

Bewegung und Sport bei Brustkrebs

Häufig stellt sich bei Betroffenen nach einer Krebserkrankung die Frage, wie oft die körperlichen Aktivitäten erfolgen sollen. Entstanden durch die Erkrankung und die Therapie keine nachhaltigen Nebenwirkungen und Komplikationen, die die Gesundheit beeinträchtigen, können folgende Bewegungsempfehlungen gegeben werden. Das ärztliche Einverständnis ist auch hier Voraussetzung und unbedingt erforderlich!

Das Training sollte zum einen eine gelungene Mischung aus gezielter *Kräftigungsgymnastik* und *Dehnungen* sein, und zum anderen, zur Förderung der Leistungsfähigkeit, das *Ausdauertraining* beinhalten. Zu empfehlen ist dabei die Anschaffung eines Pulsmessgerätes, durch das man einen objektiven Blick auf die Belastung erhält.

Folgende Empfehlungen gelten:

- 3 mal pro Woche mind. 30 Minuten Bewegung
- Ideal: 1 bis 2 mal pro Woche Ausdauersport
- Subjektiv: etwas anstrengend bis anstrengend
- 1 mal pro Woche „Gymnastik“ (Koordination, Krafttraining, Dehnungen ...)
- Viel Alltagsbewegung! (Treppe, Spaziergänge, Einkaufsbummel...)

Folgende Richtlinien gelten:

- niemals überlasten, nicht übertreiben!
- kein (unbeaufsichtigtes) Maximalkrafttraining
- keine Schmerzen, wenig Muskelkater
- im Akutkrankenhaus möglichst jeden Tag in Bewegung bleiben (wenig liegen!)
- auch zuhause jeden Tag bewegen! Jedoch plus dreimal pro Woche Training!

Lange Jahre hat man versäumt, die unterschiedlichen Krebserkrankungen im Zusammenhang mit der Bewegungstherapie auch differenziert zu betrachten. Denn natürlich müssen für Brustkrebspatientinnen andere Bewegungsempfehlungen gelten als für Leukämiepatienten. Zudem unterscheidet sich jede Erkrankung im Status, im Verlauf, in den Nebenwirkungen, den Komplikationen etc. Diese Unterscheidungen zwischen den einzelnen Krebsformen sind bislang in der Literatur noch nicht zu finden. Doch ist eine Differenzierung für den Therapieerfolg besonders wichtig.

Bewegung und Sport bei Brustkrebs

Erfahrungen im Bereich „Bewegung und Sport mit Brustkrebspatientinnen“ bestehen in Deutschland bereits fast 30 Jahre. Man kann sagen, dass von allen Tumorarten Brustkrebs auf diesem Gebiet am besten erforscht wurde.

Falls Patientinnen einen verordneten Kompressionsstrumpf tragen, so soll dieser auch beim Training verwendet werden, mit Ausnahme bei der Wassertherapie. Dieser Strumpf macht nur bei einem bestehendem Lymphödem Sinn!

Die Ziele von Bewegung und Sport bei Brustkrebs

Unmittelbar nach der Brustoperation im Akutkrankenhaus sollte die Physiotherapie beginnen. Denn schon hier kann den Folgen des Eingriffs begegnet werden. Auf diese (früh)-rehabilitative Weise werden Verkürzungen des Muskelgewebes vermieden und dem Lymphstau entgegengewirkt. Die Bewegungstherapie in der Akutklinik sollte jedoch nur auf Anweisung eines Therapeuten durchgeführt werden.

Die Aktivierung der Muskelpumpe durch Kräftigungsübungen sorgt dafür, dass ein bestehendes Lymphödem vermindert und gleichzeitig auch dem Risiko einer möglichen Neuentwicklung begegnet wird. Wenn ein Muskel sich zusammenzieht (Kontraktion), drückt dieser auf die Lymphgefäße, die dadurch vermehrt Lymphflüssigkeit abfließen lassen; diesen Mechanismus bezeichnet man als Muskelpumpe.

Ziele von Bewegung und Sport bei Brustkrebs

- Vermeidung von Muskelverkürzungen
- Verringerung eines Lymphödems
- Ausgleich des Kraftdefizits (Rechts-Links-Vergleich)
- Verminderung der Bewegungseinschränkung (Kontrakturprophylaxe)
- Eigener Beitrag zur Genesung
- Verbesserung der allgemeinen Fitness
- Förderung des Selbstwertgefühls, und damit Bekämpfung des Gefühls einer „Entweiblichung“

Bewegungsempfehlungen bei Brustkrebs

Beim Üben und Trainieren sind grundsätzlich alle Bewegungsrichtungen und ebenso alle sanften, fließenden sowie rhythmischen Bewegungen mit dem betroffenen Arm zu empfehlen. Durch das Öffnen und Schließen der Hände über Kopf, wird die so genannte Muskelpumpe zur Linderung eines Lymphödems angeregt, und sollte in keiner Bewegungseinheit fehlen. Es ist zu beachten, dass schon leichter Schmerz die Grenze der Bewegungsausführung darstellt.

Folgende Bewegungsformen und Sportarten sind zu empfehlen:

- Wassertherapie und Schwimmen
- Radfahren, Walken, Skilanglauf und Nordic-Walking
- Tänze
- Moderate Step-Aerobic
- Tai-Chi, Qui-Gong, Yoga
- Kräftigungsgymnastik oder Krafttraining
- Atemgymnastik

Darauf sollte die Frau achten:

- Die Zeit der generellen Bewegungsverbote nach Brustkrebs ist vorbei!
- Jede Patientin ist anders und muss individuell betrachtet werden!
- Auch Rückschlagsportarten sind bei manchen Frauen durchaus wieder möglich! Es gilt dabei:
 - individuelles und langsames Heranführen an die Bewegung
 - sich langsam neu kennen lernen (Wie reagiert mein Körper auf die Bewegung?)

Anmerkung:

Grundsätzlich ist es schwierig, Bewegungsformen oder Sportarten zu nennen, die auf keinen Fall durchzuführen sind. Das Problem liegt vor allem darin, ein generelles Verbot auszusprechen, in dem Wissen, dass jede betroffene Frau unterschiedlich auf bestimmte Bewegungen und Sportarten reagiert. Es sei in diesem Abschnitt allerdings erwähnt, dass die Frauen langsam und mit **Vorsicht** an die Bewegungsformen und Sportarten herangeführt werden. Bei einem bestehenden Lymphödem sind ruckartige, reiße Bewegungen zu vermeiden. Auch starke statische (isometrische) Übungen sind dann nicht zu empfehlen, da diese bei der Durchführung nur schwer zu kontrollieren sind.

Neuerdings zeigt sich aber auch, dass sogenannte für den Arm belastende Bewegungsformen, wie zum Beispiel Klettern, die Kraft und damit die Lebensqualität positiv beeinflusst. Mit einem Pilotprojekt in Kooperation mit der ISI e.V. konnte dies bei Brustkrebspatientinnen nachgewiesen werden. Inzwischen hat sich auch eine Klettergruppe nach Brustkrebs in Düsseldorf gegründet. Frauen, die Interesse an diesem Angebot haben, können sich unter folgendem Kontakt melden:

ISI e. V.

Dr. Trudi Schaper

Vorsitzende und begeisterte Kletterin

Tel: 0211-69922255

Die Klettereinheit findet jeden Donnerstag um 19:00 Uhr im Cosmos Sport oder nach Absprache statt. Interessentinnen mögen bitte vorher Kontakt aufnehmen, da zuvor ein Sicherungskurs notwendig ist.

Projekt Jakobsweg

Die Idee hatte ich im Jahre 2005: eine Wanderung mit Krebspatienten über den Jakobsweg von St. Jean-Pied-de-Port (Südfrankreich) bis Santiago de Compostela (Westspanien). So war vorgesehen, dass zwölf Brustkrebspatientinnen nach deren medizinischen Therapie (in der Nachsorge) 844,9 km in sieben Wochen zu Fuß zurücklegen. Es sollte eine Reise nach Innen werden, die seit Jahrtausenden Heilige, Sünder, Generäle, Aussteiger, Könige und Königinnen gehen. Die Absicht ist immer die Gleiche: Die Pilger sind auf der Suche nach Erkenntnis und Lösung innerer Konflikte. Gerade geheilte Krebspatienten, die körperlich gesund sind, fühlen sich häufig allein gelassen, haben ein gestörtes Verhältnis zu ihrem Körper, sind unsicher und zeichnen sich durch wenig Selbstvertrauen in ihr eigenes, neues Leben aus. Hier kann der lange und beschwerliche Weg nach Santiago de Compostela wieder eine neue Beziehung zu ihrem Körper und ihre Seele entstehen lassen. Es war vorgesehen, dass alle Teilnehmerinnen ihren „eigenen Weg“ laufen. Jede war frei überlassen, wie schnell die Strecke zurückgelegt

und ob in der Gruppe oder auch alleine gewandert wird. Es war nicht erwünscht Angehörige mitzunehmen, oder diese während der Wanderung zu treffen. Denn, der größte Wunsch vor der Reise war, endlich einmal Zeit für sich zu haben! Die Wanderung über den Jakobsweg sollte jedoch nicht nur den Teilnehmerinnen sondern auch vielen anderen Betroffenen Mut schenken, um aktiv gegen die Erkrankung vorzugehen und sich nicht nur auf positive Gedanken zu verlassen. Alle Teilnehmerinnen hatten selbstverständlich immer die Möglichkeit die Reise jederzeit abzubrechen.

Begleitet wurden die 12 Frauen von zwei Diplomanden, die ständig per Handy erreichbar waren, um ggf. im Notfall helfen zu können. Jede Teilnehmerin wurde vor der Expedition intensiv auf physische und psychische Tauglichkeit getestet. Dazu fanden vor der Wanderung ebenfalls mehrere Informationsveranstaltungen statt. Die Teilnehmerinnen mussten zu vorgegebenen Zeiten verschiedene standardisierte Fragebögen ausfüllen, um auf die Weise die Entwicklung der Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität zu überprüfen.

Die Ziele dieses wissenschaftlichen Projektes können wie folgt zusammengefasst werden:

- neues Selbstvertrauen in den Körper gewinnen
- Lösung innerer Konflikte
- Vergangenheitsbewältigung
- Schaffung von neuem Lebensmut
- Stressabbau
- Vorbildcharakter für andere Betroffenen

Nach Auswertung der Ergebnisse konnten wir eine deutliche Verbesserung in vielen Bereichen der Lebensqualität beobachten. So sank das Fatigue-Syndrom, die Schlafsituation und der globale Gesundheitsstatus besserte sich. Das bedeutete, dass sich die Teilnehmerinnen von Tag zu Tag gesünder fühlten. Des Weiteren konnte auch eine signifikante Verbesserung der Achtsamkeit/Aufmerksamkeit festgestellt werden. Die sorgen- und angstvollen Gedanken traten in den Hintergrund, und der Focus der Frauen wurde vermehrt in das Hier und Jetzt gelegt. Darüber hinaus war ebenfalls eine ausgeprägte Verbesserung der Krankheitsbewältigung zu erkennen.

Insgesamt war dieses Projekt ein sehr erfolgreiches und Wiederholungen sind nicht ausgeschlossen. Die physiologischen Daten (Blutparameter) werden zurzeit noch ausgewertet, aber auch hier können wir schon jetzt interessante, positive Entwicklungen feststellen.

An dieser Stelle sei den Firmen AstraZeneca (Hauptsponsor), Amgen und Globetrotter für die finanzielle Unterstützung gedankt, ohne deren Mitwirken das genannte Projekt nicht möglich gewesen wäre!

Literatur

www.brustkrebs-bewegt.de

Blauer Ratgeber „Bewegung und Sport bei Krebs“ (Nr. 48)

Buch: „Bewegungstherapie und Sport bei Krebs“ (Hrsg: Baumann / Schüle, Deutscher Ärzteverlag, 2008)

Buch: „Die Macht der Bewegung“, Irisiana Verlag 2009

Dr. Freerk T. Baumann

Rehabilitation und andere Sozialleistungen

Es werden die wichtigsten Leistungen der Krankenversicherung, der Pflegeversicherung, der Rentenversicherung und des Schwerbehindertenrechts sowie die Leistungen zur onkologischen Rehabilitation vorgestellt. Die Anspruchsgrundlagen sind gesetzlich geregelt. Eine Ausnahme stellen die privaten Krankenversicherungen dar, die einige der gesetzlichen Leistungen nicht anbieten. Darüber hinaus können Leistungen der Sozialhilfeträger wie Arbeitslosengeld 2 oder die Grundsicherungsrente in Frage kommen oder auch eine einmalige Beihilfe aus dem Härtefonds der Deutschen Krebshilfe.

Die Krankenversicherung übernimmt die Leistungen der medizinischen Versorgung, neben der ärztlichen Behandlung auch Hilfsmittel (Prothesen, Perücken), Physiotherapie, Psychotherapie, Taxikosten zur Chemo-/Strahlentherapie, Haushaltshilfe (nur wenn Kinder unter 13 Jahren im Haushalt leben!), häusliche Krankenpflege (Unterstützung bei der Körperpflege wird vorübergehend nur in wenigen Fällen übernommen), häusliche Palliativbetreuung und die Hospizpflege (zusammen mit der Pflegeversicherung).

Eine wichtige Leistung ist das Krankengeld, das für eine gleiche Erkrankung innerhalb von 3 Jahren längstens 78 Monate (einschließlich der sechswöchigen Lohnfortzahlung) bezahlt wird.

Die Pflegeversicherung gewährt einen Zuschuss zu den Kosten häuslicher oder stationärer Pflege, wenn ein erheblicher Pflegebedarf (täglich mind. 45 Minuten) voraussichtlich mindestens 6 Monate lang besteht und auf Antrag in einem Gutachterverfahren festgestellt wurde.

Alle Patienten mit einer Krebserkrankung haben einen Anspruch auf einen Behindertenausweis, der in der Regel erst befristet für 5 Jahre (Heilungsbewährung) ausgestellt wird. Der Ausweis bescheinigt den Grad der Behinderung – GdB -, der mindestens 50%, je nach Tumorstadium auch mehr, beträgt. Die wichtigsten Auswirkungen sind ein Einkommenssteuer-Freibetrag, gegenüber dem Arbeitgeber ein erhöhter Kündigungsschutz und ein Anspruch auf eine Woche Sonderurlaub sowie die Möglichkeit, 2 Jahre früher als die jeweilige Altersregelung in Rente gehen zu können, wenn 35 Jahre Versicherungsbeiträge entrichtet wurden.

Kostenträger für eine onkologische Reha ist die Rentenversicherung (in NRW: Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung Bochum), wenn die Patientin mindestens 5 Jahre Versicherungsbeiträge entrichtet hat oder bereits eine gesetzliche Rente bezieht.

Die onkologische Rehabilitation umfasst eine dreiwöchige Aufnahme in einer spezialisierten Reha-Klinik, es gibt nur wenige Möglichkeiten zur ambulanten Rehabilitation.

Unterschieden werden die Anschlussheilbehandlung – AHB – und eine spätere Nachkur. Die AHB muss innerhalb bestimmter Fristen angetreten werden: nach stationärer Behandlung innerhalb von 2 Wochen nach Entlassung, nach einer Chemotherapie innerhalb von 2 Wochen nach Therapieende, nach einer Strahlentherapie innerhalb von 4 Wochen. Die AHB muss vom jeweils behandelnden Krankenhaus oder der onkologischen Praxis organisiert werden.

Die Nachkur kann innerhalb eines Jahres nach Erstdiagnose durch den niedergelassenen Arzt beantragt werden. Eine Kur im zweiten Jahr wird nur bewilligt bei erheblichen körperlichen Funktionseinschränkungen oder psychischen Belastungen. Bei einem Rezidiv entsteht ein neuer Anspruch.

Private Krankenversicherungen schließen Rehabilitation in ihren Leistungen aus. Alle bieten aber entsprechende Leistungen an, die Voraussetzungen und Fristen sind je nach Vertrag unterschiedlich geregelt.

Katrin Kutsche



Dr. Wesel Seminare
Vorträge & Workshops zu Gesundheitsthemen für Mediziner und Laien

Abstract
Psychoonkologische Betreuung bei Brustkrebs

Die psychoonkologische Betreuung ist ein fakultativer Bestandteil eines ganzheitlichen Vorgehens bei Krebserkrankungen.

Der Vortrag beginnt mit der Erläuterung, was überhaupt unter „ganzheitlichem Vorgehen“ zu verstehen ist. Der Referent erläutert hierzu ein Stufenmodell, bestehend aus Schulmedizin, Komplementärmedizin, psychosomatischen, energetischen und spirituellen Aspekten.

Psychonkologie kann unter dem Aspekt der Salutogenese betrachtet werden.

(Salus: Heilung, Gesundheit; Genese: die Entstehung; Salutogenese: Die Entstehung von Gesundheit, Heilung). Salutogenese beschäftigt sich mit den Faktoren, welche erwiesenermaßen sehr hilfreich zum Überstehen großer Belastungssituationen sind, wie beispielsweise eine Krebserkrankung.

Die Salutogeneseforschung hat gezeigt, dass die wesentlichen Ressourcen hierzu sind:

1. Die Fähigkeit, zu verstehen, was vorgeht
2. Die Fähigkeit, selbst etwas zur Verbesserung beitragen zu können
3. Der Angelegenheit dem Geschehen einen Sinn abgewinnen zu können.
4. Ein soziales Netz, welches einem Unterstützung, Trost und Liebe gibt

Auf dieser Basis kann man Krebspatienten sehr effektiv Hilfe geben, was mit konkreten Beispielen transparent gemacht wird.

Indiziert ist eine psychoonkologische Therapie, welche immer lösungsorientiert und nicht ursachenorientiert ist, („Was habe ich nur falsch gemacht, dass dies geschehen konnte?“)

bei PatientInnen, denen das Annehmen und Umgehen mit der Erkrankung große Mühe bereitet.

Ziel ist der gelassenerere Umgang mit der Erkrankung und den erforderlichen diagnostischen & therapeutischen Maßnahmen.

Europäisches Brustzentrum Dr. Rezai am Luisenkrankenhaus
offene Studien: Stand November 2014

| | Studie | Einschlusskriterien | Regime |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Neoadjuvant, Phase II Neo Phoebe, Amd 1 doppelblind | Her2pos, unilateral Klinisch T > 2cm und /oder US / MRI > 1,5 cm | Arm 1: Herceptin (4mg / 2mg) weekly + BKM120 Placebo (100mg) für 6 Wochen – Herceptin / BKM120 Placebo (80mg) + Paclitaxel (80mg/m ²) weekly für 12 Wochen – OP – Arm 2: Herceptin (4mg / 2mg) weekly + BKM120 (100mg) für 6 Wochen – Herceptin / BKM120 (80mg) + Paclitaxel (80mg/m ²) weekly für 12 Wo – OP – 4xEC |
| 2 | Neoadjuvant, Phase II Genevieve Amd 2 | Triple neg. o. Luminal B mit Ki 67 > 14% Uni-o. bilateral Zentralpathologie entscheidet Palpation ≥ 2cm; cT1c und cN+ oder cT1c und pN _{SLN} ⁺ , cT2, cT3 | Arm1: 4 x Cabacitaxel 25mg/m ² , q3w Arm2: 12 x Paclitaxel 80mg/m ² , q1w - gefolgt von OP nur bei – ansonsten zuerst Chemo weiter 4 x EC q3w (Standard Investigator decision) |
| 3 | Post-neoadjuvant Phase III Katherine, Her2pos | Nicht Erreichen einer pCR Her2pos, vor Chemo: T1 – T4, N0-3, M0 | 14 x Herceptin vs 14 x TDM1 |
| 4 | Post-neoadjuvant Phase III, doppelblind Penelope, HR pos, Her2neg | HR pos, Her2 neg.; CPS-EG score > 3 Residualtumor in Brust o. LK, mind. 16 Wo Chemo, taxanhaltige Chemotherapie für mindestens 6 Zyklen | Arm A: Palbociclib 125 mg tgl , Tag 1 bis Tag 21 gefolgt von 7 Tagen ohne Behandlung in einem 28-Tagezyklus für dreizehn Zyklen; Arm B: Placebo für Palbociclib tgl von Tag 1 bis Tag 21 gefolgt von 7 Tagen ohne Behandlung in einem 28-Tagezyklus für dreizehn Zyklen |
| 5 | Neoadjuvant /adjuvant ADAPT-Umbrella AOK Rheinland/Hamburg + GAP 2 + Barmer und Knappschaft mit Kostenübernahme | Luminal A und B, unilateral T1-4 (außer inflammatorisch), alle cN, 18 – 75 Jahre Onkotype Risikobestimmung MAIN Phase: Chemo auch neoadjuvant möglich Risikopatientinnen direkte Rando möglich ohne Induktionstherapie, ohne Onkotype DX 1. Patientinnen mit c/pN2/3 2. Patientinnen mit bekanntem RS ≥26 3. Patientinnen mit G3 Tumoren mit Ki-67 ≥40% bei Tumoren >1cm | Biopsie – 3 Wo antihormonelle Induktionstherapie – Niedriges Risiko (RS < 12, N0-1) - nur endokrine Therapie Intermediate risk (RS 12 -25) und Ki67 nach OP (Referenzpathologie!) < 10% nur endokrine Therapie Hochrisiko + non responder im intermediate: Chemo + endokrine Therapie MAIN-Phase: Paclitaxel 175mg q2w x 4 – EC (90mg/600mg) q2w x 4 nabPac q1w (125mg) x 8 - EC (90mg/600mg) q2w x 4 |
| 5a | ADAPT: Her2 + , HR - Neoadjuvant | Her2+ / HR- (ER + PR neg) Zentralpathologie Alle N, cT1c – cT4c (cT2 wird empfohlen – Stanze), M0, LVEF > 50% | Arm A: 12 Wochen q3w Trastuzumab (8mg/ kg loading, 6mg/kg) + Pertuzumab (840mg loading/ 420mg) – OP – Standardchemotherapie Trastuzumab weiter (40 Wo) Arm B: 12 x Paclitaxel (80mg/m ²) q1w + Trastuzumab + Pertuzumab q3w – OP – Standardchemo + Herceptin (40 Wo) |
| 6 | adjuvant, GAIN 2 Phase III | 18 – 65 Jahre, Her 2 pos oder Triple neg.; Luminal B (ER/PR pos. Her 2 neg. , Ki 67 > 20% mit befallenen LK) ; ≥ 4 befallene LK unabhängig vom Ki 67 | Arm A: 3 x E (150 mg/m ² q2w) + 3 nP q2w (330mg) + 3 x Cyclophosphamid (2000mg/m ² q2w) Herceptin nach Anthrazykline Arm B: 4 x EC (90/600mg/m ² q2w + 4 x Docetaxel (75mg/m ² q2w) |

| | NIS | Nicht Interventionelle Studie |
|---|---------------|-----------------------------------------------------------|
| 1 | HerScin | |
| 2 | AVANTI - NIS | Avastintherapie bei mBC oder lokal fortgeschrittenen MaCa |
| 3 | NIS – X-treme | Denosumab |
| 4 | NIS - Brawo | Afinitor und Exemestan |

In Kürze: ab Dezember 2014

neoadjuvant:

- 1) **Kristine – TDM1 und Pertuzumab neoadjuvant Phase III (N=432)**
6 x Doc / Cb / Trastuzumab/ Pertuzumab - OP - T+P weiter;
6x TDM1 + Pertuzumab - OP – ggf Anthrazyklinhaltige Chemotherapie anschließend TDM1 / Pertuzumab weiter

Studien in Vorbereitung

- 1) **Brightness / AbbVie/Studie Triple neg. MaCa neoadjuvant Phase III** mit Parp Inhibitor+ Cb vs Cb + Standardtherapie

Post – Neo- / Adjuvant

- 2) **Treat CTC; Phase II: Her 2 neg., primärer BC nach Chemo und nachweisbaren peripheren Tumorzellen**
- 3) **Olympia AstraZeneca, Phase III: Germline BRCA1/2 Mutations and high risk Her2neg MaCa**
nach abgeschlossener Neo-/adjuvanter Therapie:
Olaparib vs Placebo

Dr.rer. nat Trudi Schaper
Studienkoordinatorin
Hans-Günther-Sohl Str. 6-10
40235 Düsseldorf

Dr.t.schaper@luisenkrankenhaus.de

Tel.: 0211 44773390