

Zusammenfassung des Meetings MalignompatientInnen mit Wunsch nach Kur/Reha am 18.März 2010 in Oberlaa.

Das Auftreten eines Malignomes kompliziert das Leben von Personen, die eine Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt antreten wollen. Neben Malignom spezifischen Problemen bestehen Beschwerden, die nicht ursprünglich mit dem Krebsleiden zusammenhängen, aber im Rahmen eines Kur- oder Rehabilitationsaufenthaltes behandelt werden wollen.

In der Zuweisung und in der Behandlung vor Ort sind nun spezielle Aspekte zu betrachten, wobei neben belegbaren Tatsachen leider auch tradierte Meinungen in die Überlegungen einfließen. Auch müsste wohl im Vorgehen zu unterscheiden sein, ob das Malignom noch in Behandlung steht oder die Behandlung bereits abgeschlossen ist. Welche Kriterien gibt es in der Beurteilung der Kur/Reha-fähigkeit? Bestehen zeitliche Limits, muss man auf AZ/Blutbild/Tumormarker achten? Welche Besonderheiten haben solche PatientInnen durch Chemotherapie/Radiatio? Sind alle Malignome „gleichwertig“ in ihrer Folge für die Entscheidung Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt? Gibt es für den Bereich der natürlichen Heilmittel spezielle Regelungen?

Bereits 2007 gab es eine Tagung zum Thema Krebs und Kur, die einige Einblicke in das Thema schaffte, aber einige Fragen offen liess. Um das Thema weiter einer Diskussion zuzuführen, hat der Verband Österreichischer Kurärztinnen und Kurärzte das Meeting im März 2010 einberufen. Geladen waren als Zuhörer speziell Ärztinnen und Ärzte aus dem chefärztlichen Dienst der PVA, BVA, SVA, SVB und VA sowie Experten aus dem Gebiet der Physikalischen Medizin, Onkologie und Psychoonkologie.

Zunächst ging es um eine Bestandsaufnahme der vorhandenen onkologischen Einrichtungen, dann um Erfahrungen, die man dort erhob. In weiterer Folge sollten besondere Aspekte hervorgehoben werden, und im abschliessenden Round-Table-Gespräch eine Zusammenfassung bzw Schlussdiskussion gemacht werden.

Die Referate sind in der Reihenfolge des Programmes angeführt.

Prof. Dr. Rudolf Müller, Chefarzt der PVA, berichtete über den Stand der RehaEinrichtungen für Onkologie im PV Bereich.

Die Indikationsgruppe Onkologie/primäres und sekundäres Lymphödem wird entsprechend dem Rehabilitationsplan 2009 als Spezialbereich gesehen. Von der PVA werden medizinische Reha-Heilverfahren bei Vorliegen von bösartigen Tumorerkrankungen grundsätzlich organbezogen gewährt. Voraussetzung sind Reha-Bedürftigkeit, Reha-Fähigkeit und eine entsprechende Reha-Prognose.

Auszug aus dem Rehabilitationsplan 2009 (ÖBIG):

Die Planung umfasst folgende Indikationsgruppen:

- 1. Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats (BSR)*
- 2. Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (HKE)*
- 3. Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems (NEU)*
- 4. Psychiatrische Rehabilitation (PSY)*
- 5. Krankheiten der Atmungsorgane (PUL)*
- 6. Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparats (STV)*
- 7. Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC)*

Diese Indikationsgruppen inkludieren jeweils organbezogen den Bereich der onkologischen Rehabilitation. Eigene Einrichtungen für „Onkologische Rehabilitation“ werden weiterhin als Spezialbereich bearbeitet.

Rehabilitationsaufenthalte werden sowohl in eigenen Einrichtungen als auch in Vertragseinrichtungen durchgeführt. So werden beispielsweise Patienten mit

Tumorerkrankungen im Magen-Darmbereich nach Aflenz oder Bad Aussee, solche mit einem MammaCa nach Bad Schallerbach eingewiesen. Bei sekundärem Lymphödem bei Tumorpatienten wird die Reha dafür in Wolfsberg und Walchsee durchgeführt. .

Die Kur betreffend: Onkologische Erkrankungen per se sind keine Kurindikationen, aber auch keine Kontraindikation für ein Kurheilverfahren. Eine sanfte bedarfsbezogene Ausweitung der onkologischen Rehabilitation ist zukünftig vorgesehen.

Primaria Dr. med. Gnad Eveline, Chefärztin der SKA Rosalienhof der BVA in Bad Tatzmannsdorf berichtete über den **Stand der RehaEinrichtungen für Onkologie im BVA Bereich** wie folgt:

Innerhalb der BVA geht man einen anderen Weg in der onkologischen Rehabilitation als in der PV. In der Sonderkrankenanstalt für Tumorrehabilitation in Bad Tatzmannsdorf werden Tumorpatienten jeglicher Organspezifität betreut, wobei die Palette der benötigten Maßnahmen breit gestreut ist. Es werden Patienten betreut, die keinerlei Einschränkungen durch die Tumorerkrankungen haben bis hin zu solchen, die palliativer Maßnahmen bedürfen. Im Therapiezentrum Rosalienhof in Bad Tatzmannsdorf stehen 126 Betten, sowie auch eine kleine Bettenstation zur Verfügung.

Das therapeutische Team besteht aus 9 Ärzten, 11 diplomierten DGKS, 2 Diätologinnen und 3 Psychologinnen. Täglich erfolgt eine interdisziplinäre Besprechung.

Bereits während des Aufenthaltes werden die Möglichkeiten der Versorgung für zu Hause erhoben und geplant. Weil Tumorpatienten oft auch Immunschwäche aufweisen, wird auf die Hygiene besonders geachtet.

Das Therapieangebot umfasst die medizinische und psychologische Betreuung, die physikalische Therapie, das Ausdauer- und Krafttraining. Auf die Ernährung wird besonders geachtet. Angeboten werden Speiseplanberatung, individuelle Ernährungsberatung, Vorträge und Schulungen.

Die psychologische Betreuung sieht Schnuppertermine, Einzelgespräche, Gruppengespräche, Entspannungstherapie und Biofeedback vor.

Speziell bei MammaCarcinom Lymphdrainagen, Kompl.Entstauungstherapie, Schultergymnastik und wie auch bei anderen Tumorentitäten Polyneuropathiebehandlung

Speziell bei ProstataCarcinom: Beckenbodentraining und event. Polyneuropathiebehandlung,

Speziell bei BronchusCarcinom Atemtherapie und natürlich Raucherentwöhnung.

Bei der Bewegungstherapie wird einerseits das Krafttraining mit Hanteln und Therabänder angeboten, besonders gut angenommen wird das NordicWalking in der Gruppe, wobei namentlich bei PNP besondere Vorsicht geboten ist. Die Trainingsherzfrequenz wird im Rahmen einer Ergometrie erhoben, davor wird eine Echocardiografie gemacht, was besonders nach Chemotherapie mit kardiotoxischen Substanzen wichtig ist.

Wärmetherapie wird, wie alle physikalischen Therapien, nach Verträglichkeit dosiert und es zeigt sich, dass die Tumormarker verbessert werden.

Univ.-Prof. Dr. Crevenna Richard , Univ. Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation Wien, referierte über **Körperliche Aktivität und Training bei onkologischen PatientInnen, Aspekte der Physikalischen Medizin.**

Das Fachgebiet „Physikalische Medizin und Rehabilitation“ hat im Rahmen rehabilitativer Maßnahmen im Sinne einer interdisziplinären Krebsrehabilitation einen sehr hohen Stellenwert. Im AKH-Wien ist eine Ambulanz für onkologische Rehabilitation eingerichtet. Pro Woche können 4 Patienten aufgenommen werden.

Der Behandlungsumfang und die Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen ambulanter und stationärer Rehabilitationskonzepte haben Symptome, sowie Krankheits- und Therapiefolgen, wie sie bei Patienten mit onkologischen Erkrankungen auftreten, abzudecken.

Somit ist die Weiterbehandlung nach onkologischen Operationen und Tumorresektionen, die Behandlung unter/nach Radiotherapie bzw. und/nach nach Chemotherapie wesentlich und umfasst die Rehabilitation von Patienten mit dem Symptom „Dekonditionierung“ (Defizite in den motorischen Grundeigenschaften), die Rehabilitation von Patienten mit Muskelmasseverlust/Kachexie, mit Erschöpfungssyndrom, mit Bewegungseinschränkungen, mit Störungen der Koordination und Sensomotorik, weiters die Rehabilitation von Patienten mit Lymphödem, mit Schluckstörungen, mit Ernährungsstörungen, mit Störungen der Harn- und/oder Stuhlinkontinenz etc. als wichtige Krankheitsbilder.

Auch sog. „orthopädischer“ Krankheitsbilder bei Patienten mit onkologischen Erkrankungen sind ohne irrationale Ängste unbedingt anzugehen. Mittels individuell an die Patientenbedürfnisse angepasster physikalische Rehabilitationskonzepte soll eine möglichst optimale Funktionsverbesserung, Steigerung von Selbstständigkeit, Unabhängigkeit, Selbst- und Handlungskompetenz, sowie der Teilhabe der Patienten erreicht werden.

Im Rahmen dieser Therapiekonzepte spielen körperliche Aktivität und Training im Sinne der Medizinischen Trainingslehre eine ganz hervorragende Rolle.

Die Trainingsfrequenz wird durch eine Ergometrie oder Spiroergometrie bestimmt, wobei zuvor eine Echocardiografie durchgeführt wird. Für die Trainingstherapie sollte das Hämoglobin über 8 g/dl und die Leukozytenzahl über 3000 sein. Knochenmetastasen im tragenden Bereich sind für das Krafttraining eine Kontraindikation. In solchen Fällen kann das Training durch Elektrostimulation durchgeführt werden. Bei Vorliegen von Sensibilitätsstörungen, als Chemotherapiefolge nicht so selten, kommt dem Koordinationstraining besondere Bedeutung zu. Bei Vorliegen von Polyneuropathien kommt das 4-Zellenbad zum Einsatz, bei Inkontinenz Biofeedback unterstütztes Beckenbodentraining. Lymphödeme werden mittels komplexer Entstauungstherapie behandelt. Aber auch Logopädie, Ergotherapie, ergonomische Beratung, und Beratung durch Sozialarbeiter und Juristen werden angeboten.

Das Ziel ist die „Restitutio ad optimum“.

Eindrucksvolle Bild-Beispiele zeigten MalignompatientInnen, deren Leistungsfähigkeit auf weit über 100 Prozent gesteigert werden konnte, Krebspatienten, die wieder Marathon laufen und Tracheostomapatienten, die mit speziellen Schnorcheln ein Schwimmtraining absolvierten. Motto: beinahe jede/jeder ist trainierbar, es kommt nur auf das „wie“ an.

Frau **Mag. Keck-Rapp Elfi**, Klinische- und Gesundheitspsychologin, Psychoonkologin, Ambulatorium KH, PV Bad Schallerbach berichtete in ihrem Referat „**Was KrebspatientInnen brauchen – Psychoonkologische Behandlungsansätze im Rahmen einer Kur/Reha**“ über evidenzbasierte Behandlungsansätze in der Psychoonkologie, sowie über internationale Leitlinien, Interventionstechniken und Wirksamkeitsstudien.

Die Psycho-Onkologie befasst sich mit den psychischen und sozialen Belangen von KrebspatientInnen und deren Bezugspersonen, vertritt einen interdisziplinären und patientenzentrierten Ansatz und bedient sich wissenschaftlicher Methoden der Psychologie, Psychotherapie und der Psychiatrie. Leitlinien darüber hat die Österr. Plattform für Psychoonkologie erstellt (vgl. www.oeppo.com).

Ziele der Psychoonkologie sind Verbesserung der psychischen Befindlichkeit, der Krankheitsbewältigung, der Lebensqualität sowie Entlastung und Ausbau sozialer Kontakte und Aktivitäten.

Interventionsforschungen zeigten, dass emotionaler Stress sowie Angst und Depression signifikant verringert wird, dass sich die Lebensqualität verbessert; widersprüchliche Befunde gibt es bzgl. der Verlängerung der rezidivfreien Zeit und der Verbesserung immunologischer Parameter.

Psychoonkologie ist ein sehr personalintensives, lohnendes Vorgehen von grossem Wert

Univ.-Prof. Dr. Wiltschke Christoph, Univ. Klinik für Innere Medizin I, Wien, sprach in seinem Referat über **Onkologie u. Anforderungen für stationär/ambulant PatientInnen**.

Die Fortschritte der medizinischen Behandlung onkologischer Patienten/innen hat dazu geführt, dass einerseits mehr Patienten/innen geheilt werden können, andererseits bei vielen dieser Patienten/innen der Erkrankungsverlauf deutlich verlangsamt werden konnte.

Das hat dazu geführt, dass diese Patienten/innen über viele Jahre in unserer Betreuung stehen (Der Referent ist Onkologe im AKH Wien und auch im Sonnberghof in Bad Sauerbrunn tätig.). Neben der operativen, radiotherapeutischen und medikamentösen Behandlung, die in den onkologischen Zentren und bei den niedergelassenen Ärzten/innen in Österreich sehr gut organisiert und durchgeführt wird, ergibt sich zunehmend der Bedarf einer onkologischen Rehabilitation, die als interdisziplinäres Projekt von Onkologen und Rehabilitationsmedizinern sowohl nach einer überstandenen Tumorerkrankung als auch während einer Behandlungspause einer nach wie vor bestehenden Erkrankung Sinn macht.

Die Rehabilitation für Krebserkrankte sollte unabhängig von der Tumorlokalisation in eigenen onkologischen Rehabilitationszentren durchgeführt werden, nach einheitlichen Kriterien, gut evaluiert. Dem Beispiel Deutschlands folgend wäre es auch in Österreich wünschenswert, einen Rechtsanspruch auf Rehabilitation nach onkologischer Erkrankung in speziellen onkologischen Rehabilitationseinrichtungen zu haben.

Klassische Vorurteile gegen eine Reha von TumorpatientInnen sind: die schlechte prognose, dass Krebs keine einheitliche Erkrankung sei und deshalb die Therapien unterschiedlich sind und, dass durch die Langwierigkeit der Erkrankung eine Wirksamkeitsbeurteilung erst spät möglich sei.

Die Fünfjahresüberlebensrate von Krebserkrankungen hat eine grosse Streubreite (Pancreas 5%, Bronchus 15%, Brustkrebs 90%, Melanom 91%, Prostata 99%). Der häufigste Krebs bei Männern ist die Lunge, bei Frauen die Brust.

Der beste Evidenzgrad bei onkologischer Rehabilitation liegt vor für Entspannungsverfahren, Sporttherapie, Information und Psychologie, wobei die meisten Daten für Brustkrebs vorliegen.

OA Dr. Bruno Mähr, berichtete über seine **Erfahrungen aus SKA BVA Rosalienhof Bad Tatzmannsdorf**.

Dr. Mähr bringt Beispiele der alltäglichen Problemstellungen im Rahmen der onkologischen Rehabilitation. Dazu gehören z.B. dermatologische Probleme durch Strahlenschäden, Nebenwirkungen von Medikamenten, Thrombophlebitiden nach Chemotherapie, aber auch infizierte Port-a-Caths, und exulzerierte Tumore. Stomaträger bedürfen einerseits besonderer Pflege, aber auch der Schulung.

Bei der Behandlung wird der medizinischen Trainingstherapie einen hohen Stellenwert eingeräumt; durch zahlreiche Studien ist belegt, dass damit die Überlebenszeit und das progressionsfreie Intervall erhöht werden können, die Nebenwirkungen der Therapien seltener oder nicht auftreten. Die Trainingstherapie darf aber nur nach kardiologischer Voruntersuchung durchgeführt werden, einige Beispiele möglicher kardiotoxischer Nebenwirkungen der Therapeutika wurden als Beispiele gebracht.

Je früher mit den rehabilitativen Maßnahmen begonnen wird, umso mehr profitieren Patienten. Dies betrifft zum Beispiel Lymphödeme bei Mammakarzinom, Inkontinenz bei Prostatakarzinom, Stomaversorgung bei Dickdarmkarzinom, aber auch Atemtherapien bei Bronchuskarzinomen, Polyneuropathien nach Chemotherapie oder Muskelatrophien bei Kortisontherapie.

Voraussetzung für eine stationäre Nachbehandlung nach dem Krankenhausaufenthalt, als Überbrückung zwischen Krankenhausaufenthalt und hausärztlicher Weiterbetreuung, ist eine abgeschlossene primäre onkologische (meist stationäre) Behandlung (d.h. abgeschlossene Chemo- oder Strahlentherapie). Eine vorwiegend ambulant durchgeführte Chemotherapie mit tageweiser stationärer Aufnahme (sog. Tagesstation) schließt z.B. eine Anschlussheilbehandlung während dieses Zeitraums in den meisten Fällen aus. Die stationäre Form der Rehabilitation sieht ihre Vorteile vor allem in der Konzentration der Maßnahmen und aller beteiligten Berufsgruppen, aber auch in der geographischen Entfernung vom Heimatort des Patienten.

Frau MR Dr. Christa Schacht, stv. Chefarztin der ÖO GKK/Linz referierte über **Erfahrungen aus dem Erholungsheim Tisserand Bad Ischl.**

Im Rehamed Tisserand werden pro Turnus (3 Wochen) ca. 15 Patienten, pro Jahr ca. 730 KrebspatientInnen betreut. Das sind 40 % der Gesamtpatienten.

Wir machen dezidiert in unserem Heim REHAMED Tisserand keine Kuren für onkologische Patienten, sondern betreuen onkologische Patienten als Nachsorge in einer bestehenden onkologischen Abteilung. Die Festlegung der onkologischen Therapie erfolgt durch das Krankenhaus in Kooperation mit dem Hausarzt.

Wir treffen keine selbständigen onkologischen Therapieentscheidungen, sondern führen eine bestehende Therapie weiter. Wir bieten ein umfassendes, individuell auf jeden einzelnen Patienten abgestimmtes Therapieangebot für onkologische Patienten. Dies erfordert eine Kombination von Gruppen- und Einzeltherapien.

Die Einschätzung der Belastbarkeit wird bei der Aufnahmeuntersuchung eingestuft unter besonderer Berücksichtigung der Grunderkrankung, relevanter Begleiterkrankungen sowie unter Berücksichtigung des Allgemeinzustandes und dem aktuellen, individuellen Beschwerdebild.

Auch der aktuelle Allgemeinzustand ist für die Belastbarkeit ausschlaggebend, wobei dies von der Zeit seit der Operation, Bestrahlung oder Chemotherapie und auch der Gewichtssituation abhängig ist. Auch etwaige Wundheilungsphasen werden berücksichtigt. Als grobe Richtlinie gilt grundsätzlich: maximal 3 verschiedene aktive Bewegungstherapien pro Patient während des Turnus.

Das Behandlungsangebot umfasst Gymnastik, Trainingstherapie, Unterwassergymnastik (28 Grad Wassertemperatur), Lymphdrainage, Heilmassage, Rotlicht, Ultraschall, Galvan. Zellenbäder, Ernährungsberatung und Psychologische Beratung, Schulungen und Case-Management durch Sozialarbeiter.

Frau Prim. Dr. Anna Schaffelhofer und Frau Mag. Elfi Keck-Rapp, stellten das **Interdisziplinäres Behandlungskonzept, Erfahrungen aus dem amb Kurhaus der PV Bad Schallerbach vor.**

Seit 1999 gibt es in dieser Einrichtung ein Therapieangebot für Patientinnen nach Brustkrebsoperation mit Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat mit und ohne Lymphödem, es wurden in den ersten zehn Jahren 4500 PatientInnen behandelt.

70% der Patienten werden mit der Indikation Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates und nur 30% mit der Indikation Funktionseinschränkung der Schulter nach Brustkrebs mit oder ohne Lymphödem aufgenommen. Die Wartezeit beträgt 1 bis maximal 2 Monate. Aufnahme ist nach abgeschlossener Primärtherapie, eventuell aber auch zwischen zwei Zyklen.

Betreut werden diese von 5 Ärzten, 2 Psychologinnen, 2 Diätologinnen, 6 Physiotherapeuten, 3 Sportlehrer, 6 DGKS, 7 Masseur, 3 MTF.

Die Aufgabe für Ärzte besteht in erster Linie in der Durchführung von Erst-, Kontroll- und Schlußuntersuchung. An Behandlungen führen die Ärzte u.a. Lasertherapie, Akupunktur, Manuelle Therapie, Raucherberatung und Ohrakupunktur durch.

Das psychologische Therapieangebot umfasst die Klinisch-psychologische Einzelbehandlung, Paarberatung in einzelnen Fällen sowie ein breites Spektrum an psychoonkologischen Gruppen: Vortrag und Gruppengespräch zur Krankheitsbewältigung; Gesundheitstrainingsgruppe „Abwehrkräfte stärken“ sowie Therapeutisches Malen. Ergänzt wird das Angebot durch folgende gesundheitspsychologische Gruppen: Entspannungstraining und Genusstraining.

An Physiotherapie werden Heilgymnastik einzel oder in der Gruppe, Ausdauertraining einzel oder in der Gruppe, Qi Gong, Nordic-Walking, herzfrequenzkontrolliertes Fahrradergometertraining mit Sauerstoffinsufflation, komplexe Entlastungstherapie bei Lymphödem, APM, FRZM, Thermotherapie mit Fango und ev. Topfenwickel, sowie Elektrotherapie, angeboten. Weiters werden Schulungen in Richtung Brustkrebsvorsorge und Selbstuntersuchung der Brust, Vortrag über Lymphödemprävention und Ursachen, über WS-Erkrankungen, sowie diätologische Beratungen einzel und in der Gruppe, als auch ein Vortrag über gesunde Ernährung durchgeführt. Insgesamt sind pro Tag 4 – 5 Therapiestunden vorgesehen.

Dr. Wolfgang Foisner, Bad Hofgastein erkundigte sich bei Statistikern und präsentiert das Statement : **Epidemiologie, Fallzahlen und deren Fallen**

Der Gedanke, dass durch eine Kur Karzinome ausgelöst werden können, hält sich leider unausrottbar. Was länger näher, als unsere PatientInnen dahingehend zu prüfen, ob sich die Häufigkeit einer Krebserkrankung ändert.

Die Inzidenzraten von Malignomen und deren Änderungen spielen sich aber in Größenbereichen ab, die so minimal sind, dass sich diese nur unter sehr hohem Aufwand nachweisen lassen würden.

Für eine Änderung zBsp bei Brustkrebs (statt 77/100.000 beispielsweise 10 Fälle weniger) bräuchte man eine Stichprobengröße von 850,000 Personen. Bei Lungenkrebs (Inzidenz 30/100,000) bräuchte man eine noch grössere Stichprobengröße. Das sind Patientenzahlen, die unrealistisch sind.

Zum Thema Radon:

Die Europ. Kommission schreibt zum Thema Low Dose Effects (2003, Radiation Protection 130)...*None of these theories (fw: LNT bzw Hormesistheorie) can be proven because underlying incidence of tumour induction (unrelated to radiation) is of the order of 25-30% during life time. So the additional tumours caused by low doses of ionising radiation cannot be definitively identified.*

Facit: die Beobachtung von Inzidenzratenänderungen bringt uns durch die hohe Stichprobengrößen nicht weiter bei der Frage, ob Kurbehandlungen auf die Inzidenz von Krebs verbessernd oder verschlechternd wirken. Ausserdem wäre zu prüfen, ob der Patientenstrom, den man beobachtet, als repräsentative Schätzung betrachtet werden kann..

Am ehesten kann man die Problematik durch eine Verlaufsbeobachtung lösen.

Frau Dr. Melanie Wohlgenannt, Präsidentin der Gesellschaft für Manuelle Lymphdrainagen und 2te Vizepräsidentin der Österreichischen Lymphliga (ÖLL), gab ein **lymphologisches Statement** zu folgenden Fragen:

#Wie ist aus lympholog. Sicht mit Pat. umzugehen, die z.B. nach einer MammaOP ein Lymphödem des Armes haben.

welche Empfehlungen kann man geben in Bezug auf Wärme jeglicher Art (Wannebäder, Bewegungsbäder, Moor, Fango)

welche Kriterien gibt es in der Beratung, was Pat. nun machen soll bei einem Wunsch nach Kur.

Bei bestehendem Lymphödem empfehlen wir keine Bäder über 31 Grad zu geben, weil die zunehmende Hyperämie des Gewebes der Kompressionskraft des Wassers entgegenwirkt. Den Arm bei Bädern wärmer als 31 Grad aus dem Wasser herauszuhalten (auf den Wannrand legen), bringt keine Vorteile.

Moorpackungen bei HWS/LWS Problemen mit Muskelkontrakturen können ausserhalb d. Ödemgebietes (= Abflussgebiet: Hautgebiete+ dazugehörige nächst gelegenen regionären LK; z.B.: Axilla und vorderer und hinterer gleichseitiger Thorax) angewendet werden. Bei einem Armödem mit Lumbago könnte eine Fangopackung aufgelegt werden. In jedem Falle müsste die ML nach der Wärmepackung angeschlossen werden.

Den Arm mit Lymphödem nach Bad oder Moorpackung zu kühlen (Umschlag mit einem in kaltes Leitungswasser eingelegtem Tuch) ist nur zur Schadensminimierung zu sehen.

Der Besuch einer Infrarotkabine (als Ersatz der Moorpackungen) wäre besser weil dabei die Hitzeeinwirkung geringer ist. Bei Patienten nach Sentinel NE und Radiatio OHNE bestehendes Lymphödem, wenn aus anderen Gründen unbedingt notwendig, kann der Besuch einer Wärmekabine empfohlen werden.

Nach Axilladisektion ist eine Wärmeapplikationsempfehlung für Patienten nicht sinnvoll.

Das Problem bei allen Applikationen von Wärme ist, dass die Folgen im Bindegewebe aus der Pathophysiologie abschätzbar sind: es kommt zu einer Mehrdurchblutung und damit zu mehr Volumen im Gewebe, was wiederum zu vermehrter Aktivität der Fibroblasten und damit zu stärkeren Veränderungen im Bindegewebe führt. Deshalb werden keine kontrollierten Studien der tatsächlichen klinischen Folgen von kontrollierter Wärmeapplikation gemacht. Andererseits gibt es zahlreiche Fallbeispiele bei welchen gut nachzuvollziehen ist, dass regelmäßige Wärmeapplikation einerseits zum Auftreten v. Lymphödem und andererseits zur Verschlechterung v. Lymphödem führt.

Sehr wichtig sind Counselling-Massnahmen, die Patienten darüber aufklären, wie sekundäre Lymphödeme verhindert werden können, bzw. eine Verschlechterung bestehender Lymphödeme verlangsamt/verhindert werden kann.

Roundtable/Diskussion/Wortmeldungen:

Trotz aller Unklarheiten bei der Zuweisung zu Kur/Reha bei Krebsleiden soll bedacht werden: Keine Betreuung wegen eines Krebsleidens zu geben, ist auch keine gute Alternative (Wiltschke)

Prinzipiell sei erwähnt: Es gibt klare rechtliche und inhaltliche Unterschiede zwischen Reha, Kur und Erholungsaufenthalt.(Müller zum Diskussionsbeitrag einen Krebspatienten auf Kur zu nehmen, aber kaum Therapien zu geben)

Wichtige Unterscheidung: Kurantrag auf Grund der Krebserkrankung oder aus einem anderen Grund heraus.(Melchart)

Kuren wären billiger als Reha

Bessere Vernetzung Onkologie und KurmedizinerInnen gefordert. Sorge, dass Reha die Pat. Aus der Betreuung der Onkologie herausnimmt (Wiltschke)

Einzelne Pat. lehnen Reha in onkologischen Zentren ab, wollen nicht mit anderen Krebsleiden so dicht konfrontiert sein (Mähr)

Zum Thema ungünstige Kurmassnahmen oder Heilmethoden für Krebspatienten: solange es nicht eindeutig ist, dass man negative Effekte hat, kann man es ja probieren. (Melchart im Zusammenhang mit der Meinung Moorpackungen seien schlecht bei BrustkrebspatientInnen, wobei er trotz gegenteiliger damaliger Meinung Packungen gab, und nur gute Effekte sah)

Wenn Krebsbehandlung noch nicht abgeschlossen ist, kann Kur gegeben werden?

Nein, Behandlung muss abgeschlossen sein(Greil) .

Ja, kann man auch im Intervall machen (Wiltschke)

Die Tagung 2010 ergab folgende Ergebnisse

Steht das Malignom noch in Behandlung, wird wohl am ehesten eine speziell geeignete (Reha-)Einrichtung für das Absolvieren der Kur/Reha-Anwendungen aufzusuchen sein. Hier sind differente Meinungen: spezielle Onkologische Reha-Einrichtung, die vorrangig das Malignom behandelt vs Reha-Einrichtung für spezielle nicht-onkologische Indikationen, welche das Malignom mitbehandelt.

Eine Behandlung im Rahmen eines Kuraufenthaltes kommt nicht Frage, obwohl es in der Diskussion auch Meinungen gab, dass eine Kur im Behandlungsintervall absolviert werden könne.

Ist das Malignom noch in der Beobachtungsphase gibt es unterschiedliche Meinungen, die von einem liberalen Vorgehen bis zu restriktivem Vorgehen reichen. Während die einen ein möglichst frühzeitiges Behandeln mit allen physikalischen Methoden bevorzugen, sind die anderen der Meinung, eine frühzeitige Behandlung könne schaden (diese Meinung wurde bei unserem Meeting allerdings nicht vertreten).

Ist die Behandlung des Malignomes abgeschlossen tauchen wieder andere Probleme auf, denn manchen natürlichen Heilmitteln wird – beachtlicherweise - zugetraut, das Malignom wieder zu aktivieren. Letztere Meinung hat verschiedene Herkünfte (Tradition, forensische Gründe, Einzelbeobachtungen). Daten über diese Aussage gibt es keine.

Ergebnisse von 2007 bestätigt

Betont wurde 2010 erneut (wie 2007): Die Fünfjahresüberlebensrate von Krebserkrankungen hat eine grosse Streubreite (übersichtmässig Pancreas 5%, Bronchus 15%, Brustkrebs 90%, Melanom 91%, Prostata 99%) und ist somit als rigider Parameter für die Remission nicht mehr gültig. Wärmeanwendungen sind unter Berücksichtigung der individuellen Verträglichkeit keine Kontraindikation, auch andere Methoden der physikalischen Medizin sind unter Berücksichtigung eventueller Folgen der onkologischen Behandlung (wie Hautschäden, Stoma, Neuropathie oder Lymphödem etc) unbedingt anzugehen.

Und: es ist immer klug, sich mit der Onkologie abzustimmen.

Offene Fragen für den kurärztlichen Bereich:

Ist eine Kur bei einer noch laufenden Malignombehandlung möglich und gibt es dabei ein differenziertes Vorgehen je nach Malignomarten?

Ist die derzeit geltende und unter forensischen Aspekten formulierte Meinung „eine Kur kann 1 Jahr nach abgeschlossener onkologischer Therapie angetreten werden“ richtig? Reicht diese Zeitangabe oder gibt es andere Parameter (Tumormarker...)?

Wann ist die Behandlung eines Malignomes abgeschlossen, also völlig Remission eingetreten und damit ein Rückfall rein statistisch so unwahrscheinlich, dass von Heilung gesprochen werden kann? Klare Vorgaben seitens der Onkologie werden gebraucht.

Gibt es besondere Regeln für natürliche Heilmittel wie Moor, Radon oder Schwefel, gibt es somit unterschiedliches Vorgehen je nach natürlichem Heilmittel ?

Können wir auf der Kur auch auf die Nebenwirkungen / Folgen der Malignombehandlung (siehe unten) eingehen, soll man sich spezialisieren oder ausschliesslich unkomplizierte Fälle auf Kur nehmen?

>> zum Beispiel Lymphödeme bei Mammakarzinom, Inkontinenz bei Prostatakarzinom, Stomaversorgung bei Dickdarmkarzinom, aber auch Atemtherapien bei Bronchuskarzinomen, Polyneuropathien nach Chemotherapie oder Muskelatrophien bei Kortisontherapie. Stoma.<<

Diese Fragen, die den Kurbereich betreffen, müssen noch einer Klärung zugeführt werden.

Der Verband dankt der Therme Wien MED, Kurbadstrasse 14 , 1100 Wien für die Unterstützung und der Firma Confero, Wien für die gute Organisation.

Für den Inhalt verantwortlich: Dr. Wolfgang Foisner, ÄL Kur- und Rehabilitationszentrum Bad Hofgastein, Vorsitzender Verband Österreichischer Kurärztinnen u. Kurärzte .