

Urologische Anschlussheilbehandlung

Rehabilitation nach radikaler Tumorchirurgie

M. ZELLNER

Während Diagnostik und Therapie einer Tumorerkrankung oftmals Routine geworden sind und in vielen Fällen Leitlinien die Evidenz der Maßnahmen belegen, ist die fachspezifische Anschlussheilbehandlung keineswegs Standard – daher werfen wir einen Blick auf die Bedeutung der urologischen Rehabilitation nach Tumorchirurgie.

Die zunehmende Verknappung der Ressourcen im Gesundheitswesen kann eine Chance für eine wissenschaftlich und qualitätsorientiert arbeitende Medizin sein. Es müssen allerdings althergebrachte und mitunter zur liebgewonnenen Routine gewordene Abläufe kritisch hinterfragt werden. Analysiert man den Behandlungsverlauf eines urologischen Krebspatienten, finden sich weitgehend standardisierte Prozesse: Nach Diagnostik und Bestimmung des Tumorstadiums wird dem Patienten ein kuratives oder palliatives therapeutisches Vorgehen angeboten. In einigen Fällen werden sicherlich auch alternative und komplementäre Vorgehensweisen mit dem Patienten diskutiert. Aus Sicht des Urologen ist die Akutversorgung mit allen mehr oder weniger invasiven Optionen tägliche Routine. Mit statistischer Sicherheit können Behandlungsergebnisse, Folgen und auch Komplikationen beziffert werden. In der Regel wird nach Abschluss dieser standardisierten Akutversorgung die Behandlung des Patienten als weitgehend abgeschlossen betrachtet (Abb. 1). Mittlerweile wird diese Routine durch die Einführung von DRGs mit immer kürzeren Liegezeiten, auch nach invasiven Verfahren wie radikaler Prostatektomie und Zystektomie, unterbrochen.

Ist AHB/Reha Glückssache?

Trotzdem wird immer noch einem Großteil der Patienten, ungeachtet der postinterventionellen Morbidität, eine fachspezifisch urologisch geführte Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Rehabilitationsmaßnahme (Reha) vorenthalten. In vielen Fällen geht die Initiative dafür von den Patienten selbst oder

Subjektives Gefühl der Bedrohung durch die urologische Krebserkrankung



© Bernd Fleissner

möglicherweise von den Mitarbeitern des Sozialdienstes aus. Gelegentlich wird auch von dieser wichtigen, den Erfolg der Basistherapie stabilisierenden Möglichkeit abgeraten. Nicht zuletzt

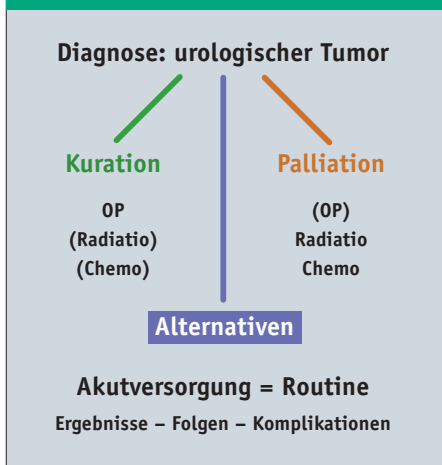
„Ist es ... zu verantworten, dem Patienten einen ‚Urlaub‘ zu Lasten seiner Krankenkasse zu gewähren?“

wegen der oft polemisch geführten Kostendiskussion wird die Indikation zur AHB/Reha kritisch betrachtet: konnte der

Patient doch durch

eine Radikaloperation geheilt oder durch anderweitige, meist invasive Behandlungsmaßnahmen zumindest aktuell stabilisiert werden! Ist eine Genesung im heimischen Umfeld, im Alltag des familiären Geschehens, in gewohnter Umgebung nicht viel besser geeignet, den Patienten zu rehabilitieren? Ist nicht die Behandlung eventuell persistierender Probleme durch die kompetente Nachsorge eines qualifizierten niedergelassenen Kollegen sichergestellt? Ist es in der derzeitigen finanziellen Situation unseres Gesundheitswesens zu verantworten, dem Patienten einen „Urlaub“ zu Lasten seiner Krankenkasse oder eines Rentenversicherungsträgers

Abbildung 1
Behandlungsroutine bei urologischen Malignomen



zu gewähren? Gibt es denn postoperativ oder postinterventionell tatsächlich bedeutsame Gesundheitsstörungen, die eine weitere stationäre Heilmaßnahme rechtfertigen? Oft „möchte“ der Patient auch keinen weiteren stationären Aufenthalt. Anders als zu der stattgehabten invasiven Therapie, die der Patient möglicherweise zunächst auch nicht „mochte“, unterbleibt von dem Behandler meist die nötige Überzeugungsarbeit, dass es sich um eine sinnvolle und erforderliche Ergänzung seiner therapeutischen Bemühungen handelt.

Lebensqualität zu selten berücksichtigt

Tatsächlich lassen sich die persistierenden Gesundheitsstörungen nach invasiver (uro-onkologischer) Therapie vier Problemkreisen (Abb. 2) zuordnen, die einer intensiven, professionell urologisch geführten, interdisziplinären Weiterbehandlung bedürfen:

- medizinische (urologische) Probleme,
- hygienische Probleme,
- psycho-immuno-onkologische Probleme,
- soziale/sozioökonomische Probleme.

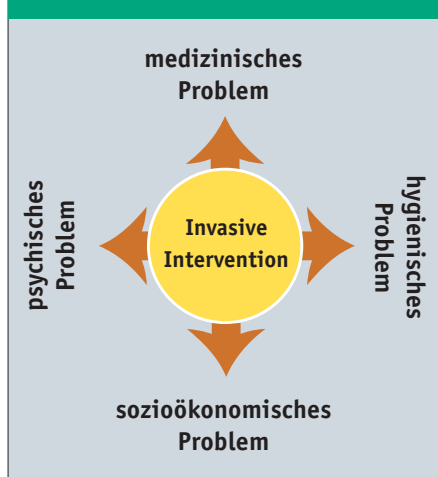
Obwohl die „Lebensqualität“ unserer Patienten zunehmend Einzug in die Bewertung therapeutischer Verfahren halten sollte, wird diesem Punkt nach wie vor auch in der Literatur nur sehr lückenhaft Beachtung geschenkt. Von insgesamt 1.624 Publikationen in der medizinischen Datenbank Medline, die in der Dekade von 1988 bis 1998 die Stichworte „prostate cancer“ und „prostatectomy“ enthalten, findet sich der Begriff „quality of life“ lediglich in 78 Arbeiten (4,8%). Bei die Abfrage „cancer of the bladder“ und „cystectomy“ werden 872 Arbeiten ausgewiesen, der Begriff „quality of life“ findet sich aber nur in 62 dieser Publikationen (7,1%).

Dabei ist zu bedenken, dass die gefundenen Arbeiten lediglich diesen Suchbegriff enthalten. Eine thematische Auseinandersetzung mit dem Stichwort erfolgt in noch weit geringerem Umfang.

Soziale Kontinenz unsozial?

Anerkanntermaßen kann es nach radikaler Tumorchirurgie im Bereich des

Abbildung 2
Postinterventionelle Morbidität



kleinen Beckens zu einer in der Literatur „exakt bezifferten“ und meist „geringfügigen“ Harninkontinenz kommen. Für die Beurteilung des Schweregrades liegen oft „exakte Definitionen“ vor. So findet sich häufig der Begriff der „sozialen“ Kontinenz. Sie wird definiert als „trocken oder minimaler Urinverlust bei körperlicher Anstrengung ...“. Als „minimale Inkontinenz“ wird ein „geringer oder mittelgradiger Urinverlust“ und als „ausgeprägte Inkontinenz“ eine drittgradige Inkontinenz definiert.

Danach finden sich weitgehend übereinstimmende Häufigkeiten der postoperativen Harninkontinenz, z.B. nach radikaler Prostatektomie von 65% nach einem Monat, von 36% nach drei Monaten, 12% nach sechs Monaten und 6% nach einem Jahr. Wird der Inkontinenzgrad streng nach Ingelmann-Sundberg klassifiziert, sind von 204 Patienten nach einem Jahr postoperativ 60% vollständig kontinent, 18% erstgradig, 13% zweitgradig und 8% drittgradig harninkontinent [1]. Das bedeutet, 40% der Operierten leiden unter einem mehr oder weniger ausgeprägten Urinverlust und allen damit verbundenen Folgen und Komplikationen.

Die häufig zitierte „Tröstung“ des Prostatektomiepatienten „... innerhalb eines Jahres postoperativ normalisiert sich die Situation von selbst ...“ und „Sie werden sich schon daran gewöhnen“ oder ähnliches bedarf einer kritischen Berechtigungsanalyse.

Daneben ist die Beurteilung des Inkontinenzgrades auch vom jeweiligen

„Gutachter“ abhängig: *Ojdeby et al.* [3] haben gezeigt, dass eine Gruppe von 152 radikal Prostatektomierten von dem beteiligten Operateur in 89%, von einem therapieunbeteiligten Urologen dagegen nur in 49% der Fälle als „vollständig kontinent“ beurteilt wurden.

Gewöhnung oder Resignation?

Natürlich kommt es bei den betroffenen Patienten im Laufe der Zeit zu einer „Gewöhnung“ an diese Funktionsstörung. Der Leidensdruck nimmt bei entsprechenden Befragungen ab. Allerdings sollte bedacht werden, dass es sich nach wie vor um ein Tabu-Thema handelt, über das die Patienten (aber auch wir Ärzte!) nicht gerne sprechen. Möglicherweise verbirgt sich hinter dem Schweigen ein gerütteltes Maß an Resignation: der Patient ist es im Laufe der Zeit möglicherweise leid, immer wieder die zitierte „Tröstung“ ohne therapeutische Konsequenz zu erhalten.

Zusatzfaktor Zystektomie

Nach radikaler Zystektomie können zusätzliche spezifische Probleme auftreten. Spezielle Operationstechniken, aber auch die Verwendung von mehr oder weniger langen Darmsegmenten zur Harnableitung können zu veränderten Druckverhältnissen im Harntrakt führen. Hier gilt es insbesondere, den oberen Harntrakt vor typischen Folgeschäden (Infektionen, Reflux, Harnstauung, Stauungsnephropathie, progrediente Niereninsuffizienz) zu schützen.

Die veränderten pathophysiologischen Gegebenheiten mit mehr oder weniger langen Kontaktzeiten von Urin an der resorbierenden Darmschleimhaut können neben metabolischen Veränderungen (z.B. einer hyperchlorämischen Azidose, s. Abb. 2) auch zu Malabsorptionssyndromen (z.B. von Gallensäuren, Vitamin B12 und Kalzium) und konsekutiven Stoffwechselstörungen kommen. Noch fehlen ausreichende Langzeiterfahrungen und umfassende Studien, die sich mit derartigen Fragestellungen qualifiziert auseinandersetzen. Die pathophysiologischen Besonderheiten der Neoblasebildung bedingen zusätzlich eine mitunter erheb-

FORTSETZUNG S. 51 —

lich gesteigerte Flüssigkeitsausscheidung mit der Gefahr der Exsikkose bei unzureichender Flüssigkeitszufuhr.

Potenz und Libido deutlich reduziert

Kann der Verlust der Kontinenz anerkanntermaßen zu einer erheblichen subjektiven wie auch objektiven Beeinträchtigung des Patienten führen, so wird insbesondere eine gestörte Sexualfunktion nach radikaler Tumorchirurgie von vielen Patienten als weitaus störender für die Lebensqualität beurteilt [2].

Nach radikaler Prostatektomie und Zystektomie reduziert sich die präoperative Potenz von durchschnittlich 80–90% auf etwa 10%. Als Ursachen für fehlende sexuelle Aktivität werden neben der erektilen Dysfunktion reduzierte Libido (29%) und die Weigerung des Partners (20%) angegeben. Genauso wie für die ärztliche Bewertung der Bedeutung der Harninkontinenz lassen sich eine Reihe von Indizien dafür finden, dass die sexualmedizinische Betreuung – nicht zuletzt der weiblichen Patienten – nicht in optimalem Umfang erfolgt.

Gestörtes Körperbild

Nicht nur der Verlust von Körperfunktionen (z.B. Kontinenz und Potenz) und die Zerstörung des Körperbildes (Stoma!), kann bei den Betroffenen zu Minderwertigkeits- und Schamgefühlen führen. Über den Pathomechanismus der Regression kann es auch zu ernststen seelischen Beeinträchtigungen kommen.

Krankheitsbewältigung gelingt erst nach Operation

Bedacht werden sollte bei malignen Erkrankungen nicht zuletzt die Sichtweise des Patienten: Der Wunsch nach „Vorsorge“ oder eine Abklärung aus anderen Gründen führt den Betroffenen in eine Untersuchungssituation. Ein suspekter Befund erfordert weitergehende Maßnahmen. Es entstehen Wartezeiten: auf den Termin mit einer meist unbekanntem, oft ängstigenden Untersuchungstechnik (z.B. einer Biopsie) und den schicksalhaft und bedrohlich empfundenen Befund. Es festigt sich der nur allzu leicht nachvollziehbare Wunsch, dass sich keine Bösartigkeit ergeben möge. Hoffnungsvoll sitzt der Patient seinem Arzt gegenüber, der diese Hoffnung zerstört, die Hiobsbotschaft „Krebs“ überbringt. Anders als dem Gesundheitsprofi fehlt dem Patienten jedoch in der Regel der medizinische Sachverstand. Er kann den Befund nicht nach „TNM“ mit den entsprechenden Behandlungserfolgen bewerten. Für den Patienten ist die Diagnose Krebs unausweichlich verbunden mit den Begriffen „Sterben“, „Friedhof“, „Tod“. Diese Todesangst ermöglicht es nicht mehr, noch so ausführliche Informationen über eine anstehende Behandlung in einem Krankenhaus, die möglicherweise erste Narkose und Operation im Leben des Patienten, die Aufklärung über Folgen und Komplikationen rational zu verarbeiten.

Oft ist der Patient nur noch daran interessiert, „es möglichst schnell hinter sich zu bringen“. Erst später, postoperativ, kann und wird der Patient Interesse an der durchgeführten Therapie entwickeln, stellt er sich Fragen nach dem weiteren Verlauf der Erkrankung, dem Fortbestand seiner sozialen Beziehungen, seiner Familie, der Arbeit, der sozialen Sicherung und vielem anderen mehr. Wie kann und wird diesen berechtigten Bedürfnissen des Patienten jedoch in der alltäglichen Routine entsprochen?

Postoperative Maßnahmen

Neben der „allgemeinen Roboration“ der regelhaft persistierenden postoperativen Schwäche und Katabolie, sollte das Augenmerk initial auch auf eine adäquate Hilfsmittelversorgung zur akuten Verbesserung der Lebensqualität gerichtet werden. Hierzu gehören neben der Auswahl des für den Patienten geeigneten Hilfsmittels die Anleitung zu sachgerechtem Umgang und ein Handhabungstraining.

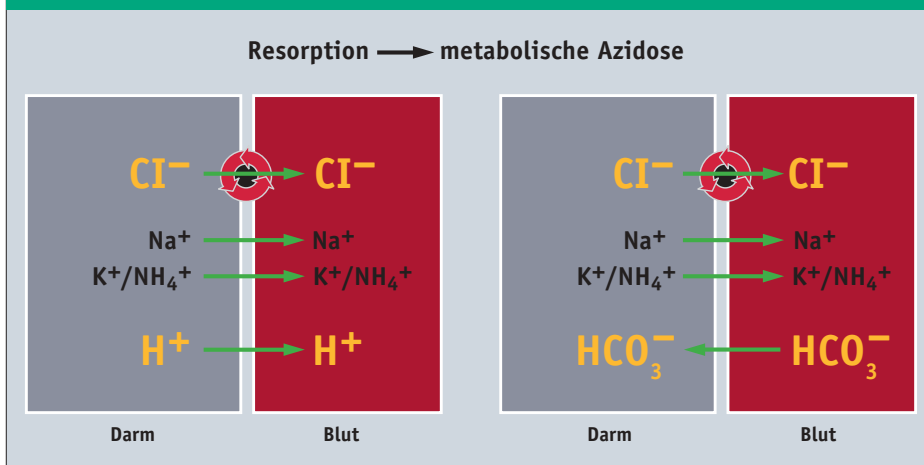
Die Behandlung der Inkontinenz erfordert eine spezifische Beckenbodentherapie einschließlich apparativer Techniken wie Elektrostimulation und Biofeedbackverfahren, Entspannungstechniken und physikalische Therapie unter Anleitung qualifizierter und speziell geschulter Therapeuten. Bereits in der frühen postoperativen Phase sollte der Patient umfassend über die Behandlungsoptionen der erektilen Dysfunktion (PDE-5-Inhibitoren, SKAT, VEHS, Prothese) informiert werden. Neben der praktischen Demonstration ist die selbstständige Handhabung durch den Patienten mit entsprechender Hilfestellung durch den Urologen von besonderer Bedeutung für einen befriedigenden Einsatz, beispielsweise die Anwendung einer Erektionspumpe (VEHS).

Information und Begleitung

Oft besteht ein mitunter erheblicher Informationsbedarf hinsichtlich der Krebserkrankung, der bislang durchgeführten Therapie und dem weiteren Prozedere. In dieser Phase besteht einerseits die Möglichkeit, bestehende Infor-

„Für den Patienten ist die Diagnose Krebs unausweichlich verbunden mit den Begriffen ‚Sterben‘, ‚Friedhof‘, ‚Tod‘.“

Abbildung 3 Pathophysiologie der metabolischen Azidose bei Darmersatzblasen



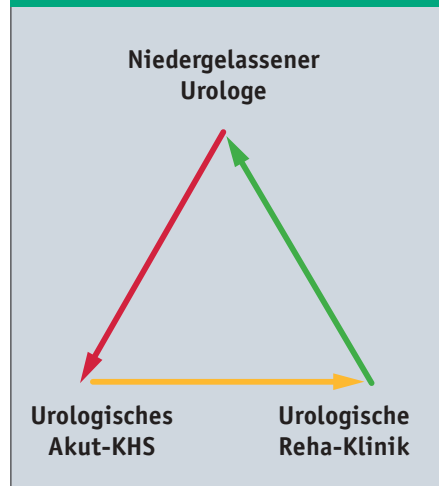
mationsdefizite zu reduzieren, andererseits zur allgemeinen Aufklärung und Gesundheitsbildung (z. B. Ernährungsberatung, Gewichtsreduktion, Raucherentwöhnung etc.) beizutragen.

Die mehr oder weniger latente Angst des Patienten erfordert eine psychoonkologische Begleitung, nicht zuletzt zur Stabilisierung der körpereigenen Immunität. In Studien konnte bereits die signifikante Korrelation zwischen psychoonkologischer Betreuung und Zunahme der Überlebenszeit bei Mammakarzinompatienten dokumentiert werden.

Viele Patienten sind über ihre soziale Sicherung nur unzureichend informiert. Umfassende Beratungsgespräche durch erfahrene Sozialarbeiter können helfen, Fragen beispielsweise zum Renten- und Schwerbehindertenrecht kompetent zu klären. Erforderliche Aktionen wie Antragstellungen können im Bedarfsfall begleitet werden

Die überwiegende Mehrzahl krebserkrankter Menschen sucht – trotz nachweislich umfassender schulmedizinischer Betreuung – zusätzliche Hilfe bei Laien und nutzt alternative Behandlungsangebote. Um den Patienten vertrauensvoll in einer qualifizierten und wissenschaftlich orientierten urologischen Betreuung behalten zu können, sollte eine qualifizierte Beratung zu komplementären Behandlungsverfahren selbstverständlich sein. Nur dadurch kann auch langfristig sichergestellt wer-

Abbildung 4
**Das uro-onkologische
Behandlungsdreieck**



den, den Patienten, insbesondere in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien, nicht an fragwürdige Therapeuten und Therapien zu verlieren.

Reha-Kliniken ergänzen Angebot sinnvoll

Der akut versorgenden Klinik sind für eine umfassende postoperative Versorgung sehr oft infrastrukturelle, personelle und administrative Grenzen gesetzt. Im Bereich der niedergelassenen Urologie sind es nicht zuletzt Budgetprobleme (Heilmittel!), die ein umfassendes, qualifiziertes Therapiekonzept ambulant nahezu unmöglich werden lassen. Diese Aufgabe obliegt einer uro-

logisch qualifiziert personell und apparativ ausgestatteten Rehabilitationsklinik. In enger Zusammenarbeit mit der zuweisenden Akutklinik und dem einweisenden/weiterversorgenden niedergelassenen Urologen kann dieses „Urologische Dreieck“ (Abb. 4) eine an den Bedürfnissen des Patienten ausgerichtete, optimierte Versorgung sicherstellen. Die eingeleiteten Therapien können im Bedarfsfall durch den betreuenden niedergelassenen Urologen am Heimatort weiter verordnet und kontrolliert werden. Damit steht die fachspezifische urologische Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation nicht in Konkurrenz zu Akutklinik und niedergelassener Urologie, sondern ergänzt deren qualifiziertes Angebot zu einem umfassenden und qualitätsorientierten Versorgungspaket. Entscheidend für die hohe Qualität und Effizienz der Versorgung in allen Phasen der Behandlung ist der Facharzt für Urologie. Allen Anstrengungen anderer Fachgebiete, sich die Betreuung spezifischer urologischer Fragestellungen anzueignen, muss – bei aller kollegialer Interdisziplinarität – nicht zuletzt zum Wohle der uns anvertrauten Patienten eine Absage erteilt werden.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Michael Zellner
Leitender Urologe, Urologische Klinik,
Klinikum Passauer Wolf,
94086 Bad Griesbach