

Neue Wege der Versorgung sexueller Folgen nach kurativer Behandlung des Prostatakarzinoms – ein Plädoyer

Stefan Mamié

Einleitung

In Gesprächen mit urologischen Fachpersonen höre ich in den vergangenen Jahren, wie sich mit den immer weiter verbesserten Operationstechniken die Anzahl der Patienten mit bekannten Folgen auf Kontinenz und Potenz deutlich verringert habe. Dies ist sehr erfreulich und in diesen Äusserungen der urologischen Kollegen schwingt oft auch ein sehr berechtigter fachlicher Stolz mit. Auf der anderen Seite kommt es in meiner Sprechstunde mit Prostatakarzinompatienten nicht so selten vor, dass Patienten im Erstgespräch mit einer gewisse Wut auf ihren Urologen kommen und sich erst einmal Luft machen müssen, indem sie sich über ihren behandelnden Arzt beklagen. Diese Begegnungen stimmen mich dann häufig traurig, weil ich um die Anstrengungen der Urologen für eine immer besser werdende Patientenversorgung weiss und gleichzeitig den Patienten, natürlich immer ein Einzelfall, mit einem Gefühl der Nichtversorgung in bestimmten Belangen in der Sprechstunde erlebe.

Ich kenne Klagen von Patienten über ihren Arzt aus langjähriger Spitaltätigkeit und halte es für einen grundsätzlichen Kunstfehler, sich hier ausschliesslich mit dem Patienten zu verbünden und auf einen Arztwechsel hin zu arbeiten. Mit einem anderen Arzt muss das Vertrauensverhältnis auch erst aufgebaut werden ohne im Voraus zu wissen, ob es dann passt. Die meisten Schwierigkeiten im Arzt-Patienten-Verhältnis entstehen ja nicht durch fachliche Fehler, sondern durch Kommunikations- bzw. Verständnisschwierigkeiten [1]. In meiner Sprechstunde unterstütze ich darum unzufriedene Patienten darin, gezielte Fragen zu stellen und durch die klare Äusserung ihrer Bedürfnisse zu einer für sie befriedigenderen Gestaltung der Kommunikation beizutragen.

Datenlage

Ich habe Ihnen im Folgenden zur Versorgungslage, zu den Behandlungsfolgen und den sexual-rehabilitativen Möglichkeiten nach kurativer Behandlung des Prostatakarzinoms einige der aktuelleren Daten zusammengetragen und kommentiert:

Eicher und Margulies [2] wiesen bereits 2016 im Krebsbulletin auf die Unterversorgung der Prostatakarzinombetroffenen in den Bereichen Information, Sexualität und Intimität, psychologische/emotionale Bedürfnisse u.a.m. hin und schlugen eine pflegerische Adressierung und Triagierung dieser Versorgungslücken vor.

Derzeit stehen wir auf diesem Weg der pflegerischen Versorgung am gleichen Ort wie 2016.

In der Leitlinie zur Versorgung des Prostatakarzinoms [3], Ausgabe 2021 wird die Unterversorgung der Patienten benannt: «Es besteht eine Diskrepanz in der Einschätzung der Versorgung von Patienten mit erektiler Dysfunktion nach radikaler Prostatektomie in Deutschland durch den Urologen versus Patientenbefragung. Die Patienten sehen hier mehr Aufklärungs- und Therapiebedarf» (S. 257).

Die Versorgungslücke bzw. die unterschiedliche Einschätzung scheint damit in urologischen Kreisen bekannt, bis jetzt erfolgte in der Schweiz bei den meisten Behandlungszentren daraus allerdings noch keine Anpassung der Versorgungsmodelle.

Zur Kontinenz nach radikaler Prostatektomie sind je nach Definition der Kontinenz nach einem Jahr gegen 90% der Patienten kontinent [4], wenn sie in Genuss eines qualifizierten Beckenbodentrainings gekommen sind.

Die Notwendigkeit einer rehabilitativen Unterstützung in Form von Beckenbodentraining ist seit 2018 in der Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Urologie verankert und damit im Zusammenhang mit der Erfüllung von Zertifizierungsanforderungen auch in der Schweiz relevant. Trotz dieser erfreulichen Entwicklung sind die übrigbleibenden 10% nicht zu vergessen, die keine befriedigende Kontinenz erreichen und sich dadurch in der Lebensqualität oft sehr eingeschränkt fühlen. Diese Patienten durchlaufen einen längeren Leidensweg und müssen u.U. in der Folge auch weitere Behandlungen bzw. Eingriffe über sich ergehen lassen.

Sexuelle Dysfunktion kann das psychische Wohlbefinden und die Lebensqualität von Männern und ihren Partnerinnen nach Prostatakrebs erheblich beeinträchtigen [5, 6].

Selbstverständlich leiden nicht alle unter vorhandenen Einschränkungen der Sexualfunktion, wie in folgender Studie deutlich wird:

Watson et al. [7] finden in ihrer landesweiten Untersuchung von 39'000 britischen ProstataCa Patienten, 18 – 42 Monate nach Diagnosestellung bei 39% der Antwortenden sexuelle Funktionseinschränkungen, die sie als ein mässiges oder grosses Problem erleben. 51% dieser Männer gaben an, keine Unterstützung zum Umgang mit dieser Einschränkung erhalten zu haben. Von den 49%, denen eine Intervention angeboten wurde, war die Medikation die häufigste (46%), Geräte wurden 26% der Betroffenen angeboten, spezialisierte Fachpersonen wie eine psycho-sexologische Unterstützung wurde rund 15% angeboten. 80% der chirurgisch behandelten Patienten wurde eine Intervention angeboten. Von denjenigen, die eine Intervention ausprobierten, empfanden 37% Medikamente, 33% Geräte und 56% die Unterstützung durch eine spezialisierte Fachperson hilfreich.

In dieser Studie mit sehr hoher Patientenzahl wurde das subjektive Leiden an Behandlungsfolgen auf die Sexualität miteinbezogen. Ein Versorgungsbedarf von 39% ist nicht vernachlässigbar, wenn wir uns vor Augen führen, dass es sich bei den Prostatakarzinompatienten ja um die grösste Krebs-Patientengruppe handelt. Die Anerkennung eines Bedarfs für Unterstützung in der Sexualität zeigt sich in dieser Studie in urologischen Kreisen angekommen, haben doch 80% der chirurgisch Behandelten ein Angebot erhalten. Interessant ist, dass die von Patienten am hilfreichsten erlebte psycho-sexologische Unterstützung am seltensten empfohlen wurde. Im Rahmen der Freitextantworten in dieser Studie benannten die Patienten als besonders wichtig «die Motivation und wiederholte und kontinuierliche Unterstützung durch eine Fachperson als wichtigsten Faktor für die Aufrechterhaltung der sexuellen Aktivität und der damit verbundenen Rehabilitationsbemühungen».

Zum aktuellen Stand peniler Rehabilitation nach radikaler Prostatektomie kommen Wang et al. [8] zum Schluss: «Derzeit gibt es keine Standardbehandlung oder etablierte klinische Richtlinien für die Regeneration der erektilen Funktion nach radikaler Prostatektomie, da die Vorteile der Penisrehabilitation kontrovers diskutiert werden und die Datenlage beim Menschen noch zu wenig eindeutig ist. Bis jetzt ist aus grundlegenden wissenschaftlichen Studien klar, dass Programme zur Penisrehabilitation einen theoretischen Vorteil für die erektile Funktionsfähigkeit und einen klinisch nachgewiesenen Effekt auf die Erhaltung des cavernösen Gewebes haben. Allerdings sollten die Patienten darüber informiert werden, dass die derzeitigen Rehabilitations-

programme nicht klinisch bewiesen haben, dass sie nicht unterstützte Erektionen signifikant verbessern. In unserer Praxis glauben wir, dass jede Rehabilitation unbestreitbar besser ist als gar keine Massnahmen.»

Es geht hier rein um die Wiedererlangung der erektilen Funktionsfähigkeit ohne unterstützende Massnahmen. Selbstverständlich hat aber die Weiterführung von Sexualität, Intimität und Zärtlichkeit nach ProstataCa, auch wenn dazu Hilfsmittel eingesetzt werden, einen unbestritten vorteilhaften Effekt auf verschiedene Lebensqualitätsparameter.

In einer schwedischen Studie (N=107) fanden Ljunggren & Ströberg [9] eine signifikante Verbesserung der sexuellen Aktivität ein Jahr nach radikaler Prostatektomie durch die Kombination der üblichen Behandlung (Medikamente, Spritzen, Geräte) mit einer psycho-sexologischen Behandlung. Je ausgeprägter die körperlichen Einschränkungen waren (z.B. nach nicht-nervenschonender Operationstechnik), desto höher war der Vorteil in der Gruppe mit psycho-sexologischer Behandlung (33% vs. 89%).

Hier zeigt sich erneut, wie eine gleichzeitige Versorgung der somatischen und der psycho-sexologischen Dimension eine deutlich höhere Wirksamkeit entfaltet als rein somatische Interventionen. Es besteht damit in der Schweiz im Bereich der Sexualrehabilitation eine Unterversorgung, die mit Inkaufnahme eines deutlich geringeren sexuellen Rehabilitationserfolgs einhergeht. Ich behaupte, dass dies seitens der Patienten nicht selten dem Urologen oder dem Fachgebiet im Allgemeinen angelastet wird, was bei den entsprechenden Fachpersonen als ungenügende Wertschätzung für die hoch präzise Arbeit und das Engagement für den Patienten ankommen kann.

Es geht auch anders - Beispiele von Neuentwicklungen der Versorgungspraxis

Im Folgenden möchte ich Ihnen zwei Beispiele skizzieren, in welchen auf eine Verbesserung der Versorgung im psychosozialen und sexologischen Bereich hingearbeitet wird. Das erste Beispiel ist aus einem Zentrumsspital, das zweite aus einer kleinen urologischen Klinik mit 14 Betten – es soll damit auch verdeutlicht werden, dass die Klinikgrösse kein Hindernis für eine derartige Entwicklung sein muss.

Als meines Wissens schweizweit bestentwickeltes Angebot wurde im Inselspital ab 2014 ein preisgekröntes Modellprojekt zur Versorgung psychosozialer und sexologischer Bedürfnisse der urologischen Patienten implementiert, ständig weiter entwickelt und jüngst auch an einer kleinen Stichprobe beforstet [10]. Eine Advanced Practice Nurse (Chiara Marti), die gleichzeitig über eine

umfassende sexologische Ausbildung verfügt, bietet den Patienten der urologischen Klinik eine persönliche und fachliche Begleitung durch den gesamten Behandlungspfad sowie bei Bedarf eine Triagierung zu weiteren spezialisierten Diensten (Beckenboden-Physiotherapie, Psychoonkologie, Sozialdienst etc.) an. Dies würde analog des Versorgungsmodells in der gynäkologischen Onkologie mit den Breast & Cancer Care Nurses hier dann der Implementierung der Prostata Care Nurse entsprechen. Als Besonderheit dieser lokal individuellen Situation mit dem Hintergrund der sexologischen Ausbildung besteht zudem die Möglichkeit, die Männer mit ihren Partnerinnen auch im weiteren Umgang mit sexuellen Folgen zu beraten und zu behandeln.

In der urologischen Privatklinik Uroviva in Bülach entwickelte und implementierte eine langjährige urologische Pflegefachfrau (Katja Reding) seit 2019 nach einer Beckenboden-Weiterbildung, dem Besuch von Fortbildungseinheiten in Sexualtherapie und vorbestehender langjähriger Ausbildung und Erfahrung in eigener Praxis mit einem körper- und traumatherapeutischen Angebot ein postoperatives Beckenbodentraining, von welchem alle Patienten mit entsprechender Indikation (hier dann überwiegend ProstataCA nach radikaler Prostatektomie) in Genuss kommen. Bei diesem Angebot besteht die Besonderheit der Kombination des pflegerisch-fachurologischen Wissens mit dem Beckenbodentraining, dem sexualtherapeutischen und dem vorbestehenden körpertherapeutischen Hintergrund. Obwohl hier derzeit die Rolle vom institutionellen Rahmen her noch nicht so angedacht ist, wird Frau Reding durch die Patienten, welche innerhalb der Beckenbodenstunden dann alle möglichen sexologischen und psychosozialen Fragen und Bedürfnisse einbringen, gleichsam in die Rolle der Prostata Care Nurse gerückt. Je nach Inhalt erfolgt eine entsprechende Versorgung oder Weiterweisung.

Im Gegensatz zu Studien, die von einer schwierigen Erreichbarkeit der Männer in gesundheitlichen Belangen oder von Hindernissen in der Versorgung der verschiedensten psychosozialen Bedürfnisse von Männern berichten [11, 12], zeigt sich bei beiden Modellen im Alltag eine sehr hohe Akzeptanz durch die Patienten sowie eine hohe Compliance für diese Angebote. Die Hürden für die Inanspruchnahme eines rehabilitativen Angebots im Sinne eines physiotherapeutischen Trainings scheinen für die betroffenen Männer niedrig zu sein. Sexualität ist ja ein menschlicher Lebensbereich, der sich sozusagen zwischen den Disziplinen befindet, und damit folgerichtigerweise mit einem bio-psycho-sozialen Ansatz behandelt gehört. Es ist darum nicht erstaunlich, wenn eine überdurchschnittlich erfolgreiche Versorgung multidisziplinär oder vielleicht besser multiprofessionell stattfindet. Es hat eine

besondere Qualität, wenn ein Teil der Multiprofessionalität sich wie in beiden obigen Beispielen in ein und derselben Fachperson vereinigt; selbstverständlich sind das aber immer lokal gewachsene Besonderheiten, die üblicherweise nicht 1:1 auf andere Standorte übertragbar sind. Es besteht hier wie sich zeigt ein «kreativer Spielraum».

Conclusion

Wir haben es damit in der Rehabilitation sexueller Folgen beim kurativ behandelten Prostatakarzinom mit einem Versorgungsdefizit sowie einem Schnittstellendefizit zu tun.

Das Versorgungsdefizit entsteht durch den Verzicht auf eine multiprofessionelle Behandlung. Sinnvoll wäre hier darum, psycho-sexologisch ausgebildete Fachpersonen im Behandlungspfad zu integrieren und damit dieses Versorgungsmodell zum Standard werden zu lassen. Zwar ist bei durch andere Disziplinen versorgte Prostatakarzinompatienten die Rate derjenigen, welche eine Unterstützung für sexuelle Folgen erhalten, deutlich niedriger und es besteht damit dort möglicherweise noch mehr Handlungsbedarf. Trotzdem wäre es logisch, eine sexologische Sprechstunde wegen der Zuordnung zum Fachgebiet und dem höheren Behandlungserfolg durch Multiprofessionalität in enger Assoziation zur urologischen (+ gynäkologischen) Klinik zu betreiben. Übrigens steht hier eine Anpassung in unserem Gesundheitssystem in Aussicht: Ab Juli 2022 wird das bisherige Delegationsmodell für psychologisch-psychotherapeutische Leistungen vom Anordnungsmodell abgelöst. Damit wird psychologische Psychotherapie und bei entsprechender Grundqualifikation und Indikation auch Sexualtherapie grundversicherungsfinanziert. Die ökonomischen Hürden, ein solches Angebot im Behandlungspfad zu implementieren, werden damit niedriger.

Zum Schnittstellendefizit scheint sich trotz des vorhandenen Wissens um den bereits jahrelangen Erfolg des Versorgungsmodells mit den Breast & Cancer Care Nurses in der gynäkologischen Onkologie und inzwischen auch anderen Organzentren in der Urologie in der Schweiz ein erstaunlich blinder Fleck für eine Verbesserung der Patientenversorgung und der Patientenzufriedenheit zu zeigen. Dieser wird selbst in der aktuellsten Leitlinie 2021 benannt, welche ja mit besonderem Blick auf die urorehabilitative Versorgungssituation in Deutschland verfasst wurde. Diese ist mit den flächendeckenden Anschlussheilbehandlungen, die üblicherweise 3 Wochen in stationärem Rahmen stattfinden, ohnehin bereits deutlich umfassender als bei uns in der Schweiz, wo ein vergleichbares multidisziplinäres Kontinenz- und sexualrehabilitatives Angebot komplett fehlt. Es wäre doch höchste Zeit, die schweizweite Einführung der Prostata Care Nurse nun anzugehen und so eine

fachurologisch pflegerische Begleitung der Prostatakarzinompatienten durch den gesamten Behandlungspfad zu realisieren. Im Zusammenhang mit Erweiterungen eines Versorgungsangebotes werden selbstverständlich immer auch ökonomische Überlegungen eingebracht. Der ambulante Teil der Gespräche der Prostata Care Nurse wären als Pflegegespräche verrechenbar, so dass damit auch entsprechendes Honorar erwirtschaftet würde. Eine deutliche Erhöhung der Behandlungs- und Versorgungsqualität der urologischen Karzinompatienten ist für die Kliniken damit mit geringem finanziellem Aufwand zu realisieren.

Literatur

- Clwyd A, Hart T. A Review of the NHS Hospitals Complaints System: Putting Patients Back in the Picture. 2013. www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/255615/NHS_complaints_accessible.pdf.
- Eicher M, Margulies A. Bedürfnisse von Männern mit Prostatakrebs: Welche Unterstützung kann die Pflege anbieten? Schweizer Krebsbulletin 4: 322-324, 2016.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Prostatakarzinom, Langversion 6.0, AWMF Registernummer: 043/022OL, 2021. <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/prostatakarzinom/>
- Anderson CA, et al. Conservative Management for Postprostatectomy Urinary Incontinence, Cochrane Database Syst Rev 1: CD001843, 2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25602133>.
- Kelly D, Forbat L, Marshall-Lucette S, et al. Co-constructing sexual recovery after prostate cancer: a qualitative study with couples. Translational Androl Urol 4: 131-138, 2015.
- Donovan JL, Hamdy FC, Lane AJ, et al. Patient-Reported Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer. N Engl J Med 375: 1425-1437, 2016.
- Watson E, Wilding S, Matheson L, et al. Experiences of Support for Sexual Dysfunction in Men With Prostate Cancer: Findings From a U.K.-Wide Mixed Methods Study. J Sex Med 18: 515-525, 2021.
- Wang R, Clavell-Hernandez J. Penile rehabilitation following radical prostatectomy: What do we know so far? ESSM Today, Dez. 2018.
- Ljunggren C, Ströberg P. Improvement in sexual function after robot-assisted radical prostatectomy: A rehabilitation program with involvement of a clinical sexologist. Cent European J Urol 68: 214-220, 2015.
- Geese F, Willener R, Spichiger E. Patients' and partners' experiences with prostate cancer and advanced practice nurse counseling. Int J Urol Nurs 15: 82-90, 2021.
- Wehner N, Baumgarten D, Luck F, et al. 'Mir geht es gut!' Gesundheitsvorstellungen von Männern in der Schweiz. Ergebnisse aus einem empirischen Projekt, Freiburger Zeitschrift für Geschlechter Studien. Budrich UniPress 21: 33-49, 2015.
- Klaeson K, Sandell K, Bertero CM. Talking about sexuality: desire, virility, and intimacy in the context of prostate cancer associations. Am J Mens Health 7: 42-53, 2012.

Mit freundlichem Dank an Sandra Sieber für die unterstützende Durchsicht des Manuskripts.

Korrespondenz:

Dipl. Psych. FH Stefan Mamié
Psychoonkologischer Psychotherapeut SGPO
Sexualtherapeut DAS Uni Basel
Psycho-Sexologe ESSM

Anstellung bei Krebsliga Zürich, Zentrum für
Psychoonkologie und ambulante Onko-Reha
www.zuerich.krebsliga.ch
Praxis: Vordergasse 54, CH-8200 Schaffhausen
www.stefanmamie.ch, stefan.mamie@hin.ch