

# EDITORIAL



# T

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,  
sehr geehrte Leserinnen und Leser,

wir haben es geschafft. Die dunkle Jahreszeit ist vorüber und wir dürfen uns bei einem Heißgetränk in unserem Lieblingscafé, bei Freizeitaktivitäten im Freien oder einfach an der blühenden Pflanzenpracht in unseren Gärten und auf unseren Balkonen erfreuen. Auch dieses Heft, das Sie vielleicht auf dem besagten Balkon oder in dem besagten Garten lesen, beinhaltet viele spannende und informative Artikel. Unser Schwerpunktthema in dieser Ausgabe ist das Prostatakarzinom, die häufigste bösartige Tumorerkrankung bei Männern.

Erfreulicherweise – und wie bereits in vorherigen Heften berichtet – ist das Team der Schriftleitung gewachsen. Mit Sabrina Kluba und Yarima Zirfas begrüßen wir gleich zwei Neuzugänge und freuen uns, Ihnen beide in dieser Ausgabe in einem Doppelportrait vorzustellen.

In den Schwerpunktbeiträgen befasst sich zunächst Dipl.-Psychologe Stefan Zettl mit dem Thema der Körperbildstörungen bei Prostatakarzinom und den damit verbundenen Erektionsstörungen sowie dem Verlust der subjektiv empfundenen Männlichkeit.

Im Bereich der prä- und postoperativen Versorgung gibt es für Männer mit Prostatakrebs unterschiedlichste Angebote für eine verbesserte, patientenorientierte Beratung und Betreuung. Gerne möchten wir Ihnen in diesem Heft drei unterschiedliche pflegerische Rollen vorstellen. Franziska Geese erläutert uns das Potenzial eines Advanced-Practice-Nurse (APN)-Angebots im Hinblick auf die Versorgungslücken bei Prostatakarzinom. Barbara Schilcher von der Vereinigung der Urotherapie e. V. am Universitätsklinikum Münster berichtet uns in ihrem Beitrag von den nichtinvasiven Therapiemöglichkeiten und der Begleitung von Betroffenen durch eine Urotherapeutin. Eine weitere Fachexpertise kommt von Claudia Leitner. Sie demonstriert uns am Beispiel einer möglichen „Prostata-Care-Nurse“ die Vorteile dieser Rolle für Kliniken in Deutschland.

Neben diesen fachlichen Beiträgen lege ich Ihnen besonders den Artikel des Bundesverbands der Prostataselbsthilfe Bonn

nahe. Hier konnten wir Betroffene gewinnen, die über ihre Erfahrungen nach erfolgten Operationen an der Prostata berichten. Bewusst wurden hier zwei unterschiedliche Positionen gewählt: Einer der beiden Betroffenen äußert sich sehr zufrieden mit seiner Entscheidung zur Prostata-OP; dass das nicht immer so ist und dass man Entscheidungen im Nachhinein auch bereuen kann, zeigt uns das zweite Statement. Vielen Dank an dieser Stelle an Werner Seelig und Paul Boos für den sehr privaten Einblick in ihre Emotionen und persönlichen Erfahrungen.

Julia Passberger berichtet in der Rubrik „Auslese“ über den spannenden Bereich „CBD in der Onkologie“. Wir werden in dem Beitrag durch Wirkweise, Herstellung und Neben- sowie Wechselwirkungen geführt und erhalten Einblick in den Umgang mit CBD.

Im Fortbildungsteil dieser Ausgabe widmen wir uns weiterhin dem großen Themengebiet der medikamentösen Therapien, dieses Mal, passend zum Schwerpunkt, den „Antihormonellen Therapien“.

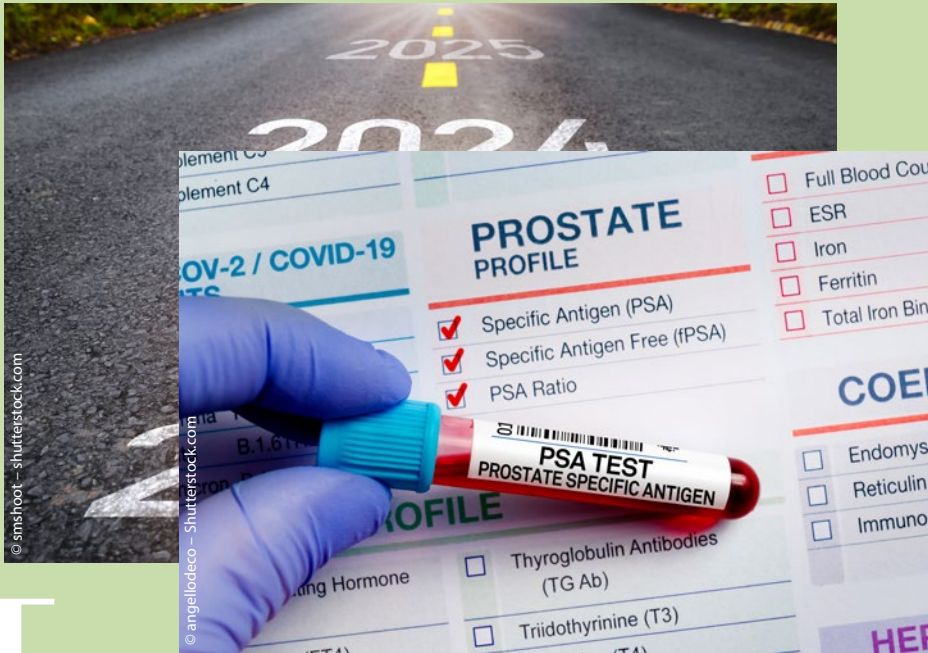
Bedenken Sie, dass auch in diesem Jahr der KOK-Jahreskongress stattfindet. Wir, das Schriftleitungsteam, freuen uns schon jetzt auf einen spannenden Austausch im September 2023 in Berlin.

Das Schriftleitungsteam und ich wünschen Ihnen viel Freude und neue Anregungen beim Lesen unserer aktuellen Ausgabe.

Ihre

Mirja Weyerts

# INHALTSVERZEICHNIS



# 1

## PANORAMA

- 1 Editorial (M. Weyerts)
- 4 Vorstand aktuell (K. Paradies)
- 5 DKG aktuell (J. Bruns)
- 6 25 Jahre Schweizer Onkologiepflege-Kongress (M. Naegele)
- 9 Weiterbildungsstudiengang „Integrative Onkologie“ (K. Paradies)
- 10 Portrait (S. Kluba, Y. Zirfas)
- 61 Buchbesprechung
- U4 Veranstaltungskalender

# 14

## SCHWERPUNKT

- 14 Prostatakarzinom und Sexualität (S. Zetl)
- 20 Prostatektomie: ja oder nein? (P. Boos, W. Seelig)
- 23 Versorgungslücken bei Prostatakarzinom (F. Geese, R. Willener, E. Spichiger)
- 29 Erste urotherapeutische S2k-Leitlinie bei radikaler Prostatektomie (B. Schilcher, A. Brosemann)
- 34 „Unter der Gürtellinie“ (C. Leitner)

# 38

## AUSLESE

- 38 CBD in der Onkologie (J. Passberger)

# 42

## FORTBILDUNG

- 42 Antihormonelle Therapie beim Prostatakarzinom (M. Weyerts)

### KOK *pedia*

- 49 Studien (U. Thielhorn)
- 51 Arzneimittel: Wirkstoff: Olaparib (M. Schulz, M. Naegele)
- 53 Nebenwirkungen: Hitzewallungen als Nebenwirkung einer Tumorthherapie (M. Weyerts, E. Tanovic)

## *Kerstin Paradies*

**Sprecherin des Vorstands**  
paradies@kok-krebsgesellschaft.de



## Vorstand **aktuell**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
liebe Leserinnen und Leser,

die professionelle Pflege ist die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Krebs ist eine chronische Krankheit, die eine komplexe, interdisziplinäre und langfristige Behandlung erforderlich macht. Neue Berufe/Rollen müssen in Betracht gezogen werden, und die Zusammenarbeit mit Nicht-Medizinerinnen und Nicht-Spezialisten, einschließlich derer in der medizinischen Grundversorgung, muss verstärkt werden. Zur Verbesserung der onkologischen Pflege müssen Patient:innen und Angehörige auch weiterhin angehört und als Partner betrachtet werden.

In gut vier Monaten sehen sich hoffentlich viele von Ihnen beim 11. KOK-Jahreskongress in Berlin. Vom 8. bis 9. September 2023 findet ein vielfältiges und pointiertes Programm unter dem Titel „Schmerz im Leben – Schmerz (er)leben“ statt. Das Thema „Schmerz“ bleibt in der Onkologie ein zentrales und praktisch wichtiges Thema. Die Pflegenden/MFAs sind dank ihrer Nähe zu den Patient:innen in der Lage, sich wesentlich an der Erfassung und Behandlung der Schmerzen zu beteiligen. Für eine wirksame Behandlung ist es wichtig, Schmerz und Leid auseinanderzuhalten. Die Behandlung von Schmerzen beruht in der Onkologie im Wesentlichen auf Medikamenten, die Behandlung des Leidens aber auf dem Gespräch und der Begleitung.

Das Programm an diesen beiden Tagen bietet eine Vielzahl von Wortbeiträgen, Industriesymposien und Workshops, die sich mit diesem Themenkreis auseinandersetzen. Selbstverständlich kommt auch der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen nicht zu kurz ...

Ich freue mich sehr, am Samstag einen besonderen Gast auf dem Kongress begrüßen zu dürfen: Lea Weigand – in der letzten Ausgabe unserer Zeitschrift habe ich sie bereits zitiert. Lea will die Politik aus der Reserve locken, um die Probleme im Pflegewesen anzugehen. Wir dürfen uns auf mehrere Textbeiträge von Lea Weigand auf unserem Pflegekongress freuen.

Im Namen der KOK sowie in meinem persönlichen Namen möchte ich Sie herzlich einladen, den 11. KOK-Jahreskongress zu besuchen und mitzugestalten. Ich freue mich sehr, Sie vor Ort begrüßen zu dürfen.

Ihre



Kerstin Paradies  
KOK-Vorstandssprecherin

## Johannes Bruns

### Generalsekretär

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.  
bruns@krebsgesellschaft.de



# DKG aktuell

### Alles für die Patienten

Für dieses Heft wurde der Schwerpunkt „Prostatakrebs“ gewählt. In den Beiträgen durch namhafte Autor:innen wird die ganze Breite und Komplexität dieses Krankheitsbildes deutlich. Aufgegriffen werden Fragen zur Prävention, zur Bedeutung von Risikofaktoren und PSA-Tests bis hin zur Frage, was davon von der solidarischen und gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wird. Die dargestellten Therapien sind sehr vielfältig und reichen vom Zuwarten/Beobachten über aktive Therapieformen bis hin zur Nachsorge und Behandlung von Nebenwirkungen. Die Bemühungen, die Behandlung von Prostatakrebs nach dem heutigen Wissenstand zu erläutern und zukünftig zu verbessern, werden darin deutlich.

Wenn man über Therapieoptionen und Therapieoptimierung bei Prostatakrebs nachdenkt, denkt man automatisch auch an die PREFERE-Studie, wobei die Gründe von deren Scheitern vielfältig sind und aus meiner Sicht die Chance vertan wurde, daraus zu lernen und Behandlung besser zu machen.

Prostatakrebs ist eine Erkrankung, die Patienten lange begleitet, was dazu geführt hat, dass die Prostatakrebsselfhilfe seit vielen Jahren zu einer der aktiven und willensstarken Selbsthilfegruppen zählt. Schaut man sich den aktuell veröffentlichten Jahresbericht des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. (BPS) an, ist das Bild der Diagnose Prostatakrebs erst mit

dieser Perspektive komplett. Alle in dem entsprechenden Artikel in diesem Heft (Seite 20) aufgelisteten Themen und Aktivitäten unterstreichen, dass es bei den Betroffenen einen sehr ausgeprägten Willen gibt, sich bei Fragen zu Versorgungsstrukturen, zu Inhalten von Studien, zur Lebensqualität bei unterschiedlichen Behandlungsansätzen einzubringen und eine noch bessere Einbindung in Politik und Gesundheitswesen zu erreichen. Denn nur so lässt sich nach dem Selbstverständnis des BPS das Ziel erreichen, dass aufgeklärte und entscheidungskompetente Prostatakrebspatienten durch bessere Informationen über Diagnose, Behandlung und Nachsorge Eigeninitiative realisieren. Patienten dabei zu unterstützen ist auch eine wichtige Aufgabe der Pflegenden.

Ihr

Dr. Johannes Bruns

## 25 Jahre Schweizer Onkologiepflege-Kongress

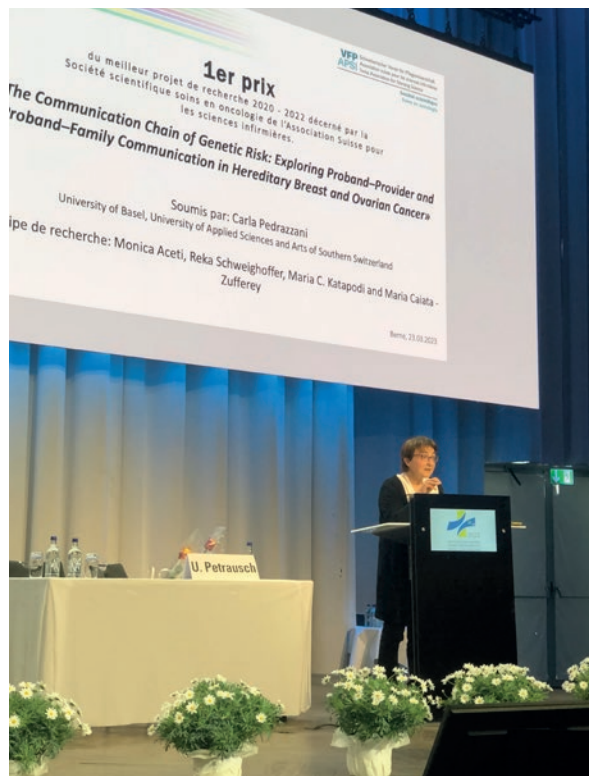
Ein Jubiläum wurde gefeiert: Der Schweizer Onkologiepflege-Kongress jährte sich zum 25. Mal. Die Veranstaltung im vollbesetzten Kursaal in Bern stand unter dem Motto „Gemeinsam für die Zukunft“. Die Onkologiepflege Schweiz wagte damit an ihrem Jubiläum durchaus einen Spagat, denn neben dem Feiern einer stolzen Vergangenheit macht der Blick in die Zukunft heutzutage doch eher Bange. Um es vorwegzunehmen: Dieser Spagat ist den Organisator:innen hervorragend gelungen. So überbrachten hochrangige Referent:innen ihre Glückwünsche und skizzierten gleichzeitig die Herausforderungen, die sich den Pflegenden in den nächsten Jahren und Jahrzehnten stellen werden.

Die Eröffnung des Programms erfolgte durch die beiden veranstaltenden Schwestergesellschaften, einerseits durch die neue Präsidentin der Onkologiepflege Schweiz Manuela Eicher und andererseits durch die Co-Präsidentin der Akademischen Fachgesellschaft Onkologiepflege Schweiz Marika Bana. Beide führten durch das folgende Programm, im Wechsel in Deutsch und Französisch. Auf die beiden folgte Harald Titzer, Präsident der Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und onkologischer Pflegepersonen in Österreich (AHOP), der eigene Glückwünsche und Grußworte überbrachte, aber auch die von Kerstin Paradies, die ihre Teilnahme leider kurzfristig absagen musste.

Danach startete das erste Inputreferat durch Prof. Isabelle Peytremann Bridevaux mit der Frage, welche Herausforderungen auf die Onkologiepflege aus epidemiologischer Perspektive zukommen werden. Krebs als chronische Erkrankung, sind wir darauf vorbereitet? Zur Beantwortung stellte sie Ergebnisse aus der SCAPE-Studie vor, einer Befragung von Krebspatient:innen in der Schweiz zu ihren Erfahrungen während ihrer Krebserkrankung und -therapie von der Diagnosestellung bis zur Phase des Survivorship. Anschließend zeigte Solange Peters, Past-Präsidentin der European Society of Medical Oncology (ESMO),



Eindrucksvoller Veranstaltungsort: der Kursaal in Bern  
(© Onkologiepflege Schweiz 2023)



„Bestes Forschungsprojekt“: Preisträgerin Carla Pedrazzani, Universität Basel

neue Therapien mit neuen Medikamenten und den daraus resultierenden neuen Möglichkeiten. Die Herausforderung liegt hier in der europaweit gleichen Verteilung dieser neuen Möglichkeiten unter ärmeren und reicheren Ländern. Im nächsten Vortrag erklärte die Ärztin und Planetary-Health-Aktivistin Bea Albermann, wie eng die menschliche Gesundheit und Umwelt miteinander verknüpft sind. Das stetige Wirtschaftswachstum sei dabei wie der Krebs unseres Planeten. Albermann skizzierte, wie Menschen in Gesundheitsberufen sich für die Transformation in eine klimafreundliche, gesunde Zukunft einsetzen können. Dabei ist die Bedeutung der Pflegefachpersonen in der öffentlichen Meinung sehr groß: „Wir sind in einem Raum voller Influencer:innen.“ Mario Desmedt, Pflegedirektor und Präsident der Swiss Nurse Leaders, zeigte im folgenden Beitrag Merkmale eines Arbeitsumfelds auf, welche die praktische und professionelle Entwicklung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fördern. Dabei besteht das Hauptproblem darin, dass Pflege innerhalb der Gesundheitskosten keinen eigenen Preis



hat. In der darauffolgenden gemeinsamen Podiumsdiskussion gingen alle bisherigen Referent:innen der Frage nach, wie die vorgestellten zukünftigen Herausforderungen angegangen werden können.

Traditionell fanden nach den Hauptvorträgen zwei Durchgänge mit insgesamt 18 Seminaren statt. Thematisch reichten diese von neuen Medikamenten, Immuntherapien und genetischer Beratung bis hin zu Laufbahnplanung und Stoppen des Exodus aus der Pflege.

Die Hauptvorträge am Nachmittag begannen mit der Preisverleihung für die besten Forschungsprojekte durch die Akademische Fachgesellschaft Onkologiepflege Schweiz. Der erste Preis ging an Carla Pedrazzani und ihr Team von der Universität Basel für ihre Arbeit über genetische Beratung von Patientinnen mit erblichem Brust- und Ovaria-Ca. Der zweite Preis ging an Andrea Kobleder und ihr Team von der Ostschweizer Fachhochschule St. Gallen für ihre Arbeit über finanzielle To-

xizität von Menschen mit Krebs. Der dritte Preis ging an Stello Giacomini und sein Team, von dem auch ich Teil sein durfte, über die Arbeit zur Erfahrung von Menschen mit Krebs in der COVID-19-Pandemie.

Danach starteten die Vorträge mit Annette Biegger, Pflegedirektorin aus Bellinzona, mit ihrem Vortrag zu personenzentrierter Führung. Mithilfe dieses Ansatzes soll es gelingen, Pflegende zu stärken und ihnen zu zeigen, dass sie ein wichtiger Baustein des multidisziplinären Teams sind. Anschließend überbrachte Lena Sharp Grüße der European Oncology Nursing Society (EONS) und stellte die neue Kampagne zur Prävention von Krebs „Cancer Prevention Across Europe“ (PrEvCan) vor. Pflegende haben viele Möglichkeiten, die krebsbedingte Gesundheitskompetenz der Menschen zu stärken, und nehmen damit eine Schlüsselrolle in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention ein. Dies untermauerte Lena Sharp mit sehr beeindruckenden Beispielen.

Cornelia Kern Fürer und Jennifer Enaux beschäftigten sich mit den Herausforderungen und Chancen neuer Therapien für die Pflege. So bietet die zunehmende Komplexität durch neue Therapien ein Entwicklungsfeld für Advanced Nursing Practice. Das Schlusswort gehörte Sophie Ley, der Präsidentin des Schweizerischen Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) zum Thema „Quo Vadis Pflegeinitiative“. Im November 2021 hat die Schweizer Bevölkerung im Rahmen einer Volksabstimmung die sogenannte „Pflegeinitiative“ angenommen. Seitdem ist das Recht auf eine gute Pflege Teil der Schweizer Verfassung. Aber was ist seit dieser Abstimmung alles passiert? Wie sieht die konkrete Umsetzung aus?

Zum krönenden Abschluss wurden noch die Gewinner:innen der Videochallenge gekürt. Diese Videos wie auch die meisten Referate sind auf der Homepage der Onkologiepflege Schweiz zu bewundern ([onkologiepflege.ch](http://onkologiepflege.ch)). Und wie es in der Schweiz so üblich ist, beendet man ein solch feierliches Jubiläum noch mit einem Apéro. Prost, Onkologiepflege Schweiz! ■

Matthias Naegele  
[matthias.hellberg-naegele@kssg.ch](mailto:matthias.hellberg-naegele@kssg.ch)



Lena Sharp, Past-President der EONS, und Manuela Eicher, Präsidentin der Onkologiepflege Schweiz (© Onkologiepflege Schweiz 2023)

# „Integrative Onkologie“

## Neuer berufsbegleitender Weiterbildungsstudiengang (M.Sc.)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

heute möchte ich Sie auf eine besondere Weiterbildung aufmerksam machen:

### Nur gemeinsam wird's gut!

„Es war, als wenn mir der Boden unter den Füßen verschwindet.“ – Aussagen, die bei Krebskranken keine Seltenheit sind. Die Diagnose erschüttert; der Therapieweg ist häufig lang und unübersichtlich. Neben Diagnostik und Therapie sind Nebenwirkungsmanagement und psychosoziale Beratung wichtige Bausteine der Behandlung. Viele suchen aber nach mehr: Sie fragen nach Ernährung, Bewegung und sanften und natürlichen Therapien. Der Wunsch, als Individuum wahrgenommen zu werden, ist groß. Als Behandelnde haben wir die Aufgabe, durch gute Kommunikation und umfassende Betrachtung eine verlässliche und kontinuierliche Navigationshilfe im Behandlungslabyrinth zu sein. Das bedeutet vor allem, den gesamten Koffer der evidenzbasierten Behandlungsmethoden zu nutzen und über die Grenzen der eigenen Fachdisziplin hinauszudenken. Auf die Frage „Was kann ich selber tun?“ können wir dann mit einer Einladung antworten: den Weg gemeinsam zu finden und zu gehen. Der neue berufsbegleitende Weiterbildungsstudiengang „Integrative Onkologie“ (Master of Science) fokussiert einen intensiven wissenschaftlichen Diskurs auf interprofessioneller Ebene und behält dabei stets das Wichtigste im Auge: die Patient:innen. ■

*„Integrative Onkologie ist die beste Antwort auf die häufigste Frage von Patient:innen – ‚Was kann ich selber tun?‘“*

Prof. Dr. med. Jutta Hübner

Kerstin Paradies  
paradies@kok-krebsgesellschaft.de

### Kontakt

Studiengangsleitung:  
Prof. Dr. med. Jutta Hübner

Studiengangskoordination:  
Sarah Salomo, M.Sc.

Universitätsklinikum Jena  
Bachstraße 18k, Gebäude 14  
07743 Jena

Tel.: +49 3641 9-324663  
master-integrative-onkologie@uni-jena.de  
www.master-integrative-onkologie.uni-jena.de



# PORTRAIT



*Sabrina Kluba*

Klinikum Oldenburg

kluba.sabrina@klinikum-oldenburg.de

Ich bin 26 Jahre jung und wohne in Oldenburg (Niedersachsen), wo ich seit 2018 auch im Klinikum Oldenburg in der onkologischen Gynäkologie arbeite. Im Jahr 2022 absolvierte ich die Weiterbildung zur Fachkraft für Onkologie. Aufgrund meiner Tätigkeit als Breast Nurse und Palliativschwester bin ich vor allem für die onkologischen Patientinnen und Patienten zuständig und einmal pro Woche unter anderem für Organisation und onkologische Pflegeberatungen freigestellt.

Meine Verbindung zur KOK ist während der Fachweiterbildung entstanden und so wurde ich von einer Kollegin gefragt, ob ich meine beruflichen Erfahrungen teilen wolle und Interesse an einer Mitarbeit im Schriftleitungsteam der Zeitschrift *Onkologische Pflege* hätte. Seit Herbst 2022 bin ich nun Mitglied im Team.

## 1 Seit wann interessieren Sie sich für die onkologische Pflege und was fasziniert Sie an diesem Thema?

Ich interessiere mich schon seit der Ausbildung für die onkologische Pflege, da gerade dieses Fachgebiet viel Empathie und Feingefühl braucht und die Patienten von geteilter Erfahrung und Fachwissen profitieren, vor allem in Bezug auf Nebenwirkungen der Therapie und deren Bewältigung.

## 2 Welche beruflichen Erfahrungen möchten Sie am wenigsten missen?

Neben meiner Tätigkeit im Krankenhaus arbeite ich ambulant in der SAPV und mache am Wochenende Bereitschaftsdienst. Die Erfahrungen, die man in der SAPV sammeln kann und wie beeindruckend es ist, eine Sterbebegleitung im häuslichen Umfeld würdevoll zu gestalten, möchte ich nicht mehr missen. Vor allem die große Dankbarkeit von meinen Patienten und deren Angehörigen zaubert mir immer ein Lächeln ins Gesicht.

## 3 Was machen Sie am liebsten nach Dienstschluss oder an freien Tagen?

Nach Dienstschluss gehe ich gerne in meinen Garten oder ich besuche meine Familie und meine Freunde. Ich bin gerne kreativ und handwerke und gestalte ein wenig.

## 4 Was möchten Sie neuen/jungen Kolleginnen und Kollegen im Bereich der onkologischen Pflege mit auf den Weg geben?

Wenn euch etwas bedrückt, bitte redet über eure Ängste und Sorgen und hört immer auf euer Bauchgefühl. Gerade in diesem Bereich dürft ihr dazu stehen und ihr dürft auch mit Patienten weinen, das zeugt nur von Menschlichkeit.

## 5 Was ist für Sie ein besonderer Tag, oder anders gefragt: Wie muss ein Tag ablaufen, damit Sie zufrieden sind?

Ich bin zufrieden, wenn ich weiß, meine Patienten wurden von mir bestmöglich versorgt. Und ein ganz besonderer Tag für mich ist, wenn die Sonne noch ein wenig scheint.

## 6 Was wollten Sie schon immer gerne mal machen und haben es bisher nicht geschafft?

Ich möchte gerne reisen und ein paar Länder erkunden. Mein Traum ist es, einen Camper auszubauen und damit zu verreisen, am liebsten ans Meer.

**7** Wie vereinbaren Sie Beruf und Privates/Familie?

An den freien Wochenenden besuche ich meine Familie oder unternehme etwas mit meinem Partner. Wenn mich etwas bedrückt, darf ich meine Sorgen teilen und dann kann ich abschalten. Und das Team auf Station ist meine zweite Familie geworden, somit kann ich gerne zur Arbeit gehen.

**8** Sind Sie gerne unterwegs? Wenn ja, in welches Land würden Sie gerne reisen?

Ich würde gerne mal in die Karibik oder nach Australien reisen. Mein Papa war Kapitän auf großer Fahrt und schwärmt immer von den Ländern, die er beruflich entdecken konnte.

**9** Gibt es jemanden, den Sie unbedingt mal treffen möchten?

Meine Tante und meinen Onkel, die nach Thailand ausgewandert sind, und meine Familie in Oberbayern, da ich sie lange nicht mehr gesehen habe.

**10** Auf welchen Internetseiten trifft man Sie am häufigsten?

Auf meiner eigenen [www.krebs-naund.com](http://www.krebs-naund.com) (da biete ich onkologische Pflegeberatung online) und sonst auf der Internetseite der DKG, wo ich die neusten onkologischen Leitlinien nachlese.

## Jetzt eintreten!

Die Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK) ist die größte Interessenvertretung onkologisch Pflegenden in Deutschland.

Mitglieder der KOK profitieren von einer starken Gemeinschaft und kräftigen die Stimme der onkologischen Pflege.

Für mehr Info: einfach Code scannen.

Beteiligen Sie sich jetzt!





# PORTRAIT



*Yarima Zirfas*

Evangelisches Krankenhaus Oldenburg

[onkologische.pflege@evangelischeskrankenhaus.de](mailto:onkologische.pflege@evangelischeskrankenhaus.de)

Ich habe 2016 meine Ausbildung zur examinierten Gesundheits- und Krankenpflegerin an der Bremer Krankenpflegeschule abgeschlossen. Nach meinem Examen habe ich in Bremen zunächst auf einer onkologischen und operativen Gynäkologie gearbeitet. Seit 2020 arbeite ich nun in einer

Hals-Nasen-Ohren Klinik in Oldenburg, die mir auch zeitnah die onkologische Fachweiterbildung ermöglichte.

Neben meinem Hauptberuf engagiere ich mich bereits seit 2019 ehrenamtlich in einem Verein, der Eltern nach dem Verlust ihres Sternkinde unterstützt und begleitet.

## 1 Seit wann interessieren Sie sich für die onkologische Pflege und was fasziniert Sie an diesem Thema?

In der Ausbildung wusste ich schon früh, dass ich in die Gynäkologie wollte. Die Arbeit dort fand ich spannend und abwechslungsreich. Ich mochte das Konzept, Frauen in allen Lebenslagen zu unterstützen und zu begleiten. Als ich nach meinem Examen in diesem Bereich zu arbeiten begann, habe ich es schnell schätzen gelernt, welche Bindung in der onkologischen Pflege zwischen Pflegenden und Patientinnen aufgebaut wird. Man lernt die Patientinnen besser kennen, als es z. B. bei „Kurzliegern“ der Fall ist, und kann die Pflege dadurch gezielter und individueller gestalten. Ich finde es erfüllend, Menschen in schweren Zeiten Halt zu geben, zu beraten und mit ihnen gemeinsam Probleme zu lösen.

## 2 Welche beruflichen Erfahrungen möchten Sie am wenigsten missen?

Mir persönlich machen die Beratungsgespräche und der persönliche Kontakt mit den Patient:innen am meisten Spaß. Vielleicht auch gerade deshalb, weil das daraus resultierende gegenseitige Vertrauen meiner Meinung nach essenziellen Einfluss auf die Compliance bzw. Adherence der Patient:innen hat und damit auch den Therapieerfolg beeinflussen kann. In Phasen, in denen es mal besonders arbeitsintensiv ist und nur wenig Zeit für Gespräche bleibt, merke ich schnell, dass mir der

Diskurs mit meinen Patient:innen fehlt. Sowohl in Bezug auf den rein beruflichen Informationsaustausch als auch auf zwischenmenschlicher Ebene.

## 3 Was machen Sie am liebsten nach Dienstschluss oder an freien Tagen?

Ich mag ausgedehnte Spaziergänge in der Natur, aber kuschle mich genauso gern mit meinen Katzen aufs Sofa. Ich liebe es, zu kochen oder mich in kreative Projekte zu stürzen. Und vor allem liebe ich Geschichten. Egal ob Podcast, Hörbuch oder traditionelles Papier.

## 4 Was möchten Sie neuen/jungen Kolleginnen und Kollegen im Bereich der onkologischen Pflege mit auf den Weg geben?

Seid mutig, seid selbstbewusst und erkennt euren Wert! Steht für euch selbst, eure Überzeugungen und eure Patient:innen ein. Die Onkologie ist sicherlich ein forderndes Fachgebiet, aber gleichzeitig auch sehr bereichernd. Sowohl auf beruflicher als auch auf menschlicher Ebene. Man muss nicht hart sein, um Krebserkrankte begleiten zu können, sondern einfühlsam. Die Resilienz kommt mit der Erfahrung.

**5 Was ist für Sie ein besonderer Tag, oder anders gefragt: Wie muss ein Tag ablaufen, damit Sie zufrieden sind?**

Ich bin zufrieden, wenn ich am Ende des Tages in den Spiegel blicken und mir selbst sagen kann, dass ich im Rahmen meiner Möglichkeiten mein Bestes gegeben habe und hinter meinen eigenen Entscheidungen stehe.

**6 Was wollten Sie schon immer gerne mal machen und haben es bisher nicht geschafft?**

Ich würde mir sehr gern irgendwann den Traum von einem Fallschirmsprung erfüllen. Dafür müssen sich aber noch ein paar Kilos verabschieden.

**7 Wie vereinbaren Sie Beruf und Privates/Familie?**

Um ehrlich zu sein, fällt es mir recht leicht, Berufliches und Privates zu trennen. Ich kann meinen 30-minütigen Heimweg im Auto gut nutzen, um meine Gedanken zu ordnen und in seltenen Fällen auch den Emotionen mal freien Lauf zu lassen. Ich persönlich empfinde es als Bereicherung, dass mein Partner nicht im medizinischen Bereich tätig ist.

**8 Sind Sie gerne unterwegs? Wenn ja, in welches Land würden Sie gerne reisen?**

Leider bin ich viel weniger unterwegs, als ich es gerne wäre. Am liebsten möchte ich einfach mal meine Sachen packen und ohne viel Schnickschnack durch Europa reisen.

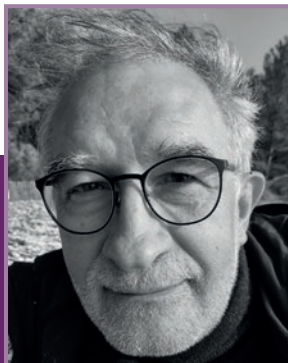
**9 Gibt es jemanden, den Sie unbedingt mal treffen möchten?**

Mir würden auf Anhieb viele starke, bewundernswerte Frauen einfallen, die ich gern mal auf einen angeregten Kaffeepausch treffen würde. Beispielsweise Chimamanda Ngozi Adichie, Dagmar Schultz und Caroline Criado-Perez, um nur einige von ihnen zu nennen.

**10 Auf welchen Internetseiten trifft man Sie am häufigsten?**

Ehrlicherweise vor allem auf Instagram und TikTok. Ich bin voll und ganz Opfer meiner Generation. Ich nutze diese Plattformen jedoch auch viel, um mich berufspolitisch und wissenschaftlich auf dem Laufenden zu halten. Ich folge vielen Blogger:innen und Aktivist:innen aus dem pflegerischen Bereich und schätze auch die Möglichkeiten, die Social Media Pflegenden bietet, sich schneller und besser zu vernetzen.

## Anzeige



*Stefan Zettl*

Praxis für Psychoanalyse und Psychotherapie, Heidelberg

# Prostatakarzinom und Sexualität

Sexualität ist eine Quelle von Sinnlichkeit, Lust und Erregung, aber auch Ursache von Konflikten, Enttäuschungen und schmerzlichen Erfahrungen. Ihre Ausdrucksformen variieren in Abhängigkeit vom soziokulturellen Kontext, der Persönlichkeit, den lebensgeschichtlichen Erfahrungen, der Partnerschaft und aktuellen Lebenssituation. Sie kann mit Gefühlen von Verbundenheit, Zuneigung und Liebe verbunden sein; manchmal bedeutet sie lediglich einen kurzen Moment der Entspannung oder vielleicht sogar nur Anstrengung mit einem mäßigen Lustgewinn. Sexualität hat viele Seiten und spielt im Leben jedes Menschen eine mehr oder weniger bedeutsame Rolle und trägt zu dessen Lebensqualität bei.

Durch ein Prostatakarzinom und dessen Behandlung wird diese Lebensqualität häufig beeinträchtigt. Zu den häufigsten Nebenwirkungen zählen Erektionsstörungen – sowohl bei operativem Vorgehen, Radiatio, Brachytherapie, Kryotherapie oder auch dem hochintensiv fokussierten Ultraschall (HIFU). Als Ursachen der Erektionsstörungen werden Verletzungen nervaler oder vaskulärer Strukturen vermutet, die in der Folge zu einer Degeneration der Schwellkörper des Penis führen (Shabataev et al. 2020). Auch bei medikamentöser Therapie mit Antandrogenen kann es zu Einschränkungen oder dem Verlust des sexuellen Verlangens, Ejakulations- und Erektionsstörungen kommen. Wie erleben Patienten diese Veränderungen, welche Unterstützung benötigen sie und ihre Partner und welche Rolle spielt in diesem Zusammenhang die onkologische Krankenpflege?

## Die medizinische Therapie und ihre Folgen

In einer Studie von Nelson et al. (2013) zeigt sich, dass nur 22 % der Patienten nach radikaler Prostatektomie postoperativ in ei-

nem Zeitraum von 24 Monaten ohne medikamentöse Begleittherapie (z. B. Sildenafil) wieder den präoperativen Funktionszustand erreichen, d. h., 78% leiden unter einer teilweisen oder vollständigen Erektionsstörung. Insbesondere die Gruppe der über 60-Jährigen konnte nach der Operation keine ausreichende Erektion mehr entwickeln. Obwohl heute durch die roboterassistierte Prostatektomie eine genauere Darstellung der periprostatistischen Nervenbündel möglich wird, erreichen auch hier nur 27 % der Betroffenen nach einem Jahr und 34 % nach zwei Jahren das präoperative Erektionsvermögen (Capogrosso et al. 2019).

Im Gegensatz zu den operativen Verfahren treten Erektionsstörungen nach Strahlentherapie erst schrittweise innerhalb eines Zeitraums von ein bis drei Jahren auf – dies gilt sowohl für externe als auch für interne Bestrahlung (Brachytherapie) und nach vorliegenden Studiendaten auch für neuere Bestrahlungsverfahren, z. B. die intensitäts-modulierte Strahlentherapie (IMRT). In einer Arbeit von Mahmood et al. (2016) verliert etwa die Hälfte der Patienten nach Strahlentherapie ihr Erektionsvermögen. Auch bei Verfahren wie der Kryotherapie und HIFU finden sich hohe Prävalenzraten von Einschränkungen des Erektionsvermögens (Ramsay et al. 2015; Faure et al. 2018). In der Übersichtsarbeit von Ramsay et al. (2015) zeigt sich allerdings eine statistisch signifikant geringere Rate von Erektionsstörungen bei HIFU im Vergleich zur radikalen Prostatektomie. Bei der Strahlentherapie ist als unerwünschte Nebenwirkung häufig auch eine Ejakulationsstörung zu beobachten. In einer Studie von Sullivan et al. (2013) weisen 72 % der Patienten nach Strahlentherapie einen Verlust der Fähigkeit zur Ejakulation auf, die Ejakulation kann wegen einer chronischen Strahlentzündung auch als schmerzhaft erlebt werden.

Zusammenfassung und Schlüsselwörter	Summary and Keywords
<b>Prostatakarzinom und Sexualität</b>	<b>Prostate cancer and sexuality</b>
Durch die Behandlung eines Prostatakarzinoms wird oft die Lebensqualität beeinträchtigt, häufig in Form von Erektionsstörungen. Wie erleben Patienten diese Veränderung, welche Unterstützung benötigen sie und ihre Partner und welche Rolle spielt in diesem Zusammenhang die onkologische Krankenpflege?	The treatment of a prostate carcinoma often impairs the quality of life, mostly in the form of erectile dysfunction. How do patients experience this change, what support do they and their partners need and what role does oncological nursing play in this context?
Prostatakarzinom • Sexualität, Lebensqualität • Erektionsstörungen • Psychoonkologie	Prostate cancer • sexuality • quality of life • erectile dysfunction • psychooncology

Bei der Antiandrogentherapie zeigen sich bei 95 % der Betroffenen Einschränkungen oder ein vollkommener Verlust des sexuellen Verlangens (DiBlasio et al. 2008) sowie der Fähigkeit, eine Erektion zu entwickeln (Corona et al. 2012). Inwieweit dies nur auf Medikamentennebenwirkungen zurückzuführen ist oder dabei auch psychosomatische Faktoren eine Rolle spielen, ist bisher nicht eindeutig geklärt.

Die medizinischen Optionen zur Behandlung von Erektionsstörungen bestehen in der Verordnung von PDE5-Hemmern (Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil). Trotz nervenschonender Operationsverfahren scheinen PDE5-Hemmer während der ersten 6 Monate nach dem Eingriff allerdings nur sehr begrenzt wirksam zu sein. Während eines Zeitraums von 18 bis 24 Monaten treten auch keine Erektionen bei sexueller Stimulation oder nächtliche Spontanerektionen auf (Fode 2013). Kommt es jedoch über längere Zeit zu keiner Erektion, folgen in der Regel eine Atrophie des Schwellkörpergewebes und dadurch irreversible Funktionseinbußen entsprechend dem Sprichwort: Use it or lose it! Weitere Therapieoptionen bestehen in lokalen Behandlungen (z. B. Schwellkörperautoinjektionstherapie SKAT, Medikamente zur Einführung in die Harnröhre MUSE), Vakuum-Erektionshilfen sowie in operativen Verfahren (Schwellkörperimplantate).

Neben den oben beschriebenen Auswirkungen finden sich auch noch andere Behandlungsnebenwirkungen: Verlust des sexuellen Verlangens (Appetenzstörung), Verkürzung der Penislänge, dessen Krümmung, Sensibilitäts- und Ejakulationsstörungen, Einschränkungen der Fähigkeit, einen Orgasmus zu erreichen, Anorgasmie oder ein schmerzhafter Orgasmus (Barnas et al. 2004). Zu deren Häufigkeiten liegen jedoch bisher nur wenige zuverlässige Studiendaten vor (Katz und Dizon 2016).

Männer, die mit ihren Partnerinnen vor ihrer Erkrankung Analverkehr praktiziert haben, werden durch die Erektionsstörungen in besonderer Weise behindert, da dazu eine rigide Erektion notwendig ist. In gleicher Weise werden Männer mit homosexueller Orientierung beeinträchtigt, bei denen die anale Penetration oft einen wichtigen Bestandteil des sexuellen Handelns ausmacht (Tal 2013). Für viele bedeutet es auch bei passivem Penetriertwerden eine Einschränkung oder den weitgehenden Verlust sexueller Befriedigung, da durch die Entfernung der Prostata und einer damit verbundenen Schädigung paraprostatischer nervaler Strukturen lokale Lustempfindungen beeinträchtigt werden. Ebenso kann der Verlust der Fähigkeit zu einer Ejakulation („trockener Orgasmus“) die sexuelle Befriedigung deutlich stören.

Die Fähigkeit, eine Erektion entwickeln zu können, stellt ein Kernelement männlicher Identität dar. In einer Studie an Patienten nach Behandlung ihres Prostatakarzinoms äußerte ein Drittel der Befragten, dass sie durch die Nebenwirkungen der Therapie auf ihre Sexualität einen wichtigen Teil ihrer Männ-

lichkeit verloren hätten und sich in ihrem Selbsterleben und Selbstwertgefühl beeinträchtigt fühlten (Zaider et al. 2012).

### Nicht nur der Körper wird geschädigt

Einschränkungen der sexuellen Funktionen, des sexuellen Erlebens und Verhaltens können als Begleit- und/oder Folgeerscheinung der medizinischen Behandlung auftreten, jedoch auch als Folge somato-psychosomatischer Faktoren. Beispiele dafür sind:

- die Konfrontation mit der Diagnose Krebs und deren Auswirkungen auf das Selbsterleben und Selbstwertgefühl,
- krankheits- und therapiebedingte Angstsymptome (z. B. Rezidivangst), depressive Episoden oder Anpassungsstörungen,
- durch die medizinische Therapie und damit verbundene Gefühle des Ausgeliefertseins und Kontrollverlusts verursachte posttraumatische Belastungsstörungen,
- sexuelle Versagensängste,
- falsche Erwartungen, z. B. dass der Partner/die Partnerin keinen sexuellen Verkehr mehr wünscht,
- durch die Erkrankung krisenhaft ausgelöste, zuvor latente Partnerschaftskonflikte,
- die allgemeine Verschlechterung des körperlichen Befindens durch die Krebserkrankung und deren Behandlung, z.B. durch das akute oder chronische Fatigue-Syndrom,
- Körperbildstörungen durch postoperative Verkürzung des Penis oder Schrumpfung durch degenerative Prozesse der Schwellkörper,
- Einschränkungen des Empfindens sexueller Attraktivität und Selbstvertrauens in der Folge einer antihormonellen Therapie durch unerwünschte Begleiterscheinungen wie Gewichtszunahme, Verlust von Kopfbehaarung, Muskelmasse und körperlicher Leistungsfähigkeit sowie Gynäkomastie,
- Schamgefühle durch nach der Behandlung auftretende Inkontinenz.

In vielen Fällen kommt es zu einer sich ergänzenden Wechselwirkung zwischen körperlichen und seelischen Faktoren. Um eine bestehende Symptomatik differenzialdiagnostisch richtig einschätzen zu können, bedarf es deshalb sowohl einer organmedizinisch als auch einer psychosomatisch orientierten Abklärung. Ein Verständnis für die jeweiligen Hintergründe und Ursachen einer sexuellen Störung ist für eine angemessene Beratung und therapeutische Hilfestellung unumgänglich. Dabei spielen auch lebensgeschichtlich erworbene und kulturelle Faktoren eine bedeutsame Rolle, die den Patienten in seiner Sexualität geprägt haben.

### Ein Mann ist ein Mann, aber auch ohne Erektion?

In den letzten 30 Jahren hat in der Öffentlichkeit eine deutliche Liberalisierung im Umgang mit dem Thema Sexualität statt-





gefunden. Sexuelle Fragen werden heute offener besprochen und sind weniger mit Schuldgefühlen verbunden als früher. Sexualkunde ist zu einem regulären Bestandteil der Unterrichtspläne an den Schulen geworden. Es wird zunehmend akzeptiert, dass auch ältere Menschen einen Anspruch auf eine befriedigende Sexualität haben, und auch krankheitsbedingte Einschränkungen des sexuellen Erlebens werden nicht mehr als selbstverständlich hingenommen.

Die gesellschaftlichen Einflüsse zeigen jedoch nicht nur eine befreiende Wirkung auf den Einzelnen: „Das moderne Selbst sieht sich in historisch einmaliger Weise einem Liebesbegriff ausgesetzt, der Leidenschaft und sexuelle Erfüllung in anspruchsvoller Weise zum Qualitätskriterium einer guten Partnerschaft macht“ (Schroeter 2017). Bei Männern ist dadurch eine deutliche Prägung der Sexualität durch das Leistungs- und Anspruchsdenken zu beobachten: In ihr soll alles möglich sein, also auch dort sollen Spitzenleistungen erbracht werden – unabhängig von Alter, Gesundheit oder Stress. Nirgendwo wirken Normvorstellungen so „hinterhältig“ wie im Bereich der Intimität: Häufig wird nicht danach gefragt, wie oft eine Frau und ein Mann das Bedürfnis empfinden, miteinander zärtlich zu sein, sondern das Zusammensein wird dadurch bestimmt, wie oft „ein Durchschnittspaar“ pro Woche miteinander verkehrt. Zusätzlich erscheint die eigene Sexualität oft klein, grau und unbefriedigend neben der perfekten Sexualität, die in Fernsehen, Kino und dem Internet gezeigt wird. Dazu die Äußerung eines Patienten:

„In der Öffentlichkeit wirst du immer mit dem Bild konfrontiert, dass man als Mann potent zu sein hat. Wenn du impotent bist – egal aus welchen Gründen –, dann bist du kein richtiger Mann mehr. Als ich nach meiner Operation keine Erektion mehr bekommen konnte, ist für mich eine Welt zusammengebrochen. Ich habe mir nur mühsam ein neues Bild von Männlichkeit aufbauen können ... dass ich ein richtiger Mann bin, auch wenn ich nicht mehr in der gewohnten Form mit einer Frau schlafen kann.“

Dass Sexualität viel mehr bedeutet als nur den Vollzug des Geschlechtsverkehrs, wird dabei vollkommen übersehen.

### Partnerschaftliche Kommunikation und Protective Buffering

Die Fähigkeit zu einer offenen Kommunikation zwischen Partnern und in der Familie stellt eine wichtige Ressource zur Bewältigung der krankheitsbedingten Belastungen dar (Katz und Dizon 2016). Was das Thema Sexualität anbetrifft, zeigt sich bei vielen Paaren schon im normalen Alltag eine weitgehende Spracharmut. Wenn sich dann noch eine sexuelle Störung im Kontext einer Krebserkrankung anbahnt, ist die erste und häufigste Begleiterscheinung das Schweigen. Eigene Sorgen

werden verborgen, Ängste verleugnet, entmutigende Informationen verheimlicht. Dieses „protective buffering“ dient dem Eigenschutz, aber auch dem Schutz der Beziehung: nicht sprechen, um sich nicht zu zeigen, sich und den Anderen vor Distress zu schützen. Dadurch entstehen jedoch vielfach Missverständnisse, Fehleinschätzungen darüber, was sich jeweils der Eine vom Anderen wünscht. Es ist daher von großer Bedeutung, Paare zu einer offenen Kommunikation über das Thema Sexualität zu ermutigen.

Die Studie von Moscovic et al. (2010) zeigt zudem, dass es Frauen, die selbst unter sexuellen Schwierigkeiten leiden, deutlich schwerer fällt, ihre Männer im Kontext sexueller Probleme als Folge einer Prostatektomie dabei zu unterstützen, fachliche Hilfe zu suchen und anzunehmen. Dazu kommt, dass es in manchen Fällen von den betroffenen Partnerinnen sogar eher als eine „Befreiung“ von sexuellen Erwartungen und Pflichten erlebt wird, wenn ihr Mann keinen Koitus mehr vollziehen kann.

### Sexualität – nicht nur Geschlechtsverkehr

Die medizinische Ausbildung führt zu einer „symptomorientierten Sichtweise“, d. h., sie fragt nach Krankheiten, Symptombildungen oder Funktionsausfällen usw. Dieser Ansatz ist als Zugangsweg zum Thema Sexualität eher ungeeignet, da die Patienten ihre sexuellen Probleme häufig selbst als „Versagen“ interpretieren. Es wirkt entlastend, nach der Zufriedenheit oder möglichen Veränderungen der Sexualität zu fragen. Die problemorientierte Ausrichtung eines Gesprächs verführt dazu, schnell nach einer „Lösung“ zu suchen und diese dem Patienten anzubieten. Das vorschnelle Angebot von Ratschlägen verhindert aber in einer Reihe von Fällen die zuvor notwendige Auseinandersetzung mit Gefühlen oder eine notwendige Trauerarbeit über irreversible Verluste von sexuellen Funktionen. Ein eher ressourcenorientiertes Fragen vermeidet diese „genitale Zentrierung“, die bei irreversiblen Funktionseinbußen für alle Beteiligten zu einer Falle wird: für den Patienten, der die Fähigkeit zum Koitus unter allen Umständen wiedergewinnen möchte, wie auch für die Pflegenden, die sich andere Formen sexueller Befriedigung vielleicht nur schwer vorstellen können.

Auch wenn ein Mensch durch seine Erkrankung oder deren Behandlung in seiner Fähigkeit eingeschränkt ist, einen Koitus zu vollziehen, heißt das eben nicht, dass er über keine Sexualität mehr verfügt. Es gerät in dieser Situation oft in Vergessenheit, dass der ganze Körper ein sinnliches und potenziell sexuelles Organ ist und diese Fähigkeit zum Empfinden lustvoller Berührungen nur in wenigen Fällen völlig verloren geht.

Sexualität ist eben nicht nur Geschlechtsverkehr. Der Koitus ist eine Ausdrucksform einer liebevollen Beziehung zwischen zwei Menschen, aber nicht die einzige. Viele Paare verzichten beim Auftreten einer sexuellen Einschränkung nicht nur auf jeglichen Versuch, den Geschlechtsverkehr zu vollziehen,