Lebensqualität hier besonders schwerfallen.

Im Klinikverlauf kommt es in Bereichen aller Altersgruppen zu signifikanten Verbesserungen der körperlichen Lebensqualität. Krüger et al. (2009) verdeutlicht, dass die Erfahrung einer Krebserkrankung für alle Altersgruppen eine hohe psychische Belastung mit sich zieht.

Ergebnisse in der psychischen Dimension lassen sich größtenteils als ausgeglichene Werte der Lebensqualität erklären. Zu Beginn der Rehabilitation zeigen sich keine gravierenden Altersgruppenunterschiede. Hinzuzufügen ist, dass die emotionale Rollenfunktion und das psychische Wohlbefinden im Gesamtdurchschnitt die niedrigste Lebensqualität sichtbar machen. Im Gegensatz zu der jüngeren und mittleren Altersgruppe zeigt die älteste Altersgruppe in der Kategorie Vitalität der körperlichen Dimension die höchste Lebensqualität. An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Werte der jüngsten Altersgruppe nur in dieser Kategorie unter dem Gesamtdurchschnittswert liegen, aber im Vergleich zu den Werten der anderen psychischen Dimensionen in der jüngsten Altersgruppe die höchste Lebensqualität erreichen.

Personen im mittleren Erwachsenenalter weisen die höchsten Belastungswerte in der psychischen Dimension auf. Werden die Relationen zu den Normwerten betrachtet, wird

deutlich, dass die jüngste Patientengruppe im Vergleich zu der älteren Patientengruppe am wenigsten psychisch belastet ist, jedoch die Abweichungen zur Norm größer sind. Krüger et al. (2009) machen darauf aufmerksam, dass sich diese Altersgruppe im Alltag in einem emotional und sozial fordernden Lebenskontext befindet. Oft wird dieser Lebensabschnitt durch berufliche Verpflichtungen, viel Verantwortung, Fürsorgepflichten gegenüber Kindern und den älter werdenden eigenen Eltern sowie Vorsorgeleistungen für spätere Lebensabschnitte beeinflusst (Krüger et al., 2009). Dadurch könnte davon ausgegangen werden, dass durch die emotionale Mehrbelastung soziale Unterstützung in diesem Kontext von großer Bedeutung ist (Krüger et al., 2009). „Psychosoziale Maßnahmen im Rahmen einer Rehabilitation sollten bei Personen des mittleren Erwachsenenalters auf den Transfer in einen durch multiple Belastungen geprägten Lebenshintergrund ausgerichtet sein.“ (Krüger et al., 2009, S. 159)

Die Werte des SF-8-Fragebogens definiert die Lebensqualität auf einer Skala von 0 bis 100, wobei die hohe Zahl mit einer hohen Lebensqualität einhergeht. Anzumerken ist, dass sich alle Ergebniswerte unter dem Wert 50 ansiedeln.

Weiterhin zeigen die Ergebnisse, dass die Verbesserungen der Lebensqualität eine große klinische Bedeutsamkeit kennzeichnen. Psychisch belastete Patienten erfahren kurzfristig durch eine Rehabilitationsmaßnahme eine große Entlastung und profitieren auf lange Sicht von dieser.

5.4 Körperliche Aktivität

In den bereits erläuterten Studien wird vielfach davon gesprochen, dass unter anderem die physische/ körperliche Aktivität von Brustkrebspatientinnen eingeschränkt ist und dies durch eine stationäre Rehabilitation mit Förderung der körperlichen Aktivität zu einer Steigerung der Lebensqualität führen kann (Hartmann et al., 2004). Der Verlust an physischer Lebensqualität kann Patientinnen mit Brustkrebs sehr schwerfallen (Krüger et al., 2009). Aus diesem Grund ist es wichtig die körperliche Aktivität zu erhöhen, um als Folge die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbessern zu können (Hartmann et al., 2004; Krüger et al., 2009). In der Rehabilitation erlernte Verhaltensabsichten, unter anderem die körperliche Aktivität, in den Alltag zu übertragen, gilt als schwierig (Ralf et al., 2018). Das Programm Motivational-volitionale-Intervention – Bewegung nach Brustkrebs (MoVo-BnB) ist ein Interventionsprogramm, welches durch pädagogische, didaktische, psychologische und bewegungstherapeutische Aspekte das Ziel hat, die körperliche Aktivität von Rehabilitandinnen nach Brustkrebs zu erhöhen (Ralf et al., 2018). Das

Programm umfasst vier Einheiten: Ziele setzen, Planen, Hindernisse überwinden, Ausblick auf den Alltag und wird von geschulten Physiotherapeuten durchgeführt (Ralf et al., 2018). Die Effekte des Programms auf die Handlungsplanung (Ausführungs- und Bewältigungsplanung) und Selbstwirksamkeit wird in einer prospektiv kontrollierten Interventionsstudie der DRV bis zu sechs Monate nach Entlassung von Brustkrebspatientinnen genauer untersucht (Ralf et al., 2018). Die Handlungsplanung einer körperlichen Aktivität setzt sich daraus zusammen, dass Absichten wie >>Ich möchte mehr Sport treiben<< umgesetzt und die Handlung geplant werden soll (Krämer; Göhner, 2016). Dies bedarf an Motivation, wobei eine Rehabilitationsmaßnahme auch darauf abzielt, Patienten schon während der Rehabilitation auf den Alltag vorzubereiten und konkrete Absichtsumsetzungen für die Zeit nach der Rehabilitation zu planen (Krämer; Göhner, 2016). Dabei spielt die Selbstwirksamkeit ebenfalls eine bedeutende Rolle, das heißt ob eine Person über die nötige Überzeugung verfügt und sich das Zielverhalten zutraut (Krämer; Göhner, 2016). Insgesamt wurden 561 Rehabilitandinnen befragt und das Durchschnittsalter lag bei 57,9 Jahren (Ralf et al., 2018). In allen drei Zielkriterien zeigen die Werte nach Rehabilitationsabschluss bis zu einem halben Jahr danach erhöhte Werte, d.h. eine Verbesserung. Das MoVo-BnB – Programm kann also Frauen in der Handlungsplanung und Selbstwirksamkeit unterstützen, sodass besonders das Verständnis für körperliche Aktivität für Brustkrebspatientinnen gesteigert werden kann (Ralf et al., 2018).

Um jedoch mit körperlicher Aktivität zu starten und dauerhaft anzuhalten, bedarf es an starker Zielintention und Selbstwirksamkeit (Fuchs, 2007). In einer weiteren prospektiven Beobachtungsuntersuchung geht es darum, ob sich der Umfang der sportlichen Aktivität durch den Einfluss einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme verändert (Ralf et al., 2017). Reha-Therapiestandards „Brustkrebs“ der DRV verlangen, dass mind. 75% der Rehabilitandinnen Bewegungstherapien im zeitlichen Umfang von vier Stunden pro Woche erhalten (Ralf et al., 2017). Die Zielgruppe besteht auch bei dieser Studie aus Rehabilitandinnen mit der Diagnose Brustkrebs. Insgesamt nahmen 369 Rehabilitandinnen teil, welche in einer Vorauswahl als sportlich wenig bis inaktiv (<60 Min/Woche) während des letzten Monats eingestuft wurden. Das Durchschnittsalter betrug 56 Jahre. Die Teilnehmerinnen erhielten die Standardversorgung der medizinischen Rehabilitation. Zum Rehabilitationsbeginn lag die sportliche Aktivität bei max. 60 Minuten pro Woche (Auswahlkriterium) und zum Ende bereits bei 206 Minuten pro Woche, welches dem geforderten Umfang entspricht (Ralf et al., 2017). Sechs Monate nach Rehabilitationsende sind Frauen mit der sportlichen Aktivität mit ungefähr 60 Minuten pro Woche etwas mehr

aktiver als zu Beginn der Rehabilitation. Ralf et al. (2017) verdeutlichen die Relevanz spezielle Angebote für die kognitive Unterstützung eines sportlich gesunden Lebensstils bei Brustkrebspatientinnen zu etablieren, um auch langfristige Erfolge in der körperlichen Aktivität sichern zu können und die Lebensqualität zu steigern.

5.4.1 Tanztherapie

Die Lebensqualität von Patienten kann verbessert werden, indem die Krankheitsverarbeitung durch gezielte psychosoziale Maßnahmen unterstützt wird (Mannheim et al., 2013). Dies ist ein bedeutender Aspekt in der onkologischen Rehabilitation und Nachsorge (Mannheim et al., 2013). Durch die Tanztherapie werden Gedanken sowie die seelische Stimmung ausdrücklich gemacht. Durch die Bewegung können emotionale und kognitive Themen symbolisiert werden. Es wird der Bezug zum eigenen Körper und die Förderung des Antriebs durch tänzerische Bewegungen gefördert. Die Annahme des veränderten Körperbildes und das Wahrnehmen der gesunden Körperteile werden unterstützt. In der onkologischen Rehabilitation wird es als integrationsförderndes, psychosoziales Verfahren eingesetzt, um Persönlichkeitsentfaltungen zu intensivieren. Zusätzlich durch Wiedererlangung, Erhaltung und Förderung der physischen, psychischen und psychosozialen Gesundheit kann eine Verbesserung der Lebensqualität erzielt werden (Mannheim et al., 2013). Außerdem wird in der S3- Leitlinie zur Nachsorge des Mammakarzinoms die künstlerische Therapie, unter anderem die Tanztherapie, als psychosoziale Interventionsform empfohlen (Mannheim et al., 2013).

In einer explorativen Studie von Mannheim et al. (2013) wird die Wirkweise der Tanztherapie bezüglich der Lebensqualität, psychischen Befindlichkeit sowie des Selbstkonzeptes erforscht. Zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde der EORTC QLQ-C30 genutzt. Zertifizierte Tanztherapeutinnen mit langer Erfahrung im onkologischen Setting leiteten die Intervention. Pro Gruppe nahmen maximal acht Patientinnen teil, zwei bis drei Einheiten wöchentlich mit jeweiliger Dauer von 90 Minuten. Im April 2003 bis März 2004 nahmen 115 Patientinnen zu Beginn (t0) teil. Am Ende der Rehabilitation (t1) waren es 112 Teilnehmerinnen und drei Monate nach Rehabilitationsabschluss 106 Teilnehmerinnen. Zu Beginn der Rehabilitation betrug das Durchschnittsalter 52,1 Jahre und 77 von den 115 Patientinnen hatten Brustkrebs, von denen 59 Patientinnen eine BET und 18 eine Mastektomie bekamen. Brustkrebspatientinnen brachten zahlenmäßig die größte Gruppe hervor, wobei in dieser Studie auch andere Krebsarten berücksichtigt wurden.

Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass nach Abschluss der Rehabilitation signifikante Verbesserungen der Lebensqualität, Fatigue, Schmerzen und psychische Befindlichkeit sowie Symptome/ Beschwerden in Arm und Brust bei den Brustkrebspatientinnen bestehen. Insgesamt weisen die Resultate darauf hin, dass die Tanztherapie einen individuellen Ausdruck des psychischen und körperlichen Zustands erreicht. Des Weiteren zeigen die Ergebnisse eine seelische Entlastung und eine gesteigerte körperliche Vitalität. Mannheim et al (2013) erläutern abschließend, dass die Etablierung oder gegebenenfalls Weiterführung der Tanztherapie in die onkologische Rehabilitation sinnvoll wäre.

6. Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersucht den Einfluss einer stationären Rehabilitationsmaßnahme auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen. Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken „Medline“ (Pubmed) und „beluga“ durchgeführt und die Recherche durch eine Handsuche bei Google Scholar und der deutschen Rentenversicherung erweitert.

Ebenfalls werden in den aufgezeigten Ergebnissen verschiedene Hintergründe behandelt, wie beispielsweise der Verlauf der Lebensqualität in unterschiedlichen Altersgruppen oder das spezielle Augenmerk auf die körperliche Aktivität bei Brustkrebspatientinnen. Jedoch steht jede dieser Aussagen in Verbindung mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Brustkrebspatientinnen sind in ihrer subjektiv wahrgenommenen, gesundheitsbezogenen Lebensqualität erheblich eingeschränkt (Hartmann et al., 2004). Außerdem haben Hartmann et al. (2004) herausgefunden, dass das Alter der Patientinnen und Zeitintervall der Diagnosestellung nicht mit der Beeinträchtigung der Lebensqualität zusammenhängt. Jedoch zeigen Krüger et al. (2009) in ihrer Studie, dass besonders in der Dimension der körperlichen Lebensqualität Altersgruppenunterschiede sichtbar werden. Patientinnen im Alter von 20 bis 40 Jahren erweisen in den Zeitintervallen vor und nach der stationären Rehabilitation die beste körperliche Lebensqualität (Krüger et al., 2009). Die größte Belastung haben Patientinnen im Alter von 41 bis 50 Jahren und sind dabei noch ein Jahr nach Beendigung der Rehabilitation körperlich belasteter als jüngere und ältere Patientinnen (Krüger et al., 2009). Auch in dieser Altersgruppe sind deutliche Beeinträchtigungen der psychischen Lebensqualität erkennbar, welches sich Krüger et al. (2009) damit erklären, dass sich diese Frauen im Alltag oft mit viel Verantwortung, insbesondere Fürsorgepflicht von Kindern auseinandersetzen müssen. Aus diesem Kontext leiten Krüger et al. (2009) ab, dass psychosoziale Maßnahmen in einer onkologischen stationären Rehabilitation besonders auf den hochbelasteten Lebensalltag der Patientinnen im Alter von 41 bis 50 Jahren ausgerichtet werden sollten. Hartmann et al. untersuchten im Jahr 2005 den Langzeit-Effekt der stationären Rehabilitation auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, wobei deutlich wurde, dass sich die größte Wirksamkeit im emotionalen und psychischen Bereich zeigt. Unabhängig von der stationären Rehabilitation fanden Koch et al. (2013) in ihrer Studie bezüglich der Lebensqualität bei Langzeitüberlebenden mit Brustkrebs heraus, dass auch mehrere Jahre nach der Diagnose erhebliche Einschränkungen in vielen Dimensionen der Lebensqualität bestehen. Möglicherweise nehmen sie sogar im Laufe der Zeit zu und hängen

nicht mit dem „normalen“ Alterungsprozess zusammen (Koch et al., 2013). Patientinnen mit eingeschränkter kognitiven Funktion erfahren durch ein Rehabilitationsprogramm, welches stufenweise erfolgt, Vorteile (Hartmann et al., 2007). Möglicherweise lässt es sich dadurch erklären, dass Betroffene in den einwöchigen Aufenthalten besonders psychologische Hilfestellungen bekommen (Hartmann et al., 2007). Hingegen profitieren Patientinnen mit körperlichen Beeinträchtigungen in besserem Ausmaß durch eine herkömmliche vierwöchige stationäre Rehabilitation (Hartmann et al., 2007). Es wurde bewiesen, dass das MoVo-BnB-Programm Brustkrebspatientinnen hilft, ein Verständnis für körperliche Aktivität zu erlangen (Ralf et al., 2018). Damit langfristige Erfolge in körperlicher Aktivität und somit die Steigerung der Lebensqualität erreicht werden können, ist die Wissensvermittlung an die Rehabilitandinnen in der Rehabilitation über einen sportlich gesunden Lebensstil von großer Bedeutung (Ralf et al., 2017). Durch die Studie von Ralf et al. (2017) wurde gezeigt, dass sich die körperliche Aktivität durch eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erhöht (Ralf et al., 2017). Dies ist wichtig, denn somit kann auch das Entstehen eines Rezidivs entgegengewirkt werden (Steindorf et al., 2011). Steindorf et al. (2011) stellten außerdem anhand von differenzierten Studien fest, dass durch körperliche Aktivität die Gesamtmortalität von Brustkrebs um 33% sank.

Des Weiteren kann Bewegung in der Tanztherapie emotionale und kognitive Themen zum Ausdruck bringen (Mannheim et al., 2013). Durch tanztherapeutische Maßnahmen in einer stationären Rehabilitation kann eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erreicht werden (Mannheim et al., 2013). Um Vorteile langfristig erhalten zu können, sollten fortführend ambulante Therapien einbezogen werden (Heim et al., 2001).

Auch pflegerische Probleme wie Fatigue und Schmerzen der Betroffenen können positiv beeinflusst werden (Mannheim et al., 2013). Ergebnisse von Hartmann et al. (2005) besagen zudem, dass die größte Wirksamkeit der stationären Rehabilitation in der emotionalen und psychischen Ebene liegt. Die emotionale Funktion kann besonders durch ein professionelles Team gestärkt werden (Hartmann et al., 2004). Die Rolle der Pflegenden ist ein wesentlicher Bestandteil in der onkologischen Rehabilitation. Pflegende sollten ein ausgeprägtes Wissen über mögliche Defizite der Lebensqualität und Begleiterkrankungen besitzen (Hartmann et al., 2007; Kroner; Margulies, 2017; Blum et al., 2017). Außerdem erfordert es eine enge Zusammenarbeit und angemessene Kommunikation im professionellen Team untereinander (Hartmann et al., 2007).

Obwohl in der Rehabilitation eine große Zahl anderer Berufsgruppen, wie beispielsweise Therapeuten tätig ist, bildet die Pflege einen wichtigen Teil des professionellen Teams

(Schmidt, 2012). Die individuelle Beratung und Anleitung sowie Kompetenzen für die Förderung der Selbsthilfe zur Selbstständigkeit und Kommunikation sind wichtige Aspekte in der Rehabilitationspflege (Schmidt, 2012; Bäumer; Maiwald, 2006). Durch patientenbezogene Beobachtung und das Erfassen der Befindlichkeit von Betroffenen, trägt die Pflege zur Verbesserung der Lebensqualität bei und erlangt auch in der Zukunft einen hohen Stellenwert (Schmidt, 2012). Durch ausgewählte psychoonkologische Interventionen und physiotherapeutische Maßnahmen kann eine Verbesserung der Lebensqualität in verschiedenen Dimensionen erreicht werden (Hartmann et al., 2004).

In dem Ergebniskontext wird deutlich, dass das Alter der Brustkrebspatientinnen die Wirksamkeit der stationären Rehabilitation beeinflussen kann. Diskutabel ist, ob die verbesserte Lebensqualität nach einer stationären Rehabilitation langfristig anhält. Wie bereits verdeutlicht handelt sich bei der Brustkrebserkrankung um einen langandauernden Prozess, wobei in Erwägung zu ziehen ist, dass eine drei- bis vierwöchige stationäre Rehabilitation nur der Grundstein in der Nachsorge sein kann (Schnipper-Haasler; Gonschewski, 2008). Laut Rick (2016) sind Spät- und Langzeitfolgen weiterhin ein unterschätztes Problem. Auf Basis der Ergebnisse lässt sich sagen, dass eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zu einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beiträgt. Verschiedene Dimensionen der Lebensqualität werden durch spezielle Rehabilitationsprogramme unterschiedlich beeinflusst, sodass eine positive Wirkung erzielt werden kann.

6.1 Limitationen

Als Limitation gilt, dass die Studienlage vier Studien enthält, die älter als zehn Jahre sind. Aus diesem Grund wird die Validität dieser Ergebnisse eingeschränkt und aktuelle Relevanz wird nicht ausreichend gewährleistet. Eine Erweiterung der Studienlage mit aktuellen, prospektiven Untersuchungen sollte eingeleitet werden. Prospektive Studien konnten in dieser Arbeit relevante und zukunftsbedingte Ergebnisse bekräftigen. Da bei der Literaturrecherche keine Eingrenzung des Alters erfolgte, ist anzumerken, dass die Studienlage zu jüngeren Brustkrebspatientinnen eingeschränkt vorliegt. Das Durchschnittsalter der Studien, die sich nicht auf das Alter der Patientinnen beziehen, liegt in etwa bei 55 Jahren. Außerdem wurden in einzelnen Studien zusätzlich andere Krebserkrankungen mit einbezogen, sodass es sich als schwierig erwies, Ergebnisse herauszusuchen, welche sich ausschließlich auf Brustkrebspatientinnen bezogen. Durch

vergleichsweise zur Brustkrebsprävalenz wenig Studienteilnehmerinnen nimmt die aufgezeigte Studienlage einen explorativen Charakter an.

Eine weitere Limitation dieser Arbeit ist, dass sich die Ergebnisse auf Frauen einer bestimmten Patientengruppe mit der Diagnose Brustkrebs beziehen. Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass ambulante rehabilitative Versorgungskonzepte für Brustkrebspatientinnen ausgeschlossen wurden und der Schwerpunkt auf der stationären Rehabilitation liegt. Um nicht den Rahmen dieser Arbeit zu sprengen, wurde sich auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität beschränkt. Des Weiteren zeigt sich eine Menge an internationalen Studien, welche als Folge in dieser Arbeit ausgeschlossen wurde, da sich der Rehabilitationsanspruch auf das deutsche Gesundheitssystem beschränkt. Durch ausgewählte Suchbegriffe begrenzt sich das Ausmaß der Studienlage in dieser Arbeit. Hinzukommend wurden ausschließlich Texte mit Volltextzugang verwendet.

6.2 Empfehlungen für Forschung und Praxis

Da Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung der Frau darstellt, ist es von großer Bedeutung, Forschungen in diesem Bereich zu betätigen. Kliniker*innen und Forscher*innen sollten sich den Auswirkungen einer Brustkrebserkrankung bewusst sein und unter Berücksichtigung der Studienlage weiterhin die rehabilitative Versorgung bei Brustkrebspatientinnen optimieren. Zukunftsorientiert lässt sich andeuten, dass die Befragung der Patientinnen mit Brustkrebs das Kernstück bilden sollte, denn die Einschätzung der Lebensqualität ist individuell. Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kann in Anbetracht der Ergebnisse darauf hingewiesen werden, dass der QLQ-C30 der EORTC ein geeignetes Instrument darstellt. Es ist von großer Bedeutung, weiterhin Rehabilitationskonzepte auszuarbeiten und die Wirksamkeit zu testen, damit Brustkrebspatientinnen aus einer stationären Rehabilitation profitieren und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität steigern können. Diesbezüglich zeigt besonders die körperliche Bewegung und Tanztherapie in der Rehabilitation erhebliche Fortschritte, sodass zu empfehlen ist, dieses weiterhin in der stationären Rehabilitation durchzuführen. Allerdings ist das Alter der angegebenen Studien zu berücksichtigen, sodass sich die Frage stellt, ob die Ergebnisse noch dem aktuellen Stand entsprechen. Es stellt sich heraus, dass in diesem Bereich ein großer Forschungsbedarf besteht. Es sollten aktuelle Studien zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen durch eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden. Mit dieser Arbeit wurde nicht dargestellt, wie sich die Veränderungen der Lebensqualität langfristig gesehen verhalten. Damit

Betroffene langfristig von den positiven Veränderungen durch eine stationäre Rehabilitation profitieren, ist es empfehlenswert, anschließende ambulante Therapien auszubauen und anzubieten. Es empfiehlt sich, weitere Forschungen zu der langfristigen Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durchzuführen.

Da in der stationären Rehabilitation Brustkrebserkrankte nach ihrer Akutbehandlung durch ein interdisziplinäres Team bedürfnisorientiert behandelt werden ist es wichtig, dass auch Pflegende ihre Kompetenzen, besonders die der Beratung und Kommunikation, weiterhin ausbauen. Diesbezüglich ist zu empfehlen, dass Pflegende an Schulungen und Weiterbildungen teilnehmen. Empfehlungen für die Weiterführung rehabilitativer Maßnahmen sind dem Entlassungsbericht zu entnehmen. Da in der Regel auch die Patientinnen den Bericht erhalten, kann ihnen geraten werden, mit der weiterbehandelten Ärztin* dem weiterbehandelten Arzt die Aufrechterhaltung des positiven Effekts der Rehabilitation zu stabilisieren, damit diese auf Dauer bestehen bleiben (Schnipper-Haasler; Gonschewski, 2008).

6.3 Schlussfolgerung

Insgesamt kann die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen durch eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme positiv beeinflusst werden. Durch ausgewählte Konzepte des multiprofessionellen Teams in der Rehabilitation können Erfolge nachgewiesen werden. Psychoonkologische Interventionen sowie die Wichtigkeit von körperlicher Bewegung in jeglicher Form wirken sich positiv auf die Lebensqualität der Patientinnen aus. Aufgrund der Relevanz der Brustkrebserkrankung in der heutigen Gesellschaft sollte eine optimale Versorgung in der stationären Rehabilitation gewährleistet werden können. Die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen im interdisziplinären Team ist bedeutsam für die Versorgungsqualität. Auch Pflegende können durch bedürfnisorientierte und zielgerichtete Pflege die Lebensqualität der Brustkrebserkrankten positiv beeinflussen. Die Kommunikation im Team und mit den Patientinnen sowie die Beratung zu verschiedenen Themen sind von elementarer Bedeutung. Eine individuelle, rehabilitative Versorgung trägt zu einer Optimierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei. Daher und im Hinblick auf die zu Beginn dieser Arbeit dargestellte Relevanz der Erkrankung an Brustkrebs wäre ein Voranschreiten der Forschung wünschenswert.

Literaturverzeichnis

- Baumann; F; Zopf, E. (2012): Brustkrebs, in: Sport und körperliche Aktivität in der Onkologie, Baumann, F. (Hrsg.); Jäger, E. (Hrsg.); Bloch, W. (Hrsg.), Berlin Heidelberg (Springer), S. 167-176
- Bartsch, H.; Zeiss, T. (2014): Rehabilitation von Patientinnen mit Mammakarzinom, in: Die Rehabilitation 2014 53: 268-278, Stuttgart (Thieme), doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1370244>
- Bäumer, R.; Maiwald, A. (2006): Pflege und Betreuung von Patientinnen mit Mammakarzinom, in: Management des Mammakarzinoms, Kreienberg, R. (Hrsg.); Jonat, W. (Hrsg.); Volm, T. (Hrsg.); Möbus, V. (Hrsg.); Alt, D. (Hrsg.), Heidelberg (Springer), S. 488
- Beierlein, V.; Morfeld, M.; Bergelt, C.; Bullinger, M.; Brähler, E. (2012): Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8. Deutsche Normdaten aus einer repräsentativen Befragung, Göttingen (Hogrefe)
- Beckmann, M.; Schulz- Wendtland, R.; Rauh, C. (2015): Interdisziplinäre S3- Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, in: Bayrisches Ärzteblatt 6, S. 280-285
- Betz, J.; Schmidt, R. (2012): Gesetzliche Grundlagen und Formen der Rehabilitation, in: Pflege in der Rehabilitation, Schmidt, R. (Hrsg.); Thiele, H. (Hrsg.); Leibig, A. (Hrsg.), Stuttgart (Kohlhammer), S. 16-19
- Bullinger, M. (2000): Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey, in: Bundesgesundheitsblatt, Hamburg (Springer)
- Blum, D.; Bachmann-Mettler, I.; Strasser, F. (2017): Häufige klinische und pflegerische Probleme, in: Onkologische Krankenpflege, Margulies, A. (Hrsg.); Kroner, T. (Hrsg.); Gaisser, A. (Hrsg.); Bachmann-M., I. (Hrsg.), Berlin (Springer), S. 340
- Crevenna, R.; Keilani, M.; Fialka-Mosert, V.; Mähr, B. (2017): Onkologische Rehabilitation, in: Kompendium Physikalische Medizin und Rehabilitation, Crevenna, R. (Hrsg.), Berlin (Springer), S. 400-401
- Deutsche Rentenversicherung (2016): Reha- Therapiestandards Brustkrebs. Berlin, S. 10-23
- Ellert, U.; Kurth, B. (2013): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt, Online zu finden unter: <http://edoc.rki.de/oa/articles/reRa1cDYd3Zh6/PDF/214uEyu7vt6.pdf> (zuletzt aufgerufen am 06.04.2018)

- Fuchs, R. (2007): Das MoVo-Modell als theoretische Grundlage für Programme der Gesundheitsverhaltensänderung, in: Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils, Fuchs, R. (Hrsg.); Göhner, W. (Hrsg.); Seelig, H. (Hrsg.), Göttingen (Hogrefe), S. 317-326
- Grote, A.; Thiele, H. (2014): Rehabilitation. Stuttgart (Kohlhammer), S. 15-50
- Hamann, U.; Ankel, C. (2018): Mammakarzinom: Diagnostik und Therapie – das Wichtigste für den Internisten, in: Deutsche medizinische Wochenschrift 143: 267-278, Stuttgart (Thieme), doi: <https://doi.org/10.1055/s-0043-104456>
- Hartmann, U.; Muche, R.; Kluge, A.; Reuss-Borst, M. (2005): Langzeit-Evaluation der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beim Mamma-Karzinom nach stationärer Rehabilitation. Kongressbeitrag, in: Phys Med Rehab Kuror; 15-A16, doi: 10.1055/s2005-917874
- Hartmann, U.; Ring, C.; Reuss-Borst, M. (2004): Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen durch stationäre Rehabilitation 99 (Nr.8), München (Urban & Vogel), S. 422-429
- Hartmann, U.; Muche, R.; Reuss-Borst, M. (2007): Effects of a Step-by-Step Inpatient Rehabilitation Programme on Quality of Life in Breast Cancer Patients, in: Onkologie. 30:177-182, Freiburg (Karger), doi: 10.1159/000099989
- Heim, M.E.; Kunert, S.; Özkan, I. (2001): Effects of inpatient rehabilitation on health related quality of life in breast cancer patients, in: Onkologie 24: 268-272, Freiburg (Karger)
- Klocker, J; Klocker-Kaiser, U.; Geissler D. (2014): Onkologische Rehabilitation, in: Praxisbuch Gynäkologische Onkologie, Petru, E. (Hrsg.); Jonat, W. (Hrsg.); Fink, D. (Hrsg.); Knöchli, O. (Hrsg.), S. 269-271, Berlin Heidelberg (Springer), doi: 10.1007/978-3-662-43469-7_22
- Koch, L.; Jansen, L.; Hermann, A.; Stegmaier, C.; Holleczeck, B.; Singer, S.; Brenner, H.; Arndt, V. (2013): Quality of life in long-term breast cancer survivors – a 10-year longitudinal population-based study in: Acta Oncological 52: 1119-1128, Heidelberg
- Kreienberg, R.; Volm, T.; Alt, D. (2006): Ätiologie, Pathogenese, Epidemiologie, Molekularbiologie, in: Management des Mammakarzinoms, Kreienberg, R. (Hrsg.); Jonat, W. (Hrsg.); Volm, T. (Hrsg.); Möbus, V. (Hrsg.); Alt, D. (Hrsg.), Heidelberg (Springer), S. 69-71
- Krollner, D. (2018): ICD-Code Mammakarzinom. Online zu finden unter: <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/C50.-.html?sp=Smammakarzinom> (zuletzt aufgerufen am 28.05.2018)
- Kroner, T.; Margulies, A. (2017): Häufige klinische und pflegerische Probleme, in: Onkologische Krankenpflege, Margulies, A. (Hrsg.); Kroner, T. (Hrsg.); Gaisser, A. (Hrsg.); Bachmann-Mettler, I. (Hrsg.), Berlin (Springer), S. 278-304

- Krüger, A.; Leibbrand, B.; Barth, J.; Berger, D.; Lehmann, C.; Koch, U.; Mehnert, A. (2009): Verlauf der psychosozialen Belastung und gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Patienten verschiedener Altersgruppen in der onkologischen Rehabilitation, in: Z Psychosom Med Psychother 55/2009, S. 141-161
- Körber, J. (2012): Sport- und Bewegungstherapie in der onkologischen Rehabilitation, in: Onkologische Pharmazie. 14. Jahrgang Nr. 2, Bad Kreuznach
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Kurzversion 4.0, 2017, AWMF Registernummer: 032-045OL, Online zu finden unter:
<http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/>,
 (zuletzt aufgerufen am 06.04.2018)
- Mannheim, E.; Helmes, A.; Weis, J. (2013): Tanztherapie in der stationären onkologischen Rehabilitation, in: Forschende Komplementärmedizin;20:33-41, Freiburg (Karger)
- Müller-Hermelink, H.K.; Papadopoulos, T. (2010): Einteilung und Klassifikation maligner Erkrankungen, in: Die Onkologie, Hiddemann, W. (Hrsg.); Bartram, C. (Hrsg.), Heidelberg (Springer), S. 17-42
- Radoschewski, M. (2000): Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. Entwicklungen und Stand im Überblick, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Berlin (Springer)
- Ralf, L.; Göhner, W.; Spörhase, U.; Bitzer, E.-M. (2017): Effekt der medizinischen Rehabilitation auf die sportliche Aktivität und Motivation bei Frauen nach Brustkrebs sechs Monate nach Entlassung aus der Reha-Einrichtung, in: 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung, deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) Online zu finden unter:
http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?key=main_reha_kollo_b&chmenu=ispvwNavEntriesByHierarchy468 (zuletzt aufgerufen am 08.05.2018)
- Ralf, L.; Göhner, W.; Feicke, J.; Spörhase, U.; Bitzer, E.M. (2018): Erste Ergebnisse des MoVo-BnB Programms für Frauen nach Brustkrebs zu den Prozesskriterien Handlungsplanung und Selbstwirksamkeit, in: 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung, deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) Online zu finden unter: http://forschung.deutsche-entenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?key=main_reha_kollo_b&chmenu=ispvwNavEntriesByHierarchy468 (zuletzt aufgerufen am 08.05.2018)
- Rick, O. (2016): Onkologische Rehabilitation als „Initialzündler“, in: Focus Onkologie, 19(4), ASORS, S. 44-47

- Robert- Koch- Institut (2011): Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Allgemeines. Online zu finden unter:
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/G/Gesbez_Lebensqualitaet/Gesbez_Lebensqualitaet.html?n=2408450 (zuletzt aufgerufen am 06.04.2018)
- Robert Koch- Institut (Hrsg.) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.) (2017): Krebs in Deutschland für 2013/2014, 11. Auflage, Berlin
- Röntgen, I.; Bohrmann, M.; Wolff, H.; Schilling, G. (2018): Mögliche psychosoziale Langzeitfolgen onkologischer Behandlung in: Der Onkologe, Hamburg (Springer)
- Schäfer, M. (2013): Komplementär pflegen bei Brustkrebs, in: Heilberufe/ das Pflegemagazin; 65 (7-8), Springer, S. 25-27
- Schmidt, Ralf (2012): Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der Mitarbeiter im Pflegedienst in Rehabilitationseinrichtungen, in: Pflege in der Rehabilitation, Schmidt, R. (Hrsg.); Thiele, H. (Hrsg.); Leibig, A. (Hrsg.), Stuttgart (Kohlhammer), S. 25-27
- Schnipper-Haasler, U.; Gonschewski, R.H. (2008): Therapie von Nebenwirkungen in der Rehabilitation. Gynäkologe 41, Springer, S. 269-274
- Schrimpf, U.; Becherer, S.; Ott, A. (2017): Der Pflegeprozess, in: Deutsch für Pflegekräfte. Berlin (Springer), S. 59-61
- Schröck, R.; Bastert, G.; Baumeister, R.G.H.; Hussain, M.; Rauthe, G. (2007): Physikalisch-therapeutische Maßnahmen und Rehabilitation nach Brustkrebs inklusive Behandlung von Lymphödemen mit Rezeptierungshinweisen für Heil- und Hilfsmittel. MANUALMammakarzinome, München (W. Zuckschwerdt Verlag), S. 186-204
- Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch §40: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Online zu finden unter: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/40.html> (zuletzt aufgerufen am 25.05.2018)
- Steindorf, K.; Schmidt, M.; Ulrich, C. (2011): Welche Effekte hat körperliche Bewegung auf das Krebsrisiko und auf den Krankheitsverlauf nach einer Krebsdiagnose?, in: Bundesgesundheitsblatt 2012 55:10-16, Springer
- Voss, D. (2018): Short Form 36 (SF 36) – Fragebogen zum Gesundheitszustand, Online zu finden unter: <https://www.medizin-im-text.de/blog/2014/26586/short-form-36sf-36fragebogen-zum-gesundheitszustand/> (zuletzt aufgerufen am 10.04.2018)
- Zettl, S. (2017): Häufige klinische und pflegerische Probleme, in: Onkologische Krankenpflege, Margulies, A. (Hrsg.); Kroner, T. (Hrsg.); Gaisser, A. (Hrsg.); Bachmann-Mettler, I. (Hrsg.), Berlin (Springer), S. 508-510

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 04. Juni 2018

Anna Schaars