

Hermann J. Berberich
Désirée-Louise Dräger
Hrsg.

Psychosoziale Uroonkologie

Psychosoziale Uroonkologie

Hermann J. Berberich · Désirée-Louise Dräger
(Hrsg.)

Psychosoziale Uroonkologie

Hrsg.

Hermann J. Berberich
Facharztpraxis Urologie, Psychotherapie
Hofheim am Taunus, Deutschland

Désirée-Louise Dräger
Urologische Klinik und Poliklinik
Universitätsmedizin Rostock
Rostock, Deutschland

ISBN 978-3-662-65090-5 ISBN 978-3-662-65091-2 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-65091-2>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2022

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Susanne Sobich

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort

Eine Krebsdiagnose ist eine große Belastung für die Betroffenen und deren Angehörige. Obwohl die Überlebenszeit durch eine Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten für viele Tumorarten verlängert werden konnte, sind die komplexen und langwierigen Therapien für die Patienten und Patientinnen häufig mit großen physischen und psychischen Belastungen, auch aufgrund von Nebenwirkungen und Therapiefolgen, verbunden. Vor diesem Hintergrund wurde die Notwendigkeit einer begleitenden psychosozialen Behandlung der Patienten und Patientinnen erkannt und als wesentlicher Bestandteil in die heutige Krebstherapie integriert.

Psychische Belastungen aufgrund einer Krebserkrankung (existenzielle Ängste, Progredienzängste, Ungewissheit über den Krankheitsverlauf) stellen oftmals besondere Reaktionen dar und entsprechen nicht notwendigerweise den Kriterien einer psychischen Störung. Im Gegensatz zur Angststörung sind diese nicht irrational, sondern eine normale, aber auch belastende Reaktion. Angesichts der großen Bedeutung, die psychische Belastungen bei Tumorpatienten und -patientinnen haben, stellt sich die Frage, wie man diese möglichst treffsicher und gleichzeitig ökonomisch identifizieren kann, um ggf. erforderliche Hilfen zu mobilisieren. Nicht alle Patienten und Patientinnen brauchen eine intensive psychoonkologische Intervention, die meisten von ihnen bewältigen den Schock der Krankheit und deren Folgen gut. Eine Subgruppe benötigt jedoch professionelle Hilfe und dieser Bedarf muss erkannt werden.

Durch verbesserte Therapien sowie komplexere und differenziertere Behandlungsmethoden kann die Mehrzahl der urologischen Tumorpatienten und -patientinnen geheilt bzw. die Überlebenszeit deutlich verlängert werden – allerdings mit dem Risiko der Chronifizierung und potenziell lebenslanger physischer und psychischer Beeinträchtigungen. Neben chronischer Traumatisierung und rezidivierenden Progredienzängsten treten auch Fragestellungen wie berufliche Wiedereingliederung, Leistungseinbrüche und sozialer Abstieg durch geringere soziale und finanzielle Absicherung auf.

Im Jahre 2013 erkrankten ca. 85.980 Männer und etwa 9700 Frauen an einer urologischen Krebserkrankung. Bösartige Tumoren des Urogenitaltrakts führen bei einem großen Prozentsatz der Patienten und Patientinnen zu einer deutlich eingeschränkten

Lebensqualität, die sowohl durch die Tumorerkrankung selbst als auch durch die oft invasive Therapie verursacht wird.

Vor dem Hintergrund zunehmender Krebsinzidenzen sowie durch den gleichzeitigen medizinischen Fortschritt und die ansteigende Überlebensrate stellen sich für eine spezifische psychoonkologische Versorgung neue Herausforderungen. Um eine angemessene psychoonkologische Versorgung zu erreichen, sind mehrere Schritte notwendig: So muss die psychische Belastung frühzeitig erkannt werden und es muss ausreichend Versorgungsangebote geben. Diese müssen professionell, qualitätsgesichert und gut erreichbar sein. Um eine hochwertige psychoonkologische Versorgung langfristig und flächendeckend sicherstellen zu können, bedarf es auch dringend einer Neuregelung der Finanzierung der psychoonkologischen Angebote für Krebserkrankte und ihre Angehörigen. Eine geregelte und zuverlässige Vergütung psychoonkologischer Leistungen im stationären und ambulanten Bereich ist unabdingbar.

Zusammenfassend ist eine multidisziplinäre psychosoziale, aber auch biologisch-wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema relevant. Dabei sollte aufgrund der Komplexität uroonkologischer Erkrankungen und ihrer Therapie wenn möglich ein multi- und interdisziplinärer Ansatz erfolgen und psychoonkologische Betreuung nicht „von außen“ in die Uroonkologie getragen, sondern im Idealfall aus der Uroonkologie heraus durch eine enge Interaktion mit interessierten Spezialisten vollzogen werden.

Als Herausgeber war es uns ein besonderes Anliegen, den Einfluss einer Tumorerkrankung und die daraus resultierenden psychosozialen Herausforderungen bei uroonkologischen Patienten und Patientinnen aufzuzeigen. Der Bezug auf die allgemeine gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde ebenfalls gewählt, da es für Krebskranke, die oft chronisch erkrankt sind und eine eingeschränkte Lebenserwartung haben, das subjektiv entscheidende Kriterium für den Erfolg einer Therapie darstellt.

Wir danken den Autoren und Autorinnen für ihre Zeit, Kompetenz und Arbeit, die sie in das Schreiben der jeweiligen Kapitel investiert haben. Wir danken dem Springer-Verlag für die Bereitschaft, dieses Buch zu verlegen und die angenehme Zusammenarbeit. Insbesondere danken wir Frau Susanne Sobich für die Unterstützung bei der Realisierung des Buches. Unser Dank gilt außerdem Frau Ingrid Berberich-Kopp für die sorgfältige Durchsicht sowie die grammatikalische und orthografische Korrektur der Manuskripte. Ferner gilt Dank auch Professor Dr. med. Oliver Hakenberg, der mich seit Beginn meiner ärztlichen und wissenschaftlichen Tätigkeit in Rostock immer unterstützt hat.

Rostock
Hofheim
im September 2022

Désirée-Louise Dräger
Hermann J. Berberich

Inhaltsverzeichnis

Teil I Grundlagen der psychosozialen Uroonkologie

1	Die Bedeutung der psychosozialen Uroonkologie	3
	Hermann J. Berberich	
	Literatur.	9
2	„Memento mori“: Das Trauma der Diagnose Krebs	11
	Hermann J. Berberich	
	Literatur.	17
3	Krankheitsverarbeitung (Coping)	19
	Hermann J. Berberich und Désirée-Louise Dräger	
3.1	Copingmechanismen	21
3.2	Psychische Komorbiditäten	25
3.3	Prävalenz	29
3.4	Angst und Depression	30
3.5	Fatigue – krebsassoziiertes Erschöpfungssyndrom (CRF)	33
3.6	Erkennen belasteter Personen	35
3.7	Veränderung der psychosozialen Belastung im Krankheitsverlauf	35
3.8	Krankheitsverarbeitung bei Männern und Frauen – Selbsthilfegruppen	37
	Literatur.	42
4	Psychoonkologische Diagnostik	45
	Susanne Singer	
4.1	Diagnostisches Gespräch	45
4.2	Interviews.	50
4.3	Fragebögen.	50

5	Das Biopsychosoziales Konzept der Krebstherapie	53
	Hermann J. Berberich	
	Literatur.	57
6	S3-Leitlinie „Psychoonkologie“ und ihre Bedeutung für die Uroonkologie	59
	Désirée-Louise Dräger	
	Literatur.	61
Teil II Psychosoziale Belastung bei urologischen Tumorerkrankungen		
7	Allgemeine psychosoziale Aspekte in der Uroonkologie	65
	Désirée-Louise Dräger	
	Literatur.	68
8	Prostatakarzinom	71
	Désirée-Louise Dräger	
	8.1 Lokal begrenztes Prostatakarzinom – kurative Situation.	71
	8.2 Lokal fortgeschrittenes und metastasiertes Prostatakarzinom – palliative Situation	75
	Literatur.	79
9	Urothelkarzinom der Harnblase	83
	Désirée-Louise Dräger und Benedikt Kunz	
	9.1 Oberflächliches Harnblasenkarzinom	83
	9.2 Muskelinvasives Harnblasenkarzinom.	84
	9.3 Metastasiertes Harnblasenkarzinom.	87
	9.4 Urothelkarzinom des Ureters und Nierenbeckens	88
	Literatur.	90
10	Nierenzellkarzinom	95
	Désirée-Louise Dräger	
	Literatur.	98
11	Karzinome des äußeren Genitale	99
	Désirée-Louise Dräger und Oliver Hakenberg	
	11.1 Hodenkarzinom	99
	11.2 Peniskarzinom	104
	Literatur.	109
12	Psychosoziale Belastungen gerontourologischer Tumorpatienten	113
	Désirée-Louise Dräger	
	Literatur.	115

Teil III Psychoonkologische Interventionen

13 Mitteilung einer schlechten Nachricht	119
Hermann J. Berberich	
Literatur.	121
14 Techniken der ärztlichen Gesprächsführung	123
Hermann J. Berberich	
14.1 Patientenzentrierte Kommunikation.	123
14.2 Häufige Fehler	126
14.3 Störung der Arzt-Patienten-Kommunikation	126
Literatur.	129
15 Psychoonkologische Behandlungsmethoden	131
Hermann J. Berberich	
15.1 Verbale Intervention.	132
15.2 Psychoedukation	132
15.3 Entspannungsverfahren	133
15.4 Psychotherapieverfahren	135
Literatur.	141

Teil IV Spezielle Themen

16 Krebs als Familienerkrankung	145
Tanja Zimmermann	
16.1 Psychosoziale Belastungen der Partner und Partnerinnen	146
16.2 Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Partnerschaft	147
16.3 Minderjährige Kinder als Angehörige	150
Literatur.	151
17 Krebs und Sexualität	155
Hermann J. Berberich	
Literatur.	160
18 Berufliche Wiedereingliederung nach Krebs	163
Désirée-Louise Dräger	
Literatur.	165
19 Krebs und Kinderwunsch	167
Désirée-Louise Dräger	
Literatur.	170
20 Progredienzangst	171
Andreas Dinkel	
20.1 Progredienzangst als normales Phänomen.	171
20.2 Progredienzangst als klinisches Phänomen	172

20.3 Prävalenz von Progredienzangst	173
20.4 Therapeutische Interventionen bei Progredienzangst	173
20.5 Progredienzangst bei Prostatakarzinompatienten	174
Literatur.	175
21 Psychische Langzeiteffekte und Komorbiditäten (Survivorship).	177
Désirée-Louise Dräger	
Literatur.	179
22 Suizidalität in der Uroonkologie	181
Désirée-Louise Dräger	
Literatur.	184
23 Palliativmedizinische Aspekte der Psychoonkologie	187
Ursula Kriesen	
Literatur.	193
Teil V Psychoonkologische Versorgungsstrukturen	
24 Psychoonkologische Versorgung im Krankenhaus	197
Clara Breidenbach, Lena Ansmann und Christoph Kowalski	
24.1 Wie ist die psychoonkologische Versorgung im Krankenhaus organisiert?	198
24.2 Wie ist die Inanspruchnahme der psychoonkologischen Versorgung im Krankenhaus?	199
Literatur.	200
25 Psychoonkologische Versorgung in der stationären Rehabilitation	201
Désirée-Louise Dräger	
Literatur.	203
26 Ambulante psychoonkologische Versorgung	205
Désirée-Louise Dräger	
Literatur.	207
27 Psychoonkologische Grundversorgung (Fort- und Weiterbildung)	209
Désirée-Louise Dräger	
Literatur.	210
28 Ökonomisierung der Medizin und ihre Folgen für die Behandlung von Krebskranken.	211
Hermann J. Berberich	
Literatur.	218
Stichwortverzeichnis.	219

Herausgeber- und Autorenverzeichnis

Lena Ansmann Fakultät VI – Medizin und Gesundheitswissenschaften, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg, Deutschland

Hermann J. Berberich Facharztpraxis Urologie, Psychotherapie, Hofheim am Taunus, Deutschland

Clara Breidenbach Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin, Deutschland

Andreas Dinkel Technische Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, München, Deutschland

Désirée-Louise Dräger Urologische Klinik und Poliklinik, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland

Oliver Hakenberg Urologische Klinik und Poliklinik, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland

Christoph Kowalski Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin, Deutschland

Ursula Kriesen Universitätsmedizin Rostock, Medizinische Klinik III für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin, Rostock, Deutschland

Benedikt Kunz Universitätsmedizin Rostock, Urologische Klinik und Poliklinik, Rostock, Deutschland

Susanne Singer Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Universitätsmedizin Mainz, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland

Tanja Zimmermann Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

Teil I

Grundlagen der psychosozialen Uroonkologie



Die Bedeutung der psychosozialen Uroonkologie

1

Hermann J. Berberich

Im Jahr 2013 erkrankten insgesamt 475.470 Frauen und Männer in Deutschland neu an Krebs. An einer urologischen Krebserkrankung erkrankten 98.250 Menschen, davon 10.780 Frauen und 87.470 Männer (RKI, [2016](#)). Das sind 20,66 % aller Krebserkrankungen.

Zum Vergleich: An einer gynäkologischen Krebserkrankung erkrankten im gleichen Zeitraum 91.490 Frauen (RKI, [2016](#)). Das sind 19,24 % aller Krebserkrankungen. Betrachtet man nun die Anzahl der psychoonkologischen Studien fällt auf, dass eine große Zahl von Untersuchungen an Patientinnen mit einer gynäkologischen Krebserkrankung, vor allem mit Brustkrebs, erfolgte, während die Anzahl psychoonkologischer Untersuchungen in der Urologie bis vor wenigen Jahren in Deutschland eher übersichtlich war. Man fragt sich zurecht, warum das so ist.

Eine der Ursachen dürfte die in der bundesrepublikanischen Nachkriegsgesellschaft der 50er Jahre weit verbreitete Psychonegativität sein, die nicht zuletzt ein ideologisches Erbe des Nationalsozialismus war.

Denn zahlreiche deutsche Psychiater hatten sich in den Dienst der Nationalsozialisten gestellt und Tausende der ihnen anvertrauten psychisch Kranken deren Mordkommandos ausgeliefert.

Andere Kolleginnen und Kollegen mussten fliehen oder landeten ebenfalls im Konzentrationslager.

Die „urologischen Lehrer“ der 50er und 60er Jahre in Deutschland waren bis auf wenige Ausnahmen allesamt im Nationalsozialismus aufgewachsen, wenn sie sich nicht sogar selbst schuldig gemacht hatten (Krischel al., [2011](#)).

H. J. Berberich (✉)

Facharztpraxis Urologie, Psychotherapie, Hofheim am Taunus, Deutschland

E-Mail: hermann.berberich@gmx.de

Ein Drittel der bis 1933 tätigen urologischen Ärzte wurde von den Nationalsozialisten als „nicht arisch“ klassifiziert. Einigen gelang die Flucht ins Ausland, darunter der Wiener Urologe Oswald Schwarz, ein Pionier der psychosomatischen Urologie und Sexualmedizin (Berberich et al., 2015).

Die übrigen wurden entweder ermordet oder in den Selbstmord getrieben.

Nach dem Neustart 1945 waren einige der ersten Kongresspräsidenten der Deutschen Gesellschaft der Urologie (DGU) ehemalige mit hohen SS-Rängen ausgezeichnete NSDAP-Mitglieder (Halling et al., 2015).

Nach 1945 gewann die Psychosomatische Medizin in der Gynäkologie als dem größeren der beiden Fächer früher als in der Urologie wieder an Einfluss. Dies ist vor allem auf die gesellschaftlichen Veränderungen in der Bundesrepublik Deutschland Ende der 1960er Jahre und auf die politische Frauenbewegung zurückzuführen. 1980 wurde zunächst die deutsche Sektion für psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie gegründet, die sich 1985 in die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie umbenannte. Gleichzeitig vollzog sich die „Feminisierung der Frauenheilkunde.“ Inzwischen beträgt die Frauenquote bei der gynäkologischen Facharztprüfung 80 %.

1987 wurde zwar der „Arbeitskreis Psychosomatische Urologie in der Urologie“, inzwischen „Arbeitskreis Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin“ gegründet. Dem genannten gesellschaftlichen Veränderungsdruck war die Urologie jedoch weit weniger ausgesetzt. Eine wichtige Rolle spielt hier auch die Tatsache, dass der überwiegende Teil des urologischen Patientenkontingents Männer sind, die aufgrund ihrer Sozialisation und gesellschaftlichen Rollenzuweisung nur wenig Zugang zu ihren Emotionen haben. Sie können ihr Leid häufig nicht genau benennen und erleben eher ein diffuses Unbehagen, eine generelle Unzufriedenheit oder schlichtweg eine innere Leere (Neumann & Süffke, 2004).

Gefühle wie Angst, Hilflosigkeit und Niedergeschlagenheit sind bei Männern schambesetzt, weshalb es ihnen sehr schwerfällt, 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 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 aufgrund von Progredienzängsten schlecht schläft, wird höchstens auf ausdrückliche Nachfrage erwähnt. Im Sprech(!)zimmer sitzt auf der anderen Seite des Schreibtischs 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 (Berberich & Rösing, 2016).

Da man glaubte, dass urologische Krebspatienten nicht besonders psychisch belastet seien, hat man lange nicht nach ihrem psychischen Befinden gefragt und da man sie

nicht gefragt hat, hat man lange geglaubt, sie seien nicht besonders psychisch belastet, ein Teufelskreis.

Das männliche Rollenverständnis wurde mittlerweile unter dem Einfluss der politischen Frauenbewegung einem deutlichen Wandel unterzogen.

Feminisierung der Urologie

Nicht zuletzt aufgrund der besseren Schulabschlüsse der Abiturientinnen (Voyer & Voyer, 2014) und den Anforderungen des Numerus Clausus für die Zulassung zum Medizinstudium ist seit Jahren der überwiegende Anteil der Medizinstudierenden weiblichen Geschlechts (Voyer & Voyer, 2014) (Tab. 1.1).

Die bisherige „Männerdomäne Urologie“ ist eines der letzten medizinischen Fächer, in denen sich zurzeit eine allmähliche Feminisierung vollzieht. Es ist sicherlich kein Zufall, dass die erste urologische Habilarbeit mit einem psychoonkologischen Thema aus der Feder einer Urologin stammt.

Die Entwicklung der Psychoonkologie

Volker Roelke beschreibt die Etappen der psychosomatischen Theorienbildung (2020). Sie beginnt beim Konversionskonzept, mit dem Freud die psychische Verursachung körperlicher Störungen zu erklären versuchte, nachdem unerträglich psychische Konflikte durch ihre Somatisierung unschädlich gemacht werden, geht weiter über Walter B. Cannons Untersuchungen zum Einfluss von „major emotions“ auf das Körpergeschehen, bis zu Gustav Bergmanns „funktionelle Pathologie“ und Viktor von Weizsäckers „Gestaltkreis“ bis hin zu Hans Selyes „Stress-Konzept“, der „Biosemiotik“ eines Thure von Uexküll und George L. Engels biopsychosozialen Krankheitsmodell, an dem sich die Psychosomatik heutzutage überwiegend orientiert (Roelke, 2020) (Kap. 5).

Eine ähnliche Entwicklung lässt sich für die Psychoonkologie beschreiben.

Wilhelm Reich (1897–1957) sah einen Zusammenhang zwischen einer gestörten Sexualität und dem Risiko an Krebs zu erkranken (Reich, 2010).

Bahnson und Bahnson (1964) zufolge würden Krebskranke dazu neigen, Gefühle zu verleugnen und zu verdrängen, was kausal mit der Krebserkrankung zusammenhängen würde.

Analog zur Hypothese der Kardiologen Friedman und Rosenman (1959), dass eine Typ-A-Persönlichkeit (Ungeduld, Ruhelosigkeit, Ehrgeiz, Wettbewerbsstreben, Ärger, Feindseligkeit) ein Risikofaktor für das Erleiden eines Herzinfarktes sei, behauptete

Tab. 1.1 Anzahl der Studierenden im Fach Humanmedizin in Deutschland nach Geschlecht

Semester	Gesamtzahl	Männlich	Weiblich
WS 2007/2008	78.545	30.608	47.937
WS 2020/2021	101.712	37.451	64.261

Quelle: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/200758/umfrage/entwicklung-der-anzahl-der-medizinstudenten/>

der Heidelberger Medizinsoziologe Grossarth-Maticsek (1985) aufgrund einer in Jugoslawien durchgeführten Studie eine „Krebspersönlichkeit“ identifizieren zu können. Bis heute seien die Originaldaten der genannten Studie mit 1300 Patienten allerdings nie beigebracht worden (Tschuschke, 2020).

Inzwischen wird von psychoonkologischer Seite die Hypothese einer „Krebspersönlichkeit“ überwiegend abgelehnt. Psychisch auffällige Reaktionen seien vielmehr von der Diagnose einer Krebserkrankung bestimmt (Schwarz, 2004).

Unumstritten ist jedoch der Zusammenhang zwischen einem psychisch bedingten Risikoverhalten und einigen Krebsarten, wie zum Beispiel der Tabakkonsum beim Lungen- bzw. beim Blasenkarzinom oder die Sonnenexposition beim Melanom.

Ebenfalls umstritten ist, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen der Krankheitsbewältigungsstrategie und der Überlebenszeit bei Krebskranken gibt.

Die Arbeitsgruppe um Spiegel an der Stanford University in Kalifornien publizierte 1989 die Ergebnisse einer psychoonkologischen Interventionsstudie bei 86 Patientinnen mit einem metastasierten Brustkrebs. Diese wurden nach dem Zufallsprinzip entweder der Interventionsgruppe (ein Jahr wöchentliche Gruppentherapie von 90 min.) oder einer Kontrollgruppe zugeteilt, die keine psychoonkologische Behandlung erhielt. Den Ergebnissen zufolge betrug die durchschnittliche Überlebenszeit der Interventionsgruppe (36,6 Monate) doppelt so lang wie die der Kontrollgruppe (18,9 Monate) (Spiegel et al., 1989).

Hürny (2003) bemerkt hierzu, dass die Ergebnisse höchstwahrscheinlich auf einen Selektionseffekt zurückzuführen seien. Keine andere medizinische Behandlung bei Brustkrebs habe je so einen massiven Effekt gezeigt. Es sei deshalb unwahrscheinlich, dass eine andere Behandlungsmethode solch einen enorme Wirkung habe (Hürny, 2003).

Die Ergebnisse konnten bei keiner der bisherigen Replikationsstudien bestätigt werden. Goodwin et al. (2001) versuchten im Rahmen einer multizentrischen Studie mit 235 Patientinnen mit einem metastasierenden Mammakarzinom die Spiegel'schen Ergebnisse zu replizieren. Bei den Teilnehmerinnen der Therapiegruppe zeigte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe zwar ein stärkerer Rückgang sowohl der psychischen Belastung als auch der Schmerzen, die mittlere Überlebenszeit war jedoch mit 17,9 bzw. 17,6 Monaten bei beiden Gruppen fast identisch (Goodwin et al., 2001).

Unumstritten ist allerdings die Auswirkung der Art der Krankheitsbewältigung auf die Lebensqualität eines Krebskranken. Allein letzteres rechtfertigt bereits ein psychoonkologisches Behandlungsangebot (Kap. 15).

Bei einer Krebserkrankung und ihrem Verlauf handelt es um ein multifaktorielles Geschehen, das einer biopsychosozialen Betrachtung bedarf. Wir bekämpfen zwar den Krebs, aber wir behandeln Menschen. Dabei verfolgen wir nicht nur das Ziel, Leben zu verlängern, sondern auch die Lebensqualität zu erhalten bzw. zu verbessern. Deshalb bedarf die biologische Onkologie einer psychosozialen Ergänzung. Letzteres gilt auch für die Uroonkologie.

Aktuelle Definition und Grundprinzipien der Psychoonkologie

Die AWMF (2014) S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten definiert diese folgendermaßen:

„Die Psychoonkologie, synonym auch „Psychosoziale Onkologie“, ist ein eigenes Arbeitsgebiet im onkologischen Kontext, das sich mit dem Erleben und Verhalten sowie den sozialen Ressourcen von Krebspatienten im Zusammenhang mit ihrer Krebserkrankung, deren Behandlung sowie damit verbundenen Problemlagen befasst. Aufgabe der Psychoonkologie ist es, die Bedeutung psychologischer und sozialer Faktoren für die Entstehung, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation, Nachsorge sowie den gesamten Verlauf einer Tumorerkrankung und deren Wechselwirkungen wissenschaftlich zu untersuchen und die gewonnenen Erkenntnisse in der Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation, ambulanten Versorgung und Palliativbetreuung von Patienten nutzbar zu machen und in konkrete Unterstützungs- und Behandlungsangebote umzusetzen. Dabei schließt die Psychoonkologie nicht nur die direkt von der Krankheit betroffenen Personen, sondern auch die Angehörigen und das soziale Umfeld mit ein. Darüber hinaus sind auch die Behandler (Ärzte, Psychotherapeuten, Pflegende [Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen] und alle in der Onkologie tätigen Berufsgruppen) wichtige Zielgruppen psychoonkologischer Unterstützung hinsichtlich der Bereitstellung von Fort- und Weiterbildungs- sowie Supervisionsangeboten.

Die Psychoonkologie ist ein Arbeitsgebiet innerhalb der Onkologie, in das Inhalte aus den Fachbereichen Medizin, Psychologie, Soziologie, praktische Philosophie und Ethik, Theologie sowie Pädagogik mit einfließen. Die Psychoonkologie zeichnet sich durch eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen aus. So arbeiten in der psychoonkologischen Versorgung der Patienten Ärzte unterschiedlicher Fachgebiete, Psychologische Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter, Pädagogen, Vertreter der Künstlerischen Therapien, Pflegende, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Seelsorger der verschiedenen Religionsgemeinschaften zusammen.“

Die Prävalenz komorbider psychischer Störungen bei Tumorpatienten und -patientinnen beträgt im Mittel ca. 30 %. Am höchsten ist sie mit 42 % bei Brustkrebspatientinnen und mit am niedrigsten bei Prostatakarzinompatienten (22 %) (Mehnert et al., 2014).

Allerdings neigen Prostatakarzinompatienten aus unterschiedlichen Gründen dazu, Beschwerden zu verschweigen oder nicht deren volles Ausmaß zu berichten (Lavery & Clarke, 1999).

Oft ist es im klinischen Alltag schwer, das seelische Befinden von Patienten und Patientinnen einzuschätzen. Hilfreich ist hierbei die regelmäßige Verwendung von zertifizierten Fragebögen (Kap. 4). Es ist häufig nicht leicht, einen Zugang zu den psychisch belasteten Patienten und Patientinnen zu finden. Hier ist in erster Linie kommunikative Kompetenz gefordert.

In vielen Fällen bedarf es zur Milderung der psychosozialen Belastung keiner längeren psychotherapeutischen Behandlung. Oft reicht bereits ein längeres Gespräch

mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin, in dem dieser oder diese auf die Bedürfnisse, Sorgen und Ängste des Patienten oder der Patientin eingeht.

Im Rahmen der Untersuchung von Mehnert et al. (2009) zur „Psychischen Belastung und Lebensqualität bei Prostatakarzinompatienten im Behandlungsverlauf“ wurden die Patienten unter anderem gefragt, was diese als besonders hilfreich für den Umgang mit der Krebserkrankung fanden.

Besonders hilfreich fanden die Patienten

- die Gespräche mit dem behandelnden Arzt (29 %),
- die Partnerin (20 %),
- Familie und Freunde (20 %),
- die medizinische Behandlung und Prognose (9 %),
- Ablenkung (6 %) sowie
- eine positive Lebenseinstellung und der Austausch mit anderen Patienten (6 %) (Mehnert et al., 2009).

Mit dem Ziel, eine qualitativ hochwertige Versorgung der an Krebs erkrankten Menschen in Deutschland zu organisieren, wurde der sogenannte Nationale Krebsplan vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), der Deutschen Krebshilfe (DKH) und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) auf den Weg gebracht. Darin wird als eines der Ziele die Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung sowie die Stärkung der Patientenorientierung, unter anderem durch die Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen der an der Versorgung Krebskranker beteiligten Berufsgruppen, aufgeführt (RKI, 2016).

Die Bereitstellung einer psychoonkologischen Versorgung der Krebskranken ist mittlerweile ein sogenanntes Zertifizierungskriterium der Deutschen Krebsgesellschaft für die Onkologischen Zentren und Organkrebszentren, unter anderem auch für Prostatakarzinomzentren. Auch in den onkologischen Leitlinien, z. B. der S3-Leitlinie Prostatakarzinom, wird eine solche Bereitstellung gefordert. Dort heißt es: „Dem Patienten sollte eine psychosoziale und psychoonkologische Unterstützung bei psychischen, sexuellen oder partnerschaftlichen Problemen angeboten werden“ (AWMF, 2021).

Zusammenfassung

Fast 20 % aller Krebserkrankungen sind urologische Krebserkrankungen. Im Vergleich zu unserem medizinischen Nachbarfach, der Frauenheilkunde, die einen etwa gleich hohen Anteil an Krebserkrankungen hat, ist die Anzahl psychoonkologischer urologischer Studien relativ gering. Es besteht diesbezüglich ein erheblicher Nachholbedarf.

90 % aller urologischen Krebskranken sind Männer, die aus unterschiedlichen Gründen dazu neigen, psychosoziale Belastungen zu verschweigen oder nicht deren volles Ausmaß zu berichten. Es kommt deshalb darauf an, Männer zur Sprache zu bringen, um ihnen ein entsprechendes psychosoziales Unterstützungsangebot anzubieten zu können.

Literatur

- AWMF. (2014). S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Version 1.1, Registernummer: 032/051OL, S. 24.
- AWMF. (2021). S3-Leitlinie Prostatakarzinom Version 6.2 Registernummer: 043/022, S. 269.
- Bahnson, C. B., & Bahnson, M. B. (1964). *Cancer as an alternative of psychosis. A theoretical model of somatic and psychological regression in psychosomatic aspects of neoplastic disease* (S. 184–202). New York: Pitman.
- Berberich, H. J., & Rösing, D. (2016). Psychosoziale Belastung bei urologischen Tumorerkrankungen. In Berberich, H. J. & Siedentopf, F. (Hrsg.) *Psychosomatische Urologie und Gynäkologie*. Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Bd. 8678. UTB, S. 199–210.
- Berberich, H. J., Schultheis, D., & Kieser, B. (2015). Oswald Schwarz, ein Pionier der psychosomatischen Urologie und Sexualmedizin. *Der Urologe*, 54(1), 88–96.
- Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings: Blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *Journal of the American Medical Association*, 169(12), 1286–1296.
- Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guthrie, H., Drysdale, E., Hundleby, M., Chochinov, H. M., Navarro, M., Specia, M., & Hunter, J. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 345(24), 1719–1726.
- Grossarth-Maticek, R., Bastiaans, J., & Kanazir, D. T. (1985). Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: The Yugoslav prospective study. *Journal of psychosomatic research*, 29(2), 167–176.
- Halling, T., Moll, F., Schultheiss, D., & Rathert, P. (2015). Die Deutsche Gesellschaft für Urologie und der Neuanfang in Düsseldorf nach 1948. *Urologie im Rheinland*, S 27–47. Springer. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/52043/Frauenquote-in-Facharztpruefung-Gynaekologie-bei-80-Prozent>.
- Hürny, C. (2003). Psychosoziale Faktoren beim Verlauf maligner Erkrankungen. In R. H. Adler, J. M. Hermann, K. Köhle, W. Langewitz, O. W. Schonecke, T. von Uexküll, & W. Wesiack (Hrsg.), *Uexküll Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns* (6. Aufl., S. 1013–1029). Urban & Fischer Verlag.
- Krischel, M., Moll, F., Schultheiss, D., & Bellmann, J. (Hrsg.). (2011). *Urologen im Nationalsozialismus*. Hentrich & Hentrich.
- Lavery, J. F., & Clarke, V. A. (1999). Prostate cancer: Patients' and spouses' coping and marital adjustment. *Psychology, Health & Medicine*, 4(3), 289–302.
- Mehnert, A., Lehmann, C., Graefen, M., Huland, H., & Koch, U. (2009). Psychische Belastung und Lebensqualität bei Prostatakrebspatienten im Behandlungsverlauf. In U. Koch & J. Weis (Hrsg.), *Psychoonkologie. Eine Disziplin in der Entwicklung* (S. 21). Hogrefe.
- Mehnert, A., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Wies, J., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Sommerfeldt, S., Szalai, C., Wittchen, H.-U., & Koch, U. (2014). Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *Journal of Clinical Oncology*, 32(31), 3540–3546.
- Neumann, W., & Süßke, B. (2004). *Den Mann zur Sprache bringen, Psychotherapie bei Männern*, dtv: Tübingen.
- Reich, W. (2010). *Charakteranalyse*. Anaconda Verlag.
- RKI. (2016). Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland, S. 241–242. <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3264/28oaKVmif0wDk.pdf?sequ>. Zugriffen: 6. Dez. 21.

- Roelke, V. (2020). Geschichte der Psychosomatik. In U. T. Egle, C. Heim, B. Strauß, & R. von Känel (Hrsg.), *Psychosomatik* (S. 49–54). Kohlhammer.
- Spiegel, D., Kraemer, H., Bloom, J., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 334(8668), 888–891.
- Schwarz, R. (2004). Die „Krebspersönlichkeit“-Mythen und Forschungsergebnisse. *psychoneuro*, 30(04), 201–209.
- Tschuschke, V. (2020). *Psychoonkologie praktizieren- Welche Hilfe wann und bei wem?* (S. S94). Schattauer.
- Voyer, D., & Voyer, S. D. (2014). Gender differences in scholastic achievement: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 140(4), 1174.

„Memento mori“: Das Trauma der Diagnose Krebs

2

Hermann J. Berberich

In den letzten Jahren hat sich in Verbindung mit der Onkologie ein eigener fachlicher Schwerpunkt entwickelt, der sich mit den psychosozialen Belastungen bei Tumorerkrankungen befasst. Diese Entwicklung ist mit keinem anderen Fachgebiet vergleichbar. Die psychosomatische Medizin im Allgemeinen befasst sich unter anderem auch mit der Bewältigung chronischer Erkrankungen (z. B. Rheuma), aber es hat sich daraus keine eigenständige Fachrichtung entwickelt, wie dies bei der Psychoonkologie oder psychosozialen Onkologie der Fall ist.

Was ist der Grund hierfür? Die objektive Lebensbedrohung, die eine Krebserkrankung in sich birgt, kann es allein nicht sein. Es gibt zahlreiche Erkrankungen, wie zum Beispiel ein Herzinfarkt, die zumindest im akuten Stadium ebenso, wenn nicht sogar viel lebensbedrohlicher sind. Ferner sind heute viele Tumorerkrankungen weitaus besser heilbar als andere chronische Krankheiten, wie z. B. das Rheuma, der Diabetes mellitus oder die Multiple Sklerose, um nur einige zu nennen.

Jede Krankheit bedeutet auch eine emotionale Kränkung, da sie uns spüren lässt, wie verletzlich wir sind. Chronische Erkrankungen gehen häufig mit erheblichen körperlichen Einschränkungen einher und fordern von dem Betroffenen eine hohe Anpassungsleistung. Tumorerkrankungen jedoch konfrontieren uns wie keine andere Erkrankung mit der unausweichlichen Tatsache, dass wir sterblich sind, etwas, was wir im Alltag tunlichst versuchen auszublenden.

Irvin D. Yalom stellt in seinem Buch „In die Sonne schauen“, in dem er sich mit der Angst vor dem Tod, ihrer Verdrängung, den daraus resultierenden Symptomen und

H. J. Berberich (✉)

Facharztpraxis Urologie, Psychotherapie, Hofheim am Taunus, Deutschland

E-Mail: hermann.berberich@gmx.de