

## 2. Einleitung

Die Bedeutung des kolorektalen Karzinoms ist unverändert hoch (6, 12, 119, 157, 172, 193). 1999 erkrankten ca. 57.000 Patienten in der Bundesrepublik an einem kolorektalen Karzinom, 30.326 verstarben an den Folgen der Erkrankung (10, 15, 21, 25, 49, 51, 59, 61, 66, 101, 138, 141, 177, 184). Davon waren 13285 (43,8 Prozent) Männer und 17041 (56,2 Prozent) Frauen. Für die anderen Tumore des Verdauungsapparates ergeben sich ähnliche, wenn auch etwas niedrigere Zahlen als für die kolorektalen Karzinome (22, 26, 38, 46, 50, 57, 62, 139, 147).

Die ersten, im Rahmen einer multidisziplinären Konsensuskonferenz 1999 erstellten, evidenzbasierten Leitlinien zum kolorektalen Karzinom hatten eine große Resonanz hervorgerufen (69, 70, 82, 84, 108, 118). Neue Erkenntnisse wurden von der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten im Oktober 2004 in Bochum anlässlich einer erneuten Konsensuskonferenz berücksichtigt, bei der Änderungen und Ergänzungen der geltenden Leitlinien verabschiedet wurden (97). Die Empfehlungen waren dabei mit Evidenzstärken entsprechend der Oxford Classifikation versehen. Aus der Evidenzstärke ergab sich der Grad der Empfehlung. Zusätzlich wurde die erzielte Konsensstärke angegeben. In Einzelfällen oder bei entsprechend vorliegenden Gründen und starkem Konsens wurde von dem durch die Evidenzstärke vorgegebenen Empfehlungsgrad abgewichen (97).

In der Leitlinienkonferenz "Kolorektales Karzinom" aus dem Jahr 2004 wurden acht Themenkomplexe behandelt. Es wurden Empfehlungen zu Prävention und Screening der asymptomatischen Bevölkerung und der Risikogruppen, zur Durchführung des Polypenmanagements, der geeigneten chirurgischen Maßnahmen einschließlich der präoperativen Diagnostik, zur neoadjuvanten und adjuvanten Chemotherapie, zum therapeutischen Vorgehen bei Tumormetastasierung und in der palliativen Situation sowie zur Tumornachsorge in Form von Empfehlungen oder Leitlinien ausgesprochen (1, 2, 3, 5, 8, 11, 14, 16, 18, 23, 43, 67, 75, 76, 83, 89, 96, 102, 103, 106, 108, 109, 113, 124, 125, 132, 140, 144, 145, 148, 156, 170, 171, 179, 180, 191, 192).

Im Kapitel „Nachsorge“ der Leitlinien wird erwähnt, dass Tumornachsorge vor allem für Patienten mit kolorektalem Karzinom der UICC Stadien 2 und 3 große Bedeutung hat, da in diesen Stadien das Rezidivrisiko gegenüber dem Stadium 1 stark erhöht ist (97).

Die Empfehlungen des Kapitels „Nachsorge“ umfassen vor allem die Wertigkeit diagnostischer Methoden, wie die Bestimmung des CEA, die Testung auf okkultes Blut im Stuhl, die Sonographie und Endosonographie, die Koloskopie, Sigmoidoskopie, starre Rektoskopie sowie die CT (29, 67, 87, 92, 93, 97, 99, 120, 121, 135, 182, 183, 185).

Die diagnostischen Methoden für die Nachsorge werden entsprechend Empfehlungsgrad, Evidenzstärke und Konsens dargestellt (97). Weitere Bereiche des Kapitels „Nachsorge“ beziehen sich auf den zeitlichen Ablauf der Nachsorge, der Altersbegrenzung und enthalten Empfehlungen zur Behandlung von Sonderfällen; dem gegenüber enthält der Abschnitt über die Rehabilitation nach Resektion eines kolorektalen Karzinoms keine entsprechenden Empfehlungen (22, 26, 38, 46, 50, 57, 62, 139, 146).

Bezüglich des Nutzens stationärer Anschlussheilbehandlungen (AHB) beziehungsweise Rehabilitationsmaßnahmen wird in den Empfehlungen der Leitlinienkonferenz von 2004 ausgeführt, "dass der Nutzen einer Anschlussheilbehandlung (hinsichtlich besserer Lebensqualität, besserer Leistungsfähigkeit, besserer Arbeitsfähigkeit, der Jahre krankheitsfreien Überlebens und längeren Gesamtüberlebens) bisher durch prospektive Studien nicht untersucht ist", gleichzeitig aber empfohlen, „dass den Patienten, die die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, eine Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation angeboten werden sollte“ (97). In den Leitlinien wird diesbezüglich erwähnt, dass "die rehabilitative Therapie medizinische, pflegerische, edukative, trainierende, psychosoziale und berufsfördernde Maßnahmen umfassen soll, die dem individuellen Rehabilitationsbedarf anzupassen seien".

Aufgabe der vorliegenden Studie war es daher, diese wissenschaftliche Lücke zu schließen, objektive Daten zu den Ergebnissen von Anschlussheilbehandlungen für Patienten mit kolorektalem Karzinom des UICC Stadiums 3 zu erheben, um einen Beitrag zum Qualitätsmanagement bei der Versorgung von Patienten mit kolorektalem Karzinom auch der UICC Stadien 1 und 2 zu leisten sowie Empfehlungen für die effiziente, leitliniengerechte Durchführung von Anschlussheilbehandlungen zu geben.

Die Effektivität von AHB-Maßnahmen bezüglich der psychischen Folgen von Krebs ist gut untersucht und nachgewiesen (17, 45, 48, 126, 137, 160, 162). Es besteht jedoch weiterhin ein erheblicher Mangel an wissenschaftlicher Fundierung für die rehabilitative Praxis. Dies wird bereits in den Recherchen der Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der Rentenversicherung (VdR, 1992), bestätigt (175).

Einige Publikationen sprechen zwar Probleme in der Lebensqualität der onkologischen Patienten in somatischer Hinsicht an, geben jedoch keine definitive Antwort auf die Frage nach dem Stellenwert einer Leistungssteigerung für Patienten im Rahmen einer Anschlußheilbehandlung (AHB), insbesondere nicht bei onkologischen Patienten mit kolorektalem Karzinom (55, 60).

Die Behandlung von Tumoren des Verdauungstraktes erfolgt in erster Linie chirurgisch mit standardisierten Operationstechniken, eventuell neoadjuvant oder adjuvant durch Chemotherapie allein bzw. mit Bestrahlung je nach Lokalisation und Tumorstadium (1, 2, 3, 5, 8, 14, 23, 43, 75, 89, 102, 106, 108, 125, 144, 156, 179, 192).

Nach diesen sehr aggressiven Behandlungen besteht häufig ein reduzierter Ernährungs- und Allgemeinzustand der betroffenen Patienten mit Einschränkungen der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit (55, 60, 105). Die funktionellen Einschränkungen und Behinderungen des Krebskranken können Folge der Krebserkrankung selbst, der Tumortherapie, aber auch von tumorunabhängigen Erkrankungen sein (40, 41, 42, 53, 54, 58, 68, 70, 86, 110, 114, 150, 156, 160, 186, 187). Aus diesem Grunde sollte in der Regel nach der Primärtherapie eine rasche stationäre Rehabilitation in Form einer Anschlussheilbehandlung (AHB) erfolgen. Die der AHB zugrunde liegende Philosophie ist die Vorstellung, dass zwischen dem stationären Aufenthalt im Akutkrankenhaus und dem nachbehandelnden Hausarzt ein Versorgungsbedarf besteht, der weder durch die Akutklinik noch durch den Hausarzt gedeckt werden kann. Dieser Bedarf betrifft die medizinisch-onkologische Betreuung allgemein, jedoch insbesondere die medizinischen, beruflichen und sozialen Aspekte der Wiedereingliederung (4, 20, 44, 126, 181).

Die onkologische Behandlung soll die Folgen der Krankheit und der nötigen Therapien möglichst kurieren oder lindern, damit die Patienten ein hohes Maß an Lebensqualität erreichen und wieder in die Gesellschaft und nach Möglichkeit in den Arbeitsprozess reintegriert werden können (4, 20, 44, 126, 181).

Ziel der AHB ist die Wiederanpassung des Patienten an die Belastungen des Alltags und des Berufslebens (36, 37, 80, 126, 155, 162, 175). Es geht vor allem darum, den bestehenden Schaden (impairment) festzustellen, die dadurch hervorgerufenen funktionellen Einschränkungen (disability) zu erfassen und die resultierenden Beeinträchtigungen im sozialen Bereich (handicap) abzuschätzen, zu mindern oder, soweit möglich, zu beseitigen (4, 19, 20, 37, 126, 155, 175).