

Die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei Mamma-Karzinom

entsprechend der neuen LL der DRV vom 18.01.2011

Dr. med. Eva-Maria Kalusche
HELIOS Schlossbergklinik Oberstaufen
Abt. Onkologische Rehabilitation

**Workshop zur sozialmedizinischen Beurteilung
bei onkologischen Erkrankungen
am 17.03.2011**

Arbeitskreis Onkologische Rehabilitation der DGHO



- Sozialmedizinische Bedeutung
- Somatische Einschränkungen
 - Lymphödem
 - Bewegungseinschränkungen: Schulter-Arm-Beweglichkeit
 - Reduzierte Kraft
 - Nebenwirkungen/Komplikationen medikamentöser Therapie:
 - Knochenmarkdepression
 - Polyneuropathie
 - Schädigungen anderer Organe
- Psychosoziale Einschränkungen

- MCA häufigste Krebserkrankung bei Frauen,
- Inzidenz jährlich ca. 58.000 Frauen, entspricht 28% der Krebsneuerkrankungen bei Frauen
- In Alter von 40-50 häufigste Krebsneuerkrankung
- Rehabilitationsbedarf ist hoch:
 - 29% (N= 45.600) aller stationären onkologischen Rehabilitationen durch die DRV 2009, also jede 2. onkologische Reha bei Frauen
- Rentenzugänge wg. Erwerbsminderung infolge Brustkrebs:
 - 3621, entspr. 2,1% der Rentenzugänge
 - Durchschnittsalter bei Beginn der Erwerbsminderungsrente: 59,5 J.

Qualitatives / Quantitatives Leistungsvermögen

- Ergibt sich aus:
 - Objektivierbaren funktionalen Beeinträchtigungen
 - Schwere der klinischen Symptomatik
 - Krankheitsverlauf, Tumorstadium, Rezidiv, abgelaufene Therapien, Therapiefolgen, weitere Therapieoptionen
- Sollte in einem ausreichenden Abstand zur Primärbehandlung erfolgen
- Adjuvante Hormontherapie steht der Beurteilung nicht entgegen
- Bei fortgeschrittener Tumorerkrankung u.U. Beurteilung vor Ende der laufenden Therapie nötig

Für die Beurteilung maßgeblich sind Beeinträchtigungen von Körperfunktionen durch:

- Das Tumorleiden (Metastasierung, Allgemein- und Ernährungszustand)
- Folgen einer operativen oder radiologischen Therapie wie
 - Lymphödem Arm/Brustwand
 - Bewegungseinschränkungen: Schulter-Arm-Beweglichkeit
 - Reduzierte Kraft
- Nebenwirkungen/Komplikationen medikamentöser Therapie
 - Knochenmarkdepression
 - Polyneuropathie
 - Schädigungen anderer Organe
 - Knochenmarkdepression
- Psychische Anpassungs- und Verarbeitungsstörungen

- Nach Erstdiagnose, Abschluss der Primärtherapie und bei komplikationslosem Verlauf

➡ Im Allgemeinen keine wesentlichen Einschränkungen der beruflichen Leistungsfähigkeit bestehend



- Oft weitreichende Folgen der Therapie, die häufig nur vorübergehend sind:
 - Alopezie
 - Knochenmarkdepression
 - Übelkeit
 - Schwäche

➡ Ausreichende Zeit zur Rekonvaleszenz nötig, Ergebnis der medizinischen Rehabilitation abwarten

- Können zu qualitativen Einschränkungen führen
- Sich im Einzelfall auch auf die zeitliche Belastbarkeit auswirken

Armlymphödem – Stadieneinteilung nach AWMF

(AWMF Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Gliedmaßen Lymphödeme. 2000)

Stadium	Pathologie	Symptome	Beispiel
I Reversibel	Eiweißreiches Ödem; fokale fibrosklerotische Gewebsveränderungen	Weiche, Dellen hinter- lassende Schwellung; Hochlagern reduziert die Schwellung	
II Spontan irreversibel	Ödem mit sekundären Gewebsveränderungen	Gliedmaßen dekonturiert, Gewebe verhärtet, Hochlagern ohne Wirkung	
III Elephantiasis	Ausgedehnte Fibro- sklerose, Fettgewebsproliferation	Säulenförmige Entstellung der Gliedmaßen, häufige Komplikationen (Erysipel, Mykosen, Lymphfisteln, -zysten, Hyperkeratosen), invalidisierend	

- Hier sind **keine** besonderen qualitativen Einschränkungen zu erwarten
- Diese Patienten sollten zum **normalen Gebrauch des Armes** angehalten werden

- Gefahr der Entwicklung eines Arm-LÖ besteht insbesondere nach:
 - kompletter Axilladisektion (akt. Stand: Entfernung von ≥ 10 Lymphknoten in Level I und II)
 - Radiatio der Axilla
 - und um weitere Komplikationen (z.B. Hautinfektionen) zu vermeiden:
- ➡ Hier gelten dieselben Einschränkungen wie für Patientinnen mit einem Arm-LÖ im Stadium I nach AWMF, jedoch zeitlich auf 1 Jahr begrenzt

Folgende Tätigkeiten sollten mit der betroffenen Extremität **nicht** ausgeübt werden:

- Schweres Heben und Tragen
- Überwiegend mittelschwere oder monotone leichte manuelle Tätigkeiten, Tätigkeiten mit Armvorhalt ohne Möglichkeit zum Halterungs- oder Lagewechsel des Armes, anhaltende oder gehäufte Überkopfarbeiten
- Feucht-, Hitze- oder Kältearbeiten
- Tätigkeiten mit besonderer Verletzungsgefahr (wenn nicht durch Schutzvorrichtung vermeidbar).



Hier werden die qualitativen Einschränkungen bei Stad. I folgendermaßen **erweitert**:

- Auch mittelschweres Heben und Tragen sollte vermieden werden
- Tätigkeiten, bei denen eine abschnürende Kleidung notwendig ist oder Schulterriemen aus der Schulter der betroffenen Seite aufgelegt werden müssen



- Muss am Gebrauchssarm ein **Armkompressionsstrumpf mit Handschuh** ständig getragen werden, ist das Leistungsvermögen für manuelle Tätigkeiten eingeschränkt.



- Derzeit ist nicht geklärt, inwieweit ein Thoraxwand-
ödem eine qualitative Leistungseinschränkung für die
Ausübung beruflicher Tätigkeiten bedingt.
- Diagnostik des Thoraxwandödems ist nicht definiert
- Kann passager auftreten (im Gegensatz zum Arm-LÖ),
was in der sozialmedizinischen Beurteilung
berücksichtigt werden sollte, wenn sie zeitnah nach der
OP erfolgt



- Ursache:
 - postoperativer Schonung
 - Narbiger Veränderungen
- mit Schmerzen verbunden
- Kann zu anhaltender Bewegungseinschränkung des betroffenen Armes führen mit Muskelverschwächungen und reduzierter Kraft
- Gestörter Bewegungsablauf kann den Lymphabfluß beeinträchtigen und ein LÖ fördern
- Unter adäquater Therapie meist ausreichende Mobilisierung innerhalb weniger Wochen und folgenlose Ausheilung
- Selten chronische Schultersteife mit monate-/jahrelanger schmerzhafter Bewegungseinschränkung



Schulter-Arm-Beweglichkeit

Bewegungsausmaß der Schulter	Leistungsfähigkeit
Keine wesentliche Einschränkung der Außen- u. Innenrotation (<20°)	Leichte-mittelschwere Arbeiten 6 Std. und mehr, zeitweise Überkopf- und Vorhaltearbeiten möglich
operationsbedingte Einschränkung der Schulterbeweglichkeit	Einschränkungen insbesondere bei Tätigkeiten mit Überkopf- und Armvorhaltearbeiten sowie Heben und Tragen von Lasten
Bewegungsausmaß zw. 90 - 180° in Abduktion und Anteversion Memo: Gelegentlich: bis zu 5% der Arbeitszeit Zeitweise: bis zu 10% der Arbeitszeit	Belastbarkeit 6 Std. und mehr für körperlich leichte Tätigkeiten - Tätigkeiten mit gelegentlich bis zeitweisem Arbeiten über Schulterhöhe und mit gelegentlich bis zeitweise erforderlichem Tragen, Heben und Bewegen von mittelschweren bis schweren Lasten sind durchführbar



Bewegungsausmaß der Schulter	Leistungsfähigkeit
Bewegungsausmaß zw. 45 – 90° in Abduktion und Anteversion, deutliche Einschränkung von Rotationsbewegungen	leichte Arbeiten können noch durchgeführt werden, allerdings ohne jegliche Überkopfarbeiten oder Armvorhaltearbeiten. Tätigkeiten am Schreibtisch können noch durchgeführt werden, da der Arm sich in einer Flexionsstellung unter 45° befindet und abgelegt werden kann.
Bewegungsausmaß von maximal 45° in Abduktion und Anteversion, Schmerzen beim Ablegen des Arms auf einer Stuhllehne oder bei Greifbewegung nach circa 30 cm entfernt liegenden Gegenständen	mit dem betroffenen Arm kann keine wesentliche Tätigkeit mehr ausgeführt



- Nach Radiatio oder OP möglich, z.B. durch Plexusaffektionen
- Auch im zeitlichen Abstand zur Primärbehandlung auftretend
- Bei motorischen Ausfällen:
 - Einschränkung der Armbelastbarkeit, bis hin zur Funktionellen Einarmigkeit
 - Dann Klärung erforderlich, ob die Hand noch als Beihand genutzt werden kann
- Wenn Gebrauchshand betroffen:
 - Leistungen zur Teilhabe möglich, z.B. Schreibtraining für die gesunde Hand, Linksschreibtraining bei Rechtshändigkeit



- Häufiger:
Missempfindungen an Oberarminnenseite oder Axilla
- i.d.R. vereinbar mit einer Tätigkeit im Büro mit
Möglichkeit zum Wechsel der Armhaltung
(Mischtätigkeit)
- Vermieden werden sollten:
Monotone Tätigkeiten mit dem betroffenen Arm
- Bei anhaltenden Schmerzen oder anhaltend
unangenehmen Parästhesien:
Siehe Schmerzbeurteilung



- Periphere PNP mit sensiblen und motorischen Einschränkungen an Händen und Füßen
- Ursache:
 - Vinkaalkaloide
 - Platinderivate
 - Taxane (Docetaxel, Paclitaxel)
- Differenzierte Untersuchung nötig, ggf. fachspezifische neurologische Diagnostik



Neurologische Störungen

Polyneuropathie (PNP) nach Chemotherapie II

- Einschränkungen für Tätigkeiten, die besondere Ansprüche an das taktile Empfinden stellen.
- **Motorische Ausfälle** im Bereich der Hände können zu Einschränkungen für besondere Anforderungen an die Feinmotorik führen.
- Bei **reduzierter grober Kraft** ist das Schreiben am PC länger erhalten als handschriftliche Tätigkeiten.
- Sind die **unteren Extremitäten** betroffen, können sich qualitative Einschränkungen für Tätigkeiten in unebenem Gelände, auf Leitern und Gerüsten, beim Treppensteigen sowie bei überwiegendem Stehen und Gehen ergeben bis hin zur Einschränkung der Wegefähigkeit
- Gangunsicherheit bei mäßiger PNP kann weitgehend visuell kompensiert werden



- Manchmal assoziiert mit PNP nach Chemo
- Kognitive Defizite
- Störungen von Motorik und Koordination

➡ Weitere Abklärung erforderlich

- Seltener: Störungen Geschmacks- und Geruchsempfinden, mit nachfolgender Inappetenz und Gewichtsabnahme

➡ Leistungsminderung hier erst bei deutlich reduziertem Ernährungszustand

- **Allgemeinzustand** einschl. Alltagsbelastbarkeit (Karnofsky-Index) ist sozialmedizinisch wichtig
- Ergometrische Belastbarkeit:
Parameter zur Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- **Organschäden** durch Krankheitsprogress/als Therapiefolge:
 - Perikardschäden bei medialem Strahlenfeld
 - Kardiotoxizität nach Anthrazyklinen
 - Strahlenpneumonitis/-fibrose
- Zur Beurteilung entsprechende Funktionsdiagnostik nötig
[s. „LL zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei Koronarer Herzkrankheit (KHK)“ der DRV]

- Ursache:
 - Lokale OP-bedingte narbige Veränderungen
 - Folgezustände am Stütz- und Bewegungsapparat, Fehlhaltungen z.B. nach einseitiger Mastektomie, oder Schonung nach OP
- Beurteilung orientiert sich an:
 - Ausmaß schmerzbedingter Funktionsstörungen
 - Beobachtung komplexer Bewegungsabläufe
 - Alltägliche Belastbarkeit in Beruf und Freizeit
 - Schmerzmedikation
- Schmerzen sind nicht objektiv messbar
 - ➡ Ergebnisse der Schmerzselbstbeurteilung (VAS) müssen im Gesamtkontext beurteilt werden
 - ➡ Eine interdisziplinäre Beurteilung kann nötig sein (psychotherapeutisch/psychiatrisch, neurologisch, orthopädisch)

Schmerzerfassung

Visuelle oder Numerische Schmerzskalen

Numerische Analogskala (NAS)



Wir haben 'was gegen Schmerzen!
www.helios-kliniken.de

Visuelle Analogskala (VAS)



Klebelasche



- i.d.R. keine kurative Behandlung möglich
- Ossäre Metastasen:
 - Starke opiatbedürftige Schmerzen mögl. mit Auswirkungen auf die psychomentale Leistungsfähigkeit
 - Instabilität von Skelettanteilen
 - Teilweise destruierte und auch bestrahlte Skelettanteile besitzen keine volle Stabilität, daher Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit
- Hier ist im Allgemeinen von einer aufgehobenen Leistungsfähigkeit auch für körperlich leichte Tätigkeiten auszugehen
- Prognose ist unter Berücksichtigung der verbleibenden therapeutischen Möglichkeiten kritisch zu prüfen
 - selten bleibt es bei einer solitären Metastasierung, durch OP u./o. Radiatio behandelt
 - Im Einzelfall ist durch moderate Therapie (Chemo-, Hormon-, Antikörpertherapie) PR oder CR erreichbar



- Meist nur vorübergehend **nach lokaler Radiatio**
 - gelegentliche Spätfolge:
 - Radioderm
 - Fibrosierung von Drüsenkörper und Subcutis
- ➡ Falls dadurch Einschränkung der Armbeweglichkeit:
s. Schulterbeweglichkeit

- **Komplikationen nach Rekonstruktion der Mamma**
 - Ausgeprägte Narbenbildungen nach Verschiebelappen
 - Unzureichende Plastik
 - Ungünstige kosmetische Ergebnisse
 - Nekrose der Mamille
- ➡ Somatische und in hohem Maße psychische
Beeinträchtigungen

- Erhebliche psychische Belastungsfaktoren unabhängig von Tumorstadium und Therapiefolgen
- Bei > 50% der betroffenen Frauen Krankheitswert
- Angst-, Belastungs-, Anpassungsstörungen, Depressionen
 - Fachspezifische Beurteilung
- Folge:
 - Schlaflosigkeit
 - Anspannung
 - Nervosität
 - Niedergeschlagenheit
 - Antriebslosigkeit
 - Partnerschaftsprobleme u.a. durch verändertes Körperbild
 - Soziale Rückzugstendenzen
- Klärung, ob durch medizinische Rehabilitation Verbesserung möglich



- **Psychoonkologische Rehabilitation:**
 - Gesprächspsychotherapeutische Interventionen
 - Aktivierende, verhaltenstherapeutisch orientierte und edukative Therapie
- **Ziel:**
 - bessere Krankheitsverarbeitung u. Angstbewältigung
 - Rückzugstendenzen entgegenwirken
- **Psychosomatische Rehabilitation** indiziert bei ausgeprägten psychischen Störungen



- Häufiges krankheits- und therapieassoziertes Symptom
- Großer Einfluss auf die Lebensqualität
- Definition¹:
 - Krankheitswertiges, unüberwindliches, anhaltendes Ganzkörpergefühl
 - Gekennzeichnet durch verminderte Kapazität für körperliche und geistige Betätigung
 - Missverhältnis zw. der (unmittelbar) vorausgegangenen Belastung und dem Erschöpfungsgefühl
 - Durch Schlaf nicht aufhebbar

¹ Ruffer, Schwarz: Tumorererschöpfungssyndrom; in Schmoll et.al. Kompendium Internistische Onkologie 4. Aufl. 2006



Diagnosekriterien des Fatigue-Syndroms

Mindestens sechs der folgenden elf Symptome müssen zutreffen:

- Müdigkeit, Energiemangel oder inadäquat gesteigertes Ruhebedürfnis
- Gefühl der generalisierten Schwäche oder Gliederschwere
- Konzentrationsstörungen
- Mangel an Motivation oder Interesse, den normalen Alltagsaktivitäten nachzugehen
- gestörtes Schlafmuster (Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis)
- Erleben des Schlafs als wenig erholsam
- Gefühl, sich zu jeder Aktivität zwingen zu müssen
- Ausgeprägte emotionale Reaktion auf die empfundene Erschöpfung (zum Beispiel Niedergeschlagenheit, Frustration, Reizbarkeit)
- Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags
- Störungen des Kurzzeitgedächtnisses
- nach körperlicher Anstrengung mehrere Stunden andauerndes Unwohlsein

nach Ruffer, Schwarz: Tumorererschöpfungssyndrom; in Schmoll et.al. Kompendium Internistische Onkologie 4. Aufl. 2006



Tumorassoziertes Fatigue-Syndrom (Cancer-Related Fatigue, CRF)

- Akutes CRF
 - Passager, therapiebegleitend
 - Bildet sich nach ausreichender Zeit der Rekonvaleszenz wieder zurück
- Chronisches CRF
 - Seltener vorkommend
 - Persistieren des Symptome > 6 Monate
- Ätiologie unklar
- Bei Mamma-Ca. durch alle Arten von Therapien auslösbar (TKI, monoklonale AK, intensive zytostatische Th., Radiatio)
- Ausschlussdiagnose, DD:
 - Rezidiv, Tumorprogress, Anämie, Mangelernährung, Hypothyreose, schlafbezogene Atmungsstörungen, Depression, andere psychiatrische Erkrankungen



- Sozialmedizinische Beurteilung:
 - Einschränkung der CRF potentiell passager anzusehen
 - Therapeutische Optionen sollten ausgeschöpft sein
 - medizinische Rehabilitation bedeutender Stellenwert bei Therapie der CRF
- Berufliche (Re)Integration ist anzustreben, da
 - Inaktivität ausgesprochen kontraproduktiv ist
 - Sozialer Rückzug vermieden werden muss
- Im Zweifelsfall:
fachpsychiatrische Beurteilung zur differenzialdiagnostischen
Abklärung und Beurteilung psychomentaler Funktionsstörungen



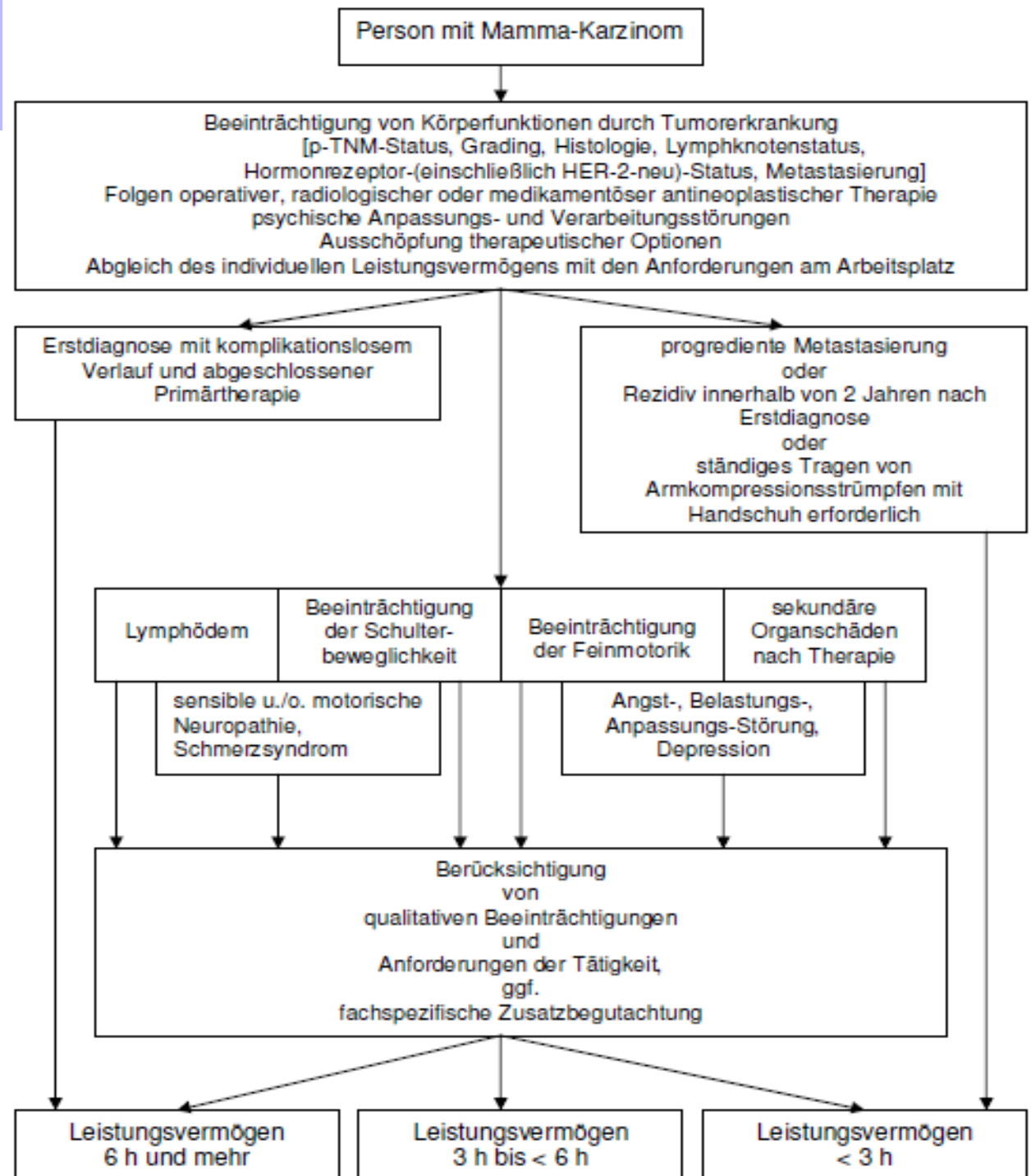
- Unter einer Dauer-Opioidtherapie bei stabilem Krankheitsverlauf muss die kognitive und psychomotorische Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt sein.
- Die Anforderungen zum Führen eines Fahrzeugs sind nicht mehr erfüllt bei progressivem Krankheitsverlauf, z.B. bei
 - ständiger Dosisanpassung an den Schmerz
 - Notwendigkeit zum Opioidwechsel



Zusammenfassung

Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben bei Mamma-Ca.

(LL der DRV S. 25)





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!