



Barbara Schilcher¹, Antje Brosemann²

¹D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e.V.

²Universitätsklinikum Münster

Erste urotherapeutische S2k-Leitlinie bei radikaler Prostatektomie

Urotherapeutische Empfehlungen im stationären, prä- und poststationären Setting bei nicht metastasiertem, lokal begrenztem Prostatakarzinom

Das Prostatakarzinom ist mit 25,4 % aller diagnostizierten Krebserkrankungen die häufigste Krebserkrankung des Mannes in Deutschland. Jährlich erkranken etwa 60.000 Männer in Deutschland an diesem Tumor. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei ca. 69 Jahren.

Bis zum Jahr 2050 wird der Anteil der über 60-Jährigen in Deutschland voraussichtlich auf ca. 28 Millionen ansteigen (37 % der Gesamtbevölkerung) und damit doppelt so hoch sein wie heute. Folglich ist eine Zunahme der Prostatakrebs-erkrankungen im gleichen Umfang zu erwarten. Dieser demografischen Entwicklung müssen bei Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Prostatakarzinoms Rechnung getragen werden (Lorch und Alberts 2015). Die Therapie der Wahl beim lokal begrenzten und lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinom (Abb. 1) ist die radikale Prostatektomie (Wirth und Fröhner 2014). Obwohl dieses Therapieverfahren bei vielen Experten als Goldstandard gilt, beinhaltet es Risiken, die postoperativ zu verschiedenen Einschränkungen führen können.

Neben der Tumorfreiheit spielt die postoperative Lebensqualität eine wichtige Rolle in der Bewertung des Therapieerfolges. Neben prostataspezifischen Problemen wie Harninkontinenz und erektiler Dysfunktion sind auch generelle gesundheitsbezogene Beeinträchtigungen von Bedeutung. So leiden die betroffenen Männer häufig unter Fatigue und Schlafstörungen. Oft verspüren sie zudem erhöhte emotionale Belastungen, die

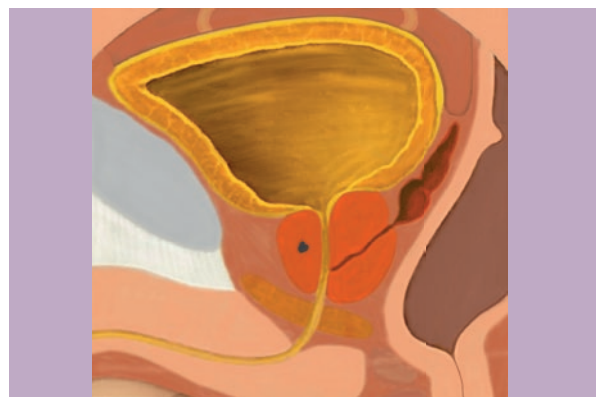


Abbildung 1: Lokal begrenztes Prostatakarzinom (© Schilcher 2023)

schon vor der Therapie besonders ausgeprägt sein können. Es ist erforderlich, all diese Probleme frühzeitig mit dem Patienten zu besprechen, um therapeutische Möglichkeiten aufzuzeigen. Eine adäquate Beratung über Belastungen und Nebenwirkungen der Therapie ist Grundlage eines ganzheitlichen Behandlungskonzeptes (Holze et al. 2012). Mit Beratung, Schulung und Anleitung bereits in der präoperativen Phase und im gesamten Verlauf der Behandlung können Urotherapeut:innen einen wichtigen Beitrag zum positiven Krankheitsverlauf leisten.



Definition und Geschichte der Urotherapie

Urotherapie umfasst die Diagnostik, Behandlung und Betreuung von Menschen mit funktionellen, organisch bedingten und neurogenen Blasenstörungen und/oder Stuhlinkontinenz. Unter dem Begriff „Urotherapie“ werden nichtchirurgische und nichtpharmakologische Therapien sowie die Unterstützung betroffener Menschen bei chirurgischen und medikamentösen Therapien zusammengefasst (Hoebeke 2006; Austin et al. 2014). Dabei wird zwischen Standardtherapie (z. B. Informationen über physiologische Funktionen, Anleitung zu gesundheitsförderndem Verhalten) und spezifischen Interventionen (z. B. Informationen zum und Anleitung beim Hilfsmiteleinsetz) unterschieden.

Die Urotherapie hat ihre Wurzeln in Schweden und den Niederlanden als akademisch angesiedelte Weiterbildung. So werden seit 1987 Urotherapeut:innen an der Universität Göteborg ausgebildet (Hellstrom et al. 1987).

Auch in Deutschland hat Urotherapie im Kinderbereich eine über 30-jährige Tradition. Die Konsentierung über Diagnostik und Therapie ist seit vielen Jahren gelungen (KgKS, Konsensusgruppe Kontinenzschulung e.V.). Seit 2007 hielt mit der Weiterbildung Urotherapie (Klinikum Links der Weser, Bremen) der urotherapeutische Ansatz Einzug in die Therapie von Menschen jeglichen Lebensalters für alle mit dem Thema befassten Disziplinen. Damit sind die Zugangsvoraussetzungen interdisziplinär ausgelegt. Das dortige Curriculum wurde dem skandinavischen Vorbild angepasst und von der skandinavischen Vereinigung für Urotherapie UTF (Uroterapeutisk Förening) (Abb. 2) als gleichwertig anerkannt.

Ein Großteil der Teilnehmenden kommt traditionell aus der Pflege. Doch sind besonders auch Physiotherapeut:innen, Hebammen, Ärzt:innen und andere medizinisch tätige Berufsgruppen zu finden, die sich mit dem Thema Inkontinenz sowohl im stationären sowie im ambulanten Bereich und in jedem Lebensalter befassen (Janhsen et al. 2007).



Abbildung 2: Logo der skandinavischen Vereinigung für Urotherapie (Uroterapeutisk Förening) UTF



Abbildung 3: Logo der D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e.V.

Hauptsächlich im Erwachsenenbereich tätig, aber in enger Zusammenarbeit mit der KgKS hat sich vor einigen Jahren die D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e.V. (Abb. 3) gebildet. Die Länder Deutschland, Österreich und Schweiz übergreifend setzt sich dieser Verein nicht nur für die Interessen der Urotherapeut:innen ein, sondern hat insbesondere auch die Entwicklung urotherapeutischer Leitlinien, Standards und die Ausbildung weiterer Urotherapeuten unterstützt. Zudem dient der Verein als Anlaufstelle für Betroffene und alle anderen Interessierten.

Urotherapeutische Leitlinien

In der Medizin sind Leitlinien seit vielen Jahren bekannt und etabliert. Üblicherweise finden medizinische Leitlinien ihren Ursprung im wissenschaftlichen Kontext unterschiedlicher Fachgesellschaften, angesiedelt im ärztlichen Bereich. In den letzten Jahren werden jedoch auch aus dem pflegewissenschaftlichen Bereich vermehrt Leitlinien veröffentlicht. Damit wird bestätigt, dass die Akademisierung und die Professionalisierung der Pflege deutliche Fortschritte machen. Insbesondere die Fachweiterbildung Urotherapie bietet durch ihren multiprofessionellen Zugang eine ausgezeichnete Basis für interprofessionelle Wissensweitergabe, um Abläufe in der pflegerischen und therapeutischen Versorgung zu standardisieren. Nicht nur die Begleitung von Patienten vor, während und nach einer Therapie wird in dieser urotherapeutischen Leitlinie thematisiert, sondern auch die entsprechende Evaluation angewendeter Maßnahmen.

Die D-A-CH Vereinigung der Urotherapie hat sich mit ihrem Leitlinienprogramm das Ziel gesetzt, gemeinsam die Entwicklung und Fortschreibung und den Einsatz wissenschaftlich begründeter und praktikabler Leitlinien bezogen auf die urotherapeutischen Therapieoptionen zu fördern und zu unterstützen. Die Basis dieses Programms beruht auf den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen der Fachgesellschaft und auf dem Konsens der medizinischen Fachexpert:innen,

Zusammenfassung und Schlüsselwörter	Summary and Keywords
Erste urotherapeutische S2k-Leitlinie bei radikaler Prostatektomie	First urotherapy S2k guidance regarding a radical prostatectomy
Die radikale Prostatektomie gilt als Therapie der ersten Wahl beim lokal begrenzten Prostatakarzinom. Unerwünschte postoperative Begleitsymptome wie die Harninkontinenz und die erektile Dysfunktion führen zu erheblichen Einbußen an Lebensqualität. Die entstandene Leitlinie befasst sich mit dieser Thematik.	The radical prostatectomy is considered to be the first choice for locally confined malignant prostate tumors. Undesired post-operative symptoms such as urine incontinence and erection malfunctions cause considerable loss of quality of life. This compiled guidance deals with these subjects.
Prostatektomie • Lebensqualität • Patientenedukation	prostatectomy • quality of life • patient education

Anwender:innen und Betroffenen sowie auf dem Regelwerk für die Leitlinienerstellung. Um den aktuellen Stand des medizinischen Wissens abzubilden und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen, wird diese Leitlinie regelmäßig überprüft und fortgeschrieben.

Unser Ziel war es, eine erste Leitlinie zu entwickeln, die nicht nur den an der Therapie des lokal begrenzten Prostatakarzinoms beteiligten Urotherapeut:innen, sondern auch den anderen beteiligten therapeutischen Disziplinen als Leitfaden dienen soll. Darüber hinaus soll sie die Arbeit der Urotherapeut:innen im interdisziplinären Team transparent und überprüfbar machen sowie Betroffenen und ihren Zugehörigen als Orientierungshilfe dienen. Aus diesem Grund haben an dieser S2k-Leitlinie nicht nur Urotherapeut:innen mit pflegerischer Expertise, sondern auch Physiotherapeut:innen und Pflegewissenschaftler:innen sowie Urolog:innen und ein Betroffener wertvollen Input gegeben.

Die Arbeitsgruppenmitglieder, Expert:innen aus ganz Deutschland, konnten ihre Expertise einbringen, und daraus entstand schlussendlich diese Leitlinie. Damit ist die Leitlinie ein zusätzlicher Baustein, der das bereits bestehende multimodale Therapiekonzept nach radikaler Prostataentfernung sinnvoll ergänzt und somit das interdisziplinäre Gesamtbehandlungskonzept weiter optimiert.

Therapiebegleitende Einschränkungen führen zu beeinträchtigter Lebensqualität

Im Hinblick auf die trotz nervenschonender Operationsverfahren möglichen postoperativen Einschränkungen gewinnt der

urotherapeutische Behandlungsansatz durch die steigenden Fallzahlen immer mehr an Bedeutung, und zwar für alle am Genesungsprozess Beteiligten. Mit Beratung, Schulung und Anleitung bereits in der präoperativen Phase und im gesamten Verlauf der Behandlung können Urotherapeut:innen einen wichtigen Beitrag zum Gesamtbehandlungskonzept leisten. Die Interventionen zielen darauf ab, Copingstrategien aufzuzeigen und betroffene Männer dabei zu unterstützen, neue Lebensqualität zu schaffen.

Aufbau der S2k-Leitlinie

Die Leitlinie baut auf Behandlungspfaden auf (Abb. 4) und bearbeitet die Folgen der medizinisch indizierten durchgeführten Therapie sowie sich häufig ergebende Fragen zu Themen wie Ernährung, Hautpflege und Hilfsmittel. Die Grundidee ist, dass Betroffene urotherapeutische Begleitung in allen Phasen der Krankheitsbewältigung erfahren. Die urotherapeutische Edukation nutzt Aspekte der kognitiven Verhaltenstherapie und lerntheoretische Grundlagen, um Menschen in ihrer Verhaltensanpassung zu unterstützen.

Verschiedene Prostatazentren in Deutschland bieten inzwischen eine urotherapeutische Begleitung ihrer Patienten an. Die Leitlinie bietet somit einen Leitfaden für das dort tätige an der Therapie beteiligte medizinische Personal einschließlich der Urotherapeut:innen. In Form von professioneller Beratung, Schulung und Anleitung werden dem Patienten schon frühzeitig, d. h. präoperativ – noch bevor der Operationsschmerz Einschränkungen hervorruft – z. B. mit gezielten Übungen zur Beckenbodenwahrnehmung und zur Schließmuskelansteuerung

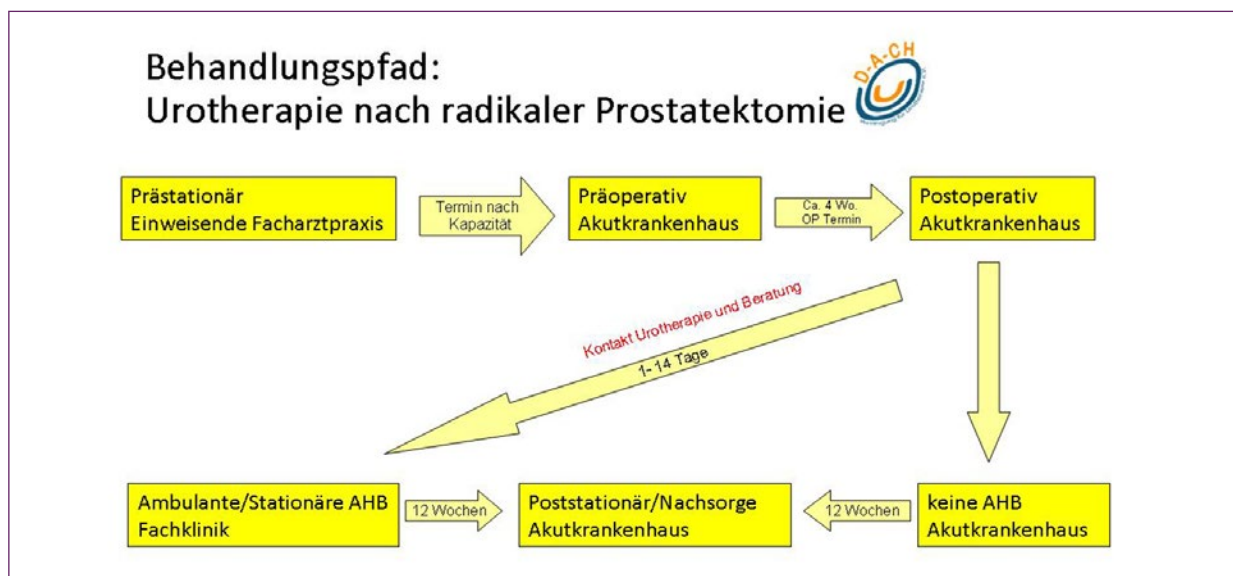


Abbildung 4: Behandlungspfad nach urotherapeutischem Maßstab



Instrumente an die Hand gegeben, seinen Genesungsprozess aktiv mitzugestalten.

Die individuellen Bedürfnisse ändern sich im Behandlungsverlauf

Handlungsleitend ist das Prinzip „specific situation/right time“ (Wennerberg et al. 2001; NICE 2023). In der präoperativen Phase stehen die Krebserkrankung an sich und die Operation mit unerwünschten Nebenwirkungen im Vordergrund. Idealerweise kommen die Patienten ca. 2 Wochen vor der Operation für eine längere Patientenschulung in die Klinik und werden durch einen Urotherapeuten umfassend zu verschiedenen Verhaltensweisen geschult. Dies ist die Zeit, in der mit dem Betroffenen die Anatomie und Physiologie der Ausscheidungs-, Sexualorgane sowie des Beckenbodens besprochen wird. Das erlernte Wissen über die Fähigkeit, Bereiche im Körper gezielt anzusteuern oder zu schonen, trifft auf ein hohes Maß an Akzeptanz. Die Schulung sollte Übungen zur Beckenbodenaktivität wie sensible Ent- und Anspannung, Kontinenztraining, gezielte Atemübungen, postoperative Aufsteh- und Wadenübungen, die konsequent angewandt als hervorragende Thromboseprophylaxe dienen, beinhalten. Je nach individuellen Bedürfnissen des Betroffenen können schon zu diesem Zeitpunkt psychologische und sexualtherapeutische Beratungen angeboten werden.

Postoperativ besteht der Bedarf an Informationen zum Verhalten bezogen auf die Ausscheidung sowie über ausstehende weitere Untersuchungen. Zunehmend beginnt die Auseinandersetzung mit einer neuen, lebensverändernden Situation, da die Wahrnehmung von Männlichkeit neu definiert wird (Kong et al. 2017). Zu diesem Zeitpunkt – postoperativ – werden mit dem Patienten verschiedene für ihn wichtige Verhaltensregeln besprochen. Es werden Nah- und Fernziele formuliert, aus denen sich weitere Beratungsansätze und Anleitungen z. B. zum Thema Katheterpflege, Hautpflege und Hilfsmittel ergeben. Besonderes Augenmerk wird auf Trinkverhalten, Ernährung, Toilettverhalten inklusive geeignete Toilettensitzpositionen sowie auf Beckenbodentraining/Miktionstraining gelegt. Entspannungstechniken, aber auch sportliche Aktivitäten gehören ebenfalls zu den individuellen Beratungsthemen. Erneut kann eine psychologische/sexualtherapeutische Beratung angeboten werden. Wie genau diese Beratungseinheiten in den Kliniken umgesetzt werden, ob in Einzelgesprächen oder als Gruppenangebot, ist sehr unterschiedlich und hängt auch von den aktuellen individuellen Bedürfnissen des Patienten ab. Es wird jedoch ein Zeitrahmen von höchstens einer Stunde einmal wöchentlich empfohlen, um die Patienten, die durch die Diagnose psychisch belastet, von der Operation körperlich erschöpft und von belastenden OP-Nebenwirkungen betroffen sind, nicht zu überfordern.

Die Patienten erleben durch die Operation körperliche, psychische, sexuelle und soziale Veränderungen, die in der Rehabilitationsphase weiter bearbeitet werden müssen. Informationen

zur Anschlussheilbehandlung werden je nach Bereitschaft des Betroffenen in die Beratungen integriert. Bei allen Kontakten erfragt der Urotherapeut die aktuelle Befindlichkeit und greift individuell vorhandene Fragen auf. Bei Bedarf werden Kontakte zu anderen Mitgliedern des multiprofessionellen interdisziplinären Teams hergestellt (z. B. Urologin, Physiotherapeut, Psychoonkologin, sozialer Dienst).

Jedem Patienten steht eine Anschlussheilbehandlung zur Verfügung. Diese kann stationär, aber auch ambulant erfolgen und ist freiwillig. Im Interesse des Betroffenen empfiehlt die Leitlinie auch hier eine urotherapeutische Begleitung. Die urotherapeutische Edukation ist unerlässlich, um den Betroffenen den Umgang mit den unvermeidbaren Folgestörungen der Behandlung des Prostatakarzinoms im täglichen Umgang zu erleichtern. Ein weiterer Fokus ist die Bewältigung psychischer oder sozialer Probleme wie auch der Wiedereinstieg ins Berufsleben (Heuveling 2021).

Aufgrund der Krebsdiagnose und der damit verbundenen Krankheitsbewältigung geraten manche in der Akutversorgung erhaltenen Informationen in Vergessenheit. Im Rahmen des Aufnahmegesprächs einschließlich der ärztlichen Untersuchung wird der Behandlungsplan für den Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik individuell auf den Betroffenen abgestimmt und festgelegt. Dabei kommen den Mitgliedern des multiprofessionellen Teams unterschiedliche Aufgaben zu. Erfasst werden müssen noch vorhandene Vorkenntnisse zu unterschiedlichsten Themen wie Beckenbodentraining, Hilfsmittelversorgung und Verhaltensweisen bezogen auf Inkontinenz und erektile Dysfunktion, geplante sportliche Aktivitäten und eine gesunde Lebensführung (Rick et al. 2015).

Vor allem aber müssen die Inhalte und der Informationsaustausch an den individuellen Bedarf der Betroffenen angepasst werden.

Zusammenfassung

„Die Leitlinie bildet eine überhaupt noch nicht dagewesene Handlungsempfehlung für an der Genesung beteiligte Berufsgruppen. Die facettenreiche Evidenz ist von besonderer Bedeutung, da es zum Thema Kontinenzförderung nach radikaler Prostatektomie durch urotherapeutische Instruktion keine weiteren auf Studien basierten zusammengefassten Handlungsempfehlungen gibt. Im Übrigen sehe ich diese Leitlinie als Handlungspfad, der aus den Reihen der Pflege resultiert. Pflege ist hier in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zu einem Meilenstein in der Kontinenzförderung vorgedrungen“ (Guido Pflüger, Urotherapeut, Mitglied der Leitlinien AG 2022).

Diese Aussage eines maßgeblich an der Leitlinie beteiligten Urotherapeuten fasst hervorragend zusammen, welchen Wert diese urotherapeutische Leitlinie für die begleitende Therapie von Patienten mit nicht metastasierendem Prostatakarzinom darstellt. ■

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Literatur

- Austin P, Bauer S, Bower W et al. (2014) The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: update report from the standardization committee of the International Children's Continence Society (ICCS). *J Urol* 191:1863–1865
- Hellstrom AL, Hjälmås, K, Jodal U (1987) Rehabilitation of the dysfunctional bladder in children: method and 3-year follow up. *J Urol* 138:847–849
- Heuveling J (2021) Prostatakrebs – Nachsorge und Rehabilitation. OnkoPortal, Deutsche Krebsgesellschaft. <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/prostatakrebs/nachsorge-und-rehabilitation.html>. Zugegriffen: 27. März 2022
- Hoebeke P (2006): Twenty years of urotherapy in children: What have we learned? *Eur Urol* 49:426–428
- Holze S, Köhler N, Lutz G et al. (2012) Das lokalisierte Prostatakarzinom. In: Harth W, Brähler E, Schuppe HC (Hrsg) *Praxishandbuch Männergesundheit, Interdisziplinärer Beratungs- und Behandlungsleitfaden*. MWV, Berlin, S. 146–147
- Janhsen E, Scholt D, Bachmann H (2007) Urotherapie – ein „neues“ Arbeitsfeld im Gesundheitswesen. *Die Schwester Der Pfleger* 46(10):948–951
- Kong EH, Deatrck J, Brodway C (2017) Men's experiences after prostatectomy: A metanalysis. [https://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(17\)30165-7/fulltext](https://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(17)30165-7/fulltext). Zugegriffen: 14. März 2023
- Lorch A, Albers P (2015) Prostatakarzinom. *DGIM Innere Medizin*. Springer Reference Medizin. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-54676-1_517-1

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2023) Shared decision making. <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/shared-decision-making>. Zugegriffen: 14. März 2023

Rick O, Böckmann J, Dauelsberg T et al. (2015) Standard für die Rehabilitation von Patienten mit Prostatakarzinom – ein multidisziplinärer Konsens. *GMS Onkol Rehabil Sozialmed* 4:Doc02

Wennerberg C, Schildmeijer K, Hellstrom A et al. (2021) Patient experiences of self-care management after radical prostatectomy. *Eur J Oncol Nurs* 50(1):1–8

Wirth M, Fröhner M (2014) Therapie des lokal begrenzten Prostatakarzinoms. In: Rübber H (Hrsg) *Uroonkologie*, 6. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 570–584

Angaben zur Erstautorin

Barbara Schilcher

Kinderkrankenschwester, Pflegedienstleitung, freiberufliche Urotherapeutin, Dozentin Schule für Pflegemanagement, Dozentin Ausbildung Urotherapie, Klinikum Links der Weser Bremen

D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e.V., Arbeitsgruppenkoordinatorin

Breslauer Straße 2

40668 Meerbusch

urotherapie.schilcher@arcor.de



Wir sind Ihr Netzwerk!

Unsere Veranstaltungen 2023 für Pflegekräfte und medizinische Fachangestellte
 4x jährlich 120 Stunden Onkologie Kurs nach dem Curriculum der Bundesärztekammer - online
 4x jährlich Applikation von Zytostatika – online, auch Inhouse möglich
 2x jährlich Palliative Care 40h Fortbildungskurs nach dem Basiscurriculum der DGP
 2x jährlich Virtuelles Onkologisches Pflegeupdate - online

Weitere Veranstaltungen:
 KOK Jahreskongress in Berlin am 8. & 9. September 2023
 Kinderonkologisches Symposium – online - November 2023

- Auch individuelle In-House Schulungen möglich -



Schauen Sie auf unsere Homepage und buchen Sie noch heute Ihre Fortbildung: www.ng-akademie.de