

München 18.04.2015

Körperliche Aktivität bei Krebserkrankungen

4. Patiententag

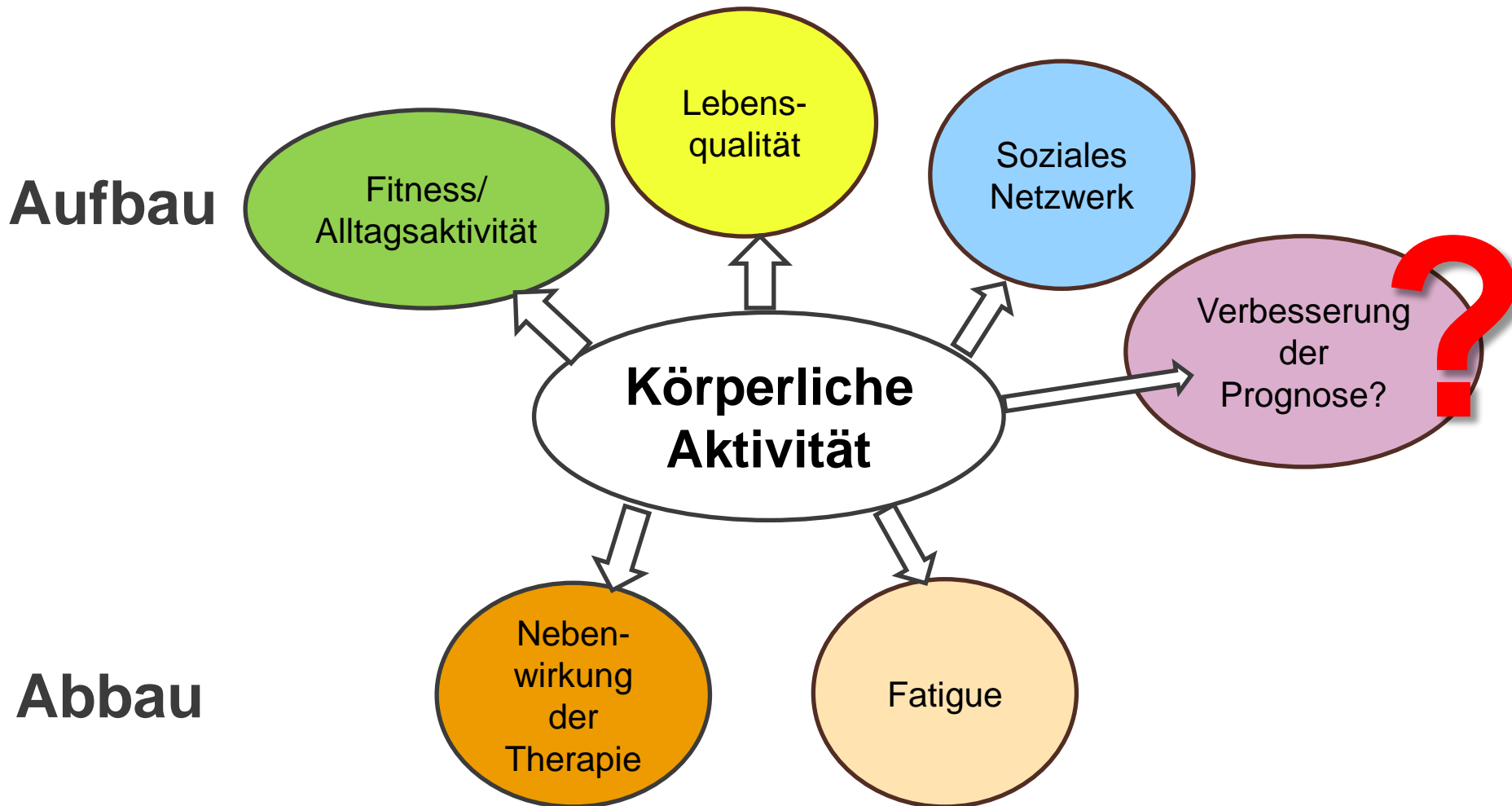
Anika Berling

Lehrstuhl und Poliklinik für
Prävention, Rehabilitation und Sportmedizin
Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München

berling@sport.med.tum.de
www.sport.med.tum.de



Ziele einer Sport- und Bewegungstherapie



Körperliche Aktivität und Prognose bei Darmkrebs

121.700 Frauen
Fragebogen: Körperliche Aktivität?




Aktivitätsfragebogen alle 2 Jahre,
Darmkrebs?

573 Frauen, Darmkrebs Stadium I-III

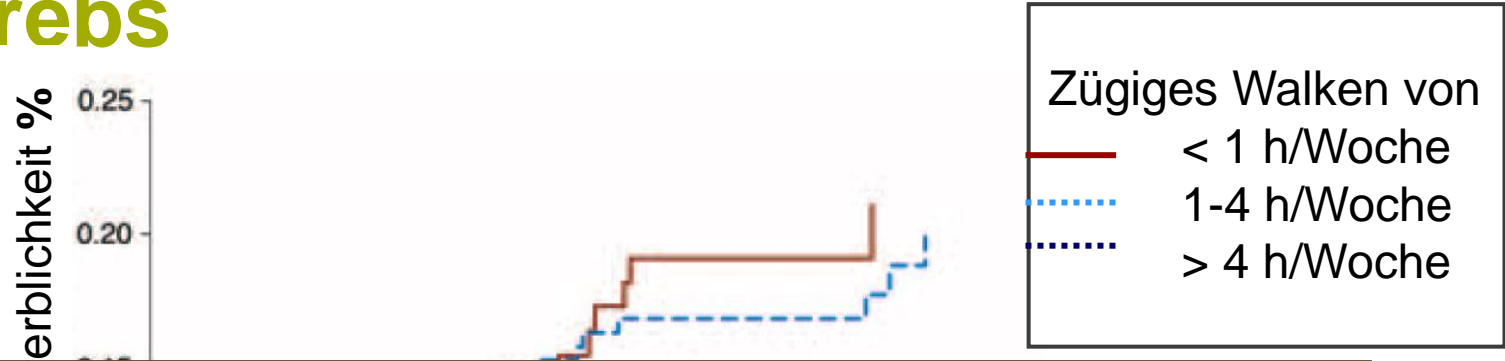
Beobachtungszeitraum 9,6 Jahre

Hat körperliche Aktivität nach der Diagnose
Einfluss auf das Überleben?

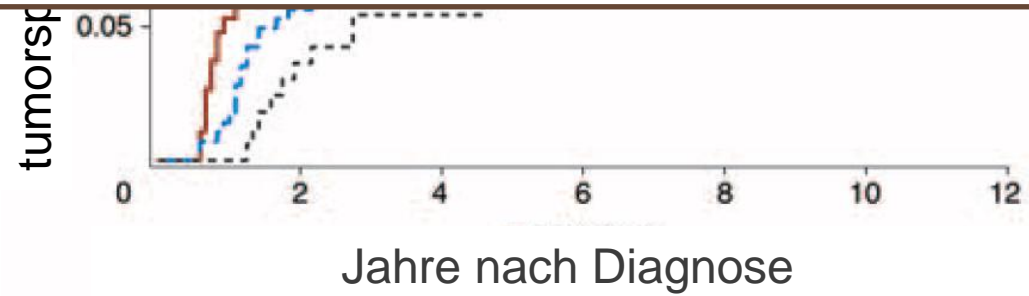
Sportliche Aktivität
entsprechend
zügigem
Walken von

-  < 1 h/Woche
-  1-4 h/Woche
-  > 4 h/Woche

Körperliche Aktivität und Prognose bei Darmkrebs



Die Sterblichkeit bei Darmkrebspatienten ist nach 5 Jahren deutlich niedriger bei >4h/Woche moderater körperlicher Aktivität



Risikofaktor Sitzen bei Tumorerkrankungen



Zunahme der Sitzzeit



Abnahme der:

- Lebensqualität
- allgemeinen Fitness

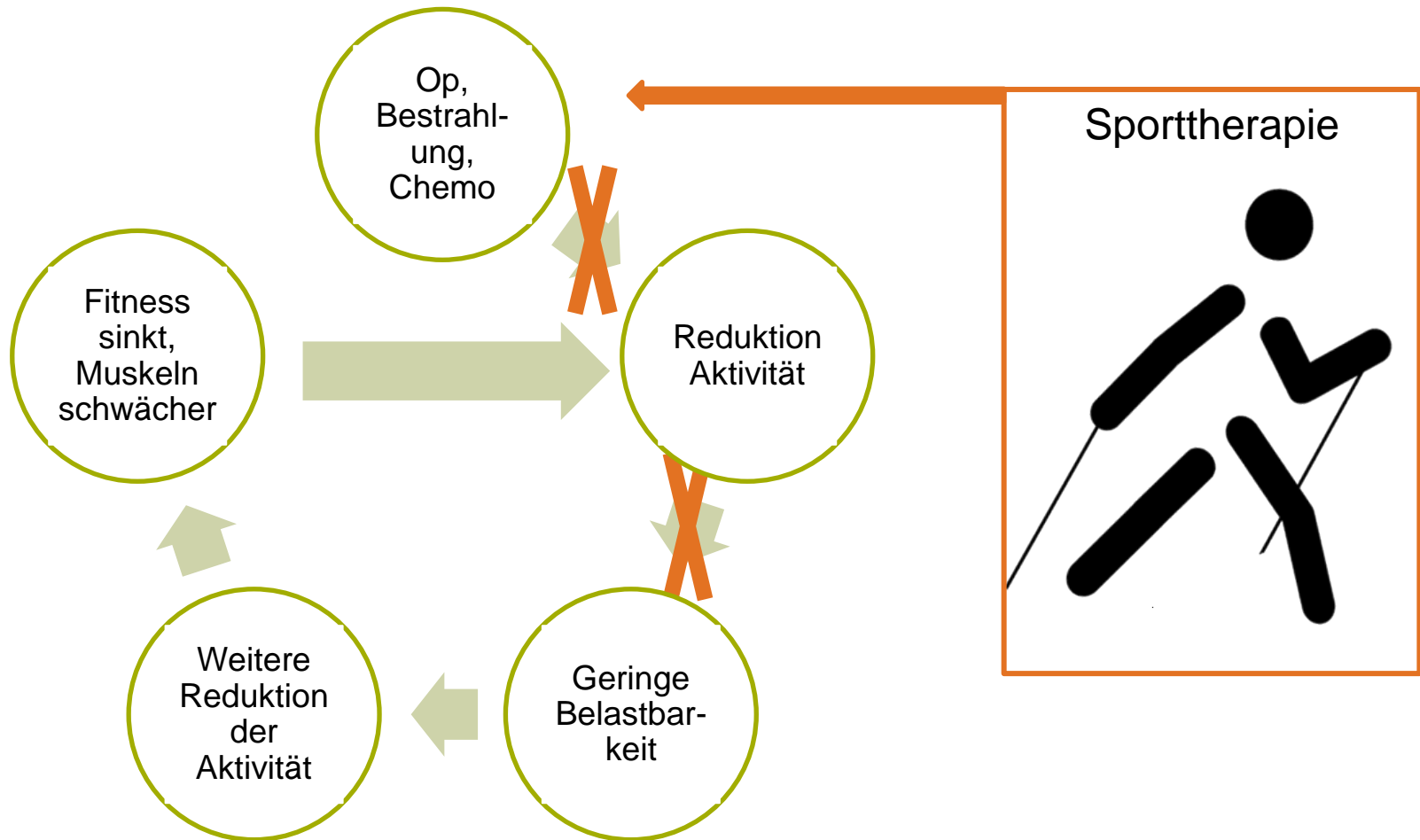


Starke Zunahme der Sitzzeiten im ersten
Jahr nach der Erkrankung

Höhere Sitzzeiten im Vergleich zu nicht
Erkrankten!

Ziel: Vermeidung des sitzenden Lebensstils bei Tumorerkrankten!

Körperliche Aktivität und Belastbarkeit





Onkologische Sportgruppen



Rückblick



Bis Ende der 70er Jahre keine Sport-/Bewegungstherapie für Krebserkrankte!



Finanzielle Unterstützung der Krankenkassen

Freigabe 15.04.2011

Verbindliches Maßnahme

Antrag auf Kostenübernahme 56

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining
 verordnungswesentliche Diagnosen, gegebenenfalls relevante Nebenbefunde

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungswesentliche Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

Empfohlene Rehabilitationssportarten

Gymnastik (auch im Wasser) Schwimmen Leichtatletik

Bewegungsspiele Sonstige _____

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderte oder von der Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen erforderlich

Rehabilitationssport ist notwendig für:

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwert)

125 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwert) nur bei:

Asthma bronchiale Morbus Parkinson

Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben Mukoviszidose

Chronischer obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) Multipler Sklerose

Doppelamputation Muskeldystrophie

Epilepsie, therapieresistent Nervenverletzung, terminale

Gliedmaßen Organische Hirnschädigung

Hirnklein-Zerstreuung Polyneuropathie

Marfan-Syndrom Querschnittslähmung, schwere Lähmung (Paraplegie, Paraparesis, Tetraplegie, Tetraparesis)

Morbus Bechterew Rheumatoide Arthritis

28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderte oder von der Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen

Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

Längere Leistungsüber, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

125 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwert) 24 Monate (Richtwert)

Bei weiteren Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining, warum der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die ermittelten Übungen selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen

Blatt Nr. 56 (01.01.11)

- Formular 56
- Verordnung für Rehabilitationssport
- „...ergänzende Maßnahme nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX“.
- 50 Übungseinheiten in 18 Monaten
- „Hilfe zur Selbsthilfe“
- Budgetierungsfrei!

Unterstützung der Rentenversicherung

Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger

Zuständiger Rentenversicherungsträger: **Bayern-Süd** Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer: _____ Kennzeichen (soweit bekannt): _____

G850

Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining

Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung
Seite 1 ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden.
Seite 2 ist eine Ausfertigung für die Rehabilitationseinrichtung.

Seite 3-8 sind der Versicherten / dem Versicherten auszuhandigen.
Besonderer Hinweis bei onkologischer Erkrankung: Rehabilitationssport kann verordnet werden, wenn die (Primär-) Therapie (Operation und / oder Strahlentherapie und / oder antineoplastische Therapie) abgeschlossen ist. Im Einzelfall kann Rehabilitationssport auch vor Abschluss der (Primär-) Therapie verordnet werden. Es muss dann sichergestellt sein, dass die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt während der laufenden Therapie überprüft, ob die Fortsetzung des Rehabilitationssports aus medizinischer Sicht gerechtfertigt ist.

Versicherter (Name, Vorname): _____ Geburtsdatum: _____
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort: _____
Leistung zur medizinischen Rehabilitation von - bis _____ in (Rehabilitationseinrichtung): _____

Die nachfolgende Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn mit dem Rehabilitationssport / Funktionstraining nicht innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

1 Diagnose

1.1 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung

2 Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining
(beides kann zusammen nicht verordnet werden)

Art des Rehabilitationssports: <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzgruppen <input type="checkbox"/> Regional mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot	Art des Funktionstrainings: <input type="checkbox"/> Trockengymnastik und / oder Wassergymnastik Spezifizierung der Diagnose: <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Sonstige:
---	---

Ergometrie (nur bei Rehabilitationssport in Herzgruppen unbedingt angeben!) unter Beta-Blocker
Watt max. HF max. / Min. RR max. mm Hg. Trainingspuls / Min. nein ja

3 Weitere Angaben für die Verordnung

3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate
 Monate
Hinweis: Die Verordnungsdauer beträgt in der Regel 6 Monate. Bei einer Verordnung von mehr als 6 Monaten bis längstens 12 Monaten ist eine ausführliche Begründung erforderlich.

3.2 Anzahl der Übungsveranstaltungen:
(bis zu 2 je Woche, mit ausführlicher Begründung maximal 3 je Woche, soweit die Häufigkeit angeboten wird)

Rehabilitationssport wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal	Trockengymnastik wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal	Wassergymnastik wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal
---	---	--

Das Informationsschreiben G852 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum: _____
Seite 1 von 8
Stempel, Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung)

G850 PDF
V004 - 17.12.2012 - 2

Ausfertigung für die Rehabilitationseinrichtung

Zuständiger Rentenversicherungsträger: **Bayern-Süd** Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer: _____ Kennzeichen (soweit bekannt): _____

G850

Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining

Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung
Seite 1 ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden.
Seite 2 ist eine Ausfertigung für die Rehabilitationseinrichtung.

Seite 3-8 sind der Versicherten / dem Versicherten auszuhandigen.
Besonderer Hinweis bei onkologischer Erkrankung: Rehabilitationssport kann verordnet werden, wenn die (Primär-) Therapie (Operation und / oder Strahlentherapie und / oder antineoplastische Therapie) abgeschlossen ist. Im Einzelfall kann Rehabilitationssport auch vor Abschluss der (Primär-) Therapie verordnet werden. Es muss dann sichergestellt sein, dass die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt während der laufenden Therapie überprüft, ob die Fortsetzung des Rehabilitationssports aus medizinischer Sicht gerechtfertigt ist.

Versicherter (Name, Vorname): _____ Geburtsdatum: _____
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort: _____
Leistung zur medizinischen Rehabilitation von - bis _____ in (Rehabilitationseinrichtung): _____

Die nachfolgende Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn mit dem Rehabilitationssport / Funktionstraining nicht innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

1 Diagnose

1.1 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung

2 Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining
(beides kann zusammen nicht verordnet werden)

Art des Rehabilitationssports: <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzgruppen <input type="checkbox"/> Regional mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot	Art des Funktionstrainings: <input type="checkbox"/> Trockengymnastik und / oder Wassergymnastik Spezifizierung der Diagnose: <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Sonstige:
---	---

Ergometrie (nur bei Rehabilitationssport in Herzgruppen unbedingt angeben!) unter Beta-Blocker
Watt max. HF max. / Min. RR max. mm Hg. Trainingspuls / Min. nein ja

3 Weitere Angaben für die Verordnung

3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate
 Monate
Hinweis: Die Verordnungsdauer beträgt in der Regel 6 Monate. Bei einer Verordnung von mehr als 6 Monaten bis längstens 12 Monaten ist eine ausführliche Begründung erforderlich.

3.2 Anzahl der Übungsveranstaltungen:
(bis zu 2 je Woche, mit ausführlicher Begründung maximal 3 je Woche, soweit die Häufigkeit angeboten wird)

Rehabilitationssport wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal	Trockengymnastik wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal	Wassergymnastik wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal
---	---	--

Das Informationsschreiben G852 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum: _____
Seite 2 von 8
Stempel, Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung)

G850 PDF
V004 - 17.12.2012 - 2

Wie finde ich eine Gruppe am Wohnort?

- Behinderten- und Versehrten Sportverbände (BVS)
- Selbsthilfegruppen
- Beratungsstellen (BKG)
- Krankenkassen/Rentenversicherung
- Zentrum für Prävention, Rehabilitation und Sportmedizin

KTU
TUM

Kuratorium für Prävention und Rehabilitation
Technische Universität München
Klinikum rechts der Isar

Krebsnachsorge

Rehabilitationssportgruppe



**Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,**

Sie interessieren sich für unsere ambulanten Krebsnachsorgegruppen? Mit diesem Merkblatt möchten wir Sie über die organisatorischen Details informieren.

Wer kann mitmachen?
PatientInnen und Patienten, die an einem Tumor erkrankt sind und therapiebegleitend präventiv oder rehabilitativ auf Anraten und Verordnung ihres behandelnden Arztes aktiv etwas zum Erhalt und zur Verbesserung ihrer Gesundheit tun möchten.

Was wird gemacht?
Wir bieten Ihnen ein individuell an Ihr Leistungsvermögen angepasstes Training, bestehend aus Kraft- und Ausdauerübungen, mit Förderung der Beweglichkeit und Erlernen von Atem- und Entspannungstechniken in Kombination mit kleinen Spielformen in der Gruppe. Unter Anleitung durch speziell qualifizierte Diplom-sportwissenschaftlerInnen wird therapiebedingten Beeinträchtigungen durch entsprechende Funktionsgymnastik wie Beckenbodentraining oder Schulter-Arm-Gymnastik entgegengewirkt.

www.ktu.vo.tum.de
kuratorium.pr@sport.med.tum.de

Was empfehle ich meinen Tumorpatienten zusätzlich?



Angeleitetes Training in
Physiotherapie/ Rehasentren/
Sportgruppe

Selbständig

Kontraindikationen

- Infektion : Bronchitis, Erkältung, Magendarminfekt...
- Kreislaufbeschwerden, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen
- Akute Blutungen, starke Schmerzen
- Fieber: Temperatur über 38° C
- Laborwerte: Hb unter 10g/dl, Thrombozyten <50 000
- An Chemotagen mit kardiotoxischen Substanzen
- Knochenmetastasen mit Frakturgefährdung (Rücksprache mit Orthopäden)

Zusammenfassung

„Sport auf Rezept“ für Tumorpatienten

Positive Auswirkungen:

- Erhalt der **Leistungsfähigkeit**
- Verbesserung der **Lebensqualität**
- Verbesserung der **Fatigue-Symptomatik**
- Verbesserung der Prognose (?)

- ✓ Beginn während des stationären Aufenthaltes
- ✓ Sporttherapie auch während Chemo- und Bestrahlung

→ Trainingsprogramm individuell an die Tagesform anpassen!!

Univ.-Prof. Dr. Martin Halle
 Poliklinik für Präventive und Rehabilitative
 Sportmedizin, Georg-Brauchle-Ring 56
 D-80992 München

Rezept für Bewegungstherapie

Sportart	Häufigkeit	Trainingspuls
Gehen	__ x/Wo, je __ min.	__ /min.
Nordic Walking	__ x/Wo, je __ min.	__ /min.
Laufen/Joggen	__ x/Wo, je __ min.	__ /min.
Radfahren	__ x/Wo, je __ min.	__ /min.
Schwimmen	__ x/Wo, je __ /min.	__ /min.

Ergometertraining __ Watt __ min.

Gymnastik __ min./Tag
 Kraftübung __ % der max. Kraft
 __ Wiederholungen
 __ min./Woche

Datum/Unterschrift _____

*Vielen Dank und ein
schönes Wochenende!*

Kontakt

Dipl. Sportwissenschaftlerin

Anika Berling

Lehrstuhl und Poliklinik für

Prävention, Rehabilitation und Sportmedizin

Klinikum rechts der Isar

Technische Universität München

Georg-Brauchle-Ring 56-58 (Campus C)

80992 München

berling@sport.med.tum.de

www.sport.med.tum.de

