

## 12 Psychosoziale Belastung bei urologischen Tumorerkrankungen

von Hermann J. Berberich und Dirk Rösing

In der Urologie haben wir es überwiegend mit männlichen Tumorpatienten zu tun. Das zeigen die vom Robert-Koch-Institut (RKI) regelmäßig publizierten Zahlen zu den Krebsneuerkrankungen in Deutschland.

**Tab. 12.1:** Urologische Krebsneuerkrankungen 2011 (Robert-Koch-Institut 2015)

ICD10	Organ	Männer	Frauen
C60	Penis	801	
C61	Prostata	64.515	
C62	Hoden	4.139	
C64	Niere	9.034	5.593
C67	Harnblase	11.135	4.339

**Das Schweigen der Männer oder das männliche Bewältigungsprinzip:** Wie man eine Tumorerkrankung bewältigt, hängt unter anderem davon ab, wie man im Laufe seines Lebens gelernt hat, mit belastenden Ereignissen umzugehen. Hier spielt die männliche Sozialisation oder das Gendering eine ausschlaggebende Rolle. Mit „Gender“ bezeichnet man im Englischen das soziale Geschlecht und mit „Sex“ das biologische. Im Deutschen gibt es hierfür keine unterschiedlichen Begriffe. In diesem Zusammenhang ist unter Gendering jener gesellschaftliche Prozess zu verstehen, bei dem auf verschiedensten Ebenen das jeweilige Bild von Männlichkeit und Weiblichkeit vermittelt wird. So gilt als männliches Grundmuster der Lebensbewältigung das Prinzip der „Externalisierung“, welches wiederum die Grundlage für weitere Prinzipien darstellt: Demnach sind Stummheit, Alleinsein, Rationalität, Kontrolle, Körperferne, Gewalt und

Benutzung „Methoden des nach Außenlenkens“ (Böhnisch/Winter 1997). In dem Buch „Den Mann zur Sprache bringen“ beschreiben die beiden Psychotherapeuten Neumann und Süfke, wie Männer aufgrund dieser Art der Sozialisation im Laufe ihrer Kindheit/Jugend immer mehr den Zugang zu ihren eigenen Impulsen verlieren. Dieser Verlust hat zur Folge, dass Männer ihr Leid häufig nicht genau benennen können, sie erleben vielmehr ein diffuses Unbehagen, eine generelle Unzufriedenheit oder schlichtweg eine innere Leere (Neumann/Süfke 2004). Gefühle wie Angst, Hilflosigkeit und Niedergeschlagenheit sind bei Männern schambesetzt, weshalb es ihnen sehr schwer fällt, darüber zu sprechen, selbst wenn sie sich ihrer gewahr werden. Die Kehrseite dieser Abwehr ist das Prinzip der Rationalität, d. h. die Überbetonung von Wissenschaftlichkeit, Verstand, Logik und das Diktat des Machbaren. Dies zeigt sich auch im Zusammenhang im Umgang mit einer Krebserkrankung und bei der Tumornachsorge. Männliche Patienten reden gerne über medizinische Befunde (Labor, Röntgenbefunde etc.). Als Antwort auf die Frage „Wie geht es Ihnen denn mit der Erkrankung“ kommt oft nur ein einsilbiges „Geht schon“ oder „Muss ja“. Dass Man(n) möglicherweise in der Nacht vor dem jeweiligen Tumornachsorgetermin schlecht schläft, wird höchstens auf ausdrückliche Nachfrage erwähnt. Im Sprech(!)zimmer sitzt auf der anderen Seite des Schreibtisches meistens ein ebenfalls männlicher Urologe (mit der gleichen Sozialisation wie sein Patient), der häufig ganz froh ist, wenn sein Patient keine Gefühlsthemen anspricht, weil auch er nur schwer damit umgehen kann.

**Den Patienten zum Sprechen bringen:** Es sollte eine Selbstverständlichkeit sein, sich nach dem seelischen Befinden eines Patienten zu erkundigen.

Dies kann durch die einfache Frage „wie haben Sie sich denn in der letzten Woche gefühlt?“ geschehen. Eine günstige Situation, eine solche Frage zu stellen, bietet zum Beispiel eine Ultraschalluntersuchung der Oberbauchorgane. Der Raum ist abgedunkelt, man ist in der Regel mit dem liegenden Patienten allein und ungestört. Die Situation bietet gewissermaßen einen geschützten Raum (Containment). Wie schwer es oft ist, im klinischen Alltag das seelische Befinden eines Patienten einzuschätzen, zeigt eine Untersuchung an der urologischen Universitätsklinik Leipzig. Dort wurden 103 Prostatakarzinompatienten anlässlich ihrer radikalen Prostatektomie auf ihren psychoonkologischen Behandlungsbedarf hin untersucht. Sie wurden auf psychische Begleiterkrankungen mit Hilfe des „Strukturierten Klinischen Interviews“ nach DSM IV (SKID) exploriert und bekamen Fragebogen zur Lebensqualität und zur psychischen Belastung (QLQ-C30, HADS-D) vorgelegt. Darüber hinaus wurden die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte der Klinik gebeten, den psychoonkologischen Behandlungsbedarf ihrer Patienten zu beurteilen. Bei 20 % der Prostatakarzinompatienten konnte ein psychoonkologischer Behandlungsbedarf festge-

stellt werden, der allerdings von den behandelnden Ärzten und Pflegekräften nur zu 50 % erkannt wurde. Mit dem HADS-Fragebogen allein konnten jedoch 84 % der Fälle von Behandlungsbedarf korrekt ermittelt werden (Krauß et al. 2006). Das Untersuchungsergebnis unterstreicht den hohen Stellenwert eines regelmäßigen Screenings von Tumorkranken auf ihre psychosoziale Belastung im Klinik- und Praxisalltag. Die folgenden Kapitel sollen einen Überblick über die psychosoziale Belastung in Verbindung mit den einzelnen urologischen Tumorerkrankungen geben. Vom Nierenzellkarzinom abgesehen, sind alle urologischen Tumorerkrankungen in der Genitalregion lokalisiert. Das erklärt unter anderem auch die Häufigkeit sexueller Störungen im Krankheitsverlauf. Diese können sowohl Folge des operativen Eingriffs selbst, aber auch der Krankheitsbewältigung sein. Die erkrankte Körperregion bleibt auch nach erfolgreicher Behandlung stets im Fokus erhöhter Aufmerksamkeit seitens des Patienten. Meistens sind die sexuellen Störungen multifaktoriell bedingt und nur mit Hilfe des bio-psycho-sozialen Modells von Sexualität versteh- und behandelbar (Kapitel 8.).

## 12.1 Psychosoziale Belastung bei Patienten mit einem Hodenkarzinom

Etwas mehr als 4000 Männer, überwiegend im Alter von 20–40 Jahren, erkranken in Deutschland jährlich an einem Hodenkarzinom. Damit ist der Hodentumor die häufigste männliche Tumorerkrankung dieser Altersgruppe. Erfreulicherweise bestehen sehr gute Heilungschancen (>95 %) (Robert-Koch-Institut 2010). Sie ist dennoch mit erheblichen psychosozialen Belastungen verbunden. Diese sind sowohl bei den Patienten als auch bei ihren Angehörigen noch nach vielen Jahren feststellbar (Moynihan 1987). Eine von Kaasa et al. (1991) durchgeführte Untersuchung ergab, dass Hodentumorkranken auch drei Jahre nach Beendigung ihrer Behandlung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger unter Ängstlichkeit und Depressivität leiden. Bei Patienten, die chemotherapeutisch be-

handelt werden mussten, waren die Distresswerte sowohl bei den Patienten selbst als auch bei den Partnerinnen in der Zeit zwischen der Ablatio testis und dem Beginn der Chemotherapie am höchsten. Sie fielen nach Beendigung der Chemotherapie deutlich ab, um 1 Jahr nach der Chemotherapie wieder anzusteigen. Möglicherweise steigt in der therapiefreien Zeit, in der unter anderem weniger Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden, die Angst vor einer Tumorprogredienz wieder an. Bei den Partnerinnen zeigten sich doppelt so häufig erhöhte Distresswerte wie bei den Patienten, insbesondere wenn Kinder vorhanden waren (Marrit et al. 2007). Viele Patienten stehen am Anfang oder mitten in ihrer beruflichen Laufbahn und Familienplanung. Durch die plötzliche Erkrankung, insbesondere wenn

eine chemotherapeutische Behandlung notwendig ist, kann die gesamte Lebensplanung und die der Partnerin jäh unterbrochen bzw. infrage gestellt werden. Kinderwünsche müssen bis auf weiteres vertagt oder können möglicherweise als Folge der Behandlung nie oder nur unter Zuhilfenahme der Reproduktionsmedizin erfüllt werden.

Die Konfrontation mit der Diagnose Krebs trifft sie völlig unvorbereitet und ist wie ein Sturz aus der normalen Wirklichkeit. Eine Untersuchung des Instituts für Psychologie, Abteilung für Angewandte und Klinische Psychologie der Universität Wien an 101 Hodentumormpatienten ergab, dass die Prävalenz der Angst- (19 %) und Depressionssymptome (30 %) mit einer gering ausgeprägten Selbstkompetenz und einem stark ausgeprägten krankheitsbezogenen Fatalismus einhergingen (Weber/Anderle 1997). Die Verletzung der Männlichkeit durch den Verlust des Hodens führt zu einer Verunsicherung sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich (siehe Fallbeispiel). Bei einer retrospektiven Befragung von 287 Hodentumormpatienten der Universität Groningen (Jonker-Pool et al. 1997) klagten ca. 40 % der Patienten über sexuelle Funktionsstörungen (Libidomangel, Erregungsstörungen, Orgasmus- und Ejakulationsstörungen). Dass hierfür nicht nur physiologische Ursachen (Testosteronmangel, Gefäß- und Nervenschädigungen durch Bestrahlung oder Chemotherapie) verantwortlich sind, zeigt allein die Tatsache, dass auch 22,5 % der Wait-and-see-Patienten über Sexualstörungen klagte. All das setzt die oft noch jungen Partnerschaften einer hohen Belastungsprobe aus, unter der sie zusammenbrechen können, insbesondere wenn auftretende Konflikte nicht geklärt werden. So liegen die Scheidungsraten bei Hodentumormpatienten um 20 % höher als bei der Allgemeinbevölkerung, während sie bei allen anderen männlichen Tumorerkrankungen, die überwiegend im höheren Alter auftreten, deutlich niedriger (20–35 %) sind (Syse/Kravdal 2007).

Ein 32-jähriger Maschinenbauingenieur kommt in die Praxis. Kurz nach dem Abitur sei ihm wegen eines Hodenseminoms der linke Hoden entfernt und eine retroperitoneale Lymphknotenausräumung (RLA) durchgeführt worden. Dabei seien glücklicherweise keine positiven Lymphknoten gefunden worden. Er

habe als Kind beidseitige Leistenhoden gehabt, die erst im Alter von zehn Jahren operiert wurden. Der rechte Hoden sei verkleinert. Er sei seit einigen Jahren mit einer Sozialpädagogin verheiratet, die einen Kindergarten leite. Vor drei Jahren habe er sich wegen Kinderwunsch urologisch untersuchen lassen. Dabei sei eine schwere Spermatogenesestörung festgestellt worden. Bei einer daraufhin durchgeführten testikulären Spermienextraktion sei schließlich ein Carcinom in situ im rechten, verkleinerten Resthoden festgestellt worden. Er habe sich daraufhin entschlossen, auch diesen Hoden entfernen und für reproduktionsmedizinische Zwecke einfrieren zu lassen. Seitdem erhalte er eine Testosteronsubstitutionstherapie. Dem behandelnden Kinderwunschzentrum sei es vor zwei Jahren gelungen, bei seiner Frau mittels ICSI eine Schwangerschaft zu induzieren. Diese sei gut verlaufen. Ihre Tochter sei inzwischen ein Jahr alt und könne schon laufen. Eigentlich müsse er froh sein, dass alles so gut gelaufen sei. Dennoch fühle er sich seit geraumer Zeit ziemlich schlecht. Er sei müde und abgeschlagen und habe zu nichts Lust. Seit der Geburt der Tochter hätten sie bis dato noch keinen Geschlechtsverkehr gehabt. Vor zwei Jahren sei er in die Firma seines Schwiegervaters eingetreten. Dieser habe eine kleine Werkzeugmaschinenfabrik mit achtzig Mitarbeitern. Eigentlich sei geplant, dass er die Firma in absehbarer Zeit übernehmen könne, damit sich sein Schwiegervater, der vor drei Jahren einen Herzinfarkt hatte, zurückziehen könne. Er habe jedoch immer mehr den Eindruck, dass dieser das gar nicht wolle. Er übergehe in ständig bei wichtigen Entscheidungen. So käme es immer wieder vor, dass der Schwiegervater Vereinbarungen, die er mit Kunden getroffen habe, ohne ihn zu konsultieren über den Haufen werfe, was ihn ungemein ärgere. Er traue sich aber nicht, diesen Konflikt mit seinem Schwiegervater auszutragen. Seine Frau befinde sich in einem Loyalitätskonflikt, ob sie zu ihrem Mann oder zu ihrem Vater halten solle. Deshalb vermeide er es, zu Hause über die Vorgänge in der Firma zu erzählen. Er habe deshalb sogar schon überlegt, ob er nicht aus der Firma wieder ausscheiden solle. Der Bruder seiner Frau, sein Schwager, sei ebenfalls Maschinenbauingenieur. Dieser weigere sich jedoch in den väterlichen Betrieb einzusteigen, solange der „Alte“ noch an Bord sei. Seinen eigenen Vater beschreibt der Patient als äußerst dominant. Er habe eine große Steuerberatungskanzlei, sei ständig unterwegs und habe für die Familie noch nie Zeit gehabt. Von seiner Mutter habe er sich vor vielen Jahren wegen einer jüngeren Frau getrennt. Für seine Enkelin würde er sich kaum interessieren. Der Patient fühlt sich gegenüber Vater und Schwiegervater, die es beide durch viel Einsatz zu etwas gebracht hätten, unterlegen und führt dies nicht zuletzt auf den Verlust seiner Hoden zurück. Es erfolgt deshalb der Versuch einer Perspektiverweiterung im Hinblick auf

die Hodentumorerkrankung. Er sei nicht jemand, der wegen des Verlusts beider Hoden nicht mehr potent genug sei, um sich gegen den Vater und Schwiegervater durchzusetzen, sondern jemand der in jungen Jahren eine lebensbedrohliche Erkrankung durchgemacht und gemeistert habe. Dies sei eine Herausforderung, die schwerer zu bewältigen ist, als die Gründung einer

Kanzlei oder Firma. Im Verlauf der Therapie gelingt es dem Patienten, immer besser, vor allem mit seinem Schwiegervater Konflikte erfolgreich auszutragen. Er verspüre mehr und mehr Anerkennung. Die damit verbundene Ich-Stärkung wirkt sich auch positiv auf die Partnerschaft aus. Beide Partner denken über ein zweites Kind nach.

## 12.2 Psychosoziale Belastung bei Patienten mit einem Blasenkarzinom

Nach den vorliegenden Daten des Robert-Koch-Instituts erkrankten 11.135 Männer und 4.399 Frauen 2011 an einem Urothelkarzinom der Harnblase. Der Erkrankungsgipfel liegt im 6.-7. Lebensjahrzehnt (Robert-Koch-Institut 2015). Als Risikofaktoren für die Entstehung eines Urothelkarzinoms gelten insbesondere die Exposition gegenüber aromatischen Aminen (chemische Industrie) und das Zigarettenrauchen. Typisch für das Urothelkarzinom ist die hohe Rezidivrate nach vollständiger Elektroresektion. Da es sich um eine panurotheliale Erkrankung handelt, kann das Rezidiv an jeder Stelle des Urothels auftreten. Während oberflächliche Harnblasenkarzinome reseziert und ggf. durch eine zusätzliche lokale Chemotherapie behandelt werden können, droht bei Infiltration des Karzinoms in die Blasenmuskulatur die vollständige Entfernung der Blase (Zystektomie) in Verbindung mit einer alternativen Urinableitung (Ileumcooduit, Neoblase aus Darm). Bei Fernmetastasen liegen die 5-Jahres-Überlebensraten unter 10 %. Eine systemische Chemotherapie hat bislang ausschließlich palliativen Charakter (von der Maase et al. 2005). Patienten mit einem Blasenkarzinom werden vor allem durch die Rezidiv- und Progressionsgefahr psychisch belastet.

Eine 52-jährigen Patientin war von ihrem Hausarzt wegen dysurischer Beschwerden über einen längeren Zeitraum antibiotisch behandelt worden. Da es zu keiner nachhaltigen Beschwerdebesserung kam, überwies er sie zu einem Urologen, der eine Blasenspiegelung durchführte und einen papillären Blasentumor diagnostizierte. Die transurethrale Elektroresektion des Blasentumors mit anschließender histologischer Aufarbeitung ergab, dass es sich um ein oberflächliches Bla-

senkarzinom handelte. Die Patientin wurde daraufhin gebeten, sich regelmäßig im Rahmen der Tumornachsorge zur Kontrollzystoskopie vorzustellen. Die vereinbarten Kontrolltermine sagte sie jedoch mehrfach kurzfristig ab.

Als sie daraufhin ihr Ehemann in Begleitung der Tochter zur Nachuntersuchung fahren wollte, bekam sie auf dem Weg zur Klinik starke Schweißausbrüche und klagte über Herzrasen. In der Klinik angekommen gingen sie sofort in die Innere statt in die Urologische Abteilung. Die Untersuchungen ergaben jedoch keinen auffälligen Befund. Offenbar hatte die Patientin als Folge der Krebsdiagnose die Zeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt.

Sie war in ihrem bisherigen Leben noch nie ernsthaft krank gewesen und hatte an ihrem Arbeitsplatz als Personalchefin eines kleinen mittelständigen Unternehmens bis dahin keinen einzigen Tag wegen Krankheit gefehlt. Sie habe nicht im Traum daran gedacht, jemals an Krebs zu erkranken zu können. Bereits nach wenigen Stunden Psychotherapie war sie in der Lage, alleine zu den Kontrolluntersuchungen zu gehen.

Muss bei einem muskelinvasiven oder hochaggressiven Tumor die Harnblase vollständig entfernt und eine künstliche Harnableitung angelegt werden, ist eine erhebliche Beeinträchtigung des inneren und äußeren Körperbildes die Folge. Beim Mann werden meist die Prostata und bei der Frau der Uterus, die Ovarien und ggf. ein Teil der Scheide bei einer Zystektomie mitentfernt. Werden hierbei die Gefäß-Nerven-Bündel beschädigt, kommt es beim Mann zu Erektionsstörungen und bei der Frau zu einer Vasodilatation der Klitoris sowie zu einer Störung der vaginalen Durchblutung und der Schleimsekretion (Burnett et al. 1997)

Es gibt nur wenige Studien, die sich mit der psychosozialen Belastung und Lebensqualität von Blasenkarzinompatienten beschäftigen.

Als wesentliche Ursache für Distress werden von den Patienten vor allem Sexualstörungen genannt (Henningssohn et al. 2003).

Welche Form der Harnableitung (Ileumconduit oder Neoblase) mit einer höheren Lebensqualität verbunden ist, konnte bislang nicht geklärt werden. Während die Arbeitsgruppe von Hobisch et al. (2000) aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse zu dem Schluss kommt, dass Patienten mit einer Neoblase eine höhere Lebensqualität hätten, konnten Porter und Penson (2005) nach einer kritischen

Analyse von insgesamt 15 Studien dieses Ergebnis nicht bestätigen.

Gerharz (2005) kommen nach einer Auswertung aller über Medline zu dieser Fragestellung erhältlichen Veröffentlichungen zum gleichen Ergebnis. Es muss jedoch hinzugefügt werden, dass die meisten Studiendesigns unzureichend sind, um diese Fragestellung eindeutig zu beantworten (Verwendung von ungeeigneten oder nicht ausreichend validierten Fragebögen usw.). Ferner gilt es zu berücksichtigen, dass in der Regel meist jüngere Patienten mit einem besseren Allgemeinzustand eine Neoblase erhalten, während ältere Patienten eher mit einem Ileumconduit versorgt werden.

## 12.3 Psychosoziale Belastung bei Patienten mit einem Prostatakarzinom

Das Prostatakarzinom ist mit 25,4 % aller diagnostizierten Krebserkrankungen in Deutschland die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Jährlich wird bei mehr als 60.000 Männern ein Prostatakarzinom diagnostiziert. Bei den tödlich verlaufenden Tumorerkrankungen bei Männern steht das Prostatakarzinom mit 10,1 % in Deutschland an dritter Stelle, bei der Betrachtung aller Todesursachen an siebter Stelle. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei ca. 69 Jahren. In Deutschland sterben pro Jahr etwa 12.000 Patienten an den Folgen eines Prostatakarzinoms (Robert-Koch-Institut 2008)

Insgesamt tragen ca. 40 % der männlichen Bevölkerung in den westlichen Industrieländern das Risiko, im Laufe ihres Lebens ein Prostatakarzinom zu entwickeln, aber nur etwa 10 % werden symptomatisch und nur 3 % versterben daran (Bott et al. 2003).

### 12.3.1 Diagnostik und Therapie

Die folgenden Ausführungen geben im Wesentlichen die Empfehlungen der Interdisziplinären S3-Leitlinien zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms (AWMF-Register-Nummer 043/022OL, Oktober 2014) wieder.

Männer, die mindestens 45 Jahre alt sind und eine mutmaßliche Lebenserwartung von mehr als zehn Jahren haben, sollen prinzipiell über die Möglichkeit einer Früherkennung informiert und über die Vor- und Nachteile der Früherkennungsmaßnahmen aufgeklärt werden. Im Rahmen einer solchen Untersuchung sollte nicht nur eine digitale rektale Untersuchung der Prostata, sondern auch eine Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens erfolgen.

Wenn keine Indikation zur Prostatabiopsie besteht, sollte die Untersuchung wiederholt werden, bei einem PSA-Wert  $< 1$  ng/ml nach vier Jahren, bei einem Wert zwischen 1–2 ng/ml nach zwei Jahren und bei einem Wert  $> 2$  ng/ml nach einem Jahr.

Bei einem PSA-Wert  $> 4$  ng/ml, einem suspekten rektalen Tastbefund oder bei einem auffälligen PSA-Anstieg sollte eine Prostatabiopsie (10–12 Stanzzyylinder unter Ultraschallkontrolle) durchgeführt werden. Wird hierbei ein Prostatakarzinom diagnostiziert, sollte es wie folgt behandelt werden.

Handelt es sich um ein lokal begrenztes Prostatakarzinom, ist grundsätzlich eine kurative Behandlung mittels einer radikalen Prostatektomie oder Bestrahlung möglich. Handelt es sich um ein Prostatakarzinom mit einem niedrigen Risikoprofil (PSA  $< 10$  ng/ml, Gleason  $< 6$ , cT1 u. cT2a, Tumor in  $< 2/12$  Stanzen,  $< 50$  % Tumorgewebe pro