Urologe [A] 2005 · 44:29–32
DOI 10.1007/s00120-004-0738-8
Online publiziert: 15. Dezember 2004
© Springer Medizin Verlag 2004

S. Zettl[1] · A. Menges-Beutel[2] · U. Otto[2]
[1] Sektion Nephrologie, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg
[2] Klinik Quellental, Bad Wildungen

# Die Bedeutung der Psychoonkologie in der Rehabilitation in der urologischen Onkologie

## Der Sturz aus der Wirklichkeit

Die Konfrontation mit der Diagnose „Krebs" löst bei den Betroffenen in besonderer Weise Verunsicherung und Ängste aus; Gerdes [5] spricht von einem *„Sturz aus der normalen Wirklichkeit."* Die Patienten werden mit einer Vielzahl von Belastungen konfrontiert. An erster Stelle steht die Todesdrohung – unabhängig davon, ob der Tumor behandelbar erscheint oder nicht. Die natürliche Selbstverständlichkeit des Daseins geht unwiderbringlich verloren.

Auch nach einer erfolgreichen Primärbehandlung bleibt der weitere Verlauf mit Unsicherheiten verbunden, und die Betroffenen sehen sich durch Ängste vor einem Rezidiv („Damokles-Syndrom") oder einem Zweitmalignom durch die Primärtherapie bedroht. Hinzu kommen körperliche Beschwerden durch die Erkrankung und die Behandlung, die den Betroffenen den Verlust ihrer körperlichen Integrität vor Augen führen. In vielen Fällen verändert sich das Körperbild und -erleben; durch Leistungseinbußen und Begleiterscheinungen der Therapie, z. B. Fatigue, werden Alltagsaktivitäten eingeschränkt.

Soziale Rollen werden in Frage gestellt:

- Werde ich weiter meinen Beruf ausüben können?
- Werde ich meine Familie versorgen können?
- Wie wirkt sich die Erkrankung auf meine Partnerschaft und Sexualität aus?

Krebs ist außerdem trotz der häufigen Berichte in den Medien noch immer eine Erkrankung, über die man nicht gerne spricht: Befangenheit, Tabus, Angst vor Stigmatisierung und sozialem Rückzug können die Folge sein [2].

## Begleitende psychische Störungen

Eine adäquate Verarbeitung der Erkrankung und ihrer Behandlungsfolgen kann durch das Vorliegen psychischer Störungen weiter erschwert werden. Studien zur Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Krankenhauspatienten zeigen, dass ein nicht unerheblicher Teil stationär behandelter Patienten psychische Auffälligkeiten im Sinne der ICD-10 aufweist. So ergibt sich aus einer Metaanalyse von 12 Studien an chirurgischen und internistischen Krankenhauspatienten [6] eine mittlere Prävalenzrate von 32% für psychischer Störungen.

Ähnliche Häufigkeitsangaben werden auch in anderen empirischen Untersuchungen genannt (z. B. [1, 14]); etwa ein Drittel der Patienten eines Allgemeinkrankenhauses muss daher als psychisch auffällig und behandlungsbedürftig angesehen werden.

Als häufigste Diagnosen werden depressive Störungen, Angststörungen und Suchtmittelabhängigkeit genannt.

- **Bei Krebspatienten beträgt die Prävalenz einer behandlungsbedürftigen Depression im Mittel 20% [7, 9, 18].**

Je nach untersuchter Patientengruppe und verwendeten Messinstrumenten schwanken die Angaben jedoch erheblich. In der medizinischen Versorgung – gerade unter den sich verschärfenden Arbeitsbedingungen der Akutkliniken – wird eine Depression jedoch nur in ungefähr 50% der Fälle diagnostiziert und noch seltener adäquat behandelt [7]. Gleiches gilt für akute Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen, die im Kontext einer onkologischen Therapie auftreten können (z. B. [11]).

Neben diesen psychischen Begleit- oder Folgeerkrankungen können spezifische Problembereiche wie sexuelle Funktionsstörungen oder eine postoperativ auftretende Inkontinenz ein zentrales Thema psychoonkologischer Betreuung in der Rehabilitation darstellen, die deshalb in den folgenden Abschnitten näher beschrieben werden.

## Problembereich Sexualität

In unserer Kultur scheint das Konstrukt „Männlichkeit" (immer noch) eng an kör-

Tabelle 1

| Ziele der psychoonkologischen Rehabilitation |
|---|
| Unterstützung bei der Problembewältigung in Partnerschaft und Familie (beispielsweise Kommunikation, Rollenveränderungen, Sexualität) |
| Verbesserung der psychischen Befindlichkeit (beispielsweise Angst, Depression, Selbstwerterleben) |
| Reduktion funktioneller Störungen (beispielsweise sexuelle Störungen) |
| Verbesserung der Krankheitsverarbeitung |
| Stärkung personaler und sozialer Ressourcen |
| Förderung der verbleibenden Gesundheit und der individuellen Ressourcen |

perliches, insbesondere sexuelles Funktionieren gebunden. Nach Tiefer [16] ist der Maßstab für die eigene Männlichkeit nicht durch Erlebnisqualitäten wie Genuss, Intimität oder Entspannung gekennzeichnet, sondern körperliches Funktionieren, Leistungsfähigkeit und die Unabhängigkeit von Personen und äußeren Umständen. Dies müsse immer wieder in der Sphäre von Arbeit und Freizeit – aber auch durch sexuelles Funktionieren – vor sich und anderen unter Beweis gestellt werden.

Nach Feil und Appelt [4] sind Männer stark auf eine *„erektile Selbstbestätigung"* angewiesen; wichtig scheint dabei zu sein, dass die Männer ihre Erektion vor einer Frau, meistens ihrer Partnerin, präsentieren können. Onkologische Patienten werden deshalb z. B. auf eine radikale Prostatektomie oder Hormontherapie und die damit einhergehende Erektionsstörung mit hoher Wahrscheinlichkeit mit Ängsten und sinkendem Selbstwertgefühl reagieren: weil ihre Geschlechtsrolle insgesamt bedroht wird und sie sich mit Eigenschaften und Problemen konfrontiert sehen, die sie bisher nicht zu ihrem Selbstbild als Mann gehörig angesehen haben.

Hilfestellungen in den Akutkliniken erfolgen in der Regel nur durch das Angebot somatischer Behandlungsmöglichkeiten (z. B. durch die Verordnung von Viagra und dessen Folgeprodukte), aber selten durch ergänzende psychosoziale Interventionen.

## Tabuthema Inkontinenz

Das Vorliegen einer krankheits- oder therapiebedingten Inkontinenz (z. B. nach radikaler Prostatektomie) hat negative Einflüsse auf die Lebensqualität und subjektive Befindlichkeit der Betroffenen. Sie kann u. a. das Selbstwerterleben, die Zufriedenheit mit Partnerschaft und Intimität sowie die sozialen Beziehungen beeinträchtigen. Die Tabuisierung des Themas ist dabei fast das größte Problem:

**„Physicians don't ask and patients don't tell" ([20], S. 436).**

In einer 1999 durchgeführten konsekutiven Untersuchung von über 50-jährigen Patienten in ärztlichen Praxen in der Bundesrepublik Deutschland (Welz-Barth et al., a.a.O.) zeigte sich, dass 62,4% der Befragten Symptome einer Inkontinenz aufwiesen, jedoch 50,5% das Thema gegenüber ihrem Arzt bisher nicht angesprochen hatten und deshalb auch nicht adäquat versorgt wurden. Die Tendenz zur Verleugnung und Bagatellisierung war dabei bei den jüngeren Patienten (50–64 Jahre) deutlich größer als bei den über 65-Jährigen.

Norton [10] konnte zeigen, dass von Inkontinenz betroffene Frauen weniger besorgt sind wegen der möglichen Ursachen bzw. der gesundheitlichen Folgen der Inkontinenz als vielmehr wegen der gesellschaftlichen Einschränkungen.

**Die größte psychische Belastung stellt die Angst dar, anderen durch den Geruch nach Urin aufzufallen.**

Dies kann ein zwanghaftes Waschverhalten verursachen. Häufig kommt es zur Vermeidung von sozialen Kontakten, von Sexualität, zu Störungen von Partnerbeziehung und Familienharmonie und letztlich zur Isolation (Übersicht bei [15]). Davon ausgehend, dass ein Teil der harninkontinenten Frauen und Männer auch über Stuhlschmieren oder Symptome einer Analinkontinenz klagen, wird die Einschränkung der Lebensqualität besonders evident. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation werden die Betroffenen neben somatisch orientierten Behandlungsangeboten auch bei der Bewältigung der psychosozialen Begleiterscheinungen unterstützt.

## Begrenzte Möglichkeiten der Akutkliniken

In Deutschland ist eine routinemäßige psychoonkologische Versorgung in den Krankenhäusern kaum realisiert. Die ökonomischen Zwänge im Gesundheitswesen führen außerdem dazu, dass immer mehr Patienten mit immer kürzeren Liegezeiten durch die Akutkliniken „durchgeschleust" werden. Fragen der Krankheitsverarbeitung, der Anpassung an krankheits- und therapiebedingte Einschränkungen, familiäre Belastungen usw. treten dadurch immer mehr in den Hintergrund.

Viele Patienten sehen sich allerdings auch erst nach Abschluss ihrer Primärbehandlung und der Entlassung aus der Akutklinik überhaupt dazu in der Lage, sich tiefer mit ihren Krankheitserfahrungen auseinander zu setzen und sie zu bewältigen. Sie fühlen sich dann aber häufig mit diesen Problemen vollkommen allein gelassen, zumal auch im ambulanten Sektor kaum flächendeckende Versorgungsangebote zur Verfügung stehen. Der Rehabilitation kommt schon allein deshalb eine zunehmende Bedeutung zu.

Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) betont in seinen Expertenempfehlungen der Reha-Kommission, dass die medizinische Rehabilitation sich auch auf die psychosozialen Aspekte der Krankheitsbewältigung richten muss:

**„Alle Bemühungen um den Rehabilitanden, wie z. B. durch ein Funktionstraining Leistungsverbesserungen zu erreichen, bleiben letztendlich erfolglos, wenn der Betroffene nicht lernt, sich auf seine Krankheit oder Behinderung angemessen einzustellen" ([19], S. 652).**

Allerdings gilt auch für den Bereich der Rehabilitationskliniken, dass die Möglichkeiten der psychoonkologischen Betreuung nur dann wirklich realisiert werden, wenn die notwendigen personellen Kapazitäten vorhanden sind.

## Psychonkologie in der medizinischen Rehabilitation

Die in Deutschland angebotenen Möglichkeiten der onkologischen Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung AHB, Eilheil- und Nachfolgeheilverfahren) sind auf die medizinischen und psychosozialen Erfordernisse der Patienten abgestimmt.

In einer Befragung von 424 urologisch-onkologischen Patienten der Klinik Quellental in Bad Wildungen-Reinhardshausen (1996) während einer Anschlussheilbehandlung (AHB) bzw. eines Nachfolgeheilverfahrens (konsekutive Stichprobe) wurden Symptome wie Schlafstörungen, Grübeln, Angst, ungewolltes Weinen, bedrückte Stimmung und Unruhe erfasst, die auf eine reaktive depressive Verstimmung oder Anpassungsstörung hinweisen. Weiter wurde erfragt, ob sich die Patienten durch die Krankheit belastet fühlen, ob Sorgen finanzieller, beruflicher, familiärer oder partnerschaftlicher Art bestehen, sowie nach einem entsprechenden Beratungswunsch.

Drei Viertel der befragten Patienten waren Männer (n=301), ein Viertel Frauen (n=116); das durchschnittliche Alter lag bei 60 Jahren. 43% der Befragten gaben Symptome an, die auf eine depressive Verstimmung hinweisen. Bei den AHB-Patienten lag der Prozentsatz bei 44%. Durch die Krankheit belastet fühlten sich 35% der Patienten (AHB: 36%). Andere Sorgen – finanzieller, beruflicher, familiärer oder partnerschaftlicher Art – äußerten 14% (AHB: 12%). Ein psychosoziales Unterstützungsgespräch wurde von 31% (AHB 37%) der Befragten gewünscht.

Entsprechend den oben beschriebenen Problembereichen von Tumorpatienten werden dabei unterschiedliche psychoonkologische Maßnahmen angeboten, die von Beratung, therapeutischen Einzel-, Gruppen- und Familiengesprächen über die Vermittlung von Entspannungsverfahren bis zu edukativ orientierten Vortragsveranstaltungen reichen. Die individuellen Therapieziele werden dabei bei Aufnahme in die Reha-Klinik nach einer Eingangsdiagnostik gestellt (s. ◘ **Tabelle 1**); sie sind vor allem auf die Verbesserung der Lebensqualität in jedem Stadium einer Krebserkrankung ausgerichtet.

## Messbare Effekte

Verschiedene psychoonkologische Behandlungsverfahren bewirken in den Bereichen des Bewältigungsverhaltens (Coping), im Bereich der Affektregulierung (Reduktion von Angst, Verzweiflung, Depression, Stress) und damit auch für die Lebensqualität signifikant positive Effekte (Übersicht bei [3, 8, 12]. Ebenso liegen Befunde zur Wirksamkeit dieser Verfahren im Rahmen des Stressmanagements, der Schmerztherapie und der Behandlung therapiebedingter Nebenwirkungen (z. B. antizipatorisches Erbrechen bei Chemotherapie) vor. Die vorliegenden Befunde aus randomisierten Studien weisen dabei – gemessen an den Kriterien der evidenzbasierten Medizin – insgesamt auf einen hohen wissenschaftlichen Evidenzgrad (I und II) hin.

Im Rahmen einer Multicenter-Studie zur Identifikation von Prädiktoren für eine individuelle Rehabilitationsdauer und einen langfristigen Erfolg stationärer onkologischer Rehamaßnahmen wurden 2002 in der Klinik Quellental in Bad Wildungen-Reinhardshausen eine Stichprobe von n=153 Patienten nach einer radikalen retropubischen bzw. radikalen perinealen Prostatovesikulektomie untersucht, die stationär im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung oder im Zuge eines ersten onkologischen Nachsorgeheilverfahrens aufgenommen wurden.

Es ergaben sich dabei hinsichtlich der psychosozialen Parameter folgende Ergebnisse:

- **Die Lebensqualität der Patienten während der stationären Behandlung verbesserte sich in nahezu allen Bereichen signifikant.**

In der Katamnese 6 und 12 Monate nach Entlassung erwies sich die Mehrzahl der durch die Rehabilitation erreichten Erfolge als stabil. Eine ausführliche Darstellung dieser Studie findet sich im gleichen Heft in dem Artikel „Lebensqualität".

## Psychoonkologische Interventionen und Überlebenszeit

Ob psychoonkologische Interventionen auch die Überlebenszeit beeinflussen, ist spätestens seit der bekannt gewordenen

## Zusammenfassung · Abstract

Urologe [A] 2005 · 44:29–32
DOI 10.1007/s00120-004-0738-8
© Springer Medizin Verlag 2004

S. Zettl · A. Menges-Beutel · U. Otto

### Die Bedeutung der Psychoonkologie in der Rehabilitation in der urologischen Onkologie

**Zusammenfassung**

Der Artikel beschreibt am Beispiel von Patienten mit uroonkologischen Erkrankungen die Notwendigkeiten, Möglichkeiten und Grenzen der psychoonkologischen Betreuung während der Rehabilitation. Studien belegen die Wirksamkeit edukativer und verhaltensmedizinischer Interventionen: Der Prozess der Krankheitsverarbeitung wird verbessert, belastende Affekte werden reduziert, die Lebensqualität der Patienten steigt, und ihre Compliance für die notwendige medizinische Behandlung wird verbessert.

**Schlüsselwörter**

Psychoonkologie · Rehabilitation · Coping · Lebensqualität · Compliance

### The significance of psychooncology for rehabilitation in urological oncology

**Abstract**

This article describes the necessities, possibilities and limits of psychooncologic treatment during the rehabilitation of patients with uro-oncologic malignancies. Studies verify the efficacy of educational and behavioral-medicine orientated interventions: improved coping, reduced burden affects, increased quality of life and a better compliance with the medical treatment.

**Keywords**

Psychooncology · Rehabilitation · Coping · Quality of life · Compliance

Studie von Spiegel et al. [13] sehr umstritten. Die dazu bisher vorliegenden Metaanalysen liefern sehr gemischte Ergebnisse (Überblick bei [17]). Dieses Thema sollte deshalb zzt. gegenüber Patienten und deren Angehörigen noch mit großer Zurückhaltung behandelt werden. Psychoonkologische Interventionen im Rahmen der Rehabilitation erfolgen adjuvant zu den medizinisch orientierten Behandlungsmaßnahmen mit den oben dargestellten Zielen.

## Korrespondierender Autor

**Dipl.-Psych. Dipl.-Biol. S. Zettl**

Sektion Nephrologie, Medizinische Universitätsklinik, Bergheimer Straße 56a, 69115 Heidelberg
E-Mail: Stefan.Zettl@med.uni-heidelberg.de

**Interessenkonflikt:** Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen.

## Literatur

1. Bell G, Reinstein DZ, Rajiyah G, Rosser R (1991) Psychiatric screening of admissions to an accident and emergency ward. Brit J Psychiatry 158: 554–557
2. Faller H (1998) Krankheitsbewältigung bei Krebskranken. Hogrefe, Göttingen
3. Fawzy IF, Fawzy NW, Arndt LA, Pasnau RO (1995) Critical review of psychosocial interventions in cancer care. Arch Gen Psychiatry 52: 100–113
4. Feil MG, Richter-Appelt H (2002) Kontrollüberzeugungen und Angst bei hetero-sexuellen Männern mit einer Erektionsstörung. Z Sexualforsch 15 (1): 1–20
5. Gerdes N (1984) Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach dem Sinn. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (Hrsg) Ergebnisbericht der 2. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie, Bad Herrenalb, S 28–56
6. Herzog T, Hartmann A (1990) Psychiatrische, psychosomatische und medizinpsychologische Konsiliar- und Liaisontätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. Nervenarzt 61: 281–293
7. Mc Daniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB (1995) Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology and treatment. Arch Gen Psychiatry 52: 89–99
8. Meyer TJ, Mark MM (1995) Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. Health Psychol 14: 101–108
9. Newport DJ, Nemeroff CB (1998) Assessment and treatment of depression in the cancer patient. J Psychosom Res 45: 215–237
10. Norton PA, MacDonald LD, Sedgwick PM, Stanton SL (1988) Distress and delay associated with urinary incontinence, frequency, and urgency in women. BMJ 297: 1187–1189
11. Schmitt A (2000) Posttraumatische Belastungsstörungen bei Krebskranken – Diagnostik und Epidemiologie. Z Psychosom Med Psychother 46: 35–56
12. Sheard T, Maguire P (1999) The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two metaanalyses. Brit J Cancer 80: 1770–1780
13. Spiegel D, Blum JR, Kraemer HC, Gottheil E (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet 2: 888–891
14. Stuhr U, Haag A (1989) Eine Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs. Psychother Med Psychol 39: 271–281
15. Swithinbank LV, Abrams P (1999) The impact of urinary incontinence on the quality of life of women. World J Urol 17: 225–229
16. Tiefer L (1995) Sex is not a natural act & other essays. Westview Press, Boulder
17. Tschuschke V (2003) Psychologisch-psychotherapeutische Interventionen bei onkologischen Erkrankungen. Onkologe 9 (6): 657–665
18. Van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ (1997) Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. Psychosom Med 59: 280–293
19. Verband deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (1996) Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Empfehlungen des Verbandes der Deutschen rentenversicherungsträger. Deutsche Rentenversicherung 51 (10–11): 633–665
20. Welz-Barth A, Füsgen I, Melchior HJ (2000) 1999 Rerun of the 1996 German Urinary Incontinence Survey: Will doctors ever ask? World J Urol 18: 436–438

## Fachnachricht

### Neue EG-Richtlinie „Traditionelle pflanzliche Arzneimittel"

Die moderne Phytotherapie hat nicht nur eine hohe Akzeptanz bei Bürgerinnen und Bürgern in Europa, sondern findet auch in der europäischen Legislative zunehmendes Interesse. Auf der europäischen Ebene werden inzwischen die Grundlagen für die nationale Gesetzgebung gelegt. Diese Regelungen müssen in den jetzt 25 Mitgliedsländern der EU zwingend harmonisiert, d.h. national umgesetzt werden.

Am 30. April 2004 wurde im Amtsblatt der Europäischen Union die neue Direktive über Traditionelle pflanzliche Arzneimittel als weiterer Baustein eines vernünftigen Regelgefüges zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel veröffentlicht.

Neben den inzwischen zugelassenen Herbal Medicinal Products (HMP) ist eine weitere Gruppe pflanzlicher Zubereitungen im europäischen Rechtssystem zu nutzen. Diese Phytotherapeutika werden unter der Bezeichnung „Traditionelle pflanzliche Arzneimittel" (TPA) registriert. Die Besonderheiten der TPA sind die jeweils an den vorhandenen Unterlagen gewichteten, zulässigen Indikationsansprüche, meist für mehr geringere, wenngleich oft quantitativ häufig vorkommende Gesundheitsstörungen. Des weiteren sind Bestimmungen zu definierten Dosisstärken sowie einer modernen Standards genügenden pharmazeutischen Qualität und eine belegte Unbedenklichkeit gefordert.

Die Anwendung der Richtlinie ist auch für die Kombinationen pflanzlicher Stoffe mit bestimmten anderen – derzeit Vitamine und Mineralien – vorgesehen. Wenn auch das TPA-Verfahren eine willkommene Möglichkeit eröffnet, den Heilpflanzen-Arzneischatz noch breiter zunutzen, muss darauf hingewiesen werden, dass auch in Zukunft genau zu unterscheiden ist zwischen zugelassenen Herbal Medicinal Products (HMP) und den „Traditionellen pflanzlichen Arzneimitteln" (TPA), die mit einem aus den zugehörigen Prüfungsunterlagen ableitbaren Anwendungsbereich registriert werden.

*J. Sökeland (Dortmund)*