



**Hochschule für öffentliche
Verwaltung und Finanzen
Ludwigsburg**
University of Applied Sciences

**Bedarfsorientierte onkologische Rehabilitation
junger Erwachsener**

Anlagen

vorgelegt von

Nadja Binkle

Friedrichshaller Straße 34

70439 Stuttgart

Studienjahr 2021/2022

Erstgutachter: Prof. Dr. jur. F. Walling

Zweitgutachter: P. Schweigert

Anlagenverzeichnis

Der Arbeit beigelegt:

Anlage 1: Umfragebogen

Anlage 2: Ergebnisse Frage 1 – 4, Frage 9 (Excel)

Anlage 3: Quantifizierte Ergebnisse Frage 5 und 6 (Excel)

Anlage 4: Ergebnisse Frage 7 und 8 (Excel)

Anlage 5: Aufbereitete Ergebnisse Frage 9 (Diagramm)

In das System der Hochschule wurde hochgeladen:

Empirische Umfrage

Anlage 6: Planung empirische Umfrage (Leitfaden)

Anlage 7: Anschreiben an die Teilnehmenden

Anlage 8: Ergebnisse der Umfrage (Gesamtübersicht)

Anlage 9: Gesamtdaten Frage 5 und 6 (Excel)

Statistiken

Anlage 10: Krebsfälle Alter 20-29 Jahre im Jahr 2018 RKI

Anlage 11: Statista Todesfälle 2019 Krebs nach Alter

Anlage 12: Krebsdaten Tabelle Frauen

Anlage 13: Krebsdaten Tabelle Männer

Anlage 14: Leistungen DRV wegen maligner Tumorerkrankungen 2019 (Tabelle)

Anlage 15: Leistungen DRV wegen maligner Tumorerkrankungen 2020 (Tabelle)

Anlage 16: Anteil der Facebook Nutzer nach Alter, Statista (Statistik)

Graue Literatur

Anlage 17: Augsburger Allgemeine, Krebs in Deutschland (Zeitungsartikel)

Anlage 18: Statistikband Rehabilitation 2019, Deutsche Rentenversicherung

Anlage 19: Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung, DRV, 2011

Leitfaden für empirische Erhebung mittels Umfrage (Fragebogen)

Methodik

Fragebogen mit qualitativen und quantitativen Anteilen, individuelle Antworten sind hier entscheidend

- ➔ subjektives Empfinden entscheidend
- ➔ qualitative Befragung als Ersterhebung
- ➔ Quantitative Fragestellung für effiziente Auswertung

Mixed-Methods ist am besten geeignet

Wird als Onlinebefragung durchgeführt:

- Datenschutz von sehr sensiblen (Gesundheits-)Daten
- Schnellere Verbreitung als bei Präsenzbefragung
- Zeit- und ortsunabhängige Befragung möglich
- Coronakonform

Hypothesen:

H1: Es besteht Bedarf an alters- und diagnoseentsprechenden Maßnahmen sowie an einem gleichaltrigen Umfeld.

H2: Es besteht Bedarf an schulischer und beruflicher Wiedereingliederung sowie Schaffung von beruflichen Perspektiven im Rahmen der Maßnahme.

H3: Es besteht Bedarf an individueller Gestaltung und Mitsprache im Rahmen der Maßnahme.

H4: Es besteht Bedarf an familiärer Eingliederung in die Maßnahme und Vereinbarung von Rehabilitation und Kinderbetreuung.

H5: Es besteht Bedarf an psychoonkologischer Unterstützung im Rahmen der Maßnahme.

H6: Das Gefühl, dass subjektive Bedarfe berücksichtigt werden, steigert die Rehabilitationsbereitschaft der Personengruppe.

Aufbau

- Einleitung -

Fragen

1. Wie alt sind Sie bzw. waren Sie zum Zeitpunkt der ersten Erkrankung?

18 – 20

21 – 24

25 – 29

30 oder älter

Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

Männlich

Weiblich

Divers

Keine Angabe

2. Haben Sie bereits eine onkologische Rehabilitation bzw. eine Rehabilitationsmaßnahme im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung in Anspruch genommen?

Nein Einmal Mehrmals Ja, aber die Maßnahme wurde nicht abgeschlossen

3. Sofern Sie bereits eine onkologische Rehabilitation in Anspruch genommen haben:
Konnte die Rehabilitationsmaßnahme Ihre Erwartungen und Bedürfnisse erfüllen?

(1) Überhaupt nicht erfüllt

(2) eher nicht erfüllt

(3) durchschnittlich

(4) eher erfüllt

(5) sehr gut erfüllt

4. Welche Erwartungen und Wünsche sind Ihnen in Bezug auf eine onkologische Rehabilitation besonders wichtig?

Freie Felder

5. Welche Rahmenbedingungen sollte die Rehabilitationsmaßnahme erfüllen?

- Familienkompatible Einrichtung (z.B. mit Kind) 1 - 10
- Durchführung der Maßnahme mit gleichaltrigen Betroffenen 1 - 10
- Umfangreiches Sportangebot 1 – 10
- Umfangreiches Programm an kreativen Aktivitäten 1 – 10
- Wohnortnahe Durchführung 1 – 10
- Individuelle Wahlmöglichkeit der Anwendungen 1 – 10
- Individuelle Freizeitgestaltung außerhalb der Anwendungen 1 – 10

6. Wie wichtig sind Ihnen folgende Angebote e im Rahmen einer onkologischen Rehabilitation?

- Hilfe zur Rückkehr ins Schul- bzw. Berufsleben 1 - 10
- Informationen zur Berufsorientierung (Umschulung, Weiterbildung) 1 - 10
- Psychologische Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung 1 – 10
- Information und Hilfestellung zu sozialrechtlichen Ansprüchen und Problemen 1 - 10
- Hilfe bei Problemen und Fragen zu Fertilität und Familienplanung 1 – 10
- Einzelgespräche zur psychologischen Krankheitsbewältigung 1 - 10
- Gruppengespräche mit anderen Betroffenen 1 – 10
- Strategien zur Alltagsbewältigung 1 - 10
- Beratung zur gesundheitsbewussten Lebensführung 1 – 10
- Informationsvermittlung zum Krankheitsbild 1 – 10

7. Würde ihre Bereitschaft, eine onkologische Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, steigen, wenn sie das Rehabilitationsprogramm individuell nach ihrem Bedarf gestalten könnten?

Nein	eher nein	keine Auswirkung	eher ja	ja
1				5

8. Haben Sie noch Anmerkungen zu dieser Umfrage?

- Freies Feld -

Bedarfsgerechte onkologische Rehabilitation junger Erwachsener mit Krebserkrankungen

Einleitung

Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer,
im Rahmen meiner Bachelorarbeit als Studierende an der Hochschule für Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg beschäftige ich mich mit dem Thema „**Bedarfsgerechte onkologische Rehabilitation junger Erwachsener mit Krebserkrankungen**“ im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung.

Für diese Untersuchung habe ich mich dazu entschlossen, die Erwartungen und Bedarfe dieser Personengruppe direkt bei den Betroffenen zu erfragen.

Ziel ist es, die Bedarfe und Erwartungen der Betroffenen zwischen 18 und 29 Jahren einzufangen und daraus Ansätze für eine bedarfsgerechte Gestaltung von Rehabilitationsmaßnahmen für junge Erwachsene mit onkologischen Erkrankungen zu entwickeln.

Die Bearbeitung der Umfrage nimmt in etwa **5 - 10 Minuten** in Anspruch.

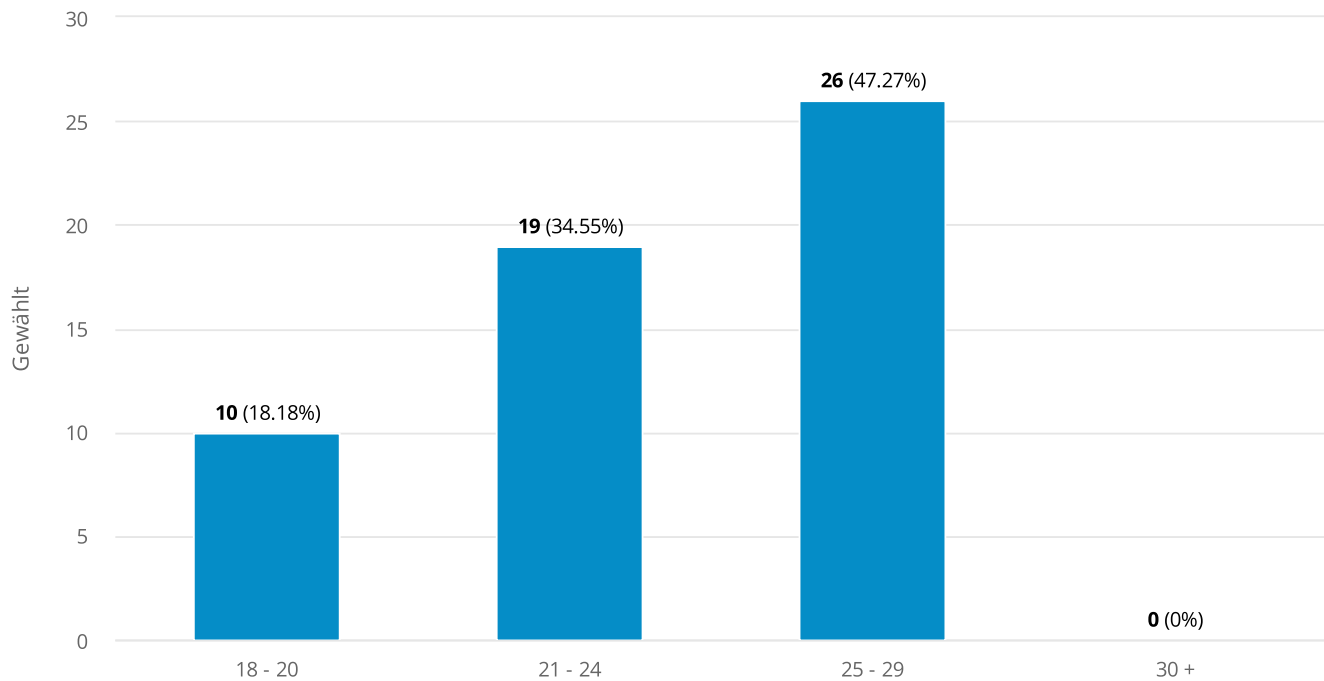
Ich bitte Sie, die Fragen ehrlich und möglichst vollständig zu beantworten. Die Umfrage ist anonym gestaltet, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können.

Ich danke Ihnen für Ihre Unterstützung!

Bedarfsgerechte onkologische Rehabilitation junger Erwachsener mit Krebserkrankungen

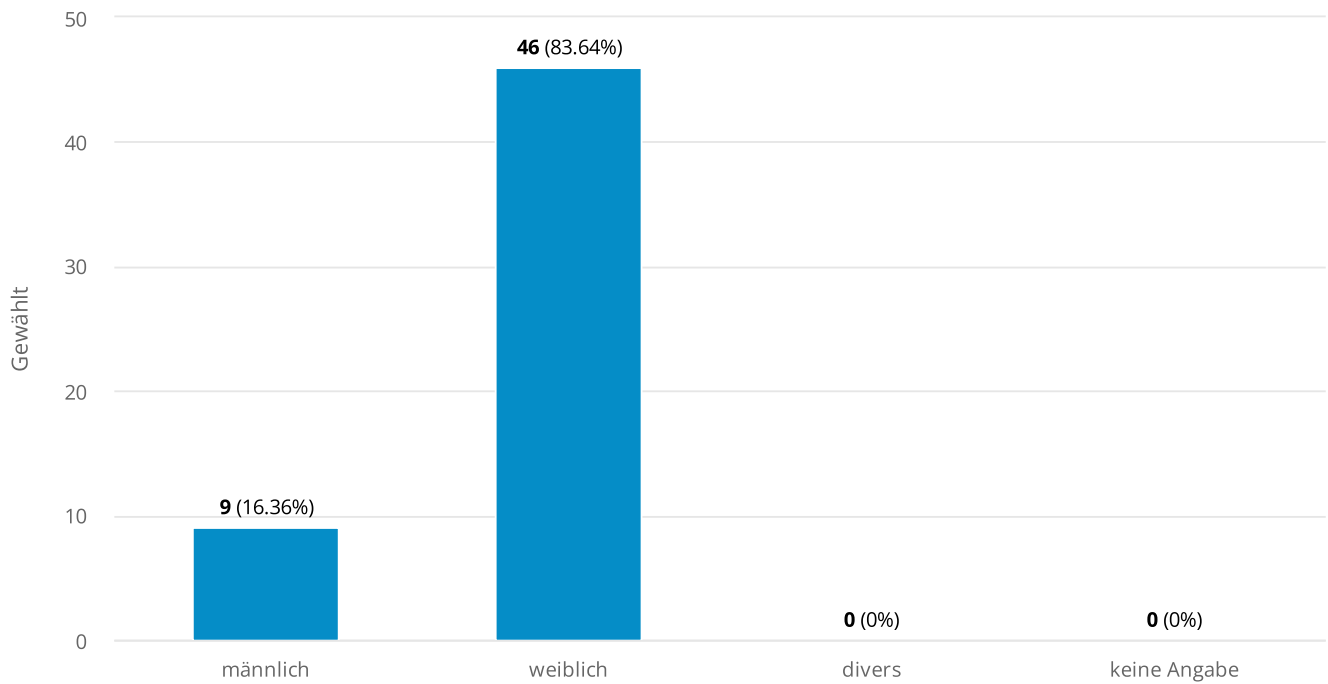
Frage 1 Wie alt sind Sie bzw. waren Sie zum Zeitpunkt der ersten Erkrankung?

Anzahl Antworten: 55



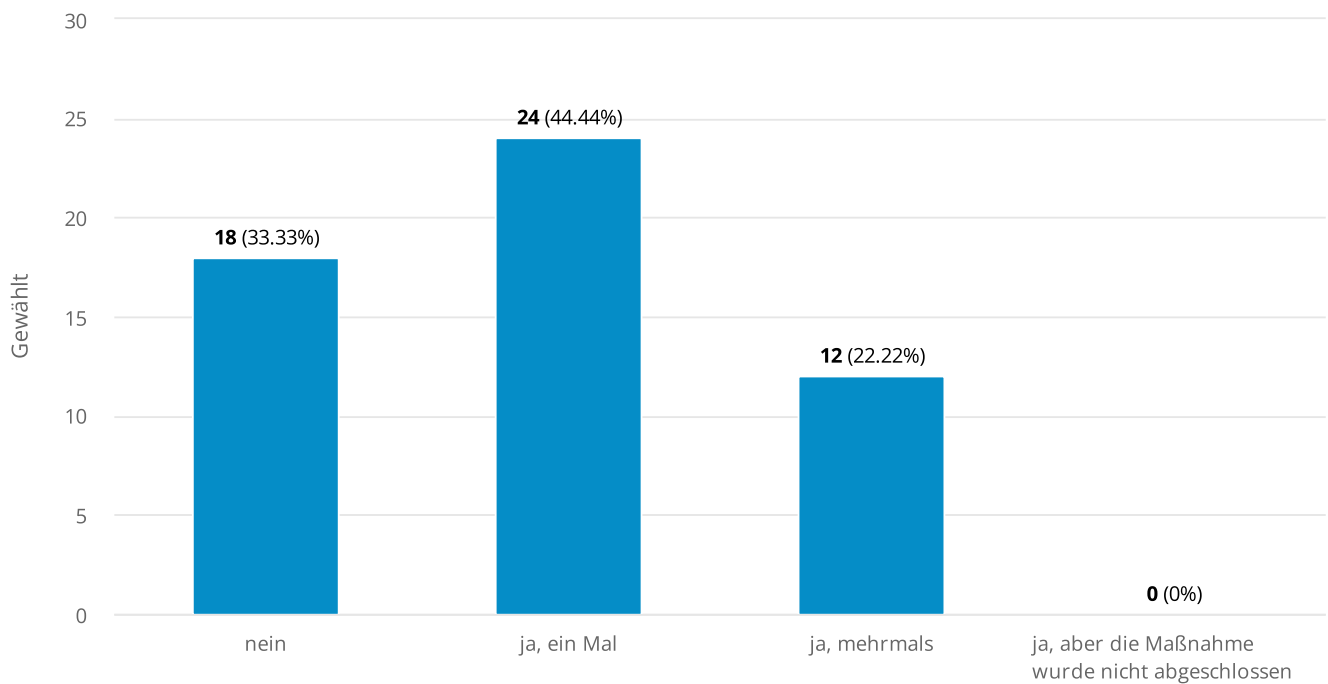
Frage 2 Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

Anzahl Antworten: 55



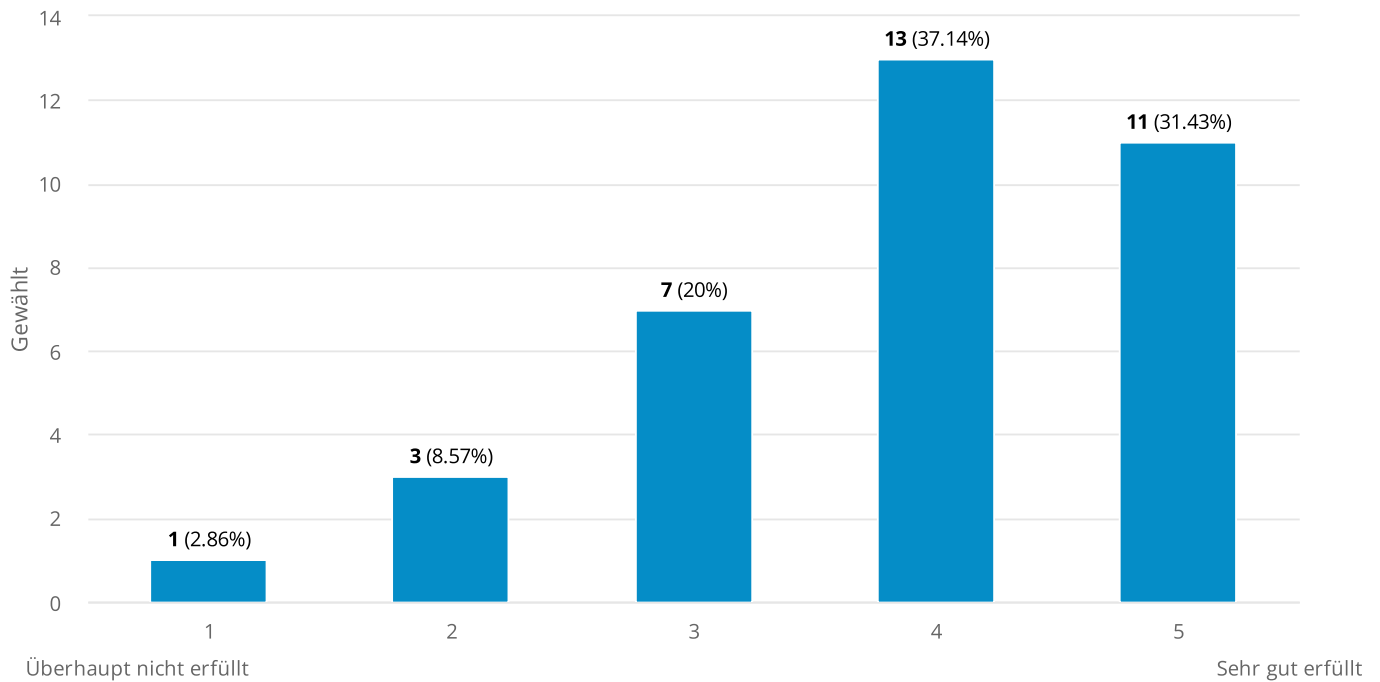
Frage 3 Haben Sie bereits eine onkologische Rehabilitation bzw. eine Rehabilitationsmaßnahme im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung durchgeführt?

Anzahl Antworten: 54



Sofern Sie bereits eine onkologische Rehabilitation in Anspruch genommen haben: Konnte die Rehabilitationsmaßnahme Ihre Erwartungen und Bedürfnisse erfüllen?

Anzahl Antworten: 35



Frage 5 Welche Bedürfnisse sind Ihnen im Bezug auf eine onkologische Rehabilitation besonders wichtig?

Anzahl Antworten: 41

Körperliche Stärkung	Psychische Stärkung	Wohlfühlen	Gleichgesinnte
das Leute in meinem Alter da sind	ich mich nicht allein fühl	mir richtig geholfen wird auch psychisch	meine Familie mich besuchen darf
Dass ich mein Baby mitnehmen kann	Erholung von Therapie und Krankenhaus und Abstand davon	Perspektiven finden für die Zukunft	-
Personen in meinem Alter, nicht wie im Krankenhaus	Dass man wieder Spaß am Leben findet	Dass einem geholfen wird, wieder auf der Arbeit klar zu kommen	-
Aktivieren des Körpers.	Ernährung	Sozialbetreuerin	-
Austausch unter Gleichgesinnten	neue Perspektiven für die neue Normalität	-	-

Ähnliches Alter/Lebensstandpunkt der anderen Patienten (z.b. junge Erwachsene)	Eigene Aufenthaltsbereiche für junge Patienten (Vermeidung von Störung älterer Patienten/Rentner)	-	-
Ich benötigte damals eine Rehaklinik, wo ich ein Säugling als Begleitkind mitnehmen konnte. Für junge Mütter gibt es nur eine Rehaeinrichtung, wo dies möglich ist. Ich habe während der Chemo und auch in der Zeit danach viele junge krebserkrankte Mütter kennengelernt. Man sollte also vielleicht in die Richtung hin weiter ausbauen. Mehr Möglichkeiten für die Kinderbetreuung unabhängig des Alters, damit die Mütter sich ausreichend regenerieren können.	-	-	-
Sportlich fit werden	Gesunde ernährung	Sozialer austausch	-
Austausch mit gleichaltrigen Betroffenen	Sport-, Fitness-, und Physioangebot auf individuelle Situation angepasst	Psychoonkologische Betreuung in Einzel- und Gruppengesprächen	Informationen über sozialrechtliche Angelegenheiten
Psychologische Betreuung	Zukunftsperspektiven aufzeigen, auch Berufliche, trotz schlechter Prognose	Körperliche Fitness wieder erlangen	familiäres Umfeld, persönliche Betreuung
Genug Raum für Gespräche, sowohl einzeln als auch mal in der Gruppe	Möglichst ausgeglichene Balance zwischen auspowern/fit werden/auf die Beine kommen und erholen/durchatmen	-	-
Reha-Maßnahmen für jüngere Patienten	Ebenfalls für erkrankte in palliativer Situation	-	-
Verbesserung der Fitness	Psychische Unterstützung	Aufklärungsangebote (Ernährung,...)	Spezieller Austausch zu jeweiligen Krebsart (besonders bei selteneren)
Psychologische Betreuung	Sport	Physiotherapie	Kontakt mit der Natur und mit gleichaltrigen

Vernetzung mit anderen Betroffenen (Ähnliches Alter/ Erkrankung etc)	Zukunftsperspektiven	Gewicht im Blick entsprechende Ernährungsangebote	-
Psychoonkologische Unterstützung	Gesunde Ernährung	Bedarfsorientierte Schlaf-/Ruhezeiten	-
Psychoonkologische Gespräche	Berufsplanung	Schwerbehinderten Status Aufklärung	-
Hoffnung stärken	psychologische Betreuung	Lebensfreude gewinnen	-
Individuelles Programm	Austausch in Gruppen	Angenehme Atmosphäre	Einzelzimmer
Psychoonkologische Betreuung	Kontakt zu anderen Betroffenen	-	-
Psyche	Aufklärung über Langzeitfolgen	Wie leben mit Einschränkungen	-
Körperliche Fitness herstellen	Psychologische Begleitung	-	-
Umgang mit anderen	Wieder zu sich selber finden	-	-
Umgang mit Stress erlernen	Privater Austausch mit Betroffenen	Konzentrationsfähigkeit verbessern	Körperlich fitter werden
Gemeinschaft	Informationsgewinn	Individuelles Trainingsprogramm	An die Teilnehmer angepasstes Programm auch nach 18 Uhr
Altersadaptiert	Gleichgesinnte zum austausch	-	-
Psycho Onkologischen Betreuung	Ernährung	-	-
psychische Verarbeitung	körperliche Rehabilitation	Rückkehr / Einstieg in den Beruf	-
Psychisch sollte mehr angeboten werden.	Kopf/merk Training nicht am PC sondern eins zu eins Betreuung	Beschwerden (fatigue) ernst nehmen	-
Ernährung in Zusammenhang mit der Erkrankung	Unterstützung bei Spätfolgen	-	-
Individuelle Sporttherapie	Austausch in einer kostanten etwa gleichaltrigen Gruppe	Psychosoziale Beratung	Vielfältiges Therapie und Methodenangebot

Gesunde Ernährung	Gleiches Alter	Viele Angebote	Vorbereitung auf das Leben nach der Erkrankung
Psychologische Betreuung	Gesprächstherapie	Verschiedene sportangebote	Gutes Miteinander
Fit werden	Krankheitsbewältigung/Aufarbeitung	Sozialrechtliche Informationen	Informationen über das Leben danach (Nachsorge, was wäre wenn man erneut erkrankt? Anzeichen dafür)
Medizinische Betreuung	Psychologische Betreuung	Physikalische Therapie	Sport
Ein gut an den Bedürfnissen des Patienten orientierter Therapieplan	Psychoonkologische Betreuung	Dem Tag eine Grundstruktur vorgeben, aber trotzdem Zeit für individuelle Auszeiten mitdenken	-
Psychologische Betreuung	Körperlicher Aufbau	Hilfe bei Ämtern/Anträgen	Hilfestellungen im Alltag und Beruf
Hilfen für den Alltag	Gemeinschaftsgefühl	Aktivitäten	ausreichende Betreuung
Aus dem Loch wieder rauszukomen, Depression	Wieder arbeiten gehen können	Für mein Kind wieder da sein können	-
berufliche Perspektiven finden	Hilfe, mit der Krankheit psychisch zurecht zu kommen	Austausch mit anderen Betroffenen	-

Frage 6 Welche Gründe und Befürchtungen würden Sie von der Wahrnehmung einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme eher abhalten?

Anzahl Antworten: 38

Herunterziehen anderer schlimmeren Geschichten	Keine gleichaltrigen Patienten	-	-
alleine sein ohne Leute in meinem Alter	nur wenig Therapie und sonst sitzt man nur rum	ganz alleine ohne meine Familie weg sein	weis sonst nichts

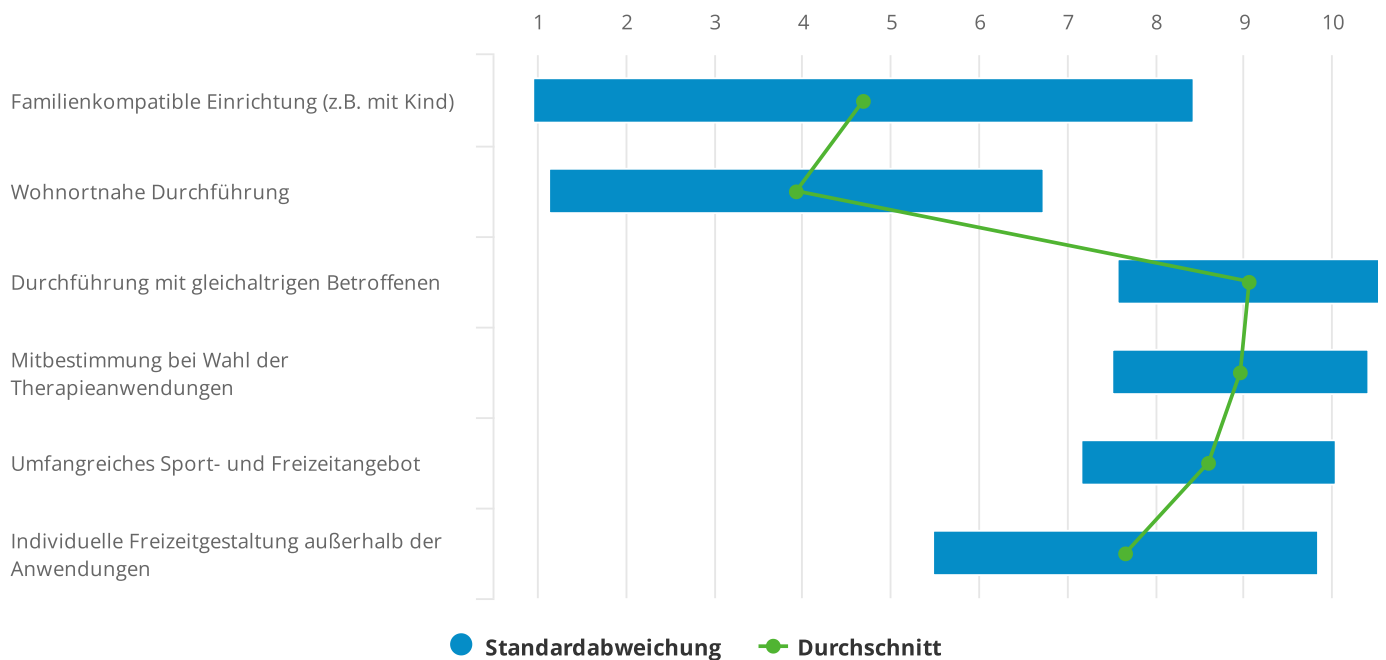
Dass ich mein Baby alleine lassen muss	Dass ich mich alleine fühle und nicht verstanden	Die Reha bringt nichts	-
Nur alte Leute	Keine Hilfe wieder richtig arbeiten zu können nachher	Langweilig, sodass man zu viel nachdenkt	kein Verständnis für psychologische Folgen
Keine	Keine	Keine	Keine
Gesprächstherapie nur mit älteren Menschen, die im Leben an einem anderen Punkt als Menschen U30/Studenten o.ä. stehen	Mehrbettzimmer	Fehlen sportlicher Angebote	typisches nährwertarmes Krankenhausessen
Wie bei Frage 5 bereits erwähnt, mangelt es an der Kinderbetreuung für ganz junge Begleitkinder. Die Einrichtung, die es anbietet, hat zb während der Mittagszeit keine Kinderbetreuung. Und gerade dann, zwischen meinen Behandlungen, hätte ich mich erholen können. Hätte aber auf mein 11 Monate altes Baby aufpassen müssen. Aufwand/Nutzen hätte sich für mich nicht gelohnt. Daher habe ich die Reha nicht in Anspruch genommen.	.	.	.
Einen Monat auf der Arbeit ausfallen	Nur alte Menschen	Sportlich nicht genug gefördert	Nebenwirkungen werden nicht ernst genommen
Andere Patienten wesentlich älter als ich	Verringertes Angebot z. B. durch Corona	Generell wenige Angebote die nicht auf individuelle Bedürfnisse eingehen	Essensangebot das nicht auf Patienten und ihre Anforderungen einght
Sich die Hilfe die man benötigt erkämpfen müssen	Angst vor Einsamkeit	Hilfe in Bereichen bekommen die nicht notwendig sind	Keine spezialisierten Therapieansätze & Ärzte / Therapeuten
Befürchtung, über- oder unterfordert zu sein/werden	Mehrbettzimmer	/	/
Keine	-	-	-
Psychische Belastung (durch "Horror geschichten" wie mehrmalige Rezidive; sehr negative Patienten)	Altersdurchschnitt weit über dem eigenen	Krankenhausähnliche Einrichtungen	Keine Rücksicht auf individuelle Gegebenheiten

Dass es langweilig sein könnte	Dass das Essen nicht schmeckt	Dass man nicht zurecht kommt	Das man keine Freude dran findet
Niemand in meiner Altersgruppe dort	Wenig Mitspracherecht	perspektivlosigkeit	Wenig bewegungsangebot
Körperliche und mentale Überforderung	Allein sein unter alten Menschen	Unwissenheit im Umgang mit seltener Krebserkrankung	Versorgung meiner Kinder und Haustiere
Negativität anderer Patienten	Gruppentherapien	.	.
Angst vor noch mehr Konfrontation mit der Krankheit	das sind nicht so viele junge Menschen wie ich	keine Spezialisten für meine seltene Krebsart	...
Keine Einzelzimmer	Keine Patienten in meinem Alter	Reha muss in den Ferien liegen	Kein Sportangebot
Kein ausreichendes Angebot	Personal nicht qualifiziert	-	-
Kostenübernahme der KK	Die Meinung von Aussenstehenden	-	-
Komplizierte Antragstellung	.	.	.
Viele verschiedene Krebsarten gemischt	Viele Altersstufen gemischt	Zu weit weg sein	Danach direkt wieder arbeiten müssen
Psychologische Gruppengespräche	Doppelzimmer	Angst vor Verlust des Anspruchs auf Erwerbsminderungsrente	Fehlenden im Job/Uni
Nur Austausch mit älteren, negativer eingestellten Betroffenen	Unpassende Umgebung	Zweibettzimmer	Keine passende abendgestaltung
Corona, kein Besuch	Wenn es keine altersadaptierte reha ist	.	.
Entfernung zum Wohnort	Zurücklassen der Familie	-	-
Man wird wieder nicht ernst genommen	Auf die Probleme wird nicht eingegangen	Es bringt nichts, man wird aber als geheilt entlassen	..

Die schlechten Erfahrungen in der ersten Reha. Ich habe mich total unwohl gefühlt. Ich war mit Abstand die jüngste (damals 21). Mein Gefühl war dass ich immer in die Anwendungen eingeteilt wurde die gerade frei waren. Ich hatte selten konstante Anwendungen. Auf Wünsche und Bedürfnisse wurde nicht eingefangen. Dafür wurde direkt am ersten Tag gefragt ob ich nicht auf 6 Wochen verlängern wolle	Hä?	Das System hat wohl ein Problem	Der eine Grund reicht
Sorge, die ältersgemäße Therapien/Angebote zu erhalten	Keine Gruppenteilnehmer im ähnlichen Alter	.	.
Weg sein von Zuhause	Angst vor Unverständnis	Angst vor keiner guten Versorgung-Ernährung	Doppelzimmer
Nachteile im Job	Zeitverschwendung da keine zielgerichteten Angebote	Langeweile	Viele alte Menschen
Das Treffen auf überwiegend alte Menschen, mit denen man sich nicht über die eigenen Erlebnisse und wünsche austauschen kann und)oder möchte	Weg sein aus der gewohnten Umgebung bzw. Dass man sich nicht wohl fühlt	Eine nicht Krankheits- und altersgerechte Betreuung bzw. Programm	Veraltete Einrichtung
Ein zu voller Therapieplan	Wenn ich das Gefühl habe, nicht mitentscheiden zu können, was ich aktuell brauche (Bevormundung)	Wenn mein persönlicher Eindruck ist, die Reha machen zu müssen und die Initiative nicht von meiner eigenen Motivation abhängt	Wenn ich mich den Anforderungen gesundheitlich nicht gewachsen fühle / zu viel von mir erwartet wird
Verschlechterung des Zustandes	Wenige Gleichaltrige	Getrennt von Familie	Nicht die passenden Anwendungen
nicht ausreichende Betreuung	nicht genügend Aktivitäten	Keine gute Stimmung in der Gruppe	Zu große Gruppe
Nur alte Leute mit in der Klinik	Ich finde keine Klinik, wo mein Kind mitkann	Die Reha bringt nichts	-
keine Gleichaltrigen mit der gleichen Situation	keine altersentsprechende Therapie, "Oma-Reha"	zu wenig individuelle Betreuung	-

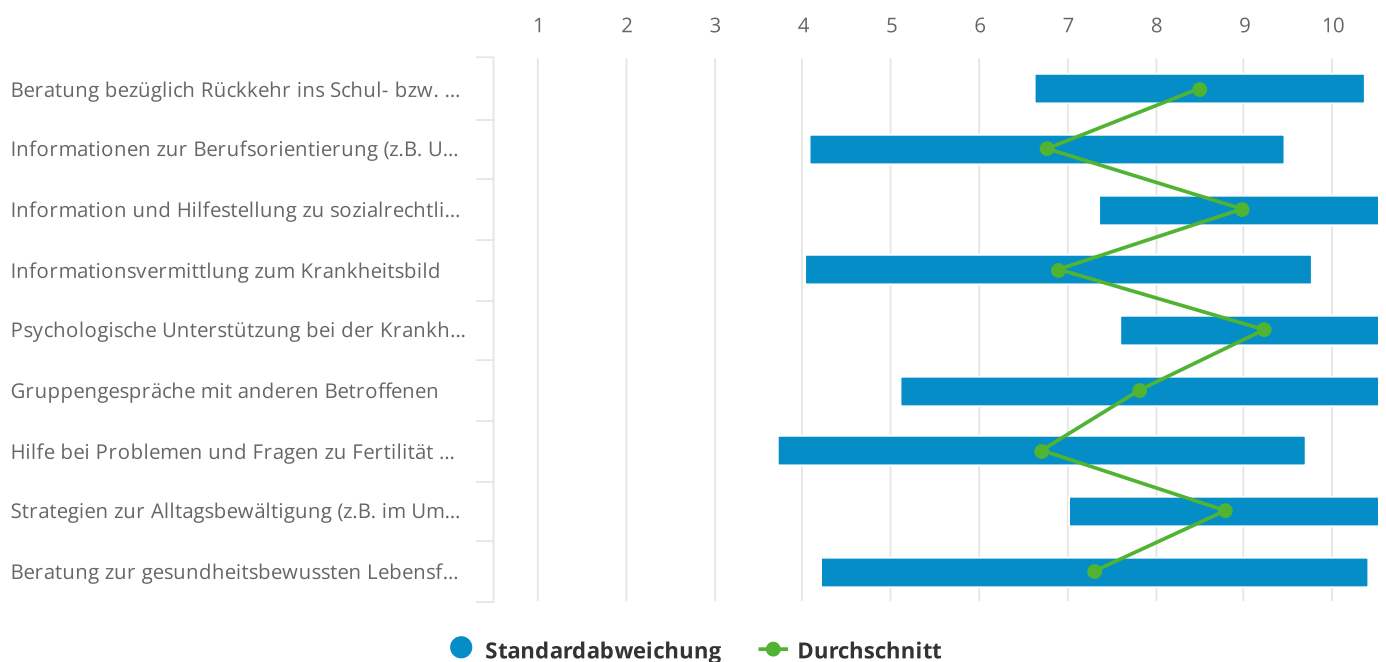
Frage 7 Wie wichtig wären Ihnen folgende Rahmenbedingungen bei der Rehabilitationsmaßnahme?

Anzahl Antworten: 37



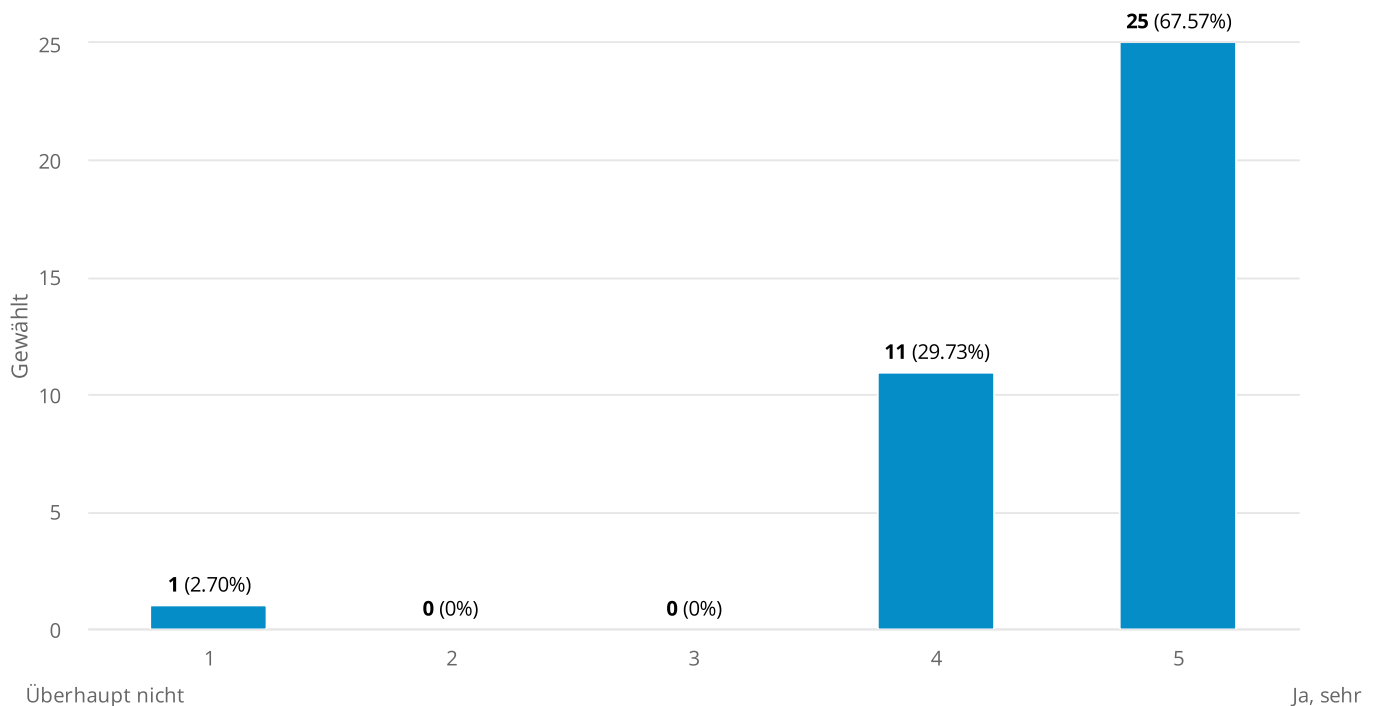
Frage 8 Wie wichtig wären Ihnen folgende Angebote bei der Durchführung einer onkologischen Rehabilitation?

Anzahl Antworten: 37



Frage 9 Würde Ihre Bereitschaft, eine onkologische Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, steigen, wenn sie das Rehabilitationsprogramm individuell nach ihrem Bedarf gestalten könnten?

Anzahl Antworten: 37



Haben Sie weitere Anmerkungen?

Anzahl Antworten: 6

Text Antworten:

Fragen Corona gerecht stellen, da aufgrund divers Maßnahmen, zum Beispiel kein Gruppen Gespräch statt findet etc

Danke!

Abgesehen von den Anwendungen, der Einrichtungen usw. spielt das Personal eine enorm zentrale Rolle, die den Aufenthalt in eine positive sowie negative Richtungen lenken kann. Grundsätzlich bin ich einer Reha gegenüber sehr positiv gestimmt.

Viel Erfolg mit Ihren Bachelorarbeit!

Bedarf hätte ich damals gehabt, aber es gab keine qualifizierten Angebote

Es gibt großartige Rehaangebote. Ich selbst habe eine AHB auf der Katharinenhöhe gemacht und war begeistert, von der Arbeit, die dort geleistet wird.

Gesamtergebnisse Frage 5

- 1 Aktivieren des Körpers.
Sozialbetreuerin
Ernährung
- 2 Austausch unter Gleichgesinnten
neue Perspektiven für die neue Normalität
- 3 Ähnliches Alter/Lebensstandpunkt der anderen Patienten (z.b. junge Erwachsene)
Eigene Aufenthaltsbereiche für junge Patienten
- 4 Vermeidung von Störung älterer Patienten/Rentner
Gesunde ernährung
Sportlich fit werden
- 5 Sozialer austausch
Sport-, Fitness-, und Physioangebot an individuelle Situation angepasst
Austausch mit gleichaltrigen Betroffenen
Informationen über sozialrechtliche Angelegenheiten
- 6 Psychoonkologische Betreuung in Einzel- und Gruppengesprächen
Zukunftsperspektiven aufzeigen, auch Berufliche, trotz schlechter Prognose
Psychologische Betreuung
Körperliche Fitness wieder erlangen
- 7 familiäres Umfeld, persönliche Betreuung
Möglichst ausgeglichene Balance zwischen auspowern/fit werden/auf die Beine kommen
- 8 Genug Raum für Gespräche, sowohl einzeln in der Gruppe
Ebenfalls für erkrankte in palliativer Situation
- 9 Reha-Maßnahmen für jüngere Patienten
Psychische Unterstützung
Verbesserung der Fitness
Spezieller Austausch zu jeweiligen Krebsart (besonders bei selteneren)
- 10 Aufklärungsangebote (Ernährung,...)
Sport
Psychologische Betreuung
Kontakt mit der Natur und mit gleichaltrigen
- 11 Physiotherapie
Zukunftsperspektiven
Vernetzung mit anderen Betroffenen (Ähnliches Alter/ Erkrankung etc)
- 12 Gewicht im Blick entsprechende Ernährungsangebote
Gesunde Ernährung
Psychoonkologische Unterstützung
- 13 Bedarfsorientierte Schlaf-/Ruhezeiten
Berufsplanung
Psychoonkologische Gespräche
- 14 Schwerbehinderten Status Aufklärung
psychologische Betreuung
Hoffnung stärken
Austausch in Gruppen
- 15 Lebensfreude gewinnen
Einzelzimmer

- Individuelles Programm
- 16 Angenehme Atmosphäre
 - Kontakt zu anderen Betroffenen
 - Psychoonkologische Betreuung
 - Aufklärung über Langzeitfolgen
- 17 Wie leben mit Einschränkungen
 - Psychologische Begleitung
- 18 Psyche
 - Wieder zu sich selber finden
- 19 Körperliche Fitness herstellen
 - Privater Austausch mit Betroffenen
- 20 Umgang mit anderen
 - Körperlich fitter werden
 - Umgang mit Stress erlernen
 - Informationsgewinn
- 21 Konzentrationsfähigkeit verbessern
 - An die Teilnehmer angepasstes Programm auch nach 18 Uhr
 - Gemeinschaft
 - Gleichgesinnte zum austausch
- 22 Individuelles Trainingsprogramm
 - Ernährung
- 23 Altersadaptiert
- 24 Psycho Onkologischen Betreuung
 - körperliche Rehabilitation
- 25 psychische Verarbeitung
 - Kopf/merk Training nicht am PC sondern eins zu eins Betreuung
 - Rückkehr / Einstieg in den Beruf
- 26 Psychisch sollte mehr angeboten werden.
 - Unterstützung bei Spätfolgen
- 27 Beschwerden (fatigue) ernst nehmen
 - Austausch in einer konstanten etwa gleichaltrigen Gruppe
 - Ernährung in Zusammenhang mit der Erkrankung
 - Vielfältiges Therapie und Methodenangebot
- 28 Individuelle Sporttherapie
 - Gleiches Alter
 - Psychosoziale Beratung
 - Vorbereitung auf das Leben nach der Erkrankung
- 29 Gesunde Ernährung
 - Gesprächstherapie
 - Viele Angebote
 - Gutes Miteinander
- 30 Psychologische Betreuung
 - Krankheitsbewältigung/Aufarbeitung
 - Verschiedene sportangebote
 - Informationen über das Leben danach
- 31 Fit werden
 - Psychologische Betreuung
 - Sport
- 32 Sozialrechtliche Informationen
 - Psychoonkologische Betreuung

- Medizinische Betreuung
- Zeit für individuelle Auszeiten mitdenken
- 33 Physikalische Therapie
 - Körperlicher Aufbau
 - Ein gut an den Bedürfnissen des Patienten orientierter Therapieplan
 - Hilfestellungen im Alltag und Beruf
- 34 Dem Tag eine Grundstruktur vorgeben
 - Gemeinschaftsgefühl
 - Psychologische Betreuung
 - ausreichende Betreuung
- 35 Hilfe bei Ämtern/Anträgen
 - Wieder arbeiten gehen können
 - Hilfen für den Alltag
 - Hilfe, mit der Krankheit psychisch zurecht zu kommen
- 36 Aktivitäten
 - Aus dem Loch wieder rauszukomen, Depression
 - Für mein Kind wieder da sein können
- 37 berufliche Perspektiven finden
 - Austausch mit anderen Betroffenen

- 38 Ich benötigte damals eine Rehaklinik, wo ich ein Säugling als Begleitkind mitnehmen konnte.
 - Für junge Mütter gibt es nur eine Rehaeinrichtung, wo dies möglich ist
 - Ich habe während der Chemo und auch in der Zeit danach viele junge krebserkrankte Mütter kennengelernt. Mehr Möglichkeiten für die Kinderbetreuung unabhängig des Alters, damit die Mütter sich ausreichend regenerieren können.

Gesamterbenisse Frage 6

- 1 typisches nährwertarmes Krankenhausessen
- 2 Mehrbettzimmer
- 3 Gesprächstherapie nur mit älteren Menschen
 - Nur alte Menschen
 - Fehlen sportlicher Angebote
 - Nebenwirkungen werden nicht ernst genommen
- 4 keine Kinderbetreuung für ganz junge Begleitkinder
 - Verringertes Angebot z. B. durch Corona
 - Einen Monat auf der Arbeit ausfallen
 - Essensangebot das nicht auf Patienten und ihre Anforderungen eingeht
- 5 Sportlich nicht genug gefördert
 - Angst vor Einsamkeit
 - Andere Patienten wesentlich älter als ich
 - Keine spezialisierten Therapieansätze & Ärzte / Therapeuten
- 6 Generell wenige Angebote die nicht auf individuelle Bedürfnisse eingehen
 - Mehrbettzimmer
 - Sich die Hilfe die man benötigt erkämpfen müssen
 - Keine Rücksicht auf individuelle Gegebenheiten
- 7 Hilfe in Bereichen bekommen die nicht notwendig sind

- Altersdurchschnitt weit über dem eigenen
- 8 Befürchtung, über- oder unterfordert zu sein/werden
 - Dass das Essen nicht schmeckt
 - Krankenhausähnliche Einrichtungen
 - Das man keine Freude dran findet
 - 9 Psychische Belastung "Horror Geschichten" wie mehrmalige Rezidive; sehr negative Patienten
 - Wenig Mitspracherecht
 - Dass es langweilig sein könnte
 - Wenig bewegungsangebot
 - 10 Dass man nicht zurecht kommt
 - Allein sein unter alten Menschen
 - Niemand in meiner Altersgruppe dort
 - Versorgung meiner Kinder und Haustiere
 - 11 Perspektivlosigkeit
 - Gruppentherapien
 - 12 Körperliche und mentale Überforderung
 - das sind nicht so viele junge Menschen wie ich
 - Unwissenheit im Umgang mit seltener Krebserkrankung
 - 13 Negativität anderer Patienten
 - Keine Patienten in meinem Alter
 - Angst vor noch mehr Konfrontation mit der Krankheit
 - Kein Sportangebot
 - 14 keine Spezialisten für meine seltene Krebsart
 - Personal nicht qualifiziert
 - 15 Keine Einzelzimmer
 - Die Meinung von Aussenstehenden
 - 16 Reha muss in den Ferien liegen
 - 17 Kein ausreichendes Angebot
 - Viele Altersstufen gemischt
 - Kostenübernahme der KK
 - Danach direkt wieder arbeiten müssen
 - 18 Komplizierte Antragstellung
 - Doppelzimmer
 - Viele verschiedene Krebsarten gemischt
 - Fehlenden im Job/Uni
 - 19 Zu weit weg sein
 - Unpassende Umgebung
 - Psychologische Gruppengespräche
 - Keine passende abendgestaltung
 - 20 Angst vor Verlust des Anspruchs auf Erwerbsminderungsrente
 - Wenn es keine altersadaptierte reha ist
 - 21 Nur Austausch mit älteren, negativer eingestellten Betroffenen
 - Zurücklassen der Familie
 - 22 Zweibettzimmer
 - Auf die Probleme wird nicht eingegangen
 - Corona, kein Besuch
 - 23 Entfernung zum Wohnort
 - Mit Alten Menschen kann man sich nicht so gut austauschen
 - 24 Man wird wieder nicht ernst genommen
 - Keine Gruppenteilnehmer im ähnlichen Alter

- 25 Es bringt nichts, man wird aber als geheilt entlassen
 - Angst vor Unverständnis
 - Das Treffen auf überwiegend alte Menschen
 - Doppelzimmer
- 26 Sorge, die ältersgemäße Therapien/Angebote zu erhalten
 - Zeitverschwendung da keine zielgerichteten Angebote
 - Weg sein von Zuhause
 - Viele alte Menschen
- 27 Angst vor keiner guten Versorgung-Ernährung
 - Eine nicht Krankheits- und altersgerechte Betreuung /Programm
 - Nachteile im Job
- 28 Langeweile
 - Bevormundung
 - Weg aus der gewohnten Umgebung, man sich nicht wohl fühlt
 - Wenn ich mich den Anforderungen nicht gewachsen fühle / zu viel von mir erwartet wird
- 29 Veraltete Einrichtung
 - Wenige Gleichaltrige
 - Ein zu voller Therapieplan
 - Nicht die passenden Anwendungen
- 30 die Reha machen zu müssen, keine eigene Motivation
 - nicht genügend Aktivitäten
 - Verschlechterung des Zustandes
 - Zu große Gruppe
- 31 Getrennt von Familie
 - Ich finde keine Klinik, wo mein Kind mitkann
 - nicht ausreichende Betreuung
- 32 Keine gute Stimmung in der Gruppe
 - keine altersentsprechende Therapie, "Oma-Reha"
 - Nur alte Leute mit in der Klinik
- 33 Die Reha bringt nichts
 - keine Gleichaltrigen mit der gleichen Situation
 - zu wenig individuelle Betreuung
- 34 Die schlechten Erfahrungen in der ersten Reha. Ich habe mich total unwohl gefühlt.
 - Ich war mit Abstand die jüngste (damals 21).
 - Mein Gefühl war dass ich immer in die Anwendungen eingeteilt wurde die gerade frei waren.
 - Ich hatte selten konstante Anwendungen.
 - Auf Wünsche und Bedürfnisse wurde nicht eingegangen. Dafür wurde direkt am ersten Tag gefragt ob ich nicht auf 6 Wochen verlängern wolle

A large blue graphic area containing silhouettes of several people of different ages and a bar chart with varying bar heights, all in a lighter shade of blue.

Krebs in Deutschland für 2017/2018

GEMEINSAME PUBLIKATION DES ZENTRUMS FÜR KREBSREGISTERDATEN UND DER
GESELLSCHAFT DER EPIDEMIOLOGISCHEN KREBSREGISTER IN DEUTSCHLAND E.V.

Krebs in Deutschland für 2017/2018

13. Ausgabe

3 Ergebnisse nach ICD-10

3.0 Übersichten zu den Krebsneuerkrankungs- und Krebssterbefällen

Abbildung 3.o.1
 Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2018
 ohne nicht-melanotischen Hautkrebs (C44)

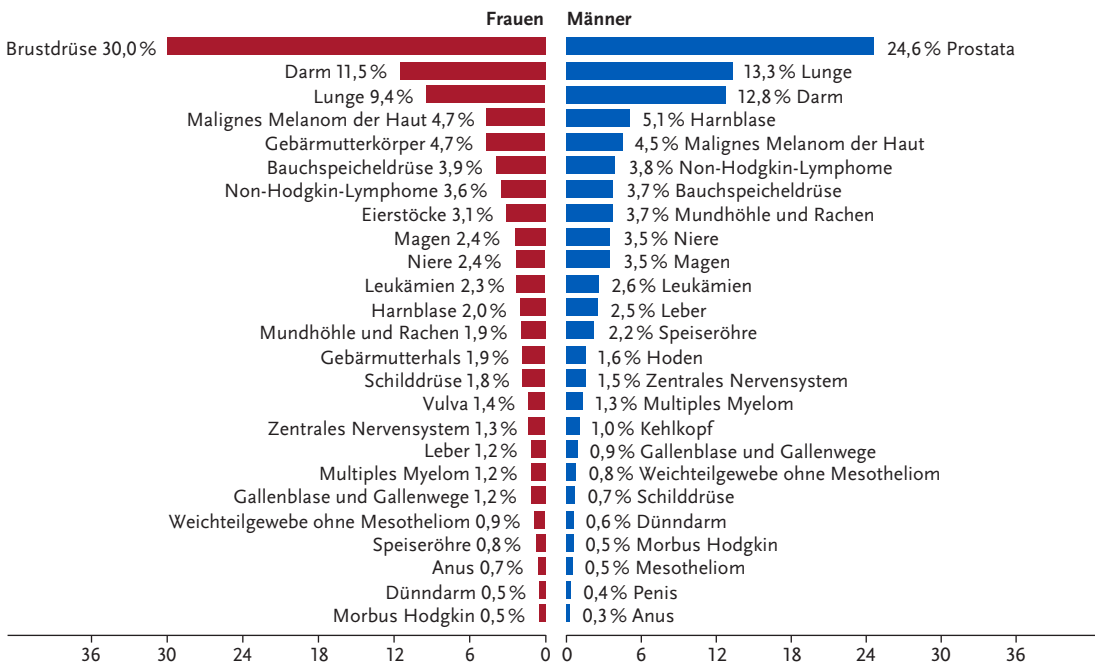


Abbildung 3.o.2
 Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebssterbefällen in Deutschland 2018

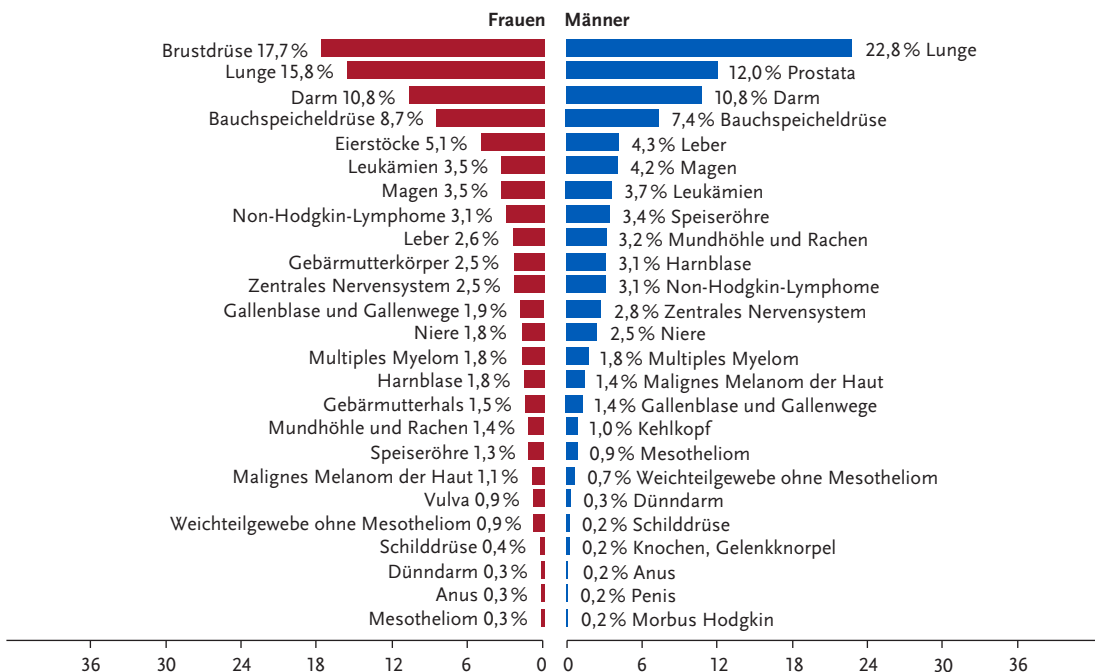


Tabelle 3.0.1

Geschätzte Anzahl der Krebsneuerkrankungen und Anzahl der Krebssterbefälle in Deutschland 2018

Quelle für Krebssterbefälle: Amtliche Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Lokalisation	ICD-10	Anzahl der Neuerkrankungen		Neuerkrankungsrate ¹		Anzahl der Sterbefälle		Sterberate ¹	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mundhöhle und Rachen	C00 – C14	4.490	9.820	6,8	17,2	1.442	3.970	1,9	6,6
Speiseröhre	C15	1.840	5.710	2,4	9,3	1.358	4.278	1,6	6,8
Magen	C16	5.560	9.200	6,8	14,3	3.674	5.187	4,1	7,7
Dünndarm	C17	1.160	1.520	1,7	2,5	346	407	0,4	0,6
Darm	C18 – C20	26.710	33.920	32,7	52,1	11.008	13.240	11,3	18,9
Anus	C21	1.530	800	2,4	1,4	336	221	0,4	0,4
Leber	C22	2.820	6.690	3,5	10,3	2.689	5.301	3,0	7,7
Gallenblase und Gallenwege	C23, C24	2.700	2.380	3,0	3,5	2.017	1.706	2,1	2,4
Bauchspeicheldrüse	C25	9.160	9.860	10,8	15,1	9.143	9.189	9,9	13,5
Nasenhöhle, Nasennebenhöhlen, Mittelohr	C30, C31	460	660	0,7	1,1	72	134	0,1	0,2
Kehlkopf	C32	540	2.770	0,8	4,6	203	1.201	0,3	1,8
Lunge	C33, C34	21.930	35.290	31,5	55,3	16.514	28.365	22,0	42,8
Knochen, Gelenkknorpel	C40, C41	360	500	0,7	1,1	184	268	0,3	0,5
Malignes Melanom der Haut	C43	10.880	12.010	18,9	20,2	1.176	1.766	1,4	2,6
Nicht-melanotischer Hautkrebs	C44	94.200	105.230	122,4	152,2	430	536	0,3	0,7
Mesotheliom	C45	340	1.290	0,4	1,8	269	1.092	0,3	1,4
Weichteilgewebe ohne Mesotheliom	C46 – C49	2.160	2.140	3,4	3,8	943	913	1,3	1,5
Brustdrüse	C50	69.900	720	112,6	1,1	18.591	195	22,8	0,3
Vulva	C51	3.270		4,4		957		1,0	
Vagina	C52	470		0,6		186		0,2	
Gebärmutterhals	C53	4.320		8,6		1.612		2,6	
Gebärmutterkörper	C54, C55	10.860		15,9		2.631		3,0	
Eierstöcke	C56	7.300		10,7		5.326		6,6	
Penis	C60		1.010		1,5		217		0,3
Prostata	C61		65.200		99,1		14.963		19,2
Hoden	C62		4.160		10,4		178		0,4
Niere	C64	5.480	9.350	7,6	15,4	1.931	3.108	1,9	4,5
Nierenbecken, Ureter	C65, C66	790	1.310	0,9	1,9	113	170	0,1	0,2
Harnblase	C67	4.770	13.500	5,5	19,7	1.840	3.862	1,7	5,1
Auge	C69	230	290	0,4	0,6	134	131	0,2	0,2
Zentrales Nervensystem	C70 – C72	3.130	4.100	5,4	7,8	2.615	3.441	3,9	5,9
Schilddrüse	C73	4.270	1.930	9,1	3,9	390	300	0,4	0,4
ohne Angabe der Lokalisation	C80	5.020	4.700	5,5	7,0	5.424	5.462	5,7	7,9
Morbus Hodgkin	C81	1.100	1.440	2,5	3,2	124	197	0,1	0,3
Non-Hodgkin-Lymphome	C82 – C88	8.280	10.190	11,4	16,6	3.220	3.835	3,2	5,2
Multipl. Myelom	C90	2.810	3.540	3,5	5,4	1.881	2.299	1,9	3,2
Leukämien	C91 – C95	5.310	6.870	7,6	11,5	3.682	4.588	3,9	6,5
übrige Lokalisationen		2.750	2.310	3,8	3,8	2.760	4.090	2,9	5,7
Krebs gesamt	C00 – C97	326.920	370.390	465,2	574,5	105.221	124.810	122,6	181,4
Krebs gesamt²	C00 – C97 o. C44	232.720	265.170	342,9	422,3	104.791	124.274	122,3	180,7

¹ altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung² ohne nicht-melanotischen Hautkrebs (C44)

3.1 Krebs gesamt

Tabelle 3.1.1

Übersicht über die wichtigsten epidemiologischen Maßzahlen für Deutschland, ICD-10 C00–C97 ohne C44

Inzidenz	2017		2018		Prognose für 2022	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Neuerkrankungen	236.000	265.200	232.700	265.200	235.900	274.300
rohe Neuerkrankungsrate ¹	563,5	650,5	554,1	648,2	557,8	664,9
standardisierte Neuerkrankungsrate ^{1, 2}	348,9	427,2	342,9	422,3	340,3	417,0
mittleres Erkrankungsalter ³	69	70	69	70		
Mortalität	2017		2018		2019	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Sterbefälle	104.077	122.603	104.791	124.274	105.682	124.560
rohe Sterberate ¹	248,5	300,7	249,5	303,8	251,1	303,8
standardisierte Sterberate ^{1, 2}	123,0	181,4	122,3	180,7	121,3	177,1
mittleres Sterbealter ³	76	75	77	75	77	75
Prävalenz und Überlebensraten	5 Jahre		10 Jahre		25 Jahre	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Prävalenz	779.300	796.700	1.356.900	1.344.700	2.311.600	2.129.300
absolute Überlebensrate (2017–2018) ⁴	59	51	48	39		
relative Überlebensrate (2017–2018) ⁴	66	61	61	57		

¹ je 100.000 Personen ² altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung ³ Median ⁴ in Prozent

Epidemiologie

Mit »Krebs gesamt« sind hier alle bösartigen Neubildungen einschließlich der Lymphome und Leukämien gemeint. Die Definition einer bösartigen (invasiven, d. h. ins umgebende Gewebe eindringenden oder sich über Blut- und Lymphsystem verbreitenden) Erkrankung richtet sich in diesem Bericht allein nach der aktuellen »Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme« (ICD-10, Kapitel II). Diese Einteilung in gutartige und bösartige Neubildungen beruht auf dem Wachstumsverhalten der Neubildung. Sie spiegelt nicht immer den klinischen Verlauf der Erkrankungen wieder: einige Tumorerkrankungen wie die nicht-invasiven papillären Karzinome der Harnblase sowie bestimmte Neubildungen der blutbildenden Organe (z. B. die myelodysplastischen Syndrome) sind für die Betroffenen teilweise mit größeren Risiken und Belastungen verbunden als etwa bestimmte Schilddrüsentumoren, die zwar histologisch bösartig sind, aber eine sehr günstige Prognose aufweisen. Im zentralen Nervensystem wiederum hängt die Gefährlichkeit von Neubildungen weniger von ihrem Wachstumsverhalten als vielmehr von ihrer Lokalisation ab. Die Einteilung in Neubildungen gutartigen, bösartigen und unsicheren Verhaltens weist zudem historische Veränderungen, beispielsweise bei Blasentumoren, auf. In der Summe aller bösartigen

Neubildungen (»Krebs gesamt«) wurden, wie international üblich, die nicht-melanotischen Hautkrebsformen (heller Hautkrebs) nicht berücksichtigt, auch weil sie trotz ihrer Häufigkeit nur sehr geringfügig zur Krebssterblichkeit beitragen (siehe Kapitel 3.14).

Bösartige Neubildungen können in den verschiedensten Organen des Körpers von unterschiedlichen Zellarten ausgehen. Ausgangspunkt der meisten Krebskrankheiten sind die inneren und äußeren Körperoberflächen (Epithelien). Allein etwa 70 % der Tumoren sind vom Drüsengewebe ausgehende Adenokarzinome. Bei weiteren etwa 15 % handelt es sich um Plattenepithelkarzinome, bösartige Tumoren des Übergangsepithels (Urothelkarzinome) und einzellige Karzinome, die beispielsweise in der Lunge vorkommen. Leukämien und Lymphome nehmen ihren Ausgang vom blutbildenden Knochenmark und von lymphatischen Geweben. Darüber hinaus können bösartige Tumoren ihren Ursprung auch im Bindegewebe (u. a. Sarkome), in den Stützzellen des Nervensystems (Gliome) oder den pigmentbildenden Zellen (Melanome) haben.

Im Jahr 2018 sind nach Schätzung des ZfKD insgesamt in Deutschland rund 498.000 Krebserkrankungen erstmalig diagnostiziert worden. Davon traten bei Männern ca. 265.200 und bei Frauen 232.700 Erkrankungen auf. Etwa die Hälfte der Fälle betrafen Brustdrüse (70.600), Prostata (65.200), Dickdarm

(60.600) oder Lunge (57.200) (Tabelle 3.0.1). Zwischen 2008 und 2018 hat sich die absolute Zahl der Krebsneuerkrankungen bei beiden Geschlechtern kaum verändert. Da für fast alle Krebsarten das Erkrankungsrisiko mit zunehmendem Alter ansteigt, wäre theoretisch durch die steigende Zahl älterer Menschen in der Bevölkerung zuletzt ein Anstieg von rund 1% pro Jahr zu erwarten gewesen. Rechnet man diese Veränderungen mittels Altersstandardisierung heraus, zeigt sich bei Männern innerhalb der letzten 10 Jahre ein Rückgang der Erkrankungsraten um 13%, bei Frauen um 9%. Diese Unterschiede sind vor allem durch die zwischen beiden Geschlechtern gegenläufigen Entwicklungen beim Lungenkrebs und anderen durch das Zigarettenrauchen geförderten Krebskrankheiten bedingt (siehe Kapitel 3.12). Einen hohen Anteil an der insgesamt rückläufigen Entwicklung der Erkrankungsraten an Krebs hat die günstige Entwicklung bei den Krebserkrankungen des Magens und des Darms mit Rückgängen um mehr als 20% in den letzten 10 Jahren.

Rund 1,6 Millionen Menschen in Deutschland leben mit einer Krebserkrankung, die in den letzten 5 Jahren diagnostiziert wurde. Geschätzt mehr als 4,4 Millionen Menschen sind in den letzten 25 Jahren an Krebs erkrankt, die Zahl der jemals an Krebs erkrankten Personen dürfte noch einmal knapp 10% höher liegen.

Die altersstandardisierten Sterberaten an Krebs sind in Deutschland zwischen 2009 und 2019 bei Männern um 12%, bei Frauen um 5% zurückgegangen. Im Vergleich zur gesamten Europäischen Union war die Krebssterblichkeit in Deutschland im Jahr 2016 bei Frauen um 2% höher, bei Männern um 6% niedriger (für die EU liegen noch keine aktuelleren Zahlen vor).

Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten sind ein Maß für die Überlebenschancen von Krebspatientinnen und -patienten im Vergleich mit der allgemeinen Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts. Sie sind in hohem Maße von der Tumorart abhängig und reichen von Ergebnissen unter 20% für bösartige Tumoren der Lunge, Leber und Bauchspeicheldrüse bis hin zu Werten über 90% für das maligne Melanom der Haut, den Hodenkrebs und den Schilddrüsenkrebs (Abbildung 3.1.0).

Risikofaktoren und Früherkennung

Bei vielen Krebserkrankungen ist die Ätiologie nicht bekannt oder die bekannten Auslöser lassen sich nicht beeinflussen. Präventionsstrategien stehen daher nur für bestimmte Tumorarten zur Verfügung. Darunter sind allerdings Krebsformen, die viele Menschen betreffen. Die Weltgesundheitsorganisation WHO geht davon aus, dass sich weltweit 30 bis 50% aller Krebsfälle durch Vorbeugung verhindern ließen. Schätzungen des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) zufolge sind in Deutschland mindes-

tens 37% aller Krebsneuerkrankungsfälle durch vermeidbare oder zumindest beeinflussbare Risikofaktoren erklärbar.

Unter diesen hat Tabakkonsum die größte Bedeutung. Etwa 19% aller Krebserkrankungen in Deutschland pro Jahr sind dem Rauchen zuzuschreiben (attributable Fraktion). Die Rolle von Übergewicht und Bewegungsmangel ist aus beobachtenden, epidemiologischen Untersuchungen ebenfalls schon länger bekannt. Mögliche biologische Mechanismen hinter dieser Assoziation werden durch die jüngste Forschung zum metabolischen Syndrom deutlicher. Diese chronische »Stoffwechselschieflage« geht mit Bluthochdruck, hohen Blutfett- und Blutzuckerwerten einher. Entzündliche Prozesse im Fettgewebe sind vermutlich an der Krebsentstehung beteiligt.

Unter den ernährungsabhängigen Einzelfaktoren spielt der Alkoholkonsum eine wichtige Rolle. Wenig Obst, Gemüse oder Ballaststoffe bei einem oft gleichzeitig hohen Anteil von rotem und verarbeitetem Fleisch an der Ernährung konnte als Risikofaktor für mehrere häufige Tumorarten identifiziert werden. In Beobachtungsstudien lässt sich der Einfluss einzelner Lebensmittel und ihrer Inhaltsstoffe allerdings nicht immer von dem der Energiebilanz sowie anderen möglichen Faktoren trennen.

Zu den vermeidbaren Krebsrisikofaktoren gehört auch der ultraviolette Anteil des Sonnenlichts (UV-Strahlung).

Von vielen Menschen in Deutschland wird der Einfluss von Schadstoffen und Verunreinigungen in Lebensmitteln überschätzt, ebenso der von Umwelteinflüssen oder Belastungen am Arbeitsplatz. Im Einzelfall können diese Faktoren jedoch auch hierzulande einen wesentlichen Anteil an der Krebsentstehung haben. Beispiele sind das regional natürlich vorkommende Edelgas Radon, das für etwa 6% der Lungenkrebsfälle in Deutschland verantwortlich gemacht wird, oder frühere berufliche Asbestbelastungen, die aufgrund der langen Latenzzeit auch heute noch zu Mesotheliomen des Brust- oder Bauchfells führen. Auch medizinische Verfahren können in einzelnen Fällen das Krebsrisiko erhöhen: etwa mit einer Strahlenbelastung verbundene Diagnose- und Therapieverfahren, Zytostatika zur Chemotherapie oder die als Risikofaktor für Brustkrebs identifizierte Hormontherapie bei Frauen im Klimakterium.

Chronische Infektionen sind heute für einige verbreitete Krebsarten als Risikofaktoren bekannt; etwa 4% der Krebsneuerkrankungen in Deutschland können darauf zurückgeführt werden. Impfungen oder ursächliche Therapien können zur Senkung des Krebsrisikos beitragen. Nachgewiesen ist dies beispielsweise für die Impfung gegen Hepatitis-B-Viren als Schutzfaktor vor Leberkrebs. Ein ähnlicher Effekt ist infolge der HPV-Impfung zu erwarten: Durch sie sollte sich neben der Inzidenz von Gebärmutter-

Krebs gesamt (C00-C97 ohne C44)

20 - 24	weiblich	2018	723
20 - 24	männlich	2018	891
25 - 29	weiblich	2018	1573
25 - 29	männlich	2018	1432
Gesamt			4619

Letzte Aktualisierung: 21.12.2021

Inzidenz, Fallzahlen in Deutschland

Gewählte Filter:

Altersgruppen: 20 - 29

Diagnose: Krebs gesamt (C00-C97 ohne C44)

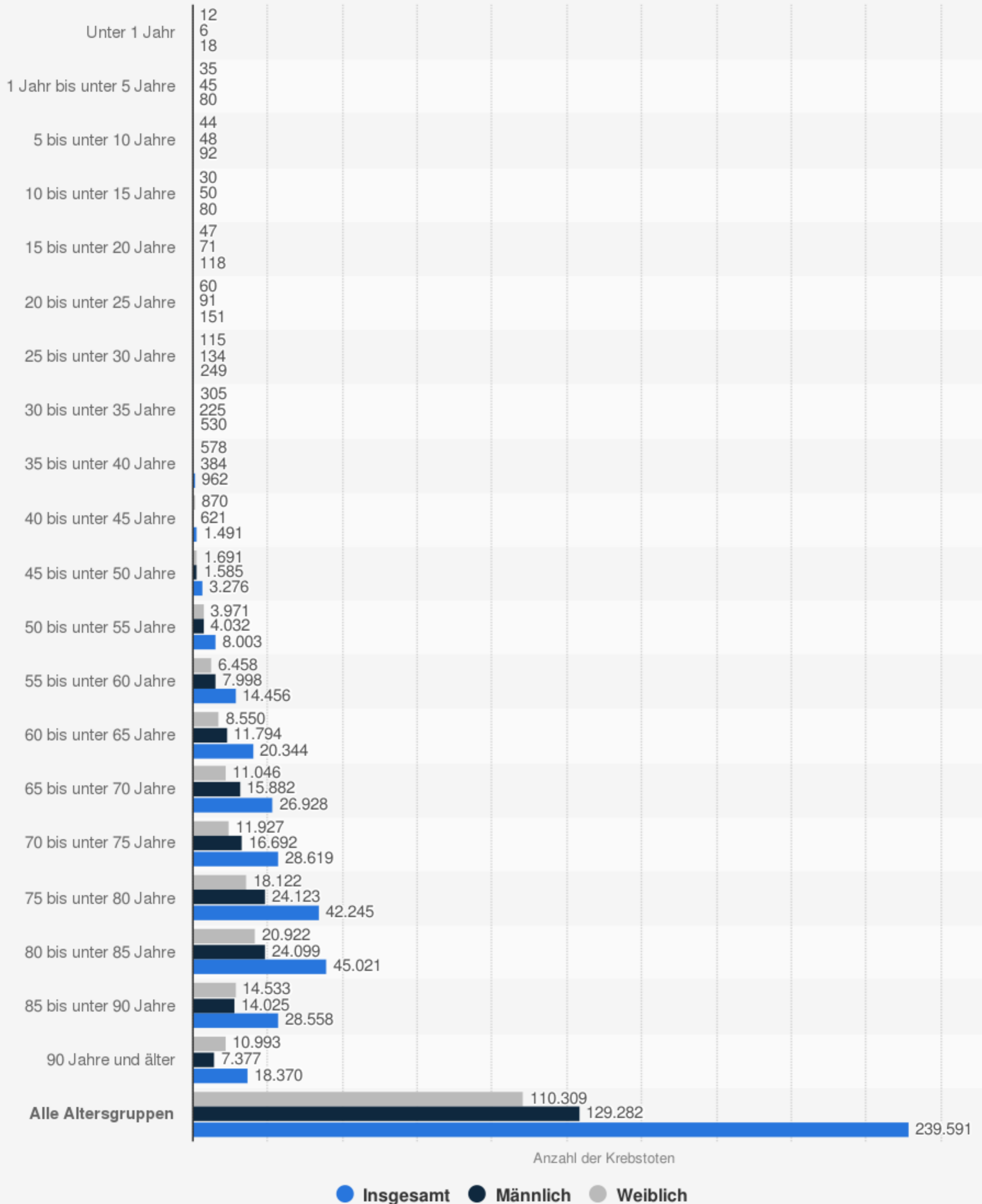
Geschlecht: männlich, weiblich

Jahre: 2018

Quelle: Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut: Datenbankabfrage mit Schätzung der Inzidenz, Prävalenz und des Überlebens von Krebs in Deutschland auf Basis der epidemiologischen Landeskrebsregisterdaten. Mortalitätsdaten bereitgestellt vom Statistischen Bundesamt. www.krebsdaten.de, Letzte Aktualisierung: 16.03.2021, Abrufdatum: (04.04.2022)

Jährliche Todesfälle aufgrund von Krebs und anderen Neubildungen in Deutschland nach Alter und Geschlecht im Jahr 2019

Anlage 11



Anlage 12

ZENTRUM FÜR KREBSREGISTERDATEN

ROBERT KOCH INSTITUT



		Krebs gesamt (CO Darm)	Bauchspeicheldrüse	Lunge	Melanom	
15 - 19	weiblich	392	42	6	<5	35
20 - 24	weiblich	723	50	5	11	132
25 - 29	weiblich	1573	62	5	16	283
30 - 34	weiblich	2703	97	15	36	455
35 - 39	weiblich	4478	180	31	80	516
40 - 44	weiblich	6047	269	56	211	503
45 - 49	weiblich	11155	592	144	494	865
50 - 54	weiblich	19118	1275	329	1386	1215
55 - 59	weiblich	21322	1861	557	2243	1001
60 - 64	weiblich	24555	2340	772	3223	977
65 - 69	weiblich	27820	2762	1022	3836	966
70 - 74	weiblich	24329	3006	1206	3282	984
75 - 79	weiblich	33388	4676	1799	3490	1222
80 - 84	weiblich	28309	4633	1650	2067	927
85	weiblich	26067	4853	1570	1551	792
gesamt 20 - 29		2296	112	10	27	415
gesamt 65 - 85+		139913	19930	7247	14226	4891

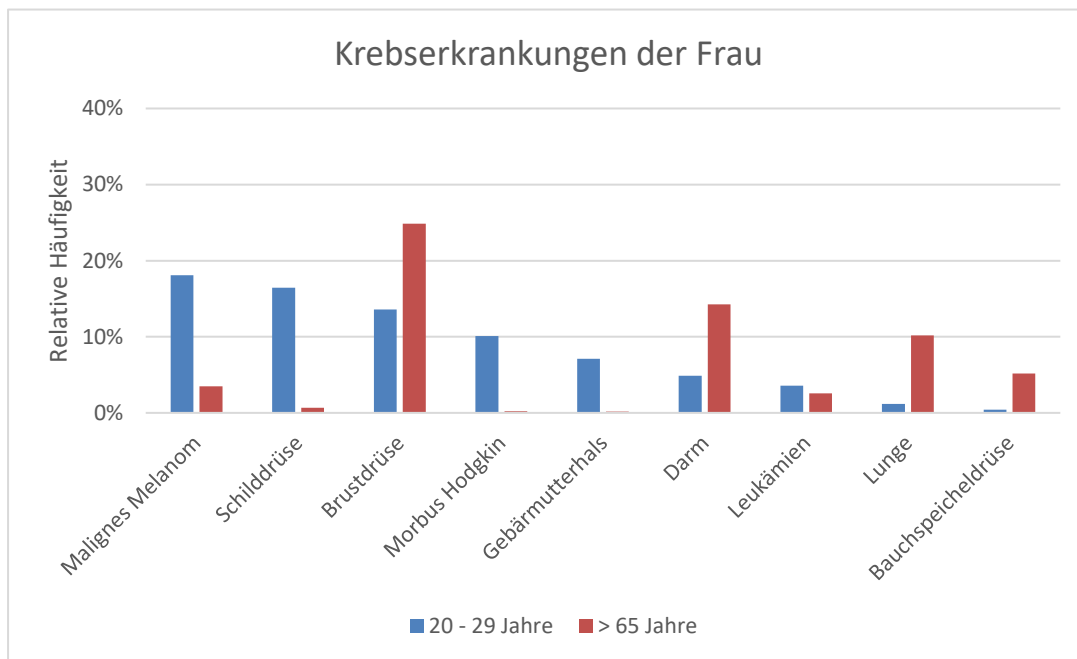
Brustdrüse	Gebärmutterhals	Schilddrüse	Morbus Hodgkin	Leukämien	
<5	<5		48	83	36
36	22		121	115	32
276	141		257	117	50
831	315		278	85	58
1899	429		366	67	81
2831	396		352	55	102
5323	429		565	58	146
8756	411		433	63	244
7315	500		489	55	327
7828	394		404	67	409
8673	361		260	67	484
5859	275		209	56	489
8257	253		224	79	835
6602	210		134	65	841
5409	184		119	30	920
312	163		378	232	82
34800	1283		946	297	3569

Absolute Häufigkeit

Relative Häufigkeit

	20 - 29 Jahre	> 65 Jahre
Malignes Meli	415	4891
Schilddrüse	378	946
Brustdrüse	312	34800
Morbus Hodgk	232	297
Gebärmutterf	163	222
Darm	112	19930
Leukämien	82	3569
Lunge	27	14226
Bauchspeiche	10	7247
Gesamt	2296	139913

	20 - 29 Jahre	> 65 Jahre
Malignes Meli	18%	3%
Schilddrüse	16%	1%
Brustdrüse	14%	25%
Morbus Hodgk	10%	0%
Gebärmutterf	7%	0%
Darm	5%	14%
Leukämien	4%	3%
Lunge	1%	10%
Bauchspeichel	0%	5%



Letzte Aktualisierung: 21.12.2021

Inzidenz, Fallzahlen in Deutschland

Gewählte Filter:

Altersgruppen: 15 - 85+

Geschlecht: weiblich

Jahre: 2018

Legende

* : Keine sinnvolle Auswertung möglich aufgrund zu geringer Fallzahlen.

x : Keine sinnvolle Kombination, beispielsweise bei einer geschlechtsspezifischen Diagnose.

<5 : Es sind weniger als 5 Fälle registriert. Aus Datenschutzgründen wird die genaue Anzahl nicht publiziert.

Quelle: Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut: Datenbankabfrage mit Schätzung der Inzidenz, Prävalenz und des Überlebens von Krebs in Deutschland auf Basis der epidemiologischen Landeskrebsregisterdaten. Mortalitätsdaten bereitgestellt vom Statistischen Bundesamt.

www.krebsdaten.de/abfrage, Letzte Aktualisierung: 16.03.2021, Abrufdatum: (04.04.2022)



		Krebs gesamt	Darm	Lunge	Melanom	Prostata
15 - 19	männlich	475	15	6	30	>5
20 - 24	männlich	891	33	9	67	>5
25 - 29	männlich	1432	63	18	144	>5
30 - 34	männlich	1992	115	40	237	>5
35 - 39	männlich	2477	192	87	322	10
40 - 44	männlich	3207	314	236	390	53
45 - 49	männlich	6589	764	612	678	462
50 - 54	männlich	13985	1771	1762	964	1954
55 - 59	männlich	23520	3055	3329	1202	4975
60 - 64	männlich	31973	3884	5041	1108	8437
65 - 69	männlich	39598	4458	6032	1300	12059
70 - 74	männlich	38182	4829	5575	1362	11786
75 - 79	männlich	47263	6269	6413	1929	13590
80 - 84	männlich	32575	4824	4062	1525	7754
85	männlich	20137	3321	2062	747	4117
esamt 20 - 29		2323	96	27	211	0
Gesamt > 65		177755	23701	24144	6863	49306

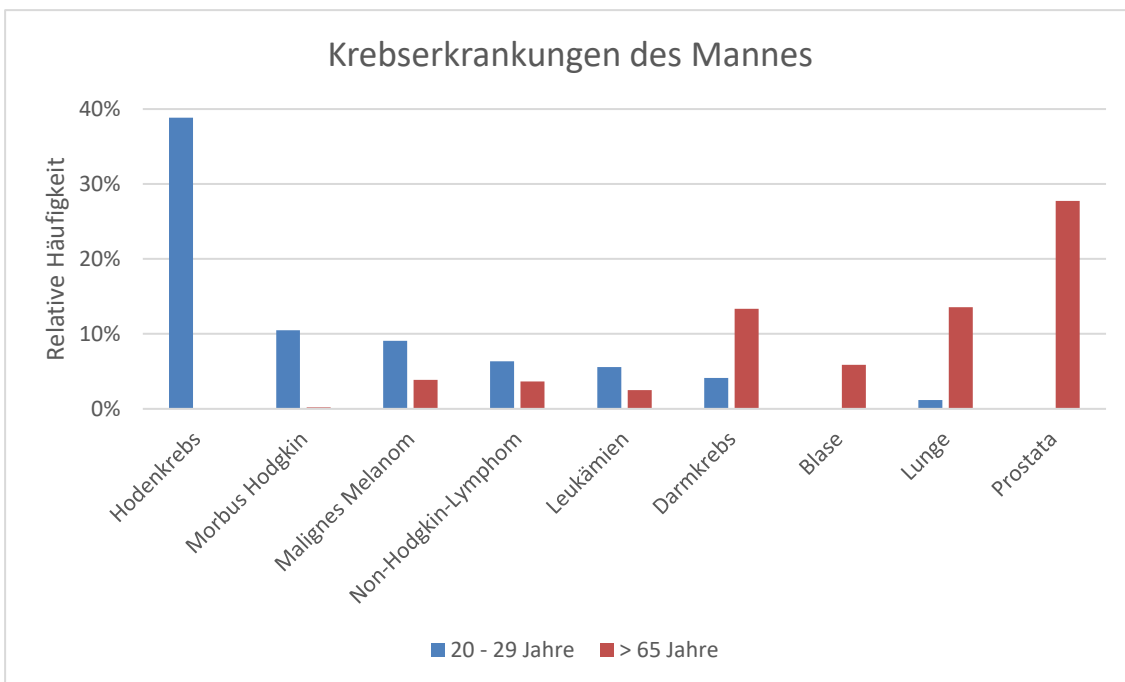
	Hoden	Harnblase	Morbus Hodgk	Non-Hodgkin	Leukämien
	99	>5	83	41	53
	314	>5	112	64	67
	588	>5	132	83	63
	707	10	114	131	82
	650	32	97	172	107
	473	62	83	218	125
	447	170	97	369	195
	336	473	108	654	360
	214	948	110	908	470
	148	1327	101	1025	578
	69	1831	85	1162	741
	34	1774	73	1309	732
	33	2724	93	1816	1265
	23	2272	74	1344	983
	18	1870	42	835	733
	902	0	244	147	130
	177	10471	367	6466	4454

Absolute Häufigkeit

	20 - 29 Jahre	> 65 Jahre
Hodenkrebs	902	177
Morbus Hodgki	244	367
Malignes Melar	211	6863
Non-Hodgkin-L	147	6466
Leukämien	130	4454
Darmkrebs	96	23701
Blase	0	10471
Lunge	27	24144
Prostata	0	49306
Gesamt	2323	177755

Relative Häufigkeit

	20 - 29 Jahre	> 65 Jahre
Hodenkrebs	39%	0%
Morbus Hodgki	11%	0%
Malignes Melar	9%	4%
Non-Hodgkin-L	6%	4%
Leukämien	6%	3%
Darmkrebs	4%	13%
Blase	0%	6%
Lunge	1%	14%
Prostata	0%	28%



Letzte Aktualisierung: 21.12.2021

Inzidenz, Fallzahlen in Deutschland

Gewählte Filter:

Altersgruppen: 15 - 85+

Geschlecht: männlich

Jahre: 2018

Legende

* : Keine sinnvolle Auswertung möglich aufgrund zu geringer Fallzahlen.

<5 : Es sind weniger als 5 Fälle registriert. Aus Datenschutzgründen wird die genaue Anzahl nicht publiziert.

Quelle: Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut: Datenbankabfrage mit Schätzung der Inzidenz, Prävalenz und des Überlebens von Krebs in Deutschland auf Basis der epidemiologischen Landeskrebsregisterdaten. Mortalitätsdaten bereitgestellt vom Statistischen Bundesamt. www.krebsdaten.de/abfrage, Letzte Aktualisierung: 16.03.2021, Abrufdatum: (04.04.2022)

Rehabilitation 2019

- Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation,
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Art und Dauer der Leistung, Diagnosen,
Berufsgruppen



Statistik-Datenservice

Dieser Tabellenband und weitere umfangreiche statistische Ergebnisse sind im Internet über das Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung verfügbar.

<http://www.statistik-rente.de>

Für Mitarbeiter der Rentenversicherung stehen darüber hinaus zusätzlich Auswertungsmöglichkeiten im internen Statistikportal zur Verfügung.

Verantwortlich:

Deutsche Rentenversicherung Bund

Referat 0512

Berner Straße 1

97084 Würzburg

Tel.: 0931 6002-0

Fax: 0931 6002-73203

Ansprechpartner:

Herr Jochen Schätzlein

Tel.: 0931 6002-73233

Berlin, Juli 2020

Statistik der Deutschen Rentenversicherung

Leistungen zur medizinischen
Rehabilitation, sonstige Leistungen zur
Teilhabe und Leistungen zur Teilhabe am
Arbeitsleben der gesetzlichen
Rentenversicherung im Jahre 2019

40.00 M - Verteilung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit (Deutsche/Ausländer) sowie nach Versicherungsträger

Versicherungsträger	Männer und Frauen			Männer			Frauen		
	insgesamt	davon		insgesamt	davon		insgesamt	davon	
		Deutsche	Ausländer		Deutsche	Ausländer		Deutsche	Ausländer
Regionalträger	65.737	60.425	5.312	36.725	33.798	2.927	29.012	26.627	2.385
DRV Nord	4.303	4.089	214	2.358	2.239	119	1.945	1.850	95
DRV Mitteldeutschland	9.493	9.393	100	5.663	5.611	52	3.830	3.782	48
DRV Braunschweig-Hannover	4.532	4.287	245	2.602	2.460	142	1.930	1.827	103
DRV Westfalen	7.746	7.175	571	4.229	3.912	317	3.517	3.263	254
DRV Hessen	4.521	3.959	562	2.573	2.267	306	1.948	1.692	256
DRV Rheinland	8.484	7.538	946	4.629	4.074	555	3.855	3.464	391
DRV Bayern Süd	3.908	3.419	489	2.135	1.911	224	1.773	1.508	265
DRV Rheinland-Pfalz	2.829	2.621	208	1.667	1.546	121	1.162	1.075	87
DRV Saarland	755	694	61	396	360	36	359	334	25
DRV Nordbayern	3.067	2.837	230	1.698	1.561	137	1.369	1.276	93
DRV Schwaben	953	839	114	526	457	69	427	382	45
DRV Baden-Württemberg	9.727	8.415	1.312	5.313	4.593	720	4.414	3.822	592
DRV Berlin-Brandenburg	4.464	4.256	208	2.422	2.325	97	2.042	1.931	111
DRV Oldenburg-Bremen	955	903	52	514	482	32	441	421	20
DRV Bund	83.384	80.753	2.631	27.347	26.485	862	56.037	54.268	1.769
DRV Knappschaft-Bahn-See	7.931	7.653	278	5.957	5.770	187	1.974	1.883	91
RV insgesamt	157.052	148.831	8.221	70.029	66.053	3.976	87.023	82.778	4.245

41.00 M - Verteilung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit (Deutsche/Ausländer) sowie Durchschnittsalter nach Wohnort (Bundesland) der Rehabilitanden und Ort (Bundesland) der Leistung zur Teilhabe

Wohnort der Rehabilitanden (Bundesland)	Männer und Frauen			Männer			Frauen			Durchschnittsalter		
	insgesamt	davon		insgesamt	davon		insgesamt	davon		Männer und Frauen	Männer	Frauen
		Deutsche	Ausländer		Deutsche	Ausländer		Deutsche	Ausländer			
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Jahre	Jahre	Jahre
Schleswig-Holstein	4.613	4.493	120	1.761	1.707	54	2.852	2.786	66	62,6	64,2	61,6
Hamburg	2.457	2.267	190	959	873	86	1.498	1.394	104	61,7	63,7	60,5
Niedersachsen	12.823	12.391	432	5.610	5.389	221	7.213	7.002	211	61,4	63,0	60,1
Bremen	853	798	55	312	288	24	541	510	31	61,6	63,4	60,5
Nordrhein-Westfalen	34.999	32.848	2.151	15.564	14.428	1.136	19.435	18.420	1.015	62,9	64,5	61,6
Hessen	11.051	10.134	917	5.038	4.614	424	6.013	5.520	493	62,6	64,6	60,9
Rheinland-Pfalz	6.804	6.499	305	3.163	3.008	155	3.641	3.491	150	62,1	63,6	60,7
Baden-Württemberg	21.864	20.067	1.797	9.696	8.794	902	12.168	11.273	895	62,5	64,0	61,2
Bayern	19.308	18.010	1.298	8.443	7.867	576	10.865	10.143	722	60,5	62,0	59,4
Saarland	1.629	1.547	82	765	725	40	864	822	42	63,2	64,8	61,8
Berlin-West	3.373	3.116	257	1.318	1.207	111	2.055	1.909	146	64,0	66,3	62,6
Berlin-Ost	2.978	2.897	81	1.210	1.185	25	1.768	1.712	56	64,1	66,5	62,5
Brandenburg	5.906	5.834	72	2.644	2.624	20	3.262	3.210	52	63,1	64,9	61,6
Mecklenburg-Vorpommern	3.891	3.853	38	1.828	1.818	10	2.063	2.035	28	63,9	65,5	62,5
Sachsen	10.774	10.620	154	5.074	5.009	65	5.700	5.611	89	64,9	66,6	63,5
Sachsen-Anhalt	6.173	6.087	86	2.833	2.800	33	3.340	3.287	53	64,1	65,6	62,8
Thüringen	5.701	5.657	44	2.901	2.882	19	2.800	2.775	25	64,2	65,9	62,5
Bundesgebiet insgesamt	155.197	147.118	8.079	69.119	65.218	3.901	86.078	81.900	4.178	62,6	64,3	61,3
Ausland	124	75	49	60	31	29	64	44	20	57,2	58,5	55,9
ohne Angabe	1.731	1.638	93	850	804	46	881	834	47	62,3	64,0	60,7
Insgesamt	157.052	148.831	8.221	70.029	66.053	3.976	87.023	82.778	4.245	62,6	64,3	61,3

Ort der Leistung zur Teilhabe (Bundesland)	Männer und Frauen			Männer			Frauen			Durchschnittsalter		
	insgesamt	davon		insgesamt	davon		insgesamt	davon		Männer und Frauen	Männer	Frauen
		Deutsche	Ausländer		Deutsche	Ausländer		Deutsche	Ausländer			
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Jahre	Jahre	Jahre
Schleswig-Holstein	13.734	13.277	457	4.114	3.952	162	9.620	9.325	295	61,2	64,0	60,0
Hamburg	23	19	4	11	9	2	12	10	2	49,3	49,5	49,3
Niedersachsen	8.276	7.895	381	3.809	3.607	202	4.467	4.288	179	61,4	62,6	60,4
Bremen	2	2		2	2					54,5	54,5	
Nordrhein-Westfalen	19.560	18.225	1.335	8.796	8.082	714	10.764	10.143	621	62,9	63,9	62,1
Hessen	20.529	19.260	1.269	12.531	11.760	771	7.998	7.500	498	63,9	65,3	61,8
Rheinland-Pfalz	6.437	6.075	362	1.860	1.736	124	4.577	4.339	238	63,5	63,8	63,4
Baden-Württemberg	26.154	24.136	2.018	11.282	10.318	964	14.872	13.818	1.054	62,1	64,0	60,7
Bayern	17.742	16.495	1.247	7.554	6.990	564	10.188	9.505	683	60,4	61,6	59,5
Saarland	1.068	991	77	562	514	48	506	477	29	64,5	65,2	63,8
Berlin-West	459	410	49	261	237	24	198	173	25	60,4	62,7	57,4
Berlin-Ost	145	136	9	131	123	8	14	13	1	62,3	63,4	51,3
Brandenburg	5.538	5.371	167	2.496	2.426	70	3.042	2.945	97	65,7	67,0	64,6
Mecklenburg-Vorpommern	11.281	11.040	241	3.692	3.635	57	7.589	7.405	184	62,0	65,3	60,5
Sachsen	10.081	9.953	128	5.439	5.375	64	4.642	4.578	64	65,9	66,9	64,6
Sachsen-Anhalt	5.223	5.132	91	2.297	2.264	33	2.926	2.868	58	64,9	65,5	64,5
Thüringen	5.775	5.683	92	3.008	2.975	33	2.767	2.708	59	64,1	65,4	62,7
Bundesgebiet insgesamt	152.027	144.100	7.927	67.845	64.005	3.840	84.182	80.095	4.087	62,8	64,4	61,4
Ausland												
ohne Angabe	5.025	4.731	294	2.184	2.048	136	2.841	2.683	158	58,8	61,1	57,1
Insgesamt	157.052	148.831	8.221	70.029	66.053	3.976	87.023	82.778	4.245	62,6	64,3	61,3

42.00 M - Verteilung nach 1. Diagnose (Diagnosengruppen) sowie nach Altersgruppen und Durchschnittsalter

Alter bei Abschluss der Leistung von ... bis ... Jahre	Leistungen insgesamt	1. Diagnose (Diagnosengruppen ¹)										
		BN der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx	BN der Verdauungsorgane	BN der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe	BN der Knochen, des Bindegewebes, der Haut und der Brustdrüse	BN der Harn- und Geschlechtsorgane	BN sonstiger und nicht näher bezeichneter Sitze	BN des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	In-situ-Neubildungen	Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens	sonstige Krankheiten	keine Aussage möglich
unter 30	1.095	10	45	17	197	206	161	367	3	22	42	25
30 - 34	1.524	23	108	25	501	308	203	256	7	14	50	29
35 - 39	2.489	41	194	52	1.022	479	222	326	28	26	65	34
40 - 44	4.106	64	423	104	1.916	678	305	391	58	34	95	38
45 - 49	8.195	230	935	287	3.890	1.343	463	609	148	60	148	82
50 - 54	18.581	603	2.289	900	8.193	3.412	844	1.161	600	117	273	189
55 - 59	25.687	1.019	3.919	1.717	8.146	6.808	988	1.687	593	139	367	304
60 - 64	27.029	997	4.132	2.215	6.988	9.049	883	1.502	495	132	334	302
65 - 69	23.339	663	3.414	1.753	5.475	9.519	610	1.042	343	71	178	271
70 - 74	17.640	390	2.901	1.410	3.608	7.554	427	808	176	55	96	215
75 - 79	16.687	272	3.414	1.212	3.763	6.389	411	755	113	55	108	195
80 und älter	10.680	193	3.080	650	2.800	2.945	259	463	57	47	74	112
Insgesamt	157.052	4.505	24.854	10.342	46.499	48.690	5.776	9.367	2.621	772	1.830	1.796
Durchschnittsalter	62,6	61,5	65,5	64,7	60,1	65,1	57,7	58,5	59,3	58,6	57,4	62,4

¹ Siehe Verzeichnis der Diagnosengruppen im Anhang 2.

42.01 M - Verteilung nach 1. Diagnose (Diagnosengruppen) sowie nach Altersgruppen und Durchschnittsalter Männer

Alter bei Abschluss der Leistung von ... bis ... Jahre	Leistungen insgesamt	1. Diagnose (Diagnosengruppen ¹)										
		BN der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx	BN der Verdauungsorgane	BN der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe	BN der Knochen, des Bindegewebes, der Haut und der Brustdrüse	BN der Harn- und Geschlechtsorgane	BN sonstiger und nicht näher bezeichneter Sitze	BN des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	In-situ-Neubildungen	Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens	sonstige Krankheiten	keine Aussage möglich
unter 30	517	5	26	5	42	152	76	171		8	22	10
30 - 34	561	12	68	13	37	160	91	145		6	18	11
35 - 39	732	20	96	27	47	211	86	188	1	15	31	10
40 - 44	1.026	37	217	49	74	276	106	209		11	38	9
45 - 49	2.209	159	504	151	144	655	164	324	1	27	58	22
50 - 54	5.609	427	1.296	472	234	1.975	338	624	4	53	123	63
55 - 59	10.760	755	2.318	954	326	4.655	418	958	6	54	172	144
60 - 64	13.373	693	2.558	1.249	296	6.976	358	826	8	71	171	167
65 - 69	12.490	441	1.980	1.010	170	7.828	245	525	7	27	98	159
70 - 74	9.909	271	1.577	782	162	6.316	171	423	8	24	55	120
75 - 79	8.498	158	1.741	683	228	4.980	155	352	6	23	63	109
80 und älter	4.345	115	1.418	395	184	1.817	81	229	5	21	35	45
Insgesamt	70.029	3.093	13.799	5.790	1.944	36.001	2.289	4.974	46	340	884	869
Durchschnittsalter	64,3	61,2	64,9	65,0	61,2	65,9	57,3	58,3	66,7	58,8	58,4	64,0

¹ Siehe Verzeichnis der Diagnosengruppen im Anhang 2.**42.02 M - Verteilung nach 1. Diagnose (Diagnosengruppen) sowie nach Altersgruppen und Durchschnittsalter Frauen**

Alter bei Abschluss der Leistung von ... bis ... Jahre	Leistungen insgesamt	1. Diagnose (Diagnosengruppen ¹)										
		BN der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx	BN der Verdauungsorgane	BN der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe	BN der Knochen, des Bindegewebes, der Haut und der Brustdrüse	BN der Harn- und Geschlechtsorgane	BN sonstiger und nicht näher bezeichneter Sitze	BN des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	In-situ-Neubildungen	Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens	sonstige Krankheiten	keine Aussage möglich
unter 30	578	5	19	12	155	54	85	196	3	14	20	15
30 - 34	963	11	40	12	464	148	112	111	7	8	32	18
35 - 39	1.757	21	98	25	975	268	136	138	27	11	34	24
40 - 44	3.080	27	206	55	1.842	402	199	182	58	23	57	29
45 - 49	5.986	71	431	136	3.746	688	299	285	147	33	90	60
50 - 54	12.972	176	993	428	7.959	1.437	506	537	596	64	150	126
55 - 59	14.927	264	1.601	763	7.820	2.153	570	729	587	85	195	160
60 - 64	13.656	304	1.574	966	6.692	2.073	525	676	487	61	163	135
65 - 69	10.849	222	1.434	743	5.305	1.691	365	517	336	44	80	112
70 - 74	7.731	119	1.324	628	3.446	1.238	256	385	168	31	41	95
75 - 79	8.189	114	1.673	529	3.535	1.409	256	403	107	32	45	86
80 und älter	6.335	78	1.662	255	2.616	1.128	178	234	52	26	39	67
Insgesamt	87.023	1.412	11.055	4.552	44.555	12.689	3.487	4.393	2.575	432	946	927
Durchschnittsalter	61,3	62,1	66,3	64,3	60,1	62,7	57,9	58,9	59,2	58,5	56,5	60,8

¹ Siehe Verzeichnis der Diagnosengruppen im Anhang 2.

Rehabilitation 2020

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Art und Dauer der Leistung, Diagnosen,
Berufsgruppen



Statistik-Datenservice

Dieser Tabellenband und weitere umfangreiche statistische Ergebnisse sind im Internet über das Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung verfügbar.

<http://www.statistik-rente.de>

Für Mitarbeiter der Rentenversicherung stehen darüber hinaus zusätzlich Auswertungsmöglichkeiten im internen Statistikportal zur Verfügung.

Verantwortlich:

Deutsche Rentenversicherung Bund

Bereich 0512

Berner Straße 1

97084 Würzburg

Tel.: 0931 6002-0

Fax: 0931 6002-73203

Ansprechpartner:

Herr Ralf Sigl

Tel.: 0931 6002-73239

Berlin, Juli 2021

Statistik der Deutschen Rentenversicherung

Leistungen zur medizinischen
Rehabilitation, sonstige Leistungen zur
Teilhabe und Leistungen zur Teilhabe am
Arbeitsleben der gesetzlichen
Rentenversicherung im Jahre 2020

7.5 Fälle mit nachträglich festgestellter Unzuständigkeit

Im vorliegenden Berichtsband sind Fälle gemäß § 14 Abs. 1 SGB IX und § 16 Abs. 1 SGB IX in den Auswertungen enthalten.

7.6 Mischfälle

Als Mischfälle werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bezeichnet, bei denen stationäre und ambulante Leistungen in Kombination erbracht werden. Dabei ist für jeden Behandlungsabschnitt ein eigener Datenteil über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Reha-Statistik-Datenbasis zu erstellen. Außerdem sind sämtliche verfügbaren Daten in allen Datenteilen des Mischfalles zu dokumentieren. Um die statistische Zusammenführung dieser aufgetrennten Mischfälle zu ermöglichen, dient das Merkmal „Mischfall-Kennzeichen“ in der Reha-Statistik-Datenbasis. In Tabellen, in denen Leistungen nach deren Art der Durchführung (stationär/ambulant) ausgewiesen werden, sind Mischfälle nicht enthalten. Im Auswertungsbestand des aktuellen Berichtsjahres (Personengesamtheit der Tabelle 1.00 M) sind 6.431 Mischfälle enthalten.

7.7 Auftragsleistungen für die Krankenversicherung

Auftragsleistungen für die Krankenversicherung gemäß § 40 Abs. 2 SGB V sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die als Auftragsgeschäft von der Rentenversicherung durchgeführt werden. Aus verfahrenstechnischen Gründen werden diese Auftragsleistungen derzeit von fast allen Versicherungsträgern in der Statistik über die abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe nicht gezählt. Demzufolge wurde von einer Darstellung der in einem hohen Maß interpretationsbedürftigen abgeschlossenen Auftragsleistungen in den Tabellen dieses Statistikbandes verzichtet.

7.8 Technische Anmerkungen

Aus organisatorischen Gründen ist auf einen Ausweis von Zeitreihen in diesem Statistikband verzichtet worden.

Entsprechende Ergebnisse zu ausgewählten Zeitreihen können bei Bedarf der Publikation „Rentenversicherung in Zeitreihen“ entnommen werden. Ergebnisse finden sich auch im Internet im neuen Statistikportal unter der Adresse www.statistik-rente.de.

Statistik der Deutschen Rentenversicherung

Einige zusammengefasste Ergebnisse

Rehabilitation 2020

Gesetzliche Rentenversicherung

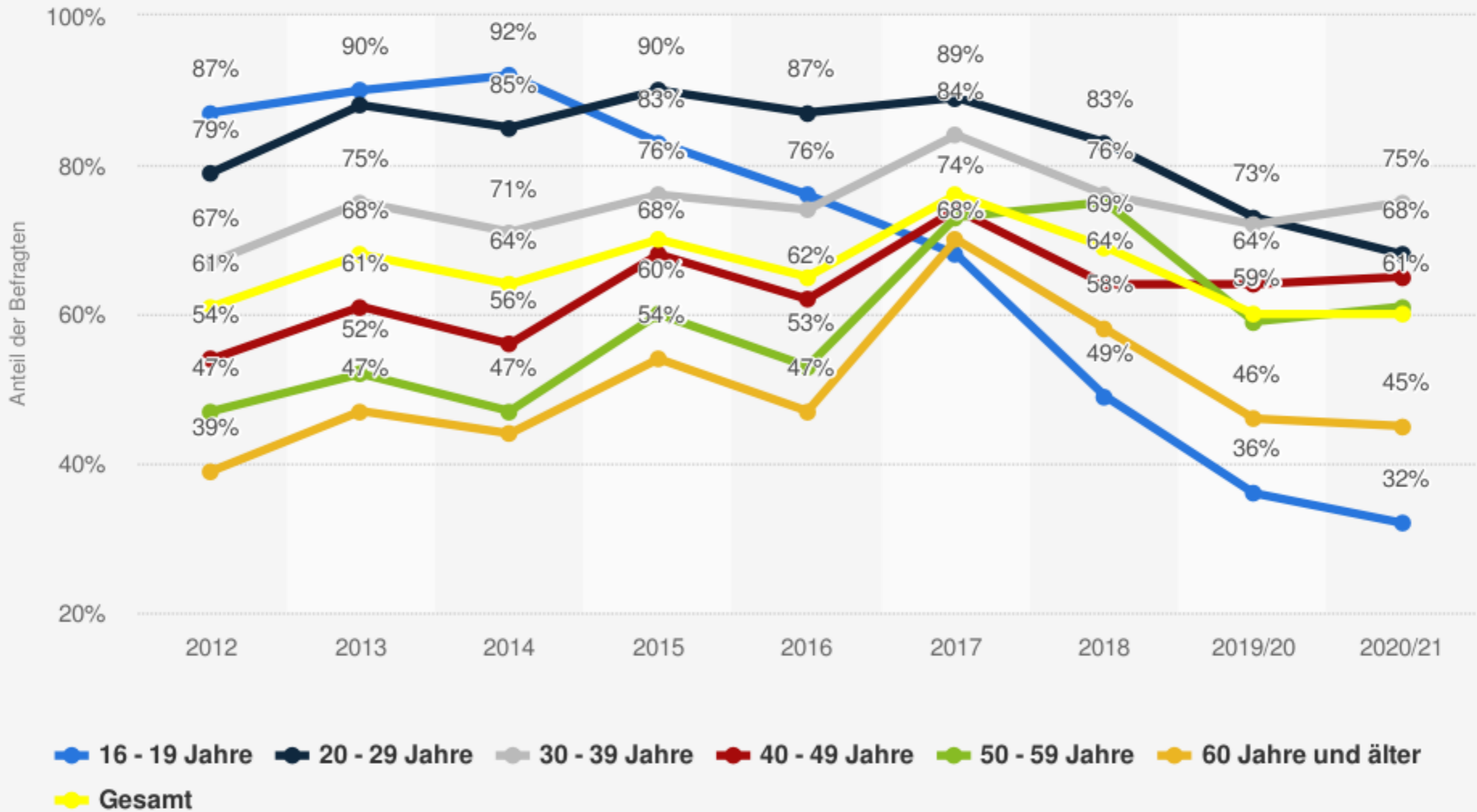
	Insgesamt	Ursprüngliches Bundesgebiet		Neue Länder und Ostteil Berlins	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe					
Alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe					
Deutsche	803.012	324.211	314.866	80.556	83.379
Ausländer	62.661	35.521	24.083	1.523	1.534
Insgesamt	865.673	359.732	338.949	82.079	84.913
darunter:					
Stationäre Leistungen*	695.105	280.754	278.418	64.565	71.368
Leistungen zur Prävention***	1.161	687	330	57	87
Anschlussrehabilitation*	326.934	147.269	112.824	38.283	28.558
darunter: stationäre Anschlussrehabilitation	264.930	116.387	91.774	32.283	24.486
Entwöhnungsbehandlungen*	38.819	23.493	7.732	5.769	1.825
darunter: stationäre Entwöhnungsbehandlungen	27.038	15.861	5.041	4.685	1.451
Leistungen wegen maligner Tumor- und Systemerkrankungen (Ca-Leistungen)*	120.860	41.634	49.693	14.080	15.453
darunter: stationäre Ca-Leistungen	117.641	39.837	48.729	13.807	15.268
Kinderrehabilitation	23.876	9.007	7.682	4.020	3.167
Ambulante Leistungen*	139.808	65.423	51.464	12.803	10.118
Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben					
Alle Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben					
Deutsche	117.823	65.558	29.936	14.050	8.279
Ausländer	7.364	5.155	1.954	165	90
Insgesamt	125.187	70.713	31.890	14.215	8.369
davon:					
Eignungsabklärung/Arbeitserprobung	14.120	6.220	4.099	2.192	1.609
Individuelle betriebliche Qualifizierung	122	60	42	10	10
Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit	390	186	123	50	31
Lstg. zur Erhaltung o. Erlangung eines Arbeitsplatzes	61.370	42.460	11.577	5.296	2.037
Berufsvorbereitung	5.600	2.501	1.807	741	551
Leistungen zur beruflichen Bildung	24.710	10.888	8.417	3.082	2.323
Rehabilitation psychisch Kranker	2.522	999	1.106	188	229
Leistungen in Eingangsverfahren/Berufsbildungsbereich	6.789	3.299	2.044	924	522
Kfz-Hilfen	2.429	1.144	999	159	127
Leistungen an Arbeitgeber	7.135	2.956	1.676	1.573	930
Nachrichtlich:					
Bedingte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch Vermittlungsbescheide/Bewilligungen dem Grunde nach	115.265	47.940	29.959	23.976	13.390
Bedingte Kfz-Hilfen zur Rentenversicherung	133	30	28	41	34

* ohne Kinderrehabilitation

** bei einigen Trägern erheblich untererfasst

Anteil der befragten Internetnutzer, die Facebook nutzen, nach Altersgruppen in Deutschland in den Jahren 2012 bis 2020/21

Anlage 16



Quellen
Faktenkontor; IMWF
© Statista 2021

Weitere Informationen:
Deutschland; Toluna; 2012 bis 2020/21; Basis: 3.500 Internetnutzer (2020/21); ab 16 Jahre; Panel

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/691569/umfrage/anteil-der-nutzer-von-facebook-nach-alter-in-deutschland/>

NEWSTICKER

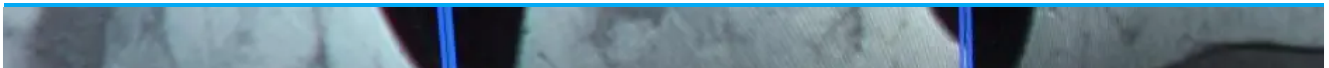
Immer mehr Anzeichen für Kriegsverbrechen +++ UN: Immer mehr Anzeichen für Kriegsverbrechen +++ UN: Immer r

Startseite › Wissenschaft › Krebs in Deutschland: Krebs trifft jeden zweiten Menschen in Deutschland: So schützen Sie sich

[KREBS IN DEUTSCHLAND](#)

21.12.2015

Krebs trifft jeden zweiten Menschen in Deutschland: So schützen Sie sich



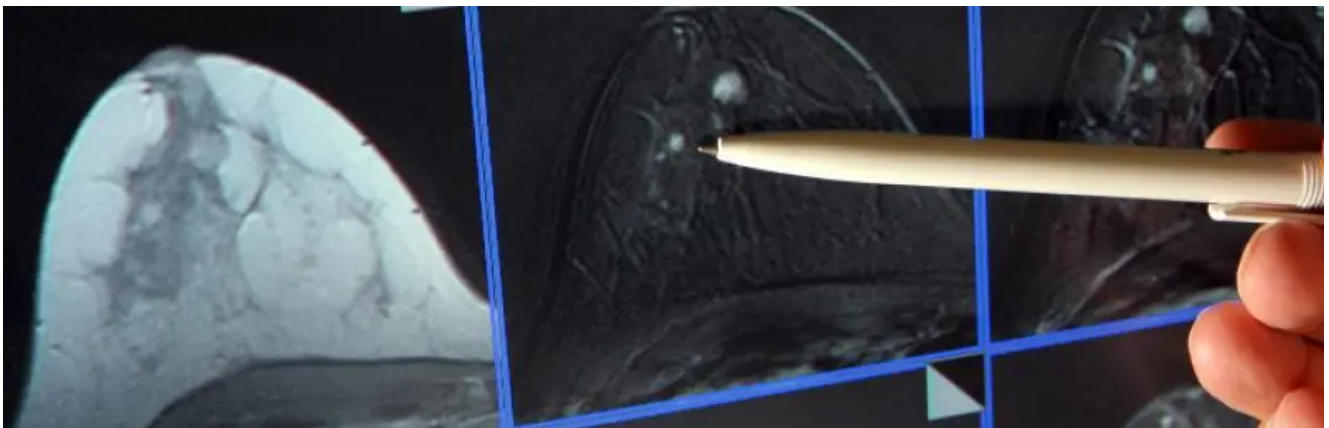
[STELLENMARKT](#) | [IMMOBILIEN](#) | [KFZ](#) | [SHOP](#) | [TICKETS](#) | [THEMENWELTEN](#) | [KARTEI DER NOT](#) | [PRIVATSPHÄRE](#)

[ABO](#) | [E-PAPER](#)

Augsburger Allgemeine

[REGISTRIEREN](#) | [LOGIN](#)

[STARTSEITE](#) | [MEIN PLUS](#) | [LOKALES](#) | [NEWSLETTER](#) | [PODCASTS](#) | [TRAUERANZEIGEN](#) | [ANZEIGEN](#) | [MENÜ](#)



Auf der Bildschirmdarstellung einer Magnetresonanz-Mammographie ist ein winziger Tumor in einer Brust zu sehen. Foto: Jan-Peter Kasper/Archiv (dpa)

Krebs ist eine Volkskrankheit: Jeder zweite Mensch in Deutschland erkrankt in seinem Leben. Eine Studie des Robert-Koch-Instituts zeigt aber auch, wie sich das Risiko verringern lässt.

VON SARAH RITSCHEL UND CHRISTINE JESKE

Krebs ist der Albtraum für viele Menschen in Deutschland: Die Zahl klingt daher besonders erschreckend: Fast jeder zweite Deutsche erkrankt im Laufe seines Lebens an

ANZEIGE



Krebs. Damit zählen bösartige Tumore zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland, wie der aktuelle Bericht „Krebs in Deutschland“ des Robert-Koch-Instituts (RKI) beweist. Bei Frauen ist das Risiko mit 43 Prozent etwas niedriger als bei Männern, von denen im Schnitt 51 Prozent erkranken.

Für den Augsburger Onkologen Björn Hackanson kommen die Zahlen des RKI nicht überraschend. „Krebserkrankungen können durchaus als Volkskrankheit bezeichnet werden“, sagt der Geschäftsführende Oberarzt und stellvertretende Direktor des Interdisziplinären Krebszentrums Cancer Center am Klinikum Augsburg. Herzinfarkt und Schlaganfall seien zwar ebenfalls häufig und gefährlich. „Mit Krebs aber ist nach wie vor die größte Angst verbunden.“

Krebsrisiko lässt sich deutlich senken

Der Bericht des RKI zeigt jedoch auch, dass man sich nicht einfach seinem Schicksal ergeben sollte. Denn die Entwicklung bei einigen der häufigsten Krebsarten zeigt: Jeder kann etwas tun, um sein eigenes Risiko zu vermindern. Björn Hackanson verweist auf die systematische Früherkennung für einige der häufigsten Krebsarten, die in Deutschland seit dem Jahr 2003 möglich ist. Kurz: Wer regelmäßig zum Hautkrebs-Screening oder zur Darmspiegelung geht, kann der Krankheit oft vorbeugen. „Bei Darmkrebs geht die Zahl der Erkrankungen erfreulicherweise zurück“, sagt Hackanson. Das RKI verweist auf die Weltgesundheitsorganisation WHO. Die Organisation gehe davon aus, dass sich weltweit mehr als 30 Prozent aller Krebsfälle durch Vorbeugung verhindern ließen.

Statistisch gesehen entwickelt jeder dritte Europäer im Laufe seines Lebens Krebs. In Deutschland erkranken etwa 395.000 Menschen jährlich neu, etwa 210.000 Menschen sterben an der Krankheit.

Für den Bericht „Krebs in Deutschland“ analysierten die Forscher des RKI die Krebserkrankungen in Deutschland aus dem Jahr 2012. Insgesamt erhielten rund 252000 Männer und knapp 225900 Frauen eine Krebsdiagnose. Etwas mehr als die Hälfte der Fälle betrafen Brustkrebs, Prostatakrebs, Darmkrebs und Lungentumore. Innerhalb von zehn Jahren hat die Zahl der Neuerkrankungen damit bei Männern um 13 und bei Frauen um zehn Prozent zugenommen. Die gute Nachricht: Die Überlebenschancen sind besser. Für Patienten, die 2011 und 2012 erkrankten, liegen die Fünf-Jahres-Überlebensraten bei 62 Prozent für Männer und 67 Prozent für Frauen.

Krebs ist in manchen Fällen nur schwer heilbar

Allerdings hängt die Aussicht auf Heilung stark von der Art des Tumors ab. „Für Bauchspeicheldrüsen- und Leberkrebs gibt es bislang leider keine gute Möglichkeit der Früherkennung“, sagt Hackanson. Entsprechend liegt die Überlebensrate für beide Krebsarten nur bei rund zehn Prozent. Professor Hermann Einsele, Direktor der Medizinischen Klinik am Uniklinikum Würzburg, verweist jedoch auf neue therapeutische Möglichkeiten. Als Hoffnungsträger zähle zum Beispiel „eine neue Immuntherapie, die selbst bei früher aussichtslosen Diagnosen wie Nieren-, Lungen-, Blasen- oder Bauchspeicheldrüsenkrebs jetzt ermutigende Ergebnisse zeigt“. *mit afp*

EMPFEHLUNGEN FÜR SIE



[AICHACH-FRIEDBERG](#)

PLUS + **Unfall bei Allenberg: Nach der Festnahme des Fahrers fragen viele nach...**



[INTEGRATIONSBEAUFTRAGTE](#)

**Diskussion um "Waschmaschinen"-
Aussage Brendel-Fischers**



[LANDKREIS KARLSRUHE](#)

**Zwei Verletzte und 300 000 Euro Schaden
bei Hausbrand**

THEMEN FOLGEN

WISSENSCHAFT

Kommentare 1



IMPRESSUM

DATENSCHUTZ

KONTAKT

NUTZUNGSBEDINGUNGEN

AGB

HILFE

PRIVATSPHÄRE



Rehabilitation 2019

- Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation,
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Art und Dauer der Leistung, Diagnosen,
Berufsgruppen



Statistik-Datenservice

Dieser Tabellenband und weitere umfangreiche statistische Ergebnisse sind im Internet über das Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung verfügbar.

<http://www.statistik-rente.de>

Für Mitarbeiter der Rentenversicherung stehen darüber hinaus zusätzlich Auswertungsmöglichkeiten im internen Statistikportal zur Verfügung.

Verantwortlich:

Deutsche Rentenversicherung Bund

Referat 0512

Berner Straße 1

97084 Würzburg

Tel.: 0931 6002-0

Fax: 0931 6002-73203

Ansprechpartner:

Herr Jochen Schätzlein

Tel.: 0931 6002-73233

Berlin, Juli 2020

Statistik der Deutschen Rentenversicherung

Leistungen zur medizinischen
Rehabilitation, sonstige Leistungen zur
Teilhabe und Leistungen zur Teilhabe am
Arbeitsleben der gesetzlichen
Rentenversicherung im Jahre 2019

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Seite IX

Tabellenwerk I: Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe im Berichtsjahr insgesamt

1.00 M	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie nach Versicherungsträger	3
1.01 M	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie nach Versicherungsträger - Männer	4
1.02 M	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie nach Versicherungsträger - Frauen	5
2.01 M	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie nach Wohnort (Bundesland) der Rehabilitanden und Ort (Bundesland) der Leistung zur Teilhabe - Männer	6
2.02 M	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie nach Wohnort (Bundesland) der Rehabilitanden und Ort (Bundesland) der Leistung zur Teilhabe - Frauen	8
3.00 M	Verteilung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit (Deutsche/Ausländer) sowie nach Einzelalter und Durchschnittsalter	10

2. Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene im Berichtsjahr

10.00 M	Verteilung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit (Deutsche/Ausländer) sowie durchschnittliche Pflegetage nach Versicherungsträger	11
11.01 M	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie nach Versicherungsträger - Männer	12
11.02 M	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie nach Versicherungsträger - Frauen	13
12.00 M	Verteilung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit (Deutsche/Ausländer) sowie Durchschnittsalter nach Wohnort (Bundesland) der Rehabilitanden und Ort (Bundesland) der Leistung zur Teilhabe	14
13.01 M	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach 1. Diagnose (Einzeldiagnose) - Männer	15
13.02 M	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach 1. Diagnose (Einzeldiagnose) - Frauen	29
14.01 M	Verteilung nach 1. Diagnose (Diagnosengrundgruppen) sowie nach Versicherungsträger - Männer	43
14.02 M	Verteilung nach 1. Diagnose (Diagnosengrundgruppen) sowie nach Versicherungsträger - Frauen	44

15.00 M	Verteilung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit (Deutsche/Ausländer) sowie nach 1. Diagnose (Diagnosengrundgruppen)	45
16.00 M	Verteilung nach 1. Diagnose (Diagnosengrundgruppen) sowie nach Einzelalter und Durchschnittsalter	47
17.00 M	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach Arbeit vor Antragstellung und Stellung im Beruf	49
17.01 M	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach Arbeit vor Antragstellung und Stellung im Beruf - Männer	50
17.02 M	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach Arbeit vor Antragstellung und Stellung im Beruf - Frauen	51
18.00 M	Verteilung nach Berufsgruppe vor Durchführung der Leistung sowie nach Maßnahmeart und Krankheitsursache	52
18.01 M	Verteilung nach Berufsgruppe vor Durchführung der Leistung sowie nach Maßnahmeart und Krankheitsursache - Männer	53
18.02 M	Verteilung nach Berufsgruppe vor Durchführung der Leistung sowie nach Maßnahmeart und Krankheitsursache - Frauen	54

3. Anschlussrehabilitation für Erwachsene im Berichtsjahr

20.00 M	Verteilung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit (Deutsche/Ausländer) sowie nach Versicherungsträger	55
21.01 M	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie nach Versicherungsträger - Männer	56
21.02 M	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie nach Versicherungsträger - Frauen	56
22.00 M	Verteilung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit (Deutsche/Ausländer) sowie Durchschnittsalter nach Wohnort (Bundesland) der Rehabilitanden und Ort (Bundesland) der Leistung zur Teilhabe	57
23.01 M	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach 1. Diagnose (Einzeldiagnose) - Männer	58
23.02 M	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach 1. Diagnose (Einzeldiagnose) - Frauen	72
24.00 M	Verteilung nach 1. Diagnose (Diagnosengrundgruppen) sowie nach Einzelalter und Durchschnittsalter	86

4. Entwöhnungsbehandlungen für Erwachsene im Berichtsjahr

30.00 M	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie nach Versicherungsträger	88
30.01 M	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie nach Versicherungsträger - Männer	89
30.02 M	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie nach Versicherungsträger - Frauen	90
31.00 M	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Entwöhnungsbehandlung sowie nach Versicherungsträger	91
32.00 M	Verteilung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit (Deutsche/Ausländer) sowie Durchschnittsalter nach Wohnort (Bundesland) der Rehabilitanden und Ort (Bundesland) der Leistung zur Teilhabe	92

5. Leistungen wegen maligner Tumor- und Systemerkrankungen für Erwachsene im Berichtsjahr

40.00 M	Verteilung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit (Deutsche/Ausländer) sowie nach Versicherungsträger	93
41.00 M	Verteilung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit (Deutsche/Ausländer) sowie Durchschnittsalter nach Wohnort (Bundesland) der Rehabilitanden und Ort (Bundesland) der Leistung zur Teilhabe	94
42.00 M	Verteilung nach 1. Diagnose (Diagnosengruppen) sowie nach Altersgruppen und Durchschnittsalter	95
42.01 M	Verteilung nach 1. Diagnose (Diagnosengruppen) sowie nach Altersgruppen und Durchschnittsalter - Männer	96
42.02 M	Verteilung nach 1. Diagnose (Diagnosengruppen) sowie nach Altersgruppen und Durchschnittsalter - Frauen	96

6. Kinderrehabilitation im Berichtsjahr

50.00 M	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter und durchschnittliche Pflage tage nach 1. Diagnose (Diagnosengruppen)	97
50.01 M	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter und durchschnittliche Pflage tage nach 1. Diagnose (Diagnosengruppen) - Männer	98
50.02 M	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter und durchschnittliche Pflage tage nach 1. Diagnose (Diagnosengruppen) - Frauen	98
51.00 M	Verteilung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit (Deutsche/Ausländer) sowie Durchschnittsalter nach Wohnort (Bundesland) der Rehabilitanden und Ort (Bundesland) der Leistung zur Teilhabe	99

7. Ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene im Berichtsjahr

60.00 M	Verteilung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit (Deutsche/Ausländer) sowie nach Versicherungsträger	100
61.01 M	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie nach Versicherungsträger - Männer	101
61.02 M	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie nach Versicherungsträger - Frauen	102
62.00 M	Verteilung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit (Deutsche/Ausländer) sowie Durchschnittsalter nach Wohnort (Bundesland) der Rehabilitanden und Ort (Bundesland) der Leistung zur Teilhabe	103
63.00 M	Verteilung nach 1. Diagnose (Diagnosengrundgruppen) sowie nach Einzelalter und Durchschnittsalter	104
64.00 M	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach Arbeit vor Antragstellung und Stellung im Beruf	106
64.01 M	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach Arbeit vor Antragstellung und Stellung im Beruf - Männer	107
64.02 M	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach Arbeit vor Antragstellung und Stellung im Beruf - Frauen	108

Tabellenwerk II: Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

1. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Berichtsjahr insgesamt

1.00 B	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie nach Versicherungsträger	111
1.01 B	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie nach Versicherungsträger - Männer	112
1.02 B	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie nach Versicherungsträger - Frauen	113
2.01 B	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie nach Wohnort (Bundesland) der Rehabilitanden und Ort (Bundesland) der Leistung zur Teilhabe - Männer	114
2.02 B	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie nach Wohnort (Bundesland) der Rehabilitanden und Ort (Bundesland) der Leistung zur Teilhabe - Frauen	116
3.00 B	Rehabilitanden und Leistungen nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit (Deutsche/Ausländer) sowie nach Versicherungsträger	118
4.01 B	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach Versicherungsträger - Männer	119
4.02 B	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach Versicherungsträger - Frauen	119
5.01 B	Verteilung nach Altersgruppen sowie nach Art der abgeschlossenen Leistung - Männer	120
5.02 B	Verteilung nach Altersgruppen sowie nach Art der abgeschlossenen Leistung - Frauen	122
6.00 B	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie durchschnittliche Dauer der Leistung nach Versicherungsträger	124
6.01 B	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie durchschnittliche Dauer der Leistung nach Versicherungsträger - Männer	127
6.02 B	Verteilung nach Art der abgeschlossenen Leistung sowie durchschnittliche Dauer der Leistung nach Versicherungsträger - Frauen	130
7.01 B	Verteilung nach 1. Diagnose (Diagnosengrundgruppen) sowie nach Art der abgeschlossenen Leistung - Männer	133
7.02 B	Verteilung nach 1. Diagnose (Diagnosengrundgruppen) sowie nach Art der abgeschlossenen Leistung - Frauen	136
8.01 B	Verteilung nach Berufsgruppe vor Durchführung der Leistung sowie nach Art der abgeschlossenen Leistung - Männer	139
8.02 B	Verteilung nach Berufsgruppe vor Durchführung der Leistung sowie nach Art der abgeschlossenen Leistung - Frauen	141

2. Leistungen zur beruflichen Bildung gemäß § 16 SGB VI i. V. m. § 49 Abs. 3 Nr. 4 u. 5 SGB IX im Berichtsjahr

10.00 B	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach Stellung im Beruf	143
10.01 B	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach Stellung im Beruf - Männer	144
10.02 B	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach Stellung im Beruf - Frauen	144

11.00 B	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach Arbeit vor Antragstellung	145
11.01 B	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach Arbeit vor Antragstellung - Männer	146
11.02 B	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach Arbeit vor Antragstellung - Frauen	146
12.00 B	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach 1. Diagnose (Diagnosengrundgruppen)	147
12.01 B	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach 1. Diagnose (Diagnosengrundgruppen) - Männer	148
12.02 B	Verteilung nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter nach 1. Diagnose (Diagnosengrundgruppen) - Frauen	149
13.00 B	Verteilung nach Berufsgruppe vor Durchführung der Leistung sowie nach 1. Diagnose (Diagnosengrundgruppen)	150
13.01 B	Verteilung nach Berufsgruppe vor Durchführung der Leistung sowie nach 1. Diagnose (Diagnosengrundgruppen) - Männer	151
13.02 B	Verteilung nach Berufsgruppe vor Durchführung der Leistung sowie nach 1. Diagnose (Diagnosengrundgruppen) - Frauen	152
Anhang 1	Erläuterungen zu den im Tabellenwerk verwendeten Fachbegriffen (Glossar)	153
Anhang 2	Übersicht über die Zusammenfassung von Diagnosen in Diagnosengrundgruppen sowie bestimmte Diagnosengruppen	161
Anhang 3	Stichwortverzeichnis	165

Vorwort zu Band 219

1 Vorbemerkung

Mit dem Band Rehabilitation wird die Reihe „Statistik der Deutschen Rentenversicherung“ für das Berichtsjahr 2019 fortgesetzt. Der vorliegende Band enthält eine umfassende Auswertung der abgeschlossenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, der sonstigen Leistungen zur Teilhabe und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Berichtsjahr 2019.

Der Zuschnitt des Tabellenbandes wird begleitet durch einen verbesserten Zugriff auf Detailergebnisse. Hierfür steht ein Statistik-Online-Portal zur Verfügung, das es den Nutzern ermöglicht, gezielt Tabellen selbst zusammenzustellen, die ihrem besonderen Informationsbedürfnis nachkommen. Sie finden das Statistikportal unter www.statistik-rente.de.

Die zugrunde liegenden Daten beinhalten neben den wichtigsten demographischen Merkmalen auch Daten aus den ärztlichen Entlassungsberichten. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich grundsätzlich auf die im Jahre 2019 abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe des gesamten Bundesgebietes.

Im Text und in den Tabellen wird Personen betreffend oftmals nur die männliche Form verwendet. Dies geschieht ausschließlich aus Gründen der leichten Lesbarkeit.

2 Grundlagen und Inhalt der Statistik

Rechtsgrundlage der Statistik ist § 79 Sozialgesetzbuch IV, präzisiert durch die Allgemeine Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der Rentenversicherung (RSVwV).

Grundlage der Statistik sind die Verwaltungsvorgänge zur Feststellung von Leistungen zur Teilhabe bei den 14 Regionalträgern, der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Für jeden Berechtigten, der eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemäß §§ 14, 15, 15a, 17, 31 SGB VI oder eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß § 16 SGB VI erhalten hat, werden vor, während und bei Abschluss der Leistung Daten erhoben, die zur ärztlichen Begutachtung sowie zur organisatorischen Abwicklung der Leistung zur Teilhabe Verwendung finden. Diese Daten und einige weitere statistische Merkmale, welche der Versicherungsträger aus dem Versicherungskonto bereitstellt, werden zu einer Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) zusammengeführt. In der Reha-Statistik-Datenbasis werden somit die wichtigsten Sachverhalte zur Rehabilitation beim Versicherungsträger miteinander verknüpft. Sie dient als Datengrundlage für die Berichterstattungen über Rehabilitation mit Ausnahme der monatlichen Statistik über die Anträge auf Rehabilitationsleistungen und ihre Erledigung gemäß § 3 RSVwV und der monatlichen Reha-Antragslaufzeiten-Statistik.

Die Anzahl der in den Tabellen ausgewiesenen „abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe“ ergibt sich zu 98,6% aus der Zahl der tatsächlich in demselben Jahr abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe. Bei den übrigen 1,4% handelt es sich um Leistungen, bei denen das gesamte Rehabilitationsverfahren für das betreffende Berichtsjahr zu einem bestimmten Stichtag noch nicht im Versicherungskonto gespeichert war und die somit im Sinne einer vollständigen Erfassung zum Berichtsjahr 2019 nachgemeldet wurden. Andererseits ist zu vermuten, dass auch in dieser Auswertung in ähnlichem Umfang abgeschlossene Leistungen des Berichtsjahres noch nicht statistisch erfasst sind. Die Zahl der statistisch erfassten Leistungen zur Teilhabe dürfte sich daher nur geringfügig von der Zahl der tatsächlich im Berichtsjahr abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe unterscheiden.

3 Durchführung der Statistik

3.1 Datenerhebung und Fehlerprüfung

Die Versicherungsträger unterziehen die erstellten Datensätze zur Reha-Statistik-Datenbasis einem einheitlichen Plausibilitätsprüfprogramm, mit dem eventuelle Unplausibilitäten, wie sie insbesondere durch Unzulänglichkeiten bei der manuellen Verschlüsselung auftreten können, aufgedeckt werden. Für alle Datensätze erfolgt bei den Versicherungsträgern eine Pseudonymisierung. Dabei wird die Versicherungsnummer, unter der das jeweilige Versicherungskonto geführt wird, durch ein Pseudonym ersetzt. Die pseudonymisierten, geprüften und gegebenenfalls fehlerbereinigten Datensätze zur Reha-Statistik-Datenbasis werden der Deutschen Rentenversicherung Bund von den Versicherungsträgern zur Verfügung gestellt und sind die Datengrundlage für die Auswertungen zu diesem Statistikband.

3.2 Auswertung

Die Zusammenstellung der im Tabellenteil dieses Bandes veröffentlichten statistischen Auswertungen erfolgte unter den Gesichtspunkten bekannter Informationsbedürfnisse und der Zeitreihenkontinuität. Datensätze über bewilligte, aber nicht angetretene Leistungen zur Teilhabe sowie über Auftragsleistungen für andere Träger gehen in die Auswertungen nicht ein.

Die Veröffentlichung versteht sich als Fachstatistik. Es ist daher auf Erläuterungen zu den Ergebnissen verzichtet worden. Aus gleichem Grund werden in fast allen Tabellen sämtliche Merkmalsausprägungen ausgewiesen. Ausnahmen finden sich insbesondere bei Diagnosen und Berufsangaben. Über die bei diesen Merkmalen notwendigen Gruppenbildungen vgl. die Bemerkungen zu den einzelnen Tabellenteilen sowie den Anhang 2.

4 Aufbau des Tabellenwerkes

4.1 Gliederung des Tabellenwerkes

Das Tabellenwerk gliedert sich in zwei Tabellenteile. Der Berichtsband enthält im

- **Tabellenteil M**

Tabellen über abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe,

- **Tabellenteil B**

Tabellen über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Die Zugehörigkeit zu den einzelnen Teilen des Tabellenwerkes drückt sich im Buchstaben der Tabellenbezeichnung aus.

4.2 Tabellenummerierung

Die Tabellenummer besteht aus einer Dezimalzahl mit maximal zwei Stellen vor und zwei Stellen nach dem Dezimalpunkt sowie einem nachfolgenden alphabetischen Bestandteil.

Grundsätzlich gilt, dass alle Sachverhalte getrennt für Geschlechter ausgewiesen werden. Soweit möglich werden die Darstellungen in einer Tabelle zusammengefasst. In den Fällen, in denen das darzustellende Datenmaterial zu umfangreich ist, werden die Tabellen nach den Geschlechtern aufgegliedert. In diesem Fall folgt die Tabelle mit den Daten über Frauen (Tabellenummer XX.X2) derjenigen mit den Daten über Männer (Tabellenummer XX.X1). Tabellen mit der Geschlechtertrennung innerhalb der Tabelle oder ohne Geschlechtertrennung tragen die Tabellenummer XX.X0.

Der alphabetische Bestandteil der Tabellenummern gibt die ausgewertete Fallgruppe an.

Innerhalb der Tabellenteile M und B findet sich außerdem eine weitere Einteilung, die auf die Art der abgeschlossenen Leistung zur Teilhabe abstellt. Es ergibt sich folgende Kapitelgliederung:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe insgesamt
- Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene
- Anschlussrehabilitation für Erwachsene
- Entwöhnungsbehandlungen für Erwachsene
- Leistungen wegen maligner Tumor- und Systemerkrankungen für Erwachsene
- Kinderrehabilitation
- Ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben insgesamt
- Leistungen zur beruflichen Bildung gemäß § 16 SGB VI i.V.m. § 49 Abs. 3 Nr. 4 u. 5 SGB IX

Diese Kapitel sind durch Kolumnenüberschriften kenntlich gemacht.

5 Erläuterungen zu ausgewählten Merkmalen

Die nachstehenden Hinweise informieren über Besonderheiten sowie die Zusammenfassung mehrerer Merkmalsausprägungen zu sinnvollen Gruppen.

5.1 Zur Verschlüsselung der Diagnosen

Mit Einführung der Reha-Statistik-Datenbasis bei den Versicherungsträgern werden seit dem 1. Januar 1994 – soweit medizinisch festgestellt – fünf Diagnosen im Statistikdatensatz erfasst, wobei die Reihenfolge von der Ärztin bzw. dem Arzt gemäß der Bedeutung für die Leistung zur Teilhabe festgelegt wird. Bei der Verschlüsselung findet der jeweils gültige einheitliche Diagnoseschlüssel, ICD-10-GM, Anwendung. Das Schlüsselverzeichnis gibt in den ersten 3 Stellen die Grundsystematik der Diagnosen wieder, wobei in einigen Fällen als Verschlüsselungshilfe oder Lesehilfe (gekennzeichnete) Textzusätze ergänzt wurden. Des Weiteren sind für die sozialmedizinisch relevanten Krankheitsgruppen notwendige Differenzierungen und Spezifizierungen auf vier- und fünfstelliger Ebene eingefügt.

Zwei weitere, alphabetisch zu verschlüsselnde Angaben zur Diagnose, Seitenlokalisierung und Diagnosesicherheit, dienen zur Ergänzung bzw. Präzisierung. Diese werden allerdings in dieser Berichterstattung nicht ausgewertet.

Die letzte zu verschlüsselnde Stelle zur Diagnose gibt Auskunft über das medizinische Behandlungsergebnis bezogen auf die vorgenannte Einzeldiagnose.

5.2 Zur Angabe von Berufen

Die Berufsangabe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wird der letzten im Versicherungskonto für das Jahr vor dem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe gespeicherten DEÜV-Meldung entnommen. Grundlage für die in der DEÜV-Meldung enthaltenen Angaben zur Tätigkeit ist das von der Bundesagentur für Arbeit herausgegebene „Schlüsselverzeichnis zur Angabe der Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung“.

Zur besseren Übersicht werden die fünfstelligen Schlüssel bei der Auswertung zu Berufsgruppen zusammengefasst.

Da für das Berichtsjahr 2019 die im Merkmal „Zuletzt ausgeübte Tätigkeit (BFKL)“ gemeldeten Angaben zur Tätigkeit größtenteils im Aufbau der KIdB 2010 vorlagen, werden die Berufe in den Auswertungen nach dieser Klassifizierung ausgewiesen. Berufsangaben, die noch im Aufbau der

KIdB 1988 gemeldet wurden, können nicht auf die Klassifizierung KIdB 2010 umgesetzt werden. Diese Fälle werden in entsprechenden Auswertungen in der Kategorie „ohne Berufsangabe“ gezählt.

Für die Verschlüsselung des bei Leistungen zur beruflichen Bildung erhobenen Ausbildungsberufs wird seit dem Berichtsjahr 2006 das Berufskennziffern(BKZ)-Schlüsselverzeichnis der Bundesagentur für Arbeit verwendet. Die (fünfstellige) Berufsklasse im BKZ-Schlüssel ist mit dem bisherigen fünfstelligen Berufsklassenschlüssel der Bundesagentur für Arbeit identisch. D. h. die ersten 5 Stellen sind auch mit der Verschlüsselung der Tätigkeit im DEÜV-Verfahren identisch.

5.3 Zur Altersbestimmung

Das Geburtsjahr des Rehabilitanden wird, wenn er versichert ist, aus der Versicherungsnummer in den Datensatz übernommen. Für die Auswertungen wird das Alter aus der Differenz des Jahres, in dem die Leistung beendet wurde, und dem Geburtsjahr gebildet.

6 Anmerkungen zu den einzelnen Tabellenteilen

6.1 Bemerkungen zum Tabellenteil M

Der Tabellenteil M enthält Auswertungen über abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe. In den Tabellen 1.00 M bis 3.00 M werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe insgesamt dargestellt. Die hier ausgewiesenen Personengesamtheiten werden in den nachfolgend genannten, einzelnen Kapiteln des Tabellenteils M weiter untergliedert. Die Tabellen 10.00 M bis 18.00 M weisen die für Erwachsene durchgeführten stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe aus. In den Tabellen 20.00 M bis 24.00 M sind Auswertungen für die Fallgruppe Anschlussrehabilitation für Erwachsene, in den Tabellen 30.00 M bis 32.00 M Auswertungen der Entwöhnungsbehandlungen für Erwachsene und in den Tabellen 40.00 M bis 42.00 M Auswertungen für Leistungen wegen maligner Tumor- und Systemerkrankungen für Erwachsene (Ca-Leistungen) wiedergegeben. Die Tabellen über die Leistungen wegen maligner Tumor- und Systemerkrankungen beinhalten sowohl Leistungen gemäß § 15 SGB VI als auch Leistungen gemäß § 31 SGB VI. Die Tabellen 50.00 M bis 51.00 M zeigen die in den anderen Abschnitten nicht enthaltenen Kinderrehabilitationen. Schließlich enthalten die Tabellen 60.00 M bis 64.00 M die durchgeführten ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene.

Bei den Auswertungen nach Diagnosen werden drei unterschiedliche Darstellungsformen verwendet:

- Aufgliederung nach Einzeldiagnosen, vgl. Tabellen 13.0X M und 23.0X M;
- Bildung von Diagnosengrundgruppen aus verwaltungstechnischer Sicht (z.B. Bettengesamtplanung, Einweisungsindikationen), vgl. hierzu die Zusammenstellung in Anhang 2;
- Bildung von Diagnosengruppen (vgl. Anhang 2).

6.2 Bemerkungen zum Tabellenteil B

In diesem Tabellenteil wird über die im Berichtsjahr 2019 abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben berichtet. Da in den variabel gestalteten Einzeldatensätzen für einen Rehabilitanden mehrere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dokumentiert werden können, sind auch rehabilitandenbezogene Auswertungen vorgenommen worden.

In den Tabellen 1.00 B bis 8.00 B sind sämtliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgewiesen. Bedingte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind nur in Tabellen 1.0X B und 2.0X B nachrichtlich dargestellt und werden in den übrigen Tabellen nicht mehr berücksichtigt. Die Tabellen 10.00 B bis 13.00 B enthalten nur die Leistungen zur beruflichen Bildung gemäß § 16 SGB VI i.V.m. § 49 Abs. 3 Nr. 4 u. 5 SGB IX.

7 Bemerkungen zum aktuellen Auswertungsjahr

7.1 Auswertungsbestand

Der Auswertungsbestand umfasst im aktuellen Auswertungsjahr 2.188.300 Datensätze. Diese enthalten u.a. insgesamt 1.238.854 Datenblöcke über abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe und 257.199 Datenblöcke über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Berichtsjahr.

Die weitere Gliederung des Auswertungsbestandes ist aus der folgenden Tabelle ersichtlich:

Datenblöcke zu abgeschlossenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe insgesamt	1.238.854
davon zu*	
- Erstattungsansprüchen (vgl. Ziffer 7.3)	1.281
- Nachsorgeleistungen (vgl. Ziffer 7.4)	177.363
- Auftragsleistungen (vgl. Ziffer 7.7)	6.197
- stufenweise Wiedereingliederung	1
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Personengesamtheit der Tabelle 1.00 M, Spalte 1)	1.054.012
Datenblöcke zu abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben insgesamt	257.199
davon zu*	
- Erstattungsansprüchen (vgl. Ziffer 7.3)	16
- bedingte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch Vermittlungsbescheide / Bewilligungen dem Grunde nach	121.754
- bedingte Kfz-Hilfen zur Rentenversicherung	134
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Personengesamtheit der Tabelle 1.00 B, Spalte 1)	135.295

* Anzahlen jeweils ohne Fälle, die in einer der vorangehenden Fallgruppen enthalten sind.

7.2 Unvollständige Datensätze

Für Leistungen zur Teilhabe, die zwar beendet sind, für die aber bis zum Meldezeitpunkt der Abschluss-/Entlassungsbericht noch nicht vorliegt oder zu unplausiblen Ergebnissen geführt hat, können noch nicht alle benötigten Merkmale über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von den Rentenversicherungsträgern im Statistikdatensatz beschickt werden. Um jedoch bereits im Folgejahr über die abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe zumindest mengenmäßig komplett berichten zu können, haben die Versicherungsträger die Möglichkeit, in diesen Fällen lediglich diejenigen Merkmale zu verschlüsseln, die bereits ohne den Entlassungsbericht vorhanden sind. Dies hat zur Folge, dass bei sogenannten „unvollständigen Datensätzen“ zu bestimmten Merkmalen keine qualitativen Aussagen vorliegen. Solche Leistungen werden in den betreffenden Tabellen dieses Statistikbandes unter der Bezeichnung „keine Aussage möglich“ ausgewiesen.

7.3 Nachrichtliche Datensätze zu Erstattungsansprüchen

Nicht in die Auswertung einbezogen wurden die nachrichtlichen Datensätze mit Informationen zum Erstattungsanspruch.

7.4 Nachsorgeleistungen

Die Datenmeldungen zur Reha-Statistik-Datenbasis umfassen auch die ergänzenden Leistungen Rehabilitationssport, Funktionstraining sowie Nachsorgeleistungen. Diese Leistungen wurden bei Auswertungen nicht berücksichtigt.

7.5 Fälle mit nachträglich festgestellter Unzuständigkeit

Im vorliegenden Berichtsband sind Fälle gemäß § 14 Abs. 1 SGB IX und § 16 Abs. 1 SGB IX in den Auswertungen enthalten.

7.6 Mischfälle

Als Mischfälle werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bezeichnet, bei denen stationäre und ambulante Leistungen in Kombination erbracht werden. Dabei ist für jeden Behandlungsabschnitt ein eigener Datenteil über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Reha-Statistik-Datenbasis zu erstellen. Außerdem sind sämtliche verfügbaren Daten in allen Datenteilen des Mischfalles zu dokumentieren. Um die statistische Zusammenführung dieser aufgetrennten Mischfälle zu ermöglichen, dient das Merkmal „Mischfall-Kennzeichen“ in der Reha-Statistik-Datenbasis. In Tabellen, in denen Leistungen nach deren Art der Durchführung (stationär/ambulant) ausgewiesen werden, sind Mischfälle nicht enthalten. Im Auswertungsbestand des aktuellen Berichtsjahres sind 7.082 Mischfälle enthalten.

7.7 Auftragsleistungen für die Krankenversicherung

Auftragsleistungen für die Krankenversicherung gemäß § 40 Abs. 2 SGB V sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die als Auftragsgeschäft von der Rentenversicherung durchgeführt werden. Aus verfahrenstechnischen Gründen werden diese Auftragsleistungen derzeit von fast allen Versicherungsträgern in der Statistik über die abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe nicht gezählt. Demzufolge wurde von einer Darstellung der in einem hohen Maß interpretationsbedürftigen abgeschlossenen Auftragsleistungen in den Tabellen dieses Statistikbandes verzichtet.

7.8 Technische Anmerkungen

Aus organisatorischen Gründen ist auf einen Ausweis von Zeitreihen in diesem Statistikband verzichtet worden.

Entsprechende Ergebnisse zu ausgewählten Zeitreihen können bei Bedarf der Publikation „Rentenversicherung in Zeitreihen“ entnommen werden. Ergebnisse finden sich auch im Internet im neuen Statistikportal unter der Adresse www.statistik-rente.de.

Statistik der Deutschen Rentenversicherung

Einige zusammengefasste Ergebnisse

Rehabilitation 2019

Gesetzliche Rentenversicherung

	Insgesamt	Ursprüngliches Bundesgebiet		Neue Länder und Ostteil Berlins	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe					
Alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe					
Deutsche	981.800	394.759	396.043	91.447	99.551
Ausländer	72.212	40.231	28.793	1.520	1.668
Insgesamt	1.054.012	434.990	424.836	92.967	101.219
darunter:					
Stationäre Leistungen*	850.842	340.598	352.576	72.647	85.021
Leistungen zur Prävention***	1.834	1.018	614	74	128
Anschlussrehabilitation*	371.701	165.246	131.960	42.239	32.256
darunter: stationäre Anschlussrehabilitation	304.160	131.354	109.393	35.545	27.868
Entwöhnungsbehandlungen*	43.125	26.162	8.818	6.071	2.074
darunter: stationäre Entwöhnungsbehandlungen	30.072	17.682	5.820	4.909	1.661
Leistungen wegen maligner Tumor- und Systemerkrankungen (Ca-Leistungen)*	157.052	53.383	67.896	16.646	19.127
darunter: stationäre Ca-Leistungen	152.749	51.232	66.447	16.233	18.837
Kinderrehabilitation	33.421	12.987	10.957	5.159	4.318
Ambulante Leistungen*	162.275	76.499	59.695	14.465	11.616
Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben					
Alle Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben					
Deutsche	127.349	70.528	32.709	15.201	8.911
Ausländer	7.946	5.520	2.187	133	106
Insgesamt	135.295	76.048	34.896	15.334	9.017
davon:					
Eignungsabklärung/Arbeitserprobung	16.119	7.269	4.741	2.403	1.706
Individuelle betriebliche Qualifizierung	151	77	57	11	6
Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit	456	244	139	46	27
Lstg. zur Erhaltung o. Erlangung eines Arbeitsplatzes	64.056	43.760	12.865	5.255	2.176
Berufsvorbereitung	6.025	2.765	1.886	776	598
Leistungen zur beruflichen Bildung	26.886	11.955	8.802	3.570	2.559
Rehabilitation psychisch Kranker	2.508	1.099	1.072	163	174
Leistungen in Eingangsverfahren/Berufsbildungsbereich	7.780	3.809	2.399	970	602
Kfz-Hilfen	2.768	1.385	1.071	176	136
Leistungen an Arbeitgeber	8.546	3.685	1.864	1.964	1.033
Nachrichtlich:					
Bedingte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch Vermittlungsbescheide/Bewilligungen dem Grunde nach	121.754	52.772	32.256	23.434	13.292
Bedingte Kfz-Hilfen zur Rentenversicherung	134	37	25	52	20

* ohne Kinderrehabilitation

** bei einigen Trägern erheblich untererfasst

Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung

→ Rehabilitationsbedürftigkeit
bei onkologischen Krankheiten

→ Januar 2011



Hinweis:

Den Expertinnen und Experten aus Fachgesellschaften, Rehabilitationseinrichtungen und Verwaltungen der Deutschen Rentenversicherung, die an der Erstellung der vorliegenden Leitlinie beteiligt waren, sei an dieser Stelle für ihr Engagement und ihre konstruktiven fachlichen Beiträge vielmals gedankt.

Ansprechpartner

Die fachliche Betreuung der Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung erfolgt im Bereich 0440 „Sozialmedizin“.

Als Ansprechpartner für die „Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei onkologischen Krankheiten“ (Stand: 06.01.2011) stehen zu Ihrer Verfügung:

Dr. med. Hanno Irle

Bereich 0440
Tel. 030 865 39320
E-Mail: dr.hanno.irle@drv-bund.de

Dr. med. Ingrid Pottins

Bereich 0440
Tel. 030 865 36466
E-Mail: dr.ingrid.pottins@drv-bund.de

Leitlinie im Internet

Die Leitlinie ist auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung zugänglich unter: www.deutsche-rentenversicherung.de (Pfad: Angebote für spezielle Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Sozialmedizin > Sozialmedizinische Begutachtung > Leitlinien zur Begutachtung)

Inhaltsverzeichnis

Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei onkologischen Krankheiten – Langfassung		5–52
1.	Allgemeines	5
2.	Sozialmedizinische Bedeutung	9
3.	Bio-psycho-soziales Modell und ICF	13
4.	Sachaufklärung	16
5.	Aspekte der Rehabilitationsbedürftigkeit	17
5.1	Maligne Tumoren/hämatologische Erkrankungen	18
5.1.1	Mamma-Karzinom	18
5.1.2	Maligne Tumoren des Gastrointestinaltraktes	19
5.1.3	Prostata-Karzinom	22
5.1.4	Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane	23
5.1.5	Bronchialkarzinome	24
5.1.6	Maligne hämatologische Systemerkrankungen und Lymphome	25
5.1.7	Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut	26
5.1.8	Hirntumore	28
5.1.9	Endokrine Neoplasien	28
5.2	Carcinomata in situ und nicht-invasive Karzinome der Harnblase	30
5.3	Präkanzerosen	31
5.4	Gutartige Tumoren	31
6.	Anlage	32
6.1	Auszug aus Sozialgesetzbuch (SGB) VI	32
6.2	„Ca-Richtlinien“	33
6.3	Definitionen	36
6.4	Klassifikationen maligner Erkrankungen	37
6.4.1	TNM-Klassifikation	37
6.4.2	ICD	39
6.4.3	Klassifikationen bei akuten lymphatischen Leukämien (ALL)	40
6.4.4	WHO- und FAB-Klassifikationen der akuten myeloischen Leukämie (AML)	41
6.4.5	Stadieneinteilung des Multiplen Myeloms nach Durie und Salmon	42
6.4.6	Stadieneinteilung der chronischen lymphatischen Leukämie nach Binet	42
6.4.7	Klassifikationen und Stadieneinteilung maligner Lymphome	43
6.4.8	Histologische Einteilung und Malignitätsskala menschlicher Hirntumore	44
7.	Erstellungsprozess der Leitlinie	46
8.	Literatur	50
Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei onkologischen Krankheiten – Kurzfassung		53–54

Tabellen:

Tab. 1:	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei onkologischen Krankheiten nach §§ 15 und 31 SGB VI	6
Tab. 2:	Durchgeführte stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene bei Neubildungen (ICD-10-Nr. C00–D48), nach Altersgruppen, Deutsche Rentenversicherung, 2009	10
Tab. 3:	Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe aufgrund einer onkologischen Krankheit, nach ICD-10-Kodierung, 1. Diagnose, Deutsche Rentenversicherung, 2009	10
Tab. 4:	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, 1. Diagnose, Deutsche Rentenversicherung, 2009	12
Tab. 5:	Beispiel für das Übersetzen von Inhalten eines sozialmedizinischen Gutachtens in die ICF-Terminologie	15
Tab. 6:	Relative Häufigkeit verschiedener Immunphänotypen der akuten lymphatischen Leukämie	40
Tab. 7:	WHO-Klassifikation der akuten myeloischen Leukämie	41
Tab. 8:	Stadieneinteilung des multiplen Myeloms nach Durie und Salmon	42
Tab. 9:	Stadieneinteilung des multiplen Myeloms nach dem Internationalen Staging System – ISS	42
Tab. 10:	Stadieneinteilung der chronischen lymphatischen Leukämie nach Binet	42
Tab. 11:	WHO-Klassifikation der Lymphome	43
Tab. 12:	Stadieneinteilung maligner Lymphome nach Ann Arbor	44
Tab. 13:	Histologische Einteilung und Malignitätsskala menschlicher Hirntumore	44

Abbildung:

Abb. 1:	Entwicklung der durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Neubildungen, 1998–2008, Deutsche Rentenversicherung	9
---------	---	---

1. Allgemeines

Gesetzliche Grundlagen

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei onkologischen Krankheiten werden von der Rentenversicherung nach § 15 und § 31 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI (Gesetzestexte siehe Anlage 6.1) erbracht. Übergreifendes Ziel der onkologischen Rehabilitation nach § 15 ist die möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, nach § 31 sollen körperliche, seelische, soziale und berufliche Behinderungen positiv beeinflussbar sein.

Versicherte, die die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach §§ 10 und 11 SGB VI erfüllen und bei denen keine Ausschlussgründe nach § 12 SGB VI vorliegen, erhalten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (auch Erwerbsminderungs-Rentner mit zeitlich befristeter Rente, Rentner wegen teilweiser Erwerbsminderung, Rentner wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit). Versicherte, die die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI nicht erfüllen, können wie Bezieher einer Rente (Altersrentner, Hinterbliebenenrentner, Erwerbsminderungs-Rentner ohne Zeitrente) sowie Angehörige (nichtversicherte Angehörige von Versicherten oder Renten-Beziehern) von Versicherten oder Rentenbeziehern Leistungen nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI (zu den Empfängern von Rehabilitationsleistungen nach § 31 SGB VI gehören auch Personen im Vorruhestand ohne Arbeitsplatz, Langzeitarbeitslose ab dem 58. Lebensjahr sowie Altersteilzeit-Beschäftigte in der Freiphase) erhalten. Dazu müssen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 SGB VI erfüllt sein. Persönliche Voraussetzungen sind für diesen Personenkreis in den gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung für die Erbringung von onkologischen Nachsorgeleistungen [„Gemeinsame Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI für die Erbringung von onkologischen Nachsorgeleistungen bei malignen Geschwulst- und Systemerkrankungen („Ca-Richtlinien“), siehe Anlage 6.2] festgehalten.

Rechtsgrundlage für die Erstellung der Ca-Richtlinien ist § 31 Absatz 2 SGB VI, wonach die Leistungen nach § 31 Absatz 1 SGB VI nur aufgrund gemeinsamer Richtlinien der Träger der Rentenversicherung erbracht werden dürfen. Die aktuelle Fassung der Ca-Richtlinien ist zum 01.04.1998 in Kraft getreten.

Bezüglich der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht für Versicherte aus dem Land Nordrhein-Westfalen eine Besonderheit. Gesetzliche Krankenkassen und Rentenversicherungsträger haben sich hier zur „Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein-Westfalen“ zusammengeschlossen. Der Arbeitsgemeinschaft (Kurz-Kennzeichnung „Arge Krebs“) wurde die Aufgabe zugewiesen, im Auftrag ihrer Mitglieder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beziehungsweise sonstige Leistungen für Krebskranke durchzuführen.

Die onkologische Rehabilitationsnachsorge wird – mit inhaltlich gleicher Bedeutung – in § 31 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI „Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen“ genannt, in den Ca-Richtlinien als „onkologische Nachsorgeleistungen bei malignen Geschwulst- und Systemerkrankungen“ bezeichnet. Da die Begriffe „Nach- und Festigungskuren“ aktuelle Konzepte für die Rehabilitation von Versicherten mit onkologischen Erkrankungen nicht ausreichend wiedergeben und der Begriff Nachsorge auch in der Kurativmedizin Verwendung findet, wird zur Verdeutlichung der Abgrenzung gegenwärtig die Bezeichnung „onkologische Rehabilitationsnachsorge“ verwendet.

Einen Überblick über die charakteristischen Merkmale in Bezug auf die Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 15 und 31 SGB VI enthält die Tabelle 1.

Tab. 1: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei onkologischen Krankheiten nach §§ 15 und 31 SGB VI

	§ 15 SGB VI	§ 31 SGB VI
Voraussetzungen	Erfüllen der versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen (nach §§ 10 und 11 SGB VI) sowie keine Ausschlussgründe (§ 12 SGB VI)	Erfüllen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 SGB VI und der persönlichen Voraussetzungen nach Ca-Richtlinien
Ziel der medizinischen Rehabilitation	Erhaltung oder Besserung der Erwerbsfähigkeit, Wiedereingliederung in das Erwerbsleben	positive Beeinflussung der durch die Erkrankung oder deren Therapie bedingten körperlichen, seelischen, sozialen und beruflichen Behinderungen (Ca-Richtlinien)
Rehabilitations-Fähigkeit	vorausgesetzt	vorausgesetzt
Prognose	hinreichende Erfolgsaussicht in Bezug auf die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben muss bestehen	eine Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung sollte erreicht werden können
Leistungsempfänger	Versicherte	Versicherte, Bezieher einer Rente, deren nichtversicherte Angehörige einschließlich Kinder
Begleiterkrankungen	Berücksichtigung bei Prüfung der Rehabilitationsbedürftigkeit und Mitbehandlung während der Rehabilitation	Berücksichtigung durch Mitbehandlung während der Rehabilitation

Art und Form der Rehabilitation

In der Regel findet die onkologische Rehabilitationsnachsorge in einer onkologischen Fachabteilung statt, in der fachspezifische strukturelle Voraussetzungen in Bezug auf Diagnostik und Therapie erfüllt sind.

Art der Rehabilitation

Die Leistungen oder sonstige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden als

- Anschlussrehabilitation (AHB) oder
- Medizinische Rehabilitation im Antragsverfahren (MRA) erbracht.

Anschlussrehabilitationen (AHB), Zuzahlung nur bis 14 Tage pro Kalenderjahr einschließlich der Aufenthalte in Akutkrankenhäusern) sind Leistungen zur Rehabilitation, die nach besonderen Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung und einiger gesetzlicher Krankenkassen eingeleitet und in speziell ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden. Bei Bestehen einer malignen invasiven Erkrankung und abgeschlossener primärer Behandlung (zur Definition von Primärbehandlung siehe unter Anlage 6.3) wird in der Regel direkt vom Akutkrankenhaus beziehungsweise der Strahlenklinik/-ambulanz eine AHB unter der Indikation „Onkologische Krankheiten“ initiiert. Gelegentlich kann die vorgesehene 14-Tage-Frist zwischen akutmedizinischer und rehabilitativer Behandlung aus medizinischen Gründen nicht eingehalten werden, zum Beispiel wenn die Rehabilitationsfähigkeit in Folge mehrerer Zyklen einer Chemotherapie erst nach dieser Frist erreicht wird.

Voraussetzungen für die AHB-Fähigkeit sind: Der Versicherte muss frühmobilisiert, also insbesondere in der Lage sein, ohne fremde Hilfe zu essen, sich zu waschen und auf Stationsebene zu bewegen. Er muss für rehabilitative Leistungen ausreichend belastbar sowie motiviert und aufgrund seiner geistigen Aufnahmefähigkeit und psychischen Verfassung in der Lage sein, **aktiv** bei der Rehabilitation mitzuarbeiten. Für die Anreise sollen öffentliche Verkehrsmittel (oder der eigene PKW) ausreichend sein. Bei eingeschränkter Reisefähigkeit sind alternative Anreisemöglichkeiten unter sozialmedizinischen Gesichtspunkten zu prüfen.

Wenn die Einleitung einer AHB nicht in Betracht gekommen ist, kann ein Antrag auf eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation (Medizinische Rehabilitation im Antragsverfahren) gestellt werden.

Form der Rehabilitation

Am häufigsten werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen onkologischer Erkrankungen in stationärer Form durchgeführt. Die **ambulante Rehabilitation** der Rentenversicherung stellt inhaltlich und konzeptionell eine gleichwertige Alternative zur stationären Rehabilitation dar. Diese Leistungen werden in Rehabilitations-Kliniken oder in ambulanten Reha-Zentren durchgeführt. Durch die Nähe zum Wohnort kann flexibler auf die Bedürfnisse des Versicherten eingegangen werden. Angehörige sowie behandelnde Ärzte können in das Rehabilitationskonzept einbezogen und Selbsthilfeaktivitäten vor Ort genutzt werden. Eine Arbeitsplatzproblematik kann zum Beispiel durch Kontaktaufnahme mit dem Betriebs- oder Personalarzt gezielt berücksichtigt werden. Voraussetzung für die Teilnahme am ambulanten Rehabilitationsverfahren ist eine ausreichende Mobilität des Versicherten und die Erreichbarkeit der Reha-Einrichtung mit öffentlichen Verkehrsmitteln in einer zumutbaren Fahrtzeit.

Anzahl der Leistungen zur onkologischen Rehabilitationsnachsorge

Im Gegensatz zu den Leistungen nach § 15 SGB VI sind die Leistungen nach § 31 SGB VI und in Anwendung der darauf basierenden Ca-Richtlinien „Kann“-Leistungen. Nach den im Rahmen des § 31 Absatz 2 Satz 2 SGB VI erstellten Ca-Richtlinien können onkologische Nachsorgeleistungen bis zum Ablauf eines Jahres nach einer beendeten Primärbehandlung gewährt werden. Darüber hinaus können spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeter Primärbehandlung Leistungen im Einzelfall erbracht werden, wenn erhebliche Funktionsstörungen entweder durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Komplikationen beziehungsweise Therapiefolgen vorliegen.

Entsprechend können nach § 12 Absatz 2 Satz 2 SGB VI für Versicherte im Rahmen des § 15 SGB VI auch vor Ablauf von vier Jahren weitere Leistungen bewilligt werden, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind.

Bei Auftreten eines Tumorrezidivs, bei Progression des Primärtumors, neu aufgetretener Metastasierung an anderen Lokalisationen oder bei Auftreten eines Zweitkarzinoms beginnen die oben genannten Zeiträume neu. Dies gilt sowohl für Bewilligungen nach § 15 als auch nach § 31 SGB VI.

Dauer der Rehabilitation

In § 5 der Ca-Richtlinien wird hinsichtlich der Dauer von Rehabilitationsleistungen darauf verwiesen, dass § 15 Absatz 3 SGB VI entsprechend gilt. Danach sollen stationäre medizinische Leistungen zur Rehabilitation für längstens drei Wochen erbracht werden. Eine Verlängerung ist möglich, wenn dies zur Erreichung des

Rehabilitationsziels erforderlich ist. Seitens der Reha-Einrichtung besteht im Rahmen der Zeitkontingentierung von Rehabilitationsleistungen die Möglichkeit einer individuellen Anpassung der Rehabilitationsdauer.

Begleitpersonen

Nach § 5 der Ca-Richtlinien kann eine Kostenübernahme im Rahmen der Durchführung von Leistungen zur onkologischen Rehabilitationsnachsorge sowohl für die Unterbringung einer Begleitperson während der Dauer des stationären Aufenthaltes als auch für eine Reisebegleitung erfolgen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Soweit ärztlicherseits Schulungen von Angehörigen geboten erscheinen, ist möglichst die ambulante Durchführung anzustreben.

Eine Begleitperson für Rehabilitanden kommt in seltenen Fällen für Versicherte mit schwerster Gehbehinderung oder ausgeprägter Beeinträchtigung einer Sinnesorganfunktion (zum Beispiel Erblindung) in Frage.

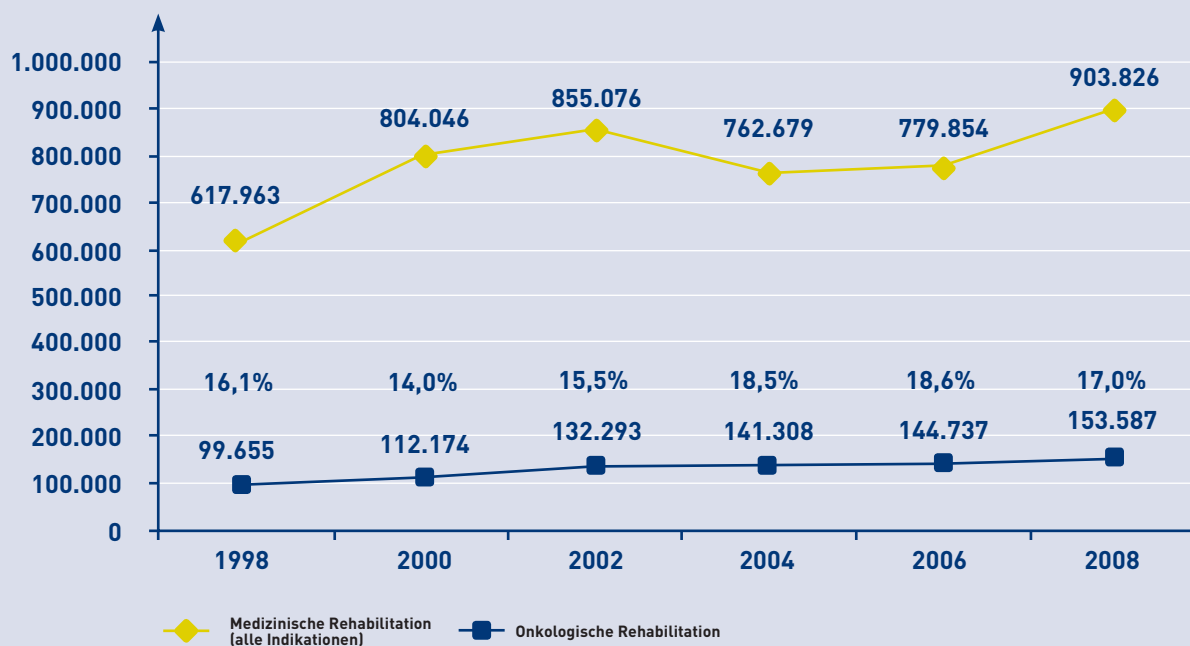
Eine Reisebegleitung ist bei multimorbiden Patienten möglich. Die Entscheidung erfolgt in der Regel zunächst nur in Bezug auf die Hinfahrt, über eine Begleitung während der Rückfahrt wird in der Rehabilitationseinrichtung entschieden. Bei einer Reisebegleitung oder Erforderlichkeit einer Taxifahrt zum Erreichen der Rehabilitationseinrichtung muss die Rehabilitation in der nächstgelegenen indikationsgerechten Einrichtung stattfinden. Fahrdienste von Rehabilitationseinrichtungen stellen – soweit vorhanden – eine Alternative dar.

2. Sozialmedizinische Bedeutung

Der Anteil von Bewilligungen für Leistungen zur onkologischen Rehabilitationsnachsorge an den gesamten Bewilligungen für medizinische Rehabilitationsleistungen beträgt seit 1998 zwischen rund 14 bis 18 % (siehe Abbildung 1), im Jahr 2009 etwa 19 %. Damit wird etwa jede fünfte bis sechste Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung aufgrund einer Neubildung durchgeführt. In etwa vergleichbarer Häufigkeit finden Rehabilitationsleistungen aufgrund psychischer Störungen statt, noch deutlich häufiger in Folge von Erkrankungen der Bewegungsorgane.

Dabei hat sich bei allgemein steigenden Antragszahlen der Anteil von nach § 31 bewilligten Leistungen zu Lasten des § 15 SGB VI vergrößert. Im Jahr 2008 wurden etwa 41 % der Leistungen zur onkologischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI und 59 % nach § 31 SGB VI erbracht (RVaktuell 8/2009).

Abb. 1: Entwicklung der durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Neubildungen, 1998 – 2008, Deutsche Rentenversicherung



Quelle: Deutsche Rentenversicherung – DRV-Schriften Band 22

Bei der Verteilung nach Altersgruppen sind erwartungsgemäß häufigere Leistungen bei zunehmendem Alter durchgeführt worden. Die mit Abstand größte Häufigkeit bei den durchgeführten Leistungen liegt bei Personen mit einem Alter von 60 Jahren oder mehr vor (siehe Tabelle 2).

In Tabelle 3 werden Häufigkeiten durchgeführter Rehabilitationsleistungen in Bezug auf unterschiedliche bösartige Neubildungen vorgestellt. Mehr als jede vierte onkologische Rehabilitation erfolgt aufgrund von Brustdrüsenkrebs. In der Häufigkeit folgen bösartige Neubildungen der Prostata, kolorektale Karzinoome und bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane. In Folge von

Neubildungen der genannten Organe beziehungsweise Organsysteme werden 63 % aller Rehabilitationsleistungen bei Neubildungen erbracht.

Die mittlere Behandlungsdauer im Jahr 2009 betrug 23 Tage (Deutsche Rentenversicherung – Rehabilitation 2009). Bei der Mehrheit der Rehabilitanden bestehen neben der Neubildung weitere Erkrankungen. Am häufigsten sind dies Krankheiten der Bewegungsorgane, Erkrankungen von Herz und Kreislauf, des Stoffwechsels, des Urogenitalsystems und psychische Krankheiten.

Unter den Berentungen aufgrund einer Erwerbsminderung stellt die Indikationsgruppe Neubildungen die dritthäufigste Gruppe dar (13,7% aller Erwerbsminderungsrenten, siehe Tabelle 4). Häufiger werden Renten wegen Erwerbsminderung nur bei psychischen Störungen (37,7%) sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (15,3%) zuerkannt. Das durchschnittliche Alter liegt bei den Erwerbsminderungsrentnern in Folge einer Neubildung sowohl bei Frauen (51,0 Jahre) als auch bei Männern (52,8 Jahre) um 1,3 beziehungsweise 2 Jahre über dem Durchschnitt aller Indikationen (49,7 bei Frauen, 50,8 bei Männern).

Tab. 2: Durchgeführte stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene bei Neubildungen (ICD-10-Nr. C00-D48), nach Altersgruppen, Deutsche Rentenversicherung, 2009

Altersgruppe	Männer	Frauen	Σ Frauen + Männer	Anteil in %
unter 20 Jahre	78	44	132	0,1
20 – 29 Jahre	686	635	1.321	0,8
30 – 39 Jahre	1.508	2.876	4.384	2,8
40 – 49 Jahre	5.459	13.941	19.400	12,2
50 – 59 Jahre	15.575	25.908	41.483	26,2
60 Jahre und mehr	44.203	47.509	91.712	57,9
	67.509	90.913	158.422	100,0

Quelle: Deutsche Rentenversicherung – Rehabilitation 2009

Tab. 3: Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe aufgrund einer onkologischen Krankheit, nach ICD-10-Kodierung, 1. Diagnose, Deutsche Rentenversicherung, 2009

ICD-10-Nr.	Erkrankung	N
C00–C14	Bösartige Neubildungen der Lippe, Mundhöhle und des Pharynx	4.333
C15–C26	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	26.642
	davon:	
	C16 Magen	4.051
	C18 Dickdarm	10.338
	C19 Rektosigmoid	811
	C20 Rektum	5.995
	C25 Pankreas	1.766
C30–C39	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe	8.977
	davon:	
	C34 Bronchien/Lunge	7.404
C40–C41	Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels	277

C43–C44	Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut	2.063
	davon: C43 Melanom	1.636
C45–C49	Bösartige Neubildungen des mesothelialen und Weichteilgewebes	1.149
C50	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	45.632
C51–C58	Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane	9.995
	davon: C53 Cervix uteri	1.934
	C54 Corpus uteri	3.464
	C56 Ovar	3.457
C60–C63	Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane	26.770
	davon: C61 Prostata	25.359
	C62 Hoden	1.290
C64–C68	Bösartige Neubildungen der Harnorgane	12.156
	davon: C64 Niere	6.458
	C67 Harnblase	4.579
C69–C72	Bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des ZNS	1.488
	davon: C71 Gehirn	1.291
C73–C75	Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen	1.656
	davon: C73 Schilddrüse	1.468
C76–C80	Bösartige Neubildungen nicht näher bezeichneter Lokalisation	2.444
C81–C96	Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	7.671
	davon: C81 M. Hodgkin	1.059
	C82-90 Non-Hodgkin-Lymphom, ohne CLL	4.989
	C91-95 Leukämien	1.605
C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	14
D00–D09	In-situ-Neubildungen	2.221*
D10–D36	Gutartige Neubildungen	3.755
	davon: D25 Leiomyom/Uterus	341
	D32 Meningen	1.123
	D33 Gehirn und andere Teile des ZNS	639
D37–D48	Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhalten	1.185
Σ C00–D48	Neubildungen	158.422
Σ A00–Z99	alle Indikationen	829.822

* Die Anzahl von in-situ-Neubildungen dürfte tatsächlich höher liegen, da anzunehmen ist, dass in-situ-Karzinome unter anderem bei Mamma-Ca. in situ als invasive Karzinome verschlüsselt werden.

Quelle: Deutsche Rentenversicherung – Rehabilitation 2009

Tab. 4: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, 1. Diagnose, Deutsche Rentenversicherung, 2009

ICD-Nr.	Frauen	Männer	insgesamt
A00-Z99 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit insgesamt	80.702	90.427	171.129 (100 %)
davon: C00-D48 Neubildungen	11.354	12.114	23.468 (13,7 %)

Quelle: Deutsche Rentenversicherung – Rentenzugang 2009

3. Bio-psycho-soziales Modell und ICF

Die WHO hat 2001 empfohlen, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; International Classification of Functioning, Disability and Health) im Bereich des Gesundheitswesens einzusetzen. Neben dem diagnosebezogenen medizinischen Dokumentationssystem ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) wurde damit eine neue Klassifikation eingeführt, der das bio-psycho-soziale Modell von Krankheit und Gesundheit zu Grunde liegt.

Danach lässt sich Gesundheit oder Behinderung nicht nur durch medizinisch erfassbare Defizite oder durch Benennen von verbliebenen Fähigkeiten beschreiben. Für das Charakterisieren von Gesundheit oder Behinderung ebenso wichtig sind Aktivitäten und die Möglichkeit einer Person, am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Diese Faktoren können durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen positiv und negativ geprägt werden.

Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit einer Person sollen durch die international standardisierte Sprachregelung der ICF besser beschrieben werden. Die umfangreiche Erfassung von Komponenten der Gesundheit einer Person soll unter anderem dazu beitragen, Rehabilitationsmöglichkeiten besser nutzen zu können und die sektorenübergreifende Versorgung von Menschen zu optimieren.

Konzept und Begriffssystem der ICF haben bereits im Jahr 2001 ihren Niederschlag im Sozialgesetzbuch „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (SGB IX) gefunden.

Die Implementierung der ICF in die sozialmedizinische Praxis erfordert jedoch eine weitere Differenzierung und Operationalisierung sowie eine Abstimmung im Expertenkreis. Die Anwendung und Umsetzung der ICF im klinischen Alltag ist aktuell noch unzureichend; die Diskussion in Wissenschaft und Praxis über die Anwendung, Umsetzung und Reichweite der ICF noch nicht abgeschlossen. Während Konzept und Sprache der ICF bereits einen umfangreichen Eingang in verschiedene Bereiche der gesundheitlichen Versorgung gefunden haben, bleiben Anwendungen der Kodierung eher projektbezogen.

Schädigungen von **Körperfunktionen und -strukturen** des menschlichen Organismus sind bei onkologischen Krankheiten abhängig von den betroffenen Organen.

Auf der Ebene der **Aktivitäten und Teilhabe** einer Person wird unter anderem das Ausmaß der bestehenden Einschränkungen sowie das Profil der noch verbliebenen Fertigkeiten, Tätigkeiten und Ressourcen in Alltag und Beruf ermittelt. Einschränkungen der **Aktivitäten** bei Personen mit einer onkologischen Krankheit hängen von der Lokalisation und Ausdehnung der Erkrankung sowie den Folgekrankheiten ab. Beeinträchtigungen können sowohl durch die Grundkrankheit als auch durch oft eingreifende Therapeutika (Operation, Bestrahlung, anti-neoplastische medikamentöse Therapie) auftreten. Die körperliche Belastbarkeit kann durch eine kardiale, gastrointestinale oder nephrogene Folgekrankheit beeinträchtigt sein und die Fortbewegung (Gehstrecke, Wegfähigkeit) durch eine sensomotorische Polyneuropathie. Die Einschränkungen werden modifiziert durch die subjektiven Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit.

Die **Teilhabe** betrifft Fragen der Eingliederung, des Einbezogenenseins oder der Beteiligung an Lebensbereichen, selbstbestimmt zu handeln oder Anerkennung zu finden. Zu den Lebensbereichen zählen unter anderem Ausbildung, Arbeits- oder Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, Familie und Haushaltsführung sowie Freizeit und Benutzung von Verkehrsmitteln. Eine Einschränkung der Teilhabe kann sich zum Beispiel aus beruflichem Abstieg, Arbeitsplatzverlust, sozialer Isolierung und Stigmatisierung oder Verlust sozialer Unterstützung ergeben.

In Ergänzung zu der Ebene der Teilhabe werden in der ICF **Kontextfaktoren** (Umwelt- und personbezogene Faktoren) eingeführt. Sie dienen der Feststellung, welche Faktoren die Teilhabe beeinträchtigen beziehungsweise verhindern (Barrieren) und welche Faktoren die Teilhabe trotz des gesundheitlichen Problems ermöglichen oder erleichtern (Förderfaktoren). Zu den Kontextfaktoren zählen unter anderem die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, die Beschaffenheit des Arbeitsplatzes, die Unterstützung durch Hilfspersonen oder der Zugang zu Dienstleistungen von Verbänden und Vereinen (zum Beispiel Trainingsgruppen, Nichtrauchertraining). Individuelle und gesellschaftliche Wertvorstellungen hinsichtlich Gesundheit, Krankheit und Leistungsfähigkeit sind als Kontextfaktoren für die sozialmedizinische Bewertung gleichfalls von Bedeutung.

In Tabelle 5 werden am Beispiel der Symptomatik in Folge eines Kolon-Karzinoms das bio-psycho-soziale Modell und die Anwendungsmöglichkeiten der ICF exemplarisch dargestellt.

Tab. 5: Beispiel für das Übersetzen von Inhalten eines sozialmedizinischen Gutachtens in die ICF-Terminologie

Klinische Diagnose des Gesundheitsproblems: Kolon-Karzinom, ICD-10 Kodierung der Krankheit: C18

ICF-Kapitel: Körperfunktionen	
Sozialmedizinischer Gutachtentext	ICF-Item (ICF-Kode)
allgemeine Abgeschlagenheit	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (b130)
Angst vor Krankheitsprogression	Emotionale Funktionen (b152)
Parästhesien nach Chemotherapie	Sinnesfunktionen (b270)
Ermüdung	Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit (b455)
verändertes Essverhalten, veränderter Stuhlgang, Gewichtsabnahme, Diarrhö	Funktionen der Nahrungsaufnahme (b510), Verdauungsfunktionen (b515), Defäkationsfunktionen (b525), Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts (b530), Allgemeine Stoffwechselfunktionen (b540)
ICF-Kapitel: Körperstrukturen	
Sozialmedizinischer Gutachtentext	ICF-Item (ICF-Kode)
Dickdarm	Struktur des Dickdarms (s5401)
Leber (bei Metastasierung)	Struktur der Leber (s560)
Sensorische periphere Neuropathie (nach Chemotherapie mit Oxaliplatin)	Struktur der peripheren Nerven (s1201)
ICF-Kapitel: Aktivitäten	
Sozialmedizinischer Gutachtentext	ICF-Item (ICF-Kode)
übliche Tätigkeiten können durchgeführt werden.	Die tägliche Routine durchführen (d230)
Tragen der 10 kg schweren Tasche beschwerlich	Gegenstände anheben und tragen (d430)
Wandern über 4 km unmöglich	Lange Entfernungen gehen (d4501)
Fehler durch Arbeiten unter Zeitdruck	Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen (d240)
ICF Kapitel: Teilhabe	
Sozialmedizinischer Gutachtentext	ICF-Item (ICF-Kode)
weniger Einkommen durch Teilzeitarbeit	Bezahlte Tätigkeit (d850)
für Sport und Theaterbesuche zu müde	Erholung und Freizeit (d920)
ICF Kapitel: Umweltfaktoren (Kontextfaktoren)	
Sozialmedizinischer Gutachtentext	ICF-Item (ICF-Kode)
Praxisaufgabe des betreuenden Arztes	Fachleute der Gesundheitsberufe (e355)
ICF Kapitel: Personbezogene Faktoren (Kontextfaktoren)	
Sozialmedizinischer Gutachtentext	ICF-Item (ICF-Kode)
56 Jahre alt, Tätigkeit als Verkäufer, verheiratet, Raucher, Bewegungsmangel.	Personbezogene Faktoren sind ohne ICF-Item und nicht zu kodieren.

4. Sachaufklärung

Zur Beurteilung eines **Antrags auf eine Leistung zur onkologischen Rehabilitation** als onkologische Rehabilitation sind folgende Angaben aus Befundbericht und Selbstauskunftsbogen erforderlich:

- Malignom-Diagnose einschließlich Histologie und Zeitpunkt der Diagnose (Erstdiagnose), wünschenswert ist auch die Mitteilung des Stadiums;
- bisher erfolgte Therapie nach Art und Umfang, Therapiekonzept, Ende der Therapie, Therapieerfolg (Remissionsgrad);
- Angaben über tumor- oder therapiebedingte Beschwerden und Funktionsstörungen sowie über Fähigkeitsstörungen einschließlich psychischer Beeinträchtigungen;
- Hinweise auf Probleme bei der Krankheitsbewältigung;
- Wiedereingliederung in das Erwerbsleben oder Linderung von krankheits- oder therapiebedingten Beschwerden als vorrangiges Therapieziel;
- Bestätigung der Rehabilitationsfähigkeit.

Außerdem sind folgende Angaben wichtig: Ergebnisse laborchemischer und bildgebender Verfahren sowie im Einzelfall fachärztlicher Begutachtung, Begleiterkrankungen und ärztliche beziehungsweise fachärztliche Behandlungen, Dauer einer Arbeitsunfähigkeit und Rentenantragstellung.

Zur Beurteilung eines Antrags auf eine **zweite Leistung zur onkologischen Rehabilitation** sind folgende Angaben erforderlich.

- Angaben wie bei Erstantrag;
- Verlauf hinsichtlich Dauer und Schweregrad der Funktionseinschränkungen mit aktuellen medizinisch-technischen Befunden.

Darüber hinausgehende weitere Leistungen aufgrund der gleichen Erkrankung werden innerhalb der Zweijahresfrist grundsätzlich nicht bewilligt.

Die aktuelle Diagnostik ("Nachsorge" bei Krebserkrankungen, Staging der Tumoraktivität) soll grundsätzlich vor Beginn einer onkologischen Rehabilitation erfolgt sein. Sie kann in der Rehabilitationseinrichtung durchgeführt werden, sofern Rehabilitationsplanung und Therapieentscheidungen dieses erfordern.

Die Zuordnung zu onkologischen Klassifikationen (siehe Anlage 6.4) erfolgt in der Regel im Rahmen der Diagnosestellung.

5. Aspekte der Rehabilitationsbedürftigkeit

Grundlegende Voraussetzungen der Rehabilitationsbedürftigkeit im Rahmen des gesetzlichen Auftrags der Rentenversicherung sind im Kapitel 1 („Allgemeines“) beschrieben. Als Besonderheit bei allen Neubildungen wird dabei hervorgehoben, dass Leistungen zur Rehabilitation für Versicherte durchgeführt werden, aber auch für Bezieher einer Rente sowie für Angehörige von Versicherten und Rentnern erbracht werden können. Indikationsübergreifende Ausführungen zur Rehabilitationsbedürftigkeit stehen in einer gesonderten Abhandlung zur Verfügung, in der unter anderem auch Fragen zur Rehabilitationsfähigkeit und Prognose thematisiert werden (siehe Deutsche Rentenversicherung: Leitlinie „Rehabilitationsbedürftigkeit und indikationsübergreifende Problembereiche“).

Die übergeordneten Ziele der Rentenversicherung sind

- für Versicherte Besserung der Erwerbsfähigkeit und möglichst dauerhafte Eingliederung in das Erwerbsleben sowie
- für Versicherte, Rentner und Angehörige positive Beeinflussung der durch die Erkrankung oder deren Therapie bedingten Behinderungen.

In diesem Rahmen richtet sich die Rehabilitationsbedürftigkeit nach Funktions- und Fähigkeitsstörungen sowie der Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe. Im Vordergrund stehen dabei tumor- oder operationsbedingte Funktionseinschränkungen sowie Beeinträchtigungen der Gesundheit der Patienten durch Strahlen- oder antineoplastische Therapie. Dabei muss es sich um anhaltende Funktionsstörungen handeln, die durch akutmedizinische Intervention nicht ausreichend zu beeinflussen sind, durch die spezifisch-therapeutischen Mittel der Rehabilitation aber voraussichtlich eine Kompensation dieser Störungen erreicht werden kann.

Das tumorassoziierte **Fatigue-Syndrom** (Cancer-Related Fatigue, CRF) stellt ein häufiges Krankheits- und therapieassoziiertes Symptom mit großem Einfluss auf die Lebensqualität dar (siehe auch Deutsche Rentenversicherung: Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei Mamma-Karzinom, 2010). Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit durch ein tumorassoziiertes Fatigue-Syndrom kann als potenziell passager auftretend angesehen werden. Die Rehabilitation kann mit ihrem umfassenden Behandlungsansatz, der als ein zentrales und evidenzgesichertes Modul die körperliche Aktivität umfasst, einen bedeutenden Stellenwert in der Therapie des CRF einnehmen. Grundsätzlich ist anzustreben, dass betroffene Patientinnen und Patienten möglichst beruflich integriert bleiben, da Inaktivität als ausgesprochen kontraproduktiv gilt und sozialer Rückzug unbedingt vermieden werden muss.

Die Diagnose eines malignen Tumors oder die Zuordnung zu einem Klassifikationschema allein begründet keine Rehabilitationsbedürftigkeit; das Gleiche gilt für gering ausgeprägte oder nur passager postoperativ bestehende Funktionsstörungen.

Die Durchführung einer **weiteren – vorzeitigen – Rehabilitationsleistung** aufgrund einer Neubildung ist an die Erfüllung besonderer Voraussetzungen geknüpft: **es müssen in Folge der Tumorerkrankung oder als Therapiefolgen erhebliche Funktionsstörungen oder multifunktionale Beeinträchtigungen vorliegen, die durch die erneute Rehabilitationsleistung voraussichtlich erheblich zu bessern sind.**

Darüber hinaus ist die Möglichkeit der Bewilligung durch die Rentenversicherung auf zwei Jahre nach beendeter Primärbehandlung beschränkt.

Unabhängig von der Art des Tumors nehmen bei allen Patienten mit einer onkologischen Erkrankung Probleme der **Krankheitsbewältigung** einen besonderen Stellenwert ein. Die Erkrankung markiert in der Regel einen Einschnitt im Lebensablauf mit Fragen nach Genese, unmittelbaren und langfristigen Folgen bis hin zur Bedrohung des Lebens. Neben organabhängigen Beschwerden seitens des Tumors oder der Therapiemaßnahmen – insbesondere Schmerzen – steht die Angst vor einer progredienten Entwicklung der Erkrankung im Vordergrund. Nicht selten müssen durch die Erkrankung die persönlichen Ansprüche, die Familienplanung und die Lebensziele neu organisiert und der veränderten Situation angepasst werden.

Die individuelle Aufklärung über die Art der Erkrankung, der Abbau von Angst, Depression und Schuldgefühlen, die Auseinandersetzung mit den therapiebedingten Veränderungen des Körpers, eine Stärkung des Selbstwertgefühls und des positiven Körpererlebens, die Einbeziehung von Partner und Familie und die Wiedereingliederung am Arbeitsplatz gehören auch zu den Zielen der onkologischen Rehabilitation.

Die Stabilisierung der Compliance, eine selbstwertorientierte Lebensstiländerung mit psychischer Festigung und möglichst Reintegration ins Erwerbsleben sind für Verlauf der Erkrankung und Reduktion psychischer Langzeitfolgen hoch einzuschätzen. Teilhabe und Lebensqualität nach Krankheit und Akutbehandlung werden wesentlich von psychischen und sozialen Faktoren und der Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung beeinflusst.

5.1 Maligne Tumoren/hämatologische Erkrankungen

(ICD-10-Nr. C00–C97)

Während die erörterten Fragen der Krankheitsverarbeitung indikationsübergreifend von Bedeutung sind, werden in den folgenden Abschnitten 5.1.1 bis 5.1.9 insbesondere tumor- und therapiebedingte Beschwerden und Funktionseinschränkungen bei ausgewählten Karzinom- und malignen hämatologischen Erkrankungen vorgestellt, die unter Berücksichtigung der jeweiligen persönlichen Voraussetzungen Rehabilitationsbedürftigkeit bedingen können.

5.1.1 Mamma-Karzinom

(ICD-10-Nr. C50)

Unabhängig von Tumorausdehnung, Größe des operativen Eingriffs und Therapiefolgestörungen kann es zu erheblichen allgemeinen Beeinträchtigungen durch Selbstwertprobleme, Partner- oder familiäre Konflikte sowie noch unge löste Fragen der Krankheitsbewältigung kommen. Treten bei einer ausgeprägten oder fortgeschrittenen Tumorerkrankung Gewichtsverlust, Kachexie, ausgeprägte Abgeschlagenheit und Belastungseinschränkungen hinzu, ist besonderes Gewicht auf die Prüfung der Rehabilitationsfähigkeit zu legen.

Tumor- oder operationsbedingt können folgende Beschwerden und Funktionseinschränkungen auftreten. Je nach Operationsverfahren kann es postoperativ zu Problemen durch ungünstige Narbenbildung oder Schmerzen kommen. Folgen können sein: eine Bewegungseinschränkung im Schulter-Armgelenk, ein Lymphödem des Armes und der lateralen Brustwand, Hyper- und/oder Parästhesien im Bereich der Oberarminnenseite, Muskelverspannungen und -kontraktionen sowie Schmerzzonen und Schmerzpunkte entlang des Nacken-Schulter-Armbereichs der operierten Körperseite. Vergleichbare Beschwerden

und Funktionseinschränkungen können auch nach Aufbauplastik, einer Prothese oder rekonstruktiven plastischen chirurgischen Maßnahmen auftreten.

Als **strahlenbedingte Folgen** treten bei lokaler Bestrahlung des Brust- und Axillabereiches häufig Neuralgien und Abgeschlagenheit auf. Osteoradionekrosen der Rippen, Lungenfibrosen und Radiodermatitiden sind durch moderne Strahlentherapie seltener geworden.

Zu berücksichtigen sind Nebenwirkungen einer **medikamentösen antineoplastischen Therapie** wie zum Beispiel periphere Neuropathie (Taxane), Kardiomyopathie (Anthrazykline), Knochenmarkdepression, Alopezie, Hepatopathie, Amenorrhoe und Hautveränderungen (Tyrosinkinaseinhibitoren). Der Einsatz von Antikörpern (zum Beispiel Bevacizumab) kann ein weites Nebenwirkungsprofil aufweisen. In seltenen Fällen kann eine Nephropathie, Pneumonitis, Mikroangiopathie oder Lungenfibrose (Bleomycin) vorkommen.

Unter einer **antihormonellen Behandlung** treten klimakterische Beschwerden unterschiedlichen Ausmaßes auf. Am häufigsten sind Hitzewallungen, Schlafstörungen, Nervosität, Konzentrationsstörungen und Depressionen. Östrogenmangel und dadurch bedingte Haut- und Schleimhautveränderungen führen zu Störungen im Sexualleben. Aromatasehemmer führen gehäuft zu Muskel- und Gelenksbeschwerden. Es kann sich eine vorzeitige Osteoporose entwickeln.

Bei Mamma-Karzinom-Patientinnen hängt die individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit von der Tumorausdehnung, der Therapie, Folgeproblemen, der Rehabilitationsprognose und psychischer Begleitstörungen der Betroffenen ab. Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn oben genannte Funktionsstörungen vorliegen und das Rehabilitationsziel mit den spezifisch-therapeutischen Mitteln der Rehabilitation (zum Beispiel Physiotherapie in Verbindung mit Lymphdrainage und psychotherapeutisch orientierter Intervention) voraussichtlich erreicht werden kann.

5.1.2 Maligne Tumoren des Gastrointestinaltraktes

(ICD-10-Nr. C15–C26)

Bei den Tumoren des Gastrointestinaltraktes handelt es sich um solide Tumoren, die – sofern Operabilität besteht – in der Regel chirurgisch entfernt werden. Eine Ausnahme stellen die MALT-Lymphome des Magens dar. In Abhängigkeit von Art, Lokalisation und Stadium der Tumorerkrankung kann zusätzlich eine Strahlen- und/oder Chemotherapie indiziert sein. In fortgeschrittenen Fällen mit Inoperabilität wird als palliative Maßnahme auch die alleinige Strahlen- oder Chemotherapie eingesetzt. Eine weitere Ausnahme von diesen Regeln stellt das Analkarzinom dar, bei dem primär in den meisten Fällen eine kombinierte Radio- und Chemotherapie durchgeführt wird.

Funktionseinschränkungen nach einer chirurgischen Intervention können sich auf verschiedenen Ebenen ergeben: Neben den Störungen, die aus der teilweisen oder vollständigen Entfernung des von der Krebserkrankung betroffenen Organs resultieren, können aus den Ergebnissen der chirurgischen Intervention – das heißt den Rekonstruktionsversuchen wie Ersatzmagenbildung bei totaler Gastrektomie oder Billroth I/II-Operation nach partieller Gastrektomie, Anlage eines Anus praeter – Komplikationen auftreten. Darüber hinausgehend bilden Wundheilungsstörungen, Fisteln oder Stenosen mögliche postoperative Komplikationen im Heilungsverlauf.

Bei allen Tumoren des Gastrointestinaltraktes kann es je nach Ausmaß und Art der durchgeführten Operation in der Folge zu Störungen von Nahrungsaufnahme und Nahrungsverwertung kommen.

Nach Ösophagektomie und Operation eines Magenkarzinoms ist nur die fraktionierte Aufnahme kleiner Nahrungsmengen möglich. Besonders in der frühen postoperativen Phase kommt es zu Motilitätsstörungen mit Dysphagie und Magenatonie, bis sich Motorik, Sekretion und Resorption an die postoperative Situation angepasst haben. Die Folgen der Störungen in der Nahrungsaufnahme und -verwertung können langfristig in Folge Malassimilation (Maldigestion und Malabsorption) zur Mangelernährung führen. Das drückt sich in Gewichtsverlust und Substanzmangelsyndromen – zum Beispiel Anämie in Folge Vitamin-B12- und Folsäure- oder Eisenmangels, Osteopathie durch Störung des Kalziumstoffwechsels, langfristig auch Skelettschmerzen – mit Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit aus.

Die postoperativen Störungen des Magenkarzinoms nach partieller oder totaler Gastrektomie sind unter dem Begriff **Postgastrektomiesyndrom** zusammengefasst: Dazu gehören Magenentleerungsstörungen, das Syndrom der zuführenden Schlinge (dabei sammeln sich Galle und Pankreassaft in der zuführenden Darmschlinge an und führen eine halbe Stunde postprandial zu schwallartigem Erbrechen), Refluxösophagitis und -gastritis mit morgendlicher Übelkeit und Erbrechen, Gewichtsverlust, Osteopathie sowie Schmerzen und das Dumpingsyndrom in Folge beschleunigter Nahrungsentleerung (Frühdumping wird verursacht durch den hohen osmotischen Reiz der Nahrung; Spätdumping tritt auf durch einen reaktiven temporären Hyperinsulinismus). Die Folge ist eine durch übersteigerte viszero-viszerale Reflexe verursachte Magen-Darm-Kreislauf-Symptomatik, die sich in Völlegefühl, Übelkeit, Blähungen, Oberbauchschmerzen, gesteigerter Darmperistaltik mit Stuhldrang und Diarrhö, Hypoglykämie, Schwächezustand, Gesichtsblassheit, Tachykardie und Blutdruckanstieg ausdrückt.

Eine **Pankreatektomie** führt zum exokrinen und endokrinen Organausfall, der entsprechende Substitutionen erforderlich macht. Ein Mangel an exokrinen Sekretionsprodukten kann die Nahrungsverwertung in Folge unzureichender Fettaufspaltung beeinträchtigen. Dann sind abdominelle Beschwerden in Form von Schmerzen, Blähungen und Diarrhö zu erwarten mit der Folge von Gewichtsabnahme, körperlicher Schwäche und reduzierter Leistungsfähigkeit. Nach operativer Entfernung der Inselzellen treten endokrine Störungen in Folge des Insulinmangels auf: Funktionseinschränkungen ergeben sich aus dem resultierenden Diabetes mellitus verbunden mit Leistungsbeeinträchtigungen durch Hyper- und Hypoglykämien.

Ein **hepatozelluläres Karzinom**, das operativ komplett entfernt werden kann, ist in der Regel nicht mit einem Funktionsverlust im Sinne einer verminderten Syntheseleistung verbunden, da das übrige Lebergewebe den Ausfall kompensieren kann. Allerdings ist eine komplette operative Therapie nur in einem geringen Anteil der Fälle möglich. Häufiger kommen palliative nicht-chirurgische Therapiemaßnahmen zur Anwendung, zum Beispiel die regionale intraarterielle intrahepatische Chemotherapie oder transarterielle Chemo-Embolisations-Verfahren.

Bei Patienten mit einem **Gallenwegskarzinom** sind operative Eingriffe häufig palliativ mit unterschiedlichen konsekutiven Beschwerden und Funktionsstörungen.

Die postoperativen Funktionseinschränkungen bei einem **Darmkarzinom** sind abhängig von der Lokalisation und dem Ausmaß der Resektion. Ausgedehnte Dünndarmverluste führen im Rahmen eines Kurzdarmsyndroms zu erheblichen Resorptionsstörungen mit den Folgen von Gewichtsverlust und Substanzmangelsyndromen, Schmerzen und Diarrhö. Bei einem **Kolonkarzinom** treten keine Resorptions- und Malabsorptionsstörungen auf, allerdings kann es nach ausgedehnten Resektionen in Folge einer mangelnden Stuhleindickung zur Diarrhö kommen. Kontinenzhaltende Rektumoperationen führen häufig – besonders in den ersten postoperativen Monaten – in Folge der Entfernung der Ampulla recti zu einem imperativen Stuhldrang. Funktionsstörungen nach Anlage eines künstlichen Darmausganges sind durch einen Prolaps, durch Bauchwandhernien, Stenosen, Retraktion des Darmausganges oder Dermatitis bedingt. Eine besondere psychosoziale Belastung stellt für Stoma-Patienten die unkontrollierte Darmtätigkeit dar, verbunden mit Geräusch- und Geruchsentwicklung. Beim **Rektumkarzinom** tritt in Folge tiefer Rektumresektion häufig eine erektile Dysfunktion auf.

Das **Postproktomiesyndrom** (kann nach radikaler Rektumamputation mit Entfernung des umliegenden Lymphgewebes und gleichzeitiger Stomaanlage auftreten) kann mit den Heilungsverlauf stark beeinträchtigenden Wundheilungsstörungen wie Fistel-, Narbenhernien- und Stenosebildung sowie Adhäsionsbeschwerden behaftet sein. Eine Blasenverlagerung, retroperitoneale Narbenfibrose mit Verlagerung der ableitenden Harnwege und Nervendurchtrennungen führen zu Funktionseinschränkungen in Folge nervaler Potenzverluste, von Deafferenzierungsschmerzen, Stuhl- und Harninkontinenz oder Lymphödemen der Beine mit Funktionsstörungen wie Bewegungseinschränkungen, Schmerzen oder Hautveränderungen.

Unter **medikamentöser antineoplastischer Therapie** treten systemisch-toxische Wirkungen mit Störungen der Nahrungsaufnahme und -verwertung sowie eine Knochenmarkdepression auf. Dadurch – und nicht selten im Rahmen eines sogenannten tumorassoziierten Fatigue-Syndroms – werden Allgemeinbefinden und Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Diese Symptome bessern sich in der Regel nach Beendigung der Behandlung. Die insbesondere beim Magenkarzinom zunehmend eingesetzten Taxane können gehäuft zu einer Polyneuropathie führen. Der vermehrte Einsatz von Antikörpern wie Bevacizumab und Trastuzumab ruft ein weites Nebenwirkungsspektrum hervor. In seltenen Fällen können Neuropathien, Knochenmark-, Haut- und Leberveränderungen persistieren.

Strahlenbedingte Funktionseinschränkungen treten bei gastrointestinalen Tumoren insbesondere bei Analkarzinomen auf, die fast immer mit einer kombinierten Radio-Chemotherapie behandelt werden. Die Strahlentherapie findet inzwischen auch im Therapiekonzept von Ösophagus- und Magenkarzinomen regelhaft Anwendung. In Abhängigkeit von Gesamtdosis, Fraktionierung, Volumen, Tumorausdehnung, Strahlentechnik und -feld kann es während der Bestrahlung zu Haut- und Schleimhautschäden kommen mit folgender Diarrhö und Übelkeit, selten auch Knochenmarkdepression. Gelegentlich persistieren Schleimhautdefekte am Darm nach Abschluss der Bestrahlung mit der Folge einer Malabsorption.

Bei malignen Tumoren des Gastrointestinaltraktes besteht Rehabilitationsbedürftigkeit, wenn oben genannte Funktionsstörungen vorliegen und durch die spezifisch-therapeutischen Mittel der Rehabilitation (unter anderem Stoma-Pflege,

Ernährungsberatung und -umstellung, Trainingstherapie) die Kompensation dieser Funktionseinschränkungen voraussichtlich erreicht werden kann. Ist die Therapie nach komplikationslos verlaufendem operativen Eingriff mit kurativem Ergebnis abgeschlossen (zum Beispiel nach Sigma-Teilresektion) und liegen keine dauerhaften Funktionsstörungen vor, sind Rehabilitationsleistungen nicht erforderlich.

5.1.3 Prostata-Karzinom

(ICD-10-Nr. C61)

Kriterium für Operation oder Strahlentherapie mit potenziell kurativer Zielsetzung ist der fehlende Nachweis eines organüberschreitenden Wachstums, das heißt es muss ein TNM-Stadium T1 oder T2 (in Ausnahmefällen auch T3, zu TNM-Stadien siehe Anlage 6.4.1) N0M0 vorliegen. Beim metastasierten symptomatischen Prostata-Karzinom ist die hormonelle Therapie obligat. Eine Chemotherapie kommt in der Regel erst bei hormonrefraktärem Karzinom zum Einsatz.

Als **tumorbedingte Beschwerden** können bei fortgeschrittenem Tumorwachstum in Abhängigkeit von Ausmaß und Lokalisation der primär meist ossären Metastasierung unter anderem Schmerzen und Funktionseinschränkungen durch die Erkrankung hervorgerufen werden.

Die häufigsten **operationsbedingten Folge- und Funktionsstörungen** sind eine Inkontinenz unterschiedlicher Ausprägung sowie eine erektile Dysfunktion. Bei erfolgter Lymphadenektomie ist die Ausbildung von Lymphzysten und Ödemen der unteren Extremitäten oder im Genitalbereich möglich. Selten treten Fisteln oder operationsbedingte Strikturen auf.

Häufig festgestellte **strahlentherapeutisch bedingte Funktionsstörungen** umfassen zur Chronifizierung neigende Zystitiden und Proktitiden, Blasenhal-Fibrosierung und Ureterstenosen, erektile Dysfunktion und Stressinkontinenz, selten ein chronisches Darmulkus.

Eine **Hormonentzugstherapie** [operativ: Orchiektomie zur Unterdrückung der Testosteronbildung, Alternative: chemische Kastration durch LHRH-(Luteinisierendes-Hormon-Releasing-Hormon)-Analoge] oder **antiandrogene Therapie** führt zu Libidoverlust, Feminisierung, Hitzewallungen und zu einer häufig schmerzhaften Gynäkomastie, darüber hinaus zu psychischen und emotionalen Störungen sowie Partnerschafts-Problemen. Es können gastrointestinale Beschwerden, Leberfunktionsstörungen sowie Störungen des Mineralhaushaltes mit resultierender Ödemneigung auftreten. Eine kardiovaskuläre Beteiligung ist gekennzeichnet durch eine erhöhte Thrombose- und Emboliegefahr sowie ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer koronaren Herzkrankheit.

Eine **Chemotherapie** wird in der Regel erst bei eingetretener Tumorprogression unter Androgensuppression vor allem auch als analgetische Therapie eingesetzt.

Bei einer Erkrankung durch ein Prostata-Karzinom besteht Rehabilitationsbedürftigkeit, wenn dauerhafte Funktionsstörungen vorliegen und durch die spezifisch-therapeutischen Mittel der Rehabilitation (zum Beispiel Kontinenztraining, psychotherapeutisch orientierte Intervention) die Kompensation dieser Funktionseinschränkungen voraussichtlich erreicht werden kann.

5.1.4 Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane

(ICD-10-Nr. C51–C58)

Bösartige **Neubildungen im Bereich des weiblichen Genitale** können – ebenso wie eine Erkrankung durch Mamma-Karzinom – unabhängig von der Ausdehnung des Tumors und den objektivierbaren Therapieerfolgestörungen besonders auch zu psychischen Beeinträchtigungen führen. Häufiger als bei anderen malignen Erkrankungen kommt es zu Störungen des Selbstwertgefühls, der Sexualität sowie zu Identitäts- und Partnerschaftsproblemen. Änderung und Anpassung von persönlichen Ansprüchen, Familienplanung und Lebenszielen sind bei dieser Indikation besonders bedeutsam.

Je nach Ausdehnung des Tumors im kleinen Becken und dem entsprechenden Umfang des operativen Eingriffs können Lymphödeme der unteren Extremitäten sowie Bewegungseinschränkungen im Bereich der Beine als **tumor-, operations- oder strahlenbedingte Funktionseinschränkungen** auftreten. Störungen der Sexualfunktion können ebenso Tumor- wie Therapieerfolgestörungen sein. Komplizierend kann postoperativ eine Urin- oder – weniger häufig – Stuhlinkontinenz auftreten. In weiter fortgeschrittenen Erkrankungsstadien sind Funktionsstörungen der Blase und des Mastdarmes durch Fistelbildungen und Strikturen nicht selten. Als allgemeine tumor- oder therapiebedingte Störungen können chronische Schmerzen, Kachexie, Müdigkeit, Gewichtsverlust und sehr häufig Inkontinenz hinzukommen.

Mögliche Folgen einer **Strahlentherapie** im kleinen Becken sind Fibrosierungen mit Kompression der Ureteren, Schrumpfblasserkrankungen und entzündliche Veränderungen. Klinisch imponieren am häufigsten Blasenentleerungsstörungen und/oder Inkontinenz, insbesondere bedingt durch Zystitiden und Proktitiden. Zu den strahlenbedingten Nebenwirkungen gehören auch Neuralgien, Knochenmarkdepression und psychische Beeinträchtigungen. Allerdings sind strahlenbedingte Nebenwirkungen durch die moderne Strahlentherapie heute seltener geworden.

Typische **Nebenwirkungen der medikamentösen antineoplastischen Therapie**, die in der Behandlung gynäkologischer Tumoren eingesetzt werden, sind Lungenparenchymveränderungen, Kardiomyopathie, Hepatopathie, Neuropathie und Alopezie.

Hormonell bedingte Störungen im Sinne von Hormonentzugserscheinungen machen sich insbesondere bei jungen Frauen als klimakterisches Beschwerdebild mit psychischen Beeinträchtigungen, Osteoporose, Pruritus vulvae, Hitzewallungen und gastrointestinalen Beschwerden bemerkbar.

Bei Patienten mit bösartigen Neubildungen der weiblichen Genitalorgane besteht Rehabilitationsbedürftigkeit, wenn oben genannte Funktionsstörungen vorliegen und durch die spezifisch-therapeutischen Mittel der Rehabilitation (unter anderem psychotherapeutisch orientierte Intervention, Inkontinenztherapie) die Kompensation dieser Funktionseinschränkungen voraussichtlich erreicht werden kann.

5.1.5 Bronchialkarzinome

(ICD-10-Nr. C34)

Die Primärtherapie der Bronchialkarzinome richtet sich nach Tumorstadium, Histologie und in hohem Maße nach individuellen Faktoren. Alter und Begleiterkrankungen spielen bei dieser Tumorentität eine besondere Rolle, da das Leiden gehäuft im höheren Lebensalter vorkommt und – ausgelöst durch Nikotinkonsum – nicht selten bereits im Vorfeld mit Gefäßveränderungen sowie respiratorischen und kardialen Schäden (wie zum Beispiel chronisch obstruktive Bronchitis, Cor pulmonale) assoziiert ist. Bei mehr als der Hälfte der Patienten ist der Tumor bereits bei Diagnosestellung inoperabel. Ausgeprägte oder fortgeschrittene Tumorerkrankungen, verbunden mit Gewichtsverlust, Kachexie, ausgeprägter Abgeschlagenheit und Belastungseinschränkungen, erfordern in dieser Indikationsgruppe eine besondere Prüfung der Rehabilitationsfähigkeit.

Tumorbedingt können durch lokales Wachstum oder Fernmetastasierung Husten, Hämoptoe, Dyspnoe, Thoraxschmerz, Heiserkeit, Dysphagie, obere Einflusstauung, Stridor, Knochenschmerzen und neurologische Symptome auftreten.

Operationsbedingte Funktionseinschränkungen treten in Abhängigkeit vom durchgeführten Operationsverfahren auf. Diese umfassen parenchymsparende Segmentresektionen, erweiterte Resektionen (Lobektomien oder Pneumonektomien) einschließlich der dazugehörigen Lymphabflussgebiete im Mediastinum ipsi- und kontralateral sowie bronchoplastische Eingriffe. Als Folge können durch eine verminderte Gasaustauschfläche respiratorische Störungen auftreten, später auch hämodynamische Funktionsstörungen.

Die operativ bedingten anatomischen Veränderungen der Thoraxwand und -organe bedingen gravierende Einschränkungen der Patienten hinsichtlich der Leistungsfähigkeit und stellen ein erhöhtes Risiko für pulmonale Infekte dar. Nicht selten sind Interkostalneuralgien nach lateraler Thorakotomie beschrieben, weniger häufig treten Fisteln auf.

Als **strahlenbedingte** Folge kann zwei bis sechs Monate nach Abschluss der Radiotherapie eine Strahlenpneumonitis mit Husten, Dyspnoe, Fieber und uncharakteristischen Schmerzen im Brustkorb auftreten, die eine restriktive Ventilationsstörung mit behindertem Gasaustausch nach sich ziehen kann. Radiogene Schäden wie Perikarderguss, Ösophagusstenosen, Ulzerationen und Fisteln sind selten.

Unter den Langzeitnebenwirkungen, die durch eine **medikamentöse antineoplastische Therapie** auftreten können, ist in erster Linie die durch Anthrazykline induzierte Kardiomyopathie zu erwähnen. Infolge des Einsatzes von Cisplatin beim nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom können unter anderem Nebenwirkungen wie Polyneuropathie, Hörminderung oder Niereninsuffizienz auftreten. Andere Zytostatika führen zu Parenchymveränderungen an der Lunge (zum Beispiel Bleomycin) oder auch zu Schädigungen der peripheren Nerven. Allerdings bilden sich Polyneuropathien, die unter der Infusionstherapie entstanden sind, häufig im Laufe von Wochen wieder zurück. Darüber hinaus kommen zunehmend molekulare Therapieansätze [Tyrosinkinaseinhibitoren, ALK-(Anaplastic Lymphoma Kinases)-Inhibitoren, Antikörper wie Bevacizumab] mit breiten Nebenwirkungsprofilen zum Tragen.

Nicht selten finden sich bei Tumorpatienten Kombinationsschäden durch das Tumorleiden selbst, die Operation, die Bestrahlung und die medikamentöse antineoplastische Therapie.

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn oben genannte Funktionsstörungen vorliegen und das Rehabilitationsziel mit den spezifisch-therapeutischen Mitteln der Rehabilitation (zum Beispiel Atem-, Ergo- oder Bewegungstherapie, psychotherapeutisch orientierte Intervention) erreicht werden kann.

5.1.6 Maligne hämatologische Systemerkrankungen und Lymphome

(ICD-10-Nr. C81–C96, D45–D47, D60/61)

Die Funktionseinschränkungen bei **florider Tumorerkrankung** resultieren aus der Störung der Hämatopoese durch Proliferation oder Suppression verschiedener Zellreihen. Bei Leukämie, multiplem Myelom und Lymphom sind vorwiegend das granulozytäre oder lymphatische System betroffen, bei Anämie die Erythropoese, bei der Polyzythämia vera alle drei Blutzellreihen, bei essentieller Thrombozythämie oder Thrombopenie vorwiegend die Megakaryozyten. Als Folge von Anämie und erhöhter Viskosität können Durchblutungsstörungen auftreten, verbunden mit Müdigkeit, Erschöpfung und fehlender kardialer Belastbarkeit. Thrombopenien und Thrombozytosen bergen die Gefahr von Blutungskomplikationen und Thrombosen. Leukopenien beziehungsweise pathologisch erniedrigte Zahlen funktionsfähiger Leukozyten bei Leukozytosen führen zu einer erhöhten Infektanfälligkeit. Für hämatologische Erkrankungen mit langen Latenzphasen (ICD-10-Nr. D45–D47, D60/61) gilt, dass die onkologische Rehabilitation erst nach Einleitung einer spezifischen hämatologischen Therapie in Frage kommt.

Weitere Funktionsstörungen im Sinne eingeschränkter Beweglichkeit und Schmerzen können sich bei fortgeschrittenen Erkrankungen infolge Lymphdrüsenanschwellungen, Einflusstauungen oder Lymphödemen sowie einem Milztumor ergeben.

Die Therapie der hämatologischen beziehungsweise lymphatischen Systemerkrankungen besteht in erster Linie in medikamentöser antineoplastischer Behandlung und/oder Strahlentherapie sowie in der peripheren Stammzelltransplantation beziehungsweise Knochenmarktransplantation.

Nach Ende der Behandlung können **therapiebedingte Funktionseinschränkungen** Aktivitäten und Teilhabe beeinträchtigen:

- **Strahlenbedingte Nebenwirkungen** können die Lunge mit einer Pneumonitis, das Herz mit einer Koronarsklerose, die Haut mit einer Radiodermatitis, das Zentralnervensystem mit psychischen und neurologischen Störungen sowie die Schilddrüse mit einer Hypothyreose nach Bestrahlung der zervikalen Lymphknoten betreffen. Eine hochdosierte und großflächige Bestrahlung kann das Knochenmark beeinträchtigen und zu Osteomyelofibrose oder Panzytopenie mit Auswirkungen auf die körperliche Belastbarkeit und Störungen des Immunsystems führen.
- Je nach Art der angewandten **medikamentösen antineoplastischen Therapie** ergeben sich toxische Funktionsstörungen an unterschiedlichen Organsystemen. Am Herz-Kreislauf-System können Störungen in Folge einer Knochenmarkdepression sowie durch anthrazyklinbedingte Kardiomyopathie oder bleomycinbedingte Veränderungen des Lungenparenchyms auftreten. Das zentrale Nervensystem kann betroffen sein. Die Toxizität äußert sich als Enzephalopathie, zerebellärer Störung oder Dysfunktionen der Hirnnerven mit Geschmacks- und Geruchsstörungen. Schädigungen des peripheren Nervensystems finden oft ihren Ausdruck in einer peripheren Neuropathie

mit Sensibilitätsstörungen. Auch molekulare Therapien können ein breites Nebenwirkungsprofil aufweisen.

- Störungen der Nahrungsaufnahme können **strahlenbedingt** auftreten oder auch in Folge einer medikamentösen antineoplastischen Therapie. Die toxische Schädigung der Darmschleimhaut führt zur Diarrhö beziehungsweise zu Resorptionsstörungen. Sie können allerdings auch von einer Cholestase im Rahmen einer Hepatotoxizität oder einer zytostatikabedingten Übelkeit mit Erbrechen und Inappetenz herrühren.
- Weitere Funktionsstörungen ergeben sich aus psychischen Beeinträchtigungen sowie aus Hautveränderungen in Form einer Photosensibilität beziehungsweise von Ekzemen, verbunden mit einem Pruritus. Ausscheidungsstörungen können zum Anstieg harnpflichtiger Substanzen führen und auch durch hämorrhagische Zystitiden bedingt sein.
- Ein langer Krankheitsverlauf, insbesondere eine lange Phase der Immobilität kann bei Tumorpatienten zu Funktionseinschränkungen am Bewegungs- und Stützapparat durch Muskelatrophien und allgemeinen Kräfteverfall führen. Auch intensive medikamentöse antineoplastische Behandlungen und Strahlentherapie können eine toxische Myopathie und Myalgien zur Folge haben.
- **Immunmodulierende Behandlungen** (zum Beispiel mit Interferonen), die manchmal als Erhaltungstherapien erforderlich sind, können das allgemeine Wohlbefinden erheblich stören. Sie sind oft mit Fieber und psychischer Beeinträchtigung assoziiert und von ausgeprägten Myalgien begleitet. Durch eine das **hormonelle System** beeinflussende Therapie können klimakterische Beschwerden und Fertilitätsstörungen induziert werden.
- Spezielle Funktionseinschränkungen nach **allogener Knochenmark- oder peripherer Stammzelltransplantation** sind chronische Graft-versus-host-Reaktionen. Diese treten hauptsächlich an der Haut (Exantheme), an den Schleimhäuten des Gastrointestinaltraktes (mit schmerzhafter Mukositis, Stomatitis sowie Diarrhö mit Auswirkungen auf Nahrungsaufnahme und Elektrolythaushalt) oder an der Leber auf. Eine dauerhaft durchzuführende Immunsuppression nach Knochenmarktransplantation führt darüber hinaus zu einem reduzierten Allgemeinbefinden und einer erhöhten Infektanfälligkeit.

Bei Patienten mit malignen hämatologischen und lymphatischen Erkrankungen besteht Rehabilitationsbedürftigkeit, wenn oben genannte Funktionsstörungen vorliegen und durch die spezifisch-therapeutischen Mittel der Rehabilitation (zum Beispiel Training der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit, ergotherapeutische Intervention bei Vincristin-Polyneuropathie) die Kompensation dieser Funktionseinschränkungen voraussichtlich erreicht werden kann.

5.1.7 Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut

(ICD-10-Nr. C43–C44)

Das **maligne Melanom** nimmt unter den Hauttumoren aufgrund der frühzeitigen lymphogenen und hämatogenen Metastasierung eine Sonderstellung ein. Die initiale **operative Therapie** besteht in einer Exzision des Krebsherdes mit ausreichendem Sicherheitsabstand. Bei Metastasierung stehen in der Regel Chemo- oder Immuntherapie im Vordergrund. Entstellende oder funktionell beeinträchtigende Operationen führen zu psychischen Belastungen.

Die **Strahlentherapie** ist bei besonderer Lokalisation der Melanom-Metastasen aus palliativer Indikation indiziert, gelegentlich wird sie auch zur Konsolidierung nach operativer Intervention eingesetzt.

Zytostatische Behandlungsmöglichkeiten sind beim metastasierten Melanom eher begrenzt. Bei einem Teil der Patienten wird eine adjuvante Therapie mit Interferon durchgeführt. Darüber hinaus wurden in klinischen Studien antineoplastische Antikörpertherapien angewendet (Ipilimumab), bei denen ebenfalls Nebenwirkungen auftreten können.

Erfolgversprechender, allerdings auch ohne kurativen Anspruch, ist in fortgeschrittenen Stadien der Einsatz von **Zytokinen** (Immunmodulatoren) wie Interferon und Interleukin. Unter dieser Therapie kann jedoch eine Beeinträchtigung des allgemeinen Befindens auftreten, verbunden mit Fieber, ausgeprägten Myalgien und psychischer Alteration.

Eine Besonderheit stellt das **Melanom der Aderhaut** dar. Als Therapie kommt in erster Linie die Brachytherapie durch Implantation einer radioaktiven Strahlungsquelle in Frage oder in seltenen Fällen die Enukleation. Je nach Tumorkonfiguration und -größe lässt sich durch Brachytherapie das Auge und zum Teil die Sehkraft erhalten.

Eine weitere Gruppe dermatologischer Karzinome wird durch **maligne epitheliale Hauttumoren** gebildet. Zu ihnen zählt das **Plattenepithelkarzinom** (Synonym: Spinaliom, spinozelluläres Karzinom) und das als „semimaligne“ bezeichnete **Basalzellkarzinom** (Basaliom). Der Morbus Bowen ist eine Präkanzerose und führt in der Regel nicht zu einer onkologischen Rehabilitation.

Die Therapie von Plattenepithelkarzinomen mit kleiner Ausdehnung (bis zu 2 cm) und Basaliomen ist in der Regel unkompliziert. Größere Basaliome und Plattenepithelkarzinome vermögen therapeutische Schwierigkeiten zu bieten, wenn sie zum Beispiel extradermale Strukturen wie Knorpel, Muskel oder Knochen infiltrieren und destruieren. Eine kurative Therapie ist dann häufig nicht mehr möglich. Neben der vollständigen chirurgischen Exzision kann auch eine radikale regionale Lymphknotenausräumung angezeigt sein mit im Folgenden anzustrebender plastischer Versorgung der Wunden. Funktionseinschränkungen nach operativen Eingriffen ergeben sich – wie beim malignen Melanom – in Abhängigkeit von Ausdehnung und Lokalisation des Tumors.

Bei inoperablem Befund ist unter palliativen Aspekten eine **Bestrahlung** und eventuell auch eine **medikamentöse antineoplastische Therapie** indiziert. Je nach den eingesetzten Medikamenten treten systemisch-toxische Nebenwirkungen auf. Leichte Organschäden an Haut, Knochenmark, Leber, Nieren und peripheren Nerven persistieren manchmal auch noch nach Ende der Therapie.

Beim Plattenepithelkarzinom und Basaliom kann als **Strahlentherapie** die Röntgenoberflächenbestrahlung oder die Radiatio mit Elektronen eingesetzt werden; insbesondere, wenn aufgrund der anatomischen Lokalisation durch eine Exzision eine Schädigung der Funktion oder kosmetisch störende Resultate zu erwarten sind. Im bestrahlten Gebiet kann es trotz Schutzmaßnahmen zu vorübergehenden Hautschäden kommen.

Bei Patienten mit Melanomen und sonstigen bösartigen Neubildungen der Haut besteht Rehabilitationsbedürftigkeit, wenn oben genannte Funktionsstörungen vorliegen und durch die spezifisch-therapeutischen Mittel der Rehabilitation (zum Beispiel psychotherapeutisch orientierte Intervention bei entstellenden operativen Eingriffen, funktionelles Training bei zu Behinderung führenden Eingriffen) die Kompensation dieser Funktionseinschränkungen voraussichtlich erreicht werden kann.

Nur gering ausgeprägte oder passager postoperativ bestehende Funktionsstörungen führen nicht zur Rehabilitationsbedürftigkeit. Insbesondere Basaliome sind in der Regel nach chirurgischer oder strahlentherapeutischer Intervention kurativ therapiert, hinterlassen dann keine Funktionsbeeinträchtigungen und bedingen entsprechend keine Rehabilitationsbedürftigkeit.

5.1.8 Hirntumore

Bei den Hirntumoren sind primäre, vom ortständigen Gewebe ausgehende Tumoren (unter anderem Glioblastome, Astrozytome, Oligodendrogliome, Ependymome) von den sekundären (metastasierten) Tumoren zu unterscheiden. Tumor- oder therapiebedingte Funktionseinschränkungen hängen ab von Lokalisation, Größe, Histologie und Behandlungsmodalität des Tumors. Somatische oder psychische Beeinträchtigungen liegen häufig vor. Darunter fallen zum Beispiel epileptische Anfälle, organisches Psychosyndrom, Gleichgewichtsstörungen, neurologische Ausfälle und Defizite wie zum Beispiel Plegien, Sehstörungen, Sprach- und Sprechstörungen, Nebenwirkungen durch Strahlen- und Chemotherapie sowie psychische Alteration als Strahlenspätfolge.

Nach der World Health Organisation (WHO) erfolgt eine Gradeinteilung I bis IV: Grad I entspricht einer benignen, Grad II einer semibenignen, Grad III einer semimaligen und Grad IV einer malignen Erkrankung (siehe auch unter Klassifikation in der Anlage 6.4.8).

Je nach Tumorgrad ist die Behandlungsmöglichkeit unterschiedlich und erstreckt sich von Operation über Strahlentherapie und Radiochirurgie bis hin zur Chemotherapie. **Eine Rehabilitation bei einem Grad-I-Tumor – also einem benignen Tumor – wird im Rahmen der medizinischen Rehabilitation im Antragsverfahren gewährt, bei Grad-III- oder Grad-IV-Tumor als onkologische Rehabilitation. Grad-II-Tumoren bilden einen Grenzbereich, in dem individuell entschieden werden muss. Eine onkologische Rehabilitation kann dann durchgeführt werden, wenn die erfolgten Therapien jenen bei malignen Tumoren vergleichbar sind.**

Sofern Rehabilitationsfähigkeit besteht, ist eine Rehabilitation bei Patienten mit Hirntumoren auch erforderlich. Bei höhergradigen Hirntumoren ist häufig keine positive Erwerbsprognose mehr gegeben.

5.1.9 Endokrine Neoplasien

(ICD-10-Nr. C73, D13.7, E34.0 und andere)

Beim **Schilddrüsen-Karzinom** ist die operative (Teil-)Resektion der Schilddrüse Therapie der Wahl, gegebenenfalls verbunden mit einer ausgedehnten Neck-Dissektion und/oder Radiojodtherapie. Funktionseinschränkungen können sich postoperativ durch Schmerzen und Bewegungseinschränkungen, Schluckstörungen, entstellende Narbenbildungen und Hormonstörungen (Hypothyreose, Hypoparathyreoidismus) beziehungsweise eine Rekurrensparese ergeben. Des Weiteren können nach Radiojodtherapie und/oder bis zum Erreichen einer

optimalen Hormonsubstitution Störungen der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit auftreten.

Die im Folgenden beschriebenen **endokrinen Neoplasien im engeren Sinn** sind selten vorkommende semimaligne Tumoren. Sie sind charakterisiert durch unkontrollierte Bildung, Speicherung und Freisetzung von Hormonen. Am häufigsten sind diese Tumoren im Gastrointestinaltrakt lokalisiert. Die Funktionsstörungen resultieren in erster Linie aus der unkontrollierten Freisetzung von Tumorsekretionsprodukten. Eine Metastasierung ist in Abhängigkeit von der Tumorart möglich.

Beim **Karzinoid-Syndrom** kommt es zur Freisetzung von Prostaglandinen, Serotonin, Tachy- und Bradykininen, Histamin und anderen Mediatoren. Die Folge können Flush, krampfartige Abdominalschmerzen, Diarrhö, Darmobstruktion und Luftnot in Folge einer Bronchokonstriktion sein.

Insulinom und Glukagonom greifen durch Hormonfreisetzung in den Kohlenhydratstoffwechsel ein: Beim **Insulinom** resultieren aus der unkontrollierten Freisetzung von Insulin Funktionsstörungen im Sinne von Hypoglykämien. Das **Glukagonom** fördert die hepatische Glukoneogenese und Glykolyse. Resultierende Funktionsstörungen sind eine pathologische Glukosetoleranz mit folgendem Diabetes mellitus beziehungsweise Hyperglykämien, verbunden mit Gewichtsverlust, Anämie, thrombembolischen Komplikationen sowie Erythemen mit blasenbildender Dermatitis.

Beim **Gastrinom** führt eine gastrale Magensäurehypersekretion zur Ausbildung von Ulzera im Gastrointestinaltrakt, die wiederum Schmerzen und Störungen der Nahrungsaufnahme induzieren.

Die Therapie der endokrinen Neoplasie bei lokalisiertem Wachstum ist die chirurgische Resektion. In fortgeschrittenen Stadien mit Metastasierung werden symptomorientierte antihormonelle Therapien eingesetzt. Bei Ineffektivität der antihormonellen Therapie kann eine Behandlung mit Interferon oder eine Chemotherapie indiziert sein.

Funktionseinschränkungen können sich durch die Tumorerkrankung, aus der Operation beziehungsweise postoperativen Komplikationen oder durch Beeinträchtigungen in Folge der eingesetzten systemischen Therapie ergeben.

Eine Besonderheit der endokrinen Neoplasien stellen die MEN-(Multiple endokrine Neoplasien)-Syndrome dar. Hier liegen, basierend auf einem genetischen Defekt, Störungen mehrerer endokriner Drüsensysteme – auch in Kombination von benignen und malignen endokrinen Neoplasien – vor.

Bei Patienten mit endokrinen Neoplasien besteht Rehabilitationsbedürftigkeit, wenn oben genannte Funktionsstörungen vorliegen und durch die spezifisch-therapeutischen Mittel der Rehabilitation (zum Beispiel Ernährungsberatung, Schulung im Umgang mit den Folgen der Tumorsekretionsprodukte) die Kompensation dieser Funktionseinschränkungen voraussichtlich erreicht werden kann.

Ist die Therapie nach komplikationslos verlaufendem operativen Eingriff mit kurativem Ergebnis abgeschlossen (zum Beispiel nach Resektion eines Gastrinoms) und liegen keine andauernden Funktionsstörungen vor, besteht keine Rehabilitationsbedürftigkeit.

5.2 Carcinomata in situ und nicht-invasive Karzinome der Harnblase

(ICD-10-Nr. D00–D09, zum Teil C67)

Die Therapie von Carcinomata in situ hängt von der Tumorentität ab und unterscheidet sich vielfach nicht von der Behandlung eines invasiven Karzinoms. In Abhängigkeit von der Therapie und damit einhergehenden Funktionseinschränkungen – zum Beispiel je nach Umfang des operativen Eingriffs, einer zusätzlichen Strahlentherapie und/oder Chemotherapie und/oder Vorliegen gravierender tumor- oder behandlungsbedingter Funktionsstörungen – werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung sowohl im Rahmen des § 15 als auch nach § 31 SGB VI durchgeführt.

Es folgt die Beschreibung der Vorgehensweise bei den verschiedenen Tumorentitäten:

Mamma-Karzinom in situ (ICD-10-Nr. D05):

Bei Patienten mit Mamma-Carcinoma in situ erfolgt postoperativ in der Regel eine lokale Bestrahlung. Das Behandlungskonzept ist einer Therapie vergleichbar, die auch bei invasiven Karzinomen durchgeführt wird. **Es kann davon ausgegangen werden, dass grundsätzlich Bedarf für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation besteht**, so dass eine onkologische Rehabilitation angezeigt ist.

Nicht-invasive Karzinome der Harnblase:

Hier werden unterschieden

- flach im Schleimhautniveau wachsende Veränderungen (sogenannter „flat tumor“) als Carcinoma in situ (ICD-10-Nr. D09.0)
- polypös gegen das Blasenlumen wachsende Karzinome mit der TNM-Klassifikation „pTa N0 M0“ (**ICD-Nr. C67**).

Nach endoskopischen Abtragungen ohne weitere Therapiemaßnahmen besteht keine Rehabilitationsbedürftigkeit. Bei zusätzlicher topischer Chemotherapie oder Immuntherapie und daraus resultierenden Funktionsstörungen kann Rehabilitationsbedarf bestehen. Wurde zum Beispiel wegen rezidivierender Carcinomata in situ eine radikale Zystektomie vorgenommen, wird von Rehabilitationsbedürftigkeit auszugehen sein.

Die Rehabilitationsleistung wird aufgrund der eingreifenden Therapie dann als onkologische Rehabilitation in einer spezialisierten Einrichtung durchgeführt.

Carcinoma in situ des Magens (ICD-10-Nr. D00.2):

Nach der TNM-Klassifikation wird als „Tis“ ein intraepithelialer Tumor ohne Infiltration der Lamina propria angesehen, als Vorstufen gelten intraepitheliale Dysplasien mit unterschiedlicher Potenz zur Malignitätsentwicklung. Der Begriff „Magenfrühkarzinom“ hat heute an Bedeutung verloren. **Von einer Rehabilitationsbedürftigkeit wird nach erfolgter Teil- oder Total-Resektion des Magens auszugehen sein.**

Carcinoma in situ der Cervix uteri (ICD-10-Nr. D06):

Als Therapie erfolgt bei bestehendem Kinderwunsch eine Konisation, sonst eine Hysterektomie. Es wird keine Bestrahlung durchgeführt. **Ein Bedarf für eine Rehabilitation ergibt sich nur, wenn im Rahmen der tumorbedingten Therapie Funktionseinschränkungen aufgetreten sind.**

Melanoma in situ (ICD-10-Nr. D03, Clark-Level-1-Melanom) oder Plattenepithel-Carcinoma in situ der Haut (ICD-10-Nr. D04):

Ist außer der Exzision keine weitere Therapie erforderlich, werden Anträge auf eine Rehabilitationsleistung in der Regel abgelehnt. **In Ausnahmefällen können Ausmaß des operativen Eingriffs, exponierte Lage und daraus resultierende Funktionsstörungen zur Rehabilitationsbedürftigkeit führen.**

Carcinoma in situ des Dickdarms (ICD-10-Nr. D01.0):

Soweit das Carcinoma in situ durch Abtragung eines Polypen entfernt werden kann, besteht keine Indikation zur Rehabilitation. **Bei der Resektion von Darmabschnitten kann in Abhängigkeit vom Ausmaß der Resektion und damit einhergehenden Funktionseinschränkungen eine Rehabilitation indiziert sein.**

Carcinoma in situ der Mundhöhle (ICD-10-Nr. D00.0) oder des Kehlkopfes (ICD-10-Nr. D02.0):

Bei operativer Therapie mit einhergehenden Funktionseinschränkungen erfolgt die Rehabilitation als Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Antragsverfahren.

5.3 Präkanzerosen

Im Falle des Vorliegens einer Präkanzerose kann davon ausgegangen werden, dass **eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation grundsätzlich nicht erforderlich ist.**

5.4 Gutartige Tumoren

(ICD-10-Nr. D10–D36)

Bei Patienten mit gutartigen Tumoren kann in Einzelfällen in Abhängigkeit von therapiebedingten Funktionsstörungen Rehabilitationsbedürftigkeit bestehen. Diese Rehabilitationsleistungen werden als medizinische Rehabilitation im Antragsverfahren (MRA) durchgeführt. Gutartige neurologische Tumorerkrankungen mit erfolgter operativer Therapie stellen eine AHB-Indikation dar (siehe Deutsche Rentenversicherung: AHB-Indikationskatalog, Tabelle 9: Neurologische Krankheiten). Leistungen der onkologischen Rehabilitation sind nicht indiziert. Die Abgrenzung zu malignen Hirntumoren wird in Abschnitt 5.1.8 thematisiert.

6. Anlagen

6.1 Auszug aus Sozialgesetzbuch (SGB) VI

§ 15 SGB VI – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

„(1) Die Träger der Rentenversicherung erbringen im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Leistungen nach den §§ 26 bis 31 des Neunten Buches, ausgenommen Leistungen nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 und § 30 des Neunten Buches. Zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz wird nur erbracht, wenn sie unmittelbar und gezielt zur wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, insbesondere zur Ausübung des bisherigen Berufs, erforderlich und soweit sie nicht als Leistung der Krankenversicherung oder als Hilfe nach dem Fünften Kapitel des Zwölften Buches zu erbringen ist.

(2) Die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal entweder von dem Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden oder mit denen ein Vertrag nach § 21 des Neunten Buches besteht. Die Einrichtung braucht nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert. Die Leistungen der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation müssen nach Art oder Schwere der Erkrankung erforderlich sein.

(3) Die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen für längstens drei Wochen erbracht werden. Sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen.“

§ 31 SGB VI – Sonstige Leistungen (Auszüge)

„(1) Als sonstige Leistungen zur Teilhabe können erbracht werden:

...

3. Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen für Versicherte, Bezieher einer Rente sowie ihre Angehörigen,

...

(2) Die Leistungen ... nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 (setzen voraus), dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, Sie werden nur auf Grund von Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung Bund erbracht, die im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erlassen werden.“

6.2 „Ca-Richtlinien“

Gemeinsame Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI für die Erbringung von onkologischen Nachsorgeleistungen bei malignen Geschwulst- und Systemerkrankungen (Ca-Richtlinien) vom 4. Juli 1991 in der Fassung vom 14. August 1997

[Beschlussfassung des Gesundheitsausschusses der Vertretersammlung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) am 22.4.1998]

§ 1 Grundsatz

(1) Die Träger der Rentenversicherung können als sonstige Leistungen zur Rehabilitation nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI onkologische Nachsorgeleistungen bei malignen Geschwulst- und Systemerkrankungen erbringen.

(2) Die Leistungen nach Abs. 1 werden bis zum Ablauf eines Jahres nach einer beendeten Primärbehandlung gewährt. Darüber hinaus können spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeter Primärbehandlung Maßnahmen im Einzelfall erbracht werden, wenn erhebliche Funktionsstörungen entweder durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Komplikationen bzw. Therapiefolgen vorliegen. Die Vorschriften der §§ 9 ff. SGB VI über die Durchführung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation zur Förderung der Erwerbsfähigkeit bleiben unberührt.

§ 2 Persönliche Voraussetzungen

Persönliche Voraussetzungen für onkologische Nachsorgeleistungen sind:

1. Die Diagnose muß im Sinne des § 1 Abs. 1 geklärt sein; § 1 Abs. 1 findet bei Vorliegen von Praecancerosen und grundsätzlich bei Ca in situ keine Anwendung.
2. Hat eine operative oder Strahlentherapie stattgefunden, so muß diese Behandlung abgeschlossen sein. Eine noch laufende zytostatische Behandlung ist kein grundsätzlicher Hinderungsgrund für onkologische Nachsorgeleistungen.
3. Die durch die Erkrankung nach § 1 Abs. 1 oder deren Therapie bedingten körperlichen, seelischen, sozialen und beruflichen Behinderungen sollen positiv beeinflussbar sein. Eine ausreichende Belastbarkeit für onkologische Nachsorgeleistungen muß gegeben sein. Der Betreute soll in der Regel allein reisefähig sein.

§ 3 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

(1) Onkologische Nachsorgeleistungen können erhalten:

1. Versicherte, die die Voraussetzungen des Absatzes 2 erfüllen (Versicherte),
2. Bezieher von Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Rentenbezieher),
3. nichtversicherte Ehegatten [Anmerkung: redaktionelle Änderung infolge § 11 LPartG (gültig ab 1.8.2001) durch Ergänzung von „oder Lebenspartner“, Beschluss des Gesundheitsausschusses der Vertreterversammlung der BfA am 18.9.2001] und Kinder von Versicherten und von Rentenbeziehern nach Nr. 1 und 2 (Angehörige).

(2) Versicherte nach Abs. 1 sind diejenigen, die

1. in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben oder
2. innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind.

3. bei Antragstellung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

(3) Kinder im Sinne des § 3 Abs. 1 Nr. 3 sind auch:

1. in den Haushalt aufgenommene Stief- und Pflegekinder,
2. Enkel und Geschwister von Versicherten oder Rentenbeziehern, die in deren Haushalt aufgenommen sind oder von ihnen überwiegend unterhalten werden.

(4) Die in Absätzen 1 und 3 genannten Kinder werden über das 18. Lebensjahr hinaus bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres berücksichtigt, wenn sie

1. sich in Schulausbildung oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres leisten oder
2. wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten.

(5) In den Fällen des Abs. 4 Nr. 1 erhöht sich die Altersbegrenzung bei Unterbrechung oder Verzögerung der Schulausbildung oder Berufsausbildung durch den gesetzlichen Wehrdienst, Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst um die Zeit dieser Dienstleistung, höchstens um einen der Dauer des gesetzlichen Grundwehrdienstes oder Zivildienstes entsprechenden Zeitraum.

§ 4 Leistungsausschluß

(1) Onkologische Nachsorgeleistungen werden nicht erbracht für Versicherte oder Rentenbezieher sowie deren nichtversicherte Angehörige (§ 3 Abs. 1), wenn die Versicherten oder Rentenbezieher oder die nichtversicherten Angehörigen selbst

1. eine Beschäftigung ausüben, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaften auf Versorgung gewährleistet ist, oder

2. als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze versicherungsfrei sind.

(2) Darüber hinaus werden onkologische Nachsorgeleistungen nicht erbracht für Versicherte, Rentenbezieher sowie nichtversicherte Angehörige (§ 3 Abs. 1), wenn die Versicherten oder Rentenbezieher oder die nichtversicherten Angehörigen selbst

1. aufgrund einer Berufskrankheit bzw. eines Arbeitsunfalls oder einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers erhalten können oder

2. sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilig nach § 126a Abs. 1 der Strafprozeßordnung untergebracht sind.

§ 5 Umfang und Dauer der Leistungen

(1) Onkologische Nachsorgeleistungen umfassen gezielte diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die geeignet sind, zur Stabilisierung oder Besserung des Gesundheitszustandes beizutragen und insbesondere Funktionsstörungen zu beseitigen oder auszugleichen. Sie können auch als Anschlußheilbehandlungen (Anmerkung: heute Anschlussrehabilitation) durchgeführt werden.

(2) Die Unterbringung einer Begleitperson im Rahmen der Durchführung von onkologischen Nachsorgeleistungen zu Lasten der Rentenversicherung kann aus medizinischen Gründen erfolgen.

(3) § 15 Abs. 3 SGB VI gilt entsprechend.

§ 6 Bestimmungsrecht

Die Träger der Rentenversicherung bestimmen im Einzelfall Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung.

§ 7 Zuständigkeit

Die Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger richtet sich nach den Vorschriften des SGB VI.

§ 8 Ergänzende Leistungen

Die Vorschriften zum Übergangsgeld nach §§ 20 ff. SGB VI und über ergänzende Leistungen nach §§ 28 ff. SGB VI finden Anwendung.

§ 9 Zuzahlung

Auf onkologische Nachsorgeleistungen findet die Vorschrift über die Zuzahlung bei medizinischen und bei sonstigen Leistungen (§ 32 SGB VI) Anwendung.

§ 10 Inkrafttreten

Die Richtlinien ergehen im Benehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. Sie gelten in der Neufassung vom 14. August 1997 ab 01. April 1998 für nach dem 31. Dezember 1996 gestellte Anträge. In angemessenen Zeitabständen wird geprüft, ob die Richtlinien aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepaßt werden müssen.“

6.3 Definitionen

Adjuvante Therapie: Medikamentöse systemische Behandlung in Ergänzung einer potenziell kurativen Operation und/oder Bestrahlung eines Tumors.

Krebsnachsorge: Durch regelmäßige Nachsorgeuntersuchungen soll die Progression einer Krebserkrankung rechtzeitig erkannt werden, um eine angemessene Therapie einleiten zu können.

Kurative Therapie: Therapie mit Heilungsaussicht.

Neoadjuvante Therapie: Präoperative Behandlung durch Strahlen- und/oder medikamentöse antineoplastische Therapie zur Tumorverkleinerung.

Palliative Therapie: Beschwerdelindernde Therapie bei fortgeschrittenem Tumorleiden ohne Aussicht auf Heilung.

Primärbehandlung: Eine Primärbehandlung umfasst Operation und/oder Strahlen- und/oder medikamentöse antineoplastische Therapie entsprechend der bei Diagnosestellung festgelegten Behandlungskonzepts. Sie dauert in der Regel nicht länger als sechs bis zwölf Monate, häufig ergänzt durch eine adjuvante antihormonelle Therapie über mehrere Jahre.

- Bei ausschließlicher Operation als Therapie gilt die Primärbehandlung zum Zeitpunkt der primären Entlassung aus dem Krankenhaus als beendet. Nach Entlassung auftretende Wundheilungsstörungen oder andere Komplikationen zählen nicht zur Primärbehandlung.
- Die Strahlentherapie muss abgeschlossen sein. Der Abschluss ist mit dem letzten Tag, an dem eine Bestrahlung stattfindet, erreicht.
- Bei einer primären Krebserkrankung soll die medikamentöse antineoplastische Therapie in der Regel abgeschlossen sein. Der Abschluss ist mit dem letzten Tag, an dem eine Infusionstherapie stattfindet, erreicht. Nach § 2 der "Ca-Richtlinien" ist eine noch laufende zytostatische Behandlung kein grundsätzlicher Hinderungsgrund für onkologische Nachsorgeleistungen.

Andere Therapieschemata (Hormon-, Immun- oder Zytokin-Therapie) sind im Einzelfall zu beurteilen.

6.4 Klassifikationen maligner Erkrankungen

6.4.1 TNM-Klassifikation

Die TNM-Klassifikation maligner Tumoren ist mehrfach revidiert worden und liegt aktuell in der 7. Auflage (TNM – Klassifikation maligner Tumoren 2010) vor. Sie wird für alle Malignome außer Hämoblastosen und Hirntumoren verwandt. Sie beschreibt die Ausdehnung der Erkrankung nach klinischen sowie – soweit möglich – nach histopathologischen Maßstäben und ist auf alle anatomischen Bezirke anwendbar. Das TNM-System beruht auf der Feststellung der folgenden drei Komponenten:

- T** Ausdehnung des Primärtumors
- N** Fehlen oder Vorhandensein und Ausbreitung von regionären Lymphknotenmetastasen
- M** Fehlen oder Vorhandensein von Fernmetastasen

Durch Hinzufügen von Ziffern (T0, T1, ...) wird die Ausdehnung der malignen Erkrankung angezeigt. Für jede Lokalisation werden zwei Klassifikationen beschrieben: Durch **TNM** oder **cTNM** wird die klinische Klassifikation beschrieben (= prätherapeutische Klassifizierung aufgrund der vor der Behandlung erhobenen Befunde), während **pTNM** die pathologische Klassifikation bezeichnet (= postoperative histopathologische Klassifikation). Bestehen Zweifel bei der Festlegung der TNM-Kategorien, wird die niedrigere gewählt. Bei multiplen simultanen Tumoren in einem Organ wird der Tumor mit der höchsten T-Kategorie identifiziert und die Anzahl der Tumoren in Klammern angegeben, zum Beispiel T2 (5) bei fünf simultanen Tumoren.

Die TNM-Klassifikation bezieht sich auf die jeweilige anatomische Region, folgende allgemeine Definitionen werden jedoch stets angewendet:

T – Primärtumor

- TX Primärtumor kann nicht beurteilt werden.
- pTX Primärtumor kann histologisch nicht beurteilt werden.
- T0 Kein Anhalt für Primärtumor.
- pT0 Kein histologischer Anhalt für Primärtumor.
- Tis Carcinoma in situ.
- pTis Carcinoma in situ histologisch nachgewiesen.
- T1-4 Zunehmende Größe und/oder lokale Ausdehnung des Primärtumors.
- pT1-4 Histologisch gesicherter Primärtumor mit zunehmender Größe und/oder Ausdehnung.

N – Regionäre Lymphknoten

- NX Lymphknoten können nicht beurteilt werden.
- pNX Lymphknoten können histologisch nicht beurteilt werden.
- N0 Keine regionären Lymphknotenmetastasen.
- pN0 Histologisch keine Lymphknotenmetastasen.
- N1-3 Zunehmender Befall regionärer Lymphknoten.
- pN1-3 Zunehmender Befall regionärer Lymphknoten bei histologischer Untersuchung.

M – Fernmetastasen

- MX Das Vorliegen von Fernmetastasen kann nicht beurteilt werden.
- pMX Das Vorliegen von Fernmetastasen kann mikroskopisch nicht beurteilt werden.

- M0 Keine Fernmetastasen.
- pM0 Mikroskopisch keine Fernmetastasen.
- M1 Fernmetastasen (Die Kategorie M 1 kann wie folgt spezifiziert werden:
PUL = Lunge, OSS = Knochen, HEP = Leber, BRA = Hirn, LYM = Lymphknoten, MAR = Knochenmark, PLE = Pleura, PER = Peritoneum, ADR = Nebenniere, SKI = Haut, OTH = andere Organe).
- pM1 Mikroskopisch Fernmetastasen.

Manche Kategorien sind weiter unterteilt, wenn eine größere Spezifität benötigt wird, zum Beispiel T1a, T1b.

Bei den meisten anatomischen Bezirken kann eine weitere Information über den Tumor durch das histopathologische Grading gewonnen werden:

- GX** Differenzierungsgrad kann nicht bestimmt werden.
- G1** Gut differenziert.
- G2** Mäßig differenziert.
- G3** Schlecht differenziert.
- G4** Undifferenziert.

Fakultativ können noch folgende zusätzliche Kennzeichnungen verwendet werden:

Erfolgt die Klassifikation erst während oder nach initialer multimodaler Therapie, werden die TNM- oder pTNM-Kategorien durch das Präfix y gekennzeichnet, z.B. yT3N1M0.

Rezidivtumoren werden durch das Präfix r kenntlich gemacht.

Blut- und Lymphbahninvasion werden gekennzeichnet mit:

- VX** Veneninvasion nicht beurteilbar.
- V0** Keine Veneninvasion.
- V1** Mikroskopische Veneninvasion.
- V2** Makroskopische Veneninvasion.
- LX** Lymphgefäßinvasion nicht beurteilbar.
- L0** Keine Lymphgefäßinvasion.
- L1** Lymphgefäßinvasion.

Der **C-Faktor** (C = certainty) drückt die von den diagnostischen Methoden verwendete Zuverlässigkeit der Klassifikation aus:

- C1** Aussage aufgrund von diagnostischen Standardmethoden, zum Beispiel Inspektion, Palpation und Standardröntgenaufnahmen, intraluminale Endoskopie bei bestimmten Organen.
- C2** Aussage aufgrund spezieller diagnostischer Maßnahmen, zum Beispiel bildgebende Verfahren: Röntgenaufnahmen in speziellen Projektionen, Schichtaufnahmen, Computertomographie (CT), Sonographie, Lymphographie, Angiographie, nuklearmedizinische Untersuchungen, Kernspintomographie (NMR); Endoskopie, Biopsie und Zytologie.
- C3** Aussage aufgrund chirurgischer Exploration einschließlich Biopsie und zytologischer Untersuchung.
- C4** Aussage nach definitiver chirurgischer Behandlung und pathologischer Untersuchung des Tumorresektats.
- C5** Aussage aufgrund einer Autopsie.

Durch das – fakultativ zu verwendende – Symbol **R** wird beschrieben, ob nach Behandlung ein Residual- beziehungsweise Resttumor vorhanden ist oder fehlt:

RX Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden.

R0 Kein Residualtumor.

R1 Mikroskopischer Residualtumor.

R2 Makroskopischer Residualtumor.

Bei vier Kategorien von T, drei von N und zwei von M stehen im TNM-System insgesamt 24 Kategorien zur Verfügung, die in Stadien zusammengefasst werden können. Durch die **Stadiengruppierung** soll sichergestellt werden, dass jede Gruppe in Bezug auf die Überlebensrate möglichst homogen ist. Das Carcinoma in situ wird dabei als Stadium 0 bezeichnet, das Vorhandensein von Fernmetastasen entspricht Stadium IV. Die Stadiengruppierung bei Mamma-Tumor lautet zum Beispiel:

Stadium 0	Tis N0 M0
Stadium I	T1 N0 M0
Stadium IIA	T0 N1 M0, T1 N1 M0, T2 N0 M0
Stadium IIB	T2 N1 M0, T3 N0 M0
Stadium IIIA	T0 N2 M0, T1 N2 M0, T2 N2 M0, T3 N1/2 M0
Stadium IIIB	T4 N1/2/3 M0, T1/2/3/4 N3 M0
Stadium IV	T1/2/3/4 N1/2/3 M1

6.4.2 ICD

Die von der WHO veröffentlichte „**International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**“ („Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“) in der 10. Revision (ICD-10) stellt ein international verbreitetes Klassifikationssystem für sämtliche Krankheiten und Gesundheitsprobleme dar. Neubildungen können anhand des zweiten Kapitels in folgenden Diagnosegruppen kodiert werden:

- C00–C97 Bösartige Neubildungen
- D00–D09 In situ Neubildungen
- D10–D36 Gutartige Neubildungen
- D37–D48 Neubildungen mit unsicherem oder unbekanntem Verhalten.

Die einzelnen Ziffern bezeichnen im Weiteren einzelne Neubildungen beziehungsweise Neubildungen unterschiedlicher Organe. Eine Ziffer an vierter Stelle beziehungsweise die Ziffer nach dem Punkt (zum Beispiel C16.1) erlaubt eine weitere Spezifizierung.

In Deutschland ist die ICD-10 seit dem 01.01.2000 zur Verschlüsselung im akutmedizinischen Bereich verbindlich vorgeschrieben. Für die Rentenversicherung wurde auf der Basis der ICD-10 durch Experten aus Rehabilitationseinrichtungen und Sozialmedizin ein verkürzter Diagnoseschlüssel zusammengestellt (Deutsche Rentenversicherung: Diagnoseschlüssel ICD-10-GM, Version 2010). Dieser Diagnoseschlüssel für den internen Gebrauch in der Deutschen Rentenversicherung ist mit dem ICD-Original kompatibel und erlaubt für die fachspezifische Verschlüsselung auch die Nutzung der vollständigen ICD.

In Bezug auf Neubildungen wird die ICD darüber hinausgehend durch die „**International Classification of Diseases for Oncology**“ (ICD-O) ergänzt, die eine Nomenklatur der Morphologie von Neubildungen enthält. Die Schlüsselnummern enthalten nach einem „M“ eine bis fünfstellige Ziffer: Die ersten vier Stellen

kennzeichnen den histologischen Typ der Neubildung, die fünfte Stelle – getrennt durch einen Schrägstrich – bezeichnet den Malignitätsgrad.

Der Schlüssel für den Malignitätsgrad lautet wie folgt:

M800ff./0 Gutartig (benigne)

/1 Unsicher, ob gutartig oder bösartig

Borderline-Malignität

geringes Malignitätspotenzial

/2 Carcinoma in situ

intraepithelial

nichtinfiltrierend

nichtinvasiv

/3 Bösartig (maligne), Primärsitz

/6 Bösartig (maligne), Metastase (Sekundärsitz)

/9 Bösartig (maligne); unsicher, ob Primärsitz oder Metastase.

Zwei Beispiele für aus der Gruppe „M801 – M804 Epitheliale Neubildungen“:

M8011/0 Epitheliom, gutartig

M8032/3 Spindelzellkarzinom.

6.4.3 Klassifikationen bei akuten lymphatischen Leukämien (ALL)

Die früher verwendete FAB-Klassifikation der ALL (siehe unten) wurde erweitert. Die Klassifikation erfolgt aktuell nach Immunphänotypisierung: Hierbei wird der Subtyp durch Antikörper, die bestimmte Molekülstrukturen an der Zelloberfläche erfassen, genauer bestimmt.

Tab. 6: Relative Häufigkeit verschiedener Immunphänotypen der akuten lymphatischen Leukämie
(Bene et al. 1995)

Zuordnung		Immunphänotyp			Frequenz [%]
B-Linien-ALL	Reifegrad nimmt zu	↓	Pro-B-ALL	→	12
		↓	Common-ALL (c-ALL)	→	45
		↓	Prä-B-ALL	→	15
		↓	B-ALL		3
		B-Vorläufer-ALL			
T-Linien-ALL	Reifegrad nimmt zu	↓	Pro-T-ALL	→	3
		↓	Prä-T-ALL	→	4
		↓	Thymische T-ALL		12
		↓	Reife T-ALL		6
		Early-T-ALL			

Früher verwendete **FAB-Klassifikation** der ALL:

L1 Kleinzellige ALL (häufiger im Kindesalter).

L2 Polymorphzellige ALL (häufiger bei Erwachsenen).

L3 Mittelgroße bis große Zellen mit wenig Heterogenität, meistens Zytoplasma-vakuolen (Burkitt-cell-type).

6.4.4 WHO- und FAB-Klassifikationen der akuten myeloischen Leukämie (AML)

Tab.7: WHO-Klassifikation der akuten myeloischen Leukämie (Haferlach et al. 2004, Vardiman et al. 2009)

Kategorien	Leukämieformen
AML mit spezifischen zytogenetischen Veränderungen	<ul style="list-style-type: none"> → AML mit t(8;21)(q22;q22); AML1/ETO → AML mit abnormen Knochenmarkeosinophilen und inv(16)(p13q22) oder t(16;16)(p13;q22); CBFβ/MYH11 → Akute Promyelozytenleukämie – AML M3 mit t(15;17)(q22;q11-12) (PML/RARα) – und Varianten → AML mit 11q23-(MLL-)Anomalien
AML mit multilineärer Dysplasie	<ul style="list-style-type: none"> → AML mit vorausgegangener Myelodysplasie/myeloproliferativem Syndrom → De-novo-AML ohne vorausgegangenes Syndrom
AML und MDS, therapieassoziiert	<ul style="list-style-type: none"> → AML/MDS nach Gabe von Alkylanzien → AML/MDS nach Therapie mit Topoisomerase-II-Inhibitoren → AML/MDS nach sonstiger Chemo-/Strahlentherapie
AML, nicht anderweitig klassifiziert	<ul style="list-style-type: none"> → AML, minimal differenziert (FAB M0) → AML ohne Ausreifung (FAB M1) → AML mit Ausreifung (FAB M2) → Akute myelomonozytäre Leukämie (FAB M4) → Akute monozytäre Leukämie (FAB M5a, b) → Akute Erythroleukämie (FAB M6) → Akute Megakaryoblastenleukämie (FAB M7) → Akute Basophilenleukämie → Akute Panmyelose mit Myelofibrose → Myelosarkom/Chlorom

Die früher verwendete **FAB-Klassifikation** (Bennett et al 1976) der AML orientierte sich ausschließlich an morphologischen Kriterien. Sie wird aktuell ausschließlich bei den anderweitig nicht klassifizierbaren Formen der AML verwendet.

FAB-Klassifikation der AML:

- M0** minimal differenzierte AML
- M1** Myeloblastenleukämie
- M2** Myeloblastenleukämie mit Ausreifung
- M3** Promyelozytenleukämie
- M4** myelomonozytäre Leukämie
- M5** Monozytenleukämie
- M6** Erythroleukämie
- M7** Megakaryozytenleukämie

Morphologische Subtypen:

- M2 mit Basophilie
- M4 mit Eosinophilie
- AML mit Myelodysplasie
- biphänotypische Leukämie

6.4.5 Stadieneinteilung des Multiplen Myeloms nach Durie und Salmon

Tab. 8: Stadieneinteilung des multiplen Myeloms nach Durie und Salmon (1975)

Stadium	Definition	Myelomzellmasse (10 ¹² Zellen/m ² KOF)
I	Hb > 10 g/dl, Ca ⁺⁺ < 12 mg/l, IgG < 50 g/l, IgA < 30 g/l, Leichtkettenausscheidung im Urin < 4 g/24h, Knochen normal oder maximal 1 solitäre Läsion	< 0,6
II	Weder Stadium I noch III	0,6 – 1,2
III	Hb < 8,5 g/dl, Ca ⁺⁺ > 12 mg/l, IgG > 70 g/l, IgA > 50 g/l, Leichtkettenausscheidung im Urin > 12 g/24h, multiple Knochenläsionen	> 1,2
Zusätze		
A	Serumkreatinin < 2 mg/dl	
B	Serumkreatinin ≥ 2 mg/dl	

Die klassische auf Laborbefunden und röntgenologischen Daten basierende Stadieneinteilung des Multiplen Myeloms nach Durie und Salmon wird zunehmend vom International Staging System (ISS) abgelöst.

Tab. 9: Stadieneinteilung des multiplen Myeloms nach dem Internationalen Staging System – ISS (Greipp et al. 2005)

Stadium	Definition	Medianes Überleben (Monate)
I	β ₂ -Mikroglobulin < 3,5 mg/l und Albumin > 3,5 g/dl	62
II	weder Stadium I noch III	44
III	β ₂ -Mikroglobulin > 5,5 mg/l	29

6.4.6 Stadieneinteilung der chronischen lymphatischen Leukämie nach Binet

Tab. 10: Stadieneinteilung der chronischen lymphatischen Leukämie nach Binet

Stadium	Lymphknotenschwellungen	Lymphozyten in Blut und Knochenmark	Lymphozyten im Knochenmark	Hämoglobin [g/dl]	Thrombozyten [μl]
A	<= 2 befallene Regionen	< 10.000/μl	< 30%	> 10	>100.000
B	3–5 befallene Regionen	< 10.000/μl	< 30%	> 10	>100.000
C	wie Binet A oder B			< 10	<100.000

Zervikale, axilläre und inguinale Lymphknotenvergrößerungen unilateral oder bilateral sowie Leber- und Milzvergrößerung gelten als je eine Region.

6.4.7 Klassifikationen und Stadieneinteilung maligner Lymphome

Tab. 11: WHO-Klassifikation der Lymphome

(Harris et al. 1997)

Zuordnung	Entität
	Non-Hodgkin-Lymphom
B-Vorläufer	Vorläufer B-lymphoblastisches Lymphom/Leukämie
Non-Hodgkin-Lymphom vom B-Zell-Typ, reifzellig	B-Zell chronische lymphatische Leukämie/kleinzelliges lymphozytisches B-Zell-Lymphom B-Zell Prolymphozytenleukämie Lymphoplasmazytisches Lymphom (M. Waldenström) Splenisches Marginalzonenlymphom (mit/ohne villöse Lymphozyten) Nodales Marginalzonenlymphom (mit/ohne monozytoide Zellen) Extranodales Marginalzonenlymphom des Mucosa-assoziierten Lymphgewebes (MALT) Haarzell-Leukämie Plasmazellmyelom/Plasmazytom Follikuläres Lymphom Mantelzell-Lymphom Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom Mediastinales (thymisches) großzelliges B-Zell-Lymphom Primäres Effusionslymphom Burkitt Lymphom/Leukämie
T-Vorläufer	Vorläufer T-lymphoblastisches Lymphom/Leukämie
Non-Hodgkin-Lymphom vom T-Zell-Typ, reifzellig	Blastisches NK-Lymphom T-Zell Prolymphozytenleukämie T-Zell großzelliges granuliertes lymphozytisches Lymphom/Leukämie Aggressive NK-Zell-Leukämie Adultes T-Zell Lymphom/Leukämie (HTLV1-positiv) Extranodales NK-/T-Zell-Lymphom (nasaler Typ) Enteropathie-assoziiertes T-Zell-Lymphom Hepatosplenisches $\gamma\delta$ T-Zell-Lymphom Subkutanes pannikulitis-artiges T-Zell-Lymphom Mycosis fungoides/Sézary-Syndrom Primär kutanes anaplastisch großzelliges Lymphom, T-/Null-Zell-Typ Peripheres T-Zell Lymphom (nicht näher spezifiziert) Angioimmunoblastisches T-Zell Lymphom Primär systemisches anaplastisches großzelliges Lymphom, T-/Null-Zell-Typ
	Hodgkin-Lymphom
Hodgkin-Lymphom	Hodgkin-Lymphom, lymphozytenprädominanter Typ Hodgkin-Lymphom, Klassischer Typ <ul style="list-style-type: none"> - Noduläre Sklerose - lymphozytenreicher Typ - Gemischte Zellularität - Lymphozytenarmer Typ

Tab. 12: Stadieneinteilung maligner Lymphome nach Ann Arbor (1971) [Carbone et al. 1971]

Stadium	Definition
I	Befall einer Lymphknotenregion oder Vorliegen eines extranodalen Herdes
II	Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen und/oder Vorliegen extranodaler Herde auf der gleichen Seite des Zwerchfells
III	Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen und/oder Vorliegen extranodaler Herde auf beiden Seiten des Zwerchfells
III ₁	Subphrenische Lokalisation, beschränkt auf Milz, zöliakale und/oder portale Lymphknoten allein oder gemeinsam
III ₂	Subphrenische Lokalisation mit Beteiligung paraaortaler, mesenterialer, iliakaler und/oder inguinale Lymphknoten allein oder gemeinsam
IV	Disseminierter Befall eines oder mehrerer extralymphatischer Organe mit oder ohne Befall von Lymphknoten
Zusätze	
A	Fieber und/oder Nachtschweiß und/oder Gewichtsverlust <u>nicht</u> vorhanden
B	Fieber und/oder Nachtschweiß und/oder Gewichtsverlust vorhanden
E	Extranodaler/extralymphatischer Befall
S	Milzbefall
X	Große Tumormasse = Bulk = Bulky Disease (>10 cm maximaler Durchmesser bei Erwachsenen)

6.4.8 Histologische Einteilung und Malignitätsskala menschlicher Hirntumore

Tabelle 13 zeigt eine in vier Grade differenzierte histologische Einteilung menschlicher Hirntumore (Auswahl der häufigsten Tumore).

Tab. 13: Histologische Einteilung und Malignitätsskala menschlicher Hirntumore

Tumor	Grad I benigne	Grad II (semi-)benigne	Grad III (semi-)maligne	Grad IV maligne
Hämangioblastom	#			
Chordom		#		
Epidermoide	#			
Gangliozytom/Gangliogliom	#	x		
Hämangioperizytom		#	x	
Hypophysenadenom	#		o	
Kraniopharyngeom	#			
Lipom	#			
Meningeom	#	o	o	
Neurinom, Schwannom	#		x	
Neurozytom	#			
Pineozytom		#	x	
Plexuspapillom	#		x	o
Subependymom	#			
Ependymom	x	#	x	
Germinom			#	

Medulloblastom + PNET ^a				#
Primär zerebrales Lymphom			o	#
Primäres Hirnsarkom				#
Gliome:				
Pilozytisches Astrozytom	#		o	
Astrozytom		#	x	
Pleomorphes Xanthoastrozytom		#	x	
Glioblastom				#
Oligoastrozytom		#	x	
Oligodendrogliom		#	x	
Metastatische Prozesse				#
Erklärungen: #: Regelfall x: weniger häufig o: selten	^a PNET = primitiver neuroektodermaler Tumor mit multipotenter Differenzierung			
Quelle: Weller, Krauseneck, Kath, Kortmann, Schmolli. In: Kompendium Internistische Onkologie, 1999				

7. Erstellungsprozess der Leitlinie

Geltungsbereich und Zweck der Leitlinie:

Zielsetzung der Erstellung von Leitlinien für den sozialmedizinischen Beurteilungsprozess in der Deutschen Rentenversicherung ist die Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Beurteilung von Leistungsfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit. Dabei werden aus Schädigungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren im Rahmen eines sozialmedizinischen Bewertungsprozesses sozialrechtlich relevante Kategorien gewonnen. Transparenz und Nachvollziehbarkeit im Verwaltungsverfahren sollen erhöht und die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden.

Inhalt der Leitlinie:

Die Darstellung in der vorliegenden Leitlinie umfasst im Wesentlichen die sozialmedizinischen Aspekte. Auf die Angabe des Verfahrensweges wird verzichtet. Die Gliederung der Leitlinie orientiert sich an der sozialmedizinischen Bedeutung, der Definition, Einteilung und Symptomatik der Krankheitsbilder, der erforderlichen Sachaufklärung sowie an den Aussagen zur Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit aus sozialmedizinischer Sicht.

Bei der Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit steht die Bewertung von geschädigten Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie beeinträchtigten Aktivitäten und Teilhabe (Funktionsbefunde und Fähigkeitsstörungen) unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren sowie der Abgleich von individueller Leistungsfähigkeit und Anforderungen im Erwerbsleben im Mittelpunkt.

Zielgruppen:

Zielgruppen für die Erstellung der vorliegenden Leitlinie sind sowohl die sozialmedizinischen Dienste bei den Trägern der Deutschen Rentenversicherung als auch externe Gutachter und Rehabilitationskliniker, die in die sozialmedizinische Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit eingebunden sind. Darüber hinaus ist die Leitlinie für andere Sozialleistungsträger oder mit Fragen der Rehabilitation befasste Institutionen von Interesse, um mit den Beurteilungskriterien der gesetzlichen Rentenversicherung vertraut zu werden. Den Versicherten und ihren Vertretern, zum Beispiel Selbsthilfegruppen, bietet die Leitlinie Informationen und erhöht Transparenz und Nachvollziehbarkeit sozialmedizinischer Beurteilungen.

Beteiligung von Interessengruppen:

Im Erstellungsprozess der Leitlinie sind die Anwender (Ärztinnen und Ärzte in sozialmedizinischen Diensten) und die verantwortlichen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung repräsentativ vertreten. Als betroffene Fachgruppen wurden darüber hinaus Leitende Ärzte aus Reha-Einrichtungen einbezogen (siehe weiter unten unter Autoren). Versicherte sind durch die Mitglieder der Autorengruppe und durch Beteiligte am Konsentierungsverfahren vertreten. Zu den Versicherten zählen sowohl diejenigen, die Leistungen auf Grund von Krankheit oder Behinderung in Anspruch nehmen als auch jene, die diese Leistungen im Rahmen einer Solidarversicherung mit finanzieren.

Im Rahmen der umfassenden Implementierung der Leitlinie sind Rückmeldungen über Brauchbarkeit, Praktikabilität und Akzeptanz aus der Anwenderzielgruppe an die Autorengruppe vorgesehen.

Methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung:

Grundlage der Leitlinienentwicklung ist die Zusammenführung von Erfahrungen und Kriterien auf der Basis des Ist-Zustandes der sozialmedizinischen Beurteilung von Leistungsfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit zur Sicherung der Entscheidungsqualität. Die Fakten aus dem täglichen Handeln der Ärztinnen und Ärzte von sozialmedizinischen Diensten der Rentenversicherungsträger werden unter Einbeziehung sozialmedizinischer Standardliteratur sowie aktueller medizinischer Fachliteratur diskutiert und das Ergebnis zusammengefasst.

Die Antragsbearbeitung durch den sozialmedizinischen Dienst des Rentenversicherungsträgers erfolgt in der Regel auf der Grundlage von Gutachten mit persönlicher Befragung und Untersuchung, hauptamtlich oder nichthauptamtlich erstellt, oder nach Aktenlage. Für diese besondere Situation liegen keine wissenschaftlichen Untersuchungen oder Hinweise zur Operationalisierung vor.

Im Vordergrund der sozialmedizinischen Entscheidung stehen die aus den Antragsunterlagen zugänglichen objektivierbaren medizinischen Parameter. Sie werden durch die subjektive Einschätzung des Betroffenen zu seiner Leistungsfähigkeit ergänzt. Assessment-Verfahren zur Beschreibung von Leistungseinschränkungen und noch vorhandenen Ressourcen sowie deren Auswirkungen auf die Lebens- und Erwerbssituation können ergänzend herangezogen werden.

Evidenzgrad:

Die Leitlinie wurde in einer internen Expertengruppe der Deutschen Rentenversicherung Bund zusammengestellt. Der Gruppe gehörten Ärztinnen und Ärzte aus dem Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund, Bereich Sozialmedizin, und der Rehabilitationsabteilung der Deutschen Rentenversicherung Bund mit unterschiedlicher fachärztlicher Qualifikation an.

Ein erweiterter Konsens wird durch ein formales Konsentierungsverfahren angestrebt. Dabei werden ärztliche Experten aus der Deutschen Rentenversicherung (Ärztepanel: Leitende Ärztinnen und Ärzte, sozialmedizinische Experten) sowie weitere medizinische und nichtmedizinische Experten beteiligt. Die abschließende Konsentierung erfolgt im Ärztetrium der Deutschen Rentenversicherung.

Bei der Bewertung des Evidenzgrades ist zu berücksichtigen, dass auf Renten wegen Erwerbsminderung und Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe bei Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ein Rechtsanspruch besteht.

Klarheit und Gestaltung:

Die aus der Leitlinie resultierenden Empfehlungen beziehen sich immer auf individuelle Versicherte. Die doppelte Transformation von (1.) geschädigten Körperfunktionen und beeinträchtigter Teilhabe in qualitative Leistungseinschränkungen und hiervon (2.) in quantitative Leistungseinschränkungen unter Berücksichtigung des Abgleichs von Leistungsvermögen und Anforderungen an die Tätigkeit ist ein komplexer Beurteilungsprozess. Die Leitlinie trägt dazu bei, Ermessen bei dieser Beurteilung zu minimieren.

Generelle Anwendbarkeit:

Leitlinien sind im Rahmen der üblichen Organisation der Rentenversicherungsträger – sowohl bei der Sachaufklärung als auch der sozialmedizinischen Beurteilung – grundsätzlich ohne Nachteile einsetzbar. Gegebenenfalls zusätzlich erforderlichen Ressourcen bei Anwendung der Leitlinie steht eine rationellere Ressourcenverwendung gegenüber, die Folgekosten sparen hilft.

Eine Evaluation der Leitliniennutzung fördert deren Anwendung. Durch die Konformität der Versorgung mit Leitlinienempfehlungen, den individuellen Therapieerfolg und die populationsbezogenen Ergebnisse der Leitlinienanwendung können Verbesserungspotenziale aufgezeigt werden.

Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem:

Die Leitlinie ist an den Versorgungsbereich der Rehabilitation adressiert. Kriterien, die für die sozialmedizinische Beurteilung von Leistungsfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit unzweckmäßig oder überflüssig sind, werden in der Leitlinie genannt.

Eine Verbreitung der Leitlinie ist durch Veröffentlichung in Publikationsorganen sowie kostenloser Verfügbarkeit im Internet auf breiter Basis sicher gestellt. Darüber hinaus dienen Informations- und Fortbildungsveranstaltungen sowie die Vorstellung als Bestandteil der Einarbeitungsunterlagen sozialmedizinisch tätiger Mitarbeiter der weiteren Verbreitung und Anwendung der Leitlinie. Leitlinien sind ein wesentliches Element der Qualitätssicherung der gesetzlichen Rentenversicherungsträger in Deutschland.

Autorinnen und Autoren der ersten Fassung (Dezember 2002):

Mitarbeiter der ehemaligen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA): Dr. Ingrid Aster-Schenck, Dr. Hanno Irle, Dr. Christiane Korsukéwitz, Dr. Barbara Müller, Dr. Ingrid Pottins, Dr. Manfred Rohwetter, Gabriele Sandner, Dr. Ingrid-Beate Voß. Beteiligt wurden das Grundsatzreferat der Abteilung Rehabilitation der BfA „Recht der Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben“; Christiane Härdel und Dr. Karl-Walter Kertzendorff, beide Abteilung Rehabilitation der BfA sowie Dr. Susanne Amberger und Dr. Hanno Irle, beide Fachbereich Medizin der BfA. Eine Beratung fand statt durch Prof. Dr. Hans Helge Bartsch, Klinik für onkologische Rehabilitation und Nachsorge an der Klinik für Tumorbologie, Freiburg; Dr. Gertraud Gallhofer, Reha-Zentrum Bad Nauheim der BfA; Prof. Dr. Walter Werner Zilly, Hartwald-Reha-Klinik der BfA, Bad Brückennau. Darüber hinaus erfolgte eine Abstimmung mit Dr. Dieter Berger, Leitender Arzt der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein-Westfalen, Bochum.

Autorinnen und Autoren der vorliegenden Fassung:

Sabine Horn, Dr. Ingrid Pottins, Dr. Manfred Rohwetter, Dr. Petra Schuhknecht und Dr. Klaus Timmer als Mitarbeiter aus dem Bereich Sozialmedizin (0440) im Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation (0400) der Deutschen Rentenversicherung Bund; Dr. Thomas Hillmann als Abteilungsarzt der Abteilung Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Eine kritische Durchsicht und Anregungen sind erfolgt von Dr. Christiane Korsukéwitz, Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation (0400) der Deutschen Rentenversicherung Bund; Dr. Hanno Irle, Leiter des Bereichs Sozialmedizin (0440) der Deutschen Rentenversicherung Bund; Jürgen

Ritter, Grundsatzreferat Rehabilitationsrecht, Prozess- und Formularmanagement, Abteilung Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Konsentierung:

Im Rahmen der Konsentierung danken die Autoren für die kritische Durchsicht durch: Dr. Dieter Berger, Leitender Arzt der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein-Westfalen, Bochum; Dr. Gertraud Gallhofer, Leiterin der Abteilung Onkologie, Reha-Zentrum Bad Nauheim der Deutschen Rentenversicherung Bund, Taunus-Klinik; Dr. Ulf Seifart, Ärztlicher Leiter der Abteilung für Onkologie, Klinik Sonnenblick in Marburg der Deutschen Rentenversicherung Hessen.

Die Leitlinie wurde den Leitenden Ärztinnen und Ärzten der gesetzlichen Rentenversicherungsträger im Rahmen der Tagung der Leitenden Ärztinnen und Ärzte am 10./11.11.2010 in Baden-Baden vorgestellt, beraten und abgestimmt.

Die Leitlinie wurde abschließend im Ärztegremium der Deutschen Rentenversicherung (Sitzung 4/2010 am 10./11.11.2010 in Baden-Baden) beraten und konsentiert.

Redaktionelle Unabhängigkeit:

Die Mitglieder der Autorengruppe sind Beschäftigte von Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Verfassung der Leitlinie durch die Autorinnen und Autoren erfolgte allein auf der Grundlage fachlicher Erwägungen. Die Mitglieder der Autorengruppe weisen keine die Leitlinie betreffenden Nebentätigkeiten auf.

Aktualisierung:

Aktualisierungen sind in fünfjährigen Abständen vorgesehen.

8. Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Methodische Empfehlungen zur Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie („Leitlinien für Leitlinien“), <http://awmf.org>, Stand Dezember 2004

Bartsch H. H.: Stellenwert und Perspektiven der Rehabilitation onkologischer Patienten in Deutschland“, *Onkologie* 2001; 24, Supplement 1

Bene M. C. et al.: Proposals for the immunological classification of acute leukemias. European Group for the Immunological Characterization of Leukemias (EGIL). *Leukemia*, 1995, 9 (10): 1783–1786

Bennett J. M. et al.: Proposals for the classification of the acute leukaemias. French-American-British (FAB) co-operative group. *British Journal of Haematology*, 1976, 33 (4): 451–458

Binet J. L. et al. : A new prognostic classification of chronic lymphocytic leukemia derived from a multivariate survival analysis. *Cancer*, 1981, 48 (1): 198–206

Carbone P. P. et al.: Report of the Committee on Hodgkin’s Disease Staging Classification. *Cancer Research*, 1971, 31 (11): 1860–1861

Delbrück H.: Rehabilitation bei onkologischen Krankheitsbildern. In: *Rehabilitationsmedizin*, Herausgeber: Delbrück H. und Haupt E., 2. Auflage, Verlag Urban & Schwarzenberg, München – Wien – Baltimore 1998

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) als Auftraggeber: Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms. Interdisziplinäre S3-Leitlinie. AWMF-Leitlinie Nr. 020/007. <http://leitlinien.net/>

Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) als Auftraggeber: S3-Leitlinie „Kolorektales Karzinom“. Ergebnisse evidenzbasierter Konsensuskonferenzen am 6./7. Februar 2004 und am 8./9. Juni 2007. AWMF-Leitlinie Nr. 021/007. <http://leitlinien.net/>

Deutsche Rentenversicherung: AHB-Indikationskatalog, www.deutsche-rentenversicherung.de > spezielle Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Sozialmedizin > Rehabilitation – Infos für Ärzte > Anschlussrehabilitation (AHB) > Indikationskatalog für Anschlussrehabilitation (AHB)

Deutsche Rentenversicherung: Diagnoseschlüssel ICD-10-GM, Version 2010. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund. Druckerei Buck, Berlin, 2010

Deutsche Rentenversicherung: Leitlinie „Rehabilitationsbedürftigkeit und indikationsübergreifende Problembereiche“, Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund. www.deutsche-rentenversicherung.de (Pfad: spezielle Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Sozialmedizin > Sozialmedizinische Begutachtung > Leitlinien zur Begutachtung)

Deutsche Rentenversicherung: Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei Mamma-Karzinom. www.deutsche-rentenversicherung.de (Pfad: spezielle Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Sozialmedizin > Sozialmedizinische Begutachtung > Leitlinien), 2010

Deutsche Rentenversicherung – Rehabilitation 2009. Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Band 179. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin, Oktober 2010

Deutsche Rentenversicherung: Rentenversicherung in Zeitreihen. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund. DRV-Schriften Band 22. Berlin, Oktober 2009

Deutsche Rentenversicherung – Rentenzugang 2009. Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Band 178. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin, Juli 2010

Deutsche Rentenversicherung: Stand und Perspektiven der onkologischen Rehabilitation. Autoren: Pottins I., Irle H., Korsukéwitz Chr., RVaktuell, Jahrgang 56, August 2009: 267–275

Durie B. G., Salmon S. E.: A clinical staging system for multiple myeloma. Correlation of measured myeloma cell mass with presenting clinical features, response to treatment, and survival. *Cancer*, 1975, 36 (3): 842–854

Greipp P. R. et al.: International Staging System for Multiple Myeloma. *Journal of Clinical Oncology*, 2005, 23 (15): 3412–3420

Haferlach T. et al.: Genetic classification of acute myeloid leukemia (AML). *Annals of Hematology*, 2004, 83 Supplement 1: S97–S100

Harris N. L. et al.: The World Health Organization Classification of Neoplastic Diseases of the Hematopoietic and Lymphoid Tissues. Report of the Clinical Advisory Committee Meeting, Airlie House, Virginia, November 1997. *Annals of Oncology*, 1999, 10 (12): 1419–1432

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Herausgeber: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen), MMI Medizinische Medien Informations GmbH, Neu-Isenburg 2005

Kompendium Internistische Onkologie. Herausgeber: Schmoll H-J, Höffken K, Possinger K, 3 Bände, 4. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2006

Schulz H., Winzer A., Stump S., Koch U.: Beeinflussung der Lebensqualität von Tumorpatienten durch psychoonkologische Interventionen, *Der Onkologe* 7, 2001: 157–166

Sozialgesetzbuch (SGB) Band I und II. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund. CPI Books GmbH, Leck. 46. Auflage, 1/2010

Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 6., völlig neu bearbeitete Auflage. Herausgeber: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Springer Verlag Berlin – Heidelberg – New York 2003 (7. Auflage in Vorbereitung)

TNM – Klassifikation maligner Tumoren, International Union Against Cancer (UICC), Herausgeber: Ch. Wittekind und H.-J. Meyer, 7. Auflage, Wiley-VCH Verlag 2010

Vardiman J. W. et al.: The 2008 revision of the World Health Organization (WHO) classification of myeloid neoplasms and acute leukemia: rationale and important changes. *Blood*, 2009, 114 (5): 937–951

Weller M., Krauseneck P., Kath R., Kortmann R.-D., Schmoll H.-J.: Primäre Hirntumoren bei Erwachsenen. In: *Kompendium Internistische Onkologie*. Herausgeber: Schmoll H.-J., Höffken K., Possinger K., 3 Bände, 4. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2006: 3219–3260

Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei onkologischen Krankheiten – Kurzfassung

1. Erfüllung persönlicher Voraussetzungen

(Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, positive Rehabilitationsprognose)

Die folgenden Ausführungen stellen eine Kurzfassung der Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit dar, die für die sozialmedizinischen Dienste der Deutschen Rentenversicherung verfasst wurden und unter www.deutsche-rentenversicherung.de frei zugänglich sind. Unter der o. g. Webadresse sind nähere Angaben zur Erstellung und Implementation der Leitlinien einschließlich namentlicher Nennung der Autoren zu finden.

Persönliche Voraussetzungen sind bei onkologischen Erkrankungen neben § 10 SGB VI in den „Ca-Richtlinien“ (Text in der Anlage 6.2 der Leitlinien-Langfassung) in Ausführung der Vorschriften des § 31 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 sowie Absatz 2 SGB VI niedergelegt.

Für Versicherte aus dem Land Nordrhein-Westfalen besteht eine Besonderheit bezüglich der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei onkologischen Krankheiten. Gesetzliche Krankenkassen und Rentenversicherungsträger haben sich hier zur „Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein-Westfalen“ zusammengeschlossen. Der Arbeitsgemeinschaft (Kurz-Kennzeichnung „Arge Krebs“) wurde die Aufgabe zugewiesen, im Auftrage ihrer Mitglieder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beziehungsweise sonstige Leistungen für Krebskranke durchzuführen.

Bei Beeinträchtigungen der Gesundheit mit entsprechender beruflicher Belastung kann geprüft werden, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angebracht sind.

2. Indikationsbezogene Kriterien bei onkologischen Krankheiten

In Bezug auf die **Rehabilitationsbedürftigkeit** stehen tumor- oder operationsbedingte Funktionseinschränkungen sowie strahlen-, chemotherapie- und/oder hormonell bedingte Beeinträchtigungen der Gesundheit im Vordergrund. Dabei muss es sich um anhaltende Funktionsstörungen handeln, die durch akutmedizinische ambulante oder stationäre Intervention nicht ausreichend zu beeinflussen sind, bei denen durch die spezifisch-therapeutischen Mittel der Rehabilitation aber voraussichtlich eine Besserung dieser Störungen erreicht werden kann.

Die Diagnose eines malignen Tumors oder die Zuordnung zu einem Klassifikationsschema allein begründet **keine Rehabilitationsbedürftigkeit**, ebenso wenig wie gering ausgeprägte oder nur passager postoperativ bestehende Funktionsstörungen.

Die Durchführung einer weiteren – **vorzeitigen – Rehabilitationsleistung** aufgrund einer Neubildung ist an die Erfüllung besonderer Voraussetzungen geknüpft: es müssen in Folge der Tumorerkrankung oder als Therapiefolgen erhebliche Funktionsstörungen oder multifunktionale Beeinträchtigungen vorliegen. Darüber hinaus ist die Bewilligung auf zwei Jahre nach **beendeter** Primärbehandlung beschränkt.

Unabhängig von der Art des Tumors nehmen bei allen Patienten mit einer onkologischen Erkrankung Probleme der **Krankheitsbewältigung** einen besonderen Stellenwert ein. Die Erkrankung markiert in der Regel einen Einschnitt im Leben mit Fragen nach Genese, unmittelbaren und langfristigen Folgen bis hin zur Bedrohung des Lebens. Organabhängige tumor- oder therapiebedingte Beschwerden – insbesondere Schmerzen – gehen einher mit der Angst vor einer progredienten Entwicklung der Erkrankung.

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht – unabhängig von der Art der malignen Erkrankung – in Abhängigkeit von Tumorausdehnung, der Intensität der Therapie oder Folgeproblemen von Tumor oder Therapie

- bei vorliegenden anhaltenden/dauerhaften Funktionsstörungen und gegebener positiver Rehabilitationsprognose [das Rehabilitationsziel muss mit den spezifisch-therapeutischen Mitteln der Rehabilitation (bei Mamma-Karzinom zum Beispiel Physiotherapie in Verbindung mit Lymphdrainage und psychotherapeutisch orientierter Intervention; bei malignen Tumoren des Gastrointestinaltrakts zum Beispiel Stoma-Pflege, Ernährungsberatung und -umstellung, Trainingstherapie; bei Prostata-Karzinom zum Beispiel Inkontinenztraining, psychotherapeutisch orientierte Intervention) voraussichtlich erreicht werden können].
- bei gutartigem Hirntumor, wenn die erfolgte Therapie jenen bei malignen Tumoren vergleichbar ist.
- bei in-situ-Karzinom, wenn eine Therapie erfolgt, die derjenigen fortgeschrittener Karzinome entspricht (zum Beispiel Teil- oder Total-Resektion betroffener Organe und postoperative Bestrahlung).

Rehabilitationsbedürftigkeit kann bestehen

- bei nicht-invasiven Karzinomen der Harnblase, wenn zusätzlich zur endoskopischen Abtragung eine topische Chemotherapie oder Immuntherapie erforderlich ist und daraus Funktionsstörungen resultieren.
- wenn wegen rezidivierender Carcinomata in situ eine radikale Zystektomie vorgenommen wurde.

Keine Rehabilitationsbedürftigkeit besteht

- wenn die Therapie nach komplikationslos verlaufenem operativen Eingriff mit kurativem Ergebnis abgeschlossen ist (zum Beispiel nach Zervix-Konisation, Sigma-Teilresektion, Resektion eines Gastrinoms) und keine dauerhaften Funktionsstörungen vorliegen.
- bei Basaliomen, die in der Regel nach chirurgischer oder strahlentherapeutischer Intervention kurativ therapiert sind.
- bei endoskopischer Abtragung eines in-situ-Karzinoms ohne weitere erforderliche Therapiemaßnahmen.
- bei nur gering ausgeprägten oder passager postoperativ bestehenden Funktionsstörungen.
- bei einer Präkanzerose.

3. Ausschluss von Rehabilitationsbedürftigkeit zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung

Bei

- akutmedizinischem Handlungsbedarf oder
 - erforderlicher differenzialdiagnostischer Klärung
- ist die gesetzliche Rentenversicherung nicht der zuständige Leistungsträger.



**Deutsche
Rentenversicherung**